დ. მურვანიძე

ქირურგიული ანდროლოგიის საფუძვლები

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“
თბილისი 1986

54.5
617
მ 923

წიგნში განხილულია მამაკაცის სასქესო ორგანოების ანატომია და ფიზიოლოგია, დაავადებათა სიმპტომები და დიაგნოსტიკის ის მეთოდები, რომლებიც გამოიყენება ქირურგიულ ანდროლოგიაში (ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული, რენტგენურ-რადიოლოგიური, ენდოსკოპიური და სხვ.).

წიგნის სპეციალურ ნაწილში აღწერილია სისტემური დაავადებები (მამაკაცის უნაყოფობა, ჰიპოგონადიზმი, ტუბერკულოზი და სხვ). მათი დიაგნოსტიკის, გართულებების პროფილაქტიკის და მკურნალობის ქირურგიული მეთოდების თვალსაზრისით.

განკუთვნილია ქირურგების, უროლოგების, ენდოკრინოლოგების, სექსოპათოლოგებისა და სხვა სპეციალობის ექიმებისათვის.

რეცენზენტები: მედიც. მეცნ. დოქტორი შ. სანიკიძე,
პროფესორი ნ. იზაშვილი

4122000000 — 121
მ——————— 108 — 86
M 601(08) — 86

©გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“, თბილისი — 1986

წინასიტყვაობა

ანდროლოგია არის მედიცინის დარგი, რომელიც მამაკაცის სასქესო სისტემის ფიზიოლოგიასა და პათოლოგიას სწავლობს. ეს განმარტება ტერმინის სიტყვა-სიტყვითი თარგმანია (ბერძნულად: andros — მამაკაცი, logos — სწავლება).

ადამიანის რეპროდუქციული ფუნქციისათვის გინეკოლოგიის და ანდროლოგიის მნიშვნელობა თანაბარია. თუ რუსთველმა ზოგადად ბრძანა „ლეკვი ლომისა სწორია, ძუ იყოს თუნდა ხვადიაო", მისმა თანამედროვე ქართველმა ექიმმა ხომ მედიცინაში დააკანონა: „და იცოდე რომელ ესე ჭურჭელი დედაკაცისა და მამაკაცისა სწორ არს..."*. ამისდა მიუხედავად, გინეკოლოგიას თუ შევადარებთ, ანდროლოგია როგორც პრაქტიკული მედიცინის დარგი, შეიძლება ითქვას, არც კი არსებობს.

უფრო მართებული იქნება თუ ვიტყვით, რომ ანდროლოგიის ერთგვარი განაწილება მოხდა. დიდი ნაწილი მამაკაცის სასქესო სისტემის სნეულებათა — უროლოგთა კომპეტენციას განეკუთვნა, სასქესო ჰორმონების დეფიციტის საკითხებს ენდროკრინოლოგები უვლიან. სქესობრივი პოტენციის დარღვევას — სექსოპათოლოგები; კრიპტორქიზმს, ჰიდროცელეს, ვარიკოცელეს და ბევრ სხვა ანომალიასა თუ დაავადებას ქირურგები მკურნალობენ და ა. შ. საფიქრებელია, რომ ასეთი განაწილება კიდევ დიდხანს დარჩება, და ამას თავის საფუძველი აქვს. წინამდებარე ჯირკვლის ზოგი დაავადება უროლოგიური სტაციონარების კონტინგენტის მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს, და უეჭველად ასეც უნდა იყოს, რადგან ის იმდენად სასქესო კი არა, საშარდე სისტემის დისკომფორტს იწვევს; სექსოპათოლოგიაში სასქესო ორგანოების სნეულებათა წილი გაცილებით უფრო მოკრძალებულია, ვიდრე ფსიქიკურ-ნევროლოგიური სფეროსი; ვინაიდან სათესლეები შეუცვლელი ენდოკრინული ორგანოა და მჭიდრო კორელაცია

---

* ხოჯა ყოფილი. „წიგნი სააქიმოჲ". ლადო კოტეტიშვილის გამოცემა, 1936.

აქვს მთელს ენდოკრინულ სისტემასთან — ამ დარგის სპეციალისტთა მონაწილეობაც გამართლებულია; სწორია, რომ სასქესო ორგანოების სიმსივნეებით დაავადებულთ ონკოლოგები მკურნალობენ, ტუბერკულოზს — ფტიზიატრები, ვენერულ სნეულებებს — ვენეროლოგები და ა. შ.

მაგრამ ისიც სამართლიანია, რომ მეცნიერების და პრაქტიკის მიღწევები ანდროლოგიის დარგში ერთად უნდა იყოს თავმოყრილი. დაუშვებელია, რომ ანდროლოგიის საკითხებისადმი მიძღვნილი მრავალი მონოგრაფია, სტატია თუ სხვადასხვა დარგის სახელმძღვანელოებში მოთავსებული თავები ხშირად ერთმანეთის საწინააღმდეგო მოსაზრებებს და რეკომენდაციებს შეიცავს, ეს კი აძნელებს ექიმ-პრაქტიკოსის მიერ ამ წყაროებით სარგებლობას. ამიტომ ბოლო ხანებამდე მეტწილად ძველებურად — კონსერვატული ტაქტიკისაკენ მიკერძოებით — წყდება სათესლე პარკის ორგანოების ტრამვის დროს მკურნალობის საკითხი, ამას კი ხშირად კასტრაცია მოსდევს, ისეთ შემთხვევაშიაც კი, სადაც დროული ქირურგიული ჩარევით სათესლის შენარჩუნება შეიძლებოდა; საგანგებო შეუთანხმებელია სათესლის დანამატის ტუბერკულოზის დროს მედიკამენტური თუ ოპერაციული მკურნალობის საკითხი; ისევ საკამათოა წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის დროს მისი ენუკლეაციის თუ ტრანსურეთრული რეზექციის საკითხი და მრავალი სხვა.

ყოველივე, რაც ითქვა, მხოლოდ მცირედი ნაწილია ანდროლოგიის წინაშე მდგარი პრობლემებისა, ხოლო მათ მრავალი სპეციალისტი ან შაბლონურად წყვეტს ან — საქმისათვის საზიანოდ — სუბიექტურად, საკმაოდ მოძველებულ ინფორმაციასა და ნაკლებად საიმედო ინტუიციაზე დაყრდნობით.

ასეთი ვითარება გახდა საფუძველი წინამდებარე წიგნის დაწერისა. უფლება კი უროლოგიის (ე. ი. ანდროლოგიისაც) დარგში ოთხი ათეული წლის გამოცდილებამ მომანიჭა, რომელთაგან ნახევარზე მეტი ბავშვთა უროლოგიაზე მოდის. ბავშვთა უროლოგიას განგებ გამოვყოფ: აქ ალბათ ყველაზე უფრო შესაფერისია ცნობილი საბჭოთა პედიატრის გ. ნ. სპერანსკის აზრი, რომლის თანახმად მოწიფულთა მრავალი პათოლოგიის ფესვები ბავშვობაში უნდა ვეძიოთ. როგორც ძველ უროლოგს, ერთგვარად ვალიც მედო: უროლოგია ერთ საუკუნეზე მეტი ხნის წინათ შეიქმნა და მაშინ მას ანდროლოგია ეწოდებოდა.

წიგნს უპირატესად პრაქტიკული მიმართულება აქვს. მასზე მუშაობის დროს მრავალი წყაროა გამოყენებული, მათ შორის ბოლო

წლებში გამოქვეყნებული მონოგრაფიები, რომელთა ნუსხით სრულდება ყოველი თავი.

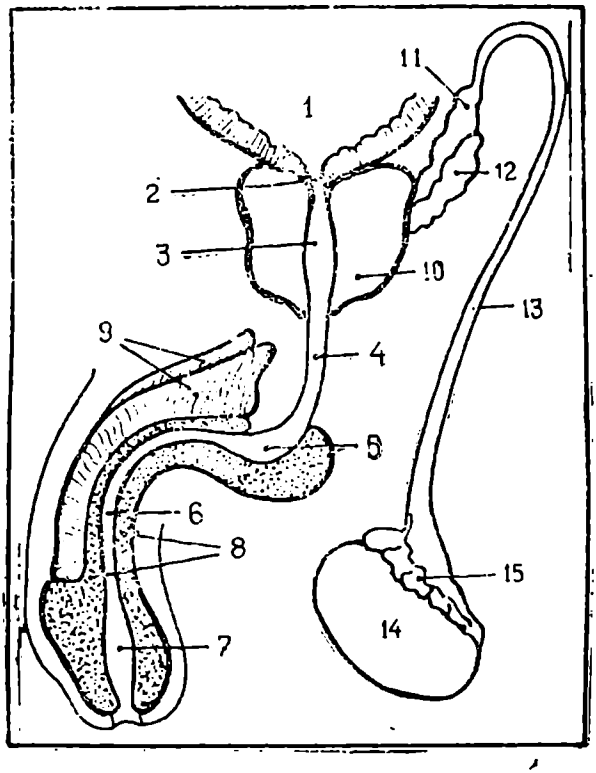
გარდა ამისა, წიგნს ახლავს სახელმძღვანელოებისა და ანდროლოგიის ზოგად საკითხებზე არსებული მონოგრაფიების მოკლე ნუსხა.

წიგნზე მუშაობისას დიდად დამეხმარნენ: პროფესორი შოთა სანიკიძე, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი თამაზ შიოშვილი. მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატები ნოდარ ბეროძე, ნესტორ კიკაბიძე, ავთანდილ მეფარიშვილი, გივი მხეიძე, ბორის ჩხოტუა; მეცნიერი თანამშრომლები იგორ ალხაზოვი, ჯამბულ თორია. ოპერაციათა სქემები ნ. დრესენმა დახატა. ყველას დიდ მადლობას მოვახსენებ.

საილუსტრაციო მასალა მეტწილად კლინიკის კოლექციიდანაა, ზოგი სხვა მონოგრაფიიდან ან ჟურნალიდან არის ამოღებული.

შესავლის მაგიერ

წიგნში გარჩეულია მამაკაცის სასქესო სისტემის ის თანდაყოლილი ანომალიები და დაავადებანი, რომელთა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა უპირატესად ქირურგიული ხასიათისაა. უბრალოდ ჩამოვთვლით მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებს (სურ. 1).



1. მამაკაცის სასქესო ორგანოები. 1.2 — შარდის ბუშტი და მისი ყელი; 3,4,5,6 — შარდსადენის პროსტატული, აპკისებრი და თავისუფალი ნაწილები; 8 — შარდსადენის მღვიმოვანი სხეული; 9 — სასქესო ასოს მღვიმოვანი სხეული; 10 — წინამდებარე ჯირკვალი; 11 — თესლსადენის ამპულა; 12 — სათესლე ბუშტუკი; 13 — თესლსადენი; 14 — სათესლე; 15 — სათესლის დანამატი.

მამაკაცის სასქესო სისტემის უპირველესი ორგანოა სათესლე — testis — თავისი დანამატით — epididymis. ორივე ერთად მოთავსებულია მუცლის კედლის სპეციალურ ნაკეცში — სათესლე პარკში — scrotum. სათესლე ჯირკვალს აქვს საკუთარი გამომტანი გზა — თესლსადენი — vas deferens, რომელიც სათესლე ბაგირაკის (funiculus spermaticus) სხვა ელემენტებთან ერთად გაივლის საზარდულის არხს და შედის სათესლე პარკში. თავის გზაზე თესლსადენი ერთ ადგილას გაგანიერებას ჰქმნის — სათესლე ბუშტუკს — vesicila seminalis, აქედან იწყება წვრილი მშხეპავი სადინარი ductus ejaculatorius, რომელიც გაივლის წინამდებარე ჯირკვალს — prostata შარდსადენის — urethra — დასაწყის ნაწილთან ერთად. მოკლე აპკისებრი ნაწილის შემდეგ იწყება შარდსადენის თავისუფალი (დაკიდებული) ნაწილი, რომელიც სასქესო ასოს — penis — სისქეში გადის და ორ როლს ასრულებს: შარდის და სპერმის გამოტანას. ყველა ეს ორგანო წყვილია, გარდა წინამდებარე ჯირკვლისა, შარდსადენისა და სასქესო ასოსი. არის კიდევ მომცრო დამატებითი ჯირკვლები: ბულბოურეთრული ანუ კუპერისა (W. Cowper, 1666—1709, ინგლისელი ქირურგი და ანატომოსი) და ურეთრული ანუ ლიტრესი (A. Littre, 1658—1725, ფრანგი ქირურგი); მათი საერთო სახელია პარაურეთრული ჯირკვლები.

ანდროლოგიურ დაავადებათა სიმპტომატოლოგია

ტკივილი

სასქესო ორგანოების დაავადებათა დროს ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე (სათესლე ჯირკვლების და სასქესო ასოს ტრავმა, მწვავე ანთებითი დაავადებანი) და ყრუ (ქრონიკული ანთებითი პროცესები, სიმსივნე). ტკივილის ლოკალიზაცია ზოგ შემთხვევაში აშკარაა და მკვეთრად შემოფარგლული (სათესლეები, სასქესო ასო, შარდსადენი); ზოგჯერ უფრო გაფანტული, ბუნდოვანი — შორისის, მენჯის, ბოქვენზედა მიდამოში (წინამდებარე ჯირკვალი, სათესლე ბუშტუკები, პარაურეთრული ჯირკვლები).

წინამდებარე ჯირკვლის და შარდსადენის უკანა ნაწილიდან მომდინარე მტკივნეული იმპულსები გავის ნერვებით გადაეცემა შორისისა და ანუსის მიმართულებით. სათესლეებიდან იმპულსები სათესლე პარასიმპათიკურ წნულს გადაეცემა. ეს მოიცავს მიდამოს გულმკერდის X მალიდან დაწყებული გავის IV მალამდე, ამას კიდევ ირადიაცია და ვეგეტაციური მოშლილობანი ემატება. ამის გამო ბევრ შემთხვევაში ტკივილის მიხედვით ზუსტი დიაგნოსტიკური კონცეფციის შედგენა ძნელია.

ტკივილი შარდის ბუშტის მიდამოში შეიძლება გამოიწვიოს როგორც საკუთრივ ამ ორგანოს, ისე მომიჯნავე სასქესო ორგანოების (წინამდებარე ჯირკვალი, სათესლე ბუშტუკები და სხვ.) დაავადებებმა. ამიტომ ჯერ შარდის ბუშტის დაავადებანი (ცისტიტი, კენჭი, სიმსივნე, დივერტიკული და სხვ.) უნდა გამოირიცხოს, მერე კი დავიწყოთ ტკივილის მიზეზის ძებნა ზემოხსენებულ მომიჯნავე ორგანოებში. შარდის ქრონიკულ შეკავებასთან დაკავშირებული ტკივილი (ზოგჯერ — სიმძიმის შეგრძნება მუცლის ქვედა ნაწილში) შეიძლება იყოს თვით შარდის ბუშტის დაავადების (ნევროგენური შარდის ბუშტი, ყელის კონტრაქტურა, კენჭი და სხვ.) შედეგი, მაგრამ ასეთივე სურათს იძლევა წინამდებარე ჯირკვლის ადენომა ან სხვა სიმსივნე;

დიფერენციაციაში სხვა სიმპტომები და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა გვეხმარება.

წინამდებარე ჯირკვლის ტკივილი ჩნდება მწვავე და ქრონიკული პროსტატიტის, ადენომისა და კიბოს, კენჭების დროს. მეტწილად ეს ყრუ ტკივილია, შორისის და უკანა ტანის მიდამოში შეიგრძნობა, დეფეკაციის დროს ძლიერდება. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს შორსწასული ფორმის დროს ტკივილი ძვლოვან სისტემაშიაც შეიძლება იყოს, თუ აქ სიმსივნის მეტასტაზებია.

გარეთა სასქესო ორგანოების ტკივილი გადაეცემა სათესლე ბაგირაკის და, საერთოდ, საზარდულის მიმართულებით. მწვავე ორქიტის, ეპიდიდიმიტის, სათესლე ბაგირაკის შემოგრეხის (torsio) დროს ტკივილი ძლიერ მძაფრია და კიდევ უფრო ძლიერდება მოძრაობის დროს და ხელით შეხებისას. პირიქით, სათესლეებისაკენ გადაეცემა წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების მიზეზით არსებული ტკივილი, ხშირად თირკმლის ან შარდსაწვეთისაც კი, ამიტომ, თუ ტკივილი არის, მაგრამ გარეთა სასქესო ორგანოებში მისი მიზეზი არ ჩანს, იგი ზემოხსენებულ ორგანოებში უნდა ვეძიოთ.

შარდვის დისკომფორტი და შარდის სემიოტიკა

შარდსადენის და წინამდებარე ჯირკვლის დაავადებებისათვის დამახასიათებელია შარდვის ჭახჩირება (პოლაკიურია). ზოგჯერ ამას წვა და ტკივილიც ახლავს (სტრანგურია). ამ დროს შეიძლება იყოს მოშარდვის იმპერატიული სურვილიც, როდესაც ავადმყოფი ვერ ასწრებს ტუალეტამდე მისვლას და თითქმის უნებლიეთ გამოჰყოფს შარდს.

შარდის ნაკადი წვრილია და დუნე („ავადმყოფი ფეხსაცმელს ისველებს“) წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის, ზოგჯერ კიბოს დროს (დასაწყის სტადიებში); ამის გამო მოშარდვა გახანგრძლივებულია. შარდის ნაკადი რამდენიმე შხეფად იყოფა შარდსადენის კენჭის, სიმსივნის, სათესლე ბორცვის ჰიპერტროფიის დროს; მოშარდვის დამთავრების შემდეგ კიდევ წვეთ-წვეთად გამოიყოფა შარდი შარდსადენის დივერტიკულის დროს; ფიმოზის დროს, თუ ჩუჩის ხვრელი ძლიერ ვიწროა და თანაც არ ემთხვევა შარდსადენის გარეთა ხვრელს, შარდის ნაწილი ჩუჩის პარკში იღვრება და იგი სოკოსავით გამოიბერება, მერე კი ნელ-ნელა იცლება.

შარდის მწვავე შეკავება (შეხუთვა) ფრიად დამახასიათებელია წინამდებარე ჯირკვლის ადენომისა, შარდსადენის მწვავე ანთებისა, მისივე შევიწროებისათვის და სხვ. ამ დროს ავადმყოფს ძლიერ სურს მოშარდოს, მაგრამ ვერ აკეთებს ამას. ხშირად ამას წინ უძღვის რაიმე „ჩამრთველი“ ფაქტორი: გაციება, ალკოჰოლიანი სასმელის მიღება; ზოგჯერ შეკავების პროვოკაციას იწვევს ავადმყოფის იძულებითი მწოლიარე მდებარეობა (ქირურგიული ოპერაციის, ძვლების ტრავმის, მიოკარდის ინფარქტის და სხვათა გამო).

შარდის ქრონიკული შეკავებაც ამ დაავადებათა დროს ხდება. ეს ორი სახით შეიძლება გამოიხატოს: ნარჩენი შარდი, რომლის დროსაც შარდის ბუშტში მოშარდვის დამთრულების შემდეგ რჩება შარდის ესა თუ ის რაოდენობა (ზოგჯერ 1 ლიტრამდე და მეტიც) და პარადოქსული იშურია, რომლის დროსაც შარდის ბუშტი გადავსებულია და შარდი წვეთ-წვეთად გამოიყოფა, ე. ი. მართლაც პარადოქსია: ერთდროულად შარდის შეუკავებლობაც არის და შეხუთვაც. ნარჩენი შარდი ზოგჯერ ბავშვებსაც აქვთ: ფიმოზის ან მეატოსტენოზის დროს, რომელიც ხშირად ახლავს ჰიპოსპადიას.

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ შარდვის აქტის მოშლილობათა ხასიათის მიხედვით ძნელია გარჩევა ქვედა საშარდე გზების დაავადებასთან გვაქვს საქმე, თუ სასქესო ორგანოებისა.

შარდის ქიმიური შედგენილობა, მისი ზოგიერთი თვისება (შეფარდებითი სიმკვრივე და სხვ.) თირკმლების ფუნქციურ მდგომარეობაზეა დამოკიდებული, ვინაიდან საშარდე გზებში შარდი უკვე აღარ იცვლება, თუმცა პათოლოგიური მინარევები აქაც შეიძლება დაემატოს მას.

ყველაზე თვალსაჩინო არის ჰემატურია, რომელსაც ავადმყოფი ამჩნევს და აშფოთებს კიდეც, რა თქმა უნდა, თუ შარდი საკმაოდ შეფერილია წითლად, ან სისხლის კოლტები გამოჰყვება (მაკროსკოპული ჰემატურია). სხვა შემთხვევაში ჰემატურია მხოლოდ შარდის ნალექის ლაბორატორიული გამოკვლევით აღმოჩნდება.

ვინაიდან საშარდე და სასქესო ორგანოების დისტალური ნაწილი გაერთიანებულია, ჩვენთვის საინტერესოა ჰემატურიის ის სახე, რომელსაც ინიციალური (დაწყებითი) ეწოდება, და რომლის დროსაც შარდის მხოლოდ პირველ ულუფაში არის სისხლი. ეს ნიშნავს, რომ სისხლის დენის წყარო შარდსადენშია. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს შარდსადენის ტრავმა, ურეთრიტი, წინამდებარე ჯირკვლის, სათესლე

ბუშტუკების, სათესლე ბორცვის ანთებითი და სიმსივნური პროცესები.

ჰემატურიის მეორე სახე — ტერმინალური, როდესაც სისხლის მინარევი შარდის ბოლო წვეთებში შეიმჩნევა, შეიძლება იყოს უკანა ურეთრის და შარდის ბუშტის ყელის, წინამდებარე ჯირკვლის, სათესლე ბორცვის ანთებითი პროცესების და სიმსივნეების დროს.

ტოტალური ჰემატურია, როდესაც შარდის ყველა ულუფა სისხლით არის შეფერილი, სასქესო ორგანოების დაავადებებიდან თითქმის მხოლოდ წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის დროს გვხვდება. ზოგჯერ სისხლისდენა იმდენად ინტენსიურია, რომ სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა არის საჭირო.

პიურია სასქესო ორგანოების დაავადებათაგან მწვავე ურეთრიტის დროს არის (უფრო-გონორეულისა), აგრეთვე წინამდებარე ჯირკვლის აბსცესის დროს, თუ იგი შარდსადენში ან შარდის ბუშტში გაიხსნა. სხვა ანთებითი პროცესები უფრო ზომიერ პიურიას, უფრო სწორად, ლეიკოციტურიას იძლევა.

შარდში ზოგჯერ პოულობენ სპერმას (სპერმატურია). ეს ფიზიოლოგიური მოვლენა შეიძლება იყოს: შარდმა ჩამორეცხოს სქესობრივი აქტის ან პოლუციის შედეგად შარდსადენში დარჩენილი სპერმა. სპერმატორეის დროს, რაც ქრონიკული ვეზიკულიტის ერთ-ერთი სიმპტომია, შარდში სპერმა მუდამ არის. ზოგი სხვა ანომალიისას (თესლსადენის ექტოპია, შარდსადენის შევიწროება, სპინალური შარდის ბუშტი და სხვ.) ეაკულაციის დროს სპერმა მთლიანად ან ნაწილობრივ შარდის ბუშტში გადაისვრება და შარდს გამოჰყვება.

შარდსადენის სეკრეტი

შარდსადენის ტრავმის, აგრეთვე სიმსივნის დროს შეიძლება იყოს სისხლისდენა — ურეთრორაგია, რომელიც თითქმის არასოდეს აღწევს საშიშ დონეს; უფრო ხშირად ავადმყოფი საცვალზე ამჩნევს სისხლის ლაქას, ან ასოს თავზე შემხმარ სისხლს პოულობს.

ურეთრიტის დროს, როგორც ზემოთ ითქვა, შარდსადენიდან ჩირქოვანი გამონადენი შეიძლება იყოს. ჩირქი შარდსადენის ლორწოვანი გარსის დანეკროზებულ ნაწილაკებს, ჩამოფცქვნილ ეპითელს, აგრეთვე, ურეთრიტის გამომწვევი მიზეზის მიხედვით, გონოკოკებს, ტრიქომონადებს ან ვულგარულ ბაქტერიულ ფლორას შეიცავს.

შარდსადენის გამონადენი შეიძლება იყოს წინამდებარე ჯირკვლის წვენი; ამას პ რ ო ს ტ ა ტ ო რ ე ა ეწოდება. ეს ჩვეულებრივად მოშარდვის აქტის ბოლოს ან დეფეკაციის დროს ხდება. გამონადენში არის ლეციტინის მარცვლები, რაც ამტკიცებს, რომ ეს პროსტატის წვენია, და არ არის სპერმატოზოიდები. პროსტატორეა იმის შედეგია, რომ ჯირკვალში დაგროვილია სეკრეტი, რაც თავის მხრივ გამომტანი სადინარების ატონიის შედეგია. ასეთი ჯირკვალი, თუ მასში ინფექცია მოხვდება, უფრო ადვილად ავადდება.

შარდსადენიდან სპერმაც გამოიყოფა. თუ ეს ორგაზმის, ერექციის და ეაკულაციური შეკუმშვების გარეშე ხდება, ამას ს პ ე რ მ ა ტ ო რ ე ა ეწოდება. უხშირესი მიზეზია ქრონიკული პროსტატიტი, მაგრამ ამ დროს სპერმა მხოლოდ გაჭინთვის (დეფეკაციის დროს) ან ძლიერი ფიზიკური დაძაბვის შემდეგ გამოიყოფა. განუწყვეტელი სპერმატორეა ზურგის ტვინის ზოგიერთი დაავადების, მაგალითად, მიელიტის დროს გვხვდება.

სპერმა

სპერმოლოგიურ გამოკვლევებს დიდი მნიშვნელობა აქვს მრავალი ანდროლოგიური დაავადების თუ სინდრომის, მათ შორის მამაკაცის უნაყოფობის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის. ასეთი გამოკვლევები განსაკუთრებით აუცილებელია, თუ ავადმყოფი თვითონ მიგვითითებს, რომ სპერმაში სისხლის ან ჩირქის მინარევი შეამჩნია, ან კიდევ სპერმის რაოდენობა მნიშვნელოვნად შემცირდა და სხვ. ყველაზე ხშირად მაინც სპერმის გამოკვლევა საჭიროა, როდესაც უშვილობის მიზეზის დადგენა გვიხდება.

სპერმა (ბერძ. თესლი) სათესლე ჯირკვლების და მათი დანამატების, აგრეთვე დამატებითი სასქესო ჯირკვლების (წინამდებარე, კუპერისა და ლიტრეს ჯირკვლები), აგრეთვე სათესლე ბუშტუკების სეკრეტის რთული ნარევია. იგი მღვრიე, სქელი, ჟელესმაგვარი, ბლანტი სითხეა. თუ 20—30 წუთს გავაჩერებთ, სპერმა სიბლანტეს ჰკარგავს და თხიერდება. სპერმის შეფარდებითი სიმკვრივე 1020—1040 შორის მერყეობს, რეაქცია სუსტი ტუტეა, მას თავისებური სუნი აქვს: ახალს — ნივრისა, გამშრალს — დამწვარი რქისა. სპერმის მოთეთრო ფერი მასში არსებული სპერმატოზოიდების და ლეციტინის მარცვლების (ისინი წინამდებარე ჯირკვლის სეკრეტშია) შედეგია.

სპერმის გამომუშავება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში იწყება, მაქსიმუმს აღწევს 20—30 წლის ასაკში, ხოლო 40 წლის შემდეგ კლებულობს, ერთ ეაკულაციაზე უნდა გამოიყოს 2,0—6.0 მლ სპერმა, თუმცა ეს რაოდენობა მეტად მერყეევია და დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე: ხშირი სქესობრივი კავშირის დროს სპერმის რაოდენობა მცირდება; ნაკლები კვება, ფიზიკური გადატვირთვა ამცირებს მას; საერთოდ ცნობილია, რომ მსუქან ადამიანებს სპერმა ნაკლები აქვთ; აღნიშნავენ ემოციური ფაქტორების მნიშვნელობასაც.

სპერმის რაოდენობის მომატებას პ ო ლ ი ს პ ე რ მ ი ა ეწოდება, შემცირებას — ო ლ ი გ ო ს პ ე რ მ ი ა ან ჰ ი პ ო ს პ ე რ მ ი ა. არცერთ მათგანს პათოლოგიური მნიშვნელობა არა აქვს, თუკი 1 მლ სპერმაში სპერმატოზოიდების რაოდენობა ნორმალურია. ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს იმასაც, რომ სპერმამ უნდა გაანეიტრალოს საშოს სეკრეტის მჟავე რეაქცია და მხოლოდ მაშინ იძენს სპერმატოზოიდები ცხოველმყოფელობას. თუ სპერმა ძალზე ცოტაა (2 მლ-ზე ნაკლები), იგი არ იქნება საკმარისი საშოს სეკრეტის ნეიტრალიზაციისათვის.

სპერმის მიკროსკოპია ფრიად მრავალფეროვან სურათს გვიჩვენებს: აქ არის აუარებელი მოძრავი სპერმატოზოიდები, სპერმატოგენეზის ადრეული სტადიების დამახასიათებელი უჯრედები (სპერმატოგონიები, სპერმატოციტები, პრესპერმატიდები, სერტოლის უჯრედები), საშარდე და სასქესო ორგანოების ეპითელი, ლეიკოციტების მარცვლები, ყვითელი და მუქი მარცვლები (უფრო ხანშესულ ასაკში).

სპერმის მიმართ ადამიანის ორგანიზმი ზოგჯერ იმუშავებს აგლუტინაციის და ლიზისის რეაქციას.

სპერმის ავკარგიანობაზე საკუთრივ სპერმატოზოიდების რიცხობრივი და თვისობრივი ხარისხის მიხედვით მსჯელობენ, ამასთან დაკავშირებით რამდენიმე ტერმინის მნიშვნელობა უნდა განვიხილოთ, რომლებიც ხშირად გვხვდება სპეციალურ ლიტერატურაში.

თუ სპერმაში სპერმატოზოიდები არ არის, იგი თხიერია, წყალწყალა; ამას ჰ ი დ რ ო ს პ ე რ მ ი ა ეწოდება.

ა ს პ ე რ მ ა ტ ი ზ მ ი ნიშნავს, რომ სქესობრივი აქტის ბოლოს ეაკულატი არ გამოიყოფა („მშრალი კოიტუსი"), თუმცა სხვა მხრივ (ლიბიდო, სქესობრივი უნარი) თითქოს ყველაფერი ნორმალურია; სათესლის ბიოფსია გვიჩვენებს, რომ სპერმატოგენეზიც ნორმალურია. ასპერმატიზმის მიზეზი უხშირესად თესლგამტარი გზების დახშობაა, რაც ნაწიბურების გაჩენის შედეგია (ტუბერკულოზი, ტრავმა და სხვ.). შარდსადენის შევიწროების დროს სპერმა

გარეთ არ გამოიყოფა, მაგრამ ეაკულაცია ხდება და სპერმა უკან, შარდის ბუშტში გადადის. ასპერმატიზმი ხშირია პროსტატის ადენომექტომიის შემდეგ.

ა ს პ ე რ მ ი ი ს დროს თესლი თითქოს არის (ეაკულაცია ხდება), მაგრამ სინამდვილეში ეს დამატებითი სასქესო ჯირკვლების (პროსტატა, კუპერისა და ლიტრეს ჯირკვლები და სხვა) წვენია, სპერმატოზოიდებს და სპერმატოგენეზის უფრო ადრეულ საფეხურებზე მყოფ უჯრედებს არ შეიცავს. ამავე დროს სათესლის ასპირაციით მიღებულ სითხეში სავსებით მწიფე სპერმატოზოიდებიც არის. ეს ნიშნავს, რომ დარღვეულია თესლის გამომტანი გზების გამტარობა. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ტუბერკულოზი (უხშირესად), გონორეა, ადრე სათესლეზე ან მის დანამატზე ჩატარებული ქირურგიული ჩარევა, გადატანილი ტრავმა და სხვა.

ამ ორი მდგომარეობისაგან უნდა განვასხვავოთ ა ზ ო ო ს პ ე რ მ ი ა, რომლის დროსაც ეაკულატში არ არის მზა სპერმატოზოიდები, თუმცა არის სპერმატოგენეზის უმწიფარი უჯრედები. მიზეზი შეიძლება იყოს სათესლეების ჰიპოპლაზია, ორმხრივი კრიპტორქიზმი, ჰიდროცელეთი, ვარიკოცელეთი, თეთრი გარსის ანთებითი გასქელებით ან სხვა მიზეზით გამოწვეული ზეწოლა სათესლეებზე; ზოგჯერ აზოოსპერმის მიზეზია წარსულში გადატანილი ყბაყურა, გონორეა, ტუბერკულოზი, ზოგი სხვა ინფექციური სნეულება; არაიშვიათი მიზეზებია ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, A- და B-ავიტამინოზი, დიაბეტი, ზოგიერთი ქრონიკული ინტოქსიკაცია; ხანმოკლე აზოოსპერმია შეიძლება გამოიწვიოს მეტად ხშირმა სქესობრივმა კავშირმა (ექსცესები): ბევრი სპერმა იხარჯება და სათესლეები ვეღარ ასწრებენ მის გამომუშავებას.

ტერმინთა ამავე ჯგუფს ეკუთვნის ო ლ ი გ ო ზ ო ო ს პ ე რ მ ი ა, რომლის დროსაც ეაკულატის მოცულობა ნორმალურია, მაგრამ შემცირებულია 1 მლ სპერმაში სპერმატოზოიდების რაოდენობა. ეს შემცირება სხვადასხვა ხარისხის შეიძლება იყოს: I — ხარისხი —30—50 მლნ. სპერმატოზოიდი 1 მლ სპერმაში; II ხარისხი— 10—30 მლნ, III ხარისხი—10 მლნ ნაკლები. ოლიგოზოოსპერმია, განსაკუთრებით მისი II—III ხარისხი, მამაკაცის უშვილობის უხშირესი მიზეზია, რადგან მას იგივე ფაქტორები იწვევს, რაც აზოოსპერმიას.

აქვე უნდა განვიხილოთ ნ ე კ რ ო ს პ ე რ მ ი ა ც, თუმცა ამ ტერმინის სიტყვასიტყვითი მნიშვნელობა (მკვდარი თესლი) არ ასახავს მის შინაარსს. ნორმალურ სპერმაშიც სპერმატოზოიდების საკმაოდ

დიდი ნაწილი (25—30%) მოძრაობის უნარს მოკლებულია. თუ უმოძრაო სპერმატოზოიდთა წილი მეტია, მამაკაცი შეიძლება უნაყოფო იყოს. ჰეშმარიტი ნეკროსპერმია, როდესაც ყველა სპერმატოზოიდი მოკლებულია აქტიური გადაადგილების უნარს, ფრიად იშვიათად გვხვდება. თუ სპერმოგრამა ასეთ შედეგს გვაძლევს, საჭიროა ზუსტად დავიცვათ ანალიზისათვის სპერმის აღების წესები. იგი ლაბორატორიასთან ახლოს უნდა იქნას მიღებული (მასტურბაციის გზით), არ შეიძლება რეზინის პრეზერვატივში შეგროვება და სხვ. ზოგჯერ სპერმატოზოიდებს არ აქვთ დაკარგული სიცოცხლის უნარი, მაგრამ ნაკლებად მოძრაობენ, ან სულაც ვერ მოძრაობენ (აკინოსპერმია), რაც ფაქტობრივად ერთი და იგივეა.

სპერმატოზოიდების უმოძრაობას ეგზოგენური მიზეზებიც იწვევს. ეს არის ქალის საშვილოსნოს ყელის ლორწოში არსებული ანტისპერმული ანტისხეულები, სისხლში არსებული სპერმოიმობილიზაციის და სპერმოაგლუტინაციის ფაქტორები და სხვ.

საკუთრივ სპერმის და მისი შემადგენელი ნაწილების რაოდენობრივი და თვისობრივი ცვლილებების გარდა უნდა გავითვალისწინოთ სპერმაში სხვადასხვა მინარევების არსებობა. მაგალითად, სპერმაში სისხლის მინარევს ჰემოსპერმია ეწოდება (სურ. 2). იგი შეიძლება იყოს ჭეშმარიტი, როდესაც სისხლი ერევა სპერმას სათესლე ჯირკვლებში ან ბუშტუკებში, ან თესლის გამომტან გზებში. სპერმა ამ დროს თანაბრად არის შეფერილი სისხლით, იგი რუხი ფერისაა. ცრუ ჰემოსპერმიის დროს სისხლი უკვე შარდსადენში ჩაღვრილ სპერმას ერევა, იგი ახალია და ვინაიდან კარგად არ არის გათქვეფილი, სპერმას ზოლებივით მოჰყვება. ასეთ ჰემოსპერმიას, როგორც წესი, წინ უძღვის ურეთრორაგია — შარდსადენიდან წვეთ-წვეთად სისხლის დენა (პოლიპი, უცხო სხეული, წყლული, ანთებითი პროცესი და სხვ.). ჭეშმარიტი ჰემოსპერმია შეიძლება იყოს თესლის გამომტანი გზების სხვადასხვა მონაკვეთში მიმდინარე ანთებითი პროცესის, წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ან ადენომის და სხვა დაავადებათა დროს. იგი ყოველთვის ყურადსაღები სიმპტომია და როდესაც ავადმყოფი ჰემოსპერმიას უჩივის, იგი გულდასმით უნდა გამოვიკვლიოთ.

ვეზიკულიტის, პროსტატიტის, კუპერიტის დროს, თუ დაავადებას ჩირქოვანი ხასიათი აქვს, სპერმაში შეიძლება ჩირქის მინარევი იყოს — პიოსპერმია (სურ. 3); ესეც ფრიად საყურადღებო სიმპტომია.

თუ სპერმა სქესობრივი აქტის გარეშე გამოიყოფა, ამას **სპერმატორეა** ეწოდება. იგი შეიძლება გამოიწვიოს ზოგადმა დაავადებებმა (პროგრესიული დამბლა, მიელიტი და სხვ.), საკუთრივ სასქესო ორგანოებში არსებულმა პროცესებმა სურეთრიტი, კოლიკულიტი, სათესლე პარკის ეგზემა, ფიმოზი და სხვა), ზოგჯერ მეზობლადაც კი (სწორი ნაწლავის დაავადებანი, ჰელმინთოზი და სხვ.). ვინაიდან სპერმატორეის დროს ბევრი სპერმა იკარგება, იგი თანდათან თხელდება და წყალივით გამჭვირვალე ხდება.

სპერმის გამოყოფას, თუ ეს სქესობრივი აქტის გარეშე ხდება, **პოლუცია** (ლათ. polluo — ვისვრები) ეწოდება. არჩევენ პოლუციის რამდენიმე სახეს: დღის პოლუცია, რაც ადამიანის სიფხიზლის დროს ხდება, და ეაკულაციის ცენტრების აგზნებადობის ზღურბლის დაქვეითების შედეგია; ღამის პოლუცია ძილის დროს ხდება და ჩვეულებრივად ეროტიული ხასიათის სიზმართან არის დაკავშირებული; ადეკვატური პოლუცია ისეთს ეწოდება, რომელიც ქალთან სიახლოვის დროს ხდება, რაც სქესობრივ აქტამდე არ მისულა; არაადეკვატური პოლუცია ეწოდება, როდესაც სქესობრივი ლტოლვილება ან აგზნება არაფერ შუაშია, მაგრამ გარეთა სასქესო ორგანოების რაღაც მექანიკური გაღიზიანება ხდება (ტანსაცმელზე ხახუნი, ტრანსპორტის ვიბრაცია და მისთ.).

სპერმატორეისა და პოლუციისაგან უნდა გავარჩიოთ **პროსტატორეა**, რომლის დროსაც მხოლოდ წინამდებარე ჯირკვლის წვენი გამოიყოფა, უმეტესად დეფეკაციის დროს ან შარდვის დასრულებისას. პროსტატორეა შეიძლება ცენტრალური წარმოშობის მიზეზებმა გამოიწვიოს (ნერვული სისტემის ლაბილობა, ხანგრძლივი ონანიზმი, ან შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი — coitus interruptus ჩასახვის თავიდან აცილების მიზნით), მაგრამ მისი უხშირესი მიზეზია ქრონიკული პროსტატიტი. სპერმატორეისაგან განსხვავებით, ამ დროს გამონადენში სპერმატოზოიდები არ არის, ან მეტად უმნიშვნელო რაოდენობითაა. ამავე დროს პროსტატორეის დროს გამონადენი პროსტატის წვენის ყველა ელემენტს შეიცავს (ლეციტინის მარცვლები, ამილოიდური სხეულაკები და სხვა).

დაუკმაყოფილებელი სქესობრივი აგზნების დროს აგრეთვე არის გამონადენი შარდსადენიდან: რამდენიმე წვეთი, მწებარე — ლორწოვანი კონსისტენციისა. იგი ფორმიან ელემენტებს (სპერმატოზოიდები, ლეციტინის მარცვლები და სხვ.) არ შეიცავს, რადგან პარაურეთრული ჯირკვლების სეკრეტია.

მამაკაცის სქესობრივი ფუნქცია ორ კომპონენტს შეიცავს: სქესობრივი კავშირის უნარი (potentio coëundi) და განაყოფიერების უნარი (potentio generandi). თუ მამაკაცს სქესობრივი კავშირის უნარი არ აქვს, ცხადია, იგი ვერც განაყოფიერებას შეძლებს, თუმცა სპერმატოგენეზი შეიძლება ნორმალურიც იყოს; პირიქით, საკმაოდ ხშირია შემთხვევები, როდესაც სქესობრივი კავშირის უნარი შენარჩუნებულია, მაგრამ თესლის გამტარი გზების გამტარობის დარღვევის ან სპერმატოგენეზის არასრულფასოვნების გამო ადამიანი უნაყოფოა.

ნორმალური სქესობრივი აქტი ხუთი ფაზისაგან შედგება, რომლებიც თანმიმდევრულად უნდა ხორციელდებოდეს: შესაბამისად ნორმალური სქესობრივი აქტისათვის ამდენივე სხვადასხვა ფაქტორია საჭირო (აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სქესობრივი აქტის ფაზები მამაკაცსა და ქალს ერთნაირი აქვთ, თუმცა მათში ანატომიურად სხვადასხვა ორგანოები მონაწილეობენ და განსხვავებული ფიზიოლოგიური პროცესები ხდება):

1. სქესობრივი აქტისათვის აუცილებელია სქესობრივი ლტოლვილება (libido sexualis), რომელიც ფსიქიკურ-ემოციური კატეგორიაა, უკიდურესად მერყეევი, ლაბილური და ინდივიდუალურია და უთვალავ შინაგან და გარეგან ფაქტორებზეა დამყარებული (ეს ორივე სქესს ეხება). ამ სფეროს მოშლილობანი სექსოპათოლოგიის კომპეტენციაში შედის.

2. მომდევნო ფაზისათვის აუცილებელია ერექცია, რომელიც საკმაოდ გამოხატული და ხანგრძლივი უნდა იყოს. ნორმალური ერექციის ხელშემშლელ მიზეზთა შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია სასქესო ასოს თანდაყოლილ ანომალიებსა (ჰიპოსპადია, ეპისპადია, მიკროპენისი და სხვ.) და დაავადებებს (ფიმოზი, ბალანოპოსთიტი, კავერნიტი, სიმსივნე, ასოს ინდურაცია და მრავალი სხვ.); მეტნაკლებად გამოხატული ერექციის გარეშე შეუძლებელია სქესობრივი აქტის შემდგომი ფაზა — 3. ინტროექცია — სასქესო ასოს შეყვანა საშოში. ამას შეიძლება ხელს უშლიდეს როგორც არასაკმარისი ერექცია, ისე ასოს დეფორმაცია (მოხრილობა, სიმსივნე და სხვ.), ზომა (მიკროპენისი, სათესლის წყალმანკი, ზედმეტი სიმსუქნე), აგრეთვე მტკივნეულობა (აქ მხოლოდ მამაკაცის მხრივ შესაძლო დარღვევებზე ვლაპარაკობთ). 4. მომდევნო — ფრიქციის (frictio — ხახუნი) ფაზა, ცხადია,

უშუალოდ დამოკიდებულია წინა ორ ფაზაზე, მაგრამ აქვს საკუთარი ხელშემშლელი ფაქტორებიც: მტკივნეულობა (ბალანოპოსთიტი, ასოს ინდურაცია, სისხლის დენა, ასოს ლაგამის ჩახევა, შანკრი, დაწყლულებული სიმსივნე) და მისთ. 5. ნორმალური სქესობრივი აქტი, როგორც ვთქვით, ორგაზმით უნდა დასრულდეს, რაც აუცილებლად (თუ ლაპარაკია არა მარტო დაკმაყოფილებაზე, არამედ სქესობრივი აქტის დანიშნულებაზე) სრულფასოვანი ეაკულატის დანთხევასაც შეიცავს. არსებობს რიგი ფაქტორებიც, რომლებიც ხელს უშლის ორგაზმს (ტკივილი სასქესო ასოს, წინამდებარე ჯირკვლის, სათესლე ჯირკვლების მიდამოში, ჰემოსპერმია და სხვ.); კიდევ უფრო ხშირია ეაკულაციის დარღვევანი.

როგორც ვხედავთ, საკუთრივ სქესობრივი აქტის მოშლილობანი მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული მამაკაცის მხრივ ამ აქტში მონაწილე ორგანოების ნორმალურ განვითარებასა და ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაზე, ამ ორგანოების პათოლოგიურ პროცესებზე. ქალი აქტიურად მონაწილეობს ხუთივე ზემოხსენებულ ფაზაში და სათანადოდ პასუხობს თითოეულ დარღვევას, რაც მამაკაცის მხრივ შეიძლება გამოვლინდეს. ამიტომ არაიშვიათად, სქესობრივი აქტის რომელიმე ფაზის თუნდაც უმნიშვნელო და ხანმოკლე დარღვევა კოპულაციის ციკლის ორმხრივ (მამაკაცის და ქალის მხრივ) დეზორგანიზაციას იწვევს, ორგანული დისკომფორტი ფსიქიკურში გადაიზრდება და პათოლოგიური სიტუაცია, თუ ამ რთული ჯაჭვის გამოვარდნილი ან შესუსტებული რომელიმე რგოლი დროზე არ იქნა აღდგენილი, სულ უფრო და უფრო ღრმავდება.

აქედან მხოლოდ ერთი საბოლოო დასკვნა შეიძლება გაკეთდეს. მამაკაცის სასქესო სისტემის არცერთი დაავადება არ არის უმნიშვნელო და ადვილი, ყველა მათგანი სწორ დიაგნოსტიკას, მართებულ ტაქტიკას, დიდ ყურადღებას და ტაქტს მოითხოვს.

ლიტერატურა

Вартанетов Б. А., Демченко А. Н. Климакс у мужчин. Киев, 1966.
Васильченко Г. С. Патогенетические механизмы импотенции. М., 1956.
Каган С. А. Патология сперматогенеза. Л., 1969.
Каган С. А. Диагностика мужской стерильности. Л., 1971.
Корик Г. Г. Половые расстройства у мужчин. Л., 1973.
Мильман Л. Я. Импотенция (этиология, профилактики и лечение). М., 1965.
Юнда И. Ф., Кушнирук Ю. И. Диагностика мужского бесплодия. Киев, 1973.

დიაგნოსტიკის მეთოდები

მამაკაცის სასქესო ორგანოების სნეულებათა დიაგნოსტიკა დიდად არაფრით განირჩევა უროლოგიურ სნეულებათა დიაგნოსტიკისაგან. შეიძლება ცოტა მეტია ანამნეზის მნიშვნელობა, რადგან სექსოპათოლოგიური მოშლილობანი ისეთი ინტიმური მხარეა ცხოვრებისა, რომ ავადმყოფის სუბიექტური შეგრძნებანი ზოგჯერ მისთვისაც გაურკვეველია. ლაბორატორიული გამოკვლევები იგივეა, რაც უროლოგიაში იხმარება; შეიძლება, საჭიროა მეტი აქცენტი სპერმის, ურეთრის გამონადენის, პროსტატის წვენის გამოკვლევებზე.

მაგრამ განსაკუთრებით დიდია ისეთი ძველი და გამოცდილი მეთოდების მნიშვნელობა, როგორიცაა ინსპექცია და პალპაცია. უფრო მეტიც, სასქესო ორგანოების მრავალი დაავადების დროს მათი როლი გადამწყვეტია. ჩვენ ამ მეთოდების აღწერას არ შევუდგებით, რადგან ყველა სახელმძღვანელოშია აღწერილი და აქაც, ცალკე დაავადებათა განხილვის დროს მათი საშუალებით მოპოვებულ დიაგნოსტიკურ მონაცემებზე გვაქვს ლაპარაკი.

განუზომლად დიდია მნიშვნელობა ინსტრუმენტული გამოკვლევებისა. მათგან ორი დიდი ჯგუფია გამოსაყოფი: ენდოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები. არც უროდინამიკური გამოკვლევების გამოტოვება შეიძლება, თირკმლების ფუნქციური დიაგნოსტიკაც აუცილებელია.

ურეთროსკოპია

ურეთროსკოპია — შარდსადენის არხის დათვალიერება ოპტიკური ხელსაწყოს — ურეთროსკოპის დახმარებით დიაგნოსტიკის ერთერთი ყველაზე ობიექტური და საიმედო მეთოდია. იგი საშუალებას იძლევა აღმოვაჩინოთ შარდსადენის ლორწოვანი გარსის ანთებითი ცვლილებები, სიმსივნე, ინფილტრატი, შევიწროება, უცხო სხეული, კენჭი, ერთი სიტყვით, ყველაფერი, რაც მის სანათურში ან ლორწოვან გარსზეა. ამავე დროს ურეთროსკოპის კონტროლით შეიძლება ზოგიერთი სამკურნალო მანიპულაცია: მოწვა (წყლულისა, სიმსივნის), მოჭრა (პოლიპის, სარქველის), ამოღება (კენჭის, უცხო სხეულის) და სხვ.

ურეთროსკოპის მრავალი კონსტრუქცია არსებობს, რომელთა შო-

რის ყველაზე მარტივი და გავრცელებულია მშრალი ურეთროსკოპი. მისი კონსტრუქციის და ხმარების წესის აღწერას არ შევუდგები, რადგან ბოლო ხანებში შემოვიდა და თანდათან ვრცელდება ურეთროცისტოსკოპები, რომელთაც შარდის ბუშტის გამოსაკვლევადაც იყენებენ და შარდსადენისაც; ეს ხელსაწყო ბოჭკოვანი სინათლის გამტარით არის აღჭურვილი, რაც საშუალებას იძლევა შარდის ბუშტის და შარდსადენის დათვალიერებისა ისე, რომ სითხით არ გავავსოთ (სურ. 4). ამის გარდა, სპეციალური ხელსაწყოს — რეზექტოსკოპის — შექმნამ მეტად გააფართოვა ტრანსურეთრული და ენდოურეთრული მანიპულაციების დიაპაზონი; ამაზე ცალკე გვაქვს ლაპარაკი. ამიტომ აქ მხოლოდ იმ სურათს აღვწერთ, რომელსაც ურეთროსკოპიის დროს ვხედავთ.

ურეთროსკოპი სხვადასხვა კალიბრისაა და ფრიად მნიშვნელოვანია შესაფერი კალიბრის იარაღის შერჩევა. ეს შეიძლება წინასწარ ბუჟის გატარებით, მაგრამ ამ ზედმეტი მანიპულაციის თავიდან აცილება უბრალო გამოთვლითაც შეიძლება. ცნობილია, რომ თუ სასქესო ასოს გარშემოწერილობას 2,5-ზე გავყოფთ, მივიღებთ შარდსადენის გარშემოწერილობას. აქედან ადვილია დიამეტრის გამოთვლაც. შუალედ გამოთვლებს არ მოვიტანთ, საბოლოო შედეგი კი ასეთია: თუ სასქესო ასოს გარშემოწერილობას (მმ-ებით) გავყოფთ 2,5-ზე, მივიღებთ შარდსადენის დიამეტრს შარიერის სკალით.

რომელი ხელსაწყოთიც უნდა ვაკეთებდეთ ურეთროსკოპიას, საჭიროა ვიცოდეთ, რომ ხელსაწყოს ზეთით გაპოხვა არ არის სასურველი, რადგან ეს ცვლის ანატომიურ სურათს; უმჯობესია გლიცერინი, რადგან იგი წყალში იხსნება და კვალს არ ტოვებს.

მხედველობის არე სისტემატურად უნდა ვამშრალოთ, რადგან აქ გროვდება ლორწო, ზოგჯერ სისხლი, შეიძლება იყოს ეაკულატი, შარდიც. ამისათვის საჭიროა სპეციალური ლითონის ჩხირი — ტამპონდამჭერი — ჩანაჭდევებით, რომელზეც მჭიდროდ, გრძლად და ვიწროდ (შარდსადენში რომ თავისუფლად შევიდეს) ეხვევა ბამბა.

ურეთროსკოპია არ არის ძალზე მტკივნეული პროცედურა, მაგრამ მგრძნობიარე ავადმყოფებს წინასწარ უნდა შევასხათ ნოვოკაინის 2%-იანი ან დიმედროლის 1%-იანი ხსნარი, გავაჩეროთ 3—5 წუთს და შემდეგ დავიწყოთ გამოკვლევა (ტრანსურეთრული მანიპულაციები რეზექტოსკოპის საშუალებით ნარკოზით ან პერიდურული ანესთეზიით კეთდება).

შარდსადენის დათვალიერება გარკვეული გეგმით უნდა მიმდინა-

რეობდეს. ეს ნიშნავს, რომ უნდა ვნახოთ ძირითადი ადგილები, სადაც მოსალოდნელია ამა თუ იმ პათოლოგიური წარმოქმნის აღმოჩენა. ყურადღება უნდა მიექცეს შარდსადენის სანათურს, იმ ნაწილს, რომელიც ურეთროსკოპის მხედველობის ველის ცენტრში მოჩანს — ცენტრალურ ფიგურას; ამ ფიგურის გარშემო არსებულ ძაბრს, რომელიც ნაოჭების სახით ეშვება პერიფერიიდან ცენტრისაკენ, ნაოჭების რაოდენობას, ხასიათს, სიმეტრიულობას; ლორწოვანი გარსის ფერს, მის შემაღლებებს, მასზე არსებულ გასწვრივ ზოლებს თუ ნაკეცებს, ეპითელის ფენის სისადავეს, გამჭვირვალობას. კრიალს, სინოტივეს; სისხლის დენას, მის ადგილს, წყაროს და ხასიათს; მტკივნეულობას, შეხებისადმი მგრძნობელობას; ჯირკვალთა სადინარებს და საკუთრივ ჯირკვლებს, მათ ზომას, ფორმას, მათი მფარავი ეპითელის შეფერილობას, ჩირქოვანი ნადებების არსებობას.

შარდსადენის დათვალიერება ზემოდან იწყება: ურეთროსკოპი (ურეთროცისტოსკოპი) წინააღმდეგობის შეხვედრამდე — შიგნითა სფინქტერამდე შეჰყავთ, მერე მას თანდათან უკან გამოსწევენ და გზადაგზა ათვალიერებენ. ურეთროსკოპის ხელახლა უკან შეწევა უმანდრენოდ არ არის სასურველი (ტუბუსის კიდეები აზიანებს ლორწოვან გარსს).

შარდსადენის სხვადასხვა ადგილას ცენტრალურ ფიგურას განსხვავებული შეხედულება აქვს. სათესლე ბორცვის ზემოთ (pars supramontana) იგი მოჩანს რკალისებრი პირღია ნაპრალის სახით, რომელსაც ზემოდან თაღივით ახურავს შარდსადენის წინა კედლის ლორწოვანი გარსი (სურ. ყდაზე.). ამ ადგილას შარდსადენის უკანა ნაწილი ფიქსირებულია წინამდებარე ჯირკვალთან და ამიტომ გაბრტყელებულია. ასეთ ფორმას ცენტრალური ფიგურა ინარჩუნებს სათესლე ბორცვამდე, რომელიც ურეთროსკოპის ქვევით ჩამოწევის დროს თანდათან ქვემოდან შემოდის მხედველობის არეში; მას მომრგვალო ფორმა აქვს (მეორე რიგში, 1). თუ ურეთროსკოპს კიდევ ქვევით ჩამოვწევთ, სათესლე ბორცვი თანდათან იფარება ფარდასავით ჩამოშვებულ ან რკალისებურ ნაოჭებში; ისინი თავს იყრიან დაბლა — სათესლე ბორცვის ნისკარტთან (მეორე რიგში, 2). აპკისებრ ნაწილში ცენტრალურ ფიგურას უკვე წერტილის სახე აქვს, რადგან აქ შარდსადენის გარეთა სფინქტერია და იგი უშერს ურეთროსკოპს, მჭიდროდ ეკვრის მას (მესამე რიგში, 1).

უკანა ურეთრიდან გამოსვლის შემდეგ ცენტრალური ფიგურა წაგრძელებული ნაპრალის სახეს იღებს, რომელსაც გვერდებიდან

ლორწოვანი გარსის ნაკეცები აკრავს. კიდევ უფრო დაბლა, შარდსადენის თავისუფალ ნაწილში ცენტრალურ ფიგურას გარდიგარდმო ნაპრალის სახე აქვს (მესამე რიგში, 2) და მხოლოდ სასქესო ასოს თავთან — შარდსადენის ტერმინალურ ნაწილთან — მიახლოებისას ცენტრალური ფიგურა ისევ გასწვრივი ნაპრალის სახით მოჩანს (მესამე რიგში, 3).

ლორწოვანი გარსი მოწითალო ფერისა უნდა იყოს, თუმცა მისი ელფერი ბევრ ფაქტორზეა დამოკიდებული (ანესთეზიისათვის გამოყენებულ საშუალებაზე, ურეთროსკოპის დიამეტრზე და სხვ.), აგრეთვე ინდივიდუალურ თავისებურებაზე. ზოგან, განსაკუთრებით პროსტატულ ნაწილში, უფრო წითელი ზოლები მოჩანს. ლორწოვანი გარსის მფარავი ეპითელი ნორმალურად კრიალა, სველი, სადა, გამჭვირვალე უნდა იყოს. სადი შარდსადენის ლორწოვანი გარსი ბამბის ტამპონის შეხებისას სისხლისდენას არ უნდა იძლეოდეს, არ უნდა იყოს მტკივნეული (არის მხოლოდ შეხების გრძნობა, ცოტა უსიამოვნო).

ურეთროსკოპიული სურათი ცალკე დაავადებათა დროს სათანადო თავებშია აღწერილი.

ურეთროსკოპი შეიძლება გამოვიყენოთ დიაფანოსკოპიისათვის (ბერძნ. diaphanos—გამჭვირვალე). ურეთროსკოპის ნათურის გამოსხივება აღწევს გარეთაც, უფრო მკაფიოდ — შარდსადენის თავისუფალ ნაწილში. საჭიროა მხოლოდ შარდსადენი გავჭიმოთ, გავასწოროთ და სინათლეც მაქსიმალური იყოს. უფრო ბნელი ადგილი შეიძლება საეჭვო იყოს ანთებითი ან სიმსივნური ინფილტრატის, მღვიმოვანი სხეულების თრომბოზის და მისთ. არსებობაზე.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

ვინაიდან საშარდე და სასქესო ორგანოების დაავადებანი ხშირად დაკავშირებულია ერთმანეთთან, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, როგორც წესი, იწყება მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით, რომელიც უნდა შესრულდეს ისე, რომ მთლიანად მოიცავდეს მთელ საშარდე გზებს: ჩვეულებრივ 30×40 სმ ფორმატის ფირი მოზრდილებში და 24×30 სმ ზომის ბავშვებში. რენტგენოგრაფია წარმოებს გამოსაკვლევის სათანადო წინასწარი მომზადების შემდეგ (მხედველობაშია ნაწლავების მომზადება) ვენტრო-დორზალურ პროექციაში. ცენტრა-

ლური სხივი მიმართულია წელის მეოთხე მალის დონეზე; დაცული უნდა იქნეს შესაბამისი სიმეტრია.

მიმოხილვითი რენტგენოგრამა არ უნდა იყოს ხისტი, მასზე მკაფიოდ უნდა ვლინდებოდეს სუკის კუნთები, შესაძლებელი უნდა იყოს ძვალოვანი სისტემის ინტერპრეტაცია და უნდა მოიცავდეს არეს გულმკერდის მეთორმეტე მალიდან სიმფიზამდე.

მიმოხილვითი რენტგენოგრამის გაშიფვრისას ყურადღება ექცევა ძვლოვანი სისტემის მდგომარეობას, ნეფროგრამების ჩრდილს, რომლებიც დამაკმაყოფილებელ რენტგენოგრამაზე 20—25% შემთხვევაში საკმაოდ მკაფიოდ ვლინდება, და ყოველგვარი სახის დამატებით ჩრდილებს, როგორც საშარდე გზების საპროექციო არეზე, ასევე მის გარეთ (უცხო სხეული, კენჭი, გაკირული უბნები და მისთ.).

ექსკრეტორულ უროგრაფიას საფუძვლად უდევს თირკმლების უნარი შთანთქას და გამოყოს სისხლში შეყვანილი საკონტრასტო ნივთიერება. ამჟამად უმთავრესად იხმარება სამატომიანი საკონტრასტო ნივთიერებები: ტრიომბრასტი, იოდამიდი, ვეროგრაფინი, უროგრაფინი და სხვა. თუ საჭიროა შეფასდეს ექსკრეტორული უროგრაფიის ორივე კომპონენტი— ფუნქციური და მორფოლოგიური — საკმარისია 0,3—0,4 მლ 60% ხსნარისა ავადმყოფის 1 კგ წონაზე, ხოლო მორფოლოგიური სურათის უკეთ გამოვლინების მიზნით, დოზა შეიძლება 5—6-ჯერად გავზარდოთ (ინფუზიური უროგრაფია).

ექსკრეტორული უროგრაფიის ჩატარება ტექნიკურ სიძნელეებთან არ არის დაკავშირებული და ის ფართოდ არის დანერგილი სამკურნალო დაწესებულებებში.

უროგრამების განხილვისას პირველ რიგში ყურადღება ექცევა თირკმლების პარენქიმის მდგომარეობას (ნეფროგრამა), ფასდება მათი ფორმა, მდებარეობა და ჩრდილის ერთგვაროვნება. განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს მენჯ-ფიალების სისტემის და შარდსაწვეთების მორფოლოგიური სურათის ინტერპრეტაცია, ხოლო ფუნქციური მდგომარეობა ფასდება ზედა საშარდე გზების საკონტრასტო ნივთიერებისაგან დაცლის საფუძველზე.

ექსკრეტორული უროგრაფია საკმარის ინფორმაციას გვაძლევს თირკმლების და ზედა საშარდე გზების მორფოლოგიური და ფუნქციური მდგომარეობის შესახებ. იგი აუცილებელია უროგენიტალური ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისათვის, აგრეთვე თირკმლების ფუნქ-

ციური უნარის დასადგენად წინამდებარე ჯირკვლის დაავადებათა და ინფრავეზიკალური ობსტრუქციების დროს (სურ. 5).

შარდსადენის რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევა შეიძლება ვაწარმოოთ ორი გზით: ე. წ. აღმავალი ანუ რეტროგრადული უ რ ე თ რ ო გ რ ა ფ ი ა და დაღმავალი ც ი ს ტ ო უ რ ე თ რ ო გ რ ა ფ ი ა, როდესაც ექსკრეტორული უროგრაფიის ჩამთავრების შემდეგ, შარდის ბუშტში არსებული საკონტრასტო ნივთიერება მოშარდვის აქტის დროს გადადის შარდსადენში. ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით ეფექტურია უკანა ურეთრის გამოსავლენად უმეტესად იხმარება რეტროგრადული ურეთროგრაფია, ვინაიდან უროგრაფიის ჩამთავრების შემდეგ შარდის ბუშტში საკონტრასტო ნივთიერების დაბალი კონცენტრაციაა, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს შარდსადენის მკაფიო გამოსახულებას (სურ. 6).

ურეთროგრაფიის ჩასატარებლად შეიძლება გამოვიყენოთ თხიერი საკონტრასტო ნივთიერებები და გაზი. თხიერ საკონტრასტო ნივთიერებებად შეგვიძლია ვიხმაროთ ერთ, ორ და სამატომიან საკონტრასტო ნივთიერებების 15 — 60%-ანი ხსნარები (ჩვეულებრივ საკმარისია 4—5 მლ), ხოლო გაზებიდან ჟანგბადი და ნახშირორჟანგი. გაზით კონტრასტირება იხმარება აგრეთვე ცისტოგრაფიისათვის, პნევმოპროსტატოგრაფიისათვის (სურ. 7).

ურეთროგრაფია დიდ დახმარებას გვიწევს განსაკუთრებით შარდსადენის შევიწროების დიაგნოსტიკაში. უფრო ფიზიოლოგიურია და ამიტომ მეტად ინფორმაციული დაღმავალი ურეთროგრაფია — მ ი ქ ც ი ო გ რ ა ფ ი ა, მაგრამ ამ მეთოდის გამოყენება ვერ ხერხდება, თუ ავადმყოფს მოშარდვა არ შეუძლია; ძნელია მისი გამოყენება პატარა ბავშვებშიც.

ვ ე ზ ი კ უ ლ ო გ რ ა ფ ი ა — სათესლე ბუშტუკების რენტგენოგრაფია — აგრეთვე ორი გზით კეთდება: აღმავალი და დაღმავალი. აღმავალი ვეზიკულოგრაფია წარმოებს მშხეპავი სადინრების კათეტერიზაციით, ენდოურეთრული გზით. უფრო ეფექტურია და პრაქტიკული გავრცელება ჰპოვა დაღმავალმა ვეზიკულოგრაფიამ. ვაზოტომის ან ვაზოპუნქციის გზით თესლის გამომყოფ სადინარში შეჰყავთ ცხიმოვანი ან წყალში ხსნადი საკონტრასტო ნივთიერების 2—3 მლ 30% ან 50—60 ხსნარისა. ცხიმოვანი საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანისას რენტგენოგრაფია შეგვიძლია ვაწარმოოთ რამდენიმე საათის შემდეგაც კი, ხოლო წყალში ხსნადი საკონტრასტო ნივთიერებების შეყვანისას — მაშინვე.

უცვლელი სათესლე ბუშტუკები რენტგენოგრამაზე ვლინდება სპირალისმაგვარი მარყუჟების და მრავლობითი მცირე ზომის მრგვალი ან ოვალური ფორმის ღრუების სახით, რომელიც ავსებულია საკონტრასტო ნივთიერებით. რენტგენოგრაფია წარმოებს ვენტროდორსალურ პროექციაში. სათესლე ბუშტუკების გამოსახულება პროექციულად ემთხვევა სიმფიზის ზემო კიდეს (სურ. 8).

ვ ე ნ ო კ ა ვ ა გ რ ა ფ ი ა და მ ე ნ ჯ ი ს ფ ლ ე ბ ო გ რ ა ფ ი ა ბოლო ხანებში ფართოდ დაინერგა ქირურგიულ და უროლოგიურ კლინიკებში, განსაკუთრებით სიმსივნეთა დიაგნოსტიკისათვის.

იმ შემთხვევაში, როდესაც თირკმლის ან თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნის, სათესლის ან სხვა სასქესო ორგანოს სიმსივნის დროს გადიდებული პარააორტული ლიმფური ჯირკვლები აწვება ღრუ ვენას, იგი განიცდის დეფორმაციას, რაც მიუთითებს სიმსივნური პროცესის არსებობაზე.

ქვემო ღრუ ვენის გამოსახულების მისაღებად მოწოდებულია რამოდენიმე მიდგომა კონტრასტირებისა: დიდი საჩინო ვენის (v. saphena magna), მხრის ვენის გზით, სელექციური ვენაკავაგრაფია და სხვა. ტექნიკა ასეთია.

ავადმყოფს ვაწვენთ ზურგზე. ადგილობრივი ანესთეზიით სკარპის სამკუთხედში გამოიყოფა დიდი საჩინო ვენა მისი ბარძაყის ვენასთან შეერთების ადგილას. ბარძაყის დიდი ვენის დისტალურ ნაწილზე ედება კეტგუტის ლიგატურა. მის ზევით ვენა იკვეთება და მასში იდგმება სპეციალური ზონდი, რომელიც თანდათან შედის ჯერ ბარძაყის, შემდეგ კი თეძოს საერთო ვენაში 15 სმ სიმაღლეზე. ზონდში წვეთობრივად ასხამენ ფიზიოლოგიურ ხსნარში განზავებულ ჰეპარინს (5000 ერთეული ჰეპარინი 1 ლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში) თრომბის წარმოშობის პროფილაქტიკის მიზნით. ამის შემდეგ ზონდში შეასხამენ 30 ან 50 მლ საკონტრასტო ნივთიერებას (უროგრაფინი, ვეროგრაფინი და მისთ.). ავადმყოფი ღრმად ჩაისუნთქავს, აჩერებს სუნთქვას, ამ პერიოდში 3 — 4 სეკ. განმავლობაში (ვალსალვის ფენომენი) ხდება სერიული სურათების გადაღება. სურათები სასურველია გადაღებული იქნას რენტგენის აპარატზე, რომელსაც აქვს სერიოგრაფი. თუ საჭიროა რომელიმე თირკმლის ვენის გამოსახულების გადაღება, ავადმყოფი უნდა გადავაწვინოთ გვერდზე და ავუწიოთ ტანის ზედა ნაწილი. გამოკვლევის დამთავრების შემდეგ პუნქციის ადგილი შეიხვევა. ჰემოსტაზის მიზნით საჭიროა 10—15 წუთით ხელით ზეწოლა (სურ. 9).

მენჯის ფლებოგრამების მისაღებად მენჯის ძვლებში საკონტრასტო ნივთიერებას სხვადასხვა გზით ასხამენ: ბოქვენის ძვლების სპონგიოზურ ქსოვილში (ცალ ან ორივე მხარეს), ბარძაყის ძვლის დიდ ციბრუტში (ცალ ან ორივე მხარეს), საჯდომი ძვლის ხორკლში; ჩვენ უკანასკნელ გზას ვამჯობინებთ.

ბოქვენის მიდამოს ვამუშავებთ იოდით და სპირტით. სიმფიზიდან 2 სმ-ის დაშორებით, ორივე მხარეს, ბოქვენის ძვლების ყველაზე ამაღლებულ ადგილას, კანის, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილისა და ძვლის საზრდელის გაუტკივარების შემდეგ პერპენდიკულარული მიმართულებით ძვლის კორტიკალურ შრემდე შეჰყავთ ნემსები, ნემსიდან მანდრენის ამოღების შემდეგ ბურღსა და ДР-1 ტიპის ხელის დრელით შევდივართ ძვლის ღრუბლოვან ნივთიერებაში 2—3 სმ სიღრმეზე. ბურღის ამოღების შემდეგ, როდესაც ასპირაციით ძვლის ტვინთან შერეული სისხლნარევი სითხე მიიღება, ნემსებს უერთდება სამმუხლიანი მილი. წინასწარი გაუტკივარების მიზნით შეჰყავთ 0,5% ნოვოკაინის ხსნარის 40 მლ, გახსნილი 20 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში ჰეპარინთან ერთად. პნევმატური შპრიცის საშუალებით ძვლებში შეჰყავთ საკონტრასტო ნივთიერება გარკვეული რაოდენობით. ავადმყოფს ვაფრთხილებთ ღრმად ისუნთქოს, დაჭიმოს კუნთები, სუნთქვა შეაჩეროს; ამ მდგომარეობაში ქვემო ღრუ ვენის სისტემაში წნევა მატულობს, საკონტრასტო ნივთიერება თანდათან ვრცელდება და ადვილად აღწევს მენჯის ვენურ წნულს.

პნევმატური შპრიცით წნევის ქვეშ შეყვანილი საკონტრასტო ნივთიერება თანაბრად ნაწილდება მენჯის ორივე მხარეს, რაც მეტად საყურადღებო ფაქტია მენჯის ვენების არქიტექტონიკის ინტერპრეტაციისათვის (სურ. 10).

ვენაკავაგრაფია და ფლებოგრაფია გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როდესაც სხვა დიაგნოსტიკური მეთოდი არ გვაძლევს საშუალებას დავადგინოთ დაავადების ხასიათი: სიმსივნის შემთხვევაში — მათი გავრცელების არეალი, მეტასტაზების არსებობა, განსაკუთრებით ოპერაციული მკურნალობის საკითხი და სხვ.

ვენაკავაგრაფია ანდროლოგიურ პრაქტიკაში ძირითადად გამოიყენება სასქესო ასოს და სათესლის სიმსივნის მეტასტაზების დასადგენად პარააორტულ ლიმფურ კვანძებში. მენჯის ფლებოგრაფიას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სასქესო ასოსა და სათესლის სიმსივნის დროს მეტასტაზური ცვლილებების დასადგენად ლიმფურ კვანძებში, მენჯის მაგისტრალური სისხლძარღვების გასწვრივ,

განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც ინფილტრაცია პარაველიკალურ ქსოვილებში არ ისახება და მეტასტაზები მენჯის რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებშია გავრცელებული. წინამდებარე ჯირკვლის სიმსივნეების დროს საზარდულისა და მენჯის ღრუს კვანძებში მეტასტაზების დასადგენადაც ეს მეთოდი აუცილებელია (სურ. 11).

სასქესო ორგანოების სიმსივნეთა მეტასტაზების დასადგენად უკანასკნელ ხანს შემოღებულია შედარებით სრულყოფილი მეთოდი — პირდაპირი ლიმფოგრაფია, საკონტრასტო ნივთიერების უშუალოდ ლიმფურ სადინარში შეყვანით.

ზეთოვანი საკონტრასტო ნივთიერებები ძირითადად იოდის შემცველი პრეპარატებია (1, 2, 3- და მეტატომიანი). ორგანიზმში შეყვანილი იოდი ზოგჯერ ზოგად რეაქციას, გართულებასაც კი იძლევა. ამიტომ საჭიროა ავადმყოფის წინასწარი მომზადება. ამ მიზნით 3 — 4 დღით ადრე ლიმფოგრაფიის ჩატარებამდე მას ეძლევა ტიოსულფატ-ნატრიუმის 10% ხსნარი, რომელსაც დესენსიბილიზაციის უნარი აქვს.

ავადმყოფი რენტგენის მაგიდაზე თავსდება ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, ზურგზე მწოლიარე; კიდურები ფიქსირებულია, მოხრილი მენჯისა და მუხლის სახსრებში. ტერფის (ერთ ან ორივე მხარეს) 1 და 2 თითებს შორის კანქვეშ შეჰყავთ საღებავი — 0,5% ევანსის ლურჯი ან 0,4% ინდიგოკარმინის ხსნარი; ინექციის ადგილიდან 4—5 სმ დაცილებით პროქსიმალურად, ტარდება 3—4 სმ სიგრძის კანის გასწვრივი განაკვეთი (ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე); კანქვეშ აისახება ლურჯად შეღებილი ლიმფური სადინარი; წვრილი ნემსით (0,4—0,5 მმ დიამეტრის, ბლაგვად მოკვეთილი ბოლოთი) საკონტრასტო ნივთიერება შეჰყავთ ლიმფურ სადინარში ავტომატური ორშპრიციანი აპარატის საშუალებით (სურ. 12). 1,5—2 საათის განმავლობაში შეჰყავთ 9 მლ ზეთოვანი საკონტრასტო ნივთიერება ერთ მხარეს: გაანგარიშება ასეთია: 1 მლ საკონტრასტო ნივთიერება 12 წუთში.

ზეთოვანი საკონტრასტო ნითიერებები (მიოდილი, იოდოლიპოლი, ზეთხელი ლიპიოდოლი) ლიმფურ კვანძებში რჩება 3 კვირის და მეტი ხნის განმავლობაში. მანიპულაციის დამთავრების შემდეგ ჭრილობას ამუშავებენ ჩვეულებრივ.

მენჯისა და წელის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია კეთდება საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანის დამთავრებიდან 24—48 საათის შემდეგ. საჭიროების მიხედვით მოგვიანებითაც.

სურათის გადაღების ტექნიკური პირობები შემდეგია: ფირის სიდიდე 30×40; რენტგენის აპარატის დენის ძაბვა 75 kv და 300 mA, ექსპოზიცია 1 წამი. მანძილი ფირი-ტუბუსი 110 სმ. ტუბუსის ცენტრაცია — გავა-წელის არე, საზარდულის მიდამოს ჩათვლით D_{12}—L_1 მალების დონემდე (სურ. 13).

ლიმფოგრამების ინტერპრეტაციისას უნდა გავითვალისწინოთ, რომ სათესლის სიმსივნე მეტწილად მეტასტაზებს პარააორტულ ლიმფურ კვანძებში იძლევა, სასქესო ასოს კიბოს დროს — საზარდულის და თეძოსი, წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დროს მენჯის ლიმფურ კვანძებში (სურ. 14, 15).

რენტგენოლოგიური გამოკვლევის უკანასკნელი მიღწევაა კომპიუტერული ტომოგრაფია, რომელიც მაღალეფექტიანი რენტგენის აპარატისა და ელექტრონულ-გამომთვლელი მანქანის კომბინაციას წარმოადგენს. იგი საშუალებას იძლევა, კონტრასტირების გარეშეც კი აღმოვაჩინოთ მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში, აგრეთვე დავინახოთ წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების კონტურები.

უახლოეს ხანში მოსალოდნელია გამოკვლევის კიდევ ერთი, პრინციპულად განსხვავებული მეთოდის დანერგვა. ეს არის ბირთვულ მაგნიტური ტომოგრაფია (INRI). როგორც აღნიშნავენ, ეს არაინვაზიური მეთოდია (სხივურ დატვირთვას ავადმყოფი არ განიცდის) და შეიძლება ეფექტურად გამოვიყენოთ სხეულის სიღრმეში მიმდინარე პროცესების დიაგნოსტიკისათვის. ამან სრული ინფორმაცია უნდა მოგვცეს სასქესო ორგანოების სიმსივნეთა მეტასტაზების ირგვლივ.

რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკა

სათესლე ჯირკვლების იზოტოპური გამოკვლევის მიზანს შეადგენს მათი მდებარეობის, ფორმის, ზომების და ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება. მეთოდს საფუძვლად უდევს სათესლე ჯირკვლის უნარი შერჩევითად შთანთქას სისხლში შეყვანილი იზოტოპი — 99 m_{Tc} — პერტექნეტატი. ჩვეულებრივ იხმარება აღნიშნული იზოტოპის 10—15% ხსნარის 5—10 მლ, რომელიც ვენაში შეჰყავთ. შეყვანიდან 15—20 წუთის შემდეგ აწარმოებენ სცინტიგრაფიას. სათესლეების სცინტიგრაფია ტარდება კრიპტორქიზმის, სექსუალური მოშლილობების,

ტრავმის, სიმსივნეთა დროს. ტესტოსცინტიგრაფია სარწმუნო მონაცემებს იძლევა სათესლეების ფუნქციური უნარის შესახებ, რაც აუცილებელია სქესობრივ მოშლილობათა ზოგი სახის დიაგნოსტიკისათვის. იგი უნდა ჩატარდეს სათესლის გადანერგვის ჩვენებათა განსაზღვრის მიზნითაც.

სცინტიგრაფი დაკავშირებულია ელექტრონულ გამომთვლელ მანქანასთან, რომელიც აღრიცხავს ცალ-ცალკე ორივე ჯირკვლის მიერ იზოტოპის შთანთქმას, ადარებს მათ ერთმანეთს და ნორმას.

თუ სათესლე არ მდებარეობს თავის ადგილას (კრიპტორქიზმი), მისი პოვნა ერთგვარ სიძნელესაც წარმოადგენს. საქმეს ისიც აძნელებს, რომ ექტოპიური ჯირკვალი, როგორც წესი, ნაკლებად განვითარებულია და ნაკლებ იზოტოპს ითვისებს; ამიტომ რადიოაქტიური იზოტოპის მეტი დოზის ხმარებაც არის საჭირო.

ულტრაბგერითი ექოსკანირება

ულტრამაღალი სიხშირის ტალღები (1,25—15 მჰც სიხშირისა) ამ ბოლო დროს ფართოდ გამოიყენება ყოველგვარი მოცულობითი პროცესების აღმოსაჩენად. ბგერის კონა გაივლის სხეულის სხვადასხვა ნაწილს (აღწევს 20 სმ-მდე სიღრმეს) და სხვადასხვანაირად აირეკლება მათგან. ეს არეკლილი ტალღა რეგისტრირდება სპეციალურ ეკრანზე ან ფოტოქაღალდზე. ექოსკანოგრამაზე კარგად მოჩანს ორგანოს კონტურები, ზომა, შეიძლება დავადგინოთ შეიცავს თუ არა იგი სითხეს (ცისტები, სათესლე პარკის წყალმანკი), არის თუ არა კენჭები და სხვ. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ამ მეთოდს რეტროპერიტონეალურ ლიმფურ კვანძებში სასქესო ორგანოების სიმსივნეთა მეტასტაზების აღმოსაჩენად. ექოგრაფიით შეიძლება აღმოვაჩინოთ ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოები, როდესაც საჭიროა ჰერმაფროდიტიზმის დროს). ულტრაბგერითი ექოსკანირების დიდი უპირატესობაა ის, რომ მეთოდი არაინვაზიურია, ე. ი. არავითარ ვნებას ავადმყოფს არ აყენებს.

უროდინამიკის გამოკვლევის მეთოდები

უროდინამიკის გამოკვლევის მეთოდების — უროფლოუმეტრიის და ცისტოსფინქტერომეტრიის დანერგვამ კლინიკურ პრაქტიკაში და

მათმა კომპლექსურმა გამოყენებამ დიდად შეუწყო ხელი ქვედა საშარდე გზების და მათთან მჭიდროდ დაკავშირებული სასქესო ორგანოების პათოლოგიურ მდგომარეობათა ადრეულ და სრულ გამოვლინებას.

უროფლოუმეტრია არის შარდის ნაკადის გაზომვა. შარდის ნაკადის ობიექტური შეფასებისათვის, დანაყოფებიანი ჭურჭლის და წამმზომის საშუალებით, შეიძლება განისაზღვროს გამოყოფილი შარდის მოცულობა, მოშარდვის ხანგრძლივობა და 1 წამში გამოყოფილი შარდის საშუალო რაოდენობა ანუ ნაკადის საშუალო მოცულობითი სიჩქარე (ნმს), რომელიც იზომება მილილიტრობით წამში — მლ/წ. ეს სიდიდე დამოკიდებულია შარდის ბუშტის დეტრუზორისა და მუცლის პრესის კუნთების შეკუმშვის ძალაზე, აგრეთვე შარდსადენის დიამეტრსა და სიგრძეზე. ამ გამოკვლევით მიღებულ ინფორმაციას აქვს საორიენტაციო მნიშვნელობა და იგი უნდა შეივსოს სხვა კლინიკური და ფუნქციური გამოკვლევებით.

უროფლოუმეტრია გრაფიკულად ასახავს მოშარდვის აქტს — მრუდის სახით. ამ მრუდის — უროფლოუგრამის — მიხედვით შეიძლება განისაზღვროს შარდის ნაკადის მაქსიმალური მოცულობითი სიჩქარე — $V_{მაქს}$ და დროის ის მონაკვეთი, რაც საჭიროა მის მისაღწევად. მრუდის ინტერპრეტაციის გაადვილების მიზნით მას ჰყოფენ სამ ნაწილად: შარდის ნაკადის საწყის, მაქსიმალურ და საბოლოო დინებად. მიღებული მონაცემები მხოლოდ მაშინ ითვლება სარწმუნოდ, როდესაც ერთ მოშარდვაზე გამოყოფილი შარდის რაოდენობა მოზრდილებში 150 მლ-ზე, ხოლო ბავშვებში 100 მლ-ზე ნაკლები არ არის.

ნმს თანდათან მატულობს პირველი 50 მლ შარდის გამოყოფისას, აღწევს მაქსიმუმს 50—100 მლ-ის ინტერვალში ($V_{მაქს} = 28 \pm 4$ მლ/წ), ხოლო საშუალო მაჩვენებელი შეეფარდება 100—300 მლ ინტერვალს ($V_{საშ} = 22 \pm 4$ მლ/წ).

მიუხედავად იმისა, რომ შარდის ბუშტის მოცულობა ასაკის ზრდასთან ერთად მატულობს, ნმს მერყეობა არ არის მნიშვნელოვანი. მაგალითად, 4 წლამდე ასაკის ბავშვებში იგი ტოლია 11—16 მლ/წ, ხოლო 4—13 წლამდე მერყეობს 13—26 მლ/წ ფარგლებში.

ქვედა საშარდე გზების ობსტრუქციული დაავადებების დასაწყის სტადიაში, როდესაც ავადმყოფს ჯერ კიდევ არ აქვს შარდვის დისკომფორტი, უროფლოუმეტრიის მეშვეობით შეიძლება აღმოვაჩინოთ ნმს შემცირება.

ნმს დაბალი მაჩვენებელი ხშირად დამახასიათებელია აგრეთვე შარდის ბუშტის ნევროგენური დაავადებებისათვისაც. დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით პაციენტი ჯერ ჩვეულებრივ მოშარდავს უროფლოუმეტრის ჭურჭელში და იწერება მრუდე. შემდეგ შარდის ბუშტში შარდსადენის გზით დგამენ კათეტერს და განმეორებით იწერენ მოშარდვის აქტს. თუ ნმს შემცირება გამოწვეული იყო ობსტრუქციული დაავადებით, კათეტერით ჩაწერილი მრუდე იქნება პირველზე გაცილებით უკეთესი, შარდის ბუშტის ნევროგენური დაავადების დროს კი ორივე მრუდე ერთნაირია.

უროფლოუგრაფიის დადებითი თვისებაა ის, რომ არ არის საჭირო შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, ე. ი. გამორიცხულია საშარდე გზების ტრავმა და ინფიცირება. ამიტომ მისი განმეორებით გამოყენება შეიძლება, ეს კი საშუალებას გვაძლევს მკურნალობის ეფექტურობის კონტროლისა.

