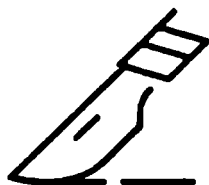


საკუთარი ბეჭედი

დვთაბარი

ს ე ლ ო ვ ნ ბ ა



ბათუმი-2023

**ბერიძეთა გვარის დალოცვა
თბილისის სამების საკათედრო ტაძარში
საქართველოს პატრიარქის - ილია II-ის მიერ**

ვლოცავ ბერიძის გვარს. უფლის წყალობით ბერიძეები ყველაზე მრავალრიცხოვანნი არიან. სახელოვანი გვარია. მათ დიდისტორია აქვთ. გვარი ქართულ გვართა შორის უძველესია. გვარის სახელწოდებაში ჩადებულია ბერისა და ერის ჭეშმარიტი მცნებები.

აჭარაში ბერიძეები მუსლიმანებიც იყვნენ ძნელბედობის ჟამს. მაგრამ მათ დაიბრუნეს ჭეშმარიტი რწმენა და დღეს მორწმუნე მართლმადიდებლები არიან.

ღმერთმა დალოცოს და ამრავლოს ბერიძეთა გვარის შთამომავლობა!

ილია II
2010 წლის 24 იანვარი

მისაღმება - სამადლობელი

მაქვს პატივი და რწმუნება, მოგესალმოთ ბერიძეთა საგვარეულოს სახელით და უდიდესი მადლობა მოგახსენოთ თქვენ, საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქს, უწმინდესსა და უნეტარესს, ერის მამას, საქართველოში (განსაკუთრებით, აჭარაში) ყველაზე მრავალრიცხოვანი გვარის (30 000-მდე სული) – ბერიძეების დალოცვისათვის. ამ ისტორიულ მოვლენას ბერიძეთა საძმო ღვთის წყალობად და ქრისტესმიერი სიყვარულის გამოვლინებად მიიჩნევს.

გვეამაყება, რომ აჭარა უძველესი და უპირველესი მხარეა, ქრისტეს სჯულზე რომ მოაქციეს და განანათლეს მაცხოვრის უშუალო მონათესაე – მოციქულებმა: ანდრია პირველწოდებულმა, სვიმონ კანანელმა და მატათამ; ეს უკანასკნელი აქვე აღესრულა და გონიოშია დაკრძალული. სიმბოლურია, რომ სიტყვა გონიო მართლის, ჭეშმარიტების, გონიერების გამომხატველი ცნებაა, გონ – სიტყვაძირისაგან მომდინარე. პირველი ქრისტიანული ეკლესია ღვთისმშობლის სახელზე ხომ სოფელ დიდაჭარაში აგებულა, ანდრია პირველწოდებულის ღოცვა-კურთხევით, დაახლოებით 38 წელს ჩვენი წელთაღრიცხვით! დარწმუნებულნი ვართ, ასეთ წყალობას უფალი მხოლოდ გამორჩეულ, მისთვის განსაკუთრებით საყვარელ ეთნოსს ანიჭებს. ამ ტერიტორიაზე ახლაც არსებობს ტოპონიმები, მაგალითად თავანგელო, რომელიც ჩვენი დიდებული ისტორიის უბრწყინვალესი და ურთულესი მონაკვეთის ერთგვარი ილუსტრაციაა.

თქვენი უწმიდესობის ღოცვა-კურთხევით, 30 წლის წინ, ჯერ კიდევ კომუნისტური რეჟიმის პერიოდში, აღდგა ღვთისმსახურება მაღალმთიან აჭარაში, სახელდობრ, სხალთის დიდებულ ეკლესიაში, რომელიც, მრავალჭირნახული, ძნელბედობის მიუხედავად, მეთორმეტე საუკუნიდან დღემდე ღირსეულად შემოინახეს ჩვენმა წინაპრებმა. სწორედ აქედან, სოფელ სხალთიდან მიეცა დასაბამი ეკლესია-მონასტრების აღმშენებლობას

სრულიად საქართველოში, ყველგან, სადაც ქართველთა საცხოვრისია.

თქვენო უწმიდესობავ, თანდათან ფრთებს ისხამს თქვენი წინასწარმეტყველება: „აჭარამ უნდა მოაქციოსო სრულიად საქართველო!“ გვჯერა, უფლის წყალობით და კვლავაც თქვენი ლოცვა-კურთხევით, ქრისტეს რწმენით ამაღლებული საქართველო მალე გამთლიანდება, ლაზარესავით აღდგება და გაბრწყინდება. ა მ ი ნ!

მე პროფესიით ექიმი გახლავართ. მოგეხსენებათ, ქირურგობა ძალზე რთული საქმეა, თითქმის ყოველდღე სიკვდილ-სიცოცხლის მიჯნაზე გვინევს მუშაობა, მაგრამ მძიმე ოპერაციების დროს, სკალპელთან ერთად, სწორედ უფალი შეგვეწევა ხოლმე ექიმსაც და პაციენტსაც.

გპირდებით, რომ ამიერიდან ქრისტიანული საძირკვლების ჩაყრის ეროვნულ საქმეში უდიდეს წვლილს შეიტანს თქვენს მიერ დალოცვილი ბერიძეების საგვარეულოც!...

თქვენო უწმიდესობავ, მთელი სულითა და გულით მინდა, ჯანმრთელი დღეგრძელობა გიბოძოთ ღმერთმა ჩვენი ერის სა-
ნუგეშოდ, მამად და წინამძღვრად.

აკაკი ბერიძე

აჭარაში მცხოვრებ ბერიძეთა თავკაცი

ზაქოხ კაკო ბენიძეს - საიუნილოდ

ბენიძეობა, საქართველოში,
არის ნიშანი ფუძემკვიდრობის,
საარსებოდან გადმოთქმნილი -
- დიდი საზღოვანი კიდობნის.
მკლავის ძალა და ციხე-სიმაგრე,
ვაჟის ლექსიში მისამსუნები,
სრულის სითბო და გულგაშლილობა,
სისიქეძავე და სუფთა სწელქი.
ზაქონო კაკო, ამ დიდი ჯვარის
სამაყო და მკვიდრი ბოძი სწარ,
უკვლავიში დასამკვიდრებლად
შენ, ჭიკოტქეს ფიცით მოდიხარ.

გონიფ გონიოს ციხეს ვუკლი
ვამეგობრობი ქველს და მიხდიას,
... მაშინ გიხმობენ სკესევიანნი,
როცა სიტოცნლე გეწვევს ჭკილია.

ცისვენ წასულო ტალობის დაწად,
იქ იდექ, სადაც სწეული გიხმობდა,
როდი იტოდი უკანდმხევა,
ზვავი მვანობდა, ზვიმდა თუ თოვდა.

დღეს შეუცვლელი დამტყნარი სწარ,
საგვარეულო დრომასიანც გხედავ,
ფურცლო - წაქვია - ოლადაურის
გზიდან შემართულ ზეციურ მხედარს.
ოთხმოცი წელი ამჟვენებს სამწყსოს,
გამაყვება უკანმოსვლის,
უკვლავიში დასამკვიდრებლად
შენ, ჭიკოტქეს ფიცით მოხვედი.

ცისანა ანიადე

დიდ წინაპართა ღირსეული შთამომავალი

ამბობენ, ცარიელ ნიადაგზე არაფერი მოდისო. ამ ფრთიანი გამონათქვამის მართებულობა ეჭვგარეშეა. როცა გამორჩეულ პიროვნებას ეხება საქმე, ნებსით თუ უნებლიედ დაგაინტერებს მისი წარმომავლობა, ფესვები და ა.შ. სწორედ ასეთ შემთხვევასთან გვექნება საუბარი, კერძოდ, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორზე, პროფესორ აკაკი ბერიძეზე. ვიდრე უშუალოდ მასზე გავაგრძელებთ საუბარს, მანამდე „მოვჩხრიკოთ“ მისი ფესვები, საიდან მოდის და ვისი გორისაა.

მე-19 საუკუნის მეორე ნახევარი, განსაკუთრებით ბოლო 25 წელი და მე-20 საუკუნის პირველი ორი ათეული წელი აჭარისა და მისი მოსახლეობისთვის გარდამავალი ხანაა, ეს არის აჭარის მოსახლეობის წარსულის მძიმე მემკვიდრეობის შემდეგ დედასაქართველოს კალთაში დაბრუნების მძიმე და ტკივილიანი პროცესი. ამის გამოძახილია 1878 წელს აჭარის საქართველოსთან დაბრუნების შემდეგ დაწყებული მუჰაჯირობა, ადგილობრივი მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილის თურქეთში გადასვლა საცხოვრებლად. ამ პროცესს ხელს უწყობდა როგორც რუსეთის, ისე თურქეთის ხელისუფლება.

მუჰაჯირობის წინააღმდეგ გაბედულად გამოდიოდა ქართული საზოგადოება და მისი მოწინავე შვილები, მათ შორის მუსლიმი ქართველები.

მოგითხრობთ ორ გამორჩეულ მუსლიმ ქართველზე, რომელთა უშუალო შთამომავალია აკაკი ბერიძე. ესენი

არიან: ლომან ეფენდი ქარცივაძე (1812-1889) და მისი სიძე, ქალიშვილის ქმარი - ნური ეფენდი ბერიძე (1845-1919). ლომან ეფენდი აკაკი ბერიძის დიდი ბაბუა იყო (ბაბუას დედის მამა), ხოლო ნური ეფენდი - ბაბუას მამა. ამ ორი დიდი მუსლიმი ქართველის შესახებ საკმაოდ არის დანერგილი, ამიტომაც მათი ბიოგრაფიის მთავარ შტრიხებზე შევაჩერებ მკითხველის ყურადღებას.

ლომან ეფენდი ქარცივაძემ, რომელიც დღევანდელი შუახევის მუნიციპალიტეტის სოფელ ოლადაურში დაიბადა, სასულიერო (და არა მხოლოდ სასულიერო) განათლება მიიღო თურქეთში, ცენტრალური ანატოლიის ქალაქ კაისერში. ის იმდენად ღრმად იყო ჩახედული მეცნიერების სხვადასხვა დარგში, რომ პედაგოგიურ საქმიანობას ეწეოდა სტამბოლში სასულიერო და საერო სასწავლებლებში. სტამბოლის უნივერსიტეტის ერთ-ერთ ცნობილ მედრესეში კი მას მოიხსენიებდნენ, როგორც „დიდ პროფესორს“.

ლომან ეფენდი, რამდენადაც ის არაერთხელ ყოფილა მომლოცველად (ჰაჯი) მექასა და მედინაში, ამიტომაც მას იცნობდნენ „გურჯი ჰაჯის“ სახელითაც. იყო თურქეთის სულთანის მრჩეველი და მიღებული ჰქონდა უმაღლესი მუსლიმური სასულიერო ტიტული – შეიხ-ულ-ისლამი.

ამ შთამბეჭდავი კარიერის მიუხედავად, ის დაბრუნდა სამშობლოში და ნური ეფენდი ბერიძესთან ერთად წინ აღუდგა მუჰაჯირობას. ამ გზით მათ ათასობით ოჯახი შეუნარჩუნეს საქართველოს. სწორედ ეს მომენტი მიგვაჩნია მის მოღვაწეობაში განსაკუთრებულად. მას იმდენად დიდი ავტორიტეტი ჰქონდა, რომ 1881 წელს მიიწვიეს პეტერბურგში და ესწრებოდა რუსეთის იმპერატორის ალექსანდრე მესამის ინაუგურაციას.

ჩვენ კარგად ვიცით ლომან ეფენდის სასულიერო და საზოგადოებრივი მოღვაწეობის, მისი წვლილის შესახებ მუჰაჯირობის წინააღმდეგ ბრძოლაში. მაგრამ გულისტკივლით უნდა აღინიშნოს, რომ არაფერი ვიცით მისი სამეცნიერო მოღვაწეობის შესახებ. ჰქონდა თუ არა მას საკუთარი შრომები? რა ხასიათის იყო მისი კომენტარები სხვადასხვა არაბულ წიგნებზე? აქ ურიგო არ იქნება იმის გახსენება, რომ XI-XII საუკუნეების გამოჩენილი ქართველი ფილოსოფოსის იოანე პეტრიწის ორიგინალური ნაშრომია, მის მიერვეა ბერძნულიდან ქართულ ენაზე თარგმნილი დიდი ნეოპლატონიკოსი ფილოსოფოსის პროკლეს (412-485) ტრაქტატზე - „ღვთისმეტყველების პირველსაფუძვლები“ - დართული კომენტარები, მოცულობით ორჯერ აღემატება საკუთრივ პროკლეს თხზულებას. რატომ ვერ ითარგმნა დღემდე ქართულად ერთი ნაშრომი მაინც, მასზე დართული ლომან ეფენდის კომენტარებით და რატომ ვკმაყოფილდებით მათი მხოლოდ ზედაპირული მოხსენიებით ეს აუცილებლად გასაკეთებელი საქმეა, რათა მიახლოებით მაინც გვექონდეს წარმოდგენა ლომან ეფენდის მონოლითურ პიროვნებაზე.

რაც შეეხება ნური ეფენდი ბერიძეს, ის სოფელ ფურტიოში დაიბადა და 1907 წლამდე იქ ცხოვრობდა. ამის შემდეგ თვითონ და მისი ოჯახი სოფელ ოლადაურში გადასახლდა. მან განათლება სტამბოლის უნივერსიტეტის ფათიჰის მედრესეში მიიღო. მისი მოძღვარი აქ გახლდათ ლომან ეფენდი ქარცივაძე. შემდეგ მან ლომან ეფენდის ქალიშვილი შეირთო ცოლად.

ნური ეფენდის მამა, ახმედი, იყო ყადი (მუსლიმური რელიგიის მოსამართლე, რომელიც გადაწყვეტილების მიღე-

ბისას ხელმძღვანელობს შარიათით). ის ცნობილი იყო „ინჯა ყადის“ (წმინდა ყადის) სახელით. ნური ეფენდი მამის გზას გაჰყვა და 32 წლის განმავლობაში, სავარაუდოდ, 1881-1913 წლებში ზემო აჭარის მთავარი ყადი - მოსამართლე იყო. როგორც ცნობილი ეთნოლოგი, პუბლიცისტი და საზოგადო მოღვაწე აპოლონ წულაძე (1884-1942) წერს, აჭარაში უკვე მყარად დამკვიდრებულ რუსულ ხელისუფლებას საგანგებოდ შეუმონებია ნური ეფენდის 32 წლიანი სასამართლო გადაწყვეტილების ოქმები და დიდი მცდელობის მიუხედავად, ერთი საეჭვო გადაწყვეტილებაც ვერ აღმოუჩენია.

ნური ეფენდის ოჯახი ხელგაშლილი ხვდებოდა სტუმრებს საქართველოდან, საქმის ცოდნით უყვებოდა მათ აჭარის მძიმე წარსულზე, დაჰყვებოდა მაღალმთიანი აჭარის სოფლებში მოგზაურობისას. ყველაფერი ეს კარგად აქვთ აღწერილი თედო სახოკიას და ზაქარია ჭიჭინაძეს.

ნური ეფენდის საზოგადოებრივი მოღვაწეობის გვირგვინია 1915 წლის შემოდგომაზე მისი ინიციატივით მისსავე სახლში, ზემო აჭარაში, ერთ-ერთი პირველი დაწყებითი ქართული სკოლის გახსნა. ეს ფაქტი უნდა ჩაითვალოს მის ეროვნულ და საზოგადოებრივ მოღვაწეობაში განსაკუთრებულ მოვლენად. აპოლონ წულაძე ჰყვება, რომ ნური ეფენდის გადაწყვეტილი აქვს სკოლის დამთავრების შემდეგ მისი შვილის გიმნაზიაში გაგზავნა. ამავე ავტორის ცნობით, სკოლაში ნური ეფენდი ასწავლიდა არაბულ ენას. ნური ეფენდი მოუწოდებდა თანასოფლელებს, რომ შვილები შეეყვანათ ქართულ სკოლაში.

საგულისხმოა, რომ მოგვიანებით გახსნილ სხვა სოფლების ანალოგიურ სკოლებში პირველი გაკვეთილი იყო

თურქული ენისა და ყურანის სწავლება, ქართული ენა კი დღის მეორე-ნახევარში ისწავლებოდა. ოლადაურის სკოლაში ნური ეფენდის პრინციპული მოთხოვნით პირველი გაკვეთილი ქართული ენისა იყო, ხოლო თურქულის გაკვეთილი კი დღის ბოლოსთვის.

ნური ეფენდი ესწრებოდა 1913 წელს თბილისში გამართულ რომანოვების სამეფო დინასტიის სამასწლოვანი ისტორიის იუბილის საზეიმო აღნიშვნას.

ნური ეფენდის ასევე ღირსეული შვილები ჰყავდა, მათ შორის, ცნობილი სახელმწიფო მოღვაწე, ბატონი აკაკის უშუალო ბაბუა - ნუსრედინ ბერიძე (1879-1937) ბოლშევიკური რეპრესიების მსხვერპლი გახდა. კდემამოსილებითა და ბუნებრივი არისტოკრატიზმით გამოირჩეოდა ბატონი აკაკის დედა, ქალბატონი შეიმე მიქელაძე-ბერიძისა (1920-1995). აკაკის მამა - ბატონი ლევანი (1919-2000) ასევე ცნობილი სამეურნეო და საზოგადო მოღვაწე იყო, ვისაც ცხოვრების პირველ ნახევარში, როგორც „ხალხის მტრის“ შვილს, გარკვეული დაბრკოლებების გადალახვა უხდებოდა.

მოკლედ, ასეთია ბატონი აკაკი ბერიძის წინაპრების არასრული „გენეალოგიური ხე“.

შეიძლება თამამად ითქვას, რომ ღირსეული წინაპრების შთამომავალი სწორედ ისეთი უნდა იყოს, როგორიც ბატონი აკაკი ბერიძეა. მით უმეტეს, განგებამ თუ ბუნების ძალამ მისთვის არ დაიშურა არც გვარიშვილობა, არც ნიჭი და არც ფიზიკური მონაცემები გარეგნული ხიბლით. როცა ეცნობით აკაკი ბერიძის განვლილი ცხოვრების გზას, ერთი შეხედვით ის ია-ვარდებით მოფენილი გეგონება. მართ-

ლაც, სოფელ ოლადაურის სამუშალო სკოლის ოქროს მედალზე დამთავრება, გასაუბრებით სამედიცინო ინსტიტუტში ჩარიცხვა, სწავლის პერიოდში პრესტიჟული, სახელობითი (ი.ბ. სტალინის) სტეპენდიანტობა, ინსტიტუტის წითელ დიპლომზე დამთავრება, მშობლიურ რაიონში მთავარი ექიმად მუშაობა, შემდეგ ასპირანტურა, სამეცნიერო ხარისხების დაცვა, 1975 წლიდან აჭარის ა.რ. რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიის განყოფილების ხელმძღვანელობა, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარი ქირურგობა და კოლეგიის წევრობა, 1995-2004 წლებში აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრობა, აჭარის ა.რ. ქირურგიული საზოგადოებისა და აჭარის ექიმთა გაერთიანებული საზოგადოების თავმჯდომარეობა, როგორც ჩვენი ქვეყნის, ისე საზღვარგარეთის არაერთი სამეცნიერო აკადემიის, ორგანიზაციისა თუ ასოციაციის წევრობა, ათასობით სხვადასხვა სახის ოპერაცია და უამრავი პატენტის ავტორობა, ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ემერიტუსი (დამსახურებული) პროფესორის წოდება... ამერიკის ბიოგრაფიის ინსტიტუტის მიერ დასახლებულია 2004 წლის საუკეთესო პროფესიონალად. ეს არის ბატონი აკაკის საქმიანობისა და მიღწევების არასრული ჩამონათვალი.

საბედნიეროდ, ბატონ აკაკის იმ დროს მოუხდა სწავლა და მოღვაწეობა, როცა მამისგან განსხვავებით, მას აღარ მოუწია „ხალხის მტრის“ შთამომავლის უმძიმესი ტვირთის ტარება. სხვა შემთხვევაში რეპრესირებული ბაბუას შთამომავალს არც დაბრკოლებები მოაკლდებოდა და არც არასასიამოვნო სიურპრიზები.

ექიმობა მუდამ პრესტიჟულ და საპატიო პროფესიად ითვლებოდა, ნებისმიერ ეპოქაში თეთრი ხალათით შემოსილი მკურნალი ექიმი ყოველთვის სიმპათიას იწვევდა და მავანთა თვალში კეთილ შურსაც აღძრავდა. არადა, ყოველივე ამის უკან დგას – მუხლჩაუხრელი შრომა, სიცოცხლის გადასარჩენად თეთრად გათენებული ღამეები, წარმატებული და წარუმატებელი ოპერაციები. პირველად ექიმის ამ ურთულესი საქმიანობის არსს მეტ-ნაკლებად ჩავწვდით, როცა გასული საუკუნის 80-იან წლებში გავცადნით ცნობილი რუსი ექიმი მწერლის-ვიკენტი ვერესაევის (1867-1945) ნაწარმოებს - „ექიმის ჩანაწერები“. მეორედ ეს განვიცადე აკაკი ბერიძის წინამდებარე წიგნის, განსაკუთრებით მისი პირველი ნაწილის - „ქირურგია - ღვთაებრივი ხელოვნება,“ გაცნობისას.

მედიცინის მრავალრიცხოვან დარგებს შორის ქირურგია ერთ-ერთი პრესტიჟული და ამავე დროს რთული პროფესიაა. არსებობს კარდიო-ქირურგია, სისხლძარღვთა ქირურგია, ნეიროქირურგია და სხვ. ჩვეულებრივი ადამიანისთვის ქირურგია მოიაზრება, როგორც მუცლის ღრუში განთავსებულ ორგანოებზე სკალპელით ჩარევის პროცედურა. ძირითადად მეც ასე მიმაჩნდა. ალბათ, არიან კიდევ ასეთი ვიწრო სპეციალობის ქირურგებიც. ბატონი აკაკი ბერიძის ჩანაწერებმა - „ქირურგია - ღვთაებრივი ხელოვნება“, სრულიად შეცვალა ჩემი წარმოდგენა ქირურგიაზე. უფრო ზუსტნი თუ ვიქნებით, ამ ჩანაწერებით სრულიად სხვა კუთხით წარმოჩნდა აკაკი ბერიძე.

აღნიშნულ ჩანაწერებში მუცლის ღრუს ორგანოებზე ჩატარებული ოპერაციების განხილვისა და ანალიზის გარ-

და, გვხდება გულზე ჭრილობის მკურნალობის, ენდოკრინოლოგიური და ფიზიკური ტრავმებით დაზიანებული სხვადასხვა შემთხვევების განხილვა-ანალიზი-შეფასებები და ამის საფუძველზე განხორციელებული ოპერაციები. ამ ქმედებებში ცხადად ჩანს აკაკი ბერიძის ახლებური და ორიგინალური მიდგომები, რაც პაციენტის უმძიმესი მდგომარეობიდან გამოყვანის ერთადერთი გზა გამხდარა. აქვე მინდა ერთი წლის წინანდელი ამბავი გავიხსენო. სუფრასთან სხვებთან ერთად იყო ერთი ცნობილი ექიმი (არა ქირურგი). საუბარი მედიცინასა და ექიმებზე ჩამოვარდა, სხვებთან ერთად ნახსენები იყო აკაკი ბერიძე. სწორედ იმ ექიმმა ერთობ საყურადღებო რამ თქვა: „ჩვენთან ყველა დარგის ექიმები, გამონაკლისის გარეშე, საბოლოო გადანყვეტილებას აკაკი ბერიძესთან ათანხმებენ“. პირადად ჩემთვის, როგორც ბატონი აკაკის ახლობელისთვის, ეს სიტყვები ნებისმიერ ჯილდოსა თუ პრემიაზე მეტის მთქმელია.

მე, გასაგები მიზეზების გამო, ვერ გამოვდგები აკაკი ბერიძის სამედიცინო საქმიანობის სრულყოფილ შემფასებლად. ამიტომაც სხვა მიმართებით გავაგრძელებ საუბარს. ის მრავალპროფილიანი ქირურგია. მისი, როგორც შემოქმედი პიროვნების მოღვაწეობა, მხოლოდ მედიცინით არ ამოიწურება. ბატონი აკაკი ქვეყნის საჭირობოროტო საკითხებით არის დაინტერესებული და დაფიქრებული. ის არაერთი, სამედიცინო პოპულარული, ისტორიული სტატიისა და პუბლიცისტური წერილის ავტორია.

ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ბატონი აკაკი ლიტერატურისა და ხელოვნების დიდი მოყვარულია. მან არა მხოლოდ ქართველი კლასიკოსი პოეტების ლექსები იცის ზეპირად

და შესაბამის და შესაფერის სიტუაციაში ყოველგვარი თავპატიჟის გარეშე ამ ცოდნის საჯარო დემონსტრირებას ახდენს. სწორედ პოეზიის დიდი სიყვარულით არის დაწერილი მისი წერილი - „უღვთო იყო შენი სიკვდილი“. წერილი ტრაგიკულად დაღუპულ ახალგაზრდა, მაგრამ უკვე აღიარებულ პოეტს ლევან გელაძეს (1932-1963) ეძღვნება. ასევე დიდი სიყვარულით და ხელოვნების ნიუანსების ღრმა ცოდნით არის დაწერილი მომღერალ გურამ თამაზაშვილისადმი (1954-2009) მიძღვნილი წერილი - „გაზაფხულის მგალობელი“.

დავუბრუნდეთ მის ფართო საქმიანობას. საინტერესოდ იკითხება მისი სტატიები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციაზე, ათეული წლების განმავლობაში მედიცინის დარგის მდგომარეობასა და განვითარებაზე აჭარაში, ინფექციური დაავადებების საფრთხეებზე, ხალხურ მედიცინაზე (ტიბეტური, ჩინური და ქართული ხალხური მედიცინის პარალელუბით).

წიგნში, ასევე საყურადღებოა ავტორის ჩანახატები – „ნაფიქრალ-ნააზრევი,“ რაც სამედიცინო ეტიუდების შთაბეჭდილებას ტოვებს. მსგავსი ჩანახატები მრავლად გვხვდება ავტორის სხვა პუბლიკაციებში. აკაკი ბერიძის საქმიანობის ორიგინალურსა და შემოქმედებითობაზე ნათლად მეტყველებს ჩანაწერებზე თანდართული მისი საავტორო ქირურგიული ოპერაციებისა და პატენტების ნუსხა. საინტერესო და საყურადღებოა სამეცნიერო-პოპულარული ხასიათის სტატიები მამია კომახიძეზე, გურამ ტატიშვილზე, რამაზ სურმანიძეზე, ბესარიონ ფროლოვზე და სხვა. თითოეული მათგანის პიროვნებაში წარმოჩენილია ინდივიდუალურად მისთვის დამახასიათებელი შტრიხები.

ცნობილი დასტაქარი, აკადემიკოსი მამია კომახიძე ბატონი აკაკის მასწავლებელი და გზისგამკვალავი იყო. თუკი ადრე თავად აკაკისგან გაგონილი მქონდა, რომ მამია კომახიძეს ნობელის პრემიების კომიტეტი საბუთების გაგზავნას თხოვდა, რათა მას კენჭი ეყარა ნობელის პრემიის მოსაპოვებლად, ახლა ამ ფაქტს ის საჯაროს ხდის. რა დამსახურება ჰქონდა მამია კომახიძეს, რომ ნობელის პრემიების კომიტეტის ყურადღება მიიპყრო? ამის თაობაზე თვითონ აკაკი ბერიძე გვიამბობს: „ახალგაზრდა მეცნიერმა ლენინგრადში, პროფ. ტონკოვის ანატომიის კათედრაზე სტაჟირების პერიოდში შეიმუშავა კაპილარების ორიგინალური კვლევის მეთოდი ტუმ-ჟელატინის მასის ინექციით, რამაც საფუძველი დაუდო ახალ მიმართულებას მედიცინაში – მიკროცირკულაციის შესწავლას. იმდენად შთამბეჭდავი იყო ამ დარგში მიღწეული შედეგები, რომ ნობელის პრემიების მიმნიჭებელმა კომიტეტმა წერილობით მიმართა მამია კომახიძეს, წარედგინა საბუთები ამ საპატიო კონკურსში მონაწილეობის მისაღებად. გარკვეული მიზეზების გამო ბატონმა მამიამ წერილს არ უპასუხა“.

იმის გასაგებად, თუ რატომ არ უპასუხა წერილს და არ გაუგზავნა მაშინ მამია კომახიძემ საბუთები ნობელის პრემიების კომიტეტს, ორ ამბავი გავიხსნოთ. მსგავსი ვითარება იყო პროფესორ ვასილ ვარაზაშვილთან /ვარაზი/ (1888-1969) მიმართებითაც.

1938 წელს ნობელის პრემიების კომიტეტმა ვასილ ვარაზაშვილს სთხოვა გაეგზავნა საბუთები, რათა მას 1939 წელს კენჭი ეყარა ფიზიოლოგიისა და მედიცინის დარგში ნობელის პრემიის მოსაპოვებლად. ეს ფაქტი მას არ გაუხმაურებია და მხოლოდ მისი გარდაცვალების შემდეგ გახდა

ცნობილი. ეჭვგარეშეა, რომ მაშინ საბჭოთა კავშირში მიმდინარე სასტიკი რეპრესიების გამო მან ეს მოწვევა არ გაახმაურა. მეტი სიცხადისთვის გავიხსენოთ ბორის პასტერნაკის (1890-1960) შემთხვევაც. როცა მას გაცილებით წინარ ე.წ. „დათბობის“ პერიოდის საბჭოთა კავშირის დროს, 1958 წელს ნობელის პრემიით დაჯილდოებულ მწერალს საბჭოთა რეჟიმმა ოფიციალურად უარი ათქმევინა პრემიის მიღებაზე. ამ ფაქტების შემდეგ ძნელი არ უნდა იყოს იმის გაგება, თუ რატომ არ გამოეხმაურა მამია კომახიძე ნობელის პრემიების კომიტეტის წინადადებას. ბატონი აკაკის გადმოცემით, მამია კომახიძე გულნატკენი ყოფილა იმის გამო, რომ ის არ აირჩიეს საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიაში. მედიცინაში მისი განეული ღვაწლისა და მიღწევების გათვალისწინებით, მისი გულისტკივილი საფუძვლიანიცაა და გასაგებიც.

აკაკი ბერიძეს არ ავიწყდება უფროსი თაობის ექიმები (ეგნატე ფიფია, გურამ ტატიშვილი, თენგიზ ახმეტელი, გიორგი ნაცვლიშვილი...) და ყველას სათანადო პატივს მიუზღავს. არ ივინყებს იმ მხარში დგომას და რჩევებს, რაც მის მიმართ გამოუჩენიათ როგორც უფროსი თაობის ექიმებს, ისე სხვა კოლეგებს. გამორჩეულად გამოყოფს გურამ ტატიშვილს, მის ღვაწლს და ნოვატორობას ქირურგიაში.

აკაკი ბერიძე განსაკუთრებული სითბოთი მოიხსენიებს ჯანდაცვის სისტემის ცნობილ ორგანიზატორს, მეცნიერს, მწერალსა და პუბლიცისტს რამაზ სურმანიძეს (1933-2020). ის სკრუპულოზური სიზუსტით ჩამოთვლის მის დამსახურებებს, წლების განმავლობაში აჭარის ა. რ. ჯანდაცვის მინისტრად ყოფნისას გაკეთებულ საქმეებს.

ბათუმის რესპუბლიკურ საავადმყოფოში, 1975 წელს ქირურგიის განყოფილების ხელმძღვანელად და აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარ ქირურგად აკაკი ბერიძის დანიშვნის შემდეგ, ამ მიმართულებით ახალი ეტაპი დაიწყო მის ცხოვრებაში. თუ რა სახის სიძნელები, მიღწევები და ახალი გზები იქნა გამონახული, ბატონი აკაკი დაწვრილებით მოუთხრობს ამაზე ექიმ-სპეციალისტებსა და დაინტერესებულ მკითხველს. ამასთან, მას არც ქირურგიის განყოფილების ისტორია ავიწყდება. განსაკუთრებული სითბოთი მოიხსენიებს იმ არაქართველ ექიმებს, ვინც ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების სათავეებთან იღვწოდნენ (ბ. ფილკენშტეინი, კ. სევერინი, ბ. ფროლოვი, ა. შატილოვი, დ. ხარიტიდი, ფ. შეფერი და სხვ.). შემდეგ ესტაფეტა გადაეცათ ქართველ ქირურგებს (კონდრატე მხეიძე, ვალერიან მაქაცარია, ვარლამ გიორგაძე, ავნი დიასამიძე და სხვ.). ამ მიმართებით აკაკი ბერიძე მოკრძალებულია თავისი ღვაწლის აღნიშვნისას.

ერთ-ერთ პუბლისტიურ წერილში „მოგონებები გარდასულ დღეთა“ ბატონი აკაკი გვიამბობს უნიკალურ პიროვნებაზე - ნიკო მღებრიშვილზე, ვინც ჯერ ფინელების ტყვე ყოფილა, შემდეგ გერმანელების და ბოლოს კი საბჭოთა გულაგში გაუშმნესებიათ. სწორედ აქ დაუახლოვდა ის და დაუმეგობრდა დიდ მწერალს ლევან გოთუას. ამდენი თავგადასავლების შემდეგ ნიკო მღებრიშვილი სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტი გამხდარა. სწორედ მისი მეშვეობით გაუცვნიათ ბატონ აკაკის და მის მეგობრებს ლევან გოთუა და მასთან შეხვედრები, მასთან ერთად საქარ-

თველოს სხვადასხვა მხარეებში მოგზურობები მშვენიერად არის აღწერილი სტატიაში.

ვისაც აკაკი ბერიძის შესახებ მეტის გაგება უნდა, ვურჩევ ნაიკითხოს მრავალთაგან რამდენიმე წერილი, რომელთა ავტორები არიან: იზა ჩანტლაძე, მარინა მითაიშვილი, ნოდარ გრიგოლია, ზურაბ თედორაძე, ზაალ კახიანი, რამაზ სურმანიძე და ზურაბ ჩიხლაძე, აგრეთვე, მისდამი მიძღვნილი პოეტ ჯემალ ქათამაძის ლექსი - „ექიმ“.

დასასრულ, აკაკი ბერიძის მუხლჩაუხრელი გარჯა, მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე დაუღალავი ზრუნვა და საერთოდ მისი მოღვაწეობა სათანადოდ დაფასდა. მას მინიჭებული აქვს აბუსერისძე ტბელის პირველი ხარისხის პრემია, არის ღირსების ორდენოსანი, ბათუმისა და შუახევის მუნიციპალიტეტების საპატიო მოქალაქე, ხოლო 2023 წლის 24 მარტს ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფოს სკვერში გაიხსნა მისი სახელობის ვარსკვლავი. ეს არის ერთ-ერთი იშვიათი შემთხვევა, როცა საქართველოში ვარსკვლავს უხსნიან - ექიმს. აკაკი პირველი დასტაქარია, ვისაც ვარსკვლავი გაუხსნეს აჭარაში, მის სახელს ატარებს ქირურგიული დეპარტამენტი კლინიკა „მედინაში“.

დიდ წინაპრებს არაერთი ღირსეული შთამომავლი ჰყავდათ და ჰყავთ. მათ შორის ერთ-ერთი უპირველესია ბატონი აკაკის ძმა - ჯემალ ბერიძე, ასევე წარმატებული მეცნიერებასა და პოლიტიკაში. მან ძმის მსგავსად ოქროს მედალზე დაამთავრა ოლადაურის საშუალო სკოლა და ნარჩინებით – პოლიტექნიკური ინსტიტუტის (ამჟამად ტექნიკური უნივერსიტეტი) ავტომატიკისა და გამოთვლითი ტექნიკის ფაკულტეტი რადიოტექნიკის სპეციალობით. არის ტექნიკურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი.

1997 წელს აირჩიეს კავშირგაბმულობის საერთაშორისო აკადემიის აკადემიკოსად. იყო ტექნიკური უნივერსიტეტის ავტომატური ელექტრო-კავშირგაბმულობის კათედრის გამგე (1982-2009 წ.წ.), სატელეკომუნიკაციო ქსელებისა და სისტემების სასწავლო-სამეცნიერო მიმართულებისა (2009-2018 წ.წ.) და ტელეკომუნიკაციების დეპარტამენტის (2018-2021 წ.წ.) ხელმძღვანელი. მონაწილეობდა არაერთ საერთაშორისო სამეცნიერო და პოლიტიკურ ფორუმებში. იყო საქართველოს III და IV მოწვევის პარლამენტის წევრი. საქართველოს პარლამენტში მისი ხელმძღვანელობით მომზადდა საქართველოს კანონი კავშირგაბმულობის შესახებ.

თუკი აკაკი ბერიძის დიდი წინაპრები მონაწილეობდნენ პეტერბურგსა და თბილისში გამართულ რომანოვებთან დაკავშირებულ დიდ ფორუმებში, მათმა გამორჩეულმა შთამომავალმა ჯემალ ბერიძემ, როგორც საქართველოს წარმომადგენელმა, მსოფლიოს პარლამენტართა კავშირის ყრილობაზე, რომელიც ეძღვნებოდა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შექმნის 50-ე წლისთავს, 1995 წლის 1 სექტემბერს გაეროს მაღალი ტრიბუნიდან მთელ მსოფლიოს ამცნო საქართველოს ახალი კონსტიტუციის მიღების თაობაზე. ეს სამი ფაქტი ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირშია და არა შემთხვევითი, არამედ კანონზომიერი მოვლენაა.

ასე მესახება ბატონი აკაკი ბერიძის მრავალმხრივი მოღვაწეობის და მასთან გენეტიკურად დაკავშირებული ვინრო საახლობლო წრის ზოგადი სურათი.

ქმიხილ მახარაძე

ფილოსოფიურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ექიმი, მეხნიერი, მასწავლებელი, საზოგადო მოღვაწე

ისაუბრო მედიცინაზე, ნიშნავს იმსჯელო ყველაზე ძვირფასზე და ძნელად დასათმობზე ადამიანისათვის - სიცოცხლეზე. ყველას ამის არც უნარი, არც ცოდნა და ალბათ, არც უფლება აქვს, რადგან მედიცინა, როგორც მეცნიერება, გემრიელი ღვინის კუპაჟს ჰგავს, სადაც ერთი, რომელიმე საბუნებისმეტყველო მეცნიერების ცოდნა საკმარისი არაა.

კაცობრიობის ისტორიაში (დღეის ჩათვლით) არაერთი მკურნალი და ექიმია ცნობილი, მაგრამ მხატვრული ნაწარმოები, რომელიც გააერთიანებდა ისტორიას (ავტობიოგრაფიის ელემენტებით), მედიცინას, შეგონებასა და სწავლებას, ძალიან ცოტაა და ქართულად ხომ – იშვიათობა. ამიტომაც არის დასაფასებელი ღირსეული ქართველის და მამულიშვილის, უბადლო ქირურგის და მკურნალის, საუცხოო მეცნიერის და მასწავლებლის აკაკი ლევანის ძე ბერიძის ეს შრომა, რომელიც ვილაცას ექიმობას მოანდომებს, ვილაცას იმ სიმძიმეს დაანახებს, რაც ქირურგის ხვედრია – ლამაზი თეთრი ხალათის, დიდი კაბინეტის, კეთილდღეობის და ხალხის პატივისცემის მიღმა; ვილაციისათვის კი სიამაყის განცდას გააცოცხლებს, რადგან ბატონი აკაკის გვერდით მთელმა ეპოქამ და საქართველოს სამედიცინო საზოგადოების დიდმა ნაწილმა გაიარა. ალბათ, ცოტა თუ იქნება ისეთი, ვინც კაკო ექიმს, ან ბატონ აკაკის, ან უბრალოდ კაკოს შეახვედრა განგებამ და რაღაც არ მიიღო მისგან – ზოგმა ჯანმრთელობა, სიცოცხლე, მხარდაჭერა და დახმარება, ზოგმაც ცოდნა და პროფესია.

დიახ, შეიძლება მე მიკერძოებული ვარ, იმიტომ, რომ ის ჩემი მასწავლებელია და თუ რამე არის, რითაც შემოიძლია ვიამაყო, ეს ჩემი პროფესიაა – „ის“ ჩემი ოსტატი იყო, მე კი – მისი შეგირდი.

ჩემი აზრით ადამიანს სამი მშობელი ჰყავს: ერთი, ვისი მეშვეობითაც ფიზიკური ხორცი შეესხა, მეორე – მამამაცხოვარი, ვინც სული შთაბერა და მესამე – ვინც ამქვეყნად მისი მისია განსაზღვრა (მასწავლებელი).

ამ სტრიქონების წერა თან მიჭირს და თან ძალიან მიადვილდება, რადგან ქირურგზე, პროფესორზე, აკაკი ბერიძეზე და მის ნაშრომზე ვწერ. რადგან კაკო ექიმმა მის მოწაფეთა დიდ არმიაში სწორედ მე ამომარჩია, მისი ნაშრომის რედაქტორობა მანდო, ჩემთვის ეს დიდი პატივია.

1991 წლის 9 ივლისს ბათუმის რესპუბლიკურ საავადმყოფოში, ინტერნატურაში გამანანნილეს. სწორედ იქ გამაცნო მამაჩემმა ბატონი კაკო, როგორც მისი მეგობარი – „ნახე, ეგებ გამოგადგეს რამეში,“ ამ სიტყვებით დაემშვიდობა მამა კაკო ექიმს. მას შემდეგ ოცი წელი კაკო ექიმის ხელმძღვანელობით აღნიშნულ განყოფილებაში გავატარე.

მიუხედავად იმისა, რომ კაკო ექიმს ავბედით 90-იან წლებში მოუწია მოღვაწეობა, ურთულეს პირობებში უამრავი გმირობის მაგალითი გვაჩვენა იმ დროის ახალგაზრდა, დამწყებ მედიკოსებს. დღე-ღამის განმავლობაში 4-5 დაჭრილი, მოჰყავდათ, რომელთაც სიცოცხლის ნიშანწყალი არ ეტყობოდათ. ამ დაჭრილთათვის ჰქონდა გადადებული კაკო ექიმს თავისი ოჯახი და პირადი ცხოვრება. ვხედავდით, რამდენ უძილო ღამეს ათენებდა თითოეული პა-

ციენტისთვის. ვერ გეტყვით, საიდან იღებდა ის ამ ენერგიას, ენთუზიაზმს, შეუპოვრობას. ჩემთვის ეს იყო და დღემდე რჩება ამოუცნობი, მაგრამ სრულიად ნათელი მაგალითი, როგორ უნდა მეცხოვრა. დღეს, მეც, ასაკშეპარებული და გამოცდილებამიღებული, ვილაციისათვის მასწავლებლის ფუნქციას ვასრულებ და კაკო ექიმის სამოქალაქო გმირობის მაგალითებზე ვცდილობ ჩემი შეგირდების პროფესიულად გაზრდას.

აკაკი ბერიძის ამ ნაშრომის ნაკითხვა მკითხველს იმ რთული, მაგრამ ჰეროიკული ცხოვრების გზას გაუცოცხლებს, როცა უნევდა ცხოვრება კაცს, შვილს, მამას, ბაბუას, ქირურგს, მეცნიერს, მასწავლებელსა და საზოგადო მოღვაწეს.

წიგნი ძალიან კარგი, მარტივი და სადა ქართულითაა დაწერილი. ის მომავალი თაობებისათვისაა შექმნილი. მე მას ბატონი აკაკის ანდერძად აღვიქვამ. წიგნის ყველა თემაში იგრძნობა ავტორის სწრაფვა სამედიცინო სფეროს გაუმჯობესებისაკენ, უკეთესი ცხოვრებისკენ, სიკეთისკენ. აკაკი ბერიძე მკითხველს უშურველად უზიარებს თავის ზღვა ცოდნასა და გამოცდილებას.

წიგნი საუკეთესო საშუალებაა მკითხველისათვის, გაეცნოს მასში აღწერილ, ავტორის მიერ განვლილ პირად თუ სამედიცინო ცხოვრების ამსახველ ფაქტებს, ძალზე საინტერესო ეპოქალურ ცვლილებებს, რომელიც ჩვენმა ქვეყანამ განიცადა.

წიგნი ერთგვარი ანდერძი და ცხოვრების გზამკვლევია მომავალ თაობისთვის.

კახაბერ ქაშიბაძე

პროფესორი, ქირურგი, ტრანსპლანტოლოგი

ქირურგია - ღვთაებრივი ხელოვნება

დიდი გოეთე ამბობდა: „ქირურგია არის ღვთაებრივი ხელოვნება. იგი ასწორებს ადამიანში ბუნების მიერ დაშვებულ თანდაყოლილ ან ცხოვრების მანძილზე შეძენილ მანკებს“.

ბრწყინვალე დახასიათება და შეფასებაა დიდი ადამიანისგან! ქირურგიული ოპერაცია მცირე სოციალური ჯგუფის მიერ დაავადებული ადამიანის გაჯანსაღების მიზნით წარმოებული ქმედებაა. სოციალურ ჯგუფში გულისხმობენ სპეციალისტთა გუნდს, ბრიგადას, რომელშიც შედის: ქირურგი (ოპერატორი), ექიმი-ანესთეზიოლოგი, ასისტენტი (დამხმარე ქირურგი), შესაძლებელია საჭირო გახდეს ერთი ან რამდენიმე ექიმი სპეციალისტის დამატებაც, რამდენიმე საოპერაციო მედდა, მედდა-ანესთეზისტი, საოპერაციოს სანიტარი. ჯგუფის ლიდერია ქირურგი – ოპერატორი, რომელსაც უაღრესად საპასუხისმგებლო მისია აკისრია, როგორც ჯგუფის ხელმძღვანელი, ის პასუხს აგებს არამართო თავის, არამედ გუნდის სხვა წევრების ქმედებაზეც. ამიტომაც იგი იდეალურთან მიახლოებულ პიროვნებად გვესახება.

* * *

ქირურგი პირველ რიგში გონიერი ადამიანი უნდა იყოს. სხვა ადამიანის სხეულში ხელის „ფათურის“ უფლება

რიგით მოკვდავს არ უნდა მიეცეს; ქირურგი უნდა იყოს გამბედავი, უნდა შეეძლოს გადანყევეტილების სწორად და სწრაფად მიღება.

ქირურგია ხელით კეთებას ნიშნავს – ოპერატორს უნდა ჰქონდეს „მოქნილი ხელი“, ნატიფად ეპყრობოდეს ქსოვილებს, მანიპულაციები გააზრებული და დამზოგველი უნდა იყოს.

ამასთანავე, ქირურგია ყველაზე შემოქმედებითი ხელოვნებაა, ვერ იტანს შაბლონს. შემოქმედება ცოდნისა და ფანტაზიის შეუღლებაა (ა. ბეთანელი). პლასტიკური და ესთეტიკური ქირურგია ხელოვნების უმაღლეს მწვერვალად მიმაჩნია. ვინაიდან ადამიანები ერთმანეთისგან ძალიან განსხვავდებიან, ამიტომაც გაჩნდა დევიზი: „ყოველ ავადმყოფს – თავისი ოპერაცია“ – მართალია, ყოველი ოპერაცია თავიდან ბოლომდე „განერილია“, ქირურგს იგი „დაზეპირებული“ აქვს, მაგრამ ნებისმიერ ახალ შემთხვევაში საჭირო ხდება რაღაც განსხვავებული ნიუანსის შეტანა, თუნდაც უმცირესისა.

მრავალი სხვა თვისებებითაც უნდა იყოს დაჯილდოვებული ქირურგი: უაღრესად საპასუხისმგებლო, კოლექტიური საქმიანობის ლიდერი, უნდა იყოს მომთხოვნი, სამართლიანი, კომუნიკაბელური კოლეგებთან, პაციენტთან და მის ახლობლებთან ურთიერთობაში, რადგანაც ადამიანები ერთმანეთისგან ვსწავლობთ, ქირურგიაშიც შეიძლება ბევრი რამ ისწავლო სანიტრისგან, მედლისგან (განსაკუთრებით, საოპერაციო მედლისგან), კოლეგისგან, მთავარია, არ ითაკილო, მთავარია ისწავლო... ვინ გასწავლის, მნიშვნელობა არა აქვს. ცხადია, გამოცდილი, ნიჭიერი მას-

წავლებელი საუკეთესოს გასწავლის. ქირურგიის მასწავლებლად მოიაზრება ანატომიის პედაგოგი, ტოპოგრაფიული ანატომიის ასისტენტი, ზოგადი და კერძო ქირურგიის პედაგოგები და სხვ. სპეციალური მასწავლებლები გვასწავლიან ინტერნატურაში, ორდინატურაში, რეზიდენტურაში, ასპირანტურაში, დოქტორანტურაში, დახელოვნების კურსებზე სტაჟირების დროს...

როგორც ვეტერანი ქირურგი, ვურჩევ ახალგაზრდებს, არ ითაკილონ კოლეგის კონსულტაცია, თუნდაც სამეცნიერო ხარისხით და თანამდებობით თქვენ მასზე მაღლა იდგეთ. პირადად მე ყოველთვის ვსარგებლობდი ბათუმში დასასვენებლად თუ სხვა მიზეზით ჩამოსული ქირურგის კონსულტაციით – მაინტერესებდა სხვა სპეციალისტის აზრი. ჩვენი მასწავლებლებიც ამის მაგალითს გვაძლევდნენ.

ინსტიტუტი, მასწავლებლები - მოკლე ექსკურსი მედიცინის ისტორიიდან

ქ ი რ უ რ გ ი ა აჭ ა რ ა შ ი

სტუდენტობის პერიოდში გვასწავლიდნენ ცნობილი მეცნიერები. ზოგიერთი მათგანი თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დამფუძნებელი იყო. მოსმენილი მაქვს და ახლაც კარგად მახსოვს ალექსანდრე ნათიშვილის, ვასილ ვარაზის, ალექსანდრე ბაკურაძის, ვლადიმერ ჟღენტის, მამია კომახიძის, ეგნატე ფიფიას, კონსტანტინე ვირსალაძის შთამბეჭდავი ლექციების ძირითადი შინაარსი.

კლინიკურ საგნებში მაშინ მიღებული იყო თემის შე-
საბამისი დიაგნოზის მქონე პაციენტის დემონსტრაცია
ლექციებზე.

სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურ-
გიის კათედრის კლინიკური ბაზა რესპუბლიკური საავადმ-
ყოფოს ოთხ განყოფილებაში იყო განთავსებული: ქალთა,
მამაკაცთა, თორაკალური და ჩირქოვანი ქირურგიის გან-
ყოფილებები, სადაც მკურნალობდნენ ზოგადი ქირურგიის
კონტინგენტის პაციენტები, რომელთა უმრავლესობა გად-
მოგზავნილი იყო რეგიონებიდან მძიმე მდგომარეობის, ან
გაურკვეველი დიაგნოზის გამო.

კათედრის გამგე იყო მამია კომახიძე, მედიცინის მე-
ცნიერებათა დოქტორი, მეცნიერების დამსახურებული
მოღვაწე, სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის ნამ-
დვილი წევრი, ამ აკადემიის სამედიცინო-გეოგრაფიული
სექციის დამაარსებელი და თავმჯდომარე, საქართველოს
მთავარი ქირურგი, მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის სამედი-
ცინო აკადემიისა და ქირურგთა ასოციაციის წევრი... მისი
ტიტულების ჩამოთვლაც კი გამიჭირდება...

ინსტიტუტის წარჩინებით დამთავრების შემდეგ მ.
კომახიძე სამუშაოდ მიიწვია საქართველოში ქირურგიული
სამსახურის ფუძემდებელმა, პროფესორმა გრიგოლ მუხა-
ძემ, რომელთანაც მუშაობდა ხანგრძლივი დროის მანძილ-
ზე. ნიჭიერ და შრომისმოყვარე ახალგაზრდას თავბრუდა-
მსხმელი წარმატებები ჰქონდა. მეუღლესთან, ქალბატონ
ნინო ჯავახიშვილთან ერთად ნაყოფიერად მუშაობდა ექს-
პერიმენტულ ქირურგიაში. განსაკუთრებით დიდი შრომა
გასწიეს მათ სისხლძარღვთა ქირურგიაში, ერთ-ერთმა

პირველებმა დაასაბუთეს, რომ აუტოვენის ტრანსპლანტაცია დაზიანებული არტერიის დეფექტის შესავსებად – შესაძლებელია, გარკვეული დროის შემდეგ ვენა განიცდის „არტერიალიზაციას,“ მორფოლოგიურად და ფუნქციურად ემსგავსება არტერიას, უძლებს მაღალ არტერიულ წნევას. აღნიშნული ექსპერიმენტული კვლევები საფუძვლად დაედო თანამედროვე კარდიოვასკულარულ ქირურგიაში აორტო-კორონარულ შუნტირებას აუტოვენის გამოყენებით.

ბატონმა მამიამ მაჩვენა 1938 წლით დათარიღებული წერილი, რომლითაც ნობელის პრემიის მიმნიჭებელი კომიტეტი თხოვდა ქართველ მეცნიერს წარმოედგინა შრომები გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიაში, ნობელის პრემიის მოსაპოვებლად კონკურსში მონაწილეობის მისაღებად. სამწუხაროდ, უშიშროების სამსახურმა მკაცრად გააფრთხილა მეცნიერი, არ მიეღო ამ კონკურსში მონაწილეობა.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრა მამია კომახიძის ხელმძღვანელობით ახალგაზრდა ქირურგების დიდი სკოლა იყო. სამეცნიერო მუშაობა ხორციელდებოდა წარმატებით, საავადმყოფოსა და კათედრის ყველა ახალგაზრდა ექიმს შერჩეული ჰქონდა სადისერტაციო თემა, ყოველწლიურად კათედრის და საავადმყოფოს ოცამდე თანამშრომელი იცავდა ნაშრომს სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად. კათედრისა და საავადმყოფოს თანამშრომლები აქტიურად მონაწილეობდნენ რესპუბლიკურ, საკავშირო და საზღვარგარეთის ქვეყნებში ჩატარებულ ქირურგთა სამეცნიერო ფორუმებში.

ასპირანტურაში სწავლის პერიოდში აკადემიკოსმა მამია კომახიძემ შემირჩია თემა სადისერტაციო ნაშრომისათვის „ტოქსიკური ჩიყვის მკურნალობა ხანშიშესულ და მოხუც ასაკში“. დისერტაცია მამია კომახიძის და თენგიზ ახმეტელის ხელმძღვანელობით მოვამზადე და დავიცავი 1972 წელს.

მამია (მემედ) ესედის ძე კომახიძე მრავალმხრივ გამოჩენილი პიროვნება იყო. მსოფლიოში აღიარებული მეცნიერი-ქირურგი, მორფოლოგი, მეცნიერ-მედიკოსთა და ექიმთა მრავალი თაობის აღმზრდელი, უბადლო დასტაქარი, პატრიოტი მამულიშვილი, საზოგადო მოღვაწე, უალერესად სპეციაკი ადამიანი - ასეთად შემორჩა იგი თანამედროვეთა მეხსიერებას.

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტის – მამია კომახიძის მსოფლმხედველობის ჩამოყალიბებაში უდიდესი ზეგავლენა მოახდინა მეცნიერების, სულიერების, ჰუმანიზმისა და პატრიოტიზმის ატმოსფერომ, რაც აღზრდის ამ დიდ ტაძარში სუფევდა. დიდი ინტერესით ისმენდა შრომისმოყვარე და ნიჭიერი ახალგაზრდა სულმნათი მეცნიერების, უნივერსიტეტის დამფუძნებლების ივანე ჯავახიშვილის, პეტრე მელიქიშვილის, შალვა ნუცუბიძის, ივანე ბერიტაშვილის, ალექსანდრე ნათიშვილის, გრიგოლ მუხაძის, ნიკოლოზ კახიანის, სპირიდონ ვირსალაძის, ალექსანდრე ალადაშვილის, მიხეილ წინამძღვრიშვილის ლექციებს, მარტო სტუდენტობის წლებში კი არა, უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგაც.

მამია კომახიძის ნიჭი და მონდომება შეუმჩნეველი არ დარჩენილა. იგი სტუდენტობის პირველივე წლებიდან ჩააბეს პატრიოტმა პედაგოგებმა სამეცნიერო მოღვაწეობის ფერხულში. უალრესად მომთხოვნმა პედაგოგმა, პროფესორმა ალექსანდრე ნათიშვილმა მეოთხე კურსის სტუდენტი ანატომიის კათედრის ასისტენტად მიიწვია. ეს უპრეცედენტო შემთხვევა, სტუდენტის დიდი ნიჭისა და ცოდნის აღიარებაა. შემდგომში ქირურგიული პრაქტიკითა და მეცნიერებით უალრესად დაკავებულობის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლომდე არ დაუკარგავს ინტერესი ანატომიისადმი. იყო საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ექსპერიმენტული მორფოლოგიის ინსტიტუტის ექსპერიმენტული ანატომიის განყოფილების გამგე, შემდეგ – კონსულტანტი. მამია კომახიძის ხელმძღვანელობით მომზადებულ სადისერტაციო ნაშრომთა სოლიდურ ნაწილს მორფოლოგიური გამოკვლევები შეადგენდა.

მამია კომახიძე თავის მრავალრიცხოვან მოწაფეთა ხსოვნაში პირველ რიგში წარმოდგება, როგორც ფართო დიაპაზონის მსოფლიო აღიარების მქონე მეცნიერი. სიახლის საოცარი აღლოს მეშვეობით იგი ხშირად უსწრებდა დროს. მან, ჯერ კიდევ სრულიად ახალგაზრდა მეცნიერმა, ლენინგრადში, პროფ. ვლადიმერ ტონკოვის ანატომიის კათედრაზე სტაჟირების პერიოდში შეიმუშავა კაპილარების ორიგინალური კვლევის მეთოდი ტუშ-ჟელატინის მასის ინექციით, რამაც მედიცინაში საფუძველი დაუდო ახალ მიმართულებას – მიკროცირკულაციის შესწავლას. გასული საუკუნის პირველ ნახევარში, როცა ანგიოლოგია ცალკე დისციპლინად არ იყო ჩამოყალიბებული, ნოვატორი

მეცნიერი ექსპერიმენტულად ამუშავებდა ანგიოპლასტიკის მეთოდებს. თუ დღეს ყოველდღიურ პრაქტიკაში წარმატებით იყენებენ დაზიანებული არტერიის შეცვლას საკუთარი ვენით, მეთოდი სათავეს აკადემიკოს მამია კომახიძის შრომებიდანაც იღებს.



მეუღლესთან, აკადემიკოს ნინო ჯავახიშვილთან ერთად მამია კომახიძემ გამოაქვეყნა ფუნდამენტური მონოგრაფია „გულის სისხლძარღვები,“ რომელიც დღესაც წარმოადგენს სამაგიდო წიგნს კარდიოქირურგებისა და მორფოლოგებისთვის. მონოგრაფიამ დიდად შეუწყო ხელი გულის სისხლძარღვთა ქირურგიის სწრაფ განვითარებას. მოწინავე ქვეყნებში სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარებაში მიღწეული წარმატებისათვის აკადემიკოსი მამია კომახიძე მეცნიერთა ჯგუფთან ერთად დაჯილდოვდა სახელმწიფო პრემიით.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ანგიოქირურგიის ცალკე სპეციალობად ჩამოყალიბებამდე დიდი ხნით ადრე, იგი აკეთებდა ურთულეს ოპერაციებს სისხლძარღვებზე. კარგად მახსოვს მის მიერ ვირტუოზული ტექნიკით შესრულებული ოპერაციები არტერიული და არტერიო-ვენური ანევრიზმების ლიკვიდაციის მიზნით.

აკადემიკოსი მამია კომახიძე ითვლებოდა ელენთის ქირურგიისა და მორფოლოგიის მსოფლიოში აღიარებულ მკვლევარად და სპეციალისტად. მისი მონოგრაფია „ელენთა“ საუკეთესოა ამ საკითხზე გამოქვეყნებულ შრომათა შორის, რისთვისაც მას თარხნიშვილის სახელობის პრემია მიენიჭა. წიგნი დღესაც აქტუალურია, რამდენადაც დღევანდელ მსოფლიოში სამეცნიერო-ტექნიკურ პროგრესს, საბრძოლო არსენალისა და სატრანსპორტო საშუალებათა ფანტასტიკურ განვითარებას მოსდევს ტრავმების მატება. ტრავმის დროს კი ძალზე ხშირად ელენთა ზიანდება. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ მსოფლიოში ასეულობით მილიონი ადამიანი დაავადებულია მაღარით, რომლის დროსაც უპირველესად ელენთა ზიანდება. საგულისხმოა, რომ ელენთის მორფოლოგიისა და პათოლოგიისადმი ინტერესის ესტაფეტა მის მოსწავლეებსაც გადაეცა. ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტის კერძო ქირურგიის სამეცნიერო თემატიკაში მნიშვნელოვანი ადგილი ელენთის ტრავმული დაზიანების შესწავლას უჭირავს, რაც ამ საკითხზე მომზადებული გივი ცეცხლაძის სადოქტორო დისერტაციაშია შეჯამებული.

არ არის ქირურგიის დარგი, მიმართულება, ორგანო, რომელსაც მამია კომახიძის კალამი ან სკალპელი არ შეხე-

ბოდა. ნერვული სისტემა, გული და სისხლძარღვები, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტი, სასუნთქი და ენდოკრინული სისტემა, ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ქირურგიული ინფექცია, ანესთეზიოლოგია, რეანიმატოლოგია და სხვა.

მამია კომახიძე, როგორც ნოვატორი ქირურგი, პირველი ეხმაურებოდა და პრაქტიკაში ნერგავდა ახალ მეცნიერულ მიღწევებს. განსაკუთრებით თვალსაჩინო მიღწევები ჰქონდა მას საყლაპავი მილის ქირურგიულ მკურნალობაში, რომელიც ურთულეს დარგს წარმოადგენს. დამსწრეთა აღტაცებას იწვევდა მის მიერ დიდი ოსტატობით შესრულებული მრავალეტაპიანი პლასტიკური ოპერაციები.

ფასდაუდებელია ბატონ მამიას მოღვაწეობა პედაგოგიურ სარბიელზე, რომელიც მან სტუდენტობის წლებიდანვე დაიწყო და სიცოცხლის ბოლომდე აგრძელებდა. მე მხოლოდ მისი ლექციებით მიღებულ შთაბეჭდილებაზე მოგახსენებთ. ლექცია არამარტო ღრმა შინაარსით, არამედ ორიგინალურობითაც გამოირჩეოდა. ხშირად შემოჰყავდა აუდიტორიაში ავადმყოფები ერთი და იგივე დიაგნოზით, რომელთაც სხვადასხვანაირი ჩივილები და კლინიკური გამოვლინებანი ჰქონდათ. ლექციაზე მამია კომახიძე უზიარებდა სტუდენტებს თავის მდიდარ გამოცდილებას, რაც დიდად ეხმარებოდა მათ შემდგომ საექიმო პრაქტიკაში. სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრაზე, სადაც მეხუთე და მეექვსე კურსის სტუდენტები გადიოდნენ სასწავლო პრაქტიკას და სუბორდინაციის კურსს, სტუდენტისადმი უაღრესად კეთილგანწყობილი ატმოსფერო სუფევდა. თითოეულ დაინტერესებულ სტუდენტს ნება ეძლეოდა დასწრებოდა და მონაწილეობა მიე-

ლო ოპერაციებში, ჩართულიყო მორიგე ბრიგადაში. თითქმის ყველა სტუდენტი ჩაბმული იყო სამეცნიერო მუშაობაში, ასისტენტების, დოცენტების და პროფესორების ხელმძღვანელობით ასრულებდნენ სოლიდურ მეცნიერულ შრომებს, უკვე სტუდენტობის პერიოდში შეირჩეოდა მომავალი სამეცნიერო-პედაგოგიური კადრები. სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკა მამია კომახიძის ხელმძღვანელობით წარმოადგენდა მძლავრ სამეცნიერო ცენტრს. კათედრის ყველა თანამშრომელი და რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების (რომელიც კათედრის ბაზას წარმოადგენდა) ყველა ექიმი ჩართული იყო კლინიკის სამეცნიერო მუშაობის პროგრამაში. გარდა ამისა, კათედრის თანამშრომელთა ხელმძღვანელობით სადისერტაციო შრომებს ასრულებდნენ აგრეთვე, რაიონებში მომუშავე ქირურგები, პრაქტიკულად ყველა მსურველი, რომელთაც ყოველგვარი ხელშეწყობა ჰქონდათ. მარტო აკადემიკოს მამია კომახიძის ხელმძღვანელობით დაცულია 60 საკანდიდატო და 20 სადოქტორო დისერტაცია. სამეცნიერო თემატიკის მრავალფეროვნებით, რაოდენობით და ხარისხით, ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკა უსწრებდა სპეციალიზებულ სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებსაც.

სპეციალური აღნიშვნის ღირსია მამია კომახიძის საზოგადოებრივი მოღვაწეობა. სტუდენტობის წლებში იგი იყო უნივერსიტეტის კომკავშირის კომიტეტის მდივანი. ცხადია, ასეთ საპატიო თანამდებობაზე მხოლოდ განსაკუთრებული მონაცემების ახალგაზრდას ირჩევდ-

ნენ. დიდია მისი დამსახურება, ექსპერიმენტული მორფოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტისა და სისხლის გადასხმის სადგურების დაარსებაში.

სულ წელიწადნახევარს მუშაობდა მამია კომახიძე აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისრად. ამ მოკლე ხანში მან ბევრი გააკეთა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციაში, განსაკუთრებით ქირურგიული სამსახურის სრულყოფის საქმეში. დააარსა ქ. ბათუმის სისხლის გადასხმის სადგური და კაბინეტები ყველა რაიონში. ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელობის პედაგოგიურ ინსტიტუტში მამია კომახიძემ დააარსა ანატომიის, ჰისტოლოგიისა და ემბრიოლოგიის კათედრა, რომელსაც წლების მანძილზე თვითონ ხელმძღვანელობდა.

მრავალი წლის განმავლობაში მამია კომახიძე იყო საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მთავარი ქირურგი, საქართველოს ქირურგთა საზოგადოების თავმჯდომარე. ამ პერიოდში ქვეყანაში აღინიშნებოდა ქირურგიული დარგის ყველა სფეროს საქმიანობის განსაკუთრებული გააქტიურება. სისტემატურად ეწყობოდა სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციები არა მარტო დედაქალაქში, არამედ რაიონებში ადგილობრივ სპეციალისტთა მონაწილეობით. ქართველი ქირურგები აქტიურად მონაწილეობდნენ ქირურგთა საკავშირო და საერთაშორისო ყრილობების, კონფერენციების და სხვა ფორუმების მუშაობაში. რამდენიმე საკავშირო მასშტაბის ფორუმი ქ. ბათუმშიც ჩატარდა. მრავალმხრივ საინტერესოა მამია კომახიძის მოღვაწეობა სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა

აკადემიაში, სადაც მან დაძლია დიდი კონკურსი და აირჩიეს ჯერ წევრ-კორესპონდენტად, შემდეგ ნამდვილ წევრად. იგი ხელმძღვანელობდა აკადემიის ქირურგიული გერონტოლოგიისა და გერიარტრიის სექციას. აკადემიის წევრებთან მას საქმიანი ურთიერთობების გარდა, პირადი მეგობრობა აკავშირებდა. მაგალითად, აკადემიის პრეზიდენტი აკადემიკოს ვლადიმერ ტიმაკოვთან, აკადემიკოს ბორის პეტროვსკისთან, აკადემიკოს ევგენი ჩაზოვთან, აკადემიკოს ნიკოლოზ ბლოხინთან, აკადემიკოს ალექსანდრე ვიშნევსკისთან. ა. ვიშნევსკის იგი ქ. ლენინგრადში პროფ. ვ. ტონკოვის კათედრაზე სტაჟირების პერიოდში დაუახლოვდა და შესაშური მეგობრობა ჩამოუყალიბდათ. იგი ხშირად სტუმრობდა საქართველოს, აკეთებდა საჩვენებელ ოპერაციებს. ასევე ხშირად იწვევდა ა. ვიშნევსკი მამია კომახიძეს თავის ინსტიტუტში საჩვენებელი ოპერაციების ჩასატარებლად.

ზემოთ აღვნიშნე, რომ მამია კომახიძე მსოფლიოში აღიარებული მეცნიერი გახლდათ. არჩეული იყო ქირურგთა საერთაშორისო ასოციაციის ნამდვილ წევრად, საერთაშორისო კარდიოვასკულარული საზოგადოების ნამდვილ წევრად, ჩეხოსლოვაკიის, უკრაინის, აზერბაიჯანისა და დაღესტანის ქირურგთა საზოგადოების საპატიო წევრად, საქართველოს გეოგრაფიული საზოგადოების სამეცნიერო სექციის თავმჯდომარედ. მინიჭებული ჰქონდა მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწის საპატიო წოდება. გამოქვეყნებული აქვს სამასზე მეტი მეცნიერული ნაშრომი, მათ შორის 31 მონოგრაფია და ქირურგიის ორტომიანი სახელმძღვანელო.

აქტიური მეცნიერი ხშირად გამოდიოდა მოხსენებებით ქირურგთა სხვადასხვა ფორუმზე, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, მრავალ ქალაქში (ლონდონი, ბუენოს-აირესი, ვისბადენი, პრაღა, ლენინგრადი, მოსკოვი, კიევი, ტამპეკენტი და სხვა). სამუშაოდ, შინაური მღვდლის შეუნდობლობისა არ იყოს, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის წევრად არ აირჩიეს, რაც უბრალოდ, ადამიანურად სწყინდა.

მამია კომახიძე, როგორც პიროვნება, განსაკუთრებული პატიოსნებით, მორალური სისპეტაკით გამოირჩეოდა. ექიმი პაციენტებისაგან ყოველთვის იღებდა „ჰონორარს“ რაიმე ფორმით. უბრალო ადამიანური სიტყვიერი მადლიერებიდან დაწყებული, გნებათ ფულით, თუ დოქი ღვინით დამთავრებული. ქართველი კაცის ბუნებიდან გამომდინარე, ეს ალბათ კვლავაც იქნება, მაგრამ ბატონი მამია ის კაცი იყო, რომელსაც ამას ვერ შეკადრებდი და თუ მაინც გაბედავდი, გაანაწყენებდი და შესაძლოა უხერხულ მდგომარეობაშიც აღმოჩენილიყავი.

ცნობილი ფაქტია, რომ რთული ოპერაციით გადარჩენილმა ახლგაზრდა კაცმა მადლიერების ნიშნად 31 დეკემბერს საახალწლოდ ცოცხალი ინდაური და კასრი ღვინო მოუკითხა. სახლში ბატონი მამია მარტო ყოფილა, ვერაფრით დაურწმუნებია, რომ გასამრჯელოს არ იღებდა. მაშინ უთქვამს: აივანზე გაიტანე ძღვენიო. დავინყებია, თუ სპეციალურად არ უთქვამს ოჯახის წევრებისათვის, ორი კვირის შემდეგ ეს კაცი ცარიელი კასრის წასაღებად მისულა. აივანზე ყინვისაგან გაშეშებული ინდაური და გახეთქილი კასრი უკან წაუღია.

მეორე შემთხვევაზეც გიამბობთ, რომელსაც თავად შევესწარი. ერთი საკმაოდ ფულიანი პერსონა მოვიდა საოპერაციოდ. როცა გაირკვა ყველაფერი, ეტყობა, წინასწარ გადანყვიტა საკუთარი ჯანმრთელობა-სიცოცხლის „დაზღვევა“ და უცერემონიოდ მიდგომია ბატონ მამიას სახლში და სოლიდური თანხა შეუთავაზებია. გადარეულა მამია, რა თქმა უნდა, ის კი შეძლებისდაგვარად თავაზიანად გამოუსტუმრებია, მაგრამ მეორე დილას განყოფილებაში ცეცხლი დაგვინთო, როგორ გააბედინეთ ესაო! ვეუბნებით, რა ვიცოდით, ბატონო მამია, რა ედო გუნებაში, მაგრამ ვერ დავამშვიდეთ. გამოვედი პალატაში და რას ვხედავ, ამ კაცს გუდანაბადი აუკრავს და მიდის. ვეკითხები, სად მიდიხართ, საოპერაციოდ უნდა მოგამზადოთ-მეთქი. არაო – მითხრა, ის საქმე, რაშიც ფული არ გადამიხდია, ვერ მომიგია. წავალ და ვისაც გავფურიგდები, ოპერაციასაც იმასთან გავიკეთებო...

მამია კომახიძისთვის დამახასიათებელ პიროვნულ თვისებად აღიარებენ აგრეთვე მის მეცნიერულ კეთილსინდისიერებას და კოლოსალურ შრომისუნარიანობას. მისთვის დაუძლეველი სიმაღლეები არ არსებობდა. თანამედროვენი, თანატოლნი და თანამშრომლები ხაზს უსვამდნენ მამია კომახიძის პრინციპულობას და ვაჟკაცობას, დასტურად მრავალ ეპიზოდს ახლაც ჰყვებიან.

ახალშეუღლებული ქალბატონი ნინო ჯავახიშვილი და ბატონი მამია კომახიძე ლენინგრადში, ნევის პროსპექტზე სეირნობდნენ. ორი მთვრალი მამაკაცი ატორლიალებიათ, ვერაფრით ვერ მოუშორებიათ აბეზარები. მაშინ მამიას მუშტის თითო დარტყმით ორივე ნოკაუტში გაუგ-

ზავნია. ამაზე ქალბატონ ნინოს უხუმრია: „ერთი დარტყმით რომ წაგექცია ორივე, ვაჟკაცობაში მაშინ ჩაგითვლიდიო.“

ცალკე თემაა მამია კომახიძის საზოგადოებრივი მოღვაწეობა, რომლის შესახებ გაკვრით ზემოთ მოგახსენეთ. მხოლოდ ერთს ვიტყვი, რომ ყველა საქმეს, სახელმწიფო თანამდებობას თუ საზოგადოებრივ დატვირთვას დიდი პასუხისმგებლობით, პატრიოტიზმის გრძნობით, უმნიშვნელოდ ასრულებდა. განსაკუთრებული პატივისცემით იხსენებდა თავის მასწავლებლებს. საქართველოში მეცნიერული ქირურგიის ფუძემდებლის გრიგოლ მუხაძის ცხოვრებასა და მოღვაწეობას კი შესანიშნავი მონოგრაფია მიუძღვნა.

ამაგდარ მეცნიერს სიცოცხლეში და გარდაცვალების შემდეგაც პატივი არ მოკლებია. ლეგენდარულ პიროვნებას მისმა მოწაფეებმა სიცოცხლეშივე აუგეს ძეგლი. აწგანსვენებულმა პროფესორმა გულვან ხომერიკმა მას მიუძღვნა შესანიშნავი წიგნი „ადამიანი ჩირაღდანი“, სადაც დიდი პატივითა და სიყვარულითაა აღწერილი მ. კომახიძის ცხოვრება და მოღვაწეობა, დაინერა ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის ისტორია, რომელსაც იგი რამდენიმე ათეული წლების განმავლობაში განაგებდა. მ. კომახიძის ხსოვნას მრავალი სამეცნიერო კონფერენცია მიუძღვნა. ფუნქციონირებს აკადემიკოს მამია კომახიძის სახლ-მუზეუმი, სახლს, სადაც ის ცხოვრობდა, ამშვენებს მემორიალური დაფა, ქუჩებს აკადემიკოს მამია კომახიძის სახელი ჰქვია.

დარწმუნებული ვარ, რაც მეტი დრო გავა, კიდევ უფრო ნათლად წარმოჩნდება და დაფასდება მამია კომახიძის, ამ დიდი ადამიანის ღვაწლი.

ჩემი სადისერტაციო შრომის მეორე ხელმძღვანელი იყო პროფესორი თენგიზ ახმეტელი – უალრესად განათლებული, ბრწყინვალე ქირურგი, კარგი ადამიანი.

კათედრის სახელით შესრულებულ ყველა სამეცნიერო ნაშრომს ბატონი თენგიზი კითხულობდა, ასწორებდა და ახალგაზრდა ქირურგებს გვასწავლიდა, როგორც ქირურგიას, ისე სამეცნიერო ნაშრომის შესრულების წესს, მის გაფორმებას. იგი მრავალი ქირურგიული სამეცნიერო საბჭოსა და ქირურგიული ჟურნალის სარედაქციო კოლეგიის წევრი გახლდათ.

გასული საუკუნის 70-იან წლებში ახალგაზრდა ქირურგებს მასწავლებლად მოგვევლინა სპეციალობაში უდიდესი გამოცდილების მქონე პროფესორი ირაკლი მგალობლიშვილი.



ბატონი ირაკლი პაციენტს სინჯავდა კლასიკურად, ე. ი. თავის თმებიდან დაწყებული ფეხის - ფრჩხილებამდე. მასსოვს, მორიგე ბრიგადამ, რომელშიც შედიოდა დოცენტი, ასისტენტი, ახალგაზრდა ქირურგები, ვერ გაარკვია ხანში შესული მამაკაცის დიაგნოზი. პაციენტი ლამის 3 საათზე შემოვიდა მუცლის ძლიერი შებერილობით, სხვა ჩივილები არ ჰქონია. თუმცა უმტკივნეულო, რბილი. გამოვიძახეთ

საკონსულტაციოდ პროფესორი ირაკლი მგალობლიშვილი. რამდენიმე წუთში მოვიდა, ჩვეულებრივ გასინჯა პაციენტი „თავიდან ფეხის ფრჩხილებამდე,“ შემდეგ მოითხოვა ხელთათმანი. ავადმყოფი უფრო გულდასმით გასინჯა. პაციენტის ნებართვით ჩვენც გაგვამეორებინა იგივე პროცედურა. აღმოჩნდა სწორი ნაწლავის სიმსივნე, (კიბო), რასაც ავადმყოფი ვერ გრძნობდა.

მისი დიაგნოზ ყოველთვის ზუსტი იყო, უტყუარი.

თინა სირია - კათედრის პროფესორი, შესანიშნავი ქირურგი. ქირურგიის სიყვარულის გარდა სხვა გატაცებას არ ცნობდა. ქალბატონი თინა არ გათხოვებულა, მთელ თავის დროსა და ენერგიას კლინიკას ახმარდა. საოცარი ოსტატობით აკეთებდა ოპერაციებს ჩიყვზე. მაღლიერი ვარ ჩემი მასწავლებლების, ღმერთმა გაანათლოს მათი სულები.

1960 წლის ივლისში სტუდენტურ სანარმოო პრაქტიკას გავდიოდი ქ. თბილისის №1 კლინიკური საავადმყოფოს მეორე ქირურგიულ განყოფილებაში, განყოფილების გამგე იყო ელენე გოგიტიძე.

ახლანდელი გადასახედიდან, როცა ქირურგიული განყოფილების გამგედ მუშაობის დიდი სტაჟი და გამოცდილება დამიგროვდა, თავს უფლებას ვაძლევ, მოკრძალებით მოვიგონო და დავახასიათო იგი, როგორც პიროვნება, სპეციალისტი, ორგანიზატორი, მოქალაქე, ვიცი შემინდობს ამ კადნიერებას მისი ნათელი სული.

ელენე გოგიტიძე საშუალოზე მაღალი, ინტელიგენტური, დარბაისლური გარეგნობის ქალბატონი გახლდათ. სათვალეს ატარებდა, ნელი, დინჯი სიარული იცოდა. ყო-

ველთვის მკაცრი, ერთი ტონის, მოდური სტილის ტანსაცმელი ეცვა. გურული იუმორით შეკაზმულ საუბარში ღრმა ინტელექტსა და განსწავლულობას ამჟღავნებდა. ძალიან უყვარდა შრომისმოყვარე, ნიჭიერი ახალგაზრდები, ყოველნაირად ეხმარებოდა მათ – სიტყვით, საქმით, მატერიალურად. ბევრს გაუკაფა გზა ცხოვრებაში, მაგრამ ყველაზე დიდი ამაგი მაინც ჩემზე აქვს.

ელენე დიმიტრის ასული გოგიტიძე 1907 წელს დაბადებულა ქ. ბათუმში, ინტელიგენტების ოჯახში, მშობლები ადრე გარდაცვლილან. პატარა ელენე ბიძის, ცნობილი ლოტბარის, ვალერიან გოგიტიძის ოჯახში იზრდებოდა დასთან, თამართან და ვალერიანის შვილ გაიოზთან ერთად. „გუზიკა“ დიდი მომავლის მქონე პიანისტი ყოფილა, 1941 წელს ფრონტზე გაუწვევიათ, საიდანაც აღარ დაბრუნებულა.

ელენეს და, თამარ გოგიტიძე, სოფლის მეურნეობის ცნობილი სპეციალისტი იყო, დიდად განსწავლული პიროვნება, საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს აპარატში მუშაობდა. გარდაიცვალა 1969 წელს. დიდი სიყვარულით იხსენებდა ქალბატონი ელენე უფროს ბიძას ნიკოლოზ გოგიტიძეს, რომელსაც საბჭოთა კავშირის რკინიგზის სამინისტროში მაღალი თანამდებობა ეკავა. მადლიერების გრძნობით იგონებდა აღმზრდელ ბიძას, ცნობილ ლოტბარს ვალერიან გოგიტიძეს, რომელიც ბათუმის საზოგადოებრიობამ დიდი პატივით დაკრძალა 1964 წელს.

ელენე გოგიტიძემ 1925 წელს დაამთავრა ბათუმის ქალთა გიმნაზია და 1926 წელს ჩაირიცხა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტზე. ამ

წელს აჭარიდან თბილისში სპეციალური ლიმიტით სასწავლებლად გაიგზავნა ნიჭიერი და პერსპექტიული ახალგაზრდების ჯგუფი. ისინი შემდგომში სახელოვანი სპეციალისტები, ცნობილი მეცნიერები და საზოგადო მოღვაწეები გახდნენ.

ამავე ჯგუფში მოხვდა, შემდგომში ცნობილი მეცნიერი ქირურგი, მემედ ესედის ძე კომახიძე. 1932 წელს ელენე გოგიტიძემ დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი. ახალგაზრდა, ნიჭიერი კურსდამთავრებული სამუშაოდ თავისთან მიიწვია ცნობილმა მეცნიერმა ალექსანდრე ნათიშვილმა, ანატომიის კათედრის ასისტენტის თანამდებობაზე. მასთან ერთად ამავე კათედრაზე მოღვაწეობდნენ მემედ კომახიძე და ნინო ჯავახიშვილი.

ანატომიაში საფუძვლიანი მომზადების შემდეგ ელენე გოგიტიძე სამუშაოდ გადადის ქ. თბილისის №1 კლინიკური საავადმყოფოს მეორე ქირურგიულ განყოფილებაში, რომლის ბაზაზეც ფუნქციონირებდა საბჭოთა კავშირში პირველი უროლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი. აქ, აკადემიკოს ალექსანდრე ნულუკიძის ხელმძღვანელობით სრულყოფილად დაეუფლა ქირურგიისა და უროლოგიის ურთულეს სპეციალობას, რაშიც ცხადია, ანატომიის ღრმა ცოდნაც დაეხმარა.

მისი სიბეჯითე, შრომისმოყვარეობა, ცოდნა, მაღალი პროფესიონალიზმი შეუმჩნეველი არ დარჩენილა და მალე ქირურგიული განყოფილების გამგედ დაანიშნურეს, რომელსაც სიცოცხლის ბოლომდე უძღვებოდა.

ზემოთ ვახსენე, რომ ელენე გოგიტიძე დიდ პატივს სცემდა ახალგაზრდა ექიმებს. თუმცა სტუდენტთა აღზრდა არ ევალებოდა, მაგრამ გადაუჭარბებლად შემოიძლია

ვთქვა, რომ ამას ყველა პედაგოგზე უკეთ ახერხებდა. ის ყველაფერს გვასწავლიდა: ავადმყოფის გასინჯვას, დიაგნოზის დასმას, ნიუანსებს, ავადმყოფის ოპერაციისათვის მომზადებას. შესანიშნავი ოპერატორი იყო, უყვარდა თქმა – ქსოვილებს ქალური სინაზით უნდა მოპყრობა, მამაკაცები ტლანქები ხართ, თქვენ ბევრი უნდა ივარჯიშოთ, თითებმა სინაზე რომ შეითვისონო.

დასჯაც იცოდა – ოპერაციის დროს თუ მოუხეშავ მოძრაობას გავაკეთებდი, ხელზე მძიმე ინსტრუმენტს დამარტყამდა და შემდეგ ანალოგიურ შეცდომას აღარ ვუშვებდი. სტუდენტობის პერიოდში სამუშაოდ განყოფილების მორიგე ექთნად მომანყო. უმთავრესად საოპერაციოში ვმუშაობდი, გამოცდილი ქირურგების ასისტენტად. აქ შეძენილი უნარ-ჩვევები შემდეგ დიდად დამეხმარა პრაქტიკულ საქმიანობაში.

1964 და 1965 წლის ზაფხულში შვებულება ჩემს ოჯახში, დაბა შუახევში გაატარა. სპეციალურად ჩამოდიოდა, რათა დამხმარებოდა და ესწავლებინა.

ელენე გოგიტიძე მაღალი პროფესიონალი ქირურგი იყო, ამასთანავე ღრმად განსწავლული როგორც მედიცინაში, ასევე საერთო ზოგადი განათლებით, კარგად იცოდა ქართული და რუსული ლიტერატურა, პოეზია და მწერლობა. ღრმა თეორიულ ცოდნასთან ერთად პრაქტიკული გამოცდილებაც ჰქონდა. განსაკუთრებული ყურადღებით ეპყრობოდა ავადმყოფს, რომელსაც ყველაფერს თავისი ხელით უკუთებდა. მახსოვს, ერთი სომეხი ეროვნების ახალგაზრდა კაცი, მძიმედ დამწვარი, რომლის თერმული ტრავმა, ახლანდელი პარამეტრებითაც კი, სიცოცხლეს-

თან შეუთავსებლად ითვლება, დიდი ფართობისა და სიღრმის გამო. ელენე გოგიტიძე მის გადასარჩენად თავგანწირულად იბრძოდა, თავისი ხელით აბანავებდა სტერილურ ხსნარებში, თავისი ხელით აჭმევდა და უსწორებდა ზენარს, ურჩევდა გადასასხმელ სითხეებს და ანტიბიოტიკებს. შეუპოვარმა შრომამ და ადეკვატურმა მკურნალობამ სასწაული მოახდინა, ავადმყოფი გადარჩა. არა იშვიათად მადლიერი ავადმყოფები, ნათესავივით უახლოვდებოდნენ. ასევე შეითვისა მან ბეთანიელი გოგონა ლუსია არეშიძე, რომელსაც რამდენიმე ოპერაცია გაუკეთა კუჭ-ნაწლავზე და სიკვდილს გამოსტაცა. ასევე იხსნა სიკვდილისაგან მარნეულები ჯამალ ჩოიდაროვი, რომლის ოჯახთანაც შემდეგ თბილი ურთიერთობა დაამყარა. განსაკუთრებით თავისი ბათუმელები უყვარდა.

მადლიერებით იხსენებდა ელენე გოგიტიძეს შადიე მესხი და მრავალი სხვა, ვისაც მისი მადლიანი ხელი დასჭირდა. ალამბრელი გოგიტიძეების ოჯახშიც სტუმრობდა. თურმე ალამბრელი გოგიტიძისათვის თირკმლის კენჭის გამო გაუკეთებია ოპერაცია, გამოჯანმრთელების შემდეგ ქალბატონი ელენე ალამბარში მიუწვევიათ. ოჯახის უფროსს, სხვათა შორის უკითხავს, ჯამაგირი რამდენი გაქვსო. პასუხი რომ მიუღია, მოხუცს იუმორით უთქვამს: „მაგიზა რა გინდა თბილისში, დარჩი ჩვენთან, ხუთ ძირ მანდარინს გაჩუქებ და უკეთესად იცხოვრებო“. ქალბატონი ელენე 1972 წელს აღესრულა, დაკრძალულია ქ. თბილისში, დიღმის სასაფლაოზე თავისი დის, თამარ გოგიტიძის გვერდით.

მიმაჩნია, რომ „იდეალურთან მიახლოებული“, ზეადამიანის კანდიდატი ახალგაზრდობის ასაკში, სკოლაში, ან ინსტიტუტში სწავლის პერიოდში უნდა შეირჩეს თანდაყოლილი მონაცემების საფუძველზე – გონიერების, ფიზიკური ჯანმრთელობის, ხასიათის თავისებურებების და სხვა ასპექტების გათვალისწინებით. *ქირურგს უნდა ჰქონდეს ლომის გული, გოგონას ხელები, გველის სიმამაცე, არწივის თვალები, მგლის მუხლი (იბნ სინა).*

ექსპერტიზა უნდა განახორციელონ შესაბამისმა სპეციალისტებმა, დინამიკაში დაკვირვების საფუძველზე თავიდანვე უნდა განისაზღვროს, რომელი ახალგაზრდა შეიძლება გამოდგეს ქირურგად. შესაფერისი საბაზისო მონაცემების მქონე ახალგაზრდა უფრო ადვილად აითვისებს ქირურგის უაღრესად რთულ სპეციალობას, აღარ დასჭირდება სპეციალობის შეცვლაზე ფიქრი.

ნებისმიერი სპეციალობის დასაუფლებლად საჭიროა მასწავლებელი, მაგრამ ქირურგის მასწავლებელი განსაკუთრებული პიროვნება უნდა იყოს. მხოლოდ კარგ ქირურგს შეუძლია ასწავლოს ახალგაზრდა ექიმს.

ქსოვილის სიმკვრივის, ელასტიურობის, ტემპერატურის განსაზღვრა შეუძლებელია შეხების, პალპაციის გარეშე. როგორც პირველკლასელს ასწავლიან ხელში სანერი კალამის სწორად დაჭერას, ასევე ასწავლის გამოცდილი ქირურგი ახალგაზრდას თითოეული ქირურგიული ინსტრუმენტით მანიპულაციებს, მათ შერჩევას და გამოყენებას.

თანამედროვე მულტიფუნქციური, მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო აპარატურისა და ინსტრუმენტების ექსპლუატაცია რთულია. მისი შესწავლა აგრეთვე გულმოდგინებას და მოთმინებით აღჭურვილ მასწავლებელს მოითხოვს. ენდოვიდეოტექნიკის სწორად ხმარებას საკმაოდ ხანგრძლივი პრაქტიკა სჭირდება. მოითხოვს, სავარჯიშოდ საჭირო, აგრეთვე სათანადო სამედიცინო ტექნიკის გამოყენებას.

მეცნიერებისა და ტექნიკის უახლესი მიღწევებით შექმნილმა სამედიცინო აპარატურამ ძირეულად გააუმჯობესა დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მკურნალობის შედეგები. საჭირო გახდა რთული სამედიცინო ტექნიკის ექსპლუატაცია, უშუალოდ ქირურგის მიერ, რაც საკმაოდ შრომატევადია. მიუხედავად იმისა, რომ მაღალკვალიფიციური სპეციალისტები (მაგ. რადიოლოგები) ამომწურავ დასკვნებს იძლევიან თანამედროვე რადიოლოგიური (კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ულტრასონოგრაფია) კვლევის დიაგნოსტიკისა და სრულყოფილი მკურნალობის დასაგეგმავად, მიუხედავად ამისა, ქირურგი თვითონ უნდა ერკვეოდეს მაღალტექნოლოგიური მონაცემების ძირითად საკითხებში, უნდა შეეძლოს მათი გაშიფრვა, გარკვეულ დონეზე იცოდეს თანამედროვე ტექნიკა.

და მაინც... ძველი თაობის ექიმები დიაგნოსტიკაში დიდ (ზოგჯერ გადამწყვეტ) როლს ვანიჭებთ ავადმყოფის გასინჯვის უძველეს მეთოდებს, რომლებიც პრაქტიკულად მატერიალური დანახარჯის გარეშე გვანჯდის დიაგნოსტიკისათვის უალრესად საჭირო ინფორმაციას. ესენია

ანამნეზი, ინსპექცია, პალპაცია, პერკუსია, აუსკულტაცია.

თანამედროვე სამედიცინო ტექნიკის, ლაბორატორიისა და სხვა საშუალებების გამოყენება პირველადი გასინჯვის მონაცემებზე დაყრდნობით უნდა დაიგეგმოს. მაღალტექნოლოგიური კვლევები, რომლებიც ადასტურებენ, ზოგჯერ უარყოფენ, ან ეჭვის ქვეშ აყენებენ პირველადი გასინჯვით გააზრებულ დიაგნოზს და დამატებით კვლევას მოითხოვენ.

ქირურგის სამუშაო დღე არანორმირებულია, ხშირად შეუძლებელია ოპერაციის ხანგრძლივობის განსაზღვრა. ზოგიერთი რთული ოპერაცია შესაძლოა რვა საათზე მეტ ხანს გაგრძელდეს; ყოველი პაციენტი ხომ ინდივიდი, პერსონაა. არავინ იცის, როგორ აისახება მის ორგანიზმზე ოპერაციული ტრავმა - უზარმაზარი სტრესი, ოპერაციაც შესაძლოა დაგეგმილზე ძნელი აღმოჩნდეს, მოულოდნელი გართულებაც არ არის გამორიცხული. ამიტომ, როცა ახალგაზრდა ქირურგია ოპერატორი, გვერდით ან შორიახლოს, საჭიროების შემთხვევაში, გამოცდილი სპეციალისტი მზად უნდა იყოს მის დასახმარებლად.

პრაქტიკული მოღვაწეობის პერიოდში ქირურგს ზოგჯერ „ბენვის ხიდზე“ სიარულიც უხდება. წარმოგიდგენიათ, რაოდენ დიდია პასუხისმგებლობის წნეხი, როცა იცი, რომ შენს ქმედებებზე, მანიპულაციის სიზუსტეზეა დამოკიდებული ადამიანის სიცოცხლე.

ქირურგთა უმეტესობა მორწმუნეა, ან მორწმუნენი ხდებიან სიბერის ჟამს, ზოგიერთი ბერადაც აღიკვეცება, ზოგიერთიც ოპერაციის წინ ლოცვას აღავლენს, ან რაიმე

რიტუალს ასრულებს, თილისმას იკეთებს და ა. შ. ერთი ჩემი მეგობარი ქირურგი მოხუცებულობის დროსაც იცვამდა იმავე ფეხსაცმელს, რომლითაც 55 წლის წინ პირველად შევიდა საოპერაციოში. ცხადია, ეს ფეხსაცმელი ძველი, ბევრჯერ შეკეთებული იყო, მაგრამ პატრონს იგი თილისმად, წარმატებული ოპერაციის გარანტად მიაჩნდა.

ამბობენ, ჯანმრთელობა და ბევრი ფულია ბედნიერება. ეს შეგონება როდია მთლად სწორი. გემ „ტიტანიკზე“ ყველა ჯანმრთელი და მდიდარი იყო, მაგრამ მხოლოდ ილბლიანები გადარჩნენ. ასევე ქირურგსაც უნდა გააჩნდეს ილბალი, უფლის წყალობა. ისიც ფაქტია, რომ უმრავლეს შემთხვევაში მცოდნე და გამოცდილ ქირურგს „უმართლებს“.

ქირურგია მძიმე, მაგრამ საინტერესო სპეციალობაა. საბედნიეროდ, წარმატებით გამოწვეული სიხარულის განცდა უფრო ბევრია, ვიდრე მარცხით მიღებული სტრესი. გიხარია, როცა ქუჩაში შენი ხელით განკურნებული ჯანმრთელი, ლალი, გახარებული ყოფილი პაციენტები გვხვდებიან.

...მრავალსართულიანი სახლის ეზოში შევდივარ... ხალხმრავლობაა.. სამი წლის გოგონა გამოეყო თანატოლებს, მოვიდა ჩემთან და მეუბნება: „კაკო ბაბუ, მე შენ გიცნობ, შენ ჩემი მამიკო გადამირჩინეო“. ამაზე დიდი ჯილდო რა უნდა იყოს. გავიხარე. მადლობა, ჩემო გოგონა!

ერთ-ერთ ბათუმელ კოლორიტს საკმაოდ ახალგაზრდა ასაკში სიგმური ნაწლავის კიბოს დიაგნოზით გაუკეთეს

ოპერაცია - სიგმის რეზექცია, ნაწლავის დისტალური მონაკვეთი დახურეს ყრუდ, ხოლო პროქსიმალური მუცლის წინა - გვერდით ზედაპირზე გამოიტანეს გარეთ ერთლუ-ლიანი ხელოვნური უკანა ტანის სახით. (ჰარტმანის ოპერაცია). ამის შემდეგაც ჰქონდა პაციენტს ქრონიკული ყაბ-ზობა, სისტემატურად იკეთებდა ოყნას ხელოვნური უკანა ტანიდან. ერთ-ერთი ასეთი პროცედურის დროს (ოპერაციიდან დაახლოებით 20 წლის შემდეგ), იგრძნო ძლიერი ტკივილი მუცელში, უეცრად გახდა ცუდად, სასწრაფოდ მოიყვანეს საავადმყოფოში. გასინჯეს ქირურგებმა. მუცელი იყო ძლიერ დაჭიმული, დიფუზურად მტკივნეული. ექოსკოპიით სითხე მარჯვენა ლატერალურ ღარსა და დუგლასის ფოსოში. დაისვა დიაგნოზი: მსხვილი ნაწლავის მარყუჟის გახეთქვა (ოყნით), მუცლის ღრუს დაინფიცირება განავლოვანი მასებით, პერიტონიტის რეაქტიული ფა-ზა.

ოყნის გაკეთებიდან და ტკივილის დაწყებიდან გასული იყო 25-35 წუთი. გადაწყდა სასწრაფო ოპერაცია - ლა-პარატომია, მუცლის ღრუს რევიზია, გახეთქილი ნაწლავის მოძებნა და აღდგენა.

გაკეთდა ენდოტრაქეალური ნარკოზი. მუცლის ღრუ გაიხსნა შუა ხაზზე, შრეობრივად, ჭიპის მარცხნიდან შემოვლით. მუცლის ღრუში აღმოჩნდა 2 ლიტრამდე მომღვ-რო სითხე, უფრო მეტი დუგლასის ფოსოსა და მარცხენა ლატერალურ ღარში. მსხვილი ნაწლავი გახეთქილია ხე-ლოვნური ანუსის კიდიდან 15 სმ. დაშორებით, რაც წარ-მოადგენს მუცელში სითხის ჩაღვრის მიზეზს. როგორც პა-რიესული, ისე ვისცერალური პერიტონეუმი ჩვეულებრივი

ფერის, ანთების ნიშნები გამოხატული არ არის. დეტალური რევიზიით მუცლის ღრუში ლიმფური კვანძები, ან რაიმე სიმსივნე არ არის (უნდა ვივარაუდოთ, რომ პაციენტს არ ჰქონია ავთვისებიანი სიმსივნე, ან ოპერაციის შედეგად განიკურნა). მუცლის ღრუ ამოვამშრალეთ, ნახეთქის დონეზე მსხვილი ნაწლავი განივად გადავჭერით, ხელოვნური უკანა ტანი მუცლის კედელს მოვაშორეთ, ნაწლავის ბოლო 10 სმ. სიგრძეზე გავათავისუფლეთ შეხორცებებისაგან, დავამუშავეთ ანტისეპტიკური საშუალებებით.

სიგმური ნაწლავის დახშული, დისტალური ბოლო ადვილად მოიძებნა. იგი ჯანსაღია, საკმაოდ დავინროებული, სანათურის დიამეტრი სიგმური ნაწლავის სანათურზე დიამეტრით 2-ჯერ ნაკლებია (ატროფია უმოქმედობის შედეგად). გაკეთდა გამოთიშული სიგმის გადაკვეთილი ბოლოს მობილიზაცია, მუცლის კედელს მოშორდა გამოტანილი ნაწლავი, მომტანი და წამლები მარყუჟები შეერთდა ორსართულიანი ანასტომოზით, პირით გვერდში.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა დამაკმაყოფილებლად. მესამე დღეს აღდგა ნაწლავთა პერისტალტიკის ხმიანობა, პერიტონიტის ან სხვა გართულების ნიშნები არ იყო.

ოპერაციიდან მეოთხე დღეს პაციენტი აღტაცებული, გახარებული შემოვიდა ჩემთან კაბინეტში და მეუბნება: ახალგაზრდობაში საკმაოდ ატეხილი ბიჭი ვიყავი - განცდილი მაქვს ყველა ამქვეყნიური სიამოვნება - თრობა ალკოჰოლით, სექსის კაიფი, მისინჯავს ნარკოტიკებიც, 20 წლის შემდეგ რამდენიმე წუთის წინ მქონდა პირველი დეფეკაცია ბუნებრივი გზით... ვერ წარმოვიდგენდი, თუ ეს აქტი ყველა სხვა სიამოვნებას გადააჭარბებდაო! დიახ,

ქირურგია ხელოვნებაა, რომელიც სიამოვნებას ანიჭებს ადამიანს!

მედიცინაში ზოგჯერ კურიოზებიც ხდება: არის შემთხვევები, როცა პაციენტის გამოჯანმრთელების იმედი გადანურულია, მაგრამ ხდება პირიქით: გასული საუკუნის 80-იან წლებში ახალგაზრდა მამაკაცს კუჭის კიბო დავუდგინეთ. დაგვიანებული შემთხვევა. გამოკვლევით ჩანდა, რომ სიმსივნე ჩაზრდილი იყო მეზობელ ორგანოებში, გადიდებული იყო რეგიონული ლიმფური კვანძები, კუჭის შიგთავსი დაბრკოლებით გადადიოდა ნაწლავებში. პატრონებს შევთავაზეთ პალიატიური ოპერაცია კუჭ-მლივი ნაწლავის შერთული, რაც გააუმჯობესებდა კუჭის დაცლას, პაციენტს დროებით მისცემდა შელავათს. პატრონებმა აღნიშნულ შეთავაზებაზე უარი განაცხადეს და სამკურნალოდ ლენინგრადის ონკოლოგიურ ცენტრში წაიყვანეს. დეტალური გამოკვლევით იქაც კუჭის კიბოს დიაგნოზი დადასტურდა და ყველა სახის ოპერაციულ ჩარევაზეც უარი განუცხადეს.

ბათუმში დაბრუნებული პაციენტი ძლიერი ტკივილით მოიყვანეს საავადმყოფოში. ახლობლებთან შეთანხმებით გადაწყდა პალიატიური ოპერაციის ჩატარება – გასტრო-ენტეროანასტომოზის შექმნა კუჭის დაცლის გაადვილების მიზნით. ოპერაციის დროს დადგინდა ღვიძლში, მუცლის უკანა კედელში და დიდ ბადექონში სიმსივნური ქსოვილების ჩაზრდა, აგრეთვე გადიდებული ლიმფური კვანძები.

