

61
ტ-28

ბერნარდ ლაუნი

უაღიარებლის
მნიშვნელობის
სადარსება



THE PROVOCATIVE BESTSELLER

THE
LOST ART
OF
HEALING

PRACTICING
COMPASSION IN MEDICINE

FORWARD EMMET, ADDRESS FORWARDED
IN THE MONTHLY AND QUARTERLY
OF MEDICINE

—The New York Times Book Review



BERNARD LOWN, M.D.
WINNER OF THE NICHOL PINKA PRIZE

**ეჭიგოზის
მივიწყებული
ხელმოწევა**

საქმის რეგისტრაციის
სახელმწიფო სამსახური

ბიბლიოთეკა
№ **46359**

თბილისი, 2016

ბერნარდ ლაუნი

ექიმობის მივიწყებული ხელოვნება

ნიუ იორკი, 1996

მთარგმნელები: ჯიმშერ ლეჟავა jimsher.lejava@mail.ru
 იაკობ ლეჟავა iakoblejava@gmail.com

იბეჭდება ავტორის ნებართვით:

Dear Professor **Lejava**,

I am ever grateful for your thoughtful comments about The Lost Art of healing.

A book more relevant today than when published in 1996.

Of course you have my permission to translate and publish the book in Georgian.

I will be honored your doing so.

Sincerely **Bernard Lown**, MD

bernardlown@me.com

Date: Mon, Oct 27, 2014 at 9:46 AM

ძვირფასო პროფესორო ლეჟავა,

დიდად მადლობელი ვარ ჩემი წიგნის „ექიმობის მივიწყებული ხელოვნების“
 ესოდენ მაღალი შეფასებისთვის.

ეს წიგნი კიდევ უფრო საჭიროა ამჟამად, ვიდრე როცა გამოიცა 1996 წელს.

რალა თქმა უნდა, მიიღეთ ჩემი ნებართვა თარგმნოთ და გამოსცეთ წიგნი ქართულად.

ჩემთვის პატივია თქვენს მიერ განეული სამუშაო.

გულწრფელად ბერნარდ ლაუნი, მედიცინის დოქტორი.

bernardlown@me.com

ISBN 978-9941-465-19-2

სარჩევი

ავტორის წინასიტყვაობა	5
მთარგმნელთა წინასიტყვაობა	10
წილი I. დიაგნოსტიკის ხელოვნება, ანუ როგორ მოვუსაზროთ ავადმყოფს	12
თავი 1. ავადმყოფის მოსმენის ხელოვნება	12
1. 1. ჭერს მიჰყვებილი მხერა	15
1. 2. ძირითადი ჩივილი	17
1. 3. მამის ავადმყოფი გული	18
1. 4. დამალული გასაღები	19
1. 5. მეუღლის შეხედულება	20
1. 6. სევდა-წუხილით გამოწვეული ტკივილები გულმკერდში.....	21
თავი 2. შეხება, რომელიც ავადმყოფის სულიერ სამყაროში გვახედებს	22
2. 1. შეხებით გამოწვეული გულახდილობა	23
თავი 3. გული და გონება	25
თავი 4. მიუნჰაუზენის სინდრომი	34
წილი II. საეჭირო ხელოვნება, ანუ როგორ განვკურნოთ ავადმყოფი	40
თავი 5. ზიანის მომტანი სიტყვები	40
5. 1. ალტერნატიული მოსაზრების მნიშვნელობა	43
5. 2. სხვა ექიმის კრიტიკა	45
5. 3. ენით მიყენებული ტკივილი კვალს სამუდამოდ ტოვებს	46
5. 4. რატომ მიმართავენ ექიმები ამგვარ სიტყვებს?	48
თავი 6. მკურნალი სიტყვა	52
6. 1. განმკურნავი ჭენების რიტმი	54
6. 2. „ჩემი ცხოვრების უბედნიერესი დღეები“	55
თავი 7. სიტყვა გვინათებს გულს	58
7. 1. როგორ უნდა ვახდე გურუ	59
7. 2. დედის წყევლა	62
7. 3. ზედმეტი თავდაჯერებულობა	64
თავი 8. ავადმყოფი არ უნდა დავაეჭვოთ	66
8. 1. წელის ტკივილის მკურნალობა	68
8. 2. ოფლიანი ხელისგულები	70

8. 3. უკანასკნელი ავანტიურა	72
თავი 9. მკურნალობის უჩვეულო მეთოდები	74
9. 1. ოცნება ერბოკვერცხზე.....	76
9. 2. ალტერნატიული მედიცინა და აკუპუნქტურა.....	77
9. 3. სლოკინი და ჰიპნოზი	80
თავი 10. ექიმის დაუდევრობა და მისი სამართლებრივი დევნა	82
10. 1. რატომ ჩივიან პაციენტები	86
10. 2. როგორ ავიცილოთ სამართლებრივი დევნა	87
ნაწილი III. განაპურნების მაცნობარება და ხელოვნება	92
თავი 11. სათითურას აღმოჩენის მნიშვნელობა	92
თავი 12. ახალი მიდგომები მედიცინაში	98
თავი 13. კარდიოვერსია მუდმივი დენით	103
თავი 14. კორონარული კარდიორენიმაციის განყოფილება	108
თავი 15. ფიბრილაციის წინამორბედი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები	111
ნაწილი IV. ჯანმრთელობის უპიკივანი პრობლემა	116
თავი 16. ხანდაზმული პაციენტების მკურნალობის პრობლემები.....	116
16. 1. მარტობის შესახებ.....	119
16. 2. იპოქონდრიის შესახებ	120
16. 3. დეპრესიის შესახებ.....	122
16. 4. სამუშაოს შესახებ.....	124
16. 5. მოხუცებულთა ზოგიერთი პრობლემის შესახებ	126
16. 6. ზოგიერთი რამ მკურნალობის შესახებ	128
16. 7. მოხუცი ექიმის შესახებ	129
თავი 17. ცხოვრების უკანასკნელი წუთები და სიკვდილი	131
17. 1. ფიქრები სიკვდილზე.....	131
17. 2. სიკვდილი ამერიკულად.....	133
17. 3. სიკვდილის არსი	135
17. 4. „კარგი“ სიკვდილი	138
17. 5. ღირსეული სიკვდილი	139
17. 6. ცოტა რამ სანუგეშო	140
ნაწილი V. პაციენტად ყოფნის ხელოვნება	142
თავი 18. როგორ უნდა მიაღწიოთ, რომ ექიმმა გულისყურით მოგისმინოთ	142
18.1. როგორ უნდა აირჩიოთ ექიმი.....	147

ამერიკული მედიცინა მსოფლიოში საუკეთესოდ ითვლება: თითქმის დღე არ გავა მნიშვნელოვანი აღმოჩენის გარეშე – დამარცხებულია მრავალი დაავადება, რომელიც უნინ უკურნებელ სენად ითვლებოდა. მიუხედავად ამისა, შეერთებულ შტატებში ექიმების მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულების პრობლემა სულ უფრო აქტუალური ხდება. პარადოქსია: ექიმებს ამჟამად გაცილებით მეტი დახმარების აღმოჩენა შეუძლიათ ავადმყოფისთვის, მაგრამ ექიმებისადმი უნდობლობა და მტრული დამოკიდებულება მაინც მატულობს. თავად ექიმები ამ გარემოებით გაცოცხლებული და დაბნეულნი, იძულებულნი არიან აღიარონ პრაქტიკული მედიცინის კრიზისი.

შეერთებულ შტატებში მედიცინაზე კოლოსალური თანხები იხარჯება (წელიწადში ტრილიონ დოლარზე მეტი) და ხარჯი მუდმივად მატულობს, თუმცა ამას რეალური წარმატება არ მოაქვს.

ჩემს წიგნში ვეცადე გამეანალიზებინა ჩვენი მედიცინის კრიზისის მიზეზები და იმ დასკვნამდე მივედი, რომ საქმე ეკონომიკაში და ფინანსებში კი არაა, არამედ იმაში, რომ მედიცინამ დაკარგა სულიერება, ექიმის და პაციენტის ურთიერთობის ის პრინციპები, რომლებიც საუკუნეების განმავლობაში ჩამოყალიბდნენ და, რომლებსაც წარსულში ჩვენი სახელოვანი კოლეგები წმინდად ინახავდნენ.

ჩემი პროფესიული მოღვაწეობის დასაწყისში მედიცინის მაღალი ავტორიტეტის და ექიმებისადმი არაჩვეულებრივი ნდობის მონვე ვიყავი. XX საუკუნის 40-60-იან წლებში ექიმობა გამოჩენილი და ყველაზე საპატიო პროფესია იყო, მაგრამ შემდგომში, ყოველი ახალი დიდი აღმოჩენის პარალელურად ექიმის ავტორიტეტმა დაქვეითება იწყო და ისეთ დონემდე დაეცა, რომელიც მხოლოდ ბიბლიურ ეპოქაში შეიძლება ყოფილიყო, როდესაც ეკლესიასტი ამბობდა: *„ექიმის ხელში ღვთის წინაშე ცოდვილი ჩაგარდეს“*.

ჩემი საექიმო მოღვაწეობის ნახევარსაუკუნოვან გამოცდილებას რომ ვაანალიზებ, სამწუხაროდ იმ დასკვნამდე მივდივარ, რომ თანდათან რაღაც ძალზე მნიშვნელოვანს ვკარგავთ – მეჩვენება, თითქოს, თანამედროვე ექიმებმა ფაუსტის მსგავსად სატანასთან დადეს ხელშეკრულება. სამიათასწლოვანი ტრადიცია, რომელიც ექიმის და ავადმყოფის ურთიერთნდობას ეფუძნებოდა, ახალი ტიპის ურთიერთობამ შეცვალა. ავადმყოფის მოსმენის ხელოვნება შეცვალა ტექნოლოგიურმა პროცედურებმა, ხოლო განკურნება – მოვალეობის აუღელვებელმა შესრულებამ. ექიმები ვეღარ ამჩნევენ კონკრეტულ პიროვნებას და მთელი ყურადღება გადააქვთ ბალკეული ორგანოების დისფუნქციაზე და, ამიტომ, ბიოლოგიური სისტემის ცალკეული ნაწილების რემონტს ეწევიან. ავადმყოფი, როგორც პიროვნება, და მისი სულიერი მდგომარეობა ყურადღების მიღმა რჩება. მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევების (ექსკოპია, ტომოგრაფია, ენდოსკოპია, ანგიოგრაფია და სხვა) ფონზე ავადმყოფობის ისტორიამ ექიმის თვალში მნიშვნელობა დაკარგა – იგი ბუნდოვან, სუბიექტურ, არაზუსტ და უსარგებლო დანამატად იქცა, რომელიც დიდ დროსაც მოითხოვს. თანამედროვე ექიმები სულ უფრო და უფრო ხშირად თვლიან, რომ ავადმყოფთან გასაუბრება დროის ფუჭი კარგვაა. მათ ავიწყდებათ, რომ საკუთარი დაავადების შესახებ ყველაზე მეტი სწორედ ავადმყოფმა იცის.

ექიმებისადმი უპატივცემული დამოკიდებულების ერთ-ერთი მიზეზი ისიცაა, რომ მომავალ ექიმებს ავადმყოფებისადმი პრიმიტიულ და ქედმაღლურ დამოკიდებულებას უნერგავენ. მათ ასწავლიან, რომ პაციენტი ბიოლოგიური სისტემაა, რომელშიც ბიოქიმიური ცვლილებებია, ხოლო დაავადება კონკრეტული ორგანოს ან სისტემის დისფუნქციაა, რომელსაც თანამედროვე ტექნოლოგიური საშუალებებით ზუსტად გამოვავლენთ და არანაკლებ ზუსტად აღვადგენთ. ასეთ მიდგო-

მას გნოსეოლოგიური, გნებავთ – ფსიქოლოგიური, მიზეზებიც ასაზრდოებს და ეკონომიკურიც: *საზოგადოება გაცილებით მეტად ენდობა ტექნოლოგიებს, ვიდრე ექიმის გამოცდილებას და მასთან გასაუბრებას, ხოლო ექიმებს ხელს აძლევს ასეთი გარემოება, ვინაიდან ავადმყოფთან და მისი ოჯახის წევრებთან ურთიერთობა გაცილებით მეტ დროს მოითხოვს, ვიდრე ტექნოლოგიური პროცედურები.* გარდა ამისა, ექიმის შრომის ანაზღაურება გაცილებით მაღალია, როდესაც იგი რაიმე ინვაზიურ გამოკვლევას ან ოპერაციას ჩაატარებს. სწორედ მაღალი ანაზღაურებით აიხსნება ისიც, რომ ამჟამად პრაქტიკული მედიცინა, ძირითადად, მძიმე და მწვავე პათოლოგიების მკურნალობითაა დაკავებული. ძალზე მცირე ყურადღება ეთმობა მოსახლეობის გაჯანსაღებას და დაავადებათა პრევენციას, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ბევრად ნაკლებ სახსრებს მოითხოვს და გაცილებით ეფექტურია.

დარწმუნებული ვარ, რომ მედიცინის გაჯანსაღებისთვის ეკონომიკური ბერკეტები მთავარი არ არის. დეგრადაცია გაგრძელდება მანამ, სანამ არ დაიწყება ექიმის და პაციენტის ტრადიციული ურთიერთობის აღდგენის პროცესი.

პანკრეასის კიბოთი დაავადებული ცნობილი ესეისტი ანატოლ ბროიარდი სიკვდილის წინ თავის ექიმს წერდა: *„არ მოვიტხოვ ექიმისგან, რომ ბევრი დრო დამითმოს. უბრალოდ მინდა, რომ თუნდაც 5 წუთით გახდეს ჩემთვის ახლობელ ადამიანად, დაეხმაროს არა მარტო ჩემს სხეულს, არამედ – ჩემს სულსაც... სისხლის და შარდის ანალიზის მსგავსად გაანალიზოს ჩემი სულიერი მდგომარეობა, შეეხოს მას ისე სათუთად, როგორც ეხება შინაგან ორგანოებს. ამის გარეშე მე მხოლოდ ჩემი დაავადება ვარ და არა – პიროვნება“* (Anatole Broyard // New York Times Magazine. - August 26. - 1990. 13).

წინამდებარე წიგნში მე მსურს არა მარტო ჩემი გამოცდილება გაუზიარო მკითხველს, არამედ პრობლემისადმი ჩემული მიდგომა შევთავაზო და შესაძლოა – გამოსავალიც. ჩვენს მძიმე დროში, როდესაც პიროვნება „კუთხეშია მიმწყვდეული“ და, მეტწილად, იგნორირებულია, კლასიკური მედიცინის პრინციპების აღდგენა, რომელსაც ადამიანური სახე ჰქონდა, სრულიად აუცილებელია.

არაკვინ იფიქროს, რომ სამეცნიერო მიღწევების მნიშვნელობას ვაკნინებდე. პირიქით, ღრმად ვარ დარწმუნებული, რომ ჭეშმარიტი წარმატებები მაშინ მიიღწევა, როდესაც მეცნიერება და საექიმო ხელოვნება შეუღლებულია, როდესაც ავადმყოფის სხეული და სული ერთიანად განიხილება, როდესაც ექიმი ჩანდება ავადმყოფის ინდივიდუალობას და არა მარტო თანაუგრძნობს მას, არამედ მისი სულიერი მდგომარეობის თანაზიარი ხდება. ასეთი მიდგომისას ავადმყოფი ექიმს პარტნიორად და მფარველად აღიქვამს და შესაძლებელი ხდება ის გასაოცარი ვანკურნება, რომელსაც მხოლოდ ტექნოლოგიური და ქიმიური საშუალებებით ვერ მიაღწევ. ნახევარი საუკუნის წინ პოსტონის გამოჩენილი ექიმი ფრენსის პრიბოლა წერდა: *„ავადმყოფის განკურნების საიდუმლო მზრუნველ ექიმშია“*.

უკვე პირველი ვიზიტისას ექიმი ნდობას დაიმსახურებს, თუკი ავადმყოფს ყურადღებით მოუსმენს. გულისხმიერება ყველაზე მგრძობიარე და ზუსტი სადიაგნოსტიკო ხელსაწყოა. ყურადღებიანი და სწორი გამოკითხვით სწორი დიაგნოზის დასმა შემთხვევათა 70%-შია შესაძლებელი (ასეთი მგრძობიარობა და სპეციფიკურობა კი არც ერთ ხელსაწყოს არ გააჩნია). დიაგნოზის დასმის ყველაზე ეფექტური და იაფი მეთოდი სწორედ ავადმყოფის ოსტატურად და მთელი გულსყურით გამოკითხვაა. იგივე თქმის ავადმყოფის გამოკვლევის ფიზიკურ მეთოდებზე. გულის მხრივ ჩივილების მიზეზი შეიძლება ვერავითარმა თანამედროვე გამოკვლევებმა ვერ დაადგინოს ისე, როგორც სევდიანმა გამოხედვამ ან ცრემლიანმა თვალებმა.

მაგალითად, საშუალო ასაკის ადამიანებში საკმაოდ ხშირია „ტკივილი გულის არეში“. მცირე გასაუბრების შემდეგ ექიმი მას უამრავ რთულ გამოკვლევას უნიშ-

ნავს, რათა გამორიცხოს გულის იშემიური დაავადება. ავადმყოფი კმაყოფილია ექიმის ასეთი „ყურადღებით“, მისი მაღალი პასუხისმგებლობით და დიდი ენთუზიაზმით იტარებს ძვირადღირებულ გამოკვლევებს, რის შემდეგაც მას ავტორიტეტულად ამცნობენ, რომ მისი ჩივილები თურმე გულის დაავადებასთან არ ყოფილა დაკავშირებული. ავადმყოფი ამის გამო ძალზე მადლიერია, ხოლო თავად ექიმი ალტაცებულია თანამედროვე ტექნოლოგიების შესაძლებლობებით და კიდევ ერთხელ რწმუნდება, რომ იგი მცოდნე და ნარმატებული პროფესიონალია. უფრო მეტიც, ექიმი იმსჯელება იმ აზრით, რომ ზედმეტი სიფრთხილე და კასანდრას მანტიის მოსხმა მას მეტ მორალურ და ფინანსურ დივიდენდებს ანიჭებს (*კასანდრა – ტროას მეფის პრიამოსის ქალიშვილი, რომელიც ტრაგიკული წინასწარმეტყველის ნიჭით იყო დაჯილდოებული – ჯ.ლუჟავა, შემგდომში – ჯ.ლ.*).

ჩემი ნახევარსაუკუნოვანი კარდიოლოგიური გამოცდილება უფლებას მაძლევს კატეგორიულად ვამტკიცო, რომ მთელი ეს დავიდარაბა სრულიად ზედმეტია, ხოლო პაციენტისთვის – უსარგებლო და, ზოგჯერ, ვნების მომტანიც. საქმე იმაშია, რომ ავადმყოფის პირველივე გასინჯვისას სტენოკარდიის გამოიხატება 90%-შია შესაძლებელი. ამ შეხედულების იყო უილიამ ჰებერდენი (William Heberden), რომელმაც 1768 წელს პირველმა აღწერა ეს დაავადება და მას შემდეგ სტენოკარდიის კლინიკურ სურათს არაფერი შემატებია.

თუკი ავადმყოფს ყურადღებით გავსინჯავთ, უმრავლეს შემთხვევაში აღმოჩნდება, რომ ტკივილი გულმკერდში გამოწვეულია ოსტეოქონდროზით, ფსიქოლოგიური სტრესით, ძვალ-კუნთოვანი ან სხვა ზოგადი ხასიათის დაავადებით. გულის იშემიური დაავადება ძალზე იშვიათია ლიბიდური ცვლის დარღვევის, შაქრიანი დიაბეტის ან არტერიული ჰიპერტენზიის გარეშე, მით უმეტეს, თუ ავადმყოფი თამბაქოს არ ეწევა, არ იმყოფება ძლიერი ფსიქოლოგიური სტრესის ქვეშ და არა აქვს გულის იშემიური დაავადებისადმი გენეტიკური განწყობა და მიდრეკილება. მთელი ეს ინფორმაცია შეგვიძლია მივიღოთ ავადმყოფის ყურადღებით გასინჯვით და რუტინული ლაბორატორიული გამოკვლევებით! ასეთი მიდგომა ათავისუფლებს ავადმყოფს ზედმეტი შფოთვისგან და არც თუ უვნებელი გამოკვლევებისგან, ხოლო საზოგადოებას უზოგავს კოლოსალურ სახსრებს, ვინაიდან პირველი მიდგომა თითქმის 50-ჯერ უფრო ძვირი ჯდება, ვიდრე მეორე. გულის არეში ტკივილის გამო ზედმეტად ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად შეერთებული შტატები ყოველწლიურად დამატებით ხარჯავს რამდენიმე მილიარდ დოლარს! ამრიგად, მედიცინის ფინანსური კრიზისი გამოწვეულია პაციენტების მიმართ ექიმების დამოკიდებულების კრიზისით, რასაც ჩემს წიგნში დანვრილებით განვიხილავ.

ვფიქრობ, სკეპტიკურად განწყობილ მკითხველს ეჭვი და უნდობლობა გაუჩნდება ჩემი შეხედულების მიმართ, რომელიც აგრერიგად განსხვავდება იმ ოფიციალური ინფორმაციისგან, რომელსაც უხვად აწვდიან მოსახლეობას.

ამ წიგნში მე თქვენ მოგითხრობთ ჩემს შესახებ და ავიხსნით, თუ რატომ უნდა მენდოთ, მაგრამ ახლა, უკვე თავიდანვე, მსურს მოკლედ მოგიხსნათ იმის შესახებ, თუ რამ ჩამოაყალიბა ჩემი შეხედულებები.

მრავალი წლის განმავლობაში ვაგროვებდი სამედიცინო დაკვირვებებს – სამუშაო დღის ბოლოს, როგორც ნესი, მოკლე, მაგრამ არსებით ჩანანერებს ვაკეთებდი პაციენტების შესახებ. დროთა განმავლობაში ამ ჩანანერებმა დამარწმუნეს, რომ ყველაზე საინტერესოა სწორედ თითოეული ავადმყოფის განუმოვრებლობა, უნიკალობა!

როდესაც 1942 წელს დავეინყე სწავლა ჯონ ჰოპკინსის სამედიცინო კოლეჯში (Johns Hopkins Medical School), ძალიან დამაინტერესა ფსიქიატრიამ, ვინაიდან იგი ადამიანის ქცევის გაგებაში მეხმარებოდა, მაგრამ მალე ინტერესი დაეკარგე მაშინდელი ფსიქიატრიის შუასაუკუნეობრივი დოგმატიზმის და არასაკმარისი მეცნიერუ-

ლი სიზუსტის გამო. გაცილებით მეტად ის დისციპლინები მიზნადვდა, რომლებშიც მეცნიერული სიზუსტე პროგნოზირების საშუალებას იძლეოდა. ახალგაზრდული რომანტიზმის და ოპტიმიზმის გამო მჯეროდა, რომ მეცნიერება სულ მალე ადამიანის ორგანიზმის ყველა საიდუმლოებას ამოხსნიდა და ყველა დაავადების მიზეზს გაარკვევდა. უსასრულოდ ვიყავი გატაცებული ტექნოლოგიური მიღწევებით (ამ მხრივ კი კარდიოლოგია ყველა დარგს უსწრებდა) და მსურდა თავად შემეტანა ნული-ლი სამედიცინო მეცნიერების მიღწევებში.

1945 წელს, როდესაც კოლეჯში სწავლა დავამთავრე, ნობელის ლაურეატებმა ანდრე ფ. კოურიანდმა და დისკინსონ რიჩარდმა დანერგეს გულის კათეტერიზაცია, რამაც საშუალება მოგვცა რამდენიმე წუთში და თანაც, რამდენადმე მნიშვნელოვანი რისკის გარეშე, გულის ღრუების და სარქველების შესახებ ძვირფასი ინფორმაციის მიგველო. გულის დაავადებათა დიაგნოსტიკა ემპირიზმიდან და ინტუიციიდან ფიზიოლოგიური პარამეტრების სამეცნიერო ზუსტ გაზომვებზე გადადიოდა. ყოველივე ეს განსაკუთრებით კარდიოქირურგიას ავითარებდა – იწყებოდა სარქველოვანი აპარატის კორექციის და კორონარული სისხლის მიმოქცევის აღდგენის ეპოქა. ჭეშმარიტად, კარდიოლოგიამ ყველაზე მეტად ისარგებლა სამეცნიერო და ტექნოლოგიური პროგრესით.

როდესაც საექიმო პრაქტიკას შევეუდექი, ტუბერკულოზი და პოლიომიელიტი პრაქტიკულად დამარცხებული იყო და, ამიტომ, ინდუსტრიულად განვითარებულ ქვეყნებში სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზად გულსისხლძარღვთა დაავადებები მოგვევლინა. ოფიციალური სტატისტიკით, შეერთებულ შტატებში ყოველ 90 წამში გულის დაავადებით ერთი ადამიანი იღუპებოდა. სამეცნიერო გამოკვლევებმა გააჩინა ახალი იდეები, ზუსტი დიაგნოსტიკის და ეფექტური მკურნალობის პერსპექტივები – ახალგაზრდები უსაზღვროდ ოპტიმისტურად ვიყავით განწყობილნი.

სულ მალე, საოცრად გამიმართლა, ვინაიდან საშუალება მომეცა ჰარვარდის სამედიცინო ინსტიტუტის კლინიკაში (პიტერ ბენტის, ამჟამად ბრიგემის სახელობის საავადმყოფოსთან არსებული) უდიდესი კარდიოლოგის სამუელ ა. ლივანის (Samuel A. Levine) ხელმძღვანელობით მემუშავა. ჩემი პირველი სამუშაო სათითურას ეძღვნებოდა, რომელიც მთელი ორი საუკუნის განმავლობაში ძირითად საგულე საშუალებად ითვლებოდა. ეფექტურობასთან ერთად, უკვე ცნობილი იყო, რომ მას შეეძლო გულის რიტმის სერიოზული დარღვევა და სიკვდილიც კი გამოეწვია. ჩემი სამუშაო სათითურას ნეგატიური მოქმედებების კორექტირებაში კალიუმის პრეპარატების გამოყენებას ეძღვნებოდა. აღმოჩენა აღმოჩენას მოსდევდა. ჯერ კიდევ სრულიად ახალგაზრდამ გულის ფატალური არიტმიების მკურნალობაში კარდიოვებრიის და ელექტროსტიმულაციის გამოყენებით დიდ წარმატებებს მივაღწიე. ამ გამოკვლევებმა შესაძლებელი გახადა კორონარული უკმარისობის ინტენსიური თერაპია, უეცარი კარდიული სიკვდილის პრევენცია და მკურნალობა, რითაც ათასობით ადამიანს სიცოცხლე გადაურჩინა. გარდა ამისა, კარდიოქირურგიისთვის ეს ნამდვილი გარღვევა იყო.

ჩემს პროფესიულ კარიერაზე კიდევ ერთმა ადამიანმა – ფრედერიკ სტარმა (Fredrick Starr) მოახდინა დიდი გავლენა. როგორც მეცნიერმა, მე ფეხი ჰარვარდის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კოლეჯის ბაზაზე სტარის მიერ დაარსებულ სამკურნალო კვების კათედრაზე ავიდგი, ვინაიდან ვხელმძღვანელობდი დიდ სამეცნიერო ლაბორატორიას და, ამავე დროს, არ ვწყვეტიდი საექიმო პრაქტიკას – ყოველდღიურ შემოვლებს კლინიკაში და ავადმყოფების მიღებას. ამის გამო, ჩემი სამედიცინო შეხედულებები აკადემიური განათლების კლინიკურ პრაქტიკასთან უწყვეტ კავშირში ჩამოყალიბდა.

გარდა ამისა, ჩემს მსოფლმხედველობაზე ბევრმა ფაქტორმა მოახდინა გავლენა:

სხვა ქვეყანაში დაბადება და ცხოვრება (ლიტვა, 1921-33 წლები), ზოგიერთი ებრაული ტრადიცია, ნიგნების სიყვარული და, რაც მთავარია – მედიცინისადმი ერთგულება. ნახევარსაუკუნოვანმა პრაქტიკამ საექიმო ხელოვნებით ჩემი ალტაცება კიდევ უფრო გააძლიერა და დამარწმუნა XII საუკუნის გამოჩენილი ექიმის და ფილოსოფოსის მაიმონიდის სიტყვების ჭეშმარიტებაში: „არ დაივინყო, რომ პაციენტი, უპირველესად, ადამიანია, რომელიც იტანჯება“.

ბედნიერი ვარ, რომ ბედმა საექიმო პროფესია მარგუნა. ეს დიდი პრივილეგიაა – იყო იმ საოცარი თეატრალური სანახაობის პირველ რიგებში, რომელსაც ცხოვრება ეწოდება.

ხელოვნება ცხოვრების იმიტაციაა, მაგრამ ვერასოდეს შეედრება ორიგინალს. ექიმობის გარდა, სხვა რომელი პროფესიის ადამიანს შეუძლია ასე ღრმად ჩაიხედოს ეპოქის სოციალურ და კულტურულ მოვლენებში, უამრავი ადამიანის ცხოვრებაში, მის სულში. რა შეიძლება შეედაროს იმ სიხარულს, ბედნიერებას, როდესაც ადამიანს უმსუბუქებ ტანჯვას და უხანგრძლივებ სიცოცხლეს. ჩემი ცხოვრების სინანული დაკავშირებულია მხოლოდ იმ მომენტებთან, როდესაც პაციენტებისთვის დახმარებას ვერ ვახერხებდი.

ეს ნიგნი მოკრძალებული ძღვენია სწორედ იმ პაციენტებისადმი, რომლებიც ჩემი უპირველესი მასწავლებლები იყვნენ და რომელთა გარეშე ექიმი ვერ გავხვდებოდი.

მთარგმნელთა წინასიტყვაობა

*„მედიცინა შესაძლებლის ხელოვნება და
შეუცნობელის მეცნიერება“ ...
უილიამ ოსლერი
(William Osler, 1849-1919)*

ქართველი მკითხველის წინაშეა სამედიცინო ბესტსელერი, რომელიც მსოფლიოს მრავალ ენაზეა თარგმნილი და, რომელიც, იკითხება, როგორც კარგი დეტექტივი ან რომანი.

მართლაც, ინტერესს უკვე წიგნის სახელწოდება და შინაარსის დასათაურება აღვივებს, ხოლო როდესაც ავტორის წინასიტყვაობას გაცნობი, შეუძლებელია წიგნი გვრდზე გადადო, ვინაიდან პირველივე სიტყვები იწყობს მკითხველს: „კლინიკური აზროვნების, გამოცდილების შეძენას მთელი სიცოცხლე სჭირდება, ხოლო ახალი ტექნიკის ათვისება გაცილებით იოლია. რაც უფრო ნაკლები იცის ექიმმა, მით უფრო ენდობა აპარატურას და ლაბორატორიას. საზოგადოება, სამწუხაროდ, გაცილებით მეტად აფასებს თანამედროვე ტექნოლოგიებს, ვიდრე ავადმყოფთან ურთიერთობის საექიმო ხელოვნებას“ ...

„დაიგნოზის დასმის ყველაზე ეფექტური და იაფი მეთოდი ავადმყოფის ოსტატურად და მთელი გულისყურით გამოკითხვაა... გულის მხრივ ჩივილების მიზეზი შეიძლება ვერავითარმა თანამედროვე გამოკვლევებმა ვერ დაადგინოს ისე, როგორც სევდიანმა გამოხედვამ ან ცრემლიანმა თვალებმა“ ...

„ექიმებისადმი უნდობლობა და მტრული დამოკიდებულება მატულობს... მედიცინის დეგრადაცია გავრძელდება მანამ, სანამ არ დაიწყება ექიმის და პაციენტის ტრადიციული ურთიერთობის აღდგენის პროცესი“ ... და ა.შ.

და ყოველივე ამას გვიმტკიცებს არა კონსერვატიულად განწყობილი პროვინციელი ექიმი, რომელსაც შესაძლოა უჭირდეს ფეხი აუწყოს თანამედროვე მედიცინის წინსვლას, არამედ დიდი მეცნიერი, მსოფლიოს წამყვანი კარდიოლოგი და უდიდესი გამოცდილების მქონე მკურნალი ექიმი, რომლის მეცნიერულმა ნოვაციებმა მილიონობით ადამიანს ცხოვრების ხარისხი გაუუმჯობესა და სიცოცხლე შეუნარჩუნა!

წიგნი 1996 წელს გამოიცა, მაგრამ პირად წერილში ავტორი აღნიშნავს, რომ ეს წიგნი დღეს კიდევ უფრო მეტადაა საჭირო.

90 წელს გადაცილებულმა მსცოვანმა მეცნიერმა, უკვე როგორც პაციენტმა, საკუთარ თავზედაც გამოცდად თანამედროვე პრაქტიკული მედიცინის ნაკლოვანებები, პაციენტის და ექიმის ის გაუცხოება, რომელიც მედიცინის ტექნიზაციამ გამოიწვია. ლაუნი აქვეყნებს ესეს, სადაც წერს: „უკანასკნელი წლების განმავლობაში ოცჯერ ვიყავი პოსპიტალიზირებულნი და ვერ შევხედე ექიმს, რომელიც ნესიერად მომისმენდა“ (mercybridge.ru/laun-power-to-patient).

საექიმო სიბრძნით აღჭურვილი დიდი ექიმი დღესაც განაგრძობს თავისი იდეების პროპაგანდას: „ექიმები ამაყობენ, რომ მისდევენ მტკიცებით მედიცინას, მაგრამ ეს ჩვენი მოღვაწეობის ყველაზე ადვილი ნაწილია. გაცილებით რთულია მისდევდე ინდივიდუალური მედიცინის პრინციპებს. კიდევ უფრო ძნელია ავადმყოფის მკურნალობის ისეთი პროცესი, რომელიც აერთიანებს ორ არსებას.

ნამდვილი საოცრება კი მაშინ წარმოიქმნება, როდესაც ავადმყოფი ექიმს მიენდობა და გულს გადაუშლის“ (2011 წლის 23 მარტი, პერსონალური ბლოგი).

თარგმანზე მუშაობაში აქტიური მონაწილეობა მიიღეს და მნიშვნელოვანი დახმა-

რება გაგვიჩინეს ფილოლოგებმა ლეილა კაჭარავამ და ჯუკა ლეჟავამ, რომელთაც დიდ მადლობას ვუხდით სასარგებლო რჩევებისა და შენიშვნების გამო.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუძღვნით ავტორს, რომელმაც წიგნის თარგმნის უფლება უანგაროდ გადმოგვცა.

იმედს გამოვთქვამთ, რომ ბერნარდ ლაუნის უნიკალური ნაშრომი ქართველი ექიმების სამაგიდო წიგნად იქცევა.

ნანილი I.

დიაგნოსტიკის ხელოვნება, ანუ როგორ მოვუსმინოთ ავადმყოფს

თავი I.

ავადმყოფის მოსმენის ხელოვნება

ტექნიკური პროგრესის ეპოქაში ადვილად გვაზინყდება, რომ საექიმო პროფესიის არსი ცივილიზაციის გარიჟრაჟზე ჩამოყალიბდა. ოცდახუთი საუკუნის წინ **ჰიპოკრატე** წერდა: „*მეურნალობის საიდუმლოება ადამიანის სიყვარულშია. ზოგიერთი მძიმე ავადმყოფი იკურნება იმის წყალობით, რომ კმაყოფილია საკუთარი ექიმით*“. XVI საუკუნის გამოჩენილი გერმანელი ექიმი **პარაცელსი** თვლიდა, რომ ექიმის მთავარი უნარი უნდა იყოს „*ინტუიცია, რაც აუცილებელია ავადმყოფის შეცნობისთვის. ამასთან, ექიმი უნდა ფლობდეს ავადმყოფზე მეხების ხელოვნებას, რითაც სიმპათიას დაიმსახურებს*“.

მიუხედავად მეცნიერების დიდი წარმატებებისა, ეს პრინციპები დღესაც აქტუალურია. ჩემი მუშაობის დროს მედიცინის კლასიკოსების მემკვიდრეობას ყოველთვის ვიყენებდი და ეს სრულებითაც არ იყო ძნელი, ვინაიდან ამაში ჩემი მასწავლებლები დამეხმარნენ, პირველ რიგში – **სამუელ ლივანი**, რომლის ხელმძღვანელობითაც 1950 წელს ბოსტონში დავინწყე მუშაობა [**ლაუნის და ლივანის სახელს ატარებს პარაკუჭების ნადრევი დეპოლარიზაციის ერთ-ერთი ფორმა – ლაუნ-განონგ-ლივანის (LGL) სინდრომი – ჯ.ლ.**]. ორი წლის განმავლობაში ყოველდღიური შემოვლები და ერთი და იმავე ისტორიების მრავალჯერ მოსმენა მომბეზრდა და ახალგაზრდული თავდაჯერებით გადავწყვიტე, რომ შეფთან შემოვლებზე დროის კარგვას აჯობებდა ხელი სამეცნიერო საქმისთვის მომეკიდა. ექვსი თვის განმავლობაში შემოვლებს არ დავსწრებივარ და მხოლოდ კვირაში ერთხელ ამბულატორიულ კარდიოლოგიურ მიღებას ვანარმოებდი. **სულ მალე ვიგრძენი, რომ პრაქტიკოს ექიმად არ ვვარგოდი.** ჩემი პედაგოგის მოღვაწეობის შედეგები ბევრად უკეთესი იყო. გასაოცარია, მაგრამ გაურკვეველი დიაგნოზის შემთხვევაშიც კი მის მიერ დანიშნული ნაშალი, რომლის ჩვენებებში ეჭვი მეპარებოდა, ავადმყოფის მდგომარეობას სწრაფად აუმჯობესებდა. გაოგნებული ვიყავი ასეთი „უსამართლობით“: მეჩვენებოდა, რომ **ლივანიზე** მეტად ვიყავი ინფორმირებული მედიკამენტების შესახებ და უფრო სწორადაც ვიყენებდი მათ (რეგულარულად ვეცნობოდი უახლეს სამედიცინო ინფორმაციას „*New England Journal of Medicine*“-ის საშუალებით), მაგრამ ჩემი შეფის მუშაობის შედეგებს ვერც კი მივუახლოვდი. იმ მიზნით, რათა გამერკვია, რაში იყო საქმე, კვლავ დავინწყე შემოვლებზე ყოველდღიური დასწრება. ვფიქრობ, ძალიან უნიჭო შეგირდი ვიყავი, ვინაიდან **ლივანთან** მუშაობის **მხოლოდ 11 წლის შემდეგ მომეცა, როგორც ექიმს, საკუთარ ძალებში რწმენა.** რაც მთავარია, ბოლოს და ბოლოს, მგონი მეც ავითვისე ავადმყოფის მიმართ ინდივიდუალური მიდგომის ურთულესი ხელოვნება. შეფის საექიმო ტალანტით ჩემს ალტაცებას საზღვარი არ ჰქონდა. **უილიამ ოსლერის** მსგავსად მისი კრედიო იყო: „*მედიცინა განუხა ზღვრელის მეცნიერება და შესაძლებელის ხელოვნებაა*“.

ლივანი თვლიდა, რომ ყველაზე მნიშვნელოვან ინფორმაციას ავადმყოფის გამოკითხვის და ფიზიკური გასინჯვის შედეგად ვღებულობთ. მრავალგვარმა დამატებითმა გამოკვლევებმა ექიმის კლინიკური აზროვნება არ უნდა ჩაანაცვლოს.

ეს არ ნიშნავს, რომ იგი მეცნიერული და ტექნოლოგიური მიღწევების მნიშვნელობას აკნინებდა. პირიქით, ლივანი თვლიდა, რომ საექიმო ხელოვნება სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ სამეცნიერო მიღწევები მაქსიმალურად მივუახლოვით ავადმყოფის ინტერესებს. მის ხელთ 30 ათასზე მეტმა კარდიოლოგურმა ავადმყოფმა გაიარა და, მე მგონია, თითოეული მათგანი ჩაიბეჭდა ამ შესანიშნავი მკურნალის მეხსიერებაში – გასაოცარი სიზუსტით შეედლო ნებისმიერი მნიშვნელოვანი დეტალის გახსენება. მდიდარი გამოცდილების და საოცარი გამჭრიახობის წყალობით იგი მთავარს მეორეხარისხოვნისგან ყოველთვის განასხვავებდა და ზუსტ დასკვნებს აკეთებდა. მან კარდიოლოგთა რამდენიმე თაობას შეასწავლა სტენოკარდიის სინდრომის დიაგნოსტიკა – არ მახსოვს შემთხვევა, რომ არ ამოეცნო ეს პათოლოგია ან ჰიპერდიაგნოსტიკა დაეშვა! იგი გვასწავლიდა, რომ ავადმყოფის აუქჩარბელი და დეტალური გამოკითხვის საშუალებით ანგინოზური ჩივილების ამოცნობა და დიფერენცირება არ არის ძნელი. სამწუხაროდ, ამჟამინდელმა ექიმებმა სტენოკარდიის სინდრომის კლინიკური სურათის ყველა დეტალი ან არ იციან, ან ავადმყოფის გამოკითხვაზე დროის დაკარგვა ეზარებათ (ექიმის შრომის ანაზღაურება ხომ მით უფრო მაღალია, რაც უფრო მეტ გამოკვლევას ჩაატარებს). ამიტომ, ამჟამად კორონარული პათოლოგიის დიაგნოსტიკისთვის მასიურად გამოიყენება გამოკვლევის არაინვაზიური და ინვაზიური მეთოდები, მათ შორის – კორონარული ანგიოგრაფია. 1993 წელს შეერთებულ შტატებში ჩატარებული ანგიოგრაფებიდან 200 ათასი ნორმალური აღმოჩნდა. ეს ნიშნავს, რომ ზედმეტად, გაუმართლებლად იყო დანიშნული ძვირადღირებული და ინვაზიური, არცთუ უხიფათო გამოკვლევა და ყოველივე ამის თავიდან აცილება შესაძლებელი იყო, თუკი ექიმები დოქტორ ლივანის პრინციპებს გამოიყენებდნენ (არსებითად, **ჰებერდენის** კრიტერიუმებზეა საუბარი – *ჯ.ლ.*).

ლივანი დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდა ავადმყოფის სწორ გამოკითხვას და ერთგვარ ეშმაკობასაც მიმართავდა: იგი ავადმყოფს სთხოვდა თითოთი ეჩვენებინა ტკივილის ადგილი. საქმე იმაშია, რომ სტენოკარდიას არ ახასიათებს ლოკალური ტკივილი და თითოთი მისი ჩვენება შეუძლებელია. ამიტომ, თუკი ავადმყოფი თითოთი გვიჩვენებს ტკივილის ადგილს, სტენოკარდიის დიაგნოზი თითქმის გამოირიცხულია. სტენოკარდიის დროს ავადმყოფი, როგორც წესი, გვეუბნება: „*ენით გამოთქმა მიჭირს, ტკივილი კი არა, უფრო მოჭერას ჰგავს, ზენოლაა, ნვაა, დისკომფორტია*“ (ასეთი ჩივილების ფასი ბევრად მატულობს, როდესაც ავადმყოფი მათ ფიზიკურ დატვირთვის უკავშირებს – *ჯ.ლ.*).

• 60-იანი წლების დასაწყისში, როდესაც ლოს-ანჯელესში ვმუშაობდი, ლივანის ერთ-ერთმა ყოფილმა მონაფემ გასაოცარი შემთხვევა გაიხსენა: „შესახედად ჯანსაღი 34 წლის მამაკაცი ეპიგასტრიუმის არეში უსიამოვნო შეგრძნებას უჩიოდა. ლივანიმ რამდენიმე შეკითხვა მისცა და გამოკითხვის დამთავრებისთანავე სტენოკარდია დაუდგინა. შემდგომმა გამოკვლევამ ავადმყოფს დიაგნოზის თიაქარი აღმოუჩინა. როდესაც ლივანის ეს დასკვნა უჩვენეს, მან თავისი ხელით, ყველას თანდასწრებით, ჩანურა სამედიცინო ბარათში, რომ იგი შეცდა და, რომ ავადმყოფს სტენოკარდია არა აქვს! მე რაღაც ეჭვი მღრნინდა და შემოვიღის შემდეგ შეფს შორიდებით ვკითხე, თუ რატომ უარყო მან ასე ადვილად საკუთარი დიაგნოზი.“

მისი პასუხი გამოკვლევებელი იყო: არავითარი უარყოფა, სრულიად დარწმუნებული ვარ, რომ იმ ახალგაზრდას სტენოკარდია აქვს! კიდევ უფრო მორიდებულად ვკითხე: მამ რატომ გააკეთეთ ასეთი ჩანანური? პასუხმა კვლავ გამოაცა: მე პედაგოგი ვარ და ჩემთვის ძალიან მნიშვნელოვანი იყო ახალგაზრდებისთვის მეჩვენებინა, რომ შეცდომა ყველამ შეიძლება დაუშვას, დიდმა ლივანიმაც კი! არ მინდა, რომ ახალგაზრდა ექიმებმა ჩემგან კერპი შექმნან, დამოუკიდებელი კლინიკური აზროვნების ჩამოყალიბებაში ეს მათ ხელს შეუშლის“.

ამ ისტორიას საკმაოდ ტრაგიკული დასასრული ჰქონდა. დაახლოებით სა-
მი წლის შემდეგ ამ პაციენტმა მიოკარდუმის გავრცელებული ინფარქტი გა-
დაიტანა. ეჭვი არ მეპარება, რომ ჩემს მასწავლებელს უსიამოვნო განცდები
ექნებოდა იმის გამო, რომ არ გააფრთხილა ავადმყოფი სამიშროების შესახებ.
თუმცა ისიცაა გასათვალისწინებელი, რომ მაშინ ამ დაავადების გამოსავალზე
ზემოქმედების არავითარი საშუალება არ არსებობდა (ისმის კითხვა: განა უფლება
გვაქვს პედაგოგიური მოსაზრებებით ავადმყოფს და, მით უმეტეს, მის პატრონს
პრობროზულად ერთობ სერიოზული დიაგნოზი დაეუფალოთ? – ჯ.ლ.).

ჩემს შეფასებაში დიაგნოსტიკური „საიდუმლოებანი“ გაჩანდა. მაგალითად, იგი
ამტკიცებდა, რომ ძალზე იშვიათია ბაქტერიული ენდოკარდიტის და წინაგულების
ფიბრილაციის შეუღლება. მას შეეძლო სრულიად მარტივად გადაეწყვიტა ურთუ-
ლესი საკითხები. მაგალითად, აორტის კოარქტაციის სადიაგნოსტიკოდ, რომელიც
არტერიული ჰიპერტენზიის დროს საკმაოდ დიდხანს ამოუცნობი რჩება ხოლმე,
იყენებდა უბრალო, სრულიად ხელმისაწვდომ სინჯს: რამდენიმე წამის განმავლობაში
ერთდროულად უნდა ვანარმოთ ზედა და ქვედა კიდურის დიდი თითის კომპრესია.
კოარქტაციის შემთხვევაში ზედა კიდურში სისხლსავსეობა დეკომპრესიიდან
უმალვე აღსდგება, ხოლო ქვემო კიდურის თითში ამას მეტი დრო დასჭირდება. ამ
ტესტის ჩასატარებლად საჭიროა მხოლოდ წამწამი და სულ 10 წამია საკმარისი,
რომ ძვირფასი ინფორმაცია მიიღო.

ლივიანს ძალზე ზუსტად შეეძლო თირეოტოქსიკოზით გამოწვეული გულის
ცვლილებების ამოცნობა. იმ დროს თირეოტოქსიკოზის დიაგნოსტიკა გაძნელებული
იყო და ექიმები კარგად არ იცნობდნენ თირეოტოქსიკოზით დაზიანებულ გულს. მის
ყურადღებას არ გამოიჩნებოდა ამ პათოლოგიისთვის დამახასიათებელი არცერთი,
თუნდაც სუსტად გამოხატული, სიმპტომი: ზოგადი აგზნებულობა, თითების და
ენის ტრემორი, მომატებული მაღის ფონზე სხეულის მასის დაქვეითება, სიცხის
აუტანლობა და ოფლიანობა, პრილა სკლერები და თავისებური ბრაზიანი გამო-
ხედვა, ნაადრევი ქალარა და ა.შ.

• ერთხელ, ჩვენი კლინიკის გამოცდილმა ენდოკრინოლოგმა ლივიანს სავა-
რადო კორონარული უემარისობის გამო ავადმყოფი ქალის კონსულტირება
სთხოვა. ავადმყოფის დათვლიერების და გულის მოსმენის შემდეგ ჩემმა შეფმა
თირეოტოქსიკოზის დიაგნოზი დასვა! გული მეც მოვისმინე და აღვნიშნე, რომ
საყურადღებოს ვერაფერს ვამჩნევ, გარდა პირველი ტონის აქცენტისა.

– კი მაგრამ, როგორ შეგიძლიათ ახსნათ ეს ფაქტი ეკგ-ზე PQ ინტერვალის
მომატების ფონზე? თქვენ ხომ იცით, რომ პირველი ტონის აქცენტი შეიძლება გა-
მოიწვიოს მიტრალურმა სტენოზმა, გამოხატულმა ანემიამ, პეჯეტის დაავადებამ და
ორსულობამ, მაგრამ ამ ქალბატონს ეს დაავადებები არა აქვს და არა მგონია, რომ 60
წლის ასაკში ორსულად იყოს – ნიშნის მოგებით მომმართა. მე მაინც მიკვირდა, რომ
შეფმა თირეოტოქსიკოზის შესახებ დასკვნა ასე უცებ და ხელალებით გამოიტანა.

– ბარნი, თქვენ არ გინდათ დაინახოთ აშკარა და თვალსაჩინო სიმპტომები.

– კი მაგრამ, რა არის აქ თვალსაჩინო, – ვიკითხე გაღიზიანებულმა.

– დააკვირდით თვალებს და გაითვალისწინეთ აქცენტირებული პირველი
ტონი, რომელიც მომატებული PQ-ს ფონზე შესუსტებული უნდა იყოს! (PQ ინტერ-
ვალის გახანრძელება, ანუ პირველი ხარისხის ა.ვ. ბლოკადა ინვესს პირველი ტონის
შესუსტებას, ვინაიდან საბოლოო დიაგნოზური მოცულობის მომატების შედეგად
ატრიოვენტრიკულური სარქველები სისტოლის წინ ფაქტობრივად უკვე დახურულია
– ჯ.ლ.). ეს ინფორმაცია საკმარისია, მიუხედავად იმისა, რომ ფარისებრი ჯირკვალის
გადიდებული არ არის.

ენდოკრინოლოგის სასირცხვილოდ, რომელიც ფარისებრი ჯირკვლის სპეცია-

ლისტად ითვლებოდა, დამატებითმა გამოკვლევებმა თირეოტოქსიკოზის დიაგნოზი დაადასტურა.

სხვათა შორის, ლივიანი თვლიდა, რომ მსუბუქი თირეოტოქსიკოზი სასარგებლოცაა, რადგან ხელს უშლის ათეროსკლეროზის განვითარებას. დიდი ხნის შემდეგ, როდესაც მისი პირადი ექიმი გაეხედა, გამიმხილა, რომ ბოლო 30 წლის განმავლობაში სისტემატურად იღებდა თირეოპორმონებს.

რაც მთავარია, ლივიანმა ავადმყოფის ყურადღებით მოსმენის და მასზე დაკვირვების ხელოვნებას მაზიარა. კარგი ექიმობისთვის დაავადებათა კლინიკური სურათის და უახლესი გამოკვლევის მეთოდების შესწავლა აუცილებელი პირობაა, მაგრამ გაცილებით მნიშვნელოვანია და, ამავე დროს, ბევრად უფრო ძნელად ასათვისებელი – ავადმყოფის მთელი გულისყურით მოსმენა და მისი ემოციური მდგომარეობის ცვალებადობის შეფასება. ავადმყოფის გამოკვლევისას არა მარტო მისი შინაგანი ორგანოების მდგომარეობა უნდა შევისწავლოთ, არამედ მისი შინაგანი, სულიერი სამყაროც. ეს გაცილებით მნიშვნელოვანია. გარდა ამისა, ყურადღებას და თანაგრძნობას უკვე თერაპიული ეფექტი გააჩნია.

სამწუხაროდ, ყოველივე ამას სახელმძღვანელოებში და ცნობარებში თითქმის არ განიხილავენ. არადა, ექიმისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი და, ამავე დროს, ყველაზე რთული ასათვისებელი სწორედ ავადმყოფის მოსმენის ხელოვნებაა. კიდევ უფრო დიდი გამოცდილებაა საჭირო, რომ „გაიგონო“ ის, რაც ავადმყოფს ენით არ გამოუთქვამს.

1. 1. ჭირს მიპყრობილი მზარა

• კაბინეტში ჩანგ გოიანგი, მერილენდელი მეცნიერი მეუღლესთან ერთად შემოვიდა. ქალბატონი, რომელიც უცნაურად მომჩერებოდა და ხმას არ იღებდა, ბუდს მდუმარე სტატუტეს მაგონებდა. გოიანგი სტენოკარდიის გამო ჩემთან თითქმის 10 წლის განმავლობაში მკურნალობდა. პირველად იმიტომ მომმართა, რომ ადგილობრივი ექიმები აორტოკორონარულ შუნტირებას სთავაზობდნენ, რისიც მას ძალიან ეშინოდა. შემდგომში იგი რეგულარულად ჩამოდიოდა შესამონმებლად და მდგომარეობა ყოველთვის სტაბილური ჰქონდა. ბოლო ვიზიტის დროს მან ისევ დაადასტურა, რომ მდგომარეობა არ გაუარესებულა: სტენოკარდიის შეტევები არ გახშირებულა და არ გახანგრძლივებულა; ფიზიკური აქტივობა არ შეუშცირებია – ფეხით სიარული და ცურვა (კვირაში ხუთჯერ) შეტევას არ აძლევდა. ყოველი დატვირთვის წინ ჩემი რჩევის თანახმად ნიტროგლიცერინის აბს იღებდა. მისი მონაცემით საკვებით კმაყოფილი ვიყავი, მაგრამ ავადმყოფის გასინჯვის დროს გაურკვეველი აფორიაქება და ეჭვები დამეფუტა. ამავე დროს, ჩემი ყურადღება ქალბატონ გოიანგის საქციელმა მიიპყრო. უწინ იგი ასე არასოდეს არ იქცეოდა – თვალები ჭერს მიპყრო და ჩვენი ერთხელაც არ შემოუხედავს. იქნებ სწორედ ეს იყო ჩემი აფორიაქების მიზეზი? ცოლ-ქმარს უსიამოვნება ხომ არ შეემთხვათ გზაში, ან იქნებ ასეთი სახით რალაცის თქმას ცდილობს? – გავიფიქრე.

გავაგრძელე ავადმყოფის გასინჯვა და ოდნავ დავმშვიდდი, ვინაიდან ფიზიკური კვლევით რაიმე გაუარესება ვერ გამოვაგლინე. უკვე ვაპირებდი უწინდელი დანიშნულების დატოვებას და ერთი წლის შემდეგ ვიზიტის დანიშვნას, მაგრამ რალაცამ შემაჩერა და ქალბატონ გოიანგთან ცალკე გასაუბრება გადაწყვიტე. როდესაც ოთახში გავედით, ვკითხე, თუ რა აზრის იყო მისი მეუღლის ჯანმრთელობის შესახებ, რაზეც მან მშრალად მიპასუხა, რომ ქმრის ნათქვამს ვერაფერს დაუმატებდა.

„იქნებ მაინც რალაც შეიცვალა?“ – არ ვეშვებოდი. შევაატყვე, რომ შეცბა, მაგრამ

რამდენიმე წამის შემდეგ ისევ მშვიდად მიბასუხა, რომ უმჯობესია თავად ავადმყოფს დაეუსვა შეკითხვები. ასეთი უნაყოფო საუბარი, რომელიც კიდევ მთელი ხუთი წუთი გავრძელდა, არასოდეს მქონია. უკვე ეჭვი აღარ მეპარებოდა, რომ იგი რალაცას მიმალავდა და საკმაოდ მკვახედ მიეხალა: „წუთუ არ გადარდებთ თქვენი ქმრის ჯანმრთელობა, როგორ მიმალავთ მნიშვნელოვან ინფორმაციას?“ შედეგი ჩემთვისაც კი მოულოდნელი იყო – ერთი შეხედვით მშვიდი და განონასწორებული ქალბატონი ბავშვივით ატირდა:

– ჩინელი ქალი არასოდეს ლაპარაკობს თავისი ქმრის ზურგს უკან!

შევეცადე მშვიდად დამესვა კონკრეტული შეკითხვები:

– მითხარით, გეთაყვა, ხშირად ხმარობს თქვენი ქმარი ნიტროგლიცერინს?

– ოჰ, ყოველ წუთში ყლაპავს.

– უნინდებურად სეირნობს და ცურავს კიდევ?

– არა, ექიმო, სად შეუძლია, შეტევები უიმისოდაც ანუხებს.

– კი მაგრამ, ამიხსენით, რატომ მიმალავდით ყოველივე ამას აქამდე?

– ჩემს ქმარს გულის ოპერაციის ისე ეშინია, ფიქრიც კი არ უნდა ამის შესახებ!

გადაწყვიტე ბატონ გოიანგისთვის ტრედმილის სინჯი ჩამეტარებია. წარსულში იგი 11 წუთს იტანდა დატვირთვას, ახლა კი უკვე მეხუთე წუთზე იძულებული გავხდი სინჯი შემენყვიტა გულის არეში მოჭერის შეგრძნების, ცივი ოფლის და თავბრუს გამო. არტერიული წნევა დაქვეითდა. ეკგ-ზე აღინიშნა ვენტრიკულური ტაქიკარდია. ავადმყოფი მასწრაფოდ გადავიყვანეთ საავადმყოფოში, სადაც ანგიოგრაფიამ მარცხენა მთავარი არტერიის ისეთი კრიტიკული შევიწროვება უჩვენა, რომლის დროსაც აუცილებელია სასწრაფო ოპერაცია. აორტოკორონარულმა შუნტირებამ და პოსტოპერაციულმა პერიოდმა გართულებების გარეშე ჩაიარა და გოიანგი დღემდე თავს შესანიშნავად გრძნობს. ავადმყოფი მეუღლის გარეშე რომ მოსულიყო და მე კი „თვალებითაც არ მესმინა“ მათთვის, გოიანგი, დიდი ალბათობით, ცოცხალი ვერ გადარჩებოდა.

დაუშვებელია ავადმყოფის პასიური მოსმენა. გულითადი საუბრის დროს ყველაფერს უნდა მიექცეს ყურადღება: როგორია ავადმყოფის გუნებ-განწყობა, ოჯახური ურთიერთობები, ხომ არ შეუცვლია პროფესიული საქმიანობა და ცხოვრების წესი. ერთი სიტყვით, ავადმყოფი უნდა შევისწავლოთ, როგორც იტყვიან, თხემით ტერფამდე.

ძირითადი ჩივილის გარკვევას დიდი მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ, ზოგჯერ, მთავარი ჩივილი ძირითად დაავადებასთან არც არის კავშირში. ეს ჯერ კიდევ სტუდენტობის დროს გავიგე, როდესაც ჯონს ჰოპკინსის სამედიცინო კოლეჯში (Johns Hopkins Medical School) ვსწავლობდი. სასწავლებელი ნახევარ საუკუნეზე მეტი ხნის წინ დავამთავრე და ცოტა ვინმე თუ მახსოვს პროფესორთაგან, მაგრამ ძალიან კარგად დამამახსოვრდა ბავშვთა ფსიქიატრი ლიო კენერი და მისმა გავლენამ ჩემზე წლების განმავლობაში კიდევ უფრო იმატა, მიუხედავად იმისა, რომ სულ ორჯერ მქონდა მასთან შეხვედრის ბედნიერება 1943 წელს (ალბათ ძნელი წარმოსადგენია და თავადაც ძლივს ვიჯერებ), როდესაც მეორე კურსზე ვსწავლობდი.

1.2. ძირითადი ჩივილი

• ხშირად ვიხსენებ ერთ-ერთ ლექციას, რომელზეც კენერი თავის პაციენტ ქალბატონზე გვიყვებოდა, რომლის ერთადერთი ჩივილი მდგომარეობდა იმაში, რომ მისი რვა წლის ბიჭუნა დიკი ცუდად იქცეოდა. მშობლებმა საკუთარი სახლის მესამე სართულზე ბავშვს ოთახი მოუწყვეს, რომელიც სავსე იყო ათასგვარი სათამაშოებით, მაგრამ ყოველ დილას დიკი ჩამოდიოდა სასტუმრო ოთახში და სპარსულ ხალჩიზე კომიქსებს, გაზეთებს და კარიკატურებს მიმოყრიდა. ვერც მოფერებით და ვერც მუქარით მშობლებმა ვერაფერი გააწყვეს – დიკი თავისას არ იწლიდა.

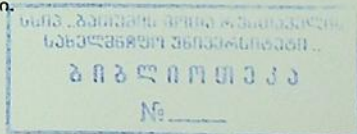
იმ საღამოს კენერი ომის ვეტერანებისთვის მონყობილ საქველმოქმედო ბანკეტზე იყო დაპატიუებული. მის გვერდით შუა ხნის წარმოსადეგი ქალბატონი იჯდა, რომელიც ძალიან განიცდიდა იაპონელებთან ქოლმარ სამხედრო ნაწილში მყოფი შვილის გამო. უცებ, სრულიად მოულოდნელად, ქალბატონს უკითხავს: ექიმო კენერ, იქნებ ამიხსნათ ერთი ფსიქოლოგიური უცნაურობა – როდესაც ჩემს შვილზე ვფიქრობ, ყველაზე დიდი სიამოვნებით ვიხსენებ იმ დროს, როცა ჩემი პატარა ბიჭი კარიკატურებს ხალიჩაზე მიმოფანტავდა.

კენერმა აგვიხსნა, რომ პირველი ქალბატონი, რომელიც ბავშვის საქციელის გამო წუხდა, როგორც გულითადი საუბრის შემდეგ გაირკვა, სინამდვილეში უფრო იმით იყო შეშფოთებული, რომ ქმარი ღალატობდა და ოჯახი დანგრევის პირას იყო მისული. ასე რომ, მისი ძირითადი ჩივილი ძალიან შორს იყო ჭეშმარიტებისგან – ის ერთგვარი საბაბი, ექიმთან შესვლის თავისებური საშვი იყო. შემდეგ კენერმა სტუდენტებს მოგვმართა: *„განა შეგიძლიათ თეატრალური სპექტაკლის ბილეთის მიხედვით დაწეროთ პიესის მოკლე შინაარსი? იგივე შეიძლება ითქვას ძირითადი ჩივილის შესახებაც – ზოგჯერ იგი მხოლოდ იმას გვამცნობს, რომ პაციენტს რაღაც ძალიან აწუხებს“*. კენერი მოგვიწოდებდა, რომ არასოდეს დაეყრდნობოდი მხოლოდ ძირითად ჩივილს, სანამ სრულყოფილად არ შევისწავლიდი ავადმყოფს, მის სულიერ მდგომარეობას, წუხილს და შფოთვისა.

პირადად მეც არაერთხელ მქონია შემთხვევა, როცა ავადმყოფი მოსულა სომატური ჩივილებით, ხოლო გულითადი საუბრის შემდეგ ირკვეოდა, რომ მთავარი იყო სამსახურეობრივი, ან, კიდევ უფრო მეტად, ოჯახური კონფლიქტები. ამ დროს პაციენტები თავს უხერხულად გრძნობდნენ და ზოგჯერ ბოდიშობდნენ კიდევ: *„ექიმო, იქნებ არც კი ღირდა ამის მოყოლა, ალბათ თავი მოგაბეზრეთ“*. უნდა გვახსოვდეს, რომ ოჯახური პრობლემები აუცილებლად აისახება ოჯახის წევრების ჯანმრთელობაზე. ამ შემთხვევებში საუკეთესო ნამაღი კეთილი სიტყვა და გონიერი საუბარია. ამის ნაცვლად, როგორც წესი, იწყება უერთი გამოკვლევები და მედიკამენტური მკურნალობა, რომელსაც დადებითი შედეგი არ მოაქვს და, პირიქით, ხშირად აუარესებს კიდევ ავადმყოფის მდგომარეობას.

სამწუხაროდ, ამ პრობლემებს ექიმთა მომზადების დროს ყურადღება თითქმის არ ექცევა. სტუდენტებს უუხეზიან, რომ ძალიან მნიშვნელოვანია ავადმყოფის გამოკითხვა, მაგრამ როგორ უნდა გააკეთონ ეს, ამას არ ასწავლიან. არადა, თუ სათანადო მომზადება არა გაქვს, ავადმყოფის გამოკითხვა ძალზე დიდ დროს მოითხოვს. დრო კი ფულია! ამიტომ ჩვენი ექიმები ამჯობინებენ მონივრე ტექნოლოგიების საშუალებით სწრაფად მოიპოვონ დაავადების მტკიცე მარკერები. ასეთი მიდგომა ხშირად ამართლებს, მაგრამ შეცდომის დაშვების დიდ ალბათობას შეიცავს.

ჩემი საექიმო კარიერის დასაწყისშივე ნაწვანდი საყოფაცხოვრებო ტრაგედიას, რომელიც ძირითადი ჩივილის მიღმა იყო დამალული.



1.3. მამის დაავადებული გული

• „მამაჩემს ავადმყოფი გული აქვს!“ – მომართა ორმოციოდე წლის ქალბატონმა, რომელიც ძალიან აღელვებული ჩანდა. ხანშესული მამაკაცის გულგრილი და უინტერესო გამოხედვა მონიშნავდა, რომ საუბარში მონაწილეობას არც კი აპირებდა. 75 წლის იყო, მაგრამ ასაკზე უფრო ხანდაზმული შეხედულება ჰქონდა. ჩემს შეკითხვებს სხარტად და იუმორითაც კი პასუხობდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მისი იერი მეუბნებოდა, რომ მას უიმედობის განცდა დაუფლებოდა. როდესაც ვკითხე, თუ რა აწუხებდა, ქალიშვილმა დაასწრო: „მამა მძიმედაა ავად. მას სტენოკარდია აქვს“. ისე საუბრობდა, თითქოს მამა იქვე არც კი ყოფილიყო, მთელი კატეგორიულობით ამტკიცებდა, რომ მამამისის დღეები დათვლილია.

ჩემს შეკითხვაზე – ხომ არა აქვს ხოლმე უსიამოვნო შეგრძნება გულმკერდში, ავადმყოფმა თავი კი დამიქინა, მაგრამ შემდეგ დამინყო დარწმუნება, რომ თავს სრულიად ჯანმრთელად გრძნობს და არაფერი არ აწუხებს.

– „მამა, როგორ უარყოფ იმას, რასაც ყველა გამჩინებს?“ – ხმას აუწინა ქალიშვილმა.

ძალიან გამიჭირდა – ავადმყოფისთვის რაც არ უნდა მეკითხა, ქალიშვილი იმავე წამს ჩაერეოდა და მამას ხმის ამოღების საშუალებას არ აძლევდა. მოხუცი დათრგუნული ჩანდა და უინტერესოდ უსმენდა ქალიშვილს. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ ფიზიკური გამოკვლევით რაიმე პათოლოგიური ცვლილებები ვერ აღმოვაჩინე, არტერიული წნევაც ნორმალური ჰქონდა. მინდოდა გამეხარებია ქალიშვილი და სიამოვნებით ვამცნე, მაგრამ მისმა რეაქციამ გამოაგნა: „ო, არა, არა! რატომ არ გინდათ დაიჯეროთ, რომ მამაჩემი სერიოზულადაა დაავადებული?“ – მოთქვამდა გულამომჯდარი. ქალიშვილი ცალკე ოთახში გავიწვიე და ნელ-ნელა, რის ვაი-ვაგლახით მოვახერხე გამერკვია მთავარი – საუბარმა კარგა ხანს გასტანა. პერიოდულად ჩვენი საუბარი მისი ტირილით და მოთქმით წყდებოდა: „რა ვქნა ახლა, რა მეშველება!“!

გაირკვა, რომ ქალის მამა საკმაოდ წარმატებული აფთიაქის მფლობელი იყო, სადაც მისი სიძე ფარმაცევტად მუშაობდა. 5 წლის წინ, დედის გარდაცვალების შემდეგ, ახალგაზრდებმა მამა დაარწმუნეს, რომ საცხოვრებლად მათთან გადმო-სულიყო, ხოლო ერთი წლის შემდეგ სიძესთვის აფთიაქის გადაფორმებაზეც დაითანხმეს. თანდათან მათ შორის ურთიერთობა იმდენად გაუარესდა, რომ სიძეს სიმამრის საუბარი ან ფეხის ხმა კი არა, დანახვაც აღიზიანებდა და მოითხოვდა, რომ მას ცალკე ესაძლია! მოხუცი იმდენად დაითრგუნა, რომ სიარულსაც კი ვერ ბედავდა, როცა სიძე სახლში იყო. ჭამას მოუკლო, გახდა და მთელი დღე საკუთარ ოთახში იყო გამოკეტილი. რამდენიმე თვის წინ სიძემ კატეგორიულად განაცხადა, რომ თუ სიმამრი საცხოვრებლად სხვაგან არ გადავა, იგი ოჯახს მიატოვებს. სწორედ ამ მომენტიდან ქალიშვილს აეკვიატა აზრი იმის შესახებ, რომ მამა მძიმედაა დაავადებული (არსებითად, ქალიშვილის აკვიატებული იდეა ისტერიული რეაქციაა – გამოუვალი მდგომარეობიდან გამოსვლის ქვეცნობიერი მცდელობა – ჯ.ლ.).

ეს ისტორია იმას ადასტურებს, რომ ზოგჯერ ძირითადი ჩივილი ადამიანური ტრავმების ნიღაბია და არაფერი არა აქვს საერთო ძირითად პრობლემასთან.

1. 4. დამალული გასაღები

დარწმუნებული ვარ, რომ დიაგნოსტიკური პრობლემების გადაწყვეტის ყველაზე ეფექტური და ეკონომიური მეთოდი ისეთი გამოკითხვაა, როდესაც ავადმყოფი ძირითადი ჩივილების გარდა ბევრ სხვა რამესაც გვამცნობს. დიდ ბრიტანეთში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა უჩვენა, რომ სადიაგნოსტიკო ინფორმაციის 75%-ს ელემენტარული ავადმყოფის გამოკითხვით, 10%-ს – ფიზიკური გამოკვლევით, 5-5%-ს რუტინული და ძვირადღირებული ინვაზიური გამოკვლევებით და დანარჩენ 5%-ს – გაურკვეველი გზით. ეს მე სრულებითაც არ მაკვირვებს, ვინაიდან პაციენტი შეიძლება შევადაროთ ერთგვარ საინფორმაციო ბანკს, საიდანაც ინფორმაციას (გასაღებს) ვერ მიიღებ, თუ ნდობა არ დაიმსახურე. ჩემმა პრაქტიკამ დამარწმუნა, რომ ეს გზა ყველაზე რენტაბელურია – იზოგება დროც და ფინანსებიც. ავადმყოფის მონაყოლი (ჩივილები, დაავადების და ცხოვრების ანამნეზი – ჯ.ლ.). კომპასიითაა – მის გარეშე ჩვენ დიდხანს დავბორილობთ დაავადებათა უღრან ტყეში და ამის გამო პაციენტს ვუტარებთ უამრავ ზედმეტ გამოკვლევას და მკურნალობას.

• დიდი ხნის წინ, ელექტროკარდიოგრაფიული მონიტორინგის დანერგვამდე, სტაციონარში შემოვიდა ავადმყოფი, რომელსაც ანამნეზში რალაც არიტმიები აღნიშნებოდა. კლინიკაში ყოფნის ერთი კვირის განმავლობაში მას არიტმიის არცერთი შეტევა არ ჰქონია და არ ვიცოდი რა დასკვნა გამომეტანა. ერთ-ერთ შემოვლაზე უნებურად ჩავილაპარაკე: „ერთხელ მაინც რომ დაგვეფიქსირებინა ეს შეტევა...“. ავადმყოფმა სიტყვა შემანყვეტინა:

- ექიმო, ამაზე ადვილი არაფერია – როცა მინდა, მაშინ გამოვიწვევ არიტმიას.
- კი, მაგრამ, როგორ? – გავიკვირე.
- ამისთვის უნდა ავდეგ, შემდეგ დავიხარო და მარცხენა ფეხსაცმლის ზონარი უნდა შევიკრა.

პასუხმა ძალზე გამაოცა და ვთხოვე ამ ექსპერიმენტის დემონსტრირება. შედეგმა არ დააყოვნა – ავადმყოფს განუვითარდა ტაქიკარდია, რამაც შესაბამისი რჩევა-დარიგების მიცემის და სწორი მკურნალობის დანიშვნის საშუალება მომცა. პაციენტისგან მოსმენილი ანამნეზური დეტალები ზოგჯერ სწორი მკურნალობის ერთადერთი კრიტერიუმი ხდება.

• სამედიცინო კოლეჯის რექტორს 10 წლის განმავლობაში პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის შეტევები ანუხებდა. გამოკვლევები და მკურნალობა ნამყვან კარდიოლოგიურ კლინიკებში ჰქონდა ჩატარებული, მაგრამ სრულიად უშედეგოდ. როდესაც მის ისტორიას გავეცანი, დავინტერესდი, დღე-ღამის რომელ პერიოდებში უვითარდებოდა შეტევა. მან მიპასუხა, რომ, როგორც წესი – დილაობით. მე ვთხოვე უფრო დაეზუსტებია. მან მიპასუხა, რომ შეტევა ეწყება, როცა დილით სამუშაოზე ეჩქარება – 7:30-სა და 8:30-ს შორის. ვასინჯვის შემდეგ რჩევა მივეცი, რომ მალეობარა 5:30-ზე დაეყენებინა, რათა ზუსტად ამ დროს მიეღო ანტიარითმიული პრეპარატის ორმაგი დოზა. სამაგიეროდ, დღის განმავლობაში წამლის მიღება საჭირო აღარ იქნებოდა. პაციენტმა შეასრულა დანიშნულება და შემდგომი რვა წლის განმავლობაში იგი არიტმიის შეტევას აღარ შეუწუხებია! მიაქციეთ ყურადღება, რომ მე რაიმე ახალი მედიკამენტი კი არ დამინიშნავს, არამედ მისი მონაყოლის საფუძველზე შევურჩიე წამლის მიღების ზუსტი დრო.

საკვირველი ის არის, რომ ამდენი ექიმიდან არავინ დაინტერესებულა ესოდენ მნიშვნელოვანი დეტალით. ავადმყოფი სრულიად უეფექტოდ იღებდა სხვადასხვა საშუალებების გაცილებით დიდ დოზებს, რომლებსაც გარკვეული გვერდითი მოვლენებიც აქვს.

1.5. მეუღლის შიხედულება

ექიმთა უმრავლესობა ავადმყოფის გასინჯვისას პაციენტთან პირისპირ დარჩენას ამჯობინებს, ვინაიდან თვლის, რომ ასეთ სიტუაციაში ავადმყოფი უფრო გახსნილია და შეუძლია ნებისმიერ საკითხზე ისაუბროს. მე არ ვეთანხმები ამას და ვთვლი, რომ ავადმყოფის გამოკითხვის პროცესი უფრო მეტ ინფორმაციას იძლევა, როცა მას ესწრება ოჯახის ერთ-ერთი წევრი, განსაკუთრებით მეუღლე. ჩემი აზრით, ავადმყოფს შეიძლება რაიმე მნიშვნელოვანი დეტალი დაავიწყდეს, გამორჩეს. ამიტომ პაციენტს, ჩვეულებრივ, მეუღლის თანდასწრებით გამოვკითხავ ხოლმე. რა თქმა უნდა, აუცილებლად ვარკვევ მის შეხედულებას ამ საკითხზე და, პრაქტიკულად, ყოველთვის თანხმობას ვიღებ. გარდა იმისა, რომ მეუღლე ყოველთვის რაიმე მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვანდის, ასეთ სიტუაციაში მულავენდება მეუღლეების ერთმანეთისადმი დამოკიდებულება, მათი ხასიათი და ოჯახური კლიმატის, ურთიერთობების ისეთი დეტალები, რომლის შესახებაც ისინი იშვიათად ლაპარაკობენ (ვფიქრობ, საუკეთესო ვარიანტია, როდესაც ავადმყოფს პირისპირაც და მეუღლის თანდასწრებითაც გამოვკითხავთ. ასე კიდევ უფრო მეტ ინფორმაციას ვიღებთ, ვინაიდან პაციენტი ზოგჯერ ექიმს ისეთ რამეს გაუშხელს, რასაც სხვისი თანდასწრებით არასოდეს იტყოდა – ჯ.ლ.).

ზაზი მინდა გავუსვა იმას, რომ როდესაც მეუღლეებზე ვსაუბრობ, პირველ რიგში ცოლს ვგულისხმობ, ვინაიდან, უზშირესად, სწორედ ცოლი იძლევა ყველაზე მნიშვნელოვან ინფორმაციას ქმრის შესახებ. გარდა ამისა, მამაკაცებს მაინცდამაინც არ უყვართ ცოლის კონსულტაციაზე დასწრება და ნაკლებად ყურადღებიანიც არიან მეუღლის მიმართ, ვიდრე ქალები, რომელთა ემოციური სამყარო იმდენად მდიდარია, რომ დიაგნოსტიკური დასკვნისთვის ზოგჯერ საკმარისია მათი სახის გამომეტყველება – გავიხსენოთ, როგორ დამეხმარა პრობლემის ამოცნობაში ქალბატონ გოიანგის საქციელი.

- ერთხელ, ჩემს პაციენტ მამაკაცს სექსუალური ცხოვრების შესახებ დავუსვი შეკითხვა. „სექსი არაა პრობლემა“ – იყო პასუხი. ყოველი შემდგომი ვიზიტის დროს ჩემ შეკითხვაზე იგი კვლავ სტანდარტულად მპასუხობდა: „სექსი არაა პრობლემა“. ასე მეორედებოდა ხუთი წლის განმავლობაში, სანამ მასთან ერთად არ მოვიდა მეუღლე. როდესაც ჩემს მორიგ შეკითხვაზე მან კვლავ სტანდარტულად მიპასუხა, შევამჩნიე მეუღლის გაკვირვებული გამოხედვა. მაშინ მე ვთხოვე განემარტა თუ რას გულისხმობდა იგი ამ პასუხით. ჩემმა დამატებითმა შეკითხვამ აშკარად ააღელვა და გაღიზიანებულმა მიპასუხა: „სექსი არა მაქვს და ამიტომაც იგი პრობლემა არაა“. შემდეგ, მეუღლის წინაშე თავის მართლების მიზნით დაუმატა: „მე ხუთი წლის განმავლობაში გეუბნებოდით ამის შესახებ, თქვენ კი ერთხელაც არ დაგიზუსტებიათ ჩემი პასუხი“!

ასაკთან ერთად ექიმებს მეხსიერება და სმენა გვიქვეითდება, მაგრამ, ამის პარალელურად, პრაქტიკული გამოცდილების მეოხებით ყურადღების და ფსიქოლოგიური ჩანვდომის ისეთ უნარს ვიძენთ, რომ გვესმის ქვეტექსტი – ის, რაც პაციენტის სიტყვებს მიღმა იმალება. ზოგჯერ კი, მისი სიჩუმე დამატებით, მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვაძლევს. საექიმო გამოცდილება ანართობს ინტუიციას, რის წყალობითაც პრობლემის არსს სწრაფად ჩავნვდებით ხოლმე. სამწუხაროდ, ამ უნარის შექენას საკმაოდ დიდი დრო სჭირდება.

1.6. სავდა-წუსილით გამონეშული ტკივილები გულგაქრდში

70 წელს გადაცილებულმა კალიფორნიელმა მამაკაცმა იმის გამო მომმართა, რომ მას აორტოკორონარულ შუნტირებას სთავაზობდნენ გულმკერდის არეში უსიამოვნო შეგრძნებების გამო, რაც მას ბოლო ორი თვის განმავლობაში, დღის მეორე ნახევარში და ღამითაც, აწუხებდა. მისი ექიმი ქალაქ ლა ჯოლაში (La Jolla) კარგად ფლობდა თანამედროვე კარდიოლოგიურ გამოკვლევებს, მაგრამ, უნდა ვიფიქროთ, რომ თავს არ იწუხებდა ავადმყოფის გამოკითხვით. თალიუმის სტრეს-ტესტმა გამოავლინა უბნები, სადაც დატვირთვის დროს პერფუზია ქვეითდებოდა, რაც ადასტურებდა კორონარულ უკმარისობას. მიუხედავად ამისა, ავადმყოფის გამოკითხვით დავადგინე, რომ ტკივილები ფიზიკურ დატვირთვასთან არ იყო დაკავშირებული. პირიქით, უფრო მეტად მოსვენებულ მდგომარეობაში ეწყებოდა, ხანგრძლივი იყო და უძლიერდებოდა საღამოს საათებში, ხოლო ნიტროგლიცერინი ტკივილს არ ხსნიდა. ამ მონაცემების საფუძველზე ძალიან ადვილი იყო სტენოკარდიის გამორიცხვა, მაგრამ პაციენტი ვერ დანყნარდებოდა, სანამ არ ავუსხსნიდი მისი ჩივილების მიზეზს.

ამ პაციენტის მეუღლეს, რომელიც ორი წლით ადრე ჩემთან იყო მიღებაზე, მძიმედ გამოხატული ფილტვების ემფიზემა და ფილტვისმიერი გული აწუხებდა. მიუხედავად ამისა, ქალბატონის ოპტიმიზმი ალტაცებას იწვევდა. მახსოვს მისი სიტყვები: *„ყოველი დღე ბედნიერებაა, ვინაიდან ვიცი, რომ ჩემს გვერდითაა უსაყვარლესი მეუღლე, რომელთანაც 50 წელზე მეტი გავატარე, ჩვენ უნინდებურად გვიყვარს ერთმანეთი“*. გამახსენდა, აგრეთვე, ამ ქალბატონის სიტყვები იმის შესახებ, რომ ტეხასის კლიმატი მასზე ცუდად მოქმედებდა, რის გამოც საცხოვრებლად კალიფორნიაში გადავიდებინა.

პაციენტთან გულითადი საუბრის დროს გაირკვა, რომ „გულის მხრივ ჩივილები“ მას ორი თვის წინ დასწყებია, სწორედ კალიფორნიაში გადასვლის შემდეგ. ზუსტი თარიღიც კი ახსოვდა – 28 იანვარი! ასეთი ფაქტების დადგენის შემდეგ, ბუნებრივია, ოჯახის წევრების და მეგობრების შესახებაც დავუსვი შეკითხვები. აღმოჩნდა, რომ შვილები და მეგობართა უმრავლესობა ტეხასში დარჩენილა. ჩემთვის სურათი თანდათან ნათელი ხდებოდა: პაციენტს დეპრესიის აშკარა სიმპტომები აღენიშნებოდა. როდესაც ძილის შესახებ ვკითხე, მიპასუხა, რომ ხშირად იღვიძებს, რათა მეუღლეს დახედოს ან გაუკეთოს ზურგის მასაჟი, ვინაიდან ეს სუნთქვას უმსუბუქებს. სახლიდან თითქმის არ გადიან, ვინაიდან ცოლს სიარული აღარ შეუძლია და ხშირად ყანგბადის მიწოდება სჭირდება.

ტრედმილზე გამოკვლევამ უჩვენა პაციენტის ფიზიკური დატვირთვისადმი მაღალი ტოლერანტობა – 10 წუთის შემდეგაც კი იგი მხოლოდ მსუბუქ ფიზიკურ დაღლას აღნიშნავდა, რაც უფრო ახალგაზრდა პირისთვისაც კი ძალიან კარგი შედეგი იქნებოდა. გაირკვა, რომ ეს ბატონი ტრენაჟორზე ყოველდღე ორ-ორი საათი ვარჯიშობდა, რათა, როგორც თავად აღნიშნა, „სულიერი წონასწორობა შეენარჩუნებინა“.

კონსულტაციის შემდეგ გადავიდით ოთახში, სადაც პაციენტის ვაჟი გვიცდიდა და მე დავიწყე შემაჯამებელი საუბარი: *„თქვენი გულ-სისხლძარღვთა სისტემა სრულიად დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაშია. კორონარული ათეროსკლეროზი, რომელიც დადასტურებული გაქვთ, პროგრესს არ განიცდის და თქვენ სტენოკარდიის შეტევები არა გაქვთ, მაგრამ მე ის მიკვირს, რომ მხოლოდ ასეთი სუსტი ტკივილები გაქვთ გულმკერდში!“*

პაციენტმა გამოკვლულმა შემომხედა, მე კი განვავრძე საუბარი: *„ალტაცებული ვარ თქვენი სიმშვიდით და ქრისტიანული მორჩილებით, რომლითაც თქვენ ჯვარს ატარებთ. მეუღლის გამო საცხოვრებლად კალიფორნიაში გადასულხართ და მოკლებული ხართ ყველაფერს, რასაც შეიძლება კაცმა გული გადააყოლოს. დილიდან*

სალამომდე მეუღლის მოვლით ხართ დაკავებული და ღამეც თითქმის არ გძინავთ. ასეთ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ დატვირთვას ახალგაზრდაც კი იშვიათად თუ გაუძლებს. სიმძიმის უსიამოვნო შეგრძნება გულმკერდში თქვენი სხეულის ენაა, სტრესის შედეგია, რომელიც მატულობს სალამოობით და მაქსიმუმს ღამით აღწევს, ვინაიდან ამ დროს უმწეობას განსაკუთრებით განიცდით". პაციენტი შებრუნდა და მხრები აუცახცახდა, ვაჟიც ცრემლებს ინმენდდა.

ვაჟიშვილის მამისადმი გამოვლენილმა თანაგრძნობამ გამამხნევა და დამატებით რამდენიმე რჩევა მივეცი: ავუსხენი, როგორ დახმარებოდნენ შვილები და ახლობლები, რათა შეემსუბუქებინათ მამის ფიზიკური და მორალური ტვირთი.

შემდგომი ვიზიტის დროს პაციენტი თავს შესანიშნავად გრძნობდა, გულს აღარ უჩიოდა. ვფიქრობ, დადებითი ზემოქმედება იმანაც მოახდინა, რომ პაციენტმა შეიგნო, რომ მისი ჩივილები გულის დაავადებასთან არ იყო დაკავშირებული.

ავადმყოფის სრულფასოვანი გამოკითხვა წარმატებული მკურნალობის საფუძველია. ამასთან ერთად, იგი ავადმყოფის და ექიმის მომავალი ურთიერთნდობის და პატივისცემის საფუძველიცაა. დახარჯული დრო კი – ეს მცირე მსხვერპლია ავადმყოფის განკურნებით მოგვირს სიამოვნებასთან შედარებით.

თავი 2.

შახაბა, რომელიც ავადმყოფის სულიერ საყვარლოში გვახედებს

ცნობილი ამერიკელი მეცნიერი და ესეისტი ლივასი თომასი (Lewis Thomas, 1913-1993) თავის ნიგნში (The Youngest Science: Notes of a medicine – Watcher. New York: Viking, 1983) ბრძნულად შენიშნავს, რომ შეხება (პალპაცია) ექიმის უძველესი და ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო საშუალებაა. სავსებით ვეთანხმები ამ შეხედულებას, ვინაიდან როდესაც ვეხებით ავადმყოფს, მასთან ფსიქოლოგიური კონტაქტის დამყარება ადვილდება – ქრება გაუცხოება, ავადმყოფი უფრო გულახდილი ხდება და გვამცნობს ისეთ სანუკვარ, ინტიმურ პრობლემებს, რომლებსაც ალბათ ყველაზე ახლობელ ადამიანსაც არ გაუშხელდა. ეს გარემოება ჩვენ, ფსიქიატრებისგან განსხვავებით, დიდ უპირატესობას გვანიჭებს.

შუა საუკუნეებში ექიმი უშუალო აუსკულტაციას იყენებდა. „ძველი წარმოსადგენია უფრო ადამიანური ეესტი, ზრუნვის და თანაგრძნობის უფრო გულწრფელი გამოხატვა, ვიდრე ავადმყოფისკენ დახრილი ექიმი და გულმკერდზე მიბჯენილი ყურა“ – წერდა ლივასი თომასი (ლაენეკის მიერ სტეტოსკოპის შექმნის შემდეგაც მთელი საუკუნის განმავლობაში ექიმები უპირატესობას უშუალო აუსკულტაციას ანიჭებდნენ – ჯ.ლ.).

პაციენტთან პირველი შეხება ხელის ჩამორთმევა უნდა იყოს. ავადმყოფისთვის ეს კეთილმოსურნეობის და სტუმართმოყვარეობის სიგნალია, ხოლო ექიმისთვის – ძვირფასი ინფორმაციის მიღების საშუალება. ხელის ჩამორთმევისას გამოცდილ ექიმს შეუძლია ავადმყოფის ხასიათი და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა შეაფასოს: ზოგი პაციენტი უხალისოდ, უფრო ზრდილობის გამო, გვიწვდის ხელს, ხოლო ზოგიერთი – ხალისით და გულლიად; საკუთარ თავში დარწმუნებული, ოპტიმისტი პაციენტის ხელის ჩამორთმევას ადვილად გავარჩევთ შემფოთებული პესიმისტის ხელის ჩამორთმევისგან. ამ თემაზე მთელი ტრაქტატის დანერა შეიძლება, მაგრამ მოვიყვან მხოლოდ ერთ მაგალითს.

- შუა ზამთარში 65 წლის პაციენტმა გულისცემაზე და გულისფრიალზე ჩივი-

ლებით მომმართა. ხელის ჩამორთმევისას ყურადღება მივაქციე, რომ ხელი თბილი და ოდნავ ნამიანი ჰქონდა. გარეთ ყინვა იყო და, ამიტომ, ვიფიქრე, რომ თბილი ხელთათმანები ჰქონდა, მაგრამ მან ხაზგასმით აღნიშნა, რომ ხელთათმანებს იშვიათად ხმარობს. ეს ინფორმაცია სრულიად საკმარისი იყო, რომ ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქციაზე მეფიქრა, რაც სპეციალური გამოკვლევებით დადასტურდა კიდევ.

გამოკითხვის შემდეგ სწორედ პალპაცია არის გამოკვლევის უძველესი მეთოდი და მას დღესაც ფართოდ და წარმატებულად ვიყენებთ. გულის აუსკულტაცია უმნიშვნელოვანესი სადიაგნოსტიკო მეთოდია, მაგრამ ზოგჯერ გულის არეში პალპაცია უფრო ინფორმატიულია. ჩემს კოლეგებს ამაში ეჭვი ეპარებოდათ, სანამ 35 წლის წინ, მე მათ ეს არ დავუმტკიცე.

- ასპირანტებთან ერთად შემოვლას ვაკეთებდი. პირველი პაციენტი იყო ბრგე აგებულების ყოფილი საორტსმენი, პროფესიონალი ფეხბურთელი, რომელსაც იმ დღეს ქოლევცისტექტომია გაუკეთდა და მე ვატარებდი გეგმიურ პოსტოპერაციულ გასინჯვას. გულის მხრივ ჩივილები არ ჰქონდა, მაგრამ როდესაც გულის არეზე ხელი დავადე, ვიგრძენი პათოლოგიური პულსაცია. ექიმებს ჩურჩულით მივეცი მითითება, რომ სასწრაფოდ ელექტროკარდიოგრამა გადაეღოთ. შევამჩნიე, რომ ეს ინფორმაცია სერიოზულად არ აღიქვეს. ერთ-ერთმა ირონიულადაც კი ჩაიციინა. შემოვლა გავაგრძელეთ და ოციოდე წუთის შემდეგ შეგვატყობინეს, რომ იმ ავადმყოფს ასისტოლია განუვითარდა. რეანიმაციულმა ბრიგადამ ავადმყოფი ვერ გადაარჩინა, ხოლო პათანატომიურმა შესწავლამ დადასტურა მიოკარდიუმის გავრცელებული ინფარქტი.

