

## “ახალი სიკვდილი” და “ახალი სიცოცხლე”

ზ. ხელაძე, ზვ. ხელაძე

(კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი, თბილისი, საქართველო)

“The New Death” and “The New Life”

Z. Kheladze, Zv. Kheladze (Critical Care Medicine Institute, Tbilisi, Georgia)

“ახალი სიკვდილი” და “ახალი სიცოცხლე” მეოცე საუკუნეში წარმოადგინა კაცობრიობის სამსჯელოზე. მანამდე ადამიანთა მოდგმა სიკვდილის მხოლოდ ერთ ფორმას ცნობდა. ეს “ძველი”, “ტრადიციული” სიკვდილი იყო, რომელიც ყველა სასიცოცხლო ფუნქციის სრულ და შეუქცევად ჩაქრობას გულისხმობდა. ცივილიზაცია ასევე მოიაზრებდა სიცოცხლის ერთ, “ჩვეულებრივ”, “ძველი სიცოცხლის” ფორმად არსებობას, რომელსაც უხშირესად სულის მატერიალურ მდგომარეობაში ყოფნად აღიქვამდა. სიკვდილისა და სიცოცხლის ალტერნატიული ფორმების დაბადება მედიცინის ახალი დარგის - კრიტიკული მედიცინის ჩამოყალიბებას მოჰყვა თან, რომელსაც გასულ საუკუნეში ჰქონდა ადგილი. საქმე ის არის რომ ამ ფორმათა არსებობა შესაძლებელია მკურნალობის და მოვლის იმგვარ სპეციალურ რეჟიმში, რომელის ტექნოლოგიც მანამდე დაუმუშავებული იყო და კრიტიკული მედიცინის სამსახურმა შექმნა. ასე რომ, ამ წუთისუფალ წუთისოფელში, სადაც ყოველთვის ყველაფერი იცვლებოდა სიცოცხლისა და სიკვდილის გარდა, აღარც ეს უკანასკნელნი დარჩნენ მუდმივნი. ამასთან შესაძლოა არსებობდეს ადამიანის სიცოცხლისა და სიკვდილის სხვა ფორმებიც, რომელთა აღმოჩენაც ჯერ ვერ მოხერხდა და შესაბამისად, რომელთა შესახებაც ცოდნა ჯერ არ შექმნილა. ხოლო “ახალი სიკვდილის” ის ფორმა, რომლის შესახებაც ცოდნა უკვე არსებობს, 1959წელს იყო პ. მოლბერტისა და მ. კულონის მიერ აღწერილი “Le coma depasse”-ს სახით და დღეს ის “თავის ტვინის სიკვდილის”, “ტვინის სიკვდილის”, “დეანიმაციის”, “რესპირატორული ტვინის”, “სიცოცხლეზე და სიკვდილზე მალლა მყოფი მდგომარეობის”. “დისოცირებული სიკვდილის”, “გულ-ფილტვის პრეპარატის”, “ზეზღრულბლოვანი კომის”, “ატონიური კომის”, “მწვავე დიენცეფალიის”, “შეუქცევადი კომის” და “ტვინის ტოტალური ინფარქტის” სახელებითაა ცნობილი.

1997წელს მიღებული საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (1) მას განმარტავს, როგორც “სპეციალური საშუალებებით სუნთქვის და სისხლის მიმოქცევის შენარჩუნების ფონზე თავის ტვინისა და ზურვის ტვინის საწყისი სეგმენტების ფუნქციის შეუქცევად შეწყვეტას”, ხოლო 2001 წელს გამოცემული საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება მას საზღვრავს, როგორც “თავის ტვინის ყველა სტრუქტურის (ტვინის ღეროს ჩათვლით) ფუნქციის შეუქცევად შეწყვეტას”. ორივე ეს განმარტება აშშ ადვოკატთა ასოციაციის, აშშ სამედიცინო ასოციაციის, შტატების კანონმდებლობის უნიფიცირების პრობლემებისადმი მიძღვნილი ნაციონალური კონფერენციის და ეთიკური პრობლემების შემსწავლელი საპრეზიდენტო კომისიის იმ განმარტების

იდენტურია, რომლის მიხედვითაც “სიკვდილი კონსტანტირდება“ როგორც სისხლის მიმოქცევის და სუნთქვის ფუნქციის შეუქცევადი შეწყვეტა და თავის ტვინის ყველა სტრუქტურის (ღეროს ჩათვლით) ფუნქციის შეუქცევადი შეწყვეტა.