ჩლუნგი და ბასრი წესით მოვახერხეთ კიბოს ჩაზრდილი უბნების ამოკვეთა საღ ფარგლებში. გადიდებული ლიმ-

ფური კვანძები ამოიკვეთა. კუჭის დიდ სიმრუდეზე სიმსივნური ინვაზიების გარეშე დარჩენილი კუჭის კედელი მილისმაგვარად გაიკერა, დაედო შერთული თორმეტგოჯა ნანლავთან, კუჭის 5/6 ნაწილი ამოიკვეთა, გაკეთდა სკრუპულოზური ლიმფო დისექცია. ოპერაციის შემდგომი ეტაპი საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობდა. გაენერა დამაკმაყოფილებელ მდომარეობაში. პაციენტს ოპერაციის შემდეგ ტკივილი, ან განსაკუთრებული დისკომფორტი არ ჰქონია. ოპერაციის შემდგომ სიცოცხლის ხანგრძლივობა 35 წელი!

სუფრასთან, 10-15 კაციდან მესამედი ჩემს მიერ ნაოპერაციევი ნარსულში. „თქვენ ერთმანეთი გარედან, მხოლოდ შეხედულებით იცით, მე კი შიგნით, ვინ როგორია, ისიც ვიცი“ - მეთქი, ვხუმრობ.

დიახ, ქირურგია დიდი ხელოვნებაა. ქირურგს უდიდეს სიამოვნებას ანიჭებს ვირტუოზი კოლეგის ოპერაციაზე დასწრება, ასევე მის მიერ იშვიათი, უნიკალური ოპერაციით განკურნებული პაციენტი ეამაყება. ყოფილ პაციენტს ვეუბნები: - ყველა ხელოვანს უყვარს, მოსწონს მისი ნახელავი - პორტრეტი, პეიზაჟი, ქანდაკება. როცა ავადმყოფ აკაკი წერეთელს თავისი პოემა „გამზრდელი“ წაუკითხეს, სიამოვნებისგან ცრემლმორეულს უთქვამს: „ეს მართლაც კარგად დამინერიაო!“ - მეც შენ, ჩემი ხელით „გადაკეთებულ-რეკონსტუირებული“ ყველა სხვა ხელოვანის შედევრზე უკეთესი მგონიხარ - მეთქი. ძველი ბერძნული მითოლოგიური ღმერთი აპოლონი ერთდროულად ხელოვნებას და მკურნალობის საქმეს მფარველობდა. ფიზიკური ჯანმრთელობა სულის სიჯანსაღის საწინდარია.

ქირურგი იშვიათად შეხვდება პაციენტს, რომელსაც ნიგნში აღწერილი ერთი, რომელიმე დაავადების კლასიკური სიმპტომები აქვს. ჩვეულებრივ, როგორც წესი, პაციენტს ერთდროულად რამდენიმე დაავადება ანუხებს, შესაბამისად ერთმანეთში არეულია მათი კლინიკური ნიშნები, რომლებიც ზოგჯერ ერთმანეთს გადაფარავენ, ან გადაასხვაფერებენ ისე, რომ მათში გარკვევა რთულია. ამას დაუმატეთ ავადმყოფის შეცვლილი ფსიქიკა, ზოგჯერ მისი ახლობლების აგრესია. მოკლედ, არ არის კარგ დღეში ამ დროს ექიმი.

ზოგიერთი ხელისუფლება მოსახლეობას აგრესიულად განაწყობს სამედიცინო საზოგადოების წინააღმდეგ, თითქოს ექიმები არიან დამნაშავე, რომ ქვეყანაში ადამიანები ცუდად ცხოვრობენ, ხშირად ავადდებიან და სხვა. სიტუაციას ისიც ართულებს, რომ ადამიანი ერთ ეგზემპლარად შეიქმნა, რომლის ანალოგი არც წარსულში, არც ახლა და არც მომავალში არ იქნება. დიდი სიბრძნე მართებს ექიმს, რომ ასეთ ვითარებაში მიაგნოს სწორ დიაგნოზს, აირჩიოს მკურნალობის ერთადერთი სწორი გზა. ცნობილმა პოეტმა ჯემალ ქათამაძემ მე, აჭარის ქირურგთა საზოგადოების თავმჯდომარეს, მომიძღვნა ლექსი:

ექიმი

გუძღვნი აჭარის ქირურგთა საზოგადოების თავმჯდომარეს
ბატონ აკაკი ბერიძეს

ექიმს – ჩემი სიმღერა,
არასოდეს – წყენა,
ვარდით სავსე კალათი,
იმედი და რწმენა.
შეცდა?
განა შეცდომას
აპატიებს ვინმე?
ის ქათქათა ხალათი
მძიმე არის, მძიმე.
ხშირად მცირე შეცდომა,
ბედისწერას უდრის,
ექიმს უნდა ეხუროს
სულ ნამუსის ქუდი.
სხვისი მწარე ტკივილი,
მიიტანოს გულთან.
ექიმს უნდა ალერსი,
მოფერებაც უნდა.

ხელოვნება დასტაქრის
რთულია და მძიმე
ჭირსა შიგან ამაგრებს
სიყვარულს და იმედს.
და სიცოცხლეს
დარაჯობს,
მას მკურნალი ჰქვია,
ექიმს განძი არ უნდა,
განძი ექიმშია,
დადის ღამენათევი,
გალიმება შვენის,
სიცოცხლეზე მეტია,
ერთგულება ჩვენი.
თუ გიყვარდე, ეს თხოვნა
შემისრულე ერთი –
ვარდით სავსე კალათა
მიანოდე ექიმს.

ბერნარდ შოუ წერდა: „თუ შევთანხმდებით, რომ ექიმები ჯადოქრები კი არა, ჩვეულებრივი ადამიანები არიან, უნდა შევეურიგდეთ აზრს, რომ მათში პირველი - 20% ღრმად განსწავლული და ნიჭიერია, კარგი სპეციალისტები არიან; ასევე 20% საზოგადოების ყველაზე უნიჭო, გაუნათლებელი პიროვნებები მუშაობენ. პაციენტები უხშირეს (60%) შემთხვევაში ვხვდებით საშუალო დონის ექიმთან და შესაბამისი ხარისხის მკურნალობას ვიღებთ“.

ამიტომაც ვაყენებ საკითხს – მომავალი ქირურგის კანდიდატურა ნიჭიერი და შრომისმოყვარე ახალგაზრ-

დებისგან კომისიური წესით შევარჩიოთ სკოლაში, ან უმაღლესი სასწავლებლის პირველ წლებში.

დაავადების ჩამოყალიბება დინამიური პროცესია. დასაწყისში სიმპტომები მწირია და ძნელდება დიაგნოსტიკა, უკვე ჩამოყალიბებულ ავადმყოფობას არაიშვიათად ისეთი ამკარა ნიშნები აქვს, რომ დაავადების ამოცნობა სირთულეს აღარ წარმოადგენს.

სანამ აღმოჩნდებოდა, რომ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი და ანთებითი დაავადებების მიზეზი ინფექციაა (ჰელიკობაქტერ პილორი), ნოზოლოგია განსაკუთრებული სიხშირით გამოირჩეოდა, გართულებული წყლულის დროს მკურნალობის ძირითად მეთოდს ოპერაცია წარმოადგენდა, შედეგად ხშირი იყო ოპერაციული ჩარევა, არაიშვიათად - განმეორებით, ან რამდენიმეჯერ.

ჩემს ახლო მეგობარს კუჭის წყლულოვანი დაავადების გართულების დიაგნოზით გამოცდილმა ქირურგებმა გაუკეთეს ოპერაციები ბათუმისა და თბილისის სტაციონარებში. გარკვეული დროის შემდეგ ვითარდებოდა დაავადების რეციდივი და ესაჭიროებოდა ხანგრძლივი სტაციონარული მკურნალობა. მორიგი ასეთი რეციდივის დროს ერთი თვე მკურნალობდა თბილისის ერთ-ერთ საავადმყოფოში, გაენერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში დისბაქტერიოზის დიაგნოზით. ბათუმში დაბრუნების შემდეგ, ძალიან მალე დაავადება კვლავ გაუმწვავდა, რის შესახებ მოახსენეს აჭარის მაშინდელი ჯანდაცვის მინისტრს, პაციენტის ახლო ნათესავს, რომელიც იმუშადა მივლინებით იმყოფებოდა კიევში. მინისტრმა ურჩია ნათესავებს პაციენტი მოეთავსებინათ რეანიმაციის განყოფილებაში ინტენსიური მკურნალობით, მდგომარეობის გაუმჯობესების

შემდეგ გადაეგზავნათ კიევში, სადაც თვითონ გაუწევდა პატრონობას. მართლაც, პაციენტი დააწვინეს რეანიმაციულ განყოფილებაში, მეორე დღეს სხვა ქირურგიული ავადმყოფის გასასინჯად შესულს ჩემი მეგობარიც დამხვდა. მისი დაავადების ანამნეზი კარგად ვიცოდი. ნახვის დროს წარმოადგინა ჩივილები: ყოველი ჭამიდან 10-15 წუთის შემდეგ ეწყებოდა დეფეკაცია ახლად მიღებული, თითქმის მოუნელებელი საკვებით; ბოლო თვის მანძილზე დაიკლო წონის თითქმის ნახევარი. ამ მონაცხის შემდეგ ეჭვიც არ შემპარვია, რომ ეს არის კუჭის წყლულოვანი დაავადების გართულება. კუჭ-კოლინჯის ფისტულა ხვრელ-მილი, საიდანაც კუჭში ჩასული საკვები იოლად გადადიოდა ხვრელით განივ კოლინჯში. პაციენტს მოვახსენე ჩემი მოსაზრება. გასაგები ენით ავუხსენი გართულების მექანიზმი (არსი), რომელიც დაახლოებით ერთი თვის წინ განუვითარდა.

ბოლო დროს ექიმებისადმი გარკვეული უნდობლობის მიუხედავად, პაციენტი დამთანხმდა გამეგრძელებინა გამოკვლევები დიაგნოზის დასაზუსტებლად. მაშინვე პალატაში მოვიწვიე ენდოსკოპისტი, რომელმაც ჩაუტარა გასტროსკოპია. ენდოსკოპიური მილი ადვილად გადავიდა კუჭსა და განივ კოლინჯს შორის წარმოქმნილი ხვრელიდან მსხვილ ნაწლავში (თითქმის სწორი ნაწლავის სარქველამდე). დიაგნოზი ეჭვს არ იწვევდა, პაციენტიც და მისი ახლობლებიც დარწმუნდნენ მის სისწორეში. პაციენტის დაჟინებული თხოვნით, მესამე დღეს, ხანმოკლე წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ, გავუკეთე რეკონსტრუქციული ოპერაცია – კუჭ-კოლინჯის ფისტულა შერთვის დონეზე გადავჭერი, გავაცალკევე კუჭი და განივი კოლინჯი,

კუჭსა და განივ კოლინჯში წყლულის ნარჩენი ხვრელები გავკერე. დამატებით გავუკეთე ორმხრივი სუბდიაფრაგმული ლეროვანი ვაგოტომია. ოპერაცია დასრულდა ნარმატებით. ოპერაციის შემდეგი პერიოდი კარგად წავიდა, ერთ თვეში პაციენტმა აღიდგინა პირვანდელი წონა (გაორმაგდა) - ოპერაციის წინ იწონიდა 46 კგ., 1 თვის შემდეგ - 90 კგ.ს.

* * *

ქირურგია - ძველბერძნული სიტყვიდან მომდინარეობს და ხელით მოქმედებას, ხელით შრომას ნიშნავს. იგი მედიცინის დარგია, რომელიც სწავლობს მწვავე და ქრონიკულ დაავადებათა მკურნალობას ოპერაციული (ქირურგიული) მეთოდებით.

ქირურგია მედიცინის ყველაზე ეფექტური, „შედეგიანი“ დარგია, რომლის მოქმედების არეალი ძალზე ფართოა. იგი გაჩნდა პირველყოფილ ადამიანთან ერთად, უპირველესად საყოფაცხოვრებო, ცხოველებთან ან ერთმანეთთან შერკინების დროს მიღებული ტრავმების სამკურნალოდ. საზოგადოების განვითარების პარალელურად ვითარდებოდა ქირურგიაც, დროის შესაბამისი მეცნიერებისა და ტექნიკის დანერგვის გზით.

ანტიკური ხანის პირველი შრომები ჭრილობის, ჩირქოვანი დაავადებების, ჯილეხის და სხვა პათოლოგიის შესახებ დაგვიტოვა მედიცინის მამამთავარმა ჰიპოკრატემ. მან შეიმუშავა და ფიცის სახით ჩამოაყალიბა ექიმის საქმიანობის ზნეობრივი ნორმები, პროფესიული, ეთიკური, საექიმო საიდუმლოების დაცვაზე, მასწავლებლებთან, პაციენტებთან, საზოგადოებასთან ურთიერთობის წესები,

რომლებიც დღესაც გვაოცებს ღრმა ფილოსოფიური შინაარსით. არც ერთ სხვა სპეციალობაში არ შექმნილა მსგავსი დოკუმენტი. მას უწოდებენ მედიცინაში ზუსტი ეთიკური კონცეფციების განვითარების მწვერვალს. ფიცით სარგებლობენ დღესაც. მრავალ უნივერსიტეტში გამოსაშვები კურსის სტუდენტები ამ ფიცს დებენ ექიმის დიპლომის მისაღებად.

ქირურგია მძლავრად განვითარდა ძველ რომში. გლადიატორების სკოლებსა და არმიაში მუშაობდნენ და გამოცდილებას იმაღლებდნენ ქირურგები. გლადიატორების სკოლის წარმომადგენელი იყო ბრწყინვალე ქირურგი გალენი. შუა საუკუნეებში ქირურგიამ თვალსაჩინო პროგრესს მიაღწია ქირურგებმა ისწავლეს გაუტკივარების ელემენტები, ჭრილობის შეხორცების ფაზები, ჭრილობის გაკერვა. ქირურგიის ძირითადი პრინციპები ამ დროისათვის იყო დევიზები: *„უპირველესად არ ავნო“ (პიპოკრატე), ყველაზე საუკეთესო მკურნალობა ჭრილობის მიდამოს მოსვენებაა“ (პარაცელსი), „ბუნება თვითონ ამრთელებს, ზრუნავს, ღმერთი კურნავს“.* (ცელსიუსი).

ამ ეპოქაში, ექიმები ხელმძღვანელობდნენ იბნ სინას სამედიცინო-ფილოსოფიური და გალენის ანატომიური ტრაქტატებით. კათოლიკური ეკლესიის მკაცრი აკრძალვის მიუხედავად, აღადგინეს გვამის გაკვეთის ტრადიცია მეცნიერული შესწავლისა და სტუდენტთა სწავლების მიზნით (სამწუხაროდ, დღევანდელ საქართველოში არ ხერხდება გვამის გაკვეთა სასამართლო შემთხვევების გარდა).

აღორძინების ეპოქამ უდიდესი ბიძგი მისცა ზოგადად მედიცინის და პირველ რიგში ქირურგიის განვითარებას.

ქირურგიის თეორიული და პრაქტიკული საკითხების მეცნიერულ დამუშავებაში ფასდაუდებელია იმდროინდელი ქირურგების – ამბრუაზ პარეს, პარაცელსის, ჰარვეის, ჟან დენის და სხვათა ღვაწლი. ჰარვეიმ აღმოაჩინა სისხლმომოქცევის კანონები, დაადგინა გულის, როგორც ტუმბოს როლი, სისხლმომოქცევის წრეები; ჟან დენიმ პირველმა განახორციელა სისხლის გადასხმა ადამიანზე.

მე-19 და მე-20 საუკუნეები ქირურგიაში დიდი აღმოჩენების ეპოქა იყო. ამ პერიოდში განვითარდა ტოპოგრაფიული ანატომია და ოპერაციული ქირურგია. ლუი პასტერმა დაამტკიცა, რომ მაღალი ტემპერატურა და ქიმიური ნივთიერებები კლავენ მიკრობებს და ხელს უშლიან დაჩირქების პროცესს. პასტერის შრომებზე დაყრდნობით დამუშავდა ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის მწყობრი სისტემა (ლისტერი, ბერგმანი და სხვ.). ქირურგიის პროგრესს დიდად შეუწყო ხელი აგრეთვე სისხლის ჯგუფების აღმოჩენამ (ლანდშტეინერი) და სისხლის გადასხმის მეთოდის დამუშავებამ (იან იანსკი).

მეცნიერებისა და ტექნიკის უპრეცედენტო, სწრაფმა განვითარებამ ბიძგი მისცა ქირურგიაში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი, ეფექტური მეთოდების დანერგვას.

რადიაციის აღმოჩენამ განაპირობა მედიცინის პროგრესული დარგის – ბირთვული და რადიაციული მედიცინის დაარსება. ფიზრო-ბოჭკოვანი ოპტიკის შემოღებამ, ენდოვიდეო ტექნიკის განვითარებამ განაპირობა ლაპარასკოპიული, ნაკლებად ტრავმული მეთოდის ახალი მიმართულება, ახალი დარგი შექმნა. ორგანოს დამზოგველი ოპერაციების დანერგვის პრაქტიკაში. ფანტასტიკურად

გვეჩვენება ქირურგიის უდიდესი მიღწევა – ტრანსპლანტოლოგია. დღეს შესაძლებელია თითქმის ყველა დაზიანებული ორგანოს შეცვლა გვამისაგან, ან დონორისგან აღებული ჯანმრთელი ორგანოთი. ძალზე შედეგიანია ძვლის ტვინის გადანერგვა. დამაიმედებელი, პერსპექტიულია ღეროვანი უჯრედების გადანერგვა.

ტელერადიოლოგიის მზარდმა განვითარებამ ყოველდღიურ, რუტინულ საქმედ აქცია რენტგენის, ტომოგრამებისა და სხვა სამედიცინო დოკუმენტაციის გაგზავნა და დახმარება ადგილზე ძვირადღირებული სამედიცინო ინფრასტრუქტურის გამოყენების გარეშე.

დისტანციური ქირურგია ტელემედიცინის კიდევ ერთი მზარდი ინოვაციაა. 2011 წლის სექტემბერში ნიუიორკში მყოფმა ქირურგმა საფრანგეთის ჰოსპიტალში ჩაატარა პირველი ტრანსატლანტიკური ოპერაცია (ქოლეცისტექტომია) რობოტის გამოყენებით.

რობოტული ტექნიკა, სისტემა „დავინჩი“ სწრაფად შემოდის ქირურგიულ პრაქტიკაში. რობოტები კი არ ანაცვლებენ ნამდვილ ქირურგებს, არამედ ეხმარებიან მათ. რობოტი წარმოუდგენელ სიზუსტეს ანიჭებს ქირურგის ხელებს, მას შეუძლია ოპერატორის ხელისა და ფეხის კანკალის აღრიცხვა და გასწორება, რაც უზუსტესი მიკრომოძრაობის შესრულების გარანტიაა.

ჩემი გამოთვლებით, ახალი, თუნდაც ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნიკა, დასავლეთში დანერგვიდან 10-15 წლის შემდეგ შემოდის ბათუმის კლინიკებში. იმედი გვაქვს, რობოტოტექნიკაც მალე შემოვა და დაინერგება ქირურგის პრაქტიკულ საქმიანობაში.

ქირურგიის ისტორიაში ამ მოკლე ექსკურსით გვინდოდა გვეჩვენებინა, რომ მეცნიერების და ტექნიკის ახალი მიღწევები ძალიან მალე იწერება მედიცინაში, პირველ რიგში – ქირურგიაში.

* * *

ცნობილი გერმანელი ფილოსოფოსი არტურ შოპენჰაუერი წერდა: „ჩვენი ბედნიერების 9/10 დამოკიდებულია ჯანმრთელობაზე. ის იმდენად ჭარბობს ცხოვრების დანარჩენ სიკეთეებს, რომ ჭეშმარიტად ჯანმრთელი ბოგანო, ავადმყოფ მეფეზე ბედნიერია.“

ნებისმიერი სამკურნალო დაწესებულების სარკმლიდან (ფანჯრიდან) სამყარო სხვანაირად მოჩანს და კარგი თვითგრძნობა, ჯანმრთელობა ყველაზე მთავარია, სხვა დანარჩენი შეიძლება იყიდო, გაასწორო, შეცვალო...

ქირურგია ყველაზე შრომატევადი, რთული და საპასუხისმგებლო პროფესიაა. მედიცინის სხვა დარგებთან შედარებით, ზოგადი ქირურგი მრავალპროფილურ დახმარებას უწევს პაციენტებს, ამიტომაც, უნდა ერკვეოდეს მედიცინის სხვა დარგებშიც. ქირურგი სამება, იპოსტასი: მეცნიერება, ხელოსნობა და ხელოვნება. ყველა პროფილის ქირურგს უნდა ჰქონდეს ნათელი გონება და მოქნილი ხელები, ისინი შეუცვლელი სპეციალისტები არიან. ამბობენ: „კარგი ექიმი ქვეყნის სიმდიდრეა.“

გვერდიდან მოყურადეს ქირურგია რომანტიკულ საქმედ ეჩვენება. სინამდვილეში ის მძიმე შრომაა, არამარტო გონებრივი, არამედ ფიზიკური დატვირთვაა. ყველას არ

შეუძლია საოპერაციო ბლოკში შესვლა და სხვა ადამიანის-
თვის ჭრილობის მიყენება.

ყველას არ ხელენიფება მყისიერი გადაწყვეტილების
მიღება, რომელზედაც მეორე ადამიანის სიცოცხლეა და-
მოკიდებული. ზოგი ვერც საოპერაციოს გაუსაძლის პირო-
ბებში ხანრძლივ, 7-8 საათიან შრომას აიტანს. ქირურგად
ჩამოყალიბება ხანგრძლივი და შრომატევადი პროცესია.
დამოუკიდებელი მუშაობის 10-15 წლის შემდეგ ექიმს უყა-
ლიბდება პროფესიული ჩვევები, თანდათან გამოუმუშავ-
დება ქირურგიული ტექნიკა. მრავალ ახალგაზრდა ქირურ-
გზე დაკვირვებით შევნიშნე, რომ ამ პერიოდში ზოგიერთი
ადეკვატურად ვერ აფასებს თავის შესაძლებლობებს, ჰგო-
ნია, რომ უკვე ყველაფერი იცის, ზედმეტად გამბედავი
ხდება. ეიფორიული მდგომარეობის ამ პერიოდში ახალ-
გაზრდა ქირურგს გამოცდილი სპეციალისტის ყურადღება
სჭირდება ჭარბი ამბიციის დასაოკებლად.

ქირურგად ჩამოყალიბების პროცესში ახალგაზრდა
სპეციალისტს ზოგჯერ დიამეტრალურად სანინააღმდეგო
გრძნობა ეუფლება - პირველივე მარცხის შემდეგ ჰგონია,
რომ ის არ არის ამ სპეციალობისთვის მოწოდებული და
პროფესიის შეცვლას ითხოვს. ცნობილი ქირურგის - კრის-
ტიან ბერნარდის მაგალითიც ამის დასტურია: ახალგა-
ზრდა კრისტიანს ღვიძლზე ოპერაციის დროს ძლიერი სის-
ხლდენა აუტყდა, რომლის შეჩერებაც ვერ შეძლო და და-
სახმარებლად მასწავლებელი, პროფესორი იხმო. პროფე-
სორმა თითის მიჭერით დროებით შეაჩერა სისხლდენა,
შემდეგ კი მშვიდად ამოკერა დაზიანებული უბანი და საი-
მედოდ გააჩერა სისხლდენა. როგორც ჩანს, რამდენიმე წუ-

თში სისხლის მასიური დაკარგვა სიცოცხლესთან შეუთავსებელი აღმოჩნდა და პაციენტი მალე გარდაიცვალა. ახალგაზრდა კრისტიანისთვის ეს უდიდესი სტრესი აღმოჩნდა, იმდენად ძლიერი, რომ გადანწყვიტა ჩამოშორებოდა ქირურგიას. წასვლის შესახებ განცხადებით მიმართა თავის მასწავლებელს. პროფესორმა მშვიდად მოუსმინა ახალგაზრდას და ჰკითხა, იმ ოპერაციიდან თუ რაიმე ისწავლეო. კრისტიანმა უპასუხა: ცხადია, ახლა თითის მიჭერით სისხლდენის შეჩერება ვიცით. მაშინ უამრავ, მსგავს წესებსაც ისწავლი კიდევ და კარგი ქირურგი დადგებიო, დაუყვავა, თან დახია განცხადების ფურცელი. ასე შემორჩა ქირურგიას კრისტიან ბერნარდი, რომელმაც ვირტუოზული ოპერაცია ჩაატარა – გულის პირველი გადანერგვა განახორციელა კეიპტაუნში 1967 წელს.

მსგავსი შემთხვევები არაიშვიათია ბათუმში. ახალგაზრდა ქირურგს მოუკვდა პაციენტი ფლებექტომიის შემდეგ (ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის შედეგად). მძიმე სტრესი მიიღო. კრისტიანის მსგავსად მანაც მოინდომა ჩამოშორებოდა არა მარტო ქირურგიას, მიეტოვებინა საერთოდ სამედიცინო სფეროც. კეთილმა ადამიანებმა დაამშვიდეს, განზრახვაზე ხელი ააღებინეს და ეს ახალგაზრდა ქირურგი ახლა ბათუმში ქირურგიის ერთ-ერთ წამყვან მიმართულებას ხელმძღვანელობს ნაყოფიერად, სიყვარულით, პასუხისმგებლობით.

მეხსიერებიდან არასოდეს ამოიშლება წარუმატებელი ოპერაციის განცდა-ქირურგს მუდმივად ახსოვს საკუთარი უძლურებისა თუ მედიცინის არასრულყოფილების

მიზეზით რომ ვერ შეძლო ადამიანის გადარჩენა. აღწერილია შემთხვევები, როცა ქირურგმა პაციენტის გარდაცვალებით გამოწვეულ სტრესს ვერ გაუძლო და თავი მოიკლა.

სამწუხაროდ, არ მეგულება პრაქტიკოსი ქირურგი მსგავსი სტრესის გარეშე. ასეთ მდგომარეობაში მეც ვყოფილვარ, თავ-ბედიც ბევრჯერ მიწყევლია, ჩემი მწუხარება ოჯახის წევრებს – ახლობლებსაც გადადებია.

ქირურგის ამ განცდას ესადაგება თამაზ ჭილაძის ცნობილი ლექსი:

არასდროს მავინწყდება,
დამავინწყდეს არც მინდა,
სხვისი ცრემლი მდიოდა,
სხვისი წვიმა მანვიმდა.
სხვისი ბედი მტანჯავდა,
სხვისი გული მტკიოდა,
სხვისი კვნესა მესმოდა
თითქოს საიქიოდან.
ჩემი იყო ცხოვრება,
უჩემოდ კი წავიდა,
ისევ სხვისი გულისთვის
დავინწყებდი თავიდან.

ქირურგი სიცოცხლის მანძილზე უნდა სწავლობდეს. მას არ აქვს უფლება არ იცოდეს გუშინ აღმოჩენილი მანიპულაციის, წესის, მეთოდის შესახებ, რომლის გამოყენებითაც შესაძლებელია დაავადებული ადამიანის განკურნება, სიცოცხლის გადარჩენა. „ცუდია, როცა მწერალი არ ვარგა, მსახიობი უნიჭოა, ინჟინერი ზარმაცია, მაგრამ დანაშაულია - იყო ცუდი ექიმი“ (ა. ბეთანელი). ქირურგი სისტე-

მატურად უნდა ეცნობოდეს სპეციალობის მიხედვით გამოცემულ პერიოდულ სამეცნიერო ლიტერატურას, ჟურნალებს, კრებულებს, ინტერნეტს... სამუშაო ოფისში, სახლშიც და სამსახურშიც უნდა ელაგოს სამაგიდო წიგნები, რომლებსაც დროდადრო გადაფურცლავს, გაიხსენებს...

ერთ-ერთ ასეთ აუცილებელ წიგნად მიგვაჩნია ამერიკელი ქირურგების შესანიშნავი წიგნი „შაინის საღი აზრი გადაუდებელ აბდომინურ ქირურგიაში.“ სრულიად ვეთანხმები წიგნის შესანიშნავი მთარგმნელის იოანე ქემოკლიძის აზრს: „...ამქვეყნად უამრავი ადამიანი მხოლოდ იმიტომ დადის ცოცხალი, რომ მათი მკურნალი ექიმი დოქტორ მოშე შაინის ამ, ჭეშმარიტად მეცნიერულ წიგნს გაეცნო და მის გონივრულ დაკვირვებებს ეზიარა.“ მისი კითხვით არ დაიღლები, ხალასი იუმორის წყალობით. პირადად მე, ყოველი ოპერაციის წინ ლოცვასავით ვკითხულობ წიგნის შესაბამის ფურცლებს. თუ ჯერ არ წაგიკითხავთ, წინ დიდი სიამოვნება გელით.

წარმოგიდგენთ წიგნის პატარა მონაკვეთს: წიგნი იწყება შესავლით, რომელსაც ავტორებმა „მთავარი ფილოსოფია“ უწოდეს. ეპიგრაფიც ეძღვნება: „ქირურგი ოპერაციის მკეთებელი თერაპევტია.“ სიბრძნე მხოლოდ ტანჯვაში მოდის (ესქილე).

ქართული გამოცემის წინასიტყვაობაში მოშე შაინი წერს: „თქვენს წინაშე გულდანყვეტით უნდა ვაღიარო, რომ არასოდეს ვყოფილვარ საქართველოში. მიუხედავად ამისა, კარგად ვუწყი, რომ მის ხალხს დიდებული უძველესი და თანამედროვე ქირურგიული ტრადიციები აქვს. მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში მოგზაურობამ და უცხოელ ქირურგებთან ურთიერთობით შეძენილმა გამოცდილებამ

დამარწმუნა, რომ თუმცაღა ეროვნული, ეთნიკური, კულტურული და ენობრივი საზღვრები ჩვენ, ქირურგებს, ერთმანეთისგან გვყოფს, ქირურგიის საერთო სიყვარული და პაციენტისადმი აბსოლუტური ერთგულება გვადუღაბებს. ეს სულაც არ არის გასაკვირი, რადგან ადამიანის ანატომია თბილისშიც ისაა, რაც ვინკინსონის შტატში მდებარე ჩემს მშობლიურ ქალაქში; მწვავე აპენდიციტი ჰელსინკსა და ისრაელში ერთმანეთისგან დიდად არ განსხვავდება, ხოლო ქირურგი, რომელიც საქართველოს ქალაქ სოხუმში შუალამისას ოპერაციას უკეთებს ავადმყოფს სისხლმდინარე პეპტიკური წყლულის გამო, ბევრი რამით ჰგავს თავის კოლეგას, რომელიც შოტლანდიურ გლაზგოში იმავე პრობლემასთან გამკლავებას ცდილობს. ამიტომ არის, რომ ქირურგები მთელ მსოფლიოში თავიანთ თავს ამ პატარა წიგნის სულისკვეთებასა და შინაარსთან აიგივებენ. იმედი მაქვს, ჩემო ძვირფასო ქართველო მეგობრებო, სხვებივით მოგეწონებათ ეს წიგნი."

მესამე გამოცემის წინასიტყვაობაში საოცარი შეფასებებია სხვადასხვა ქვეყნის ცნობილი ქირურგების მიერ აღტაცებით ნათქვამი: აი, ზოგიერთიც:

– „ეს არის ჭეშმარიტად ფანტასტიკური წიგნი, რომელშიც მე უამრავი სასარგებლო რჩევა ვიპოვე" (Dr. Caba. უნგრეთი);

– „საოცარი, სიცოცხლის შთამბერავი წიგნია, სავსე განსჯითა და სიბრძნით" (Mr. Gcorge Youngson... შოტლანდია);

– „ოქროს საბადოა პრაქტიკოსი ქირურგებისათვის. (Mr. Saboor. Kahi. UK);

– „ჩემს ბიბლიოთეკაში ეს არის ყველაზე სასარგებლო და საინტერესო წიგნი ქირურგიაზე. მას სულმოუთქმელად და სიამოვნებით წავიკითხავ და სამუდამოდ მემახსოვრება (Dr. Andrea Favara. იტალია).

ახლა, ამ მომენტში, როცა ჩვენი წიგნის ავკარგიანობაზე ვმსჯელობთ, მსოფლიოში. ათასობით ქირურგი ებრძვის მუცლის კატასტროფას, ლონდონის თანამედროვე აპარატურით აღჭურვილ კლინიკაში, თუ მივარდნილ კუთხეში. სურათი კი ყველგან ერთნაირია: ქირურგის წინაშეა ტკივილისაგან გატანჯული პაციენტი, არ ვიცით დიაგნოზი, მკურნალობის რომელი ვარიანტია საუკეთესო, მზად ვართ თუ არა რთული ოპერაციის შესაბამისად. ეს უნიკალური სცენარი XXI საუკუნეშიც არ გამოირჩევა ორიგინალურობით და ისევე ძველია, როგორც თავად ქირურგია. მიუხედავად იმისა, რომ დღეს ყველა ქვეყანაში არის თანამედროვე სადიაგნოსტიკო გონიერი მანქანებით აღჭურვილი კლინიკური, პრაქტიკული თვალსაზრისით ახლაც თქვენ ორნი ხართ ქვეყანაზე – თქვენ (ექიმი) და პაციენტი. მხოლოდ თქვენ უნდა შეეჭიდოთ სწორი გეგმის შედგენისა და მისი შესრულების ურთულეს ამოცანას. ამასთანავე, ასეთი პასუხისმგებლობის წნეხის ქვეშ მყოფ ზოგადი ქირურგიის სხვა კოლეგებთან (ნეიროქირურგი, კარდიოქირურგი) განსხვავებით ნაკლებად არიან დაფასებული. ავტორები ზოგად ქირურგს ადარებენ ქვეითი ჯარის ოფიცერს, რომელსაც ისეთივე ხოტბით არ ამკობენ, როგორც საჰაერო ძალების ან ბალისტიკური რაკეტების დივიზიის ოფიცრებს. თავის ტვინის და გადაუდებელ აბდონიმურ ქირურგიაში ქირურგის ხელი და ტვინი დომინირებს. სავ-

სებით ვეთანხმები მთარგმნელის აზრს, რომ წიგნმა მსოფლიო ქირურგიაში შეცვალა შეხედულება მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებში, რასაც ვერავითარი ბრძანება ან გაიდლაინი ვერ შეძლებდა. ეს გარდაქმნა ჩვენს ქირურგიულ საზოგადოებაშიც მოხდა-ექიმები უფრო „დავჭკვიანდით,“ ნაკლებ შეცდომებს ვუშვებთ. „იყავით გულისხმიერი, ყურადღებიანი, მაგრამ აუცილებლად მაღალი დონის პროფესიონალი,“ - ამბობს ავტორი. ავტორი იუმორნარევი შეგონებით გვმოძღვრავს: „თქვენი ძველი თუ ახლანდელი მოძღვრისაგან ისწავლეთ, რომ კატის გატყავება სხვადასხვანაირად შეიძლება, მაგრამ მხოლოდ ერთი მათგანია სწორი და საუკეთესო.“ სიცოცხლის გადასარჩენად სწორედ ეს უმჯობესი გზა უნდა მოძებნოს ქირურგმა!

უზარმაზარი გამოცდილების მქონე სპეციალისტებისათვის უცხო არ არის ქირურგიული „ეშმაკობები“, რომლებსაც დღეს ჩვენ მივმართავთ სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამასთან დიაგნოზის და მკურნალობის მისადაგების მიზნით. „melline-ზე ერთი დანკაპუნებით ისეთ დოკუმენტებს ჩამოხუნძლავთ, რომლებითაც, რასაც გინდათ, იმას დაამტკიცებთ და გაამართლებთ. თქვენ კი სიბრძნე გჭირდებათ, დაგროვილი ცოდნის სწორად გამოყენებისათვის. ავტორები გვანვდიან „საუკეთესოდ“ მკურნალობის საფუძვლებს:

–ძველ, დაღვინებულ პრინციპებს (ხელახლა ნუ გამოიგონებ ველოსიპედს);

–ანთებისა და ინფექციის თანამედროვე გაგებას;

– ფაქტებზე დამყარებულ ქირურგიას;

– საკუთარ გამოცდილებას.

გამოცდილება წლების მანძილზე ნახულის, განცდილის, მუდმივი ფიქრისა და განსჯის შედეგია. ჩვენი პაციენტები ხომ ინდივიდები არიან, ერთ ეგზემპლარად გაჩენილი, ყოველი ავადმყოფის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესი – საინტერესო და ორიგინალურია, განსაკუთრებულია, იშვიათი და რთული, თავსატეხი შემთხვევები, რომლებიც წარუშლელ კვალს ტოვებენ მეხსიერებაში. ყველა ქირურგს მეხსიერების ყულაბაში დაგროვილი აქვს ასეთი შემთხვევები, რომლებიც სხვა ქირურგისათვისაც იქნება საინტერესო და პრაქტიკაში გამოსადეგი. ამიტომ საჭირო იქნება დიდი გამოცდილების მედიკოსებმა დაწერონ და თაობებს დაუტოვონ „ვეტერანი ექიმის აღსარება“ – როგორც ირლანდიელი ნეიროქირურგი ჰენრი მარშალი წერს.

საკმაოდ ვთქვი დიდებული წიგნის - „შაინის საღი აზრი გადაუდებელ აბდომინურ ქირურგიაში“ - შესახებ. სანამ ეს აღფრთოვანება ცოტათი მაინც განელდება, ჩემს შრომებში ხშირად დავიმოწმებ წიგნის ავტორებს. რაიონში მუშაობისდროინდელ ერთ შემთხვევასაც დავამატებ: რაიონულ საავადმყოფოში ვმუშაობ ქირურგად, სულ ორი, ხან სამი ექიმი ვართ, სპეციალისტები გვაკლია. განსაკუთრებული მოთხოვნა იყო მეან-გინეკოლოგზე. გამოგიტყდებით, რომ, თუმცა ინსტიტუტში ყველა საგანში „ფრიადი“ მქონდა, მაგრამ მეანობა მხოლოდ გამოცდის ჩაბარებისთვის „წავასამშაბათე.“ ბიჭები ვითომ ვყოყლოჩინობდით და არ ვესწრებოდით არც მშობიარობის მართვას, არც ორსულის გასინჯვას; მოკლედ, ამ სპეციალობაში არავითარი

გამოცდილება არ მქონდა. მშობიარობას გამოცდილი ექ-
თანი ბებია-ქალები იღებდნენ, საკმაოდ კვალიფიციურა-
დაც. რთულ შემთხვევებს ბათუმში ვგზავნიდით. ერთ სა-
ღამოს, მორიგე ბებია ქალმა შემატყობინა, რომ შემოვიდა
40 წლის პირველი მშობიარე, იმშობიარა ნორმალურად,
დედაც და ბავშვიც კარგად არიანო.

დილით, შემოვლის დროს მომეჩვენა, რომ ამ პაცი-
ენტს დიდი მუცელი აქვს. ნამდვილად იმშობიარა მეთქი –
ვიკითხე. ქალი გავსინჯე - პალპაციით ისინჯება დიდი ზო-
მის საშვილოსნო, ძალიან ჰგავს ორსულობას. სტეტოსკო-
პით მოვისმინე მუცლადმყოფი ნაყოფის აჩქარებული გუ-
ლისცემა. მივხვდი, რომ საქმე გეჭონდა ტყუპ ნაყოფთან,
მაგრამ შემდგომ რა უნდა გავაკეთო, არ ვიცი – იქნებ მო-
ცდა სჯობს, როგორც პირველი ნაყოფი იმშობიარა, ისე მე-
ორესაც გააჩენს – მეთქი. მაინც, საინტერესოა, თუ ერთი
გამოაძევა, მეორეს რატომ უჭირს?! სატელეფონო კავში-
რით ვინმეს კონსულტაცია დიდ სიძნელეს წარმოადგენდა.
იმედი მაინც წიგნებისა მქონდა. კაბინეტში ყველა სპეცია-
ლობაში ფუნდამენტური სახელმძღვანელოები მელაგა.
ადვილად მივაგენი ჩემი გასაჭირის პასუხს: თურმე, ტყუ-
პების ორსულობა შეიძლება იყოს ერთკამერიანი, როცა
ორივე ნაყოფი ერთ კამერაშია მოთავსებული და ორკამე-
რიანი, როცა თითოეულ ნაყოფს თავისი კამერა აქვს, სავსე
სანაყოფე წყლებით. ზოგჯერ სანაყოფე გარსი მკვრივია
და თავისით არ სკდება, რასაც ჩვენს შემთხვევაში ჰქონდა
ადგილი. ამ დროს ექიმმა სანაყოფე გარსი უნდა გახიოს,
წყლები დაიღვრება და ნაყოფის გამოძევებაც დაიწყება. ეს
ყველაფერი ჩაკეტილ კაბინეტში ნახევარ საათში წავიკით-

ხე, რამდენიმე წყაროში. რიხიანად ვბრძანე მშობიარეს მო-
თავსება გინეკოლოგიურ მაგიდაზე. ხელებით ვერ შევძე-
ლი სანაყოფე გარსის გახევა. როგორც კი შევახე გარსს
სკალპელის წვერი, სანაყოფე წყლებმა იხუვლა, ცოტა დამ-
სვარა კიდევ, მაგრამ ადვილად იმშობიარა, მაშინვე.

რაიონში მუშაობის პერიოდში საკმაო გამოცდილება
შევიძინე ამ სპეციალობაში. ვაკეთებდი საკეისრო კვე-
თებს, აბორტებს და სხვა მანიპულაციებს. რაიონში სამი
წლის მანძილზე მუშაობის პერიოდში ერთ ქალს სამჯერ
გავუკეთე საკეისრო კვეთა - ვინრო მენჯი ჰქონდა, თანაც
ყოველწლიურად ორსულობდა.

რაიონში მუშაობის დაწყებიდან ორი თვის შემდეგ ჩა-
მოვიდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის კომისია,
ჯანდაცვის მინისტრის პირველი მოადგილის, სპეციალო-
ბით - ქირურგის, პროფესორ ზაალ კახიანის მეთაურობით.
თუმცა საავადმყოფო ხის ძველ, ამორტიზებულ შენობაში
იყო განთავსებული, ვახერხებდით ასეპტიკა-ანტისეპის,
ჰიგიენის წესების დაცვას. ბატონ ზაალ კახიანს მოეწონა
ჩვენი შედეგები, სისუფთვე, წესრიგი. თბილისში დაბრუნე-
ბისთანავე გამოგზავნა ბრძანება: მოწონებული იქნას ქი-
რურგიული სამსახურის ორგანიზაცია რაიონულ საავად-
მყოფოში. ქირურგიული განყოფილების გამგეს აკაკი ბე-
რიძეს გამოეცხადოს მადლობა ხანგრძლივი და ნაყოფიერი
მუშაობისათვის. როგორც ზევით მოგახსენეთ, ორი თვის
სტაჟის მქონე ექიმს ხანგრძლივი... შრომისათვის. ტრაფა-
რეტული მადლობის ტექსტი ვაჩვენე. პროფესორ ზაალ კა-
ხიანს გაეცინა.

პროფესორ ზაალ კახიანთან მეგობრული ურთიერ-
თობა ჩამომიყალიბდა. იგი იყო ჩემი სადოქტორო დისერ-

ტაციის ოპონენტი.

როგორ აღმოვჩნდი ბათუმში?

1975 წლის იანვრის ბოლოს კათედრის გამგე აკადემიკოსი მამია კომახიძე მიბარებს კაბინეტში და მაცნობებს, რომ ბათუმში სჭირდებათ ქირურგი - ერთი წამყვანი ქირურგი სამწუხაროდ გარდაიცვალა, მეორე დიდი დატვირთვით ვეღარ მუშაობს და გადავიდა საუწყებო საავადმყოფოში. საოლქო კომიტეტის მდივანმა მომმართა თხოვნით, გავაგზავნო ბათუმში გამოცდილი ქირურგი... მე შენ გაგინიე რეკომენდაცია, იქაური კაცი ხარ, როცა დახმარებას გთხოვენ, უარის თქმა არ შეიძლებაო, დააყოლა.

ბატონი მამიას სიტყვა მისი თანამშრომლებისთვის კანონი იყო, მეც მოვემზადე. საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრმა მომცა ბრძანება ჩემი ბათუმში გადაყვანის შესახებ (ამ ბრძანების საფუძველზე ბათუმში ბინას მოგცემენო - მითხრა).

1975 წლის აგვისტოში დამნიშნეს აჭარის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების გამგედ, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარ ქირურგად, კოლეგიის წევრად. მალე აჭარის ექიმთა გაერთიანებულმა საზოგადოებამ - აჭარის ქირურგთა საზოგადოების თავმჯდომარედ ამირჩია.

ქვემოთ ბევრი მასალა მოვიტანე ტრავმის, ჭრილობების, ტრავმული დაავადებების შესახებ. რატომ ტრავმა?

-მიმაჩნია, რომ ტრავმა სხეულის, შინაგანი ორგანოების დაზიანების მეტად რთული კომბინაციით შეიძლება განვითარდეს, შესაბამისად, რთულია დარღვევათა კლინიკური სურათი, ძნელია მისი ამოცნობა, მკურნალობა, პრო-

გნოზის განსაზღვრა, მოკლედ, ტვინის საჭყლეტი, რთულად ამოსახსნელი ამოცანაა. სკოლაში ყველა საგანზე მეტად მათემატიკა მიყვარდა, მხატვრული ლიტერატურის კითხვას ვამჯობინებდი რთული ალგებრული ამოცანების ამოხსნაში ღამეების გათენებას.

ეს წიგნი, რა თქმა უნდა, ქირურგთა ფართო წრისათვისაც დაინერა და ამას ახსნა-განმარტება არ სჭირდება. ვფიქრობ, წიგნს მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილიც წაიკითხავს.

* * *

მედიცინა ადამიანის გაჩენის დღიდან ჩაისახა და პროგრესულად ვითარდება მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების ახალ მიღწევათა შესაბამისად. მედიცინის განვითარების მიხედვითაც შეიძლება ერის, ქვეყნის კულტურისა და განათლების დონის შეფასება. ქართული მედიცინა კაცობრიობის ცივილიზაციის ღირსეული შემადგენელი ნაწილია. იგი შორეული ფესვებიდან იღებს სათავეს... ძველი შუმერული და ხეთურ-სუბარული სამყაროდან მითოლოგიის სახით ჩვენამდე მოღწეული სამედიცინო შინაარსის ცალკეული ფრაგმენტები და ქართული სამედიცინო ფოლკლორი საოცრად ჰგვანან ერთმანეთს.

სადღეისოდ დადგენილად შეიძლება ჩაითვალოს, რომ სახელწოდება მედიცინაც კოლხეთის მეფე, აიეტის ქალიშვილ მედეასგან მომდინარეობს. სამეფო ოჯახის სხვა წევრებიც სამკურნალო საქმეებით იყვნენ დაკავებული. ჩვენი რეგიონი (აჭარა) სავარაუდოდ კოლხეთის შემადგენლობაში შედიოდა. ამ ეპოქაში მედიცინა წარმოდგენილი იყო ძირითადად ქირურგიული პროფილით. არსებობისთვის

ბრძოლაში, ადამიანების შერკინებას ცხოველებთან, ერთ-მანეთთან და საყოფაცხოვრებო ტრავმული დაზიანებებისას განსაკუთრებული მკურნალობა ესაჭიროებოდა ჭრილობებს, მოტეხილობებს, დამწვრობებს, მოყინვას და სხვ. სამწუხაროდ, ისტორიულმა ქართველებმა ბევრი უძველესი ხელნაწერი, ფოლიანტი და სხვა მტკიცებულებები შეიწირა და ჩვენამდე ვერ მოაღწია. ამ მხრივ ყველაზე მეტი ზარალი საქართველოს ერთ-ერთმა უძველესმა რეგიონმა - აჭარამ განიცადა. სამწუხაროდ, არც ქართული მედიცინის ისტორიის მონოგრაფიებში, სახელმძღვანელოებში, თემატურ ჟურნალებსა თუ სხვა პუბლიკაციებში აჭარის შესახებ ცნობები არ ფიგურირებს. ბოლო წლებში აჭარაში მოღვაწე ექიმების (ა. პერტია, ვ. კვაჭაძე, ი. დიასამიძე, რ. სურმანიძე) შრომებმა აგრეთვე არქეოლოგიური გათხრების აღმოჩენებმა რამდენადმე ამოავსეს ეს ხარვეზი.

აჭარის ტერიტორიაზე აღმოჩენილია ცივილიზაციის ყველა სტადიისათვის დამახასიათებელი არქეოლოგიური ნივთები და ნასახლარები, რომლებიც მოგვითხრობენ აქაურთა ყოფაცხოვრების, დაავადებათა გავრცელების, კვების თავისებურებათა და მედიცინასთან დაკავშირებულ ბევრ სხვა საკითხთა შესახებ.

ეროვნული მედიცინის აღმავლობა ადრეფეოდალურ ხანაში დაიწყო და საზღვარგარეთაც ქრისტიანულ მონასტრებსა და ტაძრებთან, ეკლესიებთან ფუნქციონირებდნენ სნეულთა, მოხუცთა, დავრდომილთა თავშესაფარები, ქსენონები, სადაც უვლიდნენ და მკურნალობდნენ მრავალრიცხოვან პაციენტს. ისინი წარმოადგენდნენ აგრეთვე სამედიცინო-ბიოლოგიური აზროვნების ცენტრებსაც. აქ იქმნებოდა სამედიცინო ცენტრები, ითარგმნებოდა

კარაბადინები. ამ მხრივ დიდი იყო იყალთოს და გელათის აკადემიების როლი.

ეპოქალური მნიშვნელობის გამოდგა დიდი ქართველი მეცნიერის იოანე პეტრიწის მოღვაწეობა საზღვარგარეთ. მან ბერძნულიდან თარგმნა ნემისიოს ემისელის შედევრი - „ბუნებისათვის კაცისა“, ამასთანავე, გადაამუშავა იგი ნეოპლატონურ, რენესანსულ ყაიდაზე.

ქრისტიანული რელიგიის სიძლიერემ შეძლო უძველესი სამედიცინო კულტურის გადარჩენა. ქვეყნის ცენტრალური ტერიტორიის პარალელურად განაპირა მხარეებშიც იქმნებოდა რეგიონული მედიცინა, როგორც ერთიანი, ეროვნული მედიცინის მძლავრი შენაკადი. ასე იყო საქართველოს ძირძველ კუთხეში – აჭარაშიც მონღოლთა შემოსვლამდე. ამის შემდეგ ჩარხი უკუღმა დატრიალდა – მონღოლებმა მალე დაიპყრეს საქართველო, შემდეგ დაიწყო „დიდი თურქობა“. თურქებმა თანდათანობით მოახდინეს სამხრეთ საქართველოს ანექსია - ოსმალეთის იმპერიამ ცეცხლითა და მახვილით დაიპყრო მესხეთ-ჯავახეთი, აჭარა, ტაო-კლარჯეთი. დაპყრობილ ტერიტორიაზე გაძარცვეს და დაანგრიეს ეკლესია-მონასტრები, კულტურული ცენტრები, თანდათან დამყარდა თურქული სახელმწიფოებრივი წესწყობილება, გავრცელდა მუსლიმური სარწმუნოება, უდიდესი დარტყმა მიიღო სოციალურმა სფერომ, განსაკუთრებით სამედიცინო სამსახური დაზარალდა, განიავდა V საუკუნემდე შექმნილი წერილობითი დოკუმენტი, არც სამედიცინო დანიშნულების ხელნაწერებს მოუღწევია ჩვენამდე.

კოლხეთის სანაპიროებზე ბერძნულ დასახლებებს შემოჰქონდა ევროპული კულტურა, მათ შორის სამედიცინო განათლება. ქართველები კარგად იცნობდნენ მედიცინის მამამთავრის – ჰიპოკრატეს, აგრეთვე გალენისა და სხვა მეცნიერთა მოძღვრებებს. გვეამაყება, რომ მედიცინის ფუძემდებელს ჰიპოკრატეს უმოგზაურია საქართველოში, გაუკეთებია ქვეყნის აღწერა, ჩაუწერია აქ არსებული სამედიცინო ხასიათის წეს-ჩვეულებები.

აღსანიშნავია, რომ ახალი წელთაღრიცხვის IV საუკუნიდან საქართველოში იწყება სამედიცინო სამსახურის დიფერენცირება. ჩამოყალიბდა სამოქალაქო-პროფესიული მედიცინა, ხალხური მედიცინა, საეკლესიო-სამონასტრო მედიცინა. მედიცინის ამ სახეებს მჭიდრო კავშირი ჰქონდათ ერთმანეთთან, ჩვეულებრივი მოვლენა იყო გამოცდილების გაზიარება, ურთიერთდახმარება. ანალოგიური სამსახურები შეიქმნა აჭარაშიც.

ათონის ივერთა მონასტრისთვის ოქროპირ ხარაზს ზეთისხილის ბალი შეუწირავს დაავადებულთა სამკურნალოდ. სავარაუდოდ, ეს პიროვნება სოფელ კვირიკედან (აჭარიდან) ყოფილა. სხვაგან ხარაზის გვარი არ გვხვდება. გელათის აკადემიის სამონასტრო კომპლექსში სასწავლებელი ყოფილა, სადაც მედიცინაც ისწავლებოდა. აქ ბევრი აჭარელი ახალგაზრდა ეუფლებოდა მედიცინას. აჭარის მკვიდრის, ცნობილი მეცნიერის, მოაზროვნისა და მწერლის აბუსერისძე ტბელის დედა „დედოფალთ-დედოფალი“ ხათუთა გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაში ყოფილა დახელოვნებული, რომელსაც იგი სახარების, შელოცვებისა და ფსალმუნების კითხვის პარალელურად ასრულებდა. ეს ცოდნა მას თავისი შვილისთვის გადაუცია.

ცნობილ თხზულებაში „ცხოვრება ქვითხუროისა ბასილისა“ აბუსერისძე ტბელი ხიხათა ეკლესიის მშენებლების უსაფრთხოების ზომებს აღწერს. იგი მაღალი პროფესიული ცოდნით მოგვითხრობს, როგორც პრევენციის ღონისძიებებზე, ისე ტრავმის შემთხვევაში დაზარალებულთა მკურნალობის ძირითადი მომენტების შესახებ.

ძველი ქართული მედიცინის ისტორიაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილს თავისი დიდებული ნაშრომით „სამკურნალო წიგნი“. წიგნში თავმოყრილია შუა საუკუნეებამდე საქართველოში და საზღვარგარეთ დაგროვილი და ჩვენამდე მოღწეული სამედიცინო ცოდნა.

XVI საუკუნის ქართული სამედიცინო ენციკლოპედია შეადგინა დავით XI-მ (დაუდ ხანი). წიგნში მოცემულია სამედიცინო მეცნიერების თითქმის ყველა საკითხი.

ფრიად საინტერესო ცნობებს აწვდიდა თბილისის პრესას ქედის რაიონის სოფელ ძენწმანის მცხოვრები გაზეთ „ივერია“-ს კორესპონდენტი აბდულ მიქელაძე, ვის მიმართაც ქების სიტყვებს არ იშურებდნენ ილია ჭავჭავაძე, ექვთიმე თაყაიშვილი, ზაქარია ჭიჭინაძე. იგი ამავე დროს სახალხო მკურნალი გახლდათ, შეუსწავლია და მოსახლეობას უსასყიდლოდ უკეთებდა ყვავილის აცრას. აბდულ მიქელაძეს 1893 წელს სოფელ აგარაში აღმოუჩენია მცირე სამკურნალო ხელნაწერი ქართულ ენაზე. ასეთივე ხელნაწერი 1987 წელს სოფელ ჭალაში, ფემბა შერვაშიძის ოჯახში აღმოაჩინა ცნობილმა მწერალმა, ექიმმა და საზოგადო მოღვაწემ, პროფესორმა რამაზ სურმანიძემ. აღმოჩენილი ნაშრომები იძლევიან ინფორმაციას საუკუნეების წინანდელი სამედიცინო დახმარების შესახებ.

თურქთა ბატონობის პერიოდში აჭარაში სამონასტრო მედიცინის დაკნინების პარალელურად ძლიერდებოდა ხალხური მედიცინა, რომელიც დაავადებული ადამიანის ერთადერთ იმედად რჩებოდა. გამოიკვეთა ოჯახები, რომლებიც დახელოვნებულნი აღმოჩნდნენ სამკურნალო საქმეში და ეს ცოდნა მემკვიდრეობით გადაეცემოდა ოჯახის წევრს. მათ კარგად იცოდნენ წურბელების დასმა, სისხლის გამოშვება („ნეშტერით“), სამკურნალო ბალახებისგან წამლის დამზადების წესი და სხვ.

ბეზიაჩემი სეათი ახალ ჭრილობას ამოავსებდა კარგად გარეცხილი და დანაყილი წვიმის ჭიაყელის მასით. 4-5 დღის შემდეგ უკეთებდა პირველ შეხვევას. დათვალიერებით დგინდებოდა, რომ ჭრილობა თითქმის შეხორცებულია, სუფთაა.

ცნობილია წვიმის ჭიაყელას რეგენერაციის დიდი უნარი. შესაძლოა, დანაყილი ჭიაყელას წვენში არის ფერმენტი, რომელიც ჭრილობის შეხორცების მძლავრი სტიმულატორია.

მეცნიერულად დამტკიცებულია, რომ წურბელა კბენის დროს ადამიანის ორგანიზმში შპრიცის მსგავსად შეუშხაპუნებს ნერწყვს, რომელიც შეიცავს სისხლის შედედების სანინაალმდეგო ფერმენტს - ჰირუდინს. ჰირუდინის ანტიკუაგულანტური მოქმედება ბევრად აღემატება ასეთივე თვისების მქონე მედიკამენტი ჰეპარინს. წურბელის დასმას ახორციელებდნენ ჩვეულებრივ გაზაფხულზე.

ძველად, მომატებულ არტერიულ წნევას მკურნალობდნენ სისხლის გამოშვებით. ამისათვის სპეციალურ ინსტრუმენტს - „ნეშტერს“ იყენებდნენ. მართლაც, ცირკულა-

ციაში მონაწილე სისხლის მოცულობის შემცირება სისხლის გამოშვების შემდეგ ამცირებს სისხლის არტერიულ წნევასა და გართულებებს.

სახალხო მკურნალები დახელოვნებულნი იყვნენ აგრეთვე სხვადასხვა სახის მოტეხილობის მკურნალობაში (პრინციპულად სწორი მეთოდები): I-მოტეხილი ძვლის ჩასწორება, II - კიდურის იმობილიზაცია.

აჭარაში პირველი სამედიცინო დაწესებულება იყო ბათუმის სამხედრო ჰოსპიტალი, რომელიც გამარჯვებულ რუსულ ჯარს შემოჰყვა 1878 წელს და მდებარეობდა ზღვასთან ახლოს, დროებით პალატებში. ერთი წლის შემდეგ კი აშენდა ჰოსპიტლის ბარაკები. პირველი მთავარი ექიმი იყო კაზიმირ სევერინი, მედიცინის დოქტორი. ჰოსპიტალი ემსახურებოდა ოფიცრებს და მათი ოჯახის წევრებს. საკმაოდ კვალიფიციურად ხდებოდა ინფექციურ დაავადებათა პრევენცია და მკურნალობა. ამ პერიოდში დასავლეთ საქართველოს მოსახლეობაში მძვინვარებდა მალარიის ეპიდემია, ბათუმში კი არ იყო არც ერთი სამოქალაქო ექიმი, თუმცა, 1878 წელს დაუშვეს ე. წ. „ქალაქის ექიმის“ საშტატო თანამდებობა, რომელზედაც დაინიშნა ფიოდორ შეფერი, მაგრამ იგი მხოლოდ სასამართლო ექიმის მოვალეობას ასრულებდა. მისი ინიციატივით, 1880 წელს მოსახლეობისთვის გაიხსნა ქსენონი, მაგრამ დროებით იგი კერძო დაქირავებულ ბინაში განთავსდა. შეფერისავე ინიციატივით, 1887 წელს აჭარაში აშენდა პირველი სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულება, საავადმყოფო, სადაც 1902 წლამდე მუშაობდნენ ფ. შეფერი, ტ. ტრიანტაფილიდესი, მისი მეუღლე ვერა, გრიგოლ ელიავა და კონდრატე მხეიძე.

ბათუმის საქველმოქმედო საზოგადოებამ ქალაქში ღარიბი მოსახლეობისთვის დამატებით დააარსა უფასო ამბულატორია, მაგრამ უსახსრობის გამო ამბულატორია 2 წლის შემდეგ გაუქმდა.

ამ პერიოდში ბათუმის მოსახლეობა სწრაფად მატულობდა. განსაკუთრებით კი - ბაქო-ბათუმის სარკინიგზო მაგისტრალის გაყვანის შემდეგ. რკინიგზის ხელმძღვანელობამ 1902 წელს ქობულეთში ააგო 10-საწოლიანი ლაზარეთი ტუბერკულოზით დაავადებულთათვის.

1896 წელს ქ. ბათუმის ქსენონი დაინვა, სამედიცინო დახმარების გარეშე დარჩნენ ადგილობრივი მცხოვრებლები, მრავალრიცხოვანი მუშა-მოსამსახურე და ქალაქის სტუმრები. ქალაქის თავის, ლუკა ასათიანის და ექიმთა საზოგადოების კატეგორიული მოთხოვნით დაიწყო ბათუმის სახელმწიფო საავადმყოფოს დაპროექტება და მშენებლობა, რომელიც 1902 წლის 3 ოქტომბერს დასრულდა.

ახალი საავადმყოფო შედგებოდა 6 ბარაკისაგან, აქედან ერთი ქირურგიული განყოფილებისათვის იყო განკუთვნილი.

საავადმყოფოს მთავარ ექიმს გუბერნატორი ნიშნავდა. პირველი მთავარი ექიმი იყო პეტერბურგიდან მოწვეული გამოცდილი ქირურგი ბორის ფინკელშტეინი. მასთან ერთად მუშაობდნენ ცნობილი სპეციალისტები - ბორის ფროლოვი, კონდრატე მხეიძე, ალექსანდრე შატილოვი (შემდგომში თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის ოფთალმოლოგიის კათედრის გამგე), ალექსანდრე თუმანიშვილი, პლატონ გიგინეიშვილი და სხვ.

ქირურგიული სამსახური აჭარაში ჩამოაყალიბა სამმა

გამოცდილმასპეციალისტმა, მედიცინის დოქტორმა ბ. ფინკელშტეინმა, ბ. ფროლოვმა და ვ. პჩიანიშნიკოვმა. ამ მაღალკვალიფიციურმა ქირურგებმა ბათუმის საავადმყოფოში დანერგეს ქირურგიის ტრადიციული და ახალი მეთოდები, ახალი ოპერაციები. მათგან ყველაზე დიდხანს იმუშავა ბ. ფროლოვმა, რომელმაც ყველაფერი გააკეთა ბათუმში მონინავე ქირურგიული სკოლის შესაქმნელად. ბ. ფროლოვი თავის მოსწავლეს, ვ. მაქაცარიას ამზადებდა აჭარის ქირურგიის ლიდერად. 1931 წელს იგი ნებაყოფლობით გადადგა ქირურგიული განყოფილების გამგის თანამდებობიდან და ადგილი დაუთმო ვალერიან მაქაცარიას (იხ. ქვემოთ). (ფოტო 004)

ასაშენებელი საავადმყოფოსთვის მიწის ნაკვეთი მუნიციპალიტეტს უსასყიდლოდ გადასცა ზია-ბეგ აბაშიძემ. აქედან დაიწყო აჭარაში დიფერენცირებული სამედიცინო სამსახურის ჩამოყალიბება. ექიმების კვალიფიციურმა შრომამ, საავადმყოფოს სათანადო სამედიცინო ტექნიკის აღჭურვამ შედეგი გამოიღო. ბათუმის საავადმყოფო მონინავე დაწესებულება გახდა მთელი კავკასიის მასშტაბით.

1912 წელს ბათუმის საავადმყოფოში ჩამოიტანეს იმდროინდელ სამედიცინო პრაქტიკაში ახალდანერგილი რენტგენის აპარატი. იგი შეიძინა ბათუმის საავადმყოფოს მაშინდელმა მთავარმა ექიმმა ბ. სობოლევსკიმ.

სავადმყოფო ემსახურებოდა არა მარტო ქ. ბათუმის მოსახლეობას (რისთვისაც იღებდა დაფინანსებას), არამედ მთლიანად ბათუმის ოლქის და ნაწილობრივ ქუთაისის გუბერნიის მოსახლეობასაც, რის გამოც სახსრები აღარ რჩებოდა სამედიცინო აპარატურის შესაძენად და შენობის

მიმდინარე შეკეთების ჩასატარებლად. 1909 წელს სახსრების ნაკლებობის გამო საავადმყოფოს საწოლთა რაოდენობა 50-ით შემცირდა. პირველი მსოფლიო ომის დაწყებისას საწოლები კიდევ 50-ით შემცირდა და გადატანილ იქნა სკოლის შენობაში, საავადმყოფო კი სამხედრო ჰოსპიტლად გადაკეთდა. შემდეგ იგი თურქმა ოკუპანტებმა დაიკავეს. მალე ბათუმის ოლქი დემოკრატიული საქართველოს შემადგენლობაში შევიდა და გაძარცვული საავადმყოფოს შენობები ბათუმს დაუბრუნდა. უაღრესად უჭირდა აჭარის სოფლის მოსახლეობასაც. 20 000 მცხოვრებზე მხოლოდ ერთი ფერშალი მოდიოდა, ისიც მედიკამენტების და ხელსაწყოების გარეშე. მძვინვარებდა მალარია, ენდემური ჩიყვი და მრავალი ინფექციური სნეულება.

ამის მიუხედავად, ბათუმის საავადმყოფომ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა მოსახლეობის ფიზიკური გადარჩენისა და სამედიცინო კულტურის ჩამოყალიბებაში.

1887 წელს ბათუმში გახსნილ ქსენონში მოსახლეობას ქირურგიულ დახმარებას უწევდა ა. შეფერი. 1892 წელს იგი გარდაიცვალა და ქირურგ-კონსულტანტად დაინიშნა სასამართლო-სამედიცინო ექიმი გრ. ელიავა. 1896 წლიდან იგი სანიტარულმა ექიმმა კ. მხეიძემ შეცვალა. საავადმყოფოში ასრულებდნენ მარტივ ქირურგიულ მანიპულაციებს, არ იყო საოპერაციო ბლოკი, რის გამოც საოპერაციოდ პაციენტებს ქუთაისსა და თბილისში გზავნიდნენ. პირველი ქირურგიული ოპერაციები ბათუმში გააკეთა მ. ფენსტერმა 1895 წელს, მაგრამ ეს დახმარება მიუწვდომელი იყო სამოქალაქო მოსახლეობისათვის.

ბათუმში ქალაქის საავადმყოფოს დაარსებიდან (1902 -1908 წ.წ.) მთავარ ექიმად მუშაობდა მაღალკვალიფიციური ქირურგი ბ. ფინკელშტეინი, რომელიც შემდეგ ბაქოს სამედიცინო ინსტიტუტში პროფესორად მიიწვიეს. ქირურგიული განყოფილების გამგის მოვალეობას დროებით კ. მხეიძე ასრულებდა, ხოლო 1908 წლიდან ამ თანამდებობაზე მოსკოვიდან გადმოიყვანეს მაღალკვალიფიციური ქირურგი ვ. პრიანიშნიკოვი, რომელმაც განყოფილებაში ბევრი სიახლე დანერგა. 1911 წელს იგი საკუთარ სახლში მოკლეს. მის ნაცვლად მოსკოვიდან გადმოიყვანეს ასევე კვალიფიციური ქირურგი გრ. სობოლევსკი, რომელმაც მრავალმხრივ განავითარა ქირურგიული სამსახური.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, აჭარის ქირურგიული სამსახურის სრულყოფაში მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა აკადემიკოსმა მამია კომახიძემ. გასული საუკუნის 30-იანი წლების ბოლოს მან ხანმოკლე დროით -1,5 წელი იმუშავა აჭარის ჯანმრთელობის სახალხო კომისრად. მისი უშუალო ხელმძღვანელობით ჩამოყალიბდა სისხლის გადასხმის სადგური, ბათუმის პედაგოგიურ ინსტიტუტში დაარსდა ანატომიის, ემბრიოლოგიისა და ჰისტოლოგიის კათედრა. კითხულობდა ლექციებს. განსაკუთრებით აღსანიშნავია მისი დამსახურება რეგიონისთვის კვალიფიციური კადრების მომზადების საქმეში.

ამრიგად, აჭარის სამედიცინო სამსახურში გამოირჩეოდა დროის მოთხოვნათა დონის ქირურგიული სკოლა, რომელიც მოწვეულმა მაღალკვალიფიციურმა ქირურგებმა ჩამოაყალიბეს. ამ მხრივ განსაკუთრებულია ბორის ფროლოვისა და მისი მოწაფის ვალერიან მაქაცარიას დამ-

სახურება, რომლებიც ხანგრძლივი დროის მანძილზე აქტიურ ქირურგებად რჩებოდნენ, ამავდროულად მეცნიერულ მუშაობასაც ეწეოდნენ. სამედიცინო მოხსენებებით ხშირად გამოდიოდნენ ბათუმის ექიმთა სამედიცინო საზოგადოების სხდომებზე. ბათუმში შეგროვებული მასალის ანალიზით, 1909 წელს პეტერბურგში, ტურნერის კლინიკაში ბ. ფროლოვმა წარმატებით დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია.

ბ. ფროლოვის მოღვაწეობა აჭარაში ფრიად მრავალფეროვანი იყო. 1921 წელს, საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების პირველივე დღეებში ბ. ფროლოვი გაათავისუფლეს საავადმყოფოს მთავარი ექიმის თანამდებობიდან და ქირურგიული განყოფილების გამგედ დატოვეს, სადაც საშუალება მიეცა თავისი ნიჭი, ცოდნა და დრო მთლიანად საყვარელი პროფესიის - ქირურგიისთვის დაეთმო. მისი თაოსნობით დაჩქარდა მომიჯნავე სპეციალისტების - გულმკერდის ქირურგიის, უროლოგიის, ორთოპედ-ტრავმატოლოგიის, ოტორინო-ლარინგოლოგიის და ქირურგიული პროფილის სხვა სამსახურების დაფუძნება. განყოფილების გამგის მცდელობით ამ დარგებს აღმავლობის გასაქანი მიეცათ. ამ პერიოდში ჩამოყალიბდა ახალგაზრდა ქირურგების აღზრდის სკოლა ბ. ფროლოვის წინამძღოლობით. 1932 წელს მან განყოფილების გამგის თანამდებობა დაუთმო თავის ნიჭიერ მოსწავლეს, ენერგიულ და მზარდ ახალგაზრდა ქირურგს ვალერიან მაქაცარიას, თვითონ კი კონსულტანტად გადაინაცვლა.

ჩვენ აღმოვაჩინეთ ბ. ფროლოვის 31 მეცნიერული ნაშრომი, რომელთა უმრავლესობა გამოქვეყნებულია რუსეთის ცენტრალურ ქირურგიულ ჟურნალებში. მათ შორისაა

ერთი მონოგრაფია. ეს ნაშრომები გამოირჩევიან მეცნიერული სიღრმით და უსწრებენ დროს. მაგალითად, იმ დროს მონოდებული ინსტრუქციით, მწვავე აპენდიციტის მკურნალობას იწყებდნენ კონსერვატიული მეთოდებით, ოპერაციას აკეთებდნენ მხოლოდ კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობის ან გართულების შემთხვევაში. ბორის ფროლოვი ურჩევდა აპენდექტომიის გაკეთებას ადრეულ პერიოდში დიაგნოზის დაზუსტებისთანავე. სხვა შრომებშიც ავლენს ავტორი სწორ, მეცნიერულ ალღოს და იძლევა რეკომენდაციებს, რომელთა მართებულობა დადასტურდა რამდენიმე წლის შემდეგ.

1926 წელს ბ. ფროლოვი აირჩიეს აჭარის ექიმთა საზოგადოების საპატიო წევრად, ხოლო 1937 წელს მას ექიმთა საზოგადოებაში მოღვაწეობის 25 წლის იუბილე გადაუხადეს.

ვ. მაქაცარია თითქმის სამი ათეული წლის მანძილზე ხელმძღვანელობდა ქირურგიულ სამსახურს და აქტიურ პრაქტიკულ მოღვაწეობას ეწეოდა მთელი დასავლეთ საქართველოს მასშტაბით, უდიდესი კვალი დატოვა ქირურგიულ საზოგადოებაში, დამსახურებული ავტორიტეტით სარგებლობდა კოლეგებსა და მოსახლეობაში. ხალხს მაქაცარია თანამდებობა ეგონა - თბილისიდან ახალგადმოყვანილი ვიყავი, როცა კაბინეტში შემოვიდა ხანშესული მამაკაცი და მკითხა: „ახალგაზრდავ, მაქაცარიად ახლა შენ მუშაობო?“

ვალერიან მაქაცარია ფართო დიაპაზონის ქირურგი იყო, ბრწყინვალედ აკეთებდა, როგორც მუცლის ღრუს ურთულეს ოპერაციებს, ასევე თავის ტვინის, გულმკერდის ღრუს ორგანოების, უროლოგიურ, გინეკოლოგიურ,

ოტორინოლარინგოლოგიურ, სამეანო გინეკოლოგიურ ოპერაციებს. ბებიაჩემს ბოლო მშობიარობა გაჭირვებია თურმე და ბათუმიდან მოიწვიეს ქირურგი ვ. მაქაცარიას, რომელმაც 1927 წელს ხულოს საავადმყოფოში გააკეთა საკეისრო კვეთა, ამოიყვანა სალ-სალამათი ასიე მამიდა, რომელმაც 89 წელი იცოცხლა. ჩვენს ოჯახში ხშირად მადლიერებით იგონებდნენ ვალერიან მაქაცარიას.

აღსანიშნავია ვ. მაქაცარიას ყოველდღიური საქმიანობის აღწერა დღიურების სახით, სულ ნახულია 400-მდე დღიური, სადაც გაშუქებულია როგორც წარმატებული, ისე წარუმატებელი ოპერაციის ყოველი ნიუანსი შეღამაზების გარეშე. ამ დღიურების გაცნობა ნებისმიერი ქირურგისთვის მეტად სასარგებლო იქნება.

აქტუალობა დღესაც არ დაუკარგავს ვ. მაქაცარიას 1929 წელს გამოქვეყნებულ შრომას: „გულის ჭრილობაზე ნაკერების დადების შემთხვევა“. ავტორი აღწერს გულის ჭრილობის სამ შემთხვევას - პირველი წარმატებული ოპერაცია გაუკეთებია ბ. ფროლოვს; მეორე ოპერაცია - ვ. მაქაცარიას, - ავადმყოფს საოპერაციო მაგიდაზე გაუჩერდა გული და გარდაიცვალა. მესამე ოპერაცია ისევ ვ. მაქაცარიას გაუკეთებია 1929 წლის 2 თებერვალს - პაციენტი განიკურნა.

ავტორი ასკვნის, რომ მოცდა გულის ჭრილობის შემთხვევაში დამლუპველია, მაგრამ ისიც არ უნდა დაგვაინყდეს, რომ თუ სათანადო პირობები არაა შექმნილი, ოპერაცია არ უნდა გაკეთდეს.

დღიურებში, თავში „ჩემი შეცდომები“, ვ.მაქაცარია აღწერს შემთხვევას, როცა მასთან მისულა პაციენტი გუ-

ლმკერდის მარცხენა ნახევარში დანით მიყენებული ჭრილობით, ეჭვი მიიტანა გულის ჭრილობაზე, მაგრამ ოპერაცია ვერ გაბედა (არ იყო საოპერაციო მედდა), რომლის დახმარებითაც ოპერაციას გავებდავდით. 2 საათის შემდეგ პაციენტი გარდაიცვალა. ავტორმა მოაწოდა გულის ჭრილობის ახალი, ორიგინალური ვარიანტი - რკალისებრი განაკვეთი გულმკერდის წინა ზედაპირზე.

დღიურებში ყოველგვარი შელამაზების გარეშე განხილულია ავტორის შეცდომები, რაც მის უდიდეს კეთილსინდისიერებაზე მიუთითებს.

ქირურგიულ პრაქტიკაში ამჟამად გაუტკივარების საუკეთესო მეთოდად ითვლება ზურგის ტვინის ანესთეზია. ვ. მაქაცარიამ მოაწოდა სპინალური ანესთეზიის სპეციალური-ბირის ნემსის გაუმჯობესებული ვარიანტი, რომელიც გამოიყენა 1600 შემთხვევაში. საუკეთესო შედეგით, - არ ჰქონია მძიმე გართულების ან სიკვდილიანობის არც ერთი პრეცედენტი. ამის შესახებ მან 1930 წელს გამოაქვეყნა ნაშრომი ჟურნალში „Новый хирургический архив.“

ორიგინალური ოპერაციის მეთოდი მოაწოდა ვ. მაქაცარიამ ქვედა კიდურის ვარიკოზული ვენების სამკურნალოდ. მან შექმნა აგრეთვე საკუთარი კონსტრუქციით სისხლის გადასხმის აპარატი, რომლის პრეზენტაციაც ამიერკავკასიის ქირურგთა მე-2 კონფერენციაზე შედგა. საყურადღებო ნაშრომები მიუძღვნა ავტორმა იმ დროისთვის აჭარაში გავრცელებულ ენდემურ დაავადებებს-ჩიყვსა და მალარიას.

გასული საუკუნის 30-40-იან წლებში აჭარის ქირურგიული სამსახურის სრულყოფაში მნიშვნელოვანია სტე-

ფანე იუზბაშევის როლი. ის მუშაობდა ქობულეთის რაიონულ საავადმყოფოში, მოკლე ხნით - ხულოს რაიონში, ბოლოს, ვ. მაქაცარიას ხელდასმით, იგი აჭარის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების უფროს ორდინატორად დანიშნეს. მოსკოვში ბოტკინის სახელობის საავადმყოფოში კვალიფიკაციის ასამაღლებლად ჩასულმა ს. იუზბაშევმა მონაწილეობა მიიღო ქირურგიული განყოფილების ორდინატორის თანამდებობის დასაკავებლად გამოცხადებულ კონკურსში და გაიმარჯვა. აქედან იგი დიდ დახმარებას უწევდა მოსკოვში კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების მსურველებს. ქ. ბათუმის მერიამ 1947 წელს ს. იუზბაშევს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის დამსახურებული ექიმის საპატიო წოდება მიანიჭა.

ვ. მაქაცარია 1951 წელს, ახალგაზრდა ასაკში გარდაიცვალა. ქირურგიული განყოფილების გამგისა და მთავარი ქირურგის პოსტი თბილისიდან მოწვეულმა ქირურგმა, დოცენტმა ვასილ ოთხმეზურმა დაიკავა. პროფ. ა. მაჭავარიანის მოწაფემ ვ. ოთხმეზურმა მნიშვნელოვანი წვლილი მიიღო ი. ჯანელიძის, ბ. პეტროვის, ე. ჰესსეს, ვ. შააკის, ვ. შევკუნენკოს კლინიკებში. დიდი გამოცდილების მქონე ქირურგი II მსოფლიო ომის დროს იყო საევაკუაციო ჰოსპიტლისა და სამხედრო სამედიცინო ნაწილის კონსულტანტად. აჭარაში სულ ორი წელი იმუშავა ვ. ოთხმეზურმა, მაგრამ ბევრის გაკეთება შეძლო. მისი ინიციატივით ჩამოყალიბებულმა ექსპედიციამ მაღალმთიან აჭარაში შეისწავლა ჩიყვის ენდემიის გავრცელება, ასრულებდა რესპუბლიკის მთავარი ქირურგის მოვალეობას, იყო ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების თავმჯდომარე.

1952-1966 წლებში აჭარაში ქირურგიულ სამსახურს ხელმძღვანელობდა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი ვარლამ გიორგაძე. ცოდნის, გამოცდილებისა და შრომის-მოყვარეობის სინთეზით ვარლამ გიორგაძემ კიდევ უფრო მაღალ დონეზე აიყვანა დარგი მეცნიერული და პრაქტიკული თვალსაზრისით. მისი ხელმძღვანელობით ათმა ახალგაზრდა ქირურგმა საკანდიდატო, ხოლო ორმა სადოქტორო დისერტაცია დაიცვეს. მისი მეცადინეობით, აჭარის ყველა რაიონში მუდმივად მუშაობდა კვალიფიციური ქირურგი.

ვ. გიორგაძის ინიციატივით, ზოგადი ქირურგიის განყოფილებებში გამოიყო ოფთალმოლოგიური, ოტორინოლარინგოლოგიური, ონკოლოგიური, ბავშვთა ქირურგიის, უროლოგიური, ტრავმატოლოგიური სპეციალიზებული საწოლები, რომლებსაც შესაბამისი დარგის კვალიფიციური ექიმები უძღვებოდნენ (ევგენია შტრამელი, დურსუნ დიასამიძე, როსტომ ქიქავა, თენგიზ კონცელიძე, ჭოლა კილაძე, რევაზ მსახურაძე).

ქირურგიული განყოფილებები, საოპერაციო ბლოკები აღიჭურვა თანამედროვე სამედიცინო ტექნიკით, ინვენტარ-მოწყობილობებით, პარალელურად მატულობდა ოპერაციების რაოდენობა და ხარისხი. ქირურგიული პროფილის საწოლთა რაოდენობა 1961 წლისათვის 370-მდე გაიზარდა.

ვ. გიორგაძის დამსახურებაა აგრეთვე ქირურგიული საზოგადოების გააქტიურება. ყოველწლიურად მზადდებოდა საზოგადოების სხდომა, მოიხსენიებოდა ადგილობრივ ქირურგთა სამეცნიერო ნაშრომები, ხშირად ტარდებოდა საზოგადოების გამსვლელი სხდომები რაიონებში:

ვარლამ გიორგაძის ნაყოფიერი მოღვაწეობა აჭარაში სამაგალითო იყო ქირურგთა მომდევნო თაობებისთვის.

1966 წელს ვ. გიორგაძე სამუშაოდ გადაიყვანეს ქ. ქუთაისში. აჭარის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების გამგედ დაინიშნა დეოდოტ ხარიტიდი, ხოლო მთავარ ქირურგად - ბათუმის N1 საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების გამგედ ავნი დიასამიძე.

ავნი დიასამიძემ 1937 წელს დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი, ოთხი წელი იმუშავა ქ. ბათუმის ჯანმრთელობის განყოფილების გამგედ. 1942 წლის 26 ივნისს გაიწვიეს საბჭოთა არმიაში, იყო სანიტარული ბატალიონის წამყვანი ქირურგი, იბრძოდა ფაშისტური გერმანიის წინააღმდეგ კავკასიაში, ჩეხოსლოვაკიაში, ავსტრიაში, რუმინეთში, პოლონეთში, გერმანიაში. დემობილიზაციის შემდეგ ბატონი ავნი მუშაობდა ბათუმის ქირურგიულ განყოფილებებში, ყველაზე დიდხანს - ქ. ბათუმის N1 საავადმყოფოს ქირურგად, განყოფილების გამგედ და ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარ ქირურგად.

სამწუხაროდ, 1975 წელს ავნი დიასამიძე გარდაიცვალა, დ. ხარიტიდი გადავიდა სამუშაოდ მეზღვაურთა საავადმყოფოში, ჯანმრთელობის გაუარესების გამო ნაკლები დატვირთვით სამუშაოდ. ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვისა და ხელისუფლების მესვეურებმა თხოვნით მიმართეს აკადემიკოს მამია კომახიძეს, შეერჩია კანდიდატურა აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარ ქირურგად, ქირურგიული სამსახურის ხელმძღვანელად. ბატონმა მამიამ მაცნობა, რომ გადაწყვიტა, მე გავეგზავნე ამ თანამდებობაზე ბათუმში, ამის შესახებ ზემოთ გიამბოეთ.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნო, რომ ამ პერიოდში მე მხარს მიჭერდნენ აჭარის ხელისუფლება, ჯანდაცვის მინისტრი - ბატონი რამაზ სურმანიძე, აკადემიკოსი მამია კომახიძე, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარი ქირურგი, პროფესორი გურამ ტატიშვილი. მათი ხელშეწყობით მოკლე ხანში განვახორციელეთ ქირურგიული დახმარების სპეციალიზაცია - გამოყოფილი საწოლების ნაცვლად გაიხსნა და სრული დატვირთვით დაიწყო საქმიანობა უროლოგიურმა, ტრავმატოლოგიურმა, ბავშვთა ქირურგიულმა, ენდოკრინულმა და სხვა, 60 საწოლზე გათვლილმა განყოფილებებმა. ყველა ამ განყოფილებაში მუშაობდნენ გამოცდილი სპეციალისტები მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხით.

იმ პერიოდში ჩამოყალიბდა რესპუბლიკური სანავიო სამსახური, რომლის გამართულმა მუშაობამ მრავალი პაციენტის სიცოცხლე გადაარჩინა. თბილისიდან ჩამოდიოდნენ გამოცდილი კონსულტანტები, ხოლო ჩვენ დაუყოვნებლივ გავდიოდით რაიონებში. დავნერგეთ ახალგაზრდა ქირურგთა კვალიფიკაციის ასამაღლებელი მივლინება საბჭოთა კავშირის ცნობილ ქირურგიულ ცენტრებში. პირადად მე, ყოველწლიურად კუთვნილ შვებულებას კიდეც 1-2 თვიან უხელფასო შვებულებას ვამატებდი და სტაჟირებას გავდიოდი მოსკოვის, ლენინგრადის და კიევის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებში. მეგობრული ურთიერთობა დავამყარე ამ კლინიკების ხელმძღვანელობასთან, რაშიც დიდად მეხმარებოდა ჯერ აკადემიკოს მ. კომახიძის, შემდეგ პროფესორ გ. ტატიშვილის სარეკომენდაციო წერილები.

გასული საუკუნის 80-90-იან წლებში ვიყავი აჭარის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების თავმჯდომარე.

ბატონი გურამ ტატიშვილის დახმარებით, აჭარის ჯანდაცვის მინისტრის, პროფესორ რამაზ სურმანიძისა და აჭარის ხელისუფლების ხელშეწყობით მოხერხდა ამიერკავკასიის ქირურგთა IX ყრილობის ბათუმში ჩატარება. დამკვიდრებული ტრადიციის მიხედვით მანამდე ყველა ყრილობა ტარდებოდა ამიერკავკასიის რესპუბლიკების დედაქალაქებში-მორიგეობით, ყოველ 3 წელიწადში, თბილისში, ბაქოსა და ერევანში. პირველი პრეცედენტი გახდა ყრილობის თბილისის ნაცვლად ბათუმში ჩატარება - ისევ ზემდგომი ორგანოების ხელშეწყობით, პროფესორ გ. ტატიშვილის შუამდგომლობით. ყრილობა მართლაც დიდებულიად ჩავატარეთ, რეზონანსი, გამოხმაურება უამრავი იყო. კმაყოფილებით და სიყვარულით საუბრობდნენ ბათუმზე. ეს ფორუმი არაფრით არ ჩამოუვარდებოდა საკავშირო ყრილობას-800-ზე მეტი დელეგატი ჩამოვიდა სსრკ-ს ყველა რესპუბლიკიდან, საზღვარგარეთიდან. 30-ზე მეტი მეცნიერული ნაშრომი წაიკითხეს ბათუმელმა მედიკოსებმა და მაღალი შეფასებებიც დაიმსახურეს.

ჯანდაცვის მინისტრის, რამაზ სურმანიძის დახმარებით კიდევ უფრო გავზარდეთ ქირურგიული სამსახურის დიაპაზონი - ჩამოვაყალიბეთ თანამედროვე დონის ქირურგიული პროფილის განყოფილებები: სისხლძარღვთა, ქირურგიის, ნეიროქირურგიის, ყბა-სახის ქირურგიის, პროტოლოგიის სამსახურისათვის, შევძელით მათი აღჭურვა შესაბამისი სამედიცინო ტექნიკითა და ინვენტარით. ახალგახსნილ განყოფილებებს ხელმძღვანელობდნენ შესაბამი-

სად: ვ. კოზლოვი, ი. ჩოთრაძე, შემდეგ მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი ნუგზარ გურგენიძე, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი ვაჟა ჩანტლაძე, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი ო. კომახიძე.

ნაყოფიერი იყო გივი ცივაძის მოღვაწეობა აჭარაში. 1972 წელს დაამთავრა ხარკოვის სამედიცინო ინსტიტუტი, 1974 წელს იმავე ინსტიტუტის ორდინატურა. 1978 წელს დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია და დაბრუნდა მშობლიურ აჭარაში. მუშაობდა რესპუბლიკური საავადმყოფოს მთავარი ექიმის მოადგილედ, ორი წლის შემდეგ კი გადაიყვანეს ქ. ბათუმის N1 საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების გამგედ. ამ პოსტზე მუშაობის დროს განყოფილებაში დანერგა ვაგოტომიის დამზოგველი ოპერაციები კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის გართულებული წყლულების სამკურნალოდ. გ. ცივაძე შემდეგ მუშაობდა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის მინისტრად, აჭარის მთავრობის თავმჯდომარის მოადგილედ, შემდეგ იყო საქართველოს მესამე მოწვევის პარლამენტის წევრი. სამწუხაროდ, გ. ცივაძე ახალგაზრდა ასაკში გარდაიცვალა.

ქირურგიული პროფილის სპეციალიზირებული სამსახურების ჩამოყალიბებამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა აჭარაში სამედიცინო დახმარების ხარისხი. ამ საქმეში დიდი წვლილი შეიტანეს ექიმებმა ჭოლა კილაძემ, სიმონ ნამგალაძემ, რესან ქიქავამ, მემედ ჯინჭარაძემ, რევაზ მსახურაძემ. ხუთ ათეულ წელზე მეტია ტრავმატოლოგიურ სამსახურს ხელმძღვანელობს მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, ბათუმისა და ქედის საპატიო მოქალაქე, შესანიშნავი ექიმი და პიროვნება ავთანდილ დიასამიძე.

ქ. ბათუმის N1 საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების გამგედ დიდი ხნის მანძილზე იყო (საავადმყოფოს გაუქმებამდე) მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი ჯემალ ნაკაშიძე.

ავნი დიასამიძის გარდაცვალების შემდეგ ქალაქის N1 საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების გამგედ დაინიშნა ნოდარ პერტია - განათლებული, გამოცდილი ქირურგი, რომელიც უნარიანად უძღვებოდა ქირურგიულ განყოფილებას გარდაცვალებამდე.

გასული საუკუნის 80-იანი წლებიდან ბათუმში დაინერგა ქირურგიული განყოფილებების მორიგეობა. ქ. ბათუმში ფუნქციონირებდა სამი მრავალპროფილიანი საავადმყოფო - რესპუბლიკური, ქალაქის N1 და N3 საავადმყოფოები. N2 საავადმყოფოს ქირურგიული სამსახური არ გააჩნდა, ამიტომ ის არ მორიგეობდა. ამ განრიგმა გააუმჯობესა აჭარის მოსახლეობის ქირურგიული დახმარების ხარისხი. მორიგეობისათვის საავადმყოფოები გულმოდგინედ ემზადებოდნენ. მიღების დღეებში მორიგეებად ნიშნავდნენ გამოცდილ ქირურგებს, საოპერაციო მედლებს, მორიგე ანესთეზიოლოგიურ ბრიგადებს, დღე-ღამის განმავლობაში მორიგეობდა ექიმი რენტგენოლოგი, ლაბორანტი, ბინიდან გამოძახებით – ენდოსკოპისტი, ექოსკოპისტი. სპეციალიზირებულ ქირურგიული პროფილის განყოფილებები (უროლოგია, ტრავმატოლოგია, სისხლძარღვთა ქირურგია, პროქტოლოგია) სასწრაფო წესით პაციენტებს ყოველდღიურად იღებდნენ. მიღების პერიოდში მორიგე პერსონალის გარდა დიდი პასუხისმგებლობა ეკისრებოდა განყოფილების გამგეს, რომელსაც საჭიროების

შემთხვევაში რთულ და მძიმე პაციენტთან საკონსულტაციოდ იძახებდნენ. ამ პერიოდში (როცა დაწესებული იყო საავადმყოფოების მორიგეობა) ქირურგიული განყოფილების გამგეებად მუშაობდნენ: რესპუბლიკურ საავადმყოფოში - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი ა. ბერიძე, შემდეგ გ. ცეცხლაძე, ზ. ჩიხლაძე, ვ. თედორაძე, ქალაქის N1 საავადმყოფოში - ნ. პერტია, მედიცინის დოქტორი ჯ. ნაკაშიძე, გ. ცივაძე, შემდეგ კვლავ ჯ. ნაკაშიძე.

ქ. ბათუმის N3 ბნზ-ს საავადმყოფოს ლიკვიდაციამდე შეუჩერებლად მუშაობდა მედიცინის დოქტორი ნაბრი მიქელაძე.

სპეციალიზირებულ სამსახურებს უძღვებოდნენ -ან-ესთეზიოლოგია-რეანიმაცია: ს. კატლიაროვი, თ. პეშკოვი, ი. ნაკაშიძე. ქალაქის N1 საავადმყოფოში: ს. ცაბოლოვა, ქალაქის N3 საავადმყოფოში: ი. კარბიშვილი.

უროლოგიური განყოფილება ფუნქციონირებდა რესპუბლიკურ საავადმყოფოში (გამგე: ჭ. კილაძე, ლ. ხეჩინაშვილი, ზ. ხალვაში, ლ. გვარიშვილი).

ბათუმის N1 საავადმყოფოში ფუნქციონირებდა ავტონომიურ რესპუბლიკაში ერთადერთი ტრავმატოლოგია-ორთოპედიის განყოფილება, რომლის პირველი გამგე სიმონ ნამგალაძე იყო, შემდეგ დიდი ხნის მანძილზე - მედიცინის დოქტორი რევაზ მსახურაძე, მომდევნო პერიოდში – მედიცინის დოქტორი ავთანდილ დიასამიძე.

საკმაოდ ნაყოფიერ მუშაობას ეწეოდა N3 საავადმყოფო, რომლის ქირურგიული განყოფილების გამგე დიდი ხნის მანძილზე იყო მედიცინის დოქტორი ნაბრი მიქელაძე. ის წარმატებით ასრულებდა ზოგადი ქირურგის მოთხოვ-

ნების ყველა ოპერაციას. განყოფილების ბაზაზე ფუნქციონირებდა ანგიოლოგიური განყოფილება, სადაც მოღვაწეობდნენ ნ. ვ. კოზლოვი, მ. იდელევიჩი, მ. ჯორბენაძე.

ენდოსკოპიური კვლევები აჭარაში დანერგა მედიცინის დოქტორმა ზურაბ დიასამიძემ. ქ. მოსკოვის N1 სამედიცინო ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ იქვე გაიარა ასპირანტურის კურსი ქირურგიაში, მოამზადა და დაიცვა დისერტაცია მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის ხარისხში.

ზურაბ დიასამიძე იყო მაღალი პროფესიონალი ენდოსკოპისტი. დიაგნოსტიკის გარდა ატარებდა რთულ ენდოქირურგიულ ოპერაციებს ენდოსკოპიური კოაგულაციის მეთოდით წყლულიდან სისხლდენის შესაჩერებლად. სამწუხაროდ, ზ. დიასამიძე ახალგაზრდა ასაკში გარდაიცვალა. მის შემდეგ ენდოსკოპიურ სამსახურს რესპუბლიკურ საავადმყოფოში უძღვებოდნენ ექიმები თამარ ხაჭაღია და სოსო შერვაშიძე.

1991 წელს, ბათუმში, რესპუბლიკურ საავადმყოფოში ქირურგიული განყოფილების ექიმ სოლომონ ფუტყარაძის ინიციატივით შეიძინეს ულტრასონოგრაფიული სადიაგნოსტიკო აპარატი. ექოსკოპიის აპარატი იყო შავ-თეთრი, ამერიკული წარმოების. სოლომონმა აპარატზე მუშაობა შეისწავლა თბილისის წამყვან სამედიცინო დაწესებულებებში - თერაპიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში, ქირურგიის სამეცნიერო-კვლევით, ჩაჩავას სახელობის სამეცნიერო კვლევით, ი. ჟორდანიას სახელობის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის ინსტიტუტებში, საზღვარგარეთ კი რამდენიმეჯერ გაიარა სტაჟირება. შეისწავლა და ბათუმის

სამკურნალო დაწესებულებებში დანერგა ქირურგიულ მანიპულაციები ულტრასინოგრაფიის კონტროლით. პირველი პროცედურა დაიწყო ღვიძლის აბსცესების დრენირებით. ასე, რომ სოლომონ ფუტკარაძე ინტერვენციული რადიოლოგიის ფუძემდებელია აჭარაში. მის პროფესიულ დაოსტატებას ხელი შეუწყო თვითონ სპეციალობამ – ქირურგიამ. სოლომონი პაციენტს ჩაუტარებდა ექოსკოპიურ კვლევას, მისსავე გასინჯული პაციენტის თითქმის ყველა ოპერაციაში მონაწილეობდა, აფასებდა საოპერაციოში თვალთ ნახულ ორგანოს ექოსკოპიურ სურათს, დანერდა, იმახსოვრებდა და ასე ჩამოყალიბდა საქართველოში ერთ-ერთ საუკეთესო სპეციალისტად.

ულტრასონოგრაფიულმა კვლევებმა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ქირურგიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. განსაკუთრებულია ამ კვლევის როლი ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის, ნაღვლის გზების დიაგნოსტიკაში. ამ კვლევის დანერგვის შემდეგ ბათუმში ნაღვლის გზების დაავადებებით პაციენტთა ნაკადი 10-ჯერ გაიზარდა.

სოლომონ ფუტკარაძემ მალე დაიცვა დისერტაცია, გვაქვს ერთობლივი შრომები. ადმინისტრაციული და პედაგოგიური დატვირთვის მიუხედავად (ამჟამად რესპუბლიკური საავადმყოფოს მთავარი ექიმია), სოლომონ ფუტკარაძე აგრძელებს პრაქტიკულ მოღვაწეობას ულტრასონოგრაფიულ კვლევებში.

წარმოგიდგენთ ქირურგიული სამსახურის ახლანდელ მდგომარეობას: დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ დაბნეულობისა და ანარქიის პირველმა წლებმა ჩაია-

რა. ჩვენი მოსახლეობისთვის დამახასიათებელი გულთბილობისა და სამედიცინო პერსონალის უანგარო, თავდადებული შრომის მეოხებით საავადმყოფოები ყველა აუცილებელ შემთხვევაში ახერხებდნენ გადაუდებელ ქირურგიულ დახმარებას. შემოიძლია მთელი პასუხისმგებლობით განვაცხადო, არ დარჩენილა პაციენტი ოპერაციის ან სხვა რაიმე სასიცოცხლოდ აუცილებელი ჩარევის გარეშე. მედიკამენტები ძირითადად ექიმებსა და მედღებს მოჰქონდათ, არაიშვიათად - საკვებიც. ცხადია, ასე დიდხანს ვერ გაგრძელდებოდა.



ქართული მედიცინის გადასარჩენად საჭირო დროს, საჭირო ადგილზე, საჭირო კაცი მოავლინა უფალმა ჯანდაცვის მინისტრად დაინიშნა ავთანდილ ჯორბენაძე, მედიცინის დოქტორი, ახალგაზრდა, მაგრამ ჯანდაცვის ორგანიზაციაში დიდი გამოცდილების მქონე პიროვნება. როგორც პოლიტოლოგი ნოდარ ხუბუა ამბობს, „ავთანდილ ჯორბენაძემ ფერფლიდან

ალადგინა ქართული მედიცინა“. ქართული სახელმწიფოს საკანონმდებლო ბაზის შექმნა ჯანდაცვის სფეროს რეორგანიზაციით დაიწყო. იგი ნოვატორი იყო არა მხოლოდ ყოფილ საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკაში, არამედ ზოგადად აღმოსავლეთ ევროპის პოსტსოციალისტურ ქვეყნებშიც.

სამედიცინო სამსახურის მატერიალური ბაზის შექმნაში ხელისუფლებამ სერიოზული ღონისძიებები გაატარა: სახელმწიფო ქონების პრივატიზაცია, კერძო სამედიცინო

დანესებულებების კომპლექსების მშენებლობის ხელშეწყობა. აქ აშკარად გამოჩნდა საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების უპირატესობა საბჭოთა მოდელთან შედარებით.

სამწუხაროდ, მომდევნო წლებში ჯანდაცვის ახალი სისტემის დაფუძნება ხორციელდება ხარვეზებით. სამედიცინო დანესებულების დაარსება არ ხდება გეგმიურად, სტატისტიკური ნორმების გათვალისწინებით. შედეგად მივიღეთ ჭარბი რაოდენობის საავადმყოფოები, ჭარბი ქირურგიული საწოლებით, ჭარბი ექიმთა კადრებით. უკლებლივ ყველა საავადმყოფო აშენდა კერძო ინვესტორების მიერ. სახელმწიფოს თითქმის არაფერი აუშენებია.

ქ. ბათუმში ჯერჯერობით ფუნქციონირებს 10 საავადმყოფო, რომლებიც ქირურგიული პროფილის პაციენტთა მიღებას აწარმოებენ. ახალი საავადმყოფოები ყოველწლიურად იხსნება.

ქ. ბათუმის საავადმყოფოები ქირურგიული საწოლებით:

1. ირის ბორჩაშვილის სახელობის ჯანმრთელობის ცენტრი „მედიკა“. ქირურგიული დეპარტამენტი. გამგე მ. დ. მ. გოგოლაძე.

მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია;

2. შპს მაღალტექნოლოგიური კლინიკა „მედცენტრი“. ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე მ. დ. ბ. ჩახვაძე.

მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია, სისხლძარღვთა ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე - მ. მიქელაძე. კარდიოქირურგიის მიმართულება.

3. რესპუბლიკური საავადმყოფო. ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე მ. დ. ვ. თედორაძე. მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია, სისხლძარღვთა ქირურგია, ბავშვთა ქირურგია.

4. ბათუმის სამედიცინო ცენტრი. ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე: ვ. დიასამიძე. მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია, სისხლძარღვთა ქირურგია.

