

გულის ჭრილობის ოპერაციული გპურნალობის საკითხისათვის *)

*) მოხსენდა საქ. ექიმთა საზოგადოების ქირურგიულ სექციას 1933. 11 დეკემბერს

კ. ვეფხვაძე¹

¹კლინიკის ასისტენტი, (ჰოსპ. ქირურგ. კლინიკიდან. გამგე: პროფ. გრ. მუხაძე)

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАН СЕРДЦА

Вепхвадзе К. Ф. ¹

Ассистент клиники, (Из Госпитальной Хир. Клиники Тифлисского Гос. Мед. Института. Зав. проф. Г.М. Мухадзе).

ZUR IRAGE DER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG FRISCHER WUNDEN DES HERZENS

К. Вепchwadze¹

¹Asistent der klinik, (Aus der chirurgischen hospitaalklinik des Tifliser Staulichen MEdizinischen Isntitutes leiter Prof. G. M. Muchadze)

Резюме

Автор описывает 6 случаев кардиографий, опрированных в Госпит. Хир. Клинике за 1928-1934 г., из коих 5 сл. оперировано проф. Г. М. Мухадзе, 1 – автором. Все 6 больниых – мужчины в возрасте от 18-57 лет. Причины ранения: с целью самоубийства – 1, вс целью убийств – 5. Во всех случаях раны были проникающие - правого желудочка –3, левого желудочка – 1, правого предсердия – 1, обих желудочков одновременно – 1, огнестрельное ранение – 1, колото-резаных – 5ю Диагноз ранения сердца был поставлен во всех случаях до операции на основании излени тампонада сердца (Herzdruck), острого малокровья и местоположения наружной раны. 5 больних оперировано в первый час после ранения, а один спустя 3 1/2 часа. В 3-х случаях последовало выздоровление, 3 больних погибло – один через 28 часов после операции, двое – на операционном столе. Причины смерти: в однос случае острое малокровье, в ранение перегородки между желудочками с повреждением пучков Hiss'a; в двух случаях – тяжолое повреждение сердечной мышцы и острая анэмия.

Abstraktum

Der Verfasser beschreibet 6 Fälle von kardiographie, die in der chirurgischen hospitaalklinik in den Jabren 1928-1934 operiert wurden, won denen 5 Fälle Prof. Muchadze operierte, einen Fall de verfasser. Alle 6 Kranker waren Männer im Alter von 18-57 Jabren. Die Verwundungen erfolgten in einem Fälle infolge von Selbetmord, in 5 infolge von Mord. In allen Fällen waren durch gebende Wunden: in 3 fallen des rechten Herzventrikels, in je einem Fälle des linken Herzventrikels, der rechten Vorkammer und beider Herzventrikel gleichzeitig; eine Schlusswunde, 5 Stich = u Schnittwunden. Die Diagnose der der Verwundung wurde in allen Fällen vor der Operation auf Grund der Erscheinungen der Herztamponade (Herzdruck), einer akuten Blutarmut und der Topographie der Ausserwunde gestella. 5 Kranke wurden in der ersten Stunde nach der Verwandung operiert, einer nach 3 1/2 Stunden. In 3 fallen erfolgte Genesung, 1 Kranke starb nach 28 stunden, 2 kranko starben auf dem Operationstisch. Todesurasachen: in einem Fälle akute Blutarmut und Verwundung der Scheidewand mit Beschädigung der Hiss-schen Bündel, in 2 Fällen eine schwere Herzmuskelbeschädigung undakute Anämie.

1896 წ. იტალიელმა ქირურგმა ფარინამ (Farina), ნორვეგიელმა კაპპელენმა (Cappelen) და გერმანელმა რენმა (Rhen) გულის ჭრილობის გაკერვა – cardioraphia აწარმოეს ადამიანზე – პირველმა ორმა უარყოფითი, ხოლო მესამემ დადებითი შედეგით.

გულის ქირურგიის განვითარება XIX საუკუნის დამლევიდან იწყება. მთელი რიგი ექსპერიმენტებით ცხოველებზე Block-მა საზღვარ-გარეთ (1882), Филиппов-მა რუსეთში (1885) დაასაბუთეს დაჭრილი გულის გაკერვის შესაძლებლობა.

1896 წ. იტალიელმა ქირურგმა ფარინამ (Farina), ნორვეგიელმა კაპპელენმა (Cappelen) და გერმანელმა რენმა (Rhen) გულის ჭრილობის გაკერვა – cardioraph-

ia აწარმოეს ადამიანზე – პირველმა ორმა უარყოფითი, ხოლო მესამემ დადებითი შედეგით. რუსეთში პირველად ეს ოპერაცია აწარმოვა გერცენმა (Герцен). 1902 წელს ორ ავადმყოფზე უშედეგოდ, ხოლო 1903 წ. შახოვსკოიმ (Шаховской) – დადებითი შედეგით. ამის შემდეგ სხვა დასტაქრების მიერაც წარმატებით იყო ნაწარმოები ეს ოპერაციადა cardioraphia-მთანდათანმოქალაქეობრივი უფლება მოიპოვა. მიუხედავად ამისა cardioraphia, გულის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ თავისებურების და მთელი რიგი ფაქტორების გამო, რომლებიც გულის ჭრილობის მიმდინარეობაზე უარყოფით გავლენას ახდენს, ჯერ კიდევ იშვიათ ოპერაციად ითვლება. დასტაქართა რიცხვი, რომელთაც წილად ხვდათ ამ

ოპერაციის წარმოება, მცირეა და კიდევ უფრო მცირეა იმ დასტაქართა რიცხვი, რომელთაც ეს ოპერაცია რამდენჯერმე გაუკეთებიათ. პროფ. ჯანელიძის მიერ მსოფლიოში 25 წლის განმავლობაში (1895-1921) შეკრებილია კარდიორაფიის 535 შემთხვევა. აქედან 109 ოპერაცია, ე.ი. 1/5 საბჭოთა კავშირის დასტაქრებს ეკუთვნით. 1921-28 წ. პროფ. მუხაძის მიერ საბჭოთა კავშირში დამატებით შეკრებილია კიდევ 34 შემთხვევა. ამ რიცხვში შედის აგრეთვე cardiograph-ები, რომლებიც ნაწარმოები იყო საბჭოთა საქართველოს დასტაქრების მიერ. სულ საქართველოში 1934 წლამდე გაკეთებულია 15 cardiographia, აქედან 6 შემთხვევა დამთავრდა ავადმყოფთა სიკვდილით, 9 – განკურნებით. ჰოსპიტ. ქირურგიულ კლინიკაში 1928-1934 წ. ადგილი ჰქონდა გულის ჭრილობის 6 შემთხვევას.** აქედან 2 შემთხვევა აღწერილი და გამოქვეყნებულია პროფ. მუხაძის მიერ (იხ. „ჯანსაღობის მოამბე“ №1-2, 1928 და „თან. მედ.“ №6-7, 1929). ამიტომ მე მოკლედ მოვიყვან აღნიშნულ 2 ავადმყოფის ისტორიას. ზოგიერთი დამატებებით, ხოლო უფრო დაწვრილებით შევჩერდები 4 უკანასკნელ შემთხვევაში.

აღნიშნული ოპერაციები (cardiographia) ნაწარმოები ა შემდეგი ქირურგების მიერ: ფროლოვი – 3 (1908, 1924, 1931), ვესელოვბოროვი – 1 (1910), პროფ. კახიანი 1 (1923), პროფ. ერისთავი – 2 (1923, 1927), პროფ. მუხაძე – 5 (1928, 1929, 1930, 1834), მაქაცარია – 2 (1928, 1930), ვეფხვაძე – 1 (1933).

შემთხვევა I.

