

აღ. ბრეზაძე. თ. ბრეზაძე

ქირურგიული
სტემატოლოგიის
საფუძვლები

56.6

616. 31-089

ბ911

სახელმძღვანელო "ქირურგიული სტომატოლოგიის საფუძვლები" დაიწერა 1988-94 წწ. მაგრამ გამოცემა არ მოხერხდა საქართველოში მიმდინარე გასაგები მიზეზების გამო.

ავტორებმა გაითვალისწინეს საქართველოს რუსპულიკაში განათლების სისტემის დღევანდელი მდგომარეობა, საზღვარგარეთის ქვეყნების უმაღლესი სასწავლებლების დადებითი გამოცდილება და წინამდებარე სახელმძღვანელო შეადგინეს უმაღლესი განათლების პროგრამების შესაბამისად.

სახელმძღვანელო გამიზნულია სტომატოლოგიური ფაკულტეტის სტუდენტებისათვის. ის სასარგებლო დახმარებას გაუწევს აგრეთვე ამ დარგში მომუშავე ექიმებს და მომიჯნავე დარგის სპეციალისტებს.

სახელმძღვანელო მოწონებულია და რეკომენდირებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიული სტომატოლოგიის კათედრის მიერ.

შინაარსი

წინასიტყვაობა	9
პირველი ნაწილი პირველი თავი	
ქირურგიული სტომატოლოგიის განვითარება საქართველოში	11
მეორე თავი	
საღეჭი აპარატის ანატომია და ფიზიოლოგია	15
მესამე თავი	
ქირურგიული სტომატოლოგიური სამსახურის ორგანიზაცია და საექიმო შრომითი ექსპერტიზა	35
მეოთხე თავი	
აეადმყოფების გამოკვლევა და საოპერაციოდ მოზადება	40
აეადმყოფისა და საოპერაციო ეელის მოზადება	51
ექიმის მომზადება საოპერაციოდ	53
ქირურგიული იარაღებისა და საოპერაციო მასალის მომზადება	54
ოპერაციის შემდგომ აეადმყოფის მოვლა და კვება	55
მეორე ნაწილი გაუტკივარება	
მეხუთე თავი	
ზოგადი გაუტკივარება	58
ნარკოზის სახეები	62
შესაძლო გართულებები ზოგადი გაუტკივარების დროს	62
მექვსე თავი	
ადგილობრივი გაუტკივარება	62
ადგილობრივი გაუტკივარების სახეები	62
ბაზალური გაუტკივარების სახეები	71
ლოყის წერვის გაუტკივარება	71
ენის წერვის გაუტკივარება	71
უნემსო ინექტორით გაუტკივარება	71
ადგილობრივი ანესთეზიის პოტენცირება	8
ადგილობრივი გაუტკივარების თაყისებურებანი შინაგანი ორგანოების დააკალბის უონშე	8

ალურგიული ანამნეზით ღამიძიშებულ ავადმყოფთა ქირურგიული ლახპარების ორგანიზაცია	83
გართულებანი ადგილობრივი ანესთეზირების დროს	85

მეზვილე თავი

სტომატოლოგიურ ავადმყოფთა რეანიმაცია	91
---	----

მესამე ნაწილი

მეოთხე თავი

ქირურგიული ჩარევა კბილებზე და ალვეოლურ მორჩზე	99
კბილების ამოღების ჩვენება და წინააღმდეგჩვენება	101
კბილების ამოღების ოპერაცია, იარაღები	102
კბილების ამოღების ზოგადი წესები	106
კბილების ამოღების მომენტები	107
კბილების ამოღება ზედა ყბაზე	109
კბილების ამოღება ქვედა ყბაზე	112
კბილის ფესვების ამოღება	114
კბილის ბუდის კრილობის მოვლა	115
გართულებები კბილების ამოღების დროს, ამოღების შემდეგ	116

მეხუთხე თავი

ქირურგიული ოპერაციები ალვეოლურ მორჩზე	121
კბილების ამოჭრასთან დაკავშირებული გართულებები	125

მეოთხე ნაწილი

მეათე თავი

ყბა-სახის არეს ანთებადი დაავადებები	128
პერიოდონტიტი	131
მწვავე პერიოსტიტი	132
ქრონიკული პერიოსტიტი	135
ოღონტოგენური ოსტეომიელიტი	136
მწვავე ოღონტოგენური ოსტეომიელიტის გართულება	148
ქრონიკული ოღონტოგენური ოსტეომიელიტი	150
ქრონიკული ოსტეომიელიტის გართულება	154

მეთერთმეტე თავი

სახისა და პირის დრუს რბილი ქსოვილების ჩირქოვან-ანთებითი დაავადებები	155
ყბა-სახის არეს აბსცესები	156
ყბა-სახის არეს ფლეგმონები	163

ფლეგმონების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები	164
პირის ღრუს ფსკერის ჩირქოვან-ნეკროზული ფლეგმონა	186

მეთორმეტე თავი

სახის კანქვეშა ოღონტოგენური გრანულომა	187
---	-----

მეცამეტე თავი

ყბა-სახის არეს არაოღონტოგენური ანთებადი დაავადებები	190
ფრენკული ;	191
კარბუნკული ;	192
ციმბირის წყლული	194
წითელი ქარი ;	195
ნომა ;	196

მეთოთხმეტე თავი

ყბა-სახის არეს სპეციფიკური ანთებადი პროცესები	198
ტუბერკულოზი	199
აქტინომიკოზი	201
ათაშანგი	206
ალამიანის შეძენილი იმუნოლუფიცირებული სინდრომი (შიდსი)	208

მეთხუთმეტე თავი

ენისა და ტუჩების ანთებადი დაავადებები ;	211
---	-----

მეთექვსმეტე თავი

პაროდონტიტის ქირურგიული მკურნალობა	214
--	-----

მეჩვიდმეტე თავი

ლიმფური კვანძების ანთება (ლიმფალენიტი)	218
--	-----

მეთვრამეტე თავი

ზელა ყბის წიაღის ანთება	224
-------------------------------	-----

მეცხრამეტე თავი

სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებანი	233
სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებების გამოკვლევის მეთოდები	237
სანერწყვე ჯირკვლების არასპეციფიკური მწვავე ანთებადი დაავადებები	242
სანერწყვე ჯირკვლების სპეციფიკური ანთებადი დაავადებანი	254
სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადებები	256

სანერწყვე ჯირკვლების სისტემური დაავადებები	259
სანერწყვე ჯირკვლების გრავმული დაზიანებები	263
სანერწყვე ჯირკვლების სახის კანის ხერკლარსები	266
სანერწყვე ჯირკვლების კისტები	269

მეოცე თავი

ქველა ყბის სახსრის დაავადებები	272
საფეთქელ-ქველა ყბის სახსრის მტკიენული დისფუნქციის სინდრომი	276
საფეთქელ-ქველა ყბის სახსრის ართრიტები	282
სპეციფიკური ართრიტები:	285
საფეთქელ-ქველა ყბის სახსრის ართროზი	286
ქველა ყბის მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვა	287
საფეთქელ-ქველა ყბის სახსრის ანკილოზი	289

ოცდამეერთე თავი

სახისა და სამწვერა ნერვის დაავადებანი	293
სახის ნერვის დაავადებანი	295
სამწვერა ნერვის ნეურიტი	299
სამწვერა ნერვის ნევრალგია	302
შაკიკი	310

მეხუთე ნაწილი

ოცდამეორე თავი

ყბა-სახის არეს რბილი და მაგარი ქსოვილების გრავმული დაზიანებანი	312
ავადმყოფის გამოკვლევა	314
სახის რბილი ქსოვილების დაეყეილობა	316
სახის რბილი ქსოვილების კრილობა	317
კბილებისა და ალვეოლური მორჩის გრავმული დაზიანება	319
ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა	320
ქველა ყბის ამოვარდნილობა	321
ქველა ყბის მოტეხილობა	323
ქველა ყბის სასახსრე მორჩის მოტეხილობა	328
ზელა ყბის მოტეხილობა	329
ზელა ყბის მოტეხილობის მკურნალობა	332
ყვრიმალის ძელისა და რკალის მოტეხილობა	334
ცხვირის ძელების მოტეხილობა	336
ხანდაზმულთა და მოხუცებულთა ასაკში ყბა-სახის	

ლაზიანების თავისებურება	337
სამედიცინო ღაშმარების ორგანიზაცია ყბა-სახსის გრავმული ღაზიანების დროს შშივლობიან პერიოდში ;.....	338

ოცღამესამე თავი

სახის რბილი და მაგარი ქსოვილების ცეცხლნასროლი ღაზიანება ..	342
ცეცხლნასროლი ჭრილობების საერთო ღაშასიათება	347
სახის რბილი ქსოვილების საბრძოლო ღაზიანება	350
სახის ძელების საბრძოლო ღაზიანება :.....	351
სახის დამწერობა	353
კომბინირებული ღაზიანება ;.....	358
ქიმიური ღაზიანება ;.....	359
მოყინვა ;.....	360

მეექვსე ნაწილი

ოცღამეოთხე თავი

ყბა-სახის არის სიმსიენური დაავადებები	362
სიმსიენეთა კლასიფიკაცია	365
ავადმყოფის კლინიკური გამოკლევა ;.....	368
კიბოსწინარე დაავადებები ;.....	370

ოცღამეხუთე თავი

კეთილთვისებიანი სიმსიენეები	371
ოსტეოგენური სიმსიენეები ;.....	371
არაოსტეოგენური და არაოღონგოგენური სიმსიენეები	373
ოღონგოგენური სიმსიენეები ;.....	375
მუალედური სიმსიენეები ;.....	382

ოცღამექვსე თავი

ყბა-სახის არეს აეთვისებიანი სიმსიენეები	383
სახისა და პირის დრუს რბილი და მაგარი ქსოვილების აეთვისებიანი სიმსიენეები	383
აეთვისებიანი სიმსიენეების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები .	393

ოცღამეშვიდე თავი

სანერწვე ჭირკვლების სიმსიენური დაავადებანი	396
--	-----

ოცღამერვე თავი

ყბა-სახის არეს სიმსიენისმაგვარი წარმონაქმნები	399
---	-----

მეშვიდე ნაწილი
ოცდამეცხრე თავი

ყბა-სახის არეს აღდგენითი ქირურგია 400
აღდგენითი ქირურგიის მიზანი და ამოცანები 400
აღდგენითი ოპერაციების ძირითადი მეთოდები 405
ტუნების შექნილი ღეფექტები 410
ქსოვილების თავისუფალი გადანერგვა 411
ფილატოვის ყლორგით პლასტიკა 414

ოცდამეათე თავი

ყბა-სახის არეს თანდაყოლილი სიმახინჯეები 415
ყბების განვითარების ანომალიები 420
ღერმოიდული კისტა 422
სახის და კისრის თანდაყოლილი კისტები და ხერეღარხები 423

მერვე ნაწილი
ოცდამეთერთმეტე თავი

ზოგიერთი იმეიათი დააქალებანი 425

წინასიტყვაობა

ქართველი ახალგაზრდების მისწრაფება უმაღლესი სამედიცინო სტომატოლოგიური განათლებისადმი ოდითგან იგრძნობოდა. ამაზე მიუთითებს საქართველოში სტომატოლოგიის განვითარების ისტორია.

დიდია ქართველ მეცნიერთა როლი სტომატოლოგიური განათლების სისტემის დახვეწაში, მის ორგანიზაციულ-მეთოდურ სრულყოფაში, ქართველ მეცნიერთა თაობებმა დიდი მუშაობა გასწიეს სტომატოლოგიის დარგის განვითარებისათვის. დღემდე სტომატოლოგიისა და მის მომიჯნავე საკითხებზე გამოქვეყნებულია 594-ზე მეტი საკურნალო წერილი და ნაშრომი. ეს მეტად საჭირო და ნაყოფიერი შრომა დღესაც გრძელდება.

საქართველოში დიდი ყურადღება ექცეოდა სტუდენტთა შორის პედაგოგიურ მუშაობას და მშობლიურ ენაზე საჭირო სახელმძღვანელოების გადმოქართულებას თუ ორიგინალური სახელმძღვანელოების შექმნას. პირველი თარგმანი შესრულებული იყო ა. ელიბერიძისა და მ. დადიანის მიერ (ვილიგერის "ქირურგიული სტომატოლოგია, პ. ლეოვის და ა. ლიმბერგის და სხვა). შემდგომში ქართულ ენაზე გამოვიდა თ. ჩხაგარაშვილის, ქ. მანჯგალაძის, ლ. ჭელიძისა და სხვების სახელმძღვანელოები სტომატოლოგიის დარგში. ამ დარგში წარმატებით მოღვაწეობდნენ აგრეთვე ე. შანიძე, ე. კელაპკრიშვილი და სხვები. ორთოპედიულ სტომატოლოგიაში გამოქვეყნდა გ. ბრეგაძის, ა. საყვარელიძის სახელმძღვანელოები. ქირურგიულ სტომატოლოგიაში პირველი ქართული ორიგინალური სახელმძღვანელო გამოსცა ა. ელიბერიძემ, მოგვიანებით გამოქვეყნდა პროფესორ ო. ნემსაძის ქართული ორიგინალური სახელმძღვანელო "ქირურგიული სტომატოლოგია".

ასევე საყურადღებოა ალ. ბრეგაძის ორიგინალური სახელმძღვანელოები სტომატოლოგიაში. "სტომატოლოგიურ დაავადებათა ფიზიოთერაპია". "პრაქტიკული სტომატოლოგია", "სტომატოლოგია", "სტომატოლოგიურ დაავადებათა გადაუღებელი დახმარება", ალ. ბრეგაძისა და თ. ბრეგაძის "კლინიკური სტომატოლოგია".

ქართულ ენაზე გამოქვეყნებულმა სახელმძღვანელოებმა დიდი როლი ითამაშა ქართული საექიმო კადრების მომზადების საქმეში.

წინამდებარე სახელმძღვანელო "ქირურგიული სტომატოლოგიის საფუძვლები" აეგორთა მიერ მომზადებული ორიგინალური სახელმძღვანელოა. სახელმძღვანელოში მოტანილია საღვთი აპარატის ორგანოების და ყბა-სახის ცალკეული ორგანოების ანატომია, ტოპოგრაფიული ანატომია, ფიზიოლოგია, ქირურგიული ანატომია. დაავადების ყველა ნომოლოგია განხილულია ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, კლინიკის, დიაგნოსტიკის, დიფერენციული დიაგნოსტიკის, მკურნალობის მეთოდების და პროგნოზის გათვალისწინებით. სათანადო აღვლილი აქვს დათმობილი გაუტკივრებას, სიმსივნურ დაავადებებს და აღღვნითი ქირურგიის საკითხებს.

სახელმძღვანელოში პირველად არის გადმოცემული ყბა-სახის არესა და საბრძოლო დაზიანებათა კლინიკა, დიაგნოსტიკა, დაჭრილთა დახმარების ზოგიერთი ორგანიზაციული საფუძვლები, დახმარების აღმოჩენისა და მკურნალობის გაქტიკა.

სახელმძღვანელოში გადმოცემულია აეგორთა მუშაობის მრავალწლიანი გამოცდილება თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტში (ინსტიტუტში). ერთ-ერთი აეგორის (ალ. ბრეგაძე) მრავალწლიანი მუშაობის გამოცდილება მოსკოვის, ობინსკის, ლენინგრადის, ოდესის, ხარკოვისა და პოლტავის სამედიცინო დაწესებულებებში და ინსტიტუტებში.

სახელმძღვანელო დაზღვეული არ იქნება ცალკეული ხარეებებისაგან, აეგორები საქმიან შენიშვნებს კმაყოფილებით მიიღებენ და გაიოვალისწინებენ მათ შემდგომ გამოცემებში.

პირველი ნაწილი

პირველი თავი

ქირურგიული სტომატოლოგიის განვითარება საქართველოში

კბილების სამკურნალო კერები საქართველოში გამოჩნდა მე-20 საუკუნის პირველ ათწლეულში, კერძოდ მას შემდეგ, როდესაც თბილისში გაიხსნა პირველი კერძო სასწავლებელი – კბილის სამკურნალო სკოლა (1905 წ.). ეს სკოლა გახდა ეროვნული კადრების – კბილის ექიმების მომზადების ძირითადი დაწესებულება. დარგის განვითარება უფრო სწრაფი ტემპით წაჰყვანა მიმდინარე საუკუნის ოციან წლებში, კბილის სამკურნალო საქმის სახელმწიფო დაქვემდებარებაში გადასვლის შემდეგ. კბილის სამკურნალო დარგის განვითარების დინამიკაზე მიუთითებს ასეთი მონაცემები (მოგანილია გ. ბრეგაძის "სტომატოლოგიის განვითარება საქართველოში" მისეღვით; 1981 წელი). 1920 წლამდე საქართველოში მოქმედებდა კერძო კბილის სამკურნალო კაბინეტები, რომლებშიც დასაქმებული იყო 56 კბილის ექიმი, მათ შორის მხოლოდ 9 ქართველი ეროვნების. 1921 წლიდან გარდება მთელი რიგი ღონისძიებები კბილთმკურნალობის განვითარებისათვის. 1922 წელს იხსნება სამკურნალო ამბულატორია კბილის სამკურნალო განყოფილებით, 1924 წელს თბილისის რეინიგზის სააქადემიოფოსთან გაიხსნა სამკურნალო ამბულატორია, 1926 წელს კი სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა. 1923 წლისათვის საქართველოს ტერიტორიაზე უკვე მუშაობდა 61 კბილის სამკურნალო კაბინეტი.

საქართველოში სტომატოლოგიის განვითარებისათვის დიდი მნიშ-

ენკლობა კქონდა 1922 წელს (30 ივნისი) ოღონგოლოგიის კათედრის ჩამოყალიბებას თბილისის უნივერსიტეტის საექიმო ფაკულტეტთან. ამ კათედრის დამაარსებელი და პირველი გამგე (1922-1929) იყო გამოჩენილი ქართველი კლინიცისტი და საზოგადო მოღვაწე პროფესორი გ. მუხაძე.

აკადემიკოს გ. მუხაძის დამსახურება ქართველი ერისა და ქართული სტომატოლოგიის განვითარებაში უაღრესად დიდია. მან პირველმა შეიქმნო და ყურადღება გაამახვილა ახალი სამკურნალო დარგის აუცილებლობასა და საჭიროებაზე, მტკიცე საფუძველი ჩაუყრა სტომატოლოგიური დარგის განვითარებას. დღის წესრიგში დაისვა ეროვნული კადრების მომზადების აუცილებლობის საკითხი. ამ მიზნით გ. მუხაძემ ოღონგოლოგიის კათედრაზე მოიწვია ცნობილი ქართველი კბილის ექიმები ე. ჭიჭინაძე და ნ. ჩხეიძე, რომელთაც დაევალებათ დარგის პრაქტიკული ხელმძღვანელობა. ოღონგოლოგიის საგანი ისწავლებოდა სამკურნალო ფაკულტეტის მე-4 კურსზე. ის ნიჭიერი ასაღვამრდა ექიმები, რომლებიც დაინტერესებას იჩენდნენ ახალი დარგით – ოღონგოლოგიით გ. მუხაძის რეკომენდაციით და მხარდაჭერით მუშაობას იწყებდნენ კბილის სამკურნალო დარგში. 1924 წლიდან ოღონგოლოგიის კათედრის დოცენტად დაინიშნა ა. ელიბერიძე, რომელმაც შემდგომში დიდი ღვაწლი დასდო ქართული სტომატოლოგიური სკოლის შექმნასა და სამსახურის ორგანიზაციულ-სტრუქტურულ სრულყოფას.