5. შპს ბროტჩერსი (ბაუ). ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე მ. დ. გ. მიქელაძე მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია, სისხლძარღვთა ქირურგია, კარდიოქირურგია.

6. ბათუმის რეფერალური კლინიკური საავადმყოფო. ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე მ. დ. კ. ქაშიბაძე. მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია, სისხლძარღვთა ქირურგია.



7. მეზღვაურთა სამედიცინო ცენტრი. ქირურგიის დეპარტამენტი - გამგე - თ. ხანთაძე. მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია.

8. ქირურგიის ინსტიტუტის ბათუმის ფილიალი. ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე - გ. გარლიანი. მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია.

9. ხოზრევანიძის კლინიკა. ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე - მ. დ. მ. ნაკაშიძე. მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია, სისხლძარღვთა ქირურგია. კარდიოქირურგია;

10. ბათუმის დედათა და ბავშვთა სამედიცინო ცენტრი. ქირურგიის დეპარტამენტი. გამგე - თ. თებიძე. მიმართულებები: ტრავმატოლოგია, უროლოგია, ნეიროქირურგია, სისხლძარღვთა ქირურგია, კარდიოქირურგია.

ვაზუსტებ: ბათუმში 10 საავადმყოფო ფუნქციონირებს, სადაც გაშლილია ქირურგიული საწოლებიც. ყოველდღიურად თითოეულ საავადმყოფოში საშუალოდ 10 ავადმყოფი მკურნალობს, სულ - 100. ამ რაოდენობის ქირურგიული პროფილის ავადმყოფებს თავისუფლად მოემსახურება 2-3 საავადმყოფო, რომელთაც გაუნაწილდებათ გადაუდებელი შემთხვევების მიღების დღეები, ყოველ დეპარტამენტში სამკურნალოდ იქნება 30-40 პაციენტი, მიღების დღეებში მორიგე ბრიგადის დაკომპლექტება შესაძლებელი გახდება აუცილებელი სპეციალისტებით, პაციენტთა კონცენტრაცია ხელს შეუწყობს სტუდენტთა პრაქტიკას, ახალგაზრდა ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლებას, მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესებას.

ასევე გაუმართლებლად მიგვაჩნია რაიონებში სამედიცინო სამსახურის მონოპოლიზაცია ერთი კომპანიის მიერ - პაციენტს არა აქვს ექიმისა და საავადმყოფოს კანონით მინიჭებული არჩევის უფლება, მესაკუთრე მოგების კრიტერიუმებით მართავს საავადმყოფოს. მაღალმთიანი აჭარის სამივე რაიონში გაუქმებულია საავადმყოფოში ქირურგიული პროფილის ავადმყოფთა მიღება.

ბოლო წლებში მრავალპროფილიან საავადმყოფოში მოწვეული სპეციალისტებით ატარებენ რთულ ჩარევებს გულზე (გულის იშემიური დაავადების, სარქველების მანკებით).

ბათუმის რეფერალურ საავადმყოფოში წარმატებით ხორციელდება ღვიძლის გადანერგვა დონორისაგან აღებული ღვიძლის წილით. შედეგები არ ჩამოუვარდება საერთაშორისო სტატისტიკურ მონაცემებს.

ეს უდიდესი სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის მქონე ურთულესი სამედიცინო პროექტი პრაქტიკულად განახორციელა ახალგაზრდა პროფესორმა **კახაბერ ქაშიბაძემ** (სიამაყით აღვნიშნავ, რომ კახა ჩემი მოსწავლეა!).

ნიჭიერმა ახალგაზრდამ შესაშური ნებისყოფა, შრომის უნარი და მიზანსწრაფვა გამოავლინა, მრავალი ქვეყნის ტრანსპლანტაციის ცენტრში სრულად აითვისა ღვიძლის გადანერგვის ურთულესი თეორია და პრაქტიკა. მოამზადა ახალგაზრდა კოლექტივი, გვერდში დაიყენა გამოცდილი ქირურგები, შექმნა შესანიშნავი გუნდი და 2014 წლის 14 დეკემბერს ცოცხალი დონორული ტრანსპლანტაცია განახორციელა კარგი შედეგით.

2020 წელს გადანერგილი ღვიძლის კიბოს გამო განმეორებით განახორციელა რეპლანტაცია – ურთულესი ქირურგიული ჩარევა. ტრანსპლანტაციის ცენტრში შესრულებულია სულ 82 დონორული ღვიძლის გადანერგვა, შედეგები მსოფლიოს მონინავე ტრანსპლანტოლოგიური ცენტრების ტოლფასია.

ამჟამად კახაბერ ქაშიბაძე ამზადებს ნიადაგს თირკმლის გადასანერგად. ღმერთმა ხელი მოუმართოს ჩვენი ხალხის სასიკეთო საქმეების კეთებაში.

ეს ფაქტი დასტურია იმისა, რომ არ არის სავალდებულო ყველა სამედიცინო ცენტრი ფუნქციონირებდეს დედაქალაქში. სხვა ქალაქშიც შესაძლებელია მაღალი კლასის სამედიცინო ცენტრების დაარსება.

აღსანიშნავია, რომ ბათუმელი ქირურგები წარმატებით ახორციელებენ რთულ ოპერაციებს პანკრეასზე, ღვიძლზე, საყლაპავ მილზე, სწორ ნაწლავზე, ბარიატრიული ოპერაციები სრულდება კარგი შედეგით. ყველა ქირურგიულ დეპარტამენტში ოპერაციების დიდი ნაწილი სრულდება ლაპარასკოპიული მეთოდით, ენდოვიდეოტექნიკის გამოყენებით. დაწესებულებები კარგად არიან აღჭურვილი ახალი, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნიკით.

წარმატებები მეტი იქნებოდა, უფრო დახვეწილი კანონმდებლობა რომ გვექონოდა. ნათელი წერტილია ახლად-აგებული რესპუბლიკური საავადმყოფოს ექსპლუატაციაში გაშვება. ეს იქნება პირველი მრავალპროფილიანი სახელმწიფო საავადმყოფო, რომელიც, ჩვენი რწმენით, ბევრ ნაკლს გამოასწორებს და დანარჩენი საავადმყოფოებისთვის სამაგალითო იქნება.

ბესარიონ ფროლოვის მეცნიერული მემკვიდრეობა

დაძაბული პრაქტიკული, საორგანიზაციო და აღმზრდელობითი შრომის პარალელურად ბ. ფროლოვი ეწეოდა აგრეთვე ინტენსიურ მეცნიერულ მუშაობას. ჩვენ მოვიძიეთ ავტორის 31 სამეცნიერო ნაშრომი. მათ შორისაა ერთი მონოგრაფია. ხანგრძლივი დროისაგან გაყვითლებული ფოლიანტების გაცნობით მკითხველი პატივისცემით განეწყობა ავტორისა და მისი ღრმა ერუდიციისადმი, მისი უნარის მიმართ, მუდმივად იყოს თანამედროვე მედიცინის მიღწევათა საქმის კურსში და დროულად დანერგოს ისინი პრაქტიკულ საქმიანობაში. იგი სისტემატურად შედიოდა დისკუსიაში კოლეგებთან, ერთმანეთს უზიარებდნენ მეცნიერულ აზრებს სამედიცინო პრესის ფურცლებზე, სამეცნიერო ფორუმებზე. ავტორის მრავალ მეცნიერულ დასკვნას და პრაქტიკულ რეკომენდაციას დღესაც არ დაუკარგავთ აქტუალობა, ზოგმა კი დროსაც გაასწრო.

ბ. ფროლოვის მეცნიერული ნაშრომები მოიცავენ ქირურგიის სხვადასხვა დარგებს: აბდომინურ და გულმკერდის ქირურგიას, ტრავმატოლოგიას და ორთოპედიას, უროლოგიას და სხვ. ისინი გამდიდრებულია ისტორიიდან ამონარიდებით, ცხრილებით, ფოტოებით.

ყველა ნაშრომი შინაარსიანად იხილავს სამამულო და უცხოურ ლიტერატურას კრიტიკულად და სამამულო ლიტერატურას განიხილავს კრიტიკულ ასპექტში, საკითხის ღრმა ცოდნით, მისი ისტორიის განვითარებით და პრაქტიკაში დამკვიდრებით. ამის მაგალითად გამოდგება სტატია: „აჭარის მთავარი საავადმყოფოს ბოლო 10 წლის მანძილზე კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის

პერფორაციის შემთხვევათა განხილვა". იგი გაიხსენა ავტორმა საქართველოს ექიმთა მეხუთე კონგრესზე 1929 წელს. ავტორი მიდის დასკვნამდე - წყლულოვან დაავადებას ქირურგიაში ჯერ არ ამოუწურავს შესაძლებლობები, დაუშვებელია რეზექციის ცალკეული სახეებით გატაცება და ძიება გრძელდება საკუთარი დაკვირვების და ლიტერატურის მიმოხილვის საფუძველზე. ავტორი დაბეჯითებით ამბობს, რომ კუჭის წყლული არ წარმოადგენს ადგილობრივ დაავადებას, ის მთლიანი ორგანიზმის ავადმყოფობაა. ამ დებულებით ავტორი მოუწოდებს კოლეგებს, ოპერაცია უნდა გრძელდებოდეს ხანგრძლივი თერაპიული მკურნალობით.

ახლანდელი გადასახედიდან ბ. ფროლოვის მეცნიერული წინასწარმეტყველება-კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის გაურთულებელი წყლულები იკურნებიან კონსერვატიულად (პროტეინის ტუმბოს ინჰალატორების და H_2 ბლოკერების გამოყენებით და უპირატესად, იკურნებიან ოპერაციის გარეშე. ამასთანავე, განყოფილებაში, რომელსაც ბ. ფროლოვი ხელმძღვანელობდა, გამოიყენებოდა იმ დროს ცნობილი ყველა სახის ოპერაცია კუჭისა და თორმეტგოჯა წყლულის სამკურნალოდ.

ისტორიული თვალსაზრისით დიდ ინტერესს იწვევდა 1902 წელს გამოქვეყნებული პირველი მეცნიერული ნაშრომი: „პერფორაციული აპენდიციტის გამო“

იმ პერიოდისათვის არ იყო ერთიანი აზრი მწვავე აპენდიციტის მკურნალობის შესახებ. უმრავლესობა კონსერვატიული მკურნალობის მომხრე იყო, ქირურგთა მცირე ჯგუფი უპირატესობას ოპერაციას ანიჭებდა. ცნობილი ქი-

რურგი პროფესორი რაზუმოვსკი წერდა, რომ საკითხი ქირურგიის ბნელ დარგად რჩება. მასვე მოჰყავს შემთხვევა, როცა პაციენტს მკურნალობდნენ კონსერვატიულად 3 კვირის განმავლობაში, შემდეგ კი ქირურგმა ფენსტერმა ამოკვეთა განგრენული ჭია ნაწლავი, გააკეთა დრენირება. პაციენტი განიკურნა.

იმ დროს არ იყო აგრეთვე, გადაწყვეტილი ქირურგიული ტაქტიკა ჩირქოვანი აპენდიციტის დროს. ასე, მაგალითად, ცნობილ პროფესორ ნ. ა. ველიამინოვს 50-60 ოპერაციიდან არც ერთხელ არ ამოუკვეთია აპენდიქსი. ამ მოსაზრების საწინააღმდეგოდ ბ. ფროლოვი აპენდიქტომიის პრინციპული მომხრე იყო, ამ უშიშარი განცხადებით მნიშვნელოვნად გაუსწრო დროს.

შრომებში მოცემულია ოპერაციული ტექნიკის დანერჩილებითი აღწერა, რომელიც დღესაც ინტერესს იწვევს. 1903 წელს ბ. ფროლოვი აღწერს ნაწლავის ტრავმული გაგლეჯის შემთხვევას და აქვეყნებს ცენტრალურ სამედიცინო ჟურნალში. პაციენტს ტრავმა მიუღია 4 დღის წინ, გაუკეთდა ოპერაცია - პაციენტი გარდაიცვალა. ავტორი გამოდის მოცდის ტაქტიკის წინააღმდეგ გამოხატული პერიტონიტის დროს, საინტერესოდ აღწერს ტრავმის დროს ნაწლავის დაზიანებისა და პერიტონიტის განვითარების მექანიზმს. ავტორი ტრავმის შედეგად დაზიანებული ღვიძლის გაკერვის მომხრეა.

ბ. ფროლოვს აღუწერია და „სამხედრო-სამედიცინო ჟურნალში“ გამოუქვეყნებია თოფის გასროლის დაზიანებათა 2 შემთხვევა (1904-1913 წლებში), რაც დოკუმენტირებულია ფოტოსურათებით ოპერაციამდე და მკურნალობის შემდეგ.

როგორ ვუმკურნალოთ მუცლის ღრუს შემავალ ჭრილობებს - მოცდის ტაქტიკით, თუ სასწრაფო ოპერაციით, ავტორი ცალსახად სასწრაფო ოპერაციას ანიჭებს უპირატესობას, ამ საკითხში განსხვავებული აზრი ჰქონდათ ცნობილ ქირურგებს (ა.ს. ტაუბერი (1903 წ.), რ. რ. ფრედენი (1905 წ.).

ბ. ფროლოვი პირველი ქირურგი იყო, რომელმაც ბათუმში გაკერა გულის ჭრილობა კარგი შედეგით, დეტალურად აღწერს პაციენტის მდგომარეობას, ჩატარებულ მკურნალობას, წინააღმდეგია პერიკარდიუმის ღრუში ტამპონის ჩატოვებისა.

გამოქვეყნებულ ნაშრომებში მკითხველი გაეცნობა კავკასიური ეპილაციური მაღამო „ტარო“-თი ღრმა დამწვრობის შემთხვევას. პაციენტს დასჭირდა კანის ყლორტის გადანერგვა ფილატოვის წესით.

1931 წელს ჟურნალ „ქირურგიის მაცნე“-ში ბ. ფროლოვი აქვეყნებს სტატიას „სისხლმდენი ძუძუ მამაკაცებში“ გაუკეთებია მკერდის ჯირკვლის მოკვეთა გულმკერდის დიდ და მცირე კუნთებთან ერთად, დამატებით - ლიმფოდისექციით. ბ. ფროლოვის სადოქტორო დისერტაცია ეხება მუხლის სახსრის მოხრით კონტრაქტურას და კუთხოვან ანკილოზებს. შესანიშნავი ნაშრომია, უნიკალური იმ დროისათვის. დისერტაციის დაცვა შედგა საიმპერატორო სამხედრო-სამედიცინო აკადემიაში, დისერტაცია შესრულდა გ. ი. ტურნერის ორთოპედიულ კლინიკაში. ლიტერატურის მონაცემებით და საკუთარი დაკვირვებებით ავტორი ასკვნის, რომ ანკილოზების და კონტრაქტუსების საუკეთესო პრევენციაა ადრეული ოპერაციული ჩარევა.

აღსანიშნავია, რომ ბ. ფროლოვს ყველა მეცნიერული შრომა შეუსრულებია ერთპიროვნულად, თანაავტორების გარეშე, ყოველდღიური, დაუღალავი პრაქტიკული საქმიანობით ბ. ფროლოვმა დაიმსახურა საყოველთაო სიყვარული და პატივისცემა მოსახლეობასა და კოლეგებს შორის.

ნააზრევ-ნაფიქრალი

მ ო ვ უ ს მ ი ნ ო თ ო რ გ ა ნ ი ზ მ ს

ღმერთმა ადამიანი თავის მსგავს არსებად გააჩინა, ამიტომაც მრავლადაა მასში რალაც ღვთიური, შეუცნობელი, იდუმალი. უფრო ხშირად იგი ინტუიციის სახით შეგვახსენებს თავს, ზოგჯერაც გვაგრძნობინებს ჩვენი დაავადების არა მარტო დიაგნოზს, არამედ მისი მკურნალობის პრინციპზეც მიგვანიშნებს. ექიმთა წრეებში ამბობენ: „ანამნეზი დიაგნოზის ნახევარიაო“ საბუთი, მაგალითი? რამდენიც გნებავთ! ზოგი დაავადების დროს ადამიანს ეკარგება (ან უქვეითდება) მადა. ხომ არ არის ეს დაცვითი რეფლექსი, იმის მინიშნება, რომ ასეთ ავადმყოფს შიმშილი დავუნიშნოთ? ვფიქრობ, ექიმები ხშირად ვცდებით, როცა დაავადების ამა თუ იმ გამოვლინების საწინააღმდეგო პრეპარატებს, პროცედურას ან სხვა რაიმე სამედიცინო ლონისძიებას ვაკეთებთ. სინამდვილეში ესაა ორგანიზმის კომპენსაციური რეაქცია, პომეოსტაზის სათანადო დონეზე შესანარჩუნებლად. მაგალითად, საძილე არტერიის ათეროსკლეროზული ფოლაქით შევიწროებულ სანათურში თავის ტვინის სრული კვებისათვის საჭირო რაოდენობის სისხლი ვერ გადის. ტვინი განგაშს აცხადებს, სისხლი როგორ დამაკელითო; გამოსავალი ამ დროს არტერიული წნევის მომატებაა, რასაც ორგანიზმი თვითონ აკეთებს - ალლა სწევს არტერიულ წნევას. ჩვენ კი ხელოვნურად, მედიკამენტებით ვაქვეითებთ... ერთმანეთს ვეძიძგილავებით ჩვენ და ჩვენი სხეული.

წარსული ადამიანს ზურგზე აკიდებული თან დაყვება. წარსული მართლა წასული, ჩვენი ცხოვრებიდან გამქრალი კი არაა, იგი მომავალია, დაგვხვდება იქ...

დიდი ბედნიერების უამრავი დღე მაჩუქა ღმერთმა. მადლობა უფალს, თუმცა უმადურს, ძეშეცდომილს ნაკლებად მახსოვს ისინი. სამაგიეროდ, არასდროს მავინყდება ჩემიანისაგან, ჩემი მოდგმისაგან მიყენებული ტკივილი, ალბათ ისევ ღმერთმა რომ მომივლინა „განსანმენდალ“

ავთვისებიანი სიმსივნით შეპყრობილებს ხშირად შეძულდებით ხოლმე ხორცი. ხომ არ არის ეს მინიშნება, რომ ამ კონტიგენტის პაციენტთა მენიუდან ხორციანი საკვები ამოვიღოთ? ანემიის დროს ბავშვებს მიწის ჭამის დაუოკებელი სურვილი უჩნდებათ. ესეც მინიშნებაა, მიკროელემენტები მაკლია და დროზე მომანოდეთო. ამ მაგალითზე ორგანიზმი არა მარტო დიაგნოზზე მიგვანიშნებს, მკურნალობის პრინციპსაც გვკარნახობს.

გულდასმით შევისწავლოთ ანამნეზი არა მხოლოდ დიაგნოსტიკის, არამედ მკურნალობისთვისაც. რადიკულიტის დროს ორგანიზმი „გაშეშებულია“ მოძრაობა ტკივილს გვგვრის - მინიშნება, რომ პაციენტს მოუხდება იმობილიზაცია, მაგარ საწოლზე დანოლა.

თირკმლის ჭვალის დროს ავადმყოფი „აქეთ-იქით აწყდება“, ადგილს ვერ პოულობს, ე. ი. ამ დროს გაძლიერებული მოძრაობაა საჭირო. ასეთ პაციენტებს ურჩევენ ცალ ფეხზე ასკინკილა ხტომით სიარულს, ან კიბეებზე სირბილს.

დაავადებათა ეტიოლოგიისათვის

ვფიქრობ, ნებისმიერი დაავადება (უმრავლესობა მაინც) ერთნაირად იწყება – ინფექციური აგენტის (მიკრობის, პარაზიტის, ვირუსის) შეღწევით მილაკოვანი ძარღვის, ღრუ ორგანოს სანათურიდან შიგნითა შრეში (ინტიმა, ლორწოვანი გარსი). შეჭრის ადგილას წარმოიქმნება ლორწოვანი გარსის რეაქცია შეჭრილი „უცხო აგენტი“-ს მიმართ, ჯერ ანთების, შემუშების, შემდეგ ეროზიის სახით. შიგნითა გარსი ყოველთვის გლუვი უნდა იყოს, რათა შიგთავსმა თავიუფლად იმოძრაოს. ამიტომ ეროზირებულ გარსს – სისხლძარღვებში ენდოთელიუმს, ღრუ ორგანოებში ლორწოვან გარსს გადაეკვრება დამცავი ფენა თრომბოციტების, მარილების მასა (კოლტი), რომელიც დროებით უზრუნველყოფს შიგნითა გარსის სიგლუვეს. თუ პროცესი კეთილსაიმედოდ განვითარდა, ეროზიის დაფარვის ზონაში წარმოიქმნება ფიბრინის ძაფები, შემდეგ ჩალაგდება ნაზი ფიბრინის ნადებები, მასში ათეროსკლეროზის მასა, წარმოიქმნება სისხლძარღვში ათეროსკლეროზული ფოლაქები, დავიწროვდება სანათური. ანალოგიურად ნალვლისა და შარდის ბუშტში გაჩენილი ეროზიები დაიფარება შესაბამისი (ნალვლის ან შარდის) მარილებით, თანდათან დალექვით გაიზრდება და ჩამოყალიბდება კენჭები, რომლებიც ჩავარდება შარდის ბუშტის ან ნალვლის ბუშტის სანათურში. ანალოგიურად გაჩნდება კენჭები თირკმლის მენჯში, სანალვლე გზებში, ნაწლავის სანათურში. ნალვლის ბუშტის ზომები თანდათან მოიმატებს, დიდი ხნის პროცესი შეიძლება ავთვისებიან სიმსივნედ გადაგვარდეს.

აბსცესის და ფლეგმონის ღრუს დამუშავება ცხელი ჰაერის ჭავლით

მიკროორგანიზმები ვერ უძლებენ გამოშრობას, ილუპებიან.

გაკვეთის და სანაცხის შემდეგ აბსცესის ან ფლეგმონის ღრუებში შევიტანთ სადრენაჟო მილებს, საიდანაც შეგვყავს თბილი ჰაერის ნაკადი. ვთესავთ მიკროფლორას ცხელი ჰაერით მკურნალობამდე და მის შემდეგ.

რეტროპერიტონული და რეტროცეკალური აპენდიციტის დიაგნოსტიკისათვის

პალპატორული მტკივნეულობა მუცლის ლატერალურ და წელის მიდამოში, დადებითი ბლუმბერგ-შროტკინის ნიშანი ამ არეში + პასტერნაცკის მსგავსი ნიშანი შეიძლება გამოდგეს რეტროპერიტონული, ან რეტროცეკალური აპენდიციტის სადიაგნოსტიკოდ.

* * *

სიცოცხლე ქარის მოტანილი არ არის, რომ ქარმავე წაიღოს. სიცოცხლე უფლის ბოძებულია და თვითონვე ჩაიბარებს. ამიტომ განსაკუთრებით უნდა გაუფრთხილდე, ლამაზად იცხოვრო და ღირსეულად აღესრულო.

* * *

სიცოცხლე ფილმია, რომლის პირველ და უკანასკნელ კადრებს ექიმი იღებს.

პირველს – მეანი, ბოლოს – რენიმატოლოგი.

შესავალი:

იქნებ დროა დაკვირვებით, ზემოდან, გლობალურად (პანორამულად) დავხედოთ საკითხს, ერთიანად, მთლიანად გავიაზროთ და შევაჯამოთ დანახული.

ვინაიდან: რაც უფრო ჩავუღრმავდით, უფრო ვიწროდ ვიყურებით, უფრო ვშორდებით შესასწავლს, შესაცნობს. მცირე მონაკვეთს გამადიდებელი შუშით ვხედავთ, დიდის და მთლიანის პანორამული ხედვა-გააზრება დაგვაკინცდა, ვიწრო ლაბირინთებში გავიბლანდეთ.

საკითხს, თუ ერთიანად გავიაზრებთ და სიღრმეებში მოპოვებულს დავამატებთ, აღმოვაჩენთ, რომ ცოცხალი ორგანიზმი უალრესად რთული აგებულებისაა, მაგრამ შემოქმედმა იზრუნა და თავისი მსგავსის, თავისი სახეებისათვის ადვილად შეცნობის მიზნით, გაამარტივა იგი.

თუ ღრმად დავფიქრდებით, შევამჩნევთ, რომ ცოცხალი ორგანიზმის ყველა ორგანო, ურთულეს აგებულებასთან ერთად, ანატომიურად და ფუნქციურად ერთნაირი პრინციპითაა შექმნილი: ყოველი ორგანო თავისი, სპეციფიკური უჯრედებისაგან არის აშენებული და სპეციალურ ფუნქციას ასრულებს. ორგანოებს ერთმანეთთან აკავშირებს და ერთ მთლიან სხეულად კრავს სტრომა, რომელშიც გაერთიანებულია მილოვანი სტრუქტურები: სისხლის, ლიმფის, შარდის, ქსოვილოვანი სითხის, ნაღვლის, ნახველის, საკვების, ჰაერის გასატარებლად და მათი ელიმინაციის შემდეგ გამოყოფის უზრუნველსაყოფად. ამ სტრუქტურაში განიხილება ნერვების ღეროებიც.

ცოცხალი ორგანიზმი წარმოადგენს მასში ჩასახლებული მიკროორგანიზმების თბილ რეზერვუარს და პოლიგონს ერთმანეთთან საბრძოლველად, სამეგობროდ, სამეზობლოდ...

ამბობენ, ადამიანის ორგანიზმში 2 კგ-მდე წონის მიკროორგანიზმები თანაცხოვრობენ, ერთმანეთს შორის გააფთრებული ბრძოლის ან ზავის მდგომარეობაში.

სტრესის დროს მიკროორგანიზმები „შენუხდებიან“, გააქტიურდებიან, გაბრაზდებიან. აჯანყებულები თავის დასაცავად გამოყოფენ შხამებს, რომლებიც პატრონის (ადამიანის) ორგანიზმში იწოვებიან, წამლავენ მას და ინვევენ დაავადებას.

ქირურგიაში „წვრილმანი“ არ არსებობს. არის შემთხვევები, როცა ძალზე უბრალო მანიპულაციამ შეიძლება სიცოცხლე გადაარჩინოს.

ამ წიგნში მოვიტანეთ ახალგაზრდა კრისტიან ბერნარის შემთხვევა, როცა მან ოპერაციის დროს ღვიძლიდან სისხლდენის შეჩერება ვერ შეძლო: სისხლის ძლიერი ნაკადი ფარავს სისხლდენის ადგილს და ქირურგი ინსტრუმენტით ვერ იჭერს სისხლძარღვს. ჩვენ ასეთ შემთხვევაში დროებით ვაჩერებთ სისხლდენას მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით. თითი შეიგრძნობს სისხლის ნაკადს. მიჩვეული ქირურგის ხელი თვითონ ეძებს სისხლის ნაკადის წყაროს დაფიქრების გარეშე.

ამ მეთოდის გამოყენებით, ყველა შემთხვევაში სისხლდენა შეჩერდა - მარჯვენა ხელით, რვიანისებრი ნაკერით ამოკეცრავთ სისხლდენის წყაროს. სისხლდენა საიმედოდ

ჩერდება. ზოგიერთ შემთხვევაში სისხლძარღვის დამჭერის წვერით გაჩერებულ სისხლდენის წყაროს ამოკერვა ან კვანძის დადება შეუძლებელია, ჭრილობის არხი ღრმაა და ვიწრო. ამის გამო ამჟამად ხშირად მიმართვენ კლიპსის დადების მეთოდს: სპეციალური ინსტრუმენტი - კლიპატორი ბოლოთი იჭერს უფანგავი ფოლადის ან ტანტალის კლიპსს. სისხლდენის წყაროს ფუძეზე კლიპატორის ტარზე ზეწოლით კლიპსი მჭიდროდ შემოეხვევა ქსოვილებს, მიაჭყლეთ სისხლძარღვებს და სისხლდენა საბოლოოდ ჩერდება.

წინათ, როცა კლიპატორი არ გვექონდა, ინსტრუმენტს, რომლითაც მოხერხდა სისხლდენის შეჩერება, ვტოვებდით ჭრილობაში და ვხსნიდით 7-8 დღის შემდეგ. სისხლდენა საიმედოდ ჩერდებოდა.

– ჭრილობის სიღრმეში ინსტრუმენტით გაჩერებულ სისხლძარღვზე კვანძის დადების წესი: გრძელი ძაფის ბოლოს ვიჭერთ გრძელი ინსტრუმენტით. სისხლძარღვზე დადებულ ინსტრუმენტს ცოცხალი შევანძრევთ, მეორე ინსტრუმენტზე ძაფს გავკვანძავთ და ასეთ მდგომარეობაში შემოვატარებთ სისხლძარღვის დამჭერი ინსტრუმენტის წვერს.

– ძაფს ინსტრუმენტით გავკვანძავთ. ამ მანიპულაციას ხშირად ვიყენებთ ოპერაციის მსვლელობის პერიოდში, ძნელად მისადგომ უბნებში.

პროფესორ აკაკი ბერიძის საავტორო ქირურგიული ოპერაციები და პატენტები ავტორის კომენტარებით

გამოგონება N1283

პროფესორ აკაკი ბერიძის მეცნიერული ინტერესების მიღმა არ დარჩენილა ისეთი გავრცელებული დაავადებები, როგორიცაა მუცლის თიაქრები. გარდა იმისა, რომ იგი ფლობს და ასწავლის თანამშრომლებს ამ პათოლოგიის ოპერაციული მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებს, განსაზღვრავს თიაქარკვეთის ახალ, ორიგინალურ წესებს.

პირველი წესი (მოწოდებულია ზურაბ ჩიხლაძესთან ერთად) გამოიყენება ხანშიშესულ მამაკაცებში. საზარდულის დიდი თიაქრების დროს. მეთოდის არსი მდგომარეობს შემდეგში: სათესლე ჯირკვალი თიაქრის პარკთან და შიგთავსთან ერთად ბრუნდება მუცლის ღრუში. შემდგომ კეთდება საზარდულის არხის ყრუდ დახურვა, ატიპური პლასტიკა. ოპერაცია ნაკლებტრავმულია, არ ვითარდება თიაქრის პარკის და სათესლე პარკის გამოყოფასთან დაკავშირებული გართულებები (ორგანოს დაზიანება, სისხლდენა და სხვ.).

კომენტარი: შორეული შედეგების შესწავლით დადგინდა, რომ მუცლის ღრუში გადანაცვლებული სათესლე ჯირკვალარიზვეს პაციენტში რაიმე პათოლოგიურ პროცესს ან დისკომფორტს, იგი არ იცვლება მოცულობაში (არ განიცდის ატროფიას, არ გადაგვარდება სიმსივნედ, არ ახდენს გავლენას სქესობრივ პოტენციაზე, არ იწვევს დიზურიას). ოპერაცია მოწოდებულია ხანშიშესული და მოხუცი ასაკის, თანმხლები დაავადებებით დაუძლურებულ მამაკაცთა სამკურნალოდ, როგორც დამზოგველი მეთოდი.

საქპატენტის მონმობა N16-82

საზარდულის თიაქარის პლასტიკის მეორე ორიგინალური მეთოდი პროფესორ აკაკი ბერიძის და თანამშრომლების მიერ გამოიყენება ამჟამად გავრცელებული სინთეზური ბადის ჩაკერების მაგიერ. ამ დროს მაგრდება საზარდულის არხის უკანა კედელი, სინთეზური ძაფისგან იქსოვება ბადე და ორგანიზმში რჩება 50-ჯერ ნაკლები მოცულობის უცხო სხეული, ვიდრე ბადის ჩაკერების შემთხვევაში. ცხადია, გართულებებიც (ბადის მოცილება, დაჩირქება და სხვა) გაცილებით ნაკლებია ამ მეთოდის გამოყენებისას.

კომენტარი: *მონოდებულია, როგორც ლიხტენშტეინის მსგავსი, მისი ალტერნატიული ვარიანტი. ბადის მასიური ფირფიტის ჩაკერების მაგიერ, იმავე მიდამოში (საზარდულის არხის უკანა კედელზე) გაუნოვადი (პროლენის) ატრავმული, განუწყვეტელი ნაკერიტ „იქსოვება ბადე“, სიხშირით 1 სმ სიგრძეზე 6 ძაფი (როგორც ბადეშია), ტექნიკურად ადვილი შესასრულებელია. შორეული შედეგები კარგია (რეციდივის გარეშე) პაციენტს არ უქმნის დისკომფორტს, არ ინვეს დაჩირქებას, მასიურ უცხო სხეულზე ორგანიზმის სხვადასხვა ხასიათის რეაქციას.*

საავტორი მონმობა N2825

აკაკი ბერიძეს, თანაავტორებთან ერთად, მიღებული აქვს ნაწლავთა გადავადებული შერთულის მეთოდიკისათვის. ერთ-ერთი უმძიმესი დაავადების - მეზენტერიალურ სისხლძარღვთა თრომბოზის შედეგად განვითარებული ნაწლავის ვრცელი ნეკროზის ამოკვეთის შემდგომ შეუძლებელია ნეკროზის ზონის, დარჩენილი ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანობის განსაზღვრა. ამიტომ ავტორები ყრუდ

ახშობენ დარჩენილი ნაწლავის ბოლოებს. მომდევნო 24-36 საათის შემდეგ, წარმოებული მუცლის ღრუს განმეორებითი გახსნისას სურათი ხდება ნათელი - ამ დროს ნეკროზული უბანი აშკარად ჩანს, იგი მოიკვეთება და საღი ნაწლავის ბოლოებს შორის დაედება შერთული.

საავტორო მონმობა N20058

ასევე, ორიგინალურია აკაკი ბერიძის მიერ შემუშავებული ტრავმირებული ღვიძლიდან სისხლდენის შეჩერების მეთოდი „ღვიძლის ჩანთა“ ავტორი ტრავმულ ღვიძლს მჭიდროდ შემოაკრავს ირგვლივ მუცლის უკანა კედლიდან აღებულ პარიესულ პერიტონეუმს, კომპრესიის შედეგად სისხლდენა ჩერდება. ამასთანავე, დაზიანებული ფრაგმენტები მჭიდროდ ეკვრიან ერთმანეთს, რაც ჭრილობების შეხორცებისათვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის.

2006 წლის 24 თებერვალი.

კომენტარი: მეთოდი ემყარება ღვიძლის გამორჩეულად ძლიერი რეგენერაციის უნარს. ტარდება როგორც „სასონარკვეთილების ოპერაცია“ გამოუვალ მდგომარეობაში, როცა სხვა მეთოდის გამოყენება შეუძლებელია.

საავტორო მონმობა N5315

ელენთის ტრავმების დროს, შემდგომი სისხლდენის საშიშროების გამო ქირურგთა უმრავლესობა მიმართავს ორგანოს მთლიან ამოკვეთას (სპლენექტომია). ელენთის ამოკვეთის შემდეგ მართალია, ავადმყოფი სიკვდილს გადაურჩება, მაგრამ ორგანიზმში მიმდინარეობს მრავალი პათოლოგიური პროცესი, რასაც ადამიანი ინვალიდობამდე მიჰყავს. ამ გარემოების გამო აკაკი ბერიძე დაზიანებულთა 90-95 პროცენტს უნარჩუნებს ელენთას მის მიერ

აპრობირებული ორიგინალური მეთოდით, რომელსაც უწოდა „ტრავმული ელენთის განცალკევება რეტროპერიტონულ სივრცეში“

მეთოდის არსი მდგომარეობს შემდგომში: მუცელკვეთის შემდეგ, დაზიანებულ ელენთას გადაანაცვლებენ რეტროპერიტონიულ სივრცეში, სადაც სისხლდენის შემდგომი გაგრძელების პირობები არ არსებობს.

2001 წლის 29 ოქტომბერი.

კომენტარი: ა) მეთოდის იდეა ნაკარნახევია იმ ფაქტზე დაკვირვებით, რომ რეტროპერიტონულ სივრცეში სისხლის დენა ნაკლებად საშიშია, ვიდრე თავისუფალ მუცლის ღრუში. მაგალითად, მენჯის ძვლების მოტეხილობის დროს რეტროპერიტონიულ სივრცეში იღვრება ზოგჯერ 2 ლიტრზე მეტი მოცულობის სისხლი. მაგრამ მის სამკურნალოდ, ჩვეულებრივ ოპერაციული ჩარევა და სხვა აქტიური ღონისძიებების გატარება არ ხდება საჭირო. ლოგიკურია ვივარაუდოთ, რომ ამ მიდამოს ქსოვილებს აქვთ ჰემოსტაზისა და დაგროვილი სითხის განვლის უნარი.

ბ) ოპერაციის დროს აუცილებელია ელენთის მაქსიმალური მობილიზაცია, რომ არ დაიჭიმოს ელენთის კარში შემავალი დიდი ყალიბის სისხლძარღვები და ნერვები. ამისათვის კუჭ-ელენთის, დიაფრაგმა-ელენთის, კოლინჯ-ელენთის იოგები გადაიკვეთებიან ბოლოებზე ლიგატურების დადების შემდეგ, ან ჰემოკოაგულაციური აპარატით (ლიგაშური, ჰემოლოკი).

საავტორო მონაშობა N20679

პროფესორ აკაკი ბერიძეს (თანამშრომლებთან ერთად) მიღებული აქვს პატენტი ექსპერიმენტული ორიგინალური მეთოდის შემუშავებისთვის. კვლევა ეხება ელენთის ქსოვილის აუტოტრანსპლანტაციის შემდგომ მორფოლოგიური მასალის აღების წესს, ექსპერიმენტული ცხოველის ევთანაზიის გარეშე.

2006 წლის 28 დეკემბერი.

საავტორო მონაშობა N517

მიეცა ავტორთა ჯგუფს, პროფესორ აკაკი ბერიძესთან ერთად, მეცნიერული გამოკვლევისათვის „უარყოფითი ქოლესტოგრაფიის დროს პერიფერიულ სისხლში იოდის შემცველობის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა“ ადრე უარყოფით ქოლესტოგრაფიას, ანუ როცა იოდშემცველი ნივთიერების მიღების შემდეგ რენტგენის ფირზე ნალვლის გზების სურათი არ ისახებოდა, არავითარ დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ ანიჭებდნენ. ავტორები ამ ფაქტს ღვიძლის ფუნქციისა და ორგანიზმში იოდის ცვლის დარღვევის მაჩვენებლად მიიჩნევდნენ.

2002 წლის 7 ოქტომბერი.

საავტორო მონაშობა N20059

პროფესორ აკაკი ბერიძის მეცნიერულ ინტერესთა სფეროში მუდმივად ფიგურირებს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებები. მათგან განსაკუთრებით საყურადღებოა ნაწლავთა მწვავე შეხორცებადი გაუვალობა, რაც სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს იძლევა. მისი პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით, აკაკი ბერიძემ თანამშრომლებთან ერთად შეიმუშავა ორიგინალური

მეთოდი გრავიტაციული ვიბრომასაჟი. მეთოდის არსი მდგომარეობს შემდეგში: ავადმყოფს აწვენენ გრავიტაციულ მაგიდაზე, რომელიც გარკვეული სიხშირით და ამპლიტუდით ირხევა, ამასთანავე, შესაძლებელია მაგიდის სიბრტყის დახრა თავის ან ფეხების მიმართულებით. ცნობილი ფაქტია, რომ მუცლის ღრუში შეხორცებითი პროცესი ვითარდება გადატანილი ანთებითი დაავადების, ან ოპერაციული ჩარევის შემდეგ. ცნობილია, აგრეთვე, რომ ანთებადი გამონაჟონი სიმძიმის ძალით ლოკალიზდება მუცლის ქვედა ნახევარში, მცირე მენჯის ღრუში, რის გამოც შეხორცებები უპირატესად ამ მიდამოში ვითარდება. ვიბრომაგიდის თავისკენ დახრის პირობებში ნაწლავის სიმძიმის ძალით ვიბრაციის დახმარებით ზევით აიწევა, შემთხვევათა მესამედში ითიშება ნაზი შეხორცებები. პაციენტი იკუთრება ოპერაციული ჩარევის გარეშე, ან შესაძლებელი ხდება ოპერაციის გადადება უფრო უსაფრთხო პერიოდისათვის. მუცლის ღრუში წარმოებული ოპერაციისა და გადატანილი ანთებითი დაავადებების, პერიტონიტის შემდგომ ადრეულ პერიოდში ჩატარებული გრავიტაციული ვიბროთერაპია ავადმყოფს ააცილებს შეხორცებით პროცესს და ნაწლავთა მწვავე გაუვალობას. საყურადღებოა აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ სხეულის თავისკენ დახრისა და ვიბრაციის დროს სითხეები სიმძიმის ძალით გადაინაცვლებენ, რაც გააუმჯობესებს მთელს სხეულში ლიმფისა და სისხლის ცირკულაციას, მოსპობს კაპილარულ სტაზს, შესაბამისად უმჯობესდება ორგანოთა და სისტემათა ფუნქციონირება.

ქირურგიული პრაქტიკიდან

სხვადასხვა

კუჭნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენა

...კუჭნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენა გადაუდებელი ქირურგიის საშიში გართულებაა, რომელიც სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელს იძლევა. ზოგჯერ ძნელდება სისხლდენის წყაროს დიაგნოსტიკა და მკურნალობის ეფექტური ტაქტიკის შერჩევა. სისხლდენის პიკზე ოპერაციული ჩარევა შეიძლება სასიკვდილო აღმოჩნდეს პაციენტისთვის, დაუძლურებულმა ორგანიზმმა ვერ გადაიტანოს ტრავმა. ასეთ დროს ოპერატორს თრგუნავს პასუხისმგებლობა, ფიქრობს, ნეტა არ გაეკეთებინა ოპერაცია, შეიძლება კონსერვატიული მკურნალობით გადარჩენილიყო. - თუ არ გააკეთებს ოპერაციას და პაციენტი დაიღუპება - ისევ თავის თავს ამტყუნებს ქირურგი, ნეტა გამეკეთებინა ოპერაცია, შეიძლება გადარჩენილიყო. ასეთია ქირურგის ბედი, მუდმივი სინანულის განცდებით აღსავსე.

ახლო წარსულში სისხლდენა განსაკუთრებით ხშირი იყო კუჭნაწლავის ტრაქტის ზედა სართულიდან. თავის მხრივ, ეს სიხშირე განპირობებული იყო მოსახლეობაში კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების ფართო გავრცელებით. მდგომარეობა შეიცვალა

მას შემდეგ, რაც წყლულოვანი დაავადების მეტად ფეფტური მედიკამენტები გამოჩნდა. ეს იყო ჯერ H_2 რეცეპტორების ბლოკერები, შემდეგ კი პროტეინის ტუმბოს ინჰიბიტორები. აღმოჩნდა, რომ წყლულოვანი დაავადების ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორია ბაქტერია ჰელიკობაქტერ პილორი, რომლის ერადიკაციისათვის გამოიყენება ანტიბიოტიკები. ამ ფაქტორმა მკვეთრად შეამცირა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება და შესაბამისად მკვეთრად შეამცირა სისხლდენით გართულებულ პაციენტთა რაოდენობა.

სამწუხაროდ, პაციენტები კუჭნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენით სადღეისოდაც საკმაო რაოდენობით გვხვდებიან, რისი მიზეზიც არის: არასწორი კვება, ექიმთან დავიანებული ვიზიტი, ექიმის დანიშნულების და რეკომენდაციების შეუსრულებლობა, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება. ღვიძლის ციროზით დაავადებულებში საკმაოდ ხშირია საყლაპავის გაგანიერებული ვენებიდან სისხლდენა.

სისხლდენა ვითარდება აგრეთვე მელორი-ვეისის სინდრომის, არასტეროიდული ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების ხანგრძლივი მოხმარების, ქრონიკული პეპტიური წყლულის გამწვავების, კუჭის ლორწოვან სისხლდარღვოვანი ანომალიების (დელაფუას დაავადება) დროს.

დიაგნოსტიკაში დიდ როლს ასრულებს ანამნეზი. ჰემატომეზისი (ახალი სისხლით პირღებინება), მელენამეზისი - ყავის ნახარშის ფერის შიგთავსით ლებინება მელენა - შავი, კუპრისფერი განავალი. ჰემატორეზია - შეუცვლელი, სწორ ნაწლავში ახალი სისხლის არსებობა მიუთითებს სის-

ხლდენას ნაწლავის დისტალური ნაწილებიდან. ამ საკითხების გასარკვევად საჭიროა კუჭის შიგთავსის ასპირაცია ნაზო-გასტრალური ზონდით, სწორი ნაწლავიდან თითოთ გასინჯვა, სისხლის ფერის და ხასიათის შეფასება. აუცილებელია პაციენტის ენდოსკოპიური კვლევა, როგორც დიაგნოსტიკის, ისე მკურნალობის მიზნით. უმრავლეს შემთხვევებში სუსტი და საშუალო ინტენსივობის შემთხვევებში ენდოსკოპისტი ახერხებს სისხლმდენი წყლულის ელექტროკოაგულაციას, წყლულის ირგვლივ ადრენალინის შეყვანას და სხვა პროცედურებს.

ქვედა სართულიდან სისხლდენის წყაროს დადგენა საკმაოდ ძნელია. ენდოსკოპია (კოლონოსკოპია) ფრიად საპასუხისმგებლო მანიპულაციაა. დიაგნოსტიკის გარდა მისი საშუალებით შესაძლებელია სისხლმდენი პოლიპის ამოკვეთა, წყლულიდან სისხლდენის შეჩერება და ა.შ.

როცა კონსერვატიული მეთოდებით არ ხერხდება სისხლდენის შეჩერება, საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა. ოპერაციის ჩვენებას წარმოადგენს კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობა, გახანგრძლივებული ან მორეციდივე სისხლდენა, რომლის მაგალითიც I თავში მოვიტანეთ. განსაკუთრებით საყურადღებოა სისხლდენა ხანშესული და მოხუცი ასაკის პაციენტებში, ვინაიდან ისინი სისხლდენის ეპიზოდებს ცუდად იტანენ, გარდა ამისა, სკლეროზული სისხლძარღვებიდან სისხლდენა კონსერვატიულ მკურნალობას ნაკლებად ემორჩილება. ოპერაციის მთავარი მიზანია სიცოცხლის გადარჩენა, ე. ი. სისხლდენის შეჩერება. უფრო რადიკალური ოპერაციის ჩატარება შეიძლება შედარებით ახალგაზრდა, ჯანმრთელ პაციენტებთან, შემდეგი ბედი თავისუფლად შეიძლება მივანდოთ

პროტეინის ტუმბოს ინჰიბიტორებს და ჰელიკობაქტერიის სამკურნალო ანტიბიოტიკებს.

* * *

შემთხვევა პრაქტიკიდან: მამაკაცი, 61 წლის. ხშირად მიმართავდა საავადმყოფოებს კუჭიდან სისხლდენის გამო, უფრო ხშირად აწვენდნენ რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში. ისტორიიდან (ამონაწერის მიხედვით), 2 წლის წინ ქ. მოსკოვის ერთერთ კლინიკაში გაუკეთებია ოპერაცია კუჭიდან სისხლდენის გამო (მაშინ საბჭოთა კავშირი ჯერ კიდევ არსებობდა). ოპერაციის დროს დაუდგენიათ კუჭის ინოპერაბელური სიმსივნე, რომელიც წარმოადგენდა სისხლდენის წყაროს. რატომღაც გაუკეთებიათ მხოლოდ ელენთის ამოკვეთა. იმ პერიოდში მოსკოვში დასმულ დიაგნოზში ეჭვის შეტანას ვინ გაბედავდა, პატრონებიც ინფორმირებულნი იყვნენ, რომ პაციენტს აქვს მოურჩენელი დაავადება და მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობაა ნაჩვენები. ჩვენც კარგა ხანს გვჯეროდა მოსკოვური ქალაქის, მითუმეტეს, რომ ფაქტიურად შორსნასული სიმსივნის სურათი აღწერეს ჩვენმა ენდოსკოპისტებმაც, თუმცა ძლიერი სისხლდენის შეეშინდათ და სიმსივნიდან ბიოფსია არ გაუკეთებიათ.

მაგრამ ბოლოს, ორი წლის შემდეგ ეჭვი გაგვიჩნდა, ამდენ ხანს როგორ იცოცხლა ასე შორსნასული კიბოთი პაციენტი. მორიგი სისხლდენის დროს გადავწყვიტეთ გაგვეკეთებინა ოპერაცია.

...ზედა შუა ლაპარატომია, კუჭი გაბრტყელებულია, იქმნება შთაბეჭდილება, თითქოს კუჭის წინა კედელი მთლიანად მიხორცებულია უკანა კედელს. მანიპულაციის,

კედლის სუსტი ამოწვევის დროს ძალიან ადვილად გაიხსნა კუჭი – წინაკედელი გაითიშა უკანა კედლისგან (მხოლოდ კედლების კიდევებით იყვნენ კედლები ერთმანეთზე მიმაგრებული). კუჭის უკანა კედელი ფაქტიურად მთლიანად ეკავა გიგანტურ წყლულს, მისი ღია ზედაპირი დიფუზურად იყო სისხლმდენი. კუჭის წინა ზედაპირი ადვილად მოშორდა უკანას, გავაკეთეთ წყლულის ზედაპირის მუკოკლაზია ელექტროდანით, განსაკუთრებით სისხლმდენი უბნები დავამუშავეთ პლაზმური სკალპელით, სისხლდენა შეჩერდა. კუჭის წინა-გვერდითი კედლის კიდევები ერთმანეთს მივაკერეთ, შეიქმნა მილი, დაახლოებით სახელოსებრი გასტრექტომიის მსგავსი. პილორუსის სარქველი ნაკერის კედელთან გადაკვეთეთ, გავაკეთეთ ორმხრივი ღეროვანი ვაგოტომია. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი წარიმართა ყოველგვარი გართულების გარეშე. პაციენტის პათომორფოლოგიური შესწავლით სიმსივნური უჯრედები არ იყო, საბოლოო დიაგნოზი - კუჭის ქრონიკული გიგანტური წყლული წარმოადგენს სისხლდენის მიზეზს.

პაციენტს ვაკვირდებოდით 5 წლის მანძილზე. სისხლდენის რეციდივი არ ჰქონია.

* * *

ასეთ შემთხვევას შევესწარი თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს მამაკაცთა ქირურგიულ განყოფილებაში: კლინიკაში მაღალი თანამდებობის პირი მკურნალობდა თორმეტგოჯა ნაწლავის სისხლმდენი წყლულის დიაგნოზით. პაციენტი ხანშიშესული, ასაკოვანი მამაკაცი იყო, რამდენიმე თანმხლები დაავადება ჰქონდა, ყოველ მეორე დღეს უვითარდებოდა სისხლდენა წყლულიდან, სათანადო

კლინიკური გამოხატულებით; ცოტა ხანში მდგომარეობა სტაბილური ხდებოდა, მაგრამ მეორე დღეს ყველაფერი თავიდან მეორდებოდა. კონსილიუმზე მოიწვიეს სხვა კლინიკებიდან ცნობილი კლინიცისტი ქირურგები. კონსილიუმის დასკვნა ასეთი იყო: გამოვიყენოთ შეიარაღებული ნეიტრალიტეტი, ე.ი. ამჟამად, სტაბილიზაციის პერიოდში დიდი რისკის გამო არ გაკეთდეს ოპერაცია. კონსილიუმს ესწრებოდა სამხედრო ჰოსპიტლის ახალგაზრდა ქირურგი, პაციენტის ნათესავი, რომელმაც კონსილიუმის გადანყვეტილებასზე თავისთვის ჩუმად ჩაილაპარაკა „განმეორებადი სისხლდენა ნიშნავს შეუჩერებელ სისხლდენას. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ოპერაცია“ კონსილიუმის წევრებმა ახალგაზრდა კოლეგას გაამეორებინეს სამხედრო-სამედიცინო დოქტრინის მოთხოვნა, არ ითაკილეს, გაიზიარეს სალი აზრი, გაუკეთეს ოპერაცია და პაციენტი გადარჩა.

წვრილი ნაწლავიდან სისხლდენა

წვრილი ნაწლავიდან სისხლდენა წარმოადგენს მრავალი დაავადების გართულებას, რომლის დიაგნოსტიკა ძალზე ძნელია, ზოგჯერ შეუძლებელიც. პათოლოგიური პროცესის ვიზუალიზაცია შესაძლებელია ვიდეო-კაფსულის ჩაყლაპვით. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მთელ სიგრძეზე გადაღებით იქმნება ნაწლავის შიგნითა, ლორწოვანი გარსის სრული სურათი. ამჟამად გამოიყენება გრძელი ენდოსკოპი - ენტეროსკოპი, რომლითაც შესაძლებელია წვრილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დათვალიერება.

ვიდეოკაფსულის ყოველდღიურ პრაქტიკაში ფართოდ დანერგვამდე საჭიროა გააზრებული დიფერენციული დიაგნოზის გატარება იმ დაავადებათა შორის, რომელთაც შეუძლიათ ნაწლავიდან სისხლდენა გამოიწვიონ. პირველ რიგში სათანადო ინტერპრეტაციას საჭიროებს მელენის ხასიათი და ანამნეზის მონაცემები. აუცილებელია კვლევისათვის მისაწვდომი კუჭნაწლავის ტრაქტის პროქსიმალური და დისტალური მონაკვეთების (საყლაპავი, კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, მსხვილი ნაწლავი, სწორი ნაწლავი) სკრუპულოზური შესწავლა. პროფუზული სისხლდენის, განმეორებადი კოლაპსების დროს, როცა ამონჭრულია კონსერვატიული მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის მეთოდები, საჭიროა, მივმართოთ დროულ ლაპარატომიას. ოპერაციის მსვლელობის პერიოდშიც ძნელია სისხლდენის წყაროს მიგნება და დიაგნოზის ვერიფიცირება. განსაკუთრებით ძნელია ნაწლავთა მწვავე წყლულისა და მცირე ზომის პოლიპებიდან სისხლდენის დროს. აუცილებელია, რომ ეს ოპერაცია გააკეთოს გამოცდილმა ქირურგმა, რომელსაც შეუძლია პათოლოგიური პროცესის გარეგანი (სეროზულ გარსზე) გამოვლინების და ნაწლავის პალპაციით მიღებულ მონაცემთა ინტერპრეტაცია, ამასთანავე, სათანადო დამატებითი კვლევის (მაგალითად ტრანსილუმინაციის) გამოყენების გამოცდილება.

20 წლის მანძილზე (1985-2005 წლები) რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში გავატარეთ 70 პაციენტი, რომელთაც დაუდგინდათ და ინტრაოპერაციულად დაუდასტურდათ წვრილი ნაწლავიდან სისხლდენის დიაგნოზი. მათგან 48 პაციენტს (სისხლდენის ძი-

რითადი მიზეზი) - აღმოაჩნდა მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზი ნაწლავის სხვადასხვა სიგრძის მონაკვეთების ნეკროზით, წვრილი ნაწლავის პოლიპები (16 პაციენტი), ნაწლავის ლიმფოსარკომა (13), კარცინოიდი (17), დანყლულებული მეკელის დივერტიკული (7), ნაწლავის ინვაგინაცია (5), მწვავე წყლული (2), ფისტულა ვარიკოზულ ვენასა და ნაწლავის სანათურს შორის (1). ყველა პაციენტს ჩაუტარდა შესაბამისი ოპერაცია სისხლდენის ლიკვიდაციის საბოლოო შედეგით.

კუჭნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის ყველაზე ხშირი მიზეზია საყლაპავის ვარიკოზული ვენები. იგივე პათოლოგია იშვიათია წვრილ ნაწლავში ლოკალიზაციით.

მოგვაქვს იშვიათი შემთხვევა ჩვენი პრაქტიკიდან:

პაციენტი, 50 წლის ქალი, შემოვიდა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან ძლიერი სისხლდენის გამო, რაც ვლინდებოდა ხშირი განავლით და კოლაპსის სახით. ავადაა „C“ ჰეპატიტით, გართულებული ღვიძლის ციროზით და ასციტით. ენდოსკოპიურად აღინიშნება საყლაპავის ვენების ვარიკოზი, სისხლდენის გარეშე. თორმეტგოჯა ნაწლავშიც არ არის სისხლი. 10 წლის წინ გაკეთებული აქვს ოპერაცია - ფიბრომატული საშვილოსნოს ამოკვეთა შუა ხაზის განაკვეთით. ჭიპის მიდამოში აღინიშნება ოპერაციის შემდგომი თიაქარი.

ენდოტრაქეალური ნარკოზით გაუკეთდა შუა ლაპარატომია. აღმოაჩნდა ჰეპატო-სპენომეგალია, ღვიძლი - ციროზული, ასციტი.

ყურადღება მიიპყრო ჭიპის არეში არსებული თიაქარის პარკზე 4 მმ. დიამეტრის, 4,5 სმ. სიგრძის ვენამ, რომ-

ლის ნახევარიც მდებარეობდა წვრილი ნაწლავის მარყუჟზე. ნაწლავისაგან აღნიშნული ვენის მოცილება არ მოხერხდა, რის გამოც სოლისებურად ამოვკვეთეთ ნაწლავის კედელი. სხვა მიდამოში ვენების ვარიკოზული გაგანიერება ვიზუალურად არ გამოვლინდა.

პრეპარატის გამოკვლევით გამოვლინდა ხვრელ-მილი ვარიკოზულ ვენასა და ნაწლავის სანათურს შორის. ხვრელ-მილი ატარებდა 2 მმ. დიამეტრის ზონდს. აღნიშნული ხვრელ-მილიდან სისხლი, ვენური წნევის მომატების დროს იღვრებოდა ნაწლავის სანათურში და იძლეოდა მელენის, სისხლნაკლებობის სურათს, ხშირ კოლაპსს.

ამრიგად, წვრილი ნაწლავიდან სისხლდენა ძნელი სადიაგნოსტიკოა, მათ შორის ოპერაციის მსვლელობის პერიოდშიც, ამიტომ ეს ოპერაცია გამოცდილმა ქირურგმა უნდა აკეთოს.

პაციენტი ვაჟი, 17 წლის. შემოვიდა ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ჩივილებით: თავბრუსხვევა, ხშირად გულის წასვლა, მხედველობის გაორება, ძლიერი საერთო სისუსტე, შავი, კუპრისფერი განავალი, ზოგჯერ ფაღარათით. ანამნეზიდან საყურადღებოა, რომ მსგავსი ჩივილები დაეწყო 3 წლის წინ, ხშირად ჰქონდა დეფეკაცია კუპრისფერი განავლით.

კლინიკური კვლევით (რენტგენოსკოპია, ანამნეზი, სისხლის ანალიზები დინამიკაში) კლინიკური დაკვირვებით თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზი: თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი გართულებული შინაგანი სისხლდენით. ერთი წლის წინ, მორიგი

სისხლდენის დროს, ბათუმის ერთერთ საავადმყოფოში გაუკეთდა ოპერაცია - კუჭის დისტალური რეზექცია B II ნესით, ჰოფმეისტერ-ფინსტერერის მოდიფიკაციით. რამდენიმე ხნის შემდეგ პაციენტს კვლავ დაეწყო და რამოდენიმეჯერ გაუმეორდა სისხლდენის ეპიზოდები. ჩატარებული ოპერაციით (კუჭის რეზექცია) არაფერი შეცვლილა.

პაციენტის გულმოდგინე გასინჯვით, მიღებული შედეგებით და ლოგიკური ანალიზით მივედით დასკვნამდე, რომ სისხლდენის წყარო ახლა წერილი ნაწლავის პათოლოგია იყო.

ხანგრძლივი კონსერვატიული მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდა, რის გამოც ძლიერი სისხლდენის ფონზე სასიცოცხლო ჩვენებით გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია ზედა შუა ლაპაროტომია, მუცლის ღრუს რევიზია, თედოს ნაწლავის რეზექცია, ენტერო ანასტომოზი. აქ ცოტას გადავუხვევთ:

იმ პერიოდში თბილისიდან ახლადგადმოსული ვიყავი, ასეთი მძიმე პაციენტის ოპერაცია დიდ რისკთან იყო დაკავშირებული და პასუხისმგებლობის გაზიარების მიზნით სანავიო სამსახურის ხაზით გამოვიძახე კონსულტანტი ქირურგი, რომელიც ჩემი მეგობარი აღმოჩნდა (ერთ კლინიკაში ვმუშაობდით). ერთობლივად მივიღეთ ოპერაციის ჩატარების გადაწყვეტილება და დავიწყეთ ოპერაცია.

მუცლის ღრუს დეტალური დათვალიერებით ვერ აღმოვაჩინეთ ვერც კუჭის, ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, რომელიც უხშირესად იწვევს ამგვარ სისხლდენას, ვერც ნაწლავების პათოლოგია, რომელსაც შეუძლია ასეთი სისხლდენის გამოწვევა. საქმეს ის ართულებდა, რომ

ლოგიკურად პროცესი ნაწლავის შიგნით, სანათურში უნდა იყოს და გარეგანი დათვალიერებით არ ჩანს.

რამდენჯერმე თითებშუა გავატარეთ წვრილი ნაწლავი (5 მეტრი სიგრძისაა), ვერაფერი შევნიშნეთ. ჩემმა მეგობარმა კონსულტანტმა „თავს უშველა“ - მატარებელზე მაგვიანდებოდა და წავიდა. მაშინ გამახსენდა, რომ არსებობს ტრანსილუმინაციის მეთოდი, რომელსაც შეუძლია ზოგჯერ დაგვეხმაროს, მიგვანიშნოს ნაწლავის სანათურში პათოლოგიური კერის არსებობის შესახებ. სადეზინფექციო ხსნარებით გავასტერილეთ პატარა ნათურა, ანთებული დავდეთ ნაწლავის უკან, ლანდად ჩანდა ნაწლავის შიგნითა სანათური და კედლები. ერთ ადგილას მოგვეჩვენა, რომ ნაწლავის კედელი ოდნავ შესქელებულიყო, ამავე მიდამოში სეროზულ გარსზე წვრილი კაპილარების ოდნავ შესამჩნევ ვარსკვლავისებურ ქსელში გავკვეთეთ ნაწლავი, რომლიდანაც სისხლის წვრილი, მაგრამ მძლავრი ნაკადი მოედინებოდა. გავაკეთეთ აღნიშნული მიდამოს 10 სმ. რეზექცია საღ ფარგლებში. პაციენტი განიკურნა, ვაკვირდებოდი 10 წლის მანძილზე. სისხლდენის რეციდივი აღარ ჰქონია.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებები

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებები სა-
შიშნი არიან უმძიმესი გართულების - პერიტონიტის განვი-
თარების თვალსაზრისით. მიზანშეწონილია მათი დრო-
ული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა საწყის ეტაპზე, თუმცა
ამ დროს სიმპტომატიკა მწირია და დაავადება ძნელი ამო-
საცნობია. დიაგნოზი უმთავრეს შემთხვევაში დაისმება
ანამნეზისა და ობიექტური გასინჯვის მონაცემების საფუ-
ძველზე. ზოგ შემთხვევაში საჭირო ხდება მალალტექნო-
ლოგიური კვლევები (კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგ-
ნიტო-რეზონანსული ტომოგრაფია, ულტრასონოგრაფია).

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებები
მოითხოვენ გადანყვეტილებების სწრაფ მიღებას. პრა-
ქტიკული გამოყენებისათვის შემოღებულია ტერმინი „მწ-
ვავე მუცელი“, რომელიც ამ დაავადებათა რამდენიმე სა-
ერთო ნიშანს აერთიანებს და აადვილებს შემდგომი მოქმე-
დების გეგმის განხორციელებას. მთავარი გადასანყვეტი
საკითხებია: 1. საჭიროა თუ არა ოპერაცია; 2. ოპერაცია
დაუყოვნებელი თუ წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ;
3. კონსერვატიული მკურნალობა - ანტიბიოტიკოთერაპია,
ინფუზიური თერაპია, დაკვირვება დინამიკაში; 4. მწვავე
მუცლის დიაგნოზის უარყოფა და პაციენტის შინ გაშვება.

* * *

ყველა თაობის ქირურგები ერთ აზრზე არიან, რომ არ
არსებობს იოლი, მარტივი ოპერაცია, უკლებლივ ყველა
ოპერაცია საგულდაგულოდ უნდა მომზადდეს. გასათვა-
ლისწინებელია ყველა ნიუანსი. ხელმისაწვდომი უნდა

იყოს ყველა სავარაუდოდ საჭირო ინსტრუმენტი, მედიკამენტი. ოპერატორმა ასისტენტებს, ანესთეზიოლოგს, საოპერაციო მედდას და ყველას, ვინც ოპერაციაში მიიღებს მონაწილეობას, უნდა გააცნოს ოპერაციის გეგმა - რა მეთოდით კეთდება, განსაკუთრებით საპასუხისმგებლო მომენტი, რა ეტაპზეა და რა სახის გართულებაა მოსალოდნელი, გართულებათა პრევენციის წესები და საშუალებები. ასეთი მომზადების გარეშე გეგმიური ოპერაცია არ უნდა დაიწყოს, უმჯობესია გადაიდოს და გაკეთდეს უფრო ხელსაყრელ დროს, როცა ყველაფერი მზად იქნება. ცხადია, თვით ოპერატორი შინაგანად უნდა იყოს მზად და განეწყოს საოპერაციოში სამუშაოდ.

გადაუდებელი და სასწრაფო ოპერაციის გამოსავალი (შედეგი) უმეტესწილად დამოკიდებულია ძირითადად დროულ ჩარევაზე წინასაოპერაციო მომზადება უნდა განხორციელდეს ოპერატიულად, მაქსიმალურად მოკლე დროში. რა აზრი აქვს ოპერაციის ბრწყინვალედ ჩატარებას, მაგრამ დაგვიანებით, ტვინში იშემიის გამო შეუქცევადი ცვლილებების შემდეგ?

ზემოაღნიშნული დებულებები, ტიპური ოპერაციების მეთოდები კარგად არის ჩამოყალიბებული სამედიცინო ინსტიტუტების სტუდენტთა სახელმძღვანელოებში, თუმცა ყოველი ოპერაცია რაღაცით განსხვავებულია სტანდარტულისაგან. ბრძენი ექიმი კოლეგების მაგალითების ანალიზით სხვის შეცდომებს გაითვალისწინებს და თვითონ აღარ გაიმეორებს. ამ მიზანს ემსახურება აქ მოტანილი შემთხვევები პრაქტიკიდან.

წიგნის ამ თავში მოტანილ შემთხვევათა უმრავლესობა აღებულია გადაუდებელი ქირურგიის პრაქტიკიდან.

კიდევ ერთხელ დავესესხები დიდებული წიგნის „შაინის სალი აზრი გადაუდებელ აბდომინურ ქირურგიაში“ ღრმად პატივცემულ ავტორებს და გავიმეორებ ნაშრომის ბოლო წინადადებას: „თქვენ, გადაუდებელი დახმარების ქირურგები, მედიცინის გმირები ხართ, განთიადი თქვენთვის იბრწყინებს!“

ღმერთმა გისმინოთ! რამდენადაც მიძიმეა ამ სპეციალობის ექიმთა შრომა, იმდენად შეუფასებელია (თუნდაც მატერიალურად). მორიგეობის შემდეგ ქირურგი გათანგულია, ფეხზე ძლივს დგას, სტრესისა და მორალური ზიანის საფასურს კი ვინმე აუნაზღაურებს?

ბოლო წლების გაიდლაინებსა და სამუშაო დებულებებში მითითებულია ტერმინი-დიაგნოზი „ტკივილი მუცელში“. თუ ტკივილმა გაიარა, ექიმს აქვს პაციენტის სახლში გაშვების უფლება. აღნიშნული ქმედება გამოცდილ ექიმებს არ მოსწონთ. არის შემთხვევები, როცა სახლში პაციენტს დაავადება უმწვავედება, ხდება მისი რეჰოსპიტალიზაცია, რასაც შეიძლება მოჰყვეს არასახარბიელო შედეგი.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებების გართულებების (პერიტონიტი, შოკი) შემთხვევაში დიაგნოზი ეჭვს აღარ იწვევს, მაგრამ პროგნოზი სერიოზულია.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებები კარგადაა ცნობილი ჩემი თაობის ქირურგებისთვის. გამოინაკლის ნარმოადგენს მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულოზი და მისი გართულებები, გარკვეული მიზეზების გამო. ამჟამად ნაწლავებში დივერტიკულოზი ადამიანთა უმრავლესობას (მათ შორის ქართველებს აქვს). წარსულში ეს

დაავადება ძირითადად განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობაში გვხვდებოდა, რომელთათვისაც დამახასიათებელი იყო „სწრაფი კვება“, ზედმეტად გადამუშავებული, დაკონსერვებული პროდუქტებით. სადღეისოდ, საყოველთაო გლობალიზაციის ეპოქაში „დასავლური კვების“ მანერა გავრცელდა სხვა ქვეყნებშიც, მათ შორის - საქართველოშიც და გაიზარდა დივერტიკულოზით დაავადებათა რაოდენობა თავისი გართულებებით. უნდა ვაღიაროთ, რომ ჩვენს ქირურგებს ამ გართულებების მკურნალობის ნაკლები გამოცდილება გვაქვს. ამიტომ მას უფრო ვრცლად განვიხილავ.

გართულებულ დივერტიკულთა უმრავლესობა ლოკალიზებულია სიგმურ ნაწლავში. მსხვილი ნაწლავის სხვა უბნებში ერთეულები გვხვდება. დივერტიკულის გამწვავება (დივერტიკულიტი) სხვადასხვა სახით ვლინდება. პაციენტთა მცირე ნაწილში აღინიშნება ანთების ადგილობრივი და ზოგადი ნიშნები. პროცესის სირთულის შესაბამისად საჭირო ხდება კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება, ოღონდ მისი მონაცემები უნდა შეჯერდეს კლასიკური გასინჯვის მეთოდებთან.

უფრო ხშირია მარტივი ვარიანტი - ნაწლავის კედლის გასქელება კოლინჯის მიმდებარე ცხიმოვანი ქსოვილის ანთების ხარჯზე.

რთული ვარიანტი გულისხმობს აბსცესის არსებობას, სანათურის გარეთ ჰაერის და კონტრასტული ნივთიერების გაჟონვას.

პაციენტთა ნახევარი იკურნება კონსერვატიული თერაპიით, მეორე ნაწილს კი ოპერაცია სჭირდება, რომლის გასარკვევად გამოცდილება თანდათან გვიგროვდება.

რამდენიმე დღიანი ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე უხშირესად პროცესი ცხრება. ირგვლივ მდებარე აბსცესიც კი ხშირად თავისით ალაგდება (სავარაუდოდ, ნაწლავში სპონტანური დრენირების გამო).

ნსმ.-ზე უფრო დიდი დიამეტრის აბსცესი საჭიროებს პერკუტანულ დრენირებას.

სიგმური ნაწლავის შემოგრების შედეგად განვითარებული ნეკროზის დროს საჭიროა მისი რეზექცია საღ ფარგლებში. უმეტეს შემთხვევაში გამართლებულია ანასტომოზი, თუმცა ზოგადი, ადგილობრივი და განავლოვანი პერიტონიტი ანასტომოზის შექმნის წინააღმდეგ ჩვენებაა.

შემთხვევების დემონსტრაცია: მწვავე აპენდიციტი.

ქალი, 50 წლის, ტურისტი გერმანიის დემოკრატიული რესპუბლიკიდან. ქმართან ერთად ცხოვრობდა სასტუმრო „ინტურისტში“.

გამგზავრების დღეს, დილით, უგონო მდგომარეობაში მყოფი, ოფლად გაღვრილი ქალი ქმარმა ვერ გააღვიძა. სასწრაფო დახმარების ბრიგადამ მოიყვანა ჩვენს კლინიკაში. შემდეგ გაირკვა, რომ 3 დღის წინ დაეწყო ტკივილი მუცელში, გულისრევა, მაგრამ ითმენდა და არ გაამხილა იმის შიშით, რომ საავადმყოფოში მოათავსებდნენ და სამშობლოში ვეღარ წავიდოდა.

მოყვანისას-ავადმყოფი შოკის მდგომარეობაშია (ბაქტერიული შოკი). კითხვებზე პასუხობს დაგვიანებით, თვალები ჩაცვენილი, ცხვირი, ყვრიმალეები ნაწვეტებული, ფილტვებში მოსმენით ჩვეულებრივი სუნთქვა, ქვედა ნილებში შესუსტებული, ენა მშრალი, ნადებიანი. მუცელი სუნთქვის აქტში არ მონაწილეობს, პალპაციით მთელი მუცლის პრესი დაჭიმული, მტკივნეული, ყველგან მკვეთრად

დადებითი არეკვლის (შროტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი), პერკუსიით მუცლის ლატერალური ღარების შესაბამისად მოყრუება. სწორი ნაწლავიდან თითოთ გასინჯვით წინა კედელი ჩამოწეული, მტკივნეული. სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზი - 25 000, მათ შორის, ნეიტროფილები - 95%, კრეატინინი 130 გ/ლ, სისხლის შემდეგება - ჰიპერკუაგულაციის გამოვლინება. დაისვა დიაგნოზი: მწვავე განგრენულ-პერპორაციული აპენდიციტი, გართულებული უნივერსალური პერიტონიტით, ბაქტერიული შოკი.

პაციენტს გადაესხა 5 ლ. სისხლის შემცვლელი ხსნარები, ოპერაციისწინა პრემედიკაცია.

დაავადების დაწყებიდან 72 და კლინიკაში შემოსვლიდან 2 საათის შემდეგ გაყვანილია საოპერაციოში.

გაუტკივარება ენდოტრაქეალური ნარკოზით, ხანმოკლე მოქმედების მიორელაქსატებით. სათანადო დამუშავების შემდეგ გაიხსნა მუცლის ღრუ შუა ხაზზე განაკვეთით. აღმოჩნდა: მთელ მუცლის ღრუში თავისუფალი ჩირქი, მღვრიე, მძაფრსუნიანი, წვრილი ნაწლავის მარყუჟები ერთმანეთთან შეწებებული ფიბრინის ნაზი ბადით. ჩირქი ამოისრუტა ელექტროსასრუტით. დეტალურად დავათვალიერე მუცლის ღრუ. ჭია ნაწლავი მდებარეობს ბრმა ნაწლავის თაღის უკან, მთელს სიგრძეზე გამსხვილებული შავი ფერის, ცენტრში ნახვრეტი (პერფორაცია), საიდანაც იღვრება ჩირქი.

ტაკვი ჩაბრუნდა ქისისებრ ნაკერში. გაკეთდა ტიპური აპენდექტომია, მუცლის ღრუს სანაციით დრენირება სილიკონის სადრენაჟე მილებით, გამოტანილია გარეთ

ლუმბალურ არეში. ჭია ნანლაფი 16 სმ. სიგრძის, ჰიპერემიული, მწვერვალი შავი ფერის, ცენტრში პარაფორაციული ხვრელი.

მუცლის ღრუ ამოირეცხა ჯერ ფიზიოლოგიური, შემდეგ ბეტადინის ხსნარებით, ამომშრალდა, დუგლასის ფოსოში და ორივე ლატერალურ ღარში ჩაიდო სილიკონის მილი - 5 სმ. სიგრძის, გამოტანილია გარეთ ლუმბალურ განაკვეთებში.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა საშუალო სიმძიმით, უკეთდებოდა ფართე სპექტრის ანტიბიოტიკები, ინექციები ინტრავენურად, წვეთობრივად. პაციენტის მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა, მე-15 დღეს გაეწერა განკურნებული.

P. S. საავადმყოფოში მკურნალობის პერიოდში პაციენტის მეუღლე - ბატონი დიტერი და მე „დავძმაცადით“. ყველა ქართული საჭმელი და სასმელი დავაჭაშნიკეთ. სასმელად ყველაზე მეტად დიტერს ჩვენებური ჭაჭა მოეწონა. ნასვლისას აეროპორტში ნაცნობობით ათი ლიტრი ჭაჭა გავატანე. მომწერა, მოსკოვში, საბაჟოზე შენი გამოტანებული ჭაჭა გავიყავითო - ხუთი ლიტრი მეტაჟემ დაიტოვა და ხუთი ლიტრიც მე „დამითმოო“.

გერმანიიდან 2 წელიწადს ვიზებს მიგზავნიდნენ, გვესტუმრე, გიმასპინძლებოთ. ვერ მოვიცალე, ვიზები გაუქმდა. მესამე წელიწადს მკაცრი წერილი მოიწერეს - ხომ იცი, გერმანელები პუნქტუალური ხალხი ვართ, მთელი წლის გეგმა განერილი გვაქვს, თუ რომელ დღეს რა უნდა ვაკეთოთ, სად და როდის წავიდეთ ექსკურსიაზე, დასასვენებლად და ა. შ. შენი ჩამოსვლაც ვიზის შესაბამისად და-

ვგეგმეთ. ამისთვის გამოვყავით დრო. შენი ჩამოუსვლელობით მთელი წლის გეგმა დაგვეშალა, ახლა გთხოვთ აუცილებლად ჩამოხვიდეთო. მართლაც, სინდისის ქენჯნამ შემანუხა, მე და ჩემი ქალიშვილი გამოგზავნილი ვიზის მიხედვით წავედით - გოეთეს და შილერის სამშობლოში, ვაიმარში გავატარეთ სტუმრად მთელი ოცი დღე. არაჩვეულებრივი მასპინძლობა გაგვინიეს, ყოველგვარ მოლოდინს რომ გადააჭარბა.

სიგმის შემოგრეხა.

ენდოსკოპიური დეკომპრესია და დეტორსია

სიგმის შემოგრეხა ვითარდება გრძელი სიგმის და შესაბამისად მისი გრძელი ჯორჯლის შემთხვევებში. ნაწლავის მარყუჟი შემოიგრძნობა ჯორჯლის ღერძის ირგვლივ, ორ ნერტილში - პროქსიმალურად და დისტალურად შემოგრეხილი ნაწლავი იწვევს ნაწლავის სანათურის დახშობას, ჯორჯლის სისხლძარღვების და ნერვების კომპრესიას (სტრანგულაციური გაუვალობა). დაავადების ეტიოლოგია ბოლომდე ცნობილი არაა, არ არსებობს მისი პროფილაქტიკის მეთოდები.

სიგმის შემოგრეხა მსხვილი ნაწლავების ობსტრუქციის გამომწვევ დაავადებებს შორის სიხშირით მესამე ადგილზეა, სიმსივნეებისა და დივერტიკულოზის შემდეგ, ამასთანავე, სხვა დაავადებებით გამოწვეულ ნაწლავთა გაუვალობის უმრავლეს შემთხვევაში, იგი ამ გართულების თანამონაწილეა. სამხრეთ აზიის, სამხრეთ ამერიკის და აფრიკის ზოგიერთ რეგიონებში სიგმის შემოხრეხა მსხვილი

ნანლავის მწვავე ობსტრუქციის ძირითადი მიზეზია. სიგმის შემოგრების ეტიოლოგიური გამომწვევი ფაქტორებიდან წამყვანია: მამრობითი სქესი, მოხუცებულთა სახლში ცხოვრება, მწოლიარე ავადმყოფობა, სიგმის გრძელი მარყუჟი, ქრონიკული ყაბზობა, ნერვული დაავადებები, შიგასის დაავადება, თანდაყოლილი მეგაკოლონი, ჰირშპრუნგის დაავადება და სხვა. დაავადება უმთავრესად მოზრდილთა ხვედრია, ბავშვთა პოპულაციაში იშვიათია.

სიგმის შემოგრება მკურნალობის გარეშე სიცოცხლისათვის საშიშ დაავადებათა კატეგორიას განეკუთვნება. შემოგრებილი ნანლავი განიცდის იშემიას, პერფორაციას, სეფსისს და არაიშვიათად სიკვდილის მიზეზი ხდება.

კლინიკური გამოვლინებებიდან მნიშვნელოვანია: მუცლის შებერილობა და მოვლითი ხასიათის ტკივილი, ყაბზობა, ობსტრუქციის შემდგომი დიარეა. პერიტონიტი და სეფსისი ვითარდება მოგვიანებით.

სიგმის შემოგრება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურის სფეროს განეკუთვნება. დიაგნოსტიკა მოითხოვს ეჭვის მაღალ ინდექსს. გამოიყენება ვიზუალიზაციის მეთოდები კომპიუტერული და მაგნიტო-რეზონანსული ტომოგრაფია, რენტგენი.

რენტგენოგრამაზე ჩანს „ყავის მარცვლები“, აჰალს-ტრალური სიგმური მარყუჟი, შემოგრების ზონაში „ფრინველის ნისკარტის მსგავსი სურათი“, „კლოიბერის ფიალები“.

კომპიუტერული ტომოგრაფიით „ქარბუქის“ ნიშანი - ჩაფუშული მარყუჟი და ჯორჯალი დაგრებილია სისხლძარღვების სისტემის ირგვლივ, იძლევა ნანლავის შეფასების საშუალებას, ავლენს იშემიით და პერფორაციით გართუ-

ლებას.

ენდოსკოპიური დეკომპრესია პირველად აღწერა ბრუსგარტმა 1947 წელს, მეთოდი სწრაფად გავრცელდა და აუცილებელ კომპონენტად იქცა დაავადების მკურნალობაში.

ენდოსკოპიური პროცედურა გულისხმობს დეკომპრესიას, დეტორსიას, დრენირებას დრეკადი კოლონო - ან სიგმოიდოსკოპით. ნახშირორჟანგი შეყავთ წყვეტილად, დაბალი წნევით. სპირალურად დახვეული ლორწოვანი გარსი რექტოსიგმოიდულ მიდამოში - შეესაბამება ტორსიული ობსტრუქციის დისტალურ წერტილს სანათურის დახშობის მიდამოში. ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია, შეშუპებული, ლაქოვანი, ეროზიული. ამ დაბრკოლების ზონის გავლის შემდეგ კოლონოსკოპი გადადის გაფართოებულ ამპულაში, რომელიც გადავსებულია თხიერი განავლით და გაზით. ენდოსკოპის საშუალებით აწარმოებენ სითხის და გაზის ევაკუაციას. ამის შემდეგ აპარატი ფრთხილად გაივლის ტორსიული ობსტრუქციის პროქსიმალურ წერტილს. ამ ადგილზე მოჩანს სპირალურად დაგრეხილი - სიგმოიდური ან დასწვრივი კოლინჯის ლორწოვანი გარსი. პროქსიმალურ და დისტალურ წერტილებს შორის სიგმური ნაწლავის მარყუჟი მნიშვნელოვნად გაფართოებულია. ამ მონაკვეთის დეკომპრესიის შემდეგ ენდოსკოპის ბოლო მდებარეობს დასწვრივი ან განივი კოლინჯის დისტალურ ბოლოში. აწარმოებენ დეკომპრესიული უბნის გასწორებას ენდოსკოპის მარჯვენა ხელით საათის ისრის მიმართულებით დაბრუნებით და ენდოსკოპის დამოკლებით. პროცედურას რამდენჯერმე იმეორებენ. ენდოსკოპის სამუშაო მილში შეყავთ რბილი მავთულის ღერო, რომელიც რჩება

ენდოსკოპის გამოღების შემდეგ. მავთულს იყენებენ გამტარად, რომელზეც წამოაცვამენ კათეტერს 10 გვერდითი ხვრელით (სელდინგერის მეთოდის მსგავსად), ამის შემდეგ გამტარ მავთულს იღებენ, კათეტერს ამაგრებენ შორისის კანზე. თუ ამ პროცედურით კათეტერის შეყვანა სანათურში არ მოხერხდა, მაშინ სიგმურ ნაწლავში ატარებენ მსხვილ გაზგამყვან მილს. მისი საშუალებით ახდენენ დეკომპრესიას. ფეკალური მასები ადვილად ახშობენ დრენაჟის ხვრელებს, ამიტომ საჭიროა ხშირი გამორეცხვა ჟანეს შპრიცით.

სიგმური ნაწლავის ენდოსკოპიური დეტორსიო და დრენირება სიგმის შემოგრების შედეგად განვითარებული ნაწლავის მწვავე გაუვალობის პირველი რიგის მკურნალობაა და ძირითადად გამოიყენება წინასაოპერაციო მომზადების პერიოდში წყლის, მარილოვანი, ცილოვანი და სხვა სახის დარღვევების მკურნალობასთან ერთად. ამ მეთოდის გამოყენებით უმრავლეს შემთხვევაში შესაძლებელია რადიკალური ოპერაციის წარმოება, ნაწლავის პირველადი ანასტომოზით, შუალედური ხელოვნური უკანა ტანის შექმნის გარეშე. ცხადია, ეს ტაქტიკა მომგებიანია პაციენტისთვის, როგორც სამედიცინო, ისე ეკონომიკური თვალსაზრისით.

2019 წლის განმავლობაში, ირის ბორჩაშვილის სახელობის ჯანმრთელობის ცენტრში - „მედიანა“, სიგმის შემოგრების დიაგნოზით მკურნალობდა 4 პაციენტი: 2 მამაკაცი და 2 ქალი. ყველა შემთხვევაში დიაგნოზი დადასტურებული იყო კლინიკურად და სხივური ვიზუალიზაციის სამედიცინო ტექნიკის გამოყენებით (CT, MRT, ციფრული რენტგენი) პაციენტებს ჩაუტარდათ სიგმის ენდოსკოპიური

დეტორსია - დეკომპრესია ზემოთ აღწერილი მეთოდით. მათგან ერთ პაციენტს ენდოსკოპიური მანიპულაციის დროს დაუდგინდა სიგმური ნაწლავის ლორწოვანის ნეკროზი, რის გამოც წარმოებულ იქნა სასწრაფო ოპერაცია - ჰარტმანის ტიპის ნეკროზული სიგმის ამოკვეთა, ერთლუ-ლიანი ხელოვნური უკანა ტანის შექმნით.

დანარჩენ 3 პაციენტს (2 ქალი, 1 მამაკაცი, 72, 78 და 83 წლის) - სიგმური ნაწლავის დეტორსია-დრენირების შემდეგ ჩაუტარდა მკურნალობის ხანმოკლე კურსი - საშუალოდ 2 დღე. რადიკალური ოპერაცია გადავადებულ იქნა 1-2 თვით. ყველა შემთხვევაში ხანდაზმული ასაკის და მძიმე თანმხლები დაავადებების არსებობის მიუხედავად. შემდეგი კარგია. ყველა პაციენტი განიკურნა.

სიგმური ნაწლავის კიბო დესტრუქციით (პერფორაციით)

მამაკაცი - 58 წლის, მოყვანილი იყო კლინიკაში სასწრაფო დახმარების მანქანით, მუცლის არეში ტკივილის, გულისრევის, მაღალი ტემპერატურის გამო. ანამნეზიდან ირკვევა, რომ ბოლო ექვსი თვის მანძილზე ჰქონია ყაბზობა, იშვიათად - ფაღარათი. გუშინ, 12 საათის წინ იგრძნო ტკივილი მუცელში, რომლის ინტენსივობამ თანდათან იმატა, გავრცელდა მთელს მუცელში, დაეწყო გულისრევა, აუმაღლდა ტემპერატურა, შეამცივნა.

ობიექტური განსჯით: პაციენტი გამომშრალია, ფერ-მკრთალი, D-106, რიტმული, სუსტი ავსების, არტერიული წნევა 100/60 მმ. Hg, კანის ტურგორი დაქვეითებულია, ენა

მშრალი, თეთრი ნადებით. მუცელი სუნთქვით მოძრაობაში სუსტად მონაწილეობს, პერკუსიით და პალპაციით მტკივნეული მთელი მუცლის არეში, მარცხნივ მოყრუება, მკვეთრად დადებითია შროტკინ-ბლუმბერგის ნიშანი. ანალიზებში: ლეიკოციტები 22 000, ნეიროფილები - 95%, HB - 108; სისხლში კრეატინინი 158 მგ, რენტგენოლოგიურად მარცხენა სუბდიფრაგმულ არეში შეიმჩნევა თავისუფალი ჰაერი, ნაწლავები-გადაბერილი. ექოსკოპიურად მარცხენა ლატერალურ ღარსა და დუგლასის ფოსოში თავისუფალი სითხე, ნაწლავების პერისტალტიკა შენელებულია.

დაისვა დიაგნოზი: ნაწლავის პერფორაცია, პერიტონიტი.

დაავადების დაწყებიდან 14 და კლინიკაში შემოსვლიდან 2 საათის შემდეგ გაიყვანეს საოპერაციოში, შუა ლაპარატომია, აღმოჩნდა: მუცლის ღრუში მძაფრი სუნის მქონე გამონაჟონი (განავლოვანი), სიგმურ ნაწლავში პალპაციით - მკვრივი უბანი, რომლის ცენტრში 1 სმ. დიამეტრის პერფორაციული ხვრელი, საიდანაც მოედინება ნაწლავის შიგთავსი. მუცლის მარცხენა ლატერალურ ღარში სქელი ჩირქი, ნაწლავები შენეებულა ფიბრინით, მაგრამ ჩლუნგად, ადვილად ითიშება. ასეთივე გამონაჟონი დუგლასის ფოსოში მცირე რაოდენობითაა, აგრეთვე - ნაწლავთა შორის. ელექტრო-სასრუტით ამოისრუტა სულ 2 ლიტრი სქელი, სუნიანი გამონაჟონი. დეტალურად დათვალიერდა მუცლის ღრუ, სიგმის შუა ნაწილში. აღმოჩნდა მკვრივი სიმსივნური წარმონაქმნი, ცენტრში პერფორაციული ხვრელით. სიმსივნის შესაბამისად, სიგმას ჯორჯალში 0.8 სმ.-მდე გადიდებული ლიმფური კვანძები, ღვიძლში და მუცლის

ღრუს სხვა ქსოვილებში მეტასტაზური სიმსივნე ან გადი-
დებული ლიმფური კვანძები არ აღმოჩნდა. მობილიზი-
რებულ იქნა განივი კოლინჯის მარცხენა კუთხე. გაკეთდა
მარცხენა მხრივი ჰემიკოლექტომია, მსხვილი ნაწლავის
დისტალური ბოლო დაიხურა ყრუდ, პროქსიმალური ბო-
ლო გამოტანილ იქნა მუცლის წინა ზედაპირზე ერთლული-
ანი ხელოვნური უკანა ტანის სახით (ტრანსვერზოსტომა).

მუცლის ღრუ ამოირეცხა ფიზიოლოგიური ხსნარით
და ბეტადინის ხსნარით. მარცხენა ლატერალურ ღარსა და
დუგლასის ფოსოში ჩაიდო სილიკონის მილები, რომლებიც
გამოტანილია გარეთ, მუცლის გვერდით კედლებზე. შუა
ხაზის ჭრილობა დაიხურა შრეების მიხედვით.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა მძი-
მედ, განავლოვანი პერიტონიტის გამო. მუცლის შუა ხაზის
ჭრილობა დაჩირქდა მძიმე მდგომარეობის გამო. მკურნა-
ლობდა დადგენილი წესით.

ოპერაციიდან მე-12 დღეა. დილით სამუშაოზე მივ-
დივარ. ვხედავ, საავადმყოფოს მიმდებარედ, ი.ჯავახიშვი-
ლის ქუჩაზე, მანქანაში მოათავსეს ჩვენი ზემოაღნიშნული
პაციენტი. ჩემთან ახლოს აღმოჩნდა პაციენტის მკურნალი
ექიმი. ორივე დავედევნეთ და მალე დავეწიეთ ავტომან-
ქანას, რომელსაც ჩვენი პაციენტი მიყავდა. პატრონებმა
ავიხსენეს, ვიცით, რომ პაციენტს აქვს კიბო, აღარ მორ-
ჩება და გვირჩევნია სიცოცხლის ბოლო საათები სახლში
გაატაროსო. როგორც იქნა, დავუმტკიცეთ, რომ პაციენ-
ტის გადარჩენის შანსი არსებობს და მოვთხოვეთ სტაცი-
ონარში დაბრუნება. მართლაც მოაბრუნეს ავტომანქანა
და საავადმყოფოს შესასვლელთან გააჩერეს, გაბრაზებუ-

ლი ახლობლები გაეცალნენ ავტომანქანას, მე და მკურნალმა ექიმმა საკაცით ავიყვანეთ პაციენტი თავის პალატაში. 10 დღის შემდეგ პაციენტი განკურნებული გავუშვიტ შინ. 5 თვის შემდეგ ისევ მოვათავსეთ საავადმყოფოში, გავუკეთეთ ოპერაცია - ხელოვნური უკანა ტანის ლიკვიდაცია, შერთული მსხვილი ნაწლავის მომტან და ნამღებ ბოლოებს შორის... პაციენტმა ამ ოპერაციის შემდეგ 15 წელი იცოცხლა და გარდაიცვალა გულის ინფარქტით.

სიმსივნის მეტასტაზით გამოწვეული ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა

შემოვიდა კლინიკაში 69 წლის ქალი, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის ტიპური სურათით - ჰქონდა მოვლითი ტკივილი მუცელში, პირღებინება, მუცლის შებერილობა, აირებისა და განავლის გამოყოფის შეუძლებლობა. 6 თვის წინ მოსკოვში, პროქტოლოგიის ინსტიტუტში გაკეთებული ჰქონდა სწორი ნაწლავის ექსტიპაცია კიბოს გამო, ხელოვნური უკანა ტანის შექმნით. ოპერაციის შემდეგ თავს უკეთ გრძნობდა. 2 დღის წინ დაეწყო მოვლითი ხასიათის ტკივილები მუცელში, რომლის ინტენსივობა თანდათან გაძლიერდა, დაერთო პირღებინება, აირების გამოყოფის შეწყვეტა.

გასინჯვისას ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე აღმოჩნდა: ენა მშრალი, მუცელი ზომიერად შებერილი, ზოგან გამობერილიც (ვალის ნიშანი). პერკუსიით და პალპაციით შენჯღრევის ხმა. კონსერვატიული მკურნალობა უშედეგო. ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზით

გაუკეთდა ლაპარატომია, ნაწიბურები ბასრი და ჩლუნგი წესით გაითიშა, მუცლის ღრუს დეტალური რევიზიით ილიოცეკალურ კუთხეში, თედოს ნაწლავის ბრმა ნაწლავთან შეერთების წინა ზედაპირზე აღინიშნება მრგვალი ფორმის, 5 სმ. დიამეტრის სიმსივნური წარმონაქმნი, მკვრივი კონსისტენციის, ახშობს ბაუგინის სარქველის დონეზე თედოს ნაწლავს. მსხვილი ნაწლავი ჩაფუშულია, წვრილი ნაწლავები - გადაბერილი. სხვა მიდამოში ლიმფური კვანძები გადიდებული არ არის. გაკეთდა მარჯვენა მხრივი ლაპარასკოპიული კოლექტომია, 20 სმ. მღივი ნაწლავი, ბრმა, ასწვრივი და განივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევარი ამოიკვეთა, დაედო თედო-განივი კოლინჯის ანასტომოზი პირი-პირში, 2-სართულიანი ნაკერით. ებოტის ზონდით ნაზოენტერალურად დეკომპრესირებულ იქნა მთლიანად წვრილი ნაწლავი. პაციენტი განიკურნა. ოპერაციის შემდგომ იცოცხლა 15 წელი.

დამატებითი ელენთის გართულებათა საკითხისათვის

დამატებითი ელენტა გვხვდება ადამიანთა 25-40%-ში, უმეტესად იგი მდებარეობს მთავარი ელენტის კარის, კუჭ-ელენტის და ელენტა-განივი კოლინჯის იოგებში, აგრეთვე ზოგადად მუცლის ზედა სართულში. შეხედულებით და ფერით დამატებითი ელენტა ჰგავს ძირითად ელენტას. ჩვეულებრივ ასეთ ელენტას აქვს კარგი სისხლმომარაგება სხვადასხვა სიგრძის სისხლძარღვოვანი ფეხით, რომელიც შეიძლება იკვებებოდეს ელენტის, კუჭ-ბადექონის, კუჭის

მარცხენა ან სხვა სისხლძარღვებიდან. დამატებითი ელენთა 75% შემთხვევაში 1-2 სმ. დიამეტრისაა, უხშირესად იგი კლინიკურად არ ვლინდება, არ იწვევს ტკივილს, დისკომფორტს და აღმოაჩენენ შემთხვევითი ექოსკოპიის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის, ლაპარატომიის, აუტოფსიის დროს. როდესაც დამატებითი ელენთა თანდათანობით იზრდება და დიდ ზომებს აღწევს, შესაძლოა გახდეს მუცელში ტკივილისა და გართულებების მიზეზი, რაც ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს.

დამატებითი ელენთის არსებობის დადგენას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სისხლის ზოგიერთი პათოლოგიის, მაგალითად მინკოვსკი-შოფარის დაავადების, ანუ მიკროსფეროციტური ჰემოლიზური ანემიის (ძველი ტერმინოლოგიით მემკვიდრეობითი ჰემოლიზური ანემია, სიყვითლე) დროს. ამ დაავადების მკურნალობის რადიკალურ საშუალებას სპლენექტომია წარმოადგენს, ამასთანავე, ოპერაციის დროს გულდასმით უნდა დათვალიერდეს მუცლის ღრუ დამატებითი ელენთის აღმოსაჩენად მისი (მათი) ამოკვეთის მიზნით, ვინაიდან თუნდაც პანანინა ასეთი ელენთის დარჩენის შემთხვევაში სწრაფად ვითარდება დაავადების რეციდივი.

ჩვენ გვაქვს მიკროსფეროციტური ჰემოლიზური ანემიის 20 პაციენტის სპლენექტომიით მკურნალობის გამოცდილება, მათგან 18 იყო ერთი ოჯახის სამი თაობის წარმომადგენელი. მუცლის ღრუს დეტალური, მიზანმიმართული რევიზიით 3 შემთხვევაში აღმოჩნდა და ამოიკვეთა დამატებითი ელენთა, მათგან ერთს ჰქონდა 2. ხსენებული ოჯახის ერთ პაციენტს (შვილიშვილს) 15 წლის ასაკში გაუკეთდა სპლენექტომია, დამატებითი ელენთა არ იქნა ნანახი. 10

წლის შემდეგ ამ პაციენტს განუვითარდა დაავადების რეციდივი. ულტრასონოგრაფიული კვლევით სიგმური ნაწლავის ჯორჯალში დადგინდა სფერული ფორმის, 10 სმ. დიამეტრის დამატებითი ელენტა მდებარეობდა სიგმური ნაწლავის ჯორჯლის ფურცლებს შორის, იკვებებოდა სიგმის სისხლძარღვებიდან (5 მმ. დიამეტრის არტერია და ვენა). დამატებითი ელენტის ამოკვეთიდან უახლოეს დღეებში ერითროციტების რაოდენობა და ჰემოგლობინის შემცველობა ნორმამდე აინია, 5 წლის დაკვირვებით რეციდივი არ განმეორებულა.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დამატებითი ელენტა მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს აქვს, მაგრამ უხშირესად იგი არავითარ პათოლოგიას არ იწვევს. დიდი ზომისა და გრძელი ფეხის არსებობის შემთხვევაში დამატებითი ელენტა შეიძლება შემოიგრიხოს და იშემიური ტკივილი გამოიწვიოს, ზოგჯერ - ნეკროზიც, რაც სასწრაფო ოპერაციული ჩარევის მიზეზი ხდება.

მოგვყავს შემთხვევა ჩვენი პრაქტიკიდან: ავადმყოფი ქალი, 24 წლის. შემოვიდა კლინიკა „მედინაში“ 2015 წლის 20 იანვარს, გაენერა 24 იანვარს ანამნეზით - პაციენტს ბოლო 2 წლის მანძილზე პერიოდულად ეწყებოდა ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, რაც რამდენიმე წუთიდან 3-4 საათის მანძილზე გრძელდებოდა, ტკივილგამაყუჩებელი და ანტისპაზმური საშუალებებით ან მკურნალობის გარეშე ტკივილი უყუჩდებოდა. რამდენიმეჯერ ჩაუტარდა სტაციონარული მკურნალობა - აბდომინური კოლიკის დიაგნოზით. 1 წლის წინ ანალოგიური შეტევის დროს გაუკეთდა აპენდექტომია. ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი

- მარტივი აპენდიციტი. მსგავსი შეტევების ეპიზოდები კვლავ გრძელდებოდა, ცხადია, მწვავე აპენდიციტი იყო ჰიპერდიაგნოსტიკა, ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილი კოხერის ნიშნად იყო შეფასებული.

ერთ-ერთი ბოლო გამწვავების დროს ჩატარებული ულტრასონოგრაფიული კვლევით დადგინდა მოცულობითი წარმონაქმნის არსებობა კუჭის მცირე სიმრუდესა და ღვიძლს შორის, ზომით 5,3X3,5X2,7 სმ, მკვეთრად შემოსაზღვრული გარსით, ოვალური ფორმის, მოძრავი.

შემდგომი ჩატარებული კომპიუტერული ტომოგრაფიით ნანახი იქნა ექოსკოპიის იდენტური სურათი, წარმონაქმნი ქსოვილოვანი შენების, ჰიპოდენსიური. სისხლის საერო და ბიოქიმიური კვლევებით პათოლოგიური ცვლილებები არ აღენიშნა.

მუცლის ღრუს სიმსივნის (სავარაუდოდ დამატებითი ელენთის) დიაგნოზით ავადმყოფს ჩაუტარდა ლაპარასკოპიული ოპერაცია. პორტები შეყვანილი იყო ჭიპის არეში, თეთრ ხაზზე მახვილისებრი მორჩის ქვემოთ და მეზოგასტრიუმში.

ეპიგასტრიუმის არეში, მცირე ბადეოქონის აბგაში, კუჭსა და ღვიძლს შორის მოჩანს მუქი (ღვიძლისფერი) ფერის წარმონაქმნი, რომელიც ძალზე მოძრავია, წინიდან დაფარულია მცირე ბადეოქონის თხელი, გამჭვირვალე ფირფიტით, კუჭ-ღვიძლის იოგი გაიხსნა, მცირე ბადეოქონის აბგა ჰარმონიკის საშუალებით გაიკვეთა, წარმონაქმნი დათვალიერდა ყველა მხრიდან, რომელიც მკვეთრად შემოსაზღვრულია მოძრავი, მიხორცებული მცირე ბადეოქონის ფურცლით, ქვემოდან აღინიშნება გრძელი ფეხი, რომე-

ლიც პულსირებს. აღწერილი „ფეხი“ მიხორცებულია მცირე ბადექონის ცხიმოვან ქსოვილთან, რომელიც გადაიკვეთა ჰარმონიკით, გამოიყო წარმონაქმნის მკვებავი საკმაოდ მსხვილი არტერია და ვენა. სისხლძარღვებზე დაედო ჰემოლოკის კლიპსი და ჰარმონიკით გადაიკვეთა. არტერიის შემდგომი სკელეტიზაცია არ გვინარმოვბია, თუმცა ტოპოგრაფიულად უნდა გამოდიოდეს კუჭის მარცხენა არტერიის მაგისტრალიდან.