ავ. ს. გ. 23 წ. (ავ. ისტ. №913), უმუშევარი, მიღებულია კლინიკაში II/IV 1928. სალ. 61/2 საათზე. მარცხენა ძუძუს მიდამოში დანით მიყენებული ჭრილობის გამო. დაჭრილია 20 წუთის წინ მისივე ამხანაგის მიერ ჩხუბის დროს. მარცხენა ძუძუს 1/2 სანტ. შიგნით ნაკვეთი ჭრილობა 4 სანტ. სიგრძით. ავ. გონება დაკარგული აქვს, შფოთავს, ფერი მკრთალი, პირისახე და თითები ციანოზური, პულსი სხივის არტერიასზე არ ისინჯება, ბარძაყის არტერიასზე ისინჯება, სუსტი პულსი, არითმიული 120-130 წუთში. სუნთქვა ზერელე, გულის ტონები მოყრუებული, მოისმის მხოლოდ ერთი ტონი. მკაფიოდ გამოხატული გულის ტამპონადის და გარეთა ჭრილობის მდებარეობის მიხედვით დასმულია გულის ჭრილობის დიაგნოზი და ავ. დაჭრიდან 35 წუთის შემდეგ ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია (პროფ. მუხაძე). აღმოჩნდა პერიკარდიუმის ჭრილობა 3 სანტ. სიგრძით, ჰემოკარდიუმი (დაახლოებით 200 კბ. სანტ. ჩალვრილი სისხლი), მარჯვენა პარკუჭის შესული ჭრილობა. გულის ჭრილობაზე დაედო 4 აბრეშუმის კვანძოვანი ნაკერი, პერიკარდიუმსა და წინა მედიასტინუმში ჩადებულია ტამპონები 48 საათით. ოპერაციის შემდგომი ხანა კარგად ჩატარდა, 15/V ავ. გაეწერა განკურნებული. კლინიკიდან გაწერის შემდეგ ავ. რამოდენიმეჯერ იყო დატუსაღებული ჩხუბისა და დებოშის გამო. 1933 წ. ოქტომბერში ავ. იქნა გასინჯული ჯანსაღობის საექიმო საექსპერტო კომისიაში. ავ. უჩივის საერთო სისუსტეს, ქოშინს განსაკუთრებით აღმართზე ასვლის დროს. ობიექტურად: გულის საზღვრები გადიდებულია 1 1/2

თითის დადებით, ტონები მოყრუებული. 4-5 ნეკნთა შუა სივრცეში აღინიშნება კანის ნაწიბური, რომლიდანაც შეიგრძნობა გულის საძგერი.

შემთხვევა II.

ავ. რ. მამ, 20 წლის, ქართველი, მოსწავლე მოყვანილია კლინიკაში 8/11 1929 წ. სალ. 10 საათი და 50 წუთზე. დაჭრილია დანით გულმკერდის მარცხენა არემი მკვლელობის მიზნით. მკერდის ძვლის მარცხნივ 1 1/2 სანტ. დაშორებით მოთავსებულია ნაჩხვლეტ-ნაკვეთი ჭრილობა 3 სანტ. სიგრძით. ჭრილობიდან სისხლდენა არ აღინიშნება. გონება დაკარგული აქვს. პირიდან ღვინის სუნი ამოსდის. პერიფერიულ არტერიებზე პულსი არ ისინჯება. გულის საზღვრები გაფართოებულია ორივე მიმართულებით 1 თითის დადებით, გულის ძგერა არ ისინჯება. აუსკულტაციით მოისმის მხოლოდ ერთი ტონი, ისიც ძალზე მოყრუებული. პირი-სახე და კიდურები ციანოზური. ჭრილობის მიყენებიდან 25 წუთის შემდეგ ქლოროფორმის ნარკოზით პროფ. მუხაძის მიერ გაკეთებული ექნა სასწრაფო ოპერაცია. განაკვეთი Terrier-Reymond-ის მე-3, 4, და 5 ნეკნების დროებითი რეზექციით. მე-4 ნეკნის ხრტილი აღმოჩნდა გადაჭრილი, პლევრა დაზიანებული. პერიკარდიუმის წინა კედელზე ჭრილობა 2 1/2 სანტ. სიგრძით. ჰემოპერკარდიუმი (100 კბ. სანტ. ჩალვრილი სისხლი). აღმოჩნდა მარჯვენა პარკუჭის შესული ჭრილობა 2 სანტ. სიგრძით. გულის ფიქსაციის მიზნით

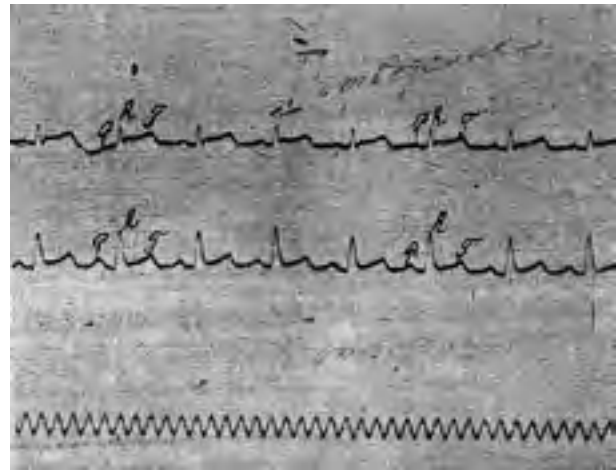


სურათი 1. ავ. კ-ძე ვ. 26 წ., რომელსაც ოპერაცია [cardiographia] გაუკეთდა 1930. 26/V. (პროფ. გ. მუხაძის მიერ). სურათი გადაღებულია 2 თვის შემდეგ.

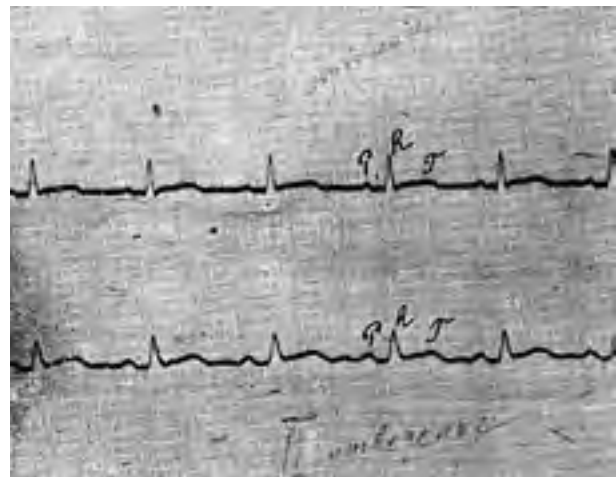
მწვერვალის არეში დადებული იქნა პროგიბორული ნაკერი, რომელმაც გულის კუნთი დააზიანა და ნანემსარ ადგილიდან დაიწყო სისხლდენა, რომლის გასაჩერებლად საჭირო შეიქმნა 4 ზერელე ნაკერის დადება, პარკუჭის ქრილობაზე დადებული იქნა 5 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი. ოპერაციის დამთავრებისას პულსი სხივის არტერიაზე 84 წუთში რითმული. პერიკარდიუმის და კანის ქრილობა გაიკერა ყრუთ. ოპერაციიდან 28 საათის შემდეგ ავ. გარდაიცვალა. გაკვეთაზე აღმოჩნდა: მარჯვენა პარკუჭის შესული ქრილობა მიიმართება მარცხნივ და შედის მარცხენა პარკუჭში. ძგიდის ქრილობის სიგრძე – 0.5 სანტ.

შემთხვევა III.

ავ. კ. ვ. მამაკაცი, ქართველი, მეპურე (ისტ. №1486) (სურათი 1) მოყვანილია სასწრაფოდ 26/V 1930, 9 საათზე და 30 წუთზე, გულმკერდის მარცხენა მხარეზე მკვლელობის მიზნით ხანჯლით მოყენებული ქრილობის გამო. Status praesens: ავ. მალალი ტანის, სწორი აგებულების, საშუალო კვების. სახე მკრთალი, კიდურები ციანოზური, გონებასრულიად დაკარგული აქვს, პირიდან ღვივის სუნი ამოსდის, გულმკერდის მარცხენა მხარეზე მე-5-ს ნევნთა შუა არეში მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან აქვს ირიბი მიმართულების კანის ქრილობა სიგრძით 4 სანტ., საიდანაც მცირე რაოდენობით სდის ვენური სისხლი. პულსი სხივისა და საძილე არტერიაზე არ ისინჯება, მხოლოდ ბარძაყის არტერიაზე ისინჯება ძალზე სუსტი და არითმიული პულსი 150 წუთში, გულის მარცხენა საზღვარი გადიდებულია 2 თითის დადებით. აუსკულტაციით მოისმის მხოლოდ ერთი ტონი ძალზე მოყრუებული. გულის საძვერი არ ისინჯება, სუნთქვა ზერელე 19 წუთში. გულის ქრილობის მიდებარეობისა და მკაფიოდ გამოხატული ტამპონადის მიხედვით დასმული იქნა გულის ქრილობის დიაგნოზი და ქრილობის მიყენებიდან 1/2 საათის შემდეგ გაკეთებული იქნა სასწრაფო ოპერაცია (პროფ. ვ. მუხაძე) ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ. საოპერაციო არე დამუშავებულია Grossich-ის წესით. განაკვეთი Terrier-Reymond-ის მე-5 ნევნის ხრტილოვანი ნაწილი გადაჭრილია მკერდის ძვალთან და გადაწეულია გარეთ. შეტანილი თითით სიღრმეში აღმოჩენილია პერიკარდიუმის ქრილობა სიგრძით 3 სანტ. და მარჯვენა წინაგულის შესული ქრილობა სიგრძით 2 სანტ. პერიკარდიუმის ქრილობის პირები პეანის საშუალებით ამოწეულ იქნა ზევით. პერიკარდიუმის ღრუში ჩაქცეული სისხლი 150 კბ. სანტ. რაოდენობით. გულის ქრილობიდან ძლიერი სისხლის დენა დიასტოლის დროს. სასწრაფოდ დადებული იქნა გულის ქრილობაზე 3 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი. პერიკარდიუმის ღრუ ამოიწმინდა და გამოირეცხა რივანოლის ხსნარით (1:1000). ოპერაციის დამთავრებისას მაჯისცემა გამოსწორდა – 70 წუთში. ძვალ-კუნთოვანი ნაკერი მიკერებული იქნა თავის ადგილას კვანძოვანი ნაკერებით, წინა მედიასტინუმში ჩადებული იქნა ტამპონი. ოპერაციის შემდეგომი ხანა კარგად ჩატარდა. მესამე დღეს ამოღებულია ტამპონი. კანის ქრილობა დაჩირქდა, შეხორცება per secundam intentionem. მაჯა პირველი 10 დღის განმავლობაში 100-110 წუთში. სისხლის წნევა (პაშონით) 120 mm.-



