

საქარის
ექიმთა საზოგადოების
შრომები

I



ბათუმი
1951



ეროვნული საგანმანათლებლო
ბიბლიოთეკა



ქართული საზოგადოებრივი
ბიბლიოთეკა

აჭარის
ექიმთა საზოგადოების
შრომები

43636



აჭარის ასსრ სახელმწიფო გამომცემლობა
19 — ბათუმი — 51 წ.

წინასიტყვაობა

ბოლშევიკური პარტიის და საბჭოთა მთავრობის შეუწელებელი მზრუნველობის შედეგად ჩვენს ქვეყანაში ყოველწლიურად ფართოვდება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ქსელი, იზრდება მედიცინის მუშაკთა ახალი კადრები და უმჯობესდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

გამარჯვებული სოციალზმის ქვეყანაში მშრომელთა მატერიალური და კულტურული დონის აღმავლობამ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების წინაშე დააყენა საკითხი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და სპეციალიზებული საექიმო დახმარების განვითარების შესახებ როგორც ქალაქად, ისე სოფლად.

საავადმყოფო—პოლიკლინიკურ დაწესებულებათა ქსელის გაერთიანებამ კიდევ უფრო გააუმჯობესა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. გაერთიანებაში მომუშავე ექიმი მეტ გულსხმიერებასა და მზრუნველობას იჩენს თავის სამოქმედო ტერიტორიაზე მცხოვრები მოქალაქის ჯანმრთელობის მდგომარეობისათვის, ამასთან ერთად იგი ფართო სანიტარულ-პროფილაქტიკურ და სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობას ატარებს. გაერთიანების შედეგად მნიშვნელოვნად ამაღლდა აგრეთვე ექიმთა კვალიფიკაცია.

მოისპო წინათ არსებული სხვაობა ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას შორის. დღეს აჭარაში რაიონული ცენტრებისა და მუშათა დასახლებული ადგილების საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანებები დაკომპლექტებულია კვალიფიციური ექიმებით ყველა ძირითადი სპეციალობის მიხედვით და ამით მოსახლეობას საშუალება ეძლევა ადგილზე მიიღოს კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება.

სამკურნალო დაწესებულებებში დაინერგა მკურნალობის ახალი მეთოდები. მიმდინარეობს დიდი რუსი მეცნიერის აკადემიკოს ი. პ. პავლოვის ფიზიოლოგიური მოძღვრების გაღრმავებული შესწავლა და პრაქტიკულ მედიცინაში დანერგვა.

დიადი სტალინური ეპოქის ადამიანებს ყოველგვარი პირობები აქვთ შექმნილი პრაქტიკული და მეცნიერული მუშაობისათვის.

თუ წინათ პერიფერიაში მომუშავეებს ფიქრიც კი არ შეეძლო მეცნიერულ მუშაობაზე, დღეს ჩვენი ქვეყნის ყველაზე დაშორებულ რაიონში უდიდესი შემოქმედებითი მუშაობა ტარდება მეცნიერების ყველა დარგში.

ამჟამად აჭარის ასს რესპუბლიკის მშრომელთა ჯანმრთელობის დაცვის სადარაჯოზე დგას და ნაყოფიერ პრაქტიკულ და მეცნიერულ მუშაობას ეწევა 487 ექიმი, მათ შორის ორი—მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი და ხუთი—მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი.

მედიცინის მეცნიერებათა აღნიშნულ ორ დოქტორს და მედიცინის მეცნიერებათა ორ კანდიდატს სადისერტაციო შრომა აჭარაში აქვთ დამუშავებული. ამჟამად მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის ხარისხის მოსაპოვებლად სადისერტაციო შრომებზე შვიდი ექიმი მუშაობს.

წინამდებარე კრებულში მოთავსებულია აჭარაში მომუშავე ექიმთა შრომების ნაწილი. უეჭველია ეს ღონისძიება კიდევ უფრო წახალისებს მათ და სტიმულს მისცემს მეცნიერული მუშაობის შემდგომი გაშლა-გაფართოებისათვის.

მომავალში განზრახულია კრებულის სისტემატური გამოშვება, სადაც მოთავსდება აჭარაში მომუშავე ექიმების შრომები ძირითადად ადგილობრივი სამკურნალო ფაქტორებისა და სამხარეო პათოლოგიის საკითხებზე.

ბ. ნ. პარტიბა
აჭარის ასსრ ჯანმრთელობის
დაცვის მინისტრის მოადგილე.

რევმატიული და ინფექციური პოლიარტრიტების ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობა ბათუმის პირობებში

ამჟამად, პათოლოგ-ანატომებისა და კლინიკისტების (ტალა-ლაევი, კონჩალოვსკი, სტრაჟესკო, ზუხშტაბი, ნიკოლაევი და სხვ.) ერთობლივი მუშაობის შედეგად საყოველთაოდ აღიარებულია უნდა ჩაითვალოს, რომ როგორც რევმატიული, ისე ინფექციური არტრიტები წარმოადგენენ სხვადასხვაგვარ ინფექციათა მეორად გავლენას, რასაც თან სდევს ორგანიზმის ჭარბი ალგზნებადობა ან მისი სენსიბილიზაცია. სხვანაირად რომ ვთქვათ, რევმატიული და ინფექციური პოლიარტრიტები წარმოადგენენ ინფექციური ეთიოლოგიის მქონე ალერგიულ დაავადებებს, სადაც წამყვანია არა ინფექცია, არამედ ორგანიზმის სენსიბილიზაცია კონსტიტუციური, კლიმატური, ყოფაცხოვრებითი და სხვა ფაქტორების პირობებში.

ამ კონცეფციის თვალსაზრისით თერაპიული ჩარევის ამოცანას შეადგენს ორგანიზმის ალერგიული მდგომარეობის შენელება ანდა მისი დესენსიბილიზაცია.

არტრიტების მკურნალობაში განსაკუთრებით დიდი გამოყენება ჰპოვეს მკურნალობის არასპეციფიკურმა მეთოდებმა, რომლებიც ააქტივებენ მთლიანად ორგანიზმს. მათ შორის მთავარი ადგილი უკავია ბალნეოთერაპიას.

ალექსანდროვი აღნიშნავს, რომ ბალნეოთერაპიისას „განიცდის ცვლილებებს ორგანიზმის რეაქტიული უნარიანობა და, მასასადამე მისი ფუნქციები, ანუ, სხვანაირად რომ ვთქვათ, იცვლება მთელი ორგანიზმის მდგომარეობა.“

როდესაც იძლევიან სამკურნალო წყლების ორგანიზმზე მოქმედების მექანიზმის ახსნას, მაშინ ამბობენ ხოლმე, რომ სამკურნალო წყლის აბაზანები იწვევენ ორგანიზმის „გარდაქმნას“, ამასთან ეს აბაზანები აძლიერებენ მის ფუნქციებს (სწარმოებს არსებითი ცვლილება გლობულინების მიმართულებით, იზრდება დაჟანგვის პროცესები და ა. შ.) და მისი მოქმედების უნარიანობის პირობების გაუმჯობესებით ხელს უწყობენ პათოლოგიური პროცესების მოსპობას ორგანიზმში.

ბალნეოთერაპიულ პროცედურებს შორის არტრიტების შემთხვევაში განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობს მკურნალობა ტალახით, გოგიდწყალბადიანი და როდონიანი წყლებით.

ზღვისპირა კურორტებზე ბალნეოთერაპიაში თვალსაჩინო ადგილი უკავია ზღვაში ბანაობას.

ზღვის წყალს წამლად უძველესი დროიდან იყენებენ. ჯერ კიდევ პიპოკრატემ აღნიშნა მისი თვისებები კრილოზების მკურნალობის დროს.

მაგრამ ზღვის წყლის მეცნიერული შესწავლა მხოლოდ XVIII საუკუნეში დაიწყო.

კონცენტრაციისა და მარილების მიხედვით ზღვის წყალი შეიძლება მიეკუთვნოს მინერალურ წყლებს. მასში 32-მდე ქიმიური ელემენტი აღმოჩენილი, მაგრამ მთავარი მნიშვნელობა ქლოროვან ნატრიუმს ენიჭება, რომლის რაოდენობა ყველა სხვა მარილის საერთო რაოდენობის 80 პროცენტს შეადგენს.

ზღვის აბაზანებს იყენებენ მაშინ, როდესაც ზღვაში ბანაობა ან მავნეა ორგანიზმის მდგომარეობის მიხედვით, ანდა შეუძლებელია წლის დროის ან ამინდის მიხედვით.

ზღვის აბაზანების მოქმედების მექანიზმი რამდენადმე განსხვავდება ზღვაში ბანაობისაგან.

დამტკიცებულია, რომ ზღვის აბაზანების ფიზიოლოგიური ზეგავლენა დამოკიდებულია ზღვის წყლის თერმიულ და ქიმიურ ზემოქმედებაზე, მექანიკური ზემოქმედება კი სრულებით უმნიშვნელოა. ქიმიური ზემოქმედება აიხსნება მასში გახსნილი მარილებით, რომლებიც უმცირესი კრისტალების სახით რჩებიან კანის ნაოჭებში ზღვის წყლის გაშრობის შემდეგ და მსუბუქ გალიზიანებას იწვევენ.

ზღვისპირა კურორტებზე ბალნეოლოგიური მკურნალობის ორგანიზმზე საერთო გავლენა დამოკიდებულია არა მარტო ზღვის წყლის ზემოქმედებით, არამედ საკურორტო ფაქტორების კომპლექსით, რომელთაგან განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია ზღვის ჰავა. ეს განსაკუთრებით ეხება ზღვაში ბანაობას, როდესაც „ზღვის წყლის მოქმედება განუყოფელია ზღვის ჰავის მოქმედებისაგან“ (ლეიბენზონი), მაგრამ მას, უდავოა, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობის დროსაც. ზღვის ჰავის მოქმედება მნიშვნელოვანია. იგი აძლიერებს ნივთიერებათა ცვლას, ზრდის სისხლის ჰემოგლობინსა და სისხლის წითელი ბურთულების რაოდენობას, ამცირებს სისხლის წნევას და დამამშვიდებლად მოქმედებს ნერვიულ სისტემაზე.

ბათუმში, როგორც ზღვისპირა კურორტზე, ზღვის აბაზანები დიდი პოპულარობით სარგებლობს.

იმ მიზნით, რომ გამოვევრკვია სწავლასხვა დაავადებათა ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობის შედეგები, ჩვენ ჩავატარეთ დაკვირვებანი დაავადებული სახსრების მქონე ავადმყოფებზე.

ვიდრე ჩვენი შრომის თემას შევუდგებოდეთ, საჭიროდ მიგვაჩნია მოვიყვანათ ზოგიერთი ცნობები, რომლებიც ახასიათებენ ბათუმის კლიმატურ თავისებურებებს, აჭარის კურორტოლოგიის

ინსტიტუტის კონსულტანტის ჰიდრომეტეოროლოგ დოცენტ გ. ი. ჭირაქაძის დაკვირვებათა და შრომების საფუძველზე.

ბათუმი, რომელიც შავი ზღვის სანაპიროს სამხრეთ ნაწილში მდებარეობს, ხასიათდება სუბტროპიკული კლიმატით, რომლის ნიშანდობლივ თვისებას, როგორც ცნობილია, წარმოადგენს მაღალი და ზომიერი ტემპერატურა, ნალექების დიდი რაოდენობა და მომეტებული სინოტივე. შავი ზღვის სანაპიროს ყველა დანარჩენ საკურორტო ადგილებს შორის ბათუმის ზონა გამოირჩევა ტემპერატურის ყველაზე უფრო ნაკლები წლიური ამპლიტუდით, რაც უპირატეს საკურორტო ფაქტორს წარმოადგენს.

ცხრილი № 1

ამპლიტუდა

ბათუმი	ფოთი	სოხუმი	გაგრა	სოჭა	ანაპა	ოდესა	ვვპა-ტორია	იალტა
16,8	17,7	17,3	17,4	17,5	22,2	25,7	24,5	20,4

ბათუმი მთელი წლის განმავლობაში ინარჩუნებს ზღვის ჰავას. ამით აიხსნება ის, რომ ტემპერატურის ცვალებადობა თვეების მიხედვით არაა მკვეთრი.

აჭარის მთელი სანაპიროს და, კერძოდ, ბათუმის ერთ-ერთი დამახასიათებელი თვისებაა მომეტებული სინოტივე.

ყველაზე უფრო მეტი ნალექი უხვი და კოკისპირული წვიმების სახით მოდის ზამთრისა და შემოდგომის თვეებში. კოკისპირული წვიმების სახით მოსული ნალექების თავისებურებით აიხსნება ის, რომ ნალექების სიუხვის მიუხედავად შემოდგომა ყველაზე უფრო კომფორტაბელური პერიოდია. სინესტის ზემოქმედებას ზომიერს ხდის ზღვის ბრიზები, რომლებიც კარგ გავლენას ახდენენ ბათუმის კლიმატურ კომპლექსზე.

წამყვანი ფაქტორი, რომელიც განსაზღვრავს ბათუმის კლიმატს, არის ზღვა.

შავი ზღვის წყალში აღმოჩენილი 32 ელემენტიდან უმთავრესნი არიან: ქლორი, კალიუმი, ნატრიუმი, კალციუმი და მაგნიუმი. მარილების შემადგენლობა ერთ ლიტრ ზღვის წყალში ბათუმის პირობებში წარმოდგენილია მე-2 ცხრილში.

ზღვის წყლის ქიმიური ანალიზი ჩატარებულია თევზის მეურნეობის საკანცლარო ცენტრალური სამეცნიერო ინსტიტუტის ჰიდროქიმიური ლაბორატორიის მიერ. წყალი აღებულია 1940 წლის 10 აპრილს, ზღვის თბილი აბაზანების რაიონში.

საერთო მარილშედგენილობა	მარილოვან შენაერთებში	რადიკალებში
1,65	$\text{NaCl} = 12,830$ $\text{MgCl}_2 = 1,795$ $\text{MgSO}_4 = 0,781$ $\text{CaSO}_4 = 0,594$ $\text{K}_2\text{SO}_4 = 0,407$ $\text{CaCO}_3 = 0,058$ სხვა მარილები $= 0,035$	$\text{N}_2\text{O} = 6,803$ $\text{K}_2\text{O} = 0,219$ $\text{CaO} = 0,263$ $\text{MgO} = 1,019$

ამრიგად, ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობა ბათუმში ტარდება სუბტროპიკული ჰავის პირობებში, რომელიც ტემპერატურის, სინოტივისა და ზღვის პრიზების ხელსაყრელი შეხამების გამო ე. წ. „დამზოგავ“ ჰავათა რიცხვს მიეკუთვნება. ზღვის აბაზანების მთავარი სამკურნალო ფაქტორი არის მათი მინერალიზაცია და ქლორიანი ნატრიუმის სიჭარბე.

ჩვენ ვაწარმოებდით დაკვირვებას 42 ავადმყოფზე, რომელთაგან 29 შეპყრობილი იყო რევმატიული, ხოლო 13—ინფექციური პოლიარტრიტით. ამაში არ შედის ჰონორეული, სიფილიტური და ტუბერკულოზური პოლიარტრიტები.

დაკვირვება სწარმოებდა 1939 წელს, ამბულატორულ (30 კაცი) და სტაციონარულ (12 კაცი) ავადმყოფებზე, რომლებიც აჭარის კურორტოლოგიის ინსტიტუტის კლინიკურ განყოფილებაში მკურნალობდნენ.

ზღვის აბაზანებს ავადმყოფები ღებულობდნენ სპეციალურ შენობაში, რომელიც ზღვის ნაპირზე მდებარეობს ბულვარას რაიონში.

მკურნალობა ტარდებოდა დავადების ქვემწვავე პერიოდში. ჩვეულებრივად ავადმყოფები სახლში ან საავადმყოფოში გადიოდნენ ავადმყოფობის მწვავე სტადიას, ჩვენთან კი უკვე მოდიოდნენ ნორმალური ან სუბფებრილური ტემპერატურით, მაგრამ ტკივილებით და შეცვლილი სახსრებით.

42 ავადმყოფიდან 28 ქალი იყო, 14—კაცი.

ასაკის მიხედვით:

14-დან 20 წლამდე . . .	5 კაცი
20-დან 30 წლამდე . . .	8 კაცი
30-დან 40 წლამდე . . .	6 კაცი
40-დან 50 წლამდე . . .	14 კაცი
50 წელს ზევით	9 კაცი

სამჯერ ხდებოდა ყოველი ავადმყოფის კლინიკური შესწავლა (მკურნალობამდე, შუა მკურნალობის დროს და მკურნალობის დასასრულს).

დაზიანებული სახსრები დაწვრილებით იქნა შესწავლილი და ამასთან გამოირკვა:

1. ავადმყოფთა 100 პროცენტს, როგორც რევმატიული, ისე ინფექციური პოლიარტრიტის დროს აქვს სხვადასხვა სიმპიომები.

2. ტკაცუნის რევმატიული პოლიარტრიტების დროს აქვს 82 პროცენტს, ინფექციური პოლიარტრიტების დროს კი—93 პროცენტს.

3. სახსრების სხვადასხვა ოდენობის. შესივება რევმატიული პოლიარტრიტების დროს აღინიშნება 76 პროცენტში, ინფექციური პოლიარტრიტის დროს—100 პროცენტში.

4. სახსრების მოძრაობის უნარიანობის შეზღუდვა, გამორჩეული გონიომეტრის საშუალებით, აღმოაჩნდა რევმატიული პოლიარტრიტით შეპყრობილ 55 პროცენტს და ინფექციურ პოლიარტრიტით შეპყრობილ ავადმყოფთა 7 პროცენტს (იხ. ცხრილი № 3).

ცხრილი № 3

სუბიექტური და ობიექტური მაჩვენებლები მკურნალობად

სიმპტომები	ტკივილები		ტკაცუნი		შესივება		მოძრაობის უნარიანობა შეზღუდვა	მუცლის სისხლძარღვ. სისტემის ცვლილება
	ძლიერი	სუსტი	ძლიერი	სუსტი	მნიშვნელ.	უმნიშვნელი		
რევმატიული პოლიარტრიტები	26 შემთ. 89%	3 შემთ. 11%	16 შემთ. 52%	8 შემთ. 32%	13 შემთ. 44%	9 შემთ. 32%	16 შემთ. 56%	23 შემთ. 79%
ინფექციური პოლიარტრიტები	8 შემთ. 62%	5 შემთ. 35%	9 შემთ. 70%	3 შემთ. 3%	8 შემთ. 61%	5 შემთ. 39%	10 შემთ. 77%	1 შემთ. 7%

ჩვენი შედეგები ემთხვევა შედეგებს, მიღებულთ სხვა ავტორების მიერ, რომლებიც სხვადასხვა მინერალური წყლებითა და ტალახებით ატარებდნენ მოძრაობის ორგანოების მკურნალობას. ასე, მაგალითად, იასინოვსკიმ და ბაბაჯიანმა, რომლებმაც შეაჯამეს მოძრაობის ორგანოების სხვადასხვა დაავადებათა ლიმანის ტალახით მკურნალობა, განსაკუთრებით თვალსაჩინო ეფექტი მიიღეს რევმატიულ დაავადებათა შემთხვევებში.

ბრუსილოვსკიმ და ლიფშიცმა ლიმანის ტალახით მკურნალობის შედეგად 100 პროცენტით მიაღწიეს გაუმჯობესებას რევმატიზმის ქვემწვავე და ქრონიკული ფორმების შემთხვევებში, ინფექციური პოლიარტრიტების შემთხვევებში კი მხოლოდ 34 პროცენტით.

სხვადასხვა სიმპტომების მიხედვით ჩატარებული მკურნალობ-

ის შედეგების განხილვისას ჩვენ ყველაზე უფრო ხშირად აღნიშნავდით ტკივილების მოსპობას და შენელებას, განსაკუთრებით რევმატიზმით დაავადებულებთან. ჩვეულებრივად ამ უკანასკნელთ ტკივილები მალე უქრებოდათ, ხოლო მკურნალობის დასასრულს სრულიად ისპობოდა. მხოლოდ ერთ შემთხვევაში შერჩა ავადმყოფს მყარი ტკივილები, მკურნალობის შედეგადაც კი, ინფექციური პოლიარტრიტების დროს ტკივილები უფრო ნელა ცხრებოდა, ხოლო ორ შემთხვევაში ისეთივე დარჩა, როგორიც მკურნალობამდე იყო.

ჩვენი ავადმყოფების მეორე კარდინალური სიმპტომა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, იყო ტკაცუნი, რაც მტკიცედ რჩებოდა; ავადმყოფის მკურნალობის შემდეგაც კი, განსაკუთრებით ინფექციური პოლიარტრიტების შემთხვევებში.

რევმატიზმით დაავადებულთ სახსრების შესივება სწრაფად უქრებოდათ, მკურნალობის დასასრულს კი უმრავლესობას უკვე სრულებით აღარ ჰქონდა, სხვებს კი საგრძნობლად უცხრებოდათ. ინფექციური პოლიარტრიტების დროს შესივება უფრო ნელა ქრებოდა, ხოლო 3 შემთხვევაში მკურნალობის შემდეგაც კი დარჩა.

მკურნალობის შედეგების აღრიცხვისას ჩვენ ვსარგებლობდით აგრეთვე ზემოხსენებული გონიომეტრიის მეთოდით სახსრების მოღუწვისა და გამართვის (მოძრაობის უნარიანობის) კუთხის განსაზღვრისათვის.

როგორც მე-3 ცხრილიდან სჩანს, ჩვენი ავადმყოფების 56 პროცენტს ჰქონდათ სახსრების მოძრაობის უნარიანობის შეზღუდვა რევმატიული პოლიარტრიტების დროს და 77 პროცენტს— ინფექციური პოლიარტრიტების დროს. მკურნალობის შედეგად ავადმყოფთა პირველი ჯგუფის 62,5 პროცენტს სავსებით დაუბრუნდა მოძრაობის უნარიანობა, დანარჩენ შემთხვევებში კი აღინიშნებოდა მოძრაობის უნარიანობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება.

რამდენადმე უარესი შედეგები იქნა მიღებული ავადმყოფთა მეორე ჯგუფთან, სადაც 30 პროცენტს უცვლელად შერჩა მოძრაობის უნარიანობის შეზღუდვა, 40 პროცენტმა იგრძნო მოძრაობის უნარიანობის ნაკლები შეზღუდვა და 30 პროცენტს სავსებით დაუბრუნდა მოძრაობის უნარიანობა (იხ. ცხრილი № 4).

ამრიგად, ჩვენს შემთხვევებში დაზიანებული სახსრების მხრივ ყველაზე უფრო ხშირი სიმპტომი იყო ტკივილები, რომლებიც დანარჩენ სიმპტომებზე უფრო ადრე ქრებოდნენ, შემდეგ ქრებოდა შესივება და ამასთან დაკავშირებით—სახსრების მოძრაობის უნარიანობის შეზღუდვა. ყველაზე უფრო მყარი სიმპტომი აღმოჩნდა ტკაცუნი, რომელიც 37-40 პროცენტს მკურნალობის შემდეგაც კი უნარჩუნდებოდა.

გუჯი, დასინოვსკი, ბაბაჯიანი და სმიკი მოძრაობის ორგანოების დაავადებათა მკურნალობისას აღნიშნავენ ანალოგიური მტკივნეული სიმპტომების გაქრობას და იმასაც, რომ ტკაცუნი სხვა სიმპტომებთან შედარებით უფრო იშვიათად ქრებოდა. მტკივნეული სიმპტომების მოსპობის იმავე კანონზომიერებას აღნიშნავს

სიმპტომები	ტკივილები			ტკაცუნი		
	იკლო	გაქრა	შცვლელი დარჩა	იკლო	გაქრა	შცვლელი დარჩა
რევმატიული პოლიარტრიტი	13 შემთ. 45 ⁰ / ₁₀₀	15 შემთ. 52 ⁰ / ₁₀₀	1 შემთ. 3 ⁰ / ₁₀₀	12 შემთ. 50 ⁰ / ₁₀₀	3 შემთ. 12,5 ⁰ / ₁₀₀	— 33 ⁰ / ₁₀₀
ინფექციური პოლიარტრიტი	7 შემთ. 54 ⁰ / ₁₀₀	4 შემთ. 30 ⁰ / ₁₀₀	2 შემთ. 16 ⁰ / ₁₀₀	5 შემთ. 42 ⁰ / ₁₀₀	2 შემთ. 16 ⁰ / ₁₀₀	5 შემთ. 42 ⁰ / ₁₀₀

სიმპტომები	შესივება			მოძრაობის შეზღუდვა		
	იკლო	გაქრა	შცვლელი დარჩა	იკლო	გაქრა	შცვლელი დარჩა
რევმატიული პოლიარტრიტი	9 შემთ. 4 5 ⁰ / ₁₀₀	13 შემთ. 60 ⁰ / ₁₀₀	— —	6 შემთ. 37,5 ⁰ / ₁₀₀	10 შემთ. 62,5 ⁰ / ₁₀₀	— —
ინფექციური პოლიარტრიტი	6 შემთ. 46 ⁰ / ₁₀₀	4 შემთ. 31 ⁰ / ₁₀₀	3 შემთ. 23 ⁰ / ₁₀₀	4 შემთ. 40 ⁰ / ₁₀₀	3 შემთ. 30 ⁰ / ₁₀₀	3 შემთ. 30 ⁰ / ₁₀₀

მოზეროვი მაცესტის გოგირდწყალბადიან კურორტზე მყოფი რევმატიზმით დაავადებულთა შემთხვევაში: „ჯერ ცხრება ტკივილები, შემდეგ კლებულობს შესივება და პარალელურად იზრდება სახსრების მოძრაობის უნარიანობა. ტკაცუნი სხვა სიმპტომებზე უფრო დიდხანს რჩება.“

სალიუსტრაციოდ მოგვყავს ორი ავადმყოფის ისტორია: ერთი — რევმატიული პოლიარტრიტის და მეორე — ინფექციური პოლიარტრიტისა.

ავადმყოფი ა. რ., 47 წლის, კოლმეურნე ქალი სოფელ ქობულეთიდან, ხშირად ავადმყოფობდა ანგიინითა და გრიპით. 1934 წელს ავად გახდა სახსრების მწვავე რევმატიზმით, თითქმის ყველა სახსარი გაუსივდა. 3 თვეს იწვა. უკანასკნელი წლების განმავლობაში სტკიოდა სახსრები, აწუხებდა გული. კურორტებზე არსად არ უმკურნალა. კურორტოლოგიის ინსტიტუტის სტაციონარულ განყოფილებაში მოსვლამდე 2 თვით ადრე ავად გახდა გრიპით, რის შემდეგაც კიდურების თითქმის ყველა სახსარი გაუსივდა, განსაკუთრებით აწუხებდა მარცხენა მხრის სახსარი, რომლის მოძრაობის უნარიანობა შეზღუდული იყო 2 თვის განმავლობაში და სტკიოდა.

ინსტიტუტში მოსვლისას აღინიშნებოდა შემდეგი: ტემპერატურა ნორმალური, ზოგჯერ აღწევდა 37⁰1—37⁰2-ს; მარცხენა მხრის სახსრის შესივება, ტკივილი და მოძრაობის უნარიანობის შეზღუდვა; უმნიშვნელო შესივება და ტკივილი მარჯვენა სხივმაჯისა და მტევნის წვრილ სახსრებში; ტკაცუნი და ტკივილები ორივე მუხლის სახსრებში. გულის მხრივ — მიტრალური

მანკის მოვლენები. „გენეჩის სინჯი—48“, „შტანგეს სინჯი—34“. ე. დ. რ.—პირველი საათის განმავლობაში 28 მმ. დაზიანებული სახსრების რენტგენოგრამაზე ნორმიდან გადახრა არ აღინიშნება.

ავადმყოფმა მიიღო 20 აბაზანა. უკვე მე-10 აბაზანის შემდეგ ყველა სახსარში, გარდა მარცხენა მხრის სახსრისა, ტკივილები გაქრა, მე-20 აბაზანის შემდეგ კი ტკივილები აღარსად არ აღინიშნებოდა. გაქრა შესივებაც და მოძრაობის უნარიანობა აღდგენილ იქნა როგორც მხრის, ისე სხვა დაზიანებულ სახსარში. დარჩა მხოლოდ ტკაცუნი ორივე მუხლის სახსრებში. მკურნალობის მანძილზე გულის მიმართ არავითარი ჩივილი არ ყოფილა. მკურნალობის შემდეგ ფუნქციონალური სინჯი თითქმის იმავე სურათს იძლეოდა, რაც მკურნალობამდე: გენეჩის სინჯი—44, „შტანგეს სინჯი—30“, ე. დ. რ. მხრივ იყო შენელება (14 მმ).

ჩვენ ვინახულეთ ავადმყოფი სტაციონარული განყოფილებიდან გაწერის ერთი თვის შემდეგ. ის უჩიოდა მხოლოდ მუხლების სახსრების ტკივილს ცუდ ამინდში. ამ სახსრებში ტკაცუნი წინანდებურად გრძელდებოდა.

ავადმყოფი მ. ი., 35 წლის, ფარმაცეტი ქალი, ბათუმის მცხოვრები. 1936 წელს პირველად გახდა ავად მარცხენა მხრის სახსრის მწვავე ინფექციური პოლიარტრიტით გრიპის შემდეგ. ბათუმში ჩატარებულ ფიზიო-თერაპიულ მკურნალობას არავითარი თანსაკუთრებული შედეგები არ გამოუღია. კონსულტაციისათვის იყო ლენინგრადში, სადაც დაადასტურეს მარცხენა მხრის სახსრის ინფექციური არტრიტის დიაგნოზი და ჩაუტარეს ფიზიო-თერაპიული მკურნალობა ერთხელ და ისიც უშედეგოდ უმკურნალია წყალტუბოში. ამრიგად, 1936 წლიდან ზღვის აბაზანებით მკურნალობამდე ავადმყოფს შერჩენილი ჰქონდა მოძრაობის უნარიანობის შეზღუდვა მარცხენა მხრის სახსარში. 1939 წლის იანვარში დაეწყო ტკივილები მარცხენა მხრის სახსარში, რაც უფრო და უფრო ძლიერდებოდა. სახსარი არ სივდებოდა, ტემპერატურა არ მატულობდა. ასეთი ჩივილით დაიწყო ავადმყოფმა ჩვენთან ამბულატორიული მკურნალობა.

მარცხენა მხრის სახსრის შემოწმებისას აღმოჩნდა მხრის სარტყლის კუნთების ატროფია და სახსრის მოძრაობის უნარიანობის მკვეთრი შეზღუდვა (გამართვის კუთხე 110°). ტკივილები არ ყოფილა. მარცხენა მხრის სახსრის კონფიგურაცია არაა შეცვლილი, მაგრამ ახასიათებს მწვავე ტკივილები, როგორც აქტიური, ისე პასიური მოძრაობის დროს და მოძრაობის უნარიანობა შეზღუდული აქვს (გამართვის კუთხე 115°).

მარჯვენა მხარის სახსრის რენტგენოგრამაზე ცვლილებები არ აღმოჩნდა, მარცხენაზე კი აღმოჩნდა — მხრის ძვლის ოსტეოპოროზი. ე. დ. რ.—10 მმ საათში.

უკვე მე-6 აბაზანის შემდეგ ტკივილებმა მარჯვენა მხარეში მკვეთრად იმატა, მოძრაობა კიდევ უფრო შეიზღუდა.

მე-10 აბაზანის შემდეგ მოძრაობის უნარიანობამ კიდევ უფრო იკლო გამართვის კუთხე—110°. მარცხენა მხრის მიმართ კი, პირიქით, მოძრაობის უნარიანობა გაიზარდა და გამართვის კუთხემ 135° მიაღწია. მე-10 აბაზანის შემდეგ მარჯვენა მხრის გამართვის კუთხე 105°-მდე შემცირდა, ტკივილებმა მნიშვნელოვნად იმატა. ავადმყოფს აბაზანების რაოდენობა 30-მდე გაუზრდელდა. მკურნალობის დამთავრების შემდეგ აღინიშნებოდა მწვავე გაუარესება მარცხენა მხრის სახსარში, გამართვის კუთხემ 80°-მდე იკლო, ტკივილებმა მკვეთრად იმატა. მარცხენა მხრის სახსარში კი მივიღეთ მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება: თითქმის სავსებით იქნა აღდგენილი მოძრაობის უნარიანობა (გამართვის კუთხე—170°), ტკივილები არ ყოფილა, აღინიშნებოდა მხოლოდ ტკაცუნა. ერიტროციტების დალექვის რეაქცია მკურნალობის შუა პერიოდში უმნიშვნელოდ გაიზარდა (14 მმ) და მკურნალობის დასასრულს ამ ციფრზე გაჩერდა.

ჩვენ ვინახულებთ ავადმყოფი 6 თვის შემდეგ და დავადგინეთ შემდეგი: მარცხენა მხრის სახსარი თითქმის ნორმალურ მდგომარეობაშია, კუნთების ატროფია არ აღინიშნება, ტკივილები არაა, მოძრაობის უნარიანობა სრულია (გამართვის კუთხე—180°). მარჯვენა მხრის სახსარში ტკივილები არაა, მოძრაობის უნარიანობა რამდენადმე შეზღუდულია, მაგრამ გაცილებით მეტია, ვიდრე მკურნალობამდე და მკურნალობის დამთავრების შემდეგ (გამართვის კუთხე—145°).

უნდა ვთქვათ, რომ მკურნალობის დროს მარჯვენა მხრის სახსარში მდგომარეობის გაუარესება წარმოადგენდა ბალნეოლოგიურ რეაქციას, რომელიც ჩვეულებრივზე უფრო დიდხანს გაგრძელდა. ამას მოწმობს ე. დ. რ.—ს ერთგვარი აჩქარებაც.

ჩვენი ავადმყოფების უმრავლესობასთან აღინიშნებოდა ესა თუ ის ცვლილებები გულის სისხლძარღვოვანი სისტემის მხრივ, რაც შემდეგნაირად ნაწილდებოდა:

ცხრილი № 5

რევმატიული პოლიარტრიტი	გულის დაზიანების 24 შემთხვევა (83%/o)	
	მათ რიცხვში სარქველების მანკი	მიოკარდიუმის დაავადება
	13 შემთხვევა (54%/o)	11 შემთხვევა (46%/o)
ინფექციური პოლიარტრიტი	გულის დაზიანების 1 შემთხვევა	
	მათ რიცხვში სარქველების მანკი	მიოკარდიუმის დაავადება
	—	1 შემთხვევა

ყველა ავადმყოფი იყო კომპენსირებულ მდგომარეობაში გულის ცრთადენად მოშლილი ფუნქციით.

ჩვენ გვანტერესებდა, ზომ არ ხდება გულის ფუნქციის ცვლილება ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობასთან დაკავშირებით და ამ მიზნით თითოეულ ავადმყოფს ჩავუტარეთ გულის ფუნქციონალური სინჯი (შტანგეს, გენეჩის და მარტინეს მიხედვით) მკურნალობამდე, მის შუა პერიოდში და მკურნალობის დამთავრების შემდეგ.

ზღვის წყლის მოქმედება გულის სისხლძარღვოვან სისტემაზე შესწავლილი იყო ვალედონსკის, პიასეცკის, პოლიაკისა და სხვ. მიერ, რომლებიც აღნიშნავენ ზღვის თბილი აბაზანების ხელსაყრელ მოქმედებას გულის სისხლძარღვოვანი სისტემის მდგომარეობასა და ფუნქციაზე. მრავალი მკვლევარი სწავლობდა ამათუ იმ ბალნეოლოგიური ფაქტორის მოქმედებას რევმატიზმით დაავადებულთა გულზე (კესტერი, ჰუკი, იასინოვსკი, ბაბაჯიანი, სმიკი, ბარაბანიჩი, ბელიაევა, მელბარდი და სხვ.) და დიდი პროცენტის მიმართ აღნიშნავენ გაუმჯობესებას გულის სისხლძარღვოვანი სისტემის მხრივ.

ბრუსილოვსკი და ტურკელტაუზი რევმატიზმებს ტალახით მკურნალობას მიმართავენ გულის სარქველებისა და მიოკარდის დაზიანების შემთხვევებში და მიაჩნიათ, რომ ეს ხელს არ უშლის ტალახით მკურნალობას.

ჩვენს მასალაზე არცერთ შემთხვევაში არ მიგვიღია გულის ფუნქციის მკვეთრი გაუარესება; ზოგ შემთხვევაში კი ფუნქციონალური სინჯი მკურნალობის შემდეგ უკეთეს სურათს იძლეოდა.

ცხრილი № 6

გულის ფუნქციონალური სინჯი მკურნალობის შემდეგ

სინჯი	გენეჩის			შტანგეს		
	გაგრძ.	შემცვ.	უცვლ.	გაგრძ.	შემცვ.	უცვლ.
რევმატიული პოლიარტრიტი	48%	14%	38%	44%	12%	44%
ინფექციური პოლიარტრიტი	56%	4%	40%	44%	20%	36%

შემდეგი საკითხი, რომელიც ჩვენ გვანტერესებდა, იყო ბალნეოლოგიური რეაქცია. ბალნეოთერაპევტებს დიდიხანია აინტერესებთ ეს რეაქცია. წინათ მას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭებოდა. ლოზინსკი სთვლის, რომ თუ ბალნეორეაქცია არაა, ეს ცუდი ნიშანია განკურვნის წინასწარი იმედების გამოთქმის მხრივ.

ბალნეოლოგიური რეაქცია კარგადაა შესწავლილი ოდესის

ბალნეო-ფიზიოთერაპიული ინსტიტუტის მიერ (ნალბანდოვი, ნესტეროვსკი, გილცერი, კაგანი, ლიბოვი და სხვ.). ნალბანდოვი აღნიშნავდა, რომ „გარკვეული კერით შემოფარგლული კლინიკური რეაქცია ტალახით მკურნალობის პროცესში აუცილებელი არ არის და რომ იგი არ ემორჩილება არავითარ ნორმებს როგორც მისი წარმოშობის დროის, ისე მისი ხანგრძლივობის მხრივ.“

ნალბანდოვი, გილცერი და კაგანი მიდიან იმ დასკვნამდე, რომ ბალნეოთერაპიას არ შეიძლება ჰქონდეს პროგნოსტიკური მნიშვნელობა და ამიტომ „იგი ვერ ჩაითვლება აბსოლუტურ ტესტად“.

ჩვენს 42 ავადმყოფზე მივიღეთ ბალნეოთერაპია ტკივილების გაძლიერების სახით 27 შემთხვევაში, 15 შემთხვევაში კი რეაქცია სრულებითაც არ ყოფილა. რაც შეეხება რეაქციის წარმოშობის დროს, ამ მხრივ ჩვენ საკმაოდ ჭრელი სურათი მივიღეთ:

ცხრილი № 7

რომელ აბაზანაზე იჩინა თავი რეაქციამ			შემთხვევების რაოდენობა
მე-2 აბაზანის შემდეგ	.	.	5 შემთხვევა
მე-3 „ „	.	.	9 „
მე-4 „ „	.	.	3 „
მე-5 „ „	.	.	3 „
მე-6 „ „	.	.	3 „
მე-7 „ „	.	.	2 „
მე-8 „ „	.	.	1 „
მე-17 „ „	.	.	1 „

როგორც ვხედავთ, ამ ცხრილიდან არავითარი კანონზომიერების გამოყვანა არ შეიძლება.

რაც შეეხება იმ 15 შემთხვევას, როდესაც რეაქცია სრულებითაც არ ყოფილა, მკურნალობას ეფექტი არ გამოუღია მხოლოდ ერთ შემთხვევაში, ყველა დანარჩენ შემთხვევაში კი მკურნალობა ავადმყოფის გაუმჯობესებით დამთავრდა.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჩვენი ავადმყოფების მკურნალობა მთელი წლის მანძილზე ტარდებოდა და არც ერთ შემთხვევაში წლის დროს არ მოუხდენია გავლენა მკურნალობის შედეგებზე.

იმისათვის რომ შეგვძლებოდა სრული მსჯელობა გვქონოდა პროცესის აქტიურობასა და არსებითი ხასიათის ცვლილებებზე მკურნალობის პერიოდში და მის დასასრულს, ყველა ჩვენს ავადმყოფს ვუსინჯავდით ე. დ. რ-ს პანჩენკოვის მეთოდით. ბევრი რამ ლაპარაკობს ამ რეაქციის სასარგებლოდ. უმრავლესობა ე. დ. რ-ს სთვლის სისხლის წნევის კოლოიდებში წონასწორობის დარღვევის მაჩვენებლად. ე. დ. რ. გვიჩვენებს არა ანატომიური პროცესის ხასიათს და მის გავრცელებას, არამედ ამ პროცესის აქტიურობას. ამიტომ, თუ ვიხელმძღვანელებთ მისი დინამიკით, შეიძლება ვიმსჯელოთ პროცესის გაუმჯობესებაზე.

ე. დ. რ-ის ნორმალურ ზღვარად ჩვენ ვიღებთ 8 მილიმეტრს

საათში და ე. დ. რ-ის აჩქარების მიხედვით ყველა ჩვენი ავადმყოფი დავყავით 6 ჯგუფად. თითქმის ყველა ჩვენს შემთხვევაში (98 %) მკურნალობამდე სახეზე იყო ე. დ. რ-ის მაღალი ციფრები, რაც მკურნალობის შემდეგ მნიშვნელოვნად კლებულობდა. ავადმყოფთა 28 პროცენტს ე. დ. რ-ი ნორმალური გაუხდა. 21 პროცენტს ე. დ. რ-ი 40-დან 60 მილიმეტრამდე ჰქონდა, მკურნალობის შემდეგ კი ეს ციფრი მხოლოდ 5 პროცენტს შერჩა (იხ. ცხრილი № 8).

ცხრილი № 8

ე. დ. რ-ის ცვლილება აბაზანებით მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ

ჯგუფები		მკურნალობის წინ	მკურნალობის შემდეგ
I—8 მ/მ-მდე		20%	25%
II—8 მ/მ მაღლა 15 მ/მ-მდე		26%	20%
III—15 " " 30 "		25%	32%
IV—30 " " 40 "		22%	18%
V—40 " " 50 "		7%	5%
VI—50 " " 60 "		14%	—

დასკვნა

ზენოთ მოყვანილი ცნობებიდან ცხადია ის მნიშვნელოვანი ეფექტიურობა, რომელიც ჩვენ მივიღეთ რევმატიული და ინფექციური პოლიარტრიტების მკურნალობისას.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ბათუმის საკურორტო ფაქტორების ფონზე ზღვის თბილი აბაზანები შეიძლება იქნას გამოყენებული დესენსიბილიზაციის საშუალებათ, რასაც ადასტურებს ჩვენს მიერ მიღებული კლინიკური მაჩვენებლები და აგრეთვე ერიტროციტების დალექვის სისწრაფის შენელება.

რა თქმა უნდა, ეს ცნობები არ შეიძლება იქნას მიჩნეული ამომწურავ ცნობებად ცალკეული შედეგების გათვალისწინების გარეშე. მიუხედავად ამისა, ჩვენ შეგვიძლია დადებითად ვუპასუხოთ საკითხს, იმის შესახებ, არის თუ არა სასარგებლო რევმატიული და ინფექციური პოლიარტრიტების მკურნალობა ზღვის თბილი აბაზანებით.