წარმონაქმნი თეთრი ხაზის განაკვეთის გაფართოების შემდეგ ამოღებულ იქნა კონტინერით. დეტალური დათვალიერებით ძირითადი ელენთა ჩვეულებრივი ფერის და ზომისაა, მუცლის ღრუში სხვა პათოლოგია არ გამოვლინდა.

წარმონაქმნი ფერით და კონსისტენციით ელენთის მაგვარია, ზომით 5,5X3,4X2,7 სმ, განაკვეთზე ელენთის მსგავსი შენების, მკვებავი არტერია 4 მმ. დიამეტრის, ვენა 4,5 მმ. ელენთის კარის არეში და ქვემოთ ეს ორი სტრუქტურა მჭიდროდაა მიხორცებული ერთმანეთთან. მათი განცალკევება პრაქტიკულად შეუძლებელია, სავარაუდოდ ხშირი შემოგრეხვების შედეგად განვითარებული შეხორცებითი ნაწიბურის გამო.

ჰისტომორფოლოგია:

რეტროსპექტრულად, ანამნეზის, კლინიკური და პათომორფოლოგიური კვლევის მონაცემების შეჯერებით შეიძლება დავასკვნათ, რომ პაციენტს ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში უვითარდებოდა საკმაოდ დიდი მოცულობის, მუქი ფერის წარმონაქმნი, გრძელი მკვებავი სისხლძარღვების გადაგრეხის შედეგად გამოწვეული იშემიით, ტკივილი იხსნებოდა შემოგრეხის გასწორების შემდეგ.

ლიტერატურაში აღწერილია დამატებითი ელენთის ნეკროზის შემთხვევებიც.

დემონსტრაციის მიზანია: პრაქტიკოს ექიმებს შევასენოთ, რომ აბდომინური ჭვალის ერთ-ერთი, თუმცა იშვიათი მიზეზი შეიძლება გახდეს დამატებითი ელენთის შემოგრეხა.

მსხვილი ნაწლავის პირველად-მრავლობითი მეტაქრონული კიბო

კლინიკური შემთხვევა.

მსხვილი და სწორი ნაწლავის (კოლორექტული) კიბო საქართველოში სიხშირით მესამე ადგილზეა. დაავადების მკურნალობის გამოსავალი მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია მისი დიაგნოსტიკის ვადებზე, რაც უფრო ადრე გამოვლინდება და დაიწყება მკურნალობა, პროგნოზი მით უფრო კეთილსაიმედოა. მრავალრიცხოვანი კლინიკური კვლევებით დადგინდა, რომ კოლორექტული კიბოს სიმპტომები მრავალფეროვნებით ხასიათდება, განსაკუთრებით მის დასაწყისში და შესაბამისად რთულია მისი ადრეული დიაგნოსტიკა. კიდევ უფრო ართულებს დიაგნოსტიკას რამდენიმე პირველადი სიმსივნის ერთდროულად (სინქრონულად) არსებობა. ავთვისებიანი სიმსივნისაგან განკურნების გარკვეული დროის შემდეგ განვითარებულ ნეოპლაზმას პირველადი მეტაქრონული კიბო ეწოდება და სერიოზულ დიაგნოსტიკურ თავსატეხს წარმოადგენს. ამ კონტინგენტის პაციენტებში ჩვეულებრივ ეძებენ პირველი დაავადების(სიმსივნის) რეციდივს მისი ადრინდელი

მდებარეობის მიდამოში (In situ), ან მეტასტაზს ლიმფური სადინარების გასწვრივ ლიმფურ კოლექტორში. როდესაც ამ სავარაუდო მიდამოებში სიმსივნეს ვერ ნახულობენ, კმაყოფილება ეუფლება და ძიებას წყვეტენ. სინქრონული პირველადი კიბოს შემთხვევაში ექიმი შეიძლება დაკმაყოფილდეს პირველი სიმსივნის აღმოჩენით და აღარ გააგრძელოს შემდგომი კვლევა. მაგალითად, მსხვილი ნაწლავის კიბო ორ მიდამოში ვთქვათ სიგმასა და ასწვრივ კოლინჯში, ერთდროულად კოლონოსკოპიით დგინდება სიმსივნე სიგმურ ნაწლავში, აპარატი ვერ ტარდება სიმსივნური დაბრკოლების პროქსიმალურად, თუ ექიმმა არ გააგრძელა შემდგომი კვლევა (MRT. KT.). აღმოუჩენელი შეიძლება დარჩეს მეორე სიმსივნე.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს რადიკალური მკურნალობის შემდეგ პაციენტი იმყოფება დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ და პერიოდულად წელიწადში 2-ჯერ მაინც უტარდება გამოკვლევები ავთვისებიანი სიმსივნის რეციდივის, ან მეტასტაზური დაზიანების გამოსავლენად. დაგეგმილი კვლევების ჩატარების პერიოდში წესით ადვილად უნდა გამოვლინდეს პირველადი (მეტაქრონული) კიბოს არსებობაც. თუმცა, არ არის გამორიცხული სუბიექტური და ობიექტური ხასიათის დიაგნოსტიკური შეცდომებიც, რაზეც ქვემოთ გვექნება საუბარი..

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება პირველი სიმპტომების გამოვლინებიდან სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვამდე გასულ დროს. ჩვენი კლინიკის მასალებით ეს პერიოდი შეადგენს 6-18 თვეს. არაიშვიათად პაციენტები მოყავთ კლი-

ნიკაში ქირურგიული გართულებების (სისხლდენა, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა) დროს, როგორც გადაუდებელი შემთხვევა. ცხადია, ამ დროს პროცესი შორსწასულია, მკურნალობის ოპტიმალური ვადები გაშვებულია.

ჩვენს კლინიკაში მსხვილი ნაწლავის მეტაქრონული, პოლინეოპლაზიის ერთი შემთხვევა დავაფიქსირეთ, შემთხვევას წარმოგიდგენთ პრეზენტაციის სახით.

პაციენტი ო. მ. 57 წლის, უჩიოდა მოვლითი ხასიათის ტკივილებს მუცელში, ყაბზობას, წონაში კლებას. რის გამოც 2018 წლის ოქტომბერში პაციენტი გამოკვლეული იქნა ჩვენს კლინიკაში, დაესვა დიაგნოზი - სიგმური ნაწლავის კიბო, რომელიც ნაწილობრივ ავინროებდა ნაწლავის სანათურს. კოლონოსკოპიის დროს აღებული ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით დადასტურდა დიაგნოზი: მსხვილი ნაწლავის ზომიერად დიფერენცირებული ადენოკარცინომა. წარმოგიდგენთ პათომორფოლოგიური კვლევის შედეგს (დასკვნა N:939). ჩვენს მიერ შეთავაზებულ ოპერაციულ მკურნალობაზე პაციენტმა თავი შეიკავა და მიმართა ქ. სტამბულის ერთ-ერთ კლინიკას, სადაც სათანადო კვლევებით დაუდასტურდა სიგმური ნაწლავის კიბოს დიაგნოზი (T2N2M0), ჩაუტარდა ოპერაცია სიგმური ნაწლავის რეზექცია რეგიონალური ლიმფოდისექციით, ლაპაროსკოპიული წესით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა დამაკმაყოფილებლად. გაენერა მე-10 დღეს. გაწერიდან ერთი კვირის შემდეგ პაციენტს დაეწყო მაღალი ტემპერატურა, მოვლითი ტკივილები მუცელში, ლებინება. მოთავსდა, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ჩვენს კლინიკაში, 2018 წლის 2 ნოემბერს. სათა-

ნადო კვლევებით დაუდგინდა ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზი, ხანმოკლე კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობის გამო წარმოებული იქნა ოპერაცია - შუა ლაპარატომია სინექიოლიზი, ტოტალური ნაზოენტერალური ინტუბაცია, მსხვილი ნაწლავის დეკომპრესიის მიზნით სწორი ნაწლავის ინტუბაცია. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა: თეძოს ნაწლავის სანათური ილევოცეკალური კუთხიდან 50 სმ-ის დაშორებით დახშული იყო შეხორცებითი ზონარით, მის პროქსიმალურად ნაწლავები გადებერილი, დისტალურად ჩაფუშული. დუგლასის ფოსოში 1,5 ლიტრამდე მღვრიე გამონაჟონი, სტრანგულაციური ზონარი გადაიკვეთა, გამონაჟონი ამომშრალდა და ჩაიდო სადრენაჟო მილი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე, ჩაუტარდა ქიმიოთერაპიის 6 კურსი, რის შემდეგაც პრაქტიკულად განიკურნა.

პაციენტი პერიოდულად იტარებდა გამოკვლევებს რეციდივის და მეტასტაზების გამოვლენის მიზნით. რამდენიმე დღის წინ საზღვარგარეთ ჩაუტარდა PET სკანირება, პათოლოგია არ გამოვლინდა, შემდეგ ჩვენს კლინიკაში ჩაუტარდა დაგეგმილი კოლონოსკოპია (ენდოსკოპისტი ო. სურმანიძე). კოლინჯის მარჯვენა ნაკეცზე აღმოჩნდა სიმსივნური წარმონაქმნი, სავარაუდოდ მალიგნიზირებული პოლიპი, აღებულ იქნა ბიოფსიური მასალა, რომლის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა საშუალო დიფერენციაციის ადენოკარცინომა. წარმოგიდგენთ პრეპარატის პათომორფოლოგიურ დასკვნას (N: 483 2 გვერდზე).

ამრიგად, მტკიცდება დებულება, რომ ცალკე აღებული ნებისმიერი გამოკვლევა შეიძლება უზუსტო აღმოჩნ-

დეს, ან არასწორი იყოს მისი ინტერპრეტაცია. მისასალმებელია, რომ მკურნალები არ დაკმაყოფილდნენ PET-სკანირებით და გააგრძელეს კვლევა. როგორც ვთქვით, კოლონოსკოპიით აღმოჩნდა განივი კოლინჯის მარჯვენა ნაკეცის მიდამოში კიბო - მსხვილი ნაწლავის პირველადი მეტაქრონული სიმსივნე (TX NO.M0.).

სათანადო მომზადების შემდეგ პაციენტს კლინიკა „მედინაში“ გაუკეთდა ოპერაცია მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია. პათომორფოლოგიური დიაგნოზი: მსხვილი ნაწლავის მაღალდიფერენცირებული ადენოკარცინომა (T2 LVILNO.MLX.) გაენერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში. უტარდება ქიმიოთერაპიის კურსები.

გვინდა საგანგებოდ აღვნიშნოთ, რომ მეტაქრონული და სინქრონული პირველადი სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში ხშირია სუბიექტური შეცდომები. ლიტერატურაში მოვიძიეთ შემთხვევა, როცა 67 წლის ქალს დაუდგინდა კუჭის კიბო და მარჯვენა საკვერცხის კიბო ერთდროულად. ცალ-ცალკე გინეკოლოგებმა და ქირურგებმა დაადგინეს, რომ პირველადი დაავადება იყო კუჭის კიბო, ხოლო მარცხენა საკვერცხეზე კრუკენბერგის მეტასტაზი, სიმსივნე ჩაითვალა შორსნასულად, ინოპერაბელურად და დაეწყო სიმპტომური მკურნალობა. შემდგომი ღრმა კვლევებით დადგინდა, რომ ორივე სიმსივნე იყო პირველადი (სინქრონული) საკვერცხის კეთილთვისებიანი კისტა და კუჭის კიბო პირველი სტადიის, შემოფარგლული კუჭის სხეულის წინა კედლით, პაციენტის ზოგადი მძიმე მდგომარეობის გათვალისწინებით გაუკეთდა დამზოგველი ოპერაცია კუჭის კედლის ეკონომიური რეზექცია საღი ქსოვილების

ფარგლებში, მკურნალობა ადეკვატური აღმოჩნდა – პაციენტი იცოცხლა შემდგომ 15 წელი და გარდაიცვალა სულ სხვა დაავადებით.

ჩვენს კლინიკაში მოთავსდა პაციენტი ქალი, 50 წლის, რომელსაც 2 წლის წინ ერთ-ერთ კლინიკაში გაუკეთდა ოპერაცია საშვილოსნოს ექსტირპაცია საშვილოსნოს ფიბრომიომის გამო. პაციენტს განერიდან ერთი წლის შემდეგ დაეწყო ყრუ ტკივილები მუცელში, სუბფებრილური ტემპერატურა, საერთო სისუსტე, რადიოლოგიური გამოკვლევით დაესვა სიმსივნის რეციდივის დიაგნოზი. ჩაუტარდა ქიმიოთერაპიის 4 კურსი. პიპეროთერმიის ერთერთი ეპიზოდის დროს პაციენტი გასინჯული იყო ჩემს მიერ. ეჭვი იქნა მიტანილი მუცლის ღრუს აბსცესის არსებობაზე. ჩაუტარდა ლაპაროსკოპიული ოპერაცია (პროფ. ჯ. უნგიაძე). აღმოჩნდა დიდი ზომის უცხო სხეული (საფენი), რომელიც შემოფარგლული იყო სქელი გარსით, შიგთავსი – ჩირქი. უცხო სხეულის ამოღების შემდეგ ჩირქოვანი ღრუ გამოირეცხა და ჩაიდო სადრენაჟო მილი, ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე, პაციენტი განიკურნა. აბსცესის კედლებისა და მის ირგვლივ არსებული ქსოვილების ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით სიმსივნური პროცესი არ აღმოჩნდა.

რეტროპერიტონული სიმსივნეების ოპერაციული მკურნალობის ჩვენი გამოცდილება

რეტროპერიტონული სიმსივნეები შეადგენენ სიმსივნეთა 1%-ს, ამიტომ მხოლოდ ზოგიერთი კლინიკები ფლობენ აღნიშნული სიმსივნეების მკურნალობის დამაჯერებელ, მრავალწლიან კლინიკურ მასალას და გამოცდილებას.

ცნობილია, რომ რეტროპერიტონულ სიმსივნეთა 80–85% ავთვისებიანია და გამოირჩევიან მაღალი მეტასტაზირებით (30%მდე), მათთვის დამახასიათებელია რეციდივები, რომელთა ნახევარი ვითარდება რადიკალური ოპერაციიდან 12-18 თვის განმავლობაში. რეტროპერიტონული კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისათვის დამახასიათებელია ავთვისებიანი ტრანსფორმაციის იშვიათობა.

ყველაზე ხშირია მეზოდერმალური წარმოშობის სიმსივნეები 50%-ზე მეტი, მათ შორის პირველ ადგილზე ცხიმოვან-ქსოვილოვანი სიმსივნეებია. შემდეგ მოდის შემაერთებული ქსოვილის სიმსივნეები. ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის ყველაზე ხშირია „რეტროპერიტონული სარკომა.“

რეტროპერიტონული სიმსივნეებით უზშირესად ავადდებიან ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის, შრომისუნარიანი ადამიანები, რაც განაპირობებს მათ სოციალურ მნიშვნელობას.

რეტროპერიტონულ სიმსივნეზე ეჭვის მიტანისას აუცილებელია პასუხი გაეცეს შემდეგ შეკითხვებს:

1. აღნიშნული წარმონაქმნი არის თუ არა ნამდვილად რეტროპერიტონული სიმსივნე;
2. შესაძლებელია თუ არა მისი ამოკვეთა;

3. დაგეგმილი ოპერაციის ხასიათი.

დასმულ შეკითხვებს სრულყოფილად პასუხობენ გამოკვლევის სპეციალური მეთოდები;

1. ულტრაბგერითი გამოკვლევის სხვადასხვა მოდიფიკაციები: სეროშკალური და დუპლექს სკანირება;

2. რენტგენო-კომპიუტერული ტომოგრაფია;

3. მაგნიტო-რეზონანსული ტომოგრაფია;

4. ანგიოგრაფია, აორტოარტერიოგრაფია.

სიმსივნეების ჰისტოლოგიური სტრუქტურის დაზუსტება ხორციელდება წინასაოპერაციო ეტაპზე ბიოფსიით, ექოსკოპიური ან კომპიუტერული კონტროლით. ციტოლოგიური კვლევის სიზუსტე შეადგენს 87,7%-ს.

აქედან გამომდინარე, აღნიშნული კვლევა აზუსტებს სიმსივნის ხასიათს და გვეხმარება ოპერაციული ჩარევის მოცულობის დადგენაში. ქირურგიული ჩარევის გეგმა ითვალისწინებს რაციონალურ ქირურგიულ მიდგომას, ქირურგიული ჩარევის ეტაპების თანმიმდევრობასა და კომბინირებული ჩარევის შესაძლებლობას.

კლინიკა „მედინას“ გახსნიდან სამი წლის განმავლობაში ქირურგიულ დეპარტამენტში რეტროპერიტონული სიმსივნის დიაგნოზით ოპერაცია გაუკეთდა 11 პაციენტს, მათგან ოთხს - ბოლო 6 თვის მანძილზე.

აღნიშნულ ოთხ შემთხვევაში დიაგნოზის რატიფიკირებისათვის წინასაოპერაციო ეტაპზე გამოყენებულ იქნა ბიოფსია ენდოსკოპიური კონტროლით, ონკომარკერებით. ერთ შემთხვევაში დადგინდა რეტროპერიტონული სარკომა, რომელიც ინტიმურად იყო ჩაზრდილი თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედელზე და იწვევდა ტკივილსა და მისი

სანათურის შევინროვების კლინიკურ სურათს, რაც დასტურდებოდა სათანადო კლინიკური და ინსტრუმენტული მონაცემებით. ჩვენს მიერ გამოყენებულ იქნა ტრანსაბდომინალური მიდგომით სიმსივნური წარმონაქმნის სრული ამოკვეთა. შემდგომი მკურნალობისათვის პაციენტი გაიგზავნა ონკოცენტრში.

მეორე შემთხვევაში პაციენტს აღენიშნებოდა დიდი ზომის ლიპომა, რომელიც ამოკვეთილ იქნა ტრანსლუმბალური განაკვეთით.

მესამე პაციენტთან სიმსივნე მდებარეობდა ასწვრივი კოლინჯის უკან და მარჯვენა თირკმლის წინ, ამოიკვეთა ლაპაროსკოპიულად, კარგი შედეგით.

მეოთხე შემთხვევა ეხება 28 წლის პაციენტს, რომელსაც რეტროპერიტონული სარკომის გამო 8 წლის წინ ჩატარებული ჰქონდა ოპერაცია-სიმსივნის ამოკვეთა მარცხენა თირკმელთან ერთად, ლაპაროტომიული მიდგომით. ამოიკვეთა რეციდიული სიმსივნე, ჰისტომორფოლოგიური შესწავლით დადასტურდა ლიპოსარკომის დიაგნოზი.

ჩვენს კლინიკაში რეტროპერიტონული სიმსივნეების გამო ჩატარებული ოპერაციების გამოცდილება გვაძლევს საშუალებას გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

1. რეტროპერიტონული სიმსივნეების სრულყოფილი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა შესაძლებელია მხოლოდ თანამედროვე აპარატურით აღჭურვილ კლინიკებში სათანადო გამოცდილების მქონე სპეციალისტების მიერ;

2. ქირურგიული მკურნალობა არ უნდა განიხილებოდეს, როგორც მონოთერაპია, არამედ ავთვისებიანი რეტ-

როპერიტონული სიმსივნეების კომპლექსური მკურნალობა ქიმიოთერაპიისა და სხივური თერაპიის ჩარევით. მათი თანმიმდევრობის წინასწარი განსაზღვრა;

3. ქირურგიული მეთოდის არჩევისას მიზანშეწონილია პრიორიტეტი მიენიჭოს ლაპაროსკოპიულ, როგორც ყველაზე ტრავმულ მეთოდს.

ლაპარასკოპიული კოლექციტექტომიების ჩვენი გამოცდილება

გასული საუკუნის 80-იან წლებში ლაპარასკოპიული კოლექციტექტომიის დანერგვით დაიწყო ახალი ერა აბდომინალურ ქირურგიაში. გზა გაეხსნა კოლორექტარულ ლაპარასკოპიულ ქირურგიას, რომელიც ვითარდებოდა შედარებით უფრო ნელი ტემპებით თავისი სირთულიდან და ონკოლოგიური პრინციპების დაცვის აუცილებლობიდან გამომდინარე. ამიტომაც კოლოპროქტოლოგიური ლაპარასკოპიული ოპერაციები დაიწყო ანთებითი დაავადებების: დივერტიკულიტის, კრონის დაავადების, წყლულოვანი კოლიტის მკურნალობით.

ლაპარასკოპიული ოპერაციების გამოცდილების დაგროვებამ უზრუნველყო კოლოპროქტოლოგიური ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობა, შემუშავდა ახალი ინსტრუქციები და მეთოდები. ამის დასტური გახდა ლაპარასკოპიული ოპერაციების ატლასის გამოცემა და სინქრონულად თანამედროვე აპარატურის დანერგვა, ლაპარასკოპიული კოლექტომიის სწრაფი ტემპებით განვითარება. დღეისათვის ჩამოყალიბებულია ლაპარასკოპიული კოლექტომიის ჩვენებები:

1. მსხვილი ნაწლავის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები: (ოჯახური პოლიპოზი, ადენომატოზური პოლიპები).

2. მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების ინტენსიური ზრდა.

3. მსხვილი ნაწლავის მკურნალობის თერაპიული მეთოდების არაეფექტურობა. ეს ის შემთხვევაა, როცა დარღვეულია მსხვილი ნაწლავის ფუნქცია და დაავადება მიმდინარეობს გამოსატული ტკივილებით.

ფრიად მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ლაპაროსკოპიული კოლექტომიების გამოცდილებამ დაადასტურა მათი უპირატესობა ღია ოპერაციებთან შედარებით. უკანასკნელი მდგომარეობის ლაპარასკოპიული კოლექტომიების მინიმალურ ტრავმატიზმში, სისხლის დანაკარგის და ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაციის ვადების შემცირებაში, კარგ ანატომიურ ვიზუალიზაციაში, რაც დადებითად აისახება ოპერაციის ხარისხში.

პაციენტის მომზადება ლაპარასკოპიული ოპერაციისთვის სტანდარტულია, როგორც ღია ოპერაციების დროს.

კლინიკა მედინაში ბოლო 3 წლის განმავლობაში ჩატარებულია 11 კოლოპროქტოლოგიური ოპერაცია. აქედან სამი სიგმექტომია. მათ შორის, ერთი სიგმოიდური ნაწლავის კიბოს გამო და ორი დოლიხოსიგმის გამო, სიგმის რეზექცია და ანასტომოზი ჩატარდა ექსტრაკორპორალურად. ანალოგიური მეთოდით შესრულდა სამი ჰემიკოლექტომია, აქედან ერთი მარჯვენამხრივი და ორი-მარცხენამხრივი. ერთი ტოტალური კოლექტომია გაკეთდა ღია წესით.

ოპერაციის შემდგომი ადრეული პერიოდი მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე. აღსანიშნავია ის ფაქტი,

რომ ლაპარასკოპიული კოლექტომიის შემდეგ პერისტალტიკა აღდგა მეორე დღეს, ოპერაციიდან 3-5 დღეში განერეს სტაციონარიდან.

დასკვნები:

1. ლაპარასკოპიული ოპერაციის ტექნიკა არ უნდა ზღუდავდეს ოპერაციული ჩარევის სასურველ მოცულობას.

2. ოპერაციის შემდგომი ადრეული პერიოდის მიმდინარეობიდან გამომდინარე, ლაპარასკოპიული კოლექტომია გამოირჩევა ნაკლებ ტრავმულობითა და ადრეული რეაბილიტაციით.

მწვავე ქირურგიული დაავადებების მკურნალობა ორსულეობში

ორსულობა ქალის ორგანიზმში იწვევს რთულ ფიზიოლოგიურ და ანატომიურ ცვლილებებს, რომლის ფონზეც წაშლილია დაავადებათა ტიპური კლინიკური სურათი, ძნელდება მათი ამოცნობა და მკურნალობა. ორსულთა 1-2 პროცენტს ესაჭიროება ქირურგიული მკურნალობა. სოლიდურ კლინიკურ მასალაზე დაკვირვებამ აჩვენა, რომ აშშ-ში არასამეანო ქირურგიული ჩარევის შედეგად მუცლის მოშლა უვითარდება ორსულთა 5,8 %-ს, ხოლო დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 0,006%-ს შეადგენს.

ორსულობის პერიოდში ქალი შეიძლება დაავადდეს მისი ასაკობრივი ჯგუფისათვის დამახასიათებელი ნებისმიერი მწვავე ქირურგიული პათოლოგიით და არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან.

ორსულ პაციენტებში ქირურგიული დაავადების სიმპტომატიკა შეიძლება იყოს ატიპური ან ნორმალური ორსულობის ნიშნები მიჩნეულ იქნას დაავადების გამოვლინებად (ჰიპერდიაგნოსტიკა). პირიქითაც ხდება: მწვავე ქირურგიული დაავადების სიმპტომები შეიძლება ჩათვალოს ნორმალური ორსულობისათვის დამახასიათებელ ნიშნებად, რაც ხელს შეუშლის ჭეშმარიტი დიაგნოზის ამოცნობას.

ლაბორატორიული დიაგნოსტიკური ტესტების სტანდარტული შეფასებაც შეიძლება არასანდო გამოდგეს ორსულობასთან დაკავშირებული ცვლილებების გამო. კლინიკურმა და დიაგნოსტიკურმა სიძნელეებმა შეიძლება გამოიწვიოს მკურნალობის დაგვიანება და შესაბამისად გააუარესოს დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობა.

ორსულობა ქალის ორგანიზმში იწვევს ჰორმონულ, ფიზიოლოგიურ და მექანიკურ ცვლილებებს მუცლის ღრუში, ლაბორატორიული სასიცოცხლო კონსტანტები მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან არაორსული ქალების მაჩვენებლებისაგან. მრავალი ფიზიოლოგიური ცვლილება განპირობებულია ორსულებში ორი ძირითადი ჰორმონის - პროგესტერონის და ესტროგენის ზემოქმედებით. ყველაზე დიდი ცვლილება გლუვი კუნთების ტონუსზე აისახება. პროგესტერონის სიჭარბე და მოტილინის ნაკლებობა იწვევს გლუვი კუნთების მოდუნებას. მზარდი საშვილოსნო ზეწოლას ახდენს მეზობელ ორგანოებზე, რამაც შეიძლება გულისა და ღვიძლის დაავადებების იმიტაცია გამოიწვიოს.

ორსულობის დროს მნიშვნელოვანი ფიზიოლოგიური ცვლილებები ვითარდება კუჭნაწლავის ტრაქტში. გლუვი

კუნთების ტონუსის დაქვეითება კუჭში იწვევს მისი ტონუსისა და პერისტალტიკის დაქვეითებას, დაგვიანებულ დაცლას შიგთავსისაგან. მნიშვნელოვნად მატულობს აგრეთვე ინტაბდონიმური წნევა, ხოლო ქვეითდება საყლაპავის კარდიული სფინქტების ტონუსი, რასაც მოყვება შემანუბნებელი გასტროეზოფაგური რეფლექსი. წვრილი ნაწლავის პერისტალტიკა დაქვეითებულია, შიგთავსის გადანაცვლება შენელებული. ზოგ ორსულში ხშირმა პირღებინებამ შეიძლება გამოიწვიოს ნივთიერებათა ცვლისა და ელექტროლიტური ბალანსის დარღვევა. მსხვილი ნაწლავის პერისტალტიკის დაქვეითება, ნატრიუმისა და წყლის შეწოვის გაძლიერება იწვევს ყაბზობას.

მცირე მენჯის შესავალში საშვილოსნოს ზეწოლა აგრეთვე იწვევს ჰემოროიდული ვენებიდან სისხლის დაცლის შეფერხებას, რაც ვარიკოზის - ბუასილის მიზეზია. კარის ვენაში წნევის მომატება იწვევს საყლაპავის კარდიულ ნაწილში კოლატერალებისა და ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებას.

ორსულებში მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკაში მთავარია კლინიკური ნიშნების სწორი ინტერპრეტაცია ერთობლივად ქირურგისა და გინეკოლოგის მიერ, საჭიროების შემთხვევაში ორსულობის მთელ პერიოდში. დინამიკაში გამოიყენება ულტრასონოგრაფიუი კვლევა, გათვალისწინებული უნდა იქნას, რომ მსუქნებში ექოსკოპიური ვიზუალიზაცია დაქვეითებულია. ფართოდ გამოიყენება აგრეთვე ენდოსკოპიური კვლევა - ფიბროგასტროდენოსკოპია, სიგმოიდოსკოპია ნაყოფისათვის მცირე რისკით, ნაკლები საფრთხის შემცველია აგრეთვე რეტროგრადული ქოლანგოგრაფია

პაპილოსფინქტერო ნაჩვენებია ნაყოფზე ზემოქმედების გამო.

ოპერაციისა და ოპერაციის შემდგომი გაუტკივარებისათვის უნდა შეირჩეს არატოქსიკური პრეპარატები. ორსულებში სტანდარტულ მიდგომად ითვლება მინიინვაზიური ქირურგიული მეთოდების გამოყენება. ლაპარასკოპია შეიძლება უსაფრთხოდ ჩატარდეს ორსულობის ნებისმიერ ტრიმესტრში. 10-15 მმ. ვერცხლისწყლის სვეტის წნევით ნახშირორჟანგის შეყვანა მუცლის ღრუში საფრთხეს არ წარმოადგენს. მუცლის ღრუს ყველა მწვავე ქირურგიული დაავადების მკურნალობაში პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს ლაპარასკოპიას.

ორსულებში მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული მკურნალობის მოკლე ანალიზს წარმოგიდგენთ ერთი სამკურნალო დაწესებულების მაგალითზე:

ირის ბორჩაშვილის სახელობის ჯანმრთელობის ცენტრ „მედინაში“ ბოლო 5 წლის (2017-2022 წ.წ.) განმავლობაში ჰოსპიტალიზირებული 4516 ორსულიდან 33 პაციენტს დაუდგინდა მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადება, მწვავე აპენდიციტი -13, მწვავე ქოლეცისტიტი -11, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა -5 პაციენტს, მწვავე პანკრეატიტი - 2 პაციენტს.

6 პაციენტი მოყვანილ იქნა სასწრაფო დახმარების მანქანით მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით, დანარჩენ 8 პაციენტს დიაგნოზი დაუდგინდა სტაციონარში მაღალტექნოლოგიური კვლევისა და დინამიკაში კლინიკური დაკვირვების შედეგად. 7 პაციენტს პათომორფოლოგიური კვლევით დაუდგინდა ფლეგმონური აპენდიციტი, 3 პაცი-

ენტს - განგრენული, რომელთაგან ერთს ჰქონდა პერფორაცია მწვერვალზე, ირგვლივ შემოსაზღვრული ჩირქგროვით (აბსცესი 150 მლ. მოცულობით).

8 პაციენტს აპენდექტომია გაუკეთდა ლაპარასკოპიული მეთოდით, ხუთს – ღია წესით. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში დედისა და ნაყოფის მხრივ გართულებას ადგილი არ ჰქონია.

მწვავე აპენდიციტი ორსულებში

კატასტროფის მედიცინის სამსახურის მიერ მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით მოყვანილი იყო 5 პაციენტი, დანარჩენ 8-ს დიაგნოზი დაუდგინდა საკმაო სიძნელეებით სტაციონარში დაკვირვების და კვლევის შემდეგ, ვინაიდან დაავადების კლინიკა ორსულობის ფონზე იყო ბუნდოვანი. შემოსული 13-დან 7-ს დაუდგინდა პლეგმონური ფორმა, 3-ს - განგრენული, მათგან 1 პაციენტს (ქალი, 28 წლის, 32 კვირის ორსულობა, მესამე) ორსულობის ოპერაციის დროს აღმოაჩნდა ქია-ნაწლავის პერფორაცია მწვერვალზე, ჩაღვრილი პერიაპენდიკულარულად, 150 მლ. შემოსაზღვრული ჩირქგროვით - ადგილობრივი პერიტონიტი. 3 პაციენტს აღენიშნებოდა მარტივი (კატარული) აპენდიციტი. ოპერაციების უმრავლესობა (8 პაციენტი) წარმოებული იყო ლაპარასკოპიული ტექნიკით, დანარჩენი - ღია წესით. ყველა ნაოპერაციევი განიკურნა.

მწვავე ქოლერისტიტი ორსულებში

მწვავე ქოლერისტიტის დიაგნოზით გატარდა 11 ორსული, ყველა მათგანს აღენიშნებოდა ტკივილი მარჯვენა ფერდქევეს მიდამოში, გულისრევა, ზოგს - პირღებინება, მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება. ყველა პაციენტს ექოსკოპიური კვლევით დაუდასტურდა კონკრემენტების არსებობა ნაღვლის ბუშტში. 3 პაციენტს დაუდგინდა განგრენული ნაღვლის ბუშტი, ადგილობრივი და შემოსაზღვრული ჰემორაგიული ჩირქოვანი გამონადენი, ადგილობრივი პერიტონიტი. ნაღვლის ბუშტის პრეპარატი - კედლები ალაგ ნეკროზული.

5 პაციენტს აღენიშნებოდა ფლეგმინური ფორმა. ყველა ოპერაცია წარმოებული იყო ლაპარასკოპიული მეთოდით. 3 პაციენტს დაენიშნა კონსერვატიული მკურნალობა

ანტიბიოტიკები, დეტოქსიკაციური საშუალებები, დიეტა. მკურნალობა ეფექტური გამოდგა. ყველა პაციენტი განიკურნა, იმშობიარეს დროულად.

ნაწლავთა მწვავე მორეციდივე ინვაგინაციური გაუვალობა ორსულობის ფონზე

18 წლის ქალი, ბოლო 3 წლის მანძილზე პერიოდულად უჩიოდა მოვლითი ხასიათის ტკივილს მუცელში, გულისრევას, ზოგჯერ - პირღებინებას. აღნიშნული მოვლენები ვითარდებოდა ხანმოკლე დროით, მხოლოდ 3-ჯერ გახდა საჭირო ჰოსპიტალიზაცია. კონსერვატიული მკურნალობა შედეგიანი აღმოჩნდა. ყველა შემთხვევაში ილიოცეკალურ არხში, კოლინჯზე გადასვლით ისინჯებოდა ელასტიური

სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც თანდათან მცირდება და ტკივილის, ლეზინების და გაუვალობის სხვა ნიშნების მოხსნის შემდეგ ქრებოდა მთლიანად.

პაციენტი 18 წლის ასაკში გათხოვდა და დაორსულდა. ზემოაღნიშნული მოვლენები თანდათან გაუხშირდა. 3-ჯერ საჭირო გახდა ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ კონსერვატიული ღონისძიებებით ტკივილი და გაუვალობის მოვლენები მალე ეხსნებოდა.

28 კვირის ორსულობის დროს მოთავსდა ბათუმის სამშობიარო სახლის სამეანო განყოფილებაში ძლიერი ტკივილით, განუწყვეტელი პირღებინებით. საშვილოსნოს ტონუსმა მოიმატა. სასწრაფო წესით მოთავსდა სამშობიარო სახლში, ჩატარდა კონსილიუმი ქირურგების მონაწილეობით. დადგინდა, რომ პაციენტს აქვს ნაწლავის მწვავე ინვაგინალური გაუვალობა. გადაწყდა საკეისრო კვეთის ჩატარება ბავშვისა და დედის გადასარჩენად.

საკეისრო კვეთით ამოყვანილი იქნა მამრობითი სქესის ნაყოფი - 52 სმ. სიმაღლის, წონით 4.2 კგ.

ილიოცეკალურ მიდამოში ბრმა ნაწლავის სანათური ამოვსებულია რბილი, ელასტიური კონსისტენციის ოვალური წარმონაქმნით, რომლის ზედა ბოლო შეჭრილია ასწორივი კოლინჯის სანათურში, ზედა მესამედამდე. ადვილად მოხერხდა დეზინვაგინაცია. მსხვილი ნაწლავის სანათურში ნამყოფი წვრილი ნაწლავის მარყუჟი ციანოზურია, დაფარული ფიბრინის ნადებებით. ნაწლავის ზედაპირი გაინმინდა. პალპაციით, თეძოს ნაწლავში ბაუგინის სარქველიდან 30 სმ.-ის დაშორებით თეძოს ნაწლავის კედელზე მიმაგრებულია რბილი, ელასტიური წარმონაქმნი. ნაწლავის სანათური წარმოქმნის მიხორცების მიდამოში განივად

განიკვეთა. აღმოჩნდა წერილი ნანლავეის დიდი ზომის (13 სმ. სიგრძის, 2 მმ. დიამეტრის) ცილინდრული ფორმის პოლიპი, რომელიც ერთი ბოლოთი გამოდიოდა მლივი ნანლავეის კედლიდან ჯორჯლის მიმაგრების მოპირდაპირე მხარეს. მეორე ბოლო თავისუფლად მდებარეობს ნანლავეის სანათურში. ნანლავეის კედელი პოლიპის ძირიანად ამოიკვეთა, კედელი გაიკერა 2-სართულიანი ნაკერით.

პაციენტი განიკურნა, 5 წლის დაკვირვებით გაუვალობის მოვლენები არ აქვს. ინვაგინაციის მიზეზს წარმოადგენდა პოლარი, რომლის გამოძევებას ცდილობდა წერილი ნანლავეი, ძლიერდებოდა პირღებინება, პოლიპთან ერთად ნანლავეის მონაკვეთი შედიოდა ბრმა და ასწვრივი კოლინჯის სანათურში.

ნანლავეთა მწვავე გაუვალობის დიაგნოზი დაუდასტურდა 5 ორსულს, მათგან სამს - მუცლის ღრუს შეხორცებითი დაავადების ნიადაგზე. შეხორცების მიზეზი იყო ადრე წარმოებული ლაპარასკოპიული ოპერაციები. 1 პაციენტს აღმოაჩნდა მლივი ნანლავეის შემგრები ნეკროზით. 40 სმ. სიგრძის მლივი ნანლავეის მარყუჟი რეზენცირებულ იქნა, დაედო შერთული გვერდი-გვერდზე. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი - გართულების გარეშე, პაციენტი განიკურნა, იმშობიარა დროული ნაყოფით.

28 წლის ორსულს დაუდგინდა სიგმის შემოგრების დიაგნოზი. ჩაუტარდა სასწრაფო ოპერაცია - სიგმის რეზექცია, ხელოვნური უკანა ტანის ფორმირება ჰარტმანის წესით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი - გართულებათა გარეშე, იმშობიარა დროული ნაყოფი, მშობიარობიდან 3 თვის შემდეგ ჩაუტარდა ოპერაცია - ხელოვნური ანუსის

დახურვა, ნაწლავის ანასტომოზი საკვლევი ცირკულარული აპარატით, პირით პირში. პაციენტი განიკურნა.

მუცლის ღრუს შეხორცებითი დაავადების ნიადაგზე განვითარებულ ნაწლავთა მწვავე გაუვალობით დიაგნოზით დანარჩენი 3 პაციენტიდან 1 განიკურნა კონსერვატიული მეთოდებით, ხოლო ორს გაუკეთდა ლაპარატომია, ლიკვიდირებულ იქნა გაუვალობის მიზეზი. პაციენტი განიკურნა.

ამრიგად, ორსულობის ფონზე განვითარებული მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა მკურნალობაში გვაქვს საკმაო გამოცდილება, კარგი გამოსავლით, რაც მებან-გინეკოლოგების და ქირურგების გუნდური შრომის შედეგია.

ისტორიული ცნობები

1755 წელს ლორენც ჰაისტენმა აუტოფსიის გზით პირველად აღწერა აპენდიციტი, როგორც ანთების ლოკუსი. შემდეგი 100 წლის მანძილზე მსგავსი რამ არავის გაუკეთებია.

ფრიად საყურადღებოა, რომ 1848 წელს ჰენრი პანკოკმა 8 თვის ორსულს გაუხსნა აპენდიკულარული აბსცესი. პაციენტი განიკურნა. შემდეგი 40 წლის მანძილზე ასეთ ოპერაციას „უაზრობად“ თვლიდნენ.

1886 წელს, ჰარვარდის სამედიცინო სკოლის პროფესორმა, თერაპევტმა რეჯინალდ ფიცმა გამოაქვეყნა 257 აუტოფსიის შემთხვევის ანალიზი, სადაც მკაფიოდ აღწერა აპენდიქსის ანთების არსი და კლინიკური სურათი. აქვე

მოანოდ რჩევა მწვავე ანთებიანი ორგანოს ამოკვეთის, ან აბსცესის დრენირების შესახებ. იდეა აიტაცეს აშშ-ში. ფილადელფიელმა თომას მორტონმა პირველმა დასვა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი და წარმატებით ამოკვეთა პერფორირებული ორგანო.

1902 წელს, ბრიტანეთის მეფის ედუარდ VII-ს მეფედ კურთხევამდე 2 დღით ადრე ქირურგმა ფრედერიკ ტრეკერმა გაუკეთა აპენდიკულარული აბსცესის დრენირება.

**მუცლის კედლის დიდი ზომის (W3) თიაქრებით
პაციენტთა ქირურგიული მკურნალობის შედეგების
გაუმჯობესება უკანა სეპარაციული ჰერნიოპლასტიკის
(TAR) მეთოდის გამოყენებით**

თიაქრის პლასტიკა ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ოპერაციული ჩარევაა, ყველა დონის ჰოსპიტალში რომ კეთდება. ჩვენი აზრით, თიაქარკვეთა ქირურგიული ხელოვნების ღვთაებრიობის ერთ-ერთი დამადასტურებელი ოპერაციაა. ბოლო წლებში პრაქტიკაში ფართოდ დაინერგა თიაქარის პლასტიკა სხვადასხვა მასალისგან დამზადებული ბადის გამოყენებით. თიაქრის ოპერაცია გარკვეული ტესტია ოპერატორის ქირურგიული ტექნიკის (კლასის) შესაფასებლად. სასურველია საავადმყოფოებში, სადაც თიაქარით პაციენტთა რაოდენობა დიდია, გაიხსნას ჰერნიოლოგიური დეპარტამენტები. წიგნში განხილულია თიაქრის პლასტიკის ორიგინალური წესები, რომლებიც ჩვენს კლინიკაშია შემუშავებული და დაპატენტებული.

მასალა და მეთოდები. ჩატარებულია დიდი ზომის (W3) პოსტოპერაციული თიაქრებით 3 პაციენტის ქირურგიული მკურნალობის შედეგების პირველადი ანალიზი, რომლებსაც ჩაუტარდათ ოპერაციული მკურნალობა ჯანმრთელობის ცენტრ „მედიანაში“, ქ.ბათუმი. სამივე პაციენტი ქალი, საშუალო ასაკი - 64,2 წელი ნაშრომში გამოყენებულია პერნიოლოგთა საერთაშორისო კონგრესის მიერ 1999 წელს მიღებული J.Chevrel-A.Rath-ის კლასიფიკაცია პირველადი და პოსტოპერაციული თიაქრებისათვის. სამივე შემთხვევაში თიაქარის ზომები - (W3-W4), ლოკალიზაცია 1-4, მათ შორის ერთი R2. წინასაოპერაციო გამოკვლევები მოიცავდა ზოგადკლინიკურ, ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს, ანთროპომეტრიას სხეულის მასის ინდექსის გამოთვლით, კომორბიდულ ფონს. ყველა პაციენტს ჩაუტარდა კომპიუტერული ტომოგრაფია თიაქარის და მუცლის წინა კედლის კუნთოვან-ფასციური კომპონენტების შესავლის მიზნით, სამივე პაციენტს ენდოტრაქეული ნარკოზის ქვეშ ჩაუტარდა თიაქარკვეთა უკანა სეზარიციული პლასტიკის მეთოდის (TAR) გამოყენებით (Y.Novitsky-ის წესით).

ოპერაციის ტექნიკა. პოსტოპერაციული ნაწიბურის ამოკვეთა ერთიან ბლოკად აპონევროზამდე. მუცლის ღრუში შეხორცებების გათიშვა დისექციის ფარგლებში (დაახლოებით ილლიების წინა ხაზებამდე). მუცლის კედლის კუნთოვან-აპონევროზული სტრუქტურების გათიშვას ვიწყებდით მუცლის სწორი კუნთების რეტრო მუსკულარული სივრცეების დისექციით. ნახევარმთვარისებრ

ხაზებთან ვიზუალიზირდებოდა ეპოასტრული და პერფორანტი სისხლძარღვები და ნერვები მათი აუცილებელი შენარჩუნებით.

სწორი კუნთების ბუდეების უკანა ფურცლები იკვეთებოდა ვერტიკალურად ლატერალური კიდეებიდან 0,5-1 სმ-ით მედიალურად. ვიზუალიზირდებოდა განივი კუნთები და იკვეთებოდა ვერტიკალურად მთელს სიგრძეზე.

შემდეგ გრძელდებოდა დისექცია ლატერალური მიმართულებით. ქვემოთ დისექცია ვრცელდებოდა Recium-ის სივრცეში და კუბფერის იოგების მიმართულებით, ზემოთ - მახვილისებრი მორჩის უკან. აღნიშნული მანიპულაციების შედეგად ხდებოდა მუცლის კედლის მედიალური სეგმენტის ქსოვილების მთელი კომპლექსის, ძირითადად, მის ქვეშ მდებარე სტრუქტურების სწორი კუნთების ბუდეების უკანა კალთების და განივი ფასციის მობილობის მნიშვნელოვანი მომატება (შესაბამისად, მუცლის ღრუს მოცულობის გაზრდა) უკანა კალთები იკერებოდა უწყვეტი ნაკერით მონოფილამენტური ძაფით (PDS 2.0).

მასზე თავსდებოდა ბადის იმპლანტატი, რომელიც ფიქსირდებოდა ტრანსკუტანური ნაკერებით. ზემოდან, ასევე მონოფილამენტური განოვადი ძაფით (PDS 2.0) იკერებოდა სწორი კუნთების ბუდეების წინა კალთები. ამასთან, წინა კალთების მობილიზაცია კანქვეშა ქსოვილისაგან ხდებოდა მხოლოდ 2-3 სმ-ის ფარგლებში, პერფორანტი სისხლძარღვების და ნერვების შენარჩუნებით.

მხოლოდ ერთ შემთხვევაში (პაციენტი კ.მ. 64 წ.), ძალზე დიდი ზომის პოსტოპერაციული თიაქარით და ამასთან, სწორი კუნთების დიასტაზით, დამატებით დაგეჭირდა

ომენტექტომიის ჩატარება და ე.წ. bridging technique გამოყენება.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ჰემოსტაზს. დრენირდებოდა სწორი კუნთის კალთებს შორის არსებული სივრცე (რეტრო-მუსკულარული სივრცე იმპლანტანტის ზემოთ). კანქვეშა სივრცის დრენირების საჭიროება არ იყო მობილიზაციის მცირე ფართობის გამო.

ოპერაციის დროს კონტროლდებოდა მუცლის შიდა წნევა, რომლის მაქსიმალური მაჩვენებელი არ უნდა ყოფილიყო 18 მმ. ვწყ. სვ.-ზე მეტი. ოპერაციის წინ ტარდებოდა ანტიბაქტერიული პროფილაქტიკა II თაობის ცეფალოსპორინებით. პოსტოპერაციულ პერიოდში მიმდინარეობდა თრომბოემბოლიური გართულებების პროფილაქტიკა დაბალმოლეკულური ჰეპარინებით.

შედეგები და მათი განსჯა. პაციენტებს პოსტოპერაციულ პერიოდში არ აღენიშნებოდათ მუცლის შიდა წნევის მატება 14-16 მმ. ვწყ. სვ.-ზე მეტად, რაც მიუთითებს აპონევროზის დეფექტის სრული დახურვის და უკანა სეპარაციული პლასტიკის ჩატარების მიზანშეწონილობაზე. პაციენტთა აქტივაცია ხორციელდებოდა ოპერაციის დღის საღამოდან. ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობამ შეადგინა 7-8 დღე. ოპერაციული ჭრილობის კიდითი ნეკროზის ან მუცლის კედლის ნეკროზის შემთხვევა არ ყოფილა, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ საბოლოო დასკვნების გამოტანა კლინიკური მასალის სიმცირის გამო ჯერ ადრეა.

დასკვნები. პოსტოპერაციული ვენტრალური თიაქრების ქირურგია წარმოადგენს აქტუალურ სამედიცინო, სოციალურ და ეკონომიურ პრობლემას. თიაქარპლასტიკის

მეთოდის არჩევა უნდა იყოს ინდივიდუალური ყოველი პაციენტისათვის, თუმცა დიდი ზომის თიაქრების პლასტიკის დროს უკანა სეპარაციული პლასტიკის, კერძოდ TAR მეთოდის გამოყენება იძლევა შესაძლებლობას მუცლის კედლის ოპტიმალური - ანატომიური და ფიზიოლოგიური რეკონსტრუქციისათვის და ის აუცილებლად უნდა შედიოდეს ქირურგ-ჰერნიოლოგთა არსენალში.

TAR-პლასტიკა. პირველი გამოცდილება

მუცლის კედლის პროთეზირებადი პლასტიკის აქტიურმა დანერგვამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ვენტრალური და პოსტოპერაციული თიაქრებით პაციენტთა ქირურგიული მკურნალობის შედეგები, შეამცირა რეციდივების რაოდენობა და უზრუნველყო ნაოპერაციები პაციენტების ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლების გაუმჯობესება. დაჭიმვისაგან თავისუფალი პლასტიკა რეალურად გახდა თანამედროვე ჰერნიოლოგიის საფუძველი, თუმცა, დიდი ზომის თიაქრები (Chevrel-Rath კლასიფიკაციით W3-4) დღემდე ითვლება ქირურგიის გადაუჭრელ პრობლემად. ასეთი თიაქრების 90%-ს აქვს პოსტოპერაციული წარმოშობა და ისინი თიაქარკვეთის შემდეგ ხასიათდებიან მაღალი პოსტ-ოპერაციული ლეტალობით - 10%-მდე.

1943 წელს I.Moreno-მ შემოიღო ტერმინი „Derecho de domicilio“ („Loss of domain“) ანუ მუცლის დაკარგვა. დომენის დაკარგვაში იგულისხმება თიაქრის პარკში მუცლის ორგანოების მოცულობის 25%-ზე მეტის გადანაცვლება. სიცოცხლისთვის საშიშ მთავარ გართულებად ითვლება

კომპარტმენტ-სინდრომის განვითარება, რომლის დროს სიკვდილიანობა შეადგენს 42-68%-ს, ხოლო შესაბამისი მკურნალობის ჩაუტარებლობის შემთხვევაში - 100%-ს.

ეს სინდრომი წარმოადგენს ერთმანეთთან დაკავშირებულ პათოფიზიოლოგიური პროცესების კომპლექსს, რომელსაც საფუძვლად უდევს მუცლის შიგა წნევის გაზრდა 20 მმ. ვწყ. სვ.-ზე მაღალი და ხანგრძლივი მომატება ასოცირებული ორგანულ დისფუნქციასთან. ცხადია, დიდი ზომის თიაქრების შემთხვევებში მუცლის შიგა წნევის მატების თავიდან ასაცილებლად გამოყენებული უნდა იყოს მეთოდები, რომლებიც იწვევენ მუცლის ღრუს მოცულობის გაზრდას. უპირველეს ყოვლისა, ეს არის არადაჭიშვარი ალოპლასტიკური მეთოდები. მაგალითად შესაძლებელია Onlay-ტექნიკის გამოყენება. ამ დროს ბადით შესაძლებელია მოდელირებულ იქნას და შეიქმნას მუცლის ღრუს დამატებითი აუცილებელი მოცულობა, მაგრამ იგი არ განაპირობებს ფუნქციურად სრულფასოვანი მუცლის კედლის ფორმირებას, რადგანაც ოპერაციის შემდეგ ნარჩუნდება მუცლის სწორი კუნთების დიასტაზი. მეტიც, Onlay პლასტიკის შემთხვევებში მანძილი აღნიშნულ კუნთებს შორის კიდევ უფრო იზრდება. შედეგად, იმყოფებიან რა პათოლოგიურ მდგომარეობაში, კუნთები ატროფირდება, იცვლება როგორც კუნთოვანი, ისე შემაერთებული ქსოვილის სტრუქტურა და მეტაბოლიზმი.

ამიტომაც, პოსტოპერაციული ვენტრალური თიაქრების პლასტიკის დროს გამოყოფენ ორი ტიპის ოპერაციას: რეკონსტრუქციულსა და მაკორეგირებელს.

ახალ მიმართულებად დიდი ზომის ვენტრალური თი-
აქრების მკურნალობაში ითვლება კომბინირებული ოპე-
რაციები, რომლებიც თავის თავში მოიცავს არადაჭიმვად
ალოპლასტიკას და მუცლის წინა კედლის კუნთოვან-ფას-
ციური კომპონენტების განცალკევებას (Components sepa-
ration technique - CST). მოწოდებულია სეპარაციის დაახლო-
ებით ათამდე მეთოდი, რომლებშიც გამოიყოფა ორი ძირი-
თადი - წინა და უკანა სეპარაციების მეთოდები.

დღეისათვის წინა სეპარაციის (Anterior components
separation technique) მეთოდებიდან ყველაზე პოპულარუ-
ლია O.Ramirez-ის ოპერაცია. შესწავლილ-დადგენილია,
რომ რამირესის ოპერაციის შედეგად მუცლის ღრუს მო-
ცულობა იზრდება 27,8 2,6%-ით. თუმცა რამირესის ოპე-
რაციას გააჩნია გარკვეული ნაკლოვანებები: საკუთრივ
ოპერაციული ჩარევის მასშტაბი, ქსოვილთა დისექციის
მნიშვნელოვანი ფართობი, დიდი ჭრილობითი ზედაპირი
კანქვეშა ქსოვილის სეპარირების მიდამოში და შედეგად,
სერომების და მუცლის შუა სეგმენტში კანის და კანქვეშა
ქსოვილის ნეკროზის განვითარების მაღალი რისკი. ეს და-
კავშირებულია იმასთან, რომ მედიალურ სეგმენტში კანი-
სა და კანქვეშა ლოსკუტის სისხლმომარაგება ხორციელ-
დება ეპიგასტრული არტერიებიდან გამომავალი პერფო-
რანტი სისხლძარღვებით, რომლებიც რამირესის ოპერა-
ციის დროს ლიგირდება ან კოაგულირდება. იგივე მიზე-
ზები (ლოკალური სისხლმომარაგების მოშლა) უდევს სა-
ფუძვლად კანქვეშა ლოსკუტის სეპარირების ზონაში ხან-
გრძლივ ექსუდაციას და სითხოვანი ჩანართების ფორმი-
რებას.

მოწოდებულია ვარიანტი პარაუმბილიკალურ მიდამოში პერფორანტი სისხლძარღვების შენარჩუნებით, რაც გარკვეულწილად იძლევა საშუალებას შენარჩუნდეს სისხლმომარაგება და თავიდან იქნას აცილებული ლოკალური იშემიური გართულებები.

მეორე მნიშვნელოვანი პრობლემა აღნიშნული ოპერაციების შემდეგ ეს არის მუცლის კედლის სისუსტე მუცლის სწორი კუნთების ლატერალურად. რიგ შემთხვევებში ამ ადგილებში შეიძლება ჩამოყალიბდეს რელაქსაციის, ან თიაქარის მაგვარი მუცლის კედლის დეფორმაციის უბნები. სუსტად გამოხატული კანქვეშა ცხიმის შემთხვევაში ის შეიძლება წარმოადგენდეს მნიშვნელოვან კოსმეტიკურ დეფექტს.

რამირესის ოპერაციის შემდგომი მოდიფიკაციები შემუშავდა და მოწოდებულია სწორედ იმისათვის, რომ გადაელახათ ზემოთ აღნიშნული ნაკლოვანებები. მაგალითად, მოწოდებულ იქნა CST-ის შეუღლება პროთეზირებად პლასტიკასთან მედიალურ და არა მარტო მედიალურ სეგმენტებში. თუმცა, ამ ტიპის ოპერაციების ნაკლად ითვლება პროთეზირების ვრცელი ზონა და ბადის კონტაქტი უშუალოდ კანქვეშა ქსოვილთან, აქედან გამომდინარე გართულებებით.

მუცლის კედლის კომპონენტების სეპარაციის შემდგომი ვარიანტი - ეს არის უკანა სეპარაცია - PCST ტექნიკა (Posterior components separation technique). ამ დროს გარეთა ირიბი კუნთის აბონევროზის მთლიანობა შენარჩუნებულია და ხდება განივი კუნთების ბილატერალური (ზოგჯერ

შიგნითა ირიბი კუნთისა(ც) მობილიზაცია. სეპარაციის აღნიშნული მეთოდი მოწოდებულ იქნა 2008 წელს A.Carbo-nell-ის მიერ.

ავტორის რეკომენდაციით ხორციელდება ტიპური მუცლის სწორი კუნთების უკანა სივრცის დისექცია, შემდეგ ვერტიკალურად იკვეთება მუცლის სწორი კუნთების ბუდეების უკანა ფურცლები ლატერალურ კიდესთან და დისექცია გრძელდება განივ და შიგნითა ირიბ კუნთებს შორის. შემდგომში დისექციის აღნიშნულ სივრცეს იყენებენ სინთეზური ენდოპროთეზის განსათავსებლად. ამგვარად, ბადე განთავსდება მედიალურ სეგმენტში სწორი კუნთების, ხოლო ლატერალურ სეგმენტებში-შიგნითა ირიბი კუნთის დორზალურად

უკანა სეპარაციის შემდეგი სახე შემუშავებულია Y. Novitsky-ის მიერ და მოეწოდა, როგორც ოპერაცია TAR (Transverses abdominis muscle release) 2012 წელს. ამ შემთხვევაშიც ანალოგიურად დისექცია ხორციელდება რეტრო-მუსკულარულ სივრცეში, იკვეთება მუცლის სწორი კუნთების ბუდეების უკანა ფურცლები, ვიზუალიზირდება განივი კუნთი და ვერტიკალურად, მთელს სიგრძეზე გადაიკვეთება. შემდეგ დისექცია გრძელდება ლატერალურად განივ კუნთსა და განივ ფასციას შორის. შესწავლილია, რომ ნოვიცკის ოპერაციის შედეგად მუცლის ღრუს მოცულობა იზრდება $24,2 \pm 1,7\%$ -ით. ავტორის მონაცემებით, უკანა სეპარაციის და პროთეზირებადი პლასტიკის ერთდროული გამოყენება იძლევა კარგ ფუნქციურ შედეგებს. მაგალითად, ამასვე მიუთითებენ სხვა ავტორებიც.

თუმცა მეთოდი ჯერ კიდევ ახალია და საჭიროა ოპერაციის უახლესი და შორეული შედეგების დეტალური ანალიზი, აუცილებელია ნაოპერაციევი პაციენტების ცხოვრების ხარისხის პარამეტრების შესწავლა და მათი შედარება სხვა მეთოდებით ნაოპერაციევი პაციენტთა შედეგებთან. ამასთან, არსებობს რამდენიმე ნიუანსი, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია. კერძოდ, გასათვალისწინებელია ის, რომ ნერვული ღეროები, რომლებიც უზრუნველყოფენ მუცლის სწორი კუნთების ფუნქციურ აქტივობას, გაივლიან განივ და შიგნითა ირიბ კუნთებს შორის. ამიტომ უკანა სეპარაციის განხორციელება მოითხოვს გარკვეულ ეტაპზე ქსოვილთა განსაკუთრებულად ფრთხილ დისექციას და ამ დროს ტექნიკურმა შეცდომებმა შეიძლება მიგვიყვანოს სწორი კუნთების ინერვაციის დარღვევამდე. ეს მომენტი ძალზე პრობლემურია აღნიშნული ქირურგიული ჩარევისთვის და მოითხოვს ტექნიკურ სიფრთხილეს.

ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი წარმონაქმნების მკურნალობა *(სადისკუსიო და დასაზუსტებელი საკითხები)*

აჭარა, ისე როგორც საქართველოს სხვა მაღალმთიანი რეგიონები, ოდითგანვე წარმოადგენს იოდდეფიციტიან ზონას და შესაბამისად, ენდემიური ჩიყვის გავრცელების კერას. ჩვენში თირეოიდური პათოლოგიის შესწავლის საქმეში ფასდაუდებელია პატრიოტი მამულიშვილების – იოსებ ასლანიშვილის, დარია ბერეჟიანის და სხვათა ღვაწლი. ექიმთა ამ ჯგუფმა გასული საუკუნის 20-იან წლებში

ფეხით მოიარა მაღალმთიანი აჭარა, დაადგინა ჩიყვის გავრცელების ადგილები, დასახა ამ დაავადების ლიკვიდაციის გზები, რის საფუძველზეც განხორციელდა მაღალმთიან რეგიონებში იოდთან მარილის სავალდებულო შეტანისა და მოხმარების კულტურის დანერგვა.

შემდგომ წლებში აჭარაში ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის შესწავლას მეცნიერული საფუძვლები ჩაუყარეს, საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაციები მოამზადეს ავნი დიასამიძემ და ჯუმბერ გაბუნიამ, ვასილ ოთხმეზურმა და ვარლამ გიორგაძემ ხელი შეუწყვეს ოპერაციული მკურნალობის მეთოდების დახვეწას და დანერგვას.

დაავადების ლიკვიდაციის პროგრამა სახელმწიფოებრივ დონეზე იყო აყვანილი და ხორციელდებოდა აჭარის ჩიყვის (შემდგომში ენდოკრინოლოგიური) დისპანსერის თაოსნობით. გასული საუკუნის 80-იანი წლების ბოლოსათვის აჭარაში ენდემიური ჩიყვის მხოლოდ ერთეული შემთხვევები გვხვდებოდა: საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ მოიშალა მოსახლეობის იოდიზირებული მარილით მონარაგების სისტემა, რასაც მალე მოჰყვა ენდემიური ჩიყვის ეპიდაფეთქება. ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მე-3 კურსის მაშინდელმა სტუდენტმა მერაბ მიქელაძემ გულდასმით შეისწავლა ხულოს რაიონში ამ პერიოდში ჩიყვის ეპიდემიის მასშტაბები, შეადარა ისინი ი. ასლანიშვილის ჯგუფის, ა. დიასამიძის, ჯ. გაბუნიას და აჭარის ენდოკრინოლოგიური დისპანსერის მონაცემებს და დაადგინა, რომ ამჟამინდელი ეპიდემია გავრცელების გეოგრაფიითა და სიმძიმით დიდად აღემატება ადრინდელს, ე.წ. „მოხსნის სინდრომით“. იოდთან მარილის ჭარბად მიღებას მიჩვეულ მოსახლეობას (ქართველებს გვიყვარს მარილი)

უცებ შეუწყდა იოდის მიწოდება, რამაც განაპირობა ზემო-
აღნიშნული ეპიდაფეთქება. საბედნიეროდ, იოდის მარი-
ლით მომარაგება თანდათან წესრიგდება.

ექიმთა ჯგუფის მიერ აქ წარმოდგენილი მოხსენება
ჩვენი რეგიონის მასალის ანალიზზეა შესრულებული, შე-
ჯერებული ლიტერატურის მონაცემებთან.

არა მხოლოდ იოდის დეფიციტი, - სხვა ფაქტორებიც:
განაპირობებს თირეოიდული პათოლოგიების მზარდ ტენ-
დენციას: არახელსაყრელი ეკოლოგიური და რადიაციული
ფონი, გენეტიკური და იმუნური პათოლოგიების ზრდა,
სოციალური პირობების გაუარესება და ემოციურ-სტრე-
სული;

მნიშვნელოვნად შეიცვალა დაავადებათა პანორამა.
მცირდება დიფუზური ჩიყვით ავადმყოფთა რიცხვი, მაგ-
რამ იზრდება ავადმყოფთა რიცხვი ჩიყვის კვანძოვანი და
შერეული ფორმებით, მომატებული ფუნქციური აქტივო-
ბით, აუტოიმუნური თირეოიდიტის სხვადასხვა (დიფუზუ-
რი და კეროვანი) ფორმებით.

1986 წელს ჩერნობილის ატომურ ელექტროსადგურ-
ზე მომხდარმა ავარიამ გამოიწვია რამდენიმე ქვეყნის, მათ
შორის საქართველოს ტერიტორიის მნიშვნელოვანი რადი-
აციული დაბინძურება. დადგენილია, რომ შავი ზღვის სა-
ნაპიროზე (აფხაზეთში, აჭარაში) რადიაციული ფონი
500 000-ჯერ გაიზარდა. რადიოაქტიურ დაბინძურებაში მო-
ნაწილეობდა რადიონუკლიდები i^{131} , Cs^{137} .

გასათვალისწინებელია, რომ ფარისებრი ჯირკვალის
მიეკუთვნება სხივური ზემოქმედებისადმი კრიტიკულ ორ-
განოთა რიცხვს. ჰიპერპლაზირებული, იოდდეფიციტის

რეგიონში იოდით გაღარიბებული, ე.წ. „მშვიერი“ ფარისებრი ჯირკვალის კიდეზე უფრო აქტიურად შთანთქმავს რადიოიოდს, რაც დიდ გავლენას ახდენს ჯირკვლის მორფოლოგიურ მდგომარეობაზე. რადიოიოდის ფარისებრ ჯირკვალში ინკორპორაციის მომენტიდან დაავადების კლინიკურ „დებიუტამდე“ შეიძლება გავიდეს 10–40 წელი, პიკი კი 15–25 წლებზე მოდის. ასე, რომ მოსალოდნელი იყო ონკოლოგიური ავადობის და სხივური გენეზის სხვა დაავადებების (რადიაციული ჰიპოთირეოზი, აუტოიმუნური თირეოიდიტი) მკვეთრი მატება.

ბათუმის ონკოლოგიური ცენტრის მონაცემებით, 1981–1988 წლებში ონკოლოგიურ აღრიცხვაზე ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნით არ დამდგარა არც ერთი პაციენტი. უკვე 1998–2008 წლებში კი იმავე დანესებულებაში მკურნალობა გაიარა 35–მა პაციენტმა. წლების მიხედვით პაციენტები განაწილდნენ შემდეგნაირად:

1999 წ.	-----	2
2000 წ.	-----	3
2001 წ.	-----	2
2002 წ.	-----	2
2003 წ.	-----	2
2004 წ.	-----	4
2005 წ.	-----	6
2006 წ.	-----	5
2007 წ.	-----	5
2008 წ.	-----	6

ამრიგად, ჩვენს მასალებზე ბოლო წლებში აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეებით პაციენტის რაოდენობის გარკვეული მატება.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნული მოწმობს, რომ დროული და ადეკვატური ოპერაციული მკურნალობის ჩატარებისთვის აუცილებელია ინფორმაცია ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი წარმონაქმნების მორფოლოგიურ სტრუქტურაზე.

1998 წლიდან ჩვენს მიერ გამოიყენება ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა და წვრილმარცვლოვანი პუნქციური ბიოფსია ბიოფსიური მასალის ციტოლოგიური შესწავლით. ულტრაბგერითი გამოკვლევით, ულტრაბგერითი სემიოტიკის გათვალისწინებით ხდება ჯირკვლიდან „საექვო“ უბნების გამოყოფა და შემდგომ მათი დამიზნებითი ბიოფსია.

ჩვენს რეგიონში ფარისებრი ჯირკვლის სონოგრაფიული კვლევის პიონერია ცნობილი ენდოკრინოლოგი სალომე ლლონტი. წვრილნემსოვანი ასპირაციული ბიოფსია მასიური კვლევის სახით საქართველოში პირველად, კერძოდ ბათუმში ბესარიონ ჩახვაძემ დანერგა.

აღნიშნული მეთოდის დიაგნოსტიკური „ღირებულების“ შესწავლის მიზნით განხორციელდა წინასაოპერაციო ციტოლოგიური და ოპერაციის შემდგომი გეგმიური ჰისტოლოგიური კვლევის მონაცემების შედარება.

ჩვენს მიერ ძირითადად განისაზღვრა ორი მონაცემი: მგრძნობელობა და სპეციფიურობა, თუმცა რიგ შემთხვევებში განისაზღვრებოდა მესამე კრიტერიუმიც – დიაგნოსტიკური სიზუსტე.

ზოგადად: მგრძნობელობა

$$= \frac{\text{ჭეშმარიტად დადებითი (ჯ.დ)}}{\text{ჭეშმარიტად დადებითი (ჯ.დ)} + \text{ცრუ უარყოფითი (ც.უ)}} \cdot 100\%$$

სპეციფიურობა

=

$$\frac{\text{ჭეშმარიტად უარყოფითი (ჯ.უ)}}{\text{ჭეშმარიტად უარყოფითი (ჯ.უ)} + \text{ცრუ დადებითი (ც.დ)}} \cdot 100\%$$

იგივე მონაცემების გათვალისწინებით შეიძლება გამოვითვალოთ:

$$\text{დიაგნოსტიკური სიზუსტე} = \frac{\text{ჯ.დ} + \text{ჯ.უ}}{\text{ჯ.დ} + \text{ჯ.უ} + \text{ც.დ} + \text{ც.უ}} \cdot 100\%$$

დღეისთვის ჩვენ გვაქვს 442 შემთხვევის მონაცემი. აქ მოყვანილია მხოლოდ ის შემთხვევები, რომელთა დროს ჩატარდა წინასაოპერაციო ციტოლოგიური და ოპერაციის შემდგომი გეგმიური ჰისტოლოგიური გამოკვლევები და მათი ურთიერთანაღიზი. ოპერაციული ჩარევები ჩატარებულია ქ. ბათუმის რესპუბლიკურ კლინიკურ საავადმყოფოში, ქ. ბათუმის №1 კლინიკურ საავადმყოფოში, ჯანმრთელობის ცენტრ „მედიანაში“. ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები - იმავე დაწესებულებებში და აჭარის ონკოლოგიურ ცენტრში.

პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოლოგიური გამოკვლევების თანახმად კეთილთვისებიანი წარმონაქმნები ფარისებრ ჯირკვალში აღინიშნა 426 შემთხვევაში, მათ შორის:

კოლოიდური კვანძი – 248 შემთხვევა;

აუტოიმუნური თირეოიდიტი (სხვადასხვა ფორმის) 66;
ადენომა (სხვადასხვა ფორმის) – 112.

ავთვისებიანი წარმონაქმნები ფარისებრ ჯირკვალში აღინიშნა 16 შემთხვევაში, აქედან:

პაპილარული ადენოკარცინომა – 8 შემთხვევა;

ფოლიკულური ადენოკარცინომა – 6;

მედულარული სიმსივნე – 2.

ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური მონაცემების ანალიზმა აჩვენა, რომ წვრილნემსოვანი პუნქციური ბიოფსიის მგრძნობელობამ კოლოიდური წარმონაქმნების დროს შეადგინა 93,2%, სპეციფიურობამ - 88,2%.

აუტოიმუნური თირეოიდიტის სხვადასხვა (დიფუზური და კეროვანი) ფორმების დროს მგრძნობელობამ შეადგინა 82,8%, სპეციფიურობამ – 97,8%.

მედულარული სიმსივნის დიაგნოსტიკა მოხერხდა ორ შემთხვევაში, თუმცა სტატისტიკური მასალების სიმცირის გამო ზემოთ აღნიშნული მაჩვენებლები ამ ჯგუფში ვერ განისაზღვრა.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებათა მეცნიერული შესწავლა გრძელდება. წინამდებარე ნაშრომის ავტორთაგან სამს (აკაკი ბერიძე, ბესარიონ ჩახვაძე და ინგა აბესაძე) საკანდიდატო დისერტაციები დაცული აქვთ ჩიყვის თემატიკაზე. განსაკუთრებით გავუსვამ ხაზს ბესარიონ ჩახვაძის ნაშრომს, რომელიც ძირითადად წვრილნემსოვანი ასპირაციული ბიოფსიის მონაცემებზეა აგებული. დისერტაცია დაცულია თბილისის სახ. უნივერსიტეტში 2000 წელს (ხელმძღვანელი ა. ბერიძე) და საქართველოში პირველ ნაშრომს წარმოადგენს ამ საკითხზე. მასიური გამოკვლევა პირველად ბათუმში დაინერგა 1998 წლიდან. სადისერტაციო საბჭოს თავმჯდომარემ, ბრწყინვალე ქირურგმა და მეცნიერმა, ან განსვენებულმა თენგიზ ახმეტელმა ბესარიონ ჩახვაძის ნაშრომი წლის საუკეთესო სადისერტაციო ნაშრომად სცნო.

ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი წარმონაქმნები წარმოადგენენ მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე გარცელებულ პათოლოგიას. სხვადასხვა სტატისტიკით, დედამიწის მოსახლეობის 10-დან 50%-მდე აქვს ასეთი წარმონაქმნები. კიდევ უფრო ხშირად გვხდება ისინი იოდდეფიციტიან ადგილებში მცხოვრებ მოსახლეობაში, ხანშესულ ადამიანებში, ქალებში.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამჟამად მსოფლიოში ინტენსიურად მიმდინარეობს მოსახლეობის დაბერების პროცესი ასაკობრივ სტრუქტურაში ხანშესულ და მოხუც ადამიანთა რაოდენობის მატების ხარჯზე, შესაბამისად კიდევ უფრო გაიზრდება მომავალში ფ. ჯ. კვანძოვანი პათოლოგიის რიცხვი.

გამოვლენილი კვანძების 95%-ი კეთილთვისებიანია, მხოლოდ 5%-ს უდასტურდება კიბოს დიაგნოზი. თანამედროვე მეცნიერული კვლევით დადგენილია, რომ კეთილთვისებიანი კვანძები არ „გადაგვარდებიან“ სიმსივნედ, არ განიცდიან მალიგნიზაციას. ამ საკითხზე აქცენტს იმიტომ ვაკეთებთ, რომ როგორც რიგით ობივატელებში, ისე სპეციალისტთა ნაწილშიც კი მოიაზრება მცდარი წარმოდგენა, რომ ფარისებური ჯირკვლის ყველა კვანძოვანი წარმონაქმნი აუცილებლად საჭიროებს ქირურგიულ ამოკვეთას, ვინაიდან მათი უმრავლესობა უკვე მალიგნიზირებულია, ან გადაგვარდება ახლო მომავალში. განსაკუთრებით გავრცელებულია ეს შეხედულება პოსტსაბჭოური ქვეყნების მოსახლეობასა და სამედიცინო წრეებში. ასეთი ლოგიკით მსოფლიოში რამდენიმე მილიარდ ადამიანს უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია, ამასთან ფარისებურ ჯირკვალში კვან-

ძოვანი წარმონაქმნების ახალი შემთხვევები ყოველწიურად რამდენიმე მილიონ ადამიანს უჩნდება. ცხადია ასეთი რაოდენობით ადამიანთა მკურნალობა პრაქტიკულად შეუძლებელია და წარმოუდგენელი. რაც მთავარია არც არის საჭირო. დაუსაბუთებელი ოპერაციული ჩარევების გახშირებას გარკვეულწილად ხელი შეუწყო აგრეთვე იმ გარემოებამ, რომ ექიმი-ქირურგის ხელფასი განისაზღვრება ჩატარებულ ოპერაციათა რაოდენობით. ამასთანავე, შეინიშნება ოპერაციული ჩახევების არაადეკვატური მოცულობა და დაგვიანებული მკურნალობა.

ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი წარმონაქმნების გამოვლინებაში მნიშვნელოვანი როლი ექიმის პირველად გასინჯვას ეკუთვნის. კარგად შეკრებილი ანამნეზი, ინსპექცია, პალპაცია გარკვეულ წარმოდგენას ქმნის წარმონაქმნების სტრუქტურაზე, გართულებაზე, პროგნოზზე და სხვა.

აქ გასათვალისწინებელია აგრეთვე: ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიისათვის დამახასიათებელი ნიშნები კისრის ორგანოებზე ზეწოლის შეგრძნება (სუნთქვის, ყლაპვის გაძნელება). ოფთალმოლოგიური ნიშნები, პულისის ცვლილება და ა.შ. შესაძლებელია სხვა დაავადების გამოვლინებაც (ლარინგიტი, ფარინგიტი, კისრის ოსტრეოქონდროზი, გულის, ან ნერვული სისტემების დაავადება).

ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევის ყველაზე ხშირი, უსაფრთხო და ინფორმატიული მეთოდია ულტრასონოგრაფია. იგი იძლევა შესაძლებლობას განისაზღვროს ფარისებრი ჯირკვლის ტოპოგრაფია, ცალკეული ნილების მოცულობა, მათში კეროვანი წარმონაქმნები ზომების, ექო-

გენობის, კისტისებური ჩანართების არსებობის, კაფსულის გამოხატვის ინტენსივობით, სისხლძარღვოვანი ქსელის განვითარების ხარისხით და სხვა მონაცემებით.

სონოგრაფიის ნიშნებით დიდი ალბათობით შეიძლება განისაზღვროს მონაცემები ფ.ჯ. წარმონაქმნების მალიგნიზაციის ან კეთილთვისებიანობის, აუტოიმუნური პროცესის, რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობის, კისრის ორგანოების ზეწოლის და სხვა. ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი წარმონაქმნების დიაგნოსტიკაში სონოგრაფიამ ჭეშმარიტად რევოლუციური წინსვლა მოახდინა, შესაძლებელია 2-3 მმ. ზომის კვანძების ვერიფიკაცია. მიუხედავად ამისა, მედლის მეორე მხარეც კარგად გამოჩნდა: უკანასკნელ პერიოდში გამოვლინდა პაციენტთა დიდი რაოდენობა ფარისებრ ჯირკვალში 3-4 მმ. დიამეტრის კვანძებით, რომლებსაც ინტენსიურად მკურნალობენ ენდოკრნოლოგთან, ხშირად იტარებენ სონოგრაფიულ კვლევას დინამიკაში, ბევრი მათგანი პანიკაში ვარდება ნერვოზულ სიტუაციამდე, ირღვევა მათი ცხოვრების ხარისხი.

აშშ-ი და ევროპაში ამ პრობლემას ჩვენამდე დიდი ხნით ადრე შეხვდნენ. 2006 წლის მონაცემებით, დასავლეთელი კოლეგები იძლევიან რეკომენდაციას საერთოდ არ ჩაატარონ ფარისებრი ჯირკვლის სონოგრაფიული კვლევა, თუ პაციენტს არა აქვს შესაბამისი სიმპტომები და პალპაციით არ ისინჯება კვანძი. სამწუხაროდ, მედიცინაში ასეთი კატეგორიული განცხადება მიუღებელია. არაერთი შემთხვევა გვექონია პრაქტიკაში, როცა პაციენტს არავითარი ჩივილი არ ჰქონია, მაგრამ კვლევით ფარისებრი ჯირკვლის კიბო გამოვლენილა. ჩვენთან ჯერ-ჯერობით

არ არის პაციენტთა ასეთი ნაკადის მოზღვაება, ამიტომ ლოგიკა გვკარნახობს: საკონსულტაციოდ მოსულ ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდეს სონოგრაფიული კვლევა, კვანძის გამოვლენის შემთხვევაში გაუგრძელდეს დაკვირვება 6-12 თვეში ერთჯერ.

კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, პოზოციურ-იმერსიული ტომოგრაფია აზუსტებენ დიაგნოზს, თუმცა გამოიყენება შედარებით იშვიათად, აუცილებლობის შემთხვევაში.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებათა დიაგნოსტიკის „ოქროს სტანდარტია“ წვრილნემსოვანი ასპირაციული ბიოფსია ულტრაბგერითი აპარატის კონტროლით. გამოკვლევის სხვა არც ერთი მეთოდი არაა დამაჯერებელი. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს და სხვა დაავადების დიაგნოსტიკაში მიღებული ციტოლოგიური ანალიზის საფუძველზე უნდა განისაზღვროს მკურნალობის ტაქტიკა. კვანძების დროს, დანარჩენ შემთხვევებში როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, საკმარისია სონოგრაფიული მონიტორინგი დინამიკაში.

სიფრთხილის თვალსაზრისით წვრილნემსოვანი ასპირაციული ბიოფსია საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:

- 1) ანამნეზით ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შემთხვევები ახლო ნათესავებში;
- 2) წარსულში თავის ან კისრის მიდამოს დასხივება;
- 3) რადიაციით დაბინძურებულ გარემოში ყოფნის ეპიზოდი;
- 4) 14-წლამდე და 70 წლის ზევით ასაკი;
- 5) მამრობითი სქესის პაციენტი;
- 6) სწრაფად მზარდი კვანძი;

7) მკვრივი კვანძი;

8) ტრაქიასთან, ან კუნთებთან ფიქსირებული კვანძი;

9) დისფონია ან დისფაგია;

10) სიმსივნეზე საექმო ექოსკოპიური ნიშნები, განსაკუთრებით:

ა) ფ.ჯ. კვანძის არასწორი კონტური კაფსულის დარღვევით.

ბ) კვანძების კისტოზური ტრანსფორმაცია.

გ) კვანძის ირგვლივ სისხლძარღვოვანი ქსელის ჭარბი განვითარება.

დ) კალცინატების არსებობა.

ე) ჰიპო, ან ანექოგენური კვანძი.

რადიოზოტოპური კვლევით „ცივი კვანძი“.

ასპირაციული ბიოპტატის ციტოლოგიური პასუხი ძირითადად შემდეგი სახისაა:

1) კეთილთვისებიანი სიმსივნე (კოლოიდური კვანძი); აუტოიმუნური თირეოიდიტი.

2) მასალა არა ინფორმაციულია.

3) ფოლიკულური სიმსივნე (ექვი ფოლიკულურ კიბოზე).

4) ავთვისებიანი პროცესი (პაპილარული კიბო, ფოლიკულური შენების პაპილარული კიბო, მედულარული კიბო.

ნაბ. პასუხი:

მასალა არა ინფორმაციულია - ასეთი პასუხი საშუალოდ 5%-იან შემთხვევაშია. ამ დროს მასალაში გვხვდება ცოტა უჯრედები, რის გამოც ციტოლოგს უჭირს დასკვნის გამოტანა, საჭიროა ბიოფსიის განმეორება.

ნაბ. პასუხი:

ფოლიკულური სიმსივნე ასეთი პასუხი გულისხმობს 85% შემთხვევაში კეთილთვისებიან პროცესს (ფოლიკულური ადენომა) და 15%-ში ავთვისებიან სავარაუდო სიმსივნეს (ფოლიკულურული კარცინომა). მათ შორის პრინციპული განსხვავება იმაშია, რომ კარცინომის დროს ინვაზია გამოხატულია კაფსულში ან ირგვლივ მდებარე სისხლძარღვებში. ოპერაციამდე შეუძლებელია გარჩევა, ფოლიკულური კვანძი კეთილთვისებიანია თუ ავთვისებიანი. ნებისმიერი ასეთი პასუხის დროს საჭიროა ოპერაცია - კვანძის მატარებელი წელის ამოკვეთა. სწორი დიაგნოზი ისმება მხოლოდ პრეპარატის ჰისტოლოგიური შესწავლით.

ფარისებრი ჯირკვლის ადენომების კლასიფიკაცია:

1) ფილიკულური ადენომა

- მაკროფოლიკულური (კოლოიდური) ადენომა

- ნორმოფოლიკულური ადენომა

- მიკროფოლიკულური (ფეტალური) ადენომა

1) ტრაბეკულარული-სოლიდური ადენომა

2) პაპილარული ადენომა.

3) ადენომა გიურტლეს უჯრედიდან (B უჯრედოვანი, ოქსილურუჯრედოვანი ადენომა, ონკოციტომა).

საკამათოა გავრცელებული დიაგნოზიც – კვანძოვანი ჩიყვი. ვიკიპედიის განმარტებით: ჩიყვი (სტრუმა) – ესაა ფარისებრი ჯირკვლის მყარი გადიდება, რომელიც დაკავშირებული არაა ანთებასთან, ან ავთვისებიან ზრდასთან. წინათ ასე განმარტავდნენ: ჩიყვი არის ფარისებრი ჯირკვლის არაანთებადი, არასიმსივნური და არაპარაზიტული გადიდება, მაშინაც კი, როცა ჰისტოლოგიურად დამტკიცებულია ფარისებრი ჯირკვალში აუტოიმუნური ანთებადი

წარმონაქმნი, ან სიმსივნე (ადენომა). საბოლოო დიაგნოზში მაინც ფიგურირებს კვანძოვანი ჩიყვი (შესაძლოა იმის გამო, რომ პათანატომიურ დასკვნას ვლებულობთ ავადმყოფის სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ).

თითქმის ყველა პუბლიკაციაში კვანძოვანი ჩიყვი მოიაზრება კრებით ცნებად, რომელიც აერთიანებს ფარისებრ ჯირკვალში ნებისმიერი გენეზის კეროვან წარმონაქმნს, კიბოს გარდა.

ყველაზე ხშირად გვხვდება კვანძოვანი კოლოიდური ჩიყვის სხვადასხვა მორფოლოგიური ვარიანტი. ნაბ. მიხედვით კოლოიდური კვანძი უმრავლეს შემთხვევაში არ საჭიროებს მკურნალობას, მხოლოდ დინამიურ მეთვალყურეობას ვურჩევთ, რაზედაც ზემოთ მივუთითეთ. მკურნალობა საჭიროა კისრის ორგანოებზე ზეწოლის, ჰორმონული აქტივობის მომატების და კისრის კოსმეტიკური დეფექტის არსებობის შემთხვევებში.

ფარისებრი ჯირკვლის ადენომები გენეტიკურად განსხვავდებიან კვანძოვანი ჩიყვისაგან, რამდენადაც წარმოადგენენ სიმსივნეს, ხოლო კვანძოვანი ჩიყვი ჰიპერპლასტიკური პროცესია. ადენომები წარმოიქმნებიან ერთი უჯრედის შთამომავლებისაგან (მონოკლონური წარმოშობა). ადენომების მკურნალობის ძირითად მეთოდს ოპერაციული ჩარევა წარმოადგენს, რაც გულისხმობს კვანძის მატარებელი წილის ამოკვეთას, ზოგჯერ ხიფათთან ერთად, მალიგნიზაციაზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებელია ტოტალური თირეოდექტომია შემდგომი თიროქსინით ჩანაცვლებითი თერაპიით.

აშშ-ში ოპერაციული მკურნალობის თანაბრად მიმართავენ რადიაქტიულო იოდით თერაპიას. ევროპაში

მკურნალობის ამ მეთოდს სიფრთხილით ეკიდებიან, ხოლო ჩვენთან მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში მიმართავენ. რადიო თერაპია ჰიპერთერაპიის და კიბოს დროს თავისი შედეგებით არ ჩამოუვარდება ოპერაციულ ჩარევას, ზოგიერთი მაჩვენებლით კი აღემატება მას.

დასკვნები

1. ჩვენ ვცხოვრობთ კვანძოვანი ჩიყვის „ეპიდემიის“ ეპოქაში, თეორიული შესაძლებლობაც არ არის ვუმკურნალოთ ადამიანთა ამ მასას, რაც მთავარია, არც არის ამის აუცილებლობა.

2. ექიმის ძირითადი ამოცანაა გააცალკევოს ერთმანეთისაგან ნაკადი ფარისებრი ჯირკვლის სტრუქტურის მიხედვით-კეთილთვისებიანი კვანძები ფარისებრი ჯირკვლის კიბოსაგან. სარწმუნო დიაგნოსტიკა შესაძლებელია მხოლოდ წვრილნემსოვანი ასპირაციული ბიოპტატის ციტოლოგიური კვლევით.

3. ფარისებრი ჯირკვლის კეთილთვისებიანი (კოლოიდური) კვანძები არ მალიგნიზირდებიან და არ უქმნიან სერიოზულ საფრთხეს ადამიანის ჯანმრთელობას, ამიტომ ოპერაციის ჩვენება მაქსიმალურად უნდა შეიზღუდოს.

4. ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი წარმონაქმნების ტერმინოლოგიაში, მათ დიაგნოსტიკაში და მართვაში არის საკამათო საკითხები, რომლებიც დაზუსტებას მოითხოვენ.

5. ოპერაციულ მკურნალობას: ხშირადაა საჭირო კომბინირებული მკურნალობა, განსაკუთრებით რადიოაქტიური იოდით.

6. ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი წარმონაქმნების ტერმინოლოგიაში, მათ დიაგნოსტიკაში და მართვაში არის საკამათო საკითხები, რომლებიც დაზუსტებას მოითხოვენ.

ტრავმული დაავადება

ტრავმული დაავადება – ახალი ნოზოლოგიური ერთეული

ამჟამინდელ მსოფლიოში პროგრესულად მატულობს სხეულის ტრავმულ დაზიანებათა სიხშირე და ე. წ. „ახალ ეპიდემიათა“ შორის ტრავმას პრიორიტეტული ადგილი უკავია. ამასთანავე, გამოირჩევა ლეტალობის მაღალი მაჩვენებლით. საგულისხმოა ისიც, რომ ტრავმის შედეგად იღუპება უმთავრესად შრომისუნარიანი, ახალგაზრდა პოპულაცია. ყოველივე ამას თან ერთვის დაზიანების სიმძიმე, სხვადასხვა სისტემის შერწყმული და მრავლობითი კომბინაცია. ერთი, ან რამდენიმე სისტემის ორგანოთა მრავლობითი დაზიანების კლინიკა ინდივიდში საბოლოოდ ღებულობს თითოეული მისი შემადგენელი ნაწილისგან განსხვავებულ, ახალ სახეს.

პრაქტიკულ მედიცინაში მძიმე ხარისხის შერწყმული ტრავმა პოლიტრავმად იწოდება. ამ განმარტებით პოლიტრავმა უფრო რაოდენობრივი (არითმეტიკული) კატეგორიაა, ვიდრე თვისობრივი. მრავლობითი, კომბინირებული და სხვადასხვა ვარიანტებით შერწყმული ტრავმის პათოგენეზის ახლანდელი კონცეფცია ვერ პასუხობს თანამედ-

როვე მედიცინის მოთხოვნებს. პრობლემა ცილდება ცალკეული დარგის კომპეტენციას და ზოგადსამედიცინო, მულტიდისციპლინურ კვლევას საჭიროებს.

დაცვითი და კომპენსაციური რეაქციები, რომლებიც ორგანიზმში წარმოიქმნებიან ტრავმის პასუხად, უაღრესად სპეციფიკურ ხასიათს ატარებენ ნოზოლოგიური ერთეულის სტატუსს და იძენენ და თანამედროვე მედიცინაში „ტრავმული დაავადებების“ სახელწოდებით მოიხსენიებიან. საქართველოში ამ მიმართულებით მეცნიერული კვლევა სათანადო მასშტაბით ჯერ არ ჩატარებულა, მაშინ, როცა რეანიმაციის და ზოგადად, მედიცინის განვითარების თანამედროვე დონე საჭიროებს მძიმე ტრავმის პასუხად ორგანიზმში, როგორც ერთიან ბიოლოგიურ სისტემაში მიმდინარე ნატიფი სტრუქტურული და ფუნქციური ცვლილებების ღრმა ცოდნას. ყოველივე ეს ხელს შეუწყობს ამ ახალი დაავადების ეტიოპათოგენეზზე დამყარებულ დიაგნოსტიკას, მკურნალობის მეთოდებსა და ტაქტიკის სრულყოფას, რაც საბოლოოდ ჯამში გააუმჯობესებს პროგნოზს.

საკითხის სათანადო თეორიული გააზრების შემდეგ ჩავატარეთ ტრავმული დაავადების, როგორც ორგანიზმის ერთიანი ბიოლოგიური სისტემის ზოგადი რეაქციის მორფოლოგიური სუბსტრატის კვლევა სისხლის ფორმიანი ელემენტების სტრუქტურული ციტოქიმიური თავისებურებების დადგენის გზით. კვლევა ჩავატარეთ დინამიკაში, ტრავმული დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა ეტაპზე. კლინიკური და სტრუქტურულ-ციტოქიმიური მონაცემების საფუძველზე დავადგინეთ ტრავმული დაავადების სიმძიმის ხარისხი, მიმდინარეობის სტადია. შევძელით

მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება და გამოსავლის პროგნოზირება.

ცნობილი ფაქტია, რომ სატრანსპორტო და სხვა სახის კატასტროფების დროს ადამიანთა არც თუ ისე მცირე რაოდენობა ნასვამ მდგომარეობაშია, მიღებული აქვს ალკოჰოლის განსაზღვრული დოზა. ამიტომ მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ დაგვედგინა ალკოჰოლის ფონის გავლენა სისხლის ფორმიანი ელემენტების სტრუქტურულ-ციტოქიმიური რეაქციის თავისებურებებზე უშუალოდ ტრავმის პოსტაგრესიულ პერიოდში.

ფრიად საინტერესო და პროგნოზის დამამძიმებელია ტრავმული დაავადების ინფექციით გართულება, არც ეს საკითხი დაგვრჩენია ყურადღების მიღმა.

მეცნიერული კვლევისათვის ავირჩიეთ მძიმე მექანიკური ტრავმით დაზიანებულები, რომლებიც ჩვენი შეფასების კრიტერიუმებით „ტრავმულ დაავადებას“ მიეკუთვნებიან.

ერთხელ კიდევ „ტრავმული დაავადების“ ცნების შესახებ: ჩვენი წარმოდგენით, ტრავმული დაავადება არ არის სხეულის ცალკეული მიდამოს ტრავმის შედეგების არითმეტიკული ჯამი - არ არის მხოლოდ შოკი, სისხლდენა, ტკივილის სინდრომი, ან ჰიპოქსია, აღებული ცალცალკე, ან მარტივ არითმეტიკულ ერთობლიობაში. ტრავმული დაავადება უნდა განვიხილოთ, როგორც სხეულის რეაქცია აგრესიაზე და პოსტაგრესიული რეაქციების ერთიანობა ორგანიზმის ადაპტაციურ-კომპენსაციური გადაწყობით, რომლის ხარისხიც განსაზღვრავს დაავადების მიმდინარეობას და გამოსავალს. დაავადების პათოგენეზური

ჯაჭვი წარმოადგენს შოკის, სისხლდენის, ჰიპოქსიის, ქირურგიული ინფექციისა და იმუნოლოგიის პრობლემათა სპეციფიკურ თვისობრივ ერთობლიობას.

მეცნიერული კვლევა ვანარმოეთ აკად. ნ. ყიფშიძის სახელობის თბილისის რესპუბლიკური ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოსა და ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფოს 100 პაციენტზე, რომლებსაც ჩვენი კონცეპტუალური მიდგომით დაესვათ ტრავმული დაავადების დიაგნოზი. ქალი იყო 12, მამაკაცი - 88. პაციენტთა 82 % იყო 17-დან 42 წლისა. 1990-1992 წლებში სჭარბობდა დაზიანება საგზაო-სატრანსპორტო შემთხვევებით (90%). 1992-1994 წლებში პრიორიტეტული გახდა საბრძოლო ტრავმა (32% და ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობები არასაბრძოლო სიტუაციაში (50%). სარკინიგზო ტრავმით დაზიანებული იყო 24 პაციენტი, კატატრავმით - 7.

ტრავმული დაზიანების სტრუქტურა:

– მრავლობითი ტრავმა – ერთი ანატომიური მიდამოს, ან ორგანოს მრავლობითი მექანიკური დაზიანება (10 პაციენტი);

– შერწყმული ტრავმა – სხეულის სხვადასხვა ანატომიური მიდამოს ერთდროული მექანიკური დაზიანება (87 პაციენტი);

– კომბინირებული ტრავმა – სხეულის სხვადასხვა მექანიზმის – თერმომექანიკური ტრავმა – (3 პაციენტი).

დაზიანების სიმძიმე ფასდებოდა საერთაშორისო კრიტერიუმებით.

ქალა-ტვინის ტრავმა ძირითადად წარმოდგენილი იყო ღია, ან შეღწევადი დაზიანებით. ქალა-სარქველის

ძვლების მრავალფრაგმენტული, ან კომპრესიული მოტეხილობით, თავის ტვინის დაჟეჟილობით, ჰემატომებით, პაციენტთა უმრავლესობას დაზიანებული ჰქონდა, აგრეთვე სახის ძვლები და რბილი ქსოვილები.

–საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაზიანებიდან სჭარბობდა ქვედა კიდურის ტრავმები.

მენჯის ძვლების მოტეხილობები მძიმედ მიმდინარეობდა, განსაკუთრებით მენჯის რგოლის, მისი წინა და უკანა ნახევარკალების მთლიანობის დარღვევით. მოტეხილობები ზოგჯერ გართულებული იყო შარდის ბუშტის და შარდსადენის ბულბალური ნაწილის დაზიანებით, ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს ხშირად ზიანდება აგრეთვე სწორი ნაწლავი.

გულმკერდის იზოლირებული დაზიანებები არ შეგვისწავლია. სერიოზულ საფრთხეს წარმოადგენდა გულმკერდის ცეცხლნასროლი ჭრილობები. ქვემოთ აღვწერთ გულის ჭრილობის 2 შემთხვევას და გულმკერდის გამჭოლი ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებულ ჭრილობას მარჯვენა ფილტვისა და ნეკნთაშუა არტერიის დაზიანებით, შემორაგიული შოკით.

მუცლის მრავლობითი დაზიანება: – უხშირესად ზიანდება წერილი ნაწლავი, მსხვილი ნაწლავი, პარენქიმული და რეტროპერიტონული ჰემატომებით. მასიური სისხლის დაკარგვით და მსხვილი ნაწლავის მთლიანობის დარღვევით. (განავლოვანი პერიტონიტი). ამ დროს პაციენტის მდგომარეობა მძიმეა.

ტრავმული დაავადების დროს სხეულის დაზიანების სტრუქტურა ჩვენს მასალაზე:

–ქალა-ტვინის ტრავმა – 72 პაციენტი;

- გულ-მკერდის (მ. შ. შუასაყარის) ორგანოების დაზიანება - 15;

- მუცლის ღრუს (მ. შ. რეტროპერიტონული) ორგანოების დაზიანება - 30;

- ზემო კიდურების ძვლების მოტეხილობა - 12;

- ქვემო კიდურების (მ. შ. მენჯის ძვლების) მოტეხილობა - 60;

- რბილი ქსოვილების ვრცელი დაზიანება - 30;

- ხერხემლის მოტეხილობა - 2;

- სხეულის დამწვრობა - 3;

100 გამოკვლეულიდან სამი ანატომიური მიდამოს მძიმე შერეული დაზიანება ჰქონდა 3 პაციენტს; ერთი მიდამოს მრავლობითი დაზიანება - 10 პაციენტს, ორი მიდამოს დაზიანება - 87-ს.

ტრავმის შერწყმის სხვადასხვა ვარიანტებიდან განასხვავებენ წამყვან დაზიანებას, რომელიც პაციენტის სიცოცხლეს საფრთხეს უქმნის და ნაკლებად მძიმე, ან მსუბუქ დაზიანებებს.

სამი ანატომიური მიდამოს დაზიანებით პაციენტები იშვიათად აღწევენ ჰოსპიტლამდე.

შერწყმული დაზიანების დროს კლინიკური დიაგნოზის ფორმირების დროს მივუთითებდით მძიმე დაზიანების პრიორიტეტს.

ტრავმული დაავადების ფორმირების, მიმდინარეობის პერიოდების და სიმძიმის ხარისხის მიხედვით დაყოფას ვაწარმოებდით ო. ნასინკინის (1987) კლასიფიკაციით. ავტორი დაავადებას ახარისხებს სიმძიმისა და კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით: მძიმე, საშუალო და მსუბუქი;

მიმდინარეობა: მწვავე, კლინიკური გაჯანსაღება და რეაბილიტაციის პერიოდი.

ო. ნასინკინის კლასიფიკაციაში, კლინიკური მასალის ანალიზის საფუძველზე ცალკე სტადიად გამოვყავით და დავამატეთ დაავადების გახანგრძლივებული, დუნე მიმდინარეობის პერიოდი, რომელიც შეიძლება დაიწყოს დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ; დაავადება მძიმედ მიმდინარეობდა, ან განვითარდა ახალი გართულება, რის გამოც პაციენტი ვერ გამოჯანმრთელდა პირველი-ორი კვირის განმავლობაში.

ალკოჰოლის ფონი სპეციფიკურად ცვლიდა ტრავმის მიმართ ადრეულ რეაქციასაც და კლინიკურ გამოვლინებას, რის გამოც ცალკე შევისწავლეთ ალკოჰოლური თრობის ფონზე 60 დაზარალებული.

სტაციონარში დაზარალებულის შემოსვლისას დაავადების პათოგენეზი და კლინიკური გამოვლინება ძირითადად წარმოდგენილი იყო სისხლის დანაკარგით, ტკივილის სინდრომით, შოკით, ც. ნ. ს. ფუნქციის მოშლით, სუნთქვის უკმარისობით, რაც საერთოდ ქმნის მწვავე სტადიის სპეციფიკურ კლინიკურ სისუსტეს. ამ სტადიაში ჩვენ გამოვყოფთ ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების დაკომპენსირებით არამყარი და მყარი კომპენსაციების მდგომარეობებს.

სხვადასხვა სიმძიმის შოკი აღენიშნებოდა 92%-ს, პირველი ხაისხის - 14 %, მეორე ხაისხის - 53%, მესამე ხაისხის - 21%, მე-4 ხაისხის შოკი და მრეაგონალური მდგომარეობა - 4%.

ტრავმული დაავადების მეორე სტადია მიმდინარეობდა 3-14 დღის განმავლობაში, ხასიათდებოდა მწვავედ

დარღვეული ფიტალური ფუნქციების სტაბილიზაციით, რომლის ფონზეც ყალიბდებოდა მწვავე, ტრავმის ნარჩენი მოვლენების, ან გართულებების კლინიკა. ამ სტადიაში პრიორიტეტული ხასიათისაა ქალა-ტვინის პათოლოგია და მწვავე ქირურგიული ინფექცია, რომლებიც ფაქტობრივად განსაზღვრავენ დაავადების გამოსავალს, სახეზეა მწვავე ტრავმის უშუალო შედეგები და მოგვიანებითი გართულებები. თავის ტვინის შეშუპება (18 ავადმყოფი), თირკმლების მწვავე უკმარისობა - (14 პაციენტი), პლევრო-პულმონური გართულებები - (45 ავადმყოფი), რესპირატორული დისტრეს-სინდრომი - 10, სისხლის ინტრავაზალური შედეგების სინდრომი - 35.