უროფლოუმეტრის დიაგნოსტიკური ღირებულება კიდევ უფრო იზრდება, თუ მასთან ერთად გამოვიყენებთ უროდინამიკური გამოკვლევის სხვა მეთოდებს, კერძოდ ცისტოსფინქტერომეტრიულ მეთოდებს.

სფინქტერომეტრიის მიზნით ავადმყოფს ზურგზე აწვენენ და მოაშარდვინებენ. ამის შემდეგ შარდსადენში 2—3 სმ-ის სიღრმეზე დგამენ რეზინის მილს, რომელიც მიერთებულია სფიგმომანომეტრთან. ერთის მხრივ, სფინქტერით, ხოლო მეორე მხრივ, სფიგმომანომეტრის მემბრანით დახშულ სივრცეში ნელა შეჰყავთ ჰაერი მანამდე, სანამ იგი არ გადალახავს სფინქტერის წინააღმდეგობას და დამახასიათებელი ხმაურით არ შევა შარდის ბუშტში. ვერცხლისწყლის სვეტის მაქსიმალური სიმაღლე ამ დროს ასახავს შარდის ბუშტის შიგნითა სფინქტერის ძალას (ტონუსს) მშვიდ მდგომარეობაში.

უროდინამიკური გამოკვლევები ფართოდ იხმარება წინამდებარე ჯირკვლის და შარდსადენის სხვადასხვა დაავადებათა არა მარტო დიაგნოსტიკისათვის, არამედ, და კიდევ უფრო, როგორც ზემოთ ვთქვით, მკურნალობის შედეგების შესამოწმებლად.

ამჟამად არსებობს სპეციალური აპარატები უროდინამიკური კვლევისათვის, რომელთა დახმარებით, ზემოთჩამოთვლილთა გარდა, კიდევ მრავალი სხვა მაჩვენებლის აღნუსხვა შეიძლება, ზოგი კონსტრუქციის აპარატი 16 სხვადასხვა მრუდეს იწერს. ასეთი გამოკვლევა უხშირესად შარდის ბუშტის ყელის კონტრაქტურის, შარდსადენის სარქველების და შეავიწროების და სხვა თანდაყოლილი თუ შეძენილი

ობსტრუქციის დროს ხმარება. ინტერპრეტაციის ერთგვარი სიძნელის მიუხედავად, უროდინამიკური გამოკვლევები მნიშვნელოვანი შენაძენია უროლოგიური და ანდროლოგიური ავადმყოფების დიაგნოსტიკის საქმეში.

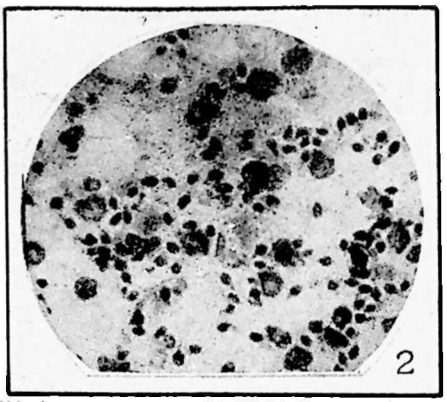
თირკმლების ფუნქციური დიაგნოსტიკა

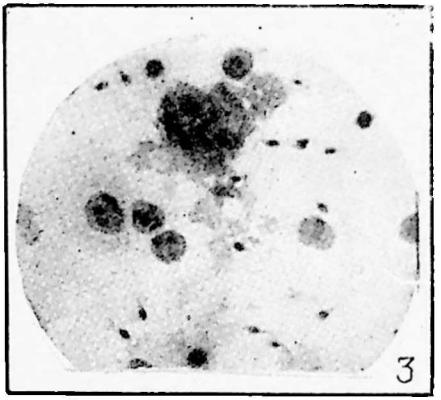
საშარდე და სასქესო ორგანოების მჭიდრო ანატომიური და, ნაწილობრივ, ფუნქციური კავშირის გამო ქირურგიული პროფილის ანდროლოგიურ დაავადებათა დროს ხშირად ზიანდება ზედა საშარდე გზები და თირკმლები. ამიტომ საჭირო ხდება თირკმლების არა მარტო ანატომიური, არამედ ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლა. ეს განსაკუთრებით საჭიროა ზოგი სისტემური დაავადების დროს. მაგალითად, თუ დავადგენთ, რომ ავადმყოფს თირკმლის ტუბერკულოზი აქვს, ეს ამტკიცებს სასქესო ორგანოებში არსებული ანთებითი პროცესის ანალოგიურ წარმოშობას.

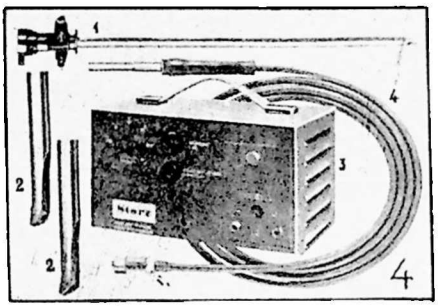
მეორადი ცვლილებები ზედა საშარდე გზებისა და თირკმლების მხრივ, მათი მრავალფეროვანი ფუნქციების დათრგუნვა თირკმლების ქრონიკულ უკმარისობას იწვევს, ეს კი ხშირად მკურნალობის წესის არჩევისა, ოპერაციული ჩარევის ტაქტიკის განსაზღვრისა და, საბოლოოდ, პროგნოზისათვის გადამწყვეტი ფაქტორია. საკმარისია ითქვას (თავის ადგილზე ამას კიდევ გავიმეორებთ), რომ წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის გამო ოპერაციის ერთ-თუ ორეტაპიანი ტაქტიკის არჩევა ძირითადად თირკმლების ფუნქციურ უნარზეა დამოკიდებული. მამაკაცის სასქესო ორგანოების სნეულებათა დროს სავსებით საკმარისია თირკმლების ფუნქციის ისეთი მაჩვენებლები, როგორიცაა კრეატინინის დონე სისხლის პლაზმაში (N=61,9—76.0 მკმოლი/ლ), ან შარდოვანის დონე (N=3,8—5,8 მმოლი/ლ.); ნაკლებ ინფორმაციულია ნარჩენი (უცილო) აზოტის მაჩვენებელი (N=15,0—22,1 მმოლი/ლ).

ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მშვიდად წარმართვისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლში ელექტროლითების შემცველობას, ყველაზე მეტად — კალიუმისა (N=4,09—4,73 მმოლი/ლ), სისხლში მჟავე-ტუტოვანი წონასწორობის, უკიდურეს შემთხვევაში pH-ის განსაზღვრას (N=7,35—7,45).

ჩვენ წარმატებით ვიყენებთ შარდის მშრალი ნამთის განსაზღვრა-







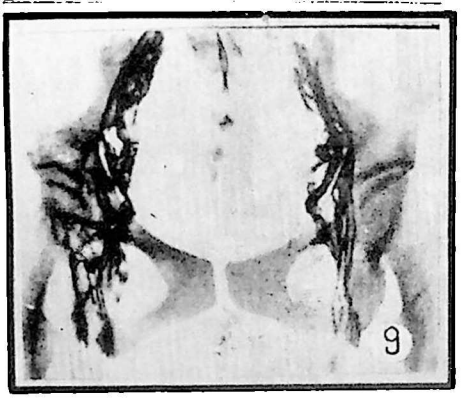




2. სპერმოგრამა. ჰემოსპერმია. 3. სპერმოგრამა. პიოსპერმია. 4. ურეთროცისტოსკოპი. (1 — ურეთროცისტოსკოპი; 2 — მისი ბუნიკები; 3 — სინათლის გენერატორი; 4 — ბოკოვანი სხივგამტარი.) 5. ექსკრეტორული უროგრამა. 6. რეტროგრადული ურეთროგრამა. შარდსადენის შევიწროება.



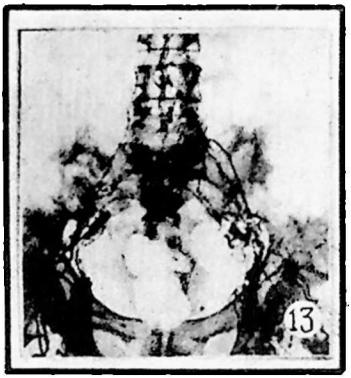


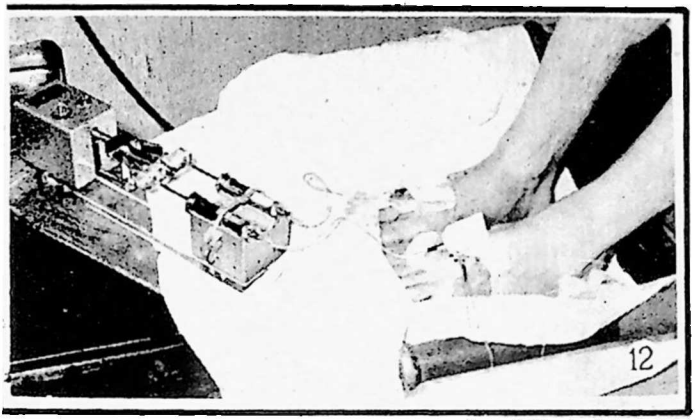




7. პნევმოპროსტატოგრამა. წინამდებარე ჯირკვლის ადენომა. 8. ნორმალური ეზოკულოგრამა. 9 .ენაკავაგრამა. ქვედა ღრუ ვენა შევიწროებული და დეფორმირებულია (წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს მეტასტაზის ზეწოლის გამო). 10 მენჯის ფლებოგრაფია (ნორმა).



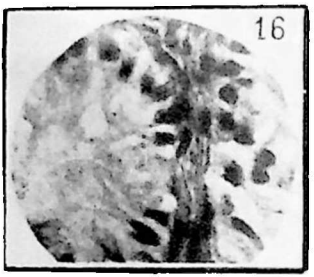


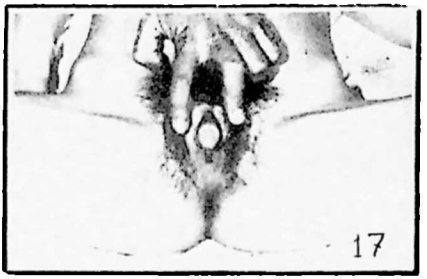


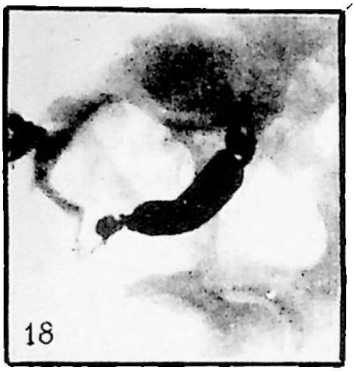




11. მენჯის ფლებოგრამა. ისრით ნაჩვენებია ოვალური ფორმის დიდი მეტასტაზი (სათესლე ჯირკვლის სიმსივნისა). 12. ინექტორი ლიმფოგრაფირებისათვის (ბ. ჩხოტუას კონსტრუქციისა). 13. ნორმალური ლიმფოგრამა. 14. ლიმფოგრამა. ისრით ნაჩვენებია წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს მეტასტაზი. 15. ლიმფოგრამა. ისრით ნაჩვენებია სასქესო ასოს კიბოს მეტასტაზი. მენჯის ლიმფური სისტემა დეზორგანიზებულია.

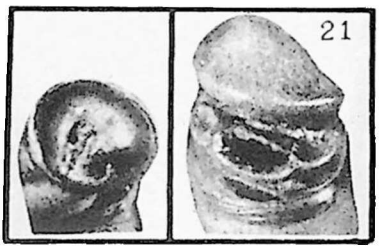






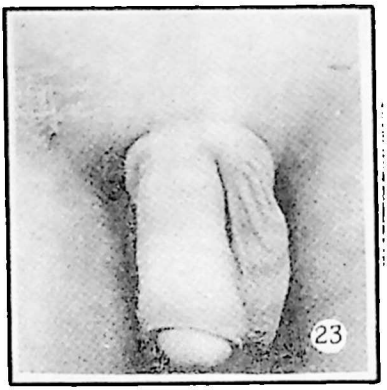




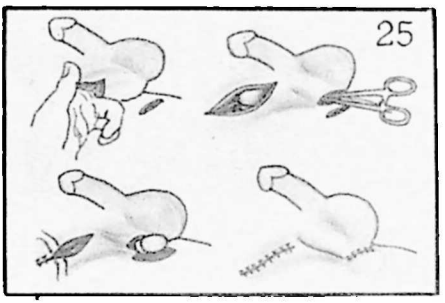


16. სპერმოგრამა. სპერმატოგენეზის მოშლა არის მხოლოდ სერტოლის უჯრედები. 17 ცრუ პერმაფროდიტიზმი (ფოტო). 18. მენტოგრამა. სამეილოსპოს ჰიპოპლაზია. 19. თესლსადენის კალცინოზია (ნაჩვენებია ისრებით). 20. სასქესო ასოს ტუბერკულოზი (მარცხნივ) და ლუესური წყლული. 21. ორმხრივი ვენზაკულოგრამა. მარჯვენა თესლსადენი ატონიურია, მარცხენა—დეფორმირებული, გაწერი. წინამდებარე ჯირკვალში და სათესლე ბუშტუკებში კავეონებია.

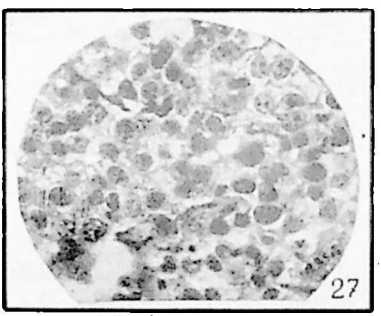








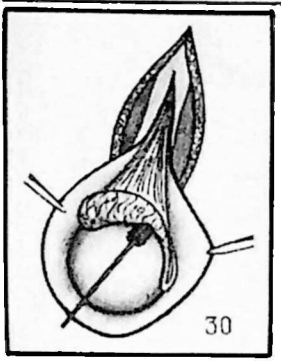


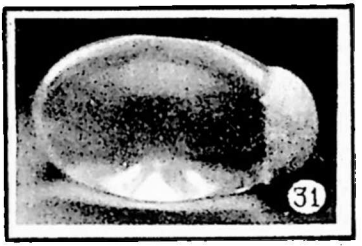


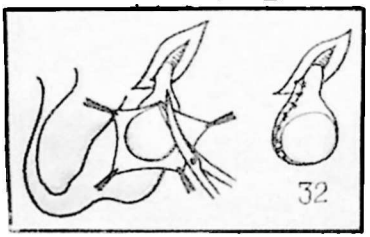
22. ცისტოგრამა მარჯვენა თირკმლის და სათესლის აგენეზიის დროს. გასუვითრებელია შარდის ბუშტის შესაბამისი ნახევარი. 23. კრიპტორკიზმი მარჯვნივ. 24. მარცხენა სათესლის ექტოპია (ფოტო უკანა მხრიდან). 25. გერცენ-თორეკის ოპერაცია კრიპტორკიზმის დროს. 26. სათესლის ფიბრომა (პრეპარატის ფოტო) 27. მიკროფოტო სპერმატოციტური სემინომა.

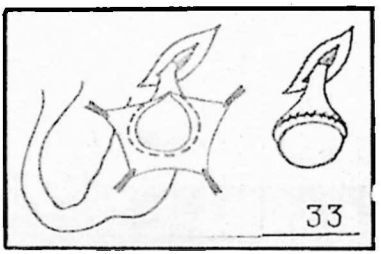






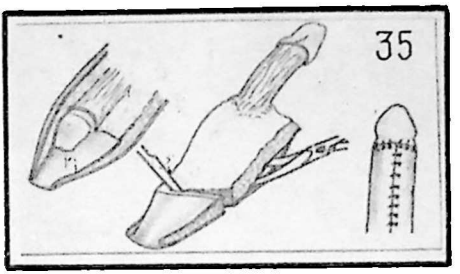


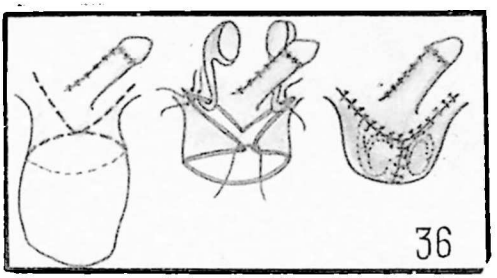


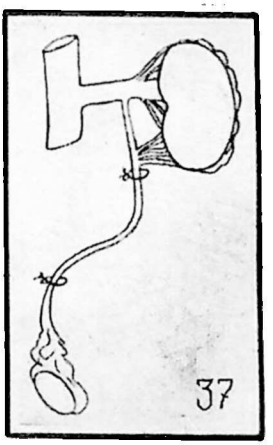


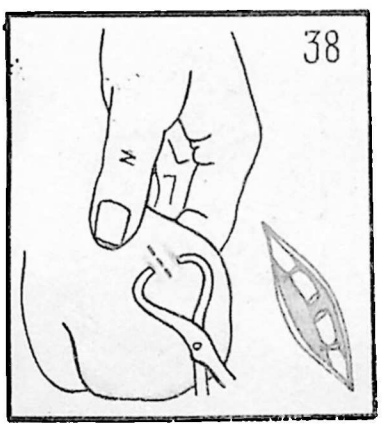
28. მენჯის ფლებოგრამა. მარჯვნივ ვენების სრული ბლოკადა — სათესლის სივ-
სივნის მეტასტაზების გამო. 29. სათესლე დანამატის კისტა (პრეპარატის ფოტო).
30. ეპიდიდიმექტომია. 31. სათესლის პროთეზი. 32. ინგუინალური ოპერაცია.
33. ბეროგმანის ოპერაცია.

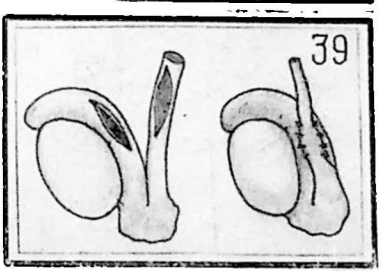




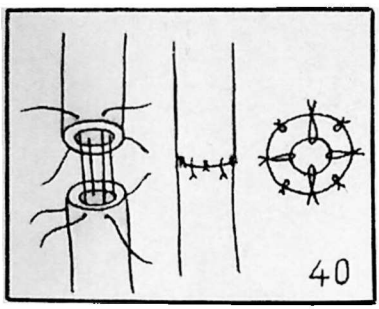




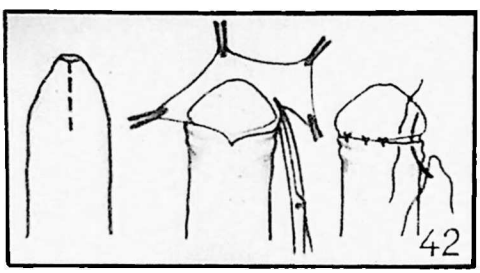


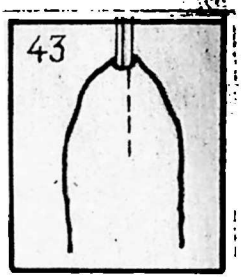


34. სათესლე პარკის და სასქესო ასოს სპილოვნობა. 35. ოპერაცია სასქესო ასოს სპილოვნობის გამო. 36. ოპერაცია სათესლე პარკის სპილოვნობის გამო. 37. სათესლე გვინის გადასკვნა ინაურის (1) და იყანისევიჩის (2) წესით. 38. თესლსადენის გადაკვეთა (ვაზექტომია). 39. ვაზოეპიდიდიმო ანასტომოზი თადიკას წესით.

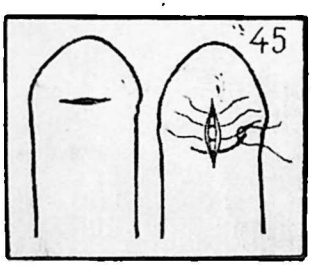












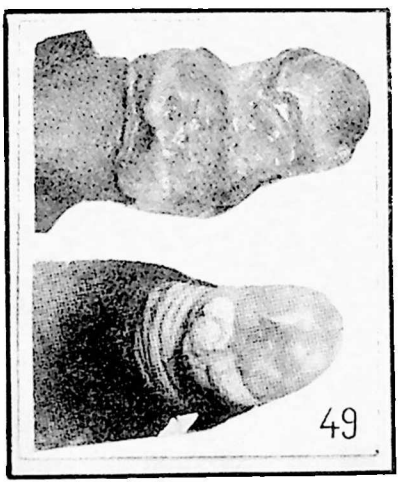


40. თესლსადენის რეზექცია კორპატოვსკის მეთოდით. 41. ფიმოზი. 42. ცირკუმციზია ფიმოზის გამო. 43. ჩუჩის ჩაჭრა. 44. პარაფიმოზი. 45. ფრენულოტომია. 46. სასჯელი ასოს „მოტეხილობა".

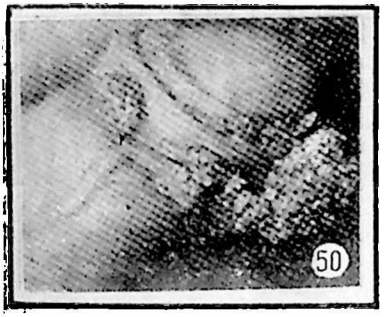


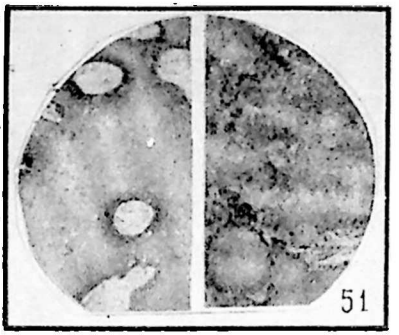


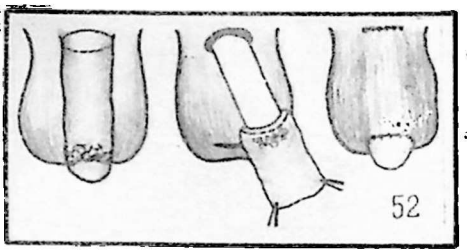


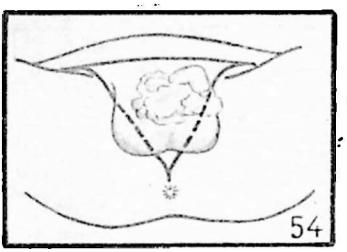


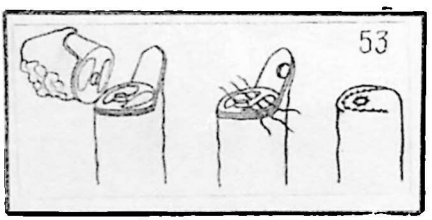
47. კავერნოზოგრამა სასქესო ასოს „მოტეხილობის“ დროს. ა — საკონტრასტო სითხე გასულია მღვიმოვან სხეულებს გარეთ, ისინი გაგლეჯილია. ბ — ოპერაციის შემდეგ (მ. კოგანის მასალიდან). 48. ბალანოპოსთიტი. 49. კერატოზული ლეიკოპლაკია (ზემოთ) და ერითროპლაზია.





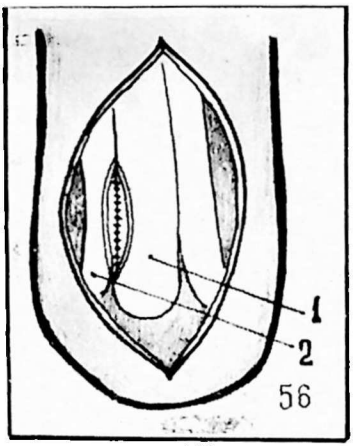


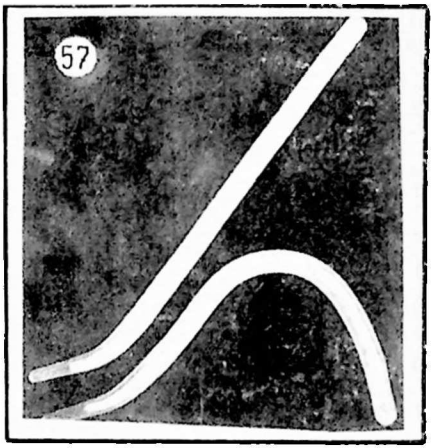


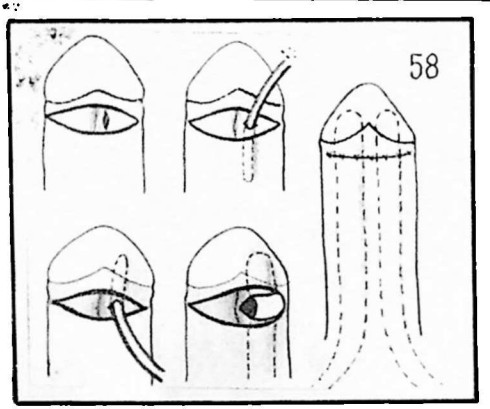


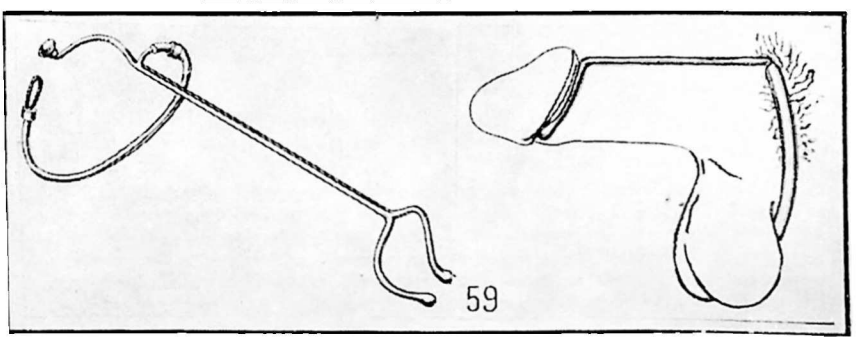


50. სასქესო ასოს პაპილომა. 51. მიკროფოტო. სასქესო ასოს პაპილომა (მარცხნივ) და კიბო, 52. სასქესო ასოს სქალპირება საპოტკოვის წესით. 53. სასქესო ასოს ამპუტაცია. 54. ემასკულაცია: კანის განაკეთი, 55. პრიაპიზმი.



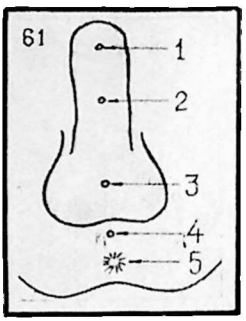




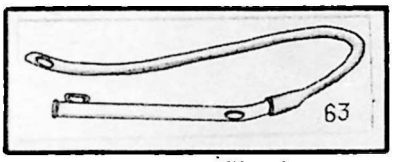


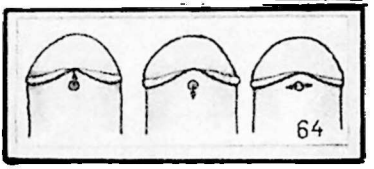
56. ანასტომოზი შარდსადენის (1) და სასქესო ასოს (2) მღრმოვან ხეულებს შორის. 57. სასქესო ასოს არტაშანი — პროთეზი. 58. სასქესო ასოს ექსტრაკაუერნოზული პროთეზირება. 59. ერექტორი (მარცხნივ); იგივე — ჩამოცმული.

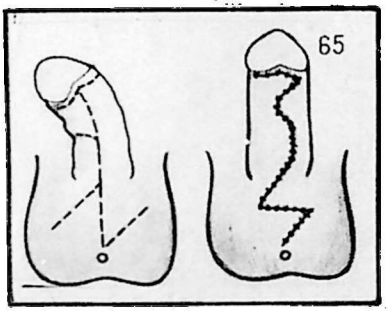


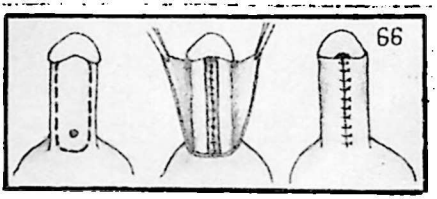




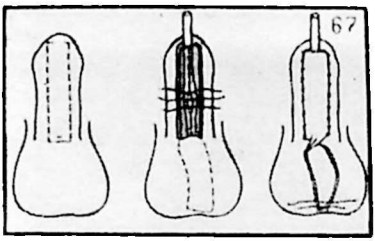


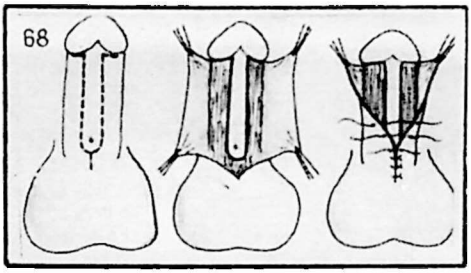


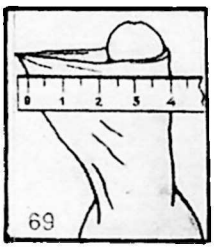


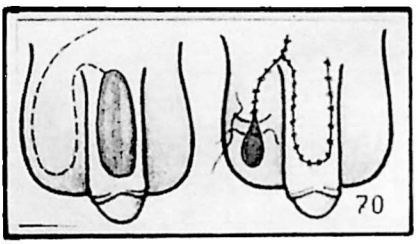


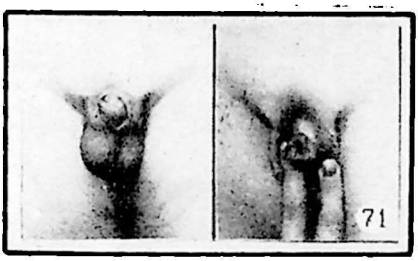
60. ჰიპოსპადია. შარდსადენის გარეთა ხვრელში ჩადგმულია კათეტერი. 61 ჰიპოსპადიის საჭეები: 1 — ასოს თავის; 2 — ასოს ტანის; 3 — პენოსკროტალური; 4 — სკროტალური; 5 — შორისისა. 62. „ჰიპოსპადია ჰიპოსპადიის გარეშე". 63. კათეტერები შორისისმკრივი ურეთროსტომიისათვის. 64. მეატოტომია: შარდსადენის გარეთა ხვრელის გაკვეთის მიმართულებანი. 65. სასქესო ასოს კორექცია შემხვეული სამკუთხოვანი ნაფლეთებით. 66. ურეთროპლასტიკა დიუპლეის წესით.





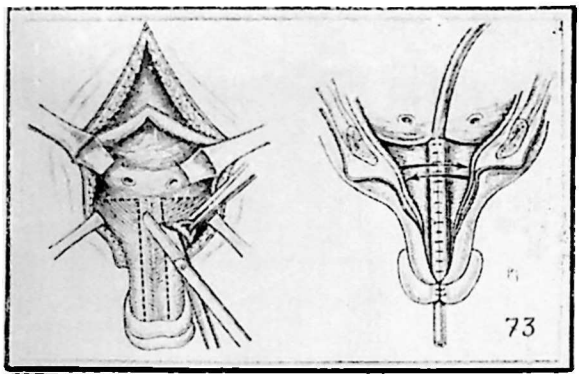






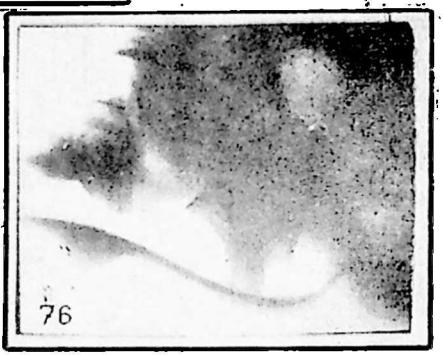


67. ურეთროპლასტიკა ბეკის წესით. 68. ურეთროპლასტიკა დ. ბრაუნის წესით. 69. სასქესო ასოს კანის ფართობის განსაზღვრა. 70. სასქესო ასოს კანის დეფექტის დახურვა სათესლე პარკის კანით მურუანიძე-ქოჩაროვას წესით. 71. ეპისპადია, 72. შარდის ბუშტის ექსტროფია ეპისპადიით.





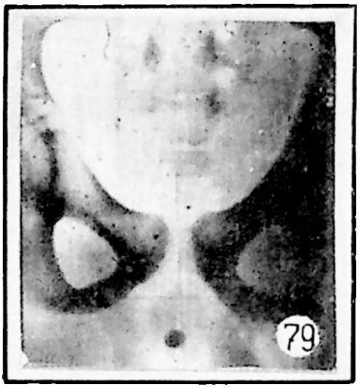


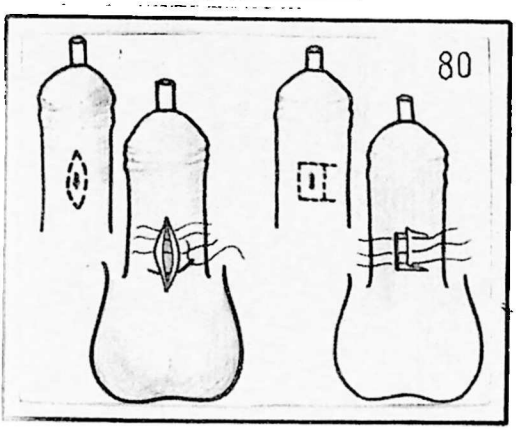


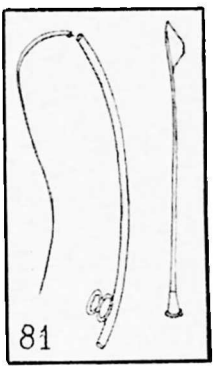


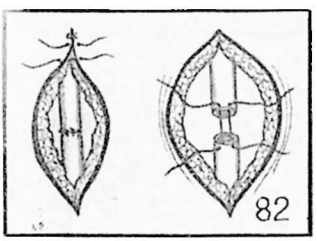
73. იანგ-დერეკვინის ოპერაცია ეპისპადიის დროს. 74. ცისტოგრამა. შარდსაწვეთის სარქველი: მარჯვნივ რეფლუქსი გაორებულ შარდსაწკეთში. 75. შარდსადენის შევიწროება. საკონტრასტო სითხე გადასულია სათესლე ბუშტუკში (რეფლუქსი). 76. ურეთროგრამა. შარდსადენის დივერტიკული. 77. შარდსადენის კისტა შორისის მიდამოში (ფოტო).

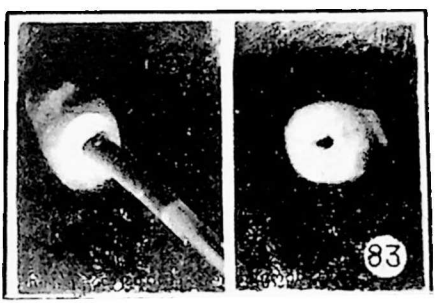




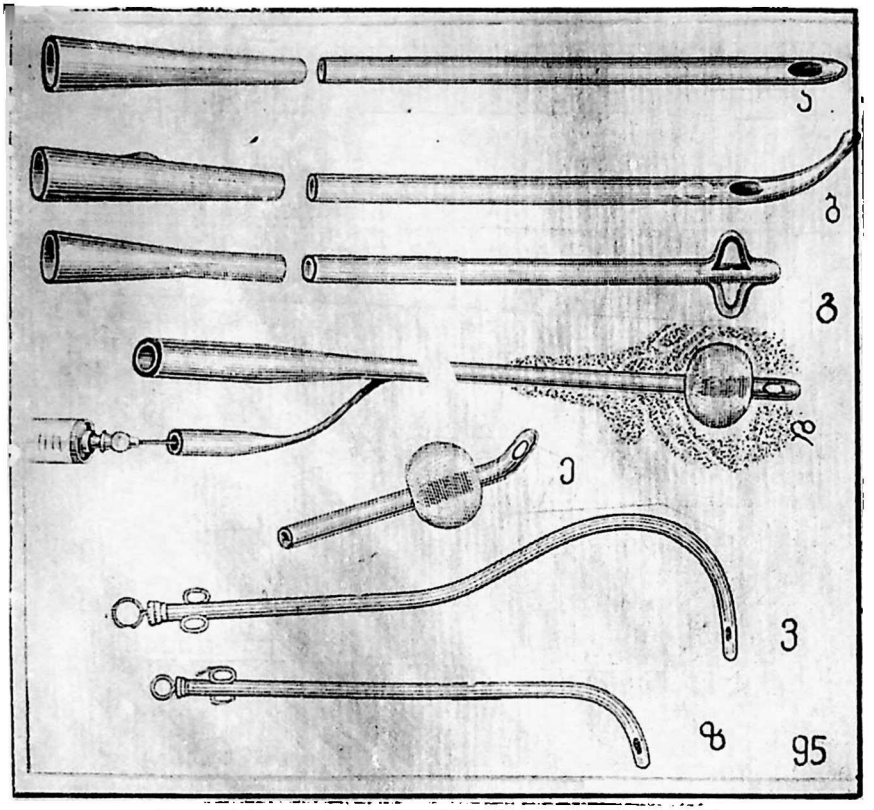


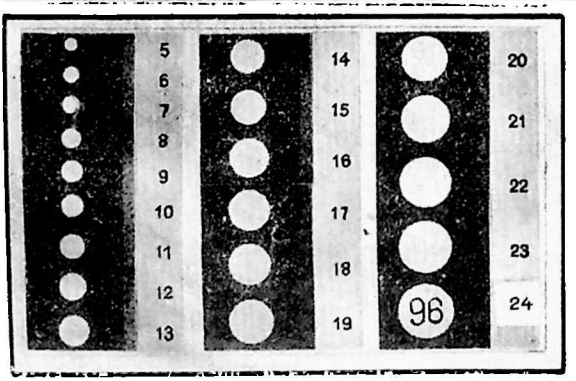




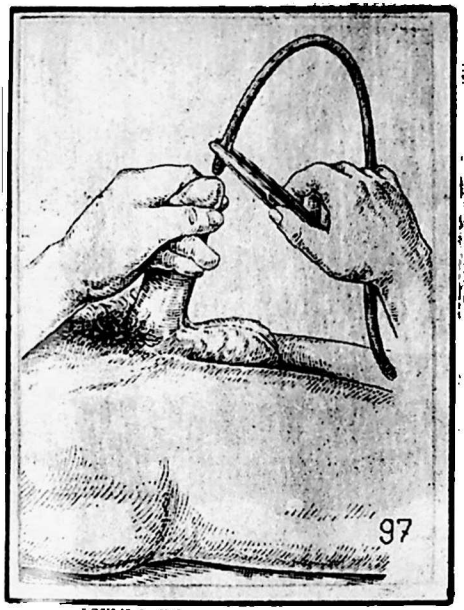


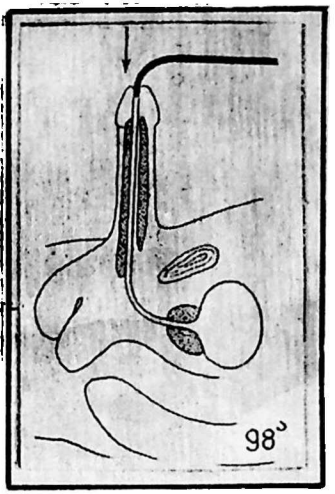
78 ურეთროგრამა. მუხლის ორგანოების პრიალობა საფანტით. 79 მიმოხილვითი რენტგენოგრამა. შარდსადენის ქვეხვ. 80. შარდსადენის ფისტულის დახურვის მეთოდები. 81. მეზოხვეის ურეთროტომი. 82. შარდსადენის რეზექცია. 83. მეტოსტენოზის კრიოდესტრუქცია.

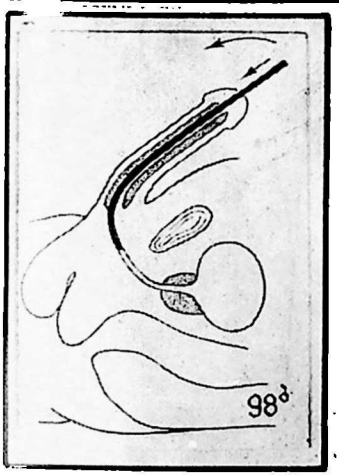


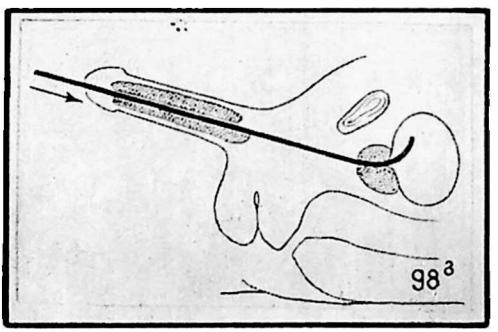


95. კათეტერები. რბილი: ა — ნელატონის; ბ — ტიმანის; გ — ფოლეის; დ — იგივე მოხრილი ნისკარტით; ლითონის: ე — მამაკაცის, ვ — ქალის. 96. შარაერის სკალა (ფრაგშენტი).

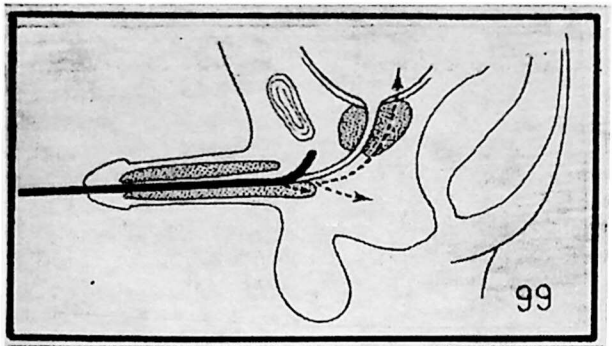


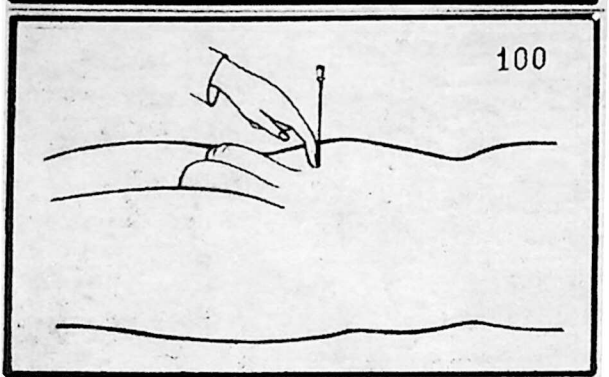


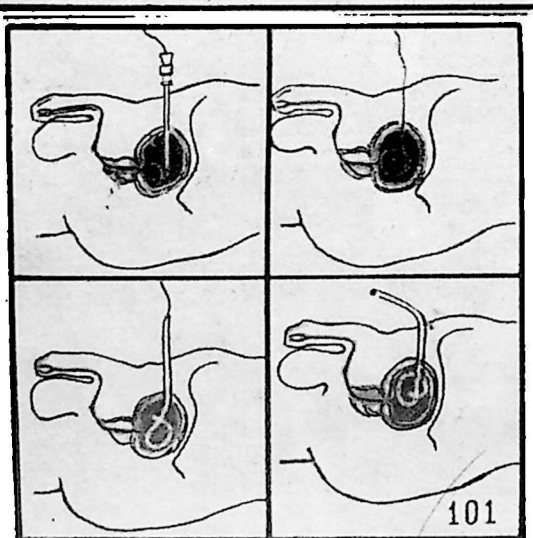




97. შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია რეზინის კათეტერით. 98. კათეტერიზაცია ლითონის კათეტერით.







99. „ყალბი სკლეროზი". 100. შარდის ბუშტის დაცლა კათეტერული პუნქციით. 101. შარდის გადაყვანა კათეტერული პუნქციის შემდეგ.

გამოთვლას შარდის კუთრი წონის (შეფარდებითი სიმკვრივის) და დღე-ღამის დიურეზის მიხედვით. ამისათვის არსებობს სპეციალური ფორმულა: IE-KPD%, სადაც I ინდექსს (მაჩვენებელს) ნიშნავს, K— ასაკობრივ კოეფიციენტს, P — შარდის კუთრ წონას (ბოლო ორი ციფრი). D — დღე-ღამის დიურეზს (ლიტრობით). ასაკობრივი კოეფიციენტები: K=5 წლამდე —12, 6—9 წ. —8, 10—13 წ. —5, 14—17 წ. და 60 წელზე უფროსთათვის —4, 18—60 წ. —3,3. ვინაიდან ანდროლოგიური პრობლემები მოწიფულებს მეტად ეხება. ჩვენი ავადმყოფებისათვის თავიდანვე შეიძლება ფორმულა ასე გამოვხატოთ: IE=3,3PD%. მიღებული რიცხვი არის დღე-ღამის განმავლობაში შარდთან გამოყოფილი მკვრივი ნივთიერებების ნორმის პროცენტი (ნორმად მიღებულია 100%). თუ IE 25-ზე ნაკლებია, ავადმყოფს აქვს თირკმლების გამოყოფითი ფუნქციის მძიმე დაქვეითება (III ხარისხი). 25—55% — საშუალო სიმძიმის დარღვევა (II ხარისხი), 55—85% მსუბუქი, ხოლო 85% და მეტი ნორმალურ გამოყოფად შეიძლება ჩაითვალოს.

ეს სინჯი 15 წელიწადია იხმარება, ბავშვთა და მოზრდილთა კლინიკებში რამდენიმე ათას ავადმყოფზეა გამოყენებული და საკმაო დამაჯერებელ ინფორმაციას იძლევა. თანაც იგი ადვილი გასაკეთებელია, ავადმყოფისაგან იმ შეწუხებასაც კი არ მოითხოვს, რასაც მაგალითად, ზიმნიცკის სინჯი (ყოველ 3 საათში მოშარდვა. შარდის 8 ჰერჭელში ცალ-ცალკე შეგროვება); ჩვენი სინჯი ამბულატორიულ პირობებშიაც შეიძლება ჩატარდეს, ბინაზეც კი; მისი ჩატარება ყოველდღე შეიძლება, რაც თირკმლების გამოყოფითი ფუნქციის დინამიკაზე მოგვცემს წარმოდგენას.

ლიტერატურა (მონოგრაფიები)

არშბა ს., ბერაძე ნ. — მენჯის ფლებოგრაფია. თბილისი, 1975.

არშბა ს., კაპეტიაძე ი., გასვიანი გ. — ცისტოსკოპიური ატლასი. თბილისი, 1980.

არშბა ს. ჩხოტუა შ. — ლიმფოგრაფია მენჯის ღრუს ორგანოთა სიმსივნეების დროს, თბილისი, 1973.

ნიკობაძე ი. — რენტგენოდიაგნოსტიკა უროლოგიაში, თბილისი, 1960.

ჯიმშელეიშვილი ი. — ურეთროსკოპია და ენდოურეთრული პროცედურები. თბილისი, 1970.

Абдурасулов Д. М. и др. Ультразвуковая диагностика в урологии. Ташкент, 1971.

Арустамов Д. Л. (ред.) Современные методы диагностики и лечения в урологии и нефрологии. Ташкент, 1981.
Васильев А. И. Уретроскопия и эндоуретральные манипуляции. Л., 1949.
Гайсинский Б. Е. Урологическая эндоскопия. М., 1978.
Джавад-заде М. Д., Имамвердиев С. Б. Лимфография и тазовая флебография в урологии. Баку, 1970.
Краевский В. Я. Атлас микроскопии осадка мочи. М., 1976.
Ляховницкий Н. С. Уретроскопия и внутриуретральные вмешательства. М., 1969.
Пытель А. Я., Пытель Ю. А. Рентгенологическая диагностика урологических заболеваний. М., 1966.
Чухриенко Д. П., Люлько А. В.— Рентгенологическая диагностика урологических заболеваний (атлас). М., 1969.

სისტემური დაავადებანი

მამაკაცის უნაყოფობა

ამ წიგნში აღწერილი ყველა დაავადება შეიძლება ამა თუ იმ გზით გახდეს უნაყოფობის მიზეზი. თითოეული დაავადების ანდროლოგიურ მხარეზე სათანადო ადგილზე იქნება საუბარი, აქ კი მამაკაცის უნაყოფობის ზოგად საკითხებს შევეხებით.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ ოჯახთა 10—15% უშვილოა, თუმცა მათ ბავშვების ყოლა უნდათ. ამათგან 55%-ში უნაყოფობის მიზეზი ქალია, 5%-ში—ორივე მეუღლე, ხოლო 40%-ში — მამაკაცი. აქედან ცხადია, რომ მამაკაცის უნაყოფობა რთული სამედიცინო და სოციალური პრობლემაა.

მამაკაცის უნაყოფობა ხშირად არის სქესობრივი ფუნქციის ისეთი მოშლა, რომლის დროსაც სქესობრივი კავშირის უნარი შენარჩუნებულია. უნაყოფობის მიზეზი მრავალია და მრავალგვარი: სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები, ანთებითი დაავადებანი, ტრავმა. ამგვარად, ცნება „მამაკაცის უნაყოფობა“ — ნაკრები ცნებაა, ამავე დროს პათოლოგიურ მდგომარეობათა ზემოთ ჩამოთვლილ ჯგუფებს ერთი საერთო ნიშანი აქვს — სპერმის პათოლოგიური ცვლილებები — რაოდენობითი და თვისობრივი.

უნაყოფობის მიზეზი შეიძლება იყოს ქრომოსომური ანომალიები (ასპერმია) სათესლეების განუვითარებლობასთან ერთად. ამიტომ საჭიროა გამოკვლეულ იქნას სასქესო ქრომატინი და კარიოტიპი. აუცილებელია აგრეთვე გამოვიკვლიოთ სპერმატოგენეზის რეგულაციის ჰორმონული რგოლი, ე. ი. ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-გონადების სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა. რადიოიმუნოლოგიური კვლევის თანა-

მედროვე მეთოდები საშუალებას იძლევა ზუსტად განვსაზღვროთ სისხლში გონადოტროპინის და სასქესო სტეროიდების შემცველობა. სისხლში ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუტეინეზებელი ჰორმონების კონცენტრაციის განსაზღვრა საშუალებას გვაძლევს ერთმანეთისაგან გავარჩიოთ პირველადი (ნორმო- ან ჰიპერგონადოტროპული) და მეორადი (ჰიპოგონადოტროპული) ჰიპოგონადიზმი.

ასპერმიის ხასიათის გამოკვლევაში დიდ დახმარებას გვიწევს სათესლეს ბიოფსია.

ახლა იმ დაავადებათა შესახებ, რომლებიც შეიძლება იყოს მამაკაცის უნაყოფობის მიზეზი. ამისათვის გამოვიყენებთ ბ. ჯარბუსინოვის მონაცემებს. მან 412 უნაყოფო მამაკაცი გამოიკვლია და მათ შემდეგი ანდროლოგიური დაავადებები აღმოუჩინა: სათესლეების აგენეზია — 0.9%; თესლსადენის აპლაზია — 0,7%; კრიპტორქიზმი (ცალმხრივი ან ორმხრივი) — 7,0%: ვარიკოცელე — 27,0%: ტრავმული და ინფექციური ორქიტი — 6,8%; ქრონიკული არასპეციფიკური ეპიდიდიმიტი — 24,2%, ასეთივე პროსტატიტი — 33,4%. ცხადია, რომ ეს დაავადებები იწვევს უნაყოფობას ორი გზით: სპერმატოგენეზის პროცესის დარღვევით ან თესლის გამტარი გზების დაბლობით. სხვა მასალაზე შეიძლება სხვა შეფარდება მივიღოთ (ბ. ჯარბუსინოვის მასალაში, მაგალითად, სრულებით არ არის სპეციფიკური ანთებითი პროცესები), მაგრამ ზოგიერთი, ნამდვილად ქირურგიული დაავადების (კრიპტორქიზმი, ვარიკოცელე) მნიშვნელობა საეჭვოდ აშკარაა (1).

საჭიროა მაინც ზემოთ მოთავსებული ნუსხა უფრო წვრილად გავარჩიოთ, თუნდაც იმ მხრივ, რომ ამ ავადმყოფთა სპერმის გამოკვლევამ ყოველთვის როდი აღმოაჩინა მისი რაოდენობრივი და თვისობრივი დარღვევა. მაგალითად, სათესლე ჯირკვლების და სადინარის აპლაზიის მქონე პაციენტებს ყველას ასპერმია ჰქონდა; კრიპტორქიზმის დროს ავადმყოფთა 94% დარღვეული ჰქონდა სპერმის გამანაყოფიერებელი თვისება; ვარიკოცელეს დროს, რომელიც, როგორც წესი, ცალმხრივი დაავადებაა, ნორმოზოოსპერმია გამოკვლეულთა მხოლოდ 34%-ს ჰქონდა; ქრონიკული (არასპეციფიკური) პროსტატიტის დროს აზოოსპერმია აქვს ავადმყოფთა 17%-ს, ასპერმია — 10%-ს, ხოლო ასთენოზოოსპერმია — 14%-ს; ამ სიის გაგრძელებაც შეიძლება.

აქედან პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ზოგიერთი ასპექტიც ისახება. ესაა კრიპტორქიზმის და ვარიკოცელეს დროული ოპერაცია, ანთებითი დაავადებების დროული და ენერგიული მკურნალობა.

არის კიდევ ერთი რეზერვი, რომელიც სულ ბოლო ხანს გამოჩნდა: თესლის გამტარი გზების მთლიანობის აღდგენა მიკროქირურგიის მეთოდების გამოყენებით.

პროფილაქტიკაში დიდი როლი უნდა შეასრულოს მედიკურ-გენეტიკურმა კონსულტაციებმა.

ჰიპოგონადიზმი

ჰიპოგონადიზმი (hypogonadismus) ეწოდება სათესლეების ენდოკრინული ფუნქციის დაქვეითებას ან სრულ არარსებობას, რაც იმპოტენციით და უნაყოფობით გამოვლინდება.

ჰიპოგონადიზმის მიზეზებია: ანორქიზმი — სათესლეების თანდაყოლილი არარსებობა, მაფემინიზებელი სათესლეების სინდრომი, რუდიმენტული სათესლეების სინდრომი, ყალბი მამაკაცური ჰერმაფროდიტიზმი, დელკასტილოს სინდრომი, ზოგი სხვა შედარებით იშვიათი თანდაყოლილი ანომალია თუ შემდეგ გაჩენილი დაავადება.

მაფემინიზებული სათესლეების სინდრომი (ლათ. femina— ქალი) ხასიათდება მათი ჰორმონული ფუნქციის გაუკუღმართებით — მამაკაცის სასქესო ჰორმონის ნაცვლად ისინი დედაკაცისას გამოიმუშავებენ. ამის გამო სუბიექტის გარეგნული აგებულება ქალურია, გარეთა სასქესო ორგანოებიც ქალისას ჰგავს. თითქოს სუბიექტი ყველაფრით ქალია, მაგრამ საკვერცხეების ნაცვლად მას სათესლეები აქვს (ისინი მენჯში, საზარდულის არხში ან დიდ სასირცხო ბაგეებშია განლაგებული), რომლებიც ესტროგენებს გამოიმუშავებს; თანაც კარიოტიპი მამაკაცისაა:

რუდიმენტული სათესლეების ანუ კლაინფელტერის სინდრომი (H. F. Klinefelter — თანამედროვე ამერიკელი ენდოკრინოლოგი) იმის შედეგია, რომ შინაგანი სასქესო ორგანოები ერთბაშად ორი ჩანასახისაგან — მიულერის და ვოლფის სადინარებისაგან— წარმოიქმნება. მიულერის სადინარისაგან ვითარდება ჰიპოპლაზიური საშვილოსნო და ფალოპის ლულები, ვოლფის სადინარებისაგან — რუდიმენტული სათესლეები და დანამატები. ადამიანს საჭურისისებური შეხედულება აქვს. გარეთა სასქესო ორგანოები — მამაკაცისაა, მხოლოდ ნაკლებად განვითარებული; მეორადი სასქესო ნიშნებიც სუსტად არის გამოხატული. სპერმატოგენეზი არ არის: სათესლის ბიოფსია გვიჩვენებს, რომ სათესლე მილაკებში არის სერტოლის უჯრედები, მაგრამ სპერმატოგენეზის შემდგომი ფაზები არ არის (სურ. 16).

დ ე ლ კ ა ს ტ ი ლ ო ს (E. B. del Kastillo — არგენტინელი) სინჯრომი, იგივე ტესტიკულური დისგენეზია, მემკვიდრეობითი, ხშირად ოჯახური დაავადებაა. ამ დროს მეტწილად სქესობრივი მომწიფება დაგვიანებით ხდება, საბოლოოდ ყველა შინაგანი და გარეთა სასქესო ორგანოები ვითარდება, მაგრამ სათესლეები მცირე ზომისაა. მათი ენდოკრინული ფუნქცია შენარჩუნებულია, მაგრამ საესებით არ აქვთ სპერმატოგენეზის უნარი. დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია სპერმის გამოკვლევა (ასპერმია აღმოჩნდება): სათესლეების ბიოფსიით ირკვევა, რომ მათში არ არის სპერმატოგენური (გერმინატიული) ეპითელის უჯრედები.

ჩამოთვლილ ანომალიათა გარდა, ჰიპოგონადიზმი, სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული, ხშირია ორმხრივი აბდომინალური კრიპტორქიზმის დროს, შეიძლება განვითარდეს ორმხრივი ორქიტის, ორივე სათესლეს მძიმე ტრავმის (მოგლეჯა, გაჭყლეტა), აგრეთვე სხივური დაავადების დროს და სხვ. ასეთ ჰიპოგონადიზმს პირველადი ეწოდება, განსხვავებით მეორადისაგან, როდესაც პირველად სხვა ენდოკრინული ორგანოები (ჰიპოფიზი, ფარისებრი და თირკმელზედა ჯირკვლები) ზიანდება, სათესლეების ფუნქცია კი მეორადად ქვეითდება. ამ დროს ნივთიერებათა ცვლის მნიშვნელოვანი დარღვევებიც არის. ჰიპოგონადიზმის ამ ორი სახის გარჩევა შარდში გონადოტროპინის განსაზღვრით შეიძლება: პირველადი ჰიპოგონადიზმის დროს გონადოტროპინი შარდში მომატებულია, მეორადის დროს — დაქვეითებული. პირველადი ჰიპოგონადიზმის დროს ავადმყოფი საშურისს ჰგავს, მეორადი სასქესო ნიშნები განუვითარებელია, არ არის წინამდებარე ჯირკვალი და სათესლე ბუშტუკები.

სათესლეების ენდოკრინული ფუნქციის თანდაყოლილი არარსებობის ან შემდეგ მომხდარი გამოთიშვის დროს მკურნალობა ორგვარი შეიძლება იყოს: მამაკაცის სასქესო ჰორმონების გამუდმებული მიცემა ან სათესლეს ალოტრანსპლანტაცია.

ჰერმაფროდიტიზმი

ჰერმაფროდიტიზმი მამაკაცის სასქესო ორგანოების განვითარების ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე მანკია. სახელწოდება წარმოდგება ელინური მითოლოგიის პერსონაჟის — ჰერმაფროდიტეს სახელისაგან, რომელიც ჰერმესის და აფროდიტეს შვილი იყო და ორივე სქესის

დამახასიათებელი ნიშნები ჰქონდა. აქედანაა ამ ანომალიის სახელწოდების სხვა სინონიმებიც, რომელთა შორის უმთავრესია ბისექსუალიზმი — ორსქესიანობა.

არჩევენ ჭეშმარიტ და ყალბ ჰერმაფროდიტიზმს, ხოლო ყალბს კიდევ ორ ქვესახედ ჰყოფენ: ვაჟური და ქალური.

ჭეშმარიტი ჰერმაფროდიტიზმის დროს სუბიექტის ორგანიზმში ერთდროულად არის სათესლეებიც და საკვერცხეებიც. ეს ანომალია ყოველთვის შერწყმულია ჰიპოსპადიის მძიმე ფორმებთან; საბედნიეროდ, შედარებით იშვიათია: ჰიპოსპადიის 1000-ზე მეტი შემთხვევიდან, რომლებიც ჩვენს ბავშვთა კლინიკაში გვჭონდა 20 წლის განმავლობაში, 1 ასეთი ავადმყოფი იყო. ფიქრობენ, რომ ასეთი ანომალიის წარმოშობა დაკავშირებულია ემბრიონულ პერიოდში ქრომოსომების აბერაციასთან.

გარეგნული შეხედულებით ჭეშმარიტი ჰერმაფროდიტიზმი ნაკლებად განსხვავდება ყალბი ვაჟურისაგან. ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარება ასაკის შესაფერია. გარეთა სასქესო ორგანოები მაინც რამდენიმედ ვაჟისას ჰგავს, მაგრამ სათესლე პარკი შუაზე გახლეჩილია და მისი ორი ნახევარი დიდ სასქესო ბაგეებს მოგვაგონებს. მათ სისქეში ზოგჯერ სათესლეები (თუ საკვერცხეები) შეიგრძნობა; მცირე ბაგეები ან არ არის, ან ნაკლებად განვითარებულია; სასქესო ასო ზომით და ფორმით ჰიპერტროფირებულ კლიტორს ჰგავს: შარდსადენის გარეთა ხვრელი სასქესო ასოს ძირთან იხსნება; ამის ქვევით ზოგჯერ საშოა, უფრო ხშირად ნაკლებად განვითარებული, უროგენიტალური წიაღის ტიპისა, ზოგჯერ უკანა ტანიდან პალპაციით მცირე, ჰიპოპლაზიური საშვილოსნო ისინჯება (სურ. 17).

ჰერმაფროდიტიზმის დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია. საჭიროა დღე-ღამის შარდში 17-კეტოსტეროიდების განსაზღვრა: ჭეშმარიტი ჰერმაფროდიტიზმის დროს მათი დონე ნორმალურია ან მომატებულიც კი.

ყალბი ჰერმაფროდიტიზმის დროს გონადები მხოლოდ ერთი სქესისა არის, მაგრამ გარეთა სასქესო ორგანოების შეხედულება საპირდაპირო სქესისას ჰგავს. კაუზალურ გენეზისში აღნიშნავენ დედის ორგანიზმში არსებულ ჰორმონულ ძვრებს, ძლიერ ფსიქიკურ ტრავმას ორსულობის პირველ სამთვიურში, ენდოგენურ და ეგზოგენურ ინტოქსიკაციას, ტოქსოპლაზმოზს და სხვ. სიმსივნესთან ან ჰიპერპლაზიასთან არის დაკავშირებული ადრენოგენიტალური სინდრომი.

ყალბ ვაჟურ ჰერმაფროდიტიზმს თითქმის ყოველთვის თან ახლავს შარდსადენის ჰიპოსპადია. გარეთა სასქესო ორგანოები განუვითარებელია: სასქესო ასო მოღუნულია, ზომით გოგონას კლიტორს მოგვაგონებს, მისი ვოლარული ზედაპირი ჩაზრდილია სათესლე პარკის ორ ნახევარს შორის არსებულ ნაპრალში. შარდსადენის გარეთა ხვრელი შორისზე იხსნება და ამის გამო მოშარდვა ქალური წესით ხდება. ხშირია კრიპტორქიზმი, უფრო ორმხრივი. ჩუჩა ასოს თავის გარშემო წრეს არ ჰკრავს, უკანა ზედაპირი (იქ, სადაც ასოს თავის ლაგამი უნდა იყოს) შიშველია, სამაგიეროდ დორზალურ ზედაპირზე ჩუჩა ზედმეტიცაა და წინსაფარივით არის ჩამოშვებული. ზოგ ავადმყოფს აქვს უროგენიტალური სინუსი — თუ ასოს ზევით გადავწევთ, იგი გამოჩნდება — 5—10 სმ სიღრმის ხვრელის სახით. თუ (კრიპტორქიზმის გამო) ჰიპოგონადიზმი არ არის, ბავშვი საკმაოდ განვითარებულია ფიზიკურად, აგრეთვე ფსიქიკურად. ფსიქოორიენტაცია ხშირ შემთხვევაში ვაჟის მხარესაა.

ჰერმაფროდიტიზმის დროს ხშირად წამოიჭრება სუბიექტის სქესის განსაზღვრის საკითხი. არაერთი დრამატულ სიმძაფრემდე ასული სიტუაცია გამოუწვევია ამ საკითხის არასწორ გადაჭრას.

საერთოდ სქესის განსაზღვრა ძნელი არ არის, მაგრამ მაშინ, როდესაც უფრო მოწიფულ ასაკში ზემოაღწერილ ნიშნებს ინტერსექსუალიზმის სხვა ნიშნებიც ერთვის (სხეულის ქალური აღნაგობა, თმიანობის ქალური ტიპი, სარძეო ჯირკვლების ზედმეტი განვითარება და სხვა), ზოგჯერ ნამდვილი სქესის განსაზღვრა მხოლოდ სპეციალური გენეტიკური გამოკვლევების გზით შეიძლება.

მდგომარეობა კიდევ უფრო რთულია, როდესაც სქესის არასწორი განსაზღვრის გამო ბავშვი თავიდან იზრდება საწინააღმდეგო სქესის შესაფერისად. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ასეთი შეცდომა, როგორც წესი, ერთი მიმართულებით ხდება — ვაჟს გოგონად ზრდიან. თუ ასეთი აღზრდა სქესობრივი მომწიფების ასაკამდე გაგრძელდა, გამომუშავებული ჩვევები და სხვა ფსიქოლოგიური ზედნადები მეტად ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას.

რა იშვიათიც უნდა იყოს დაბადებისას სქესის არასწორად განსაზღვრის შემთხვევები, ამ ავადმყოფთა შემდგომი ძნელი ბედ-იღბალი უთუოდ იქცევს ყურადღებას და აუცილებლად ხდის ნორჩ ასაკშივე მათ გამოვლინებას.

კიდევ უფრო მწვავედ დგას სქესის განსაზღვრის საკითხი ჰერმაფროდიტიზმის შემთხვევებში. როდესაც სუბიექტს ორივე

სქესის დამახასიათებელი ნიშნები და შიგნითა და გარეთა სასქესო ორგანოებიც აქვს.

სქესის განსაზღვრისათვის ბოლო ხანებში წარმატებით იხმარება სუბიექტის ეპითელურ და სხვა უჯრედებში სქესობრივი ქრომატინის გამოკვლევა. ლულოვანი ძვლების ეპიფიზების რენტგენოგრაფია ჰეშმარიტი ჰერმაფროდიტიზმის დროს გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფის ძვლოვანი ასაკი პასპორტისას შეესაბამება.

ურეთროგრაფიის გზით შეიძლება აღმოვაჩინოთ უროგენიტალური წიაღი, ხოლო გენიტოგრაფია გვიჩვენებს საშვილოსნოს და მის დანამატებს (სურ. 18). ზოგჯერ ერთ მხარეს საკვერცხეა, მეორე მხარეს კი სათესლე ჯირკვალი (ჰერმაფროდიტიზმის ლატერალური ტიპი). ამის დასადგენად საჭიროა ლაპაროსკოპია და ორივე (ან ერთი მაინც) დანამატის ბიოფსია. თუ ეს არ მოხერხდება, შეიძლება ლაპარატომიაც კი დაგვჭირდეს (ჩვენ ორჯერ მოგვიხდა ლაპარატომიის გაკეთება).

თირკმელზედა ჯირკვლის (ერთის ან ორივესი) ჰიპერპლაზიის გამოსარიცხავად საჭიროა ტომოგრაფია ან, კიდევ უკეთესი, ულტრაბგერითი ექოსკანირება. ეს ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგან თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერპლაზიას ან ჰორმონულად აქტიურ სიმსივნეს ანალოგიური სურათის მოცემა შეუძლია.

სასქესო სისტემის ტუბერკულოზი

მამაკაცის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი განუყრელად არის დაკავშირებული საშარდე სისტემის ტუბერკულოზთან და ერთად შეადგენს დიდ ნაწილს ფთიზიატრიისა — უროგენიტალურ ტუბერკულოზს.

ცალკე ნოზოლოგიურ ფორმად სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი გამოიყო მხოლოდ XIX საუკუნეში, როდესაც ლაენეკმა აღმოაჩინა ტუბერკულოზური ხორკლები და ამით დაადასტურა დაავადების სპეციფიკური ხასიათი.

1832 წ. ა. კუპერმა აღწერა სათესლეს ტუბერკულოზი „სკროფულოზური ანთების“ სახელით. მამაკაცის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის შესწავლაში დიდი წვლილი შეიტანა ნ. ი. პიროგოვმა, რომელმაც პირველმა დეტალურად შეისწავლა ტუბერკულოზური ხორკლი მიკრომორფოლოგიურად და აღმოაჩინა მასში „გიგანტური უჯრედები“.

მრავალრიცხოვანი მონაცემებით სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი გვხვდება საერთო სექციურ და კლინიკურ მასალაზე 2—5%-ის სიხშირით. ეს პროცენტი გაცილებით უფრო მაღალია ფილტვის და სხვა სისტემათა ტუბერკულოზით ავადმყოფთა შორის — 20%-მდე. თირკმლების ტუბერკულოზის დროს მამაკაცის სასქესო ორგანოების დაავადება, სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით, 30—38% შორის მერყეობს. ასეთ ფართო ფარგლებში მერყეობა დამოკიდებულია იმაზე, რომ უკანასკნელ წლებში მკვეთრად გაუმჯობესდა ავადმყოფების გამოკვლევის მეთოდიკა და ამასთან დაკავშირებით გაიზარდა დაავადების გამოვლინების პროცენტი. მაგალითად, თუ უწინ თირკმლების დაავადების პროცენტი სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადებულებში მერყეობდა 5—7% ფარგლებში (2, 3), სულ რაღაც 1—2 ათეული წლის განმავლობაში ეს პროცენტი საგრძნობლად გაიზარდა და ამჟამად აღწევს 49—50% (4); დაავადება უხშირესად 20—40 წლის ასაკში გვხვდება.

ადამიანის პირველადი დაინფიცირება ტუბერკულოზით 90—95% შემთხვევებში ხდება სასუნთქი ორგანოების გზით. რის გამოც ტუბერკულოზის პირველადი მორფოლოგიური გამოვლინება — პირველადი კომპლექსი — უფრო ხშირად ლოკალიზდება ფილტვებში. იშვიათ შემთხვევაში პირველადი კომპლექსი შეიძლება ჩამოყალიბდეს სხვა ორგანოებში, რომლებსაც აქვთ უშუალო კონტაქტი გარემოსთან.

ზოგიერთ შემთხვევებში პირველადი კომპლექსი შეიძლება თითქოს უკუგანვითარდეს (შეხორცდეს, ჩაიკიროს), მაგრამ ტუბერკულოზის მიმართ უკვე სენსიბილიზებულ ორგანიზმში იქცეს წყაროდ, საიდანაც ჰემატოგენური გზით ტუბერკულოზის ჩხირები სხვადასხვა ორგანოში მოითესება (დისემინაცია). ამ დროს ვითარდება ე. წ. ჰემატოგენური ტუბერკულოზი, რომელიც ხასიათდება კერების არსებობით სხვადასხვა ორგანოში (ხშირად ფილტვებში. შედარებით იშვიათად ძვლებში, თირკმლებში, სასქესო ორგანოებში). ამ პერიოდში ორგანიზმისათვის დამახასიათებელია მაღალი რეაქტიულობა.

რომელიმე ორგანოში სპეციფიკური კერის გაჩენა და მასში პროცესის წინსვლა დროის მიხედვით ერთმანეთს არ ემთხვევა. მაგალითად, შეიძლება ტუბერკულოზის მეტასტაზური კერა ჩამოყალიბდეს, როგორც ჩვეულებრივ ხდება, ბავშვთა ასაკში, პირველადი ტუბერკულოზის პერიოდში, მაგრამ მისი შემდგომი პროგრესი მოხდეს ხანგრძლივი დროის გასვლის შემდეგ (მოზრდილ ასაკში). ამიტომ მართა-

ლია ა. ი. სტრუკოვი, რომლის აზრით ის შთაბეჭდილება, თითქოს საქმე გვაქვს ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის იზოლირებულ განვითარებასთან, არ არის სწორი; სინამდვილეში უკანასკნელი წარმოადგენს ჰემატოგენური ტუბერკულოზის გამოვლინებას (3).

მეორადი ტუბერკულოზი, რომელიც ვითარდება ორგანიზმში ეგზოგენური სუპერინფექციის ან ენდოგენური რეინფექციის შედეგად იმ პირთა შორის, ვისაც პირველადი კომპლექსი მთლიანად შეუხორცდა, ვითარდება ორგანიზმის ინფექციისადმი შედარებითი მდგრადობა (იმუნიტეტის) ფონზე.

სასქესო ორგანოებში ტუბერკულოზური ინფექცია შეიჭრება ორგანიზმში არსებული სხვა კერიდან ჰემატოგენური გზით (ჰემატოგენური თეორია).

ავტორთა ნაწილის აზრით ინფიცირებული შარდი აავადებს წინამდებარე ჯირკვალს, საიდანაც აღმავალი გზით, ინტრაკანალიკულარულად ინფექცია შეიჭრება ჯერ სათესლე დანამატში, შემდეგ კი პირდაპირი კონტაქტის საშუალებით ავადდება სათესლეც (უროგენური თეორია). ნაწილი ავტორებისა მომხრეა ლიმფოგენური თეორიისა, რომლის თანახმად სასქესო ორგანოებში ინფექცია შეიჭრება სხვა ორგანოებიდან ლიმფური გზებით. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც მამაკაცი დაავადებულია გენიტალური ტუბერკულოზით სქესობრივი კავშირის გზით. ტუბერკულოზური ეპიდიდიმიტი შეიძლება აგრეთვე განვითარდეს ტრავმის შედეგად უკვე სენსიბილიზირებულ ორგანიზმში. ამა თუ იმ ორგანოს ტუბერკულოზით არჩევითად დაავადების საფუძვლად მიაჩნიათ ნერვული ტროფიკის დარღვევის პროცესები.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა. ა. ბ. ტოპჩანმა და ტ. მოჩალოვამ (4) შემდეგი კლინიკური კლასიფიკაცია მოგვაწოდეს.

I. ლ ო კ ა ლ ი ზ ა ც ი ა:

ა. მამაკაცის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი;

ბ. საშარდე გზების და მამაკაცის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი.

1. სათესლე ჯირკვლის დანამატი; 2. სათესლე; 3. თესლ-სადენი; 4. სათესლე ბუშტუკი; 5. წინამდებარე ჯირკვალი; 6. შარდსადენი; 7. სასქესო ასო.

II. ფ ო რ მ ა: პროდუქციული, დესტრუქციული (აბსცესი, ფისტულები).

III. ფ ა ზ ა: გაწვავება. ჩაცხრომა.

IV. ორგანიზმის ფუნქციის კომპენსაციის დონე.

ა. კომპენსირებული, სუბკომპენსირებული ფორმა;

ბ. დეკომპენსირებული ფორმა;

V. ბაცილარობა: ბკ+, ბკ—

გარეთა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი მეტწილად ვლინდება სათესლე დანამატის მწვავე ანთებით, რომელიც გამოიხატება ტკივილით და ტემპერატურის მომატებით. დანამატი შემსივნებულია და პირველ ხანებში ძნელად განისაზღვრება სათესლესაგან. პალპაციით ისინჯება დანამატის გამკვრივებული ქსოვილი. უსწორმასწორო ზედაპირით, მცირედ მტკივნეული. თუ პროცესში ჩათრეულია თესლსადენი, იგი გამსხვილებულია, ხშირად კრიალოსნისმაგვარია, უფრო მეტად დისტალურ ნაწილში. ჩვეულებრივ მეორე კვირის ბოლოსათვის მწვავე მოვლენები ცხრება. საშუალოდ 3—4 კვირის შემდეგ იწყება დანამატის ქსოვილის კაზეოზური გადაგვარება (არაიშვიათად პროცესში ჩათრეული სათესლისაც). შემდგომში ეს კაზეოზური კერა სათესლე პარკზე იხსნება და ჩირქოვანი ფისტულა (ერთი ან რამდენიმე) ჩამოყალიბდება. ხშირად ამ პროცესს თან სდევს სათესლის გარსებში სეროზული სითხის გაჩენა (ჰიდროცელე). ზოგჯერ (შემთხვევათა თითქმის ნახევარში) დაავადების დაწყებაც და შემდგომი მიმდინარეობაც ატარებს მწვავე ხასიათს, სათესლე პარკზე ერთი ან რამდენიმე ჩირქოვანი ფისტულის სწრაფი ჩამოყალიბებით.

დაავადების ქრონიკული ფორმა მიმდინარეობს ნელა, თანდათანობით და ზოგჯერ ვლინდება შემთხვევით, ავადმყოფის გასინჯვის დროს. ან თვით ავადმყოფი შენიშნავს სათესლე პარკის ორგანოების ანომალურ მდგომარეობას. ავადმყოფები ხშირად უჩივიან სათესლის ყრუ ტკივილს. დანამატის არეში (უფრო ხშირად მის კუდთან) ისინჯება მკვრივი, ხორკლოვან ზედაპირიანი, მცირედ მტკივნეული წარმონაქმნი, რომელიც კარგად განისაზღვრება სათესლისაგან. შემდგომში დაავადების ამ ფორმის დროს დანამატის გამკვრივებულმა უბნებმა შეიძლება განიცადოს კაზეოზური გადაგვარება და სათესლე პარკზე გაიხსნას ჩირქოვანი ფისტულების ჩამოყალიბებით.

დაავადების სხვადასხვა მიმდინარეობა დამოკიდებულია ორგანიზმის სენსიბილიზაციის ხარისხსა და მის რეაქციაზე შეჭრილი ინფექციის მიმართ.

წინამდებარე ჯირკვლის დაავადება ძალიან ხშირია და გვხვდება გარეთა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადებულ

აკადმყოფებში 70—100% შემთხვევებში. კლინიკა დამოკიდებულია მისი დაზიანების ხარისხსა და ტუბერკულოზური კერების ლოკალიზაციაზე. არჩევენ ცისტოურეთრულ, რექტოპერინეალურ და შერეულ ფორმებს.

ცისტოურეთრული ფორმის დროს დაავადება ვლინდება ინტენსიური დიზურიული მოვლენებით, ტერმინალური ჰემატურიითა და პიურიით. ზოგჯერ ავადმყოფები დეფეკაციის აქტის დროს ამჩნევენ გამონადენს შარდსადენიდან. ცისტროურეთრული ფორმა ხასიათდება ტორპიდული მიმდინარეობითა და რეციდივებისადმი მიდრეკილებით ხშირად დაავადება რთულდება არასპეციფიკური, მეორადი ინფექციით. წინამდებარე ჯირკვალში დაშლის კერები თანდათან ფართოვდება, რასაც ზოგჯერ ხელს უწყობს შარდსადენში სპეციფიკური ხასიათის სტრიქტურების გაჩენა. ზოგჯერ შეიძლება წინამდებარე ჯირკვალი მთლიანად კაზეოზურად გადაგვარდეს, მაგრამ ასეთი ფორმები დღეისათვის გვხვდება ძალიან იშვიათად; უფრო ხშირია რექტოპერინეალური ფორმა.

ლატენტურად მიმდინარე პროცესის დროს ჩვეულებრივ ავადმყოფებს ჩივილები არ აქვთ. წინამდებარე ჯირკვლის ტუბერკულოზის გამოვლინებაში ამ შემთხვევებში ხელს გვიწყობს მხოლოდ ტერმინალური პიურია და ტუბერკულოზური პროცესის არსებობა გარეთა სასქესო ორგანოებსა და საშარდე სისტემაში. წინამდებარე ჯირკვლის ტუბერკულოზის ერთ-ერთ გართულებად უნდა ჩაითვალოს შარდჩირქოვანი ფისტულების განვითარება შორისის არეში.

სათესლე ბუშტუკების ტუბერკულოზი ჩვეულებრივ მჟღავნდება წინამდებარე ჯირკვლის დაავადებასთან ერთად. უფრო ხშირად ავადდება ის სათესლე ბუშტუკი, რომლის მხარესაც არის დაავადებული სათესლე ჯირკვლის დანამატი. კლინიკური ნიშნები იგივეა, რაც წინამდებარე ჯირკვლის დაავადების დროს, მაგრამ უფრო სუსტად გამოხატული. სათესლე ბუშტუკები თითქმის არასდროს არ ავადდება იზოლირებულად, პროცესში ყოველთვის ჩათრეულია წინამდებარე ჯირკვალიც.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის გამოვლინების საქმეში დიდ როლს თამაშობს ანამნეზის ზუსტი შეკრება, სუბიექტურ ჩივილებზე ყურადღების მიქცევით. ამას მოსდევს სათესლე პარკის ორგანოების პალპაცია და აუცილებლად შინაგანი სასქესო ორგანოების სწორი ნაწლავიდან თითით გასინჯვა. უკვე მხოლოდ ამ გამოკვლევის მეთოდების საშუალებით გამოცდილი ექიმი შეძლებს დასვას სწორი დი-

აგნოზი თითქმის 90% შემთხვევაში. ეს მეთოდები დიაგნოსტიკისათვის მთავარია, დანარჩენები კი დამხმარე.

როდესაც სათესლის დანამატში პალპაციით ისინჯება მკვრივი, ხორკლოვანი, მცირედ მტკივნეული ან უმტკივნეულო წარმონაქმნები, რომლებიც განვითარდა რაიმე აშკარა მიზეზის გარეშე, ავადმყოფი არ სიცხიანობს,— უნდა ვიფიქროთ პროცესის ტუბერკულოზურ ეტიოლოგიაზე. დიაგნოზი უფრო ცხადია სათესლე პარკზე ფისტულის არსებობის დროს, რომელიც გამომდინარეობს დანამატიდან. დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზური ანამნეზის არსებობას. თესლსადენში, წინამდებარე ჯირკვალში ან სათესლე ბუშტუკებში ტუბერკულოზური ცვლილებების არსებობა გვეხმარება სწორი დიაგნოზის დასმაში (სურ. 19).

დანამატის ტუბერკულოზი ხშირად მიმდინარეობს მწვავედ, ამიტომ მწვავე დაწყება და შემდგომში ხანგრძლივი ქრონიკული მიმდინარეობა არ ლაპარაკობს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ, არამედ პირიქით.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავატაროთ არასპეციფიკურ, გონორეულ, ტრიქომონურ ეპიდიდიმიტთან, ბრუცელოზთან, ათაშანგთან და სიმსივნეებთან. სიმსივნეზე ეჭვის მიტანისთანავე სასურველია დაჩქარდეს ოპერაციული მკურნალობა; ეს განსაკუთრებით ეხება სასქესო ასოს ტუბერკულოზს, რომლის გარჩევა კიბოს დაწყებითი ფორმებიდან არც ისე ადვილია.

წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების ტუბერკულოზის დიაგნოზი ჩვეულებრივ ისმება შარდსასქესო სისტემის სხვა უბანზე სპეციფიკური პროცესის არსებობის დროს. სწორი ნაწლავიდან თითით გასინჯვისას შეიძლება აღინიშნოს ასიმეტრია წინამდებარე ჯირკვლის ერთ-ერთი წილის გადიდების ხარჯზე (დაავადებული მხარე). ქსოვილი ჰკარგავს ელასტიკურობას და ღებულობს მომკვრივო კონსისტენციას. ხშირად პალპაციით შეიძლება გაისინჯოს მომკვრივო კვანძები. თუ რამდენიმე კვანძია, ისინი ქმნიან ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელ უსწორმასწორო ზედაპირს; ზოგიერთ შემთხვევაში მკვრივი უბნების გვერდით აღინიშნება დარბილებული ქსოვილის ზონები (ჩირქგროვები).

სათესლე ბუშტუკების დაზიანება ვლინდება მათი გადიდებით, გამკვრივებით და ხორკლიანობით, რომელიც შეიძლება გამოვავლინოთ სწორი ნაწლავიდან თითით გასინჯვისას (ღრმა პალპაციით).

დიაგნოსტიკის დანარჩენი მეთოდებიდან უნდა აღინიშნოს შარდის

გამოკვლევა. შარდის გამოკვლევის დროს გვაინტერესებს ძირითადი საკითხი: შარდში ლეიკოციტების არსებობა, ტუბერკულოზური მიკობაქტერიების გამოყოფა და ამ პათოლოგიური მოვლენების წყარო.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს უხვი პიურია იშვიათია, მეტწილ შემთხვევებში საქმე გვაქვს ლეიკოციტურიასთან, რომელიც არა ყოველი გამოკვლევის დროს. ამიტომ შარდი უნდა გაისინჯოს ყოველ 3 დღეში, ზოგჯერ უფრო ხშირადაც. ძლიერი პიურია დამახასიათებელია იმ შემთხვევებისათვის, როდესაც ავადმყოფებს, გარდა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზისა, აქვთ პროცესი საშარდე ორგანოებშიც.

პიურიის წყაროს აღმოსაჩენად საჭიროა ჩატარდეს 3 ჭიქის ცდა. ეს მეთოდი გვაძლევს საშუალებას დავადგინოთ, ჩირქი შარდში მოსვდა ურეთრიდან, პროსტატიდან თუ საშარდე გზების ზემო ნაწილებიდან. შარდის III ულუფის მიღების წინ უნდა ჩატარდეს წინამდებარე ჯირკვლის მსუბუქი მასაჟი.

შარდში ტუბერკულოზური მიკობაქტერიების აღმოსაჩენად იქნება რება ძირითადად ფლოტაციის მეთოდი, აგრეთვე ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა — შარდის დათესვა სპეციალურ ნიადაგებზე. კიდევაც რომ მოვახერხოთ ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის აღმოჩენა, ეს არ გვაძლევს ზუსტ მონაცემებს ტოპიკური დიაგნოსტიკისათვის. სამაგიეროდ გვაძლევს საშუალებას სწორი ინტერპრეტაცია გავუკეთოთ იმ ცვლილებებს სასქესო ორგანოებში, რომლებიც აღმოჩენილია კლინიკური გამოკვლევის სხვა მეთოდების დახმარებით.