სტომატოლოგიის დარგში მუშაობა დაიწყო სამკურნალო ფაკულტეტის სხვა კურსდამთავრებულებმაც: მ. ბარათაშვილმა, ე. ელისაშვილმა, თ. წულუკიძემ, ა. ზუმბულიძემ, ი. გაგუამ და სხვებმა. ა. ზუმბულიძე და ი. გაგუა შემდგომში წლების მანძილზე ხელმძღვანელობდნენ მაპროფილებელ კათედრებს.

1928 წელს ქ. თბილისში გაიხსნა პირველი სტომატოლოგიური პროფილის უმაღლესი სასწავლებელი – ოღონგოლოგიური ინსტიტუტი, რომლის დირექტორად დაინიშნა გამოჩენილი ქართველი პროფესორი ალ. ნათიშვილი.

1930 წელს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ბაზაზე შეიქმნა სტომატოლოგიური ფაკულტეტი სამი მაპროფილებელი კათედრით: თერაპიული სტომატოლოგია, ქირურგიული სტომატოლოგია, ორთოპედიული სტომატოლოგია. ქირურგიული სტომატოლოგიის კათედრის ხელმძღვანელობა დაევალა დოცენტ ა. ელიბერიძეს, რომელიც ქირურგიული სტომატოლოგიის კათედრას ხელმძღვანელობდა 1960 წლამდე.

საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით 1935 წელს თბილისის სახ. სამედიცინო სტომატოლოგიური ფაკულტეტი გადაკეთდა თბილისის სტომატოლოგიურ ინსტიტუტად, რომლის პირველი დირექტორი იყო ი. ქოჩიაშვილი (1935-36 წწ.). 1937 წლიდან 1948 წლამდე ინსტიტუტის დირექ-

გორად მუშაობდა ა. ურუშიაძე. ინსტიტუტმა იარსება 1948 წლამდე, 1949 წლიდან შევიდა სტრუქტურული ფაქულტეტის სახით თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის შემადგენლობაში. ქირურგიული სტრუქტურის კათედრას 1960-73 წწ. განაგებდა ლოცენტი ა.ნ. ზუმბულაძე, რომელიც სათავეში ჩაუდგა აღნიშნულ კათედრას და დიდი მუშაობა გასწია, როგორც ახალგაზრდა ექიმი-სტრუქტურების მომზადების საქმეში, ისე კათედრის მეცნიერულ-პედაგოგიური კადრების აღზრდაში. 1973-77 წწ. ქირურგიული სტრუქტურის კათედრის გამგედ მუშაობს ლოც. მ. გრიგალაშვილი. 1980 წელს კათედრის გამგედ არჩეული იქნა ა. ზუმბულიძის მოწაფე პროფ. ა. ბრეგაძე, რომელიც 1996 წლამდე აგრძელებს მუშაობას, 1997 წ. კათედრის გამგედ მუშაობს ლოც. ზ. გვენევაძე.

ქ. თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში ფუნქციონირებს ქირურგიული სტრუქტურის კათედრა, რომლის შექმნა დაკავშირებულია პროფესორ ა. ელიზბერიძის სახელთან, რომლის უცვლელი გამგე იყო 1974 წლამდე, შემდგომში კათედრას განაგებდა პროფესორი ნ. ბაძოშვილი (1977-1980 წ.), 1988 წლიდან კათედრას განაგებს პროფ. ა. ელიზბერიძის მოწაფე, პროფესორი ო. ნემსაძე. ექიმთა დახელოვნების ქირურგიული სტრუქტურის კათედრა ამზადებს არა მარტო ნაციონალურ კადრებს, არამედ სხვა ქალაქებიდან მოწვეულ ექიმებსაც. ქირურგიული სტრუქტურის კათედრაზე ყოველწლიურად კვალიფიკაციას იმაღლებს 50-მდე ექიმი სტრუქტურის კათედრაში.

ქირურგიული სტრუქტურის მეცნიერული და პედაგოგიური კადრების მომზადების ორგანიზაციას საფუძველი ჩაეყარა 1937-39 წწ. როდესაც ამ დარგის ასპირანტურაში ჩაირიცხა 12 ექიმი. ასპირანტურა დაამთავრა 10-მა, საკანდიდატო დისერტაცია დაიცვა 4-მა, 1937-89 წწ. ქირურგიული სტრუქტურის დარგში დატულია 23 საკანდიდატო დისერტაცია. 1940-89 წ. დატულია 8 სადოქტრო დისერტაცია.

ქირურგიული სტრუქტურის მეცნიერული კვლევის საგანს სხვადასხვა დროს შეადგენდა: ყბა-სახის არეს ანთებადი პროცესები, გაუტკივარება, სახის რბილი და მაგარი ქსოვილების ტრავმატიზმში, სანერწყვე ჯირკვლების დაავადება, ყბა-სახის არეს თანდაყოლილი და შეძენილი ღეფექტები, სიმსივნეები, ანთებადი პროცესების იმუნოკორექცია. კორუნდოკერამიკის გამოყენება ყბა-სახის აღდგენით ქირურგიაში და სხვა.

საქართველოში ჩამოყალიბდა და ფუნქციონირებს ექიმ-სტრუქტურის რესპუბლიკური და რეგიონული ასოციაციები. მათ სხლომებზე სისტემატიურად მოისმინება სხვა საკითხებთან ერთად ქირურგიული სტრუქტურის აქტუალური საკითხები, რესპუბლიკის ცალკეულ რეგიონებში გარდება სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციები ქირურგ სტრუქტურის აქტიური მონაწილეობით. 1935 მომუშავე ექიმი-სტრუქტურის კათედრიდან ქირურგიულ სტრუქტურის კათედრაში მუშაობს 168 სტრუქტურის კათედრაში.

სტომატოლოგიური აქადმყოფების სტაციონალური მომსახურებისათვის ქ. თბილისში ფუნქციონირებს ორი სპეციალიზირებული განყოფილება; მე-4 კლინიკურ სააკადმყოფოში 70 საწოლზე და მე-5 კლინიკურ სააკადმყოფოში – 30 საწოლზე, 10 საწოლი გამოყოფილია რესპუბლიკური კლინიკური სააკადმყოფოს პოსტიგალური ქირურგიის კათედრის კლინიკაში. გარდა ამისა, საქართველოს ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრში გახსნილია განყოფილება "თაქი-კისერი" 40 საწოლზე.

საწოლები ყბა-სახის ქირურგიული აქადმყოფებისათვის გამოყოფილია ქ. სოხუმში, ბათუმში, ქუთაისში.

ახალგაზრდა ექიმი-სტომატოლოგების მომზადების ძირითადი კერაა თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის სტომატოლოგიური ფაკულტეტი, რომლის დამთავრების შემდეგ სტუდენტები გადიან სწავლების ერთწლიან კურსს და ამორჩეული სპეციალობის მიხედვით ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში გადიან სპეციალიზაციას და შემდეგ კვალიფიკაციის ამაღლებას, ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შემოღებულია ექიმთა ატესტაცია. მათი ცოდნის ღონის განსაზღვრის, დაკავებული თანამდებობის შესაბამისობის და კატეგორიების მინიჭების შესახებ, რაც ხელს უწყობს მეურნალობის ხარისხის შემდგომ ამაღლებას.

ქირურგიული სტომატოლოგიის დარგის განვითარებაში დიდი როლი განეკუთვნება ახალი მიღწევების გამოქვეყნებას და დანერგვას. სტომატოლოგიური სამეცნიერო სტატიები პერიოდულად იბეჭდება სამედიცინო ჟურნალების ფურცლებზე. ამ დარგის განვითარებაში გარკვეული წვლილი შეიტანა სასწავლო სახელმძღვანელოების ქართულ ენაზე გამოქვეყნებამ. ჯერ კიდევ 1930 წელს ა. ელიბერიძის მიერ ითარგმნა ვილიგერის "კბილის სამკურნალო ქირურგია", 1946 წელს ლვოვისა და ლიმბერგის "ქირურგიული სტომატოლოგია" (თარგმანი შეასრულა ა. ელიბერიძემ და მ. დადიანმა). 1966 წელს პირველად გამოქვეყნდა ორიგინალური სახელმძღვანელო "ქირურგიული სტომატოლოგია" შედგენილი პროფესორ ა. ელიბერიძის მიერ. მანვე 1968 წელს გამოაქვეყნა "პირსახის აღდგენითი ქირურგია". 1973 წელს ორივე სახელმძღვანელო გამოიცა ერთ წიგნად. 1940 წელს გამოიცა კ. კიკალიშვილის ორიგინალური სახელმძღვანელო "ქირურგიული სტომატოლოგიის პრაქტიკები", მეორე გამოცემა განახორციელა 1966 წელს. 1972 წელს გამოვიდა ა. ბრეგაძის პირველი ორიგინალური დამხმარე სახელმძღვანელო "სტომატოლოგიურ დაავადებათა ფიზიოთერაპია", 1980 წელს "პრაქტიკული სტომატოლოგია", 1980 წელს სახელმძღვანელო "სტომატოლოგია" (ა. საყვარელიძის თანაავტორობით). 1988 წელს გამოიცა ა. ბრეგაძის მონოგრაფია "გადაუღებელი სტომატოლოგიური დაზარება". 1996 წ. "კლინიკური სტომატოლოგია", 1997 წ. ო. ნემსაძის "ქირურგიული სტომატოლოგია".

დღემდე გამოცემული ზოგიერთი ქართული სახელმძღვანელო უკვე

ბიბლიოგრაფიული იმედიანობა გახდა და ამიტომ საჭიროა ახალი, თან-
ამყაროეკ ღონის მოთხოვნით, გამოცემული იქნას ქართულ ენაზე სახ-
ელმძღვანელოები, რომლებიც ხელს შეუწყობს ერთიანი კალრების
მომწადების ღონის შემდგომ ამადლებას.

მეორე თავი

სადეკი აპარატის ანატომია და ფიზიოლოგია

სადეკი აპარატი ორგანიზმის ზრდა-განვითარებასა და ცხოველქმეღ-
ბაში განსაკუთრებულ როლს ასრულებს. მის ნორმალურ მქმობაზე
დიდალაა დამოკიდებული თითოეული ორგანოს, სისტემისა და მთელი
ორგანიზმის სიცოცხლისუნარიანობა.

სადეკი აპარატის შემადგენელი ნაწილებია: პირის ღრუ, ზეღა და ქვეღა
ყბა, ქვეღა ყბის სახსარი, სადეკი და მიმიკური კუნთები, ლოყები, გუჩები,
რბილი და მადარი სახა, ენა, კბილები, დიდი და მცირე სანერწყვე
ჯირ, კელები, სისხლმდარლები, ღიმუური ძარლები და ნერვები. ძუძუმწო-
კართაგან აღამიანის სადეკი აპარატი ყვეღაზე უფრო რთული აღნაგო-
ბისაა, სადეკი აპარატის ყვეღა ორგანო გოპოგრაფიულად და ფუნქციურად
მქიდროლაა დაკაემირებული ერთმანეთთან, რაც განაპირობებს მათ
პარმონიულ მქმობას. სადეკი აპარატის ღრუ აღვეოლური მორჩებით,
კბილებითა და კბიღთა მწკრივებით იყოფა ორ ნაწიღად: პირის კარიბჭედ
და საკუთრიყ პირის ღრუღ, სადეკი აპარატი შეღგება ჩონჩხისა და მასთან
დაკაემირებული რბილქსოვილოკანი ორგანოებისაგან.

ზ ე ღ ა ყ ბ ა - Maxilla წყეიღი ძელისგან შეღგება. მის შემადგენ-
ლობაში არჩევენ სხეულსა და ოთხ მორჩს: მუბღის, ყერიმღღის, სასისა და
აღვეოლურ მორჩს. ზეღა ყბის სხეულს აქეს წიღი, რომელსაც პაიმორის
ღრუ, ანუ, ზეღა ყბის წიღი ეწოღება.

ზეღა ყბის წიღი შემოსამღერულია 5 ზეღაპირით: მეღა მხარე წარმოდ-
გენიღია თეღბღღის ქვეღა კეღღით, წინა ემქის ფოსოთი, მეღიღური -
ცხეირის კეღღით, ლაგერაღური - ზეღა ყბის ბორციით, ქვეღა - აღვეო-
ლური მორჩით.

ზეღა ყბის წიღღის მოცუღობა არ არის სგაბიღური, მისი მოცუღობა
სამქეღღოღ შეღღგენს 10-25 სმ¹-ს მამაკაცთა პაიმორის ღრუს მოცუღობა
უფრო დიღია, ვიღრე ქაღების (ი. კუღრინი). ზეღა ყბის წიღი იხსნება
ცხეირის ღრუში, ცხეირის მუღ გასაყღღის ღონეზე.

ზეღა ყბის უკანა ნაწიღში მესამე მოღარების ფესვების უკან და ზევიო
შემადლებაა, რომელსაც ზეღა ყბის ბორციე (tuber maxillae) ეწოღება,
ხოღო სასის მორჩზე მესამე მოღარის ღონეზე იხსნება სასის დიდი და

მკირე ხერელები. ზელა ყბის სახის ზელაპირზე თვალბუდის ქვედა კილის ქვეით ემვის ფოსოში თვალბუდის ქვედა ხერელია. ზელა ყბის საკბილე მორჩიში 16 კბილბუდეა შესაბამისი კბილებისათვის, კბილბუდეების არეში გარეთა ზელაპირი შესამჩნევად ამობურცულია და მას ალვეოლური შემალლება ეწოდება.

ზელა ყბის სახის მორჩის წინა ნაწილში, ფრონტალური კბილების არეში იხსნება ხერელი, რომელსაც საჭრელი ხერელი ეწოდება. ზელა ყბა ასაკთან დაკავშირებით განიცდის ცვლილებებს, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს პრაქტიკული მუშაობის პირობებში.

ქ ე ე ლ ა ყ ბ ა - Mandibula მასიური ძვალია, რომელიც შედგება ორი სიმეტრიული ნახევრისაგან. ეს ორი ნახევარი ბაემეის დაბალების პერიოდისათვის ერთმანეთთან დაკავშირებულია მოძრავად ფრონტალური კბილების არეში, მისი საბოლოო გაძეალება ხდება 2-2,5 წლიდან. ქვედა ყბა შედგება სხეულისა და ორი გოგისაგან, რომლებიც მოზრდილებაში სამუალოდ 102-125°-იან კუთხეს ქმნიან.

ქვედა ყბის სხეულის გარეთა ზელაპირზე პირეული და მეორე პრემოლარების კბილბუდეებს შორის იხსნება ნიკაპის ხერელი, ნიკაპის ხერელის ქვეით და უკან იწყება გარეთა ირიბი შემალლება, რომელიც მიემართება უკან და ზევით გადადის გოგში. გოგის ნახევარკალისებრი ამონაჭლევის ქვეით შემალლებაა, რომელსაც ქვედა ყბის გორუსალური შემალლება ეწოდება, ამ შემალლებიდან ქვეით ქვედა ყბის ხერელია, რომელიც გადადის ქვედა ყბის არხში.

გვირგვინოვანი მორჩი უფრო სამკუთხა ფორმისაა. სასახსრე მორჩი მთავრდება გარდიგარდმო თვალური ფორმის სასახსრე თავით. ეს უკანასკნელი სასახსრე მორჩისაგან გამოყოფილია ყელით.

ალვეოლური მორჩი პარაბოლური რკალის ფორმისაა, მასში მოთავსებულია 16 კბილბუდე, რომლებიც გამოყოფილია ერთმანეთისაგან კბილბუდეთაშორისი ძვლოვანი ძვიდეებით. პრაქტიკული სტომატოლოგიის თვალსაზრისით აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ქვედა ყბის ძვალი უფრო კომპაქტურია და მასზე კორტიკალური შრე უფრო მეტადაა გამოხატული, ვიდრე ზელა ყბაზე.

ქ ე ე ლ ა ყ ბ ის სა ხ ს ა რ ი - Articulatio Mandibularis ქვედა ყბის სახსარი რთული აგებულებისაა და განეკუთვნება კომბინირებულ სახსრებს. აღსანიშნავია, რომ ძვლების სასახსრე ზელაპირები დაფარულია ჩვეულებრივად არა პიალინით, არამედ ფიბროზული ხრტილით. ქვედა ყბის რთული მოძრაობა განპირობებულია შემდეგი სახის მარტივი მოძრაობებით: 1. ქვედა ყბის აწევით და ჩამოწევით, 2. ქვედა ყბის წინ და უკან გაწევით, 3. ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობით.

პირის მაქსიმალურად გაღების დროს სასახსრე ღისკო წინ გადაინაცვლებს და სასახსრე ბორცვზე გადაზღვრის. ქვედა ყბის ზევით აწევის დროს

ხლება უკემოდრაობა და სასახსრე ლისკო ვაღაიწვეს უკან სასახსრე ფოსოში.

ქველა ყბის წინ წამოწვეის დროს ერთდროულად ხლება ორივე სახსარში სასახსრე თაეებისა და სასახსრე ლისკოების წამოწვეა სასახსრე ბორცვებზე.

ქველა ყბის გვერდითი მოძრაობის დროს ხლება სასახსრე თაეის ცალმხრივი მოძრაობა სასახსრე ლისკოთი, ამ დროს ქველა ყბა გაღაინაცულებს საწინააღმდეგო მხარეზე. თუ მოძრაობა ხლება მარცხენა სახსარში, ქველა ყბა გაღაინაცულებს მარჯვნივ, მოპირდაპირე სახსარში სასახსრე ლისკო რჩება ადვილზე – სასახსრე ფოსოში, ხოლო სასახსრე თაეი ნაწილობრივ მობრუნდება თაეისი ვერტიკალური ლერძის გარშემო. ამ მოძრაობებს გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სასახსრე მორჩების მოგეხილობების დროს (სამივე მოძრაობა ქმნის სამ წრიულ მოძრაობას – ცირკუმლუქციას). პირველი ცირკუმლუქცია მხოლოდ საგიტალურ ჭრილშია (რაც ხლება მხოლოდ ერთ წლამდე ბაემეებში და მოხუცებულებში, როდესაც მოლარები აღარ არის ალევოლურ მორჩებში). მეორე ცირკუმლუქცია ხლება ფრონტალურ ჭრილში, რომელიც მოიცავს პირის გაღება-დახურვას და ქველა ყბის გვერდით მოძრაობას. ეს დამახასიათებელია ლეჭვის მეორე ფაზისათვის. მესამე ცირკუმლუქცია ხლება პორიბონტალურ ჭრილში და დამახასიათებელია ლეჭვის დამამთავრებელი ფაზისათვის.

სამივე ცირკუმლუქცია მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან და განაპირობებს ურთიერთს საკეების დალეჭვის დროს.

ს ა ლ ე ჭ ი კ უ ნ თ ე ბ ი – *M. masseter* სალექი კუნთი შედგება ორი შრისაგან, იწყება ყვრიმალის რკალიდან და უმაგრდება ქველა ყბის კუთხეს. ამ კუნთის ზედაპირული შრე იწყება ყვრიმალის რკალის გარეთა ზედაპირიდან და მიემართება ირიბად ქვევით და უკან. დრმა შრე იწყება ყვრიმალის რკალის შიგნითა ზედაპირიდან, რკალის ქველა კილიდან და მიემართება ქვევით: სალექი კუნთი მთლიანად მიმაგრებულია ქველა ყბის კუთხის გარეთა ზედაპირთან. კუნთი მოთავსებულია ფასციაში. კუნთი შეკუმშვის დროს ქველა ყბას წვეს ზევით და აწვება ქველა სალექი კბილებით ზედა სალექ კბილებს.