გახანგრძლივებული, ღუნედ მიმდინარე პერიოდი - მესამე სტადია განსაკუთრებით საინტერესოდ მიგვაჩნია შემდეგ გარემოებათა გათვალისწინებით:

თანამედროვე რეანიმატოლოგიის განვითარების დონე საშუალებას იძლევა კრიტიკული მდგომარეობიდან გამოვიყვანოთ სიცოცხლის ზღვარზე მყოფი დაზარალებული, რომელიც ახლო წარსულში ტრავმის მიღებიდან პირველი ორი დღის განმავლობაში იღუპებოდა, თუმცა კრიტიკული აგრესიის შედეგად ვითარდება ნატიფი სტრუქტურების მძიმე, ზოგჯერ შეუქცევადი ცვლილებები, რის შედეგადაც დაზიანებულთა ნაწილი მაინც იღუპება. თანამედროვე ინტენსიური თერაპია ზოგჯერ უპერსპექტივო პაციენტებსაც უხანგრძლივებს სიცოცხლეს. სტაციონარში (განსაკუთრებით ჩირქოვანი ქირურგიის და რეანიმაციის დეპარტამენტებში) ხანგრძლივი ყოფნა თავისთავად წარმოადგენს ადგილობრივი და გენერალიზებული ინფექციური გართულებების მაღალ რისკს. ეს პერიოდი იწყება

ტრავმის მიღებიდან დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ, მისი ხანგრძლივობა კი არაპროგნოზირებადია. ჩვენს მასალაზე მესამე პერიოდის საშუალო ხანგრძლივობამ შეადგინა $25,5 \pm 8,3$ დღე-ღამე.

მესამე სტადიაში ტრავმული დაავადების პათოლოგიური გამოვლინებების სტრუქტურა ძალზე მრავალფეროვანი იყო. პრაქტიკულად ყველა პაციენტს აღენიშნებოდა მალაბსორებციის და (ან) მალნუტრიციის სინდრომი, ჭრილობისებური განლევა, იმუდეპრესია, ალერგიული რეაქციები.

დაავადების ბოლო სტადიაში მიმდინარეობდა პაციენტის ფსიქო-სომატური რეაბილიტაცია, დარღვეული ჰომეოსტაზის კორექცია.

ტრავმული დაავადების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა: მწვავე პერიოდში მოიცავს დაზიანების სრულ დიაგნოსტიკას, ტკივილის მოხსნას, გარეგანი სუნთქვის ფუნქციას, ელექტროლიტების (ჰიპოკალემიის) კორექციას, რეოლოგიის აღდგენას. ქალა-ტვინის შერწყმული ტრავმით დაზიანებებში შოკის გამოვლინების კლასიკური სურათი იყო წაშლილი, რაც ართულებდა შოკისა და შინაგანი ორგანოს დაზიანების ამოცნობას. მენჯის ძვლების მოტეხილობისა და რეტროპერიტონული სივრცის დაზიანება ხშირად იძლეოდა მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების ცრუ სურათს. ამ შემთხვევებში დიაგნოსტიკის მიზნით ფართოდ ვიყენებდით ლაპაროცენტეზს და ლაპარასკოპიას. ამ პროცედურების ჩატარების აუცილებელ ჩვენებას წარმოადგენდა პაციენტის უგონო მდგომარეობა, არასტაბილური ჰემოდინამიკა, ან რეფრაქტერული შოკი, მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების ძუნწი მონაცემები.

ცირკულაციაში მონაწილე სითხის არანაკლებ 15%-ზე მეტ შემთხვევაში დანაკარგის შევსება ინფუზიის გზით უნდა მოხდეს დაკარგული სითხის მოცულობის 1:2 შეფარდებით, მასიური სისხლის დანაკარგის ოპტიმალური კომპენსაციის კრიტერიუმებია არტერიული წნევა – არანაკლებ 100/70 mm/Hg არანაკლებ 40მლ/სთ, ჰემოგლობინი არანაკლებ 54/ გ/დ. ჩვენი დაკვირვებით, არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება მკურნალობის დაწყებას, რაც შეიძლება ადრე. ტრავმის მიღებიდან მკურნალობის დაწყება 1 საათის დაგვიანებით მძიმე გართულებების (თირკმლის უკმარისობა, ქირურგიული ინფექცია) განვითარების მიზეზია.

ოპერაციული ჩარევა გაუკეთდა პაციენტთა 81%-ს დაავადების მწვავე პერიოდში, პირველი-ორი დღის განმავლობაში. მეორე სტადიაში ოპერაცია კეთდებოდა ძირითადად პირველი-ორი დღის განმავლობაში გართულებათა სალიკვიდაციოდ.

ტრავმული დაავადების მესამე, გახანგრძლივებულ სტადიაში ოპერაციის ჩვენებას წარმოადგენდა ტრავმის მოგვიანებით სხვადასხვა (მ.შ. იატროგენული) გართულებების ლიკვიდაცია.

რეაბილიტაციის სტადიაში ტარდებოდა კლასიკური და ალდგენითი ოპერაციები.

ტრავმის სიმძიმე, სისხლის მასიური დანაკარგი, რეანიმაციული ღონისძიებები თავისთავად წარმოადგენენ იმუნოდეფიციტის ხელშემწყობ ფაქტორებს, რაც თავის მხრივ განაპირობებენ: ინფექციურ გართულებათა სიხშირეს (70%) შემდეგი სტრუქტურით:

– რბილი ქსოვილების ქირურგიული ინფექცია (35 პაციენტი). მ. შ. ანაეროზული ინფექცია (4 პაციენტი).

-პლევრის ემპიემა (8 პაციენტი).

-ფილტვის აბსცესი და სტაფილოკოკური დესტრუქცია (15 პაციენტი) ჩირქოვანი ტრაქეობრონქიტი (20 პაციენტი).

-ჩირქოვანი პერიტონიტი (10 პაციენტი), მ. შ. ანაეროზული კომპონენტით (3 პაციენტი);

-სისტემური ანთებითი რეაქცია გამოხატული ჰქონდა 30 პაციენტს, მათგან 12-ს – სეფსისი.

დინამიკაში ვსწავლობდით ჭრილობების მიკროფლორას სტადიების მიხედვით სხვადასხვა ეტაპზე. ვადგენდით, აგრეთვე ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძნობელობას. ოპერაციული ჩარევა განსაკუთრებით რთულია დაავადების მწვავე სტადიაში, სისხლის მასიური დანაკარგის, ქალა-ტვინის ტრავმის, ქირურგიული ინფექციის ფონზე. ლეტალური გამოსავალის ძირითადი მიზეზი იყო ჩირქოვანი ანთებითი გართულებები; დაავადების მეორე და მესამე სტადიებში – ტრავმის სიმძიმე, სისხლის მასიური დანაკარგი, იმუნიტეტის დაქვეითება, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ჩირქოვან-ანთებითი პროცესების გამწვავებას.

დინამიკაში შევისწავლეთ და გამოვავლინეთ ჭრილობების მიკრობული ფლორის ზოგიერთი თავისებურება:

-განსხვავება კლასიკური ვარიანტებისაგან;

-დამოკიდებულება ტრავმის მექანიზმებზე (ცეცხლ-ნასროლი, აფეთქება, ნაკვეთი, დაჟეჟილ-დაფლეთილი);

-დამოკიდებულება ტრავმის მიღების ადგილთან (ქალაქი, ტრასა, ტყე, მინდორი).

მწვავე სტადიაში გამოყოფილი 518 შტამიდან სტაფილოკოკი ამოიღეს 137 (26,5%), ნაწლავის ჩხირი - 105 (20,

3%), სტრეპტოკოკი - 102 (19,7%). 7-10 დღის შემდეგ ამოთესილ ფლორაში დომინირებდა ლურჯ-მწვანე ჩირქის ჩხირი (38,5%), პროტეუსი (25,3)%, ნაწლავის ჩხირი (20,50%, კლეფსიულა (20,2%). გამომწვევის მგრძნობელობა დავადგინეთ 35 ანტიბიოტიკის მიმართ.

დიდ სიძნელეებს ქმნიდა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების მიმართ პოლირეზისტულობა, რაც აღინიშნებოდა 70,8% შემთხვევებში.

ჩირქოვან-ანთებითი გართულებების პრობლემა იწყებოდა დაავადების მეორე სტადიაში მწვავე გამოვლინებათა სახით. ისინი უპირატესად ლოკალურ ხასიათს ატარებდნენ, მაგრამ მძიმედ მიმდინარეობდნენ და განაპირობებდნენ ინტოკსიკაციას (ჭრილობის დაჩირქება, ჩირქოვანი პერიტონიტი, პლევრის ემპიემა).

მესამე სტადია ხასიათდებოდა ჩირქოვან-ანთებითი გართულებების კერებში პირველადი მიკროფლორის ჰოსპიტალურ შტამებად ტრანსფორმაციით, რომლებიც ანტიბიოტიკების მიმართ მაღალი რეზისტენტობით გამოირჩევიან. ამ სტადიისათვის დამახასიათებელი თავისებურებებიც ჭრილობისმიერი განლევა, მალნუტრიციის სინდრომი, სეფსისისა და პროცესის გენერალიზაციის სიხშირე (90%) ჰოსპიტალური ინფიცირების შედეგია. თავის მხრივ ეს პროცესები პირდაპირ კავშირში არიან ჩირქოვანი ქირურგიისა და რეანიმაციულ განყოფილებებში წოლის ხანგრძლივობასთან.

ტრავმული დაავადებით პაციენტებში სისხლის ფორმირებული ელემენტების სტრუქტურულ-ციტოქიმიური კვლევები წარმოებდა დინამიკაში, მკურნალობის დაწყებამდე

და გამოჯანმრთელების შემდეგ, დაავადების ყველა სტადიაში. გამოკვლევები ტარდებოდა სხვადასხვა სახისა და დანიშნულების მიკროსკოპებით: ფირმა „ოპტონი“ (ფრგ.) სინათლის ფიტომიკროსკოპით; ფირმა „ორტოპლანის“ (სფრგ.), ლუმინეს ფირმა „ბიპოლარის“ (პოლონეთი) ინტერფერენციულ–პოლარიზაციული მიკროსკოპით.

სისხლისფორმიანი ელემენტების ყველა მაჩვენებელი ისაზღვრებოდა დინამიკაში. მათი ფორმა, სიდიდე, პროტუბერენტულ უჯრედთა რაოდენობა, აკანტოციტების მაქსი. ვსწავლობდით კვლევის შესაძლებლობის ფარგლებში სხვადასხვა სახის და დანიშნულების მიკროსკოპებით.

მწვავე პერიოდში პაციენტებს ვიკვლევდით სამჯერ, სასიცოცხლო ფუნქციების დეკომპენსაციის, შედარებითი კომპენსაციისა და მყარი კომპენსაციის სტადიებში. შოკის დადებითი დინამიკის შემთხვევაში აფანტოციტების პროცენტი იყო დაბალი, მატულობდა მრგვალი ფორმის უჯრედების რაოდენობა, მცირდებოდა სლაჯის ფენომენი, სამიზნეების რიცხვი.

შემოდინამიკისა და სუნთქვის ფუნქციის მყარი სტაბილიზაციის ფონზე თრომბოციტების ფორმა იყო დიდი, იშვიათად – მცირე ფორმისა.

სისხლის წითელი და თეთრი ფორმიანი ელემენტების იმუნური თვისებების მაჩვენებლები მეტყველებენ იმაზე, რომ მძიმე აგრესიის პირობებშიც კი ორგანიზმის დაცვითი ფუნქციები გარკვეულ დონეზე შენარჩუნებულია.

დაკვირვებებმა აჩვენეს, რომ ეთანოლის ფონი უდიდეს როლს თამაშობს არამართო ტრავმული დაავადების კლინიკური სურათის შექმნაში, არამედ გარკვეულწილად

განსაზღვრავს აგრეთვე მკურნალობის ტაქტიკას. ეთანოლის ფონზე განვითარებული დაავადება მიმდინარეობს უფრო რბილად.

ჩატარებული კვლევების საფუძველზე დავასკვნით, რომ მიზანშეწონილია ტრავმული დაავადების მიმდინარეობა გამოეყოს და დავამატოთ გახანგრძლივებული, დუნე მიმდინარეობის სტადია. ამ სტადიაში იმუნოდეპრესიული ფონი, ხანგრძლივად სტაციონარში ყოფნა, მაღალ-აგრესიული სამკურნალო და სადიაგნოზო მანიპულაციების ხშირი ხმარება განაპირობებს ჰოსპიტალური ქირურგიული ინფექციით გართულებათა მაღალ სიხშირეს.

მწვავე სტადიაში სასიცოცხლო ფუნქციების დეკომპენსირებული მდგომარეობის დროს სისხლის ფორმიან ელემენტებში ვლინდება: ერითროციტებში - აფანტოციტების დიდი რაოდენობა, ნორმოციტების კლება, დაშლილი ერითროციტების, აგრეთვე სლაჯების რაოდენობის მატება. ნეიტროფილებში: - ბირთვის შეჭმუხვნა და დისლოკაცია, თრომბოციტებში - ახალგაზრდა, დეგენერაციული და გიგანტური ფორმების ზრდა, „ბიოლოგიური ბადის“ არარსებობა ლიმფოციტებში - პლაზმატოზის შემცირება, ბირთვაკების დისლოკაცია, დნმ პოლიმერიზაციის გაზრდა.

ტრავმული შოკის განვითარებას, მის სიმძიმეს, მიმდინარეობის თავისებურებებს და გამოსავალს მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ეთანოლის ფონი ორგანიზმის საპასუხო რეაქციას. მწვავე ფიზიკურ ტრავმაზე ჰემატოენცეფალური ბარიერის გამავლობის ცვლილება ტრავმული

დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა ეტაპზე წარმოადგენს ფიზიკური აგრესიის წინააღმდეგ ორგანიზმის მნიშვნელოვან დაცვით ფაქტორს.

იმის გათვალისწინებით, რომ ტრავმა და მისი სამკურნალო ღონისძიებები თავად წარმოადგენენ იმუნოდეპრესიულ ფაქტორს, იმუნომაკორეგირებელი თერაპია უნდა დაიწყოს მწვავე სტადიაში და გაგრძელდეს შემდგომ პერიოდებშიც, რაც ხელს შეუწყობს ჩირქოვან-ანთებით გართულებათა შემცირებას.

სისხლის ფორმიანი ელემენტების სტრუქტურულ-ციტოქიმიური მაჩვენებლები სარწმუნო კრიტერიუმებს წარმოადგენენ დაავადების სიმძიმის, პროგნოზისა და მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად.

ქირურგია ქვეყნის მძიმე დღეებში

გასული საუკუნის ავადსახსენებელ 90-იან წლებში, როცა საქართველოში, არც ოჯახებში და არც საავადმყოფოებში არ იყო შუქი, სითბო, საჭმელი, წამლები... ქვეყანა განუკითხაობის ზენიტში იმყოფებოდა, „რეკეტიორი ვაჟკაცები“ თავმომწონედ დააბიჯებდნენ ქალაქის ჩაბნელებულ ქუჩებში. ამ პერიოდში ყველას უჭირდა, მაგრამ განსაკუთრებით ავადმყოფს და მის ოჯახს, არანაკლებ მედიკოსებს, უფრო ქირურგიულ სამსახურს, რომლის საქმიანობაც წარმოუდგენელია ელექტროენერგიის, სითბოს, ძვირადღირებული მედიკამენტების, საინფუზიო ხსნარების, შესახვევი მასალის, გადასასხმელი სისხლის მარაგის და სხვათა გარეშე...

ქირურგიული სამსახური განსაკუთრებულ დისციპლინას, შეთანხმებულ მუშაობას მოითხოვს, ერთმანეთს თვალებით რომ უგებენ... ამას დაუმატეთ ქირურგის კრონიკული უძილობა, დაღლილობა, შიმშილიც...

ძნელზე ძნელია ქირურგის მუშაობა პატარა ქალაქში, სადაც ყველა ერთმანეთს იცნობს, ყოველი პაციენტი შენი ახლობელია, პასუხისმგებლობის წნეხი, ნერვული დაძაბულობა უმაღლეს ხარისხშია.

გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ ქირურგიულმა და ანესთეზიოლოგიურ-რეანიმაციულმა სამსახურებმა ამ პერიოდში უდიდესი გამძლეობა, ჰუმანიზმი და გამირობა გამოავლინეს, უამრავი ადამიანი გადაარჩინეს!

მოგეხსენებათ, რესპუბლიკურ საავადმყოფოში, როგორც ქალაქის, ისე რაიონების, მაღალმთიანი სოფლების მცხოვრებლები მკურნალობენ. უმრავლესობას უჭირდა მაშინ საჭმლის მოტანა, უსახსრობის გამო ვერ შოულობდა საჭირო მედიკამენტებს, სანჯავს პორტატული გენერატორებისა და გათბობისათვის. საავადმყოფოს თანამშრომლებს უშურველად მოგვქონდა ყველაფერი, ვისაც რისი საშუალება გვქონდა. ასე, ურთერთდახმარების, ურთიერთპატივისცემის, თუნდაც სიყვარულის მეოხებით, თეთრხალათიანებმა და პაციენტებმა ერთად გადავიტანეთ ის ჯოჯოხეთური დღეები!

* * *

კვალიფიციური ქირურგები მუშაობდნენ იმ პერიოდში რაიონულ საავადმყოფოებში. სიამაყით აღვნიშნავ,

რომ მათი დახელოვნების საქმეში მეც მიმიძღვის გარკვეული წვლილი. რაიონის ექიმებს უფლებას ვაძლევდი რესპუბლიკურ საავადმყოფოში თავისი გამოგზავნილი ავადმყოფის ოპერაციაში თვითონ მიეღო მონაწილეობა, უზმირესად თვითონ ყოფილიყო ოპერატორი, მე – მისი დამხმარე. მეორეც: დავანესე რაიონის ქირურგების მორიგეობის გრაფიკში, თვეში 4-5 - ჯერ 24 საათიანი მორიგეობა რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც ეცნობოდნენ ავადმყოფის გამოკვლევის, ოპერაციის არჩევის მეთოდს, კლინიკაში დანერგილ ნოვაციებს.

* * *

ჩემს ყველაზე დიდ დამსახურებად ვთვლი აჭარაში ქირურგიული სკოლის დაფუძნებას.

მთელი სიცოცხლის მანძილზე ვსწავლობ. ბუნებრივ მოთხოვნილებად მექცა, აგრეთვე ვასწავლო ახალგაზრდა ექიმებს. როგორც ჩანს, ვიბრუნებ მასწავლებლების მიერ ჩემზე გაწეულ ამაგს; ასეთია ცხოვრების დიალექტიკა!

ჩემი ხელმძღვანელობით ხუთმა ახალგაზრდამ წარმატებით დაიცვა სადისერტაციო ნაშრომები (მ. შ. ერთმა სადოქტორო). ბევრს დავეხმარე სპეციალობის არჩევაში, დავაკვალიანე. დამიფასდა, ყველანი შესანიშნავი ექიმები, კარგი მამულიშვილები დადგნენ:

კახაბერ ქაშიბაძე - მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, ქირურგი ტრანსპლანტოლოგი, ლეიძლის გადანერგვის პიონერი საქართველოში.

მერაბ მიქელაძე – წარმატებული სისხლძარღვთა ქირურგია, რომელიც უახლესი, აპრობირებული, დამზოგველი და მაქსიმალურად უსაფრთხო მეთოდით აკეთებს ურთულეს ოპერაციებს. მ. მიქელაძემ უკვე შექმნა აჭარაში ანგიოლოგთა სკოლა, რომლის სახელიც გასცდა ჩვენი ქვეყნის ფარგლებს.

ჩემს მოსწავლეთა რიგში არიან ამჟამად უკვე ცნობილი ქირურგები: ვ. თედორაძე, ვ. დიასამიძე, ლ. დავითაძე, ო. სურმანიძე, ა. მიქელაძე, ა. მანველიძე, რ. ბათნიძე, რ. ბოლქვაძე, ჯ. ნაკაშიძე, ვ. პაპიძე.

მეამაყება, რომ ჩემს მოსწავლეებად თვლიან თავს უკვე სახელგანთქმული ქირურგები რუსეთის გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის ინსტიტუტის კორონარული ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი მ. აბშილავა, ქ. თბილისი ი. ჯავახიშვილის სახელობის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის ქირურგიის კათედრის გამგე, სრული პროფესორი მ. კილაძე და სხვები.

გულის ტრავმა

გულის ტრავმა 40 წლამდე ასაკის პოპულაციაში სიკვდილის მთავარი მიზეზია. ტრავმა შეიძლება მიყენებული იქნას ბლაგვი, ბასრი ან ცეცხლსასროლი იარაღით. ბლაგვი ტრავმა გაცილებით ხშირია, ვიდრე ჭრილობები, გულის დაზარული დაზიანებების უმრავლესობა ავტოსაგზაო შემთხვევების შედეგია. სიხშირით მომდევნო ადგილი უჭირავს უბედურ შემთხვევებს, სიმაღლიდან ვარდნის,

სპორტული შეჯიბრის, ვარჯიშის და ცხოველის მიერ მიყენებული ტრავმით, რეანიმაციული ღონისძიების, გულის დახურული მასაჟის დროს.

ბლაგვი ტრავმის შედეგად შეიძლება გაიგლიჯოს მიოკარდიუმი, მოხდეს მისი კონტუზია, პერიკარდიუმის, კორონარული და სხვა დიდი სისხლძარღვების დაზიანება, გულის რიტმის დარღვევა, მიოკარდიუმის დაჟეჟილობა, გულის სარქველების დაზიანება და ზოგ შემთხვევაში ვითარდება ცვლილების გარეშე.

გულის ჭრილობა შეიძლება მიყენებული იყოს ბასრი, საჩხვლეტი ან ცეცხლსასროლი იარაღით. ჭრილობების დიდი ნაწილი სასიკვდილოა. გადარჩენის მეტი შანსი აქვს, ვისაც გულის ტამპონადა უვითარდება პერიკარდიუმში სისხლის მასის კოლტების ზეწოლის გამო – გულის ჭრილობის ხერელიდან სისხლის მდინარეების ნაკადი დროებით წყდება, ან უმნიშვნელოდ მცირდება.

საუკუნეზე მეტი ხნის წინ ქირურგთა უმრავლესობა სკეპტიკურად იყო განწყობილი გულის ჭრილობის ქირურგიული მკურნალობის მიმართ. ქირურგი, ვინც შეეცდებოდა გულის ჭრილობის გაკერვას, ავანტურისტად შეირაცხებოდა.

პირველი წარმატებული ოპერაცია – გულის ჭრილობის გაკერვა შეასრულა ფრანკფურტელმა ქირურგმა ლუდვიგ რენმა 1896 წელს. ორი დღის წინ გულში დაჭრილ 22 წლის მამაკაცს მან გაუკეთა ოპერაცია და გადაარჩინა. ამ შემთხვევამ შეაგულიანა ქირურგები და მრავალ ქვეყანაში დაიწყეს ოპერაციების წარმოება, ხშირად წარმატებით. საქართველოში პირველად დაჭრილი გული გაიკერა 1916 წელს.

გულის ჭრილობები მშვიდობიანობის პერიოდში უხშირესად ვითარდება ქუჩის ჩხუბის, კრიმინალური გარჩევების დროს, დანით საჩხვლეტი, ან ცეცხლსასროლი იარაღით. ბოლო 50 წლის მანძილზე ქ. ბათუმის წამყვან სამედიცინო დაწესებულებაში - ბათუმის რესპუბლიკურ საავადმყოფოში გულის ჭრილობის შემთხვევები ყველაზე ხშირი აღმოჩნდა 1990-1999 წლების ათწლეულში - 17 პაციენტი. ეს დრო საქართველოში ცნობილია სამოქალაქო ომის, კლანების ურთიერთდაპირისპირების, საპროტესტო დემონსტრაციების და სხვადასხვა სახის არეულობის პერიოდად. ცხადია, ამ პერიოდში გაცილებით მეტი იყო ადამიანები გულის ჭრილობით, საავადმყოფომდე მხოლოდ 17-მა მიაღწია.

გულის ჭრილობით 17 ნამკურნალევი პაციენტიდან ოპერაციის შედეგად განიკურნა 16. განკურნებულთა შორის იყო 1 ქალი (დანით დაჭრა ქმარმა ეჭვიანობის ნიადაგზე), ერთი პაციენტი გარდაიცვალა ოპერაციის მესამე დღეს, თავის ტვინის შეუქცევადი იშემიის კლინიკური სურათით.

ოპერაციები ტარდებოდა ძირითადად ორი ქირურგიული ბრიგადის მიერ პროფ. ზ. ჩიხლაძის და ჩემი ხელმძღვანელობით (ამჟამად, კარდიოქირურგიული სამსახურის ჩამოყალიბების შემდეგ, ქ. ბათუმის საავადმყოფოში გულის ჭრილობის გაკერვას ძირითადად ახორციელებენ სპეციალისტი კარდიოქირურგები).

ჩვენი დაკვირვებით, გულის ჭრილობით პაციენტთა გადარჩენის შანსი დამოკიდებულია ოპერაციის სწრაფად დაწყებაზე. მრავალი, არააუცილებელი სადიაგნოსტიკო ტესტებით პაციენტის „დახუნძლვა“ დროის დაკარგვად

მიგვაჩნია. საჭირო არ არის სადიაგნოსტიკო მეთოდების მთელი არსენალის გამოყენება. კლინიკურად სწორი შეფასება უზშირესად საკმარისია დიაგნოზის დასასამელად. 17 წარმატებული ოპერაციიდან 15-ს გაუკეთდა ოპერაცია მოყვანისთანავე. პალატაშიც კი არ მოგვითავსებია, ისე შევიყვანეთ საოპერაციოში. 2 პაციენტს ჩაუტარდა მხოლოდ ექოსკოპიური კვლევა, გულმკერდის ექოსკოპია, განისაზღვრა ჰემოგლობინი, რაზეც დაიხარჯა მხოლოდ 15 წუთი.

„სიცოცხლესა და სიკვდილს ოქროს საათი ამორებს“ – გემოძღვრავდა რ. ადამსქაული, ამერიკის გადაუდებელი მედიცინისა და ტრავმების სპეციალისტი (1957 წ.).

გულის ჭრილობით პაციენტთა ძირითადი ჩივილებია: ტკივილი გულმკერდში, ჰაერის უკმარისობა, მოხრჩობის გრძნობა, საერთო სისუსტე, წყურვილი, შიშის გრძნობა.

ობიექტურად: სიფერმკრთალე, ცივი კიდურები, ცივი ოფლი, ხშირი, სუსტი ავსების პულსი, დაბალი არტერიული წნევა (90 მმ.-ზე ქვევით), არასტაბილური ჰემოდინამიკის ნიშნები. კლინიკა დამოკიდებულია სისხლდენის ინტენსივობასა და პერიკარდიუმის სივრცის სისხლით ავსების ხარისხზე.

მცირე ზომის ჭრილობები შეიძლება დაიხუროს სპონტანურად, გარდა ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობისა, რომელიც დიდ დეფექტებს იწვევს.

ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობის შემთხვევაში გულის ტამპონადა იშვიათად ვითარდება.

გულის ტამპონადის დროს პერიკარდიუმის ღრუში მომატებულია წნევა, ნაკლებად ივსება სისხლით გულის

მარჯვენა ღრუები, მცირდება მარჯვენა პარკუჭის დარტყ-
მითი მოცულობა, სრულად არ ივსება მარცხენა პარკუჭი.

მნიშვნელოვანი ფაქტორია გულის მწვავე ტამპონა-
დის სინდრომი, რომლის განვითარება დამოკიდებულია
გულის პერანგის სივრცის სისხლით გავსების სისწრაფე-
ზე. 300-400 მლ. სისხლის სწრაფი დაგროვება მარცხენა პა-
რკუჭის მოზრდილი ჭრილობის დროს იწვევს გულის
სწრაფ ტამპონადას და სიკვდილს. ამ შემთხვევებში დროის
უსარგებლოდ დაკარგვა იქნება პერიკარდიუმის სივრცის
დაცლა პუნქციით.

ჰისის კონის ნერვული წარმონაქმნები, კორონარული
და კუნთის მკვებავი სხვა სისხლძარღვები, გულის სარქვე-
ლები ნაკერში არ უნდა მოხვდეს.

გულის ჭრილობის მენეჯმენტი შემდეგი სქემით გვე-
სახება:

გულის პროექციაზე ჭრილობის ხვრელი კანზე, ჰიპო-
ტონია, არასტაბილური ჰემოდინამიკა, ექოკარდიოგრა-
ფია, სასუნთქი გზების კონტროლი, ცენტრალური ვენური
კათეტერიზაცია ნნევის კონტროლით, კარდიოგრაფია,
ოპერაციის შემდგომი რეანიმაცია-რეაბილიტაცია.

გულის გამჭოლი ჭრილობა

მოგეყავს შემთხვევები ჩვენი პრაქტიკიდან: პაციენტი ვაჟი, 18 წლის. მოიყვანეს ბათუმის მორიგე საავადმყოფოში ზურგის მიდამოს ჭრილობის გამო, რომელიც მიაყენა საზამთროს გამყიდველმა გრძელი დანით. ჰემოდინამიკის არასტაბილურობის მონესრიგების მცდელობის, გულმკერდის რენტგენოგრაფიის, კათეტერიზაციის, პლევრის ღრუს პუნქციის და დრენირების შემდეგ შეყვანილი იქნა საოპერაციოში. შემოსვლიდან 15 წუთის შემდეგ (ოპერატორი თავად გახლდით) ენდოტრაქეალური ნარკოზით გაკეთდა მარცხენა მხრივი თორაკოტომია V ნეკნთაშუა სივრცეში. აღმოჩნდა: პლევრაში 500-მლ.მდე სისხლი, პერიკარდიუმის ღრუ - ავსებული სისხლით, ინსპექციით და დაჭიმული. ხელით პალპაციით გულის მუშაობა არ შეიგრძნობა. სისხლის არტერიული წნევა პროგრესულად კლებულობს, პერიოდულად არ ისინჯება, უარესდება ჰემოდინამიკის სხვა მაჩვენებლებიც. პერიკარდიუმის უკანა კედელზე, მარცხენა პარავერტებლარული ხაზის პროექციაზე აღინიშნება შემავალი ნაკვეთი ჭრილობა, 3, 5 სმ. სიგრძის ჭრილობის ხვრელი შიგნითა, პერიკარდიუმის ღრუდან დაფარულია სისხლის კოლტით, პლევრაში სისხლდენა უმნიშვნელოა. პერიკარდიუმის ჭრილობა ვერტიკალურად, დიდი სიფრთხილით გაფართოვდა დიაფრაგმის ნერვის კონტროლით. აღმოჩნდა მარცხენა წინაგულის ჭრილობა, მარცხენა პარკუჭის საზღვართან ახლოს, საიდანაც დაიწყო სისხლდენა მძლავრი ნაკადით. სისხლდენა შეჩერდა ჭრილობის ხვრელზე მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითის დაჭერით. წინაგულის უკანა კედლის ჭრილობა სწორი კიდევებით, 3,7სმ. სიგრძისაა. გაიკერა ვიკრილის 2,0 ძაფით,

კვანძოვანი ნაკერებით (5). სისხლდენა შეჩერდა. შემდეგ დათვალიერდა წინა ზედაპირი, სადაც აღმოჩნდა 1,8 სმ. ზომის გამომავალი ქრილობა - ვაზუსტებთ: დანით მიყენებული იყო ქრილობა, რომელიც მიემართებოდა უკანიდან წინ, მარცხენა წინაგულის უკანა კედელი გაკვეთილი იყო 3,5 სმ. სიგრძეზე, ხოლო წინაგულის წინა კედელი 1.2 სმ სიგრძეზე. წინიდან გაკვეთილი იყო აგრეთვე პერიკარდიუმი 0.5 სმ. სიგრძეზე. წინაგულის წინა კედლის ქრილობა გაიკერა ვიკრილის ატრავმული კვანძოვანი ნაკერებით. მე-4 ნაკერის ძაფის გაკვანძვისთანავე პაციენტს გაუჩერდა გული - ვივარაუდეთ, რომ ნაკერში მოხვდა ჰისის კონის რომელიმე ნერვული ტოტი, რამაც გამოიწვია ატრიო-ვენტრიკულური ბლოკი და გულის გაჩერება, ამიტომ ბოლო ნაკერი სასწრაფოდ მოიხსნა და პაციენტს დაეწყო გულის პირდაპირი მასაჟი ორივე ხელით. ანესთეზიოლოგის შეფასებით თავის ტვინის კვება უზრუნველყოფილი იყო გულის ადექვატური მასაჟით.

მასაჟის დაწყებიდან 5 წუთის მანძილზე გულის მუშაობა არ აღდგენილა. დავიწყეთ გულის დეფიბრილაცია 2000 ვოლტის ძაბვის დენით. გული მე-18 დარტყმის შემდეგ ამუშავდა, შეკუმშვის სიმძლავრემ და სიხშირემ თანდათან მოიმატა. დათვალიერდა მკერდის ღრუ. სხვა დაზიანება არ იყო. პერიკარდიუმის უკანა კედლის ქრილობა გვერდებზე გაფართოვდა, გაკეთდა ფანჯარა 3X3 სმ. მისივე პლევრას სინუსში დრენირების მიზნით. პლევრში ჩაიდო 8 მმ. დიამეტრის სილიკონის მილი, რომელიც გამოტანილი იყო მარცხნივ უკანა აქსილარულ ხაზზე, VIII ნეკნთაშუა

სივრცეიდან. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა გართულებათა გარეშე, გაეწერა განკურნებული ოპერაციიდან მეთე დღეს.

გულის ცეცხლსასროლი ჭრილობა

...ბნელი ღამეა. ზურაბ ჩიხლაძემ ღამის შუქზე გასინჯა მუცელში ტკივილის გამო მოყვანილი ახალგაზრდა ვაჟი. ანამნეზი შეკრიბა და გულმოდგინე გასინჯვით გამოცდილ ქირურგს არ გასჭირვებია დიაგნოზის დასმა: თორმეტგოჯა ნანლავის წყლულის პერფორაცია, უნივერსალური პერიტონიტი, დაგვიანებული შემთხვევა, აუცილებელი იყო სასწრაფო ოპერაცია. სათანადო მომზადების შემდეგ პაციენტი შეიყვანეს საოპერაციო დარბაზში. ბედზე პატრონები საქენერგოს თანამშრომლები აღმოჩნდნენ და ნათურებიც აკიაფდა...

ზურაბი საოპერაციო ბლოკისაკენ გაემართა, მაგრამ... ქირურგიული განყოფილების კარი შემოანგრიეს და საკაცით შემოიყვანეს უგონო მდგომარეობაში მყოფი, გულის მიდამოში ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობით ახალგაზრდა კაცი. თანმხლებმა ნასვამმა ახალგაზრდებმა გინებით, მუქარით და ხმაურით აიკლეს განყოფილება...

ზურაბის გამოჩენამ ცოტათი განმუხტა სიტუაცია – იცნეს და ძმაკაცის სიცოცხლე მიანდეს ქირურგს. ზურაბი განაგრძობს: პაციენტს სიცოცხლის ნიშანწყალი არ ემჩნეოდა, მთლიანად გაფითრებული, პულსი არც პერიფერიაზე, არც საძილე არტერიებზე არ ესინჯებოდა, სახეზე იყო

კლინიკური სიკვდილი... დაუყოვნებლივ შევიყვანე საოპერაციოში, პირველი ავადმყოფი (თორმეტგოჯა ნანლავის წყლულის პერფორაციით) საოპერაციო მაგიდიანად გადავაჩოჩებინე მეორე დარბაზში, დაჭრილი მეორე საოპერაციო მაგიდაზე მოვათავსე, სასწრაფოდ დავიბანე ხელები... საოპერაციო მედდა, ანესთეზიოლოგი, ასისტენტი ქირურგი უკვე მზად იყვნენ სამუშაოდ, ხელებდაბანილები იცდიდნენ.

5 წუთიც არ იქნებოდა გასული, რომ გავაკეთე განაკვეთი - გულმკერდის მარცხენა ნახევარში, IV ნეკნთაშუა სივრცეში სკალპელის ერთი დასმით გავხსენი გულმკერდის ღრუ. პლევრაში დიდი რაოდენობით ჩაღვრილიყო სისხლი, გული არ იკუმშებოდა, პერიკარდიუმის ღრუ გადავსებულყო სისხლით, დაჭიმული გულის ტამპონადა! დაბეჯითებით შემიძლია ვთქვა, რომ უდიდესი დაძაბულობის ფონზე ტვინი და ხელები უსწრაფესად და ზუსტად, შეთანხმებულად მოქმედებდნენ. დამხმარეებიც უსიტყვოდ მიგებდნენ, აწყობილი საათის მექანიზმივით ვმუშაობდით. ამ მომენტში გულის ამუშავებაზე უფრო ძლიერი სურვილი არ არსებობს! ხელისგულზე მოფართხალე სხვისი გული შენსაზე უფრო ძვირფასია. ვერაფერი შეედრება ამ გრძნობას.

უსწრაფესად გასწვრივად გავხსენი პერიკარდიუმი, მისი ღრუ ამოვასუფთავე სისხლისა და კოლტებისაგან... ჰოი, საოცრება! მარცხენა ხელის მტევნის ერთი შემოჭერით ამუშავდა გული, იმდენად ძლიერად, რომ ჭრილობიდან 1 მეტრის სიმაღლეზე გამოტყორცნა სისხლის ნაკადი... ავტომატურად, მოფიქრების გარეშე, მარცხენა ხე-

ლის საჩვენებელმა თითმა მოძებნა სისხლის ჭავლი, დაუ-
ცო ჭრილობა და სისხლდენაც შეწყდა. უმაღ შევაფასე სი-
ტუაცია: დავადგინე, რომ ტყვიით დაზიანებული იყო მარ-
ჯვენა პარკუჭი, გაველო წინიდან უკან გამჭოლად. გამა-
ვალი უკანა ხვრელის დიამეტრი უფრო დიდი იყო, თითით
დაცობილი სისხლდენა – შეჩერებული. სწრაფად დავადე
ამ ხვრელზე სამი კვანძი. გავკერე ატრავმატული აბრეშუ-
მის ძაფით, რაც საკმაოდ რთული აღმოჩნდა მომუშავე
გულზე. შემავალი ხვრელი წინა კედელზეა, გვირგვინოვა-
ნი არტერიის ახლოს (საბედნიეროდ, იგი არ იყო დაზიანე-
ბული). ამ დროს შიშის (და არა პანიკის) გრძნობა დამეუ-
ფლა: შევნიშნე, რომ გულის შეკუმშვის სიძლიერე და სიხ-
შირე თანდათან, პროგრესულად კლებულობდა, ნელდე-
ბოდა სისხლის გუბებში გულის მუშაობის მაუნყებელი
სპეციფიკური ხმიანობა (ტყაპ, ტყაპ, ტყაპ...). იგრძნობო-
და, ძალზე შემცირებული იყო ცირკულაციაში მონაწილე
სისხლის მოცულობა, სისხლის ღრუები საკმაოდ არ ივსე-
ბოდა სითხით. შეიქმნა გულის ხელმეორედ გაჩერების სა-
შიშროება! იმარჯვეს ანესთეზიოლოგებმა - ვენაში ნაკა-
დით გადაასხეს სისხლი და სხვადასხვა ხსნარები, შეავსეს
სისხლძარღვთა კალაპოტი.

მეც უსწრაფესად დავადე 2 ნაკერი ჭრილობის შემა-
ვალ ხვრელზე. რევიზიით ფილტვის ჭრილობების (შემა-
ვალი და გამავალი) სისხლდენა არ იყო. ჰერმეტიზმის შესა-
ქმნელად ისინი გავკერე რვიანის მაგვარი თითო ნაკერით.
პლევრის ღრუში, ნეკნ-დიაფრაგმის სინუსში ჩავდე სილი-
კონის სადრენაჟე მილი, რომელიც გამოვიტანე უკანა აქ-
სოლარულ ხაზზე.

გულმა თანდათან მოუმატა შეკუმშვის სიმძლავრეს და სიხშირეს, თვალის გუგებიც შევიწროვდა.

ანესთეზიოლოგებმა პაციენტი რეანიმაციულ განყოფილებაში გაიყვანეს... მე თვალები სიხარულის ცრემლებით ამევსო... თუმცა, ეჭვის ჭია მაინც მიღრღნიდა გულს, მეშინოდა, ვაი თუ ტვინის ქერქში შეუქცევადი პროცესი განვითარდეს - მეთქი.

ბოდიში მოეუხადეთ პირველ პაციენტს, წყნარად დავიწყეთ და დავასრულეთ ოპერაცია. აქვე რეანიმატოლოგებმა შემოგვითვალეს - პაციენტმა გვანიშნა, სად ვიმყოფებო. ტვინი გადარჩა!

ვერ დავფარეთ ალტაცების სიხარული, ემოციები!

* * *

P.S. შემთხვევა უნიკალურია, დაზიანების სიმძიმით, ბრწყინვალედ ჩატარებული ოპერაციით, ადეკვატური ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფით, ეფექტური რეანიმაციული ღონისძიებებით, კარგი გამოსავლით.

...და მაინც, მიმაჩნია, რომ უმთავრესი და გადამწყვეტი ამ შემთხვევაში იყო სამედიცინო დახმარების სწორი ორგანიზაცია, ოპერაციის უსწრაფესი დაწყება. ქირურგმა მოასწრო გულის ამუშავება, სანამ ტვინის უჯრედებში შეუქცევადი ჰიპოქსიური ცვლილებები განვითარდებოდა. ვულოცავ ჩემს მეგობარს - ზურაბ ჩიხლაძეს ამ წარმატებას - მსოფლიოს ნებისმიერი წამყვანი ქირურგიული კლინიკა იამაყებდა ამ სირთულის შემთხვევას წარმატებული შედეგით.

თვითონაც უნიკალური პიროვნებაა ზურაბი: არ ეწევა, არ სვამს, თუმცა ქალები უყვარს (ზოგჯერ), ეხერხება

და გატაცებულია ყოველგვარი კაცური საქმიანობით, განსაკუთრებით ელოლიავენა მინას, იცის ხეხილის გაშენება, ხარობს ხარისხიანი და უხვი მოსავალით.

ზემოთ აღწერილი შემთხვევაც საკმარისია დარწმუნდეთ, რომ ზურაბი პირველ რიგში, მაღალი დონის პროფესიონალი ქირურგია. ეძიებს და ითვისებს სირთულეებს სპეციალობაში, აჭარაში პირველმა შეისწავლა და დანერგა ენდოქირურგიული მეთოდები, წარჩინებით საქმიანობს ტრანსპლანტოლოგიაშიც.

ოთხი შვილი გაზარდა, ყველა განათლებული, უნესიერესი მოქალაქეები. უმცროსი, ნაბოლარა ქალიშვილი - სოფო, მამის კვალს გაჰყვა, გერმანიაში მოღვაწეობს, ამ ქვეყნის ერთ-ერთი წამყვანი ქირურგია - სახელოვანი, დაფასებული პროფესორი.

ა. ბერიძე

გულმკერდის ცეცხლნასროლი გამჭოლი ჭრილობა

...დავასრულეთ ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომია. მე და ზურაბ ჩიხლაძე ჯერ არ „განემოსილვართ“. მორიგე ექიმმა მოგვახსენა: მოიყვანეს ჯარისკაცი, რომელსაც შაშხანის ტყვიით აქვს გულმკერდში გამჭოლი ჭრილობა. პაციენტის მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, რენდგენოსკოპიით გულმკერდის მარჯვენა ნახევარი დაჩრდილულია სავარაუდოდ, პლევრა სავსეა სისხლით. ანესთეზიოლოგს ვთხოვეთ ენახა დაზარალებული და თუ წინასაოპე-

რაციო მომზადებას არ საჭიროებდა, შემოეყვანა საოპერაციოში. საოპერაციო ბლოკი მზად იყო ოპერაციის ჩასატარებლად.

პაციენტი საოპერაციო მაგიდაზე გავსინჯეთ. ათლეტური აღნაგობის ახალგაზრდა მამაკაცი, 22 წლის. ფერმკრთალია, ტუჩები ციანოზური, პულსი აჩქარებული – 115, რიტმული, სუსტი ავსების და დაჭიმულობის, არტერიული წნევა 90/60 მმ/მმ. მოსმენით მარჯვენა ფილტვი, არ სუნთქავს, ჩამორჩება სუნთქვით მოძრაობაში, პერკუსიით ყრუ ხმა. დიაგნოზი - გულმკერდის გამჭოლი ცეცხლნასროლი ჭრილობა, ჰემოთორაქსი.

გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში, სკაპულარულ ხაზზე IV ნეკნთაშუა სივრცეში აღინიშნება მრგვალი, 8 მმ. დიამეტრის ჭრილობა, ირგვლივ შავი არშია (გამურული), რაც ახლოდან ნასროლის შედეგია.

ტყვიის გამავალი ხვრელი გულმკერდის წინა კედელზეა, მე-4-მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეში, 9 მმ დიამეტრის, მცირედ სისხლმდენი.

სტაციონარში მოყვანისას გაუკეთდა გულმკერდის რენტგენოგრაფია - გულმკერდის მარჯვენა ნახევარი მთლიანად დაჩრდილული, შუასაყარი ცდომილია მარცხნივ. მარცხენა ფილტვი, ნორმალური გამჭვირვალობის.

ანესთეზიოლოგმა დააინტუბირა ცალი (მარცხენა) ფილტვი, რათა სუნთქვით ხელი არ შეეშალა მანიპულაციისათვის.

პაციენტის მდებარეობა საოპერაციო მაგიდაზე – მარცხენა გვერდზე წოლითი.

10 მმ. დიამეტრის პორტი შევიყვანეთ გულმკერდის მარჯვენა მხარეს, ილლიის უკანა ხაზზე, შევიყვანეთ ვიდუოკამერა, დავათვალიერეთ გულმკერდის ღრუ, რომელიც ამოვსებულია სისხლით. სისხლის ამოსრუტვის მიზნით შევიყვანეთ პორტი და მისი საშუალებით კათეტერი, რომლითაც სტერილურად ავიღეთ სისხლი – 1200 მლ. სისხლი გავფილტრეთ, ჩავასხით სპეციალურ, დონორისაგან ასაღებ სტაბილიზატორიან მინის ქილაში, ვანარმოეთ აუტოსისხლის რეინფუზია, რაც კარგად გადაიტანა პაციენტმა, რეაქციის გარეშე.

აუტოსისხლის გადასხმის ოპერაციით დავარღვიეთ ინსტრუქცია, რომელიც კრძალავს აუტოსისხლის გადასხმას, მაგრამ პაციენტს მეტი სისხლის გადასხმა არ დასჭირვებია.

კარგად ამოვსრუტეთ სისხლი და ამოვრეცხეთ პლევრის ღრუ. ნათლად გამოჩნდა ქრილობის გამავალი ხვრელიდან – დაზიანებული ნეკნთაშუა არტერიიდან, როგორ მოსჩქევდა სისხლი მძლავრი ნაკადით. ლაპარასკოპიული სისხლძარღვის დამჭერი ინსტრუმენტი ადვილად დაედო, გავაკეთეთ ელექტროკოაგულაცია. სისხლდენა მთლიანად შეწყდა. ფილტვის ქსოვილის ზედა წილში გამჭოლი, გასული ქრილობის შემავალი და გამავალი ხვრელებიდან სისხლდენა არ აღინიშნებოდა. პლევრის ღრუში ჩაიდგა სილიკონის სპეციალური დრენაჟი, რომელიც გამოტანილია მე-7-მე-8 ნეკნთაშუა სივრცეში ჩადგმული პორტიდან.

ოპერაციიდან მე-7 დღეს პაციენტი განკურნებული გაეწერა საავადმყოფოდან.

დუნდულოს არტიერიის დაზიანება

...ერთ სადარბაზოში ვცხოვრობდით აჭარის მინისტრთა საბჭოს თავმჯდომარის მოადგილე და მე. სამსახურში ვარ. ტელეფონით მირეკავს: ჩემი ძმისშვილი ცხოვრობს სტუდენტთა საერთო საცხოვრებელში, ახლახან გამოენერა საავადმყოფოდან, სიცხიანობს, სასწრაფო დახმარების ექიმს უნახავს, დუნდულოს ჩირქგროვავა, სიცხეც ამიტომ აქვს, გაკვეთა სჭირდება, დღის ბოლოს მოვალ და ადგილზე გავუკეთებ ოპერაციასო, დაუბარებია. გთხოვ, გასინჯო. შენი აზრი მითხარიო.

პაციენტი გავსინჯე, ოცი წლის, ათლეტური აღნაგობის მამაკაცი, სტუდენტი. დაავადების ანამნეზი: ახალგაზრდებს ერთმანეთში ჩხუბი მოსვლიათ, ჩვენი პაციენტისთვის დანა დაურტყამთ დუნდულოს მიდამოში, ძლიერი სისხლდენა ატეხილა, მიუყვანიათ მორიგე საავადმყოფოში. ქირურგს ჭრილობა გაუკერია, 4 დღის მკურნალობის შემდეგ დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაუწერია. 3 დღის შემდეგ, დაწყებია ტკივილი ჭრილობის არეში, მომატებია ტემპერატურა 39⁰—მდე, ჰქონია შემცივნება. მეორე დღეს, დილით გამოუძახებიათ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, ექიმს გაუსინჯავს, მოგვიანებით უპირებდა გაკვეთას.

პაციენტი უჩივის ტკივილს მარჯვენა დუნდულოს არეში, სადაც აღინიშნება ნაკვეთი ჭრილობა, ვიზუალურად ჭრილობის მიდამო ფეთქავს, პალპაციით მკვრივი, მკვეთრად გამოხატულია ძლიერი მულსაცია, აუსკულტაციით ისმის შუილი. დავრწმუნდი, რომ პაციენტს აქვს ჭრილობის შემდგომი დაჩირქებული მოპულსირე ჰემატომა.

გახსნა (ოპერაცია) მეტად საშიშია, უალრესად ძნელია მოპულსირე სისხლმდენი არტერიის მოძებნა და გადაკვანძვა. ოპერაცია უნდა გააკეთოს გამოცდილმა სისხლძარღვთა ქირურგმა, სპეციალურად აღჭურვილ კლინიკაში.

იმ დროს ცოცხალი იყო და თბილისში მუშაობდა სულმნათი ნოდარ ბოხუა, სისხლძარღვთა ბრწყინვალე ქირურგი, რომელთანაც ვმეგობრობდი. ტელეფონით ავუხსენი პაციენტის მდგომარეობა, დახმარება ვთხოვე. მითხრა, შენც იცი, რომ ეს რთული საოპერაციო იქნება, აჯობებს დღესვე გამოგზავნო თბილისში, თვითმფრინავით, სალამოს რეისზეო. პაციენტის ახლობლებს შევატყობინე, სასწრაფოდ წავიყვანეთ აეროპორტში, გავაყოლე ჩემი თანამშრომელი, ახალგაზრდა ქირურგი.

მოპულსირე ჰემატომის სპონტანური, უეცარი გახეთქვის დიდი რისკის გამო იმავე სალამოს გაუკეთეს ოპერაცია. მეორე დღეს დილით ბატონმა ნოდარმა დამირეკა: – ძალიან რთული შემთხვევაა. ოპერაცია დავინწყე დუნდულოს მიდამოდან, მოვძებნე დუნდულოს არტერია, მაგრამ ძლიერი კუნთოვანი შრის გამო, ღრმა ჭრილობაში ვერ მოხერხდა მისი გამოყოფა და გადაკვანძვა. ამიტომ გაუუკეთე ლაპარატომია, გამოვყავი და გადაკვანძვე მარჯვენა მხარეს თედოს შიგნითა არტერია. სისხლის ნაკადი შემცირდა. მოვახერხე სისხლძარღვის გადაკვანძვა. მგონი გადავრჩითო, მითხრა. დუნდულოს არტერია თედოს შიგნითა არტერიის ტოტია. მისი გადაკვანძვის შემდეგ უმეტესწილად დუნდულოს არტერიებიდან სისხლდენა წყდება.

ორი დღის შემდეგ, შეხვევის მომენტში, იმავე დუნდულოს ნაოპერაციევი ჭრილობიდან ატყდა ძლიერი სისხლდენა, პაციენტი სასწრაფოდ გაიყვანეს საოპერაციოში,

ხელახლა გაუკეთეს ლაპარატომია, გადაკვანძეს მარცხენა მხარეს თეძოს შიგნითა არტერია (მარცხენა და მარჯვენა თეძოს შიგნითა არტერიებს ზოგჯერ აქვთ ერთმანეთთან კავშირი, შემოვლითი სისხლძარღვების საშუალებით). სისხლდენა შეწყდა. პაციენტი თითქმის 1 თვე მკურნალობდა თბილისში პროფესორ ნოდარ ბოხუას მეთვალყურეობით.

პაციენტი განიკურნა, დაბრუნდა ბათუმში, მაგრამ 5 დღის შემდეგ დაავადება გაუმეორდა – პაციენტს განუახლდა ტკივილი დუნდულოს არეში, მოემატა ტემპერატურა. მოიყვანეს ჩვენს კლინიკაში. დავადგინეთ, რომ პაციენტს აქვს დუნდულოს მიდამოს მოპულსირე ჰემატომის რეციდივი. სასწრაფოდ დავურეკე ბატონ ნოდარ ბოხუას, გავაცანი საქმის ვითარება. მაშინვე მითხრა, ახლავე წამოვალ თვითმფრინავით, პაციენტს გაუკეთეთ ანალიზები (ჩამოთვალა) და პასუხები დამახვედრეთო. მართლაც, 3 საათის შემდეგ ბატონი ნოდარი ჩვენთან იყო, გასინჯა პაციენტი და სასწრაფო ოპერაციის ჩვენება დაგვიდასტურა, უნდა მოვახერხოთ დუნდულოს არტერიის გაკვანძვაო.

ოპერატორმა მარჯვენა დუნდულოს მიდამოში გააკეთა განაკვეთი, მონახა სისხლმდენი სისხლძარღვი: შვებით ამოვისუნთქეთ, მაგრამ ვერაფრით ვერ მოვახერხეთ სისხლმდენი სისხლძარღვის გადაკვანძვა, ან გაკერვა. გრძელი ინსტრუმენტი (კორცანგის დადებით სისხლდენა სრულად წყდებოდა, მაგრამ მრავალჯერადი მცდელობის მიუხედავად, მისი გაკვანძვა არ მოხერხდა. უცებ გამახსენდა, რომ სტუდენტობის პერიოდში ვესწრებოდი აკადემიკოს ალექსანდრე ნულუკიძის ოპერაციას (აკად. ა. ნულუკიძე იყო თბილისის უროლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დამაარსებელი), აკეთებდა ნეფრექტომიას.

მრავალჯერ სცადეს, მაგრამ არ მოხერხდა თირკმლის არტერიის გადაკვანძვა, ან გაკერვა (პაციენტი ძალიან მსუქანი იყო). ოპერატორმა სისხლძარღვზე დადებული კორცანგი დატოვა ადგილზე, ჭრილობა ნაკერებით შეავიწროვა და ამით დაამთავრა. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მუდმივად ორ-ორი სტუდენტი ვმორიგეობდით ავადმყოფთან, რომ ძილის დროს ან შემთხვევით არ დანოლოდა, ან არ მოეგლიჯა კორცანგი. 8 დღის შემდეგ აკადემიკოსმა ა. წულუკიძემ მოხსნა კონცანგი პაციენტს – სისხლდენა საბოლოოდ შეუჩერდა.

ოპერატორს, ნ. ბოხუას მოვუყევი ამის შესახებ. დამეთანხმა და დატოვა ჭრილობაში კორცანგი. ჩვენც დავინყეთ მორიგეობა პაციენტთან. მე-7დღეს მოეხსენით და ამოვიღეთ კორცანგი. პაციენტი განიკურნა. ახლაც აქტიურია, შრომისუნარიანი.

P.S. ახლა ჭრილობაში ინსტრუმენტის ჩატოვება საჭირო აღარაა: გამოგონილია მარტივი ინსტრუმენტი კლიპატორი, სიღრმეში ადებს სტეპლერს - ტანტალის მარყუჟს, რომელიც მჭიდროდ ეკვრება სისხლძარღვს, ახშობს მის სანათურს და აჩერებს სისხლდენას. სტეპლერი ასრულებს ძაფის კვანძის ფუნქციას.

მუცლის ჭრილობა და მისი მართვა

მუცლის ტრავმის შედეგად განვითარებული დაზიანებები ძალზე მრავალფეროვანია (იგულისხმება შერწყმული დაზიანებები, რომელთა ვარიანტები ძნელი დასაჯგუფებელია). მუცლის ჭრილობა შეიძლება იყოს შემავალი

მუცლის ღრუში, ან შემოიფარგლოს მუცლის პრესის დაზიანებით. თავის მხრივ, შემაჯავლი (როცა პერიტონიუმ-იც არის გაჭრილი) ჭრილობა ერთ შემთხვევაში აზიანებს მუცლის ღრუს ორგანოებს, სისხლძარღვებს, ქსოვილებს, ან ზოგიერთ ვარიანტში ჭრილობა შემაჯავლია, ოღონდ შინაგანი ორგანოების, ან ქსოვილების დაზიანების გარეშე.

ქირურგის მთავარი ამოცანაა გამოიცინოს, ესაჭიროება თუ არა პაციენტს ოპერაცია, არ უნდა დააგვიანოს ამ საკითხის გადაწყვეტა. თუ ოპერაცია საჭიროა – გააკეთოს სწრაფად. თუ თვლის, რომ არაა საჭირო ლაპარატომია, დაასაბუთოს. გამოკვლევის პროცესში შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ ჭრილობა შემაჯავლია მუცლის ღრუში და იწვევს შინაგანი ორგანოს მცირე დაზიანებას, რომელსაც არ სჭირდება ოპერაცია, მაგალითად, მცირე ზომის ჰემატომა ღვიძლში, ან უმნიშვნელო რაოდენობის სისხლი ღვიძლქვეშა სივრცეში. ცხადია, ოპერაციისგან თავის შეკავება დიდი პასუხისმგებლობაა. არაიშვიათად გამოცდილი ქირურგიც ვერ უძლებს პასუხისმგებლობის წნეხს და აკეთებს არასაჭირო ოპერაციას.

ოპერაციის საჭიროება უმთავრესად ორი ძირითადი სიმპტომოკომპლექსით წყდება: ჰიპოვოლემიური შოკი და პერიტონიტი, ცალ-ცალკე, ან ერთად. შოკის მიზეზია სისხლდენა, მაგისტრალური სისხლძარღვის, ან პარენქიმული ორგანოს დაზიანების შედეგად. პერიტონიტის მიზეზი უხშირესად ღრუ ორგანოს დაზიანებაა, როცა შიგთავსი იღვრება თავისუფალ მუცლის სივრცეში.

მუცლის პროექციაზე მიყენებული ნაკვეთი ჭრილობა უპირატესად მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებით შე-

მოიფარგლება, დახურული ტრავმის დროს კი ამასთან ერთად შეიძლება დაზიანდეს სხვა სისტემის ორგანოებიც (პო-ლიტრავმა).

ხაზგასმით აღვნიშნავთ, რომ მუცლის ქრილობის მკუ-რნალობის გამოსავალი დამოკიდებულია დაზიანების სწორ დიაგნოსტიკასა და ოპერაციის დროულ ჩატარებაზე, არ უნდა დაიკარგოს დრო სვადასხვა ტესტებსა და გამოკვლე-ვებზე. წამყვანი როლი ენიჭება კლინიკურ გასინჯვას, თა-ნაც დინამიკაში, დაკვირვებას – დროის გარკვეულ მონაკვე-თში.

გადაუდებელი ოპერაცია უნდა გაკეთდეს შემდეგი სი-ტუაციების დროს:

- როცა დადგინდება, რომ პაციენტის ჰემოდინამი-კური არასტაბილურობის მიზეზია ინტრააბდომინური და-ზიანებები, კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გადაიგზავნოს საოპერაციოდ. ურჩევნ საოპერაციო მაგიდაზე პაციენტის დაწვენას ტრენდელენ-ბურგის პოზიციაში (თავი დაბლა, ფეხები ზევით), რათა გა-უმჯობესდეს თავის ტვინის სისხლით მომარაგება;

- პაციენტს დაუდგინდა პერიტონიტი. გასინჯვის დროს ბლუმბერგ შჩოტკინის (არეკვლის) ნიშანი უნდა გამო-ვავლინოთ ტრავმის ადგილიდან მოშორებით, ტრავმის მი-დამოს ახლოს არეკვლის ნიშანი ხშირად ცრუ-დადებითია;

- როცა მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე მუცლის ღრუში თავისუფალი ჰაერი მოჩანს, პაციენტს წამოჯდომა თუ არ შეუძლია, უნდა გაკეთდეს ლატეროგრაფია;

– როცა მუცლის ღრუდან ქრილობაში გარეთ გამოვარდნილია ნაწლავი, ბადექონი, - დიდი ალბათობით ტრავმა ძლიერი იყო და შეიძლება მუცელში სხვა დაზიანებაც აღმოჩნდეს;

მეორეც: გამოვარდნილი ორგანო საჭიროებს გულმოდგინე დამუშავებას, მუცლის ღრუს სანაციას;

– როცა იარაღი (დანა) მუცლიდან ამოღებული არ არის. ზოგჯერ დანის წვერი შერჭობილია სისხლძარღვში და ინვეეს მის კომპრესიას, რაც სისხლდენას დროებით აჩერებს, ამ შემთხვევაში დანის ამოღება საშიშია. შეიძლება განვითარდეს სასიკვდილო სისხლდენა. ამიტომ, დანა უნდა ამოღებულ იქნას საოპერაციოში.

მუცლის მიდამოს ქრილობის მქონე პაციენტთა მესამედში ქრილობა შემავალია, მაგრამ ორგანოთა დაზიანება არ არის, თუმცა ამის დამტკიცება ძალიან ძნელია. ზოგი ქირურგი პასუხისმგებლობას გაუზრბის და ასეთ საეჭვო შემთხვევებში აკეთებს არასაჭირო ლაპარატომიას, რაც მიზანშეწონილი არ არის, პროფესიული წუნია. მუცლის მიდამოს ქრილობით პაციენტს ჩვენ ვუწესებთ კლინიკურ დაკვირვებას დინამიკაში. პაციენტს ჯერ მკურნალი ექიმი, შემდეგ მორიგე ექიმი გულმოდგინედ სინჯავენ ყოველ ორ საათში, სამედიცინო ბარათში აკეთებენ სათანადო ჩანაწერს. უნიშნავენ პარენტერალურ კვებას, უტარებენ სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგს, ჰყავთ ნულოვან დიეტაზე. თუ დინამიკაში გასინჯვით დადასტურდა პერიტონიუმის გაღიზიანების ნიშნების უკუგანვითარება, ჰიპოპოლემიის ნიშნები თანდათან მცირდება, ჩატარებული KT კვლევით პათოლოგია არ ვლინდება, 24 საათის შემდეგ შეგვიძლია ვთქვათ,

რომ ჭრილობა შემავალი არ არის. თუ ერთ დღე-ღამეზე მეტი დროის შემდეგაც რჩება ეჭვი, სჯობია გაკეთდეს ოპერაცია. როცა კლინიკური დაკვირვებით პერიტონეუმის გაღიზიანების მონაცემები მატულობს, უკეთდება სასწრაფო ოპერაცია. თუ კიდევ გაჩნდა ეჭვი, საჭიროა სპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფია, რომლის მონაცემებს განიხილავენ კლინიკურ დაკვირვებასთან შეჯერებით.

ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობის შემდეგად მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების მაღალი ალბათობაა. აქედან გამომდინარე, მუცლის მიდამოს ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს, როგორც წესი, აკეთებენ ლაპარატომიას, რომლის დროსაც ზუსტდება დიაგნოზი და დაზიანების შედეგების სალიკვიდაციოდ ტარდება საჭირო მანიპულაციები. როცა კლინიკური და ლაბორატორიული მაჩვენებლები არ მიაღწევენ მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანებაზე, მიმართავენ როგორც მუცლის, ისე გულმკერდის ღრუების კლინიკურ დაკვირვებას და კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, ასეთი ტაქტიკა დიდი სიფრთხილით გამოიყენება.

მუცლის ღრუს შემავალი ჭრილობა – კლინიკური შემთხვევა:

პაციენტი მამაკაცი, 50 წლის, მოიყვანეს ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში მძიმე, შოკურ მდგომარეობაში. 20 წუთის წინ თავისი სახლის სადარბაზოში თავს დაესხნენ ყაჩაღები, მოსთხოვეს ფული, უარყოფითი პასუხი რომ მიიღეს, დანა დაარტყეს მუცელში. პაციენტი წაიქცა, მდგომარეობა იყო უკიდურესად მძიმე, ტერმინალური. კანი ანემიური (ფერმკრთალი), კიდე-

რები ცივი. უგონო მდგომარეობაშია. კითხვაზე არ პასუხობს. მუცლის ზედა ნახევარში, ჭიპს ზემოთ, შუა ხაზთან ახლოს აღინიშნებოდა ჭრილობის შემავალი ხვრელი, საიდანაც სისხლი ნაკადით ეღვრებოდა მარჯვენა ლატერალურ ღარში და მუცლის ქვედა ნახევარში. არტერიული წნევა 40/10 მმ Hg. Hb-50 გრ/ლ, განისაზღვრა სისხლის ჯგუფი და რეზუს-ფაქტორი, პაციენტი შემოსვლიდან 15 წუთში შეიყვანეს საოპერაციოში. სასწრაფოდ გაუკეთდა ინტრატრექალური ინტუბაცია, ნარკოზი, ესხმებოდა (A) II რეზუს-დადებითი) სისხლი ვენაში წვეთობრივად და ნაკადით. გაუკეთდა ზედა შუა ლაპარატომია, მუცლის ღრუდან წნევით ამოჩქეფდა სისხლის ნაკადი, იმდენად ძლიერი, რომ დასვარა საოპერაციო ლამპა. საოპერაციო ველი დაბნელდა. აქტიური სისხლდენის წყაროს მომენტალურად, ავტომატურად მივაგენი ხელის თითების შეგრძნებით, მარცხენა მტევნის საჩვენებელი თითის ზეწოლით შევაჩერე სისხლის ნაკადი. ასისტენტებთან ერთად მუცლის ღრუდან ამოვტუმბეთ დაახლოებით 2 ლიტრი სისხლი კოლტებიანად. შესაძლებელი გახდა მუცლის ღრუს დათვალიერება. ჭრილობა მუცლის წინა კედლიდან პერპენდიკულარულად შესული იყო მუცლის ღრუში, კერძოდ გაკვეთილი იყო თორმეტგოჯა ნაწლავის გასწვრივი ტოტი გამჭოლად ისე, რომ დაზიანებულიყო მისი წინა კედელი და უკანა კედელი პანკრეასთან ერთად. თორმეტგოჯას წინა კედლის ჭრილობა გავაფართოვე - ჩავჭერი ელექტროდებით, ამ დროს განვითარდა სისხლის ძლიერი ნაკადი, სისხლის არტერიული წნევა დაეცა, სასწრაფოდ თითის ზეწოლით სისხლდენა შევაჩერე. ძლიერი სისხლდენისას თორმეტგოჯას უკანა კედლის მობილი-

ზაციის დროს აუცილებლად დაიკარგებოდა დიდი რაოდენობის სისხლი, ამიტომაც გადავწყვიტე თორმეტგოჯას უკანა კედლის გაკერვა პანკრეასის ქსოვილთან ერთად. დაჭერილი თითის აულებლად დავადე ატრავმული ნაკერები - სულ 5 ნაკერი ჭრილობაზე ძაფის გაკვანძვის გარეშე, ისეთი ვარაუდით, რომ ნაკერში არ მომეყოლებინა ფატერის დვრილი ან ნაღვლის საერთო სადინარის პანკრეასის მონაკვეთი. ასისტენტმა დაიწყო ძაფების გასკვნა, მე თანდათან ვაჩრებდი თითს უკან და ვაძლევდი ასისტენტს ძაფის გასკვნის საშუალებას. თითი დამელალა და შევაშველე მეორე თითი, წამის მეთადი დროის მანძილზე კვლავ წამოვიდა სისხლის ძლიერი ნაკადი, პაციენტს განუვითარდა კოლაპსი. ბოლო ნაკერის გაკვანძვის შემდეგ თითი მოვაცილე. სისხლდენა სრულად შეჩერებულიყო. შემდეგ გავკერე თორმეტგოჯას წინა კედელი 2-სართულიანი ნაკერით. პანკრეასის დაზიანებულ უბანთან მივიტანე ორი სადრენაჟო სილიკონის მილი. რენიმატოლოგის ძალისხმევით პაციენტს აღუდგა სისხლის მოცულობა. პაციენტი გადარჩა. თორმეტგოჯა ნაწლავის დეკომპრესიის მიზნით ჩაედგა ნაზო-გასტრალური ზონდი. პაციენტის ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები გაუმჯობესდა.

საოპერაციოდან გამოსვლისთანავე დამხვდნენ პაციენტის თანამშრომლები, ახლობლები, რომლებსაც ავუხსენი, რომ პანკრეასი ძლიერ სათუთი ორგანოა, ტრავმას ვერ იტანს, შესაძლოა განვითარდეს პანკრეასის ანთებაც, რაც მძიმედ გადასატანი იქნება - მეთქი.

მართლაც, პანკრეასი ძალზე მგრძნობიარეა, თუნდაც უმნიშვნელო, მექანიკური გაღიზიანებით, მარლის ტამპონის შეხების მიმართ. ჩვენს მიერ ქებულ მოშე შაინს

თავის წიგნში მოტანილი აქვს ციტატები: „მუცლის ღრუს ორგანოებს თუკი ღვთის რისხვა რამ შეიძლება დაემართოს, ყველაზე საშინელი მწვავე პანკრეატიტია. ღმერთმა პანკრეასი უკან იმიტომ გადადო, რომ ქირურგები ხათაბალაში არ გაბმულიყვნენ“.

ანატომიურად პანკრეასი მუცლის ღრუს უკანა სივრცეშია გადამალული, კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, მსხვილი სისხლძარღვების, პარიერული პერიტონეუმის უკან, თუმცა, როგორც დავინახეთ, სამტროდ მოქმედი დანა მასაც მიწვდა.

საუბრის ბოლოს პაციენტის თანამშრომლებმა (გავამხელ – პაციენტი საბაჟოს უფროსი იყო) იკითხეს: ვინ გეგულებათ პანკრეასის საუკეთესო სპეციალისტი ჩვენთან ან საზღვარგარეთ, საკონსულტაციოდ რომ მოვიწვიოთ. მე პირველ რიგში დავუსახელე აკადემიკოსი ალექსანდრე შალიმოვი, რომელიც კიევში მოღვაწეობდა, თან დავსძინე, რომ ის ხანში შესული ადამიანია და ალბათ უარს გეტყვით ჩამოსვლაზე, თან ხელმეორედ ხომ არ გახსნის მუცელს, – მეთქი.

ოპერაცია გაკეთდა პარასკევს. ორშაბათს ვხედავ აკადემიკოსი შალიმოვი მილიმის - მასთან მრავალჯერ ვიყავი, ვეცნობოდი მის ნაშრომებს, ვესწრებოდი ოპერაციებს, აღფრთოვანებული ვიყავი მისი ოპერაციული ტექნიკით. ბევრი ვისწავლე მისგან.

ა. შალიმოვი ერთი კვირა გაჩერდა ბათუმში, ერთად ვსინჯავდით და შეხვევას ეუკეთებდით პაციენტს. მდგომარეობა იყო დამაკმაყოფილებელი, მაგრამ მე-4 დღეს სადრენაჟე მილიდან გადმოდიოდა პანკრეასის წვენი, რაც პაციენტის სიცოცხლეს საფრთხეს არ უქმნიდა.

ა. შალიმოვი მართლაც უდიდესი ქირურგი იყო, ამავე დროს უაღრესად განათლებული პიროვნება, კარგად იცოდა მსოფლიო ლიტერატურა, უამრავი ლექსი.

ამჟამად კიევში უკრაინის ქირურგიის ეროვნული სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი მის სახელს ატარებს.

...წასვლის წინ აკადემიკოსმა ა. შალიმოვმა დაგვიბარა: პაციენტს აქვს პანკრეასის ფისტულა, 2 თვის შემდეგ ჩამომიყვანეთ კიევში და გავუკეთებ ფისტულის დახურვის ოპერაციასო. მისი წასვლიდან მესამე დღეს ფისტულა თავისით დაიხურა.

ა. შალიმოვი ძალზე მომთხოვნი, მკაცრი პიროვნება იყო. კლინიკაში წესრიგი და დისციპლინა სუფევდა.

...შალიმოვის კლინიკაში ვარ. ქირურგი ოპერაციის წინ ხელებს იბანს, ოპერაციას უკეთებენ პაციენტს პანკრეასის დიდი ზომის კისტის გამო. გამოველაპარაკე, ჩემი შეხედულებით, ოპერაციის არჩევით მეთოდს ამ შემთხვევაში იურაშის მეთოდი წარმოადგენს - მეთქი, ვეუბნები. მპასუხობს: გეტყობა, შენ უკრაინიდან არ ხარ, დაიმახსოვრე: ჩვენთან ყველა ოპერაცია კეთდება შალიმოვის მეთოდით, ან შალიმოვის მოდიფიკაციით.

ეტყობა, ა. შალიმოვს მოვეწონე. შემომთავაზა სამუშაოდ კიევში გადასვლა, ჩემს ინსტიტუტში ერთ-ერთი განყოფილების ხელმძღვანელად აგიყვანო.

* * *

მე და ანესთეზიოლოგი ვახშმად დაგვპატიჟეს „მაილოს რესტორანში“ (ზღვისპირა პარკში იყო, შემდეგ აილეს). თამადამ ერთი წლის წინ გადარჩენილის სადღეგრძე-

ლო შესვა და მას საჩუქრად ახალი მსუბუქი მანქანის გასაღები ჩაუდო ხელში. ანესთეზიოლოგი ადგა და უთხრა: პროტესტს ვაცხადებ, ვინც გადაარჩინა, იმ ადამიანს არაფერს ჩუქნით, ამ კაცისთვის კი სიცოცხლის გადარჩენა განა ცოტააო? იკითხა.

მუცლის დახურული ტრავმა – ღვიძლის გაგლეჯა

მუცლის დახურული ტრავმა ბოლო წლებში განსაკუთრებით გახშირდა, რაც განაპირობა უპირველესად ავტოტრანსპორტის მომრავლებამ. გზები და ქალაქები, ქუჩები გადავსებულია ავტომანქანებით, ამასთანავე შეუზღუდავად, უკონტროლოდ მატულობს მათი სიჩქარე. ავარიის ერთ-ერთი მიზეზი ავტომანქანების არაფხიზელ მდგომარეობაში მართვაა.

მუცლის დახურული ტრავმა გაცილებით რთული და ძნელი სადიაგნოსტიკოა, ვიდრე ჭრილობა. არაიშვიათად შერწყმულია თავის ტვინის და სხვა სისტემის დაზიანებასთან ცნობიერების დაბინდვით, კომით, ან სხვა გართულებით. ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტს მიღებული აქვს ალკოჰოლი, რის გამოც ძნელდება მისი ჩივილების დადგენა, ანამნეზის შეგროვება. ექსტრააბდომინური დაზიანებები იწვევენ ჰიპოვოლემიას, შოკი ვითარდება ძვლების მოტეხილობების, ჰემოთორაქსის და სხვა მიდამოს დაზიანების დროსაც. მუცლის ახლო მდებარე დაჟეჟილი ქსოვილების პალპაცია მტკივნეულია და შესაძლოა იგი პერიტონიუმის გაღიზიანების სიმპტომად მივიჩნიოთ.

მოშე შაინი დახურული ტრავმის დიაგნოსტიკაში უპირატესობას ანიჭებს პერიტონულ ლავაჟს, ფოკუსირებულ

სონოგრაფიას და სპირალურ-კომპიუტერულ ტომოგრაფიას.

უახლოეს წარსულში ჩვენც ფართოდ ვიყენებდით პერიტონულ ლავაჟს, მაგრამ ამჟამად, როცა კომპიუტერული ტომოგრაფიის სურათი არ გვაკმაყოფილებს, უპირატესობას ვანიჭებთ დიაგნოსტიკურ ლაპარასკოპიას.

აბდომინური ფოკუსირებული სონოგრაფია აღმოაჩენს ღრუებში ჩალვრილ სითხეს (სისხლი, შარდი, ექსუდატი). პოლიტრავმის დროს სტაბილური ჰემოდინამიკის პაციენტებში მუცლის ღრუს ორგანოების დაზარული დაზიანების დიაგნოსტიკაში უპირატესობა ენიჭება კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, რომელიც მუცლის ღრუსთან ერთად იძლევა რეტროპერიტონული ორგანოებისა და ქსოვილების, აგრეთვე ხერხემლის და მენჯის ძვლების ვიზუალიზაციის საშუალებას. დიდი სადიაგნოსტიკო და პროგნოზული მნიშვნელობისაა ჰემოდინამიკის მონიტორინგი, მონაცემთა შეფასება, რითაც ხელმძღვანელობს ქირურგი მკურნალობის ტაქტიკის გადანყევტაში.

მუცლის ტრავმის დროს ოპერაციის ჩვენებას წარმოადგენს:

– ჰემოდინამიკის არასტაბილურობა, გამოხატულია მუცლის ღრუში სისხლი (ექოსკოპიით). არ არსებობს ჰიპოტონიის ექსტრააბდომინური მიზეზები;

– დიაგნოსტირებულია ტრავმის შემდეგ განვითარებული თიაქარი (რენტგენით, ან კომპიუტერით დადასტურებული);

– რენტგენოლოგიური კვლევა ვერტიკალურ მდგომარეობაში აღმოაჩენს თავისუფალ ჰაერს დიაფრაგმის გუმბათის ქვეშ;

–კლინიკურად, ან სხვა კვლევებით დგინდება ღრუ ორგანოს დაზიანება;

–დგინდება პანკრეასის სერიოზული დაზიანება;

–მუცლის ღრუში არის ჰემოპერიტონიუმი, არ არის დაზიანებული პარენქიმული ორგანო (საექვოა ნაწლავის ჯორჯლის მოგლეჯა, იშემია);

–კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემები საექვოა. გამოხატულია სეფსისი.

–ღვიძლისა და ელენთის დაზიანება. კონსერვატიული მკურნალობა უშედეგოა;

–დახურული ტრავმის დროს არ გვაქვს საიმედო კლინიკური მონაცემები;

–სტაბილური ჰემოდინამიკის დროს კომპიუტერული ტომოგრაფია საიმედოა.

მუცლის დახურული ტრავმის დროს სიცოცხლისათვის განსაკუთრებით საშიშია ღვიძლის დაზიანება, რომლის სპექტრი მრავალფეროვანია - პატარა ჰემატომიდან დაწყებული, ღვიძლის ქსოვილის დაგლეჯამდე, მისი ცომისებურ მასად გადაქცევამდე.

ღვიძლის ქსოვილის მძიმე დაზიანების მკურნალობა ძალზე ძნელია, ზოგჯერ შეუძლებელიც. მოშე შაინს ასეთი მდგომარეობების არაოფიციალური კლასიფიკაციაც მოჰყავს:

–არც ერთის გაკეთება არ არის საჭირო (უმკურნალეთ კონსერვატიულად);

–რამე უნდა გაკეთდეს (ადგილობრივი ჰემოსტაზი);

–მეტისმეტს ნუ იზამთ (მხოლოდ დაატამპონეთ);

-ამას მხოლოდ ღმერთი თუ უშველის (გმირული ღონისძიებები).

ამ კლასიფიკაციის მე-4 პუნქტს – „ამას მხოლოდ ღმერთი თუ უშველის“, „გმირული ღონისძიებები“ – ესადაგება აქ მოყვანილი შემთხვევა პრაქტიკიდან:

პაციენტი მ. გ. 28 წლის, ინჟინერი-მშენებელი. სამუშაოზე მიიღო საწარმოო ტრავმა – მრავალტონიანი ბეტონის ფილის ნატეხი წაქცეულს მუცელზე დაეცა, მოიყვანეს აჭარის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში შოკის მდგომარეობაში, ტრავმის მიღებიდან 25 წუთის შემდეგ. პაციენტს რეანიმაციულ განყოფილებაში ჩაუტარდა შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებები – მასიური ტრანსფუზია რინგერის, ფიზიოლოგიური, გლუკოზის 5% ხსნარების, თანამოსახელე A ჯგუფის RH+ სისხლის გადასხმა. 0,5 საათის მანძილზე ინტენსიური თერაპიის შედეგად პაციენტს ოდნავ გაუმჯობესდა ჰემოდინამიკის, სუნთქვის პარამეტრები, გონება დაბინდულია, ფერმკრთალი, სისხლში Hh - 54, Er. 2.400.000, 2 - 15.500, Werx - 90 %. ულტრასონოსკოპიით მუცლის ღრუში, მარჯვენა ლატერალურ ღრუში, დუგლასის ფოსოსა და ნაწლავს მარჯუთა შორის ბლანტი სითხე (სისხლი + ნალველი) საერთო რაოდენობით – 1,800 მლ-მდე, ღვიძლი დეფორმირებული, მრავლობითი სხვადასხვა ზომის ჰემატომებით, კაფსულის მთლიანობა რამდენიმე ადგილას დარღვეული, შარდი სუფთა, რენტგენოგრამაზე მარჯვნივ VII-VIII ნეკნების მოტეხილობა უკანა აქსილარულ ხაზზე, ფილტვის ქსოვილი მთელი, მარჯვნივ დიაფრაგმის ექსკურსია შეზღუდული. დიაგნოზი: მუცლის დაზარალებული ტრავმა, ღვიძლის გაგლეჯა? ჰემორაგიული

შოკი. ტრავმის მიღწიდან 1,5 და განყოფილებაში შემოსვლიდან 1,05 შემდეგ პაციენტი შეიყვანეს საოპერაციოში.

გაუტკივარება ენდოტრაქიალური ნარკოზი. შუალაპაროტომია ჭიპის ლატერალურ ღარში მარჯვნიდან შემოვლით, მუცლის ღრუში - მარჯვენა ლატერალურ ღარში, დუგლასის ფოსოში, ნაწლავთა მარყუჟებს შორის დიდი რაოდენობით ნალველნარევი სისხლი - ელექტროსასრუტით ამოღებულია 2 ლიტრამდე ბლანტი სითხე. ღვიძლი მთლიანად, განსაკუთრებით მისი მარჯვენა წილი და შედარებით ნაკლებად მარცხენა წილი კაფსულიანად დაგლეჯილია, წარმოადგენს სქელი ფაფის (ცომის) კონსისტენციის მასას, რომლის გაკერვა-აღდგენის წარმოადგენა შეუძლებელია. სისხლის დენა მაგისტრალურ, საშუალო დიამეტრის არტერიებიდან, ან კერებიდან არ აღენიშნება, დიაფრაგმული და ვისცერალური (ქვედა) ზედაპირებიდან დიფუზური სისხლდენა, რომელიც არც ერთი მეთოდით, მათ შორის ელექტროკოაგულაციით არ ჩერდება. ღვიძლის მთელ ზედაპირზე დაფარებული და ხელებით შემოჭერილია ცხელი მარლის საფენი. ამით სისხლდენის ინტენსივობა რამდენადმე შემცირდა. სისხლდენის ინტენსივობა კლებულობს ორივე ხელის მტევნების შემოჭერით, თუმცა მთლიანად არ წყდება. ამ შემთხვევაში, დაზიანებული ღვიძლის აღდგენის სხვა ცნობილი მეთოდი ვერ გავიხსენეთ. გავაკეთე კოლინჯის მარჯვენა ნაკეცის მობილიზაცია. ღვიძლის ქვედა კიდიდან 10-12 სმ-ით ქვევით განივად გავჭერი მუცლის უკანა კედლის პერიტონუმი 15 სმ. სიგრძის ღვიძლის ქვედა უკანა კიდის სიგრძისა. გაკვეთილი პერიტონუმის პროქსიმალური კიდე ჩლუნგად ავაშრევე 10-15 სმ. სიგრძეზე და მივაკერე მუცლის წინა და გვერდითი

კედლის პერიტონუმს ვიკრილის ატრავმატული განუწყვეტელი ნაკერით ისე, რომ პერიტონუმი მჭიდროდ შემოეკრა დაზიანებულ ღვიძლს, გამოიწვია მისი კომპრესია, სისხლდენის და ნალველდენის ინტენსივობა თითქმის შენელდა. ღვიძლის ქვედა კიდედან, პერიტონუმისგან შექმნილ „ჩანთაში“ ჩავდე სადრენაჟო მილი, მისი მეორე ბოლო გამოვიტანე გარეთ, ლუმბალურ განაკვეთში. გავაკეთე მუცლის ღრუს სანაცია - ამოვრეცხე ფიზიოლოგიური ხსნარით, დეტალური დათვალიერებით სხვა დაზიანება არ აღმოჩნდა, დუგლასის ფოსოში მოვათავსე დრენაჟი (სილიკონის), გამოვიტანე გარეთ ილოცეკალურ მიდამოში. მუცლის ღრუს სისხლდენისა და უცხო სხეულებზე რევიზიის შემდეგ შუა ხაზის ჭრილობა ყრუდ დაიხურა, შრეობრივად.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა საშუალო სიმძიმით. „ღვიძლის ჩანთაში“ მოთავსებული დრენაჟიდან პირველი-ორი დღის განმავლობაში 25-40 მლ. სისხლი და ნალველნარევი სითხე გადმოვიდა, შემდეგ დრენაჟი ამოვიღე. დუგლასის ფოსოდან დრენაჟი მე-6 დღეს ამოვიღე. ავადმყოფი მე-15 დღეს გაეწერა განკურნებული, 5, 6 და 9 თვის შემდეგ პაციენტი ისევ გამოვიკვლიეთ, ანალიზები ნორმაში აღმოაჩნდა, ჩივილები არ აღენიშნებოდა.

აღნიშნული წარმატებული, განკურნებული პაციენტის ოპერაცია საფუძვლად დაედო ახალი ოპერაციული ტექნიკის დაპატენტებას.

ჩემი ხელმძღვანელობით ექიმთა ჯგუფმა მივიღეთ პატენტი ოპერაციისთვის, რომელსაც „ღვიძლის ჩანთა“ დავარქვით (იხ. ქვემოთ).

იდეა გაჩნდა ოპერაციის მსვლელობის დროს, როცა აშკარად ხედავ, როგორ იცლება სისხლისგან ახალგაზრდა კაცი და ვერაფერს შევლი: ორგანოს გაკერვა, ელექტროკოაგულაცია, ჰემოსტატიური და სხვა ცნობილი მეთოდები უძლურნი არიან. შეიქმნა „სასონარკვეთის სიტუაცია.“ ამ დროს გამალებით მუშაობს ტვინის თითოეული უჯრედი, იმედი გვქონდა, რომ ღვიძლი რეგენერაციის დიდ უნარს გამოავლენდა.

მცდელობამ შედეგი გამოიღო. აღნიშნულ ოპერაციულ ტექნიკას წარმატებით ვიყენებთ მსგავს სიტუაციებში. გამოვიყენეთ 5 პაციენტზე.

ელენთის შემანარჩუნებელი ოპერაციები (ჩვენი გამოცდილება)

ელენთის ტრავმა იკავებს ერთ-ერთ წამყვან ადგილს აბდომინურ ქირურგიაში. ელენთის დაზიანება გვხვდება მუცლის ტრავმათა 20-25%-ში. უფრო ხშირია დახურული ტრავმები. ღია ტრავმების დროს კი ელენთის დაზიანება აღენიშნება 20%-ს, ლეტალობა კი ამ დროს აღწევს 40%-მდე. ელენთის აგებულების თავისებურებების და მისი პარენქიმის სინაზის გამო, კაფსულის მცირედმა დაზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს ძალიან ძლიერი სისხლდენა და სრული ჰემოსტაზის შეუძლებლობა, რაც ხშირად მთავრდება ელენთის მოცილებით.

ამავდროულად ელენთის შენარჩუნების საკითხი აქტიურად განიხილება თანამედროვე კლინიკურ მედიცინაში.

ელენთის შენარჩუნებას თან ახლავს განმეორებითი სისხლდენის მაღალი რისკი. საჭირო ხდება მეორადი ლაპაროტომის წარმოება, რის გამოც ეს ოპერაცია არ არის პოპულარული. აქედან ჩნდება ოპერაციის ისეთი მეთოდის შემუშავების საჭიროება, რომელიც შეამცირებდა ამ რისკებს და ტექნიკურად არ იქნებოდა რთული შესასრულებელი.

დაზიანებული ელენთის გადანაცვლება რეტროპერიტონულ სივრცეში (საავტორო უფლება 5/314)

ოპერაციის იდეა მდგომარეობს ელენთის ტრავმისას სისხლდენის შეჩერებისათვის ე.წ. ტამპონადის ეფექტის გამოყენებაში. ელენთის „ფეხზე“ ედება ატრავმული მომჭერი, რის შედეგადაც ელენთიდან სისხლდენა საგრძნობლად მცირდება. ელენთის მობილიზაციის შემდგომ (კუჭ-ელენთის, შუასაბდგიდ-ელენთის, ელენთა-კოლინჯის იოგების გადაკვეთა) ხდება მისი ზედაპირის დეტალური დათვალიერება. ვანარმოვით დაზიანებული სისხლძარღვების გაკერვას, ატრავმული გამწოვი საკერავი მასალით ლიგირებას და კოაგულაციას ელექტროკოაგულატერით, „Harmonic“-ის, ან ტახოკომბის გამოყენებით სრული ჰემოსტაზის მიღწევამდე. ვხსნით ელენთის „ფეხზე“ დადებულ მომჭერს და ვამოწმებთ ჩატარებული მანიპულაციის ეფექტურობას. არსებული სისხლდენის შემთხვევაში მანიპულაცია მეორდება.

როგორც აღნიშნეთ, პოსტოპერაციულ პერიოდში ინტრაოპერაციულად მიღწეული ჰემოსტაზის მიუხედავად არსებობს განმეორებითი სისხლდენის მაღალი რისკი, ამიტომ ამგვარად დამუშავებულ ელენტას გადავანაცვლებთ რეტროპერიტონულ სივრცეში:

მეთოდика

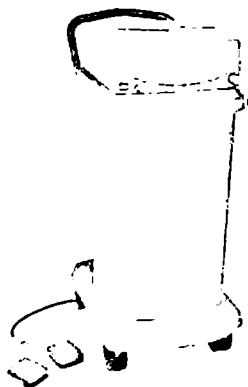
მარცხენა ლატერალურ ღარში, ელენტის კარის პროექციაზე განივად იკვეთება მუცლის უკანა და გვერდითი კედლის პერიტონეუმი, ჩლუნგად შრევდება მუცლის წინა-გვერდითი და უკანა კედლის კუნთებისაგან და ყალიბდება ელენტის ზომების შესაბამისი „ჯიბე“, რომელშიც გადაგვაქვს ელენტა. გაკვეთილი პერიტონეუმის ფურცლები იკერება ელენტის კარის წინ ისე, რომ არ მოხდეს მისი სისხლძარღვების კომპრესია. წარმოქმნილი „ჯიბის“ ქვედა კუთხეში ვდებთ სადრენაჟო მილს.

ამგვარად ელენტა ხვდება დახშულ სივრცეში და რეციდიული სისხლდენისას წარმოქმნილი სისხლის კოლტის კომპრესიის ხარჯზე მოქმედებს „ტამპონადის ეფექტი“.

არანაკლები მნიშვნელობა აქვს, აგრეთვე, ირგვლივმდებარე ქსოვილების (პერიტონეუმი, კუნთოვანი, ცხიმოვანი ქსოვილი) კოაგულაციურ ეფექტს.

საკუთარი კლინიკური გამოცდილებიდან: რეტროპერიტონეულ სივრცეში საკმაოდ დიდი რაოდენობით დაგროვილი სისხლი შესაძლოა თავისით გაიწოვოს (მაგალითად რეტროპერიტონული ჰემატომა მენჯის ძვლების მოტეხილობის დროს) - ეს თავისებურება დაედო საფუძვლად ზემოთ აღნიშნული მეთოდის კლინიკაში დანერგვას.

ჩვენი კლინიკური მასალით ელენთის ტრავმის დროს მისი გადანაცვლება რეტროპერიტონეალურად ვანარმოეთ 19 შემთხვევაში. ოპერაციის შემდგომი გართულებები, რომლებიც საჭიროებს რელაპარატომიას, ანდა ელენთის



ამოღებას, არ გვექონია. მაქსიმალურმა სისხლის დანაკარგმა შეადგინა პოსტოპერაციულ პირველ და მეორე დღეს საკონტროლო სადრენაჟო მილიდან 35 მლ. ჩვენი გამოკვლევებით დამზოგველი ოპერაციების წარმოებიდან ორი კვირის თავზე ავადმყოფის იმუნური სტატუსის განმსაზღვრელი ძირითადი მაჩვენებლები თითქმის ყველა შემთხვევაში უბრუნდებიან საკონ-

ტროლო ციფრებს, ან უმნიშვნელოდ განსხვავდებიან მისგან.

მაღალტექნოლოგიური მეთოდები

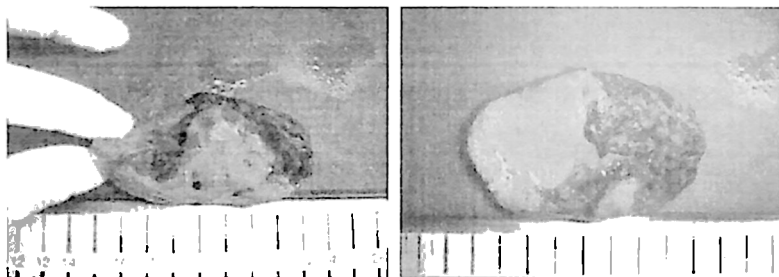
ელენთის ტრავმის შემთხვევაში ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების წარმოებას ხელს უწყობს ისეთი თანამედროვე ტექნოლოგიური საშუალება, როგორიცაა „ულტრაბერითი სკალპელი“ „Hammonic“-ი. მისი გამოყენებით ელენთაზე გეგმიური ოპერაციების დროს ასევე შესაძლებელია ორგანოშემანარჩუნებელი ოპერაციების ფართოდ წარმოება

კლინიკური შემთხვევა:

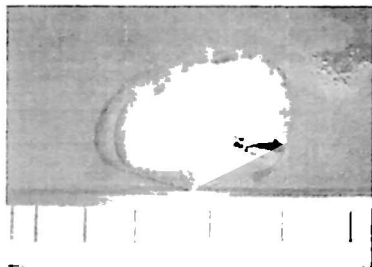
პაციენტი 20 წლის ქალი. კლინიკაში დაუდგინდა ელენთის ექინოკოკური კისტა. ჩატარდა ოპერაცია: ლაპაროტომია, ელენთის მობილიზაცია. ელენთის ზედა $\frac{1}{2}$ რეზექცია “Harmonic სკალპელის” გამოყენებით.

ოპერაციის მსვლელობის პერიოდში სერიოზულ სისხლდენას ადგილი არ ჰქონია. ერთეული სისხლდენის უბნები შეჩერდა ატრავმული ნაკერის დადებით. პოსტოპერაციული პერიოდი – გართულებების გარეშე. გაენერა 4 დღეში. ოპერაციიდან 2 თვის შემდეგ პაციენტი გამოკვლევებით პათოლოგიის გარეშე თავს გრძნობს დამაკმაყოფილებლად. ექოსკოპიურად ელენთის დარჩენილი ნახევარი მოცულობაში შენარჩუნებულია, ვასკულარიზაცია დამაკმაყოფილებელია.

ელენთის ექინოკოკური კისტა. ელენთის რეზექცია.



ელენთის ექინოკოკური კისტა. ელენთის რეზექცია.



კლინიკურ პარქტიკაში მაღალტექნოლოგიური მეთოდების დანერგვამ საშუალება მოგვცა, არატრავმული დაზიანებისას კარგი შედეგებით ვანარმოთ ორგანოს შემანარჩუნებელი ოპერაციები ელენთაზე.

საქართუელის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შუქ-ჩრდილები

ფიქრები მედიცინაზე

თანამედროვე მეცნიერებისა და ტექნიკის მიღწევათა გამოყენებით მედიცინამ კოლოსალურ წარმატებებს მიაღწია. ადამიანის ორგანიზმი, სტრუქტურა და მასში მიმდინარე რთული ფიზიკური, ქიმიური, ბიოლოგიური პროცესები შესასწავლია უჯრედულ, მოლეკულურ და ატომურ დონეზე. დაავადებათა და პათოლოგიურ პროცესთა ასახსნელად შემუშავებულია მრავალი ფუნდამენტური თეორია. მათზე დაყრდნობით მოწოდებულია მკურნალობის დასაბუთებული, მწყობრი სისტემა, რომელიც ისევე მეცნიერების სხვა დარგებში დაგროვილ ცოდნას ემყარება.

მეცნიერული მედიცინის მიღწევათა პრაქტიკული გამოყენების შედეგად დაძლეულია საშიში ინფექციური დაავადებები, რომლებიც წინათ მუსრს ავლებდა მილიონობით ადამიანს. ასევე ფანტასტიური შედეგებია მიღწეული სხვა მწვავე დაავადებათა მკურნალობაში. მედიკოსები წარმატებით მკურნალობენ ადამიანის ჩანასახსაც. მათ ხელეწიფებათ დაზიანებული ორგანოს, სისხლძარღვის, ქსოვილის მთლიანი შეცვლაც კი სხვა ადამიანის შესაბამისი ნაწილის გადანერგვით, ან სულაც არაცოცხალი მასალისაგან ხელოვნური ორგანოს (ე. წ. „კიბორგი“), ან ახალი ქსოვილის

შექმნა, აღარაფერს ვიტყვი ადამიანის კლონირებაზე. ეს სხვა თემაა. ყოველივე აღნიშნულის მიუხედავად თანამედროვე მედიცინის განვითარება ჯერ კიდევ შორსაა სასურველისაგან. უფრო მეტიც: გარკვეული თვალსაზრისით იგი ჩიხშია მოქცეული. შევეცდები, დავასაბუთო ეს აზრი.

გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ პრაქტიკულად არც ერთი ხანგრძლივად მიმდინარე, ე. წ. ქრონიკული დაავადება სადღეისოდ საერთოდ არ იკურნება. მოურჩენელია ათეროსკლეროზი, შაქრიანი დიაბეტი, არტერიული ჰიპერტონია, ქრონიკული ნეფრიტი, ღვიძლის ციროზი, სისხლის დაავადებები, შიზოფრენია, სმენის ნერვის ნევრიტი, ფსორიაზი, ეკზემა, ოსტეოქონდროზი, ქრონიკული ართრიტი, პარადონტოზი, კბილის კარიესიც კი. უკურნებელ სენთა ნუსხა შეიძლება ძალიან გაგვიგრძელდეს, ავთვისებიან სიმსივნეებზე რომ არაფერი ვთქვათ.

სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებს გვასწავლიდნენ და ჩვენც ვიმეორებთ, რომ ადამიანი წარმოადგენს ერთ მთლიან სისტემას და მკურნალობის ამოსავალ წერტილად ამ აზრით უნდა ვიხელმძღვანელოთ, უნდა ვუმკურნალოთ არა დაავადებულ ორგანოს, არამედ მთლიან ორგანიზმს, უნდა დავადგინოთ დაავადების განვითარების მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი, განვკურნოთ მიზეზი და არა მხოლოდ შედეგი, რომ იგი კვლავ არ განმეორდეს. ასეთი პრინციპითა და მიდგომით მკურნალობდნენ ძველად, როცა ექიმები, როგორც წესი, ფილოსოფოსები იყვნენ.

მიმაჩნია, რომ ეს სწორი აზრი ამჟამად მხოლოდ დეკლარაციის ხასიათს ატარებს. პრაქტიკულად დღეს ვმკურნალობთ დაავადებულ ორგანოს და ავადმყოფობის შე-

დგეს. პარადოქსია, მაგრამ ფაქტია: რაც უფრო მეტად ვითარდება სამედიცინო მეცნიერება, რაც უფრო მეტი დოზით ინერგება მასში მეცნიერებისა და ტექნიკის სხვა დარგების მიღწევები, მით უფრო შორდება ის ზემოხსენებულ თემას ორგანიზმის მთლიანობისა და მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის შესახებ. მაგალითად, ათეროსკლეროზი მთლიანი ორგანიზმის დაავადებაა, რომელიც სისხლძარღვების სანათურს ავიწროებს ცხიმოვან-შემაერთებელქსოვილიანი თრომბული მასებით, დაავადებას ხანგრძლივი მიმდინარეობა ახასიათებს და საბოლოოდ ზოგიერთი სისხლძარღვი მთლიანად ითრომბება. შესაბამისად მოიშლება რომელიმე ორგანოს - გულის, თავის ტვინის, თირკმლის, კიდურების და ა.შ. სისხლმომარაგება. აქ იწყება შედეგის ინტენსიური მკურნალობა და დიდ წარმატებად მივიჩნევთ დაზიანებული სისხლძარღვის ან მთლიანად ორგანოს შეცვლას, ან სულაც ამოკვეთას. ცხადია, შედეგი დროებითია, ვინაიდან მიზეზი რჩება უკურნებელი. დაავადება გრძელდება, ზიანდება სხვა, ან იგივე ორგანო განმეორებით. დაავადებულია პანკრეასი - ხელოვნურად ვერ გამოიმუშავებს ინსულინს, რომელსაც შპრიცით შევიყვანთ. კვლავ შედეგს ვმკურნალობთ. მოიშალა ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლა. გაჩნდა თირკმელებში, ნალვლის ბუშტში ქვები, თანამედროვე ტექნიკის გამოყენებით ამოვიღებთ ან სულაც ამოვკვეთავთ დაავადებულ ორგანოს, რასაც განკურნებას ვარქმევთ. მიზეზი კი რჩება ორგანიზმში, მალე იგივე პროცესი მეორე თირკმელში, ან სანაღვლე გზებში გაჩნდება. ადამიანს მაღალი არტერიული წნევა აქვს სიცოცხლის ბოლომდე ვუნიშნავთ წნევის დამწვევი ქიმიური

აბების მიღებას (ისევ შედეგის მკურნალობა). აქ შეეჩერდები. ხანგძლივი სამედიცინო პრაქტიკის მქონე ექიმს ნიჰილიზტობა, ან ოპტიმიზმის უკმარისობა რომ არ დამნამონ.