დიდი მნიშვნელობა აქვს სპერმის გამოკვლევას საერთოდ, განსაკუთრებით მასში ტუბერკულოზური მიკობაქტერიების აღმოჩენისმით უმეტეს რომ ავადმყოფთა თითქმის ნახევარს ეაკულატის რაოდენობა შემცირებული აქვს, ზოგჯერ არის სრული ასპერმატიზმიც კი, განსაკუთრებით წინამდებარე ჯირკვლის ტუბერკულოზის დროს (5). ავადმყოფთა ორ მესამედზე მეტს სპერმაში აქვს ესა თუ ის პათოლოგიური ცვლილებები, თუმცა სპერმაში ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების აღმოჩენა მხოლოდ 10%-ში ხერხდება. დადგენილია, რომ ტუბერკულოზური პროსტატო-ვეზიკულიტის დროს სპერმაში ფრუქტოზის შემცველობა კლებულობს.

დიაგნოსტიკური საშუალებების არსენალში გარკვეული ადგილი უკავია კანისშიგნითა ტუბერკულინის ცდას (მანტუს რეაქცია), რომელიც თითქმის ყოველთვის დადებითია როგორც სასქესო ორგანოების, ისევე სხვა ლოკალიზაციის ტუბერკულოზის დროს.

რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას სასქესო-ორგანოების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში სათანადო ადგილი უკავია.

ექსკრეტორულ უროგრაფიას ზოგიერთ შემთხვევებში შეუძლია დახმარება გაგვიწიოს შინაგანი სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის გამოვლინებაში, მაგრამ დიაგნოსტიკის საკითხში მისი მნიშვნელობა მცირეა.

მიმოხილვითმა რენტგენოგრაფიამ შეიძლება გამოავლინოს წინამდებარე ჯირკვალში, თესლსადენში ან სათესლე ბუშტუკებში ჩაკირული ტუბერკულოზური კერები.

ფრიად ინფორმაციული მეთოდებია ურეთროცისტოგრაფია (რომელსაც ზოგიერთი ავტორი უწოდებს ურეთროცისტოპროსტატოგრაფიას) და ვეზიკულოგრაფია, რომელსაც უწოდებენ აგრეთვე გენიტოგრაფიას, სპერმატოგრაფიას ან სპერმატოვიაგრაფიას. საკონტრასტო ნივთიერებად ხმარობენ როგორც ზეთოვან ნივთიერებებს, რომლებიც თესლგამტარ გზებში უფრო დიდხანს რჩებიან (იოდოლიპოლი, იოდოპინი), ისევე წყალში გასახსნელ თხევად საკონტრასტო ნივთიერებებს, რომლებიც თესლგამტანი გზებიდან სწრაფად გამოიყოფა (ვეროგრაფინი, ტრიიოტრასტი, უროტრასტი და სხვ). ურეთროცისტოპროსტატოგრაფიის საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია დავადგინოთ ურეთრის სტრიქტურების არსებობა, ტუბერკულოზური ცვლილებები წინამდებარე ჯირკვლის ქსოვილში და მის სადინარებში. ურეთროცისტოპროსტატოგრაფია არსებობს აღმავალი და დაღმავალი, რაც დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა გზით შეგვყავს საკონტრასტო ნივთიერება. საერთოდ ხმარობენ თხევად საკონტრასტო ნივთიერებებს. ზოგი ავტორი გვირჩევს გამოკვლევა ასე ჩავატაროთ: მიმოხილვითი რენტგენოგრამის გადაღების შემდეგ. მეორე სურათს ვუღებთ ურეთრიდან ჟანეტიზაციის წესით შარდის ბუშტის გავსების მომენტში და საბოლოო სურათს კი ვუღებთ მოშარდვის მომენტში (მიქციოგრამა). ზოგიერთი ავტორი დაღმავალი ურეთროგრაფიის დროს გვირჩევს გადაუჭიროთ ურეთრას, რაც, მათი აზრით, ხელს უწყობს წინამდებარე ჯირკვლის კავერნების კონტრასტით უკეთ შევსებას.

გამოკვლევა იწყება მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით, რომელზედაც ზოგჯერ შეიძლება აღმოვაჩინოთ გაკირული კერები წინამდებარე ჯირკვლის პროექციაზე. უნდა გვახსოვდეს, რომ წინამდებარე ჯირკვლის სეკრეტის სახამებლის სხეულაკებმაც შეიძლება განიცადონ გაკირვა, მაგრამ ასეთ შემთხვევებში ჩრდილები იქნება მცირე ზომის

და ცოტა. პირიქით, თუ გაკირული კერები დიდი ზომისაა, ბევრია და განლაგებული არიან მეტად ერთ მხარეს, ეს დამახასიათებელია ტუბერკულოზისათვის.

როდესაც შარდსადენს ვავსებთ გარეთა ხვრელიდან, მისი ჩრდილი ბოლქვოვან ნაწილში ჰქმნის პარკისებურ გაფართოებას, რომელიც მთავრდება კონუსისებური ჩრდილით. პათოლოგიურ შემთხვევებში ეს ჩრდილი გასადავებულია, რაც ინფილტრაციის და ნაწიბუროვანი ცვლილებების შედეგია.

დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ურეთრის სტრიქტურების აღმოჩენას, რომლებსაც, განსხვავებით გონორეით გამოწვეული სტრიქტურისაგან, ბევრად უფრო დიდი მანძილი უკავიათ.

შარდსადენ-სათესლე პარკის ფისტულების არსებობის დროს საჭიროა ურეთროცისტოპროსტატოგრაფიას დაემატოს ფისტულოგრაფიაც. მნიშვნელობა აქვს საკონტრასტო ხსნარის მშხეპავი სადინარების ხვრელებში შესვლის ფაქტის დადგენას, ასევე წინამდებარე ჯირკვალში კავერნების აღმოჩენას.

სპერმატოვიაგრაფია სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის ერთ-ერთი ძირითადი მეთოდია. იგი იხმარება აგრეთვე სათესლე ბუშტუკების სიმსივნის დიაგნოსტიკისათვის.

ნორმალურ სპერმატოვიაგრამაზე სათესლე ბუშტუკებს აქვთ სადა კონტურები, რომლებიც სიდიდით და ფორმით ემთხვევიან ერთიმეორეს. თესლსადენები რკალისებურად უვლიან სათესლე ბუშტუკებს, მათი კონტურები ნათლად მოსჩანს, მათი სიმსხო მთელ სიგრძეზე დაახლოებით ერთნაირია. თესლსადენების ორ ამპულას შორის გატარებული ხაზი ნორმალურ პირობებში უნდა ემთხვეოდეს სხეულის შუა საგიტალურ ხაზს. სათესლე ბუშტუკების ღერძების გადაკვეთა შუა საგიტალურ ხაზთან ჰქმნის ორივე მხრიდან ერთნაირ კუთხეს. ამ გენიტალური ხაზის გვერდზე გადაწევა და კუთხეების შეცვლა დამახასიათებელია წინამდებარე ჯირკვალში ცალმხრივი პროცესების დროს.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს სპერმატოვიაგრამაზე ნახულობენ შემდეგ დამახასიათებელ ცვლილებებს. სათესლე ბუშტუკების და თესლსადენების ამპულების კონტურების არანათლად, ბუნდოვნად გამოსახვა, სათესლე ბუშტუკების კონტრასტით შევსების დეფექტი, მათი სრული ამპუტაციაც კი, თესლსადენების კრიალოსნისმაგვარად გადაგვარება; ღრუების აღმოჩენა პროსტატაში, დანამატში და სათესლეში. აქ ვათავსებთ ერთ დამახასიათებელ რენტგენო-

გრამას (სურ. 21). რენტგენოგრაფია შემთხვევათა ნახევარში მაინც საკმაო დამაჯერებელ მონაცემებს იძლევა.

სათესლის დანამატის პუნქცია დიაგნოსტიკის მიზნით არ მიგვაჩნია საჭიროდ, რადგან ამის შემდეგ სათესლე პარკზე ზოგჯერ რჩება ჩირქმდენი ფისტულა.

ტუბერკულოზის მკურნალობის საქმეში დიდი მიღწევების მიუხედავად დღეს ბევრი იზიარებს აზრს, რომ სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის მკურნალობისათვის ანტიბაქტერიალური პრეპარატები აღმოჩნდა ნაკლებად ეფექტური, ვიდრე ტუბერკულოზის სხვა ლოკალიზაციის დროს.

ცნობილია, რომ უროგენიტალურ ტუბერკულოზს სპეციფიკური ანტიბაქტერიული თერაპიისადმი გამძლეობით უკავია თითქმის პირველი ადგილი სხვა ორგანოების ტუბერკულოზთან შედარებით. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან, როდესაც ტუბერკულოზით დაზიანებული ქსოვილი მდებარეობს ზერელედ, მაგალითად, ენაზე, ხორხში, ან ფილტვში ახლად განვითარებული კავერნის დროს, ეს დაზიანების კერები ანტიბაქტერიული თერაპიის შედეგად უფრო სწრაფად მოშუშდება. ეს აიხსნება იმით, რომ დაზიანების ამ კერებში არსებობს თავისუფალი დრენაჟი. პირიქით, დაზიანების კერები, რომლებიც მდებარეობენ ღრმად, მაგალითად, ტვინში, ლიმფურ კვანძებში, თირკმლებში და აგრეთვე გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებში, შედარებით ნაკლებ ემორჩილებიან თერაპიას, როგორც ჩანს, თავისუფალი დრენაჟის უკმარისობის გამო.

ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატები იყოფა ორ ჯგუფად: პირველი რიგის ანტიბაქტერიული პრეპარატები: სტრეპტომიცინი, დიჰიდროსტრეპტომიცინი, პასომიცინი, იზონიკოტინის მჟავის ჰიდრაზიდები (ГИНК-ის პრეპარატები: ფთივაზიდი, ტუბაზიდი და სხვა); პასმ (უფრო ზუსტად Na-PAS) და მეორე რიგის სარეზერვო ანტიბაქტერიული პრეპარატები: ეთიონამიდი, ციკლოსერინი, პირაზინამიდი, კანამიცინი, ვიამიცინი, ბენემიცინი და სხვები.

მკურნალობას ჩვეულებრივ იწყებენ პირველი რიგის პრეპარატების დანიშვნით, მაგალითად, სტრეპტომიცინით ГИНК-ის ერთ-ერთ პრეპარატთან კომბინაციაში. მიზანშეწონილია ერთდროულად დაენიშნოს პასმ-ი, რაც წამლებისადმი მიკობაქტერიების რეზისტენტობის განვითარებას აფერხებს.

ზოგადი ანტიბაქტერიული მკურნალობის გარდა, გვირჩევენ დაავადების კერაზე უშუალო, ადგილობრივ ზემოქმედებასაც. ჩვენ შო-

რისის გზით შეგვყავდა წინამდებარე ჯირკვლის ქსოვილში კორტიკოსტეროიდები (ჰიდროკორტიზონი და სხვ). სტრეპტომიცინთან, კანამიცინთან და ნოვოკაინის ბლოკადასთან კომბინაციაში.

ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატები საჭიროა დაენიშნოს ავადმყოფებს ანტიბიოტიკოგრამის მონაცემებთან შეფარდებით. ვინაიდან ეაკულატიდან, პროსტატის სეკრეტიდან და შარდიდან ტუბერკულოზური მიკობაქტერიების ზრდას ვღებულობთ შედარებით იშვიათად, სასურველია დაითესოს ოპერაციის დროს ამოკვეთილი ქსოვილები (სათესლე ჯირკვლის დანამატი, სათესლე ჯირკვლის კაუერნის კედელი და სხვა).

თუ ავადმყოფი კარგად იტანს პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობას, მათ ვხმარობთ უწყვეტად 3—4 თვის განმავლობაში, რის შემდეგ სტრეპტომიცინს ვხსნით და ვტოვებთ ერთ-ერთ ГИНК-ის პრეპარატს ბენემიცინთან, რიფადინთან, რიფამიცინთან ან პასმ-თან კომბინაციით და ვაგრძელებთ ასეთ მკურნალობას კიდევ 2—3 თვის განმავლობაში. შემდგომში ავადმყოფებს ვუტოვებთ მხოლოდ ГИНК-ის ერთ-ერთ პრეპარატს. ანტიბაქტერიული მკურნალობის კურსი უნდა გაგრძელდეს არანაკლებ 10—12 თვე. მაგრამ ისიც უნდა ითქვას, რომ ანტიბაქტერიული მკურნალობის საკითხში შაბლონი არ არსებობს, მაგალითად, თუ ძირითადი დაზიანების კერა (სათესლეში ან მის დანამატში) ამოკვეთილია, წინამდებარე ჯირკვალი და სათესლე ბუშტუკები კი ინტაქტურია, — შეიძლება შევამციროთ მკურნალობის ვადა 6 თვემდე.

გარეთა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს ოპერაციული ჩარევის საკითხის გადაწყვეტაში უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგი მონაცემებით: თუ დიაგნოზი დასმულია დროულად და პროცესის მიმდინარეობას აქვს უფრო პროდუქციული ხასიათი, ავადმყოფებს უნდა ჩაუტარდეს მკურნალობა ანტიბაქტერიული პრეპარატებით, რომელიც უნდა გაუგრძელდეს არანაკლებ 8—10 თვის განმავლობაში, პროცესის საბოლოო ჩაცხრომამდე; იმ შემთხვევებში, როდესაც 2—3 თვის განმავლობაში პროცესის ჩაცხრომას ვერ ვამჩნევთ, უნდა დაისვას ოპერაციული ჩარევის საკითხი.

ოპერაციები, რომლებიც შეიძლება საჭირო შეიქნას სასქესო ორგანოებით ავადმყოფთა მკურნალობის კომპლექსში, სულ რამდენიმეა. ესენია: ეპიდიდიმექტომია, ჰემიკასტრაცია, შარდსადენის სტრიქტურის ლიკვიდაცია.

თუ არის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დესტრუქციული

ფორმა, ოპერაციული ჩარევის საკითხი უფრო ადრე უნდა დაისვას, მაგრამ ამ შემთხვევებშიც ოპერაციამდე ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობა აუცილებელია. ეს მკურნალობა სპობს ინფილტრაციის მოვლენებს დესტრუქციის კერის ირგვლივ; ოპერაციის წინა მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს არანაკლებ 1—2 თვე, ოპერაციის შემდეგ კი 8—10 თვე.

ოპერაციულმა მკურნალობამ შინაგანი სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს ტექნიკური სიძნელეების და მაღალი დეტალობის გამო ვერ მოიპოვა ფართო გავრცელება.

სასქესო ასოს ტუბერკულოზი იშვიათად გვხვდება. იწყება იმით, რომ ასოს თავზე ჩნდება ტუბერკულოზური ხორკლები, რომლებიც შემდეგ კვანძებად ერთდება, ზოგჯერ წყლულდება, ადვილად სისხლმდენია. ზოგჯერ პროცესში ურეთრის გარეთა ხვრელიც ჩაითრევა, აგრეთვე მღვიმოვანი სხეულები და ასოს თავი. თუ ავადმყოფმა წყლულის დანაწიბურების შემდეგ მიმართა ექიმს, ასოს თავზე მკვრივი წარმოქმნა ისინჯება, და იგი სიმსივნეს — ფიბრომას წააგავს (6).

დიაგნოსტიკის დროს ძნელია კიბოდან გარჩევა, ტუბერკულოზის ნიშნებია: დაწყლულება ასოს თავის ტიტველ ადგილებზე და meatus-თან (კიბო ფიმოზის დროს ჩნდება, უხშირესად გვირგვინოვანი ღარის მიდამოში). წყლულები მრავალია, ანამნეზში არის მითითება გადატანილ ტუბერკულოზზე, დადებითი ტუბერკულინის სინჯი. მაინც საბოლოო სიტყვას ბიოფსია ამბობს. მკურნალობა იგივეა, რაც სხვა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს. ზოგჯერ საჭიროა ასოს თავის ეკონომიური რეზექცია.

შარდსადენის ტუბერკულოზიც იშვიათია, თანაც მიზეზი შეიძლება იყოს როგორც თირკმლის, ასევე სათესლე ორგანოების და წინამდებარე ჯირკვლის ტუბერკულოზი.

ტუბერკულოზური ურეთრიტის ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანია მრავლობითი სტრიქტურების, ზოგჯერ შარდსადენის ფისტულების გაჩენა.

დიაგნოსტიკა ძნელია, მაგრამ დიდ დახმარებას გვიწევს ურეთროგრაფია (კრიალოსნისმაგვარი შევიწროება), აგრეთვე საშარდე და სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის არსებობა.

ანტიბაქტერიული მკურნალობის გარდა, საჭიროა შარდსადენის სისტემატური ბუჟირება. სტრიქტურის გამო შეიძლება დაგვჭირდეს ოპერაციული მკურნალობაც.

ტრიქომონოზი ვენერიული სნეულებაა, საშოს ტრიქომონადით (trichomonas vaginalis) გამოწვეული. ადრე გავრცელებული აზრი, რომ საშოს ტრიქომონადი აუზში ან საერთო აბანოში ბანაობის დროსაც გადადის ერთი ადამიანიდან მეორეზე, არ დასტურდება. იგი თითქმის მხოლოდ სქესობრივი კავშირის გზით გადადის, არასქესობრივი გზით — ძალზე იშვიათად. ტრიქომონოზი ძალზე გავრცელებული დაავადებაა, და ამის უპირველესი მიზეზია სუბიექტურ და ობიექტურ გამოვლინებათა სიმწირე, რაც არ აიძულებს ავადმყოფს ექიმს მიმართოს. თავის ნებაზე მიშვებული ტრიქომონოზი კი, ერთი მხრივ, ახალ-ახალ სასქესო ორგანოებს ედება (სწორედ მაშინ იქცევა იგი ანდროლოგიურ პრობლემად), მეორე მხრივ, კი ავადმყოფი კონტინგენტის გამრავლების წყაროა.

ტრიქომონოზი მამაკაცებს ურეთრიტით ეწყებათ. სუბიექტური ჩივილი მხოლოდ მცირედი დისკომფორტით გამოიხატება — წვა ან ქავილი შარდსადენის გაყოლებით, წვა მოშარდვის დროს. შარდსადენიდან არის გამონადენი — მოთეთრო, ქაფიანი, მცირე რაოდენობით.

დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია ტრიქომონების აღმოჩენა შარდსადენის გამონადენში ან ნაცხში, პროსტატის წვენში, შარდის პირველ ულუფაში. ტრიქომონები ნატივურ პრეპარატში მოძრავია, შეღებილში — უმოძრაო. დიაგნოზის დამადასტურებელია ისიც, თუ სქესობრივ პარტნიორს — ქალს აღმოუჩნდა ტრიქომონები საშოს გამონადენში, ტრიქომონებთან ერთად ხშირად ურეთრიტის მიზეზია არასპეციფიკური ბაქტერიული ფლორაც, არც გონოკოკთან ასოციაცია არის იშვიათი. ამიტომ, თუ არასპეციფიკური (ან სპეციფიკური — გონორეული) ურეთრიტი მკურნალობას არ ემორჩილება, ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ ტრიქომონოზზე და ვეძებოთ გამომწვევი.

ტრიქომონოზის მკურნალობა სამკაოდ ძნელია, რადგან გამომწვევი დიდ შეუპოვრობას იჩენს მედიკამენტებისადმი. არსებულ პრეპარატებიდან ყველაზე ეფექტიანია ტრიქოპოლი (იგივე ფლაჟილი, იგივე მეტრონიდაზოლი), რომელიც იხმარება ასე: პირველ 4 დღეს 0,25 სამჯერ დღეში და მეორე 4 დღეს 0,25 ორჯერ დღეში. მკურნალობა ერთდროულად ორივე პარტნიორს უნდა ჩაუტარდეს, მიუხედავად იმისა, აქვს ერთ-ერთ მათგანს სუბიექტური ჩივილები თუ არა, ან აღმოაჩნდება მას ტრიქომონადები თუ არა. ვინაიდან ხშირად არის

სხვა ბაქტერიული ფლორაც და პროცესმა შეუპოვარი, ხანგრძლივი, მიმდინარეობა მიიღო, საჭიროა ტრიქომონაციდის 1% ხსნარი, ან ოსარსოლის 5% ხსნარი, უმჯობესია ლევომიცეტინის 0,1% ხსნართან შერეული. საკმარისია 8—10 ასეთი პროცედურა.

ტრიქომონოზი შეიძლება გავრცელდეს სხვა სასქესო ორგანოებზე და განვითარდეს ტრიქომონული პროსტატიტი, ეპიდიდიმიტი, სპერმატოცისტიტი. ამათი დიანოსტიკა უფრო ძნელია, მეორადი ინფექციის როლიც უფრო მნიშვნელოვანია. მკურნალობის პრინციპი იგივეა, რაც არასპეციფიკური ანთებითი პროცესების დროს, რა თქმა უნდა, სპეციფიკურ-ანტიტრიქომონულ მკურნალობასთან ერთად.

განკურნების კრიტერიუმია ტრიქომონების გაქრობა შარდის პირველ ულუფაში, ურეთრიდან აღებულ ნაცხში, პროსტატის წვენში.

ლიტერატურა

მონოგრაფიები.

Грунд В. Д. Ошибки в диагностике туберкулеза мочеполовой системы. М., 1975.

Еганов Е. П. Туберкулез мочеполовой системы. Алма-Ата, 1976.

Кунин М. А. Бесплодие в браке. М., 1973.

Мирсагатов М. У., Голосовкер А. М., Трихомоноз мочеполовых органов. Ташкент, 1977.

Мочалова Т. П., Волович Л. Я. Хирургическое лечение туберкулеза мочевых органов. Киев, 1983.

Николов Н., Папазов Бр. Бесплодие в семье. София, 1971.

Резник Б. М. Туберкулез мужских половых органов. М., 1972.

Семенов П. П., Семенов В. П. Трихомонадные поражения мочеполовых органов человека. Л., 1972.

დამოწმებული

1. Джарбусинов Б. Мужское бесплодие. Автореф. докт. дисс. М., 1983. 2. Эпштейн И. М. Урология, М., 1960. 3. Струков А. И. Патологическая анатомия. М., 1960. 4. Топчан А. Б., Мочалова Т. П. Урология, 1957, I. 5. Veenema R. T., Lattimer J. K. J. Urol., 1957, I. 6. Куновский Б. В. и др. Урол. и нефрол., 1977, 3.

სათესლე და მისი დანამატი

განვითარების ანომალიები

ანორქიზმი (anorchismus; an — უარყოფა, ბერძ. orchis — სათესლე) ეწოდება ორივე სათესლეს თანდაყოლილ არარსებობას. ეს ფრიად იშვიათი ანომალიაა, ჩვენ 1000-ზე მეტ კრიპტორქიზმიან ბავშვზე სულ ორჯერ შეგვხვდა.

ანორქიზმის განვითარება დაკავშირებულია ემბრიოგენეზის დარღვევასთან იმ დროს, როდესაც თირკმლებისა და სათესლეების ჩასახვა ხდება.

უმეტეს შემთხვევაში სათესლე ჯირკვალთან ერთად განუვითარებელია მისი დანამატი და სათესლე ბაგირაკიც, არ არის გამოხატული სათესლე პარკი. ზოგჯერ სათესლე ბაგირაკი არის, მაგრამ იგი ბრმად თავდება საზარდულის არხში, ან მის ზემოთაც.

ანორქიზმიანი ბავშვები ფიზიკურად სუსტად არიან განვითარებული, აქვთ ჰიპოგონადიზმის და ევნუქოიდიზმის ნიშნები.

ანორქიზმის ტოლფასია და ანალოგიურ კლინიკურ სურათს იძლევა ორივე სათესლის ჰიპოპლაზია; აქაც წამყვანი სიმპტომი ჰიპოგონადიზმია.

მ ო ნ ო რ ქ ი ზ მ ი (monorchismus; ბერძ. monos —ერთი) ცალი სათესლის თანდაყოლილ არარსებობას ეწოდება. ამ დროს განუვითარებელია სათესლე ბაგირაკი და სათესლის დანამატი, სათესლე პარკის შესაბამისი ნახევარი ან სულ არ არის, ან ნაკლებად არის განვითარებული. არსებული სათესლე ჩვეულებრივზე პატარაა, ლობიოსმაგვარი ფორმა აქვს; ხშირად ასეთ ადამიანს ცალი თირკმელიც აქვს. ჩვენ გვყავდა ავადმყოფი. რომელსაც არ ჰქონდა ცალი თირკმელი, მისი შარდსაწვეთი, სათესლე, განუვითარებელი იყო შარდის ბუშტის შესაბამისი ნახევარიც (სურ. 22).

ის ფაქტი, რომ სათესლე პალპაციით არ ისინჯება, არ არის საკმარისი მონორქიზმის დიაგნოზისათვის; ამის უფლება მხოლოდ მაშინ გვაქვს, თუ უარყოფითია პერიტონეუმისუკანა სივრცის ფართო რევიზიის ან სათესლის სცინტიგრაფიის შედეგი.

ერთადერთი სათესლე სავსებით საკმარისად ასრულებს თავის ორივე ფუნქციას. თუ მეორე ჯირკვალი არ არის ჩამოსული სათესლე პარკში, შეიძლება იყოს ჰიპოგონადიზმის ესა თუ ის ხარისხი, კიდევ უფრო ხშირია ასპერმია და უნაყოფობა. ასეთივე შედეგი შეიძლება მოჰყვეს ერთადერთი ჯირკვლის რაიმე ტრავმას ან დაავადებას. ამიტომ მონორქიზმიანი ადამიანი შეძლებისდაგვარად უნდა გაუფრთხილდეს ამ ერთადერთ სათესლეს: მოერიდოს ცხენით ან ველოსიპედით მგზავრობას, სპორტის ისეთ სახეობას, სადაც ხშირია სათესლეების ტრავმა (ფეხბურთი, რეგბი, ჰიდაობა და მისთ.)

პ ო ლ ი ო რ ქ ი ა იშვიათი ანომალიაა, აღწერილია სულ რამდენიმე ათეული ასეთი შემთხვევა. მ. გეორგიევას შემთხვევაში 10 წლის ბიჭუნას 3 სათესლე აღმოაჩნდა; ორი მარცხენა საზარდულის მიდა-

მოში, ერთიც — მარჯვენასი; სამივე ჩამოტანილია სათესლე პარკში (1). ასევე იშვიათია შემთხვევა, რომელიც ჟ. ნურდანოვმა და ა. მარიპოვმა აღწერეს. მათ ავადმყოფს, 19 წლის ახალგაზრდას, სათესლე პარკის მარცხენა ნახევარში სამი სათესლე ჰქონდა, მარჯვენაში — არცერთი (2).

კრიპტორქიზმი

კრიპტორქიზმი (cryptorchismus; ბერძნულად: cryptos — ფარული) იხმარება როგორც სათესლე ჯირკვლის სათესლე პარკში არარსებობის აღმნიშვნელი ტერმინი. ამავე დროს იგი აღნიშნავს, რომ ჯირკვალი თავის ადგილას არ არის, მაგრამ სადღაც სხვაგან არის და ამით განსხვავდება ანორქიზმისა და მონორქიზმისაგან, რომლის დროსაც ან ორივე, ან ერთ-ერთი სათესლე საერთოდ არ არსებობს. მრავალი ავტორის აზრით, უფრო მართებულია ტერმინი retentio testis, რაც სათესლე ჯირკვლის შეკავებას, შეჩერებას ნიშნავს. ტრადიციულად მაინც უფრო პირველ ტერმინს — კრიპტორქიზმს ხმარობენ.

კრიპტორქიზმი ყველაზე უფრო ხშირი ანომალიაა სათესლე ჯირკვლებისა. სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებიდან საშუალო რომ გამოვიყვანოთ, გამოდის, რომ ეს ანომალია ახალშობილ ვაჟთა თითქმის 3%-ს აქვს. თბილისის უროლოგიური დისპანსერის თანამშრომლებმა სასკოლო ასაკის 30 ათასზე მეტი ბიჭუნა გამოიკვლიეს და მათგან კრიპტორქიზმი აღმოაჩნდა 1.7%-ს (ამათგან ორმხრივი 6,5%-ს ჰქონდა). მაგრამ ეს არის 7 წლის და უფრო მეტი ასაკის ბავშვები (3). სხვა ანალოგიური გამოკვლევა დააახლოებით ასეთივე სიხშირეს იძლევა: ლ. აგულიანსკიმ 7—17 წლის ასაკის 1797 ვაჟის პროფილაქტიკური გასინჯვა ჩაატარა და მათ შორის 80-ს (4,5%) აღმოაჩნდა სასქესო ორგანოების ესა თუ ის ანომალია. ყველაზე ხშირია კრიპტორქიზმი (1,3%), ვარიკოცელე (1,3%), ფიმოზი (0,7%), პიჰოსპადია (0,5%) და ა. შ. (4).

მარტო სიხშირე როდია კრიპტორქიზმის საკითხის აქტუალობის მიზეზი. მთავარია ის, რომ სათესლის დისლოკაცია მისთვის შეუფერებელ ადგილზე (საზარდულის არხში, მუცლის ღრუში და სხვ.) იწვევს ჯერ მისი განვითარების ჩამორჩენას, შემდეგ ატროფიას, საბოლოოდ — სპერმატოგენური ფუნქციის მოშლას და, აქედან გამომდინარე, უნაყოფობას. ორმხრივი კრიპტორქიზმის დროს ნაყოფიერებას მხოლოდ 2—10% ინარჩუნებს, ამავე დროს ნამკურნალევი ცალმხრი-

ვი კრიპტორქიზმის დროს ნაყოფიერება შენარჩუნებულია თითქმის 96%-ში. აქედან, ცხადია კრიპტორქიზმის დროული გამოვლინების და მკურნალობის უდიდესი მნიშვნელობა.

და კიდევ ერთი, არანაკლებ მნიშვნელოვანი გართულება, რომელიც ამ ანომალიას ონკოლოგიურ პრობლემად ხდის, ეს არის მუცლის ღრუში დარჩენილი სათესლე ჯირკვლის ავთვისებიანი გადაგვარების შესაძლებლობა, რაც, ნორმალურ ადგილზე არსებულ ჯირკვლებთან შედარებით გაცილებით უფრო ხშირია; მეტწილად ეს 20—40 წლის ასაკში ხდება.

ზოგი რამ უნდა გავიხსენოთ სათესლის ემბრიოლოგიიდან, კერძოდ, მისი სათესლე პარკში ჩამოსვლის პროცესი.

სათესლეების განვითარება წელის მიდამოში იწყება, შემდეგ კი, მუცლად ყოფნის პერიოდის ბოლოსათვის, ისინი სათესლე პარკში ეშვებიან. სათესლე იზრდება, წინ გადასწევს პერიტონეუმის ფურცელს და აქ იქმნება ნაკეცი, რომელიც ადრე შუალედ თირკმელს ეკუთვნოდა, ახლა კი სათესლესთან არის დაკავშირებული და საბოლოოდ ჰქმნის საზარდულის იოგს. ამ იოგის დისტალური ბოლო მიმაგრებულია სათესლე პარკის ფსკერთან. იგი უფრო ნელი ტემპით იზრდება, ვიდრე მთლიანად ნაყოფი, და ამის გამო დაბლა ეწევა სათესლეს, რომელსაც პერიტონეუმის ბუდობრივი მორჩიც მიჰყვება. ამ დროისათვის უკვე არსებობს საზარდულის არხი. მუცლად ყოფნის 24—25 კვირისათვის სათესლე ამ არხის ზედა (შიგნითა) რგოლთან დევს, ხოლო თვით არხში ზემოხსენებული იოგია მოთავსებული. იოგი ეწევა სათესლე ჯირკვალს, იგი გაივლის მთელს არხს და მშობიაროების დროისათვის უკვე სათესლე პარკშია ჩამოსული. სათესლის დროული და სწორი მიგრაციის დარღვევის მიზეზი შეიძლება იყოს: ქრომოსომული (გენების) ინფორმაციის გაუკუღმართება (ასეთ შემთხვევაში, როგორც ჩანს, მემკვიდრეობით გადაცემის ტიპი აუტოსომურ-რეცესიულია); სხვადასხვა წარმოშობის ფიზიკური, ქიმიური ან ინფექციური ტერატოგენური აგენტები; ჰორმონთა დეფექტი დედის (ქორიონგონადოტროპინი) ან ნაყოფის (მალუტენიზებელი ჰორმონი,) ან ორივეს მხრივ; არ არის გამორიცხული ანდროგენების, აგრეთვე ზოგი ჯერ კიდევ უცნობი კომპლექსების მნიშვნელობა.

შეკავებული ჯირკვალი არასრულფასოვანია, წლების მანძილზე იგი მნიშვნელოვან დეგენერაციულ ცვლილებებს განიცდის, რის გამოც გარკვეული დროისათვის სხვადასხვა ხარისხით ჰკარგავს თავის ფუნქციას, განსაკუთრებით თვალსაჩინოდ და შეუქცევლად — სპერმა-

ტოგენურ ფუნქციას. ამის მიზეზი რამდენიმეა, მათ შორის კი უპირველესია სათესლის ტემპერატურული რეჟიმის დარღვევა. დიდი ხანია ცნობილია, რომ სათესლე ერთობ მგრძნობიარეა ტემპერატურის მიმართ: საკმარისია ტემპერატურამ 1,5°-ით აიწიოს, რომ სპერმატოგენეზი წყდება. კრიპტორქიზმის დროს გარემოში, სადაც სათესლე იმყოფება, კიდევ უფრო მაღალი ტემპერატურაა, თანაც ეს ზემოქმედება ხანგრძლივი და განუწყვეტელია. ამით აიხსნება, რომ უკვე 6—7 წლის ასაკში სათესლეში ატროფიული ცვლილებებია, ისიც დადგენილია, რომ სათესლისათვის ოპტიმალურია ტემპერატურა. სხეულისაზე 2—3°-ით ნაკლები. სათესლე პარკის ტემპერატურა მუცლის ღრუსაზე 3—8°-ით ნაკლებია, ხოლო საზარდულის არხისაზე 1.5—4°-ით. ამრიგად, სათესლე პარკი თერმორეგულაციის ფუნქციას ასრულებს და სათესლის ნორმალური ცხოველმყოფელობისათვის აუცილებელია იგი სათესლე პარკში იყოს. სათესლის დეგენერაციის მეორე მნიშვნელოვანი მიზეზია ის ტრავმა, რასაც იგი განიცდის მაღლა მდებარეობის გამო (ნაწლავთა მარყუჟების, საზარდულის არხის კედლების, მუცლისშიგნითა წნევის მხრივ).

პრაქტიკული თვალსაზრისით ერთობ მნიშვნელოვანია საკითხი — როდის იწყება დეგენერაციული ცვლილებები რეტენციულ სათესლეში, როდის აღწევს ეს ცვლილებები თავის მაქსიმუმს და როდის ხდება უკვე შეუქცევადად. ამ საკითხში აზრთა სხვადასხვაობაა: ზოგი უკვე ახალშობილობის პერიოდს ასახელებს სათესლის გერმინატული უჯრედების დეგენერაციის დასაწყისად, ზოგი 5—6 წლის ან 4—8 წლის ასაკს. ერთ რამეში თითქმის ყველა შეთანხმებულია: 8—10 წლის ასაკში დეგენერაციული ცვლილებები კულმინაციას აღწევს, ხოლო სქესობრივი მომწიფების პერიოდისათვის უმეტეს შემთხვევაში შეუქცევადი ხდება.

კრიპტორქიზმის მრავალი კლასიფიკაცია არსებობს. უმეტესი მათგანის ნაკლი ის გახლავთ, რომ ანომალიის ჯგუფებად დახასიათება მხოლოდ სათესლის მდებარეობაზე არის დამყარებული. ჩვენში მიღებულია კლასიფიკაცია, რომელიც ს. გორელიკმა და ი. მირლესმა შეიმუშავეს 1968 წელს, ხოლო 1975 წელს ოდნავ შეცვალეს ს. დოლეცკიმ და მისმა თანაავტორებმა (5).

უპირველეს ყოვლისა უნდა განვასხვავოთ ორი დიდი ჯგუფი: რ ე ტ ე ნ ც ი ა და ე ქ ტ ო პ ი ა. რეტენციის დროს ჯირკვალი არ მოჩანს და არ ისინჯება (ამ თვალსაზრისით ეს ნამდვილი კრიპტორქიზმია — ჯირკვალი ნამდვილად დაფარულია). ექტოპიის დროს ჯირკვალი ჩანს

ან ისინჯება თავისთვის შეუფერებელ ადგილზე: შორისის, მენჯის, ბარძაყის, ბოქვენის მიდამოში და სხვ. (სურ. 23, 25). ექტოპიის ყველაზე ხშირი სახეა საზარდულისა, რასაც ხშირად საზარდულის კრიპტორქიზმს ეძახიან. ამიტომ ზღვარი ამ ორ ჯგუფს შორის ერთობ პირობითია. ამ პირობითობას ისიც აძლიერებს, რომ ჰ ე შ მ ა რ ი ტ ი კ რ ი პ ტ ო რ ქ ი ზ მ ი ს სახელით სულ სხვა მდგომარეობას აღნიშნავენ. ანომალია, როგორც წესი, ორმხრივია და ამ დროს ორივე სათესლე ჰიპოპლაზიურია; ამიტომ იგი ზოგადი ენდოკრინოპათიის ერთ-ერთი გამოხატულებაა მხოლოდ. ამისგან უნდა გავარჩიოთ ც რ უ კ რ ი პ ტ ო რ ქ ი ზ მ ი (ფსევდორეტენცია, რეტრაქციული სათესლე), რომლის დროსაც ჯირკვალი მოძრავია, ყოველ შემთხვევაში. ხელით დაწოლის დროს იგი საზარდულის არხშიაც ადის და ზოგჯერ სათესლე პარკშიაც ჩამოდის.

კრიპტორქიზმს მრავალი სხვა ანომალიაც ხშირად (25—30%-ში) ახლავს, მათ შორის საინტერესოა სათესლის და მისი დანამატის შეერთება, რომლის ანომალიები კრიპტორქიზმიან ავადმყოფთა თითქმის 30%-ს აქვს. ცნობილია, რომ სათესლე და დანამატი ცალ-ცალკე აქვს ზოგიერთ ცხოველს.

კრიპტორქიზმის კიდევ ერთი გართულებაა სათესლის შემოგრეხა-ჩაჭედვა. სათესლე ჯირკვლის შემოგრეხა საკმაოდ ხშირია ნორმალურ ადგილას მდებარეობის დროსაც, მაგრამ საზარდულის არხში მდებარეობის დროს გაცილებით უფრო ხშირია. პერიტონეუმის შიგნით მდებარე სათესლის შემოგრეხა ნაწლავთა გაუვალობის სურათს იძლევა. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ასეთი ჯირკვლის ბაგირაკს სიგმური ნაწლავი შემოეხვია და ნამდვილი გაუვალობა განვითარდა (6).

კრიპტორქიზმის დიაგნოსტიკა, თუ მარტო ჯირკვლის მდებარეობას ვგულისხმობთ, უმეტეს შემთხვევაში არ არის ძნელი.

მნიშვნელობა აქვს — როგორ მიმდინარეობდა ორსულობა, დროული თუ დღენაკლული იყო ჩვენი პაციენტი, რადგან დღენაკლულთა შორის კრიპტორქიზმი უფრო ხშირია. მნიშვნელობა აქვს იმასაც, ბავშვი კრიპტორქიზმით დაიბადა თუ არა, და თუ შემდეგ ჩამოუვიდა ჯირკვლები — როდის მოხდა ეს: (დროულად შობილთათვის დაბადებიდან 1,5 თვის განმავლობაში ჩამოსვლა ნორმად უნდა ჩაითვალოს. დღენაკლულთათვის — 3 თვის ფარგლებში). თუ ბავშვის მშობლები გვეუბნებიან, რომ თავიდან მათს შვილს ჯირკვლები სათესლე პარკში ჰქონდა, შემდეგ კი ერთმა მათგანმა ან ორივემ მაღლა აიწია,

ეს ცრუ კრიპტორქიზმზე მიუთითებს. აუცილებლად უნდა დავადგინოთ: აქვს ბიჭუნას ტკივილი თუ არა; ეს საჭიროა სათესლის დაზიანების ხარისხის, აგრეთვე მკურნალობის ვადების დასადგენად.

ობიექტური გამოკვლევის მეთოდებიდან ინსპექციას აქვს გარკვეული ღირებულება. ყურადღება უნდა მიექცეს ბავშვის ზოგად ფიზიკურ განვითარებას, სხვა ორგანოთა ანომალიების თუ სტიგმების არსებობას, სიმსუქნეს. თუ ბავშვს ზედმეტი წონა აქვს, საჭიროა ნევროპათოლოგთან (შემდგომ კი ლაბორატორიული გამოკვლევით) ერთად დავადგინოთ ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის სისტემის მდგომარეობა. ბუნებრივია, განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ სათესლე პარკის და სასქესო ასოს განვითარებას, თუ ბავშვი შესაფერისი ასაკისაა — თმიანობას სასქესო ორგანოების ირგვლივ; ესეც სქესობრივი განვითარების ერთ-ერთი კრიტერიუმია.

ყველაზე დიდ ინფორმაციას პალპაცია იძლევა. სათესლე ჯირკვლების პალპაცია თბილი ხელებით უნდა წარმოებდეს, რადგან ცივი ხელის შეხებით კრემასტერი იკუმშება და სათესლე ზევით იწევს. თუ ჯირკვალი ისინჯება, იგი ფრთხილი დაწოლით ქვევით უნდა ჩამოვწიოთ (ორივე ხელით). ყველაზე დაბალი დონე, სანამდე ჯირკვალი ჩამოდის, ნიშნავს მის ჰეშმარიტ ლოკალიზაციას. თითით უნდა გაისინჯოს საზარდულის გარეთა რგოლის სიგანე, ხველის რეფლექსის საშუალებით შემოწმდეს თიაქრის არსებობა.

პალპაცია საშუალებას იძლევა არა მარტო დავადგინოთ კრიპტორქიზმის არსებობა, არამედ მისი სახეობაც. ამ ფორმათა შორის სადიფერენციაციოდ რამდენიმე ნიშანი არსებობს. მოძრავი ჯირკვალი, რომლის სათესლე პარკში ჩამოტანა ხერხდება, ცრუ კრიპტორქიზმის დამახასიათებელია; საზარდულის რეტენციის დროს სათესლე საზარდულის არხში მდებარეობს და თითქმის უმოძრაოა; ექტოპიის დროს სათესლე საზარდულის არხის წინ, აპონევროზზე დევს, თვალითაც მოჩანს, პალპაციითაც კარგად ისინჯება და ადვილადაც მოძრაობს გვერდითი მიმართულებით.

ძალზე ძნელია ანორქიზმის გარჩევა ორმხრივი კრიპტორქიზმისაგან. ვინაიდან პალპაცია არაფერს იძლევა, საჭიროა სხვა მეთოდების გამოყენება. ერთ-ერთი ასეთი მეთოდია დღე-ღამის შარდში 17-კეტოსტეროიდების განსაზღვრა ოთხი დღის განმავლობაში. ამასთანავე მეორე, მესამე და მეოთხე დღეს ბავშვს უკეთდება 500, 750, 1000 ერთეული ქორიოგონინი კუნთებში. სინჯვის შედეგები ასე ფასდე-

ბა: თუ ქორიოგონინის მიღების შემდეგ 17-კს დონემ 1,5—2-ჯერ აიწია, ეს ნიშნავს, რომ სათესლე ჯირკვლები არის და ფუნქციონირებს; თუ 17-კს პირველ და მეორე დღეს მოიმატა, მესამეზე კი პირვანდელ დონეზე დაბლა დაეცა, ეს ნიშნავს, რომ სასქესო ჯირკვლები არის, მაგრამ ძლიერ დაზიანებულია; თუ 17-კს რაოდენობამ არ მოიმატა — სასქესო ჯირკვლები არ არის. ეს უკანასკნელი დასკვნა ყოველთვის საიმედო არ არის. ბუნებრივია, სინჯი არ გამოდგება მონორქიზმის დროს. ამასთანავე, ეს მეთოდი ვერ გვეუბნება — სად არის ჯირკვალი.

უკანასკნელი მიღწევა ამ საქმეში არის სათესლეების სცინტიგრაფია ტექნეციუმით — 99m Te-პერტექნეტატით. ამ გამოკვლევით შესაძლებელია არა მარტო ჯირკვლის არსებობა დავადგინოთ, არამედ მის ლოკალიზაციასა და ფუნქციურ მდგომარეობაზეც ვიმსჯელოთ (7). ნაკლი ამ მეთოდსაც აქვს და არცთუ მცირე: ძნელია სცინტიგრაფის გადამწოდით (датчик) ჰიპოპლაზიური ან ატროფირებული სათესლის მოძებნა, თუ იგი საზარდულის არხში არ არის. გარდა ამისა, ტექნეციუმის იზოტოპი ნაწლავებითაც გამოიყოფა და აქედან გამომდინარე იმპულსებმა შეიძლება აგვირიოს სურათი.

ამჟამად მიღებულია მკურნალობის დაწყების ვადად ავირჩიოთ 2—4 წლის ასაკი. როდესაც 2—4 წელს ასახელებენ და მკურნალობის დაწყებას ამ ასაკში გვირჩევენ, მაინცდამაინც ოპერაციულ ჩარევას არ გულისხმობენ; ლაპარაკია მკურნალობაზე ზოგადად, ცხადია, პირველ რიგში ჰორმონებით მკურნალობაზე. ეს ცალკე დიდი საკითხია, და ამაზე ცოტა უნდა შევჩერდეთ.

ჰორმონებით მკურნალობა ფართოდ არის გავრცელებული, იგი იხმარება ოპერაციული ჩარევის მაგივრად, ხოლო თუ ოპერაცია საჭიროა — მის წინ, ზოგჯერ შემდეგაც. არის საფუძველი ვიფიქროთ, რომ უმეტეს შემთხვევაში ჰორმონი ენიშნება ავადმყოფს ყოველგვარი დასაბუთების გარეშე, მხოლოდ მისი ასაკის ან სხეულის მასის გათვალისწინებით, ამიტომ იმ ავადმყოფთა უმრავლესობისათვის, რომელთაც ჰორმონებით მკურნალობა უტარდება, იგი უშედეგოა, ზოგჯერ მავნეც კი. ჰორმონთა გაუმართლებელ ხმარებას საწინააღმდეგო შედეგი — უნაყოფობა მოსდევს. ცხადია, უნდა იყოს რაღაც კრიტერიუმი, რომელსაც უნდა ვემყარებოდეთ ყოველგვარი, მათ შორის ჰორმონებით მკურნალობის დანიშვნის დროს. ამჟამად ასეთ კრიტერიუმად მიჩნეულია მალუტეინეზებელი ჰორმონის (ლჰ) ექსკ-

რეცია შარდში. დადგენილია, რომ ჰორმონთა დეფიციტის შევსება საჭიროა, თუ მისი რაოდენობა 1 ლიტრ შარდში 126 საერთაშორისო ერთეულზე (სე) ნაკლებია. უფრო მიღებულია მკურნალობა ქორიოგონინით. მისი საშუალო დოზაა 750 სე ყოველ მეოთხე დღეს. სულ 6—8 ინიექცია კუნთებში; ავადმყოფი ერთ კურსზე 4000—6000 სე იღებს. ერთი თვის შემდეგ, თუ პირველი კურსი უშედეგო აღმოჩნდა, შეიძლება მეორე ასეთივე კურსის ჩატარება.

არსებობს ქორიოგონინის (ქორიონული გონადოტროპინის) ხმარების მეორე წესიც — მისი შესხმა საზარდულის არხის ქსოვილებში.

მაინც ავადმყოფთა უმეტესობას ოპერაციული მკურნალობა ესაჭიროება, ამასთანავე, ჩვენება შეიძლება იყოს გადაუდებელი, აუცილებელი, შეფარდებითი.

გადაუდებელია ოპერაცია მაშინ, თუ მოხდა შეკავებული სათესლის შემოგრეხა ან ჩაჭედვა საზარდულის რგოლში, ან თანარსებული თიაქრის ჩაჭედვა; ასეთი შემთხვევები ურგენტულ ქირურგიის ზოგად კანონებს ექვემდებარება. აუცილებელია ოპერაციული ჩარევა სათესლის ექტოპიის და საზარდულის არხში შეჩერებული ჯირკვლის დროს, აგრეთვე თიაქრის არსებობის დროს. სავსებით აუცილებელია ოპერაცია, თუ ეჭვია შეკავებული სათესლის მალიგნიზაციაზე (მუცლის ან მენჯის ღრუში სიმსივნე, სათესლე პარკში ჯირკვლის არ არსებობა). შეფარდებითი ჩვენებაა ცრუ კრიპტორქიზმი, რომლის დროსაც ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს ან გადაიდოს სქესობრივი მომწიფების დაწყებამდე. უნდა ითქვას, რომ ბოლო ხანებში ეს ჯგუფი მცირდება, რადგან ანდროლოგთა უმრავლესობა სულ უფრო და უფრო იხრება ადრეული ოპერაციული მკურნალობისაკენ.

ცრუ კრიპტორქიზმის დროს, თუ ბავშვი 6—7 წლისაა, შეიძლება ერთი წელიწადი დავიცადოთ და ამ შუალედში ჰორმონოთერაპიის ერთი ან ორი კურსი ჩავატაროთ. თუ პირველი კურსის შემდეგ არავითარი დადებითი ძვრა არ არის, მეორე კურსის ჩატარება უაზროა.

ორმხრივი კრიპტორქიზმის დროს ოპერაციისათვის იგივე ჩვენებებია, რაც ცალმხრივის დროს. აქაც აზრთა სხვადასხვაობაა. ზოგი ავტორი გვირჩევს ორივე მხარეს ერთდროულად გავაკეთოთ ოპერაცია, ზოგი სხვადასხვა ინტერვალს ასახელებს მათ შორის. ორივე ტაქტიკას თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები აქვს. იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ჩვენ ორივე მხარეს ერთდროულად ვაკეთებთ ორქიპექსიას, რადგან იმის იმედი, რომ ახლადჩამოტანილი ჯირკვალი

მოკლე დროში მაღალ აქტივობას გამოიჩენს და მეორე ჯირკვლის სპონტანურ ჩამოშვებას უზრუნველყოფს, ნაკლებია; ეს მრავალი წლის გამოცდილებამ დაადასტურა.

ოპერაციას, რომელიც კრიპტორქიზმის გამო კეთდება, ორქიპექსია ეწოდება. ამ ოპერაციის აუარებელი მეთოდი, მოდიფიკაცია, ვარიანტი არსებობს, თუმცა პრინციპული განსხვავება მათ შორის არ არის: ოპერაციის პრინციპი ისაა, რომ სათესლე გამოთავისუფლდეს გარშემო ქსოვილებისაგან, სათესლე ბაგირაკი შეძლებისდაგვარად დაგრძელდეს, სათესლე პარკში გაკეთდეს ბუდე ჯირკვლისათვის და იგი დაფიქსირდეს.

ოპერაცია იწყება კანის ისეთივე განაკვეთით, როგორიც საზარდულის თიაქრის დროს კეთდება — ირიბად, საზარდულის არხის პროექციაზე. გამოაჩენენ გარეთა ირიბი კუნთის აპონევრიზს, გაჰკვეთენ საზარდულის გარეთა რგოლს და საზარდულის არხის წინა კედელს. სათესლე ჯირკვალს და ბაგირაკს გამოათავისუფლებენ გარშემო მდებარე ქსოვილებისაგან საზარდულის შიგნითა რგოლამდე. გამოაცალკევებენ სათესლე ბაგირაკს, მოაცილებენ და კვანძავენ პერიტონეუმის ბუდობრივ მორჩს (ისე როგორც თიაქრის პარკს თიაქარკვეთის დროს); გადაკვანძილი მორჩი შეიკუმშება და ზევით აიწევს. ფრთხილი პრეპარაციით ერთმანეთს აცილებენ სათესლე ბაგირაკის სისხლძარღვებს, კრემასტერის კუნთს (ზოგი ქირურგი, ბაგირაკის უფრო მეტად დაგრძელების მიზნით, კვეთავს ამ კუნთს ორ ლიგატურას შორის), ნერვულ ღეროებს, თესლსადენს აცლიან ამ წარმონაქმნთა შორის არსებულ ცხიმოვან ქსოვილს. ეს არის სათესლე ბაგირაკის დაგრძელების ძირითადი რეზერვი. თუ ბაგირაკის სიგრძე მაინც არ არის საკმარისი, იხსნება საზარდულის შიგნითა რგოლიც და გრძელდება ბაგირაკის მობილიზაცია თირკმლის ქვედა პოლუსის დონემდე (აბდომინალური კრიპტორქიზმის დროს), ან შარდის ბუშტამდე (სათესლე ჯირკვლის მენჯში ექტოპიის დროს). ყოველნაირად უნდა ვეცადოთ, რომ სათესლე ბაგირაკის არცერთი სისხლძარღვი არ დაგვიზიანდეს. ახლა საბოლოოდ დამტკიცებულია, რომ ისინი ერთმანეთს არ ცვლიან. ხოლო მათ შორის არსებული ანასტომოზები არ არის საკმარისი სათესლე ჯირკვლის სრულფასოვანი კვებისათვის (8).

თითით ან მომჭერით (კორნცანგით) სათესლე პარკის შესაბამის ნახევარში აკეთებენ ბუდეს სათესლე ჯირკვლისათვის, ჩაუშვებენ იქ ჯირკვალს და აფიქსირებენ მას. ფიქსაციის სხვადასხვა მეთოდი არსებობს: ჰუნტერის იოგის სისქეში გატარებული ან სათესლის საკუ-

თარ იოგში (ჯირკვალსა და დანამატს შორის) გატარებული ძაფით. ამ ძაფის ბოლოებს ან სათესლე პარკის ფსკერზე ამაგრებენ, ან სათესლე პარკის კანის გავლით გარეთ გამოაქვთ, მორგვზე კვანძავენ და ბარძაყზე ლეიკოპლასტირით ამაგრებენ. სათესლე ბაგირაკის საკმარისი სიგრძის დროს კარგია ასეთი წესიც: სათესლე პარკის ფსკერზე კანი გაიკვეთება 1 სმ სიგრძეზე, სათესლე პარკის დანარჩენი შრეები კანს აცილდება და ამით მათ შორის ჯირკვლისათვის ბუდე კეთდება; შემდეგ ისევ პატარა განაკვეთით ჯირკვალი შემოაქვთ ამ ბუდეში, გარსების განაკვეთს ავიწროებენ (რათა ჯირკვალი უკან ვერ დაბრუნდეს), კანის განაკვეთს კი 1—2 ნაკერით ჰკერავენ.

სათესლის ამა თუ იმ წესით ფიქსაციის დამთავრების შემდეგ კვლავ ჭრილობის ზედა ნაწილს ვუბრუნდებით. ძალზე საჭიროდ მიგვაჩნია საზარდულის არხიდან სათესლე პარკში გადასასვლელის შევიწროება კეტგუტის რკალისებრი (ნახევრად ქისისებრი) ნაკერით, თანაც 1—2 ადგილზე კეტგუტს სათესლე ბაგირაკის გარსებში ვატარებთ. ამის შემდეგ საზარდულის არხს კვანძოვანი ნაკერებით ვხურავთ ისე, რომ გარეთა რგოლი ზედმეტად არ შევავიწროვოთ და ამით სათესლე ჯირკვლის სისხლით მომარაგება არ შევაფერხოთ. არსებობს საფუძველი ვიფიქროთ, რომ სათესლისათვის ბუდობრივი გარსის შემოცლა (ოპერაციები ჰიდროცელეს დროს, ორქიპექსიის მრავალი მეთოდი) უარყოფითად მოქმედებს სათესლეზე. ირღვევა თერმორეგულაცია და სისხლის მიმოქცევა და, საბოლოოდ, სპერმატოგენეზიც. ამის თავიდან ასაცილებლად გვირჩევენ შევინარჩუნოთ ამ გარსის ქვედა ნახევარი (9).

ვისი სახელიც უნდა ერქვას ორქიოპექსიის ოპერაციას, ზემოაღწერილი მომენტები ყველა ოპერაციისათვის აუცილებელია. (სურ. 25).

სათესლის ძლიერ მაღალი მდებარეობის დროს მიმართავენ მის აუტოტრანსპლანტაციას, ამასთან, სათესლე არტერია ეკერება ჯირკვლის ქვედა არტერიას (სათესლე ბაგირაკის სხვა ელემენტები არ იკერება) მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებით (10).

ოპერაციის კარგად დამთავრების შემდეგაც საჭიროა ავადმყოფის პერიოდული გასინჯვა, ლჰ დონის განსაზღვრა, თუ საჭიროა — ქორიონული გონადოტროპინის დანიშვნა (ნორმად მიღებულია: 3—12 წლამდე — 525,4±70 სე/ლ; 13—18 წ. — 903,5±183 სე/ლ; 18 წელზე უფროსთათვის 514,8±97 სე/ლ).

ფიქრობენ, რომ ასეთი კისტა ემბრიონული ნაშთებისაგან ვითარდება (მიულერის სადინარი, სათესლეს დანამატის წვრილყუნწიანი ჰიდატიდები, ვოლფის სხეულის ნაშთები) და მას სპერმატოგენურსაც უწოდებენ (spermatocele).

კისტა ჩვეულებრივად მცირე ზომისაა, თუმცა აღწერილია შემთხვევა, როდესაც იგი ლიტრნახევარ სითხეს შეიცავდა (11). კისტის შიგთავსი ბაცმოყვითალო ფერის სითხეა, მის შემადგენლობაში არის ცილა, სპერმატოზოალური გრანულომისაგან განსხვავებით — არ არის სპერმატოზოიდები.

სპერმატოგენული კისტები შეძენილიც შეიძლება იყოს; წარმოიშვას ანთებითი პროცესის ან ტრავმის შედეგად, რის შემდეგ სადინარების ობლიტერაცია ხდება, ამის შედეგად კი სითხის შეგუბება და რეტენციული კისტის წარმოშობა. შეძენილი კისტები ერთ-ან მრავალკამერიანი შეიძლება იყოს, პროცესში ჩათრეულ სადინართა რიცხვის მიხედვით. შეძენილი სპერმატოგენული კისტების შიგთავსი სხვადასხვაა. იგი შეიძლება იყოს ბლანტი, რძისმაგვარი ან კრიალა, გამჭვირვალე. მიკროსკოპულად, ერთეული ლეიკოციტების და ეპითელური უჯრედების გარდა, ხშირ შემთხვევაში გვხვდება როგორც ნორმალური, ასევე დეგენერაციული სპერმატოზოიდები.

სპერმატოგენური კისტა ნელა იზრდება, რაიმე მოშლილობას არ იწვევს. სათესლე პარკის ტრავმა ხშირად ხდება მისი მკვეთრი ზრდის მიზეზი. ავადმყოფს ეწყება ყრუ ტკივილი საზარდულის არეში, უძნელდება სიარული. პალპაციით კისტა ისინჯება მომრგვალო ან ოვალური სიმსივნური წარმონაქმნების სახით, სადა ზედაპირით, მრავალკამერიანი კისტა კი — უსწორო ფორმის კონგლომერატის სახით. ისინი უმტკივნეულოა, რბილი — ელასტიკური კონსისტენციისა, ზოგჯერ შეიგრძნობა ფლუქტუაცია. კისტა სათესლე ჯირკვლის წინ ან უკან მდებარეობს, ეს კი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელი ემბრიონული ნაშთისგან გაჩნდა იგი. სათესლის წყალმანკისაგან სათესლის კისტა განსხვავდება იმით, რომ ჯირკვალი და დანამატი მის გარეშე ისინჯება, თუმცაღა დაკავშირებულია მასთან.

სათესლის კისტის გამოკვლევის ძირითად მეთოდად ითვლება დიაფანოსკოპია — აღინიშნება დადებითი სინათლის ფენომენი, თუმცა იშვიათ შემთხვევაში სპერმატოგენულ კისტაში კიროვანი მარილები

გროვდება, მისი კედლები სქელდება, სინათლის ფენომენი ქრება და დიაგნოსტიკისათვის კისტის პუნქციას მიმართავენ.

მკურნალობა ოპერაციულია — კისტის ამოკვეთა ადგილობრივი ანესთეზიით. კონსერვატიული მკურნალობის ყველა ცდა (პუნქცია წამლების შეყვანით) არაეფექტურია.

სათესლე ჯირკვლის დერმოიდული კისტა იშვიათია, მაგრამ როდესაც არის, ყოველთვის ძნელია მისი სიმსივნისგან დიფერენციაცია (12).

ტრავმა

ტრავმა შეიძლება იყოს ღია და დახურული. დაზიანება ხდება დარტყმის, ჩამოვარდნის გამო, ცხენით ან ველოსიპედით მგზავრობისას. ვითარდება სისხლჩაქცევა და ჯირკვლის ქსოვილის შეშუპება. ძლიერი დარტყმისას ჯირკვლის ცთომა შეიძლება განვითარდეს საზარდულის არხისაკენ, მუცლის კედლის კანქვეშ, შორისში და თეძოში (ჯირკვლის ამოვარდნილობა). ღია დაზიანებანი განსაკუთრებულად მძიმეა, ნაფლეთოვანი, დაგლეჯილი ხასიათისა. დანამატის, ან სათესლე ბაგირაკის ცალ-ცალკე ტრავმა შედარებით იშვიათია. მძიმე ტრავმისას შესაძლებელია სათესლე ბაგირაკიდან ჯირკვლის მოგლეჯა.

სათესლის და მისი დანამატის ტრავმის დამახასიათებელია მკვეთრი ტკივილი (არაიშვიათად შოკი), სათესლე პარკის ზომების მკვეთრი მომატება, კანის საფარველის სილურჯე, ჯირკვლის ან დანამატის შემსივნება, მტკივნეულობა, დაჭიმულობა. ღია დაზიანებისას ჯირკვალი არაიშვიათად ვარდება სათესლე პარკის ჭრილობაში.

სათესლე პარკის დიდი ჰემატომა ხშირად აძნელებს სათესლისა და მისი დანამატის გასინჯვას. ჰემატომის დიდი ზომა პროფუზული სისხლდენის შედეგად და ძლიერი ტკივილი გვაიძულებს ვიფარაუდოთ არა მარტო სათესლე პარკის, არამედ მისი ორგანოების დაზიანებაც. ღია დაზიანებისას, როდესაც ჯირკვალი გამოვარდნილია ჭრილობაში, დიაგნოსტიკა გაცილებით იოლია.

ბსუბუქი შემთხვევებისას, ანუ სათესლის და დანამატის ზერელე დახურული დაზიანებისას (სათესლე პარკის მცირე ჰემატომის შემთხვევაში), კონსერვატიულ თერაპიას მიმართავენ: წოლითი რეჟიმი, სუსპენზორიუმი, პირველ ხანებში ცივი, შემდგომ სითბური პროცედურები, ანალგეტიკები, ანტიბაქტერიული პრეპარატები, შოკის შემთხვევაში სათანადო ზომების მიღება.

დიდი მასალის შესწავლით გამოირკვა, რომ სათესლე პარკის ჩლუნგი ტრავმის შემთხვევათა ნახევარში სათესლე სკდება, ამასთანავე, მცირე გასკდომაც კი ზოგჯერ ძლიერ სისხლდენას იწვევს და დიდი ჰემატომა ჩნდება. საშიში სისხლდენა, ჰემატომის მატება სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს. ამოვარდნილი ჯირკვლის ჩასწორების სიძნელის დროს მიმართავენ ჯირკვლის რეპოზიციას ოპერაციის გზით. სათესლის მრავლობითი გაგლეჯის დროს ნაჩვენებია ჰემიკასტრაცია. დანარჩენ შემთხვევებში შეიძლება ორგანოსშემნახველი ოპერაცია: ჯირკვლის რეზექცია, გაკერვა. ღია დაზიანების დროს ხშირად ძნელია გარეგნულად შევაფასოთ ჯირკვლის სრულფასოვნება; ამიტომ ჰემიკასტრაციის ჩვენება მხოლოდ სათესლე ბაგირაკისაგან ჯირკვლის მთლიანი მოგლეჯაა. სასურველია დაველოდოთ სისხლმომარაგების ნაკლული უბნების სეკვესტრაციას, რის შემდეგ დარჩენილ ნაწილს გამოყოფენ შეხორცებებისაგან და ჩააბრუნებენ სათესლე პარკში.

ასეთი ტაქტიკა სათესლის ნაწილს მაინც გადაარჩენს, მას სპერმატოგენური თუ არა, ენდოკრინული ფუნქცია მაინც შერჩება. ჩვენ ბავშვთა პრაქტიკაში სასწრაფო ოპერაციის ტაქტიკა ავადმყოფთა 88%-ში გამოვიყენეთ და შედეგებითაც კმაყოფილი ვართ.

ორივე სათესლის დაკარგვა მეორადი სასქესო ნიშნების უკუგანვითარებას, იმპოტენციას, უნაყოფობას იწვევს. პოსტტრავმული ეპიდიდიმიტი ან ფუნიკულიტი სათანადო მკურნალობას საჭიროებს, უმთავრესად გამწოვი (ლიდაზა და მისთ). და ფიზიოთერაპიული მკურნალობის სახით.

ანთებითი დაავადებანი

ორქიტი

სათესლის ანთება (orchilis) უხშირესად ვითარდება როგორც რომელიმე ინფექციური სნეულების (ეპიდემიური პაროტიტი, გრიპი, მუცლის ტიფი, ბრუცელოზი, აქტინომიკოზი), ისე ტრავმის შედეგად. ინფექციის შეჭრის გზებია ჰემატოგენური ან ლიმფოგენური. დასუსტებულ ავადმყოფებსა და ბავშვებს არასპეციფიკური, აგრეთვე ტუბერკულოზური ორქიტი შეიძლება გაუჩნდეს სათესლის დანამატიდან გადასვლის შედეგად.

მწვავე ორქიტი ხშირად ჩირქოვან ხასიათს იღებს. აბსცესის სპონტანური გახსნის შემთხვევაში წარმოიშვება ჩირქოვანი ფისტულა. ორქიტის დროს ვითარდება ჯირკვლის სისხლძარღვების თრომბოზი, რომელიც ჯირკვლის ინფარქტსა და ნეკროზს იწვევს; ხშირი გართულებაა ეპიდიდიმიტი. ორქიტი შეიძლება აგრეთვე გართულდეს ფუნიკულიტით. ამ დროს სათესლე ბაგირაკი შეუცვლელია. თანდაყოლილი ან შეძენილი საზარდულის თიაქრის, კრიპტორქიზმის დროს ორქიტმა შეიძლება გამოიწვიოს პერიტონიტი. მწვავე ტრავმული ორქიტისათვის დამახასიათებელია ადგილობრივი ანთებადი მოვლენების სიმყარე, დაავადების ხანგრძლივობა და უფრო ხშირი აბსცედირება ფისტულების წარმოქმნით. ეპიდემიური პაროტიტი დაახლოებით 20%-ში რთულდება ორქიტით (მოწიფულთა შორის კიდევ უფრო ხშირად). იგი იწყება ეპიდიდიმიტით. მწვავედ: ძლიერი ტკივილი და მაღალი ტემპერატურა 3—4 დღეს გრძელდება; შემდეგ პროცესი სათესლეზე გადადის. დაავადების ქრონიკულ ფაზაში ვითარდება სტრომის სკლეროზი, პარენქიმის ატროფია, ჩნდება ანთებადი კვანძები — გრანულემები, რომელთა შიგთავსია ეპითელოიდური და გიგანტური უჯრედები. ჰისტოციტური ორქიტის დროს ვითარდება სათესლის ქსოვილის ინფილტრაცია ჰისტოციტებით და პლაზმოციტებით.

ქრონიკული ორქიტი ვითარდება მწვავეს შემდეგ. ან ანთებით პროცესს თავიდანვე ქრონიკული ხასიათი აქვს, დაავადება ნელა მიმდინარეობს. ჯირკვალი იზრდება, მკვრივდება, არის ზომიერი ტკივილი და სუბფებრილიტეტი. ქრონიკული ორქიტის დროს ჯირკვალი უხშირესად განიცდის ინდურაციას და ატროფიას. ორმხრივი ორქიტის შედეგია ასპერმია და იმპოტენცია. ჩირქოვანი ფისტულები ძლიერ იშვიათად ჩნდება.

მწვავე პერიორქიტი ხასიათდება მწვავე ორქიტის ან ეპიდიდიმიტის ნიშნებით, ჰიდროცელეს ან პიოცელეს სიმპტომებით. ქრონიკული პერიორქიტის დროს სათესლე პარკის გარსებში შეიძლება ისინჯებოდეს გამკვრივებული უბნები ხრტილოვანი ან ძვლის კონსისტენციის ფირფიტების სახით.

აუცილებელია წოლითი რეჟიმი, დიეტა ცხარე საკვების და სპირტიანი სასმელის გარეშე, სუსპენზორიუმი, სიცივე: ნოვოკაინის ბლოკადა ლორინეპშტეინის წესით, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები. საშარდე ინფექციისას — ფურადონინი, ტეტრაციკლინის პრეპარატები. მწვავე მოვლენების გავლის შემდეგ ხმარობენ სითბურ კომპრესებს,

ულტრამაღალი სიხშირის დენს, სოლუქსს, იოდით ელექტროფორეზს. ჯირკვლის აბსცესის შემთხვევაში იგი უნდა გაიხსნას და ფართო დრენირება მოეწყოს. ჯირკვლის ქსოვილის მნიშვნელოვანი დაზიანების, კონსერვატიული თერაპიის არაეფექტურობის შემთხვევაში, განსაკუთრებით მოხუცებულობის ასაკში, ნაჩვენებია ჰემიკასტრაცია. ქრონიკული ორქიტის მკურნალობისათვის ხმარობენ უპირატესად ფიზიოპროცედურებს: სოლუქსი, კვარცი, დიათერმია, ეპიდემიური პაროტიტით გამოწვეული ორქიტის დროს ხმარობენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების კომბინაციას გამაგლობულინთან (მხოლოდ ბავშვებში) კუნთებში 1,5—3 მლ, სულფანილამიდურ პრეპარატებს, კორტიკოსტეროიდებს (30 მგ პრედნიზოლონი 3—5 დღის განმავლობაში). ბრუცელოზური ორქიტის დროს უნიშნავენ სტრეპტომიცინს, ლევომიცეტინს, სულფადიმეზინს, ბრუცელოზის ვაქცინას.

ეპიდემიური პაროტიტის და მისი გართულების — ვირუსული ორქიტის შესახებ ცალკე უნდა ვთქვათ, დადგენილია, რომ ეპიდემიური პაროტიტის ვირუსი სათესლეებსა და წინამდებარე ჯირკვალში დეგენერაციულ ცვლილებებს იწვევს. ეს ნიშნავს, რომ ყბაყურით დაავადებული ბიჭუნები თავიდანვე უნდა იყვნენ უროლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ.

ეპიდიდიმიტი

სათესლის დანამატის ანთება (epididymitis) მამაკაცის სასქესო სისტემის ერთ-ერთი უხშირესი დაავადებაა. ამის მიზეზად არასპეციფიკური (ჩირქმბადი ბაქტერიული ფლორით გამოწვეული) ურეთრიტის გახშირებას თვლიან, რადგან ეპიდიდიმიტი შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც სპეციფიკური (გონორეა, ტრიქომონოზი, ტუბერკულოზი და სხვ.), ისე არასპეციფიკური (ჩირქმბადი) ინფექციით. მეტწილად სათესლის დანამატის ანთება იზოლირებული პროცესია (თუმცა იზოლაცია სათესლისაგან ფრიად საეჭვოა; ამიტომ ხშირად იხმარება ტერმინი ორქოეპიდიდიმიტი). საკმაოდ ხშირად გვხვდება ეპიდიდიმიტის შერწყმა შარდსადენის, წინამდებარე ჯირკვლის და სხვა სასქესო ორგანოების ანთებით პროცესებთან, მეტნაკლებად გამოხატული კლინიკური სურათით.

ეპიდიდიმიტის პათოგენეზურ ფაქტორთა შორის დიდია ტრავმის როლი, ამასთანავე არ არის აუცილებელი, რომ ტრავმა მნიშვნელო-

ვანი იყოს, ზოგჯერ საკმარისია ცხენზე შეჯდომა ან ველოსიპედით მგზავრობა და მისთ. ეპიდიდიმიტის საკმაოდ ხშირი მიზეზია იათროგენური ტრავმაც (შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, შარდსადენის ბუჟირება, ენდოსკოპიური გამოკვლევა), განსაკუთრებით, თუ ინსტრუმენტი გაჭირვებით, ძალდატანებით გადის.

ხშირია ეპიდიდიმიტი წინამდებარე ჯირკვლის ადენომექტომიის შემდეგ, ზოგჯერ ყოველგვარი მანიპულაციის გარეშეც, როდესაც აღდგება ბუნებრივი გზით შარდვის აქტი; მნიშვნელობა აქვს სქესობრივ ექსცესებს, გაუკუღმართებულ სქესობრივ აქტს, ზედმეტ ფიზიკურ დაძაბვას, გაცივებას და სხვ.

ინფექცია სათესლის დანამატში უხშირესად ჰემატოგენური გზით ხვდება, უფრო იშვიათად ლიმფური სადინარებით ან ქვედა საშარდე გზებიდან (ურეთროგენური ეპიდიდიმიტი).

ეპიდიდიმიტი უხშირესად (90%-ში) ცალმხრივია და უფრო სქესობრივი აქტივობის ასაკში (20—50 წ.) გვხვდება.

მიმდინარეობის მიხედვით ეპიდიდიმიტი შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული, ამასთან ქრონიკული ანთება ან მწვავის შემდგომი ფაზაა, ან თავიდანვე დუნედ მიმდინარე პროცესი.

მ წ ვ ა ვ ე ე პ ი დ ი დ ი მ ი ტ ი სათესლე პარკის სათანადო ნახევარში ძლიერი ტკივილით იწყება. დანამატი შემსივნებულია და გამკვრივებული (დასაწყისში ჯერ კიდევ შეიძლება გარჩევა — დანამატის თავია მკვრივი თუ კუდი). სათესლე პარკის კანი შეშუპებულია, გაწითლებული, ზოგჯერ შეშუპება, სიწითლე, მტკივნეულობა სათესლე ბაგირაკის მიმართულებით ვრცელდება; ეს ნიშნავს, რომ პროცესი გადასულია სათესლე სადინარზეც (დეფერენტიტი) ან მთლიანად სათესლე ბაგირაკზე (ფუნიკულიტი); გადიდებული და მტკივნეულია საზარდულის ლიმფური კვანძებიც. ავადმყოფთა ნახევარზე მეტს ერთდროულად მწვავე ან ქრონიკული ურეთრიტიც აქვს. ხშირად სათესლე პარკის გარსებს შორის სითხეა (რეაქციული ჰიდროცელე). ტკივილი განსაკუთრებით ძლიერდება შეხების და მოძრაობის დროს. ავადმყოფი ზოგავს სათესლე პარკს, ერიდება მასთან რაიმეს შეხებას და ამიტომ ახაბაჩად, ფეხებგაწეული დადის. თუ ინფექცია მაღალვირულენტურია და თანაც ავადმყოფი არ მკურნალობს, ეპიდიდიმიტმა შეიძლება ჩირქოვანი ხასიათი მიიღოს და ჩირურგიული ჩარევაც დაგვჭირდეს. უამისოდ, პროცესის გავრცელების გარდა, შეიძლება ჩირქგროვა თვითონ გაიხსნას და სათესლე პარკის კანზე ფისტულა გაჩნდეს — ერთი ან რამდენიმე.

უხშირესად საქმე დაჩირქებამდე არ მიდის. მკურნალობის დაწყების შემდეგ ორ-სამ დღეს ავადმყოფს მაღალი სიცხე აქვს, ზოგჯერ შემცივნებაც. სისხლის ლეიკოციტოზი და ედს-ი მომატებულია, ლეიკოციტების ფორმულა მარცხნივ არის გადახრილი. შემდეგ ტკივილი იკლებს. სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურ დონემდე ეშვება, შეშუპება კლებულობს და დაავადება ქვემწვავე ფაზაში გადადის. ამ დროს ტკივილი მხოლოდ შეხების ან უხერხული მოძრაობის დროს შეიგრძნობა, სათესლე პარკი ნორმალური ზომისაა, თუმცა სათესლე დანამატი ისევ გადიდებულია, მკვრივი და მოჭერით მტკივნეული. სითხე სათესლე პარკის გარსებს შორის აღარ არის, ან ძალზე ცოტაა.

ქრონიკული ეპიდიდიმიტის დროს ეს მოვლენები კიდევ უფრო ჩამცხრალია, თუმცა სიმკვრივე და მტკივნეულობა ხელის მოჭერის დროს დიდხანს რჩება, მაგრამ დანამატი უკვე თითქმის ნორმალური ზომისაა, ნათლად გაირჩევა საზღვარი სათესლე ჯირკვალსა და დანამატს შორის. სხეულის ტემპერატურა და სისხლის ანალიზი (ჰემოგრამა) ნორმალურია.

მწვავე ეპიდიდიმიტის მკურნალობა ავადმყოფისათის წოლითი რეჟიმის დანიშვნით უნდა დავიწყოთ. სათესლე პარკზე ცივი საფენები (ან ყინული) დავადოთ და მჭიდროდ შევუხვიოთ (უკეთესია კარგად მორგებული სუსპენზორიუმი).

ძლიერი ტკივილის მოსახსნელად წარმატებით იყენებენ სათესლე ბაგირაკის ბლოკადას.

ავადმყოფს ეკრძალება სქესობრივი კავშირი, მაგარი სასმელები, ცხარე საჭმელი; ინფექციის საწინააღმდეგოდ საჭიროა ანტიბიოტიკები, უმჯობესია ფართო სპექტრისა (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი); შეიძლება სხვა ანტიბიოტიკებიც, მხოლოდ დოზა საკმარისი უნდა იყოს. თუ ეპიდიდიმიტმა ჩირქოვანი ხასიათი მიიღო, საჭიროა მისი გაკვეთა და დრენირება. თუ ჭრილობა დიდხანს არ შეხორცდა, უმჯობესია სათესლე დანამატის ამოკვეთა, ჩირქოვანი პროცესის სათესლეზე გადასვლის შემთხვევაში — ჰემიკასტრაცია. ეს ხშირად არის საჭირო ისეთი ჩირქოვანი ეპიდიდიმიტის დროს, რომელიც წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის ოპერაციული მკურნალობის პროცესში გაჩნდა.

ქრონიკული ეპიდიდიმიტის დროს კი უფრო ძნელი ამოცანა ისმის: საჭიროა დიფერენციაცია უბრალო და ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის ეპიდიდიმიტს შორის. ამისათვის საჭიროა სასქესო სისტემის სხვა ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: ტუბერკულოზი

სისტემური დაავადებაა და ამ დროს სხვა ორგანოებიც, მათ შორის საშარდე, არის დაზიანებული. შედარებით ადვილია ლუესური და ბრუცელოზური ეპიდიდიმიტის გარჩევა: ამ დაავადებათა დროს ჯერ ორქიტი იწყება, დანამატზე პროცესი შემდეგ გადადის. ფისტულები აქაც შეიძლება გაჩნდეს, მაგრამ, როგორც წესი, ფისტულა სათესლიდან მომდინარეობს და არა დანამატიდან. საკმაოდ ძნელია სათესლე დანამატის სიმსივნის და ქრონიკული ეპიდიდიმიტის გარჩევა; ლოდინიც არ შეიძლება: ქრონიკული ეპიდიდიმიტის დროს პალპაციით მიღებული ინფორმაცია დიდხანს არ იცვლება, სიმსივნეც ზოგჯერ ნელა იზრდება. თუ სათესლე პარკის გარსებში სითხეა, საჭიროა გაკეთდეს პუნქცია. ამის შემდეგ პალპაციაც გაადვილდება, ხოლო სითხის ჩირქოვანი ხასიათი და ბაქტერიების აღმოჩენა ეპიდიდიმიტზე მიუთითებს. ციტოლოგიური გამოკვლევით შეიძლება სიმსივნის უჯრედების აღმოჩენა, თუმცა უარყოფითი პასუხი მის არსებობას არ გამორიცხავს. ამიტომ ზოგჯერ დანამატის პუნქციური ბიოფსიაც შეიძლება დაგვჭირდეს, ან ექსპრეს-გამოკვლევა ოპერაციის დროს აღებული ბიოპტატისა.

ქრონიკული ეპიდიდიმიტის მკურნალობა, პირველ რიგში, მისი პროფილაქტიკაა, რაც მწვავე სტადიაში დროული, რაციონალური და ენერგიული მკურნალობით გამოიხატება. პროცესის ქრონიზაციის ასაცილებლად ძალზე დიდი მნიშვნელობა აქვს მწვავე სტადიაში რეჟიმის მკაცრ დაცვას.

ეპიდიდიმიტი, ამა თუ იმ მიზეზის გამო, მაინც ხშირად იძენს ქრონიკულ ხასიათს და ხანგრძლივად მიმდინარეობს. მკურნალობა დიდად არის დამოკიდებული მის გამომწვევ მიზეზზე. ანტიბაქტერიული მკურნალობა ამ დროსაც უნდა გაგრძელდეს, თან საჭიროა სხვა საშარდე და სასქესო ორგანოებში არსებული ანთების კერების სანაცია. სათესლე დანამატში არსებული ინფილტრაციის სწრაფ შეწოვას აჩქარებს პროტეოლიზური ფერმენტები (ტრიფსინი, ქემოფსინი და მისთ.). აგრეთვე ლიდაზა (0,1 გ დღეგამოშვებით), ალოე (1,0 ყოველდღე), მინისებრი სხეული (2,0 ყოველდღე) იონოფორეზი იმავე ლიდაზით ან ჰიდროკორტიზონით, ულტრამაღალი სიხშირის დენით (УВЧ) მკურნალობა.

თუ ორი-სამი თვის ასეთი მკურნალობის შემდეგ ქრონიკული ეპიდიდიმიტი არ ცხრება, ან რეციდივული მიმდინარეობა მიიღო, საჭიროა დაისვას საკითხი სათესლის დანამატის ამოკვეთის — ეპიდიდიმექტომიის შესახებ.

სათესლეების სიმსივნე საკმაოდ ხშირია და მამაკაცის ონკოლოგიურ დაავადებათა 2%-ს შეადგენს. სხვა მონაცემებით იგი 0,4-დან 3%-მდე შეადგენს, ან კიდევ ასე ანგარიშობენ: 100.000 მამაკაციდან ყოველწლიურად ორ-სამს უჩნდება სათესლე ჯირკვლების სიმსივნე. ამასთანავე, სათესლის სიმსივნეთა დიდი უმრავლესობა (თითქმის 99%) ავთვისებიანია. ჩვენ ერთხელ შეგვხვდა მხოლოდ კეთილთვისებიანი სიმსივნე — ფიბრომა; იგი 1 წლის ბავშვს ჰქონდა (სურ. 26).

ავთვისებიან სიმსივნეთა სიხშირის მაქსიმუმი სქესობრივი აქტივობის კულმინაციის პერიოდს (20—40 წელი) ემთხვევა, თუმცა გვხვდება ბავშვებშიაც (ჩვენ გვყავდა 2 წლის ბავშვი სემინომით) და ხანშიშესულთა შორისაც.

სათესლის სიმსივნეთა გენეზში ორ ფაქტორს აღნიშნავენ: ერთია კრიპტორქიზმის როლი სიმსივნის განვითარებაში. მოსკოველი უროონკოლოგის ე. მარინბახის მასალით სათესლის სიმსივნით ავადმყოფთა თითქმის მეოთხედს კრიპტორქიზმი ჰქონდა. კრიპტორქიზმის ონკოლოგიური მნიშვნელობის გამო ზემოთ ვილაპარაკეთ, აქ კი მხოლოდ კიდევ ერთ ფაქტს აღვნიშნავთ, ამ მნიშვნელობის დამადასტურებელს: სიმსივნეც და კრიპტორქიზმიც უფრო ხშირია (60%) მარჯვენა მხარეს.

მეორე ხელშემწყობ ფაქტორად მიაჩნიათ სათესლის ჰიპოპლაზია (ან ატროფია) და მასთან დაკავშირებული (ან უკმისოდაც — ჰიპოფიზიდან მომდინარე) ჰორმონული ძვრები. საერთოდ, როგორც აღნიშნავენ, დისგენეზიურ, არასწორად განვითარებულ სათესლეებში სიმსივნე 15—20-ჯერ უფრო ხშირად ჩნდება, ვიდრე ნორმალურში. ტესტიკულური ფენიმინიზაციის მქონე ავადმყოფთა 22%-ს გაუჩნდა სათესლის სიმსივნე (28). შეკავებულ სათესლეში სიმსივნის გაჩენა, როგორც ფიქრობენ, კანონზომიერი შედეგია იმ რთული ადგილობრივი და ზოგადი დარღვევებისა, რაც კრიპტორქიზმს ახასიათებს. აღნიშნავენ აგრეთვე ტრავმის მნიშვნელობასაც, თუმცა აქ უშუალო მიზეზობრივი კავშირი არც ისე თვალსაჩინოა.

სათესლის სიმსივნეებს ორ დიდ ჯგუფად ჰყოფენ: გერმინატიული, ე. ი. სათესლე ეპითელიდან წარმოქმნილი (სემინომა, ემბრიონული კიბო, ქორიონეპითელომა, ტერატობლასტომა და სხვ.), რომლებიც ყველა სიმსივნეთა 95%-ს შეადგენს, და არაგერმინატიული, ე. ი. სათესლის სტრომიდან წარმოქმნილი (ლეიდიგომა, სერტოლიომა — სა-

თესლის შესატყვისი ნაწილებისაგან — ლეიდიგის ან სერტოლის უჯრედებიდან მომდინარე) სიმსივნეები. აქვე შედის ფრიად იშვიათი არასპეციფიკური სიმსივნე — სხვადასხვა სახის სარკომა, აგრეთვე სხვა ორგანოთა სიმსივნის მეტასტაზები სათესლეში.