სურათი 2. ავ. კ-ძის ელექტროკარდიოგრამა. გადაღებულია 1930. 29 მაისს. მაჯა 120 წ. რიტმული აგზნების გადასვლა პარკუჭებზე ცოტა აჩქარებულია (PQ=0,09-0,11). პირველ განხრაში T კბილი უშუალოდ იწყება R კბილის დამავალ ტოტის ქვედა მესამედიდან, მე-II განხრაში კი აღწევს იზოპოტენციულურ ხაზს. QRS-ბაზისი ნორმას უახლოვდება. ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, რომ დაბრკოლებულია აგზნების გატარება პარკუჭების კუნთოვან სისტემაში.



სურათი 3. ავ. კ-ძის ელექტროკარდიოგრამა. გადაღებულია 1930. 28 ივნისს. მაჯა 90 წ., რიტმული. PQ=0,1". T კბილი იზოპოტენციულურ ხაზიდან, მაგრამ დასაწყისი ოდნავ რკალოვანი მოყვანილობისაა QRS-ბაზისი ნორმის მაქსიმუმს უდრის. T კბილი პირველ განხრაში მცირედ ისახება. მე-III განხრაში T კბილი თითქმის გაერთიანებულია დიასტოლურ ხაზთან. ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, აგზნების გავრცელების ოდნავი დაბრკოლება პარკუჭთა კუნთოვან სისტემაში. გულის ფუნქციონალური მდგომარეობა უფრო გაუმჯობესებულია.

80 mm. ind. 11 1/2 მე-4-5 დღეს ავ. განუვითარდა Hydropneumo-pericarditis მოვლენები, რაც რენტგენით იქნა დადასტურებული, 29/VI გაეწერა კლინიკიდან განკურნებული. კლინიკაში ყოფნის დროს რამდენჯერმე ექნა გადაღებული ელექტროკარდიოგრამა (ექ. მამალაძის მიერ) (სურათი 2,3).

ავ. კლინიკიდან გაწერამდე და შემდეგ რამდენჯერმე იქნა გასინჯული თერაპევტების მიერ: გულის მხრივ რაიმე თვალსაჩინო ცვლილებას ადგილი არ აქვს ავ. თავს კარგად გრძობს, დაუბრუნდა თავის სამუშაო. 1933 წ. 5/IV ავ. განმეორებით იქნა მიღებული კლინიკაში (ისტ. №1092) შემდეგი მოვლენებით:



სურათი 4. ავ. ლ-ი გ. 57 წ., რომელსაც ოპერაცია – cardiographia გაუკეთდა 1933 წ. 14 მაისს. (კ.ვეფხვაძის მიერ) სურათი გადაღებულია 14/VII. 1933.

ტემპერატურა 37,5-38,0, უჩივის სიარულის და მეტადრე აღმართზე ასვლის დროს ქოშინს. ნაოპერაციევ მიდამოში ნაწიბურის ქვედა ნაწილში აღინიშნება ფლუქტუაცია. ირგვლივ კანი ინფლტრირებული, შეშუპებული და შეწითლებულია. გაუკეთდა Incisio, გამოვიდა ჩირქი წინა მედიასტინუმიდან დიდი რაოდენობით, 7/IV გაშუქებული იქნა რენტგენის სხივებით: გულის საზღვრები გაგანიერებული, მისი მარცხენა კონტური შეხორცების გამო უსწორ მასწოროა, გულის მარჯვენა კონტური არ მოჩანს, პლევრის ღრუში სითხე მცირე რაოდენობით. ავ. თანდათან უკეთ გახდა, ქრილობიდან გამონაჟონი მცირე. 13/V გაეწერა ამბულატორიულ მკურნალობისთვის დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

შემთხვევა IV.

ავ. გ. ა. მამაკაცი, 33 წლის, მოსამსახურე, გერმანელი, მიღებულია კლინიკაში სასწრაფოდ 7/XII 1930 საღამოს 7 საათზე მძიმე მდგომარეობაში (ისტ. №3304). 1/2 საათის წინ თვითმკვლელობის მიზნით რევოლვერით დაუჭრია თავი.

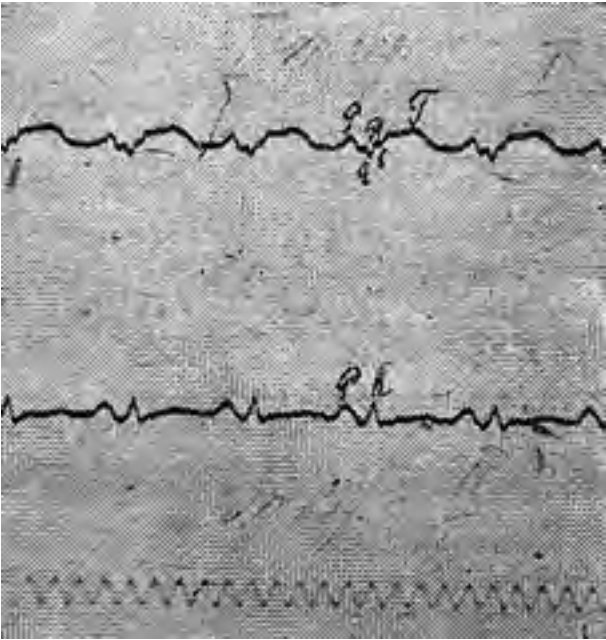
Status praesens: ავ. საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, საშუალო კვების, კანის საფარი და ლორწოვანი გარსები მკრთალი, ტუჩები და თითები ციანოზური, კიდურები გაცივებული. მავა სხივის

არტერიაზე ძაფისებური 60 წუთში., გულის ტონები ძალზე მოყრუებული ხანგამოშვებით არ ისმის, პერკუსიით გულმკერდის მარცხენა მხარეზე სრული მოყრუება. მარცხენა ძუძუს დვრილის შიგნით 2 თითის დადებით მე-5 ნეკნის დონეზე მოთავსებულია შესავალი ხვრელი. ტყვიის გასავალი ხვრელი მდებარეობს ბეჭის ხაზზე მე-7-8 ნეკნთა შუა არეში, ქრილობიდან სისხლდენა მცირე. ავ. ნახევრად უკონო მდგომარეობაში იმყოფება. ქრილობის მდებარეობის და ტამპონადის მკაფიო ნიშნების მიხედვით დასმულია გულის ქრილობის დიაგნოზი. ქრილობის მიღებიდან 45 წუთის შემდეგ ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ ავ. სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია (პროფ. მუხაძე). საოპერაციო ველი მომზადებულია Grossich-ის წესით. განაკვეთი Terrier-Reymond-ის, გადაკვეთილი იქნა მე-4 და 5 ნეკნთა ხრტილოვანი ნაწილი პარასტერნალურ ხაზზე, რის შემდეგ ნეკნები გადაწეული იქნა გარეთ. პლევრა დაზიანებულია და ქრილობიდან ძლიერი სისხლდენა. პერიკარდიუმის წინა და გვერდითი ზედაპირზე 2 ქრილობა, რომელიც მკრატლით იქნა შეერთებული და ამგვარად გახსნილი პერიკარდიუმის ღრუ – ჰემოპერიკარდიუმი – 150კბ. სანტ. აღმოჩნდა მარცხენა პარკუჭის გაგლეჯილი ქრილობა უსწორ მასწორო კიდეებით, ქრილობიდან ვენური სისხლდენა საშუალო სიმძლავრით, სასწრაფოდ დადებული იქნა კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი, მაგრამ კუნთმა ძაფი ვერ დაიმაგრა და ყოველი ნაკერის დადებისას კუნთი იგლიჯებოდა. ქრილობის გაკერვა არ მოხერხდა. გულის მუშაობა შეჩერდა, მიუხედავად მიღებული ზომებისა (გულის მასაჟი Sol adrenalini 1:1000 – 2.0) ავ. მაგიდაზე დარჩა. გაკვეთა ნაწარმოები არ ყოფილა.