2. საფეთქლის კუნთი (*M. temporalis*) იწყება საფეთქლის ფოსოს მთელი ზედაპირიდან, საფეთქლის ფასციის შიგნითა ზედაპირიდან და მიმაგრებულია ქველა ყბის გვირგვინოვან მორჩზე, კუნთი იწყება ფართოდ საფეთქლის ფოსოს მთელი ზედაპირიდან, შემდეგ კუნთოვანი ბოჭკოები თანდათან უახლოვდება ერთმანეთს და იკვრება ერთ მძლავრ კონად, გადის ყვრიმალის რკალის ქვევით, ფართოდ შემოხეხევა გვირგვინოვან მორჩს და უმაგრდება მას.

კუნთი მოთავსებულია ფასციალურ ბუცეში. საფეთქლის კუნთი შეკუმშ-

ვის ღროს მიიმაღაეს გვირგვინოვან მორჩს და ქვედა ყბის კბილებს მიაბჯენს ზედა ყბის კბილებს.

3. მელდალური ფრთისებრი კუნთი (*M. pterygoideus medialis*) იწყება ფრთისებრი მორჩის ფოსოლან და უმაგრდება ქვედა ყბის კუნთის შიგნითა ზედაპირს. ამ კუნთის ბოჭკოები მიეპარება ირიბად ქვევით, უკან და ლატერალურად. კუნთის შეკუმშვისას ქვედა ყბა იწევს ზევით, ხოლო ორმხრივი შეკუმშვის დრო ქვედა ყბას წამოწევს უკან.

4. ლატერალური ფრთისებრი კუნთი (*M. pterygoideus lateralis*) საფეთქლის ქვედა ფოსოშია. მის ბოჭკოებს აქვს თითქმის პორიზონცალური მსმართულება, აქვს ორი თავი: ზედა თავი იწყება ძირითადი ძელის დიდი ფრთიდან, ხოლო ქვედა – ძირითადი ძელის ფრთისებრი მორჩის ლატერალური ფირფიგიდან და ნაწილობრივ ზედა ყბის ბორცვიდან, უმაგრდება ქვედა ყბის სასახსრე მორჩსა და სასახსრე კაფსულას ფრთისებრ ფოსოში. კუნთების ორმხრივი შეკუმშვის დროს ქვედა ყბა წამოიწევს წინ, ცალმხრივი შეკუმშვის დროს ქვედა ყბა გადაინაცვლებს საწინააღმდეგო მხარეზე.

5. ყბა-ინის კუნთი (*M. mylohyoideus*) იწყება ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირის თანამოსახელე ხაზიდან და ემაგრება უკანა ბოჭკოებით ენის ქვეშა ძელის სხეულის წინა ზედაპირს. ამ კუნთის წინა ბოჭკოები ჩართულია შუა ხაზის შემაერთებელ ქსოვილოვან ნაკერში, შეკუმშვის დროს ქვევით და უკან სწევს ქვედა ყბას.

6. ორმუცელა კუნთის (*M. digastricus*) წინა ნაწილი იწყება ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირის თანამოსახელე ფოსოლან (ორმუცელა ფოსო); უკანა მუცელი კი საფეთქლის ძელის ღვრილისებრი მორჩის ამონაჭლევითა, ორივე ნაწილი ერთდება საერთო იოგით და უერთო ფიბრობული ჭიპით უმაგრდება ენის ქვეშა ძელის სხეულს, შეკუმშვის დროს ქვედა ყბას სწევს ქვევით.

7. ნიკაპ-ინის კუნთი (*M. geniohyoideus*) იწყება ნიკაპის ძელოვანი შემალბებიდან და უმაგრდება ენის ქვეშა ძელის სხეულს. ენის ქვეშა ძელის ფიქსირების დროს ამ კუნთის შეკუმშვა იწევს ქვედა ყბის ქვევით დაწევას.

მ ი მ ი კ უ რ ი კ უ ნ თ ე ბ ი – *M.M. faciei*, სახის გამომეცეველება დამოკიდებულია სახის კანის ქვეშ განლაგებული კუნთების მდგომარეობაზე. სახის გარკვეულ გამომეცეველებას ეწოდება მიმიკა, იმ კუნთებს კი, რომლებიც ცელიან სახის გამომეცეველებას – მიმიკური კუნთები. ისინი შეკუმშვის ან მოღუნების დროს საგრძობლად ცელიან სახის მიმიკას, მიმიკური კუნთებია:

1. თვალის ირგვლივი კუნთი (*M. orbicularis oculi*) მოთაესებულია თვალებულის კანის ქვეშ თხელი ფენის სახით. კუნთოვანი ბოჭკოები ცირკულარულად არის განლაგებული და გარეთ მღებარე ბოჭკოების შეკუმშვა იწყებს თვალების მოხუჭვას. უფრო შიგნით ქუთუთოების კუნთო-

ეანი ბოჭკოები, რომელთა შეკუმშვა იწვევს თვალების დახუჭვას (მაგ. ძილის დროს). ღრმად მდებარე კენთოვანი ბოჭკოებს საცრემლე კენთოებს უწოდებენ. თვალის ირგვლივი კენთის ყველა ბოჭკოს შეკუმშვა ხელს უწყობს თვალის წაპრალის დახურვას და მას იცავს წინიდან.

2. პირის ირგვლივი კენთი (*M. orbicularis oris*) გუნების სისქეშია და ცირკულარულადაა პირის ნაპრალის ირგვლივ. მაგრამ კენთოვანი ბოჭკოებს შორის ყოველთვის არის მიერეოლენი უჯრედისი, ამ კენთს ყველა მხრიდან განსაკუთრებით კი გუნების კუთხეებში უმაგრდება სხვა კენთები, რის შედეგადაც იქმნება საკმაოდ რთული კენთოვანი სისგემა. პირის ირგვლივი კენთის შეკუმშვა იწვევს პირის ნაპრალის დახურვას.

3. ლოყის კენთი (*M. buccinator*) ლოყის სისქეშია და სხვა მიმიკური კენთებისაგან განსხვავებით დაფარულია ფასციით. ლოყის კენთის ნაწილი გადახლართულია პირის ირგვლივ კენთის ბოჭკოებთან, განსაკუთრებით პირის კუთხეების არეში. რითაც ხელს უწყობს პირის ნაპრალის უკეთ დახურვას. დანარჩენი კენთოვანი ბოჭკოები პირის კუთხეს სწვევენ გვერდზე. ლოყის კენთის მოლიანი შეკუმშვა იწვევს პირის კუთხის ძლიერ გაწევას გვერდზე. ლოყის კენთი აქტიურად მონაწილეობს ღეჭვის აქტში.

4. ზედა გუნის ამწევი კენთი (*M. levator labii superioris*), რომელსაც უწოდებოდა ზედა გუნის კვადრატული კენთი, იწყება სამი თავით და ბაზელის ანატომიური ნომენკლატურის მიხედვით მიჩნეულია სამ დამოუკიდებელ კენტად: ა) ყვრიმალის მიერე კენთი იწყება ყვრიმალის ძელიდან, ბ) ზედა გუნის ამწევი, ანუ კუთხის კენთი იწყება, თვალის ირგვლივი კენთის მედიალური კუთხიდან, გ) გუნის ამწევი კენთი, ანუ თვალბულის ქვედა კენთის თავი იწყება თვალბულის კილიდან. ამ კენთის ყველა ბოჭკო ჩაქსოვილია ზედა გუნის სისქეში და შეკუმშვის დროს მას წევს ზევით.

5. ყვრიმალის ღივი კენთი (*M. zygomaticus major*) იწყება ყვრიმალის რკალიდან და მიემართება ზედა გუნის კუთხისაკენ, შეკუმშვის დროს პირის კუთხეს სწვევს ზევით და გარეთ. ამ კენთების მეშვეობით ადამიანი გამოხატავს ღიმილს, სიცილს, გაბრაზებასა და სიძულვილს.

6. ზედა გუნის საჭრელი კენთი (*M. incisivus labii superioris*), იწყება საჭრელი კბილების კბილბუდეების შემადგენლებიდან და უმაგრდება გუნის კუთხეს, შეკუმშვის დროს ზედა გუნს სწვევს მედიალურად და წინ (სტვენის, დაღვეის, კოცნის და ა.შ.)

7. პირის კუთხის ამწევი, ანუ ეშვის კენთი (*M. levator anguli oris s m. caninus*) იწყება თვალბულის ქვედა ხერეკლის ქვევით ეშვის ფოსოში, იგი მდებარეობს ზედა გუნის ამწევი კენთის ქვეშ, მიემართება ირიბად ქვევით და გარეთ, უმაგრდება პირის კუთხეს, შეკუმშვის დროს პირის კუთხეს სწვევს მედიალურად, ხოლო ზედა გუნს – ზევით.

8. ღიმილის კენთი (*M. risorius*) მიემართება ლოყაში ზედაპირულად და

გარდიგარდმო ყბაყურა ჯირკვლის ფასციიდან პირის კუთხემდე, შეკუმშვის დროს პირის კუთხეს ვაწვეს გარეთ, რითაც გამოისაგება სიცილი.

9. პირის კუთხის ღამწევი კუნთი (*M. depressor anguli oris*) ძველად ეწოდებოდა სამკუთხა კუნთი. იგი იწვება ლატერალურად ნიკაპის შემალბებიდან, თანდათან ეიწროვლება და უმაგრდება პირის კუთხეს, სწვეს მას ქვევით.

10. ქვედა ტურის ღამწევი კუნთი (*M. depressor labii inferior*) კვადრატული ფორმისაა (ძველად იწოდებოდა კვადრატულ კუნთად), იგი იწვება ნიკაპის ხერხელის ქვევით და უმაგრდება ქვედა ტურს, შეკუმშვის დროს ტურს სწვეს ქვევით და ზოგჯერ გარეთ. (ქვედა ტურის გადმობრუნება).

11. ქვედა ტურის საჭრელი კუნთი იწვება ეშვის ალვეოლური შემლბებიდან და არა საჭრელი კბილებიდან, მიემართება პირის კუთხისაკენ. ასრულებს იმავე ფუნქციებს, როგორსაც ზედა ტურის საჭრელი კუნთები.

12. ნიკაპის კუნთი (*M. mentalis*) იწვება საჭრელი კბილების ალვეოლური შემალბებიდან და უმაგრდება ნიკაპის კანს, შეკუმშვის დროს ზევით სწვეს ქვედა ტურსა და ნიკაპის კანს, ნაწილობრივ გადმოაბრუნებს ქვედა ტურს.

13. კისრის (ყელის) კანქვეშა კუნთი (*M. platysma*) ფართო თხელი კუნთია, რომელიც მდებარეობს ყელის წინა ნაწილში, იწყება მკერდის ფასციიდან და მთავრდება ქვედა ყბის ქვედა კიდესთან. მონაწილეობს როგორც მიმიკაში, ასევე ყბის ქვევით დაწვევაში.

პ ი რ ი ს ღ რ უ - (*Cavum oris*). პირის ღრუ შედგება ორი ნაწილისაგან. წინა ნაწილი, რომელიც გამოყოფილია საკბილე მორჩებით და კბილებით. მას ეწოდება პირის კარიბჭე (*Vestibulum oris*), ხოლო საკბილე მორჩებსა და კბილებს უკან მდებარე ღრუს ეწოდება საკუთრივ პირის ღრუ (*Cavum oris proprium*) პირის ღრუს ასეთი დაყოფა მკაფიოდაა გამოსატყული მაშინ, როდესაც ზედა და ქვედა ყბის კბილები შეთანასოვნებულ მდგომარეობაშია.

პ ი რ ი ს კ ა რ ი ბ ჭ ე - *Vestibulum oris*. პირის კარიბჭე წარმოდგენილია ნალისებრი ნაპრალით, რომელიც წინიდან შემოსაზღვრულია ტურებით. გვერდებიდან - ლოყებით, ხოლო უკანიდან - საკბილე მორჩებითა და კბილებით. ზედა და ქვედა ტური წარმოქმნის პირის ნაპრალს (*Rima oris*), რითაც პირის ღრუ უკავშირდება გარე სამყაროს.

პირის კარიბჭე გამოუფენილია ლორწოვანი გარსით (*Tunica mucosa*), რომელიც ტურებსა და ლოყებზე მოძრავია და იკრებება ნაოჭებად მის ქვეშ ლორწოვანქვეშა შრის არსებობის გამო. ასეთი შრე არა აქვს ღრძილების ლორწოვან გარსს, რომლის ბაზალური მემბრანა მჭიდროდ ეკერის ძელის საზრდელას. ღრძილების ლორწოვანი გარსი როგორც ზედა, ისე ქვედა ყბაზე გადაღის ტურებისა და ლოყის ლორწოვან გარსში და ქმნის პირის კარიბჭის თალებს (*Fornix superior et inferior*) ზედა და ქვედა ყბაზე

ენცრალური კბილების არეში ლორწოვანი გარსი ქმნის ლაგამს (*Frenulum labii*).

პირის კარიბჭის ლორწოვანი გარსის ქვეშ მრავალი მცირე სანერწყვე და ლორწოს გამომყოფი ჯირკვალბა, რომლებიც ზოგჯერ მკაფიოდ არის გამოხატული ლორწოვან გარსზე და იწვევენ დიაგნოსტიკურ მეცდომებს, ზოგიერთი ექიმი წორმას პათოლოგიად მიიჩნევს.

ლოყის ლორწოვან გარსზე ზედა მეორე მოლარის ღონებზე აღინიშნება ლორწოვანი გარსის შემადგენლობა, რომელსაც სანერწყვე ჯირკვლის ღერილს (*Papilla salivaris superior s. papilla parotidea*) უწოდებენ.

საკუთრივე პირის ღრუ – *Cavum oris proprium* საკუთრივე პირის ღრუს – წინა და გვერდით კედლებს ქმნის საკბილე მორჩი და კბილების, ენისა და სასის მხრივი ზედაპირები, ზედა კედელი წარმოდგენილია მაგარი და რბილი სასით, ქვედა-ენისა და პირის ღრუს ფსკერით. წინიდან პირის ღრუ უერთდება პირის კარიბჭეს, უკნიდან კი – ხახას.

მაგარი სასა (*Palatum durum*) ძელოვანი წარმონაქმნია და დაფარულია ლორწოვანი გარსით. სასის წინა ნაწილში, ფრონგალური საჭრელი კბილების უკან შემადგენლობა – საჭრელი ღერილი (*Papilla incisiva*), რომლის ქვეშ საჭრელი ხერელია. საჭრელი ღერილის უკან სასის წინა მესამედში კარგადაა გამოხატული ლორწოვანი გარსის ნაოჭები, რაც ფიზიოლოგიური ნორმაა. ზოგჯერ ზოგიერთი ექიმი პრაქტიკული მუშაობის პერიოდში მას მიიჩნევს პათოლოგიად. სასის ლორწოვანი გარსი მკიდროდ ეკერის სასის ძვალს, განსაკუთრებით სასის შუა ხაზთან. სასის ლორწოვან გარსში სასის მცირე სანერწყვე ჯირკვლებია (*Gl. Palatinae*). მაგარი სასის უკანა ნაწილში მესამე მოლარების ღონებზე ლორწოვანი გარსის ქვეშ იხსნება სასის დიდი ხერელი. რბილი სასა (*Palatum molle*), რომელიც მაგარი სასის რბილქსოვილოვანი გაგრძელებაა, იგი შედგება ცხიმოვანი უჯრედისა და გარდიგარდმო მოლებიანი კუნთოვანი ქსოვილისაგან. რბილი სასა დაფარულია ლორწოვანი გარსით, რომლის ზედა ზედაპირი (ცხვირის ღრუს მხარე) მოფენილია მოციმციმე ეპითელური უჯრედებით, ხოლო ქვედა მხარე – მრავალმრიანი ბრტყელი ეპითელით. რბილი სასის უკანა ცენტრალურ ნაწილში მოთავსებულია ნაქი (*Uvula*) ხოლო რბილი სასის ლორწოვანი ქსოვილის ქვეშ, პირის ღრუს მხრიდან მრავალი სანერწყვე ჯირკვალბა. რბილი სასის მოძრაობა განპირობებულია შემდეგი კუნთებით:

1. ნაქის კუნთი (*M. uvulae*) მიემართება სასის შუა ხაზზე წერილი კუნთოვანი ბოჭკოების სახით და შეკუმშვის დროს ნაქს ამოკლებს, ზევით სწევს.

2. რბილი სასის აწვევი კუნთი (*M. levator veli palatini*) იწყება საფეთქლის ძელის ქვედა ზედაპირიდან და სასმენი მილის ხრტილოვანი ნაწილიდან. მიემართება ირიბად ქვევით შუა ხაზისაკენ. ექსოვება რბილ სასაში და შეკუმშვის დროს რბილ სასას სწევს ზევით.

3. რბილი სახის დამჭიმავი კუნთი (*M. tensor veli palatini*) მღებარეობს წინა მღებარე კუნთის გვერდით, იწყება ძირითადი ძელის ღივი ფრთის კუთხის ქვედა და სახსენი მილის კიდებიდან, შეკუმშვის დროს ნაწილობრივ ავიწროებს სახსენ ხერვლს და იწყებს ერთდროულად რბილი სახის დაჭიმვას.

4. სახა-ენის კუნთი (*M. palatoglossus*) იწყება სახის აპონევროზიდან და გადაის ენის გარდივარდმო კუნთში, შეკუმშვის დროს ავიწროებს სახის პირს და ქვევით სწევს რბილ სახას.

5. სახა-ხახის კუნთი (*M. palatopharyngeus*) იწყება სახის აპონევროზიდან და ექსოვება ხახას. შეკუმშვის დროს რბილ სახას სწევს ქვევით და უკან.

ენა - (*Glossus s lingua*) ენა კუნთოვანი ორგანოა, დაფარულია ლორწოვანი გარსით. არსებენ ენის წვეროს (*Apex Linguae*), სხეულსა (*Corpus linguae*) და ბირს (*radix Linguae*). ენის ზედა ზედაპირს ეწოდება ენის ზურგი (*Dorsum Linguae*), ხოლო ქვედა ზედაპირს - (*facies inferior Linguae*) ორივე ზედაპირის შეერთება ქმნის ენის გვერდებს - *margo Linguae*. ენის ზედაპირზე მითითებულია სხედასხეა ფორმის ღვრილეუბი, ძაფისებური ღვრილეუბი (*Papillae filiformis*) ენის ზედაპირს ხორკლიანს ხლიან.

ენის ზედაპირზე გემოვნების შემგძნობი სამი სახის ღვრილეუბია: 1. სოკოსებრი ღვრილეუბი (*Papillae fungiformes*), რომლებითაც მოუენილია ენის მთელი ზედაპირი. 2. ღარისებრი ღვრილეუბი (*Papillae vallatae*) 3. ფოთლისებრი ღვრილეუბი (*Papillae foliatae*) მღებარეობენ ენის გვერდით ზედაპირზე.