დარწმუნებული ვარ, სიმართლეს ვწერ, თუმცა ბევრი ოპონენტი გამიჩნდება, განსაკუთრებით ჩემს კოლეგებს შორის. გამოგიტყდებით, ჩემი საყვარელი სპეციალობის, ქირურგიის ესოდენ დიდი აღმავლობით განვითარებაც, ზოგადად მედიცინის უსუსურობად მიმაჩნია, თუმცა, როცა დაავადების მიზეზის შეჩერება ჯერ კარგად არ ვიცით, ამ დროს შედეგის მკურნალობაც არ არის ცუდი. წერილის მიზეზი და პათოსი ერთია, კოლეგებს მოვუწოდებ, ნუ მიეცემიან თვითკმაყოფილებას, უფრო მეტად ჩაუღრმავდნენ მიზეზს, გზასაც მივანიშნებ – დავინყებულები ძველის გახსენებას.

ამოუწურავია ხალხური სიბრძნე, შემოქმედება. უხსოვარი დროიდან შემორჩენილი ხალხური მედიცინის მრავალ მეთოდს დღესაც ეფექტურად იყენებენ, თუმცა იშვიათად.

გულისტკივილით მინდა შევნიშნო, რომ თანამედროვე მედიცინა მოწყდა თავის ფესვებს - ხალხურ მედიცინას. იშვიათად, თუ რომელიმე ჩვენი მეცნიერი მედიკოსი დაინტერესდეს მკურნალობის ძველი მეთოდების შესწავლითა და მისი გამოყენებით (მედიცინის ისტორიის სპეციალისტთა გარდა). ეს იმ დროს, როცა აღმოსავლეთში, მაგალითად, ჩინეთში, იაპონიაში, ინდოეთში, სპეციალური ინსტიტუტები სწავლობენ და ავითარებენ ხალხურ მედიცინას. მსოფლიო აღიარება ჰპოვა ჩინურმა ნემსთერაპიამ, ინ-

დურმა აიურვედამ, მედიტაციამ, იოგამ, ტიბეტურმა მედიცინამ. იაპონელი მეცნიერი კაცუძო ნიში ტრადიციული აღმოსავლური და თანამედროვე მედიცინის საფუძვლიანი შესწავლა-შეჯერებით იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ დღევანდელი სამედიცინო მეცნიერების მიდგომა მკურნალობის საკითხებში საფუძველშივე არასწორია და შექმნა ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორიგინალური სისტემა, ინსტიტუტი, რომელიც მის სახელს ატარებს.

ჩვენ დღესაც ვერ გავთავისუფლებულვართ საბჭოური მედიცინის იმ დიდი ნაკლოვანებისაგან, როცა პრინციპულად იდევნებოდა ყოველივე ძველი. არადა, საქართველოში უხსოვარი დროიდან გვქონდა ყოველგვარი პირობა ხალხური მედიცინის განვითარებისთვის. ამ დარგში ჩვენს მეცნიერ მედიკოსებს უამრავი სამუშაო აქვთ.

საქართველოზე გადიოდა ცნობილი „აბრეშუმის გზა.“ ცხადია, საქართველო მუდმივ კონტაქტში იყო ინდოეთთან, ჩინეთთან, ტიბეტთან და აღმოსავლეთის სხვა ქვეყნებთან, აგრეთვე შუამდინარეთთან, ეგვიპტესთან, სადაც უხსოვარი დროიდან იყო განვითარებული ტრადიციული მედიცინა სხვადასხვა სახით. ქართველ მკურნალებს საშუალება ჰქონდათ გაცნობოდნენ მრავალი ქვეყნისა და მიმდინარეობის მიღწევებს მედიცინაში, შეედარებინათ ისინი ერთმანეთისათვის, შეეჯერებინათ ადგილობრივ ბაზისურ (ძველკოლხურ-იბერიულ) მედიცინასთან. საქართველოში შეიქმნა ფუნდამენტური სამედიცინო ტრაქტატები: „უსწორო კარაბადინი,“ „იადიგარდაუდი,“ „წიგნი სააქიმოი,“ კარაბადინის აჭარული ვარიანტი და სხვა, სადაც განზოგადებულია ძველ მსოფლიოში დაგროვილი ცოდნა მედიცინის დარგში.

თანამედროვე მედიცინა ამტკიცებს, რომ მესამეული გამყინვარების პერიოდს დედამიწაზე ზოგიერთი ადგილი გადაურჩა, რომელთა აღმოჩენაც შესაძლებელია. ამ ადგილებში მოქმედებენ განსაკუთრებული კოსმოსური ძალები, ე. წ. „ტორსიული ველები,“ რომლებიც ადამიანის ორგანიზმზე მძლავრ ზემოქმედებას ახდენს. შემჩნეულია, რომ ამ ადგილებში იზრდება განსაკუთრებული სამკურნალო თვისებების მქონე მცენარეულობა. ასეთი ადგილების მცხოვრებლები სხვებთან შედარებით უფრო ხანგრძლივად ცოცხლობენ. მტკიცდება აგრეთვე, რომ ამ საიდუმლოებას ჩვენი წინაპრები, ძველი კოლხები წარმატებით იყენებდნენ სამკურნალოდ. სასწაულმოქმედ წამლებს ამზადებდნენ „ჰეკატეს ბალის“ მცენარეებისაგან. სამკურნალო საქმეში კოლხი მედეას ოსტატობა იმდენად მაღალი იყო სხვა ხალხებთან შედარებით, რომ ბერძნებმა მას ჯადოქრობა დასწამეს. მითოლოგიამ შემოინახა ჰეკატეს და მედეას სახელები, მაგრამ ისიც ხომ ცხადია, რომ მათ მასწავლებლები და მოსწავლეები, მიმდევრებიც ეყოლებოდათ, ანუ ძველ კოლხეთში მედიცინის ძლიერი სკოლა უნდა არსებულებოდა, სადაც მრავალ, დღევანდელი გაგებით უკუთრებელ სენსაც არჩენდნენ. ამ სკოლას ალბათ დიდხანს უნდა ეარსება და ხალხში დღესაც იქნება რაღაც დოზით შემონახული, ის საიდუმლოებით მოცული ცოდნა, რასაც შესწავლა, აღდგენა და გამოყენება სჭირდება.

მედიცინის ისტორიკოსთა შორის გავრცელებულია აზრი, რომ სახელწოდება „მედიცინა“ კოლხი მედეას სახელიდან მომდინარეობს.

ყველა რელიგია აღიარებს, რომ ადამიანის სხეული მისივე სულის საცხოვრისია, საცხოვრებელ სახლს ხომ ყოველდღიური დასუფთავება, მოვლა-პატრონობა სჭირდება, მარტო გარეგანი განბანა არ ყოფნის. ადამიანებში არც თუ იშვიათია შეკრულობა (ყაბზობა). წარმოიდგინეთ რა დღეში ვარდება ორგანიზმი, როცა მის შიგნით, მსხვილ ნაწლავში რამდენიმე დღით ინახება 38 გრადუსამდე შემთბარი კილოგრამობით ფეკალური მასები. გადამუშავებული საკვებისა და ნივთიერებათა ცვლის ნარჩენების ფიზიოლოგიურად დასაშვებზე დიდხანს დაყოვნება იწვევს ორგანიზმის ქრონიკულ ინტოქსიკაციას და წარმოადგენს ცალკეულ ორგანოთა დაავადების უმთავრეს მიზეზს.

ჩვენმა წინაპრებმა იცოდნენ სასიცოცხლო პროცესების ნარჩენი დანალექებისაგან ორგანიზმის განმენდის ეფექტური მეთოდები. თანამედროვე მეცნიერი მედიკოსები ზედმეტად არიან გართულნი ახალი სამკურნალო-ქიმიური საშუალებების შექმნით, რამაც განაპირობა ორგანიზმის დეტოქსიკაციის უძველესი დროიდან მოტანილი ცოდნის დავიწყება და ამით მრავალი ახალი პრობლემა გაუჩნდა ადამიანს. ჰიპოკრატეს ფიცის ძირითადი მოთხოვნა – „არ ავნო“, დაირღვა. აქ ვგულისხმობ უამრავ გართულებას, რომელიც ფარმაცევტული პრეპარატების გამოყენებას თან ახლავს. გაჩნდა სრულიად ახალი ავადმყოფობა „წამლისმიერი დაავადება“, რასაც ორგანიზმისათვის უცხო, ზოგჯერ შეუთავსებელი ქიმიური ნივთიერებები იწვევს. ეს დაავადება ძნელად სამკურნალოა, რომელსაც არა-იშვიათად დალუპვამდე მიჰყავს ადამიანი. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ცოცხალი ორგანიზმი უნიკალური თეი-

თრეგულირებადი სისტემაა თვითდაცვის, თვითგანკურნების საოცარი უნარით. ყოველგვარი ზედმეტი ჩარევა, თუნდაც მედიკამენტებით, აკნინებს თავდაცვის (აუტო-იმუნურ) მექანიზმს. ადამიანი ბუნების შვილია და მკურნალობა ისევ ბუნებისაგან ბოძებული ნივთიერებებით აჯობებს. ამას ცხოველები ადამიანებზე უკეთ ახერხებენ.

ამ გარემოებამ განაპირობა მედიცინაში ახალი მიმართულებები - ანთროპოსოფია, ნატუროპათია, ფიტოთერაპია. სასიამოვნო ფაქტია, რომ საქართველოშიც დაიწყოს პროცესი, გვყავს ენთუზიასტები, რომელთაც საზოგადოების ხელშეწყობა ესაჭიროებათ.

დღეს მსოფლიო შეშფოთებულია ეკოლოგიური პრობლემებით. ადამიანის ინტენსიურმა საქმიანობამ გამოიწვია საარსებო გარემოს დაბინძურება. ჰაერი გაჯერებულია ნავთობპროდუქტებით, სასმელი წყალი - ქლორით და სხვა არაბუნებრივი ნაერთებით, საკვები პროდუქტები ქიმიური სასუქებითა და შხამქიმიკატებით. შესაძლებელი რომ იყოს რამდენიმე საუკუნის წინათ გარდაცვლილი ადამიანის გაცოცხლება, დარწმუნებული ვარ, ახლანდელ გარემოში, რამდენიმე დღესაც ვერ გაძლებდა.

დავინწყებას მიეცა საუკუნეების მანძილზე გამოცდილი, რელიგიური რწმენით დაკანონებული, სხეულისა და სულის განმენდის აუცილებელი წესები: მარხვა, ლოცვა და სხვა რიტუალები. ამას დაუმატეთ საკვები პროდუქტების თერმული და ქიმიური დამუშავება, შებოლვა, დაკონსერვება და კულინარიის სხვა არაბუნებრივი მეთოდები, ალკოჰოლი, თამბაქო, ნარკოტიკები. მართლაც განსაცვიფრებელია ადამიანის ორგანიზმის ამტანობა. ეკოლოგიური

ფაქტორებით გამოწვეული დაავადებების მკურნალობაშიც ძველი ტრადიციული მეთოდების აღდგენა-გამოყენების იმედი უნდა გვქონდეს.

თითქმის მთლიანადაა დავიწყებული ძველ ეპოქაში განსაკუთრებით განვითარებული მეცნიერება ასტროლოგია. ჩვენმა წინაპრებმა კარგად იცოდნენ ზეციურ ძალთა გავლენა დაავადებათა წარმოშობასა და მიმდინარეობაზე, მკურნალობას წარმართავენ მთვარის ფაზებისა და სხვა ციურ სხეულთა განლაგების შესაბამისად, რაც დღეს საერთოდ იგნორირებულია. უნდა ვივარაუდოთ, რომ ისინი ჩვენზე უკეთ იცნობდნენ სამყაროს უნივერსალურ კანონებს და ბრძნულადაც იყენებდნენ.

ყოველივე ამის ფონზე მართლაც განსაცვიფრებელია ადამიანის ორგანიზმის ამტანობა, რომელსაც ეკოლოგიური ფაქტორებით გამოწვეულ დაავადებათა მკურნალობაში აუცილებლად უნდა წავეშველოთ ძველი ტრადიციული მეთოდების აღდგენა-გამოყენებით.

ეს ამოცანა დიდი ხანია დგას მედიცინის წინაშე და აუცილებლად უნდა გადაწყდეს, რითაც ბევრად მოიგებს ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის საქმე, ასე რომაა დღეს პრობლემებით დამძიმებული.

წიგნიდან „ჯანმრთელობა ყველასათვის“
თბილისი, 2004 წ.

საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის სათავეებთან

საქართველოში რეფორმები ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციით დაიწყო და პერმანენტულად გრძელდება. რეფორმების პარარელურად მიმდინარეობს ტრადიციულის, ღირებულის აღდგენაც. რამდენიმე წლის წინ ცნობილი ქირურგის, პროფესორ გურამ ტატიშვილის ძალისხმევით აღდგა გრიგოლ მუხაძის სახელობის საქართველოს ქირურგთა საზოგადოება, რომელიც წარმატებით მუშაობს. განხორციელდა ყველა დროის ქირურგთა ოცნება - დაარსდა სპეციალური ქართულენოვანი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი ქირურგიაში. დარწმუნებული ვარ, ახლად აღდგენილი საზოგადოება კიდევ მრავალი ნოვაციით გაგვახარებს. მნიშვნელოვანია, რომ საზოგადოება გასვლით კონფერენციებს პერიოდულად ატარებს რეგიონებში.

ანალოგიურად აღდგენილია აჭარის ექიმთა გაერთიანებული საზოგადოება, რომელიც 1896 წელსაა დაარსებული და მოკლე ხანში 130 წლისთავი შეუსრულდება. ამ ორი ტრადიციული საზოგადოების სახელით მინდა მოკლედ მოგახსენოთ იმ პრობლემების შესახებ, რომელთა გადაჭრაც, ჩვენი აზრით, გააუმჯობესებს ქვეყანაში ქირურგიული დახმარების ხარისხს. ამ საკითხებზე ვიმსჯელებთ ქ. ბათუმში გასული წლის დეკემბერში, ორი საზოგადოების გაერთიანებულ სხდომაზე.

აუცილებლად მიგვაჩნია ჯანდაცვის დაწესებულებათა დაგეგმარება მოსახლეობის რაოდენობის, დემოგრაფიული სტრუქტურის, ავადობისა და სხვა მაჩვენებელთა ანა-

ლიზის საფუძველზე. დღეს სამედიცინო დაწესებულებები სოკოებივით მრავლდებიან, მაგრამ არავინ ფიქრობს, სჭირდება თუ არა ეს სამსახური მოცემულ ქალაქს, რეგიონს. შედეგად მივიღეთ დაქსაქსული სამსახურები. მაგალითად, ქ. ბათუმში ფუნქციონირებს ზოგადი პროფილის 9 ქირურგიული განყოფილება, რომლებშიც საშუალოდ 45-50 პაციენტი (ჯამურად) ნევს. ამ კონტიგენტის მომსახურებას გაცილებით უკეთ შეძლებდა ორი, ან სამი ქირურგიული განყოფილება. რენტაბელური იქნებოდა კვალიფიციურ ქირურგთა ბრიგადების მორიგეობის დაწესება, დაიტვირთებოდა სამედიცინო ტექნიკა, ამალდებოდა სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია, აღიზრდებოდა ახალგაზრდა კადრები. ავადმოფთა ამ რაოდენობის გადანაწილება 9 სტაციონარზე, პაციენტთა ასეთი დაქსაქსვა აუარესებს სამედიცინო დახმარების ხარისხს.

დაუშვებლად მიგვაჩნია სამედიცინო სამსახურის მონოპოლიზაცია კორპორაციების მიერ, რომლებიც სტაციონარების გარდა საკუთრებაში ფლობენ სადაზღვევო კომპანიებს, აფთიაქებს.

აჭარის რაიონების მოსახლეობა ვერ სარგებლობს კანონით მინიჭებული უფლებით - აირჩიოს ექიმი და სამკურნალო დაწესებულება, ვინაიდან რაიონების სამედიცინო სამსახური მონოპოლიზებულია ერთი კორპორაციის მიერ.

სამედიცინო პერსონალი, მკურნალი ექიმი გადატვირთულია პარასამედიცინო საქმიანობით - ელექტრონული შეტყობინებებით, გადამისამართებებით, შეთანხმებებით. გასამარტივებელია დოკუმენტაციის წარმოების წესი. პერსონალს მეტი დრო უნდა დარჩეს ავადმყოფის მკურნალობისა და მოვლისათვის.

ჯანდაცვის პროგრამების მონიტორინგის კომისიის დასკვნის ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურეობის ხარისხი, მკურნალობის შედეგი (გამოსავალი). დოკუმენტაციაში ნაკლის მოძებნა, არა არსებითი ხასიათის შენიშვნა, ნაკლოვანება, რომელსაც გავლენა არ მოუხდენია პაციენტის ჯანმრთელობაზე, მკურნალობის ხანგრძლივობასა და ღირებულებაზე, არ უნდა გახდეს დაწესებულების თანხით დაჯარიმების საბაზი.

ზოგიერთი დაავადების სახელმწიფო დაფინანსება ერთნაირი ხარისხის და მოცულობის მკურნალობის ჩატარების შემთხვევაში რეგიონების სამკურნალო დაწესებულებებში გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე თბილისში.

ქირურგები ინიციატივიანი ხალხია, სწრაფად ითვისებენ ახალს, პროგრესულს. საბედნიეროდ, სტაციონარულ ქირურგიულ დაწესებულებათა დიდ ნაწილში, მათ შორის რეგიონებში, დანერგილია თანამედროვე მინი ინვაზიური ლაპარასკოპიული ოპერაციები, რომელთა გამოყენების სპექტრი თანდათან ფართოვდება. მიგვაჩნია, რომ ღია და ლაპარასკოპიულ ოპერაციებს შორის განსხვავებული ფასები უნდა დაწესდეს.

„აისიდი“ კოდები ინგლისურიდან ცუდადაა ნათარგმნი. იმისათვის, რომ დიაგნოზი კოდთან იყოს შესაბამისი, ექიმი იძულებულია კოდიდან გადაიწეროს დასკვნითი დიაგნოზის შინარსობრივად და გრამატიკულად გაუმართავი დასახელება, მაგალითად, ქვემო კიდურის ვენების ვარიკოზი ვარიკოზისა და წყლულის გარეშე და სხვ.

ვფიქრობთ, უნდა აღდგეს სამედიცინო დაწესებულებათა დონეებად, ან კატეგორიებად დაყოფა ახალი სამედიცინო ტექნიკით აღჭურვის, თანამედროვე ტექნოლოგიებ-

ის დანერგვის, კადრების პროფესიონალიზმის, სამედიცინო დახმარების კულტურისა და ხარისხის გათვალისწინებით.

უფრო მეტ ყურადღებას, კანონმდებლობით რეგულირებას საჭიროებს ექიმთა და ზოგადად სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების საკითხი. გარკვეული რეგლამენტით 2-3 წელიწადში ყველა ექიმმა რამდენიმე თვით უნდა გაიაროს საკვალიფიკაციო კურსი დიდ კლინიკაში, უნდა ვიცოდეთ, როგორი მიდგომით მკურნალობენ ამა თუ იმ დაავადებას მეზობელი კლინიკები, ვისნავლთოთ ერთმანეთისგან.

ბათუმში უკვე დასრულდა ახალი რესპუბლიკური მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს მშენებლობა. სამინისტრომ აქედანვე დაიჭირა თადარიგი, რომ საავადმყოფოს ექსპლოატაციაში გაშვებისათვის მომზადებული ჰყოლოდა სამედიცინო პერსონალი. გაფორმებულია ხელშეკრულება კადრების მომზადების თაობაზე საზღვარგარეთის ქვეყნების წამყვან კლინიკებთან. საყურადღებოა, რომ ეს კლინიკები თანახმა არიან, ჩვენი სპეციალისტები მოამზადონ უფასოდ, ვფიქრობ, ასეთი პრაქტიკა უნდა გაფართოვდეს. მეპატრონე სიამოვნებით იღებს სამუშაოდ კვალიფიციურ სპეციალისტებს, მაგრამ, თვითონ უჭირს ფულის დახარჯვა პერსონალის გადასამზადებლად. აქაც რაიმე საკანონმდებლო მექანიზმია მოსაფიქრებელი.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ჯანდაცვითი რეფორმების უდიდესი მონაპოვარია, გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ იგი ჩვენი მოსახლეობის ფიზიკური გადარჩენის პროგრამაა. ამ პროგრამამ გამოაცოცხლა სამედიცინო სფერო და დიდი ავტორიტეტით სარგებლობს

როგორც მოსახლეობაში, ისე სამედიცინო საზოგადოებაში.

ამას წინათ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტში შეხვდა სამედიცინო საზოგადოების წარმომადგენლებს. შეხვედრაზე მინისტრს დაუსვეს კითხვა - ხომ არაფერი ემუქრება საზოგადოებრივ ჯანდაცვის პროგრამას?

ამ შიშნარევი კითხვის საფუძველს წარმოადგენს საქართველოს მთავრობის დადგენილება, რომელიც ითვალისწინებს მკურნალობის საფასურის ტარიფების შემცირებას ძირითად ნოზოლოგიებზე. ზოგად ქირურგიაში მკურნალობის საფასურის ტარიფები ისედაც ნაკლებია და მისი შემცირება უარყოფით გავლენას იქონიებს მკურნალობის ხარისხზე.

საავადმყოფოს მფლობელის ძირითადი ინტერესი მოგებაა. ზოგ დაწესებულებაში მკურნალობის საფასურის გადახარჯვის დაფარვა ხელფასის ფონდის ხარჯზე ხდება. მძიმე ავადმყოფების მკურნალობის გასამრჯელო (რამდენიმე ათასი ლარი) სამედიცინო პერსონალმა, შეიძლება, საერთოდ ვერ მიიღოს. სახელფასო ფონდი დაცული მუხლი უნდა იყოს. დაქირავებულთა უფლებას ამ მხრივ სახელმწიფო უნდა აკონტროლებდეს. საერთოდ ექიმთა უფლებები ჩვენს ქვეყანაში დაუცველია! შრომის კანონმდებლობა საჭიროებს სერიოზულ გადამუშავებას.

ცნობილმა საზოგადო, სახელმწიფო პოლიტიკურმა მოღვაწემ, მედიცინის დოქტორმა ავთანდილ ჯორბენაძემ ახლახან გამოაქვეყნა შესანიშნავი მონოგრაფია - „როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა“. ეს

წიგნი ფრიად საინტერესოა იმ თვალსაზრისითაც, რომ ავტორი თვითონაა შემოქმედი, ინიციატორი და განმახორციელებელი დამოუკიდებელი სახელმწიფოსათვის აუცილებელი, მოსახლეობისათვის სასიცოცხლო მნიშვნელობის, თვისობრივად ახალი სოციალური რეფორმებისა, რომლითაც ფაქტიურად დაიწყო გარდაქმნები ქვეყანაში. ჯანდაცვის რეფორმამ დიდი ხნით გაუსწრო სხვა დარგებს, ვთქვათ, ეკონომიკას, სამართალს, მრეწველობას, სოფლის მეურნეობას და სხვ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ხორციელდებოდა თანმიმდევრობით, თანდათანობით, ენთუზიაზმით, თუმცა იზოლირებულად, სხვა დარგების მხარდაჭერის გარეშე.

სსრკ-ის დაშლის შემდეგ სამოქალაქო ომის, ტერიტორიული მთლიანობისათვის წარმოებული უთანასწორო ბრძოლების და სხვა მრავალი უბედურების შედეგად ქვეყანა გაჩანაგდა. ყველაზე მეტად გაუჭირდა მოსახლეობის იმ ნაწილს, ვისაც ოჯახში ავადმყოფი ჰყავდა. ინგრეოდა ჯანდაცვის სისტემა. ინფექციურ დაავადებათა პრევენციის ცენტრალური სისტემის რღვევას მოჰყვა ეპიდემიები, რაც ხელს უწყობდა საარსებო საშუალებათა მოსაპოვებლად მოსახლეობის მასობრივ მიგრაციას, მედიკამენტების, საოპერაციო მასალების დეფიციტის გამო. სარფის საბაჟოსთან ადამიანთა უზარმაზარი მასა იყრიდა თავს.

ცნობილმა საზოგადო, სახელმწიფო და პოლიტიკურმა მოღვაწემ, მედიცინის დოქტორმა ავთანდილ ჯორბენაძემ ქვეყანას საუკეთესო საჩუქარი უძღვნა - გამოსცა შესანიშნავი მონოგრაფია - „როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა“. როგორც ამ მნიშვნელოვანი ნამუშევრის სათაურიდანვე ჩანს, ავტორი, რომელსაც დიდი წვლილი მიუძღვის პოსტსაბჭოთა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებაში ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის მინისტრობის დროს, იგი თავად მოგვითხრობს ამაზე. ცნობილია ჯაბა ხუბუას გამონათქვამი: „ავთანდილ ჯორბენაძემ ფერფლიდან აღადგინა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა.“ დღეს ამ საინტერესო ნაშრომის შესახებ ჩვენს შეკითხვებს აღიარებული ქირურგი, პროფესორი აკაკი ბერიძე უპასუხებს, რომელიც ავთანდილ ჯორბენაძის მინისტრობის პერიოდში აჭარის ჯანდაცვის მინისტრი გახლდათ და უშუალოდ მონაწილეობდა რეფორმების პროცესში.

– ახლახან გამოვიდა საქართველოს ჯანდაცვის ყოფილი მინისტრის წიგნი ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების შესახებ. როგორ შეფასებას მისცემდით, ვისთვის იქნება საჭირო ეს წიგნი?

– წიგნი საინტერესო და სასარგებლო იქნება, პირველ რიგში, ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული მრავალათასიანი პერსონალის, აგრეთვე ხელისუფლების, და ქვეყნის მთელი მოსახლეობისთვის, ვინაიდან სამედიცინო სამსახური ადამიანს მთელს სიცოცხლეში ესაჭიროება. ჩემი ხანგრძლივი საექიმო მოღვაწეობა საფუძველს მაძლევს, ხატოვნად ვთქვა: „ადამიანის სიცოცხლე ფილმია, რომლის პირველ და ბოლო კადრსაც ექიმი იღებს“. ნაშრომი ორიგინალურად არის შედგენილი. ფაქტობრივად, დოკუმენტური მასალების კრებულია: ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის მოხსენებები, მინისტრის მიერ გაწეული მუშაობის ანგარიშები, რომლებიც სხვადასხვა ინსტანციაში ჰქონდა წარდგენილი, პრეზიდენტის მიერ გამოცემული ბრძანებულებები და განკარგულებები, პარლამენტის მიერ მიღებული კანონები, მინისტრთა კაბინეტის დადგენილებები, სხვადასხვა ნორმატიული აქტი. წიგნში დოკუმენტაცია კომპაქტურადაა წარმოდგენილი, ქრონოლოგიური თანმიმდევრობით, ადვილი მისაკვლევია და დიდ სამსახურს გაუწევს ჯანდაცვის მენეჯმენტის სფეროს მუშაკებს.

– უკეთ რომ გავიაზროთ, მაინც რა სახის ცვლილებები იყო აუცილებელი საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ პოსტსაბჭოთა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში, მოდიტ, მოკლედ შევუხოთ, რა მდგომარეობა იყო ქვეყანაში სსრკ-ის დაშლის შემდეგ?

– სსრკ-ის დაშლის შემდეგ სამოქალაქო ომის, როცა ტერიტორიული მთლიანობისათვის წარმოებული უთანასწორო ბრძოლების და სხვა მრავალი ფაქტორის გავლენით გაჩანაგებულ საქართველოში, ყველაზე მეტად მაინც ჯანდაცვის სისტემა დაზარალდა. ინფექციურ დაავადებათა

პრევენციის ცენტრალური სისტემის რღვევის შედეგად მოიშალა პროფილაქტიკური აცრების ანყობილი სამსახური, მოსახლეობაში მკვეთრად დაქვეითდა ინფექციის სანინაალმდეგო იმუნიტეტი, ამას დაემატა უკიდურესი სიღარიბე, საარსებო საშუალებათა მოსაპოვებლად მოსახლეობის მასობრივი მიგრაცია სხვა ქვეყნებში. ამ მხრივ განსაკუთრებით რთული ვითარება შეიქმნა აჭარაში სარფის კარის გახსნის შემდეგ. საბაჟოს გამშვები პუნქტი ვერ აუდიოდა მიგრანტთა მოზღვავებულ მომსახურებას, შეიქმნა უზარმაზარი რიგები, გაჩნდა მიგრანტთა მასობრივი თავშეყრის ადგილები, შეიქმნა ინფექციის გავრცელების ხელშემწყობი პირობები. ქვეყანას კი არ გააჩნდა ასაცრელი მასალა, სადეზინფექციო საშუალებები, მედიკამენტები. დიფტერიის ეპიდემიამ ერთ წელიწადში 600-ზე მეტი ადამიანის სიცოცხლე შეინირა, გახშირდა ბოტულიზმის, სალმონელას, გრიპის ეპიდაფეთქებები. თავი შეგვახსენა მალარიამ. ამ ძნელბედობის ჟამს განგებამ ქვეყანას მხსნელად მოუვლინა ლიდერის გამორჩეული თვისებებით დაჯილდოებული, ენერგიით აღსავსე ახალგაზრდა, მაგრამ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის გამოცდილების მქონე პიროვნება ავთანდილ ჯორბენაძე, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრად 1993 წლის ოქტომბერში დაინიშნა. დიახ, საჭირო დროს საჭირო ადგილზე აღმოჩნდა, შეუძლებელი შეძლო, უმოკლეს დროში აღადგინა და ახალ სიმაღლეზე აიყვანა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა.

– საკანონმდებლო ბაზის გარეშე ცვლილებები წარმოუდგენელია, რა როლი შეასრულა ჯანდაცვის მინისტრმა ჯანდაცვის კანონმდებლობის შექმნაში?

– იცით, მონოგრაფია იმითიცაა საინტერესო, რომ ავტორი თავადაა მასში მოთხრობილი მასშტაბური გარდაქმნების შემოქმედი. ნაშრომში სტრიქონებს შორის იკითხება თავად ავთანდილ ჯორბენაძის ადამიანებთან ურთიერთობის ნიჭი. დასახული მიზნის მისაღწევად მან ერთ გუნდად შეკრა რეფორმების მხარდამჭერ სპეციალისტთა რაზმი, რომელმაც ტიტანური შრომა გასწია დარგისათვის საკანონმდებლო - სამართლებრივი ბაზის შესაქმნელად. თავად ვარ მონმე, რომ იმ პერიოდში საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს კაბინეტში თვეების განმავლობაში ინტენსიური მუშაობა ღამის საათებშიც მიმდინარეობდა. ასე იყო რეგიონებშიც. მინისტრი დილით რომ ჩაატარებდა თათბირს, დავალებებს მისცემდა თანამშრომლებს, შემდეგ კოდორის ხეობაში ჩაფრინდებოდა, ადგილზე გაეცნობოდა და დაარეგულირებდა სიტუაციას. საღამოს კი თათბირს სამინისტროში განაგრძობდა და დილამდე ჩვენთან ერთად მუშაობდა. ყველაფერი ეს კეთდებოდა ენთუზიაზმით. ყოველგვარი გასამრჯელოს გარეშე. ავტორი ყველას მადლობას უხდის გაწეული ტიტანური შრომისათვის, არავინ გამოჩენია. საგულისხმოა, რომ საქართველოში ახალი სახელმწიფოს მშენებლობა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმით დაიწყო, მაგალითი მისცა სხვა დარგებს, რეფორმების ლოკომოტივის როლი შეასრულა.

– რას გვეტყვით რეფორმების გზაზე პირველი ნაბიჯების შესახებ?

– საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რადიკალური რეფორმები ბევრად უსწრებდა წინ სხვა პოსტსაბჭოთა სახელმწიფოების რეფორმებს. სამაგალი-

თო იყო ახალი სახელმწიფოს ფუნქციონირებისათვის მართვის ახალი სტრუქტურების შექმნა - მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემსწავლელი სტატისტიკური სამსახური, სამედიცინო სამსახურების ხარისხის კონტროლი, ჯანმრთელობის დაზღვევა, სანიტარიული ნორმირება და ზედამხედველობა, წამლის ხარისხის კონტროლი, ფსიქოტროპული და ნარკოტიკული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლი. ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიებისა და ტექნიკის დანერგვა, შეიარაღებული ძალების სამედიცინო სამსახურის ჩამოყალიბება. ახალ ეკონომიკურ სისტემაში ადაპტირებისთვის შეიცვალა ჯანდაცვის მართვის არსებული წესები - განხორციელდა მმართველობის დეცენტრალიზაცია, შეიქმნა ჯანდაცვის მართვის რეგიონული და მუნიციპალური სამსახურები; ჩამოყალიბდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა; საოჯახო მედიცინის პრინციპებზე გადავიდა პირველადი ჯანდაცვა; სამედიცინო დაწესებულებები განთავისუფლდა მუხლობრივ-ბიუჯეტური კაბალური დაფინანსებისგან და დამოუკიდებელ სამართალ-სუბიექტებად ჩამოყალიბდა; მოხდა სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება, პერსონალის სერტიფიცირება; დამოუკიდებელ პროფესიად ჩამოყალიბდა საექთნო საქმე; სამედიცინო მეცნიერების დაფინანსება შეიცვალა გრანტული დაფინანსების პრინციპით; განხორციელდა სააფთიაქო ქსელისა და სტომატოლოგიური დაწესებულებების სრული განკერძოება. პრაქტიკულ მედიცინაში დაინერგა დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალტექნოლოგიური მეთოდები: ინტერვენციული კარდიოლოგია, კარდიოქირურგია, ენ-

დოვიდუო და ენდოვასკულარული ქირურგია, ონკოჰემატოლოგია, ორგანოთა ტრანსპლანტაცია. ცხადია, საგაზეთო წერილში ახალი სახელმწიფოს მშენებლობისთვის გატარებული რეფორმების მარტივი ჩამოთვლაც კი შეუძლებელია, შემოვიფარგლებით რამდენიმე მომენტის აღნიშვნით. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების მოდული იქმნებოდა კოლექტიურად, გამოყენებული იყო ქვეყნის შიდა ინტელექტუალური პოტენციალი, უანგაროდ გვეხმარებოდნენ აგრეთვე მეგობარი ქვეყნების გამოცდილი სპეციალისტები. ამ საკითხშიც გადამწყვეტი აღმოჩნდა მინისტრის კოლეგებთან და ზოგადად, ადამიანებთან ურთიერთობის არაჩვეულებრივი უნარი, განსაკუთრებული პიროვნული ხიბლი. ახალი საკანონმდებლო-სამართლებრივი ბაზის შექმნის რთული შემოქმედებითი პროცესის პარალელურად არ შეწყვეტილა დაავადებათა მონიტორინგის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვა. ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიების ლიკვიდაციაში დიდ დახმარებას გვიწვდა ხელისუფლება და საერთაშორისო ორგანიზაციები. მაგალითად, აჭარაში დიფტერიის ეპიდემიის ლიკვიდაცია მოკლე დროში მოხერხდა - ბავშვთა საერთაშორისო ფონდმა უსასყიდლოდ გამოგვიგზავნა ასაცრელი მასალა, აცრები მიმდინარეობს „იუნისეფის“ მიერ მოვლინებული სპეციალისტის, ფილოსოფიისა და მედიცინის დოქტორის დინ ეკენბერგის კონსულტაციითა და მეთვალყურეობით.

– რა პრობლემები იყო აჭარის ჯანდაცვის სისტემაში?

– აჭარის ხელისუფლებამ ავტონომიური რესპუბლიკის მეთაურის ასლან აბაშიძის განკარგულებით შექმნა

დიფტერიის ეპიდემიის სალიკვიდაციო კომისია, რომლის ხელმძღვანელობაც თვითონ ითავა. შეიქმნა ამცრელი ბრიგადები, რომლის ყველა წევრს დაენიშნა ხუთმაგი ხელფასი. რაიონებში სოფლებში გადაადგილებისთვის ამ ბრიგადებს გამოეყოთ ავტომანქანები აცრისთვის საჭირო მასალის შესაძენად, გამოეყოთ სათანადო თანხაც. უმოკლეს დროში მოხერხდა აჭარის მოსახლეობის სამჯერადი აცრა, შესაბამისად დიფტერიის ეპიდემია დასრულდა. საბჭოთა სისტემიდან მემკვიდრეობით მივიღეთ სამედიცინო დაწესებულებათა და მედიცინის მუშაკთა ჭარბი რაოდენობა, რაც ჯანდაცვის სისტემის გამართულად მუშაობას ხელს უშლიდა. სამინისტრომ დაანესა ამ საკითხის მონიტორინგი, სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება და პრივატიზაცია, მედიცინის მუშაკთა სერტიფიცირება, რამაც დაარეგულირა ამ სფეროში შექმნილი ქაოსი. ამრიგად, ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპი ჯანდაცვის სფეროში წარმატებით განხორციელდა. რეფორმების უმრავლესობა ხანგრძლივ დროზე იყო გათვლილი, თუმცა ქვეყანაში შექმნილი მდგომარეობის შესაბამისად შესაძლებელია მასში ცვლილებების შეტანა. ეს ცვლილებები სიტუაციიდან გამომდინარე შეიძლება დროებითიც იყოს.

– როგორ ხორციელდება პრაქტიკაში მაშინ მიღებული კანონები?

– ამ დარგში კანონები პერიოდულ განახლებასაც მოითხოვს, მაგრამ საჭიროა თანმიმდევრულობის, მემკვიდრეობითობის, უწყვეტობის პრინციპების დაცვა. სამწუხაროდ, ეს მოთხოვნები ზოგჯერ არ სრულდება. ზემოთ მო-

გახსენეთ, რომ სამედიცინო დაწესებულების და სამედიცინო პერსონალის სიჭარბე ხელს უშლის ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებას. მაგალითად, თბილისში, ბათუმსა და სხვა ქალაქებში წინა ხელისუფლების პერიოდში სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა გაორმაგდა, შესაბამისად გაიზარდა მათში მომუშავე პერსონალის რაოდენობაც. აღნიშნული პროცესი ხელს უშლის სამკურნალო ღონისძიებათა ჩატარებას, განყოფილებაში პაციენტთა სიმცირეა, არარენტაბელურია მორიგე ბრიგადის დანიშვნა, რითაც პაციენტს აკლდება ყურადღება, სტუდენტები და ახალგაზრდა ექიმები არ იღებენ სათანადო პრაქტიკულ გამოცდილებას და სხვ. სამწუხაროდ, ახალი სამედიცინო დაწესებულებები დაუსაბუთებლად, სათანადო გათვლების გარეშე ამჟამადაც იხსნება. არსებობს გათვლები დაავადებათა სიხშირისა და მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით, მაგალითად, 100 000 მცხოვრებზე მწვავე აპენდიციტის მქონე რამდენი პაციენტი შეიძლება იყოს? იგივეა სხვა ნოზოლოგიების მიხედვით. არსებობს სხვა სტანდარტებიც, რომელთა მიხედვითაც შეიძლება გამოვთვალოთ, რამდენი საწოლია საჭირო, მაგალითად, გინეკოლოგიური, ქირურგიული, ან უროლოგიური პროფილის პაციენტებისთვის. ამის მიხედვით დასაშვებია ტენდერის გამოცხადება სათანადო სტაციონარის ასაგებად, სხვა საჭირო ინვენტარით აღჭურვა და სხვ. საქართველოს პარლამენტმა მნიშვნელოვანი კანონი მიიღო ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, სადაც მკაფიოდ არის ჩამოყალიბებული ადამიანის უფლებები ჯანდაცვის სფეროში. ხაზგასმულია, რომ მოქალაქეს უფლება აქვს სამკურნალოდ აირჩიოს

სამედიცინო დაწესებულება და მკურნალი ექიმი, იკრძალება სამსახურის მონოპოლიზაცია, როგორც სამედიცინო, ისე ფარმაციის დარგში. სამწუხაროდ, წინა ხელისუფლებამ დაიწყო და ახლანდელი ხელისუფლების დროსაც გრძელდება ამ ძირითადი კანონის მოთხოვნათა იგნორირება. მაგალითად, კომპანია „ევექსმა“ ქვეყნის მოსახლეობის დიდი ნაწილის სამედიცინო მომსახურება ჩაიგდო ხელში. აჭარაში „ევექსს“ ყველა რაიონში აქვს გახსნილი საავადმყოფო-პოლიკლინიკები, სასწრაფო - სამედიცინო დახმარების სადგურები, მორიგე სასწრაფო მანქანებს მხოლოდ „ევექსის“ ქსელის სამედიცინო დაწესებულებაში გადაჰყავს პაციენტი, ავადმყოფისა და მისი პატრონის მოთხოვნის საწინააღმდეგოდ. ფარმაცევტულ კომპანიებს აქვთ მონოპოლია წამლის იმპორტსა და რეალიზაციაზე, რის შედეგადაც მედიკამენტები ძალზე ძვირად იყიდება.

ზემოთხსენებული დარღვევების პარალელურად ამჟამინდელ ხელისუფლებას მნიშვნელოვანი წარმატებები აქვს სამედიცინო პროგრამების დაფინანსებაში, განსაკუთრებით სოლიდური და დროულია სასწრაფო შემთხვევების პროგრამული დაფინანსება. მოსახლეობა და სამედიცინო პერსონალი კმაყოფილია აგრეთვე სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამების დაფინანსებით. შთამბეჭდავია აჭარის ექიმთა საზოგადოების დაარსების 100 წლისთავისადმი მიძღვნილ საიუბილეო საღამოზე წამოთქმული სიტყვა, რომელიც ავტორს წიგნში აქვს შეტანილი. როგორც საზეიმო ღონისძიებას შეეფერება, მინისტრმა მილოცვასთან ერთად ვრცლად ილაპარაკა აჭარის ექიმთა საზოგადოების როლ-

ზე რეგიონის სამედიცინო სამსახურის თანამედროვე დონეზე აყვანის საქმეში, ხაზი გაუსვა აჭარის მედიკოსთა დამსახურებას ჯანდაცვის სფეროში გატარებული რეფორმების შემუშავებასა და პრაქტიკაში დანერგვის კუთხით, ისაუბრა რეფორმების მომდევნო ეტაპისა და სამომავლო გეგმების შესახებ. ბატონი ავთანდილის წარდგინებით, აჭარის სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე 15 ექიმი დაჯილდოვდა ორდენებით და მედლებით. იგი გვპირდება, რომ მალე გამოსცემს წიგნის მეორე ნაწილს. ცხადია, ისიც ისეთივე საინტერესო იქნება, როგორც პირველი.

რამაზ სურმანიძე

ექიმი, მეცნიერი, ჯანმრთელობის
დაცვის ნოვატორი ორგანიზატორი.



საყოველთაოდ ცნობილია, რომ რამაზ სურმანიძე მრავალმხრივი, უალრესად პროდუქტიული შემოქმედია, ნარმატების საიდუმლო კი მდგომარეობს იმაში, რომ ყველა საკითხს იგი ღრმად წვდება, მეცნიერული სიზუსტით, მიუდგომლობით, ჭეშმარიტების ძიების სულისკვეთებით. მეცნიერული სიღრმე და სიძლიერე იკითხება მის ისტორიულ ნარკვევებში, ჟურნალისტურ პასაჟებში, ლიტერატურულ ქმნილებებში, თუ საყოფაცხოვრებო თემებზე დაწერილ სტატიებშიც.

ბატონ რამაზს, როგორც ბრძენ ექიმს, ნახევარ საუკუნეზე მეტი ხნის მანძილზე ხელში უჭირავს ქართული საზოგადოების მაჯა და ცხადად აღიქვამს მისი პულსის ყოველ ცვლილებას, უკვე მომხდარს თუ მოსალოდნელს. აღიქვამს და შესაბამისად მგრძნობიარედ რეაგირებს სიტყვით, კალმით, საქმით.

ასეთი შესავლით იმის არგუმენტაცია მსურდა, რომ რამაზ სურმანიძე უპირველესად მოაზროვნე ექიმია ყველა საკითხის მეცნიერული ხედვით.

პირველი სამეცნიერო ნაშრომები მან ჯანმრთელობის, მედიცინის საკითხებს მიუძღვნა, თანდათანობით გაი-

ნაფა და მეცნიერების სხვა დარგებშიც თქვა წონადი სიტყვა. მეცნიერული კვლევები სტუდენტობის პერიოდში დაიწყო, ინტერესით და გატაცებით გააგრძელა სოფლის პირობებში, ადგილობრივ ბავშვებზე დაკვირვებით. დროის მოთხოვნის შესაბამისი მეცნიერული მეთოდებით იკვლევდა იგი მაღალმთიან შუახევის სოფლების ბავშვთა ასაკობრივ ჯგუფებში ჯანმრთელობის მდგომარეობის მახასიათებლებს, ანთროპოლოგიური გაზომვების მაჩვენებლებს. ამ კოლოსალური კვლევის შემაჯამებელი შედეგები ჩამოყალიბდა საკანდიდატო ნაშრომის სახით, რომელიც წარმატებით დაიცვა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში. ნაშრომი შეიცავს ფუნდამენტურ ღირებულებებს, რომლებიც აქტუალობას არასოდეს დაკარგავენ, ვინაიდან ყოველთვის იქნება საჭირო მისი შედარება ახალ, ვთქვათ საუკუნის შემდგომ დაბადებულ ბავშვთა ანთროპოლოგიურ მონაცემებთან.

საერთოდ, თანადროულობა და პერმანენტული აქტუალობა დამახასიათებელი შტრიხია რამაზ სურანიძის სამედიცინო თემაზე დაწერილი ნაშრომებისათვის.

რამაზ სურანიძის სამეცნიერო ნაშრომთა ჩამონათვალში პირველ ნომრად 1962 წელს (50 წლის წინ) გამოქვეყნებული სტატია „ტელევიზორი და ბავშვები.“ მოგეხსენებათ, იმ დროს ტელევიზორი ახალი ხილი იყო მოსახლეობისთვის და მასთან ურთიერთობის ჰიგიენის ცოდნა აუცილებელი გახლდათ. შევცვალოთ სათაური, დავარქვათ „კომპიუტერი და ბავშვები“ და მივიღებთ სრულიად თანამედროვე, აქტუალურ სტატიას. ასევე მუდმივად აქტუალური დარჩება მისი ნაშრომები: „აჭარის სამედიცინო-გეოგრაფიული პირობები“, „დემოგრაფიული სიტუაცია

აჭარაში," „ბავშვთა დაავადებები," „მოსწავლეთა დღის რეჟიმი" და სხვა. მეცნიერული სიღრმით გამოირჩევიან ნაშრომები ჰიგიენის შესახებ, რაც ჯანმრთელობის ფუნდამენტური საკითხებია და დაბერება არ უწერიათ.

რამაზ სურმანიძე მედიცინის ისტორიის სწორუპოვარი მკვლევარია, რომ არა ბატონი რამაზი, შთამომავლობისათვის სამუდამოდ დაიკარგებოდა ფემბასეული კარაბადინი, ქართული კარაბადინის აჭარული ვარიანტი, დავიწყებას მიეცემოდა აბდულ მიქელაძის, ხასან ხაბაზისა და სხვა სახალხო მკურნალთა სახელები,

1990 წელს მან დააარსა ხალხური მედიცინის აჭარის ორგანიზაცია „მედეა," შექმნა მედიცინის ისტორიის უნიკალური მუზეუმი, რომელსაც დიდი მეცნიერული დანიშნულება აქვს.

ბატონ რამაზს უდიდესი ღვაწლი მიუძღვის აჭარის ექიმთა საზოგადოების ისტორიის, ღვაწლმოსილ ექიმთა შრომებს ღირსეულად წარმოჩენის, მეცნიერული მედიცინის განვითარების კვლევის საქმეში. რუსულ ენაზე გამოცემული მონოგრაფია „აჭარის ექიმთა სამეცნიერო საზოგადოება და რუსულ-ქართული სამედიცინო კავშირები," ფაქტიურად არა მხოლოდ რუსეთთან, არამედ ევროპის სამედიცინო ცენტრებთან ურთიერთობების კვლევის შედეგების მეცნიერული ანალიზია, იმდენად ღრმა, რომ გამიზნული იყო სადოქტორო დისერტაციის დასაცავად.

აღვნიშნავთ, რომ აჭარის ექიმთა საზოგადოების ისტორია რამაზ სურმანიძემ თვითონვე წარმატებით განაგრძო: წლების მანძილზე იყო უცვლელი თავმჯდომარე, აქტიური წევრი. მისი თაოსნობით გამოიცა საზოგადოების

შრომათა კრებულის რამდენიმე ტომი. მისი ხელმძღვანელობით იმ პერიოდში ექიმთა საზოგადოების სამეცნიერო საქმიანობა ჩქეფდა. ფაქტიურად ეს საზოგადოება მედიკოსთათვის იმ დროის აჭარაში ერთადერთი სამედიცინო სამეცნიერო უჯრედი იყო.

ამჟამად ხელისუფლება დიდ ყურადღებას უთმობს საზღვარგარეთ მომუშავე ჩვენს თანამემამულეებთან ურთიერთობას, მათ შორის უცხოეთში მცხოვრებ ქართველ ექიმებთან ურთიერთობას. შესანიშნავი მონოგრაფია მიუძღვნა ბატონმა რამაზმა ცნობილი კარდიოლოგის თურქეთში მოღვაწე ეროვნებით ქართველ ექიმს ისმეთ დინდარს. 1994 წლიდან ისტორიკოს - მკვლევარი უცხოეთში მცხოვრებ თანამემამულეებთან კულტურული ურთიერთობის აჭარის ორგანიზაციის თავჯდომარეა.

ნოვატორი მეცნიერი მედიკოსი აჭარაში მრავალი სამეცნიერო სამედიცინო ფორუმის ინიციატორია. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მაღალ თანამდებობებს იგი უნარიანად იყენებდა ადგილობრივი, საერთაშორისო თუ რესპუბლიკური სამეცნიერო ფორუმების ჩასატარებლად. მისი პირადი დამსახურებით 1971 წელს ბათუმის სახელმწიფო თეატრში საზეიმოდ აღინიშნა აჭარის ექიმთა საოგადოების 75 წლისთავის იუბილე, ჩატარდა სამეცნიერო კონფერენცია.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ რამაზ სურმანიძის ჯანდაცვის მინისტრობის პერიოდში, 1984 წელს გათუმში ჩატარდა ამიერკავკასიის ქირურგთა მე-9 ყრილობა. აქ განსაკუთრებული ის არის, რომ ტრადიციულად ეს ყრილობები იმართებოდა ამიერკავკასიის ქვეყნების დედაქალაქებ-

ში თბილისში, ბაქოსა და ერევანში და ერთადერთი გამო-
ნაკლისი მხოლოდ ბათუმისათვის დაუშვეს. საერთო შეფა-
სებით ყრილობა მაღალი ორგანიზაციით, მონაწილეთა
რაოდენობით და მეცნიერული პოტენციალით საკავშირო
ყრილობის ტოლფასი იყო. მაღალი შეფასება დაიმსახურეს
ბათუმელ ექიმთა მოხსენებებმა.

რამაზ სურმანიძე რამდენიმე სამედიცინო მეცნიე-
რებათა აკადემიის ნამდვილი წევრია. მან დააარსა საქარ-
თველოში პირველი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლო-სა-
მეცნიერო დანესებულება - ბათუმის სამედიცინო-ეკოლო-
გიური ინსტიტუტი, რომლის უცვლელი რექტორი თვითონ
იყო.

სპეციალური აღნიშვნის ღირსად მიმაჩნია რამაზ სუ-
რმანიძის მონოგრაფია – „რეგიონული მედიცინის განვი-
თარება საქართველოში“, რომლის პირველი და მეორე ტო-
მი გულთბილად მიიღო მკითხველმა. ფაქტიურად ეს არის
აჭარაში ჯანმრთელობის დაცვისა და მედიცინის განვითა-
რების ისტორია, მისი ღრმა მეცნიერული ანალიზი. მსგა-
ვსი მონოგრაფია საქართველოში ჯერ არ დაწერილა. ამავ-
დროულად, ღირსეული პატივითაა მოხსენებული ან გარ-
დაცვლილი და ამჟამად მოღვაწე მედიკოსთა მთელი პლე-
ადა, აღნიშნულია თითოეული მათგანის წვლილი მედიცი-
ნის ცალკეული დარგების განვითარებაში. ავტორს არ გა-
მორჩენია სამედიცინო ცხოვრების არც ერთი აღსანიშნავი
ფაქტი, მომენტი, მოვლენა. ამიტომაც იგი საუკუნეების
მანძილზე საინტერესო საკითხავ წიგნად დარჩება.

რამაზ სურმანიძის მოღვაწეობის ხანგრძლივი პერი-
ოდი ჩემს თვალსაწიერში მიმდინარეობდა. ბევრი მოვლე-

ნის მოწმე და თანამონაწილე ვარ. მისი მრავალმხრივი საქმიანობიდან ძნელია რომელიმეს უპირატესობა მიენიჭოს, მაგრამ მაინც მგონია, რომ განსაკუთრებით ნაყოფიერი და სასარგებლო იყო სურმანიძის მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის სამსახურში. პირველი სერიოზული ნათლობა იყო. ახალგაზრდა ექიმის დაწინაურება შუახევის რაიონის ჯანმრთელობის დაცვის განყოფილების გამგედ. აქედან იგი მალე გადაიყვანეს ქ. ბათუმის N1 საავადმყოფოს მთავარი ექიმის მოადგილედ, შემდეგ კი ქალაქ ბათუმის ჯანმრთელობის დაცვის განყოფილების გამგედ. 1975-1977 წლებში აჭარის კურორტთა მართვის საბჭოში მუშაობს, ჯერ თავმჯდომარის მოადგილედ, შემდეგ თავჯდომარედ. წლების მანძილზე რამაზ სურმანიძე სწავლობდა აჭარის ჰავას, კლიმატს, მინერალურ წყლებს, გარემო ფაქტორების გავლენას ადამიანის ჯანმრთელობაზე. შემდგომში განხორციელდა მის მიერ შესწავლილი რამდენიმე მინერალური წყლის სერიული ჩამოსხმა და საერთაშორისო აღიარებაც მოიპოვა. ბატონი რამაზის კალამს ეკუთვნის შესანიშნავი მონოგრაფია „კურორტი ბეშუმი“ კურორტთა მართვის საბჭოს ხელმძღვანელად მუშაობის ხანმოკლე პერიოდში აშენდა ახალი სანატორიუმები და დასასვენებელი სახლები, გაფართოვდა მათი ინფრასტრუქტურა, საექიმო პუნქტები, პოლიკლინიკები, სტომატოლოგიური კაბინეტები. ყოველწლიურად ნახევარ მილიონზე მეტი დამსვენებელი იღებდა ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას, ხოლო სტაციონარულ სანატორიულ-საკურორტო მკურნალობას 300 ათასზე მეტი ადამიანი. ვიმედოვნებთ, რომ ბათუმის, ქობულეთის,

ზღვისპირეთის, მაღალმთიანი კურორტების თანამედროვე მსოფლიო სტანდარტების დონეზე კეთილმოწყობა ხელს შეუწყობს დამსვენებელთა ნაკადის ზრდას.

რამაზ სურმანიძის მოღვაწეობა ჯანდაცვის ორგანიზაციის სფეროში განსაკუთრებით ნაყოფიერი იყო მისი ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრად მუშაობის პერიოდში 1977-1985 წ.წ. იგი დამსახურებული ავტორიტეტით სარგებლობდა მოსახლეობასა და ხელისუფლებაში. ჰქონდა კარგი ურთიერთობა საქართველოს და საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის ხელმძღვანელობასთან, საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან, საზღვარგარეთელ კოლეგებთან, ყოველივე ამას უნარიანად იყენებდა აჭარის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მოდერნიზაციის, ეფექტური რეფორმების გატარების გზით სამედიცინო დახმარების ოპტიმიზაციისათვის. გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ ამ წლებში აჭარაში ჯანდაცვის სისტემას მოწინავე პოზიციები ეჭირა, როგორც საქართველოს, ისე საკავშირო მაშტაბით, რაც მრავალჯერ აღინიშნა სამთავრობო დონეზე.

ამ წლებში სამედიცინო სამსახური ყველაზე ხელმისაწვდომი იყო მოსახლეობისათვის, სამედიცინო პერსონალს სათანადო დაფასება და აღიარება ჰქონდა.

ამ პერიოდში ჩამოყალიბდა სპეციალური სამედიცინო სამსახურები: ალერგოლოგია, რევმატოლოგია, ანგიოლოგია, რენიმატოლოგია, ბავშვთა ანესთეზიოლოგია-რენიმატოლოგია, სანიტარული ავიაცია, რეფლექსოთერაპია და მრავალი სხვა. ფაქტიურად, მას შემდეგ ამ სამსახურებში არსებითი ცვლილება არ მომხდარა. სწრაფი ტემპით მიმდინარეობდა სამედიცინო დაწესებულებათა

მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განმტკიცება ახალი შენობების აგებით, კაპიტალური შეკეთებით, სამსახურების გამსხვილებით, მათი რეორგანიზაციის გზით. მაგალითად, ტრავმატოლოგიის, უროლოგიის სამსახურების გაფართოება, ახალი განყოფილებების ნეიროქირურგიული, პროქტოლოგიური, გასტროენტეროლოგიური, ენდოკრინოლოგიური განყოფილებების გახსნა.

ჯანდაცვის მინისტრ რამაზ სურმანიძის დიდი ძალისხმევითა და ავტორიტეტით დაიწყო დიდი სამედიცინო კომპლექსის-რესპუბლიკური საავადმყოფოს ახალი ბაზის მშენებლობა დაბა ხელვაჩაურში, მინისტრს პირადად რამდენჯერმე მოუხდა ჩასვლა ქ. მოსკოვში და ქ. ტაშკენტში პროექტის მოსაძიებლად და დასაფინანსებლად. ცხადია დიდი იყო ადგილობრივი ხელისუფლების, განსაკუთრებით პირველი პირის ბატონი ვახტანგ პაპუნიძის თანადგომა და ხელშეწყობა. სამწუხაროდ არ დააცალეს აჭარისათვის ესოდენ საჭირო საავადმყოფოს კომპლექსის მშენებლობის დასრულება, ორივე პატრიოტი მამულიშვილი მალე გაათავისუფლეს თანამდებობიდან და მშენებლობაც შეწყდა... აჭარამ მრავალი წლით დაკარგა შანსი, ჰქონოდა თანამედროვე პროექტით აგებული მრავალპროფილიანი საავადმყოფო.

თვალსაჩინოებისთვის მოგვყავს 1977-1985წწ. (რ. სურმანიძის მინისტრობის პერიოდი) აჭარაში სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის გაფართოების, ბაზის განმტკიცების და ახალი განყოფილებების ჩამონათვალი.

აშენდა:

1. ბავშვთა საავადმყოფოს ახალი კორპუსი 60 საწოლზე;

2. პირველი საავადმყოფოს ქირურგიული ბლოკი და ნეიროქირურგიული განყოფილება;
 3. ქობულეთის სანეპიდსადგური;
 4. მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლი;
 5. ინფექციური საავადმყოფოს ბავშვთა განყოფილება;
 6. რესპუბლიკური საავადმყოფოს მიმღები, რენიმაციის და პროქტოლოგიური განყოფილებები;
 7. ხულოს რაიონის სხალთის საავადმყოფო 50 სანოლზე.
 8. ბათუმის სამშობიარო სახლის ორსულთა პათოლოგიის განყოფილება;
- გაფართოვდა:**
1. რესპუბლიკური საავადმყოფოს უროლოგიური განყოფილება 60 სანოლზე;
 2. ქალაქის პირველი საავადმყოფოს ტარავმატოლოგიური განყოფილება – 60 სანოლზე.
- გაიხსნა:**
1. ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოს ჩვილბავშვთა განყოფილება – 30 სანოლზე;
 2. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა განყოფილება 30 სანოლზე;
 3. ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოს რენიმაციის განყოფილება – 9 სანოლზე;
 4. ბავშვთა რესპუბლიკურ საავადმყოფოში სურდოლოგიური კაბინეტი;
 5. ქობულეთის რაიონულ საავადმყოფოში ტარავმატოლოგიური განყოფილება – 30 სანოლზე;

6. ქობულეთის რაიონულ ცენტრალურ საავადმყოფოში – კარდიოლოგიური, რევმატოლოგიური, ენდოკრინოლოგიური და უროლოგიური კაბინეტები;

7. ყველა სომატიურ საავადმყოფოში – ინტესიური თერაპიის პალატები, (როგორც ქალაქად, ისე რაიონებში);

8. რესპუბლიკურ საავადმყოფოში – კარდიოლოგიური განყოფილება 70 სანოლზე;

9. აქვე – რევმატოლოგიური ქვეგანყოფილება 20 სანოლზე;

10. რესპუბლიკური საავადმყოფოს რეანიმაციის განყოფილება – 9 სანოლზე;

11. აქვე – მიმღები განყოფილება;

12. აქვე – პროქტოლოგიური განყოფილება 30 სანოლზე;

13. აქვე – სანიტარული ავიაციის განყოფილება;

14. რესპუბლიკურ საავადმყოფოსთან გაიხსნა ენდოსკოპიის ცენტრი;

15. აქვე – ხელოვნური თირკმლის (ჰემოდიალიზის) 2 სანოლზე;

16. რეფლექსოთერაპიის კაბინეტი რესპუბლიკურ საავადმყოფოში;

17. რესპუბლიკურ საავადმყოფოში ალერგოლოგიური და იმუნოლოგიური განყოფილება;

18. ქალაქ ბათუმის N 1 საავადმყოფოში - ნეიროქირურგიული განყოფილება 30 სანოლზე;

19. ბათუმის პირველ საავადმყოფოსთან ტრავმატოლოგიური პუნქტი;

20. რეფლექსოთერაპიის კაბინეტი - ქალაქის პირველ საავადმყოფოში;

21. ქალაქ ბათუმის ინფექციურ საავადმყოფოში – ბავშვთა განყოფილება 40 საწოლზე;

22. ონკოლოგიურ დისპანსერში – რადიოლოგიური განყოფილება;

23. ონკოლოგიურ დისპანსერში – მამოლოგიის განყოფილება;

24. ბათუმის ბავშვთა სტომატოლოგიური პოლიკლინიკის პროფილაქტიკური განყოფილება;

25. ბათუმის მესამე საავადმყოფოში – სისხლძარღვთა ქირურგიის განყოფილება 30 საწოლზე;

26. ქალაქ ბათუმის N4 პოლიკლინიკა – 150 მიღებაზე დღეში;

27. ბათუმის სამშობიარო სახლში – ორსულთა პათოლოგიის განყოფილება;

28. აქვე გაიხსნა ექოსკოპიის კაბინეტი;

29. რესპუბლიკურ ტუბერკულოზურ საავადმყოფოში – გულმკერდის ქირურგიული განყოფილება;

30. აქვე – პულმონოლოგიური განყოფილება;

31. ბავშვთა პოლიკლინიკაში – ცურვის შესწავლის კაბინეტი;

32. ხელვაჩაურის რაიონის სოფ. ჩაისუბნის პოლიკლინიკა.

1985 წლისათვის შენდებოდა:

1. რესპუბლიკური საავადმყოფო – 600 საწოლზე.

2. ჭვანის საავადმყოფო – 50 საწოლზე;

3. ქალაქის პოლიკლინიკა;

4. ქალაქის სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა;

5. მე-4 სამმართველოს პოლიკლინიკა – სტაციონარი

25 საწოლზე;

6. ქობულეთის რაიონის ხუცუბანის სასოფლო პოლიკლინიკა;

7. ქობულეთის საქალაქო პოლიკლინიკა;

8. ქობულეთის საქალაქო ბავშვთა პოლიკლინიკა;

9. ბათუმის დერმატო-ვენეროლოგიური დისპანსერი – 100 სანოლზე.

სამედიცინო დახმარების სპეციალიზაციამ გააუმჯობესა ჯანმრთელობის დაცვის სტატისტიკური მაჩვენებლები. ადრინდელთან შედარებით 40%-ით შემცირდა დედათა, ხოლო 29%-ით – ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. შობადობისა და ბუნებრივი ნამატის მაჩვენებელი აჭარაში საუკეთესო იყო სხვა რეგიონებთან შედარებით.

რამაზ სურმანიძის მაგალითმა, მისმა კონსულტაციებმა დიდად გაუადვილა მოღვაწეობა ჯანმრთელობის დაცვის ხელმძღვანელთა შემდგომ თაობებს. პირადად მე, მინისტრად მუშაობის მთელი ცხრა წლის მანძილზე, სისტემატიურად ვსარგებლობდი ბატონი რამაზის ბრძნული რჩევებით, რისთვისაც უღრმეს მადლობას მოვახსენებ. მისი გამოცდილება ყველას სჭირდებოდა, განსაკუთრებით მედიცინის მუშაკებს, მრჩეველად და პარტნიორად, მართალი კაცის ქომაგად. რამაზ სურმანიძემ სამარადისო ძეგლი აიგო აჭარის მოსახლეობისა და მედიცინის მუშაკთა შორის.

ნაყოფიერ მეცნიერულ, პედაგოგიურ და პრაქტიკულ მოღვაწეობასთან ერთად, აკადემიკოს გურამ ტაბიშვილს უდიდესი დამსახურება მიუძღვის საქართველოში ქირურგიული სამსახურის თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად სრულყოფის საქმეში.



უმუშალო მომსწრე და მონაწილე ვარ მცირე თუ მასშტაბური გარდაქმნებისა, რაც ქირურგიულმა სამსახურმა განიცადა საქართველოში ბოლო ნახევარი საუკუნის მანძილზე. დარწმუნებული ვარ, ჩემი თაობის კოლეგები დამეთანხმებიან, რომ ქირურგიაში საერთაშორისო სტანდარტებთან დაახლოების პროცესი დაიწყო გასული საუკუნის 80-იანი წლებიდან. მანამდე კი, როგორც მთლიანად საბჭოთა იმპერიაში, საქართველოშიც ამ მხრივ, უძრაობის პერიოდი იდგა. მრავალი ათეული წლის მანძილზე ზოგადი ქირურგიის განყოფილებებში დომინანტური ოპერაციის სახეობას წარმოადგენდა აპენდექტომია, ქრონიკული აპენდიციტის დაუსაბუთებელი დიაგნოზით. როგორც წესი, ადგილობრივი ანესთეზიით, სათანადო ჩვენების გარეშე კეთდებოდა უამრავი კუჭის რეზექცია თორმეტგოჯა ნაწლავის გაურთულებელი წყლულის

დროსაც. არ იყო ჩამოყალიბებული ერთიანი სტანდარტული ტაქტიკა გასტროდუედენური სისხლდენისა და სხვა ურგენტული პათოლოგიის მკურნალობაში.

გასული საუკუნის 80-იანი წლების დასაწყისში საქართველოში ქირურგიული სამსახურის პრობლემების შესასწავლად მოსკოვიდან ჩამოვიდა კომპეტენტური კომისია საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარი ქირურგის, ცნობილი მეცნიერის, აკადემიკოს მიხეილ კუზინის ხელმძღვანელობით. კომისიის მუშაობაში აქტიურად ჩაერთო საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ახლადდანიშნული მთავარი ქირურგი, ახალგაზრდა, ენერგიული პროფესორი გურამ ტატიშვილი. კომისიამ ქირურგიული სამსახური, როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში, არაღამაკმაყოფილებლად შეაფასა.

შესაშური ენერგიით, ღრმა ცოდნით, სიბრძნით და პრინციპულობით შეუდგა მთავარი ქირურგი გურამ ტატიშვილი გამოვლენილ ნაკლოვანებათა გამოსწორებას. ლიდერმა შემოიკრიბა თანამოაზრე, ძირითადად ახალგაზრდა პატრიოტ ქირურგთა გუნდი. განსაკუთრებულ ყურადღებას რეგიონების მიმართ იჩენდა. აჭარაში ბატონი გურამი ყოველთვიურად რამდენჯერმე ჩამოდიოდა, გვასწავლიდა, გვეხმარებოდა, გვმეგობრობდა. მოკლე დროში მისი ხელმძღვანელობით ქირურგიული სამსახური აჭარაში დროის თანამედროვე მოთხოვნებს გაუტოლდა. ერთი წლის შემდეგ, იგივე შემადგენლობით მოვლენილმა საკავშირო კომისიამ ხაზგასმით დაადასტურა აჭარის ქირურგიული სამსახურის დადებითი ცვლილებები. მთლიანად საქართველოში ქირურგიის აღორძინების ათვლის წერტი-

ლად ამ მომენტს მივიჩნევთ და ის გურამ ტატიშვილის სახელს უკავშირდება.

ნაკლოვანებათა გამოსწორებით არ ამოწურულა ბატონი გურამის მეურვეობა აჭარის მიმართ. გულითადად მეგობრობდა იგი ქირურგიული ცენტრების ხელმძღვანელებთან: ჩემთან, გივი ცივაძესთან, ნაბრი მიქელაძესთან, რიფათ გეგიძესთან... იყო საოცრად კომუნიკაბელური, განსაკუთრებული ხიბლის მქონე, ლიდერის საუკეთესო თვისებებით უხვად დაჯილდოებული პიროვნება. მას ანგარიშს უწევდნენ არამარტო საქართველოში, არამედ მთელს საბჭოთა კავშირში და საზღვარგარეთ, როგორც სამედიცინო წრეებში, ისე მაღალ ინსტანციებში. ალბათ ამიტომაც უადვილდებოდა ქვეყნის სასიკეთო საქმეების კეთება, ღირსეული კოლეგების დახმარება-დაფასება. მისი მეშვეობით ვმონაწილეობდით ქირურგთა საერთაშორისო, საკავშირო თუ რესპუბლიკურ ფორუმებში. მისი ავტორიტეტით დახელოვნების კურსებს გავდიოდით მონინავე ქირურგიულ ცენტრებში: ქირურგიის საკავშირო სამეცნიერო ცენტრში, ა. ვ. ვიშნევსკის სახელობის ქირურგიის ინსტიტუტში, ქ. ლენინგრადისა და კიევის ცნობილ ქირურგიულ კლინიკებში. ამავე წელს, ქირურგთა ჯგუფთან ერთად, 2 თვის მანძილზე ვმუშაობდი ა. ვ. ვიშნევსკის სახ. ქირურგიის ინსტიტუტში, ავითვისე პროქსიმალური სელექტიური და ღეროვანი ვაგოტომიის ნიუანსები, კუჭის მადრენირებელი ოპერაციები, ძირითად ქირურგიულ სნეულებათა მკურნალობის ტაქტიკა. ბატონმა გურამმა გამაცნო ბორის პეტროვსკი, ალექსანდრე ვიშნევსკი, ალექსანდრე შალიმოვი, ვალერი შუმაკოვი და ქირურგიის სხვა კორიფეები, რომლებთანაც, ისევ მისი მეშვეობით, მეგობრული

ურთიერთობა დავამყარე. ისინი უანგაროდ მეხმარებოდნენ აჭარაში ქირურგიული ნოვაციების დანერგვაში.

ბატონ გურამს, როგორც ახლო მეგობარს, ხშირად მივმართავდით კოლეგები რჩევისათვის. ისიც უანგაროდ გვაკვლიანებდა. 1995 წლის მაისში ბატონ გურამს, როგორც სამეცნიერო ხარისხის მიმნიჭებელი საბჭოს თავმჯდომარეს, წარუდგინე სადოქტორო დისერტაცია. ოპერატიულად გაეცნო ნაშრომს, მეორე დღესვე გამესაუბრა, შენიშვნების გასწორების ვადა დამითქვა. სახლში (თბილისში) რომ მივედი, ამბავი დამახვედრეს, ასლან აბაშიძე აჭარის ჯანდაცვის მინისტრად გნიშნავს და სასწრაფოდ უნდა ჩამოხვიდე ბათუმშიო. მაშინვე ბატონ გურამთან გავიქეცი რჩევისათვის, დავთანხმებულიყავი თუ არა შემოთავაზებულ წინადადებაზე, ხომ არ შემეშლებოდა ხელი პროფესიულ საქმიანობაში. ბატონმა გურამმა მირჩია: „მინისტრის სავარძელს მეორედ აღარ შემოგთავაზებენ, დათანხმდი, თუ არ მოგეწონება, ნასვლას ვერავინ დაგიშლისო“

შემდგომშიც არაიშვიათად მიმიმართავს მისთვის. ყოველთვის კმაყოფილი, გამხნევებული, იმედიანი წამოვსულვარ მისგან.

კიდევ ერთ ეპიზოდს გავიხსენებ: ამიერკავკასიის ქირურგთა ყრილობები ტრადიციულად რესპუბლიკების დედაქალაქებში - თბილისში, ბაქოსა და ერევანში ტარდებოდა მონაცვლეობით. 1984 წელს ამიერკავკასიის ქირურგთა მე-9 ყრილობა რიგის მიხედვით თბილისში უნდა ჩატარებულიყო. ბატონმა გურამმა, ნოვატორული აზროვნების ადამიანმა ყრილობის ჩატარების ოპტიმალურ ადგილად ბათუმი მიიჩნია, თუმცა მრავალი მოწინააღმდეგე გამოუჩნდა (განსაკუთრებით ქართველთა შორის). ცხადია, ასეთი

მაღალი დონის ღონისძიების ჩატარება დიდ ძალისხმევას მოითხოვდა, მაგრამ მას ბათუმელი მეგობრების და სახელისუფლებო წრეების მხარდაჭერის იმედი ჰქონდა, თანაც ამ პერიოდისათვის აჭარაში ქირურგიული სამსახური საკმაოდ მაღალ დონეზე იდგა.

გურამ ტატიშვილის ავტორიტეტმა ამჯერადაც გაჭრა და ყრილობა 1984 წლის ოქტომბერში ბათუმში ჩატარდა და გრანდიოზული მასშტაბისა გამოვიდა: 1000-ზე მეტი დელეგატი ესტუმრა ბათუმს არამარტო ამიერკავკასიის, არამედ ყველა საბჭოთა რესპუბლიკის, მოსკოვის, ლენინგრადის და საზღვარგარეთის აღიარებული ქირურგიული ცენტრებიდან. ყრილობამ საერთაშორისო ფორუმის ხასიათი და მასშტაბი მიიღო. სასიამოვნო ამინდი იდგა ბათუმში, ჯერ კიდევ თბილი ზღვა, ბლომად ოქროსფერი ციტრუსები და გულითადი მასპინძლობა. მთავარი მასპინძლები იყვნენ ბატონი გურამის მეგობრები: აჭარის ხელისუფლების პირველი პირები, აჭარის საოლქო კომიტეტის პირველი მდივანი, პროფესორი ვახტანგ პაპუნძე და მინისტრთა საბჭოს თავმჯდომარე იური უნგიაძე. ყრილობის დღეებში ქალაქი ბათუმი ამ მოვლენით ცხოვრობდა, დელეგატები ეცნობოდნენ ქალაქის ისტორიულ ადგილებს, სტუმრობდნენ ბათუმის შემოგარენში ციტრუსების მეურნეობებს. საღამოობით ზღვისპირა ბულვარში იმართებოდა ბანკეტი, პარკი ივსებოდა მიკროფონით გახმანებული არაჩვეულებრვი თამადის ბატონი ზაალ კახიანის მჭევრმეტყველებით მოხიბლული ბათუმელებით.

ბატონი გურამი საოცრად გახარებული და კმაყოფილი დარჩა. ამიერკავკასიის ქირურგთა ყრილობა აღარ ჩატარებულა სხვაგან, დედაქალაქების გარდა!

გურამ ტატიშვილს საზოგადოებისათვის სასარგებლო აქტიური საქმიანობა სიცოცხლის ბოლომდე არ შეუწყლბია. მკითხველმა გულთბილად მიიღო მისი მადლიერების გრძნობით და სიამაყით განმსჭვალული წიგნი დიდი ქართველი ქირურგის, აკადემიკოს ეგნატე ფიფიას შესახებ.

თავის 80 წლის იუბილეზე გამოსცა მემუარული ხასიათის მონოგრაფია „ჟამი ფიქრის და განსჯისა“, სადაც შესაფერი პატივი მიაგო სამედიცინო მეცნიერების კორიფეებს. ეს წიგნი ფაქტობრივად ქართული მედიცინის გაცოცხლებული ისტორიაა, თვითმხილველის თვალთ დანახული და მოთხრობილი. მხოლოდ გურამ ტატიშვილის ენერგიას, რაინდულ შემართებას და სიყვარულს შეეძლო ასე მოკლე დროში აღედგინა გრ. მუხაძის სახელობის საქართველოს ქირურგთა საზოგადოება და მისი საქმიანობა ახალ მოთხოვნათა, მაღალმეცნიერულ დონეზე წარემართა.

მხოლოდ გურამ ტატიშვილმა შეძლო აღესრულებინა ქირურგთა მრავალი თაობის ოცნება: დააარსა მაღალი მეცნიერული ღირებულების, შესანიშნავი პოლიგრაფიული დონის ჟურნალი „საქართველოს ქირურგიის მაცნე“, რომელიც დღეს მისი დამაარსებლის აკადემიკოს გურამ ტატიშვილის სახელს ატარებს.

თვით გურამ ტატიშვილის ცხოვრება და მოღვაწეობა ერთი დიდი წიგნია, რომლის შესწავლა და გამოყენება დიდ სამსახურს გაუწევს მომავალ თაობებს.

ხალხური მედიცინა – ერის კულტურის შეფასების კრიტერიუმი

დღევანდელი ხალხური მედიცინა ხალხში შემონახული და ჩვენამდე მოღწეული უძველესი ტრადიციული მედიცინის მცირე ნაწილია. ცხადია, ტრადიციული მედიცინა ვითარდებოდა ცალკეული ერებისა და ქვეყნების ურთიერთკავშირის საშუალებით. საქართველოზე გადიოდა ცნობილი „აბრეშუმის გზა“, რითაც მყარდებოდა კონტრაქტები აღმოსავლეთის და დასავლეთის ცივილიზაციებთან. მუდმივი ურთიერთობა ჰქონდა საქართველოს ჩინეთთან, ტიბეტთან, სპარსეთთან, ინდოეთთან, შუამდინარეთთან, ეგვიპტესთან, საბერძნეთთან. ქართველ მკურნალებს საშუალება ჰქონდათ გაცნობოდნენ მრავალი ქვეყნის სხვადასხვა სამედიცინო მიმართულებებს და მიღწევებს, ერთმანეთთან შეედარებინათ ადგილობრივ ბაზისურ (კოლხურ-იბერიულ) მედიცინასთან. თავის მხრივ ქართველური ხალხების მიღწევები მედიცინაში, ამავე გზით ვრცელდებოდა სხვა ქვეყნებში და უდიდეს ზეგავლენას ახდენდა მათზე. ამის დასტურად გამოდგება ცნობილი ექიმის, პროფესორ გივი ბახტაძის მონათხრობი ტიბეტში მოგზაურობის შესახებ: იგი ტიბეტელ ლამებს გასაუბრებია, საკუთარ ჯანმრთელობაზეც დაუჩივლია და წამალი უთხოვია. ლამებს მხრები აუჩეჩიათ, ჩვენ ახლაც სასწაულმოქმედ სამკურნალო რეცეპტებს ძველ კოლხურ მედიცინაში ვეძიებთ და თქვენ, ქართველ მეცნიერ-მედიკოსს უკეთესს რას შემოგთავაზებთო.

ტრადიციული სამედიცინო სისტემა და ოფიციალური (კლასიკური) მედიცინა ყველა ეპოქაში თანაარსებობდა. ასეა ახლაც, თუმცა ამ ორი მიმართულების გასამიჯნი

ტერმინოლოგია არ არსებობს. ამიტომაც არაიშვიათად ერთმანეთში ერევათ.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ 1978 წელს გამართულ კონფერენციაზე ტრადიციული მედიცინა ხალხური მედიცინის სინონიმად იქნა მიჩნეული.

ხალხურ მედიცინაში ჯანმრთელობა, როგორც ცნება ორგანიზმის არაავადმყოფური მდგომარეობა მიიჩნევა (მ. სააკაშვილი, ა.გელაშვილი, 1956), რაც სიმართლეს, ანუ დაურღვევლობას გამოხატავს. ასეა აღმოსავლურ, ბერძნულ, ლათინურ და სხვა ენებში (შდრ. რუსული целитель-მკურნალი, исцеление-განკურნება).

ჩინური (ტიბეტური), ინდური, კორეული და აღმოსავლეთის სხვა ხალხების ტრადიციულ მედიცინაში მკურნალობის ამოსავალ წერტილს წარმოადგენს დაავადებული ინდივიდის ორგანიზმის გამრთელება. ოფიციალური (კლასიკური) მედიცინა მკურნალობს დაავადებულ ორგანოს, შესაბამისად წარმოიშვა ცალკეულ ორგანოთა სამკურნალო დისციპლინები: კარდიოლოგია - გულის, პულმონოლოგია - ფილტვების, ჰეპატოლოგია ღვიძლის დაავადებათა შესასწავლად და სამკურნალოდ. აღმოსავლური (ტიბეტური) მედიცინა აღადგენს ორგანიზმს მთლიანად თავისივე შინაგანი ძალების რეზერვების გააქტიურებით, კლასიკური მედიცინა იყენებს ქიმიურ პრეპარატებს, რომლებსაც უამრავი გვერდითი მოქმედება ახასიათებს, (წამალზე დამოკიდებულება, „წამლისმიერი დაავადება“, ალერგიულტოქსიური გართულება და სხვ). ქიმიური სამკურნალო საშუალებების მიღების შედეგად გამოწვეული სიკვდილიანობა მეოთხე ადგილზეა გულისსხლძარღვთა, ონკოლოგიური და ვირუსული დაავადებების შემდეგ.

ასეთივე კონცეფციას ემყარება ქართული ხალხური მედიცინა. ცალკეულ ორგანოთა მკურნალობა ხორციელდება ორგანიზმის მთლიანი გაჯანსაღების მეშვეობით. გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ ჭრილობები, კანის, პირის ღრუს, გარეთა სასქესო ორგანოების, სწორი ნაწლავის დაავადებები, რომელთა სამკურნალოდ ძირითადად ადგილობრივად მოქმედ საშუალებებს იყენებენ, თუმცა ამ დროსაც დამატებით, ზოგადგამაჯანსაღებელ წამლებსაც აძლევენ. ტიბეტური მედიცინა იყენებს ღმერთისაგან ბოძებულ, ბუნებრივი, მცენარეული, ცხოველური, მინერალური და სხვა ნივთიერებებისაგან დამზადებულ პრეპარატებს, რომლებსაც არ ახასიათებთ ზემოთ აღნიშნული გართულებები. ქართულ ხალხურ მედიცინაში გამოყენებული სამკურნალო საშუალებებიც მთლიანად ბუნებრივი პროდუქტების მცირედი დამუშავებით მიღებული პრეპარატებია. ჩვენს წინაპრებს სცოდნიათ, რომ მცენარეული ან ცხოველური წარმოშობის მასალის ძლიერი თერმული, ქიმიური ან მექანიკური დამუშავების შედეგად იკარგება მათი სამკურნალო თვისებები.

ზემოთ აღვნიშნე, რომ ბავშვობიდან მახსოვს, ბებია სეათ ბერიძე დიდი ზომის ჭრილობების შეხორცების დასაჩქარებლად წვიმის ჭიაყელას იყენებდა. ჭიაყელას კარგად, დიდხანს რეცხავდა. შემდეგ წვრილად დაჭრიდა, ოდნავ დანაყავდა და ჭრილობაში ჩაყრიდა, მჭიდროდ შეახვევდა ბანდით, ნახვევს 5-6 დღის შემდეგ გახსნიდა, ჭრილობა უკვე შეხორცებული იყო. ცნობილია წვიმის ჭიის საოცრად მაღალი რეგერენაციის უნარი. ვფიქრობ ჭიაყელას დაქუცმაცების შედეგად გამოყოფილი წვენები აჩქარებდნენ ჭრილობის შეხორცებას.

საინტერესოა ცოცხალი არსებებით მკურნალობის ხალხური მეთოდები. წურბელებით მკურნალობა მსოფლიოს მრავალ ხალხშია გავრცელებული, მათ შორის დასავლეთ საქართველოშიც. მას მრავალი სხვადასხვა ხასიათის დაავადებათა დროს მიმართავდნენ. კბილის ტკივილის დროს შესაბამის ღრძილზე ასხამდნენ წურბელას (გულთამზე ბერიძეს. წაბლანა, შუახევის რაიონი). წურბელით მკურნალობა (ჰირუდოთერაპია) დანერგილია თანამედროვე კლასიკურ მედიცინაში, როგორც ჰიპოკოვაცია ციური ანთების საწინააღმდეგო საშუალებად მიღებულია სუფთა ჰირუდინი, რომელიც ეფექტურობით აღმატება ჰეპარინს და სხვა სისხლის შედედების დამთრგუნავ პრეპარატებს.

იგივე რესპოდენტი „გ.ბერიძე“ გვანდის ცოცხალი კუთი მკურნალობის მეთოდს: შიშველ ავადმყოფს აწვენენ ტახტზე, ფეხებთან მიუყვანენ კუს, იგი თვითონ აცოცდება ავადმყოფის სხეულზე, მიაგნებს მტკივან ადგილს და ზედ „დაიძინებს“, მტკივანი ადგილი რჩება. კუს ხშირად იყენებენ ძვლის „მტეხავი“ ტკივილის დროს.

დასავლეთ საქართველოში ნესტიანი კლიმატი განაპირობებს ჭიებით დაავადებებით გავრცელებას (ჰელმინთოზი). იგივე გ.ბერიძეს სცოდნია „ჭიის აჭრა“ ჭიით დასნეხოვნება გამოიცნობა სიფერმკრთალობით, უმადობით, გულის რევით, ასეთ ავადმყოფს ლოყებზე ან ზურგ-წელის არეებში შეუზღვენ ნარევს, რომელიც შედგება ცხვრის კურკლისა და ნიორის ნაზავისაგან. გულმოდგინედ კანში შესრესის შემდეგ კანს თბილი წყლით ჩამოიბანენ და სასწრაფოდ ჩამოპარსავენ სამართებლით. რესპოდენტის თქმით, ნაზავის წასმის შემდეგ კანის ფორებში ჭიები ამო-

დიან, ჭიას სამართლებლით წაეჭრება თავი. ამიტომ ჰქვია „ჭიის აჭრა.“

ხალხური მკურნალობის „ქირურგიული“ მეთოდები-დან საინტერესოა აჭარაში გავრცელებული „ნეშტერის დარტყმა“. (მოგვანოდა ავთანდილ აბაშიძემ, სოფ. ქიძინი-ძეები, შუახევის რ-ნი) გვიან შემოდგომაზე, სამუშაოების დასრულების შემდეგ ხანშესულ ადამიანებს მაჯის რომელიმე სისხლძარღვს გაუჭრიდა „ნეშტერით“, რის შედეგადაც დაიღვრებოდა ე.წ „ნამუშევარი,“ „დაბერებული“ სისხლი. ნეშტერი წარმოადგენს ორპირად გაღესილი ფოლადის დანას, რომელიც სასხლეტით ურტყამდა და კვეთდა კანს სისხლძარღვებთან ერთად. სისხლის გამოშვების შემდეგ ჭრილობას სისხლისდენის შესაჩერებლად აყრიდნენ შაქრის ან თუთუნის ფხვნილს. უკეთებდნენ დამწოლ ნახვევს. სისხლის გამოშვების შემდეგ ავადმყოფს ეხსნებოდა თავის ტკივილი, მთელი სეზონის მანძილზე „მსუბუქად“ გრძნობდა თავს, სისხლის წნევა ნორმამდე ჩამოდიოდა. იგივე რესპოდენტი განაფული ყოფილა მოტეხილობების და ამოვარდნილობის მკურნალობაში, იყო ცნობილი „უსტა.“ მას სცოდნია მოტეხილი ძვლების ჩასწორების და ამოვარდნილი ძვლის ჩაყენების ორიგინალური წესები, ჩასწორების შემდეგ აკეთებდა კიდურის იმობილიზაციას „იახით, არტაშნებით ერთი თვის განმავლობაში. მკურნალობდა აგრეთვე დაჟეჟილობას, ნალრძობს. დაჟეჟილობისა და ნალრძობის მიდამოს ჩამორეცხავდა ნელ-თბილი მარილიანი წყლით. შემდეგ ადებდა მოხალულ ჯიხანდარს ან ანწლს, აფიქსირებდა ბანდით (ბინტით). ფართოდ არის გავრცელებული აგრეთვე „შალთუთქით“ შეხვევა. დაჟეჟი-

ლობის ან ნაღრძობ ადგილზე დაადებენ დასველებულ, მარილდაყრილ და კარგად გაცხელებულ უხეში შალის ნაჭერს. დღელამეში ნახვევს 2-ჯერ უცვლიდნენ. ნაღრძობი ან დაჟეჟილი ადგილის შეშუპება მალე ცხრებოდა. ტკივილიც ყუჩდებოდა.

ძველ ჩინეთში ტრადიციული მედიცინა უმთავრესად სამეფო კარისათვის, იმპერატორის და მისი ოჯახისათვის იღვწოდა. ბევრ წამალს „იმპერატორის ფორმულით“ დამზადებული პრეპარატი ერქვა. ამ ფორმულებმა ჩვენს ერამდეც მოაღწია და უძველესი რეცეპტებით დამზადებული წამლები დღესაც სასნაულებს ახდენს. საქართველოში ქართული მედიცინის ჯადოქრებად ყველა წოდების პიროვნებებთან თანაბრად თვით მეფეები და სამეფო კარის წრის წარმომადგენლები გვევლინებიან. ძველ კოლხეთში მეფე აიეტის ქალიშვილი მედეა, მეუღლე - ჰეკატე და ა. ცირცე სახელგანთქმული მკურნალები იყვნენ. მედეას სამკურნალო სისტემა Cura Mediana-ს სახელითაა შემონახული. იგი მსოფლიო სამედიცინო აზროვნების ერთ-ერთ პირველწყაროდაა მიჩნეული.

ჩვენამდე მოღწეული პირველი ქართული ნაწარმოები „წამებაი წმინდისა შუშანიკისა“ (Vს.) ღრმა სამედიცინო ცოდნის შესახებ საინტერესო ცნობებს იძლევა, რომ სასწავლებლებში სხვა დარგებთან ერთად მედიცინაც ისწავლებოდა. ქართული რენესანსის ეპოქა მედიცინისა და ზოგადად ბიოლოგიური მეცნიერების განსაკუთრებული აყვავებით აღინიშნა. მოხუცთა და დავრდომილთა თავშესაფრები, სასნეულოები იხსნებოდა ეკლესია-მონასტრებთან (ხანძთა, იშხანი, შატბერდი). ამ პერიოდში ქართულად ითარგმნა გრიგოლ ნოსელის „კაცისა შესაქმე.“

უცხოეთის მნიშვნელოვან ქრისტიანულ ცენტრებში ფუნქციონირებდა საავადმყოფოები, სასნეულოები, თავშესაფარები. (იერუსალიმი, ათონი, ბიზანტია და სხვ.). ამ მონასტრებში განუწყვეტელი სამეცნიერო მოღვაწეობა ჩქეფდა, მათ შორის მნიშვნელოვანი ადგილი სამედიცინო-ბიოლოგიურ სწავლებას ეკავა (იოანე, ექვთიმე, გიორგი მთანმინდელეები, იოანე პეტრიწი და სხვები).

უცხოურიდან ითარგმნებოდა ცნობილი სამედიცინო-ბიოლოგიური ტრაქტატი-იოანე დამასკოელის „წყარო ცოდნისას“ ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ნაწილი.

– ნემესიოს ემესელის – „ბუნებისათვის კაცისა“ – მისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ნაწილი.

– კანანელის ორიგინალური ქართული ნაშრომი „უსწორო კარაბადინი“, განხილულია ზოგადსამედიცინო, კერძო პათოლოგიისა და თერაპიის ასპექტები.

– ხოჯაყოფილის „წიგნი სააქიმოი“ შეიქმნა თამარის სამეფო კარზე. ზაზა ფანასკერტელი-ციციშვილის „სამკურნალო წიგნი კარაბადინი.“ დავით ბატონიშვილის „იადიგარ დაუდი.“

სამედიცინო მეცნიერებაში, განსაკუთრებით ქართული სამედიცინო ტერმინოლოგიის დამკვიდრების საქმეში ფასდაუდებელია სულხან-საბა ორბელიანისა და მეფე ვახტანგ VI-ის ღვაწლი.

პროფესორმა რამაზ სურმანიძემ შუახევის რაიონში, სოფელ ჭალაში, თავისი მამიდის ოჯახში აღმოაჩინა ძველი ქართული კარაბადინის აჭარული ვარიანტი, რომელიც დაამუშავა, გამოსცა და ფემბასეული კარაბადინი დაარქვა.

საქართველოში სამედიცინო ხელოვნების ცოდნა უმთავრესად საერთო სახალხო საკუთრებად იქცეოდა. შესაძლოა ეს ცოდნა დიდგვაროვანთა ოჯახებში მნიფდებოდა და იხვენებოდა, შემდეგ „ხალხურდებოდა.“ ამითაც განსხავდება ქართული ტრადიციული მედიცინა ტიბეტურისგან, სადაც დახელოვნებული მკურნალთა ჯგუფი ქმნიდა წამლებს იმპერატორისა და მისი საგვარეულოსათვის, მათი ჯანმრთელობისა და დღეგრძელობისათვის. უბრალო მოქალაქისათვის იგი ხელმისაწვდომი არ ყოფილა.

საგანგებოდ აღნიშნვის ღირსია ქართული სამედიცინო ტერმინოლოგიის ღრმა შინაარსიანობა. ტერმინთა უმეტესობა ზუსტად და ლაკონურად ასახავს დაავადების ან მის უმთავრეს სიმპტომატოლოგიას. ასე მაგალითად, ტერმინი „ჯდომი“ უხშირესად გულის უემარისობის ამსახველია და მიუთითებს, რომ ამ დაავადებით ავადმყოფს წოლით მდგომარეობაში ყოფნა არ შეუძლია და დღელამის უმეტეს ნაწილს სკამზე ან სავარძელში ჩამჯდარი ატარებს.

ქართულ ხალხურ სამედიცინო საქმიანობაში გვხვდება უცხოური, საოცრად ლაკონური და ტევადი ტერმინები. მაგალითად, აჭარაში ათაშანგს (სიფილისი) „ფრენგს“ უწოდებდნენ. ცნობილია, რომ ეს არის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება, რომელიც ევროპიდან (საფრანგეთიდან) არის შემოტანილი.

ქუნთრუშის გამომწვევი სტრეპტოკოკი მეცნიერმა დიკმა აღმოაჩინა. მანვე მოაწოდა სადიაგნოსტიკო „დიკის რეაქცია.“ აჭარაში ქუნთრუშას „დიკას“ ეძახდნენ. ალბათ ავტორის საპატივცემულოდ.

ხალხური მედიცინის და ერის ზოგადი კულტურის მაჩვენებელია მოსახლეობაში ჰიგიენური ცოდნის მაღალი დონე, რაც ტრადიციულად გადაეცემოდა თაობებს. ყოველივე ამან განაპირობა მთლიანად კავკასიაში ადამიანთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა: დღეგრძელ ადამიანთა რაოდენობით საქართველო მსოფლიოში მოწინავე ადგილზეა. დღეგრძელობის ფენომენი პროფესიონალ გერონტოლოგთა მუდმივი კვლევის საგანია.

იაპონელმა გერონტოლოგმა, პროფესორმა კეისიტი მორისიტამ სპეციალურად შეისწავლა საქართველოს დღეგრძელი ადამიანები, მათი ყოფა-ცხოვრების, კვების თავისებურებები, ადგილობრივი ტრადიციები და ამ მასალაზე გამოაქვეყნა შესანიშნავი წიგნი „ქართველი ხალხის დღეგრძელთა საიდუმლოებანი“ მონოგრაფია გამოიცა ქ. ტოკიოში, იაპონურ ენაზე.

პროფესორი მორისიტა იაპონელ გერონტოლოგთა 18-კაციან ჯგუფთან ერთად ხანგრძლივი დროით 2-ჯერ იმყოფებოდა აჭარაში 1997 და 1998 წლებში. მან საფუძვლიანად მოიკვლია აჭარაში მცხოვრები 100 წელს გადაცილებული ადამიანები და გადაიღო საათნახევრიანი დოკუმენტური ფილმი, რომელიც რამდენიმე თვის მანძილზე გადაიცემოდა CNN-ის არხებზე.

ჰეკატეს ბალის მცენარეები შესწავლილია თანამედროვე დონეზე, დამტკიცებულია მათი სამკურნალო თვისებები. საინტერესოდ მოგვეჩვენა მცენარე კორიციოსი. იგი ზაფრანის მსგავსი გაშლილი ყვავილია, მინაში გაშვებული ფესვი კი ახლად გაჭრილ ხორცსა გავს. მისი წვენი მთაში ნაზარდი წიფლის შავი სითხის ფერია. მცენარის მინის ზედა ნაწილის და ფესვების დახასიათებით ტიბეტურ

სოკო „კორდიცეპსს“ წააგავს. ტიბეტური წამლები ძირითადად კორდიცეპსისა და სხვა უმაღლესი სოკოებისგან მზადდება. საინტერესოა აგრეთვე „პრომეთეს ბალახი“, რომელიც კორდიცეპსის მსგავსად მაღალ მთაში, კავკასიონის მწვერვალებზე იზრდება და მაღალი სამკურნალო თვისებებით ხასიათდება. არის აზრიც, რომ სამედიცინო ცოდნა, საერთოდ კულტურა და მეცნიერება მსოფლიოში კავკასიიდან გავრცელდა.

საქართველოს რეგიონებში ხალხური მედიცინის შესწავლის მიზნით ჩატარებული ექსპედიციების დროს გაირკვა, რომ დასავლეთ საქართველოში, ძირითადად სამეგრელოში, ბევრია შხამების დამზადების მცოდნე ადამიანი. შხამები სხვადასხვა მოქმედებისაა - უცაბედი, ხანგრძლივი მოქმედების, დაავადების გამომწვევი და სხვა.

ეს ცოდნა უაღრესად გასაიდუმლოებულია და შთამომავლობას გადაეცემა.

შხამმცოდნეობაში წონადი წვლილი შეიტანა პონტოს მეფე მითრიდატე VI-მ (ევპატორი). სარწმუნო წყაროებით იგი კოლხურ შტოს ეკუთვნის, როცა პომპეუსმა ლაღატით დაამარცხა მითრიდატე, სასახლეში შესვლისთანავე ბიბლიოთეკა იკითხა და იქიდან რომში გადაიტანა სამედიცინო ტრაქტატები, რომელთა უმრავლესობა მითრიდატეს მიერ იყო დაწერილი. ამ ფაქტიდან მთელი 2000 წლის განმავლობაში ამ ტრაქტატებს საწმენდავთა უმრავლესობით მონამვლის შემთხვევაში იყენებდნენ: ანტიდოტს „მითრიდატიუმს“. ცხადია ამ ანტიდოტის რეცეპტიც მითრიდატეს ბიბლიოთეკიდან იყო წაღებული.

მრავლისმთქმელია მედიცინის ემბლემაზე გველის გამოსახულების გამოყენება. პირველად იგი მედეასთან

გამოჩნდა. გველის შხამი და ხორცი ფართოდ გამოიყენება ალმოსავლურ მედიცინაში. ასეა, აგერთვე, ქართულ ხალხურ მედიცინაშიც. ხოგაის მინდია ქაჯეთის ციხეში ტყვედ იყო, მოწამვლის მიზნით აქ გველის ხორცი აჭამეს, რის შედეგადაც იგი კი არ მოინამლა, პირიქით ბრძენი გახდა.

ამრიგად, ხალხური მედიცინა ქვეყნების, ხალხების, ერების ზოგადი კულტურის განვითარების შეფასების კრიტერიუმად შეიძლება ჩაითვალოს.

საერთაშორისო პროექტი ECH in G ხალხური სამედიცინო ტერმინოლოგია დასავლეთ საქართველოში უნივერსალთა ძიება ტიბეტურ მედიცინაში

ტრადიციული სამედიცინო სისტემა და ოფიციალური (კლასიკური) მედიცინა ყველა ეპოქაში თანაარსებობდა. ასეა ახლაც, თუმცა ამ ორი მიმართულების გასამიჯნო ტერმინოლოგია არ არსებობს, ამიტომაც არაიშვიათად ერთმანეთში ერევათ. მსოფლიო საერთაშორისო სამეცნიერო ორგანიზაციის (WHO) მიერ 1978 წელს გამართულ კონფერენციაზე ტრადიციული მედიცინა ხალხური მედიცინის სინონიმად იქნა მიჩნეული.

ჩვენამდე მოღწეული პირველი წერილობითი ქართული ნაწარმოები „ნამებაი წმინდისა შუშანიკისა“ (V) ღრმა სამედიცინო ცოდნის შესახებ საინტერესო ცნობებს გვაწვდის. ირკვევა, რომ სასწავლებლებში სხვა დარგებთან ერთად მედიცინაც ისწავლებოდა. ქართული რენესანსის ეპოქა მედიცინისა და ზოგადად, ბიოლოგიური მეცნიერების განსაკუთრებული აყვავებით აღინიშნა. მოხუცთა და

დავრდომილთა თავშესაფრები, სასნეულოები იხსნებოდა ეკლესია-მონასტრებთან (ხანძთა, იშხანი, შატბერდი). ამ პერიოდში ქართულად ითარგმნა გრიგოლ ნოსელის „კაცი-სა შესაქმე“

უცხოეთის მნიშვნელოვან ქრისტიანულ ცენტრებში ფუნქციონირებდა საავადმყოფოები, სასნეულოები, თავ-შესაფრები. (იერუსალიმი, ათონი, ბიზანტია და სხვ.). ამ მონასტრებში განუწყვეტელი სამეცნიერო მოღვაწეობა ჩქეფდა, მათ შორის მნიშვნელოვანი ადგილი სამედიცინო-ბიოლოგიურ სწავლებას ეკავა (იოანე, ექვთიმე, გიორგი მთაწმიდელები, იოანე პეტრიწი და სხვები).

უცხოეთიდან ითარგმნებოდა ცნობილი სამედიცინო-ბიოლოგიური ტრაქტატი იოანე დამასკელის „წყარო ცოდნისას“ ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ნაწილი.

–ნემესიოს ემესელის - „ბუნებისათვის კაცისა“ - მისი ანატომიურ - ფიზიოლოგიური ნაწილი.

–ქანანელის ორიგინალური ქართული ნაშრომი – „უსწორო კარაბადინი“, განხილულია ზოგადსამედიცინო, კერძო პათოლოგიისა და თერაპიის ასპექტები.

–ხოჯაყოფილის „წიგნი სააქიმოი“ - შეიქმნა თამარის სამეფო კარზე.