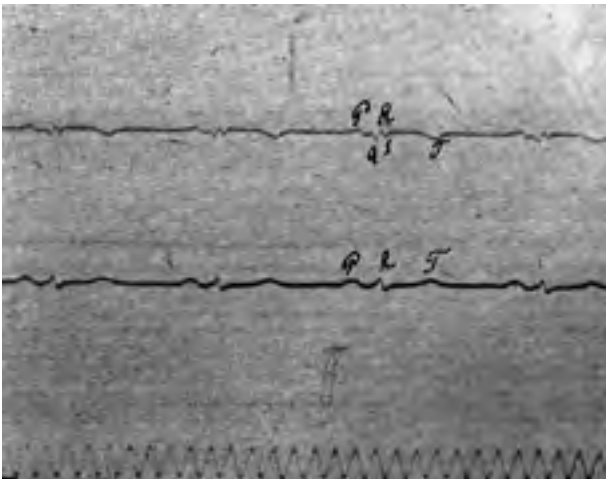
შემთხვევა V.

ავ. ლ. გ. 57 წლის, მამაკაცი, პროფესიით დურგალი, სომენი (ისტ. №1613) (სურათი 4), მოყვანილია სასწრაფოდ დახმარების ავტო მანქანით 14/V 1933 წ. ღამის 11 საათზე გულმკერდის მარცხენა მხარეზე დანით მიყენებული ქრილობის გამო, 2 საათის წინ იგი დაუჭრია ამხანაგს ბეჭუთით.

Status praesens: ავ. საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, კანის საფარი და ლორწოვანი გარსები მკრთალი ანემიური, ტუჩები და კიდურები ციანოზური, გონება დაკარგული, პირიდან ღვინის სუნი ამოსდის, მარცხენა ძუძუს ქვეშ 1 1/2 სანტ. შიგნით მე-4 ნეკნის დონეზე აქვს ირიბი მიმართულების ქრილობა 4 სანტ. სიგრძით. პულსი სხივის არტერიაზე ძაფისებური, არითმიული, ხანგამოშვებით არ ისინჯება, ასეთივე პულსისაძილედაბარძაყისარტერიაზე, სუნთქვა ზერეულე, გულის საზღვრები გადიდებულია, როგორც მარჯვნივ, ისე მარცხნივ 1 1/2 თითის დადებით. აუსკულტაციით გულის ტონებიდან მოისმინება მხოლოდ ერთი ტონი, ისიც ხანგამოშვებით და ძალზე მოყრუებული. მკაფიოდ გამოხატული გულის ტამპონადის და გარეთა ქრილობის მდებარეობის მიხედვით ჩემს მიერ დასმულია გულის ქრილობის დიაგნოზი. ქრილობის მიყენებიდან 3 1/2 საათის, ხოლო კლინიკაში მოყვანიდან 2 საათის შემდეგ ავ. გაუკეთდა ოპერაცია (კ. ვეფხვაძე). დაგვიანებით ოპერაცია გაკეთდა იმიტომ, რომ ავ. მოყვანის დროს

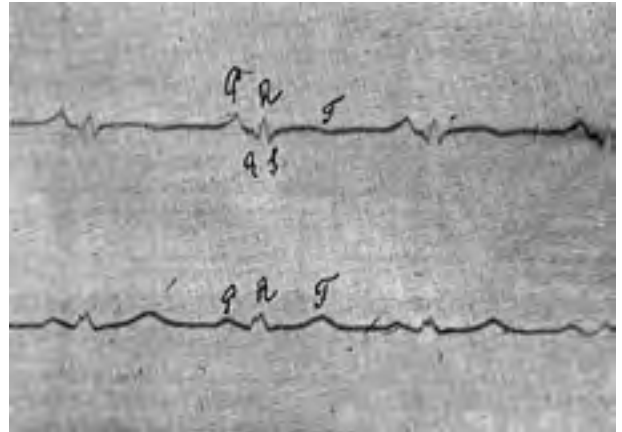


სურათი 1. ავ. ლ-ის ელექტროკარდიოგრამა, გადაღებულია 21/V 1933 წ. ოპერაციიდან მე-8 დღეს. პირველ განხრაში P კბილი შედარებით მაღალი და მახვილია, R კბილი აღნიშნულია მხოლოდ ჩანასახის სახით; T კბილი იწყება R კბილის დამავალი ტოტის დაახლოვებით შუა ადგილიდან, ისე, რომ R კბილის დამავალი ტოტი აქ წყდება, ე.ი. რჩება იზოპოტენციალური ხაზის ზემოდ. T კბილი პოზიტიურია და ძალზე ბლაგვი. QRS-ბაზისი ფართობა=0.1. II განხრაში P კბილი უფრო დიდია და შედარებით ბლაგვი, R უფრო მაღალი და მის ამავე ტოტს ემჩნევა მუდმივი წერტილიანობა. T კბილი თითქმის მთლიანად გაერთიანებულია დისტალურ ხაზთან. მე-III განხრაში R კბილის ტენდენცია გააბობისადმი უფრო მკაფიოდაა გამოხატული. ყველა განხრებში T კბილს ახასიათებს კორონარტიტი - კორონარული სისხლძარღვების თრომბოზი, რის შედეგად ავზნების გატარება პარკუჭთა კუნთოვან სისტემაში ძალზე დაქვეითებულია.



სურათი 1. ავ. ლ-ის ელექტროკარდიოგრამა, გადაღებულია 17 ივნისს 1933 წ. ვოლტაჟი ყველა განხრაში ძლიერ მცირეა. QRS-ბაზისი ისევ ფართოა. T კბილი პირველ განხრაში ნეგატიურია, დანარჩენ განხრებში კი პოზიტიური. II განხრაში R კბილს შერჩა ტენდენცია გააბობისადმი. III განხრაში იგი გააბობილია. T კბილის დასაწყისის თალიანობა ოდნავაა გამოხატული. აქაც დაგვიანებულია გულის კუნთის სისქეში ავზნების გატარება.

საოპერაციო ოთახი და პერსონალი დაკავებული იყო მეორე სასწრაფო ოპერაციაზე. ნარკოზი ეთერის, საოპერაციო ველი მომზადდა ნაკრან-ის წესით



სურათი 1. ავ. ლ-ის ელექტროკარდიოგრამა, გადაღებულია 24/X 1933 წ. ვოლტაჟი აქ უფრო მეტია, ვიდრე წინანდელ მრუდეებში, მაგრამ იგი მაინც მცირეა. QRS-ბაზისი ნორმის მაქსიმუმს უდრის. I განხრაში T კბილი ნეგატიურია და დასაწყისი რკალისებრ შემოდრეკილია ზემოდ. II განხრაში P კბილი ძალზე ბლაგვი და ღრმაა. R-კბილის ამავე ტოტს ემჩნევა მთლიანობის დარღვევა მესამე განხრაში R კბილი თვალსაჩინოდ გააბობილია. ამ ელექტროკარდიოგრამის მიხედვით გაძნელებულია ავზნების გატარება, როგორც წინაგულთა, ისე პარკუჭთა კუნთოვან სისტემაში.

(Brilliant-grun 1%). განაკვეთი Terrier-Reymond-ის პარასტერნალურ ხაზზე გადაიკვეთა მე-4, 5 და 6 ნეკნთა ნრტილოვანი ნაწილი და ძვალკუნთოვანი ნაფლეთი გადაწეული იქნა მარცხნისაკენ. წინა მედიასტინუმი განიცდიდა სისხლოვან იმბიბიციას. შეტანილი თითით მონახული იქნა პერიკარდიუმის წინა კედლის ჭრილობა 2 1/2 სანტ. სიგრძით, საიდანაც სდიოდა ვენური სისხლი. პერიკარდიუმის ჭრილობა გაგანიერებული იქნა მაკრატლით. პერიკარდიუმის ღრუში აღმოჩნდა ჩაღვრილი სისხლი ნაწილობრივ დაკოლტებული 100 კბ. სანტ. რაოდენობით, გულის მარჯვენა პარკუჭის შესული ჭრილობა 1 1/2 სანტ. სიგრძით, საიდანაც შადრევანივით ასხამდა სისხლი 5 სანტ. სიმაღლეზე. გულის ფიქსაცია მოხდა მარცხენა ხელით და პარკუჭის ჭრილობაზე სასწრაფოდ დადებული იქნა 2 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი, რომელიც გატარებულია ეპი და მიოკარდიუმში. მეორე ნაკერი გულის კუნთმა ვერ დაიმაგრა და კვანძის ადგილას კუნთი დაზიანდა, რამაც მოგვცა მცირედი სისხლდენა, რის გამო დამატებით დადებული იქნა კიდევ 3 კვანძოვანი ნაკერი, რის შემდეგ სისხლდენა შეწყდა და გულმა რითმულად დაიწყო მუშაობა. ამავე დროს სხივის არტერიებზე პულსი გამოსწორდა - 90 წუთში რითმული, პერიკარდიუმის ღრუ ამოწმენდილი იქნა ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებულ დოლბანდით, პერიკარდიუმის ღრუსა და წინა მედიასტინუმი ჩადებული იქნა ტამპონები 48 საათით. დანით მიყენებული ჭრილობის პირები განახლებული იქნა, დაზიანებული აღმოჩნდა მარცხენა პლევრა, რომელსაც დაედო 2 კვანძოვანი ნაკერი, კანის ჭრილობაზე 4 ნაკერი და ჩადებული იქნა ტამპონი. ოპერაციის შემდეგ მარცხენა ლავიწზედა ფოსოში და კისრის მიდამოში აღინიშნებოდა კანქვეშა ემფიზემა. ნაოპერაციევი ხანა კარგად ჩატარდა. ტემპერატურა 37.5 - 38.0, მაჯა 90-110 წუთში.