პერკუსიაც ავადმყოფთან შეხების ერთ-ერთი საშუალებაა. პერკუსიის შესახებ პირველი ტრაქტატი XVIII საუკუნის ავსტრიელ ექიმს **ლეოპოლდ აუნბრუგერს** ეკუთვნის. იგი წერს, რომ ბავშვობაში აკვირდებოდა მამამისს, ღვინის გამყიდველს, რომელიც დაკაკუნების საშუალებით ადგენდა კასრებში ღვინის დონეს. ამ საქმეში თავადაც მონაწილეობდა და, როგორც ჩანს, მომავალ ექიმს უკვე მაშინ გაუვარჯიშებია სმენა (**აუნბრუგერის ტრაქტატი პერკუსიის შესახებ 40 წლის განმავლობაში უყურადღებოდ იყო, სანამ იგი ნაპოლეონის ლეიბმედიკოსმა კორვიზარმა არ ნაიკითხა. მან განავითარა და პოპულარული გახადა ეს შესანიშნავი მეთოდი – ჯ.ლ.**).

გარდა დიაგნოსტიკური მნიშვნელობისა, პალპაციის მსგავსად, პერკუსიაც გვეხმარება ავადმყოფთან გულითადად ურთიერთობის დამყარებაში.

2. 1. შეხებით გამონეპული გულახდილობა

მასხენდება ორი პაციენტი. საკმაოდ დანვრილებით შევსებული ისტორიები საბოლოოდ დასკვნის გამოტანის საშუალებას არ იძლეოდა, მაგრამ ავადმყოფებთან შეხების საშუალებით სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მივიღე.

- პირველი იყო 85 წლის ქალბატონი, რომელსაც უამრავი სხვადასხვა ხასიათის ჩივილი ჰქონდა. მისი ისტორია ფაქტების მშრალი ჩამონათვლისგან შედგებოდა. თავად პაციენტი კი ღრმად უბედური ადამიანის შთაბეჭდილებას ტოვებდა. ფიზიკური გამოკვლევის დროს, რამაც არავითარი ინფორმაცია არ მომცა, ხელით ხელზე ნაზად შევეხე და ვკითხე: „თუ გსურთ, რომ დაგეხმაროთ, უფრო გულახდილი უნდა იყოთ და არაფერი დამიმტკიცოთ“. როგორც კი დავამთავრე ფრაზა, ვინახე, რადგან ავადმყოფი საოცრად შეკრთა, გაფითრდა და კუთხეში მიმწყვედილ ცხოველს დაემსგავსა. „ო, არა, არა!“ – ძლივს ამოილულულა. საკმაოდ პაუზის შემდეგ შემიხებულმა მომმართა: „მამ თქვენ ყველაფერი იცით?“ არ ვიცოდი რა მეპასუხა

და ხმას არ ვიღებდი იმის იმედით, რომ სამედიცინო თვალსაზრისით რაღაც ძალზე მნიშვნელოვანი უნდა გამეგო. თვალეში შემოხვდა და ისეთი საიდუმლო ისტორია გამანდო, რომელსაც მთელი ცხოვრების განმავლობაში მალავდა:

ბოსტონის ერთ-ერთ შეძლებულ და რესპექტაბელურ ოჯახში ვაზრდილა. 19 წლისას 35 წლის მამაკაცი შეშვეარებია, რომელზეც გათხოვების ნებართვას შობლები არ აძლევდნენ და აფრთხილებდნენ, რომ ყველაფერი ცუდად დამთავრდებოდა. როდესაც გაუგია, რომ ორსულადაა, ვერმონტში გადასულა და იქ რომელიღაც ფერმამში დაუნჯია მუშაობა. მარტოდ, ყოველგვარი დახმარების გარეშე უმშობიარია და ახალშობილი ძველ, უმოქმედო ჭაში ჩაუგდია. მთელი ცხოვრების განმავლობაში მშვიდი, განონასწორებული შინაბერას შთაბეჭდილებას ტოვებდა და აზრადაც არ მოუვიდოდა არავის, თუ რა საიდუმლოს ინახავდა და რა სინდისის ქენჯნას განიცდიდა საბრალო ქალი. მე პირველი ვიყავი, ვისაც ეს საშინელი საიდუმლო გაუმხილა.

• მეორე პაციენტი რიო-დე-ჟანეიროდან იყო – ენერგიული, სიმპათიური 61 წლის ქალბატონი, რომელსაც 40 წელზე მეტს არ მისცემდი. მას წინაგულოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდიის ხშირი შეტევები აღენიშნებოდა. საკმაოდ წარმატებული და, ამავე დროს, განებივრებული და თავნება ქალბატონის შთაბეჭდილებას ტოვებდა. როდესაც მითხრა, რომ ყოველწლიურად ნიუ-იორკში ფსიქოთერაპიული სენანსებისთვის ჩამოდის, მე ვკითხე თუ რატომ არ მიმართავს ადგილობრივ ექიმებს. მან მიპასუხა: „ო, რიოპატარაპროვინციული ქალაქია, სადაც, ძირითადად, ჭორაობით არიან დაკავებულნი“. შევეცადე გამერკვია, ხომ არ ჰქონდა ოჯახური პრობლემები, მაგრამ ვერც აქ მივალნივ წარმატებას. განაცხადა, რომ იგი ჭეშმარიტი კათოლიკეა და ჰყავს ერთი, დაქორწინებული ვაჟი. როდესაც მეუღლეზე და სექსუალურ ცხოვრებაზე ჩამოვუვადე საუბარი, საკმაოდ მკვეთრად შემწყვეტინა და შენიშნა, რომ ამას მისი აზრით გულთან საერთო არაფერი აქვს, რომ ეს ფსიქოთერაპევტის სფეროა.

პასუხად მე საუბარი დავუწყე მეცნიერული მონაცემების შესახებ, რომლებიც გულის დაავადებების განვითარებაში ფსიქიკური პროცესების მნიშვნელობას ადასტურებენ, და რომ ამის იგნორირების გამო ხშირად გულის მკურნალობა წარუმატებელია. მან მშვიდად მომისმინა, მაგრამ არაფერი მიპასუხა. სპეციალურად ზედმინევიზით ყურადღებით დავიწყე ფიზიკური გამოკვლევა, თან შემდეგაც ვიგრძენი, რომ ჩვენს ურთიერთობაში „გაუცხოების ყინული“ თანდათან ღრვებოდა. როდესაც რენტგენოლოგიურ კაბინეტში შევედი, შიგაგატყვე, რომ ამჟამად რაღაცის თქმა სურდა. იმ დროს რენტგენოსკოპია აბსოლუტურ სიბნელეში ტარდებოდა და ავადმყოფს ადაპტაციისთვის წინასწარ ფერად სათვალეებს ვაძლევდით. ხელებით შევებე და ეკრანთან ახლოს დავაყენე, ეკრანი მის გულმკერდს მივაბჯინე და როდესაც აპარატი ჩავრთე, პაციენტმა მორიდებით მკითხა: „ექიმო, შეიძლება, რომ არიტმია მასტურბაციამ გამოიწვიოს“? აპარატი გამოვრთე, მაგრამ სინათლე არ ჩამირთავს. რაც შეიძლება მშვიდად ვკითხე: „საინტერესო პრობლემაა, მაგრამ რატომ მეკითხებით“? პასუხად პაციენტმა მისი საიდუმლოს შესახებ დაიწყო მოყოლა: 43 წლის წინ უსაზღვროდ საყვარელ მამაკაცზე გათხოვილა და მთელ ქალაქში დასამახსოვრებელი ქორწილი გადაუხდიათ, მაგრამ მეორე დღესვე მეუღლეს უსიტყვოდ მიუტოვებია – საყვარელთან გაპარულა (აქ ქალბატონს ხმა პირველად აუთრთოლდა). როდესაც ერთი კვირის შემდეგ ყველაფერი გაირკვა, ქალმა დაიფიცა, რომ ქმართან არასოდეს ექნებოდა სექსუალური კავშირი, მაგრამ განქორწინება არ მოუთხოვია, ვინაიდან ძალზე მორწმუნე კათოლიკე იყო. ამის შემდეგ მთელი 43 წლის განმავლობაში იგი მასტურბაციას მიმართავდა. „ყოველივე ეს ფსიქიატრს უამბობ“? – ვკითხე. „არა ექიმო, მე ვთვლიდი, რომ ეს ჯვარი მარტოს უნდა მეტარებინა; ეს ჩემი ბედისწერაა. თქვენ პირველი ხართ, ვისაც ვაუწყებ“!

ამჟამად, თანამედროვე ექიმები ფიზიკურ გამოკვლევას სულ უფრო ზერედედ

ატარებენ, ხოლო შეხების ფსიქოლოგიურ ზემოქმედებაზე ნარმოდგენაც კი არა აქვთ. ყველაფერი კი დაიწყო თითქმის ორი საუკუნის წინ, როცა რენე ლაენეკმა პაციენტს ყურის ნაცვლად დახვეული რვეული მიადო გულზე და შემდეგ სტეტოსკოპი შექმნა. მან დიდი როლი ითამაშა აუსკულტაციის განვითარებაში, მაგრამ საყურადღებოა, რომ მისმა კოლეგებმა წინასწარ განჭვრიტეს გაუცხოება, რომელიც იწყებოდა პაციენტის და ექიმის ურთიერთობაში (ლივანის თომასი ნერდა: „ლაენეკის გამოგონება მიეკუთვნება იმ ხელსაწყოთა რიგს, რომლებიც ექიმსა და პაციენტს შორის დისტანციას ზრდის“. ჩემი აზრით კი, პირიქით, ერთგავრი პარადოქსია, რომ ამჟამად ლაენეკის მიერ შექმნილი სტეტოსკოპი, ფაქტობრივად, ერთადერთი ინსტრუმენტია, რომელიც ექიმს და პაციენტს აერთიანებს! – ჯ.ლ.).

ცხადია, ახლა სიბრიყვე იქნებოდა უშუალო აუსკულტაციის პროპაგანდა. მე მინდა უბრალოდ ხაზი გავუსვა იმ ფაქტს, რომ ბოლო საუკუნის განმავლობაში შექმნილი შესანიშნავი აპარატურიდან არცერთმა არ გააუმჯობესა პაციენტის და ექიმის ურთიერთობა, პირიქით, გაუცხოება სულ უფრო მატულობს. „მედიცინა თითქმის აღარ იყენებს ხელებს, იგი ეკრანის და აპარატურის მონაცემების იმედზეა“ – ნერდა ლივანის თომასი.

თავი 3. გული და გონება

ექიმებს უძველეს დროიდან ესმოდათ, რომ ემოციურ მდგომარეობას, განწყობას დიდი ზეგავლენა აქვს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და იგი, ხშირად, გადამწყვეტ როლს (უარყოფითს ან დადებითს) ასრულებს ავადმყოფის მორჩენაში.

მიუხედავად ამისა, ბოლო საუკუნის განმავლობაში ცენტრალური ნერვული სისტემა ძირითადად ინტელექტის და სულიერების ასპექტში შეისწავლებოდა და შინაგანი პათოლოგიისგან პრაქტიკულად მოწყვეტილი იყო. ცხადია, სხეულის შესწავლა გაცილებით ადვილია: იგი შეიძლება დავთვალიეროთ, მას შეიძლება შევეხოთ, შევისწავლოთ ქიმიზმი, სტრუქტურა და ა.შ. ჩვენ შეგვიძლია საკმაო სიზუსტით განვჭვრიტოთ, თუ როგორ უპასუხებს მთლიანად ორგანიზმი და ცალკეული შინაგანი ორგანო ამა თუ იმ გარემო ფაქტორს ან მედიკამენტს. მაგრამ, გონება სულ სხვაა. მასში მიმდინარე პროცესები „ხელშესახები“ არ არის. არ არსებობს მეთოდოლოგია, რომელიც ზუსტად გაზომავს ადამიანის სულის ისეთ მდგომარეობებს, როგორცაა შფოთი, შიში ან დეპრესია. არადა, სწორედ ეს მდგომარეობებია ხოლმე ყველაზე ხშირად დაავადების გაჩენის ან გამწვავების მიზეზი, სწორედ ისინი გვიშლიან ხელს ეფექტური მკურნალობის ჩატარებაში.

როდესაც ექიმები ამჩნევენ, რომ ავადმყოფს რაღაც ფსიქოლოგიური პრობლემები აქვს, ისინი ასეთ მდგომარეობებს, ჩვეულებრივ, აღნიშნავენ დიაგნოზით „ფსიქონეროზი“. ეს დიაგნოზი, არსებითად, დიდი „სკივრია“, რომელშიც ძალზე მრავალფეროვანი მდგომარეობები და პრობლემები იმალება. ამ დიაგნოზის გამოტანით ექიმი თითქოსდა თავისუფლდება პაციენტის სულიერ პრობლემებში გარკვევის აუცილებლობისგან („ფსიქოთერაპევტი გაერკვევა“ – ასე ფიქრობს იგი უკეთეს შემთხვევაში).

დარწმუნებული ვარ, რომ სწორედ ასეთმა პრაქტიკამ დააქვეითა ექიმების ავტორიტეტი. სომატური დაავადებების მკურნალობის დროს, განსაკუთრებით, ქრონიკული დაავადებების შემთხვევებში, სწორედ ფსიქოლოგიური ასპექტების

იგნორირება განაპირობებს სამკურნალო პროცესის წარუმატებლობას.

მედიცინისადმი ჩემი ლტოლვა ფსიქოლოგიით დაინტერესებამ განაპირობა. საშუალო სკოლაში სწავლის დროს გატაცებული ვიყავი ფროიდის ფსიქოანალიზით და ვთვლიდი, რომ ეს იყო მეცნიერების უდიდესი აღმოჩენა. სამედიცინო კოლეჯში ფსიქიატრიას იმდენად მოსაწყენად გვასწავლიდნენ, რომ ამ საგნისადმი ინტერესი თანდათან დაკარგვე და კალეჯის დამთავრების შემდეგ მეორე უკიდურესობაში ჩავვარდი – ერთი წლის განმავლობაში მხოლოდ იმით ვიყავი დაკავებული, რომ გავიარე პათოლოგიური ანატომიის კურსი და საქველმოქმედო საავადმყოფოში ("Grace New Haven,") გვამებს ვკვებდი. ამრიგად, ფსიქიატრიას, როგორც ოფიციალურ დისციპლინას, სრულიად ჩამოვშორდი, მაგრამ ფსიქო-ემოციური სფეროსადმი ინტერესი არასოდეს დამიკარგავს, ხოლო, როდესაც ჩემი პროფესიული მოღვაწეობის სფეროდ კარდიოლოგია იქცა, ეს ინტერესი კიდევ უფრო გამძლიერდა და გატაცებადაც კი გადამექცა, ვინაიდან პრაქტიკული კარდიოლოგია მანვდიდა იმის უამრავ მაგალითს, რომ ფსიქო-ემოციურ სფეროსა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის ძალზე მჭიდრო პათოგენეზური კავშირები არსებობს. მიუხედავად იმისა, რომ წინასწარ არ დამიგეგმავს, ჩემი მოღვაწეობის უკანასკნელი 30 წელი სწორედ ამ პრობლემებისადმი იყო მიძღვნილი. როგორც ჩანს, ჩვენი საქმიანობა ჩვენი პიროვნებიდან გამომდინარეობს და მე დავუბრუნდი იმას, რითაც დავინწყე.

საექიმო კარიერის დასაწყისშივე წავაწყდი გასაოცარ პუბლიკაციას, რომელშიც აღწერილი იყო სიკვდილმისჯილ ადამიანზე დაკვირვება (N.S. Yagwer – Emotions as a Cause of Rapid and Sudden Death// Archives of Neurology and psychiatry 36 (1936):875). ინდოელ ციხის ექიმს ადმინისტრაციამ უნიკალური ექსპერიმენტის ჩატარების უფლება მისცა. ექიმმა პატიმარს შესთავაზა სისხლის გამოშვებით სიკვდილი. აუხსნა, რომ იგი თანდათან დაკარგავდა გონებას და ასე უმტკივნეულოდ დაამთავრებდა სიცოცხლეს. პატიმარი დათანხმდა. იგი დაბმული იყო სანოლზე, თვალები ახვეული ჰქონდა. სანოლის ოთხივე კიდეზე მიმაგრებული იყო წყლით სავსე სპეციალური ჭურჭელი. პატიმარს ოთხივე კიდურზე უჩხვლიტეს ნემსი და უთხრეს, რომ დაინწყეს სისხლის გამოშვება. იმავდროულად ოთხივე ჭურჭლიდან დაინწყეს წყლის გამოშვება, რომელიც წვეთავდა სანოლთან დადგმულ ჯამბეში და ეს ხმა პატიმარს არწმუნებდა იმაში, რომ იგი სისხლისგან ნელ-ნელა იცლება. პერიოდულად ექიმი ეკითხებოდა თვითშეგრძობების შესახებ და პატიმარი უდასტურებდა ჩუმი ხმით, რომ იგი თანდათან სულ უფრო მეტ სისუსტეს განიცდიდა. წვეთების სიხშირეს თანდათან ანელებდნენ და როდესაც ხმა შეწყდა, პატიმარმა გონება დაკარგა. აღმოჩნდა, რომ აქამდე სრულიად ჯანმრთელი ადამიანი გარდაცვლილიყო! ამ ფაქტმა გამოგნა!

უეცარი კარდიული სიკვდილის პრობლემა ყოველთვის მაინტერესებდა, ვინაიდან შეერთებულ შტატებში იმ დროს უკვე იგი სიკვდილიანობის ერთერთი მთავარი მიზეზი იყო. სხვადასხვა ხალხების ფოლკლორში ასახულია მძლავრი უარყოფითი ემოციებით გამოწვეული ჩვილები გულის მხრივ და უეცარი სიკვდილიც, რასაც ხალხური გამოთქმები ადასტურებს (ამას ქართული ენაც ადასტურებს: გულზე ლოდვიით მანევს, გული გამიჩერდა, გული გამისკდა, გულს გადაყვა და ა.შ. – ჯ.ლ.).

XX საუკუნის დასაწყისში ბიოსტატისტიკის ფუძემდებელმა კარლ პირსონმა (Karl Pearson, 1857-1936) ინგლისის, ჰოლანდიის და გერმანიის სასაფლაოებზე გარდაცვლილ მეუღლეთა თარიღები შეისწავლა და აღმოაჩინა, რომ ქვრივად დარჩენილი, უხშირესად, მეუღლის დაკარგვიდან ერთი წლის განმავლობაში გარდაიცვლება ხოლმე! ამ მონაცემებს ადასტურებს კლინიკური დაკვირვებებიც: მეუღლის გარდაცვალება მნიშვნელოვნად ზრდის კორონარული კატასტროფის რისკს. მრავალი ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა ადასტურებს, რომ მკვეთრი სოციალური

ძვრების დროს აშკარად მატულობს კორონარული კატასტროფების და უეცარი კარდიული სიკვდილის რისკი.

ცნობილია, რომ იაპონელები კორონარული ათეროსკლეროზისადმი ევროპელებზე და ამერიკელებზე (იგულისხმება აშშ-ის მოსახლეობა) ნაკლებად არიან მიდრეკილნი. ერთ-ერთმა ძალზე სოლიდურმა და სარწმუნო გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ სან-ფრანცისკოს რეგიონში გადმოსახლებულ იაპონელებში კორონარული დაავადების პროცენტმა მიაღწია ადგილობრივ ცხოვრებას დაავადებთან. მეცნიერები ამ მოვლენას იმით ხსნიდნენ, რომ იაპონელები ითვისებდნენ ცხოვრების ამერიკულ წესს: ჰიპოდინამია, ნოყიერი, ცხოველური ცხიმებით მდიდარი საკვები, თამბაქოს წევა. მაგრამ, შემდგომმა დაკვირვებებმა აჩვენა, რომ იმ იაპონელებში, რომლებმაც არ განიცადეს კულტურული ასიმილაცია და შეინარჩუნეს ნაციონალური მენტალიტეტი, გულის იშემიური დაავადება გაცილებით იშვიათი იყო, მიუხედავად იმისა, რომ მათი კვება, ქოლესტერინის დონე სისხლში და ნიკოტინის მოხმარება ბევრად არ განსხვავდებოდა ამერიკელებისგან.

საინტერესო შედეგები უჩვენა სპეციალურმა გამოკვლევებმა ინგლისსა და შვედეთებულ შტატებში. სიცოცხლის ხანგრძლივობა ყველაზე მაღალი იყო ნარმატებულ ხელმძღვანელ და ადმინისტრაციულ მუშაკებში, მაშინ როდესაც დაბალი რანგის მუშაკებში (ე.წ. „ციხფერი საყელოები“) გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიით სიკვდილიანობის პროცენტი ოთხჯერ (!) მეტი აღმოჩნდა. ამ გამოკვლევებში მნიშვნელოვანია ის, რომ სტატისტიკური მონაცემების კორექტირებამ (დაბალი მატერიალური უზრუნველყოფა და მავნე ჩვევები) უმნიშვნელოდ შეცვალა ზოგადი სურათი – სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზად დარჩა ფსიქოლოგიური ფაქტორი – მუშაკის უკმაყოფილება დაბალი ანაზღაურებით.

სამუშაოს გარდა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე გავლენას ახდენს განათლებაც – უმაღლესი განათლების მქონენი შედარებით უფრო ხანგრძლივად ცხოვრებენ. უმუშევრობა კიდევ უფრო ძლიერი სტრესორია, ვიდრე მძიმე შრომა. შვედეთებულ შტატებში უმუშევრობის 1%-ით მატება იწვევს დამატებით 6000 კორონარულ სიკვდილს.

თვალსაჩინოა დადებითი ფაქტორების როლიც: კორონარული დაავადება გაცილებით იშვიათია მათ შორის, ვინც ბედნიერ ოჯახურ ატმოსფეროში ცხოვრობს, აქვს საინტერესო სამუშაო და ჰობი, მრავალფეროვანი ინტერესები. მართობელებში კორონარული რისკი ქვეითდება, როდესაც ისინი შინაურ ცხოველს შეიძენენ. მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის შემდგომი რეაბილიტაციაც ბევრად დაამოკიდებული დადებითი და უარყოფითი ფსიქოლოგიური ფაქტორების არსებობაზე.

საინტერესო მონაცემები მიიღეს, როდესაც შეისწავლეს მწვავე სტრესების გავლენა გულით დაავადებთანობაზე და უეცარ სიკვდილზე. მაგალითად, 1981 წელს საბერძნეთში ძლიერი მიწისძვრის შედეგად მკვეთრად მოიმატა უეცარი კარდიული სიკვდილის პროცენტმა. მსგავსი მონაცემები აღინიშნა ერაყის მიერ ისრაელის ქალაქების დაბომბვის დროს: პირველივე დღეს უეცარი კარდიული სიკვდილის სიხშირემ 58%-ით იმატა, თანაც ქალებში სიხშირე ორჯერ მეტი იყო, ვიდრე მამაკაცებში.

კიდევ უფრო საინტერესოა მონაცემები, რომლებიც გვიჩვენებს, რომ დადებით ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს (იუბილეს, შვილის გაჩენის ან ქორწინების მოლოდინს და ა.შ.) შეუძლიათ სიკვდილის გადავადება! სან-ფრანცისკოელი ფსიქოლოგები ფილიპსი და კინგი (D.P. Phillips and E.W. King) 19 წლის განმავლობაში შეისწავლიდნენ სიკვდილიანობის სტატისტიკას ებრაელებში პასექამდე და პასექის შემდეგ. აღმოჩნდა, რომ ხანდაზმული ებრაელები ძალზე იშვიათად კვდებიან პასექამდე

ერთი კვირის განმავლობაში, ხოლო მომდევნო ერთი კვირის განმავლობაში ლეტალობა აშკარად მატულობს. ანალოგიური მონაცემები აღინიშნება სხვა ერების და კონფესიების შემთხვევებშიც.

იმის გასარკვევად, აქვს თუ არა ქრონიკულ „მიკროსტრესებს“ მნიშვნელობა უეცარი კარდიული სიკვდილის განვითარებაში, საკმარისია სიკვდილიანობის სტატისტიკის გაანალიზება კვირის დღეების მიხედვით. აღმოჩნდა, რომ ორშაბათი უნივერსალური სტრესორია („ორშაბათი მძიმე დღეა“): კანადაში ჩატარებულმა მასშტაბურმა გამოკვლევამ (40 წლის განმავლობაში აკვირდებოდნენ 15000 მამაკაცს) აჩვენა, რომ სიმსივნით სიკვდილიანობა არ განსხვავდებოდა კვირის განმავლობაში, ორშაბათობით უეცარი კარდიული სიკვდილის სიხშირე კი სხვა დღეებთან შედარებით, ორჯერ მეტი იყო!

უეცარ კარდიულ სიკვდილზე ფსიქოლოგიური ფაქტორების გავლენის შესწავლა საკმაოდ რთულია, ვინაიდან ძნელია სტრესორის ხარისხის ობიექტური შეფასება: ის, რაც ერთისთვის სტრესის მიზეზია, მეორესთვის შეიძლება სიამოვნების მომგვრელიც კი იყოს. მნიშვნელობა აქვს დროს და გარემოებასაც, რომელშიც მოქმედებს რაიმე ფაქტორი. მაგალითად, თუ ჩვენი შვილი სახლში მოსვლას იგვიანებს, ტელეფონის ზარი აღიქმება, როგორც რაიმე უბედურების მაცნე: ავფორიაქდებით და გული აგვიფრიალდება, წნევა აგვიწევს. იმის თქმა მინდა, რომ ჩვენი რეაგირება ნებისმიერ მოვლენაზე დამოკიდებულია არა მარტო და არა იმდენად მემკვიდრეობით ფაქტორებზე, რამდენადაც პირად გამოცდილებაზე (განსაკუთრებით, ბავშვობის ასაკის შთაბეჭდილებებზე), სოციალურ და კულტურულ გარემოცვაზე, ტრადიციებზე. ყველა ამ ფაქტორის ზემოქმედება უნიკალურია და მათზე რეაგირება ზედმინებით ინდივიდუალურია. უფრო მეტიც, უარყოფითი სტიმულები იშვიათადაა აშკარა და, ამიტომ, ხშირად გაცნობიერებულაც კი არაა. მათი მოქმედება უხშირესად შეუმჩნეველია და ქრონიკულად ისე განვიცდით მის ზემოქმედებას, რომ მნიშვნელობას არც კი ვანიჭებთ. ამიტომ, მათი შედეგები მოგვიანებით ვლინდება და მიზეზობრივ-შედეგობრივი კავშირების დადგენა ძალზე ძნელია.

ყოველივე ამის გათვალისწინებით მიზნად დავისახე ცხოველებზე ექსპერიმენტში გამერკვია თავის ტვინის ცალკეული უბნების გალიზიანების როლი ფატალური არიტმიების განვითარებაში. ამ ამოცანის შესრულება დაავალე ჯონათან სატინსკის (Jonathan Satinsky), რომელსაც ორდინატურა ახალი დამთავრებული ჰქონდა. მას ერთი წელი დასჭირდა იმისთვის, რომ მოენახა ძალის თავის ტვინში უბნები, რომელთა გალიზიანებას პარაკუჭების ფიბრილაციის (მფ) გამოწვევა შეეძლო.

ცნობილია, რომ მთავარი კორონარული არტერიის ოკლუზიასაცდელ ცხოველებში ყოველთვის იწვევს პფ-ს. ჩვენ ავირჩიეთ მცირე კალიბრის კორონარული არტერია, რომლის ოკლუზია ძალზე იშვიათად (6%-ში) იძლეოდა პფ-ს. როდესაც ოკლუზიასთან ერთად ვანარმოებდით თავის ტვინის შესაბამისი უბნის სტიმულაციას, ფიბრილაცია ათჯერ უფრო ხშირად (60%-ში) ვითარდებოდა! შემდგომ გაეარკვიეთ, რომ ნერვული სისტემის ცენტრალური სტრუქტურების სტიმულაცია არაა აუცილებელი და სრულიად საკმარისია კისრის სიმპათიკური კვანძის (ganglion cervicothoracicum) გალიზიანება. ექსპერიმენტს უძღვებოდა ფიზიოლოგი რიჩარდ ვერიე (Richard Verrier). საჭირო იყო გამოგვერიცხა არიტმიის გაჩენის იმ ფაქტორების უშუალო მოქმედება (ტაქიკარდია, არტერიული ჰიპერტენზია), რომლებიც თან ახლავს სიმპათიკუსის გალიზიანებას. როდესაც ეს ეფექტები მედიკამენტების საშუალებით გამოვირიცხეთ, გაირკვა, რომ ცერევიკალური ვანკლიის გალიზიანება მაინც იწვევდა პფ-ს. შემდგომმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ სიმპათიკური ნერვული სისტემის (სტრესული ინფორმაციის უნივერსალური გადამცემის) სტიმულაცია კორონარული

ოკლუზიის გარეშეც ინვევდა პფ-ს, თუკი სტიმულაცია ემთხვეოდა მიოკარდის ყველაზე დაუცველ პერიოდს – ზეანული (ეგზალტაციური) აგზნებადობის ფაზას, რომელიც ელექტროკარდიოგრამაზე T და U კბილებს შორის მდებარეობს (იხ. თავი 13).

როდესაც ამ ფაზაში მიოკარდს და სიმპათიკურ კვანძს ძალზე სუსტი დენით ცალ-ცალკე ვალიზიანებით, არიტმია არ ვითარდებოდა, მაგრამ თუ ამ ორ გამაღიზიანებელს შევავლავდით, აუცილებლად წარმოიშვებოდა პფ.

კარგად მესმოდა, რომ სერიოზული კლინიკური დასკვნების გამოსატანად ეს ექსპერიმენტები საკმარისი არ იქნებოდა. ამიტომ, ცხოველებში ქცევითი, გნებავთ, ფსიქოლოგიური ფაქტორების მნიშვნელობის შესწავლა იყო საჭირო. ამ საქმეში სერიოზული მეთოდოლოგიური სიძნელეები გველოდებოდა, ვინაიდან, ჯერ ერთი, უნდა აგვეჩინა ძალღებისთვის შესაფერისი (ადეკვატური) სტრესული ფაქტორი და, რაც მთავარია, დგებოდა სუფთა ჰუმანური პრობლემები – ნარკოზის გარეშე, ფხიზელ ცხოველებში უნდა გამოგვეწვია ანგინოზური ტკივილი და ფატალური არიტმია! ამიტომ, გადაწყვიტე ფიზიოლოგიის წინამორბედების – მაღალი გრადაციის პარაკუჭოვანი ექსტრასისტოლების გამოყენება. სპეციალური გამოკვლევებით უკვე დადგენილი გვქონდა, რომ პფ-ას წინ უსწრებს ხშირი და ე.წ. „ადრეული“ (R კბილი T-ზე) ექსტრასისტოლები (იხ. თავი 13).

ფსიქოლოგიურ სტრესულ ფაქტორად დასაწყისში ვიყენებდით კლასიკურ პირობით რეფლექსს. საკონტროლო ცხოველი მოთავსებული იყო ჩვეულებრივ, „კომფორტულ“ გალიაში. საცდელ ცხოველს კი ი.პ.პავლოვის მიხედვით მუცელქვეშ ამოღებული ღვედებით ჩამოვკიდებდით ისე, რომ იატაკს ფეხებით ვერ წვდებოდა. ცხოველებს ეწყებოდათ აფორიაქება, მოუსვენრობა, გულისცემის აჩქარება და არტერიული წნევის მომატება. ასეთ მდგომარეობაში ყოფნის მესამე დღეს ვახდენდით ცხოველის მიოკარდის ერთჯერად სუსტ ელექტროსტიმულაციას, რაც უხშირესად ინვევდა პფ-ის წინამორბედ არიტმიას. მნიშვნელოვანია, რომ ასეთი რეაქცია ვითარდებოდა ცხოველის ნორმალურ პირობებში დაბრუნებიდან რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგაც, ანუ სტრესი ტოვებდა ხანგრძლივ კვალს!

მშვიდ მდგომარეობაში მყოფ ცხოველებში მიოკარდის უსუსტად ასეთივე ელექტროსტიმულაცია არიტმიას არ ინვევდა. ანალოგიური შედეგები მივიღეთ კორინარული არტერიის დოზირებული ოკლუზიის მოქმედებით – სტრესში მყოფ ცხოველებში პფ ადვილად ვითარდებოდა. შემდგომმა გამოკვლევებმა დაგვიდასტურა, რომ სტრესული ზემოქმედება სიმპათიკუსის მეშვეობით ხორციელდებოდა – შესაბამისი ფარმაკოლოგიური საშუალებით ვაღწევდით არიტმიის პრევენციას.

გამოჩენილი ფიზიოლოგი, ჰარვარდის უნივერსიტეტის პროფესორი უოლტერ კენონი (Walter Cannon, 1871-1945) სიმპათიკური ნერვული სისტემის ეფექტებს „იბრძოლე ან გაიქციე“ ტიპის რეაქციას უწოდებდა.

ლოგიკური იყო გვეფიქრა, რომ პარასიმპათიკური სისტემის ტონუსის გაზრდას შეიძლება ჰქონოდა ანტიარტიმული ეფექტი. ამიტომ, ჩვენი შემდგომი ექსპერიმენტების ამოცანას ფსიქოლოგიურ სტრესზე და გულის მუშაობაზე ცთომილი ნერვის ეფექტების შესწავლა წარმოადგენდა. ამ საკითხს სრული ხუთი წელი დავუთმეთ, მაგრამ შედეგებმა მოლოდინს გადაჭარბა: დადგინდა, რომ ვაგუსური ეფექტები ნიველირებას უკეთებს სიმპათიკუსის აგზნებით გამოწვეულ ემოციურ დაძაბულობას და გულს ფატალური არიტმიებისგან იცავს (ამჟამად სიმპათო-ადრენალური ეფექტებისგან გულის დასაცავად წარმატებით გამოიყენება კარდიოსელექტიური ადრენობლოკერები – ჯ.ლ.).

მრავალწლიანი გამოკვლევების შედეგად ჩვენ მივედით იმ დასკვნამდე, რომ გულის უეცარი გაჩერება არსებითად იშემიზირებული მიოკარდის ბიოელექტრული

სტრესის შედეგია. ამ პროცესების კატალიზატორად გვევლინება საყოფაცხოვრებო და პროფესიული ფსიქოლოგიური სტრესები. მათი ხვედრითი მონაწილეობის განსაზღვრა შეუძლებელია – ვერ გაზომავ და ანონი. ვაცილებით ადვილია ობიექტური რისკფაქტორების (სიმსუქნე, ჰიპოლინამია, ჰიპერქოლესტერინემია, არტერიული ჰიპერტენზია) შეფასება, რომლებიც ხანგრძლივი მოქმედებით აყალიბებენ გულის იშემიურ დაავადებას (ნ.ა. მაგაზანიკი თავის შესანიშნავ ნიგში „დიაგნოსტიკა ანალიზების გარეშე, მკურნალობა მედიკამენტების გარეშე“ დამაჯერებლად გვიჩვენებს, რომ ფსიქოლოგიურ სტრესებს ათეროგენეზის „გალოპირება“ შეუძლია – რამდენიმე წელიწადში ვითარდება მძიმე კორონარული უკმარისობა – ჯ.ლ.).

• ჩვენი ექსპერიმენტული გამოკვლევების მნიშვნელობა არაერთხელ დადასტურებულა კლინიკური მაგალითებით. მოვიყვან ერთ-ერთს: 1974 წელს ჩვენს კლინიკაში მოთავსდა 39 წლის პაციენტი ბატონი ჯონსი, რომელსაც ქალაქ კონექტიკუტიდან აგზავნიდნენ დიაგნოზით: კორონარული ათეროსკლეროზი, გულის უეცარი გაჩერება. კორონარული დაავადების დიაგნოზმა ჩემი გაცემა გამოიწვია, ვინაიდან ჯონსი შესანიშნავ ფიზიკურ ფორმაში იყო, თამბაქოს არ ეწეოდა, არტერიული წნევა და ქოლესტერინის დონე ნორმალური ჰქონდა, მშობლები ჯანმრთელი ჰყავდა და თავადაც გულს არასოდეს უჩიოდა. დეტალურმა გამოკითხვამ ცხოვრების ანამნეზიდან ძალზე მნიშვნელოვანი ფაქტორები გამოავლინა.

ის დღე, ჯონსის გადმოცემით, არაფრით გამოირჩეოდა. იგი ოდნავ ადრე დაბრუნდა სამსახურიდან და თავის თინეიჯერ ქალიშვილებთან თამაშობდა, როდესაც ცუდად გახდა – გონება დაკარგა და განუვითარდა კლინიკური სიკვდილის სინდრომი. სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე შინაურებმა ხელგონური სუნთქვა და გულის გარეგანი მასაჟი ჩაუტარეს. ჯონსი საავადმყოფოში მხოლოდ 12 საათის შემდეგ მოვიდა გონზე. ელექტროკარდიოგრაფიულად და ფერმენტების გამოკვლევით გამოირიცხა მწვავე კორონარული სინდრომი, მაგრამ ავადმყოფს აღენიშნებოდა ხშირი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები, რომელთა ანტიარითმიული მკურნალობა არაფექტური გამოდგა. 20-დღიანი უშედეგო მკურნალობის შემდეგ ჯონსი ჩვენს კლინიკაში (Peter Bent Brigham Hospital) გადმოიყვანეს. გამოკვლევებმა (გულის კატეტერიზაცია და კორონარული ანგიოგრაფია) დაადასტურეს, რომ ჯონსს აბსოლუტურად ჯანმრთელი გული და შესანიშნავი კორონარული არტერიები ჰქონდა. ამავე დროს, ეკგ მონიტორინგმა დაადგინა, რომ ჯონსს რჩებოდა პფ-ის რისკფაქტორები – ხშირი, ადრეული პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები და პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის პაროქსიზმები. ასეთი სერიოზული არიტმიების მიზეზი სრულიად გაუგებარი რჩებოდა. ფსიქიატრთან საუბარმა ფსიქოპათოლოგია გამოირიცხა, თუმცა ანამნეზში აღმოაჩინა ძლიერი სტრესების არსებობა. ჯონსი მუშის ოჯახში დაიბადა და შვილებიდან ერთადერთმა წარმატებით დაამთავრა კოლეჯი. სამუშაოს დიდ პასუხისმგებლობით ეკიდებოდა და ვერ იტანდა საქმისადმი გულგრილ დამოკიდებულებას, რის გამოც ხშირად ბრაზობდა თანამშრომლებზე და ამ მდგომარეობიდან გამოსასვლელად ფიზიკურ დატვირთვას მიმართავდა. გარდა ამისა, ჯონსს ხშირად ჰქონდა ეროტიული სიზმრები, რომლებსაც მძიმედ განიცდიდა, ვინაიდან ზედმინვენით მორწმუნე ოჯახში პურიტანულად იყო აღზრდილი – მეუღლის გარეშე სექსს დიდ ცოდვად თვლიდა და, ამიტომ, თანამშრომელი ქალბატონების ფლირტს, რომელთაგან ზოგიერთი მოსწონდა კიდევ, კატეგორიულად გაუბოძდა. ყოველივე ეს დიდ ნებისყოფას და ძალისხმევას მოითხოვდა. ერთი სიტყვით, სექსუალური ლტოლვის დაოკება ჯონსის ცხოვრების ლაიტმოტივად იქცა.

გულის შეტევამდე ექვსი თვით ადრე, ქვეყანაში ეკონომიკური კრიზისის პერიოდში ჯონსს პირველი პროფესიული უსიამოვნება შეემთხვა, რამაც სამსახური კინალამ დააკარგინა. განსაკუთრებით განიცდიდა იმას, რომ ასეთ მომენტში მეუღლემ

ყურადღება და თანაგრძნობა არ გამოიჩინა. ამის სანაცვლოთ იგი თავის მოხუც მშობლებზე და შვილებზე იყო გადაყოლილი, რომლებიც ბოლო ხანებში სულ უფრო ხშირად აგვიანებდნენ სახლში მოსვლას.

უშუალოდ გულის შეტევის წინ ჯონსი თავის თინეიჯერ ქალიშვილებთან იატაკზე ლაბაზუცობდა, რამაც, როგორც თავად აღიარა, უნებლიედ მსუბუქი სექსუალური იერი შეიძინა. სწორედ ამ დროს კარზე მეზობელმა დარეკა. როგორც კი ერთ-ერთმა ქალიშვილმა კარი გააღო, ჯონსმა ძლივს მოასწრო ეთქვა „მაპატიეთ“ და იატაკზე უგონოდ დაეცა.

როდესაც ფსიქიატრი პალატაში შემოვიდოდა, მანამდე მშვიდად მყოფ ჯონსს ტაქიკარდია ეწყებოდა და ექსტრასისტოლების სიხშირე მნიშვნელოვნად მატულობდა. ანტიარითმიული მკურნალობა დადებით ეფექტს იძლეოდა, მაგრამ ფსიქიატრთან საუბრისას ტაქიკარდია და ექსტრასისტოლია კვლავ უჩნდებოდა. ეკგ მონიტორინგმა საინტერესო სურათი გამოავლინა: ძილის დროს ექსტრასისტოლების სიხშირე იკლებდა, მაგრამ დილის ძილის დროს მნიშვნელოვნად მატულობდა. ენცეფალოგრაფიამ გვიჩვენა, რომ ამ დროს ჯონსს ე.წ. სწრაფი ძილის პერიოდი ჰქონდა, როდესაც განსაკუთრებით მატულობს სიზმრების რაოდენობა. ერთ-ერთ ასეთ პერიოდში ჯონსს კვლავ განუვითარდა პფ და კლინიკური სიკვდილი. მისი რენანიმაცია მოხერხდა, მაგრამ, ბუნებრივია, იგი ძალზე შეშინებული იყო. ამის შემდეგ მან გულახდილად და დანვრილებით გვიამბო აკვიატებული სიზმრების შინაარსი, განსაკუთრებით, მეორე შეტევის წინ რომ ჰქონდა. ჯონსს დასიზმრებია, რომ მის მანქანაში შიშველი ქალი იჯდა. როდესაც ქალაქგარეთ მანქანა ციცაბო კლდის პირას გააჩერა და ვნებამ აიტაცა, მანქანის სარკეში დაინახა მათკენ მომავალი პოლიციელი. ჯონსმა აქსელერატორს ფეხი დააჭირა და მანქანა უფსკრულისკენ გაექანა. ამის შემდეგ სრული სიბნელეა – ჯონსს განუვითარდა პფ. ფსიქოთერაპიამ და მედიტაციამ ანტიარითმიულ მკურნალობასთან ერთად კარგი შედეგი გამოიღო. ერთპრეპარატი სედატიური მოქმედების იყო, მეორე – სიმპათიკუსის დამდრეგუნავი, ხოლო მესამე – პარასიმპათიკური სისტემის მატონიზირებელი. ამ პრეპარატების ფონზე ფსიქიატრის ვიზიტიც კი აღარ იწვევდა რიტმის დარღვევას. სულიერი დაძაბულობის მომენტებში, რეციდივის თავიდან ასაცილებლად, ჯონსს სპეციალური ფიზიკური ვარჯიშების და მედიტაციის ჩატარება ვურჩიეთ. კარდიოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ პერიოდულად უტარდებოდა პრევენციული მედიკამენტური მკურნალობაც. გავიდა 20 წელი და, მიუხედავად იმისა, რომ ჯონსმა არაერთი სტრესული სიტუაცია გადაიტანა (მაგრამ არა ისეთი შინაარსის და ხასიათის, რომელმაც პირველად გამოიწვია გულის შეტევა), გულს მეტი აღარ შეუნუხებია.

აღწერილი საოცარი კლინიკური შემთხვევა აბსტურებს გონებასა და გულს შორის ისეთ ინტიმურ კავშირს, რომელსაც სასიკვდილო არიტმიაც კი შეუძლია გამოიწვიოს. აქ გასაოცარი ისაა, რომ ამ პაციენტის გული თავისთავად აბსოლუტურად ჯანსაღი იყო. ერთი შეხედვით შეიძლება მოგვეჩვენოს, რომ რალაც უნიკალურ შემთხვევასთან გვექონდა საქმე, მაგრამ ჩემი ხანგრძლივი საექიმო გამოცდილება მარწმუნებს, რომ ჯონსის შემთხვევა გამონაკლისი არაა. რა თქმა უნდა, ეს ისტორია ჰიპერბოლურ ხასიათს ატარებს, მაგრამ მსგავსი სიტუაციები არც ისე იშვიათია. უბრალოდ, ვერც ჩვენ ვიჩინთ ყოველთვის შესაფერის გამჭრიახობას და პაციენტიც იშვიათადაა ამდენად გულახდილი.

ჯონსის შემთხვევამ დააჩქარა ჩვენი გამოკვლევები – ამის შემდეგ გულით დაავადებულებში ჩვენ განსაკუთრებულ ყურადღებას ვაქცევდით ფსიქოლოგიური სტრესების მნიშვნელობას და ამაში ფსიქიატრი პიტერ რიჩი (Peter Reich) გვებმარებოდა. 17 გამოკვლევული ავადმყოფიდან ფატალური არიტმიის განვითარებამდე ფსიქოლოგიური სტრესი წინა დღის განმავლობაში ყოველ მეხუთეს აღენიშნებოდა,

მაგრამ უხშირესად – დაახლოებით ერთი საათით ადრე. სტრესის ყველაზე ხშირი მიზეზი იყო სამსახურობრივი ან, უფრო ხშირად, ოჯახური უსიამოვნება, ოჯახის დანგრევის საშიშროება ან განქორწინება, ბიზნესის კრახი. სტრესის მთავარი გამოვლინება იყო ბრაზი, რისხვა, შიში ან დეპრესია, სევდა-ნალღველი და სინანული.

ამრიგად, ჩვენ პირველებმა დავადგინეთ, რომ პფ-ის და ასისტოლიის მიზეზად შემთხვევათა 21%-ში ფსიქოლოგიური სტრესი გვევლინებოდა. ის, რომ უხშირესად ვერ ვახერხებდით ფსიქოლოგიური ტრიგერის გამოვლენას, სრულებითაც არ გამოორიცხავდა მის არსებობას, ვინაიდან არ გაგვაჩნდა ფსიქოლოგიური მიზეზების გამოვლენის ობიექტური მეთოდები და ჩვენი ცოდნა და გამოცდილება კი ამ ამოცანის გადასაჭრელად საკმარისი არ იყო. ამიტომ, ბუნებრივია ვიფიქროთ, რომ ფსიქოლოგიურ ფაქტორს გაცილებით დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე ჩვენ ეს გგვონია. ფსიქოლოგიური ფაქტორების მნიშვნელობას სათანადოდ თუკი ექიმები ვერ ვაფასებთ, რა გასაკვირვია, რომ ოჯახის წევრები, ახლობლები და თავად ავადმყოფები, საერთოდ არ აქცევენ ყურადღებას, ხშირად არც კი ახსოვთ, ვინაიდან ვერც კი წარმოუდგენიათ, რომ ასეთმა „წვრილმანებმა“ ადამიანის სიკვდილიც კი შეიძლება გამოიწვიოს. არადა, ხშირი ფსიქოლოგიური მიკროსტრესები თანდათანობით, როგორც სიმსივნე, ისე ღრღნის და შლის ადამიანის ფსიქოლოგიურ ჯანმრთელობას. ცხადია, რომ ნეგატიური ემოციები მთელ ორგანიზმზე მოქმედებს უარყოფითად (მათ შორის, იმუნიტეტზეც), მაგრამ აშკარაა, რომ ადრენალინის ეფექტები მაქსიმალურად თვალსაჩინოდ სწორედ გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე ვლინდება.

პრაქტიკული თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია გამოვყოთ ობიექტური და სუბიექტური (ენდოგენური) კარდიო-ვასკულარული რისკფაქტორები. ჩემი ხანგრძლივი საექიმო მოღვაწეობის მანძილზე ხშირად განვიცდიდი სასონარკვეთას, როდესაც ვერ ვახერხებდი შემეცვალა პაციენტების თვითგამანადგურებელი ქცევა: ალკოჰოლიზმი, ნიკოტინიზმი, ნარკომანია, ჰიპოდინამია და სიმსუქნე, ზედმეტი პასუხისმგებლობა, აგრესიულობა ან არასრულფასოვნების კომპლექსი, მიდრეკილება ფსიქოლოგიური თვითგვემისადმი. კარგად მესმოდა, რომ ფსიქოლოგიაში და ფსიქიატრიაში დილეტანტი ვიყავი და, ამიტომ, მოკრძალებული მიზანი დავისახე: იქნებ შეიძლება, რომ მიჯაჭვულ პრომეთეს ბორკილების მოხსნის გარეშე შევუმსუბუქოთ ტანჯვა-წამება. სამედიცინო ენაზე რომ ვთქვათ, მინდოდა მომენახა საშუალებები, რომლებიც შეამცირებდნენ სტრესით გამოწვეული მავნე იმპულსაციის თავის ტვინიდან გულზე გადაცემას.

ახალი შესაძლებლობები გამოჩნდა, როდესაც რიჩარდ ვიურტმანმა (Richard Wurtman) და კოლეგებმა მასაჩუსეტსის ნეიროქირურგიის ინსტიტუტიდან აღმოაჩინეს, რომ ზოგიერთი ნეირომედიატორის სინთეზი ორგანიზმში დამოკიდებულია ადამიანის კვებაზე. თავდაპირველად, სეროტონინზე გავამახვილეთ ყურადღება, რომელიც ტვინშივე „აქრობს“ სიმპათიკურ ნერვულ იმპულსაციას. ექსპერიმენტებმა გვიჩვენა, რომ როდესაც ცხოველს აძლევდნენ ამინომჟავა ტრიპტოფანს, რომელიც აძლიერებს სეროტონინის სინთეზს, კორონარული ოკლუზია არ იწვევდა ლეტალურ არიტმიას! ეს საინტერესო პრობლემა, სამწუხაროდ, ადამიანებში შესწავლილი არ არის (სეროტონინის დადებითი და უარყოფითი ეფექტები ამჟამად კარგადაა შესწავლილი და, ძირითადად, გამოიყენება სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორების ანტიდეპრესიული მოქმედება. გარდა ამისა, ტრიპტოფანის შემცველი პროდუქტების, ყველის და შოკოლადის რაციონალური მოხმარება აუმჯობესებს ანტისტრესული ძილის პორმოინის მელატონინის სინთეზს – ვ.ლ.).

ისმის კითხვა, რატომაა, რომ გონების ზემოქმედება გულზე ამდენხანს დარჩა შეუსწავლელი? მე ვფიქრობ, რომ მთავარი მიზეზი მეთოდოლოგიური სიძნელეებშია. გო-

ნების, ცნობიერების ობიექტური მეთოდებით შესწავლა ზედმინვენიტ ძნელია. ადამიანის ტვინი 20 მილიარდ ნეირონს შეიცავს, თითოეული ნეირონი 10 ათასამდე მეზობელ ნეირონთანა დაკავშირებული, რომელთაგან თითოეულს შეუძლია წამში ასამდე იმპულსი გამოიმუშაოს, ანუ, არსებობს ნეიროკავშირების ტრილიონობით შესაძლებლობა. ასე რომ, ნეირონთა ეს „საუბარი“ ნამდვილ კაკაფონიას ემსგავსება! გარდა ამისა, თავის ტვინზე, ჩვენი ორგანიზმიც მოქმედებს. სიტუაციის მთელი პარადოქსი იმაში მდგომარეობს, რომ ჩვენი ტვინი უფრო მარტივი რომ იყოს, მაშინ კიდევ უფრო გაგვიჭირდებოდა მისი შეცნობა!

ებრაული წარმოშობის გამოჩენილი ნიდერლანდელი ფილოსოფოსი ბენედიქტე სპინოზა (Benedictus de Spinoza, 1632-1677) მიუთითებდა, რომ „ცხოვრებაში ყველა მოვლენა მიზეზებითაა განპირობებული“. მოვლენათა ამ რთული ურთიერთკავშირის შესახებ პოეტები წერენ, რომ „ფოთოლთა ცვენა ასულდგმულებს ვარსკვლავთა ციმციმს“. მაშ, რა გასაკვირვია, რომ თავის ტვინის და ადამიანის ცნობიერების სრული შესწავლა შეუძლებელია (ავტორის მსჯელობა სრულ შესატყვისობაშია *პაიზენტერგის კვანტური მექანიკის გაურკვევლობის პრინციპთან – ჯ.ლ.*).

ადამიანის ფსიქიკის საოცარ შესაძლებლობებში დამარწმუნა სიგვორტ ულრიხის (Sigwart Ulrich) პუბლიკაციამ ჟურნალ „Science“-ში. ამ უბრალო კლინიკური დაკვირვების შედეგები განმაცვიფრებელი და ძალზე საგულისხმო იყო. ავტორმა დაამტკიცა, რომ ქოლევცისტექტომიის შემდგომ ავადმყოფების მდგომარეობა უფრო სწრაფად უმჯობესდებოდა, თუკი მათი პალატის ფანჯრიდან ხეები მოჩანდა და არა მანქანების სადგომი – მათ ტკივილდამაყუჩებლების ნაკლები დოზა სჭირდებოდათ, ჭრილობა უფრო სწრაფად უხორცდებოდათ და სტაციონარიდანაც უფრო ადრე ეწერებოდნენ!

სიბერის ჟამს შემიძლია ვალიარო, რომ გზა ჭეშმარიტებისგან გაცილებით ძნელი და ხანგრძლივი აღმოჩნდა, ვიდრე ეს ახალგაზრდობაში წარმომედგინა, მაგრამ დარწმუნებული ვარ, რომ შრომას, თუნდაც სიზიფეს მსგავსს, ყოველთვის აქვს აზრი, ყოველთვის გამოიღებს შედეგს. რაბინი ტარფონი (ჩვ.წ.აღ.-ის I-II საუკუნე) წერდა: „არასოდეს თქვა უარი საქმეზე, რომლის შესრულება შეუძლებელი გეჩვენება“.

ამჟამად უკვე კარგადაა ცნობილი, რომ ფსიქოლოგიური სტრესი დიდ გავლენას ახდენს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობაზე – შეიძლება გამოიწვიოს მიოკარდიუმის ინფარქტი ან ფატალური არიტმიები და უეცარი სიკვდილი.

დარწმუნებული ვარ, რომ თავის ტვინსა და ორგანიზმს შორის ურთიერთკავშირების შესწავლა ყველაზე რთული ამოცანაა, რომელიც მედიცინის წინაშე დგას.

თავი 4. მიუნჰაუზენის სინდრომი

დაავადების ამოსაცნობად ექიმისთვის აუცილებელია ავადმყოფის ყურადღებით მოსმენის უნარი, მაგრამ ეს მხოლოდ ყურით როდი უნდა ხდებოდეს. უნდა შეგვეძლოს იმის გაგებაც, რასაც ავადმყოფის სახე, სხეული და შესტიკულაცია გამოხატავს, ანუ უნდა გვესმოდეს „სხეულის ენა“. ამგვარი დაკვირვება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც ავადმყოფი ექიმის მოტყუებას ცდილობს. მიზეზი ზოგჯერ ალკოჰოლიზმი ან ნარკომანიაა, მაგრამ უფრო ხშირად ავადმყოფი იმიტომ ცრუობს, რომ თქვენი ყურადღების მიქცევას ცდილობს, სურს, რომ თავი შეგაცოდოთ. ზოგჯერ ავადმყოფები ამას მისდა უნებურად, ქვეცნობიერად სჩადიან და ეს ყველაზე რთული ამოსაცნობია, ვინაიდან, არსებითად, საქმე გვაქვს ფსიქიკის ფარულ დარღვევასთან. საჭიროა სათანადო ცოდნა, საექიმო გამოცდილება და ფსიქოლოგიური ალღო, რათა სომატური ჩივილებით მოსულ პაციენტში ფსიქოპათი ამოიცნო. ასეთ პაციენტებთან შეხებამ დამანახა, თუ რა ცუდად ვერკვევით ექიმები ფსიქოლოგიურ პრობლემებში. გამოცდილი ექიმებიც კი იბნევიან, როდესაც მათ წინაშე მიუნჰაუზენის სინდრომით შეპყრობილი პაციენტი. ამ სინდრომის სახელწოდება დაკავშირებულია გერმანელი მწერლის რუდოლფ რასპეს (Rudolf Erich Raspe, 1736-1794) მიერ 1785 წელს აღწერილ კომიკურ პერსონაჟთან, რომელიც გაუთავებლად ცრუობს და თხზავს წარმოუდგენელ ამბებს (*ბარონი მიუნჰაუზენი რელური პიროვნებაა – გერმანული წარმოშობის ოფიცერი-კავალერისტი რუსეთის არმიაში მსახურობდა. პენსიაზე გასვლის შემდეგ სამშობლოში დაბრუნდა და დაიწყო ფანტასტიკური ისტორიების მოყოლა. სამედიცინო ტერმინი კი 1951 წელს პირველად რიჩარდ აშერმა – Richard Asher გამოიყენა – ჯ.ლ.*).

ამ სინდრომით დაავადებულნი დიდი ხნის განმავლობაში მკურნალობენ სხვადასხვა ექიმებთან და კლინიკებში, უტარდებათ უამრავი არაინვაზიური და ინვაზიური, ზოგჯერ სიცოცხლისთვის საზიანო, გამოკვლევა. მსახიობური ტალანტის წყალობით ისინი ხშირად სოციალური შეღავათების მიღებას აღწევენ, გამოსავალს ეძებენ გამოუვალი სოციალური ან ოჯახური მდგომარეობებიდან (ისტერიული პირები, სოციოპათები, ნარკომანები), მაგრამ ზოგჯერ მათი საქციელი კარგავს რენტულ არსს, ვინაიდან უფრო მეტ ვნებას ლებულობენ, ვიდრე სარგებელს (*რენტული შინაარსის საქციელი ენოდება შეგნებულ სიმულაციას სარგებლის მიღების მიზნით – ჯ.ლ.*). ასეთი პაციენტის საქციელი გამოირჩევა გროტესკულობით და მისტიფიკაციურობით. არასაკმარისი ცოდნის და გამოცდილების, სალი აზრის დეფიციტის გამო, აგრეთვე სუფთა ეთიკური მიზეზებითაც („ჯობია შეცდე ავადმყოფის სასარგებლოდ“) ექიმები ძალზე იშვიათად ამოიცნობენ ხოლმე ასეთ პიროვნებებს, ხოლო, როდესაც ყველაფერი გაირკვევა, ექიმს რჩება, ერთი მხრივ, საკუთარი წარუმატებლობის და, მეორე მხრივ, ადამიანური უმადურობის უსიამოვნო განცდა.

• მიუნჰაუზენის სინდრომს ჯერ კიდევ ახალგაზრდობაში ნავანყდი, როდესაც ინტერნი ვიყავი. პაციენტი, 20 წლის ახალგაზრდა ქალი მესამე შვილზე ახალი ნამშობიარები იყო. მისი მეზღვაური მეუღლე იმ მომენტში ზღვაში იმყოფებოდა, ხოლო დედამისი დაკავებული იყო უფროსი ბავშვებით. ამიტომ პაციენტის ახლობლების გამოკითხვის საშუალება არ მომეცა. ჩვენ სტაციონარში იგი მშობიარობის შემდგომი ცხელების გამო მოათავსეს. თავიდან საშვილოსნოს და სამშობიარო გზების ინფექციაზე ვიფიქრეთ. ბევრი ვეცადეთ, მაგრამ ვერავითარი ხელმოსაკიდი სიმპტომი ვერ მოვიპოვეთ – ცხელების მიზეზი მაინც უცნობი რჩებოდა. პაციენტის გარეგნობა მოზარდის შთაბეჭდილებას ტოვებდა – სუსტი აგებულების, გამხდარი,

ფერმკრთალი და ხშირად – თვალცრემლიანი. ძალზე კეთილმოსურნი იყო და მალე საავადმყოფოს მთელ პერსონალს თავი შეაყვარა. ყოველ შუადღეს, როგორც ნენსი, სხეულის ტემპერატურა 39⁰-დე უწევდა. ბოლოს, გამოითქვა აზრი იმის შესახებ, რომ შესაძლოა ავადმყოფი ცხელებას ხელოვნურად ინვევდა – თერმომეტრით მანიპულირებდა. იმდენად სიმპათიური ადამიანის შთაბეჭდილებას ტოვებდა, რომ უძრავლესობამ ეს აზრი უარყვავით, მაგრამ ყოველ შემთხვევისთვის საწოლი გათბობის რადიატორს მოვაშორეთ და ექთანს დავავალეთ სიცხის გაზომვის დროს პაციენტს არ მოშორებოდა. მიუხედავად ამისა, არაფერი არ შეცვლილა – შუადღეს კვლავ ცხელება აღენიშნა. ასეთ შემთხვევებში, ჩვეულებრივ, უცნობი ეტიოლოგიის ცხელების დიაგნოზი ფორმდება და ჩვენც ასე მოვიქცით. თვეში ერთხელ გვევლებოდა რომელიმე გამოცდილ ექიმთან რთული კლინიკური შემთხვევების გარჩევა. კონსულტანტი გაცდა იმის გამო, რომ მთელი თვის განმავლობაში დიაგნოზი ვერ დავადგინეთ. შემოვალზე მან ყურადღებით მოუსმინა პაციენტს, შემდეგ რამდენიმე შეკითხვა მისცა და მოულოდნელად, რისხვით მიმართა: „ახლავე მოგვიყვი, როგორ ახერხებ თერმომეტრით მანიპულირებას და ექიმების მოტყუებას!“. პაციენტი შიშისგან აკანკალდა, საბანი თვალზემდე აიფარა და საცოდავად აქვითინდა: „გემუდარებით, არ გამწეროთ, სახლში თავს მოვიკლავ და შეილებსაც დაეხოცავ!“

როდესაც პალატიდან გამოვედით, უფროს კოლეგას ვთხოვე აეხსნა, თუ როგორ ამოიცნო მან სიმულაციის ფაქტი. მისმა პასუხმა დამარწმუნა, რომ ეს არც ისე ძნელი ყოფილა: „შეუძლებელია მთელი თვის განმავლობაში მაღალი ცხელება მიმდინარეობდეს ისე, რომ ავადმყოფმა არც მადა დაკარგოს და არც ცვლილებები აღენიშნებოდეს ანალზეგან და სხვა ობიექტურ მონაცემებში“. ჩემთვის გაუგებარი რჩებოდა მხოლოდ ის, თუ როგორ ახერხებდა პაციენტი ექთნის თანდასწრებით ჰიპერთერმიის პროვოცირებას. „ასეთ პირობებში ცხელების სიმულაციის ერთადერთი საშუალება ანალურ ხვრელში თერმომეტრის ფრიქციაა“ – ამიხსნა კოლეგამ. მე ეს მაინც დაუფერებლად მეჩვენებოდა, მაგრამ პაციენტმა მეორე დღეს ჩემთან გულითადი საუბრის შემდეგ აღიარა ყველაფერი და დაადასტურა ის, რაც გამოცდილმა კოლეგამ ამოიცნო. ავადმყოფი ფსიქიატრიულ სტაციონარში გადავიყვანეთ, სადაც მისი მდგომარეობა გაუმჯობესდა.

• მეორე პაციენტს სემი ერქვა. 27 წლის ახალგაზრდა კაცს ქვემო კიდურების უმძიმესი თრომბოფლებიტი და შეუხორციებელი წყლულები აწუხებდა. ამის შედეგად რამდენჯერმე ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია ჰქონდა გადატანილი. მე ამ დროს დიპლომის შემდგომ პრაქტიკას ვავდიოდი ნიუ-იორკის მონტფიორეს (Montefiore) ჰოსპიტალში. ეს სიმპათიური ახალგაზრდა საშინლად იტანჯებოდა – მისი მარცხენა ფეხი ისეთ მდგომარეობაში იყო, რომ ტანკსანინალმდეგო ნალმით დაზიანებულს ჰგავდა. ერთკვირიანი ენერგიული მკურნალობის კურსის შემდეგ ფეხი მოსალოდნელი გაუმჯობესების ნაცვლად უარესად გამოიყურებოდა – წყლულებით იყო დაფარული. ხანგრძლივმა დაკვირვებამ გვიჩვენა, რომ მცირე გაუმჯობესების შემდეგ კანი კვლავ ჩირქდებოდა და საშინლად ყარდა. ასეთ დღეებში სემს მკვეთრი შემცივნება ეწყებოდა და სხეულის ტემპერატურა 39⁰-დე უწევდა. ტკივილის გამო ხმამაღლა მოთქვამდა და მხოლოდ მორფიუმი აწყნარებდა. ასე რამდენიმე თვემ გასტანა! ძალიან მეცოდებოდა და თავისუფალ დროს ხშირად ვესაუბრებოდი, ვამხნავებდი და მალე დავემეობრდით კიდეც. თებერვლის შუა რიცხვებში სემის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა – ფეხი თითქმის აღარ აწუხებდა. მთელი განყოფილება ზეიმობდა ასეთ გამარჯვებას და ცოტა დავლიეთ კიდეც იმის აღსანიშნავად, რომ მეორე დღეს სემის განწერა იყო დაგეგმილი. დილით რომ მოვედი, საშინელი სურათი დამხვდა: სემს ძლიერი შემცივნება ჰქონდა, რამდენიმე საბანი ეხურა და მე, როგორც დამნაშავეს, ისე მიყურებდა. ფეხის დათვალიერებას ვაპირებდი, როცა

მორიგე ექთანმა პალატიდან გამოსვლა მთხოვა. ბრახს ვერ მალავდა და, საშინლად აღელვებულმა, მიაშობ: „*ნუხელ სემი პალატაში არ დამხვდა და ძებნა დაეწყე. ეზოში რომ გავიხედე, თოვლზე ვილაცის ლანდი შევნიშნე. სასწრაფოდ გარეთ გავვარდი და რას ვხედავ – ეს ჩვენი მძიმე ავადმყოფი თავის ფეხს რალაც ლურსმნებიან ფიცარს უბრაზუნებს და თანაც ტკივილისგან საშინლად კვნესის. ისე იყო გართული, რომ სანამ ახლოს არ მივედი და არ დავეყვირე, ვერც კი შემამჩნია. როდესაც დამინახა, ფიცარი მიაგდო და პალატისკენ გაიქცა“.* ძნელად დასაჯერებელი ამბავი იყო, მაგრამ ეზოში თოვლზე სისხლის ნეუთების არსებობა მონაყოლს ადასტურებდა. სემი იმ დღესვე ფსიქიატრიულ განყოფილებაში გადაიყვანეს.

• მრავალი წლის შემდეგ პიტერ ბენტის ჰოსპიტალში მიუნჰაუზენის სინდრომის მესამე შემთხვევას ნავანყდი. 40 წლის მამაკაცი, სავაჭრო გემის მეზღვაური სასწრაფო დახმარებამ გულის არემი აუტანელი ტკივილების გამო მოიყვანა. ძლიერ ოფლიანობდა, თუმცა მძიმე ავადმყოფის შთაბეჭდილებას არ ტოვებდა. ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები და სისხლის ანალიზი ნორმალური ჰქონდა. როდესაც მორფიუმის ინექცია მოითხოვა, არავის გაკვირვებია, ვინაიდან ელექტროკარდიოგრამაზე (ეკგ) მწვავე კორონარული უკმარისობის ნიშნები ჩანდა. ჩემი შემოვლის დროს იგი თვალდახუჭული იწვა და მიუხედავად იმისა, რომ მორფიუმის ორმაგი დოზა ჰქონდა გაკეთებული, ტკივილების გამო კვნესას აგრძელებდა. როდესაც დამინახა, მოულოდნელად გამოცოცხლდა, წამოჯდა და გამომელაპარაკა. არ მახსოვს როგორ, მაგრამ თანდათან საუბარი გადავიდა ჯეკ ლონდონის საზღვაო მოთხრობებზე, რომლებიც თურმე ძალიან მოსწონდა. ათიოდე წუთში ჩემს წინაშე სრულიად სხვა ადამიანი იჯდა – სად იყო ტკივილები, პაციენტი სულ უფრო და უფრო გამოცოცხლდა და სახეზე ბედნიერი ღიმილი დასთამაშებდა. შემდეგ, ალბათ მიხვდა, რასაც ვფიქრობდი და უცებ სახე შეეცვალა, ბალოშზე დაეცა და ისევ კვნესას მოყვა. პალატიდან გამოვივდი და ექთნებს ვუთხარი, რომ „ტკივილების“ დროს ავადმყოფისთვის პლაცებოს სახით ფიზიოლოგიური ხსნარი გაეკეთებიათ. მართლაც, პლაცებოს ინექციის შემდეგ იგი დაამშვიდდა, რამაც დაადასტურა ჩემი ეჭვი. გადაწყვიტე მასთან გულახდილად მესაუბრა, მაგრამ რალაც იგრძნო – ლოგინიდან წამოხტა და თავისი ნივთების ჩალაგება დაიწყო.

– რატომ გარბიხართ? – ვკითხე. ვისაუბროთ, მე თქვენი დახმარება მსურს.

მან გამიღიმა და ლოგინზე ჩამოჯდა.

– მე თქვენით აღტაცებული ვარ, თქვენ სხვა ექიმებივით ბრიყვი არა ხართ.

– რას გულისხმობთ?

– ტკივილი კარგი საშუალებაა სხვადასხვა საავადმყოფოებში ყოფნისთვის.

თუმცა, პორფირია კიდევ უყენესია.

– არ მესმის რას გულისხმობთ... (ნათქვამით მართლაც დაბნეული ვიყავი).

– ყველაფერი 15 წლის წინ სიეტლში დაიწყო. ნარკოტიკებს მივეძალე და ერთ დღეს მუცლის არეში შეტევიტი ტკივილების გამო ვაშინგტონის უნივერსიტეტის საავადმყოფოში მოვხვდი. ინტერნმა გამსინჯა და დემეროლის ინექცია გამიკეთა. მეორე დღეს გახარებული მოვარდა და მითხრა: „დიაგნოზი დაავადგინეთ, შარდის ანალიზმა უჩვენა, რომ თქვენ პორფირია გაქვთ“ (დემეროლი, იგივე მეპერიდონი ოპიოიდური საშუალებაა და შეუძლია პორფირინული დაავადების გამწვავება. მუცლის ტკივილი პორფირინული კრიზის გამოვლინება შეიძლება ყოფილიყო – ჯ.ლ.). მანამდე ამ დაავადების შესახებ არაფერი ვამეცნო. და იცით რა ვაკეთა ამ იდიოტმა? მომიტანა სახელმძღვანელო ამ დაავადების შესახებ და უკვე რამდენიმე დღის შემდეგ მე პორფირიის სპეციალისტი ვიყავი. საავადმყოფოს პერსონალი აღტაცებული იყო – მათ ასეთი ავადმყოფი არასოდეს ჰყოლიათ და ჩემს სანახავად, როგორც იშვიათ ეგზემპლართან, ჯგუფ-ჯგუფად მოდიოდნენ. ჩემმა ინტერნმა ამ საკითხის ირგვლივ იმდენი ლიტერატურა მომიტანა, რომ მე უკვე შემეძლო საავადმყოფოში ნებისმიერ

დროს დავნოლილიყავი.

მონაყოლმა საკმაოდ გამაოცა და შევეცადაე საკითხი ბოლომდე გამერეკვია.

– კი მაგრამ, როგორ მოახერხეთ, რომ შარდის ანალიზი პორფირინებზე დადებითი ყოფილიყო?

– ამაზე სპეციალურად არც მიზრუნია და ეს, თავიდან, მეც არ მესმოდა, მაგრამ მერე მივხვდი, რომ ყველაფერი ალკოჰოლის ბრალი იყო – წინა დღეებში რამდენჯერმე არყით გამოვთვერი. ამის შემდეგ, როცა დასვენება მომინდებოდა, კარგად დავლევდი და მეორე დღეს საავდმყოფოს მივმართავდი – ანალიზი არასოდეს მლალატობდა (*პორფირინული დაავადების მთავარი მაპროვოცირებელი ფაქტორი ალკოჰოლური ექსცესია, მითუმეტეს, ნარკომანიის ფონზე – ჯ.ლ.*).

ამ ეშმაკობით ავადმყოფმა თურმე შტატების ჩრდილო-დასავლეთის ყველა საავდმყოფო შემოიარა. სიამაყით მომიყვა, რომ ექიმები მის შესახებ სამეცნიერო კონფერენციებზე მოხსენებებს აკეთებდნენ და რამდენიმე პუბლიკაციაც გამოუქვეყნებიათ. როგორც მოგვიანებით შევიტყვე, საბოლოოდ ეშმაკობას მიუხვდნენ და მას ამ დიაგნოზით უკვე არსად არ მიესვლებოდა. ამიტომ, შემდგომში სტაციონარში მოსახვედრად იძულებული იყო გულის ტკივილი გამოეყენებია.

დაახლოებით რვა წლის შემდეგ, როდესაც გადაუღებელი კარდიოლოგიის განყოფილებაში ერთ-ერთ კოლეგას ვცვლიდი, მორიგე ექიმმა მთხოვა ერთი ავადმყოფის კონსულტირება, რომელსაც ნარკოტიკების საკმაოდ დოზის მიუხედავად ტკივილი გულის არეში არ ეხსნებოდა. ექიმს სურდა კარდიოლოგიურ განყოფილებაში ავადმყოფის გადაყვანა ჩემთან შეეთანხმებია. დაახლოებით 50 წლის მამაკაცი მეცნო, მაგრამ სად მენახა, ზუსტად ვერ ვიხსენებდი. მან ბრუკლინის საავადმყოფოს ამონანერი მომანოდა, რომელშიც დასკვნით დიაგნოზად „არასტაბილური სტენოკარდია“ ეწერა, თუმცა, ამავე დროს, ხაზგასმული იყო ის გარემოება, რომ ტკივილისა და ელექტროკარდიოგრამაზე (ეკგ) უმნიშვნელო ცვლილებების გარდა, არაფერი არ ადასტურებდა გულის იშემიურ დაავადებას. გასინჯვას შეეუდექი და როდესაც საბანი გადავხადე, ავადმყოფის ხელებზე ტატუირება დავინახე, რომელმაც ყველაფერი გამახსენა.

– ოჰ, ბარონ მიუნჰაუზენს ვახლავარ! – აღმომხდა უნებლიეთ.

ავადმყოფი წამოხტა, ჩაცმა დაიწყო და თან უკმაყოფილოდ ჩაილაპარაკა:

– და მაინც, დარწმუნებული ვარ, რომ ყველა კარდიოლოგი გონებაჩლუნგია. თუმცა, როგორც ჩანს, გამონაკლისებიც არიან და „ჩემდა ბედად“ თქვენ მეორედ გადაგეყარეთ.

– რა მოხდა მას შემდეგ, რაც ჩვენ უკანასკნელად შევხვდით?

– იცით რა, გულის ტკივილი ბევრად ჯობს პორფირიას – სრულებით არაა საჭირო არყით გაჭყიპვა.

– ამით რა გინდათ, რომ მითხრათ?

– საავადმყოფოში სტენოკარდიით მოხვედრა ყველაზე ადვილია, უარს თითქმის არსად არ გეუბნებიან – საკმარისია ტკივილის დროს მუჭი მკერდის ძვლის არეზე მიიღო.

დავრწმუნდი, რომ ავადმყოფმა შესანიშნავად იცოდა ლივანიის სიმპტომი [*სტენოკარდიული შეტევის ეს ძალზე დამახასიათებელი სიმპტომი პირველად 1768 წელს უილიამ ჰებერდენმა (William Heberden) აღწერა და დაავადებას Angina pectoris უწოდა – ჯ.ლ.*].

– კი მაგრამ, კორონაროგრაფია არც ისე უწყინარი და საკმაოდ ზუსტი გამოკვლევაა.

– ჰო, რას იზამ, ზოგჯერ იძულებული ვიყავი დავთანხმებოდი. თანაც, ეჭვი არ მეპარებოდა, რომ 50 წელს მიღწეულ მსუქან მამაკაცს, რომელსაც ქოლესტერინი მომატებული მაქვს, კორონარული არტერია სადმე მექნებოდა შევიწროვებული.

მისი ერუდიციით ალტაცებულმა, ბოლო შეკითხვა დაეუსვი:

- ბარემ, ისიც მითხარით - როგორ ახერხებთ ეკგ ცვლილებების პრო-
ვოცირებას?

- ეს ფირმის საიდუმლოებაა, თუმცა, ვფიქრობ, თქვენ ჩემზე უკეთ გეცო-
დინებათ. დიახ, გადაღების დროს ვცდილობ რაც შეიძლება ღრმად ვისუნთქო (ჰი-
პერვენტილაცია მართლაც ინვესტ ST სეგმენტის ცვლილებებს).

ავადმყოფმა ამაყად შემომხედა და განყოფილება სწრაფი ნაბიჯით ისე დატოვა,
რომ არავის არ დამშვიდობებია.

• მიუნჰაუზენის სინდრომით უკანასკნელი პაციენტი ყველაზე გამორჩეული
იყო. იგი გულის ნასვლის ხშირი ეპიზოდების გამო როდ-აილენდის ერთ-ერთი
კლინიკიდან პიტერ ბენტის ჰოსპიტლის კორონარულ განყოფილებაში გადმოიყვანეს.
როდესაც შემოვლალზე მისი ჩივილებით დავინტერესდი, მას გულის ნასვლები არც კი
უხსენებია და მითხრა:

- მე გულში ვერცხლისწყალი (სინდიყი) მაქვს.

- კი მაგრამ, როგორ მოხვდა იგი თქვენს გულში?

- ლევზელი მივირთვი.

- რას ლაპარაკობთ! - გაოცება ვეღარ შევიკავე.

- დიახ, ლევზელში სინდიყი აღმოჩნდა - ნყნარად ამიხსნა.

- როგორ დაადგინეთ, რომ ეს ნამდვილად სინდიყია?

- მე ლაბორატორიაში ემუშაობ, სადაც სინდიყი გამოიყენება და მის შესახებ
ყველაფერი კარგად ვიცი. ჩემთან ერთად ჩემი ცოლიც და ვაჟიც მოინამლნენ სინ-
დიყით და თირკმლები დაუზიანდათ. ამიტომ, პურის საცხობს სასამართლოში
ვუჩივით.

ნათქვამით გაოგნებული ვიყავი და უკვე ვფიქრობდი, რომ ნამდვილ შიზოფ-
რენიკთან მქონდა საქმე, მაგრამ პაციენტმა, თითქოს ჩემი აზრები წაიკითხა,
განაგრძო:

- თუ ჩემი არ გჯერათ, გადამიღეთ გულის რენტგენოგრაფია და დარწმუნდებით,
რომ არ ვიგონებ.

მართლაც, რენტგენოსკოპიით აღმოჩნდა, რომ მარჯვენა პარკუჭში პანანკინა
მუქი „მძივები თამაშობდნენ“. ჩემს გაოცებას საზღვარი არ ჰქონდა. სინდიყი
წყალში უხსნადი მძიმე მეტალია და რამდენიც არ უნდა მიიღო, იგი არ შეიწოვება და
ფეკალიებთან გამოვა. რა თქმა უნდა, შეიძლებოდა ინტრავენურად შეეყვანა, მაგრამ
ეს ხომ სრული სიგიჟეა! თანაც, ცოლ-შვილიც გაიმეტა? სასწრაფოდ დაეუკავებინდი
ქალაქ პროვიდენსის (Providence) საავადმყოფოს, სადაც ყველაფერი, რასაც პაციენტი
ყვებოდა, დამიდასტურეს. აღარ ვიცოდი რა მეფიქრა და ექთნებს დავავალე, რომ
პაციენტისთვის თვალი არ მოეშორებიათ. მეორე დღეს მომახსენეს, რომ ღამის
განმავლობაში მონიტორზე რამდენჯერმე აღინიშნებოდა განგაშის ეპიზოდები
(ეკგ-ზე - სწორი ხაზი) და პაციენტი ამ დროს გონებას ჰკარგავდა. ბოლო შეტყვის
დროს ექთანს შეუნიშნავს, რომ პაციენტი კარდიოგრაფის ერთ-ერთ ელექტროდს
ეხებოდა. მას შემდეგ, რაც ამის გამო შენიშვნა მისცეს, განგაში აღარ ვანმეორებუ-
ლა! პაციენტს ფსიქიატრის კონსულტაცია დაეუნიშნეთ, რომელმაც ფსიქოპათია
უარყო და გვისაყვედურა კიდევ იმის გამო, რომ ავადმყოფს ცილს ვწამებთ: „მეტი
რალა გინდათ, სინდიყი ხომ მართლაც გინახავთ გულში“.

შემდეგი შემოვლის დროს პაციენტს შარდის ანალიზი დაეუნიშნე. თანაც, სპეცია-
ლურად, ავადმყოფის გასაგონად, დაეინყე საუბარი იმის შესახებ, რომ სინდიყი
ორგანიზმიდან მხოლოდ თირკმლებით გამოიყოფა. პაციენტი დიდი ყურადღებით
მისმენდა. პალატიდან გამოსვლის შემდეგ ექთნებს აუუსენი ჩემი ბლფის შინაარსი
- რა თქმა უნდა, სინდიყი თირკმლებით არ გამოიყოფა და ამიტომ საჭიროა
დაკვირება ავადმყოფის ქცევაზე, შარდის ანალიზზე და, ამავე დროს, სინდიყიანი

თერმომეტრების რაოდენობის აღრიცხვა (ამყამად ცნობილია, რომ მონამვლისას სინდიყი გამოიყოფა შარდში და მისი დონის მიხედვით მონამვლის ხარისხზე მსჯელობენ – ჯ.ლ.).

მეორე დღეს პაციენტის შარდში აღმოჩნდა სინდიყის ბურთულა, ხოლო სანაგვე ყუთში – გაზეთში გახვეული გატყეხილი თერმომეტრი. ყველაფერი ნათელი იყო – სამსახურში მისი მოვალეობა სისხლში ჟანგბადის განსაზღვრა იყო, რისთვისაც სინდიყი გამოიყენებოდა. ვინაიდან მას შპრიცებთანაც ჰქონდა შეხება, როგორც ჩანს, ვენაში სინდიყის შეყვანაც შეეძლო. ავადმყოფთან გულითადი საუბარი დავაპირე, მაგრამ არაფერი გამომივიდა – იგი თავს შეურაცხყოფილად გრძობდა და მოკირებული იყო ჩემი უნდობლობით.

მეორე დღეს მისი სანალი ცარიელი დამხვდა. როგორც გადმომცეს, ნასვლისას მან ექიმების არაპროფესიონალიზმის გამო დიდი გაოცება და აღშფოთება გამოთქვა.

როდესაც ქალაქ პროვიდანსში მის მკურნალ ექიმს დაუუკავშირდი და ყველაფერი მოუყევი, მის გაოცებას საზღვარი არ ჰქონდა. მან მითხრა, რომ ადგილობრივ სასამართლოში მართლაც განიხილება საქმე ღვეზელში სინდიყის არსებობის გამო.

გული მწყდება, რომ სხვადასხვა მიზეზის გამო შემდგომში ამ პაციენტის შესახებ არაფერი გამოვიდა, სამწუხაროდ, არ ვიცი მას რა ბედი ენა (ლიტერატურაში აღწერილია სინდიყის ინტრავენურად შეყვანის რამდენიმე მაგალითი და ყველა შემთხვევაში ფილტვის არტერიის მრავლობითი ემბოლიზაცია ვითარდებოდა: "etallic Mercury Embolism" – New England Journal of Medicine, 2013;369:2031. 2014; 371:2109-2113. სულ ახლახან – 13.08.2014 – რუსეთის საიტზე «Доктор на работе» აღწერილია ახალგაზრდა ექიმის მიერ ანალოგიური მეთოდით სუციციდის მცდელობა. ფილტვების მრავლობითი ემბოლიების მიუხედავად, პაციენტი გადაარჩა – ჯ.ლ.).

მოგვიანებით, დავინტერესდი სამედიცინო ლიტერატურაში მიუნჰაუზენის სინდრომის შემთხვევების აღწერით და აღმოვაჩინე არანაკლებ საინტერესო ისტორიები.

- ჯანმრთელობის ნაციონალურმა ინსტიტუტმა გამოაქვეყნა პუბლიკაცია ქალბატონის შესახებ, რომელსაც ადრენალინის ინექციების შედეგად განუვითარდა ავთვისებიანი ჰიპერტენზია. ფეოქრომოციტომის დიაგნოზის გამო ამ ავადმყოფს ქირურგებმა ორმხრივი ადრენალექტომია ჩაუტარეს. მოგვიანებით პაციენტს აღმოუჩინეს შპრიცი და ადრენალინის ამპულები, მაგრამ რალას უმველიდნენ (გაოცებას იწვევს ქირურგების უპასუხისმგებლო ჰიპერაქტივობა და ორმხრივი ადრენალექტომია – ადენომა, როგორც ნესი, ცალმხრივია. გარდა ამისა, ფეოქრომოციტომა შეიძლება სხვა ლოკალიზაციისაც იყოს – ჯ.ლ.).

- ყველაზე გასაოცარი და საშიხელი ის არის, რომ ასეთი ფსიქიკის მქონე მშობელი შეგნებულად აავადებს საკუთარ შვილს. ერთ-ერთმა დედამ საავადმყოფოში მოიყვანა ახალშობილი იმის გამო, რომ, როგორც თავად ამტკიცებდა, ბავშვს გაუთავებლად სძინავს და ფეკალური მასებით აღებიზებს. კლინიკურმა გამოძიებამ უჩვენა, რომ ბავშვი სრულყოფილად ჯანმრთელი იყო. პოლიციურმა გამოძიებამ დაადგინა, რომ დედა ბავშვს საძილე საშუალებას და მისივე ფეკალური მასებს აძლევდა (ამ შემთხვევაში აღწერილია ე.წ. დელეგირებული მიუნჰაუზენის სინდრომი – მშობელი ან ბავშვის მეურვე რენტგენული მონიტორინგით ხელოვნურად აავადებს ბავშვს – ჯ.ლ.).

ერთ-ერთი მიზეზი იმისა, რომ ფსიქოპათებს ექიმები ხშირად შეეკავთ შეცდომაში, ალბათ ის არის, რომ ზედმეტად ვენდობით გამოკვლევის ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ მეთოდებს, რომელთაც, არ შეუძლიათ ამოიციონ ადამიანის ფსიქიკის ადრდევის უერთლესი საიდუმლოებანი. გარდა ამისა, არსებობს დადებითი ხასიათის მიზეზიც – ვცდილობთ ავადმყოფის მიმართ უდანაშაულობის პრეზუმპცია მაქსიმალურად დავიცვათ.

ნანილი II. საექიმო ხელოვნება, ანუ როგორ განვკურნოთ ავადმყოფი

თავი 5. ზიანის მომტანი სიტყვები

ავადმყოფის გამოკითხვა ექიმის მუშაობის ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილია. იგი არა მარტო დიაგნოსტიკის საფუძველია, არამედ მკურნალობის დასაწყისიცაა, ვინაიდან სიტყვა უძლიერესი სამკურნალო საშუალებაა. მაგრამ, ორღესილი ხანჯლის მსგავსად, სიტყვას განკურნებაც შეუძლია და ზიანის მოტანაც.

საექიმო კარიერის დასაწყისშივე სიტყვის კატასტროფული შედეგის მოწმე გავხდით. პიტერ ბენტის საავადმყოფოში სამუელ ლივანის ხელმძღვანელობით კარდიოლოგად მუშაობა ახალი დაწყებული მქონდა. კვირაში ერთხელ ჩემი შეფი ამბულატორიაში კონსულტაციებს ატარებდა, რათა რთულ შემთხვევებში ექიმებს დახმარებოდა. ზედმეტსიტყვაობას ვერ იტანდა და ძალზე აფასებდა ლაკონიურობას. რამდენიმე სწორად დასმული შეკითხვით პრობლემის არსში ჩანვდომას შესანიშნავად ახერხებდა. მის შეკითხვებს ავადმყოფებიც მოკლედ და ზუსტად პასუხობდნენ, მაშინ როდესაც ჩემთან ერთობ ენაწყლიანი იყვნენ და ზუსტი პასუხის გაცემაც უჭირდათ.

ლივანი ფიზიკურ გამოკვლევაშიც საოცრად ეკონომიური იყო, მაგრამ – ყოველთვის ეფექტური. ექიმის მოხსენების შემდეგ იგი გულის მწვერვალის პალპაციას ატარებდა, შემდეგ – ფილტვების ქვემო ნილებს პერკუსიას, ასევე სწრაფად – სტეტოსკოპით აუსკულტაციას და, ბოლოს, ავადმყოფთან – ლაკონიურ საუბარს. ყოველთვის ამას ზუსტი დიაგნოზით აგვირგვინებდა, ავადმყოფს რამდენიმე გამამხნეველ სიტყვას ეტყოდა და შემოვლას გააგრძელებდა. თითოეულ ავადმყოფთან ხუთ წუთზე მეტს იძვირებდა ჩერდებოდა, მაგრამ ყოველთვის ვასწრებდი მისგან რაღაც მნიშვნელოვანი მესწავლა.

• ივლისის ცხელი დღე იდგა. ორმოციოდე წლის ქალბატონს ვსინჯავდით, რომელიც 10 წლის ასაკიდან იმყოფებოდა კლინიკის დაკვირვების ქვეშ. ბავშვობაში რევმატიზმი ჰქონდა გადატანილი, რამაც მარჯვენა ატრიოვენტრიკულური ხვრელის სტენოზი დაუტოვა. ამ მანკს ქოშინი არ ახასიათებს, მაგრამ ცენტრალური ვენური წნევა მკვეთრად მატულობს და, შესაბამისად, ვითარდება ანასარკა და ასციტი (გამოხატული შეშუპებები და თავისუფალი სითხე მუცლის ღრუში). ავადმყოფს შრომისუნარიანობა მკვეთრად ჰქონდა დაქვეითებული, მაგრამ ბიბლიოთეკაში მუშაობას აგრძელებდა. ლივანი დიდი პატივისცემით ეპყრობოდა ამ ქალბატონს, ვინაიდან ალტაცებული იყო მისი მხნეობით და გაჭირვების უდრტივულად ატანის უნარით. თავის მხრივ, ავადმყოფიც ალტაცებას არ მალავდა მკურნალის მიმართ და ხშირად იმეორებდა, რომ მისი წყალობით უდგას სული.

იმ ტრაგიკულ დღეს ავადმყოფს შარდის გამოყოფა ძალიან შეუძცირდა – შარდმდენების დამატებით დოზებზე თირკმლები აღარ რეაგირებდნენ. მიუხედავად ამისა, ქალბატონი იმედს არ კარგავდა – სწამდა, რომ მისი მკურნალი ამჯერადაც საოცრებას მოახდენდა. შეფი ძალზე დაკავებული და გადაღლილი იყო, შემოვლაზე ახალგაზრდა ექიმების უამრავ შეკითხვას პასუხობდა და, ისე როგორც არასოდეს, შემოვლა ძალზე სწრაფად და ზერელედ გააკეთა – ჩვენს უშიძმეს ავადმყოფთან სულ რამდენიმე წუთით გაჩერდა და ექიმებს უთხრა, რომ ამ ავადმყოფს გამოხატული TS აქვსო. ამ აბრევიატურას ექიმები ტრიკუსპიდური (მარჯვენა ვენური ხვრელის) სტენოზის აღსანიშნავად ხმარობენ (Tricuspid Stenosis). როდესაც ექიმები გავიდნენ, ქალბატონს აღმოხდა: „დავიღუპე, აღარაფერი მშვევლება, ჩემი საქმე წასულია!“ შევეცადე დამემშვიდებია, მაგრამ ავადმყოფი ცხარე ცრემლებით მოთქვამდა:

„განა ვერ გაიგონეთ, პროფესორმა თქვა, რომ TS მაქვს. მშვენივრად მესმის, რომ ეს ტერმინალურ სიტუაციას ნიშნავს“. მეცინებოდა და სპეციალურად არც დამიძალავს ღიმილი, ვინაიდან სასწრაფოდ უნდა დამემტკიცებინა ავადმყოფისთვის, რომ ლივიანი მხოლოდ მის დიაგნოზს გულისხმობდა. ვერაფრით ვერ დავაჯერე, არაფერმა არ გაჭრა – „მას ასეთი რამ უნინ არ უთქვამს და რაღა დღეს თქვა, როდესაც მე თვითონ ვხედები, რომ ჩემი საქმე ცუდადაა?“ რა დასაძალია და, ავადმყოფის ეჭვებში ლოგიკა იყო. ვხედავდი, რომ ავადმყოფის მდგომარეობა სწრაფად უარესდებოდა, დანოლა აღარ შეეძლო, ფილტვებში გაუჩნდა სველი ხიხინი – ინყებოდა კარდიული ასთმა. ავადმყოფი სასწრაფოდ გადავიყვანეთ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, მაგრამ მიღებული ზომები უშედეგო აღმოჩნდა. გავებედე და ლივიანს დავურეკე, მაგრამ მისმა რეაქციამ დამარწმუნა, რომ უნდობლად მხეხვდა ჩემს მონაყოლს. საქმე იმაშია, რომ ტრიკუსპიდულ სტენოზს კარდიული ასთმა არ ახასიათებს და ეს პირველი შემთხვევა იყო ამ კლინიკაში. ამიტომ, საკმაოდ მშვიდად მიპასუხა, რომ ავადმყოფს საღამოს მოინახულებდა. სამწუხაროდ, როცა შეფი მოვიდა, ქალბატონი ფილტვების შესუშუპებით უკვე გარდაცვლილი იყო (შეცდომა ვის არ მოსვლია და ლივიანიც ამ შემთხვევაში ნამდვილად შეცდა – ავადმყოფის თანდასწრებით დაუსწებელია აბრევეატურებით და პაციენტისთვის გაუგებარი ტერმინებით საუბარი. მაგრამ, როდესაც ლაუნმა თავის შეფს აუხსნა გაუარესების ფსიქოლოგიური მიზეზი, პროფესორს სასწრაფოდ უნდა გამოეხსოვებია საკუთარი შეცდომა – თავად აეხსნა ავადმყოფისთვის გაუგებრობის მიზეზი და დაემშვიდებია იგი! – ჯ.ლ.).