ჩვენს მიერ დასმული იყო საკითხი აგრეთვე მკურნალობის სეზონურობის შესახებ.

ეს საკითხი უაღრესად აქტუალურია ყველა კურორტისათვის. ნალბანდოვმა, ალექსანდროვმა და სხვებმა გაარკვიეს კლიმატური ფაქტორების გავლენა სახსრებით დაავადებულთა „სუბიექტურ

შეგრძნებზე“ ბალნეოლოგიური მკურნალობის დროს. ასე, მაგალითად, პოლიარტრიტით შეპყრობილ ავადმყოფთათვის გამოარკვეულია, რომ მკურნალობისათვის საუკეთესოა ზაფხულის თვეები.

ჩვენი მცირე მასალა არ გვაძლევს საშუალებას ამ მხრივ დასკვნის გამოტანისათვის.

ამიტომ ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ბათუმში იმის გამო, რომ ჰავა შედარებით რბილია მთელი წლის განმავლობაში, წლიური ამპლიტუდა უმნიშვნელოა, ტემპერატურა სეზონიდან სეზონამდე მკვეთრად არ იცვლება და სხვ., ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობა შეიძლება ტარდებოდეს მთელი წლის მანძილზე.

ჩატარებული მუშაობა გვაძლევს საშუალებას გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნა:

1. რევმატიული და ინფექციური პოლიარტრიტების ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობა კარგ შედეგებს იძლევა ბათუმის პირობებში.

2. სარქველებისა და მიოკარდის დაზიანება, თუ კი გულის ფუნქცია არაა მოშლილი, ხელს არ უშლის სახსრების დაავადების მკურნალობას ბათუმში ზღვის თბილი აბაზანებით.

3. რევმატიული პოლიარტრიტების მკურნალობა უკეთეს შედეგებს იძლევა, ვიდრე ინფექციურისა.

4. ბალნეოლოგიური რეაქცია აუცილებლობას არ წარმოადგენს და მკურნალობის შედეგების პარალელურად არ მიმდინარეობს.

5. გაუმჯობესების შემთხვევაში ჯერ ქრება ტკივილები, შემდეგ—სახსრების შესივება და ამასთან დაკავშირებით—მათი მოძრაობის უნარიანობის შეზღუდვა. ყველა სხვა სიმპტომზე გვიან ქრება ტკაცუნა, რომელიც ავადმყოფთა უმეტეს პროცენტს მკურნალობის შემდეგაც შერჩა.

6. ბათუმის პირობებში ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობის გავლენით აღინიშნება ე. დ. რ-ს სისწრაფის შენელება, რაც პროცესის გაუმჯობესებას შეესაბამება.

7. ბათუმში ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობას სარგებლობა მოაქვს მთელი წლის მანძილზე.

АВТОРЕФЕРАТ

БЕТАНЕЛИ Т. М.

Кандидат медицинских наук

ЦУЛАДЗЕ М. К.

Лечение ревматических и инфекционных полиартритов тепломорскими ваннами в условиях Батуми

Авторы задались целью выяснить насколько показано лечение ревматических и инфекционных полиартритов тепломорскими ваннами в условиях Батуми.

В начале работы приведен вкратце литературный обзор, основанный на отечественной литературе, который освещает следующие вопросы: бальнеотерапия артритов, в том числе лечение морскими купаниями, тепломорскими ваннами и механизм действия последних.

Более подробно авторы останавливаются на климатических особенностях Батуми, отмечая, что лечение тепломорскими ваннами в Батуми проходит в условиях субтропического климата, который, благодаря благоприятному сочетанию температуры, влажности, морских бризов, относится к типу «щадящего».

Переходя к собственным исследованиям авторы указывают, что наблюдения велись на 42 амбулаторных и стационарных больных, находящихся на лечении в Клиническом Отделении института Курортологии Аджарии.

Каждый больной подвергается подробному клиническому обследованию 3 раза: до лечения, в середине и в конце лечения. Лечение проводилось около месяца, в среднем больной получал до 20 ванн.

Особое внимание обращалось на состояние суставов, их изменения, а также проводились Р-граммы пораженных суставов.

В тех случаях, где имелись ограничение подвижности суставов, проводились данные измерения угломером. Во всех случаях устанавливался точный анамнез в вопросах заболевания суставов, клинический статус, гемограмма, РОЭ.

Во всех случаях ставились функциональные пробы Штанге, Генича и Мартинэ.

Авторы приходят к выводу, что лечение ревматических и инфекционных полиартритов тепломорскими ваннами показано в условиях Батуми. Поражение клапанов и мышцы сердца с ненарушенной функцией сердца не являются противопоказанием при лечении тепломорскими ваннами в условиях Батуми. Лучшие результаты получаются при лечении ревматических полиартритов. В процессе лечения отмечается замедление РОЭ, что соответствует улучшению процесса.

Авторы отмечают, что бальнеологическая реакция не является обязательной и не идет параллельно с результатами лечения.

В заключение авторы указывают, что лечение тепломорскими ваннами в условиях Батуми показано проводить в течение круглого года.

აჭარის ასსრ ჯანმრთელობის
დაცვის სამინისტროს მაღარკის
საწინააღმდეგო რესპუბლიკური
სადგურის მთავარი მქმნი.

მაღარკის სფაფისი აჭარის ასს რესპუბლიკაში

აჭარის ასს რესპუბლიკა შეიცავს ორ მკვეთრად განსხვავებულ გეოგრაფიულ რაიონს: პირველი—ქვედა აჭარას, რესპუბლიკის დასავლეთ ნაწილის ზღვის პირა ზოლს, ვაკე და ბორცვიანი რელიეფით და მეორე—ზედა აჭარას, რესპუბლიკის აღმოსავლეთ ნაწილს, მთაგორიანი რელიეფით.

ეს ორი გეოგრაფიული რაიონი განსხვავდება ერთი მეორისაგან ზედაპირის ფორმით, ჰავით, ნიადაგით, ეკონომიკით და აგრეთვე მაღარკის სტატუსით.

ზღვისპირა ზოლს ნოტიო სუბტროპიკული ჰავა ახასიათებს.

კოლოს ცხოველმოქმედებისათვის ხელსაყრელი ტემპერატურა აქ აპრილში იწყება და ნოემბრამდე გრძელდება.

ერთ სეზონში კოლოები 5-6 გენერაციას იძლევა.

ნესტიანობის სიუხვე ხელს უწყობს კოლოს ცხოვრების გახანგრძლივებას.

ქვედა აჭარაში ნალექების მაქსიმალური რაოდენობა შემოდგომაზე და ზამთარში იცის, მინიმალური გაზაფხულის და ზაფხულის თვეებში.

აქ უმთავრესად წითელმიწა ნიადაგებია, სადაც კარგად ხარობს სუბტროპიკული მცენარეულობა. ამ რაიონში გაშენებულია სუბტროპიკული კულტურების მრავალი მძლავრი საბჭოთა მეურნეობა და კოლმეურნეობები, აქვე თავმოყრილია რესპუბლიკის თითქმის ყველა საქარხნო-საფაბრიკო საწარმოები. წითელმიწა ნიადაგების გარდა ზღვისპირა ვაკეზე და მდინარეების აუოლებით, ამ რაიონში, ჭაობიანი ნიადაგები არის გავრცელებული.

ცნობილია დაჭაობებული ადგილების ორი დიდი უბანი: ქობულეთის (ჩრდილოეთით) და კახაბრის (სამხრეთით). დაჭაობება შედეგია ადგილის ვაკე რელიეფის, ნალექების დიდი რაოდენობის, ქვენიადაგის წყლების მაღალი დონის და მდინარეების მოუწყვსრიგბელი დინებისა. მდინარეები აჭარის მთის ქედებში იწყება და შავ ზღვას უერთდება. ზედა ნაწილში მდინარეები მთაგორიან ადგილებს გაივლიან და მათ მნიშვნელოვანი დაქანება და სიჩქარე აქვთ. დაბლობში გამოსვლისას მათი დინება ნელდება და ოდნავ ამალე-

ბული ზღვის მოსილული სანაპირო ზოლი დაბრკოლებას უქმნის მათ. ასეთებია: მდინარე ჩოლოქი, კინტრიში, დეხვა, აჭყვა, ოჩხამური, ტოგონი და სხვა. დაჭაობებული ფართობის სივრცე ქობულეთის რაიონში 3000 ჰექტარს აღწევს და ბათუმის რაიონში 500 ჰექტარს.

გარდა ამისა, ატმოსფერული ნალექების დიდი რაოდენობა ხელს უწყობს ნაკადულებისა და რუების წარმოშობას. ზაფხულის ცხელ და მშრალ პერიოდში ბევრ ადგილას ნაკადულებისა და რუების დინება წყდება და ადგილ-ადგილ რჩება მზის სხივებით გამთბარი წყალსატევების მნიშვნელოვანი ფართობები. წყლის ტემპერატურა ასეთი წყალსატევების ნაპირებთან და ზედაპირზე მერყეობს $+ 18,5^{\circ}$ $+ 25^{\circ}$ C.

დაჭაობებულ ადგილების მნიშვნელოვანი ფართობი და რაიონის კლიმატური თავისებურებანი, ხელსაყრელ პირობებს ქმნიან აქ კოლოების გამრავლებისათვის.

ამ რაიონში კოლოების სამი სახე მოიპოვება. ანოდელესის სახეებიდან აჭარაში ჭარბობს *An. maculipenis* Meig და *An. bifurcatus*, რომლებსაც ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვთ.

გარდა ზემოაღნიშნულისა მცირე რაოდენობით გვხვდება *An. plumbeus* steph; *An. superpictus* gr. და *An. hurcanus* Pall. კულექსის სახეებიდან გვხვდება *C. pipiens* L; *C. apicalis* Adams, *C. mimeticus* Noe და *C. modestus* Fic. აედესის სახეებიდან გვხვდება *Aedes aegypti* Lin *Aedes caspius* Pall. *Aedes vexans* Meig.

ზემოაღნიშნული ფაქტორების გამო, წარსულში, ქვედა აჭარა (ქობულეთის და ბათუმის რაიონები) წარმოადგენდა მალარიის კერას ენდემიის მაღალი დონით.

გეოგრაფიული თავისებურებანი, ეკონომიკა და მალარიის გარემო პირობები აჭარის აღმოსავლეთ მთაგორიან ნაწილში (ხულოსა და ქედის რაიონები) შემდეგი მონაცემებით ხასიათდება: ჰავა აქ უფრო მშრალი და ზომიერია, ვიდრე ქვედა აჭარაში.

კოლოების ცხოველმოქმედებისათვის ხელსაყრელი ტემპერატურა შუა ივლისში იწყება და აგვისტოს ბოლომდე გრძელდება. სეზონის განმავლობაში კოლოები სამ გენერაციას იძლევა, რის გამოც მალარიის ეპიდემიური სეზონი აქ ხანმოკლე არის.

აჭარის მთაგორიან ნაწილში ჭაობების დიდი ფართობები არ მოიპოვება. დაჭაობების მიზეზი აქ ალაგ-ალაგ მდორე დინების მდინარეებია, უმთავრესად კი, სარწყავი არხების არაწესიერად მოვლა და გამოყენება, ქმნის დაჭაობების პირობებს.

ამ რაიონში ანოფელესის შემდეგი სახეები მოიპოვება: *An. maculipennis* და *An. bifurcatus*, რომელთაგანაც ეპიდემიო-ლოგიური მნიშვნელობა ეკუთვნის *Anopheles maculipennis*.

დიდი სამამულო ომის წინა პერიოდში ზედა აჭარაში მალა-რიით დაავადება უმნიშვნელო იყო და მას, უმეტეს შემთხვევაში, შეტანითი ხასიათი ჰქონდა, რასაც ჯერ კიდევ 1924 წელში ექიმი ს. ს. სოლოვკინი აღნიშნავდა (იხ. წერალი „ექსპედიცია ზედა აჭარაში“—დაბეჭდილია „1922-1926 წ.წ. მალარიის სექციის შრომებში და ოქმებში“).

წარსულში ქვედა აჭარა ცნობილი იყო, როგორც მალარიის კერა, ენდემიის მაღალი დონით. ეს მდგომარეობა იპყრობდა მოწი-ნავე ექიმების ყურადღებას და 1913 წელს პიროგოვის სახელო-ბის ექიმთა საზოგადოების უშუალო დახმარებით და პროფ. ე. ი. მარცნიოვსკის ინიციატივით ბათუმის ექიმთა საზოგადოების სახ-სრებით გახსნილ იქნა ერთადერთი მთელს რუსეთში—ბათუმის სა-მალარიო სადგური.

ბათუმის სამალარიო სადგური ძირითადად ქალაქის მოსახლეო-ბას ემსახურებოდა, ხოლო აჭარის სოფლის ადგილები, სადაც მალარიასთან ბრძოლის საჭიროება განსაკუთრებით დიდი იყო, მომსახურების გარეშე რჩებოდა, რადგან ძლიერ შეზღუდული მატერიალური სახსრები მუშაობის ფართოდ გაშლის საშუალებას არ იძლეოდა.

მიუხედავად იმისა, რომ ქვემო აჭარაში მალარია მძინვარებდა და იწვევდა მოსახლეობის მასობრივ განადგურებას და მოსპობას, ლიტერატურაში მეტად ღარიბი ცნობები მოიპოვება მალარიის გავრცელების შესახებ ქ. ბათუმში და მის მიდამოებში.

ექიმი იერუსალიმსკი 1907 წლის 18 სექტემბერს გაკეთებულ ნოხსენებაში „ქალაქი ბათუმი, როგორც კლიმატური სადგური—ბათუმის გარნიზონის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით“ აღნიშნავს, რომ 1906 წელს ბათუმის საარტილერიო ნაწილებში სამსახურის გასაველელად ჩამოსულ 692 ჯარისკაციდან, წლის ბო-ლომდე მალარიით დაავადდა 586 კაცი, რაც საერთო რიცხვის 82,13% შეადგენს. იგივე, აღარებს რა ბათუმის გარნიზონის ჯარის-კაცთა სიკვდილიანობას რუსეთის სხვა გარნიზონებთან, ამ-ბობს: „არის ადგილები და გარნიზონები, რომლებიც ბათუ-ზე უფრო ცუდ პირობებში იმყოფებიან, მაგრამ 1898 წელში ქ. ბათუმმა, როგორც დაავადებულთა, ისე გარდაცვა-ლებულთა რიცხვით დაიკავა სამწუხარო პირველობა“—ო, და მართ-ლაც, როგორც ადგილობრივი, ისე ჩამოსული მოსახლეობა თითქმის ყველა ავადდებოდა მალარიით და მოსახლეობის საგრძნობი ნაწი-ლი კვდებოდა კიდევ მალარიისაგან.

ამის თვალსაჩინო მაგალითს წარმოადგენს სამწუხარო ბედი ქობულეთის და ბათუმის რაიონში მეფის რუსეთიდან გადმოსახლე-ბულებისა, რომლებმაც დაარსეს სოფლები: რომანოვკა, სტე-პანოვკა და სხვა, მაგრამ მალარიამ მათ მუსრი გაავლო და ეს

სოფლებიც მოისპო. მხოლოდ 1921 წლიდან, საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების შემდეგ, აჭარაში საფუძველი ჩაეყარა ორგანიზებულ ბრძოლას მალარიასთან. მეფის რუსეთმა მძიმე და დამაღონებელი მემკვიდრეობა დატოვა აჭარაში მალარიის გავრცელების მხრივ. აჭარის სტატისტიკური სამმართველოს მიერ 1924 წელს გამოშვებული კრებულების მონაცემებიდან სჩანს, რომ 1922 წელს აჭარაში მწვავე ინფექციურ სნეულებით დაავადებულთა რიცხვიდან მალარიაზე 69 პროცენტი მოდიოდა.

საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების პირველ წლებში მალარიის სტატუსის შესახებ დამახასიათებელ ცნობებს იძლევა ექიმი პ. გ. გიგინეიშვილი თავის შრომაში „მალარია ბათუმში 1922 წელში“ (დაბეჭდილია კრებულში „ქ. ბათუმის ექიმთა საზოგადოების მალარიის სექციის შრომები და ოქმები“). ექიმი პ. გ. გიგინეიშვილი ამბობს: „1922 წელს მალარიით დაავადება ბათუმში მოქალაქეთა ცხოვრების ხანგრძლივობასთან დაკავშირებით, შემდეგი სახით ნაწილდება: ქალაქის საავადმყოფოში მოთავსებულ 706 მალარიით დაავადებულთაგან 555 ბათუმში ცხოვრობდა არა უმეტეს 1 წლისა, 52—არა უმეტეს ორი წლისა, 35 არა უმეტეს სამი წლისა და 64 ბათუმის მუდმივი მცხოვრები იყო“.

მალარიის კლინიკური სურათი საანგარიშო წელში ხასიათდებოდა კომატოზური ფორმის სიხშირით. ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობა ძლიერ მძიმე მდგომარეობაში მოჰყავდათ საავადმყოფოში. იმავე წელს გარდაცვლილ 70 ავადმყოფთაგან 17 გარდაიცვალა მიღების პირველ დღესვე; დანარჩენი კი კომატოზურ მდგომარეობაში იყო მოყვანილი საავადმყოფოში“. იგივე აღნიშნავს აგრეთვე, რომ: „მალარიით დაავადებულთა მაქსიმალური მომართვა საავადმყოფოში აგვისტოში და სექტემბერში იყო და საავადმყოფოს ლაბორატორიის მონაცემების თანახმად აგვისტოში გაბატონებული იყო მალარია ტერციანის ფორმა, ხოლო სექტემბერში ტროპიკული მალარია ჭარბობდა, ზამთრის თვეებში კი მალარია ქვარტანა“.

ასეთი იყო მალარიის გავრცელება აჭარაში 30 წლის წინად. აჭარაში საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების დღიდან მოსახლეობის გაჯანსაღების საკითხი სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის საქმედ გადაიქცა საერთო კულტურულ-სამეურნეო განვითარების საკითხთან ერთად. 1921 წლიდან აჭარაში ჩქარი ტემპით დაიწყო ორგანიზება სამკურნალო პროფილაქტიკური ქსელის, ბავშვთა ბაგების, ბავშვთა ბაღებისა და სხვა. ამის შესაბამისად გაიზარდა ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტიც. საკმარისია აღინიშნოს, რომ, 1921 წელში მალარიასთან საბრძოლველად გათვალისწინებული იყო 4100 მანეთი, 1940 წელში კი 1.500.000 მანეთი, ხოლო 1948 წელს 1.979.000 მანეთი.

მალარიის საწინააღმდეგო დაწესებულებათა ქსელის ზრდის სურათს აქვე მოყვანილი ცხრილი იძლევა.

	1921- 1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935- 1946	1947- 1948
მალარიის საწინააღმდეგო დაწესებულებები	1	2	3	4	6	10	14	24	36	40	30

ამჟამად აჭარაში არსებობს მალარიის საწინააღმდეგო 30 დაწესებულება, მათ შორის ერთი რკინიგზის უწყებას ეკუთვნის და მეორე კი საზღვაო ტრანსპორტის სამმართველოს.

ქსელის ოდნავი შემცირება 1947 წელში აიხსნება მალარიის მდგომარეობის გაუმჯობესებით და ტიპურ შტატებზე გადასვლით.

როგორც სამალარიო, ისე საერთო სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ქსელი აჭარაში მუშაობს აჭარის რესპუბლიკური სამალარიო (ტროპიკული) სადგურის მეთოდური ხელმძღვანელობით, რომელთანაც 1945-1950 წ. წ გახსნილი იყო სტაციონარი 50 საწოლით.

ქსელთან შეფარდებით შესაბამის წლებში გაიზარდა მალარიის ფრონტზე მომუშავე მედპერსონალის რაოდენობაც: თუ 1921 წელში სპეციალურად მალარიის ხაზით მუშაობდა 1 ექიმი და 2 მედიცინის და, 1950 წელში მალარიის საწინააღმდეგო დაწესებულებებში მუშაობს: ექიმი—31, ენტომოლოგი—3, ჰიდრო-ინჟინერი—1, ექიმის თანამემწე—51, ენტომოლოგის თანამემწე—4, ტექნიკი-მელიორატორი — 3, ლაბორანტი — 18, ინსტრუქტორ-ბონიფიკატორი — 34, ინსტრუქტორ-აკრიხინიზატორი — 13, ბონიფიკატორი 11, აკრიხინიზატორი—20 და საზოგადო ბონიფიკატორ-აკრიხინიზატორი (კოლმეურნეობებში) 84 კაცი.

გარდა ამისა 1938 წლიდან მუშაობს ბონიფიკატორ-აკრიხინიზატორთა 8 ბრიგადა და 1932 წლიდან, ყოველ ეპიდსეზონში, დიდი ჰაობების ავიამეთოდით დამუშავებას ახდენს ავიორგოლი.

პარტია და ხელისუფლება განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს მალარიასთან ბრძოლის საქმეს და ყოველწლიურად გამოაქვს სავალდებულო დადგენილებანი მალარიასთან ბრძოლის ღონისძიებებზე, სადაც გათვალისწინებულია არა მარტო ჯანმრთელობის დაცვის, არამედ სამეურნეო ორგანოების და მოსახლეობის მონაწილეობაც ამ საქმეში.

საბჭოთა ხელისუფლების დამყარებიდან აჭარის სანაპირო ზოლმა განსაკუთრებული მნიშვნელობა მოიპოვა სუბტროპიკული კულტურების გაშენების საქმეში. 1934 წლიდან სუბტროპიკულ მეურნეობის მძლავრ განვითარებასთან და სუბტროპიკულ საბჭოთა მეურნეობების, კოლმეურნეობების და ჩაის ქარხნების მშენებლობასთან დაკავშირებით წარმოებდა დიდი ჰიდროტექნიკური სამუშაოები, ადგილების გაჯანსაღებისა და მიწების ათვისების მიზნით. 1921 წლიდან 1948 წლამდე არა სრული მონაცემებით ამოწრობილია 3370,6 ჰექტარი ჰაობი, გარდა ამისა, ამავე მიზნით აჭარაში დიდი რაოდენობით იყო გაშენებული დაჰაობებულ ადგილებში ევკალიპტის ხეები.

ეს ხე აჭარის პირობებში კარგად ხარობს, სწრაფად იზრდება და ამ ნიადაგზე შედარებით მოკლე ხანში წარმოიშვა მაღალტანდანი ხეების დიდი ხეივნები, რამაც გამოიწვია ახლო მდებარე ჭაობების ამოშრობა. უკანასკნელი 30 წლის მანძილზე აჭარაში გაშენებულია 1.786.449 ძირი ევკალიპტი, რაც მთლიან ფართობზე გადაყვანით 714 ჰექტარს უდრის.

კოლოს ნაჩეკებთან ბრძოლის საქმეში ფართოდ იყო გამოყენებული თევზი გამბუზია. პირველად გამბუზია აჭარაში ჩამოყვანილი იყო აფხაზეთიდან 1927 წელში და ცდების სახით გაშენებული იყო ქალაქ ბათუმის და ქობულეთის წყალსატევებში. დაკვირვებებს მათზე აწარმოებდნენ პროფ. ვ. პ. კალანდაძე და დოც. ა. ი. თაიროვა აღგილობრივ მაღარიოლოგებთან ერთად. დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ გამბუზია კარგად იზამთრებს ქვედა აჭარის პირობებში და დიდ ცხოველუნარიანობას იჩენს: სეზონის განმავლობაში საშუალოდ იძლევა 3-4 გენერაციას და დიდ ეფექტიანობას აღწევს კოლოს ნაჩეკებთან ბრძოლის საქმეში.

ჩატარებული ცდების შემდეგ ქვედა აჭარაში ფართოდ იყო გამოყენებული წყალსატევებში გამბუზიის მოშენება. მუდმივ წყალსატევებში გამბუზიის მოშენებას თან დაერთო ბუნებრივი მოშენებაც, ხშირ შემთხვევაში წვიმებთან დაკავშირებით, და რამდენიმე წლის განმავლობაში გამბუზიამ აჭარაში ფართოდ მოიკიდა ფეხი ყველა სახის წყალსატევებში. ამჟამად იშვიათად თუ შეგვხვდება ქვედა აჭარაში წყალსატევები გამბუზიის გაერზე. მართალია ზოგიერთ წლებში, სუსხიან ზამთრის პირობებში, ან ხანგრძლივი გვალვის დროს ნაწილი გამბუზიისა იღუპება და ამიტომ, როგორც წესი, ყოველწლიურად წარმოებს ხოლმე წყალსატევების შემოწმება და გამბუზიების მოშენება იქ, სადაც ეს საჭიროებას მოითხოვს. ამისათვის, თითქმის ყველა სასოფლო საბჭოში, საბჭოთა მეურნეობაში და კოლმეურნეობებში მოწყობილია გამბუზიების მუდმივი საშენები.

უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში ზედა აჭარაშიც შეტანილია თევზი გამბუზია, ხოლო იქ, კლიმატური პირობების გამო გამბუზია ვერ მოშენდა, ზამთრის თვეებში მათი უმეტესი ნაწილი იღუპება და ყოველ გაზაფხულს ხელმეორედ გვიხდება წყალსატევებში გამბუზიის მოშენება.

თევზ გამბუზიას აჭარის მოსახლეობა კარგად იცნობს, ფართოდ იყენებს მას კოლოს ნაჩეკებთან ბრძოლის საქმეში და სამართლიანად სთვლის მას საუკეთესო ბონიფიკატორად.

გამბუზიის მნიშვნელობის თვალსაჩინო მაგალითს წარმოადგენს ორი ეპიზოდი სოფ. გონიოში:—ერთი 1930 წლის, მეორე 1946 წლის.

1930-1946 წლების მანძილზე სოფ. გონიოში დიდი პიღროტექნიკური სამუშაოები არ ჩატარებულა და წყლის ფაქტორი იქ არ შეცვლილა. გონიოს ჭაობები დღესაც არ არის ამოშრობილი, მაგრამ ამ ჭაობების სისტემატური მეთვალყურეობის, დროულად გაწმენდა- გასუფთავებისა და გამბუზიის მოშენების შედეგად უკა-

ნასკნელი 15 წლის მანძილზე არსებითად შეიცვალა მათი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა.

ექ. კ. ჯაფარიძე თავის შრომაში: „მალარია, ანკილოსტომიდოზი და პელაგრა აჭარაში“ (1930 წლის ექსპედიციის მასალებიდან) წერს: „სოფ. გონიოში ერთ-ერთ ჭაობიდან ექ. ს. პ. კანდელაკმა უბრალო ხელის ამოსობით ამოიღო კოლო ანოფელესის მატლები. უამრავი კოლო ანოფელესი ვნახეთ სოფ. გონიოში საცხოვრებელი ბინების დათვალიერების დროს“. 1946 წლის აგვისტოში, იმავე გონიოში აკადემიკოსმა ვ. ნ. ბეკლემიშევმა ხანგრძლივი და გულდასმითი გამოკვლევის შედეგად ვერ აღმოაჩინა ვერცერთ ჭაობში კოლოს ნაჩეკები და ვერც გამოფრენილი კოლოები საცხოვრებელ ბინებში და ბოსლებში.

გარდა ზემოხსენებულისა, ყოველწლიურად, მალარიასთან ბრძოლისა და სამკურნალო-პროფილაქტიკური თანმიმდევრული და გეგმიანი მუშაობის გაუმჯობესების შედეგად აჭარაში აღინიშნება მალარიის დაავადების თვალსაჩინო შემცირება. ინტენსიური მაჩვენებელი (დაავადება ყოველ 10000 კაცზე) იძლევა შემდეგ სურათს: უკვე 1934 წელში 1921 წელთან შედარებით მალარიით დაავადება შემცირდა 61,5%-ით, 1940 წელში (ომის წინა პერიოდი) 1934 წელთან შედარებით 83,0%-ტით, 1945 წელში (ომის შემდეგი პერიოდი) 1940 წელთან შედარებით 43,3%-ით და 1948 წელში 1945 წელთან შედარებით 48,6%-ტით.

გარდა ამისა, საგრძნობლად შემცირდა მალარიით დაავადება სხვა გადამდებ დაავადებასთან შეფარდებით. თუ 1922 წელში მალარია შეადგენდა 69%-ს მწვავე გადამდებ სნეულებათა საერთო ჯამისა, 1940 წელში ის შეადგენს 16,3%-ს და 1948 წელში კი 10,7%-ს.

ჩვენში მალარიასთან ბრძოლის საქმეს და იმ მიღწევებს, რომლებიც დღეისათვის აღინიშნება აჭარაში, ძლიერ შეუწყობ ხელი ბონიფიკატორ-აკრიხინიზატორის მრავალრიცხოვანი კადრების მომზადებამ. 1935-1948 წლების განმავლობაში მომზადებული იყო 1647 კაცი, აქედან ბონიფიკატორ-აკრიხინიზატორების დიდი უმრავლესობა კოლმეურნეობებისათვის იქნა მომზადებული. ადგილობრივ მცხოვრებთა ბონიფიკატორ-აკრიხინიზატორების ეს არმია, მართალია ერთდროულად არ მუშობდა, მაგრამ მათ მიერ მიღებულ ცოდნას და გამოცდილებას, საქმის სიყვარულს და სრულ შეგნებას ამ სამუშაოთა მნიშვნელობისადმი, მეტი სასარგებლო შედეგები მოჰქონდა მაშინ, როცა მათ აწინაურებდნენ სასოფლო საბჭოს თავმჯდომარედ, კოლმეურნეობის თავმჯდომარედ, ბრიგადირად და სხვა.

მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის საერთო გაუმჯობესების საქმეში დიდი ადგილი უკავია აგრეთვე ჩვენს პირობებში ავიამოფრქვევას.

1931 წელს—ზაფხულის თვეებში პროფ. ლ. პ. კალანდაძის ხელმძღვანელობით დოც. გ. მ. მარუაშვილმა ჩაატარა ცდები ავია-

მოფრქვევის ეფექტიანობაზე საქართველოს ზოგიერთ და კერძოდ ქობულეთის რაიონში, და ამის შემდეგ, 1932 წლიდან ყოველწლიურად წარმოებს ავიამოფრქვევა ქობულეთის რაიონის დაჭაობებულ ადგილებისა, რომელიც გაგრძელებაა კოლხიდის დაბლობისა და რომლის ხელით დამუშავება შეუძლებელია.

1921-1948 წლების განმავლობაში აჭარის ასს რესპუბლიკაში მალარიით დაავადების ზრდის შემთხვევები აღინიშნებოდა 1932-1934 წლებში, რაც დაკავშირებული იყო საბჭოთა მეურნეობების დიდ მშენებლობაზე აჭარის ქვედა ნაწილში მუშაძალის სამუშაოზე მიზიდვით, იმ დროს არა ენდემიურ (უკრაინა, ყუბანი) ადგილებიდან.

არა იმუნურ მოსახლეობის დიდი რაოდენობით ჩამოსვლას ენდემიურ რაიონში თან მოჰყვა მალარიით საგრძნობი დაავადება ჩამოსულთა შორის და შემდგომი მალარიის მატება ადგილობრივ მცხოვრებთა შორის. ინტენსიური მაჩვენებელი კვლავ გაიზარდა და 1934 წელს სამჯერ გადააჭარბა 1931 წლის დონეს.

მიღებულ იქნა რა მხედველობაში აღნიშნული მდგომარეობა, ძირითადად შეიცვალა მალარიის საწინააღმდეგო ღონისძიებების ხასიათი. თუ 1931 წლამდე მალარიის საწინააღმდეგო სამუშაოები ძირითადად მიმართული იყო სამკურნალო ხასიათის სამუშაოებისაკენ, შემდეგ წლებში კი ფართოდ იქნა გაშლილი პროფილაქტიკური ღონისძიებები, როგორიცაა: მოსახლეობის მასიური გამოკვლევა მალარიაზე, რეციდივების საწინააღმდეგო აკრიხინიზაცია, ქიმიოპროფილაქტიკა საბონიფიკაციო და ჰიდროტექნიკური სამუშაოების ჩატარება.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ახალჩამოსულ მუშამოსამსახურეებს და მათი ოჯახის წევრებს, რომლებიც დიდი რაოდენობით მოდიოდნენ 1931-1936 წლებში ახლადგაშენებულ საბჭოთა მეურნეობებში. ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების და საბჭოთა მეურნეობების ადმინისტრაციის მიერ დაკანონებული იყო წესი, რომ ყოველ მიზეზს გარეშე, პირველ დღესვე მედპერსონალს უნდა შეემოწმებია ახლად ჩამოსული მუშების და მათი ოჯახის წევრების ჯანმრთელობა და მასთან ერთად გამოეკვლია მალარიაზე: შეეკრიბათ ანამნეზი, აეღოთ სისხლის სქელი წვეთი და გაესინჯათ ელენთა. მხოლოდ ამ პროცედურების შემდეგ, საბჭოთა მეურნეობების კომენდანტებს ჰქონდათ უფლება ახლად ჩამოსულთათვის მიეცათ საცხოვრებელი ბინა და დაეშვათ სამუშაოზე ჯანმრთელნი, ხოლო ავადმყოფთა მიმართ კი მედპერსონალს უნდა ჩაეტარებია საჭირო ღონისძიებები ჩვენებისდა მიხედვით.

იმ ხნიდან დაწყებული, ჩვენში სისტემატურად, ყოველ გაზაფხულზე და შემოდგომაზე ტარდება მოსახლეობის მასიური გამოკვლევა მალარიაზე, როგორც საბჭოთა მეურნეობებში, ისე კოლმეურნეობებში, ფაბრიკა-ქარხნებში, სკოლებში, ბავშვთა ბაგებში, ბავშვთა ბაღებში და სხვა.

გამოკვლევები ტარდებოდა ხოლმე პლანტაციებზე, საერთო

საცხოვრებლებში, სკოლებში და ბინებზე ჩამოვლით. როგორც წესი, გარდა ანამნესტური ცნობების შეკრებისა, ყველას ესინჯებოდა სისხლის სქელი წვეთი და ელენთა.

ამ დიდი მოცულობის მუშაობაში თავიდანვე ჩაბმულია სპეციალურად მალარიის დარგში მომუშავე მედპერსონალთან ერთად, აგრეთვე, საერთო საექიმო ქსელის მედპერსონალიც. გარდა ამისა დიდ დახმარებას უწევენ მედპერსონალს ადგილებზე საბჭოთა მეურნეობების ხელმძღვანელობა და პარტორგანიზაციები. სოფლად კი კოლმეურნეობების თავმჯდომარეები და ბრიგადირები.

სისტემატური მკურნალობისა და რეციდივის საწინააღმდეგო აკრიხინიზაციის შემოღების პირველ წლებში დიდ დაბრკოლებას უქმნიდა მედპერსონალს ზოგიერთ ავადმყოფთა გულგრილი დამოკიდებულება ხანგრძლივ და სისტემატური მკურნალობისადმი. შემდეგში, მოსახლეობა თანდათან შეეჩვია და შეიგნო მათი საჭიროება და ახლა, სრული შეგნებით ექცევა მალარიის საწინააღმდეგო ამ ფრიად საჭირო ღონისძიებას.

რაც შეეხება ქიმიო-პროფილაქტიკას, მისი ჩატარება აჭარის ასსრ რესპუბლიკაში პირველად დაიწყო 1938 წელს. ამ წელში შემოღებული წესები ოდნავი ცვლილებებით მეორდება წლიდან წლამდე. ამიტომ ამ საკითხზე უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით ქვემოთ 1938 წლის მუშაობის გარჩევის დროს.

აჭარის ასსრ სახკომსაბჭოს სპეციალური დადგენილებით მიზანშეწონილად იყო ცნობილი საბჭოთა მეურნეობებში და კოლმეურნეობებში ქიმიოპროფილაქტიკის ჩატარება და ამიტომ დაეკალა სამეურნეო ორგანიზაციებს აკრიხინიზატორების გამოყოფა. ამ დადგენილების საფუძველზე აჭარის ასსრ ცენტრალურმა ტროიკულმა სადგურმა ჩაატარა თათბირები საბჭოთა მეურნეობებში და კოლმეურნეობებში, მიიღო მათგან საკმაო რაოდენობით აკრიხინიზატორები და მოამზადა ისინი მოკლევადიან კურსებზე. პარალელურად ტარდებოდა უბნის ექიმებისა და სამალარიო დაწესებულებათა ექიმების მომზადება. კოლმეურნეობათა აკრიხინიზატორები მიემადგრა უბნის ექიმებს, ხოლო საბჭოთა მეურნეობების აკრიხინიზატორები სამალარიო დაწესებულებათა ექიმებს. შედგენილი იქნა ბრიგადების მიხედვით სიები და განაწილდა აკრიხინიზატორებზე, იმ ანგარიშით, რომ თითოეულზე დღეში მოდიოდა არა უმეტეს 150 კაცისა, ყოველ ხუთ აკრიხინიზატორზე გამოყოფილი იქნა თითო ინსტრუქტორი. აკრიხინიზაცია ტარდებოდა ჩვეულებრივ დილის საათებში, საუზმის შემდეგ. კარგ ამინდში მინდვრად—ბრიგადებში, წვიმიან დღეებში კი საცხოვრებელ ბინებში. დღე-ღამის დღა აკრიხინისა ეძლეოდა ერთდროულად, აბების პირში ჩადებით.

იქ, სადაც ბრიგადები დიდი მანძილით იყვნენ დაშორებულნი ერთი მეორისაგან, საბჭოთა მეურნეობების აკრიხინიზატორები სარგებლობდნენ ველოსიპედებით, ხოლო კოლმეურნეობების აკრიხინიზატორები ცხენებით. აკრიხინიზატორს სამუშაოზე გამოსვლისას,

თან მოჰქონდა: ჟურნალი სახელობითი სიით, აკრიხინი შუშის ჭურ-
კელში, პინცეტი, დოქი წყლით და ჰიქა, შუშა სისხლის სინჯისა-
თვის, სპირტი, იოდი და ნემსი. აკრიხინიზატორს, იმ პირების
მიმართ, ვინც ღებულობდა აკრიხინს, სათანადო შენიშვნა შეჰქონ-
და ჟურნალში, იმ პირებს კი ვინც არ ღებულობდა ჟურნალში აღი-
ნიშნებოდა მიზეზის ჩვენებით: ავადმყოფთა, წასულია, უარი თქვა
აკრიხინის მიღებაზე. თუ ბრიგადაში აღმოჩნდებოდა მომუშა-
ვე აწეული ტემპერატურით, აკრიხინიზატორი ღებულობდა
ასეთი პირისაგან სისხლის სქელ წვეთს და აგზავნიდა ავად-
მყოფს ამბულატორიაში. მინდვრად მუშაობის დამთავრების
შემდეგ აკრიხინიზატორი იმავე დღეს ანგარიშს უდგენდა
ექიმს, აძლევდა ცნობას იმ პირზე, ვისაც აკრიხინი არ ჰქონდა მიღე-
ბული. ექიმში, ყველა აკრიხინიზატორისაგან ავადმყოფთა სიის
მიღების შემდეგ, საღამოს, ექთანთან ერთად ინახულებდა მათ
და ყველას, ვინც ნამდვილად მალარიით იყო დაავადებული უნიშ-
ნავდა მკურნალობას.

პირველი 5-7 დღე ავადმყოფს ეძლეოდა აკრიხინი პლაზმოცი-
ტით და შემდეგ კი განაგრძობდნენ ქიმიოპროფილაქტიკას. დღე-
გამოშვებით ექიმში ესწრებოდა აკრიხინიზატორების მუშაობას აღვი-
ლზე, ამოწმებდა მის მუშაობას, ეცნობოდა აკრიხინიზაციაზე მყოფ
პირების მდგომარეობას, აკრიხინის მოქმედების შედეგებს და სხვა;
ინსტრუქტორი ყოველდღიურად ამოწმებდა აკრიხინიზატორების
მუშაობას, ეწეოდა მოსახლეობაში სანიტარულ-საგანმანათლებლო
მუშაობას, ყოველ მესამე დღეს გადაქონდა ჩანაწერები ჟურნალის
თეთრ ეკზემპლარში, აქვე, სათანადო სვეტებში იწერებოდა მალა-
რიის მწვავე გამოვლენის თარიღები, სისხლის ანალიზის შედეგები,
ელენთის მდგომარეობა, აკრიხინისაგან სიყვითლის შემთხვევები.

უნდა აღინიშნოს, რომ ქიმიოპროფილაქტიკის ხარისხიან
ჩატარებას ხელს უწყობდა არა მარტო საექიმო პერსონალის და
აკრიხინიზატორების კეთილსინდისიერი და გულმოდგინე მუშაობა,
არამედ, აგრეთვე საბჭოთა მეურნეობების დირექტორების, სასოფ-
ლო საბჭოების და კოლმეურნეობების თავმჯდომარეთა დახმარება
ამ საქმეში. კოლმეურნეობათა ბრიგადირები და უფროსი
აგრონომები სოცშეჯიბრში იწვევდნენ ერთმანეთს ქიმიოპროფი-
ლაქტიკის მუშა-მოსამსახურეებსა და კოლმეურნეებში 100%-ით
ჩატარებისათვის. სოცშეჯიბრში გამარჯვებულთათვის ტროპიკული
სადგურის მიერ გამოყოფილი იყო პრემიალური ფონდი.

ჩატარებულ მუშაობამ გვიჩვენა, რომ ქიმიოპროფილაქტიკა—
ა) ვერ იცავს ახალი დაავადებისაგან და რეციდივებისაგან, მაგრამ
საგრძნობლად ამცირებს მათ რაოდენობას; ბ) უდავოდ აქვს თერა-
პევტიული ეფექტი, რაც დასტურდება ელენთის და პარაზიტული
მაჩვენებლების შემცირებით; გ) იცავს ადამიანის ჯანმრთელობას,
ამცირებს კლინიკურ გამოვლინების შემთხვევებს (კლინიკური პრო-
ფილაქტიკა) და აძლევს მას მსუბუქ ხასიათს (მიტიგაცია; დ) აკრი-
ხინის, აკრიხინ-პლაზმოციტის პროფილაქტიკური ღონეების მიღებას

კარგად იტანს ადამიანის ორგანიზმი და არ იწვევს არავითარ უარყოფით შედეგებს და ამიტომ, ქიმიოპროფილაქტიკა, როგორც სეზონური პროფილაქტიკა მიზანშეწონილია და დღემდეც ტარდება ის იმ საბჭოთა მეურნეობებში, კოლმეურნეობებში და ახალშენებში, სადაც ეს საჭიროა.

1931-1934 წლებში გაცხოველებული იყო აჭარაში კოლოსა და მის ნაჩეკებთან საწინააღმდეგო მუშაობა. ქვედა აჭარის საბჭოთა მეურნეობებში, ქალაქში და აგარაკებზე ჩატარდა წყალსატევების პასპორტიზაცია. შედგენილი იქნა სქემატური რუქები საჭირო ღონისძიებათა ზუსტი აღნიშვნით. მთელი ტერიტორია დაყოფილი იყო მცირე ჰიდროტექნიკური და საბონიფიკაციო სამუშაო უბნებად, რომლებიც მიმაგრებული იქნა ცალკეულ ბონიფიკატორებზე იმ ანგარიშით, რომ თითოეული საბონიფიკაციო უბანი ემიჯნებოდას მეზობელ საბონიფიკაციო უბანს. ბონიფიკატორებს ხელმძღვანელობდნენ და კონტროლს უწევდნენ, როგორც უბნის ინსტრუქტორ-ბონიფიკატორები, ისე ცენტრალური ტროპიკული სადგურის და რაიონული ენტომოლოგები და ჰიდროტექნიკოსები.