15/V დილით ავ. მაჯა 90 წუთში სუსტი ავსების და დაჭიმულობის სისხლის წნევა რივა-როჩის აპარატით:

max. 80, min – 50 mm, ავ. გადასხმული ექნა I ჯგუფის დონორისაგან ციტრატული სისხლი (ექ. თ. უვანიას მიერ) 300.0 ავადმყოფი აღმოჩნდა III ჯგუფის, მესამე დღეს ამოღებული ექნა ტამპონები, მე-6-7 დღეს მოესხნა ძაფნაკერები, ტამპონების ადგილად ჭრილობა დაჩირქდა და შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით. ავ. სისხლის წნევა ეზომებოდა ყოველ დღეს რივა-როჩის აპარატით, წნევა ქანაობდა 85-95 mm. ფარგლებში, ხოლო გაწერის წინა დღეს იყო 115-75 mm. კლინიკაში ყოფნის დროს ავ. რამდენჯერმე იყო გასინჯული თერაპევტების მიერ (დოც. ყიფშიძე, ასისტ. მამალაძე და ლ. ანჯაფარიძე), რომლებიც აღნიშნავდნენ გულის ტონების მოყრუებას და ჰემოპერიკარდიუმის და ჰემოთორაქსის მოვლენებს.

16/V ავ. გაშუქებული იქნა რენტგენის სხივებით და გადაღებულია ორტოდიագრამა (პრივ. დოც. კვალაიაშვილის მიერ), რამაც გვიჩვენა გულის და აორტის რკალის გაგანიერება და ადჰეზიური პლევრო-პერიკარდიტის მოვლენები (რენტგ. გამოკვ. №2184). კლინიკაში ყოფნის დროს და გაწერის შემდეგაც ავ. რამდენჯერმე ექნა გადაღებული ელექტროკარდიოგრამა (ასისტ. მამალაძის მიერ) (სურათი 5,6,7), პირველმა ორმა კარდიოგრამამ, რომელიც გადაღებული იყო 21/V და 17/VI, გვიჩვენა გულის კუნთის ფუნქციის მკვეთრი დაქვეითება, უკანასკნელი ელექტროკარდიოგრამა გადაღებულია 24/X; იგი გვიჩვენებს, რომ შედარებით წინანდელთან აქ უფრო მეტია ვოლტაჟი. T კბილი პირველ განხრაში უფრო ჩამოყალიბებულია, თუმცა იგი ნეგატიურია, გულის კუნთის ფუნქცია ოდნავ გაუმჯობესებულია.

29/VI ავ. ნაჩვენებია საქართველოს ექიმთა საზ-ების ქირურგიული სექციის სხდომაზე, ხოლო 14/VI გაეწერა კლინიკიდან დამაკამყოფილებელ მდგომარეობაში. გაწერის შემდეგ ავ. დაუბრუნდა თავის ძველ პროფესიას, თუმცა სრული დატვირთვით ვერ მუშაობს. ძალიან ეტანება მაგარ სასმელებს, ხელმოკლეობის გამო ხშირად სვამს დენატურირებულ სპირტს წყალში გაზავებულს, 1934 წ. იანვარში ავ. გადაიტანა გრიპი, თებერვალში ავად იყო სუსუნატი და მკურნალობდა ვენეროლოგიურ ინსტიტუტში, ამავე დროს ავად იყო Scabies-ით და მკურნალობდა ცენტრალურ. კლინიკ. ინსტ-ტის საიზოლაციო განყოფილებაში. ამჟამად ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს, აღნიშნავს ჩქარ დაღლილობას და ქოშინს კიბზე და აღმართზე ასვლის დროს.

შემაჯავებელი VI.

ავ. ვ. რ. მამ. სომეხი, 18 წლის მოსამსახურე (ისტ. №1324) მიღებულია კლინიკაში სასწრაფოდ 8/VI 1934 წ. ღამის 11 საათზე და 45 წუთზე, გულმკერდის არეში დანით მიყენებულ ჭრილობების გამო, როგორც გამოირკვა მკვლელობის მიზნით.

Status praesens: ავ. საშუალო ტანის, სწორი აგებულობის, კანის საფარი ძალზე მკრთალი და ანემიური, პულსი სხივის არტერიიდან არ ისინჯება, ოდნავი პულსაცია ძალზე არიტმიული და შენელებული ისინჯება ბარძაყის არტერიიდან. გულის საზღვრების გამორკვევა არ მოხერხდა. გულის ტონებიდან

მოისმინება ხანგამოშვებით და ძალზე მოყრუებული ერთი ტონი. გულმკერდის არეში მარცხენა მხარეზე მე-3 ნეკნის დონეზე მკერდის ძვლიდან ერთი თითის დადებით აქვს ჭრილობა 2 სანტ. სიგრძით სწორი კიდეებით. ამგვარივე ჭრილობა მოთავსებულია მე-4-5 ნეკნთა შუა არეში ძუძუს დვრილიდან 3 თითის დაშორებით შიგნით და ოდნავ ქვემოთ, ჭრილობის მდებარეობისა და გულის ტამპონადის ნიშნების მიხედვით დასმულია გულის ჭრილობის დიაგნოზი და ავ. მოყვანიდან 15 წუთის შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია (პროფ. გ. მუხაძე) ზოგადი ნარკოზის (Cloroformi 10.0) ქვეშ. საოპერაციო ველი მომზადებულია Grossich-ის წესით. განაკვეთი ნაფლეთოვანი Terrier-Reymond-ით, გადაკვეთილი იქნა მე-3 ნეკნი, რომელიც რბილქსოვილოვან ნაფლეთთან ერთად გადაწეული იქნა გარეთ. გულმკერდის გახსნისას აღმოჩნდა: მარცხენა პლევრის და ფილტვის lingula-ს ჭრილობა, პლევრის ღრუსა და წინა მედიასტინუმში დიდძალი ჩაღვრილი სისხლი, წინა მედიასტინუმიდან სისხლის ნაწილობრივად ამომშრალების შემდეგ გამოჩნდა პერიკარდიუმის წინა კედელი, რომლის ერთ ადგილიდან ნაკადით გადმოდიოდა სისხლი. პერიკარდიუმის გახსნის შემდეგ აღმოჩნდა გულის ორი ჭრილობა, ორივე შესული (1-1.5 სანტ. სიგრძით) – ერთი მარცხენა და მეორე მარჯვენა პარკუჭზე ძლიერი სისხლდენით, რომლის ნაკადის სიმაღლე აღწევდა 8-10 სანტ. გულის ფიქსაციისათვის გულის კუნთში მარცხენა პარკუჭის არეში დადებული იქნა პროვიზორული ნაკერი, რომლის ამოწვევის დროს გულის კუნთი გაიგლიჯა, რის შემდეგ გული ამოწეული იქნა მარცხენა ხელით, რისთვისაც საჭირო გახდა IV ნეკნის რეზექცია. მარჯვენა პარკუჭის ჭრილობაზე დადებული იქნა 3 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი, მარცხენა პარკუჭის ჭრილობაზე – 1 კვანძოვანი ნაკერი. პროვიზორული ნაკერის ადგილას დაზიანებულ კუნთზე დადებული იქნა აგრეთვე ერთი კვანძი. კვანძების დადების შემდეგ სისხლის დენა შეწყდა, მაგრამ განვითარდა ასფექცია და გულმა დაიწყო არარითმულად შეკუმშვა. ნაწარმოები იყო ხელოვნური სუნთქვა, გულის კუნთში შეყვანილი იქნა sol. adrenalini 1:1000-2.0 მაგრამ მიუხედავად ამ ზომებისა ავ. საოპერაციო მაგიდაზე დარჩა.