მდგომარეობის ასეთი სწრაფი გაუარესება ყველას უკვირდა, ვინაიდან გარდაცვლილის „მარცხენა გული“ დაუზიანებელი იყო და მას შეგუბება ფილტვებში არასოდეს ჰქონია. ეს სავეალალო შემთხვევა დიდი ხნის განმავლობაში მოსვენებას არ მძღვედა – რატომ ვერ შევძელი ავადმყოფის დარწმუნება იმაში, რომ პროფესორი მხოლოდ ტრიკუსპიდულ სტენოზს გულისხმობდა. ეს ის შემთხვევაა, როდესაც შეფის დიდმა ავტორიტეტმა ცუდი ნაყოფი გამოიღო, მაგრამ საკუთარი უსუსურობის განცდა დიდხანს შემომრჩა.

• სხვა დროსაც მინახავს, თუმცა ნაკლებ ტრაგიკული, მაგრამ მაინც ძალზე უარყოფითი რეაქცია ექიმების სიტყვაზე. ერთხელ, როდესაც ასპირანტი ვიყავი, გამოცდილ ექიმს ვახლდი შემოვლაზე. ნოემბრის დასაწყისი იყო და ერთმა კარდიოლოგიურმა ავადმყოფმა ექიმს ჰკითხა, შესაძლებელია თუ არა მისი განერა მადლიერების დღისთვის (ამშ-ის ერთ-ერთი პოპულარული ოფიციალური დღესასწაული მადლიერების დღე – Thanksgiving Day – აღინიშნება ნოემბრის ბოლო ხუთშაბათს მასაჩუსეტსის პირველი კოლონიისტების საპატივცემულოდ. დღესასწაული ოფიციალურად 1789 წელს ჯორჯ ვაშინგტონმა დააწესა – ჯ.ლ.). ექიმმა უპასუხა, რომ უკეთეს შემთხვევაში შობისთვის შეძლებდნენ განერას. ამ სიტყვებზე ავადმყოფმა გონება დაკარგა – განუვითარდა ხანმოკლე ასისტოლია და პაროქსიზმული ტაქიკარდია, რომლიდანაც ძლივს გამოიყვანეს.

დიდ სტაციონარში, ჩვეულებრივ, ძნელია ფსიქოტრავმისგან ავადმყოფის დაცვა – ექთნებისგან, ექიმებისგან და ავადმყოფებისგანაც პაციენტი ზოგჯერ ისეთ რამეს გაიგონებს, რომ შეიძლება სულით დაეცეს. უხშირესად, სიტყვიერი ტრავმა ფიზიკურ ტრავმაზე უფრო მავნეა (უნებურად გავახსენდება სულხან-საბაის იგავი „ენით დაკოდილი“ – ჯ.ლ.).

• ერთხელ, მიოკარდიუმის ინფარქტის ქვემწვავე პერიოდში ავადმყოფს უგუნებობა შეეფამჩნე. ობიექტური მონაცემებიც, წინა დღესთან შედარებით, უარესი ჰქონდა.

– ბატონო ჯეკსონ, რაშია საქმე, რატომ ხართ ასე დაღვრემილი? – ვკითხე.

- ექიმო, ამ დილას ისეთი რამ მოვისმინე, რომ ჩემს ადგილას ნებისმიერი ავადმყოფი იქნებოდა ცუდ ხასიათზე.

- მაინც, ასეთი რა მოისმინეთ?

- უმცროსმა ექიმმა მითხრა, რომ კორონარული თრომბოზი მაქვს; შემდეგ, უფროსმა ექიმმა შემოვლალზე განაცხადა, რომ მიოკარდიუმის ინფარქტი მაქვს. ახლა პალატის ექიმმა გამსინჯა და ამისნა, რომ მე მწვავე კორონარული იშემია გადავიტანე. ექთანს ვთხოვე, ბოლოს და ბოლოს ეთქვა - რა უბედურებაა ჩემს თავს, მან კი მიპასუხა, რომ უმჯობესია საერთოდ არ ვიცოდე ჩემი დიაგნოზი. ამდენი დაავადების მქონეს მიკვირს ცოცხალი როგორ ვარ!

ასეთი რამ ყოვლად დაუშვებელია - ყველა ეს დიაგნოზი ერთსა და იმავეს აღნიშნავს, მაგრამ პაციენტი როგორ უნდა მიხვდეს? მაკვირვებს იმ ექიმების გულგრილობა, რომლებიც არც კი ფიქრობენ იმაზე, თუ მათმა სიტყვებმა რა ქარიშხალი დაატრიალეს ავადმყოფის გულში. ავადმყოფს ყველაფერი ისე უნდა აეუხსნათ, რომ იგი დამშვიდდეს და ოპტიმისტურად განეწყოს.

კარდიოლოგ-კონსულტანტად მუშაობისას დავრწმუნდი, რომ ავადმყოფებს ზედმეტად აშინებთ კარდიოქირურგიული ოპერაციების პერსპექტივა, მაგრამ მათი შფოთვის მთავარი მიზეზი ის არის, რომ არ ესმით სიტყვები, სამედიცინო ტერმინები, რომლებსაც ექიმები მათი თანდასწრებით ხმარობენ. უფრო მეტიც, ჩემს გაოცებას და აღშფოთებას იწვევს ზოგიერთი ექიმის გამონათქვამი, რომელიც თითქოს იმისთვისაა გამიზნული, რომ ავადმყოფი მაქსიმალურად დააშინოს და განკურნების იმედს წაართვას. უამრავი გამონათქვამებიდან მოვიყვან ზოგიერთს:

- თქვენი გული არ მომწონს;
- შემდეგ შეტევას არ ვიცი როგორ გადაიტანო;
- თქვენი გული შენელებული მოქმედების ბომბია;
- არც კი ვიცი როგორ განუგემოთ;
- ყველანი იმ ქვეყნად ვიქნებით;
- თქვენ ასაკში კიდევ კარგად ხართ;
- არც კი ველოდი, რომ თქვენი გულით ამდენ ხანს გაძლებდით;
- თქვენი გული შეიძლება ნებისმიერ დროს გაჩერდეს და ა.შ.

პაციენტს, რომელმაც კორონარულ შუნტირებაზე უარი განაცხადა, ექიმმა უთხრა: *„მე ვერ მოგცემთ გარანტიას, რომ თქვენი გულის მორიგი შეტევა უკანასკნელი არ იქნება“*.

მეორე ავადმყოფს მისმა ექიმმა ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობა ასე დაუსაბუთა: *„საჭიროა გადაუდებელი ოპერაცია, ჯობდა - გუშინ“*. კი მაგრამ, განა ეს უკანასკნელი სიტყვა რაიმე დადებით ზემოქმედებას მოახდენს? ავადმყოფი ხომ იფიქრებს, რომ ოპერაცია დაგვიანებულია და, შესაბამისად, შედეგიც არ იქნება დამაკმაყოფილებელი.

ერთხელ, სასწრაფო დახმარებამ მოიყვანა ავადმყოფი პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის შეტევით. შემდგომში ავადმყოფი იხსენებდა, რომ ყველაზე საშინელი მის ცხოვრებაში იყო მორიგე ექიმის პანიკურად ნათქვამი სიტყვები: *„არიქა, ავადმყოფს ვეარგავთ!“*

მე მოვიყვანე იმის მკვირე ნაწილი, რასაც ჩემს ცხოვრებაში შევხვედრივარ და ვწუხვარ, რომ ბოლო ხანებში ასეთი რამ სულ უფრო ხშირად მესმის. და ვის შეუძლია აღრიცხოს რამდენი უბედურება მოუტანია ექიმის უადგილოდ ნათქვამ მოუზომელ სიტყვას?

5. 1. ალტერნატიული მოსაზრების მნიშვნელობა

• პეროლდ გლიმპი (Harold Glimp) 70 წელს გადაცილებული იქნებოდა, გამელოტება დაწყებოდა და ჭალარაც შეჰპარვოდა, თუმცა, ახალგაზრდა იერს ინარჩუნებდა. მის ცისფერ თვალებს მშვიდი და კეთილმოსურენი გამოხედვა ჰქონდათ, მაგრამ როდესაც ჯერ კიდევ ახალგაზრდა მეუღლეს მიმართა – „შენ თვითონ უთხარი ექიმს“, – ვიგრძენი, რომ საკმაოდ დათრგუნვილი და აფორიაქებული იყო. ახლახან გადატანილი ინსულტის კვალი ეტყობოდა მარჯვენა ხელი უსიცოცხლოდ ეკიდა. კორონარული შუნტირება ჩატარებული ჰქონდა და, ცოტა არ იყოს, არ მესმოდა ფლორიდიდან ჩემთან რისთვის ჩამობრძანდა.

– ავად არასდროს ვყოფილვარ... – აღმოხდა.
– ჰო, მაგრამ თქვენ სტენოკარდია გქონიათ და სწორედ ამიტომ გაგიკეთეს ოპერაცია.

– ამიხსენით, თუ შეიძლება, რა არის ეს?
– ამ დროს ავადმოყოფი უჩივის მოჭერას და ზენოლას მკერდის ძვლის არეში – ვუთხარი და ხელისგული მკერდზე მივიდე.

– არა, მე ასეთი რამ არასოდეს მქონია – ნელა წარმოთქვა მან. შევატყვე, რომ ინსულტის შემდეგ საუბარი უჭირდა.

– მაშ, რამ მიგიყვანათ კარდიოქირურგებთან?
– ექიმო, ყველაფერს ავიხსნით. რაც თავი მახსოვს, ყოველთვის ჯანმრთელი ვიყავი, ასპირინი, რომ ასპირინია, იმასაც ძალზე იშვიათად ვიღებდი. ერთხელ, გადავწყვიტე ერთ ძალზე ავტორიტეტიულ კლინიკაში პროფილაქტიკური გამოკვლევები ჩამეტარებია – არაფერი მანუხებდა, ყოველ შემთხვევისთვის მივმართე, მით უმეტეს, რომ ახლოს ვცხოვრობ. პარასკევს დილით, დანიშნულ დროს ექიმთან მივედი. მან გამისინჯა და ფიზიკური დატვირთვის ტესტი დამინიშნა. ტესტის შედეგი არ მოეწონა და საჭიროდ ჩათვალა რადიოაქტიური ტალიუმით სცინტიგრაფიის ჩატარება (გამოიყენება მიოკარდის იშემიის ლოკალიზაციის დასაზუსტებლად – ჯ.ლ.). იცით, კლინიკაში საქმე კარგად აქვთ აწყობილი – ყველა გამოკლევა სწრაფად და უპრობლემოდ სრულდება. ამ გამოკვლევის შემდეგ ექიმმა მითხრა, რომ ჩემი საქმე არც ისე კარგადაა და აუცილებელია კორონაროგრაფიის ჩატარება. ექიმი ძალიან სიმპათიური და ყურადღებიანი კაცია და აბსოლუტურად ვენდობოდი ყველაფერში. იგი თვლიდა, რომ საჭირო იყო სასწრაფო გამოკლევა, ვინაიდან ნებისმიერ მომენტში შეიძლებოდა გულის სასიკვდილო შეტევის განვითარება. რა უფლება მქონდა არ დავემორჩილებოდი.

ავადმოყოფს უჭირდა საუბარი და მოყოლა მეუღლემ განაგრძო:
– ქმარმა სახლში მოსვლა რომ დაავიანა, ძალიან ავლელი – იგი ხომ უბრალო პროფილაქტიკურ გამოკვლევაზე იყო წასული. ამასობაში მისმა ექიმმა დამირეკა და მითხრა, რომ სასწრაფოდ მივსულიყავი კლინიკაში, ვინაიდან ჰაროლდის საქმე ცუდად იყო! გულგახეთილი მივევარი კლინიკაში, სადაც ექიმმა ჰაროლდის კორონაროგრამები მაჩვენა და ამიხსნა, რომ გულის ყველა სისხლძარღვი ბლოკირებულია. ეს რას ნიშნავს-მეთქი როცა ვკითხე, მიპასუხა: „ოპერაციის გარეშე თქვენი ქმარი ნებისმიერ წუთს შეიძლება გარდაიცვალოს“. წარმოვდგენიათ, რა დამემართებოდა? რა თქმა უნდა, თანხმობა მივეცი, მაგრამ მიპასუხა, რომ ჰაროლდს თანხმობაზე უკვე ხელი მოწერილი ჰქონდა. მაღლიერებით აღსავსემ გავიფიქრე: უთუოდ ღმერთი გვფარავს, თორემ ხომ დავიღუპებოდი, დღეს რომ ჰაროლდი ექიმთან არ მისულიყო. ოპერაცია მეორე დღესვე გაკეთდა და საოპერაციო მაგიდაზე ჩემს ქმარს ინფარქტი დაემართა, მაგრამ ჩვენი უბედურება ამით არ დამთავრებულა – ორი დღის შემდეგ ჰაროლდს ინსულტი განუვითარდა. ზოგჯერ ვფიქრობ – ბქნებ არც კი

იყო საჭირო ოპერაცია, მაგრამ ექიმმა ამიხსნა, რომ გართულება იმის შედეგია, რომ გვიან მივმართეთ. მე მისი მჯერა – ძალიან სიმპათიური და მცოდნე ექიმი. რა ვიცი, მის გარეშე იქნებ ჩემი ჰაროლდი ახლა ცოცხალიც არ ყოფლიყო.

ქალბატონი გლიმპი ასე კი ლაპარაკობდა, მაგრამ ეტყობოდა, რომ უკმაყოფილო იყო – ფაქტია, ოპერაციამდე მის ქმარს არაფერი არ ანუხებდა, ახლა კი ჩემს წინაშე მძიმე ავადმყოფი, მოხუცი ინვალიდი იჯდა.

არ მესმოდა, რატომ მომმართეს და არ ვიცოდი მათთვის რა მეთქვა. უბრალოდ ვკითხე, თუ რატომ არ დაინტერესდნენ სხვა ექიმის ან სხვა კლინიკის აზრით. ცოლ-ქმარმა გაოცებულბმა შემომხედეს, თითქოს რაღაც აბსურდული მეთქვას.

ქალბატონი გლიმპი გამიბრაზდა კიდევ:

– ექიმო, სახლში ხანძარი რომ გაგიჩნდება, კონსულტაციაზე იფიქრებ, თუ სახანძროს გამოიძახებ? ჩვენ გვითხრეს, რომ დაგვიანება საბედისწერო იქნებოდა – სამივე არტერია დახშული იყო. ამავე დროს ისიც გვითხრეს, რომ, მიუხედავად ყველაფრისა, ჰაროლდის გული ნორმალურად მუშაობს და ოპერაციას ადვილად გადაიტანდა.

მე ამ სიმპათიურ ადამიანებს ვერაფრით ვერ დავეხმარე, გარდა რამდენიმე დამამი-მედებელი სიტყვებისა. ცოლ-ქმარი ისე დააშინეს და ყველაფერი „დაუსაბუთეს“, რომ მათ აზრათაც კი არ მოვლიათ გაეგოთ ალტერნატიული აზრი.

ყოვლად დაუშვებელია ექიმების მიერ ავადმყოფთა ნდობის ამგვარი ექსპლოატაცია!

რა თქმა უნდა, ჰაროლდ გლიმპისთვის ოპერაცია არ იყო ნაჩვენები. კორონარული არტერიების შევინროვება, თავისთავად, არ არის ქირურგიული ჩარევის ჩვენება, მით უმეტეს, თუ სტენოკარდიული შეტევა ავადმყოფს ერთხელაც არ ჰქონია. შუნტირება ნაჩვენებია არასტაბილური სტენოკარდიის, მოსალოდნელი ინფარქტის ან ფატალური არიტმიების შემთხვევებში (ზოგჯერ, განსაკუთრებით, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში, მწვავე კორონარული უკმარისობა ანგინოზური ჩივილების გარეშე მიმდინარეობს და შეიძლება მოულოდნელად განვითარდეს პარკუჭების ფიბრილაცია – ჯ.ლ.). სხვა შემთხვევებში შუნტირება სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე არ მოქმედებს.

ამასთან დაკავშირებით, პაციენტებს რამდენიმე მარტივი რეკომენდაცია მინდა მივცე: 1. ჯერ ერთი, თუ ავადმყოფს სტენოკარდიის იშვიათი და ხანმოკლე შეტევები აქვს, სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევაზე საუბარი ზედმეტია. ყოველ შემთხვევაში, ავადმყოფს სხვა სპეციალისტთან ალტერნატიული მოსაზრების გაგებისთვის საკმარისი დრო აქვს.

2. მეორეც, თუკი ექიმი ავადმყოფის დაშინების ტაქტიკას მიმართავს, ასეთი ექიმის მოსაზრებას დიდი სიფრთხილით უნდა შეხვდეთ – ექიმი, რომელიც ავადმყოფს ეუბნება, რომ მას ემუქრება სიკვდილი, ან შარლატანია, ან ინფანტილური და გულცივი პიროვნებაა, რომელსაც თავი მამაზეციერად წარმოუდგენია.

3. როდესაც სხვა სპეციალისტთან საკონსულტაციოდ მიხვალთ, აუცილებლად ხაზი გაუსვით, რომ ოპერაციის გაკეთება დაგეგმილია სხვა საავადმყოფოში, რათა კონსულტანს ფინანსური დაინტერესება არ გაუჩნდეს და სულმა არ წასძლიოს!

• სამწუხაროდ, ექიმებიც კი არ არიან დაზღვეულნი თავიანთი კოლეგების ზედმეტი აქტიურობისა და მოუზომელი, ზოგჯერ, სასტიკი სიტყვებისგან. ერთ-ერთ ფსიქიატრს პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის შეტევები აღენიშნებოდა. მკურნალმა ექიმმა უთხრა, რომ ეს სიცოცხლისთვის საშიში არიტმიაა და აუცილებელია პეისმეიკერის იმპლანტაცია. იმ დროს ეს ოპერაცია საკმაოდ ძვირი იყო და სერიოზული გართულებებიც ახლდა. ავადმყოფის მეუღლეს ნაკითხული ჰქონდა ამის შესახებ და ოპერაციის კატეგორიულად წინააღმდეგი იყო. შესანიშნავი ცოლ-ქმრობა ჰქონდათ

და ერთმანეთის აზრს ყოველთვის პატივს სცემდნენ. ამიტომ, პაციენტი ბოსტონში ჩამოვიდა, რათა ჩემი ალტერნატიული აზრი გაეგო. გამოკითხვის შედეგად გავარკვიე, რომ შეტევები ძალზე იშვიათი იყო – ნელინადმი რამდენჯერმე და მსუბუქად მიმდინარეობდა. შეტევის დროს გულის ნასვლა ან თავბრუ არ აღენიშნებოდა. ყოველივე ამის საფუძველზე მე ოპერაციისგან თავის შეკავება ვურჩიე. პაციენტს ძალიან გაეხარა, მაგრამ მეუღლე მინც ვერ დავამშვიდე, ეტყობოდა, რომ ჩემს მოსაზრებას ბოლომდე არ ენდობოდა. იძულებული ვიყავი მას ცალკე გავსაუბრებოდი და საოცარი რამ მოვისმინე. თურმე, როდესაც კარდიოქირურგმა გაიგო, რომ ქალბატონი ოპერაციის წინააღმდეგია, დაიბარა იგი და უთხრა: *„განა შეძლებთ მშვიდად ცხოვრებას, თუკი ერთ დღეს გაიღვიძებთ და აღმოაჩნით, რომ თქვენ გვერდით მკვდარი ქმარი გინევთ? და თანაც, გეცოდინებათ, რომ ოპერაცია მას გადაარჩენდა...!*

მე ვერ შევძელი ამ ქალბატონის დარწმუნება, ვინაიდან მას ვერ ნარმოედგინა, რომ ექიმი ასეთ სიტყვებს ეტყობდა, თუკი ნათქვამის ჭეშმარიტებაში აბსოლუტურად დარწმუნებული არ იქნებოდა. არსებითად, ჩემთან იმისთვის ჩამოსულან, რომ კარდიოქირურგის შეხედულება დამედასტურებია.

ასე რომ, ვერც ქალბატონი ვანუგემე და ვერც კოლეგა დავიცავი სრულიად გაუმართლებელი ინვაზიური ჩარევისგან და ისინი დაბრუნდნენ თავიანთ ქალაქში ეჭვებით სავსე.

5. 2. სხვა ექიმის კრიტიკა

მედიცინა სერიოზულ ბიზნესად იქცა, კონკურენცია ექიმებს შორის სულ უფრო მატულობს და, ზოგჯერ, მახინჯ ფორმებს იღებს. იმის მაგიერ, რომ ექიმებმა ერთმანეთს რჩევა ჰკითხოთ და დახმარება გაუწიონ, ხშირად ავტორიტეტის შელახვის მიზნით ერთთუთოს აკრიტიკებენ. უშეცდომო არავინაა და ექიმებიც ადამიანები არიან – ყველაზე გამოჩენილმა ექიმმაც შეიძლება დაუშვას უხეში შეცდომა, მაგრამ ავადმყოფების წინაშე ერთმანეთის მხილება ყოვლად დაუშვებელია. როდესაც ერთი ექიმი მეორეს აკრიტიკებს, ამით იგი ავადმყოფს ზოგადად მედიცინისადმი რწმენას უქვეითებს და, ფაქტობრივად, საკუთარ თავსაც ვნებს. ავადმყოფები კი დემორალიზებულნი ხდებიან – საცოდავია პაციენტი, რომელიც სამედიცინო დანებულებაში იმედით აღვსილი კი არ მიდის, არამედ, პირიქით, ნებისმიერ ექიმს, როგორც პოტენციურ დამნაშავეს, ეჭვის თვალით უყურებს.

მეორე მხრივ, ექიმებს იმის გამოც აკრიტიკებენ, რომ ისინი ხელს აფარებენ ერთმანეთს და ხშირად მალავენ ერთმანეთის შეცდომებს ან არაეთიკურ საქციელს. რა თქმა უნდა, ასეთი ქმედებაც დაუშვებელია. როდესაც ავადმყოფი ან მისი პატრონი ექიმის მიმართ საყვედურს გამოთქვამს, არ უნდა ავჩქარდეთ – საჭიროა ორივე მხარის მოსმენა და ყველაფრის ანონ-დანონა. საექიმო შეცდომებზე უნდა მსჯელობდნენ სპეციალური კომპეტენტური კომისიები და არა კერძო პირები, ჟურნალისტები. საზოგადოებას კარგად უნდა ესმოდეს, რომ მედიცინის ავტორიტეტის დაქვეითება ვნებს არა იმდენად მედიცინის მუშაკებს, რამდენადაც თავად პაციენტებს!

ზოგჯერ ორ ექიმს შეიძლება ობიექტური მიზეზებით ჰქონდეს განსხვავებული შეხედულება და არა იმის გამო, რომ რომელიმე მათგანი დაბალი კვალიფიკაციისაა. ეს იმითაა გამოწვეული, რომ მიუხედავად სამკურნალო სტანდარტების, გაიღვანების არსებობისა, მკურნალობა მინც ინდივიდუალური პროცესია (ძველისძველი ჭეშმარიტებაა – *„არ არსებობს ორი ერთნაირი ავადმყოფი...!*) მაგრამ, სწორედ ამიტომაც, დაუშვებელია, რომ ექიმი საკუთარ თავს აბსოლუტური ჭეშმარიტების

მფლობელად თვლიდეს.

ჩემი პაციენტებისგან ხშირად გამიგია, რომ მათ მკურნალ ექიმებს, უხშირესად, არ აინტერესებთ სხვა ექიმის შეხედულება და თავის პაციენტებს აქტიურად უშლიან ხელს, როდესაც მათ სხვა სპეციალისტის კონსულტაციის სურვილი უჩნდებათ.

ერთ-ერთი ნიუ-იორკელი კარდიოლოგი ასე მიმართავდა პაციენტს: „არავითარი სხვა შეხედულება არ მჭირდება. თუ ძალიან გნებავთ, შემოიღოთ გავაგ ზავნოთ საკონსულტაციოდ, მაგრამ უმჯობესია ფული უფრო აზრიანად გამოიყენოთ. ბოლოს და ბოლოს, ქველმოქმედებაზე მაინც დახარჯეთ „!

• ერთხელ ფილადელფიელმა პაციენტმა დამირეკა, რომელმაც სამი თვის წინ ჩემთან კონსულტაცია გაიარა. საკმაოდ მძიმე ავადმყოფი იყო და დიდხანს არაფერი შველოდა. ბოლო ვიზიტის დროს დანიშნულებაში ცვლილებები შევიტანე და ერთი მედიკამენტი დავუმატე, რომელიც, ჩემი ღრმა რწმენით, ძალიან უნდა დახმარებოდა. მაშინ პაციენტი ჩემგან დაიმედებული ნავიდა, მაგრამ ახლა ძალზე აფორიაქებული ჩანდა.

– რა მოხდა? – ვკითხე არანაკლებ აღელვებულმა.

– ექიმო, დღემდე თავს ბევრად უკეთესად ვგრძნობდი, ძალიან კმაყოფილი ვიყავი, მაგრამ დღეს ჩემს კარდიოლოგთან გეგმიური ვიზიტი მქონდა და მან ასეთი რამ მითხრა: „ძალიან მიკვირს, რომ ბატონმა ლაუნმა ეს მედიკამენტი დაგინიშნათ. იგი თქვენი გულისთვის სანამღალავია. ძალიან მალე თქვენ სერიოზული პრობლემები გავიჩინებთ“.

ცხადია, რომ რაც არ უნდა სწორი იყოს ჩვენი დანიშნულება, კოლეგის მიერ ნათქვამმა ასეთმა სიტყვებმა შეიძლება ნულამდე დაიყვანოს მკურნალობის დადებითი ეფექტი.

მართლაც, დიდი ძალისხმევა დამჭირდა, რომ აღმედგინა ამ ავადმყოფის სულიერი ნონასწორობა და არაკორექტული სიტყვებით შერყეული ჯანმრთელობა.

5. 3. ენით მიყენებული ტკივილი კვალს საგუდაგოდ ტოვებს

ყველა ექიმს არა აქვს კარგად შეგნებული, თუ რა დიდი ვნება შეიძლება მოუტანოს ავადმყოფს გაუფრთხილებლად ნათქვამმა სიტყვამ. როდესაც ჯონ ჰორსლი-განტის სამედიცინო კოლეჯში ვსწავლობდი, ჩემი ერთ-ერთი პედაგოგი, შესანიშნავი ფსიქოფიზიოლოგი ჰორსლი განტი (Horsley Gantt) იყო – გამოჩენილი რუსი ფიზიოლოგის ივანე პავლოვის ერთადერთი ამერიკელი მოწაფე. იგი ძალებზე საინტერესო ექსპერიმენტებს ატარებდა: ზარის დარეკვასთან ერთად ცხოველი ელექტროდებით გალიზიანებას ღებულობდა, რასაც იგი ტაქიკარდიით და არტერიული წნევის მომატებით პასუხობდა. უკვე რამდენიმე სეანსის შემდეგ ასეთი რეაქციისთვის საკმარისი იყო მხოლოდ ზარის დარეკვა – ტკივილზე პირობითი რეფლექსი ძალიან სწრაფად ყალიბდებოდა. ამ ექსპერიმენტში მნიშვნელოვანი ის იყო, რომ რეფლექსი ძალიან დიდხანს – მრავალი თვის განმავლობაში არ ქრებოდა. გენტმა დაამტკიცა, რომ ტკივილის გარეშე გამოწვეული პირობითი რეფლექსები გაცილებით მალე ქრება. ცნობილია, რომ ადამიანები სიამოვნებას სწრაფად იფიქსებენ, ხოლო შიშის, წყენის და ტკივილის კვალი ტვინში იმდენად დიდხანს რჩება, თითქოს გენეტიკურად იყოს დაფიქსირებული. ევოლუციური თვალსაზრისით ამის ახსნა არ არის ძნელი: მილიონი წლების განმავლობაში ჩვენი წინაპრებისთვის ტკივილი ყველაზე მნიშვნელოვანი სიგნალი იყო და მასზე ადეკვატური პასუხი ინდივიდის გადარჩენას უზრუნველყოფდა. თავდაცვა იქნებოდა თუ გაქცევა, ყველა შემთხვევაში აუცი-

ლებელი იყო გულსისხლძარღვთა სისტემის ჰიპერკინეტიკური პასუხი – არტერიული წნევის და ნუთმოცულობის მკვეთრი მომატება. გენტი თვლიდა, რომ სწორედ ამიტომ, სტრესულ ზემოქმედებაზე „სხვა ორგანოებთან შედარებით, გულს ბევრად უფრო ხანგრძლივი მდგომარეობა აქვს – ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის განმავლობაშიც კი“. ჩემი პედაგოგი ამ მოვლენას „შიზოკინეზის“ (schizokineses) უწოდებდა. პომო საპიენსის ჩამოყალიბების პროცესში მეორე სასიგნალო სისტემა გამაღიზიანებლის თვალსაზრისით სულ უფრო დიდ მნიშვნელობას იძენდა. ამჟამად, როდესაც გაუტყვივარების უამრავი საშუალება არსებობს, სიტყვამ, როგორც უარყოფითმა გამაღიზიანებელმა, განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა. ყველაზე ძლიერი სტრესული ეფექტი ექიმის მოუზომელ და გაუაზრებელ სიტყვებს აქვს, რამაც შეიძლება ავადმყოფის ფსიქიკას სამუდამო კვალი დაამჩნიოს. მოვიყვან ერთ მაგალითს საკუთარი პრაქტიკიდან.

• 46 წლის სიმპათიურმა ქ-ნმა ზ.-მ, სკოლის პედაგოგმა ჩვენს კლინიკას დიდი ხნის პაუზის შემდეგ მორიგი შემომნებისთვის მომართა. ცოცხალი გამოხედვა ჰქონდა და ასაკზე ბევრად ახალგაზრდად გამოიყურებოდა. რამდენიმე წლის წინ მისმა ექიმმა ექსტრასისტოლია და მიტრალური პროლაფსი დაუდგინა და უთხრა, რომ გული შეიძლება ნებისმიერ დროს გაჩერდეს! საკმაოდ ბევრი მედიკამენტი დაუნიშნა, მაგრამ მიუხედავად იმისა, რომ იგი ზუსტად ასრულებდა ექიმის მითითებებს, არავითარი გაუმჯობესება არ უგრძობია. ზოგიერთ მედიკამენტს ცუდად იტანდა, მაგრამ იძენდა იყო შეშინებული, რომ დანიშნულებას კვლავაც ზუსტად ასრულებდა, თუმცა როდესაც ჩვენ მოგვმართა, გაუმჯობესების ნაცვლად, თავს უარესად გრძობდა.

მიღების დროს ქ-ნი ზ. ისე იყო საკუთარ ფიქრებში ჩაძირული, რომ შეკითხვებზე დაგვიანებით და არაზუსტად მპასუხობდა. ამას ხელს ისიც უწყობდა, რომ ორ საკმაოდ ძლიერ სედატიურ საშუალებას იღებდა. ჩვენი გამოკვლევის შედეგად გაირკვა, რომ მიტრალური პროლაფსი ძალზე მსუბუქი ხარისხის იყო და ჯანმრთელობისთვის არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენდა. არიტმია დიდი ხანია უკვე აღარანუხებდა. მე ყველა პრეპარატი მოვუხსენი და ვუთხარი, რომ ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე შეუძლია დაბრუნდეს ნორმალურ ცხოვრებას. ქ-ნი თვალწინ გამოცოცხლდა და ხალისიანი გახდა – როგორც თავად თქვა, კომპარტიდან გამოვიდა.

ხუთი წლის შემდეგ ქ-ნმა ზ.-მ კვლავ მოგვმართა. ვინაიდან მე დაკავებული ვიყავი, ჩემმა ნდობით აჭურვილმა ასისტენტმა გასინჯა და მომახსენა, რომ პაციენტის ჯანმრთელობა სავესებით დამაკმაყოფილებელი იყო. რამდენიმე საათის შემდეგ განვთავისუფლდი და როდესაც ქ-ნთან მივედი, იგი ძალზე მშვიდად იყო – ინგლისური ლიტერატურის სწავლების შესახებ რომელიღაც ნიგნს კითხულობდა. ცოტა ვისაუბრეთ ლიტერატურის სწავლების საკითხებზე და, ზოგადად, სასკოლო განათლების პრობლემებზე. ქალბატონმა აღნიშნა, რომ მოსწავლეები ნიგნებს იშვიათად კითხულობენ. ამ საკითხებით გართულმა, ჩავილაპარაკე: „თქვენ მართლაც გქონიათ პრობლემები“.

ქ-ნი ზ. შემოიღვივით ნამოხტა, აკანკალდა, თვლებში შიში ჩასდგომოდა, ზუსტად ისე გამოიყურებოდა, როგორც სულ პირველად მენახა. აკანკალებული ხმით მკითხა:

– რას გულისხმობთ ექიმო, გინდათ თქვათ, რომ ჩემი საქმე ძალიან ცუდადაა?

გამოცდილებით ვიცი, რომ ასეთ შემთხვევებში ჩვენს სიტყვებს გაცილებით მეტი დამაჯერებლობა აქვთ, თუ არა უშუალოდ ავადმყოფს მიემართათ, არამედ კოლეგას.

ამიტომ ჩემს ასისტენტს მსუბუქი იუმორით ვუთხარი:

– ღმერთო ჩემო, რა ტყუილად შევაშინე საცოდავი ქალი, მას ეგონა, რომ მე სამედიცინო პრობლემებზე ვსაუბრობდი, და არა ინგლისურის სწავლებაზე...

დამთავრებაც კი არ დამაცადა:

– ექიმო, როგორ შემაშინეთ – მართლაც მეგონა, რომ ჩემს გულზე ლაპარაკობდით.

5. 4. რატომ მიმართავენ ექიმები ასეთ სიტყვებს?

რატომაა, რომ ექიმები ასე ხშირად აშინებენ ავადმყოფებს და მოვლენების განვითარების ყველაზე უარეს სცენარს უწინასწარმეტყველებენ ხოლმე? ელემენტარული ფსიქოლოგია გვასწავლის, რომ შიში არ უქმნის ავადმყოფს კონსტრუქციულ შინაგან მოტივაციას და სწორი გადმწყვეტილების მიღებაში ხელს უშლის. რაც მთავარია, ავადმყოფის ორგანიზმის შინაგანი რესურსების მობილიზაციის ნაცვლად, ექიმის ასეთი საუბარი უიმედობას იწვევს, რაც ასუსტებს იმუნიტეტს და, ზოგადად, სანოგენეზურ პროცესებს აქვეითებს. გარდა ამისა, უარყოფითი ემოცია აძლიერებს დაავადების სიმპტომებს, განსაკუთრებით, ტკივილებს, და, საბოლოო ჯამში, პროგნოზს აუარესებს.

სიტყვის ძალა, ზოგადად, კარგადაა ცნობილი და, ბუნებრივია, რომ ექიმის სიტყვას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ავადმყოფობა ხომ ისედაც თრგუნავს ადამიანის ფსიქიკას და როდესაც პაციენტს, რომელიც ექიმისგან ნუგემს და დაიმედებას ელის, ამის ნაცვლად მძიმე პერსპექტივას უხატავენ, იგი სასონარკვეთილებაში ვარდება. ცუდი ამინდის პროგნოზიც კი იწვევს ჩვენში დაძაბულობას და რა გასაკვირვია, რომ ჯანმრთელობის შესახებ ცუდი პროგნოზი დამანგრეველად მოქმედებდეს ფსიქიკაზე.

ბევრი მიფიქრია იმის შესახებ, თუ რატომ ესაუბრებიან ექიმები ავადმყოფს ამგვარად. ფიქრობ, მიზეზთა კომპლექსი უნდა არსებობდეს. დიდი ჰუმანისტი კარლ პოლ რაინოლდ ნიბური წერდა: „ექიმები ფიქრობენ კარგად, აკეთებენ ცუდად და თავის შეცდომებს საუკეთესო მიზნებით ამართლებენ“ (*Karl Paul Reinhold Niebuhr, 1892-1971, ამერიკელი პროტესტანტი თეოლოგი, ქრისტიანული სოციალიზმის აპოლოგეტი, ეკუმენისტური მოძრაობის აქტივისტი – ჯ.ლ.*)

ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი შეიძლება ის იყოს, რომ ექიმები იურიდიულად ვალდებული არიან ავადმყოფს მთელი სიმართლე უთხრან. ვინაიდან მკურნალობის დადებით შედეგში დარწმუნებულნი არ არიან, ისინი თავის დაზღვევას ცდილობენ და ავადმყოფს ყველაზე უარეს პროგნოზს ამცნობენ. მათ არ ესმით, რომ სწორედ ასეთი ტაქტიკაა ავადმყოფის პატრონის მხრიდან სარჩელის აღძვრის ყველაზე ხშირი მიზეზი (იხ. თავი 10). ექიმი, რომელიც უსიამოვნო პროგნოზს არ არბილებს დამაიმედებელი სიტყვებით, თავად აქვეითებს პაციენტის მისდამი ნდობას, პატივისცემას და კეთილ დამოკიდებულებას, და, სწორედ ამას მიჰყავს საქმე სასამართლომდე.

ზოგიერთი ექიმი თავს იმით იმართლებს, რომ დაშინების გარეშე ავადმყოფს ვერ აიძულებ ჩაიტაროს აუცილებელი, ზოგჯერ ძალზე უსიამოვნო, გამოკვლევა და მკურნალობა. ამ საკითხს შესანიშნავად უპასუხა ნორმან კაზინსმა: „ნებისმიერი პრობლემის განხილვა შეიძლება ორგვარად: როგორც რთულის, თუმცა მოგვარებადის, ან როგორც რთულის და თითქმის უიმედოს. მაშ, რატომ უნდა ავირჩიოთ ყველაზე უარესი ვარიანტი?“ (*Norman Cousins, 1915-1990, კალიფორნიის უნივერსიტეტის პედაგოგი, რომელიც ემოციების ქიმიზმს შეისწავლიდა, ავტორი ძალზე ცნობილი ნაშრომებისა – „ავადმყოფობის ანატომია“ და „მკურნალი ვული“ – ჯ.ლ.*)

იქნებ საქმე იმაშია, რომ ადამიანური ფასეულობების დისკრედიტაცია უკვე სამედიცინო ინსტიტუტში იწყება? მე მეჩვენება, რომ ერთ-ერთი სერიოზული

შეცდომა ისაა, რომ სტუდენტის სწავლება ანატომიურ თეატრში გვამების პრეპარირებით იწყება! იმისათვის, რომ გადალახონ სრულიად ბუნებრივი ძრწოლვა, სტუდენტები ცდილობენ დაივიწყონ, რომ სულ ახლახან ეს იყო სრულიად კონკრეტული ცოცხალი ადამიანი თავისი სულიერი სამყაროთი, ფიქრებით და განცდებით – გვამი სასწავლო ობიექტია, მორჩა და გათავდა. პედაგოგები ხელს უწყობენ ასეთ მიდგომას, ვინაიდან მათი აზრით ასე იწყება პროფესიონალიზმის გამომუშავების პროცესი – როგორი მძიმეც არ უნდა იყოს ავადმყოფის მდგომარეობა, მომავალ ექიმს უნდა შეეძლოს ზედმეტი ემოციების გარეშე, მშვიდად გაერკვეს კლინიკურ სიტუაციებში. კეთილი და პატიოსანი, მაგრამ ძალზე ცუდია, რომ ამავე დროს, ადამიანური ურთიერთობების, თანაგანცდის (ემპათიის) და ავადმყოფზე ზრუნვის ჩვევების გამომუშავებას ძალზე მცირე ყურადღება ეთმობა. ამის შედეგია, რომ ახალგაზრდა ექიმმა არ იცის ავადმყოფის მოსმენა, მას დაკარგული აქვს ავადმყოფისადმი, როგორც პიროვნებისადმი, ინტერესი (ამ პრობლემის ირგვლივ საინტერესო მასალა მოჰყავს ნ.ა.მაგაზნიკს თავის წიგნში „ღიაგნოსტიკა ანალიზების გარეშე, მკურნალობა მედიკამენტების გარეშე“, თბილისი, 2014წ. თურმე ჰარვარდის სამედიცინო ფაკულტეტის ხელმძღვანელებსაც ანუხებთ ის, რომ მომავალ ექიმებს გულგრილობას თავად პედაგოგები უნერგავენ: „ჩვენი ამოცანა იმაშია, რომ სტუდენტებს ავადმყოფისადმი თანაგრძნობა გაუვლევოთ. ავადმყოფის სიკვდილთან პირველივე შეხვედრა სტუდენტისთვის დიდი სულიერი თავზარია, მაგრამ როდესაც ხედავს, რომ პედაგოგი წყნარად აგრძელებს თავის საქმეს, მას ეჩვენება რომ იგი ზედმეტად სენტიმენტალურია მაშინ, როდესაც საჭიროა გულგრილობა. სწორედ ამაშია იმ ემოციური გულქვაობის მიზეზი, რომელიც ასე დამლუპველია ექიმისთვის! უნებურად, ჩვენ მათ თავად ვასწავლით გულგრილობას. გამოცდილმა ექიმმა უნდა აუხსნას ახალბედს, რომ მათი განცდები და ავადმყოფისადმი თანაგრძნობა არა თუ ბუნებრივია, არამედ ძალზე საჭიროც. დიახ, ჩვენი ამოცანაა – ვასწავლოთ მომავალ ექიმებს ამ კეთილი გრძნობების ავადმყოფის სასარგებლოდ გამოყენება“ – ჯ.ლ.).

გარდა ამისა, არსებობს კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური ფაქტორი. ექიმი ძალზე იშვიათადაა ბოლომდე დარწმუნებული საკუთარ თავში (ღიაგნოზში, გამოკვლევის და მკურნალობის მეთოდებში). როდესაც ავადმყოფს სთავაზობენ მის ჯანმრთელობაში რადიკალურ ჩარევას, მას უამრავი შეკითხვა უჩნდება (იქნებ არის სხვა გამოსავალიც?), რომელზეც ექიმს პასუხი ყოველთვის არა აქვს. თანამედროვე, კარგად მომზადებული ექიმი ხელმძღვანელობს ეპიდემიოლოგიური სტატისტიკური მონაცემებით და გაიდლაინებით, რასაც შეუძლია მეტ-ნაკლები სიზუსტით განჭვრიტოს ესა თუ ის პროგნოზი. მაგრამ, კონკრეტული ავადმყოფი არ არის სტატისტიკური ერთეული და მას არ აინტერესებს სტატისტიკური მონაცემები, ანუ – რა ხდება უხშირესად, მას საკუთარი ბედი აინტერესებს. აქ იწყება ინტერესთა კონფლიქტი და ექიმი ირჩევს იოლ გზას – იგი სუფთა სინდისით ამცნობს ავადმყოფს და მის პატრონს ოფიციალურად არსებულ მონაცემებზე დაფუძნებულ ყველაზე მძიმე პერსპექტივას. მორჩა, არავითარი ყოყმანი, ყველა საკითხი ამოწურულია.

დამეთანხმებით, რომ ამგვარ ტაქტიკაში მოვაჭრის თავისებური ფანდიცაა დამალული. უახლესი, ზოგჯერ ჯერ კიდევ არასაკმარისად შესწავლილი მიღწევების გამოყენებას სჭირდება მომხმარებელი. როცა ავადმყოფს ეუბნებიან, რომ მის სიცოცხლეს საშიშროება ემუქრება, და მას სთავაზობენ მკურნალობის უახლეს ეფექტურ მეთოდს, იგი მიმნდობ მომხმარებელს ემსგავსება.

ჩემი სიტყვები უთოვად ალაზფოთებს იმ ექიმებს, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ დაუსაბუთებლად არასოდეს არ აკეთებენ ძვირადღირებულ ინვაზიურ გამოკვლევებს, მანიპულაციებს, ოპერაციებს და „ტყავს არ აძრობენ“ ავადმყოფებს. კი

ბატონო, ისინი შეიძლება მართლებიც იყვნენ. მაგრამ, ჩემს შემფოთებას ინვესს ზოგადი ტენდენცია – ექიმები სულ უფრო მეტად ემსგავსებიან მოვაჭრეებს და ამას თავადაც ვერ ხვდებიან. მათ სტუდენტობის წლებიდან შთააგონებენ, რომ ექიმობაში მთავარია ტექნიკური პროგრესი, რომ გამოსაკვლევია ავადმყოფი აპარატურის უბრალო დანამატია და, ამიტომაც ითვლება რომ ასეთი მიდგომა ყველაზე მაღალ სამეცნიერო და მორალურ კრიტერიუმებს პასუხობს. პრაქტიკული ჩვევების დიდ უმრავლესობას ახალგაზრდა ექიმი საავადმყოფოში იძენს, სადაც აქცენტი აპარატურაზე და ლაბორატორიაზე კეთდება. შესაბამისია ექიმთა უმრავლესობის მენტალიტეტიც.

ხშირად მომსვლია კონფლიქტი ადმინისტრაციასთან და ექიმთა კოლექტივთანაც, იმის გამო, რომ, ჩემი აზრით, ავადმყოფს ნადრევად წერენ სტაციონარიდან. სამწუხაროდ, ორივე მხარისგან ერთსა და იმავე არგუმენტს ვისმენ ხოლმე: „რატომ უნდა გავაციდინოთ სანოლი, როდესაც ყველა გამოკვლევა ჩატარებულია, ხოლო ქირურგიული ჩარევა არ არის საჭირო.“? ის, რომ კლინიკური მონაცემების ინტერპრეტაცია ბოლომდე არ არის მიყვანილი, მკურნალობის დეტალები ბუნდოვანია, ხოლო პაციენტი შრომისუუნაროა და საჭიროებს დახმარებას, არავის ადარდებს!

სამედიცინო პრაქტიკაზე კიდევ ერთი ფაქტორი მოქმედებს: ექიმებიც და პაციენტებიც შინაგანად დარწმუნებული არიან, რომ თუ ადამიანი უქეიფოდ არის და იგი, თუნდაც ოდნავ, რაიმე დისკომფორტს განიცდის, ყველა შემთხვევაში აუცილებელია მკურნალობა. მაგრამ, ზოგიერთ პაციენტს, განსაკუთრებით მოხუცს, ხშირად აქვს ისეთი ჩივილები (გაურკვეველი ტკივილები, სისუსტე, გულმავიწყობა, ძილის დარღვევა და ა.შ.), რომელთა გამო არა იმდენად მედიკამენტური მკურნალობაა საჭირო, რამდენადაც ახსნა-განმარტება, რომ ეს საშიში არაა, დროებითია და, რომ შესაძლებელია ადაპტაცია. *სწრაფვა იმისკენ, რომ ამოცნო მოურჩენელი პათოლოგია და გაუთავებლად უმკურნალო, ეცადო იმის პროგნოზირებას, რაც შეუძლებელია, თაღლითური თავდაჯერებულობა და საშიშროებებით სავსე პანდორას ყუთია (პანდორა ზევისის მიერ ადამიანების დასასჯელად დედამიწაზე მოვლენილი ქალია. პრომეთეოსის მიერ ცეცხლის მოტაცებით განრისხებულმა ზევმა ადამიანებზე შური იძია – ცნობისმოყვარე პანდორას ლამაზი ზარდახმა გამოაყოლა, რომლის გახსნასაც მოჰყვა ყველა უბედურების გავრცელება დედამიწაზე. შეშინებულმა ქალმა სწრაფად დახურა ბოროტი განზრახვით ნაჩუქარი ყუთი, მაგრამ მასში მხოლოდ იმედილა დარჩენილიყო – ჯ.ლ.).*

ალბათ იკითხავთ: კი მაგრამ, განა შეიძლება ნებისმიერი სიმპტომის იგნორირება, რომელიც სერიოზული დაავადების პირველი გამოვლინება შეიძლება იყოს? ჩემი გამოცდილება უფლებას მაძლევს ვამტკიცო, რომ უხშირესად, საჭირო არაა ძვირადღირებული და ავადმყოფის დამტანჯავი გამოკვლევების ჩატარება. სრულიად საკმარისია ხოლმე საფუძვლიანი გამოკითხვა, ფიზიკური გამოკვლევა და რამდენიმე რუტინული ლაბორატორიული ტესტი, რათა დაეწინაურდეთ, რომ ავადმყოფს საშიშროება არ ემუქრება.

შთავაგონოთ პაციენტს იმედი, ოპტიმიზმი, მივცეთ რამდენიმე სასარგებლო რჩევა, დაეუნინონოთ პლაცებოს სახით მეტ-ნაკლებად „უნყინარი“ წამალი და დრო გვიჩვენებს, საჭიროა თუ არა დამატებითი გამოკვლევები.

არსებობს კიდევ ერთი მოსაზრება. ექიმი, სხვა ადამიანების მსგავსად, თანამედროვე ტექნოლოგიური ეპოქის პროდუქტია და მისთვის ტექნიკურ მიღწევებზე ორიენტაცია ნიშნავს პროგრესულობას, პერსპექტიულობას – რთული და უჩვეულო დიაგნოზების დასამაში გამარჯვების გარანტიას. სამედიცინო ფაკულტეტები და კლინიკები „ნადირობენ“ იმ ექიმებზე, რომლებიც მრავალი პუბლიკაციის ავტორები არიან და, რომლებსაც მათი ავტორიტეტის ამაღლება შეუძლიათ, მაგრამ, იმისათვის,

რომ სერიოზულმა უზრუნველმა დაგვიბეჭდოს სამეცნიერო ნაშრომი, აუცილებელია უახლესი მეთოდებით ჩატარებული მეცნიერული გამოკვლევები. ამას კი ვერ გააკეთებს ექიმი, თუკი კლინიკა პაციენტებს საცდელ კურდღლებად არ აქცევს, ანუ თუ არ ჩაუტარებს უამრავ არააუცილებელ, გამოკვლევას. სტუდენტობის და, შემდგომ, სამეცნიერო მოღვაწეობის დროს, ექიმი თანდათან რწმუნდება, რომ ეს არის ერთადერთი სწორი მიდგომა, რომელიც მედიცინას მეცნიერებად აქცევს.

თუმცა, მოდით დავუბრუნდეთ ამ საკითხის მთავარ ასპექტს. როგორიც არ უნდა იყოს ინტენსიური გამოკვლევების მოტივაცია – მეცნიერული თუ მერკანტილური, ყველა შემთხვევაში ექიმი ცდილობს მიზნის მისაღწევად პაციენტს დაუმტკიცოს, რომ მისი სიცოცხლე დამოკიდებულია ამ ურთულესი გამოკვლევების ჩატარებაზე. ასეთ არგუმენტაციას ყველაზე ჭკვიანი და სკეპტიკურად განწყობილი ადამიანიც კი ვერ შეინიწიანდებოდა. უფრო მეტიც, თავად პაციენტები ნებაყოფლობით მონაწილეობენ მედიცინის ინდუსტრიულ კომპლექსად გადაქცევაში. უცოდინარობის, ეჭვების და შიშის გამო პაციენტი მზადანების მიერი, საჭიროდ არასაჭირო გამოკვლევებისთვის. ის კი არა, ზოგჯერ თავად არის ხოლმე ინიციატორი. ხშირად დიდი მჭერმეტყველება და ძალისხმევა დამჭირებია პაციენტის და მისი ახლობლების დასარწმუნებლად იმაში, რომ ჩემ მიერ ჩატარებული გამოკვლევები სრულიად საკმარისია ეფექტური მკურნალობის ჩასატარებლად. როდესაც საფუძვლიანი გამოკითხვის და ფიზიკური გამოკვლევის შედეგად ჩემ მიერ გამოტანილი დასკვნა პაციენტზე შთაბეჭდილებას არ ახდენს, ზოგჯერ მეც ვლიზიანდები, მაგრამ სხვა რა გზა მაქვს: ასეთი პაციენტი რენტგენოლოგიურ, ექოსკოპიურ ან ფუნქციონალურ კაბინეტებში შემყავს და ერთი უნდა ნახოთ მისი ალტაცება: „რა ბედნიერებაა, რომ უმაღლეს დონეზე მიკვლევენ“ – ანერია სახეზე. ხშირად მიფიქრია: ნუთუ მეცნიერული პროგრესის აუცილებელი პირობა პაციენტის გულუბრყვილობის ექსპლოატაცია უნდა იყოს ?!

აღბათ ტექნიკის ყოვლისშემძლეობაში ასეთი ინფანტილური რწმენით აიხსნება მედიცინის დეჰუმანიზაციისადმი ამერიკელების მშვიდი დამოკიდებულება.

მაგრამ, როგორც არ უნდა იყოს მიზეზები, პაციენტების დაშინების პრაქტიკას არავითარი გამართლება არ შეიძლება ჰქონდეს. შიში არ უნდა მონაწილეობდეს გადანყვებილების მიღებაში. თუკი ჩვენ ვთანხმდებით იმ საკითხში, რომ მედიცინა ეფუძნება პარტნიორულ პრინციპებს, მთავარი პარტნიორი უნდა იყოს პაციენტი და მას უნდა ჰქონდეს თავისუფალი და შეგნებული არჩევნის მიღების უფლება.

თავი 6. მკურნალი სიტყვა

სიტყვას საოცრად კეთილისმყოფელი, განმკურნავი ძალა აქვს. ძალზე იშვიათია ისეთი ეფექტური წამალი, როგორც კარგად გააზრებული და შესაფერის დროს ნათქვამი სიტყვაა. მედიცინის ისტორიას ამის უამრავი მაგალითი გააჩნია, თუმცა მიუხედავად ამისა, სიტყვა, როგორც სამკურნალო საშუალება, მაინც სათანადოდ არ არის დაფასებული.

შევეცდები რაც შეიძლება ნათლად გამოვხატო ჩემი შეხედულება ამ საკითხზე: იმის გათვალისწინებით, რომ აბსოლუტურად უიმედო მდგომარეობა თითქმის არ არსებობს, რაც არ უნდა მძიმე დაავადებასთან მქონდეს საქმე, სრულიად გულწრფელად ვცდილობ, რომ ავადმყოფისთვის არგუმენტირებული დამამხმედებელი სიტყვები მოვნახო. მაგრამ, ამისათვის ორ განსხვავებულ მიდგომას ვიყენებ: ერთს – უმძიმეს კარდიოლოგიურ ავადმყოფებთან და მეორეს – შედარებით მსუბუქ ავადმყოფებთან, რომლებსაც უეცარი კარდიული სიკვდილი არ ემუქრებათ. მძიმე პათოლოგიის და მაღალი რისკების შემთხვევაში პაციენტის თანდასწრებით უეცარი კარდიული სიკვდილის საკითხს სრულიადაც არ ვეხები. ასეთი ავადმყოფი შეიძლება ერთმა გაუფრთხილებელმა სიტყვამაც კი მოკლას. შედარებით მსუბუქ ავადმყოფს, მის მეუღლეს ან შვილს ვინვევ საკონსულტაციო ოთახში და გულახდილად ვმსჯელობ გამოკვლევის შედეგებზე. აუცილებლად ვუხსნი დაავადების არსს და მოსალოდნელი გართულებების, მათ შორის, უეცარი კარდიული სიკვდილის შესაძლებლობასაც. ექიმთა უმრავლესობა თვლის, რომ ეს არაა მიზანშეწონილი, მაგრამ მე მიმაჩნია, რომ პაციენტს არ უნდა დაფუძნოთ რეალობა, თორემ იგი არ შეასრულებს ჩვენს დარიგებებს და დანიშნულებას. გარდა ამისა, საქმე იმაშია, რომ პაციენტი ისედაც ფიქრობს ამ პერსპექტივაზე – ყოველი სტენოკარდიული შეტევის ან ღამის პაროქსიზმული ქოშინის დროს მას „გულის გაჩერების“ ეშინია. თუკი ჩვენ ამის შესახებ არაფერს ვეტყვი, მის შიშებს კიდევ უფრო გავაძლიერებთ, ვინაიდან იგი იფიქრებს: „ექიმი მთავარ საკითხზე საუბარს იმიტომ გაურბის, რომ ძალიან ცუდად მაქვს საქმე“.

პირადად მე საუბარს, ჩვეულებრივ, ასე ვამთავრებ (და ამ დროსაც ვცდილობ გულწრფელი ვიყო): „მე ამ საკითხს იმიტომ შეეხე, რომ ობიექტური მონაცემების მიხედვით უახლოესი რამდენიმე წლის განმავლობაში თქვენ ასეთი გართულება არ გემუქრებათ. ამგვარი მონაცემებით ჯერ არც ერთი ჩემი პაციენტი არ გარდაცვლილა (და მე ჩამოვუთვლი გამოკვლევების შედეგებს, რომლებიც მართლაც დამამხმედებელია). ყოველივე ეს საიმედო პროგნოზის საფუძველს მადლევს“.

ასეთი საუბრის შემდეგ ავადმყოფს თითქმის სრულად ეხსნება დაძაბულობა, შიში და შფოთი. მახსენდება ერთი, ლიმონის მომგვრელი შემთხვევა ჩემი პრაქტიკიდან.

• რამდენიმე წლის წინ ჩემმა ახალგაზრდა მდივანმა დამისვა შეკითხვა, რომელიც თურმე დიდი ხნის განმავლობაში მოსვენებას არ აძლევდა.

- ექიმო ლაუნ, პაციენტებს „ბალახს“ აძლევთ?
- რა ბრძანეთ? – გაოცებით აღმოხდა.
- მარიხუანას აძლევთ? – გამიმეორა მან.
- ეს რამ გაფიქრებიათ? – გაოგნებული ვიყავი ასეთი უცნაური შეკითხვით.
- თქვენი კაბინეტიდან პაციენტები ისეთი იერით გამოდიან, თითქოს დაფრინავენ. სხვა ქალაქიდან ჩამოსულნი აუცილებლად იკითხავენ, თუ რომელია აქ, ბოსტონში, საუკეთესო რესტორანი, რათა თქვენთან ვიზიტით გამონევეული სიხარული აღნიშნონ“.

ხშირად მიფიქრია იმის შესახებ, თუ რაშია ჩემი „კლინიკური ოპტიმიზმის“ მიზეზი,

რომელიც პაციენტსაც გადაედება და მის ჯანმრთელობაზე სასიკეთოდ მოქმედებს. ვეფრობ, ყველაზე მეტად ეს ჩემი მასწავლებლის სამუელ ლივანის დამსახურებაა, რომელიც ჩემთვის ახლაც, მრავალი წლის შემდეგ, ექიმის იდეალად რჩება. იგი ბრწყინვალე დიაგნოსტიკოსი იყო და, ამავე დროს, ავადმყოფთან ურთიერთობის გასაოცარი ტალანტიც გააჩნდა. რაც არ უნდა მძიმე ავადმყოფი ყოფილიყო, ლივანი ყოველთვის ახერხებდა ავადმყოფისთვის მშვიდი და ოპტიმისტური განწყობის შექმნას. მისგან გამიგონია: „თუ ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების იმედი არა გაქვთ და ყველაზე უარესსაც ელით, მიუხედავად ამისა, პაციენტის ნუგეშისცემა მაინც უნდა შეძლოთ. სხვანაირად ირღვევა თვით ექიმობის არსი. რაც არ უნდა პესიმისტური იყოს თქვენი საექიმო პროგნოზი, „კარი ღრიჭოთ“ მაინც უნდა დატოვოთ, ვინ იცის რა ხდება, ყველაფერია მოსალოდნელი ...“.

ბუნებრივია, რომ ჩემი პედაგოგის ზოგიერთი თეორია მოძველდა, იმდროინდელი მედიკამენტური მკურნალობა არც კი გამოიყენება (დროს თავისი მიაქვს), მაგრამ ავადმყოფისადმი მისი მიდგომა და ურთიერთობის მანერა დღეს, მედიცინის ტექნიზაციის ეპოქაში, კიდევ უფრო დიდ მნიშვნელობას იძენს. რამდენჯერმე გულ-დანყვეტილი აქვს ნათქვამი, რომ მედიცინის „ოქროს ხანა“ თანდათან ილუვა, ვინაიდან ავადმყოფზე ზრუნვის დაავადებისადმი სუფთა მეცნიერული ინტერესი ცვლის. ვერ ვიხსენებ ვერცერთ შემთხვევას, როცა პაციენტთან საუბრისას ლივანს ისეთი რამ ეთქვას, რაც ავადმყოფს დათრგუნავდა და განკურნების იმედს დაუკარგავდა. საუბრის დამთავრებისას ავადმყოფს მხარზე ხელს მოუთათუნებდა და ეტყოდა: „აი ნახავთ – ყველაფერი კარგად იქნება“.

როდესაც ჩემი პედაგოგი მძიმედ დაავადდა, მისი პრაქტიკის ნაწილი ჩემთან გადმოვიდა. ერთ-ერთმა ავადმყოფმა გაიხსენა, რომ 1960 წელს იგი პიტერ ბენტის საავადმყოფოში უმძიმეს მდგომარეობაში მიუყვანიათ. ლივანს ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტის დიაგნოზი დაუსვამს, რაც ახლაც კი ძალზე ძნელი სამკურნალოა, ხოლო მაშინ სასიკვდილო დაავადებად ითვლებოდა. ავადმყოფისთვის მას ასე მიუმართავს: „თქვენ სერიოზულად ხართ ავად, მაგრამ მე ვიცი თქვენი დიაგნოზი და ვიცი როგორ გიმკურნალოთ. გჯეროდეთ, რომ აუცილებლად ფეხზე დაგაყენებთ“. პაციენტი 30 წლის შემდეგაც ალტაცებით იხსენებდა კეთილი ექიმის სიტყვებს: „მიუხედავად იმისა, რომ ძალიან ცუდად ვიყავი, მისი სიტყვების შემდეგ დავმშვიდდი და მორჩენის იმედი ერთი წამითაც არ დამიკარგავს. როგორც ხედავთ, 30 წლის შემდეგაც ცოცხალი ვარ“.

და მაინც, ჩემი მთავარი მასწავლებლები პაციენტები იყვნენ. სწორედ მათი წყალობით შევიძინე კლინიკური გამოცდილება. სწორედ მათ დამამიტკიცეს, რომ ექიმის სიტყვას უდიდესი სამკურნალო ძალა აქვს და მისი მაქსიმალურად გამოყენებაა საჭირო. კარგა ხანს ვაკვირვებულები ვიყავი და ეჭვიც მეპარებოდა იმაში, რომ სიტყვას შეეძლო გულის ორგანული დაავადების მორჩენა, სანამ ეს თავად ავადმყოფმა არ დამიმტკიცა. საქმე ეხებოდა გულის ისეთ მძიმე პათოლოგიას, რომელსაც ჭენების რიტმი ეწოდება. ჩემდა უნებურად, თურმე ავადმყოფს პოზიტიური განწყობა შეეუქმენი და იმედი ჩავუსახე, რამაც მის ჯანმრთელობაზე გარდამტეხი ზემოქმედება მოახდინა (იხ. „განმკურნავე ჭენების რიტმი“).

6. 1. ბანამპურნავი ჭენევის რიტმი

• 60 წლის მამაკაცი უკვე ორი კვირის განმავლობაში უმძიმეს მდგომარეობაში იწვა ჩვენი კლინიკის ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. მარცხენა პარაკუჭის გავრცელებული ინფარქტის შედეგად სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შეგუბება ჩამოუყალიბდა, რის გამოც აღენიშნებოდა ქოშინი და ორთოზნოე (იძულებული მჯდომარე მდგომარეობა). ამავდროს, არტერიული ჰიპოტენზიის ფონზე ვერტიკალურ მდგომარეობაში ხშირად უვითარდებოდა თავბრუ და სინკოპური მოვლენები. ავადმყოფმა მადა სრულიად დაკარგა, ძილი დარღვეული ჰქონდა და მკვეთრი ციანოზი აღენიშნებოდა. ყოველ დილას შემოვლაზე მის პალატაში დამძიმებული გულით შევდიოდით, ვინაიდან მიუხედავად იმისა, რომ გამოყენებული გვქონდა მკურნალობის ყველა საშუალება, მდგომარეობა თანდათან უარესდებოდა. საკმაოდ ინტელექტუალური პიროვნება გახლდათ და, დაუსაბუთებელი გამამხნეველი სიტყვებით შეიძლება შეურაცხყოფაც კი მიგვეყენებინა, სრულიად დაგვეკარგა ნდობა და ავტორიტეტი. ავადმყოფს თვალეში ვეღარ ვუყურებდი და, ამიტომ, ვცდილობდი პალატიდან რაც შეიძლება სწრაფად გამოვსულიყავი. კარგად მახსოვს, პაციენტის ახლობლებთან საუბრის შემდეგ სამედიცინო ბარათში ჩავენერეთ: „ავადმყოფი უიმედოა“.

ერთ-ერთ შემოვლაზე ობიექტური მონაცემების მცირე გაუმჯობესება შევატყვე. თავადაც აღნიშნავდა გუნებგანწყობის გაუმჯობესებას. ამ მცირე ცვლილებას სკეპტიკურად ვუყურებდი, მაგრამ შემდგომ დღეებში, ჩემდა გასაკვირად, ავადმყოფი თანდათან თავს უკეთ და უკეთ გრძნობდა, ჰემოდინამიკური მონაცემებიც აშკარად გაუმჯობესდა. არ მესმოდა ამ ცვლილებების მიზეზი და პროგნოზი საკმაოდ პესიმისტურად მქონდა წარმოდგენილი. მიუხედავად ამისა, გადავწყვიტე ინტენსიური განყოფილებიდან ცალკე პალატაში გადამეყვანა, ვინაიდან ვფიქრობდი, რომ ამით ძილის პირობებს მაინც შევუქმნიდი. დაახლოებით ერთი კვირის შემდეგ ახლობლების მოთხოვნით პაციენტი კლინიკიდან გაენერა და მასთან კონტაქტი სრულიად დავკარგე.

იგი მხოლოდ ექვსი თვის შემდეგ გამოცხადდა მიღებაზე და მისმა მდგომარეობამ გამოცა: არც ქოშინი და ციანოზი და არც შეგუბებები ფილტვებში. გაუმჯობესება იმდენად მოულოდნელი და მნიშვნელოვანი იყო, რომ საკუთარ თვალეებს ვერ ვუჯერებდი.

– ეს საოცრებაა! – ესლა აღმომხდა.

– არავითარი საოცრება, ექიმო. თქვენ წარმოიდგინეთ, ზუსტად ვიცი როდის და რამ გამოინვია ჩემი მდგომარეობის გაუმჯობესება.

– რას გულისხმობთ? – კიდევ უფრო გაოცებულმა ვიკითხე.

პაციენტმა მოყოლა შორიდან დაიწყო. თავიდან თურმე ძალზე უიმედოდ ყოფილა, ვინაიდან კარგად გვაშწნევდა, რომ მე და ჩემი კოლეგები დაბნეულები ვიყავით და აღარ ვიცოდით რა ზომები მიგველო. ამის გამო სრულიად დაუკარგავს მორჩენის იმედი და ნუთი ნუთზე სიკვდილს ელოდა. მცირე პაუზის შემდეგ პაციენტმა განაგრძო:

– ის დღე ძალიან კარგად მახსოვს, 25 აპრილი იყო, თქვენ და თქვენი გუნდი პალატაში მგლოვიარე სახით შემობრძანდით, თითქოს უკვე „გასატანი“ ვიყავი. როდესაც გამსინჯეთ, კოლეგებს შესთავაზეთ, რომ მათაც მოესმინათ გულზე სრულყოფილი ჭენების რიტმი. მე ვფიქრე, რომ თუ ჩემს გულს სრულყოფილად ჭენების უნარი აქვს, არც ისე ცუდად ყოფილა ჩემი საქმე. აი, იმ ნუთიდან თავი უკეთ ვიგრძენი და დაიწყო ჩემი მორჩენის პროცესი. ასე რომ, თუ სასწაულზეა ლაპარაკი, ექიმო, იგი თქვენმა სიტყვებმა მოახდინეს.

ჭენების რიტმი («გალოპი») მიოკარდის დასუსტების და გულის ღრუების გაფართოების შედეგია. იგი გულის უმძიმესი უკმარისობის ნიშანია, არსებითად კარდიული სიკვდილის წინამორბედა [ცნობილი რუსი კარდიოლოგის სტრაჟესკოს (Н.Д. Стражеско, 1876-1952) სიტყვებით «გალოპი გულის მუდარაა, ძახილია დახმარების შესახებ» – ჯ.ლ.]

ავადმყოფი სრულიად მოულოდნელად და ჩემდა უნებურად სიტყვით მოვარჩინე იმის წყალობით, რომ პაციენტმა არ იცოდა ჭენების რიტმის ცუდი პროგნოზული მნიშვნელობა, (როგორც იტყვიან, გამარჯვებულებს არ სჯიან, მაგრამ ავადმყოფს ჭენების რიტმის მნიშვნელობა რომ სცოდნოდა, შედეგი, ალბათ, კატასტროფული იქნებოდა! – ჯ.ლ.)

სხვათა შორის, ეს ერთადერთი ეპიზოდი არ იყო ჩემს პრაქტიკაში, როდესაც ავადმყოფს ასევე შემთხვევით გაუუხანგრძლივე სიცოცხლე.

6. 2. „ჩემი ცხოვრების უპაღინიარისი დღეები„

• ტონი, უკვე ჭალარაშერეული სიმპათიური იტალიელი მამაკაცი, უმძიმესი კარდიოლოგიური ავადმყოფი იყო. მშვიდად იწვა, ნუნუნი არ უყვარდა და იშვიათად თუ რამეს მოითხოვდა, მაგრამ თვალეში სიკვდილის შიში ჩასდგომოდა. ჩვენს კლინიკაში იგი დილატაციური კარდიომიოპათიის დიაგნოზით დაანვინეს. მდგომარეობა ზედმინევით მძიმე იყო: სისხლის მიმოქცევის ორივე წრეში შეგუბება აღენიშნებოდა. სრულ დეპრესიაში ჩავარდნილს აღარაფერი ანტიტერესებდა. ძილად იყო მივარდნილი, მაგრამ ძილის შემდეგ თავს უარესად გრძნობდა ხოლმე, ვინაიდან ძილის დროს აპნოეს და ლამის პაროქსიზმული ქოშინის ეპიზოდები აღენიშნებოდა. ეჭვი არ გვეპარებოდა, რომ ტონის დღეები დათვლილი იყო.

დღედაღამ ტონის სანაოლს არ შორდებოდა ოციოდე წლის ლამაზი ახალგაზრდა ქალი, რომელიც მისი ქალიშვილი მეგონა. აღტაცებული ვიყავი ამ ქალის თავდადებით და საოცარი ყურადღებანიობით, იგი მუდამ მზად იყო შეესრულება ნებისმიერი პროცედურა, ხოლო ტონის სურვილს უსიტყვოდ ხვდებოდა. ტონის მსგავსად, ისიც ძალზე სევდიანი ჩანდა და შეკითხვებით არ გვანუხებდა. რამდენჯერმე შევამჩნიე, რომ ფარულად ტირიდა. ისეთი ლამაზი იყო, რომ მისი თანდასწრებით მიჭირდა კიდევ ავადმყოფობაზე კონცენტრირება და მოახლოებულ სიკვდილზე ფიქრი.

მინდოდა ტონისთვის მესიამოვნებინა და ერთხელ ვუთხარა:

– რა ბედნიერი მამა ხართ, რომ ასეთი კარგი ქალიშვილი გყავთ, თავს გვევლებათ და ერთი წუთითაც არ გშორდებათ.

– ექიმო, ეს ჩემი შეყვარებულია – ისეთი ტონით მიპასუხა, თითქოს ეს თავისთავად ცხადი ყოფილიყო.

– კი მაგრამ, ცოლად რატომ არ მოგყავთ?

– ლიზას ეს ძალიან უნდა, მაგრამ რისთვის მოვიყვანო ექიმო, ქორნილის მეორე დღესვე რომ დაქვრივდეს?

– ვინ გითხრათ, რომ უნდა მოკვდეთ?

– ექიმო, თქვენ თუ თვლით, რომ თუნდაც ხუთი წლის სიცოცხლე დამრჩა, მაშინ ლიზას ცოლად აუცილებლად მოვიყვან.

გარანტიის მიცემის არავითარი საფუძველი არ გამაჩნდა, მაგრამ რა მექნა? თავად ჩავითრე ტონი ასეთ საუბარში და იძულებული ვიყავი მეცრუა:

– ხუთი წელი ნამდვილად გარანტირებული გაქვთ! – ვუპასუხე.

ამ საუბრის შემდეგ ტონის ჯანმრთელობამ საკმაოდ სწრაფად დაიწყო გაუმ-

ჯობესება და იგი მალე გაეწერა კიდევ. რამდენიმე დღის შემდეგ ახალდაქორნილებულებმა ღია ბარათი გამომიგზავნეს, რომელშიც მწერდნენ, რომ უსასრულოდ ბედნიერები არიან და ამას მე უნდა მიმადლოდნენ.

რამდენიმე წლის განმავლობაში ტონი არ გამოჩენილა და როცა გავიხსენებდი, სინანულის და სინდისის ქენჯნის ნარევი გრძნობა მეუფლებოდა. მართლაც, რა უფლებით შევუწყევ ხელი უმძიმესი ავადმყოფის და ვარდივით გაფურჩქნილი, სიცოცხლით სავესე ქალიშვილის ქორწინებას?

ტონის გამოჩენამ ჩემი ეჭვები სრულიად გამიქარწყალა და სასიამოვნოდ გამაკვირვა: შესანიშნავად გამოიყურებოდა, ხალისიანი იყო და არაფერს არ უჩიოდა.

- ექიმო, უკვე ხუთი წელი გავიდა და მეც მოვედი - გამოსინჯეთ და თუ შესაძლებლად ჩათვლით, თქვენთან ახალი კონტრაქტი მინდა დავდო.

არ მეგონა, რომ ამდენი დრო გასულიყო და ასეთი სიტყვები მოულოდნელი იყო. რა მექნა, გავსინჯე და, მიუხედავად იმისა, რომ სრულებით არ ვიყავი დარწმუნებული, ისევ მივეცი ხუთი წლის გარანტია. ღიზა კიდევ უფრო გაღამაზებულიყო, სახეზე ბედნიერება აღბეჭდვოდა. ამის შემდეგ გავიდა ისევ ხუთი წელი. უკვე კალენდარს ვაკვირდებოდი და დღე-დღეზე ველოდებოდი ტონის გამოჩენას.

იგი ზუსტად იმავე დღეს მოიყვანეს უმძიმეს მდგომარეობაში: ძლივს სუნთქავდა და ანასარკა (უმძიმესი შემუშუბებითი სინდრომი) ჰქონდა გამოხატული. მიუხედავად ამისა არ წუნუნებდა, თავი მშვიდად და ღირსეულად ეჭირა. შიშით ველოდი, რომ ისევ გარანტიებს მომთხოვდა, მაგრამ იგი ერთობ შეგნებული კაცი აღმოჩნდა. კარგად ესმოდა, რომ განვლილი ათი წელი ღვთისგან ბოძებული საოცრება იყო და სიტყვაც არ დაუძრავს მომავალზე ან რაიმე გარანტიებზე.

პიტერ ბენტის სტაციონარში მოვათავსეთ და ორიოდე კვირაში მივალწიეთ გაუმჯობესებას: ქოშინი და შემუშუბები მნიშვნელოვნად შეუმცირდა. მიუხედავად ამისა, ჩემთვის ნათელი იყო, რომ ორგანიზმმა თავისი შესაძლებლობები თითქმის ამოწურა. მართლაც, ორი წლის შემდეგ ტონი გარდაიცვალა.

მეუღლის გარდაცვალებიდან ორიოდე კვირის შემდეგ ღიზამ მომაკითხა. ჯერ კიდევ ახალგაზრდა იყო და მის გარეგნულ სილამაზეს მგლოვიარებამ სულიერი სილამაზე შემატა. ეტყობოდა, რომ გულის გადამლის სურვილი ჰქონდა. მისი ყოველი სიტყვა გულწრფელი და გრძნობით აღსავსე იყო:

- ექიმო, თქვენ მე მაჩუქეთ საუკეთესო ათი წელი, ეს იყო ჩემი ცხოვრების უბედნიერესი დღეები.

- რას აპირებთ მომავალში? ჯერ ისევ ძალიან ახალგაზრდა ბრძანდებით - შევეკითხე.

- ძალიან მინდა ვისწავლო, კოლეჯში მოხვედრაზე ვოცნებობ. ალბათ გაინტერესებთ ჩვენი ისტორია. მე 14 წლის ვიყავი, როცა ტონი გავიცანი. იმ დროს მეძავი ვიყავი. წარმოშობით სამხრეთიდან ვარ, მშობლებმა სახლიდან გამომავდეს და არავითარი პერსპექტივა არ გამაჩნდა. ტონიმ ოფიციალურად ამიყვანა. იმ დროს იგი ათასგვარ საეჭვო საქმიანობას ეწეოდა და საკმაოდ სასტიკი და ვერაგიც კი იყო თავის მტრების მიმართ, თუმცა - სამართლიანი. ჩემს მიმართ იგი საოცრად ნაზი და ალერსიანი იყო. მისგან ბევრი რამ ვისწავლე - ფაქტიურად სულ სხვა ადამიანი გამხდა. ტონიმ მოთხოვა, რომ მისი სიკვდილის შემდეგ თქვენთვის ეს კონვერტი გადმომეცა. კონვერტში 100 ასდოლარიანი იდო. ეს მოხდა 25 წლის წინ და ამის შემდეგ ღიზას შესახებ აღარაფერი ვიცი.

ტონის ისტორია კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ ადამიანებს შეუძლიათ გაიხანგრძლივონ სიცოცხლე, თუკი ელიან რაიმე სასიხარულო ამბავს. ამაზე მოწმობს ზოგიერთი ღრმად მორწმუნეს მიერ სიკვდილის „გადავადების“ მაგალითები - როგორც ნესი, ისინი რელიგიური დღესასწაულის შემდეგ გარდაიცვლებიან ხოლმე.

არც ისე ცოტაა ისეთი შემთხვევა, როდესაც ექიმების დასკვნით ავადმყოფის „დღეები დათვლილია“, მაგრამ ძლიერი მოტივაციის, ოპტიმიზმის წყალობით პაციენტი კიდევ მრავალ წელს ცოცხლობს.

პიპოკრატი წერდა: „ზოგიერთი უიმედო ავადმყოფის მორჩენა შესაძლებელია, თუკი მას ექიმის სჯერა“. მართლაც, ჩემი აზრით, ავადმყოფისთვის იმედის ჩასახვის უნარი საექიმო ხელოვნების ძირითადი შემადგენელია. კარგი ექიმის მთავარი თვისება სწორედ ესაა – ოპტიმიზტურად განაწყობს პაციენტს. რაც არ უნდა სერიოზული იყოს მდგომარეობა, პირადად მე ავადმყოფს არასოდეს არ ვაშინებ, პირიქით – ვცდილობ ხაზი გაუყვას იმედის მომცემ გარემოებებს. ასეთი მიდგომა მნიშვნელოვანია იმ შემთხვევებშიც, როდესაც ჯანმრთელობაში უმნიშვნელო გადახრების მქონე პაციენტი „სამედიცინო ინდუსტრიალური კომპლექსის“ განაჩენებით ერთობ დაშინებულია. სამწუხაროდ, ამ ავადმყოფების დამშვიდება და გადარწმუნება ძალიან ძნელია ხოლმე, ამისთვის უდიდესი საექიმო ავტორიტეტია საჭირო. ზოგჯერ მიზეზი ისიც არის, რომ ზოგიერთებს ხელს აძლევს მძიმე დაავადების „იარლიყი“. ზოგს – ცოლის თანაგრძობის მოსაპოვებლად, ზოგს – შვილებზე ზემოქმედებისთვის, ზოგსაც – სამსახურში შეღავათების მისაღებად და ა.შ..

როდესაც შედარებით მსუბუქი ავადმყოფი მტკიცე გარანტიებს ითხოვს, ექიმი უკან იხევს და თავს იზღვევს, რაც ჩემთვის ფსიქოლოგიურად სრულიად გასაგებია. **პირადად მე ასეთ „შუშაკობას“ მივმართავ:** როდესაც ავადმყოფი მეკითხება, თუ როდის მოვიდეს განმეორებით ვიზიტზე, ვეუბნები, რომ ვისურვებდი ასე 10 წლის შემდეგ მენახა. ხშირად, პაციენტი ეჭვნულად იღიმება და მეკითხება: „ექიმო, თქვენ ფიქრობთ, რომ ამდენს კი ვიცოცხლებ?“

იმისდა მიხედვით, თუ როგორი პიროვნებაა, მე სხვადასხვა პასუხი მაქვს გამზადებული:

- თუ დიდი სურვილი გაქვთ, უფრო მეტსაც იცოცხლებთ;
- ძალიან მინდა, რომ დიდხანს იცოცხლოთ, მე ხომ თქვენ ხარჯზე ვარსებობ;
- უფრო ის მაფიქრებს, მე ვიცოცხლებ თუ არა ამდენ ხანს. თქვენში კი ეჭვი არ მეპარება.

ასეთი „არასერიოზული“ დიალოგი ყოველთვის მხიარულად მთავრდება და ავადმყოფი გამხნეებული მიდის.

პაციენტებს, რომლებსაც გული მართლაც დაავადებული აქვთ, მაგრამ ადგილობრივი ექიმების მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებიან, მე მორიგ ვიზიტს 2-5 წლის შემდეგ ვუნიშნავ.

• იმას, რომ ექიმის სიტყვა უდიდეს ფსიქოლოგიურ ეფექტს იძლევა, კარგად უჩვენებს ერთი, ცოტა არ იყოს, ლიმილის მომგვრელი ისტორია. ერთმა მამაკაცმა დამირეკა და მითხრა, რომ ჩემს მიერ მას უახლოეს ოთხშაბათისთვის ვიზიტი აქვს დანიშნული. გამიკვირდა, ვინაიდან ასეთ პაციენტს არ ვიცნობდი და არც სიაში მყავდა. როდესაც ჩემმა მდივანმა სცადა დაეზუსტებინა, ავადმყოფი აღელდა და უთხრა, რომ მძიმედაა ავად და საჭიროებს სასწრაფო კონსულტაციას. საბედნიეროდ, მიღების გრაფიკში ერთი საათი თავისუფალი მქონდა და პაციენტი დავიბარეთ. როდესაც კაბინეტში ორმოციოდე წლის მამაკაცი შემოვიდა, ცოტა არ იყოს შევწუხდი, ვინაიდან ჩემთვის სრულიად უცხო ადამიანს ვხედავდი.

- რა გასაკვირვია, რომ არ გახსოვართ, ექიმო, ზუსტად 20 წელი გავიდა მას შემდეგ, რაც უკანასკნელად მნახეთ.

გაირკვა, რომ მამამისი 20 წლის წინ ჩვენს კლინიკაში მიოკარდიუმის ინფარქტის გამო წოლილა და მასაც, რომელიც მაშინ 23 წლის იყო, გულის არემი ტიპილები დაწყებია. ძალიან შეშინებული ყოფილა, ვინაიდან თვლიდა, რომ გული მამამისავით პქონდა დაავადებული. გასინჯვის შემდეგ მითქვამს, რომ გული სრულიად ჯანმრ-

თელი აქვს. როდესაც მამამისი გავწერეთ, უთხოვია, რომ გამოსაკვლევად მამასთან ერთად ერთი თვის შემდეგ ისიც მიმელო. მე მაშინ ნახევრად ხუმრობით მითქვამს, რომ ჩემი დახმარება ახლა არა, მაგრამ ასე 20 წლის შემდეგ შეიძლება მართლაც დასჭირვებოდა.

– ექიმო, აქამდე არა მიშავდა, მაგრამ ბოლო ხანებში გულის არეში ტკივილები გამიჩნდა. პოდა ვიფიქრე – ალბათ ჩემი დროც მოვიდა-მეთქი.

მიუხედავად ასეთი ანამნეზისა, ვინაიდან უკვე 43 წლის მსუქანი მამაკაცი იყო, ყველა აუცილებელი გამოკვლევა ჩაუტარე, მაგრამ გული სრულიად ჯანმრთელი ჰქონდა. ეს იყო 20 წლის შემდეგ ფობიური კარდიალგიის რეციდივის სრულიად უნიკალური შემთხვევა, რომელშიც გადამწყვეტი როლი ექიმის სიტყვამ ითამაშა. გამოთხოვებისას მკითხა, როდის მოუსლიყო და მე ვუპასუხე: „მობრძანდით 10 წლის შემდეგ და დარწმუნებული ვარ ისევ კარგად იქნებით; აი მე კი არ ვიცი – იმ დროისთვის ხომ უკვე მოხუცი ვიქნები“.

რამდენიმე წლის წინ ერთ რუს ექიმს ვკითხე, თუ რაშია მისი აზრით ექიმობის არსი. მისი პასუხი ძალიან უბრალო და ბრძნული იყო: „*ექიმთან ვიზიტის შემდეგ ნებისმიერი პაციენტი თავს უკეთ უნდა გრძნობდეს*„(არსებობს ძველისძველი მაქსიმა: თუ ექიმთან ვიზიტის შემდეგ ავადმყოფმა თავი უკეთ არ იგრძნო, იგი ცუდ ექიმთან ყოფილა“ – ჯ.ლ.).

კანტის მიხედვით, ადამიანისთვის ოპტიმიზმი მორალური იმპერატივია, ხოლო ექიმისთვის – პროფესიონალური იმპერატივი (Immanuel Kant, 1724-1804, *გერმანული კლასიკური ფილოსოფიის ფუძემდებელი* – ჯ.ლ.).

ვიმეორებ, ნებისმიერ სიტუაციაში გამამხნევებელი სიტყვა ავადმყოფს არა მართო ტანჯვას უმსუბუქებს, არამედ მის გამოჯანმრთელებასაც აჩქარებს.

თავი 7.

სიტყვა გვინათებს გულს

ავადმყოფის გამოკვლევისას მკურნალი ექიმი მხოლოდ ჩივილებით და ობიექტური მონაცემებით არ უნდა შემოიფარგლოს. მან უნდა იცოდეს პაციენტის ყოფაცხოვრების ის ფაქტორები, რომლებიც სტრესის გამომწვევეია. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი რწმუნდება, რომ ექიმი მას ეყრობა, როგორც პიროვნებას, და არა – როგორც გამოკვლევის ობიექტს. სწორედ ამ დროს უჩნდება ავადმყოფს სურვილი, რომ გული გადაუშალოს საკუთარ ექიმს, რაც მას მკურნალობის საუკეთესო მეთოდის შერჩევაში დაეხმარება. მოკლედ რომ ვთქვათ, ავადმყოფის გამოკითხვისას უნდა ვეცადოთ გავარკვიოთ თუ რა ალელვებს და რა აშფოთებს, ანუ რა პრობლემები აქვს ავადმყოფს (იხ. თავი 3).

სტრესები მრავალგვარია და უმრავლესობა ოჯახში ან სამსახურში წარმოიშევა. ამ პრობლემების არსის ნვდომის გარეშე ქრონიკული დაავადებების ეფექტური მკურნალობა შეუძლებელია. მედიკამენტების მიღება ავადმყოფს დროებით შელავათს აძლევს, მაგრამ დაავადება პროგრესირებს და მკურნალობის პროცესი დაუსრულებლად გრძელდება, რაც თავს აბეზრებს ავადმყოფსაც და ექიმსაც.

თქვენი ყურადღება სამი ავადმყოფის ისტორიას მინდა მივაპყრო. ამ პაციენტებს შორის კულტურული დონის და რელიგიური აღმსარებლობის თვალსაზრისით არსებული განსხვავებების მიუხედავად, მათი დაავადების მიზეზი სამივე შემთხვევაში

მსგავსი იყო. ორი მათგანი ინდოეთიდან იყო – ქრისტიანი მადრასიდან, ინდუისტი ბომბეიდან, ხოლო ერთი – ორთოდოქსი ებრაელი ნიუ-ჯერსიიდან. ისინი ფსიქოლო-გიურად სრულიად განსხვავებული პიროვნებები იყვნენ, მაგრამ სამივე შემთხვე-ვაში მათი დაავადება სერიოზული ოჯახური კონფლიქტებით იყო გამოწვეული და განკურნება შესაძლებელი გახდა მხოლოდ ოჯახური უთანხმოების მოგვარების შემდეგ.

7. 1. რომორ უნდა გახდეს გურუ

• რაჯივ ვ. ბოსტონის უნივერსიტეტის მეცნიერი მუშაკი იყო. კემბრიჯსა და ოქსფორდში დახვეწილი ინგლისურით საუბრობდა, თუმცა, ოდნავ ინდურ აქცენტს ინჟამრევდით. 38 წლის იყო, როდესაც ჩემს კლინიკაში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით მოიყვანა. გაკვირვებული ვიყავი იმით, რომ გულის ასეთი სერიოზული პათოლოგია ახალგაზრდა კაცს განუვითარდა, რომელსაც გულის იშემიური დაავადების არც ერთი რისკფაქტორი არ გააჩნდა. არტერიული წნევა და ქოლესტერინი ნორმალური ჰქონდა, თამბაქოს არ ეწეოდა და ზომიერად სპორტ-საც მისდევდა. მშობლები საკმაოდ ხანდაზმული, მაგრამ პრაქტიკულად ჯანმრ-თელი ჰყავდა. ყურადღებას ისიც იპყრობდა, რომ პაციენტი თითქოს ბედს შეგუე-ბოდა, სწვა ავადმყოფებისგან განსხვავებით, დაავადების მიზეზების და პროგნოზის შესახებ არაფერს მეკითხებოდა. უკვე ათი დღის განმავლობაში იწვა ჩემთან და საკმაოდ ახლოს გავიცანი, მაგრამ ცხოვრების ანამნეზიდან ვერაფერს მივაკვლიე, რაც დაავადების მიზეზი შეიძლება ყოფილიყო. შინაგან დაძაბულობას ვამჩნევდი და, მიუხედავად დიდი მცდელობისა, მისგან სრულ გულახდილობას ვერ მივალნიე. შეკითხვებზე სტანდარტულად მპასუხობდა: *„ჩემი ცხოვრება სტრესებისგან თავი-სუფალია“*.