სემინომა სათესლის ყველაზე ხშირი სიმსივნეა (40—50%-დე). მაკროსკოპულად ეს არის მკვრივი, წილაკოვანი კვანძი, განაკვეთზე მორუხო-მოყავისფრო ფერისა. ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით სემინომის რამდენიმე სახეს არჩევენ: „კლასიკურს", ანაპლაზიურს, სპერმატოციტურს და სხვ. (სურ. 27). ტერატობლასტომა ძირითადად ორი სახისაა: იმავე სემინომის ელემენტებით ან უამისოდ, და ტერატობლასტომა, რომელიც ქორიონეპითელიომას ჰგავს: ორივე სიმსივნე განაკვეთზე ჰრელია, რაც ნეკროზის უბნების არსებობით აიხსნება. ემბრიონული კიბოც ტერატობლასტომას ჰგავს და ამიტომ ამ ორ სიმსივნეს ხშირად აიგივებენ კიდეც. მაინც უმთავრესი სხვაობა ამ სიმსივნეთა შორის დიფერენციაციის, სიმწიფის ხარისხშია. ამიტომ ასეთი ტერმინებიც არსებობს: მწიფე ტერატომა, ან უმწიფარი ტერატომა.

სათესლის სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელია მეტასტაზების ადრე გაჩენა. თანაც მეტასტაზები უპირატესად ლიმფური სადინარების გზით ვრცელდება და ლიმფურ კვანძებში იბუდებს: ჯერ ახლომდებარე (საზარდულის, პარაკავალურ, პარააორტულ კვანძებში), შემდეგ უფრო დაშორებულ უბნებშიაც (შუასაყარის, ლავიწზედა მიდამოს). უფრო იშვიათია ჰემატოგენური მეტასტაზები, თანაც ისინი დაშორებულ ორგანოებშია (ღვიძლში, ფილტვებში). მეტწილად ეს მეტასტაზები კარგად გამოვლინდება ლიმფოგრაფიის და ფლებოგრაფიის საშუალებით (სურ. 28).

დასაწყისში სათესლის სიმსივნე არაფრით გამოვლინდება. ჩვენ გვინახავს ავადმყოფი, რომელსაც ფილტვის სიმსივნე ჰქონდა. იგი ამოიკვეთა და ჰისტოლოგიური გამოკვლევით სემინომა აღმოჩნდა, სიმსივნის ძირითადი კერა კი არც ამ დროს ჩანდა და არც შემდეგ, მხოლოდ ორი წლის შემდეგ, უკვე რეტროპერიტონული მეტასტაზების გაჩენის შემდეგ გახდა შესამჩნევი მცირე კვანძი მარცხენა სათესლეში.

მეტწილად თვითონ ავადმყოფი ამჩნევს რომელიმე სათესლეში კვანძის გაჩენას, რომელიც სწრაფად იზრდება. საკუთრივ ჯირკვალი დაჭიმულია, ზოგჯერ მტკივნეულიც. საერთოდ ტკივილი, სათესლის სიმსივნისათვის არ არის დამახასიათებელი, იგი მხოლოდ სათესლე

ბაგირაკის პროცესში ჩართვის შემდეგ იჩენს თავს. მოგვიანებით სათესლე ძლიერ მკვრივდება, უსწორმასწორო ფორმას იღებს. შემდეგ იშლება საზღვარი სათესლეს და დანამატს შორის, სათესლე პარკის გარსებში სითხე (ტრანსუდატი) ჩნდება, რაც კიდევ უფრო ადიდებს სათესლე პარკის შესაბამის ნახევარს. თუ ჯირკვალი არ იყო ჩამოსული (ან ქირურგიული გზით ჩამოტანილი) სათესლე პარკში, სიმსივნე საზარდულის არხში შეიგრძნობა. იგი მკვრივია, მტკივნეულიც. თუ აბდომინალური კრიპტორქიზმია და სიმსივნე მუცლის ღრუში მდებარე სათესლეში გაჩნდა, იგი დიდ ზომას აღწევს, ზოგჯერ მუცლის ღრუს შესაბამის ნახევარს იკავებს. ასეთ შემთხვევებში სიმსივნე მეტად გვიან ვლინდება, რადგან იგი ავადმყოფს არ აწუხებს და მეტწილად შემთხვევით ნაპოვნია.

სანამ სიმსივნე სათესლეს არ გასცილდება, არ არის არც ტემპერატურული რეაქცია, არც ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები. ზოგჯერ ავადმყოფები სქესობრივი უნარის დაქვეითებას აღნიშნავენ, იშვიათად არის გინეკომასტია ან — სერტოლიომის დროს — ფემინიზაციის ნიშნები, ინტერსტიციულუჯრედოვანი სიმსივნის დროს — ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება.

ავადმყოფთა დაახლოებით 3%-ს ორივე სათესლეში უჩნდება სიმსივნე. როგორც წესი, ორივეში (ჰისტოლოგიურად) ერთიდაიგივე სიმსივნეა, თუმცა ისინი შეიძლება გამოჩნდეს ერთდროულადაც და თანამიმდევრობითაც, ზოგჯერ ცალ მხარეს სიმსივნის დადგენიდან რამდენიმე წლის შემდეგ. ავტორთა უმრავლესობის აზრით, ეს ორი სხვადასხვა სიმსივნეა, ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად გაჩენილი (თუ არ ჩავთვლით რეტიკულოსარკომას, რომელიც უხშირესად სისტემური დაავადების ადგილობრივი გამოვლინებაა).

სათესლის, ისე როგორც სხვა ორგანოების სიმსივნეთა კლასიფიკაცია დამყარებულია პირველადი კერის, ახლო და შორეული მეტასტაზების აღნუსხვაზე. ამ კლასიფიკაციით T სიმსივნის კერას აღნიშნავს: T_1 ნიშნავს, რომ სიმსივნე არ გასცილებია სათესლის თეთრი გარსის ფარგლებს; T_2 — სიმსივნე თეთრ გარსს არ გასცილებია, მაგრამ სათესლე ჯირკვალი გადიდებული და დეფორმირებულია; T_3 — სიმსივნე გასცდა თეთრ გარსს და ჩაზრდილია სათესლე დანამატში; T_4 — სიმსივნე გასცდა სათესლეს და დანამატს, ჩაზრდილია სათესლე პარკსა ან სათესლე ბაგირაკში. N — ითვალისწინებს რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობას: N_1 — ნიშნავს, რომ არ არსებობს სათანადო ინფორმაცია; N_2 — რეგიონული მეტასტაზები პალპაციით

არ ისინჯება, მაგრამ შეიძლება აღმოჩნდეს რენტგენოლოგიური ან რადიოიზოტოპური გამოკვლევით; N_2 — რეგიონული მეტასტაზები ხელით ისინჯება; M — დაშორებულ ორგანოებში მეტასტაზებს ეხება: M_0 ნიშნავს, რომ დაშორებულ ორგანოებში მეტასტაზები არ არის; M_1 — დაშორებულ ორგანოებში მეტასტაზები არის.

ეს ძალიან კარგი კლასიფიკაციაა: სამი ასოს და ამდენივე ციფრის საშუალებით სრულ ინფორმაციას ვიღებთ ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ, ვსახავთ მკურნალობის გეგმას. ცუდი ის არის, რომ ყოველთვის როდია შესაძლებელი ადგილობრივი თუ შორეული მეტასტაზების არსებობა დავადგინოთ.

პირველ მითითებას უკვე სათესლე პარკის ინსპექცია გვაძლევს. თუ ადამიანს კრიპტორქიზმი არ აქვს და სათესლე პარკი ასიმეტრიულია, პარკის კანი ზოგან შენაოჭებულია, ზოგან კი (სიმსივნის კვანძის პროექციაზე) დაჭიმული, ეს უკვე გამოკვლევის შემდეგ ეტაპს — პალპაციას მოითხოვს, და საკმაოდ საგულისხმო ინფორმაციასაც გვაძლევს. მხოლოდ უნდა დავუმატოთ, რომ სათესლის სიმსივნის დროს ხშირია სათესლე პარკის გარსებს შორის სითხის დაგროვება. ჯერ დიაფანოსკოპიით უნდა დავრწმუნდეთ, რომ ნამდვილად სითხეა, მერე პუნქციით გამოვიღოთ ეს სითხე და პალპაციას მერე მივმართოთ. თუ სიმსივნური კვანძი მოზრდილია, იგი თითებით ადვილად შეიგრძნობა, მომცრო კვანძის შემჩნევა კი ძნელია. ეს უფრო კარგად ხერხდება ორივე ხელის თითებით ერთდროულად გასინჯვით. გარკვეული და საკმაოდ დიდი სიძნელეებია საზარდულის არხში შეჩერებული ჯირკვლის პალპაციის დროს, აქ კიდევ უფრო ძნელია სიმსივნური კვანძის აღმოჩენა. პალპაციით კარგად შეიგრძნობა გადიდებული და გამკვრივებული ლიმფური კვანძები საზარდულის მიდამოში.

რენგტენოლოგიური მეთოდები მხოლოდ მეტასტაზების დადგენაში გვეხმარება. საჭიროა ექსკრეტორული უროგრაფია, და თუ შარდსაწვეთები სურათებზე კარგად გამოვიდა, მათი მდგომარეობის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ რეტროპერიტონეალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობაზე — შარდსაწვეთი ხომ, როგორც ამბობენ, რეტროპერიტონეალური მიდამოს ინდიკატორია. ერთს ჩვენს შემთხვევაში ჰიდრონეფროზიც კი გაჩნდა შარდსაწვეთის სრული დახშობის გამო და ნეფრექტომიის გაკეთება მოგვიხდა (ავადმყოფს აუტანელი ტკივილი ჰქონდა და მაღალი, ჰექტიკური ტემპერატურა). კიდევ უფრო საგულისხმო მონაცემებს იძლევა ვენაკავაგრაფია; ვენის არათანაბარი ავსება, გადაადგილება, ზოგჯერ თითქოს სრული დახშობაც კი

თითქმის უცილობლად მიუთითებს გადიდებული ლიმფური კვანძების ზეწოლაზე, მაგრამ ეს მხოლოდ მარჯვენა მხარეს ეხება; პარააორტულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობაზე ასევე მკაფიო წარმოდგენას გვაძლევს აორტოგრაფია.

საკმაოდ სარწმუნო ინფორმაციას გვაძლევს პირდაპირი ლიმფოგრაფია. ერთხანს საკამათო იყო, დასაშვებია თუ არა ციტოლოგიური გამოკვლევა სათესლის სიმსივნის დიაგნოსტიკისათვის. ახლა უმეტესობა ასეთი გამოკვლევის მომხრეა. ცხადია, ჯირკვლის პუნქცია მხოლოდ აუცილებლობის დროს უნდა გაკეთდეს, როდესაც სხვა გზით დიაგნოზის დასმა არ ხერხდება, საპუნქციო ნემსი მსხვილი უნდა იყოს, ხოლო ციტოლოგი გამოცდილი. პუნქტატში სიმსივნური უჯრედების აღმოჩენა ადასტურებს დიაგნოზს, მაგრამ უარყოფითი შედეგი არ გამორიცხავს სიმსივნის არსებობას (პუნქციის გამეორებაც შეიძლება).

უკიდურეს შემთხვევაში ბიოფსიაც კეთდება, მხოლოდ ჰისტოლოგიური გამოკვლევის ექსპრეს-მეთოდის გამოყენებით, რომელიც პასუხს 30—40 წუთში იძლევა, და თუ სიმსივნის არსებობა უეჭველია, მაშინვე კეთდება ჰემიკასტრაცია და სხვა საჭირო მანიპულაცია.

სათესლის ავთვისებიანი სიმსივნის მკურნალობა ჰემიკასტრაციით გამოიხატება. მწიფე სემინომის დროს უმეტეს შემთხვევაში მხოლოდ ეს ოპერაციაც საკმარისია, სხვა შემთხვევებში საჭიროა მთელი სათესლე ბაგირაკის ამოკვეთაც. თუ დადგენილია რეტროპერიტონეალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობა, უნდა გაკეთდეს ლიმფადენექტომია (შევასიუს ოპერაცია). ლიმფადენექტომიისათვის სხვადასხვა მიდგომას იყენებენ — რეტროპერიტონეალურს, ტრანსპლევრულს, ტრანსპერიტონეალურს, მათ სხვადასხვანაირ კომბინაციას — მეტასტაზების გავრცელების არეალის მიხედვით. უხშირესად მაინც საკმარისია შევასიუს განაკვეთი. იგი X ნეკნის ბოლოდან იწყება და თეძოს მიდამოსაკენ მიემართება, თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტიდან 5—6 სმ წინ გაივლის და საზარდულის არხის შიგნითა რგოლამდე აღწევს. პერიტონეუმს მედიალურად გადასწევენ (შარდსაწვეთიც მას მიჰყვება და თანამიმდევრობით ამოკვეთენ ლიმფურ კვანძებს თირკმლის ფეხის მიდამოდან დაწყებული თეძოს საერთო სისხლძარღვების დონემდე. განსაკუთრებით ძნელია და დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს ლიმფური კვანძების მოცილება მსხვილი სისხლძარღვებისაგან (აორტა, ქვემო ღრუ ვენა, თეძოს არტერიები და ვენები). საჭიროების შემთხვევაში (ლიმფოგრაფიის მონაცემების მი-

ხედვით) ასეთი ოპერაცია ზოგჯერ ორივე მხარეს კეთდება; ამისათვის ამჯობინებენ ტრანსპერიტონეალურ მიდგომას.

უხშირესად მეტასტაზები რეტროპერიტონეალურ ლიმფურ კვანძებშია. ისინი ადრე იჩენენ თავს მუცლის არეში ტკივილის, ზურგის ტკივილის ნერვების ფესობრივი მოვლენებით და სხვ. აღწერილია უნიკალური შემთხვევაც — სემინომის მეტასტაზი სასის ნუშისებრ ჯირკვლებში (14).

მეტასტაზების პროფილაქტიკისათვის რეტროპერიტონეალური ლიმფური კვანძების წინასწარმა ამოკვეთამ ბოლო ხანებში ფართო გავრცელება ჰპოვა და სათესლის სიმსივნეთა მკურნალობის შედეგებიც მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. დღეისათვის მრავალი ავტორი იტყობინება, რომ მათი ავადმყოფების 70—80% მკურნალობის დაწყებიდან 5 და მეტი წლის შემდეგ პრაქტიკულად ჯანსაღი და შრომისუნარიანია. ასეთი კარგი შედეგი უმთავრესად სემინომის ხარჯზეა, სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის შორეული შედეგები გაცილებით უარესია.

მარტივი თუ ვრცელი ჰემიკასტრაცია მხოლოდ პირველი ეტაპია სათესლის სიმსივნის მკურნალობისა. შემდეგ საჭიროა სხივური თერაპია. სადღეისოდ მიღებულია, რომ ასეთი მკურნალობა კარგ შედეგს იძლევა სემინომის დროს, აგრეთვე ისეთი სიმსივნეების დროს, რომლებიც სემინომის ელემენტებს შეიცავს. ზოგჯერ დასხივება საჭიროა ოპერაციამდე, განსაკუთრებით დიდი ზომის სიმსივნის დროს. დასხივებამ შეიძლება იმდენად დააპატარავოს სიმსივნე, რომ ოპერაციაც კი მოხერხდეს. მაინც, თუკი სიმსივნე ხელმისაწვდომია, რაც შეიძლება ადრე უნდა ამოიკვეთოს.

სხივური თერაპია მეტასტაზების მკურნალობის მიზნითაც იხმარება, განსაკუთრებით ლიმფური კვანძების კონგლომერატების დასხივების სახით, იმ შემთხვევაშიაც კი, როდესაც მათი ამოკვეთა შეუძლებელია. ვინაიდან მეტასტაზების არსებობის სრული გამორიცხვა ძნელია, გვირჩევენ ამ მხრივ უარყოფითი მონაცემების არსებობის დროსაც მაინც ჩავატაროთ დასხივება პროფილაქტიკის მიზნით.

ქიმიოთერაპიაც კარგად მოქმედებს, უპირატესად სემინომის დროს. ყველაზე ხშირად ამ მიზნით იხმარება სარკოლიზინი და ციკლოფოსფანი. მეტასტაზები უფრო ძნელად ექვემდებარება ქიმიურ საშუალებებს. ზოგჯერ საჭიროა მოქმედების სხვადასხვა მექანიზმის მქონე ნივთიერებების ერთდროული ან თანამიმდევრული ხმარება: სარკოლიზინი, ციკლოფოსფანი, ქლორაბუტინი (მოალკილირე შენაერთე-

ბი), მეტოტრექსატი (ანტიმეტაბოლიტი), ოლივომიცინი, მიტრამიცინი, დაქტინომიცინი (ანტიბიოტიკები), ვინბლასტინი (მცენარეული ანტიბლასტომური საშუალება) და სხვ.

სათესლის დანამატის სიმსივნე იშვიათია, ამასთან უმეტეს შემთხვევაში (75%-მდე) ისინი კეთილთვისებიანია. ავთვისებიანი სიმსივნე იმდენად იშვიათია, რომ საკავშირო ონკოლოგიურ ცენტრში 10 წლის განმავლობაში სულ 6 ასეთი ავადმყოფი ჰყოლიათ, მე კი სულ ორი ავადმყოფი მინახავს სათესლის დანამატის ავთვისებიანი სიმსივნით (სურ. 29).

სიმსივნური კვანძი უხშირესად სათესლის დანამატის კუდშია მოთავსებული, სხეულში — უფრო იშვიათად, თუმცა ზოგჯერ ერთი კი არა, რამდენიმე ასეთი კვანძია. სიმსივნეთა თითქმის ნახევარი ეპითელური წარმოშობისაა, დანარჩენები — სარკომა ან ტერატოიდული სიმსივნეებია, ან კიდევ ახლომდებარე ორგანოებიდან (სათესლე ჯირკვალი, სასქესო ასო) წამოსული მეტასტაზებია.

სათესლის დანამატის სიმსივნე თავიდან მკვრივი კვანძის სახით გამოვლინდება და ავადმყოფი მას შემთხვევით პოულობს. კვანძი ნელა იზრდება და იშვიათად აღწევს 3—4 სმ დიამეტრს. ზოგჯერ სიმსივნე სათესლეზე გადადის ან, თავისი მცირე ზომის მიუხედავად, უკვე დაშორებულ ორგანოებში იძლევა მეტასტაზს (სარკომა უფრო სწრაფად).

სათესლის დანამატის სიმსივნის დიაგნოსტიკა ძნელია, რადგან კლინიკური ნიშნები ფრიად ღარიბია. ზოგჯერ დიაგნოსტიკის ერთადერთი საშუალებაა ბიოფსია — პუნქციური ან ოპერაციული.

ოპერაციული ბიოფსია ფაქტობრივად ეპიდიდიმექტომიას მოასწავებს. საჭიროა პრეპარატი ექსპრეს-მეთოდით იქნას გამოკვლეული და, თუ სიმსივნე ავთვისებიანი აღმოჩნდა, მაშინვე უნდა გაკეთდეს ჰემიკასტრაცია სათესლე ბაგირაკის რაც შეიძლება მაღლა გადაკვეთით. სიმსივნის ხასიათის მიხედვით ავადმყოფს ენიშნება წელისა და მენჯის მიდამოს დასხივება ან ქიმიოთერაპია, ზოგჯერ — ორივე ერთად, ან თანამიმდევრობით.

უმეტეს შემთხვევაში პროგნოზი კარგია. ორივე ჩვენი ავადმყოფი, რომლებიც ზემოთ ვახსენეთ, კარგად იყვნენ მრავალი წლის განმავლობაში.

კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროს (ისევ ექსპრეს-ბიოფსიაა საჭირო) ჰემიკასტრაცია, რა თქმა უნდა, საჭირო არ არის.

ოპერაციები სათესლე ჯირკვალსა და დანამატზე

ბიოფსია

სათესლის ან მისი დანამატის ბიოფსია საკმაოდ ხშირად არის საჭირო: ან იმისათვის, რომ მათი სიმსივნე ანთებითი პროცესისაგან გავარჩიოთ, ან იმისათვის, რომ ასპერმიის დროს ჯირკვლის სპერმატოგენეზის უნარი დავადგინოთ და ამით გადავწყვიტოთ — საჭიროა თუ არა თესლსადენის გამტარობის აღდგენა.

ბიოფსია ორნაირად კეთდება: ღია ან დახურული წესით. ღია ბიოფსიისათვის ადგილობრივი ანთესთეზია კეთდება ბიოფსიისათვის განკუთვნილი საეჭვო ადგილის პროექციის კანზე (უნაყოფობის მიზეზის დასადგენად — სათესლე ჯირკვლის წინა ზედაპირის პროექციაზე). კანი გაიკვეთება 1—1,5 სმ სიგრძეზე და სათესლე ჯირკვლიდან (ან დანამატიდან) ამოიკვეთება, მოგრძო, სოლისებრი ნაჭერი. დეფექტი კეტგუტის 1—2 ნაკერით იხურება, იკერება კანი.

დახურული ბიოფსიისათვის კანი 0,5 სმ სიგრძეზე იკვეთება და ჯირკვლის (დანამატის) ქსოვილს ჩხვლეტენ მსხვილი საინექციო ნემსით და შპრიცით ამოწოვენ სითხეს, რომელსაც ქსოვილის ნამცეცებიც ამოჰყვება. ზოგჯერ სპეციალურ წვრილ ტროაკარსაც ხმარობენ. კანზე ერთი ნაკერი იდება.

კასტრაცია

კასტრაცია ანუ ორქიექტომია (castratio, orchiectomia) გამოიყენება სხვადასხვა დაავადებათა სამკურნალოდ, ამასთანავე უხშირესად საჭიროა ცალმხრივი კასტრაცია (hemicastratio) სათესლის დაავადებათა (სიმსივნე, ტუბერკულოზი, სხვა ჩირქოვანი ანთებითი პროცესები, ტრავმა, სათესლე ბაგირაკის შემოგრეხა ჯირკვლის ნეკროზით და სხვ.) დროს. ორმხრივი კასტრაცია მხოლოდ წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დროს იხმარება, იგი ამ დაავადების ჰორმონებით მკურნალობის კომპლექსის ერთ-ერთი კომპონენტია.

ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს როგორც ადგილობრივი, ისე გამტარებლობითი (სათესლე ბაგირაკის გაჟღენთვა ნოვოკაინით) ანესთეზიით. თუ რაიმე წინააღმდეგი ჩვენება არ არის, უმჯობესია ნარკოზი.

განაკვეთი სათესლე პარკის შესაბამისი ნახევრის გარეთა ზედა-

პირზე ტარდება, სიგრძით 6—8 სმ. სათესლე თავისი დანამატით გამოთავისუფლდება ირგვლივ მდებარე ქსოვილებისაგან და ამოიღება ჭრილობის ზევით, იგი მხოლოდ სათესლე ბაგირაკზე ჰკიდია. ეს უკანასკნელი საზარდულის გარეთა რგოლის ქვემოთ მსხვილი კეტგუტით გაიკერება, გადაიკვანძება და გაიკვეთება; სათესლე და დანამატი ცილდება. ჭრილობის ქვედა კუთხეში 1—2 დღით რეზინის ღარი ან ხელთათმანის ზოლი ჩაიდება და იკერება. თუ ოპერაცია წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს გამო კეთდება, ასეთივე მანიპულაცია მეორე მხარესაც არის საჭირო.

თუ კასტრაცია სათესლის ავთვისებიანი სიმსივნის გამო კეთდება, საჭიროა გაიხსნას საზარდულის არხიც, სათესლე ბაგირაკი მთელი არხის სიგრძეზე გამოთავისუფლდეს და რაც შეიძლება ზემოთ გადაიკვეთოს. თუ სიმსივნე გამოსულია სათესლის ახლომდებარე გარსებიდან და ჩაზრდილია სათესლე პარკის კანში, ჯირკვალთან ერთად პარკის სათანადო ნახევარიც მთლიანად უნდა ამოიკვეთოს.

კასტრაციის ორივე ვარიანტის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს გულდასმით ჰემოსტაზს, რადგან უწვრილესი სისხლძარღვიც კი, გადაუკვანძავად დატოვებული, ხშირად დიდ ჰემატომას აჩენს.

ეპიდიდიმექტომია

სათესლის დანამატის ამოკვეთა საჭიროა ტუბერკულოზური, ზოგჯერ არასპეციფიკური (ჩირქოვანი ან ქრონიკული) ეპიდიდიმიტის დროს, უფრო იშვიათად — სათესლის დანამატის დიდი კისტის ან კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროს (ავთვისებიანი სიმსივნის დროს, თუ მეორე სათესლე საღია, როგორც წესი, ჰემიკასტრაცია კეთდება).

ტ ე ქ ნ ი კ ა. ტარდება 6—8 სმ სიგრძის განაკვეთი საზარდულის არხის მიმართულებით, როგორც თიაქარკვეთის დროს. იკვეთება კანი და კანქვეშა ქსოვილი. თუ სათესლე პარკზე ფისტულა არის, ორი ნახევრადოვალური განაკვეთით შემოუვლიან მას. სათესლე თავისი გარსებით ამოაქვთ ჭრილობაში. გარსი იხსნება და დანამატის იზოლირებული დაზიანებისას, მას ამოკვეთენ. ამ მიზნით სათესლე ბაგირაკის ელემენტებიდან ჩლუნგად გამოყოფენ სათესლე სადინარს საზარდულის არხის გარეთა ხვრელამდე და კეტგუტის ორ ლიგატურას შორის გადაკვეთენ (სურ. 30). სათესლის დანამატის თავიდან კუდამდე სკალპელით დახერავენ სეროზულ გარსს ორივე მხრიდან. მაკ-

რატლის დახმარებით ფრთხილად თანდათან გამოყოფენ დანამატს თავიდან კუდის მიმართულებით და აცლიან მას ისე, რომ არ დაზიანდეს სათესლე ბაგირაკის სისხლძარღვები, კერძოდ, სათესლის არტერია. სათესლეს დანამატს იღებენ სათესლე სადინართან ერთად. სათესლის საკუთარი გარსის დეფექტი, დანამატის მოცილების შემდეგ, იკერება კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით.

სათესლე ჯირკვლის ალოტრანსპლანტაცია

ანდროგენულ ჰორმონთა დეფიციტის შევსების ერთ-ერთი გზა არის სათესლის გადანერგვა. ცნობილია ასეთი ოპერაციის ორი წესი: თავისუფალი გადანერგვა და გადანერგვა სისხლძარღვებთან კავშირით. ცხადია, უფრო საიმედოა მეორე გზა. აქაც ორი მეთოდის არჩევა შეიძლება. ა) გადანერგილი სათესლე მოვათავსოთ ისევე სათესლე პარკში (ორთოტოპური გადანერგვა); ამისათვის სათესლე ბაგირაკის სისხლძარღვები უკავშირდება ქვედა ეპიგასტრალურ არტერიას და ვენას. ბ) სათესლე მოვათავსოთ სხვა ადგილას (ჰეტეროტოპური გადანერგვა), ხოლო სათესლე სისხლძარღვების ანასტომოზი გაკეთდეს: სათესლე არტერიისა — ბარძაყის ღრმა არტერიასთან, ვენისა — დიდ საჩინო ვენასთან.

ასეთი ოპერაციების განხორციელებისას, ტექნიკური სიძნელეების გარდა, რაც სისხლძარღვთა უკიდურესად ვიწრო კალიბრით და მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენების აუცილებლობით არის გამოწვეული (ეს კი ჯირკვლის იშემიას, დენერვაციას, ლიმფის მიმოქცევის მოშლას გულისხმობს), ოპერაციის წარმატება იმუნურ ფაქტორებზეც არის დამოკიდებული.

ამ პრობლემების გადასაწყვეტად ი. კირპატოვსკი (13) შემდეგ სქემას გვთავაზობს. საჭიროა ოპერაციამდე მოხდეს დონორის და რეციპიენტის ქსოვილების ტიპირება; მიზანშეწონილია შევინარჩუნოთ სათესლე პარკის და ბაგირაკის საერთო ბუდობრივი გარსი; სათესლე ბაგირაკის სისხლძარღვები უმჯობესია შეუერთდეს ქვემო ეპიგასტრალურ სისხლძარღვებს; სათესლე სადინარის მთლიანობა შეიძლება აღვადგინოთ ანასტომოზის გზით, ან დონორის და რეციპიენტის სადინრების ბოლოები კანქვეშა ქსოვილში დავტოვოთ. ამ პირობების დაცვა უმეტეს შემთხვევაში უზრუნველყოფს გადანერგილი სათესლის მიხორცებას.

სათესლის გადანერგვა საკმარის ჰორმონულ კომპენსაციას იძლევა პირველადი ჰიპოგონადიზმის დროს, როდესაც სათესლეები არ არის (კასტრაციის ან ტრავმის შედეგად) ან კიდევ ატროფიულია (კრიპტორქიზმი, ორმხრივი ანთებითი დაავადებანი, სათესლეების აუტოიმუნური დაზიანება, კლეინფელტერის სინდრომი და სხვ.). მეორადი ჰიპოგონადიზმის დროს, როდესაც დაზიანებულია ჰიპოფიზი და იგი ვერ გამოიმუშავებს გონადოტროპინის საკმარის რაოდენობას, მხოლოდ სათესლის გადანერგვა ვერ იძლევა სასურველ შედეგს; უკვე არის პირველი ცდები ჰიპოფიზის გადანერგვისაც.

სათესლის რევასკულარიზაცია

სათესლე ჯირკვლების სისხლით მომარაგების გაუმჯობესებისათვისაც არის მოწოდებული ქირურგიული ოპერაციები. მათ შორის უნდა დავასახელოთ ა. ლესინის წინადადება. იგი გვირჩევს გადავსკვნათ ორივე ჯირკვლის ქვედა არტერია იმ ადგილის ზემოთ, სადაც მისგან კრემასტერის არტერია გამოდის. ეს აძლიერებს სისხლის მოდენას სათესლეებისაკენ და ხელს უწყობს სპერმატოგენეზის, აგრეთვე მათი ენდოკრინული ფუნქციის ნორმალიზაციას. ავტორს კარგი შედეგი შემთხვევათა 80%-ზე მეტში მიუღია (15).

სათესლის პროთეზირება

რა მიზეზითაც უნდა იყოს გამოწვეული სათესლის არარსებობა (აგენეზია, ტრავმული აბლაცია, კასტრაცია), იგი დიდი დანაკლისია ორგანიზმისათვის ჰორმონული, ფსიქიკური და, თუ გნებავთ, კოსმეტიკური თვალსაზრისითაც. ამ უკანასკნელი მიზეზით მრავალი ავადმყოფი მოგვმართავს თხოვნით სათესლე პარკში რაიმე პროთეზი ჩავუსვათ („testicule moral“ ფრანგი ავტორებისა). ასეთი ცდები ადრეც იყო, ომის დროს ერთხელ გაუკეთებია ჩემს მასწავლებელს ალ. წულუკიძეს (პარაფინისაგან), მაგრამ ეს იყო არასაკმარისად ინდიფერენტული, ფაქტობრივად ამ მიზნისათვის უვარგისი მასალისაგან დამზადებული პროთეზი. ერთხელ ჩვენც გავაკეთეთ ასეთი პროთეზი პოროლონისაგან, მაგრამ იგი არ ჩაიზარდა სათესლე პარკში. ახლა ამ მიზნით სპეციალურად დამზადებული პროთეზები იხმა-

რება (უმთავრესად სილიკონისა), რომელიც ქსოვილთა მინიმალურ რეაქციას იწვევს და კარგად ეთვისება მათ (სურ. 31). ოპერაციის ტექნიკაც უკიდურესად მარტივია. სათესლე პარკზე ტარდება სიგრძივი განაკვეთი, ჩლუნგი გზით კეთდება ბუდე პროთეზისათვის, შიგ თავსდება პროთეზი და ჭრილობა ყრუდ იკერება. უდიდესი მნიშვნელობა აქვს გულდასმით ჰემოსტაზს, რისთვისაც საჭიროა უწვრილესი სისხლძარღვების ლიგირებაც.

ლიტერატურა

მონოგრაფიები.

ნატრიაშვილი ჯ. — კრიპტორქიზმი და მისი მკურნალობა ბავშვებში. თბილისი, 1967.

Гехман Б. С. Неспецифический эпididимит. М., 1963.

Горелик С. Л., Мирлес Ю. Д. Крипторхизм и его хирургическое лечение. М., 1968.

Гуща А. Л. Волошин С. И. Крипторхизм. Рязань, 1981.

Маринбах Е. Б. Опухоли яичка и его придатка. М., 1972.

Мостофи Ф. К. и др. Гистологическая классификация опухолей яичка. М., 1981.

Райцина С. С. Травма семенника и аутоиммунитет. М., 1970.

Тарасов Н. И. и др. Клиника, диагностика и лечение тупой травмы мошонки и подкожных повреждений яичка. Ашхабад, 1983.

Трапезникова М. Ф. Опухоли яичка. М., 1963.

Чичинадзе Н. К. Стимуляция восстановительных процессов в травмированном семеннике. Тбилиси, 1981.

Шахбазян Е. С. Крипторхизм и его лечение. М., 1957.

Юнда И. Ф. Злокачественные опухоли яичка. Киев, 1971.

დამოწმებული.

1. Георгиева М.— Урол. и нефрол., 1976, 6. 2. Нурданов Ж., Марипов А.— Урол. и нефрол., 1982, 6. 3. Чачхиани Г. А.— Вопр. клин. и экспер. урологии, т. III. Тбилиси, 1965. 4. Агулянский Л. И.— Урол. и нефрол., 1983, 2. 5. Долецкий С. Я. и др.— Хирургия, 1975, 5. 6. Ахмедходжаев У. Х.— Урология, 1962, 6. 7. Маринбах А. Е.— Ультрасонография и сцинтиграфия в диагностике заболеваний органов мошонки. Автореф. канд. дисс. М., 1980. 8. Чичинадзе Н. К.— Влияние экспериментальной ишемии на капиллярную сеть и паренхиму семенной железы. Тбилиси, 1963. 9. Гончар М. А., Лахно В. Г.— Урол. и нефрол., 1977, 3. 10. Silber S. I., J. Urol., 1981, 3. 11. Кузубов С. А., Миннулин П. Р.— Урол. и нефрол., 1965, 2. 12. Woiss R. M. a. o. J: Urol: 1979, 6: 13. Кирпатовский И. Д. — В кн.: Вопр. андрологии и пересадка яичка. М., 1974. 14. Гулин К. С., Рыхлинский А. В.— Ж. уш. нос. и горл. бол., 1974, 4. 15. Лесин А. И.— Сб. «Урология», вып. 6. Киев, 1972.

სათესლე პარკი და სათესლე ბაგირაკი

ჰიდროცელე, ფუნიკულოცელე

ამ სახელწოდებით იგულისხმება სათესლე ჯირკვლის და ბაგირაკის გარსებს შორის სითხის დაგროვება — წყალმანკი. სათესლე ბაგირაკის გარსების წყალმანკს ფუნიკულოცელე ეწოდება. ჰიდროცელე შეიძლება იყოს თანდაყოლილი (უპირატესად ბავშვთა შორის) და შეძენილი (უფრო მოწიფულთა შორის).

თანდაყოლილი ჰიდროცელე, თავის მხრივ, ორი სახისაა: შეერთებული და უბრალო. პირველის მიზეზია პერიტონეუმის ბუდობრივი მორჩის შეუხორცებლობა, რაც პერიტონეუმის ღრუში არსებულ სითხეს სათესლე პარკში ჩამოსვლის საშუალებას აძლევს. თუ შეუხორცებელი უბნის გარშემო არის შეხორცებული უბნები, წყალმანკს არ აქვს კავშირი პერიტონეუმის ღრუსთან. ფაქტობრივად შეერთებული წყალმანკი იგივე საზარდულ-სათესლე პარკის თიაქარია, მაგრამ თიაქრის პარკის ყელი ვიწროა და ამიტომ პერიტონეუმის ღრუს შიგთავსი (ნაწლავები, ბადექონი და სხვ.) სათესლე პარკში ვერ ჩამოდის; სეროზული სითხის ჩამოსვლას კი სივიწროვე ხელს ვერ უშლის. თუ პერიტონეუმის ბუდობრივი გარსი რამდენიმე ადგილას არ შეხორცდა, ვითარდება მრავალკამერიანი ფუნიკულოცელე. პერიტონეუმის ღრუდან ჩამოსულ სითხეს შემდეგ საკუთრივ სათესლე ჯირკვლის გარსების ენდოთელის პროდუქციაც ემატება.

შეძენილი ჰიდროცელე მხოლოდ პათოგენეზით განსხვავდება თანდაყოლილისაგან, დანარჩენი ასპექტები (სიმპტომატიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა) იდენტურია; ამიტომ შეძენილ ჰიდროცელესაც აქვე გავარჩევთ.

შეძენილი ჰიდროცელეს უხშირესი მიზეზია სათესლე ჯირკვლის, უფრო კი მისი დანამატის ტრავმა და ანთებითი დაავადებანი. ამ მიზეზების რეგისტრაცია ყოველთვის არ ხერხდება, რადგან ტრავმა შეიძლება შეუმჩნეველი იყოს, ანთებითი პროცესი — უსიმპტომოდ მიმდინარე, თანაც სითხე სათესლე პარკში ანთების ჩაცხრომის დიდი ხნის (რამდენიმე თვის) შემდეგ შეიძლება დაგროვდეს. მწვავე ანთებითი პროცესების დროს სათესლე ჯირკვლის გარსებს შორის რეაქციული, სიმპტომური წყალმანკი ჩნდება, მაგრამ იგი ანთების ლიკვიდაციის შემდეგ გაიწოვება. აღწერილია ჰიდროცელეს პარკში კენჭის გაჩენის შემთხვევები. ფიქრობენ, რომ ეს ანთებითი დეტრიტის

სისქეში კალციუმის და ფოსფორის მარილების ჩალაგების შედეგია (1).

შეძენილი ჰიდროცელეს პათოგენეზში მთავარ როლს მიაწერენ ლიმფის მიმოქცევის დარღვევას. ეს, ერთის მხრივ, საკუთრივ პერიტონეუმის ბუდობრივ გარსის ენდოთელში იწვევს შეგუბებას და გამოყოფილი სითხის უკუშეწოვის შეფერხებას, მეორეს მხრივ კი არღვევს ლიმფის დინებას სათესლე ბაგირაკის ლიმფური სადინარების გზით. ამიტომ ჰიდროცელეს მიზეზთა შორის ასახელებენ, ანთებითი პროცესების და ტრავმის გარდა, ყველა ფაქტორს, რომელსაც ლიმფური სადინარების გამტარობის შემცირება შეუძლია: საზარდულის თიაქარს, ვარიკოცელეს, ნაწიბურებს საზარდულის მიდამოში და მისთ.

სითხე ჰიდროცელეს დროს გამჭვირვალეა, მოყვითალო-მომწვანო ფერის, ნეიტრალური რეაქციისა, კუთრი წონა აქვს 1018—1022, შეიცავს ბევრ (4—5%) ცილას. ნალექის მიკროსკოპით მასში პოულობენ ენდოთელის უჯრედებს, ერთეულ ლეიკოციტებს და ერითროციტებს, ქოლესტერინის კრისტალებს. ზოგჯერ ამ სითხეში ფიბრინის ძაფებია, ან გორგლებიც კი.

შეძენილი ჰიდროცელეს დროს პერიტონეუმის ბუდობრივი გარსი გასქელებულია, ზოგან ძველი სისხლჩაქცევების კვალი ან ნაწიბურები შეიმჩნევა. ბუდობრივი გარსი ალაგ-ალაგ შეიძლება მიეხოროცოს სათესლე ჯირკვალს ან დანამატს; ამის შემდეგაც მრავალკამერიანი ჰიდროცელე შეიძლება გაჩნდეს.

თანდაყოლილი ჰიდროცელე არ აღწევს ძალიან დიდ ზომას. ამასთანავე წოლის დროს იგი მცირდება (თუ შეერთებულია). შეძენილი ჰიდროცელეს დროს სითხე შეიძლება იყოს რამდენიმე ასეული მილილიტრი, რამდენიმე ლიტრიც; აღწერილია კაზუისტიკური შემთხვევებიც, როდესაც სათესლე პარკში იყო 26 ლიტრი სითხე. ეს სეროზული სითხეა, მაგრამ საკმარისია მცირე ტრავმაც კი, რომ არსებულ სითხეს სისხლი შეერევა და ჰემატოცელე ჩნდება. თუ სათესლე პარკის გარსებში ინფექცია მოხვდა, სითხე ჩირქნარევია — ვითარდება პიოცელე (pyocele).

ჰიდროცელე, განსაკუთრებით თუ დიდი ზომისაა, ხელს უშლის ავადმყოფს სიარულის, სირბილის დროს, აქვეითებს შრომის უნარს. დიდი ზომის ჰიდროცელე ხელს უშლის მოშარდვას, აძნელებს სქესობრივ აქტს, ქვეითდება სპერმატოგენეზის ფუნქცია.

სათესლის წყალმანკი ადვილი ამოსაცნობია. სათესლე ჯირკვალი

ცალ მხარეს მკვეთრად გადიდებულია, კანის ნაოჭები გადასწორებულია. პალპაციით ფლუქტუაცია შეიგრძნობა. სითხის არსებობას ადასტურებს სინათლის ფენომენი — დიაფანოსკოპია. ამისათვის სათესლე პარკის ერთ მხარეს სინათლის წყარო უნდა მოვათავსოთ (არსებობს სპეციალური ხელსაწყო დიაფანოსკოპი), მეორე მხრიდან კი უნდა შევხედოთ. სინათლეს დავინახავთ, თუ სითხე გამჭვირვალეა; ჰემატოცელეს, პიოცელეს, სათესლის სიმსივნის დროს ეს ფენომენი უარყოფითია: ამ შემთხვევაში საჭიროა პუნქცია და მიღებული სითხის გამოკვლევა.

მწვავე ანთების შედეგად გაჩენილი რეაქციული ჰიდროცელე ორქიტის ან ეპიდიდიმიტის მკურნალობის შედეგად (ანტიბაქტერიული საშუალებანი, სუსპენზორიუმი) თავისით გაივლის. ახალშობილთა უმეტესობას (მათ ხშირად აქვთ ჰიდროცელე) სიცოცხლის პირველი თვეების განმავლობაში პერიტონეუმის ბუდობრივი გარსი უხორცდება და წყალმანკიც ჰქრება. ამ მოსაზრებით ჩვილ ბავშვებს ოპერაციას არ უკეთებენ, ყოველ შემთხვევაში, ერთი წლის ასაკამდე. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში მკურნალობა ოპერაციულია.

სათესლე პარკის პუნქცია და სითხის გამოშვება ადრე ფართოდ იხმარებოდა. ვინაიდან სითხე ისევ სწრაფად გროვდება. ამჟამად პუნქცია, როგორც მკურნალობის მეთოდი, აღარ იხმარება. იგი შეიძლება დაგვჭირდეს თუ რაიმე მიზეზის გამო ოპერაციის გაკეთება შეუძლებელია და სასურველია მისი რამდენიმე ხნით გადადება: თუ დიაგნოზი გაურკვეველია და სათესლე პარკში არსებული სითხე ხელს გვიშლის სათესლის და დანამატის პალპაციაში; თუ საჭიროა სათესლე პარკიდან მიღებული სითხის ციტოლოგიური გამოკვლევა. დასასრულ, დიდი ჰიდროცელეს დროს სასურველია ოპერაციამდე 3—4 დღით ადრე იგი დაიცალოს, რათა კანი შეიკუმშოს და ოპერაციის დროს ზედმეტი კანის ამოკვეთა არ დაგვჭირდეს.

ჰიდროცელეს გამო ყველაზე ხშირად კეთდება ვინკელმანის (W. K. Winkelmann, 1863—1925, გერმანელი უროლოგი) ოპერაცია. მისი არსი სათესლე პარკის ბუდობრივი გარსის გაკვეთასა, გადმობრუნებასა და სათესლის უკან მის გაკერვაში მდგომარეობს. ოპერაცია მიზანშეწონილი და შედეგიანია, თუ ჰიდროცელე არ არის ძალიან დიდი. ამასთანავე გადმოსაბრუნებელი გარსი არ არის გასქელებული.

განაკვეთი. სიგრძით 6—8 სმ, ტარდება სათესლე პარკის წინა გარეთა ზედაპირზე. შემდეგ საჭიროა ტროაკარით ჩხვლეტა და სითხის გამოშვება. შემდეგ გარსი გაიკვეთება, შემოტრიალდება და სათეს-

ლის უკან 2—3 ნაკერით შეიკერება, რათა კვლავ არ შემოტრიალდეს და ისევ ღრუ არ შეიქმნას (სურ. 32). აუცილებელია ძალზე გულდასმითი ჰემოსტაზი, რადგან უმცირესი სისხლძარღვის ულიგატუროდ დატოვებამ შეიძლება დიდი ჰეძატოცელე გამოიწვიოს. უმჯობესია, თუ ჭრილობის ქვედა კუთხეში რეზინის ხელთათმანის ზოლს დავტოვებთ (24—48 საათით) ავადმყოფის ადგომა და სიარული შეიძლება მეორე დღიდანვე. კლაპი (R. Klap, 1879—1949. გერმანელი ქირურგი) არ აბრუნებს გარსს, მაგრამ კერავს მას სათესლის ირგვლივ, მორგვისმაგვარად.

თუ ბუდობრივი გარსი გასქელებულია, თანაც. ჰიდროცელეს დიდი ზომის გამო, ძლიერ ფართოა, იყენებენ ბერგმანის (E. Bergmann, 1836—1907, გერმანელი ქირურგი) მეთოდს: კეთდება ბუდობრივი გარსის რეზექცია, ხოლო მისი დარჩენილი კიდეები ირგვლივ კეტგუტის განუწყვეტელი ნაკერით შემოიკერება (სურ. 33). ამრიგად სათესლე მთლიანად არ შიშველდება.

შეერთებული ჰიდროცელეს დროს ოპერაცია ერთ-ერთი ზემოაღწერილი მეთოდიკით უნდა შესრულდეს, მაგრამ მარტო ეს საკმარისი არ არის. საჭიროა პერიტონეუმის ბუდობრივი მორჩის ისევე გამოთავისუფლება, როგორც თიაქრის პარკზე კეთდება, იგი ყელთან გაიკერება და გადაისკვნება. ამით სათესლე პარკის გარსები გაცალკევდება პერიტონეუმის ღრუსაგან.

როგორც ვთქვით, შეერთებული ჰიდროცელე მეტწილად ბავშვთა ასაკში გვხვდება. ამიტომ ბავშვისათვის ჰიდროცელეს ოპერაციის გაკეთების დროს ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს მისი არსებობის შესაძლებლობა და უნდა ვეძებოთ პერიტონეუმის ღრუს და სათესლე პარკის შემაერთებელი ხვრელი. იგი ზოგჯერ კარგად არ მოჩანს, ან ძალიან ვიწროა, მაგრამ მისი დატოვება ნიშნავს ჰიდროცელეს მიუცილებელ რეციდივს. ასევე უნდა დამუშავდეს პერიტონეუმის მორჩი კრიპტორქიზმის გამო ოპერაციის დროს.

ფუნიკულოცელე ჩნდება პერიტონეუმის ბუდობრივი მორჩის რომელიმე ადგილას შეუხორცებლობის შედეგად. იმისდა მიხედვით, სად არის შეუხორცებელი ნაწილი, არჩევენ საზარდულის და საზარდულგარეთა წყალმანკს. თუ შეუხორცებლობა რამდენიმე ადგილასაა, შეიძლება რამდენიმე (მეტწილად ორი) ცალ-ცალკე კამერა გაჩნდეს. ისე როგორც სათესლე პარკის წყალმანკი, ბაგირაკის წყალმანკიც შეიძლება შეერთებული იყოს პერიტონეუმის ღრუსთან (funiculocele communicans). ეს იგივე თიაქარია, მხოლოდ მისი შიგთავსი სითხეა.

ფუნიკულოცელე შეიძლება შეძენილიც იყოს — ტრავმის ან ანთებითი პროცესის შედეგად. განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აწერენ სათესლე ბაგირაკის პირდაპირ ტრავმას, სიმძიმის აწევას. ასეთი წყალმანკი უცბად ჩნდება და საკმაოდ მწვავე გამოხატულებასაც იძლევა: საზარდულის მიდამოში მოგრძო შემსივნება ჩნდება, რომელიც შემაწუხებლად მტკივნეულია. სურათი ძალიან წააგავს ჩაჭედილი თიაქრისას. ზოგი განმასხვავებელი ნიშანი მაინც არის: ფუნიკულოცელეს დროს შემსივნება ელასტიკურია, არ არის ნაწლავთა გაუვალობის ნიშნები, დადებითია სინათლის ფენომენი.

თუ ფუნიკულოცელე თანდაყოლილია ან დიდხანს არსებობს შეძენილი, შემსივნება უმტკივნეულოა, თანაბრად ელასტიკური კონსისტენციის; იგი ადვილად გადაადგილდება მთელ ბაგირაკთან ერთად. ხელით დაწოლის შედეგად შემსივნება მუცლის ღრუში გადადის, მაგრამ მაინც ისინჯება.

მწვავე ფუნიკულოცელე რამდენიმე დღეში გაიწოვება ანტიბაქტერიული თერაპიის, ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებების, სითბური პროცედურების გავლენით.

ქრონიკული ფუნიკულოცელეს დროს კისტა უნდა ამოიკვეთოს ან გაიხსნას და მისი კედლების ნაწილი მაინც ამოიკვეთოს. შეერთებული ფუნიკოლოცელეს დროს პერიტონეუმის ბუდობრივი მორჩი ისევე უნდა დამუშავდეს, როგორც თიაქრის პარკი.

პიოცელე, ჰემატოცელე

ზემოთ ვახსენეთ პიოცელე, როგორც სათესლე გარსების წყალმანკის გართულება — დაჩირქება. ეს პიოცელეს გაჩენის ერთ-ერთი შესაძლებლობაა, მაგრამ არის სხვა გზებიც, მაგალითად, ჰემატოგენური, აგრეთვე ტრავმული.

ჰიდროცელესაგან განსხვავებით, ამ დროს სათესლე პარკში არსებული სითხე ინფიცირებულია, ამიტომ კლინიკური გამოვლინებაც შესაბამისია: სათესლე პარკის კანი გაწითლებულია, გასქელებული და შეჯირჯვებული, ავადმყოფს ტკივილი აწუხებს და მაღალი სიცხე აქვს.

ვინაიდან კანი და სათესლე პარკის ქვემდებარე გარსები სწრაფად ეწებება ერთმანეთს, პიოცელე შეიძლება გარეთ გაიხსნას.

მკურნალობა ოპერაციულია. ჩირქით სავსე პარკი უნდა გაიხსნას

და მისი დრენირება მოეწყოს. საჭიროა ინფექციის ზოგადი მოვლენების საწინააღმდეგო მკურნალობაც (ანტიბაქტერიული საშუალებანი, ინფუზიური თერაპია და სხვ.).

ზემოთქმული სათესლე პარკში სისხლჩაქცევას — ჰ ე მ ა ტ ო ც ე ლ ე ს ა ც (haematocele) ეხება, ისიც შეიძლება ჰიდროცელეს გართულება იყოს, ან ტრავმის შედეგად მოხდეს სისხლის ჩაღვრა.

თუ სისხლი დიდხანს გაჩერდა სათესლე პარკის გარსებში, იგი ილექება, ფიბრინის ზოლებად ლაგდება, გარსების კედლებს ასქელებს, გაიკირება, ზოგჯერ კენჭიც კი ჩნდება. შემაერთი ქსოვილის არათანაბარი დალაგების გამო სათესლე ჯირკვალი, მისი დანამატი და მთლიანად სათესლე პარკი დეფორმაციას განიცდის. შეიძლება დაგროვილი სისხლის ინფიცირება მოხდეს და ისევ პიოცელეს მივიღებთ.

ჰემატოცელე ქირურგიულ მკურნალობას მოითხოვს, თანაც ჩვენება აქ უფრო კატეგორიულია, ვიდრე ჰიდროცელეს დროს. პუნქციით სისხლის გამოშვება არ არის საკმარისი. საჭიროა ოპერაციული ჩარევა და ბუდობრივი გარსის ფურცლების რაც შეიძლება ფართო ფარგლებში ამოკვეთა — ეს დაახლოებით იგივე ოპერაციაა, ჰიდროცელეს დროს რომ კეთდება და ბერგმანის ოპერაციის სახელით არის ცნობილი.

ტ რ ა ვ მ ა

სათესლე პარკის ტრავმა არის დახურული ან ღია. დახურული ტრავმის მიზეზი შეიძლება იყოს დარტყმა, ზეწოლა, გაჭყლეტა; ხშირია ამ მიდამოს სპორტული ტრავმა, განსაკუთრებით ფეხბურთის, ჰიდაობის, კარატეს დროს, აგრეთვე ველოსიპედით ან ცხენით მგზავრობისას. ასეთი ტრავმა უხშირესად შერწყმულია მეზობელი ორგანოების ტრავმასთან (სასქესო ასო, შარდსადენი, შარდის ბუშტი. სწორი ნაწლავი და სხვ.). ღია ტრავმა — ეს ნაკვეთი, დაგლეჯილი, დაქეჯილი, ნატყვიარი, ნაკბენი ჭრილობაა; უკანასკნელი არც ისე იშვიათია, განსაკუთრებით სოფლელ პატარა ბიჭებში (ღორის ან ძაღლის ნაკბენი). ჩვენთან ერთი ახალგაზრდა მოიყვანეს — სახლის საძირკლისათვის გათხრილ ღრმა ორმოში ჩავარდნილიყო, იქ კი ფოლადის არმატურის ღეროები იყო ამოშვერილი. სათესლე პარკი მთლიანად დაგლეჯილი იყო, თანაც გაბინძურებული ტალახით, ტანსაცმლის ნაგლეჯებით, ბალანით და სხვ. სათესლეები თავისუფლად იყო ჩამოკი-

დებული ბაგირაკებზე, დიდი ჰემატომები იყო ბოქვენზედა მიდამოში სასქესო ასოს ორივე მხარეს. დიდი შრომა დასჭირდა ჭრილობის გასუფთავებას, პარკის დაფლეთილი კიდეების თავმოყრას და შეკერვას. ჩვენდა გასაოცრად, ჭრილობა კარგად შეხორცდა მაგრამ ხშირად მაინც ამა თუ იმ სიფართის და სიღრმის ჩირქოვანი ანთება ვითარდება, რადგან, როგორც წესი, ჭრილობა ადვილად ინფიცირდება და ეს ინფექცია ზოგჯერ მეტად მძიმე ხასიათს იღებს — განგრენაც კი შეიძლება განვითარდეს.

სათესლე პარკის მიდამოში დახურული ტრავმის შემდეგ დიდი ჰემატომა ვითარდება, რომელიც გადადის სასქესო ასოზე, ვრცელდება შორისზე, ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე, ბოქვენზედა მიდამოზე. ზოგჯერ ხდება სათესლე ბაგირაკის ვენური წნულის თრომბოზი.

მომცრო ჰემატომის დროს საკმარისია წოლითი რეჟიმი, სათესლე პარკის იმობილიზაცია (სუსპენზორიუმით), პირველ საათებში — სიცივე პარკის მიდამოში, ანტიბაქტერიული მკურნალობა. თუ ჰემატომის დაჩირქების ნიშნებმა იჩინა თავი, (სხეულის ტემპერატურის მომატება, ტკივილის გაძლიერება), საჭიროა მისი დაცლა და დრენირება. თავიდანვე ასეთი მანიპულაცია საჭიროა დიდი და ვრცელი ჰემატომის დროს. ბოლო ხანებში აქაც მეტ აქტივობას გვირჩევენ, უფრო ადრეულ ოპერაციულ ჩარევას. ეს თუნდაც იმით არის გამართლებული, რომ ძნელია წარმოვიდგინოთ მხოლოდ სათესლე პარკის ტრავმა, მეტწილად მისი შიგთავსიც დაზიანებულია, ეს კი თავისთავად ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს.

სათესლე პარკის ჭრილობა ქირურგიულ დამუშავებას საჭიროებს, მხოლოდ ჭრილობის ქვედა კუთხეში სადრენაჟო მილი ან ღარი უნდა დავტოვოთ. თუ სათესლე პარკის კანი დანეკროზდა და სათესლეები გაშიშვლდა, ისინი დროებით ბოქვენზედა მიდამოს ან ბარძაყების შიგნითა ზედაპირის კანქვეშ უნდა მოვათავსოთ, ხოლო ჩირქოვანი პროცესის ჩამთავრების შემდეგ ვიზრუნოთ სათესლე პარკის დარჩენილი ნაწილებიდან და მეზობელი ორგანოების კანიდან ახალი პარკის შექმნაზე.

ანთებითი დაავადებანი

სათესლე პარკის კანზე არც ისე იშვიათად ჩნდება იგივე დაავადებანი, რაც ყველა სხვა მიდამოს კანზე. უფრო მეტიც, ამ მიდამოს კანი ხშირად ავადდება. ამას ხელს უწყობს ჰიგიენის პირობების დაცვის

შედარებითი სიძნელე, სწორი ნაწლავის სიახლოვე, ყოველგვარი დერმატოზების სიხშირე, რომელთა ნაწილი ქავილს, კანზე ბუშტუკების და წყლულების გაჩენას იწვევს.

სათესლე პარკის განგრენა

ამ დაავადებას კიდევ სპონტანური ელვისებური განგრენა ან ფურნიეს დაავადება ეწოდება (J. A. Fournier, 1832—1915, ფრანგი დერმატო-ვენეროლოგი); სხვა სახელებია: იდიოპათიური განგრენა, განგრენული წითელი ქარი, ანაერობული ფლეგმონა და სხვ. დაავადება არც იდიოპათიურია და არც სპონტანური, მისი გამომწვევია ანაერობული მიკრობები, ყველაზე ხშირად კი bac. perfringens, რომელიც სათესლე პარკის კანის სისქეში უმნიშვნელო განაკაწრიდან იჭრება. განგრენა უხშირესად ემართება ხანშესულ ადამიანებს, დიაბეტით ავადმყოფებს, და მათ შორის უფრო მძიმედ მიმდინარეობს. ზოგჯერ ინფექციის შეჭრის მიზეზია გენიტალური ჰერპესი. უროლოგთა უმეტესობის აზრით, ნამდვილი განგრენა მხოლოდ ანაერობულ ინფექციას შეუძლია გამოიწვიოს. ზოგჯერ სათესლე პარკის განგრენა ვითარდება შარდის ბუშტის ბოქვენზედა კვეთის შემდეგ არსებული ჭრილობიდან ინფექციის გადასვლის შედეგად. გვინახავს შემთხვევა, როდესაც შარდის ბუშტის ბოქვენზედა დრენაჟის ასამოქმედებლად იგი ენერგიულად რეცხეს, თანაც, როგორც გამოირკვა, მისი ბოლო ბუშტში კი არ იდგა, არამედ პარაცისტიუმში. სითხე შედიოდა და არ გამოდიოდა, ასე ლიტრზე მეტი სითხე დაგროვდა სათესლე პარკის შრეებს შორის. მეორე დღიდან მწვავე განგრენული პროცესი დაიწყო, რომელიც ძლიერ სწრაფად სათესლე პარკის სრული მოცილებით დასრულდა. სათესლე პარკის განგრენა ბავშვთა შორისაც არის აღწერილი (2).

თავიდანვე ყურადღებას იქცევს ავადმყოფის მძიმე საერთო მდგომარეობა; მაღალი სიცხე, შემცივნება, თავის ტკივილი, სისუსტე, ტაქიკარდია. ამას ადგილობრივი ნიშნებიც ემატება: სათესლე პარკი ძლიერ შეშუპებულია, კანის ნაოჭები გადასწორებული, მასზე ბუშტუკები ჩნდება, რომელთა შიგთავსი სეროზულ-ჰემორაგიული სითხეა. ავადმყოფს სათესლე პარკის, შორისის მიდამოს, ბარძაყების შიგნითა ზედაპირების ძლიერი ტკივილი აწუხებს. კანის ბუშტუკები

სკდება, იცლება და მათ ადგილზე ეროზიულ-წყლულოვანი ზედაპირი რჩება, რომელიც თანდათან ღრმავდება და სათესლე პარკის კედლების მთელს სისქეს მოიცავს. ჩნდება სადემარკაციო ხაზი და იწყება სათესლე პარკის ქსოვილების გალღობა და მოცილება. დაახლოებით ათი დღის შემდეგ სათესლეები სავსებით გაშიშვლებული რჩება. ისინი სათესლე ბაგირაკებზეა ჩამოკიდებული და გარეგნულად საღია. იწყება გრანულაციური ქსოვილის ზრდა, რაც სწრაფად მიმდინარეობს და ჰფარავს სათესლეებს. დეფექტიდან ბევრი და მყრალი გამონადენია.

დიაგნოსტიკა სრული კლინიკური სურათის დროს არ არის ძნელი. სათესლე პარკის განგრენა მძიმე დაავადებაა და ანტიბიოტიკების შემოღებამდე სიკვდილიანობა მისგან 40%-ს აღწევდა. მკურნალობა უნდა დავიწყოთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების დანიშვნით. ვინაიდან გამომწვევი მეტწილად ანაერობული ფლორაა, საჭიროა ანტიგანგრენული შრატის დანიშვნა (50—100 ათასი საერთაშორისო ერთეული კუთხეებში, მძიმე შემთხვევებში მეტიც) — ერთი ან ორი ინექცია. ადრეულ პერიოდში საჭიროა დანეკროზებული ქსოვილების მოცილება, ზოგჯერ — კანის რამდენიმე ადგილას დასერვა — მისი დაჭიმულობის შემცირების მიზნით. ჭრილობების და ეპიდერმის — აცლილი კანის ზედაპირს ამუშავებენ წყალბადის ზეჟანგით, კალიუმის პერმანგანატით, ახვევენ ვიშნევსკის მალამოთი. მწვავე მოვლენების ჩაცხრომის შემდეგ შეიძლება გამოვიყენოთ ულტრამაღალი სიხშირის დენი, პარაფინის აპლიკაცია, აბაზანები იმავე კალიუმის პერმანგანატით.

სათესლე პარკის კანის დიდი დეფექტიც კი შეიძლება თავისით დაიხუროს და რაიმე პლასტიკური ოპერაცია არ დაგვჭირდეს. როგორც კი გრანულაცია დაიწყება, შეიძლება დეფექტის კიდეები ერთმანეთს დავუახლოოთ. თუ მთლიანად სათესლე პარკი დანეკროზდა, საჭიროა სათესლეები საზარდულის მიდამოს კანქვეშ მოვათავსოთ. ამისათვის აქ კანი 4—5 სმ სიგრძეზე გაიკვეთება, სათესლე პარკის მიმართულებით ჩლუნგი წესით გვირაბი გატარდება, ჯირკვლები შემოიტანება და დამაგრდება 2—3 ნაკერით.

პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ყურადღება მიექცეს უროლოგიურ ავადმყოფთა პირადი ჰიგიენის დაცვას. სათესლე პარკის უმნიშვნელო ნაკაწრი ან ინფილტრატი მაშინვე უნდა დამუშავდეს ანტისეპტიკური ხსნარებით.

სათესლის და დანამატის სიმსივნე, განსაკუთრებით თუ მას ეგზოფიტური ზრდის ტენდენცია აქვს. ხშირად გამოდის თეთრი გარსის ფარგლებიდან, ჩაიზრდება სათესლე პარკის სხვა გარსების, მათ შორის კანის სისქეშიც. საერთოდ კი ცნობილია, რომ სათესლე პარკის სიმსივნეთა 75—80% სათესლე ბაგირაკის ქსოვილებიდან მომდინარეობს (4).

საკუთრივ სათესლე პარკის სიმსივნე იშვიათია და თუ გვხვდება, უფრო კეთილთვისებიანი. ეს მეტწილად კანის სიმსივნეებია — პაპილომა, ათერომა, ლიპომა, ფიბრომა და მისთ. ფრიად იშვიათია ჰემანგიომა, ლიმფანგიომა. მათი არც დიაგნოსტიკაა ძნელი და არც მკურნალობა; ყველა ასეთი სიმსივნე უნდა ამოიკვეთოს.

იშვიათია სათესლე პარკის კანის ბაზალიომა, რომელიც, ჰისტოლოგიური ავთვისებიანობის მიუხედავად, ფრიად ნელა პროგრესირებს, მეტასტაზებსაც იშვიათად იძლევა. ერთ ჩვენს ავადმყოფს 10 წელიწადს ჰქონდა მომცრო კვანძი სათესლე პარკის კანში, და მხოლოდ მაშინ მოგვმართა, როდესაც სიმსივნე დაწყლულდა და ზრდა დაიწყო. სიმსივნური კვანძი ღრმად და ფართოდ ამოიკვეთა და ავადმყოფი სავსებით ჯანსაღია აგერ უკვე ხუთი წელიწადია.

უკიდურესად იშვიათია სათესლე პარკის სარკომა, აღწერილია ლიპოსარკომის, რაბდომიოსარკომის, ლეიომოსარკომის ერთეული შემთხვევები; ჩვენ სულ ცოტა ხნის წინათ ეოზინოფილური გრანულომის შემთხვევა გვქონდა.

ყოველი სიმსივნე, ავთვისებიანია იგი თუ კეთილთვისებიანი, უნდა ფართოდ ამოიკვეთოს, მით უმეტეს, რომ სათესლე პარკის კანი ამის საშუალებას იძლევა. მხოლოდ ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ გვაქვს საშუალება ვიმსჯელოთ სიმსივნის ბიოლოგიური ხასიათის შესახებ. გავრცელებული კიბოს დროს შეიძლება დაისვას საკითხი საზარდულის მიდამოს ლიმფადენომექტომიის შესახებ (დიუკენის ოპერაცია).

თუკი სათესლის სიმსივნე შეიძლება სათესლე პარკის გარსებში ჩაიზარდოს, არც ისაა გამორიცხული, რომ კანის სიმსივნე სათესლის ქსოვილში ჩაიზარდოს. ამ დროს საჭიროა ჰემიკასტრაცია და სათესლე პარკის მთელი შესაბამისი ნახევრის ამოკვეთა.

სასქესო ორგანოების (სათესლე პარკის, სასქესო ასოს) სპილოვანობა ტროპიკულ ქვეყნებში გავრცელებული ჰელმინთოზის — ფილარიატოზის — ერთ-ერთი გართულებაა. ეს პარაზიტი ჩვენში არ არის.

მაგრამ სპილოვანობა (elephanthiasis; ბერძ. elephas — სპილო) უამისოდაც შეიძლება გაჩნდეს. იგი, როგორც წესი, მარტო სათესლე პარკს არ აზიანებს, არამედ შორისის არეს, სასქესო ასოს, ბარძაყის შიგნითა ზედაპირს, ხანდახან მთლიანად ქვემო კიდურებსაც.

ზომიერი სარტყლის და ჩრდილოეთის ქვეყნებში სპილოვანობის გაჩენის მიზეზია საზარდულის ლიმფური კვანძების ამოკვეთა (მაგალითად, დიუკენის ოპერაციის შემდეგ), ან კანქვეშა ქსოვილის ქრონიკული ანთება. მაგალითად, მორეციდივე წითელი ქარი.

ხდება სათესლე პარკის, ასოს და ჩუჩის მკვეთრი შეშუპება. მათი მფარავი კანი შესამჩნევად შესქელებულია, ნაოჭებიანი, ზოგჯერ დაფარულია სეროზული ბუშტუკებით, შორსწასულ შემთხვევებში ასო მთლიანად ჩაფლულია სათესლე პარკში და მხოლოდ „ბილიკი“ რჩება ურეთრის ხვრელისაკენ. შარდვისას კანი გამუდმებით ირწყვება შარდით, რაც ჯერ მაცერაციას იწვევს, შემდეგ კი ანთებით პროცესს, წყლულების გაჩენას (სურ. 34).

დიაგნოსტიკა არ არის ძნელი, მხოლოდ თუ ოპერაციული მკურნალობა აუცილებელია, საჭიროა ლიმფის შეგუბების ადგილის დადგენა — ლიმფოგრაფიის გზით.

ოპერაციის ორი პრინციპი არსებობს: ერთია — დაზიანებული უბნების ამოკვეთა და მათი შეცვლა საღი კანით — გადაადგილების ან თავისუფალი პლასტიკის გზით. უფრო მარტივია სასქესო ასოს სკალპირება, შემდეგ კანქვეშა ქსოვილის სრული ამოკვეთა და ხელახლა შემოკერება ასოზე. ოპერაციის ტექნიკა კარგად მოჩანს აქ მოთავსებულ სქემურ ნახატებზე (სურ. 35, 36). ბოლო ხანებში, მიკროქირურგიული ტექნიკის შემოსვლასთან დაკავშირებით, დაიწყეს ლიმფური სადინარების ანასტომოზი ვენურ სისტემასთან ან უფრო მსხვილ ლიმფურ სადინართან. ზოგჯერ კანის ზედმეტი ნაკეცების ამოკვეთა ამის შემდეგაც არის საჭირო, რადგან აქ არსებული ცვლილებები მყარია და უკუგანვითარებას არ განიცდის.

ამ სახელწოდებით ცნობილია სათესლე ბაგირაკის ვენების ვარიქსული (ვარიკოზული) გაგანიერება (ლათ. varix — ვენის გაგანიერება, კვანძი, ბერძ. kele — შემსივნება; ლათინური ტრანსკრიპციით — varicocele).

დაავადება უხშირესად ახალგაზრდა ასაკში გამოჩნდება, სქესობრივი მომწიფების დაწყების შემდეგ (ზოგი სტატისტიკით ვარიკოცელე ყმაწვილების 1—6%-ს აქვს), თუმცა მისი ხელშემწყობი პირობები ალბათ თანდაყოლილია: ვენებში სარქველების არარსებობა და თირკმლის ვენური ჰიპერტენზია. ვარიკოცელე ორივე მხარეს შეიძლება განვითარდეს, მაგრამ შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში იგი მარცხენამხრივია. ესეც ანატომიური კანონზომიერებით აიხსნება: მარჯვენა სათესლე ვენა უშუალოდ ქვემო ღრუ ვენას უერთდება, მარცხენა კი თირკმლის ვენას და მხოლოდ შემდეგ სათესლედან წამოსული სისხლი გადადის ქვემო ღრუ ვენაში. ამიტომ თირკმლის ვენურ ქსელში წნევის მომატების შედეგად, — ეს კი შეიძლება იყოს გამოწვეული თირკმლის ვენის შევიწროებით, მასზე გარედან ზეწოლით ან სხვა მიზეზით, — სისხლი უკან — სათესლე ვენაში ბრუნდება.

ზოგჯერ თირკმლის ვენის გამტარობის დარღვევა გამოწვეულია აორტიდან ჯორჯლის ქვედა არტერიის გამოსვლის მახვილი კუთხით; ვენა აორტასა და ჯორჯლის ზედა არტერიას შორის იჭედება და სრულად ვეღარ ატარებს თირკმლიდან წამოღებულ სისხლს. იწყება ვენური სისხლის უკუსვლა სათესლე ვენაში. მართლაც, ვარიკოცელეს დროს წნევა სათესლე ვენაში 130—320 მმ-ს შორის მერყეობს, რაც 2—4-ჯერ აღემატება ნორმალურს და 2—3-ჯერ წნევას იმავე ავადმყოფის იდაყვის ვენაში. ეს უთუოდ მიუთითებს სათესლე ვენაში სისხლის რეტროგრადულ დინებაზე (4). ეს კომპენსატორული პროცესია, რომლის დანიშნულებაა თირკმელში ვენური ჰიპერტენზიის შემცირება. ეს კარგია, მაგრამ სამაგიეროდ, იწყება სათესლე ვენის და მის მიერ შექმნილი ვაზისებური ვენური წნულის გაგანიერება და კვანძების გაჩენა.

ვარიკოცელეს ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს საზარდულის არხის გარეთა რგოლის ზედმეტი შევიწროება თიაქარკვეთის დროს. ეს ნიშნავს, რომ არტერია გამტარია. ვენური სისხლის უკუდენა კი შეფერხებულია. ჩვენ რამდენიმე ასეთი შემთხვევა გვქონდა, და ყო-

ველთვის მოხერხდა ვენური სტაზის ლიკვიდაცია საზარდულის გარეთა რგოლის და არხის რეკონსტრუქციის შემდეგ.

თავიდან ვარიკოცელე არაფრით გამოვლინდება. თუმცა სათესლე ბაგირაკის ვენები უკვე რამდენადმე გაგანიერებულია, მაგრამ ეს მხოლოდ ავადმყოფის ფეხზე დგომის დროს შეიმჩნევა, მწოლიარე მდგომარეობაში კი კვანძები ქრება (I სტადია). შემდეგ იწყება დაჭაჭვის შეგრძნება სათესლე ბაგირაკის და პარკის მიდამოში, განსაკუთრებით ფიზიკური დაძაბვის შემდეგ; ამ დროს ვენური კვანძები უკვე სათესლის ზედა კიდეზე დაბლა ჩამოდის (II სტადია). შემდეგ იწყება სათესლე ჯირკვლის ატროფია (ზოგჯერ ოლიგოზოოსპერმია, უნაყოფობაც კი); ტკივილი უფრო ინტენსიურია, განსაკუთრებით საღამოობით — მთელი დღე ფეხზე დგომის ან სიარულის შემდეგ. ბევრ პაციენტს ეს მდგომარეობა პროფესიის შესრულებას, სპორტულ ვარჯიშს უშლის. ვენური კვანძები სათესლის ქვედა პოლუსის დონეზეა, სათესლე პარკის შესაბამისი ნახევარი მეორეზე დაბლაა დაწეული (უნდა შევნიშნოთ, რომ ვარიკოცელე უხშირესად ასტენიკური კონსისტენციის ახალგაზრდებს უჩნდება, და მათ ისედაც წაგრძელებული, ჩამოკიდებული სათესლე პარკი აქვთ). ერთმანეთთან გადახლართული ვენური კვანძები თვალითაც მოჩანს (III სტადია), ვენური კვანძები თხელკედლიანია, ამიტომ მცირე ტრავმასაც კი შეუძლია გამოიწვიოს მათი დაზიანება და სისხლჩაქცევა სათესლე პარკის და ბაგირაკის გარსებს შორის. გვინახავს ვარიქსული წყლულიც, გაჩენილი სათესლე პარკის კანთან შიგნიდან ვენური კვანძის მიხორცების ადგილას; ეს წყლული ხშირად სისხლდენასაც იძლეოდა.

გაგანიერებული კვანძები თვალითაც მოჩანს და, ცხადია, პალპაციითაც კარგად შეიგრძნობა. ვარიკოცელეს სათესლე ჯირკვალზე გავლენის დასადგენად შეიძლება საჭირო შეიქნას სპერმის გამოკვლევა. ვარიკოცელეს მიზეზის აღმოსაჩენად საჭიროა თირკმლის ვენოგრაფია, შეიძლება დაგვჭირდეს თირკმლის არტერიოგრაფიაც, ექსკრეტორული უროგრაფიაც. უკანასკნელი მით უფრო საჭიროა, რომ ვარიკოცელეს არც ისე იშვიათად ახლავს ტკივილი თირკმლის მიდამოში, პროტეინურია, ზოგჯერ ჰემატურიაც.

ვარიკოცელეს მკურნალობა კონსერვატული ღონისძიებებით (სუსპენზორიუმი, დამწოლი ნახვევი და მისთ.) უშედეგოა. ასეთი მკურნალობა დროებით შეიძლება გამოვიყენოთ, თუ ოპერაციული მკურნალობა რაიმე მიზეზით შეუძლებელია.

ვარიკოცელეს ოპერატიული მკურნალობა კარგახანს უფრო სიმპ-

ტომური იყო, ვიდრე პათოგენეზური. თუ სათესლე პარკი ძლიერ ჩამოკიდებული იყო, მას ზევით აწევდნენ, თუ სათესლე პარკის კანი ძლიერ მომჭვარული იყო, მის ზოლს ამოჭრიდნენ მთელ სიგრძეზე. საკუთრივ სათესლის აწევის და ვენების დაჭიმულობის შესუსტების მიზნით პოლიმერული მასალების დახმარებით ჰამაკს აკეთებდნენ და ა. შ. ამჟამად ოპერაციის სამი ძირითადი პრინციპი არსებობს. ერთი ყველაზე ძველია და გამოიხატება საკუთრივ სათესლე ბაგირაკის გაგანიერებული ვენების გადასკვნასა და ამოკვეთაში. ოპერაცია ზედმეტად სისხლიანია, ამ დროს დიდია რისკი ვენის ღეროებიდან ერთად სათესლე ბაგირაკის რომელიმე არტერიის გადასკვნისა. ბოლო ხანებში აღწერილ მანიპულაციას უმატებენ კიდევ ეგრეთწოდებულ შინაგან სუსპენზორიუმს, რომლის დახმარებით სათესლე ხელით აიწევს და ვენური სტაზი მცირდება. ამ ტიპის ოპერაციები არ იძლევა კარგ ახლო და კიდევ უფრო, შორეულ შედეგს.

გაცილებით უფრო ადვილია და საკმაოდ ეფექტური სათესლე ვენის გადასკვნა. ყველაზე გავრცელებულია ივანისევიჩის (O. Ivanissevich, 1918) ოპერაცია. ტექნიკა უკიდურესად მარტივია: თეძოს წინა ზედა წვეტის დონეზე პარიეტულ პერიტონიუმს მედიალურად გადასწევენ (როგორც შარდსაწვეთის შუა ნაწილზე მიდგომისათვის). აქ აღმოაჩენენ სათესლე ვენას (ჩვეულებრივად ორი ტოტია), ორ ადგილას გადასკვნიან და მათ შორის მდებარე უბანს ამოკვეთენ. როგორც წესი, გაგანიერებული ვენები მაშინვე ჩაიფუშება. ზოგჯერ ძალიან ძნელია სათესლე ვენის ცალკე გადასკვნა სათესლე არტერიის დაუზიანებლად, რადგან ისინი ერთად მიდიან და ეჯვარედინებიან კიდევ ერთმანეთს.

ა. ინაური (5) გვირჩევს სათესლე ვენა უფრო ზემოთ გადაიკვანძოს, თირკმლის ვენასთან შესართავიდან 2—3 სმ-ზე. მათი აზრით, ამ დროს გამორიცხულია თირკმლის კაფსულის ვენების კოლატერალებიდან ისევ სათესლე ვენის სისტემაში სისხლის უკუსვლა და, ამრიგად, რეციდივის შესაძლებლობაც ნაკლებია (სურ. 37).

ამ ოპერაციებს შორის პრინციპული სხვაობა არ არის. მაგრამ არსებობს დაკვირვება, რომ ოპერაციის შედეგი უკეთესია, თუ სათესლე არტერიაც გადაისკვნება; ამ საფუძველზე შემუშავდა პალომას ოპერაცია (Paloma, 1949). ავტორის აზრით, ამ დროს უფრო დაცულია არტერიულ-ვენური ბალანსი. ჩვენის აზრით, ეს არ კმარა პალომას ოპერაციის დასაცველად. ო. ტიკტინსკიც უპირატესობას ივანისევიჩის მეთოდს აძლევს, რადგან მის შემდეგ უფრო მეტია სპერმატოგენეზის

გაუმჯობესების პროცენტი, ნაკლებია შემთხვევები სათესლე პარკის და ჯირკვლის შეშუპებისა. ამასთანავე, პალომას ოპერაცია ნიშნავს სათესლე ჯირკვლის უმთავრესი არტერიის გადასკვნას, ამან კი არ შეიძლება თავისი უარყოფითი გავლენა არ მოახდინოს სათესლე ჯირკვალზე (6).

თუ სწორია მოსაზრება, რომ ვარიკოცელე თირკმლის ვენური ჰიპერტენზიის სიმპტომია, სათესლე ვენის გადასკვნამ კიდევ უფრო უნდა გააღრმავოს ეს მდგომარეობა. ამის თავიდან ასაცილებლად ნ. ლოპატკინმა (Н. А. Лопаткин, 1974) დაამუშავა და კლინიკაში დანერგა ორიგინალური ოპერაცია, რომელიც შეიცავს სათესლე ვენის გაკვანძვას (მის ქვედა ნაწილში) და, — თირკმლის ვენური ჰიპერტენზიის სალიკვიდაციოდ, — სათესლე ვენის ანასტომოზს თეძოს საერთო ვენასთან. ანასტომოზი ისე კეთდება, რომ სათესლე ვენის პროქსიმული მონაკვეთი ჩაეკერება თეძოს საერთო ვენის კედელში გაკეთებულ ოვალური ფორმის „ფანჯარაში" (testiculoilioanastomosis). ზოგჯერ, სათესლე ბაგირაკის ვენური წნულის დაცლის გაუმჯობესების მიზნით, ამას უმატებენ ანასტომოზს სათესლე ვენის ქვედა ნაწილსა და საჩინო ვენას შორის (testiculosaphenoanastomosis). ოპერაციათა პათოგენეზურად დასაბუთებულია და შედეგებიც კარგია.

სისხლძარღვთა ანასტომოზის სხვა ვარიანტებიც არსებობს, მაგალითად, სათესლე და დიდ საჩინოს ვენას შორის (7, 8). ტექნიკური სიძნელეების, მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენების აუცილებლობის, აგრეთვე ნაოპერაციევი ვენების თრომბოზის საშიშროების გამო ამ ოპერაციებმა, ჯერჯერობით მაინც, ვერ ჰპოვეს ფართო გავრცელება, ზოგჯერ მათი გაკეთება შეუძლებელია (სათესლე ვენის გაფანტული ტიპი, მისი მცირე დიამეტრი და სხვ.); მაშინ არჩევით წესად ისევ ივანისევიჩის ოპერაცია რჩება.

ბოლო ხანებში არის წინადადება სათესლე ვენის გადასკვნის ნაცვლად მისი ემბოლიზაცია გაკეთდეს. წინასწარ აუცილებელია თირკმლის ვენოგრაფია. ამის შემდეგ კეთდება სელექციური ტესტიკულოვენოგრაფია. მაშინვე ცდილობენ სათესლე ვენაში რაც შეიძლება ღრმად ჩადგან ზონდი და მერე კათეტერი (ჩვეულებრივად № 5). კათეტერის საშუალებით ვენაში შეასხამენ თრომბის შემქმნელ ან მასკლეროზებელ პრეპარატს (ვარიკოციდი, ეთოქსისკლეროლი, თრომბოვარი და სხვ.) ან იმავე ტექნიკას იყენებენ, რასაც არტერიების ემბოლიზაციისათვის (სპირალი, ბალონი, წებო და სხვ.).

ნ. ლოპატკინის კლინიკაში 50 ასეთი მანიპულაცია ჩაუტარებიათ და შედეგებით კმაყოფილნი არიან: 3—4 თვის შემდეგ მხოლოდ 7 ავადმყოფს შერჩა ან განუახლდა ვარიკოცელე (9). ამ მანიპულაციამ ჯერ ვერ მოიკიდა ფეხი, რადგან საშიშია სისხლის ნაკადმა ემბოლიზაციისთვის გამოყენებული საგანი (მავთულის სპირალი, ჟელატინის ან ფტოროპლასტის ბურთულები და სხვ.), ან მათი მეშვეობით წარმოქმნილი ემბოლი საერთო სისხლის მიმოქცევაში არ შეიტანოს; ამას სიცოცხლისათვის სახიფათო გართულება შეიძლება მოჰყვეს.

სათესლე ბაგირაკის შემოგრეხა

Torsio funiculi spermatici (torsio testis) ნიშნავს სათესლის შემობრუნებას ბაგირაკის და თავისივე სიგრძივი ღერძის გარშემო 180 ან 360° -ით. ამის მიზეზად თვლიან სათესლის მიმაგრებას ბაგირაკთან კუთხის ქვეშ, ირიბად, აგრეთვე ჯირკვლის ზედმეტი მოძრაობის უნარს. სწორედ ამ თავისუფალი მოძრაობით აიხსნება ის, რომ სათესლე ბაგირაკის შემოგრეხა უხშირესად ბავშვთა ასაკში ხდება, როდესაც სათესლე ჯერ კიდევ არ არის საკმარისად ფიქსირებული.

შემოგრეხა ხან თითქოს ყოვლად უმიზეზოდ ხდება. მაგრამ მეტწილად მიზეზი მაინც არის: მცირე ტრავმა, უხერხული მოძრაობა, ცივ წყალში უცბად ჩახტომა (ეს კრემასტერის შეკუმშვას და ჯირკვლის უცებ ზემოთ აწევას იწვევს). არის ჩვეული შემოგრეხაც: ერთ ჩვენს ავადმყოფს ორი წლის განმავლობაში დაახლოებით ათჯერ ჰქონდა შემოგრეხა და ყოველთვის თავისითვე სწორდებოდა; ამან მოატყუა, არც ბოლო შემოგრეხაზე მიმართა ექიმს და ჯირკვალიც დაჰკარგა.

არჩევენ სათესლე ბაგირაკის შემოგრეხის სამ სახეს. ეგრეთწოდებული ქვედა შემოგრეხის დროს სათესლე შემობრუნებულია ბუდობრივი გარსით შიგნით, რადგან იგი თავისუფლად ჰკიდია სათესლე ბაგირაკზე და არ არის განვითარებული ჰუნტერის იოგი, რომელიც ჯირკვალს სათესლე პარკის ფსკერთან აკავშირებს; ეს შემოგრეხის ყველაზე ხშირი სახეა. ზედა შემოგრეხა სათესლე პარკის გარეთ ხდება, აქ მხოლოდ ბაგირაკია შემობრუნებული; ეს სახე უფროსი ასაკის ბავშვებში გვხვდება და შედარებით იშვიათია. ძლიერ იშვიათად გვხვდება პერიტონეუმის ბუდობრივი გარსის შემოგრეხა. არის კიდევ ერთი სახე შემოგრეხისა, რომელიც მსგავს კლინიკურ სურათს

იძლევა — ეს არის მორგანის ჰიდატიდის შემოგრეხა, იმ დანამატისა, რომელიც საკმაოდ ხშირად არის სათესლეზე.

არსებობს სათესლე ბაგირაკის არასრული შემოგრეხა (sublorsio). აქ გულისხმობენ მდგომარეობას, როდესაც სათესლე დროებით იცვლის ადგილს და მერე თვითონვე სწორდება. საინტერესოა, რომ ზოგ ავტორს ამის ერთ-ერთ მიზეზად, სუბიექტის ანატომიურ თავისებურებათა გარდა, თანამედროვე მოდის ტანსაცმელიც მიაჩნია. (ჯინსის ვიწრო შარვალი). თუ ასეთი ნაწილობრივი შემოგრეხა ხშირად მეორდება, გვირჩევენ ორქიპექსიას (10).