ყოველწლიურად ტარდება წყალსატევების აღრიცხვა, პასპორტიზაცია და ამასთან დაკავშირებით იცვლება მუშაობის ხასიათიც. საჭიროების მიხედვით, ყოველ ცალკე შემთხვევაში საბჭოთა მეურნეობები, წარმოება-დაწესებულებები და კოლმეურნეობების გამგეობები გამოყოფენ მუშახელს მალარიის საწინააღმდეგო საბონიფიკაციო და მცირე ჰიდროტექნიკური სამუშაოების ჩასატარებლად.

ყველა ზემოხსენებული სამუშაოების მოცულობა წლების მიხედვით (1934-1948 წწ.) მოცემულია № 2 ცხრილში.

მალარიის საწინააღმდეგო როგორც ვირუსის, ისე გადამტანი კოლოს ზემოაღნიშნულ ინტესიურ ღონისძიებათა ჩატარებამ 1935 წლიდან გაზოგნა მალარიის შემცირება და მდგომარეობის გაუმჯობესება.

1943 წელს ქვედა აჭარაში ჩამოვიდა ყუბანიდან ევაკუირებული მოსახლეობა; ჩამოსულთა დიდი რაოდენობა დაავადებული იყო მალარიით.

ანოფელოგენური წყალსატევების არსებობამ და მალარიის საწინააღმდეგო ღონისძიებების ჩატარების შესუსტებამ, 1944 წელს ყუბანიდან მალარიით დაავადებულების ჩამოსვლასთან დაკავშირებით, მოგვცა დაავადების ზრდა ადგილობრივ მოსახლეობაში, რასაც თან დაერთო მალარიის შეკრა ზედა აჭარაში (ხულოს და ქედის რაიონები).

როგორც ზევით არის ნათქვამი, დიდი სამამულო ომის წინა პერიოდში ზედა აჭარაში მალარიით დაავადება უმნიშვნელო იყო და მას ძირითადად შემთხვევითი ხასიათი ჰქონდა. ხოლო დიდი სამამულო ომის პერიოდში, ჩაის კრეფის სეზონში, მუშახელის ნაკლებობის შესავსებათ ქვედა აჭარის საბჭოთა მეურნეობებში

სამუშაოების დასახელება	ზომის ერთ.	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	სულ
ღვთაობების ამოწრობა	კებ.	126,9	323,0	192,8	193,4	46,5	40,5	78,5	301,6	21,0	30,3	28,0	19,4	68,6	81,7	112,1	1634,5
ახალი თხრილების გაყვანა	კვ.	20,5	31,5	81,3	80,5	13,5	30,5	46,7	14,8	75,1	15,5	12,2	30,8	48,2	41,9	73,9	530,9
პატარა, წყალსატევების ამოყვანა	კებ.	153,3	15,3	88,8	57,8	58,2	24,3	55,0	202,4	13,3	70,2	14,3	11,3	13,9	13,2	10,9	922,1
თხრილების ორმაგი განწყვანა	კვ.	77,8	208,7	196,5	355,0	469,5	471,5	584,7	264,0	255,0	558,6	564,6	582,6	689,6	553,8	477,9	6112,4
წყალსატევების სამხევი განწყვანა	კებ.	8,4	7,5	17,8	29,1	22,2	34,4	10,7	130,6	23,1	129,8	94,5	136,8	45,6	55,0	34,5	777,9
ს.მხევი ამოთიბვა	კებ.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	129,4	104,4	152,0	385,8
ხედი მოფრქვევა	კებ.	1,7	5,6	2,3	3,4	7,7	6,2	113,7	415,3	717,7	607,9	684,9	617,9	527,0	548,0	407,6	4665,2
დანუთიანება	კებ.	32,3	91,3	1,9,4	130,7	134,5	111,9	186,5	271,5	156,9	137,7	148,7	132,5	163,3	149,8	182,2	2179,2
ავიამოფრქვევა	კებ.	1,2	3	32,8	4	14400,0	9850,0	17240,0	12730,0	16510,0	12500,0	10400,0	—	8500,0	15210,0	12080,0	139361,1
გამწვანის მოშენება	კებ.	19,1	13,9	26,9	306,2	33,9	209,9	84,7	428,8	275,1	76,3	70,5	556,1	289,3	351,6	372,1	2,843,6
პოლიგონის განაწილება	ცალი	2545	4216	3348	5170	2735	4513	5004	2808	500	67	210	300	550	786	320	30402
აბაღა	მეტრი	400	889	1612	1350	1362	972	1140	2013	—	—	—	—	—	5654	6000	22452
ბინების ფარდენა	ბინა	—	—	—	3033	—	3302	391	1099	2002	1160	1353	1142	944	2874	2111	20911
ბონიფიკატორების მოშენება	კაცი	—	17	52	44	143	60	197	125	120	149	185	106	111	150	178	1647
მოსახლეობის გამოკვლევა მაღალიანი	კაცი	10216	23339	33495	29082	47392	34359	28865	28009	21223	29375	27638	2506	25088	45940	44939	440576
ბუდეების სამწიგნოლო აკონინგა	კაცი	1227	2864	6215	7657	14702	15346	12773	7987	5414	5533	5393	4033	4655	5846	2053	101719
პროექტორები, აკონინგ-ნიშნები	კაცი	—	—	—	—	10600	10900	15246	15220	—	461	—	1750	5594	10698	9046	77185

მიწვეული იყო ზედა აჭარიდან კოლმეურნეების მნიშვნელოვანი რაოდენობა.

ამ არა ენდემიურ რაიონებიდან მოსახლეობის დიდი რაოდენობის მიგრაციამ ენდემიურ რაიონში (ქვედა აჭარაში), გამოიწვია ჩამოსული მოსახლეობის ერთი ნაწილის დაავადება მალარიით. მათ მიერ სახლში დაბრუნებისას შეტანილი იყო ვირუსი ზედა აჭარაში და ანოფელოგენურ ფაქტორის არსებობის გამო იქ წარმოიშვა ცოტად თუ ბევრად მნიშვნელოვანი მალარიის კერები (დიოცნისისა და ტვანას სასოფლო საბჭოები ხულოს რაიონში და დანდალოს სასოფლო საბჭო, ქედის რაიონში).

მოწავლისათვის ასეთი კერების თავიდან აცილების მიზნით მშრომელთა დეპუტატების რაიონული საბჭოების აღმასკომების მიერ გამოტანილი იყო სავალდებულო დადგენილებები, ქვედა აჭარაში სამუშაოდ წამოსული მოსახლეობის აუცილებელ პროფილაქტიკურ აკრიხინიზაციის შესახებ. ამ მიზნით ზედა აჭარის სასოფლო საბჭოები ადგენდნენ ორ ცალად ქვედა აჭარაში გასაგზავნ კოლმეურნეების სიას. ერთი ცალი ამ სიისა რჩებოდა ადგილობრივ საექიმო უბანში, ხოლო მეორე ცალი ბარდებოდა სამალარიო პუნქტს ან საექიმო უბანს ახალ საცხოვრებელ ადგილზე. აქ ჩამოსულ კოლმეურნეებს იკვლევდნენ მალარიაზე, პირველ დღიდანვე აყავდათ ინდივიდუალურ ქიმიოპროფილაქტიკაზე, ხოლო დაავადების შემთხვევაში მათ უტარდებოდა სისტემატური მკურნალობა და შემდეგ გადაყავდათ საზოგადოებრივ ქიმიოპროფილაქტიკაზე. ქვედა აჭარის სამალარიო პუნქტები აძლევდნენ კოლმეურნეობის ბრიგადირებს ზედა აჭარაში დაბრუნებულ მოსახლეობის სიებს მათი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, საექიმო უბნებისათვის გადასაცემად, მათზე საექიმო მეთვისაყურებობისათვის.

ამ ზიებში აღნიშნული იყო დაავადებულობის შემდგომი მკურნალობის ხანგრძლივობა და ქიმიოპროფილაქტიკის ჩასატარებელი ვადა. მოსახლეობის ასეთი მომსახურების შედეგად შემცირდა ზედა აჭარაში ადგილობრივ მოსახლეობის დაავადების შესაძლებლობა და ამიტომ უკანასკნელ წლებში ზედა აჭარაში არ ყოფილა მალარიის აფეთქების თვალსაჩინო შემთხვევები.

მოსახლეობაში დაავადების შესამცირებლად ისევ დაგვირდა ავიამოფრქვევის და მასიური ქიმიოპროფილაქტიკის გაშლა-გაძლიერება და ყოველდღიური მეთვისაყურებოდა ანოფელოგენურ წყალსატევებზე, კოლოს და მის ნაჩეკებთან გაძლიერებული ბრძოლა, ზუსტი აღრიცხვა დაჭაობებული ფართობების და მათზე დროული და ხარისხოვანი მიმდინარე ღონისძიებების ჩატარება, როგორცაა: არხების გაწმენდა, ამოვსება, ახალი არხების გაყვანა, ამოშრობა და სხვა. აგრეთვე ყოველგვარი ზომების და საშუალებების მიღება აჭარის მთაგორიან ადგილებში წარმოშობილ მალარიის კერების ლიკვიდაციისათვის.

ყველა ამ გარემოებით აიხსნება შედარებითი კეთილდღეობა მალარიით დაავადების მხრივ აჭარაში 1948 წელში, იმ დროს, როდესაც ინტენსიური მაჩვენებლები უდრის 58-ს.

მოსახლეობის მასიური გამოკვლევების მონაცემები აგრეთვე ადასტურებენ უკანასკნელ წლებში მალარიის მდგომარეობის შედარებით კეთილდღეობას, რაც დასტურდება შემდეგი ცხრილით.

ცხრილი № 3

**მოსახლეობის საგაზაფხულო გამოკვლევების მონაცემები
1934—1948 წლებში**

წლები	გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა	პარაზიტული ინდექსი	ელენთის ინდექსი	I. R.	I. E.	მალარიის პარაზიტების სახეების ძიხედვით		
						Pl. vivax	Pl. malariae	Pl. falciparum
1934	6596	3,4	20,3	2,0	21,2	53,9	10,8	33,3
1935	10803	4,0	21,6	2,2	23,5	78,8	13,5	7,7
1936	12163	3,7	17,8	1,8	19,7	81,1	0,6	18,3
1937	16275	3,0	15,4	1,7	16,9	86,3	4,2	9,5
1938	30592	1,1	9,9	1,5	10,5	91,7	4,1	4,2
1939	24462	0,6	7,8	1,6	8,1	92,0	4,0	4,0
1940	18245	0,2	5,4	1,4	5,0	82,9	4,4	12,7
1941	18947	0,2	4,7	1,3	4,8	90,0	—	10,0
1942	13153	0,6	2,5	1,2	2,8	90,0	—	10,0
1943	13988	0,1	3,9	1,2	4,0	90,0	—	1,0
1944	14581	0,3	4,0	1,3	4,1	100	—	—
1945	14884	0,5	3,1	1,2	3,3	100	—	—
1946	17399	0,2	6,1	1,4	6,4	89,0	—	11,0
1947	30193	0,2	3,4	1,2	3,4	100	—	—
1948	37123	0,2	2,6	1,2	2,8	99,6	—	0,4

მალარიის მაჩვენებლები უკანასკნელ წლებში მცირეა, ელენთის ინდექსი სამზე ნაკლებია, პარაზიტული ინდექსი ერთზე ნაკლებია, როსის ინდექსი ერთ მთელზე ცოტა მეტია და შედარებით წინა წლებთან ძლიერ შემცირებულია; ელენთის ინდექსი 1948 წელს—შედარებით 1934 წელთან შემცირებულია 7,7-ჯერ, პარაზიტული ინდექსი 17-ჯერ. 1941 წლიდან პლაზმოდოუმში მალარია უკვე არ გვხვდება და გაბატონებული მდგომარეობა უკავია პლაზმოდოუმ ვივამქს.

ახლოვით სურათს იძლევა საშემოდგომო გამოკვლევების მონაცემები (იხ. ცხრ. № 4.)

მოსახლეობის საშემოდგომო გამოკვლევების მონაცემები
1934—1948 წ.წ.

წლები	გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა	პარაზიტული ინფექციები	ვადანთის ინფექცია	i. R.	i. E.	მალარიის პარაზიტები სახეების მიხედვით		
						Pl. vivax	Pl. malariae	Pl. falciparum
1934	3620	4,7	10,3	1,8	12,2	77,0	2,8	24,2
1935	12536	3,5	4,4	1,4	6,2	64,7	0,9	34,4
1936	21332	2,0	6,4	1,5	7,4	62,2	2,1	35,7
1937	13407	1,9	7,7	1,6	9,0	86,6	1,5	11,9
1938	16800	1,3	6,7	1,5	7,3	97,2	1,0	1,8
1939	10137	1,0	3,3	1,2	3,8	79,4	6,8	13,8
1940	10610	0,3	8,7	1,7	8,9	97,0	3,0	—
1941	9062	0,1	2,5	1,2	3,0	100	—	—
1942	11070	0,4	2,0	1,1	2,4	80,0	—	20,0
1943	9717	0,5	2,6	1,2	3,0	82,0	—	18,0
1944	13057	0,4	2,5	1,1	2,8	97,7	—	2,3
1945	7622	1,2	3,8	1,3	4,9	87,0	—	13,0
1946	8069	1,2	4,1	1,4	4,9	93,0	—	7,0
1947	15747	0,2	2,2	1,1	2,3	94,4	—	5,4
1948	7516	0,4	1,8	1,0	1,9	88,3	—	11,7

აჭარის მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების: საბჭოთა მეურნეობების, კოლმეურნეობების, წარმოება-დაწესებულებების, მოსწავლეების, ბავშვთა ბაგების და ბავშვთა ბაღების გამოკვლევების უკანასკნელი მონაცემები (1948 წელს), როდესაც ძლიერ მცირეა მალარიის მაჩვენებლები (იხ. ცხრილი № 5) განსაკუთრებით ბავშვთა შორის, ერთნელ კიდევ ადასტურებენ, რომ აჭარის ასს რესპუბლიკაში მალარიის მხრივ შედარებით კეთილდღეობაა.

ცხრილი № 5

1948 წლის მოსახლეობის მასიური გამოკვლევების მონაცემები

	საგაზაფხულო გამოკვლევა					საშემოდგომო გამოკვლევა				
	გამოკვლეულთა რაოდენობა	პარაზიტული ინფექცია	უღუნოს ინფექცია	i. R.	i. E.	გამოკვლეულთა რაოდენობა	პარაზიტული ინფექცია	უღუნოს ინფექცია	i. R.	i. E.
საბჭოთა მეურნეობები	9864	0,3	3,2	1,1	3,2	174	—	—	—	—
კოლმეურნეობები	15531	0,3	2,9	1,6	3,0	969	2,3	2,3	1,6	3,8
წარმოება-დანესებულებები	9234	0,1	1,8	1,0	2,3	—	—	—	—	—
სკოლები	763	0,2	2,8	1,0	2,8	5302	0,2	1,7	1,0	1,9
ბავშვთა ბაღები	1696	0,05	1,7	1,0	1,7	842	—	2,0	1,0	—
ბავშვთა ბაგები	85	—	—	—	—	229	—	0,8	1,0	—
ს უ ღ	37123	5,2	2,6	1,2	2,8	7516	0,4	1,8	1,0	1,9

3. აჭარის ექიმთა საზოგადოების შრომები.

მალარიის პარაზიტების სახეების განაწილება წლების მიხედვით
(1925—1948 წწ.)

წლები	პერიოდი	პარაზიტის სახეები %/‰ ში		
		Pl. malariae	Pl. falciparum	Pl. vivax
1925	ენდემიის მაღალი დონე (1-ლი პერიოდი)	25,5	29,5	45,0
1926		23,9	22,4	53,7
1927		17,1	31,8	51,1
1928		20,0	10,8	59,8
1929		14,8	11,3	73,9
1930—1940 . . .	სამალარიო მდგომარეობის გაუმჯობესება (მე-2 პერიოდი)	2,3	16,5	81,2
1941—1948 . . .	შედარებითი კეთილდღეობა (მე-3 პერიოდი)	0,5	6,3	93,2

მალარიის პარაზიტების განაწილებას 1925-1929 წლების პირველ პერიოდში, აჭარაში დიდი ხვედრითი წონა ჰქონდა პლაზმოდუმ მალარიას და პლაზმოდუმ ფალციპარუმს, რაც დამახასიათებელია მალარიის კერის ენდემიის მაღალი დონისა. მეორე პერიოდში პლაზმოდუმ მალარიის რაოდენობა მკვეთრად მცირდება და ის მხოლოდ 2,3%-ს შეადგენდა, ხოლო პლაზმოდუმ ფალციპარუმს კიდევ მნიშვნელოვანი ხვედრითი წონა ჰქონდა—16,5%. შედარებითი კეთილდღეობის პერიოდში პლაზმოდუმ მალარია თითქმის ლიკვიდირებულია, ის მხოლოდ 0,5%-ს შეადგენს. პლაზმოდუმ ფალციპარუმი მკვეთრად შემცირებულია და 6,3%-ს შეადგენს.

ამასთანავე აღსანიშნავია, რომ ენდემიის მაღალი დონის პერიოდში პლაზმოდუმ მალარია ზამთრის თვეებში ძლიერ ჭარბობდა პარაზიტების სხვა სახეებს, ხოლო წლის დანარჩენ დროსაც მას მნიშვნელოვანი ხვედრითი წონა ჰქონდა. სამალარიო მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად პლაზმ. მალარია მცირდება განსაკუთრებით ზაფხულისა და შემოდგომის თვეებში და, მესამე, შედარებითი კეთილდღეობის პერიოდში კი მხოლოდ ერთეულია მისი გამოჩენის შემთხვევები—ძირითადად ზამთრის თვეებში გვხვდება, მაშასადამე, მისი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა უდრის ნულს.

პლაზმ. ფალციპარუმი ყოველწლიურად იძლეოდა საგრძნობ შემცირებას (მაქსიმალურ გამოვლინებას შემოდგომის და ზამთრის თვეები იძლევა).

რაც შეეხება პლაზმ. ვივექსს, მას გაბატონებული მდგომარეობა უკავია წლის ყველა დროში, ე. ი. მას ეკუთვნოდა აჭარის პიკრობებში წამყვანი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა.

მალარიის პარაზიტების სახეთა შედარების ასეთი ცვლილებები შეესაბამება დაავადებათა ინტენსივობის მსვლელობას და მალარიის კლინიკური მიმდინარეობის სიმძიმეს. უკანასკნელ წლებში მალარიით დაავადების კომატოზური ფორმები, და სიკვდილიანობა რეგისტრირებულია ერთეულ შემთხვევებში.

შ ა ს კ ვ ნ ა:

1. აჭარა საბჭოთა ხელისუფლებამდე წარმოადგენდა მალარიის კერას ენდემიის მაღალი დონით.

2. 1921-1948 წლებში აჭარის ასს რესპუბლიკაში, ჩაისა და ციტრუსების პლანტაციებისათვის, დაჭაობებულ ადგილების დიდა ფართობისათვის (330,6 ჰექტ.) და მალარიის საწინააღმდეგო ღონისძიებების ჩატარების შედეგად—აღინიშნება შედარებითი საკეთილდღეო მდგომარეობა:

ა) უკანასკნელ წლებში საგრძნობლად შემცირდა მალარიის ყველა მაჩვენებლები:—ინტენსიური მაჩვენებელი 1948 წ. 58-ს უდრის, პარაზიტული ინდექსი ერთ მთელზე ნაკლებია, ელენთის ინდექსი არ აღემატება სამს;

ბ) უკანასკნელი ათეული წლების მანძილზე *Pl. malariae* თითქმის ლიკვიდირებულია, *Pl. falciparum* საგრძნობლად შემცირდა და წამყვანი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა ეკუთვნის *pl. vivax*-ს.

გ) აღინიშნება მალარიის კლინიკური მიმდინარეობის სიადვილე:—კომატოზური ფორმები და სიკვდილიანობა მალარიის გამო რეგისტრირებულია ერთეულ შემთხვევებში.

3. მალარიის გავრცელებისათვის ხელსაყრელ პირობიოლოგიურ და კლიმატურ (სუბტროპიკული ზონა) პირობების არსებობის გამო ამჟამად აჭარაში მალარია ჯერ კიდევ ენდემიურია, ხოლო გაცილებით ნაკლები დონის, ვიდრე წარსულში.

4. ენდემიის დონე პირდაპირ დაკავშირებულია მალარიის საწინააღმდეგო ღონისძიებების რაოდენობაზე და ხარისხთან.

5. აჭარის ასს რესპუბლიკაში ამჟამად არსებული მალარიის სტატუსი არ არის მტკიცე:—ეპიდემიოლოგიური გარემოცვის შეცვლას, მოსახლეობის მიგრაციას და მალარიის საწინააღმდეგო

ღონისძიებების ჩატარების შესუსტებას შეიძლება მოჰყვეს მალარიის კეთილდღეობის დარღვევა.

6. აჭარის ასს რესპუბლიკაში მალარიის კეთილდღეობის შენარჩუნებისათვის და მალარიის ეპიდემიური აფეთქების ასაცილებლად საჭიროა ერთი მხრივ: განსაკუთრებული სიფხიზლე ტროპიკული და ოთხდღიური შემთხვევებისადმი და, მეორე მხრივ — მალარიის საწინააღმდეგო პალიატიური ღონისძიებების ჩატარებასთან ერთად (ქიმიოპროფილაქტიკა, მცირე ჰიდროტექნიკა) აუცილებელია ტარდებოდეს დიდი ჰიდროტექნიკური ხასიათის რადიკალური ღონისძიებანი.

АВАЛИШВИЛИ С. Д.,

главный врач Республиканской противомаларийной
(тропической) станции Аджарской АССР

Маларийный статус Аджарской АССР

Аджарская АССР состоит из двух резко выраженных географических районов: приморской низменной и холмистой части горной Аджарии. Эти два географических района имеют различный малярийный статус.

Основные массивы заболоченностей АССР Аджарии тянутся по дну речных долин и по берегу моря. К таковым относятся: кобулетская низина на севере и кахаберская низина на юге. Кобулетские, кахаберские болота образовались в результате неурегулированности стока речных вод, высокого стояния грунтовых вод и чрезмерного обилия атмосферных осадков.

Кроме того, вследствие сильно пересеченной местности и обилия атмосферных осадков образуется обилие ручьев и рек с малым протяжением.

В летние жаркие месяцы эти ручьи и реки пересыхают на большом своем протяжении, но местами остаются, водная поверхность которых, хорошо прогретая солнцем, и является излюбленным местом выплода комаров.

В прошлом побережье Черного моря, а в частности приморская полоса Аджарии, являлась зловещим малярийным очагом, где заболеваемость и смертность от малярии достигали высоких цифр, вызывая подчас вымирание целых сел и поселков.

Со дня установления Советской власти в Аджарии, вопрос здраво-

охранения населения стал первостепенным. На дело борьбы с малярией было обращено исключительное внимание партии и правительства; малярия была признана социальным заболеванием. Систематически проводятся специальные мероприятия и выделяются большие ассигнования для противомаларийных работ. Из года в год увеличивается количество противомаларийных учреждений.

В результате интенсивно проводимой борьбы с малярией в АССР Аджарии отмечается ежегодное заметное снижение заболеваемости. Интенсивный показатель заболеваемости в 1949 г. по сравнению с 1921 г. уменьшился на 61,5 проц., в 1940 г. (довоенный период) по сравнению с 1934 г.—на 88 проц., а в 1945 г. (послевоенный период) интенсивный показатель заболеваемости в 1948 г. по сравнению с 1945 г.—на 48,6 проц. Значительно уменьшилось и соотношение заболеваемости малярией к остальным острозаразным заболеваниям. Если в 1922 г. малярия составляла 69 проц. всех острозаразных заболеваний, то уже в 1940 г. она составляет 16,3 проц., а в 1948 г.—10,7 проц. Вместе с этим значительно улучшилось и клиническое течение малярии: за последние десять лет коматозные случаи и смертность по малярии зарегистрированы в единичных случаях.

Данные весеннего и осеннего обследования на малярию за ряд лет с 1934—1948 гг. также подтверждают наступившее относительное благополучие малярийной обстановки в Аджарской АССР. Малярийные индексы по сравнению с прошлыми годами также значительно уменьшились: селезеночный индекс не достигает трех, паразитарный индекс меньше единицы, индекс Росса чуть больше одного (1,1).

Сезонное распределение отдельных видов малярийных паразитов четко характеризует малярийную обстановку в Аджарии. В годы высокой эндемии *pl. malariae* в зимние месяцы превалировали над остальными видами, имея в остальные сезоны года довольно большой удельный вес.

По мере улучшения малярийной обстановки, он стал постепенно исчезать в эпидемические месяцы и максимум проявлений единичных случаев за последнее время давал в зимние месяцы. Следовательно его эпидемиологическая значимость равна нулю.

Давая из года в год заметное уменьшение *pl. falciparum* почти, во все годы дает максимум проявления в осенне-зимние месяцы, а *pl. vivax* за малым исключением во все сезоны года занимает доминирующее положение.

საკვერცხის პირველადი ორსულობის იშვიათი შემთხვევა

საკვერცხის პირველადი ორსულობის შესაძლებლობა დამტკიცებულია შემთხვევათა ზუსტი აღწერით ჩვენი თანამედროვე ავტორების მიერ. განაყოფიერებული კვერცხი საკვერცხის პირველადი ორსულობის დროს განვითარებას იწყებს ან გამსკდარი ფოლიკულის კედელზე, ან კიდევ საკვერცხის გარეთა ზედაპირზე, საკვერცხის გარეთა გარსის ნაოჭში. ვინაიდან იმ ადგილას, სადაც განაყოფიერებული კვერცხი ვითარდება, თითქმის არ მოიპოვება მოსავარდნელი გარსი, ჩვეულებრივი ორსულობის პირველი 6-7-8 კვირის განმავლობაში ადგილი აქვს სისხლის დენას.

ზოგიერთი ავტორი სთვლის, რომ სანაყოფო კვერცხის განვითარების შეწყვეტა საკვერცხის ორსულობის დროს არ ხდება ისე, როგორც საკვერცხე მილში განვითარებული ორსულობის დროს. იშვიათ შემთხვევაში, საკვერცხის ორსულობის დარღვევის დროს, სანაყოფო კვერცხი ხდება პერიტონეუმის ღრუში და ვითარდება იქ, როგორც მუცლის ორსულობა. შედარებით უფრო ხშირ შემთხვევებში, ვიდრე საკვერცხე მილში განვითარებული ორსულობის დროს, საკვერცხის ორსულობა შეიძლება განვითარდეს ბოლომდე, ვინაიდან გაგანიერებული თანდათანობით ფოლიკული წარმოადგენს საკმაოდ ფართო ნაყოფის შემნახავ ღრუს. გარდა ამისა, საკვერცხის ქერქოვანი შრე უფრო მეტად იწევს, ვიდრე საკვერცხე მილის კედელი, თვით საკვერცხე კი მდიდარია სისხლის ძარღვებით. აღნიშნული პირობები ხელს უწყობენ სანაყოფო კვერცხის სწრაფ განვითარებას და მომყოლის სისხლის მიმოქცევის სისტემის შექმნას.

მკვლევარნი თვლიან, რომ საკვერცხის ორსულობა ძლიერ იშვიათი მოვლენაა. საკვერცხის ორსულობის ანატომიური დიაგნოზისათვის აუცილებლად მიაჩნიათ შემდეგი პირობები: ფალოპიუსის მილი იმ მხარეზე, სადაც განვითარდა საკვერცხის ორსულობა, არ უნდა დებულობდეს მონაწილეობას სანაყოფო კვერცხის ბუდის შექმნაში; იმავე მხარეზე საკვერცხე ცალკე არ მოსჩანს, ან კიდევ იგი ჰქმნის მთლიანად ან ნაწილობრივ სანაყოფო კვერცხის ბუდეს; საბოლოოდ, საკვერცხის საკუთარი იოგი გადადის უშუალოდ სანაყოფო კვერცხის ბუდეზე.

აკადემიკოს სკრობანსკის აზრით, საკვერცხის ორსულობის წარმოშობის მექანიზმი არის შემდეგი: მწიფე ფოლიკულის გასკდომასთან ერთად გარეთ გამოდის გრანულოზური ქსოვილის

მხოლოდ ნაწილი, კვერცხუჯრედი კი რჩება ფოლიკულის ღრუში; რომელშიც ადვილად შედის სპერმატოზოიდი; უკანასკნელი ანაყოფიერებს ფოლიკულში შეგვიანებულ კვერცხუჯრედს. განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი საკვერცხის ქსოვილის თავისებურების გამო ვითარდება ორსულობის ბოლომდე, და, ამრიგად, ადგილი აქვს საკვერცხის დროზე მიტანილ ორსულობას. სკრობანსკის აზრს ნაწილობრივ იზიარებს ჩვენი მეორე თანამემამულე მეან-გინეკოლოგი პროფესორი გენტერი.

საკუთარი შემთხვევა. ავადმყოფმა ვ. გ. დ-ნამ, 30 წლის, მუშა, 1945 წლის 11 თებერვალს მოგემართა ჩვენ დახმარებისათვის, მუცლის ქვედა ნაწილის სიმსივნის გამო. როგორც შემდეგ გამოირკვა ის ამგვარად ორ წელიწადზე მეტია ავადმყოფობს.

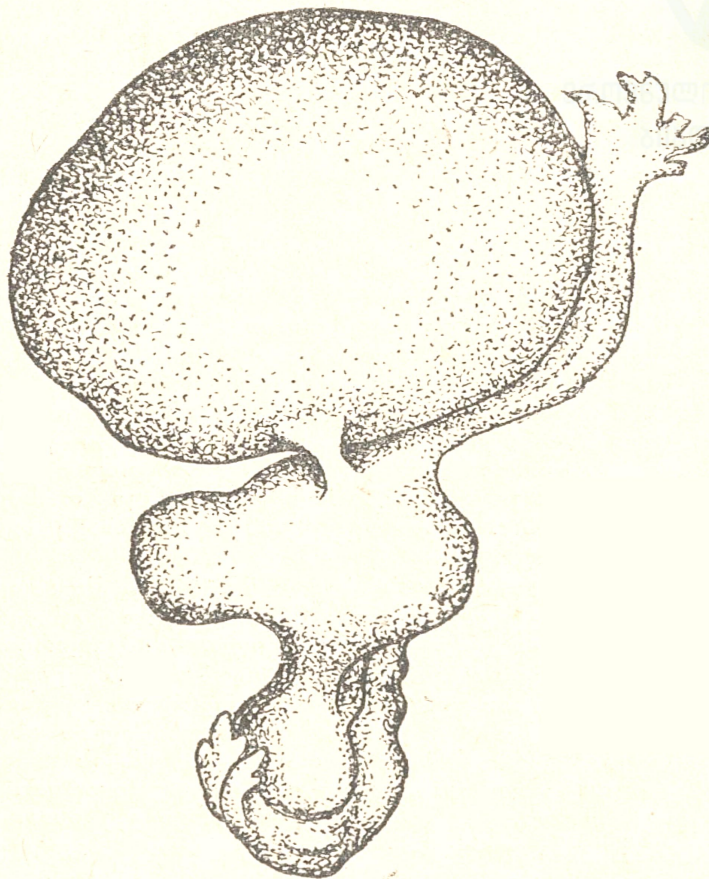
წინასწარი სავარაუდო დიაგნოზი: მარცხენა დანამატების სიმსივნე ფეხზე გადაგრეხვით. ავადმყოფი მიღებულ იქნა სამეანო-გინეკოლოგიურ საავადმყოფოში 1945 წლის 14 თებერვალს. ჩვენთან საუბრის დროს ავადმყოფმა განმარტა, რომ ავად არის ორი წელია, თვიურის 4 თვეზე მეტი დაგვიანებისთანავე მძიმე ტირთის აწვეის დროს იგრძნო ძლიერი შეტევისმაგვარი ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, რის გამოც ავადმყოფი გახდა მწოლიარედ. მწვავე ტკივილები უგრძელდება ლოგინშიაც. ამავე დროს აწუხებდა გული, ჰქონდა საშოდან სისხლისმაგვარი შლა მცირე რაოდენობით. ავადმყოფი მოთავსდა სამკურნალოდ ქობულეთის საავადმყოფოში, სადაც ექიმებმა შეიტანეს ექვი ორსულობაში, თვიურის აკრეფის გამო. ოდნავ გაუმჯობესებისთანავე ავადმყოფი გამოეწერა საავადმყოფოდან.

თვიური დაწყებია 14 წლის ასაკიდან. 1937-8 წლამდე თვიური მოსდიოდა არარეგულარულად. სქესობრივად ცხოვრობს 16 წლის ასაკიდან. ორსულად არ ყოფილა. მემკვიდრეობისა და სხვა მძიმე დაავადებებს უარყოფს. ავადმყოფის გადმოცემით, შეტევითი ტკივილები თანდათანობით უმეორდება უფრო იშვიათად. აღნიშნავს მუცლის ქვედა მარცხენა ნაწილში სიმსივნეს, რომელიც იწვევს სწორი ნაწლავის და შარბუშტის აშლილობას (შარდის ხშირი დაქცევა და გაძლიერებული დეფეკაცია).

ავადმყოფი სწორი აგებულების და კარგი კვებისაა. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები გამოიყურებიან ჩვეულებრივად. კუნთოვანი და ძვალ-მყესოვანი სისტემა ნორმისაგან გადახრას არ წარმოადგენს. გული, თირკმლები და მუცლის თითქმის ყველა ორგანო თვალსაჩინო ცვლილებებს არ წარმოადგენს.

სასქესო ორგანოები: გარეთა სასქესო ორგანოები და საშო უცვლელი, საშვილოსნოს ყელი მოკლე, ცილინდრული, დახურული, მკვრივი. საშვილოსნოს სხეული თითქმის ჩვეულებრივი სიდიდის, გადახრილია მარჯვნივ და წინ, უმტკივნეულოა. მუცლის ქვედა მარცხენა ნაწილში საშვილოსნოს გვერდითი ისინჯება ერთი წლის ბავშვის თავის სიდიდის, მომაგრო, თითქმის უძრავი და უმტკივნეულო სიმსივნე. საშოდან სეროზული გამონაჟონი.

სისხლის გამოკვლევა: ჰემოგლობინი—55 %, ლეიკოციტების რაოდენობა—5000, ე. დ. რ. პირველ საათში—2 მმ, მეორე საათში—6მმ, შარდი ცვლილებებს არ წარმოადგენს.

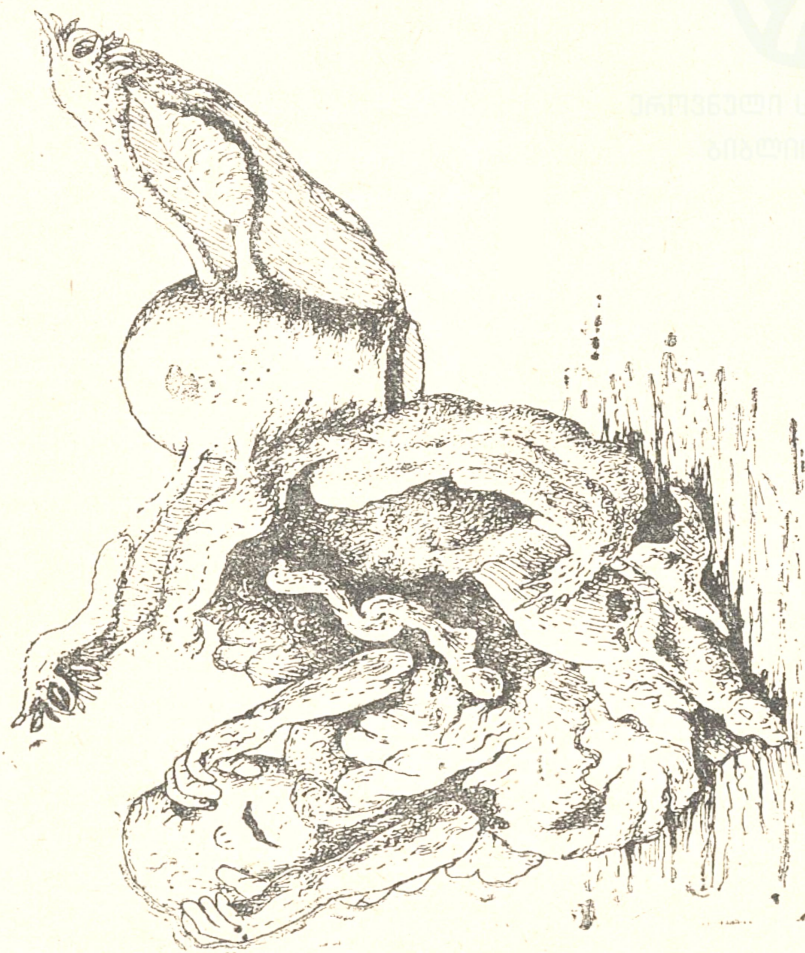


სურათი № 1.

საკვერცხის ორსულობის სქემატური სურათი.

იმავე წლის 16 სექტემბერს, სათანადო მომზადების შემდეგ, ეთერის ზოგადი ბანგის ქვეშ ავადმყოფს გაუკეთდა კიპის ქვემოლ შუა ხაზზე გაკვეთა 10-12 სანტიმეტრის მანძილზე. განკვეთის შედეგად პერიტონიუმის ღრუში აღმოჩნდა შემდეგი: საშვილოსნო — ჩვეულებრივი სიდიდის, მიწეულია წინ და მარჯვნივ, თითქმის უძრავია ძლიერი მკვრივი შე-

ხორცების გამო. მარცხნივ საკვერცხე მილი ოდნავ შესივებული და ჰიპერემიული, უმნიშვნელო ზერელე შენორცებაში. მისი მუცლის ბოლო შემუშპებული, ფოჩვები მოსჩანს მკაფიოდ. მარც-



სურათი № 2.

საკუთარი შემთხვევა. საკვერცხის ორსულობა: გახსნილი სანაყოფო – ბუდე-
ნაყოფით და მომყოლით, საზვილოსნო მისი მომყოლით.

ხენა საკვერცხე არ მოსჩანს. მის ალაგას მოსჩანს მკვრივ შენორ-
ცებებში და შეზრდილი მეზობელ ნაწილებთან (სიგმოიდურ
ნაწლავთან) მოთეთრო საკვერცხის ქსოვილის მსგავსი, ერთი
წლის ბავშვის თავის სიდიდის სიმსივნე. უკანასკნელი განთავისუ-

ფლებულია ფრთხილად სიგმოიდურ ნაწლავისაგან. სიმსივნის მედიალურ ბოლოდან საშვილოსნოს კუთხისაკენ მიიმართება მოკლე და გასქელებული ზონარბ — საკვერცხის საკუთარი იოგი. სიმსივნის ამოკვეთის დროს დაზიანდა მისი კედლის ქვედა და უკანა სეგმენტი. სიმსივნის ღრუში გამოჩნდა მაცერიბებული და გამშრალი, დაახლოებით 4 თვის ნაყოფი მისი მომყოლით და შედედებული რეტროპლაცენტარული სისხლის ჩაქცევით, გარსებით და კიპლარით. სანაყოფო ბუდე მისი შიგთავსით (ნაყოფი და სხე.) ამოკვეთილია შედარებით ადვილად, საკვერცხის საკუთარი იოგის წინასწარი გადასკვნით. ნაყოფის ბუდის ალაგას საკვერცხე არ მოსჩანს. მარჯვენა დანამატები თითქმის უცვლელია. მუცლის კრილობა გაკერილია ჩვეულებრივი წესით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მსვლელობა — კარგი, მხოლოდ სიცხემ სამჯერ აიწია 37,6°-მდე. კრილობის შეხორცება პირველადი. ოპერაციის მე-18 დღეს ავადმყოფი გაეწერა საავადმყოფოდან სრულიად ჯანსაღი.

ნაწარმოებია ნაყოფის ბუდის ზოგიერთი ადგილის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც მაკროსკოპულად მოგვაგონებდა საკვერცხის ქსოვილს. აღმოჩენილი იქნა შემდეგი: ყვითელი სხეულაკის ნარჩენები, თეთრი სხეულაკები, ატროფიული, დეარდნილი ფოლიკულები და საკვერცხის ქერქოვანი ქსოვილის მკაფიო სტრუქტურა. (იხ. სურათები № 1 და № 2).

დ ა ს კ ვ ნ ა

როგორც ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, ჩვენს შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ე. წ. პირველადს ინტრაფოლიკულარული საკვერცხის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობას, რომლის განვითარება შეწყდა მე-4 თვის ბოლოს. აღსანიშნავია, რომ ნაყოფს მისი დანამატებით და ნაყოფის ბუდეს ავადმყოფი ატარებდა 2 წელზე მეტს. საკვერცხის ორსულობას ჩვენს შემთხვევაში ამტკიცებს შემდეგი მონაცემები: მარცხენა კვერცხსავალი მთელ მის მანძილზე თავისუფალია. მარცხენა საკვერცხე, როგორც ასეთი, არ ჩანს. მის მაგიერ არის თვალსაჩინო სიმსივნე, რომელიც შეიცავს 4 თვის ნაყოფს. ყურადსაღებია ამავე დროს ის გარემოება, რომ ნაყოფის ბუდის მედიალურ ბოლოდან საშვილოსნოს მარცხენა კუთხისაკენ მიიმართება მომსხვილი, დამოკლებული ზონარი — საკვერცხის საკუთარი იოგი. გარდა ამისა, ნაყოფის ბუდის კედელი როგორც მაკროსკოპიულად (საკვერცხისათვის დამახასიათებელი მოთეთრო ფერა), ისე განსაკუთრებით მიკროსკოპიულად წარმოადგენს გათხელებულ და ატროფიულ საკვერცხის ქსოვილს.

საკვერცხის პირველადი ორსულობის ჩვენს მიერ წარმოდგენილი იშვიათი შემთხვევა ყურადსაღები და აღწერის ღირსია განსაკუთრებით იმიტომ, რომ იგი არის პირველი შემთხვევა ჩვენი მუშაობის უკანასკნელი 21 წლის მანძილზე. გარდა ამისა, ჩვენი შემთხვევა საინტერესოა კიდევ იმიტომ, რომ იგი წარმოადგენს საკვერცხის ორსულობის იშვიათ შემთხვევას, რომელიც განუვითარდა წარსულში სრულიად უნაყოფო ავადმყოფს. ყურადსაღებია აგრეთვე ის გარემოება, რომ ჩვენს შემთხვევაში, შედარებით დიდი ორსულობის მოშლის დროს მოსალოდნელი სასიკვდილო სისხლისდენა პერიტონეალურ ღრუში არ განვითარდა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ეს შემთხვევა ჩვენს მიერ შესწავლილია დეტალურად (ნაყოფის ბუდის მიკროსკოპიული გამოკვლევით). ზუსტი დიაგნოზი ოპერაციამდე არ დასმულა. ამასვე ამტკიცებს ღრემდე არსებული ლიტერატურული მონაცემები.

Г. Г. ХЕЧИНАШВИЛИ,
доктор медицинских наук

Редкий случай первичной беременности яичника

Автор описывает случай первичной левосторонней яичниковой беременности, дошедшей до 4-х месяцев и прервавшейся под влиянием физического напряжения; при чем больная носила плодик вместе с последом свыше 2-х лет.