ერთხელ, რაჯივის თანდასწრებით მის მეუღლეს ქალბატონ ბ-ს ვკითხე, თუ რა იყო, მისი აზრით, ქმრის ავადმყოფობის მიზეზი. მან დაუფიქრებლად მიპასუხა, რომ მიზეზი სტრესი იყო. რაჯივმა ეს იმწუთასვე უარყო, მაგრამ მცირე პაუზის შემდეგ ჩაილაპარაკა: *„არავითარი სტრესის მიზეზი არ მქონია, გარდა ჩემი საძაგელი სიძის საქციელისა“*. როგორც კი დაამთავრა, საკუთარ თავში ისევ ჩაიკეტა. აშკარად ნანობდა, რომ საიდუმლო ნამოსცდა. გავაგრძელებთ საუბარს სხვადასხვა საკითხებზე და ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე რაჯივი თავად დაუბრუნდა ძირითადი პრობლემის შესახებ საუბარს: მის სიძეს (დის ქმარს) თურმე ძალიან ნდომება ინდოეთიდან შეერთებულ შტატებში საცხოვრებლად გადმოსვლა, მაგრამ საამისოდ ფინანსები არ ჰყოფნიდა. რაჯივი ბოლო წლებში ბევრს მუშაობდა, რათა დას დახმარებოდა და, ამრიგად, მან 5 ათასი დოლარი სიძეს უპროცენტოდ ასესხა. როდესაც დის ოჯახი შტატებში ჩამოვიდა, რაჯივი სიძეს ბინის და სამსახურის შოვნაშიც დაეხმარა. *„დისთვის ყველაფერს გავაკეთებ“* – სიამაყით განმარტა საკუთარი საქციელი. მეზობლად ცხოვრობდნენ, ქალები და ბავშვები მეგობრობდნენ, მაგრამ მამაკაცებს შორის ურთიერთობა თანდათან დაიძაბა. საგულისხმოა, რომ ჩემთან საუბრის დროს რაჯივი სიძის სახელს აუცილებლად საძაგელს დაურთავდა ხოლმე. თურმე სიძე ვალის დაბრუნებას კი არ აპირებდა, არამედ საერთოდ უარყოფდა ვალის არსებობას, და უფრო მეტიც, რაჯივის შესახებ ბინძურ ცილისმწამებლურ ჭორებს ავრცელებდა, რამაც რაჯივის დედის ყურამდეც მიალწია ინდოეთში. ინფარქტამდე ერთი თვით ადრე რაჯივმა გაიგო, რომ აღმოვაჩინებულმა დედამისმა მემკვიდრეობის უფლებაც კი ჩამოართვა. და-ძმამ ურთიერთობა სრულიად განწყვიტა და რაჯივი ამას ძალიან განიცდიდა. *„რა ქნას ამ საცოდავმა ქალმა? იგი ხომ ამ*

ნაძირალას სამი შვილის დედა" – ასე დაამთავრა მოყოლა ავადმყოფმა.

ახლა უკვე ყველაფერი ნათელი გახდა – ინფარქტი მძიმე სტრესის შედეგად განვითარდა და თუ სიტუაცია არ შეიცვლებოდა, განმეორებითი ინფარქტი და უეცარი კარდიული სიკვდილი გარდუვალა იყო. ყველაზე მეტად პაციენტი დედის საქციელს განიცდიდა და რამდენჯერმე გაიმეორა: „*ეჩიმო, როგორ მოხდა, რომ დედაჩემმა ეს ჭორები დაიჯერა და ჩემზე უარი თქვა?*“ კარგა ხანს დაძაბული ვიჯექი და არ ვიცოდი რა მემოქმედა, როგორ გადამეჭრა ეს „გორდიასის კვანძი“ (ფრივიის მეფეს გორდიასს ერთ-ერთ ეტლზე ძალზე დახლართული კვანძი შეუკრავს. სჯეროდათ, რომ ვინც ამ კვანძს გახსნიდა, მთელი აზიის მბრძანებელი გახდებოდა. როდესაც ალექსანდრე მაკედონელმა კვანძი ვერ გახსნა, მან მახვილით გადაჭრა იგი. გორდიასის კვანძის გაჭრა საკითხის უეცარი და ორიგინალური გზით გადაჭრას ნიშნავს – ჯ.ლ.).

მოულოდნელად ვიგრძენი, რომ გამოსავალი არსებობდა და მივხვდი როგორ უნდა მოქცეულიყავი. თავად ვიყავი გაცოცხლებული, ისე დალაგებულად ვლაპარაკობდი:

– სიძე ოჯახითურთ სტუმრად უნდა დაპატიჟოთ, ისე, ვითომც არაფერი მომხდარიყოს!

წინადადება დამთავრებული არ მქონდა, რომ რაჯივმა აღშფოთებით წარმოთქვა:

– არავითარ შემთხვევაში, ჩემს ოჯახში ეგ ნაძირალა ფეხს ვერასოდეს ვერ შემოადგამს. მორწმუნე კი ვარ, მაგრამ არც იესო ვარ და არც მაჰატმა (მაჰატმა განდი, 1869-1948, ინდოეთის წინააღმდეგობის ლიდერი, არაძალმომრეობითი წინააღმდეგობის იდეოლოგი – ჯ.ლ.).

ყველაფრის პატიების ქადაგებას არც ვაპირებდი, პაციენტს სულ სხვა გეგმა შევთავაზე:

– თქვენი რისხვა დ აღშფოთება სავესებით გასაგებია. სიძის მოპატიჟებას იმისთვის კი არ გთავაზობთ, რომ ყველაფერი დაივწყით. პირიქით, ეს ერთგვარი ჰუმანური შურისძიება და თქვენი კეთილშობილების დემონსტრაცია იქნება. ჯერ ერთი, გამოჩნდება ვინ ვინ არის და, მეორეც, ამით თქვენ საყვარელ დას სულიერ ტანჯვას შეუმსუბუქებთ.

რაჯივი და მისი მეუღლე უსიტყვოდ მისმენდნენ. პაციენტს ალელვება ეტყობოდა, მაგრამ ის ფაქტი, რომ სიტყვას არ მანყვეტინებდა, უკვე ბევრს ნიშნავდა. ამით შთაგონებულმა, საუბარი განვაგრძე:

– ერთი წუთით მაინც წარმოიდგინეთ, რას იგრძნობს თქვენი სიძე, როდესაც დაპატიჟებთ. უარს ვერ გეტყვით, ვინაიდან ცოლშვილს ეს როგორ უნდა აუხსნას? უთუოდ თავს შერცხვენილად იგრძნობს, ხოლო მეორე მხრივ, ეჭვიც ექნება – „ჩემი ცოლისძმა რაიმე სიურპრიზს ხომ არ მიმზადებს?“ ვიზიტს ძალიან ადრე ნუ დაუნიშნავთ. წარმოიდგინეთ, რამდენ უძილო ღამეს გაატარებს ფიქრში და სინდისის ქენჯნაში.

რაჯივი აშკარა ინტერესით მისმენდა, მაგრამ ვგრძნობდი, რომ ბოლომდე ჯერ არ იყო დარწმუნებული ჩემი გეგმის სისწორეში. ამიტომ დიდი ენთუზიაზმით გავაგრძელე:

– მისი შვილებიც გაცოცხლებულნი იქნებიან თქვენი სიკეთით. ეჭვგარეშეა, რომ მას არაერთხელ აქვს შვილებისთვის ნათქვამი, რომ თქვენ მერკანტილური და საშინელი ადამიანი ბრძანდებით. რაც უფრო სულგრძელი და კეთილმოსურნე იქნებით, მით მეტად გაუჭირდება, რომ არ აღიაროს ვალი. ადრე თუ გვიან, სიძე აუცილებლად დაგიბრუნებთ ფულს.

რაჯივი აგზნებული მისმენდა და შუბლზე ოფლს ინმენდა. ცოტა შემეშინდა კიდევ და ამიტომ, გადავწყვიტე საუბარი ყველაზე სასიამოვნო საკითხით დამემთავრება:

– თუ ჩემს გეგმას მიიღებთ, სიტყვას გაძლევთ, რომ დელათქვენს წერილს

მივწერ და ავუსხნი რა მძიმედა ხართ ავად და როგორ განიცდით ყოველივეს. იმასაც მივწერ, რომ თქვენსავით კეთილშობილი პაციენტი ჯერ არ მყოლია – როგორ გადანყვიტეთ დის ხათრით სიძესთან შერიგება და ა.შ. დარწმუნებული ვარ, რომ დედათქვენი ყველაფერს გაიგებს.

შევატყვე, რომ რაჯივმა გადანყვიტილება მიიღო – მისი სიტყვები ამის დასტური იყო:

– ექიმო, მე ამას აუცილებლად გავაკეთებ, გადანყვიტილია!

მეუღლეც აგ ზნებული იყო და ალტაცებით აღმოხდა ყველაზე დიდი კომპლიმენტი, რაც კი ჩემს სიცოცხლეში მსმენია:

ლოქტორ ლაუნ, თქვენ ექიმი კი არა, ნამდვილი გურუ ბრძანდებით! (ტიტული ინდუიზმში, რელიგიური მასწავლებელი, სულიერი მოძღვარი – ჯ.ლ.)

ამის შემდეგ ექვსი თვე გავიდა და მოუთმენლად ველოდი რაჯივის ვიზიტს: როგორ შეასრულა ჩემი გეგმა, მოახერხეს თუ არა შერიგება? მიიღო თუ არა დედამისმა ჩემი წერილი და რა შედეგი გამოიღო წერილმა? – არაფერი არ ვიცოდი.

ვიზიტის დროს რაჯივმა ამ პრობლემებზე საუბარს თავი აარიდა. გამიკვირდა და გული დამწყდა კიდევ. ბოლოს თავი ველარ შევიკავე და ვკითხე:

– რას შვება თქვენი სიძე?

– ყველაფერი რიგზე აქვს. არც ისე ცუდი კაცი ყოფილა, ჩემს დას ძალიან კარგად ექცევა.

– მამ შერიგდით?

– კაცმა რომ თქვას, შესარიგებელი ბევრი არაფერი გვქონდა.

– დედათქვენი როგორაა?

– ძალიან კარგად. სულ მალე ინდოეთში მივემგზავრები და მოვინახულებ.

გამიხარდა, რომ მკურნალობის ჩემმა მეთოდმა გაამართლა, თუმცა, რა დასამალია, ცოტა გულიც დამწყდა იმის გამო, რომ რაჯივს ჩემი დამსახურება არც კი უხსენებია.

ეს ისტორია, სამწუხაროდ, მაინც ტრაგიკულად დამთავრდა იმის გამო, რომ რაჯივმა უგულვებელყო ჩემი რჩევა-დარიგება. ინდოეთში მას საკმაოდ პრესტიჟული პოსტი შესთავაზეს, რომელიც დიდ ფსიქოლოგიურ დაძაბულობასთან იყო დაკავშირებული, ვინაიდან ინდოეთში მამინ ძალიან ბევრი პრობლემა არსებობდა (ეთნიკური, პოლიტიკური და ეკონომიური). მე შევახსენე, რომ მისი ინფარქტი ფსიქოლოგიურ სტრესთან იყო დაკავშირებული და ვურჩიე ინდოეთში სამუშაოდ არ წასულიყო. მან კატეგორიულად განაცხადა, რომ ეს მისი ცხოვრების მიზანია და უარს ვერ იტყოდა. სამწუხაროდ, ჩემი პროგნოზი გამართლდა – ინდოეთში ერთი წლის მუშაობის შემდეგ რაჯივი გარდაიცვალა.

მისი ცოლშვილი შტატებში დაბრუნდა. ყოველ წელს ქალბატონი ვ. საკონსულტაციოდ ბოსტონში ჩამოდის (მას ბავშვობაში რევმატიზმი აქვს გადატანილი) და ყოველთვის იხსენებს იმ სიტუაციას, როდესაც მან გურუ მიწოდა.

ოჯახური ურთიერთობების პათოფსიქოლოგია ზოგჯერ იმდენად ღრმავად, რომ სრული განკურნება შეუძლებელი ხდება ხოლმე. მიუხედავად ამისა, სათანადო რჩევა-დარიგებით ექიმს შეუძლია ავადმყოფს დიდი ფსიქოლოგიური დახმარება გაუწიოს, ცხოვრების ხარისხი გააუმჯობესოს და, ამით, კარდიოლოგიური კატასტროფისგან დაიცვას.

7. 2. დედის წყევლა

• პროფესორი კ. ბოსტონის ერთ-ერთ სამედიცინო ინსტიტუტში მუშაობდა. 35 წლის ასაკში შეერთებულ შტატებში ინდოეთიდან ჩამოვიდა და ექვსი თვის შემდეგ მიოკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანა. ახლა იგი ზოგად კარდიოლოგიურ განყოფილებაში ინვა, ვინაიდან განმეორებით ინფარქტზე ჰქონდათ ეჭვი. კონსულტაცია მთხოვეს, რადგან კორონარული განყოფილების გადატვირთვის გამო დიაგნოზის სასწრაფოდ დაზუსტება იყო საჭირო. ავადმყოფის ისტორიაში მხოლოდ ნევროტიული ხასიათის კარდიალგიური ჩივილები იყო აღწერილი და გამიკვირდა, რომ იგი კარდიოლოგიურ განყოფილებაში მოათავსეს. ალბათ, იმის გამო, რომ ავადმყოფი ზედმინევნიტ აფორიაქებული და შეშინებული იყო, ახალგაზრდა ექიმებმა თავი დაიზღვიეს – ემინოდათ, ვინიცობაა არ განვითარებულიყო განმეორებითი ინფარქტი. მცირე ვასაბურების შემდეგ, რომელმაც დამარწმუნა, რომ ავადმყოფის ჩივილები გულის იშემიური დაავადებით არ იყო გამოწვეული, პაციენტის ძილით დავინტერესდი. აღმოჩნდა, რომ კორონარული შუნტირების შემდეგ, უკანასკნელი ათი თვის განმავლობაში ძილი ძალიან დარღვეული აქვს, ტელევიზორს გვიანობამდე უყურებს და ვინაიდან ძილით 7 საათზეა ხოლმე ასადგომი, რათა ბავშვები სკოლაში წაიყვანოს, მხოლოდ 2-3 საათი თუ სძინავს. ზოგჯერ, რამდენიმე ღამეს ზედიზედ, სრულიდ უძილოდაც კი ატარებს. შუნტირების შემდეგ იმდენად დაშინდა, რომ მეუღლესთან სექსუალური კავშირი განწყვიტა. საძილე საშუალებებით ისეა გაჭყეპილი, რომ ლამის ნარკოზიანი ვახდეს.

როდესაც ავადმყოფმა მოყოლა დაამთავრა, კატეგორიულად და მენტორული ტონით, მშობლები რომ შეშინებულ შვილს ელაპარაკებინა, ისე მივმართე:

– თქვენი ჩივილები ამყამად გულის დაავადებით არა არის გამოწვეული. თქვენ არ გემუქრებათ არც უეცარი და არც ნელი სიკვდილი. თუ გსურთ საკუთარი თავის დასჯა, თავს უძილობით ნუ იტანჯავთ, სხვა რამ საშუალება მოიფიქრეთ.

პროფესორმა შეშინებულმა შემომხედა, თითქოს მისი ფიქრები წამეკითხოს, და გულწრფელად მიპასუხა:

– დოქტორ ლაუნ, მე მჯერა თქვენი.

ეფექტით კმაყოფილი ვიყავი, მაგრამ მაშინ ჩემთვის გაურკვეველი დარჩა პროფესორის შფოთვის მიზეზი – რატომ არ დამშვიდდა იგი კორონარული შუნტირების შემდეგ.

რამდენიმე თვის შემდეგ პროფესორი კ. კვლავ მოხვდა ჩვენ საავადმყოფოში – ამჯერად აბდომინური ქირურგიული პათოლოგიის გამო.

ჩემი ნახვა ძალიან გაუხარდა.

– გული აღარ განუხებთ? – ვკითხე.

– გული აღარც მახსოვს, ექიმო.

– ძილი როგორი გაქვთ?

– სრულიად ნორმალური, საძილე საშუალებების გარეშე.

ძალიან გამიხარდა, მივულოცე და გამომშვიდობებას ვაპირებდი, როცა შემაჩერა:

– ერთი ნუთით ექიმო, მინდა იცოდეთ, რომ ჩემი მორჩენა თქვენი დამსახურებაა.

– კი მაგრამ, როგორ? მე ხომ სულ ათი ნუთით ვაგესაუბრეთ, თქვენ კი მანამდე ათი თვის განმავლობაში იტანჯებოდით.

– დოქტორ ლაუნ, იმედია არ გენყინებათ. თქვენ მე მაგონებთ ძველ ექიმ-ინდუსებს.

მათი პრინციპი იყო კატეგორიულობა და არავითარი ორაზროვნება. ავადმყოფს არასოდეს არ ეუბნებოდნენ: იქნებ ეს მოგიხდეს ან ის. ისინი კარგად იცნობდნენ თავიანთ ავადმყოფებს და დარწმუნებული იყვნენ საკუთარ თავში. ჩვენ მეცნიერებს

ნუ ეწყინებათ და მათი სტილი ასეთია: „შეიძლება ასეც იყოს და შეიძლება ისეც“. ხან ერთს ლაპარაკობენ და ხან მეორეს. ექიმი მეცნიერებაზე მალლა უნდა დადგეს – ავადმყოფს ისე უნდა ელაპარაკოს, რომ მას ეჭვის ნატამალიც კი არ დარჩეს. აი ისე, როგორ თქვენ მესაუბრეთ.

ასეთი კომპლიმენტის შემდეგ გავბედე და დავინტერესდი მისი აზრით, თუ რამ მიიყვანა ამ მდგომარეობამდე ჯერ სრულიად ახალგაზრდა კაცი, რომელსაც გულის იშემიური დაავადების არავითარი რისკფაქტორი არ გააჩნდა: არ ეწეოდა, არ სვამდა, არტიერიული ჰიპერტენზიით და შაქრიანი დიაბეტით არ იყო დაავადებული, ხოლო მშობლები სალ-სალამათი ჰყავდა.

საუბარი მოუთმენლად შემანყვევტინა:

– ზუსტად ვიცი ჩემი დაავადების მიზეზი. იგი ჩემი ტირანი დედაა, რომელიც, რაც თავი მახსოვს, მუდმივად მთრგუნავდა. ამერიკაში ჩემი ჩამოსვლის კატეგორიული წინააღმდეგი იყო და როდესაც არ დავუჯერე – როგორ უნდა მეთქვა უარი სანუკვარ ოცნებაზე და საინტერესო სამუშაოზე – იცით როგორ მომექცა? დამწყველა და ჩემზე უარი თქვა. შტატებში ჩამოსვლისთანავე კომპარული სიზმრები ამეკვიატა – ყოველ ღამე საკუთარი დედა მახრჩობდა. დაძინების შემინოდა და უძილობისგან სულ გამოვიფიტე, მაგრამ გულის გადასაყოლებლად საჭიროზე მეტს ვმუშაობდი. როდესაც ინფარქტი დამემართა, კომპარები შემინყდა და მე გავიფიქრე, რომ ვალი გადავიხადე!

რა იცოდა საბრალომ, რომ თურმე „ყველა ვალი“ ჯერ არ ჰქონდა გადახდილი.

ექვსი თვის შემდეგ იგი თავად მოვიდა ჩემთან. სომატური დაავადების რაიმე კონკრეტული ნიშნები არ გააჩნდა, მაგრამ ძალიან ცუდად გამოიყურებოდა, მოტეხილი იყო. სამშობლოში დაბრუნებას აპირებდა, თუმცა იქ ცუდად გახდომის ეშინოდა, რადგან, ინდოეთის მედიცინის დონით უკმაყოფილო იყო. საუბარში გაირკვა, რომ მთავარი საფიქრელი მანაც დედამისი იყო – შიშობდა, რომ ისეც დაიწყებდა მის ცხოვრებაში უხეშ ჩარევას. მე დაბეჯითებით ვურჩიე, რომ წასვლამდე ტელეფონით დაკავშირებოდა დედას.

როდესაც უკანასკნელად შევხვდი, პროფესორმა მიაშო, რომ დედასთან საუბარი ჰქონია და სიტყვაასიტყვით ასეთი რამ უთქვამს: „დედიკო, მუხლმოყრილი დაგაკოცნით ფეხებს და გთხოვთ მომისმინოთ. ბევრი ვიავადმყოფე – ჯერ ინფარქტი გადავიტანე და მერე ოპერაცია გულის სისხლძარღვებზე. შემდეგ – კუჭის ოპერაცია. იმდენი ვიტანჯე და იმდენად ვარ დასჯილი, რამდენსაც ერთი ადამიანი არ იმსახურებს. გემუდარებით, მაპატიეთ. დედამ კი მიპასუხა: „კარგი, მიპატიებიხარ“.

გამიხარდა, მივეულოცე, მაგრამ პროფესორმა სევდიანად ამოიხირა:

– სინამდვილეში ვიცი, რომ არ მაპატია.

– ასე რატომ ფიქრობთ?

– დედას კარგად ვიცნობ. მშვენივრად ვერკევეი მის ინტონაციებში. ახლა მისთვის მხოლოდ ჩემი უმცროსი ძმა არსებობს.

პროფესორის შესახებ მეტი აღარაფერი გამიგია. ვფიქრობ, რომ ინდოეთში კიდევ ბევრ სტრესს გადაიტანდა და დაავადება უთუოდ გაუმწვავებოდა. ვწუხვარ, რომ ვერ შევეძელი დავხმარებოდი ასეთ სიმპათიურ ადამიანს, რომელიც ძალიან დიდ გასაჭირში იყო. რას იზამ, ჩვენ შორის ძალიან დიდი მენტალური და კულტურული უფსკრული იყო.

7. 3. ზედმეტი თავდაჯერებულობა

დაავადების სწორი მედიკამენტური მკურნალობა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს პაციენტის განკურნებას. ამისთვის ავადმყოფის სულიერ პრობლემებში ჩანედომაა აუცილებელი. ამას ნათლად გვიჩვენებს ისტორია, რომელიც ოციოდე წლის წინ გარდამხდა. ჩემზე მან ნარუშლელი კვალი დატოვა და დღესაც ადევნების გარეშე ვერ ვიხსენებ.

• ბატონი დ. ჩაფსკენილი და საკმაოდ ჩასუქებული და ენერგიული მამაკაცი იყო, რომელმაც ცხოვრებაში ყველაფერს საკუთარი შრომით მიაღწია. ძირითადი სამუშაოს გარდა იგი გოლფით იყო გატაცებული და სინაგოგის საქმიანობაშიც აქტიურად მონაწილეობდა.

გულლია და კეთილმოსურნე კაცის შთაბეჭდილებას ტოვებდა და მასთან ურთიერთობა იმდენად სასიამოვნო იყო, რომ საბოლოოდ დავემგობრდით კიდევ. ჩემთან მოციმციმე არიტმიის გამო მობრძანდა. ეს, თავისთავად, მძიმე დარღვევა არ არის, მაგრამ ბოლო ხანებში ტაქიარითმიის პაროქსიზმებმა იმდენად მოუხშირა, რომ ბატონი დ. თითქმის შრომისუუნარო გახდა.

მიღებაზე ყოველთვის მეუღლე რახილი ახლდა, სუსტი აგებულების, გამხდარი, სიმპათიური ქალბატონი, რომელიც ქმრის საუბარში არასოდეს არ ერთვებოდა. 35 წლიანი საკმაოდ თბილი ცოლქმრობა აკავშირებდათ და სამი ჯანმრთელი შვილი ჰყავდათ. ფსიქოლოგიური პრობლემები თითქოსდა არ უნდა ჰქონოდათ, მაგრამ რამდენჯერმე ჩემი ყურადღება იმან მიიპყრო, რომ **ოჯახზე საუბრისას პაციენტს არიტმიის რეციდივი ეწყებოდა**. მედიკამენტური მკურნალობა დროებით ეფექტს იძლეოდა. აღარ ვიცოდი რა მეფიქრა, მაგრამ ყოველი ვიზიტის შემდეგ სულ უფრო მეტად ვრწმუნდებოდი, რომ ცოლ-ქმარი რაღაცას მიმაღავდა. მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მიღების ყველა ჩემი მცდელობა ნარუშლელი იყო – გაუცხოების ზღურბლი ვერა და ვერ გადავლახე.

ერთ-ერთი ვიზიტის დროს ქალბატონ რახილს უკვე მერამდენედ დაბეჯითებით ვთხოვე, რომ თამბაქოსთვის თავი დაენებებია. მან მიპასუხა, რომ ეს შეუძლებელი იყო და მცირე პაუზის შემდეგ მიზეზიც განმარტა:

– ექიმო, დიდი ხანია მინდა ვითხრა, რომ ჩვენ სამი კი არა, ოთხი შვილი გყავს.

ვიგრძენი, რომ მთავარი პრობლემა წარმოჩნდა და ქალბატონს ვთხოვე:

– მომიყევით ამის შესახებ. რატომ მიმაღავდით აქამდე?

– ჩემმა ქმარმა დამაფიცა, რომ მე არასოდეს ვახსენებდი ჩემი ქალიშვილის სახელს. მისთვის იგი აღარ არსებობს. მხოლოდ ღამ-ღამობით, ჩუმად ვტირი.

– ამიხსენით, რაშია საქმე, შვილს ნახულობთ?

– არა, ექიმო, ქმრისგან მის წერილებსაც კი ვმაღავ.

მძიმე საუბარი გამოდგა და ბოლომდე გარკვევა ვერ მოვახერხე, ვინაიდან როგორც კი ბატონი დ. ელექტროკარდიოგრაფიის კაბინეტიდან დაბრუნდა, რახილი დადუმდა. ქმარს თვალეზში ისეთი შიშით შეჰყურებდა, რომ საუბრის გაგრძელება ვერ გავხედე.

როდესაც ექვსი თვის შემდეგ მობრძანდნენ, გადავწყვიტე ქალბატონ რახილთან საუბარი ბოლომდე მიმეყვანა და არიტმიის პაროქსიზმების ჭეშმარიტი მიზეზი საბოლოოდ გამერკვია. მან დამაფიცა, რომ ქმართან ქალიშვილის შესახებ სიტყვას არ დავძრავდი, ვინაიდან ავადმყოფის გული ამას ვერ გაუძლებდა, და მეც იძულებული ვიყავი პირობა მიმეცა. ამბავი, რომელიც ქალბატონმა რახილმა მომითხრო, საიდუმლოებას არ წარმოადგენდა – მათ ქალაქში თურმე ყველა ამაზე ლაპარაკობდა. უფროსი ქალიშვილი ბავშვობიდანვე ყველასგან გამოირჩეოდა: ღამაზი, ცოცხალი

და ნიჭიერი, იგი მამას განსაკუთრებულად უყვარდა. ქალიშვილს ნარმოშობით გერმანელი თანაკლასელი შეუყვარდა და სკოლის დამთავრებისთანავე სახლიდან გაიქცა. ამასთან დაკავშირებით მამამ ერთკვირიანი გლოვა გამოაცხადა. ებრაელები ამას „შივაჰს“ (shivah) უწოდებენ და ახლობლის გარდაცვალებას უძღვნიან ხოლმე. ერთხანობას საშინელ დეპრესიაში იყო და როცა მომჯობინდა, ცოლს უბრძანა, რომ ყველაფერი, რაც ქალიშვილთან იყო დაკავშირებული, სახლიდან გაეჭანა. შვილი დედას ხშირად წერდა და ბატონი დ. საშინელ რეაქციას აძლევდა, როდესაც შვილის წერილს წაანყდებოდა. მონაყოლიდან ისეთი შთაბეჭდილება დამრჩა, რომ იგი სიბრაზის პაროქსიზმის დროს თავის მეუღლეს ხელითაც კი ეხებოდა.

ეჭვი აღარ მეპარებოდა, რომ ამ სულიერი კონფლიქტის მოგვარების გარეშე ჩემი პაციენტის არიტმიების შეტევებს ვერავითარი მკურნალობა ვერ უშველიდა. ამდენ ცერებონებს და თავის მოტყუებას აზრი აღარ ჰქონდა და საჭირო იყო ავადმყოფთან გულახდილი საუბარი. ამიტომ, ერთ-ერთი მიღების დროს პირდაპირ ვუთხარი:

- მე ვერაფერს გავხდები, თუ თქვენ გულწრფელი არ იქნებით. ვგრძნობ, რომ რალაცა გტანჯავთ, მაგრამ საუბარს თავს არიდებთ.

როგორც იქნა პაციენტმა გული გადამიშალა და მიამბოისტორია, რომელიც მე უკვე ვიცოდი, ოღონდ მისი მონაყოლი დიდი სიმძაფრით გამოირჩეოდა. დიახ, ქალიშვილი მის ჯიბურზე გათხოვდა და ამით უარი თქვა იუდაიზმზე: „განა ეს შეიძლება, როცა ჰოლოკოსტის (ნაცისტების მიერ ებრაელთა მასობრივი განადგურება) ჭრილობა ჯერაც არ შეხორცებულა? ვინაიდან მას ებრაელობა არ სურს, აღარც შემი შვილი იქნება„!

ყოველი მომდევნო ვიზიტის დროს ამ მპრობლემას ვუბრუნდებოდი, მაგრამ ჩემს საუბარს შედეგი არ მოჰქონდა - ბატონი დ. შვილისადმი დამოკიდებულებას არ ცვლიდა. ამის გამო მისი ჯანმრთელობა გაუარესდა. მიუხედავად ანტიკოაგულანტური მკურნალობისა, არიტმია მიკროინსულტით გართულდა. სიტუაცია სულ უფრო უმართავი და აბსურდული ხდებოდა - პაციენტმა, არსებითად, ქრონიკული თვითმკვლელობის გზა აირჩია.

ერთ-ერთი ასეთი ვიზიტის დროს, როდესაც გვიანი შემოდგომის საზიზღარი ამინდის გამო თავადაც ცუდ ხასიათზე ვიყავი, ჩემთვის სრულიად მოულოდნელად იმპულსური გადაწყვეტილება მოვიღე და ისეთი რამ ჩავიდინე, რაც საკუთარი თავისთვის დღემდე ვერ მიპატივობა - პაციენტს ძალზე უხეშად დაუწყვე ლაპარაკი:

- არ მესმის რატომ ვხარჯავ ძვირფას დროს თქვენისთანა არარაობისთვის. ყელში ამომივიდა თქვენი თვითგვემა, მაგრამ კიდევ უფრო მალშფოთებს ის, რასაც საკუთარ ქალიშვილს და მთელ ოჯახს უკეთებთ. ყველას სიცოცხლე გაუმწარეთ. თქვენ ეგოიზმს საზღვარი არა აქვს. თუკი მართლა მორწმუნე ხართ, უნდა იცოდეთ, რომ უფალი მხოლოდ მის მიმართ ჩადენილ ცოდვებს გეპატიობს და არა ადამიანების მიმართ ჩადენილს.

თავად არ მესმოდა საიდან მომივიდა ასეთი სიტყვები, მსგავსი რამ არასოდეს არ ჩამიდენია. ვინ მომცა ამის უფლება? ხომ შეიძლება ჩემს გამოხდომაზე ავადმყოფს საშინელი რეაქცია მიეცა და დალუპულიყო. ქალბატონი რახილი ისტერიულად ატირდა, ხოლო მისი ქმარი წინ წამოიწია და ისე მომაშტერდა, როგორც ნადირი მსხვერპლს. მე კი თითქოს წერამ ამიტანა - ველარ ვაჭერდი:

- თუ სალი აზრი ოდნავ კიდევ დაგრჩათ, ახლავე ნაბრძანდით ქალიშვილთან და მუხლებზე დაჩოქილმა ბოდიში მოუხადეთ და პატიება სთხოვეთ. მხოლოდ ასე შეძლებთ, რომ თქვენი ცოდვა გამოისყიდოთ. დიახ, თქვენი ქალიშვილის წინაშე და არა უფლის წინაშე.

როგორ ვლაპარაკობდი, რა დამემართა, თავი ძველი აღთქმის წინასწარმეტყველად წარმოვიდგინე? საბედნიეროდ, ამ ჩემმა უპასუხისმგებლო გამოხდომამ დადებ-

ითი შედეგი გამოიღო. პაციენტმა ზურგი შემაქცია და ბავშვივით აქვითინდა. არ მახსოვს რამდენ ხანს ვაგრძელებდი ეს კათარზისი, მაგრამ კარგად მახსოვს, როგორი მოტეხილი და მობერებული გამოიყურებოდა, როდესაც უხმოდ დამემშვიდობა.

სინდისი მქენჯნიდა, მაგრამ იმედიც არ დამიკარგავს – ვინძლო მცირე ტკივილმა დიდი ტკივილი მოარჩინოს, განა კათარზისის არსი ამაში არაა?

მორიგ კონსულტაციას გულისფანცქალით ველოდი და შედეგმა ჩემს მოლოდინს გადააჭარბა. ბატონი დ. მშვიდად გამოიყურებოდა და საკუთარი თავით კმაყოფილი ადამიანის შთაბეჭდილებას ტოვებდა. თურმე მას ყველაფერი ისე გაუკეთებია, როგორც მე ვურჩიე, მამა-შვილის სიხარულს საზღვარი არ ჰქონია, მთელი ოჯახი ბედნიერი იყო. უნდა გენახათ, რა ენთუზიაზმით ყვებოდა ბატონი დ. საკუთარ შვილიშვილზე, რომელიც აქამდე არც კი ენახა. ნარსულის შესახებ ძალზე თვითკრიტიკულად ლაპარაკობდა – აღიარებდა, რომ მისი საქციელი აბსურდული იყო. რაც მთავარია, მკურნალობა, რომელიც უნინ არ შევლოდა, ახლა ძალზე ეფექტური გამოდგა – არიტმიის შეტევები სრულიად გაუქრა.

ახლა, როდესაც ამ ისტორიას ვიხსენებ, საკუთარი საქციელით სრულებითაც არა ვარ კმაყოფილი. ვინ დაამტკიცებს იმას, რომ მამა-შვილის შერიგება სხვა გზით არ შეიძლებოდა? გარდა ამისა, ხომ შეიძლებოდა იმ დღეს ყველაფერი ტრავიკულად დამთავრებულიყო? ექიმებს საკუთარ თავზე კონტროლის დაკარგვის უფლება არა გვაქვს. არ შეიძლება პაციენტს ისე მოექცე, როგორც საცდელ კურდღელს. მსგავსი რამ შემდგომში არასოდეს არ ჩამიდენია და ანალოგიურ სიტუაციებში გაცილებით გააზრებულად და მოზომილად ვიქცეოდი.

თავი 8.

ავადმყოფი არ უნდა დაჰაჯროთ

პანიკაში ჩავარდნილი პროფესორის გამო, რომელიც კორონარულ განყოფილებაში გაუმართლებლად მოათავსეს (იხ. თავი 7.2.), ჩემს პერსონალს შენიშვნა მივეცი. შფოთვის ყოველთვის თან ახლავს ჰიპერენტილაციური სინდრომი, რომლის ერთ-ერთი გამოვლინება ჩხვლეტები და დაშუშვის შეგრძნებაა (პარესთეზიები). მიძლების ექიმები თავს იმართლებდნენ იმით, რომ საკმარისად აუხსნეს ავადმყოფს, რომ მისი ჩივილები გულის დაავადებით არ იყო გამოწვეული. ფორმალურად მართლნიც იყვნენ, ვინაიდან, როგორც გავარკვიე, ბევრი უსაუბრიათ ავადმყოფთან, მაგრამ მათი მცდელობა ფუჭი აღმოჩნდა ერთი შეცდომის გამო – ყოველ შემთხვევისთვის ავადმყოფს ეკვ მონიტორინგი დაუნესეს და ამით აგრძნობინეს, რომ თავად არ არიან დარწმუნებულნი საკუთარ დასკვნებში. როდესაც მე ავადმყოფს გადაჭრით ვუთხარი, რომ მის ჩივილებს გულთან არაერთი კავშირი არ ჰქონდა, ავადმყოფმა დაიჯერა და იგი სრულიად დამშვიდდა.

ასეთ სიტუაციებში, რა თქმა უნდა, ექიმის პირად ავტორიტეტსაც აქვს მნიშვნელობა, მაგრამ გამდამწყვეტი შინაგანი რწმენაა და ავადმყოფთან ყოყმანის გარეშე საუბრის უნარი. მომავალ ექიმს ასეთი საუბრის მანერას ინსტიტუტში ვერ ასწავლიან, ვინაიდან მედიცინა განიხილება, როგორც მხოლოდ მეცნიერული დისციპლინა. სამეცნიერო მიდგომა გულისხმობს, რომ კონკრეტულ სიმპტომს შეიძლება უამრავი მიზეზი ჰქონდეს. მაგალითად, სტუდენტმა უნდა იცოდეს სპლენომეგალიის (ელენის გადიდება) 50-მდე მიზეზი. ბევრის თეორიული ცოდნა ახალგაზრდა ექიმში ყოყმანს იწვევს და მას დამაჯერებლად საუბარი უჭირს, რასაც პაციენტი აუცი-

ლებლად იგრძნობს. გაიხსენეთ ინდოელი პროფესორის სიტყვები: „ექიმი მეცნიერებაზე მაღლა უნდა დადგეს – ავადმყოფს ისე უნდა ელაპარაკოს, რომ ეჭვის კვალ-იც კი არ დატოვოს“ (იხ. თავი 7.2.).

როდესაც კლინიკური სურათი ტიპურია და დიაგნოზი ნათელია, ავადმყოფთან გასაგებად და დამაჯერებლად საუბარი ადვილია. საქმე რთულდება ძნელად სადიაგნოსტიკო შემთხვევებში, როდესაც ექიმი თავადაც არ არის დარწმუნებული იმაში, რასაც ამბობს. აქ ჩნდება ბუნებრივი კითხვა: სრული სიმართლე ვამცნოთ ავადმყოფს ჩვენი დიაგნოსტიკური სირთულეების შესახებ თუ ვუთხრათ ის, რასაც საჭიროდ ჩავთვლით? ზოგჯერ დიდი სულიერი ძალების მოკრებაა საჭირო იმისათვის, რომ ეცადო ავადმყოფს იმედი გაუჩინო და ყურადღება არ მიაქციო შინაგან ხმას, რომელიც გეუბნება, რომ ახლა შენ იქცევი, როგორც თაღლითი ან ჩვეულებრივი შამანი. კი მაგრამ, როგორ არ მივემართო ამ უწყინარ თაღლითობას, როდესაც კარგად ვიცო, რომ ზოგჯერ მხოლოდ ამის საშუალებით შეიძლება გამოჯანმრთელების პროცესის მკვდარი ნერტილიდან დაძვრა (იხ. თავი 6. 1.).

სამედიცინო ეთიკის სპეციალისტები მუდმივად გვიჩიჩინებენ, რომ დაუშვებელია ავადმყოფის მოტყუება, ანუ იმის თქმა, რაშიც მეცნიერული თვალსაზრისით დარწმუნებული არა ვართ. მაგრამ, აი რას წერდა 1935 წელს დიდი ლოურენს ჰენდერსონი: „იმის მტკიცება, რომ ავადმყოფს უნდა ვუთხრათ მხოლოდ სიმართლე და არაფერი სიმართლის გარდა, ცრუ და ფორმალური აბსტრაქციის მაგალითია“ (L.J. Henderson, 1878-1942, გამოჩენილი ამერიკელი ბიოქიმიკოსი, ფიზიოლოგი, ფილოსოფოსი, სოციოლოგი – ჯ.ლ.).

ზოგჯერ ძალზე შორს შემიტოპია და ავადმყოფისთვის გამოჯანმრთელების გარანტია მიმიცია, თუმცა ამისთვის ძალიან მცირე ან არავითარი მეცნიერული საფუძვლი არ არსებობდა. რისკავს თუ არა ექიმი ასეთ შემთხვევებში საკუთარი რეპუტაციით? როგორ არა, მას სასამართლოშიც შეიძლება უჩივლონ (იხ. თავი 10). მაგრამ, ჩემმა მრავალწლიანმა გამოცდილებამ დამარწმუნა იმაში, რომ თუ პაციენტი გრძნობს ექიმის გულწრფელ ზრუნვას და თანაგრძნობას, მის ავტორიტეტს შეცდომაც ვერაფერს აკლებს. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც მე ავადმყოფს გამოჯანმრთელებას შევპირებივარ და სასურველი შედეგისთვის ვერ მიმიღწევია, მაგრამ, მოუხედავად ამისა, პაციენტი კი არ მსაყვედურობდა, არამედ, პირიქით, მითანაგრძნობდა, მამშვიდებდა და თითქოს ბოდიშსაც კი მიხდიდა იმის გამო, რომ იმედი გამიცრუა. რა დამაინყებს შემთხვევებს, როდესაც წარუმატებელი რეანიმაციის შემდეგ გარდაცვლილი პაციენტის ახლობლებთან გამოვსულვარ, არ მცოდნია რა მეთქვა და მათ თავად დაუნყიათ ჩემთვის ნუგეშისცემა. ასეთ დროს ხშირად მეუბნებიან: „ჩვენ ვიცით, რომ თქვენ რაც შესაძლებელი იყო, ყველაფერი გააკეთეთ“. ბედნიერი ვარ, რომ წარუმატებელი მკურნალობის გამო ჩემთვის შეურაცხყოფა ჯერ არავის არ მოუყენებია.

როდესაც ვცდები, და ეს, სამწუხაროდ, არც ისე იშვიათია, არასოდეს არ ვმალაგებ. პირიქით, თავად ვუყვები ამის შესახებ კოლეგებს და, განსაკუთრებით, სტუდენტებს. დიახ, სამწუხაროდ, ზოგჯერ შეცდომებზე ვსწავლობთ, მაგრამ მთავარია შეგეძლოს ამის აღიარება და მაშინ შეცდომის განმეორების ალბათობა მინიმალურია და „მორალური კოდექსი ჩვენში“ მშვიდდება. ჩემთვის ძალზე ახლობელია რუსი პოეტის ევგენი ევტუშენკოს სიტყვები:

„და ყველა შეცდომა, ცოდვა დაფარული
ჩვენში შეშლილივით ბორგავს, არ მშვიდდება,
მას, რაც ვერ გამოვთქვით, თან სდევს მივინყება,
მივინყებული კი კვლავაც აფეთქდება“

(Евгений Евтушенко – „Давайте говорить“; თარგმნა ლეილა კაჭარავამ)

არც ექიმმა საკუთარი თავი და არც საზოგადოებამ ექიმი უფალს არ უნდა შეადაროს. შეუცდომელი ადამიანი არ არსებობს. ჩვენი, ექიმების იარაღი მარტო მეცნიერული ცოდნა როდია. დიდი ნიშნელობა აქვს გამოცდილებას და ინტუიციას. ეს კი გაცილებით ეფექტურია მაშინ, როდესაც ექიმი გულწრფელადაა მონდომებული ავადმყოფს დაეხმაროს.

8. 1. წელის ტკივილის გაურუნალობა

ახალგაზრდა პრაქტიკანტ ჯიმისთან ერთად დილის შემოვლას ვატარებდი. ინსტიტუტი ახალი დამთავრებული ჰქონდა და თეორიულად საკმაოდ მომზადებული ახალგაზრდა მეცნიერის შთაბეჭდილებას ტოვებდა, თუმცა ქედმაღლურად იქცეოდა, თავის თავზე დიდი წარმოდგენის იყო, საღ აზრს და იუმორის გრძნობას კი – სრულიად მოკლებული.

• 40 წელს გადაცილებული ქალბატონი ჰ. ჩვენთან კარდიოვერსიის ჩასატარებლად მოთავსდა – ცოტა ხნის წინ მიტრალურ სარქველზე ოპერაციის შემდეგ მას წინაგულების ფიბრილაცია განვითარებია, მაგრამ წელის ტკივილი იმდენად აწუხებდა, რომ გულის დაავადება აღარც კი ახსოვდა. ჩვენთან შემოსვლამდე ნევროლოგის დანიშნულებით ტკივილდამაყუჩებლები საკმაოდ ჰქონდა მიღებული, მაგრამ თავბრუსხვევის, გულისრევის და შეკრულულის მეტი არაფერი მოუტანა. საკმაოდ მტკიცე და ერთობ თავისებური ხასიათის ქალბატონი იყო, მაგრამ მისი ულტიმატუმი ჩემთვის მაინც მოულოდნელი აღმოჩნდა:

– სულაც არ ნავალ ამ თქვენს ელექტროპროცედურაზე, თუკი წელის ტკივილს არ მომიხსნის. დოქტორ ლაუნ, მე მოვიტოვებ გარკვეულ პასუხს – მომიხსნის თუ არა თქვენი პროცედურა წელის ტკივილს? – საკმაოდ აგრესიულად დამისვა შეკითხვა.

– რაღა თქმა უნდა მოგიხსნით! – ყოველგვარი ყოყმანის გარეშე ვუპასუხე.

ჩემ სიტყვებზე ჯიმმა ტაში შემოკრა და სარკასტულად იკითხა:

– ღმერთო ჩემო, რა უაზრობაა, ძალიან მაინტერესებს, კარდიოვერსიამ იშიალგია როგორ უნდა მოარჩინოს?

მოულოდნელობისგან შოკირებული ვიყავი, ხოლო ქალბატონი ჰ. აღშფოთებისგან წამოწილდა და იკითხა:

– ვინაა ეს ტიპი?

– ეს ახალბედაა, რომელმაც კიდევ ბევრი რამ უნდა ისწავლოს – ვუპასუხე.

მეორე დღეს ქალბატონს კარდიოვერსია წარმატებით ჩაუტარდა – სინუსური რიტმი აღსდგა. დღის ბოლოს მოვინახულე და მისი წელის ტკივილით დავინტერესდი. მიპასუხა, რომ წელი სრულებით აღარ აწუხებს და ძალიან უნდა იმ ახალგაზრდა ექიმის ნახვა, რომ ერთი კარგად შეაფუცხუნოს. ვთხოვე, რომ გაეთვალისწინებია ჯიმის გამოუცდელობა და მის მიმართ უფრო შემწყნარებელი ყოფილიყო.

მეორე დილას საორდინატოროში ტევა არ იყო: ექიმები, სტუდენტები, ექთნები – ყველა ჩვენ-ჩვენი საქმით ვიყავით დაკავებული. მე და ჯიმი სამედიცინო დოკუმენტაციას ვეცნობოდით, როდესაც საორდინატოროში შემოიჭრა აჭარხლებული ქალბატონი ჰ. და ბრძანებლური კილოთი სიჩუმე მოითხოვა. სამარისებრი სიჩუმე ჩამოვარდა, ვინაიდან ყველამ იგრძნო, რომ რაღაც უჩვეულო რამ უნდა მომხდარიყო. მცირე პაუზის შემდეგ, როდესაც დაძაბულობამ კულმინაციას მიაღწია, ქალბატონის ხმა გაისმა:

– ყველას მინდა ერთი რამ გითხრათ. აქ ბრძანდება ბატონი ლაუნის ასისტენტი, რომლის სახელი არც ვიცი და არცა მსურს, რომ ვიცოდე. მას თავი ექიმად

ნარმოუდგენია, მაგრამ ქათმის ტვინიც კი არა აქვს და სირცხვილია, რომ იგი თქვენი შორის იმყოფება. ამავე ტონალობაში ქალბატონმა გააგრძელა მოყოლა ჯიმის გამოხდომის შესახებ და, საბოლოოდ, დაადასტურა, რომ ნელის ტკივილმა სრულიად გაუარა.

ჯიმი ნამდვილად შემეცოდა, მიუხედავად იმისა, რომ მასზე მეც საკმაოდ ვიყავი ნაწყენი. იგი ჯერ გაფითრდა, შემდეგ განითლდა და საორდინატოროდან უხმოდ გავიდა. ვფიქრობ, ამ ეპიზოდის შედეგი იყო ის, რომ მან ნაადრევად შეწყვიტა კლინიკური პრაქტიკა და ამის შემდეგ აღარც მინახავს.

სტუდენტს რომ ეკითხა, ელექტროდფიზიოლოგიას შეუძლია თუ არა ნელის ტკივილის მორჩენა, სრული კატეგორიულობით ვეტყვოდი, რომ არა, არ შეუძლია. ამიტომ ჯიმი მართალი იქნებოდა, თუკი ავადმყოფის გარეშე შემეკამათებოდა. მაგრამ, მას უნდა სცოდნოდა, რომ, როცა ტკივილებისგან დატანჯული ავადმყოფი რაიმე პროცედურაზე იმედს ამყარებს, დაუშვებელია ამ იმედის ნართმევა.

ამასთან დაკავშირებით რამდენიმე კითხვას უნდა გავცეს პასუხი:

ეთიკურია თუ არა კატეგორიულად შეპირდე ავადმყოფის იეთი რამ, რაც შესაძლოა არ შესრულდეს? ცხადია, არავითარი უშუალო კავშირი არ არსებობს ნინაგულეების ფიზიოლოგიასა და ნელის ტკივილს შორის, და სრული ავანტიურის იყო ჩემს მიერ იმის შეპირება, რომ ქალბატონს ტკივილი მოეხსნებოდა. მაგრამ, ასეთი იდეა თავად ავადმყოფს გაუჩნდა და რატომ უნდა ნაფართვა იმედის ნაპერწკალი გაჭირვებულს, რომელიც ნყალნაღებულოვით ხავეს ეკიდება? იმისთვის, რომ საკუთარი თავი დავიზღვიო?

მეორე მხრივ, ვის შეუძლია უარყოს, რომ ელექტროშოკმა შეიძლება განყვიტოს ნერვულ-რეფლექსური თავისებური მანკიერი წრე, რომელსაც ნარმოშობს კუნთების და ფასციების გალიზიანება? ჩვენ ხომ არ ვიცით როგორ მოქმედებს ჩინური აკუპუნქტურა, მაგრამ ამ მეთოდის ეფექტი ხომ აშკარაა. რეფლექსოთერაპიის თეორიის განხილვას არ ვაპირებ, მაგრამ განა არ შეიძლება ელექტროშოკმა მსგავსი ნერვული ზემოქმედება მოახდინოს? ფაქტი ჯიუტია, ქალბატონს ტკივილი მოეხსნა და კლინიკიდან სრულიად ბედნიერი გაეწერა (საფიქრებელია, რომ აღწერილ შემთხვევაში ტკივილები ნეიროპათიური გენეზის იყო, რომლის დროსაც პლაცებო და, ზოგადად, ფსიქოთერაპია ძალზე ეფექტურია – ვ.ლ.).

ექიმი ოპტიმიზმს უნდა ასხივებდეს და, მაშინ, პაციენტიც განიმსჭვალება რწმენით. ზედმეტი ოპტიმიზმის ნუ შეგეშინდებათ და თავის დაზღვევის მიზნით ნუ დაიწყებთ ავადმყოფთან ალტერნატიული შესაძლებლობების განხილვას, უბრალოდ რომ ვთქვათ – ნუ მიედ-მოედებით. პროფესიონალური თავდაჯერებულობა დაგეხმარებათ იმაში, რომ გადაარჩინოთ ავადმყოფი იმ ზედმეტი გამოკვლევებისგან, რომლებიც მის უკმაყოფილებას და, ზოგჯერ, ინვალიდობასაც კი იწვევს.

შემდეგი ისტორიაც იმის კარგი ილუსტრაციაა, თუ რა ეფექტურად არღვევს პათოლოგიურ სიმპტომთა მანკიერ წრეს ექიმის თავდაჯერებულობა და არაორაზროვანი საუბარი.

8. 2. ოზლიანი ხელისგულევი

• ჩემს წინაშე ძალზე გამხდარი, სუსტი და ნაზი აგებულების ქალი იჯდა. ოთახის კუთხეში, როგორც ჩიორა თოვლიან ხის ტოტზე, ისე მიყუჟულიყო. ხელები მუხლებისთვის შემოეხვია და გულამოსკვნით ქვითინებდა. როდესაც მივესალა და ხელი გავუწოდე, შეიმშუშნა და მორცხვად, ოდნავი შეხებით ჩამომართვა ნამიანი, ცივი ხელი.

გაირკვა, რომ არც ისე დიდი ხნის გათხოვილი იყო და ერთი წლის ჯანმრთელ ბიჭუნას ზრდიდა. ჯანმრთელობის მხრივ პრობლემები არასოდეს ჰქონია, მაგრამ ერთხელ მოულოდნელი გულისფრიალი იგრძნო. როდესაც სათანადო თანხა შეაგროვა, ექიმს მიმართა, რის შემდეგაც მის ცხოვრებაში ნამდვილი კომპარი დაიწყო.

ექიმმა უთხრა, რომ მას გულის რიტმის სიცოცხლისთვის საშიში დარღვევა – ექსტრასისტოლია ჰქონდა, რაც გულის გაჩერების და უეცარი სიკვდილის წინამორბედი შეიძლება ყოფილიყო! ექოკარდიოსკოპიამ *მიტრალური სარქველის პროლაფსი* (მსპ) დაუდგინა. ასეთი დასკვნით დამფრთხალი ქალი ექიმთან რეგულარულად – კვირაში ერთხელ დადიოდა. კონსულტაციები და ელექტროკარდიოგრამის გადაღება კი დიდ თანხას მოითხოვდა. გარდა ამისა, იძულებული გამხდარა ძიძა აეყვანა, ვინაიდან ექიმებს ბავშვთან მარტო დარჩენა აუკრძალავთ – ნებისმიერ დროს შეიძლება გულის გაჩერება განვითარდეს! ანტიარითმული საშუალებებისგან გაჭყპილი იყო, რის შედეგადაც გულისრევა და თავბრუსხვევა დაეწყო. ვინაიდან ცოლ-ქმარს ძიძისთვის ფული აღარ ჰყოფნიდათ, დასახმარებლად დედამთილი მოიხმეს, რომელიც რძალს ძალიან მბრძანებლურად ექცეოდა და სრულიად დათრგუნა – 24 წლის საცოდავი ქალი საკუთარ სახლში თავს სტუმრად გრძნობდა. სიცოცხლის ხალისი სრულიად დაკარგა, ნუგეშად ტირილილა დარჩენოდა.

ყურადღებით გავსინჯე და მცირე ხარისხის მიტრალური სარქველის პროლაფსის და ერთეული ექსტრასისტოლების გარდა, ვერაფერი ვერ აღმოვუჩინე. მშვიდად და დამაჯერებლად ავუსხენი, რომ მის სიცოცხლეს არაფერი არ ემუქრებოდა, არავისი დახმარება არ სჭირდებოდა და შეეძლო ცხოვრება უწინდებურად გაეგრძელებია. ქალი ჩემ თვალწინ გაახალგაზრდავდა, გალამაზდა. როდესაც გამოთხოვებას აპირებდა, შევაჩერე და განზრახ ზედმეტად სერიოზულად მივმართე:

– მე მინდა უფრო მნიშვნელოვანი პრობლემის შესახებ გელაპარაკოთ. თქვენი ერთადერთი სერიოზული პრობლემა ოფლიანი ხელისგულეობა! (*ძალზე ნატიფი ფსიქოლოგიური სვლა!* – ჯ.ლ.)

ცხადია, იგი რაღაც საშინელებას ელოდა და, ამიტომ, გახარებულმა მორცხვად გამიღიმა – მომიყვა, რომ გათხოვებამდე ეს საკითხი მართლაც დიდ პრობლემებს უქმნიდა – ცეკვა ძალიან უყვარდა, მაგრამ საკუთარი ხელების რცხვენოდა.

მე ავუსხენი, რომ ნამიანი ხელისგული უფრო შესამჩნევი ხდება იმის შედეგად, რომ იგი ძალზე ზერელედ ართმევს ხელს.

– ჩამოართვით ხელი მტკიცედ, გაბედულად, ნუ იფიქრებთ ამ პრობლემაზე და იგი ნაკლებ შესამჩნევი გახდება.

რამდენიმე წუთი ვავარჯიშე ხელის ჩამორთმევაში და ქალი დაძაბულობისგან განთავისუფლდა, გამხიარულდა და, თქვენ წარმოიდგინეთ, ხელისგულეობის ნამიანობამაც მოუკლო. ნამდვილი მეტამორფოზა მოხდა – ქალი სრულიად გარდაისახა. ამ ვიზიტის შემდეგ რამდენჯერმე ტელეფონით შემეხმინა და სიხარულით მამცნო, რომ გულის მხრივ პრობლემები აღარ ჰქონდა.

გაოცებული ვარ – როგორ შეუძლიათ ექიმებს ასეთი შეცდომის დაშვება?! რატომაა, რომ ექიმთა უმრავლესობა მიტრალურ პროლაფსს და ერთეულ ექსტ-

რასისტოლებს საშუალო პათოლოგიად თვლის. ეს სრული აბსურდია – მიტრალური პროლაფსი, თუკი მას თან არ ახლავს სხვა დამამძიმებელი ცვლილებები, უწყინარი და ძალზე გავრცელებული მოვლენაა. სხვადასხვა მონაცემებით იგი პოპულაციის 10-25%-ს (შეერთებულ შტატებში 25 მილიონს) აღენიშნება. უფრო ხშირია ახალგაზრდა ქალებში, მაგრამ ამ ჯგუფში უეცარი სიკვდილი იმდენად იშვიათია, რომ ასეთივე „წარმატებით“ შეიძლება სიკვდილის მიზეზად ჭორფლიანობა ჩავთვალოთ! უფრო მეტიც, უეცარი სიკვდილის მიზეზი უზშირესად ანტიარტემული თერაპიაა. მაშ, რა-შია ამ გასაოცარი „პროლაფსოფობიის“ მიზეზი?

საქმე იმაშია, რომ რეკომენდაციებს და გაიდლაინებს უმაღლესი სამეცნიერო ინსტანციები ქმნიან. სამეცნიერო კლინიკებში ხვდება გართულებული კლინიკური შემთხვევები (ბაქტერიული ენდოკარდიტი, გამოხატული რევურტიცია, მიქსომა, ხშირი ფატალური ექსტრასისტოლია და ა.შ.). ჩვეულებრივ, გაურთულებელ „პროლაფსს“ სამეცნიერო დანესვლებებში არაფინ არ დაანვენს. იწყება კლინიკის ექიმების სამეცნიერო წერილების გამოქვეყნება, რომლებშიც „გვიმტკიცებენ“, რომ მსპ-ს ახასიათებს 5-10-15 %-ში იცა თუ ის სერიოზული გართულება. ხანგრძლივი პრაქტიკის განმავლობაში ჩემს კლინიკაში ამ პათოლოგიით სულ რამდენიმე ავადმყოფი გარდაიცვალა, მაგრამ, მე ვიყავი კლინიკის ხელმძღვანელი, სადაც მთელი მსოფლიოდან მოდიოდნენ არტემიის სამკურნალოდ! როგორ შეიძლება ასეთი სტატისტიკის მთელ პოპულაციაზე გავრცელება? (უახლესი საერთაშორისო მონაცემებით მსპ-ის არსებობა არ ზრდის უეცარი კარდიული სიკვდილის რისკს, თუკი თან არ ახლავს პროგნოზის დამამძიმებელი რისკფაქტორები. ექსტრასისტოლია ხშირია მსპ-ის დროს და მისი მიზეზებიც მრავალგვარია. ასთენური კონსტიტუციის ქალებში, რომელთაც მსპ-ს გაცილებით ხშირად აღენიშნებათ, ამავე დროს მიდრეკილნი არიან ზოგადი ასთენიზაციისადმი, ვეგეტატივობისადმი, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ექსტრასისტოლიის განვითარებას. რალა თქმა უნდა, ექიმის მიერ ასეთი ავადმყოფის დაშინება კიდევ უფრო დამამძიმებს მის მდგომარეობას – ჯ.ლ.).

იძულებული ვარ მკითხველს ტრივიალური აქსიომა შევახსენო: ნებისმიერი პაციენტი ექიმთან დახმარების მისაღებად მიდის. დახმარება კი პირველივე შეხვედრისთანავე შეგვიძლია აღმოვუჩინოთ, თუკი თავად ვართ ოპტიმისტი და დარწმუნების უნარიც გვაქვს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფზე მხოლოდ ნათქვამის შინაარსი კი არ მოქმედებს, არამედ ინტონაცია, შესტი, გამოხედვა. დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ ზედმეტი შეზღუდვების მოხსნას, რომლებიც ავადმყოფს ცხოვრების აზრს და მკურნალობის მოტივაციას უკარგავს.

გასაოცარია, რომ ექიმები ზოგჯერ იმ რელიგიურ ფანატიკოსებს ემსგავსებიან, რომლებიც წარსული სიამოვნებას ცოდვად თვლიდნენ და ასკეტიზმს ქადაგებდნენ. რა უფლებით უზღუდავენ ადამიანს ნორმალურ ცხოვრებისეულ სიამოვნებას (ზომიერების და საღი აზრის ფარგლებში), როდესაც პრაქტიკულად შეუძლებელია გამოსავლის ზუსტი პროგნოზირება. ეს განსაკუთრებით ეხება ხანდაზმულ პაციენტებს, რომელთაც ისედაც ამქვეყნიური მწირი სიამოვნებანი დარჩენიათ.

ამასთან დაკავშირებით მახსენდება ერთი საექიმო ანეკდოტი. პაციენტი ექიმს ეკითხება: „როგორ მოვიქცე, რომ დიდხანს ვიცოცხლო?“ ექიმი ჩამოუთვლის აკრძალვებს, რაშიც შედის ყველაფერი, რაც ავადმყოფს უყვარს. ავადმყოფი ეკითხება: „თუ ყველაფერი იმაზე უარს ვიტყვი, რაც მიყვარს, ნამდვილად დიდხანს ვიცოცხლებ?“ ექიმი მშვიდად პასუხობს: „არა, არ ვიცი, მაგრამ ასე ითვლება“.

მე ვცდილობ, რომ ავადმყოფი რაც შეიძლება ნაკლებად შევზღუდო. მაშინაც კი, როცა რაიმე საკვები ან საქმიანობა მანყინარია, საჭიროა ზომიერების დაცვა. მკაცრ აკრძალვას ავადმყოფი ან არ შეასრულებს, ან ისე შეშინდება და დაითრგუნება, რომ თავს უარესად იგრძნობს. უბრალო მაგალითი: თუკი ადამიანი წლის განმავლობაში

ერთ კვერცხსაც არ მიირთმევს (არადა, ძალიან უყვარს), არა მგონია, რომ თავი უკეთ იგრძნოს იმასთან შედარებით, ვინც ასეთ მკაცრ აკრძალვას არ ასრულებს. პირიქით კი სავსებით შესაძლებელია მოხდეს: რადგან ავადმყოფს შთააგონეს, რომ კვერცხი მისთვის შხამია, იგი სულ დაძაბულია, ებრძვის საკუთარ გულის წადილს. ასეთი დაძაბულობა, დიდი ფიზიოლოგის უოლტერ კენონის თეორიის თანახმად, ფიტავს ნერვულ სისტემას, აძლიერებს სიმპათო-ადრენალურ რეაქციებს და ხელს უწყობს გულ-სისხლძრღვეთა დაავადებების განვითარებას. არსებითად, ასეთი ავადმყოფი ქრონიკული სტრესის პირობებში ცხოვრობს.

ყველა შემთხვევაში, გადარჩენის საუკეთესო შანსი იმათ ხელშია, ვისაც ეხერხება ცხოვრებისადმი მშვიდი, ფილოსოფიური დამოკიდებულება შეინარჩუნოს და, განსაკუთრებით, ვინც, ამავე დროს, არ კარგავს იუმორის გრძნობას.

300 წლის წინ დიდი თომას სიდენჰემი წერდა: „ქალაქში ერთი კლოუნის ვიზიტი უფრო კეთილისმყოფელია მცხოვრებთა ჯანმრთელობისთვის, ვიდრე ნამლებით დატვირთული 20 ვირის შემოსვლა“ (Thomas Sydenham, 1624-1689, „ინგლისელი პიპოკრატე“ – ჯ.ლ.).

ექიმი ოპტიმიზმს უნდა ასხივებდეს. მან უმძიმეს სიტუაციაშიც უნდა მონახოს იმედის ნაპერწკალი. მაშინაც კი, როდესაც პროგნოზი პესიმისტურია, ექიმის ოპტიმიზმი ავადმყოფსაც გადაეცემა ხოლმე და საოცრებებს ახდენს. განა მკაცრი აკრძალვები ოპტიმისტურ განწყობას ხელს უწყობს?! ჩემი დევიზია: „ექიმმა რაც შეიძლება ნაკლები შეზღუდვები უნდა დაუწესოს ავადმყოფს! უმჯობესია ეს თავად ავადმყოფმა გააკეთოს“ (ავადმყოფს ნაკლებად შეუძლია საკუთარ თავს შესაფერისი შეზღუდვები განუსაზღვროს; შეზღუდვები, ოღონდაც, მხოლოდ აუცილებელი (!), ექიმმა უნდა დაუწესოს. – ჯ.ლ.).

ასეთი მიდგომის წყალობით ბედნიერება მქონდა ავადმყოფთა გადარჩენის გასაოცარი შემთხვევების მოწმე ვყოფილიყავი მაშინაც კი, როდესაც ამის არავითარი საფუძველი არ არსებობდა. შემდეგი ისტორია ამ მოსაზრების ნათელი ილუსტრაციაა.

8. 3. უკანასკნელი აპანტიურა

• პროფესორ ტ.-ს ვიზიტი ყოველთვის დიდ სიამოვნებას მანიჭებდა. აღტაცებული ვიყავი მისი ერუდიციით იურისპრუდენციაში, მაგრამ კიდევ უფრო მეტად მისი სიცოცხლით სავსე ხასიათი და მაღალი ღირსების გრნობა მომწონდა. 20 წლის წინ მიოკარდიუმის გავრცელებული ინფარქტი გადაიტანა, რამაც კარდიომეგალია და გულის უმძიმესი უკმარისობა დაუტოვა. მიუხედავად ამისა, პროფესორმა განაცხადა, რომ არ აპირებს ცხოვრების სტილში მნიშვნელოვანი ცვლილებების შეტანას.

გამომშვიდობებისას მკითხა, კიდევ რამდენ წელს ვიცოცხლებო?! რა უნდა მეთქვა? ყველანი უფლის ხელში ვართ-მეთქი – დაშტამპული პასუხი გავეცი, ვინაიდან ამ კაცს ტყუილს ვერ ვაკადრებდი. როგორი ამინდი იქნება ერთი კვირის შემდეგ, ის არ ვიცით და ცხოვრების ხანგრძლივობას ვინ განსაზღვრავს-მეთქი – დავუმატიე.

პროფესორმა ზრდილობიანად მომისმინა, მაგრამ მომთხოვა უფრო კონკრეტული ვყოფილიყავი, რათა სწორად და რაციონალურად დაეგეგმა დარჩენილი წლები. რა გაეწყობოდა, იძულებული ვიყავი, ჩემი შეხედულებით, მაქსიმალურად ოპტიმისტური პროგნოზი გამომეთქვა – არანაკლებ 5 წლისა თქვენს ხელთაა-მეთქი.

ამის შემდეგ პროფესორს მსაგავსი შეკითხვა აღარ მოუცია. ცხოვრებას ჩვეუ-

ლებრივად აგრძელებდა: ჰარვარდში ლექციებს კითხულობდა, ეგვიპტეში და შორეულ აღმოსავლეთში მოგზაურობდა, ზაფხულობით იალქნიანი ნავით ჩრდილოეთის ზღვებში დაცურავდა. ხუთი წელი კარგა ხნის გასული იყო, მაგრამ არასოდეს არ უსაყვედურია ჩემი მოკრძალებული პროგნოზის გამო. 20 წლის შემდეგაც კი მხნედ გამოიყურებოდა, თუმცა გულის შეგუბებითი უკმარისობა პროგრესირებდა, რომელსაც მოციმციმე არიტმიაც დაერთო.

მისმა ერთ-ერთმა მეგობარმა მითხრა, რომ ფილადელფიაში კონფერენციის დროს პროფესორს რამდენიმე წამით გონება დაუკარგავს. ჰოსპიტალიზაციის დროს მონიტორმა პარაკუჭოვანი ტაქიკარდიის (სინშირე 300-მდე წუთში) ხანმოკლე ეპიზოდები დააფიქსირა. ასეთი რამ ახალგაზრდა, ჯანმრთელი მიოკარდისთვისაც კი საშიშია, ხოლო პროფესორის გულისთვის – ასისტოლიის ტოლფასი იყო. მკურნალობა გახანგრძლივდა, ვინაიდან გულის უკმარისობის გამოვლინებები (ცინაოზი, ხშირი კარდიული ასთმები) და ტაქიარტიმია მკურნალობას ცუდად ემორჩილებოდა.

ყოველივე ამის ფონზე წარმოიდგინეთ ჩემი გაცოცება, როდესაც ერთ მშვენიერ დღეს პროფესორმა მკითხა: „დოქტორ ლაუნ, ხომ შეიძლება ჩემი მოგზაურობა იალქნიან ნავზე?“ – მეგობრებს თურმე ისლანდიაში გამგზავრება ჰქონდათ დაგეგმილი!

ცოტა არ იყოს დავიბენი – მისი ხასიათი კარგად ვიცოდი და შეკითხვაც ისე იმპერატიულად შელერდა, რომ უარს გამოიციცხავდა. ამიტომ, უარის ნაცვლად მე დანერვილებით გამოვიხატე: მოგზაურობის მარშრუტი, პირობები ნავზე, მისი მოვალეობა ცურვის დროს, ნაკლებმარილიანი დიეტის დაცვის შესაძლებლობა და ა.შ. ამ საუბრისას ვიგრძენი, რომ ხანგრძლივი და ნაყოფიერი ცხოვრების ბოლოს პროფესორს უკანასკნელი ავანტიურა ჰქონდა ჩაფიქრებული და, ამიტომ, მე ადამიანურად გამიჭირდა წინააღმდეგობის განევა! ვინაიდან თანხმობის მიცემა გადავწყვიტე, შევუდექი პრაქტიკული საკითხების მოგვარებას: ჯერ ერთი, ვასწავლე, როგორ მოქცეულიყო, რა მედიკამენტები მიეღო, როდესაც ქოშინი და ფილტვებში ხიხინები დაეწყებოდა (თან უნდა წაეღო შარდმდენი საშუალებები, მორფიუმი და ჟანგბადის ბალირი). რაც მთავარია, შევთანხმდით, რომ იგი ხელშეკრულებას დადებდა ვერტმფრენების კომპანიასთან, რათა აუცილებლობის შემთხვევაში სასწრაფოდ გადაეყვანათ კლინიკაში. პროფესორი შესანიშნავ ხასიათზე დამშორდა, თუმცა ჯანმრთელობის მხრივ სასიხარულო არაფერი ჰქონდა.

ზაფხული მიიწურა და მე სულ უფრო მეტად განვიცდიდი ჩემს უსუსურობას, რომ ვერ მოვიკრიბე სულიერი ძალები და ვერ ავუკრძალე ავადმყოფს, ის რაც ძალიან უყვარდა, მაგრამ ამავე დროს, რაც მისთვის ძალიან სახფათო იყო. ასეთი მძიმე ავადმყოფის სამოგზაუროდ გაშვება, და ისიც, ჩრდილოეთის წყლებში – ჩემ მხრივ სრული უპასუხისმგებლობა იყო. დრო ძალიან ნელა გადიოდა, უკვე ნეკროლოგების თვალთვლება დავიწყე – პროფესორისთვის დარეკვას ვერც კი ვებედავდი. და, ჰოი საოცრება, როგორ მომეშვა გულზე – ერთ, მართლაც მშვენიერ, დღეს პროფესორი მისაღებ პაციენტთა სიაში ჩაწერილი აღმოვაჩინე!

ბევრად უკეთ გამოიყურებოდა, ვიდრე წასვლის დროს იყო. გარუჯვა ჯანსაღ იერს აძლევდა, ხოლო თვლებში სიცოცხლის ხალისი ჩასდგომოდა – სრულიად ბედნიერი იყო.

გამოკითხვისას გაირკვა, რომ დასაწყისში რამდენჯერმე დასჭირვებია გადაუდებელი დახმარება, მაგრამ ჩემი დარიგება გამოუყენებია და შემდგომში თავს უკეთ გრძნობდა.

- ვერტმფრენი ხომ არ დაგჭირვებიათ?
- როგორ არა – რა კარგია, რომ დაგიჯერეთ.
- ღმერთო ჩემო, ჩემი თავისთვის ვერ მიპატიებია – როგორ შეიძლებოდა თქვენი გაშვება, ფილტვების შემუშება დაგენყო?

- რას ამბობთ, დოქტორ ლაუნ, ვერტმფრენი მე კი არა, ყველას დაგვჭირდა. მთელი კვირა ყინულებში ვიყავით გაჩხერილი და იძულებული გავხდით გამოგვეძახა. ასე რომ, ყველანი თქვენი მაღლიერია.

სამწუხაროდ, ეს პროფესორის უკანასკნელი ვიზიტი გამოდგა - რამდენიმე თვის შემდეგ იგი ფილტვების შეშუპებით გარდაცვლილა. ინფარქტის გადატანის შემდეგ მან ჩემი „ღრმად მეცნიერული პროგნოზი“ გააცამტვერა - მთელი 20 წელი საინტერესოდ, ბედნიერად იცხოვრა და დაამტკიცა, რომ ადამიანის ნებას შეუძლია დაარღვიოს ყველა მეცნიერული გაიდლაინები.

ყოველივე ამას მხოლოდ იმისთვის არ ვყვები, რომ გიჩვენოთ ოპტიმიზმის და სიცოცხლის ხალისის მნიშვნელობა. ამაში, ვფიქრობ უკვე ეჭვი აღარ უნდა გვეპარებოდეს. მე მინდა ხაზი გავუსვა იმას, თუ რა უადგილოა ჩვენი მეცნიერული თვითკმაყოფილება. უმეტესობა თვლის, რომ მეცნიერული მედიცინის ეპოქაში ვარაუდი და ინტუიცია ანაქრონიზმია - აგერ ბატონო, გამოკვლევის უახლესი მეთოდები, გაიდლაინები და მზადაა მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტი.

ნეტავ მართლაც ასე იყოს! მე საერთოდ მეეჭვება, რომ ოდესმე ასე იქნება. ხანგრძლივი გამოცდილება მარწმუნებს, რომ ჩვენი მედიცინა ჯერ კიდევ უცხო წყლებში მცურავ გემს ჰგავს, რომლის კომპასი ხან მუშაობს და ხან არა.

სამედიცინო რეკომენდაციები, გაიდლაინები სტატისტიკურ მონაცემებს ეყრდნობა. გამოცდილება ექიმმა კი იცის, რომ მეცნიერებას ყველა კლინიკური პრობლემის ახსნა არ შეუძლია. მკურნალობის პროცესში უზშირესად გადამწყვეტი ექიმის გამოცდილება, სალი აზრი, ინტუიცია, დარწმუნების უნარი და, რაც მთავარია, ყურადღება და ოპტიმიზმი ხდება.

ნებისმიერი ავადმყოფი იმდენად ინდივიდუალურია, რომ ვერავითარი გაიდლაინი მის პიროვნულ მხარეს ვერ გაითვალისწინებს, და ამაში ვერც საშუალო სტატისტიკური მონაცემები გვიშველის. ეს მხოლოდ კარგ ექიმს ძალუძს.

თავი 9.

მკურნალობის უჩვეულო მეთოდები

ჩემი სწავლების პროცესი და ექიმად ჩამოყალიბება მედიცინაში რევოლუციური ცვლილებების პერიოდს დაემთხვა - ფუნდამენტურმა აღმოჩენებმა პრაქტიკული მედიცინა რადიკალურად შეცვალა. XX საუკუნის 40-იან წლებში პნევმონია ჯერ კიდევ სასიკვდილო დაავადებად ითვლებოდა, პოლიომიელიტი - უსაშინლეს სასჯელად, ხოლო მასტიტი ახალგაზრდა დედებს შიშის ზარს სცემდა. ბაქტერიული ენდოკარდიტის და ტუბერკულოზის ეფექტური მკურნალობის მეთოდები არ არსებობდა. ჯონ ჰოპკინსის კლინიკა გადავსებული იყო ავადმყოფებით, რომელთაც გულის სარქველების რევმატიული და ათაშანგური დაზიანებები ჰქონდათ, კარდიოქირურგია კი მხოლოდ ფეხს იდგამდა. ჰემოდიალიზზე წარმოდგენა არ გვექონდა და ავადმყოფები ურემიული გენეზის კანის ქავილით იტანჯებოდნენ, ჩვენ კი სიტყვიერი ნუგეშის გარდა ვერაფრით ვერ ვეხმარებოდით.

ვერ დავივინყებ იმ ავადმყოფს, რომელმაც თავი ტულაეტში ჩამოიხრჩო. ჯერ კიდევ ცოცხალს მიუხსნარი და როდესაც ჩამოვხსენი და გულუბრყვილად მაღლობას ველოდი, ხელი მკრა და მითხრა: „თქვენ ექიმი კი არა, ფაშისტი ხართ“.

ბევრირომარგავაგრძელო, დღევანდელი გადასახედიდან შემიძლია დაბეჯითებით

აღვნიშნო, რომ ჩემი შეგნებული ცხოვრების განმავლობაში დიაგნოსტიკამ და ფარმაცოთერაპიამ უდიდესი პროგრესი განიცადა. სადიაგნოსტიკო ტექნიკამ შესაძლებელი გახადა ისეთი დაავადებების ამოცნობა, რომელთა შესახებ მანამდე არაფერი არ ვიცოდით, ხოლო ფარმაცოქიმიამ შექმნა ისეთი მედიკამენტები, რომლებზეც ვერც კი ვიოცნებებდით. ერთი შეხედვით, დადგა ეპოქა, როდესაც ექიმის პიროვნებას, მის ინდივიდუალურ თვისებებს აღარა აქვს მნიშვნელობა. წარმატების სანინდარი პროფესიული კომპეტენტურობა და უახლესი ტექნიკური არსენალის გამოყენება. აღარც იმას აქვს მნიშვნელობა, სწამს თუ არა ავადმყოფს კონკრეტული ექიმის ან მედიკამენტის. პნევმონიის მკურნალობისთვის სწორად შერჩეული ანტიბიოტიკია მთავარი და არა ექიმის პიროვნული თვისებები. იქმნება ილუზია, თითქოს მედიცინა მეცნიერებაა და მეტი არაფერი – მიმდინარეობს მედიცინის ინდუსტრიალიზაციის პროცესი. ამის შედეგად ექიმებმა დაკარგეს ავადმყოფთან ურთიერთობის ტრადიციული უნარ-ჩვევები, ავადმყოფის გამოკითხვას და მასთან საუბარს ძალზე მცირე მნიშვნელობა ენიჭება. ყურადღების ცენტრშია ავადმყოფის მკურნალობის უახლესი მეთოდები და არა განკურნების პროცესი, როგორც ასეთი. მასმედია მედიცინის უახლესი მიღწევების შესახებ ინფორმაციითაა აჭრელებული და ადამიანებს არასწორი შეხედულება ექმნებათ, თითქოს, მედიცინა ყოველს-შემძლეა. შესაბამისად, ავადმყოფს სურს, რომ ექიმმა მედიკამენტების საშუალებით ჯანმრთელობის ნებისმიერი პრობლემა მოუხსნას.

მეორე მხრივ, ვინაიდან ადამიანის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა, მოიმატა ქრონიკულ დაავადებათა პროცენტმა. ამავ დროს, ადამიანი განებივრდა და, ამის შედეგად გაჭირვებულა, „განაზდა“. იგი სულ უფრო ძნელად იტანს მცირე დისკომფორტსაც კი, ხოლო სამედიცინო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობამ ზოგიერთი დაავადების მიმართ შიში კატასტროფულად გაზარდა. სიმპტომები, რომლებსაც ჩვენი წინაპრები ყურადღებასაც არ მიაქცევდნენ, ახლანდელ პაციენტს სიცოცხლისთვის საშიში დაავადების ნიშნად მიაჩნია. ეს პრობლემა მსუბუქი იუმორით ნორმან კახენსმა გამოთქვა: „ადამიანთა უმრავლესობას სჯერა, რომ უსასრულოდ იცოცხლებს, მაგრამ როგორც კი მათ სურდო დაემართებათ, ფიქრობენ, რომ სიკვდილი მიუახლოვდათ“.

გასაოცარი წარმატებების პარალელურად თანამედროვე ეპოქაში მედიცინის მიმართ იმედგაცრუება აღინიშნება. 1994 წლის ჰარვარდის უნივერსიტეტის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის თანახმად, ჯანდაცვის სისტემის მუშაობით გამოკითხულთა მხოლოდ 18% არის კმაყოფილი. სამაგიეროდ, მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდები სულ უფრო პოპულარული ხდება. სარწმუნო სტატისტიკური მონაცემებით, რომელიც გამოქვეყნდა სოლიდურ ჟურნალში (New England Journal of Medicine), შეერთებული შტატების ინგლისურენოვანი მოსახლეობის გამოკითხულთა 34% წელინადში თუნდაც ერთხელ მაინც მიმართეს არატრადიციული მედიცინის წარმომადგენლებს. გამოკითხვამ აჩვენა, რომ მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდები გამოიყენებოდა, ძირითადად, ქრონიკული, სიცოცხლისთვის არასაშიში დაავადებების დროს (თავის, სახსრების და კუნთების ტკივილი, ალერგია, დისპეპსიური ჩივილები). ყველაზე ხშირად არატრადიციულ მეთოდებს იყენებდა 50 წელზე ახალგაზრდა უმაღლესი განათლების მქონე(!) თეთრკანიანი მოსახლეობა. სტატისტიკის ავტორების მიხედვით, ამერიკის მოსახლეობა წელინადში 813 მილიონჯერ მიმართავს მედიცინის მუშაკებს, აქედან არატრადიციული მედიცინის წარმომადგენლებს – თითქმის 50%-ში. რაშია საქმე, მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდები რატომ გახდა ასე პოპულარული? იქნებ იმიტომ, რომ ორთოდოქსალური მედიცინა ვერ ათავისუფლებს პაციენტებს ყველაფრისგან, რაც მათ ანუხებთ? ექიმთან მიმართვის შემდეგ სრული განკურნების შეგრძნება პაციენტთა მხოლოდ 25%-ს აქვს. დანარჩენ

75%-ს რჩება პრობლემები, რომლებსაც ოფიციალური მედიცინა ვერ შეეღოს! ამ მოვლენის მასშტაბურობა გამოვლინდა, როდესაც აშშ-ის კონგრესის დავალებით ჯანმრთელობის ნაციონალურმა ინსტიტუტმა ალტერნატიული მედიცინის მეთოდების (აკუპუნქტურა, ჰომეოპათია, ფიტოთერაპია და სხვა) პოპულარობა შეისწავლა.

ჩემი, როგორც კარდიოლოგის, ხანგრძლივი გამოცდილების საფუძველზე შემიძლია ვამტკიცო, რომ პაციენტთა მხოლოდ 50%-ის ჩივილები იყო გამოწვეული გულის დაავადებებით. დანარჩენ შემთხვევებში ავადმყოფებს სტრესული გენეზის სხვადასხვა ჩივილი ჰქონდათ. ისიც შევაჩინე, რომ პაციენტი არ მიმართავს ალტერნატიული მედიცინის ნარკომადგენლებს, თუკი ხედავს, რომ ექიმი განწყობილია ავადმყოფის განსაკურნავად და ამისთვის იყენებს მეცნიერულ მიღწევებს, პირად გამოცდილებასაც და, თუ გნებავთ, პატარ-პატარა „ემპა-კობებსაც“. სამწუხაროდ, ამას სამედიცინო ფაკულტეტებზე არ ასწავლიან. ამას ცოტა ნიჭი და საკმაო გამოცდილება სჭირდება, თანაც, კარგ, გამოცდილ ექიმთან მუშაობა.

მე გამიმართლა და საკმაოდ დიდხანს მომიწია სამუელ ლივანთან მუშაობა. ერთ-ერთი მისი „ემპაკობა“ მდგომარეობდა იმ ავადმყოფის დაშინებაში(!), რომელიც არ აპირებდა ექიმის რჩევა-დარიგების შესრულებას. გულის მიძიმე უკარისობის დროს ავადმყოფს ვარკვეული დროით „უანგბადის კარავში“ ვათავსებდით. მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების შემთხვევაში, სანამ პაციენტს კარვიდან გამოვიყვანდით, ლივანი შეიყუყუბოდა ამ ვინრო კარავში, დაიხრებოდა ავადმყოფისკენ, თვალს თვალში გაუყრიდა და შელოცვის მსგავსი ინტონაციით ეტყოდა: „თუ თამბაქოს თავს არ დაანებებთ, თქვენი გული შემდეგ შეტევას ველარ გადაიტანს“. არც ერთი ზედმეტი სიტყვა. ამის შემდეგ იგი უხმოდ გამოვიდოდა კარვიდან. მე არ მახსოვს შემთხვევა, რომ ასეთი „პროცედურის“ შემდეგ რომელიმე პაციენტს თამბაქოს წვევა განეახლებინოს. უფრო მეტიც, ისინი შემდგომში თავად იწყებდნენ თამბაქოს წინააღმდეგ აგიტაციას. რა იყო ეს, თუ არა ინდივიდუალური „პატარა ემპაკობა“?

არ შემიძლია კვლავ არ მოვიხმო რუსი ექიმის ნათქვამი: „ექიმთან ყოველი შეხვედრის შემდეგ პაციენტი თავს უკეთ უნდა გრძნობდეს“. ეს სიტყვები ყოველთვის მახსენდება, როდესაც განწირულ ავადმყოფთან შევდივარ და არ ვიცი ხოლმე როგორ დავეხმარო. მაშინ მე გადავადრუნებ და გაუფუფმფულებ ბალიშს, ავადმყოფს მშრალ, გასწორებულ ბალიშზე დავანვენ და, თუ საჭიროდ ჩავთვლი, საბანსაც გაუწნწორებ ან წყალს შევთავაზებ. პალატიდან გამოსულს ხშირად გამიგია ექთნისთვის პაციენტის ნათქვამი: „რა კარგი ექიმია!“ თურმე რა ცოტაა საჭირო, რომ ავადმყოფს ასიათვენი და მან დროებით მაინც თავი უკეთ იგრძნოს!

9. 1. ოცნება ერპოქპერცხვა

• 50 წლის ბატონი ჰ. სკოლის მასწავლებელი იყო. ეს ინტელიგენტი და სათნო ადამიანი ძალზე შემფოთებული იყო საკუთარი ჯანმრთელობით, რის გამოც ექიმებს ხშირად მიმართავდა. ბავშვობაში გადატანილმა რევმატიზმმა მიტრალური სტენოზი დაუტოვა, მაგრამ დროულად ჩატარებული ქირურგიული მკურნალობის (კომისუროტომია) შედეგად თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობდა. სამწუხაროდ, შემდგომ ინფექციური ენდოკარდიტიც დაერთო, რომელმაც მიტრალური სარქველი სრულიად დაუზიანა. ამჯერად სარქველის პროტეზირება ჩაუტარდა, რის შემდეგაც მდგომარეობა კვლავ გაუმჯობესდა.

ბოლო ხანებში ბატონ ჰ.-ის მთავარი საზრუნავი სისხლში ქოლესტერინის დონე

გახდა. მიუხედავად იმისა, რომ ათეროსკლეროზის რისკფაქტორები არ გააჩნდა, ძალიან მკაცრ „ანტიათეროსკლეროზულ დიეტას“ იცავდა – ცხოველურ ცხიმებს თითქმის არ იღებდა. “ ჩემი ცოლი მკაცრად აკონტროლებს, რომ გრამი ქოლესტერინისა არ მოხედეს ჩემს ორგანიზმში” – სევდიანად ჩაილაპარაკა.

ერთ-ერთი ვიზიტი შობის დღესასწაულის წინა დღეებს დაემთხვა და დავინტერესდი, ყველაზე მეტად რას ინატრებდა.

– ექიმო, დიდი ხანია ეროკვერცხზე ვოცნებობ, მაგრამ ცოლი კატეგორიულად მიკრძალავს – მეუბნება, რომ ეს ჩემთვის ნამდვილი შხამია.

მე აუუსხენი, რომ მისი ჯანმრთელობა სრულებით არ მოითხოვს ასეთ მკაცრ დიეტას. „ის კი არა და, კვირაში ერთხელ თქვენი ასაკის მამაკაცისთვის ეროკვერცხის მიღება აუცილებელიც კი არის“ – განზრახ დაბეჯითებით ვუთხარი.

დარწმუნებული ვიყავი, რომ პაციენტს მისი მეუღლე არ დაუჯერებდა. ამიტომ რეცეპტის ბლანკზე დაფუნერე, რომ ყოველ კვირაობით ბატონ ჰ.-ს ენიშნებოდა ორი კვერცხის ომლეტი. შემდეგი ვიზიტის დროს ავადმყოფის თვალები ბედნიერებას ასხივებდა და მას არავითარი ჩივილი აღარ ჰქონდა.

– ექიმო, ასე მოუთმენლად კვირადღეს არასდროს არ დავლოდებივარ. თქვენმა წერილმა მეუღლემ შეცვალა – მან ირწმუნა, რომ ჩემი საქმე არც ისე ცუდადაა. ასეთი ძვირფასი საჩუქარი არავისგან არ მიმიღია – თქვენი წყალობით კვირადღე დღესასწაულად მექცა.

9. 2. ალტირნატიული მედიცინა და აკუპუნქტურა

აკუპუნქტურა უძველესი ჩინური მედიცინის სამკურნალო მეთოდია, რომელსაც ნებისმიერი დაავადების განკურნების უნარი მიეწერება. იგი განსაკუთრებით ეფექტურია სხვადასხვა სახის ტკივილების კუპირებისთვის. აკუპუნქტურის შესახებ პირველი წერილობითი წყარო „ნეი-ჩინგ“ ჩვენს ნელთალრიცხვამდე მესამე საუკუნეს მიეკუთვნება. მასში აღწერილია ამ მეთოდის გამოყენება ჯერ კიდევ ყვითელი იმპერატორის ხუან-დის პერიოდში, დაახლოებით ხუთი ათასი წლის წინ. ეროპაში მკურნალობის ამ მეთოდის შესახებ ცნობები მე-17 საუკუნეში ქრისტიანმა მისიონერებმა ჩამოიტანეს, მაგრამ აკუპუნქტურამ ფეხი ვერ მოიკიდა, სანამ ფრანგმა მეცნიერმა და დიპლომატმა სულიე დე მორანმა (George Soulié de Morant, 1878-1955) ჩინეთში მრავალი წლის მუშაობის შემდეგ XX საუკუნის 30-იან წლებში არ გამოაქვეყნა ფუნდამენტური სამტომიანი ნაშრომი. აკუპუნქტურა ეფუძნება დამოუკიდებელი ნატურფილოსოფიის კონცეფციას, რომლის მიხედვითაც სამყარო ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო საწყისის („ინ“- ცივი, ბნელი, უარყოფითი და „იან“- თბილი, ნათელი, დადებითი) ბრძოლის და ერთიანობის შედეგია. მათ ერთიანობას, ბალანსს „ცი“ ეწოდება, ხოლო მისი დეფიციტი ან სიჭარბე დაავადების განვითარების მიზეზია. ითვლება, რომ აკუპუნქტურა აღადგენს „ცი“-ს დარღვეულ ბალანსს. ადამიანს სხეულზე ათასამდე აქტიური წერტილია აღწუსებული, რომლებიც გარკვეულ ორგანოებს და ქსოვილებს შეესაბამება, ხოლო მათი შემაერთებელი ხაზებით – ე.წ. მერიდიანებით მოძრაობს „ცი“.

ჩემი პაციენტებისგან ხშირად გამოვიდა, რომ სხვადასხვა დაავადებების დროს აკუპუნქტურამ მათ ძალიან დიდი დახმარება გაუწია. ამიტომ ვეცადე წამეკითხა ყველაფერი, რაც ამ საკითხის შესახებ ინგლისურად იყო დაწერილი, მაგრამ წაკითხულმა ვერაფერში ვერ დამარწმუნა. აკუპუნქტურის თეორიისადმი ჩემს უარყოფით დამოკიდებულებას ინვევდა თუნდაც იმის „მტკიცება“, რომ ამ მეთოდს

პრაქტიკულად ყველა დაავადების მორჩენა შეეძლო. არაბუნებრივად მეჩვენებოდა, მაგალითად, მოსაზრება, რომ: ნალვლის ბუშტის სამკურნალო წერტილი თავის ქალას ფუძესთან მდებარეობს, ხოლო ფილტვების სამკურნალოდ უნდა გამოვიყენოთ მაჯაზე მოთავსებული წერტილები; თურმე, შიში თირკმლების დაავადების შედეგია, ხოლო დეპრესია – ღვიძლის დაავადების (თუმცაღა, ტერმინი „იპოქონდრული სინდრომი“, რომელიც Hypochondrium-იდან გამომდინარეობს, აგრეთვე ქართული „ნალვლიანობა“, „სევდა-ნალველი“ და რუსული „желчный характер“, ყველაფერი ეს მართლაც მიუთითებს იმაზე, რომ კავშირი ღვიძლსა და გუნება-განწყობას შორის ძველთაგანვე იყო შემჩნეული – ჯ.ლ.). არ შემეძლო იმის დაჯერება, რომ ტერფის გარკვეულ წერტილში ნემსის ჩხვლეტით შეიძლება ღვიძლის დაავადებების და, შესაბამისად, დეპრესიის მკურნალობა და ა.შ. ასეთი უაღრესად სკეპტიკური დამოკიდებულება რადიკალურად შემეცვალა, როდესაც აკუპუნქტურის მოქმედება საკუთარ თავზე გამოვიცადე.