ენის ქვედა ზედაპირის ლორწოვანი გარსი უფრო მოყარდისფეროა და ენის შუა ხაზის შესაბამისად ნაოჭის სახით გადაის პირის ღრუს ფსკერის ლორწოვანაში. ამ ნაოჭს ეწოდება ენის ლაგამი (*Frenulum Linguae*). ზოგჯერ ენის ლაგამი მოკლეა და ენის წვერის მოძრაობა ძალზე შემზღუდულია, რაც ხელს უშლის არა მარგო ძუძუს წოვას, ჭამას, არამედ ლაპარაკსაც. ასეთი ენის ლაგამის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია.

ენის კუნთები პირობითად იყოფა ორ ჯგუფად: 1. საკუთრივ ენის კუნთები, განლაგებულია ენის შიგნით და ცელის ენის ფორმას; 2. ენის გარეთა კუნთები, იწყება ძელებიდან, უმაგრდება ენას და ცელის ენის მღებარეობას.

საკუთრივ ენის კუნთებია: 1. ენის ზედა გასწვრივი კუნთი (*M. longitudinalis superior*), რომელიც იწყება ენის ფასციიდან და მიემართება ენის წვეროსაკენ, მღებარეობს ზედაპირულად, შეკუმშვის დროს ენას ამოკლებს და ამსხვილებს; 2. ენის ქვედა გასწვრივი კუნთი (*M. longitudinalis inferior*), რომელიც წვეილი კუნთია, მღებარეობს ენის ქვედა ზედაპირზე, იწყება ენის ძირდან, ნაწილობრივ ენის ქვეშა ძელისაგან და უმაგრდება ენის წვეროს ფასციალურ ბუჯეს, შეკუმშვის დროს ენას ამოკლებს; 3. ენის

განივი კუნთი (*M. transversus Linguae*), რომელიც აერთებს ენის გვერდით კიდეებს ენის შუა ძვილქსთან. ამ კუნთის უკანა ბოჭკოები გადადის სასა-ენის კუნთში (*M. palatoglossus*), 4. ენის ვერტიკალური კუნთი (*M. verticalis Linguae*), რომელიც აერთებს ენის ქვედა ზედაპირს ენის ზურგთან. კუნთის შეკუმშვა ენას აგრძელებს და აბრტყელებს. ენის გართია კუნთებს მიეკუთვნება: 1. ნიკაპ-ენის კუნთი: (*M. genioglossus*), იგი იწყება ნიკაპიდან, იშლება მარაოსებრ ენის შუა ძვილის გასწვრივ და უმაგრდება ფასციას ენის ზურგის ქვეშ, შეკუმშვის დროს ენა გამოიწვევა პირის ღრუდან. 2. ენა-ინის კუნთი (*M. hyoglossus*), იწყება ენის ქვეშა ძვილის სხეულის გვერდითი ნაწილებიდან და ღივი რქებიდან, უერთდება ენას ვერტიკალურ კუნთთან ერთად. შეკუმშვის დროს აბრტყელებს ენას. სწევს მას ქვევით და უკან, 3. საღვს-ენის კუნთი (*M. stiloglossus*), იწყება საფუთქლის ძვილის საღვისისებრი მორჩიდან, მიემართება ირიბად ზევიდან, უკნიდან ჩაზრდილია ენაში, მარაოსებურად იშლება ენის გვერდით ნაწილებში, ბოჭკოების ნაწილი უერთდება ენის გარდიგარდმო კუნთს, შეუშმის დროს ენას სწევს ზევით და უკან. 4. სასა-ენის კუნთი (*M. palatoglossus*) იწყება რბილი სასის აპონევროზიდან. შედის ენის ძირში მისი გვერდითი გედაპირიდან. შეკუმშვის დროს ენას უახლოებს რბილ სასას და ენის უკანა ნაწილს სწევს ზევით.

ენა, როგორც რთული კუნთოვან-ნერვულ-სისხლძარღვოვანი ორგანო, ლაპარაკის გარდა, ასრულებს სხვა რთულ ფუნქციებსაც, მონაწილეობს საკვების დაღვწევაში, ყლაპვაში, უაერგისი საკვების უკუგდებაში, გამოყოფს ნერწყვს საუკთარი სანერწყვე ჯირკვლებიდან. აქვს საუკთარი ლიმფური (დამცველი) აპარატი და სხვ.

პირის ღრუს ფსკერი – *Regio sublingualis* პირის ღრუს ფსკერი ლორწოვანი გარსის ის ნაწილია, რომელიც მდებარეობს ენის წინა და ნაწილობრივ გვერდით ნაპარალებთან ქვედა ყბის კბილების ღრძილებთან.

ამ მიდამოში ლორწოვანი გარსის ქვეშ ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლები და კუნთებია, რომლებიც ქმნიან პირის ღრუს ფსკერის კუნთოვან ნაწილს: ნიკაპ-ენის კუნთი (*M. genioglossus*) და ყბა-ინის კუნთი (*M. milohyoideus*).

პირის ღრუს ფსკერის შუა ხაზზე ენის ლორწოვანი გარსიდან ეშვება ლორწოვანი ნაოჭი-ენის ლაგამი, ენის ლაგამის გვერდით მომეკრივო ლილეაკებია, რომელთა ქვეშ მოთაყსებულია ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლები. ლილეაკების გვერდით ლორწოვანი გარსი წარმოქმნის ენის ქვეშა ნაოჭებს (*Plica sublingualis*) რომლის წინა ნაწილში იხსნება ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების წერილი სადინარები. ლილეაკის მყლიალურ ნაწილში ლორწოვანას შემაღლებაა (*Caruncula sublingualis salivaris*) აქ იხსნება ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების სადინარები.

სანერწყვე ჯირკვლები – *Glandulae salvaris* 1. ყბაყურა ჯირკვლი (*gl. Parotidea*) ყველა სხვა სანერწყვე ჯირკვლებზე დიდია, მათი საშუალო წონა 30 გრამია. იგი მოთავსებულია ყბის უკანა ფოსოში (*fossa retromandibularis*). ყბაყურა ჯირკვალს ზევიდან ესაზღვრება ყერი-მალის რკალი და გარეთა სახსენი სერული, უკნიდან – საფეთქლის ძელის ღვრილისებრი მორჩი და მკერდ-ლაყვიწ-ღვრილისებრი კუნთი, მედიალურად საღვისისებრი მორჩი და მასზე მიმაგრებული კუნთების დასაწყისი; წინიდან ჯირკვალს ესაზღვრება ქვედა ყბის ტოტი და მასთან მდებარე საღვჭი და მიმიკური კუნთები. ქვევით ყბაყურა ჯირკვალი აღწევს ქვედა ყბის კუთხემდე. ნორმალურად ჯირკვალი არ იხსნება, რადგან საკუთარ ფასციამა (*Fascia Parotidea*), ფასცია მჭიდროდ ეკერის ჯირკვალს და ვრცელდება მის შიგნითაც. ჯირკვალი შედგება ნაწილაკებისაგან, რომელთა გამომგანი საღინარები ერთდებიან და თანდათანობით ქმნიან საერთო საღინარს (*ductus Parotideus*). საღინარი გოვებს ჯირკვალს მის ზედა ნაწილში, მიემართება ყერიმალის რკალის პარალელურად დაახლოებით 1 სმ-ით ქვევით, გაივლის ლოყის ცხიმოვან უჯრედისს და კუნთს, იხსნება პირის კარიბჭის ლოყის ლორწოვან გარსზე მეორე საღვჭი კბილის ღონეზე, ყბაყურა ჯირკვლის საღინარის სიგრძეა 3-5 სმ. ხოლო დიამეტრი 2-3 მმ.

2. ყბისქვეშა ჯირკვალი (*Gl. submandibularis*) უფრო პატარაა, ვიდრე ყბაყურა. მისი წონაა 10-15 გ. იგი მოთავსებულია ქვედა ყბასა და ორმუცელა კუნთს შორის (*trigonum hyomandibulare s. submandibulare*) ჯირკვლის ზედა ლაგერალური საზღვარია ქვედა ყბაზე არსებული თანამოსახელე ფოსო, უკანა-ორმუცელა კუნთის უკანა მუცელი, წინა ნაწილი ნაწილობრივ დაფარულია ყბა-ინის კუნთით. ქვედა ყბის კუთხესთან ყბისქვეშა ჯირკვალი თითქმის ეხება ყბაყურა ჯირკვალს.

ყბისქვეშა ჯირკვლის ფასციას ქმნის კისრის ზედაპირული ფასცია, რომლიდანაც ჯირკვლის გამოყოფა ყოველთვის შეიძლება. ამ ჯირკვლის საღინარი (*Ductus submandibularis*) გაივლის ყბა-ინის კუნთის უკანა კიდეზე, მიემართება მის ზედა ზედაპირზე და იხსნება პირის ღრუში.

3. ენისქვეშა ჯირკვალი (*Gl. sublingualis*) ყველაზე პატარაა იწონის 5 გრამამდე, მდებარეობს ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირზე თანამოსახელე ფოსოში. ჯირკვლის ქვევით მდებარეობს ყბა-ინის კუნთი, მედიალურად ნიკაპ-ინის კუნთი, ზევიდან ჯირკვალი დაფარულია პირის ღრუს ფსკერის ლორწოვანი გარსით. ჯირკვალი წილაკოვანი აგებულებისაა და მოგჯერ თითოეული ნაწილაკის საღინარი დამოუკიდებლად იხსნება პირის ღრუში (*Ductus sublingualis major*) სიგრძით 9-20 მმ-ია. იხსნება ენის ლაგამის გვერდით.

სანერწყვე ჯირკვლები გამოყოფს ნერწყვს, რომელიც შეადგენს პირის

დრუს სითხის ძირითად შემადგენელ ნაწილს. ბოლო წლებში დადგენილია, რომ ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალის განიკუთვნება აგრეთვე შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებს და გამოყოფს პორმონ პაროგინს (აგო, ზინოლა და სხვ.) რომელსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმისათვის.

ნორმალური ნერწყვი უფრო, თანავე წებოვანი სითხეა, მისი კუთრი წონაა 1,002-1,008, დღე-ღამის განმავლობაში 1-1,5 ლიტრი ნერწყვი გამოიყოფა, რომელიც შეიცავს 98,8-99,5 % წყალს და 0,5 % მყარ ნივთიერებას. აქედან 0,1-0,3% ორგანული ნივთიერებაა, ხოლო 0,1-0,2 % მარილები. ორგანული ნივთიერებიდან ნერწყვი შეიცავს ცილას. მუცინს და ფერმენტს ფტიალინს, რომელიც სახამებელს შაქრად გარდაქმნის.

სანერწყვე ჯირკვლები მონაწილეობს ნივთიერებათა ცელაში, კერძოდ გაელენას ახდენს კბილის ქსოვილების მინერალურ ცელაზე. სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქცია მოშლილია როგორც ორგანიზმის ზოგადი დააქადებების, ისე ნერეული რეგულაციის დარღვევის დროს.

პ ი პ ე რ ს ა ლ ი ე ა ც ი ა გეხელება სამწვერა ნერეის ნეერალგის, პულპიტებისა და პერიოდონტიტების, სტომატიტის, კბილების ბორმანქანით დამუშაების დროს, ორსულობის პერიოდში, ისტერიის, ორგანიზმის პიპოქსიის შემთხვევაში და სხვა.

პ ი პ ო ს ა ლ ი ე ა ც ი ა შეიძლება გამოიწვიოს ნერეული სისტემის ფუნქციის მოშლამ, სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანმა დააქადებებმა, სანერწყვე სადინარების შევიწროებამ ან დახშობამ, აგრეთვე ზოგიერთმა ინფექციურმა დააქადებამ (მუცლის ტიფმა, პნეემონიამ და სხვა), წყლის ცელის დარღვევამ, ქოლერამ, კუჭ-ნაწლავთა დისპეფსიებმა, ენტეროკოლიტმა, დიაბეტმა და სხვა).

ნერწყვის ნორმალურ სეკრეციას დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის ცხოველმოქმედებისათვის, ნერწყვი, უპირველეს ყოვლისა, საჭმლის მომნელებელი წვენია, იგი აგრეთვე სეკრეცია, რომელიც ქმნის პირის დრუსა და მასში მღებარე ორგანოებისათვის სეულ გარემოს, ნერწყვის საშუალებით ორგანიზმიდან გამოიყოფა უამრავი ნივთიერება (კერცხლის-წყალი, ბრომი, ოიდი და სხვა.) ნერწყვი აქტიურად მონაწილეობს ყლაპეის აქტში. საკეების ყლაპეა იწყება პირის დრუში და მთაერდება საყლაპავ მილში. მანძილი პირის დრუდან კუჭამლე საშუალოდ 43-45 სმ-ია. დალეჭილი საჭმელი ამ მანძილს გაივლის 2-6 წამში, ნორმალურად ადამიანს შეუძლია ერთჯერადად გადაყლაპოს 7-10 სმ³ მოცულობის დალეჭილი საჭმელი.

ს ი ს ხ ლ ძ ა რ ლ ე ე ბ ი . სალეჭი აპარატის ორგანოები სისხლით მარაგდება გარეთა საძილე არტერიის ტოტებდან: 1. ენის არტერია (a. Lingualis) გარეთა საძილე არტერიის ტოტია. იწყება მის წინა ზედა-პირზე დაახლოებით 1 სმ-ის მკეით ზელა ფარისებრი არტერიიდან (დაახლოებით ინის ძელის დიდი რქების დონეზე). გალაკეუს ყბა-ინის კენთის

კლავს და ამ კუნთის ზედა ზედაპირით მიემართება, რამდენიმე იკლავს და და შეღის ენის ძირში ენის ღრმა არტერიის (a. profunda Linque) სახელწოდებით. ენის ღრმა არტერიებიდან შედიალურად და ლატერალურად, მკეით ენის ზურვისაკენ მიემართება მრავალრიცხოვანი გოტები, რომლებიც ენის ზურვს ქვეშ ქმნიან სისხლძარღვოვან თაღებს.

2. სახის არტერია (a. Facialis) იწყება გარეთა საძილე არტერიის წინა მუღაპირიდან, ენის არტერიის ცოტა ზევით, მიემართება ზევით, გაივლის ორბუცელა კუნთის უკანა მუცელთან და ყბის ქვეშა სახერწყვე ჯირკელის უკან, და იძლევა ღრმა გოტს რბილი სახისათვის. სახის არტერიის გოტები სისხლით ამარაგებს აგრეთვე ყბის ქვეშა სახერწყვე ჯირკვალს. სახის არტერია ქვედა ყბის ქვედა კილქსთან გადაიხრება და გაივლის ქვედა ყბის გარეთა კილქზე. საღვჭი კუნთის წინა კილქსთან (სადაც შეივრძნობა პულსირება). არტერია გადმოდის შედიალური კუთხისაკენ. აქ ამ არტერიას უწოდებენ კუთხის არტერიას (a. Angularis), რომელიც ანასტომოზით უერთდება ცხვირისა და თვალის ქვედა არტერიებს. სახის არტერია სისხლით ამარაგებს სახის მამიკურ კუნთებს და ირგვლივ მდებარე ქსოვილებს. სახის არტერიის გოტებია ზედა და ქვედა გუჩების არტერიები (a. labialis superior et inferior).

3. ყურის უკანა არტერია (a.auricularis posterior) ამარაგებს სისხლძარღვებით სახის ნერუსა და შუა ყურს.

4. გარეთა საძილე არტერია ქვედა ყბის სახსართან ქმნის ორ საბოლოო გოტს, საფეთქლის ზერელე არტერიასა და ზედა ყბის შიგნითა არტერიას.

5. საფეთქლის ზერელე არტერია (a. temporalis superior) მიემართება ქვედა ყბის სასახსრე თავიდან ზევით, გაივლის ყბაყურა ჯირკელის სისქეში (რომელსაც აძლევს წვრილ გოტებს. მას გამოეყოფა გოტი, სახის გარდიგარღო არტერია (u. transversa faciei). ყბაყურა ჯირკელიდან გამოსვლის შემდეგ საფეთქლის ზერელე არტერია მიემართება ზევით და ყურის ჭაელის წინ ყვრიმალის რკალის ღონეზე შეივრძნება მისი პულსაცია.

6. ზედა ყბის შიგნითა არტერია (a. maxillaris interna) გარეთა საძილე არტერიას გამოეყოფა თითქმის ყბაყურა ჯირკვალში, მიემართება ცოტა ზევით, შემდეგ მოუხევეს ფრათა-სახის ფოსოსაკენ. მისი პირველი გოტები გამოეყოფიან სასახსრე მორჩის ყელთან და მიემართება სასმენი ორგანოებისაკენ. უფრო მსხვილი გოტია – a. meningea medea, რომელიც ტენისის მავარი გარსისაკენ მიემათება წვეტიანი ხერყლით (f. spinosum) ზედა ყბის არტერიის გოტია ქვედა ალვეოლური არტერია (a. alveolaris inferior) რომელიც ქვედა ყბის ხერყლის სამუალეებით შეღის ქვედა ყბაში და იძლევა გოტებს კბილებისათვის, პერიოლონგისა და ღრძილებისათვის. ზედა ყბის არტერია იძლევა გოტებს აგრეთვე საფეთქლისა და საღვჭი კუნთებისათვის. ფრათა-სახის ფოსოს შესაეალთან მას გამოეყოფა უკანა

ზელა ალვეოლური არტერია (a. alveolaris superior posterior) ზედა ყბის ბორცვიდან შედის ძეღში და სისხლით ამარაგებს საღებ ქბილებს და ზედა ყბის წიაღს. ზედა ყბის არტერიის გოგია აგრეთვე თვალბულის ქვედა არტერია (a. infraorbitalis) იძლევა გოგებს პრემოლარების, ეშეებისა და საჭრელი კბილებისათვის. ზედა ყბის არტერიის ყველაზე მსხვილი გოგია სახის დაწვერივი არტერია (a. palatina descendens), რომელიც გამოდის სახის დიდ ხერეღში და სისხლით ამარაგებს მაგარი სახის ლორწოვანასა და ღრძილებს.

ი ნ ე რ ე ა ც ი ა . საღებუ აპარაგის ორგანოების ინერეაქციაში მონაწილეობს თავის გეინიდან გამოძაყალი 5 წყვილი ნერვი (მე-5 წყვილი, სამწვერა ნერვი, მე-7 წყვილი სახის, მე-9 წყვილი – ენა ხახის, მე-10 წყვილი – ცთომილი, მე-12 წყვილი – ენისქვეშა ნერვი). პირის ღრუს ორგანოები ღებულობს მამოძრავებელ, მგრძნობიარე, სეკრეციულ და გემოენების შემგრძნებ ნერეულ ბოჭკოებს, რომელთაგან მხოლოდ სეკრეციული ბოჭკოები განეკუთენება ეეგეგაგიურ ნერეულ სისგემას (სიმპათიკური და პარასიმპათიკური).

ს ა მ წ ე ე რ ა ნ ე რ ვ ი – n. trigeminus სამწვერა ნერვი თავის ქალიდან გამოძაყალი მეხუთე წყვილი ნერვია, იგი განეკუთენება შერეულ გემს. შეიცაეს როგორც მგრძნობიარე, ისე მამოძრავებელ ბოჭკოებს. ამ ნერვის მცირე ფესვი (portio minor) მამოძრავებელია, ხოლო დიდი ფესვი (portio major) მგრძნობიარე.