სისხლის მიმოქცევის მოშლის ხარისხი სხვადასხვანაირია. თუმცა უმეტეს შემთხვევაში შემოგრეხა სრულია და არტერიული სისხლის მოდენა უკიდურესად შემცირებულია, ხოლო ვენურის უკუდენა სავსებით არ არის. ამიტომ სწრაფად ვითარდება ჯირკვლის შეშუპება, სისხლძარღვების თრომბოზი, რასაც ჯირკვლის ქსოვილის ნეკროზი მოსდევს.

სათესლე ბაგირაკის შემოგრეხა უცბად ხდება და მაშინვე მწვავე, აუტანელი ტკივილი იწყება, რომელმაც კოლაფსიც კი შეიძლება გამოიწვიოს. მერე სათესლე მატულობს ზომაში; კანიც შეშდება და წითლდება. აიწევს სხეულის ტემპერატურა. რაც უფრო დაბლაა შემოგრეხის ადგილი, მით უფრო მძაფრია სიმპტომები. დასაწყისში, სანამ დიდი შეშუპება არ გაჩენილა, ჯერ კიდევ შეიძლება შევიგრძნოთ შემოგრეხა ბაგირაკის გამსხვილების სახით. უფრო მოგვიანებით ზოგჯერ ძნელია დიფერენციაცია ჩაჭედილ თიაქართან, აგრეთვე მწვავე ორქიტთან.

მკურნალობა ოპერაციულია, და ეს რაც შეიძლება ადრე უნდა გაკეთდეს. თუ ოპერაცია შემოგრეხიდან პირველი ორი საათის განმავლობაში გაკეთდა, ჯირკვლის შენარჩუნება თითქმის გარანტირებულია, მაგრამ შემდეგ კატასტროფულად მატულობს ნეკროზის საფრთხე. ოპერაცია შემოგრეხილი ადგილის ხელახალი შემობრუნებით გამოიხატება. თუ შეშუპება დიდია, საჭიროა თეთრი გარსის მერიდიანული დასერვა 3—4 ადგილას, სათესლე პარკის დრენირება. თუ სრული ნეკროზია, უნდა გაკეთდეს კასტრაცია. თუ ჯირკვალს ვტოვებთ, იგი ბუდობრივ გარსს უნდა მივაკეროთ და ისე ჩავუშვათ სათესლე პარკში. სანამ კასტრაციას გადავწყვეტდეთ, ჯირკვალი დიდხანს უნდა ვასველოთ თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული საფენებით (ზოგი ჟანგბადით შებერვასაც გვირჩევს), და თუკი ოდ-

ნავ მაინც იმედია სისხლის მიმოქცევის აღდგენისა, სათესლის ამოკვეთა არ უნდა ვიჩქაროთ.

სათესლე ბაგირაკის შემოგრეხის პროფილაქტიკაც შეიძლება. თუ ჯირკვალს ზედმეტი მოძრაობის უნარი ახასიათებს, საჭიროა იგი დამაგრდეს სათესლე პარკის ფსკერზე. ამისათვის საკმარისია ჯირკვალი მჭიდროდ მივაბჯინოთ კანს, უკანასკნელი 1 სმ სიგრძეზე გავკვეთოთ და ჯირკვლის საკუთარი გარსი 1—2 კეტგუტის ნაკერით მივაკეროთ სხვა გარსებს; კანზეც ორი ნაკერი ედება; თუ ასეთ ოპერაციას რაიმე მიზეზის გამო ვერ ვაკეთებთ, მშობლები უნდა გავაფრთხილოთ, რომ თუ ბიჭუნას მწვავე ტკივილი დაეწყო, მაშინვე „სასწრაფო დახმარებას“ მიმართონ.

დეფერენტიტი, ფუნიკულიტი

ეს სახელი ეწოდება თესლსადენის (vas deferens) ანთებას, თუმცა ცალკე ეს დაავადება ძნელი წარმოსადგენია. შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში ანთებითი პროცესი ვრცელდება სათესლე ბაგირაკის სხვა ელემენტებზეც და ყალიბდება ფუნიკულიტი. უფრო მეტიც, ორივე ერთად — დეფერენტიტი და ფუნიკულიტი — თითქმის ყოველთვის ეპიდედიმიტის გართულებაა, უფრო სწორად, დაავადების გავრცელებაა. ამიტომ ეპიდიდიმიტის დროს მეტწილად გამსხვილებული და მტკივნეულია სათესლე ბაგირაკიც. იშვიათად ცალკე თესლსადენი შეიგრძნობა, ბაგირაკის სხვა შემადგენელი ნაწილები კი ჯერ არ არის ჩათრეული პროცესში. ეს შეიძლება არც მოხდეს, თუ ეპიდიდიმიტი და დეფერენტიტი ადრეულ სტადიაში ჩაცხრება.

დეფერენტიტმა და ფუნიკულიტმა შეიძლება ჩირქოვანი ხასიათიც მიიღოს, და მაშინ ქირურგიული ჩარევაც დაგვჭირდეს. ქრონიკული მიმდინარეობის დროს სათესლე ბაგირაკი შემსივნებულია, ზოგჯერ ცალკე ისინჯება თესლსადენი — მკვრივი ზონარის სახით (ტუბერკულოზური ანთების დროს მას კრიალოსნის სახე აქვს).

რომ აღარ გავიმეოროთ, თესლსადენის და მთლიანად სათესლე ბაგირაკის მწვავე ანთების მკურნალობა ისეთივეა, რაც მწვავე ეპიდიდიმიტისა: ანტიბიოტიკები, სხვა ანტიბაქტერიული საშუალებანი, სითბური პროცედურები, ლიდაზა, კორტიზონი, აუტოჰემოთერაპია და სხვ. თუ მაინცდამაინც საქმე დაჩირქებამდე მივიდა (სათესლის დანამატში, სათესლე ბაგირაკში), საჭიროა ჩირქგროვის გახსნა და დრე-

ნირება. გამოსავალიც იმაზეა დამოკიდებული, როგორ წარიმართება ძირითადი დაავადება — ეპიდიდიმიტი. თუ საჭირო გახდა სათესლის დანამატის ამოკვეთა, ანთებითი პროცესი სათესლე ბაგირაკში ჩქარა ჩაცხრება.

სიმსივნეები

სათესლე ბაგირაკის შემადგენელი ელემენტებიდან სიმსივნური დაავადება შეიძლება გამომდინარეობდეს ბაგირაკის გარსებიდან, აგრეთვე სისხლძარღვებსა, სათესლე სადინარსა და გარსებს შორის მდებარე შემაერთი ქსოვილისა და ცხიმისაგან. ჰისტოგენეზის მხრივ სიმსივნეები მრავალნაირია, თუმცა საერთო მათი სიხშირე შედარებით ცოტაა. კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან აქ გვხვდება ფიბრომა და მისი სახესხვაობანი, ლიპომა, ლიმფანგიომა და სხვ., ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან უმთავრესად სარკომა, დიდი ნაკრები მასალით სათესლე ბაგირაკის 387 სიმსივნიდან კეთილთვისებიანი იყო თითქმის 60%. ამათგან უხშირესი სიმსივნეებია: ლიპომა (42%), ფიბრომა (15%) ლიმფანგიომა (4%) და ა. შ. ავთისებიან სიმსივნეთა თითქმის 98% სხვადასხვა სახის სარკომა იყო. საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ამ დიდ მასალაზე სულ ერთი შემთხვევა იყო, როდესაც სიმსივნე სათესლე სადინარიდან გამომდინარეობდა, 8 შემთხვევაში კი სიმსივნის იდენტიფიკაცია ვერ მოხერხდა (11).

სათესლე ბაგირაკის სიმსივნის დიაგნოსტიკა არ არის ძნელი, სწორედ თვალით და ხელით შესამჩნევი სიმსივნის არსებობის გამო მოდის ჩვენთან ავადმყოფი. სამაგიეროდ მეტად ძნელია ინსპექციით და პალპაციით მიღებული შთაბეჭდილებით ითქვას რაიმე სიმსივნის ბიოლოგიური ხასიათის შესახებ. პრაქტიკულად ამ საკითხზე თავის ტეხა არც არის საჭირო: სათესლე ბაგირაკის ყველა სიმსივნე უნდა ამოიკვეთოს. ამოკვეთილი სიმსივნე უახლოეს ვადაში უნდა გამოვიკვლიოთ და თუ ავთვისებიანი ზრდის ნიშნები აღმოჩნდა, ჰემიკასტრაცია უნდა გაკეთდეს და სათესლე ბაგირაკიც მთელს სიგრძეზე ამოიკვეთოს. შემდეგ საჭიროა მენჯის და თეძოს მიდამოს ლიმფური კვანძების სხივური თერაპია, რადგან ოპერაციის დროისათვის შეიძლება მეტასტაზები არ იყოს, მაგრამ შემდეგ იჩინოს თავი; მათი უხშირესი ლოკალიზაცია კი სწორედ თეძოს, საზარდულის და მენჯის ლიმფური კვანძებია.

ოპერაციები სათესლე ბაგირაკზე

ნოვოკაინით ბლოკადა

სათესლე ბაგირაკის ნოვოკაინით ბლოკადა ფართოდ იხმარება უროლოგიაში თირკმლის ჭვალის დროს როგორც „მწვავე მუცლისაგან“ დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური და სამკურნალო საშუალება (ქალებში ამის შესატყვისია საშვილოსნოს მრგვალი იოგის ბლოკადა). ანდროლოგიაში სათესლე ბაგირაკის ბლოკადა კარგ შედეგს იძლევა მწვავე ორქიტის და ეპიდიდიმიტის დროს: თითქმის მაშინვე ხსნის ტკივილს, ხელს უწყობს ანთებითი პროცესის ჩაცხრომას.

სათესლე ბაგირაკის ბლოკადის გაკეთება არ შეიძლება საზარდულის მიდამოს ჩირქოვანი ანთებითი პროცესების დროს, მწვავე ფუნიკულიტის, აგრეთვე საზარდულის თიაქრის დროს.

საზარდულის მიდამოს კანის სათანადო დამუშავების შემდეგ თითით შეიგრძნობენ სათესლე ბაგირაკს იმ ადგილას, სადაც იგი საზარდულის არხიდან გამოდის, ბაგირაკს ორ თითს შუა იჭერენ და მის სისქეში შეასხამენ ნოვოკაინის 0,25%იანი ხსნარის 40—50 მლ.

ვაზოლიგატურა და ვაზორეზექცია

ამ მცირე ოპერაციას ხშირად თან ახლებენ პროსტატის ადენომექტომიას, შარდსადენის ხანგრძლივ კათეტერიზაციას. ოპერაციის მიზანია სათესლე დანამატის დაცვა აღმავალი ინფექციისაგან და. მრავალი უროლოგის აზრით, იგი თითქოს მართლაც აკეთებს ჯობას. თუ ეს საჭიროა, ორმხრივი ვაზორეზექცია შეიძლება გამოვიყენოთ მამაკაცის სტერილობის მისაღწევად. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ეს ოპერაცია ოფიციალურად ნებადართულია და, მაგალითად, 1972 წელს იგი ნახევარ მილიონზე მეტ ადამიანს გაუკეთდა; ხშირად კეთდება ეს ოპერაცია დასავლეთ. გერმანიაშიც (12).

ტექნიკა ასეთია. საზარდულის გარეთა რგოლის დაბლა სათესლე პარკის კანს ორ თითს შორის იღებენ და მათ შორის მხოლოდ თესლსადენს ტოვებენ. ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ კანს 1—2 სმ სიგანეზე კვეთენ და ჭრილობაში ამოსწევენ თესლსადენს, ათავისუფლებენ ბუდობრივი გარსისა და სხვა ქსოვილებისაგან და ორი ლიგატურით სკვნიან მას (ვაზოლიგატურა). თუ ამ ორ ლიგატურას შორის

თესლსადენი გადაიკვეთა, ეს ვაზოტომია იქნება, თუ მისი ნაწილი ამოიკვეთა — ვაზორეზექცია (ზოგჯერ, არასწორად, ამ უკანასკნელ მანიპულაციას ვაზექტომიასაც უწოდებენ). კანზე 1—2 კვანძს ადებენ (სურ. 38).

სათესლე გზების გამტაროგის აღდგენა

სათესლე გზების გაუვალობის უხშირესი მიზეზია ანთებითი დაავადებანი, მათ შორის ტუბერკულოზი; ტრავმა, მათ შორის ქირურგიული ოპერაციები (თიაქარკვეთა, ორქიპექსია, ოპერაციები სათესლის წყალმანკის ან ვარიკოცელეს გამო და სხვ). ბევრი უროლოგი შეგნებულად კვანძავს ან კვეთავს თესლსადენს წინამდებარე ჯირკვლის ადენომექტომიის წინ, ან პაციენტის სტერილიზაციის მიზნით. უკანასკნელ შემთხვევაში ადამიანს შეიძლება განწყობილება შეეცვალოს და უკვე შვილის გაჩენა მოუნდეს.

ექსკრეტორული ასპერმიის დიაგნოზისათვის აუცილებელია ეაკულატის გამოკვლევა, ზოგჯერ რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, სათესლის ბიოფსიაც კი. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა აუცილებელია იმისათვისაც, რათა ზუსტად იქნას დადგენილი გაუვალობის დონე — შემდგომი ოპერაციული ჩარევისათვის.

ერთადერთი საშუალება სათესლე გზების გამტარობის აღდგენისა არის ოკლუზიის ადგილის ამოკვეთა და სადინარის მთლიანობის აღდგენა სხვადასხვა სახის ანასტომოზების გზით. აქ რამდენიმე ვარიანტი არსებობს: თესლსადენის ანასტომოზი — „ბოლო ბოლოში“ (end-to-end), ან სათესლის დანამატის ანასტომოზი სათესლე სადინართან — „ბოლო ბოლოში“ ან „ბოლო გვერდში“ (end-to-side) სათესლე სადინარის ანასტომოზი უშუალო სათესლესთან.

იმისათვის, რომ სადინარის გადაჭრილი ბოლოების ერთმანეთთან მიკერების შემდეგ ამ ადგილზე ნაწიბუროვანი ობლიტერაცია არ გაჩნდეს, გვირჩევენ დროებით სადინარში ჭნდოპროთეზი ჩავტოვოთ (აბრეშუმის, კაპრონის, ნეილონის ძაფი, ცხენის ძუა, პოლიეთილენის მილი და სხვ.): ენდოპროთეზი 8—10 დღეს რჩება, სანამ ჭრილობის ხაზის ეპითელიზაცია დასრულდება. ზოგის (უმცირესობის) აზრით ენდოპროთეზი საჭირო არ არის, მიკროქირურგიული ტექნიკა სრულ გამტარობას იძლევა, თვით ენდოპროთეზი ტრავმის და ინფექციის მიზეზია.

ობტურაციული (ოკლუზიური) ასპერმიის ოპერაციული მკურნალობა ჯერ კიდევ გასული საუკუნის დასასრულიდან დაიწყო. ამ საქმის პიონერი რაზუმოვსკი იყო (В. И. Разумовский. 1857—1935, რუსი ქირურგი), რომელმაც პირველად გააკეთა ანასტომოზი სათესლე ჯირკვლისა თესლსადენთან (სათესლის დანამატის ამოკვეთის შემდეგ). ამ ოპერაციას დადებითი შედეგი არ მოჰყოლია და. როგორც შემდეგ გამოირკვა, ასეც უნდა ყოფილიყო, რადგან, კიდევაც რომ აღდგეს თესლსადენის გამტარობა, უნაყოფობა მაინც რჩება — სათესლე დანამატი აუცილებელია სპერმატოზოიდების სრულყოფილი მომწიფებისათვის. ამჟამად რაზუმოვსკის მიერ დამუშავებული ორი ოპერაცია, აგრეთვე შემდგომ მოწოდებული მრავალი მათი მოდიფიკაცია თითქმის აღარ იხმარება.

სათესლე ტრაქტის გამტარობის წარმატებით აღდგენისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდა ორ გარემოებას: ჯერ — ერთი, გარდაუვალად დადგინდა, რომ სათესლე დანამატი. მისი ყველა ნაწილი თანაბრად აუცილებელია ნორმალური სპერმატოგენეზისათვის; მეორეც, ფართოდ დაინერგა მიკროქირურგიული ტექნიკა, შეიქმნა ახალი საკერავი მასალები, რამაც ოპერაციის სრულყოფილად შესრულების საშუალება მოგვცა.

ამჟამად ორი ტიპის აღდგენითი ოპერაცია იხმარება: ანასტომოზი. სათესლე დანამატსა და თესლსადენს შორის — ვაზოეპიდიდიმოანასტომოზი, და თესლსადენის რეზექცია გადაჭრილი ბოლოების შეკერვით — ვაზოვაზოანასტომოზი.

ვაზოეპიდიდიმოანასტომოზის ოპერაციას Phadke ასე აკეთებს: 8—10 მმ სიგრძეზე იკვეთება სათესლის დანამატის თეთრი გარსი იმ პროექციაზე, სადაც ემჩნევა სპერმის შეგუბება. ჰრქლობიდან გამოდენილ სითხეს იკვლევენ, და თუ მასში არის მოძრავი სპერმატოზოიდები, ჰკვეთენ თესლსადენის კედელს. შემდეგ მის სანათურში შეყვანილი ნემსით ასხამენ სითხეს და ამოწმებენ მის გამტარობას. ამავე ნემსის დახმარებით იქმნება ნაფლეთი სადინარის კედლისაგან. ანასტომოზი სათესლე დანამატსა და თესლსადენს შორის იკერება აბრეშუმის ძაფით (5/0) ორ რიგად. ოპერაციის ტექნიკა ითვალისწინებს ნეილონის 20—25 სმ სიგრძის სიმის დატოვებას სადინარის სანათურში, ანასტომოზის გავლით და სათესლე დანამატის მფარავ კანზე გამოტანით: იგი მეშვიდე დღეს გამოიღება (13). მრავალი ავტორი (14. 15, 16, 17 და სხვ.) გვირჩევს თესლსადენის გადაჭრილი ბოლო

მიეკეროს თეთრი გარსის ჭრილობას, ამ ოპერაციათა პრინციპი გასაგებია აქ მოთავსებული სურათებიდან (სურ. 39, 40).

უნდა ითქვას, რომ აქ აღწერილი და სხვა ამ ტიპის ოპერაციების ეფექტიანობა არ არის დიდი, საკმაოდ ხშირია განმეორებითი ოკლუზია ან სპერმოგრანულომის გაჩენა. მაგრამ ისიც უნდა ითქვას, რომ ჯერ ეს სულ ახალი საქმეა და კიდევ მრავალი სრულყოფაა მოსალოდნელი.

დამოწმებული ლიტერატურა

1. Дунчик В. Н.— Урология, 1958, 4 2. Гасанов Р. К.— Урол. и Нефрол. 1967, 2. 3. Verdies A. et al.—Urol. (ital.) 1981, 4. 4. Франк В. А.—Урол. и нефрол., 1973, 4. 5 Инаури А. А.— Экспериментальные основы хирургического лечения варикоцеле. Автореф. канд. дисс. Тбилиси, 1981. 6. Тиктинский О. Л. и др.— Урол. и нефрол., 1983, 5. 7. Ischigami K. a. o.— Surgery, 1970, 6. 8. Бытка П. Ф., Кренс Г. М.— Урол. и нефрол., 1976, 4. 9. Лопаткин Н. А. и др.— Урол. и нефрол., 1983, 6. 10. Wandschneider G., Narath P.—Ztschr. Urol. Nephrol., 1981, 7. 11. Bartolmas E., Marquardt H.—Ztschr. Urol. Nephrol., 1973, 4. 12. Battke F.—Ztschr. Urol. Nephrol., 1962, 2. 13. Phadke H.—Fertiliy a. Sterility, 1975, 8. 14. Klosterhalfen H., Wagenknecht L. V.—Deutsce Arzteblatt, 1977, 9. 15. Silles S. J.—Fertiility a. Sterility, 1978, 5. 16. Kelami A.—Andrloogia, 1980, 3. 17. Ozdilar E., Kelami A.—Eurup. Urol., 1981, 4.

სასქესო ასო

განვითარების ანომალიები

არც ისე იშვიათია მცირე ზომის სასქესო ასო (microphallus). ასოს ზომის გასაღიდებლად სხვადასხვა ქირურგიულ მეთოდს მიმართავენ. უმთავრესად მეზობელი ორგანოებიდან კანის სესხებას რომ ითვალისწინებს. აქ დიდი სიფრთხილეა საჭირო. რადგან სასქესო ასო ინტენსიურად იზრდება 5—6 წლის ასაკში. შემდეგ კი სქესობრივი მოწიფების პერიოდში. ამიტომ აუცილებლად უნდა დავიცადოთ ამ ვადამდე და, თუ ამის შემდეგაც მიკროფალუსი დარჩა, მერე ვიფიქროთ პლასტიკურ ოპერაციებზე. ფალოპლასტიკასთან ერთად საჭიროა შარდსადენის აღდგენაც. ვინაიდან ეს ოპერაციის ყველაზე ძნელი ეტაპია, ზოგჯერ მას არც აკეთებენ, მარტო ასოს აღდგენას ჯერდებიან. ზოგი უროლოგი ოპერაციას რამდენიმე ეტაპად ჰყოფს და საბოლოოდ შარდსადენის აღდგენასაც მიაღწევს. ვ. ეფიმოვს თანაავტ.

9 ავადმყოფი ჰყოლიათ სასქესო ასოს სრული დეფექტით, და 8 შემთხვევაში კარგი შედეგი მიუღიათ (1).

სასქესო ასოს გაორება (penis duplex) შარდსადენის გაორებასაც გულისხმობს, ამასთან მეორე შარდსადენი მეტწილად შარდის ბუშტთან არ არის შეერთებული; ამიტომ მისი ამოკვეთა არ არის ძნელი.

დამატებითი ასო (p. accesorius) შეიძლება იყოს თეძოს, გავის, შორისის, ზურგის მიდამოში. თუკი ძირითადი ასო საკმარისად არის განვითარებული, რაიმე ძნელად გადასაჭრელი პრობლემა დამატებითი ასოს დროს არ წამოიჭრება: იგი მოიკვეთება.

ფიმოზი (ბერძ. phimos — საცხვირე, ალიკაპი) ჩუჩის ხვრელის შევიწროებას ეწოდება, იგი სასქესო ასოს თავის გაშიშვლებას უშლის ხელს. ტრადიციისამებრ ფიმოზი ეწოდება აგრეთვე ჩუჩის თანდაყოლილ სივიწროვეს, რაც ფიზიოლოგიური მოვლენაა და არა დაავადება. ჩუჩის თანდაყოლილი სივიწროვე, როგორც ითქვა, ფიზიოლოგიურია და ახალშობილ ვაჟთა დიდ უმრავლესობას აქვს. ეს არავითარ დისკომფორტს არ იწვევს, რადგან სმეგმის პროდუქცია ჩვილ ასაკში ცოტაა, ხოლო, თუ ეს საჭირო შეიქმნა, მცირედი ძალდატანებით ჩუჩის გადაწევა და ასოს თავის გაწმენდა მაინც შეიძლება. თუ ამას ბავშვის ახლობლები ვერ ახერხებენ, იგი ექიმთან მოჰყავთ და აქ კეთდება ჩუჩის გადაწევა. ბავშვი იზრდება, სასქესო ასოს ზრდა უფრო სწრაფი ტემპით მიმდინარეობს, ვიდრე ჩუჩის კანისა, ჩუჩის შიგნითა ფურცელი და ასოს თავის მფარავი კანი (თუ სახეშეცვლილი ლორწოვანი გარსი), რომლებიც ანტენატულურ პერიოდში შეწებებულია, თანდათან ითიშება და 7—8 წლის ბავშვის ჩუჩა უკვე თავისუფლად გადადის გვირგვინოვანი ღარის ზევით. ამას ხელს უწყობს სმეგმის დაგროვება ჩუჩის პარკში, აგრეთვე ერექცია. სმეგმის პროდუქციას ხელს უწყობს ასოს თავის და ჩუჩის შიგნითა ფურცლის ეპითელის (მისი არაგარქვეული ნაწილის) ცხიმოვანი გადაგვარება. სმეგმის წარმოქმნასთან ერთად თანდათან ითიშება ასოს თავი და ჩუჩის შიგნითა ფურცელი. ამას კიდევ ორი ცნება უნდა დაემატოს. ზოგ ბიჭუნას ჩუჩა გრძელი აქვს, ხორთუმივით ჩამოკიდებული (ჰიპერტროფიული), ზოგსაც მოკლე, გათხელებული კიდეებით, მაგრამ ვიწრო ხვრელით (ატროფიული). გრძელი ჩუჩის დროს მისი თავისუფალი მოძრაობა უფრო გვიან დაიწყება, ხოლო მოკლე

ჩუჩის დროს შეიძლება თავის გაშიშვლება მხოლოდ ნაწილობრივ მოხდეს — არ უშვებს ვიწრო ხვრელი.

შედარებით იშვიათად, ყოველ შემთხვევაში, ფიმოზიან ბავშვთა მცირე ნაწილს, ჩუჩის შიგნითა ფურცელი და ასოს კანი ერთმანეთთან მიხორცებული აქვს (ხან მთელს ფართობზე, ხან უფრო გვირგვინოვან ღართან), ან ჩუჩის ხვრელი იმდენად ვიწროა, რომ საჭირო ხდება მის გასაგანიერებლად რაიმე იარაღის გამოყენება, ზოგჯერ ოპერაციული ჩარევაც; ეს უკვე დაავადებაა — phimosis (სურ. 41).

ბავშვთა ასაკში მხოლოდ გართულებული ფიმოზი იქცევს თვით ბავშვის და მშობლების ყურადღებას. ხორთუმივით გრძელი ჩუჩის დროს, განსაკუთრებით თუ მას ვიწრო ხვრელიც აქვს, მოშარდვის დროს შარდი ჩუჩის პარკში გროვდება და იგი ბურთივით იბერება; შემდეგ ჩუჩის ხვრელიდან შარდი წვეთ-წვეთად გამოდის და „ბერთიც“ დაიჩუტება. თუ ეს დიდხანს გაგრძელდა, ჯერ შარდსადენის, მერე შარდის ბუშტის და ზედა საშარდე გზების მხრივ ქრონიკული უროსტაზის დამახასიათებელი მოვლენები შეიძლება დაიწყოს (მეგაცისტი, მეორადი მეგაურეტერი და ა. შ.). ზოგ ბავშვს ბალანოპოსთიტი ეწყება და ეს იქცევს ყურადღებას. თუ ამ გართულებამდე ჩუჩა ნაწილობრივ მაინც გადაიწევდა ზევით, ან ძალით შეიძლებოდა მისი გადაწევა, ამის შემდეგ, ნაწიბურების გაჩენის შედეგად, ეს მცირე მოძრაობაც ისპობა. არც ისე იშვიათია სმეგმოლითების გაჩენა; ისინი ამ თვალით მოჩანს ჩუჩის შიგნით არსებული შემაღლებების სახით, ან ხელით მაინც შეიგრძნობა. ზოგჯერ ფიმოზი ხშირ ერექციას იწვევს და ამის გამო ბავშვი მასტურბაციას იწყებს. ყოველ შემთხვევაში, ვინაიდან ის ასოს თავს ისრჩობს, მშობლებს ამაზე მიაქვთ ეჭვი და ამის გამო მიჰყავთ ბავშვი ექიმთან.

შეძენილი ფიმოზი უფრო მოწიფულ ასაკში ჩნდება. იგი შეიძლება დროებითი იყოს (ასოს შეშუპება ტრავმის, რომელიმე მწერის კბენის, ზოგადი შეშუპების გამო). ასეთი ფიმოზი არაფერს უშლის ხელს, თანაც ჩქარა გაივლის. მუდმივი ფიმოზი უპირატესად ბალანოპოსთიტის შედეგია. დიაბეტი ხელს უწყობს ორივეს გაჩენას, ამ დროს ჩუჩის ხვრელის გარშემო სხივისებურად განლაგებული ნაწიბურებია, ხოლო ჩუჩის გადაწევის დროს მასზე თეთრი („უსისხლო“) რგოლი ჩნდება.

ფიმოზი ხელს უშლის ნორმალურ სქესობრივ აქტს, იგი ხშირად არის ბალანოპოსთიტის მიზეზი, რომელიც ძნელად იკურნება, სანამ

ჩუჩის პარკი დახშულია. მთავარი საფრთხე კი ის არის, რომ ფიმოზის ქვეშ ასოს თავზე კონდილომა, ლეიკოპლაკია ან კიბოც შეიძლება გაჩნდეს, და ამას ვერც ავადმყოფი შეამჩნევს და ვერც ექიმი.

ასეა თუ ისე, რაც უნდა მინიმალური იყოს ფიმოზით გამოწვეული დისკომფორტი, იგი ამა თუ იმ გზით უნდა მოისპოს.

ფიზიოლოგიური ფიმოზის ლიკვიდაცია შედარებით ადვილია. თუ მანამდე ბავშვი არაფერს შეუწუხებია, ეს 3—4 წლის ასაკში უნდა გაკეთდეს, თუკი ამ დროისათვის ჩუჩა სპონტანურად არ გაიხსნა. ჩუჩა ჯერ ისევ ელასტიკურია, ეს კი საშუალებას გვაძლევს გადავწიოთ იგი პროქსიმულად სასქესო ასოს თავის მწვერვალის გაშიშვლებამდე, ამავე დროს გამოჩნდება მისი მიხორცების ხაზი ჩუჩის შიგნითა ზედაპირთან. ზოგ შემთხვევაში ჩუჩის შემდგომი გადაწევა საშუალებას გვაძლევს გავთიშოთ ეს ორი ზედაპირი ინტრუმენტის დაუხმარებლად. უფრო ხშირად ამისათვის ფოლაქიან ზონდს ვხმარობთ, წრიულად ვამოძრავებთ ჩუჩისა და ასოს თავის სრულ გათიშვამდე. ამის შემდეგ ჩუჩის შიგნითა ზედაპირზე და ასოს თავზე ვაზელინის ზეთს უსვამენ და ჩუჩას მას თავზე გადმოაფარებენ. პარაფიმოზის თავიდან ასაცილებლად. ბავშვის მშობლები ამის შემდეგ რეგულარულად (2—3 დღეში ერთხელ მაინც) ჩუჩას გადაწევენ და მის ღრუს გამორეცხავენ კალიუმპერმანგანატის ხსნარით (1:5000) ან საპნითა და თბილი წყლით; სმეგმა აუცილებლად უნდა მოშორდეს. ჩუჩის ჰიგიენა აუცილებლად დაცული უნდა იყოს მთელი ცხოვრების განმავლობაში. ნამდვილი ფიმოზის ყველა შემთხვევაში. როცა მის სალიკვიდაციოდ უსისხლო, კონსერვატიული მეთოდები უშედეგოა — მიმართავენ ჩუჩის ირგვლივად შემოჭრას — ცირკუმციზიას.

მრავალი რელიგია (ისლამი, იუდაიზმი, აფრიკის ზოგი ხალხის რელიგია) თავის სავალდებულო რიტუალად თვლის წინადაცვეთას. ზოგ ხალხში ამას მონათვლის ადეკვატური მნიშვნელობა აქვს, აფრიკელ ხალხებში ინიციაციისა — მამაკაცად აღიარებისა და კურთხევისა.

სამედიცინო ჩვენებებით წინადაცვეთა კეთდება ფიმოზის დროს, აგრეთვე სასქესო ასოს თავის კიბოს, კონდილომატოზის, ერითროპლაზიის და ზოგი სხვა დაავადების დროს.

ოპერაციის გაკეთება არ შეიძლება მწვავე ჩირქოვანი ბალანოპოსთიტის დროს, ამ დროს საჭიროა წინასწარ რამდენიმე დღეს ამ დაავადების მკურნალობა ჩავატაროთ (კალიუმის პერმანგანატის აბაზანები და სხვ.).

ცირკუმციზია ასე კეთდება: ჩუჩის გარეთა ხვრელის კიდიდან თით-

ქმის გვირგვინოვან ღარამდე იდება ორი სწორი მომჭერი (მაგალითად, კოხერისა) და ჩუჩა მათ შორის გაიკვეთება. ამის შემდეგ ორივე მხარეს ედება მომჭერები და თანდათანობით მოიკვეთება ჩუჩის მთელი გარშემოწერილობა, ისე, რომ გვირგვინოვან ღართან დარჩეს ჩუჩის 5 მმ სიგანის ზოლი. ასოს ლაგამს ან უნდა შემოვუაროთ, ან იგი ორ ლიგატურას შორის გადავკვეთოთ. ამის შემდეგ ჩუჩის ფურცლებისაგან დარჩენილი ზოლები ერთმანეთს მიეკერება კვანძოვანი ან განუწყვეტელი კეტგუტის ნაკერით (სურ. 42). ჰემოსტაზს ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ძალზე წვრილი სისხლძარღვიც კი ზოგჯერ დიდ ჰემატომას აჩენს. გაკერვის დამთავრების შემდეგ (თუ კვანძოვანი ნაკერი იყო) ძაფების ბოლოები არ მოიჭრება და ასოს თავის ირგელივ მორგვი დამაგრდება. ასეთი ნახვევი კარგად იცავს ნაკერის ხაზს შეხებისაგან, თანაც შარდით არ სველდება; ამ უკანასკნელ მიზანს ასეც შეიძლება მივაღწიოთ: მოშარდვის დროს ავადმყოფი ძირმოტეხილ სინჯარას მიიჭერს ასოს თავზე.

თუ ასოს თავის გაშიშვლება მწვავე, ჩირქოვანი ბალანოპოსთიტის დროს გახდა აუცილებელი, უმჯობესია ჩუჩა მთლიანად კი არ მოვკვეთოთ (ჩირქოვანი პროცესის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად), არამედ ასოს წინა ზედაპირზე ჩაიჭრას გვირგვინოვან ღარამდე (სურ. 43).

როზერის მეთოდით (W. Roser, 1817—1888, გერმანელი ქირურგი) ასოს თავსა და ჩუჩის შიგნითა ფურცელს შორის გვირგვინოვან ღარამდე ატარებენ ღარიან ზონდს, რომელზეც იკვეთება ჩუჩის ორივე ფურცელი, მხოლოდ გარეთა ფურცელს უფრო მეტ სიგრძეზე ჭრიან. ამის გამო ჩუჩის უკან გადაწევისას გარეთა ფურცელი უფრო პროქსიმულად რჩება. ამის შემდეგ ორივე ფურცელი იკერება კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით.

როგორც ჩაჭრა, ისე სხვადასხვა პლასტიკური ოპერაციები იმით არის ცუდი, რომ დარჩენილი ჩუჩა ასოს უკანა ზედაპირზე იყრის თავს და ზოგჯერ ხელს უშლის კოიტუსს. ბავშვთა შორის ასეთი ოპერაციები უფრო მისაღებია, რადგან ჩუჩის დარჩენილი ნაოჭები ასოს ზრდის გამო სწორდება.

პარაფიმოზი ფიმოზის გართულებაა — როგორც თანდაყოლილის, ასევე შეძენილისა. თუ ავადმყოფმა (მშობლებმა, ექიმმა) ძალით გადაწია ჩუჩის რგოლი გვირგვინოვანი ღარის უკან და მერე ისევ არ გადმოსწია თავის ადგილზე, ეს რგოლი შუპდება და უჭერს ასოს თავს (სურ. 44). სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამო აქ ალაგ-

ალაგ ნეკროზიც კი შეიძლება განვითარდეს. ეს რომ არ მოხდეს, ვაზელინის ზეთში დასველებული მარლის საშუალებით უნდა დავაწვეთ ასოს თავს და ჩუჩის რგოლი წინ გადმოვწიოთ; ამით პარაფიმოზი ჩასწორდება. თუ ჩასწორება მოხერხდა, შემდეგ საჭიროა კალიუმის პერმანგანატის აბაზანები — შეშუპების სრულ ჩაცხრომამდე. თუ ჩასწორება არ მოხერხდა, აუცილებელია მომჭერი რგოლის გაკვეთა და ასოს თავის გათავისუფლება; ფაქტობრივად ეს იგივეა, რაც ფიმოზის ჩაჭრა. უფრო საიმედოა შემდეგი წესი: ჩუჩის მომჭერი რგოლის ამოზნექილ ზედაპირზე ტარდება ორი ცირკულარული განაკვეთი, და გარეთა ფურცლიდან ამოიჭრება 1 სმ-ის სიგანის ნაფლეთი; ამის შემდეგ ჭრილობის ნაპირები იკერება კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით.

ს მ ე გ მ ო ლ ი თ ი ც ფიმოზის გართულებაა, ამიტომ აქვე განვიხილოთ. სასქესო ასოს თავსა და ჩუჩის შიგნითა ფურცელს შორის არსებულ სივრცეში (პრეპუციული სივრცე) გროვდება სქელი, თეთრ-მოყვითალო ფერის, ცხიმოვანი ნივთიერება, რომელსაც სმეგმა ეწოდება; მას გამოჰყოფს ორივე ზედაპირის მფარავი ეპითელური უჯრედები, აგრეთვე ჩუჩის სისქეში არსებული ტიზონის ჯირკვლები. ჩუჩის გადაწევის შემდეგ სმეგმა ნადების სახით ან საკმაოდ სქელ ფენად ადის გვირგვინოვან ღარში, ნაკლებად ასოს თავის და ჩუჩის შიგნითა ფურცლის ზედაპირზე. ზოგჯერ სმეგმა ალაგ-ალაგ გროვდება და კონკრემენტის სახეს იღებს — ჩნდება სმეგმოლითი. ასეთი კონკრემენტი ან თავისუფლად დევს, ან კიდევ მეტნაკლებად ღრმად არის ჩამჯდარი ლორწოვანი გარსის სისქეში.

ბავშვებში სმეგმოლითების გაჩენას ჩუჩის ფიზიოლოგიური სივიწროვე იწვევს, მოწიფულთა შორის—ფიმოზი. ასევე, ბავშვებში სმეგმოლითების გაჩენა და საერთოდ სმეგმის დაგროვება ქავილს, ტკივილს. შარდვის აქტის გაძნელებას იწვევს; ამის გამო ბავშვი ისრესს ასოს თავს, ჰყლეტს მას. მოზრდილებში, რაკი ყოველთვის ფიმოზიც არის, გაძნელებულია სქესობრივი აქტი. ორივე შემთხვევაში სმეგმოლითი ბალანოპოსთიტის ხელშემწყობი ფაქტორია.

მკურნალობა უბრალოა: ჩუჩის პარკის გაწმენდა სმეგმოლითებისაგან. ამისათვის ჩვილ ბავშვს შეიძლება ჩუჩის ხვრელი გაეუგანიეროთ, ძალდატანებით გადავწიოთ ასოს თავიდან (შემდეგ ეს ყოველი ბანაობის დროს უნდა გაკეთდეს). სმეგმოლითები გულდასმით უნდა მოშორდეს (ზოგჯერ ისინი ღრმად ჩამჯდარია ლორწოვანი გარსის ქვეშ), ასოს თავი და ჩუჩის შიგნითა ზედაპირი კალიუმის პერმანგანატის ხსნარით მოიბანოს, გამშრალდეს, რაიმე მალამო წაესვას (კარ-

გია სინტომიცინის ემულსია) და ჩუჩა უკანვე გადმოიწიოს. თუ ფიმოზის გადაწევა შეუძლებელია (მოწიფულთა შორის კი მეტწილად სწორედ ასეა), საჭიროა ცირკუმციზია.

ასოს მოკლე ლაგამი (frenulum brevis) განვითარების ანომალიაა, რომელიც იმით გამოიხატება, რომ ჩუჩის ვერტიკალური ნაკეცი, რომლითაც იგი ასოს თავს უკავშირდება მის დორსალურ ზედაპირზე, მოკლეა.

სასქესო ასოს მოკლე ლაგამი შეიძლება იყოს როგორც ჩუჩის შევიწროების, ასევე მისი ნორმალური სიგანის დროსაც. მაგრამ უკანასკნელ შემთხვევაშიც ეს მოკლე ლაგამი ხელს უშლის ასოს თავის სრულ გაშიშვლებას. ამის გამო ჩუჩის პარკში გროვდება სმეგმა, თუ გაჩნდა ბალანოპოსთიტი — ვერ გამოიყოფა ჩირქი; მოკლე ლაგამი ხელს უშლის ნორმალურ სქესობრივ კავშირს, რადგან ერექციის დროს ასო იღუნება ვენტრალური სიბრტყისაკენ (ზოგჯერ 90° კუთხითაც კი); ამის გამო ერექცია მტკივნეულია, ხოლო თუ სქესობრივი აქტი მაინც შესრულდა, ლაგამზე შეიძლება ნასკდომები გაჩნდეს, ან იგი მთლიანად ჩაიხეს; ამას კი საკმაოდ ძლიერი სისხლის დენა მოჰყვება.

მკურნალობა ოპერაციულია: ლაგამი უნდა გადაიკვეთოს ასოს სხეულამდე და ორივე მისი ბოლო კეტგუტის ძაფით გადაისკვნას — უკეთესია გაკერვის შემდეგ (სურ. 45).

ბავშვთა ასაკში მოკლე ლაგამი ჩუჩის ხვრელს ფიზიოლოგიური სივიწროვის უსისხლო ლიკვიდაციას (გაგანიერებას) უშლის ხელს, ამასთანავე ზოგჯერ ლაგამის გადაკვეთა საკმარისია, რათა ჩუჩის თავისუფალი მოძრაობა შესაძლებელია გახდეს. ამიტომ მაშინაც კი, როდესაც ცირკუმციზიის გაკეთება იყო განზრახული, ჯერ ფრენულოტომია უნდა გაკეთდეს, — ეს შეიძლება საკმარისი აღმოჩნდეს ჩუჩის თავისუფალი მოძრაობის აღსადგენად, და ცირკუმციზია არც კი დაგვჭირდეს.

ტრავმა

საკმარისად დაცული მდებარეობის გამო სასქესო ასოს ტრავმა შედარებით იშვიათია. იგი ორი სახისა შეიძლება იყოს: ღია (ჭრილობა) და დახურული (დაჟეჟვა, გაჭყლეტა, გაგლეჯა, ამოვარდნილობა, ჩაჭედვა და სხვ.).

სასქესო ასოს ჭრილობა შეიძლება დანით ან სხვა მჭრელი იარაღით იყო მიყენებული, მათ შორის მინის ნატეხით, ეკლიანი მავ-

თულით და მისთ. ერთ ჩვენს ავადმყოფს ტრიფოლიატის ღობეზე გადასვლის დროს ამ მცენარის ეკალი შეერჭო და მთელ სისქეზე გაჩხვლიტა ასო. არც ისე იშვიათია ნაკბენი ჭრილობები. ერთ ჩვენს ავადმყოფს ძაღლმა უკბინა ასოზე, მეორეს კი, 6 თვის ბავშვს, აკვანში ჩაკრულს ღორმა თითქმის სულ მოსჭამა ასო. ნატყვიარი ჭრილობა, ცხადია, უფრო ომიანობის დროს გვხვდება, თუმცა საფანტით ჭრილობაც გვინახავს.

ასოს ჭრილობა შეიძლება შემხები იყოს, მარტო კანის სისქე იყოს გაკვეთილი, ან ღრმა — მღვიმოვან სხეულებშიც შეაღწიოს. იშვიათია ასოს სრული გადაჭრა. ერთ ჩვენ ავადმყოფს ეჭვიანობის ნიადაგზე ცოლმა სამართებლით მოაჭრა სასქესო ასო.

დიდი მნიშვნელობა აქეს როგორ მდგომარეობაში იყო ასო ტრავმის მიღების მომენტში — მოდენებული თუ ერექციის. ერექციის დროს ტრავმა უფრო ხშირია და, რაც მთავარია, ღრმაც; სისხლის დენაც უფრო მეტია.

ცეცხლნასროლი ჭრილობა, თუ ტყვია ან ჭურვი ასოს სხეულს მოხვდა, მძიმე დაზიანებას იძლევა, ზოგჯერ სრულ მოგლეჯასაც კი. წარსული ომის დროს ჩვენთან დაჭრილი ჯარისკაცი მოიყვანეს. იგი ქვემეხის გამტენი იყო, და როდესაც ჭურვის ასაღებად დაიხარა, მტრის ჭურვმა ფეხებშუა გაუარა. ასო შიგ ძირში იყო მოგლეჯილი, სათესლე პარკსა და ჯირკვლებთან ერთად.

მღვიმოვანი სხეულების დაზიანების დროს ძლიერი სისხლის დენა არის, ზოგჯერ ისე ძლიერი, რომ დაჭრილი შეიძლება დაიღუპოს.

ყოველგვარი ჭრილობის დროს საექიმო დახმარება ერთია: სისხლის დენის შეჩერება, ჭრილობის კიდეების დამუშავება, უცხო სხეულების ამოღება (მაგალითად, საფანტით ჭრილობის დროს) და გაკერვა. თუ ასო მთლიანად მოკვეთილი ან მოგლეჯილია, საჭიროა შარდსადენის კიდეების ამოკერება კანზე, რათა იგი არ შევიწროვდეს, უმჯობესია შარდსადენში კათეტერის დატოვება 6—7 დღით, სანამ ჭრილობის ეპითელიზაცია მოხდება.

სულ სხვანაირ სურათს იძლევა ასოს დახურული დაზიანება. სიმპტომატიკაში უმთავრესია სისხლჩაქცევა ასოს სისქეში, ზოგჯერ დიდი ჰემატომა, რაც მის ძლიერ დეფორმაციას, შეშუპებას და ლურჯშავ შეფერვას იძლევა. ზოგჯერ ჰემატომა სათესლე პარკზე, შორისზე, ბოქვენზედა მიდამოზეც გადადის. თუ დაზიანებულია შარდსადენიც — გაძნელებულია მოშარდვა, ურეთრიდან სისხლიანი გამონადენია (ურეთრორაგია).

ასეთი დაჟეჟილობის მკურნალობა მეტწილად კონსერვატულია: დამწოლი ნახვევი, ცივი საფენები, ჰემატომის გაწოვის დამაჩქარებელი საშუალებანი (პროტეოლიზური ფერმენტები, ლიდაზა). თუ გაგლეჯილია ასოს თეთრი გარსი (ამ დროს ჰემატომა განსაკუთრებით დიდია და სწრაფად მატულობს) საჭიროა ოპერაციული ჩარევა: გაგლეჯილი თეთრი გარსის და მღვიმოვანი სხეულების ქსოვილის გაკერვა. ჰემატომის დაცლა, დრენირება.

ცალკე უნდა გამოიყოს სასქესო ასოს ტრავმის კიდევ სამი სახე: ასოს მოტეხილობა, ამოვარდნილობა და ჩაჭედვა.

ასოს ნამდვილი მ ო ტ ე ხ ი ლ ო ბ ა, რა თქმა უნდა, შეუძლებელია, ეს ტრადიციული სახელწოდებაა. საქმე ეხება მისი თეთრი გარსის და მღვიმოვანი სხეულების გაგლეჯას (სურ. 46). ეს მხოლოდ მაშინ შეიძლება მოხდეს, თუ ასო ერექციის მდგომარეობაში იყო, და ასეც ხდება: უხშირესად სქესობრივი აქტის დროს, თუ იგი ძალდატანებით ან ძლიერ შმაგად მიმდინარეობდა. სხვა შემთხვევაში იმავე პირობებში წყდება იოგები და შემაერთებელქსოვილოვანი ზონრები, რომლებიც ასოს უმაგრებენ ბოქვენის ძვლებსა და სიმფიზს. ამას ასოს ამოვარდნილობას (luxatio penis) ეძახიან. მაფიქსირებელ აპარატს მოკლებული ასო თავისივე კანში რჩება, მაგრამ ეს პარკი სისხლით ივსება და დიდ ჰემატომაში ჩაყურსული ასო არც კი შეიგრძნობა.

ასეთი ტრავმის დროს აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა და, რაც ადრე მით უკეთესი. უნდა დაიცალოს ჰემატომა, შეჩერდეს სისხლდენა. გაიკეროს გაგლეჯილი თეთრი გარსი და მღვიმოვანი სხეულები, ან ასოს ფუძე მიეკეროს ბოქვენის ძვლებსა და სიმფიზს. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში საჭიროა ანტიკოაგულანტებით მკურნალობა, რათა მღვიმოვანი სხეულების თრომბოზი არ განვითარდეს. ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობისა, თეთრი გარსის გაგლეჯის ადგილის დადგენისა და ოპერაციის დიაპაზონის განსაზღვრაში კარგად გვეხმარება კავერნოზოგრაფია (სურ. 47).

პროგნოზი, დროული და რაციონალური დახმარების დროსაც კი, საეჭვოა — ერექციის უნარის შენარჩუნების თვალსაზრისით. ხშირად მოტეხილობის შემდეგ ერექცია ხდება მღვიმოვანი სხეულის გაგლეჯის ადგილამდე, მის ქვემოთ კი სისხლი აღარ გადადის და ასოს დისტალური ნაწილი მომჩვარული რჩება.

ასოს ჩ ა ჭ ე დ ვ ა-გ ა დ ა ჭ ე რ ა არც ისე იშვიათია, უმთავრესად ბავშვთა ასაკში, ან ფსიქიკურად დაავადებულთა შორის. ჩვეულებრივად ასოზე რაიმე რგოლს ჩამოიცვამენ. გვინახავს შემთხვევა, რო-

დესაც ასო ჩაჭედილი იყო ბოთლის ყელში. შარდის შეუკავებლობით ზოგი ავადმყოფი, რათა დროებით მაინც მშრალად იაროს, წვრილ ბაწარს (шпагат) გადაიჭერს ხოლმე ასოზე. თუ სუსტად არის მოჭერილი ბაწარი, შარდი მაინც მოწვეთავს, თუ ძლიერ და ისიც რამდენიმე საათით — ასოს შეშუპება ჩნდება, ბაწარი ჩაჰრის კანს, მას შეშუპებული ქსოვილები გადაეფარება და აღარც კი მოჩანს: ეს წვრილი რგოლის გადაჭერის დროსაც შეიძლება მოხდეს.

თავისთავად ცხადია, თუ ასო დროზე არ გათავისუფლდა, შემოჭერის ქვემოთ მდებარე ნაწილის სისხლძარღვების თრომბოზი და განგრენა შეიძლება მოხდეს. შემოჭერის ლიკვიდაცია კი საკმაოდ რთული საქმეა, გაცილებით უფრო რთული, ვიდრე ანალოგიურ სიტუაციაში თითიდან ბეჭდის მოხსნა (თითი არ შეშუპდება ისე მკვეთრად, როგორც სასქესო ასო, თანაც მკვრივია, თუ საქმე წაბდა — მისი ამპუტაციაც არაა ისე დიდი დანაკარგი, როგორც სასქესო ასოსი). ყოველთვის არა, მაგრამ ზოგჯერ მაინც შეიძლება გამოდგეს იგივე წესი, რომელსაც თითიდან ბეჭდის მოსახსნელად ხმარობენ: დისტალურ ნაწილზე მსხვილ ძაფს მჭიდროდ დაახვევენ, მის პროქსიმულ ბოლოს ბლაგვი ჭირურგიული ნემსით რგოლის ქვეშ გაატარებენ და შემდეგ ამავე ბოლოს თანდათანობით მორღვევით რგოლი ნელნელა მოცურდება მის დისტალურად დახვეულ ძაფზე.

გვირჩევენ ასეთ ხერხსაც: მომჭერი რგოლის ქვემოთ ასოს კანის გაკვეთას, შეშუპებითი სითხის გამოჭყლეტას და შემდეგ შედარებით მოშვებული რგოლის მოძრაობას.

დაგვიანებულ შემთხვევებში გადამჭერი რგოლის მოხსნა უფრო ადვილია: კანის ნეკროზი ხდება და რგოლი კანთან ერთად ძვრება ასოს. სამაგიეროდ ასოს მთელი ზედაპირი შიშველი, სკალპირებული რჩება და შემდეგ საჭირო ხდება დეფექტის დაფარვა ასოს პროქსიმულ ნაწილში შერჩენილი კანის მობილიზაციით, ან უფრო შორს მდებარე ადგილებიდან (სათესლე პარკი, ბარძაყის შიგნითა ზედაპირი, ბოქვენზედა მიდამო) ნასესხები კანით. ა. ვ. ლიულკოს აზრით სკალპირებული ჭრილობის დატოვება მეორადი შეხორცებისათვის — უხეში შეცდომაა. ჭრილობის დამუშავების შემდეგ მაშინვე უნდა გაკეთდეს კანის პლასტიკა დარჩენილი ნაფლეთებისგან და მეზობელი მიდამოების კანით (2).

პროგნოზი, თუ ანატომიურ სურათს ვგულისხმობთ, მეტწილად კარგია: პირველადვე თუ არა, მეორედ ან მესამედ მაინც ხერხდება კანის დეფექტის დაფარვა. რაც შეეხება პროგნოზს ad potentionem

coëundi, ეს მღვიმოვანი სხეულების დაზიანების ხარისხზეა დამოკიდებული.

თუ ცირკუმციზიის დროს ჩუჩა ძლიერ გაჭიმული იყო და ირგვლივ განაკვეთიც საჭიროზე ზემოთ გატარდა, დარჩენილი კანი შეიკუმშება და ასოს ძირთან მოიყრის თავს, მისი ღერო კი თითქმის მთლიანად გაშიშვლებული რჩება. ერთ ჩვენს ავადმყოფს შარდის შეუკავებლობა ჰქონდა (დღისითაც და ღამითაც, იგი ასოზე რეზინის პრეზერვატივს იცვამდა და წვრილი ბაწრით შემოიჭერდა; ეს რამდენიმე თვეს გრძელდებოდა. საბოლოოდ, ერთის მხრივ, სისხლის მიმოქცევის შეფერხებამ, მეორე მხრივ, თვეობით შარდში ყოფნამ ასოს კანის დაწყლულება და ნეკროზი გამოიწვია; აქაც სკალპირებული ზედაპირი დარჩა. სკალპისმაგვარი დეფექტი რჩება სასქესო ასოს დამწვრობისა და მოყინულობის შემდეგაც.

სკალპირებული ასოს კანით დასაფარავად იყენებენ თავისუფალ პლასტიკას, მაგალითად, ბარძაყის მედიალური ზედაპირიდან (3).

თუ ჩუჩა მოკლედ მოიკვეთა და შარდსადენის ხვრელი შევიწროვდა, საჭიროა იგი გათავისუფლდეს მიხორცებული ჩუჩის ფურცლისაგან. ტრავმის (თუ ტრავმისშემდგომი დაავადების) თავისებური სახეა სასქესო ასოს ოლეოგრანულომა, რომელიც ასოს კანქვეშ ვაზელინის შესხმის შედეგია (ამას ასოს ზომის მომატების გულისათვის აკეთებენ). ზოგჯერ აქ ანთებითი პროცესი, წყლულებიც კი ჩნდება. დიაგნოზის დასმა ადვილია, თუ ავადმყოფი გამოტყდა და გვითხრა რა გაიკეთა (ეს ძალიან უჭირთ). უამისოდ დიაგნოზი მხოლოდ მაშინ დაისმის, თუ პუნქციის ან გაკვეთის (ჩირქგროვის გაჩენის შემთხვევაში), შემდეგ ვაზელინი გადმოიღვარა.

სასქესო ასოს ტრავმა შედარებით იშვიათია, როგორც ვთქვით, მაგრამ ყოველი ასეთი შემთხვევა თავისებურია და, ცხადია, მკურნალობის ტაქტიკის ზუსტ ინდივიდუალურ შერჩევას მოითხოვს.

ანთებითი დაავადებანი

ბალანოპოსთიტი

ბალანოპოსთიტი ფაქტობრივად ორი დაავადებაა: ასოს თავის (ბერძ. balanos) და ჩუჩის შიგნითა ფურცლის (ბერძ. posthyon) ანთება. უმჭიდროესი ანატომიური სიახლოვის გამო ცალ-ცალკე ბალანიტი და პოსთიტი იშვიათია; ამიტომ მათ ერთად განიხილავენ.

ანთებითი პროცესის სიღრმის მიხედვით ბალანოპოსთიტი შეიძ-

ლება იყოს კატარული, ჩირქოვანი, განგრენული, ეროზიული; გამომწვევი მიზეზის მიხედვით: უბრალო ჩირქმბადი ინფექციით (უშირესად — სტაფილოკოკით) გამოწვეული, ტრიქომონული, გონორეული, სოკოვანი (ბალანოპოსთომიკოზი), ირიტაციული (მექანიკური ტრავმით — მაგალითად, უხეშ ტანსაცმელზე ხახუნით გამოწვეული და სხვ.), ცალკე გამოყოფენ დიაბეტურ ბალანოპოსთიტს, რადგან დიაბეტის ფონზე დაავადება უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ხშირად იძენს ჩირქოვან ან განგრენულ ხასიათს. ბალანოპოსთიტი ვირუსულმა ინფექციამაც შეიძლება გამოიწვიოს; ასეთი ანთება ასოს თავის და ჩუჩის ჰერპესით გამოიხატება და ხშირი რეციდივი ჰჩვევია.

ბალანოპოსთიტის ხელშემწყობი ფაქტორია ფიმოზი, რადგან მოშარდვის აქტის დროს შარდი ასველებს ასოს თავს და გროვდება კიდეც ჩუჩასა და ასოს თავს შორის არსებულ სივრცეში, შემდეგ კი წვეთ-წვეთად დაიცლება. ფიმოზის დროს ამ სივრცეში სმეგმა გროვდება, ისრწნება (თუ შარდი ტუტე რეაქციისაა ან შაქარს შეიცავს), და ესეც ხელს უწყობს ბალანოპოსთიტის გაჩენასა და სწრაფ წინსვლას.

მწვავე ბალანოპოსთიტის დამახასიათებელია ტკივილი ასოს თავის და ჩუჩის მიდამოში, განსაკუთრებით საცვალთან შეხების და, საერთოდ, მოძრაობის, დროს, ჩუჩის შიგნითა ზედაპირის და ასოს თავის მფარავი კანის მკვეთრი ჰიპერემია და შეშუპება (სურ. 48), ცოტა მოგვიანებით ჩუჩის პარკიდან ჩირქის დენა. ზოგჯერ ასოს თავზე და ჩუჩის შიგნითა ფურცელზე მომცრო წყლულები ჩნდება (ეროზიული ფორმა). თუ დროზე არ ვუმკურნალეთ, შემდეგ შეიძლება ჩუჩის მთელი სისქის ფლეგმონა ან განგრენაც განვითარდეს. ხშირია ლიმფანგიტი ასოს დორსალურ და გვერდით ზედაპირებზე, ზოგჯერ საზარდულის ლიმფური კვანძების ანთებაც.

მწვავე ბალანოპოსთიტის ქრონიკულში გადასვლის შემდეგ კანის ჰიპერემია და ჩირქის დენა მცირდება, ტკივილი კლებულობს. ჩუჩის კანზე ჩნდება რადიალური ნაწიბურები, რაც საბოლოოდ ფიმოზით მთავრდება (თუ მანამდე არ იყო).

დიაგნოსტიკა არ არის ძნელი, თუკი ჩუჩის გადაწევა ხერხდება (ეს მანიპულაცია ფრიად მტკივნეულია და ავადმყოფი დიდ წინააღმდეგობას გვიწევს). მეტწილად ბალანოპოსთიტის არსებობა უამისოდაც ცხადია, მაგრამ ასოს თავზე და ჩუჩის შიგნითა ზედაპირზე შეიძლება იყოს ლუესური წყლული ან კიბო; ეს ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს. თუ რამდენიმე დღის კონსერვატული მკურნალობის შემდეგ

ჩუჩის გადაწევა მაინც არ ხერხდება, შეიძლება საჭირო შეიქნეს ჩუჩის გაკვეთა დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით, ზოგჯერ, თუ საეჭვო წყლულია — ბიოფსიაც: სავალდებულოა ვასერმანის რეაქციის ჩატარებაც.

თუ ფიმოზი არ არის, ბალანოპოსთიტი კარგად ემორჩილება კონსერვატულ მკურნალობას (ანტიბიოტიკები, ანტიბაქტერიული ქიმიური პრეპარატები, ტრიქომონული ბალანოპოსთიტის დროს — ტრიქოპოლი 0.25 ორჯერ დღეში — 10 დღეს). ადგილობრივ კარგად მოქმედებს თბილი აბაზანა კალიუმის პერმანგანატით, ზოგჯერ მეთილენის ლილის 3% წყალხსნარის წასმა. თუ ნაწიბუროვანი ფიმოზი ჩამოყალიბდა, აუცილებელია ჩუჩის მოკვეთა (ცირკუმციზია). ქრონიკული ბალანოპოსთიტის დროს კარგ შედეგს იძლევა კორტიკოსტეროიდების შემცველი მალამოები (ფლუცინარი, ოქსიკორტი და მისთ).

კეირჩევენ ბალანოპოსთიტის სამკურნალოდ გამოვიყენოთ ლეგოლის ხსნარი გლიცერინზე (წასასმელად), ან, თუ ფიმოზია, ჩუჩის ხვრელში შპრიცით (უნემსოდ) შესხმის გზით (4).

თუ ბალანოპოსთიტი დიაბეტის ფონზე მიმდინარეობს, საჭიროა ანტიდიაბეტური მკურნალობა: უამისოდ დაავადება ქრონიკულ ფორმაში გადავა და გამწვავებებიც ხშირი იქნება. ასეთ გამწვავებათა თავიდან აცილების საშუალება ჩუჩის მოკვეთაა.

კავერნიტი — cavernitis

კავერნიტი არის სასქესო ასოს მღვიმოვანი სხეულების ანთება. ინფექციის შეჭრის გზა სამნაირი შეიძლება იყოს: გარედან — კანის გავლით, შარდსადენის ლორწოვანი გარსიდან, ან ჰემატოგენური. მწვავე კავერნიტი ერთბაშად და სწრაფად ვითარდება, ხასიათდება მაღალი ტემპერატურით, სასქესო ასოს ტკივილით, მტკივნეული, ხანდახან ხანგრძლივი ერექციებით, რომელთა დროს სასქესო ასო გამრუდებულია, ვინაიდან კავერნიტი ერთ რომელიმე მხარეს ვითარდება. პალპაციით შეიგრძნობა მტკივნეული ინფილტრატი მღვიმოვან სხეულში: დაჩირქების შემთხვევაში ისინჯება ფლუქტუაციის უბანი. სათანადო, დროული მკურნალობის ჩაუტარებლად პროცესმა შეიძლება ფლეგმონის ან განგრენის ხასიათიც მიიღოს.

ქრონიკული კავერნიტი მწვავეს გამოსავალიც შეიძლება იყოს, ან თანდათან, უჩუმრად განვითარდეს. ამასთან მღვიმოვანი სხეულის

სისქეში ჩნდება და იზრდება გამკვრივების უბნები, რის შედეგადაც ერექციის დროს სასქესო ასოს დეფორმაცია ვითარდება. სქესობრივი აქტი ზოგჯერ სავსებით შეუძლებელი ხდება.

დიაგნოსტიკა მწვავე კავერნიტის დროს, — როდესაც გამოხატულია კლინიკური ნიშნები, — შედარებით იოლია. ქრონიკული კავერნიტის დროს საჭიროა დიფერენციაცია მღვიმოვანი სხეულის სარკომასთან. რომელიც უფრო სწრაფი ზრდით ხასიათდება, ანთებითი მოვლენების გარეშე: სიფილისის გუმასთან. რომელიც ნაკლებად მკვრივი, უფრო გომრგვალო ფორმისაა და იძლევა დადებით ვასერმანის რეაქციას; სასქესო ასოს ფიბროპლასტიკურ ინდურაციასთან, რომლის დროსაც გამკვრივებული ადგილები არის მღვიმოვანი სხეულის პერიფერიაზე. მათ ფირფიტის ფორმა აქვთ და ხრტილის კონსისტენცია. ქრონიკული კავერნიტის მსგავსად მიმდინარეობს აგრეთვე სასქესო ასოს მღვიმოვანი სხეულის ტუბერკულოზი, რომელიც იშვიათად გვხვდება, თანაც სხვა სასქესო (და საშარდე) ორგანოების ანალოგიურ პროცესთან ერთად.

მწვავე კავერნიტის დროს საჭიროა ენერგიული ანტიბაქტერიული თერაპია. ადგილობრივად — დასაწყისში სიცივე, შემდეგ სითბო, დაჩირქების შემთხვევაში — აბსცესის გახსნა. ქრონიკული კავერნიტის დროს ხმარობენ ანტიბიოტიკებს და ქიმიოპრეპარატებს, გამწოვ მკურნალობას (ქალიუმის იოდიდის ხსნარი 1 სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში; ალოეს ექსტრაქტი 1—2 მლ კანქვეშ ყოველდღე, მინისებური სხეული 2 მლ კანქვეშ ყოველდღე 20—30 დღის განმავლობაში და ა. შ.), ფიზიოთერაპიას (დიათერმია, ტალახის აპლიკაციები, ანტიბიოტიკების ელექტროფორეზი), ახლოფოკუსიან რენტგენოთერაპიას, კორტიკოსტეროიდულ და ჰიალურონიდაზის პრეპარატებს კანქვეშ, კუნთებში ან ადგილობრივად.

პროგნოზი სრული გაჯანსაღების მხრივ არ არის ყოველთვის საიმედო, რადგან მღვიძოვანი სხეულის ანთებით უბნებში შემაერთებელი ქსოვილი ჩნდება, ეს კი ერექციას აბრკოლებს.

სიმსივნეები

სასქესო ასოს სიმსივნეები ორ ჯგუფად იყოფა: კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი. კეთილთვისებიან სიმსივნეებს ეკუთვნის ვირუსული და არავირუსული პაპილომა, აგრეთვე ამ ადგილისათვის ფრიად იშვიათი სიმსივნეები — ფიბრომა, ლიპომა, ჰემანგიომა და სხვ.; ავთვი-

სებიანს — კიბო და გაცილებით უფრო იშვიათი ენდოთელიომა, მელანომა, სარკომა და სხვ. ყველაზე წინ სასქესო ასოს ლეიკოპლაკიას და ერითროპლაზიას გავარჩევთ, რადგან ორივე ხშირად იქცევა ავთვისებიან სიმსივნედ.

ლ ე ი კ ო პ ლ ა კ ი ა (ბერძ. leukos — თეთრი, plakion — ფირფიტა) ეწოდება დაავადებას, რომლის ძირითადი ნიშანია ლორწოვან გარსზე მოთეთრო ლაქების გაჩენა. ამ ლაქების პათოლოგიურ-მორფოლოგური სურათი არ არის რომელიმე ცნობილი დაავადებისათვის დამახასიათებელი. მაინც ლეიკოპლაკია კიბოსწინარე დაავადებად ითვლება. ზოგჯერ თეთრი ლაქის კიდეები შემაღლებულია და გარქვეებული ეპითელის შრეებს შეიცავს; ასეთ ფორმას ლეიკოკერატოზს ეძახიან (სურ. 49).

ლეიკოპლაკია შედარებით ხშირია შარდის ბუშტის ლორწოვან გარსზე. სასქესო ასოს თავზე იგი უხშირესად ფიმოზის დროს ჩნდება, რაც სმეგმის შეგუბებას იწვევს. ლეიკოპლაკია ავადმყოფს არ აწუხებს და მხოლოდ მაშინ გამოჩნდება, როდესაც ფიმოზის გამო ჩუჩა გაიკვეთება ან მოიკვეთება. ლეიკოკერატოზი სასქესო ასოს თავზე ზოგჯერ მკვეთრად შემაღლებულ კონუსს ჰქმნის, რასაც „კანის რქას“ ეძახიან.

თუ დიაგნოზი საეჭვოა, საჭიროა ლეიკოპლაკიის ფოლაქის ბიოფსია. აქ, როგორც წესი, ეპითელის ზედმეტი პროლიფერაცია აღმოჩნდება, ზოგჯერ ატიპიური ზრდითაც.

რაკი ლეიკოპლაკია კიბოსწინარე დაავადებაა, და მართლაც ხშირია ლეიკოპლაკიური ფირფიტიდან კიბოს გაჩენა, საჭიროა ასოს თავის პათოლოგიურად შეცვლილი უბნის (ან უბნების) ელექტროდანით ამოკვეთა, თუ ავთვისებიანი ზრდის ნიშნები აღმოჩნდა — შემდგომი რენტგენოთერაპია. ავადმყოფი ონკოლოგის სისტემატური მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყოს.

სასქესო ასოს ე რ ი თ რ ო პ ლ ა ზ ი ა, ისევე როგორც ლეიკოპლაკია, ფიმოზის ნიადაგზე ვითარდება. ქვეყნებში, სადაც თანდაყოლილი ფიმოზის და სასქესო ასოს კიბოს სიხშირე მაღალია, ხშირია ამ ორგანოს ერითროპლაზიაც. ზოგიერთ მკვლევარს ერითროპლაზია მიაჩნია კიბოსწინარე დაავადებად ან კიდევ კიბოს დაწყებით, ენდოფიტურ ფორმად (carcinoma in situ — ინტრაეპითელური კიბო). სხვა მონაცემებით ერითროპლაზია მხოლოდ 40%-ში იქცევა კიბოდ (5).

განსაკუთრებული ჩივილი ავადმყოფებს ჩვეულებრივ არა აქვთ. დათვალიერებისას ერითროპლაზია ფოლაქს ჰგავს, იგი მკვეთრად წი-

თელი ფერისაა, არათანაბარი, თითქოს ხავერდოვანი ზედაპირით, ოდნავ კანზე ამოწეული, გამოკვეთილი კონტურებით.

დიაგნოსტიკა ემყარება ზემოხსენებულ კლინიკურ სიმპტომებს. საბოლოო დიაგნოზს ადგენენ ბიოფსიით. მიკროსკოპულად აღინიშნება ეპითელის ჰიპერპლაზია აშკარა ჰიპერკერატოზით.

ონკოლოგიური სიფრთხილის თვალსაზრისით სასქესო ასოს ერითროპლაზიის მკურნალობა უნდა შეესაბამებოდეს იმ ტაქტიკას, რომელიც მიღებულია ამ ორგანოს კიბოს დაწყებით სტადიაში; საჭიროა სხივური თერაპია; თუ ეს არაეფექტურია, მიმართავენ დაზიანებული უბნის ელექტროექსციზიას შემდგომი დასხივებით.

დაავადება, რომელსაც ადრე წვეტიან კონდილომას: ან მეჭეჭს უწოდებდნენ (condyloma acuminatum), უფრო იხმარება მრავლობით რიცხვში — condulomata acuminata), იგივეა, რაც verruca acuminata — წვეტიანი მეჭეჭი; (остроконечная кондилома или бородавка). კონდილომა ვირუსული გენეზის, ხაოიანი შენების სიმსივნეა. არის მრავალი დაკვირვება, სადაც დადასტურებულია, რომ კონდილომა ერთი ადამიანიდან მეორეზე კონტაქტის გზით გადავიდა, თუმცა საკმაოდ ხანგრძლივი (ერთიდან ცხრა თვემდე) ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ. მოხერხდა ადამიანიდან ადამიანზე მისი გადათესვაც სიმსივნიდან მომზადებული უუჯრედო ფილტრატის შეყვანის გზით, რაც მის ვირუსულ ბუნებაზე მიუთითებს. შედარებით იშვიათად, მაგრამ აღწერილია პაპილომის ავთვისებიან სიმსივნედ — კიბოდ — გადაქცევის შემთხვევები.

ვირუსული პაპილომა უხშირესად სასქესო ორგანოებზე და მათ გარშემო ჩნდება, განსაკუთრებით კი ჩუჩის შიგნითა ზედაპირს, ასოს თავის სახეშეცვლილ ლორწოვან გარსსა და შარდსადენის ნავისებრ ფოსოს ირჩევს. როგორც წესი, რამდენიმე პაპილომა (კონდილომა) ჩნდება, ერთმანეთთან მჭიდროდ განლაგებული. ზოგჯერ პაპილომური წარმონაქმნები დიდ ფართობს იკავებს და ყვავილოვანი კომბოსტოს შეხედულება აქვთ. ცალკეული პაპილომის ზედაპირს უფრო გაბრტყელებული, მეჭეჭისებური შეხედულება აქვს.

ჰისტოლოგიურად ვირუსულ პაპილომას ფრიად თავისებური შენება აქვს: ეპითელის თხელი შრე, ერთმანეთს დაცილებული (უჯრედშორისი შეშუპების გამო) უჯრედების გროვები, მათი ვაკუოლიზაცია და სხვ.

თუ პაპილომა დიდხანს არსებობს, იგი თანდათან უახლოვდება კანის პაპილომას, ხოლო ზოგჯერ კიბოს შენებასაც იძენს. ეს განსა-

კუთრებით საეჭვოა, როდესაც პაპილომა კანის თუ ლორწოვანი გარსის სისქეშიაც იწყებს ჩაზრდას (ენდოფიტური ზრდა).

გავრცელებული პაპილომა, მით უფრო, თუ ანთებითი პროცესიც დაემატა, გარეგნულად ძალიან ემსგავსება კიბოს, რადგან ცალკე მეჰქებს შორის აღარ რჩება სიმსივნისაგან თავისუფალი ადგილები და ერთ მთლიან წარმონაქმნს ეხედავთ. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია ბიოფსია და მკურნალობის ტაქტიკის არჩევა ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევის შედეგის საფუძველზე (სურ. 51).

მკურნალობა გამოიხატება ელექტროდანის საშუალებით პაპილომური წარმონაქმნების ამოკვეთაში — საღი ქსოვილის ფარგლებში. თუ სიმსივნე მხოლოდ ჩუჩის შიგნითა ფურცელზეა, უმჯობესია ცირკუმციზია. არარადიკალური მკურნალობა (ქიმიური კოაგულანტებით მოწვა, ამოფხეკა, სხვადასხვა მალამოები და მისთ.). (ან უშედეგოა, ან ეფექტი დროებითია და ჩქარა რეციდივი ჩნდება.

საერთოდ კი სწორედ უეფექტო მკურნალობის შემთხვევაშია ხშირი პაპილომის კიბოდ ტრანსფორმაცია. ამიტომ უმჯობესია თავიდანვე რადიკალური გზა ავირჩიოთ: სიმსივნური წარმონაქმნების ფართო და ღრმა ამოკვეთა. წვეტიანი კონდილომის ცალკე სახეა ლევენშტეინ-ბუშკეს (Loevenstein-Buschke) სიმსივნე; ჩვეულებრივი კონდილომისაგან განსხვავებით, სიმსივნეს, ექსპანსიურობის გარდა, ინვაზიური ზრდაც ახასიათებს. მიმდინარეობა კეთილთვისებიანია (6).

არავირუსული პაპილომა და კიბო სასქესო ასოს თავისა და ჩუჩის შიგნითა ფურცლის ეპითელისაგან წარმოიშვება. მათ შორის როგორც ჰისტოგენეზის და შენების, ისე სიმპტომატიკისა და მკურნალობის მხრივ, განსხვავება ძალზე მცირეა. სწორი იქნება თუ ვიტყვით, რომ პაპილომა კიბოს ადრე საფეხურია, და თუ იგი დროზე არ განიკურნა, მისი ავთვისებიან სიმსივნედ გადაქცევის შესაძლებლობა ძალზე დიდია.

ეპითელურ სიმსივნეებს პათოგენეზიც ერთნაირი აქვს: ესაა ხანგრძლივად არსებული ფიმოზი, რის გამო ჩუჩის პარკში სმეგმა გროვდება, მისი კანცეროგენული თვისება კი ექსპერიმენტულად არის დადასტურებული და ეჭვს არ იწვევს. ამის გარდა, სმეგმა შარდით სველდება, იხრწნება, ინფიცირდება, ჩნდება ქრონიკული ბალანოპოსთიტი. ასოს თავის და ჩუჩის შიგნითა ფურცლის ეროზია, შემდეგ პაპილომა და ბოლოს კიბო. სიმსივნის გაჩენა-განვითარების ამ მექანიზმს ადასტურებს ისიც, რომ სასქესო ასოს კიბო თითქმის არ უჩნდება იმათ, ვისაც დაბადებისთანავე მოაჭრეს ჩუჩა (იუდაიზმის მიმ-

დევრები), იშვიათად იმათ, ვისაც ცირკუმციზია უფრო მოგვიანებით გაუკეთდა (მუსულმანები). ამავე დროს განვითარებულ ქვეყნებში ასოს კიბო ყველა ავთვისებიან სიმსივნეთა 1% შეადგენს, ხოლო აზიის, აფრიკის და ლათინური ამერიკის ზოგ ქვეყანაში მამაკაცთა სიმსივნეებს შორის სიხშირით წამყვანი ადგილიც კი უკავია. ეს უკანასკნელი ფაქტი აშკარად მიუთითებს ცხოვრების პირობების, კერძოდ პირადი და სასქესო ჰიგიენის წესების დაცვის დიდ მნიშვნელობაზე ამ დაავადების პროფილაქტიკისათვის. ამ საკითხს რომ აღარ დავუბრუნდეთ, აქვე ვიტყვით, რომ პაპილომა შეიძლება არსებობდეს, მაგრამ ამ სტადიაში არაფრით გამოვლინდებოდეს: ზოგჯერ მას შემთხვევით აღმოაჩენენ, როდესაც ფიმოზის გამო ცირკუმციზია კეთდება და მის ქვეშ დვრილიან-ხაოიანი სიმსივნე აღმოჩნდება. აქედან კიდევ ერთი დასკვნა პროფილაქტიკისათვის: ხანგრძლივად ფიმოზის არსებობა 30 წელზე უფროს მამაკაცთა შორის არ უნდა დაეუშვათ.

ქსოვილოვანი შენების მხრივ სასქესო ასოს კიბო უპირატესად ბრტყელუჯრედოვანი სიმსივნეა, ზოგჯერ მეტნაკლებად გამოხატული გარქვევებით.

დაავადება უხშირესად 30—50 წლის ასაკში გამოვლინდება. სიმსივნე ჩუჩის ქვეშ დიდხანს შეიძლება არსებობდეს და გამოვლინდეს მხოლოდ შემდეგ. რაც ანთებითი პროცესით გართულდება. ზოგჯერ ჩირქოვანი პროცესი ისე შორს მიდის, რომ ასოს ფლეგმონა ან ჩუჩის ფისტულა ვითარდება. ასეთ შემთხვევაში ხშირად ჩირქოვანი ბალანოპოსთიტის დიაგნოზით მკურნალობენ ავადმყოფს. მხოლოდ პროცესის შეუპოვრობა და გაჭიანურება ხდება კიბოზე ფიქრის საბაბი. აქედან კიდევ ერთი დასკვნა, აგრეთვე ფიმოზთან დაკავშირებული: თუ ბალანოპოსთიტი მოკლე დროში (1—2 კვირა) არ დაემორჩილა მკურნალობას და ჩუჩის გადაწევა არ ხერხდება, იგი უნდა გაიკვეთოს ან მოიკვეთოს (ეს, რა თქმა უნდა, ბავშვებს არ ეხება).

წარმომქმნელ ზედაპირთან დამოკიდებულების მიხედვით არჩევენ სიმსივნის ზრდას: ეგზოფიტურს (სიმსივნე სოკოსავით წამოწეულია კანიდან) და ენდოფიტურს (ღრმად მდებარე კვანძის ან წყლულის არსებობა) უხშირესად სიმსივნე ასოს გვირგვინოვანი ღარის მიდამოშია, ან ასოს თავზე, უფრო იშვიათად ჩუჩის შიგნითა ზედაპირზე. როგორც წესი, გადიდებულია საზარდულის, აგრეთვე თეძოს ფოსოს ლიმფური ჯირკვლები, თუმცა ეს ყოველთვის სიმსივნის მეტასტაზი არ არის, ბალანოპოსთიტის შედეგიც შეიძლება იყოს. და-

შორებულ ორგანოებში მეტასტაზები გაცილებით უფრო გვიან ჩნდება.

სასქესო ასოს კიბოს მიმართ საერთაშორისო კლასიფიკაცია (TNM) ასე გამოიყენება. საკუთრივ სიმსივნის და მისი ზრდის მხრივ: T_1 — იზოლირებული სიმსივნე, არა უმეტეს 2 სმ დიამეტრისა, ქვემდებარე ქსოვილების ინფილტრაციის გარეშე; T_2 — სიმსივნის ზომა 5 სმ-მდე, იწყება მისი ინფილტრაცია; T_3 — დიდი ზომის სიმსივნე, ღრმა ინფილტრაცია (ზოგჯერ — შარდსადენში შეღწევა); T_4 — სიმსივნე ჩაზრდილია მეზობელ ქოვილებში; ახლომდებარე ლიმფურ კვანძებში გავრცელების მხრივ: N_1 — გადიდებული, მაგრამ მოძრავი ლიმფური კვანძები ცალ მხარეს; N_2 — ასეთივე სურათი ორივე მხარეს; N_3 — უმოძრაო ლიმფური კვანძები; მეტასტაზების მხრივ: M_0 — შორეული მეტასტაზები არ არის, M_1 — არის მეტასტაზები შორეულ ორგანოებში. სამწუხაროდ ისევ და ისევ თანაარსებული (ან წინასწარ არსებული) ფიმოზის გამო. ადრე სტადიებში (მაგალითად $T_1N_0M_0$) იშვიათად ისმება დიაგნოზი. მეტასტაზების დადგენაში დიდ დახმარებას გვიწევს მენჯის ფლებოგრაფია, სადაც ვენური ქსელის ავსების დეფექტები მოჩანს.

დიაგნოსტიკისათვის თითქმის ყოველთვის აუცილებელია ბიოფსია, რადგან ძალზე ძნელია სიმსივნური კვანძის გარეგნული შეხედულების მიხედვით მისი გარჩევა კონდილომისა, ლუესური ან ტუბერკულოზური წყლულისაგან. ეს მით უფრო აუცილებელია, რომ კიბოს რადიკალური მკურნალობა ზოგჯერ სასქესო ასოს ამპუტაციას გულისხმობს. თუ ემასკულაციის საკითხიც წამოიჭრა, აუცილებელია რეგიონული ლიმფური კვანძების ბიოფსიაც.

მკურნალობის ტაქტიკა სიმსივნის გავრცელებაზეა დამოკიდებული. გაურთულებელი, არაინფილტრირებული, მომცრო სიმსივნის დროს (T_1) ზოგჯერ საკმარისია სხივური თერაპია ან დამზოგველი ოპერაციები — ცირკუმციზია, ასოს თავის რეზექცია; დიდი და ინფილტრაციული სიმსივნის დროს სხივური თერაპია ან ასოს ამპუტაცია. თუ სიმსივნე მხოლოდ ჩუჩაზეა და ასოს თავი ინტაქტურია, წარმატებით შეიძლება გამოვიყენოთ სასქესო ასოს სკალპირება — საპოჟკოვის ოპერაცია (К. П. Сапожков, 1874—1952). ოპერაციას საფუძვლად უდევს ის ფაქტი, რომ ასოს კიბო უხშირესად კანზე და კანქვეშა ქსოვილზე ვრცელდება, მღვიმოვან სხეულებში კი სიმსივნის ჩაზრდა იშვიათია. ოპერაციის ტექნიკა ასეთია. ასოს ძირთან და თავთან ორი ირგვლივი განაკვეთი ტარდება. შემდეგ სიგრძივი განაკვე-

თით ეს ორი რგოლი ერთდება და ასოს სავსებით შემოეცლება კანი, აგრეთვე კანქვეშა ქსოვილი — თეთრ გარსამდე (სურ. 52). სათესლე პარკი ნაკერის (raphe) ხაზზე გაიკვეთება, კიდეები აიწევა, ამ ღარში თავსდება ასო. ერთი თვის შემდეგ კეთდება მეორე ოპერაცია: ასო, რომლზეც წინიდან უკვე მიხორცებულია სათესლე პარკის კანი, გამოთავისუფლდება ამ კანიანად, მის უკან დარჩენილი დეფექტი გაიკერება და ამით ასო მთლიანად სათესლე პარკის კანით დაიფარება. ამავე სტადიაში, მხოლოდ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობის დროს (N_2, N_3), საჭიროა გაკეთდეს საზარდულ-ბარძაყის მიდამოს ლიმფადენექტომია (დიუკენის ოპერაცია). ამ მიზნით ტარდება განაკვეთი თეძოს წინა ზედა წვეტიდან ბარძაყის სამკუთხედის მწვერვალამდე. კანის აშრევების შემდეგ ამოიკვეთება საზარდულის და ბარძაყის მიდამოს კანქვეშა ცხიმი, ლიმფური კვანძები, ბარძაყის ფართო ფასცია, ბარძაყის ხვრელის ამომვსები ქსოვილები, გადაიკვანძება კანქვეშა ვენა (ორ ადგილას: ჭრილობის ქვედა კუთხეში და ბარძაყის ვენასთან შესართავთან). ეს ოპერაცია ორივე მხარეს კეთდება ან საკუთრივ ასოზე ოპერაციასთან ერთად, ან 1—2 თვის შემდეგ. კიდევ უფრო გავრცელებული სიმსივნის დროს საჭიროა ასოს ამპუტაცია და საზარდულის, აგრეთვე თეძოს მიდამოს ლიმფური კვანძების ამოკვეთა (სურ. 53). შორსწასულ შემთხვევებში ან მარტო სხივური თერაპია იხმარება ან კეთდება ემასკულაცია (თუ სიმსივნე სათესლე პარკზე და მის ორგანოებზეა გადასული). ოპერაციის არსი ისაა, რომ ერთი განაკვეთით და ერთ მთლიან ბლოკად ამოიკვეთება სასქესო ასო, სათესლე პარკი და მისი ორგანოები, აგრეთვე შორისის და საზარდულის ლიმფური კვანძები. ოპერაციის ტექნიკა, ვფიქრობ, სავსებით გასაგებია აქ მოთავსებული ნახატიდან (სურ. 54). ასე აკეთებდა ემასკულაციას ჩემი მასწავლებელი აკად. ალ. წულუკიძე; ეს სურათიც მისი წიგნიდანაა ამოღებული.