ბანსჯა

ამგვარად, კლინიკაში გატარებულია 6 ავადმყოფი, ყველანი მამაკაცები, წლოვანებით 18, 20, 23, 60 და 57 წლის. ჭრილობის მიზეზი 5 მკვლელობის და 1 თვითმკვლელობის მიზნით. 5 შემთხვევაში ნახმარი იყო ცივი იარაღი – ბეზუთი და ხანჯალი, ერთ შემთხვევაში ცეცხლმსროლელი იარაღი. ჩვენი კლინიკის მასალაც ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ საოპერაციო შემთხვევებში ნაკვეთ-ნაჩხველეთი ჭრილობების რიცხვი უფრო ხშირია, ვიდრე ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული ჭრილობები, თუმცა სინამდვილეში, როგორც ომიანობის, ისე მშვიდობიანი ცხოვრების პირობებში ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული ჭრილობა სჭარბობს. ამას თვალსაჩინოდ ადასტურებს სასექციო მასალა. ექ. მარკოვინის (Марковин) სამოსამართლო-სასექციო მასალების შედარება ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებულ ჭრილობებსა და ნაჩხველეთ-

ნაკვეთ ქრილობებს შორის უდრის 6:1, ექ. მათიაშვილი კი, რომელმაც დაამუშავა პათოლოგ.-ანატომიური ინსტიტუტის სამოსამართლო-სასექციო მასალა, იძლევა შეფარდებას 2:1. ნაოპერაცივე შემთხვევებში კი ეს შეფარდება ნაკვეთ-ნაჩხვლეტი ქრილობების სასარგებლოდ იცვლება; პროფ. ჯანელიძის მიერ შეკრებილი მასალით ეს შეფარდება უდრის 1:4, პროფ. მუხაძის მიერ შეკრებილი მასალით კი – 1:3,5.

ქრილობების მდებარეობის მიხედვით მარჯვენა პარკუჭის დაზიანება იყო 3 (№1, 2 და 5), მარცხენა პარკუჭის – 1 (№4), მარჯვენა წინაგულის 1 (№3) და ორივე პარკუჭის ერთად 1 (№6). აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ნაოპერაცივე შემთხვევებში პროფ. ჯანელიძის მასალის მიხედვით, მარცხენა პარკუჭის ქრილობა უფრო ხშირია მარჯვენაზე, ხოლო კონსერვატიულად ჩატარებულ შემთხვევებში (ფიშერი) მარჯვენა პარკუჭის დაზიანება სჭარბობს. ამას პროფ. ჯანელიძე ხსნის იმ გარემოებით, რომ ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებულ ქრილობების უმრავლესობა მოდის თვითმკვლელებზე და უკანასკნელებს კი რევოლვერი უჭირავს მარჯვენა ხელში, ხოლო ლულა მიმართული აქვთ მარცხნისაკენ, ე.ი. მარცხენა პარკუჭისაკენ. პროფ. ჯანელიძის მასალიდან ჩვენ ვხედავთ, რომ მარცხენა პარკუჭი უფრო ხშირად ზიანდება ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული ქრილობების დროს, რაც შემდეგი ცხრილიდან ჩანს: 1)

გულის ქრილობების მდებარეობა	ნაკვეთ-ნაჩხვლეტი ქრილობის დროს	ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული ქრილობის დროს
მარცხენა პარკუჭი	167 (52.2 %)	68 (69.4 %)
მარჯვენა პარკუჭი	153 (47.9 %)	30 (30.6 %)
	320	98

¹⁾ ცხრილი ამოღებულია პროფ. ჯანელიძის მონოგრაფიიდან: *Раны сердца и их хирургическое лечение. Ленинград. 1927*

გულისა და მეზობელი ორგანოების ტოპოგრაფიული ურთიერთობის გამო, გულის განცალკევებული ქრილობა მხოლოდ 12%-ში გვხვდება. ჩვენი კლინიკის მასალით 3 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა გულის იზოლირებულ ქრილობას (№1, 2 და 3), დანარჩენ 3 შემთხვევაში გარდა გულისა დაჭრილი აღმოჩნდა პლევრა (№4 და 5), პლევრა და ფილტვი (№6). რაც შეეხება გულის ქრილობების რაოდენობას, უმეტეს შემთხვევებში ადგილი აქვს ერთეულ ქრილობებს. ჯანელიძის მასალით 402 ნაჩხვლეტ-ნაკვეთ ქრილობიდან ერთეული ქრილობა იყო ნახული 368 შემთხვევაში (91.5%), ხოლო ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული 133 შემთხვევიდან – ერთეული ქრილობები იყო 95 (71.4%). ამ მხრივ საინტერესოა ჩვენი კლინიკის მე-6 შემთხვევა, სადაც დაჭრილი აღმოჩნდა, როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა პარკუჭი და ორივე ქრილობა იყო შესული. ყველაზე მძიმე გართულებას პარკუჭთა შუა ძვლის დაზიანება წარმოადგენს, რასაც ადგილი ჰქონდა პროფ. მუხაძის ერთ შემთხვევაში (№2), სასექციო მასალის მიხედვით პარკუჭთა შუა ძვლის დაზიანება აღნიშნულია 2.4%-ში.

გულის ქრილობის სიღრმის მიხედვით არჩევენ ზერეულ, შესულს და განმგმირავ ქრილობებს, ქრილობის სიღრმის გამოსარკვევად უმთავრესად სარგებლობენ სისხლდენის სიძლიერითა და ხასიათით. შესული ქრილობის ერთ-ერთ დამარწმუნებელ ნიშნად პროფ. ჯანელიძე სთვლის ქრილობიდან სისხლის ნაკადით დენას, რომლის სიმაღლე 2-10 სანტ. და მეტს აღწევს.

ქრილობის სიღრმის გამორკვევის მიზნით ზონდით გასინჯვა, ცხადია დაუშვებლად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით ყველა 6 შემთხვევაში ქრილობები იყო შესული; სისხლის ნაკადის სიმაღლე უდრიდა 5-10 სანტ.

პროფ. ჯანელიძის მიერ შეკრებილ მასალაში გარეთა ქრილობა მდებარეობდა გულმკერდის მარცხენა მხარეზე 92.8%, მარჯვენა მხარეზე – 6.1%, შუა ხაზზე – 1%. ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევებში გარეთა ქრილობა მოთავსებული იყო გულმკერდის მარცხენა მხარეზე ძუძუს დვრილსა და მკერდის ძვალს შორის გულის პროექციის არეში.

მთავარი საკითხი, რომელსაც ოპერაციის წარმატებით ჩატარებისათვის უაღრესი მნიშვნელობა აქვს, არის გულის ქრილობის დროული გამოცნობა, სამწუხაროდ, დიაგნოზის დასმა ზოგჯერ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, რადგან გულის ქრილობის მუდმივი და აბსოლუტურად საიმედო ნიშნები არ არსებობს. უმეტეს შემთხვევაში გულის ქრილობის დიაგნოზის დასმა იჭვის მიტანის სახით ხდება. პროფ. ჯანელიძის მასალით ოპერაციამდე დიაგნოზი დასმულია მხოლოდ 45.3%-ში, იჭვი იყო მიტანილი 15.3% და არ ყოფილა დასმული – 39.2%, დაახლოებით ასეთივე ციფრებს იძლევა გესსე (Гессе). ჩვენი კლინიკის გამოცდილებამ დაგვანახა, რომ გულის ქრილობის მრავალ სიმპტომებიდან, რომელიც ლიტერატურაში გვხვდება, ყველაზე საიმედო და ყურადღების ღირსია შემდეგი ტრიადა:

1) გულის ტამპონადა (Heerzdruck – გერმანელი ავტორებით), 2) მწვავე სისხლნაკლებობის ნიშნები და 3) გარეთა ქრილობის მდებარეობა. ბორჩარდტის (Borchardt) და სხვა ავტორების მიერ აღნიშნული არანორმალური შუილი და აგრეთვე წისქვილის ბორბლის ხმაურობა (Morel-Lavalle-ს ნიშანი) ჩვენს კლინიკაში გატარებულ ავადმყოფებზე არც ერთჯერ არ მოგვისმენია და ამიტომ ჩვენ სავსებით ვიზიარებთ იმ ავტორების (Constantini, Reymer, ჯანელიძე და სხვა) აზრს, რომლებიც აღნიშნულ ნიშანს რაიმე დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ აკუთვნებენ, რადგანაც ამგვარივე შუილი შეიძლება გამოწვეული იქნეს გარდა გულისა, გულმკერდისა და მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაზიანებით.

ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევებში გულის ქრილობის დიაგნოზი დასმული იყო უმთავრესად ტამპონადის და გარეთა ქრილობის მდებარეობის მიხედვით, როგორც ეს ავადმყოფთა ისტორიებშია აღნიშნული. პროფ. ჯანელიძის მასალაში ტამპონადა აღნიშნულია 69%-ში, პროფ. მუხაძის მიერ შეკრებილ მასალაში კი 70%-ში. ტამპონადის მოვლენები კლინიკურად და ექსპერიმენტულად შესწავლილია უმთავრესად გერმანელი ქირურგების Rose, Rhen, Re-

issinger) მიერ, იგი ვითარდება პერიკარდიუმის ღრუში ჩალვრილი სისხლის დაწოლით გულზე, კლინიკურად ტამპონადა გამოიხატება შემდეგ მოვლენებში: გულის ტონების მოყრუება, ზოგჯერ მოისმინება მხოლოდ ერთი ტონი, როგორც ჩვენი კლინიკის 5 შემთხვევაში (№1, 2, 3, 5, და 6), პულსი სუსტი, არითმული და ხშირად გახშირებული, ჩვენი მასალის მიხედვით პულსი სხვის არტერიზე სრულიად არ ისინჯებოდა, მაგრამ ძლიერ ისინჯებოდა არტერიული პულსი ბარდაყის და საძილე არტერიებზე 4 შემთხვევაში (№1, 2, 3, და 6), 2 დანარჩენ შემთხვევაში ძაფისებური და არითმული პულსი ისინჯებოდა აგრეთვე სხვის არტერიზე (№2 და 5). პულსის გახშირებას ადგილი ქონდა 5 შემთხვევაში (№1, 2, 3, 5, და 6), შენელებას – ერთში (№4). ფრიად დამახასიათებელ ნიშნად უნდა ჩათვალოს მწვავე სისხლნაკლებობის მოვლენები – კანის საფარის მკვეთრი სიმკრთაღე და სახის და თითების ბოლოების ერთდროული ციანობი, რასაც ადგილი ჰქონდა თითქმის ყველა ჩვენს ავადმყოფებზე.

რაც შეეხება გარეთა ქრილობის მდებარეობას, სხვა კლინიკურ ნიშნებთან ერთად გულის ქრილობის დიაგნოზის დასმაში იგი ერთგვარ სამსახურს გვიწევს, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში მან შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც გარეთა ქრილობის მდებარეობა და ავადმყოფის მძიმე ზოგადი მდგომარეობა გულის ქრილობის არსებობას ეჭვს გარეშე სტოვებდა, მაგრამ ოპერაციის დროს გული დაჭრილი არ აღმოჩნდა (Tuffier-ის შემთხვევა) და პირიქით, ქრილობა დაშორებული ყოფილა გულიდან და ქირურგს არც კი უფიქრია გულის ქრილობაზე, მაგრამ გულის დაზიანებას ჰქონია ადგილი (Guinard-ის და სხვა შემთხვევები). შეცდომით გულის ქრილობის დიაგნოზი დასმული იყო ჩვენი კლინიკის ერთ შემთხვევაში 1931 წელს.

ავ. ლ. გ. (ავ. ისტ. №630) 24 წლ. მეეტლე მოყვანილი იყო კლინიკაში 8/III 1931 სალ. 8 საათზე და 30 წუთზე გულმკერდის მარცხენა მხარეზე დანით მიყენებული ქრილობის გამო. ობიექტურად: ავ. მძიმე მდგომარეობაშია, კანის საფარი მკრთალი, მაჯა ძალზე სუსტი – 84 წუთში, გულის ტონები არ ისმის. გულმკერდის მარცხენა მხარეზე მე-2-3 ნეკნთა შუა სივრცეში მამილარულ ხაზზე აღინიშნება ღრმა ქრილობა ირიბი მიმართულების სიგრძით 10 სანტ. მიტანილი იყო იჭვი გულის ქრილობაზე და ავ. გაუკეთდა სასწრაფოდ ოპერაცია (პროფ. მუხაძე). აღმოჩნდა მარცხენა ფილტვის ქრილობა 3-4 სანტ. სიგრძით, რომელზედაც დაედო 3 კვანძოვანი ნაკერი. გული და პერიკარდიუმი კი დაზიანებული არ ყოფილა.

სხვა დამხმარე ობიექტურ ნიშნებიდან უნდა აღინიშნოს გულის საზღვრების გადიდება, რასაც პროფ. ჯანელიძე და სხვა დასტაქრებიც ერთგვარ მნიშვნელობას აკუთვნებენ, თუმცა მოყრუების საზღვრების ზუსტად გამორკვევა ყოველთვის არ ხერხდება; ამას ხელს უშლის ერთის მხრივ ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა და მეორის მხრივ პლევრის და ფილტვის დაზიანებით გამოწვეული სხვადასხვა მოვლენები: კანქვეშა ემფიზემა, პნევმო და ჰემოთორაქსი, ჩვენი მასალით გულის მოყრუების საზღვრების გადიდება აღინიშნულია

4 შემთხვევაში (№2, 3, 4 და 5).

სუბიექტურ მოვლენებიდან აღინიშნავენ, როგორც გულის ქრილობისათვის დამახასიათებელ ნიშანს, სიმძიმის და ტკივილის გრძობას გულის მიდამოში, სიკვდილის შიშს, სუნთქვის შეზღუდვას და სხ. აღნიშნული ნიშნები ყოველთვის არ არის გამოხატული, რადგან უმეტეს შემთხვევაში დაჭრილები ან უკონო მდგომარეობაში, ან კიდევ ალკოჰოლის გავლენის ქვეშ იმყოფებიან, როგორც ამას ადგილი ჰქონდა ჩვენს 4 შემთხვევაში.

ჩვენ აღარ შევჩერდებით სხვა მრავალ ობიექტურ და სუბიექტურ ნიშნებზე, რომელთაც დამხმარე მნიშვნელობა აქვთ, მხოლოდ უნდა ვალიართ, რომ გულის ქრილობის გამოცნობაში გამოცდილი ქირურგიც შეცდომისაგან დაზღვეული არ შეიძლება იყოს, რადგანაც როგორც პროფ. ჯანელიძე აღნიშნავს გულის ქრილობის დიაგნოზის დასმა და თვით ოპერაცია ჩვეულებრივად სწარმოებს ნაჩქარევად და ქირურგი მოკლებულია საშუალებას დაწვრილებით შესისწავლოს ავადმყოფი და წინასწარ გაითვალისწინოს ოპერაციული ჩარევის გეგმა.

ამითვე აიხსნება გულის გაშიშვლების ოპერაციის მრავალი მეთოდი, რომელსაც ლიტერატურაში ვხვდებით. ჩვენს მიერ აღწერილ პირველ შემთხვევაში, როდესაც ეს ოპერაცია პირველად კეთდებოდა კლინიკაში, ნახმარია ქრილობის პროგრესიული გაგანიერება მე-4 და 5 ნეკნთა ხრტილოვანი ნაწილის რეზექციით. დანარჩენ 5 შემთხვევაში კი ნაფლეთოვანი განაკვეთი Terrier-Reymond-ის წესით. რამდენიმე ნეკნის ხრტილის გადაკვეთით და ძვალ-კუნთოვანი ნაფლეთის გარეთ გადაწევით. უკანასკნელ მე-6 შემთხვევაში იგივე განაკვეთი ერთი ნეკნის რეზექციით, მაგრამ ეს საკმარისი არ აღმოჩნდა და საჭირო შეიქმნა დამატებით კიდევ ერთი ნეკნის რეზექცია. საერთოდ კი ნაფლეთოვანი განაკვეთი, კლინიკას მიაჩნია არჩევით მეთოდად, რადგან იგი ტექნიკურადაც ადვილია და გულზე მანიპულაციებისათვის სავსებით საკმარის გასაქმს იძლევა. ერთ-ერთი სიძნელე, რომელსაც ოპერაციის დროს ვხვდებით, არის გაშიშვლებული გულის ფიქსაცია პირველი ნაკერის დადებამდე. პირველ, მეორე და უკანასკნელ შემთხვევაში გულის ფიქსაციისათვის ნახმარია პროვიზორული ნაკერი გულის კუნთზე, რაც სასურველად და მიზანშეწონილად არ შეიძლება ჩათვალოს, რადგან მეორე და მეექვსე შემთხვევაში დადებულმა ნაკერმა გულის კუნთი დაზიანა და ოპერატორი იძულებული გახდა დამატებითი ნაკერები დაედო დაზიანებულ ადვილას. ამავე მოსაზრებით მიზანშეწონილია აგრეთვე ქრილობის პირებზე პინცეტების და მომჭერ ტორსიონების დადება. პროფ. ჯანელიძე გვიჩვენებს, სადაც ეს შესაძლებელია, გულის ფიქსაცია მოვახდინოთ in situ მარცხენა ხელის თითებით და ამ მდგომარეობაში დავდოთ ნაკერები. გულის ქრილობაზე პირველი ნაკერის დადების შემდეგ ჩვეულებრივ სისხლდენა ჩერდება ან მნიშვნელოვნად მცირდება და დანარჩენი ნაკერების დადება სიძნელეს აღარ წარმოადგენს.