საქმე იმაშია, რომ სკოლის ასაკში სპორტული ციგაობით ვიყავი გატაცებული და ერთ-ერთი შეჯიბრის დროს ხერხემალი სერიოზულად დავიზიანე. მრავალი წლის შემდეგ, 60-იან წლებში წელის ისეთი ძლიერი ტკივილი და იშიაზის შეტევები დამეწყო, რომ ნ თავის განმავლობაში თითქმის მუდმივ წოლით რეჟიმზე ვიმყოფებოდი. იძულებული ვიყავი ხერხემალზე ოპერაციას დავთანხმებოდი და, მართლაც, მომდევნო ხუთი წლის განმავლობაში თავს კარგად ვგრძნობდი, მაგრამ შემდეგ ტკივილები პერიოდულად კვლავ შემანუხებდა ხოლმე, თუმცა არა იმდენად, რომ სამუშაოსთვის თავი დამენებებია.

1973 წელს გამოჩენილი კარდიოლოგების დელეგაციასთან ერთად, რომელსაც დოქტორი გრეი დამონდი ხელმძღვანელობდა, ჩინეთში გავემგზავრე. ეს იყო ამერიკელი კარდიოლოგების პირველი ვიზიტი ამ ძალზე საინტერესო ქვეყანაში. ხანგრძლივი ფრენის შედეგად კვლავ დამეწყო წელის ტკივილი, რომელიც თანდათან ისე გაძლიერდა, რომ ლოგინში ნოლასაც კი ვერ ვიტანდი და მცირე შვებას მხოლოდ ჭილოფზე ნოლა მაძლევდა. ჩემი სახელოვანი კოლეგები დაბნეულები იყვნენ, რჩევას ვერ მაძლევდნენ. ვილაცას ტაილენოლი (პარაცეტამოლი) და კოდინი ჰქონდა წამოღებული, მაგრამ შვება ვერ მივიღე. იძულებული ვიყავი მასპინძლები შემენუხებია, რომლებმაც ჩინური ტრადიციული მედიცინის ინსტიტუტში წამიყვანეს. გამოკითხვის შემდეგ ტანზე გამხადეს და ჩემს „მკურნალობას“ სუმოს მოჭიდავის მსგავსი ორი გოლიათი შეუდგა: მათ ფეხებში ჩამავლეს ხელი და გარკვეული კუთხით გამჭიმეს. ასეთი ტკივილები ცხოვრებაში არ განმეცადა, კინალამ გონება დავკარგე. მასპინძლებს ეს „ვივისექცია“ შევანყვებინე და აკუპუნქტურის გამოყენება ვთხოვე. მალე ჩემს ნომერში ჩია, ჟუხუნგა ჩინელი ექიმი შემომძინა, რომელიც მთხოვა პირდაპირ დავწოლილიყავი. მან დაწვდილობა ჩინეთში მიჩხვლიტა, მისი ტრიალი დამიწყო და თან მეკითხებოდა, თუ რას ვგრძნობდი. ჩხვლეტი ვარდა არაფერი მიგრძნინა, რამაც ჩინელი ძალიან შეანუხა. ნემსი ამოიღო, კვლავ მიჩხვლიტა და დაატრიალა. ახლა უკვე დაშუშების და სიმძიმის შეგრძნება მქონდა, რამაც ექიმი ძალიან გაახარა და მან ჩაიდუდლუნა „დე-ცი“. შემდგომში გავიგე, რომ ეს ნიშნავს „ცი“-ს მიღებას, ანუ სასიცოცხლო ენერჯის გადაადგილებას! რამდენიმე წუთის შემდეგ ექიმმა ადგომა მთხოვა, რაზეც უარი ვუთხარი – ტკივილმა საგრძნობლად მიკლო და მეშინოდა, რომ მოძრაობა ტკივილს განაახლებდა. მე კი იმდენად ვიყავი ნატანჯი, რომ ახლა თავს სამოთხეში ვგრძნობდი, მაგრამ ექიმმა დაბეჯითებით მომთხოვა ადგომა. ჩემდა გასაკვირვად, სრულიად თავისუფლად ავდექი, გავიარე კიდეც, მაგრამ არავითარი ტკივილი არ მიგრძნინა – ბედნიერი ვიყავი. ათიოდე წუთის წინ ხომ ტკივილებისგან ვიტანჯებოდი და იმედი გადანურული მქონდა. რამდენიმე დღის შემდეგ ექიმმა მომაკითხა და აკუპუნქტურის გარდა აბზინდის სპეციალური „სიგარით“ მოწვა

(ინგნოპუნქტურა) ჩამიტარა, რის შემდეგაც ტკივილები სრულიად მომეხსნა. ერთი კვირის შემდეგ უკვე ჩინეთის დიდ კედელზე ექსკურსიაში ვმონაწილეობდი, ხოლო შემდეგ ჰონკონგის გავლით ბოსტონში ჩამოფრენა გართულების გარეშე გადავიტანე. მთელი ერთი წლის განმავლობაში წელი არც კი გამახსენებია.

ეს ამბავი ვინმეს რომ მოეყოლა, ცხადია, არ დავეჯერებდი, მაგრამ ეს ხომ პირადად მე გადამხდა. რა იყო ეს, შთაგონების ეფექტი? მაგრამ, მე ხომ წინასწარ სკეპტიკურად ვიყავი განწყობილი. ამიტომაც, აკუპუნქტურას თაღლითობად აღარ ვთვლიდი და ობიექტური მექანიზმების ძებნა დავინყე. გამახსენდა ნეტარი ავგუსტინუს სიტყვები: „საოცრებები არ არსებობს, არსებობს მხოლოდ აღმოუჩენელი კანონები“ (urelius Augustinus Hipponensis, 354-430წ, თეოლოგი და ფილოსოფოსი-ნეოპლატონისტი, ქრისტიანული ეკლესიის ერთ-ერთი ფუძემდებელი – ვ.ლ.).

ჩვენი დღევანდელის თხივით ჩინელებმა აკუპუნქტურული ანესთეზიით ჩატარებული რამდენიმე ქირურგიული ოპერაცია გვაჩვენეს: გულზე, ფარისებრ ჯირკვალზე და თავის ტვინზეც კი. განსაკუთრებული შთაბეჭდილება პარკუჭთაშუა ძვლის დეფექტის დახურვის ოპერაციამ მოახდინა. შანხაის ერთ-ერთი ნამყვანი კლინიკის საოპერაციოში ოციოდე წლის ყმანვილი საკუთარი ფეხით შემოვიდა, ყველას ხელი ჩამოგვართვა და საოპერაციო მაგიდაზე დანვა. საოპერაციოში სულ რამდენიმე დამხმარე აპარატი იყო: სფიგმომანომეტრი, ჟანგბადის ბალონი და საკმაოდ პრიმიტიული ოქსიგენატორი.

როდესაც რამდენიმე სპეციალური ნემსი ჩაუყენეს ყურის ნიჟარაში და მაჯაში, პაციენტმა ჩათვლიმა. ქირურგი ვირტუოზულად მოქმედებდა. ძალიან სწრაფად გახსნა გულმკერდის ღრუ და ელექტროფიზიოლოგიური გული გააჩერა – პარკუჭების ფიბრილაცია გამოინვია. შემდეგ პაციენტი ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის საკმაოდ ძველ აპარატს მიუერთეს და გულზე ოპერაცია დაიწყო. მე ახლოს ვიდექი და ვაკვირდებოდი პაციენტის სახეს. მან რამდენჯერმე თვალები გაახილა და ექიმებს დაელაპარაკა. ყველანი გაოგნებული ვიყავით და ჩემს გვერდით მდგომმა ცნობილმა კარდიოქირურგმა ჩამიჩურჩულა: „კოლეგა, ნეტავი ვიცოდე, თქვენც იგივეს ხედავთ თუ არა, რასაც მე? ეს ჩინელები რაღაც მასობრივი ჰიპნოზის მსგავს სენსს ხომ არ გვიტარებენ?“. ოპერაცია დასასრულს უახლოვდებოდა – უკვე გულმკერდზე ნაკერების დადება დაიწყო და ახლა იმაზე ვფიქრობდი, თუ როგორ აღადგენდნენ გულის მუშაობას – საოპერაციოში დეფიბრილატორი არ ჩანდა. სწორედ ამ დროს შემოავიწოვე მოძველებული ტიპის დეფიბრილატორი, რომელიც 10 წლის წინ მეონდა შექმნილი (იხ. თავი 10). დეფიბრილაციამ წარმატებით ჩაიარა – გულის რიტმი პირველივე ცდაზე აღსდგა. მოულოდნელად ექიმები და ექთნები ჩემს წინ ჩამსკრივდნენ, თავი დახარეს და პათეტიურად წარმოთქვეს: „მადლობთ, რომ ხალხს ემსახურებით“. ამასობაში პაციენტი თავისით წამოდგა, ყველას ხელი ჩამოგვართვა და ჩაჯდა საგორებულ სავარძელში, რომლითაც საოპერაციოდან გაიყვანეს.

ამ გასაოცარი მეთოდის მეცნიერულ ახსნაზე ვფიქრობდი და მასპინძლებს შანხაის ტრადიციული ჩინური მედიცინის ინსტიტუტის დათვალთვლება ვთხოვე, სადაც მოკის მომგვრელი ექსპერიმენტის მონმე ვაგხდი. კურდღელი მოთავსებული იყო სპეციალურ გალიაში ისე, რომ მხოლოდ თავის მოძრაობა შეეძლო. როდესაც მის ცხვირს გავარვარებულ სპირალს უახლოვებდნენ, შენუხებული ცხოველი, ბუნებრივია, თავის ტრიალს იწყებდა. შემდეგ, მას ფეხებში სუსტი დენის ელექტრონყაროსთან მიერთებული რამდენიმე სააკუპუნქტურო ნემსი შეურჭვეს და, ჰოი საოცრებავ, – გავარვარებული ელექტროსპირალის მიახლოებაზე კურდღელი აღარ რეაგირებდა. ეს ცდა რამდენჯერმე, ერთი და იმავე შედეგით, გაიმეორეს – კურდღელს უკვე ცხვირი ეწვოდა, ოთახში დამწვრის სუნი დადგა, მაგრამ ცხოველი სრულიად არ რეაგირებდა. ვთხოვე სასწრაფოდ შეენყვიტათ ეს სასტიკი ექსპე-

რიმენტი, რომელმაც უკანასკნელი ეჭვები გამოიწვია – დავრწმუნდი, რომ აკუპუნქტურას გასაოცარი ანალგეზიური მოქმედება ჰქონდა.

მეცნიერები, მათ შორის თავად ჩინელებიც, ცდილობენ ახსნან ეს უცნაური ფენომენი, მაგრამ საერთო აზრი დღემდე ვერ ჩამოყალიბდა. ერთ-ერთი თეორიის თანახმად აკუპუნქტურის სეანსის დროს ნერვული სისტემა დიდი რაოდენობით ნეიროპეპტიდებს – ენდორფინებს და ენკეფალინებს გამოყოფს. ამის სასარგებლოდ ისიც მეტყველებს, რომ ხშირი სეანსების შემდეგ პაციენტებს ნარკომანიის მსგავსი დამოკიდებულება უჩნდებათ. უფრო მეტიც, აკუპუნქტურით ნამკურნალები ცხოველის სიხლის გადასხმა სხვა ცხოველს ტკივილისადმი მგრძობიანობას უქვეითებს. ამრიგად, სუვესტიური, ანუ პლაცებოს ეფექტი აქ არაფერ შუაშია, ან, ყოველ შემთხვევაში, მთავარი არ არის.

მე აკუპუნქტურის სპეციალისტი არ გახლავართ და ამ საკითხის ირგვლივ მხოლოდ იმ მიზნით ვისაუბრე, რათა მეჩვენებინა, რომ მედიცინამ ჯერჯერობით ყველაფერი არ იცის, და ბევრი რამ აუხსნელი რჩება.

პრაქტიკამაც დამანახა, რომ ზოგიერთ რამეს, რაც ავადმყოფების მკურნალობის დროს შემიმჩნევია, მეცნიერული ახსნა არ მოეძებნება, ყოველ შემთხვევაში ამის შესახებ სამეცნიერო ლიტერატურა დუმს. მახსენდება შემთხვევები, როდესაც სრულიად „უიმედო პაციენტი“ პარადოქსულად მორჩენილა. ყოფილა პირიქითაც.

დღევანდელ სინამდვილეში ექიმს უჭირს თავის თავზე აიღოს ისეთი რამ, რის გამოც შეიძლება პასუხი აგებინონ, ანუ ექიმის შემოქმედებით თავისუფლება შეზღუდულია – ექიმი დაშინებულია სასამართლო დავებით. ამის გამო ექიმი სულ უფრო მეტად ემსგავსება რობოტს და კარგავს პაციენტებზე იმ გასაოცარ კეთილისმყოფელ ზემოქმედებას, რომლითაც გამოირჩეოდნენ წარსულის ექიმები (ამ თვალსაზრისით საგულისხმოა სულიე დე მორანის ბედი, რომელიც 1950 წელს წარდგენილი იყო ნობელის პრემიაზე, მაგრამ იმავე წელს საფრანგეთის აკუპუნქტურის ასოციაციამ მის წინააღმდეგ სარჩელი შეიტანა არალეგალურ პრაქტიკულ საქმიანობასთან დაკავშირებით! ადამიანს, რომელსაც აკუპუნქტურის პოპულარიზაციაში ყველაზე დიდი დამსახურება მიუძღოდა, სასამართლო პროცესმა დიდი სულიერი დარტყმა მიაყენა და 1955 წელს იგი ინსულტით გარდაიცვალა – ჯ.ლ.).

9.3. სლოკინი და ჰინანოზი

ეს მოხდა 50-იანი წლების დასასრულს. ქირურგიულ განყოფილებაში სადიაგნოსტიკო თორაკოტომიის წინ 53 წლის აფროამერიკელ ექიმთან კარდიოლოგიური კონსულტაციისთვის მიმინვიეს. დოქტორი უ. ძლიერ დეპრესიაში იყო, ვინაიდან ბოლო ორი წლის განმავლობაში შეუჩერებელი სლოკინი ანუხებდა, რომელიც ვერაფერმა – მათ შორის, დიაფრაგმის ნერვის ბლოკადამ, ვერ მოუხსნა. სუიციდის მცდელობის გამო ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოათავსეს, სადაც გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე საეჭვო დაჩრდილვა აღმოუჩინეს. ვინაიდან დღეში სამ კოლოფ სიგარეტს ეწეოდა, სრულიად ლოგიკურად ფილტვის კიბოზე აიღეს ეჭვი და პიტერ ბენტის საავადმყოფოში გადმოიყვანეს. ქირურგების აზრით, სლოკინი და ანორექსია, რომლის შედეგადაც ავადმყოფს 30 კილო ჰქონდა დაკლებული, სიმსივნური ინტოქსიკაციით უნდა ყოფილიყო გამოწვეული.

ასეთი სევდიანი ადამიანი არასოდეს მენახა. რა გასაკვირვია – გარდა იმისა, რომ გამუდმებული სლოკინი აუტანელია, კაცმა ამის გამო სამუშაო დაკარგა, ფაქტობრივად დაინვალიდდა და მეუღლეს გაშორდა. გაღიზიანებული ვიყავი

იმით, რომ მზოცე საუკუნეში ასეთ უბრალო „დაავადებას“ ვერ მკურნალობდნენ. ჩემი ყურადღება მიიქცია იმან, რომ სლოკინი ძილში არ აღენიშნებოდა. ამიტომ ისტორიაში ჩავენერე, რომ სლოკინი ფუნქციური გენეზის უნდა იყოს და, სავარაუდოდ, მკურნალობას უნდა დაემორჩილოს. ამის შემდეგ რამდენიმე დღის განმავლობაში სხვა ქალაქში ვიყავი და, როდესაც დავბრუნდი, ჩემმა ასისტენტმა მომახსენა, რომ დოქტორი უ. ჩვენს განყოფილებაში გადმოუყვანიათ – როგორც ჩანს ქირურგებმა თავი აარიდეს ასეთი გაუგებარი ავადმყოფის ოპერირებას, მითუმეტეს, რომ ჩემი საკონსულტაციო ჩანაწერის მიხედვით „სლოკინის სპეციალისტად“ ჩამთვალეს. ძალიან ავფორიაქდი, ვინაიდან წარმოდგენა არ მქონდა ამ პათოლოგიაზე და ვერც სათანადო ლიტერატურაში ვერაფერს ვერ მივაკვლიე.

ერთი აზრი მომივიდა – თუ სლოკინი ფიზიოლოგიურ ძილში უჩერდება, მაშინ იქნებ ჰიპნოზით მკურნალობა იყოს ეფექტური? ახალგაზრდა, მაგრამ უკვე სახელოვან ფსიქოლოგს და ჰიპნოზის სპეციალისტს მარტინ ონრეს მივმართე, რომელსაც კარგად ვიცნობდი. მან მითხრა, რომ ჰიპნოზი მართლაც ეფექტურია სლოკინის დროს, მაგრამ, სამწუხაროდ, იგი რამდენიმე წუთში აეროპორტში უნდა წასულიყო, ვინაიდან ექვსი კვირით კალიფორნიაში მიემგზავრებოდა. ძალიან შევწუხდი, მაგრამ ონრემ მანუგება: „დოქტორ ლაუნ, ჰიპნოზის ჩატარება ძალიან ადვილია, თუკი რასაც გეტყვით, ყველაფერს ზუსტად ისე გააკეთებთ. მითუმეტეს, რომ თქვენ ერთხელ უკვე მესწრებოდით ჰიპნოზის სეანსზე“. მან რამდენიმე უბრალო რჩევა მომცა და გამაფრთხილა, რომ ავადმყოფთან სიტყვა სლოკინი არ უნდა მეხსენებინა. მეორე დღეს პალატის კარზე ჩამოვკიდე წარწერა: „არ შემოხვიდეთ, მიმდინარეობს სამკურნალო სეანსი“. ასე აღელვებული არასოდეს ყოფილვარ, მაგრამ რა გამოსავალი მქონდა? ჩემდა სასიხარულოდ დოქტორი უ. ჰიპნოზს ადვილად დაემორჩილა – ალბათ ფსიქოლოგიურად მზად იყო, მაგრამ ჰიპნოზიდან გამოსვლის შემდეგ სლოკინი განუახლდა. ჰიპნოზის 20-წუთიან სეანს ყოველ დღეს ვუტარებდი, მაგრამ ვერავითარი დადებითი შედეგი ვერ მივიღე. განყოფილებაში კი უკვე ჩემს ზურგს უკან ვინ იცის რას ლაპარაკობდნენ, ჩემს დანახვაზე ექთნებს ელიმებოდათ და საეჭვო ჩურჩულს ინყებდნენ. დღე და ღამ ამ პრობლემაზე ვფიქრობდი და თავბედს ვინყველიდი, რომ ასეთი შარი ავიკიდე. ბოლოს, ერთი იდეა მომივიდა და პაკიენტს ვთხოვე დაეთავა და ბლოკნოტში დაეფიქსირებია დღის განმავლობაში რამდენჯერ დაასლოკინებდა. მეორე დღეს მომახსენა, რომ 43657-ჯერ დაუსლოკინებია – საცოდავი, იმდენად იყო შეწუხებული, რომ დავალება დიდი სიზუსტით შემისრულა. ჰიპნოზური სეანსის დროს ვუთხარი, რომ დღეს სიხშირე 40 ათასზე ნაკლები ექნებოდა (სიტყვა სლოკინი ხომ აკრძალული მქონდა). მეორე დღეს მან საკმაოდ ინდიფერენტულად მომახსენა, რომ სიხშირე 38632-ს შეადგენდა (მომწონდა, რომ მხარი ამიბა და სლოკინს აღარ ახსენებდა). გამოდიოდა, რომ სლოკინი მთელი 5 ათასით შემცირებულა. ამიტომ მეც ეს ციფრი ავიღე თავისებურ სტანდარტად და სეანსის დროს ვუთხარი, რომ დღეს სიხშირე 34500-ზე ნაკლები ექნებოდა. მართლაც, მეორე დღეს ციფრი 34289 დამისახელა. მე უკვე წარმატების იმედი მომეცა და ყოველ დღე 5000-ით ნაკლებს შთავაგონებდი. როდესაც 15 ათასამდე ჩამოვედი, პაკიენტიც გახალისდა და იმედით განიმსჭვალა. 5 ათასამდე ჩამოსვლისას, ყოველ შემთხვევისთვის, მოკლების ტემპი შევამცირე. უკვე ორივენი განერაზე ვფიქრობდით და პაკიენტმა მითხრა, რომ სლოკინი ყველაზე მეტად საჭესთან ჯდომის დროს ანუხებდა ხოლმე. ერთ-ერთ ბოლო სეანსზე მე შთავაგონე, რომ როდესაც სიხშირე ნულამდე დავიდოდა, მანქანის ტარების დროსაც ნული იქნებოდა. მართლაც, როდესაც ჩემს საკუთარ მანქანაზე გამოვცადე, არც ერთხელ არ დაუსლოკინებია. სრულიად ბედნიერი იყო და მალე გაენერა კიდევ.

ყოველივე ეს სამი კვირა გაგრძელდა, რომლის დროსაც საოცრად დავიღალე.

ერთი ნუთითაც არ მოვდუნებულვარ. საკუთარ თავს სულ იმას ვსაყვედურობდი, რომ გაუმართლებელი ავანტიურა წამოვიწყე, თავი კინალამ ქვეყნის სასაცილოდ გავიხადე და, რაც მთავარია, თანამედროვე კანონმდებლობით ამის უფლება არც მქონდა. საბედნიეროდ, ამის შემდეგ ჰიპნოთერაპია ჩემს პრაქტიკაში აღარ დამჭირვებია, მაგრამ რომ დამჭირვებოდა, ავადმყოფის ინტერესებიდან გამომდინარე, ალბათ, უარსაც არ ვიტყოდი.

თავი 10.

ქიმიის დაუდევრობა და მისი სამართლებრივი დევნა

ექიმთა აზრით პრაქტიკულ მედიცინას ყველაზე მეტად სასამართლო დავები უშლის ხელს. ზედმეტად გულმოდგინე ჩინოვნიკები და ადვოკატები დათვურ სამსახურს უწევენ ექიმებსაც და ავადმყოფებსაც. ექიმთა დადანაშაულებების მანია, რომელმაც საზოგადოება მოიცვა, გამონეწულია არა იმდენად ექიმთა შეცდომებით, რამდენადაც ჯანდაცვის სისტემის ნაკლოვანებებით, რაშიც სამედიცინო მომსახურების და მედიკამენტების სიძვირეს, აგრეთვე პაციენტსა და ექიმს შორის კლასიკური, ურთიერთნდობით განმსჭვალული თანამშრომლობის ტრადიციის დაკარგვას ვვულისხმობ. სპეციალისტთა უმრავლესობა თვლის, რომ სამედიცინო რეფორმა სწორედ ამ პრობლემების მოგვარებით უნდა დაიწყოს.

ვფიქრობ, პრაქტიკული მედიცინის საუკეთესო პერიოდად მეოცე საუკუნის პირველი ნახევარი უნდა ჩავთვალოთ. თავის დროისთვის ცოდნით აღჭურვილი და შესანიშნავად მომზადებული ექიმები თითქმის უნივერსალები იყვნენ. მათ თანამედროვე დიაგნოსტიკური და სამკურნალო საშუალებები არ გააჩნდათ, მაგრამ, სამაგიეროდ, კარგად იცნობდნენ ავადმყოფს, როგორც პიროვნებას, იცოდნენ მისი ოჯახური თუ სამსახურეობრივი პრობლემები. როცა დიაგნოზის დასმა გაუჭირდებოდათ, ავადმყოფს არ მოსცილდებოდნენ, სანამ ამას საქმე მოითხოვდა. თანამედროვე ამერიკაში ასეთი რამ წარმოუდგენელია. თავიანთი ავადმყოფების ცხოვრების შესახებ, უზშირესად, მათ თითქმის არაფერი იციან და, ამრიგად, მკურნალობენ სრულიად უცხო ადამიანს (მათ სულ 20 ნუთი ეძლევათ ავადმყოფთან კონტაქტისთვის. ამიტომ, საექიმო დასკვნა ძირითადი ჩივილის გარკვევას და ხანმოკლე ფიზიკურ გამოკვლევას ეფუძნება (იხ. თავი 1. 2 – ძირითადი ჩივილი).

კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია ის, რომ ავადმყოფთან შეხვედრის პირველი ნუთიდანვე ექიმის მთავარი საფიქრალია „რამე არ შემეშალოს და სასამართლოში არ მომიწიოს ყოფნა“. ამიტომ, იგი იძულებულია, ავადმყოფს დაუნიშნოს ყველა ის გამოკვლევა და კონსულტაცია, რომელიც გაიდლაინებითაა განერილი. მან კარგად იცის, რომ ოურიდიული თვალსაზრისით უმჯობესია პაციენტს ზედმეტი გამოკვლევა დაუნიშნოს, ვიდრე რაიმე დააკლოს! მაგრამ, ხომ ცნობილია, რომ ინვაზიური გამოკვლევების საშუალებით დიაგნოზი შემთხვევათა სულ 10%-ში (!) დგინდება. დანარჩენ შემთხვევებში კი საკმარისია ავადმყოფთან გულითადი გასაუბრება, მისი ყურადღებით გამოკითხვა, ფიზიკური მეთოდებით და რუტინული ლაბორატორიული ტესტებით გამოკვლევა. წარსულში ბავშვი თუ ველოსიპედიდან ჩამოვარდებოდა, ექიმს მხოლოდ ნაკანრის იოდით დამუშავება მოეთხოვებოდა. ახლა კი, სანამ სახლში გაუშვებდნენ, აუცილებლად ყოველმხრივ შეისწავლიან – ვაითუ შინაგანი ორგანოები იყოს დაზიანებული. ერთმა ახალგაზრდა ექიმმა ასე ამიხსნა: „ყველ-

აწერ ამ იდიოტობას იმიტომ ვაკეთებ, რომ საკუთარი ტყავი დაეცვა". ამრიგად, სამართლებრივი დევნის წინაშე ექიმის შიშს თავად ავადმყოფისთვის მოაქვს ვნება.

სალი აზრის დაკარგვამ სრულ აბსურდამდე მიგვიყვანა – ის რაც კეთდება იურიდიული დევნის თავიდან აცილების მიზნით, სრულიად სანინაალმდეგო ეფექტს იძლევა. არ არსებობს აბსოლუტურად უვნებელი დიაგნოსტიკური პროცედურა და რაც უფრო მეტ გამოკვლევებს (განსაკუთრებით – ინვაზიურს) ჩავატერებთ, მით მეტია გართულებების რისკი. ნებისმიერმა ტესტმა შეიძლება მოგვცეს მცდარი პასუხი. მცდარ უარყოფით პასუხს კიდევ არა უშავს, გაცილებით საშიშია მცდარი დადებითი პასუხი (რაც უფრო მგრძობიარეა ტესტი, მით უფრო მაღალია ცრუ დადებითი პასუხის ალბათობა – ჯ.ლ.). მაგალითად, თუ ფიზიკური დატვირთვის ტესტმა მოგვცა კორონარული უკმარისობის ეკგ ცვლილებები, ექიმი ავადმყოფს ხშირად კორონაროგრაფიას უნიშნავს, რომელიც არა მარტო ძვირი „სიამოვნებაა“, არამედ შეიცავს გართულებების საკმაოდ მაღალ რისკს (ველოერგომეტრიის მგრძობიარობა მიოკარდის იშემიის დადგენაში არც ისე მაღალია, შემთხვევათა 20-40%-ში იგი ვერ გამოავლენს პათოლოგიას. ამ ტესტის სპეციფიკურობა საკმაოდ მაღალია, მაგრამ მაინც 5-15%-ში ცრუ დადებითი პასუხი შეიძლება მოგვცეს – ჯ.ლ.). ამასთან, დადებითი პასუხის შემთხვევაში ხშირად კორონაროგრაფიას იშეორებენ და თუ ტესტი უარყოფითი აღმოჩნდა, გამოკვლევას მესამედაც ატარებენ. თუ მესამე გამოკვლევაც უარყოფითი აღმოჩნდა, პირველი ტესტი მცდარად ჩაითვლება. ამასობაში კი საკმაოდ დრო გადის (კვირები, თვეები) და ავადმყოფი მუდმივი სტრესის ქვეშ იმყოფება (ამჟამად შეერთებული შტატების კლინიკებში კორონაროგრაფიის გართულებების პროცენტმა მოიკლო და 2,4%-ს არ აღემატება, ხოლო ლეტალური გამოსავალი 0,3%-ს შეადგენს – ჯ.ლ.).

ზედმეტი, გაუმართლებელი გამოკვლევების პრაქტიკას მრავალი მიზეზი აქვს. სამედიცინო ფაკულტეტებზე სტუდენტების მიერ თეორიული, ფუნდამენტური ცოდნის შექენას გაცილებით მეტი ყურადღება ექცევა, ვიდრე ავადმყოფის სანოლთან მუშაობას (შემოვლეს, კლინიკურ გარჩევებს, ავადმყოფის დამოუკიდებელ კურსს და ა.შ.). გარდა ამისა, საექიმო განათლება ეფუძნება კონცეფციას, რომლის მიხედვითაც მედიცინა მეცნიერებაა და მეტი არაფერი. იშვიათად, უფრო ლამაზი სიტყვისთვის, თუ ასხენებს ვინმე, რომ ამავე დროს ეს ხელობაცაა და ხელოვნებაც. ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ თუ ახალგაზრდა ექიმს ჩემსავით გაუმართლა და აღმოჩნდა ისეთ სპეციალისტთან, როგორც ლივანი იყო, ხომ კარგი, თუ არა და სამუდამოდ დარჩება სქემების, გაილაინების და სხვადასხვა გამოკვლევების იმედად. ასეთი ექიმი ავადმყოფის პირველი გასინჯვისთანავე უამრავ სავარაუდო დიაგნოზს ჩამოწმებს და, შესაბამისად, უამრავ ზედმეტ გამოკვლევას დაიწმინავს. არადა, როდესაც ავადმყოფი კლინიკაში შემოდის, გამოკვლევებს სწორედ დამწყები, გამოუცდელი ექიმები უნიშნავენ, რომელთა მთავარი საფიქრალია, რომ რაიმე არ გამოეპაროთ.

პარადოქსია, მაგრამ ამჟამად საავადმყოფო პაციენტთათვის, გარკვეული აზრით, საშიშ ადგილადაც კი იქცა.

არ დამაინყდება მსოფლიოში ცნობილი 80 წლის პროფესორის ტრაგიკული სიკვდილი. ამ პაციენტს 20 წლის განმავლობაში ვაკვირდებოდი. მას სტაბილური სტენოკარდიის იშვიათი და მსუბუქი შეტევები ჰქონდა, რომელიც არაინვაზიურ მკურნალობას კარგად ემორჩილებოდა. შარდის ბუშტის სიმსივნის გამო ჩატარებული ოპერაციის მეორე დღეს გულის მსუბუქი შეტევა ჰქონია. ქირურგიული განყოფილების მორიგე ექიმს ეს კარდიულ ასთმად ჩაუთვლია და კარდიოლოგთან კონსულტაციის გარეშე გულშიდა წნევის მონიტორინგის მიზნით სვან-განცის კათეტერი (Swan-Ganz catheter) შეუყვანია (კათეტერი საულლე ვენიდან „მარჯვენა

გულის“ გავლით შეიყვანება ფილტვის არტერიის უწვრილეს განტოტებაში, სადაც არსებული წნევა მარცხენა წინაგულში და მარცხენა პარკუჭში საბოლოო დიასტოლურ წნევას შეესაბამება – ჯ.ლ.). ეს მეთოდი ძალზე ძვირფას ინფორმაციას იძლევა, მაგრამ იშვიათად, მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევებში გამოიყენება, ვინაიდან საკმაოდ ინვაზიურია. ამ კონკრეტულ შემთხვევაში იგი აბსოლუტურად ზედმეტი და, ამდენად, გაუმართლებელი იყო. სამწუხაროდ, პარკუჭების ფიბრაცია განვითარებულა და რეანიმაციური ღონისძიებების მიუხედავად პროფესორი გარდაცვლილა. როდესაც ექიმს ამ პროცედურის ჩატარების მიზანშეწონილობის შესახებ შეკითხვა დაუსვეს, მან უპასუხა, რომ მას ეწინააღმდეგება დანაშაულებრივი დაუდევრობის ბრალი არ დაედოთ! (ამ შემთხვევაში, ცხადია, ერთდროულად არაკომპეტენტურობასთან და უპასუხისმგებლობასთან გვაქვს საქმე – ჯ.ლ.).

არც ისე დიდი ხნის წინ მასმედიაში განიხილებოდა ექიმის მიერ დაშვებული საბედისწერო შეცდომა, რამაც 44 წლის მამაკაცი ინვალიდად აქცია. მას ხერხემალზე მარტივი ოპერაცია უკეთდებოდა, რომლის შემდეგაც რამდენიმე დღეში უნდა განერილიყო, მაგრამ საექიმო შეცდომის შედეგად იგი ექვსი თვის შემდეგ გაენერა თავის ტვინის უმძიმესი დაზიანებით, რის გამოც იძულებული იყო დღეში 70-მდე ტაბლეტი მიეღო. თურმე მთვრალმა ანესთეზიოლოგმა ნარკოზისთვის საჭიროზე ათჯერ მეტი დოზა გამოიყენა და, თანაც, არ გააკონტროლა ორგანიზმის სასიცოცხლო მაჩვენებლები.

დამაინც, არაკომპეტენტურობა და დაუდევრობა არარის ავადმყოფების არასწორი გამოკვლევის და მკურნალობის მთავარი მიზეზი. მე მიმაჩნია, რომ გაცილებით მეტი ვნება მოაქვთ კარგად განსწავლულ, კომპეტენტურ ექიმებს, რომლებმაც არ იციან ან, რომლებსაც ეზარებათ ავადმყოფის გამოკითხვა და, ძირითადად, თანამედროვე ტექნოლოგიებს ეყრდნობიან. სამწუხაროდ, საზოგადოება, პრესა ყურადღებას ამახვილებს მხოლოდ სენსაციურ და აღმაშფოთებელ ერთეულ შემთხვევებზე, მაშინ როდესაც მედიცინის უფრო სერიოზული პრობლემები, რომლებიც სისტემურ ხასიათს ატარებს, ყურადღების მიღმა რჩება.

კიდევ უფრო მეტი ვნება მოაქვს არარაციონალურ ფარმაცოთერაპიას – ავადმყოფებს უამრავი არააუცილებელი და, ხშირად, ერთმანეთთან შეუთავსებელი მედიკამენტი ენიშნებათ (აქ უნდა გავიხსენო ბორის ვოტჩალის მიერ ჯერ კიდევ ხუთი ათეული წლის წინ ნათქვამი სიტყვები: „ჩვენ ვცხოვრობთ სულ უფრო უხიფათო ქირურგიის და სულ უფრო მეტად სახიფათო თერაპიის ეპოქაში“ – ჯ.ლ.). დღე ისე არ გავა, რომ არ მომმართოს პაციენტმა, რომელიც ავადაა არარაციონალური მკურნალობის შედეგად (ჯანმო-ს მონაცემებით, შოსპიტალიზაციის 5% გამოწვეულია მედიკამენტოზური გართულებებით, ხოლო ამავე მიზეზით ლექტალობას მეხუთე ადგილი უკავია – ჯ.ლ.).

• რაც შეეხება საექიმო შეცდომებს, მისგან არც ერთი საუკეთესო ექიმიც კი არ არის დაზღვეული. ლივანითან ასისტენტობა ახალი დანაშაული მქონდა, როდესაც მან მთხოვა გამეხსინჯა ერთი მისი ძველი ავადმყოფი, რომელიც შორიდან ჩამოვიდა და სასტუმროში იმყოფებოდა. ავადმყოფი ლივანიდან გულის უკმარისობის გამო დიდი ხნის განმავლობაში მკურნალობდა და მუდმივად სათითურას პრეპარატს დიგიტოქსინს იღებდა (შესანიშნავი პრეპარატი, რომელსაც ერთი დიდი ნაკლი აქვს – მაღალი კუმულაცია ახასიათებს. გარდა ამისა, სათითურას ზემოქმედება გულის ფუნქციებზე განსხვავებულია და მრავალუცნობიან განტოლებას ემსგავსება – ჯ.ლ.). პაციენტი უმძიმეს მდგომარეობაში დამხვდა – წინაგულოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდიის ფონზე ფილტვების შეშუპება ეწყებოდა, რაც, ჩემი აზრით, სათითურას დოზის გადამეტებით უნდა ყოფილიყო გამოწვეული (იხ. თავი 11 – სათითურას აღმოჩენის მნიშვნელობა). ამინდის გამო (იმ დღეს ბოსტონში საშინელი ყინვა და

ქარბუქი იყო) სასწრაფო დახმარების იმედი არ უნდა მქონოდა, ამიტომ ავადმყოფს ნელ-ნელა ვაძლევდი კალიუმის ქლორიდს და თან ვაკვირდებოდი. რამდენიმე საათის შემდეგ სინუსური რიტმი აღდგა და ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა.

როდესაც მეორე დღეს ლივიანის მოვასხენე, ძალიან გაუჟვირდა, ვინაიდან ავადმყოფი დიდი ხანია გართულებების გარეშე ყოველდღიურად იღებდა 0,1მგ დიგიტოქსინს. მან მითხრა, რომ უკანასკნელად სამი თვის წინ გამოუწერა პაციენტს ეს პრეპარატი, რომელსაც იგი აქვე, კლინიკასთან ახლოს მდებარე აფთიაქში ყიდულობდა. კარგი შერლოკ ჰოლმსივით წავედი ამ აფთიაქში და ვთხოვე ეჩვენებინათ ჩემი შუფის რეცეპტი. თვალებს ვერ ვუჯერებდი – რეცეპტზე გარკვევით ეწერა დიგიტოქსინის 0,2მგ, ანუ ორჯერ უფრო დიდი დოზა! ლივიანი ამ ამბავმა ძალიან შეანუბა, ვერაფრით ვერ აეხსნა, თუ რატომ დაუშვა ასეთი შეცდომა, რომელიც ავადმყოფისთვის საბედისწერო შეიძლება გამხდარიყო. ეს მაგალითი ნათლად გვიჩვენებს, რომ შეცდომა საუკეთესო ექიმმაც შეიძლება დაუშვას.

შეუცდომელი ადამიანი არ არსებობს და შეცდომის აღიარება ყოველთვის ძნელია, მაგრამ ექიმები განსაკუთრებით მტკივნეულად დაუდევრობაში ან უცოდინარობაში მათ დადანაშაულებას განიცდიან. მართლაც, ადვილი წარმოსადგენია თუ რა განცდები აქვს ექიმს სასამართლოში. უამრავი დრო მიაქვს ექსპერტებთან და იურისტებთან ურთიერთობას. ექიმი თანდათან სიმშვიდეს კარგავს, ღიზიანდება, ბოროტდება, რაც აქვეითებს მისი მუშაობის ხარისხს და კვლავ ჩნდება პაციენტთა უკმაყოფილების მიზეზები. ამ მოჯადოვებულ წრეს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი წესებით ორგანიზებული მედიცინა ქმნის, რომელიც ამავე დროს ამტკიცებს, რომ სამედიცინო დახმარების ხარისხი არასოდეს ყოფილა ესოდენ მაღალი. რომ იტყვიან, კომენტარები ზედმეტია.

შეერთებული შტატების მონაცემებით, პაციენტების მიერ შეტანილი საჩივრების რაოდენობა ძალზე დაბალია – დახარალებულთა მხოლოდ 1,53% უჩივის ექიმებს. სასამართლოში განიხილება დანაშაულებრივი დაუდევრობის მხოლოდ ყოველი მერვე შემთხვევა, და კონპენსაცია მხოლოდ ყოველ მეთოთხმეტეს ენიშნება. საინტერესოა ამ პროცესის ფინანსური მხარე: ჯანდაცვის ბიუჯეტის 1% იხარჯება სასამართლო პროცესების დაფინანსებაზე. ექიმები თავისი შემოსავლის 2,9%-ს უხდიან სადაზღვევო კომპანიებს, მაგრამ ე.წ. „პროფესიული მხარდაჭერის“ ფონდში მხოლოდ 2,3% მიდის. ასე, რომ სასამართლო პროცესების წინაშე ექიმების შიშით არა დაუდევრობის მსხვერპლი, არამედ სადაზღვევო კომპანიები ითბობენ ხელს – 1991 წელს კომპანიებმა მიიღეს 1,4 მილიარდი ამერიკული დოლარის მოგება!

მაშ, რაშია მთელი ამ დავიდარაბის არსი? პასუხი ძალზე მარტივია. უამრავი ზედმეტი, ძვირადღირებული და ინვაზიური გამოკვლევის დანიშვნა, ძირითადად, საჩივრების შიშით არის გამოწვეული. რაც უფრო მეტია სასამართლო დევნის შიში, მით მეტია ექიმების შემოსავალი. ამის კლასიკური მაგალითია სწორედ ზემოთ აღწერილი კათეტერის გამოყენების ტრაგიკული შემთხვევა. იყო დრო, როცა მიოკარდიუმის ტრანსმურული ინფარქტით დაავადებულთა 50%-ს ენიშნებოდა ეს პროცედურა და ამით ექიმი დამატებით რამდენიმე ასეულ დოლარს იღებდა! უბრალო სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ ექიმთა გაუმართლებელი აქტივობა არა უცოდინარობით, არამედ ფინანსური დაინტერესებითაა განპირობებული: რაც უფრო ძვირია გამოკვლევა, მით უფრო პოპულარულია და ხშირად გამოიყენება. მაგალითად, როდესაც სვან-განცის კათეტერიზაცია გაიფადა, მისი გამოყენება მკვეთრად შემცირდა, თუმცა კრიტიკიუმები ოფიციალურად არ შეცვლილა! ჩემი კლინიკის გამოცდილებამ დამარწმუნა, რომ სვან-განცის კათეტერიზაცია თითქმის 10%-ში იძლევა გართულებებს და მისი გამოყენება უშეზავთეს შემთხვევებშია აუცილებელი.

10. 1. რატომ ჩივიან პაციენტები

პაციენტები, რომლებიც ექიმებს ან კლინიკებს უჩივიან, მთავარ მიზეზად მათ მიმართ გამოჩენილ უყურადღებობას და გულგრილობას ასახელებენ. გარდა ამისა, პაციენტს აღიზიანებს ის, რომ საჭიროების შემთხვევაში ექიმს ვერ ნახულობს, ან, მითუმეტეს, თუკი ექიმი მიღებაზე უარს ეუბნება. კიდევ ერთი გავრცელებული მიზეზი ისაა, რომ ექიმი სათანადოდ ვერ აფასებს ავადმყოფის ჩივილებს და დავადების სიმძიმეს. აღნიშნულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ საჩივრების მიზეზი არა იმდენად ექიმების დაუდევრობაა, რამდენადაც პაციენტსა და ექიმს შორის სათანადო კონტაქტის არარსებობა. სასამართლო პროცესები ექიმებს დიდ დროსა და სულიერ ძალეებს ართმევს, მუდმივ გაღიზიანებულ მდგომარეობაში ამყოფებს, თუმცა, სამართლიანობა მოითხოვს აღინიშნოს, რომ სასამართლოს გადანყვეტილება უზშირესად ექიმებს ამართლებს.

ექიმები ცდებიან, როდესაც თვლიან, რომ სასამართლო ძირითადად უმნიშვნელო საქმეებს განიხილავს. სინამდვილეში ეს ასე არ არის: ბოროტი დაუდევრობის 52%-ში აღინიშნება პაციენტის სიკვდილი ან სერიოზული ანატომიური დასახიჩრება. 20%-ში – ექიმებს მორალური ზარალის მიყენებაში ადანაშაულებენ. საჩივართა 70% ქირურგების, მეან-გინეკოლოგების და სასწრაფო დახმარების ექიმების ნინაალმდეგაა აღძრული. საჩივართა უმრავლესობა ჯანდაცვის სიტემის პროფესიონალთა რჩევითაა შეტანილი.

სამედინო შეცდომათა შემსწავლელი ბრიტანული კომისიის მონაცემებით, სასამართლოს მიერ გამამტყუნებელი ვერდიქტის გამოტანა უზშირესად მაშინ ხდება, როდესაც პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზიანის მიყენებას თან ახლავს ავადმყოფისადმი უყურადღებობა ან უხეშობა. პაციენტები საყვედურობენ ექიმებს, რომ ისინი მათ არ უხსნიან ამა თუ იმ გამოკვლევის ან დანიშნულების საჭიროებას და მათ ჩივილებს საკმარის ყურადღებას არ აქცევენ. თანაც, შეცდომას გულახდილად არ აღიარებენ და ბოდიშსაც არ იხდიან. მომჩივანთა მესამედი არ იჩივლებდა, თუკი ექიმი ავადმყოფს სათანადო ახსნა-განმარტებას მისცემდა და ბოდიშსაც მოუხდიდა. იმავე დასკვნაში მოყვანილია სასამართლო დავათა სამი ძირითადი მიზეზი: პირველი მიზეზი ალტრუისტულია – პაციენტს არ სურს, რომ მის მსგავსად მისი ოჯახის წევრები და ახლობლები დაზარალდნენ; მეორე, მას სურს იცოდეს სრული სიმართლე; მესამე მიზეზი ნაკლებ მნიშვნელოვანია – ფულადი კომპენსაცია!

ამერიკული გამოკვლევებიც ადასტურებს, რომ საჩივრების მოტივაცია უფრო მეტად მორალურ ხასიათს ატარებს, ვიდრე ფინანსურს. სასამართლო პროცესი მათთვის იმის საშუალებაა, რომ ექიმებმა შეიგნონ საკუთარი პასუხისმგებლობა და გაითავისონ სხვათა გულისტკივილი. ერთმა პაციენტმა ჩემთან საუბარში განაცხადა: „ავადმყოფთა უმრავლესობას ორი რამ გვნაღია – ექიმების მხრიდან მეტი პასუხისმგებლობა და სამართლიანობა“.

ისეთი შთაბეჭდილება მრჩება, თითქოს ჩემი კოლეგების უმრავლესობა გარეშე დამკვირვებელივით უყურებს იმ ტანჯვას, რომელსაც სხვა ადამიანები განიცდიან.

10. 2. როგორ აპიცინლოთ სამართლებრივი დევნა საეძიომო შეცდომის გამო

სამედიცინო წრეებში დამკვიდრებულია აზრი, რომ პროფესიონალიზმის და ადამიანური თვისებების განურჩევლად, სასამართლო სარჩელისგან არც ერთი ექიმი არ არის დაზღვეული. შესაბამისად, იგულისხმება, რომ თავის დასაცავად ერთდღერთი მისაღები საშუალება სასამართლო სარჩელისგან სადაზღვევო პოლისის შექმნაა.

მე კი ვთვლი, რომ ექიმი, რომელსაც საჩივრის ეშინია, აუცილებლად დაიმსახურებს საჩივარს, ვინაიდან სამართლებრივი დევნის წინაშე შიშის გამო ნებისმიერი პაციენტი განიხილება, როგორც პოტენციური მომჩივანი. ეს კი ინვაზიური და ძვირი გამოკვლევების და მათი გართულებების მატებას იწვევს. ამრიგად, თავდაცვითი მედიცინა (Defensive medicine) აქვეითებს ექიმის პროფესიულ ჩვევებს და მის დეჰუმანიზაციას იწვევს – მზრუნველი და კეთილმოსურნე ექიმის ნაცვლად პაციენტს გულგრილი და ეჭვიანი ადამიანი ხვდება. ასეთი ატმოსფერო გამორიცხავს ურთიერთნდობას და პატივისცემას, რის გამოც ექიმის მხრიდან ნებისმიერი წვრილმანი ლაფსუსი (აშკარა შეცდომაზე რომ არაფერი ვთქვათ) ან მომსახურების მაღალი ტარიფი ავადმყოფის უკმაყოფილების და აგრესიის მიზეზი ხდება (ზუსტად ასეთივე შეხედულებისაა ნ.ა.მაგაზანიკი თავის შესანიშნავ ნიგნში „დიაგნოსტიკა ანალიზების გარეშე, მკურნალობა მედიკამენტების გარეშე“: „ექიმები იძულებულნი არიან თავისი შემოსავლის დიდი ნაწილი სამართლებრივი დევნისგან დაზღვევაში დახარჯონ და, შესაბამისად, გაზარდონ საკუთარი ჰონორარები. თუ უნინ ექიმის ფიქრი იყო – როგორ დაეცხმარო ავადმყოფს, ახლა მისი საფიქრალი და ქცევის ლაიტმოტივია: „ხომ არ მიჩივლებს ეს პაციენტი“? ეს ნიშნავს, რომ ექიმი ავადმყოფის ჯანმრთელობაზე მეტად საკუთარ უსაფრთხოებაზე ზრუნავს. ამრიგად, პატერნალისტური მედიცინა თავდაცვითმა მედიცინამ შეცვალა და ექიმის ქცევაც შესაბამისი გახდა – ავადმყოფს იგი ათასგვარ გამოკვლევებს და კონსულტაციებს უნიშნავს, რათა სასამართლოში არ ჰკითხონ: „რატომ არ დაუნიშნეთ ეს ანალიზი, რატომ არ გაავ ზაენეთ კონსულტანტთან“? – ჯ.ლ.).

ცდება ის, ვინც ფიქრობს, რომ საჩივრები უხშირესად უსაფუძვლოა. ქრონიკულ ავადმყოფებს კლინიკებში იმედის გაცრუება ელოდებათ – ქრონიკული დაავადებებისგან სრული განკურნება, უხშირესად, შეუძლებელია. მაგრამ, თუ პაციენტს ყურადღებით და თანაგრძნობით მოვეპყრობით, მისი დაავადების მიზეზებს ავუსხსნით და თავის მოვლას და მეორად პროფილაქტიკას ვასწავლით, მას აგრესია არ გაუჩნდება. ექიმის მხრიდან სულ მცირე სიკეთის გამოვლენაც კი პაციენტს შეუმჩნეველი არ რჩება. ყოველთვის მაკვირვებდა ის ფაქტი, რომ ალტერნატიული მედიცინის წარმომადგენლების მიმართ, როგორც წესი, პაციენტებს პრეტენზიები არა აქვთ. ასევე იშვიათად უჩივიან ყურადღებიან და მზრუნველ ექიმებს, რომლებიც ავადმყოფთან საუბრისთვის დროს არ იშურებენ. ყოველივე ეს ჩემთვის აქსიომაა, მაგრამ, რატომღაც, ზოგიერთი ჩემი კოლეგა სრულიად სხვა აზრისაა, რაზეც მეტყველებს ქვემოთ მოყვანილი მაგალითები.

- ერთ-ერთმა პაციენტმა ქირურგს ჰკითხა, თუ როგორი უნდა იყოს მისი პოსტოპერაციული რეჟიმი და თავის მოვლა. ქირურგმა მშრალად უპასუხა: „მე ვმუშაობ საოპერაციოში. ყველა შეკითხვა მიეცით ექთანს“.
- ერთ-ერთმა პაციენტმა მთხოვა მეშოვა ქირურგის ფოტო, რომელმაც მას ერთი კვირის წინ აორტის სარქელის პროტეზირება გაუკეთა. გამიხარდა – ვიფიქრე, რომ ეს ქირურგისადმი დიდი პატივისცემის გამოვლენა იყო, მაგრამ ავადმყოფმა „ღრუბლებიდან მინაზე ჩამომიყვანა“: „არც კი ვიცი როგორ გამოიყურება ჩემი ქირურგი – მხოლოდ ერთხელ დავინახე, ისიც საოპერაციოში, როდესაც უკვე მე-

ძინებოდა. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ არ გამკარებია". დარწმუნებული ვარ, რომ ეს ავადმყოფი სულ მცირე გართულების შემთხვევაშიც კი აუცილებლად უჩივლებდა ამ ქირურგს.

თუ ჩვენ გვინდა სასამართლო სარჩელების თავიდან აცილება, საჭიროა ვალია-როთ, რომ საექიმო შეცდომები გარდუვალაია, მისგან არავინაა დაცული. ადამიანი ნებისმიერ საქმიანობაში უშვებს შეცდომას, მაგრამ საექიმო შეცდომა აზარალებს უშუალოდ ადამიანის ჯანმრთელობას. ყოველი ავადმყოფი უნიკალურია და ყველაფრის წინასწარ განჭვრეტა შეუძლებელია. ამიტომ, ექიმისთვის აუცილებელია ძალზე მაღალი პირადი პასუხისმგებლობის გრძნობა. ცხადია, მუდმივ დაძაბულობაში ყოფნა არ არის ადვილი, მაგრამ ამის გარეშე ვერ დავიცავთ ჰიპოკრატეს ოქროს პრინციპს: „*მთავარია არ ვავნოთ*“ (Primum non nocere). ბერტოლდ ბრესტის გამონათქვამის პერეფრაზირებას თუ მოვასდენთ, „*მედიცინის საზრუნავი უნდა იყოს არა უსაზღვრო სიბრძნის ძიება, არამედ უსასრულო შეცდომების შეზღუდვა*“. სამწუხაროდ, მეცნიერული ყოყმანი თითქმის უცხოა თანამედროვე სამედიცინო პრაქტიკისთვის (გამორჩენილი მოტლანდიელი მწერლის და ექიმის კრონინის - A. J. Cronin, 1806-1981 - ავტობიოგრაფიულ რომანში „*Citadel*“ არის ასეთი ეპიზოდი: როდესაც ახალგაზრდა ექიმს ენდრიუ მენსონს სამეფო თერაპიული საზოგადოების ნევროზის მოსაპოვებელ გამოცდაზე პროფესორი ჰკითხავს - „*მითხარით თქვენი უსაყვარლესი აფორიზმი*“, რომანის გმირი პასუხობს - „*არაფერი არ ჩათვალთ აქსიომად, ყველაფერი დააყენე ეჭვქვეშ*“, რის გამოც საგამოცდო კომისიის ნევრე-ბის შექებას იმსახურებს - ჯ.ლ.).

• საილუსტრაციოდ დედაჩემის მავალითს მოვიყვან. 90 წლის ასაკში იგი სრულიად საღად აზროვნებდა და ცალკე ცხოვრობდა, ვინაიდან დამოუკიდებლობას ძალიან აფასებდა. ერთხელ, როდესაც დღის მეორე ნახევარში მოვინახულე, შევამჩნიე, რომ ძალიან აფორიაქებული იყო და ჯერ ისევ ღამის პერანგი ეცვა, რაც მას სრულებით არ ახასიათებდა. მისალმებაც არ მაცალა, ისე განმიცხადა, რომ ამქვეყნიური ცხოვრება მოზეზრდა და ოცნებობს, როდის წავა იმ ქვეყნად. თურმე ბოლო ხანებში სრულიად დაკარგა მადა, დაუქვეითდა ძალ-ლონე და მხედველობა და, რასაც ყველაზე მეტად განიცდიდა, აზროვნებაც კი უჭირდა. გამიკვირდა, ვინა-იდან ბოლო ხანებში გაცივებული არ ყოფილა და არც რაიმე ახალი წამლები არ მიეღო. ყოველ შემთხვევისთვის მისი მედიკამენტების ყუთი შევამოწმე და აღმოვაჩინე, რომ 0,125 მგ დიოქსინის ნაცვლად 0,25 მგ-ნი აბები ედო. გაირკვა, რომ ორი კვირის წინ დიოქსინი გათავებია და მის მკურნალ ექიმს განუახლებია რეცეპტი, მაგრამ რალაც მიზეზის გამო აფთიაქს ორმაგი დოზა გაუცია. ამის შედეგად დედაჩემს დიგიტალისის დოზის გადამეტების აშკარა ნიშნები განუვითარდა. ცოტაც რომ დამგვიანებოდა, შეიძლება საქმე ცუდად დამთავრებულყო.

როგორ უნდა მოიქცეს ექიმი, როდესაც შეცდომას დაუშვებს? ამას არც ერთ სამედიცინო ფაკულტეტზე არ ასწავლიან. რა დასამალია, ადამიანის ბუნებიდან გამომდინარე, უმრავლეს შემთხვევაში პირველი სურვილია ყველაფრის დამალვა, უარყოფა, სხვაზე გადაბრალევა, ერთი სიტყვით - პასუხისმგებლობისგან გაქცევა. როდესაც პრაქტიკანტი ვიყავი, ჩემი კურატორები „ჭკუას მარიგებდნენ“, რომ ყველა დეტალი არ ჩამენერა სამედიცინო ბარათში, ვინაიდან შეცდომის შემთხვევაში ეს იქნებოდა სამხილი, რომლის გამო შესაძლოა პასუხი მეგო. ზოგიერთი ექიმი, როდესაც მისი ავადმყოფი გარდაიცვლება, თავს არიდებს სამძიმრის გამოთქმას, ვინაიდან ეშინია, ავადმყოფის პატრონმა ეს სამძიმარი დანაშაულის აღიარებად არ მიიღოს. შეცდომები აუცილებლად უნდა ვალია-როთ და ბოდიშიც მოვიხადოთ. ყველაზე არასწორი ტაქტიკა გაჩუმება და იმის იმედად ყოფნაა, რომ ვერავინ ვერაფერს ვერ გაიგებს.

- მწარედ დამამახსოვრდა ერთ-ერთი შეცდომა, რომლის გამოც ავადმყოფი

კინალამ დამელუპა. ბატონი კ. წინაგულების ფიბრილაციის გამო სათითურას პრეპარატს იღებდა. მორიგი გასინჯვისას მას რიტმული ბრადიკარდია (წუთში 40) აღენიშნა და მე დავასკვენი, რომ ატრიოვენტრიკულური ბლოკადა განუვითარდა, რის გამოც სათითურა მოვუსხენი (ვაუგუბარია, რატომ არ ჩაუტარდა ეკვ გამოკვლევა?! - ჯ.ლ.) ერთი თვის (?! - ჯ.ლ.) შემდეგ ეს ავადმყოფი პიტერ ბენტის საავადმყოფოში ფილტვების შემუშებით და გამობატული ტაქიარტიით შემოვიდა. ავადმყოფი ძლივს გადავარჩინეთ. მიზეზი ნათელი იყო - ატრიოვენტრიკულური გამტარებლობა აღდგა და პარკუჭების შეკუმშვით რიცხვი 190-ს აღწევდა. ბატონი კ. ხედებოდა, რომ მე რალაც შეცდომა დავუშვი და საკმაოდ მტრულად მიყურებდა. მე გულახდილად მოვუყევი, რაც მოხდა და წინადადება მივეცი სასამართლოში ეჩვილა (ბერნარდ ლაუნის შეცდომა იმაში მდგომარეობდა, რომ ავადმყოფი დიგიტალისის მოხსნიდან 4-6 დღეში გამოსაკვლევად არ დაიბარა. სამწუხაროდ, ავტორი არ მიუთითებს, ავადმყოფი რომელ პრეპარატს და რა დოზით იღებდა - ჯ.ლ.). მან მიპასუხა, რომ სწორედაც ასე აპირებს მოქცევას. დაახლოებით სამი თვის შემდეგ ბატონი კ. მიღებაზე გამოცხადდა, რამაც ძალიან გამაკვირვა. ვკითხე, თუ რატომ მოვიდა კვლავ იმ ექიმთან, რომელმაც კინალამ მოკლა. მან მიპასუხა: „ღიაბ, თქვენ მე მართლაც კინალამ მომკალით და მე ვთელი, რომ სწორედ ამიტომაც იქნებით ზედმინევენით ყურადღებით და აღარაფერი შეგეშლებათ. თანაც, თქვენ უკვე იცნობთ ჩემს ორგანიზმს. არ მინდა, რომ ახალმა ექიმმა ახალი შეცდომა დაუშვას. რაც მთავარია, მე მომეწონა თქვენი გულახდილობა“.

„იყავი გუნრფელი და მაჩვენე შენი ცოდვის ნამდვილი სახე“ - ამბობს შექსპირის პეისის „ზამთრის ზღაპრის“ ერთ-ერთი პერსონაჟი. დაზარალებული პაციენტიც ჩვენგან იგვეს ელის. არ მახსენდება არც ერთი შემთხვევა, როდესაც ექიმის მხრიდან აღიარების და მოზოდინების შემდეგ პაციენტს ეჩივლოს.

რაც შეეხება დაუდევრობას და გულგრილობას, ჩემი აზრით იგი მედიცინის დეპერსონალიზაციით და ინდივიდუალური მიდგომის დაკარგვით არის გამოწვეული. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ბრუკლინის ცენტრის ჩემი სამუშაო ჯგუფის გამოცდილების მიხედვით შემიძლია ვამტკიცო, რომ როდესაც აქცენტი არა ტექნიკურ არსენალზე, არამედ პაციენტის მიმართ ყურადღებთან, გულითად დამოკიდებულებაზე კეთდება, ჩივილი და სამართლებრივი დევნა არ წარმოიქმნება. ჩემი ხუთკაციანი ჯგუფი 20 წლის განმავლობაში მუშაობდა და არც ერთხელ არ ყოფილა დადანაშაულებული დაუდევრობაში და უყურადღებობაში. მე ვიცი კიდევ რამდენიმე ჯგუფი, რომელიც ასეთივე წარმატებით მუშაობს.

- ერთობ საყურადღებოა ქალბატონ ბ.-ს ისტორია, რომელსაც რამდენიმე ათეული წლის განმავლობაში ვაკვირდებოდი. მას არტერიული ჰიპერტენზია, სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზი, გულის უკმარისობა და არტიზია აღენიშნებოდა. როდესაც მუცლის აორტის ანევრიზმის გამო ოპერაცია დასჭირდა, მან ჩვენთან, ბოსტონში, პიტერ ბენტის კლინიკაში გადაწყვიტა დანოლა და არა მაიამიში, სადაც ცხოვრობდა. მიუხედავად იმისა, რომ ფინანსურად შეზღუდული იყო, დამატებითი ხარჯი გაიღო, ვინაიდან ძალიან სურდა, რომ ჩემი დაკვირვების ქვეშ ჩატარებოდა ქირურგიული მკურნალობა. ოპერაციამ წარმატებულად ჩაიარა და მე-7 დღეს, როდესაც უნდა განერილიყო, ქალბატონს მუცლის არეში ტკივილები დაენყო. მიუხედავად ამისა, საავადმყოფოს ადმინისტრაცია დაჟინებით მოითხოვდა განერას, რადგან ასეთი იყო სტაციონარში დაყოვნების მიღებული ოფიციალური სტანდარტი. მე დაბეჯითებით მოვითხოვე განერისგან თავის შეკავება და, ვინაიდან შაბათი იყო, ადმინისტრაცია ავადმყოფის ორშაბათამდე დატოვებას დათანხმდა. სამწუხაროდ, ორშაბათს კლინიკაში ოდნავ მოგვიანებით მოვედი და ავადმყოფი უკვე განერილი დამხვდა. ქირურგიული განყოფილების ერთ-ერთმა თანამშრომელმა მითხრა, რომ

ქალბატონი თავს უკეთ გრძნობდა და ფლორიდაში უპრობლემოდ გაფრინდა.

ექვსი კვირის შემდეგ ქალბატონმა დამირეკა და საშინელი ისტორია მიაგმო. ის შაბათი და კვირა თურმე ტკივილებით გაუტარებია. დილით ექიმ-სტაჟიორს გაუსინჯავს და უთქვამს, რომ საშიში არაფერია – ჭრილობის შეხორცებისათვის დამახასიათებელი ტკივილები აქვს და მალე გაუვლის. თვითმფრინავში ქალბატონს აუტანელი ტკივილები დაწყებია და მუცლის არეში სისხლი შეუმჩნევია – აღმოჩნდა, რომ გახსნილ პოსტოპერაციულ ნაკერში ნაწლავის მარყუჭი ჩაჭედებულიყო. მაიამის აეროპორტიდან საავადმყოფოში იგი სექტიური შოკის მდგომარეობით გადაუყვანიათ, სადაც რამდენიმე კვირა უმკურნალა.

მონაყოლით მოკირებული ვიყავი. სანოლდლების საკითხში ადმინისტრაციის ბიუროკრატიულმა მიდგომამ გადანონა კლინიკური აზროვნება, სალი აზრი და, უბრალოდ, საექიმო პუშინიზმი. დარწმუნებული ვიყავი, რომ ქალბატონი ბ. შეიტანდა სარჩელს საავადმყოფოს, ქირურგის და ჩემს წინააღმდეგ, მაგრამ ეს ასე არ მოხდა. როდესაც ერთი წლის შემდეგ ქალბატონი გეგმიურ გასინჯვაზე გამოცხადდა, გამიკვირდა და დავინტერესდი, თუ რატომ არ გვიჩვილა ამ ყოვლად დაუშვებელი დაუდევრობის გამო. ქალბატონმა მიპასუხა, რომ მართლაც აპირებდა ჩვილს – ნათესავები და მისი ადვოკატი უსაზღვროდ აღმფოთებულნი იყვნენ. *„მაგრამ, ადვოკატმა ამიხსნა, რომ თუკი საავადმყოფოს უჭიჩვლებდი, აუცილებლად თქვენთვისაც უნდა მეჩვილა. დოქტორ ლაუნ, მირჩევნია მოვეკდე, ვიდრე ეს გაეაკეთო“* – პათეტიკურად დაამთავრა ქალბატონმა. მიუხედავად ასეთი პასუხისა, დღემდე ვერ მომიხელებია, რომ იმ დღეს დავიგვია.

• ძალზე შთამბეჭდავი მაგალითია «Boston Globe»-ის ჟურნალისტის ბეტსი ლემანის (Betsy Lehman) ტრაგიკული ისტორია. 39 წლის ჟურნალისტი, რომელიც ჯანდაცვის საკითხების გაშუქებით იყო დაკავებული, თავად გახდა დაუდევრობის მსხვერპლი. იგი უეცრად გარდაიცვალა ბოსტონის დანა-ფარბერის ონკოცენტრში, სადაც სამი თვის განმავლობაში ჭუჭუს კიბოს გამო მკურნალობდა. სიკვდილის მიზეზი სიმსივნე კი არ იყო, არამედ ქიმიოპრეპარატის დოზის გადამეტება. ბოლო დღეებში მას შეცდომით აძლევდნენ პრეპარატის ოთხმაგ დოზას (!) და ეს ვერავინ ვერ შეამჩნია. პაციენტი გამუდმებით ჩიოდა, რომ ცუდად იტანდა პრეპარატს, რომ უნინ ასეთი შეგრძნებები მას არასოდეს არ ჰქონია, მაგრამ ყურადღება არავინ მიაქცია. ამ საშინელ ბოროტმოქმედებას, რომელშიც მონაწილეობდა არაერთი ქირურგი, ექთანი და ფარმაცევტი, კიდევ უფრო ამძიმებს ის გარემოება, რომ აუტოფსიამ გამოირიცხა ავთვისებიანი პროცესი – ახალგაზრდა ქალი არარსებული კიბოს გამო სრულიად გაუმართლებელმა მკურნალობამ მოკლა!

• საგულისხმოა, რომ ამ ტრაგედიამდე არც ისე დიდი ხნით ადრე იმავე სტაციონარში კიდევ ერთი ქალბატონი დაზარალებულა მედიკამენტის დოზის გადამეტებით. ამ შემთხვევაში პაციენტი გადარჩა, მაგრამ გული სერიოზულად დაუზიანდა. მაშინ ამას უბრალო „ადამიანური შეცდომა“ უწოდეს. და ეს მოხდა ერთ-ერთ პრესტიჟულ ონკოცენტრში.

ამიტომ, არ დავიღლები იმის მტკიცებით, რომ არც ერთი სამედიცინო დანესებულება არ იქნება დაზღვეული უხეში შეცდომებისგან, თუკი მედიცინის მუშაკების მთავარი საფიქრალი ავადმყოფზე ზრუნვა არ იქნება. ჯანდაცვის სისტემის დევრადაცია მიმდინარეობს იმის გამო, რომ ექიმები სულ უფრო მეტად ეყრდნობიან ტექნოლოგიურ მიღწევებს, რაც მათ დიდ შემოსავალს აძლევს, ხოლო ავადმყოფთან გულითად საუბარზე დროის კარგვა „არარენტაბელური“ გახდა. გაცილებით საიმედოდ ითვლება ყოველნაირი (უხშირესად, ზედმეტი) გამოკვლევების დანიშვნა და პასუხისმგებლობის თავიდან აცილება და სხვებისთვის (რენტგენოლოგებზე, ელექტროფიზიოლოგებზე, ლაბორანტებზე, ვინრო სპეციალისტებზე

და ა.შ.) გადაბარება. (ამ წიგნის გამოქვეყნებიდან 14 წლის შემდეგაც, როგორც ჩანს, მდგომარეობა არსებითად არ შეცვლილა. 2010 წელს უურნალში Arch. Intern. Med. 2010;170:1081-1084 გამოქვეყნდა გამოკვლევა, რომლის თანახმად შეერთებული შტატების ექიმთა 95%(!) მიმართავს სწორედ ასეთ ტაქტიკას – რენტგენოლოგიური, კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული და ექოსკოპიური გამოკვლევების 20%, ლაბორატორიული გამოკვლევების 18% და სპეციალისტების კონსულტაციების 28% დანიშნული იყო მხოლოდ და მხოლოდ სამართლებრივი დევნის შიშით! ამის შედეგად ერთი წლის განმავლობაში ზედმეტად დაიხარჯა 200 მილიარდი დოლარი – აშშ-ის ბიუჯეტის 10%! – ნ.ა. მაგაზანიკის მიხედვით – ჯ.ლ.).

მე ვთვლი, რომ ექიმთა დაუდევრობა შეერთებული შტატების დაავადებული ჯანდაცვის სიტემის ერთ-ერთი კონკრეტული სატკივარია, მაგრამ იგი მხოლოდ შედეგია, გამოვლინებაა და არა მიზეზი.

ჩვენი მედიცინა კრიზისიდან ვერ გამოვა, სანამ ჯანდაცვის სისტემური ცვლილებები ავადმყოფს კვლავ არ აქცევს ექიმის ზრუნვის მთავარ ობიექტად.

ნანილი III. განაპურნების მეცნიერება და ხელოვნება

„О сколько нам открытий чудных
Готовят просвещенья дух
И Опыт, сын ошибок трудных,
И Гений, парадоксов друг,
И Случай, бог изобретатель“.

Александр Пушкин

„ო, კვლავ რაოდენ საოცრებებს აღმოჩენებს
წარმოგვიჩენენ: განათლების სული გრძნეული,
გამოცდილება – შვილი მძიმე შეცდომებისა,
გენიალობა – მეგობარი პარადოქსების,
შემთხვევეითობა – გამომგონი და შემოქმედი“.

(თარგმნა ლეილა კაჭარავამ)

თავი 11.

სათითურას აღმოჩენის მნიშვნელობა

კლინიკურ პრაქტიკასთან ერთად 40 წლის განმავლობაში სამეცნიერო მუშაობა-საც ვენუდი, რამაც წამყვან კარდიოლოგად ჩემს ჩამოყალიბებას მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი. მეცნიერება დიდ შრომას მოითხოვს, მაგრამ მეცნიერული აღმოჩენის სიხარული შეიძლება იმ ალპინისტის გრძნობას შევადაროთ, რომელიც პირველი დაიპყრობს უძნელეს მწვერვალს.

ჩემი პირველი გამოკვლევები იმ დროისთვის ყველაზე პოპულარულ საგულე საშუალებას – სათითურას (Digitalis) მიეძღვნა. მეცნიერულად ეს პრეპარატი პირველად ინგლისელმა ექიმმა და ბოტანიკოსმა უოთერინგმა (William Withering, 1741-1799) შეისწავლა. იმ დროს შრომპირის საგრაფოში ერთი ექიმბაში ბოშის ქალი ოცამდე ბალახეულის ნახარშით წარმატებით მკურნალობდა „წყალმანკს“ (მძიმე შეშუპებით სინდრომს). სათითურას ზოგიერთი თვისება (გულისრევა, ლებინება, ფაღარათი და სხვა) უოთერინგმა, რომელიც შესანიშნავი ბოტანიკოსი იყო, კარგად იცოდა – სწორედ ამ მიზნით გამოიყენებოდა სათითურა საუკუნეების განმავლობაში. ამიტომ მან ადვილად ამოიცნო, რომ ექიმბაშის მიერ გამოყენებული ბალახებიდან მთავარი იყო სათითურა. მან ექსპერიმენტულად და ქიმიურად შეისწავლა ეს საოცარი ბალახი და მისი კლინიკური გამოყენების შესახებ 1785 წელს ფუნდამენტური ნაშრომი გამოაქვეყნა, რომელშიც სათითურას შესანიშნავ შარდმდენ საშუალებად წარმოაჩენდა და, რაც მთავარია, მან პირველმა მიუთითა, რომ ამ პრეპარატის დიდ დოზებში გამოყენება (რაც მიღებული იყო მანამდე) სიცოცხლისთვის საშიშია.

ამ პერიოდისთვის სათითურათი გატაცება ისეთ აბსურდამდე მივიდა, რომ მას ჭლექის, პოდაგრის, ანგინის, სიყვითლის, კანის წყლულების და სხვა პათოლოგიის სამკურნალოდ იყენებდნენ. თანაც, ფრთხილი დოზირების შესახებ უოთერინგის მითითების გაუთვალისწინებლობა ხშირად ინვეცდა უმძიმეს გართულებებს, რამაც XIX საუკუნის დასაწყისში ექიმები სათითურას მიმართ უარყოფითად განაწყო. ჰომეოპათიის დამაარსებელი ჰანემანი (C. F. S. Hahnemann, 1755-1843) და ნაპოლეონის ლეიბ-ექიმი კორვიზარი (Corvisart J. N. 1755-1821 – დიდი ლაენეის პედაგოგი) მიიჩნევდნენ, რომ სათითურას გამოყენება დანაშაულია. რატომღაც არ ითვალისწინებდნენ დიდი პარაცელსის ცნობილ გამონათქვამს: „ყველა წამალი სანამლავია. სანამლავს წამლად მხოლოდ სწორი დოზირება აქცევს“ (Paracelsus, 1493-1541, გერმანული წარმოშობის შვეიცარიელი მეცნიერი, იატროქიმიის ანუ საექიმო ალქიმიის ფუძემდებელი, პარაცელსი მისი ფსევდონიმია. ამ სახელით მას უნდოდა ეთქვა, რომ გაასწრო, აჯობა პირველი საუკუნის გენიალურ რომაელ ფილოსოფოსს

და ექიმს ცელსუსს – Aulus Cornelius Celsus. ე.წ. „მედიცინის ციკერონს“ – ჯ.ლ.).

და მაინც, მრავალრიცხოვანი კლინიკური დაკვირვებების და ექსპერიმენტული გამოკვლევების წყალობით დიგიტალისმა „თავისი გაიტანა“ – თანდათანობით მისი გამოყენება შედარებით რაციონალური გახდა. მეოცე საუკუნეში უკვე ცნობილი იყო, რომ სათითურა არც საფალარათო და არც დიურეტიული საშუალება არ არის, რომ მისი მთავარი სასარგებლო თვისება მიოკარდზე დადებითი ინოტროპული ეფექტია, რის შედეგადაც მატულობს გულის უკმარისობის გამო შეკავებული სითხის გამოყოფა – ძლიერდება დიურეზი, ავადმყოფის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად უმჯობესდება, ქოშინი უმცირდება და შეუძლია ლოგინში მშვიდად წოლა და ა.შ. გაცილებით ნაკლებად იყო შესწავლილი სათითურას მოქმედება გულის სხვა ფუნქციებზე (ავტომატიზმის, გამტარებლობის, აგზნებადობის და დიასტოლური ფუნქციაზე), თუმცა ჯერ კიდევ უოთერინგი მიუთითებდა, რომ მას გულისცემის შენელება შეუძლია. XX საუკუნის 50-იანი წლებისთვის სათითურა მოციმციმე ტაქიარითმიის ფონზე გულის უკმარისობის სამკურნალო საუკეთესო პრეპარატად ითვლებოდა, თუმცა მისი თერაპიული და, განსაკუთრებით, გვერდითი მოქმედების განვითარების მექანიზმები საკმარისად შესწავლილი არ იყო – ავტორები თავის ნაშრომებში ერთიმეორის შეცდომებს იმეორებდნენ.

• 1950 წელს დიგიტალისის არასწორი გამოყენების საკმაოდ სამწუხარო და ჭკუის სასწავლებელი შემთხვევის მოწმე გახვდი. პიტერ ბენტის საავადმყოფოს ქალთა განყოფილების უფროსმა ექიმმა ლივანის პაციენტის, სტაციონარში სულ ახლახან შემოსული მოხუცი ქალბატონის გასინჯვა დამავალა. ავადმყოფს გულის მძიმე უკმარისობის სიმპტომები ჰქონდა – ქოშინი მოსვენებულ მდგომარეობაში და შეგუბებითი მოვლენები მცირე და დიდ წრეში. ოქსიგენოთერაპიამ შედეგი არ გამოიღო – გულისცემათა სიხშირე 180-ის ფარგლებში რჩებოდა. ასეთი ტაქიკარდია ჯანმრთელ მიოკარდსაც ასუსტებს, პაციენტს კი ბავშვობაში რევმატული მიოკარდიტი ჰქონდა გადატანილი.

დილით, როდესაც ლივანი მოვიდა, ვთხოვე პირველ რიგში ეს ქალბატონი გაესინჯა, ვინაიდან იგი განყოფილებაში ყველაზე მძიმე ავადმყოფი იყო. ლივანი მაივი ჩვეული სკრუპულოზურობით გასინჯა და დიგიტოქსინის საკმაოდ დიდ დოზასთან ერთად სინდიყის შემცველი შარდმდენი დაუნიშნა (*იმ დროისთვის ყველაზე ეფექტური შარდმდენი პროპერანი და მერკუზალი იყო – ჯ.ლ.*). დაუფიქრებლად და საკმაოდ უტაქტოდ ნამომცდა: „ასეთი დანიშნულება ავადმყოფს მოკლავს, ალბათ ხელამდე ვერ მიაღწევს!“ ლივანი სიბრაზისგან გაფითრდა და კბილებში გამოცრა: „*ეგ თქვენი შეხედულება ზუსტად, სიტყვა-სიტყვით, ჩანერეთ ავადმყოფობის ისტორიაში*“. ცივად შემობრუნდა და დაგვტოვა.

ორ ცაცხულზე ვიყავი: ერთი მხრივ ავადმყოფის ბედს განვიციდიდი და, მეორე მხრივ, საკუთარ თავზეც ვფიქრობდი – იმ დროს ახალბედა პრაქტიკანტის მხრიდან ასეთ ავტორიტეტულ პროფესორთან არა თუ შეკამათება, არამედ, უბრალოდ, მისი შეხედულების ეჭვქვეშ დაყენებაც კი ნარმოუდგენელ თავხედობად ითვლებოდა. რა თქმა უნდა, მისი დანიშნულება შევასრულე, მაგრამ თავს საშინლად ვგრძნობდი. ძალიან ვნანობდი ჩემს თავშეუკავებლობას, მაგრამ კიდევ უფრო მეტად იმის შეგნება მანუხებდა, რომ უნებურად ავადმყოფის მკვლელობაში ვმონაწილეობდი. გულწრფელად ვნატრობდი, რომ გავნებილებულიყავი, მაგრამ რამდენიმე საათის შემდეგ ავადმყოფის გაუარესებულმა მდგომარეობამ დამარწმუნა, რომ, სამწუხაროდ, არ ვცდებოდი – დიურეზის გაძლიერების ფონზე ტაქიკარდიამ და ქოშინმა იმატა. მეორე დილას პირველ რიგში ქალთა განყოფილებაში შევედი, მაგრამ პალატა ცარიელი დამხვდა – ავადმყოფი ღამით გარდაცვლილიყო. მორიგე ექიმის გადმოცემით, თურმე გულისცემათა რიცხვმა 220-ს მიაღწია და ავადმყოფი

ფილტვების შეშუპებით გარდაიცვალა.

ვერც კი ვიტყვი, რა უფრო მანუხებდა – ქალბატონის გარდაცვალება, თუ ლივანთან ჩემი მუშაობის მოსალოდნელი დასრულების საშიშროება. არადა, მის უსაყვარლეს შეგირდად ვითვლებოდი. გულისფანცქალით ვუცდიდი შეფის მოსვლას. როგორც კი მოვიდა, უპირველეს ყოვლისა ქალბატონის ჯანმრთელობა იკითხა. თავდახრილმა ძლივს ჩავილულულე, რომ ავადმყოფი ლამით გარდაიცვალა. ლივანის მკვეთრად შემობრუნდა და მოჭრით მითხრა, რომ მას გაგყოლოდი. როგორც კი მის კაბინეტში შევედი, კარი ჩარახა და მითხრა: „ბარნი, ამიხსენი რა შემეშალა!“

ახლაც კი, 50 წლის შემდეგ ამ ეპიზოდის მშვიდად გახსენება არ შემიძლია. იმ დროისთვის ერთ-ერთი საუკეთესო კარდიოლოგისთვის, კლინიკური ფარმაცოლოგიის სპეციალისტისთვის მე, ახალბედა გამოუცდელ ექიმს, განაჩენი უნდა გამომეტანა. სწორედ ამ სიტუაციაში გამოჩნდა ლივანი, როგორც დიდი პიროვნება. შემდგომში არასოდეს არ შემხვედრია ასეთი მაღალზნეობრივი ადამიანი, რომელიც შეგირდის წინაშე შეცდომის აღიარებას, თავის დამცირებას არ მოერიდებოდა. მე მოკლედ მოვახსენე, რომ ვინაიდან ავადმყოფს პაროქსიზმული ტაქიკარდია დიგიტალისით მკურნალობის ფონზე ჰქონდა განვითარებული, დიგიტოქსინის და შარდმდენის ერთდროული დანიშვნა იგივე იყო, რაც ცეცხლზე ნავთის დასხმა – ავადმყოფს აუცილებლად განუვითარდებოდა პარკუჭების ფიბრილაცია. ვუთხარი, რომ ჩემს პრაქტიკაში მქონდა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც ფორსირებული დიურეზი დიგიტალიზაციის ფონზე ჯერ კიდევ უცნობი მიზეზების გამო ფატალურ არიტმიებს იწვევდა.

ლივანი ყურადღებით მისმენდა და საუბარი ერთხელაც არ შემანყვეტინა. როდესაც დავამთავრე, რამდენიმე შეკითხვა მომცა და, ბოლოს, მშვიდად მითხრა: „ბარნი, მადლობელი ვარ ახსნა-განმარტებისთვის. ნაკლებად ქედმაღალი უნდა ყყოფილიყავი და შენთვის მეტი ყურადღება უნდა დამეთმო“. ამ შემთხვევის შემდეგ, როცა დიგიტალისის დანიშვნას აპირებდა, ჩემი შეფი რჩევისთვის ხშირად მომმართავდა ხოლმე.

ლივანმა არ იცოდა, რომ ერთხელ ჩემი გამოუცდელობის გამო დიგიტალისზე მეც „კარგად ნავიბორძიკე“ და ეს გამოცდილება ძალზე ძვირად დამიჯდა.

1948 წელს მონტეფიორეს (Montefiore) საავადმყოფოს ქრონიკულ ავადმყოფთა განყოფილების უმცროსი რეზიდენტი ვიყავი (ონტეფიორე ედიცალ ჩენტერ – ერთ-ერთი საუკეთესო კლინიკაა ნიუიორკში, „სოციალური მედიცინის“ პიონერი ამერიკაში – ჯ.ლ.). ამ კლინიკაში ნიუ-იორკის უმძიმეს ქრონიკულ ავადმყოფებს ათავსებდნენ, რომელთაც კერძო კლინიკებში მკურნალობის საშუალება არ ჰქონდათ. კლინიკაში ძალიან დატვირთული ვიყავი და, ამავე დროს, ახალბედა ექიმისთვის არაადეკვატური დამოუკიდებლობა მქონდა მონიჭებული. ხანდახან უფროსი რეზიდენტები მეხმარებოდნენ, თუმცა სულ ერთი წლით მეტი სტაჟი ჰქონდათ და ისინიც საკმაოდ გამოუცდელები იყვნენ. უფროს ექიმებს კი იშვიათად, მხოლოდ დილის შემოვლაზე ვხვდებოდი. ფაქტობრივად, ახალგაზრდა ექიმთა დახელოვნება სოციალურად დაუცველი ავადმყოფების ჯანმრთელობის ხარჯზე ხდებოდა. სახედნიეროდ, ამჟამად ასეთი რამ წარმოუდგენელია – ავადმყოფების უფლებებს კანონი იცავს.

ჩემი მორიგეობის დროს 30 წლის ქალი უ. მოიყვანეს, რომელიც კახექსიული იყო – 45კგ-ს იწონდა. წყლულოვანი კოლიტის გამწვავების გამო მაღალი ცხელება, სრული ანორექსია და ფაღარათი აღენიშნებოდა. ძალზე მძიმე შთაბეჭდილებას ტოვებდა – ფერმკრთალი, ჩაცვნილი თვალებით. მკვეთრი ტაქიკარდია (ნუთში 170) აღენიშნებოდა, რაც, ჩემი აზრით, სითხის და ელექტროლიტების ბალანსის დარღვევით

უნდა ყოფილიყო გამონეწული. კუჭ-ნაწლავის პათოლოგიის გათვალისწინებით, დიგიტალისის გამოყენებას ვერ შეეძლებდი და, ამიტომ, ფრანგული პრეპარატის უბაინის (*გ-სტროფანტინი* – *Strophanthus gratus* – *ჯ.ლ.*) გამოყენება გადავწყვიტე, რომლის შესახებაც სულ ახლახან მქონდა ნაკითხული. მისი ინსტრუქცია ძალიან მომწონდა – ინტრავენურად შეყვანის შემდეგ სწრაფად მოქმედებდა და კუმულაციას ნაკლებად იძლეოდა. გამოყენების გამოცდილება სრულებით არ მქონდა, და არც რჩევა-დარიგების მოძებნი არავინ მყავდა. სიფრთხილე გამოვიჩინე და ელექტრო-კარდიოგრაფიული კონტროლის ქვეშ უბაინის ძალიან მცირე დოზა – სრული დოზის მეხუთედი შევეყვანე. ხუთი ნუთის შემდეგ ავადმყოფმა თავი უარესად იგრძნო, მოუსვენრობა და მკვეთრი ქოშინი დაეწყო, ციანოზმა და გულისცემის სიხშირემ მოიმატა, წნევა დაეცა, პულსი აღარ ისინჯებოდა, ეკგ-ზე პარკუჭების ფიბრილაცია დაფიქსირდა. დაბნეული და სრულიად უსუსური ვიდექი და არ ვიცოდი რა მექნა, სასონარკვეთილება დამეუფლა – საკუთარ თავს მკვლელად აღვიქვავდი. რვა ნუთში ავადმყოფი გარდაიცვალა.

უძილო ღამე სინდისის ქენჯნაში და იმაზე ფიქრში გავატარე, თუ რა განკიცხვა და სასჯელი მელოდა დღის კონფერენციაზე. ექიმებს ყველაფერი ზუსტად მოვახსენე და განაჩენს ველოდი, მაგრამ, ჩემდა გასაკვირვებ, მსგავსი არაფერი მომხდარა. პირიქით, ისე მომეპყრნენ, როგორც ბრძოლის ველიდან დაბრუნებულ გმირულად მებრძოლ ჯარისკაცს: „*ბარნი, ასე ახლოს ნუ მიიტან გულთან!*“, „*ყოველთვის ვერ გაიმარჯვებ!*“, „*სანამ ექიმი გახდები, კიდევ ბევრი უნდა განიცადო!*“ და ა.შ. მათი სოლიდარობა მსიამოვნებდა, მაგრამ ეჭვის ჭია მღრღნიდა. ყველაზე მეტად გამაღიზიანა ასეთმა რეპლიკამ: „*შენ გამართლებული რისკი გასნიე!*“. რას ჰქვია გამართლებული რისკი? მე ხომ ავადმყოფის ხარჯზე გავრისკე. განა ავადმყოფს ვინმემ ჰკითხა – თანახმა იყო თუ არა იგი ამ რისკზე? მთავარმა ექიმმა საყვედურის ნაცვლად მამაშვილური დამშვიდება სცადა: „*ნუ განიცდი, გამოცდილება შეცდომების ხარჯზე მოდის!*“. გაოგნებული ვიყავი, ვითომც არაფერი არ მომხდარიყოს – რამდენიმე ნუთში სხვა ავადმყოფის შესახებ გააგრძელეს მსჯელობა. გამოცდილი ექიმები და შესანიშნავი კოლეგები მე, დამნაშავეს, მშვიდად მესაუბრებოდნენ და მეფერებოდნენ (*ასეთი კოლეგალობა მართლაც ძალზე იშვიათია* – *ჯ.ლ.*)!

რამდენიმე დღის შემდეგ მივიღე გარდაცვლილის სისხლის ქიმიური ანალიზების პასუხი, რომელმაც დაადასტურა ელექტროლიტური დისბალანსი. განსაკუთრებით დაქვეითებული იყო კალიუმის შემცველობა – 1,6 მილიეკვ./ლ, რაც ნორმაზე (3,5-5,0) სამჯერ ნაკლებია! საგულე გლიკოზიდებით ინტოქსიკაციის დროს ჰიპოკალემიის მნიშვნელობაზე მაშინ წარმოდგენა არ გექონდა. პათანატომიურმა შესწავლამ რაიმე განსაკუთრებული ცვლილებები ვერ აღმოაჩინა. მე ვიცოდი, რომ ჯანმრთელი გულის შემთხვევაში გლიკოზიდების ტოქსიკური დოზაც არ იწვევდა ფატალურ არიტმიებს. ლიტერატურაში აღწერილი იყო შემთხვევა, როდესაც სუიციდის მიზნით მამაკაცმა დიგიტალისის ისეთი რაოდენობა მიიღო, რომელიც თერაპიულ დოზას 200-ჯერ აჭარბებდა და მაინც გადაურჩა.

მამ, რამ გამოიწვია ფიბრილაცია? ამ პრობლემის ღრმა შესწავლის შესაძლებლობა მე იმ პერიოდში არ მქონდა: სამსახურიდან იმდენად არაქათნართმეული ვბრუნდებოდი, რომ ცოლ-შვილისთვის დრო თითქმის არ მრჩებოდა. მიუხედავად ამისა, ახალგაზრდა ქალის უცნაურ გარდაცვალებაზე ფიქრს თავი ვერა და ვერ დავალნიე. ერთი წლის შემდეგ, როცა უფროსი რეზიდენტი გაეხდით, სამეცნიერო მუშაობისთვის მეტი დრო მომეცა. მრავალი ისტორია შევისწავლე და შევამჩნიე, რომ დიგიტალიზაციის ფონზე გართულებები, განსაკუთრებით პარკუჭოვანი არიტმიები, როგორც წესი, ფორსირებული დიურეზის ფონზე ვითარდებოდა.