სასქესო ასოს ამპუტაცია დიდი ფსიქიკური ტრავმაა ავადმყოფისათვის. ორგანოშემანარჩუნებელი მკურნალობის ერთ-ერთი სახეა კრიოდესტრუქცია, რომელიც შეიძლება გამოვიყენოთ ისეთ შემთხვევებში, როდესაც მეტასტაზები ჯერ არ არის (7).

ოპერაციული მკურნალობის შედეგები დამაკმაყოფილებელია. ერთი ავტორის მასალით 5 წლის შემდეგ ჯანმრთელია ავადმყოფთა თითქმის 70%, ხოლო მათ შორის, ვისაც ოპერაციის დროისათვის მეტასტაზები არ ჰქონდა — 83%.

რა სტადიაშიც უნდა იყოს სიმსივნე, საჭიროა გამოვიყენოთ ქიმიოთერაპია. საკმაოდ კარგ შედეგს იძლევა ანტიბლასტომური ანტიბიოტიკი — ბლეომიცინი, მაგრამ მხოლოდ ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დროს.

სასქესო ასოს კიბოს პროგნოზი შედარებით კეთილია. 112 ავადმყოფიდან, რომელთაც მკურნალობის დაწყების მომენტისათვის მეტასტაზები არ ჰქონდათ, 101 (90%) განიკურნა (9).

სხვა დაავადებანი

ფიბროპლასტიკური ინდურაცია

ასოს ფიბროპლასტიკურ ინდურაციას (induratio penis plastica) კიდევ პეირონის (F. de La Peyronie, 1678—1747, ფრანგი ქირურგი) ან ვან ბურენის (W. H. van Buren, 1819—1883, ჰოლანდიელი ქირურგი) დაავადებას უწოდებენ.

უხშირესად 40—60 წლის ადამიანებს ემართება ეს დაავადება. ეტიოლოგია და პათოგენეზი უცნობია, მაგრამ დიდი ხანია ცნობილია, რომ პეირონის დაავადება თან ახლავს დიუპუიტრენის კონტრაქტურას, ყურის ნიჟარების კვანძოვან სკლეროზს, მხარ-ბეჭის პერიართრიტს (დიუპლეს დაავადება), სკლეროდერმიას, კელოიდოზს, დერმატომიოზიტს, ე. ი. ისეთ დაავადებებს, რომლებიც კოლაგენური დაავადებების საერთო სახელით არის ცნობილი. დადგენილია, რომ ჰორმონთა მეტაბოლიტების დონის დაქვეითება დაავადების სიმძიმის პირდაპირ პროპორციულია. პათოგენეზში დიდ მნიშვნელობას აწერენ აუტოიმუნურ პროცესს, რომელიც სასქესო ასოს სისხლძარღვების დაზიანების ფონზე ვითარდება.

დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ მტკივნეულ და ფუნქციურ პერიოდებს. პირველ შემთხვევაში ტკივილი იწყება სასქესო ასოში. უფრო ხშირად ერექციისა და სქესობრივი აქტის დროს. სხვა შემთხვევაში სასქესო ასოს გამრუდება ხდება, რაც ართულებს და შეუძლებელსაც ხდის სქესობრივ აქტს. ამ დროს თეთრ გარსსა და ასოს მღვიმოვან სხეულებში უფრო ხშირად ასოს დორსალურ მხარეს, ისინჯება ხრტილოვანი კონსისტენციის ფოლაქები ან კვანძები, მოგრძო ფორმის, სიგრძით 1,5 სმ, სიგანით 2—5 მმ, გამოცალკევებული გარე-

მომცველი ქსოვილებისაგან. ფოლაქები განლაგებულია თეთრი გარსის მღვიმოვან სხეულებში, გვირგვინოვანი ღარის პროქსიმულად, სომფიზის მიმართულებით. შარდსადენი და მისი მღვიმოვანი სხეულები პათოლოგიურ პროცესში ჩათრეული არ არის. ფიბროზული პროცესი სწრაფად აღწევს თავის მაქსიმუმს და სტაბილიზირდება. კვანძები არასოდეს არ წყლულდება, ავთვისებიანი გადაგვარება მათში არ ხდება. ავადმყოფობა ხშირად ერექციის დარღვევით და იმპოტენციით მთავრდება.

გარეგნულად სასქესო ასო, ერექცის გარეშე, ნორმალურია. კვანძების არსებობა შეიგრძნობა პალპაციით. კალციფიკაცია შეიძლება დადგინდეს რენტგენოლოგიურად; ელექტრონული მიკროსკოპიის მონაცემებით იგი ავადმყოფთა 30%-ს აქვს (10).

ინდურაციის დასადგენად დიდი წარმატებით გამოიყენება კომპიუტერული ტომოგრაფია (11); არანაკლებ ინფორმაციულია ულტრაბგერითი სკანირება (12). აღნიშნავენ, რომ ხანგრძლივი მიმდინარეობის დროს ავადმყოფების უმეტესობის მდგომარეობა თანდათან უმჯობესდება: ტკივილი მცირდება ან ჰქრება, მცირდება ან სულ გაიწოვება გამკვრივება; ფიქრობენ, რომ ეს — დაავადების ბუნებრივი მსვლელობაა (13).

ყველაზე იოლად და სწრაფად იხსნება ტკივილი — სხვადასხვა ტკივილდამაყუჩებელ საშუალებათა გამოყენებით. კონსერვატული მკურნალობა შეიძლება იყოს ზოგადი და ადგილობრივი.

ზოგადი მკურნალობის მიზანია ენდოკრინული მოშლილობისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის ლიკვიდაცია, ინფექციასთან ბრძოლა. გამოიყენება დიეტა კალციუმის დაბალი შემცველობით (კვანძების კალიციფიკაციისაკენ მიდრეკილებისას), ვიტამინოთერაპია, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, აუტოჰემოთერაპია, ქსოვილოვანი თერაპია. ფართო გავრცელება მიიღო სტეროიდებისა და ვიტამინ E-ს გამოყენებამ, ვინაიდან ისინი ანტიათეროსკლეროზული და ანტითრომბოზული მოქმედებით ხასიათდებიან. ჰიდროკორტიზონს იყენებენ შემდეგნაირად: 100 მგ ყოველდღიურად ერთი თვის განმავლობაში, შემდგომ 3—4-ჯერ კვირაში, დოზების შემცირებით. ვიტამინი E ავადმყოფებს ენიშნება 200—300 მგ დღეში პერორალურად 3—6 თვის განმავლობაში. ამავე მიზნით გვირჩევენ ანტიკოაგულანტებს, პარაამინობენზოიონომჟავა კალიუმს. ადგილობრივი მკურნალობა მიმართულია ფიბროსკლეროზული პროცესის წინააღმდეგ. ამ მიზნით ხმარობენ პრედნიზოლონის ან ლიდაზის ინექციებს

კვანძებში, ან მათ ირგვლივ ქსოვილებში. სტეროიდული პრეპარატები შეჰყავთ 25 მგ 1—2-ჯერ კვირაში, არაუმეტეს 20-ჯერ. მკურნალობის ფიზიკური მეთოდებიდან ხმარობენ დიათერმიას, იოდის ელექტროფორეზს, ტალახს. ტკივილის მოსახსნელად საკმაოდ ეფექტურია ულტრაბგერა. ფრანკმა და სკოტმა (14) 25 ავადმყოფს უმკურნალეს და 23 შემთხვევაში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება (ტკივილს შემცირება, ინდურაციის კერების დაპატარავება, ერექციის გაუმჯობესება) მიიღეს. ხანშესულთა შორის კარგ შედეგს იძლევა რენტგენოთერაპია. არის პირველი ცნობები ჰელიუმ-ნეონის ლაზერის გამოყენების შესახებ ინდურაციის კვანძების დასაშლელად; შედეგებიც დამაკმაყოფილებელია (15).

კვანძების გაწოვის ან გარბილების შემდეგ მეტწილად ერექცია შენარჩუნებულია, მაგრამ ზოგჯერ რჩება სასქესო ასოს ისეთი დეფორმაცია, რომლის გამო კოიტუსი შეუძლებელია და საჭირო ხდება ასოს პროთეზირება-შინირება (16).

ოპერაციული მკურნალობა (კვანძების ნაწილის, ან მთლიანად ამოკვეთა) ნაჩვენებია მკვეთრი ტკივილისას, რომელთაც არაფერი არ ხსნის, აგრეთვე სასქესო ასოს მნიშვნელოვანი გამრუდებისას. თითქოს ასეთი შეზღუდული ჩვენებების მიუხედავად, მკურნალობის ოპერაციული მეთოდი თანდათან ფეხს იკიდებს და ამჟამად, სხვადასხვა ავტორის მონაცემით, 10—57%-ს შორის მერყეობს ყველა ავადმყოფისა (17). ოპერაცია გამოიხატება ინდურაციის უბნების ამოკვეთაში. კარგ შედეგს იძლევა სასქესო ასოს თეთრი გარსის პლიკაცია გამრუდების საპირდაპირო მხარეს, როგორც ეს ნესბითმა გვირჩია (R. M. Nesbit — თანამედროვე ამერიკელი უროლოგი). ამით ასოს მოხრილობა სწორდება, თუმცა იგი რამდენიმედ მოკლდება.

პრიაპიზმი

პრიაპიზმი ეწოდება სასქესო ასოს მყარ, ხანგრძლივ ერექციას, რაც არ არის დაკავშირებული სქესობრივ ლტოლვილებასთან (ბერძნულად priapos სასქესო ასოს ნიშნავს, წარმოშობილია ელინური მითოლოგიის ნაყოფიერების ღმერთის სახელიდან; იგივეა, რაც ისევ ბერძნული phallos ან ლათინური penis). იგი პირველად 1616 წელს აღწერეს (Petraens), პრიაპრიზმი არ არის ხშირი. ზოგიერთი გამოთვლით 2500 უროლოგიურ სტაციონარულ ავადმყოფზე ერთს აქვს პრიაპიზმი (18).

ერექცია უმიზეზოდ იწყება, ან სქესობრივი ლტოლვილების წამოჭრის შემდეგ არ ცხრება, კიდეც რომ მოხდეს და დასრულდეს სქესობრივ აქტი. ავადმყოფი მაინც ფიქრობს, რომ მიზეზი სქესობრივი სურვილის დაუკმაყოფილებლობაა, მაგრამ განმეორებითი აქტებიც (ზოგჯერ მრავალჯერადი, რაც საშინლად ღლის და ფიტავს ორივე პარტნიორს) არ შველის საქმეს, თანაც ასო მტკივნეულია. ტკივილი სხვადასხვა ინტენსიობისაა; ზოგს ოდნავ აწუხებს, ზოგს — ძლიერ. სხვადასხვანაირი ერექციის ხანგრძლიობაც — რამდენიმე საათიდან რამდენიმე თვემდეა. ძალზე დამახასიათებელია თვით ერექციის ხასიათი. სასქესო ასო რკალივით მოდრეკილია და მისი თავი მუცლისკენ არის მიქცეული (სურ. 55). შარდვა თავისუფალია, რადგან შარდსადენის მღვიმოვანი სხეულები არ ივსება სისხლით, მხოლოდ საკუთრივ ასოს მღვიმოვანი სხეულებია დაბერილი.

პრიაპიზმი შეიძლება იყოს ცენტრალურ წარმოშობისა (ზურგის ტვინის ტაბესი, მიელიტი, გაფანტული სკლეროზი, თავისა და ზურგის ტვინის სიმსივნე), ზოგადი დაავადების (ზოგი ინფექციური სნეულება, ინტოქსიკაცია, ურემია, ყველაზე ხშირად — ლეიკემია), ან ადგილობრივი მიზეზებით გამოწვეული (კავერნიტი, მღვიმოვანი სხეულების თრომბოზი, ასოს ტრავმა და სიმსივნე) და სხვა. ფიქრობენ, რომ ზოგადად პრიაპიზმის მიზეზია ზურგის ტვინის ერექციის ცენტრის აგზნების ზღურბლის დაქვეითება. აგზნების ლოკალურ ხასიათს ისიც ადასტურებს, რომ თავის ტვინის ქერქის გამოთიშვა, ნარკოზიც კი, ერექციას არ სპობს; სპინალური ანესთეზიის შედეგად ერექცია დროებით მაინც ცხრება.

ასეა თუ ისე, პრიაპიზმი სასქესო ასოს სისხლის მიმოქცევის მოშლაა. იგი ადგილობრივი წარმოშობისაც შეიძლება იყოს: ათეროსკლეროზი, ენდარტერიიტი, თრომბოვასკულიტი და სხვ. აღწერილია სასქესო ასოს ნეკროზიც რევმატული თრომბოვასკულიტის შედეგად (19).

პრიაპიზმის დიაგნოსტიკა არ არის ძნელი. ჩამოთვლილი ნიშნების გარდა, პალპაციით შეიგრძნობა, რომ ასო თანაბრად გამკვრივებულია. ბოლო ხანებში წარმატებით იყენებენ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას — კავერნოზოგრაფიას, რაც მღვიმოვან სხეულებში საკონტრასტო სითხის შესხმის შემდეგ (პუნქციის გზით) კეთდება.

მკურნალობისათვის თავიდან სიცივე უნდა გამოვიყენოთ (ცივი წყლით სავსე ბუშტი ასოზე), ავადმყოფს მივცეთ სედატიური საშუალებანი (ბრომი, ლუმინალი, სედუქსენი და მისთ.) დიდი დოზებით,

კანქვეშ — მორფინი ან მისი დერივატები. ამავე მიზნით ხმარობენ ქლორალჰიდრატს, ნარკოზსაც. ზოგჯერ კარგად მოქმედებს თეძოს არტერიაში შეყვანილი ნოვოკაინი, პრესაკრალური, ლუმბალური, პარანეფრალური ნოვოკაინის ბლოკადა, აგრეთვე ადგილობრივად წურბლები.

ძლიერი ტკივილისა და ზემოაღნიშნული ზომების უეფექტობის დროს მიმართავენ ასოს ფუძესთან თეთრი გარსის გახსნას და შედებული სისხლის კოლტების გამოდევნას. რამოდენიმე ხნის შემდეგ ასო თანდათან რბილდება, ტკივილი თანდათან მცირდება და, ბოლოს, ერექცია მთლიანად ქრება. ლეიკემიური პრიაპიზმის დროს საჭიროა რენტგენოთერაპია. მოწოდებულია აგრეთვე მღვიმოვანი სხეულების პერფუზია ჰეპარინით. პათოგენეზურად ყველაზე საფუძვლიანი მეთოდია საფენო-კავერნოზული ანასტომოზი. თეძოზე განაკვეთით გამოყოფენ, კვანძავენ და კვეთენ დიდ საჩინო ვენას. ასოს ფუძესთან, გვერდითი მცირე განაკვეთით კანქვეშა გვირაბში ატარებენ ვენის პროქსიმულ ბოლოს. კვეთენ თეთრ გარსს და ვენას მღვიმოვან სხეულში ჩააკერებენ. ეს ოპერაცია ორივე მხარეს უნდა გაკეთდეს, თანაც პათოლოგიური ერექციის დაწყებიდან რაც შეიძლება ადრე, სანამ მღვიმოვან სხეულებში გაჩენილი თრომბი მჭიდროდ ჩაჯდებოდეს მის კედლებში.

არის სისხლისაგან ასოს მღვიმოვანი სხეულების დაცლის სხვა გზაც — ანასტომოზი შარდსადენის მღვიმოვან სხეულთან (სურ. 56). ოპერაცია ტექნიკურად საფენო-კავერნოზულ ანასტომოზზე უფრო ადვილია. როგორც წერენ, შედეგი კარგია; 12 ნაოპერაციევი ავადმყოფიდან 9-ს ნაწილობრივ ან მთლიანად აღუდგა სქესობრივი უნარი (20).

ოპერაციები სასქესო ასოზე

ფალოპლასტიკა ნ. გოგორაზის წესით

არსებობს ოპერაციები, რომელთა მიზანია სასქესო ასოს აღდგენა. ეს საჭიროა ტრავმის შედეგად ასოს მოგლეჯის ან მოკვეთის, ასოს მოყინვის შემდეგ, აგრეთვე სიმსივნის გამო ამპუტაციის შემდეგ (თუ ავადმყოფი ახალგაზრდაა). ასეთ ოპერაციას ფალოპლასტიკა ეწოდება.

აღვწერთ ერთი ასეთი ოპერაციის ტექნიკას, იგი ნ. ბოგორაზმა შეიმუშავა 1936 წელს. მისი ძირითადი პრინციპია ფილატოვის ყლორტის გამოყენება. ამის გამო ოპერაცია მრავალეტაპიანია და, თუ ყველა ეტაპი გაურთულებლად წავიდა, სულ 2—3 თვეს გრძელდება.

ოპერაციის პირველი ეტაპია ფილატოვის ყლორტის შექმნა. ამისათვის თეძოს ფოსოს მიდამოში ტარდება ორი პარალელური განაკვეთი ერთმანეთისაგან 10 სმ დაშორებით, სიგრძით 20 სმ-დე. ზოლის ორივე ბოლო ხელუხლებელი რჩება, მაგრამ სიგრძეზე ორივე მისი გვერდი კანისაგან აშრევდება და კანქვეშა ქსოვილის ხიდი რჩება. ამ ზოლში, რათა მომავალ პენისს საკმარისი სიმკვრივე ექნეს, ათავსებენ XI ან XII ნეკნიდან ამოჭრილ 15 სმ-მდე სიგრძის ხრტილს (ახლა ამ მიზით პოლიეთილენის ფირფიტას ხმარობენ). აცლილი კანის დეფექტს სხეულის სხვა ადგილიდან დერმატომის საშუალებით აღებული ეპიდერმისის ნაჭრებით ჰფარავენ, იგი კანის ზოლის ქვეშ მდებარეობს და ხელს უშლის მის ხელახალ შეხორცებას თავისივე ყოფილ საფუძველთან. როდესაც გადანერგილი კანი მიეხორცება (10—12 დღის შემდეგ), ადრე შექმნილი ზოლიდან კიდევ ერთი 2,5—3 სმ ზოლი გამოიჭრება 2,5—3 სმ სიგანის და მისი კიდეები შეიკერება ისე, რომ კანი შიგნით იყოს და ასე შეიქმნას მილი, რომელიც შარდსადენის როლს შეასრულებს. როდესაც ეს მილიც ჩამოყალიბდება, იგი ყლორტის შიგნით აღმოჩნდება. ამის შემდეგ იწყება ფილატოვის ყლორტის შეჩვევა ცალი მხრიდან სისხლით მომარაგებასთან. ამისათვის დროდადრო რბილი მომჭერით გადაუჭერენ ყლორტის ზედა ბოლოს და ასე ტოვებენ 2—3 საათის განმავლობაში. იწყება ყლორტის ქვედა ბოლოდან სისხლძარღვების ზრდა ზედა ბოლოსაკენ და, დაახლოებით ერთი თვის შემდეგ, უკვე შეიძლება ზედა ბოლოს გადაკვეთა. ამის შემდეგ ათავისუფლებენ სასქესო ასოს ტაკვს, ცალკე გამოჰყოფენ მღვიმოვან სხეულებს. ყლორტში წინასწარ ჩადებულ ხრტილს (ან პლასტმასის ფირფიტას) ათავსებენ ორ მღვიმოვან სხეულს შორის არსებულ ნაპრალში და მიაკერებენ აქ. ყლორტის კანი სასქესო ასოს ტაკვის კანს მიეკერება. როდესაც ჭრილობის შეხორცება დამთავრდება, გადაიკვეთება ყლორტის ქვედა ბოლო და აქ ჩამოყალიბდება შარდსადენის გარეთა ხვრელი.

საბოლოო — მეხუთე — ეტაპზე შარდსადენის ბოლო მიეკერება ახალშექმნილ შარდსადენს.

ცხადია, ამ ეტაპების დროს შარდი გადაყვანილია ან ბოქვენზედა ფისტულის, ან შორისმხრივი ურეთროსტომიის საშუალებით.

აქ ლაპარაკია იმპოტენციის იმ სახეზე, რომელიც ერექციის არარსებობით ან სისუსტით არის გამოწვეული. უმეტეს შემთხვევაში ეს ფუნქციური ხასიათისაა და კარგად ექვემდებარება მედიკამენტურ მკურნალობას და ფსიქოთერაპიას. მაგრამ, როგორც ირკვევა, ავადმყოფთა დაახლოებით 20%-ის მიმართ მკურნალობის ეს მეთოდები შედეგს არ იძლევა. დიდი ხნის უშედეგო მკურნალობის შემდეგ იქმნება მდგომარეობა, როდესაც სექსოპათოლოგმა მთელი თავისი არსენალი ამოწურა, ავადმყოფმა კი განკურნების იმედი დაჰკარგა და უკვე აღარც მიდის ექიმთან. სწორედ ასეთ შემთხვევებში, რომლებიც ფუნქციური ერექციული იმპოტენციის ჯგუფში ერთიანდებიან, ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობა, რაც სხვადასხვანაირი პროთეზების გამოყენების გზით ხორციელდება.

ერთ-ერთი პირველი ოპერაცია, რომელიც მოწოდებულია სასქესო ასოს საჭირო სიმკვრივის მისაღწევად, არის ისევ ნ. ა. ბ ო გ ო რ ა ზ ი ს ო პ ე რ ა ც ი ა. ნეკნის ხრტილოვანი ნაწილიდან გამოჭრიან 1,5 სმ-ს სიგანის ფირფიტას. სასქესო ასოს შუა ნაწილში დორსალურ ზედაპირზე გასწვრივი განაკვეთით სიგრძით 4 სმ-დე კვეთავენ კანს და ფასციას. ჩლუნგად მღვიმოვან სხეულებს შორის ასოს ძირამდე და თავამდე კეთდება გვირაბი, რომელშიც შეყავთ ხრტილოვანი ფირფიტა და ამაგრებენ კვანძოვანი ნაკერებით მფარავ ფასციასთან. კანზე ადებენ ნაკერებს.

ხრტილის ფირფიტის ჩასმა ასოს შუა ნაწილში გატარებული განაკვეთიდან მოუხერხებელია. ამის გამო ვ. რუსაკოვმა შემოიღო განაკვეთის გატარება ასოს ძირთან. შეიცვალა მასალაც: ნეკნის ხრტილის მაგივრად გვირჩევენ 1 სმ დიამეტრის და 1 მმ სისქის პოლიეთილენის პერფორირებული ღარისმაგვარი პროთეზის გამოყენებას. ვ. კრასულინის თანაავტორობით ასე აყალიბებენ პროთეზის სუპრაკავერნოზული იმპლანტაციის ჩვენებებს და ტექნიკას (ყოველივე ეს ინტრაკავერნოზულ იმპლანტაციასაც ეხება).

ოპერაციის ჩვენებებია: იმპოტენცია ზურგის ტვინის დაზიანების შემდეგ, აგრეთვე მენჯის ორგანოების, შარდსადენის დაზიანების შედეგად განვითარებული ერექციული იმპოტენცია ანუ, როგორც ახლა უწოდებენ, სქესობრივი აქტის ერექციული კომპონენტის მოშლა. სასქესო ასოს პროთეზირებას გვირჩევენ აგრეთვე შარდის ბუშტზე და წი-

ხაძდებარე ჯირკვალზე ოპერაციების შედეგად განვითარებული იმპოტენციის დროს, აგრეთვე ორივე სათესლე ჯირკვლის ანომალიის (ჰიპოპლაზია, ატროფია), შაქრიანი დიაბეტის, მენჯის არტერიების თრომბოზის და სხვათა დროს. აქ სამი მომენტი უნდა გავითვალისწინოთ: 1) ავადმყოფთა ნაწილის ზოგადი მდგომარეობა, ზოგჯერ ასაკიც ისეთია, რომ სქესობრივი ლტოლვილება აღარ არის და ამიტომ სასქესო ასოს პროთეზირება უაზროა; 2) ავადმყოფთა ნაწილს თვითონ აღარ შეუძლია სქესობრივი ლტოლვილების დაკმაყოფილება, აღარ აქვს ორგაზმი, მაგრამ თუ მას სურს ეს ოპერაცია გაიკეთოს თავისი სქესობრივი პარტნიორის, ოჯახის შენარჩუნების ინტერესებისათვის, მას უფლება აქვს მოითხოვოს ასოს პროთეზირება. და კიდევაც უნდა გაუკეთდეს ეს; 3) კარგად შესრულებული და დამთავრებული პროთეზირების შემდეგაც კი ყოველთვის ვერ ვიღებთ სასურველ ფუნქციურ შედეგს (ერექციის სრული მოსპობა, მძიმე ნაწიბუროვანი ცვლილებები, სასქესო ასოს ძალზე მცირე ზომა და სხვ.). ასეთ შემთხვევებში სასქესო ასოს პროთეზირების სხვა წესები უნდა გამოვიყენოთ.

ეს ოპერაციები ჯერ ახალია, არ აქვს მოპოვებული საყოველთაო აღიარება ექიმთა, მათ შორის სექსოპათოლოგთა შორისაც. ოპერაციის გაუმართლებელი დისკრედიტაცია რომ არ მოხდეს, საჭიროა ავადმყოფთა გულდასმით შერჩევა. პირველი პირობაა ის, რომ ავადმყოფს ძლიერი თუ არა, საკმარისი ლიბიდო მაინც უნდა ჰქონდეს, იგი არა მარტო თანახმა უნდა იყოს ოპერაციისა, არამედ აქტიურად თხოულობდეს მას; ეს ოპერაციის წარმატების ერთ-ერთი საწინდარია. ამ მოსაზრებით საესებით აუცილებელია ავადმყოფის დეტალური სექსოლოგიური და ფსიქიატრიული შესწავლა.

სასქესო ასოს პროთეზები სხვადასხვა მასალისაგან მზადდება, სხვადასხვა კონსტრუქციისა და ზომისაა. ყველა მათგანი რამდენიმე საერთო პირობას უნდა პასუხობდეს: პროთეზი სასქესო ასოს ანატომიურ შენებას უნდა შეეფერებოდეს და ჩანერგვის შემდეგ იქმნებოდეს ნორმალური ერეგირებული ასოს შთაბეჭდილება; პროთეზიანი ასოს ინტროექცია ადვილი უნდა იყოს, ფრიქცია — ორივე პარტნიორისათვის უმტკივნეულო; პროთეზი ისეთი მასალიდან უნდა იყოს დამზადებული, რომ ქსოვილებს არ აღიზიანებდეს, არ შეიწოვოს, არ დაიშალოს, დიდხანს ემსახუროს პატრონს (სურ. 57).

პროთეზის ჩანერგვისათვის საჭიროა სასქესო ასოს დორსალურ ზედაპირზე გვირგვინოვან ღარში გატარდეს რკალისმაგვარი განაკ-

ვეთი (სურ. 58) მოიძებნოს და გაიკვეთოს ბუკის ფასცია და ასოს თეთრი გარსი. ამ განაკვეთიდან კეთდება გვირაბი ბუჟის დახმარებით (იწყება N 12-ით და თანდათანობით აგანიერებენ არხს N 30-დე), ჯერ ასოს ძირის, ხოლო შემდეგ თავის მიმართულებით და ძალდაუტანებლად ამ გვირაბში თავსდება პროთეზი. ამის შემდეგ გაიკერება თეთრი გარსი, შემდეგ ფასცია ბოლოს კანის განაკვეთი. ასეთი მანიპულაცია კეთდება ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე მხრეს. დაბოლოს, სასქესო ასოზე 2—3 დღით დამწოლი ნახვევი იდება.

პროთეზი ორი დიამეტრისაა (9,5 და 11 მმ), სიგრძის შერჩევა კი ასოს სიგრძეზეა დამოკიდებული. თუ შერჩეული პროთეზი მაინც გრძელი აღმოჩნდა, ოპერაციის დროსვე შეიძლება მისი დამოკლება დისტალური (კონუსისებური) ბოლოს გადაჭრის გზით.

ვ. კრასულინი და მისი თანამშრომლები პროთეზს თეთრი გარსის გარეთ ათავსებენ და ყოველნაირად ცდილობენ თეთრი გარსი არ დააზიანონ. არის სხვა წინადადებებიც, მათ შორის პროთეზის ჩანერგვა საკუთრივ მღვიმოვან სხეულებში, ან მათ შორის. ამ წინადადებების საბუთი ისაა, რომ ერექცია მღვიმოვანი სხეულების ფუნქციაა, ე. ი. პროთეზიც აქაა საჭირო (21). პროთეზს ორივე ან ერთ-ერთ მღვიმოვან სხეულში ათავსებენ (22).

ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეებში შეიძლება იყოს სასქესო ასოს შეშუპება, ტკივილი. ეს მოვლენები 1—2 კვირაში გაივლის. სქესობრივი ცხოვრების დაწყება შეიძლება 1,5—2 თვის შემდეგ. პირველ ხანებში სქესობრივი აქტი არ უნდა იყოს ხშირი (არა უხშირეს 2—3-ჯერ კვირაში) და ძლიერ ვნებიანი. ასეთი სიფრთხილე საჭიროა 4—6 თვეს, სანამ ნაწიბურები საკმაოდ მომწიფდებოდეს.

ოპერაციის შემდეგ, შედარებით შორეულ ვადებში, შეიძლება სხვადასხვა გართულება: ჰემატომის გაჩენა, დაჩირქება, პროთეზის მოშორება, მისი გადატეხა. თუ მკურნალობამ სასურველი შედეგი არ მოგვცა, პროთეზი უნდა ამოვიღოთ. განმეორებით მისი ჩადგმა შეიძლება არა უადრეს 6 თვისა. თუ პროთეზის ამოღება საჭირო გახდა მისი გადატეხის გამო, ახალი პროთეზი მაშინვე შეიძლება ჩაიდგას.

ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობა (ზოგი ავტორის მასალით — 80%-მდე) პროთეზით კმაყოფილია, ბევრი მათგანი, რაკი თავის უნარში დარწმუნდა, აღნიშნავს სპონტანურ ერექციებს და უკვე საჭიროდაც აღარ მიაჩნია პროთეზი. დიდი გამოცდილების მქონე ჭირურგები გვაფრთხილებენ, რომ ამ მოტივით პროთეზის ამოღება არ უნდა ვიჩქაროთ.

არის სხვანაირი პროთეზებიც, ერთ-ერთი ასეთია: მღვიმოვან სხეულებს შორის თავსდება პოლიეთილენის მილი, რომელიც ჩვეულებრივ ცარიელი და ჩაფუშულია. საზარდულის მიდამოში (ან სათესლე პარკის რომელიმე ნახევარში) მოთავსებულია ისეთივე პლასტმასის რეზერვუარი, სავსე სქელი, ბლანტი სითხით. ორივე ჰურჭელი უერთდება ერთმანეთს კანქვეშ გატარებული წვრილი მილით, რომელშიც სარქველია. ამ სარქველის წინააღმდეგობის გადასალახავად საჭიროა რეზერვუარზე დაწოლა: სითხე გადავა სასქესო ასოში მოთავსებულ მილში და ერექციას გამოიწვევს. სქესობრივი აქტის დამთავრების შემდეგ ასოს მოჭერით სითხე ისევ რეზერვუარში გადადის და ერექციაც გაივლის.

ენდოპროთეზები მეტწილად ერექციული იმპოტენციის ისეთი ფორმების დროს იხმარება, რომლებიც ტრავმის ან ანთებითი სნეულებების შედეგია. ფსიქოგენური ერექციული იმპოტენციის დროს, როდესაც იმედია, რომ ერექცია შეიძლება აღდგეს (და კიდევაც ხშირად ხდება ასე), საკმაო წარმატებით ხმარობენ სხვადასხვა კონსტრუქციის გარეგან პროთეზებს ან არტაშნებს. ზოგი მათგანი დრეკადი მავთულისგან დამზადებული ორი რგოლი და მათი შემაერთებელი მავთულია, ზოგი — პლასტმასის ცილინდრი, რომელიც სასქესო ასოზე წამოიცმევა და ჰაერით იბერება. ყველა ამ სამარჯვს საერთო სახელი აქვს — ერექტორი; უცხოეთში მათი საქარხნო წარმოებაც არის და საკმაოდ ძვირიც ღირს. მათი კონსტრუქციის და ხმარების წესის აღწერას აქ არ შევუდგებით, ეს სექსოპათოლოგების კომპეტენციაა, მაგრამ ზოგადი წარმოდგენისათვის ერთ სურათს მოვათავსებთ (სურ. 59). ის კი უნდა ვთქვათ, რომ ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში პროთეზირების მეთოდის შერჩევაში ქირურგი უნდა მონაწილეობდეს, ასევე ეხება მას პროთეზირების თუ შინირების ერთი მეთოდიდან, რომელიც კონკრეტული სუბიექტისათვის გამოუსადეგარი აღმოჩნდა, მეორეზე გადასვლა.

ერექციის აღდგენას ან გაუმჯობესებას ცდილობენ სასქესო ასოს სისხლის მიმოქცევაზე ზემოქმედების გზით. ყველაზე მარტივია წინადადება, რომ ავადმყოფმა სასქესო ასოზე ლეიკოპლასტი დაიხვიოს სპირალის სახით; ეს ასოს ამაგრებს და თან ვენურ ჰიპერემიასაც იწვევს. არის უფრო რადიკალური წინადადებებიც. მაგალითად, სასქესო ასოს არტერიის ანასტომოზი მენჯის რომელიმე არტერიასთან და მისთ.

მონოგრაფიები

Богораз Н. А. Восстановительная хирургия, т. II. М., 1949.
Буриан Фр. Атлас пластической хирургии, т. III. Москва—Прага, 1967.
Бронштейн Б. Л., Мусаев К. Д. Рак полового члена. Ташкент, 1972.
Гаврилюк Н. А., Гаврилюк И. А. Лечение спинальной импотенции. Киев, 1973.
Гойхберг М. И. Хирургическое и лучевое лечение рака полового члена. Киев, 1965.

დამოწმებული

1. Ефимов В. С. и др.—Урол. и нефрол., 1981, 5. 2. Люлько А. В.—Тезисы докладовVI Пленума Правления ВНОУ. Ростов/Д., 1983. 3. Степанов А. И., Соколов Л. Н.—Урол. и нефрол., 1971, 3. 4. Котов М. Г:—Урол. и нефрол. 1971,1. 5. Sochs W.a. P.— Arch. Dermat. Syphil., 1948, 58. 6. Ananthakrishan N. a. o.— Brit. J. Urol., 1981, 5. 8. Матвеев Б. П.—Урол. и нефрол. 1983, 4. 8. Nonnenmacher F. —Pol. Przegl chir,, 1967 6. 9. Eusträm T., Edsmis F.—Actu chir. Scand., 1958, 1—2. 10. van de Berg I, S. a. o. J. Urol., 1982, 1. 11. Лопаткин Н. А. и др.—Урол. и нефрол., 1982, 5. 12. Кан Д. В. и др. Урол. и. нефрол., 1981, 5. 13. Williams S. L. Thomas G. G.—J. Uroi,. 1971. 14. Frank A., Scott J.—J. Urol., 1971, 6. 15. лихтер М. С.—Исползование лазеров при лечении некоторых заболеваний. Автореф. канд. дилл., М., 1983. 16. Gangal M. P. a. o.—J. Urol., 1981, 1 17. Шипосв П. А.—Урол. и нефрол-1983; 5. 18. Gessia Gassarino F. Minerva urol., 1966, 18. 19, Шин. каров А. Г. Гулешко С. Ф.—Вопр. клин. и эксп. урологии. Оренбург, 1973, 7. 20. Sacher E. C. a. o.—J. Urol., 1972, 1. 21. Красулин В. В., Тараканов В. П.—Урол., и нефрол., 1974, 4. 22. Зильберман М Н., Свиренко D. В.—Урол. и нефрол., 1983, 2.

შარდსადენი

განვითარების ანომალიები

შარდსადენის ემბრიონული განვითარება მეტად რთული და ხანგრძლივი პროცესია, თანაც ამ პროცესში სხვადასხვა წარმონაქმნები მონაწილეობს. ამიტომ შარდსადენის ანომალიები ხშირია, მაგრამ მხოლოდ ჰიპოსპადიის ხარჯზე, ნაწილობრივ ეპისპადიისაც. სიხშირით ნაკლებია, ვიდრე ჰიპოსპადია, მაგრამ ფრიად მნიშვნელოვანი პრობლემაა ანომალიათა ჯგუფი, რომელთა საერთო სახელწოდებაა ინფრავეზიკალური ობსტრუქციები.

საშარდე და სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიათა შორის თავისი სიხშირით პირველ ადგილზეა რთული მანკი, რომლის დროსაც შარდსადენის გარეთა ხვრელი მდებარეობს არა სასქესო ასოს მწვერვალზე, როგორც ეს ჩვეულებრივად არის, არამედ უფრო მაღლა — ასოს სხეულის, სათესლე პარკის ან შორისის პროექციაზე (სურ. 60). ეს ნიშნავს რომ შარდსადენის ამა თუ იმ სიგრძის მონაკვეთი (სასქესო ასოს თავის მწვერვალიდან — შარდსადენის გარეთა ხვრელის ჩვეულებრივი ადგილიდან დაწყებული) განუვითარებელია და მის მაგივრად შემაერთებელქსოვილოვანი ზონარი არსებობს. ზოგ შემთხვევაში არსებობს აგრეთვე შარდსადენის ღორწოვანი გარსის ნაშთი, რომელიც ვიწრო ზოლის სახით არის გაჭიმული შარდსადენის დაბოლოებასა და სასქესო ასოს თავს შორის; იქმნება შთაბეჭდილება, რომ შარდსადენი გახლეჩილი და გადაშლილია. ასეთი ანატომიური სურათიდან არის წარმოშობილი ანომალიის სახელწოდებაც: (ბერძ. hypo — ქვეშ, spaò — ხვრელი).

მრავალი გამოკვლევით დადგენილია, რომ ჰიპოსპადია 300—400 ახალშობილი ვაჟიდან ერთს აქვს. ჩვენს კლინიკაში 20 წლის განმავლობაში 1000-ზე მეტი ბავშვი იწვა ჰიპოსპადიით, რაც ნიშნავს, რომ საწოლთა 15—20% მხოლოდ ასეთ ავადმყოფებს უკავიათ.

ჰიპოსპადია ჩვეულებრივ ბავშვობაშივე იქცევს მშობლების ყურადღებას, უხშირესად ამ პერიოდშივე ხდება მისი კორექცია. ამის გამო მოწიფულთა შორის ეს ანომალია შედარებით იშვიათია.

ჰიპოსპადია ისეთი ანომალიაა, რომელიც თანაბრად ეხება საშარდე და სასქესო სისტემას. ერთის მხრივ, ეს შარდსადენის სიმოკლეა და ამიტომ მისი გარეთა ხვრელი ასოს ღეროვან ნაწილზე, მის ძირთან, სათესლე პარკის ან შორისის მიდამოში იხსნება; მეორეს მხრივ, ასო მოღუნულია ვენტრალურ სიბრტყეში და ეს მოხრილობა ერექციის დროს მატულობს. ასოს გამრუდების მიზეზია ის, რომ შარდსადენის არსებული გარეთა ხვრელიდან ასოს თავამდე გადაჭიმულია მისი რუდიმენტი — შემაერთებელქსოვილოვანი ზონარი (ქორდა) ან ღარი. ჩუჩაც არასწორად არის განვითარებული: ასოს უკანა ზედაპირზე, ლაგამის მიდამოში, იგი გახსნილია, წინა ზედაპირზე კი ვედმეტია და წინსაფარივით არის ჩამოშვებული.

თუ შარდსადენის გარეთა ხვრელი ასოს თავთან ახლოა, მოშარდ-

ვის აქტს ეს ხელს არ უშლის, მაგრამ რაც უფრო შორსაა ეს ხვრელი, მით უფრო მატულობს დისკომფორტი: შარდის ნაკადი ფართოა და მოკლე, ამიტომ პირდაპირ დაბლა იღვრება, ასველებს სათესლე პარკს, შორისს, ბარძაყის შიგნითა ზედაპირებს, თეთრეულს და ტანსაცმელს. ამიტომ ვაჟი იძულებულია ქალურად მოშარდოს — ჩამჯდარმა. ეს უკვე პატარა ბავშვობიდან იწვევს ტოლების დაცინვას და ფრიად მძიმედ მოქმედებს ბავშვის ფსიქიკაზე: იგი არ ერევა ამხანაგებში, არ თამაშობს მათთან და ჩამორჩება კიდევაც მათ ფიზიკური განვითარებით.

სქესობრივი მომწიფების დასრულების შემდეგ თავს იჩენს ანომალიის მეორე მხარე — სქესობრივი ცხოვრების შეუძლებლობა ასოს სიმრუდის გამო, ხოლო თუ სუბიექტმა როგორმე მაინც მოახერხა სქესობრივი კავშირი, იგი უშვილოა, რადგან კოიტუსის ბოლოს სპერმა ქალის საშოს ნაცვლად გარეთ იღვრება. სადაც უნდა იხსნებოდეს შარდსადენის გარეთა ხვრელი, ხშირად იგი ვიწროა, ნემსის ნაჩხვლეტს ჰგავს: ბავშვი ძაფივით წვრილი ნაკადით შარდავს, დიდხანს უნდება შარდის ბუშტის დაცლას, იჭინთება, წუხს; ზოგჯერ ეს არის მშობლების მიერ ბავშვის ექიმთან მიყვანის მიზეზი.

არც ისე იშვიათად ჰიპოსპადიას ცალმხრივი ან ორმხრივი კრიპტორქიზმიც ახლავს. თუ კრიპტორქიზმი ორმხრივია. სასქესო ასო მოკლეა, მოხრილი და მისი ვოლარული ზედაპირი მიხორცებულია სათესლე პარკის ნახევრებს შორის ამ დროს არსებულ ნაპრალთან. ვაჟის სასქესო ორგანოები ქალისას მოგვაგონებს.

ჰიპოსპადიის კლინიკური სურათი, ის ანატომიური თავისებურებანი, რაც ამ ანომალიას ახასიათებს, ფრიად ჭრელია და ძნელია ორი ერთმანეთის სავსებით მსგავსი შემთხვევის მოძებნა. მაინც შესაძლებელია მათი ერთგვარი დაჯგუფება — კლასიფიკაცია, რაც უმთავრესად შარდსადენის გარეთა ხვრელის დონის გათვალისწინებაზეა დამყარებული. მართლაც, ამ ნიშანს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს შარდსადენის აღდგენისათვის, მაგრამ ავადმყოფის სრული სანაციისათვის ზოგჯერ არანაკლები მნიშვნელობა აქვს იმის გათვალისწინებას — აქვს თუ არა ავადმყოფს შარდსადენის ხვრელის შევიწროება ან სასქესო ასოს გამრუდება.

ამ რამდენიმე ნიშნის თვალსაზრისით ფრიად ხელსაყრელია კლასიფიკაცია, რომელიც 4 ძირითად ჯგუფად ჰყოფს ჰიპოსპადიის ყველა შემთხვევას (სურ. 61).

I Hypospadia glandis	ა. შარდსადენის გარეთა ხვრელის სივიწროვით, ან უამისოდ;	ა. ცალმხრივი კრიპტორქიზმით
II. Hypospadia penis s. truhcnaeis	ბ. სასქესოს ასოს გამრუდებით, ან უამისოდ;	ბ. ორმხრივი კრიპტორქიზმით.
III. Hypospadia scrotalis	გ. სასქესო ასოს განუვითარებლობით და მისი კანის დეფექტით, ან უამისოდ.	გ. სათესლე ჯირკვლების ნორმალური მდებარეობით.
IV. Hypospadia perinealis		

არის ჰიპოსპადიის კიდევ ერთი სახე, რომლის დროსაც ასო დეფორმირებულია, მაგრამ შარდსადენის ხვრელი თავის ადგილზეა. ამას ფრანგი ავტორები უწოდებენ „ჰიპოსპადიას ჰიპოსპადიის გარეშე“ (სურ. 62). რაც უფრო მძიმე ფორმით არის გამოხატული ჰიპოსპადია, მით უფრო იშვიათია იგი. ჩვენი ავადმყოფებიდან hypospadia glandis ჰქონდა 46%-ს, h. truncalis — 25%-ს, h. scrolalis — 16%-ს, h. perinealis — 12%-ს, „hypospadia sine hypospadia“ — 1%-ს.

ჰიპოსპადიის მსუბუქი ფორმები ხშირად არც კი საჭიროებენ რაიმე მკურალობას: ეს მაშინ, როდესაც სასქესო ასო არ არის გამრუდებული, ხოლო შარდსადენის გარეთა ხვრელის დისტოპია იმდენად უმნიშვნელოა, რომ არ შეუძლია ხელი შეუშალოს არც ნორმალურ შარდვას, არც სქესობრივი ცხოვრების და განაყოფიერების უნარს.

თუ ქირურგიული მკურნალობა აუცილებელია, მეტწილად იგი მრავალეტაპიანია: საჭიროა ორი ან მეტჯერადი ჩარევა. ამიტომ აუცილებელია ოპერაციის ეტაპების სრული გათვალისწინება, მათი თანმიმდევრობის დალაგება არა მარტო ჩარევის სიმძიმისა და მკურნალობის ვადების მიხედვით, არამედ იმ ქსოვილების ეკონომიური ხარჯვის თვალსაზრისითაც, რომელთაგან უნდა მოხდეს სასქესო ასოს და შარდსადენის რეკონსტრუქცია.

დღემდე საკამათოა საკითხი, თუ როდის, რა ასაკში უნდა გაუკეთდეს ჰიპოსპადიიან ბავშვს ოპერაცია. ეს კამათი არ არის საფუძველს მოკლებული. თუ სიმახინჯეთა მკურნალობის ზოგად პრინციპებზე დამყარებით ვილაპარაკებთ, თითქოს საკითხი გადაჭრილია: რაც ადრე მოშორდება ბავშვს ფიზიკური ნაკლი, მით უკეთესია. ამას რამდენიმე უპირატესობა აქვს. ჯერ ერთი, რაც უფრო პატარაა ბავშვი, მით უფრო მეტია მისი ქსოვილების რეგენერაციის უნარი, მაშასადამე, მეტია წარმატების იმედიც. მეორე და მთავარი კი ისაა, რომ თუ სასქესო ასო ადრე არ გამოთავისუფლდა შეხორცებებისაგან და არ მიეცა მას

ნორმალური მდებარეობა, იგი ვერ იზრდება, ვერ ვითარდება; უფრო მეტიც, წლების განმავლობაში ის ნაწიბუროვანი ქსოვილი, რომელიც ასოს მღვიმოვანი სხეულების გარშემო არის მოთავსებული, უფრო მრავლდება, უხეშდება, სქელდება და, რაც ყველაზე უფრო ცუდია, იჭრება თვით მღვიმოვანი სხეულების სისქეში, იწვევს მათ დაცარიელებას და ამით მნიშვნელოვნად ამცირებს ან სავსებით სპობს ერექციის შესაძლებლობას.

ცნობილია, რომ როდესაც ასოს კორექცია მოწიფულ ასაკში ხდება, ზოგჯერ დიდი ხნით ჰქრება ერექციის უნარი. ბავშვთა ასაკში გაკეთებულ ოპერაციას ეს ნაკლი არ ახასიათებს; ამ მოსაზრებითაც ოპერაციის პირველი მომენტის გაკეთება უმჯობესია ნორჩ — 1-2 წლის ასაკში.

ოპერაციის მეორე მომენტის — შარდსადენის აღდგენის დროის განსაზღვრა დამოკიდებულია ბავშვის ორგანიზმის, განსაკუთრებით კი სასქესო ასოს განვითარებაზე, მისი ზრდის ტემპზე. მიუხედავად დიდი ინდივიდუალური გადახრებისა, ყველაზე ხელსაყრელია შარდსადენის პლასტიკა 5—6 წლის ასაკში გაკეთდეს, რათა ბავშვის სკოლაში შესვლის დროისათვის ყველაფერი დამთავრებული იყოს. სამწუხაროდ, ავადმყოფთა გვიან მოსვლის გამო ხშირად გვიხდება როგორც პირველი, ისე მეორე ოპერაციის გაკეთება გაცილებით უფრო მოზრდილ ასაკში.

ზოგჯერ საჭირო ხდება ორივე ოპერაცის ერთდროულად ჩატარება. ეს მაშინ, როდესაც ავადმყოფი ზრდადასრულებულია და უკვე აღარ არის იმის იმედი, რომ ინტერვალი მათ შორის მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს შარდსადენის აღდგენის პირობებს. რაც უფრო მკვეთრად არის გამოხატული ჰიპოსპადია, იმდენად რთულია ოპერაციული ჩარევის ტექნიკა.

განსაკუთრებული ყურადღება ქირურგის აღჭურვილობის საკითხს უნდა მიექცეს. სკალპელი მჭრელი უნდა იყოს და ზომით რაც შეიძლება პატარა — თვალისა, პინცეტები და მომჭერები — აგრეთვე პატარა ზომისა და ნაზი, საკერავი ნემსი ძლიერ წვრილი; ყველაზე უკეთესია ატრავმული ნემსი კაპრონის (ნეილონის) უწვრილესი ძაფით. ბოლო ხანებში წარმატებით ვხმარობთ დექსონის (გამწოვად) ძაფს.

მრავალი წლის გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ შარდის გადაყვანა ჰიპოსპადიის ოპერაციის გამო ყოველთვის არ არის საჭირო. მეტწილად საკმარისია შარდსადენის გავლით ბუშტში 3 მმ დიამეტრის პლასტმასის მილის („სტენტის“) ჩატოვება. საკუთრივ შარდი ჭრი-

ლობის შეხორცებას ხელს არ უშლის, პირიქით, აჩქარებს კიდევაც მის ეპითელიზაციას, მაგრამ იგი ნაკერებს შორის არ უნდა მიჟონავდეს; წინააღმდეგ შემთხვევაში ჭრილობა ამ ადგილზე უთუოდ გაიხსნება. თუ შარდის გადაყვანა აუცილებელია (რთული პლასტიკური ოპერაციების შემდეგ) ეს კეთდება ან შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ფისტულის გზით, ან შორისისმხრივი ურეთროსტომიით. ამისათვის ლითონის სწორ კათეტერს (ქალისას) წამოეცმება რბილი კათეტერი, რომელიც ჩაიდგმება შარდის ბუშტში. შემდეგ ლითონის კათეტერის ნისკარტის დახმარებით შარდსადენი გამოიზნიქება შორისის მიდამოში, აქ 1 სმ სიგრძეზე კანი, კანქვეშა ქსოვილი და თვით შარდსადენი გაიკვეთება და აქ გამოიტანება კათეტერი, რომელიც კანზე დამაგრდება (სურ. 63).

რთული პლასტიკის შემთხვევებში სასურველია შარდის ბუშტიდან სპეციალური აპარატის დახმარებით შარდის მუდმივი ამოწოვა.

ოპერაციის შემდეგ უახლოეს დღეებში ხშირია ასოს კანის, განსაკუთრებით ჩუჩის შეშუპება; იგი მით უფროა გამოხატული, რაც უფრო ფართო და ტრავმული იყო ოპერაციული ჩარევა. ასეთი შეშუპება ზოგჯერ საშიშია, რადგან სისხლის მიმოქცევის დარღვევას იწვევს, ხელს უშლის რეგენერაციის პროცესს და კანის ნეკროზიც შეიძლება განვითარდეს. შეშუპების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ზომიერად და თანაბრად დამწოლი ნახვევის დადება — მხოლოდ აუცილებლად ასოს მთელ სიგრძეზე (თავის ჩართვით). თუ შეშუპება მაინც განვითარდა, საკმარისია მსხვილი საინექციო ნემსით რამდენიმე ადგილას მისი ჩაჩხვლეტა; ზოგჯერ ამ მანიპულაციის ორ-სამჯერ განმეორებაც იქნება საჭირო.

ერექცია, რომელიც ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ხდება, ხშირად ჭრილობის კიდეების დაჭიმვას, დაშორებას, მის გახსნას იწვევს. ჩვილ ასაკში ერექცია უფრო იშვიათია, ნაკლებ ძლიერი და ჩვეულებრივად მოშარდვის სურვილთან არის დაკავშირებული; თუ შარდი გადაყვანილია და სადრენაჟო მილი კარგად მოქმედებს, ერექცია ან სულ არ არის, ან იშვიათი და ხანმოკლეა. მაგრამ რაც უფრო მოზრდილია ბავშვი, მით უფრო ხშირია და ძლიერი ერექცია, და მით უფრ მეტ საშიშროებას წარმოადგენს. ერექციის თავიდან აცილება შეიძლება, გარკვეულ ფარგლებში მაინც. ავადმყოფი ძალიან თბილად და ყოველთვის ზურგზე არ უნდა იწვეს, ლეიბი ხმელი უნდა იყოს, დიეტიდან უნდა გამოვრიცხოთ ცხარე, მწარე და საერთოდ გამაღიზიანებელი საკვები პროდუქტი, დავუნიშნოთ ბრომის პრეპარატები

(მათ შორის camphora monobromata), სხვა სედატური საშუალებები (სედუქსენი, ელენიუმი, პიპოლფენი, ტრიოქსაზინი და სხვ.) — ასაკის შესაფერი დოზებით.

პლასტიკური ოპერაციები ჰიპოსპადიის დროს ყოველთვის როდი იძლევა დადებით შედეგს. იდეალურად გასწორებული ასო და აღდგენილი შარდსადენი, რომლებიც უშუალოდ ოპერაციის შემდეგ არაფრით განსხვავდებიან ხოლმე ნორმალურისაგან, რამდენიმე დღის შემდეგ, ჭრილობის გახსნის შედეგად, ისე ძველ ან კიდევ უფრო მახინჯ ფორმას იღებს.

შარდსადენის გარეთა ხვრელის თანდაყოლილი შევიწროება სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს. რაც უფრო ადრე იქნება გამოვლინებული ეს ნაკლი, მით უკეთესია. ამიტომ ეს მოვალეობა სამშობიარო სახლის ექიმებმა უნდა იკისრონ და ახალშობილის გაწერისას რაიონის პედიატრს აცნობონ ამის შესახებ.

შარდსადენის გარეთა ხვრელის უსისხლო გაგანიერება — ბუჟით ან სხვა იარაღით, — დროებით შედეგს იძლევა და ამიტომ მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს, როდესაც ოპერაციული ჩარევა წინააღმდეგ ნაჩვენებია.

შეატოტომია ადგილობრივი ანესთეზიით, ან ნარკოზით კეთდება. შარდსადენის გარეთა ხვრელში წვრილი პინცეტი შეაქვთ და მის კიდეებზე ორ განაკვეთს ატარებენ, თითო 3—4 მმ სიგრძის, ირიბად და ქვემოთკენ, თუმცა ჩაჭრა სხვა მიმართულებითაც შეიძლება (სურ. 64) ლორწოვან გარსსა და კანს შორის ყოველ განაკვეთზე 1-2 კეტგუტის ნაკერი ედება. კათეტერის დატოვება საჭირო არ არის.

ხშირად ჰიპოსპადიის გამო ოპერაციის პირველი ეტაპი სასქესო ასოს კორექციაა. იშვიათად, როდესაც ასო გამრუდებულია, მაგრამ შარდსადენის ხვრელი თავის ადგილზეა, შესაძლებელია იგი ერთადერთი და საბოლოო ჩარევაც იქნეს.

ასოს კორექციის ძირითადი ეტაპია რუდიმენტული შარდსადენის და მის უკან, აგრეთვე მღვიმოვან სხეულებს შორის არსებული ნაწიბუროვანი ქსოვილის სრული ამოკვეთა. ზოგჯერ ამ მიზნით საჭირო ხდება შარდსადენის ხვრელის კიდევ უფრო მაღლა აწევა, მისი დისტოპიის გაძლიერება, რადგან შემაერთი ქსოვილი მის უკანაც არის შეჭრილი.

ამის შემდეგ ასოს მფარავი კანი ისე უნდა გადაადგილდეს, რომ დარჩენილი დეფექტი დაიხუროს. ამისათვის ხშირად საჭირო ხდება

კანის სამკუთხოვანი, ე. წ. შემხვედრი ნაფლეთების მეთოდით გადაადგილება (სურ. 65).

სასქესო ასოს კორექციის დროს კანის ამა თუ იმ ზომის დეფექტი ყოველთვის რჩება, მისი დაფარვა მეტწილად შესაძლებელი ხდება ასოს საკუთარი კანით, ან კიდევ ჩუჩის ფურცლებით, იშვიათად სათესლე პარკიდან ან სხვა მიდამოდან გადმოწეული კანით. დეფექტის დაფარვა ასოს კანით, მართალია, გვაიძულებს მომჭირნეობით ვხარჯოთ კანის თვითეული კვადრატული მილიმეტრიც კი, მაგრამ ამასთანავე აუმჯობესებს ოპერაციის შედეგს, რადგან პლასტიკა მთლიანად ადგილობრივი, კვებაშენარჩუნებული ქსოვილებით კეთდება.

თუ კანის დეფექტის დახურვა ასოს კანითვე ვერ ხერხდება. კარგ შედეგს იძლევა პლასტიკა ჩუჩის ფურცლების გამოყენებით. დეფექტის დასაფარავად ჩუჩის ფურცლები ერთმანეთისაგან უნდა გაითიშოს და გარშემო შემოეხვიოს ასოს დისტალურ ნაწილს. შეიძლება აგრეთვე ჩუჩის ფურცლებისაგან შექმნილ ნაფლეთში ფანჯარა გაკეთდეს, მასში გატარდეს ასოს თავი და შემდეგ შემოეხვიოს იგი ასოს გაშიშვლებულ ნაწილს.

ნაკლებ საიმედოა კანის დეფექტის დახურვა მეზობელი მიდამოებიდან აღებული კანით. ამ მიზნით ხმარობენ ბოქვენზედა მიდამოს, ბარძაყის მედიალური ზედაპირის ან სათესლე პარკის კანს. კარგადაც რომ დასრულდეს ასეთი ოპერაცია ჭრილობის შეხორცების თვალსაზრისით, მისი ფუნქციური შედეგი მაინც არ არის დამაკმაყოფილებელი. ასე წამოსესხებული კანი სქელი და ტლანქია, მას კანქვეშა ცხიმი ახლავს, ხოლო სათესლე პარკის და ბოქვენზედა მიდამოს კანზე თმა იზრდება.

შარდსადენის აღდგენა — მისი არარსებული მონაკვეთის ადგილზე ახალი სადინარის შექმნა — ჰიპოსპადიის ოპერაციული მკურნალობის უმთავრესი და უძნელესი ეტაპია. ამ ოპერაციის 200-მდე წესი და ვარიანტი არსებობს.

დუპლეის (S. E.Dyplay — ფრანგი ქირურგი) წესით შარდსადენის შექმნის მიზნით ასოს ვოლარულ ზედაპირზე, ერთმანეთიდან 15 მმ დაშორებით, ტარდება ორი გასწვრივი განაკვეთი. კანი ორივე მხარეს 4—5 მმ მანძილზე აეცლება ქვემდებარე ქსოვილებს და მილის სახით შეიკერება (უმჯობესია კათეტერზე). ეს მილი მღვიმოვან სხეულებს შორის არსებულ ღარში თავსდება და ზემოდან ისევ ასოს კანით დაიფარება, რისთვისაც საჭირო ხდება კანის დარჩენილი კიდეების პრეპარაცია. კანის გასისხლიანებული ზედაპირები ერთმანეთს

კარგად ეხორცება და შარდსადენიც კარგი, სქელკედლიანი გამოდის (სურ. 66).

დუპლეის წესს ის ნაკლი აქვს, რომ ასოს კანი ყოველთვის არ არის საკმარისი დუბლიკატურის შესაქმნელად. კარგ შედეგს იძლევა სათესლე პარკის კანის წამოსესხება (სურ. 67), როდესაც შარდსადენის გარეთა ხვრელი სათესლე პარკის ან შორისის მიდამოშია მოთავსებული, რა თქმა უნდა, სათესლე პარკის კანის წამოსესხება იქნება საჭირო. პლასტიკის შედეგისათვის უარყოფითი მოვლენაა სათესლე პარკის კანის თმის სამოსი. შარდსადენის შექმნისას ეს თმიანი კანი შიგნით ექცევა, თმა იზრდება, მასზე შარდის მარილები ილექება, ეს კი ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს. ამის თავიდან ასაცილებლად სხვადასხვა ღონისძიებაა მოწოდებული, მათ შორის კანის წინასწარი ელექტროდეპილაცია, მაგრამ არცერთი მათგანი ამ გართულების სრული აცილების გარანტიას არ იძლევა.

ჩუჩის ფურცლებით პლასტიკას ეს ნაკლი არ აქვს, სამაგიეროდ ეს ფურცლები თხელია, მათი შეკერვა კიდეების კარგი ადაპტაციით ძნელია, კვებაც ადვილად ირღვევა.

კანის დიდ ეკონომიას იძლევა დენის ბრაუნის წესი (D. J. Browne, 1892—1982, ინგლისელი ქირურგი). ამ დროს სასქესო ასოს კანზე ორი პარალელური განაკვეთი ტარდება და მათი გარეთა კიდეების პრეპარაციის შემდეგ შარდსადენი კათეტერზე შეიკერება. ასეთი წესით შექმნილ შარდსადენს უკანა კედელი ასოს კანისა აქვს, ხოლო წინა და გვერდითი კედლები იმავე ასოს კანის უკანა, გასისხლიანებული ზედაპირია. ეს ზედაპირი ჩქარა ეპითელიზაციას განიცდის და სრულფასოვან შარდსადენს ვღებულობთ; ეს წესი არჩევით წესადაა აღიარებული (სურ. 68).

კანის რეზერვის გადიდების მიზნით საყურადღებოა ვ. კოლევატიხის წინადადება. იგი ასოს კანის დაჭიმვას და მისგან მილის შეკერვას გვირჩევს, მხოლოდ ეს მილი დროებითია. შარდსადენის საბოლოო პლასტიკა 4—5 კვირის შემდეგ კეთდება, ამ ხნის განმავლობაში კანი იჭიმება, მისი ფართობი მატულობს. ეს ოპერაცია სამეტაპიანია და თუ ეტაპთაშუა ინტერვალსაც ვიანგარიშებთ, დიდ დროს მოითხოვს.

ყველაზე კარგი მასალა შარდსადენის შესაქმნელად არის სასქესო ასოს ვენტრალური ზედაპირის მფარავი კანი, აგრეთვე სათესლე პარკის შუა ზოლი, ჩუჩის ორივე — შიგნითა და გარეთა ფურცელი, ამ

მიდამოების კანი ელასტიკურია, კარგად იწელება, საკმარისი სიხლით მომარაგება აქვს, მასზე თმა არ არის ან ცოტაა.

დუპლეს მეთოდით შარდსადენი იქმნება სასქესო ასოს ვენტრალური ზედაპირის კანისაგან. აქ კეთდება ორი პარალელური განაკვეთი ისე, რომ ისინი შარდსადენის ხვრელის ზემოთ შეერთდნენ. კანი ორივე მხრიდან ნაწილობრივ აშრევდება და იქმნება არა ნაკლებ 20 მმ-ის სიგანის კანის ნაფლეთი. კანის ნაფლეთი ორივე მხარეს 4—4 მმ-ზე თავისუფლდება და იკერება მილის სახით 5—6 მმ დიამეტრის კათეტერზე. კანის დეფექტი ისევ ასოს კანით უნდა დაიფაროს, ამისათვის კი საჭიროა ჭრილობის კიდეების სეპარაცია ორივე მხარეს 10—10 მმ-ზე, ასეთი ტექნიკა კანის დიდ მარაგს თხოულობს: 5 მმ დიამეტრის შარდსადენის შესაქმნელად საჭიროა $2\pi r - 3.14 \times \times 5 = 16$ მმ სიგანის ზოლი ნაკერებისათვის საჭიროა კიდევ ორივე მხარეს 3—4 მმ სიგანე, ამრიგად, სულ გამოდის 22—24 მმ ზოლი. დარჩენილი დეფექტის დასახურავად საჭიროა კიდევ 16—20 მმ. საერთო ჯამში სიგანე კანის ზოლისა, რომელიც ჩვენ გვჭირდება, სულ ცოტა 40 მმ უნდა იყოს. კანის ასეთი მარაგი ბავშვს კი არა, მოწიფულსაც ყოველთვის არ აქვს. აქ ნაჩვენებია კანის მარაგის გაზომვის წესი (სურ. 69). თუ სიგანე კანის ზოლისა, რომლის გამოყენება შეიძლება, 40 მმ-ია შეიძლება გამოვიყენოთ დუპლეს წესი, თუ ნაკლები — დ. ბრაუნის, ბერკენფელდის ან რომელიმე სხვა წესი.

როგორც ვთქვით, შარდსადენის შესაქმნელად იდეალურია სასქესო ასოს კანი, ხოლო მისი დეფექტის დასაფარავად სათესლე პარკის კანიც კარგია. სასქესო ასოს კანის მაქსიმალურად გამოყენებისათვის ასოს დორსალურ ზედაპირზე სარელაქსაციო განაკვეთი ტარდება, რის შემდეგ დორსალურ ზედაპირზე საკმაოდ დიდი დეფექტი რჩება. ჩვენს კლინიკაში დამუშავებულია ამ დეფექტის სათესლე პარკის კანით დახურვის წესი, რომლის სქემურ ნახატს აქვე ვათავსებთ (სურ. 70).

ეპისპადია

ეპისპადია ჰიპოსპადიის ანტიპოდია (epi — ზედას ნიშნავს), ე. ი. ამ ანომალიის დროს გახლეჩილია შარდსადენის წინა კედელი. ამ გახლეჩის (ასოს თავიდან დაწყებული) დონის მიხედვით არჩევენ ასოს თავის, ღეროვანი ნაწილის და ტოტალურ ეპისპადიას.

ჯერ ტოტალური ეპისპადიის პათოლოგიური ანატომია აღვწეროთ, რადგან ეს ფორმა ყველაზე ხშირია — 90%-მდე (ლაპარაკია, ცხადია ვაჟებზე).

სასქესო ასო განუვითარებელია — ასაკის შესაფერ ზომაზე სიგრძით ორჯერ-სამჯერ ნაკლები, თანაც მოღუნულია და დეფორმირებული — გაბრტყელებული. იმის გამო, რომ მღვიმოვანი სხეულების ბოქვენის ძვლებთან მიმაგრებული ფეხები ერთმანეთს დაცილებულია, სასქესო ასო გადახრილია მუცლის წინა კედლისაკენ ისე, რომ მისი ღეროვანი ნაწილი უშუალოდ ბოქვენის სიმფიზს ეხება, ეფარება შარდის ბუშტის ყელს და 90°-ით შემობრუნებულია, უხშირესად მარცხნივ. სასქესო ასო ჩაფლულია გარშემო ქსოვილებში, ამიტომ მოჩანს მხოლოდ ასოს თავი და ზედმეტად განვითარებული ჩუჩა (სურ. 71). მღვიმოვანი სხეულები წინიდან გათიშულია — მათ შორის ღრმა ღარი გადის, რომელიც ამოფენილია გახლეჩილი შარდსადენის ლორწოვანი გარსით. ეს ღარი გაბრტყელებულ სასქესო ასოს მთელ სიგრძეზე გასდევს და ზემოთ შარდის ბუშტის ლორწოვან გარსს ერთვის. შარდსადენის ლორწოვანი გარსის სიგანე 7—15 მმ-ია, ეს უმეტეს შემთხვევაში საშუალებას იძლევა იგი მილად შეიკეროს წვრილ კათეტერზე (№ 12—16). აღწერილ სურათს ხშირად ისიც ემატება, რომ სათესლე ჯირკვლები სუსტად არის განვითარებული, ან კრიპტორქიზმია; განუვითარებელია სათესლე პარკიც. ბოქვენის ძვლები მეტნაკლებად გათიშულია. თუ მანძილი მათ შორის 5—6 სმ მეტია, ბოქვენის მიდამო გაბრტყელებულია და დაბლისკენ დაქანებული, ზოგჯერ, შემაღლების ნაცვლად, ჩაღრმავებულიც კია. სიმფიზის გათიშვა კარგად მოჩანს რენტგენოგრამაზე.

შარდსადენის გარეთა ხვრელი უშუალოდ ბოქვენის ქვემოთაა, და იქვე მოჩანს შარდის ბუშტში შესასვლელი — ძაბრისებრი ჩაღრმავების სახით. გარეთა ხვრელი ფართოა—10-15 მმ, ზოგჯერ თითსაც ატარებს, რომელიც მაშინვე ხვდება შარდის ბუშტში. ამრიგად, შარდის ბუშტის ყელი ფაქტობრივად არ არსებობს, იგი გახლეჩილი შარდსადენის გაგრძელებაა. ტოტალური ეპისპადიის მძიმე ფორმების დროს ზოგჯერ შარდსადენის და შარდის ბუშტის ყელის გახლეჩა კიდევ უფრო ზევით მიდის — შარდის ბუშტის წინა კედელზე ვრცელდება. ასეთი ეპისპადია უკვე შარდის ბუშტის ექსტროფიას ემსგავსება (სურ. 72). ფუნქციური დარღვევა — შარდის სრული შეუკავებლობაა. ნაკლებ მძიმე ფორმების დროს შეუკავებლობა ნაწილობრივია — მწოლიარე მდგომარეობაში ავადმყოფი იკავებს შარდს, მაგრამ წამოდგე-

ბა თუ არა მუდამ სველია აქ ბევრი სხვადასხვა ვარიანტი შეიძლება იყოს.

სქესობრივი მომწიფების შემდეგ ამ დარღვევას მეორეც ემატება— სქესობრივი ცხოვრების სრული შეუძლებლობა — ასოს დეფორმაციის და სუსტი ერექციის გამო.

ბოქვენის, შორისის, სათესლე პარკის, ბარძაყის შიგნითა ზედაპირების მუდმივი სისველე კანის მაცერაციას, დერმატიტს, დაწყლულებას იწვევს. ამის გარდა, მუდმივი სისველე და გახრწნილი შარდის სუნი ასეთ ბავშვს საშუალებას ართმევს საბავშვო ბაღში ან სკოლაში იაროს, ტოლებთან ითამაშოს; ამიტომ იგი გონებრივად და ფიზიკურადაც ჩამორჩენილია.

ეპისპადიას ხშირად ახლავს სხვა ანომალიებიც — უხშირესად საშარდე სისტემის ორგანოებისა, მათ შორის აღსანიშნავია თირკმლების ანომალიები, თუმცა ისინი განსაკუთრებულ პრობლემებს არ ჰქმნიან.

ეპისპადიის მსუბუქი ფორმების (ასოს თავის, ღეროს ქვედა მესამედისა) მკურნალობა არ არის ძნელი და არც განსხვავდება პრინციპულად ჰიპოსპადიის გამო წარმოებული ოპერაციებისაგან. რთული ამოცანაა ტოტალური ეპისპადიის დროს შარდსადენის, სასქესო ასოს ნორმალური ფორმის და მიმართულების აღდგენა, ყველაზე მეტად კი — შარდის ბუშტის და შარდსადენის ქსოვილებიდან სფინქტერის შექმნა.

ეპისპადიის მკურნალობა, ცხადია, მხოლოდ ქირურგიულია. ოპერაციის 3 სხვადასხვა პრინციპია წამოყენებული: შარდსადენის და გარეთა სასქესო ორგანოების აღდგენა; შარდის შეუკავებლობის ლიკვიდაცია (მექანიკური სფინქტერით, ჩონჩხის კუნთების ან ადგილობრივი ქსოვილების გამოყენების გზით); შარდის დერივაცია მსხვილ ნაწლავში. ამ პრინციპებზე აგებული ოპერაციები არ აღმოჩნდა დამაკმაყოფილებელი: მარტო შარდსადენის და სასქესო ასოს აღდგენა არ არის საკმარისი, რადგან რჩება შარდის შეუკავებლობა; შარდის ბუშტის სფინქტერის შესაქმნელად მექანიკური სამარჯვეები არ გამოდგება; ვერ მიაღწია შედეგს განივზოლიანი კუნთების წამოსესხებამ, ხოლო ადგილობრივ არ აღმოჩნდა საკმარისი კუნთოვანი ბოჭკოები სრულყოფილი სფინქტერის შესაქმნელად; შარდსაწვეთების ნაწლავში გადანერგვა საერთოდ ანტიფიზიოლოგიური ოპერაციაა და თუ შარდის ბუშტის კიბოს დროს მისი გამოყენება ასე თუ ისე გამართლებულია, ეპისპადიის დროს იგი არ უნდა ვიხმაროთ იმ დიდი საფრთხის გამო, რომლის წინაშე დგება ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ — აღმა-

ვალი პიელონეფრიტი, ჰიპერქლორემიული აციდოზი, თირკმლების უკმარისობა და მისთ.

ოპერაციის უთუოდ ახალი პრინციპია შარდის ბუშტის სფინქტერის შექმნა ლიეტოდის სამკუთხედის კუნთოვანი შრისაგან. ცნობილია რამდენიმე ასეთი ოპერაცია, მათ შორის, ვ. მ. დერჟავინისა (1). მრავალთაგან აქ ამ უკანასკნელს აღვწერთ, მით უმეტეს, რომ რამდენიმეჯერ გამოვიყენეთ ივი და შედეგიც კარგი მივიღეთ. თვითონ ავტორი გვაფრთხილებს, რომ ოპერაცია ნაკლებად საიმედოა, თუ არის ხერხემლის გავა-კუდუსუნის ნაწილის აგენეზია (ამ დროს ხშირად მოშლილია შარდის ბუშტის ინერვაცია), ან ძალზე დიდია ბოქვენის ძვლების დიასტაზი (7-8 წლის ასაკში — 6-7 სმ-ზე მეტი, 12-13 წლის ასაკში — 9-10 სმ-ზე მეტი).

ოპერაციის ტექნიკა ასეთია. კანის განაკვეთი ბოქვენისა და ბოქვენზედა მიდამოში ტარდება, შუა ხაზზე. სწორი და პირამიდული კუნთები ჩლუნგად ითიშება. შარდის ბუშტის ყელის მიდამო სცილდება ბოქვენის სიმფიზის ქვედა ზედაპირს ისე, რომ მათ შორის ოპერატორის თითი შეივიდეს. იკვეთება ბოქვენის სიმფიზი და დადაიწევა. გამოთავისუფლდება შარდის ბუშტის წინა კედელი პერიტონეუმის ნაკეცამდე, აგრეთვე გვერდითი ზედაპირები ბუშტის ქვედა მესამედისა — სწორ ნაწლავთან შეხების ადგილამდე. გაჩენილი გვერდითი ჯიბეები დროებით მარლის ტამპონით ამოივსება. ამის შემდეგ შარდის ბუშტის წინა კედელს, პერიტონეუმის ნაკეციდან 1 სმ ქვემოთ დაწყებული, კვანძოვანი ნაკერებით შიგნით აბრუნებენ ისე, რომ ჩაბრუნებული ზოლის სიგანე 3-4 სმ იყოს. ასეთი ნაკერი 7-8 სმ-ზე გრძელდება ქვემოთ, შარდის ბუშტის ყელამდე. შემდეგ ასეთივე ნაკერების მეორე სართული იდება, და იგი რეზინის კათეტერს შემოეჭირება. ასეთი ნაკერები ცვლის შარდის ბუშტის ფორმას — იგი ვიწროვდება და გრძელდება, სამაგიეროდ ყალიბდება მისი ყელი. ამავე დროს ლიეტოდის სამკუთხედის კიდეები ერთმანეთს უახლოვდება, ხოლო წინიდან იგი ნაწიბურს შეუხორცდება. ასე იკვრება კუნთოვანი წრე, რომელიც სფინქტერის როლს ასრულებს. კათეტერს 12-14 დღით ტოვებენ, ბოქვენზედა დრენაჟი საჭირო არ არის. სამაგიეროდ საჭიროა შარდის ბუშტის ყელის გვერდებზე დარჩენილი ჯიბეების დრენირება შორისის მხრიდან; ეს დრენაჟები 8-10 დღეს რჩება (სურ. 73).

კათეტერის ამოღების შემდეგ ავადმყოფი თითონ იწყებს შარდვას. პირველ ხანებში შარდის ბუშტის ტევადობა მცირეა (30-50 მლ), მაგრამ 3-4 თვის შემდეგ უკვე ნორმალურს აღწევს.

სასქესო ასოსათვის ნორმალური ფორმის მიცემა — პრობლემის მეორე მხარეა — ანდროლოგიური. შარდსადენის აღდგენა სიძნელეს არ წარმოადგენს და არც გაბრტყელებული სასქესო ასოს კიდეების ცილინდრულად შეკერვა არის ძნელი. ეს აღდგენითი ოპერაცია შეიძლება სფინქტერის აღდგენის დროსვე გაკეთდეს ან უფრო მოგვიანებით, ვინაიდან სფინქტერის აღდგენა 7-8 წლის ასაკზე ადრე არ კეთდება, სასქესო ასოს რეკონსტრუქციაც უკვე ამ ასაკში შეიძლება.

თუ ეპისპადიის გამო უკვე იყო გაკეთებული რაიმე ოპერაცია, რომელიც უშედეგოდ დამთავრდა, ეს, რა თქმა უნდა, ართულებს ზემოთაღწერილ ტექნიკას. მაგრამ დაუძლეველი წინააღმდეგობა არც ესაა, საჭიროა მხოლოდ ძველი ნაწიბურების გულდასმით ამოკვეთა.

ინფრავეზიკალური ობსტრუქცია

ამ საერთო სახელით მრავალი თანდაყოლილი ანომალია და ღია ვადება არის გაერთიანებული: შარდის ბუშტის ყელის კონტრაქტურა, შარდსადენის სარქველები და შევიწროება, სათესლე ბორცვის ჰიპერტროფია და სხვ.

შარდსადენის სარქველი ინფრავეზიკალური ობსტრუქციის ჯგუფის ერთ-ერთი უმთავრესი წევრია. მის წარმოშობას უკავშირებენ მიულერის სადინარების ან უროგენიტალური აპკის არასრულ ინვოლუციას.

შარდსადენის სარქველი შემაერთქსოვილოვანი ზონარია, შარდსადენის ენდოთელით დაფარული. ზოგჯერ იგი შარდსადენის გარდიგარდმო მდებარეობს, სათესლე გორაკის ზემოთ ან ქვემოთ, და თითქოს „ტიხრავს“ მას. სხვა შემთხვევაში სარქველები სათესლე ბორცვის ქვედა პოლუსიდან გამოდის და შარდსადენის კედლებს ერთვის (ეს ფორმა ყველაზე ხშირია); არის შემთხვევებიც, როდესაც სარქველი გაჭიმულია სათესლე ბორცვის ზედა კიდესა და შარდის ბუშტის ყელს შორის.

შარდსადენის სარქველები ხშირია ვაჟთა შორის და, ჩვეულებრივ, ბავშვობის ასაკშივე გამოვლინდება ჯერ ქვედა, შემდეგ კი ზედა საშარდე გზების და თირკმლების დაზიანებით, ქრონიკული პიელონეფრიტით, რომელიც ხშირად მწვავდება. ძლიერ გამოხატული სარქველი, რომელიც მნიშვნელოვან ობსტრუქციას იძლევა, მძიმე დაავადებაა და უკვე ბავშვის ჩვილობის პერიოდში თირკმლების უკმარისობით გამოვლინდება. მკურნალობის გარეშე ასეთი ბავშვი იღუპება.

ანდროლოგიურ პრობლემად შარდსადენის სარქველები მაშინ იქცა, თუ ასეთმა ავადმყოფმა სქესობრივი მომწიფების ასაკამდე მიაღწია. აქ იწყება არა მარტო ეაკულაციის დარღვევა, არამედ შარდის რეფლუქსი თესლის გამტარ გზებში, რაც სპერმის შედგენილობის შეცვლის და საბოლოოდ, აზოსპერმიის, ასპერმატიზმის და უშვილობის მიზეზი ხდება.

დიაგნოსტიკა უმთავრესად ინსტრუმენტულია. ბუჟის ან კათეტერის თავისუფლად გატარება არ გამორიცხავს შარდსადენის სარქველების არსებობას, თუმცა გამოხატულ შემთხვევებში ბუჟი ან კათეტერი ერთგვარ წინააღმდეგობას მაინც წააწყდება. სარქველის არსებობას ისიც გვაფიქრებინებს, რომ ინსტრუმენტი ხან თავისუფლად გადის, ხან კი ვერა; უმეტესად არის ნარჩენი შარდი.

მიქციური ცისტოგრაფიის დროს მოჩანს უკანა ურეთრის გაგანიერება და მის ქვემოთ მკვეთრი შევიწროება. ხშირია შარდბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი (სურ. 74).

ურეთროსკოპიის დროს შეიძლება დავინახოთ სარქველის „ფარდები“, ხოლო ცისტომეტრია და უროფლოუმეტრია ობსტრუქციის ხარისხს და შარდის ბუშტის ფუნქციურ მდგომარეობას აღნუსხავენ.

მკურნალობა მეტწილად გამოიხატება რეზექტოსკოპის დახმარებით სარქველის ამოკვეთით. უკანა ურეთრის სარქველი შეიძლება ტრანსვეზიკალური გზითაც ამოიკვეთოს ან გაიკვეთოს. ჩვენ წარმატებით ვიყენებთ სპეციალურ ბუჟს, რომელიც თავისუფლად შედის შარდსადენში, მაგრამ მას გვერდებზე ირიბი ჩანაჭერები აქვს და უკან გატანის დროს სარქველი ამ ჩანაჭრებში ხვდება და მოიკვეთება. ზოგჯერ (იშვიათად) საჭიროა შორისისმხრივი მიდგომით სარქველის ამოკვეთა.

სათესლე ბორცვის ჰიპერტროფიაც ინფრავეზიკალურ ობოტრუქციათა ჯგუფს განეკუთვნება. ზ. ა. ტროფიმოვას მასალით ამ ჯგუფში სათესლე ბორცვის ჰიპერტროფიით ავადმყოფები 15%-ს შეადგენენ. უროლოგთა უმეტესობას იგი თანდაყოლილ ანომალიად მიაჩნია, რადგან ხშირად ბავშვთა ასაკში გვხვდება და ანთებითი მოვლენები ან არ არის, ან მერე დაერთვის (2).

დაავადების კლინიკურ სურათში წამყვანია მოშარდვის გაძნელება, რომელიც ზოგჯერ შარდის სრულ შეხუთვამდეც კი მიდის. ამის მიზეზია სათესლე ბორცვის გადიდება, შარდსადენის სანათურის დავიწროება, რასაც შემდეგ ანთებითი შეშუპებაც ერთვის. დამახასიათებელია, რომ კათეტერიზაციის შემდეგ მოშარდვა აღდგება.

თუ შარდვის გაძნელება დიდხანს გრძელდება, იწყება შეგუებითი და ანთებითი მოვლენები შარდის ბუშტის და ზედა საშარდე გზების მხრივ, პიელონეფრიტი, თირკმლის უკმარისობა.

მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია: ბუჟირება. სითბური პროცედურები, ანტიბიოტიკები. ოპერაციული მკურნალობა მხოლოდ გართულებულ შემთხვევებში (მეგაურეტერი, შარდბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი და მისთ.) არის საჭირო. ზოგი უროლოგი ამ დროს ტრანსურეთრულ რეზექციას გვირჩევს (3).

ბავშვის ზრდასთან ერთად შარდსადენიც იზრდება, იჭიმება მისი პროსტატული ნაწილი, სათესლე ბორცვიც დაბლდება და ისე აღარ აფერხებს შარდის გატარებას. მაინც, მართალია იშვიათად, მაგრამ სათესლე ბორცვის ჰიპერტროფია მოწიფულ ასაკშიაც გვხვდება, თანაც ურეთრიტით გართულებული, და იგი უკვე ანდროლოგიურ პრობლემად იქცევა—ფერხდება ეაკულაცია (სურ. 75).

შედარებით ხშირია შარდსადენის ნაწილობრივი ობლიტერაცია. მეტწილად ეს შარდსადენის გარეთა ხვრელის მიდამოშია, ან ცოტა უფრო ზემოთ-ნავისებურ ფოსოში. ასეთ შემთხვევებში მეტწილად შარდი თითონ პოულობს გამოსავალს, შარდსადენი ობლიტერაციის ზემოთ იხსნება და საბოლოოდ შედარებით მსუბუქი ფორმის ასოს თავის ჰიპოსპადიის სახით გამოვლინდება, შარდსადენის ზედა ნაწილების (აპკისებრი ან ბოლქვოვანი ნაწილისა) ატრეზია (ობლიტერაცია) უფრო იშვიათია.

შარდსადენის ობლიტერაცია მუცლად ყოფნის უფრო გვიან სტადიაში ვითარდება, ვიდრე აგენეზია. ამიტომ შარდს სხვა გზა (ურახუსის შეუხორცებლობა, სხვადასხვა ფისტულები) უფრო იშვიათად აქვს. ეს, მთელ საშარდე გზებში შარდის დაგროვების შედეგად, მათ გაგანიერებას იწვევს და ზოგჯერ დაბადების მომენტში თირკმლები თითქმის საესებით დალუპულია. თუ ნაყოფი ცოცხალი დაიბადა, შარდსადენის ნაწილობრივი ობლიტერაცია თავიდანვე იჩენს თავს — ახალშობილი არ შარდავს. საექიმო დახმარება ზოგჯერ მარტივია, მაგალითად შარდსადენის გარეთა ხვრელის ან ნავისებრი ფოსოს ობლიტერაციის დროს მისი გაკვეთა ან ტროაკარით ტუნელიზაცია შეიძლება, თუ შარდსადენის დახშობა 5-6 მმ-ზე მეტი არ არის. თუ მეტია, ობლიტერაციის დონის ზემოთ შარდსადენი უნდა გადაიჭრას და ტუჩისებრი ფისტულის სახით ამოეკეროს ასოს კანს — ე. ი. ხელოვნური ჰიპოსპადია უნდა შეიქმნას. შემდგომში, 5-6 წლის ასაკში, ბავშვს ურეთროპლასტიკა, ჩაუტარდება, ისევე როგორც ჰიპოსპადიის დროს.