За первичную яичниковую беременность говорит следующее: левая труба на всем своем протяжении свободна, левый яичник, как таковой, не виден; вместо него видна значительных размеров опухоль, в которой помещается 4-х месячный плодик; от медиального конца опухоли к углу матки тянется короткий, толстоватый тяж—собственная связка яичника.

Плодовместилище белесоватого цвета, как макро, так и микроскопически представляет яичниковую ткань.

Заслуживает внимания представляемый случай потому, что яичниковая беременность развилась до того у совершенно бесплодной женщины; кроме того достойно внимания еще то обстоятельство, что несмотря на то, что относительно большая беременность внезапно прервалась, она не дала ожидаемого обычно смертельного внутрибрюшного кровотечения.

Точный диагноз заболевания до операции поставлен не был, предполагалась давно перекрученная опухоль яичника.

ქალის სასქესო ორგანოების კიბო

(ჩვენი მასალების მიხედვით)

არ მიგვაჩნია მიზანშეწონილად შევჩერდეთ ვირხოვის, კონჰეიმისა და რიბერტის თეორიებზე, რომლებიც ასე თუ ისე ხსნიან სიმსივნეების წარმოშობას. გაკვრით შევეხებით მხოლოდ იმ ცდებს და განმარტებებს, რომლებიც წამოყენებულია ამ უკანასკნელ დროს ზოგიერთი მკვლევარის მიერ, (როგორიცაა ჰანჰემანი (1890-1891 წ.წ.), ფიშერ-ვასელსი, დიტრიხი (1935 წ.), ლარიონოვი, ასკანაზი, იუსტერი, კაილაუ და სხვ.)

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ, თუმცა ვირხოვის თეორია ძირითადად განსხვავდება კონჰეიმისა და რიბერტის თეორიებისაგან, მაგრამ თითოეული მათგანი არ უარყოფენ ერთმანეთს. პირიქით, წარმოადგენენ ერთმანეთის დამატებას. ასე, მაგალითად, ვირხოვი სიმსივნეების წარმოშობის ახსნაში არ უარყოფს შინაგან ფაქტორებს, კონჰეიმი კი არ გამორიცხავს ტრავმის, ქრონიკული გაღიზიანებისა და სხვა გარეგანი ფაქტორების როლს.

ვირხოვის შეხედულებას ექსპერიმენტული კიბოს გამომწვევ მიზეზთა შესახებ ადასტურებენ შემდგომი დაკვირვებები: ცდები კანცეროგენური ნივთიერებებით როგორიცაა: კუპრი, პარაფინი, ანილინის საღებავი, თამბაქო, ქოლესტერანი, სასქესო ჰორმონები და სხვ.

დღემდე გამოურკვეველი რჩება მექანიკური გაღიზიანების მნიშვნელობის საკითხი ავთვისებიანი სიმსივნეების წარმოშობაში. ცნობილია კლინიკური შემთხვევები, როდესაც რაიმე მექანიკური ტრავმის შემდეგ განვითარდა სარკომა. უნდა დაეუშვათ, რომ ტრამვას ამ შემთხვევაში აქვს ბიძგის მნიშვნელობა სარკომის განვითარებისათვის.

ცნობილია, შემთხვევები, როდესაც სიმსივნეები განვითარდა დაწყლულებით გამოწვეული ნაწიბურის ალაგას. რუსი, ფრანგი და გერმანელი ავტორების (სუდაკევიჩი, კურლოვი, პოდვისოცკი, სავჩენკო, ნევიადომსკი, პფეიფერი, ღუმერი, შმიდტი და სხვ.) მიერ უფრო მოგვიანებით წამოყენებული ინფექციური თეორია აღრევს იქნა მივიწყებული. მის ნაცვლად, რუსი მეცნიერის ბეზრედკას და შემდეგ საზღვარგარეთელი მეცნიერის რუს მიერ განვითარებულ იქნა ე. წ. „ვირუსის თეორია“. ეს თეორია საკმაოდ დადასტურებულია ამ უკანასკნელ წლებში როგორც საბჭოთა, ისე ამერიკელ და ინგლისელ მეცნიერთა გამოკვლევებით. ყურად-

საღებია კეთილთვისებიანი ვირუსული სიმსივნეები, რომლებიც ზოგჯერ გადადიან ავთვისებიან სიმსივნეებში.

უკანასკნელი წლების დაკვირვებათა მონაცემების საფუძველზე უდავოა სხვადასხვა ვირუსების არსებობა, რომლებიც იწვევენ ავთვისებიანი სიმსივნეების ზრდას.

ნორმალური უჯრედის სიმსივნის უჯრედად გარდაქმნა, როგორც ჩანს, ხდება ვირუსის ზეგავლენით, რომელიც წარმოადგენს უჯრედშიგნითა პარაზიტს. ასეთი გარდაქმნის შემდეგ კიბოს უჯრედი სწრაფად მრავლდება მიუხედავად იმისა, რომ მასში აღარ არის ვირუსი.

როგორც ზოგიერთ მკვლევართა დაკვირვებები გვიჩვენებს, ვირუსი რჩება უჯრედში 1-40 დღემდე.

ავთვისებიანი სიმსივნეების წარმოშობის საკითხის დასაზუსტებლად საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ მთელი რიგი ენდოგენური მომენტებისა, როგორიცაა, კონსტიტუცია, ასაკი და შინაგანი სეკრეციის ორგანოთა სისტემის მდგომარეობა.

რაც შეეხება კონსტიტუციონალური ფაქტორის ახსნას ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების საკითხში, ფრიად ყურადსაღებია აკადემიკოს ბოგომოლეცის განმარტება, რომელიც შემაერთებელ ქსოვილს დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს. იგი მიუთითებს, რომ „სხვა თანაბარ პირობებში პასტოზური და ლიპომატოზური კონსტიტუცია, რომლისთვისაც დამახასიათებელია შემაერთებელი ქსოვილის სუსტი ბიოლოგიური აქტივობა და ეპითელიალური ელემენტების სიმდიდრე, ხელს უწყობს კიბოს განვითარებას. პირიქით, ასტენიური კონსტიტუციის პირები, რომელთა შემაერთებელი ქსოვილი მდიდარია უჯრედოვანი ელემენტებით და აქვთ სწრაფი რეაქციის უნარი, ნაკლებადაა შეპყრობილი ავთვისებიანი სიმსივნეებით.“

ერთგვარი ბიძგის როლს ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებაში ანიჭებენ ტვინის დანაშაულის წინა ნაწილის ზრდის ჰორმონს.

რაც შეეხება ფარისებრივი ჯირკვლის როლს ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებაში, თითქმის უდავოა ის გარემოება, რომ იქ, სადაც გავრცელებულია ჩიყვი, ავთვისებიან სიმსივნეებს შედარებით ნაკლები რაოდენობით ვხვდებით.

პარათიროიდული ჯირკვლის ჰორმონი, როგორც მკვლევართა დაკვირვებანი გვიჩვენებს, აწელებს სიმსივნეების ზრდას. ინსულინი, აგრეთვე თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონიც აკავებს ე.წ. კუპრით გამოწვეული კიბოს განვითარებას, აღრენალინი აჩქარებს კანცერაციის პროცესს. ფოლიკულის ერთელ შემთხვევაში ხანგრძლივი ხმარებისას ხელს უწყობს სიმსივნის წარმოშობას.

დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ კიბო განსაკუთრებით მოხუცებულობის ასაკში ვითარდება. ზოგიერთი მკვლევარი აღნიშნულ გარემოებას ხსნის ვითომდაც სასქესო ორგანოების ფუნქციის შესუსტებით. არსებობს აზრი, ვითომდაც

მოხუცებულობის განვითარებისთანავე ძლიერ სუსტდება შემადგენელი ქსოვილის წინააღმდეგობა ეპითელიალური ქსოვილის ზრდისადმი. ღრმა მოხუცებულობის ხანაში ყველა ქსოვილში მოხუცებულობითი ცვლილებების გავრცელების დროს კიბო აღარ ვითარდება. როგორც ჩანს, განსაკუთრებით უკანასკნელი წლების დაკვირვებებიდან, აქტიური მეზენქიმა (შემადგენელი ქსოვალი) დიდ როლს თამაშობს სიმსივნეების ეთიოლოგიაში. აქედან ვასაგებია, რატომ, ძლიერ იშვიათია ელენთის პირველადი და აგრეთვე მეორადი კიბოს შემთხვევები. ამ მოვლენას იმით ხსნიან, რომ ელენთა ძირითადად შედგება შემადგენელი ქსოვილისაგან.

ზოგიერთი მკვლევარი ცდილობს ელენთასა და სიმსივნეებს შორის ასეთი ურთიერთობა ახსნას იმით, რომ ელენთა გამოყოფს ერთგვარ ნივთიერებას, „მეზენქიმინს“, რომელიც ეწინააღმდეგება სიმსივნის ზრდას და ამავე დროს აძლიერებს რეტიკულო-ენდოთელიალურ სისტემას.

ამასთან ერთად, არსებობს მთელი რიგი ნივთიერებებისა, რომლებიც იწვევენ შემადგენელი ქსოვილის აქტიური ელემენტების ბლოკადას. მათ შორის ცნობილია პარენტერალურად შეყვანილი ელექტროუარყოფითი კოლოიდები, უცხო წარმოშობის ცილები, სხივებრივი ენერგიის დიდი დოზები, ტუში, ლითიოკარმინი, კოლარგოლი, ლილა და სხვა. ყველა ჩამოთვლილ ნივთიერებას დოზების მიხედვით შეუძლია მოგვცეს საწინააღმდეგო მოქმედება შემადგენელ ქსოვილზე.

ბოგომოლცისა და ნეიმანის წინადადებით, უკანასკნელ ხანებში, შემადგენელი ქსოვილის აქტიური ელემენტების გაძლიერების მიზნით იხმარება ე. წ. ციტოტოქსიური ანტირეტიკულო-ენდოთელიალური შრატები. ეს უკანასკნელი მიღებულია მეზენქიმის აქტიური ელემენტებით მდიდარი ორგანოების იმუნისაციის საშუალებით. ეს შრატი დამზადებული იყო ბაჭიის ელენთის, ძვლის ტვინისა და ბადექონის რძის ლაქებიდან, რომლებითაც იმუნისირებული იყო ცხვარი. ამრიგად მიღებული ცხვრის ციტოტოქსიური შრატის საშუალებით შესწავლილ იქნა ბაჭიის სხეულში სპეციფიურ იმუნურ ნივთიერებათა შექმნის პროცესი. უფრო მოგვიანო გამოკვლევების საშუალებით ცნობილია, რომ ამ შრატის მცირე და საშუალო დოზები აძლიერებენ რეტიკულო-ენდოთელიალური სისტემის მუშაობას, დიდი დოზები კი, პირიქით, იწვევენ მის ბლოკადას.

რეტიკულო-ენდოთელიალური სისტემის გაძლიერების მიზნით ზოგიერთები ხმარობენ პოლივალენტურ იმუნოშრატს.

სხივებრივი ენერგიის როლი ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების შეჩერების საკითხში საკმაოდ დიდია. ამასთანავე გამორკვეულად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ რენტგენის სხივების მცირე დოზები უფრო ეფექტურია, ვიდრე დიდი დოზა.

მიხაილოვისა და სხვების დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ

მწვავე ანთებითი პროცესი, რომელიც იწვევს მეზენქიმის აქტივიზაციას, ძლიერებს სხეულის რეზისტენტობას კიბოს მიმართ; ქრონიკული ანთებითი პროცესი კი პირიქით, მეზენქიმის ელემენტების დუნე რეაქციით ძლიერ აქვეითებს ორგანიზმის რეაქტიულ უნარიანობას.

დაკვირვებებმა გვიჩვენა აგრეთვე, რომ ისეთი ქრონიკული დაავადებები, როგორიც არის სიფილისი და სხვ., ქმნის ორგანიზმის გარკვეულ მიდრეკილებას ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებისადმი. მწვავე ინფექციური დაავადებანი (განსაკუთრებით წითელი ქარი) აკავებენ კიბოს განვითარებას.

ცნობილია ამავე დროს, რომ იმ ადგილებში, სადაც განსაკუთრებით გავრცელებულია მალარია, კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფთა რიცხვი შედარებით ნაკლებია. ამის საფუძველზე ჩატარდა დაკვირვება კიბოს დაავადებული ფორმებით დაავადებულებზე, მალარიით დასენიანების საშუალებით მკურნალობის მხრივ.

შევხვით მოკლედ კიბოს, კერძოდ, დედაკაცის სასქესო ორგანოების კიბოს დიაგნოსტიკას და მის მნიშვნელობას კიბოს პროფილაქტიკის საკითხში.

საშვილოსნო ყელისა და სხეულის კიბოს ნაადრევი დიაგნოსტიკისათვის ფართოდ და არაერთხელ უნდა იქნას გამოყენებული საშვილოსნოს ყელის ბიოპსია და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის საცდელი გამოფხეკა.

გამორკვევის ორივე წესი უნდა იხმარებოდეს ფრთხილად, კიბოთი დაზიანებულ ნაწილზე ნაკლები ტრავმის მიყენებით. ბიოპსიით და საცდელი გამოფხეკით მიღებული ქსოვილის პისტოპათოლოგიური გამოკვლევა უნდა ტარებოდეს რაც შეიძლება ადრე.

„ვინაიდან საშვილოსნოს ყელის კიბო,—ამბობს კ. კ. სკრობანსკი,—ძლიერ ღარიბია სიმპტომებით, დედაკაცის სასქესო ორგანოების კიბოს ნაადრევი დიაგნოსტიკისათვის დროულად უნდა იქნას გამოყენებული დიაგნოსტიკის მთელი მეთოდები. მათ შორის —კიბოზე სწევო ქსოვილების პათოლოგ-ანატომიური გამოკვლევა და მთელი რიგი სპეციალური ცდები და რეაქციები (დევისის რეაქცია, ბოტელო-ვილბუშევიჩის ცდა, გურვიჩის მიტოგენეტიური გამოსხივების ცდა და სხვ.).“

კიბოს ნაადრევი და დროული პროფილაქტიკის ღონისძიებებს ეკუთვნის საშვილოსნოს ყელის ხშირი გასინჯვა სარკით, თავის დროზე ბიოპსიის ჩატარება და აგრეთვე ეროვნებით დაზიანებული საშვილოსნოს ყელის ამპუტაცია (განსაკუთრებით შტურმდორფის წესით).

პროფილაქტიკის ერთერთ მთავარ ღონისძიებას წარმოადგენს აგრეთვე დროული იზოლაცია იმ ქალებისა, რომლებიც მუშაობენ ისეთ საწარმოებში, სადაც მუშავდება კანცეროგენური ნივთი-

ერებები—ანილინის საღებავი და სხვ. ეს ღონისძიებები უნდა იქნას გამოყენებული რენტგენის კაბინეტებში მომუშავე ქალების მიმართაც.

რამდენად გარეთა სასქესო ორგანოების და საშოს კიბოს დიაგნოსტიკა შედარებით ადვილია, იმდენად საკვერცხეების კიბოს აღმოჩენა ძნელია თვით ორგანოს მდებარეობის გამო. ამ შემთხვევაში გვშველის კარგად შეკრებილი ანამნეზისა და ობიექტური გამოკვლევის მონაცემები.

სარძეო ჯირკვლის კიბოს ნაადრევი აღმოჩენა წარმოადგენს სიძნელეს. დიაგნოსტიკის მიზნით იხმარება ბიოპსია სიმსივნისათვის საეჭვო კვანძის ამოკვეთისა და მისი ჰისტო-პათოლოგიური გამოკვლევის სახით.

რაც შეეხება სასქესო ორგანოების კიბოს მკურნალობას, მისი ჩატარება შესაძლებელია როგორც კონსერვატულად (რენტგენის სხივები, რადი, ბოგომოლცის ანტირეტიკულარული ციტოტოქსიური შრატის, ლიმფური ჯირკვლის ბადექონის ნაჭერთან ერთად ჩანერგვა გამაღვას და მურომცევის წესით და მეზენქიმის აქტივიზაციის ყოველგვარი წესები), ისე ოპერაციული საშუალებით, —კიბოთი დაზიანებული ორგანოს დროული გაფართოებული ამოკვეთის სახით.

უკანასკნელ ხანებში კიბოს მკურნალობის ერთერთ პალიატიურ წესად იხმარება კონსერვირებული სისხლის ფართოდ გადასხმა. საშვილოსნოს სხეულის კიბოს მკურნალობის ერთერთ წესად იხმარება ე. წ. საშვილოსნოს ქიმიური ექსტირპაცია.

ოპერაციული წესები ხმარებულ უნდა იქნას მხოლოდ კიბოს ადრეული ფორმების დროს. იმ შემთხვევებში კი, როდესაც არის უმნიშვნელო ეჭვი საშვილოსნოს ირგვლივ მდებარე ბაღურში მეტასტაზების არსებობის შესახებ, თავი უნდა შევიკავოთ ოპერაციისაგან.

ინტერესს მოკლებული არ არის აკადემიკოს გამაღვას მიერ მოწოდებული და მურომცევის მიერ განხორციელებული კიბოს მკურნალობის იდეა, —კიბოს პროცესით დაზიანებული ბადექონის ნაკვეთში გახვეული რეგიონალური ლიმფური ჯირკვლის კანქვეშ გადანერგვა. უნდა აღვნიშნოთ, რომ დღემდე ამ მეთოდის შესახებ არ არსებობს არცერთი ნაბეჭდი შრომა.

ჩვენს მიერ დამუშავებულია დედაკაცის სასქესო ორგანოების კიბოზე დაკვირვების 9 წლის განმავლობაში შეგროვებული მასალა (1938 წლიდან 1946 წ. ჩათვლით). ამ ხნის მანძილზე ჩვენს მიერ ბათუმის სამშობიარო სახლის გინეკოლოგიურ განყოფილებაში გატარებულია 10.625 გინეკოლოგიური ავადმყოფი. მათ შორის სასქესო ორგანოების სხვადასხვა ნაწილების კიბოთი დაავადებული იყო 183 ავადმყოფი. ამ რიცხვიდან საშვილოსნოს ყელის კიბოთი (რაც დადასტურებულია წინასწარი ჰისტო-პათოლოგიური გამოკვლევით) დაავადებული იყო 98 ქალი. ამ 98 შემთხვევიდან ოპერაციისათვის გამოდგა 37 შემთხვევა, დანარჩენი 61 შემთხვევა კი ჩვენს ხელში მოხვდა ოპერაციისათვის დაგვიანებულ მდგომარეობაში. ამრიგად, მხოლოდ შემთხვევათა 41%-ში შესაძლებელი იყო ოპერაციის წარმოება, ყველა 37 შემთხვევიდან 35 შემთხვევაში ნაწარმოებია საშვილოსნოს გაფართოებული ამოკვეთა ვერტეპიმის წესით. დანარჩენ 2 შემთხვევაში ჩატარდა საშვილოსნოს საშოს მხრივ ამოკვეთა მისი დანამატებით. არცერთმა ამ 37 შემთხვევიდან არ მოგვცა პირველადი სიკვდილიანობა. აღნიშნული რიცხვიდან 9 ავადმყოფი იმყოფებოდა ჩვენი დაკვირვების ქვეშ 2-7 წლის განმავლობაში რეციდივის გარეშე. ყველა აღნიშნულმა 9 ავადმყოფმა მიიღო მხოლოდ თითო რენტგენოთერაპიის კურსი. დანარჩენ 26 ავადმყოფიდან მხოლოდ ერთეულები ისინჯებიან და ისიც იშვიათად. მათი უმრავლესობის საცხოვრებლად სხვაგან გადასვლის გამო ჩვენ შემდგომი დაკვირვების საშუალება არ გვქონდა.

იმ ავადმყოფთა საერთო რიცხვიდან, რომლებსაც გაუკეთდათ ოპერაცია, ხუთმა პირველი წლის განმავლობაში მოგვცა კიბოს რეციდივი, რაც დამთავრდა სიკვდილით, მიუხედავად იმისა, რომ დროულად იქნა ჩატარებული რენტგენოთერაპია. ზოგიერთ შემთხვევაში რენტგენოთერაპია ჩატარდა დაგვიანებით, რამაც არ მოგვცა კარგი შედეგი. ორივე შემთხვევაში, სადაც საშოდან იყო ამოკვეთილი კიბოიანი საშვილოსნო, შედარებით ადრე მივიღეთ კიბოს რეციდივი და სიკვდილი. ამას ვხსნით იმ გარემოებით, რომ საშოს მხრივ საშვილოსნოს ამოკვეთის დროს არ ხერხდება საშვილოსნოს გაფართოებული ამოკვეთა კიბოს პროცესით დაზიანებულ პარამეტრიუმთან ერთად. აქედან გამომდინარე, ჩვენ ვთვლით, რომ საშვილოსნოს საშოს მხრივ ამოკვეთის წესი კიბოს დროს ნაკლებად საფუძვლიანი და მიზანშეუწონელია ვიდრე მუცლის წინა კედლის გაკვეთით საშვილოსნოს ამოკვეთა. ამიტომ უკანასკნელ წესს უნდა მიეცეს მეტი უპირატესობა, რადგან იგი ჩვენს წინაშე ფართოდ ხსნის საოპერაციო ველს. გარდა ამისა, საშოს მხრივ საშვილოსნოს ამოკვეთის წესს აქვს ის უარყოფითი მხარეც, რომ ადვილად შესაძლებელია შარდსაწვეთების დაზიანება. აღნიშნულს ხელს უწყობს ის გარემოება, რომ ხშირად საშვილოსნოს ირგვლივ მყოფ ცხიმოვან ქსოვილში და მის ლიმფურ ჯირკვლებში ადრე ჩნდება კიბოს პირველადი მეტასტაზები, რაც ხელს უწყობს შარდსაწვეთების საშვილოსნოს ყელთან შეზრდას.

პირადად მე არ ვატარებ კიბოიანი საშვილოსნოს საშოს მხრივ ამოკვეთას, მიუხედავად იმისა, რომ ვარ დიდი მომხრე საშოს მხრივ ოპერაციებისა. საშოს მხრივ კიბოიანი საშვილოსნოს ამოკვეთის ერთი შემთხვევა იყო საშვილოსნოს ყელის კიბოს და სხეულის ფიბრომიომის კომბინაცია. ამ შემთხვევაში, მიუხედავად ავადმყოფის საერთოდ კარგი მდგომარეობისა, მივიღეთ შედარებით ადრე რეციდივი და სიკვდილი. 183 კიბოიან ავადმყოფთა შორის იყო საშვილოსნოს სხეულის კიბოს 6 შემთხვევა, რომლებიც აგრეთვე იყო დადასტურებული წინასწარი ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით. ყველა 6 შემთხვევაში ნაწარმოები იყო მუცლის წინა კედლის მხრივ საშვილოსნოს მისი დანამატებით ამოკვეთის ოპერაცია. ორმა ავადმყოფმა ამ 6 შემთხვევიდან მოგვცა შედარებით გვიანი რეციდივი. ერთმა მათგანმა რენტგენი და რადიოთერაპია დაგვიანებით ჩაატარა. უკანასკნელი მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა გართულდა შარდოვანი და განავლის ხერელ-მიღების (ფისტულების) გაჩენით. ავადმყოფი დაიღუპა 2 წლის შემდეგ კიბოსაგან კახექსიით. მეორე ავადმყოფი ასევე დაიღუპა იმავე მიზეზის გამო. ერთი ავადმყოფი, ზემოთ აღნიშნულ 6 ავადმყოფიდან, დაიღუპა ოპერაციიდან თვენახევრის შემდეგ, დაუძლურების გამო, რომელიც გამოწვეული იყო საკმლის მიუღებლობით. დანარჩენი 3 ავადმყოფი გამოვიდა ჩვენი მხედველობის არედან.

კიბოს დიაგნოზით ავადმყოფთა მთელი რიცხვიდან ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ არ დადასტურდა 54 შემთხვევაში საშვილოსნოს ყელის კიბო და 7 შემთხვევაში—საშვილოსნოს სხეულის კიბო.

აღნიშნული შემთხვევებიდან საშვილოსნოს ყელის ბიოპსია და საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსის საცდელი გამოთხეკა და ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა ზოგ შემთხვევაში ჩვენს მიერ 2-3-ჯერაა ნაწარმოები. ყურადსაღებია ჩვენი მასალიდან საშვილოსნოს ღრუს კიბოს ერთი შემთხვევა, რომელშიაც კიბო დადასტურებული იყო ჰისტოპათოლოგიურად ჩვენს მიერ და თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგ-ანატომიის კათედრის გამოკვლევით, რომელიც დამთავრდა თვითგანკურნებით. აღნიშნული შემთხვევა ეხება ბათუმის სამშობიარო სახლის მზარეულ ქალს, რომელიც ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იყო 1938 წლიდან.

ჩვენი მასალიდან 9 წლის მანძილზე იყო გარეთა სასქესო ორგანოების კიბოთი დაავადების მხოლოდ 3 შემთხვევა. ყველა აღნიშნულ შემთხვევაში კიბო დადგენილია ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით და ნაწარმოებია რადიკალური ოპერაცია საზარდულის ლიმფური ჯირკვლების ამოკვეთით. ყველა სამ შემთხვევაში მივიღეთ კარგი შედეგი. ავადმყოფებმა ოპერაციის შემდეგ მიიღეს რენტგენოთერაპია, რის შემდეგ ორი მათგანი გამოვიდა ჩვენი დაკვირვებიდან. ყველა სამ შემთხვევაში ავადმყოფთა ასაკი აღემატებოდა 60 წელს. ორ შემთხვევაში ჩვენ გაქონდა საშოს

კიბო დადასტურებული მიკროსკოპული გამოკვლევით. ორივე შემთხვევაში ავადმყოფები გაგზავნილი იყვნენ რადიოთერაპიისათვის. ერთი მათგანი დაიღუპა კიბოს კახექსიისაგან, მეორე, გატარებული 1944 წელს, იმყოფება კარგ მდგომარეობაში. დანარჩენ ორ შემთხვევაში ავადმყოფებს, რომელთაც ჰქონდათ საშოს და საშვილოსნოს ყელის კიბო, გაუკეთდათ რადიკალური ოპერაცია. ეს ორი ავადმყოფი დღემდე იმყოფება ჩვენი დაკვირვების ქვეშ. ერთი ავადმყოფი იყო ჩვენი დაკვირვების ქვეშ საშარდე მილის გარეთა ხვრელის კიბოს გამო. მას გაუკეთდა ოპერაცია, რაც კარგი შედეგით დამთავრდა. ავადმყოფი გაგზავნილ იქნა შემდგომი რადიოთერაპიისა და რენტგენოთერაპიისათვის, რის შემდეგ მის შესახებ არა გვაქვს არავითარი ცნობა.

ერთ შემთხვევაში იყო ავადმყოფი სწორი ნაწლავის შორს წასული კიბოს ფორმით. ავადმყოფს ოპერაცია არ გაუკეთდა, იგი გაეწერა საავადმყოფოდან.

ზემოაღნიშნული 9 წლის მანძილზე ჩვენი დაკვირვებების ქვეშ იყო ორი ავადმყოფი, საკვერცხის კიბოთი თანამეოლ მეტასტაზებით მთელ პერიტონეუმზე და მუცლის წყალმანკით. ორივე შემთხვევაში გაკეთებულია რადიკალური ოპერაცია. ერთ მათგანში მივიღეთ შედარებით ადრე რეციდივი და შემდეგ სიკვდილი, მეორე ავადმყოფი ჯერჯერობით იმყოფება ჩვენი დაკვირვების ქვეშ.

ერთ შემთხვევაში, სადაც ადგილი ჰქონდა კვანძოვან სიმსივნეს სარძეო ჯირკვალში, ავადმყოფს გაუკეთდა აღნიშნული კვანძის კონსერვატიული ამოკვეთა მისი ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევისათვის. უკანასკნელმა გვიჩვენა კიბო. ავადმყოფმა უარი განაცხადა რადიკალურ ოპერაციაზე, 2-3 თვის შემდეგ მივიღეთ მეტასტაზი ილიის ლიმფურ ჯირკვლებში, რომლებიც აგრეთვე ამოკვეთილია მის შემდეგ, რაც ავადმყოფმა მეორეჯერ განაცხადა უარი რადიკალურ ოპერაციაზე. ორი წლის მანძილზე ჩატარებული რენტგენოთერაპიის შემდეგ ავადმყოფი იყო კარგ მდგომარეობაში, მოიმატა აგრეთვე წონაშიც. 1947 წლის ზაფხულზე აღნიშნულ ავადმყოფს, განმეორებითი რეციდივის გამო, გაუკეთდა სარძეო ჯირკვლის რადიკალური ოპერაცია გამალეა-მურომცევის წესით, კიბოიანი ლიმფური ჯირკვლისა და ბადექონის გადანერგვით. შემდეგში ავადმყოფს გაუკეთდა ბოგომოლცის შრატის (ა. ც. შ.) მაგრამ ყოველივე ეს უშედეგოდ დამთავრდა, — 1948 წლის თებერვალში ავადმყოფი დაიღუპა კიბოსაგან კახექსიით.

გამალეა-მურომცევის მეთოდით კიბოს მკურნალობის შედეგებისაგან ჯერჯერობით თავს ვიკავებთ. ამ წესით კიბოს მკურნალობის შესახებ ჩვენ ხელთ გვაქვს მხოლოდ 17 შემთხვევა, რომლებიც, სხვა შემთხვევებთან ერთად, შეადგენენ ახლო მომავალში სპეციალური შრომის საგანს. როგორც ამ ერთი-ერთნახევარი წლის წინასწარი დაკვირვება გვიჩვენებს, უნდა ითქვას, რომ აღნიშნული წესი, ისე, როგორც კიბოს მკურნალობის დღემდე ცნობილი წესები, არ წარმოადგენს საბოლოო სიტყვას კიბოს მკურნალობის საკითხში.

ასე, ჩვენი 17 შემთხვევიდან ერთი წლის მანძილზე კიბოსაგან კაპექსიით დაიღუპა 5 ავადმყოფი, რაც შეადგენს 29%.

უკანასკნელი 13 წლის განმავლობაში, ვერტებრის წესით საშვილოსნოს გაფართოებული ამოკვეთის დროს, ჩვენ ოპერაციის დასაწყისში ვაწარმოებთ ორთავე მხარეს შიგნითა თეძოს არტერიის გადასკვნას. ეს მომენტი ჯერ გვშველის შარდსაწვეთების სწრაფ მოძებნაში და შემდეგ ხელს გვიწყობს, რაც შეიძლება ნაკლები სისხლის დაკარგვით ჩავატაროთ ოპერაცია. ამიტომ ჩვენი დაკვირვებანი ამ წესის შესახებ კარგ შთაბეჭდილებას ტოვებს.

როგორც ჩვენი 9 წლის მასალიდან ჩანს, სასქესო ორგანოების კიბოთი დაავადებულთაგან მხოლოდ 41% მოგვმართავს ისეთ მდგომარეობაში, როდესაც ოპერაციის წარმოება კიდევ შესაძლებელია. დანარჩენი 59% ავადმყოფებისა მოგვმართავს სასქესო ორგანოების კიბოს შორს წასული ფორმებით. ასეთი ავადმყოფების კონსერვატიული მკურნალობა ხშირად არ იძლევა სასურველ შედეგს.

დაკვირვებები ერთხელ კიდევ გვარწმუნებენ იმაში, რომ რამდენადაც უფრო ახალგაზრდა ავადმყოფი, იმდენად მასში ჩქარა ვითარდება კიბო, ადრე იწყება რეციდივი და უფრო სწრაფად მიმდინარეობს პროცესი.

აღნიშნული 9 წლის მანძილზე ჩვენს მიერ ჩატარებულია ოპერაციები საშვილოსნოს ფიბრომიომის გამო 169 შემთხვევაში და საკვერცხეების სხვადასხვაგვარი სიმსივნეების გამო (კისტები, ფიბრომები და ავთვისებიანი სიმსივნეები) 135 შემთხვევაში. ამრიგად, მთელი ოპერაციების რიცხვიდან, რომელიც ჩატარებულია ამა თუ იმ სიმსივნის გამო, პირველი ადგილი უკავია საშვილოსნოს ფიბრომიომებს, მეორე—საკვერცხეების სიმსივნეებს, უკანასკნელი კი—სასქესო ორგანოების კიბოს.

აქვე საჭიროდ მიმაჩნია დავსძინო, რომ ავადმყოფთა რიცხვი, რომლებსაც ჩავუტარეთ მკურნალობა სასქესო ორგანოების ამა თუ იმ ნაწილების კიბოს გამო, იყო 108. მათ შორის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამო—98, საშვილოსნოს სხეულის კიბოს გამო—6, გარეთა სასქესო ორგანოების კიბოს გამო—3, საკვერცხეების კიბოს გამო ორი შემთხვევა და სარძეო ჯირკვლის კიბოს გამო—1. ავადმყოფთა საერთო რიცხვიდან, რომლებსაც ჩავუტარეთ მკურნალობა სასქესო ორგანოების კიბოს გამო, ოპერაცია მხოლოდ 49 ავადმყოფს გაუკეთდა.

ამრიგად, ზემოთმოყვანილი ციფრების შედარებიდან ნათელია ის, რომ სასქესო ორგანოების კიბოს (განსაკუთრებით საშვილოსნოს ყელის კიბოს,) შემთხვევების რიცხვი შეადგენს დაახლოებით საშვილოსნოს ფიბრომიომების რაოდენობის ნახევარს. ასეთი ურთიერთობა დიდი ხანია იპყრობდა ჩვენს ყურადღებას. ჩვენ არაერთხელ გამოგვითქვამს აზრი იმის შესახებ, შესაძლებელია თუ არა დაფუკავშიროთ საშვილოსნოს ფიბრომიომების დიდი რაოდენობა საქართველოში წარსულში შედარებით გავრცელებულ მაღარიას.

Рак женских половых органов (По нашим материалам)

После более или менее подробного обзора вопроса об этиологии, диагностике, профилактике и лечении злокачественных опухолей вообще и в частности злокачественных опухолей женских половых органов, автор разбирает материал заведываемого им отделения за 9 лет (с 1938 по 1946 гг.).

Материал охватывает 183 случая рака отдельных частей половой сферы женщины.

Из всего числа было 98 больных с раковым поражением шейки матки. Из этого числа только в 37 случаях возможна была оперативная помощь, в остальных 61 случае больные поступали в отделение с неоперабельной формой рака. Таким образом, только в 41 % случаев возможна была оперативная помощь. Из всех 37 случаев в 35 случаях была произведена расширенная экстирпация матки, в 2-х случаях—матка вместе с придатками была удалена через влагалище.

Из всех 37 случаев операций не было ни одного с послеоперационной смертностью. Из всего указанного количества случаев находятся под постоянным наблюдением автора в течение 2—7 и более лет 9 больных, которые получили по одному курсу послеоперационной рентгенотерапии.

Из остальных 26 больных подвергаются редкому осмотру только единичные.

Из всех оперированных пятеро дали рецидив ракового процесса в течение года после операции несмотря на то, что своевременно была проведена рентгенотерапия. В некоторых случаях была проведена рентгенотерапия с опозданием и с плохим исходом.

В обоих случаях влагалищного удаления матки сравнительно рано был получен рецидив, и дело кончилось смертью больных. Автор поэтому не является сторонником влагалищного удаления матки, пораженной раковым процессом; влагалищный способ, кроме того, не гарантирует расширенное удаление матки вместе с параметральной клетчаткой с лимфатическими железами, а также целость близко от матки лежащих мочеточников.

Из всего материала было 6 случаев рака тела матки; во всех случаях матка была удалена через чревосечение, причем в трех случаях несмотря на рентгено и радиотерапию наступила смерть; остальные трое оперированных больных выпали из поля наблюдения автора.

Во всех случаях с целью уточнения диагноза предпринимались биопсия или пробное выскабливание и гистопатологическое исследование тканей.

Из всех 183 случаев рака в 54 не подтвердился рак шейки матки и в 7—рак тела матки, несмотря на то, что биопсия, пробное выскабливание и гистопатологическое исследование предпринимались по несколько раз.

Заслуживает внимания один случай рака тела матки с самоизлечением после пробного выскабливания.

Описываются три случая рака наружных половых органов, два случая рака влагалища и один случай рака наружного зева мочеиспускательного канала с удовлетворительным исходом оперативного и затем консервативного лечения примерно в 50—60 проц. случаев.

Два случая рака яичников, оперированные по возможности радикально, дали такой же исход.

Кроме обычных способов лечения автор пробовал лечить рак половых органов по способу Гамалея-Муромцева в 17 случаях.

За один год наблюдения над этими случаями погибло 5 больных, что составляет 29%.

В течение последних 13 лет автор при производстве расширенной экстирпации матки применяет перевязку обеих внутренних подвздошных артерий, что делает операцию относительно мало-кровоточивой и способствует легкому нахождению мочеточников.

По сравнению с доброкачественными опухолями матки (фибромиома, миома и др.), а также с доброкачественными опухолями яичников (кисты, фибромы и др.) рак занимает третье место; первое же—доброкачественные опухоли матки, которые представлены в материале автора, вдвое больше рака. Автор с осторожностью связывает такое сравнительно большое распространение фибромиомы матки в Грузии с наличием относительного распространения, особенно в прошлом, малярии.

გულზე წარმოებული ოპერაციის შვილი შემთხვევა

„თუ წინათ გულის კრილობას სთვლიდნენ აუცილებელ სიკვდილის მიზეზად, თუ წინათ გულის კრილობას მკურნალობდნენ ავადმყოფის წყნარ მდგომარეობაში მოთავსებით, ცივი საფენებით და სისხლის გამოშვებით, ახლა (1927 წ.) საკითხი გულის კრილობის შესახებ ძირფესვიანად შეიცვალა.“
(პროფ. ი. ი. ჯანელიძე).

გულმკერდის ორგანოთა ქირურგია წინათ მიუწვდომელი იყო. გულის კრილობათა ქირურგიული მკურნალობა უკანასკნელი პერიოდის პირმოა.

ამჟამად გულის ქირურგია მისაწვდომი ხდება არა მარტო ქირურგიის მამამთავრებისა და ცენტრალურ ქალაქებში მომუშავე ქირურგებისათვის, არამედ იმათთვისაც, ვისაც მუშაობა უხდება ყველაზე პერიფერიული რაიონების ქირურგიულ განყოფილებებში.

ახლა არა მარტო ნიშანი გულის კრილობისა, არამედ ყველა შემთხვევა, საეჭვო იმაზე, რომ კრილობამ შეიძლება მიაღწია გულამდე, — წარმოადგენს აბსოლუტურ ჩვენებას გულის პერანგის დათვალიერებისათვის.

გულზე წარმოებული ოპერაციების რაოდენობა დღითიდღე მატულობს. ფართო მონოგრაფია პროფ. ჯანელიძისა, დაწერილი 1927 წელს, აღწესსახვს 535 შემთხვევას; ამთგან ნახევარი მოდის საბჭოთა ქირურგიაზე. 1929 წელს პროფ. მუხაძემ ამ ცნობებს დაუმატა 32 შემთხვევა.

რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების შემთხვევების აღწერით, ჩვენ მიზნად დავისახეთ მკითხველს გაეუზიაროთ ჩვენი გამოცდილება გულის ქირურგიაში.

გულზე პირველი ოპერაციის შემთხვევაში ფროლოვთან ასისტენტად მე ვიყავი. ჩემი განუწყვეტელი მეთვალუტურობის ქვეშ განვლო ოპერაციის შემდგომმა პერიოდმაც. აღნიშნული ოპერაციის ჩა-

ტარების შემდეგ გავეცანი მისაწვდომ ლიტერატურას ამ საკითხზე, რამდენჯერმე გავაკეთე ტიპიური ოპერაცია გვამებზე. 1926 წელს საშუალება მომეცა გამეკეთებია ავადმყოფზე პერიკარდიოტომია (ავადმყოფის ისტორია № 1142) ჩირქოვანი პერიკარდიტის გამო.

1927—1928 წლებში კარგი შედეგებით ორჯერ გავაკეთე გულში აღრენალინის ინექცია, ნარკოზის გამო გულის მოქმედების შეწყვეტის დროს, რის შესახებაც ჩემს მიერ გამოქვეყნებულია შრომა (იხ. „ახალი ქირურგიული არქივი“, № 66, გვ. 224, 1929 წ.).

1927 წლის აპრილში მე ვერ დავუსვი დიაგნოზი გულის კრილოზის შემთხვევაში ავადმყოფს, რომელიც რესპ. სავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში მოიყვანეს დაჭრის მომენტიდან 4 საათის შემდეგ (ამ შემთხვევაში ოპერაცია არ გაკეთებულა). ის იყო სიკვდილის წინა მდგომარეობაში, მძიმე შოკით, მაჯა არ ისინჯებოდა. გაკვეთის ოქმში და დაჭრილი გულის ტოპოგრაფია ჩვენს მიერ გამოქვეყნებულია შრომაში (იხ. „ახალი ქირურგიული არქივი“, № 5, 1929 წ.). ამ შემთხვევებმა კიდევ უფრო გაამაზვილა ჩვენი ყურადღება, რათა უფრო შევიაზრებულეყავით გულის კრილოზის ზუსტი დიაგნოსტიკისათვის.

ჩვენს გაგმოცდილებას გულის ქირურგიაში 1930 წელს დაემატა ორი შემთხვევა გულის მუშაობის გამოცოცხლებისა, გულის შიგნით აღრენალის ინექციით.

ყველა შემთხვევითი შემდეგ, ე. ი. გულის ოპერაციაზე ასისტენტობისა და სხვა მანიპულაციების გაკეთების შემდეგ, წილად მხვდა ჩამეტარებია გულზე ოპერაციის 4 იშვიათი შემთხვევა (მისი გაკერვა კრილოზის გამო). პროფ. ზავიალოვის თქმით, გულზე ოპერაციის წარმოება წილად ხვდება არა ყველა ქირურგს.

პროფ. ჯანელიძე, რომელსაც ამ საქმეში სხვებთან შედარებით საკმაო უპირატესობა ჰქონდა, ამბობს, რომ „ზოგიერთ ქირურგზე მოდის ერთეული შემთხვევები გულის ოპერაციისა“. თვითონ მან გულის კრილობა გაკერა 14 შემთხვევაში, პროფ. ზავიალოვმა—2 შემთხვევაში, ექიმმა ფროლოვმა—2 შემთხვევაში.

გადავდივარ რა ჩვენი შემთხვევების გარჩევაზე, უნდა აღვნიშნო, რომ დაჭრილ ავადმყოფთა მკურნალობის კარგი შედეგების მიღებას ხელი შეუწყვეს შემდეგმა პირობებმა: 1) თითქმის ყველა დაჭრილი მოყვანილი იყო სამუშაო საათებში, როცა ყველაფერი მზად იყო სასწრაფო ოპერაციისათვის, 2) დაჭრილები იყვნენ მოყვანილი 55 წუთიდან 2 საათის განმავლობაში (ნადრევი ჰოსპიტალიზაცია), გარდა ერთისა; 3) ყველა დაჭრილი იყო ახალგაზრდა—17-19 წლისა, მხოლოდ ერთი იყო 40 წლის ასაკისა.