ჯერ კიდევ 30-იან წლებში ლივანიმა ამ მოვლენის შესახებ საკუთარი შეხედულება გამოთქვა, რომელმაც საყოველთაო აღიარება დაიმსახურა. მისი აზრით, დიურეზი მოციურკულირე სისხლის მასას ამცირებდა, შესაბამისად, დიგიტალისის კონცენტრაცია სისხლში მატულობდა და ამის შედეგად გულზე გლიკოზიდების მოქმედება ძლიერდებოდა. მან ეს თეორია ექსპერიმენტულადაც „დაამტკიცა“: როდესაც ბაყაყის ორგანიზმში დიგიტალისით და შარდმდენებით ნამკურნალეები ავადმყოფის შარდი შეყავდა, ბაყაყის გული, როგორც ნესი, ჩერდებოდა. მაშასადამე, წერდა ლივანი, შემუშავებული ავადმყოფის მიერ გამოყოფილი სითხე შეიცავს დიგიტალისის ისეთ დოზას, რომელიც გულს აჩერებს. ლივანი ამ მოვლენას რედიგიტალიზაციას უწოდებდა (ეს თეორია გასული საუკუნის 60-იან წლებში საბჭოთა კავშირშიც იყო გაბატონებული - ვ.ლ.). ავადმყოფების ისტორიების ანალიზმა ამ თეორიის სისწორეში სრულებითაც ვერ დამარწმუნა: ზოგჯერ გლიკოზიდური ინტოქსიკაცია ოლიგურიის ფონზე ვითარდებოდა, ხოლო ფორსირებული დიურეზი არავითარ გართულებას არ იწვევდა. საბოლოოდ იმ დასკვნამდე მივედი, რომ ქალბატონი უ.-ს ისტორიაში უნდა ყოფილიყო საიდუმლო გასაღები - კარგად მახსოვდა, რომ მას სისხლში კალიუმის ძალზე დაბალი კონცენტრაცია აღნიშნებოდა. ამრიგად, ჩემ წინაშე ძალზე კონკრეტული ამოცანა დადგა: შეიძლება თუ არა, რომ ჰიპოკალიემიამ გამოიწვიოს ე.წ. „რედიგიტალიზაცია“, ანუ, არსებითად, საგულე გლიკოზიდების ტოქსიური, არიტმოგენური მოქმედება.

სამეცნიერო ლიტერატურის შესწავლამ სასიამოვნოდ გამაოცა - ჯერ კიდევ 30-იან წლებში ჯონ სემპსონი (John J. Sampson - JAMA. 1932;99(27):2257-2261), კარდიოლოგი სან-ფრანცისკოდან წერდა, რომ სათითურათი გამოწვეული ექსტრასისტოლების მკურნალობა კალიუმის პრეპარატებით შეიძლება, მაგრამ ამის იქით ამ ავტორის ძიება არ ნასულა. ლოგიკური იყო დამესკვნა, რომ სწორედ კალიუმის დეფიციტი იყო ფატალური არიტმიების მიზეზი. ლოგიკა ლოგიკად, მაგრამ მეცნიერული დასკვნებისთვის აუცილებელი იყო იმის ექსპერიმენტული დასაბუთება, რასაც ადგილი ჰქონდა ზემოთ აღწერილ შემთხვევაში, ანუ უნდა მეჩვენებია, რომ ფორსირებული დიურეზით გამოწვეული კალიუმის კარგვის შედეგად მოიკარდი საგულე გლიკოზიდების მიმართ ზედმინერვით მგრძობიარე ხდება. ამისთვის უნდა შემერჩია ავადმყოფები, რომლებიც აქამდე დიგიტალისს არ იღებდნენ, გამომე-წვია ფორსირებული დიურეზი და შემდეგ შემეყვანა საგულე გლიკოზიდის ის მცირე დოზა, რომელმაც პაციენტი დაღუპა. ამის თქმა გაცილებით ადვილია, ვიდრე განხორციელება - მეორე სასიკვდილო ექსპერიმენტს ვერც მე ვერ ავიტანდი და არც სხვები არ მაპატიებდნენ. საჭირო იყო უაბაინზე ნაკლებ საშიში, ორგანიზმიდან სწრაფი ელიმინაციის პრეპარატის გამოყენება. გარკვეული დროის შემდეგ გავიგე, რომ კარდიოლოგი ჩარლზ ენსელბერგი (Charles D. Enselberg) ახალ სინთეტიკურ საგულე გლიკოზიდს აცეტილსტროფანტიდინს იყენებდა. ამ პრეპარატის მთავარი თვისება, რომელიც მე ხელს მძლევდა, იყო მისი მოქმედების დაწყების (ორ წუთში) და ელიმინაციის (ორ საათში) სისწრაფე! იმ დროს კლინიკური ექსპერიმენტებისთვის სპეციალური სახელმწიფო კომისია არ არსებობდა და, ამიტომ, ჩემთვის საკმარისი იყო მთავარი ექიმის ნებართვა, რაც პრობლემის გარეშე მივიღე.

შევარჩიე 10 ავადმყოფი, რომლებსაც მანამდე საგულე გლიკოზიდები მიღებული არ ჰქონდათ. ჯერ ვენაში შეგვყავდა აცეტილსტროფანტიდინის დასაშვები დოზა. ორი საათის შემდეგ ავადმყოფებს ვუკეთებდით შარდმდენის ინექციას და 24 საათის განმავლობაში ვაგროვებდით შარდს, რომელშიც ვსაზღვრავდით კალიუმის შემცველობას. მეორე დღეს აცეტილსტროფანტიდინის ინექციას იმავე დოზით ვიმეორებდით. ზოგიერთ ავადმყოფს აღენიშნა მსუბუქი დისპეპსიური ჩივილები. ობიექტურობის მიზნით კლინიკის კარდიოლოგს ელექტროკარდიოგრაფების (ეკგ)

შეფასება ვთხოვე. დასკვნებმა ალტაცებებში მომიყვანა: „რედიკალიზაციისთვის“ დამახასიათებელი ეკვ ცვლილებები სწორედ იმ ავადმყოფებს აღმოაჩნდათ, რომლებსაც დისპეუსიური ჩივილები ჰქონდათ და, რომლებმაც შარდით კალიუმი დიდი რაოდენობით გამოყვეს, ხოლო სისხლში ეს ელექტროლიტი დაუქვეითდა.

ამ გამოკვლევების შედეგი ჩემს პირველ სამეცნიერო პუბლიკაციას დაედო საფუძვლად, რომელმაც სწრაფად მიიპყრო ყურადღება. ზოგიერთმა ავტორმა მას ეპოქალური გამოკვლევაც კი უწოდა. კლინიცისტთა ასეთი ყურადღება იმ ფაქტორმა განაპირობა, რომ იმ დროს გულის უკმარისობით დაავადებულ პაციენტთა გარდაცვალების მთავარი მიზეზი დიგიტალისური ინტოქსიკაცია იყო! გამოკვლევების გაგრძელების დიდი სურვილი მქონდა, ვინაიდან გასარკვევი კიდევ ძალზე ბევრი რამ რჩებოდა, მაგრამ ამისთვის რომელიმე კარდიოლოგიურ ცენტრში მოხვედრა იყო საჭირო.

ჩემი პუბლიკაციის წყალობით პიტერ ბენტის კლინიკაში მუშაობის გაგრძელების საშუალება მომეცა. ამ დროს კლინიკაში დოქტორი ჯონ მერილი (John Merrill) ხელოვნური თირკმლის პრობლემებზე მუშაობდა. პაციენტებს შორის გულის უკმარისობით დაავადებულებიც იყვნენ, რომელთაც დიგიტალისის პრეპარატები ეძლეოდათ. დიალიზის დროს სისხლიდან კალიუმიც იფილტრება და ამიტომ ასეთ ავადმყოფებზე დაკვირვება დიგიტალიზაციაზე კალიუმის დეფიციტის გავლენის შესწავლის უნიკალურ შესაძლებლობას მაძლევდა.

კიდევ უფრო მეტად დოქტორ ლივანიანთან მუშაობის პერსპექტივა მიზიდავდა, თუმცა ამის იმედი არ უნდა მქონოდა, ვინაიდან იგი შეგირდებს მხოლოდ ერთი წლით იყვანდა და, თანაც, მხოლოდ მათ, ვისაც ჰარვარდის უნივერსიტეტი ჰქონდათ დამთავრებული. ჩემდა გასაკვირვად, გასაუბრებლად დამიბარეს. შეხვედრისთვის სრულიად ავანტიურისტული გეგმა შევიმუშავე, რომელსაც ნებისმიერი საღად მოაზროვნე ადამიანი დაინუნებდა. ყველამ იცოდა, რომ ლივანიანი ერთობ ამაყი და პატივმოყვარე ადამიანი იყო და სხვის ალტერნატიულ გამონათქვამს ვერ იტანდა. მიუხედავად ამისა, გადავწყვიტე პირდაპირ მეთქვა, რომ, ფაქტობრივად, რედიკალიზაციის მისეული თეორიის უარყოფას ვაპირებდი. მცირე გასაუბრების შემდეგ მან მკითხა, თუ რატომ მსურს მაინცდამაინც მასთან მუშაობა. მე პირდაპირ ვუპასუხე, რომ ჩემი მთავარი მოტივაცია იმის დამტკიცება, რომ მისი თეორია დიურეტიული რედიკალიზაციის შესახებ მცდარია. შევატყვე, რომ რისხვას ძლივს იკავებდა, თუმცა საკმაოდ მშვიდად მითხრა: „თქვენ, როგორც ჩანს, არ ნაკითხავთ ჩვენი ნაშრომი ამ საკითხის შესახებ. ჩვენ აბსოლუტურად დამაჯერებლად დავამტკიცეთ, რომ ქსოვილოვანი შემუშავებითი სითხე დიგიტალისს დიდი რაოდენობით შეიცავს“. ვეცადე, რაც შეიძლება დამაჯერებლად მომეყოლა ჩემ მიერ ჩატარებული გამოკვლევების შესახებ და, ბოლოს, ემპაურად დაეურთე, რომ ისეთი ჭეშმარიტი მეცნიერისთვის, როგორც ლივანიანი, შეცდომის აღიარება ღირსების საქმეა. ვგრძნობდი, რომ ამ უტაქტო გამოსხდომით თავმოყვარეობა შევულახე – საშინლად გაღიზიანებული ჩანდა, მაგრამ აქ გამორჩნდა მისი დიდბუნოვნობა. თანამშრომლობაზე დამთანხმდა, თუმცა თავხედობის გამო პატარა სასჯელიც დამადო – ერთი წლის განმავლობაში სათითურაზე მუშაობა ამიკრძალა (! - ჯ.ლ.).

როგორც იქნა, ეს ერთი წელიც გავიდა და დიგიტალისზე მუშაობის შესაძლებლობა მომეცა. სულ ცოტა დრო დამჭირდა იმის დასამტკიცებლად, რომ სათითურას პრეპარატების აუტანლობის მაპროვოცირებელი ფაქტორი კალიუმის დეფიციტია. ახლა უკვე კლინიკის ექიმები შარდმდენებს კალიუმის პრეპარატების გარეშე აღარ ნიშნავდნენ. გარდა ამისა, ჩვენმა მონაცემებმა კალიუმის შემანარჩუნებელი დიურეტიული საშუალებების სინთეზზე ფარმაცევტული ფირმების მუშაობას მისცა სტიმული. ამ საკითხებზე რამდენიმე პუბლიკაცია დაბეჭდეთ და სპეციალური

სახელმძღვანელოც გამოვუშვით, რომელიც სამედიცინო ბესტსელერად იქცა. სხვადასხვა ქალაქში ექიმების წინაშე ხშირად გამოვდიოდი ლექციით თემაზე: „სათითურას გამოყენების სარგებელი და ზიანი“.

ერთ-ერთი ასეთი ლექციის წინ ქალაქ მიჩიგანში თავჯდომარემ საკმაოდ მწარედ იხუმრა: „ჩვენთვის დიდი პატივია მოვუსმინოთ დოქტორ **ლაუნს**, სათითურათი მონამკვლის მთავარ სპეციალისტს“. ეტყობა მან კარგად იცოდა ქალბატონ უ.-ს ტრაგიკული სიკვდილის ისტორია, რომელიც მოსვენებას არ მძლევდა და, რომელმაც, ამავე დროს, სტიმული მისცა ჩემს წარმატებულ სამეცნიერო მუშაობას. სათითურას პრეპარატებზე მუშაობამ საბოლოოდ დამარწმუნა პარაცელსის გამო-ნათქვამის სისწორეში: ნებისმიერი წამალი პოტენციური საწამლავეა, თუკი მას არასწორად გამოვიყენებთ!

ჩემი სამეცნიერო მუშაობის შედეგებმა არიტმიების მკურნალობისადმი ექიმთა ინტერესი გააღვივა. ისინი ერიდებოდნენ კუმულაციის გამომწვევ სათითურას პრეპარატების (ფოთლების ფხვნილი, დიგიტოქსინი, გიტალიგინი და სხვა) გამო-ყენებას. ჩემს მიერ პრაქტიკაში დამკვიდრებული დიგოქსინი კი ყველაზე პოპუ-ლარული საგულე საშუალება გახდა და ათასობით ავადმყოფს გაუხანგრძლივა სიცოცხლე. მიუხედავად ასეთი მიღწევებისა, წარმატებისგან თავბრუ არ დამხვევია – ქალბატონი უ.-ს ტრაგედია ჩემში წარუშლელი კვალი დატოვა და ყოველთვის მწვავედ განვიცდიდი ბევრ რამეს, რაც არა მარტო მედიცინაში, არამედ, საერთოდ, ცხოვრებაში ხდება.

მაღალი მიზნების მისაღწევად არ შეიძლება მიუღებელი საშუალებების გამო-ყენება. სიკეთის გზაზე ბოროტება უაზროს ხდის საბოლოო შედეგს. დარწმუნებული ვარ, რომ თუ მიზანი და საშუალება შეუთავსებელია, სულის ტანჯვა და სინდისის ქენჯნა გარდუვალია!

თავი 12.

ასალი მიღგომავი მაღინისაში

გულის დაავადებების დროს ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმის უარყოფით შედეგებს პირველად **სამუილ ლივანმა** მიაქცია ყურადღება. მისი გადმოცემით ეს მოხდა XX საუკუნის 30-იან წლებში, როდესაც საკონსულტაციოდ იყო მიწვეული გულის შეგუბებითი უკმარისობით დაავადებულ ავადმყოფთან, რომლის მდგომარეობა, მკურნალობის მიუხედავად, არ უმჯობესდებოდა. ავადმყოფი მოუსვენრად იყო, ვინაიდან მცირე წრეში შეგუბების გამო სუნთქვა უჭირდა. **ლივანმა** იფიქრა, რომ თუკი ავადმყოფს წამოაჯენდნენ, გრავიტაციული კანონის თანახმად მცირე წრე სითხისგან განიტვირთებოდა და ავადმყოფს სუნთქვა გაუადვილდებოდა. მისი რეკომენდაციით ავადმყოფი რბილ სავარძელში მოათავსეს და უკვე 24 საათის შემდეგ მისი მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა (*ავადმყოფი ინსტიტ-ტურად თავად ნახულობს ამ პოზიციას და ამას **ორთოპნოე ეწოდება** – იგი გულის მარცხენამხრივი უკმარისობის სპეციფიკური სიმპტომია – ვ.ლ.*).

შემდგომმა დაკვირვებებმა **ლივანი** დაარწმუნა, რომ მკაცრი წოლითი რეჟიმი გულით ავადმყოფზე ძალზე უარყოფითად მოქმედებს. მან შეადგინა ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმით გამოწვეული გართულებების ჩამონათვალი: შეგუბება მცირე წრეში, ფილტვების ატელექტაზი და შედეგად – პნევმონია, ფილტვის არტერიის

თრომბოემბოლია, შარდის შეკავება (პროსტატის ადენომის დროს), შეკრულობა, ოსტეოპოროზი.

50-იან წლებში ძალზე ხანგრძლივ წოლით რეჟიმის ნიშნავდნენ ე.წ. „გულის მწვავე შეტევის“ (კარდიული ასთმა, ფილტვების კარდიოგენული შეშუპება) და, განსაკუთრებით, მწვავე კორონარული თრომბოზის (მიოკარდიუმის ინფარქტის) შემთხვევებში. ავადმყოფს მკაცრად ეკრძალებოდა ლოგინში დამოუკიდებლად გვერდის შეცვლა ან, მითუმეტეს, წამოჯდომა. პირველი კვირის განმავლობაში მას დამოუკიდებლად საჭმლის მიღებაც კი ეკრძალებოდა. შარდის ბუშტის და ნაწლავის დასაცვლელად ავადმყოფს „ლოგინის ლამის ჭურჭელი“ უნდა გამოეყენებინა, რაც შარდის შეკავებას და შეკრულობას ინვევდა, ზოგიერთს კი ამ მდგომარეობაში მოსაქმება სრულებით არ შეეძლო (გასული საუკუნის 50-იანი წლებში საქართველოს თერაპიის ინსტიტუტის ინფარქტის ცენტრში სიტუაცია კიდევ უფრო აუტანელი იყო – მონიტორზე მყოფ მამაკაცს და ქალს ერთმანეთისგან მხოლოდ ზენრის ფარდა აშორებდა. ამის გამო ზოგიერთ ავადმყოფს დეფეკაცია პალატაში გადმოყვანამდე, ანუ 5-7 დღის განმავლობაში, არ ჰქონდა! – ჯ.ლ.).

მედიკოსთა ამ პარადიგმას (მკაცრი წოლითი რეჟიმის აუცილებლობას) საფუძვლად ის თეორიული მოსაზრება ედო, რომლის მიხედვითაც დაავადებული ორგანიზმის აუცილებელია მოსვენება. გასაოცარია, რომ ლივიანიამდე აზრადაც კი არავის მოსვლია, რომ სრულმა უმძირობამ შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ცალკეულ ორგანოებზე და, ზოგადად, მთელ ორგანიზმზეც. გულის დაავადებათა მეურნელობის ყველა ასპექტზე მიმდინარეობდა მსჯელობა, მაგრამ წოლითი რეჟიმის აეკარგიანობაზე ერთგვარი ტაბუ იყო დადებული! ეს აზროვნების ინერციულობის, რუტინის ნათელი მაგალითია.

იმ დროს მწვავე კორონარული ავადმყოფებისთვის არც სპეციალური განყოფილება და არც მონიტორი არსებობდა. პიტერ ბენტის საავადმყოფოში სულ ორი კარდიოგრაფი იყო. ერთ-ერთს, რომელიც საგორებელზე იყო მოთავსებული, მწოლიარე ავადმყოფებისთვის ვიყენებდით. მკაცრი წოლითი რეჟიმი, კვება და ტუალეტი ბევრ უსიამოვნებას ინვევდა. ყოველივე ამის გამო ავადმყოფებში მფოთვა და ფორიაქი ისადგურებდა და, ამიტომ, მათ სედატიურ საშუალებებს უნიშნავდნენ, მაგრამ მეორე-მესამე კვირაში ავადმყოფებს, როგორც წესი, დეპრესიული სინდრომი უვითარდებოდათ. ამას ემატებოდა ჟანგბადის მინოდების მაშინდელი ტექნიკა: ავადმყოფი შემოსაზღვრული იყო სპეციალური ჰერმეტიული ტენტით, რომელშიც იგი სრულ მარტოობას განიცდიდა.

იმ წლებში პიტერ ბენტის საავადმყოფოში გულის მწვავე პათოლოგიით ლეტალობა 35%-ს აღწევდა! შემოვლებზე ლივიანი ხშირად შენიშნავდა, რომ გამოჯანმრთელების პროცენტი გაცილებით მეტი იქნებოდა, ავადმყოფებს დაჯდომის უფლებას რომ აძლევდნენო. ერთხელ მასთან საუბრის დროს გავიკვირვე, თუ რატომ არ არის ეს საკითხი მეცნიერულად შესწავლილი. ლივიანიმა მიპასუხა, რომ იგი ძალიან დაკავებულია პრაქტიკით და, თანაც, რევოლუციური ქმედებებისთვის ერთობ ხანდაზმულია. მაშინ, ახალგაზრდული, ოდნავ თავქარიანი ენთუზიაზმით გამოვთქვი ამ საკითხის შესწავლის სურვილი, რაზეც ლივიანიმა თანხმობა მომცა. ვერ ვხვდებოდი რაოდენ ძნელ საქმეს ვეჭიდებოდი – მედიცინაში ტრადიციის და კონსერვატიულობის ძალაზე წარმოდგენაც კი არ მქონდა. რის ვაი-ვაგლახით მივალნიე საავადმყოფოს ადმინისტრაციის თანხმობას იმის თაობაზე, რომ გულის შეტევის პირველივე დღიდან ავადმყოფებისთვის სავარძელში ჩაჯდომის უფლება მიეცათ. ჩემდა გასაკვირვად, ექიმების წინააღმდეგობის დაძლევა უფრო ძნელი გამოდგა. ისინი მოითხოვდნენ დამესახელებია თუნდაც ერთი მეცნიერული ნაშრომი, რომელშიც ამის შესახებ იქნებოდა მითითებული. ზოგიერთი თვლიდა, რომ

მე ნაცისტები ექიმებით ადამიანებზე ექსპერიმენტების ჩატარებას ვაპირებდი და, ამიტომ, ჩემს დანახვაზე ხშირად დაცინვით „ზიგ ჰაილს“ შესძახებდნენ ხოლმე. იძულებული ვიყავი ლივიანის ავტორიტეტისთვის მიმემართა. იმ დროს სამედიცინო ცენტრებს ფეოდალური სამფლობელოების მსგავსად საკუთარი ნესები და მოდუსები ჰქონდათ. რიგითი ექიმები ვალდებულნი იყვნენ კლინიკის ხელმძღვანელების ბრძანებები უსიტყვოდ შეესრულებინათ – საკმაოდ მკაცრი დისციპლინა სუფევდა. როდესაც ლივიანმა ავადმყოფების სავარძელში მოთავსების უფლება ოფიციალურად დართო, პროტესტი არავის განუცხადებია, თუმცა ჩემს მიმართ ექიმები კიდევ უფრო აგრესიულად განწყობილნი: „ლაუნ, გაფრთხილებთ, ერთ მშვენიერ დღეს შენთვისაც მოვიცლით“. სირთულე იმაშიც მდგომარეობდა, რომ ასეთი რადიკალური ცვლილებებისადმი მაინცდამაინც არც თავად ავადმყოფები იყვნენ დადებითად განწყობილნი. კლინიკაში შემოსულთა უმრავლესობა „ლაუნის ექსპერიმენტში“ მონაწილეობაზე უარს აცხადებდა. მიუხედავად ამისა, ხუთი თვის განმავლობაში ახალი მეთოდით 81 ავადმყოფის მკურნალობა მოვახერხეთ. პირველ დღეს ავადმყოფს სულ 30 წუთით დავსვამდით ხოლმე, კვირის ბოლოს კი შეზღუდვა არ ჰქონდა – სურვილისდა მიხედვით უკვე მთელი დღე შეეძლო სავარძელში გაეტარებია.

უკვე პირველივე თვეებში შესამჩნევი გახდა, რომ ჩვენი ავადმყოფების მდგომარეობა გაცილებით სწრაფად უმჯობესდებოდა. ლივიანი ამას მხოლოდ ფიზიკური ფაქტორებით ხსნიდა და ფსიქოლოგიურ ასპექტს სრულიად უარყოფდა, მე კი უპირატესობას ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს ვანიჭებდი: მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე პერიოდში ავადმყოფი ძალზე შეშინებულია, ფსიქოლოგიურ შოკშია, ყოველ ნუთს სიკვდილს ელოდება, ხოლო მკაცრი ნოლითი რეჟიმი – „განძრევაც კი არ შეიძლება“ – მას ამ განცდას უძლიერებს. ამას ემატება საყოფაცხოვრებო დისკომფორტი (კვება, ტუალეტი და ა.შ.). ამის შედეგად ავადმყოფი სრულ სასონარკვეთას ეძლევა – ეკარგება ცხოვრების ინტერესი და გამოჯანმრთელებისადმი ღტობა. უვითარდება დეპრესიული სინდრომი. ამის საპირისპიროდ, დაჯდომის უფლება ავადმყოფს იმედინად განაწყობს, არწმუნებს, რომ მისი საქმე არც ისე ცუდადაა, რასაც სანოგენიზისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. ეს გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ნებისმიერი სიტყვიერი გამხნივება. ასეთ ავადმყოფებს სედატიური და ნარკოტიული საშუალებებიც გაცილებით იშვიათად სჭირდებათ.

ხუთი თვის თავზე კლინიკური მასალის სტატისტიკურ მანალიზმა ფანტასტიკური შედეგი უჩვენა. იმ დროს მკაცრი ნოლითი რეჟიმის ფონზე სიკვდილიანობის მიზეზი 30%-ში ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია იყო. 81 ავადმყოფიდან, რომელთაც „ლიბერალური“ რეჟიმი ჰქონდათ დანიშნული, თრომბოემბოლიური გართულება არცერთს არ განუვითარდა. ახლა კარგადაა ცნობილი, რომ სტრესი ჰიპერკოაგულაციას იწვევს, ხოლო უმოძრაობის შედეგად სისხლის ვენური სტაზი თრომბის წარმოქმნის ალბათობას ზრდის. თავისუფალი რეჟიმის დროს ეს რისკფაქტორები მნიშვნელოვნად მცირდება. ჩვენ ავადმყოფებს ე.წ. „მხარ-მტევნის“ სინდრომიც (syndromum brachiomanuale – ტკივილების შერწყმა ვეგეტატიურ და ტროფიკულ დარღვევებთან მხრის სახსრისა და მტევნის არეში – ჯ.ლ.) გაცილებით იშვიათად უვითარდებოდათ. რაც მთავარია, არ გამართლდა ვარაუდი იმის შესახებ, რომ ავადმყოფის მოძრაობის რეჟიმის სწრაფი გაფართოება ინფარქტის ზონის გაზრდას ან ფატალურ არიტმიებს გამოიწვევდა.

1951 წლის იანვარში ლივიანმა ჩვენი გამოკვლევების შესახებ სტატიის მომზადება დამავალა, რომელიც ატლანტიკ-სიტიში ამერიკელ ექიმთა ასოციაციის პრესტიჟულ კონფერენციაზე უნდა წარგვედგინა, კონფერენცია მაისის თვეში იყო დაგეგმილი. ვინაიდან სამეცნიერო მუშაობის საკმაოდ მცირე გამოცდილება მქონდა, ამიტომ,

ვფიქრობდი, რომ სტატიის დანერისთვის შეფი ერთ თვეს მაინც მომცემდა. ჩემდა გასაოცრად, შეფმა მხოლოდ ხუთი დღე მომცა. რა უნდა მექნა, დღე და ღამე გავასწორე და რის ვაივავლახით მოვასწარი. ყველაფერთან ერთად, ბექდვაც არ ვიცოდი და უამრავი ჩასწორებების გამო ბევრჯერ მომიწია ხელით გადანერა – ხელნაწერმა 15 გვერდი შეადგინა. ველოდი, რომ ლივანი უამრავ შესწორებებს შეიტანდა ან, საერთოდ, ნაშრომს დამიწუნებდა, თუნდაც იმის გამო, რომ მე ვწერდი: „ჩვენი მეთოდის მთავარი ასპექტი იმაში მდგომარეობს, რომ მწვავე კორონარული მტკიცის დროს ლიბერალური რეჟიმი ავადმყოფის გუნებ-განწყობაზე დადებითად მოქმედებს და მორჩენის მიერ უხერგავს. ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინოა განმეორებითი ინფარქტების შემთხვევებში. ასეთი ავადმყოფები გვეუბნებოდნენ, რომ ამჯერად ინფარქტი უფრო იოლად გადაიტანეს!“. რამდენიმე დღის შემდეგაც ლივანი სტატიის შესახებ არაფერს მეუბნებოდა – დარწმუნებული ვიყავი, რომ იგი ძალზე უკმაყოფილო იყო. მოთმინება დავკარგე და პატივცემულ მეტრს შეკითხვა გავუბედე. მან მშვიდად მიპასუხა, რომ ვინაიდან სტატია ძალზე კარგად იყო დანერილი, შეუცვლელად დატოვა და უკვე გაუგზავნა კონფერენციის ორგკომიტეტს. ჩემი შეფი ხშირად მაოცებდა. ყველაზე მეტად იმან გამაკვირვა, რომ მან შედეგების ინტერპრეტაციის ის ნაწილი არ შეცვალა, სადაც მე აქცენტს ფსიქოლოგიურ ასპექტებზე ვაკეთებდი.

ატლანტიკ-სიტში კონფერენციაზე შეერთებული შტატების წამყვანი ექიმები იკრიბებოდნენ. ლივანის ანთუმიანმა მოხსენებამ ტრიუმფით ჩაიარა. ექიმები კომპლიმენტებს არ იშურებდნენ და საწინააღმდეგო აზრი არავის გამოუთქვამს, თუმცა ჩემ გვერდზე მჯდომმა დელეგატმა, რომელმაც არ იცოდა, რომ ამ ნაშრომის თანამონაწილე ვიყავი, ჩაილაპარაკა: „გავა დრო და ამას მკურნალობის მეთოდს კი არა, ელექტრულ სკამს დაარქმევენ!“.

მაშინ ამ სიტყვებმა გამაოცა და გული დამწყვიტა, მაგრამ მოგვიანებით მივხვდი, რომ ჩვენი გამოკვლევა არასაკმარისად კორექტული იყო: კლინიკური მასალა საკმაოდ მცირე იყო, ხოლო დასკვნები – ნაჩქარევად გამოტანილი. მაგრამ, შედეგებმა მოლოდინს გადააჭარბა. იმ დროს შეერთებულ შტატებში მიოკარდიუმის ინფარქტის გამო ავადმყოფები სტაციონარში ერთ თვეზე მეტს ატარებდნენ. ჩვენი მოხსენების გამოქვეყნებიდან უკვე ორი წლის შემდეგ კი ეს ვადა ორჯერ შემცირდა! ავადმყოფებმა შვებით ამოისუნთქეს – გაქრა „საძულველი ლოგინის ღამის ჭურჭელი“, შეკრულობა და შარდის შეკავება. მიოკარდიუმის ინფარქტის გამო ლეტალობა სამჯერ შემცირდა, რაც ნიშნავს, რომ მკურნალობის ახალმა მეთოდმა ერთი წლის განმავლობაში 100 000 ადამიანს შეუნარჩუნა სიცოცხლე! ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და პროფესიული რეაბილიტაციის ვადებიც შემცირდა – სამი თვიდან ერთ თვემდე.

ჩემში გაკვირვებას ინვევდა, თუ რატომ იყო გაბატონებული ამ საკითხის შესახებ ისეთი აბსურდული შეხედულება, რამაც სახელმწიფოს და მოსახლეობას უდიდესი ზარალი მიაყენა. რა იყო იმის მიზეზი, რომ მკაცრი ნოლითი რეჟიმის საჭიროება ეჭვქვეშაც კი არ ყოფილა დაყენებული? ფაქტია, რომ ჩვენი მოხსენების პუბლიკაციამდე მსგავსი მოსაზრება კითხვის სახითაც არავის გამოუთქვამს. ამის მიზეზი, ვფიქრობ, მარტივი არ არის.

დღევანდელი გადმოსახედიდან ვფიქრობ, რომ ამ მოვლენას მრავალი მიზეზი უნდა ჰქონოდა. ტრადიციულობა და დოგმატიზმი მედიცინას ყოველთვის ახასიათებდა, მაგრამ ამ შემთხვევაში საქმეს ართულებდა შიში, თავის დაზღვევა – „სიფრთხილეს თავი არ სტიკია“-ს ფსიქოლოგია, გამონეული მალალი ლეტალობით – შეცარი კარდიული სიკვდილის სიხშირით. სამკურნალო არსენალიც საკმაოდ შეზღუდული იყო: მორფიუმი, საგულე გლიკოზიდები, ნოვოკაინამიდი და შარდმდენი

– მორჩა და გათავდა. როგორც იტყვიან: „სწორი გადაწყვეტილების არარსებობის დროს არასწორ გადაწყვეტილებებს იღებ“. ამავე დროს, გარკვეული ლოგიკა იყო იმ მოსაზრებაში, რომ ნეკროზის ზონის შესამცირებლად საჭიროა მიოკარდის მაქსიმალური განტვირთვა. სანინალმდეგო არგუმენტი კი არავის არ ჰქონდა, მაგრამ გამოცდილება გვარწმუნებს, რომ გამართულ თეორიულ კონცეფციას ზოგჯერ პრაქტიკა უარყოფს.

მე ვფიქრობ, რომ კიდევ ერთ ფაქტორს უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა. ექიმი ცდილობს ავადმყოფი დაარწმუნოს, რომ მან მკურნალობის სერიოზული კურსი უნდა გაიაროს. ამისთვის კი, როგორც წესი, დაშინების ტაქტიკა გამოიყენება (იხ. თავი 5). შიშმა და მკაცრმა რეჟიმმა პაციენტი უნდა დაარწმუნოს იმაში, რომ ექიმი სიტუაციას ფლობს, კარგად იცის რასაც აკეთებს და, ამიტომ, ნდობას იმსახურებს. ავადმყოფი ექიმს სრულ მორჩილებას უცხადებს და მის დანიშნულებას უსიტყვოდ ასრულებს (სამკურნალო მიზანშეწონილების გარდა ექიმში ქვეცნობიერად ფსიქოლოგიური ფაქტორიც მუშაობს – თვითკმაყოფილება იმით, რომ ავადმყოფი გემორჩილება!). სანინალმდეგო შემთხვევაში პაციენტი ექიმს უამრავ შეკითხვას დაუსვამდა, რომლებზეც სწორი პასუხის გაცემა ყოველთვის არ არის შესაძლებელი, ექვის ქვეშ დააყენება მის გადაწყვეტილებებს და ა.შ.

რაც შეეხება ავადმყოფის ემოციური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების მნიშვნელობას, ეს საკითხი დღესაც სათანადოდ არ არის შეფასებული. იმ დროს კი, ანატომიის, ფიზიოლოგიის და ბიოქიმიის გაფურჩქვნის ეპოქაში, ექიმებმა პაციენტის ფსიქოლოგია სრულიად მიივიწყეს – ლოგინად ჩავარდნილი ავადმყოფის ემოციები და ფიქრები აღარავის ახსოვდა. მდგომარეობა, როდესაც ავადმყოფის მიჯაჭვა სანოლზე პანაცეად, ხოლო ექიმის ყოველი სიტყვა ლამის აბსოლუტურ ჭეშმარიტებად აღიქმებოდა, ყველასთვის მისაღები იყო.

დაბოლოს, ეკონომიკური ფაქტორიც არ იყო უმნიშვნელო. სანოლზე ავადმყოფის დიდხანს ყოფნა ექიმებისთვის და საავადმყოფოსთვის ფინანსურად ხელსაყრელი იყო. მწვავე პერიოდის შემდეგ ამ ავადმყოფების კურაცია ძალიან ადვილია – სრულიად საკმარისია პაციენტის დღეში ერთი-ორჯერ მონახულება, ექიმი კი ამ ნუთიერი შრომისთვის სრულფასოვან მატერიალურ ანაზღაურებას იღებს.

შეიძლება შემეკამათონ და მითხრან, რომ საბჭოთა კავშირში, სადაც ექიმებს ფიქსირებული ხელფასი ჰქონდათ და, ამიტომ, ავადმყოფის სანოლზე დიდხანს დაყოვნებაში არ იყვნენ დაინტერესებულნი, ხანგრძლივი მკაცრი ნოლითი რეჟიმი არანაკლებ (ან უფრო მეტადაც) პოპულარული იყო და ჩვენი პუბლიკაციიდან თითქმის 20 წლის შემდეგაც კი ამ მხრივ არაფერი იყო შეცვლილი (*საქართველოს თერაპიის სამეცნიერო ინსტიტუტში, რომელსაც ხელმძღვანელობდა პროფესორი ნოდარ ყიფშიძე, ნაკლებ რადიკალურად, მაგრამ მაინც შედარებით ადრე, 60-იანი წლების ბოლოს დაიწყო ლიბერალურ ნოლით რეჟიმზე გადასვლა – ვ.ლ.*). ამ ქვეყანაში ჩემი ვიზიტის დროს მიპასუხეს, რომ კაპიტალისტურ ქვეყნებში მშრომელთა ექსპლოატაცია მიმდინარეობს და ამიტომ დაინტერესებულნი არიან ადამიანი სამუშაოს რაც შეიძლება მალე დაუბრუნონ. საბჭოთა კავშირში კი მთავარი ფასეულობა საბჭოთა მოქალაქეა და საავადმყოფოში იგი იმდენხანს დარჩება, რამდენიც საჭირო იქნება! არ ველოდი და გამიკვირდა, რომ თურმე მედიცინის კონსერვატიულობას იდეოლოგიური მიზეზებიც ჰქონია.

ვფიქრობ, მთავარი გაკვეთილი, რომელიც ამ ისტორიიდან უნდა გამოვიტანოთ, იმაში მდგომარეობს, რომ სამედიცინო მიდგომები, რეკომენდაციები, ავტორიტეტული შეხედულებები დოგმად კი არ უნდა ვაქციოთ, არამედ, პირიქით, ყოველთვის ეჭვქვეშ უნდა დავაყენოთ! განსაკუთრებით ძნელია ისეთი დაუსაბუთებელი დოგმის ამოძირკვა, რომელსაც აშკარა ზიანი არ მოაქვს – მისი პოპულარობა მისივე ჭეშ-

მარტივების არგუმენტად გამოიყენება. რა შესანიშნავად წერდა დიდი ფრანგი ფიზიოლოგი კლოდ ბერნარი (Claude Bernard, 1813-1878): „აღმოჩენის ტალანტი იმაში მდგომარეობს, რომ როდესაც უყურებს იმას, რასაც ყველა ხედავს, იგი ფიქრობს იმაზე, რაზეც არავინ არ ფიქრობს“.

როდესაც ახალი პარადიგმა ჩნდება, მას ძალიან სწრაფად აღიარებენ და მისი ეჭვქვეშ დაყენება აზრადაც კი არავის მოსდის. ამის შესახებ შესანიშნავად აქვს გამოთქმული აზრი გერმანელ ფილოსოფოსს შოპენჰაუერს (Arthur Schopenhauer, 1788-1860, მიზანტროპი, ირაციონალიზმის თვალსაჩინო წარმომადგენელი - ვ.ლ.): „ჭეშმარიტების დასკვნად იმას სჯობს, რომელიც უფრო ახლოსაა რეალობასთან, ვიდრე იმას, რომელიც უფრო ახლოსაა აზრებსა“. (Schopenhauer, 1990, გვ. 100).

თავი 13.

პარდიგმარევიანი მუდმივი დენი

XX საუკუნის 50-იან წლებში ტაქიკარდიების შეტევების მედიკამენტური მკურნალობა თითქმის არ შეგვეძლო. არადა, მკვეთრი და ხანგრძლივი ტაქიკარდია ენერგეტიკულად ფიტავს მიოკარდს, რის შედეგადაც გულის სისტოლური მწვავე უკმარისობა ვითარდება. თუ გვირგვინოვანი არტერიები იმდენადაა შევიწროვებული, რომ კორონარული პერფუზია გაზრდილი მოთხოვნილების პროპორციულად ვეღარ მატულობს, ვითარდება მწვავე კორონარული უკმარისობა - სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი. განსაკუთრებით საშიშია გულის რიტმის წამყვანის, ანუ პეისმეიკერის (pacemaker) გადანაცვლება პარაკუჭებში, რადგან ეს შეიძლება გართულდეს პარაკუჭების ფიბრილაციით, ანუ უეცარი კარდიული სიკვდილით.

იმ დროს ანტიარტიმული საშუალებებიდან ქინინი, ნოვოკაინამიდი და დილანტინი გამოიყენებოდა, რომელთაც საკმაოდ ბევრი გვერდითი ეფექტი ახასიათებდა, მათ შორის, არტერიული ჰიპოტენზია, კოლაფსი, გამტარებლობის დარღვევა და, რაც მთავარია, თავად შეეძლოთ არიტმიის გამონევა! ერთი სიტყვით, ანტიარტიმული მკურნალობის დანიშვნისას ფატალური გართულებებისგან დაცული არასდროს არ ვიყავით.

- ასეთი იყო, ზოგადად, არიტმოლოგიის მდგომარეობა, როდესაც პირველად შევხვდი 55 წლის ავადმყოფს, ბატონს ს.-ს, სიცოცხლით სავე, გამხდარ მოტლანდიელს. მას მიოკარდიუმის ინფარქტი უკვე ორჯერ ჰქონდა გადატანილი და, დაახლოებით, კვირაში ერთხელ პარაკუჭოვანი ტაქიკარდიის შეტევები უვითარდებოდა ხოლმე. შეტევა ღამით ეწყებოდა და ამან ერთობ გამომიყვანა მწყობრიდან, ვინაიდან ყოველი შეტევის დროს საავადმყოფოში წასვლა მიწევდა. ბატონი ს. მორიდებული და სიმპათიური ადამიანი იყო და გულის შეტევებზე მეტად მგონი იმას განიცდიდა, რომ ღამ-ღამობით ასე ხშირად მანუხებდა. ნოვოკაინამიდის საკმაოდ დიდი დოზის ვენაში შეყვანის შედეგად ტაქიკარდიის შეტევა ეხსნებოდა, მაგრამ არტერიული წნევა ძალიან უქვეითდებოდა, ვითარდებოდა გულსისხლძარღვთა უკმარისობა. დაახლოებით ერთი საათის შემდეგ, როდესაც ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები ნორმას უბრუნდებოდა, ყოვლად ბედნიერი ს. გვილიმოდა, მორიგ ბოდიშს გვიხდიდა და იმედს გამოთქვამდა, რომ მეტს აღარ შეგვანუხებდა, მაგრამ ერთი კვირის შემდეგ ყველაფერი მეორედებოდა. ავადმყოფი რამდენჯერმე დაწვრილებით გამოვიკითხე, მაგრამ ასეთი პერიოდული შეტევების რაიმე ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური მიზეზი

ვერ დავადგინე. მეათე შეტყევის შემდეგ იმდენად შევწუხდი, რომ სერიოზულად დავინწყე ფიქრი იმის შესახებ, თუ რა ცოდვის გამო ვისჯებოდი, მაგრამ, თურმე, წინ უარესი მელოდა.

სამშაბათს, 1959 წლის 3 ნოემბერს ლამის სამის ნახევარი იქნებოდა, როცა ტელეფონის ზარმა გამაღვიძა. პიტერ ბენტის საავადმყოფოს მორიგე ექთანმა მშრალად მომახსენა: „თქვენი მეგობარი, ბატონი ს. მოსულია და გიცდით“. ავადმყოფს კვლავ ტაქიკარდიის შეტევა ჰქონდა – წუთში 170, მაგრამ თავს არც ისე ცუდად გრძნობდა. როცა გულის ინოტროპული ფუნქცია შენარჩუნებულია, ასეთი ხარისხის ტაქიკარდიას გული საკმაოდ დიდხანს გართულებების გარეშე უმკლავდება. როგორც ყოველთვის, ავადმყოფი დავამშვიდე, დავაიმედე, ვინაიდან ნოვოკაინამიდი აქამდე შეტყვას ყოველთვის უხსნიდა.

სამწუხაროდ, ამჯერად ნოვოკაინამიდის შეყვანის დამთავრებისთანავე ტაქიკარდიამ იმატა და წუთში 212-ს მიაღწია, სისტოლური არტერიული წნევა 80-დე დაქვეითდა და თანდათან სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შეგუბებაც ჩამოყალიბდა. მეორე დღეს დილანტინის გამოყენება ვცადე, მაგრამ დადებითი შედეგი მაინც ვერ მივიღე. ჩემი ოპტიმისტი ავადმყოფი კი კვლავ იმედით შემომყურება და თავად მამხნევებდა: „*დოქტორ ლაუნ, დარწმუნებული ვარ, რომ ამჯერადაც მიშეღლით*“. რამექნა, მეც ვაგრძელებდი ნუგემისციმას, თუმცა აღარ ვიცოდი როგორ დავხმარებოდი – პანიკა დამეუფლა. პარასკევს დილით ავადმყოფის მდგომარეობა კიდევ უფრო დამძიმდა – მშრალი ხველა, ქოშინი, მონაცრისფრო ციანოზი და ცივი ოფლი, მრავლობითი ხიხინები ფილტვებში – მდგომარეობა საგანგაშო იყო. გულის უკმარისობამ ისეთ ხარისხს მიაღწია, რომ დიურეტიული მკურნალობა სრულიად უეფექტო იყო. ავადმყოფის თვალებში შიში და უიმედობა პირველად შევამჩნიე. ისე მიყურებდა, თითქოს მსაყვედურობდა: „*ლაუნ, თქვენ მე იმედი გამიცრუეთ!*“

აღარ ვიცოდი რა მექნა და უცებ გამახსენდა, რომ ერთმა მეცნიერმა პოლ ზოლმა (Paul Zoll) რამდენიმე წლის წინ პარკუჭოვანი ფიბრილაციის მოსახსნელად და ავადმყოფის კლინიკური სიკვდილიდან გამოსაყვანად ცვალებადი ელექტროდენის დეფიბრილატორი შექმნა. ეს მეთოდი კარგ შედეგს ყოველთვის არ იძლეოდა, მაგრამ ვინ რას იტყვოდ, როდესაც ავადმყოფი ისედაც განწირული იყო. ამ მეთოდის პრაქტიკულ გამოყენებაზე წარმოდგენაც არ მქონდა და, რაც მთავარია, ცოცხალ ადამიანზე ვი ვერ არავის გამოუყენებია, ვინ იცის რა გართულებები გამოიწვევდა! პიტერ ბენტის საავადმყოფოში ამ მეთოდს არავინ იცნობდა და, ამიტომ, გადავწყვიტე მეზობელ ჰოსპიტალში (Beth Israel Hospital) თავად მეთოდის ავტორს დავკავშირებოდი. არ გამიმართლა – პოლ ზოლი ქალაქში არ იყო და მისი სამყოფელის შესახებ არც თანამშრომლებმა იცოდნენ რაიმე. მათ ამიხსნეს, რომ ელექტროდეფიბრილაციის მხოლოდ კლინიკური სიკვდილის შემთხვევებში მიმართავდნენ, ხოლო პაროქსიზმული ტაქიკარტიების სამკურნალოდ არასოდეს გამოუყენებიათ.

როდესაც ავადმყოფთან დავბრუნდი, მდგომარეობა იმდენად მძიმე იყო, რომ მის მეუღლესთან გულახდილი საუბარი გადავწყვიტე. ავუხსენი, რომ არსებული საშუალებებით ავადმყოფის გადარჩენის შანსი ძალზე მცირეა, მაგრამ არც ელექტროდეფიბრილაცია იძლევა სრულ გარანტიას – ტრავიკული გამოსავალი შეიძლება დააჩქაროს კიდევ. ქალბატონი ქმრის ტანჯვას დღედაღამ უყურებდა და, ალბათ, ამიტომ დაბეჯითებით მოგვთხოვა შეგვესრულებია, რასაც საჭიროდ ჩავთვლიდით. შემდეგი პრობლემა ნარკოზის გამოყენება იყო – ვანტიურისტულ ექსპერიმენტში მონაწილეობაზე ვინ დამთანხმდებოდა. საბედნიეროდ, საავადმყოფოს მთავარმა ანესთეზიოლოგმა როი ვანდამმა (Roy Vandam) მიპასუხა, რომ ახალგაზრდა ექიმებს ასეთ საქმეში ვერ გარევედა, მაგრამ თავად კი აუცილებლად გამინევედა დახმარებას. მართლაც, საკმაოდ სწრაფად მოვიდა აზოტის ზეჟანგის სანარკოზე ბალონით და

ამით დიდი დახმარება გამინია. თავისი ალტრუიზმის წყალობით როი ვანდამი ელექტროდეფიბრილაციის მეთოდის განვითარების თანამონაწილე გახდა.

როდესაც ნარკოზი უნდა დაგვეწყოს, საავადმყოფოს მთავარი ექიმი შემოვიდა და შეგვაჩერა. ამ მომენტისთვის ავადმყოფი თითქმის უგონოდ იყო. მთავარმა ექიმმა შევითხვები მომაყარა: მაქვს თუ არა ამ მეთოდით მუშაობის გამოცდილება საერთოდ და კონკრეტულად პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის დროს? ჩაუტარებია თუ არა ვინმეს ასეთი პათოლოგიის დროს ამ მეთოდით მკურნალობა ჩვენთან ან სადმე, მსოფლიოში? ცხადია, ყველა შევითხვაზე უარყოფითი პასუხი მქონდა. ბოლოს მკითხა, შეგნებული მაქვს თუ არა, რომ თუ პაციენტი მოკვდება, საავადმყოფოს წინააღმდეგ სარჩელს შეიტანენ და მთავარი მოპასუხე მე ვიქნები? დიახ, ჩემთვის ყველაფერი გასაგები იყო და, რადგან ჩემსას არ ვიშლიდი, მთავარი ექიმის მოთხოვნით ისტორიაში ჩავენერე, რომ მე მისგან გაფრთხილებული ვარ და მთელ პასუხისმგებლობას საკუთარ თავზე ვიღებ!

სანამ ბიუროკრატიულ პროცედურებს მოვრჩებოდით, ავადმყოფის მდგომარეობა კიდევ უფრო დამძიმდა. სასწრაფოდ დაეინყეთ ნარკოზის მიცემა, შემდეგ გულმკერდზე ელექტროდები დავადეთ და ელექტროგანმუხტვა მოვახდინეთ, რომელმაც ჩვენი ელექტროკარდიოგრაფი ისეთ დღეში ჩააგდო, რომ გაუგებარ ქაოსურ მრუდს წერდა, მაგრამ სტეიტოსკოპით გულის მოსმენისას გავიგონე სანატრელი გულის ტონები – „ლაბ-დაბ“, რომლის მოსმენამაც არანაკლებ ალტაცებში მომიყვანა, ვიდრე ახალგაზრდობაში პირველად მოსმენილმა ბეთჰოვენის მე-5 სიმფონიის პირველმა აკორდებმა! პაციენტის მდგომარეობა უმალ გაუმჯობესდა – ციანოზი და ცივი ოფლი გაქრა, არტერიული წნევა ნორმას დაუბრუნდა. ერთი სიტყვით ჩვენ თვალწინ ნამდვილი საოცრება მოხდა.

8 დღის განმავლობაში ავადმყოფს შეტევა არ განმეორებია და, ამიტომ, იმედით აღსავსე გაენერა – გულითადად გამოგვემშვიდობა და ფლორიდაში გაემგზავრა. მეც საკმაოდ ოპტიმისტურად ვიყავი განწყობილი – რას ვიფიქრებდი, რომ ეს ხანგრძლივი ისტორია ტრაგიკულად დამთავრდებოდა.

სამი კვირის შემდეგ ქალბატონმა ს.-მ დამირეკა და შემამტყობინა, რომ ქმარს კვლავ დაენყო შეტევა და მაიაძის საავადმყოფოში წევს. დავამშვიდე და ვუთხარი, რომ სოლიდურ საუნივერსიტეტო კლინიკაში აუცილებლად იქნებოდა დეფიბრილატორი და შეეპირდი, რომ ტელეფონით მკურნალ ექიმს დაუუკავშირდებოდი. კარდიოლოგიური განყოფილების გამგეს იმ დღესვე დაუუკავშირდი, მოუყუვევი ჩემი ავადმყოფის ისტორია და დავძინე, რომ ავადმყოფი დეფიბრილაციის გარეშე ვერ გადარჩებოდა. ჩემმა არგუმენტაციამ არ გაჭრა – მან კატეგორიული უარით მიპასუხა. იგი სრულიად საფუძვლიანად თვლიდა, რომ ავადმყოფზე ვერ გამოიყენებდა ისეთ მეთოდს, რომლის შესახებ ერთი პუბლიკაციაც კი არ არსებობდა. მე ვცადე ამეხსნა, რომ ჯერ ვერ მოვასწარი ჩვენი შემთხვევის შესახებ სტატიის გამოქვეყნება, მაგრამ მზადა ვარ ნებისმიერ დოკუმენტს მოვანერო ხელი და პასუხისმგებლობა საკუთარ თავზე ავიღო. კარდიოლოგმა მიპასუხა, რომ საკუთარ პასუხისმგებლობას ვერავის ვერ გაუნანოლებს, მაგრამ მე არ ვეშვებოდი: „*ნუთუ დაუშვებთ ავადმყოფის სიკვდილს ისე, რომ არ გამოიყენებთ საშუალებას, რომელმაც მას უკვე ერთხელ სიცოცხლე აჩუქა?*“ მან მშრალად მომიჭრა, რომ მას ვერავინ დაადანაშაულებს უყურადღებობაში იმის გამო, რომ არ გამოიყენა მკურნალობის მეთოდი, რომლის შესახებაც სამედიცინო ჟურნალში ერთი სტატიაც კი არ გამოქვეყნებულა. გამოსავალი არ ჩანდა.

მცირეოდენი ფიქრის შემდეგ ქალბატონ ს.-ს დაუუკავშირდი და ბოსტონში ჩამოფრენა შევთავაზე. ორი საათის შემდეგ მან მაიაძის აეროპორტიდან დამირეკა და მითხრა, რომ ბორტზე უმძიმესი ავადმყოფის მიღებაზე ყველა უარს აცხადებდა.

უკვე დღის ორი საათი იყო და სამუშაო კვირა მთავრდებოდა. ჩემი საქციელი საღაზრს სცილდებოდა – კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფი ჩემი რჩევით საავადმყოფოდან გამოეწერა და ახლა საერთაშორისო აეროპორტში მეუღლის ანაბარა იყო დარჩენილი.

რალა ცუნდა მელონა. გადაყვანილი ჰარვარდის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინსტიტუტის საავიაციო მედიცინის პროფესორისთვის მიმემართა. ტელეფონით დარეკვის ნაცვლად, ყოველგვარი ეტიკეტის დაცვის გარეშე როს მაკფარლენის (Ross McFarlane) კაბინეტში შევიჭყერი. მასთან ორი სტუმარი იჯდა, მაგრამ სრულიად უცერემონიოდ საუბარი შევანწყვტინე და პროფესორს მოკლედ აუფხსენი საქმის არსი. ჩემმა მონაყოლმა იგი აშკარად ააღელვა. მან მითხრა: „ამაზე უკეთეს მომენტს კაცი ვერ ინატრებდა – თქვენ ნინაზე ავიაციის ფედერალური სამმართველოს მალა-ლი ჩინოვნიკები სხედან“. მეტი ახსნა-განმარტება აღარ დამჭირვებია – რამდენიმე წუთში ისინი მაიამის ავიახაზების ხელმძღვანელობას დაუკავშირდნენ და მითხრეს, რომ ბატონი ს. მაიამიდან საღამოს 7 საათზე გამოფრინდება და სამ საათსა და 30 წუთში ბოსტონში იქნება. ოდნავ დავნყნარდი, მაგრამ ათ საათზე ავიახომალდის მეთაურმა დამირეკა – ბოსტონში ნისლია და, ამიტომ, ნიუ-იორკის აეროპორტში დავფრინდით, ბორტზე თქვენი მძიმე ავადმყოფი გყავს და არ ვიცი, როგორ მოვიქცეთო. მე ვთხოვე სასწრაფო დახმარება გამოეცხებინათ, რომელიც ავადმყოფს ბოსტონში ჩამოიყვანდა. ღამის პირველ საათზე ქალბატონმა ს.-მ კვლავ დამირეკა და საშინლად შეწუხებულმა ამიხსნა, რომ ისინი მანჰეტენის საქალაქო სასწრაფო დახმარების სადგურში მიუყვანიათ, მაგრამ თურმე მათ მანქანებს ქალაქგარეთ გამგზავრების უფლება არ ჰქონიათ. როგორც იქნა, ავადმყოფი დღის 8 საათზე ჩამოიყვანეს – კერძო სასწრაფო დახმარების ბრიგადა დაუქირავებიათ, მაგრამ ნისლის გამო გზას დიდხანს მოუნდნენ.

ავადმყოფის მდგომარეობა ამ დროისთვის კრიტიკული იყო. ჩვენ ყველაფერი მზად გვქონდა, თუმცა, ამჯერად, დეფიბრილაციის მცდელობამ მდგომარეობა კიდევ უფრო გააუარესა: პარკუჭების ფიბრილაცია განვითარდა. ელექტროშოკი ვავიფიქორეთ, მაგრამ არაფერი არ შეცვლილა – ფიბრილაცია ვერ შეწყვიტეთ. სასწრაფოდ გავხსენით გულმკერდის ღრუ, ელექტროდები პირდაპირ გულზე დაავადეთ და პირველივე ელექტროგანმუხტვამ სინუსური რიტმი აღადგინა! შემდგომ დღეებში არიტმიის რეციდივი ავადმყოფს აღარ ჰქონია, მაგრამ განერა მხოლოდ ექვსი კვირის შემდეგ მოვახერხეთ, ვინაიდან გულმკერდის ღრუში შეტანილ ინფექციასთან ბრძოლა გაგვიძნელდა. ამასობაში ბატონი ს. სულიერად და ფიზიკურად საკმაოდ დაუძლურდა, განერისას ხანდაზმულად გამოიყურებოდა. ამ ამბების შემდეგ, როგორც გავიგე, სამწუხაროდ, ბატონი ს. საკმაოდ მალე გარდაცვლილა. მეგონა გამარჯვებას ვიზიემებდი, მაგრამ ამის ნაცვლად წარუმატებლობის სიმწარე ვიგეებ.

ამრიგად, ცხადა დახდა, რომ ტაქიარითმიების სამკურნალოდ ცვალებადი დენის ელექტროგანმუხტვამ შეძლება თავად გამოიწვიოს პარკუჭების ფიბრილაცია და, ამიტომ, გეგმიური დეფიბრილაციის მიზნით მას ვერ გამოვიყენებდით. მეტი გამოცდილების მისაღებად კარდიოქირურგიულ ოპერაციებზე დავიწყე დასწრება. ამ ოპერაციების დროს პარკუჭების ფიბრილაციის განვითარება ხშირი იყო და ყოველთვის პოლ ზოლის აპარატის ელექტროდების უშუალოდ გულზე დადებით ახდენდნენ დეფიბრილაციას – ზოგჯერ საოპერაციოში შემწვარი ხორცის სუნი იდგა ხოლმე. გარდა იმისა, რომ კარდიოვერსია ყოველთვის ვერ ხერხდებოდა, აშკარა იყო, რომ ცვლადი დენი მთავარად აზიანებდა. ლეტალობა საკმაოდ მაღალი იყო, მაგრამ ამას დიდ მნიშვნელობას არ ანიჭებდნენ, ვინაიდან ავადმყოფები კლინიკური სიკვდილიდან გამოჰყავდათ. მაგრამ, მე ხომ ცოცხალი ავადმყოფების მკურნალობას ვაპირებდი და ამისათვის აუცილებელი იყო დეფიბრილაციის მეთოდში ისეთი ცვლ-

ილებების შეტანა, რომელიც მას სრულიად უვნებელს გახდიდა, ან მინიმუმამდე დაი-
ყვანდა ფატალური გართულებების რისკს.

ცხოველებზე ექსპერიმენტების ჩატარებისთვის ფინანსური დახმარება ვერ მი-
ვიღე, ვინაიდან ყველა თვლიდა, რომ იდეა პრინციპულად მიუღებელი იყო – ჩვეუ-
ლებრივი არიტმიების ელექტროშოკით მკურნალობა არაპუშმანურ, სასტიკ მეთოდად
განიხილებოდა. პროექტი ჰარვარდის უნივერსიტეტის კვების კათედრის პროფე-
სორმა ფრედერიკ სტარმა (Fredrick Stare) გადაარჩინა – რამდენიმე წლის განმავ-
ლობაში მან ექსპერიმენტების სრული დაფინანსება იტვირთა. ექსპერიმენტებით
დადასტურდა, რომ ცვლადი დენი მოკარდს შეუქცევადად აზიანებდა და თავად
ინვევდა სხვადასხვა სახის არიტმიებს, მათ შორის, პარკუჭების ფიბრილაციას. ამი-
ტომ მუდმივი დენის გამოყენება გადაწყვიტე, მაგრამ ამისთვის საჭირო იყო ისეთი
სპეციალისტი, რომელიც ამ იდეის რეალიზაციას ტექნიკურად უზრუნველყოფდა.
აქაც გამიმართლა და ნიჭიერი ახალგაზრდა ინჟინერი ბარუხ ბერკოვიჩი (Baruch Ber-
kowitz) აღმოვაჩინე. მრავალი ექსპერიმენტის შემდეგ მან შექმნა აპარატი, რომელ-
იც სათანადო ძაბვისა და ექსპოზიციის მუდმივი დენს იძლეოდა. იგი ეფექტური იყო
რიტმის მოშლის ყველა ფორმის, მათ შორის, პარკუჭების ფიბრილაციის დროს. მეტი
დამაჯერებლობისთვის ექსპერიმენტს ექსტრემალურ პირობებში ვატარებდით:
ცხოველის გულს ვაცივებდით, ვაქვეითებდით სიხლის pH-ს და ვინვევდით მკვეთრ
ჰიპოქსემიას. მიუხედავად ამისა, მუდმივი დენის იმპულსი გულის რიტმს ალადგენდა
ხოლმე და, რაც მთავარია, იგი სრულიად უვნებელი აღმოჩნდა – 200-მდე განმუხტვის
შემდეგაც კი მოკარდი არ ზიანდებოდა! გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ
ეს რევოლუციური გარღვევა იყო არიტმოლოგიაში, რამაც კარდიოქირურგიის შესა-
ძლებლობებიც არნახულად გაზარდა – მომდევნო 30 წლის განმავლობაში ამ დარგის
წარმატებები მუდმივი დენის დეფიბრილატორის გარეშე შეუძლებელი იქნებოდა.
ცვლადი დენის დეფიბრილატორების მწარმოებლებმა სასტიკი ბრძოლა გამოვიც-
ხადეს, მაგრამ ჩვენი გამოკვლევების მასალების გამოქვეყნიდან სულ რამდენიმე
წელიწადში მთელ მსოფლიოში მხოლოდ მუდმივი დენის დეფიბრილატორი გამოი-
ყენებოდა (ბერნარდ ლაუნის დამსახურების აღსანიშნავად მუდმივი დენის იმპულსს
მისი სახელი – *Lown waveform* ეწოდა – ჯ.ლ.).

ასეთი წარმატების მიუხედავად, მაინც უკმაყოფილო ვიყავი, ვინაიდან
ექსპერიმენტებმა და კლინიკურმა დაკვირვებებმაც აჩვენა, რომ, თუმცა ძალზე
იშვიათად, მაგრამ ჩვენი დეფიბრილატორიც ინვევდა სასიკვდილო გართულებას
– პარკუჭების ფიბრილაციას. ცხოველებზე ექსპერიმენტები გავაგრძელებთ და აღ-
მოჩნდა, რომ, დაახლოებით შემთხვევათა 1%-ში ვითარდებოდა პარკუჭების ფიბრი-
ლაცია. რა მომასვენებდა, სანამ ამის მიზეზს არ დავადგენდი. მრავალრიცხოვანი
ექსპერიმენტების შედეგად, როგორც იქნა, მიზეზს მივაგენით – ფიბრილაცია მა-
შინ წარმოიქმნებოდა, როდესაც ელექტროგანმუხტვას გულის მუშაობის იმ ფაზა-
ში ვახდენდით, რომელიც ელექტროკარდიოგრამაზე T კბილს შეესაბამება, დაახ-
ლოებით 0,02-0,04 წამის ფარგლებში. ჩვენდა სასირცხოდ, მოგვიანებით გავიგეთ,
რომ ფიზიოლოგებმა ეს მოვლენა 50 წლით ადრე დაადგინეს – იგი მოკარდიუმის
შედარებითი რეფრაქტურობის პერიოდი, რომელიც ძალზე მგრძობიარეა, ად-
ვილად მონყვალადია (ventricular vulnerable period) და, რომლის დროსაც ნებისმიერმა
ელექტროიმპულსმა პარკუჭების ფიბრილაცია შეიძლება გამოიწვიოს. დანარჩენი
ტექნიკის საქმე იყო – საჭირო იყო დეფიბრილატორზე რელეს, ერთგვარი ტაიმერის
დაყენება, რომელიც გულის მუშაობის ფაზებთან ელექტროგანმუხტვის სინქრონი-
ზაციას უზრუნველყოფდა.

როდესაც ეს სამუშაოც წარმატებით დავამთავრეთ, ჩვენ უკვე დაბეჯითებით
შეგვეძლო გვეთქვა, რომ ელექტრული კარდიოვერსიისთვის სრულყოფილი აპარა-

ტი გაგვაჩნდა. ამ მეთოდმა მთელ მსოფლიოში მილიონობით ადამიანი გამოსტაცა სიკვდილს და მათი სიცოცხლის ხარისხი გააუმჯობესა. მრავალ პაციენტს ვიცნობ, რომელთაც 100-ჯერ და უფრო მეტჯერაც ჩატარებიათ ელექტროკარდიოვერსია და დღესაც ცოცხლები არიან!

თავი 14.

კორონარული კარდიორეანიმაციის განყოფილება

მიოკარდიუმის მსხვილკეროვანი, გავრცელებული ინფარქტით გამოწვეული გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა ძალზე მძიმე პათოლოგიაა, მაგრამ ყველაზე ფატალური გართულება მაინც პარკუჭების ფიბრილაციაა, რომელიც კარდიოვერსიის (სინუსური რიტმის აღდგენის) გარეშე სიკვდილით მთავრდება.

მუდმივი დენის დეფიბრილატორების გამოყენებამ ყველა დაარწმუნა, რომ პარკუჭების ფიბრილაციით და ასისტოლით გამოწვეული უცარი კარდიული სიკვდილიდან ავადმყოფის გამოყვანა შესაძლებელი იყო, მაგრამ, პრობლემას ის ართულებდა, რომ რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარება უზშირესად იგვიანებდა. ეს იმიტომ განპირობებული, რომ გულის გაჩერებიდან 5 წუთის შემდეგ თავის ტვინში შეუქცევადი ცვლილებები ვითარდება, რაც უაზროს ხდის რეანიმაციას (იხ. თავი 13). მე ვთვლიდი, რომ ამ გართულებების შესამცირებლად საჭირო იყო მწვავე კორონარული ავადმყოფების უსწრაფესი ჰოსპიტალიზაცია სპეციალურ განყოფილებებში, სადაც მუდმივი ეკგ კონტროლის და სასწრაფო დეფიბრილაციის საშუალება იქნებოდა. 60-იანი წლების დასაწყისში პიტერ ბენტის საავადმყოფოში რამდენჯერმე უშედეგოდ (ფინანსური პრობლემების გამო) ვცადე სპეციალური განყოფილების ორგანიზება. მეგონა, რომ პიონერი ვიქნებოდი, მაგრამ აღმოჩნდა რომ დამიგვიანია – პროფესორ გრეი დაიმონდისგან (Grey Dimond) შევიტყვე, რომ კანზასის შტატში პროფესორ ჰიუზ დეის (Hughes Day) მიერ ასეთი განყოფილება უკვე გახსნილი იყო. 1962 წელს კი უკვე მაინამში, ფილადელფიაში და ნიუ-იორკშიც გახსნეს კარდიორეანიმაციის სპეციალური განყოფილებები. მოთმინების ფილა ამევსო – ჩემი დეფიბრილატორის წყალობით სხვებმა ჩემზე ადრე განახორციელეს ის, რასაც კარგა ხანია ვგეგმავდი.

საქმეს ისევ ჩემმა პედაგოგმა სამუილ ლივინმა უშველა, რომელმაც 1963 წელს მთელი თავისი ფინანსური დანაზოგი ამ იდეის განხორციელებას მოახმარა. მონიტორინგისთვის საჭირო აპარატურა უსასყიდლოდ გადმოგვცა ამერიკის ოპტიკურმა კომპანიამ, რომელიც ჩვენ მიერ შექმნილ დეფიბრილატორებს უკვე სერიულად უშვებდა. ცხადია, ამ აპარატურის გარეშე შეუძლებელი იქნებოდა არიტმიის დროული, მყისიერი დიაგნოსტიკა. როგორც იქნა, საავადმყოფოს ადმინისტრაციამ კარდიო-პულმონური რეანიმაციისთვის ოთხსაწლიანი სპეციალური განყოფილების გახსნის ნებართვა მომცა (ეს იყო შეერთებულ შტატებში მეოთხე და მსოფლიოში მეხუთე).

აქამდე პიტერ ბენტის საავადმყოფოში ელექტრომონიტორი უშუალოდ მძიმე ავადმყოფის საწოლთან იდგა და, როგორც კი აპარატი საგანგაშო სიგნალს გამოსცემდა, იქვე მყოფი კრგად მომზადებული ექთნები მშვიდად და საქმის ცოდნით იწყებდნენ რეანიმაციულ ღონისძიებებს, მაგრამ შემდეგ ექიმები მოცივდებოდნენ და აურზაურს ატეხდნენ ხოლმე. ექთნებისგან განსხვავებით, მათ საერთო მიდგომა არ ჰქონდათ, ყველა მათგანი თვლიდა, რომ უკეთ იცის რა არის ავადმყოფისთვის საჭირო და ყველა თავისას გაიძახოდა. საცოდავი ავადმყოფის ირგვლივ უამრავი

ექიმი, ექთანი, პრაქტიკანტი და სანიტარი ტრიალებდა – სრულიად აუტანელი ატმოსფერო სუფევდა.

ამის გამო იმ დროს ერთი ანექლოტი იყო პოპულარული: პაციენტს გულის შეტყევის გამო ინტენსიური თერაპიის პალატაში ათავსებენ, მონიტორს მიუერთებენ, მაგრამ ამის შემდეგ სრულიად უწყურადღებოდ ტოვებენ, ვინაიდან იქვე უმძიმესი ავადმყოფების რეანიმაცია მიმდინარეობს. ამის შემხედვარე ავადმყოფი შეშინებულია, არ იცის რა ელის, მაგრამ მასთან დამლაპარაკებელი არავინაა. როგორც იქნა, საღამოსთვის ყველანი მიდიან და დამლაგებელი შემოვა. *«გთავაყვა, ხომ ვერ მეტყვი რა მელის?»* – ეკითხება ავადმყოფი სანიტარს, რომელიც პასუხობს: *«ზუსტად არ ვიცი ჩემო კარგო, მაგრამ ეცადე, რომ შენმა მონიტორმა „ბიპ-ბიპ“-ის ძახილი არ შეწყვიტოს, თორემ თეთრხალათიანები მოცვივდებიან და ვერ გადაურჩები, სანამ „ბიპ-ბიპ“-ს არ აღვიდგენენ!»*

როდესაც 1965 წელს ინტენსიური თერაპიის პალატა გაეხსენი, პირველ რიგში ამ აბსურდს მოვლედ ბოლო. გულის რიტმის მონიტორინგისთვის ახალი ოსცილოგრაფები გამოვიყენეთ, რომელთა დისპლეი ავადმყოფებისგან მოშორებით საექტონო პოსტთან იყო მოთავსებული. ყველაფერი კეთდებოდა იმისთვის, რომ ავადმყოფები მშვიდ ატმოსფეროში ყოფილიყვნენ. სირუმე აუცილებელი პირობა იყო. საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფს შეეძლო სპეციალური სიგნალიზაციით გამოეძახებინა ექთანი, რომელიც იქვე, პოსტზე იმყოფებოდა. გარდა აუცილებელი შემთხვევებისა, პალატაში სუსტი, რეოსტატით რეგულირებადი სინათლე ენთო. ავადმყოფს სპეციალური საყურისით სურვილისამებრ შეეძლო მშვიდი, სასიამოვნო მუსიკა მოესმინა. ამავე დროს ექთნებს მოეთხოვებოდათ მაქსიმალური ყურადღება, რათა სირუმეში უსუსტესი კენესა ან ამოოხვრა გაეგონათ. კარდიოლოგებს შესხენება აღარ სჭირდებოდათ, რომ პალატაში სიმშვიდე უნდა ყოფილიყო. ქირურგებისთვის კი, რომელთაც ხმამაღალი საუბარი ახასიათებთ, პალატის კარზე აბრა დაეკიდენ ნარნერი: *«ქირურგებო, გამოძახების გარეშე პალატაში არ შეხვიდეთ!»*

ჩვენი ექთნების სტატუსი და კვალიფიკაცია ავამაღლეთ – კვირაში ერთხელ მათთან სპეციალურ ტრენინგებს ვანაწყობდი. ახლა ისინი ექიმების მსგავსად სტეტოსკოპით იყვნენ აღჭურვილნი და შემოვლებზეც გვესწრებოდნენ. მათი შთაბეჭდილება და ინფორმაცია ძალზე დიდ დახმარებას გვინევდა, ვინაიდან ავადმყოფებს მუდმივად აკვირდებოდნენ. ფიბრილაციის გაჩენის შემთხვევაში ექიმს არ უცდიდნენ, თავად იწყებდნენ ელექტროდეფიბრილაციას და ამ საქმეში ხანდახან ექიმებს სჯობნიდნენ კიდევ, ვინაიდან გაცილებით მეტი გამოცდილება ჰქონდათ! მასხოვს, ერთ-ერთმა ექთანმა 27 წამში ისე განახორციელა კარდიოვერსია, რომ ავადმყოფი ვერაფერს მიხვდა. ავადმყოფმა მითხრა: *«დოქტორ ლაუნ, მგონი რამდენიმე წამით გავითიშე, არაფერი არ მახსოვს»*. ექთანიც და ავადმყოფიც ძალიან მშვიდად გამოიყურებოდნენ. ეს ნამდვილი პროფესიონალიზმის მაგალითია. და მაინც, არ მომწონდა ის გარემოება, რომ ახლა მთელი ყურადღება რეანიმაციაზე იყო გადატანილი. უსაფრთხო კარდიოვერსიამ ერთგვარად გაათამაშა ექიმები, რომლებიც პარკუჭების ფიბრილაციას საშიშ გართულებად აღარ თვლიდნენ.

ასეთი მიდგომა დაუშვებლად მიმაჩნდა, ვინაიდან ავადმყოფის გადასარჩენად ხომ მხოლოდ ხუთი წუთი გვეძლეოდა. აუცილებელი იყო ამ საშიში გართულების მაუნყებლის მონახვა, რაც პრევენციის საშუალებას მოგვცემდა. ამ საკითხის შესახებ ძალიან ზერელე წარმოდგენა გვქონდა. ვიცოდით, რომ ხშირად ფიბრილაციას წინ უსწრებს ექსტრასისტოლია, მაგრამ ისიც კარგად იყო ცნობილი, რომ ზოგ პაციენტს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში აღენიშნება ექსტრასისტოლები, მაგრამ ღრმამ მოხუცებულობამდე ცოცხლობს. მეორე მხრივ, ფიბრილაცია ზოგჯერ სრულიად მოულოდნელად, პირველივე ანგინოზური შეტყევის დროს, თვალსაჩინო წინამორბე-

დების, ანუ ექსტრასისტოლების გარეშეც ვითარდებოდა.

სამწუხაროდ, იმ დროს ჩვენ ხელთ არსებული ანტიარტიმომიული საშუალებები მაინცდამაინც ეფექტური არ იყო, მოქმედებდნენ ნელა, და, რაც მთავარია, ბევრი გვერდითი მოვლენა ახასიათებდათ. ისეთი ანტიარტიმომიული პრეპარატი უნდა მოგვეძებნა, რომელიც რამდენიმე აუცილებელ პირობას დააკმაყოფილებდა: 1. გულის ფუნქციებზე არ უნდა ჰქონოდა ნეგატიური მოქმედება; 2. ინტრავენურად საინექციო უნდა ყოფილიყო; 3. მყისიერად უნდა ემოქმედა; 4. ღვიძლით და თირკმლებით ელიმინაციის კოეფიციენტი მაღალი უნდა ჰქონოდა. ასეთი პრეპარატი არ გაგვაჩნდა, მაგრამ ფანატიკურად (თუმცა ამის საფუძველი არ მქონდა) მჯეროდა, რომ იგი სადღაც ჩვენ გვერდით მოიძებნებოდა. ახალი მედიკამენტის მიზანდასახული სინთეზი შესაძლებელია, მაგრამ ბევრ დროს და არანაკლებ სახსრებს მოითხოვს. თვეების განმავლობაში ამ საკითხზე ფიქრი არ მასვენებდა და, ერთ მართლაც მშვენიერ დღეს, გამახსენდა, რომ 1950 წელს ვესწრებოდი ფილტვის რეზექციას, რომელსაც პროფესორი ჰარისონ ბლეკი (Harrison Black) აკეთებდა. როდესაც გულმკერდის ღრუ გახსნა, ჩემდა მოულოდნელად მან გულს რაღაც სითხე დაასხა. იმდენად უჩვეულო იყო, რომ იმწამსვე ვკითხე, თუ რა იყო ეს. მან მიპასუხა: „ეს საანესთეზიო საშუალება ქსილოკაინია (იგივე ლიდოკაინი), რომელიც იმაში მეხმარება, რომ არტიმია არ დაიწყოს!“ აქამდე ქსილოკაინი მხოლოდ სტომატოლოგიურ კაბინეტში მენახა. სპეციალური ლიტერატურა გადავექექე, მაგრამ ამ პრეპარატის ანტიარტიმომიული მოქმედების შესახებ ვერავითარი ცნობები ვერ მოვიძიე. გასაოცარი იყო დოქტორ ბლეკის ემპირიული მიგნება!

გადავწყვიტე ექსპერიმენტულად შემეხსნავლა ქსილოკაინის თვისებები. ცხოველებში უნდა გამოგვეჩვია ე.წ. „საშიში“ ექსტრასისტოლები და შემემონებია ქსილოკაინის დადებითი მოქმედებაც და გვერდითი მოვლენებიც. ამის განხორციელება არ იყო ძნელი, ვინაიდან უკვე კარგად იყო ცნობილი, რომ ძაღლებში ექსპერიმენტული მწვავე კორონარული იშემია (კორონარული არტერიის ოკლუზია) კანონზომიერად იწვევდა მაღალი გრადაციის ექსტრასისტოლიას, რომელსაც ვერცერთი ჩვენთვის ცნობილი ანტიარტიმომიული საშუალება ვერ ხსნიდა. ექსპერიმენტებმა გვიჩვენა, რომ ქსილოკაინი ძალიან სწრაფად და 100%-ში აქრობდა ექსტრასისტოლიებს. იმდენად კარგი შედეგი მივიღეთ, რომ კარგა ხანს დაჯერებაც კი გვიჭირდა. ამასთანავე, ქსილოკაინი არტერიულ წნევასაც არ აქვეითებდა და არც სხვა რაიმე გვერდით, ნეგატიურ მოვლენებს იწვევდა. ექსპერიმენტი მრავალჯერ გავიმეორეთ და შედეგი ყოველთვის ერთიდაიგივე იყო: ფატალური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლიის სამკურნალოდ და პარკუჭების ფიბრილაციის პრევენციისთვის ქსილოკაინი იდეალური პრეპარატის შთაბეჭდილებას ტოვებდა. ჩემი აღტაცება უსაზღვრო იყო. ახლა კლინიკური ექსპერიმენტი უნდა ჩაგვეტარებია, რისთვისაც ადეკვატური დოზის მონახვა იყო საჭირო. ძაღლებზე გამოცენებული დოზა ავადმყოფის სხეულის მასაზე გადავიანგარიშე, თუმცა კარგად მესმოდა, რომ ძაღლის და ადამიანის მეტაბოლიზმი, მათი ფერმენტული სისტემები მნიშვნელოვნად განსხვავებულია. ასე რომ, ერთგვარი რისკი არსებობდა, მაგრამ მანუგეშებდა ის ფაქტი, რომ ძაღლებისთვის ქსილოკაინის თერაპიული დიაპაზონი საკმაოდ ფართო იყო – ტოქსიკური მოქმედება არცერთ შემთხვევაში არ შეგვინიშნავს.

ექიმთა კოლექტივი შევეკრიბე და ავუსხენი, რომ ყველა პაციენტისთვის, ვისაც ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ექსტრასისტოლია აღენიშნება, საჭირო იქნებოდა ქსილოკაინის ინტრავენური ინექცია. საბედნიეროდ, ჩემ მიერ გამოთვლილი დოზა ოპტიმალური გამოდგა და გვერდითი მოვლენები არცერთხელ არ დაფიქსირებულა. გულის უკმარისობის დროსაც კი არ უარესდებოდა მიოკარდის ინოტროპიზმი, თუმცა, კიდევ რომ მიგველო რაიმე გართულება, საკმარისი იქნებო-

და შეყვანის შეწყვეტა, რადგან ქსილოკაინის სწრაფი ელიმინაცია ახასიათებს. ლიდოკაინის გამოყენებამ რევოლუციური გავლენა მოახდინა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებების მუშაობაზე. თუკი უნინ ხანძარს ვებრძოდით და ხშირად ვაგვიანებდით, ახლა ხანძრის (გულის გაჩერების) გაჩენის პრევენციას ვენეოდით. ერთი წლის განმავლობაში 130 ავადმყოფს ვუმკურნალეთ ლიდოკაინით და პარკუჭების ფობრილაცია არცერთ შემთხვევაში არ განვითარებულა!

სულ მალე, ინტენსიური თერაპიის და რეანიმაციის ყველა განყოფილებამ დაიწყო ლიდოკაინის გამოყენება. ჩვეულებრივი საანესთეზიო პრეპარატი სიცოცხლის გადაღჩენის მთავარ საშუალებად იქცა და მასზე მოთხოვნილებამ მკვეთრად იმატა. ერთადერთი, რაზეც გული მწყდებოდა, ის იყო, რომ მაღალკვალიფიციური, გამოცდილი ექთნები უსაქმოდ დარჩნენ – სრულყოფილმა მონიტორებმა და ლიდოკაინმა ისინი ზედმეტი გახადა. ინტენსიური თერაპიის პალატებში ახლა სიმშვიდე სუფევდა. ექიმებმაც და ავადმყოფებმაც დაკარგეს ინფარქტის შიში. ერთმა ავადმყოფმა გამაოცა: „ექიმო, არ მესმის რატომ ეშინიათ ინფარქტის? თქვენთან მშვენივრად დავისვენებ. პირადად მე სიამოვნებით გავიმეორებდი გულის შეტევას თუნდაც ხუთი წლის შემდეგ!“

სამწუხაროდ, ასეთი, შეიძლება ითქვას, არასერიოზული დამოკიდებულება მოკარდიუმის ინფარქტის მიმართ უსაფუძვლოა, ვინაიდან დღესაც კი – ანტიარითმიული და თრომბოლიზური მკურნალობის ფონზე – სიკვდილიანობა 6%-ს აღწევს, თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ მაშინ, დეფიბრილაციის და ლიდოკაინით მკურნალობის შემოღებამდე სიკვდილიანობა 30%-ს აჭარბებდა.

ამ დაავადების მკურნალობის ტექნოლოგია და ალგორითმი იმდენად დაიხვეწა, რომ ავადმყოფმა, როგორც სუბიექტმა უკანა პლანზე გადაინია. ჩემი ცხოვრების პარადოქსი და ბედის ირონიაა, რომ ჩემი სამეცნიერო მუშაობა ხელს უწყობდა იმის წარმოქმნას, რასაც მთელი ჩემი ცხოვრების განმავლობაში ვებრძოდი – გაუცხოვებას ექიმსა და პაციენტს შორის.

თავი 15.

ფიზიკალური წინამორბედი პარკუჭოვანი პატარასისტოლუზი

გულის დაავადებით მსოფლიოში ყოველ წუთსახევარში ერთი ადამიანი კვდება, შვერთებულ შტატებში კი ერთი წლის განმავლობაში – 400 ათასი, თითქმის იმდენი, რამდენიც სიმსივნური დაავადებებით. უეცარი კარდიული სიკვდილი, რომელიც შიმის ზარს სცემს კაცობრიობას, 25%-ში გულის დაავადების პირველი და უკანასკნელი გამოვლინებაა ხოლმე. კორონარულ ავადმყოფთა ლეტალობის 60% სწორედ უეცარი კარდიული სიკვდილითაა გამოწვეული. თანამედროვე ექიმისთვის ძნელი დასაჯერებელია, რომ 70-იან წლებამდე ეს პრობლემა მეცნიერთა ყურადღების მიღმა რჩებოდა – უეცარი სიკვდილის მიზეზები და პათოგენეზი, პრაქტიკულად, სრულებით არ შეისწავლებოდა.

ამის ახსნა ძალზე ძნელია. ჩემი აზრით, ძირითადი მიზეზი ის იყო, რომ უეცარი სიკვდილი, უხშირესად, სტაციონარის გარეშე ვითარდებოდა და მისი ანალიზით თავს არავინ ინუხებდა. ტრადიციულად, გაბატონებული იყო შეხედულება, რომ უეცარი სიკვდილის წინასწარმეტყველება და მისი პრევენცია შეუძლებელია. 60-იანი

ნლებიდან ერთგვარი პროგრესი აღინიშნა იმის წყალობით, რომ მუდმივი დენის დე-ფიბრილატორით ავადმყოფების კლინიკური სიკვდილიდან გამოყვანა შესაძლებელი გახდა. აღმოჩნდა, რომ რეანიმირებულთა დიდ უმრავლესობას არც ეკგ-ზე და არც ანალიზებში მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომები არ აღენიშნებოდათ! გამოდიოდა, რომ პარკუჭების ფიბრილაციის მიზეზი, უხშირესად, არა უშუალოდ მიოკარდიუმის ნეკროზია, არამედ რალაც დარღვევები გულის ელექტროპროცესებში.

მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელმაც ამ პრობლემისადმი ექიმების ინტერესი ვააცხოველა, იყო ძალზე მნიშვნელოვანი აღმოჩენა ქალაქ ბალტიმორის ჯონს ჰოპკინსის ინსტიტუტში (Johns Hopkins Medical School). ვილიამ კოუვენჰოვენმა (William Kouwenhoven), საინჟინრო ტექნიკის პროფესორმა, რომელიც პენსი-აზე იყო გასული და კლინიკას უსასყიდლოდ ემსახურებოდა, სრულიად წარმოუდგენელი მოსაზრება გამოთქვა. იგი თვლიდა, რომ გულის გაჩერების შემთხვევაში მეკრდის ძვალზე ბიძგისებური, რიტმული ზენოლით საკმაოდ დიდხანს სისხლის ისეთი ცირკულაცია შეიძლება უზრუნველვყოთ, რომელიც თავის ტვინისა და თავ-დად მიოკარდისთვის საკმარისი იქნება. ეს შეხედულება რევოლუციური გამოდგა და მილიონობით სიცოცხლე გადაარჩინა. ვაშინგტონის შტატის ქალაქ სიეტლში დოქტორმა ლეონარდ კობმა (Leonard Cobb) ეს მეთოდი (გულის გარეგანი მასაჟი) შეაუღლა ხელოვნურ სუნთქვასთან პირით პირში, რამაც უეცარი კარდიული სიკვდი-ლიდან ავადმყოფთა 30% გამოიყვანა. ამავე დროს, გაკვირვებას იწვევდა, რომ, რა-ტომლაც, ავადმყოფთა უმრავლესობა იმ შემთხვევებშიც კი ილუპებოდა, როდესაც გულის მუშაობის და სპონტანური სუნთქვის აღდგენა ხერხდებოდა. მაშასადამე, საჭირო იყო გულის გაჩერების რისკფაქტორების და პრევენციის მეთოდების დად-გენა. ლიდოკაინი ამ საქმეში ვერ დაგვეხმარებოდა, ვინაიდან მისი მხოლოდ ინტრა-ვენურად შეყვანა იყო ეფექტური.

მრავალრიცხოვანმა კვლევებმა ვერ მოგვცა პასუხი გულის უეცარი გაჩერების მიზეზების შესახებ, და, ამრიგად, შეუძლებელი ჩანდა იმის დადგენა, თუ ვის ჰქონ-და პარკუჭების ფიბრილაციისადმი მიდრეკილება. მაშინაც კი, როდესაც პაციენტი ექიმის მიერ უშუალოდ ფატალური შემთხვევის წინ იყო გასინჯული, ხელმოსაკიდი თითქოს არაფერი ჩანდა. მიუხედავად ამისა, ღრმად ვიყავი დარწმუნებული, რომ ასეთი გართულებები შემთხვევით არ უნდა ხდებოდეს და მიზეზი აუცილებლად უნდა არსებობდეს. ჩემი ყურადღება იმან მიიქცია, რომ პარკუჭების ფიბრილაციას ხშირად წინ მრავლობითი ექსტრასისტოლების გაჩენა უსწრებდა. თუმცა, ამავე დროს ისიც კარგად იყო ცნობილი, რომ ექსტრასისტოლია ძალზე გავრცელებუ-ლი მოვლენაა, რომლის სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს და გალენის დროიდ-ან მოყოლებული, იგი არ ითვლებოდა საშიშ პათოლოგიად, პოეტები კი მას სასიყ-ვარულო განცდების აუცილებელ ატრიბუტად თვლიდნენ. 70 წელს მიღწეულ პირებს ხშირად აღენიშნებათ ექსტრასისტოლია, მაგრამ მათ ჯანმრთელ და ხანგრძლივ ცხოვრებას ეს ხელს არ უშლის. ყოველივე ეს ჩემს ჰიპოთეზას ენიანალმდევებოდა და მახსენებდა თომას ჰაქსლის (Thomas Huxley, 1825-1895, ინგლისელი ზოოლოგი, დარვინის ევოლუციური თეორიის აპოლოგეტი - ჯ.ლ.) გამონათქვამს: „სამეცნიერო გამოკვლევის ტრაგიზმი იმაში მდგომარეობს, რომ შესანიშნავ ჰიპოთეზას საზიზღა-რი ფაქტი (ugly fact) უარყოფს ხოლმე“.

იქნებ ჩემი თეორია უეცარი სიკვდილის პათოგენეზში ექსტრასისტოლების რო-ლის შესახებ მარლაც დაუსაბუთებელი ფანტაზიის შედეგი იყო?!

სახედნიეროდ, ეინთოვენის (Willem Einthoven, 1860-1927, ჰოლანდიელი ფიზიო-ლოგი; 1903 წელს შექმნა ეკგ აპარატი, რის გამოც 1924 წელს ნობელის პრემია მიენი-ჭა - ჯ.ლ.) მიერ შექმნილი ელექტროკარდიოგრაფიის მეთოდი ექსტრასისტოლების

დახასიათების საშუალებას იძლეოდა. დადგინდა, რომ ექსტრასისტოლები შეიძლება იყოს პოლიტოპური (მიოკარდის სხვადასხვა არეში წარმოქმნილი), იშვიათი ან ხშირი, წყილი ან ჯგუფური.

ცხოველებზე ექსპერიმენტების დროს დაერწმუნდა, რომ კორონარული ოკლუზია არ იწვევდა პარკუჭების ფიბრილაციას, თუკი მიოკარდს არ გავალიზიანებდით ისეთი ელექტროიმპულსით, რომლის ძალა ჩვეულებრივი ექსტრასისტოლის გამონვევისთვის საჭირო იმპულსის ძალას ბევრად აღემატებოდა. რაც მთავარია, ეს იმპულსი უნდა დამთხვეოდა გულის მუშაობის იმ ხანმოკლე, ძალზე მგრძნობიარე პერიოდს (0.02-0.04 წამი), რომელსაც ეკგ-ზე T კბილი შეესაბამება. ასეთი ძალზე ადრე წარმოქმნილი („R კბილი T-ზე“) ექსტრასისტოლა არც ისე იშვიათია, მაგრამ ფიბრილაციას ყოველთვის არ იწვევს. საჭირო იყო გაგვერკვია, თუ რა განაპირობებდა იმას, რომ ფიბრილაციის გამოსანევევად ზოგჯერ საკმარისი იყო მიოკარდში გენერირებული ძალზე სუსტი ელექტროიმპულსი. ამის გარკვევაში დამეხმარა კლინიკური გამოცდილება: შემჩნეული მქონდა, რომ ფიბრილაციის განვითარებას წინ ხშირი, ჯგუფური ექსტრასისტოლები უსწრებდა ხოლმე. ცხოველებზე ექსპერიმენტებმა გვიჩვენა, რომ როდესაც მიოკარდს ზედიზედ ორჯერ ვალიზიანებდით, ფიბრილაციას შედარებით დაბალი ძაბვის იმპულსი იწვევდა. სამი ან მეტი იმპულსით ვალიზიანების შემთხვევაში კი ვაცილებით დაბალი ძაბვის ელექტროდენი იყო საკმარისი. ამ ექსპერიმენტებმა ნათელი გახადა **ლეტალური, ე.წ. „მალალი გრადაციის“ ექსტრასისტოლების მნიშვნელობა**: პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია მხოლოდ იმ შემთხვევაში ხდება საშიში, როდესაც იგი ზედიზედ, წყილად ან, მითუმეტეს, ჯგუფურად ალაგზნებს მიოკარდს, და თანაც – **ადრეულ (R კბილი T-ზე) პერიოდში (ვინაიდან ტერმინი ექსტრასისტოლა თავისთავად ნაადრევ, რიგგარეშე სისტოლას აღნიშნავს, ზედმიწევნით ადრე წარმოქმნილს უმჯობესია ადრეული ექსტრასისტოლა ეწოდოს და არა ნაადრევი – ჯ.ლ.)**.