ზოგიერთი ქირურგები მნიშვნელობას აძლევს იმას, თუ რომელ ფაზაში უნდა დავადოთ ნაკერები. ზოგი

გვიჩვენებს ნაკერების დადებას დიასტოლის დროს, ზოგი – სისტოლის დროს. Riche-ი სამართლიანად აღნიშნავს და ჩვენმა პირადმა გამოცდილებამ დაგვარწმუნა იმაში, რომ „დასტაქრისათვის ამ ყველაზე საპასუხისმგებლო მომენტში ძნელია და შეუძლებელიც ამ ფაზების გარჩევა, მით უმეტეს, რომ გულის მუშაობა ამ დროს უმეტეს შემთხვევაში არეულია და დეორგანიზებული“. გარდა ამისა ნაპალკოვის (Напалков) მიერ ექსპერიმენტებით დამტკიცებულია, რომ ყოველ ნემსის ჩხვლეტაზე გულის კუნთი უპასუხებს სისტოლური შეკუმშვით, ისე რომ ძალა-უნებურად ნაკერების დადება სწორედ სისტოლის ფაზაში ხდება.

სადაოდ ითვლება საკითხი პერიკარდიუმის და პლევრის ტუალეტის შესახებ. პროფ. ჯანელიძის მასალის მიხედვით პერიკარდიუმის ყრუთ გაკერვის შემდეგ ოპერაციის შემდგომ გართულებათა რიცხვი ნაკლებია. ყრუთ გაკერვის შემდეგ ჩირქოვანი პერიკარდიტი აღნიშნულია 15%-ში, მაშინ როდესაც ტამპონით და დრენაჟით გატარებულ შემთხვევებიდან 3 ჯერ ნახმარი იყო ტამპონი პერიკარდიუმსა და წინა მედიასტინუმში (№1 და 5), ერთჯერ – (№3), პერიკარდიუმი ყრუთ გაიკერა, ხოლო წინა მედიასტინუმში ჩატოვებული იქნა ტამპონი ერთ შემთხვევაში (№5). ტამპონების ადგილას ქრილობის ზერელე დაჩირქება და მეორადი დაჭიმვით შეხორცება მივიღეთ, ერთში კი (№3) – ღრმა დაჩირქება. სხვა გართულებებიდან აღსანიშნავია სეროზულ-ჰემორაგიული პლევრიტი, რომელსაც ადგილი ჰქონდა 2 შემთხვევაში.

ამრიგად, ჩვენს კლინიკაში გატარებულ 6 შემთხვევიდან განიკურნა 3, ხოლო გარდაიცვალა – 3 ავადმყოფი. სიკვდილის მიზეზი ერთ შემთხვევაში (№2) იყო პარკუჭთა შუა ძვიდის დაზიანება და მწვავე ანემია, ხოლო ორ შემთხვევაში (№4 და 6) მწვავე ანემია და გულის კუნთის მძიმე დაზიანება.

მწვავე სისხლნაკლებობასთან საბრძოლველად ჩვენ მივმართავდით მარლის ფიზიოლოგიური ხსნარის შემხაპუნებას (300-400 კბ. სანტ.), ხოლო მე-5 შემთხვევაში ამის გარდა, ვაწარმოეთ ციტრატული სისხლის (300 კბ. სანტ.) გადასხმა კარგი შედეგით.

კარდიოგრაფიის შედეგებზე მრავალი ფაქტორი ახდენს ზეგავლენას. მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ასაკს, ქრილობის ხასიათს, მეზობელი ორგანოების დაზიანებას, დროს, რომელიც გასულია ქრილობის მიღებიდან ოპერაციამდე, დასტაქრის გამოცდილებას

და სხვა. ჩვენს კლინიკაში გატარებული ყველა ავადმყოფები, გარდა ერთისა (№5), ახალგაზრდები იყვნენ. 5 ავადმყოფს ოპერაცია გაკეთებული ექნათ პირველი საათის განმავლობაში, ხოლო მეხუთე ავადმყოფს დაჭრიდან 3 1/2 საათის შემდეგ.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ რაც დრო გადის და კარდიოგრაფიასთან დაკავშირებული სხვადასხვა საკითხები მუშავდება, ამ ოპერაციების შედეგებიც თანდათან უმჯობესდება. პროფ. ჯანელიძის სტატისტიკით, რომელიც ხუთწლეულებად და დაყოფილი, კარდიოგრაფიის შემოღებიდან პირველ ხუთწლეულში განკურნების პროცენტი 30-ს არ აღემატებოდა, შემდგომ ხუთწლეულში ეს პროცენტი თანდათან იზრდება და 1916-1921 წ. განკურნების პროცენტი 40-მდე აღის. პროფ. მუხაძის მიერ შეკრებილი მასალის მიხედვით 1921-28 წ. საბჭოთა კავშირშიაც აღნიშნულია კარდიოგრაფიის შედეგების გაუმჯობესება – განკურნების პროცენტი უდრის 62.5%-ს.

რაც შეეხება განკურნებით დამთავრებულ ჩვენს 3 შემთხვევის შორეულ შედეგებს, უნდა აღინიშნოს, რომ I ავადმყოფს დაკვირვების ხანგრძლივობა უდრის 5 წელს, II ავ. – 3 წელს, III – ავ. – 1 წელს. თუ მივიღებთ მხედველობაში, ჩვენი ავადმყოფების სუბიექტურ ჩივილს და ობიექტურ მდგომარეობას და მათ დავახარისხებთ პროფ. ჯანელიძის მიერ მოცემული ჯგუფის მიხედვით, I და II შემთხვევა შეიძლება მოვთავსოთ მე-2 ჯგუფში (კარგი შედეგი), უკანასკნელი ჩვენი შემთხვევა – კი მე-3 ჯგუფში (დამაკმაყოფილებელი შედეგი).

დასასრულ ლიტერატურული მონაცემებისა და ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით, ნებას მივცემთ ჩვენს თავს წამოვყენოთ შემდეგი დებულებანი:

1. გულის ქრილობის გამოცნობისთვის ყველაზე საიმედო კლინიკურ ნიშნებად უნდა ჩაითვალოს ტამპონადა (Herzdruck), მწვავე სისხლნაკლებობის მოვლენები და გარეთა ქრილობის მდებარეობა.

2. ჩარევის არჩევით მეთოდით, როდესაც გულის ქრილობის დიაგნოზი წინასწარ დასმულია, მიჩნეული უნდა იქნას Terrier-Reymond-ის ნაფლეთოვანი განაკვეთი 2-3 ნეკნის ხრტილოვანი ნაწილის გადაკვეთით და გარეთ გადაწევით.

3. გულის ქრილობის შედეგად განვითარებულ მწვავე სისხლნაკლებობასთან საბრძოლველად ნაჩვენებია ციტრატული სისხლის გადასხმა.

ლიტერატურა

References:

(უმთავრესი წყაროები)

Альферов – «Нов. Хир. Фрх.» №93, 1931 ერისთავი კ. “თანამედროვე მედიცინა” №2, 1929 Исерсон. «Нов. Хир. Арх.», №93 1931. Джанелидзе Ю.Ю. «Раны сердца и их хирургическое лечение». Изд. Ленинигр. Мед. журн. 1927. Козырев. «Вестн. Хир. и Погр. Обл.» №28-29. Линберг и Быковский. «Советская Хирургия» т. III вып. 1-2, 1932. Макацария В. «Нов. Хир. Арх.» №7, 1929. იგივე «Нов. Хир. Арх. №93 1931. Мамиконян «Вестн. Хир. и Погр. Обл.» т. XIV იგივე «Вестн. Хир. и Погр. Обл.» 90-91 1933. იგივე «Нов. Хир. Арх» №3 1934. Мейер Л. А. «Нов. Хир. Арх.» №93, 1931. Мухадзе Г. М. «Вестн. Хир. и Погр. Обл.» кн. 45-46. მუხაძე გრ. “ჯანსაღკომის მოამბე” №2, 3, 4, 1928. იგივე. “თანამედროვე მედიცინა” №6-7, 1929. Покровский «Нов. Хир. Арх.» №93, 1931 Труды XVII Съезда Росийск. хирургов.