ისიც უნდა ითქვას, რომ მოკლე ობლიტერაციის დროსაც კი გაკვეთა ან ტუნელიზაცია დროებითი გამოსავალია, რადგან ეს ადგილი, მიუხედავად სისტემატური ბუჟირებისა (ბავშვებში ეს მანიპულაციაც გაძნელებულია), მაინც ვიწროვდება, ე. ი. მაინც შარდსადენის არარსებული ნაწილის ხელახლა შექმნა გვიხდება.

თუ ობლიტერაცია დიდ მანძილზეა, შარდის დერივაცია კეთდება: ან შარდსადენის შორისის ნაწილზე ფისტულით, ან ბოქვენზედა ფისტულით. აქაც შეიძლება შემდგომი ურეთროპლასტიკა.

შარდსადენის კედლის პარკისებური გამობერილობა — დ ი ვ ე რ ტ ი კ უ ლ ი (diverticulus urethrae) შედარებით იშვიათი ანომალიაა. მისი გენეზი ემბრიონული განვითარების იმ პერიოდს განეკუთვნება, როდესაც შარდსადენის ღარი არხად იკვრება: ექტოდერმის უჯრედთა ერთი ნაწილი სცილდება ძირითადი შარდსადენის ღარს და იქმნება დამატებითი ღრუ.

დივერტიკული უხშირესად შარდსადენის თავისუფალ ნაწილში მდებარეობს (ზედა ნაწილები მჭიდროდ არის ყოველმხრივ შეკრული და დივერტიკულს არ აქვს გაშლის საშუალება). ეს არის მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით ამოფენილი პარკი, რომელიც ზოგჯერ დიდ ზომას აღწევს.

ყოველი მოშარდვის დროს დივერტიკული შარდით ივსება და გამობერილობა ჩნდება ასოს ვენტრალურ ნაწილში. შემდეგ ეს შარდი წვეთ-წვეთობით დიდხანს გამოდის შარდსადენიდან, ან ავადმყოფი ხელის დაჭერით ცლის მას. ცხადია სქესობრივი კავშირის დროს მთელი სპერმა დივერტიკულში ხვდება, ერევა იქ არსებულ შარდს, ჩირქს, ლორწოს და ჰკარგავს განაყოფიერების უნარს. ამრიგად შარდსადენის დივერტიკული უნაყოფობის მიზეზი ხდება.

შარდსადენის უკანა ნაწილის დივერტიკული ხელს უშლის მოშარდვის აქტს, იგი მტკივნეულია, ნაკადი წყვეტილი. სპერმის გამოყოფა აქაც დარღვეულია. ასეთი დივერტიკული per rectum გასინჯვით შეიგრძნობა.

დიაგნოზი სარწმუნოდ ისმება ურეთროგრაფიის დახმარებით (სურ. 76). ურეთროსკოპიით მოჩანს დივერტიკულში შესასვლელი, რომლის გარშემო რადიალურად არის განლაგებული ლორწოვანი გარსის ნაოჭები. ვინაიდან შარდსადენის დივერტიკული ინფრავეზიკალურ ობსტრუქციათა ჯგუფს ეკუთვნის და ამ დროს შეიძლება ქვედა და ზედა საშარდე გზების მეორადი ცვლილებები იყოს, საჭიროა

თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობის გამოკვლევა. აგრეთვე ექსკრეტორული უროგრაფია.

მკურნალობა ოპერაციულია. დივერტიკულის კედლები უნდა ამოიკვეთოს და შარდსადენში ჩადგმულ მილზე (№ 22-14) გაკეროს. შარდის გადაყვანა ბოქვენზედა ფისტულის გზით ან შარდსადენში კათეტერის ჩატოვება არ არის საჭირო.

მართალია, პარაურეთრული კისტა ხშირად ქალთა შორის გვხვდება, მაგრამ აქვს მამაკაცებსაც.

კისტის გაჩენის მიზეზია რომელიმე იმ ჯირკვლის სადინარის დახშობა, რომლებიც შარდსადენში იხსნება. კისტა ჩვეულებრივ არ აღწევს დიდ ზომას, აქვს სფეროსებრი ან წაგრძელებული ფორმა. იგი აწვება შარდსადენს და აფერხებს მოშარდვას, ზოგჯერ ყრუ ტკივილის მიზეზიცაა.

შორისის მიდამოში არსებული კისტა, თუ მოზრდილია, სწორი ნაწლავიდან შეიძლება გაისინჯოს და მაშინ დივერტიკულის შთაბეჭდილება რჩება. განსხვავება მხოლოდ ის არის, რომ იგი არ იცვლება და მუდამ ერთი ზომისაა, მორბილო კონსისტენციის. მოძრავი (სურ. 77).

ზოგჯერ კისტა ჩირქდება, თუ ეს მოხდა, ავადმყოფს ტკივილი უმატებს, სხეულის ტემპერატურა აუწევს. მეტწილად დაჩირქებული კისტა თვითონ იხსნება შარდსადენის სადინარში. თუ უკვე გახსნილ კისტას დავაწვებით, შარდსადენიდან ჩირქი გამოიყოფა. ეს კარგად შეიძლება დავინახოთ ურეთროსკოპიის დროს.

მცირე ზომის პარაურეთრული კისტა ავადმყოფს თითქმის არ აწუხებს და არც მკურნალობას საჭიროებს. შედარებით დიდი ზომის კისტა უნდა ამოიკვეთოს. ქალთა შორის ეს ადვილია (საშოს წინა კედელი გაიკვეთება და კისტა ამოიძირკვება), მამაკაცებში ძნელი; თანაც აუცილებელია არ დავაზიანოთ შარდსადენი, თორემ შეიძლება ფისტულა დარჩეს, და მისი დახურვა საკმაოდ საჩოთირო საქმეა.

ტრავმა

შარდსადენის ტრავმა შეიძლება იყოს იზოლირებული და შერწყმული, ღია და დახურული. ტრავმის უხშირესი მიზეზია მენჯის ძვლების მოტეხილობა, რომლის დროსაც ძვლების ფრაგმენტები აზიანებს მათ გარშემო მდებარე რბილ ქსოვილებს, მათ შორის შარდსადენსაც. არაიშვიათია იათროგენური ტრავმა — შარდსადენზე და შარდის ბუშ-

ტზე სხვადასხვა დიაგნოსტიკური თუ სამკურნალო მანიპულაციის (ბუჟირება, კათეტერიზაცია, ტრანსურეთრული რეზექცია და მისთ.) დროს, ღია დაზიანება-ჭრილობა — ომშიათია ომიანობის დროსაც კი.

ერთ-ერთი ყველაზე რთული დაზიანებაა საფანტით ჭრილობა. ერთს ჩვენს ავადმყოფს, ზემოჩამოთვლილი ორგანოების გარდა, დაზიანებული ჰქონდა წვრილი და მსხვილი ნაწლავიც, იყო დიდი დეფექტი შარდის ბუშტის ყელსა და სწორ ნაწლავს შორის, რამდენიმე საფანტით გახვრეტილი იყო შარდსადენის ორივე კედელი — წინა და უკანა (სურ. 78).

დაზიანების სიღრმის მიხედვით არჩევენ აგრეთვე არასრულ (როდესაც მხოლოდ ლორწოვანი გარსია ჩახლეჩილი ან გახვრეტილი; ეს შეიძლება ტრავმის დროს სდება) და სრულს (როდესაც დაზიანებულია შარდსადენის კედლის ყველა შრე). ცალკე უნდა გავარჩიოთ შარდსადენის სრული გაგლეჯა, მათ შორის მოგლეჯა შარდის ბუშტის ყელიდან.

დაზიანების სახის და სიმძიმისაგან დამოკიდებულებით შარდსადენის ტრავმა სხვადასხვანაირად გამოვლინდება, მაგრამ უმთავრესი ნიშანი ორია: ურეთრორაგია და შარდის შეკავება. ავადმყოფს ტკივილი აწუხებს, შორისის მიდამოში, ხან უფრო შორსაც, ურეჰემატომა ჩნდება, რომელსაც სწრაფი გავრცელების თვისება აქვს. შარდის შეკავების მიზეზი შეიძლება იყოს შარდსადენის სრული გაგლეჯა და ამის გამო გაგლეჯილი ფრაგმენტების ერთმანეთისაგან აცილება, ან კიდევ (არასრული გაწყვეტის დროს) მისი დაცობა სისხლის კოლტებით, გარედან ჰემატომის ზეწოლით. შარდსადენის პროსტატული და პკისებრი ნაწილის დაზიანების დროს შარდი მენჯის ქსოვილებში ეკრცელდება და შარდოვანი ინფილტრაცია ჩნდება.

დიაგნოსტიკა არ არის ძნელი. ჩამოთვლილი ნიშნების გარდა არის კიდევ გადავსებული შარდის ბუშტი. Per rectum გასინჯვით შარდის ბუშტის ყელის მიდამოში რბილი ინფილტრატი შეიგრძნობა. ურეთროგრაფია დაზიანების ხარისხსაც გვიჩვენებს, ადგილსაც და უროჰემატომის გავრცელებასაც.

მკურნალობის ტაქტიკაც დაზიანების ხარისხზეა დამოკიდებული. არასრული გახლეჩის დროს, თუ კათეტერი გავიდა; შეიძლება იგი რამდენიმე დღით დავტოვოთ და დაზიანებული ლორწოვანი გარსი მასზე შეხორცდება.

შარდსადენის სრული გაგლეჯის დროს ქირურგიული ტაქტიკა ტრავმის მიღებიდან გასულ დროზეა დამოკიდებული. ახალი ტრავმის

დროს—პირველი 24 საათის განმავლობაში—შესაძლებელია შორისის-მხრივი მიდგომით გაიკეროს შარდსადენის დაზიანებული ბოლოები. შეკერვა საკმაო დიამეტრის კათეტერზე ჯობია, მხოლოდ მისი დატოვება არ არის საჭირო. სამაგიეროდ უნდა გაკეთდეს შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ფისტულა — შარდის დერივაციის მიზნით. აუცილებელია აგრეთვე უროჰემატომის კარგი დრენირება.

თუ უროჰემატომა არ არის ვრცელი, ჯერ არ არის ინფექციის ნიშნები, ასეთი ტაქტიკა შეიძლება ტრავმის მიღებიდან 48, ზოგის აზრით — 72 საათის შემდეგაც კი გამოვიყენოთ.

თუ პირველადი ნაკერის დადება შეუძლებელია (მძიმე შერწყმული დაზიანება, დიდი უროჰემატომა ან შარდოვანი ინფილტრაცია, დაგლეჯილი ჭრილობა და სხვ.), საჭიროა შარდის გადაყვანა ბოქვენზედა ფისტულით.

უცხო სხეული

ანატომიური თავისებურების გამო, უცხო სხეული თითქმის მხოლოდ მამაკაცის შარდსადენში შეიძლება გაჩერდეს, და ეს არც ისე ძვიათია. შარდსადენში უცხო სხეული შეიძლება მოხვდეს გარეთა ხვრელიდან. ბავშვებში მეტწილად ცელქობაა ამის მიზეზი, მოზრდილებში — მასტურბაცია ან აუტანელი ქავილი (მაგალითად, ტრიქომონოზის გამო) ან ფსიქიკური აშლილობა. ხშირად შარდსადენის უცხო სხეულია ქინძისთავი, ქალის თმის სარჭი (шпилька) წვრილი ფანქარი, სანთელი, ასანთის ღერი და მისთ.

შარდსადენში უცხო სხეული ზემოდანაც შეიძლება მოხვდეს: შარდის ბუშტში შემოსული ძვლის სეკვესტრი (მენჯის ძვლების ოსტეომიელიტის ან დაჩეჩქვილი მოტეხილობის დროს), ტყვია ან ყუმბარის ნატეხი და სხვა. უცხო სხეულის ანალოგიურ კლინიკურ სურათს იძლევა შარდსადენში ჩაჭედილი კენჭი, რომელიც შეიძლება ზედა საშარდე გზებიდან იყოს წამოსული, ან შარდის ბუშტში გაჩნდეს და შარდის ნაკადს გამოყვეს.

იათროგენური უცხო სხეულებიც გეხვდება: ოპერაციის დროს შარდის ბუშტში ჩარჩენილი ტამპონი. მარლის ან ბამბის ბურთული, კათეტერის ან სადრენაჟო მილის შოგლეჯილი ბოლო და მისთ.

მომცრო, სადაზედაპირიანი უცხო სხეული (აგრეთვე კენჭიც) შეიძლება უკან წავიდეს და შარდის ბუშტში აღმოჩნდეს (ავადმყოფის სხეულის მდებარეობის შეცვლის გამო, აგრეთვე გარედან ზეწოლის

ან კიდევ გამოღების ცდის დროს — სათანადო იარაღის მიწოლის გამო). უფრო ხშირად კი იგი, შარდის ნაკადის ზეწოლის გამო, ქვევით მიიწევს და ზოგჯერ გამოვა კიდეც (თუ შარდსადენის ნავისებურ ფოსოში არ შეჩერდა).

კლინიკურ სურათში დამახასიათებელია შარდვის გაძნელება — ჭინთვა, წვრილი ან შხეფებიანი ნაკადით შარდვა, ზოგჯერ შარდვის სრული შეხუთვაც. თუ უცხო სხეული წვეტებიანია, შეიძლება ურეთრორაგია იყოს, ლორწოვანი გარსის (ზოგჯერ უფრო ღრმად მდებარე ქსოვილებისაც) ანთება, ჩირქოვანი გამონადენი. ზოგჯერ ჩირქოვანი პროცესი შარდსადენის ირგვლივ ქსოვილებში ვრცელდება — პარაურეთრული ფლეგმონა ჩნდება, რაც ურეთრის ფისტულის გაჩენით შეიძლება დასრულდეს.

მეტწილად უცხო სხეული ასოს პალპაციით შეიგრძნობა, უფრო ზევით მდებარე — სწორი ნაწლავიდან გასინჯვით. უცხო სხეული შეიძლება შევიგრძნოთ ფოლაქიანი (ლითონის) ზონდითაც, დავინახოთ ურეთროსკოპით. ლითონის და მინის უცხო სხეულები, აგრეთვე კენჭი კარგად მოჩანს რენტგენის სურათზე (სურ. 79).

ურეთროსკოპით შეიძლება მივადგეთ უცხო სხეულს, მხოლოდ სიფრთხილეა საჭირო, რომ მას არ მივაწვეთ და უფრო ღრმად არ შევწიოთ. მეტწილად კი ურეთროსკოპი უცხო სხეულის ამოღებაში გვეხმარება; ამისათის სპეციალური მაშაც არსებობს.

როგორც ვთქვით, მომცრო უცხო სხეული თავისით გამოდის, ამის გასაადვილებლად შეიძლება ავადმყოფს ასეთი რამ ვურჩიოთ: დიდხანს შეიკავოს შარდი, მოშარდვის ძლიერი სურვილის დროს ასოს დისტალურ ნაწილს ხელი მოუჭიროს, დაიწყოს მოშარდვა და უცებ გაუშვას ასოს ხელი. შარდის ზეწოლის გამო შარდსადენი განიერდება და შარდს უცხო სხეულიც გამოყვება ან იმდენად დაბლა ჩამოიწევს, რომ უფრო მისაწვდომი გახდება.

თუ ურეთრის გარეთა ნაწილიდან უცხო სხეულის გამოღება არ ხერხდება და ოპერაციული ჩარევა აუცილებელია, უმჯობესია უცხო სხეული (კენჭი) ლითონის ბუჟით ბუშტში შევიტანოთ და ბოქვენზედა კვეთის გზით ამოვიღოთ. თუ უცხო სხეულმა ადგილი არ მოიცვალა, ერთი გზა რჩება — გარეთა ურეთროტომია, ფრიად სასურველია შარდსადენის ჭრილობის გაკერვა (უამისოდ ხშირად ფისტულა რჩება), მაგრამ ეს შესაძლებელია, თუ ურეთრის კედლები არ არის ინფილტრირებული. წინააღმდეგ შემთხვევაში უმჯობესია გაკეთდეს ეპიცისტოტომია. იგივეა საჭირო პარაურეთრული აბსცესის ან ფლეგ-

მონის დროს. შარდსადენში კათეტერის ჩატოვება საჭირო არ არის.

ფისტულის გარეთა ხვრელი სხვადასხვა ადგილას შეიძლება იყოს: სათესლე პარკზე, სასქესო ასოზე, შორისის კანზე, უფრო იშვიათად — საზარდულის ნაკეცში, ბარძაყზე, დუნდულოზე და სხვ. პარაურეთრული აბსცესის შედეგად გაჩენილი ფისტულის ქვემოთ, როგორც წესი, შარდსადენი შევიწროებულია, ხოლო ფისტულების შიგნითა ხვრელის კიდეები მკვრივია, თითქმის ხრტილის კონსისტენციისა. ფისტულა თავისით თითქმის არასდროს იხურება და ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს: იგი ჩვეულ (დგომელა) პოზიციაში ვეღარ შარდავს, სქესობრივი კავშირის შემდეგ სპერმა გარეთ იღვრება და სხვ. ჩირქოვანი ფისტულის გარეთა ხვრელი ზოგჯერ დროებით იხურება და კვლავ პარაურეთრული მიდამოს ჩირქგროვა ჩნდება; იგი შემდეგ ან თითონ გაიხსნება, ან ოპერაციული გზით უნდა გაიხსნას. ასეთი ფისტულა ჩირქის მუდმივი წყაროა, ამას კი სხვა გართულებაც შეიძლება მოჰყვეს: ერთს ჩვენს ავადმყოფს თირკმლების ამილოიდოზი განუვითარდა და თირკმლების უკმარისობით დაიღუპა.

შარდსადენის ფისტულა მეტწილად კარგად მოჩანს, მით უმეტეს, თუ მოშარდვის აქტს დავესწრებით, კიდევ უკეთესი. თუ შარდს შევღებავთ ინდიგოკარმინით ან მეთილენის ლილით. კარგად გვეხმარება ურეთროგრაფია: სურათზე ჩანს საკონტრასტო სითხის გაჟონვა შარდსადენს გარეთ. ზოგჯერ ფისტულოგრაფიაც კარგ ინფორმაციას გვაძლევს: ფისტულის გარეთა ხვრელში შესხმული საკონტრასტო სითხე ფისტულის არხს და მის ჯიბეებს ავსებს და საბოლოოდ შარდსადენში შედის; ამით ფისტულის სიგრძეც ირკვევა. მიმართულებაც და მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების მდგომარეობაც. შარდსადენში შეტანილი კათეტერი ან ბუჟი ფისტულის ქვემოთ არსებულ შევიწროებას მიადგება და ვერ გადალახავს ამ დაბრკოლებას.

მკურნალობის პრინციპი ისაა, რომ შარდსადენის შევიწროება უნდა მოისპოს (გარეთა ურეთროტომიის ან შევიწროებული ნაწილის რეზექციის გზით), აღდგეს შარდსადენის მთლიანობა, ამოიკვეთოს ფისტულის არხი. თითქმის ყოველთვის აუცილებელია შარდის გადაყვანა ბოქვენზედა ფისტულის დადების გზით. შარდსადენის შევიწროების რეციდივისადმი მიდრეკილების და პარაურეთრული ქსოვილების ნაწიბუროვანი ცვლილებების გამო ხშირად ფისტულა კვლავ იხსნება და განმეორებითი ოპერაციებია საჭირო.

შარდსადენის ფისტულის დასახურავად რამდენიმე ოპერაცია არის მოწოდებული. შედარებით ადვილია შარდსადენის თავისუფალ ნა-

წილში არსებული ფისტულების დახურვა. საჭიროა შარდსადენის კიდეების მობილიზაცია, განახლება და შეკერვა (სურ. 80), ზოგჯერ (წერტილოვანი ფისტულის დროს) ქისისებრ ნაკერსაც ხმარობენ. მეტწილად შარდის გადაყვანა არც არის საჭირო. მაინც ჩვენ გვქონია შემთხვევა, როდესაც ურეთროპლასტიკის (ჰიპოსპადიის გამო) შემდეგ დარჩენილი ფისტულა ორჯერ, სამჯერ, ერთხელ შვიდჯერაც კი გავკერეთ და, როგორც იქნა, დაიხურა. აქ ალბათ ფისტულის შეუპოვრობის მიზეზი ისაა, რომ თვით შარდსადენის კედელია არასრულფასოვანი — იგი ხომ სასქესო ასოს კანისგან არის შექმნილი.

კიდევ მრავალი სხვა ოპერაცია არსებობს შარდსადენის ფისტულის დასახურავად. ყველას აღწერა შეუძლებელია და არც არის საჭირო. ერთი რამ კი ცხადია: წესთა ეს სიმრავლეც მიუთითებს, რომ შარდსადენის ფისტულის დახურვა ძნელი საქმეა.

ურეთრიტი

შარდსადენის ლორწოვანი გარსის (და, როგორც წესი, მის ქვემდებარე შრეებისაც) ანთება შეიძლება იყოს როგორც არაინფექციური, ასევე ინფექციური წარმოშობისა.

არაინფექციური ურეთრიტი შეიძლება იყოს შედეგი ალერგიის, ტრავმული, ქიმიური ან თერმული დაზიანებისა, ან კიდევ ნივთიერებათა ცვლის სხვადასხვანაირი მოშლით (დიაბეტი, ფოსფატურია, ურატურია) გამოწვეული, თუმცა ასეთ — ასეპტიკურ-ურეთრიტს შემდეგ ემატება და ართულებს ინფექცია. ამის კარგი მაგალითია ურეთრიტი რეიტერის სნეულების (H. G. J. Reiter — გერმანელი თერაპევტი): ეს დაავადება ურეთრო-ოკულო-სინოვიური სინდრომის სახელითაც არის ცნობილი.

ინფექციური ურეთრიტის გაჩენის უხშირესი გზა-ვენერიულია, თუმცა იგი არის ვულგარული, ვირუსული ან სოკოვანი ინფექციით გამოწვეულიც; ზოგჯერ ურეთრიტი ზოგადი ინფექციური დაავადების შედეგია.

ვულგარული ურეთრიტის გამომწვევია ჩვეულებრივი ჩირქმბადი ფლორა, მათ შორის ყველაზე ხშირად ენტეროკოკი. შემდეგ სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი და სხვ. ზოგი მათგანი, საპროფიტების სახით, შარდსადენის მუდმივი ბინადარია, და მხოლოდ გარკვეულ პირობებში (ტრავმა, ზოგადი ინფექცია, გაცივება და სხვა) იძენს პა-

თოგენურ თვისებებს. საკუთრივ შარდსადენის აბორიგენული ფლორის მრავალფეროვნების გამო ურეთრიტის დროს ამოთესილი ფლორაც მეტწილად (70%-ზე მეტში) შერეულია. ზოგი უროლოგის მახალით ურეთრიტის შემთხვევაა 40%-ში მას სოკოვანი ფლორა იწვევს (მიკოზური ურეთრიტი). ზოგჯერ ურეთრიტის მიზეზია ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებათა ზემოქმედება სქესობრივი აქტის დროს. ასეთი, ე. წ. კონტაქტურ-ალერგიული ურეთრიტის მიზეზი შეიძლება იყოს კონტრაცეპტინი, აგრეთვე რეზინის პრეზერვატივი.

გონორეულისაგან განსხვავებით, ვულგარული ურეთრიტი შედარებით იშვიათად (25-30%-ში) იწყება მწვავედ. მეტწილად იგი ნელა, შემპარავად იწყება და ნაკლებად გამოხატული სიმპტომატიკით მიმდინარეობს. უფრო მეტიც, ავადმყოფთა 10-15%-ს ურეთრიტის ლატენტური ფორმა აქვს, როდესაც პათოლოგიური მოვლენები იმდენად უმნიშვნელოდ არის გამოხატული, რომ დიდხანს ავადმყოფის ყურადღებას არც იქცევს. ასეთი ლატენტური ფორმა ფრიად საშიშია, რადგან ყოველთვის მოსალოდნელია მთელემარე ინფექციის აფეთქება.

მწვავე ურეთრიტის უმთავრესი ნიშნებია წვა და ტკივილი მოშარდვის დროს, ჩირქოვანი გამონადენი შარდსადენიდან. როგორც ვთქვით, ასეთი ნიშნები ავადმყოფთა უმცირესობას აქვს. უმეტესობას კი ტორპიდული მიმდინარეობა აქვს: მცირედ გამოხატული წვა და ტკივილი, უმნიშვნელო გამონადენი. ეს მოვლენებიც ზოგჯერ თავისით გაივლის და მხოლოდ სქესობრივი აქტის შემდეგ გამოვლინდება, ან სპირტიანი სასმელების მოჭარბებული სმის შედეგად და სხვ. ურეთრიტის ლატენტური ფორმით ავადმყოფებს კი საერთოდ არ აქვთ ჩივილი, მხოლოდ შარდში პოულობენ „ურეთრულ ძაფებს“ ან პიურიას მიკროსკოპული გამოკვლევის დროს.

უმკურნალოდ მიტოვებული მწვავე ურეთრიტი შემდგომ ქრონიკულ მიმდინარეობას იძენს. ამას ემატება ურეთრიტის ტორპიდული და ლატენტური ფორმით მიმდინარე შემთხვევები და ყალიბდება ქრონიკული ურეთრიტი, რომელიც ხშირად რთულდება სათესლე ბორცვის ანთებით (კოლიკულიტი), ეპიდიდიმიტით, პროსტატიტით, სპერმატოცისტიტით;

მწვავე ურეთრიტის დიაგნოსტიკა არ არის ძნელი, რადგან ავადმყოფის ჩივილიც დამახასიათებელია, არის შარდსადენიდან გამონადენი (თუ არ ჩანს, ავადმყოფს უნდა ვთხოვოთ — დააწვეს სასქესო ასოს), შარდსადენის გარეთა ხვრელის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემი-

ულია. აუცილებლად არის პიურია. თუ შარდის პირველ ულუფას ცალკე გამოვიკვლევთ („ორი ჭიქის ცდა"), ვნახავთ (მაკროსკოპულად) „ურეთრულ ძაფებს" და პიურიის ხარისხიც მეტი იქნება, ვიდრე მეორე ულუფაში. შარდსადენის გამონადენის ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას გვაძლევს ურეთრიტის გამომწვევი აგენტის სახეობაც დავადგინოთ და მისი ანტიბიოტიკებისადმი მგრძნობელობაც.

ქრონიკული ურეთრიტის დიაგნოსტიკა უფრო ძნელია, რადგან, როგორც ვთქვით, ამ დროს ხშირად ჩათრეულია ანთებით პროცესში წინამდებარე ჯირკვალი, კუპერის ჯირკვლები, არაიშვიათად სათესლე დანამატიც. ამ ორგანოთა ანთებითი დაავადების ნიშნები ერთმანეთს ემთხვევა და მათი გაცალკევება ძნელდება.

მწვავე ურეთრიტის დროს ენდოსკოპიური გამოკვლევა — ურეთროსკოპია — დაუშვებელია, ქრონიკულის დროს კი კიდევაც შეიძლება და დიდ დახმარებასაც გვიწევს როგორც საკუთრივ ურეთრიტის, ისე მისი გართულებების დიაგნოსტიკაში. გამწვავების თავიდან აცილების მიზნით ჯერჯერობით თუ ენდოსკოპიურ გამოკვლევას ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე ჩავატარებთ.

ურეთროსკოპიული სურათის მიხედვით შარდსადენის ანთების ორ სახეს არჩევენ: რბილ და მკვრივ ინფილტრატს. რბილ ინფილტრატს კეროვანი ხასიათი აქვს, ლორწოვანი გარსი შეშუპებულია, გასქელებული, ნაკეცები უხვშია, შემაღლებული. მკვრივი ინფილტრატი რბილი სტადიის შედეგია, ეს უკვე ნაწიბუროვანი ქსოვილია, ლორწოვანი გარსი ამ ადგილებში მოქნილობას, გაწელვის უნარს ჰკარგავს.

შარდსადენში კიდევაც რომ არ იყოს გამონადენი, საჭიროა ნაცხი მაინც გავსინჯოთ, თუნდაც იმ მიზნით, რომ ტრიქომონოზი გამოვრიცხოთ.

მწვავე ურეთრიტის მკურნალობა არ უნდა დავიწყოთ მანამ, სანამ არ დავრწმუნდებით, რომ იგი არც გონორეულია და არც ტრიქომონული. ვულგარული ურეთრიტი კარგად ემორჩილება ანტიბიოტიკებით მკურნალობას, მხოლოდ დოზები საკმარისად დიდი უნდა იყოს; მცირე დოზები მწვავე ურეთრიტის სწრაფი ქრონიზაციის მიზეზია. სანამ ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ჩატარდებოდეს და ანტიბიოგრამა გაკეთდებოდეს, საჭიროა ვიხმაროთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები (ლევომიცეტინი, ერითრომიცინი, პენიცილინი და მისთ.). ანტიბიოტიკების მოქმედებას აძლიერებს სულფანილამიდები (ეტაზოლი და მისთ.). საჭიროა ორ ულუფად აღებული შარდის სისტემატი-

ური კონტროლი. ყოველ 4-5 დღეში ანტიბაქტერიული პრეპარატი უნდა შეიცვალოს. საჭიროა დიეტიდან გამოირიცხოს სპირტიანი სასმელები, ცხარე კერძები; ავადმყოფს მწვავე მოვლენების ჩაცხრობამდე ეკრძალება სქესობრივი კავშირი.

განკურნების კრიტერიუმად, სუბიექტური ჩივილების გაქრობის გარდა, უნდა ჩაითვალოს შარდსადენიდან გამონადენის შეწყვეტა, შარდის გასუფთავება, „ურეთრული ძაფების“ გაქრობა.

ქრონიკული ურეთრიტის მკურნალობის კომპლექსში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ადგილობრივ სახმარ მეთოდებს. საქმე ის არის, რომ ქრონიკული ურეთრიტის დროს ანთებითი ცვლილებები მარტო ლორწოვანი გარსით არ შემოიფარგლება, იგი უკვე გადასულია ლორწქვეშა და კიდევ უფრო ღრმად მდებარე შრეებზე. მკურნალობის მიზნით იხმარება ვერცხლის ნიტრატის (ლაპისის) ხსნარის ინსტილაცია უკანა ურეთრაში. პირველ ორ-სამ დღეს საჭიროა 0,25%-იანი ხსნარი, რომელიც შარდსადენში რამდენიმე წუთს ჩერდება (ამაზე სპეციალურ მომჭერს ადებენ). შემდეგ დღეებში ხსნარის კონცენტრაციას უმატებენ 0,5%-მდე, სამაგიეროდ ნაკლებ ხანს აჩერებენ შარდსადენში. ამის შემდეგ ავადმყოფს მოაშარდვინებენ და ამით ხსნარი ჩამოირეცხება. ხმარობენ, აგრეთვე ინსტილაციის გზით, თევზის ქონს, სინტომიცინის ემულსიას, ქაცვის ზეთს (ol. Hippopheae; масло облепихи). შარდსადენის შევიწროების პროფილაქტიკის მიზნით გვირჩევენ აგრეთვე ჰიდროკორტიზონის ან ლიდაზის ინსტილაციას, ბუჟირებას (№№ 18-20) ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე.

თუ მკურნალობა გვიან დაიწყო, ან არაადეკვატური იყო, ქრონიკული ურეთრიტის შედეგად შარდსადენის შევიწროება შეიძლება განვითარდეს, ეს კი უკვე არა მარტო ინსტრუმენტულ, ზოგჯერ ოპერაციულ მკურნალობასაც თხოულობს.

კოლიკულიტი

იზოლირებულად სათესლე ბორცვის ანთებითი პროცესი არ შეიძლება განვითარდეს; იგი ან პროსტატიტის შედეგად ჩნდება, ინფიცირებული პროსტატის წვენით მორწყვის გამო, ან, ურეთრიტის დროს, როდესაც ინფექცია per continuitatem გადადის.

მაგრამ არის არაინფექციური კოლიკულიტიც, რომლის წარმოშობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სქესობრივი ჰიგიენის დარღვევას და ზოგიერთ სქესობრივ გაუკუღმართებას: სქესობრივი აგზნების და-

უკმაყოფილობას, წყვეტილ ან ხელოვნურად გაჭიანურებულ სქესობრივ აქტს, ონანიზმს. ასეთ შემთხვევებში სათესლე ბორცვის შეგუბებითი ჰიპერემია ხდება. თუ ასეთი მოვლენა ხშირად გამეორდა, ჰემოსტაზი სტაბილური ხდება და პათოლოგიური სიმპტომებიც იჩენს თავს.

პირველ რიგში ეს არის სქესობრივი უნარის დაქვეითება, რაც უმთავრესად პოლუციის გახშირებით და კოიტუსის დროს ნაადრევი ეაკულაციით გამოიხატება; ეს ნიშნები მიუთითებს, რომ სათესლე ბორცვის მგრძნობელობა მომატებულია. ხანგრძლივად მიმდინარე კოლიკულიტის დროს, პირიქით, სათესლე ბორცვის მგრძნობელობა კლებულობს და ორგაზმი არასრული ხდება, დაკმაყოფილების გრძნობა ნაკლებია. ამის გარდა, ავადმყოფთა ნაწილს ჰემოსპერმია აქვს, უკანა ტანის მიდამოში უცხო სხეულის არსებობის შეგრძნება, ტკივილი ეაკულაციის დროს. ეს ავადმყოფს აიძულებს თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან და პათოლოგიური მოვლენები კიდევ უფრო ღრმავდება.

დიაგნოსტიკისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ურეთროსკოპიას. სათესლე ბორცვი გადიდებულია, შეშუპებული, ინფილტრირებული, ზოგჯერ შეხებით სისხლმდენი და მტკივნეული (ბამბის ბურთულით შეხებისას). მოგვიანებით პერიოდში ინფილტრატი მკვრივია, დანაოჭებული, მასზე გრანულაციური ქსოვილის ხორკლები მოჩანს. ურეთროსკოპიის დროს დანახული სურათის მიხედვით არჩევენ კიდევ ატროფიულ კოლიკულიტს, როდესაც სათესლე ბორცვი შეშუპნულია, დაპატარავებული, ღია რუხი ფერი აქვს. აქვე შევნიშნავთ, რომ სათესლე ბორცვის ატროფია შეიძლება თანდაყოლილიც იყოს; ამ დროს მას ჩვეულებრივი ფერი და კონსისტენცია აქვს, მხოლოდ პატარაა.

თუ კოლიკულიტი მეორადია (პროსტატიტის, ურეთრიტის, ვეზიკულიტის გართულებაა), პირველ რიგში საჭიროა ძირითადი დაავადების ენერგიული მკურნალობა. ადგილობრივი მკურნალობისათვის ხმარობენ შარდსადენის გამორეცხვას თბილი ანტისეპტიკური ხსნარებით (ბორის მჟავის 2%-იანი ხსნარი, ფურაცილინი, რივანოლი, კალიუმის პერმანგანატის ხსნარი და მისთ. არგეთვე სათესლე ბორცვს უსვამენ ლაპისის (argentum nitricum) 3—4%-იან ხსნარს. თუ ბორცვზე პოლიპისმაგვარი წანაზარდებია, საჭიროა მათი ელექტროკოაგულაცია. თუ ინფილტრატი მკვრივია და ავადმყოფს მოშარდვა უჭირს, ნაჩვენებია შარდსადენის ბუჟირება.

თანდაყოლილი შევიწროება სხვა ანომალიებთან (ჰიპოსპადიის გარდა) შედარებით ხშირია, თანაც ისეთ ადგილებში გვხვდება, რომლებიც მუცლად ყოფნის დროს სხვადასხვა ჩანასახოვანი წარმონაქმნიდან ვითარდება: ბოლქვოვანი და აპკისებრი ან აპკისებრი და პროსტატული ნაწილების ერთმანეთში გადასვლის ადგილას, სათესლე ბორცვის ორივე დამრეც მხარეს და სხვ. საკმაოდ ხშირია შევიწროება შარდსადენის გარეთა ხვრელის და მის უშუალოდ ზემოთ მდებარე მიდამოში. ანდროლოგიური თვალსაზრისით ჩვენ უფრო ის შევიწროებები გვაინტერესებს, რომლებიც სათესლე ბორცვის ქვემოთაა, რადგან ზემოთ მდებარე ნაწილები შარდსადენისა მხოლოდ შარდის გატარებას ემსახურება.

შევიწროების კლინიკური გამოვლინება ბევრად არის დამოკიდებული მის ხარისხზე, ლოკალიზაციაზე, ხანდაზმულობაზე. პირველი ჩივილი და ნიშანი არის მოშარდვის გაძნელება, შემდეგ თავს იჩენს შარდის ბუშტის ატონიის (მეგაცისტი) მოვლენები, კიდევ უფრო მოგვიანებით — ზედა საშარდე გზების დილატაცია — ჰიდროურეტერი ჰიდრონეფროზი, ბუშტ-შარდსაწვეთის რეფლუქსი და სხვ.

შევიწროებას სხვადასხვა ანატომიური ხასიათი აქვს და შარდვის აქტის სათანადო დარღვევა ახლავს. თუ შევიწროება ირგვლივია, შარდის ნაკადი ვიწროა, დუნე, და მუცლის პრესის დაძაბვის დროსაც არ ძლიერდება; თუ შევიწროება სარქველისმაგვარია, შარდის ნაკადი ხშირად წყვეტილია, ზოგჯერ ხანმოკლე შეკავებაც კი არის. საგულისხმოა ის გარემოება, რომ ასეთი ჩვილი ქვეშსაგებს არ ისველებს, იგი მხოლოდ მღვიძარე შარდავს (შარდის ბუშტის დეტრუზორის ძლიერი შეკუმშვაა საჭირო, ეს კი ძილში არ ხდება).

შარდსადენის ბუჟირება საკმაოდ საიმედო მეთოდია დიაგნოსტიკისა, მაგრამ მხოლოდ რგოლისებრი შევიწროების დროს: ბუჟი მიადგება შევიწროების რგოლს, ვერ კი გადალახავს მას; სარქველოვანი შევიწროება კი ადვილად გადასალახავია. ურეთროგრაფიითაც მხოლოდ რგოლისებრი შევიწროება მოჩანს, სარქველოვანი კი არა. უკანასკნელი მხოლოდ მიქციურ ურეთროგრამაზე გამოჩნდება, მაგრამ ჩვილ ასაკში ასეთი გამოკვლევის ჩატარება შეუძლებელია, თუ შემთხვევით არ გამოვიჭირეთ მოშარდვის მომენტი და ამ დროს არ გადავიღეთ სურათი. სარქველოვანი შევიწროების დიაგნოსტიკაში კარგად გვეხმარება ურეთროსკოპია, რომლის დროს იმის დადგენაც შეიძლება—შევიწრო-

ება შეძენილია თუ თანდაყოლილი; უკანასკნელის დროს შევიწროების ახლომახლოს შარდსადენის ლორწოვანი გარსი შეცვლილი არ არის.

მკურნალობა მეტწილად ოპერაციულია. თუ შევიწროება რგოლისებურია, იგი უნდა გაიკვეთოს სკალპელით (დისტალური შევიწროების დროს) ან შიგნითა ურეთროტომია გაკეთდეს (უფრო მაღლა მდებარე შევიწროების დროს). სარქვლოვანი შევიწროების მოსასპობად საჭიროა ამ ადგილის ელექტროკოაგულაცია. ჩვენ წარმატებით ვიყენებთ ბუჟს, რომელსაც დამრეცად ჩაჭრილი ზედაპირი აქვს. ინსტრუმენტით შესვლის დროს იგი არაფერს აზიანებს, უკან გამოტანის დროს კი შარდსადენის სანათურში არსებული შემაღლება მჭრელ ზედაპირს ხვდება და მოიკვეთება. ორივე შემთხვევაში საჭიროა რამდენიმე დღით შარდსადენში კათეტერის ჩატოვება: ეს სისხლდენის შეჩერებასაც შეუწყობს ხელს და შარდიც არ მოხვდება ჭრილობას.

შ ე ძ ე ნ ი ლ ი შ ე ვ ი წ რ ო ე ბ ა შეიძლება იყოს ტრავმული — შარდსადენის გაგლეჯის შედეგად განვითარებული ნაწიბურებით გამოწვეული, ან ანთებითი — გადატანილი გონორეის ან სხვა მწვავე ჩირქოვან-წყლულოვანი პროცესის შედეგი; შევიწროება არის ან საკუთრივ შარდსადენის კედელში ნაწიბურების გაჩენით გამოწვეული, ან შარდსადენის ახლოს მდებარე ქსოვილებში გაჩენილი სკლეროზულ-ფიროზული პროცესით. ანთებითი პროცესით გამოწვეული შევიწროების მიზეზი შეიძლება იყოს დამწვრობა, უმთავრესად მეტად ზულ-ფიბროზული პროცესით. ანთებითი პროცესით გამოწვეული შედეგად (გონორეის ზედმეტი გულმოდგინებით მკურნალობა). შევიწროება უხშირესად მრავლობითია, მაგრამ ძირითადად სანათურის შემცირება იმ ადგილებშია, სადაც შარდსადენი ისედაც (ანატომიურად) ვიწროა — პროსტატულ და აპკისებრ ნაწილებში. ახლა გონორეული შევიწროება უფრო იშვიათად გვხვდება, სულ ახლო წარსულში კი იგი გაცილებით უფრო ხშირი იყო.

ტრავმული შევიწროება უფრო მკვრივია და მისი გაგანიერება ძნელად ხერხდება. ტრავმული შევიწროება, როგორც წესი, ერთეულია. საერთოდ კი ორივე სახის შევიწროება შარდსადენის 2-3 სმ სიგრძის უბანს იკავებს, უფრო იშვიათად არის უფრო ვრცელი; არის შემთხვევები, როდესაც მთელი შარდსადენი შევიწროებულია.

შევიწროების ადგილის წინ შარდსადენი რამდენადმე გაგანიერებულია, აქ ყოველთვის არის შარდის ესა თუ ის რაოდენობა და, რა თქმა უნდა, ინფექცია. ზოგჯერ ეს ინფიცირებული შარდი პარაურეთ-

რულ ქსოვილებში გადის, ჩირქგროვა და შარდსადენის ფისტულა ჩნდება.

ანდროლოგიური თვალსაზრისით საგულისხმოა სქესობრივი უნარის დაქვეითება, რადგან სკლეროზული პროცესი ასოს მღვიმოვან სხეულებზე ვრცელდება და ერექციას ხელს უშლის; შარდსადენის შევიწროება ასპერმიას იწვევს ან ეაკულაციის შემდეგ სპერმის მეტი ნაწილი ზევით, შარდის ბუშტში გადადის (სპერმატურია); ერთიც და მეორეც უშვილობის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

ტრავმული შევიწროება შარდსადენის ნაწილობრივი ან სრული გაგლეჯის შედეგია. როგორც წესი, შარდსადენის ტრავმის დროს (ამას კი ხშირად მენჯის ძვლების მოტეხილობა ახლავს) შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ფისტულა არის გაკეთებული და შარდსადენის შევიწროების ლიკვიდაცია უკვე ამ პირობებში კეთდება. ამიტომ შევიწროების არსებობის დადგენა არ არის ძნელი, ოღონდ აუცილებელია ურეთროგრაფიის, კათეტერიზაციის, ბუჟირების საშუალებით დადგენილ იქნას შევიწროების ლოკალიზაცია. სიგრძე, ხარისხი, ახლომდებარე ქსოვილების მდგომარეობა, რათა შეირჩეს შესაფერისი მეთოდი ოპერაციისა.

შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში შესაძლოა მკურნალობა ბუჟირებით, რასაც უნდა დაემატოს გამწოვი საშუალებები (ალოე, ლიდაზა, მინისებრი სხეული და სხვ.). ბუჟირება ხშირად საჭიროა ოპერაციული მკურნალობის შემდეგაც — რეციდივის პროფილაქტიკისათვის.

ბუჟი (ფრანგ. bougie) ორგვარია: ელასტიკური და ლითონის. არის რიგი სახესხვობაც: ფოლაქიანი, ძაფისებრი, სწორი (ქალებისათვის), სხვადასხვანაირი მოხრილობის მქონე. პირველ რიგში საჭიროა განისაზღვროს (ფოლაქიანი ზონდის დახმარებით) შარდსადენის კალიბრი სად ადგილებში და შევიწროების ხარისხი, ე. ი. შეირჩეს ყველაზე მინიმალური დიამეტრი ბუჟისა, რომელიც ძალდაუტანებლად გავა შარდსადენში. ბავშვებში ბუჟირება განსაკუთრებით ძნელია, რადგან თითქმის ყოველ პროცედურაზე გაუტკივარება (ნარკოზი) არის საჭირო.

ბუჟირება არ შეიძლება მწვავე ანთებითი პროცესის ან წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის დროს. ბუჟირება ფრიად პასუხსაგები პროცედურაა და წესების სრული დაცვის დროსაც კი არ არის გამორიცხული გართულებები: ბაქტერიული შოკი, სისხლის დენა, ურეთრიტის, პროსტატიტის, ეპიდიდიმიტის გამწვავება და სხვ.

მანიპულაციის ტექნიკა ასეთია: ავადმყოფი ზურგზე წევს, ექიმი

მის მარცხნივ დგას. ბუჟირება იწყება საშუალო კალიბრის (№ 16-18 შარიერის სკალით) ბუჟებით. წინასწარ ასოს თავი და შარდსადენის გარეთა ხვრელის მიდამო რომელიმე ანტისეპტიკური სითხით უნდა გაიწმინდოს, ხოლო ბუჟი უხვად დასველდეს რაიმე ცხიმოვანი (აუცილებლად სტერილური) სითხით; ყველას ჯობს ვაზელინის ზეთი.

ლითონის კათეტერის და ბუჟის გატარების პროცედურა სამი ეტაპისაგან შედგება. დამუშავების შემდეგ ასოს თავს მარცხენა ხელის ორ თითს შუა (საჩვენებელი და შუათითი) ვიჭერთ. იარაღით შარდსადენის თავისუფალ ნაწილში შევდივართ და ამავე დროს სასქესო ასოს წინ ვეწევით და თანდათანობით ვაცვამთ ბუჟზე, რომელიც საზარდულ-ბარძაყის ნაოჭის გასწვრივ დევს. ხელი, რომელსაც ბუჟი უჭირავს, უნდა გრძნობდეს იარაღის სველას და მცირე დაბრკოლებას, რომელიც შარდსადენის ბოლქვოვან ნაწილში გვხვდება. ამის შემდეგ ბუჟის პავილიონს ზევით სწევენ და ბუჟი შედის შარდსადენის აპკისებრ ნაწილში. დასასრულ, სასქესო ასოს ხელს ვუშვებთ და ბუჟი იოლი დაწოლით შედის შარდის ბუშტში. თუ ბუჟი დაბრკოლებას წააწყდა, ძალა არ უნდა ვიხმაროთ, ეს შეიძლება შარდსასქესო დიაფრაგმის და შარდის ბუშტის სფინქტერის სპაზმი იყოს. საჭიროა მუდმივი ზეწოლა მცირე ძალით და, თუ ნაწიბუროვანი შეცდომა არ არის, ბუჟი გაივლის. ხელისშემშლელია ისიც, რომ ზოგჯერ შევიწროების ადგილზე შარდსადენის სანათური ექსცენტრულად დევს. ბუჟის გატარება შარდსადენის უკანა ნაწილში განსაკუთრებით, თუ აქ შევიწროებაცაა, ძნელია და ადვილია შარდსადენის ტრავმა — „ცრუ სვლის“ გაკეთება.

ძნელად გადასალახავი დაბრკოლების დროს ხმარობენ ლითონის ბუჟს, რომელსაც ელასტიკური გამტარი (კონდუქტორი) აქვს: ჯერ გადის წვრილი ელასტიკური ბუჟი, შემდეგ მის გარეთა ბოლოზე ლითონის ბუჟი მიეხრახნება და შედის ბუშტში (ამ დროს ელასტიკური ბუჟი დახვეულია და ბუშტში დევს).

ზოგჯერ საჭიროა 3-4 ელასტიკური, წვრილი (ძაფისებრი) ბუჟის ჩადგმა. ეს კონა შევიწროებულ ადგილს მიადგება და ჩერდება. შემდეგ მორიგეობით ხან ერთ ბუჟს აწვებიან, ხან მეორეს და ა. შ. საბოლოოდ ერთი მათგანი მაინც გავა და შემდეგ მას ლითონის ბუჟს მივაყოლებთ.

ლითონის ბუჟის შარდსადენში ჩატოვება არ შეიძლება, ელასტიკური ბუჟი კი შეიძლება ორიოდე დღით დავტოვოთ და კიდევ გამოვიყენოთ ბუჟირებისათვის.

უმჯობესია ბუჟირება დღეგამოშვებით გავაკეთოთ, ან ორი-სამი დღის ინტერვალით. ყოველი ახალი პროცედურა იმ კალიბრის ბუჟით უნდა დავიწყოთ, რომლითაც წინა სეანსი დავამთავრეთ. საბოლოოდ საკმარისია შარდსადენის კალიბრი № 22-მდე გავწიოთ და დროებით (2-3 თვით, თუ რეციდივისადმი ძლიერი მიდრეკილება არ არის) ავადმყოფი დავაკვირდეთ.

მაინც ავადმყოფთა უმრავლესობას ოპერაციული მკურნალობა ესაჭიროება. შარდსადენის გამტარობის აღდგენისათვის მრავალი ოპერაცია არის მოწოდებული. თუ სხვადასხვა მოდიფიკაციას არ ჩავთვლით, ისინი შეიძლება ხუთ ჯგუფად დაიყოს: შიგნითა ურეთროტომია, გარეთა ურეთროტომია, შარდსადენის ტუნელიზაცია, ინვაგინაცია და რეზექცია.

არცერთი ამ ოპერაციის გაკეთება არ შეიძლება საშარდე და სასქესო ორგანოების მწვავე ანთებითი პროცესების დროს, აგრეთვე თუ არსებობს ჰემატომა ან შარდოვანი ინფილტრაცია შარდსადენის გარშემო.

შ ი გ ნ ი თ ა უ რ ე თ რ ო ტ ო მ ი ა იხმარება მაშინ, როდესაც შევიწროების ადგილში ძაფისებრი ბუჟი მაინც გადის. ოპერაცია ადგილობრივი ანესთეზიით კეთდება (საკმარის გაუტკივარებას იძლევა შარდსადენში 5-6 მლ — 1% დიმედროლის თბილი ხსნარის შესხმა და 2-3 წუთით გაჩერება). ურეთროტომია კეთდება სპეციალური ინსტრუმენტის — ურეთროტომიის დახმარებით. ეს არის ბუჟისმაგვარად მოხრილი, თხელი ლითონისაგან გაკეთებული წვრილი ღარი, სადაც მოძრაობს ინსტრუმენტის მჭრელი ნაწილი—დანა (სურ. 81): ღარს ბოლოზე (ნისკარტზე) ჩასახრახნი აქვს, აქ ჩაიხრახნება წინასწარ შარდსადენში გატარებული ძაფისებრი ბუჟის (კონდუქტორის) ბოლო და მისი დახმარებით ურეთროტომის ღარიანი ნაწილიც გაიცლის შევიწროებულ ადგილს. ამის შემდეგ ღარში იდგმება მჭრელი ნაწილი — დანა და იგი გარედან შიგნით მოძრაობით გზადაგზა ჰკვეთს ნაწიბურებს და იკაფავს გზას. ერთი მიმართულებით გაკვეთის შემდეგ ღარი 90°-ით უნდა მოვაბრუნოთ და კიდევ გავატაროთ დანა. უკეთესია, თუ ნაწიბური სამ ადგილას გაიკვეთება — წინა და გვერდით ზედაპირებზე (უკანა ზედაპირი არ იკვეთება, რათა სათესლე ბორცვი არ დავაზიანოთ). სისხლის დენა ჩვეულებრივ მნიშვნელოვანი არ არის. ოპერაციის შემდეგ დანა და ურეთროტომის ღარი მასში ჩახრახნილი ბუჟიანად უკან გამოაქვთ, შარდსადენში კი მსხვილი რეზინის კათეტერი იდგმება როგორც ჰერმოსტაზის მიზნით, აგრეთვე საჭირო დიამეტრის

მილის ჩამოყალიბებისათვის 5-6 დღით. შემდეგ საჭიროა სისტემატური ბუჟირება.

შიგნითა ურეთროტომია ხანმოკლე შედეგს იძლევა, ნაწიბური კვლავ იწყებს ზრდას და ავიწროებს შარდსადენს.

გარეთა ურეთროტომია იხმარება იმ შემთხვევებში, როდესაც შარდსადენში ძაფისებრი ბუჟიც კი არ გადის. ოპერაციის გაკეთება უმჯობესია ნარკოზით, შეიძლება ადგილობრივი ანესთეზიითაც. ავადმყოფი მაგიდაზე წევს იმ პოზიტურაში, რაც შორისზე ოპერაციებისათვის არის საჭირო.

შარდსადენში შეგვაქვს ლითონის ბუჟი, რომელიც მიადგება შევიწროებულ ადგილს. ამ ადგილზე შორისის კანი და სხვა ქსოვილები შარდსადენამდე გაიკვეთება. შევიწროების ადგილზე გაიკვეთება შარდსადენი, შეძლებისდაგვარად ამოიკვეთება ნაწიბურები. როდესაც ბუჟი თავისუფლად გავა, მას იღებენ და შარდსადენში 10-12 დღით ტოვებენ რეზინის კათეტერს. შორისის ჭრილობის შეხორცების შემდეგ პერიოდულად ბუჟირება ტარდება.

დიდი ეფექტიანობით არც გარეთა ურეთროტომია გამოირჩევა, ამიტომ მისი გამოყენების არეალიც ფრიად შეზღუდულია.

შარდსადენის ტუნელიზაცია ნიშნავს ლითონის ბუჟის ძალდატანებით გატარებას შევიწროებულ ან ობლიტერირებულ ადგილას. ფაქტობრივად ეს იგივე ბუჟირებაა, მხოლოდ ტუნელიზაციის დროს იგლიჯება შევიწროების ადგილას არსებული ნაწიბურები. ეს მეთოდიც მოკლე შევიწროების დროს გამოდგება.

შარდსადენის რეზექცია ყველაზე რადიკალური და ეფექტიანი მეთოდია შევიწროების მკურნალობისა, ოღონდ იგი გამოსადეგია, თუ შევიწროება ერთია და მისი სიგრძე 1,5-2 სმ არ აღემატება, ამასთანავე იგი შარდსადენის თავისუფალ ან აპკისებრ ნაწილშია. აღვწერთ ამ ოპერაციას, მარიონ-ხოლცოვის სახელით ცნობილს (G. Marion, 1869—1960, ფრანგი უროლოგი; Б. Н. Хольцов, 1861—1940, ლენინგრადელი უროლოგი).

შარდსადენში, სანამდე გადის, შეჰყავთ ლითონის ბუჟი. სასქესო ასოს და სათესლე პარკს ზევით წევენ და აფიქსირებენ. გასწვრივი შუა განაკვეთით აშიშვლებენ შარდსადენის შევიწროებულ სეგმენტს საღი ქსოვილების ფარგლებში შემდეგ ჩლუნგად გამოჰყოფენ შარდსადენის უკანა კედელს ზევით და ქვევით მის შევიწროებულ ადგილას. მობილიზებულ უბანს წამოწევენ წინ. სავარაუდო განაკვეთების ზემოთ და ქვემოთ ადებენ პროვიზორულ ნაკერებს. შარდსადენის ცენ-

ტრალური და პერიფერიული ბოლოების მხრივ განივი განაკვეთებით საღი ქსოვილების ფარგლებში კეთდება შევიწროვებული სეგმენტის რეზექცია. გადაჭრილ ბოლოებს აერთებენ კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით კედლის ყველა შრის გავლით. ჯერ ნაკერებს ადებენ უკანა კედელზე, ხოლო შემდეგ ატარებენ კათეტერს და კერავენ ურეთრის დანარჩენ ნაწილს, რეზექციის ადგილის ზემოთ 3-4 ნაკერით ურეთრას აფიქსირებენ ქვემდებარე ქსოვილებთან (სურ. 82). კათეტერი გამოაქვთ: ჭრილობა შრედაშრე იკერება ყრუდ.

კარგ შედეგს იძლევა შარდსადენის დისტალური ნაწილის ინვაგინაცია პროქსიმულში სოლოვოვის მეთოდით, უფრო ახლოვან-პროსტატული ნაწილის შევიწროების დროს (П. Д. Соловов, 1875—1940, მოსკოველი ქირურგი და უროლოგი). შარდის ბუშტის მხრიდან ანტეგრადულად შარდსადენში შევიწროებამდე ატარებენ ლითონის ბუჟს. გასწვრივი განაკვეთით შორისის მიდამოში აღმოაჩენენ და გამოჰყოფენ შარდსადენის ბოლქვოვან ნაწილს შარდსასქესო დიაფრაგმამდე და გადაკვეთენ ურეთრას განივი მიმართულებით, უშუალოდ შევიწროების კიდესთან. ანტეგრადულად ჩადგმული ბუჟის კონტროლის ქვეშ ფართოდ იკვეთება ნაწიბურები და ქსოვილებში იქმნება არხი, რომელიც ატარებს საჩვენებელ თითს. ურეთრის მობილიზებულ პერიფერიულ ნაწილზე ადებენ ოთხ გრძელ აბრეშუმის მარყუჟს, რომელთა თავისუფალ ბოლოებს ამაგრებენ ანტეგრადულად შეყვანილ ბუჟზე. ბუჟი ძაფებიანად გამოაქვთ შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ჭრილობაში და მათი დაჭიმვით შარდსადენის მობილიზებული პერიფერიული ბოლო ჩაიდგმება შარდსადენის პროსტატულ ნაწილში. ინვაგინირებული სეგმენტი რომ არ გამოძვრეს, მის გვერდით კედლებზე ადებენ კეტგუტის კვანძოვან ნაკერებს. ბოქვენზევით გამოტანილ აბრეშუმის ძაფების ბოლოებს ამავე მიზნით აფიქსირებენ მუცლის წინა კედლის კანზე. შორისის მიდამოს ჭრილობა იკერება ყრუდ. კათეტერი ურეთრიდან გამოაქვთ. შარდის ბუშტში დგამენ ბოქვენზედა დრენაჟს. აბრეშუმის ლიგატურებს აცილებენ მე-8-10 დღეს.

შარდსადენის დისტალური ნაწილის შევიწროება — მეატოსტენოზი — მიუხედავად სრული ხელმისაწვდომობისა, საკმაოდ ძნელია სამკურნალოდ. ამას ისიც უშლის ხელს, რომ აქ რეზექციის ან სხვა რადიკალური წესის გამოყენება არ შეიძლება, გაგანიერება კი ისევ რეციდივით მთავრდება. ალბათ ამის გამოა, რომ ლიტერატურაში უკვე ვხვდებით ცნობას იმის შესახებ, რომ დისტალური სტენოზის სამკურნალოდ ქრიოქირურგიას იყენებენ. შევიწროებულ შარდსა-

დენში დგამენ კრიოდესტრუქტორს და ჰყინავენ შარდსადენის კედლებს. დანეკროზებული ქსოვილების მოშორების შემდეგ რჩება დეფექტი, რომლის შიგნითა ზედაპირი ეპითელიზაციას განიცდის და უკვე საკმარისი დიამეტრისაა (სურ. 83).

სიმსივნეები

მამაკაცის შარდსადენის სიმსივნეები გაცილებით უფრო იშვიათია, ვიდრე ქალისა. აქაც გვხვდება როგორც კეთილთვისებიანი (უხშირესად), ისე ავთვისებიანი სიმსივნეები. ავადმყოფთა მეტი ნაწილი საშუალო და ხანშესული ასაკისაა.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან შედარებით ხშირია წვეტიანი კონდილომა, რომელიც სასქესო ასოს სიმსივნეებში განვიხილეთ. უფრო იშვიათია პაპილომა, რომელიც, როგორც წესი, შარდსადენის გარეთა ხვრელთან ახლოს მდებარეობს და თვალითაც მოჩანს რამდენიმე წვრილ-წვრილი, ყოლოს შეხედულების წანაზარდის სახით.

უკვე ნახსენები ლეიკოპლაკია შარდსადენშიც ჩნდება, უფრო ნაკისერ ფოსოში. ლეიკოკერატოზის დროს ზოგჯერ ეპითელის „რქა“ შარდს შეკავებასაც კი იწვევს. შარდსადენის პოლიპი იშვიათი დავადებაა. ჩვენ ერთი ავადმყოფი გვყავდა, 7 თვის ბიჭუნა, რომელიც ჰემატურიის და დიზურიის გამო მოიყვანეს კლინიკაში. ცისტოსკოპით შარდის ბუშტში, ყელთან ახლოს დავინახეთ, ხაოებიანი სიმსივნე, დიამეტრით 5-6 მმ. როდესაც ბუშტი გავხსენით, გამოირკვა, რომ ეს წვრილყუნწიანი პოლიპია, რომლის ფუძე შარდსადენშია. სიმსივნე ამოიკვეთა. ფუძე კი ურეთროსკოპის დახმარებით ელექტროკოაგულატორით მოიწვა. ზოგ ავტორს შარდსადენის პოლიპი კიბოსწინარე დაავადებად მიაჩნია (4).

სიმსივნის პირველი ნიშნებია ურეთრორაგია. აგრეთვე შარდის ნაკადის დაწვრილება, მრავალ შხეფად დაყოფა, ზოგჯერ მოშარდვის გაძნელება, სრულ შეხუთვამდეც კი.

ბევრ შემთხვევაში დიაგნოზი დახედვითაც შეიძლება დაისვას, თუ სიმსივნე შარდსადენის გარეთა ხვრელთან ახლოა (სურ. 84); სხვა შემთხვევებში გვეხმარება ურეთროსკოპია.

მკურნალობა მეტწილად სიმსივნის ელექტროკოაგულაციით გამოიხატება. აუცილებელია სიმსივნის რაღაც ნაწილის, თუნდაც პატარა

ნაკრის აღება და ჰისტოლოგიური გამოკვლევა, შემდეგ ხშირი კონტროლი თვალით ან (თუ სიმსივნე ღრმად მდებარეობდა) ურეთროსკოპიის საშუალებით.

არც ავთვისებიანი სიმსივნეებია ხშირი, მაგრამ მათგან მაინც ცალკე უნდა გამოიყოს შარდსადენის კიბო, რომელიც, როგორც წესი, შარდსადენის დისტალურ ნაწილში ჩნდება, გარეთა ხვრელთან ახლოს. მეტწილად გამოჩრილია ხვრელში, ყოლოსმაგვარი შეხედულება აქვს. ჰისტოლოგიურად ეს თითქმის ყოველთვის ნათელუჯრედიანი კიბოა. ზოგჯერ სიმსივნეს ეგზოფიტური ზრდა ახასიათებს და შარდსადენის კედლების ინფილტრაციას ახდენს, მისი ზედა ნაწილებისაკენ ვრცელდება. დიდ გავრცელებას სიმსივნე ვერ აღწევს, რადგან ავადმყოფები შედარებით ადრე მიმართავენ ექიმს.

თავიდან ავადმყოფს შარდსადენის ყრუ ტკივილი აწუხებს, უფრო მოშარდვის, აგრეთვე ერექციის დროს. შარდის ნაკადი წვრილდება და ამიტომ მოშარდვა გაძნელებული და გახანგრძლივებულია. დასაწყისში შარდსადენიდან ცოტა სერიოზული გამონადენია. შემდეგ მისი რაოდენობაც მატულობს და იგი ჩირქოვან-სისხლნარევი ხდება. უფრო მოგვიანებით შარდსადენის პალპაციით გამკვრივებული ადგილები შეიგრძნობა, ტკივილი და მოშარდვის აქტის დარღვევა მატულობს. სიმსივნე სწრაფად იზრდება, გადადის შარდსადენის და სასქესო ასოს მღვიმოვან სხეულებზე, შემდეგ კი სათესლე პარკზე, წინამდებარე ჯირკვალზე, შორისზე, ბოქვენის ძვლებზე.

დიაგნოსტიკაში, ანამნეზის და პალპაციის გარდა, გვეხმარება ურეთროსკოპია. მოჩანს შარდსადენის სანათურში შემოზრდილი ან ფართოდ გაწვენილი სიმსივნე — ღია-წითელი ფერის, ხორკლიანი ზედაპირით. ზოგჯერ სიმსივნის შუა ნაწილი დაწყლულებულია. ურეთროგრაფია შარდსადენის სანათურის დეფექტს აღმოაჩენს. საჭიროა ბიოფსია ურეთროსკოპის დახმარებით, რათა დიაგნოზი ზუსტი იყოს, რადგან ოპერაციული ჩარევა თითქმის ყოველთვის გულისხმობს მთლიანად შარდსადენის ან მისი ნაწილის ამოკვეთას.

თუ სიმსივნე შარდსადენის გარეთ ხვრელის მიდამოშია, კარგ შედეგს იძლევა ახლოფოკუსიანი რენტგენოთერაპია. თუ სიმსივნეს შარდსადენის თავისუფალ ნაწილში დიდი მანძილი უკავია და ასოს მღვიმოვან სხეულებზეა გადასული, ნაჩვენებია სასქესო ასოს ამპუტაცია სიმსივნის ქვემოთ და საზარდულის მიდამოების ლიმფადენოექტომია (დიეკენის ოპერაცია), აგრეთვე სხივური თერაპია ოპერაციის წინ და შემდეგ.

ოპერაციები შარდსადენზე

ურეთროტომია

შარდსადენის შევიწროების გამო ორგვარი ურეთროტომია კეთდება: შიგნითა და გარეთა. ეს ოპერაციები ზემოთ არის აღწერილი. აქ აღვწერთ ურეთროტომიას, რომელიც იხმარება შარდსადენიდან ჩაჭედილი კენჭის ან უცხო სხეულის ამოსაღებად (თუ ეს ენდოურეთრული გზით არ ხერხდება), შარდსადენის სარქველის ან სიმსივნის ამოსაკვეთად (თუ ეს ტრანსურეთრული რეზექციის საშუალებით ვერ მოხერხდა).

ავადმყოფი წევს ზურგზე, შორისზე ოპერაციებისათვის საჭირო პოზიტურით. შარდსადენში შედიან ლითონის ან პლასტმასის კათეტერით. კათეტერის ნისკარტს იმ ადგილას გააჩერებენ, სადაც გაკვეთაა საჭირო, აქ გამოზნექენ და ამ ადგილზე გაჭრიან 1—2,5 სმ სიგრძეზე. შარდსადენზე საჭირო მანიპულაციის დამთავრების შემდეგ ჭრილობას წვრილი კეტგუტით კერავენ გარდიგარდმო მიმართულებით. კათეტერის დატოვება არ არის საჭირო.

ურეთროსტომია

ეს ოპერაცია ნიშნავს შარდსადენის შორისის მიდამოში მდებარე ნაწილის გარეთ, კანზე გახსნას. იგი საჭიროა შარდსადენის თავისუფალი (დაჯიდებული) ნაწილის ობლიტერაციის ან გადაულახავი შევიწროების დროს. ეს შეიძლება იყოს ტრავმის, ავთვისებიანი სიმსივნით ინფილტრაციის, კენჭის ჩაჭედვის, პერ-პარაურეთრიტის შედეგი. შარდსადენის ფისტულა საჭიროა სასქესო ასოს კიბოს დროს, თუ კეთდება ემასკულაცია.

ურეთროსტომია შეიძლება იყოს მუდმივი და დროებითი.

მუდმივი ურეთროსტომია ასე კეთდება: ავადმყოფი წევს პოზიციაში, რომელიც შორისის მიდამოს ოპერაციებისათვის არის საჭირო. ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს ადგილობრივი გაუტკივარებით. განაკვეთი 3-4 სმ სიგრძისა — შედიალური, შეიძლება რკალისებურიც. როდესაც შარდსადენის ბოლქვოვან ნაწილს მივადგებით, იგი ორი ძაფ-დამჭერით ამოიწევა, 1-1,5 სმ სიგრძეზე გაიკვეთება და განაკვეთის კიდეები კანს ამოეკერება. ამავე სტომიდან შარდის ბუშტში დგა-

მენ „მუდმივ“ კათეტერს 8-10 დღით. კათეტერის ამოცლის შემდეგ ავადმყოფი თვითონ იწყებს შარდვას. მხოლოდ ჯდომელა.

თუ ფისტულა სამუდამოდ უნდა დარჩეს, შარდსადენი გადაიკვეთება და მისი პროქსიმული ნაწილის კიდეები კანს ამოეკერება. უმჯობესია შარდსადენის კიდე ცოტა (3-4 მმ) ამოწეული იყოს კანის დონეზე, ხოლო ლორწოვანი გარსი გადმობრუნებული, რათა შარდსადენი არ შეიკუმშოს და ზევით არ აიწიოს, ან მისი ახალი ხვრელი არ შევიწროვდეს.

ლიტერატურა

მონოგრაფიები:

კაპეტივაძე ი. — შარდსადენის ტრავმული შევიწროება და მისი მკურნალობა. თბილისი, 1957.

ჯუღნია პ., მახარაძე შ. — შარდსადენის დაავადებათა რენტგენოდიაგნოსტიკა. თბილისი, 1960.

Гехман Б. С. Уретрография и простатография. Киев, 1967.

Задорожный Б. А., Петров Б. Р. Уретриты. Киев, 1978.

Ильин И. И. Негонококковые уретриты у мужчин. М., 1977.

Колеватых В. П. Оперативное лечение пороков развития мочеиспускательного канала у детей. Куйбышев, 1969.

Лимберг А. А. Планирование местнопластических операций. Л., 1963.

Михельсон А. И. Оперативное лечение недержания мочи на почве врожденных аномалий мочевой системы. Минск, 1957.

Русаков В. А. Хирургическое лечение стриктур уретры и импотенции. Элиста, 1970.

Савченко Н. Е. Гипоспадия и гермафродитизм. Минск, 1974.

Савченко Н. Е. Эписпадия. Минск, 1978.

Ferkas L. G. Hypospadias. Praha, 1967.

Serfling H. Hypospadie und ihre Behandlung. Leipzig, 1956

დამოწმებული

1. Державин В. М.— Оперативное лечение недержания мочи при тотальной эписпадии у детей. М., 1949. 2. Трофимова З. А. — Тез. докл. III конф. урологов БССР. Минск. 1979. 3. Бань Г. А. и др.— Там же. 4. Агзамов Д. А.— Тр. Целиноград. мед. ин-та, 1971. 4.

წინამდებარე ჯირკვალი

წინამდებარე ჯირკვლის განვითარების ანომალიები იშვიათია და, რაც მთავარია, მათ არ აქვთ დიდი კლინიკური მნიშვნელობა.

წინამდებარე ჯირკვლის აგენეზია — არარსებობა—მეტწილად სეჭციური ნაპოვნია, არასაკმარისი განვითარება — ჰიპოპლა-

ზ ი ა — შედარებით უფრო ხშირია. თუ ჯირკვლის ორივე გვერდითი წელი ჰიპოპლაზიურია, ავადმყოფის სქესობრივი განვითარება შეფერხებულია: მას საჭურისის შეხედულება აქვს.

პ რ ო ს ტ ა ტ ი ს კ ი ს ტ ა ც თანდაყოლილ ანომალიებს ეკუთვნის. კისტა არ აღწევს დიდ ზომას, უხშირესად შარდსადენის შიგნითა ხვრელის მიდამოში მდებარეობს და აფერხებს მოშარდვას. თანდაყოლილი კისტა ყმაწვილობაშივე გამოვლინდება. მკურნალობა ოპერაციულია: კისტის ამოკვეთა ტრანსურეთრული გზით — რეზექტოსკოპით, ან კისტის თავისუფალი კედლის ელექტროკოაგულაცია.

ტ რ ა ვ მ ა

მცირე მენჯის ღრუში ღრმად მდებარეობის გამო წინამდებარე ჯირკვალი კარგად არის დაცული გარედან ზემოქმედებისაგან. მეტწილად მეზობელი ორგანოების დაზიანების ნიშნები ჰფარავენ წინამდებარე ჯირკვლის დაზიანების ნიშნებს, საკუთრივ ჯირკვალში ტრავმის შედეგად ჯირკვლოვანი ელემენტების ნეკროზი ვითარდება, რომლის დიაპაზონი დაზიანების ზონის სიდიდეზეა დამოკიდებული.

დამახასიათებელი ნიშანია ჰემატურია, მაგრამ ყოველთვის როდია ადვილი დასადგენი, სადაა სისხლდენის წყარო: შარდის ბუშტში, შარდსადენში, თუ თვით წინამდებარე ჯირკვალში. ამ მხრივ დიდ დახმარებას გვიწევს სწორი ნაწლავიდან თითით გასინჯვა: ჯირკვალი გადიდებულია, დეფორმიული, მტკივნეული, გასინჯვის შემდეგ სისხლიანი გამონადენი მატულობს. წინამდებარე ჯირკვალში დიდი ჰემატომის დროს არის დიზურიული მოვლენები, ზოგჯერ შარდის სრული შეხუთვაც კი (სურ. 85).

მკურნალობა მეტწილად კონსერვატულია: სიცივე შორისის მიდამოზე, სისხლდენის შემაჩერებელი საშუალებანი, ანტიბიოტიკები. ოპერაციული მკურნალობა მხოლოდ სამ შემთხვევაშია საჭირო: შარდის შეკავებისას (შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ფისტულა), ძლიერი სისხლდენის დროს (შარდის ბუშტის ან შორისის მხრივ მიდგომა, ჰემატომის დაცლა, ტამპონადა), აგრეთვე დაჩირქების — პროსტატის აბსცესის დროს — შორისისმხრივი დრენირება).

წინამდებარე ჯირკვლის „შიგნიდან“ დაზიანება თითქმის ყოველთვის იათროგენური ტრავმაა: კათეტერის, ბუჟის, ცისტოსკოპის ძალ-

დატანებით გატარება, ან სხვა ამდაგვარი მანიპულაცია. ასეთი ტრავმა არ არის საშიში სისხლის დენის მხრივ, მაგრამ იგი, როგორც წესი, ინფექციით რთულდება.

პროსტატიტი

წინამდებარე ჯირკვლის ანთება შეიძლება იყოს იზოლირებული, აგრეთვე შერწყმული ურეთრიტთან, სპერმატოცისტიტთან, დასპრულ, იგი შეიძლება იყოს რომელიმე ახლომდებარე თუ დაშორებული ორგანოს ჩირქოვანი ანთების გართულება.

პროსტატიტის გამომწვევი უმეტესად კოკური ფლორაა, უპირატესად სტაფილოკოკი, თუმცა შემთხვევათა თითქმის ნახევარში მიკრობთა ასოციაცია ამოითესება. ინფექციის შეჭრის გზა სამია: ჰემატოგენური (ანგინის, ქუნთრუშის, პნევმონიის, კანის და კანქვეშა ქსოვილის ჩირქოვანი ანთების შემდეგ), ლიმფოგენური (უმთავრესად სწორი ნაწლავის დაავადებათა — პროქტიტის, პარაპროქტიტის და მისთ. შემდეგ) და კანალიკულური (შარდის ბუშტის ყელის, უკანა ურეთრის, სათესლე ბორცვის ჩირქოვანი ანთების შემდეგ).

ინფექციის განვითარებას ხელს უწყობს წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერემია და ცენური სტაზი. ამათი მიზეზებია დაუმაყოფილებელი სქესობრივი აგზნება, თუ ეს ხშირია, აგრეთვე მოტოციკლით, ველოსიპედით, ცხენით მგზავრობა, გაცივება. სპირტიანი სასმელების მოჭარბებული ხმარება, ნივთიერებათა ცვლის ზოგი დაავადება, მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტი და სხვ. ძალიან დიდია მნიშვნელობა შარდის ბუშტის და შარდსადენის დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზნით ინსტრუმენტული გამოკვლევისა (კათეტერიზაცია, ბუჟირება, ურეთროსკოპია, ცისტოსკოპია, ტრანსურეთრული რეზექცია). განსაკუთრებით კი შარდსადენში კათეტერის დიდხანს დატოვებისა („მუდმივი კათეტერი“).

მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ მწვავე და ქრონიკულ პროსტატიტს. მწვავე პროსტატიტი სამი სახისაა: კატარული, ფოლიკულური და პარენქიმული. ეს პათომორფოლოგიური კლასიფიკაცია საკმაოდ კარგად ესადაგება პროსტატიტის კლინიკურ სახესხვაობებსაც.

კ ა ტ ა რ უ ლ ი პ რ ო ს ტ ა ტ ი ამ დაავადების ყველაზე იოლი ფორმაა. ანთებითი პროცესი ამ დროს მხოლოდ წინამდებარე ჯირკვლის გამომტან სადინარებს მოიცავს. ლორწოვან და ლორწქვეშა

გარს არ სცილდება. ჯირკვლების სანათური ამოვსებულია ჩამოფცქვნილი ეპითელით, ლეიკოციტებით და ლორწოთი.

ავადმყოფის ჩივილებიც პროსტატიტის ამ ფორმის დროს მცირეა: შარდვის გახშირება, წვის შეგრძნება, განსაკუთრებით მოშარდვის დამთავრებისას. Per rectum გასინჯვით წინამდებარე ჯირკვალი ოდნავ გადიდებულია, მომატებულია მისი მგრძნობელობა. პროსტატის წვენში მომატებულია ლეიკოციტების და ლეციტინის მარცვლების შემცველობა. კატარული პროსტატიტი, როგორც წესი, ავადმყოფის სრული განკურნებით და წინამდებარე ჯირკვლის სრული აღდგენით მთავრდება. შემთხვევათა მცირე ნაწილში პროცესი წინ მიდის და ფოლიკულურ პროსტატიტად გადადის.

ფ ო ლ ი კ უ ლ უ რ ი პ რ ო ს ტ ა ტ ი ტ ი ს დროს ანთებითი პროცესი უკვე ჯირკვლის ცალკეულ წილაკებზე გადადის, მათში პატარა-პატარა ჩირქგროვებიც ჩნდება, მხოლოდ ჩირქი წილაკების სადინარებით თავისუფლად გამოდის შარდსადენში. თუ რომელიმე წილაკის სადინარი დაეხშო, ჩირქოვანი ექსუდატი ჯირკვლის სანათურში გროვდება და ამის გამო წილაკი დიდდება, მტკივნეული ხდება. ჩირქოვანი პროცესის ჩათავების შემდეგ ფოლიკულები ნაწიბუროვან ცვლილებას განიცდის და უკვე აღარ მონაწილეობს წინამდებარე ჯირკვლის ცხოველმყოფელობაში.

ფოლიკულური პროსტატიტით ავადმყოფს შორისის და გავის მიდამოს ტკივილი აწუხებს. ტკივილი ძლიერდება დეფეკაციის დროს. გადაეცემა ასოს თავის და უკანა ტანის მიმართულებით. შარდვის გახშირებაც უფრო შესამჩნევია, ვიდრე კატარული ფორმის დროს, განსაკუთრებით ღამით. ზოგჯერ მოშარდვა გაძნელებულია, მაგრამ შარდის სრული შეხუთვა იშვიათია. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია, მეტწილად სუბფებრილურ დონემდე, ზოგჯერ კი 39°-დეც. ამას შეიძლება წინ უძღოდეს შემცირება, ხოლო დამთავრდეს ძლიერი ოფლიანობით.

Per rectum გასინჯვით მთელი წინამდებარე ჯირკვალი გადიდებულია, მაგრამ უფრო შესამჩნევად — მისი რომელიმე წილი, თანაც ძლიერ მტკივნეულია. გადიდებული წილის ზედაპირზე, კაფსულის ქვეშ, ხორკლიანობა შეიგრძნობა (მომცრო ჩირქგროვები). ორჭიანი ცდით შარდის მეორე ულუფა უფრო ძღვრიეა. თითით გასინჯვის (ეს იგივე მსუბუქი მასაჟია) შემდეგ შარდში ჩირქოვანი ძაფები გამოჩნდება; პროსტატის წვენში მკვეთრად მომატებულია ლეციტინის მარცვლები. ფოლიკულური პროსტატიტიც შეიძლება სრული განკურნებით დასრულდეს.

პარენქიმული პროსტატიტი ამ დაავადების ყველაზე მძიმე ფორმაა. ამ დროს ჩირქოვანი ანთებითი პროცესი ჯირკვლის რომელიმე წილს მთლიანად მოიცავს. ანთება ვრცელდება წილაკთა შორის არსებულ შემაერთ ქსოვილზეც. ცალკე წილაკები ზოგჯერ ერთმანეთს უერთდება და საკმაოდ მოზრდილი ჩირქგროვები შეიძლება გაჩნდეს, რომლებიც ჯირკვლის კაფსულის ქვეშ არიან განლაგებული. უფრო მორსწასულ შემთხვევებში პროცესი კაფსულის გარეთ გამოდის და ჯირკვლის გარშემო მდებარე ქსოვილებზე ვრცელდება (პერიპროსტატიტი). ზოგჯერ ჩირქოვანი პროცესი ჯირკვლის ვენურ ქსელზე გადადის, რაც ზოგადი სეფსისის მიზეზი შეიძლება გახდეს. თუ მთელს ჯირკვალში ერთი დიდი ჩირქგროვა ჩამოყალიბდა, ეს უკვე პროსტატიტის აბსცესია.

ავადმყოფს ამცივნებს, აქვს მაღალი სიცხე (40°-მდე). ტკივილი შორისის არეში ძლიერია, ზოგჯერ მფეთქავი, გადაეცემა სწორი ნაწლავისაკენ. ავადმყოფს უჭირს დეფეკაცია როგორც მტკივნეულობის გამო, ასევე თვითონ გადიდებული ჯირკვლის გამო. შარდვა ძლიერ გახშირებულია (ამას შარდის ბუშტის ყელის რეცეპტორების მგრძნობელობით მომატებით ხსნიან), მტკივნეული, არც ისე იშვიათია შარდის შეხუთვა.

შორისის მიდამო პალპაციით მტკივნეულია, კიდევ უფრო — რექტალური გასინჯვა. დასაწყისში წინამდებარე ჯირკვალი დაჭიმულია, მკვრივ-ელასტიკური კონსისტენციისა, შემდეგ დღეებში გარბილებული უბნები ჩნდება (ეს წილაკების ჩირქგროვებია). თუ ჩირქგროვას ჯირკვლის დიდი ნაწილი უკავია, თითით ფლუქტუაციაც შეიგრძნობა.

დიაგნოსტიკა უმეტეს შემთხვევაში არ არის ძნელი. ერთგვარი სიძნელე გვხვდება დაავადების სახის თუ სტადიის განსაზღვრის დროს. აქ კარგ დახმარებას გვიწევს ავადმყოფის ჩივილისა და ობიექტური მონაცემების თანდათანობითი დამძიმება. კატარული პროსტატიტის დროს ჩივილი უმნიშვნელოა, თვითონ ჯირკვალიც მცირედ არის შეცვლილი. ფოლიკულური პროსტატიტის დროს ჯირკვალი მტკივნეულია, გადიდებული, ისინჯება ცალ-ცალკე დაჭიმული წილები. შარდის ბოლო ულუფა უფრო მღვრიეა, ვიდრე პირველი. პარენქიმული პროსტატიტის ძირითადი ნიშანია სპონტანური ტკივილი შორისის და უკანა ტანის მიდამოში, შარდვის გახშირება და გაძნელება, სხეულის ტემპერატურის აწევა. თუ ამას რექტალური პალპაციით წინამდებარე ჯირკვლის ადგილ-ადგილ გარბილებაც დაემატა, ეს უკვე აბსცესის დამადასტურებელია.

კატარული და ფოლიკულური პროსტატიტის სამკურნალოდ უნდა ვიხმაროთ თბილი (38—40°-მდე) ჯდომითი აბაზანები, მიკროკლისტერები (წინასწარ გამწმენდი ყუნის შემდეგ) 50 მლ ცხელი — 50°-მდე — ამიდოპირინის 2%-იანი ხსნარი. საჭიროა ავადმყოფს დაენიშნოს ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები. თუ ავადმყოფი სათანადო რეჟიმს დაიცავს (წოლა, სქესობრივი კავშირისაგან თავშეკავება, დამზოგველი დიეტა, სითხის მომატებული მიღება), ასეთი მკურნალობის შედეგად დაავადება ერთ კვირაში ან უკვალოდ გაივლის, ან ზოგიერთ მოვლენები ჩაცხრება და დაავადება თანდათან ქრონიკულ ხასიათს მიიღებს. პარენქიმული პროსტატიტის დროს პროგნოზი უფრო სერიოზულია, განსაკუთრებით, როდესაც პროცესი სცილდება ჯირკვლის ფარგლებს. დიაბეტით ავადმყოფთა და მოხუცთა შორის, მით უმეტეს, თუ უკვე იყო წინამდებარე ჯირკვლის ადენომა, ხშირად საქმე ჩირქგროვის გაჩენამდე მიდის.

წინამდებარე ჯირკვლის აბსცესი უხშირესად კატარული, შემდეგ ფოლიკულური და პარენქიმული პროსტატიტის საბოლოო სტადიაა.

კლინიკური ნიშნებიდან დამახასიათებელია ძლიერი შემცივნება, შემდეგ მაღალი ტემპერატურა (40°-მდე) ზოგადი სეფსისის სურათი, ძლიერი ტკივილი შორისის მიდამოში; შარდვა და დეფეკაცია გაძნელებულია და მტკივნეული.

დიაგნოსტიკა, ზემოთჩამოთვლილი ნიშნების გარდა, ძირითადად Per rectum გასინჯვის შედეგებზეა დამყარებული. შეიგრძნობა დიდი, რბილი, ძლიერ მტკივნეული სიმსივნე, ზოგჯერ წინამდებარე ჯირკვლის კაფსულით შემოფარგლული, — ზოგჯერ მკაფიო საზღვრების გარეშე.

პროსტატის აბსცესის დროს უკვე ჭირურგიული მკურნალობა არის საჭირო. ყველაზე მარტივი ჩარევა არის აბსცესის პუნქცია, როგორც ამას მ. ლ. კორიკოვი გვირჩევს (1). მეტწილად მაინც ოპერაციაა საჭირო: წინამდებარე ჯირკვლის გაკვეთა.