ახლა საჭირო იყო მასშტაბური კლინიკური გამოკვლევები, რომლებიც საბოლოოდ დაადასტურებდნენ ექსტრასისტოლების კლინიკურ კლასიფიკაციას, რომელიც მე და ჩემმა პრაქტიკანტმა **მარშალ ვულფმა (Marshall Wolf)** შევიმუშავეთ. ამისთვის ჩვენ არც პაციენტები გვყავდა საკმარისი რაოდენობით და არც ფინანსური საშუალება გავაჩნდა. დიდი დახმარება გავიწვინა ჩემმა მეგობარმა პროფესორმა **უილიამ რუბერმანმა (William Ruberman)**, რომელიც ნიუ-იორკის სადაზღვევო მედიცინის სამმართველოში მუშაობდა. მასთან ერთად შევისწავლეთ 2000-მდე კლინიკური შემთხვევა, რამაც დაადასტურა ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემების სისწორე: **ადრეული ჯგუფური ექსტრასისტოლების შემთხვევაში პარკუჭების ფიბრილაციის ალბათობა ხუთჯერ უფრო მაღალი იყო(!), ვიდრე ჩვეულებრივი ერთეული ექსტრასისტოლების არსებობისას.** საკვირველია, რომ ამ პრობლემით ამერიკელ კარდიოლოგთა დაინტერესება მაინც ვერ მოხერხდა! არაოფიციალურ საუბრებში ჩემი კოლეგები აღნიშნავდნენ, რომ მაღალი რისკის მქონე პაციენტების გამოვლენას არავითარი აზრი არა აქვს, ვინაიდან პრევენციული ზომები მაინც არ არსებობს.

აღშფოთებულს ერთი უცნაური და გულბრწყვილი იდეა გამიჩნდა. სწორედ იმ დროს ვან კლაიბერნმა (Van Cliburn), ამერიკაში სრულიად უცნობმა პიანისტმა, საბჭოთა კავშირში ჩაიკოვსკის საერთაშორისო კონკურსში გამარჯვების შედეგად დიდ წარმატებას მიაღწია. სულ რამდენიმე დღეში იგი შეერთებული შტატების უპოპულარესი ადამიანი გახდა. ამით შთაგონებულმა, გადავწყვიტე ჩემი იდეები საბჭოთა კავშირში გამეხმიანებია იმის იმედით, რომ თუკი იქაური ექიმები აღიარებდნენ და პრაქტიკულად გამოიყენებდნენ ჩემს რეკომენდაციებს, ეს ამერიკელი ექიმების დაინტერესებას გამოიწვევდა. იმ დროს ჩვენ ქვეყნებს შორის ცივი ომი იყო და კონკურენცია ყველა სფეროში მიმდინარეობდა.

1966 წელს ვისარგებლე კრემლის ექიმის, კარდიოლოგ ვეგენი ჩაზოვის მიწვევით და უეცარი კარდიული სიკვდილის შესახებ ლექცია 800-მდე საბჭოთა ექიმის წინაშე წავიკითხე. შედეგი წულის ტოლი იყო: საკმაოდ არაორაზროვნად მითხრეს, რომ „უეცარი სიკვდილის პრობლემა კამბიტალისტური სამყაროსთვის, განსაკუთრებით, ამერიკისთვისაა აქტუალური, ვინაიდან ანტაგონისტურ საზოგადოებაში ადამიანები მუდმივ სტრესში იმყოფებიან“.

ეს სრული აბსურდი იყო, ვინაიდან კარგად ვიცოდი რა მდგომარეობაც იყო საბჭოთა კავშირში (სოციალური სტრესები, თამბაქო, ალკოჰოლი, სიმსუქნე) და რომ მისთვის კორონარული დაავადება ამერიკაზე ნაკლებად აქტუალური არ იყო. ერთი სიტყვით, იმედები დამემსხვრა – სრული ფიასკო განვიცადე.

1970 წელს ამერიკის კარდიოლოგთა ასოციაციის მიწვევით 12 ათასი კარდიოლოგის წინაშე წარვსდექი მოხსენებით, რომლის შემდეგაც, ბოლოს და ბოლოს, როგორ იტყვიან, „ყინული გალვა“. იმ დღიდან ამერიკაში გულის ელექტროფიზიოლოგიის და უეცარი კარდიული სიკვდილის პრობლემის ინტენსიური შესწავლა დაიწყო, გაუმჯობესდა დეფიბრილატორების ხარისხი. 1972 წელს უკვე საბჭოთა კავშირშიც მიხვდნენ, რომ უეცარ კარდიულ სიკვდილს დიდი სოციალური მნიშვნელობა აქვს: მიმინვიეს და ამ პრობლემის შესწავლაში დახმარება მოხოვეს. ახლა უკვე მთელ მსოფლიოში აღიარებდნენ „მალალი გრადაციის“ ექსტრასისტოლების მნიშვნელობას (*ამჟამად დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ QT ინტერვალის გახანგრძლივებას და ვარიანობილობას, ანუ დისპერსიას – მოკარდის რეპოლარიზაციის არაჰომოგენურობის, ანუ არაერთგვაროვნების მარკერს. ივი ე.წ. „პირუტის“ – Torsade de pointes ტიპის პოლიმორფული პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის და ფიბრილაციის პრედიკტორად, ანუ წინამორბედად ითვლება – ჯ.ლ.*)

მაგრამ, განა შეიძლებოდა უეცარი კარდიული სიკვდილის მხოლოდ მიზეზების ცოდნით დავეკმაყოფილებულიყავით? მთავარი ხომ ამ საბედისწერო გართულების გან ადამიანების დაცვა იყო. უკვე უამრავი ანტიარითმიული საშუალება არსებობდა, მაგრამ საჭირო იყო ამ კონკრეტული პათოლოგიის პრევენციის მიზნით მათი ჩვენება-უკუჩვენებების დაზუსტება. ამასობაში, ჩემმა თანამშრომელმა ვლადიმირ ველებიტმა (Vladimir Velebit) დაამტკიცა, რომ ნებისმიერ ანტიარითმიულ პრეპარატს არითმოგენული მოქმედება ახასიათებს – ზოგიერთ შემთხვევაში თავად შეუძლია გამოიწვიოს რიტმის დარღვევა და გახდეს უეცარი კარდიული სიკვდილის მიზეზი. გამოდიოდა, რომ ნებისმიერი პრეპარატის მოქმედების წინასწარ განჭვრეტა შეუძლებელი იყო.

1982 წელს დოქტორმა თომას გრეიბოისმა (Thomas Graboys) გამოაქვეყნა ძალზე მნიშვნელოვანი კვლევის შედეგები, რომლის მიხედვით არა მარტო მწვავე კორონარული შეტევის დროს, არამედ შეტევის შემდეგაც ძალზე ხშირია მალალი გრადაციის ექსტრასისტოლები და, შესაბამისად, უეცარი კარდიული სიკვდილის რისკი. ხანგრძლივი ეკ მონიტორინგის საშუალებით ჩვენ და თომას გრეიბოისი თითოეული პაციენტისთვის ანტიარითმიული ეფექტური პრეპარატის ინდივიდუალურ შერჩევას ვცდილობდით. აღმოჩნდა, რომ იმ შემთხვევებში, როდესაც პრევენციული თერაპია წარმატებული იყო, ლეტალობამ 2,3% შეადგინა, ხოლო როდესაც „სამიში“ ექსტრასისტოლის კუპირება ვერ ხერხდებოდა, ლეტალობამ 43,6%-ს მიაღწია. დადასტურდა, აგრეთვე (და ეს ძალზე მნიშვნელოვანია) რომ წარმატებული ანტიარითმიული მკურნალობის შემდეგ პრევენციული ეფექტი დიდხანს რჩებოდა.

ვჩქარობ ვაღიარო, რომ სამეცნიერო მიღწევებმა შეერთებულ შტატებში უეცარი სიკვდილიანობის დონე მნიშვნელოვნად ვერ დააქვეითა. ამის ძირითადი მიზეზი ის იყო, რომ ჩინოვნიკებმა ვერ გაითავისეს ამ პრობლემის დიდი სახელმწიფოებრივი

მნიშვნელობა. თავად განსაჯეთ, მე-20 საუკუნის 80-იან წლებში ფატალურმა არიტმებმა 4 მილიონი ამერიკელის სიცოცხლე წაიღო, რომელთა გადარჩენა უმრავლეს შემთხვევაში შესაძლებელი იყო. შიდს-თან საბრძოლველად შეერთებულ შტატებში კოლოსალური სახსრები იხარჯებოდა – 200 000 დოლარი თითოეულ მსხვერპლზე, ხოლო უეცარი კარდიული სიკვდილის მსხვერპლზე – მხოლოდ 25 დოლარი! სწორედ ამის შედეგია ის, რომ ბოლომდე საიმედო ანტიარითმიული საშუალება დღემდე არა ვაქვს.

რა თქმა უნდა, პორტატიული კარდიოვერტერის (დეფიბრილატორის) იმპლანტაცია ძალზე დიდი მიღწევაა, მაგრამ პრობლემის ოპტიმალური გადაწყვეტა პრევენცია და არა კარდიოვერსია. ამას დიდი ფსიქოლოგიური მნიშვნელობა აქვს – მიუხედავად იმისა, რომ ავტომატურად ხერხდება კუპირება, ფატალური არითმიის ყოველი შეტევა პაციენტისთვის ძალზე მძიმე სტრესია. რადიკალური მკურნალობის ერთ-ერთი პერსპექტიული მეთოდია ექტოპიური პათოლოგიური კერების მოწვა (ამჟამად ნარმატებით გამოიყენება მინიინვაზიური, ენდოქიურგული მეთოდი – დაბალი ძაბვის და მაღალი სიხშირის ელექტროიმპულსური აბლაცია, ანუ მოწვა, რაც ექტოპიური კერების დასადგენად კომპიუტერული ანალიზატორის გამოყენებამ გახალა შესაძლებელი – ჯ.ლ.).

მაშინ კი, 70-იან წლებში, მედიკამენტური პრევენციის გარდა, ფსიქოლოგიურ ზემოქმედებასაც ვიყენებდი, რომელიც ახლაც აუცილებელია. ავადმყოფს ვესაუბრებოდი მისი დაავადების შესახებ და გადაჭრით ვეუბნებოდი, რომ მას უეცარი სიკვდილი არ ემუქრებოდა, ვცდილობდი ამ ოპტიმიზმისთვის ობიექტური არგუმენტები მომეყვანა. სინამდვილეში, ეს ბლეფია – კორონარული დაავადების დროს უეცარი სიკვდილისგან არავინაა დაზღვეული, მაგრამ სიკვდილის შიშისგან განთავისუფლება ისე ამშვიდებს პაციენტს და იმდენად კეთილისმყოფელად მოქმედებს ორგანიზმზე და გულს იცავს კატექოლამინების მავნე ზემოქმედებისგან, რომ ამას დღემდე სუფთა სინდისით ვაკეთებ (იხ. თავი 1. 6 და თავი 6).

ვფიქრობ, ჩემი 50-წლიანი მოღვაწეობის მთავარი დამსახურება მაინც ის იყო, რომ უეცარი კარდიული სიკვდილისადმი მეცნიერული ინტერესის გაღვივებას მივაღწიე (ავტორი გასაოცარ თვამდაბლობას იჩენს – ჯ.ლ.). რაც არ უნდა ვთქვათ, ახლა არც ექიმი და არც პაციენტი არ განიცდის ისეთ პანიკურ შიშს და უმწეობას „გულის გაჩერების“ წინაშე, როგორც ეს წარსულში იყო.

დაბოლოს, განსაკუთრებით მინდა ხაზი გაუუსვა იმ გარემოებას, რომ არავითარ შემთხვევაში არ უნდა დაგვრჩეს ისეთი შთაბეჭდილება, თითქოს საექიმო ხელოვნება და მეცნიერული მედიცინა ურთიერთსანაწინააღმდეგო ან ურთიერთგამომრიცხავი ცნებებია. პირიქით, ღრმად ვარ დარწმუნებული, რომ ნარმატებული მკურნალობის აუცილებელი პირობა სწორედ მეცნიერების მიღწევების, ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა და გამოყენებაა. მაგრამ, ასევე ცხადია, რომ თანაგრძნობის, ზრუნვის, ავადმყოფისთვის ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენის გარეშე ჩვენ თანამედროვე მეცნიერული მიღწევების გაუფასურებას ვახდენთ და ამ უძველესი პროფესიის პოტენციალს ვაქვეითებთ. სწორედ ამ ორი კომპონენტის (კლასიკურის და თანამედროვეს) შეუღლება ქმნის ჭეშმარიტ საექიმო ხელოვნებას.

ნანილი IV. ჯანმრთელობის უმკიფისი პრობლემები

„ცხოვრებისეული სიბრძნე იმაშია, რომ ამ ქვეყნიდან ახალგაზრდა ნახვიდე, ოღონდ, რაც შეიძლება გვიან.“

ჩინური ანდაზა

თავი 16.

ხანდაზმულ პაციენტთა მკურნალობის საკითხები

„ხანგრძლივი სიცოცხლე გახანგრძლივებული მწუხარება“ – სევდით აღნიშნავდა სემუელ ჯონსონი (Samuel Johnson, 1709-1784, ცნობილი ინგლისელი კრიტიკოსი, ლექსიკოგრაფი და პოეტი – ჯ.ლ.). მართლაც, რა დასამალია, სიბერეს თან ახლავს ზოგადი სისუსტის, ფიზიკური და გონებრივი დაძაბუნების პროგრესირება. ჯონსონის ეპოქაში მოხუცების ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად რაიმე ეფექტური საშუალება არ არსებობდა, თუმცა გაახალგაზრდავების ელექსირის შექმნა ახლაც ოცნების სფეროა. მრავალი ავტორი განიხილავდა სიბერეს, როგორც უბედურებას. უინსტონ ჩერჩილი წერდა, რომ „ეს სიცოცხლის ბრიყვეული მიმსგავსება“ (შოთა რუსთაველი როსტევეან მეფეს ათქმევინებს: „მე გარდასრულვარ, სიბერე მჭირს, ჭირთა უფრო ძნელია“ – ჯ.ლ.). პირადად მე, როგორც ექიმი, ამ პრობლემას ასე ტრაგიკულად არ აღვიქვავ, ვინაიდან გამოცდილებამ დამარწმუნა, რომ ხანში შესული ადამიანები მათდამი უმატივცემულო დამოკიდებულებას უფრო მტკივნეულად განიცდიან, ვიდრე ავადმყოფობას ან სიკვდილის პერსპექტივას.

• ახალგაზრდობაში ერთი პაციენტი გავიცანი, რომელმაც სასურველი ექიმის ძებნაში ბოსტონის ყველა კლინიკა შემოიარა. 95 წლის კაცისთვის ეს ადვილი საქმე არ იყო, მაგრამ რა ექნა – მისი ნუხილი არავინ გაითავისა იმის გამო, რომ იგი დღევრძელი იყო. მას საკმაოდ ხანდაზმული მამაკაცი ახლდა, რომელიც უმცროსი ძმა მეგონა, თუმცა აღმოჩნდა, რომ შვილი იყო (ასაკობრივი გრადაციის მიღებული ვარიანტები: ბავშვობის ასაკი – 1-11 წელი, მოზარდი – 12-16, ახალგაზრდა – 17-34, საშუალო – 35-49, ხანდაზმული – 50-69, მოხუცი 70-89, დღევრძელი >90 – ჯ.ლ.). პაციენტის სახე ძლიერ ნუხილს გამოხატავდა. გაირკვა, რომ ნებისმიერი საკვების მიღება მუცლის აუტანელ ტკივილებს იწვევდა. ამის გამო ძალიან ცუდად იკვებებოდა და კახექსიური იყო. მას მეზენტერიალური არტერიების შევიწროება ჰქონდა დადგენილი, მაგრამ ქირურგიული მკურნალობა ასაკის გამო გამართლებული არ იყო. ყველა ექიმი ეუბნებოდა, რომ ვერაფრით დაეხმარებოდა. საუბრის დროს შეიღმა, რომელსაც მამის ჩვილები, ალბათ, მრავალჯერ ჰქონდა მოსმენილი, უსაყვედურა: „მამა, როგორ გინდა შენს ასაკში ჯანმრთელი იყო, ხომ არ გავიწყდება რამდენი წლისა ხარ!“ აღმოფთებულმა შევანყვეტინე: „რა კავშირი აქვს ასაკს ტანჯვასთან? მე აუცილებლად დაგეხმარებით“. ცხადია, ეს გარკვეულწილად დიდი ბლეფი იყო, მაგრამ საცოდავი მოხუცის ნუგეშისცემის დიდი სურვილი მამოძრავებდა. ჩემს სიტყვებზე პაციენტს სახე გაუნათდა და ღიმილით მომმართა: „როგორც იქნა, მოვნახე ჩემი ექიმი“. ხშირ-ხშირი კვება ძალზე მცირე პორციებით და ჭამის შემდეგ აუცილებელი დასვენება – ასეთმა რჩევამ აშკარა შევება მოუტანა, ტკივილებმა უკლო, წონაში მოიმატა და ცხოვრების ხალისი დაუბრუნდა. არ გამოგრიცხავ, რომ კვების რეჟიმზე მეტად შესაძლოა დამაიმედებელი სიტყვები მოუხდა. ამის შემდეგ პაციენტი მიღ-

ბაზე რეგულარულად მოდიოდა და მედიკამენტური მკურნალობის გარეშე მდგრადი გაუმჯობესება აღენიშნებოდა.

• მრავალი წლის შემდეგ კიდევ ერთი 95 წლის დღეგრძელი ბატონი ჯ. გავიცანი. ყოფილი ფერმერი, ძალზე მშრომელი ადამიანი, ბოლო ხანებში ძილად იყო მივარდნილი და დღე-ღამეს ემბრიონის პოზაში ატარებდა. **სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის გამო გულისცემათა სინშირე 30-ს არ სცილდებოდა.** ელექტრული პეის-მეიკერის იმპლანტაცია არც კი შეეთავაზა. ვინაიდან არაფერს არ უჩიოდა და, ერთი შეხედვით, კმაყოფილიც ჩანდა თავისი მდგომარეობით. ახლა, როცა ამას ვისვსენებ, კარგად მესმის რა გულუბრყვილო ვიყავი. მართლაც, სულ მალე ოთახში ახალგაზრდა, დაახლოებით 35 წლის ქალბატონი შემოვიდა, რომელიც პაციენტის შვილიშვილი მეგონა. მას 8 წლის ბიჭი მოჰყვებოდა. ბატონ ჯ.-ს ამ დროს ჩასძინებოდა და მათი შემოსვლა არც კი გაუგია. პაციენტს ხელით შევეხე და ვუთხარი: *„გაიღვიძეთ, შვილიშვილმა და შვილთაშვილმა მოგაკითხათ“*. მოულოდნელად, პაციენტი გამოფხიზლდა: *„ეს ჩემი ბიჭი ბილია“*. მცირე პაუზის შემდეგ კი დაუშალავე სიამაყით დაურთო: *„გაციანით ჩემი მეუღლე მერი!“* ყველაფერი თავის ადგილზე დადგა – მკურნალობის ტაქტიკის შესახებ შეხედულება სრულიად შემეცვალა და გადაჭრით ვუთხარი: *„ბატონო ჯ., თქვენთვის პეისმეიკერის იმპლანტაცია გადავწყვიტეთ. ოპერაცია არ არის რთული და დღესვე გაკეთდება“*.

გულის ნორმალური რიტმის აღდგენის შემდეგ პაციენტი გამოცოცხლდა – ძილიანობა გაუქრა და დავრდომილი ბერეკაცი საკმაოდ ენერგიულ მოხუცად იქცა.

ამ ორ შემთხვევას შორის საკმაოდ დიდი დრო გავიდა და მოხუც პაციენტებთან ურთიერთობის დიდი გამოცდილება დავაგროვე. იმ ქვეყნად ისინი სხვადასხვანაირად მიდიან: ზოგი უეცრად და უჩუმრად, ზოგიც ტანჯვა-წამებით, ზოგიერთი თანდათან კარგავს სიცოცხლისთვის აუცილებელ შეგრძნებებს. განსაკუთრებით მძიმედ განიცდიან სმენის ან მხედველობის დაქვეითებას. ხშირად, ექიმს წარმოდგენაც კი არა აქვს, თუ როგორ სირცხვილს ან, უბრალოდ, უხერხულობას განიცდის სმენა-დაქვეითებული პაციენტი.

• ერთხელ, არც ისე ხანდაზმულ ქალბატონს საკმაოდ დიდხანს ვუხსნიდი, თუ როგორ უნდა მიეღო მედიკამენტები. იგი თანხმობის ნიშნად თავს მორჩილად მიქნევდა, მაგრამ როდესაც ვთხოვე გაემეორებინა დანიშნულება (ხანდაზმულ პაციენტებთან ეს განსაკუთრებით აუცილებელია), მორცხვად მომიგო: *„ალბათ ძალიან მნიშვნელოვან რამეზე მესაუბრებოდით; უკაცრავად, სასმენ აპარატს გავიკეთებ და ისე მოვისმენთ“*.

ბოლო ხანებში ხშირად ვფიქრობ ამ საკითხზე: რა უსამართლობაა – განსაცვიფრებელი შეუსაბამობა ჯერ კიდევ ნათელ გონებასა და უკვე დაუძლურებულ სხეულს შორის! მოხუცებს სარკეში ჩახედვა გვეზარება და საკუთარ თავს ვერ ვცნობთ. გვეუხერხულება, რომ, უბრალოდ, ვარსებობთ ამ ქვეყნად, მით უმეტეს, თუ ვინმეს პრობლემებს ვუქმნით.

ამჟამად ჩემი პაციენტების უმრავლესობა 60 წელს გადაცილებული ადამიანებია. ჰიპოკრატეს დროს მოხუცად 50-55 წელს მიღწეულებს თვლიდნენ. ახლა კი ასეთ ასაკში ზოგი ოჯახს ქმნის, ხოლო 70 წელს გადაცილებული მოხუცი საკმაოდ ჯანმრთელი და შრომისუნარიანია. სიბერე უსუსურობის და დაჩაჩანაკების პერსპექტივის გამო ბევრ ადამიანს აშინებს, მაგრამ ზოგიერთი მასში ისეთ სულიერ სიღრმეს და სიხარულს ნახულობს, რომლის განცდა ახალგაზრდებისთვის მიუწვდომელია. 100 წელს მიღწეული ისეთი პენსიონერებიც კი შემხვედრია, რომლებიც თავს ბედნიერად თვლიდნენ და ოცნების უნარიც კი ჰქონდათ შენარჩუნებული. ერთხელ, 90 წლის ქალბატონმა, ხელოვნებათმცოდნეობის პროფესორმა მითხრა: *„იცით რა, ლაუნ, ოცნებები უფრო ცოცხალია, ვიდრე მოგონებანი“*.

მოხუცებულთა მოვლა და მკურნალობა დიდ ყურადღებას და გამომგონებლობას მოითხოვს. პირველ რიგში უნდა გვახსოვდეს, რომ მთელი იმედების მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყარება უაზრობაა. მთავარია ადამიანს იმედი ჩაუფასოთ და ცხოვრების ინტერესი დაუზღუროთ. მოხუცს უნდა ჰქონდეს ახალი გეგმები, რაღაც წლისთავები და დღესასწაულები, ახლობლების ქორწილი, შვილიშვილების და შვილთაშვილების ცხოვრებაში მონაწილეობა და ა.შ.. მისგან ახალგაზრდები რჩევა-დარიგებას მაშინაც კი უნდა ითხოვდნენ, როდესაც ჰგონიათ, რომ ამას აზრი არა აქვს. პაციენტის ახლობლებთან საუბრების და განმარტებების საშუალებით ექიმი უნდა ეცადოს, რომ მოხუცს ასეთი ცხოვრებისეული სტიმულები გაუზიაროს. ამ მხრივ ტრადიციული ოჯახი ბევრად უკეთესია, ვიდრე მოხუცთა თავშესაფარი.

მოხუცებთან ურთიერთობის დროს სულ უბრალო წერილმანსაც კი დიდი მნიშვნელობა აქვს. თუ გინდათ, რომ პაციენტს იმედი ჩაუნერგოთ, მომდევნო ვიზიტს ძალიან ადრე ნუ დაუნიშნავთ, თორემ იგი იფიქრებს, რომ ძალზე მძიმე დაავადება აქვს. მაგრამ, ძალიან დიდი ხნით გადადებაც არ ვარგა, მოხუცი იფიქრებს, რომ თქვენ მასზე ხელი ჩაიქნით და, რომ იგი ვერც კი მიაღწევს მომავალ ვიზიტამდე. ცხადია, ყველა ცალკეულ შემთხვევაში ეს საკითხები ინდივიდუალურად უნდა გადაწყდეს.

ჩემს პაციენტებთან ურთიერთობისას ცვდილობ იუმორიც გამოვიყენო და, თქვენ ნარმოიდგინეთ, ტყუილიც. უიმედობის ბნელეთში სიხარულის ნაპერკკლის გამოშენვევი პატარა, უწყინარი სიცრუის არ უნდა შეგვრცხვეს, თუკი ეს პაციენტის ჯანმრთელობას და განწყობას ვააუმჯობესებს. ნუ მოგერიდებთ მოხუცის დარწმუნება იმამ, რომ ის კიდევ დიდხანს იცოცხლებს. ეს არის ბრძენი ექიმის ერთ-ერთი მთავარი თვისება. დარწმუნე ყოველთვის მკურნალად და არა მომსახურე პერსონალად.

• ექიმმა დ.-მ საექიმო პრაქტიკას დიდი ხნის წინ დაანება თავი და ალცჰაიმერის დაავადებით შეპყრობილ მეუღლეს უვლიდა, რომელთანაც 65 წლის სიყვარულით აღსავსე ცხოვრება აკავშირებდა. ქალბატონი იმდენად მძიმედ იყო დაავადებული, რომ უკვე საკუთარ შეილებს ვერ ცნობდა. ქმარი იყო მისი მომვლელიც და დიახსლისიც. მაკვირვებდა მისი სულიერი სიმხნევე და ენერგიულობა: საყიდლებზე ზრუნვა, საქმლის მომზადება, დალაგება, რეცხვა და მძიმე ავადმყოფის მოვლა – ყველაფერი ამ მოხუცი მამაკაცის კისერზე იყო. საოცრად მომხიბლავი პიროვნება, განათლებული და სასიამოვნო მოსაუბრე გახლდათ. ამიტომ, მის ვიზიტს ყოველთვის მოუთმენლად ველოდი. ჩემთან არტერიული ჰიპერტენზიის გამო მკურნალობდა, მაგრამ გარდა ამისა, ეჭვი მქონდა სისმისინურ პროცესზე, ვინაიდან ბოლო ხანებში წონაში ძლიერ მოიკლო. ყველაზე მეტად მას სწორედ ეს ანუხებდა.

– კიდევ მოვიკელი? – მკითხა ერთ-ერთი ბოლო ვიზიტის დროს.

– არა, ისევ ისეთი წონა გაქვთ, 67 კილოგრამი – ვიცრუე. სინამდვილეში ერთ კილოგრამზე მეტი ჰქონდა დაკლებული.

მოხუცს სახე გაუნათდა.

– ეს კარგია, ძალიან გამახარეთ – ღიმილით მომმართა.

ჩემი სიცრუით ძალზე ემყოფილი ვიყავი, მაგრამ როდემდე შევძლებდი მის მოტყუებას? შემდეგი ვიზიტის დროს აღმოჩნდა, რომ მისი სხეულის მასა შეცვლილი არ იყო. ახლა ნამდვილად ემყოფილი და გაცეცხულიც კი ვიყავი. თუკი მას სიმსივნე ჰქონდა, გამოდის, რომ ჩემმა ტყუილმა იგი ექვსი თვის განმავლობაში, როგორც იტყვიან, „შეინახა“, ან, ყოველ შემთხვევაში, უმძიმესი ფიქრებისგან გაათავისუფლა.

ტყუილი და მართალი, ბოროტება და სიკეთე – არსად, არცერთ პროფესიაში, ადამიანის მოღვაწეობის არცერთ სფეროში არ არის ნაშლილი ზღვარი ამ ცნებებს შორის ისე, როგორც საექიმო პრაქტიკაში. ავადმყოფს უნდა ველაპარაკოთ ისე, რომ სიკეთე მოვუტანოთ – ეს ხომ უდავო ჭეშმარიტებაა. მამასადამე, ზოგჯერ მის სასიკეთოდ ტყუილიც დასაშვებია! დავაზუსტებ, რომ ამ შემთხვევაში ტყუილში

არასრულ სიძარტლეს ვგულისხმობ!

ჩემმა ხანდაზმულმა პაციენტებმა საექიმო ტაქტი და ავადმყოფზე ჭეშმარიტი ზრუნვა მასწავლეს. მათ არ სიაშოვნებთ, როდესაც ექიმი, თუნდაც მინიშნებით, ასაკს შეახსენებს ხოლმე და ამით ავადმყოფის ჩივილების ახსნას ცდილობს.

• ერთმა 90 წელს მიღწეულმა ქალბატონმა მხედველობის დაქვეითების გამო იუბილეს წინ ოფთალმოლოგს მიმართა. „ბედურა საშინელ მდგომარეობაში ვაქვით“ – ასეთი იყო ექიმის ვერდიქტი, მაგრამ როდესაც პაციენტის ასაკი გაიგო, დაუმატა: „თუმცა, თქვენი ასაკისთვის ეს ნორმალურია“ (გასაოცარია ზოგიერთი ექიმის გულ-ცივობა და უტაქტობა – ჯ.ღ.).

„ექიმო ლაუნ, თქვენ იმიტომ მოვმართეთ, რომ ასე უბედურად თავი არასოდეს მიგვრძენია“ – ასე სევდიანად დაამთავრა ქალბატონმა თავისი მონაყოლი!

16. 1. მარტოობის შესახებ

ხანდაზმულ პაციენტთა უმრავლესობა ძალიან განიცდის მარტოობას. 80 წელს გადაცილებულთა ბევრი ნაცნობ-მეგობარი და ნათესავი უკვე გარდაცვლილია. შემდეგ შედარებით ახალგაზრდები მიდიან იმ ქვეყნად და მოხუცები იწყებენ ფიქრს, რომ მათი ჯერიც დადგა. სულ უფრო იკლებს იმ ადამიანთა რიცხვი, ვისაც მათთან მისვლა და რაიმე დახმარების აღმოჩენა შეეძლო, მათ კი სხვადასხვა მიზეზით სახლიდან გამოსვლისაც კი ეშინიათ: ვაი თუ შარდი ვერ შეიკავონ ან წაიქცნენ, კარის დაკეტვა დაავინყდეთ ან გასაღები დაკარგონ, ახლობელი ვერ იცნონ ან მისი სახელი დაავინყდეთ და ა.შ. ასეთი კარჩაკეტილი ცხოვრება კიდევ უფრო მეტად ამძიმებს მარტოობის და დაუძლურების განცდას. მათ საიქიოსკენ მიმავალი ხანგრძლივი უსიამოვნო გზა უფრო მეტად აწუხებთ, ვიდრე სიკვდილზე ფიქრი.

ჭრილობა, სისხლდენა, დაცემა და მოტეხილობა – ყოველივე ეს ნებისმიერი ასაკისთვისაა უსიამოვნო, მაგრამ მოხუცებს განსაკუთრებულ პრობლემებს უქმნის. ასეთი ემიზოდების შესახებ მონაყოლი ჩემი პაციენტების საუბრის ერთ-ერთი მთავარი შემადგენელი ნაწილია. ხშირად გამოიკვამილა მარტოხელა მოხუცი ქალბატონების შესახებ, რომლებიც სახლში ნაქცეულან, დღეების განმავლობაში იატაკზე წოლილ-ან და ტელეფონამდეც კი ვერ მისულან, რომ სასწრაფოსთვის დაერეკათ. ცნობილია, რომ ბარდაყის ყელის მოტეხილობა მათ შორის 7-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში და მათი ჰოსპიტალიზაციის ყველაზე ხშირი მიზეზი სწორედ ესაა. სამწუხაროდ, მათი რეაბილიტაცია ყოველთვის ვერ ხერხდება: 10-20% გართულებების გამო იღუპება, ხოლო 25% მოხუცთა თავშესაფარში მიჰყავთ, ვინაიდან საკუთარი თავის მოვლის უნარს კარგავენ.

• ერთ-ერთი ჩემი მოხუცი პაციენტის ბედმა სერიოზულად დამაფიქრა იმ შიშზე, რომელსაც მარტოხელა მოხუცები განიცდიან. ქალბატონი ს. 89 წლის იყო, მაგრამ გასაოცარი ოპტიმიზმი ჰქონდა შენარჩუნებული – ყველაფერს ვარდის ფერებში ხედავდა. ერთხელ, სრულიად შეცვლილი მოვიდა: უამრავი ჩივილების მიღმა რალაცის შიში შეიმჩნეოდა. სამიოდე თვის წინ კი იგი მშვიდი და ბედნიერი ადამიანის შთაბეჭდილებას ტოვებდა. ბუნებრივია, ვკითხე, ხომ არ გარდაეცვალა ვინმე ახლობელი, ან ბავშვები ხომ არ ავადმყოფობდნენ. მიპასუხა, რომ მეგობრებიც და ახლო ნათესავებიც თავს შესანიშნავად გრძნობდნენ და შვილებიც სანახავად რეგულარულად მოდიოდნენ. არაფერი მესმოდა: უნინ შარდის შეუკავებლობას, შეკრულობას, ან სახსრების ტკივილს არასოდეს არ უჩიოდა, ახლა კი ამბობდა, რომ ამის გამო საკუთარი თავი მობეზრდა. დარწმუნებული ვიყავი, რომ მის ცხოვრებაში

რალაც მნიშვნელოვანი მოხდა, მაგრამ ჩემი ხანგრძლივი საუბარი ფუჭი გამოდგა – ხელმოსაკიდი ვერაფერი ვერ აღმოვაჩინე. როდესაც ფიზიკური გამოკვლევა დავამთავრე და პაციენტი უკვე წასასვლელად ემზადებოდა, თითქოს სხვათაშორის, ჩილაპარაკა:

– რა ბედნიერია ჩემი მეგობარი, რომელიც მთელი ოჯახით სამოგზაუროდაა წასული.

ყურები ვცქვიტე, ვიგრძენი, რომ რალაცას მივაგენი და ვკითხე:

– სად ცხოვრობს თქვენი მეგობარი?

– ჩვენს სახლში, ზუსტად ჩემს ზემოთ ცხოვრობს. ჩვენს ბინებს ცხელი წყლის მილი აკავშირებს და ამას ტელეგრაფად ვიყენებთ – პირველად გაიღიმა ქალბატონმა.

– მაინც როგორ იყენებთ, რა ინფორმაციას აწვდით ერთმანეთს? – დავინტერესდი.

ქალბატონმა მიაჩნო, რომ ყოველ დილას, ვინც პირველი გაიღვიძებს, მიღზე აკაკუნებს და პასუხადაც კაკუნს ისმენს. ამით ისინი ამცნობენ ერთმანეთს, რომ ცოცხლები არიან და ყველაფერი რიგზეა. ახლა კი, მეგობრის გარეშე თავს სრულიად მარტოდ და უსუსურად გრძნობს – რამე რომ დაემართოს, დაეცეს ან, კიდევ უარესი – მოკვდეს, ვერავინ ვერ გაიგებს! ქალბატონს თვალზე ცრემლი მოადგა, ტირილს აპირებდა, მაგრამ საკუთარი თავი ხელში აიყვანა და განაგრძო: „ერთი სული მაქვს, როდის დაბრუნდება. ჩვენ, მოხუცებს ყოველ ნუთში რალაც გვემუქრება. თუმცა, ვალიარებ, რომ ვაჭარბებ – ბოლოს და ბოლოს სულ ორი კვირითაა წასული“.

ყველაფერი ნათელი იყო. ვუთხარი, რომ მისი ორგანიზმი სრულ ნესრიგშია და, რაც მთავარია, შევპირდი, რომ მეგობრის ჩამოსვლამდე აუცილებლად ყოველდღე დავურეკავდი (შეუძლებელია ალტაცებაში არ მოხვიდე ლაუნის გასაოცარი გულისხმიერებით – ჯ.ლ.).

ქალბატონი ჩემს თვალწინ დამშვიდდა, დეპრესიული გამომეტყველება გაუქრა და საკმაოდ კარგი გუნებაგანწყობით დამემშვიდობა. ჩემი დაპირება შევასრულე და ტელეფონით საუბრების დროს ქალბატონს ჩივილები აღარც კი გახსენებია.

16. 2. იპოქონდრიის შესახებ

სიბერე და მარტოობა ხელს უწყობს პიროვნების იპოქონდრიზაციას – არავინ არ ფიქრობს იმდენს საკუთარ ორგანიზმზე და დაავადებებზე, რამდენსაც მოხუცი. ამას ხელს ისიც უწყობს, რომ თანამედროვე საზოგადოების დიდი ნაწილი სიბერეს განიხილავს, როგორც ავადმყოფობას. მოხუცებს სხვადასხვა დაავადებების შესახებ ბევრი აქვთ წაკითხული, მოსმენილიც. ამიტომ, მათ „კარგად იციან“, რომ: ყრუ ტკივილი, დაქვეითებული მადა ან ზოგადი სისუსტე შეიძლება ფარულად მიმდინარე სიმსივნური პროცესის სიმპტომი იყოს; თუ დევეუკაციასთან დაკავშირებით რაიმე პრობლემები გაუჩნდათ, აუცილებლად გასტროენტეროლოგს უნდა მიმართონ; თავბრუ და თავის ტკივილი კი მათი აზრით შეიძლება ინსულტის დასაწყისი იყოს. ან როგორ უნდა იყოს მშვიდად საცოდავი მოხუცი, როდესაც მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები გაუთავებლად ჰყვებიან საშინელ ისტორიებს იმათ შესახებ, ვინც სულ უბრალო ჩივილის გამო დროულად არ მიმართა ექიმს და ამის შედეგად ძვირფასი დრო დაკარგა. ამის გამო თავად მოხუცებიც ერთმანეთში, ძირითადად, სამედიცინო საკითხებზე საუბრობენ. ზოგიერთი მოხუცისთვის ექიმთან ვიზიტი მარტოობასთან ბრძოლის საშუალებაა. თუკი მოსაუბრე და, მითუმეტეს, თანამგრძობი არავინ არ ჰყავს, იგი იმ ექიმებთან იწყებს სიარულს, რომლებიც მას

ყურადღებით მოუსმენენ.

მოხუცთა იპოქონდრიზაციის პროცესში უნებლიეთ ოჯახის წევრებიც აქტიურად მონაწილეობენ: დაჰყავთ ათასგვარ გამოკვლევებზე და სპეციალისტებთან, რომლებიც ორგანიზმში რაიმე „გადახრას“ აუცილებლად აღმოაჩენენ. როგორ შეიძლება, რომ ამის შემდეგ მოხუცმა სულიერი სიმშვიდე შეინარჩუნოს? როდესაც საქმე ჯანმრთელობას ეხება, ზედმეტი სამედიცინო ინფორმაციის ნყალობით ძალიან განონასწორებული და შეგნებული ადამიანებიც კი კარგავენ საღად აზროვნების უნარს. ამჟამად ყველა ქოლესტერინზეა „მეშლილი“.

- ერთმა პაციენტმა მხოლოდ იმის გამო დამირეკა, რომ ქოლესტერინის დონემ სულ რაღაც 10 მგ%-ით მოიმატა ერთ თვეში (გასულ თვეში მას 200 მგ% ჰქონია).

- კი მაგრამ, ყოველთვე რატომ იკეთებთ ანალიზებს? – ვკითხე.

- ანალიზი არ მავენებს და არც ისე ძვირია, რომ არ გავიკეთო.

- მეორე პაციენტმა შენიშვნა მომცა:

- ექიმო, თუ იმას გავითვალისწინებთ, რომ მაშაჩემი 74 წლის ასაკში უეცრად ინფარქტით გარდაიცვალა, განა არ არის საჭირო ჩემთვის ისეთი რისკფაქტორის გამოკვლევა, როგორც ქოლესტერინია?

მოხუცები ისედაც ცუდად იკვებებიან (დაქვეითებული მადის, კბილების ცუდი პროტეზების, რომელიმე პროდუქტის აუტანლობის ან სიღარიბის გამო), ხოლო ამ ქოლესტერინომანიის შედეგად კი ზოგიერთი მათგანი სრულ კახექსიამდეც კი მიდის.

- როდესაც 80 წლის ქალბატონი ტ. ჩემთან პირველად მოვიდა, სხეულის მასის აშკარა დეფიციტი ეტყობოდა. გაირკვა, რომ ბოლო ექვს თვეში მან შეიდ კილოგრამზე მეტი დაიკლო. როდესაც მიზეზი ვკითხე, მიპასუხა: „დოქტორ ლაუნ, არ ვიცი რითი ვიკვებო, ვინაიდან კარდიოლოგმა მიბრძანა, რომ ცხოველური ცხიმები რაციონიდან უნდა ამოვიღო, ენდოკრინოლოგმა ნახშირწყლები შემიზღუდა, მკურნალმა ექიმმა კი მითხრა, რომ თუ მარილიანს მივიღებ, მეშუპეები გარანტირებული მაქვს“. ვინაიდან ჩემი შეხედულებით ასეთი მკაცრი აკრძალვები ქალბატონს არ ესაჭიროებოდა, მე ვუთხარი, რომ ზომიერ ფარგლებში მიეღო ყველაფერი რაც მას ესამოვნებოდა. ექვსი თვის შემდეგ ქალბატონმა დაიბრუნა ნორმალური წონა და ცხოვრების ხალისი, თავს ბევრად უკეთ გრძნობდა.

- ერთმა პაციენტმა პირდაპირ მისაყვედურა:

- ექიმო, ქოლესტერინის შესახებ რატომ არაფერს მეუბნებით?

- თქვენ 90 წლის ასაკს მიაღწიეთ. ეს კი ნიშნავს, რომ ათეოსკლეროზისადმი მიდრეკილება არა გაქვთ და რა საჭიროა ქოლესტერინის ანალიზი?

მან ნახევრად ხუმრობით მიპასუხა:

- აბა რაზე უნდა ვისაუბროთ სადილობის დროს? ჩვენი საუბრების მთავარი თემა ახლა ქოლესტერინია, განსაკუთრებით, როცა ძმაკაცები შევიკრიბებით.

ქოლესტერინისადმი გადამეტებული ინტერესი ექიმების დამსახურებაცაა, რომლებსაც ძალიან უყვართ ზედმეტი ანალიზების დანიშვნა, მითუმეტეს თუ ლაბორატორია მათვე ეკუთვნის! ავადმყოფებს ამაზე წარმოდგენაც კი არა აქვთ.

- ერთმა მოხუცმა მეცნიერმა სიამაყით მითხრა: „ჩემი ექიმი საოცრად ყურადღებიანია. ქოლესტერინის ანალიზს ყოველ თვეში მიკეთებს“.

შემიმჩნევია, რომ ადამიანს უმაღლესი განათლება ყოველთვის ვერ იცავს ჯანმრთელობაზე ფიქრით გამოწვეული გადაჭარბებული შფოთვისა და ნუხილისგან. უბრალო ადამიანს კი, ზოგჯერ, ბევრად უფრო საღი აზრი გააჩნია.

ერთმა რიგითმა დიასახლისმა სრულიად სამართლიანად გააკრიტიკა მედიცინის მუშაკები: „მაგათ რომ ჰკითხო, ყველაფერი რაც გემრიელია, ჯანმრთელობისთვის მავნეა. ამის გამო სუფრა და სტუმარ-მასპინძლობა დღესასწაულად აღარ აღიქმება“. ამ ქალს საღ აზრთან ერთად იუმორის გრძნობაც საკმაოდ გააჩნდა: ერთხელ,

როდესაც ბენზინგასამართ სადგურში ჰკითხეს თუ რომელი ბენზინი ჩაესხათ მის მანქანაში, ქალბატონმა უპასუხა: „რომელიც ნაკლებ ქოლესტერინს შეიცავს!“ (ქოლესტერინის მსგავსად, ჩვენში პაციენტებს არანაკლებ შიშის ზარს სცემს პროთრომბინის ინდექსი – ჯ.ლ.).

- მოხუცები გაცილებით ხშირად იტარებენ სრულიად ზედმეტ და ძვირადღირებულ გამოკვლევებს. ქალბატონი ვ. თავს შესანიშნავად გრძობდა და გულის მხრივ არავითარი პრობლემა არ ჰქონდა, მაგრამ ყოველ წელს გადიოდა ექოკარდიოსკოპიულ გამოკვლევას, რომელიც მას სრულებითაც არ სჭირდებოდა. რატომ უნიშნავდა მას ექიმი ასეთ ძვირადღირებულ გამოკვლევას? ალბათ იმიტომ, რომ იგი 800 დოლარი ღირს და აქედან 500 დოლარი სუფთა მოგებაა!

- ბიზნესმენებს გულუბრყვილობას ვერ დასწამებ, მაგრამ ისინიც კი ხდებიან ხოლმე ზედმეტი გამოკვლევების მსხვერპლი. ბატონი ნ., უოლ-სტრიტის გაქნილი საქმოსანი, ალტაცებული იყო მისი ექიმის ყურადღებით. „კვირაში ერთხელ და, ზოგჯერ, ყოველდღე ჩემი ექიმი კარდიოგრამას მიღებს“ – სიამაყით მიყვებოდა. მართლაც, მის კაბინეტში ათასობით ელექტროკარდიოგრამა ინახებოდა. ავადმყოფის გასინჯვამ და რამდენიმე ეკგ-ის შესწავლამ (კიდევ კარგი, რომ ყველას დათვალიერება არ მომთხოვია!) დამარწმუნა, რომ ამ გამოკვლევის ნელინადში ერთხელ ან ორჯერ ჩატარება მისთვის სრულიად საკმარისი იქნებოდა.

უილარდ ესპი (Willard Richardson Espy, 1910-1999, ამერიკელი ფილოლოგი, მწერალი, კლამპურის და სიტყვათა თამაშის მცოდნე და კოლექციონერი – ჯ.ლ.) ძალზე გონებამახვილურად აღწერა პოპულარული სამედიცინო ინფორმაციის სრული უაზრობა: „*ძუნძულით სირბილი მოხუცებში სტენოკარდიას იწვევს, ახალგაზრდებში კი – ხერხემლის მალეების დაზიანებას; ლოგინში ნოლა თრომბოფლებიტს იწვევს, ხოლო ყავა – პოდაგრას; ჩაი შეკრულობას უწყობს ხელს, ხოლო კვერცხის მიღება – ათეროსკლეროზს; თუ ლეინოს მიირთმევ, ელოდე ლეიძლის ციროზს ან ხორხის კიბოს; თუ თქვენ ეროტიული სიზმრები გაქვთ, მიოკარდიუმის ინფარქტი გელოდებათ. და კიდევ უფრო უარესი – თუ შობადობაზე კონტროლის მომხრეებს ჰკითხავთ, სპერმამ შეიძლება საშვილოსნოს ყელის კიბო გამოიწვიოს!*“

16. 3. დეპრესიის შესახებ

ჩემი აზრით, მოხუცებში უგუნებობა, უიმედობა და პესიმიზმი უხშირესად ჭეშმარიტი დეპრესიის, ანუ ფსიქოპათოლოგიის შედეგი კი არ არის, რომელსაც სპეციალური მკურნალობა სჭირდება, არამედ იგი ცხოვრებისეული და ჯანმრთელობის პრობლემებით, ფიზიკური დაუძლურებით გამოწვეული დაქვეითებული გუნება-განწყობითაა განპირობებული. ასეთ პაციენტში დეპრესიული სინდრომი აშკარა და თვალშისაცემი არ არის. პირიქით, პირველი შეხვედრისას პაციენტმა შეიძლება ძალზე მხიარული და ბედნიერი ადამიანის შთაბეჭდილება დატოვოს, მაგრამ თუკი ექიმი მას დიდი ხანია იცნობს, არ შეიძლება არ შეამჩნიოს სევდიანი გამოხედვა ან შიში (თვალები ხომ „სულის სარკეა“).

თუ ავადმყოფს მზრუნველი და ყურადღებიანი მეუღლე ახლავს, იგი აუცილებლად დაგიდასტურებთ თუნდაც იმას, რომ „*დაიბ, ჩარლი ბოლო ხანებში შეიცვალა*“; ან – „*ჩარლის ბოლო ხანებში არაფერი არ აინტერესებს*“ და ა.შ.

მოხუცთა დეპრესიის ხშირი სიმპტომია ძილის დარღვევა. ზოგჯერ მათ ზედმეტი ძილიანობა აღენიშნებათ, მაგრამ უხშირესად უძილობას უჩივიან: ღამის სამ საათზე გაელვძებათ და ვერაფრით ვერ იძინებენ; რაც უფრო მეტად ცდილობენ

დაძინებას, მით უფრო ფიზიკურად და ძილი არ ეკარებათ. ლოგინში ნოლა ტანჯვად ექცევათ და დილით თავს უფრო დაღლილად გრძნობენ, ვიდრე დაძინების წინ. ისინი სრულიად კარგავენ სიცოცხლის ხალისს: უქსი უკვე აღარ აინტერესებთ, ხოლო შვილიშვილებთან თამაში ადვილად ღლით და, ზოგჯერ, აღიზიანებთ კიდევ. სამწუხაროდ, ასეთი პაციენტები გაცილებით მეტი მინახავს, ვიდრე სიცოცხლით აღსავსე და ხალისიანი მოხუცები. ამ ადამიანებმა ცხოვრებაში იმდენი გადაიტანეს, რომ მომავლის მიმართ სექსტიკურად არიან განწყობილნი და, რა დასამალია, რომ მათ ამის სრული საფუძველი აქვთ – კარგად ესმით, რომ კარგა ხანია მათი ცხოვრების დაღმართი დაიწყო. გამონაკლისი არც მაშინაა, როდესაც მოხუცი ინარჩუნებს მეცნიერულ ან შემოქმედებით ინტერესს, განსაკუთრებით, ხელოვნების დარგში.

• ბატონი ე. მხატვარი და ყოველთვის ინტერესით მოველი მასთან შეხვედრას. იგი 80 წელსაა გადაცილებული და კარგა ხანია სტენოკარდია აწუხებს, მაგრამ სხვა მხრივ თავს სრულიად ჯანმრთელად გრძნობს. შემოქმედებითი უნარი შენარჩუნებული აქვს – ხატავს განაგრძობს და საკმაოდ წარმატებულ მხატვრად ითვლება. სტენოკარდიული შეტევები მხოლოდ ძილის წინ უჩნდება და, აგრეთვე, დილით – როდესაც გაზეთების საყიდლად გადის. გოცებას იწვევს, რომ ხატვის დროს შეტევა ერთხელაც არ ჰქონია.

– ალბათ ხატვა დიდ სიამოვნებას განიჭებთ? – ვეუბნები.

– ეს სიამოვნებაზე მეტია, ეს ჩემი ცხოვრებაა! – მპასუხობს.

ღია, მისი ცხოვრება სრულფასოვანია, მას აფასებენ, იგი უყვარს მასზე 20 წლით ახალგაზრდა ქალს. მიუხედავად ამისა, სევდიანი განწყობა და ცუდი წინათგრძნობა ხშირად ეუფლება. თავად ამას სტენოკარდიას აბრალებს – დაძინების წინ თითქმის ყოველთვის იმაზე ფიქრობს, რომ შეიძლება დილაზე ვერც კი მიაღწიოს.

ბატონი ე. აღნიშნავს, რომ ასეთი ხასიათი დედისგან გამოჰყვა. მართლაც, ერთხელ თურმე დედამისს ოპტიკის მაღაზიაში გამყიდველმა სათვალე შეურჩია და დაინტერესდა – გაუმჯობესდა თუ არა მხედველობა, დედამ კი მოულოდნელად უპასუხა: „ეჰ, ამ ცხოვრებაში არაფერია ისეთი, რისი უკეთ დანახვა ღირდეს“.

ერთ-ერთი ვიზიტის დროს ბატონ ე.-ს ვუთხარი, რომ მისი მდგომარეობა სტაბილურია და გამხნეების მიზნით შევთავაზე, რომ საჭიროების შემთხვევაში, ჩემთვის ნებისმიერ დროს შეეძლო დაერეკა. შევატყვე, რომ ამ სიტყვებმა, პირიქით, ძალზე შეაშოთა:

– რას გულისხმობთ დოქტორ ლაუნ, შეიძლება რამე დამემართოს?

დიდი დრო და ძალისხმევა დამჭირდა, რომ დამემშვიდებია. ნასვლის წინ მაინც მკითხა:

– მამ სალამომდე მივალნე?

ვეცადე პასუხი იუმორში გადამეყვანა:

– დარწმუნებული ვარ, რომ ხვალ სალამომდეც მიაღწევთ.

პასუხი მოეწონა და თავადაც ღიმილით მიპასუხა:

– მე უკვე თავს უკეთ ვგრძნობ.

დეპრესია მედიცინის სერიოზული პრობლემაა, რომლის მნიშვნელობა ასაკთან ერთად მატულობს. მიუხედავად იმისა, რომ იგი არსებითად სულის მდგომარეობაა, უნდავან ორგანოებზე და მთელ ორგანიზმზეც ახდენს გავლენას. დეპრესიული სინდრომი განსაკუთრებით ნეგატიურად გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე მოქმედებს. გამოკვლევები ადასტურებენ, რომ მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის შემდეგ დეპრესიაში მყოფ პაციენტებს განმეორებითი ინფარქტის მეტი რისკი აქვთ, მათი რეაბილიტაცია გაცილებით ნელა მიმდინარეობს და ისინი უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი უეცარი სიკვდილისადმი. უამრავი ანტიდეპრესიული საშუალება არსებობს, მაგრამ არცერთი არ არის პანაცეა და მათი შერჩევა ინდივიდუალურად

უნდა მოხდეს. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ ნებისმიერ ანტიდეპრესანტს გვერდითი მოვლენები ახასიათებს, ნათელი გახდება, რომ მოხუცებში (და არა მარტო) დეპრესიასთან ბრძოლის მთავარი საშუალება ფსიქოლოგიური მიდგომა უნდა იყოს („სპეციალურმა გამოკვლევებმა ნორვეგიაში – BMJ 1999;318:1180-1184 – აჩვენა, რომ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების გულითადი საუბრის ეფექტი თითქმის არ ჩამოუვარდებოდა ფსიქიატრების მიერ ჩატარებული სპეციფიკური ფსიქოთერაპიული საუბრების და ანტიდეპრესანტების ეფექტს“ – ციტირება ნ.ა.მაგაზანიკის „დიაგნოსტიკა ანალიზების გარეშე, მეურნალობა მედიკამენტების გარეშე“ მიხედვით – ჯ.ლ.).

16. 4. სამუშაოს შესახებ

შეერთებულ შტატებში დეპრესიის მთავარი მიზეზი სამუშაოთი დაუკმაყოფილებლობა და უმუშევრობაა. სამუშაოს დაკარგვა ან პენსიაზე გასვლა ძალზე სერიოზული სულიერი ტრავმაა, რომელიც ხელს უწყობს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარებას. არანაკლებ თრგუნავს ადამიანს უინტერესო, მოსაწყენი საქმიანობაც.

მინდა მოგიხროთ ორ ადამიანზე, რომელთაც თითქმის ერთნაირი დაავადება და პრობლემები ჰქონდათ, მაგრამ მათი ცხოვრება სრულიად განსხვავებულად წარიმართა.

- ბატონი უ. 70 წლის იყო, მაგრამ ჯერ ისეც მუშაობდა ავეჯის წარმატებული კომპანიის ვიცე-პრეზიდენტად. ყოველდღე (კვირის გარდა) ათ საათს მუშაობდა და 40 წლის განმავლობაში შეგებულა ერთხელაც არ გამოუყენებია. სამუშაოზე იმის გამო კი არ დადიოდა, რომ ეს მატერიალური თვალსაზრისით იყო აუცილებელი, არამედ იმიტომ, რომ თავისი საქმე ძალიან უყვარდა და იგი მას დიდ სიამოვნებას ანიჭებდა. მათი ბიზნესი წარმატებული იყო და კომპანიის მფლობელი, რომელიც ბატონ უ.-ს ახლობელი იყო, ძალიან აფასებდა მის წვლილს. კომპანიის მფლობელის გარდაცვალების შემდეგ საქმეს მისი შვილი წარუძღვა, რომელიც ბატონ უ.-ს არანაკლები პატივისცემით ეპყრობოდა.

ბატონმა უ.-მ ჩემთან ვიზიტები თავისი შეფის გარდაცვალებიდან რამდენიმე წლის შემდეგ დაიწყო. მას სტენოკარდიის მსუბუქი და იშვიათი შეტევები ჰქონდა, რომელსაც ნიტროგლიცერინი ადვილად ხსნიდა. შეტევას, ძირითადად, საჭმლის მიღების შემდეგ, განსაკუთრებით, ცივ ამინდში სიარული იწვევდა. ყოველი ვიზიტის დროს ბატონი უ. ბევრს ლაპარაკობდა თავის საქმიანობაზე და ხაზს უსვამდა იმას, რომ ახალი ადმინისტრაცია ძალიან აფასებდა მის შრომას. ერთხელ, დეკემბრის თვეში მითხრა, რომ ერთ კვირიანი შევბულება მისცეს ხელფასის შენარჩუნებით. როგორც თავად ამიხსნა, ამ უესტით ადმინისტრაციას უნდოდა კომპანიის წარმატებაში მისი დამსახურებისთვის გაესვა ხაზი.

ვინაიდან ჩემი პაციენტის მდგომარეობა სტაბილური იყო, შემდეგი ვიზიტი ზაფხულისთვის მქონდა დანიშნული, მაგრამ ბატონი უ. თებერვალში გამოცხადდა, რადგან სტენოკარდიულმა შეტევებმა ძალიან მოუხშირა. შევბულების დროს თავს კარგად გრძნობდა, ძირითადად ბანქოს თამაშით და გოლფით ერთობოდა. შევბულებაში ნასვლამდე ძალზე ოპტიმისტურად იყო განწყობილი და მუშაობას 80 წლის ასაკამდე აპირებდა. ახლა კი აშკარად დათრგუნული ადამიანის შთაბეჭდილებას ტოვებდა. მთავარი კი ის იყო, რომ სტენოკარდიულ შეტევებს უმნიშვნელო ფიზიკური დატვირთვა იწვევდა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დილით თავისი გარაჟისკენ მიდიოდა. გასაკვირვი ის იყო, რომ საღამოს იგივე მანძილი საკმაოდ მძიმე ტვირთით

შეძლო ყოველგვარი შეტევის გარეშე გაველო.

- სამსახურში ყველაფერი რიგზეა? - ვკითხე.
- დიახ, - დაუფიქრებლად მიპასუხა.
- იმავე ფუნქციებს ასრულებთ?
- რა თქმა უნდა.
- მას, კომპანიის ხელმძღვანელობაში უნინდებურად მონაწილეობთ?
- დიახ, დიახ, ამ მხრივ არაფერი შეცვლილა.

მიუხედავად ასეთი საუბრისა, ვგრძნობდი, რომ მის ცხოვრებაში რაღაც შეცვლილიყო, მაგრამ რა? გამომძიებლის როლი მოვირგე და გავაგრძელე სასხვათაშორისო საუბარი, რომლის დროსაც პაციენტმა გაკვირთ აღნიშნა, რომ შევბუღებიდან ჩამოსულს მისი კაბინეტი დაკავებული დახვედრია! მავიდა სხვა სართულზე გადაუტანიათ და, მიუხედავად იმისა, რომ იმავე საქმეს ასრულებდა, რასაც შევბუღებაში გასვლამდე, ახლა იგი სხვებთან ერთად იჯდა ოთახში და არა ცალკე კაბინეტში. მას კვლავაც აფასებდნენ, პატივს სცემდნენ, მაგრამ ბატონმა უ.-მ თავი ღრმად შეურაცხყოფილად იგრძნო და საქმისადმი ინტერესი თითქმის სრულიად დაკარგა. საუბრის ბოლოს დაურთო: „აღბათ, სულელურად ვიქცევი; მათ მართლაც ძალიან სჭირდებოდათ ჩემი კაბინეტი; თუმცა, ხომ შეეძლოთ ჩემ დაბრუნებამდე მოეცადათ?“ ახლა ჩემთვის ნათელი იყო, რომ როდესაც დილით გარაჟისკენ მიემართებოდა, მას დამცირების შეგრძნება თრგუნავდა ხოლმე.

სამუშაოსთვის თავის დანებება ვურჩიე, ვინაიდან გამოცდილებით ვიცოდი, რომ ასეთი სიტუაციები ხშირად უეცარი კარდიული სიკვდილით მთავრდება. მან არ დამიჯერა და მუშაობა გააგრძელა, მაგრამ სულ მალე მიოკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანა, რის შემდეგაც პენსიაზე გავიდა.

• ანალოგიური პრობლემა ჰქონდა ბატონ ი.-ს, რომელიც ჩემთან შვიდი წლის განმავლობაში სტენოკარდიის იშვიათი შეტევების გამო მკურნალობდა. იგი ხალისიანი, სიცოცხლით აღსავსე კაცი იყო, მაგრამ ერთ-ერთი ვიზიტის დროს საქმაოდ უგუნებოდ გამოიყურებოდა. როდესაც მიზეზი ვკითხე, მიპასუხა, რომ ყველაფერი რიგზეა, ოღონდ ჩოგბურთის თამაშის დროს კუნთი დამეჭიმო. შეტყვევე, რომ რაღაცას მიმაღავდა და საუბარი სამუშაოს შესახებ ჩამოვუგდე, რომელიც ძალიან უყვარდა. იგი მათემატიკის გადამდგარი პროფესორი იყო, მაგრამ უნივერსიტეტის ადმინისტრაცია იმდენად აფასებდა, რომ კაბინეტი და მდივანი შეუნარჩუნეს. ამას რომ ყვებოდა, დაურთო: „ისე კი, უნივერსიტეტს სამუშაო ფართის პრობლემები აქვს“. ყურები ვცქვიტე, ბატონ უ.-ს მაგალითმა მასწავლა, რომ თუკი ამ ღირსეულ ადამიანს პრივილეგიებს ჩამოართმევდნენ, შეიძლებოდა ეს ცუდად დამთავრებულიყო. ამიტომ, გადაწყვიტე პრევენციული საუბარი ჩამეტარებია: „თქვენ მზად უნდა იყოთ იმისთვის, რომ შეიძლება დეკანს კაბინეტი ახალგაზრდა ნიჭიერი თანამშრომლისთვის დასჭირდეს. რაც არ უნდა დიდი დამსახურება გქონდეს, შეუძლებელია, რომ პრივილეგიებით უსასრულოდ ვისარგებლოთ“.

სახეზე უსიამოვნება შევამჩნიე. ხანმოკლე დუმილის შემდეგ მითხრა:

- ვერ წარმომიდგენია კაბინეტის გარეშე მუშაობა, არ ვიცი ამას როგორ შეეგუები!

- ნუთუ თქვენთვის კაბინეტს ასეთი მნიშვნელობა აქვს?
- ვერ გეტყვით, აღბათ - არც ისე.
- რას იზამთ, უნივერსიტეტიდან წასვლა რომ მოგინიოთ?
- არ ვიცი; თუმცა, ჩემ მიმართ ყოველთვის კეთილად იყვნენ განწყობილი.

იძულებული ვიყავი ბატონ უ.-ს ისტორია მომეყოლა და თან ვეცადე ამეხსნა, რომ კაბინეტის დაკარგვა არ არის მნიშვნელოვანი, როდესაც გაქვს ცხოვრების მიზანი. მან გულახდილად აღიარა, რომ უნივერსიტეტში ყოფნისას მუშაობაში ხშირად ხელს

უმლის იმაზე ფიქრი, რომ ნუთით ნუთზე დეკანი მოსთხოვს კაბინეტის დაცლას. მაშინ მე ვუთხარი:

– რას უცდით? აშკარაა, რომ კაბინეტის დაცლა როდესმე მაინც მოგიწევთ. უმჯობესია თანდათან შეეჩვიოთ – ვთქვათ, დასაწყისში კვირაში ერთი ან ორი დღე სახლში იმუშაოთ და ა.შ. .

– ჰო მაგრამ, ბიბლიოთეკის გარეშე რა უნდა გავაკეთო?

– ბიბლიოთეკისგან შორს ცხოვრობთ?

– არა, ათიოდე ნუთის სავალია.

– ჰოდა, ძალიან კარგი, სიარული თქვენი გულისთვის სასარგებლოა. მათემ-ტიკოსი ბრძანდებით და სამეცნიერო მუშაობა ნებისმიერ პირობებში შეგიძლიათ.

შევატყვე, რომ დავიყოლიე, წინააღმდეგობას აღარ მიწევდა. ისიც ავუხსენი, რომ ასეთ შემთხვევაში დეკანზე ფიქრით გამონვეული დაძაბულობა მოეხსნებოდა, რაც მისი ჯანმრთელობისთვის ძალზე სასარგებლო იქნებოდა.

– ეს კარგი იდეაა, დოქტორ ლაუნ, ვეცდები თქვენი რჩევა შევასრულო, – მითხრა და მცირე პაუზის შემდეგ დაურთო:

– ალბათ ჩოგბურთის თამაშსაც განვახლებ.

ბოლო სიტყვებმა თავიდან გამაკვირვა – რა კავშირი ჰქონდა ჩოგბურთს ჩვენ საუბართან? შემდეგ მიხვდი: როდესაც ადამიანი დეპრესიაშია და მუდმივად საზოგადოებრივი სტატუსის დაკარგვის მოლოდინშია, რა საჭიროა ფიზიკურ სიჯანსაღეზე ზრუნვა? ახლა კი პროფესორისთვის მომავალი ნათელი გახდა – იგი სამეცნიერო მუშაობას გააგრძელებს და, ამიტომ, ფიზიკურ ფორმასაც იზრუნებს.

ერთი წლის შემდეგ პროფესორი თავს უკეთ გრძნობდა – ხალისიანად გამოიყურებოდა და სტენოკარდიული შეტევებიც გაუქრა. მისი კაბინეტი სხვას გადასცეს, მაგრამ პროფესორმა სახლში მშვენიერი კაბინეტი მოიწყო. ფეხით სიარულმა, ჩოგბურთმა და, რაც მთავარია, სულიერმა სიმშვიდემ მისი ჯანმრთელობა აშკარად გააუმჯობესა.

16. 5. მოხუცებულთა ზოგიერთი პრობლემის შესახებ

ჩემი დაკვირვებით, მოხუცებს ყველაზე მეტად „სწრაფი მესხიერების“ დაქვეითება ანუხებთ. ზოგიერთი ჩემი პაციენტი ყველაზე მეტად იმას უჩივის, რომ ხშირად პირადი ნივთების ძებნა უწევს. ზოგჯერ ეს მოხუცებულთა დეპრესიის მთავარი მიზეზი ხდება. ერთმა პაციენტმა ერთგავრი იუმორით აღმინერა საკუთარი დღის რეჟიმი: *„ექიმო, მთელი დღე ყავარჯნის ძებნით ვარ დაკავებული“*. ზოგიერთი მათგანი ვერ ეგუება რეალობას და არ სურს ცხოვრების წესის შეცვლა. ერთი ჩემი პაციენტი ხშირად ეცემოდა და რამდენიმეჯერ მოტეხილობაც ჰქონდა, მაგრამ ყავარჯნის გამოყენებაზე კატეგორიულ უარს აცხადებდა. ყოველივე ეს მოხუცებისთვის წერილმანი არ არის და თუკი ექიმი მათ ყურადღებით მოუსმენს, უთუოდ შეძლებს სასარგებლო რჩევა-დარიგების მიცემას.

არც ისე დიდი ხნის წინ მოხუცებთან, განსაკუთრებით, ქალებთან, რომანტიულ საკითხებზე საუბარს გავუბრდი – ზედმეტად და უხერხულად მიმჩნდა. თანდათან პრაქტიკამ დამანახა, რომ ზოგჯერ სიყვარული და სექსი მოხუცთათვის საკმაოდ აქტუალურია. რატომღაც ბუნებამ ისე „მოაწყო“, რომ ადამიანს სექსუალურობა და სექსისადმი ინტერესი უნარის დაკარგვის შემდეგაც დიდხანს რჩება. მასწენდება უ.შექსპირის რიტორიკული შეკითხვა „მეფე ჰენრიხ IV“-ში: *„განა ვასაოცარი არაა, რომ სურვილი დიდხანს რჩება უნარის დაკარგვის შემდეგაც?“*

არსებობს იშვიათი და გასაოცარი გამონაკლისებიც – 80-90 წელს გადაცილებულ მამაკაცს, რომელსაც სერიოზული სომატური პრობლემები აქვს, პოტენცია შეიძლება შენარჩუნებული ჰქონდეს. ექიმის მოვალეობაა, არ მიაყენოს შეურაცხყოფა უტაქტო შეკითხვებით და, მითუმეტეს ირონიით. ასეთ მოხუცს ისეთი რჩევა-დარიგება უნდა მიეცეთ, რომელიც დაზოგავს მის გულ-სისხლძარღვთა სისტემას და პაციენტს ფატალური გართულებებისგან დაიცავს. თუმცაღა, ზოგიერთი მათგანი ფატალისტივით იქცევა და მათი დაყოლიება არც ისე ადვილია ხოლმე. ერთ-ერთ ასეთ პაციენტს სრული ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის ფონზე გამოხატული ბრადისისტოლია (წუთში 28) და, შესაბამისად, მკვეთრი ზოგადი სისუსტე და თავბრუ აღენიშნებოდა, რის გამოც პეისმეიკერის იმპლანტაცია შევთავაზე, რაზეც მან კატეგორიული უარი განაცხადა: „*იცით რა, დოქტორ ლაუნ, მე მაგ სათამაშოს გარეშე 82 წელი ვიცხოვრე და იმ ქვეყნადაც მის გარეშე მინდა წავიდე!*“!

და მაინც, უფრო ხშირად სწორედ ლიბიდოს და პოტენციის დაკარგვა ხდება მოხუცებულთა სევდის და წუხილის მიზეზი. მოხუცებს, როგორც წესი, ერიდებათ ამ საკითხზე საუბარი და, სამწუხაროდ, ამ თემას ექიმებიც გაურბიან, ვინაიდან თვლიან, რომ ვერაფერი დახმარებას ვერ აღმოუჩენენ. ასეთ პაციენტებს ახალგაზრდა ექიმი მართლაც ვერაფრით ანუგეშებს. ხანშესულ, გამოცდილ ექიმს კი საკუთარი და სხვების ცხოვრების მაგალითების მოშველიებით შეუძლია მოხუცი პაციენტი ანუგეშოს, ასწავლოს ცოლ-ქმრობისგან და ცხოვრებისგან სხვა სახის სიამტკბილობის მიღება.

მე ბევრი რამ ვისწავლე მოხუცი პაციენტებისგან, რომლებიც სექსუალური ფუნქციის ბუნებრივი ინვოლუციის მიუხედავად, ერთმანეთისადმი ცოლქმრულ ისეთ სიყვარულს ინარჩუნებდნენ, რომელიც ახალგზრდებსაც კი შეშურდებოდათ.

• ქალბატონი გ. ქმრის ხათრით თავს ისე უვლიდა, რომ 85 წლის ასაკშიც კი ქალური მიმზიდველობა საკმაოდ შენარჩუნებული ჰქონდა. ბევრად ახალგაზრდა, 63 წლის ქმარი ჰყავდა, რომელიც ხშირად ავადმყოფობდა და უნდა გენახათ, როგორ დასტრიალებდა თავს, ცივ ნიავსაც არ აკარებდა. ბოლო ხანებში სპეციალურად 7 კგ მოიკლო, რათა მეულესთვის უწინდებურად მომხიბლავი ყოფილიყო. ქალბატონზე დიდი გავლენა მოუხდენია დედის სიტყვებს: „*გახსოვდეს, შეილება ნამოიზრდებიან და საკუთარ ცხოვრებას დაიწყებენ. შენ კი მხოლოდ ქმარი დაგრჩება და მას თვალის ჩინივით უნდა გაუფრთხილდე. იცოდე, ეს ძალიან მნიშვნელოვანი მისიაა*“. თანამედროვე ფემინისტებისგან განსხვავებით, ქალბატონს ასეთი როლის შესრულება სრულებით არ უმძიმდა. ერთხელ ვკითხე, ჰყავდა თუ არა მეგობრები. „*რა თქმა უნდა მყავს, მაგრამ დღის ორი საათისთვის ყოველთვის სახლში უნდა ვიყო, თორემ ჩემი პიტერი სამსახურიდან ზოგჯერ ადრე ბრუნდება და სახლში რომ არ დაეხვდე, გული დანყდება. მე ამას საკუთარ თავს ვერ ვაპატიებ!*“ არანაკლებ ყურადღებას იჩენდა მისი მეუღლეს: „*ექიმო, როგორაა ჩემი გოგო? ყველაფერი რიგზე აქვს? მე არა მიშავს რა, მისი ჯანმრთელობა უფრო მანუხებს*“.

წარსულისგან განსხვავებით, ამჟამად დასავლეთის თანამედროვე კულტურა ახალგაზრდებზეა ორიენტირებული. მოხუცები ხშირად იგნორირებულნი ან დაცინვის ობიექტები არიან. ჩვეულებრივ, ახალგაზრდებს უფროსების აზრი არ აინტერესებთ, ვინაიდან თვლიან, რომ მოხუცები ცხოვრებას ჩამორჩნენ. საექიმო პრაქტიკამ და ცხოვრებისეულმა გამოცდილებამ კი დამარწმუნა, რომ მოხუცების მიერ დაგროვილი გამოცდილება უხშირესად ძალზე ჭკუის სასწავლებელია. ავადმყოფობის დროსაც მოხუცი ხშირად ახალგაზრდაზე უფრო ბრძნულად იქცევა. ჩემი დაკვირვებით, სიკვდილი ახალგაზრდებს უფრო აშინებთ, ვიდრე მოხუცებს. მოხუცი ახლობლების ჯანმრთელობაზე უფრო მეტს ფიქრობს და ბრუნავს, ვიდრე საკუთარ თავზე და ეს მას ეხმარება მშვიდად შეხვდეს საკუთარ ავადმყოფობას.

• ზოგიერთი ცდილობს იუმორიც მოიშველიოს. როდესაც ცნობილ მსახიობს სარა ადლერს ურუნალისტმა ასაკი ჰკითხა, მან უპასუხა, რომ იგი 69 წლისაა. „კი მაგრამ, როგორ, თქვენი შვილი ხომ 60 წლისაა?“ – „მერე რა, ყველაფერი შედარებითია, ფარდობითობის თეორია ხომ იცით? ჰოდა, ჩემს შვილს თავისი ცხოვრება აქვს, მე კი – ჩემი“ – უპასუხა 80 წელს გადაცილებულმა მსახიობმა.

• 92 წლის ერთ-ერთ ჩემს პაციენტს დაავადებათა მთელი თაიგული გააჩნდა, მაგრამ ცხოვრების ხალისი შენარჩუნებული ჰქონდა. ერთხელ მან საკმაოდ მშვიდად მკითხა:

– ექიმო, ერთ თვეს ვიცოცხლებ?„

– რატომ მხოლოდ ერთ თვეს?

– იცით, ახლა ჩემი სანუკვარი სურვილია შევითავშინო ქორწილამდე მივალ-ნიო. შემდეგ სხვა საბაბს მოვძებნი!

ამ პაციენტის სიტყვებმა ძველი ებრაული ანდაზა გამახსენა: „ადამიანი უნდა იცოცხლოს თუნდაც იმისთვის, რომ ცნობისმოყვარეობა დაიკაყოფილოს“.

ალტაცებით ვიხსენებ პაციენტებს, რომლებიც სიკვდილის პირასაც კი არ კარგავდნენ იუმორის გრძნობას, ანუ აგრძელებდნენ სიცოცხლეს. ზოგიერთები კი პირიქით – ისე ცხოვრობენ, თითქოს კვდებოდნენ.

16. 6. ზოგიერთი რამ მაკურნალოვის შესახებ

ქალბატონი კ., რომელიც ჩემთან მრავალი წლის განმავლობაში არიტმიის გამო მკურნალობდა, სიცოცხლით სავსე, საოცრად ხალისიანი და თავმოვლილი ადამიანი იყო. კვლავაც მალაქულსიანი ფეხსაცმლებს იცვამდა და ძალზე სიამოვნებდა, როდესაც მამაკაცები თვალს გააყოლებდნენ. ერთ დღეს უჩვეულოდ მონყენილი მეჩვენა და გამაკოთხვამ დამარწმუნა, რომ დეპრესია დანყებოდა – უამრავი ახალი ჩივილი გასჩენდა. გასინჯვის შემდეგ, როდესაც დავრწმუნდი, რომ შფოთვის ობიექტური მიზეზი არ არსებობდა, მისი დამშვიდება ვცადე, მაგრამ ამაოდ: „ძალიან მიკვირს, თქვენ ყოველთვის მარწმუნებთ, რომ ყველაფერი რიგზეა. აი, ჩემი მკურნალი ექიმი კი სანინალმდეგო აზრისაა“ – უკმაყოფილოდ მიპასუხა.

თურმე ექიმს გაუფრთხილებია, რომ ოსტეოპოროზის გამო ნებისმიერი ნაქცევა მოტეხილობით ეშუქრება, ხოლო დივერტიკულიტი ნებისმიერ მომენტში შეიძლება პერფორაციით დამთავრდესო. საბოლოოდ ექიმს უთქვამს: „როგორ შეიძლება თავს კარგად გრძნობდეთ, როცა ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია დარღვეული გაქვთ, ხოლო ნაღვლის ბუშტი კენჭებითაა სავსე, ალარაფერს ვამბობ კარგად გამოხატულ ართრიტზე!“ (ამ ექიმის ფსიქიური ჯანმრთელობა დიდ ეჭვს იწვევს – ვ.ლ.).

დიდი ძალისხმევა დამჭირდა, რომ დამემშვიდებია. გამოთხოვებისას მითხრა: „თქვენ ერთადერთი ექიმი ხართ, ვინც თვლის, რომ არაფერი არ მემუქრება. სხვები, პირიქით, მარწმუნებენ, რომ უამრავი, სიცოცხლისთვის საშიში დაავადება მაქვს და მკურნალობასაც მიტარებენ. ისე ენერგიულად მკურნალობენ, რომ ალბათ თქვენთან მოსვლისას უკვე კარგად ვარ ხოლმე“. რალა უნდა მეთქვა, გაჩუმება ვამჯობინე, მაგრამ შემდგომმა ვიზიტმა დამარწმუნა, რომ ჩემს საუბარს ფუჭად არ ჩაუვლია – შეკრულობის გარდა არაფერს აღარ უჩიოდა.

– რა მოხდა, ანტიდეპრესიული მკურნალობა ხომ არ ჩაეიტარებიათ? – ვკითხე.

– არა ექიმო, ამ წელს თქვენს გარდა ექიმისთვის აღარ მიმიმართავს.

მოხუცი ავადმყოფი ცხოვრების იმდენად მრავალფეროვან ანაბეჭდს ატარებს, რომ პირველ მიღებაზე მისი დაავადების შინაგანი სურათის და პიროვნების ამოცნობა

ძნელია. არადა, პირველი შთაბეჭდილება ძალზე მნიშვნელოვანია. ამიტომ, პირველ მღებას ზოგჯერ საათზე მეტს ვუთმობ, დროს არ ვზოგავ და გამოკითხვას მანამდე ვაგრძელებ, სანამ დიაგნოზის მიღმა ცოცხალ ადამიანს, როგორც პიროვნებას, არ ამოვიცნობ. მხოლოდ ასეთ შემთხვევაში ვახერხებ ჩაევხვე ავადმყოფის ჩივილების მთავარ მიზეზს. მოხუცის სიცოცხლეზე, ზოგჯერ, ნიკაპზე გამოსული პატარა ხორცმეტი ან გამონაყარი უფრო მოქმედებს, ვიდრე ნარსულში გადატანილი რაიმე მძიმე ტრავმა.

ყურადღებიანი ექიმი, რომელიც თანაგრძნობით და გაგებით მოეკიდება ავადმყოფის მონაყოლს, ისეთ ინტიმურ დეტალებს გაარკვევს, რაზედაც მის უახლოეს ადამიანებსაც კი არა აქვთ წარმოდგენა. ასეთი გულითადი საუბარი მთლიანად ვერ მოსპობს პრობლემებს, მაგრამ ავადმყოფს განცდებს აუცილებლად შეუმსუბუქებს.

- საკმაოდ მოხუცებული, ერთი სიმპათიური ქალბატონი ჩემთან იმის გამო მოვიდა, რომ მკურნალ ექიმს სტენოკარდიის დიაგნოზი დაუსვამს და უამრავი მედიკამენტი დაუნიშნავს. გამოკითხვამ მიჩვენა, რომ ავადმყოფს ერთადერთი მნიშვნელოვანი ჩივილი გააჩნდა – ავტოავარიის შემდეგ მცირედი მოძრაობაც კი თავბრუს იწვევდა. ნევროლოგთან მკურნალობა უშედეგო ყოფილა. სტენოკარდიის სამკურნალო მედიკამენტები მოეუხსენი, რამაც თავბრუ და ზოგადი სისუსტე მხოლოდ ოდნავ შეუმცირა. ვინაიდან მხედველობაც საკმაოდ დაქვეითებული ჰქონდა, ნარსულში სიცოცხლით საეხე ეს ქალბატონი, ახლა ერთობ დათრგუნული იყო. წარმოდგენა არ მქონდა რითი უნდა დაეხმარებოდი, და, ამიტომ, ყოველ შემთხვევისთვის ვკითხვ:

- ყველაზე მეტად რას ინატრებდით?

- ოპ, ცხოვრებაში ყველაზე მეტად ფორტეპიანოზე დაკვრა მიყვარს, მაგრამ ახლა ეს გამორიცხულია.

ერთხელ, დაკვრის დროს თავბრუს გამო სკამიდან გადმოვარდნილა და ამის შემდეგ ინსტრუმენტს აღარ გაკარებია – თავის ოდნავი ტრიალიც კი საშინელ თავბრუს იწვევდა. აუხსენი, რომ თავის მობრუნება არ დასჭირდებოდა, თუკი მბრუნავ, სახელურებიან სავარძელს გამოიყენებდა.

ექვსი თვის შემდეგ ეს ქალბატონი ძალზე ხალისიანად გამოიყურებოდა. მბრუნავ სავარძელს თურმე „საოცრება მოუხდენია“ – დღეში რამდენიმე საათი მუზიცირებით იყო დაკავებული და სკამიდან გადმოვარდნის შიშიც გაუქრა. ამ, თითქოსდა, უბრალო რჩევამ მნიშვნელოვანი თერაპიული ეფექტი მოგვცა – ქალბატონი გამოვიდა დათრგუნული მდგომარეობიდან და, მიუხედავად იმისა, რომ ძველი ჩივილები ისევ ისე გააჩნდა, იგი ხალისიანი და, შეიძლება ითქვას, ბედნიერიც კი გახდა. ექიმმა პაციენტს მოხუცებულობასთან შერიგება უნდა ასწავლოს და არა – კაპიტულაცია.

16. 7. მოხუცი ექიმის შესახებ

ახლა, როდესაც 70 წელს გადავბიჯე, მოხუც ექიმზე ფიქრი მოსვენებას არ მაძლევს. უნდა ვაღიარო, რომ უკვე მესხიერება მალაატობს – ახალი ფაქტების დამახსოვრება მიჭირს. კომპიუტერთან მუშაობაც ნაკლებად ნაყოფიერია – ძველებურად სწრაფად ვეღარ ვნახულობ საჭირო ინფორმაციას; უფრო ნელა ვკითხულობ და მეცნიერული სიახლეების არსში ჩანვდომასაც უწინდებურად სწრაფად ვეღარ ვახერხებ.

კომპლიმენტებს, რომელთა მოსმენა უწინ სიამოვნებას მგვრიდა, ახლა ეჭვით აღვიქვამ: „დოქტორ ლაუნ, თქვენი ახალგაზრდობის საიდუმლო გვასწავლეთ“ ...

„ისევე ისე გამოიყურებით, როგორც 10-20 წლის წინ“... „პენსიაზე გასვლას ხომ არ აპირებთ?“ ასეთი სიტყვების გაგონება ახლა ჩემთვის განგაშის ზარის მსგავსია – მთელი დღე აფორიაქებული ვარ და საკუთარი ასაკის გარდა სხვა რამეზე ფიქრი მიჭირს. არადა, ვამჩნევ, რომ სწორედ ახლა ვუახლოვდები საექიმო ხელოვნების მწვერვალს (!!! – ჯ.ლ.). მკურნალობის ჩემი მეთოდები უფრო ეფექტური გახდა. ავადმყოფს უკეთ ვუგებ, ადვილად ვხედები იმას, რაც ავადმყოფის სიტყვების მიღმა იმალება და ჩემი დასკვნები უფრო დასაბუთებულია. დიაგნოსტიკურ შეცდომებს უფრო იშვითად ვუშვებ, ვინაიდან აღარ ვექვეყნი ინსტრუმენტული გამოკვლევების და ვინრო სპეციალისტების გავლენის ქვეშ. ახლა ჩემი მხრიდან პაციენტისადმი ანტიპათიურად განწყობა ან უყურადღებობა სრულიად გამორიცხულია. სულ უფრო ფრთხილი ვარ პესნიმისტური პროგნოზის გამოტანის დროს და, შესაბამისად, ჩემი პაციენტები სულ უფრო დიდხანს ცოცხლობენ.

იმ დასკვნამდე მივიღე, რომ ასაკთან ერთად ბევრ რაიმეს ვკარგავთ, მაგრამ სამაგიეროდ, საექიმო სიბრძნეს ვიძენთ. მოვიყვან ერთ უბრალო მაგალითს.

• ჩემმა ნაცნობმა უ.-მ საღამოს ათ საათზე დამირეკა – მის მეუღლეს ოლივიას რამდენიმე საათის წინ გულმკერდში ტკივილი დაწყებია. ბატონი უ. ძალზე აღელვებული ჩანდა – მის ხმაში პანიკა შეიმჩნეოდა. ვთხოვე, რომ თავად ოლივია დამლაპარაკებოდა. მან მითხრა, რომ სრულიად მოულოდნელად, ქმართან მშვიდი საუბრის დროს იგრძნო ტკივილი, რომელიც ღრმა ჩასუნთქვას უშლიდა. თავად ოლივია ამას საკმაოდ მშვიდად მიყვებოდა. მე ვუთხარი, რომ ეს ტკივილი გულთან არ არის დაკავშირებული, არამედ პლევრალური ან ნერვ-კუნთოვანი (სომატური) ხასიათის უნდა იყოს. ვურჩიე რაიმე დამამშვიდებელი მიეღო, კარგად გამოეძინა და მეორე დღეს მოსულიყო. მართლაც, მეორე დღეს პაციენტს ტკივილი აღარ აწუხებდა და იგი ჩემი შორსმჭვრეტელობით აღტაცებული იყო.

აღბათ იკითხავთ, კი მაგრამ, რატომ ვიყავი აგრერიგად თვითდარწმუნებული? ოლივია 60 წლის ჩაფსკენილი ქალბატონი იყო, არტერიული ჰიპერტენზია ჰქონდა და მის ახლო ნათესავებში ხშირი იყო გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები. ექიმთა დიდი უმრავლესობა ასეთ შემთხვევაში იფიქრებდა ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიაზე და შესაბამის ზომებს მიიღებდა: გამოიძახებდა სასწრაფო დახმარების ბრიგადას და გადაიყვანდა სტაციონარში, სადაც წინასწარი დიაგნოზი ავადმყოფისთვის შიშისმომგვრელი იქნებოდა: „მიოკარდიუმის ან ფილტვის ინფარქტი“. უამრავ გამოკვლევას ჩაუტარებდნენ, შემინებული და აფორიაქებული პაციენტი სტაციონარში ერთ კვირას მაინც დარჩებოდა და ყოველივე ეს დაახლოებით 5000 დოლარი დაუჯდებოდა.

მართლაც, რამ გამაბედინა ვყოფილიყავი ესოდენ დარწმუნებული საკუთარ თავში? ჩემთვის მთავარი იყო სულ „მცირე“ რამ – ოლივიას მშვიდი საუბარი. საუბრის დროს როდესაც მისი ქმრის ფორიაქის გამო ვიხუმრე, გულიანად გაეცინა! ეს ჩემთვის საკმარისი იყო, რომ შემეფასებია მისი ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა და გამომერიცხა სიცოცხლისთვის საშიში რაიმე კატასტროფა. ამრიგად, ჩემი თავდაჯერებულობა გამოცდილებას და ინტუიციას ეფუძნებოდა, რომელსაც მხოლოდ ასაკთან ერთად იძენ.

დიაგნოზის დასმა დიდი მოცულობის ინფორმაციის ანალიზის შედეგია. საოცარია, რომ მოხუცი ექიმის ტკინის ეს რთული მუშაობა კი არ ქვეითდება, არამედ, პირიქით, გაცილებით რაციონალური ხდება. ამავე დროს, თუკი დარწმუნებული არა ვარ, არ ვერიდები ჩემი ეჭვების გამხელას, ვინაიდან პაციენტთან გულახდილობა ურთიერთნდობის საფუძველია. ახალგაზრდა ექიმები საკუთარ ძალებში დაურწმუნებლობის დაფარვას ქედმაღლობით ცდილობენ, თავმდაბლობა კი უფრო მეტად მოხუცი ექიმისთვისაა დამახასიათებელი.

ასაკთან ერთად ჩემთვის სულ უფრო ნათელი გახდა, რომ ორგანიზმის ტრილიო-

ნობით უჯრედის გასაოცრად ორგანიზებულ სისტემაში ვაუმართლებელმა ჩარევამ გაუთვალისწინებელი შედეგი შეიძლება გამოიღოს. საჭიროა დიდი გამოცდილება, რომ კლინიკური სურათის უამრავი მეორეხარისხოვანი ფაქტებიდან მთავარი გამოყო. ექიმს თითქმის მთელი სიცოცხლე სჭირდება იმისთვის, რომ ისწავლოს უჩვეულო და იშვიათი მოვლენების ამოცნობა. გარდა დიდი გამოცდილებისა და თეორიული ცოდნისა, ამისთვის აუცილებელია, რომ მან თავი არ შეიზღუდოს ინსტიტუტში და ტრენინგებზე შემოთავაზებული სტანდარტებით და შაბლონებით. დარწმუნებული არა ვარ, რომ ჩემი „ფილოსოფია“ უნაკლოა და, ალბათ, ბევრი შემომედავება კიდევ, მაგრამ ფაქტია, რომ ასაკთან ერთად უფრო რაციონალური გავხდი: ზღვა ინფორმაციაში მთავარის ამოცნობას ახლა უფრო ადვილად ვახერხებ.

ხშირად მეკითხებიან, თუ რაში მდგომარეობს საექიმო სიბრძნე? ჩემი აზრით, ეს იმის უნარია, რომ კლინიკურ სურათში არა მხოლოდ კონკრეტული ორგანოს დაავადება ამოიციო, არამედ დაინახო ცოცხალი ადამიანი თავისი პრობლემებით. დაიბ, გამოცდილება და ინტუიცია აუცილებელია იმისთვის, რომ ცალკეული და დაქსაქსული ერთ ორგანულ მთლიანობად წარმოიდგინო. ამის უნარი, რომელიც წარმატებული მკურნალობის საწინდარია, მხოლოდ მრავალი წლის შემდეგ ფორმირდება.