გასერის კეანძი (gasseri s semilunare) ნახეეარმთეარისებრი წარმონაქმნია, რომლის პერიფერიული ბოჭკოები წარმოქმნის სამ ნერუს. გასერის კეანძი გეინის მაგარი გარსის ფურცლებს შორისაა. ფურცლებს შორის სიერესს, საღაც გასერის კეანძია, ეწოღება მეეკლის ღრუ (cavum meckeli). გასერის კეანძიდან მიძაყალი პირეული გოგი ქაღას ღრუს გოეებს თეაღბუღის ზეღა ნაპრაღით (fissura orbitalis superior) და მიემართება თეაღბუღეში. მას თეაღბუღის ნერვი (n. ophthalmicus) ეწოღება. მეორე გოგი მიემართება წინ და ქეეეით, გოეებს ქაღას ღრუს მრგვალი ხერელით, მას ზეღა ყბის ნერვი (n. maxillaris) ეწოღება, მესამე გოგი (n. mandibularis) ქაღას გოეებს ოეაღური ხერელით, მას უერთღება მამოძრავებელი ბოჭკოები, იგი შერეული ნერვია.

1. თ ე ა ლ ბ უ ღ ი ს ნ ე რ ვ ი (n. ophthalmicus) თეაღბუღის ზეღა ნაპრაღში შესეღისას იყოფა სამ გოგად: ა) შუღლის ნერვი (n. frontalis) აინერეირებს შუღლის კანს და აძღეეს გოგებს ზეღა ქუთუთოს და თეაღის მეღიაღურ კუთხეს, ბ) საცრემღე ნერვი (n. lacrimalis) მიემართება საცრემღე ჰირეკელისაეენ, გაიეღის მას, მითაერღება კანში და თეაღის კუთხის ლაგერაღურად კონიუნქტიეაში. ამ ნერუს მგრძნობიარე ბოჭკოებს გარღა, აქეს აგრეთეე სეკრეციული ბოჭკოები საცრემღე ჰირეკელისათეის; გ) ცხეირ-წამწამის ნერვი (n. nasocilliaris) აინერეირებს ცხეირის ღრუს

წინა ნაწილს. თეალის კაკალს, თეალის კუთხის მედიალურად კანს, კონიუქტივას და ხაერკლუ პარკს.

2. ზედა ყბის ნერვი (n. maxillaris) ქალას ღრუს გოვეს მრგვალი ხერელით (f. rotundum) და შედის ფრთა-სასის ფოსოში, მიემართება თეალბუდის ქვედა ნაპრალით და შედის თეალბუდის ქვედა არხსა და ხერელში, ნერვის ამ ნაწილს თეალბუდის ქვედა ნერვი ეწოდება. იგი გამოდის სახეზე თეალბუდის ქვედა ხერელით. აქ ქმნის წერილ გოტებს, რომლებიც აინერვირებს ქვედა ქუთუთოს, ზედა ტუნსა და ცხვირის გვერდით მხარეს. ამ გოტებს გარდა, ზედა ყბის ნერვიდან გამოიყოფა მკლვეტი გოტები: ა) ყვრიმალის ნერვი (n. zygomaticus) აინერვირებს ლოყის კანსა და ყვრიმალის არის წინა ნაწილს; ბ) ზედა უკანა ალვეოლური ნერვი (n. alveolaris super. et. post.) ზედა შუა ალვეოლური ნერვი (n. alveolaris sup. media); ზედა წინა ალვეოლური ნერვი (n. alveolaris sup. anter.) აინერვირებს ზედა ყბის კბილებსა და ღრძილებს, გ) ფრთა-სასის ნერვი (n. pterygopalatinus) აინერვირებს სასისა და ცხვირის ღრუს, ზედა ყბის ნერვის ქვეით და მედიალურად ფრთა-სასის ფოსოში მდებარეობს ფრთა-სასის კეანბი (ganglion pterygopalatinum), რომლიდანაც გამოიყოფა მემლევი (სეკრეციული) გოტები: ა) ცხვირის უკანა გოტები (n. nasales posteriores) რომლებიც მიემართება ცხვირის ლორწოვანი ჯირკვლებისა, კენ. მათგან ყველაზე მსხვილია ცხვირ-სასის ნერვი (n. nasopalatinus) რომელიც გაივლის საჭრელ ხერელს და აინერვირებს მაგარი სასის ლორწოვანას ჯირკვლებს. ბ) სასის დიდი და პაგარა ნერვები (n.n. palatini) გამოდის სასაზე სასის დიდი და მცირე ხერელებით (f. palatini majus et minora) და აინერვირებს მაგარი და რბილი სასის ლორწოვანი გარსის ჯირკვლებს. სეკრეციულ ნერვებს გარდა, ფრთა-სასის კეანბიდან გამოდის მგრძნობიარე ნერვებიც, რომლებიც აინერვირებენ შესაბამის უბნებს.

3) ქვედა ყბის ნერვი (n. mandibularis), მგრძნობიარე ბოქკოებს გარდა, შეიცავს მამოძრავებელ ფესვებს, ქალას ღრუს გოვეს თეალური ხერელით (f. ovale) და იყოფა ორი ჯგუფის გოტებად. ა) მამოძრავებელი ანუ კუნთოვანი გოტები, რომლებიც აინერვირებენ შესაბამის კუნთებს: n. massetericus, n.n. temporalis profundi, n. pterygoidei medialis et lateralis tensoria tympani, n. tenzorius palatini, n. mylohyoideus. ბ) მგრძნობიარე გოტები – (n. buccalis) აინერვირებს ლოყის ლორწოვან გარსს. ენის ნერვი (n. lingualis) ეშვება მედიალური ფრთისებრი კუნთის მედიალურ მხარეზე და გადადის პირის ფსკერის ლორწოვანი გარსით ენაში, აინერვირებს ენის წინა ორ მესამედ ნაწილს (შეიგრძნობს შეხებას, ტკივილსა და გემპერაგურულ ცვალეზადობას) ქვედა ალვეოლური ნერვი (n. alveolaris inferior) ქვედა ყბის ხერელით შედის ქვედა ყბაში, ქმნის კბილთა წნულს (plexus dentalis inferior) და აინერვირებს ქვედა ყბის ყველა კბილს, ქვედა ყბის ნერვის გოტი ნიკაპის ნერვი (n. mentalis)

გამოდის თანამოსახელე ხერედიდან და აინერვირებს ქველა ტუნსა და კანს ნიკაპის არეში.

ს ა ხ ი ს ნ ე რ ე ი - *N. facialis* სახის ხერევი მეშვიდე წყვილი ხერეია, შეიცავს მხოლოდ მამოდრაეებულ ბოჭკოებს და აინერვირებს მიმოკურ კუნთებს, ქალას გოვებს სადგის-ღერილისებრი ხერელით (*foramen stylomastoideum*), შედის ყბაყურა ჯირკკლის სისქეში, სადაც იყოფა საბოლოო გოგებად.

ყბაყურა ჯირკკალში სახის ხერევი ქმნის წუნულს (*plexus parotideus*), რომლიდანაც რადიალური მიმართულებით გამოდიან ხერეის გოგები:

1. საფეთქლის გოგები (*r. temporalis*) მიემართება წინ და ზევით, აინერვირებს შუბლისა და თვალბულის ირგვლივ კუნთებს, 2. ყვრიმალის გოგები (*r. zygomatici*) აინერვირებს თვალის ირგვლივი კუნთის ქველა ნაწილს და ყვრიმალის კუნთს. 3. ლოყის გოგები (*r. bucales*) მიემართება პორიზონგალურად. აინერვირებს ლოყის კუნთს, ცხვირისა და პირის ნაპრალის ირგვლივ კუნთებს, 4. ქველა ყბის გოგი (*r. marginalis mand*) მიემართება ქველა ყბის კილის მიმართულებით და აინერვირებს ნიკაპისა და ქველა ტუნის კუნთებს, 5. ყელის გოგები (*r. colli*) აინერვირებს ყელის კანქვეშა კუნთს (*m. platysma*). ზემორამოთელილ ყველა გოგს შორის ხერეული კაეშირია, მათ კაეშირი აქვთ აგრეთვე სამწვერა ხერეის გოგებთან.

ენ ა - ხ ა ხ ი ს ნ ე რ ე ი - *N. glossopharyngeus* ენა-ხახის ხერევი თავის ქალიდან გამომაეალი მე-9 წყვილია, ის რთული შემადგენლობისაა, შეიცავს გემოვნების, მგრძნობიარე, სეკრეციულ ბოჭკოებს ყბაყურა ჯირკკლისათვის და მამოდრაეებულს (*m. stylopharyngeus*). ენა-ხახის ხერევი ქალას ღრუს გოვებს საულლე ხერელით, აქ ქმნის ორ კვანძს - ზედას და ქველას, რომლიდანაც გამოდის დაფის ხერევი (*n. tympanicus*) აინერვირებს დაფის ღრუს, სასმენ მილს და იძლევა პარასიმპათიკურ ბოჭკოებს ყბაყურა ჯირკკლისათვის. ენა-ხახის ხერეის ძირითადი გოგი რკალით იხრება. გაივლის შიგნითა საძილე არტერიასა და შიგნითა საულლე ვენას შორის, იძლევა მამოდრაეებულ გოგებს - *m. stylopharyngeus* - და მიემართება ხახისა და ენის ძირისაკენ. გზად იძლევა გოგებს ნუშისებრი ჯირკკლებისა და სასის რკალისათვის.

ც თ ო შ ი ლ ი ნ ე რ ე ი - *N. vagus*. ცთომილი ხერევი მე-10 წყვილი ხერეია. ქალას ღრუს გოვებს საულლე ხერელით და ქმნის ორ კვანძს. ქველა კვანძიდან გამოდის გოგები, რომლებიც აინერვირებენ რბილი სასის კუნთებსა და ხახის შემაფიწროვებულ კუნთებს.

თვით ცთომილი ხერევი შიგნითა საძილე არტერიასა და შიგნითა საულლე ვენას შორისაა. რბილი სასა ინერვირდება სამი ხერვით. ცთომილი ხერევი იძლევა მამოდრაეებულ გოგებს კუნთებისათვის, ხოლო სამწვერა და ენა-ხახის ხერეები - მგრძნობიარე გოგებს სასის ლორწოვანი

გარსისათვის *M. tensor veli palatiini* ღებულობს ორმაგ ინერეაციას – სამწვერა ნერვის მესამე გოგისა და ცთომილი ნერვისაგან.

ენის ქვეშა ნერვი – *N. hypoglossus* ენის ქვეშა ნერვი მე-12 წყვილია. ქალას ღრუს გოვებს თანამოსახელე არხით (*Canalis hypoglossi*), ეშეება შიგნითა საძილე არტერიის ლაგერალურად, ვაივლის ორმუცელა კუნთის უკანა მუცელთან და რკალისებურად მიემართება ენისაკენ იძლევა ინერეაციას ენის ყველა კუნთისათვის.

კისრის სამკუთხედები. პირობითად კისერი გაცოფილია ორ ნაწილად: წინა ნაწილი, ანუ ყელი და უკანა ნაწილი, ანუ საკუთრივ კისერი. კირის წინა ნაწილში მღებარეობს სიცოცხლისათვის უღარესად საჭირო ორგანოები და ქირურგიული ჩარევა ამ არეში უფრო ხშირია. წინა ნაწილში არჩევენ წინა, ანუ მეღიალურ სამკუთხელს (კენგ) და ლაგერალურ (წყვილ) სამკუთხედებს.

1. კისრის წინა (მეღიალური) სამკუთხელი (*tr. coli mediale*) ზემოდან შემოსაზღერულია ქვედა ყბის ქვედა კილით (სამკუთხელის ფუძე), გარედან – მკერდ-ლაიფ-ღერილისებრი კუნთების წინა კიდეებით, ქვემოდან საულლე ნაჭდეით (სამკუთხელის მწვერვალი). აღნიშნული ღიღი სამკუთხელი შეიცავს მცირე სამკუთხედებს, რომლებსაც ქირურგიული სტომაგოლოგიის თეალსაზრისით ღიღი მნიშვნელობა აქეთ. ა) ყბის ქვეშა სამკუთხელი (*trigonum submandibulare*) შესაბამება ყბის ქვეშა ფოსოს, ზემოდან შემოსაზღერულია ქვედა ყბის ქვედა კილით, წინიდან – ორმუცელა კუნთის წინა მუცლით. უკანიდან – ორმუცელა კუნთის მუცლით.

ბ) პიროგოვის სამკუთხელი (*trigonum Pirogovi*) უკნიდან ესაზღერება ორმუცელა კუნთის უკანა მუცელი, წინიდან – ყბა-ინის კუნთის უკანა კიდე, ზემოდან – ენის ქვეშა ნერვი. გ) საძილე სამკუთხელი (*trigonum carotideum*) ზემოდან ესაზღერება ორმუცელა კუნთის უკანა მუცელი და საღგისინის კუნთი, ქვემოდან – ბეჭის კუნთის ზედა მუცელი, უკნიდან – მკერდ-ლაიფ-ღერილისებრი კუნთის წინა კიდე. ამ სამკუთხედში მოთაესებულია საერთო საძილე არტერია. მის გარეთ შიგნითა საულლე ეენაა, ხოლო სისხლძარღვებს შორის და უკან – ცთომილი ნერვი, კისრის დანარჩენ სამკუთხედებზე არ შეეჩერლებით, რაღგან ისინი დეგალურადაა აღწერილი გოპოგრაფიული ანატომიის სახელმძღვანელოში.

კბილები – *Dentes* კბილები სალექი აპარატის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია. კბილის ორგანო (*Organon dentale*) შეღება შემდეგი ნაწილებისაგან: კბილის, კბილის ფესვის ბუღის, ღრძილის, პერიოდონგისა, სისხლძარღვებისა და ნერვებისაგან. კბილების დანიშნულებაა საჭმლის მიქანიკური დამუშაება: საჭმლის მოკეზა, გაჭყლეგა, დაქეშეაება და დაფქვა. არჩევენ სარძევე კბილებს (*dentes decidui*) და მუღმიე (*dentes permanentes*) კბილებს. სარძევე კბილების რიცხვია 20. ფორმულა $\frac{2.1.2}{2.1.2}$,

მუღმიეი კბილები რიქჲია 32. ფორმულა $\frac{2.1.2.3}{2.1.2.3}$ სარძეეი კბილები

ფორმულა განსხეელება მუღმიეი კბილები ფორმულისაგან იმით, რომ მასში არ შედის პრემოლარები. თითოეულ კბილში არჩევენ: 1. კბილის გვირგვინს (*corona dentis*) 2. კბილის ყელს (*colum dentis*), 3. კბილის ფესუს (*radix dentis*). კბილის ფესვი მდებარეობს კბილბუღეში და მთაერდება მწვერვალით (*apex dentis*) რომელზეც აღნიშნება ხერული (*for. apicis dentis*). ხერულის საშუალებით კბილის ღრუში შედის სისხლძარღვები, ლიმფური ძარღვები და ნერეული გოგები.

კბილის შიგნით ღრუა (*cavum dentis*), რომელშიც არჩევენ გვირგვინოვან და არხოვან ნაწილებს. კბილის ღრუში კბილის პულპაა (*pulpa dentis*). კბილის ფესვი კბილბუღეში დამაგრებულია კოლაგენის ბოჭკოებით, რომლებიც ქმნიან კბილბუღის ძელისსაზრღელას, ანუ პერიოდონგს. პერიოდონტი შეიცავს კარგად განვითარებულ სისხლძარღეოვან და ნერეულ ქსელს.

კბილის მაგარი ქსოვილები წარმოადგენილია: 1. ემალით (*enamelum*), რომელიც ფარავს კბილის გვირგვინს გარედან, 2. დენტინით (*dentinum*), რომელიც მდებარეობს ემალის ქვევით და კბილის შემადგენლობის ძირითადი მასაა, 3. ცემენტით (*cementum*), რომლითაც დაფარულია კბილის ფესვი.

კბილის ოთხ ზედაპირს არჩევენ: 1. ზედაპირი მიმართულია პირის ღრუსკენ (*facies oralis, s. lingalis et palatini*) ენისა და სასისაკენ;

2. ზედაპირი მიმართულია პირის კარიბჭესაკენ (*facies vestibularis*) მას წინ კბილების არეში ეწოდება გუჩების ზედაპირი (*f. labialis*) და ლოყის ზედაპირი (*f. buccalis*), 3. ზედაპირი მიმართულია მეზობელი კბილებისაკენ. საკონტაქტო, ანუ აპოქსიმალური (*f. contactus s. aproximalis*) საკონტაქტო ზედაპირი წარმოადგენილია საკონტაქტო მედიალური და დისგალური მხარეებით; 4. ზედაპირი მიმართულია მოწინააღმდეგე მხარის კბილებსაკენ, საღეჭი ზედაპირი (საოკლუზიო) (*facies masticatoria s. occlusalis*)

აღნიშნულ ზედაპირებს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვთ დაავადების გოპიკური დიაგნოსტიკისათვის. პრაქტიკულ მუშაობაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება იმას, თუ რომელი კბილი რომელ (მარჯვენა თუ მარცხენა) მხარეს მიეკუთვნება. კბილის მარჯვენა და მარცხენა მხარის განსასაზღვრავად მიღებულია შემდეგი ნიშნები: 1. ფესვის ნიშანი – ფესვის გასწვრივი ლერძი დახრილია დისგალურად, ისე, რომ ის ქმნის კუთხეს კბილის გვირგვინისა და ფესვის ეერტიკალურ ლერძთან; 2. გვირგვინის კუთხის ნიშანი – საღეჭ (საჭრელ) და საკონტაქტო ზედაპირებზე გაელებული ხაზები ქმნის კუთხეებს, რომელთაგან მედიალური – საღეჭი კუთხე უფრო მახვილია, ეიდრე დისგალური – საღეჭი კუთხე; 3. გვირგვინის ზედაპირის დახრილობა – განისაზღვრება პალპაციურად და მდგომარეობს

იმაში, რომ ექსტიმულარული ზედაპირი მედიალურში უფრო მკვეთრი დაქანებით გადადის, ვიდრე დისტალურში. ამ ძირითადი ნიშნების გარდა, შეიძლება გამოვიყენოთ აგრეთვე კბილების ბორცვების ნიშანი: ქვედა ყბის კბილებისათვის მოლარების ენისმხრივი ბორცვები უფრო მაღალია, ვიდრე ლოყისმხრივი, ზედა ყბაზე მოლარების მედიალური და ლოყისმხრივი ბორცვები უფრო დაბალია, ვიდრე დისტალური და სასისმხრივი.

ზედა ყბის და ქვედა ყბის კბილების გარჩევაში დიდ დახმარებას გვიწევს როგორც კბილების გვირგვინების ფორმა, ასევე მათი ფესვთა რიცხვი. ქვედა ყბაზე მოლარებს აქვს ორი ფესვი (სიბრძნის კბილის გამოკლებით, რომლის ფესვთა რიცხვი ვარიაციულია), რომლებიც საკბილე მორჩში განლაგებულნი არიან მედიალურად და დისტალურად. დანარჩენ ჯგუფის კბილებს მხოლოდ ერთი ფესვი აქვს. ზედა ყბაზე საჭრელი კბილები და ეშვები ერთფესვიანია, პირველ პრემოლარს უმეტეს შემთხვევაში (75%-ს) აქვს ორი ფესვი (განლაგებული საკბილე მორჩში ლოყისა და სასისმხრივი), მეორე პრემოლარს უმეტეს შემთხვევაში (75%) აქვს ერთი ფესვი, მოლარებს აქვს სამი ფესვი, რომლებიც განლაგებულნი არიან ალვეოლურ მორჩში, ერთი სასისმხრივ და ორი ლოყისმხრივ (მედიალური და დისტალური). ადამიანის მუღმევი კბილები დაყოფილია ოთხ ჯგუფად.