პროსტატის გაკვეთა საჭიროა მისი ჩირქგროვის ან კენჭების დროს. ზოგჯერ იგი საჭიროა პარენქიმული პროსტატიტის დროსაც — ცალკე წილაკების ჩირქგროვის გასახსნელად, თუ ისინი თავისით არ გაიწოვა. თუ ჩირქგროვა დიდია და სწორი ნაწლავის კედელთან ახლოსაა. აქედან მისი გახსნა ადვილია. ტრანსრექტალური ბიდგომა უმჯობესია აგრეთვე, თუ ჩირქგროვა წინამდებარე ჯირკვლის ზედა და უკანა ნაწილებშია. სწორი ნაწლავის სანათური სარკეებით გაგანიერდება, ლორწოვანი გარსი სუფთავდება როშელიმე ანტისეპტიკური ხსნარით, შემ-

დაგ ყველაზე ამკარა გამობერილობის ან ფლუქტუაციის ადგილას წასვილი ტალიბრის ნემსით პუნქცია კეთდება. ჩარქის გამოსელის შემდეგ ნემსის გაყოლებით ნაჩხვლეტი განიერდება და სადრენაჟო მილი ან მარლის ტამპონდა ჩაიდება. საჭიროა მივიღოთ ზომები, რათა ავადმყოფს უახლოეს 2-3 დღეს დეფეკაცია არ ჰქონდეს.

ქრონიკული პროსტატიტი ხშირი დაავადებაა, უხშირესად ახალგაზრდა ასაკში გვხვდება, და ყოველთვის როდია მწვავე ანთების ქრონიზაციის შედეგი. ორნაირი დაშვება არის შესაძლებელი: ან მწვავე პროსტატიტი არ იყო მნიშვნელოვნად გამოხატული და ასევე გადავიდა იგი ქრონიკულად, ან პროსტატიტს თავიდანვე ტორპიდული, მცირე სიმპტომიანი მიმდინარეობა ჰქონდა.

არსებობს რიგი ფაქტორებისა, რომლებიც ხელს უწყობს ქრონიკული პროსტატიტის განვითარებას: ალკოჰოლიზმი, სქესობრივი ცხოვრების ჰიგიენის ხშირი დარღვევა (შეწყვეტილი ან გახანგრძლივებული კოიტუსი და სხვ.); აღნიშნავენ ხშირი ონანიზმის, აგრეთვე მჯდომიარე რეჟიმის მნიშვნელობასაც (2).

ავადმყოფის თითოეული საჩივარი ცალ-ცალკე თითქოს არც კი იქცევს ყურადღებას. ესაა რალაც გაურკვეველი დისკომფორტი, ყრუ ტკივილი თუ უსიამოვნო შეგრძნება შორისის, გავის, ბოქვენის მიდამოში, ზოგჯერ ტკივილის გაძლიერება სქესობრივი აქტის დასრულს. შარდვა ზოგჯერ გახშირებულია, დილაობით გაძნელებულიც, ამ დროს შარდსადენის გარეთა ხვრელიდან რამდენიმე წვეთი ლორწოსმაგვარი გამონადენია, ან ღამით გამოდენილი გამხმარა და ხვრელი შეწებებულა. გამონადენი მატულობს (სხვა დროს თუ ცოტა იყო) ან ჩნდება დეფეკაციის, ხანგრძლივი სიარულის, ფიზიკური დაძაბვის შემდეგ. ავადმყოფთა ნაწილი სქესობრივი უნარის დაქვეითებას აღნიშნავს. ბევრს აქვს გადატანილი გონორეა, ტრიქომონოზი ან მწვავე პროსტატიტი.

დიაგნოსტიკა, სუბიექტური შეგრძნებების გარდა, ემყარება რექტალური პალპაციის შედეგებს, წინამდებარე ჯირკვალი მთლიანად თუ არა, მისი რომელიმე წილი მაინც გადიდებულია, ალაგ შედარებით მკვრივი ინფილტრატი შეიგრძნობა, ალაგ, პირიქით, გარბილებული უბნები. თუ პროცესი გადასულია წინამდებარე ჯირკვლის ახლომდებარე ქსოვილებზე, მისი საზღვრები მკაფიოდ არ ისინჯება. ზოგჯერ თითით გასინჯვის შემდეგ რამდენიმე წვეთი პროსტატის წვენი გამოიყოფა, ზოგჯერ — დიდი რაოდენობით. ამ გამონადენში ლეიკოციტების მომატებული რაოდენობაა (6—8-ზე მეტი მხედველობის

არეში), შემცირებულია ლეიტინის მარცვლების რაოდენობა. შეგუბებითი (კონგესტიური) პროსტატიტის დროს ლეიკოციტების რაოდენობა არც კი არის მომატებული.

ქრონიკული პროსტატიტის მკურნალობა ორ მიზანს ისახავს: ინფექციასთან ბრძოლა და წინამდებარე ჯირკვლიდან სეკრეტის ევაკუაციის გაუმჯობესება. დიდი მნიშვნელობა აქვს ცხოვრების რეჟიმს, მეტ მოძრაობას, დიეტას (რაციონიდან სავსებით უნდა გამორიცხოს სპირტიანი სასმელები, ცხარე კერძები, შემცირდეს ხორცეული), დეფეკაციის რეგულაციას (თუ ყაბზობაა, საჭიროა მსუბუქი საფაღარათო საშუალებები — პურგენი, სენადი და მისთ).

ანტიბაქტერიული საშუალებებიდან ხმარობენ ანტიბიოტიკებს, უმჯობესია per os დანიშვნა: ერითრომიცინი ან ლევომიცეტინი, სულფანილამიდები, ნევიგრამონი, 5-NOK სხვ. სასურველია ორი ან სამი საშუალების მონაცვლეობა, რადგან მკურნალობა ხანგრძლივია და მიკრობთა რეზისტენტობა შეიძლება გამომუშავდეს.

ადგილობრივ ხმარობენ ჯდომით აბაზანებს, მიკროკლისტერებს (გვირილის ნახარშით, ამიდოპირინით), რექტალურ დიათერმიას, პირდაპირ ელექტროსტიმულაციას — ერთპოლუსიანი ელექტროდის შარდსადენში ჩადგმით.

ქრონიკული პროსტატიტის სამკურნალოდ ხშირად იყენებენ წინამდებარე ჯირკვლის მასაჟს. სრული საფუძველი გვაქვს ვიფიქროთ, რომ ეს ფრიად საპასუხისმგებლო პროცედურა კეთდება მაშინ, როდესაც იგი საჭირო არ არის. მავნებელიც კია; თანაც მასაჟი ხშირად არასწორად კეთდება. ამიტომ ამ საკითხზე ცოტა უნდა შეჩერდეთ.

მასაჟი არ უნდა დაენიშნოს ავადმყოფს, რომელსაც აქვს სასქესო სისტემის ტუბერკულოზი, მწვავე პროსტატიტი ან სხვა სასქესო და საშარდე ორგანოების მწვავე ანთება, პროსტატის კენჭები. შეუძლებელია მასაჟის ჩატარება პროქტიტის, პარაპროქტიტის, ანუსის ნაპრალების, ბუასილის, აგრეთვე ყოველგვარი სიმსივნის დროს.

მასაჟის წინ ავადმყოფმა სწორი ნაწლავი უნდა დაცალოს ან სპონტანური დეფეკაციის გზით ან (უმჯობესია) გამწმენდი ოყნა გაიკეთოს.

მასაჟისათვის ყველაზე მოხერხებულია ავადმყოფის ასეთი პოზიცია: იგი მარჯვენა გვერდზე წევს, ფეხები მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოხრილი აქვს და მუცლისაკენ მიჭცეული. ექიმს მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითი სწორ ნაწლავში შეაქვს (ხელთათმანით, რა თქმა უნდა) და მცირე ზეწოლით ცალ-ცალკე აკეთებს ჯირკვლის გვერდითი

წილების მასაჟს, მოძრაობის მიმართულებაა — ჯირკვლის კიდეებიდან ცენტრისაკენ, სულ თითო წილზე 8-10 მოძრაობაა საკმარისი. ბოლოს რამდენიმე უფრო ძლიერი ზეწოლა ხდება წილთაშუა ღარში, ქვემოდან ზევით. როდესაც შარდსადენის ხვრელიდან პროსტატის წვენის წვეთი გამოჩნდება, მასაჟი მთავრდება, წვენი კი შეიძლება ლაბორატორიულად გამოვიკვლიოთ (თუ გამონადენი არ არის, გამოკვლევა კი აუცილებელია, ავადმყოფს მასაჟის შემდეგ უნდა მოვაშარდვინოთ: შარდი ჩამორეცხავს შარდსადენის სანათურში შეჩერებულ პროსტატის წვენს).

ქრონიკული პროსტატიტით ავადმყოფის იმუნური სტატუსის გასაძლიერებლად ხმარობენ აუტოჰემოთერაპიას, ლაქტოთერაპიას, პიროგენალს (იწყებენ 25 ერთეულიდან და ყოველ შემდეგ ინექციაზე უმატებენ 25 ერთეულს; სულ 15 ინექცია დღეგამოშვებით), რაველორნს (თითო ამპულა დღეში, სულ 30 ინექცია). კარგი შედეგებია მიღებული ტალახით მკურნალობის შედეგად (აპლიკაცია, რექტალური ტამპონები).

ქრონიკული პროსტატიტის მკურნალობისათვის რეფლექსოთერაპიასაც იყენებენ, სპეციალურად შერჩეულ წერტილებში (3). შედეგებით ფრიად კმაყოფილნი არიან, კარგი ეფექტია მიღებული პროტეოლიზური ფერმენტით და ჰეპარინით (4), მცენარეული ფერმენტით — პაპაინით (5), ხისმაგვარი ვერუკის ყვავილის მტვერით (6) მკურნალობის შედეგად.

ქრონიკული პროსტატიტის მკურნალობა ხანგრძლივი და შეუპოვარი უნდა იყოს. ხშირია გამწვავებები, რაც მეტწილად ავადმყოფის მიერ რეჟიმის და დიეტის დარღვევით აიხსნება. ამიტომ უქიმია და ავადმყოფის სრულ ურთიერთგაგებაა გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. არც ის უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ავადმყოფთა 10-15%-ს პროსტატიტის რეზისტენტული ფორმა აქვს, 25%-ს კი — ამოკრობული, ამათგან 15%-მდე ვირუსული ეტიოლოგიის პროსტატიტია.

ენინამდებარე ჯირკვლის სკლეროზი

ეს დაავადება ბოლო ხანებში გახდა ცხარე მსჯელობის საგანი, სპეციალური სიმპოზიუმიც კი მიეძღვნა მას ქ. უფაროროდში (1981), კიევის უროლოგიის და ნეფროლოგიის ინსტიტუტის მიერ მოწყობილი. ამ დაავადების ანდროლოგიური მნიშვნელობა განუზომლად უფრო

დიდია, ვიდრე იმავე წინამდებარე ჯირკვლის ადენომისა ან კიბოსი, რადგან სკლეროზი საკმაოდ ხშირია ახალგაზრდა. რეპროდუქციულ ასაკში. კიეველ უროლოგთა მონაცემებით წინამდებარე ჯირკვლის სკლეროზი ამ ორგანოს დაავადებათა თითქმის 13% შეადგენს, ხოლო ავადმყოფთა მეოთხედი 25-50 წლის ასაკისაა (7).

დაავადების მორფოლოგიური საფუძველია წინამდებარე ჯირკვლის ფიბროზული დეფორმაცია, მისი კუნთოვანი ქსოვილის შემაერთი ქსოვილით ჩანაცვლება, პარენქიმის ელასტიკური ბოჭკოების და სტრომის გადაგვარება. ახალგაზრდა ასაკში ამას თან ახლავს ჯირკვლის პარენქიმის ჰიპერპლაზიური და პროლიფერაციული ცვლილებები, ხანშესულთა შორის — ატროფიული.

მორფოლოგიურ ცვლილებებს თან ერთვის წინამდებარე ჯირკვლის ფუნქციური აქტივობის მკვეთრი დაქვეითება, რაც განსაკუთრებით საგრძნობია ახალგაზრდა ასაკში.

ავადმყოფის სუბიექტური შეგრძნობანი ჰგავს წინამდებარე ჯირკვლის ადენომით ან კიბოთი დაავადებულთა ჩივილს. კლინიკურ სურათში წინა პლანზეა მოშარდვის აქტის დარღვევა, დიზურიული მოშლილობანი, მეორადი ობსტრუქციული ცვლილებები ზედა საშარდე გზებისა და თირკმლების მხრივ, რაც თირკმლების ქრონიკული უკმარისობით გამოიხატება.

მსგავსების მიუხედავად, დიფერენციული დიაგნოსტიკა მაინც შესაძლებელია რექტალური პალპაციის, პროსტატის სეკრეტის გამოკვლევის, წინამდებარე ჯირკვლის პუნქციური ბიოფსიის და სხვა მეთოდების საფუძველზე. უთუოდ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ცისტოსკოპიის დროს აღმოჩენილ ზოგიერთ ცვლილებას: ლიტოდის სამკუთხედის ფართობის შემცირებას, შარდსაწვეთის ბუშტისკენა ხვრელების ერთმანეთთან სიახლოვეს, მათ დაბლა ჩამოწევას.

პროსტატოგრაფიის და ცისტოურეთროგრაფიის დროს პოულობენ გადიდებულ შარდის ბუშტს, რომელიც ნეიროგენურ („კოშკისებური") ბუშტს მოგვაგონებს, ხშირ შემთხვევაში დივერტიკულებს, შარდსადენის პროსტატული ნაწილის დამოკლებას და სხვ.

მკურნალობა ძირითადად გამოიხატება სკლეროზულად შეცვლილი წინამდებარე ჯირკვლის ამოკვეთით, ზოგჯერ, თუ ისინიც მოქცეულია პათოლოგიურ პროცესში, სათესლე ბუშტუკებთან ერთად. უკრაინელი უროლოგები ბუშტისმხრივ მიდგომას ამჯობინებენ.

წინამდებარე ჯირკვალში კენჭის გაჩენა არც ისე ხშირია, მისი სიხშირე ყველა უროლოგიურ ავადმყოფთა მიმართ 0,2-0,3%-ს არ აღემატება.

წინამდებარე ჯირკვლის კენჭებს ორ ჯგუფად ჰყოფენ: ჰეშმარიტი და ყალბი. ჰეშმარიტი კენჭი საკუთრივ ჯირკვლის ქსოვილში წარმოიქმნება, ეს ის კენჭებია, რომლებიც ჯერ კიდევ მორგანიმ (G. B. Morgagni, 1682—1771) აღწერა 1723 წელს და მათ სახამებლისებრი სხეულაკები (corpora amylacea) უწოდა. ყალბი კენჭები საშარდე გზებიდან ჩამოსული და შარდსადენის პროსტატულ ნაწილში გაჩხერილი კენჭებია, ან კიდევ პროსტატის ადენომექტომიის შემდეგ ლიგატურაზე ან ჯირკვლის კაფსულაზე დალექილი შარდის მარილების კონგლომერატი.

წინამდებარე ჯირკვლის ჰეშმარიტი კენჭები მცირე ზომისაა (2-3 მილიმეტრის დიამეტრისა), მდებარეობენ ჯირკვლის წილაკების გამომტან სადინარებთან და, როგორც ჩანს, პროსტატის წვენის შეგუბების, გასქელების და შეწებების შედეგია. ამიტომაცაა, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობას არ ჰქონდა, ან ახლაც აქვს ქრონიკული პროსტატიტი. პროსტატის კენჭი, როგორც წესი, რამდენიმეა, ზოგჯერ ბევრიც (ერთს ჩვენს ავადმყოფს 140 კენჭი ჰქონდა). მეტწილად ისინი გაფანტულია ჯირკვლის მთელ სივრცეზე, უფრო ხშირად — რამდენიმე მცირერიცხოვან ჯგუფს ჰქმნის. კენჭი იზრდება და, ერთის მხრივ, წინამდებარე ჯირკვლის ქსოვილის ატროფიას იწვევს, მეორეს მხრივ კი, თუ შარდსადენის მიმართულებით იზრდება, შარდის ნაკადის შეფერხება შეიძლება გამოიწვიოს. აღწერილია გასაოცარი სიდიდის კენჭები — 780-გრამიანიც კი.

დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია პროსტატის რექტალური პალპაცია. ამ დროს შეიძლება შევიგრძნოთ კენჭების არსებობა, განსაკუთრებით თუ საკუთრივ ჯირკვლის ქსოვილი ატროფიული და გათხელებულია, რენდგენოგრაფიულადაც ხშირად ხერხდება კენჭების აღმოჩენა, რადგან კენჭის მთავარი კომპონენტებია ფოსფორმჟავა კალციუმი და მაგნიუმი. ცისტოგრაფიის დროს პროსტატის კენჭები შარდის ბუშტის კონტურის დაბლა მოჩანს.

მკურნალობა წინამდებარე ჯირკვლის მდგომარეობაზეა დამოკიდებული. თუ კენჭმა ჯირკვლის აბსცესი გამოიწვია, საჭიროა მისი გაკვეთა. თუ კენჭები ადენომურად შეცვლილ ჯირკვალშია. ნაჩვენებია

ადენომექტომია. შარდსადენის პროსტატულ ნაწილში ჩაჭედილი („ყალბი") კენჭი მეტწილად სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს.

სიმსივნეები

ადენომა

დაავადება, რომელსაც ტრადიციისამებრ წინამდებარე ჯირკვლის ადენომას (adenoma prostatae) ვუწოდებთ, საკმაოდ ხშირია და საკმაოდ მძიმეც, იგი უროლოგიური პრობლემაცაა და ანდროლოგიურიც.

დაავადება ხანშესულ და მოხუცებულობის ასაკში გვხვდება, იშვიათად 40-45 წლის ასაკში. ფიქრობენ, რომ იგი ხანშესულ მამაკაცთა ორგანიზმში ჰორმონთა დისბალანსის შედეგია. პაროლოგიური-ანატომიური თვალსაზრისით, როგორც ჩანს, დაავადების არსი პარაურეთრული ჯირკვლების ადენომური ზრდაა, ისინი ავიწროებენ საკუთრივ წინამდებარე ჯირკვალს და საბოლოოდ მისი ატროფია ხდება, მხოლოდ ჯირკვლის კაფსულის შიგნითა ზედაპირზე რჩება პროსტატის ქსოვილის თხელი ფენა. ადენომა იზრდება როგორც შარდის ბუშტის, ისე სწორი ნაწლავის მიმართულებით. ამის გამო ზემოთ იწევს შარდსადენის შიგნითა ხვრელი, მატულობს უკანა ურეთრის სიგრძე, ვიწროვდება მისი სანათური.

ამ ცვლილებათა შედეგად იწყება მოშარდვის აქტის დისკომფორტი. თავიდან ეს მხოლოდ იმით გამოიხატება, რომ შარდის ნაკადი მოკლდება, უფრო დუნე ხდება, სანამ შარდი გამოვიდოდეს. ავადმყოფს ლოდინი უხდება. შემდეგ მოშარდვა ხშირდება, ჩნდება მოშარდვის იმპერატული სურვილი, განსაკუთრებით ღამით; რათა შარდსადენში გაჩენილი დაბრკოლება გადალახოს, შარდის ბუშტის დეტრუზორი ჰიპერტროფიას განიცდის, სქელდება. ამის წყალობით შარდის ბუშტი პირველ ხანებში ბოლომდე იცლება— „ნარჩენი შარდი". არ არის. ეს ნიშნები დაავადების პირველი სტადიის მომასწავებელია. შემდგომ ჩივილი თანდათან მატულობს, ობიექტური ნიშნებიც ღრმავდება: მოშარდვა ხშირდება, ძნელდება, ავადმყოფი იჭინთება, რათა შარდის ბუშტი დაცალოს, მაგრამ მთლიანად ის მაინც არ იცლება— ჩნდება „ნარჩენი შარდის" ესა თუ ის რაოდენობა; ამას დაავადების მეორე სტადიად თვლიან. უკვე ამ სტადიაში დეტრუზორის კომპენსატორული ჰიპერტროფიის უნარი ამოწურულია, იგი თხელდება და შარდის ბუშტის ტევადობა მატულობს.

დაავადების მესამე სტადია ფაქტობრივად შარდის ქრონიკული შეხუთვაა; ავადმყოფი ხშირად და ცოტ-ცოტას შარდავს, ან კიდევ შარდი განუწყვეტლივ წვეთ-წვეთობით გამოდის, შარდის ბუშტი გადავსებულია, ზოგჯერ ჰიპამდეც კი აღწევს. პარადოქსული მდგომარეობაა: ერთდაიმავე დროს შარდის შეკავებაც არის და შეუკავებლობაც. ამ მესამე სტადიას სწორედ ასე, პარადოქსული იშურიის სტადიას უწოდებენ. ერთი-ორი კათეტერიზაციის ან „მუდმივი“ კათეტერის ორი-სამი დღით დატოვების შემდეგ მოშარდვა, დროებით მაინც, შეიძლება აღდგეს.

გართულება დაავადების მიმდინარეობის ყველა ეტაპზე შეიძლება მოხდეს. უხშირესია ცისტიტი, რომელიც აღრმავებს მოშარდვის დარღვევებს. არაინფიცირებული ეპიდიდიმიტი, აგრეთვე პროსტატიტი, რომელსაც, რაკი იგი ადენომიან ჯირკვალში გაჩნდა, ადენომიტსაც უწოდებენ. კათეტერიზაცია ან სხვა ენდოურეთრული მანიპულაცია ანთებითი პროცესის დაწყების ან არსებულის გამწვავების, ბაქტერიემიული შოკის მიზეზიც კი შეიძლება შეიქნეს. სასქესო ორგანოებში და ქვედა საშარდე გზებში ანთებითი პროცესების განვითარებაც უროდინამიკის მოშლის შედეგია. ამავე მიზეზით საკმაოდ ხშირია (ავადმყოფთა 10-15%-ს აქვს) შარდის ბუშტის კენჭები, როგორც წესი, მრავლობითი და, აგრეთვე თითქმის ყოველთვის, ურატებისაგან წარმოქმნილი.

წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის ერთ-ერთი გართულებაა ჰემატურია, რაც შარდის ბუშტის ყელის გაგანიერებული ვენებიდან სისხლის დენის შედეგია. ჰემატურია ავადმყოფთა თითქმის 10%-ს აქვს. ზოგ მათგანს — პროფუზული, სიცოცხლისათვის სახიფათო ინტენსიობისა; ზოგჯერ ჰემატურია ურგენტული ოპერაციული ჩარევის ჩვენებაა. რექტალური გასინჯვით წინამდებარე ჯირკვალი ადენომის დროს თანაბრად გადიდებულია, თუმცა ზომა სხვადასხვა შეიძლება იყოს და არ არსებობს პარალელიზმი ადენომის სიდიდესა და მოშარდვის აქტის დარღვევის ხარისხს შორის. თითით წინამდებარე ჯირკვლის გვერდითი წილები ისინჯება, რომლებიც სწორი ნაწლავის წინა კედელთან ახლოს მდებარეობს, მაგრამ შუა წილი, რომელიც შარდის ბუშტისაკენ არის მიქცეული, შეიძლება გვერდით წილებზე მეტად იყოს გადიდებული. კონსისტენცია მკვრივ-ელასტიკურია, მეტწილად ისინჯება წილთა შუა ღარი; პალპაცია უმტკივნეულოა (სურ. 86).

პროსტატის ადენომის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი — ოპერაციულია. თუ პირველ სტადიაში კიდევ შეიძლება მოთმენა, ნარჩენი

შარდის სტადიაში ოპერაციული მკურნალობა უკვე აუცილებელია. ასევე ნაჩვენებია ოპერაცია, — თუნდაც ნარჩენი შარდი არ იყოს, თუ შარდვა გაძნელებულია, ავადმყოფს ხშირად უხდება ღამით ადგომა, ამიტომ ცუდად სძინავს და შრომის უნარიც დაქვეითებულია, ზოგჯერ შარდი შეეხუთება და კათეტერიზაცია ხდება საჭირო და ა. შ. ასეთ შემთხვევებში ბეტწილად უკვე არის საშარდე გზების ანთებითი პროცესი (ცისტიტი — თითქმის ყოველთვის, პიელონეფრიტი — ხშირად) თირკმელების ფუნქციის დაქვეითება.

ოპერაცია — პროსტატადენომექტომია შეიძლება იყოს ნაწილობრივი (ტრანსურეთრული რეზექცია) და სრული. ნამდვილი ადენომექტომია შეიძლება გაკეთდეს ორ ეტაპად — ჯერ ეპიცისტოსტომია, შემდეგ, მეორე ეტაპად — საკუთრივ ადენომექტომია.

წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის ამოკვეთა სამი გზით შეიძლება: შორისისმხრივი მიდგომით, ტრანსვეზიკალურად — ბოქვენზედა მიდგომით და ბუშტგარეთა ბოქვენზედა გზით (სურ. 87). ყველაზე გავრცელებული და კარგად დამუშავებულია ბოქვენზედა ადენომექტომია. მუცლის წინა კედლის მხრივ იხსნება შარდის ბუშტი. სკალპელით ან მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითის ფრჩხილით ჩაიჭრება შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსი მის ყელთან, საათის ციფერბლატის „6“ პროექციაზე. მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითი ამ დროს სწორ ნაწლავშია და წინისკენ აწვება ჯირკვალს, იგი ორ თითს შორის არის მოქცეული. შემდეგ მარჯვენა ხელის თითი შედის ადენომის „ქირურგიული“ კაფსულის ქვეშ და თანდათანობით „მცელავი“ მოძრაობით ადენომა მთლიანად ან ნაწილ-ნაწილ ამოიძირკვება, სცილდება შარდსადენს. სისხლის დენა ხან უმნიშვნელოა და მარლის ტამპონით რამდენიმე ხნით მიჭერით ჩერდება, ხან ზომიერი და მაშინ საჭიროა რაღაც სპეციალური ღონისძიება, ხან კი ძლიერი, საშიშიც კი. მრავალი მეთოდია მოწოდებული ჰემოსტაზისა: იმ სისხლძარღვების წინასწარი გადასკვნა, რომლებიც წინამდებარე ჯირკვალს სისხლით ამაგრებენ (aa. hypogastricae უშუალოდ ჯირკვალში შემავალი ტოტები), პროსტატის ბუდის ტამპონადა (რეზინის გასაბერი ბალონით, მარლის ტამპონით), პროსტატის კაფსულის გაკერვა და სხვა. ძლიერი სისხლის დენის დროს, როგორც უკიდურესი ღონისძიება, ზოგჯერ საჭირო ხდება პოსტატის ბუდის მჭიდრო ტამპონადა.

ახლა ფართო გავრცელება მიიღო ოპერაციამ, რომელსაც ტრანსურეთრული რეზექცია ეწოდება (შემოკლებით — ტურ). ეს არის ჩარევა შარდის ბუშტის ყელზე, შარდსადენის უკანა ან წინა ნაწილზე.

ან წინამდებარე ჯირკვალზე, რათა აღდგეს საშარდე გზების ამ უბნის გამტარობა. ამისათვის საჭიროა აქ არსებული სიმსივნის (შარდის ბუშტის, წინამდებარე ჯირკვლის) ან ანთებითი წანაზარდების, ან კიდევ ნაწიბურების ამოკვეთა. მაღალი სიხშირის დენით ამოკვეთის პრინციპი ისაა, რომ ქსოვილებში ამ დენის გავლის დროს მათ სიღრმეში წარმოიქმნება ენდოგენური სითბო. ეს ნიშნავს, რომ ქსოვილები მოქმედებს როგორც მაღალი წინაღობის გამტარი, ხოლო რაკი აქტიური ელექტროდი (მავთულის მარყუჟი) მცირე დიამეტრისაა, აქ სითბური ენერგიის მაღალი კონცენტრაცია იქმნება. მეორე, პასიური ელექტროდი — ლითონის (ტყვიის) ფირფიტაა, რომლის ფართობია 150-200 კვ. სმ; იგი ბარძაყზე ემაგრება ან დუნდულოს ქვეშ ამოედება ავადმყოფს.

ტურ-ს მთელი რიგი კარგი თვისებები აქვს: სისხლის დაკარგვა მცირეა, რადგან აქტიური ელექტროდის ქსოვილთან შეხების ადგილზე სისხლძარღვების კოაგულაცია ხდება; მტკივნეულობა ნაკლებია — მგრძნობიარე ნერვების დაბოლოებათა ბლოკადის გამო; დენი ღრმად არ აღწევს ქსოვილებში და ამიტომ არ ხდება ღრმა ნეკროზი; საჭიროების შემთხვევაში ტურ შეიძლება განმეორებით გამოვიყენოთ. ყოველივე ამის გამო ტურ-ის გამოყენება მაშინაც შეიძლება, როდესაც სიმსივნის ამოკვეთა ან პროსტატის ადენომექტომია წინააღმდეგ ნაჩვენებია.

ტურ სპეციალური ხელსაწყოს — რეზექტოსკოპის საშუალებით კეთდება. რეზექტოსკოპი სხვადასხვა კონსტრუქციისა არსებობს, მაგრამ პრინციპი ერთია: ეს არის ლინზების სისტემის, ცისტოურეთროსკოპის ტუბუსის და თერმოგამძლე მავთულის მარყუჟის კომბინაცია. განათების წყაროდ ბოლო ხანებში ბოჭკოვანი ოპტიკა იხმარება, რაც კარგ და ცივ სინათლეს იძლევა.

ტურ-ის გამოყენების დიაპაზონი საკმაოდ ფართოა. პირველ რიგში ეს არის წინამდებარე ჯირკვლის ადენომა, რომელ სტადიაშიაც უნდა იყოს იგი. განსაკუთრებული უპირატესობა აქვს ტურ-ს, თუ ავადმყოფი დასუსტებულია და მისთვის რადიკალური ოპერაციის გაკეთება საშიშია. დიდი უპირატესობაა ის, რომ შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ფისტულის არსებობა ტურ-ს ხელს არ უშლის. ტურ-ის გამოყენება არ შეიძლება საშარდე და სასქესო ორგანოების მწვავე ანთებითი პროცესების დროს, თირკმლის მწვავე უკმარისობის, აგრეთვე ქრონიკული უკმარისობის მძიმე ფორმების დროს. თუ ავადმყოფს შარდის ბუშტის ატონია აქვს (შარდის ქრონიკული შეკავების გამო)

და რამდენიმე დღის განმავლობაში „მუდმივი“ კათეტერის ჩადგმამ არ მოგვცა შედეგი, ტურ-ის ხმარება არ შეიძლება. ხელისშემშლელი მომენტია აგრეთვე შარდის ბუშტის კენჭი, თუ მისი ლიკვიდაცია ლითოტრიპსიით არ ხერხდება. ტურ-ის გამოყენება შეუძლებელია წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის დიდი ზომის დროს, ხოლო მკვრივი ნაწიბურები შარდის ბუშტის ყელის და უკანა ურეთრის მიდამოში ხელს უშლის ინსტრუმენტის — რეზექტოსკოპის — გატარებას. ზოგჯერ ტურ შეუძლებელია იმის გამო, რომ ავადმყოფის სათანადო პოზაში საოპერაციო მაგიდაზე მოთავსება შეუძლებელია (მადეფორმირებელი სპონდილოზი, მენჯ-ბარძაყის სახსრის ანკილოზი და სხვ.).

რეზექტოსკოპის სტერილიზაცია ისევე ხდება, როგორც სხვა ენდოსკოპური იარაღებისა (ცისტოსკოპია, ურეთროსკოპი და მისთ.), მხოლოდ დაშლილ მდგომარეობაში. აწყობის წინ ყველა ნაწილი კიდევ ერთხელ სპირტში დასველებული მარლით იწმინდება. ოპერაცია შარდის ბუშტის განუწყვეტელი გამორეცხვის პირობებში მიმდინარეობს, რადგან უამისოდ საოპერაციო ველი პირველივე ჩამოპრის შემდეგ დაბნელდება სისხლის მოინარევის გამო. ეს ნიშნავს, რომ საჭიროა ბევრი სტერილური სითხე (ზოგჯერ 10-20 ლიტრამდე); ამ მიზნით იხმარება ქლორიანი ნატრიუმის (ფიზიოლოგიური) 0,9%-იანი ხსნარი ან სხვა რომელიმე იზოტონური სითხე (5%-იანი გლუკოზა, შარდოვანას 0,9% ხსნარი და მისთ.).

მავთულის მარყუჟით მანიპულაციის დაწყებამდე იგი უნდა მივიტანოთ რეზექციის ადგილამდე და ცოტა მის ზემოთ გადავწიოთ. ფეხის დაჭერით ჩაირთვება დენი და რეზექტოსკოპის ზამბარის მეშვეობით მარყუჟი იწყებს მოძრაობას ზევიდან ქვევით, გზაზე კი ჩამოთლის შარდის ბუშტის ყელის ან ურეთრის სანათურში გამოშვერილ სიმსივნეს. ასეთი მოძრაობა მრავალჯერ მეორდება, სანამ სანათური სავსებით არ აღდგება, საჭიროა ორ რაიმეს მიექცეს ყურადღება: არ შეიძლება მარყუჟის მოძრაობა ქვემოდან ზევით და მარყუჟი არ უნდა შეეხოს სათესლე გორაკს — ეს შეიძლება შარდის შეუკავებლობის და ასპერმიის მიზეზი გახდეს. როდესაც ობსტრუქციის მიზეზი (სიმსივნე, ნაწიბური) მთლიანად ჩამოიშორება, შარდის ბუშტი კარგად უნდა გამოირეცხოს სიმსივნის ნაწილებისა და სისხლის კოლტებისაგან, თუ სადმე სისხლის დენაა — მოიწვას იმავე მარყუჟით და შარდის ბუშტში კათეტერი ჩაიდგას. კათეტერი 5-6 დღის განმავლობაში რჩება. თუ სისხლის დენა გრძელდება, უმჯობესია სამ-არხიანი (ფო-

ლის) კათეტერი ვიხმაროთ და შარდის ბუშტის მუდმივი წვეთოვანი გამორეცხვა მოვაწყოთ.

ვინაიდან ტურ მეტწილად ხანშესულ და დაძაბუნებულ ავადმყოფთა მკურნალობისათვის იხმარება, ლეტალობაც შედარებით მაღალია (2-3%-მდე), მაგრამ აქ ისიც უნდა ვიანგარიშოთ, რომ ჩვეულებრივი ოპერაციების შედეგად ამ დაავადებებით ავადმყოფთა შორის ეს პროცენტი გაცილებით უფრო მეტია, ან იძულებული ვართ მხოლოდ პალიატიურ ჩარევას (მაგალითად, ცისტოსტომიას) დავჯერდეთ. წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს დროს რადიკალური მკურნალობის ამოცანა ტურ-ის დროს არც ისახება (ჭრძელდება სპეციფიკური მკურნალობა), მიზანი მხოლოდ მოშარდვის აქტის აღდგენაა. წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის დროს, თუ იგი დიდი ზომისაა, სიმსივნის ნაწილი შეიძლება დარჩეს, ისევ ზრდა დაიწყოს და იგივე კლინიკური სურათი განვითარდეს, რაც თავიდან იყო. ასეთ შემთხვევაში ტურ შეიძლება განმეორებით გამოვიყენოთ, ან, ვინაიდან ავადმყოფის მდგომარეობა ამჯერად აღარ არის ისე მძიმე, როგორც პირველი ოპერაციის დროს, მას პროსტატის ადენომექტომია გაუკეთდეს.

უკვე ითქვა, რომ წინამდებარე ჯირკვლის ადენომა და კიბო უმთავრესად უროლოგიური პრობლემაა. ეს წიგნი უროლოგიის სახელმძღვანელო არ არის და ამიტომ მოკლედ შევეხეთ მათ. მაგრამ ორივე ეს დაავადება, და ზოგი სხვაც, ანდროლოგიური პრობლემებიცაა, ჯერ-ერთი, მათი ჰორმონული წარმოშობის, სათესლე ჯირკვლების ანდროგენურ ფუნქციასთან მჭიდრო კავშირის გამო, მეორე კი, რასაც მეტი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ისაა, რომ მიხრწნილ მოხუცს კი არა, მაგრამ 50-60 (და ზოგჯერ მეტი) წლის მამაკაცს აქვს და სურს შეინარჩუნოს სქესობრივი პოტენცია, ზოგს — ნაყოფიერებაც კი. ადენომექტომიის შემდეგ, როგორც წესი, პოტენცია არ კლებულობს, ზოგ ავადმყოფს, ზოგადბიოლოგიური ტონუსის გაუმჯობესების გამო, უძლიერდება კიდეც, მაგრამ არის საწინააღმდეგო შედეგებიც და ჩვენი ვალია საქმის ამ მხარესაც მივხედოთ.

კიბო

წინამდებარე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები, განსაკუთრებით კი კიბო, საკმაოდ ხშირად გვხვდება. მამაკაცთა შორის იგი ყველა ავთვისებიან სიმსივნეთა 5% შეადგენს, ხოლო სამარდე და სასქესო ორგანოების სიმსივნეთა შორის ყველაზე ხშირია.

იმ ავადმყოფებს, რომლებსაც თავიდანვე წინამდებარე ჯირკვლის კიბო აქვთ და მათი მკურნალობა ამ დიაგნოზით წარიმართება, უნდა დაემატოს ავადმყოფები, რომლებსაც ოპერაცია უკეთდება წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის გამო და ამოკვეთილი ჯირკვლის ჰისტომორფოლოგიური ანალიზი კიბოს ელემენტებს აღმოაჩენს. ასეთი შემთხვევათა სიხშირე დაახლოებით პროსტატის ადენომის 5% შეადგენს. შარდვის აქტის დარღვევა კიბოს დროსაც ისეთივეა, როგორც ადენომის დროს, მაგრამ თუ ადენომის დროს ეს წლობით გრძელდება, კიბოს დროს რამდენიმე კვირა ან თვეა გასული პირველი ჩივილების აღმოცენებიდან, მდგომარეობა კი სწრაფად უარესდება.

შემთხვევათა დიდ უმეტესობაში რექტალური პალპაცია წყვეტს ამ საკითხს. უკვე ადრეულ სტადიაში წინამდებარე ჯირკვალში ერთი ან რამდენიმე გამკვრივებული უბანი შეიგრძნობა, ზოგჯერ ხრტილის კონსისტენციისაც კი. უფრო მოგვიანებით წინამდებარე ჯირკვალს აღარ აქვს მკაფიო საზღვრები, ისინჯება გავრცელებული, უმოძრაო ინფილტრატი. მეტწილად სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსზე თითის მოძრაობის დროს იგი თავისუფლად გადაადგილდება სიმსივნის მიმართ — არ არის მასთან მიხორცებული. ზოგჯერ, ისეც გვიან სტადიაში, სიმსივნური ინფილტრატი ჯირკვლის კიდეებიდან ზევით ვრცელდება — სათესლე ბუშტუკებისაკენ.

დაწყის სტადიაში შარდი უცვლელია, სისხლში მხოლოდ ედსია მომატებული, თირკმლების ფუნქციური უნარი არ არის დაქვეითებული. მოგვიანებით სტადიებში მომატებულია მჟავე ფოსფატაზის რაოდენობა სისხლის შრატში, განსაკუთრებით ძვლებში მეტასტაზების არსებობის დროს. ცისტოსკოპიის დროს ჩანს, რომ შარდის ბუშტის ყელის მიდამოში ლორწოვანი გარსი უსწორმასწოროდ ამობურცულია, მკრთალია, დაღარული, შეშუპებული, თუ სიმსივნე ჩაზრდილია ლორწოვან გარსში, უკვე „შიშველი“ სიმსივნე მოჩანს, ზოგჯერ დაწყლულებული, ფიბრინით, ლორწოთი და შარდის მარილებით დაფარული, სისხლმდენიც კი. მაგრამ ამ დროს ძნელია ითქვას: წინამდებარე ჯირკვლის სიმსივნე შარდის ბუშტშია ჩაზრდილი, თუ პირიქით. საგულისხმო სურათს გვაძლევს ცისტოპროსტატოგრაფიაც(სურ. 83).

მეტასტაზებს მეტწილად ოსტეობლასტიკური ხასიათი აქვს (სურ. 90). სხვა მეთოდებზე ადრე მათ კარგად აღმოაჩენს ნიშანდებული ფოსფორით (99mTe-პიროფოსფატით) გამოკვლევა.

პუნქციური ბიოფსია სარწმუნო შედეგებს იძლევა შემთხვევათა 90%-ში. ბიოფტატის ციტოლოგიური გამოკვლევაც შეიძლება დაგ-

ვეხმაროს დიაგნოსტიკაში. მისი უპირატესობა ისაა, რომ ნემსით პუნქცია იოლი მანიპულაციაა, ამბულატორიულადაც შეიძლება გაკეთდეს, და რამდენჯერაც საჭიროა, იმდენჯერ გამეორდეს (სურ. 90).

ბიოფსია კეთდება სპეციალური ნემსით ან ტროაკარით შორისის ან სწორი ნაწლავის მხრიდან მიდგომით უფრო მოხერხებულია სწორი ნაწლავის მხრივ მიდგომა საპუნქციო ტროაკარით. იგი ასაწყობია და მის შემადგენლობაში შედის: გარეთა ტუბუსი, რომელსაც ერთ მხარეს საყრდენი საყელური (шайба) აქვს და მსხვილი გრძელი ნემსი, რომელსაც მახვილ წვერთან ახლოს აქვს ჩაღრმავება; მისი დახმარებით წინამდებარე ჯირკვლიდან ქსოვილის ნაჭერი ამოიკვეთება, ნემსის სახელური გამოიწევა და გარეთ გამოგვაქვს.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბოთი ავადმყოფს მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე შეიძლება რამდენიმე ოპერაციაც კი დასჭირდეს, მაგრამ არც-ერთი მათგანი არ არის რადიკალური. ამ უკანასკნელის ქვეშ იგულისხმება მთელი წინამდებარე ჯირკვლის ამოკვეთა თავისი კაფსულით, აგრეთვე სათესლე ბუშტუკების და შარდის ბუშტის ყელის ამოკვეთა. ამ ოპერაციას გაფართოებული პროსტატექტომია ეწოდება. უკიდურესი ტექნიკური სირთულის და ავადმყოფებისათვის დიდი რისკის გამო იგი იშვიათად კეთდება.

ზოგჯერ საჭიროა პროსტატის სიმსივნის კრიოდესტრუქცია, რომელიც ერთ შემთხვევაში, დროებით მაინც, თავიდან აგვაცდენს შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ფისტულის გაკეთებას, სხვა შემთხვევაში კი საშუალებას იძლევა დავხუროთ უკვე გაკეთებული ფისტულა.

კრიოდესტრუქცია — ეს არის გაყინვის საშუალებით სიმსივნური (და, საერთოდ, ზედმეტი, მოსაცილებელი) ქსოვილების დაშლა. დესტრუქციის მექანიზმი ისაა, რომ დაბალი ტემპერატურის გავლენით ქსოვილის უჯრედებში და უჯრედშიდა სივრცეში იყინება წყალი, ჩნდება ყინულის კრისტალები, შემდეგ ხდება უჯრედის დეჰიდრატაცია, ცილების დენატურაცია და საბოლოოდ უჯრედი იღუპება, იშლება.

გამყინავ აგენტად იხმარება თხევადი აზოტი, რომლის აორთქლების ტემპერატურა უდრის — 196°. აორთქლების დროს ქსოვილი, სადაც მიყენებულია აზოტიანი ინსტრუმენტი, სწრაფად და მკვეთრად ცივდება — იყინება. ინსტრუმენტის დანარჩენი ნაწილი თერმოიზოლირებულია. წინამდებარე ჯირკვლის კრიოდესტრუქციისათვის იხმარება ზონდი (№ 24-26), რომელიც ლითონის კათეტერივით არის მოხრილი. მის სანათურში სპეციალური შლანგით შედის თხიერი

აზოტი. ზონდის ბოლოში არის ასაორთქლებელი კამერა და გამყინავი ზედაპირი, აგრეთვე თერმოელემენტი გასაყინავი ადგილის ტემპერატურის კონტროლისათვის. შარდის ბუშტს, სითხის ნაცვლად, ჰაერით აჟანგებენ (200—300 მლ), რადგან სითხე სწრაფად ცივდება და შეიძლება ბუშტის კედლები დაზიანდეს. კრიოზონდის ნისკარტს (გამყინავ ზედაპირს) მიადებენ წინამდებარე ჯირკვლის იმ ადგილს, რომლის დესტრუქცია არის საჭირო (სურ. 91). ამის შემდეგ პირველად გაუშვებენ თხევად აზოტს და სიცივეს ჰყინავენ — 50°-მდე. ასეთი ტემპერატურის დროს კრიოზონდი სიმსივნეს მიეყინება. შემდეგ ტემპერატურას კიდევ უფრო დაწევენ (—160—190°-მდე) და ასე აჩერებენ 8-10 წუთს (ხანგრძლივობა სიმსივნის ზომაზეა დამოკიდებული), შემდეგ ზონდში ცხელ წყალს გაატარებენ ან გათბობის ელემენტს ჩართავენ, ზონდის ახლოს გაყინული ქსოვილი გადნება და ზონდს იღებენ. შარდსადენში რეზინის კუთეტერს დგამენ და იმდენ ხანს ტოვებენ, სანამ დანეკროზებული ქსოვილების მოცილება დამთავრდება, ამას დიდი დრო ჭირდება, ზოგჯერ შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ფისტულის გაკეთებაც არის საჭირო.

წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ჰორმონული მკურნალობის ერთერთი აუცილებელი კომპონენტია სათესლეების ფუნქციის გამოთიშვა, რაც ან კლასიკური კასტრაციის გზით კეთდება ან სათესლეების ამოფხეკის (ექსკოხლეაციის) გზით, ან კიდევ სათესლე ბაგირაკების გადაკვეთის გზით.

ექსკოხლეაცია შეიძლება ადგილობრივი ანესთეზიით გაკეთდეს. სათესლე პარკის კანი მის ლატერალურ ზედაპირზე გაიკვეთება 5-6 სმ სიგრძეზე, შემდეგ გაიკვეთება ყველა სხვა გარსი, ბოლოს თეთრი გარსიც და სათესლე ჯირკვლის პარენქიმა მახვილკიდეებიანი კოვზით სრულიად ამოიფხიკება: კიდევ უფრო ნაკლებად ტრავმულია როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქიკური თვალსაზრისით, ორივე სათესლე ბაგირაკის გადაკვანძვა— ფუნიკულოტომია, რომელიც ა. წულუკიძემ შემოიღო 1948 წელს. ჰორმონოლოგიური, ჰისტოლოგიური და კლინიკური გამოკვლევით დადგენილია, რომ ეს ოპერაცია აბსოლუტურად იდენტურია კასტრაციისა, იმ განსხვავებით მხოლოდ, რომ სათესლეების ატროფია ნელა, თანდათანობით მიმდინარეობს.

ოპერაცია ასე კეთდება. ტარდება გარდიგარდმო განაკვეთი საზარდულის გარეთა რგოლის პროექციაზე, სიგრძით 2-3 სმ. ბლაგვი კავით სათესლე ბაგირაკი ამოიწევა ჭრილობაში. სასურველია თესლსადენი ცალკე გადაისკვნას და გადაიკვეთოს, დანარჩენი ელემენტები —

ცალკე (ორ ლიგატურას შორის, უმჯობესია გაკერვით). კანის გაკერვის შემდეგ — დამწოლი ნახვევი (სურ. 92).

ჰორმონული მკურნალობისათვის რამდენიმე პრეპარატი იხმარება. ერთ-ერთი პირველია და საკმაოდ ეფექტიანიც — სინესტროლი — ფოლიკულინის სინთეზური ანალოგი. იგი იხმარება 2%-იანი ზეთიანი ხსნარის სახით კუნთებში 3-4 მლ დღეში (თითო ამპულაში 20 მგ სუფთა სინესტროლია). მკურნალობის პირველი კურსი 2 თვემდე გრძელდება (სინესტროლის ნაცვლად შეიძლება ვიხმაროთ დიეთილსტილბესტროლი ისეთივე დოზებით). ზოგჯერ თავს იჩენს პრეპარატის გვერდითი მოვლენები: გულისრევა, უმადობა, შეშუპებები, ძუძუების მტკივნეული შესივება. კურსის ჩათავების დროისათვის უმეტეს შემთხვევაში უკვე შესამჩნევია მკურნალობის პირველი შედეგი: წინამდებარე ჯირკვლის შემცირება, თუ ძვლებში მეტასტაზები იყო — ტკივილის შეკლება, შარდვის გაუმჯობესება და სხვ.

არსებობს სხვა ანალოგიური პრეპარატებიც: ფოსფესტროლი, ჰონვანი, დიფოსტილბენი. ისინი იხმარება ვენაში 500 მგ 2-3 დღეს. შემდეგ დოზა უნდა გავზარდოთ 100 მგ-დე და ვაძლიოთ 3-5 კვირას. პროგინონდეპო იხმარება 100 მგ კუნთებში, კვირაში ერთხელ, ესტრადურინი 40-80-მგ კუნთებში ერთხელ და ა. შ. არის ანალოგიური პრეპარატები ტაბლეტების სახითაც: მიკროფოლინი (უთინილესტრადიოლი, ქლორთიანიზენი, (იგივე ამერიკული TACE) და მისთ.

პირველი კურსის ჩათავების შემდეგ საჭიროა იმავე (ან სხვა ამავე ტიპის) პრეპარატებით შემანარჩუნებელი მკურნალობა. ამისათვის შეიძლება ავადმყოფს მიეცეს მიკროფოლინი ტაბლეტების სახით (5-8 ტაბლეტი 25-40 მგ დღეში), მხოლოდ განუწყვეტლივ. ესტრადურინს ნაკლებად აქვს გამოხატული გვერდითი მოქმედება, ამიტომ შეიძლება კვირაში ერთხელ ეს პრეპარატი მივცეთ (40 მგ კუნთებში), კვირის დანარჩენ დღეებში კი ისევ მიკროფოლინის ტაბლეტები. შემანარჩუნებელი მკურნალობისათვის გვირჩევენ აგრეთვე ავადმყოფს კანქვეშ ჩავუნერგოთ 5 გ სინესტროლი; ამ დეპოდან დღეში 30-40 მგ შეიწროვება და ეს ავადმყოფს 4-5 თვეს ჰყოფნის. შემდეგ პროცედურა უნდა გავიმეოროთ.

ავადმყოფთა დიდი უმეტესობის მიმართ ჰორმონებით მკურნალობა ეფექტურია. აღწერილია საოცარი ფაქტი, რომ წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ჰორმონებით და ორქიექტომიით მკურნალობის შედეგად გაქრა ფილტვში არსებული მეტასტაზი (8). ეს კაზუისტიკაა, საერთოდ კი ავადმყოფთა ნახევარი სამ წელიწადზე მეტს ცოცხლობს,

მეოთხედი — ხუთ წელიწადზე მეტს. გვყავს ავადმყოფები, რომლებიც კარგად არიან რვა, ათი, თორმეტი წლის განმავლობაში. შესადარებლად უნდა აღვნიშნოთ, რომ უმკურნალოდ ავადმყოფმა დიდი-დიდი ერთ წელიწადს იცოცხლოს.

წინამდებარე ჯირკვლის სარკომა იშვიათი, მაგრამ უკიდურესად მძიმე დაავადებაა. იგი უფრო ახალგაზრდებს უჩნდებათ, ზოგჯერ ბავშვებსაც. დიაგნოსტიკის ერთადერთი საშუალება ბიოფსიაა. მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომურია.

ლიტერატურა

მონოგრაფიები:

იზაშვილი ნ. — პროსტატის ადენომა და მისი ქირურგიული მკურნალობა. თბილისი, 1962.

Джарбусинов Б. Чрезпузырная аденомэктомия. Алма-Ата, 1975.

Дунаевский Л. И. Аденома предстательной железы. М., 1960.

Каплун М. И. Диагностика и лечение хронического простатита. Уфа, 1978.

Корик Г. Г. Хронический простатит. Л., 1975.

Шевцов И. П., Левковский И. С.— Руководство по трансуретральной резекции. Л., 1980.

Юнда И. Ф. Клиника и диагностика простатита. Киев, 1978.

დამოწმებული:

1. Кориков М. А.— Хирургия, 1971, 11. 2. Имшинецкая А. П.— Роль гормональных нарушений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите. Автореф. докт. дисс. Киев, 1983. 3. Мухтаров А. М., Ящин Б. С.— Урол. и нефрол., 1977, 4. 4. Ивдра П. П.— Урол. и нефрол., 1976, 1, 5. Бородзе Н. М.— Лечение хронического простатита отечественным протеолитическим ферментом папаином. Тбилиси, 1981. 6. Шкрябай В. А.— Клиника, диагностика и лечение резистентных форм хронического простатита. Автореф. канд. дисс. Киев, 1980. 7. Зубко В. И.— Уродинамика верхних мочевых путей и функциональное состояние почек при склерозе предстательной железы. Автореф. канд. дисс. Киев, 1983. 8. Матвеев Б. П.— Урол. и нефрол., 1967, 6.

სათესლე ბუშტუკები და კუპერის ჯირკვლები

სპერმატოცისტიტი (ვეზიკულიტი)

სათესლე ბუშტუკების ანთება უხშირესად პროსტატიტის თანმგზავრია. მიზეზი შეიძლება იყოს გონორეა, ან სხვა ჩირქოვანი ინფექცია, რომელიც შარდსადენიდან სათესლე სადინარის გზით ხვდება ამ ორგანოში; არც ჰემატოგენური გზაა გამორიცხული.

მწვავე სპერმატოციტის დამახასიათებელია ტკივილი საზარდულის ან თეძოს ფოსოს მიდამოში, სწორ ნაწლავში, უფრო დეფეკაციის დროს, სიცხის მომატება. ეაკულაცია მტკივნეულია, სპერმა ზოგჯერ სისხლი ურევია. თუ ამავე დროს მწვავე პოსტატიტიც არის, ვეზიკულიტის სიმპტომები ნაკლებად ჩანს. სპეციფიკური დამახასიათებელი ნიშნები არც ქრონიკულ ვეზიკულიტს გააჩნია, ამიტომ ხშირად იგი შეუმჩნეველად მიმდინარეობს. ზოგჯერ ავადმყოფს გახშირებული და მტკივნეული შარდვა აქვს, ხშირია ლეიკოციტურია, ავადმყოფთა ნაწილს უმიზეზო ერექცია აქვს, უფრო ღამ-ღამობით, და იგი სქესობრივი აქტის შემდეგაც არ ცხრება, თანაც აქტის დასასრულს ავადმყოფს ტკივილი ეწყება. ზოგჯერ მხოლოდ ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგები გვაძლევს მითითებებს ვეზიკულიტის არსებობაზე — არის ჰემოსპერმია, პიოსპერმია, აზოოსპერმია, ბაქტერიურია. ჩვეულებრივად პროცესის კუპირება კატარული ანთების ფაზაში ხდება. შედარებით იშვიათია ანთების გადასვლა სათესლე ბუშტუკის ირგვლივ ქსოვილებზე, კიდევ უფრო იშვიათი — სათესლე ბუშტუკის ემპიემა.

დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა სათესლე ბუშტუკების რექტალურ-აბდომინალური პალპაცია. მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითი რაც შეიძლება ღრმად უნდა შევიტანოთ სწორ ნაწლავში, მარცხენა ხელით კი ამ დროს ბოქვენზედა მიდამოს ვაწვებით (შარდის ბუშტი სავსებით დაცლილი უნდა იყოს). ასეთი გასინჯვით მეტწილად ხერხდება სათესლე ბუშტუკების გამკვრივების შეგრძნება მოგრძო წარმონაქმნის სახით, ზოგჯერ სათესლე ბუშტუკების სეკრეტის მიღებაც: მასში ალმოაჩენენ ლეიკოციტებს, ერითროციტებს, უმოძრაო სპერმატოზოიდებს. დამახასიათებელ სურათს იძლევა ვეზიკულოგრაფია: სათესლე ბუშტუკი გადიდებულია, ავსებია კონტრასტით, დეფორმიული (სურ. 93). სპერმატოციტიტის მკურნალობა დიდად არ განსხვავდება პროსტატიტის მკურნალობისაგან: სითბური პროცედურები: სათბური შორისზე, ჯდომითი აბაზანები, მიკროკლისმები. კარგია რექტალური სანთლები ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებებით. საჭიროა ანტიბიოტიკები და სხვა ანტიბაქტერიული საშუალებანი.

დაჩირქება, როგორც ვთქვით, იშვიათია, მაგრამ თუ სათესლე ბუშტუკის ემპიემა განვითარდა, საჭიროა მისი გახსნა შორისისმხრივი მიდგომით ისე, როგორც წინამდებარე ჯირკვლის აბსცესი იხსნება თუ ეს დაგვიანდა, შეიძლება ჩირქმა თითონ გაიკაფოს გზა და გაიხსნას სწორ ნაწლავში, შარდის ბუშტში ან პერიტონეუმის ღრუსაკენ.

მწვავე მოვლენები ადრე ცხრება, მაგრამ ხშირია ვეზიკულიტის ქრონიკულ სტადიაში გადასვლა. მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ქრონიკული პროსტატიტისა.

ორმხრივი ვეზიკულიტი შეიძლება უნაყოფობის მიზეზი გახდეს.

სიმსივნე

სხვა ორგანოების სიმსივნეთა შორის სათესლე ბუშტუკის სიმსივნეთა წილი უმნიშვნელოა, საკუთრივ სასქესო სისტემის ორგანოების სიმსივნეთა შორისაც ამ დაავადებას უკანასკნელი ადგილი უკავია. ჩვენ თითქმის 40 წლის განმავლობაში სულ ორი ასეთი შემთხვევა გვინახავს. შედარებით უფრო ხშირია სათესლე ბუშტუკზე მეზობელი ორგანოების (წინამდებარე ჯირკვლის, შარდის ბუშტის, სწორი ნაწლავის) სიმსივნეთა გადასვლა-გავრცელება, მაგრამ ასეთ შემთხვევაში სწორედ ძირითადი დაავადების სიმპტომატიკა წამოიწევს წინ.

სიმსივნეთა შორის ყველაზე ხშირია კიბო, უფრო ი მ ვ ი ა თ ი ა სარკომა, ხოლო კეთილთვისებიანი სიმსივნეები (ფიბრომა, ანგიოენდოთელიომა და სხვ.) საერთოდ კაზუისტიკად ითვლება, სათესლე ბუშტუკის სიმსივნე კარგა ხანს უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. უფრო მოგვიანებით მოშარდვის დისკომფორტი იწყება, აგრეთვე ტკივილი სწორი ნაწლავის, შორისის, მენჯის ძვლების მიდამოში. ხშირად ავადმყოფებს წელ-გავის რადიკულიტის დიაგნოზით მკურნალობენ. ერთ-ერთი შედარებით ადრეული ნიშანია ჰემოსპერმია.

ავადმყოფის ჩივილებისა და არსებული სიმპტომატიკის მიხედვით სათესლე ბუშტუკის კიბო წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ჰგავს. ამიტომ დიფერენციაცია პირველ რიგში მათ შორის უნდა მოხდეს. ეს სწორი ნაწლავიდან ღრმა პალპაციით შეიძლება გაკეთდეს, უმჯობესია თუ ავადმყოფი დააჯდება ექიმის თითს. ამ დროს წინამდებარე ჯირკვალი ცალკე ისინჯება, ხოლო მის ზემოთ, რომელიმე მხარეს, მკვრივი წარმოქმნაა. არც სათესლე ბუშტუკების ანთებისაგან გარჩევა არის ადვილი საქმე, თუმცა აქ სხვა კლინიკური ნიშნები გვეხმარება: უფრო ინტენსიური ტკივილი, სუბფებრილური სიცხე, ცვლილებები სისხლის მხრივ, სპერმაში ლეიკოციტების მომატება. თუ სიმსივნე შარდის ბუშტზეა გადასული (ან, პირიქით, ბუშტიდან გადადის სათესლე ბუშტუკზე), ცისტოსკოპია გვეხმარება, ცისტოგრაფია კი შარდის ბუშტის დეფორმაციას აღმოაჩენს. გარკვეული დახმარება

ცეზიკულოგრაფიასაც შეუძლია. უკიდურეს შემთხვევაში შეიძლება ბიოფსია გაკეთდეს სწორი ნაწლავიდან მიდგომით.

მკურნალობა ოპერაციულია — სათესლე ბუშტუკების ამოკვეთა.

ბოქვენზედა მიდგომით ვეზიკულექტომია. ავადმყოფს საოპერაციო მაგიდაზე აწვენენ ტრენდელებურგის მდებარეობაში. კათეტერით ცლიან შარდის ბუშტს. ერთ-ერთი წესით აწარმოებენ შარდის ბუშტის ექსტრაპერიტონიზაციას. ამის შემდეგ ჩლუნგად შედიან შარდის ბუშტის უკანა კედლის და სწორი ნაწლავის წინა კედელს შორის. აღწევენ სათესლე ბუშტუკების მწვერვალებამდე და კვეთავენ ფიბროზულ კაფსულას. სათესლე ბუშტუკებს ადებენ მომჭერს, თანდათან გამოყოფენ და აცლიან. ტოვებენ დრენაჟს და ჭრილობას მის ირგვლივ კერავენ.

ვეზიკულოტომია იმიორექტალური მიდგომით. ავადმყოფს აწვენენ მუცელზე, ხურავენ უკანა ტანს. მარჯვნივ ან მარცხნივ 2-3 სმ-ის დაცილებით შუახაზიდან და მის პარალელურად ტარდება განაკვეთი სიგრძით 10 სმ. იკვეთება კანი და კანქვეშა ქსოვილი გავა-კუდუსუნის შესახსრებიდან უკანა ტანამდე. სწორი ნაწლავის გვერდით აღწევენ მენჯ-სწორნაწლავის სივრცეს სათესლე ბუშტუკამდე. ზოგჯერ საჭირო ხდება კუდუსუნის რეზექცია, კვეთავენ ფიბროზულ კაფსულას და მომჭერს ადებენ სათესლე ბუშტუკს, გამოყოფენ და აცლიან მას. ტოვებენ დრენაჟს და ჭრილობა იკერება მის ირგვლივ

შორისისმხრივი ვეზიკულექტომია. ავადმყოფის მდებარეობა და სათესლე ბუშტუკებამდე ოპერაციული ჩარევის ეტაპები იგივეა, რაც ვეზიკულიტომიის დროს იყო აღწერილი. წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების უკანა ზედაპირის მფარავი ფასციის გაკვეთის შემდეგ, სათესლე ბუშტუკს ედება მომჭერი და ჩლუნგად გამოყოფენ ქსოვილებიდან სათესლე სადინართან ერთად, რომელსაც წინამდებარე ჯირკვალთან გადაკვანძავენ და მოკვეთავენ. სათესლე ბუშტუკს დაჭიმავენ და ჭრილობიდან ამოაქვთ. თუ დაავადება ორმხრივია, აცლიან ორივე სათესლე ბუშტუკს. ტოვებენ სადრენაჟო მილს და ჭრილობას კერავენ.

კუპერიტი — cowperitis

ამ სახელწოდებით აღნიშნავენ შარდსადენის ბოლქვოვან ნაწილში არსებული ჯირკვლის ანთებას. ამ ჯირკვლის გამომტანი სადინარები შარდსადენშივე იხსნება და ინფექციის შეჭრის გზაც აქედანაა.

კუპერიტი უმთავრესად ვენერულ დაავადებათა — გონორეის და ტრიქომონოზის გართულებაა, თუმცა არასპეციფიკურ მიკრობულ ფლორასაც შეუძლია გამოიწვიოს. ინფექცია ჰემატოგენური გზითაც შეიძლება მოხვდეს ჯირკვლის ქსოვილში, მაგრამ უხშირესად თვით ჯირკვლის სადინარების გზით ხვდება.

კუპერის ჯირკვლის ანთებითი პროცესის შედეგად ეპითელის ჩამოფცქვნა ძლიერდება, მასში გროვდება ჩირქი; ჯირკვლის სადინარები ამ გამონადენით იხშობა და ამის შედეგად მის გარშემო მდებარე ქსოვილების შეშუპება და ჰიპერემიაც ხდება. პროცესის გავრცელების მიხედვით კუპერიტის 3 სახეს არჩევენ: კატარულს, როდესაც ანთებითი პროცესი მხოლოდ ჯირკვლის გამომტან სადინარებს მოიცავს; ფოლიკულურს, როდესაც ჯირკვლის ცალკეულ წილაკებში პატარა-პატარა ჩირქგროვებია; პარენქიმულს, როდესაც ანთებით მოცულია მთელი ჯირკვალი, პროცესი მის ყაფსულაზე და კიდევ უფრო ღრმა ქსოვილებზეც ვრცელდება (პერიკუპერიტი). ამ სტადიის შემდეგ ხშირად ჯირკვლის, უფრო სწორად, შორისის მიდამოს, აბსცესი ჩნდება და კლინიკური სურათიც მძიმდება (მაღალი სიცხე, ძლიერი მფეთქავი ტკივილი, ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები).

კუპერიტის დროს საკუთრივ ჯირკვალი და მის ახლოს მდებარე ქსოვილები შეშუპებულია, ინფილტრირებული; ჯირკვლის სეკრეტის გამოყოფა შეფერხებულია, რაც კიდევ უფრო ადიდებს ჯირკვალს.

ავადმყოფს შორისის მიდამოს ტკივილი აწუხებს, განსაკუთრებით ჯდომა უჭირს. შარდსადენიდან ცოტა გამონადენია, უფრო შესამჩნევი სიარულის შემდეგ. სქესობრივი აქტი მტკივნეულია. ეს ნიშნები იმდენად ჰგავს ურეთრიტის, კატარული პროსტატიტის და ზოგი სხვა ანდროლოგიური დაავადების ნიშნებს, რომ მათი დიფერენციაცია საკმაოდ ძნელია. საქმეს ისიც ართულებს, რომ კუპერის ჯირკვალი ღრმად მდებარეობს და ნაკლებ მისაწვდომია. ამიტომ რექტალური პალპაცია ერთი თითით აქ არ გამოდგება, საჭიროა საჩვენებელი თითი სწორ ნაწლავში შევიტანოთ, ხოლო ცერით შორისის მიდამოს ვაწვებოდეთ; ასე, ორ თითს შორის შეიძლება ჯირკვალი (გადიდებული, მტკივნეული) კიდევაც გავსინჯოთ და მისი სეკრეტიც მივიღოთ (წინასწარ შარდსადენი რომელიმე ანტისეპტიკური ხსნარით უნდა გამოირეცხოს და შარდის ბუშტი გაივსოს, რათა სფინქტერი დახურული იყოს და ჩვენს მიერ გამოწვლილი სეკრეტი შარდის ბუშტში არ გადავიდეს). ამის შემდეგ ავადმყოფს თხოვენ მოშარდოს და იკვლევენ შარდის პირ-

ველ ულუფას. მიკროსკოპის მხედველობის არეში 5-6 ლეიკოციტზე მეტის არსებობა კუპერიტის დიაგნოზს ადასტურებს.

ურეთროსკოპიით კუპერის ჯირკვლის სადინარების დანახვა შეუძლებელია, მოჩანს მხოლოდ შარდსადენის ბოლქვოვანი ნაწილის შეშუპება, ინფილტრაცია, ზოგჯერ ნაწიბუროვანი შევიწროება. ზოგჯერ ურეთროგრაფიის დროს საკონტრასტო სითხე კუპერის ჯირკვლებში ხვდება და მოჩანს კონტრასტით გავსებული ღრუები — ჰიდროკუპარიტი (სურ. 94).

დიაგნოსტიკის სიძნელის გამო ხშირად კუპერიტის ნაცვლად პროსტატიტის დიაგნოზს სვამენ, მაგრამ მკურნალობისათვის ამას არსებითი მნიშვნელობა არ აქვს: როგორც მწვავე პროსტატიტი, ისე მწვავე კუპერიტის მკურნალობისათვის საჭიროა წოლითი რეჟიმი, ანტიბიოტიკები (პენიცილინი და სხვა ამ რიგისა). თუ ჯირკვალში ჩირქგროვა გაჩნდა, საჭიროა შორისის მხრიდან მისი გაკვეთა და დრენირება. ზოგჯერ ჩირქგროვა თავისით ან ბუჟირების შედეგად შარდსადენში იხსნება და იცლება.

ქრონიკული კუპერიტის დროს ხმარობენ მასაჟს, ბუჟირებას, ფიზიოთერაპიას (დიათერმია შარდსადენში ჩადგმული ბუჟით), შეუპოვარ შემთხვევაში — ვაქცინოთერაპიას.

დამატება

შარდის დერივაცია

შარდის ბუშტი, რასაკვირველია, არ მიეკუთვნება სასქესო ორგანოებს, მაგრამ უხშირესად სწორედ ამ უკანასკნელთა დაავადებების გამო ხდება საჭირო ოპერაციები შარდის ბუშტზე, თუნდაც იმისათვის, რომ წინამდებარე ჯირკვალს, უკანა ურეთრას ან სათესლე ბუშტუკებს მივუდგეთ. ხშირად არის აგრეთვე საჭირო შარდის გადაყვანა — დროებით ან სამუდამოდ.

კათეტერიზაცია

კათეტერიზაცია ნიშნავს სპეციალური მილით — კათეტერით შარდსადენის გავლით შარდის ბუშტში შეღწევას დიაგნოსტიკური ან თერაპიული მიზნით. კათეტერიზაცია საჭიროა შარდის ბუშტის დაცლის, გამორეცხვის, სამკურნალწამლო სითხის ან საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანის მიზნით. კათეტერიზაცია არ შეიძლება შარდსადენის ახალი დაზიანების, საშარდე და სასქესო ორგანოების მწვავე ანთების დროს.

კათეტერი 3 სახისაა: რბილი (რეზინის), ელასტიკური (პოლიმერული მასალებისა) და მკვრივი (ლითონისა). სხვადასხვაა მათი ფორმა და დანიშნულება (სურ. 95).

კათეტერები, ისე როგორც ყველა სხვა იარაღი, რომელიც შარდსადენის სანათურში შედის, დაკალიბრულია ერთი სკალის მიხედვით: ჩვენს ქვეყანაში მიღებულია ფრანგული — შარიერის (Charier) სკალა. ამ სკალის თითო ნომერი დაახლოებით 0,33 მმ უდრის, ე. ი. № 10 კათეტერის (ბუჟის და სხვ). დიამეტრი 3,3 მმ-ია, № 20-ისა — 6,6 მმ, № 30-ისა — 10 მმ (სურ. 96). კათეტერიზაცია (და ყოველი ასეთი მანიპულაცია) უნდა კეთდებოდეს შარდსადენის კალიბრის შესაფერი იარაღით. ასეპტიკის წესების განუხრელი დაცვა სავალდებულოა.

ტექნიკა. სასქესო ასოს თავს მარცხენა ხელის ორ თითს შორის იღებენ. შარდსადენის გარეთა ხვრელის მიდამოს და მთლიანად ასოს თავს რომელიმე ანტისეპტიკურ ხსნარში დასველებული მარლის ბურთულით ამუშავებენ, კათეტერის ნისკარტს სტერილურ ვაზელინის ზეთს უსვამენ, ასოს ჰიმავენ და პინცეტის დახმარებით კათეტერს თანდათან აწვებიან. თუ შარდსადენში რაიმე დაბრკოლება არ არის კათეტერი თავისუფლად შედის შარდის ბუშტში. წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის დროს უფრო კარგად გადის კათეტერი მოხრილი ნისკარტით, ან ნახევრადელასტიკური (სურ. 97).

თუ რბილი კათეტერი არ გადის, საჭიროა ვიხმაროთ ლითონისა, ეს კი გარკვეულ დახელოვნებას მოითხოვს. ექიმი ავადმყოფის მარცხნივ დგას, კათეტერის ნისკარტი დაბლაა დახრილი და ასე შეჰყავთ იგი ძალდაუტანებლად შარდსადენის ბოლქვოვან ნაწილამდე (სურ. 98 ა). შემდეგ სასქესო ასოს მკვეთრად გადახრიან მუცლისაკენ, კათეტერიც დაბლა იხრება — ფეხების პარალელურად (სურ. 98 ბ). მსუბუქი ზეწოლა კათეტერის ბოლოზე არ წყდება და კათეტერი შედის შარდის ბუშტში(სურ. 98 გ). ძალდატანება კათეტერის გატარების დროს დაუშვებელია. წინაალმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია სისხლის დენა, „ყალბი სვლების“ გაჩენა (სურ. 99), ანთებადი პროცესების გამწვავება, ბაქტერიემიული შოკიც კი.

თუ საჭიროა კათეტერი დიდი ხნით დავტოვოთ, იგი ასოს თავზე მაგრდება, ან ხმარობენ ფოლის (Foley) კათეტერს გასაბერი ბალონით.

კაპილარული პუნქცია

კაპილარული პუნქცია იხმარება როგორც დროებითი გამოსავალი შარდის მწვავე შეკავების დროს, როდესაც შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია არ ხერხდება, ხოლო შარდის ბუშტის ბოქვენზედა ფისტულის გაკეთება რაიმე მიზეზის გამო შეუძლებელია.

პუნქციის წინ დარწმუნებული უნდა ვიყოთ, რომ შარდის ბუშტი სავსეა. ბოქვენზედა მიდამოს რომელიმე ანტისეპტიკური სითხით დამუშავების შემდეგ კეთდება ჩხვლეტის ადგილის ანესთეზია ნოვოკაინით. შემდეგ მსხვილი და გრძელი (12-15 სმ) ნემსით კეთდება პუნქცია ბოქვენის სიმფიზიდან 2-3 სმ ზემოთ, შუა ხაზზე. ნემსი პერპენდიკულარულად უნდა იყოს მიმართული. იგი თანდათან ღრმად შედის, ორჯერ აწყდება დაბრკოლებას — მუცლის სწორი კუნთების აპონევ-

როზის წინა და უკანა ფურცლების გაჩხვლეტის დროს, შემდეგ თითქოს სიცარიელეში ვარდება და შარდი იწყებს დენას. ბუშტის დაცლის შემდეგ ნემსს იღებენ და ნაჩხვლეტ ადგილზე მცირე ნახვევს ადებენ (იხ. სურ. 100).

კაპილარული პუნქცია შარდის ბუშტის უფრო ხანგრძლივი დრენირებისათვისაც შეიძლება გამოვიყენოთ. ამისათვის ბუშტში შეღწევის შემდეგ ნემსის სანათურში კაპრონის სიმი (леска) ტარდება, ნემსი კი ამოიღება. ჩატოვებულ სიმზე პლასტმასის წვრილ მილს წამოაცვამენ და ბურღისებრი მოძრაობით იგი შარდის ბუშტში შეჰყავთ. როდესაც დარწმუნდებიან, რომ მილის ბოლო შარდის ბუშტშია, სიმს იღებენ, მილს კი ტოვებენ. უკეთესია, თუ მილს სპირალურად დახვეული ბოლო აქვს („სტენტი"). მაშინ კანზე ფიქსაციაც არ არის საჭირო. თუ შარდი შედარებით სუფთაა, ასეთი სტენტი 2-3 დღეს მუშაობს, ეს კი საკმარისია. რომ შარდის შეკავებით შემოსული ავადმყოფი (მაგალითად, წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის გამო) გამოვიკვლიოთ და ოპერაციისათვის მოვამზადოთ.

ტროაკარული პუნქცია

ტროაკარით პუნქცია შარდის ბუშტის ბოქვენზედა კვეთის შეჭრელია და, როგორც ნაკლებ ტრავმული და ხანმოკლე ჩარევა, ხშირადაც იხმარება. ასეთი პუნქციის ნაკლი ის არის, რომ ოპერატორი ვერ ათვალიერებს შარდის ბუშტს. ამის გარდა, როდესაც ზედმეტად გავსებული შარდის ბუშტი დაიცლება, იგი ქვევით იწევს და ამის გამო მუცლის წინა კედელსა და შარდის ბუშტის წინა კედელს შორის სივრცე რჩება; აქ შარდი შეიძლება დაგროვდეს. ვინაიდან სადრენაჟო მილი კანზე ფიქსირებულია, როდესაც ბუშტი დაბლა დაიწევს. მისი ბოლო შეიძლება ამოვარდეს, ხელახლა ჩადგმა კი ძალიან ძნელია. ფრიად სახიფათო გართულებაა პერიტონეუმის ღრუს ორგანოების დაზიანება ტროაკარის სტილეტით; ეს სასწრაფო ლაპარატომიას მოითხოვს.

ოპერაციის ტექნიკა ისეთივეა, რაც კაპილარული პუნქციისა, მხოლოდ სტილეტის შეყვანის გასაადვილებლად საჭიროა კანი გაიკვეთოს 1 სმ-ზე. ბუშტში შეღწევის შემდეგ სტილეტს ვიღებთ, ტუბუსს კი ვტოვებთ, მასში ვდგამთ ოდნავ უფრო ნაკლები დიამეტრის მილს, ტუბუსს ვიღებთ და სადრენაჟო მილს კანზე ვაფიქსირებთ. ახლა უშ-

ვებენ ერთჯერადი ხმარების ტროაკარებს: აქ ტუბუსი (იგი პლასტმასისაა) რჩება და სადრენაჟო მილის ფუნქციას ასრულებს.

პუნქციას ტრანსვეზიკალურადაც აკეთებენ — საოპერაციო ცისტოსკოპით, თვალის კონტროლით; ამისათვის სპეციალური მოხრილი სტილეტია შექმნილი.

ბოქვენზედა ფისტულა

კანის განაკვეთი შუა ხაზზე, ბოქვენის სიმფიზსა და ჭიპს შორის სიგრძით 5—6 სმ. აპონევროზი იკვეთება, კუნთები, ჩლუნგად ითიშება. ზემოთ გადაიწევა პერიტონეუმის ნაკეცი. შარდის ბუშტის კედელზე ორი ძაფდამჭერი ედება და ბუშტი მათ შორის იხსნება. ბუშტის დათვალიერების შემდეგ განაკვეთში დგამენ სადრენაჟო მილს და ჭრილობას მის გარშემო კეტგუტის ნაკერით ავიწროებენ. სადრენაჟო მილს აგრძელებენ და სტერილურ, დანაყოფებიან ჭურჭელს უერთებენ.

თუ ფისტულა სამუდამოდ უნდა დარჩეს (შარდსადენის სრული ობლიტერაცია, შარდის ბუშტის ნევოროგენური დისფუნქცია, საშოს, სწორი ნაწლავის წინამდებარე ჯირკვლის ინოპერაბილური სიმსივნე და მისთ.) იგი შეიძლება უდრენაჟოდაც მოეწყოს. აღვწერთ ასეთ ოპერაციას. (იხ. სურ. 101).

შარდის ბუშტის წინა კედლის გამოჩენის შემდეგ პერიტონეუმის ნაკეცს ზემოთ გადასწევენ. შარდის ბუშტის წინა კედლიდან გამოიჭრება ნაფლეთი სიგრძით 6-7 სმ, სიგანით 3—3,5 სმ. მისი ქვედა კიდე ინარჩუნებს კავშირს ბუშტის კედელთან, ხოლო ბუშტის დეფექტი იკერება. ამოჭრილი ნაფლეთიდან მილს ჰკერავენ და კანზე გამოიტანენ (საჭიროა ამისათვის მომცრო დამატებითი გაკვეთი გაკეთდეს). მასში სადრენაჟო მილი დგას, რომელსაც ჭრილობის სრულ შეხორცებამდე ტოვებენ (2-3 კვირას). შემდეგ ავადმყოფი თანდათან ეჩვევა შარდის მოკავებას მუცლის წინა კედლის კუნთების დაჭიმვის გზით *.

ბევრი ავადმყოფი კარგად ეგუება ასეთ ფისტულას. უპირატესობა ისიც არის, რომ შარდის ბუშტში არ არის მილი — უცხო სხეული.

---

* М. Н. Зильберман, А. К. Литвиненко — Методические указания по выполнению операции бездренажного свища мочевого пузыря. Оренбург, 1970.

საერთო ლიტერატურა

ბაბუხადია ვ. — უროლოგია. თბილისი, 1980.

ბაბუხადია ვ. — ამბულატორიული უროლოგია. თბილისი, 1980.

ბაბუხადია ვ. — (რედ.) — უროლოგია. ცნობარი. თბილისი, 1976.

გზირიშვილი ა. — შარდსასქესო სისტემის სიმსივნეები თბილისი, 1959.

კახიანი ზ. და სხვ. — გადაუდებელი ქირურგიული უროლოგია. თბილისი 1973.

კომახიძე მ. და სხვ. — შარდსასქესო ორგანოთა ტრავმული დაზიანება. თბილისი, 1976.

მურვანიძე დ. — თირკმელი, ტ. I (ზოგადი ნეფროლოგია). თბილისი 1975; ტ. II (კერძო ნეფროლოგია) თბილისი, 1976.

მურვანიძე დ. — საშარდე და სასქესო სისტემის სნეულებანი ბავშვთა ასაკში. თბილისი, 1984.

ქურდიანი ე მ. — რეცეპტურა უროლოგიაში, თბილისი, 1963.

წულუკიძე ა. — უროლოგია (კერძო ნაწილი) თბილისი, 1952.

Айдаров А. А. Ошибки в распознавании опухолей половых органов у мужчин. Казань, 1977.

Бадалян Л. О. (ред.) Справочник по клинической генетике. М., 1971.

Баиров Г. А. (ред.) Хирургия пороков развития у детей. Л., 1968.

Варшавский С. Т. Амбулаторная урология. Ташкент, 1969.

Васильченко Г. С. (ред.) Частная сексопатология, т. I и II. М., 1983.

Вейнеров И. Б., Рожанский Л. М. Болезни мочеполовых органов у мужчин. Киев, 1961.

Дунаевский Л. И., Арсеньев Р. В. Урология амбулаторного врача. М. 1974.

Жукова М. Н. Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов. Л., 1969.

Жуковский М. А. Детская эндокринология. М., 1971.

Карпенко В. С., Абрамов Ю. В. Амбулаторная урология. Киев, 1980.

Краевский В. Я. Атлас микроскопии осадка мочи. М., 1976.

Лопаткин Н. А. (ред.) Урология. М., 1983.

Лопаткин Н. А. (ред.) Справочник по урологии. М., 1980.

Лыткин М. И. и др. Септический шок. Л., 1980.

Люлько А. В. и др. Основы практической урологии детского возраста. Киев, 1984.

Мазманян Ц. Г. Справочник по фармакотерапии мочеполовых болезней. Ташкент, 1977.

Маринбах Е. Б. (ред.) Клиническая онкоурология. М., 1974.

Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин. М., 1968.

Пухнер А. Ф., Козлова В. И. Вирусные заболевания гениталий. М., 1975.
Пытель А. Я. (ред.) Руководство по клинической урологии, т. I и II. М., 1970.
Суходольская А. Е. и др. Микробиологические исследования в урологии. Киев, 1981.
Тиктинский О. Л. Воспалительные заболевания мочеполовых органов. Л., 1984.
Тиктинский О. Л. и др. Заболевания половых органов у мужчин. Л., 1985.
Федоров С. П., Фроштейн Р. М. Оперативная урология. М.—Л., 1934.
Цулукидзе А. П. Хирургические заболевания мочевых и половых органов. М., 1955.
Цулукидзе А. П. Очерки оперативной урологии. Тбилиси, 1959.
Цулукидзе А. П. Основы урологической хирургии. Тбилиси, 1962.
Цулукидзе А. П. Основы оперативной урологии. Тбилиси, 1965.
Чухриенко Д. П., Люлько А. В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. М., 1972.
Шевцов И. П. (ред.) Повреждения органов мочеполовой системы. Л., 1971.
Юнда И. Ф. Болезни мужских половых органов. Киев, 1981.

Boeminghaus H. Urologie: operative Therapie, indikation. Klinik (4. Auflage), Bd. II. München, 1971.
Eckstein H. B. a. o. Surgical pediatric urology. Stuttgart, 1977
Flick E. u. M. Organische und functionelle Sexual erkrankungen. Berlin, 1968.
Heise G. W., Hienzsch E. (Herausgeb.) Urologische Operationsl enre, Liefer. I, II, III. Leipzig, 1969.
Libertino J. A., Zinman L. Reconstuctive urologic surgery: pediatric and adult. Baltimore, 1977.

შ ი ნ ა ა რ ს ი

წინასიტყვაობა 3
შესავლის მაგიერ 6
ანდროლოგიურ დაავადებათა სიმპტომატოლოგია 8
დიაგნოსტიკის მეთოდები 19
სისტემური დაავადებანი 34
სათესლე და მისი დანამატი 53
სათესლე პარკი და სათესლე ბაგირაკი 84
სასქესო ასო 106
შარდსადენი 136
წინამდებარე ჯირკვალი 173
სათესლე ბუშტუკები და კუპერის ჯირკვლები 194
დამატება: შარდის დერივაცია 200
საერთო ლიტერატურა 204

რედაქტორი ლ. კალანდაძე
მხატვარი თ. შარიფაშვილი
მხატერული რედაქტორი კ. ტუხაშვილი
ტექნიკური რედაქტორი ნ. ქავთარაძე
კორექტორი ნ. ხაბურზანია
გამომშვები ნ. მანაგაძე

ს. ბ. № 5280

გადაეცა წარმოებას 24.02.86. ხელმოწერილია დასაბეჭდად 04.08.86. უე 01692. საბეჭდი ქაღალდი № 2. 60×84$^{1}/_{16}$. გარნიტური ვენა. ბეჭდვა მაღალი. პირობითი ნაბეჭდი თაბახი 12.09+ჩაკვრა 1,16. პირ. საღ.-გატ. 13,72. სააღრ.-საგამომც. თაბახი 12,36.
ტირაჟი 1000. შეკვ. № 137.
ფასი 1 მან.

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“, თბილისი, მარჯანიშვილის 5.

საქართველოს სსრ გამომცემლობათა, პოლიგრაფიისა და წიგნის ვაჭრობის საქმეთა სახელმწიფო კომიტეტის ბეჭდვითი სიტყვის კომბინატი, თბილისი, მარჯანიშვილის ქ. № 5.
Комбинат печати Государственного комитета Грузинской ССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, Тбилиси, ул. Марджанишвили, 5.