ახალგაზრდა ექიმი ცდილობს, რომ აპარატურის, ლაბორატორიისა და გაიდ-ლაინების მეშვეობით სწრაფად და ზუსტად დასვას დიაგნოზი და ეს, თავის მხრივ, კარგია – ხშირად წარმატების მომტანია. მაგრამ, არანაკლებ ხშირია წარუმატებლობაც, რაც სწორედ გამოუცდელობით და საექიმო სიბრძნის უქონლობითაა გამოწვეული.

მეჩვენება, რომ, სამწუხაროდ, პიროვნების შეცნობაში ანტიკური ბერძნული მედიცინისგან ჩვენ მაინცდამაინც წინ ვერ წავინიეთ.

თავი 17.

სიცოცხლის უპანსკენელი წუთები და სიკვდილი

17. 1. ფიქრები სიკვდილზე

ახალგაზრდობაში სიკვდილის შესახებ ბევრს ვფიქრობდი, მაგრამ მას განვიცხილავდი, როგორც გარდაუვალ და ჩვეულებრივ მოვლენად. ახლა, როდესაც ცხოვრების დასასრულს ვუახლოვდები, კვლავ დავინწყე სიკვდილზე ფიქრი. ხანგრძლივმა საექიმო პრაქტიკამ დამანახა, რომ სიცოცხლეს არაფერი წამლავს ისე, როგორც განწირულობის განცდა. კაცობრიობა ვერ ურიგდება სამუდამოდ გაქრობის იდეას და ათასგვარ მისტიფიკაციას იგონებს – სხვადასხვა კულტის და რელიგიის რიტუალები არსებითად სამუდამოდ გაქრობის იდეასთან ბრძოლის მცდელობაა.

ახალგაზრდობაში ვფიქრობდი, რომ ჭეშმარიტად მორწმუნე ადამიანი, რომელიც ამქვეყნიური ცოდვებით არ არის დატვირთული, მშვიდად ხვდება საიქიოს ნასვლას. პრაქტიკამ კი დამარწმუნა, რომ ეს ასე არ არის. ჩემი პაციენტების უმრავლესობა, ორთოდოქსალურად მორწმუნე ებრაელები არიან, რომელნიც ირწმუნებიან, რომ მოუთმენლად ელიან ბედნიერ წუთს – „უფალთან შეერთებას“, მაგრამ მიუხედავად ამისა, სიცოცხლის ბოლოს მათი ქცევა გვიჩვენებს, რომ ეს, არსებითად, თვალთმაქცობაა.

სხვების მსგავსად, ისინიც აქტიურად მიმართავენ სამედიცინო დახმარებას და მთელი არსებით ცდილობენ ამ „ბედნიერი წუთის“ გადავადებას.

ავადმყოფობაზე და სიკვდილზე უამრავი რამაა დანერილი, მაგრამ ყველაზე ღრმა შთაბეჭდილება ჩემზე ლევ ტოსტოის „ივან ილიჩის სიკვდილმა“ (Смерть Ивана Ильича) და თომას მანის „ჯადოსნურმა მთამ“ (Der Zauberberg) მოახდინა. ამ ნიგნების ნაკითხვამ სევდის კვალი დამიტოვა არა თავად სიკვდილის გამო, არამედ იმ სიზარტოვის(!) გამო, რომელსაც მომაკვდავი ადამიანი განიცდის. ადამიანი საზოგადოებაში ცხოვრებასაა შეჩვეული და მარტოობა აშინებს. სიკვდილის ფაქტთან არშეგუება ნამლავს თავად სიცოცხლეს. პარადოქსულია, მაგრამ სიკვდილის შიში ან მისი უარყოფა სრულებით არ გვაშაადებს მისი გარდუვალობისადმი. **ალბერტ კამიუს** აქვს ასეთი გამოხატულება: *„განთავისუფლება მხოლოდ იმაშია, რომ შევე-გუოთ სიკვდილს“*.

პაციენტები სიკვდილის შესახებ ხშირად გვისვამენ შეკითხვებს, მაგრამ ჩვენ სათქმელი ბევრი არაფერი გვაქვს – ამ თემაზე პოეტებს და ფილოსოფოსებს უფრო მეტი აქვთ დანერილი.

მთელი ჩემი ცხოვრება უმძიმეს ავადმყოფებთან მქონდა ურთიერთობა და ერთი რამ ნამდვილად გავიგე: თავისთავად სიკვდილი კი არ აშინებს ავადმყოფს, არამედ – მასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი ტანჯვა და მარტოობის განცდა. იმაშიც დავრწმუნდი, რომ ჩვენ შეგვიძლია შევამციროთ ეს შიში და დავეხმაროთ ადამიანს, რათა სიკვდილს ღირსეულად შეხედეს.

როდესაც სიკვდილი უეცარია და ნამიერი, პაციენტი ამ პრობლემებისგან თავისუფალია. კორონარულ ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობა სწორედ ასე იღუპება, ზოგჯერ ძილშიც კი. პაციენტებისგან ხშირად გამოგია, რომ ისინი ასეთ სიკვდილზე ოცნებობენ, მაგრამ, მეორე მხრივ, ახლობლები იტანჯებიან საყვარელი ადამიანის მოულოდნელი დაკარგვით. უდიდესი გერმანელი მეცნიერი და ფილოსოფოსი **ფრიდრიხ ლეიბნიცი** (G.W. Leibniz, 1646-1716) წერდა: *„სიკვდილი მხოლოდ ცოცხლებისთვის არსებობს და მათთვის წარმოადგენს რაიმეს“*.

ზრუნვის და მოვლა-პატრონობის პროცესი ერთნაირად მნიშვნელოვანია მომაკვდავი პაციენტისთვის და მისი ახლობლებისთვისაც. ისინი ერთგვარად თანდათან ემშვიდობებიან, შეუნიდობენ ძველ ცოდვებს და გაცილებით მეტ სიყვარულს და სითბოს ჩუქნიან ერთმანეთს, ვიდრე მანამდე – ყოველდღიური ცხოვრების პერიოდში.

მაგრამ, თუ ავადმყოფი ოჯახის გარეშე, უცხო გარემოცვაში ხვდება ცხოვრების უკანასკნელ წუთებს, ასეთ შემთხვევაში უეცარი სიკვდილი მართლაც შეებაა. შეერთებულ შტატებში ადამიანების თითქმის 80% ცხოვრების გზას არა ოჯახურ გარემოში და საყვარელი ადამიანების გარემოცვაში, არამედ – მათგან შორს და არა საკუთარ საწოლში ასრულებს. აი ასეთი სიკვდილი კი ნამდვილად აუტანელი ტანჯვაა. უფრო მეტიც, იგი ადამიანისთვის შეურაცხყოფელია. საუკეთესო სტაციონარშიც კი იდეალური ჰოსპისური კოლექტივი ვერ ჩაანაცვლებს ახლობელი, მოსიყვარულე ადამიანების თანაგრძნობას, სითბოს და ალერსს. ერთიც და მეორეც აბსოლუტურად აუცილებელია და უნდა ავსებდეს ერთმანეთს.

17. 2. სიკვდილი აშერიკულად

ამერიკულ კულტურაში სიკვდილისადმი დამოკიდებულება საღ აზრსაა მოკლებული. ერთი ფრანგი ქალბატონი მეუბნებოდა: „ამერიკელები ერთადერთი ხალხია, რომელიც თვლის, რომ სიკვდილი მოვლენათა განვითარების ერთ-ერთი ვარიანტია“. იქნებ იმიტომ, რომ ამერიკისათვის ახალგაზრდობის პრიორიტეტია დამახასიათებელი?

მომაკვდავი ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციის დროს ახლობლებს სჯერათ, რომ სათანადო გასამრჯელოს წყალობით სიკვდილის გადავადება შეიძლება. ასეთი შეხედულების ჩამოყალიბებას დიდწილად თავად ექიმები უწყობენ ხელს. სამედიცინო ინსტიტუტში სტუდენტებს მეცნიერული მიღწევების საშუალებით მომაკვდავთა გადარჩენას ასწავლიან და, ამიტომ, მათ უყალიბდებათ გაცნა, რომ ყოვლისშემძლე ჯადოქრები არიან. აქედან გამომდინარე, პაციენტის სიკვდილს ისინი აღიქვამენ, როგორც დიდ წარუმატებლობას. ამავე დროს, მომაკვდავ ექიმებს თითქმის არ ასწავლიან საექიმო ხელოვნებას, მათ შორის, მომაკვდავ ავადმყოფთან ურთიერთობის ხელოვნებას. ამ რეალობის მთავარი მიზეზი ბიოტექნოლოგიური რევოლუციაა, რომლის საშუალებით კვდომის პროცესი შეიძლება უსასრულოდ გაინელოს. ამასთანავე, ვრცელდება ინფორმაცია მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის გასაოცარი ეფექტურობის შესახებ და საზოგადოებაში ჩნდება ილუზია, რომ ექიმები მართლაც ყოვლისშემძლენი არიან და მათ თითქოს ბუნების განაჩენის გაუქმების ძალა შესწევთ.

როდესაც ახალგაზრდა ექიმებს ვეკითხები თუ რამდენად მიზანშეწონილია მომაკვდავი, განწირული ავადმყოფის მკურნალობაში ექსტრაორდინარული ზომებით ჩარევა, მათი პასუხი ყოველთვის ერთნაირია: „იქნებ ახალმა ანტიბიოტიკმა ან მკურნალობის ახალმა მეთოდმა მოარჩინოს ავადმყოფი? განა ეთიკურია, რომ ავადმყოფს ამის შანსი არ მივცეთ?“ ამასთან, არგუმენტად აუცილებლად მოიხმობენ ლიტერატურაში აღწერილ შემთხვევას, როდესაც განწირულ ავადმყოფს მკურნალობამ სიცოცხლე გაუხანგრძლივა. დიახ, სასწაულებისადმი რწმენა ამოუძირკვავია. ამის გამო ექიმები იძულებულნი არიან ნებისმიერ შემთხვევაში ებრძოლონ სიკვდილს, მაშინაც კი, როცა ამას მხოლოდ ავადმყოფის და მისი ახლობლების ტანჯვა-წამების გახანგრძლივება მოაქვს!

ჩემი აზრით, სანამ თანამედროვე ბიოტექნოლოგიების გამოყენებას გადაწყვეტდეთ, რამდენიმე შეკითხვაზე პასუხის გაცემაა სჭირო:

- რამდენი ხნით შეგვიძლია სიცოცხლის გახანგრძლივება?
- ხომ არ იქნება ეს ავადმყოფის ტანჯვა-წამების გახანგრძლივება?
- აზრი აქვს ასეთ სიცოცხლეს?
- ყოველივე ამისთვის რა საფასური უნდა გადაიხადოს ოჯახმა და საზოგადოებამ?

ჩვეულებრივ, ექიმი ამ შეკითხვებს მორალისტებს და ეკონომისტებს გადაულოცავს ხოლმე, თავად კი, როგორც იტყვიან, „პატიოსნად ასრულებს თავის მოვალეობას“, თუმცა არასოდეს არ იცის თუ რა შედეგს გამოიღებს და რითი დამთავრდება მისი მოღვაწეობა. სტატისტიკური მონაცემები ცალკეულ კონკრეტულ შემთხვევაში ვერაფერში ვერ გვეხმარება – საბოლოო შედეგში ჩვენ არასოდეს არ ვართ დარწმუნებული. გარდა ამისა, მომაკვდავ ავადმყოფთა რემისიის პერიოდი, როგორც ნესი, ძალზე ხანმოკლეა. ყველაზე მეტად მაკვირვებს ონკოლოგების აქტივობა იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მშვენივრად იციან, რომ სიკვდილის გადავადება ძალზე ხანმოკლე იქნება. ამას ყოველთვის გულახდილად აღიარებენ. მაგრამ, მოსალოდნელი ტანჯვა-წამების შესახებ საუბარს თავს არიდებენ.

მიმაჩნია, რომ როდესაც სიკვდილი ქრონიკული უკურნებელი სენის გარდუვალი

გამოსავალია, გაცილებით ჰუმანური იქნება არ გავმართოთ მის მოახლოებასთან ზედმეტად „გმირული“ ბრძოლა და მეტი სალი აზრი და თანაგრძნობა, ანუ საექიმო სიბრძნე გამოვიჩინოთ. ბიოტექნოლოგიების განვითარებამ სიკვდილ-სიცოცხლეს შორის ზღვარი ძალზე ეფემერული გახადა. ინტენსიური თერაპიის ექიმები ათასგვარი მავთულ-სადენებით შემოხლართულ პაციენტთა უმოდრაო სხეულებში სიცოცხლის ნაცვლად ორგანიზმის ცხოველქმედების შენარჩუნებით არიან დაკავებულნი.

ყოველივე ეს ძვირად უჯდება საზოგადოებას და ძალზე მომგებიანია საავადმყოფოებისთვის. ბედის მწარე ირონიაა, რომ სიკვდილი სამედიცინო ბიზნესის ყველაზე სარფიანი ნაწილი გახდა – მასზე მოდის ჯანდაცვის ხარჯების თითქმის მესამედი!!! გამოდის, რომ ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზება ემსახურება მოხუცი, განწირული ავადმყოფების ტანჯვა-ნამების გახანგრძლივებას!!!

არ ვიცი რა არის ამის მთავარი მიზეზი, მაგრამ რამდენიმე ფაქტორს დავასახელებ:

- ✓ ბიოტექნოლოგიური რევოლუცია, რომელსაც შეუძლია ბიოლოგიური სიცოცხლის თითქმის უსასრულოდ გახანგრძლივება;
- ✓ საექიმო პროფესიის არსის არასწორი გაგება, რის გამოც მთავარ ამოცანად ითვლება სიკვდილთან ბრძოლა;
- ✓ საავადმყოფოს ადმინისტრაციის დაინტერესება კვდომის პროცესის გახანგრძლივებაში;
- ✓ პაციენტის ინტერესების და უფლებების იგნორირება;
- ✓ მედიცინის ყოვლისშემძლეობისადმი საზოგადოების გაუმართლებელი მოლოდინი.

გამოდის, რომ მეცნიერული მედიცინა აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს და ახანგრძლივებს სიცოცხლეს, მაგრამ, ამავე დროს, აუტანელს ხდის კვდომას. ჩემთვის ერთი რამ ცხადია: ადამიანი სიკვდილის შიშით არ უნდა ცხოვრობდეს და ამისათვის საზოგადოების და მედიცინის მუშაკების სიკვდილთან დამოკიდებულების შეცვლაა საჭირო.

მწვავე კარდიოლოგიური პათოლოგიის შემთხვევების გარდა, ადამიანს სიკვდილი, ჩვეულებრივ, თანდათან უახლოვდება. ქრონიკული დაავადებების დროს სიკვდილის ზუსტი პროგნოზირება შეუძლებელია და, ამიტომ, მე ვცდილობ ყოველთვის პაციენტის სასარგებლოდ შევცდე, ანუ ზედმეტად ოპტიმისტური პროგნოზი გავაკეთო. მართლაც, უამრავი მაგალითი შემიძლია მოვიყვანო, როდესაც ავადმყოფს უცოცხლია ბევრად უფრო ხანგრძლივად, ვიდრე ეს მოსალოდნელი იყო.

ჩემი დაკვირვებით, ადამიანის სიკვდილი ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ როგორი ცხოვრება გაატარა მან. ვინც საინტერესოდ და ღირსეულად იცხოვრა, სიკეთეს თესდა და სინდისის გენჯნას არ განიცდის, ის შედარებით მშვიდად ხვდება სიცოცხლის ბოლო წუთებს. თალმუნდში წერია: „ადამიანს ის გააჩნია, რაც გაუცია“ (გავიხსენოთ რუსთაველის შეგონება: „რასაცა გასცემ, შენია, რას არა – დაკარგულია“ – ჯ.ლ.).

უმთავრესი კი მაინც ისაა, რომ ადამიანმა ცხოვრების უკანასკნელი წუთები მოსიყვარულე ახლობლების მზრუნველ გარემოცვაში გაატაროს.

სიკვდილის შესახებ ბევრი რამ, ხშირად – ურთიერთგამომრიცხავი დანერილა, მაგრამ, ჩემთვის ყველაზე მისაღები დოქტორ შერვინ ბ. ნულანდის (Sherwin B. Nuland, 1930-2014, ამერიკელი ქირურგი, მწერალი, მედიცინის ისტორიის და ბიოეთიკის სპეციალისტი – ჯ.ლ.) გამონათქვამია: „*ღირსება სიკვდილში კი არ უნდა ვეძიოთ, არამედ – სიცოცხლეში. ექიმების მოვალეობაა უმძიმესი ავადმყოფების სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება და არა კვლევის გახანგრძლივება*“.

არავის არ შეგვიძლია ვიცოდეთ როდის და როგორ დავამთავრებთ სიცოცხლეს, მაგრამ როგორ ვიცხოვრებთ, ეს ნამდვილად ჩვენზეა დამოკიდებული.

რაც შეეხება ექიმებს, სიკვდილისადმი მათი დამოკიდებულება აბსურდულია – იმის ნაცვლად, რომ მთელი ყურადღება ავადმყოფის კეთილდღეობას დაუთმონ, ისინი უახლესი სამედიცინო აღჭურვილობით სიკვდილს ემსახურებიან!

• ამ სისტემის უაზრობის საშინელი მაგალითი დედაჩემის სიკვდილია. იგი 96 წლის იყო, მაგრამ მიუხედავად ასაკისა, მეხსიერება და სალად აზროვნების უნარი შენარჩუნებული ჰქონდა, თუმცა ფიზიკური დაუძლურება გუნებას უშხამავდა. ხუთ ენას ფლობდა და საკმაოდ განათლებული იყო. მხედველობის დაკარგვას მძიმედ განიცდიდა, ვინაიდან ყველაზე მეტად წიგნის კითხვა უყვარდა. სმენაც საკმაოდ დაუჭვეითდა, მაგრამ სასმენი აპარატით სარგებლობას თავილობდა. როდესაც ჯანმრთელობის შესახებ ვეკითხებოდი, მეუბნებოდა, რომ მის სხეულში აღარ დარჩა უჯრედი, რომელიც არ სტკიოდეს. სიბერის ფიზიკური გამოვლინებანი: ნაოჭები, კბილების პროთეზი, თმების გაძლიერებული ცვენა და სხვა – ძალიან აღიზიანებდა და ბავშვივით უხაროდა, როდესაც მას 80 წელზე მეტს არ აძლევდნენ.

დედა ძალზე რელიგიური იყო – ბოლომდე იუდაიზმის ერთგული დარჩა. ძლიერი ნებისყოფა ჰქონდა – მიუხედავად იმისა, რომ ახალგაზრდობაში თავის სამშობლოში ბევრი დამცირება და გაჭირვება გადაიტანა, ვერაფერმა ვერ გასტეხა. ძალიან უყვარდა სტუმრები, შვილიშვილებზე ხომ მზე და მთვარე ამოსდიოდა – კვირაში ერთხელ მაინც ურეკავდა 13-ვე შვილიშვილს. მე და ჩემი მეუღლეც თითქმის ყოველდღე მოვინახულებდით ხოლმე. ბოლო წლებში სანუკვარი ოცნება აისრულა – მოვეწრო საკუთარი შემუარების გამოცემას.

როდესაც დედა ძალიან დაუძლურდა, ჩვენთან ნამოსვლა შეეთავაზეთ, მაგრამ კატეგორიული უარი გვითხრა – ჩვენი შენუხება არ უნდოდა, თუმცა, ამავე დროს, ხშირად უღიარებია, რომ ყველაზე მეტად მარტოობას განიცდიდა. ცხადია, რომ მარტოობის განცდას მხედველობის და სმენის დაკარგვაც უძლიერებდა. ბევრი მეგობარი და ნაცნობი ჰყავდა, მაგრამ თანდათან ყველანი შემოეცალნენ. ოჯახის წევრები ყურადღებას არ ვაკლებდით. ვიცოდი, რომ ბოლო წელს სიკვდილს ნატრულობდა, მაგრამ გარდაცვალების პროცესის ემინოდა. ერთხელ რომელიღაც ფილოსოფოსის სენეკას შეგონება შემახსენა: „*სიკვდილი ზოგჯერ სასჯელია, ხოლო ზოგჯერ – დიდი საჩუქარი*“.

66 წლის ასაკში დედამ მიოკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანა, მაგრამ შემდგომში მისი სრული რეაბილიტაცია მოხერხდა. ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში სტენოკარდიული შეტევები კვლავ დაენყო. შეტევებს ნიტროგლიცერინი უხსნიდა. რამდენიმე შესანიშნავი პირადი ექიმი ჰყავდა, რომლებიც ხშირად ურეკავდნენ და საჭიროებისას მოინახულებდნენ კიდევ. სტაციონარში დანოლას არც კი სთავაზობდნენ, ვინაიდან იცოდნენ, რომ კატეგორიულად წინააღმდეგი იყო.

ბოლო ორი თვის განმავლობაში მისი მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუარესდა და მივხვდი, რომ სიცოცხლის დასასრული უახლოვდებოდა. მთავარი პრობლემა გამოსხატულ ტაქიარითმიაში მდგომარეობდა და, მიუხედავად იმისა, რომ ყველა

ანტიარტიმული საშუალება იყო გამოყენებული, პულის 120-ზე ქვემოთ იშვიათად ჩამოდიოდა. თავდაცვ ზედებოდა, რომ მისი დღეები დათვლილი იყო და იმ იმედით იძინებდა, რომ „ძილში გაიპარებოდა“. ამავდროულად, ძალიან განიცდიდა, რომ აღარ მოესწრებოდა შეილთაშვილების მომავალს. 96 წლის იუბილეს აღნიშვნისას „დაგვეშუქარ“ კიდევ, რომ 100 წლის იუბილეს გადაგვახდევინებდა.

ბოლო ორი კვირის განმავლობაში მდგომარეობა კიდევ უფრო დამძიმდა: ფილტვებში შეგუბებას შარდმდენების გამოყენება ვეღარ ამცირებდა, სუნთქვა უჭირდა და ჟანგბადის ბალონიც ვეღარ შევლოდა. გონება სარულიად ნათელი ჰქონდა და ძალზე გაღიზიანებული იყო, რომ მისი ტანჯვა არ მთავრდებოდა. სიკვდილის წინა ღამეს სამ საათზე გაღვიძება და ექთნისთვის შხაპის მიღება უთხოვია. როდესაც დილით ადრე მე და ჩემი მეუღლე მივედით, ლოგინში ჩაცმული იწვა, მსუბუქი მაკიაჟიც გაეკეთებია – თითქოს რაღაცისთვის ემზადებოდა. პერიოდულად, მცირე ხნით, გონებას კარგავდა, მაგრამ მე ექთანს აფუკრძალე სასწრაფო დახმარების გამოძახება! (რა ძიძმეა ექიმის ხვედრი, როცა საქმე ახლობელს ეხება! – ჯ.ლ.). შუა დღეს მეუღლესთან ერთად ცოტა ხნით სასადლოდ გავედით. როდესაც ვბრუნდებოდით, სადარბაზოსთან სასწრაფო დახმარების მანქანა დავიინახე. ავირბინე მეორე სართულზე და თვალწინ ამაზრზენი სურათი გადამეშალა. დედა იატაკზე სრულიად შიშველი იწვა, პირიდან ქაფი ამოსდიოდა და ინტუბაციური მილი ედგა, ხელები ინექციებისგან დასისხლიანებული ჰქონდა. კანს უკვე ცვილისფერი ედო. ორი მამაკაცი გულის გარეგან მასაჟს და, პერიოდულად, დეფიბრილაციას უტარებდა. ნამდვილი კაჟკას სტილის კომპარი იყო. მამაკაცების გაჩერება ვცადა, მაგრამ მათ ოთახიდან ძალით გამომაგდეს. „ეს დედაჩემია, ხომ ხედავთ, რომ იგი მკვდარია, რატომ ანჯაღლებთ, რატომ არ მისმენთ, მე ექიმი ვარ, შეილი ვარ“ – განწირული ხმით ვყვიროდი, მაგრამ ყურადღებას არავინ არ მაქცევდა. ბავშვივით ავკეითინდი. ოდნავ რომ მოვსულიერდი, მათი უფროსი მოვიკითხე. ბოსტონის საუკეთესო კლინიკის ერთ-ერთი ექიმი დამისახელეს. დაჯურეკე – ვუთხარი ვინცა ვარ და აღვუწერე სიტუაცია. მან მომიბოდიშა და რეანიმაციის ეს უგუნური პაროდია შეანყეუტინა!

როდესაც დედაჩემი ძალიან ცუდად გამხდარა, ექთანს შიშისგან დავიწყებია ჩემი გაფრთხილება და სასწრაფო დახმარება გამოუძახებია. სასწრაფოს ექიმები, ცხადია, თავის მოვალეობას პატიოსნად ასრულებდნენ – ეს იყო ოფიციალურ სტანდარტად მიღებული ბრძოლა სიკვდილთან (და მაინც, გაკვირვებას იწვევს მათ მიერ შვილის და, თანაც, ექიმის თხოვნის იგნორირება. ეს ფორმალისმის გასაოცარი მაგალითია – ჯ.ლ.). როდესაც სასწრაფო დახმარება მოსულა, დედა უკვე სრულიად უგონოდ ყოფილა. მადლოდა ღმერთს, მან თავისი ცხოვრება უმტიკინეულოდ დაასრულა, თუმცა ჩემმა კოლეგებმა ტანჯვა და შეურაცხყოფა ცოცხლებს მოგვაყენეს.

ახლა, როდესაც ყოველდღე ამას ვიხსენებ, გული მტიკია და ცრემლები მახრჩობს, მაგრამ არანაკლებ განვიციდი იმას, რაც ჩემს პროფესიას ემართება. დედაჩემის შემთხვევაში სასწრაფოს ექიმთა აბსურდული ქმედება იმით შეიძლება ავხსნა, რომ ისინი ავადმყოფს სრულებით არ იცნობდნენ, მაგრამ ასეთი სიტუაციები არც საავადმყოფოებშია იშვიათი. ექიმთა მთელი ყურადღება მონიტორებზე და ანალიზებზეა მიპყრობილი და შთაბეჭდილება მექმნება, რომ ამასობაში მათ ხშირად ავადმყოფი და მისი განცდები ავიწყდებათ. სტაციონარში უპირატესად ახალგაზრდა, გამოუცდელი ექიმები მუშაობენ, რომელთაც უჭირთ იმის გაგება, რომ ზოგჯერ სიკვდილთან ბრძოლა არა მარტო ტანჯვის გახანგრძლივებაა, არამედ შეურაცხყოფელიცაა.

• მახსენდება ერთი ეპიზოდი, რომელიც გვიჩვენებს, რომ სიკვდილისადმი მედიცინის მუშაკთა დამოკიდებულება უნდა შეიცვალოს. ყოფილი ბიზნესმენი, 74

ნლის ბატონი ი. ანგინოზური შეტევის გამო (გულის მძიმე უკმარისობის და პარკუტოზის ტაქიარითმიის ფონზე) უკვე მეექვსეჯერ იყო მოთავსებული ჩვენს კლინიკაში. მას მარცხენა პარკუტის ანევრიზმა აღენიშნებოდა, არტერიული წნევა ძლივს ენორმებოდა, ხოლო ფილტვებში შეგუბებას შარდმდენების გამოყენება ვეღარ შეელოდა. მორფოუმის და ოქსიგენოთერაპიის მეოხებით ავადმყოფს ტკივილი მოეხსნა და ჩაეძინა. ამასობაში პალატაში მობილიზებულ იქნა ყველა ტექნიკური საშუალება, მათ შორის – დეფიბრილატორი და ხელოვური სუნთქვის აპარატი. პალატა ისე გაივსო განყოფილების თანამშრომლებით, რომ ავადმყოფის ახლობლებისთვის ადგილიც აღარ დარჩა. ობიექტური მონაცემები ცხადყოფდნენ, რომ ავადმყოფი განწირული იყო და მისი გადარჩენის არავითარი შანსი აღარ არსებობდა. ქალბატონ ი. -ს ეს არ შეიძლებოდა სცოდნოდა და, ბუნებრივია, გვემუდარებოდა, რომ მეუღლე გადაგვერჩინა. პალატაში ხმაური იყო და დამაბული ატმოსფერო სუფევდა, ჩემი თანამშრომლები რეანიმაციისთვის ემზადებოდნენ. ავადმყოფის ვაჟი, ორმოციოდე წლის თავდაჭერილი მამაკაცი დედის დამშვიდებას ცდილობდა. მე იგი ცალკე გავიხზე და ავეხსენი შექმნილი სიტუაცია – ვუთხარი, რომ ჩვენ შეგვიძლია მამამისის კვდომის პროცესი გავახანგრძლივოთ, მაგრამ გადარჩენა ყოვლად შეუძლებელია. ყურადღებით მომისმინა და მითხრა: „დოქტორ ლაუნ, მოიქეცით ისე, როგორც მამათქვენს მოექცეოდით“.

– კი მაგრამ, დედათქვენი რას იტყვის? – ვკითხე.

– აუხსენით მას სიტუაცია და ყველაფერს გაიგებს, მისი სალი აზრის იმედი მაქვს.

ექიმებს პალატის დატოვება ვუბრძანე და ავადმყოფს მხოლოდ ჟანგბადის მიწოდება და მორფოუმის ინექცია დაეუტოვე. პალატა სწრაფად დაიცალა, სიჩუმემ დაისადგურა და ავადმყოფის მეუღლეს და შვილს მომაკვდავთან მიახლოების საშუალება მიეცა. სანოლზე ჩამოვჯექი და ავადმყოფის ხელს შეეხე. გონზე იყო და ყველაფერს კარგად გრძნობდა. მშვიდად ვსაუბრობდით სხვადასხვა საკითხზე, ვინსენებდით წარსულს. ბოლოს მან ისეთი რამ მითხრა, რასაც დღესაც გულგრილად ვერ ვიხსენებ: „თურმე სიკვდილსაც შჭონია თავისი უპირატესობა – ახლა შემიძლია ჩემს ექიმთან დიდხანს ვისაუბრო!“ შემდეგ ჩაეძინა და ერთ საათში მშვიდად გარდაიცვალა. ვიჯექი და იმაზე ვფიქრობდი, თუ რაოდენ მარტოა ავადმყოფი, რომელიც სიცოცხლის უკანასკნელ წუთებს სტაციონარში ატარებს.

მთელი პერსონალი შევეკრიბე და მივმართე: „რატომ არავის მოგდით აზრად მომაკვდავი ავადმყოფისთვის სიამოვნების მიმგვრელი რაიმეს გაკეთება, ფიზიკური და სულიერი კომფორტის შექმნა? ელექტროშოკი ან რაიმე ინვაზიური ჩარევა რომ გადაგვეწყვიტა, ხომ ყველა დაფაცურდებოდით და ავადმყოფს არ მოშორდებოდით. რატომ ფიქრობთ, რომ მომაკვდავს ნუგეში, სიტბო და კომფორტი ნაკლებად სჭირდება?“ ახალგაზრდა ექიმები და ექთნები თავჩაქინდრული მისმენდნენ. მშვიდად, გაღიზიანების გარეშე გავაგრძელე საუბარი: „ცხოვრება აზრს კარგავს, როცა ადამიანს სიკვდილის გარდუვალობასთან შეგუება არ შეუძლია. ჩვენი პროფესია სასაცილო ფარსს ემსგავსება, როცა პაციენტს სიცოცხლის მშვიდად დამთავრების საშუალებას ვართმევთ. ნუ განიხილავთ პაციენტის სიკვდილს, როგორც პროფესიონალიურ ფიასკოს. ჩვენსა და ავადმყოფს შორის უამრავი აპარატურით გაუცხოების კედელს ვაშენებთ, რათა თავი დავიკავთ თანავრძნობისა და სიკვდილზე ფიქრისგან“.

რამდენიმე კვირის შემდეგ გარდაცვლილის ქვრივისგან წერილი მივიღე, რომელშიც იგი მადლობას მიხდოდა იმის გამო, რომ მის მეუღლეს იმ ქვეყნად ღირსეულად წასვლის საშუალება მივცეცი.

თანამედროვე მედიცინა სიკვდილთან საბრძოლველადაა დაპროგრამებული. დარწმუნებული ვარ, რომ ამ პარადიგმის შეცვლა ჩვენზეა დამოკიდებული. კვდომის პრო-

ცესის ჰუმანიზაცია აუცილებელია. ჩემი ოპტიმიზმის მიზეზი ის არის, რომ პირადად მინახავს რამდენიმე „კარგი სიკვდილი“. პაციენტმა, რომლის შესახებაც მინდა მოგ-
ითხროთ, მასწავლა, თუ როგორი უნდა იყოს სიკვდილი.

17. 4. „კარგი“ სიკვდილი

ცნობილი მწერალი ე. უეკე მთლად გაჭალარავებულიყო, მაგრამ ბავშვური ალა-
ლი ღიმილის და ლამაზი ცისფერი თვალების გამო ჯერ კიდევ ახალგაზრდულად
გამოიყურებოდა. სასიამოვნო მოსაუბრე იყო. პირველად პიტერ ბენტის საავადმე-
ოფოში შევხვდი, სადაც გულის შეგუბებითი უკმარისობის დიაგნოზით მოიყვანეს.

ამის შემდეგ ათი წლის განმავლობაში ჩემ პაციენტად რჩებოდა. გულის მძიმე
უკმარისობა დილატაციური კარდიომიოპათიით იყო გამოწვეული, მაგრამ მიუხედა-
ვად ამისა, ბატონი ე. აქტიურ ცხოვრებას აგრძელებდა და ამ ხნის განმავლობაში
რამდენიმე საინტერესო წიგნი გამოცა. როდესაც საავადმეოფოში უკანასკნელად
მოხვდა, მისი მდგომარეობა უმძიმესი იყო. ათი წლის განმავლობაში 30 კგ დაიკლო
და ახლა 40 კგ-ს იწონდა. ჰაერის უკმარისობის გამო არათუ ფიზიკური დატვირთვა,
საუბარიც კი უჭირდა, თუმცა სალადა აზროვნების უნარი შენარჩუნებული ჰქონდა.

ივლისის ბოლოს ბატონი ე. სტაციონარიდან გავწერეთ და არ მეგონა, თუ
„შრომის დღემდე“ მიაღწევდა („შრომის დღე“ – 1894 წლიდან ოფიციალური ამერ-
იკული ნაციონალური დღესასწაული, რომელიც სექტემბრის პირველ ორშაბათს
აღინიშნება). გამომშვიდობებისას თვალი თვალში გამიყარა და მკითხა: „დოქტორ
ლაუნ, თქვენ ფიქრობთ, რომ კვლავ შევხვდებით ერთმანეთს?“ „რა თქმა უნდა, მე
ხომ ჩემს პაციენტებს ბინაზეც ვნახულობ“ – თავდაჯერებულად ვუპასუხე, თუმცა
ამაში სრულებით არ ვიყავი დარწმუნებული. სევდინად გამიღიმა და საინტერესმა
კაბინეტიდან საკაცეთი გაიყვანეს.

ნოემბერში ავადმყოფის მეუღლემ დამირეკა და მითხრა, რომ ბატონ ე.-ს აინტე-
რესებს, თუ როდის ვაპირებდი მასთან ვიზიტს. უახლოესი უიკენდით ვისარგებლე
და კეიბ-კოლის კონცხზე ჩავფრინდი. სამწუხაროდ, ავადმყოფის მდგომარეობა
კიდევ უფრო მეტად დამძიმებულიყო. მიუხედავად ამისა, სუფრასთან მიმინვია,
თუმცა თავად საჭმლისთვის პირი არ დაუკარებია. მისი მეუღლე ავგუსტინა საშინ-
ლად გამოიყურებოდა – უძილო ღამეებს მთლად გამოეფიტა. როდესაც საშუალება
მომეცა, ცალკე ვავიხმე და ვუთხარი, რომ მისთვის თუნდაც მცირე ხნით დასვენება
აუცილებელი იყო.

– ოჰ, არა, არა, ამაზე ლაპარაკი კი ზედმეტია – აღმოხდა მას.

– რატომ? გეშინიათ, რომ თქვენ გარემე გარდაიცვლება?

არაფერი უპასუხებია, მაგრამ თვალბეჭეში შევატყვე, რომ მართლაც ასე ფიქრობდა.

– ნუ გეშინიათ, ასე არ მოხდება – დავამშვიდე, თუმცა ამის საფუძველი არ
გამაჩნდა.

ავადმყოფის ოთახში დავბრუნდი და ბატონ ე.-ს შევთავაზე, რომ მეუღლე თავად
დაერწმუნებინა დასვენების აუცილებლობაში. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტს
კარგად ვიცნობდი, მისმა რეაქციამ სასიამოვნოდ გამაკვირვა.

– ექიმო, ძალიან მანუხებს ავგუსტინას ჯანმრთელობა. იგი სულ გამოიფიტა. 60
წელი ბედნიერად ვიცხოვრეთ და ძალიან განვიცდი, რომ ახლა ვანვალებ. ბედნიერი
ვიქნები, თუკი ცოტას მაინც დაისვენებს.

როგორც იქნა, ქალბატონი ავგუსტინა დავითანხმეთ, რისთვისაც მე მომიხდა
კიდევ ერთხელ მიმეცა „გარანტია“, რომ ბატონი ე. ცოცხალი დახვდებოდა. იგი ნიუ-

იორკში თავის ვაჟთან გაფრინდა და რამდენიმე დღეში სრულიად დასვენებულად დაბრუნდა.

ერთი კვირის შემდეგ, დეკემბრის ბოლოს თოვლი მოვიდა. ქალბატონმა ავგუსტინამ მეუღლეს თბილად ჩააცვა და საგორებელი სავარძლით ვერანდაზე გაიყვანა. სინაზით და მაღლიერებით უმზერდა ბატონი ე. თავის საყვარელ მეუღლეს. როდესაც მისთვის უთქვამს: „ავგუსტინა, რა ლამაზია ეს დათოვლილი ხეები, ნიუ-გემპშირში გატარებულ ბავშვობას მაგონებს“. ცოტა ხანში მას გონება დაუკარგავს და რამდენიმე წუთში გარდაცვლილა.

ეს იყო ნაყოფიერი და სრულყოფილი ცხოვრების ღირსეული დაბოლოება. ნორმან კაზენსი წერდა: „მე მივხვდი, რომ ცხოვრების ტრაგედია სიკვდილი კი არაა, არამედ ის, რაც ჩვენში კედება სიცოცხლის დროს“. 10 წლის მძიმე ავადმყოფობის განმავლობაში ბატონი ე. სულით არ დაცემულა, სასონარკვეთას არ მისცემია, არ დაუკარგავს შრომისადმი ინტერესი, ადამიანური ღირსება და სიყვარული.

სიცოცხლის ბოლოს არავის არ უნდა, რომ ტანჯვით აღსავსე სხეულად იქცეს. ყველას სურს საკუთარი განუმეორებელი ინდივიდუალობის და ღირსების შენარჩუნება. ადამიანი მთელი ცხოვრების განმავლობაში სწავლობს საკუთარი თავის კონტროლს და სიცოცხლის ბოლოს მას არ სურს დაკარგოს ადამიანური სახე. სანამ შეგვიძლია, ჩვენ ამაში უნდა დავეხმაროთ, მაგრამ როდესაც ყველა რეზერვი ამოწურულია, ექიმის სტრატეგია არ უნდა ემსახურებოდეს ავადმყოფის ფიზიკური არსებობის გახანგრძლივებას, ამას ჰუმანიზმთან არაფერი საერთო არა აქვს!

რაც შემეხება მე, გულახდილად ვიტყვი, რომ ვამაყობ ჩემი მოღვაწეობით, ვინაიდან პირნათლად შევასრულე ექიმის მოვალეობა: ერთი მხრივ, ავადმყოფის ჯანმრთელობის და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებითვის ყველაფერი გავაკეთე, რაც შემიძლო, და მეორე მხრივ, ჯანმრთელობა და ოპტიმიზმი შევუნარჩუნე მის უახლოეს ადამიანს. ნუ დამძრახავთ, მაგრამ ცრუ თავმდაბლობის გარეშე ვიტყვი, რომ შევძელი მეცნიერების და საექიმო ხელოვნების შეუღლება (გავკადნიერდები და შევნიშნავ: ასეთ სიტუაციაში მომაკვდავი პაციენტის ინტერესები უნდა იყოს პრიორიტეტი. გამარჯვებულებს არ სჯიან, მაგრამ ცოლშვილის გარეშე რომ გარდაცვლილიყო პაციენტი?! – ჯ.ლ.).

17. 5. ღირსეული სიკვდილი

„კარგი სიკვდილი“ ყველას ხვედრი ვერ იქნება, მაგრამ პაციენტთა უმრავლესობისთვის სრულიად საკმარისია ყურადღება და კარგი მოვლა-პატრონობა. ახლა, როცა ბიოტექნოლოგიების განვითარების წყალობით კვლევის პროცესი საგრძნობლად გახანგრძლივდა, მომაკვდავი ავადმყოფის მოვლის ხელოვნებამ განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა. ადამიანი უნდა გავათავისუფლოთ ფიზიკური ტანჯვისგან. სულიერი ტკივილი, მარტოობით გამოწვეული შფოთვა და შიში, ყოველთვის აძლიერებს ფიზიკურ ტკივილს. ამიტომ ავადმყოფს უნდა შეეუქმნათ ისეთი ფსიქოლოგიური გარემო, რომელიც მას დაარწმუნებს, რომ მისი ახლობლები და ექიმი ნებისმიერ მომენტში მის გვერდით იქნებიან.

ამ საკითხში პირველი გაკვეთილი ჩემი მასწავლებლის სამუილ ლივანისგან მივიღე. კუჭის კიბოს გამო იგი უმძიმეს მდგომარეობაში იმყოფებოდა, როდესაც მთხოვა, რომ მისი პირადი ექიმი ვყოფილიყავი. ყოველ საღამოს, სამუშაოს შემდეგ ვნახულობდი და მის მდგომარეობას ძალიან განვიცდიდი, ვინაიდან ჩემთვის იგი არა მარტო მასწავლებელი, არამედ თითქმის მამასავით ახლობელი ადამიანი იყო. ფიზიკური გასინჯვის შემდეგ მოკლედ უნდა შეემფასებია ხოლმე მისი მდგომარეობა

და ეს ჩემთვის უმძიმესი მისია იყო. ვიცოდი, რომ ყალბ ნუგეშს ვერ ეგუებოდა, თუმცა, ამავე დროს, ოპტიმისტურ პროგნოზზე სიხარულით რეაგირებდა. ნშირად მეკითხებოდა, საჭიროა თუ არა მისთვის მუშაობის შეწყვეტა და თვალბში ვატყობდი, რომ ჩემგან უარყოფით პასუხს ელოდა.

დადგა დრო, როდესაც მას ლოგინში გვერდის შეცვლაც კი უჭირდა – ჩემი პედაგოგისგან ლანდილა დარჩენილიყო, მხოლოდ გამოხედვა ჰქონდა უწინდებურად ცოცხალი. ერთ საღამოს გადავწყვიტე გასინჯვით არ შემენუხებია. როდესაც დამშვიდობებას ვაპირებდი, მითხრა: „ბარნი, თუ ერთი ნუთი კიდევ გაქვს, მინდა ისეთი ისტორია მოგიყვე, რომელიც ძალიან გამოგადგება. როდესაც ინგლისელი ექიმი, კლინიკური თერმომეტრის გამოგონებელი სერ კლიფორდ ალბატი კვდებოდა, მისი მკურნალი, გამოჩენილი ექიმი სერ უილიამ ოსლერი იყო. ერთხელ, როცა ოსლერი ნასვლას აპირებდა, კლიფორდმა ჰკითხა: „სერ ოსლერ, რა ეშველება ჩემს ნანოლებს?“. ოსლერმა იცოდა, რომ მის პაციენტს ნანოლები არ ჰქონდა, მაგრამ, ყოველ შემთხვევისთვის, მომვლელი ექთანს გვერდზე გაიხმო და ჩურჩულით ჰკითხა, ხომ არ გაუჩნდა ავადმყოფს ნანოლებიო. ექთანისგან უარყოფითი პასუხი მიიღო, მაგრამ მაინც განსაკუთრებული ყურადღებით დაათვალიერა პაციენტის სხეული და მხოლოდ შემდეგ უთხრა, რომ შეუძლია მშვიდად იყოს – ნანოლების ნასახიც არა აქვს“.

რა თქმა უნდა, ყველაფერს მივხვდი, მაგრამ რა ძნელი იყო გულწრფელი და ბუნებრივი ვყოფილიყავი, როდესაც ჩემი პედაგოგი „თავიდან ფრჩხილებამდე“ გავსინჯე. ამ შემთხვევის შემდეგ ჩემს მასწავლებელს უკანასკნელ ნუთამდე ყოველთვის ზედმინევით ყურადღებით ვსინჯავდი და ვატყობდი, რომ ეს მას სიამოვნებას ანიჭებდა. მან უკანასკნელი ძვირფასი გაკვეთილი ჩამიტარა – შემდგომში ასეთი საქციელი ჩემი პრაქტიკის წესად ვაქციე.

დიახ, არავის არ სურს, რომ ყურადღება მოაკლდეს!

17. 6. ცოტა რამ სანუბაჟო

ჩემმა ხანგრძლივმა საექიმო გამოცდილებამ იმაში დამარწმუნა, რომ სიკვდილის უარყოფა, მასთან ბრძოლა და ტანჯვის გახანგრძლივება დასავლური კულტურის ნაყოფია, რომელიც აუცილებლად უნდა შეიცვალოს. სამწუხაროდ, ჯერ-ჯერობით ვერ ვხედავ ამის პერსპექტივას, ვინაიდან ჯანდაცვის სტრუქტურა და ექიმთა მენტალიტეტი მიმართულია იმისკენ, რომ რაც შეიძლება მეტად გახანგრძლივდეს კვდომის პროცესი. საავადმყოფოების ეკონომიკური დაინტერესების დაძლევა ძალზე ძნელია. გარდა ამისა, ადამიანის გადარჩენის, ანუ სიკვდილთან ბრძოლის რომანტიკის მეოხებით ახალგაზრდა ექიმები ენთუზიაზმს მაშინაც კი არ ჰკარგავენ, როდესაც კარგად იციან, რომ მათი მცდელობა ფუჭი იქნება. ინსტიტუტში მათ ამისთვის ამზადებენ და სტაციონარის ექიმები ხომ, ძირითადად, ახალგაზრდა ექიმები არიან. სიკვდილისადმი ექიმთა დამოკიდებულება ძირეულად უნდა შეიცვალოს და, რაც მთავარია, ჯანდაცვის შესაბამისი რეფორმის ჩატარებაა აუცილებელი. სანამ საავადმყოფო სიკვდილს ემსახურება, ყოველი მონოღება სიკვდილის ჰუმანიზაციისადმი ამაო იქნება!

თუკი ნებისმიერი ადამიანი უფლებამოსილია საკუთარი შეხედულებების მიხედვით იცხოვროს, რატომ უნდა ავუკრძალოთ მას, ისე აღესრულოს, როგორც სურს? სიცოცხლის ბოლოს რატომ უნდა მოეწყვიტოთ ადამიანი საკუთარ ოჯახს, მის ჩვეულ გარემოს. ეს ხომ დაუმსახურებელი სასჯელია. წარსულში ასე არ იყო,

ასეთი მიდგომა, სამწუხაროდ, უკანასკნელი რამდენიმე ათწლეულის „მონაპოვარია“. მაგრამ, თუკი ავადმყოფს ახლობლების შენახვა არ სურს, ამისთვის არსებობს სახლსა და საავადმყოფოს შორის ერთგვარი შუალედური რგოლი, რომელსაც ჰოსპისი ეწოდება. შეერთებულ შტატებში ჰოსპისური მომსახურება 1992 წლიდან დაიწყო და სულ ორი წლის განმავლობაში ჰოსპისებს 242 ათასმა პაციენტმა მიმართა. ჰოსპისური მიდგომა გულისხმობს კომფორტს – პაციენტის სულიერი და ფიზიკური ტანჯვის შემსუბუქებას, და არა კვდომის პროცესის ყველა საშუალებით გახანგრძლივებას. ოჯახის წევრებს, ახლობლებს შეუძლიათ ავადმყოფი ნებისმიერ დროს მოინახულონ და რამდენიც უნდათ, იმდენ ხანს დარჩნენ მასთან. ჰოსპისში სიკვდილს დამალობანას კი არ ეთამაშებიან, არამედ მომაკვდავი ავადმყოფის ღირსების შენარჩუნებისთვის ზრუნავენ.

ჰოსპისების მუშაობის ანალიზმა უარყო ის შეხედულება, რომ სიკვდილი აუცილებლად სიცოცხლის საზიზღარი დაბოლოებაა. კემბრიჯის უნივერსიტეტის ჰოსპისის დირექტორის ლორინ კონანის (Loring Conant) მონაცემებით ჰოსპისში მოთავსებულ პაციენტთა 60% სიცოცხლეს „კარგი სიკვდილით“ ამთავრებს. ავადმყოფებს მაქსიმალურად უმცირდებათ ან უქრებათ უსიამოვნო სიმპტომები და, ამავე დროს, ახლობლებთან ხშირი და ისეთი გულითადი ურთიერთობის საშუალება ეძლევათ, რომელიც სხვა დროს არც კი ჰქონიათ.

კონანის აზრით „კარგი სიკვდილი“ სამ რამეს გულისხმობს: პირველი – ტკივილების, ტანჯვის შემსუბუქება უახლესი ანალგეზიური საშუალებებით; მეორე – ოჯახის წევრების და ახლობლების მხრიდან ფსიქოლოგიური, მორალური მხარდაჭერა; მესამე – ისეთი სანუკვარი სურვილების შესრულება ან მალული პრობლემების გადაჭრა, რომლებზეც ავადმყოფს აქამდე საუბარი ახლობლებთანაც კი ერიდებოდა. ამ უკანასკნელს ორმაგი ეფექტი გააჩნია, ვინაიდან სულიერი პრობლემების გადაწყვეტა ფიზიკურ ტანჯვასაც ამცირებს.

„კარგი სიკვდილი“ ღირსეული სიცოცხლის კანონზომიერი დაბოლოებაა. როდესაც ჯეიმს ბოსუელმა (James Boswell, 1740-1795, ცნობილი მოტლანდიელი იურისტი – ჯ.ლ.) მომაკვდავი დევიდ იუმი მოინახულა (David Hume, 1711-1776, ცნობილი მოტლანდიელი ფილოსოფოსი, ისტორიკოსი – ჯ.ლ.), მისი მდგომარეობა უმძიმესი იყო – მართლაც, იგი რამდენიმე თვეში გარდაიცვალა. ბოსუელი ელოდა, რომ ამ უდიდესი ათეისტისა და ნიჰილისტისგან სიკვდილის წინ მონანიების მსგავს რაიმეს მოისმენდა, მაგრამ როდესაც ჰკითხა – ხომ არ აშფოთებდა მას სამუდამოდ გაქრობის შესახებ ფიქრი. იუმმა გასაოცარი იუმორით უპასუხა: „*იმაზე მეტად არა, ვიდრე ამას დაბადებამდე განვიცდიდი!*“ თანამედროვეთა დამონშობით, იუმს სიკვდილის წინ მართლაც არავითარი შიში არ ეტყობოდა, რამაც დიდი შთაბეჭდილება მოახდინა იმდროინდელი დიდი ბრიტანეთის საზოგადოებაზე.

სიკვდილამდე 20 დღით ადრე შესანიშნავმა ესეისტმა და ექიმმა ლივას თომასმა (Lewis Thomas, 1913-1993) „New York Times“-ის კორესპოდენტს როჯერ როზემბლატს ინტერვიუში ასეთი რამ უთხრა: „სანამ სიკვდილი განიხილებოდა, როგორც რაღაც მეტაფიზიკური მოვლენა, ჩვენ მას პატივს მივაგებდით. ახლა, როდესაც კვდომის პროცესის გახანგრძლივება ვისწავლეთ, ჩვენ მას, როგორც დიდ წარუმატებლობას, ისე განვიხილავთ, ხოლო მომაკვდავს ისე ვუყურებთ, როგორც მალურად მოვლენაა, იგი ადამიანისთვის შეურაცხმყოფელია... მრავალი ფაქტი მეტყველებს იმის სასარგებლოდ, რომ სასიკვდილო აგონიის დროს ტკივილი უკან იხევს. ვფიქრობ, სიცოცხლის ზღვარზე ენდორფინების გამოყოფა ამსუბუქებს ნასვლის პროცესს... მე მნამს, რომ სიკვდილის დროს ბუნება ზოგავს ორგანიზმს...“

ნანილი V. პაციენტად ყოფნის ხელოვნება

თავი 18.

როგორ უნდა მივლინოთ, რომ ექიმმა გულისყურით მოგისმინოს

ექიმის და პაციენტის ურთიერთობა თანასწორობის და ურთიერთპატივისცემის პრინციპებს უნდა ეფუძნებოდეს. ამის გარეშე ხარაღდება ორივე მხარე: ექიმიც და ავადმყოფიც. მე უკვე ვისაუბრე იმის შესახებ, რომ ექიმს მოეთხოვება ავადმყოფის მიმართ გულითადი დამოკიდებულება, მაგრამ ავადმყოფზეც ბევრი რამაა დამოკიდებული.

რა თქმა უნდა, ორი ერთნაირი ექიმი არ არსებობს და ავადმყოფს ვერ მოვთხოვთ, რომ ექიმის ხასიათის თავისებურებებს მოერგოს, მაგრამ არსებობს პაციენტად ყოფნის ხელოვნების რამდენიმე უნივერსალური პრინციპი.

ჯერ ერთი, პაციენტს უნდა ახსოვდეს, რომ მედიცინა ყოველთვის შემძლე არ არის და, ამიტომ, იგი ექიმისგან საოცრებას არ უნდა ელოდოს. მეცნიერება სწრაფად ვითარდება, მაგრამ ბუნების მრავალფეროვნება (მითუმეტეს, კოცხალის) ამოუწურავია. წარმატებების პარალელურად მედიცინა ახალ-ახალ პრობლემებს აწყდება – მატულობს ე.წ. ცივილიზაციური დაავადებების სიხშირე, დედამიწის ეკოლოგიური მდგომარეობა უარესდება და ა.შ.

ჩვენ ჯერ კიდევ ბევრი რამ არ ვიცით და ყველა დაავადების განკურნება არ ძალგვიძს, მაგრამ, უკურნებელი სენით შეპყრობილ ავადმყოფს შეგვიძლია მნიშვნელოვნად შევემსუბუქოთ ტკივილი, ტანჯვა, შფოთვა და ამით მისი ცხოვრების ხარისხი გავაუმჯობესოთ. ყოველივე ამის ოპტიმალურად შესრულება მხოლოდ მაშინაა შესაძლებელი, როდესაც ავადმყოფი ენდობა ექიმს, მაგრამ, ამავე დროს, მისგან საოცრებას არ ელის. არარეალურის მოლოდინი იმედის გაცრუებას იწვევს და ხელს უშლის სამკურნალო პროცესს. უნდა ვაღიაროთ, რომ ეს პრობლემა დიდწილად სამედიცინო ინდუსტრიის მიერაა შექმნილი და ზოგიერთი ექიმი ზედმეტი თავდაჯერებულობით და დაუსაბუთებელი გარანტიების გაცემით პაციენტებში გადაჭარბებული იმედების დანერგვას აქტიურად უწყობს ხელს. პაციენტი ყოველთვის ზუსტ დიაგნოზს ელოდება, მაგრამ, სამწუხაროდ, ეს ყოველთვის არაა შესაძლებელი – არსებობს უამრავი სიმპტომი, რომელთა წარმოშობის ახსნა ჩვენ არ შეგვიძლია. ამის გამო იქმნება უამრავი ახალ-ახალი ტერმინი, არარეალური დიაგნოზები. მახსენდება ბერნარდ შოუს ხუმრობა: „*პროფესიონალები ხალხის წინააღმდეგ არიან შეთქმულნი*“.

ავიღოთ უბრალო მაგალითი. როდესაც ექიმს გამოაქვს დიაგნოზი: „*ესენციური არტერიული ჰიპერტენზია*“, ეს ნიშნავს, რომ მან არ იცის არტერიული ჰიპერტენზიის კონკრეტული მიზეზი. ეს დიაგნოზი 100 წელზე მეტია, რაც გამოიყენება, მაგრამ ამ პათოლოგიის მთავარი მიზეზი დღემდე არაა დადგენილი. ვიცით მხოლოდ რისკფაქტორები. არადა, შეერთებულ შტატებში ესენციური არტერიული ჰიპერტენზიის გამო 50 მილიონზე მეტ პაციენტს უტარდება მკურნალობა.

მედიცინის მუშაები ზოგჯერ მოდასაყოლილი ადამიანებივით იქცევიან და რაც უფრო გაუგებარი პათოლოგია, მით უფრო პოპულარული ხდება მისი აღმნიშვნელი იარაღი, ანუ დიაგნოზი. მაგალითად, ძველთაგანვე ცნობილი იყო მდგომარეობა, როდესაც გაუგებარი მიზეზების გამო პაციენტს აღენიშნებოდა ზოგადი სისუსტე, სუბფერულიტეტი და თავის ტკივილი. ამჟამად ამ მდგომარეობას ეწოდება „*ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი*“. კი მაგრამ, ჩვენ ხომ ვიცით, რომ ადამიანს შეუძლია

აიტანოს ხანგრძლივი და მძიმე შრომა ისე, რომ ეს სინდრომი არ განუვითარდეს. მეორე მხრივ, ეს სიმპტომები შეიძლება აღინიშნოს სრულიად განსხვავებული დაავადებების დროს (ავტოიმუნური, ვირუსული, ენდოკრინული, ნევროლოგიური და ფსიქიკური დაავადებები). ამიტომ ეს დიაგნოზი არაფრის მთქმელია და მკურნალობის თვალსაზრისით – უაზრო. უფრო მეტიც, ექიმი ამ დიაგნოზით ჭეშმარიტი მიზეზის ძიებისგან თავს ითავისუფლებს, ყველაფერს „ნევროზით“ ხსნის და, ფაქტობრივად, ავადმყოფს რეალური დახმარების გარეშე ტოვებს.

კარდიოლოგიაში, რომელსაც ნახევარი საუკუნეა რაც ვემსახურები, განსაკუთრებით ბევრია ასეთი უაზრო იარღილი. მიტრალური სარქველის პროლაფსი ახლა ექსოკოპიის წყალობით ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული დიაგნოზი გახდა და პაციენტებს შიშის ზარს სცემს. მაგრამ, ჯერ ერთი, მასზე მინერული სიმპტომები სხვა მანუებითაც შეიძლება განვითარდეს და ასეთ მდგომარეობას ამერიკაში სამოქალაქო ომის დროს და კოსტას სინდრომი დაარქვეს. შემდეგ მას უწოდებდნენ ჯარისკაცის გულს, ნეიროციკლულატორულ დისტონიას, ჰიპერკინეტიურ გულს, კარდიოფობიას და ა.შ. მეორე მხრივ, მიტრალური სარქველის ამა თუ იმ ხარისხის პროლაბირება ძალზე ხშირია (სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით – მოხრდილი მოსახლეობის 10-დან 40%-დე!), ხოლო კლინიკურად იგი იშვიათად გამოვლენდება და ადამიანთა დიდ უმრავლესობას არავითარ პრობლემებს არ უქმნის. მაგრამ, როდესაც პაციენტი გაიგებს, რომ მას მიტრალური პროლაფსი აქვს, იგი ფსიქოლოგიურად ითრგუნება და მას „გულის მხრივ“ ჩივილები ეწყება.

მსგავსი რამ აღინიშნება იმ შემთხვევებშიც, როცა ექიმები ცდილობენ გაუგებარი სიმპტომები ახსნან არსებული ან გადატანილი ვირუსული ინფექციით. მაგრამ, მე ვთვლი, რომ უმჯობესია ვაღიაროთ, რომ მიზეზი არ ვიცით, ვიდრე დავაბრალოთ რაღაც უცნობ ვირუსს, ვინაიდან პაციენტს ასეთი დიაგნოზი ხშირად ფსიქოლოგიურად თრგუნავს.

როდესაც ავადმყოფს გარკვეულ დიაგნოზს ვამცნობთ, ერთი მხრივ, ეს მასზე დადებითად მოქმედებს. ავადმყოფი ფიქრობს – ვინაიდან დიაგნოზი ნათელია, მასასადამე მკურნალობა ცემაძღებელია. მაგრამ, მეორე მხრივ, თუკი მკურნალობამ სასურველი შედეგი არ გამოიღო, პაციენტი უკმაყოფილო რჩება. განვიხილოთ პაციენტის გაღიზიანება პირდაპირ რიგში მკურნალი ექიმისადმი მიმართული, მაგრამ, ამავე დროს, იგი ზოგადად, მედიცინათა იმედგაცრუებული. ამიტომ, პაციენტებს ვურჩევ, რომ ილუზიებს არ აპყენენ და საოცრებებს ნუ ელიან, ვინაიდან ექიმის უპირველესი მისიაა დაეხმაროს ორგანიზმს, ხოლო დანარჩენს „ბუნების განმკურნავი ძალა“ გააკეთებს. თავის მხრივ, ექიმმაც სწორედ ამაზე უნდა გაამახვილოს ყურადღება – აუხსნას პაციენტს, რომ რწმენას, იმედს, ოპტიმიზმს, ხშირად, უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე თანამედროვე მკურნალობის მეთოდებს.

მოსახლეობამ უნდა იცოდეს, რომ მედიცინას უჭირს იმის გამოსწორება, რასაც აზიანებს თანამედროვე სოციალური კატაკლიზმები. უკმაყოფილობა სამუშაოთი (პროფესიონალისთვის შეუფერებელი სამუშაო) ან სრული უმუშევრობა, შვილების ფაქტორებია, რომელთა გამოსავლენად ექიმს სათანადო ცოდნა, გამოცდილება, უნარი და დრო სჭირდება. ამიტომ, პაციენტების ინტერესშია, რომ ექიმებთან მაქსიმალურად გახსნილი და გულახდილნი იყვნენ. თუკი ავადმყოფს უყურადღებო და გამოუცდელი ექიმი შეხვდა, იგი ვერ მოუხსნის სოციალური, ფსიქოლოგიური მიზეზებით გამოწვეულ ჩივილებს და ასეთი პაციენტი მიმართავს არატრადიციული მედიცინის მიმდევართ, რომელთა შორის ბევრი შარლატანია.

ამიტომ, მე დაბეჯითებით ვურჩევ საღად მოაზროვნე პაციენტებს, რომ განენიყონ იმედით, მაგრამ საოცრებებს ნუ ელიან. ეს განსაკუთრებით ეხება ქრონიკულ ავადმ-

ყოფვებს. მათ არ უნდა მოუნყონ ექიმს დაკითხვა დაავადების ფიზიოლოგიური და ბიოქიმიური მექანიზმების შესახებ.

თავის მხრივ, ექიმმა პაციენტის შემდეგ შეკითხვებს უნდა უპასუხო :

1. სრულად აქვს თუ არა ნარმოდგენა მისი დაავადების შესახებ და არსებობს თუ არა ამ დაავადების მკურნალობის მეთოდი?
2. თუკი დაავადება უკურნებელია, შესაძლებელია თუ არა მისი გამოვლინებების (სიმპტომების) შემსუბუქება?
3. თუ დაავადება სიცოცხლისთვის საშიშია, დაახლოებით რამდენ ხანს შეიძლება იცოცხლოს ავადმყოფმა? (თავად *ლაუნი ასეთი განაჩენის გამოტანისას, ხშირად, კეთილშობილ ტყუილს ამჯობინებს – ჯ.ლ.*)
4. თუ დაავადება სიცოცხლისთვის საშიში არაა, შესაძლებელია თუ არა ხანგრძლივი რემისია, თუ აუცილებლად მოხდება პათოლოგიური პროცესის პროგრესირება? და თუ მოხდება, რა სისწრაფით?
5. რა გართულებები ახასიათებს ამ დაავადებას და როგორ შეიძლება მათი არიდება? როგორ ზემოქმედებას მოახდენენ ეს გართულებები ცხოვრების ხარისხზე?
6. აქვს თუ არა ცხოვრების და კვების ნესის შეცვლას დიდი გავლენა დაავადების მიმდინარეობაზე?

ცხადია, რომ ამ შეკითხვებზე ზუსტი პასუხი ყოველთვის არაა შესაძლებელი, მაგრამ პაციენტისთვის მიახლოებითი პასუხებიც ძალზე მნიშვნელოვანია.

კიდევ ერთი რჩევა პაციენტებს: გახსოვდეთ, რომ შეუცდომელი ექიმი არ არსებობს და თუ მისი პროგნოზი არ გამართლდა, თუ რამდენიმე თვეში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, სასურველია მიმართოთ სხვა ექიმს – როგორც იტყვიან, *მჯობნის მჯობნის არ დაიღვეა!* ზოგჯერ, ექიმმა შეიძლება მართლაც საოცრება მოახდინოს, მაგრამ თუკი სრული განკურნება არ მოხერხდა, სასწრაფო კვებითობას ნუ მიეცემით. მიუხედავად იმისა, რომ მედიცინის შესაძლებლობები შეზღუდულია, იმედი უსაზღვრო უნდა იყოს. ძალიან მომწონს ამერიკელი ექიმის, დაავადებათა პრევენციის პიონერის ედვარდ ტრიუდოს (Edward Livingston Trudeau, 1848-1915) გამონათქვამი: *„პაციენტი ზოგჯერ უნდა მოვარჩინოთ, ხშირად უნდა მივანიჭოთ შვება, ხოლო ყოველთვის – ნუგეში და იმედი“.*

• საოცრებებს რომ სწორედ ნუგეში და იმედი ქმნის, ჩემმა პაციენტმა, 70 წლის ქალბატონმა ჯ.-მ დაამტკიცა. მას ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში წინაგულების ფიბრილაციის ხშირი შეტევები ჰქონდა და ყოველი შეტევის შემდეგ რამდენიმე დღე სჭირდებოდა, რომ ცხოვრების ჩვეულ რიტმს დაბრუნებოდა. ბოლო ხანებში შეტევებმა მოუხშირა და, ფაქტობრივად, პაციენტი სახლს იყო მიჯაჭვული. ობიექტური გამოკვლევებით გულის მხრივ რაიმე სერიოზული ცვლილებები არ აღენიშნებოდა. მიუხედავად ამისა, სხვადასხვა ანტიარითმიული მკურნალობა არ შეელოდა და, ზოგჯერ, სერიოზულ გართულებებსაც იძლეოდა. როდესაც მე მომმართა, მკურნალობის ნათელი გეგმა არ გამაჩნდა, მაგრამ ავადმყოფს დაბეჯითებით ვუთხარი, რომ მისი განკურნება შესაძლებელი იყო. ახლა არ მესმის, თუ რატომ ვიყავი ასეთი თავდაჯერებული, თუმცა ერთი ემპაქობა კი გამოვიყენე – ქალბატონს ვუთხარი, რომ ეფექტური მკურნალობისთვის დიდი დრო იყო საჭირო.

მცირე დოზით სათითურას გარდა, ყველა ანტიარითმიული საშუალება მოვუხსენი (იმის გათვალისწინებით, რომ ნებისმიერმა მათგანმა შეიძლება არიტმოგენურად იმოქმედოს) და, რაც მთავარია, სუფთა სინდისით ავუხსენი, რომ ამ ტიპის არიტმია სიცოცხლისთვის საშიში არ არის. რამდენიმე თვის შემდეგ მისი მდგომარეობა აშკარად გაუმჯობესდა: შეტევები უკვე უფრო იშვიათი და ხანმოკლე ჰქონდა, ტაქიარითმია ნაკლებად იყო გამოხატული და, რაც მთავარია, ღამით მშვიდად ეძინა, ვინაიდან

სიკვდილის შიშისგან განთავისუფლდა. ამრიგად, მოუხედავად იმისა, რომ არიტმიის შეტევები ვერ მოუხსენი, ქალბატონი ცხოვრების ჩვეულ რიტმს დაუბრუნდა. ხაზი მინდა გავუსვა, რომ ჩემზე მეტად ეს თავად ქალბატონის დამსახურება იყო, რომელიც შეურიგდა ბედს და ნდობით მოეკიდა ჩემს დარიგებებს – იმ აზრს, რომ წინაგულების ფიბრილაცია არ არის სასიკვდილო გართულება და შეიძლება დიდხანს შეინარჩუნო ცხოვრების ხარისხი. ასეთ პაციენტთან ურთიერთობა ადვილია და მკურნალობის შედეგიც ყოველთვის უკეთესია.

მედიცინის კომერციალიზაცია აღარ უტოვებს ექიმს ავადმყოფთან მშვიდი, გულითადი ურთიერთობის დროს. დროის ვიწრო ჩარჩოში მოქცეული, კონვეირული ტიპის მუშაობა ექიმს ხელს უშლის ჩასწვდეს დაავადების არსს, მის ჭეშმარიტ მიზეზებს. ამის შედეგად მკურნალობა ნაკლებად ეფექტური და უფრო ხანგრძლივი ხდება. ასეთი მდგომარეობა სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს ზრდის, პაციენტი კი ზარალდება [არსებობს განსხვავებული, დამამიძღვებელი მონაცემებიც: სპეციალურმა გამოკვლევამ (JAMA 2000;284(8):1021-1027) უჩვენა, რომ როდესაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმები მეტი ყურადღებით ეპყრობოდნენ პაციენტებს, ვიზიტის ხანგრძლივობა ნაკლები იყო (17,6 წუთი 20,1 წუთის ნაცვლად)! და ეს არცაა გასაკვირი: თუ ავადმყოფი აწყდება ექიმის მხრივ გულგრილობას, იგი ცდილობს ვიზიტის გახანგრძლივებას იმ იმედით, რომ იქნებ ექიმს როგორმე გააგებინოს მისი მთავარი პრობლემა – ნ.მაგაზანიძის მიხედვით – ჯ.ლ.].

თანამედროვე საზოგადოება ბევრს ლაპარაკობს ავადმყოფების უფლებებზე და მათი ინტერესების დასაცავად შექმნილია იურისტების, მედიკოსების, ბულალტრების და ექსპერტების ბიუროკრატიული სისტემა, რომლის შენახვა ისევე მოსახლეობას აწვება ტვირთად.

ავადმყოფის გამოკვლევის და მკურნალობის მეთოდები სტანდარტიზებულია და ეს, ერთი მხრივ, კარგია, ვინაიდან მინიმუმამდე დაჰყავს უხეში შეცდომების ალბათობა, გაუმართლებელი თვითმეომქმედება. მაგრამ, მეორე მხრივ, ექიმი კარგავს ინიციატივას და ინდივიდუალობას, იმყოფება სტანდარტების წნეხის ქვეშ და იქცევა ერთგვარ ტექნიკურ პერსონალად, რომელიც ემსახურება კონვეიერს, რომლის მთავარი მიზანია რაოდენობა და არა ხარისხი! ამ სიტუაციის შემამსუბუქებელი ის არის, რომ კარგი სპეციალისტი ცდილობს შეინარჩუნოს ინდივიდუალური მიდგომა, ხოლო გათვითცნობიერებული პაციენტი სწორედ ასეთ ექიმს ეძებს. პაციენტის სასარგებლოდ მუშაობს, აგრეთვე, მედიცინის საბაზრო სისტემის ერთი თავისებურება: კონკურენციის გამო კლინიკები შეცდომებისგან თავის არიდებას მაქსიმალურად ცდილობენ.

პაციენტს უნდა ახსოვდეს, რომ ექიმთან პირველ ვიზიტს დიდი მნიშვნელობა აქვს. ექიმიც ადამიანია და პაციენტი უნდა ეცადოს, რომ ექიმზე დადებითი შთაბეჭდილება მოახდინოს. რაც მთავარია, იგი უნდა ეცადოს, რომ ექიმს ინფორმაცია სწორად და ამომწურავად მიანოდოს. ვერც ერთი, თუნდაც ურთულესი თანამედროვე გამოკვლევის მეთოდი, ვერ შეედრება ავადმყოფის მონაყოლს, ვინაიდან ავადმყოფია ინფორმაციის მთავარი წყარო. ამრიგად, პირველი ვიზიტის დროს პაციენტმა ორი მიზანი უნდა დაისახოს: რაც შეიძლება სწორად და ამომწურავად მიანოდოს ექიმს ინფორმაცია და ეცადოს, რომ იგი მის მიმართ სიმპათიით განაწყოს. გარწმუნებთ, ეს უკანასკნელი არანაკლებ მნიშვნელოვანია.

პაციენტმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ ექიმი დროში შეზღუდულია და, ამიტომ, ისე მოემზადოს, რომ „მეთებარისხოვან“ საკითხებზე საუბრისთვის დრო არ დაკარგოს. ეს, განსაკუთრებით, მოხუც პაციენტებს ეხებათ, რომელთაც იმდენი რამ აქვთ მოსაყოლი, რომ შეიძლება ამისთვის ერთი საათიც არ ეყოთ. სავარძელში მოკალათებული პაციენტი, რომელსაც ხელში გამოკვლევიების დასკვნების დასტა

უჭირავს და მოყოლას ლამის ბავშვობის წლებიდან იწყებს, თავიდანვე ძაბავს და ალიზიანებს ექიმს. პაციენტმა საუბარი უნდა დაიწყო ძირითადი ჩივილების შესახებ, რის გამოც მიმართა ექიმს, ხოლო ექიმი შეკითხვების საშუალებით დაეხმარება საჭირო ინფორმაციის მიწოდებაში.

ავადმყოფისთვის ადვილი არაა „შინაგანი ორგანოების ენის“ გაგება – ადამიანს ყოველთვის არ შეუძლია ეპითეტით გადმოსცეს ის, რაც აწუხებს. ამიტომ, ზოგჯერ პაციენტი ექიმის დახმარებას ცდილობს „გამზადებული“ დიაგნოზებით, რომლის შესახებაც ნაუკონხავს, ან რომელიმე ავადმყოფისგან თუ ექიმისგან გაუგია. დაბეჭდვითი ვურჩევ ყველა პაციენტს, რომ ამისგან თავი შეიკავოს. დალლილი, დროში შეზღუდული ექიმი შეიძლება ამ დიაგნოზების გავლენის ქვეშ მოექცეს და უხეში შეცდომა დაუშვას.

მოვიყვან მაგალითს.

• 80 წლის ქალბატონმა ტ.-მ პოსტურალური (ორთოსტატიული) ჰიპოტენზიის გამო მომმართა. ფეხზე დგომის დროს თავბრუ ეხსმოდა, ხოლო სანოლიდან წამოდგომა სინკოპალურ მოვლენებს იწვევდა – რამდენჯერმე წაიქცა კიდეც. ბოლო ხანებში სრულიად შრომისუუნარო გახდა, რის გამოც საშინელ დეპრესიაში იმყოფებოდა. პაციენტმა აღნიშნა, რომ ეს მოვლენები მას შემდეგ დაეწყო, რაც გამოცდილმა კარდიოლოგმა სტენოკარდიის მკურნალობა დაუნიშნა. ავადმყოფის გამოკითხვამ და ფიზიკურმა გასინჯვამ დამარწმუნა, რომ მას სტენოკარდიის არავითარი ნიშნები არ ჰქონდა – გულმკერდის არეში ტკივილი სომატიური ხასიათის იყო (მოხუცებში ხშირია ნერვ-კუნთოვანი სრუტქურის და ძვალსაზრდელას გალიზიანებით გამოწვეული ტკივილები, რასაც დეპრესიაც უწყობს ხელს). როდესაც შევეცადე გამეჩქვია, თუ რატომ დაუშვა გამოცდილმა კარდიოლოგმა დიაგნოსტიკური შეცდომა, აღმოჩნდა, რომ ეს დიაგნოზი პაციენტს თავად შეუთავაზებია. მის მეგობარს მიოკარდიუმის ინფარქტი გადაუტანია და ქალბატონი დარწმუნებული იყო, რომ მასაც იგივე ემუქრებოდა. კარდიოლოგთან უკვე „მზა დიაგნოზი“ მისულა და ისე აღუწერია საკუთარი ჩივილები, რომ ექიმი შეცდომაში შეუყვანია! პაციენტს ყველა მედიკამენტი მოვუსხენი და დავამშვიდე – ვუთხარი, რომ ტკივილები ანგინოზური ხასიათის არ იყო და, შესაბამისად, ინფარქტი არ ემუქრებოდა. შედეგად თავბრუ სრულიად გაუქრა, დეპრესია და ტკივილები კი შეუმცირდა.

რამდენიმე შემთხვევას ვიხსენებ, როდესაც პაციენტმა ექიმს „ბუასილით გამოწვეული სისხლდენის“ გამო მიმართა და ქირურგმა სწორი ნაწლავის კიბო ვერ ამოიცნო.

ცხადია, ექიმი არ უნდა მოექცეს ავადმყოფის შეხედულების გავლენის ქვეშ, მაგრამ, ყოველ შემთხვევისთვის, პაციენტებს ვურჩევ ერთდონ თვითდიაგნოსტიკას, ექიმს მხოლოდ ჩივილები მოახსენონ და შეკითხვებზე ზუსტად უპასუხონ. გაუმართლებელია, როდესაც ავადმყოფი ექიმთან საუბარს ჩატარებული გამოკვლევების და სპეციალისტების დასკვნების შესახებ მოყოლით იწყებს, რითაც მას თავს ახვევს სხვა ექიმების შეხედულებას და უნებლიედ შეცდომაში შეჰყავს.

პაციენტებს საკუთარი დაავადების შესახებ პოპულარული და სამედიცინო სამედიცინო ლიტერატურის კითხვას არ ვურჩევ. ეს, ხშირად, უარყოფით სუგესტიას და პაციენტის იპოქონდრიზაციას უწყობს ხელს. გარდა ამისა, ასეთი „განათლების“ მქონე ავადმყოფი გამოუცდელ ექიმს დააბნევს, მითუმეტეს თუ მას დროის დეფიციტი აქვს.

კარგი იქნება, თუკი პაციენტი ექიმს უშუალოდ აჩვენებს ყველა მედიკამენტს, რომელიც სხვა ექიმებმა დაუნიშნეს. კარგია, აგრეთვე, თუკი პაციენტი მკურნალობის ფონზე მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველ დღიურს აწარმოებს.

სასურველია, რომ ექიმთან ვიზიტის დროს პაციენტს თან ახლდეს მეუღლე ან ოჯახის უახლოესი წევრი. ზოგჯერ მეუღლე (განსაკუთრებით, ქალბატონი) უფრო

მეტს ამჩნევს და ექიმს ძვირფას სადიაგნოსტიკო ინფორმაციას უფრო ზუსტად გადასცემს ხოლმე. მაგრამ, თუკი ექიმი გამოკვლევის დროს პაციენტთან პირისპირ დარჩენას გადაწყვეტს, ამან ავადმყოფის ახლობლები არ უნდა გააკვირვოს ან აღაშფოთოს.

სასურველია, რომ პაციენტმა ზოგიერთი შეკითხვა წინასწარ მოამზადოს:

1. ექიმის მიერ დანიშნული გამოკვლევები აუცილებელია თუ არა და ხომ არ არის ძალზე უსიამოვნო ან ვნების მომტანი?
2. შესაძლებელია თუ არა, რომ გამოკვლევების შედეგად მკურნალობა შეიცვალოს?
3. როგორია გამოკვლევის ფასი?

მაგალითად, თუკი ექიმმა კორონაროგრაფია ან რაიმე სხვა საკმაოდ ინვაზიური გამოკვლევა დანიშნა, პაციენტმა უნდა ჰკითხოვს: „*შეიძლება თუ არა ჩემი დაავადების ეფექტური მკურნალობა ამ გამოკვლევის გარეშე?*“ ჩემი შეხედულებით, ასეთ შეკითხვაზე კატეგორიულად უარყოფითი პასუხი მიუთითებს, რომ ექიმს კლინიკური გამოცდილება აკლია, ან იგი ახალი ტექნოლოგიების აპოლოგეტია. ასეთ შემთხვევაში სასურველია სხვა, თუნდაც ერთი, სპეციალისტის აზრის გაგება.

კარგად მესმის, რომ პაციენტებს არც ისე იოლად შესასრულებელ რჩევებს ვაძლევ, მაგრამ ყოველივე ამას თანამედროვე პრაქტიკული მედიცინის ტექნიკაცია და კომერციალიზაცია მაღაპარაკებს.

18. 1. როგორ უნდა აირჩიოთ ექიმი

გთავაზობთ რამდენიმე რჩევას იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა აირჩიოთ კარგი ექიმი. ნებისმიერი პაციენტი ოცნებობს ისეთ ექიმზე, რომელიც კარგი პროფესიონალია და, ამავე დროს, სისტემატურად ადევნებს თვალს მედიცინის უახლეს მიღწევებს. საერთო შეხედულებით, ამ მოთხოვნებს შეერთებულ შტატებში სამედიცინო ფაკულტეტების კურსდამთავრებულთა დიდი უმრავლესობა აკმაყოფილებს. მაგრამ, ცოდნა-განათლების გარდა, ექიმისთვის შინაგანი კულტურა, პაციენტისადმი კეთილმოსურნე დამოკიდებულება და ფსიქოლოგიური ალღოა აუცილებელი.

ზოგიერთი გამოჩენილი მედიკოსი ავადმყოფთან ისე ქედმაღლურად იქცევა, რომ პაციენტი თავს დაუცველად გრძნობს. ასეთ ექიმს იგი გულს ვერ გადაუშლის და მის რჩევა-დარიგებებს ბოლომდე ვერ გაითავისებს. პაციენტი ექიმთან თავს ისევე ლალად უნდა გრძნობდეს, როგორც უახლოეს მეგობართან.

აი რამდენიმე ნიშანი, რომლის მიხედვითაც პაციენტს შეუძლია წინასწარ განჭვრიტოს, სასიამოვნო იქნება თუ არა ექიმთან მისი ურთიერთობა:

✓ თუ ექიმმა ხელი ჩამოგართვათ, ეს პირველი დადებითი ნიშანია – ასეთი ექიმი თქვენ პატივს გცემთ და მზადაა დაგეხმაროთ. მაგრამ, თუკი ხელი არ ჩამოგართვათ, ეს ჯერ კიდევ არ ნიშნავს, რომ იგი ცუდი ექიმი და მას არ უნდა დაუჯეროთ. თუმცა, ამგვარი შეხვედრით მის „ანეკდაში“ მანც ერთი პატარა მინუსი ჩნდება.

✓ პუნქტუალობა ზოგადად ძალიან მნიშვნელოვანი დადებითი თვისებაა და იმაზე მიუთითებს, რომ ადამიანი თქვენ პატივს გცემთ. ეს კი აუცილებელია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობაში. თუკი ექიმი ხშირად აგვიანებს და გაცდევინებთ, ეს ნიშნავს, რომ იგი არასაკმარისად ორგანიზებული ან ზედმეტადაა დატვირთული ან, უბრალოდ უპატივცემულოდ, ქედმაღლურად გექცევათ. მძიმე და გადაუდებელი შემთხვევების გამო ექიმმა ერთი-ორჯერ შეიძლება დაგვიანოს (და აუცილებლად

ბოდიში უნდა მოიხადოს), მაგრამ სისტემატური დავიანება ობიექტური მიზეზებით ვერ აიხსნება.

✓ გირჩევთ ყურადღებით დააკვირდეთ იმას, თუ როგორ უჭირავს ექიმს თავი. ექიმი თავდაჯერებულად უნდა გამოიყურებოდეს და ოპტიმიზს ასხივებდეს. სამასობდე წლის წინ ჯონათან სვიფტი (Jonathan Swift, 1667-1745, ირლანდიელი მწერალი და საზოგადო მოღვაწე, „გულივერის მოგზაურობანის“ ავტორი - ვ.ლ.) წერდა: „ყველაზე კარგი ექიმები არიან დოქტორი დიეტა, დოქტორი სიმშვიდე და დოქტორი მხიარულება“. ექიმმა უმძიმეს ავადმყოფსაც შეიძლება იმედი ჩაუსახოს და შეუმსუბუქოს მდგომარეობა. თანაგრძნობა, სულიერი სითბო და იმედი მძიმე ავადმყოფისთვის დიდი ნუგეშია.

✓ დააკვირდით, როგორ გისმენთ ექიმი. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ექიმთა უმრავლესობა პაციენტს საშუალოდ ყოველ 10-15 წამში აწყვეტინებენ საუბარს. ეს ნიშნავს, რომ ექიმი მოუთმენელია, ჩქარობს და ნაკლებად აინტერესებს პაციენტის პრობლემები. თუკი ექიმი, ძირითადად, დასაწყისში და თქვენი საუბრის ბოლოს გაძღვეთ შეკითხვებს, ეს ნიშნავს, რომ იგი მზადაა ჩასწვდეს თქვენს პრობლემებს.

✓ ნდობას უნდა მისახურებდეს ექიმი, რომელიც გარდა თქვენი ძირითადი ჩივილებისა, დაინტერესდება თქვენი ოჯახური და სამსახურეობრივი მდგომარეობით, ახლობლების ჯანმრთელობით. რაც არ უნდა დაკავებული იყოს, ექიმი ვალდებულია ავადმყოფს ისე მოექცეს, თითქოს იგი მისი ყველაზე მნიშვნელოვანი პაციენტიცაა.

✓ უფრთხილდით ექიმს, რომელიც ცდილობს პაციენტის პაციენტის და ეუბნება: „რას უცდიდით აქამდე? უფრო ადრე რომ მოგეფარათ...“ და ა.შ. ეს ნიშნავს, რომ მას გულისხმიერება აკლია, იგი თავს იზღვევს და ემზადება, რომ მკურნალობის ნარუმატებლობა თქვენ ვადმოგაბრალდოთ.

ექიმს კარგად უნდა ესმოდეს, რომ სიტყვიერი ტრავმა ფიზიკურ ტრავმაზე უარესია. ამიტომ, ექიმი არ უნდა ხმარობდეს პაციენტისთვის უსიამოვნო გამოწვევებებს.

• 90 წლის ქალბატონმა ნ.-მ, რომელიც ოპტიმიზმით და ხალისიანობით გამოირჩეოდა, ერთ დღეს, გინეკოლოგთან ვიზიტის შემდეგ, ღრმა დეპრესიაში მყოფმა მომაკითხა.

- რაიმე სერიოზული აღმოგიჩინეს? - ვკითხე.
- ო, არა, უბრალოდ უსიამოვნო საუბარი მქონდა - დამწუხრებულმა ამოიოხრა მან.

გაირკვა, რომ როდესაც ქალბატონი გინეკოლოგთან შესულა, ექიმს აშკარა გაკვირვებით უკითხავს: „თქვენ ჩემთან ხართ მოსული?“ ქალბატონს უპასუხნია: „რა, ვანა არ შეიძლება, რომ თქვენი პროფილით მქონდეს პრობლემა?“. ამაზე ექიმს ექიდნური ლიმილით უთქვამს: „მე მგონი, თქვენი ასაკის გათვალისწინებით, სულ სხვა ექიმი შეგეფერებათ...“(!).

✓ როდესაც ექიმი პაციენტს სთხოვს გაიხადოს, ეს ნიშნავს, რომ მას სურს იგი საგულდაგულოდ გასინჯოს. გახსოვდეთ, რომ გამოცდილი და ყურადღებიანი ექიმი პაციენტს თავიდან ფრჩხილებამდე გასინჯავს.

✓ კიდევ ერთი ძალიან მნიშვნელოვანი თვისება გააჩნია კარგ ექიმს - იგი არ ერიდება საკუთარი შეცდომების აღიარებას. პაციენტებს უნდა ესმოდეთ, რომ ექიმობა ყველაზე რთული პროფესიაა და შეუცდომელი ექიმი არ არსებობს. ყველა დიდ, გამოჩენილ ექიმს ახასიათებდა საკუთარი შეცდომების აღიარება და მისი საჯაროდ (სამედიცინო საზოგადოების წინაშე) განხილვა. თუკი ექიმი გულახდილად აგისხნით დაშვებული შეცდომის მიზეზებს და მკურნალობის ახალ გეგმას შემოგთავაზებთ, მიენდეთ მას.

შეცდომებს სწორედ ის იმეორებს, ვინც ამას არ აღიარებს.

✓ უთუოდ უარყოფით შთაბეჭდილებას ტოვებს ექიმი, რომელიც პაციენტს ვინრო სპეციალისტებთან ხშირად აგზავნის. დიდი ხნის წინ უდიდესი რუსი მწერალი ფიოდორ დოსტოევსკი (1821-1881) რომანში „ძმები კარამაზოვები“ წერდა: „ეს რა მანერა აქვთ ჩვენს ექიმებს – გაუთავებლად გვაგზავნიან სპეციალისტებთან; დაავადებას ჩვენ ამოვიცნობთ, მკურნალობა კი სპეციალისტის საქმეაო. აფსუს, სადღაა ძველი ექიმი, რომელიც ნებისმიერი დაავადების დროს მკურნალობდა. ახლა სულ უფრო მეტად სპეციალისტები არიან და ყველანი ყურნალ-გაზეთებში იბეჭდებიან“. ახლა ეს პრობლემა გაცილებით უფრო აქტუალურია. ამიტომ, მეტი ნდობა გამოუცხადეთ იმ ექიმს, რომელიც პაციენტს საკონსულტაციოდ იშვიათად, მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში აგზავნის.

ცხადია, რომ გინეკოლოგიური, თვალის, ორთოპედიული და უროლოგიური დაავადებები შესაბამისი სპეციალისტების კონსულტაციას და დაკვირვებას მოითხოვს. დამინც, ბუნებრივად უნდა ჩაითვალოს პაციენტის ლტოლვა იმ ექიმისკენ, რომელიც მას უამრავი გამოკვლევებით და კონსულტაციებით არ გაანვალებს.

ექიმის სიბრძნე სწორედ იმაშია, რომ მან დაავადების საშიშროება არც უნდა დააკნინოს და არც გააზვიადოს.

უმთავრესი კი ის არის, რომ ექიმის ყოველი ქმედება ადამიანის კეთილდღეობას უნდა ემსახურებოდეს და ამას იგი უდიდეს პრივილეგიად უნდა თვლიდეს, რომელიც მას ბედმა არგუნა!



ბერნარდ ლაუნი

გამოჩენილი კარდიოლოგი, მოძრაობის "ექიმები მშვიდობისათვის" თანადამფუძნებელი და ნობელის პრემიის ლაურეატი.

დაიბადა 1921 წელს ლიტვის ქალაქ უტენაში. 1933 წლიდან ცხოვრობს ამერიკის შეერთებულ შტატებში.

1945 წელს ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტის მედიცინის მაგისტრის ნოდება მიენიჭა.

ამჟამად ლაუნი ბრუკლინის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ცენტრის დირექტორი და ჰარვარდის კარდიოლოგიური ცენტრის საპატიო პროფესორია. მან დიდი წვლილი შეიტანა საგულე გლიკოზიდების, კალიუმის პრეპარატების და შარდმდენი საშუალებების კლინიკური ფარმაკოლოგიის საკითხების შესწავლაში. ლაუნის ინიციატივით და აქტიური პროპაგანდით მოხერხდა მიოკარდიუმის ინფარქტით დაავადებულთა რეჟიმის ლიბერალიზაცია, რამაც მთელს მსოფლიოში მნიშვნელოვნად შეამცირა ინფარქტის შემდგომი გართულებები. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ჰქონდა მის მიერ მუდმივი დენით კარდიოვერსიის (ელექტროდფიბრილაციის) მეთოდის დანერგვას. ლაუნის ნოვაციებმა მილიონობით ადამიანს შეუნარჩუნა სიცოცხლე და გაუუმჯობესა ცხოვრების ხარისხი.

რამდენიმე წიგნის და ასეულობით სამეცნიერო ნაშრომის ავტორმა თავისი მრავალწლიანი საექიმო გამოცდილება შეაჯამა წიგნში "The Lost Art of Healing", რომელიც თარგმნილია ქართულ ენაზე და ყველაზე ცნობილ სამედიცინო ჟურნალურად ითვლება.