გულის კრილობა არის ორნაირი სახის: იზოლირებული და კომბინირებული. პირველი სახის დროს კრილობა ეხება გულის პერანგს და თვით გულის კუნთს, ხოლო მეორე სახის დროს გვაქვს კრილობა როგორც გულის, აგრეთვე ფილტვის და პლევრის.

იზოლირებულ კრილობასთან ჩვენ საქმე გვქონდა პირველ, მეორე, მეოთხე და მეშვიდე შემთხვევებში. კომბინირებულთან მესამე, მეხუთე და მეექვსე შემთხვევებში (იხ. თანდართული მოკლე აღწერა ჩვენი შემთხვევებისა). გულის იზოლირებულ კრილობას აქვს ის უპირატესობა, რომ დაჭრილს გარეთ სისხლისდენა არ აქვს და იგი არ კვდება სისხლის დაკარგვის ნიადაგზე, მაგრამ ასეთ ფორმას აქვს აგრეთვე თავისი უარყოფითი მხარეც: ჩაქცეული სისხლი გროვდება გულის პერანგში და სისხლის კოლტები იწვევენ გულზე ნედაწოლას (გულის ტამპონადა). ამით აფერხებენ გულის მუშაობას იმდენად, რომ, თუ დაჭრილი ნაადრევად არ იქნა მოყვანილი საოპერაციოდ (დაახლოებით 1-2 საათში), გულის კუნთის რითმული პულსაცია ჩერდება და დაჭრილი კვდება. ასეთი ფორმა კრილობისა იყო ჩვენს მეორე შემთხვევაში, როცა დაჭრილი მოყვანილ იქნა დაჭრიდან 4 საათის შემდეგ. აგრეთვე ასეთი იზოლირებულ ფორმას კრილობისა—გულის ტამპონადით იყო ჩვენს პირველ, მეოთხე და მეშვიდე შემთხვევებში. მიუხედავად ამისა, ეს ავადმყოფები განიკურნენ ოპერაციის შემდეგ.

რაც შეეხება გულის კრილობის კომბინირებულ სახეს, აქ ერთდროულად გვაქვს გულის, ფილტვის და პლევრის დაზიანება. მიუხედავად ამისა, ეს გარემოება არც ისე აბრთხლებს ოპერაციას და არ აფერხებს ქირურგის მუშაობას, თუ, რასაკვირველია, თავის დროზე იქნება მიღებული სათანადო ზომები (არ არის საჭირო პლევრის გაკერვა, საკმარისია სასწრაფოდ იქნას დაფარული პლეურა და დაჭრილი ფილტვის ნაწილი სველი მარლის ნაფენით). გარდა ამისა, აქ არ არის ისეთი მოვლენები, როგორც გულის ტამპონადის დროს, რადგან სისხლი იღვრება გულის პერანგიდან ან გარეთ, ან პლევრის ღრუში. რა თქმა უნდა, აქაც ჩქარა იწყება სიკვდილის ნიშნები არა გულის გაჩერების (ტამპონადის) გამო, არამედ მწვავე ანემიის ნიადაგზე. მაგრამ ასეთ კრიტიკულ მდგომარეობაში დაჭრილს ეხმარება სხეულის ბუნებრივი თავდაცვა. სისხლის დენას ღრობით აჩერებს გულისწასვლა და ვითარდება შემდეგი მოვლენა: ვინაიდან ამ ფორმის კრილობის დროს დაჭრილი ჰკარგავს ბევრ სისხლს, ის ვარდება შოკის მდგომარეობაში, ეცემა სისხლის წნევა (ჩვენი მესამე შემთხვევა) და, ამრიგად, ვითარდება პირობები დაჭრილი გულის ნაპრალში საცობის განვითარებისა, რაც აჩერებს განუწყვეტელ სისხლის დენას. ასეთი მოვლენის განვითარება რომ შესაძლებელია, თავის დროზე ამას ამტკიცებდა გამოჩენილი რუსი ქირურგი პიროგოვი, რომელიც წერდა: „დაკვირვებიდან და გვამების გაკვეთიდან დამტკიცებულია, რომ გულის და აგრეთვე სხვა დიდი სისხლის მილის კრილობები შესაძლებელია განკურნებულ იქნას გულისწასვლით.“

ამრიგად, პირველი სახის დროს გულში დაჭრილები იღუპებიან გულის ტამპონადის გამო, ხოლო მეორე სახის დროს—მწვავე ანემიით. აქედან გამომდინარე, გასაგებია, რომ ორივე სახე

გულის კრილობისა ერთნაირად დიდ საშიშროებას წარმოადგენს და სასიკვდილო კრილობებს ეკუთვნის.

გულში დაჭრილის საოპერაციოდ ადრეულად მოყვანა, ქირურგის მომზადება, გამჭრიახობა და აქტივობა გამარჯვების საფუძველია და გულში მძიმე დაჭრილისათვის სიკვდილისაგან ხსნის საწინდარია.

გულის კრილობის დიაგნოზი. გულის კრილობის დიაგნოზის დასმა როდი არის ადვილი, მიუხედავად იმისა, რომ გულმკერდზე — გულის არეში კრილობა თვალსაჩინოა.

გულმკერდის მიდამოში კანის ყველა კრილობა არ არის მაჩვენებელი გულის კრილობისა.

გულის კრილობების კაზუისტიკა გვიმტკიცებს, რომ გულმკერდის კრილობის დროს გულის მდგომარეობის გამომჟღავნებელი ნიშნები არის ფრიალ ცვალებადი და ბუნდოვანი. პროფ. ჯანელიძე აღნიშნავს, რომ არის შემთხვევა, როცა გამოცდილი ქირურგიც კი უშვებს შეცდომას და მიგვითითებს, რომ დიაგნოზი შეიძლება იყოს დასმული ნიშნების კრიტიკული შეფასების საფუძველზე, გულის კრილობის ყველა სიმპტომის შეჯამებით, ავადმყოფის მდგომარეობის თანდათანობით გამწვავებით.

ზემოთ მოყვანილი დებულებიდან ნათელია, თუ როგორ სიძნელეს წარმოადგენს გულის კრილობის ზუსტი დიაგნოსტიკა. დიდი სიფრთხილეა საჭირო, რომ ქირურგი შეცდომაში არ შევიდეს, და კანის კრილობის მიხედვით არ გაკეთოს საღი გულის პერანგი. ამიტომ ქირურგი კი არ უნდა დაეყრდნოს მარტო კანის კრილობის ტოპოგრაფიულ მდებარეობას, არამედ შეფარდებით უნდა ასწონ-დასწონოს ის ობიექტური ნიშნები, რომელსაც იძლევა გულმკერდში დაჭრილი ადამიანი და საბოლოოდ გამოიტანოს დასკვნა: არის თუ არა კანის კრილობის მიხედვით დაჭრილი თვით გულიც.

ჩვენს შემთხვევებში უფრო ადვილად ვერკვეოდით დიაგნოზში იმით, რომ კანის კრილობის მონაცემებს ვუფარდებდით სხვა გამომჟღავნებულ ობიექტურ სიმპტომებს. მიუხედავად ამისა, ერთ შემთხვევაში მაინც როგორც კანის კრილობა, ისე ობიექტური ნიშნები იძლეოდნენ გულის კრილობის სურათს, ოპერაციის დროს კი აღმოჩნდა, რომ დაჭრილი იყო კანი, გულმკერდი და გულის პერანგი; გული კი დაზიანებული არ იყო; ისიც, გულის პერანგის კრილობა იყო წერტილოვანი და გულის პერანგში იყო ოდნავ სისხლნარევი სითხე. აი, ასეთი ძნელი ხდება ზანდანან ობიექტური ნიშნების გამომჟღავნება გულის კრილობის დროს.

სხვა ნიშნებიც არ არის ერთნაირი. ამ მხრივ, უპირველეს ყოვლისა, ყურადღებას იპყრობს გულის შეხუთვის გრძნობა (მე-3 და მე-7 შემთხვევები), აღგზნებული მდგომარეობა, რომელიც მოგვაგონებს მთვრალ ადამიანს (1 შემთხვევა) და ხშირად დაწყნარებული მდგომარეობა, მგრძნობიარობის სრული შენარჩუნებით (მე-4 და მე-7 შემთხვევები).

საერთოდ,—ამბობს პროფ. ჯანელიძე,—გასაოცარია ის მდგომარეობა, რომ გულში დაჭრილი ადამიანები არ გრძნობენ დიდ ტკივილებს ჭრილობის არეშიო. ეს დასტურდება ჩვენი გამოცდილებითაც.

გარდა კანის ჭრილობისა, ფრიალ საინტერესოა სხვა ობიექტური ნიშნებიც: ისინჯება გულის საზღვრების გადიდება ზემოთ და მარჯვნივ (№ 3 და № 7), მწვავე ფერმკრთალობა კანისა და ლორწოვანი გარსისა (№ 1 და № 2), ნათელი გრძნობა (№ 3, 4, 5, და 7), უმაჯობა ხშირად დიდ სისხლძარღვებზედაც (№ 1, 3, 6, 7.), ხან კი სავსე მაჯა, მაგრამ ხშირი პულსაციით, შესუსტებული, ძაფისებური, მერყევი, უსწორ-მასწორო გახშირებული რითმით, რომელიც ხან შენელებს, ხან გაძლიერდება და დროგამოშვებით რამდენიმე წუთის განმავლობაში, სრულიად შეჩერდება (№ 5). ამრიგად, დიაგნოზისათვის ყველაზე უფრო მეტი დასაყრდნობი არის დაჭრილის მაჯა. რაც შეეხება გულის აუსკულტაციას, ის ხშირად იმდენად ბუნდოვანია, რომ ყრუ ტონებზე ძალიან ძნელად ირჩევა სისტოლის და დიასტოლის ტონები.

მკურნალობა. მკურნალობა გულის ჭრილობის დროს, როგორც ეს საერთოდ მიღებულია, უნდა იყოს ოპერაციული. მხოლოდ დაჭრილი გულის კუნთების ამოკერვა გააჩერებს გულიდან სისხლის დენას.

გულზე ოპერაციის წარმოებისათვის გულმკერდის გასახსნელად მოწოდებულია კანის სხვადასხვა განაკვეთი.

ჩვენს შემთხვევებში გაკეთებულია ერთხელ კანის კარისებრივი განაკვეთი, კოხერის წესით განაკვეთი, მესამე შემთხვევაში ვაწარმოეთ მიყენებული ჭრილობის გაფართოება პროფ. ჯანელიძის მეთოდით. დანარჩენ 4 შემთხვევაში გავაკეთეთ რკალისებრივი განაკვეთები ჩვენი მოდიფიკაციით. ყველაზე ტიპიურ განაკვეთებს, რომელიც მოცემულია სახელმძღვანელოში, სჭირდება შედარებით მეტი დრო 15-20 წუთი. ამ ოპერაციის დროს კი საჭიროა, რომ გულმკერდი ახსნილ იქნას რაც შეიძლება სწრაფად. ამ შემთხვევაში რკალისებრივ განაკვეთს აქვს უპირატესობა სხვა განაკვეთებთან შედარებით.

რკალისებრივი განაკვეთი შეიძლება გაკეთდეს სწრაფად, დანის შეუცვლელად და აუღებლად; ერთად იკვეთება კანი, კანქვეშა ქსოვილი, კუნთოვანი ნაწილი ხეკხის ხრტილებით, რის შემდეგ ჩვენს წინ პირლიობს გულის პერანგი; ასეთი განაკვეთი უფრო მიზანშეწონილია იზოლირებული გულის კრილობის დროს იმიტომ, რომ არ აზიანებს არც პერანგს და არც ფილტვის ნაწილს; მისაღება აგრეთვე კომბინირებული კრილობის დროსაც, ვინაიდან დაჭრილი პლევრა და ფილტვი ნაკლებად პირლიობენ კრილობის ნაპრალში და საბოლოოდ—ოპერაციის შემდგომ ასეთი განაკვეთის გაკერვა უფრო გერმეტიულად ტარდება.

როგორც კი გაიხსნება გულის პერანგი, დაჭრილი გულიდან სისხლი ვადმოდის ღვარად. აქაც საჭიროა ძალზე მეტი სისწრაფე, გული უნდა იქნას ამოღებული თავის პერანგიდან ქირურგის მარცხენა ხელით, რომელიც დროებით ერთ-ერთ თავისი თითით საცობივით დააწვება კრილობას და მარჯვენა ხელით დადებს აბრეშუმის ძაფის ნაკერს. ჩვენს შემთხვევებში დადებულია ოთხი-ექვსი ნაკერი. ამის შემდეგ გულის პერანგის ღრუ იწმინდება ჩაქცეული სისხლისაგან, იკერება ყრუდ და საბოლოოდ იხურება გულმკერდის რკალისებრივი ნაკვეთი.

შედეგები. გულზე ნაწარმოები ოპერაციის შემთხვევა აჭარის ასსრ მთავარ სავადმყოფოში იყო შვიდი, აქედან განიკურნა ხუთი. ორი ავადმყოფი გარდაიცვალა. მათ შორის № 6 იმის გამო, რომ მას ჰქონდა დაზიანება არა მარტო გულის, არამედ აგრეთვე ღვიძლის, კუჭის და ღიაფრაგმის.

ყველა ხუთი ავადმყოფი ჩვენს მიერ 1941-1945 წ. წ. გამოქაზებული და გასინჯული იქნა. ყველა აღმოჩნდა ჯანმრთელი, არავითარი მანკი არ დაჰყოლიათ გულის კრილობისა და ოპერაციის შემდეგ.

გულის ზრილობების შემთხვევების მოკლე აღწერა

№ 1 1923 წლის 7 ნოემბერი. ავადმყოფი მოყვანილია დაჭრიდან 2 საათისა და 15 წუთის შემდეგ. ოპერაცია ჩაატარა ექ. ფროლოვმა. ავადმყოფი 17 წლისაა, აქვს ნაჩხვლევ-ნაკვეთი კრილობა გულის არეში.

კანი—მარცხენა მამილარულ ხაზზე, 3-4 ნეკნთა შუა-კრილობა 4 სანტ. სიგრძით.

გული—დაჭრილი იყო მარჯვენა პარკუჭი, კრილობა პირლიობდა შიგ გულში, სიგრძე გულის კრილობის 6 სანტ., გულის პერანგი გავსებული იყო სისხლით.

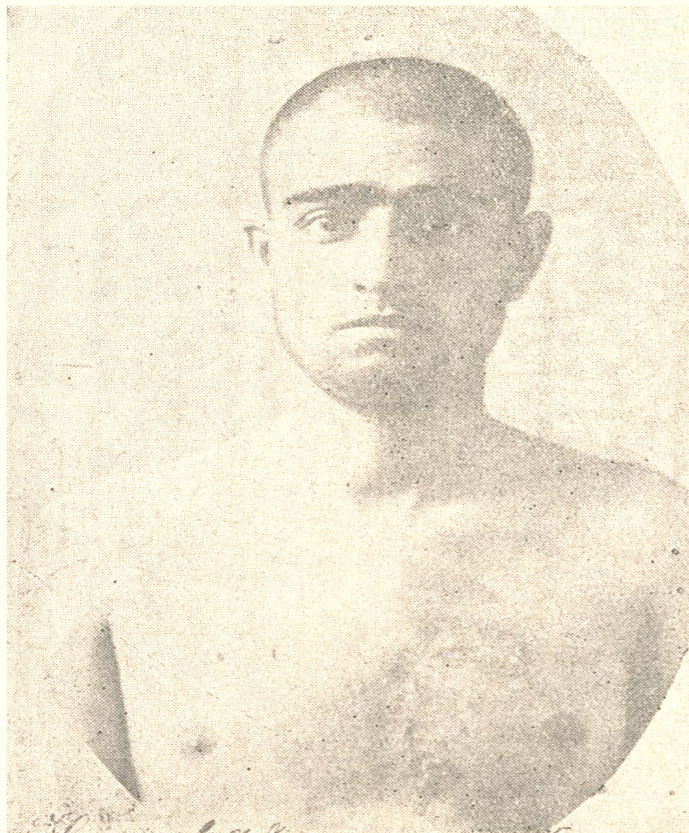
ობიექტური ნიშნები—მწვავე ანემია, აღზნებული მდგომარეობა, უმაჯობა, გულის ტამპონადის ნიშნები, იზოლირებული გულის კრილობა.

ოპერაცია: კანის განაკვეთი კარისებრივი, კოხერის წესით. გულზე დაედო ექვსი ნაკერი. განიკურნა. (იხ. სურათი № 1).

№ 2. 1927 წლის აპრილი. ავადმყოფი მოყვანილია ღამის 3 საათზე. კრილობის მიყენებიდან 4 საათის შემდეგ. დიაგნოზი არ იყო დასმული. მოკვდა მოყვანის შემდეგ მოკლე ხანში.

კანი—მარცხნივ 3-4 ნეკნთა შუა არეში კრილობა 6 სანტ. სიგრძისა. სისხლის დენა არ აქვს.

პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა (ექ. ვ. მაჭაცარი).



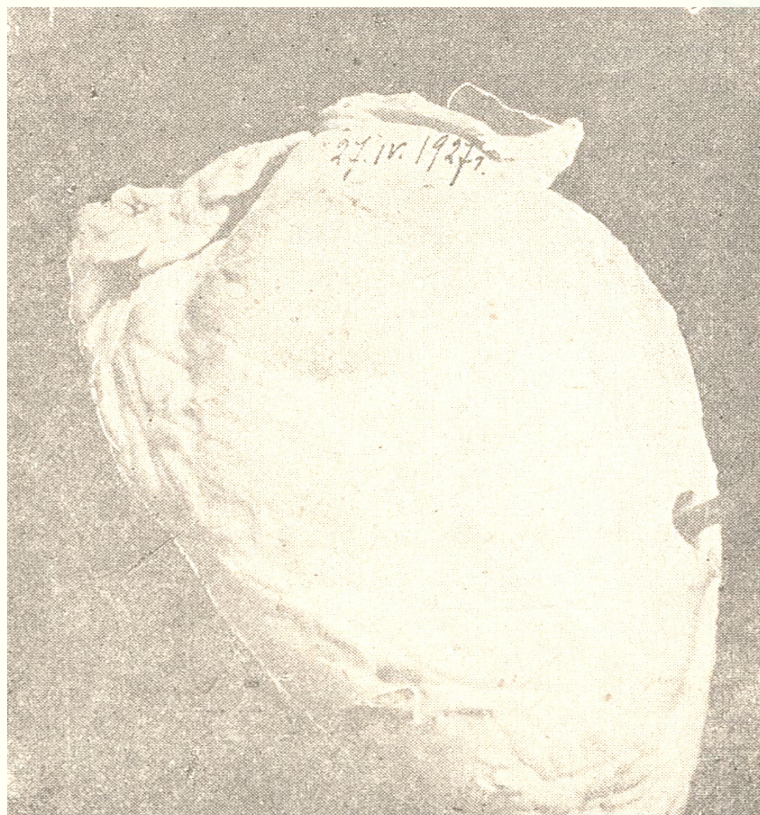
სურათი № 1.

დიაგნოზი: გულის კრილობა. სიკვდილის მიზეზი—გულის ტამპონადა, დაგვიანებით მოყვანა (იხ. ფოტოსურათი № 2. შავი ხაზი მაჩვენებელია კრილობის მიმართულებისა გულში).

№ 3. 1929 წლის თებერვალი. ავადმყოფი მოყვანილია ღამის 2 საათზე, კრილობის მიყენებიდან 55 წუთის შემდეგ. ნახვლეტ-ნაკვეთი კრილობა გულის არეში.

კანი—მამილარული ხაზის მარცხნივ, IV-V ნეკნთა შორის, პირლიობს 6 სანტ. სიღრმის კანის კრილობა, რომელიც იძლევა დიდ სისხლის დენას.

გული—დაჭრილი იყო გულის პარკუჭი, კრილობა ღრმად გულში, დაჭრილი აღმოჩნდა მარცხენა პლევრა და ფილტვი სისხლის ჩაქცევით.



სურათი № 2.

ობიექტური ნიშნები: მწვავე ანემია, შოკი. შეხედულება აქვს მკვდარი ადამიანისა. სრულ გრძნობაზეა, არის მშვიდად, ტკივილებს არ უჩივის. მაჯა არ ისინჯება, კიდურები ცივი, გულის ტონები არ ისმის.

არის გულის კომბინირებული კრილობა.

ოპერაცია. (ექ. ვ. მაქაცარია) კანის განაკვეთი: გაფართოებულია ყოფილი კრილობა, გულზე დადებულია 4 ნაკერი. განიკურნა. (იხ. სურათი № 3.).

№ 4. 1930 წლის ოქტომბერი. ავადმყოფი მოყვანილია საავადმყოფოში დღის 12 საათსა და 50 წუთზე, კრილობის მიყენებიდან 2 საათის შემდეგ. ავადმყოფი 19 წლისაა. ნაჩვევლეტ-ნაკვეთი კრილობა გულის არეში.

კანზე—კრილობა 6 სანტიმეტრის სიგრძით, მხოლოდ ნეკნის ქვემოთ ძუძუს ღვრილის არეში. კრილობიდან სისხლი არ გადმოდის.

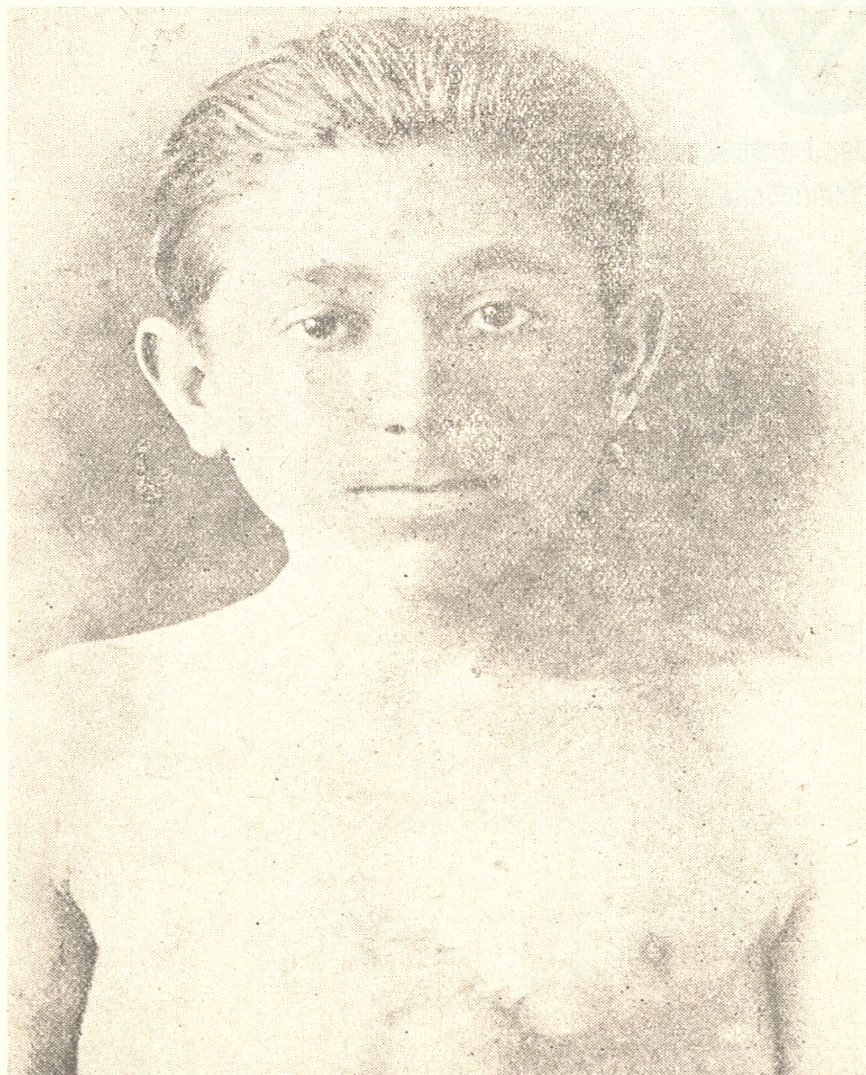


სურათი № 3.

გული—დაჭრილი იყო მწვერვალზე სიგრძით 6-8 სანტიმეტრი. გულის პერანგში ბლომად ჩაქცეულია სისხლი.

ობიექტური ნიშნები: საერთო მდგომარეობა კარგია, დაჭრილი მშვიდად არის და დალაგებულად ყვება, თუ როგორ დასჭრეს ის. მაჯა კარგი აქვს, მაგრამ მერყევი: უცებ ნეღდება; შემდეგ სრულიად ქრება, შემდეგ ისევ კარგი ხდება. გულის ტამპონადის ნიშნები—გულის იზოლირებული კრილობა.

ოპერაცია. (ექ. ვ. მაქაცარია) რკალისებრივი განაკვეთი კან-ზე, გულზე დადებულია 6 ნაკერა.



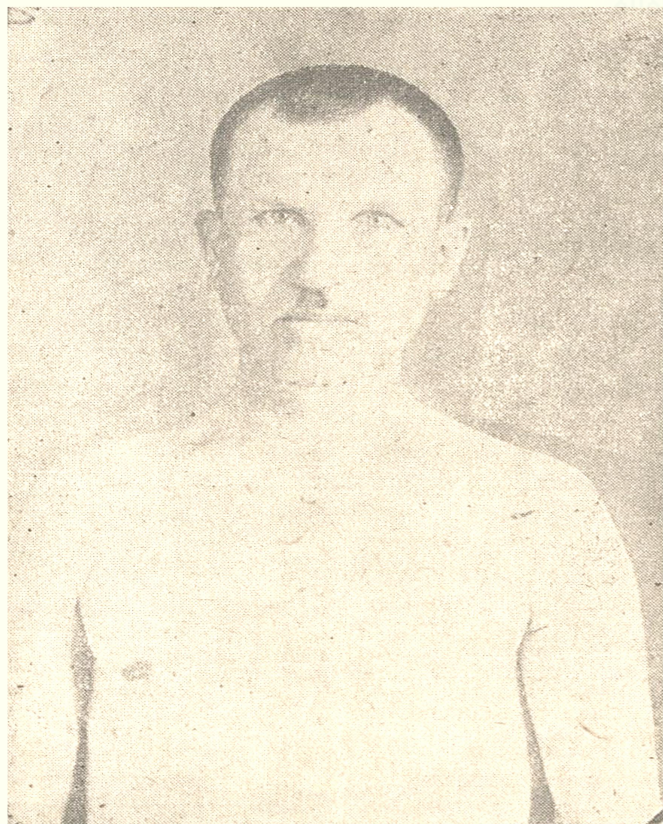
სურათი № 4.

№ 5. 1932 წლის მარტი, ავადმყოფი მოყვანილია დღის 2 საათზე, კრილობის მიყენებიდან ერთი საათის შემდეგ. ავადმყოფი 14 წლისაა, აქვს ნახვლელტ-ნაკვეთი კრილობა გულის არეში.

კანი—V-VI ნეკნთა შორის, ძუძუს ღვრილის ქვემოთ, მარცხნივ აქვს კრილობა 2 სანტიმეტრის სიგრძით. კრილობიდან ოდნავ ჟონავს სისხლი.

გული—აღმოჩნდა, რომ კრილობა გასულია გულის მწვერვალის არეში. დაჭრილი აღმოჩნდა პლევრაც.

ოზიექტური ნიშნები—ანემია, აჩქარებული სუნთქვა, სრული სიმშვიდე, არავითარი ჩივილი, მაჯა საშუალო ავსების, მერყევი, გულის ტონები ისმის კარგად, მაგრამ შუილით.



სურათი № 5.

ოპერაცია—(ექ. ფროლოვი) რკალისებრივი განაკვეთი, გულზე დადებულია 4 ნაკერი. განკურნება (დემონსტრირებულია ექიმთა საზოგადოების კრებაზე 1932 წ.) (იხ. სურათი № 4).

№ 6. 1935 წლის თებერვალი. მოყვანილია დღის 1 საათზე,

5. აჭარის ექიმთა საზოგადოების შრომები.

ოთხი საათის შემდეგ კრილობის მიყენებიდან. ნაკვეთი კრილობა გულის ქვემოთ, ნეკნთა რკალის არეში.

კანი—კანზე ნეკნთა რკალის არეში თეთრი ხაზი ნაკვეთი კრილობა, 6-8 სანტ., კრილობიდან სისხლის დენა.

გული—მწვერვალის კრილობა.

ნიშნები—შოკი, უმაჯობა, შეხედულება მკვდრის, გრძნობაზეა, ტკივილებს არ უჩივის.

ოპერაცია—(ექ. ვ. მაქაცარია)—გულზე ორი ნაკერი. კომბინირებული კრილობა, აღმოჩნდა დაკრილი აგრეთვე ღვიძლი, კუჭი, ღიაფრაგმა. გარდაიცვალა ოპერაციის მესამე დღეს პერიტონიტის ნიადაგზე.

№ 7. 1941 წლის ივნისი, მოყვანილ იქნა დღის 12 საათზე, ერთი საათის განმავლობაში კრილობის მიღების შემდეგ.

ნაჩხვლევ-ნაფლეთოვანი კრილობა III-V ნეკნთა შუა (გულის არეში მოხვდა ცირკულარული ხერხის ნატეხი).

გული—6 სანტ. კრილობა გულის ფუძესთან, დიდი სისხლის დენით.

ობიექტური ნიშნები—შოკი. სრულ გრძნობაზეა, ტკივილებს არ უჩივის. მაჯა ძალზე სუსტი, გულის ტამპონადის ნიშნები, ქრუტონები.

ოპერაცია—(ექ. ვ. მაქაცარია) რკალისებრივი განაკვეთი, ექვსი ნაკერი გულზე. განკურნება. (დემონსტრირებულია აჭარის ექიმთა საზოგადოების კრებაზე 1944 წელს). (იხ. სურათი № 5.).

Доктор В. Ф. МАКАЦАРИЯ,

заслуженный врач Грузинской ССР

Семь случаев операций на сердце

Автор описывает семь случаев операций на сердце по поводу ранений последнего. Материал собран за 18 лет при Хирургическом Отделении Республиканской больницы Аджарской АССР (с 1923 по 1941 гг.).

Из всех семи случаев операций на сердце при его ранении в разных отделах (верхушка, правый желудочек, левый желудочек, основание), а также соседних органов (плевра, легкие, диафрагма) и органов брюшной полости (печень, желудок), выздоровели после операции пятеро больных; умерли остальные двое. При чем один больной (случай II-й) умер от тампонады сердца, вызванной сгустками крови, образовавшимися в околосердечной сорочке; больной был доставлен в больницу поздно. В другом случае (случай VI-й) смерть наступила из-за послеоперационного острого перитонита (ранение желудка).

ქალის უნაყოფოებასთან ბრძოლა აღმდგენლო- ბითი ოპერაციების საშუალებით

უმეტეს შემთხვევაში ქალის უნაყოფოების მიზეზი ფალოპიუსის მილების გაუვალბობაა, რაც ანთებითი პროცესის შედეგად წარმოიშევა. რასაკვირველია, საშვილოსნოსა და საკვერცხეების ნორმალურ განვითარებას და მათ ფუნქციონალურ მდგომარეობას ისე, როგორც სპერმატოზოიდის ვარგისიანობას, ამ საკითხში არსებითი მნიშვნელობა აქვს.

საშვილოსნოს დანამატების (საკვერცხე და ფალოპიუსის მილი) ანთების სისტემატური და ხანგრძლივი მკურნალობა სხვადასხვა კონსერვატიული მეთოდებით არაიშვიათად იძლევა კარგ შედეგებს.

ჩვენი მასალის განხილვა გვიჩვენებს, რომ პირველ ხანებში საშვილოსნოს დანამატების მკურნალობას ძირითადად ეწეოდნენ ქირურგიული მეთოდებით, ხოლო შემდეგ, გინეკოლოგიური დისციპლინა სხვადასხვა კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდებით გამდიდრდა და ქირურგიულმა მიმართულებამ ადგილი დაუთმო კონსერვატიულ მეთოდებს, ახლა ოპერაცია კეთდება მხოლოდ ისეთ შემთხვევებში, როდესაც კონსერვატიული მეთოდებით სისტემატური მკურნალობა არ იძლევა კარგ შედეგებს. მაგრამ ოპერაციების გაკეთების მომენტშიც კი ვატარებდით ან რადიკალურ მეთოდს — უვარგისი დანამატების ამოკვეთით, ანდა—კონსერვატიულ მეთოდს, როცა დანამატებს (ფალოპიუსის მილებს), რაც კი შეიძლებოდა შევასწორებდით და დატოვებდით განაყოფიერების შესაძლებლობის მოსაზრებით. რასაკვირველია, აქ მხედველობაში მიღებული იყო ქალის ასაკი, მისი უნაყოფობა და შვილის ყოლის სურვილი.

320 ოპერაციის შემთხვევაში სალბინგოსტომია ნაწარმოები იყო 13-ჯერ.

განხილულ მასალაზე ფიბრომექტომია ნაწარმოები იყო 142 შემთხვევაში. ამ 142 შემთხვევაში კონსერვატიული ოპერაცია ჩატარებულია, ე. ი. საშვილოსნო შენარჩუნებულია და კვანძები ამოკვეთილია 10 შემთხვევაში. ყველა ამ შემთხვევაში საშვილოსნოს მთლიანობა აღდგენილია კვანძების ამოკვეთის შემდეგ, რასაც თან ახლდა საშვილოსნოს ცოტად თუ დიდად დაზიანება.

გადავდივართ ჩვენი მასალის აღწერაზე.

1. ავადმყოფი შ. ვ., 25 წლისა, ჩაქვიდან. შემოვიდა განყოფი-

ლებაში 1930 წლის 30 იანვარს. ავადმყოფი უჩივის ტკივილებს წელისა და დანამატების მიდამოებში. ოთხი წლის წინათ გადაუტანია ოპერაცია მარჯვენა დანამატების ანთებითი სიმსივნის გამო. 8 წელია, რაც გათხოვილია. არ ორსულდება. მარცხენა დანამატების მიდამოში აღენიშნება შემკვრივება და მტკივნეულობა. ბავშვის ყოლის დიდი სურვილი აქვს. წინადადება მიეცა გაეკეთებია ოპერაცია, რაზედაც იგი დათანხმდა.

6 დღის შემდეგ გაკეთდა ოპერაცია და აღმოჩნდა: საშვილოსნო შეხორცებულია სწორ ნაწლავთან. ის გავანთავისუფლეთ შეხორცებიდან. მარჯვენა ფალოპიუსის მილი აღარ ჩანს. მარცხენა მილი შეხორცებაშია საშვილოსნოსთან. მისი აბდომინალური ბოლო დახურულია. მილი გავანთავისუფლეთ შეხორცებიდან. მისი აბდომინალური ბოლო გავეხსენით და ნაპირები მოკვერეთ ცალკეული კვანძოვანი აბრეშუმის ძაფით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი არ გართულებულა. ავადმყოფი 15 დღის შემდეგ დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაეწერა საავადმყოფოდან.

1933 წელს მოქ. შ. ვ.-მ დაბადა ჯანმრთელი ბავშვი (ქალი).

2. ავადმყოფი ბ. მ., 28 წლისა, ქალაქ ბათუმის მცხოვრები. შემოვიდა განყოფილებაში 1929 წლის 28 აპრილს საჩივრებით მარჯვენა დანამატების მიდამოში ტკივილებზე. გათხოვილია ერთი წელია. თვიური—3 დღე, ტკივილებით. ჰქონდა ერთი ორსულობა, რაც დამთავრდა თვითნებითი მუცლის მოშლით. მარჯვენა დანამატების მიდამოში აღენიშნება მამაკაცის მუშტის ოდენი სიმსივნე, ნაკლებად მტკივნეული, მკვრივ-ელასტიური კონსისტენციის, მცირედ მოძრავი. მარცხენა დანამატების მიდამოში შემკვრივება.

ერთი კვირის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა შემდეგი სურათი: მარჯვენა მხარეზე ტუბოოვარიალური კისტომა, დიდი ფორთოხლის ოდენა, რომელიც შეხორცებაშია პარიეტალურ პერიტონეუმთან. ის ამოკვეთილ იქნა. მარცხენა ფალოპიუსის მილის აბდომინალური ბოლო გამსხვილებულია, დახურულია, იმყოფება შეხორცებებში. მილის ბოლო გამოვყავით შეხორცებებიდან და გადავკვეთეთ ირიბად. გადანაკვეთი ნაპირები მოკერილ იქნა ცალკეული ნაკერებით, წვრილი ძაფით, კვანძოვანი აბრეშუმით. მარცხენა საკვერცხე კისტოზური იყო. მასში გავავლეთ რამდენიმე კეტეტის ძაფი. სითხე დაიღვარა: საკვერცხე დაპატარავდა. ჭიაყელა ნაწლავი ქრონიკული ანთებითი პროცესების გამო ამოკვეთილ იქნა. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი—სიცხიანი. კრილობა შეხორცდა პირველადი მოჭიმვით. ავადმყოფი გაეწერა მეოცე დღეს. გაწერის მომენტში მარცხენა დანამატების მიდამოში გამოვლინდა დიდი ექსუდატი. მკურნალობდა სახლში სხვადასხვა პროცედურებით. ექსუდატი შეისრუტა. ავადმყოფმა იკეთა.

1933 წელს მოქ. ბ. მ.-მ დაბადა ჯანმრთელი ბავშვი (ვაჟი). ორი წლის შემდეგ იგი ხელახლა დაორსულდა, რაც დამთავრდა თვითნებითი მუცლის მოშლით მეორე თვეზე.

3. ავადმყოფი ბ. 29 წლისა, ბათუმის რაიონის გონიოს სასოფლო საბჭოს მცხოვრები. შემოვიდა გინეკოლოგიურ განყოფილებაში 1935 წლის 23 დეკემბერს დიაგნოზით: ორ მხრივი დანამატების ქრონიკული შეხორცებითი ანთება. პირველად გათხოვდა 15 წლისა. 7 წლის წინათ პიოვილი ქმრიდან იყოლა ერთი ბავშვი. მშობიარობიდან ერთი წლის შემდეგ გაჰყვა მეორე ქმარს. არ ორსულდება 6 წელია. კონსერვატიული მეთოდებით მკურნალობა უშედეგო გამოდგა. დიდი სურვილი აქვს შვილის ყოლისა. ორხელშუა გასინჯვით აღენიშნება შემდეგი: საშვილოსნო უკანმდებარეა, არ ამოდის დუგლასის უბიდან, ფიქსირებულია. დანამატების მიდამო ორივე მხრივ გამკვრივებულია. გაუკეთდა ოპერაცია მუცელზე გაკვეთით, ჰერხემლის ტვინის ანესტეზიის ქვეშ. აღმოჩნდა: საშვილოსნო შეხორცებულია პარიეტალურ პერიტონეუმთან და სიგმოიდურ კოლინჯთან. საშვილოსნოზე ფიბროზული ნაწებურებია. ორივე ფალოპიუსის მილები შეხორცებულია საშვილოსნოს უკანა კედელთან, მარჯვენა მილი დაკლავილია, გამსხვილებულია და რამდენიმე ადგილას კვანძოვანია. იგი ამოკვეთილ იქნა. მარცხენა მილი შუა ადგილას გამსხვილებულია, როგორც კვანძი, რომლის სიდიდე უდრის მოზრდილი თხილის კაკალს; იმყოფება საშვილოსნოსთან შეხორცებებში, მისი აბდომინალური ბოლო თავისუფალია, ფოჩვები მასზე არაა დაზიანებული. ჩავატარეთ ხსენებული მილის რეზექცია კვანძის ადგილას. ამის შედეგად მიღებული მილის ბოლოები, საიდანაც სისხლი მოჟონავს, მივაკერეთ ერთი-მეორეზე კვანძოვანი წვრილი აბრეშუმით ისე, რომ მოკერვის დროს მთლიანი მილის სიგრძეზე მის სანათურში შეტანილი იყო მრგვალი თავკომბალა წვრილი ზონდი. ბოლოებს რომ ერთიმეორეს ეაკერებდით, ნემსი ზონდს ეხებოდა. ამის შემდეგ ვაწარმოეთ საშვილოსნოს ვენტროფიქსაცია დოღერის წესით. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა არ გართულებულა. ავადმყოფი გაეწერა განყოფილებიდან ორი კვირის შემდეგ.

1937 წელს მოქ. ბ-მ იმშობიარა ბათუმის სამშობიარო სახლში დროულად. დაბადა ჯანმრთელი ბავშვი—ვაჟი. ის შემდეგ მეორედ დაორსულდა. ორსულობა დამთავრდა თვითნებითი მუცლის მოშლით. დაორსულდა მესამედ და ჩვენს მიერ მიღებული ცნობებით, 1947 წლის მაისში შობა მესამე ბავშვი.

4. ავადმყოფი ბ—შვილი, 26 წლის, ქალაქ ბათუმის მცხოვრები. შემოვიდა განყოფილებაში 1939 წლის 20 დეკემბერს დიაგნოზით: საშვილოსნოს ფიბრომიომა. ერთი თვეა აქვს სისხლის დენა. 2 წელია გათხოვილია, უკანასკნელი თვიური ჰქონდა 3 თვის წინათ, აღნიშნავს გულყრას. ბავშვი არა ჰყავს. აღინიშნება სისხლის დენა ბლომად. საშვილოსნოს ყელი მსხვილია, ფხვიერი და დახურული. ორხელშუა ვნახულობთ საშვილოსნოს სიმსივნეს ახალშობილის თავის ოდენას. სიმსივნე მოძრავია და მკრივ-ელასტიური კონსისტენციისაა. უკანა თალი გამოპერილია მკვრივი წარმოქმნით. უმტკივნეულოა. ნაწარმოებია საშვილოსნოს ზონდაჟი. ზონდი წა-

ვიდა 12 სანტიმეტრზე. დიაგნოზი: ფიბრომიომა და ორსულობა. 1940 წლის 4 იანვარს გაუკეთდა ოპერაცია (მუცელზე გაკვეთა). აღმოჩნდა: მცირე მენჯი მოცულია მკვრივი სიმსივნით, სიმსივნეზე ზის საშვილოსნო დანამატებთან ერთად, ლურჯი ფერის, რბილი კონსისტენციის, ათი კვირის ორსული საშვილოსნოს ოდენობის კვანძი, გაკვეთილ იქნა საშვილოსნოს წინა კედელი. ამოვიღეთ ნაყოფი. საშვილოსნოს ღრუს გამოვცხეთ იოდი. გაწარმოეთ ღრუს დროებითი ტამპონადა. შევუდექით საშვილოსნოს უკანა კედლიდან აღმოცენებული ზემაღლიშნული სიმსივნის—ფიბრომის რეტროცერვიკალური კვანძის ამოკვეთას.

სიმსივნე ამოვკვეთეთ. საშვილოსნოს უკანა კედელში წარმოიშვა დიდი დეფექტი. მნიშვნელოვანი ნაწილი საშვილოსნოს კედლისა თან გაჰყვა სიმსივნეს. წამოიჭრა საკითხი საშვილოსნოს ამპუტაციის შესახებ. ქალი უშვილოა—ახალგაზრდა. გადავწყვიტეთ საშვილოსნოს დატოვება. შევასწორეთ საშვილოსნოს უკანა კედლის დაგლეჯილი ნაპირები მაკრატლით და აღვადგინეთ უკანა კედელი სამსართულიანი ნაკერით. წინა კედელი მოვკერეთ შრე და შრე. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი არ გართულებულა. ავადმყოფი გაეწერა 17 დღის შემდეგ.