“ძველი სიკვდილის” კლინიკური ნიშნები გვამის სურათის იდენტურია “ახალი სიკვდილის” კლინიკური ნიშნები ბევრად მსგავსია, მაგრამ ბევრითაც განსხვავდება ამ ნიშნებისგან (ცხრილი №1). “ახალი სიკვდილი” ეს არის სხეული თავის ტვინის გარეშე, რომელსაც დაკარგული აქვს ცნობიერება და შესაბამისად ვერ ხედავს, ვერ ისმენს, ვერ მეტყველებს, არა აქვს ყნოსვის, გემოს, სითბოს, სიცივის შეგრძნება. საკუთარი სუნთქვა ჩამქრალი აქვს და ეს ფუნქცია ფილტვებთან მიერთებული სასუნთქი აპარატების ან სისხლმილებს შორის ჩართული ოქსიგენატორების მეშვეობით ხორციელდება. სისხლის მიმოქცევა ხშირად შენახულია, ზოგჯერ კი სპეციალური წამლებისა და აპარატების მეშვეობით ხერხდება. სხეული შედარებით ელასტიური და გაუხევებელია. თუმცა უმოძრაოა და იშვიათად თუ რეგისტრირდება კუნთების კრთომა ან კანკალი. ამგვარ მკვდრებს კვებავენ კუჭში ჩადგმული ზონდში თხიერი საკვების ჩასხმით ან ვენაში სპეციალური ხსნარების შეყვანით. შარდს უხშირესად თვითონ გამოჰყოფენ შარდის ბუშტში ჩადგმული კათეტერიდან. ნაწლავები იცლება სპონტანურად, თუმცა ზოგჯერ ოყნის ან შესაბამისი წამლების გამოყენებაც ხდება საჭირო. რეფლექსური სფერო, ის რაც თავის ტვინთან ასოცირდება - გამქრალია, მაგრამ ზოგჯერ ის რეფლექსები მაინც რეგისტრირდება რომელთა განხორციელებისთვის ზურგის ტვინიც საკმარისია.

ცხრილი №1

“ძველი” და “ახალი” სიკვდილის ნიშნები.

№	ნიშნები	“ძველი სიკვდილი”	“ახალი სიკვდილი”
1	ცნობიერება	არ არის	არ არის
2	რეფლექსები	არ არის	იშვიათად შესაძლოა იყოს ზურგის ტვინის რეფლექსები
3	სპონტანური სუნთქვა	არ არის	არის ან შენარჩუნებულია სპეციალური საშუალებებით.
4	სისხლის მიმოქცევა	არ არის	არის ან შენარჩუნებულია სპეციალური საშუალებებით.
5	მხედველობა	არ არის	არ არის
6	სმენა	არ არის	არ არის
7	მეტყველება	არ არის	არ არის
8	ყნოსვა, გემოვნება	არ არის	არ არის
9	შეხების, ტკივილის, სითბოს ან სიცივის შეგრძნება	არ არის	არ არის
10	მოძრაობა	არ არის	იშვიათად რეგისტრირდება კუნთების სპონტანური კრთომა ან კანკალი
11	შარდის გამოყოფა	არ არის	კათეტერით
12	კვება	არ არის	ენტერალურად (ზონდით) ან პარენტერალურად (ვენაში საკვები ხსნარების ინფუზიით)
13	ნაწლავების ფუნქცია	არ არის	სპონტანურად ან სპეციალური საშუალებებით
14	გამრავლების ფუნქცია	არ არის	შესაძლოა ორსულობის ფინალური სტადიის ბოლომდე მიყვანა

15	არსებობის პირობა	გვამი	სპეციალური რეჟიმი
16	პერსპექტივა	პირველი 4-6 წუთის განმავლობაში (“კლინიური სიკვდილი”) შესაძლებელია “ახალ სიკვდილში”, აგრეთვე “ახალ” ან “ძველ” სიცოცხლეში გადასვლა	“ძველ სიკვდილში” გადასვლა
17	მიმდინარეობა	გვამის გახრწნა	მდგომარეობა პერიოდულად მიმდებარე და რამდენიმე საათის, დღის ან კვირის განმავლობაში გადადის “ძველ სიკვდილში”

ნაზგასახსმელია რომ “ახალი სიკვდილის” არსებობა მხოლოდ სპეციალურ სამკურნალო რეჟიმშია შესაძლებელი შესაფერისი აპარატურის და წამლების მეშვეობით და ამ ტექნოლოგიური პროცესის შეწყვეტისთანავე ის მაშინვე გადადის “ძველ სიკვდილში”. ამასთან “ახალ სიკვდილში” მკვდრის შენარჩუნება სპეციალური რეჟიმის გამოყენების დროსაც ხანგრძლივად ვერ ხერხდება და რამდენიმე საათის, დღის ან კვირის შემდეგ საბოლოოდ მაინც გადადის “ძველ სიკვდილში”.