1. საჭრელი კბილი (dentes incisivi) სულ რეა, ოთხი ზედა ყბაზე და ოთხი ქვედა ყბაზე. საჭრელი კბილები ერთფესვიანია. ზედა ყბაზე ცენტრალური საჭრელი კბილები უფრო დაბალია, ვიდრე გვერდითი, ამ კბილებს აქვს თითო არხი, პრაქტიკულად ყოველთვის კარგად გამაჟალია. ქვედა ყბაზე ცენტრალური საჭრელი კბილები უფრო პაგარაა, ვიდრე გვერდითი და აქვს თითო არხი (ხანდაზმულ ასაკში ზოგჯერ ძნელად გამაჟალი).

2. ეშვები (dentes canini), რომლებიც ოთხია, ორ-ორია თითოეულ ყბაზე. მათ აქვთ ერთი გრძელი ფესვი და ერთი არხი, ყველა ასაკობრივ ჯგუფში კარგად გამაჟალი, საჭრელ კბილებთან შედარებით ეშვები უფრო მასიურია.

3. პრემოლარი (dentes premolares) რეაა. ოთხ-ოთხი თითოეულ ყბაზე. ამ კბილებისათვის დამახასიათებელია ორი ბორცვი სადენტ ზედაპირზე და ამიგომ მათ ბიკუსიდაგებსაც უწოდებენ. ერთი ბორცვი ლოყისმხრივია, მეორე ენისა და სასისმხრივი, ზედა ყბაზე პირველ პრემოლარს უმეტესად აქვს ორი წერილი ფესვი, ალვეოლურ მორჩში ლოყა-სასისმხრივი. ფესვებში ორი არხია, რომელთაგანაც სასისმხრივი უკეთ გამაჟალია. დანარჩენი პრემოლარების არხები კლინიკურად კარგად გამაჟალია.

4. მოლარები (dentes molares) თორმეგია, ექვს-ექვსი თითოეულ ყბაზე. მათგან პირველი მოლარი ყველაზე დაბალია. მესამე უფრო პაგარაა. ზედა ყბაზე პირველ და მეორე მოლარებს სადენტ ზედაპირებზე აქვს ოთხი ბორცვი, ორი ლოყისმხრივ და ორი სასისმხრივ, სამი ფესვიდან სა-

სისმხრივი უფრო ღიბია და მასიური. ორი ფესვი განლაგებულია ლოყის მხრივ მეზიოდისგალურად. კბილის სამ ფესეში სამი არხია, რომელთაგანაც სახისმხრივი ფესვის არხი ყოველთვის კარგად გამოავალი, ხოლო ლოყისმხრივი ფესვების წყრილი არხები (ღისგალური, მეღიაღური) ნაკლებად გამოავალი, ზედა ყბის მესამე მოღარს უფრო ხშირად საღეჳ ზეღაღირზე აქეს სამი ბორციე (ორი ლოყისმხრივი და ერთი სახისმხრივი) და სამი ფესეი, რომღეღიე ხშირად შერწყმულია, რაე ძაღზე აძნეღებს ფესეღების არხეღების მეურნაღობას. ქეეღა ყბაზე ჰირეეღ და მეორე მოღარეღს აქეს ორ-ორი ფესეი (მეღიაღური და ღისგალური). ღისგალური ფესეი უფრო მასიურია და მეღარეღით სწორი, მასში ერთი არხია, რომეღიეე კარგად გამოავალია. მეღიაღური ფესეი მრუღე და მეღრეეეღეე ბულია, მასში ორი არხია, რომღეღიეე ფესეის მწეეერეეღთან ერთღეღიან, ეს არხეღი კღინიკურად ძნეღად გამოავალია. ჰირეეღ ქეეღა მოღარის საღეჳ ზეღაღირზე 5 ბორციეა, აქეღან სამი ლოყის მხრიე და ორი ენის მხრიე, მეორე მოღარს აქეს ოთხი ბორციე – ორი ლოყის მხრიე და ორი ენის მხრიე, მესამე ქეეღა მოღარის ფორმა ეარიაბიღურია, მის საღეჳ ზეღაღირზე შეიძღეეა იყოს 4 ან 5 ბორციე. ფესეეეღი ძირითაღად ორია, მაგრამ ისინი ხშირად შეერთეეღულია მჳიდროღ, რაე ართუღებს ამ კბილის არხეღების მეურნაღობას. ზოგჯერ ეს მოღარი საკბიღეე მოორჩში აგიღურაღაა განღაეეღული.

ს ა რ ძ ე ე ე კ ბ ი ლ ე ბ ი . სარძეეე კბიღეეღი განსხეეეღეეღა მუღმიეი კბიღეეღისაგან ფერთ, სიღიღით, ბორციეეღების რაოღენობით და ფესეეღების საკბიღეე მოორჩში გაშღით. ფესეეღების გაშღა განჰირობეეღულია მათ ქეეეღით მღეეღარე მუღმიეი კბიღეეღების ჩანასახეღების არსეეობითა და ზრღით.

სარძეეე კბიღეეღი იყოფა: საჭრეღ კბიღეეღად სულ რეა (ოთხი ზეღა ყბაზე და ოთხი ქეეღა ყბაზე). ეშეეეღად (სულ 4) და სარძეეე მოღარეეღად (ოთხი ზეღა ყბაზე და ოთხი ქეეღა ყბაზე). სარძეეე კბიღეეღების ამოჭრა იწყეეღა დაბაღეღიდან მე-ნ თეეეე და მთაერღეეა 2,5 წღისათეის.

სარძეეე კბიღეეღის ამოჭრის რიში და ეაღეეღი

ენეგრაღური საჭრეღეეღი	6-8 თეე
მეღიაღური საჭრეღეეღი	7-9 თეე
ჰირეეღი სარძეეე მოღარეეღი	12-15 თეე
ეშეეეღი	16-20 თეე
მეორე სარძეეე მოღარეეღი	20-24 თეე

მუღმიეი კბიღეეღის ამოჭრის რიში და ეაღეეღი

ჰირეეღი მოღარი	6-7 წეღი
ენეგრაღური საჭრეღეეღი	8 წეღი
გეერღითი საჭრეღეეღი	9 წეღი

პირველი პრემოლარები	10 წელი
ეშვები	11-13 წელი
მეორე პრემოლარები	11-13 წელი
მეორე მოლარები	13-16 წელი
მესამე მოლარები	18-30 წელი

ცალკეულ შემთხვევაში კბილების ამოჭრის ვადები შეიძლება დაქ-
ქარდეს ან შენეღდეს რაც არ შეიძლება ყოველთვის პათოლოგიად
მივიჩნიოთ.

კბილის ფესვების არსების მეურნალობის სწორად ჩატარებისათვის
განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სარძევე კბილების ფესვების განვი-
თარების დამთავრებისა და ფესვების გაწოვის ვადების ცოდნას. მიღებუ-
ლია, რომ სარძევე კბილის ამოჭრიდან 2-2,5 წლის შემდეგ მისი ფესვის
ჩამოყალიბება და მინერალური მარილებით გაკირვა დამთავრებულია,
ხოლო სარძევე კბილების ფესვების გაწოვა იწყება ამოჭრიდან 3,5-4 წლის
შემდეგ.

ეიდმანის მიხედვით ცალკეული კბილების ფესვების ჩამოყალიბებისა
და მათი გაწოვის ვადები წარმოდგენილია შემდეგნაირად.

სარძევე კბილების შესვლის ბანეითარება მისამრღება

ცენტრალური საჭრლი კბილების	1,5-2 წელი
გვერდითი საჭრელი კბილების	1,5-2 წელი
ეშვების	2,5-3 წელი
პირველი მოლარების	2-2,5 წელი
მეორე მოლარების	3 წელი

სარძევე კბილების შესვლის ბანევა ინყება

ცენტრალური საჭრელი კბილების	4 წლიდან
გვერდითი საჭრელი კბილების	5 წლიდან
პირველი მოლარების	7 წლიდან
ეშვების	8 წლიდან
მეორე მოლარების	8 წლიდან

სარძევე კბილების ფესვების გაწოვა დამოკიდებულია მუღმევი კბილების
ჩანასახების განვითარებაზე. ეს ფიზიოლოგიური პროცესის ორი მხარეა,
რომლებიც ნორმალურ პირობებში ურთიერთგანპირობებულია. ზოგჯერ
მუღმევი კბილის ჩანასახის არარსებობის ან რაიმე პათოლოგიური
პროცესის დროს სარძევე კბილის ფესვის გაწოვა შეიძლება შეჩერდეს და
სარძევე კბილი დარჩეს კბილთა რკალში ათობით წლის განმავლობაში.

ქირურგიული სტომატოლოგიური სამსახურის ორგანიზაცია და საექიმო შრომითი ექსპერტიზა

მოსახლეობის სტომატოლოგიური დახმარების ძირითადი მიმართულებაა დაეხმარება ადრეული გამოყვანის, მკურნალობის და პროფილაქტიკის, მრავალი წლის მუშაობის გამოცდილების საფუძველზე შექმნილია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ერთიანი სისტემა, რომელიც ძირითადად დაფუძნებულია გერიტორიულ-უბნობრივ პრინციპზე ეს უკანასკნელი კი ითვალისწინებს სტომატოლოგიური სამსახურის ორგანიზაციის საცხოვრებელი, სამუშაო და სასწავლო ადგილის მიხედვით.

ჯანმრთელობის დაცვის ასეთი სისტემა საშუალებას გვაძლევს გამოვიყვიროთ სტომატოლოგიური დაავადებანი და მათი გარკვეული ნაწილი ჩვენების და მიხედვით ავიყვანოთ დისპანსერულ დაკვირვებაზე. ჩვენთან მოქმედებს სტომატოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის სამი ძირითადი სახე. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური, სტაციონალური და სასწრაფო გადაუღებელი დახმარება.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სტომატოლოგიური დახმარება ითვალისწინებს მოსახლეობის უბნობრივ-გერიტორიულ გამოკვლევას და საჭირო სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას, ასევე მოსახლეობის მიღებას მათი თვითმომართვის მიხედვით. მკურნალობის ეს ფორმა ითვალისწინებს კბილებისა და მათი ფესვების ამოღებას, ალვეოლური მორჩების კორექციას, პირის ღრუს მომზადებას კბილთაროგემირებისათვის, ოლონგოგენური მცირე ზომის კისტებისა და კისტაგრანულომების ამბულატორიულ ოპერაციულ მკურნალობას, მცირე ზომის პაპილომების, ფიბრომების, ეპულისების ოპერაციულ ჩარევას, ქრონიკული პერიოდონტიტების ქირურგიულ მკურნალობას (ფესვის მწვერვალის რემექცია, კბილის პემისექცია).

სტაციონალური მკურნალობა ფართო სპექტრით არის წარმოდგენილი: ყბა-სახის არესა და პირის ღრუს ოროგანობის ჩირქოვანი-ანთებადი პროცესები (აბსცესები, ფლეგმონები, ფურუნკული, კარბუნკული, სანერწყვე ჯირკვლების ანთებები, კენჭოვანი დაავადება, ზედა ყბის წიაღის მწვავე და ქრონიკული ანთება), ყბა-სახის არეს გრავმული დაზიანებანი, ოლონგოგენური სიმსივნეები, თანდაყოლილი და შექმნილი სიმპხინჯე, ლეფორმაციები, მათი აღდგენითი ოპერაციები და სხვა.

აღნიშნულ დაავადებათა მკურნალობა გარდება მრავალპროფილიან საავადმყოფოს სპეციალიზირებულ ყბა-სახის განყოფილებაში.

ყბა-სახის განყოფილება ფორმირდება 30-60 საწოლზე, მას უნდა ქონდეს საოპერაციო ბლოკი, ორი შესახვევი (სუფთა და ჩირქოვანი) საოპერაციო

ბლოკი მოიცავს წინა საოპერაციო ოთახს, სუუთა საოპერაციო, საოპერაციო ჩირქოვანი დააკალებებისათვის. საოპერაციო ბლოკი უნდა მოთავსდეს მშრალ, სათელ შენობაში.

ყბა-სახის განყოფილებას აქვს ქალთა და მამაკაცთა პალატები, სასურველია თითოეული პალატა იყოს ორ ან სამ ადგილიანი თავის სანიტარული კუბით. განყოფილებას აქვს ორი შესახვევი (სუუთა და ჩირქოვანი აკადამყოფობისათვის) განყოფილებას აქვს აგრეთვე საორდინატორო, ოთახი განყოფილების გამვისათვის, ხოლო თუ განყოფილება გამოიყენება სასწავლო ბაზად, მაშინ უნდა გამოიყოს ფართი სასწავლო პროცესის ჩასატარებლად (სასწავლო ოთახები, საასისტენტო, კათედრის გამვის ოთახი, აუდიტორია და სხვა).

სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკაში ქირურგიული განყოფილება უნდა მოთავსდეს მშრალ და ნათელ ფართზე, არა ნაკლები 5 ექიმი ქირურგისა. თვითოეულ ოთახში უნდა დაიდგას ორი საეარძელი (ფართი 18-20 მ²) განყოფილებას აქვს თავისი სასტერილიზაციო და აკადამყოფთა მოსაყდელი. ცალკე სტომატოლოგიური კაბინეტის გახსნისათვის საჭიროა ერთი ნათელი ოთახი 14-18 მ², რომელშიც დაიდგება ერთი სტომატოლოგიური საეარძელი თავისი მაგილით. მაგილა ექიმისათვის, ხელის დასაბანი, სტერილიზატორი და კარადა მედიკამენტებისა და იარაღების შესანახად. იმ სტომატოლოგიურ კაბინეტში, სადაც შერეული მიიღება, საჭიროა ქირურგიული ჩარევისათვის გამოიყოს ერთი ან ორი დღე კვირაში, რაც უზრუნველყოფს საჭირო ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის დაცვას.

სასწრაფო და გადაუღებელი სტომატოლოგიური დახმარება უნდა განხორციელდეს ყველა ეგაპზე, მსხვილ ქალაქებსა და რაიონულ ცენტრებში შექმნილია სადღელამისო მორიგეობის პუნქტები, ექიმთა მორიგეობის მტკიცე გრაფიკით. სასწრაფო და გადაუღებელ დახმარებას საჭიროებს ავადმყოფები ძლიერი მწვავე ტკივილით, სისხლის ღვნით, მწვავე პროცესებითა და გრაემით.

სასწრაფო და გადაუღებელი დახმარებისათვის მთავარმა ექიმმა უნდა გამოყოს კვალიფიციური ექიმები, რადგან პირველი და გადაუღებელი დახმარების სწორად ჩატარებაზე დიდად არის დამოკიდებული თვით დაავადების ამოსაყალი.

გარდა აქ ჩამოთვლილი დახმარებისა, რესპუბლიკაში შექმნილია სანიტარული ავიაციის სამსახური, რომლის ერთერთი შემადგენელი ნაწილია სტომატოლოგიური დახმარება. ამ დარგისათვის საჭიროა გამოიყოს მაღალ კვალიფიციური სპეციალისტები, რომელთა მორგეობის გრაფიკი მტკიცდება რევიონის ჯანმრთელობის დაცვის ხელმძღვანელი ორგანოების მიერ.

საქართველოში სტომატოლოგიური ქსელი კარგად არის განვითარებული, სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები შექმნილია ყველა ქალაქში და

უმრავლეს რაიონულ ექსტრემში. ფუნქციონირებს სტომატოლოგიური პოლიკლინიკების ორი სახე: 1. საბიუჯეტო თანხებზე მომუშავე (უფისო სტომატოლოგიური დახმარება), 2. სამეურნეო ანგარიშზე მომუშავე (ფასიანი სტომატოლოგიური დახმარება). სტომატოლოგიური განყოფილებები გახსნილია იქ, სადაც მომუშავე ექიმ-სტომატოლოგთა რიცხვი არ აღემატება 6-7 ექიმს. სტომატოლოგიური კაბინეტები გახსნილია ამ საწარმოო დაწესებულებებში, სადაც მომუშავეთა რიცხვი 1500-ია, ხოლო სკოლებში – 800-ზე მეტი მოსწავლე. გარდა ამისა სტომატოლოგიური კაბინეტები ფუნქციონირებს სასოფლო-საუბნო ამბულატორიებთან. სტომატოლოგიური სამსახურს ორგანიზაციის ასეთი პრინციპი საშუალებას გვაძლევს მაქსიმალურად მივუახლოვოთ მეურნალობა მოსახლეობს.

დღემდე არსებული მომქმედი კანონმდებლობით დაშვებულია სტომატოლოგიური პოლიკლინიკების ხუთი კატეგორია, განსაზღვრული მომუშავე ექიმთა რაოდენობით, პირველი კატეგორიის სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკას შტაგით ეკუთვნის 40 ექიმი (მთავარი ექიმის ჩათვლით) აქედან მთავარი ექიმის მოადგილე სამეურნეო დარგში 1, განყოფილების გამგე – 3, ექიმი სტომატოლოგები – 35. მეორე კატეგორიის სტომატოლოგიური პოლიკლინიკის შტაგია 30 ექიმი, სამი სტომატოლოგიური განყოფილებით. მესამე კატეგორიის სტომატოლოგიური პოლიკლინიკის შტაგია 25 ექიმი, სამი სტომატოლოგიური განყოფილებით. მეოთხე კატეგორიის პოლიკლინიკის შტაგია 20 ექიმი, ორი სტომატოლოგიური განყოფილებით. მესხუთე კატეგორიის პოლიკლინიკის შტაგია 15 ექიმი, ორი სტომატოლოგიური განყოფილებით.

1989 წლისათვის საქართველოში ფუნქციონირებს 56 სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა, მათ შორის 13 ბაემთა, 3 სამეურნეო ანგარიშზე, გახსნილია 630 სტომატოლოგიური განყოფილება და კაბინეტი. მომზადებულია ექიმ-სტომატოლოგთა ნაციონალური კადრები. სტომატოლოგიურ ქსელში მუშაობს (ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში) 1314 სტომატოლოგი-თერაპევტი, 168 ქირურგი-სტომატოლოგი, 197 ორთოპედი-სტომატოლოგი. 26 ორთოდონტი, 171 კბილის ექიმი, 461 კბილის ტექნიკოსი. დიდი ყურადღება ეთმობა ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებას. რესპუბლიკაში მომუშავე ყველა სტომატოლოგი კვალიფიკაციას იმაღლებს სისტემატიურად ყოველ ხუთ წელიწადში ერთხელ ქ. თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის სტომატოლოგიურ კათედრებზე.

ახალგაზრდა ექიმთა მომზადება წარმოებს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტომატოლოგიურ ფაკულტეტზე, სადაც ყოველწლიური მიღება პირველ კურსზე 75 სტუდენტს შეადგენს, სწავლების ხანგრძლივობაა 5 წელი. ეროვნული კადრები მზადდება მაპროფილებელ კათედრებზე. ფუნქციონირებს სამი კათედრა და ერთი კურსი. თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა – გამგე დოქ. ქ. მანჯგალაძე. ქირურგიული

სტომატოლოგიის კათედრა – გამგე პროფ. ა. ბრეგაძე, ორთოპედიული სტომატოლოგიის კათედრა – გამგე პროფ. ა. საყვარელიძე, ბაქმეთა სტომატოლოგიის კურსი – გამგე დოც. მ. გრიგალაშვილი. მაპროფილებელ კათედრებზე მუშაობს 5 დოცენტი და 5 მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი. მაპროფილებელ კათედრებთან შექმნილია კლინიკური ორდინატურა, სადაც მომზადებას გადის პრაქტიკული მუშაობის სტაჟის მქონე ახალგაზრდა სპეციალისტები, ბოლო 5 წელიწადში მომზადდა 22 ახალგაზრდა ექიმი. კლინიკურ ორდინატურაში სწავლების ვადა ორი წელია.