ერთი წლის შემდეგ, ე.ი. 1941 წლის 6 იანვარს, მოქ. ბ-შილმა შობა ჯანმრთელი ბავშვი (ვაჟი).

1944 წელს იმავე ბ—შილმა იმშობიარა კიდევ და შობა მეორე ვაჟი. მშობიარობა არც ერთხელ არ გართულებულა.

5. ავადმყოფი ა., 22 წლის, ხულოდან. შემოვიდა განყოფილებაში 1938 წლის 21 იანვარს. უჩივის სიმსივნეს მუცლის არეში. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, სიმსივნე მას გაეზარდა უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში. თვითურს ატარებს ექვს-ექვს დღეს, სქესობრივ ცხოვრებას უარყოფს. საშვილოსნოს ყელი მკვრივია და მოკლე. სისხლის დენა არ აქვს. მუცლის ღრუ მოცულია სიმსივნით, რომელიც მიიმართება ზევით და აღწევს თითქმის ჰიპამდე, იგი თავისუფალია, მოძრავი, ჰმტკივნეულო, მკრივ-ელასტიური კონსისტენციისაა, სწორი ზედაპირით. დასმულ იქნა დიაგნოზი—საშვილოსნოს ფიბრომა. გაუკეთდა ოპერაცია—მუცლის გაკვეთა თეთრ ხაზზე. მუცლის ღრუს გახსნისას აღმოჩნდა: საშვილოსნო წარმოადგენს სიმსივნეს დაახლოებით 5-6 თვის ორსულობის ოდენობამდე. იგი რბილი კონსისტენციისაა, მოლურჯო ფერის და წაგავს ორსულ საშვილოსნოს. სიმსივნის კედელი დავაჭერით სკალპელით. გამოვლინდა ფაშარი კონსისტენციის წარმოქმნა, საშვილოსნოს სუბმუკოზური, ფიბროზული კვანძი, რომელიც აღმოცენებულია წინა კედლიდან. სიმსივნე ამოკვეთილია. საშვილოსნოს კედელი აღდგენილია სამსართულიანი ნაკერით. ოპერაციის შემდეგ კმდინარეობა არ გართულებულა. მეოცე დღეზე ავადმყოფი გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

1943 წლის 17 ოქტომბერს მოქ. ა., შემოვიდა სამშობიარო სახლში 32 კვირის ორსულობით და ფილტვების ტუბერკულოზის

აქტიური ფორმით. იმშობიარა ნაადრევად, მეცხრე თვის დასაწყისში.

ამნაირად, აღმდგენლობითი ოპერაციები საშვილოსნოზე და მის დანამატებზე რამდენიმე პროცენტში იძლევა დადებით შედეგებს. ჩვენი მასალის მიხედვით, 73 სალპინგოსტომიის შემთხვევაზე ორსულობას ადგილი ჰქონდა სამ შემთხვევაში. ამათგან ერთმა დაბადა დროულად და ნორმალურად, მეორეს ჰქონდა ერთი ნორმალური მშობიარობა და ერთიც მუცლის მოშლა, მესამეს ჰქონდა ორი ნორმალური მშობიარობა და ერთიც მუცლის მოშლა. მუცლის მოშლა ორთავე შემთხვევაში იყო თვითნებითი.

კონსერვატიული მيوმექტომიის 16 შემთხვევაზე ორსულობა მოხდა 2 შემთხვევაში. ამასთან, ერთმა დაბადა დროულად—ორჯერ. მშობიარობა ჩატარდა ნორმალურად; მეორემ დაბადა ნაადრევად, მეცხრე თვის დასაწყისში.

პროფ. კოზინსკიმ ამ საკითხის ირგვლივ მსოფლიო ლიტერატურის შესწავლის შედეგად შეაგროვა 105 შემთხვევა დაორსულებისა სალპინგოსტომიის ოპერაციების წარმოების შემდეგ. მათ შორის: 17 შემთხვევაში აღინიშნებოდა მშობიარობა; 9 შემთხვევაში—ორსულობა, დამთავრებული მუცლის მოშლით; 4 შემთხვევაში მომხდარა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა; 15 შემთხვევაში კი ორსულობის შედეგი არაა ცნობილი.

თავის საკუთარი მასალის პირველ სერიაზე, 36 სალპინგოსტომიის შემთხვევაზე, ავტორმა მიიღო ერთი შემთხვევა დაორსულებისა, რაც დამთავრდა ნორმალური მშობიარობით, ხოლო მეორე სერიაზე—12 სალპინგოსტომიის შემთხვევაზე—3 დაორსულება მიიღო, რომელთა შორის ორი დამთავრდა ნორმალური მშობიარობით და ერთიც—აბორტით.

მალენკოვი და ლეიბოვი აღწერენ დაორსულების და ნორმალური მშობიარობის ორ შემთხვევას საკვერცხე მილების საშვილოსნოში იმპლანტაციის 9 შემთხვევაზე. მანდელშტამმა ამავე ოპერაციის შედეგად მიიღო დაორსულების 26 %.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენ ვერ შევიძლით შეგვემოწმებინა შორეული შედეგები ყველა ჩვენს მიერ ჩატარებული აღმდგენლობითი ოპერაციებისა, როგორც სალპინგოსტომიების, ისე მيوმექტომიებისა. სრული შემოწმება რომ ჩავგეტარებო, შესაძლებელია, პროცენტულად ჩვენ მივიღებდით უკეთეს შედეგებს.

დ ა ს კ ვ ნ მ ბ ი

1. ჩვენი მასალის მიხედვით, სალპინგოსტომიის ოპერაციის ჩატარების შემდეგ დაორსულება და მშობიარობა ხდება 4 %-ში, კონსერვატიული მيوმექტომიის შემდეგ დაორსულებას და მშობიარობას ადგილი აქვს 12 %-ში.

2. აღმდგენლობითი ოპერაციები საშვილოსნოზე და მის დანამატებზე მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს მოსახლეობის გამრავლების მიზნით. ეს ოპერაციები უნდა წარმოებდეს ფართოდ, მიუხედავად დადებითი შედეგების მცირე პროცენტისა.

3. საპლინგოსტომიის ყველა შემთხვევა უნდა ჩატარდეს, როგორც სხვა ოპერაციულ ჩარევებთან თანხლებული და არა როგორც დამოუკიდებელი ოპერაციები.

4. ოპერაციული ტექნიკის გაუმჯობესებას შეუძლია მოგვცეს აღმდგენლობითი ოპერაციების უკეთესი შედეგები.

И. И. ЧАРКВИАНИ,
доктор медицинских наук

АВТОРЕФЕРАТ

„Восстановительные операции на матке и придатках“

Под этой операцией надо понимать открытие закрытых от воспаления абдоминальных концов труб или иссечение узлов труб и сшивание концов, полученных после иссечения узла.

На матке под этой операцией подразумевают удаление фибромиомы и сохранение тела матки, где только это возможно.

Эти операции производят на женщинах, у которых имеется сильное желание иметь детей.

На нашем материале на трубах таких операций произведено 70, из них родили трое.

На матке же — их произведено 16, родили двое. Таким образом, после названных операций на трубах беременность наступала в 4 проц. и все они кончились благополучными родами. На матке же беременность и роды имели место в 12 проц.

Указанные операции безусловно надо считать целесообразными и их надо производить более широко.

Если проследить отдаленные результаты всех сделанных наших вышеуказанных операций, процент беременности и родов получится больше. Проверить результаты всех операций нам не удалось.

Усовершенствование оперативной техники и проведение после операции консервативных методов лечения могут дать лучшие результаты.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა აღიარებული დიაგნოსტიკისათვის

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა შესახებ საკმაოდ ვრცელი ლიტერატურა არსებობს, რომელიც დღითი დღე კიდევ უფრო იზრდება და სრულყოფილი ხდება. ამ დაავადების შესახებ თქმული ყოველი სიტყვა არა მარტო ქირურგისათვის, არამედ ყველა ექიმისათვის მუდამ ცხოველი ინტერესის მატარებელი იქნება.

არც ერთი ქირურგიული დაავადების დროს აღრეული ზუსტი დიაგნოზის დასმა ისე ძნელი არ არის, როგორც მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების შემთხვევაში. ამ დროს ქირურგს და საერთოდ ყველა ექიმს, უხდება გამოამყდავნოს თავისი ცოდნა, მოსაზრებულობა, ნებისყოფის სიმტკიცე, გამბედაობა და გადაწყვეტილების სწრაფად მიღების უნარი.

ყოველი ოპერაცია „მწვავე მუცლის“ შემთხვევაში მეტად საშიშვანოა ავადმყოფის სიცოცხლისათვის, მეტისმეტ პასუხისმგებლობას აკისრებს ქირურგს და ყოველთვის იწვევს ინტერესს არა მხოლოდ სიახლით, არამედ თავისი ინდივიდუალურობითაც.

„მწვავე მუცლის“ ოპერაცია ყოველ ცალკე შემთხვევაში მთლიანად არ ემსგავსება, ან ზოგჯერ სრულიად არ წააგავს წინა ასეთივე ოპერაციას. ეს ოპერაცია ქირურგისაგან მოითხოვს სწრაფ მოსაზრებულობას, მუცლის ღრუში სწრაფი ორიენტაციის უნარს და თავის არიდებას შაბლონისაგან.

საესეებით სამართლიანი იქნება თუ ვიტყვით, რომ „მწვავე მუცლის“ ოპერაციის დროს ქირურგს უხდება მუშაობა სიხარულისა და სასოწარკვეთილების, იმედისა და უიმედობის, გამარჯვებისა და დამარცხების განცდების სფეროში.

არანაკლებ ძნელია „მწვავე მუცლის“ აღრეული დიაგნოზის დასმა. უმეტეს შემთხვევაში „მწვავე მუცლის“ აღრეული დიაგნოზის დასმა უხდება არა ქირურგს, არამედ უზნის ექიმს და იმისათვის, რომ უზნის ექიმმა ქალაქში ან სოფლად შესძლოს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების აღრეული ნიშნების გამოვლინება და დროულად—პირველი ორი-ექვსი საათის განმავლობაში, ავადმყოფის გაგზავნა ქირურგიულ სტაციონარში—საჭიროა

მისი ცოდნა მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა დიაგნოზის დასმის საკითხში ეთანაბრებოდას ექიმ-ქირურგის ცოდნას.

ამჟამად ქირურგების წინაშე დგას საკითხი „მწვავე მუცლით“ გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტის მინიმუმამდე შემცირებისა. საბჭოთა მედიცინა ჩვენგან არა მარტო „მწვავე მუცლის“ ოპერაციის სანიმუშოდ ჩატარებას მოითხოვს, არამედ ამ დაავადების აღრეული გამოვლინებისათვის საჭირო ყველა პირობის ზუსტ ორგანიზაციას. ის მოითხოვს თვითონ შევისწავლოთ და ვასწავლოთ უბნის ექიმებს აღრეული დიაგნოზის დასმა, ვინაიდან უმთავრესად ამაზეა დამოკიდებული ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნება. ყოველი დაყოვნება „მწვავე მუცლის“ შემთხვევაში სიკვდილის თანაბარია.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ არა მარტო ქირურგებს უხდებათ „მწვავე მუცლის“ აღრეული ნიშნების გამოვლინება, არამედ ყველა უბნის ექიმსაც. საბჭოთა მედიცინა დაბეჯითებით მოითხოვს არა მარტო ქირურგებისაგან, არამედ ყველა ექიმისაგან, კერძოდ კი უბნის ექიმისაგან (რომელნიც პირველნი ზვდებიან ავადმყოფს), განსაკუთრებულ ყურადღებას და სიფრთხილეს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების მიმართ.

ცხადია, რომ ქირურგებისა და უბნის ექიმების მხოლოდ ერთიან მუშაობას და ბრძოლას ამ საკითხის მოგვარებისათვის ექნება მყარი ნიადაგი. მხოლოდ ერთად მუშაობით შეგვიძლია ავიცილოთ შეცდომები, ვიყოთ მზად „მწვავე მუცლის“ აღრეული დიაგნოსტიკისათვის. აქედან გამომდინარე კვალიფიციური ქირურგების უპირველეს მოვალეობას წარმოადგენს, რაც შეიძლება ახლოს იდგნენ რაიონისა და სოფლის ექიმებთან, ჰქონდეთ მათთან მუდმივი კონტაქტის საშუალება, აამაღლონ მათი ცოდნის დონე ექიმ-ქირურგის ცოდნის დონემდე მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების დიაგნოზის დასმის საქმეში, იყვნენ შეგნებული და ხელმძღვანელები ავადმყოფობის გამოვლინების საქმეში.

ჩვენი შრომაც ამ მიზანს ისახავს.

მართალია ჩვენი მიმოხილვა მთლიანად ვერ აშუქებს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს, მაგრამ თუ კი ეს ნაშრომი ერთგვარ წვლილს შეიტანს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა დროულად გამოვლინებისა და ჰოსპიტალიზაციის საქმეში, მაშინ ჩვენს მიზანს მიღწეულად ჩავთვლით.

რას გულისხმობს ტერმინი „მწვავე მუცელი“?

ეს პირობითი ტერმინი შეიცავს მუცლის ღრუს ყველა სახის მწვავე, უეცარი დაავადების შემთხვევებს, რომლებსაც, როგორც წესი, არ სდევს ფალარათი—ენტეროკოლიტის ეს ტიპიური ნიშანი.

ნაკრები ცნება „მწვავე მუცელი“ შეიცავს მუცლის ღრუში განვითარებულ როგორც ანთებად, ისე არა ანთებად პროცესებს. ასეთია: მწვავე პერიტონიტი, მწვავე აპენდიციტი, კუჭის და 12 გ. ნაწლავის პერფორაციული წყლულები, ნაწლავთა მწვავე გაუფალობის სხვადასხვა ფორმები, მწვავე ქოლესისტიტი, ჰალოპის

მილის და საკვერცხის გასკდომა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს, მენჯის პერიტონიტების მრავალსახეობა და სხვა.

„მწვავე მუცელი“ არავითარ შემთხვევაში არ არის დიაგნოზი. ეს მხოლოდ იმ ექიმის მიერ მიცემული საგანგაშო სიგნალია, რომელმაც პირველმა ნახა ავადმყოფი. ერთი სიტყვით, სადღეისოდ ტერმინი „მწვავე მუცელი“ არ წარმოადგენს კლინიკური დიაგნოზის განმსაზღვრელ ნოზოლოგიურ ერთეულს, არ შეიძლება ჩაითვალოს თვით მოქმედებად, არამედ გამოდგება მხოლოდ მოქმედებისათვის სახელმძღვანელოდ.

უკეთ გაგების მიზნით მოვიშველიოთ „მწვავე მუცლის“ შესატყვისი ცნება — თერაპიული დისციპლინიდან. თქვენთვის ნაცნობია პირობითი ტერმინი „სტატუს ფებრილის“. განა ეს დიაგნოზია? არა. ეს მხოლოდ მოქმედებისათვის სახელმძღვანელოა; მეტად შორსაა თვით მოქმედებისაგან. ცხადია, რომ ეს არ კმარა. ნაადრევი დახმარება მოითხოვს არა მხოლოდ მოქმედებისათვის ხელმძღვანელობას, არამედ თვით მოქმედებას — აქტიურ ჩარევას: გირურგისაგან — ოპერატიულ თერაპიას, ინტერნისტიკისაგან — ნაადრევ სულფამიდურ თერაპიას (მაგალითად, პნევმონიის დროს). ამრიგად, თანამედროვე მედიცინა არ კმაყოფილება მხოლოდ ამ ორი ტერმინით, არამედ მოითხოვს ამავე დროს ერთგვარ დაზუსტებასაც: მოითხოვს, რომ მომართვის დიაგნოზში კითხვის ნიშნის ქვეშ მაინც იყოს აღნიშნული „მწვავე მუცლის“ გამომწვევი საეჭვო მიზეზი, კერძოდ ასე: „მწვავე მუცელი! — პერფორაციული აპენდიციტი?“ ან „მწვავე მუცელი! ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა?“ და სხვა. ასეთი უნდა იყოს მომართვის დიაგნოზი რაიონის ან უბნის ექიმისაგან.

უდავოა, რომ დიაგნოზის დასამისადმი ასეთი მიდგომა აუცილებლად ანკითარებს ექიმის შემოქმედებით აზროვნებას, ყოველ ასეთ შემთხვევას გამოჰყავს ის მექანიკური მსჯელობის ბორკილებისგან და აყენებს მას მსჯელობის დიალექტიკური მეთოდის გზაზე.

ამრიგად, ტერმინი „მწვავე მუცელი“ შესატყვისი განმარტებით, უბნის ექიმისათვის წარმოადგენს დაუყოვნებლივი ჰოსპიტალიზაციისათვის მოქმედების სახელმძღვანელოს. სტაციონარში კი ადრეული ნიშნების სათანადო დაზუსტების შემდეგ საჭიროა დაუყოვნებლივ მოქმედებაზე გადასვლა. მხოლოდ საეჭვო შემთხვევებში შეიძლება დავუშვათ სტაციონარში დაყოვნება არა უმეტეს ორი საათისა წინასწარ კონსერვატიულ ღონისძიებათა ჩატარების მიზნით (სიფონის ოყნა, კუჭის ამორეცხვა, ბლოკი ვიშნევსკის მეთოდით და სხვა).

ჭირურგის ტაქტიკა „მწვავე მუცლის“ შემთხვევაში ადრეული მოქმედებისათვის მეტად აქტიური და ფრთხილი უნდა იყოს.

*

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა ცალკე სახეების გარჩევამდე ჩვენ შევჩერდებით ზოგადად „მწვავე მუცლის“ სასწრაფო დიაგნოსტიკის მეთოდთა შედარებით შეფასებაზე. უნდა შევთანხმდეთ, რომ ჩვენ ვლაპარაკობთ ადრეულ ნიშ-

ნებზე, რადგან პერიტონიტის ან ნაწლავთა გაუვალბობის კლასიკურად განვითარებული ნიშნები იმდენად დაგვიანებულია, რომ ამ შემთხვევაში ოპერატიული ღონისძიებანი უკვე სასურველ შედეგს აღარ იძლევა.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა სიმპტომატოლოგია მეტად მრავალფეროვანია, მაგრამ სასწრაფო, ადრეული, გადაუდებელი ან, როგორც აკად. ბურდენკო უწოდებდა—ექსპრეს-დიაგნოზისათვის ამ მრავალფეროვან სიმპტომათა რაოდენობრივი ჩამოთვლა სასურველ შედეგს არ მოგვცემს.

ამ შემთხვევაში საჭიროა ნიშანთა არა რაოდენობრივი ჩამოთვლა, არამედ მათი ხარისხობრივი შერჩევა, მათი სწორი შეფასება. საჭიროა გამოჩნხულ იქნას ისეთი ერთი ან ორი ხარისხობრივად ფრიად მნიშვნელოვანი ნიშანი, რომელიც მოგვცემს „მწვავე მუცლის“ ნაადრევი დიაგნოზის თითქმის ზუსტად დასმის საშუალებას.

დიაგნოსტიკის რომელი მეთოდი გვაძლევს ჩვენ საშუალებას ვიხელმძღვანელოთ ნიშანთა რაოდენობის ხარისხობრივი შეცვლით?

დიდი ხნის წინად არსებული მეთოდი—გამორიცხვის გზით დიაგნოზის დასმისა—დღესაც სარგებლობს ზოგიერთი ექიმის ყურადღებით. ეს მეთოდი მდგომარეობს იმაში, რომ ექიმი დიაგნოზის დასმის დროს ობიექტურ ჭეშმარიტებას კი არ უწევს ანგარიშს, არამედ აქვს რა წინასწარ გამზადებული უცვლელი ნიშნები, ექებს მას ავადმყოფში. თუ ამ ნიშნებს ის ვერ პოულობს, მაშინ მას უარყოფს და ამით გამორიცხავს ამა თუ იმ დაავადებას. ასე მაგალითად, „მწვავე მუცლით“ დაავადებული ავადმყოფის წინაშე მდგომი ექიმი, რომელიც მსჯელობას წარმართავს გამორიცხვის მეთოდით და აღნიშნავს რა, რომ ავადმყოფს არა აქვს პირღებინება, აირების შეჩერება, ცუდი ან აჩქარებული მაჯა, ასკენის, რომ აქ მას საქმე არ აქვს „მწვავე მუცელთან.“ მსჯელობის ამ გზით წარმართვას ექიმი არამც თუ მიჰყავს სწორი დიაგნოზისაკენ, არამედ აშორებს მას. მსჯელობის ასეთი მეთოდი არის მეტაფიზიკური, მექანიკური; აღნიშნული მეთოდი ექიმს აყენებს იდეალისტური მსჯელობის გზაზე; ექიმი თავზე ახვევს ავადმყოფს მის მიერ წინასწარ შემუშავებულ ნიშნებს, რომლებიც არ გლინდება ავადმყოფის ობიექტური სურათით.

მასასაღამე გამორიცხვის მეთოდით მსჯელობა არ იძლევა „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზის ნაადრევად დასმის საშუალებას.

დიაგნოზის დასმის მეორე მეტად გავრცელებული მეთოდია დიფერენციალური მეთოდი.

ეს მეთოდი უდავოდ კარგია, მაგრამ მას გააჩნია ერთი მეტად მნიშვნელოვანი ნაკლი, სახელდობრ, დიფერენციაციისათვის, ე. ი. შედარებისათვის საჭიროა დრო, დრო ნიშანთა დაგროვებისათვის. შედარება რომ შეეძლოს საჭიროა ჯერ მივიღოთ ნიშნები და შემდეგ შევადაროთ. ეს მეთოდი კარგია მხოლოდ ქრონიკული დაავა-

დების შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფობა ითმენს, მაგრამ „მწვავე მუცლის“ შემთხვევაში მოცდა იმსათვის, რომ გამოვლინდეს რომელიმე ნიშანი, ან უკეთესი დიაგნოზის დასმის ლოდინი სიკვდილის თანაბარია. აქედან ცხადია, რომ ჩვენ დიფერენციალური მეთოდის არ გვაკმაყოფილებს.

სქემა № 1.

დიფერენციალური ნიშნები ნაწლავთა გაუფალოებასა და პერიტონიტის შორის

№ რიგზე	ნაწლავთა გაუფალობა	№ რიგზე	პერიტონიტი
1	დაწყება უცარი, უსიციხოდ. შემდეგ სიცხის თანდათანობით მატება, განსაკუთრებით გართულების შემთხვევაში, როცა დაერთვის პერიტონიტი.	1	ტემპერატურის სწრაფი აწევა, იშვიათად სუბფებრილი.
2	ავადმყოფის მდგომარეობა მოუხვენარაა.	2	ავადმყოფის მდგომარეობა მშვიდია.
3	მუცელი ხელით დაწოლისადმი არა მგრძნობიარეა; ზოგჯერ დაწოლა ამსუბუქებს ტკივილებს.	3	მუცელი ძლიერ მგრძნობიარე, მსუბუქ შეხებისადმიც კი.
4	უნებლიე ტკივილები ხშირად ძლიერდება შეტევებით.	4	უნებლიე ტკივილები თანდათან სუსტდება.
5	განავლოვანი პირღებინება ადრე იწყება.	5	განავლოვანი პირღებინება იშვიათად და გვიან.
6	მეტეორიზმი—თავიდანვე ადგილობრივი, თანდათანობით გრცელდება.	6	მეტეორიზმი თავიდანვე საერთოა.
7	ნაწლავთა მარყუქები გარკვევით ისინჯება.	7	ნაწლავთა მარყუქები არ ისინჯება.
8	პერისტალტიკა კარგადაა გამოხატული.	8	პერისტალტიკა არ აღინიშნება.
9	მუცელი რბილი.	9	მუცელი მაგარი (მუცლის კუნთების შეკუმშვა — დეფანსი).
10	გამონაჟონი არ არის, შემდეგ თან ერთვის, როგორც გართულება.	10	გამონაჟონი ბლომად.
11	ნაწლავის სანათურის მთლიანი დახშვა.	11	ზოგჯერ აირთა გამოცემა.
12	სლოკინი იშვიათად,	12	სლოკინი ხშირად.

ადრეული დიაგნოზის დასმისათვის ყველაზე უფრო მიზანშეწონილია ერთი ისეთი ნიშნის სინთეზი და ანალიზი, რომელიც ხარისხობრივად გაცილებით მეტის მომცემია, ვიდრე მრავალ ნიშანთა შეჯამება. „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზისათვის ყველაზე უფრო მისაღებია მსჯელობის დიალექტიკური მეთოდი. არის თუ არა ისეთი ხარისხობრივი ნიშნები, რომლებიც გვაძლევენ საშუალებას ადრე დავსვათ „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზი? რასაკვირველია არის. საჭიროა მათი ცოდნა, საჭიროა მათი გამონახვა მსჯელობის დიალექტიკური მეთოდით შეიარაღების საშუალებით, სინთეზისა და ანალიზის გზით.

ზემოთ ნათქვამის ნათელსაყოფად გაკვრით შევჩერდეთ მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა ძირითად ორ ფორმაზე: ნაწლავთა გაუვალობაზე და პერიტონიტზე. განვიხილოთ ამ დაავადებათა ნიშნების რაოდენობრივი მაჩვენებლების სქემა (იხ. სქემა № 1), შევაფასოთ ხარისხობრივი მაჩვენებლების მხრივ და გამოვყოთ ხარისხობრივად ფრიალ მნიშვნელოვანი ძირითადი წამყვანი ნიშნები, რომლებიც მოგვცემს „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზის ადრეულად დასმის საშუალებას.

როგორც ვხედავთ გაუვალობისა და პერიტონიტის ნიშნები იმდენად განსხვავდებიან და სავსებით ეწინააღმდეგებიან ერთმანეთს, რომ მათი ერთმანეთში არევა შეუძლებელია. ეს ასეა, რასაკვირველია, ადრეულ შემთხვევებში. ორი-სამი დღის შემდეგ ეს მოვლენები კიდევ უფრო მკვეთრად გამოძვლავნდება, მაგრამ ავადმყოფის მდგომარეობა კი ნაკლებ საიმედო იქნება.

როგორც № 1 სქემიდან ჩანს ნაწლავთა გაუვალობის ნიშნები მრავალია, ამიტომ ცხადია, რომ ჯერ ერთი—უბნის ექიმისათვის მათი დამახსოვრება ძნელია და მეორეც—უკლებლივ ყველა ამ ნიშნის ძებნა სასწრაფო დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში შორს წაგვიყვანს, ძვირფას დროს დაგვაკარგვინებს; მით უმეტეს, რომ დაავადება ყოველთვის ერთნაირად არ მიმდინარეობს. საჭიროა მათგან გამოიყოს ხარისხობრივად მნიშვნელოვანი რამდენიმე ნიშანი. ასეთი მუდმივი ნიშნებია:

1. ჭეცარი დაწყება.
2. შეტევითი (მოვლითი) ხასიათის ტკივილები.
3. პერისტალტიკა.

ზემოთ ჩამოთვლილი რაოდენობრივი ნიშნებიდან ყველაზე უფრო პათოგნოსტიკური და ხარისხობრივად ფრიალ მნიშვნელოვან-

ნი ნიშანია პერიტალტიკა, რომელიც უტყუარად მეტყველებს ნაწლავის სანათურში წინააღმდეგობის არსებობაზე.

მისწრაფება—გადალახულ იქნას წინააღმდეგობა, ყოველთვის გამოხატულია ილეუსისათვის დამახასიათებელ მძაფრ პერიტალტიკაში.

ნაწლავთა თვალსაჩინო პერიტალტიკა მეტად მრავალნაირია: ზოგჯერ ის გამოხატულია ძლიერ მკაფიოდ და მეორდება დროის ძლიერ მცირე მონაკვეთებში, ზოგჯერ ის ოდნავ შესამჩნევია ნაზი ტალღების სახით ნაწილობრივად შებერილ მუცლის ფონზე.

მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ნაწლავის მომტანი ნაწილის გაძლიერებული მოძრაობითი მოქმედება და პერიტალტიკა მოგვიანებით უკვე იცვლება დამბლით, რადგანაც ამ დროს პროცესში უკვე ჩათრეულია ნაწლავის ჯორჯალთა ნერვები და სისხლძარღვები. ამ შემთხვევაში დიაგნოზის დასმაში დაგვეხმარება ანამნეზში აღნიშნული პერიტალტიკა.

მაშასადამე, პერიტალტიკა აღინიშნება დაავადების საწყის სტადიაში და შეიძლება ხანგრძლივად აღინიშნებოდეს გაუვალობის ისეთი თორმის დროს, როდესაც ჯორჯალი თავისი სისხლძარღვებით ნაკლებად ჩათრეულია პროცესში და ილეუსის ზედმიწევნით დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს.

ამრიგად, თუ კი ექიმმა აღნიშნა პერიტალტიკა, მან ნაწლავთა გაუვალობის ურყევი დიაგნოზით სასწრაფოდ უნდა მოახდინოს ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია.

იმავ (№—1) სქემიდან ჩანს, რომ პერიტონიტის ნიშნებიც მრავალია. უკლებლივ ყველა ამ ნიშნებით ხელმძღვანელობა აქვს იმავე მიზეზის გამო მიუღებელია. გამოვყოთ ხარისხობრივად მნიშვნელოვანი სამი ნიშანი, ასეთი მუდმივი ნიშნებია:

1. მწვავე, უეცარი, მუდმივი ხასიათის ტკივილები.
2. მუცლის კუნთების შეკუმშვა (დეფანსი).
3. შოტკინის სიმპტომი.

ამ სამი ნიშნიდან ყველაზე ნაადრევი და ამასთანავე მუდმივია მუცლის კუნთების შეკუმშვა, რომელიც იწყება კუნთების რეფლექტორული შეკუმშვით და გადადის მთლიან კონტრაქტურაში, ანუ ე. წ. კუნთების ფიცრისებურ შეკუმშვაში.

ფიცრისებური მუცელი პერფორაციაზე მიუთითებს. ყოველი პერფორაცია კი პერიტონიტია. ამრიგად, თუ კი ექიმმა აღნიშნა მუცლის კუნთების შეკუმშვა (დეფანსი), მან მაშინვე უნდა აღიაროს პერიტონიტის დასაწყისის (პერფორაციის) არსებობა და მოახდინოს ავადმყოფის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია.

და ბოლოს შოტკინის სიმპტომი—მუცლის აპკის გაღიზიანება, ნელი პალპაციის შემთხვევაში ხელის სწრაფად მოცილებისას იძლევა მწვავე ტკივილებს. შოტკინის სიმპტომი ლაპარაკობს მუცლის აპკის გაღიზიანებაზე გამონაჟონით (სეროზული გამონაჟონი, ჩირქი ან სისხლი).

ამრიგად, შოტკინის სიმპტომიც პერიტონიტის დაწყებაზე

მიუთითებს, რის გამოც ამ სიმპტომის არსებობაც ავადმყოფის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას მოითხოვს.

როგორც ვხედავთ ნაწლავთა გაუვალობის და პერიტონიტის ნიშანთა რაოდენობრივი ჩამოთვლიდან ჩვენ გადავდით მათ ხარისხობრივ შერჩევაზე და შევძელით გამოგვეყო ზოგადად „მწვავე მუცლის“ სასწრაფო, ადრეული, გადაუდებელი დიაგნოზისათვის ხარისხობრივად ფრიად მნიშვნელოვანი ნიშნები:

1. პერიტალტიკა—უდრის გაუვალობას,
2. მუცლის კუნთების შეკუმშვა (დეფანსი)—პერფორაციას,

3. შოტკინის სიმპტომი—მუცლის აპკის გაღიზიანებას, მის ანთებას (გამონაყოფს მუცლის ღრუში).

თითოეული მათგანის არსებობა ცალ-ცალკე „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზის უტყუარი დამადასტურებელია და სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციისათვის ადრეულ საგანგაშო სიგნალს წარმოადგენს.

*

ჩვენს მოვალეობად ვთვლით, კიდევ მოვაგონოთ მკითხველს, ყურადღებით შეგროვილი ანამნეზის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ზუსტი დიაგნოზის დასმის საქმეში. ვინაიდან მცდარი დიაგნოზი უმეტეს შემთხვევაში დაუდევრად შეგროვილი ანამნეზის შედეგია და პირიქით, დაწვრილებითი ანამნეზი ობიექტურ მონაცემებთან ერთად მტკიცე დიაგნოზის საწინდარია.

ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ასაკსაც. როგორც ცნობილია თავისი ზრდისა და განვითარების პროცესში ადამიანის ორგანიზმი, იმყოფება რა გარემო პირობების გავლენის ქვეშ, ავადდება არა ერთნაირად. ანამნეზის შეკრების დროს საჭიროა გვახსოვდეს, რომ 15—40 წლის ასაკის მამაკაცს „მწვავე მუცელი“ უმეტეს შემთხვევაში უვითარდება აპენდიციტის, შემდეგ კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულის, ბოლოს—თირკმლის კენჭოვანი დაავადებების შეტევისა და ნაწლავების კვანძოვან ან მარყუშოვან წარმოქმნების ნიადაგზე.

40 წლის ზევით ასაკში მწვავე მუცლის უხშირესი მიზეზია კუჭის კალოზური პერფორირებული წყლული, შემდგომ ქოლეცისტიტი და ბოლოს—სიგმოიდური ნაწლავის გადაგრეხა ან სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობა.

ქალს 17—დან 40 წლამდე „მწვავე მუცელი“ უვითარდება პარაველ რიგში დანამატების მწვავე დაავადების, შემდეგ აპენდიციტის, ქოლეცისტიტის და ბოლოს ნაწლავთა დაავადების ნიადაგზე.

ბავშვობის ასაკში მუცლის მწვავე მოვლენები აიხსნება პარაველ რიგში ჭიებით (ასკარიდოზი), შემდეგ მწვავე აპენდიციტით. ინვაზინაციით, მეზენტერიტით და თანდაყოლილი დაავადებით (მეკელის დივერტიკული).

გადავივართ რა „მწვავე მუცლის“ ცალკე ფორმების განხილვაზე, ჩვენ აქ შევიჩერდებით ყველაზე უფრო გახშირებულ დაავადებებზე:

1. მწვავე, პერფორაციული აპენდიციტი,

2. კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულები,

3. მწვავე პერიტონიტი,
4. მწვავე პელვიოპერიტონიტი,
5. ნაწლავთა გაუვალობანი—ილევსები,
6. მწვავე დაავადებანი, რომელთაც თან ახლავთ სისხლის დენა მუცლის ღრუში.

7. კრილობა და დაქეჟილობა მუცლის არეში.

„მწვავე მუცლის“ ეს სახეები შეიძლება გაიყოს ორ ძირითად ფორმად: 1. ანთებადი პროცესები, რომლებიც წარმოიშვებიან მუცლის ღრუში და იწვევენ მუცლის ფარის მწვავე გაღიზიანებას, მის ანთებას—პერიტონიტებს. 2. პროცესები მუცლის ღრუში, დაკავშირებული ხშირად ნასკვების წარმოშობასთან ანუ ნაწლავთა გაუვალობანი.

1. მწვავე პერფორაციული აპენდიციტი.

აპენდიციტის შეტევები ნაადრევ ფორმაში ხასიათდება გაფანტული, დიფუზური ტკივილებით მუცლის არეში, რომელიც მეტად თუ ნაკლებად სწრაფად ლოკალიზირდება ილეოციკალურ არეში. ასეთი შეტევითი ხასიათის ტკივილებს ხშირად წინ უძღვის ნაწლავთა კვანძები და აშლილობანი, ზოგჯერ კი ანამნეზში ეს უკანასკნელი სრულიად არ აღინიშნება. ავადმყოფი წევს იძულებით მდგომარეობაში, ზოგავს მარჯვენა მხარეს. მარჯვნივ, ჰიპს ქვემოლ, მუცლის კუნთები ყოველთვის შეკუმშულია. ხშირად მარცხნივ გამოხატულია შოტკინის, სიმპტომი.

ასეთ შემთხვევაში ნუ დაამშვიდებთ თავის თავს და ირგვლივ იყოფთ მით, რომ ავადმყოფს არ აქვს პირღებინება, რომ პულსი კარგია, ტემპერატურა არაა მაღალი ან ავადმყოფი იცინის ან სძინავს, ნუ კარგავთ ღროს, ნუ ამბობთ, რომ ეს „რალაცნაირი კვანძებია“, ნუ მისცემთ ავადმყოფს სასაქმებელს, არამედ სთქვით პირდაპირ, რომ „აქ არის მწვავე აპენდიციტი პერიტონიალური მოვლენებით“, რადგან მუცლის კუნთების შეკუმშვა უდრის პერფორაციას. ნუ ელოდებით სისხლის ანალიზის მონაცემებს და ავადმყოფი სასწრაფოდ გაგზავნეთ ქირურგიულ განყოფილებაში.

მამასადამე მწვავე პერფორაციული აპენდიციტის სიმპტომთა სამეულაა:

1. მწვავე მძაფრი დაწყება.

2. მუცლის კუნთების მკვეთრად გამოხატული შეკუმშვა მარჯვნივ.

3. შოტკინის სიმპტომი მარცხნივ.

ეს ნიშნები საკმარისია დაუყოვნებლივი ოპერაციის ჩვენებისათვის.

როგორ უნდა მოიქცეს ექიმი ისეთი ავადმყოფის მიმართ, რომელსაც უკვე განვითარებული აქვს აპენდიკულარული ინფილტრატი.

ამ შემთხვევაში მკურნალობა კონსერვატიულია, მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ თუ ასეთ ავადმყოფს გამოუმჟღავნდება:

1. ძლიერი შემცივნება,

6. აპარის ექიმთა საზოგადოების შრომები.

2. ტემპერატურის სწრაფი მომატება,

3. უძილო ღამე—

ასეთ შემთხვევაში, მიუხედავად ინფილტრატისა, საჭიროა ოპერაციული ჩარევა.

მწვავე აპენდიციტის დროს ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ ირიბ განაკვეთს (ვოლკოვიჩის მიხედვით) კუნთების გადაჭრით, თუ ბრმა და ჭიანწლავის გამოტანა ძნელდება—აპენდექტომია ქისისებური ნაკერის გარეშე, წინააღმდეგ შემთხვევაში ქისისებური ნაკერი, ყრუ ნაკერი პერიტონეუმზე და ზოგჯერ—შუშის დრენაჟი ან ტამპონი კანქვეშ. ინფილტრატის შემთხვევაში მიდგომა ტრანსპერიტონიალურია; შემომსაზღვრელი ტამპონადა გრეკოვის მეთოდით, ჩირქგროვის გაკვეთა, ტამპონის ჩატოვება. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება ჭიანწლავის ძებნა ჩირქში.

2. კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის პერფორაციული წყლულები.

ამ დაავადებებს აქვთ ერთნაირი ნაადრევი ნიშნები: სრული სიმწვიდის დროს უეცრად თავს იჩენენ უმძლავრესი ტკივილები მუცელში, რაც ყოველ წუთთან ერთად ძლიერდება იმდენად, რომ ავადმყოფს არ აძლევს ამოსუნთქვის საშუალებას. მრულოდნელობისაგან ავადმყოფს სახე დაჰიმული აქვს და ხშირად დაფარული ცივი ოფლით. მუცელი ჩაზნექილია, რაც ჰიპს ქვემოთ ზოლის სახით გამოიხატება. მუცლის კედელი ჰიპის ზემოდ ფიცრისებურია. ღვიძლის მოყრუება დგას მაღლა. პულსი კარგია, ზოგჯერ ნელიც. ტემპერატურა თითქმის ნორმალურია. გაზების გამოყოფაც ხდება.

ამ შემთხვევაში ნუ იტყვით, რომ „ავადმყოფს აქვს შოკი“ ან „წყლულის შეტევები“, რომ საშიში არაფერია, რადგანაც ავადმყოფს არ აქვს ტემპერატურა, პირღებინება, არამედ ასტენიურ განგაში, დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ ქირურგი, ან უკეთესია გაგზავნოთ ავადმყოფი ქირურგიულ სტაციონარში, სადაც ქირურგი დაადსტურებს პერფორაციისათვის დამახასიათებელ სამეულს:

1. მძაფრი ტკივილები,
2. ფიცრისებური მუცელი (დეფანსი),
3. ღვიძლის მაღალი მდებარეობა.

ეს ნიშნები კუჭის დაავადების შესახებ ანამნეზის გარეშეც საკმარისია დაუყოვნებლივ ოპერაციის ჩვენებისათვის.

3. „მწვავე მუცლის“ სიმპტომოკომპლექსში საკმაოდ დიდი ადგილი უკავია სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეულ პერიტონიტებს.

პერიტონიტის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნიშანთაგანს წარმოადგენს მუცლის აპკის ანთება მუცლის ღრუს ორგანოების პერფორაციით გამოწვეული გამონაჟონი სითხით.

პერიტონიტის უადრეს ნიშნებს მიეკუთვნება სიმპტომა სამეული:

1. უეცარი დაწყება,
2. შნოტკინის სიმპტომი,
3. მზარდი დეფანსი,

შევჩერდეთ პერფორაციულ მუცლის ტიფოზურ პერიტონიტზე, როგორც ზოგადი პერიტონიტის სახეზე.

მესამე კვირის დამლევის ან მეოთხე კვირის დასაწყისში, როდესაც მუცლის ტიფით დაავადებული ავადმყოფი იწყებს თანდათან მოკეთებას ზოგჯერ უცებ იწყება ძლიერი ტკივილები მუცელში, პირისახე ეფარება ოფლით და ამ დრომდე მშვიდი ავადმყოფი იწყებს ყვირილს, მოუსვენრობაში ვარდება. გასინჯვისას თავიდანვე გამოვლინებულია შროტკინის სიმპტომი და მუცლის კუნთების მზარდი კონტრაქტურა.

ამ შემთხვევაში არ არის საჭირო ფიქრი მუცლის ტიფის რომელიმე სხვა გართულებაზე. არ სთქვამთ, რომ ავადმყოფმა კამა იმაზე მეტი, რაც მისთვის ნება დართული იყო. ან, რომ იწყება ტიფის რეციდივი, არამედ აღიარეთ, რომ ეს არის ნაწლავის პერფორაცია, ანუ პერიტონიტი. სწრაფად გამოუძახეთ ქირურგს და მასთან ერთად დადასტურეთ ზემოდ ჩამოთვლილი ნიშნების არსებობა (1. უეცარი, შოკის გამომწვევი ძლიერი ტკივილები, 2. შროტკინის სიმპტომი, 3. მუცლის კუნთების კონტრაქტურა).

თუ ლაბორატორული გამოკვლევა დაგვიანდება, ქირურგი იწყებს ოპერაციას: ირიბი განაკვეთი, როგორც მწვავე აპენდიციტის დროს, ან პარარექტალური; მონახვა ბრმა ნაწლავის, მისგან 25-30 სმ-ით წვრილ ნაწლავზე გადანაცვლება, პეიერის ფოლაქების ადგილზე ნახვრეტის მონახვა ნაწლავზე (უფრო მეტად ერთი, იშვიათად რამდენიმე), ამ ნახვრეტის ამოკერვა და მუცლის ღრუს ტამპონირება გრეკოვის მეთოდით (მხოლოდ ადრეულ შემთხვევებში სოლისებური რეზექცია და ყრუ ნაკერი).