სიკვდილი, “ძველიც” და “ახალიც”, ერთმანეთის დარი საშინელებაა. მაგრამ საშინელების ამ ეფექტით თუ ვიმსჯელებთ, “ახალი სიკვდილი” უფრო დიდ ტრაგედიად უნდა იქნეს აღქმული, რადგან “ახალი სიკვდილის” მხოლოდ “ძველ სიკვდილში” ტრანსფორმირებაა შესაძლებელი, ისიც იმ სტადიაში, როცა სიცოცხლის აღდგენის ყოველგვარი ალბათობა უკვე მომკვდარია. მაშინ, როდესაც “ძველი სიკვდილის” საწყის ეტაპზე, რომელიც დროის 4-6 წუთიან მონაკვეთს მოიცავს, კიდევ არსებობს რეანიმაციული საშუალებების (ხელოვნური სუნთქვა, გულის მასაჟი და სხვა) გამოყენების შემწეობით “ძველი” ან “ახალი” სიცოცხლის აღდგენის შესაძლებლობა. პირველი - პიროვნების, მათ შორის ამ პიროვნების თავის ტვინის ფუნქციის მეტ-ნაკლები სრულფასოვნებით აღდგენას გულისხმობს., მეორე - ადამიანის სხეულის აღდგენას თავის ტვინის ქერქის გარეშე. და რახან თავის ტვინის ქერქის უმთავრესი ფუნქცია აზროვნებაა, “ახალი სიცოცხლეც” ცნობიერების მუდმივი მოსპობით და პერმანენტული უგონო მდგომარეობით ხასიათდება.

“ახალ სიცოცხლეში” მყოფნი არ რეაგირებენ სმენით ან მხედველობით გაღიზიანებაზე, თვალები გახელილი აქვთ, მაგრამ მხერას ხშირად ვერ აფიქსირებენ და ეტყობა ვერც ხედავენ. ასევე არ აქვთ ყნოსვის, გემოს, ტკივილის, სიცივის, სითბოს თუ სხვა სახის შეგრძნება. არ ლაპარაკობენ, თუმცა იშვიათად კენესიან, წკაპ-წკაპებენ ან ღმუიან, გარემომცველი სამყაროსგან სრულიად იზორილებულნი არიან და თითქმის დაცლილი აქვთ ემოციები, ცრემლნარევი ტირილის მიმიკა ან ღიმილის მსგავსი გრიმასი თუ გამოესახებათ სახეზე მხოლოდ. “ახალი ცოცხლები” მუდმივად გაუნძრევლად არიან, თავის ან კიდურების ქაოტურ კანკალს და გაღიზიანებისას ეგრეთ წოდებული დეცერებრაციული, დეკორტიკაციული ფორმის მიღებას თუ მოახერხებენ ზოგჯერ. პერიოდულად სძინავთ, თუმცა ძილის და სიფხიზლის მონაცვლეეობა დროში მოუწესრიგებელი აქვთ. დათრგუნული რეფლექსური სფეროს ფონზე თავის ტვინის ქერქეშა განყოფილებების და ზურგის ტვინის რეფლექსები მეტ - ნაკლები სისრულით შენახული რჩებათ. ამგვარი ავადმყოფები სუნთქავენ თავისით, თუმცა ხშირად საჭიროებენ ნახველის

სპეციალური აპარატებით ევაკუაციას. ასევე შენარჩუნებული აქვთ სისხლისმიმოქცევა. ისინი უპრობლემოდ ღეჭავენ, წოვენ და ყლაპავენ, ამიტომ ხშირად მათ კვებავენ ჩვეულებრივ, თუმცა ზოგჯერ სჭირდებათ საკვების კუჭში ზონდით ჩასხმა ან სპეციალური საკვები ხსნარების ვენაში შეყვანა. უმეტესობას ნაწლავების და შარდის ბუშტის ფუნქცია მოწესრიგებული აქვთ. ზოგჯერ კი ნაწლავების დასაცლელად ოენის ან წამლის გამოყენება, ხოლო შარდვის მოსაწესრიგებლად შარდის ბუშტში კათეტერის ჩადგმა სჭირდებათ.

“ახალი სიცოცხლის” კლინიკური სურათი 1940 წელს აღწერა ე.კრეტსჩერმა, “აპალიური კომის” სახელით, რაც მანტიას, ლაბადას ნიშნავს. 1972 წელს კი ბ.ჯენეტმა და ფ.პლუმმა მას “პერსისტირებადი ვეგეტატიური მდგომარეობა” უწოდეს, გამომდინარე იქედან, რომ ამგვარ ავადმყოფებს ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლესი ქცევითი ფუნქციების არარსებობის ფონზე მეტ-ნაკლები სისრულით შენახული აქვთ ამ სისტემის უფრო ნაკლებად დიფერენცირებული ვეგეტატიური ფუნქციები. “აპალიური კომის” და “პერსისტირებადი ვეგეტატიური მდგომარეობის” გარდა “ახალი სიცოცხლე” “სიკვდილზე უარესი სიცოცხლის”, “სოციალური სიკვდილის” “პიროვნების სიკვდილის”, “სიცოცხლე თავის ტვინის ქერქის გარეშე” და სხვა სინონიმებითაც გვხვდება.