საექიმო-შრომითი ექსპერტიზა სტომატოლოგიური სამსახურის განუყოფელი ნაწილია, მისი ძირითადი ამოცანაა განსაზღვროს დაავადების სიმძიმე და შრომის უუნარობის სანგრძლიეობა, გამოიკვლიოს და გააანალიზოს ავადობის გამომწვევი მიზეზები, გამოიგანოს დასკვნა შრომითი საქმიანობის შეცვლის ან ინვალიდობის შესახებ და წამოაყენოს თავისი მოსაზრებანი დაავადების პროფილაქტიკის თვალთახედვით. შრომის უნარის დაკარგვა შეიძლება იყოს დროებითი, სრული ან სამუდამო. შრომის უნარიანობის დასადგენად საჭიროა ავადმყოფის სრულყოფილი გამოკვლევა.

ავადმყოფის დროებითი შრომის უუნარობის განსაზღვრა დამოკიდებულია დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობაზე და მომავალში შრომის უნარის აღდგენაზე.

მთლიანი შრომითი უუნარობის შემთხვევაში ავადმყოფს არ შეუძლია არავითარი სამუშაოს შესრულება, ის საჭიროებს სპეციალურ სტაციონალურ მკურნალობას, ხოლო შემდგომში რეაბილიტაციას. ნაწილობრივი დროებითი შრომის უუნარობის შემთხვევაში ავადმყოფი ვერ ასრულებს თავის ძირითად პროფესიულ სამუშაოს, მაგრამ ის შეიძლება გადაყვანილი იქნას სხვა უფრო იოლ სამუშაოზე.

შრომისუნარიანობის დადგენაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შრომის პირობების განსაზღვრს (ცხელი ან ცივი გარემო, ჰაერის დაბინძურება, ხმაური, სინესტე და სხვა).

დროებით შრომის უუნარობის განსასაზღვრადაც დადგენილია სამი ჯგუფი ჩვენება: 1. სამედიცინო (ანთებადი დაავადებები, გრაემა, 2. პროფილაქტიკური (მკურნალობა სანატორიუმში, შევსება მშობიარობისა და ორსულობის პერიოდში, 3. სოციალური (დაავადებული ოჯახის წევრების მოვლა-პატრონობა და სხვა, საავადმყოფო ფურცელი სამეურნეო ანგარიშზე მყოფი პოლიკლინიკებიდან არ გაიცემა. საავადმყოფო ფურცელი არ გაიცემა აგრეთვე ლაბორატორიული გამოკვლევის პერიოდში, ფიზიოთერაპიის შემთხვევაში და სხვა. არსებული კანონმდებლობით საავადმყოფო ფურცელს გასცემს მკურნალი ექიმი არა უმეტეს 6 დღისა. შემდგომი გაგრძელება ხდება განყოფილების გამგის ან საექსპერტო დარგში მთავარი ექიმის მოადგილესთან შეთანხმებით. ხანგრძლივი ავად-

მყოფობის შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის ნახვა ყოველ 10 დღეში.
 სხვა ქალაქში ავადმყოფის გაგზავნის შემთხვევაში შრომის უუნარო-
 ბის ფურცელი უნდა გახსნას გამგზავნი დაწესებულების საექიმო-საექსპერტო
 კომისიამ. მისი გაგრძელება შეუძლია იმ დაწესებულებას, სადაც გაიგზა-
 ვნა ავადმყოფი.

იმ შემთხვევაში, როდესაც დაავადება ან ტრავმა დაკავშირებულია
 სიმთვრალესთან საავადმყოფო ფურცელი არ გაიცემა, ავადმყოფს მიეცემა
 მხოლოდ ცნობა. საწარმოო ტრავმის მიღების შემთხვევაში საავადმყოფო
 ფურცელი გაიცემა ტრავმის მიღების პირველი დღიდან. სამკურნალო
 დაწესებულებებს უფლება აქვთ საავადმყოფო ფურცელი გახსნას არა
 უმეტესი ოთხი თვისა. ერთ კალენდარულ წელიწადში. ავადმყოფის-
 ინვალიდობის დასადგენად სამკურნალო დაწესებულება ავსებს ფორმა
 088 უ და აგზავნის საექიმო შრომით საექსპერტო კომისიაში (სმსკ)

მოვიგანთ შრომის უუნარობის საშუალო მონაცემებს ამბულატორიუ-
 ლი ოპერაციული ჩარევის შემთხვევებში:

- რეტენირებული კბილის ამოღება 6-7 დღე
- კბილის ფესვის მწვევრეალის რემექცია 4-5 დღე
- ცისტოექტომია 6-10 დღე
- ალვეოლოექტომია 5-6 დღე
- ეპულისის ამოკვეთა 6-7 დღე
- სანერწყვე საღინარის კენჭის ამოღება 6-7 დღე
- კეთილთვისებიანი მცირე ზომის სიმსივნის ამოკვეთა 7-8 დღე.

სტომატოლოგიური სტაციონალური ავადმყოფობის მკურნალობის შემთხ-
 ვევაში შრომის უუნარობა დამოკიდებულია დაავადების სახეობაზე, მის
 მიმდინარეობაზე და შესაძლო გართულებებზე. მოგვყავს სხვადასხვა
 დაავადებების დროს შრომის უუნარობის ხანგრძლივობა დღეებში:

- აბსცესი 6-10 დღე
- ფლეგმონა 15-30 დღე
- ფურუნიკული გართულების გარეშე 12-14 დღე
- კარბუნკული გართულების გარეშე 13-15 დღე
- მწვავე ლიმფადენიტი 12-15 დღე
- მწვავე ოსტეომიელიტი 14-30 დღე
- ქრონიკული ოსტეომიელიტი 15-20 დღე
- ცხვირის ძელების მოტეხილობა 8-10 დღე
- ქედა ყბის მოტეხილობა სირთულის მიხედვით 21-40 დღე
- ყვრიმალის ძელის მოტეხილობა 15-20 დღე
- ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა 8-10 დღე
- ზედა ყბის სხეულის მოტეხილობა 35-60 დღე
- აქტინომიკოზის სხვადასხვა ფორმა 35-70 დღე
- სამწვერა ნერვის ნეკროალიზა 14-21 დღე

- მწვავე პაიმორიტი 15-20 დღე
- ქრონიკული პაიმორიტი 15-20 დღე
- ქვედა ყბის სახსრის დაავადება 14-21 დღე
- სანერწყვე ჯირკვლის დაავადება 15-25 დღე

ამასთან ერთად უქიმს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ 50 წლის ასაკს მიუხედავად აქ მოგანიღ საშუალო მონაცემებს უნდა დაემატოს 5-6 დღე, რადგან შრომის უნარიანობის აღდგენა გარკვეულწილად დაკავშირებულია ასაკთან.

შრომის უნარის მყარი დაკარგვა განაპირობებს ინვალიდობას, რომლის დადგენა საუქიმო შრომითი საექსპერტო კომისიის პირდაპირი მოვალეობაა. ამ კომისიის მოვალეობაა დაადგინოს ინვალიდობის მიზეზი ავადმყოფის შრომითი საქმიანობისა და სამედიცინო დასკვნის საფუძველზე. კომისია ვალდებულია განსაზღვროს ინვალიდობის დადგენის შემდგომ პიროვნების მომავალი შრომითი საქმიანობის ხასიათი, რადგან ინვალიდთა შრომით საქმიანობაში ჩაბმა არა მარტო მაგერიალური, არამედ სოციალური მნიშვნელობის ფაქტორიცაა.

მომქმედი კანონმდებლობის საფუძველზე დადგენილია ინვალიდობის სამი ჯგუფი. პირველი ჯგუფის ინვალიდს მთლიანად დაკარგული აქვს შრომის უნარი და მოითხოვს სხეის მოვლას და მეთვალყურეობას. მეორე ჯგუფის ინვალიდს დაკარგული აქვს შრომის უნარი, მაგრამ არ საჭიროებს სხეის მოვლას და მეთვალყურეობას. მესამე ჯგუფის ინვალიდობა ითვალისწინებს სამუშაოს შეცვლას და პიროვნების გადაყვანას სხვა უფრო მსუბუქ სამუშაოზე, პირველი ჯგუფის ინვალიდობა ეძლევა ორი წლით, რის შემდეგ საჭიროა ხელახლა კომისიური გამოკვლევა. მეორე და მესამე ჯგუფის ინვალიდობა ეძლევა მხოლოდ ერთი წლით. იმ შემთხვევაში, როდესაც დაავადება განუკურნებელია ინვალიდობა ეძლევა უვალოდ. უვალოდ ინვალიდობა ეძლევათ აგრეთვე მამაკაცებს სამოცი წლის ზევით და აღდაკაცებს ორმოცდათხუთმეტი წლის ზევით. სტომატოლოგიური დაავადებებიდან ინვალიდობის მიზეზი შეიძლება იყოს ყბა-სახის არის მძიმე დაზიანებები, ყბების რემუქციის შემდგომი პერიოდი, ყბა-სახის თანდაყოლილი მძიმე სიმახინჯეები.

მეოთხე თავი

ავადმყოფის გამოკვლევა და საოპერაციოდ მომზადება

ავადმყოფის მკურნალობის ეფექტურობა დიდად არის განპირობებული დაავადების ღრთულ გამოცნობასა და ოპტიმალურ ოპერაციულ ჩარევაზე შემდგომში გაგარებულ კომპლექსურ ღონისძიებებზე, რომლებიც ითვალისწინებს არა მარტო ოპერაციის შემდგომი პერიოდში მოვლას და მკურ-

ნალობას, არამედ დროული რეაბილიტაციურ ღონისძიებათა დაგეგმვას და შესრულებას.

ავადმყოფის გამოკვლევაში დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს ექიმის ხელთ არსებული გამოკვლევის მეთოდების სწორ და მიზანმიმართულ გამოყენებას.

ავადმყოფის გამოკვლევა შედგება ორი ძირითადი ნაწილისაგან: 1. ავადმყოფის გამოკითხვა (interrogatio), 2. ფიზიკური ანუ ობიექტური გამოკვლევა (დათვალიერება, პალპაცია, აუსკულტაცია, პერკუსია, რენტგენოლოგიური, ინსტრუმენტული, ლაბორატორიული გამოკვლევა და სხვა).

ავადმყოფის გამოკვლევა. ამ მეთოდს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დაავადების არსის გამოკვლევაში. ამის ჩატარება შეძლება სხვადასხვა ფორმით; 1. ავადმყოფს ვაძლევთ საშუალებას მოყვეს თავისი დაავადების ისტორია, რის შემდეგ ექიმი მას აძლევს შეკითხვებს რიგი საკითხების დასაზუსტებლად. 2. ექიმი ავადმყოფს აძლევს გამიზნულ კითხვებს, რის საშუალებითაც ვარკვევთ დაავადების მიმდინარეობას, ხანგრძლივობას და შესაძლო მიზეზებს. გამოკითხვის დროს ყურადღებით ვუსმენთ ავადმყოფს და ვაკვირდებით მის მოქმედებას, რაც გვაძლევს საშუალებას განესაზღვროთ პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა. რეაქტიულობა, ნერველ-ფსიქიკური მდგომარეობა და სხვა. უნდა გვახსოვდეს პიპოკრატეს ღარიგება: "მთავარია დაკვირება", რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის პიროვნების შესწავლის საქმეში. არ უნდა ავიწარღვოთ გამოკითხვის დროს და ყურადღებით მოვეუსმინოთ მას. ავადმყოფის გამოკითხვა შედგება სამი ნაწილისაგან:

1. ავადმყოფის ჩივილი, 2. დაავადების განვითარების ისტორია (anamnesis morbi), 3. ცხოვრების ისტორია (anamnesis vitae)

1. ავადმყოფის ჩივილი პასუხია ექიმის მიერ დასმულ კითხვაზე რა გაწუხებთ? ან რას უჩივით? საჭიროა ხაზი გაესვას იმ გარემოებებს, რომ კითხვები, რომლებსაც ვაძლევთ ავადმყოფს, უნდა იყოს გარკვეული და ნათელი, უნდა ვერიდოთ ავადმყოფის შთაგონებას კითხვებით. გამოკითხვით მიღებული მასალიდან უნდა გამოვეყოთ მხოლოდ ის, რაც ხელს უწყობს დაავადების არსის გამოკვლევას. მწვავე ტკივილის დროს ავადმყოფთან კონტაქტის დამყარება გაძნელებულია, ამიგომ ექიმმა უნდა გამოიჩინოს სათანადო ტაქტი და მოთმინება. ექიმს უნდა ახსოვდეს, რომ ავადმყოფი ზოგჯერ განგებ ამვითადავებს დაავადებას (ავრაყაცია), ან იგონებს არ არსებულ სიმტომებს. (სიმულაცია). ზოგიერთი ნერველი ავადმყოფი (ისტერია, ფსიქოპათია) თავისდაუნებურად მიმართავს მწვავე დაავადების სიმტომების სიმულაციას, სხვა კი ცდილობს დაფაროს დაავადების ზოგიერთი სიმტომი (დისიმულაცია), რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს მოსალოდნელი ოპერაციული ჩარევის შიშით.

სახის არეს გრავემული დამიანებს შემთხვევაში, როდესაც გაძნელებუ-

ლია ავადმყოფიან კონტაქტი მეტყველების მოშლის ან თავის ტვინის ღაზიანების ნიადაგზე, უნდა გამოიყენოსოთ მომიწოლი პიროვნება და შეიძლებისდაგვარად დაეადგინოთ თუ რა პირობებში მოხდა გრავიული ღაზიანება. ვინ და რა სახის დახმარება აღმოუჩინა, რომელი გრანსპორტი არის მოყვანილი ავადმყოფი.

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს ის ავადმყოფები, რომლებიც უჩივიან ყბა-სახის არეში შეშუპებას. აქ ღილი მნიშვნელობა ენიჭება იმის გარკვევას აქვს თუ არა ტკივილი, სხულის ტემპერატურის აწევა, გამოიყენა თუ არა ავადმყოფმა თვითმკურნალობის ისეთი მეთოდები, როგორცაა კომპრესი, მშრალი სიბოთ და სხვა. სახის არეს დეფექტების და დეფორმაციის შემთხვევაში უნდა გაეარკეოთ შექენილია დეფექტი თუ იანდაყოლილი, იყო თუ არა ჩატარებული მკურნალობა და რა შედეგია მიღებული.

სიმსივნით დაავადებული ავადმყოფთა გამოკვლევის დროს უნდა გამოიჩინოთ სიფრთხილე და არ მიეცეთ ისეთი კითხვები, რომლებიც გაუძლიერებს უჭეს დაავადების არა კეთილსაიმელო გამოსავალზე, უნდა დაეაზუსტოთ სიმსივნური ქსოვილის ზრდის სიჩქარე, სხვა სიმპტომების (ტკივილი, ხორკლიანობა, მოძრაობის შეზღუდვა და სხვა) თანდართვა, რომლებიც მიგვანიშნებენ პათოლოგიური კერის კეთილ ან აუთვისებინობაზე.

2. დაავადების განვითარების ისტორია. ავადმყოფის გამოკვლევაში დაავადების განვითარების შესწავლას მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა. უქიმის კითხვაზე, როდის იგრძნო თავი ავად, როდის დაეწყო ავადმყოფობა, ან რა უძლოდა დაავადებას წინ, ავადმყოფმა უნდა გასცეს შესაძლო პასუხი. საჭიროა ყურადღების გამახვილება ისეთ კითხვებზე, როგორცაა: ტკივილის დაწყების დრო, ტკივილის ზუსტი ლოკალიზაცია, ირადიაცია, ტკივილის ინტენსიურობა, მდგრადობა და ხასიათი (მუღმევი, შეტეითი, ჩხულებითი, მფეთქაევი, ჭამის დროს, ლაპარაკის დროს, ცივზე, ცხელზე და სხვა), ტკივილის პერიოდულობა და განმეორებითობა. უნდა დაეადგინოთ ჩატარებული აქვს თუ არა მკურნალობა: სად, როდის, რა ხასიათის, როგორი შედეგებით. გრავიმის შემთხვევაში უნდა გაეარკეოთ: როდის მიიღო გრავემა, რა საგნის ზემოქმედებით, დაკარგა თუ არა ცნობიერება, რა დახმარება აღმოუჩინეს, სად და როდის, ქონდა თუ არა გულის რევა და ღებინება. სიმსივნით დაავადებულ ავადმყოფებში ვაზუსტებთ იყო თუ არა გამოკვლეული სხვა სამკურნალო დაწესებულებებში, რა ხასიათის მკურნალობა ჩუგარდათ (ოპერაციული, ქიმიური, დასხიევა), როგორია შედეგი, იყო თუ არა მორფოლოგიური (ციტოლოგიური) გამოკვლევა, რა რჩევა-დარიგება მიიღო საავადმყოფოდან გამოწერის შემდეგ და სხვა.

3. ცხოვრების ისტორია უნდა გაეარკეოთ ავადმყოფის

ორგანიზმის მექანიკურიობითი და შექნილი თვისებები. გადატანილი დაავადებანი (ნერვიული, ფსიქიკური, ინფექციური, ტუბერკულიოზი, მალარია). თანამედროვე პირობებში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ვენერიული და შიდსის დაავადებას. ყურადღებას ეაქცევთ ჩაგარებულ ოპერაციულ ჩარევას, გრავმას, საყოფაცხოვრებო პირობებს, კვების სხასიათს, მუშაობის პირობებს (ცხელი საამქრო, მერყევი ტემპერატურული გარემო, მაენე ნივთიერებებთან კონტაქტი (ტუტეები, მჟავები, საღებავები და სხვა). ვარკვეთ ავადმყოფის მაენე ჩვევებს (ალკოლპოლის სისტემატიური მიღება, ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება, თამბაქოს მოწევა და სხვა).

ავადმყოფის ფიზიკური (ობიექტური) გამოკვლევა. ავადმყოფის კელევის ეიწყებთ გარეგანი დათვალეირებით. ყურადღებას ეაქცევთ მის მდგომარეობას (აქტიური, პასიური, იძულებითი, აგრესიული), სახის გამომეტყველებას (მოუსვენარი, შეშინებული, დაღლილი, უღიმღამო, გონებაჩლუნგი), ცნობეირებას – შენარჩუნებული, დაკარგული, დაბნეული). ორიენტეირებას – სწორი, დაკარგული).