ამრიგად, მწვავე პერფორაციული პერიტონიტების ადრეული სტადიის შესაწებ მასალების შეჯამებისას ჩვენ უნდა აღვნიშნოთ, რომ მწვავე პერიტონიტი ადრეულ სტადიაში არასოდეს არ არის ფიცრისებური მუცლის (დეფანსის) გარეშე. ეს მდენად ზუსტი ნიშანია, რომ არასოდეს არ შეიყვანს ექიმს შეცდომაში. რასაკვირველია, ეს ხარისხობრივად ფრიად ღირსშესანიშნავი ნიშანი იწყებს გაუფერულებას ნაგვიანვე შემთხვევაში, როდესაც ხანძარი ედება მუცლის ღრუს მთლიანად.

4. რაიონის ქირურგი ვალდებულია კარგად ერკვეოდეს მწვავე გინეკოლოგიურ დაავადებებში, სავსებით ეუფლებოდეს ვაგინალურ გასინჯვას.

რაიონის ქირურგს აუცილებლად უნდა მოეთხოვოს პასუხი, თუ ის მხედველობიდან გაუშვებს „მწვავე მუცელს“—პელვეოპერიტონიტს, გამოწვეულს შემოგრეხილი კისტათი, საკვერცხე მილის გასკდომით, ანდა დანამატების მწვავე ჩირქოვანი დაავადებით.

დადასტურებულია, რომ მწვავე პელვეოპერიტონიტები უფრო ხშირად გონორეის ინფექციის ნიადაგზე იწყება ისევე უცებ, როგორც სხვა დაავადებები „მწვავე მუცლის“ შემთხვევაში, მხოლოდ სიმპტომთა სამეული აქ სხვაგვარია, სახელდობრ:

ნაწალკათა გაუვალობა

დ ი ნ ა მ ი უ რ ი		მ ე ქ ა ნ ი კ უ რ ი	
ა) პარალელური ფორმა		ბ) სპასტური ფორმა	ბ) თბურთაიული ფორმა
I.			
1. მუცლის ღრუს ოპერაციის შემდეგ			I. ნაწლავზე დაწოლა გა- რედან
2. ზანგოლივი ჩაქვდა			II. ნაწლავის სანათლის დაცობა შიგნიდან
3. ზურგის ტვინში ცვლილებე- ბის დროს			III. შევიწროვება ა) ავთვისები- ანი } სიმსი- ბ) კეთილთვისე- ბები } ენები
4. მომტან ნერვებში ცვლილე- ბების დროს			
II.			
რეფლექტორული ხასიათის			
1. მუცელზე დარტყმის შედეგად		I. ჩაქვდა 1. გარეგანი ჩაქვდა 2. შინაგანი ჩაქვდა ა) ნაწიბური და შეზორ- ცები ბ) ბადეონის შეზორცე- ბები გ) ჭიანჭაწლავის წვეროს მეზორცეები დ) მეფლის დიეტრი- კული ე) დანაშაუბების დაგადე- ბასთან დაკავშირებუ- ლი ჩაქვდა ვ) შიგნითა თიაქარი	IV. ნაწლავი მოყვცა შე- ხორცებისა და ჯო- რჯალთა ხერხელების ნიადაგზე
2. ბადექონის ჩაქვდის შედეგად			V. ნაწლავთა გადგრება ¹
3. სათესლეზე ან სავერცხვე დაწოლა		II. ცილფუფსი (ნაწლავთა გა- დაგრება) ¹	VI. ინვანაცია ¹
4. დიაფრაგმალური პლევრიტი		III. იზაგინაცია (ნაწლავთა გრ- თი მეორეში ჩაქვდა) ¹	
III.			
ურემიული ხასიათის			
IV.			
სეპტიური ხასიათის			
1. ადგილობრივი პერიტონიტი			¹ როცა შემოიგრება ან ჩაქვდა მხოლოდ ნაწლავი ჯორჯლის გარეგნე.
2. ზოგადი პერიტონიტი			
3. ემბოლია (ჯორჯალთა სი- ვების დროს)			
4. თრომბოზი (სწლავრღებისა და სხვა)			

შენიშვნა: სტრანგულაციის დროს ოპერაცია დაუყოვნებლივ დიაგნოზის დასმისთანავე. სიკვდილიანობა იზრდება 1%-ით
დაყოვნების ყოველ ერთ საათზე. თბურთაიის დროს დასაშვებია თაქვებზე მშვიდი თერაპია ორი საათის განმავლობაში.

1. მწვავე ტკივილები მუცლის ქვემოდ თმის ნაწილის ზევით თანაბარია ორივე მხრიდან.

2. მკვეთრად გამოხატული შჩოტკინის სიმპტომი ორივე მხრით.

3. დეფანსი არაა გამოხატული.

თუ კი დანამდვილებით დაისვა დიაგნოზი პელვეოპერიტონიტისა, მაშინ საერთოდ მიღებული ტაქტიკა—კონსერვატული მკურნალობაა.

მხოლოდ შეეჭვება, რაც გადაუწყვეტელი რჩება განმეორებითი გამოკვლევებითა და ორი დღის განმავლობაში წარმოებული დაკვირვებითაც, მაღალი ე. დ. რ.-ის არსებობა საქმეს ოპერაციის სასარგებლოდ სწყვეტს.

5. „მწვავე მუცელში“ შედის აგრეთვე დაავადებათა მთელი წყება, რომელთაც აქვთ ის საერთო, რომ მათ პათოგენეზში განსაკუთრებულ როლს თამაშობს მექანიკური მომენტი, რომელიც იწვევს ნაწლავის სანათურის მეტად თუ ნაკლებად დახურვას და ხშირად პირობადებულია ჯორჯალთა სისხლძარღვებზე და ნერვებზე დაწოლით.

დაავადებათა ამ ჯგუფს აერთიანებს ნაკრები ცნება „ილეუსი“ (ნაწლავთა გაუვალობა). ნაწლავის გაუვალობა წარმოადგენს მეტად საშიშ დაავადებას, რომლის საფუძველია წერილი ან მსხვილი ნაწლავების გამტარობის მწვავე დარღვევა; იმისდამიხედვით, თუ რა ითვლება გაუვალობის მიზეზად, ნაწლავთა გაუვალობის მთავარი ფორმები ჩვეულებრივ იყოფა შემდეგ ჯგუფად (იხილეთ სქემა №-2).

ყველა ჯგუფის მიმართ მოქმედებისათვის სახელმძღვანელო ძირითად ნიშნებად ჩაითვლება:

1. უეცარი დაწყება,

2. შეტევითი (მოვლითი) ხასიათის ტკივილები,

3. პერისტალტიკა,

რომელთაგან ყველაზე უფრო ხარისხობრივი და პათოგნოსტიკური ნიშანია პერისტალტიკა ამის შესახებ ზევით გვქონდა საუბარი).

გაუვალობის არა მარტო აღნიშნული მიზეზებით ხასიათდება „მწვავე მუცელი“, არამედ მნიშვნელობა აქვს მეზენტერიალური სისხლის მიმოქცევის დარღვევის ხარისხსაც. ამ თვალსაზრისით არჩევენ ორ ჯგუფს: 1. ობტურაციულს და 2. სტრანგულაციურს.

მხოლოდ საჭიროა დავიმახსოვროთ, რომ, როდესაც ლაპარაკია ობტურაციის შესახებ, მხედველობაში გვაქვს ნაწლავის სანათურის დახშობა ჯორჯალის დაუზიანებლად, ხოლო როცა ლაპარაკია სტრანგულაციზე—მხედველობაში გვაქვს ნაწლავის „მოხრჩობა“ ე. ი. ჯორჯალის დაზიანებაც. ამის შესაბამისად „მწვავე მუცლის“ ნაადრევი ნიშნები გაუვალობის შემთხვევაში ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან (იხილეთ სქემა №-3).

რადგან ეს შრომა შემოსაზღვრულია „მწვავე მუცლის“ მხოლოდ სასწრაფო დიაგნოსტიკით, ჩვენ არ შევჩერდებით გაუვალობის ცალკე სახეებზე მისი ანატომიური და კლინიკური დიაგ-

ქირურგიული ნიშნები სტრანგულაციისა და ობტურაციის
შოკის

№ რიგზე	სტრანგულაცია	№ რიგზე	ობტურაცია
1	დაწყება უეცარი, მძაფრი.	1	დაწყება წყნარი.
2	მეტეორიზმი—ნადრევი: მუდამ მნიშვნელოვანი ვალის ნიშანი.	2	უერთდება გვიან, საგრძნობლად სუსტად გამოხატული.
3	პერისტალტიკა — გაძლიერებული არაა, ჩაჭედვით მარყუჟში არც კი აღინიშნება.	3	ძლიერ გამოხატულია დაბრკოლების ზემოქმედება.
4	შოკი—ნადრევი, მკაფიოდ გამოხატული.	4	არ არის; გვიან კოლაპსი.
5	ტკივილი—ძლიერი, მუდმივი.	5	ტკივილი დრო გამოშვებით.
6	პირღებინება—ხშირი დასაწყისიდანვე (რეფლექტორული).	6	გვიან, ხშირად განავლოვანი (შეპანიკური).
7	სიმსივნე—აღინიშნება უმეტესად ინფეგინაციის დროს (გარკდან ახ ჯკანა ტანიდან გასინჯვისას).	7	ხშირია (ავთვისებიანი და სხვა განავლოვანი მასები, ნაწლავის კენჭები).
8	პულსი — არაღამაკმაყოფილებელი თავიდანვე.	8	ღამაკმაყოფილებელი.

ამ დროს მოქმედებისათვის სახელმძღვანელო სიმპტომთა

სამეული ასეთია:

ობტურაციის შემთხვევაში:		სტრანგულაციის შემთხვევაში:	
1	წყნარი დაწყება.	1	მძაფრი დაწყება.
2	პულსი მუდამ კარგია (100-მდე).	2	პულსი მუდამ ხშირი (100-ის ზევით), სუსტი.
3	პერისტალტიკა ნათლად გამოხატული და თან ახლავს შეტევი (დროგამოშვებითი) ტკივილები.	3	პერისტალტიკა სუსტია ან არაა, ხშირად უძრავად დევს შებერილი მარყუჟი (ვალის ნიშანი), ტკივილები მუდმივი ხასიათისაა.

ნოზის ჩვენებით. ეს იმიტომ, რომ თუ ნაწლავთა მწვავე გაუვალობით დაავადებული ავადმყოფი სასწრაფოდ მოთავსებულია სტაციონარში, ე. ი. უბნის ან რაიონის ექიმის მიერ უკვე შესრულებულია მთავარი საქმე ამ დაავადების შემთხვევაში, გაუვალობის დეტალიზაცია უკვე სტაციონარის საქმეა, სადაც ჩვენ არაუმეტეს ორი საათის განმავლობისა უნდა შევძლოთ, როგორც კლინიკური ისე ანატომიური დიაგნოზის დასმა და საბოლოოდ გამოვიტანოთ გადაწყვეტილება ოპერაციის შესახებ.

6. „მწვავე მუცლის“ შემდეგი მძიმე განყოფილება არის სისხ-

ლის დენა შინაგანი ორგანოებიდან, რასაც იწვევს, როგორც ორგანიული დაავადება, მაგალითად კუჭის წყლული, ისე დაქვეითობანი ან კრილობები, როგორც მაგალითად ელენთის გასკდომა და სხვა. ამიტომ საჭიროა გამოირკვეს სისხლის დენა ხდება კუჭნაწლავის ტრაქტში ან შარდის გამომყოფ ორგანოებში, თუ თავისუფალ მუცლის ღრუში.

რადგან სისხლის ყოველ შეცარ დაკარგვას თან ახლავს შოკი, საჭიროდ ვთვლით შეეჩერდეთ „შოკის“ ცნების მოკლე განმარტებაზე, მით უმეტეს, რომ ამჟამად ხშირად გვესმის „ავადმყოფი მსუბუქე შოკშია“, ან „ოპერაციის გაკეთება არ შეიძლება, რადგან ავადმყოფი მძიმე შოკშია“. ავადმყოფს აქვს „კოლაპსი“ ზოგჯერ „შოკის მდგომარეობა“, ერთი სიტყვით ეს ცნებები ისე ირევიან ერთმანეთში, რომ ხშირად აბნევენ ექიმს.

ამასთან საჭიროა ვარჩევდეთ გულისწასვლას, შოკს და კოლაპსს ერთმანეთისაგან.

გულისწასვლა რეფლექტორული რეაქციაა ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრიდან, იწვევს ტვინის მწვავე სისხლნაკლებობას; თან ახლავს ცნობიერების სრული დაკარგვა, რაც სწრაფადვე გაივლის.

გულისწასვლა ეს არის პაუზა ცხოვრებაში. მაგალითისათვის მოვიყვანოთ ასეთი შემთხვევა: ავადმყოფს ყურს ვუხვევთ დამჯდარ მდგომარეობაში, უცებ შეხვევის დამთავრებისას ავადმყოფი დეარდება, გაფითრდება, კარგავს ცნობიერებას, მაგრამ ერთი წუთის შემდეგ თვითონვე წამოდგება და მიდის.

სულ სხვა მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე შოკის შემთხვევაში. ეს მთელი ორგანიზმის უმძიმესი რეაქციაა. შოკი ზურგის და მოგრძო ტვინის რეფლექტორული გამოფიტვაა ცნობიერების შენარჩუნებით, პირობადებული არტერიული და ვენოზური სისხლის მიმოქცევის უეცარი დაცემით, ყველა სასიცოცხლო ფუნქციების მკვეთრ დაცემასთან ერთად, შედეგად ვახმოტორული სისტემის ტონუსის დაცემისა, ან, უბრალოდ—დამბლისა, ცირკულირებული სისხლის რაოდენობის შემდგომი შემცირებით. ავადმყოფი წევს სრულიად გაფითრებული, დაფარულია ცივი ოფლით, პულსი არ ისინჯება. პირველ სტადიაში—დასაწყისში, ის აღელვებულია, ჟფრო გვიან, მეორე სტადიაში ის წყნარადაა, არაფერს უჩივის, შევლასაც კი არ ითხოვს, მაგრამ სრულ ცნობიერ მდგომარეობაშია.

კოლაპსი შოკზე გაცილებით უფრო საშიში მოვლენაა. კოლაპსიც რეფლექტორული გამოფიტვაა, მაგრამ შოკისაგან განსხვავებით ორგანიზმის ძალების უეცარი რეფლექტორული გამოფიტვა, რაც გამოწვეულია გულის მოქმედების უეცარი დაცემით, ცნობიერების სრულ დაკარგვასთან ერთად. ავადმყოფი უცებ ჩერდება, კარგავს ცნობიერებას, ჩნდება ციანოზი, არ ისინჯება პულსი, არ მოისმინება გულის ტონები.

შინაგანი სისხლის დენის დროს ჩვენ გვაქვს შოკის ნიშნები.

ექიმს უფრო ხშირად ავადმყოფის ნახვა უხდება შოკის მეორე სტადიაში. კუჭიდან სისხლის დენისას შოკი ადრე ვლინდება, პულსი თანდათან სუსტდება, ხდება ძაფისებური. პირისაზე უფითრდება, ეფარება ოფლით; პირღებინებისთანავე შოკის მოვლენები გაქრობას იწყებს. სახლში პირველი დახმარებაა მორფიუმის გაკეთება კანქვეშ; მაგრამ არავითარ შემთხვევაში არ უნდა იქნას დაშვებული ქაფური ან კოფეინი.

ავადმყოფი უნდა იყოს სრულ სიწყნარეში, უნდა მიეცეს ვიტამინი „კ“, ცივი საფენები, კალციუმი ვენაში, გაესინჯოს სისხლის წნევა. თუ უკანასკნელი არის 130—120 და მინიმუმი 70—60, მაშინ არ არის საჩქარო ტრანსპორტირება. ავადმყოფი დატოვებული უნდა იქნას ადგილზე და შოკის წინააღმდეგ ღონისძიებათა ჩატარების შემდეგ წაყვანილი უნდა იქნას სტაციონარში. იქ, სტაციონარში, უნდა გაგრძელდეს შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებანი, გაიზომოს სისხლის წნევა ყოველ ორ საათში და თუ ექვსი საათის განმავლობაში სისხლის წნევა არ ეცემა 120/60-ქვევით, ავადმყოფს არ შევეხოთ, დაეტოვოთ ზერაპიულ სტაციონარში და განვაგრძოთ სისხლის წვეთობრივი გადასხმა.

თუ, მიუხედავად მიღებული ღონისძიებებისა, სისხლის წნევა ეცემა 100-90/60-მდე, ავადმყოფი საჩქაროდ უნდა გადავიყვანოთ ქირურგიულ სტაციონარში, გავაგრძელოთ შოკის წინააღმდეგ ყველა ღონისძიებანი, ლიაპისის ხსნარით კუჭის ფრთხილად ამორეცხვამდეც კი და ვიყოთ მზად ოპერაციული ჩარევის საჭიროებისათვის.

ავადმყოფს მიეცეს შიგნით ბისმუტი თითო გრამი დღეში ექვსჯერ, ვიტამინი „კ“, ქელატინა, კალციუმი; დაენიშნოს დიეტა იაროცკ-სპასოკუოცკის მიხედვით და თუ 6-12 საათის განმავლობაში შენიშნული იქნება შესამჩნევი გაუმჯობესება—ოპერაციის დაჩქარება არ არის საჭირო. ამჟამად ქირურგთა უმეტესობა სისხლის დენის დროს აღარ მიმართავს ოპერაციას (ოპერაცია დასაშვებია, როგორც იშვიათი გამოწაკლისი), არამედ ამ შემთხვევაში უპირატესობას ანიჭებს ავადმყოფის გამოყვანას შოკის (და მისი შედეგების) მდგომარეობიდან, რის შემდეგ მიმართავენ ოპერაციას.

რაც შეეხება სისხლის დენას თავისუფალ მუცლის ღრუში, გამოწვეულს პარენქიმატოზული ორგანოების დაქუჩილობით ან გახევით, ლულის გასკდომით, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს, ან საშვილოსნოს გახევიტ მშობიარობის დროს, ასეთ შემთხვევებში ერთდროულად შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებების ჩატარებასთან ერთად საჭიროა ოპერაციის სასწრაფოდ დაწყება.

შინაგანი სისხლის დენის ნაადრევი ნიშნებია:

1. მწვავე სისხლნაკლებობის უეცარი განვითარება
2. შოკი,

3. კარგად გამოხატული შინოტკინის სიმპტომი, მუცლის ღრუში სისხლის ჩაქცევის დროს (კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში სისხლის დენის დროს, მუცლის მხრივ არავითარი სიმპტომი არაა გამოხატული).

როდესაც მუცლის ღრუს დახურული დაზიანების დროს ძნელია გადაწყვეტა იმისა, თუ რასთან გვაქვს საქმი—მუცლის ღრუს ორგანოების კრილობასთან თუ დაზიანებასთან, ავადმყოფს ვერ დავტოვებთ სახლში. მუცლის ყველა დაჟეჟილობა, მით უმეტეს დაჟეჟილობა მიღებული ცხენისაგან მუცელზე ჩაწიხვლის შედეგად, ან სხვა საგნებით დარტყმით გამოწვეული, დაუყოვნებლივ უნდა იქნას ჰოსპიტალიზირებული.

7. თუ მუცლის დახურული დაზიანების შემთხვევებში ნაწლავის გასკდომის ექვების დასადასტურებლად სტაციონარში დასაშვებია ლოდინი, ტყვიით ან დანით გამოწვეული მუცლის გახსნილი კრილობების დროს საჭიროა სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა.

სასწრაფო დახმარების ან უბნის ექიმისათვის ყოველთვის პრობლემას წარმოადგენს რა მოუხერხოს ავადმყოფს, რომელიც წევს გამოვარდნილი ბადექონით ან ნაწლავებით, როგორ მოახერხოს მისი მიყვანა სტაციონარში.

თავდაპირველად საჭიროა მორფიუმის შეყვანა (უკეთესია პარდაპირ ვენაში, ის სწრაფად იმოქმედებს), ავადმყოფის ადგილიდან წამოუწველად კრილობის მიდამოს ტანსაცმელიდან განთავისუფლება.

გამოვარდნილი შიგნეულობანი (ბადექონი ან წვრილნაწლავთა მარყუჟები) იმ ეტაპზე, როდესაც შეუძლებელია რადიკალური ოპერაციის ჩატარება, ან არ შეიძლება ამ ოპერაციის ბოლომდე მიყვანა, სადაც არ არის შესაძლებლობა კრილობის უბრალო დამუშავების ლაპარატომიაში გადაყვანისა—არ შეიძლება შეყვანილ იქნას მუცლის ღრუში, არ შეიძლება მოიკეროს ის, რადგან ამ გზით მოსალოდნელია ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესება ინფექციის შეყვანით.

რა უნდა წარმოადგენდეს ამ შემთხვევაში ექიმის ყურადღების მთავარ საგანს?

1. რომ გამოვარდნილი ორგანოები კიდევ უფრო არ გამოვარდეს.

2. რომ გამოვარდნილი ორგანოები არ შებრუნდეს მუცლის ღრუში.

რა უნდა გაკეთდეს ამისათვის?

1. ნაწლავები გულმოდგინეთ უნდა იქნას შემოფარგლული სტერილური შესახვევი მასალით ოთხივე მხრიდან (გვერდებიდან, ზევიდან და ქვევიდან) მათი დაცურების საშისროების ასაცილებლად.

2. ნაწლავი რომ არ გაშრეს, უნდა დაიხუროს ზევიდან გაუმტარი ქსოვილით, ჯერ სტერილური სალფეთით, შემდეგ მუშაობით, ან გასართული ქაღალდით.

3. კრილობა მკიდროდ იქნას შეხვეული და ავადმყოფი დაუყოვნებლივ გადაყვანილ იქნას სტაციონარში.

რამდენიმე სიტყვა იმის შესახებ, თუ როგორ მოვექცეთ ასეთ ავადმყოფს სტაციონარში. სანიტარული დამუშავების გარეშე,

ტანსაცმელიდან განთავისუფლების შემდეგ ავადმყოფი ნახვევის მოუხსნელად გაყვანილ უნდა იქნას საოპერაციო მაგიდაზე. გაუკეთდეს ვენაში მორფიუმი 1%-ერთი გრამი და გეკსენალის ვენური ნარკოზის ქვეშ შევუდგეთ ჯერ ტუალეტს.

გეკსენალის ნარკოზის უპირატესობა გამოიხატება იმაში, რომ ავადმყოფი იძინებს აუღელვებლად (თუ გეკსენალი არ არის, მაშინ —ადგილობრივი ანესტეზია), ინგალაციური ნარკოზის დროს კი ავადმყოფი იზინთება და ნაწლავთა გამოვარდნა მატულობს.

უკვე გამზადებული ხელებით, იმის შემდეგ, რაც მოიხსნა ნახვევი, გამოვარდნილი შიგნეული გაიხვევა მარილიან ცხელ სალფეტებში და ხელში იჭერს ოპერატორი, თანაშემწე ამზადებს კანს: პარსავს, წაუსვამს იოდს, შემოფარგლავს სტერილური მარლით, მიღის ხელახლა ხელის დასაბანად, ან შეუძლია ჩამოიცვას ხელთათმანები. შემდეგ ოპერატორი ათვალღერებს გამოვარდნილ ნაწლავებს (ნაკერი ან რეზექცია—ჩვენების მიხედვით). ამის შემდეგ ფართოვდება ჭრილობა—ლაპარატომია, ტარდება მუცლის ღრუს მთლიანი რევიზია. ამასთან ერთდროულად ხდება ჯერ ფიზიოლოგიური ხსნარის, შემდეგ გლუკოზის და, თუ საჭირო დარჩა, სისხლის გადასხმა.

უსაფუძვლოა ზოგიერთების აზრი, რომ დაჭრილებს შოკის მდგომარეობაში ოპერაცია არ გაუკეთდეს. თუ მოკლე ხნის განმავლობაში (ოპერაციისათვის მომზადების დროში) შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებანი ეფექტს არ იძლევა, მეტის ლოდინი შეუძლებელია. სიტყვაც აღარ უნდა დაიძრას შოკის შესახებ, ნუ ვფარავთ ამ სიტყვის უკან ჩვენს გაუბედაობას ან შიშს. თქმა: „შოკი მეტად ღრმაა, ავადმყოფის ოპერაცია არ შეიძლება.“ ყოველად მიუტევებელია. პირიქით უნდა ვთქვათ: „ავადმყოფი დაიდუპება შინაგანი სისხლისდენისაგან, თუ დროულად არ გაუკეთდა ჰემოსტაზი, ანუ ოპერაცია!“

*

„მწვავე მუცლის“ მოკლე მიმოხილვის დამთავრებისას უნდა აღვნიშნოთ, რომ „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზის დასმის დროს, სასწრაფო ოპერაციული ჩარევის გადაწყვეტისას ყოველთვის უნდა იქნას გათვალისწინებული და გამორიცხული ხოლეცისტიტი, ხოლელითიაზი, თარკმლის კენჭები, ოვარიალური შოკი.

ამჟამად ზოგიერთი ქირურგი ნაადრევი ოპერაციის თვალსაზრისით მწვავე ხოლეცისტიტებს ისევე უდგება, როგორც მწვავე აპენდიციტებს, თუმცა ეს საკითხი საბოლოოდ ჯერ კიდევ არ არის გადაწყვეტილი. ქირურგთა დიდი უმრავლესობისათვის დღეს საკითხი დგას არა ადრეული ოპერაციის შესახებ მწვავე ხოლეცისტიტების შემთხვევაში, არამედ ხოლეცისტიტების ადრეული დიაგნოზის შესახებ.

ჩვენ არ შევხებივართ „მწვავე მუცლის“ სხვა ნიშნებს, როგორცაა ტემპერატურა, პულსი, სისხლის სურათი, იმიტომ, რომ ეს ნიშნები არ არიან მუდმივი და მწვავე შემთხვევებში მხოლოდ

მათზე დაყრდნობა, რასაკვირველია, ვერ ნათელყოფს ჰემმარიტ მდგომარეობას.

მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ სტაციონარში „მწვავე მუცლის“ დროს ჰემოგრამის დიდი მნიშვნელობა არ უნდა იქნას უგულვე-ბელყოფილი სიჩქარისა და გადაუდებლობის გამო.

ასევე აუცილებელია რენტგენოსკოპიაც, თუ კი ავადმყოფის მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა.

ჰემოგრამის ანალიზი კლინიკური გამოკვლევის უძვირფასესი დამატებითი მეთოდია.

ამრიგად ყურადღებით შეგროვილ ანამნეზთან და ობიექტურ მონაცემებთან ერთად ჰემოგრამის სწორი ანალიზი მტკიცე საფუძველს ქმნის დაავადებათა და, კერძოდ კი, მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა საიმედო დიაგნოსტიკისათვის.

„მწვავე მუცლის“ მოკლე მიმოხილვის დამთავრებისას ჩვენ ერთხელ კიდევ გვინდა აღვნიშნოთ, რომ ამ მიმოხილვის ძირითადი მიზანია მუცლის მწვავე ქირურგიული დაავადებისადმი ყურადღების განსაკუთრებული გამახვილება.

ამგვარი მიმოხილვები, შეხედულებათა ხშირი გაცვლა-გამოცვლა, მკდარი დიაგნოზების და სიკვდილის შემთხვევების დაბეჭდვით განხილვა დაიცავს ექიმს შეცდომისაგან და დააყენებს მას დიაგნოსტიკის სწორ გზაზე.

ამრიგად, ჩვენი მიმოხილვის უმთავრესი დანიშნულებაა—მისცეს ექიმს ადრეულ დიაგნოზთან ახლოს დადგომის საშუალება, უბნის და რაიონის ექიმების ცოდნა, მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკის საკითხში, ასწიოს ექიმ ქირურგთა ცოდნის დონემდე.

მთელი იმ სერიოზული მდგომარეობის გათვალისწინებისათვის, რასაც ადგილი აქვს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა დროს, ყოველ ექიმს უნდა ესმოდეს საექიმო ტაქტიკის ზოგადი პრინციპი „მწვავე მუცლის“ შემთხვევაში:

1. ავადმყოფი დაუყოვნებლივ უნდა იქნას ჰოსპიტალიზირებული თუ ადგილი აქვს პერისტალიტიკას, მუცლის პრესის შეკუმშვას, ან შოტკინის სიმპტომს, რადგან უნდა გვახსოვდეს, რომ: პერისტალიტიკა უდრის გაუვალობას, პრესის შეკუმშვა (დეფანსი) პერფორაციას, შოტკინის სიმპტომი—მუცლის აპკის გაღიზიანებას, მის ანთებას, (გამონაჟონს მუცლის ღრუში).

2. არ მიეცეს ავადმყოფს სასაქმებელი და ნარკოტული საშუალებანი, სანამ არ იქნება გადაწყვეტილი ავადმყოფის ოპერაციული თუ კონსერვატიული საშუალებებით მკურნალობის საკითხი.

3. საექმო შემთხვევაში კონსულტაციისათვის გამოძახებულ იქნას ქირურგი.

4. სტაციონარში დიაგნოზის დასაზუსტებლად დაველოდოთ არა უმეტეს 2 საათისა, შეეცემა კი უნდა გადაწყდეს ოპერაციის სასარგებლოდ.

5. თუ სტაციონარში რაიმე მიზეზით „მწვავე მუცლით“ და-

ვადებულს ოპერაცია მაშინვე არ გაუკეთდება, აუცილებელია მოგვარებულ იქნას გამოცდილი ქირურგის დაკვირვება ყოველ 2 საათში დღე-ღამის განმავლობაში.

6. ამა თუ იმ გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ ავადმყოფს უნდა მიეცეს მორფი ზედმეტი წვლებისაგან მისი დაზღვევის მიზნით.

7. მაქსიმალური ჩაფიქრება და სიფრთხილე, დაკავშირებული სისწრაფესთან, რაც, რასაკვირველია, არ უნდა მოხდეს სიზუსტის ხარჯზე—„მწვავე მუცლის“ აღრეული დიაგნოზის გამარჯვების საწინდარია.

Доктор В. Ф. МАКАЦАРИЯ

заслуженный врач Грузинской ССР

доктор В. Т. ЧХАИДЗЕ

К вопросу о ранней диагностике острых хирургических заболеваний брюшной полости

В работе подробно описана картина отдельных видов острых хирургических заболеваний брюшной полости; поэтому эта работа представляет собой краткое руководство для врачей, работающих на селе.

მალარიის შემთხვევა მკვეთრი კლინიკური ლიათუზის სიმპტომოკომპლექსით

მალარია ინფექციური სნეულებაა და გავრცელებულია მთელი დედამიწის ზურგზე. სხვა ინფექციებს შორის მალარიას, დაავადებულთა რაოდენობის მიხედვით, პირველი ადგილი უკავია. მალარიით ავადდება ყოველი ასაკის ადამიანი. ამჟამად ყველას მიერ აღიარებულია თანდაყოლილი ანუ კონგენიტალური მალარიის არსებობა. ამ უკანასკნელის სასარგებლოდ ლაპარაკობენ ჯერ კიდევ ძველი დავირებანი, რომელთა მიხედვით, არა იშვიათია შემთხვევა, როდესაც მალარიით დაავადებული დედები შობენ ბავშვებს მალარიის აშკარა დამახასიათებელი ნიშნებით, როგორცაა: დიდი ელენთა, კახექსია, ანემია, კანის დამახასიათებელი შეფერილობა და სხვა. მას შემდეგ კი, რაც ახალშობილთა სისხლში დაბადების პირველ დღეებში და აბორტის შემთხვევაში დღენაკლულ ნაყოფთა სისხლში ნახული იქნა მალარიის პლაზმოდები, თანდაყოლილი მალარიის არსებობაზე ეჭვი არავის არ შეაქვს..

მალარიის მიმდინარეობაში განსაკუთრებულ თვალსაჩინო რეაქციას და ცვლილებებს სისხლი და რეტეკულო-ენდოთელური სისტემა განიცდის. ტარნოგრადსკის თქმით, არ არსებობს მალარია სპლენიტის, ჰეპატიტისა და ანემიის გარეშე. ელენთა მალარიით დაავადებისთანავე განიცდის მთელ რიგ ცვლილებებს: უპირველეს ყოვლისა ხდება მისი გადიდება. ელენთის გადიდების ინტენსივობა, ჯერ ერთი, დამოკიდებულია მალარიის ფორმაზე (ყველაზე უფრო დიდდება ელენთა სამღლიური მალარიის დროს). გარდა ამისა, იგი დამოკიდებულია: ავადმყოფის ასაკზეც. ახალგაზრდა ორგანიზმში ის უფრო გამოხატულია. ვიდრე 50 წლის ასაკის შემდეგ, ვინაიდან ამ დროს ხდება ელენთის ფიზიოლოგიური ინვოლუცია. გადიდებული ელენთის კავსულა დაჭიმულია, განაკვეთზე სისხლსავსე და რუხი წითელი ფერისაა. ელენთის გადიდებასთან ერთად ხდება ღვიძლის გადიდებაც, მეტ-ნაკლები ინტენსივობით. ქრონიკულ შემთხვევებში ცნობილია მალარიული სპლენომეგალიები, როდესაც ელენთას თითქმის მთელი მუცლის ღრუ უკავია, აგრეთვე არ არის იშვიათი ჰეპატიტები და ღვიძლის ციროზიც. მალარიის პლაზმოდები, როგორც სისხლის პარაზიტები, დიდ ცვლილებებს იწვევენ აგრეთვე სისხლის შემადგენელ ნაწილებში. ზოგჯერ ეს ცვლილებები იმდენად ინტენსიურია, რომ თავისებურ, დამახასიათებელ ფერს აძლევს ავადმყოფს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობის სიმძიმის მიხედვით სხვადასხვაგვარი ცვლილებები ხდება სისხლის შემადგენელ ნაწილებში, ასე მაგ., ჰმირად ერითროციტების (მალარიის ძირითადი სალოკალიზაციო ადგილი) რიცხვი 2-3 ჯერ კლებულობს, ხოლო ჰემოგლობინის დაქვეითება კიდევ უფრო მკვეთრია. ლეიკოციტების მხრივ აღსანიშნავია ლეიკოპენია, იშვიათად ლეიკოციტოზიც. თრომბოციტები (ბიცოცეროს ფორფიტები) მწვავე მალარიის შემთხვევებში ზომიერად კლებულობს, იშვიათად შეიძლება თრომბოციტების რაოდენობა 40.000-დე შემცირდეს. ჩვენ აქ არ შევუდგებით სისხლის შემადგენელი ნაწილების მორფოლოგიური თავისებურებების აღწერას მალარიით დაავადების სხვადასხვა შემთხვევებში. მხოლოდ აღვნიშნავთ შინაგანი ორგანოების მხრივ ისეთ გართულებებს, რომლებიც მალარიის შემთხვევებში უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე ცვლილებები ელენთის, ღვიძლისა და სისხლის მხრივ; მაგრამ მათი ცოდნა შინაგანი ორგანოების დაზიანების სახით მეტად მნიშვნელოვან მასალებს იძლევა მალარიის დიაგნოსტიკისა და კლინიკური სურათის ნათელსაყოფად.

ფილტვების მხრივ მალარიის მძიმე ფორმებით დაავადებულთა შორის აღწერილია პნევმოკოკებით გამოწვეული კეროვანი ანთების შემთხვევები. რომლებიც ტროპიკული მალარიის დროს მიმდინარეობენ მეტად მძიმედ, მაგრამ ლეიკოციტოზის გარეშე.

მალარიის ხშირ გართულებებს ეკუთვნის ე. წ. მალარიული ნეფრიტები, ენცეფალიტები, შეშუპება, ფსიქონევროზები, ნევრიტები, ნევრალგიები, სუბაციდური და ანაციდური გასტრიტები, დისტროფიები, მალარიული კანქისია და სხვა.

მთელი რიგი ავტორები (მიასნიკოვი, ანდრეევსკი, ბობროვი, რუტკოვსკაია, ანნიცივი და სხვები) დიდ ყურადღებას უთმობენ ჰემორაგიული ფორმის მალარიას. უმეტეს შემთხვევაში ტროპიკული მალარიის, ხოლო იშვიათად სამდლიანი მალარიის მძიმე ფორმის დროსაც აღნიშნავენ ჰემორაგიულ მოვლენებს. აღწერილია შემთხვევები სისხლის ჩაქცევისა ტვინში, თვალის ბადურაში და კანში; სისხლის დენა ცხვირიდან, თირკმლებიდან და პირის ღრუდან. ამ შემთხვევებში ჰემორაგიული დიათეზის მოვლენების მიზეზად მიასნიკოვი თრომბოციტების რიცხვის შემცირებას თვლის.

წინათ გავრცელებული იყო ფრანკეს და ჰაიემის თეორია. ამ თეორიით ჰემორაგიული დიათეზის მიზეზი არის ძვლის ტვინის დაზიანება და მასთან დაკავშირებული თრომბოპენია, რომელიც გამოწვეულია მეგაკარიოციტებზე რაღაც მავნე ნივთიერების შეგავლენით.

დღეს კი თრომბოპენიის გავლენას ჰემორაგიულ დიათეზზე მკვლევართა დიდი უმრავლესობა არ ეთანხმება და ფიქრობს, რომ ამ მხრივ მთავარი ფაქტორი სისხლძარღვთა სისტემა უნდა იყოს, ძირითადად კაპილარების ჰისტოპათოლოგიური ცვლილებები (კლინგერი, მორავიცი, კრიუკოვი და სხვა). ფიშერი კი

თრომბოპენიურ თეორიასაც უარყოფს და კაპილარების ორგანულ ცვლილებებსაც. მისი შეხედულებით ერიტროციტების გამოსვლა კაპილარების კედლებიდან ხდება კაპილარების ჰიდროსტატიურ წნევათა და უჯრედთა სითხის ოსმოსურ წნევათა შორის დისოციაციის შედეგად.

როსკამი თრომბოპენიურ თეორიას ექსპერიმენტალური ცდების საფუძველზე უარყოფს. მას ხელოვნურად გამოუწვევია ცხოველებში თრომბოპენია, მაგრამ არავითარ ჰემორაგიულ დიათეზს არ ჰქონია ადგილი. რუმპელ-ლეედე-სტეფანის ენდოთელიური სიმპტომიც ეწინააღმდეგება თრომბოპენიურ თეორიას.

ზოგიერთი ავტორი ჰემორაგიული დიათეზის მიზეზად აღიარებს კაპილარების დაზიანებას, რომელიც შეიძლება იყოს როგორც ფუნქციონალური ისე სტრუქტურული ხასიათისაც.

როგორც ვიცით, კაპილარების დანიშნულება ძირითადად ორგვარია: 1. როგორც სისხლის მიმოქცევის სისტემაში შემავალმა ნაწილმა, გაატაროს სისხლი (სხვა სისხლძარღვებთან ერთად) და 2. უმთავრესი დანიშნულებაა გაცვლა-გამოცვლის პროცესი სისხლსა და უჯრედებს შორის. ამის გამო კაპილარებში სისხლის მიმდინარეობა მეტად ნელია. თუ სისხლში რაიმე მავნე ნივთიერებაა, ამ შემთხვევაში, რასაკვირველია, ყველაზე პირველად კაპილარები დაზიანდება, ეინაიდან კაპილარების სიფრიფანა ერთშრიანი კედლები ასე დიდხნობით შეგუბებულ შხამიან სისხლს ვერ უძლებს და ხშირად განიცდის სტრუქტურულ ცვლილებებს. ამ შემთხვევაში მცირე გამაღიზიანებელი მიზეზი იქნება საკმარისი, რომ წარმოიშვას მკვეთრი კაპილარული სისხლჩაქცევები და ჰემორაგიები.

ცნობილია, რომ მალარიის დროს, თუმცა კაპილარების რეზისტენტობა დაქვეითებულია, მაგრამ მკვეთრი ჰემორაგიები და უმიზეზო სისხლდენები მაინც იშვიათ შემთხვევებს ეკუთვნის. ამ შემთხვევაში ასე ფართო სისხლდენის მიზეზად მაინც, როგორც ამას ადასტურებს პროფ. მიჟინკოვიც, უნდა ვაღიაროთ ძვლის ტვინის დაზიანება და წარმოშობილი თრომბოპენია ე. წ. ვერლჰოფის სნეულების. სახით. ასეთ სისხლდენას და მკვეთრ ჰემორაგიულ დიათეზს ადგილი აქვს მუდამ შავშარდიანი ცხელების დროს, მაგრამ სუფთა მალარიის შემთხვევებში ვერლჰოფის სნეულებით გართულება მაინც იშვიათ შემთხვევას ეკუთვნის. ამიტომ ჩვენ განვიზრახეთ აღწერა ე. წ. ვერლჰოფის სინდრომის ერთი შემთხვევისა, რომელსაც ადგილი ჰქონდა მალარიის მიმდინარეობის შემთხვევაში რესპუბლიკური საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში 1937 წლის იანვარში.

ავადმყოფი ნ. ი., 10 წლის, მოწაფე, შემოვიდა განყოფილებაში 7/1-ს პედიატრის დიაგნოზით „ვერლჰოფის სნეულება.“ დედის გადმოცემით, 1937 წლის 7 იანვარს დილით ბავშვს დააწყებია სისხლის დენა პირის ღრუდან და შეუმჩნევია სისხლიანი შარდი. პირის

ღრუდან სისხლის დენა იმდენად ძლიერი იყო, რომ მალ-მალე ევსებოდა პირის ღრუ სისხლით. ამის გამო ავადმყოფი სასწრაფოდ წაუყვანიათ ბავშვთა პოლიკლინიკაში, სადაც ექიმს დამატებით აღმოუჩენია სისხლჩაქცევები კანში. იმ დღესვე ექიმის რჩევით შემოვიდა განყოფილებაში.

გადატანილი ავადმყოფობიდან იგი აღნიშნავს მხოლოდ მალარიას. მალარიის შეტევები დასწყება 1936 წლის აგვისტოში, მკურნალობდა ამბულატორიულად, მხოლოდ არა წესიერად, რის გამოც შეტევები 10-15 დღის შემდეგ ისევ ეწყებოდა.

უკანასკნელი შეტევა ჰქონია 1936 წლის დეკემბრის 5-ს, რის შემდეგ ბავშვი გამოკეთების გზაზე იდგა—კარგად გრძნობდა თავს, მხოლოდ 1937 წ. 7 იანვარს დაეწყო ზემოაღნიშნული მოვლენები. St. praesens: ასაკთან შესაფერი სიმაღლის, სწორი აგებულების, ძვალ-კუნთოვანი სისტემა ზომიერად განვითარებული, კვება დამაკმაყოფილებელი, კანი და ღორწოვანი გარსი—მკრთალი ფერის.

მარცხენა ბარძაყის ქვემო მესამედში ორ ადგილას სისხლჩაქცევა 3 სანტ. სიგრძის და 2,5 სანტ. სიგანის, ასეთივე სისხლჩაქცევები საუღლე ამონაჰდევის არეში და მარჯვენა მხრის ზემო მესამედში. მთელ სხეულზე კანქვეშა სისხლჩაქცევები. (პეტეხიები ქინძისთავის ოდენობის), ღრძილები შესიებული, ჰიპერემიული, თითის დაჭრით გამოდის სისხლი.