ცხრილი №2

“ძველი” და “ახალი” სიცოცხლის ნიშნები

№	ნიშნები	“ძველი სიცოცხლე”	“ახალი სიცოცხლე”
1.	ცნობიერება	არის	არ არის
2.	რეფლექსები	არის	არის, მაგრამ ხშირად გაუკუღმართებულია
3.	სპონტანური სუნთქვა	არის	არის ან ხორციელდება სპეციალური აპარატებით
4.	სისხლის მიმოქცევა	არის	არის
5.	მხედველობა	არის	არ არის
6.	სმენა	არის	არ არის
7.	მეტყველება	არის	არის სპონტანური ღმუილი ან კვნესა
8.	ყნოსვა გემოვნება	არის	არ არის
9.	შეხების, ტკივილის სითბოს ან სიცივის შეგრძნება	არის	არ არის, იშვიათია ემოციების ფალსიფიცირება
10.	მოძრაობა	არის	პერიოდულად არის კუნთების სპონტანური კრთომა, კანკალი ან კრუნჩხვითი განტვირთვები.
11.	შარდის გამოყოფა	არის	არის
12.	კვება	არის	არის
13.	ნაწლავების ფუნქცია	არის	არის
14.	გამრავლების ფუნქცია	არის	შესაძლებელია ორსულობა

15.	არსებობის პირობა	სიცოცხლე შეთავსებადი გარემო	სპეციელური რეჟიმი
16.	პერსპექტივა	გადასვლა “ძველ სიკვდილში” “ახალ სიკვდილში” ან “ახალ სიცოცხლეში”	გადასვლა “ძველ სიკვდილში” “ახალ სიკვდილში” ან “ძველ სიცოცხლეში”
17.	მიმდინარეობა	ასაკობრივი	ტალღისებური, რემისიებისა და გამწვავებების მონაცვლეობის სახით

ამ ავადმყოფების არსებობაც მხოლოდ მოვლის და მკურნალობის სპეციალურ რეჟიმშია შესაძლებელი. ამგვარი პირობებისას კი ეს მდგომარეობა, კლინიკური სურათის ერთგვარი გაუმჯობესება-გაუარესების მონაცვლეობის სახით, შესაძლოა თვეების, წლების, ზოგჯერ კი ათეულობით წლების განმავლობაში გაგრძელდეს და ერთიდან სამ თვეზე მეტი დროით გახანგრძლივებისას უკვე მყარს, ქრონიკულს, პერმანენტულს, პერსისტირებადს და განმეორებადს უწოდებენ, საქართველოს კანონში “ჯამრთელობის დაცვის შესახებ” ეს “მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა „ქრონიკული უგონო მდგომარეობა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სიფხიზლისა და ძილის მონაცვლეობა და, ამავე დროს ქცევითი ან თავის ტვინის აქტიურობისათვის დამახასიათებელი გაცნობიერებული ქმედების, გარემო გაღიზიანებაზე და მოვლენებზე ადექვატური რეაქციის არ არსებობის“-სახითაა განმარტებული.

პროგნოზი ცუდია. “ძველ,” ტრადიციულ სიცოცხლეში გარდაცვალების, უფრო სწორად კი ტრადიციული სიცოცხლის თუნდაც პრიმიტიულ დონეზე გადასვლის ალბათობა ასი ამგვარი ავადმყოფიდან მხოლოდ ოთხს თუ ხუთს აქვს. დანარჩენების ხვედრი კვლავ “ახალ სიცოცხლეში” ყოფნა ან “ძველ სიკვდილში” ტრანსფორმირებაა. ალბათობა “ძველ სიცოცხლეში” გადასვლისა პროგრესულად მცირდება “ახალ სიცოცხლის” სამ თვეზე (არა ტრავმული გენეზისას) ან წელიწადზე (ტრავმული გენეზისას) მეტი დროით გახანგრძლივებისას და უფრო შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუ ეს მდგომარეობა თავის ტვინის ტრავმითაა გამოწვეული.