–ზაზა ფანასკეტელი-ციციშვილის „სამკურნალო წიგნი - კარაბადინი“

–დავით ბატონიშვილის „იადიგარ დაუდი“

სამედიცინო მეცნიერებაში, განსაკუთრებით ქართუ-ლი სამედიცინო ტერმინოლოგიის დამკვიდრების საქმეში ფასდაუდებელია სულხან-საბა ორბელიანისა და მეფე ვახტანგ VI-ის ღვაწლი.

საქართველოში სამედიცინო ხელოვნების ცოდნა უმთავრესად საერთო სახალხო საკუთრებად იქცეოდა – შესაძლოა ეს ცოდნა დიდგვაროვანთა ოჯახებში მნიფდებოდა და იხვენებოდა, შემდეგ „ხალხურდებოდა,“ ამითაც განსხვავდება ქართული ტრადიციული მედიცინა ტიბეტურისგან, სადაც დახელოვნებულ მკურნალთა ჯგუფი ქმნიდა წამლებს იმპერატორისა და მისი საგვარეულოსათვის, მათი ჯანმრთელობისა და დღეგრძელობისათვის, უბრალო მოქალაქისათვის კი ხელმისაწვდომი არ იყო.

საგანგებოდ აღნიშნვის ღირსია ქართული სამედიცინო ტერმინოლოგიის ღრმა შინაარსიანობა. ტერმინთა უმეტესობა ზუსტად და ლაკონიურად ასახავს დაავადების, ან მის უმთავრეს სიმპტომატოლოგიას. ასე მაგალითად, ტერმინი „ჯდომი“ უხშირესად გულის უკმარისობის ამსახველია და მიუთითებს, რომ ამ დაავადებით ავადმყოფს წოლით მდგომარეობაში ყოფნა არ შეუძლია და დღე-ღამის უმეტეს ნაწილს სკამზე, ან სავარძელში ჩამჯდარი ატარებს.

ეს ცოდნა უაღრესად გასაიდუმლოებულია და შთამომავლობას გადაეცემა.

შხამმცოდნეობაში წონადი წვლილი შეიტანა პონტოს მეფე მითრიდატე VI-მ (ევპატორი). სარწმუნო წყაროებით იგი კოლხურ შტოს ეკუთვნის. როცა პომპეუსმა ღალატით დაამარცხა მითრიდატე, სასახლეში შესვლისთანავე ბიბლიოთეკა იკითხა და იქიდან რომში გადაიტანა სამედიცინო ტრაქტატები, რომელთა უმრავლესობა მითრიდატეს მიერ იყო დანერილი. ამ ფაქტიდან მთელი 2000 წლის განმავლობაში სანამლავთა უმრავლესობით მონამვლის შემთხვევაში იყენებდნენ ანტიდოტს „მითრიდატიუმს.“ ცხა-

დია ამ ანტიდოტის რეცეპტიც მითრიდატეს ბიბლიოთეკიდან იყო წაღებული.

კიდევ მრავალი პარალელის მოძებნა შეიძლება, რასაც თანდათან შევავსებთ მუშაობის პროცესში.

P. S. ქართულ ხალხურ სამედიცინო საქმიანობაში გვხვდება უცხოური, საოცრად ლაკონური და ტევადი ტერმინები - მაგალითად, აჭარაში ათაშანგს (სიფილისი) „ფრენგს“ უწოდებდნენ. ცნობილია, რომ ეს არის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება, რომელიც ევროპიდან (საფრანგეთიდან) არის შემოტანილი, ქუნთრუმის გამომწვევი სტრეპტოკოკი მეცნიერმა დიკმა აღმოაჩინა. მანვე მოაწოდა სადიაგნოსტიკო ტესტი „დიკის რეაქცია“ აჭარაში ქუნთრუმას „დიკას“ ეძახდნენ, ალბათ ავტორის საპატივცემულოდ, დიდი გერმანელი ფილოსოფოსი და მოაზროვნე ჰეგელი ამბობდა: „მხოლოდ კავკასიის ხალხებში აღწევს სული თავის აბსოლიტურ მთლიანობას, ერთიანობას საკუთარ თავთან აბსოლიტურ დამოუკიდებლობას, აღწევს თვითგამორკვევას, თვითგანვითარებას და ამით წინ მიჰყავს მსოფლიო ისტორია, მსოფლიო ისტორიაში პროგრესი მხოლოდ კავკასიის რასის წყალობით წყდება.“ დღეს უდავოდ დამტკიცებული შუმერული მითების, კულტურის, რიტუალების სამედიცინო, რელიგიური ტერმინების კავშირი ძველ კოლხურ-იბერიულთან, კერძოდ ამ უძველეს მედიცინასთან, რასაც მეცნიერება „კურა მედიანას“ – მედეას მკურნალობას უწოდებს. გერმანელი პროფესორი კურტ იოხიმ შპრენგელი თავის მსოფლიო მედიცინის ისტორიის მრავალტომეულში პირველ თავს უძველეს კოლხურ მე-

დიცინას უძღვნის, როგორც მსოფლიო მედიცინის საფუძველთა-საფუძველს. იდეა ჩვენამდე მოღწეული წყაროებით მრავალი სამედიცინო-ბიოლოგიური ფიტოთერაპიის, ტოქსიკოლოგიის, ავადმყოფის განკურნების, ადამიანის გაახალგაზრდავების, მკვდრის გაცოცხლების, სიცოცხლის გახანგრძლივების და სხვა საკითხები პირველად კოლხეთის სკოლაში გაუღერდა და მედეას სახელს უკავშირდება. მედეამ გაახალგაზრდავების დემონსტრაციის მიზნით ბებერი ცხვარი ბატკნად აქცია. 40 წლით გაახალგაზრდავდა იაზონი – თმა, ნვერი გაუშავდა და გაუზშირდა, გაუქრა სიფერმკრთალები, კანის ნაოჭები და მოხუცებულობის სხვა ნიშნები.

**იატროგენული პათოლოგია -
პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა**
Primum non nocere (უპირველესად არ ავნო!)

საექიმო შეცდომის მრავალი განმარტება არსებობს, მაგრამ ლიტერატურაში ყველასათვის მისაღები არც ერთი არაა. სამედიცინო შეცდომა ეწოდება სამედიცინო მომსახურების შედეგად განვითარებულ გვერდით ეფექტს, ან არასასურველ რეაქციას, რომლის თავიდან აცილება შეუძლებოდა. სხვა რედაქციით, სამედიცინო შეცდომა არის ექიმის კეთილსინდისიერი დაბნეულობა, რომელმაც ზიანი მიაყენა პაციენტის ჯანმრთელობას. ტერმინი „საექიმო შეცდომა“ იხმარება სამედიცინო და არა იურიდიულ ლიტერატურაში. ესაა ექიმის არასწორი ქმედება საექიმო საქმიანობაში, როცა მას იურიდიულად ბრალი არ ედება. საექიმო შეცდომა ექიმის არასწორი ქმედებაა (ან უმოქმედო-

ბა), რომლის საფუძველია თანამედროვე მეცნიერების არასრულყოფილება, ექიმის მიერ დაგროვილი ცოდნის არასრულად ათვისება, ან მისი პრაქტიკაში გამოყენების უნარის უქონლობა. სამედიცინო შეცდომა დასჯადი არ არის. ეს არ არის გულგრილობის გამოვლინება, ნასვამი მდგომარეობა, განგებ სხეულის დაზიანება, რაც სამართლის საქმეა და პროკურატურა იძიებს.

კლასიკური საექიმო შეცდომებია:

1. დიაგნოსტიკური შეცდომები - დაავადების, ან მისი გართულების ამოცნობაში დაშვებული შეცდომა;

2. სამკურნალო-ტაქტიკური შეცდომები, როცა დიაგნოზი დასმულია სწორად, მაგრამ მკურნალობის ტაქტიკაში შეცდომებია;

1. ორგანიზაციული ხასიათის შეცდომები – არ არის მზად რომელიმე სამსახური;

2. დეონტოლოგიური შეცდომები – ექიმის უღირსი მოპყრობა პაციენტისადმი, მის პატრონებთან, სამედიცინო პერსონალთან;

3. სამედიცინო დოკუმენტების შეცდომით შევსება.

საექიმო შეცდომები შეიძლება დავეყოთ:

1. ობიექტური, როცა რაიმეს შეცვლა არ შეგვიძლია;

2. სუბიექტური: გამომდინარეობს ექიმის სუბიექტური შეხედულებიდან.

მედიცინაში ბევრია სუბიექტური ფაქტორი. მაგ. ულტრასონოგრაფიის სურათს ყველა ექიმი სხვადასხვაგვარ ინტერპრეტაციას აძლევს.

საკამათოა ნორმის ცნებაც. სხვადასხვა ინდივიდებში ხშირად განმეორებული ერთიდაიგივე მოვლენა მიჩნეულია ნორმად. თუმცა, ყველა ადამიანი ცალკე ინდივიდია. ღმერთმა ყოველი ადამიანი შექმნა ერთ ეგზემპლარად, რომლის სრული ანალოგი არც ახლა და არც მომავალში არ იქნება.

სამედიცინო შეცდომების აღრიცხვა და ანალიზი, მისი პრევენცია საქართველოში ბოლომდე ფაქტიურად არ ხდება. არ არის სტრუქტურა, რომელიც ამ შეცდომებს აღრიცხავს, გააანალიზებს, შედეგის მიხედვით მისი აღმოფხვრის ღონისძიებებს დასახავს და შეასრულებს. ჯანდაცვის სამინისტროსთან არსებული სამედიცინო საქმიანობის რეგულაციის სააგენტო შემოიფარგლება მხოლოდ ექიმის დასჯის სტატისტიკით - რამდენ ექიმს ჩამოერთვა, ან შეუჩერდა ლიცენზია. არაიშვიათად ეს უწყებაც უშვებს შეცდომებს საექიმო შეცდომების შეფასებაში. მაგალითად, პაციენტი ფუტკარაძის მკურნალობის შეფასებაში იქნებ, ექიმთა ასოციაციებმა ითავონ ამ, უდაოდ აქტუალური საკითხის შესწავლა-ანალიზი, დასახონ მათი პრევენციის გზები. ამ საკითხზე გვექნება დღეს საუბარი:

საექიმო შეცდომების პრევენცია პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან. სასურველი და სასარგებლოა, როცა ექიმი თავის შეცდომებზე კოლექტივს მოახსენებს (ასეა, მაგ. შვედეთში). საკუთარი და სხვისი შეცდომების ანალიზის საფუძველზე სწავლობენ. თუ შეცდომის მიზეზი ექიმის არასაკმარისი ცოდნაა, ესეც ჯანდაცვის სისტემის ბრალია - უნდა იყოს პირობები უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და განვითარებისთვის, პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაზე მუდმივი

ზრუნვა უნდა შედიოდეს დაწესებულების მფლობელის და ადმინისტრაციის ინტერესებში.

სამედიცინო შეცდომა შეიძლება დადგეს არა მხოლოდ ერთი პიროვნების დაუდევრობის (ექიმის, ექთნის), არამედ მთლიანად სამედიცინო სისტემის გაუმართაობის შედეგად, რაც საჭიროებს რადიკალური რეფორმების გატარებას.

თანამედროვე მედიცინა დიდად არის დამოკიდებული სამედიცინო ტექნიკის გამართულ მუშაობაზე. სისტემატურად უნდა ხდებოდეს აპარატურის შემონმება, კალიბრაცია, დაზიანებული ნაწილის ან მთლიანად აპარატის დროული შეცვლა, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს სამედიცინო შეცდომებს.

სამედიცინო შეცდომა სამედიცინო საქმიანობისგან დამდგარ არასასურველ შედეგს გულისხმობს. ესენია: სიკვდილი, ჯანმრთელობის დაზიანება, ცხოვრების ხარისხის გაუარესება, სოციალური და ფინანსური პრობლემები და სხვ.

აშშ-ში, სადაც სამედიცინო სამსახური ერთ-ერთი საუკეთესოა მსოფლიოში, სამედიცინო შეცდომების შედეგად სიკვდილიანობა სიხშირით მესამე ადგილზეა გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებების შემდეგ.

შემამფოთებელი სტატისტიკაა!

სამედიცინო შეცდომა შეიძლება დაშვებული იყოს კონკრეტული პაციენტის მკურნალობის დაგეგმვაში ან მის აღსრულებაში.

ზემოთ აღვნიშნეთ, რომ ადამიანი შეიძლება შეცდეს. ექიმიც ადამიანია. მაშასადამე ისიც ცდება. ცნობილი მწერალი ბერნარ შოუ ბრძანებდა: „თუ შევთანხმდებით, რომ

ექიმები ჩვეულებრივი ადამიანები არიან და არა ჯადოქრები, მაშინ უნდა ვაღიაროთ, რომ მათზეც ვრცელდება საზოგადოებრივი სტატისტიკა - ადამიანთა 10% - ჩვეულებრივზე მეტად ინტელექტუალური, ნიჭიერები არიან. ასევე ადამიანთა 10% - უაღრესად უნიჭო, უცოდინარია. უმრავლესობას შეადგენს მათ შუა 80%, რომლებიც საშუალო ინტელექტის ადამიანები არიან. ასეა საექიმო საზოგადოებაშიც, უმეტესად ასეთ ექიმებთან აქვთ ურთიერთობა პაციენტებს. ანტონ ჩეხოვი ამბობდა: „ექიმი ვექილივითაა. ერთადერთი განსხვავება მათ შორის ისაა, რომ ვექილი მხოლოდ გაძარცვავს, როცა ექიმი გკლავს კიდეც.“

ამბობენ, სტალინი დღეში 500 გვერდს კითხულობდა. კვლევებით დადგენილია, რომ ექიმი დღეში ხუთიდან ათამდე რეიტინგულ სამედიცინო პუბლიკაციას უნდა კითხულობდეს, რათა არ ჩამორჩეს სამედიცინო პროგრესს, აიმაღლოს კომპეტენცია.

სამედიცინო დაწესებულებებში საექიმო შეცდომების პრევენციის უმთავრესი მოთხოვნაა მკურნალობის ხარისხის პრიორიტეტად გამოცხადება, პერსონალის შიდა უწყვეტი განათლების, კვალიფიკაციის ამაღლებისთვის მუდმივი ზრუნვა. „იყავით გულისხმიერი, ყურადღებიანი, მაგრამ აუცილებლად მაღალი დონის პროფესიონალი“ გვმოდვრავს მოშე შაინი.

ქირურგიაში საექიმო შეცდომების ხელშემწყობი პირობები:

1. ექსტრემალური სიტუაცია, რომელიც სწრაფად გადაწყვეტას მოითხოვს: პროფუზული სისხლდენა, გულის გაჩერება და სხვ.
2. ქირურგის დაღლილობა;

3. ქირურგი იძულებულია ოპერაცია სხვა სპეციალისტის მაგივრად გააკეთოს (ოპტიმალურია სპეციალისტის გამოძახება).

არის გამოთქმა: „შეცდომებზე სწავლობენ.“ ბისმარკს მიაწერენ ამ გამონათქვამს. „მხოლოდ სულელები სწავლობენ საკუთარ შეცდომებზე, ჭკვიანები სხვის შეცდომებზე სწავლობენ.“

ექიმი ვალდებულია ორივე კატეგორიის შეცდომებზე სწავლობდეს და ასწავლოს სხვა ქირურგებსაც.

საექიმო შეცდომები ან მანიპულაციის გართულებები საკმაოდ ხშირია გარკვეული პათოლოგიის, მაგალითად ქოლეცისტიტის გამო წარმოებული ოპერაციული ჩარევის დროს. ამ მეტად აქტუალური თემის განხილვას ლაპარასკოპიული ქოლეცისტიქტომიის შედეგად ნაღვლის გზების იატროგენული დაზიანების ანალიზით ვინყებთ.

ნაღვლკენჭოვანი დაავადება მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა. ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მონაცემებით იგი ეგრეთწოდებული „ჩუმი ეპიდემიაა“, რომელიც მოსახლეობის 10-15% – 30 მილიონზე მეტ ადამიანს აქვს. ყოველწლიურად ერთ მილიონზე მეტს უვითარდება ქოლეცისტიტი, რომელთაგანაც 750 პირს ოპერაცია ძირითადად ენდოვიდეოქირურგიული აპარატურით უტარდება. მიუხედავად იმისა, რომ ლაპარასკოპიული ქოლეცისტიქტომია „ოქროს სტანდარტად“ არის მიჩნეული და შედეგებიც გაცილებით უკეთესია, ვიდრე ღია წესით წარმოებული ოპერაციების დროს, ბოლო პერიოდამდე არაიშვიათია სერიოზული გართულებები ნაღვლის სადინარების იატროგენული დაზიანების სახით. მიზეზად ასახელებენ მონიტორზე

„ბრტყელი“ (არასივრცობრივი) გამოსახულების არსებობას, ნაღლის გზების განვითარების ანომალიების სიხშირეს, ნაღლის სადინარების პალპაციის შეუძლებლობას და სხვა, მაგრამ ამის მიზეზად უმთავრესად მაინც ენდოვიდუო ქირურგიაში გამოცდილების ნაკლებობა მიგვაჩნია. ნაღლის გზების ქირურგიის მამად წოდებული, ცნობილი ქირურგი კერი 1913 წელს წერდა: „ქოლექციტექტომიის დროს, მიუხედავად დიდი გამოცდილებისა, 20 შემთხვევაში დამიზიანდა ღვიძლისა და ნაღლის საერთო სადინარები, ხოლო სამ შემთხვევაში ღვიძლის გარეთა სადინარები ამოვჭერი ღვიძლის კარიდან თორმეტგოჯა ნაწლავამდე.“

დაზიანებული სადინარის აღდგენა-რეკონსტრუქცია და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში ნაღლის დაუბრკოლებელი პასაჟის უზრუნველყოფა რთული, მაგრამ სასიცოცხლოდ აუცილებელი ოპერაციაა, რომელიც ქირურგისაგან დიდ ცოდნასა და გამოცდილებას მოითხოვს.

ნაღლის სადინარების იატროგენული დაზიანების სამკურნალოდ მოწოდებული ოპერაციები შეიძლება 3 ჯგუფად დავყოთ:

1. ნაღლის გარეთა დრენირება (დროებით);
2. აღდგენითი ოპერაციები;
3. რეკონსტრუქციული ოპერაციები.

საშიშ ინფექციათა ეპიდემიები საქართველოში

კორონავირუსის გავრცელებამ მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის შიში, ეჭვი და უნდობლობა გამოიწვია. წერილში შევეცადეთ შეგვეხსენებინა მკითხველისთვის, რომ ეს პანდემია პირველი არაა, მსგავსი მრავალი უბედურება დაუძლევია ჩვენს ხალხს და აქამდე მოუღწევია ერთმანეთის თანადგომით, ნდობით, გონიერებით, სიყვარულით, რწმენით და იმედით.

შავი ჭირის, ტიფის, ქოლერის, ყვავილის, დიფტერიის, გრიპის ეპიდემიები სწრაფად ვრცელდებოდა ქვეყნებსა და კონტინენტებზე და მუსრს ავლებდა მოსახლეობას. ჩვენში მათ „უამიანობას“ უწოდებდნენ. ეპიდემიები მაღალი სიკვდილიანობით ხასიათდებოდა, განსაკუთრებული ვერაგობით შავი ჭირი გამოირჩეოდა. ცნობილია ამ დაავადების 140 ეპიდემია და 3 პანდემია.

შავი ჭირის ეპიდემია, რომელმაც ჩინეთისა და ინდოეთის მოსახლეობას მუსრი გაავლო, მონღოლთა ჯარმა ევროპაშიც შეიტანა, სადაც 20 წლის განმავლობაში 60 მილიონი ადამიანი დაიღუპა – მოსახლეობის თითქმის მეოთხედი. შავი ჭირის იმუნიზაცია (აცრა) არ არსებობს, ჯერჯერობით ლიკვიდირებული არ არის. მისი ერთეული, ეპიზოდური შემთხვევები ახლაც იჩენს თავს ჩინეთში, მონღოლეთში, მადაგასკარში. ინფექციის ძირითადი გადამტანი მღრღნელებია. ეპიდკერები დღესაც არსებობს ამერიკაში, საქართველოში, სომხეთში, რუსეთში, თურქეთში, საბერძ-

ნეთში. ამჟამად შესაძლებელია შავი ჭირის ეფექტური მკურნალობა-დროულად დაწყებული ანტიბიოტიკოთერაპიით პაციენტი იკურნება.

საქართველოში განსაკუთრებით საშიში ინფექციის შემოტანას და გავრცელებას ხელს უწყობს მისი გეოგრაფიული მდებარეობა – საქართველოზე გადიოდა „აბრეშუმის გზა“ და სხვა კომუნიკაციები. შავი ჭირის პირველი ეპიდემია მე-6 საუკუნეშია დაფიქსირებული. იგი თბილისში შემოუტანიათ ვაჭრებს მეზობელი ქვეყნებიდან. თბილისიდან ინფექცია რეგიონებშიც სწრაფად გავრცელებულა და თითქმის 30 წელი მძვინვარებდა. მე-14 საუკუნეში შავმა ჭირმა თბილისის მოსახლეობის ნახევარი შეიწირა. ეპიდემია ძირითადად მოსახლეობის ლარიბ ფენებში ვრცელდებოდა, მაგრამ ისტორიას შემორჩა ამ სნეულებით დაღუპულ დიდგვაროვანთა და სამეფო ოჯახის წევრთა სახელებიც.

ამბობენ, რომ:

ალექსანდრე მაკედონელი მალარიამ შეიწირა;
თემურ ლენგი გრიპოზული პნევმონიით დაიღუპა;
შაჰ-აბასი დიზენტერიით გარდაცვლილა.

მონღოლთა „ოქროს ურდომ“ ბერქას წინამძღოლობით ააოხრა კავკასია, მაგრამ იგი მისავე ბანაკში გაჩენილმა შავმა ჭირმა იმსხვერპლა.

თელავში გარდაცვლილი გმირი მეფე ერეკლე II შავი ჭირის შიშით 40 დღე ვერ დამარხეს. 40 დღის შემდეგ, როცა ეპიდემიის ინტენსივობამ ცოტათი იკლო, 20 ათასი კაცის თანხლებით ცხედარი თელავიდან მცხეთაში წააბრძანეს, კუბო არაგვის მარცხენა ნაპირზე დაასვენეს, გამცილებ-

ლები კი სწრაფად უკან გაბრუნდნენ, რათა სვეტიცხოვლიდან მოსულ ხალხს არ შეხვედროდნენ: მაშინ სვეტიცხოველში თავს აფარებდა სხვადასხვა დაავადებით დაუძლურებული უამრავი ადამიანი, რომლებსაც ეკლესიაში პატრონობდნენ, უმსუბუქებდნენ მოახლოებული სიკვდილის განცდებს.

ერეკლეს თხოვნით, მისი შვილი, იულონ ბატონიშვილი კათოლიკე მისიონერებს აუცრავთ ყვავილზე. ალბათ, ეს იყო პირველი აცრა საქართველოში. აქვე დავსძენთ, რომ აჭარაში ყვავილზე პირველი აცრა ჩაუტარებია ქედის მაზრის სოფელი ძენწმანის მცხოვრებს, ქართული პრესის შესანიშნავ კორესპონდენტს, ილია ჭავჭავაძის მიერ მრავალჯერ ნაქებ პატრიოტ მამულიშვილს აბდულ ეფენდი მიქელაძეს. ყვავილის აცრა მას სტამბოლში უსწავლია. უანგაროდ ცრიდა მეზობლებს, რითაც მრავალი სიცოცხლე გადაურჩენია.

აბდულ მიქელაძის ღვანლი შეისწავლა და მასალები გამოაქვეყნა ან გარდაცვლილმა ექიმმა, საზოგადო და სახელმწიფო მოღვაწემ, ბერმა ანდრიამ (პროფესორმა რამაზ სურმანიძემ). მადლობა – მას!

შავი ჭირით გარდაცვლილთა გვამებს ინფექციის გადადების შიშით ზოგჯერ ახლოს არ ეკარებოდნენ, გაურობდნენ, არაიშვიათად საცხოვრებელ ადგილსაც იცვლიდნენ. ევროპაში სახლს, სადაც შავი ჭირით ავადმყოფები ცხოვრობდნენ, გარედან ამოქოლავდნენ. ამ ბარბაროსულ ნესს სახლში მცხოვრები ჯანმრთელებიც ეწირებოდნენ.

საქართველოში, ჩვენს სათაყვანებელ ხევსურეთში (შატილში) საოცარი ტრადიცია ჰქონდათ: ეპიდემიის პერი-

ოდში სპეციალურად აგებდნენ აკლდამებს, სადაც შავი ჭირით დაავადებული ადამიანები ნებაყოფლობით სახლდებოდნენ თვითიზოლაციის მიზნით, სხვებისთვის რომ არ გადაედოთ საშიში სენი. ასე იქცეოდა ყველა დაავადებული. როცა აკლდამა გაივსებოდა, მისი ბინადრები კედლებს შიგნიდან ამოქოლავდნენ... ნამდვილად საოცარი მაგალითია!

აღწერილია და ჩვენამდე მოღწეულია ცნობა 1840 წელს საქართველოში ქოლერის მრისხანე ეპიდემიის გავრცელების შესახებ, რომელსაც რამდენიმე დღეში ოჯახები და გვარები მთლიანად ამოუწყვეტია. მორიგი ეპიდემია 1919 წელს დაფიქსირებულა. იგი თბილისში შემოიტანეს უცხოელებმა, აქედან სწრაფად გავრცელებულა რეგიონებშიც. ქოლერის ეპიდემიის ძირითადი მიზეზი მაინც მდინარე მტკვარის სასმელად გამოყენება ყოფილა.

უფროს თაობას უნდა ახსოვდეს გასული (მე-20) საუკუნის 70-იან წლებში საქართველოში ქოლერის ეპიდემიასთან დაკავშირებული პერიპეტეიები. მაშინაც დანესდა შეზღუდვები, ახლანდელი კორონავირუსის საწინააღმდეგო ანალოგიური ღონისძიებების შედეგად მოკლე დროში მოხერხდა ეპიდემიის ლიკვიდაცია. მოწოდების სიმალლეზე, გონივრულად და ეფექტურად იშრომა ხელისუფლებამ და ჯანდაცვის სისტემამ. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებებს ხელმძღვანელობდა ცნობილი საზოგადო მოღვაწე, ინფექციონისტი და მიკრობიოლოგი, პროფესორი ვახტანგ ბოჭორიშვილი.

ჩვენს ეპოქაში, დამოუკიდებელ საქართველოშიც არ მოგვკლებია საშიში ინფექციების სუსხი. საბჭოთა კავში-

რის დაშლის შემდეგ მასში შემავალ სახელმწიფოებში ქაოსი სუფევდა, მოშლილი იყო სახალხო მეურნეობის ყველა სფერო, საზოგადოებრივი წესრიგი, ჯანდაცვა, მედიცინა. სარფის კარის გახსნამ განაპირობა პოსტსაბჭოთა ქვეყნების მოსახლეობის თურქეთში სავაჭროდ გამგზავრების დიდი ინტერესი. საბაჟოს ტერიტორია და თვით ქალაქი ბათუმიც კი ვერ იტევდა მოზღვავებულ ხალხს. ადამიანების მჭიდრო თავშეყრა, ქაოსი ინფექციურ დაავადებათა გავრცელების ხელშემწყობი ფაქტორებია. ამას დაემატა ადამიანთა ამ ჭრელ მასაში იმუნიტეტის დაქვეითება. საბჭოთა კავშირის არსებობის ბოლო წლებში მოშლილი იყო წარსულში ნაქები იმუნიზაციის სისტემა - თითქმის არ ტარდებოდა სავალდებულო აცრები.

ცალკეულ ინფექციურ სნეულებათა მიმართ იმუნიტეტის არარსებობა, შიმშილი, სიცივე, სიბინძურე და ქაოსი, ადამიანთა უწესრიგო თავშეყრა, ელემენტარული ჰიგიენური წესების დაუცველობა გახდა სხვადასხვა ინფექციური დაავადების გავრცელების მიზეზი, მათ შორის, აჭარის მოსახლეობაშიც. საშიშმა გადამდებმა დაავადებამ – დიფტერიამ აჭარაში ეპიდემიის სახე მიიღო. მდგომარეობას ართულებდა ისიც, რომ არ გაგვაჩნდა ასაცრელი მასალა. ქვეყნისთვის ამ მძიმე დღეებში დახმარების ხელი გამოგვიწოდა გაეროს ბავშვთა ფონდმა – „იუნესემმა“ – უფასოდ მოგვანოდა დიფტერიის საწინააღმდეგო შრატის საკმარისი რაოდენობა და მოავლინა კონსულტანტი, „იუნესეფის“ ოფიცერი, ფილოსოფიისა და მედიცინის დოქტორი დინ ეკერბერგი. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მეთაურმა იმუნიზაციის და დიფტერიის ლიკვიდა-

ციის გლობალურ საკითხებზე მოიწვია თათბირი, რომელსაც ესწრებოდნენ დინ ეკერბერგი და მაშინდელი ჯანდაცვის მინისტრი აკაკი ბერიძე. თათბირის დასასრულ ბატონმა ასლან აბაშიძემ იქვე უქარნახა დიფტერიის სალიკვიდაციო ღონისძიებათა გეგმა-პროგრამა. პროგრამაში გაწერილი იყო აცრებისა და სხვა ღონისძიებათა დეტალური გეგმა, გაანგარიშებული აჭარის მთლიანი მოსახლეობის სამჯერადი აცრისთვის. იმუნიზაციის პერიოდში ყველა რაიონში მობილიზებული იყო მსუბუქი ავტომობილები, მედდები, ექიმები, მძღოლები, რომლებსაც დაენიშნათ ხუთმაგი ხელფასი. გათვალისწინებული იყო ყველა ნიუანსი. პროგრამა დიდი ძალისხმევით, წარმატებით შესრულდა და მოკლე ვადაში დიფტერიის არც ერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა.

2 თვის შემდეგ ჩვენმა კურატორმა, დინ ეკენბერგმა „იუნისეფის“ ბიულეტენში გაავრცელა ინფორმაცია, რომ აჭარაში დიფტერიის ეპიდემიის სანინააღმდეგო ღონისძიებები ჩატარდა გააზრებულად, მოსახლეობა 3-ჯერადად აიცრა. იმუნიზაციის დამთავრების შემდეგ დიფტერიის შემთხვევები არ დაფიქსირებულა. დინ ეკენბერგმა მოუწოდა სახელმწიფოებს, საშიშ ინფექციებთან ბრძოლა განახორციელონ აჭარის პროგრამით, რომელიც სამაგალითოა.

წარსულში საშიში ინფექციების ეპიდემიებს იცნობდნენ და მათ მართვას ახერხებდნენ ქართველი ექიმები, სახალხო მკურნალები. ისინი ფლობდნენ ამ დარგში დაგროვებულ ცოდნას, მედეასეული მკურნალობის მეთოდებს, იცნობდნენ ჰიპოკრატეს, გალენის, ავიცენას და სხვათა

შრომებს. ინფექციურ სნეულებათა პრევენციის, კლინიკისა და მკურნალობის საკითხები კარგადაა გაშუქებული ქართულ ორიგინალურ და ნათარგმნ სამედიცინო კარაბადინებში - „წიგნი სააქიმოი“, „უსწორო კარაბადინი“, „იადიგარ დაუდი“ და სხვა. მათში შავი ჭირი ზოგჯერ მოიხსენება „ჰავის ჟამის“, „ჰავის სენის“ სახელწოდებით.

ქართულ კარაბადინებში სრულადაა წარმოდგენილი ძველი აღმოსავლეთის სწავლულთა ცოდნა სამკურნალო სფეროში. ეს ცოდნა ძირითადად ვრცელდებოდა სხვადასხვა ქვეყანაში „აბრეშუმის გზით.“ განსაკუთრებული როლი სამედიცინო და სხვა კულტურის გავრცელების საქმეში არაბებს ეკუთვნით. ევროპელთა მიერ დავიწყებული ანტიკური ხანის ფილოსოფიური მემკვიდრეობა მათ არაბულ ენაზე თარგმნეს და მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში გავრცელეს. სამედიცინო მეცნიერება დროის შესაფერისად ვითარდებოდა საქართველოშიც. მედეას პერიოდის სამედიცინო ტრაქტატები, „კურა მედიანას“ მოძღვრება მრავალი საუკუნის შემდეგაც აღწევდა მშობლიური ქვეყნის რეგიონებს, იხვეწებოდა, ვითარდებოდა და „აბრეშუმის გზით“ სხვა ქვეყნებში ვრცელდებოდა. ასევე ითარგმნებოდა სხვა ქვეყნის ტრაქტატები.

ბასიანის ბრძოლაში გამარჯვებით ქართველმა ჯარმა დიდი ნადავლი ჩაიგდო ხელში. დოვლათში უძვირფასესი განძი – არაბულ ენაზე დაწერილი სამედიცინო ტრაქტატიც აღმოჩნდა. მწიგნობართუხუცესმა ჭყონდიდელმა ანტონმა წიგნი სასწრაფოდ გადათარგმნა ქართულად და დაარქვა „წიგნი სააქიმოი“. ამ კარაბადინებზე სწავლობდა და იზრდებოდა ქართველ ექიმთა თაობები.

აჭარაში თურქთა 300-წლიანი ბატონობის შემდეგაც ხალხში შემონახულა სამედიცინო ცოდნა, რომელსაც სახალხო მკურნალები, ექიმები და მოსახლეობის საკმაო ნაწილი კარგად იცნობდა.

განსაკუთრებით საშიში ინფექციების ეპიდემია-პანდემიებმა გაანადგურა სახელმწიფოები, მთლიანად მოსპოვრები. დამლუპველია ამ დროს შიში, ეჭვი, პანიკა, უნდობლობა.

საქართველოს გადარჩენაში სხვა ფაქტორებთან ერთად, მოსახლეობაში დაგროვილ სამედიცინო ცოდნასაც მნიშვნელოვანი როლი (ხალხურ მედიცინასაც) მიუძღვის, გადამწყვეტია მაინც მოთმინება, ერთმანეთის სიყვარული, სიტუაციის შესაბამისი გონივრული რეკომენდაციების აუცილებელი შესრულება.

ერის წარსულის, კულტურის საზომად ხალხური მედიცინის განვითარების დონეც შეიძლება გამოდგეს.

**რაზე მიგვიბრუნებენ და რას გვირჩევენ აჭარის ექიმთა
გაერთიანებული საზოგადოება, სანამ აბოლუტურ
კატასტროფულად დაბინძურდება**

ბათუმის ქუჩებში ავტომობილების მატება, მსუბუქად რომ ვთქვათ, გვარიან დისკომფორტს უქმნის ბათუმელებსაც და ქალაქის სტუმრებსაც. ჯერ ტურისტული სეზონის პიკამდე საკმაოდ შორს ვართ, მაგრამ ქალაქში მომრავლებული საცობები მრავალგზის თავსატეხადაა ქცეული არა მარტო ავტოტრანსპორტის მფლობელთათვის, არამედ ფეხით მოსიარულეთათვისაც. ჩვენს გაზეთში არაერთხელ დაწერილა ამ პრობლემასთან დაკავშირებულ საკითხებზე: არასაკმარის და მოუხერხებელ პარკინგზე, ქუჩების სივიწროვებზე, დარღვევებზე მოსახლეობის მხრიდან და ასე შემდეგ. ამ აქტუალურ და საკმაოდ გავრცელებულ პრობლემას დღეს ჩვენი გაზეთის ფურცლებიდან აჭარის ექიმთა გაერთიანებული საზოგადოება ეხმაურება, რადგან ეს საკითხი ჩვენს ჯანმრთელობასაც ეხება. გვესაუბრება ორგანიზაციის თავმჯდომარე, პროფესორი, ცნობილი ქირურგი აკაკი ბერიძე.

- აჭარის სამედიცინო საზოგადოება შემფოთებულია ბათუმში ავტომობილების სიმრავლით გამოწვეული პრობლემებით. ტრადიციულად, ავტოტრანსპორტის რაოდენობა ზაფხულის სეზონისთვის მნიშვნელოვნად მატულობს, წლევანდელი პროგნოზით კი რეკორდულ რაოდენობას

მიადწევს. ვფიქრობთ, ეს ქალაქის ქუჩებში მოძრაობის კოლაფსს გამოიწვევს. ამავე დროს, მთელი პასუხისმგებლობით ვაცხადებთ, რომ გამონაბოლქვი აირებისა და მცვრისაგან დაბინძურებული ჰაერით სუნთქვა გაჭირდება, ყურთასმენას წაიღებს ხმაური, მოიმატებს ტრავმები, ზოგადად, გაუარესდება ეკოლოგიური მაჩვენებლები, – გვითხრა აკაკი ბერიძემ და ჩვენს შეკითხვაზე,

– რამ შეიძლება შეამსუბუქოს ეს მდგომარეობა, გვიპასუხა:

– ნამდვილად ხსნა იქნება შემოვლითი ავტობანის მშენებლობის დამთავრება, რომელიც რადიკალურად განტვირთავს ქალაქს, მაგრამ მანამდეც გვმართებს სერიოზული პრევენციული ღონისძიებების გატარება. ჩვენ გვესმის, რომ ამ საკითხის მოგვარება ძალოვანი სტრუქტურების, ქალაქის მერიის, ხელისუფლების პრეროგატივაა, მაგრამ სასიცოცხლო მნიშვნელობის პრობლემაზე ყველამ უნდა იფიქროს, აქ გულგრილობა დაუშვებელია. ყველა სასწავლო და სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა იზრუნოს მათ მიმდებარე ტერიტორიებზე ტრანსპორტის მოძრაობისა და პარკირების უსაფრთხოებაზე. უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლებისათვის განკუთვნილი ჰიგიენის სახელმძღვანელოს ადრინდელ გამოცემებში ხაზგასმული იყო, რომ მსოფლიოს ორ ქალაქს – ლონდონს და ბათუმს სმოგის განვითარების საშიშროება ემუქრება. თუ კი ნაგებობები ხელს შეუშლის ქალაქის განიავების ბუნებრივ პროცესს. ადრე ძნელი წარმოსადგენი იყო ავტომანქანების ასეთი სიმრავლე ბათუმში. ზღვისპირა ზოლში მაღლივი სახლების და ზღვის ნიავეთ ქალაქის აერაციის დამაბრკოლებელი სხვა

ფაქტორების წინააღმდეგ ხელისუფლება შეუვალი იყო. ამის შედეგია, რომ ქვეყანას შესანიშნავი საკურორტო ქალაქი შეუნარჩუნდა. დღეს კი მდგომარეობა უარესობისკენაა შეცვლილი.

ქალაქის დაგეგმარების შედეგების შეცვლა დღეს შეუძლებელია, თუმცა საავტომობილო მოძრაობის განვითარებასა და ჰაერის კიდევ უფრო მეტად დაბინძურებისაგან თავიდან აცილებაზე აუცილებლად უნდა ვიფიქროთ.

ზაფხულამდე კიდევ რჩება დრო პრევენციული ღონისძიებებისთვის. როგორც ქვეყნის მთავარი ტურისტული ქალაქი, ბათუმი თანდათან უნდა გადავაქციოთ ეკოლოგიურად სუფთა ქალაქად. განვითარების პერსპექტიულ გეგმაში უნდა გავითვალისწინოთ ქუჩების, სკვერების, ავტოსადგომების მშენებლობის ნიუანსები ეკოლოგიის მოთხოვნების შესაბამისად. გლობალური პრობლემების გადაჭრა ხელისუფლებას უნდა მივანდოთ, ჩვენ კი, ერთობლივი ძალისხმევით შეგვიძლია მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანა ეკოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესებაშიც და საერთოდ, ბათუმის, როგორც ტურისტებისთვის უფრო მიმზიდველ ქალაქად გადაქცევაში, ისე ადგილობრივებისთვის ჯანმრთელი ცხოვრების პირობების შექმნაში.

– როგორ?

– პერსპექტივაში ბათუმი უნდა განვითარდეს ნავთობის საწვავზე მომუშავე ავტოტრანსპორტისგან. ქალაქის ტერიტორიის მოცულობაც და რელიეფიც საშუალებას იძლევა, ვიაროთ ფეხით, ველოსიპედით, სკროლით, აკუმულატორზე მოძრავი ეტლებით, მცირე გაბარიტის მანქანებით.

დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყოს მოსამზადებელი სამუშაოები:

ა) ხალხმრავალ დაწესებულებებში (სასწავლო და სამედიცინო), მსხვილ საწარმოებში უნდა გაიხსნას ველოსიპედის, სკროლის, აკუმულატორისძრავიანი ეტლის, მცირეგაბარიტიანი ავტომობილის ტარების შემსწავლელი კურსები;

ბ) აუცილებელია, რომ გავაუმჯობესოთ ქუჩაში მოძრაობის წესების სწავლების ხარისხი;

გ) აიკრძალოს გზაჯვარედინებზე მოწყალების სათხოვნელად ბავშვების ღვომა (ხშირად იქმნება ავარიული სიტუაცია);

დ) გაძლიერდეს კონტროლი ქუჩაში მოძრაობის წესების დასაცავად;

ე) ქალაქში აიკრძალოს ხმაურიანი მოპედებით მოძრაობა;

ვ) ზაფხულში ჩატარდეს ქალაქის განტვირთვის ექსპერიმენტი – ერთი დღით აიკრძალოს ნავთობის საწვავზე მომუშავე ავტომობილების მოძრაობა, ქალაქში გადაადგილების უფლება მხოლოდ სასწრაფო დახმარების, პოლიციისა და სპეცდანიშნულების მანქანებს, ტაქსებს მიეცეთ ექსპერიმენტის წარმატების შემთხვევაში ასეთი დღეების რაოდენობა თანდათანობით გაიზარდოს;

ზ) ორგანიზაცია-დაწესებულებებში: საავადმყოფოებში, სკოლებში, უმაღლეს სასწავლებლებში გაიხსნას ველოსიპედის ტარების პრაქტიკული სასწავლო კურსები;

თ) ენთუზიასტებს ნება დაერთოთ, ზღვისპირა პარკში შექმნან ჰიგიენური ვარჯიშების და ცხოვრების ჯანსაღი წესების შემსწავლელი ჯგუფები.

შესაბამის ორგანოებს: ბათუმის ტურისტულ სააგენტოს, ბათუმის მერიას, განათლების სამინისტროს, ჯუმბერ ლეუშავას აკადემიას ვთხოვთ, თანადგომა გაუწიონ ორგანიზაციებს ამ პროექტის განხორციელებაში. ცუდი არ იქნებოდა ისიც, რომ შესაბამისი შესაძლებლობის მქონე ფირმებმა შემოიტანონ დიდი რაოდენობით ველოსიპედები, ელექტროსკუტერები, აკუმულატორიანი ეტლები და (სხვა მცირე ზომის გადასადგილებელი ტრანსპორტი).

ვფიქრობთ, ზემოთ აღნიშნული ექსპერიმენტი, მართლაც, წაადგება ატმოსფეროს გაჯანსაღებას, როგორც ფიზიკურად, ისე სულიერადაც. მოვუაროთ ჩვენს ქალაქს, მეტი ვიაროთ ფეხით, ველოსიპედით. მედიკოსთა რჩევები მანამ უნდა ვიღოთ ყურად, სანამ ბათუმი ჰაერის დაბინძურებით ერთ-ერთ პირველ ადგილზე არ აღმოჩნდება მსოფლიოში.

გაზეთი „აჭარა.“ 7-11.05.2022

შენი ჭირიმე სიკვდილო, სიცოცხლე შვენობს შენითა

ვაჟა ფშაველა

„რა ჰქნა? – ახლა ირაკლიმ თქვა და თავი დახარა,
იმ დღეს ავად მენიშნა ეს ამდენი ჭალარა“...
მურმან ლებანიძე

– როგორ მიგაჩნიათ, მომაკვდავ ადამიანს უნდა აუწყოს თუ არა მკურნალმა ექიმმა სიცოცხლის დასასრულის შესახებ?

ირაკლი აბაშიძე: რადგან ბუნებამ არ უთხრა ადამიანს მისი სიცოცხლის დასასრულის შესახებ, ჩემი აზრით, მკურნალმა ექიმმაც არ უნდა აუწყოს.

ავლიპ ზურაბაშვილი: ყოვლად დაუშვებელია, მკურნალმა ექიმმა მომაკვდავ ავადმყოფს უთხრას, რომ მის სიცოცხლეს დასასრული (სიკვდილი) მოელის. მან არ უნდა გაანდოს დასასრულის ამბავი ორი გარემოების გამო: ჯერ ერთი, არავინ იცის, ნამდვილად მოხდება კატასტროფა თუ არა (ამ მხრივ მეცნიერებაში მრავალი მაგალითია) და მეორე, თანამედროვე ჰუმანური, ეგრეთწოდებული ემპათიური მედიცინის თანახმად, ყოვლად დაუშვებელია ბაასი სიკვდილის შესახებ.

ოთარ ღუდუშაური: არავითარ შემთხვევაში. თუ ექიმი არ ეტყვის სიცოცხლის დასასრულის შესახებ, შესაძლებელია ავადმყოფი გადარჩეს. თუ ეტყვის, ავადმყოფი აუცილებლად მოკვდება.

ვასილ ბაბუხაძე: მომაკვდავ ავადმყოფს არავითარი ფორმით არ შეიძლება უთხრა მისი სიცოცხლის დასასრულის შესახებ, რადგან იმედი დიდად მოქმედი ფაქტორია. ეს ეთიკურადაც იქნებოდა დაუშვებელი, ადამიანს ტერმინალურ მდგომარეობაშიც არ უნდა შევუწყვიტოთ იმედის მაცოცხლებელი წყარო.

– თქვენი აზრით, საშიშია თუ არა სიკვდილის ფენომენი?

ირაკლი აბაშიძე: ჩემი გამოცდილების მიხედვით გეტყვით: ახალგაზრდობასა და სიჭაბუკეში გაცლებით უფრო მეშინოდა, ვიდრე სიბერეში. ალბათ, ასე იყო ყველა თაობის ადამიანი.

ავლიპ ზურაბაშვილი: საკითხი სიკვდილის ფენომენის შესახებ მეტად რთული პრობლემაა, როგორც ბიოლოგიურად, ფსიქოლოგიურად, ისე, პირველ რიგში, მორალურ-ეთიკურად. აქ მინდა გავიხსენო სპინოზას დებულება – ადამიანი სიცოცხლეში ყველაზე ნაკლებად უნდა ფიქრობდეს და ფიქრობს სიკვდილზე. ეს საკითხი ღრმად არის დიალექტიკურად გასააზრებელი, ხოლო ძველ რომაელთა დებულება გახსოვდეს სიკვდილი, ჩემი აზრით, გულისხმობს მოწოდებას, რომ ადამიანი უნდა ცდილობდეს ნუთისოფელი ვალმოხდილმა დატოვოს.

ოთარ ღუდუშაური: არ არსებობს ადამიანი, რომ არ ეშინოდეს მისი.

ვასილ ბაბუხაძე: სიკვდილის ფენომენი რამდენად საშიშია, ვერაფერს მოგახსენებთ. „სიკვდილი თავისთავად არ არის საშიში, საშიშია თვით ეს პროცესი, თქვა ნეკრასოვმა, როდესაც გაიგო, რომ უკურნებელი სენით იყო ავად.

– რა მიგაჩნიათ ადამიანის სიცოცხლის ძირითად მიზნად?

ირაკლი აბაშიძე: სიბერეში ვრწმუნდები - მაინც ზრუნვა შთამომავლობაზე, ზრუნვა მომავალზე. რასაც შემოქმედი აკეთებს, ალბათ, ამ საზრუნავში შედის.

ავლიპ ზურაბაშვილი: ადამიანის ცხოვრების ძირითადი მიზნისთვის, ხმამაღლა, ყვირილით ვამბობ, საჭიროა, ადამიანი ემსახუროდეს შრომას, მოვალეობას, სხვაზე ზრუნვას და მტკიცედ უსმენდეს შინაგანი სინდისის უღერადობას.

ოთარ ღუდუშაური: შრომა.

ვასილ ბაბუხაძე: ადამიანის სიცოცხლის მიზანი, სხვა დიად მიზანთა შორის, იქნება, აკეთო კეთილი და სასარგებლო საქმე, მაშინ სოციალური ჰომეოსტაზიც აღმოჩნდება დაცული.

გაზეთი „მედიცინა“, დეკემბერი, 1997 წ.

P.S. ეს სტრიქონები ათ წელზე მეტი ხნის წინათ იწერებოდა, როცა აჭარის ჯანდაცვას ხელმადლიანი დასტაქარი, აკადემიკოსი აკაკი ბერიძე თავკაცობდა. ამჟერად, საინტერესოა, ზემოთ დასმულ კითხვებზე ბატონ აკაკის პასუხები:

– უნდა აუნყოს თუ არა მკურნალმა ექიმმა პაციენტს, რომ იგი უკურნებელი სენითაა დაავადებული. ამ საკითხის შესახებ სხვადასხვა შეხედულება არსებობს: ერთნი, უპირატესად საბჭოური სამედიცინო სკოლის მიმდევრები თვლიან, რომ როცა დადგინდება - ავადმყოფს აქვს განუკურნებელი დაავადება, სრულ ინფორმაციას აწვდიან ახლო ნათესავებს, თვით პაციენტს კი უმაღავენ დაავადების ჭეშმარიტ ბუნებას.

ასეთი მიდგომით თითქოს ზოგავენ ადამიანის ფსიქიკას, უნერგავენ განკურნების რწმენას, თუმცა დაავადება პროგრესირებს, მორჩენის იმედი თანდათან მცირდება, განკურნების შეგონებისა პაციენტს აღარ სჯერა.

ამჟამად სამედიცინო საზოგადოებაში მიღებულია, რომ პაციენტს თავიდანვე ეუწყოს სიმართლე მისი დაავადების და პროგნოზის შესახებ. მწარე სიმართლე შელამაზებულ ტყუილზე უკეთესია; ადამიანი თავისუფალი ბუნებისაა და უფლება აქვს იცოდეს ყველაფერი თავისი ჯანმრთელობის შესახებ. ამ შემთხვევაში ადამიანი ხანმოკლე პანიკურ შიშს ძლევს და გონივრულად გეგმავს დარჩენილ სიცოცხლეს, აგვარებს ცხოვრებისეულ პრობლემებს და ვალმოხდილი აღესრულება.

ჩემი აზრით, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში საკითხს ინდივიდუალური მიდგომა სჭირდება. ადამიანები ძლიერ განსხვავდებიან ფსიქიკური მდგომარეობით, ინტელექტით, ტემპერამენტით და ამიტომ ყველას მიმართ ერთი შაბლონი არ გამოდგება. განონასწორებულ, საქმიან, ბრძენ მოხუცს უმჯობესია თავიდანვე ვუთხრათ სიმართლე, ისტერიული ბუნების ადამიანებს თანდათანობით, მოზომილად უნდა მივანიშნოთ მისი ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის შესახებ, რათა ავიცილოთ ფსიქიკური ტრავმა, რომელიც მისთვის შეიძლება საბედისწერო აღმოჩნდეს (სუიციდი).

რაც შეეხება სიკვდილის ფენომენს, ის იდუმალებით მოცული სფეროა, რომელიც უპირატესად რელიგიის განსჯის საგანია. ყველამ იცის, რომ სიკვდილი გარდაუვალია და გარკვეულწილად შეგუებულია სიცოცხლის დასასრულს. რელიგიური დოგმებით ადამიანის სული უკვდავია, კვდება მხოლოდ ფიზიკური სხეული, სული კი გარდაისახება (ქართულად გარდაიცვლება), გადადის სხვა უფრო სრულყოფილ განზომილებაში (აღესრულა, - ამბობენ გარდაცვლილზე). ინდუისტური რელიგიური ფილოსოფიით სიკვდილი გამოსახულია წრიულად დახვეული გველის ფორმით, რომელსაც პირით კუდი უჭირავს.

ვფიქრობ, ამის გავლენაა ქართული სიტყვა „მოკვდა“ (მოკუდა – წრე შეკრა, ციკლი დაასრულა).

ბოლო წლებში სიკვდილის ფენომენით მეცნიერებაც დაინტერესდა. ახლახან გარდაცვლილი აკადემიკოს ივერი ფრანგიშვილის ხელმძღვანელობით დადგენილია სულის წონა, რომელიც სიკვდილის მომენტში ტოვებს სხეულს, განსაზღვრულია მისი ფიზიკური მდგომარეობა (ღრუბლისებრი ნივთიერება). ძალზე საინტერესო დასკვნები დგინდება კლინიკური სიკვდილიდან გაცოცხლებულ პაციენტთა მონაყოლის ანალიზით.

ასე რომ, რელიგიური მიდგომა – სულის სიცოცხლე სიკვდილით არ მთავრდება – ნაწილობრივ დასტურდება, აგრეთვე, მეცნიერულად, იგი გარდაუვალია და საშიში არ არის.

მეგობრები, კოლეგები, პაციენტები

სკალპელიანი მინისტრი

ღრმა წყალში შეიძლება დაიხრჩო,
მაგრამ არსებობს ამ ხიფათისაგან
თავის დაღწევის ერთადერთი
საშუალება - ცურვის შესწავლა.

დემოკრიტე

ეს პუბლიკაცია იმაზე ადრე მომზადდა, ვიდრე ბატონ აკაკი ბერიძეს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯან-მრთელობის დაცვის მინისტრად დაამტკიცებდნენ. ამ შესანიშნავ ქირურგზე მოპოვებულმა ინფორმაციამ პატარა ნარკვევის სახე მიიღო, რომელიც მონოგრაფიისა და ქრონიკის ელემენტებსაც შეიცავს.

* * *

...აკაკი ბერიძის მეოხებით სასწრაფო ქირურგიული ოპერაცია გაუკეთდა აფხაზეთიდან დევნილ რომან დავითაიას. ცხადია, უფასოდ! გადარჩენილის მეუღლე სიხარულისაგან ტიროდა. ქირურგიული ოპერაციისათვის საჭირო თანხის (700 ლარზე მეტი) შეგროვება აღარ დასჭირდა. ეს მოხდა 1997 წლის ნოემბრის ბოლოს. ამის თაობაზე იმავე წლის 5 დეკემბერს (აკაკი ბერიძის დაბადების დღეს)

გაზეთმა „აჭარამ“ გამოაქვეყნა ჩემი წერილი: „აფხაზეთი-დან დევნილები სასტუმრო „აჭარაში“. ამავე გაზეთში დაიბეჭდა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის უმაღლესი საბჭოს დადგენილება აკაკი ბერიძის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრად დანიშვნის შესახებ. იქვეა მოტანილი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, ადამიანის ეკოლოგიისა და პროფილაქტიკური მედიცინის აკადემიკოსის მოკლე ბიოგრაფია: აკაკი ბერიძეს ჰყავს მეუღლე და სამი შვილი.

ბათუმში ყოფნისას აკაკი ბერიძეს ბევრგან შევხვდი, მისი სახელი და გვარი არაერთხელაა მოხსენიებული ჩემს (ჯერაც გამოუქვეყნებელ) „აჭარულ ქრონიკებში.“

ბოდიში უნდა მოვუხადო ფართო მკითხველს იმის გამო, რომ ქვემოთ აღწერილი არ იქნება, რომელ საათზე იღვიძებს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის მინისტრი, შაქრიან ჩაის სვამს, თუ უშაქრო ყავას, ფეხით მიდის სამსახურში, თუ მერსედესით, ზოგიერთი გადახვევაც იქნება, მოსაწყენია ტრადიციული ნარკვევის ტრაფარეტი, სახელდობრ, რომელ ექიმთან იყო ჩაბმული ბატონი აკაკი ტრადიციულ სოც. შეჯიბრებაში და ა.შ.

* * *

აკაკი ბერიძე 1939 წლის 5 დეკემბერს მოევლინა ნუთისოფელს. შუახევის რაიონში, მარეთის ხეობის ერთ-ერთ ულამაზეს სოფელ ოლადაურში. ამ სოფლის სილამაზით მოხიბლულ ნესტორ მაღაზონიას უთქვამს:

მთას გადივლი, ბარს გადივლი,
შეხვალ ოლადაურში,
შეხვალ, მაგრამ ვერ გამოხვალ,

გული გეტყვის, დარჩიო!
ასეთ სოფელს ვერსად ნახავ,
ათასში რომ არჩიო.

ათას კაცში გამორჩეულმა აკაკი ბერიძემაც სწორედ ოლადაურში აიდგა ფეხი. იქ დაიწყო სწავლა, იქ განათლდა და მოინათლა კიდევ. ვინც სოფელში დაბადებულია და გაზრდილა, მისი მეხსიერების გვირგვინი მშობლიური კუთხისა და სოფლის სახელია. ამ წერილში ვრცლად ვერ ვისაუბრებ იმაზე, თუ როდის აინთო აკაკი ბერიძის სამი სანთელი მარეთი - ოლადაური და ფურტიო. აჭარისა და საზოგადოდ საქართველოს უძველეს სახელმწიფო ტერიტორიაზე დღემდე ცნობილი არ ყოფილა ის ამბავი, რომ მეხუთე საუკუნის უდიდესი მოაზროვნე - კოლხეთის აკადემიის უკანასკნელი პატრიარქი იოანე ლაზი (ფსევდონიმები და ეპითეტები: ჯალ-ა, მითრიდატე, ქუჯი ეგრისელი, კუბიკულარი, იეროთმოსი, სერაფიმი) სწორედ სოფელ ფურტიოში დაბადებულია 382 წელს, თანამედროვე კალენდრით 12 მაისს, განათლება კი გონიოში მიუღია. ბიზანტიის მწიგნობარი კეისრებთან დაახლოებული სწავლული პოლიტიკოსი, აჭარელი დიდებული, სინამდვილეში იბერიის სამეფო კარზე (414 წელს) ქუჯი ეგრისელის ფსევდონიმით წარმდგარა „ფარნავაზის ცხოვრების“ ავტორებმა კი ახალი წელთაღრიცხვის მეხუთე საუკუნის აჭარელი მოღვაწე ქუჯი ეგრისელი ძველი წელთაღრიცხვის მესამე საუკუნის ეგრისის ერისთავად აქციეს: „და მერვე ქუჯი იყო ერისთავი ეგრისისა“ ე.ი. ახალი წელთაღრიცხვით მეხუთე საუკუნის აჭარელ მოძღვარს მემამულეებმ ისტორიულ ეგრისში გადაუძახა! ქუჯის (იოანე ლაზისათვის) ეგრისი წარმოადგენდა დასავლეთი საქართველოს ყველა კუთხის კრებით სახელს,

რადგან გონიოში განათლებას იღებდნენ საქართველოს ყველა მხრიდან ჩამოსული ახალგაზრდები. ფარნავაზს თითქოსდა რვა საერისთავო შეუქმნია. რვა ერისთავი და ერთი სპასპეტი დაუნიშნავს, მაგრამ მემატიანემ არ იცის არც ერთი მათგანის სახელი, გარდა ქუჯისა. განა ეს არ არის კურიოზი? მაგალითად: მეექვსე ერისთავზე „ფარნავაზის ცხოვრებაში“ ვკითხულობთ: „მეექვსე გაგზავნა ოძრახის ერისთავად და მისცა ტასისკარიდან ვიდრე არსიან - ამდის, ნოსტის თავიდან ზლუამდის, რომელ არს სამცხე და აჭარა.“ კი მაგრამ, მეექვსე ერისთავს სახელი არ ჰქონდა?! დიახ, „ფარნავაზის ცხოვრების“ ავტორს ქვენა გრძნობამ თუ აიძულა იქვე დაესახელებინა ქუჯი ეგრისელის (იგივე იოანე ლაზის) სამშობლო აჭარა. ვახტანგ გორგასალის მემატიანეებმა მეხუთე საუკუნის პირველი ნახევრის მოღვაწე, საქვეყნოდ ცნობილი იოანე ლაზი (444 წლიდან) მითიურ პიროვნებად აქციეს. ამგვარად, აჭარისადმი, მისი დიდი შვილისადმი ტენდენციურობასა და უდიერ დამოკიდებულებას ჯერ კიდევ ვახტანგ გორგასალის სამეფო კარის ბეცმა პოლიტიკოსებმა ჩაუყარეს საფუძველი. მემატიანეებმა, რომლებმაც ვახტანგ გორგასალის პიროვნება და ნამოღვაწარი განადიდეს, ბოლომდე ვერ გაიცნობიერეს აღმოსავლეთი და დასავლეთი საქართველოს ერთიანობის იდეა, რომელიც იოანე ლაზმა (იგივე ქუჯიმ) გონიოში განასკვა. სახელდობრ, ორი უბედურებიდან ნაკლები უბედურება უნდა ავირჩიოთ, ე.ი. ძლიერ ქრისტიანულ ბიზანტიასთან ახლო ურთიერთობა, ამგვარი პოლიტიკური ორიენტაცია დაედო საფუძვლად საქართველოს ერთიანობის იდეას. ამისათვის იბრძოდა იოანე ლაზი, იმიტომ ჩამოვიდა იგი 414 წელს იბერიაში, რომ ბიზანტიისათვის – მძევალი

(იბერიის უფლისწული – პეტრე იბერიელი) მოემზადებინა. წინააღმდეგ შემთხვევაში იბერიის უფლისწული მძევლად სპარსეთში აღმოჩნდებოდა. აჭარელი სწავლულის იოანე ლაზის წყალობით ბიზანტია-სპარსეთის ომში (422 წ.) იბერიამ და ალბანეთმა სპარსეთის მხარე კი არ დაიჭირეს, არამედ ბიზანტიას მიემხრნენ, ეს მოხდა ვახტანგ გორგასალის გამეფებამდე 15 წლით ადრე; 422 წლის შემოდგომაზე ბიზანტიამ სპარსეთთან ომი მოიგო. იოანე ლაზმა და პეტრე იბერიელმა ბიზანტიის მწიგნობარ კეისართან (თეოდოსი მცირე) ისეთი ურთიერთობა დაამყარეს, რომ აღმოსავლეთმა და დასავლეთმა საქართველომ 422 წლიდან 453 წლამდე შვეებით ამოისუნთქა. აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ბიზანტიის კეისრისა და მისი მეუღლის ათენაიდა-ევდოკიას დახმარებით ჩვენმა სულიერმა მამებმა იოანე ლაზმა და პეტრე იბერიელმა, პალესტინაში (მაიუმის ქართველთა მონასტერი) ახალი მიმდინარეობის თეოლოგიურ-ფილოსოფიური სკოლა ჩამოაყალიბეს. ამ ორი ქართველის მოღვაწეობის მეოხებით მეხუთე საუკუნის მეორე ნახევარში ქრისტიანული რელიგია ქრისტიანულ ფილოსოფიასა და ეთიკაში გადაიზარდა. ამაზე მეტყველებს არეოპაგიული ტრაქტატები. ეს იყო მსოფლიო მნიშვნელობის ისტორიული მოვლენა, რომლის სათავეშიც აჭარელი ფილოსოფოსი იოანე ლაზი იდგა. შურითა და ღვარძლით გონებადბნელებულმა სუბიექტებმა იოანე ლაზისა და პეტრე იბერიელის წაღმა ნაფარცხი უკუღმა ფარცხეს; ვახტანგ გორგასალი შეცდომაში შეიყვანეს, გადააცდინეს ზემოთხსენიებული გზიდან და ბიზანტიას (სხვათა შორის დასავლეთ საქართველოსაც) აუშხედრეს, ამრიგად, იოანე ლაზი (იგივე ქუჯი) ძვ. წელთაღრიცხვის მესამე საუკუნის

მოღვაწედ აქციეს, ეს იმას ნიშნავს, რომ ნაცარი შეაყარო თანამედროვე მწერლობას, პოლიტიკას და მატთანესაც. აჭარისადმი უდიერი დამოკიდებულება მეხუთე საუკუნის შუახანებიდან დაწყებული, სამწუხაროდ, მეოცე საუკუნის მიწურულს მეორდება. აი, რატომ გავავლე ისტორიული პარალელი.

დღეს ისევ აჭარაში ინასკვება საქართველოს ერთი-ანობის იდეა, ძლიერი მეგობრების ძიების გზა (გავიხსენოთ ბატონი ასლან აბაშიძის ვიზიტი ინგლისში და აჭარის განქვეყნება ევროპის რეგიონთა ასამბლეაში). სრულიად საქართველოს პოლიტიკური მაფია კი აჭარაში დამკვიდრებულ მშვიდობას, აჭარის ლიდერის პოლიტიკურ აქტიურობას ვერ შეგუებია, ზოგიერთი ცერცეცა ჟურნალისტიც ვერ ხვდება ამას, ცეცხლზე ნავთს ასხამს და საბერველივით უბერავს. თბილისი ბათუმში ხომ არ გადავიტანოთ. აჭარა თითქოს და მუსლიმანდება, მოლა ყოველ დილით ადის მინარეთზე და იქიდან ბათუმს დაჰკივისო. შარშან მთელი თვე მე იმ მეჩეთის ახლოს ვცხოვრობდი, მაგრამ მოლას წივილ-კივილი ერთხელაც არ გამიგონია, - (თბილისელ ჟურნალისტს კი მოლას კივილი ბათუმიდან თბილისში ესმის თურმე). სამაგიეროდ, ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის აკაკი ბერიძის საყვედურით აღსავეს სიტყვები კი ნამდვილად მენიშნა. ამ ხნის კაცს გონიო არ გინახავსო?!

ნახევარი საათის შემდეგ (1998 წლის 10 მარტი), მე აკაკისთან ერთად გონიოს დიდებული არქიტექტურული კომპლექსის ეზოში დავაბიჯებდი უკვე, რისთვისაც დიდ მადლობას მოვახსენებ. იქვე, უზარმაზარ ლოდზე, ამოკვეთილი გახლავთ პირველი ქართული სახელმწიფოს პირვე-

ლი გერბი, ე.წ. კოლხური ღუზა (კოლხების მიერ ნაოსნობის სიმბოლოდ ქცეული). სინამდვილეში ეს იყო მზის, დედამიწისა და მთვარის მოძრაობის ამსახველი ჰელიოცენტრული სისტემის სქემა. ჩვენს წინაპარ ქურუმებს ერთმარცვლიანი ასტრონომიული ხასიათის ტერმინები: „ბერ“, „მარ“, „ფურ“, „ზენ“, „თან“, „ქან“, „ჭარ“, „ხან“ ჰქონდათ მისადაგებული. ასტრონომიულ სქემაზე განგებ გამუქებული წერტილებით (სფეროებით) მონიშნულია მზის, მთვარისა და დედამიწის მდებარეობა. ელიფსის მცირე და დიდი ღერძების მოვალეობას სახელმწიფო გერბზე ასომთავრულის ასო-ნიშანი „ქან“-ი ასრულებს. ნყვეტილით ნაჩვენებია მთვარის ორბიტა „ბერ“ ფუძიდან წარმოიქმნა ბერიძე, „მარ“ ფუძიდან მარეთი, „ფურ“ ფუძიდან ფურტიო. მზესთან გაიგივებული პირველი მეფე-დედოფლის სახელები მარ-ი და ფურ-ი, ცხადია, ამავე სახელმწიფო გერბზე იყო გადატანილი.

ასომთავრული ასოების ნაცვლად გერბზე მხოლოდ თანამედროვე მხედრული ნიშნები გადავიტანე. ასე უფრო იოლად ამოიკითხავს ფართო მკითხველი შესაბამის სახელს. თითოეულ ასო-ნიშანს ანბანში გარკვეული რიცხვითი მნიშვნელობა ჰქონდა. მაგ. მზესთან გაიგივებული მეფის სახელი მარ-ე ასე იშიფრება: მ=40, ა=1, რ=100. ამ შემთხვევაში ჩაიწერება სხვაობა: $100-40-1=59$ მინუტს. მარ - ასე ჟღერდა გაზაფხულის ბუნიობის მზის სახელი. დღელამის განმავლობაში მზე 59 მინუტით ჩამორჩება ვარსკვლავური ცის ბრუნვას. ზოგადქართული ენის ლექსიკამ შემოგვინახა, აგრეთვე, პირველი მეფის ხელდასხმის მაუნყებელი ტერმინი „აბ-აშ“, კომპოზიტის პირველი ნაწილი წარმოადგენს გაზაფხულის ბუნიობის პირველი 12-საათიანი

დღის ჩანაწერს $aQ=ab=12$, პირველს კი უძველეს ქართულში „აშ-ი“ ერქვა. ასე წარმოიქმნა აბ-აშ-ა, ტოპონიმი აბაშეთი და გვარი აბაშის-ძე (მოგვიანებით აბაშიძე). საუკუნეები საუკუნეებს მისდევდა, ათასწლეულები ათასწლეულებს, მცხეთაში გაბატონებულმა ფარსმანიდების დინასტიამ კალენდართან მისადაგებული მეფობის ინსტიტუტი მოშალა. ფარსმანიდები ღრმა სიბერემდე მეფობდნენ. ფარსმანიდების მიერ დევნილ და შევიწროებულ აბაშებს მოგვიანებით ერთ ადგილზე მოუყრიათ თავი. როგორც ჩანს, გვარმა გვარი იცნო. ამაზე მეტყველებს საქართველოში დადასტურებული აბაშთ-უბანი (თანამედროვე აბასთუმანი) და არავითარ შემთხვევაში აბაზი-თუმანი, ან სპარსული პასი. აბაშები (აბაშიძის გვარით) სამხრეთ საქართველოდან გაიფანტნენ და არა ზემო იმერეთიდან.

აბ-აშ-ისა და აქედან მომდინარე გვარის აბაშიძის მიყურისძირება ქართულ ენათმეცნიერებას და ისტორიოგრაფიას ძვირად დაუჯდა. ვერა და ვერ გაირკვა შუმერების წინარე ცივილიზაციის - უბეიდური ენის ძვირფასი მონაპოვრის, პლანეტა დედამიწის სახელის ურ-აშ-ის წარმომავლობა. სინამდვილეში ურ-აშ-ი მტკვრის სათავეზე გატარებულ პირველ მერიდიანს ერქვა. აქედან იწყებოდა დროის ათვლა. ქურუმთა მეოხებით აქედან გამოსხივდა თითქმის ყველა კალენდარული და ასტრონომიული ხასიათის ტერმინი, რომელმაც უძველესი დროიდან ქართული სახელმწიფოს მთელი ტერიტორია, მისი ფლორა და ფაუნა მოიცვა. ეს იყო და არის კიდევ უზარმაზარი წიგნი, რომელიც ჩვენმა წინაპარმა ქურუმებმა დაწერეს. უძველესი ქართული ჰიდრონიმები და ტოპონიმები ვერც „დიდმა თურქობამ“ ნაშალა და ვერც „დიდმა მონღოლობამ.“

მე, როგორც მწერალი და თბილისის სამხატვრო აკადემიის თანამშრომელი, ვალდებული ვიყავი ზემოხსენებული წიგნიდან წარმართული ხანის ოლიმპიური კალენდარი და შესაბამისი ტერმინები ამომეკითხა. მაგალითად, გასრულდა წელიწადი (365 დღე-ღამე), როგორ უნდა ჩაენერა ქართველ ქურუმ-ასტრონომს შესაბამისი ტერმინი? ამაზე პასუხს იძლევა აჭარაში დადასტურებული ტოპონიმი ჩელ-ტა (იხ. სურ.). როგორც კი „ჩელ“ ფუძეს სახელმწიფო გერბზე გადავიტანთ, მაშინვე ირკვევა, რომ სახელმწიფო გერბზე დასმული ჯვარი T-600 „ჩელ“ ფუძეს ერწყმის, რის გამოც გვექნება: 1000-600-30-5=365 დღე-ღამე. თემი, რომელიც ჩელტაში ცხოვრობდა, არავითარ შემთხვევაში არ დაკარგავდა თავისი სოფლისა და კუთხის სახელს. ამის გამო ჩელტაშიც მომინევს ჩასვლა, სადაც ამჟამად აკაკი ბერიძის მამა - ლევან ბერიძე ცხოვრობს.

რაც შეეხება მარეთის ხეობას, ეს სახელი „ქართლის ცხოვრებაშიც“ მოიხსენიება. მემატიანე გადმოგვცემს, რომ მონღოლთა მრავალათასიან ლაშქარს, რომელსაც სარდალი თეგუდარი მიუძღოდა წინ, სწორედ მარეთის ხეობაში, სოფელ ოლადაურთან მოუსწრო დიდთოვლობამ, ზევემა თურმე 1500 მონღოლი ჯარისკაცი დაიტანა. სამასი წლის შემდეგაც კი პოულობდნენ დაღუპულთა ნივთებს.

* * *

თურქთა ბატონობის წლებშიც არ ჩაკლულა ოლადაურელებში სწავლა-განათლების დიდი სურვილი, ოლადაურელმა ლომან ქარცივაძემ სტამბულში მიიღო საფუძვლიანი განათლება. მას დიდ პროფესორს უწოდებდნენ. რუსეთ-თურქეთის ომის წინ ლომან ქარცივაძე ოლადაურში

დაბრუნებულა და დიდ როლი უთამაშია თურქეთში აჭარელთა გადასახლების (მუჰაჯირობის) სანინალმდეგოდ. ლომან ქარცივაძე ძმების – აკაკი და ჯემალ ბერიძეების დიდი ბაბუა გახლდათ.

აკაკი ბერიძის წინაპრები შუახევის რაიონის სოფელ ფურტიოში სახლობდნენ. ვარძიდან ხიხანში მიმავალი სულმნათი თამარ მეფე თურმე, ბერიძეების ოჯახში ჩერდებოდა. ბერიძეების ისტორიული სამშობლო - მესხეთი ყოფილა. თავად აკაკი ბრძანებს: ბერიძეები - შთამომავლობით სასულიერო პირები ყოფილან, ამაზე მეტყველებს „ბერ“ ფუძიდან მომდინარე ბერიძეო! თურქთა შემოსევის დროს სოფელ ფურტიოში თურქებმა უწინარესად მღვდელი ფარნა ბერიძე გამოასალმეს სიცოცხლესო. შესაძლოა, ასეც ყოფილიყო, მაგრამ ბერიძის ეტიმოლოგია მარტოდენ ქრისტიანული ხანითაც ვერ განიმტკავლება: რადგან ბერი ისეთივე ძველი და მნიშვნელოვანი ზოგადი სახელია ჭანურ-მეგრულში, როგორც სვანური მარე სვანურში. წინარექრისტიანულ ხანაში ბერი ერქვა მეფის შთამომავალს - ძეს, რომელიც შემდგომში უზენაესი ქურუმის ადგილს იკავებდა. მოგვიანებით ხევისა და ბერის შერწყმამ მოგვცა ხევისბერი, ხევი თავის დროზე მზის (მდედრი სქესის არსების) ტაბუირებული სახელი გახლდათ. ამგვარად, ბერის მზისშვილობა ასე ჩაიწერებოდა: ძე ხევისა, შვილი ხევისა.

საყურადღებოა ძველბერძნული ამფორა, რომელზედაც გამოსახულია კენტავრ ნესოსთან მებრძოლი გმირი ჰერაკლე, მაგრამ მისი სახელი ძვ. წელთაღრიცხვის VII საუკუნეში ჰერაკლედ კი არ იკითხებოდა, არამედ ასე: ბერაკლ-ესი. სწორედ ეს ბერაკლესი არის ძველბერძნულ ამ-

ფორაზე ბუსტროფედონით წარწერილი BEPAKLE – ბერძნებმა სამი მარცვალე შეაერთეს და ბერის წარმომავლობა დაიფარა. ფრანგი რომ ასე მოქცეულიყო, სახელ-კომპოზიტი ბერ-აკლ-ეს-იც ფრანგული იქნებოდა.

* * *

ბერიძეთა საგვარეულოს რამდენიმე წარმომადგენელს ხულოს მაზრის მმართველობის აპარატში მაღალი თანამდებობები ეჭირათ. ახმედ ბერიძე ათეული წლების მანძილზე ყადი ყოფილა და ის „ინჯაყადად“ ანუ წმინდა ყადად მოიხსენიებოდა. მის შემდეგ ეს თანამდებობა შვილმა ნური ბერიძემ დაიკავა. ზაქარია ჭიჭინაძის ცნობით ეს ყადი განთქმული ყოფილა მიუდგომელი სამართლიანობით. ლომან ქარცივაძის ხელშეწყობით ნურის საფუძვლიანი განათლება მიუღია და ბატონ ლომან ქარცივაძეს ნური ბერიძისათვის თავისი ქალიშვილი მიუთხოვებია.

აი, საიდან მოდის ის საგვარეულო შტო, რომელმაც აკაკი ბერიძემდე მოაღწია და სამი შვილის პატრონი ქართველი მამულიშვილი იმ სახელოვან შტოს აგრძელებს.

1907 წელს ნური ბერიძე ოჯახით თავისი სიმამრის სოფელში, ოლადაურში, გადასულა საცხოვრებლად. იგი მემედ აბაშიძესთან დაახლოებული პირი ყოფილა. მისი დახმარებით სოფელ ოლადაურში 1914 წელს გაიხსნა ორკლასიანი სკოლა. სკოლას ნური ბერიძემ ახლად აგებული საკუთარი საცხოვრებელი სახლი დაუთმო, მასწავლებელიც თვითონვე შეარჩია, ქართული წიგნები და სათანადო ინვენტარიც შეიძინა. იმ სკოლის აღზრდილთა შორის მეცნიერებათა 2 დოქტორი და 12 კანდიდატი გახლავთ.

ნური ბერიძის შვილებიც აქტიურ საზოგადოებრივ საქმიანობას ეწეოდნენ. ნუსრედინ ბერიძე (აკაკი და ჯემალ ბერიძეების ბაბუა) ორჯერ იყო არჩეული ხულოს რაიონული საბჭოს აღმასკომის თავმჯდომარედ, ცნობილია მისი დამსახურება საქართველო-თურქეთის საზღვრის დადგენის, გზების, ხიდებისა და სკოლების მშენებლობის საქმეში.

სამწუხაროდ, როგორც მრავალი სხვა ქართველი მამულიშვილი, ნუსრედინ ბერიძეც ვერ გადაურჩა 1937-1938 წლების რეპრესიებს და დააპატიმრეს. იგი აღარ დაბრუნებულა! მისი საფლავი უცნობია: თუმცა 1957 წელს „ზარზეიმით“ მოუწყეს რეაბილიტაცია. მისმა შვილმა ლევან ბერიძემ – ბატონი აკაკის მამამ, რომელიც ნუსრედინის დაპატიმრების შემდეგ სკოლიდან გარიცხეს, მოგვიანებით მაინც შეძლო საშუალო სკოლისა და სპეციალური სასწავლებლის ექსტერნად დამთავრება. ლევან ბერიძე 15 წელი იყო შუახევის რაიონის კავშირგაბმულობის განყოფილების გამგე. მისი ძალისხმევით განხორციელდა რაიონის სრული გატელეფონიანება და რადიოფიკაცია. ამჟამად ბატონი ლევანი პენსიონერია - თავს დასტრიალებს შვილიშვილებსა და შვილთაშვილებს. მისი მეუღლე ქალბატონი შეიმა მიქელაძე კი თავის დროზე ჭრა-კერვას, ქარგვასა და ქსოვას ასწავლიდა, იცოდა არაბული და თურქული ენები. ქალბატონი შეიმა 1995 წლის 19 აპრილს გარდაიცვალა 75 წლის ასაკში. იმავე წლის 30 ოქტომბერს კი მისმა შვილებმა აკაკი და ჯემალ ბერიძეებმა ერთდროულად დაიცვეს სადოქტორო დისერტაცია პირველმა - მედიცინაში, მეორემ – ტექნიკაში.

აკაკი ბერიძის უმცროსი ძმა, ჯემალ ბერიძე, ამჟამად საქართველოს პარლამენტის დარგობრივი ეკონომიკისა და საგარეო ურთიერთობათა კომიტეტის წევრი გახლავთ. ის 1997 წელს აირჩიეს კავშირგაბმულობის აკადემიის ნამდვილ წევრად. კარგად უთქვამს წინაპარს: დედა ნახე, მამა ნახე, შვილი ისე გამოიწახეო.

ლევანისა და შეიმეს შვილები აკაკი და ჯემალი ოლადაურში თავიანთი დიდი ბაბუის მიერ დაარსებულ სკოლაში სწავლობდნენ.

* * *

გართობის ერთადერთ საშუალებას იმ სიდუხჭირეში ჩვენთვის მხოლოდ წიგნი წარმოადგენდა, - იგონებს თავის ბავშვობას აკაკი ბერიძე, - მე და ჩემი ძმა წიგნებს ვკითხულობდით დღისით, ღამით ღამის, კვარისა და მთვარის შუქზეც კი.

– ვინ იყო თქვენი მრჩეველი, დამრიგებელი და მასწავლებელი?

– წიგნი!

– ვის ეკითხებოდით რჩევას სასწრაფო ქირურგიული ოპერაციის გაკეთებისას, როდესაც, ადამიანის სიცოცხლე სასწორზე იდო?

– წიგნს!

ასე მიპასუხა სკალპელიანმა მინისტრმა.

– მედიცინის მეცნიერება (ქირურგია) წინ მიიწევს, ვითარდება. როგორც კი სათანადო მეცნიერულ ლიტერატურას წაუყრუებ, აღარავინ გენდობა, როგორც ქირურგი, მაშინვე დაბერდები, - აღნიშნა აკაკიმ.

1997 წლის 7 დეკემბერს აკაკი ბერიძემ მთხოვა ბათუმელ პოეტ ზურაბ გორგილაძეს შეეხვედროდი. შეხვედრა ბათუმის საზოგადოებრიობის ერთი ნაწილის თანდასწრებით ბარათაშვილების ოჯახში შედგა. ჯანდაცვის მინისტრი თავად კითხულობდა ამ შესანიშნავი პოეტისა და მამულიშვილის ლექსებს. უხაროდა, მინისტრი დასტაქარი აკაკი ბერიძე თავისი თანაქალაქელის ნიჭით ამაყობდა. ეს პატრიოტული გრძნობა, ცხადია, ყველა ნორმალურ მოქალაქეს გააჩნია. ოთხი დღით ადრე ბათუმში თბილისის „დინამომ“ ბათუმის „დინამოსთან“ მატჩი წააგო (0:1). ბათუმის „დინამოს“ გამარჯვება აკაკი ბერიძეს გაუხარდა, მე თბილისის „დინამოს“ წაგება მეწყინა. როგორ მოვიქცეთ, ბატონებო, ამის შემდეგ ბათუმელ თანამოდმეს ამ ტრივიალური გრძნობის გამო სეპარატისტი და კორუმპირებული ელემენტი ვუნოდოთ?

ქართველო! გამოიღე ყურებიდან ბამბა, რომელიც გაყრუებს, მოიხსენი შავი სათვალე, რომელიც გაბრმავებს და საღი გონებით შეხედე ვითარებას. ვინც არ უნდა იყო შენ, ზვიადისტი თუ ედუარდისტი, სამშობლოს მოუარე, თორემ თუ ჩვენი მტრისა და მანყევრის დაკრულზე ვიცეკვეთ, ხომ დაიქცა ჩვენი ქვეყანა.

ჩვენ ერთი სატკივარი გვაქვს, სამაჩაბლოსა და აფხაზეთის დაკარგვა გულ-ღვიძლს გვიკორტნის. ერთად უნდა ვიღვანოთ და ვიბრძოლოთ, რომ სრულიად საქართველომ სრული დამოუკიდებლობა მოიპოვოს როგორმე.

ამინ!

P.S. კი, მაგრამ ჩემი სოფლის სახელი ოლადაური როგორ იმიფრება? დაინტერესდა მასპინძელი.

ბატონო აკაკი, გადავდოთ ეს საკითხი დროებით, როგორც კი ოპონენტი ლომები შესაჭმელად გამომედევენებიან (გავიხსენოთ მაშინ

ლომის და კატის იგავი), ხეზე ასვლა ხომ უნდა მოვასწორო? კოლხეთის აკადემიას IV-V საუკუნეებში გონიოში რა უნდოდაო, შემომძახებენ ისინი. უცხოელი მეცნიერების ჰიპოთეზებით კოლხეთის აკადემია თითქოსდა ფოთში ან ცხუმში ყოფილაო. ასე თუ ვიმოგზაურეთ სოჭისა და სიმფეროპოლის მიმართულებით, გონიოს ისტორიული აკადემია პეტერბურგში აღმოჩნდება!

გონიოდან გააცილა კონსტანტინოპოლისკენ მიმავალი მითრიდატე (იოანე) ლაზი და მარუან (პეტრე) იბერიელი იბერიის დედოფალმა ბაკურდუხტიამ. ერთადერთ ვაჟზე დარდით თვალებამოღამებული დედოფალი ბაკურდუხტია ყოველ წელიწადს ჩამოდიოდა თურმე გონიოში და ელოდა თავისი შვილის დაბრუნებას, მაგრამ ამაოდ.

421 წლიდან 422 წლამდე იოანე ლაზის და მისი მეოხებით სოფელ ოლადაურში აშენდა ქსენონი სასტუმრო და საქართველოს გეოგრაფიულ რუკაზეც დაფიქსირდა კიდეც ერთი სოფლის სახელი ოლადაური, რომლის თაობაზეც მე სპეციალურ ნაშრომს გამოვაქვეყნებ. იმ ადგილის ნათლია, სადაც პირველი ქსენონი აშენდა, თავად იოანე ლაზი გონიოს აკადემიის რექტორი ბრძანდებოდა - ოლადა! ასე აჟღერდა სოფლის სახელი 422 წლიდან, რომელსაც აქაურები ამჟამად ოლადაურს უწოდებენ. აქვე, 422 წელს გონიოს აკადემიაში მონათლა იოანე ლაზმა იბერიის უფლისწული მარ-უან! ასე აჟღერდა იბერიის უფლისწულის ნათლობის სახელი. 422 წლის ზაფხულში კი იოანე ლაზი და პეტრე იბერიელი კონსტანტინოპოლში ჩავიდნენ.

გონი (გონება) ქართულად და ბერძნულადაც აზროვნებას ნიშნავდა, „გონ“ ფუძიდან მომდინარეობს, აგრეთვე, არქიტექტურული ტერმინიც გონიო. გელათისა და იყალთოს აკადემიებში განსწავლული სულმნათი შოთაც ასე იტყვის:

გონიერსა მწვრთნელი უყვარს,
უგუნურსა გულსა ჰგმირდეს.

ნოდარ ხვედელიძე
ჟურნალი „ლიტერატურული აჭარა“ 1999წ.

P.P.S. რა მივანერო ტიტულად ავტორის გვარს, რომელიც ბატონ აკაკი ბერიძის მეგობარი იყო, არ ვიცი. არც ის ვიცი, სად, როდის, რატომ (თუკი თან ყველაფრის წაღებას აპირებდა) განათლდა ეს კაფანდარა კაცი ასე; როგორ მუშაობდა მისი გონება, როგორ იტყვდა უზარმაზარ, თითქმის უკიდევანო ცოდნას. მხატვარიც იყო, მწერალიც, ჟურნალისტიც, ტექნიკურ დარგშიც ჰქონდა მიღებული აკადემიური ცოდნა, იკვლევდა, მეცნიერულად ასაბუთებდა, იცოდა თანამედროვე და მკვდარი ენები, უზუსტესი მანქანა აპარატივით მუშაობდა მისი გონება, გული უსკდებოდა საქართველოს სიყვარულით და გაუსკდა კიდეც...

ყველაფერი გამოუქვეყნებელი დატოვა, უამრავი – ფურცელზე გადმოუტანელი.

ტრაგიზმისა და უმწეობის განცდა მაქვს, როცა ვფიქრობ, ნოდარ ხვედელიძემ აუნონავი და განუზომელი ცოდნა წაიღო.

უფლის იმედილა მაქვს, ეგება ყოვლისშემძლე ღმერთმა ინებოს, წყალობა მოიღოს ჩვენზე და ნოდარ ხვედელიძის ფანტასტიკურად კრებითი ცოდნა რაიმე ფორმით დააბრუნოს ჩვენს სამშობლოში. უსაზღვროდ გვჭირდება ასეთი მაღლი – ვერც კი გავიგეთ, ისე დაგვიდგა ინტელექტუალური სიბერწის ჟამი...

ციცინო მჭედლიშვილი

დასტაქარი, მამულიშვილი, ჰუმანისტი

იმაზე, თუ რაოდენი დამსახურება მიუძღვის ცნობილ ექიმს, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს, ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საპატიო პროფესორს (ემერიტუსი), რამდენიმე სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსს, ჯანმრთელობის ცენტრ «მედინას» ქირურგიული დეპარტამენტის ხელმძღვანელს, ქირურგ აკაკი ბერიძეს თავისი კუთხისა და სრულიად სამშობლოს წინაშე, ნათლად მეტყველებს იმ სტუმართა სია, რომლებსაც 5 დეკემბერს ჰქონდათ ბედნიერება მისთვის 80 წლის იუბილე მიელოცათ. ამ სიაში გახლდნენ რეგიონის პირველი პირები – აჭარის მთავრობის თავმჯდომარე თორნიკე რიჟვაძე, აჭარის უმაღლესი საბჭოს თავმჯდომარე დავით გაბაიძე, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი ზაალ მიქელაძე, დეპუტატები: მერაბ კარანაძე, ნუგზარ სურმანიძე, იუბილარის კოლეგა, მწერალი და საზოგადო მოღვაწე რამაზ სურმანიძე, საქართველოს ექიმთა ასოციაციის თავმჯდომარე მერაბ ტატიშვილი, საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის პრეზიდენტი მერაბ კილაძე, სახელოვანი ექიმი სამედიცინო ცენტრ «მედინას» დირექტორი ჯუმბერ უნგიაძე, კოლეგები და ინტელიგენციის წარმომადგენლები სრულიად საქართველოდან.

ისეთი ფართო ფორმატის იუბილეზეც კი, როგორიც ჩვენი აღიარებული ქირურგის პატივგებისთვის გაიმართა, რთული იყო სრულად გადმოეცათ ბატონი აკაკი ბერიძის პიროვნული, პროფესიული და სამოღვაწეო ასპარეზის მასშტაბურობა. ცხადია, ვერც იმ დიდი სიყვარულის სრულად გადმოცემა მოხერხდა, რომელიც ამ თავმდაბალმა,

მაგრამ დიდმა ადამიანმა, მრავალი სხეულის გადამრჩენმა მოიმკო თანაქალაქელებს, თანამემამულეებს შორის. ეს სიდიდე ამ პიროვნების მრავალმხრივობაშიც გამოიხატება ადამიანურობასა და პროფესიულ მიღწევებთან ერთად. სწორედ ამიტომ ბატონი აკაკი საინტერესო პერსონაა არა მარტო პროფესიული თვალსაზრისით, არამედ განვლილი ცხოვრების უმდიდრესი გამოცდილებით, სიახლისკენ სწრაფვის დაუმცხრალი წყურვილით, არაერთ სფეროში განსწავლულობით, მშობლიური ლიტერატურისა და ხელოვნების სიყვარულით, სამშობლოსა და ზოგადად ადამიანის ერთგულებით.

ცხადია, საზეიმო საღამოზე არაერთი თბილი სიტყვა ითქვა იუბილარის მისამართით, გაიხსენეს იუმორით სავსე ეპიზოდებიც, ბატონი კაკოს გულისხმიერებისა და პროფესიული სიმაღლის, მეგობრობისა და სიყვარულის გამოვლენის მაგალითები. მათ შორის, ვინც თავისი გამოსვლით დაამშვენა საღამო, იყვნენ თორნიკე რიჟვაძე, რომელმაც ზეიმის გმირს მადლობა გადაუხადა განეული ღვანლისთვის, რამაზ სურმანიძე, აკაკი ბერიძის მოსწავლეები, ცნობილი მედიკოსები კახა ქაშიბაძე, მერაბ მიქელაძე, მერაბ კილაძე და სხვები.

კოლეგას განსაკუთრებულად მოეფერა, მისი პიროვნული და პროფესიული ღირსებები ნათლად წარმოაჩინა რამაზ სურმანიძემ: «რეგალიები ბევრს აქვს, მაგრამ საკმარისია ზოგიერთს ისინი ჩამოაცილო და ხელში აღარაფერი შეგრჩება. აკაკი ერთ-ერთი გამონაკლისია, რომელსაც სულ არ სჭირდება სამეცნიერო და საპატიო წოდებებით, ჯილდოებით და წახალისებებით თავის წარდგენა. იგი

ამის გარეშეც ისეთივე პოპულარული, აღიარებული საზოგადო მოღვაწე და ჭეშმარიტი სახალხო მკურნალი იქნება. პირველ ყოვლისა, კაკო დასტაქარია, ამ სიტყვის ძალზე ღრმა შინაარსით. აქ მსხდომთა შორის ალბათ იშვიათი იქნება ადამიანი, ვისაც აკაკის მაღლიანი ხელი არ შეხებია, ხოლო აჭარაში, ალბათ, არ არის ოჯახი, რომლის კარები მას, როგორც მშველელს, მხსნელს და გადამრჩენს, არ შეუღია. იგი თავისი ძირითადი პროფესიის გარდა, სხვა გასაჭირის დროსაც ხალხის მსახურია...

აკაკი ბერიძე თავისი მისწრაფებებით, მრწამსით და მსოფლმხედველობით საზოგადო მოღვაწეა. მრავალი დამსახურებიდან ვიტყვი, რომ მან დიდი წვლილი შეიტანა აჭარის ექიმთა გაერთიანებული საზოგადოების აღდგენა-განვითარებაში, მისი მიგნებები საფუძვლად დაედო მრავალი მედიკოსის ხსოვნის უკვდავყოფას, საცხოვრებელი ადგილის დადგენას და მემორიალური დაფების განთავსებას, მათს მარადიული განსასვენებლის მონახულებას და ახალგაზრდა ქირურგებში მათდამი პატივისცემის და მოკრძალების გაღვივებას... მთავარი ქირურგის და მინისტრის პოსტზე ყოფნისას, იგი თითქმის 20-მდე ახალი განყოფილების დაარსების, ამოქმედების და კადრების მომზადების ინიციატორია.

საქართველოს დასტაქართა შორის აკაკი ბერიძე ითვლება ერთ-ერთ ნაყოფიერ ქირურგად, რომელმაც ბათუმში ათეულათასობით ოპერაცია ჩაატარა, მათ შორის 44 მის მიერ პირველად განხორციელდა სამამულო ქირურგიის ისტორიაში, მანვე პირველად გამოიყენა ლაზერის სკალპელი. იგი ამავე დროს ნოვატორი-ქირურგია, 14 საავტორო მოწმობის და შესაბამისი სახელმწიფო პატენტების

მფლობელი, ხუთი დისერტაციის ხელმძღვანელი და მრავალგზის ოფიციალური ოპონენტი».

აღიარებულ დასტაქარს გადასცეს საქართველოს ექიმთა და ქირურგთა ასოციაციების, აჭარის უმაღლესი საბჭოს, აჭარის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საპატიო სიგელები. საღამო დაამშვენა ანსამბლ „ბათუმის“ ტკბილხმოვანმა სიმღერებმა, აკაკი ბერიძის შესახებ რეჟისორ გოგი გოგიბერიძის ფილმის ანონსმა და რუსი ოკუპანტების მიერ დაპატიმრებული ექიმის ვაჟა გაფრინდაშვილის მიმართ სოლიდარობის გამომხატველმა სტენდმა, რომელთან ფოტოს გადაღებითაც სტუმრები, მათ შორის მედიკოსები, ამ ფაქტის გამო თავიანთ პროტესტს გამოხატავდნენ.

მარინა მითაიშვილი

ამბოზენ, ადამიანის სიდიდე ახლოდან არ ჩანსო

ბედნიერება მქონდა, 30 წლის განმავლობაში ბატონი აკაკის, ასე ვთქვათ, მარჯვენა ხელი ვყოფილიყავი. ზოგი კარდინალსაც მეძახდა, ოღონდ ფერს არ აკონკრეტებდა. ერთ კაბინეტში გავატარეთ წლები, რომლებმაც ჩვენი ურთიერთობა თანამშრომლობიდან სხვა, უფრო მაღალ განზომილებაში გადაიყვანა. ის ჩემთვის განყოფილების გამგეც არის, მასწავლებელიც, უფროსი მეგობარიც, კიდევ ის, რასაც ჯერჯერობით სახელი ვერ მოვუძებნე, მაგრამ მასში ყოველთვის ვხედავდი მისაბაძ, მაღალი ზნეობის, განათლებულ, შორსმჭვრეტელ ადამიანს, რომლის ქცევაში,

მსჯელობაში თუ გამოსვლაში დასაწყისში უჩვეულოს ვერაფერს დაინახავდი, მაგრამ როცა მთლიანობაში გაიაზრებდი, მიხვდებოდი, რა ღრმად, მორგებულად, ბრძნულად, რაციონალურად აყალიბებდა სათქმელს.

მისთვის არ არსებობდა სიტყვები: «მე გავაკეთე, ჩემი ინსტრუმენტები» და მრავალი სხვა «მე» და «ჩემი» მათ ნაცვლად იყო «ჩვენ», «ჩვენი». არ სარგებლობდა განსაკუთრებული პრივილეგიებით და შეზღუდვებით. ყველა წარმატება ჩვენი იყო.

არასოდეს გამოუხატავს უკმაყოფილება ღამის გამოძახებისთვის, თუნდაც ეს ყოფილიყო ყოველღამეული ან დაუსაბუთებელი. არასოდეს მინახავს, ვინმესთვის შეურაცხყოფა მიეყენებინოს, ეყვიროს, სირთულის შემთხვევაში მხარში დაგიდგებოდა, პასუხისმგებლობისთვის არასდროს აურიდებია თავი. გვასწავლიდა, თუ დაგპატიჟებენ, ვინც არ უნდა იყოს, უარით ან არმისვლით არ შეურაცხყოთო. მის კაბინეტში მოწყობილი ბიბლიოთეკით ყველას დაუკითხავად შეეძლო ესარგებლა. წიგნები ეკარგებოდა. თავისუფალ დროს ჭადრაკსაც ვთამაშობდით, კარგად თამაშობს, წაგება არ უყვარს. ასაკში პოეზიისადმი ლტოლვა შევნიშნე, უხდება, უყვარს ნადირობა, ცხენებითაც დაგვილაშქრავს აჭარისა და გურიის იალალები.

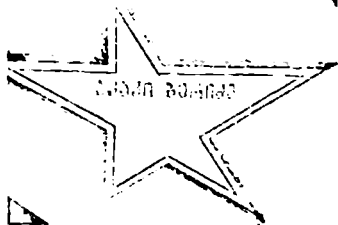
რაც უნდა დაღლილი იყოს, პაციენტის დაძახებისას, შეუძლია დაძრული მანქანა გააჩეროს და უკან გაბრუნდეს. უარს ვერავის ეუბნება, ხანდახან ხუმრობს: კიდევ კარგი, ქალი რომ არ ვარო. ზოგიერთის ნამოქმედარს ახსნას ვერ უძებნის – ერთხელ მითხრა, – ზურაბ, გაგიგია ასეთი რამ?! ერთმა თანამდებობის პირმა მითხრა, თუ შემიძლია არ დავეხმარო, რატომ დავეხმაროო.

ჰქონდა და აქვს ყოველივე ახლისა და პროგრესულის დანახვის, მისკენ ლტოლვის უნარი. მისთვის არ არსებობდა შევებულება დასვენებისთვის, თავის ხარჯზე იმაღლებდა პროფესიულ ოსტატობას საბჭოთა კავშირისა და უცხოეთის წამყვან სამეცნიერო ცენტრებში. ჰქონდა მეგობრული და შემოქმედებითი ურთიერთობები მსოფლიოში სახელგანთქმულ მეცნიერებსა და ქირურგებთან. ხშირად იყო მათი მასპინძელიც. ისინიც სათანადოდ აფასებდნენ ამ «პროვინციალის» ნიჭსა და შემართებას, მის მიღწევებს. ამიტომაც 1984 წელს ამიერკავკასიის ქირურგთა ყრილობა თბილისის ნაცვლად ბათუმში ჩატარდა. მასში მონაწილეობდნენ არა მარტო კავკასიელი, არამედ საბჭოთა კავშირის წამყვან-მეცნიერული ცენტრების სპეციალისტები, თვით საკავშირო ჯანდაცვის მინისტრი ბორის პეტროვსკიც.

2002 წელს ბატონი აკაკი ქირურგთა მსოფლიო ასოციაციის წევრად აირჩიეს, 2004 წელს - ევროპის გასტროენტეროლოგთა და ჰეპატოლოგთა ასოციაციების წევრად.

აშშ-ის ბიოგრაფიულმა ინსტიტუტმა რუბრიკიდან «ვინ ვინ არის» იგი 2004 წლის უმაღლეს პროფესიონალად აღიარა, დაჯილდოებულია გრიგოლ მუხაძის მედლით ქირურგიაში შეტანილი წვლილისთვის, ღირსების ორდენით და უამრავი სიგელით. ბრძანებით აქვს მიღებული მრავალრიცხოვანი მადლობა. აღფრთოვანებას იწვევს მისი შრომისუნარიანობა, კაცთმოყვარეობა, თავმდაბლობა – პატარასთან პატარაა და დიდთან – მაინც პატარა.

ამბობენ, ადამიანის სიდიდე ახლოდან არ ჩანსო, ალბათ, ამის მაგალითი იყო ის, რომ თავის დროზე ჩემს ინი-



ციატივას - აჭარის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებისათვის აკაკი ბერიძის სახელი მიენიჭებინათ და შესასვლელში მისი სახელობის ვარსკვლავი გაეხსნათ, მხარი არ აუბეს. რამდენადაც მაშინ ეს ჩემთვის

საწყენი იყო, იმდენად გამიხარდა, როცა სამედიცინო ცენტრ „მედინას“ ხელმძღვანელობამ პრეცედენტი დაუშვა მოქმედი ქირურგისათვის – ქირურგიულ დეპარტამენტს, პროფესორ აკაკი ბერიძის სახელი მიანიჭა. ახლახან ბატონი აკაკი დააჯილდოვეს ტბელ აბუსერისძის პირველი ხარისხის ორდენით, აჭარის რესპუბლიკურ საავადმყოფოში, სადაც იგი 40 წლის განმავლობაში მუშაობდა, აჭარის სამედიცინო საზოგადოებამ და ხელისუფლებამ გაუხსნა ვარსკვლავი, რაც პირველია აჭარის სინამდვილეში.

განსაკუთრებით მინდა აღვნიშნო, რომ ბატონი აკაკი, პირველ რიგში შემოქმედი პრაქტიკოსი ქირურგია, რასაც ადასტურებს მისი მრავალრიცხოვანი (60) პუბლიკაცია ქირურგიის აქტუალურ საკითხებზე, 10 საავტორო მოწმობა. ჩვენი ერთობლივი მუშაობის პერიოდში 44 ახალი, მათ შორის აჭარაში – პირველად, ოპერაცია აქვს ჩატარებული.