ელენთა: გამოდის ნეკნთა რკალიდან სამი თითით, მკვრივი კონსისტენციის, უმტკივნეულო. სხვა ორგანოების მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება. ტემპერატურა ნორმალური, 8 იანვარს ჩაჯატარეთ სისხლის გამოკლევა: აღმოჩნდა ლეიკოციტები 8500, ერიტროციტები 4.300.000, HB. 69%, ფერალობის კოეფიციენტი 0,8, ეოზინოფილები 4%, ნეიტროფილები 58%, ლიმფოციტები 32 პროცენტი, მონოციტები 6%, ბიცოცეროს ფორფიტები 42.000. აღმოჩენილია ტროპიკული მალარიის გამეტები. t°—ნორმალური.

შარდის ანალიზი: ფერი—მოწითალო, მღვრიე, მჟავე, რეაქციის, ცილა 3,3%, რეაქცია სისხლზე—დადებითი, ლეიკოციტები 0-2 მხედველობის არეში, ერიტროციტები—დაფარულია მხედველობის არე.

8/I-ს სისხლის დენა ღრძილებიდან ისევ აქვს, გემატურია და სისხლჩაქცევები უცვლელი. გაუკეთდა კუნთებში Spirtochinini 1,0. ინექციის ადგილას ძლიერი სისხლდენა და სისხლჩაქცევა კანქვეშ, რის გამოც მოეხსნა Spirtochinini და დაენიშნა Acricini + Plasmocidi.

10/I-ს ახალი სისხლისჩაქცევები არ აღინიშნება. ტემპერატურა ნორმალური.

11/I-ს შარდი ნორმის ფარგლებში, სისხლის ჩაქცევები გაფერმკრთალდა; სისხლში გამეტები არ იქნა ნახული.

15/I-ს სისხლის ჩაქცევები არ აღინიშნება. ლეიკოციტები 7000, ტრომბოციტები 55.000, ტემპერატურა ნორმალური, სისხლში პარაზიტები არ არის, საერთო მდგომარეობა კარგი.

23 იანვარს ტრომბოციტები 150.000, შარდი ნორმალური. 25/I-ს გაეწერა კლინიკურად ჯანმრთელი.

ავადმყოფი მას შემდეგ იმყოფება ჩვენი დაკვირვების ქვეშ, მალარიის შეტევები არ ჰქონია და სრულიად ჯანმრთელად გრძნობს თავს.

როგორც აღწერილი შემთხვევიდან სჩანს:

1. ვერლჰოფის დაავადების სიმპტომოკომპლექსი შეიძლება მოგვცეს ტროპიკულმა მალარიამ.

2. მალარია ზოგჯერ იძლევა მკვეთრ თრომბოპენიას.

3. სისხლის დენის და სისხლჩაქცევების მიზეზად ამ შემთხვევაში უმთავრესად თრომბოპენია უნდა ჩაითვალოს.

Доктор А. Н. ПЕРТИЯ

Случай малярии с выраженным симптомо- комплексом геморрагического диатеза

Автор описывает подробно сравнительно редкий случай рецидивной малярии, при которой имелись налицо продолжительное кровотечение из полости рта, гематурия и — выраженные кровоизлияния под кожу. После специфического противомаларийного лечения больной выздоровел.

გიგონოვოქიკოზების საკითხისათვის

საქართველოში და კერძოდ აჭარაში ენდემიური ჩიყვი მეტად გავრცელებულია. იგი სამხარეო პათოლოგიას წარმოადგენს. მიუხედავად ამისა, რუსეთის თვითმპყრობელობის პირობებში ამ საშიშ დაავადებასთან ბრძოლისათვის რაიმე ნაყოფიერი მუშაობის ჩატარება შეუძლებელი იყო.

მხოლოდ საბჭოთა ხელისუფლების დროს შეიქმნა ყველა პირობა ჩიყვის ყოველმხრივ შესწავლისა და მის ენდემიასთან გეგმაზომიერი ბრძოლისათვის. საბჭოთა ხელისუფლების არსებობის 30 წლის მანძილზე ამ მხრივ იმდენი გაკეთდა რომ ამჟამად დასმულია საკითხი უახლოეს წლებში მოხდეს ამ სნეულების სრული ლიკვიდაცია.

ენდემიური ჩიყვის შესწავლა და მის წინააღმდეგ გეგმაზომიერი და თანმიმდევრული მუშაობა საქართველოში დაკავშირებულია მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწის პროფ. ალ. მაჭავარიანის სახელთან. მან, ჯერ კიდევ ახალგაზრდა ექიმმა 1911 წ. მოაწყო სამეცნიერო ექსპედიცია (პეტერბურგის სამხედრო სამედიცინო აკადემიიდან) სვანეთში ჩიყვის შესასწავლად. მისი ხელმძღვანელობით ექსპედიციამ დიდძალი მასალა დააგროვა. ამ მასალებზე ალ. მაჭავარიანმა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად დაწერა სადისერტაციო შრომა „სისხლის შედედება, წებოვნება და ზოგიერთი სხვა პემატოლოგიური მონაცემები ჩიყვის სხვადასხვა სახეების დროს“ და დიდი წარმატებით დაიცვა 1913 წელს.

საქართველოში საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების პირველი დღეებიდანვე პროფ. ალ. მაჭავარიანი დიდი გულმოდგინებით და ენთუზიაზმით შეუდგა ჩვენს ქვეყანაში ენდემიური ჩიყვას შესწავლასა და მის საწინააღმდეგო გეგმაზომიერ მუშაობას. მისი მეთაურობით მოწყობილი იყო სხვადასხვა კუთხეებში (სვანეთში, აჭარაში, რაჭა-ლეჩხუმში, გურიაში) სამეცნიერო ექსპედიციები ჩიყვის კომპლექსური მეთოდით შესასწავლად.

პროფ. ალ. მაჭავარიანის მუშაობას საქართველოში ჩიყვის შესწავლისა და მის საწინააღმდეგო ბრძოლის ზომების გატარების საქმეში აგრძელებს მისი მოწაფე დოც. ი. ასლანიშვილი.

ჩიყვის ცალკეული კერების სისტემატური და თანმიმდევრული შესწავლისა და ფართოდ გატარებულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შედეგად მიღწეულია დაჩიყვიანების მნიშვნელოვანი შემცირება მთელ საქართველოში. კერძოდ, აჭარის ასს რესპუბლიკის ყველაზე უფრო ჩიყვით დაავადებულ ადგილებში—ქედის რაიონში 31,5%-დან შემცირდა 11,5%-დე; ხულოს რაიონში 26,9%-დან 8,4%-დე.

აჭარის ასს რესპუბლიკის დაცვის სამინისტრომ 1950 წ. 26 სექტემბერს დასახა კონკრეტული ღონისძიებები რესპუბლიკაში ჩიყვის ყოველმხრივ შესწავლისა და მის ენდემიასთან გეგმაზომიერი ბრძოლისა და უახლოეს წლებში საბოლოოდ ლიკვიდაციის მიზნით. სხვა ღონისძიებებს შორის, გათვალისწინებული იქნა ჩიყვის წინააღმდეგ ბრძოლის ცენტრალური კომისიის ჩამოყალიბება და ჩიყვით დაავადებულთა მეცნიერულ-კლინიკური შესწავლისა და მკურნალობისათვის რესპუბლიკურ საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ათი საწოლის მოწყობა.

ენდემიურ ჩიყვთან საბრძოლველად რესპუბლიკურმა კომისიამ დასახა გარკვეული გზები, რომლებიც წავლენ სამი ძირითადი მიმართულებით: 1. ზოგადი ხასიათის გამაჯანსაღებელი ზომები, 2. ჩიყვის საწინააღმდეგო იოდოვანი პროფილაქტიკა, რაც უკვე ორგანიზებულია სახელმწიფო მასშტაბით და 3. ჩიყვის თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა.

აჭარაში ჩვენი მუშაობის მცირე დროის განმავლობაში (6 თვე) რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში შესწავლილი და ოპერირებულია 20 ჩიყვიანი ავადმყოფი (18 ქალი და 2 კაცი).

ამ ავადმყოფებზე წარმოებული კლინიკური დაკვირვებით გამოირკვა, რომ ჩიყვის გართულება, ან უფრო სწორი იქნებოდა მისი თანამგზავრი ბაზედოვის დაავადება (ტირეოტოქსიკოზები) დიდ ხვედრით წონას შეადგენს. 20 ჩიყვიანი ავადმყოფიდან 8 იყო ბაზედოვის სნეულებით დაავადებული.

საქართველოს სხვა კუთხეებში, მაგ., სვანეთში, ტირეოტოქსიკოზი იშვიათად გვხვდება. აქ უფრო სჭარბობს ჩიყვის ჰიპოთიროიდული ფორმები. აჭარაში ვხვდებით მიდრეკილებას ჩიყვის ჰიპერტირეოიდული ფორმებისადმი.

ი. ასლანიშვილი აღნიშნავს, რომ ტირეოტოქსიკოზს საქართველოში დაწვრილებით არავინ შეხება; აღსანიშნავია მხოლოდ 1927 წ. მისი მეთაურობით მოწყობილი ერთი ექსპედიცია, რომელმაც გამოიკ-

ვლია 5 სოფლსაბჭო (ხულოს რაიონში), სადაც 2.372 და დაჩივიანებულიდან ტირეოტოქსიკოზით დაავადებული აღმოჩნდა 94, რაც შეადგენს 4 პროცენტს.

აჭარის მთავორიან ადგილებში (ქედა, ხულო), სადაც მეტად არის გავრცელებული ენდემიური ჩიყვით დაავადება, ტირეოტოქსიკოზები ბევრად უფრო ნაკლები რაოდენობით გვხვდება. ჩვენი მცირე მასალაც ამას ადასტურებს. ყველა ჩვენი ავადმყოფი დაბლობ ადგილებში მცხოვრებია, რომლებიც თავისუფალი არიან ჩიყვის ენდემიისაგან.

ტირეოტოქსიკოზების დროს, ფარისებრივი ჯირკვლის ფუნქცია დაჭიმული მოქმედების პროცესშია, როცა ორგანიზმი გადატვირთულია იოდით, ასეთი ავადმყოფის გადაყვანა აუცილებელია უიოდო ადგილის პირობებში. ცხადია, რომ თუ ასეთ ავადმყოფს გავგზავნით ზღვის ნაპირზე, სადაც ჰაერი ძლიერ გაჟღენთილია იოდით, ჩვენ მათ შევუქმნით ცუდ პირობებს (ასლანიშვილი).

ამით აიხსნება ჩვენი ერთი შემთხვევა: ავად. ჯ-ძე ვ. (ავადმ. ისტ. № 418), რომელიც ხულოში ცხოვრობდა, ჩიყვით იყო დაავადებული 3 წელამდე. მერე მან ბათუმში დაიწყო ცხოვრება, რის შემდეგ რ თვეში გაუვითარდა ტირეოტოქსიკოზი.

პროფ. ალ. მაჭავარიანს 1924 წელს გამოქვეყნებული აქვს მეტად საინტერესო შრომა „ტირეოტოქსიკოზები, როგორც ფარისებრივი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის სხვადასხვა სახეების ნაშთი“. ამ შრომაში გარჩეულია ბაზედოვის სნეულების ტიპური და ატიპური სახეები, რომლებიც გვითითებენ ფარისებრი ჯირკვლის თვისებითი და რაოდენობითი ფუნქციის მოშლას. მისი აზრით, ჩიყვის გარეშე არ არსებობს ბაზედოვის დაავადება, ანუ ტირეოტოქსიკოზი; ამ დროს მთელი ორგანიზმი იშხამება ფარისებრივი ჯირკვლის გაძლიერებული ფუნქციის შედეგად გამოწვეული ჰორმონით—ტიროქსინით.

შერვინსკი აღნიშნავდა, რომ ბაზედოვის დაავადება პირობადებულია ნერვული სისტემის და ფარისებრივი ჯირკვლის ურთიერთმოქმედებით. პირველის გაღიზიანება გავლენას ახდენს ფარისებრივი ჯირკვლის ფუნქციაზე, ხოლო ფარისებრივი ჯირკვლის ფუნქციის შეცვლა მკვეთრად მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე, უმთავრესად ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე, რაც შეიძლება ჩაითვალოს დაავადების წარმომადგომელ მიზეზად.

დოც. ასლანიშვილის აზრით, ფსიქიური ტრავმა ბაზედოვის

დაავადების წარმოშობის მთავარი და ძირითადი მიზეზია. ენდოკრინოლოგები და კლინიკისტებიც ამასვე ადასტურებენ.

ბუერჟუაზიული ენდოკრინოლოგები იხილავენ შინაგანი სეკრეციის ჭირკვლებს, როგორც ორგანიზმის შიგნითა ჩაკეტილ სისტემას, რომელიც იზოლირებულია და დამოუკიდებელია გარემო პირობებისა და ნერვული სისტემის გავლენისაგან.

თავის დროზე ბოტკინი ფიქრობდა, რომ ბაზედოვის დაავადებას საფუძვლად უდევს ნერვული მექანიზმი, რაც ნიშნავს იმას, რომ ფარისებრივი ჭირკვალი რეგულირდება ნერვული სისტემით.

პავლოვის და მისი მოწაფეების გამოკვლევებმა მთელი სიცხადით გვიჩვენეს ქერქის წამყვანი მნიშვნელობა ორგანიზმის ყველა ფუნქციისა და, კერძოდ, ენდოკრინული ჭირკვლების ფუნქციების რეგულაციაში. პავლოვის მოძღვრების წყალობით (თავის ტვინის ქერქის ფუნქციების შესახებ) და ბიკოვის ნაშრომის შედეგად (პათოლოგიაში კორტიკო-ვისცერალური კავშირის შესახებ) ჩვენთვის უფრო გასაგები ხდება პრობლემა ტირეოტოქსიკური ჩიყვის ეთიოლოგიისა და პათოგენეზის შესახებ. ამ დაავადებას საფუძვლად თითქმის 90%-ში ფსიქიური ტრავმა უდევს.

ჩვენი ავადმყოფების უმრავლესობის ტირეოტოქსიკოზით დაავადების დასაწყისის უშუალო ბიძგი იყო ფსიქიური ტრავმა (შემთხვევები 1, 2, 5, 6, 8).

პავლოვის მოძღვრების სწორი ინტერპრეტაცია გვაძლევს შესაძლებლობას სწორად განვმარტოთ, სწორად გავაშუქოთ ის კლინიკური მასალა, რომელიც ადასტურებს ცენტრ. ნერვული სისტემის მონაწილეობას ტირეოტოქსიკოზების წარმოშობასა და მიმდინარეობაში.

ტირეოტოქსიკოზით დაავადების კლინიკური აღწერილობა 110 წელია რაც არსებობს. მაშინაც კი ამ დაავადების კლასიკურ სიმპტომებად ითვლება ეგზოფთალმია, ჩიყვი და ტახიკარდია. არსებითად ამ სიმპტომებს ახლაც ცოტა რამ შეიძლება მიემატოს. მხოლოდ საჭიროა აღინიშნოს, რომ ეს ტრიადა ობიექტურად დადასტურებულია დიდი უმრავლეს ტირეოტოქსიკოზიან ავადმყოფებზე, მაგრამ აღნიშნული სიმპტომები სხვადასხვა ხარისხით არის გამოხატული.

ჩვენი 8 შემთხვევიდან ეგზოფთალმია მხოლოდ 5 ავადმყოფს ჰქონდა კარგად გამოხატული, ხოლო ჩიყვი და ტახიკარდია ყველა ავადმყოფს აღენიშნებოდა.

კლინიკური სურათის სისრულით აღწერისათვის უნდა მიემატოს რიგი ნიშნები, რომლებიც კლასიკურ ტრიადასთან ერთად ტირეოტოქსიკოზების მრავალსახეობას ახასიათებს. ჩვენს ავადმყოფთა უმრავლესობას აღენიშნება ნერვული აღგზნებულობა, უძილობა და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ოფლიანობა.

დაავადების მიმდინარეობა ხანგრძლივია. ბევრი რამეა დამოკიდებული სწორ და დროულად გამოყენებულ ქირურგიულ მკურნალობაზე. მკურნალობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და საიმე-

დო მეთოდს ტირეოტოქსიკოზის დროს წარმოადგენს ერთმომენტიანი სუბტოტალური რეზექცია.

ოპერაციის ეტაპური მეთოდები, მაგ., წინასწარ სისხლის ძარღვების მანძილზე გადასკვნა, ფარისებრივი ჯირკვლის ამოკვეთა ერთ მხარეზე და რამდენიმე ჰნის შემდეგ მეორეზე უკვე უკუგდებულია.

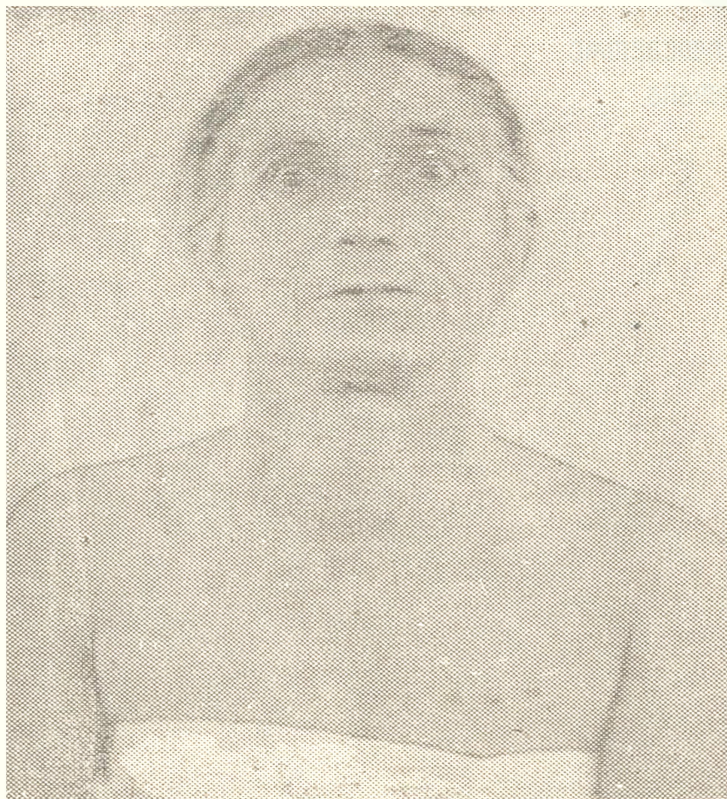
ტირეოტოქსიკოზების გამო გაკეთებული ოპერაციების რაოდენობა რესპუბლიკურ სავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ჩიყვის ყველა ოპერაციის ერთ მესამედზე მეტს შეადგენს.

ტირეოტოქსიკოზის დროს ოპერაციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მომენტს წარმოადგენს ფუტლარული, ანესტეზია ნოვოკაინით —ვიშნევსკის წესით. პროფ. ნიკოლაევი მას თვლის ფარისებრივი ჯირკვლის ერთმომენტიანი ოპერაციის—სუბტოტალური რეზექციის—ოპერაციული მეთოდის მნიშვნელოვან შემადგენელ ნაწილად. ამ ანესტეზიის ეფექტურობა და რეაქცია ოპერაციის ზოგ მომენტებზე ადასტურებს, რომ სწორია დებულება ნერვული სისტემის წამყვანი როლის შესახებ. ანესტეზიის და ოპერაციის მიმდინარეობის პროცესში როგორც კი შეიქმნება ნოვოკაინის მასიური ინფილტრატი ფარისებრივი ჯირკვლის ირგვლივ და ბლოკირებას განიცდის ყველა ნერვული გზა, მაშინ ხდება ინტერორეცეპტორების იზოლაცია და პათოლოგიურად შეცვლილი ფარისებრივი ჯირკვლის მთელი ორგანიზმიდან გამოთიშვა (ნიკოლაევი).

ამრიგად ოპერაცია უნდა მიმდინარეობდეს არა მარტო სრული გაუტკივარების პირობებში, არამედ იმ ნერვული გზების სრული ბლოკადის პირობებში, რომლებიც აკავშირებენ ფარისებრივ ჯირკვალს ორგანიზმის მთელ ნერვულ სისტემასთან.

ჩვენ დღევანდლამდე ბაზედოვის დაავადების დროს ოპერაციული ჩარევის გვეშინოდა, მით უმეტეს, თუ ავადმყოფი ხანგრძლივად არ იქნებოდა მომზადებული ამა თუ იმ წესით. მაგრამ რაც გამოქვეყნდა პროფესორ შერეშევსკის და ნიკოლაევის შრომები (Кл. медицина № 8 Хирургия № 1), რომელშიაც ბაზედოვის დაავადება ანუ ტირეოტოქსიკოზი განხილულია საბჭოთა მოწინავე ფიზიოლოგიის თვალსაზრისით, ჩვენთვის ნათელი გახდა, რომ ოპერაციის წინ ავადმყოფის ხანგრძლივად მომზადებას ამა თუ იმ წესით არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს. კიდევ მეტი, ავადმყოფი ოპერაციის მოლოდინში უფრო დელავს. ოპერაციის წინ ავადმყოფის მდელვარება გავლენას ახდენს ნივთიერებათა ცვლაზე, სისხლის წარმოშობასა და სხვა მომენტებზე.

დღემდე. ჩვენ ვფიქრობდით ავადმყოფის მღელვარების მოს-
პობას,—ოპერაციული ჩარევის წარმოებას ავადმყოფის გაუფრთ-
ხილებლად, მაგრამ შემთხვევათა უმრავლესობაში, როცა არ იცის
ავადმყოფმა ოპერაციის დღე და საათი იგი მაინც არ თა-



სურათი № 1.
ოპერაციამდე.

ვისუფლდება მღელვარებისაგან ოპერაციის გაურკვეველი ლოდი-
ნით, ვინაიდან ავადმყოფმა იცის, რომ ოპერაცია მას ადრე თუ
გვიან მაინც უნდა გაუკეთდეს, ლოდინი მისთვის მეტად ამა-
ღელვებელია. ამ შემთხვევაში პროფ. კუპრიანოვის აზრით, უფრო
უკეთესი იქნებოდა ავადმყოფის ფსიქოლოგიური მომზადება.
ცნობილია, როგორ დადებითად და დაძაბვით დადებითად მოქმე-

დებს ავადმყოფებზე სხვა ავადმყოფების მაგალითები, რომელთა ოპერაციის შემდგომი პერიოდი კეთილსასურველად მიმდინარეობს. ამიტომ მიზანშეწონილი იქნებოდა ნაოპერაციებ ავადმყოფებთან მოვათავსოთ ავადმყოფები, რომლებიც ემზადებიან საოპერაციოდ.

ბაზედოვის დაავადების ანუ ტირეოტოქსიკური ჩიყვის ქირურგიული მკურნალობა—სუბტოტალური რეზექცია წარმოადგენს მკურნალობის რადიკალურ წესს.



სურათი № 2.

ოპერაციის შემდეგ.

ჩვენს მიერ ჩატარებულ ოპერაციის რვა შემთხვევაში მკურნალობის ეს წესი იყო გამოყენებული და როგორც ოპერაციის უშუალო, ისე უახლოესი შედეგები ფრიად დამაკმაყოფილებელი

ბიბლიოთეკის დირექტორის განცხადება წმინდაწმიდა საკათალიკოსო საეპისკოპოსოს დირექტორს ბანკოვსკის 1980 წ. 4/VIII-დან 1/IX 1981 წ. დ-მ

პ.ა.ბ. რიგ.ზ.	გვარი და სახელი	დაბადების თარიღი	სახელი	სტატუსი	მართლება	პროფესია	განყოფილებაში მუშაობის თარიღი	ტერიტორიის სიმაღლე	საცხოვერებელი ადგილი	ჩამოყალიბდა	ტერიტორიის კამარული მზის	ტერიტორიის სიმაღლე	ლიანობა	ლიანობის თარიღი	ლიანობის მუ- დობა	შენიშვნა
1	პ-ნი ს.	3622	60	დღღ.	სოფელი	დასახ.	20/II-50	ხიფი, გზატკეცილი, ტა- ხარა, ტაბაჩიკა, ზე- მოხიფის კანალი, თე- ლიანობა, უსილსა.	კალ. ბაღები	20 წ.	მთავარი დიქტორი გა- მარული შიშის ტარ- დადების გამო	3 წ.	პირველი ტი- რეტიტორი ი- ყი	მთავარი ტირეტიტორი 19/II-1950 წ.	გამოყენდა	
2	მ-ნი ა.	4762	35	დღღ.	სოფელი	დასახ.	15/II	ხიფი, ტაბაჩიკა, ზე- მოხიფის კანალი, თე- ლიანობა.	კალ. ბაღები	4 წ.	დიქტორი ტარა- ხარა პირველი და- კეთებით	2 წ.	კანონი ტი- რეტიტორი ხიფი	2/III	გამოყენდა	
3	კ-ლი ი.	4089	37	დღღ.	კარგი.	დასახ.	29/X	ხიფი, ტაბაჩიკა, თე- ლიანობა, ზე- მოხიფის კანალი, თე- ლიანობა.	კალ. ბაღები	3 წ.	თავარი პირველი და- კეთებით დიქტორი გამოყენდა	1 წ.	დიქტორი-კანონი- ტირეტიტორი ხიფი	10/II	გამოყენდა	
4	ბ-ლი თ.	29	45	დღღ.	კარგი.	პედაგოგი	3/1-51	ხიფი, გზატკეცილი, ტა- ხარა, ტაბაჩიკა, ზე- მოხიფის კანალი, თე- ლიანობა.	კალ. ბაღები	4 წ.	გამოყენდა	3 წ.	კანონი ტი- რეტიტორი ხიფი	20/II-51 წ.	გამოყენდა	
5	გ-ლე გ.	418	38	დღღ.	კარგი.	მედიკი	31/I	ხიფი, ტაბაჩიკა, ზე- მოხიფის კანალი, თე- ლიანობა.	კალ. ბაღები	3 წ.	მთავარი ადგილიდან კ. ბაღები, სიმაღლე- ლად გამოყენდა	1 წ.	დიქტორი ტი- რეტიტორი ხიფი	3/II	გამოყენდა	
6	ბ-ლი გ.	494	36	დღღ.	კარგი.	კოლეგა	5/II	ხიფი, ტაბაჩიკა, ზე- მოხიფის კანალი, თე- ლიანობა.	კალ. ბაღები	2 წ.	მთავარი ტარა- ხარა პირველი და- კეთებით გამო	3-თვე	კანონი ტი- რეტიტორი ხიფი	15/II	გამოყენდა	
7	გ-ნი ი.	797	33	დღღ.	კარგი.	ტექნიკი	26/II	ხიფი, გზატკეცილი, ზე- მოხიფის კანალი, ტა- ხარა, თე- ლიანობა.	კალ. ბაღები	1 წ.	გამოყენდა	1-თვე	კანონი ტი- რეტიტორი ხიფი	6/III	გამოყენდა	კანონი და- ხარა
8	ბ-ლე გ.	1018	48	დღღ.	კარგი.	კოლეგა	12/III	ხიფი, ტაბაჩიკა, გე- ოლოგი, მთავარი, თე- ლიანობა.	ხედი	24 წ.	თავარი უსიმაღლე- თის დიქტორი ტარა- ხარა	2 წ.	კანონი ტი- რეტიტორი ხიფი	1/IV	გამოყენდა	

დარჩა. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ჩვენი ავადმყოფი ტირე-
ოტოქსიკოზის მძიმე ფორმით იყო დაავადებული, ოპერაციის შემ-
დეგ ტახიკარდია და ტახირიტმია მოესპოთ, ტირეოტოქსიკოზის
მოვლენები უახლოეს დროში გაუქრათ.

მოვიყვანთ ერთ დამახასიათებელ შემთხვევას:

ავადმყოფი პ—ნი ს. (ავადმყ. ისტ. №—3622) 60 წლის, სომე-



სურათი № 3.

ოპერაციამდე.

ჩი. ამჟამად ქ. ბათუმის მცხოვრები, დიასახლისი მიღებულია
რესპუბლიკური საავადმყოფოს ქირურგ. განყოფილებაში 1950 წ.
26/IX—ჩივილებით საერთო სისუსტეზე და კისრის წინა ზედა-
პირზე სიმსივნის არსებობაზე.

თხილის ოდენა სიმსივნე პირველად შეუმჩნევია ავადმყოფს 20 წლის წინათ,—მეორე მშობიარობის შემდეგ. მაშინ ავადმყოფი ცხოვრობდა ქ. ნოგოროსნიისკში. სიმსივნე თანდათანობით მატულობდა და ბოლო სამი წლის განმავლობაში ავადმყოფს დასჩემდა საერთო სისუსტე, ოფლიანობა და დაეკარგა შრომის უნარი.

მკურნალობდა ენდოკრინოლოგიური კაბინეტის მეთვალყურე-



სურათი № 1.
ოპერაციის შემდეგ.

ობით ამბულატორიულად (იონიზაცია, ანტითირეოაიდინის მიღება), მაგრამ ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, რის გამო ექიმის რჩევით 26 სექტემბერს მიღებულია განყოფილებაში.

განყოფილებაში მიღებისას ავადმყოფი კისრის მიდამოში მუშტის ოდენა სიმსივნის გარდა, უჩიოდა: თავის ტკივილებს, ნერ-

გულ აღზნებულებას, სულის ხუთვას, ოფლიანობას, თვლების გამობერვას და უძილობას.

ოზიექტურად: ავადმყოფი ძლიერ გამხდარი, მოუსვენარი, საწოლზე დიდხანს ვერ იცდის, სწუხს, ბეგრს ლაპარაკობს, სახის გამომეტყველება მწყრალი, შეშინებული, აღინიშნება თვლების ბრწყინვალეობა და ციმციმი, თვალის ნაპრალი ფართოდ გაშლილი, გუგები გაფართოებული, მკვეთრად გამოხატული ექსოფტალმია.

კისრის წინა ზედაპირზე აღინიშნება მამაკაცის მუშტის ოდენა სიმსივნე, სადა ზედაპირის, მოგრძო—ოვალური ფორმის, რბილი კონსისტენციის, სიმსივნის არეში აღინიშნება მკვეთრად გამოხატული კანქვეშა ვენები, რომლებიც ავადმყოფს დახველების და ლაპარაკის დროს უფრო ძლიერად, იპერებიაან.

გულსისხლძარღვოვანი სისტემის მხრივ აღსანიშნავია: გულის მარცხენა საზღვარი 2 თითით გადიდებული მამილარული ხაზიდან—მარცხნივ. გული აორტალური კონფიგურაციის მწვერვალზე და აორტაზე ისმის სისტოლიური შუილი. პულსის მხრივ ტახიკარდია და ტახიარიტმია, პულსი—100, არიტმიული, ყოველ 3—4 ცემაზე გამოვარდნა. სისხლის წნევა 130—90.

მყესთა რეფლექსები აწეულია. აღინიშნება წითელი დერმოგრაფიზმი.

სისხლის მხრივ აღინიშნება გიპოქრომიული ანემია (ლეიკოცატების რაოდენობა 4.300, ლიმფოციტები 34%).

ამრიგად ანამნეზური მონაცემები, ავადმყოფის სუბიექტური სტატუსი და ობიექტური გამოკვლევა იძლეოდა იმის საშუალებას, რომ ჩვენ შედარებით ადვილად დაგვესვა ბაზედოვის დაავადების ანუ ტირეოტოქსიკოზის დიაგნოზი. უნდა ვიფიქროთ, რომ პირველად ავადმყოფს ჰქონდა არა ტოქსიური ჩივივი, რომლის გადაჯვარება გამოიწვია ძლიერმა ფსიქიურმა ტრავმამ, რაც ანამნეზში აღენიშნებოდა ავადმყოფს. ვინაიდან გულსისხლძარღვოვანი და ნერვული სისტემის მხრივ ასეთი მძიმე ცვლილებები გვქონდა ავადმყოფის ხანგრძლივად მომზადების გარეშე ოპერაციული ჩარევის გვეშინოდა, რის გამოც გადავწყვიტეთ ჩავვეტაოებინა კონსერვატიული მკურნალობა.

ავადმყოფს შევუქენით სრული მოსვენების პირობები, ვაძლევდით დამამშვიდებელ მედიკამენტურ საშუალებებს (ბრომის პრეპარატები), გულის საშუალებებს (კოფეინი). გულის კუნთების კვებისათვის და ღვიძლის ანტიტოქსიკური ფუნქციის გასაძლიერებლად უკეთდებოდა ვენაში 40%-ანი გლუკოზა (40,0). ავადმყოფს ჩაუტარდა აგრეთვე ძილით მკურნალობა—ქლორალ-გიდრატი 3%-ანი ხსნარი 50,0 სწორ ნაწლავში შეყვანით და ძილის წინ 0,12 ლიუმინალის მიცემა.

ასეთი მკურნალობით ავადმყოფმა გაატარა ოპერაციამდე 40 დღე. მაგრამ ავადმყოფის მდგომარეობა ოდნავადაც არ გაუმჯო-

ბესდა, პირიქით, ტახიკარდია ტახიარიტმია კიდევ უფრო გაუძლიერდა; ოპერაციული ჩარევა სასიცოცხლო ჩვენება დარჩა. გულსისხლძარღვთა მოქმედების ამ ცვლილებებით გადავწყვიტეთ ავადმყოფი გაგვეშვა ოპერაციაზე.

პროფ. ნიკოლაევის დაკვირვებით ფარისებრივი ჯირკვლის ქირურგიის წარმატების გამო ტირეოტიკოსიკოზების დროს ოპერაციისათვის წინააღმდეგ ჩვენება თითქმის არ არის. გადავწყვიტეთ გაუკეთდეს ოპერაცია. ოპერაცია გაუკეთდა 1950 წ. 16 ნოემბერს ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესტეზიის ქვეშ ვიშნევსკის წესით. განაკვეთი საყელოსებრივი, სიგრძით 10 სმ სისხლის ძარღვები და განსაკუთრებით გაფართოებული ვენები გადაიკანდა ორი ლიგატურის შორის. გამოითიშა მკერდენის ქვეშა კუნთები და გადაიკვეთა ორ მომჭერს შორის. დამატებითი ანესტეზია—ნოვოკაინის ინფილტრაციით შემოიფარგლა თითქმის მთელი ჯირკვალი—გადაისვენა ზემო და ქვემო ფარისებრივი არტერიების ტოტები უშუალოდ ჯირკვალთან, ახლოს, რის შემდეგ გაკეთდა სუბტოტალური რეზექცია. ავადმყოფს სისხლი სრულიად არ დაუკარგავს. ოპერაციის მსვლელობის პერიოდში, როგორც კი ნოვოკაინით ბლოკირებული იყო ფარისებრივი ჯირკვალი ცენტრალური ნერვული სისტემიდან, ავადმყოფის მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა და ოპერაციის მეორე დღიდანვე პულსი გამოსწორდა, მის გამოვარდნას ადგილი არ ჰქონია, ექსტრანსისტოლია გაქრა, შუილები აღარ ისმოდა. პულსი 65—70 წუთში. შემდეგ დღეებში საერთოდ ავადმყოფი დამშვიდდა, ძილი კარგი, ნერვული ალგზნება გაქრა, ოფლიანობა აღარ აწუხებს. ავადმყოფი კლინიკურად გაჯანსაღებული პირველადი შეხორცებით გაეწერა ოპერაციიდან მე-15 დღეს.

ოპერაციის დიდი სირთულის მიუხედავად, საშიშროება უმნიშვნელოა, თუ იქნება დაცული პროფ. ნიკოლაევის მიერ უკანასკნელ მის შრომაში (хирургия № 1 1951 г.) განხილული პირობები: ფარისებრივი ჯირკვლის ქსოვილების მინიმალური ტრავმატიზაცია, რაც შეიძლება ნაკლები სისხლის დაკარგვა ოპერაციის დროს, სრულყოფილი ანესტეზია (ვიშნევსკით), ტირეოტიკოსური პროდუქტების ჭრილობიდან უმცირესი შეწოვა და, რაც მთავარია, ოპერაციის მეთოდთა.

მთავარ საშიშროებას ოპერაციის დროს წარმოადგენს, როგორც მოგილინცკი აღნიშნავს, ტირეოტიკოსიკური შეტევის სიმძიმე, რომელიც მიმართულია მთელი ორგანიზმისაკენ.

პროფ. ოპელი ხსნიდა სიკვდილის მიზეზს ფარისებრივი ჯირკვლის რეზექციის შემდეგ ჯირკვლის მწვავე ნაკლებობით. პროფ. ნიკოლაევის აზრით ოპელის და ნაზაროვის მიერ ოპერაციის შემდეგ, პირველ დღეებში ტირეოიდიზის დანიშვნა შეცდომად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან ამას შეუძლია მხოლოდ გააძლიეროს ოპერაციის შემდეგ ტირეოტიკოსიკოზის სიმძიმე.

პროფ. ნიკოლაევი ოპერაციის საუკეთესო მეთოდად თვლის სუბტოტალურ რეზექციას, როდესაც ორგანიზმისათვის ფიზიო-

ლოგიურად აუცილებელი ფარისებრივი ჯირკვლის ქსოვილის მინიმალური რაოდენობა რჩება. მსგავსი ოპერაციული მეთოდის გავატარეთ ყველა ჩვენს ავადმყოფზე. თუმცა მასალა ძალიან მცირეა და ჩვენ ამ მასალით არავითარი დასკვნის გამოტანას არ ვაპირებთ, მაგრამ შემდეგ ჩვენს მუშაობაში საერთოდ ჩიყვის და კერძოდ ტირეოტოქსიკოზების შესწავლას და მის ქირურგიულ მკურნალობას წარვმართავთ პავლოვურ ფიზიოლოგიის კონცეპციის საფუძველზე.

მართლაც, როგორც პროფ. ნიკოლაევი აღნიშნავს, ოპერაციის ზოგიერთი ეტაპები (ანესტეზია და სხვ.) არა მარტო ადასტურებს ბიკოვის იდეებს, არამედ გვეხმარება გამოვიყენოთ ტირეოტოქსიკოზის (ბაზედოვის დაავადების), როგორც პათოლოგიური პროცესის, წარმოშობა-განვითარების და არსის ასახსნელად.

Доцент В. П. ОТХМЕЗУРИ,
главный хирург Республики

К вопросу о тиреотоксикозах

Материал автора составляет только 8 случаев тиреотоксикоза, наблюдавшихся за короткий период времени в хирург. отделении Респ. больницы г. Батуми.

Но и следним литературным данным советских авторов (Шерешевский, Николаев, Асланишвили) и по небольшому материалу автора — основной причиной возникновения тиреотоксикозов является нервное потрясение и психическая травма.

Тщательное клиническое изучение этих больных с позиции павловского учения и применение разработанной проф. Николаевым методики операции субтотальной резекции щитовидной железы во всех случаях, убедили автора в ее преимуществах и относительной простоте по сравнению с прежними «классическими методами» предварительной длительной подготовкой больных iodом.

Все больные (после операции) выздоровели, исчезли у них все явления тиреотоксикоза.

В заключение автор говорит, что дальнейшая его работа по изучению и хирургическому лечению вообще зоба и, в частности, териотоксикозов будет направлена на основе концепции павловской материалистической физиологии.

შ ი ნ ა ა რ ს ი

წინასიტყვაობა	33. 3
1. თ. მ. ბეთანელი და მ. კ. წულაძე — რევმატიული და ინფექციური პოლიარტრიტების ზღვის თბილი აბაზანებით მკურნალობა	5
2. ს. დ. ავალიშვილი — მალარიის სტატუსი აჭარის ა.ს.ს. რესპუბლიკაში	19
3. ვ. ვ. ხაჩინაშვილი — საკვერცხის პირველადი ორსულობის იშვიათი შემთხვევა	38
4. ვ. ვ. ხაჩინაშვილი — ქალის სასქესო ორგანოების კიბო	44
5. 3 თ. მაჭაყარიძე — გულზე წარმოებული ოპერაციის შვიდი შემთხვევა	55
6. ი. ი. ჩარკვიანი — ქალის უნაყოფოებასთან ბრძოლა აღმდგენლობითი ოპერაციების საშუალებით	67
7. 3 თ. მაჭაყარიძე , 3. ჩხაიძე — მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკისათვის	73
8. ა. ნ. პერტიბა — მალარიის შემთხვევა მკვეთრი ჰემორაგიული დიათეზის სიმპტომატოზურ ფონზე	93
9. ვ. ფ. ოთხმეზური — ტირეოტოქსიკოზების საკითხისათვის	98



ეროვნული საკვანძიარი
ბიბლიოთეკა

რედაქტორები: ა. ნ. პეტრია
გ. გ. ხეჩინაშვილი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი.

ტექნიკური გამომშვები { გ. ვ. მოისწრაფიშვილი

კორექტორი თ. დიდიძე

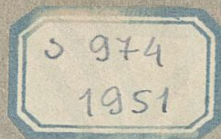
ხედმონერილია დასაბეჭდად 1951 წლის 6 ნოემბერს.
ემ 00010. შეკვეთის № 2600. ქალ. ზომა 60 x 92.
საბეჭდი ფორმა 7,3. საავტორო ფორმა 5,7.
საალრიცხო-საგამომცემლო ფორმა 6,2.
ტირაჟი 2000. ფასი 6 მან.

საქპოლიგრაფიამომცემლობათა სამმართველოს ქალ. ბათუმის
სტამბა-ლითოგრაფია დუქსემბურგის ქ. № 22.

უმცდომების გასწორება

გვ.	სტრიქ.	დაბეჭდილია	უნდა იყოს
10	6 ზევიდან	შედეგად	შემდეგად
11	6 "	საილუსტრაციოდ	საილუსტრაციოდ
12	19 "	ფარმაცეუტი	ფარმაცეუტი
12	5 ქვევიდან	შხარის	შხარის
13	8 ზევიდან	მარცხენა	მარჯვენა
20	8 ქვევიდან	აბზაცით არ უნდა იწყებოდეს	
21	11 "	ბათუ-	ბათუმ-
22	16 "	ტერციანის	ტერციანის
24	19 ზევიდან	წყალსატევებში	წყალსატევებში
24	22 ქვევიდან	გარეშე	გარეშე
25	11 "	მუშობდა,	მუშაობდა,
29	4 ზევიდან	ანალიზებში,	ანალიზებლობებზე,
37	12 "	тесивный	интенсивный
40	3 ქვევიდან	შედეგად	შედეგ
44	16 ზევიდან	შემდგომი	შემდეგი
45	8 ქვევიდან	ინსულინი,	ინსულინი,
47	20 ზევიდან	სამედიკოსო	სამედიკოსოს
48	3 ქვევიდან	დიმფური	დიმფური
56	19 ზევიდან	გამოცდილებას	გამოცდილებას
56	21 "	აღრუნავის	აღრუნავის
74	1 ქვევიდან	ჰალოპის	ჰალოპის
88	10 ზევიდან	უკანასკნელი	მასში
93	16 "	რეტროვულ-ენდოფედიარული	რეტროვულ-ენდოფედიარული
100	1 "	კავშირი და შედეგია	
101	15 ქვევიდან	და- შედეგია	
105	3 ზევიდან	ტახიკარდია	ტახიკარდია
107	12 "	ძლიერად, იზერებთან.	ძლიერად, ეზერებთან.
107	21 "	გიოპრომისი	გიოპრომისი
108	22 "	ექსტრანისიტოლია	ექსტრანისიტოლია

3360 6 855.



Т Р У Д Ы
АДЖАРСКОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ
(на грузинском языке)

Госиздат Аджарской АССР
Батуми. 1951