ამასთან ქალა-ტვინის მიძიმე ტრავმა როგორც “ახალი სიკვდილის”, ისე “ახალი სიცოცხლის” ჩამოყალიბების ყველაზე ხშირი მიზეზია. თუმცა მიზეზები, რომლებიც “ახალი სიკვდილის” ან “ახალი სიცოცხლის” ჩამოყალიბებას განაპირობებენ სხვაც მრავალია. უპირატესად ეს არის ის ფაქტორები (ტრავმა, ინფექცია, სიმსივნე, სისხლჩაქცევა, სისხლით მომარაგებას შეფერხება და სხვა), რომლებიც უშუალოდ თავის ტვინს აზიანებენ. ამას თან მოჰყვება ტვინის შეშუპება და დისლოკაცია, რაც თავის ტვინის მკვებავი სისხლმილების დახშობას, ტვინის ტოტალურ ინფარქტს და “ახალი სიკვდილის” ჩამოყალიბებას იწვევს. ახლა თუ დამაზიანებელი აგენტი უშუალოდ თავის ტვინის ქერქზე მოქმედებს და ნეკროზის ზონაც უპირატესად თავის ტვინის ქერქით შემოისაზღვრება, მაშინ ‘ახალი სიცოცხლის’ ჩამოყალიბებაა მოსალოდნელი. ამასთან, ამ უკანასკნელის დროს მნიშვნელოვანი ცვლილებებია ნანახი აგრეთვე თავის

ტვინის ქერქქვეშა უბნებში, ნათხემში, თალამუსში და ტვინის სხვა სტრუქტურებში. სხვა მიზეზები იმგვარ შემთხვევებს მოიცავენ, როცა დამაზიანებელი აგენტი მთელ ორგანიზმზე მოქმედებს (ტრავმული შოკი, მოწამვლა, სისხლდენა, ჟანგბადის უკმარისობა და ა.შ) ამ შემთხვევაში თავის ტვინი მეორადად ზიანდება ჟანგბადის არასაკმარისი უზრუნველყოფით, სისხლში მოციროკულირე ტოქსინებით ან სხვა ფაქტორებით. შედეგად ჯერ ვითარდება მთლიანად თავის ტვინის, მისი ქერქის ან სხვა უბნების იშემიური, ტოქსიური თუ სხვა სახის ნეკროზული ცვლილებები, რასაც შესაძლოა თავის ტვინის შეშუპების და დისლოკაციური სინდრომის ჩამოყალიბებაც მოჰყვეს. პირველი გზა ყველაზე ხშირია და შემთხვევათა 85%-90% მოიცავს, თავის მხრივ მეორე გზა უფრო ხშირად “ძველი სიკვდილის” მდგომარეობაში მყოფთა რეანიმაციისას იკვალება.

თუმცა ფაქტები წინასწარმეტყველ ელისეის მიერ ახალშობილის, ხოლო ქრისტეს მიერ ლაზარეს გაცოცხლების შესახებ ოდიდგან იყო ცნობილი, ასევე წაკითხული იყო ნორვეგიელ სიგელსრუდის მიერ “ფილადელფიის სამედიცინო გაზეთში” 1901 წელს მიცემული ინფორმაცია, დამხვრჩვალის გაცოცხლების შესახებ, მკვდრის გაცოცხლების პრობლემას კაცობრიობა რეალურად გასული საუკუნის მეორე ნახევარში შეხვდა. ამ შეხვედრათა ანალიზმა კი უჩვენა, რომ სიკვდილის პირველ წუთებში სპეციალური საშუალებების გამოყენებით შესაძლებელია მკვდრის გაცოცხლება და პიროვნების, თავის ტვინის ფუნქციის სრულყოფილი აღდგენა. ადამიანის თავის ტვინი სამყაროს ყველაზე უნიკალური პროდუქტია და უმიზეზოდ არ არის გამოცალკეებული სხეულის იმ დანარჩენი მასისაგან, რომლის 2%-ს ის იწონის და რომლის სისხლის 15% და მასში გახსნილი ჟანგბადის 20% ის მოიხმარს. უშუალოდ თავის ტვინში კი ამგვარი სინატიფით და მომთხოვნელობით ქერქი გამოირჩევა. ამიტომ თავის ტვინი, განსაკუთრებით კი მისი ქერქი, ყველაზე მეტად მგრძნობიარეა პათოლოგიური აგენტის მოქმედებისადმი და ყველაზე ადვილად ზიანდება სისხლნაკლებობის, ჟანგბადის დეფიციტის, ტოქსემიის თუ მსგავსი მდგომარეობების დროს. ამის გამოა, რომ ხშირად “ძველი სიკვდილისას” ადამიანის აღდგენა ხდება არა ტრადიციული სიცოცხლის სახით, არამედ იმგვარი ფორმით, როცა სხეულს შენარჩუნებული აქვს ყველა ფუნქცია გარდა თავის ტვინის ქერქისა (“ახალი სიცოცხლე”) ან როცა სხეულს შენარჩუნებული აქვს ყველა სხვა ფუნქცია გარდა თავის ტვინისა (“ახალი სიკვდილი”).