მისთვის არამარტო ქირურგიის განვითარება იყო პრიორიტეტული, არამედ მომიჯნავე დარგებისა და სამსახურების დაარსება და მათი განვითარებაც. მისი წყალობით დაიწყო ფუნქციონირება ანგიოლოგიურმა სამსახურმა, საფუძველი ჩაეყარა ლიმფური სადინარების დრენირებას დეტოქსიკაციის მიზნით, ლიმფოგრადიას, ლიმფოფორეზს, სხვადასხვა სახის რადიოკონტრასტულ კვლევის,

რაც საჭირო იყო სანალვლე ქირურგიის ახალ რელსებზე გადასაყვანად.

ახალგაზრდა, პერსპექტიულ, მაღალი პროფესიონალიზმის მქონე სპეციალისტს, ბატონ ზურაბ დიასამიძეს სამშობლოში დაბრუნების შემდეგ სათანადო ფართი რომ არ გამოუყვეს ენდოსკოპიური სამსახურის მოსაწყობად, იგი ბატონმა აკაკიმ შეიფარა ქირურგიულ განყოფილებაში, გამოუყო ადგილი და შეუქმნა ყველა პირობა ამ მიმართულების განვითარებისთვის. ქირურგებს ამით საშუალება მოგვეცა, ახლებურად დაგვენახა კუჭ-ნაწლავის ქირურგია.

ენდოკრინული ქირურგიის განვითარებას დღეს მიეცა ბიძგი. ჩვენ (რესპუბლიკურ საავადმყოფოში) ჯერ კიდევ 1986 წელს დავინწყეთ ბარიატრიული ოპერაციების წარმოება.

ახალ დონეზეა აყვანილი ონკოქირურგია, დამკვიდრდა სიმულტანური ოპერაციების წარმოება. სწრაფად ხდებოდა ახალი ტექნოლოგიების ათვისება და განყოფილებაში დანერგვა. ეს იყო ლაზერული სკალპელის, არგონის, სითბური და გრავიტაციული ენერგიის გამოყენება სამკურნალო პროცესში. ჩვენი საავადმყოფო საქართველოში მესამეა ლაპარასკოპიული ტექნოლოგიების დანერგვაში. გაიხსნა სეპტიკური და ჩირქოვანი განყოფილებები. წარმატებული აღმოჩნდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა და მისი კონტროლით ღვიძლისა და სხვა ორგანოების აბსცესების დრენირება. მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა ლაბორატორიული და ექსპერიმენტული კვლევების გაძლიერებისა და დახვეწის მიზნით, ამან და ცხოველებზე ჩა-

ტარებულმა ექსპერიმენტულმა კვლევებმა დასაბამი მისცა ნაშრომებს რეპერფუზიისა და ტრავმული დაავადების დიაგნოსტიკისა და მათი მკურნალობის ეფექტური გზების შესახებ. ექმნიდით ხელოვნური სახსრებისა და ტრანსპლანტაციის განყოფილებებს, კარდიოქირურგიას, რომელიც ახალი ხილი იყო ჩვენთვის და ა.შ

ვფიქრობ, აკაკი ბერიძის მთავარი მიღწევა მისი მოსწავლეები, მისი სკოლაა და ესენი არა მარტო ექიმები, არამედ საშუალო სამედიცინო პერსონალიცაა. დღეს ბათუმის ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში ბურჯად დგანან ამ სკოლის წარმომადგენლები, მათი ღირსეული აღზრდილები.

აკაკი ბერიძის წინაპრების სწრაფვის შესახებ თავისი შთამომავლობისა და სხვა ახალგაზრდებისთვისაც მაქსიმალურად მაღალი ხარისხის განათლება მიეცათ, კარგადაა ცნობილი. ცხადია, ამგვარი გენეტიკის გამოძახილია, რომ ბატონმა აკაკიმ თანამოაზრეებთან ერთად ყველაფერი გააკეთა შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტში სამედიცინო ფაკულტეტის გასახსნელად. აქ გაზრდილი მრავალი ახალგაზრდა წარმატებით მოღვაწეობს, როგორც საქართველოში, ისე საზღვარგარეთ.

ახლახან ახდა აკაკი ბერიძის ჯანდაცვის მინისტრობისდროინდელი ოცნება-კარდიოქირურგიაც გვაქვს, ტრანსპლანტაციაშიც ლიდერები ვართ, ახალი რესპუბლიკური საავადმყოფოც დასრულების ეტაპზეა. ბატონო აკაკი, მასში თქვენი მოღვაწეობის წილიც დევს, თქვენ ხომ ბევრი რამ გააკეთეთ ჩვენი მედიცინის პროგრესისთვის. ახლა საჭიროა მშვიდობა იყოს, ჩვენ და ჩვენი მომავალი თაობა ზეობდეს, ჩვენ კი დავტკბეთ.

ჯერ კიდევ ბევრია გასაკეთებელი. არ დამვიწყებია თქვენი დანაპირები, რომ მომავალი თაობისთვის ქირურგიული ტექნიკის, უნარ-ჩვევების სახელმძღვანელო შეგექმნათ.

დღეგრძელი იყავით!

ზურაბ ჩიხლაძე

პროფესორი

გაზ. „აჭარა“. N141. 2019 წელი

ჩემი მეგობარი – აკაკი ბერიძე

როგორ უნდა ვისაუბროთ ადამიანზე, რომელთანაც ყოველდღიური მეგობრული და საქმიანი შეხვედრები მაქვს და ეს ურთიერთობა მგონი მთელი 80 წლის მანძილზე გრძელდება.

აკაკის ღირსეული წინაპრები ჰყავდა. დიდზე დიდმა ბაბუამ ლომან-ეფენდი ქარცივაძემ განათლება სტამბოლში მიიღო, იქვე დარჩა, გახდა პროფესორი და თვითნაბადი ნიჭის წყალობით სულთნის კარზე მრჩევლის და მასწავლებლის მოვალეობასაც ასრულებდა. ყველაფრით უზრუნველყოფილმა სწავლულმა, განსაცდელში მყოფ სამშობლოს მოაშურა, ათეულ-ათასობით მუჰაჯირი უკან მოაბრუნა და თავადაც საქართველოში დარჩა.

აკაკის მეორე დიდი ბაბუა, ზემო აჭარის მოსამართლე, გაჭირვებულთა გამკითხავი და სამართლიანობისთვის მებრძოლი ნური ბერიძე, ასევე წიგნიერი და საზოგადო მოღვაწე გახლდათ.

აკაკის ბაბუა ნურსედინ ბერიძე ჭეშმარიტი სახალხო მოღვაწე, მამაჩემთან ერთად ჩაება საზოგადოებრივ საქმიანობაში, ისინი მეგობრობდნენ კიდეც. სწორედ მამისგან გავიგე ამ ოჯახის სასიკეთო საქმეები და აქედან მოდის ჩვენი ახლობლობაც.

აკაკის მამა, ზემო აჭარაში კავშირგაბმულობის ერთ-ერთი დამფუძნებელი და მზრუნველი, ჩემთან ერთად ენეოდა ახლადგახსნილი შუახევის რაიონის განვითარების საქმეს.

სწორედ ამ დროს გამოჩნდა აკაკი, როგორც უნიჭიერესი მოსწავლე, ნაკითხი, მეოცნებე, მრავალმხრივ განვითარებული ახალგაზრდა. იგი მედიცინის მწვერვალებს არათუ დაეუფლა, მან ეს დარგი თავდავიწყებით შეიყვარა, საკუთარი წვლილი შეიტანა მის სამეცნიერო საგანძურში, გაიჩინა მადლიერ პაციენტთა დიდი არმია, რომელსაც ასევე თავდავიწყებით უყვარს და პატივს სცემს თავის მკურნალს, ოქროსხელეა დასტაქარს და გადამრჩენელს.

შემთხვევითი არაა, რომ მასზე, როგორც მთავარ ქირურგზე, არჩევანი გააკეთეს ამ დარგში დიდი ტრადიციების მქონე მხარეში.

სამოქალაქო მედიცინის ჩასახვისთანავე აჭარას (მაშინდელ ბათუმის ოლქს) საუკეთესო ქირურგები დაებედა. აქ მოღვაწეობდნენ: კონდრატე მხეიძე, ბესარიონ ფროლოვი, ვალერიან მაქაციაჩი, ვარლამ გიორგაძე, ავნი დიასამიძე, დიოდოტ ხარიტიდი. როცა ავადმყოფის გადარჩენაზე მიდგებოდა საქმე, ხშირად გაიგონებდით ხოლმე: „მაქაცარიასთან მყავდა,“ „გიორგაძემ გააკეთა ოპერაცია,“ „ხარიტიდთან წავიყვანე,“ „ავნიმ გადაარჩინა“ და ა. შ. ყვე-

ლა მათგანი ვირტუოზულად ფლობდა დასტაქრის ხელოვნებას და სწორედ ამით გაითქვეს სახელი მთელს დასავლეთ საქართველოში. მათს ავტორიტეტს ბევრი რამ შემატა წინამორბედი ქირურგების დაფასებამ, პატივით მოხსენიებამ და მათი სახელის დიდებით შემოსვამ.

ჩემთვის საამაყოა, რომ ვალერიან მაქაცარიადან მოყოლებული, ასაკობრივი სხვაობის მიუხედავად, ქირურგთა ყველა თაობას და მათ წინამძღოლებს ვიცნობდი, მქონდა საქმიანი და მეგობრული ურთიერთობები.

გამორჩეული ადგილი აკაკი ბერიძემ დაიკავა, რომელთანაც საქმიანი კავშირი მეგობრობაში გადაიზარდა. 1975 წელი იყო, როცა ქართული ქირურგიის მაშინდელმა მამამთავარმა, მამია კომახიძემ დაძლია ყოველგვარი შინაური და გარე ზემოქმედებები და აენი დიასამიძის გარდაცვალების შემდეგ, აჭარაში პირველ ქირურგად რეკომენდაცია სწორედ აკაკი ბერიძეს გაუწია. მე მაშინ საკურორტო სფეროს განვაგებდი, მაგრამ ბატონმა მამიამ სატელეფონო საუბრის დროს მთხოვა, მხარი დამეჭირა მისი კანდიდატურისთვის. უარს როგორ ვიტყოდი, რადგანაც ვიცნობდი კაკოს, როგორც შუახევის რაიონის მთავარ ექიმს, უკვე საკმაო სახელის მქონე ქირურგსა და ოპერატორს.

ორი წლის შემდეგ ჩვენი გზებიც შეიყარა. მე სათავეში აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ჩავუდექი, რაშიც დიდი როლი ჩვენმა საერთო მეგობარმა, აჭარის მაშინდელმა ლიდერმა ვახტანგ პაპუნიძემ შეასრულა. კაკო მთავარი ქირურგი და კოლეგიის წევრი გახდა, მაგრამ ეს არ მომხდარა მხოლოდ ჩვენი პირადი ურთიერთობებით. ამ დროს მოსახლეობა კვლავინდებურად და იმედიანად ამბობდა: „თუ

დამჭირდა, ავადმყოფს კაკოსთან მივიყვან და ის გადამირჩენსო." ამაზე კარგ რეკომენდაციას მინისტრი ვერავისგან მიიღებდა.

წარსულში შექმნილი ტრადიცია ახალი სულის შთაბერვას, თანამედროვე მეთოდების დანერგვას, ფორმითა და შინაარსით განახლებას საჭიროებდა. ეს კარგად ესმოდა მთავარ ქირურგს; ამოქმედდა ნაცნობებისა და დაუსწრებლად გაცნობილთა წრე მთელს საბჭოთა კავშირში. დღე არ გავიდოდა, რომ ახალი მეთოდის დანერგვაზე და ახალი სპეციალისტის ჩამოყვანაზე არ გვემსჯელა. სიახლეებზე დახარბებულები ვჩქარობდით, თითქმის არავის მიღებაზე უარს არ ვამბობდით. ასეთ დროს შესაძლოა, შემთხვევითი პირიც შემოგეპაროს და სანანებელი გაგიხდეს, მაგრამ ჩვენი იმედები ყველა სპეციალისტმა გაამართლა და დღეს თუ აჭარის მედიცინა ქვეყანაში არავის ჩამორჩება, ეს იმდროინდელმა გაბედულმა და ზოგჯერ რისკის მქონე გადაწყვეტილებებმაც განაპირობა.

ადვილი არ იყო ქალაქის პირველ საავადმყოფოში, 30 წლის წინათ გახსნილი და დიდებული სპეციალისტებით დაკომპლექტებული თერაპიული განყოფილების დახურვა და მის ნაცვლად ტრავმატოლოგიური და ნეიროქირურგიული განყოფილებების, აგრეთვე სადღეღამისო ტრავმატოლოგიის გახსნა. ტრავმატოლოგიური განყოფილება გაიხსნა ქობულეთშიც. რესპუბლიკურ საავადმყოფოს შეემატა პროქტოლოგიური და რეანიმაციის განყოფილებები, ენდოსკოპიური, ჰემოდიალიზის ცენტრები, პირველ საავადმყოფოს - რეფლექსოთერაპიის კაბინეტი, მესამე საა-

ვადმყოფოს - სისხლძარღვთა ქირურგიის, ტუბერკულოზურ საავადმყოფოს - გულმკერდის ქირურგიის განყოფილებები.

ალარაფერს ვამბობ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალ მეთოდებზე, რაც უშუალოდ უკავშირდება აკაკი ბერიძის სახელს და რამაც აჭარის ქირურგიას სრულიად ახალი შინაარსი შესძინა.

ალბათ, ასაკობრივმა განსხვავებამაც განაპირობა: შუახვევის რაიონის სამედიცინო სამსახურს ჯერ მე ვხელმძღვანელობდი, რამდენიმე წლის შემდეგ ეს მოვალეობა კაკოს დაეკისრა, სამინისტროშიც ის მოვიდა ხელმძღვანელად, თანაც ისეთ დროს, როცა ქვეყანა განვითარების ახალ, საბაზრო ეკონომიკის რელსებზე გადადიოდა. დაიწყო რეფორმები, რაც ძალზე მტკივნეულად წარიმართა, რადგანაც მან დიდი დარტყმა მიაყენა მოსახლეობას - სამედიცინო დახმარება ფასიანი გახდა. ჯანდაცვის ხელმძღვანელთათვის ეს იყო ურთულესი პერიოდი. აკაკი ბერიძის სასახლოდ უნდა ითქვას, რომ მან შეძლო მთელი სამედიცინო კოლექტივის დარაზმვა და მოსახლეობის წინაშე წამოჭრილი სიძნელეების მაქსიმალურად შემსუბუქება.

თავისი წინამორბედების მიერ დანერგილი ტრადიციებიდან ყველაზე მეტად შესამჩნევი იყო ახალგაზრდა კადრების შერჩევა, დაოსტატება და დაწინაურება. მათ აკაკი თვითონ კარნახობდა მომავალ სამეცნიერო შრომას, ეხმარებოდა კლინიკური და ლიტერატურული მასალების შეგროვებაში, სამეცნიერო კონფერენციებში მონაწილეობასა და შრომების გამოქვეყნებაში. მისი ხელმძღვანელობით მრავალი ქირურგი დაოსტატდა, მრავალმა დაიცვა სა-

მეცნიერო ხარისხი, მრავალს გაეხსნა სამეცნიერო საქმიანობის გაფართოების ასპარეზი, ჩატარდა არაერთი საერთაშორისო, რესპუბლიკურთაშორისი და ადგილობრივი სამეცნიერო კონფერენციები.

ნოვატორი დასტაქარი ახლაც ახალგაზრდულად ეჭიდება მედიცინის რთულ საქმეს და არცაა გასაკვირი, რომ ბოლო 45 წელი აჭარის ქირურგია აკაკი ბერიძის სახელთანაა გაიგივებული.

ალბათ განგებამ ასე იწება და ამ ასაკშიც ჩვენ ერთმანეთს ველარ ვმორდებით, ვცდილობთ კვლავ გამოვნახოთ საერთო, ხალხისთვის სასარგებლო საქმე. აკაკი განაგრძობს თავის პროფესიულ წინსვლას, მეც ხშირად ვსაჭიროებ მკურნალის ხელს. მადლობა ღმერთს, ოპერაცია არ მჭირდება, მაგრამ ყველა უნდომობაზე კაკოს ვაწუხებ და მისი მეშვეობით ვდგები საიმედო გზაზე.

საერთო საქმე ხანდაზმულობაშიც გამოვნახეთ. აჭარის ექიმთა საზოგადოებას, რომელიც თავისი დაარსების 123 წელს ითვლის, ნიჰილიზმმა შეახო მსახვრალი ხელი – ბოლო ათი წლის მანძილზე შეაჩერა არსებობა. ჩვენ შემოვიკრიბეთ ახალგაზრდა, საკმაოდ ცნობილი აქტივისტები და დღეს აჭარის ექიმთა გაერთიანებული სამეცნიერო საზოგადოება მთელი ენერგიით განაგრძობს მრავალფეროვან საქმიანობას. თქვენი მონა-მორჩილი ამ საზოგადოების თავმჯდომარეა, ხოლო თანათავმჯდომარეობის საპატიო მოვალეობას აკაკი ბერიძე ასრულებს. ჩვენს ტანდემს, შეთანხმებულ საქმიანობას სარგებელი მოაქვს ჩვენი ექიმების და პაციენტებისთვის.

რამაზ სურმანიძე
12 ნოემბერი, 2019 წ

პირადად ვულოცავ ბატონ აკაკის

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის სამედიცინო საზოგადოება აღნიშნავს მნიშვნელოვან თარიღს - დაფუძნების ასი წლისთავს.

გულწრფელად ვულოცავ შესანიშნავი ტრადიციების მქონე აჭარის მედიკოსებს ამ საიუბილეო თარიღს, ეუსურვებ ნაყოფიერ პროფესიულ და შემოქმედებით წარმატებებს. მწამს და მჯერა, რომ ისინი ერთგულად და ღირსეულად ასრულებენ და კვლავაც შეასრულებენ მედიკოსის მძიმე, მაგრამ საპატიო მისიას.

აჭარის მოსახლეობას ემსახურებოდნენ ისეთი დიდი და გამოჩენილი მეცნიერ-კლინიცისტები, როგორებიც იყვნენ: პროფესორი ალექსანდრე მაჭავარიანი, აკადემიკოსი კონსტანტინე ერისთავი, დოცენტი ყარამან ფალავა, პროფესორი ვართან სიმონგულოვი, აკადემიკოსი მამია კომახიძე და სხვები.

სადღეისოდ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ერთ-ერთი პირველი და აქტიური მონაწილეა. მის პრაქტიკულ განხორციელებას მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, აჭარის რესპუბლიკის ჯანდაცვის მინისტრი, ბატონი აკაკი ბერიძე ხელმძღვანელობს. რეფორმამ ნაყოფი გამოიღო. მაღალ დონეზეა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სფერო. დადებითი შედეგია მიღებული ტუბერკულოზის მკურნალობაში. აღსანიშნავია, რომ ამ დაავადების სადიაგნოსტიკოდ დიდი წარმატებით გამოიყენეს ფლუოროგრაფიის მეთოდი.

პატარა ექსკურსი მინდა გავაკეთო წარსულში და ჩემი პირველი შეხვედრა გავიხსენო ბატონ აკაკი ბერიძეს-

თან, რომელიც 30 წლის წინათ შედგა. მე მაშინ საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის პირველი მოადგილე ვიყავი და დამევალა კომპლექსური ბრიგადის ხელმძღვანელობა აჭარაში ჯანდაცვის საქმიანობის შესასწავლად. მაშინ ჩემზე განსაკუთრებული შთაბეჭდილება მოახდინა სრულიად ახალგაზრდა კაცმა, რაიონის მთავარმა ექიმმა თავისი ერუდიციითა და ორგანიზატორული ნიჭით. გადავეცით სიგელი „ხანგრძლივი და ნაყოფიერი მოღვაწეობისათვის“. ძნელი წარმოსადგენი არ არის, რაოდენ არაორდინალურ სიტუაციაში აღმოვჩნდით ორივენი, როდესაც შევიტყე, რომ მას მუშაობის მხოლოდ ერთი წლის სტაჟი ჰქონდა. ეს ახალგაზრდა გახლდათ ბატონი აკაკი ბერიძე.

შემდეგ მას შეეხვდი მოსკოვში, ალექსანდრე ვიშნევსკის სახელობის ქირურგიის ინსტიტუტში, სადაც ის ეუფლებოდა ურთულეს ქირურგიულ ოპერაციებს. მოგვიანებით ბედნიერება მქონდა ვყოფილიყავი მისი სადოქტორო დისერტაციის ოპონენტი. პირადად ვულოცავ ბატონ აკაკის ამ საიუბილეო თარიღს და აჭარის ყველა მედიკოსს ვუსურვებ შემდგომ წარმატებებს. ბედნიერი ვარ, რომ აჭარასთან კიდევ ერთი ნიჭიერი, შესანიშნავი ახალგაზრდა დასტაქარი მაკავშირებს, რომელიც ამჟამად ჩემს კლინიკაში მოღვაწეობს – ბატონი ბიძინა ნაკაიძე. იგი აჭარის სამედიცინო საზოგადოების თვალსაჩინო წარმომადგენლის, წარსულში სააფთიაქო სამმართველოს უფროსის, ბატონ თენგიზ ნაკაიძის ვაჟიშვილია.

ზაალ კახიანი,

საქართველოს სამედიცინო
აკადემიის პრეზიდენტი

ადამიანი, რომელმაც სიცოცხლე მაჩუქა

წლების განმავლობაში სანატორიულმა მკურნალობამ ბორჯომსა და კისლოვოდსკში შედეგი არ გამოიღო. სამედიცინო პრეპარატებიც ვეღარ მშველოდა. ჯერ კიდევ 1982 წელს სახელმწიფო უშიშროების კომიტეტის ქ. თბილისის რესპუბლიკურ პოლიკლინიკაში, მორიგი სამედიცინო გამოკვლევის დროს, დამიდგინეს კუჭის წყლული და შემომთავაზეს ქირურგიული ოპერაცია, მაგრამ გამოჯანმრთელების გარანტიის არარსებობის გამო, უარი ეუთხარი. რაც დრო გადიოდა, ტკივილები უფრო მანუხებდა და, რომ არა ქვემოთ მოყვანილი ბედნიერი შემთხვევა, ბატონ აკაკი ბერიძესთან შემთხვევითი შეხვედრა, სასიკვდილოდ ვიყავი განწირული.

1993 წლის თებერვლის ბოლოს მეგობრის მოსანახულებლად რესპუბლიკურ საავადმყოფოში მისული, დერეფანში შეეხვდი იმ დროისათვის უკვე საკმაოდ ცნობილ დასტაქარს, ბატონ აკაკი ბერიძეს, რომელთანაც დიდი ხნის ნაცნობობა მაკავშირებდა. მიმინვია თავის სამუშაო კაბინეტში. დაწვრილებით ვუამბე ჩემი გასაჭირის შესახებ. მან მისთვის დამახასიათებელ იუმორთან შერწყმული სერიოზულობით მომისმინა, იქვე გამსინჯა და ყოველგვარი განმარტების გარეშე ჩამიყვანა ენდოსკოპიის კაბინეტში ან განსვენებულ ბატონ ზურაბ დიასამიძესთან. მათ ერთად გააანალიზეს ენდოსკოპიისა და პირველადი გასინჯვის მონაცემები, რის შემდეგ, კაბინეტში დაბრუნებისას, ბატონმა აკაკიმ განმიცხადა, რომ მდგომარეობა გართულებულია, მედიკამენტოზური მკურნალობა დაგვიანებულია და თუ მინდა ვიცოცხლო, აუცილებელი იქნება ქირურგიული ჩარევა, რაც შეიძლება, მალე... როცა შემამჩნია

ნერვიულობა და შიში, ერთხელ კიდევ განმიმარტა, რაც მეტი დრო გავა, ოპერაცია უფრო გართულდებოდა.

მტკიცე უარზე დავდექი, მაგრამ მაინც გამტეხა, მაიძულა აღარ წავსულიყავი შინ და შემდგომი გამოკვლევამკურნალობისათვის კლინიკაში დამტოვა. პალატად თავისი მოსასვენებელი ოთახი გამომიყო. ბატონი აკაკი დაუინებით გვირჩევდა მე და ჩემი ოჯახის წევრებს, დავთანხმებულიყავით ოპერაციაზე. მან თავისი სასწაულმოქმედი აურით ექიმისათვის აუცილებელი სამედიცინო შარმითა და დამაჯერებლობით დამაძლევინა შიში, ოპერაციაზე დამთანხმა. თუმცა შინაგანად ვგრძნობდი, რომ თვითონაც ფიქრობდა მოსალოდნელ შესაძლო არასასურველ შედეგზე.

მომზადების შემდეგ განმიცხადა, რომ ხვალ მიკეთებს საქველმოქმედო ოპერაციას, რომ უფლის შეწევნით დარწმუნებულია დადებით შედეგში. ამასთანავე, მითხრა, რომ დილით აღარ მომინახულებს, საოპერაციოდ მომამზადებს კვალიფიციურ ექიმთა ჯგუფი, თვითონ კი შემხვდება საოპერაციო ბლოკში.

1993 წლის 3 მარტს დაპირებისამებრ გამიკეთა რთული ქირურგიული ოპერაცია – კუჭის რეზექცია. ოპერაციიდან მეხუთე დღეს კი, გამოჯანმრთელების გზაზე დამდგარი, გამწერა საავადმყოფოდან. მას შემდეგ 15 წელი გავიდა, თავს ვგრძნობ კარგად. ოპერაციის შედეგითა და შემდგომი განვითარებით კმაყოფილია, რის შესახებაც არაერთხელ აღუნიშნავს პირადი შეხვედრების დროს.

ჩემდა საბედნიეროდ, სკალპელი ბატონ აკაკი ბერიძის მაღლიან და სასწაულმოქმედ ხელში ჩემთვის იქცა უანგარო პანაცეად, სასიკვდილოდ განწირულს აღმიდგინა

ჯანმრთელობა. შემდგომშიც არაერთხელ მიმიმართავს მისთვის კონსულტაციებისა და დახმარებისთვის. გადაჭარბებული არ იქნება, თუ ვიტყვი, რომ ბატონი აკაკი ბერიძე, რომლის ცხოვრების კრედო ადამიანებზე უანგარო ზრუნვაა, ჩემი სალოცავი ხატი და მფარველი ანგელოზია.

ნოდარ ზოიძე,
სახელმწიფო უშიშროების ორგანოების
საპატიო თანამშრომელი, თადარიგის პოლკოვნიკი

აღარ ვარ დიეტაზე, კაკო, ანუ მოკლე სადღეგრძელო დიდი კაცისათვის

ახლა გაზაფხულია, სიყვარულის და მონატრების, დათბობისა და მოფერების სამი მარტი. ამ დღეს დედებს ვუკოცნით დამაშვრალ ხელებს.

მე შენს სულკურთხეულ დედას მინდა ვუთხრა ჩემი სათქმელი, კაკო: ნენი, თქვენმა ბიჭმა (რომც დავბერდეთ, თქვენთვის ხომ მაინც ბიჭები ვართ) ორჯერ მაჩუქა სიცოცხლე და ერთხელაც ჩემი მეუღლე იხსნა. ამას მარტო მადლობის სათქმელად არ ვამბობ, მთელმა საქართველომ იცის კაკო ბერიძის მადლიანი სკალპელის ფასი. ეს, რაც შეეხება მის დასტაქრობას. დანარჩენი, თუ არა უპირველესი, ანუ კაცობის ნიშანი და ზრდილობა ხომ თქვენი ხსენია, აი-აზმად მირონცხებული გულის სინათლეა, ერთგულებაა და უღალატობა.

რამდენი დღე და ღამე გაგვიტარებია ერთად, სად არ ვყოფილვართ, საერთო ნათესავებიც გვყავს და საერთო მეგობრებიც. სულ ამბობს ხოლმე კაკო ექიმი, ერთი იმათგანი ვარ, ვინაც შიგნიდანაც იცის ნუგზარ ჯაფარიძეო. ეთქმება და ამბობს, რაც მან მჭრა და მკერა, ორ სადოქტორო დისერტაციად ეყოფოდა მართლა დოქტორს. ერთი ასეთი ოპერაციის შემდეგ პალატაში სასწორი შემომიტანა და მითხრა, ყოველ დილით აიწონე, ნამეტანი დამიტანა-დდა ავადმყოფიო. ხანდახან ახლაც შევდგები იმ სასწორზე. ქალბატონი ნათია და ქალბატონი ზაირა ამბობენ, ბატონ კაკოს გაფუჭებული სასწორი უჩუქნია შენთვისო... რა ჰქნას სასწორმა, ესენი წონაში ვერ იკლებენ და მოიტყუოს?

პოეზია უყვარს ჩემს კაკოს, ვიცი თავადაც კალმით ეფერება ლექსთწყობას; ესეც ნიშანია ჩვენი სიახლოვისა.

ჯანის სიმრთელე, ხალხის სამსახური და ათასობით ადამიანის პატივისცემა არ მოგკლებოდეს, დასტაქარო.

ლექსი ვახსენე და შენი და ჩემი განუყრელი ზურაბ გორგილაძე გამახსენდა - ჩვენი ბულბული. ამიტომაც ცხოვრებაში პირველად ასე მოვანერ ხელს ამ სადღეგრძელოს.

ნუგზარ ჯაფარიძე,
ზურაბ გორგილაძის პრემიის ლაურეატი

არიან ადამიანები, რომლებიც ჩვენს ცნობიერებაში წარუშლელ კვალს ტოვებენ, ჩვენს სულიერ სამყაროში მკვიდრდებიან და წარსულის მოგონებებით ავსებენ თითოეული ჩვენგანის ამქვეყნიურ ცხოვრებას. ასეთი ადამიანების რიცხვს ეკუთვნის ჩემი კოლეგა და მეგობარი აკაკი ბერიძე.

აკაკი ბერიძეს, რომელსაც მეგობრები სიყვარულით კაკოს ვეძახით, ჯერ კიდევ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტდან ვიცნობ. კაკო ჩემს წინ სწავლობდა და როგორცაა მიღებული, საერთოდ დაბალკურსელები ყოველთვის იცნობენ წესიერ, ბეჯით, მისაბაძი ქცევის მაღალკურსელებს. კაკოც ამ კატეგორიას მიეკუთვნებოდა. იგი ჩემზე 3 კურსით წინ მაინც იყო და მასთან ურთიერთობა სტუდენტობის პერიოდში, ინსტიტუტის საერთო საცხოვრებელში და ზოგიერთ კათედრაზე შეხვედრებით, ერთმანეთისადმი თბილი მისალმებით და მოკითხვით ამოინურებოდა.

ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ, გარკვეულ პერიოდში ჩვენი გზები გაიყარა – მე ყაზახეთში წავედი სამუშაოდ, კაკო კი – აჭარაში. შემდეგ ის ჰოსპიტალურ ქირურგიაში პროფესორ მემედ კომახიძესთან ჩაირიცხა ასპირანტურაში. მე კი პროფესორ ეგნატე ფიფიას კათედრის ასპირანტი გავხდი. ამ პერიოდში ჩვენ უფრო ახლო გავიცანით ერთმანეთი და დავმეგობრდით. ეს იყო გასული საუკუნის 70-იან წლებში. არ ყოფილა თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტში და ქირურგიული ცხოვრების ასპარეზზე შეკრებები, კონფერენციები, სხდომები, რომ ერთად არ

მიგველო მონაწილეობა. ამ პერიოდში ერთობლივად ვმუშაობდით საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაციებზე და ყოველთვის საქმიანი ურთიერთობები გვაკავშირებდა, ერთმანეთს ვუზიარებდით გაჭირვებასაც და სიხარულსაც. მოკლედ, ჩვენი მეგობრობა გრძელდებოდა. გავიდა ხანი, კაკო, როგორც აჭარის კუთხის გამორჩეული შვილი, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრად დააწინაურეს. ჩვენი ურთიერთობა ოჯახურ მეგობრობაში გადაიზარდა.

2000 წელს შესაძლებლობა მომეცა, როგორც მსოფლიო ქირურგთა ასოციაციის წარმომადგენელს საქართველოდან, რეკომენდაცია გამეწია კაკოსთვის, რათა იგი არჩეულიყო მსოფლიო ქირურგიული საზოგადოების წევრად. ამჟამად ამ პრესტიჟული ასოციაციის წევრები საქართველოდან მხოლოდ ჩვენ ორნი ვართ.

2002 წელს წილად მხვდა ბედნიერება, კაკოსთან ერთად გერმანიაში, კერძოდ, მიუნხენში მონაწილეობა მიმეღო კონფერენციაში, რომელიც ღვიძლის და პანკრეასის პათოლოგიის აქტუალურ საკითხებს შეეხო და სადაც ჩვენ მოხსენებებით წარვდექით. ბოლო ათი წელია არ ყოფილა საქართველოში მედიცინის სფეროში კონფერენცია თუ შეხვედრები, რომელშიც კაკოსთან ერთად მონაწილეობა არ მიმეღო.

ასე გრძელდება ჩვენი მეგობრობა დღემდე სატელეფონო საუბრებით თუ შეხვედრებით. კაკოსთან ურთიერთობამ არ შეიძლება არ გაგახსენოს დიდებული ქართველი პოეტის შოთა ნიშნიანიძის სიტყვები:

ოქროს მაღავდნენ მთელი ცხოვრება,
ზოგი, ვინ იცის, სად არ მაღავდა,

სკივრში, ქვევრებში, ზოგი ყორესთან,
ზოგი სახლის ქვეშ, ანდა – მარანთან,
მინაში ეგდო გაუქმებული,
ურიცხვ მონეტად, ურიცხვ ტალანტად,
მაგრამ ქვეყანა არ დავსებულა,
რამეთუ ზოგი სულში მაღავდა!

მართლაც სულში ოქროს მმაღავი პიროვნებაა ჩემი

კაკო.

ნოდარ გრიგოლია,

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის
ქირურგიის დეპარტამენტის ურგენტული ქირურგიის მიმართულების
ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი, ქირურგთა საერთაშორისო
ასოციაციის აქტიური წევრი.

კაკო ექიმი – ადამიანი იმედი, როგორც შეარქვა მას
ხალხმა! იმედით ცოცხლობსო ადამიანი - იმედი ნუ მო-
გიშალოთ ღმერთმა!

„კაკომ მიშველა, კაკოს ხელებს ვენაცვალე, კაკომ
გადამარჩინა, კაკომ გადამირჩინა, კაკოს ვაჩვენოთ, კაკო-
სთან გყავდათ? ვინც ამ ჩანანერს კითხულობთ, უმეტესო-
ბას ხომ გსმენიათ ამდაგვარი ფრაზები! რომ ვთქვა ახლა,
კაკო ბერიძე უნდა გაგაცნოთ-მეთქი, ბათუმელები ხომ
გამცინებთ? მოდი, ასე ვიტყვი, კაკოზე მინდა ვთქვა ორი-
ოდ სიტყვა... ოქროს ხელები აქვს, ბაჯღაღლო გული, დაუ-
ზარელი, მშვიდი, უმფოთველი... ჩინ-მედლები არ აკლია,
მაგრამ მოჭარბებული სიყვარულით უფრო ბედნიერია...

კაკო ბათუმის, აჭარის ელჩი, კონსული და დესპანია, კაკოს სახელით ყველა დაგმანული კარი იღება, გულიც და გულისგულიც... ბევრი ვინმე დააყენა ფეხზე და გზაზე, ბენვის ხიდზეც იარა და ფათერაკიან ბილიკებზეც...

აგერ ახლა, როგორც კოლორიტ ბათუმელს, უთხრეს, ღმერთმა დიდხანს გეცვითოს ბათუმის ქუჩებო... სხვების სამსახურში ნელ-ნელა სალეს ქვასავით ცვდება, კაკო... დადის „წვიმიან მზიანეთში“ უსიმპატიურესი, უგანათლებულესი, წიგნის მონა და მოტრფიალე. კაცი, რომლის ყულფით ნებისმიერ დროს ჩაისვლება ჭაში... რომ იცოდეთ, რა ლამაზი ხარო, ბატონო კაკო! რომ იცოდეთ, როგორ გიხდებათ: „ჩვენი ძალა ძმობაშიაო...“

ნიაზ ზოსიძე

P.S ბატონ აკაკის რომ ეკადრებოდა ისეთი სიტყვები ვერ შევარჩიეთ, ამიტომ ჩვენს საერთო მეგობარ ნიაზს მივმართეთ. მაპატიოს ბატონი კაკოს მეგობარმა და თანამემამულემ, ნიჭიერმა და საყვარელმა მწერალმა და პუბლიცისტმა – ბატონმა ნიაზ ზოსიძემ, დაუკითხავად რომ დავესესხე ეს სიტყვები.

ბატონი აკაკი, მრავალმხრივი ნიჭით დაჯილდოვებული ადამიანია: პოეზიით სუნთქავს, ხელოვნებით იკვებება, ისტორიით ცხოვრობს.

დადის ღამენათევი – გაღიმება უხდება!

პატივისცემით და სიყვარულით.

დავით ზოიძე
რუსუდან ლორია

მართო ამისთვის ღირდა სიცოცხლე!..

ეს ფერადოვანი ფრაზა სახელწოდებაა ჩემი ერთ-ერთი წიგნისა, რომელიც ეძღვნება მაღალმთიანი აჭარის სოფელ ოლადაურის პირველი ქართული სკოლის საუკუნოვან იუბილეს და მისი დამაარსებლის, ცნობილი საზოგადო მოღვაწის, ნური ბერიძის თავგანწირულ ღვაწლს მაშინ, როდესაც თურქეთიცა და რუსეთიც ერთდროულად ცდილობდა, ეს ულამაზესი წალკოტი წაეგლიჯათ დედასამშობლოსთვის. ყადს უამრავი სასახელო შვილი და შვილიშვილი ჰყავდა. ერთ-ერთი მათგანის – ნური თავდგირიძის მოგონებებში ვკითხულობთ: „დედე (ბაბუა) დაგვაჯდუმლებდა ბაღნებ, გვიყვებოდა საქართველოს ისტორიას, თავად ტიროდა და ჩვენც გვაცრემლებდა. ერთხელ დედემ გვითხრა: ბაგრატ VII რომ იყო მეფე, ის გაამუსლიმანეს, არჩილ II, ვახტანგ V, როსტომ მეფეც, გიორგი XI, კიდეც სხვებიც..., მარა გულით ვის ემსახურებოდნენ? – ჩვენს ღელე-ღურდანს, მემლექეთს.. სულხან-საბამ რომ კათოლიკობა მიიღო, რისთვის მიიღო? საქართველოსთვის! – ეგებ რამე ვუშველოო. რწმენითვინ კაცი არ დეიზრახება. წყალი მიდგებ-მოდგება და თავის პირველ კვალს დუუბრუნდება მაინც!“ (ჩანტლაძე, 2015-2016: 149).

სწორედ ამ გულანთებული პატრიოტის შვილთაშვილი გახლავთ პროფესორი აკაკი ბერიძე, არაერთი საერთაშორისო ქირურგიული საზოგადოებისა თუ სამედიცინო აკადემიის წევრი, სახელოვან პაპაზე არანაკლები პატრიოტი. „ოლადაურს იმერხევისგან მხოლოდ ერთი აღმართ-დაღმართი ჰყოფს. ჩვენს სოფელში ქართული სკოლის გახსნას თავის დროზე მარტოოდენ საგანმანათლებლო დანიშნულება არ ჰქონია – ეს ფაქტი მაშინ უდიდეს ეროვნულ-

სახელმწიფოებრივ მოვლენად იქცა. ქართული სკოლა რომ არა, აუცილებლად გაგვათათრებდნენ, იმდენად ახლოს ვიყავით მათთან ტერიტორიულად" - ხშირად ამბობს ხოლმე ბატონი აკაკი, მით უმეტეს, რომ სწორედ ამ სკოლაში აღიზარდნენ პროფესორი ძმები აკაკი და ჯემალ ბერიძეები, რომელთაც, მიუხედავად სხვადასხვა სპეციალობისა (ერთი ქირურგია, მეორე - ინჟინერი), ერთ დღეს (1995 წლის 30 ოქტომბერს) დაიცვეს სადოქტორო დისერტაციები. სწორედ ამ საოცარ ფაქტთან დაკავშირებით გამართულ ქართულ სუფრაზე, რომელსაც აჭარიდან ჩამოტანილი სურნელოვანი ნუგბარი ამშვენებდა, ამაყად განაცხადა ლევან ბერიძემ – ორი ერთდროულად სადოქტოროებული ვაჟის მამამ (მას მეტი შვილი არც ჰყავდა!..), „მარტო ამისთვის ღირდა სიცოცხლეო“. დიახ, ჭეშმარიტ მამულის შვილს შესანიშნავად ჰქონდა გააზრებული, რომ საბჭოთა კავშირის უღლიდან ახალთავდახსნილი საქართველო ვერავითარ შემთხვევაში ვერ განვითარდებოდა მაღალაკადემიური განათლების გარეშე. რა დასანანია, რომ დღემდე ოლადაურის სკოლას არა აქვს მინიჭებული ყადი ნური ბერიძის სახელი! – ამაზე უკეთესი სხვა რა უნდა გააკეთოს ადგილობრივმა საზოგადოებამ ან ხელისუფლებამ?!

ბატონი აკაკი – ცნობილი მეცნიერი, შესანიშნავი ექიმი და უბადლო პედაგოგი – დღეს თავის მეოთხმოცე შემოზამთრებას ეგებება; მე მასზე მხოლოდ რამდენიმე დღით უფროსი გახლავართ და მასთან ოცწლიანი მეგობრობა მაკავშირებს:

2005 წლის 25 ნოემბერს შოთა რუსთაველის სახელობის ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მაშინდელმა

რექტორმა, პროფესორმა ნუგზარ მგელაძემ დააარსა საერთაშორისო ქართველოლოგიური ცენტრი, რომლის ხელმძღვანელად მე მიმიწვია. ცხადია, ეს ყველაფერი თბილისის სამსახურებთან (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი და აკადემიკოს არნოლდ ჩიქობავას სახელობის ენათმეცნიერების ინსტიტუტი) შეთავსებით უნდა ყოფილიყო, რაც ქალისგან უაღრესად რთულ შრომას მოითხოვდა; ამიტომ ბევრი ვიფიქრე, მაგრამ ბათუმის უნივერსიტეტის აუდიტორიებში არეკლილი ზღვა, რომ მახსენდებოდა, ცდუნებას ველარ ვუძლებდი - მით უფრო, რომ ყოველთვის დიდი ოჯახი მქონდა, ხელფასი კი იმდენად სასაცილო, რომ მისი გამხელა საშინლად მრცხვენია. კიდევ კარგი, განათლების ახლანდელმა მინისტრმა დანიშვნის პირველივე დღეს განაცხადა: ჩვენ ღირსეული მეცნიერები გვყვანან და ამიტომ მათ ხელფასები უნდა გავუორმაგოთო. მე ძალიან მჯერა პროფესორ მიხეილ ჩხენკელის გულწრფელობისა (სწორედ მან დამაჯილდოვა დიდი იაკობ გოგებაშვილის სახელობის სანუკვარი პრემიით რამდენიმე წლის წინ).

ქართველების (კონკრეტულად კი აჭარლების) საოცარი სტუმართმოყვარეობა საქვეყნოდაა აღიარებული, ამიტომ ბათუმში ჩასვლისთანავე ვინ აღარ მპატიჟებდა ოჯახში! ამ მხრივ განსაკუთრებით გამოირჩეოდნენ პროფესორები: შუშუნა ფუტყარაძე, თინათინ შიოშვილი, მაია ბარამიძე, მაია კიკვაძე, ნინო დოლიძე, ...ერთ-ერთი მათგანი იყო ქალბატონი ეთერ ბერიძე – ბატონი აკაკის ახლო ნათესავი. მაშინ ზემო აჭარაში დიფტერია მძვინვარებდა და ჯანმრთელობის იმდროინდელმა მინისტრმა, პროფესორმა აკაკი ბერიძემ ყველანაირი ნიჭი, ცოდნა, გამოცდი-

ლება თუ ჯანი და ენერგია გამოიყენა მაღალმთიანი მოსახლეობის საშინელი სენისგან გადასარჩენად. ამ ფაქტის შესახებ ბევრი რამ ვიცოდი ბათუმის უნივერსიტეტის თანამშრომელთაგან (თანაც ქალბატონები მეუბნებოდნენ – ყოველმხრივ სიმპათიური მინისტრი გვყავსო), ამიტომ, ბუნებრივია, მეც მაინტერესებდა მისი გაცნობა.

ბერიძე-მელიქიშვილებთან სტუმრად ყოფნისას მთელი ჩვენი კათედრა რექტორთან ერთად შეიკრიბა, იყვნენ ნათესავებიც, მაგრამ ვერც ერთი მათგანი აკაკი ბერიძედ ვერ წარმოვიდგინე. თამადა მაინცდამაინც კარგი არ აღმოჩნდა და ქალბატონმა ეთერმა მიჩურჩულა: აფსუს, ჩემი ბიძაშვილი აკაკი ბერიძე - ბრწყინვალე თამადააო. ვთხოვე, მომეცი-მეთქი ტელეფონის ნომერი და ვეტყვი, როცა შეეძლება, მაშინ გვესტუმროს - თქო. იქიდან მართლაც საოცრად სიმპათიური ხმა მოისმა: „მატარებელში ვზივართ, თბილისიდან მოვდივარ ბათუმში, თათბირზე გახლდით. ახლა ხაშურში ვარ და, ვიდრე ჩამოვალ, თქვენ უკვე გეძინებათო.“ კინალამ გავგიჟდი, ჯერ, მატარებლით რომ მგზავრობს, ისეთი სახელმწიფო მოღვაწე არ მენახა და კიდევ ერთხელ ვთხოვე:

- ხაშური ბათუმიდან არც ისე შორსაა და იქნებ მობრძანდეთ?

პასუხად მატარებლიდან:

„რაც უფრო შორს ხარ, მით უფრო ვტკბები, მე შენში მიყვარს ოცნება ჩემი“...

ახლა მთლად გადავირიე – მას რაღაც კი სცოდნია ჩემს შესახებ, მაგრამ არასდროს ვენახე და მეორე დღეს მხოლოდ ბატონი აკაკისთვის გაიმართა პურ-მარილი. თავისთავად ცხადია, მეც დამპატიყეს, მაგრამ რატომღაც

გამიჭირდა ქალბატონი ეთერ ბერიძის სახლის მოძენა (უმანქანოდ გახლდით და, ალბათ, იმიტომ!) და მთელი საათით დამაგვიანდა, თუმცა იოტისოდენა საყვედურიც კი არ უთქვამთ სტუმარ-მასპინძლებს. მთელი საღამოს განმავლობაში სუფრაზე იფრქვეოდა დიდი გალაკტიონის, ანა კალანდაძის, მურმან ლებანიძის, მუხრან მაჭავარიანისა და ზურაბ გორგილაძის ლექსები! გაოცებული ვიყავი, ასეთი სულიერი თუ გარეგნული მშვენიერებით აღსავსე პროფესორი სკალპელს როგორ ხმარობს და სიკვდილის სარეცელზე მყოფ ავადმყოფებს როგორ ფატრავს სიცოცხლის შესანარჩუნებლად – მეთქი?!

საკმაოდ ნასვამი იყო, ამიტომ ვერ გავხედე მის მანქანაში ჩაჯდომა – ძალიან ენწყინა და თავისი ფხიზელი მძღოლი გამომაცოლა.

ამის შემდეგ ათი წელი გავიდა... კი მომცა თავისო ტელეფონი, მაგრამ არც ერთხელ არ მიცდია დამერეკა (თანამდებობის პირები არ მიყვარს!). რამდენი გამახსენდებოდა, სულ ვდარდობდი, რატომ არაა აკაკი ბერიძე ფილოლოგი-მეთქი! ამასობაში ჩემი სააგარაკე სახლის ძალიან მაღალი კიბიდან გადმოვევარდი თავსხმა წვიმაში და მომტყდა ხელიც, ფეხიც და კიდევ, ვინ იცის, რა აღარ! ღამის ორ საათზე ჩამომიყვანეს თბილისში, სადაც ძალიან ცნობილი ტრავმატოლოგი მელოდა, „დამათაბაშირეს“ და, ფაქტობრივად, ვეღარც კი ვმოძრაობდი. მაშინ უნდა დაბეჭდილიყო უზარმაზარი (836 გვ.) მონოგრაფია „კოდორული ქრონიკები“ (ჩემი დისერტანტების მიერ კოდორის ხეობაში ვიდუო-აუდიოაპარატურით დაფიქსირებული მასალების მიხედვით) და ბოლო რედაქტირება იყო საჭირო. ახ-

ლაც მიკვირს, როგორ მოვახერხე, მაგრამ, თუ ალაღად ემსახურები შენს პროფესიას, თავისთავად ცხადია, ყველაფერს მიაღწევ!

გავიდა რამდენიმე თვე და პროფესორმა ბუბა კუდავამ დამპატიჟა ტაო-კლარჯეთში, ოლონდ მანამდე ქართველოლოგიური მოხსენება უნდა წამეკითხა ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტში, საერთაშორისო კონფერენციაზე. არადა, ვკოჭლობდი. ყველა თბილისელი ექიმი კატეგორიულად მოითხოვდა ოპერაციის გაკეთებას, რისიც ძალიან მეშინოდა. ბათუმლებმა მირჩიეს, მიმემართა ბატონი აკაკი ბერიძისთვის - უოპერაციოდ მოგარჩენსო... დაეურეკე, მაგრამ ჩვეული ხალისიანი ხმა არ ჰქონია - ძალიან გამიკვირდა. როგორც მერე გავიგე, ბატონი ჯემალ ბერიძის 17 წლის ვაჟი - ირაკლი ავტოკატასტროფაში მოხვედრილა, მამას და ბიძას კი გულის ურთულესი ოპერაციები გაუკეთებიათ სტამბოლში. მას ამის შესახებ ჩემთვის არაფერი უთქვამს და, როცა ბათუმში ჩავედი, მაშინვე გამსინჯა. „ეს ოპერაცია მომაკვდინებელი არაა, მაგრამ, რაკილა ასეთი მძიმე ემოციები გაქვთ, გიმკურნალებთ ტიბეტური ნატურმედიცინის მეთოდოლოგიით.“ დამინიშნა 30 ნაირ-ნაირი კალცი და ზღვის აბაზანები - ბრწყინვალე ექიმმა ასე გადამარჩინა ხეიბრობას. ამიტომ სულ მგონია, რომ ბატონი აკაკი მხოლოდ ჩემი მკურნალია, სხვისი არავისი! - ალბათ, ყველა მისი პაციენტიც ასე ფიქრობს.

დარწმუნებული ვარ, რომ არაფრით მოვეკდეები მანამ, სანამ პროფესორი აკაკი ბერიძე ცოცხალია. მან აუცილებლად უნდა ისუნთქოს მშობლიურ წალკოტში ას წლა-

მდე მაინც! – ცნობილია, რომ მაღალმთიან აჭარაში, სვანეთში, ფშავ-ხევსურეთსა და ჩრდილო კავკასიაში დაბადებული ხანგრძლივად ცხოვრობენ ამქვეყნად!

რასაკვირველია, ისე როგორ გავკადნიერდები მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის ნაშრომები განვიხილო – არადა, რამდენი აქვს? – უამრავი სტატია, მოხსენება, მონოგრაფია საერთაშორისო მნიშვნელობისა, დაპატენტებული თუ დაუპატენტებელი; საოცრად ორიგინალური, ყველასგან განსხვავებული მეთოდოლოგიით ჩატარებული ურთულესი ოპერაციები. ერთხელ ვკითხე, რამდენი ოპერაცია გაქვთ გაკეთებული-მეთქი? მხოლოდ გაიღიმა, არაფერი უთქვამს – მისი კოლეგების ინფორმაციით, ალბათ, ოცი ათასზე მეტი.

ახლაც კი, ამ ძალზე სერიოზულ ასაკში, ბატონი აკაკი კვლავაც სკალპელით ხელშია შეიარაღებული, ზოგჯერ დღეში ორ-სამჯერაც. ასე იყო ამ რამდენიმე წლის წინათ – მაშინ მეც ბათუმში გახლდით:

მესამე მძიმე ოპერაციის წარმატებით დასრულების შემდეგ ღვანლმოსილი ქირურგი ცოცხალმკვდარი დაბრუნდა შინ და, სრულიად ბუნებრივია, რომ მაშინვე ჩაეძინა, მაგრამ სწორედ იმ ღამეს ასტიკვდა ერთ ბათუმელ გოგონას ბრმანანლავი. ამ ოპერაციას ბატონი აკაკის ყველა მოწაფე ან ჩვეულებრივი მორიგე ექიმიც ნორმალურად გააკეთებდა, მაგრამ, ქართველების ამბავი მოგეხსენებათ; გოგონას ბაბუამ დაიჩემა – ჩემს ერთადერთ შვილიშვილს ვერავის ვანდობ, აკაკი ბერიძის გარდაო. ღამის ორ საათზე კარს მიაღგა მძინარე ექიმს, თუმცა, მაინც ვერ გაბედა მისი შეწუხება; თავად ბატონ აკაკის გაღვიძებია მანქანის

ხმაურზე და ამის შემდეგ, ცხადია, ყველაფერი დიდებულად მოგვარდა. კიდევ კარგი, ბაბუამ ვერ განირა შვილი-შვილი, თორემ, ვინ იცის, რა მოხდებოდა? – თურმე ბრმანაწლავი მალე გასკდებოდა... მაგრამ ამით არ დამთავრებულა ეს ამბავი... მალე მძიმე ეპოპეა მშვენიერებად იქცა – პატარა გოგონა მესამე დღესვე წამოხტა, როგორც კი მისი ექიმი, პალატაში შევიდა (ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ემერიტუს-პროფესორი დღეს სახელგანთქმული კლინიკა „მედინას“ ქირურგიული დეპარტამენტის ხელმძღვანელი გახლავთ) და „ბაბუ-ბაბუს“ ძახილით უკან გაეკიდა. ბატონმა აკაკიმ ძლივს დაარწმუნა ბავშვი იმაში, რომ ჯერ მისი დერეფან-დერეფან სიარული ნაადრევი იყო. იმ საღამოს ისე მოხდა, რომ მეც დავურეკე კალცის ერთ-ერთი სახეობის მიღებასთან დაკავშირებით. რა თქმა უნდა, მაშინვე ყველაფერი დიდებულად ამიხსნა (ბრწყინვალე ქირურგი პოეზიის საოცარ ცოდნასთან ერთად არაჩვეულებრივად ლოგიკურ-ორატორული ნიჭითაცაა დაჯილდოებული!), მერე კი მიაშო აპენდიციტის შესახებ, თანაც მკითხა: ხომ არ იცი, ბარბი სად იყიდებო? მართლა გავოცდი, მაგრამ ამასობაში მის თანამშრომელს გაუგონია ჩვენი სატელეფონო საუბარი და მიუსწავლეს შესაბამისი მაღაზიის ადგილსამყოფელი. ხომ წარმოგიდგენიათ, რა სანახავი იქნებოდა 75 წლის მხცოვანი ექიმი თავისი გამოჯანმრთელებული პატარა პაციენტის წინაშე ბარბით ხელში?! თურმე 10 წლის გოგონა, საავადმყოფოდან განჯერის შემდეგ, შინ აღარ მიყვებოდა არც მშობლებს და არც თავის ნამდვილ ბაბუას – მისთვის სიცოცხლისმჩუქებელი ახალშექმნილი თეთრხალათიანი ბაბუ მთელ ქვეყანას ერჩია...

კიდევ ერთი მშვენიერი ეპიზოდი მინდა, გავაცნო მკითხველს:

ჯანმრთელობის მინისტრად მუშაობის პერიოდშიც პროფესორ აკაკი ბერიძეს არ მიუტოვებია თავისი სტუდენტ-ასპირანტ-დისერტანტები და კვლავ განაგრძობდა ლექციების კითხვას თუ სადისერტაციო თემების დამუშავებასთან დაკავშირებულ კონსულტაციებს, მიუხედავად ამისა, ყოველთვის ცდილობდა, დასწრებოდა მწერალთა კავშირის, სამთავრობო თუ სამედიცინო ღონისძიებებს, მაგრამ ერთხელ, მაღალმთიან აჭარაში გზის ჩახერგვის გამო, მას ძალიან დააგვიანდა თავისი (და ყველა ჩვენგანის) უსაყვარლესი პოეტის ანა კალანდაძის იუბილეზე. რასაკვირველია, ქალბატონმა ანამ ეს შეამჩნია და უსაყვედურა ბატონ აკაკის. პასუხად კი იცით, რა მიიღო?

– „რავი, ღრუბლებზე ვფიქრობდი
და არა გამიგია-რა“...

წარმომიდგენია, როგორ ესიამოვნებოდა ქართული პოეზიის დედოფალს ასეთი პასუხი! მე ძალიან ახლოს ვიცნობდი ქალბატონ ანას და ამის თქმის უფლება მაქვს: ჩვენ მთელი სიცოცხლე ერთ დანესებულებაში – აკადემიკოს არნოლდ ჩიქობავას სახელობის ენათმეცნიერების ინსტიტუტში ვმოღვაწეობდით, მას ერთი დღეც კი არ უმუშავია სხვაგან (თვით მწერალთა კავშირშიც კი!).

დარწმუნებული ვარ, მედიკოსები იტყვიან თავიანთ სათქმელს და დაიწერება მაღალაკადემიური წიგნი პროფესორ აკაკი ბერიძეზე, როგორც ნამდვილ მეცნიერსა და არაჩვეულებრივ პრაქტიკოს ექიმზე – ამის გაკეთება ჩემს სამეცნიერო პოტენციალს აღემატება.

რაც შემიძლია, იმას კი საგანგებოდ აღვნიშნავ:

მას შემდეგ, რაც გავიგე, რომ ბატონი აკაკი არამხოლოდ ოფიციალური მედიცინის შესანიშნავი წარმომადგენელია, არამედ ნატურმედიცინაც ბრწყინვალედ იცის (ბოლოს და ბოლოს ამ მეთოდოლოგიით გადამარჩინა უმძიმეს ოპერაციას!), შევთავაზე, ერთობლივი სამეცნიერო ნაშრომი გაგვეკეთებინა.

აკადემიკოსი ნიკო მარი ჩემი (და არა მარტო!) კუმი-რია. 1917 წელს რევოლუციისგან აელვარებულ პეტროგრადში მან სვანურ ენაზე გამოსცა არსენ ონიანის პატარა ლექსიკონი „ხეებისა და ბალახების სახელწოდებათა კრებული,“ რომელშიც დეტალური მსჯელობაა არაერთ სამკურნალო მცენარეზე. წიგნი კარგა ხანია, ბიბლიოგრაფიული იშვიათობაა, თანაც სვანურადაა დანერილ-დაბეჭდილი, ამიტომაც, ცხადია, თანამედროვე ექიმები და ბიოლოგები მას ვერ იყენებენ. გარდა ამისა, აღმოჩნდა, რომ ამ ნაშრომში მოცემულ ტერმინთა ძირებს მეტი საერთო აქვთ ლეჩხუმურ-რაჭულ-აჭარულთან, ვიდრე ქართული ენის სხვა დიალექტებთან. ჩემს მონაფესთან - ნინო ნაკანთან (ფიტონომიის სპეციალისტთან) ერთად გადავწყვიტე, მეთარგმნა არსენ ონიანის ლექსიკონი, რომელიც დავურთე ჩვენს მონოგრაფიას „სვანეთის ფლორა.“ მასზე მუშაობის პროცესში ბატონმა აკაკიმ გამაცნო სამკურნალო მცენარეებისა და ფარმაკოლოგიის ცნობილი სპეციალისტები, თავისი მეგობრები, პროფესორები რამაზ სურმანიძე და ალექო ბაკურიძე, რომელთა სამედიცინო კონსულტაციებმა ბევრი კარგი რამ შესძინა ჩვენს წიგნს. ამასობაში აკაკი ბერიძე 70 წლის გახდა და „სვანეთის ფლორაც“ ამ დიდებულ თარიღს მიეძღვნა, გარდა ამისა, ნატურმედიცინისა

და ქართველურ ფიტოტერმინთა ისტორიის შესახებ საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციებზე ერთმანეთის თანაავტორობით რამდენიმე მოხსენება წავიკითხეთ პეტერბურგში, თბილისში, მახაჩყალასა და მესტიაში.

მოგეხსენებათ, ბერიძე უპირველესი გვარია საქართველოში, არა მარტო რაოდენობრივად. ზოგიერთ მათგანს ბატონი აკაკი პირველად საოპერაციო მაგიდაზე ნახულობს ხოლმე, მაგრამ მაინც ყველა ნათესავად მიაჩნია, სულ ერთია, პაციენტი აჭარელია, მესხია, ჯავახია, გურულია, იმერელი თუ რაჭველი და ამიტომ, თავისთავად ცხადია, ავადმყოფებთან ურთიერთობაში გადამწყვეტი ძალა უანგარობაა. ასევე გვექცევა პროფესორი აკაკი ბერიძე მეცნიერებსაც, რადგანაც ჩვენს დაქცეულ ქვეყანაში აღარავის ვახსოვართ.

ქართველები განსაკუთრებული ნიჭიერებით გამოჩეული ხალხი ვართ, ამიტომაც საქართველოში საუკეთესო ქირურგი არაერთი გვყავს, მაგრამ ყურადღება იმიტომ გავამახვილეთ პროფესორ აკაკი ბერიძეზე, რომ ის სწორედ დღეს გახდა 80 წლისა და ახლაც ურთულეს ოპერაციებს აკეთებს (მათგან 14 ტიპი საკუთარი ორიგინალური მეთოდოლოგიისაა, ხოლო 44 – აჭარაში პირველად მის მიერაა შესრულებული). გარდა ამისა, იგი აღიზარდა ნური და ლევან ბერიძეების საგანმანათლებლო ტრადიციებზე, სკოლა ოქროს მედალზე, ხოლო სამედიცინო ინსტიტუტი წარჩინებით (ე. წ. წითელი დიპლომით) დაამთავრა, სამეცნიერო საქმიანობა კი ახალგაზრდობიდანვე წარმართა დიდი აკადემიკოსების მამია კომახიძისა და ნინო ჯავახიშვილის უშუალო მეთვალყურეობით.

ბატონი აკაკი დიდხანს მუშაობდა საქართველოს რესპუბლიკურ საავადმყოფოში, აქაც სახელოვნად, მაგრამ ვერ გაძლო თავისი „ღელე-ღურდანის“ გარეშე და როცა მშობლებს მისი, როგორც ექიმის, ხელი დასჭირდათ, თბილისიდან ბათუმში გადავიდა საცხოვრებლად... ხალხი პირიქით აკეთებს - ყველა დედაქალაქში ჩამორბის, სადაც ცხოვრება უკვე აღარ შეიძლება, მალე ქუჩაში ველარც მანქანით გაივლი და ველარც - ფეხით.

შეუძლებელია უცრემლოდ წაიკითხო პროფესორ აკაკი ბერიძის სულის ამოძახილი!

„მთა ჩემი სალოცავია... სულ მენატრება..., მშობლიური ოლადაური კი ადგილის დედაა, საიდანაც იწყება ჩემი თვალსაწიერი და სანუკვარი საქართველო...“

სოფელში რომ ავდივარ, სადაც არც ერთი ოჯახის კარი არასდროს იკეტება, ვგრძნობ, რომ შინაგანად ანგარიშს ვაბარებ აქაურობას ჩემი საქმიანობის შესახებ და უკან უფრო განწმენდილი ვბრუნდები...

ქირურგია ხომ ღვთაებრივი ხელოვნებაა!..

იზა ჩანტლაძე,

ფილოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი,
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის საპატიო

პროფესორი,

აკადემიკოს არნოლდ ჩიქობავას სახელობის
ენათმეცნიერების ინსტიტუტის უფადო მთავარი

მეცნიერ-თანამშრომელი.

თბილისი-ბათუმი. 2015-2016 წ.

ასაკით დამძიმებულ ადამიანს მოგონებებს რა გამოუღევს. მოგეძალება დიდი ხნის წინ გადახდენილის თავიდან განცდის, განსჯისა თუ ანალიზის სურვილი. მათი უბრალო გახსენებაც კი სიამოვნების, წყენის, ან გაბრაზების გამო, შეგაჟრჟოლებს, აგაფორიაქებს...

მე - აკაკი ბერიძეს და დავით ზოიძეს შეგნებული ცხოვრების დიდი ნაწილი ერთად გვაქვს გატარებული, ერთი პროფესია (ექიმობა), საერთო მეგობრები, საერთო ინტერესები გვაკავშირებს ერთმანეთთან, წარმოდგინეთ, გასახსენებელიც ბევრი გვაქვს. ცხოვრების გზაზე შეხვედრილთაგან უმრავლესობამ სიკეთით დაგვამახსოვრა თავი - ბოროტი დავიწყებამ წაშალა მეხსიერებიდან.

რუსიკო ლორია (დათო ზოიძის მეუღლე), ამ წერილის თანაავტორი, ჩვენზე გაცილებით ახალგაზრდაა - თბილი, ქალური სინაზით დამშვენებული, საოცრად რომ უხდება გურული იუმორი, ჩვენი ლიტერატურული ლოკო-მოტივია. წერილის ადრესატებიდან ერთს, ნიკო მღებრიშვილს კარგად ვიცნობდით, ვმეგობრობდით და გვეამაყებოდა მასთან სიახლოვე. ცნობილ მწერალს - ლევან გოთუას რუსიკო მისი შემოქმედებით იცნობდა და სინანულს გამოთქვამდა, რომ ამ დიდი მწერლის ღვაწლი თანამედროვეთა მიერ სათანადოდ არ იყო დაფასებული. კაკოს და დათოს ურთიერთობა დიდ მწერალთან უფრო მოკრძალებით, მაგრამ ხიბლით, აღფრთოვანებით გამოიხატებოდა.

მიმდინარე წელს ლევან გოთუას - ბრწყინვალე მწერალს, პუბლიცისტს, საზოგადო მოღვაწეს, სამშობლოს

სიყვარულით გულანთებულ პატრიოტ-მამულიშვილს და-
ბადებიდან 115 წელი შეუსრულდებოდა. უდავოდ ბუმბე-
რაზი ქართველი იყო, ყველა მხრიდან დიდებულად რომ
ჩანდა. მისი ნებისმიერი ქმედება სამშობლოს სიყვარულით
იყო განპირობებული: აკეთებდა იმას, რაც იმ მომენტში
ქვეყნის უკეთესი მომავლისთვის მიაჩნდა საჭიროდ. 16
წლისა, 1921 წელს კოჯორში შეუერთდა სამშობლოს დამ-
ცველ მებრძოლებს. აქტიურად მონაწილეობდა 1924 წლის
აჯანყებაში, როგორც ეროვნულ-დემოკრატიული პარტი-
ის ახალგაზრდული ფრთის ლიდერი. მეორე მსოფლიო ომ-
ის პერიოდში შექმნა იატაქვეშა ორგანიზაცია – საქართვე-
ლოს თავდაცვის კომიტეტი. ცხადია, საბჭოთა კავშირის
შესაბამისმა სადამსჯელო ორგანოებმა არ აპატიეს ლევან
გოთუას საქართველოს ესოდენ დიდი სიყვარული, ბევრ-
ჯერ იჯდა ციხეში, იყო გადასახლებული, სამჯერ იხდიდა
სასჯელს ნარიმის, ბიისკის და ვორკუტის საკონცენტრა-
ციო ბანაკებში.

მიუხედავად იმისა, რომ სიცოცხლის დიდი პერიოდი
პატიმრობაში გაატარა, ლევან გოთუა უაღრესად პრო-
დუქტიული შემოქმედი გახლდათ: პირველ რიგში უნდა და-
ვასახელოთ მისი შედეგები - ტეტრალოგია „გმირთა ვარა-
მი,“ რომელშიც საქართველოს ისტორიის ყველაზე ტრაგი-
კული, სისხლიანი პერიოდია ასახული ნიჭიერებით, მაღა-
ლი ლიტერატურული გემოვნებით და საინტერესოდ.

ამ საიუბილეო თარიღმაც უღიმღამოდ ჩაიარა, რას
იზამ, ასეთი ბედი არგუნა განგებამ ზოგიერთ რჩეულ პი-
როვნებას.

წერილის ავტორები სიამაყით და დიდი კმაყოფილე-
ბით აღვნიშნავთ, რომ ვიცნობდით, მოკრძალებული და

თაყვანისცემით განმსჭვალული ურთიერთობა გვექონდა ამ ბუმბერაზ მწერალთან ჩვენი თანაკურსელის, მეგობრისა და დამრიგებლის ნიკოლოზ მღებრიშვილის მეშვეობით.

ლევან გოთუა და ნიკოლოზ მღებრიშვილი ომის შემდგომ პერიოდში ერთად იხდიდნენ სასჯელს ვორკუტის უმკაცრეს საკონცენტრაციო ბანაკში, აქედან დაიწყო მათი სამაგალითო მეგობრობა... სიცოცხლის დასასრულამდე.

ორივე გამოირჩეოდა განსაკუთრებული კეთილშობილებით, აღმატებული კაცური თვისებებით, ნიჭიერებით, შრომისმოყვარეობით და... საქართველოს სიყვარულით, რაც მათი ცხოვრების ძირითად კრედოს წარმოადგენდა. ორივე მათგანის განვლილი გზა დასტურია იმისა, რომ ვერავითარი ტანჯვა-წამება მორალურად ვერ გატეხს ნამდვილ ვაჟკაცს, ვერ გააბოროტებს, ვერ მოაშლევინებს სამშობლოს სიყვარულს და სიკეთის კეთებას. მიგვაჩნია, რომ ორივე პიროვნებას სხვებისაგან განსხვავებული, ამასთანავე საბჭოთა ეპოქისთვის დამახასიათებელი, ტიპიური, ბიოგრაფია აქვთ და ამითაც საინტერესოდ და საჭიროდ მიგვაჩნია მათი გაცნობა ფართო საზოგადოებისათვის. მათი მაგალითი მისაბადია ახალგაზრდა თაობებისათვის. ეს გახლავთ ამ პუბლიკაციის ძირითადი მოტივაცია.

სამშობლოს განუზომელი სიყვარული აისახა ლევან გოთუას გენიალურ ფრაზებსა და ბრძნულ გამონათქვამებში:

– „არავითარი ბედნიერება არც მწადს და არც მწამს, უკეთუ ჩემი სამშობლოს ხარჯზე იქმნება.“

– „ადამიანი, რომელიც არ იცნობს თავის მშობლიურ მიწა-წყალს, არ არის ღირსი ამ მიწაწყალისა“.

– „ბედნიერ მონობას უბედური თავისუფლება მაინც სჯობს.“

ენის პატივისცემა ერისადმი პატივისცემის ერთ-ერთი ატრიბუტია, ქართული ენა არც ამერლებს შეუქმნია და არც იმერლებს ცალ-ცალკე. მეუღლის – ციცო ალხაზიშვილის აზრით, ლევან გოთუას გამორჩეული თვისება ადამიანის განუზომელი სიყვარული იყო... თუმცა, ბევრჯერ და მწარედ ატკინეს გული ხრუშჩოვის პერიოდში, 1955 წელს ლევან გოთუა პატიმრობიდან გაათავისუფლეს იმ პირობით, რომ საქართველოში არ იცხოვრებდა. ლევანი არ დათანხმდა: „ჩემთვის თავისუფლება სამშობლოში დაბრუნებაა და თუ ამას ვერ შევძლებ, ბანაკიდან არ გავალ, რაღა ღობის იქით მიცხოვრია და რაღა ღობის აქითო“... საქმის განმეორებით განხილვისას მწერალს საქართველოში ცხოვრების ნება დართეს.

გამორჩეული ქართველი მწერლის ფუნდამენტური ნაწარმოებები ძირითადად საქართველოს ისტორიის უმნიშვნელოვანეს პერიოდებს ეხება. „გმირთა ვარამს“ მოსდევს დრამატული ნაწარმოებები „მეფე ერეკლე“, „დავით აღმაშენებელი“, რომლებიც დიდი წარმატებით და ანშლავით იდგმებოდა მარჯანიშვილის თეატრში.

უაღრესად საინტერესოა ორიგინალური მოთხრობები „კრწანისის სევდა“, „უგზო ქარავანი“, „სიბრძნე სიკვდილისა“, „სერაფიტა.“

ავტორმა, სამწუხაროდ, ვეღარ დაასრულა საინტერესო რომანი სახელგანთქმულ ისტორიულ პიროვნებაზე – „მითრიდატე“, მკითხველმა იხილა მხოლოდ პირველი ტომი.

ბოდიშს ვიხდით სულმნათი ლევან გოთუასა და მკითხველის წინაშე, უმორჩილესად გთხოვთ ეს წერილი დიდებული მწერლის შემოქმედების შეფასებად არ ჩათვალოთ. ამისი არც ცოდნა და არც კომპეტენცია არ გაგვაჩნია, თუმცა გვეამაყება, რომ ბატონ ლევანს ვიცნობდით, ვსტუმრობდით კიდეც და ხშირად შეხვედრებზეც ვახლდით.

ბატონი ლევანი ახალგაზრდებს თავისი უბრალოებით, თავმდაბლობითაც გვხიბლავდა, ბევრჯერ შევსწრებივართ მედქალაქის საერთო საცხოვრებლის ეზოში სურსათ-სანოვაგით დატვირთული მოგვაკითხავდა, შემოგვძახებდა; „ახალგაზრდებო! ცოტა სასმელ-საჭმელი მოგიტანეთ! ბერიკაცს მალლა ნუ ამომიყვანთ, ჩამოდით და წაიღეთ, შეგერგოთ“ - ...ღმერთმა ნათელში ამყოფოს მისი ლამაზი სული...

ერთი უნივერსიტეტის ტოლფასი იყო ბატონ ლევანთან სიახლოვეს ყოფნა, მისი საუბრები საქართველოს ისტორიაზე, სამშობლოს სიყვარულზე, ლიტერატურაზე, ხელოვნებაზე, სპორტზე... საოცარ სიმკვირცხლეს ამჟღავნებდა ეს გოლიათური აღნაგობის კაცი ისტორიული ადგილების მონახულებისა თუ ალპინისტური სიჩაუქით მთის დალაშქვრის დროს.

– „ლევან გოთუა მთასავით კაცია, მთებშიც არ იმალება მისი გოლიათობა, მთაზე მცოცავი მთაა“ უთქვამს ედიშერ ყიფიანს.

ახლა ნიკო მღებრიშვილს გაგაცნობთ: ცოტა შორიდან დავინყებ: 1957 წელს შუახევის რაიონიდან ორი ახალგაზრდა სკოლადამთავრებული აკაკი ბერიძე და დავით ზოიძე თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტში ჩავირიცხეთ, გაზეთში გაცხადებული იყო, რომ ინსტიტუტს საერთო

საცხოვრებელი არა აქვს. ერთი თვე მარეთის ხეობის სოფლებში ნამუშევარი ნაცნობი ექიმი - გიორგი მაჩიტაძის მაზიდა მაროსთან შევაფარეთ თავი. რაჭველებივით გვიან გავიგეთ, რომ ჩვენს ინსტიტუტს თბილისში ყველაზე საუკეთესო საერთო საცხოვრებელი ჰქონდა. უფროსობასთან მისასვლელი გზებიც გამოვნახეთ და ჩვენს განცხადებაზე რეზოლუციაც გაჩნდა - 63-ე ოთახში ჩაასახლეთო. სასწრაფოდ გავიქეციტ სანუკვარი ბინის სანახავად, გავაღეთ კარი და... მოზრდილ ოთახში დიაგონალზე ტროსი დაგვხდა გაჭიმული, ტროსზე ხელებით დადიოდა კაცი, ფეხები მაღლა ჰქონდა აშვერილი - მხოლოდ ცირკში გვექონდა მსგავსი სურათი ნანახი. ეს შესანიშნავი აკრობატი ჩვენი კურსელი ნიკო მღებრიშვილი აღმოჩნდა.

ნიკოს მეტად საინტერესო, მრავალფეროვანი და მძიმე ცხოვრების გზა ჰქონდა გამოვლილი. იგი დაბადებულა 1922 წელს, გორის რაიონის სოფელ მეჯვრისხევში, შეძლებული გლეხის ოჯახში. მამა - დიმიტრი მღებრიშვილი ისტორიული პიროვნებისა და ლიტერატურული გმირის ჯორ-ზაქარას შვილიშვილი ყოფილა და თავადაც ხასიათდებოდა მტკიცე პრინციპულობითა და სიმართლის - მოყვარეობით.

დედა-მაგდანა ბიძინაშვილი ტიპური ქართველი (ქართლელი) ქალი. გამრჯე და შრომისმოყვარე ქალბატონს ოჯახური მეურნეობა ყოველთვის წესრიგში ქონდა.

ნიკო მღებრიშვილს 1939 წელს წარჩინებით (ოქროს მედალზე) დაუმთავრებია მეჯვრისხევის საშუალო სკოლა და მაშინვე გაუწვევიათ სამხედრო სამსახურში, მალე, ყოველგვარი მომზადების გარეშე გაუმწესებიათ საბჭოთა-

კავშირ-ფინეთის ომში, ფრონტის წინა ხაზზე. „სამ მეომარზე ერთი შაშხანა გვექონდა, რიგში ვიდექით, რომ რომელიმე დაცემული მეომრის იარაღს დავუფლებოდით“-იგონებდა ნიკო.

ერთ-ერთი საბრძოლო ოპერაციის დროს მხარში დაჭრილი, სისხლისაგან დაცლილი, გონებადაკარგული ნიკო ფინელ მეომრებს ტყვედ აუყვანიათ და ჰოსპიტალში მოუთავსებიათ. გამოჯანმრთელების შემდეგ ხე-ტყის დამზადებაზე დაუსაქმებიათ. სამუშაოს შესრულებასთან ერთად იგი ნახულობდა დროს აკრობატიკული კონცერტებით გაერთო ტყვეები. ერთ-ერთ ასეთ სანახაობას შესწრებია მამასთან ერთად მიმავალი 10 წლის გოგონა. გოგონას მოწონებია ნიკოს კონცერტი. შვილის თხოვნით შეძლებულ მამას ბანაკის ადმინისტრაციასთან შეთანხმებით ნიკო წაუყვანია თავის მამულში და კარმიდამოს მოვლა დაუვალებია. ნიკომ საქმეს თავი კარგად გაართვა და ოჯახის დიდი პატივისცემა დაიმსახურა.

ფინეთის ოკუპაციის შემდეგ გერმანელებმა ყველა ტყვე საფრანგეთში, ბრეტანიის სანაპიროზე გადაისროლეს მტრის საწინააღმდეგო ნაპირსამაგრი სამუშაოების სანარმოებლად. მათ შორის იყო ნიკოც.

ცოტა ხნის შემდეგ ნიკო დაუკავშირდა ადგილობრივი „წინააღმდეგობის მოძრაობის“ წევრებს და მათი დახმარებით ბანაკიდან გაიქცა. რამდენიმე თვე ფრანგი გლეხის ოჯახში იმალეობდა, შემდეგ, იგივე ორგანიზაციის დახმარებით, გადავიდა ინგლისში და ბოლო 3 წელი იქ გაატარა, იქვე დაამთავრა წითელი ჯვრის კურსები, მიიღო „სანიის-

ტრუქტორის“ დიპლომი. აქ მიღებული სამედიცინო განათლება ძალიან გამოადგა ნიკოს საკონცენტრაციო ბანაკში ყოფნის დროს.

მეორე ფრონტის გახსნის შემდეგ ნიკო ომში ჩაება მოკავშირე ჯარებთან ერთად და გამარჯვება ბერლინში იზეიმა. შეთავაზებულ წინადადებაზე, დარჩენილიყო ინგლისში, ნიკომ დელიკატურად უარი თქვა და სამშობლოში დაბრუნება არჩია, თუმცა, კარგად იცოდა რა საშიშროებაც ელოდა საბჭოთა კავშირში.

1945 წლის ბოლოს, ჯარში განწევრიდან 6 წლის შემდეგ, ნიკომ გაუფრთხილებლად შეაღო თავისი სახლის კარები მეჯვრისხევში. ოჯახის წევრებს იგი ცოცხალი აღარ ეგონათ.

ნაადრევი აღმოჩნდა სიხარული. არსებული კანონმდებლობის თანახმად ერთი თვის შემდეგ ნიკო გამოცხადდა სამხედრო კომისარიატში და განაგრძო სამსახური მოქმედ არმიაში.

1946 წლიდან საბჭოთა კავშირს გაუმწვავდა ურთიერთობა ყოფილ მოკავშირე ქვეყნებთან, გაჩაღდა ცივი ომიც. საბჭოთა მთავრობამ ტყვედნამყოფი ყველა პირი დააპატიმრა და საკონცენტრაციო ბანაკებში გაამწესა. ნიკოს შორეულ ჩრდილოეთში, ვორკუტის სპილენძისა და ქვანახშირის მალაროებში უკრეს თავი. ეს ბანაკი ცნობილი იყო „სიკვდილის ბანაკის“ სახელწოდებით. იქ შრომის მეტად მძიმე პირობები იყო და სრულიად ჯანმრთელი ახალგაზრდებიც დიდხანს ვერ ძლებდნენ. ინგლისში მოპოვებული სანინსტრუქტორის დიპლომით ნიკომ ფერშლად დაიწყო მუშაობა ბანაკის საავადმყოფოში, რომლის მთავარი

ექიმი იყო თვითონაც რეპრესირებული ქართველი ექიმი ჯღარკავა.

ნიკომ ამ ბანაკში დაჰყო ათი წელი, ბევრ ქართველ და არაქართველ პატიმარს შეუნარჩუნა სიცოცხლე. იგი კარგი ავტორიტეტით სარგებლობდა ბანაკის ხელმძღვანელებსა და პატიმრებს შორის.

ამავე პერიოდში ვორკუტის შახტებში სასჯელს იხდიდა რეპრესირებული მწერალი ლევან გოთუა. აქედან დაიწყო მათი მეგობრობაც, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე გაგრძელდა.

ნიკოს ხელშეწყობითა და დახმარებით ლევანმა სასჯელის უმეტესი პერიოდი ბანაკის საავადმყოფოში დაჰყო, სადაც შედარებით უკეთესი პირობები იყო სიცოცხლის შენარჩუნებისა და ლიტერატურული საქმიანობისათვის. იგი ინტენსიურად მუშაობდა ტექნოლოგიაზე - "გმირთა ვარამი", მეტად რთულ პირობებში უხდებოდა წერა. ბანაკის ზედამხედველები სისტემატურად ესხმოდნენ თავს, ჩხრეკდნენ და ართმევდნენ ნაწერებს. ლევანი რომანის ფრაგმენტებს წერდა ქალაქის ნაგლეჯზე, ასანთის კოლოფებზე, გაზეთის კიდეებზე, ამ ნაწერებს პატიმრები ხის მორების გულში ათავსებდნენ, მორებს კი საქართველოში აგზავნიდნენ. ადრესატი სიმონ ჩიქოვანი იყო. იგი ტექსტებს აწყობდა და სამშობლოში დაბრუნებულ ლევანს დაახვედრა.

ლევანი ბუნებით კეთილი, განათლებული პიროვნება იყო, ამიტომაც შეიყვარეს იგი ბანაკის პატიმრებმა და მოსახლეობამ. ისინი ხშირად ეხმარებოდნენ შახტებში სამუშაოს შესრულებაში, დაწერილი მასალების გადამალვაში

და საქართველოში გაგზავნაში. ნიკო კი მის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს ერთგულად ედგა დარაჯად.

სასჯელის მოხდის შემდეგ მწერალი დაბრუნდა სამშობლოში, შეაგროვა ბანაკიდან გამოგზავნილი ნაწერები, დაასრულა ნაწარმოები და ბრწყინვალე ტეტრალოგია „გმირთა ვარამი“ მიაწოდა მკითხველს.

საერთოდ, ლევან გოთუამ მეტად მდიდარი და მაღალმხატვრული ლიტერატურული მემკვიდრეობა დაუტოვა ქვეყანას. ვერც ერთმა რეჟისორმა ვერ გაბედა ამ დიდებული მწერლის ნაწარმოებთა ეკრანიზაცია, მიუხედავად იმისა, რომ იგი ხელისუფლების მიერ მთლიანად რეაბილიტირებული იყო.

პატიმრობიდან განთავისუფლებული ნიკო მღებრიშვილი 1957 წელს საქართველოში დაბრუნდა. მას სკოლა ოქროს მედალზე ჰქონდა დამთავრებული 18 წლის წინ, მედალი ძალაში იყო. ინსტიტუტში უგამოცდოდ, გასაუბრებით ჩასარიცხავად, მაგრამ საბუთების მიღებისათვის საჭირო ასაკს გადაცილებული იყო. დახმარებისათვის მიმართა საბჭოთა კავშირის განათლების მინისტრს ელიუტინს, რომლისგანაც მიიღო სათანადო ნებართვა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში სამკურნალო ფაკულტეტზე ჩაირიცხა.

ინსტიტუტი იმ დროს მხოლოდ ოქროს მედალოსანი და ფრიადოსანი სტუდენტებით დაკომპლექტდა. ნიკო მღებრიშვილი ყველა ჩვენგანზე უკეთესად სწავლობდა.

მალე მთელ საერთო საცხოვრებელში ჩვენი სამოცდამესამე ოთახი საჩვენებელი გახდა. ეს ნიკოს დამსახურება იყო, იგი ყველას უყვარდა და ცდილობდა მასთან

დაახლოებას, ყველა მას ბაძავდა და დიდ პატივსაც მიაგებდა. ზუსტად იცავდა ჯანსაღი ცხოვრების წესს და ამას ჩვენგანაც მოითხოვდა. გამოუცდელ ბიჭებს გვერდში დაგვიდგა დაბრძენებული, განათლებული, კეთილშობილი ადამიანი, რომელიც გეასწავლიდა, გვმოძღვრავდა და გვპატრონობდა.

მიუხედავად გადატვირთული სასწავლო პროგრამისა, ნიკო ახერხებდა დროის რაციონალურად განაწილებას კინოსა და თეატრში სპექტაკლებზე დასასწრებად, მნიშვნელოვანი სპორტული ღონისძიებების სანახავად, თბილისისა და მისი შემოგარენის ღირსშესანიშნაობების დასათვალიერებლად, ცხადია ჩვენთან ერთად.

ნიკოს ხშირად ვსტუმრობდით სოფელ მეჯვრისხევში და ვეხმარებოდით საოჯახო საქმეების შესრულებაში. მალე გამოიკვეთა საცხოვრებელში ნიკოს ლიდერული თვისებები, ჩამოყალიბდა ეგრეთწოდებული „ნიკოს ჯგუფი“, რომლის დამფუძნებელიც ნიკოსთან ერთად იყო აკაკი ბერიძე, დავით ზოიძე და მამია ხალვაში (63-ე ოთახის ბინადრები). შემოგვემატნენ ოთარ იშხნელი, (ხულოელი, სოფელ ხიხაძირიდან), ჯემალ გოგუაძე (ლანჩხუთელი, ნიგოთიდან), თამაზ ჩაჩავა (თბილისელი), ვაჟა ლორია (ხოწელი, მათხოჯიდან).

თამაზი ცნობილი ქართველი ქირურგის, მიხეილ ჩაჩავას შვილი იყო, ცხოვრობდა ვაკეში, მრგვალ ბაღთან. ბოლო კურსებზე ნიკო, კაკო და დათო ხშირად თამაზის ბინაში ვემზადებიდით გამოცდებისთვის. საყოფაცხოვრებო მომსახურებას თვითონ ბატონი მიხეილი გვინევდა და კარგა გვარიანადაც.

თამაზ ჩაჩავა ფრიადოსანი სტუდენტი იყო, მრავალ-
მხრივ განათლებული, კარგად იცოდა ინგლისური და რამ-
დენიმე სხვა უცხო ენა, შესანიშნავად უკრავდა ფორტეპი-
ანოზე, თვითონაც თხზავდა მუსიკალურ ნაწარმოებებს,
ის ცნობილი მევიოლინის - ლიანა ისაკაძის მეუღლე იყო.
თამაზი დაეუფლა კარდიოქირურგის რთულ სპეციალო-
ბას, იყო მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი. სპეციალუ-
რი აღნიშვნის ღირსია მისი ღრმაშინაარსიანი, ორიგინა-
ლური პოეზია, გამოსცა პოეტურ ნაწარმოებთა რამდენიმე
კრებული, მკითხველმა შეიყვარა თამაზის პოეტური შედე-
ვრები. მრავალი ლექსი უცხოურ ენებზეცაა თარგმნილი.
ყველა ადამიანური ღირსებით შემკობილი თამაზი რამდე-
ნიმე წლის წინ მიიბარა უფალმა... ღმერთმა აცხონოს!

„ნიკოს ჯგუფის“ ძირითად შემადგენლობაში ტექნი-
კური უნივერსიტეტის ფრიადოსანი სტუდენტი ჯემალ ბე-
რიძეც (კაკოს ძმა) გვერია. ნიკოს და ჯგუფის სხვა წევრებს
იგი განსაკუთრებით უყვარდათ – გამორჩეული პატიოსნე-
ბის, დაუზარლობის, ერთგულებისთვის. ჯემალი შემდგო-
მში ცნობილი მეცნიერი, კავშირგაბმულობის სისტემის
საერთაშორისო დონის აღიარებული სპეციალისტი გახდა;
თავისი სიტყვა მან პოლიტიკაშიც თქვა - იყო საქართვე-
ლოს პარლამენტის ორი მოწვევის დეპუტატი. ჯემალი ახ-
ლაც აგრძელებს „ნიკოს ჯგუფთან“ აქტიურ თანამშრო-
მლობას.

ვაჟა ლორია ვეძისში ცხოვრობდა ძმასთან - შოთა
ლორიასთან. ჩვენც, ნიკოს ჯგუფელები, ხშირად ვსტუ-
მრობდით ოჯახში. განსაკუთრებით მაშინ, როცა ეზოში
ბალი დამწიფდებოდა. ან ვაჟა რომელიმე ახალი პოემის

პრეზენტაციას დააპირებდა. ლევან გოთუამ მეორე კურსელ ნიკოს ახალთახალი ავტომანქანა - ამერიკული ჯიპი უყიდა - გამძლე, ეკონომიური, ადვილად სამართავი. „ნიკოს ჯგუფლებმა“ ავტომანქანის მართვა ამ მანქანაზე ვისწავლეთ. ავტომანქანამ გაგვიადვილა სოფელში მგზავრობა. თბილისისა და მცხეთის გარეუბნებში ექსკურსიებზე სიარული (არაიშვიათად ლევან გოთუასთან ერთად). ჯიპთან დაკავშირებით ერთი ეპიზოდი გამახსენდა: კვირა დღეს ქალაქგარეთ დასვენება გადავწყვიტეთ. პატარა მდინარის დელტაში საუცხოო მინდორი მწვანედ ბიბინებდა. ფეხბურთის სათამაშოდ უკეთეს ადგილს ვერც ინატრებდი, ოღონდ მანქანით შესვლა შეუძლებელი იყო, მდინარეზე მხოლოდ ვიწრო, ფეხით სასიარულო ხიდი იყო გადებული. ჯიპის მარცხენა საბურავები ხიდზე შევაყენეთ, მარჯვენა საბურავებში წინ და უკან ორ-ორი კაცი შევუდექით და მანქანა იოლად გადავიტანეთ მდინარის მეორე ნაპირზე, ამ სეირს ბევრი დამსვენებელი ადევნებდა თვალს, ბათუმიდან მეგობრებიც გვახლდნენ, მოწონების შეძახილებით და ტაშით დაგვაჯილდოვეს. ფეხბურთის პრინციპული მატჩიც მოვიგეთ, ანგარიშით - უთვალავით სათვალავი.

ნიკო იყო კარგი სპორტსმენი (აკრობატი), მოციგურავე, მთამსვლელი და მოგზაური, ამასთანავე ყველა საგანს ზე-ფრიადზე სწავლობდა. ბრწყინვალედ ფლობდა ქართულ, რუსულ, ინგლისურ ენებს, იცოდა ფრანგული და ცოტა გერმანულიც. კარგად ერკვეოდა ლიტერატურაში და ხელოვნებაში, ჰქონდა საუცხოო იუმორის გრძნობა. ცხადია, ნიკოსთან ყოველდღიური ურთიერთიერთობა ნი-

კოს ჯგუფის წევრებსაც გვაკეთილშობილებდა, ვიზრდებოდით ფიზიკურად, მორალურად. წარჩინებული სტუდენტები, სახელობითი სტიპენდიანტები, ინსტიტუტის ხელმძღვანელობის, პირადად რექტორის პეტრე გელახიანის განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ ვიყავით. შემდგომში ყველა საუკეთესო ექიმებად, სპეციალისტებად ჩამოვყალიბდით. ნიკოს ჯგუფს ყველაზე ადრე ჯემალ გოგუაძე შემოგვიერთდა. სამნუხაროდ, ასევე პირველი გამოგვეცალა - ნაადრევად დატოვა წუთისოფელი. ღმერთმა გაანათლოს მისი სული... კარგი ქრთველი, კარგი მეგობარი, კარგი მეცნიერი იყო. მოსკოვში ოთარ ლუდუშაურის ხელდასმით გაიზარდა შესანიშნავ ტრავმატოლოგად, მისი ხელმძღვანელობით დაიცვა საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაცია, ბოლოს თბილისის ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის ინსტიტუტის დირექტორად მუშაობდა, წარმატებული მეცნიერი და სპეციალისტი იყო.

„ნიკოს ჯგუფიდან“ პირველი აკაკი დაოჯახდა, სამეგობროში შემობრძანდა მშვენიერი ქალბატონი ნათელა ბოლქვაძე, სითბო და სიყვარული შემოიტანა. იგი ერთხმად იქნა არჩეული ჯგუფის წევრთა დაქორწინების კომისიის თავმჯდომარედ.

მეოთხე კურსზე ნიკო მღებრიშვილიც დაქორწინდა მზია კობახიძეზე. რეპრესირებული და შემდგომ რეაბილიტირებული ოჯახიდან იყო.

ყველაზე ბოლოს დავით ზოიძე „მომწიფდა“, დაქორწინდა რუსუდან ლორიაზე. მათი მეჯვარეობა აკაკიმ და ნათელამ არავის დაუთმეს. კაკო ახლა დათოსა და რუსუდანის უფროსი ქალიშვილის მარიკას ნათლიაა.

ღირსეულმა ქალბატონებმა კიდევ უფრო გააღამა-
ზეს ჩვენი მეგობრობა, ახალი სული შთაბერეს. ნიკოს ჯგუ-
ფის ურთიერთობა გაგრძელდა ინსტიტუტის დამთავრების
შემდეგაც.

ნიკო ოჯახით ზაფხულობით დასასვენებლად ბათუ-
მში გვეწვეოდა, ხოლმე. ჩვენც ვაკითხავდით მას მეჯვრი-
სხევის, არცევისა და ღრომის საავადმყოფოებში. იგი წარ-
მატებულ ექიმად ჩამოყალიბდა, იყო მთავარი ექიმი, თერა-
პევტი, კარდიოლოგი, ნევროპათოლოგი, რენტგენოლო-
გიც და პათანატომიც. ტიპური ოჯახის ექიმი, ხალხს უყ-
ვარდა და პატივს მიაგებდა მის მრავალპროფილურ მოღ-
ვაწეობას. ნიკო საექიმო საქმიანობასთან ერთად კარგი
მეურნეც იყო, შესანიშნავად გაწყობილი სახლ-კარი ჰქონ-
და. კარგად მოვლილი ბაღ-ვენახი და კარ-მიდამო ამშვე-
ნებდა სოფლის ამ უბანს.

1988 წელს, 66 წლის ასაკში მიიბარა უფალმა ნიკო
მღებრიშვილის ტანჯული სული. ნიკოს შემდეგ ვაჟა ლო-
რიაც დააკლდა წუთისოფელს, ქვეყანას, სანათესაოსა და
მეგობრებს.

...ძნელი ყოფილა ობლობა, მით უფრო აუტანელია,
როცა ამდენი უკეთილშობილესი, ერთმანეთის გულშემა-
ტკივარი, ამაგდარი მეგობარი კაცები აღარ გყავს გვერ-
დით....

აკაკი ბერიძე,
თანაავტორებით
რუსუდან ლორია, დავით ზოიძე.

ილია II – ბერიძეთა გვარის დალოცვა _____	5
დიდ წინაპართა ღირსეული შთამომავალი - მიხეილ მახარაძე _____	9
ექიმი, მეცნიერი, მასწავლებელი, საზოგადო მოღვაწე - კახაბერ ქაშიბაძე _____	23
პირველი თავი	
ქირურგია - ღვთაებრივი ხელოვნება _____	26
ინსტიტუტი, მასწავლებლები მოკლე ექსკურსი მედიცინის ისტორიიდან. ქირურგია აჭარაში _____	28
ექიმი _____	57
ბესარიონ ფროლოვის მეცნიერული მემკვიდრეობა _____	107
ნააზრევ-ნაფიქრალი. მოვუსმინოთ ორგანიზმს _____	111
დაავადებათა ეტიმოლოგიისათვის _____	113
აბსცესის და ფლეგმონის ღრუს დამუშავება ცხელი ჰაერის ჭავლით _____	114
რეტროპერიტონული და რეტროცეკალური აპენდიციტის დიაგნოსტიკისათვის _____	114
იქნება _____	115
პროფესორ აკაკი ბერიძის საავტორო ქირურგიული ოპერაციები და პატენტები ავტორის კომენტარებით	118
მეორე თავი	
ქირურგიული პრაქტიკიდან. სხვადასხვა კუჭნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენა _____	124
წერილი ნაწლავიდან სისხლდენა _____	129
მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადებები _____	135
სიგმის შემოგრება ენდოსკოპიური დეკომპრესია და დეტორსია _____	142
სიგმური ნაწლავის კიბო დესტრუქციით (პერფორა- ციით) _____	146

სიმსივნის მეტასტაზით გამოწვეული ნაწლავთა მწვავე გაუფალობა _____	149
დამატებითი ელენთის გართულებათა საკითხისათვის _____	150
მსხვილი ნაწლავის პირველად-მრავლობითი მეტაქრო- ნული კიბო _____	155
რეტროპერიტონული სიმსივნეების ოპერაციული მკურნალობის ჩვენი გამოცდილება _____	161
ლაპარასკოპიული კოლექტომიების ჩვენი გამოცდილება _____	164
მწვავე ქირურგიული დაავადებების მკურნალობა ორსულებში _____	166
მწვავე აპენდიციტი ორსულებში _____	170
მწვავე ქოლეცისტიტი ორსულებში _____	171
ნაწლავთა მწვავე მორეციდივე ინვაგინაციური გაუფა- ლობა ორსულობის ფონზე _____	171
ისტორიული ცნობები _____	174
მუცლის კედლის დიდი ზომის (W3) თიაქრებით პაციენტთა ქირურგიული მკურნალობის შედეგების გა- უმჯობესება უკანა სეპარაციული ჰერნიოპლასტიკის (TAR) მეთოდის გამოყენებით. _____	175
TAR-პლასტიკა. პირველი გამოცდილება _____	179
ფარისებრი ჯირკვლის კეროვანი წარმონაქმნების მკურნალობა _____	184
მესამე თავი	
ტრავმული დაავადება – ახალი ნოზოლოგიური ერთეული _____	199
ქირურგია ქვეყნის მძიმე დღეებში _____	213
გულის ტრავმა _____	216
გულის გამჭოლი ჭრილობა _____	221
გულის ცეცხლნასროლი ჭრილობა _____	223
გულმკერდის ცეცხლნასროლი გამჭოლი ჭრილობა _____	227
დუნდულოს არტერიის დაზიანება _____	230
მუცლის ჭრილობა და მისი მართვა _____	233

მუცლის დახურული ტრავმა – ღვიძლის გაგლეჯა _____	242
ელენთის შემანარჩუნებელი ოპერაციები (ჩვენი გამოცდილება) _____	248
დაზიანებული ელენთის გადანაცვლება რეტროპერი- ტონულ სივრცეში (საავტორო უფლება 5/314) _____	249
მაღალტექნოლოგიური მეთოდები _____	251
მეოთხე თავი	
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შუქ- ჩრდილები ფიქრები მედიცინაზე _____	254
საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის სათავეებთან _____	263
პრესის ფურცლებიდან - მარინა მითაიშვილი	269
რამაზ სურმანიძე _____	279
აკადემიკოსი - გურამ ტატიშვილი _____	291
ხალხური მედიცინა – ერის კულტურის შეფასების კრიტერიუმი _____	297
საერთაშორისო პროექტი ECH in G ხალხური სამედიცინო ტერმინოლოგია დასავლეთ საქართვე- ლოში უნივერსალთა ძიება ტიბეტურ მედიცინაში _____	307
იატროგენული პათოლოგია - პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა _____	311
საშიშ ინფექციათა ეპიდემიები საქართველოში _____	318
პრესის ფურცლებიდან - რაზე მოგვითითებს და რას გვირ- ჩევს აჭარის ექიმთა გაერთიანებული საზოგადოება სანამ ატმოსფერო კატასტროფულად დაბინძურდება _____	326
შენი ჭირიმე სიკვდილო, სიცოცხლე ფასობს შენითა მეხუთე თავი	331
მეგობრები, კოლეგები, პაციენტები სკალპელიანი მინისტრი _____	336
დასტაქარი, მამულიშვილი, ჰუმანისტი- მარინა მითაიშვილი	352
„ამბობენ, ადამიანების სიდიდე ახლოდან არ ჩანსო“ ზურაბ ჩიხლაძე _____	355

ჩემი მეგობარი – აკაკი ბერიძე რამაზ სურმანიძე _____	361
პირადად ვულოცავ ბატონ აკაკის -ზაალ კახიანი _____	367
ადამიანი, რომელმაც სიცოცხლე მაჩუქა - ნოდარ ზოიძე _____	369
ალარ ვარ დიეტაზე, კაკო, ანუ მოკლე სადღეგრძელო დიდი კაცისათვის - ნუგზარ ჯაფარიძე _____	371
სულში ოქროს მმალავი ნოდარ გრიგოლია _____	373
ნიაზ ზოსიძე - დავით ზოიძე, რუსუდან ლორია _____	375
მარტო ამისთვის ღირდა სიცოცხლე!.. - იზა ჩანტლაძე _____	377
მოგონებები გარდასულ დღეთა _____	389