თავის ტვინის სიკვდილის დიაგნოზის დასმა სპეციალისტებისთვის სირთულეს არ წარმოადგენს. მითუმეტეს, რომ მრავალ ქვეყანაში ამ დიაგნოზის დასმა სხვადასხვა ფორმით სახელმწიფოებრივ დონეზე მიღებული დოკუმენტებითაც არის მოწესრიგებული. საქართველოში ეს არის პერეზიდენტის ბრძანებულება “ადამიანის თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმების” (2) შესახებ, რომელსაც თან ერთვის შესაბამისი ინსტრუქცია. ამ აქტის მიხედვით თავის ტვინის სიკვდილის დიაგნოზის დადგენა ხდება ექიმთა ორი დამოუკიდებელი კომისიის მიერ, რომელთა შემადგენლობაში მკურნალი ექიმის გარდა შედიან სპეციალობაში

არანაკლებ 5 წლის მუშაობის სტაჟის მქონე კრიტიკული მედიცინის ექიმი და ნევროპათოლოგი, მაგრამ არ შეიძლება შევიდნენ ორგანოთა და ქსოვილთა ამოღებასა და განერგვასთან დაკავშირებული სპეციალისტები. პარაკლინიკური გამოკვლევების ჩასატარებლად კი შესაძლოა ჩართული იქნეს შესაბამისი დარგის სპეციალისტებიც. ამასთან გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს ორჯერ 12 საათის ინტერვალში (მოზრდილებში) და სამჯერ 48 საათის ინტერვალში (ბავშვებში). თავის ტვინის სიკვდილის დიაგნოზი უნდა დასმული იქნეს ამ ფენომენისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების (უგონო მდგომარეობა, რეფლექსების არ არსებობა, სპონტანური სუნთქვის არ არსებობა) და პარაკლინიკური გამოკვლევების (იზოელექტრული ხაზი ელექტრო-ენცეფალოგრამაზე ან სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა ტრანსკრანიალური ულტრა-ბგერითი დოპლეროგრაფიისას) მიხედვით. საგულისხმოა რომ მსოფლიოს წამყვან ქვეყნებში (აშშ-სა და სხვა) თავის ტვინის სიკვდილის დიაგნოზის პროცედურის გამარტივების დღეს არსებული ტენდენციის ფონზე “საქართველოს მოდელი” არც რთულია და არც მარტივი და უფრო შეაღებური პოზიციის მატარებელია.

საგულისხმოა ისიც, რომ “ახალი სიკვდილის” დიაგნოზის დასმისას წამოიჭრება საკითხები, რომელთა გადაწყვეტა მთელ რიგ სიძნელებთანაა დაკავშირებული, რადგან მოიცავს ადამიანის საქმიანობის თითქმის მთელ სფეროს. ამ თვალსაზრისით რელიგიური ასპექტებიდან უმთავრესია ამა თუ იმ რელიგიის დამოკიდებულება “ახალი სიკვდილის” ფენომენისადმი. ჯერჯერობით პრობლემა ბუნდოვანია და მხოლოდ რომის კათოლიკური ეკლესიის ყოფილ წინამძღვარს პიუს მეთორმეტეს აქვს ოფიციალურ დონეზე განცხადებული თავის ტვინის სიკვდილის იდენტიურობა ადამიანის სიკვდილთან. ეთიკური სფეროდან უმთავრესია საკითხი იმის შესახებ, რამდენად ჰუმანურია შეწყვეტა თუ გაგრძელება მკურნალობის პროცესისა ამგვარი დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში. ფინანსური საკითხებიდან საყურადღებოა ის, რომ “ახალი სიკვდილის” დიაგნოზდასმულთა შემდგომი მოვლა და სპეციალურ ტექნოლოგიურ რეჟიმში შენახვა საკმაოდ ძვირი ჯდება, მითუმეტეს, რომ ამ მიზნით გაღებული თანხები უმიზნოდ დახარჯული თანხებია. სოციოლოგიური ასპექტები, მსგავსი დილემისა, დგება ავადმყოფის პატრონთა წინაშე გადაწყვეტილების მიღების დროს - შეწყვიტონ თუ გააგრძელონ მკურნალობა. ასეთივე დილემა ჩნდება ექიმთა იმ კოლექტივის წინაშეც, რომელმაც უნდა დასვას დიაგნოზი და რაც მთავარია, პატრონის მოთხოვნის შემთხვევაში შეწყვიტოს ყოველგვარი მკურნალობა. იურიდიული ასპექტები დაკავშირებულია ავადმყოფის იმ სურვილის აღსრულებასთან, რომელიც მას შესაძლებელია გაცხადებული ჰქონდა კარგად ყოფნის დროს და რომელიც შესაძლოა ითვალისწინებდეს იმ მოთხოვნებს, თუ როგორ მოექცნენ მას ამგვარ მდგომარეობაში აღმოჩენის შემთხვევაში. რაც შეეხება სამედიცინო ასპექტებს უმთავრესი დიაგნოზის დასმაა, ხოლო იმ შემთხვევაში, როცა გადაწყვეტილია გარდაცვლილის სხეულიდან ტრანსპლანტაციის მიზნით ორგანოების ან ქსოვილების ამოღება, ამ

ორგანოებში და ქსოვილებში სისხლის მიმოქცევის და ნივთიერებათა ცვლის ადექვატურ დონეზე შენარჩუნებაა.

საგულისხმოა რომ სხვადასხვა ქვეყნებში არსებული კანონმდებლობით გარდაცვლილის სხეულიდან ქსოვილის ან ორგანოს ამოღება შესაძლებელია იმ შემთხვევაში თუ ასეთ აქტზე პიროვნებას კარგად ყოფნისას ჰქონდა გაცხადებული ან იმ შემთხვევაში, როცა ამ აქტზე თანხმობას განაცხადებენ ავადმყოფის პატრონები. ალბათობა იმისა, რომ ეს ორგანოები კრიმინალური ტრანსპლაცაციის სფეროში მოხვდეს თუმცა არებობს, მაგრამ ეს ალბათობა უფრო მეტია შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის არ ქონისას. ასევე დიდ სირთულეებთან არ არის დაკავშირებული “ახალი სიცოცხლის” დიაგნოზის დასმა. ამ შემთხვევაში უმთავრესი კლინიკური ნიშნები და ამ ნიშნების დროში გამოვლინებაა. დამატებითი გამოკვლევები, რომლებიც მოიცავენ თავის ტვინის სტრუქტურის და ელექტრული აქტივობის, მათ შორის სომატო-სენსორული, აკუსტიკურ-დეროვანი, მხედველობითი და კოგნიტური მულტიმოდალური გამოწვეული პოტენციალების რეგისტრირებას, აგრეთვე თავის ტვინის სისხლით მომარაგების, მის მიერ უანგბადის და ნახშირ-წყლების (გლუკოზის) მოხმარების ინტენსივობის განსაზღვრას და სხვა მრავალი პარამეტრის შესწავლას, ძირითადად მომავლის პერსპექტივის განჭვრეტას ემსახურება. თუმცა ეს მომავალი როგორც აღნიშნული იყო იმდენად ცუდია, რომ თხუთმეტ წელზე ხანგრძლივი დროის განმავლობაში “სიკვდილზე უარეს სიცოცხლეში” დარჩენის ალბათობა 15000 ასეთი ავადმყოფიდან მხოლოდ ერთ ან ორ ავადმყოფს აქვს და თანდართული ინფექციური თუ სხვა სახის გართულებების გამო უმრავლესობა ამ დროზე ადრე ტრანსფორმირდება “ძველ სიკვდილში”. ამასთან საგულისხმოა, რომ იმ სპეციალური რეჟიმის შექმნა, რომელიც ამგვარ ავადმყოფებს “ახალი სიცოცხლის” შესანარჩუნებლად სჭირდებათ დიდ ფინანსურ ხარჯებს მოითხოვს და ისიც ხაზგასასმელია, რომ ამგვარი ავადმყოფების რაოდენობა ყოველწლიურად მატულობს. 1991 წელს იაპონიაში 3000-მდე ასეთი ავადმყოფი ირიცხებოდა, 1994 წელს კი აშშ 35000 “ახალ სიცოცხლეში” მყოფი დარეგისტრირდა. ამ დიაგნოზის მქონე ათეულობით ავადმყოფი არის საქართველოშიც და მათ წლების განმავლობაში უკლიან და მკურნალობენ უახლოესი ნათესავები. საქართველოს კანონით “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის შემთხვევაში ავადმყოფის მკურნალობა მიმდინარეობს დაზღვევის პროგრამით განსაზღვრული წესების მიხედვით, მაგრამ იმის გამო, რომ სახელმწიფო პროგრამები ამგვარ ავადმყოფთა მკურნალობის და მოვლის წესებს არ ითვალისწინებენ, ხოლო დაზღვევის არასახელმწიფოებრივი სფერო მოსახლეობის ფართო ფენებისათვის მიუწვდემელია, ამგვარი ავადმყოფების მკურნალობის და მოვლის მთელი სიმძიმე (ფიზიკური, ფინანსური, ფსიქოლოგიური და სხვა) პატრონების ჯოჯოხეთის დარი ხვედრია. ამგვარი ხვედრის და ცუდი პროგნოზული გამოსავლის გამო მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში თანდათან ყალიბდება აზრი “ახალ სიცოცხლეში” მყოფთა სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის შეწყვეტის შესაძლებლობის დაშვების შესახებ. მით უმეტეს



თუ ამგვარი აქტი შეთანხმებულია ავადმყოფის პატრონებთან. 1986 წელს აშშ სამედიცინო ასოციაციის ეთიკურ და იურიდიულ საკითხთა საბჭომ მიიღო რეზოლუცია “სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის შეწყვეტის და გაგრძელების შესახებ”, რომელშიც “ახალი სიცოცხლის” დიაგნოზის ზუსტი არგუმენტაციისას შესაძლებლადაა მიჩნეული მკურნალობის შეწყვეტა. ამერიკელი ნევროლოგები თვლიან რომ ამგვარი დიაგნოზის დასაბუთებას ავადმყოფთა სამთვიანი მონიტორინგი სჭირდება, ბრიტანეთის ნევროლოგთა ასოციაციის ექსპერტები კი დროის ამ მონაკვეთის ერთ წლამდე გაზრდის აუცილებლობაზე მიუთითებენ. საგულისხმოა რომ 1990 წელს აშშ ჩატარებული გამოკითხვის შედეგად ნეიტრალურ რესპოდენტთა 80%-მაც დასაშვებად მიიჩნია ამგვარ ავადმყოფთა მკურნალობის შეწყვეტა. მაგრამ ეს არ არის გამოსავალი, უფრო სწორედ ეს არის გამოსავალი, მაგრამ ყველაზე ცუდი გამოსავალი, უარის თქმა რეალობაზე, თუნდაც ასიდან იმ ოთხი-ხუთი ავადმყოფის გადარჩენაზე და “ძველ”, “ტრადიციულ” სიცოცხლეში მათ დაბრუნებაზე. ამასთან ეს არის უარის თქმა პერსპექტივაზეც - უახლოესზეც და შორეულზეც. უახლესი პერსპექტივა კი “ახალ სიცოცხლეში” მყოფთათვის სპეციალიზირებული სამსახურების ჩამოყალიბებასთან უნდა იყოს დაკავშირებული, სადაც ამგვარი ავადმყოფების მკურნალობის და მოვლის შესაფერისი პირობები იქნება შექმნილი. ეს მათ ახლობლებს ერთგვარად შეუმსუბუქებს ზემოთაღნიშნულ ჯოჯოხეთის დარ ხვედრს. შორეული პერსპექტივა კი სამედიცინო მეცნიერების მიღწევებმა უნდა განსაზღვროს. ამ მხრივ თუ უკვე არსებულ მონაცემებს გავითვალისწინებთ. რეალურ შედეგებს იმუნოლოგიური კვლევებიდან უნდა ველოდეთ. მით უმეტეს, რომ როგორც ამ კვლევებისას აღმოჩნდა, “ახალ სიკვდილში” და “ახალ სიცოცხლეში” ჩადებული უნდა იყოს “ძველი”, “ტრადიციული” სიცოცხლის გახანგრძლივების ის “გასაღები”, რომელის ამოცნობაც მათ გარდა სხვებსაც წაადგება.

## SUMMARY

In the twentieth century the appearance of the new forms of death and life were linked to critical medicine. In 1953 “The new death” was known as “Le coma depasse”. Today it has few names as, “Death of brain”, “Respiratory brain”, “Dissociative death”, “Anatomical coma”, “Irreversible coma”, “Acute diencephalitis”, “Total infraction of brain” and etc. “The new life” in 1940 was described as “appalian coma” and today it is known as “Social death”, “Decortications”, “Persuasive vegetative condition”. Many clinical signs of the “New death” resemble to the clinical signs of the “Old death”, as also the “New life” resembles to the “Old”, but more visible is the difference between them.

To hold the “New death” is impossible even under special treatment and in few days or hours it transforms into the “Old death” anyway.

The existence of the “New life” is possible only under the special care and treatment and these conditions help the “New life” to be prolonged for several months or years. Although only out of 4-5 patients out of 100 being in the “New life” condition can

return to the "old life". Termination of the special care produces transformation of the "New life" into the "Old death".

It is important to fore see that the born of these alternative forms of death and life erase issues that concern other aspects of human activity like religion, moral, law, philosophy, psychology, economics. From this point the new approaches mostly concern to the "New death". Above condition is more or less regulated by the law in different countries.

For Georgia it is 2001 president declaration, which takes a considerable part in it. Georgian model cares medium position of simplifying the situation after brain death diagnosis. Unclear are approaches to the "New life", because of several examples of the "New life "transforming into the "Old life", even after along period of time.

The new opportunities of treatment and care should be considered for such patients and further opportunities and different forms including old traditions should be determined and developed for the life prolonging.

### **ლიტერატურა:**

#### **Reference:**

1. „საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ " „პარლამენტის უწყებანი " 1997წ. 847-48, 126-143 გვ.
2. “ადამიანის თავის ტვინის სიკვდილის შესახებ”. საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წ. 15 მარტის ბრძანებულება 100 “თავის ტვინის სიკვდილი და ორგანოთა ტრანსპლანტაცია” „შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მასალები", თბილისი, 2002წ, 62-83 გვ.