სტომატოლოგიური ავადმყოფის გამოკვლევის დროს საჭიროა გავარკეით ზოგიერთი ნეეროლოგიური სიმპტომი. თუ ავადმყოფს აქვს თაებრუ (vertigo), საჭიროა დავაბუსტოთ გამომწვევი მიზეზი (პიპერტონია, ნეეროზი, ათეროსკლეროზი, ქრონიკული ინტოქსიკაცია, შუა ყურის დაავადება და სხვა). თაეის ტკივილის დროს (cephalgia), უნდა დადგინდეს მისი ინტენსიობა, ხანგრძლიეობა, პერიოდულობა, ლოკალიზაცია, ტკივილის დაწყების დრო. მეტყეელების გამოკვლევა, მეტყეელება არის ნომალური, დაქეეითებული (ბრადილალია), შეიძლება იყო ენაბლუობა. აფაზია (მეტყეელების დაკარგვა), თაეის ქალადან გამომავალი ნერეების დაზიანება: თეალის მამოძრავებელი ნერეის (n. oculomotorius III წყვილი) დაზიანების დროს აღინიშნება ქუთუთოს ქეეით დაშეება, განზიდული სიელმე, დიპლოპია (მხედველობის გაორება), სამწეერა ნერეის დაზიანების დროს დაზიანების მხარეზე საღეჭი კუნთები სუსტად დაიჭიმება და პირის გაღების დროს ქეედა ყბა გადაინაცელებს დაზიანებულ მხარეზე. სახის ნერეის დაზიანება. სახის ნერეის (VII წყვილი) ზელა გოტის დაზიანების დროს შუბლის ნაოჭები გასადაეებუღია, აღინიშნება ლაგოფთალმი (თეალის ქუთუთო არ ხურაეს თეალის ნაპრალს) ქეედა გოტის დაზიანების დროს ცხეირ-ტუჩის ნაოჭი გასადაეებუღია, ტუჩის კუთხე დაშეებული და გადაწეუღია საღ მხარეზე.

პერიფერიული დამბლის დროს შეეეღიღია კუნთების ელექტროადგზნებადობა. დაზიანების მხარეზე ქრება სუპრაორბიტალური, კონიუნქტეალური და კორნეალური რეფლექსები. ეენტრალური დამბლის შემთხეევაში დაზიანებული კერის საწინააღმდეგო მხარეზე სახის ქეედა გოტის ფუნქცია მოშლიღია. ცთომიღი ნერეის (n. vagus X წყვილი) დაზიანების

დროს მოიწლება რბილი სახის მოძრაობა, ყლაპვის აქტი. იკარგება ან იცულება ხმა (დულუნა ხმა) ენის ქვეშა ნერვის (n. hypoglossus XII წყვილი) დაზიანება-პერიფერიული დამბლის დროს ენა გადაინაცულებს დააეალებს მხარეზე, ენის შესაბამისი ნახეარი აგროფირდება. ცენტრალური დამბლის დროს ენა გადაინაცულებს დააეალებულ მხარეზე (აგროფია არ არის). ნერვის ორმსრივი დაზიანების შემთხვევაში ადგილი აქვს ენის აგროფიას, აღინიშნება ენის კუნთების ფიბრილური გოკვა, ლექვის აქტის დარღვევა, ანაგრია – დანაწევრებული მეტყველების უნარის დაკარგვა.

აღგილობრივი გამოკვლევა. აღგილობრივ გამოკვლევას ვიწყებთ სახის დათვალიერებით, ყურადღებს ვაქცევთ სახის გამომეტყველებას, სიმეტრიას სახეზე ბუნებრივ ნაოჭებს, სახის გარეგანი დათვალიერებით ვადგენთ სხედასსკვა პათოლოგიურ პროცესს: კანი შეიძლება იყოს ფერმკრთალი, წითელი, ყვითელი, ციანოზური, პიგმენტური. სახეზე გვხვდება ხალები (nevus pigmentosus) მეჭვტები (n. verrucosus), სისხლძარღვოვანი (n. vasculosus). ნაწიბუროვანი კანი (cicatrices), გარდა ამისა საჭიროა განესაზღვროთ კანის დაჭიმულობა (ტურგორი) და ელასტიურობა, რომელიც შეიძლება იყოს ნორმალური ან დაქვეითებული, კანზე გვხვდება გამონაყარი, ლაქა (macula), ხორკლი (papula), კეანბი (tuberculum), კოპი (phyma), ბუშტუკი (bulla), ჩირქოვანი ბუშტუკი (pustula).

გარდა ამისა გარეგანი დათვალიერებით ვადგენთ სახის ასიმეტრიას, შეშუპებას, ხერულარხების არსებობას, რომლებიც მიგვანიშნებენ მწვავე ან ქრონიკულად მიმდინარე პათოლოგიურ პროცესზე, აღინიშნავთ საღეჭი და მიმიკური კუნთების შესაძლო აგროფიას, სახის ჩონჩხის გალიდებას (აკრომეგალია – პიპოფიზის აღენომის დროს, ტურჩების დააეალებას, ცხვირს ღეფორმაციას, ტურჩების თანდაყოლილ ნაპრალს და სხვა).

სახის ჩონჩხის გრავემული დაზიანების შემთხვევაში ყურადღებას ვაქცევთ სახის ღეფორმაციას, ყვრიმალის ძვლის და რკალის, ქვედა და ზედა ყბების მდგომარეობის გადაინაცულება, ამოეარდნილობა და სხეა) სახის რბილი ქსოვილის შეშუპების დროს საჭიროა დაეაზუსტოთ: ლოკალიზაცია, საზღვრები, მფარავი კანის ფერი. ეგზოფთალმის დროს ყურადღებას ვამახვილებთ თვალის კაკლისა და მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების მდგომარეობაზე. ეგზოფთალმი შეიძლება გამოწვეული იყოს ანთებადი პროცესით რეგრობულბარული აბსცესი ან ფლეგმონა, თვალბუღეში არსებული სიმსიენით, გრავემით გამოწვეული კემაგომით, უარისებრი ჯირკვლის დააეალებით და სხეა.

ენოფთალმი უფრო ხშირად თან ასლავს ზედა ყბების მოტეხილობას, თვალბუღის ქვედა კიდის ფრაგმენტირებულ მოტეხილობას.

პ ა ლ კ ა ა ც ი ა . - აღგილობრივი გარეგანი დათვალიერების შემდეგ გადავლივართ სახის ცალკეული ნაწილების პალპაციურ გამოკვლევაზე.

სწორედ ჩატარებული პალატია გეაძლევს მეტად მრავალფეროვან ინფორმაციას. ამ მეთოდით ჩვენ ვიკვლევთ სახის რბილი ქსოვილების მდგომარეობას, ტკივილის შეგრძნებას. კანის დაჭიმულობას, გურგორს, ვიკვლევთ რბილი ქსოვილის სიღრმეში არსებულ პათოლოგიურ წარმონაქმნებს, მათ ადგილმდებარეობას, კავშირს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან, კონსისტენციას, ზედაპირის ფორმას (სადა, ხორკლიანი, ფულუქტუაცია, პერგამენტის მსგავსი ხმაური). სიდიდეს, ადგილობრივად ქსოვილის გემპერაგურის მომაგებას.

პალატიას ვატარებთ მარჯვენა ხელის თითებით მსუბუქად, გეწოლის გარეშე, ვიწყებთ ჯანმრთელი მხრიდან. როდესაც კანი პიპერემიულია, რბილი ქსოვილები შემუქებული და პალატიით აღქმება ფულუქტუაცია, შეიძლება ვივარაუდოთ ანთებადი პროცესის არსებობაზე, სიმსივნური კერის არსებობის შემთხვევაში მფარაეი კანი უცვლელია (დაწყულებების გარეშე), მომკერიო-ელასტიური კონსისტენციისაა, მოძრავია, არ არის შესორცებული ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებთან, არ არის მტკივნეული, ზედაპირი სადაა, შეიძლება ვივარაუდოთ კეთილთვისებიანი სიმსივნის არსებობა. იმ შემთხვევაში, როცა პალატიით შევიგრძნობთ პერგამენტის ქაღალის ხმაურს, ვფიქრობთ კისგომურ წარმონაქმნზე. განსაკუთრებულ ყურადღებას ვუთმობთ ყბა-სახის არეში განლაგებული ლიმფური ჯირკვლების გამოკვლევას. ჩვეულებრივი ლიმფური ჯირკვლები არ ისინჯება. გამოკვლევის სწორად ჩატარების მიზნით პაციენტს უნდა დაეახრევინოთ თავი ოდნავ ქვევით, მარცხენა ხელს ვათავსებთ თავის არეში, ხოლო მარჯვენა ხელის მეორე, მესამე და მეოთხე თითებით ვიწყებთ ნიკაპის ქვეშა არის პალატიას, შემდეგ გადავინაცვლებთ ყბის ქვეშა არეში მარცხნივ, მარჯვენა მხარის გამოკვლევის დროს მარჯვენა ხელს ვათავსებთ თავზე და მარცხენა ხელის თითებით ვატარებთ პალატიას. კისრის არეს ლიმფური ჯირკვლების გამოკვლევისათვის, თავი სწორად უჭირავს პაციენტს, კისრის კუნთები მოღუნებულია. პალატიას ვატარებთ ჯერ მკერდ-ლაიწ-ღერილისებრი კუნთის მედიალურ მხარეს, ხოლო შემდეგ კუნთის უკან. გამოკვლევით ვაღვანთ ჯირკვლების მომას. მოძრაობას, კონსისტენციას, მტკივნეულობას, კავშირს ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებთან და სხვა.

სახისა და პირის ღრუში არსებული ანთებადი პროცესების დროს ლიმფური ჯირკვლები სწრაფად შემუქდება და მტკივნეული ხდება, მოგჯერ გააღალის ჩირქოვან ანთებად პროცესში. სიმსივნური პათოლოგიის შემთხვევაში ჯირკვლები ნელა მაგულობს მოცულობაში და პალატიით ხშირად უმტკივნეულოა (ტკივილი აღმოცენდება მეორადი ინფექციის თანდართვის შემთხვევაში).

სახისა და ყბების ძელოვანი ქსოვილების გამოკვლევას ვიწყებთ გარეგანი დათვალიერებით, ყურადღებას ვაქცევთ სახის ფორმას, მომას,

რის თუ არა ასიმეტრია, არაპროპორციული ზრდა. შემდეგ გადაედივართ პალპატორულ გამოკვლევებზე, რის საშუალებითაც ვაღგენთ შესაძლო პათოლოგიას: დეფორმაცია, შემსხვილება, ხორკლიანობა, პათოლოგიური მოგეხილობა, სიმინური წარმონაქმნი და სხვა. ყბა-სახის პათოლოგიაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქვედა ყბის მოძრაობის გამოკვლევას.

ქვედა ყბის სახსარი რთული აგებულებისაა და განეკუთვნება კომბინირებულ სახსრებს, ქვედა ყბის რთული მოძრაობა წარმოდგენილია სამი სახის მარტივი მოძრაობით: 1. ქვედა ყბის აწევით და ჩამოწევით, 2. ქვედა ყბის წინ და უკან გადაწევით, 3. ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობის შენარჩუნებით პირის მაქსიმალური გაღება საშუალოდ 4-4,5 სმ-ია. პირის მაქსიმალური გაღების დროს სასახსრე ღისკო წინ გადაინაცვლებს, და სასახსრე ბორცვებზე გადმოდის, ქვედა ყბის ზევით აწვეის დროს ხდება უკუმოძრაობა და სასახსრე ღისკო გადაიწევს უკან სასახსრე ფოსოში. ქვედა ყბის წინ წამოწვეის დროს ერთდროულად ორივე სახსარში ხდება სასახსრე თავებისა და სასახსრე ღისკოების წამოწვევა სასახსრე ბორცვებზე. ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობის დროს ხდება სასახსრე თავის ცალმხრივი მოძრაობა სასახსრე ღისკოთი, ამ შემთხვევაში ქვედა ყბა გადაინაცვლებს, საწინააღმდეგო მხარეზე. თუ მოძრაობა ხდება მარცხენა სახსარში, ქვედა ყბა გადაინაცვლებს მარჯვნივ. მოპირდაპირე სახსარში სასახსრე ღისკო რჩება ადგილზე – სასახსრე ფოსოში, ხოლო სასახსრე თავი ნაწილობრივ მოძრუნდება თავისი ვერტიკალური ღერძის გარშემო. ამ მოძრაობებს აქვთ გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა სასახსრე მორჩის მოგეხილობების შემთხვევაში.

ქვედა ყბის მოძრაობის გამოსაკვლევად საჩვენებელ თითებს ეათავსებთ გარეთა სასმენი ხერელის შესაეაღში (ან ყურის სარქველის ოდნავ წინ და პაციენტს ვაძლევთ წინადადებას გაალოს პირი და გააკეთოს გვერდითი მოძრაობა. ამ დროს ექიმში აღიქვამს სასახსრე თავების მოძრაობას, რომელიც ნორმის პირობებში ორივე მხარეზე თანაბარია. პათოლოგიის შემთხვევაში კი მოძრაობა შეზღუდულია ან ჩამორჩება დააეაღების მხარეზე. პირის გაღების დროს თუ ქვედა ყბა გადაინაცვლებს, ცალ მხარეზე ეს მიგვანიშნებს იმ მხარეზე სახსარში არსებულ პათოლოგიურ პროცესზე. თუ პირის გაღება შეზღუდულია და გაღების მცდელობისას ქვედა ყბა გადაინაცვლებს ჯანმრთელ მხარეზე, ხოლო გვერდითი მოძრაობა სასახსრე ფოსოში შენარჩუნებულია, ვფიქრობთ, რომ საქმე გვაქვს სახსარგარეშე კონტრაქტურასთან. იმ შემთხვევაში, როდესაც სასახსრე ფოსოში სასახსრე თავების მოძრაობა მკვეთრად ჩამორჩება ქვედა ყბის მოძრაობას, ეჭვი მიგვაქვს სასახსრე მორჩების მოგეხილობაზე.

სახის გრავემული დაზიანების გამოკვლევის დროს განსაკუთრებულ ყურადღებას ვუთმობთ ყერიმალის რკალისა და ძელის გამოკვლევას,

ცხვირის ძელების მდგომარეობის შესწავლას. სახის გარეგანი დათვალიერების შემდეგ, ორივე ხელის თითებით (ფროხილად) ეაწარმოებთ რბილი და მაგარი ქსოვილების პალპატორულ შესწავლას, ყვრიმალის ძელის მოგეხილობის დროს ადგილი აქვს ცხვირის ნესტოს შესაბამისი მხრიდან სისხლის გამოყოფას (რაც მიგვანიშნებს ჰაიმორის დრუს ლორწოვანი გარსის მოლიანობის დარღვევაზე), შეეკლილია სახის რელიეფი, ჩაწეულია ყვრიმალის ძეალი, თვალებულის ქვედა კილის პალპატორული გამოკვლევიტ შევიგრძნობტ კიბის საფეხურის მსგავს მოგეხილობას. ყვრიმალის რკალის მოგეხილობის დროს პირის გავება გაძნელებულია, ყვრიმალის რკალის არე დეფორმირებულია.

ცხვირის გრავემული დამიანების შემთხვევაში აღინიშნება, ცხვირის დეფორმაცია, სისხლის დენა ნესტოებიდან, სუნთქვის გაძნელება ცხვირიდან. პალპაციას ვიწყებტ ორივე საჩვენებელი თითებით ცხვირის ზურგსა და გვერდითი ზელაპირებიდან, შევიგრძნობტ მონატეხი ფერმენტების მოძრაობას და ზოგჯერ ხმაურს, ავადმყოფი აღიქვამს ტკივილს.

სანერწყვე ჯირკვლების პალპატორული გამოკვლევა მოითხოვს გარკვეული ჩეეკების ცოდნას: ყბა-ბყურა სანერწყვე ჯირკვლის გამოკვლევის დროს საჭიროა ლოყის გაღაწევა პირის სარკიტ, ისე რომ მოეძებნოტ ჯირკვლის საღინარი, მეორე ხელიტ უნდა ეაწარმოოტ ჯირკვლის გარეგანი მსუბუქი მასაეი, რის შედეგადაც საღინარიდან გამოიყოფა ან სეკრეტი (სუფტა ნერწყვი) ან შემღვრეული სითხე (ჩირქი), რომელიც მიუთითებს ჯირკვლის პარენქიმის პათოლოგიაზე, ზოგ შემთხვევაში საღინარის ნერწყვის გამოყოფა არ ხდება, ასეტ შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება. მარცხენა ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის გამოკვლევისას ექიმის მარცხენა ხელი თაესდება ავადმყოფის თაემე, ხოლო მარჯვენა ხელის ოთხი თითიტ (მე-2-5 თითებით) ვატარებტ პალპატორულ გამოკვლევას ყბის ქვეშა არეში (ნორმის დროს ჯირკვალი არ ისინჯება) ვსწავლობტ ჯირკვლის კონსისტენციას. მის ზელაპირს, მოძრაობას, და სხვა. მარჯვენა ყბისქვეშა ჯირკვლის გამოკვლევის დროს ვაკეთებტ პირიქიტ. თუ ვიკვლევტ ჯირკვლის სეკრეტს, მამინ ავადმყოფს უნდა გავაღებინოტ პირი და ვთხოვოტ ენის წვერი შეიბრუნოს ზელა ფრონტალური კბილების სასის მხრისაკენ. ჯირკვლის გარედან მასაეის დროს საღინარიდან გამოიყოფა (ან არ გამოიყოფა) ნერწყვი ან ჩირქოვანი მასა.

პირის დრუს ორგანოების გამოკვლევას ვიწყებტ ტუჩების წითელი ყაეთისისა და ლორწოვანი გარსის დათვალეირებით, შემდეგ გადავიღებარტ ღრძილების მდგომარეობის შესწავლაზე, ვათვალეირებტ სასის ლორწოვან გარსს. დათვალეირებით ვადგენტ, ხომ არ არის რაიმე პათოლოგია: ნაპრალი, ნახეთქი, ჭრილობა, წყლული, გარქოვანებული უბნები, პიპერეშია, ნაწიბური. ლოყის სისქეში არსებული წარმონაქმნის გამოკვლევი-

სათვის ვიყენებთ ბიმანუალურ პალპაციას: ერთი ხელის საჩვენებელი თითი შეგვაქვს პირის ღრუში და ვათავსებთ ლოყის ლორწოვან გარსზე, ხოლო მეორე ხელის თითით გარედან ვაწარმოებთ პალპატორულ გამოკვლევას.

ენის გამოკვლევისათვის ვიყენებთ როგორც დათვალიერებას ისე პალპაციას. ყურადღებას ვაქცევთ ენის მოძრაობას (თავისუფალი, შეზღუდული), ფორმას, სიდიდეს (ხომ არ არის მის გვერდებზე კბილების ანაბეჭდი, მაკროგლოსია, როგორია ენის ზედაპირი: ნაღებიანი, გაპრიანებული, მშრალი, ნაოჭიანი, შავი, ნაღებიანი და სხვა. ხომ არ არის ენის ზედაპირზე აფთა, წყლული ან სხვა წარმონაქმნი. ენის პალპატორული გამოკვლევისათვის ენის წყერი უნდა ავიღოთ საღფეთქით და მრავჯენა ხელის ორი თითით შევამოწმოთ ენის რბილი ქსოვილების მდგომარეობა (კვანძი, ინფილტრატი, შემკერივება). მოგჯერ მიემართავთ ენის პუნქციურ გამოკვლევას.

კბილების გამოკვლევისათვის ვიყენებთ პირის სარკეს, პინცეტს, კბილის მონღს. ვათვალიერებთ კბილებს (კარიესული, დაბეენილი, დაშლილი გვირგვინი), ეამოწმებთ კბილების მდგრადობას, მათ რაოდენობას, მათ რაოდენობას კბილთა რკალში, ვადგენთ ამოჭრის ვადებს. კბილების გამოკვლევის დროს ვიყენებთ პალპაციას, პერკუსიას, თერმიულ და ელექტროდიანოსტიკას, რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. კბილების პერკუსია უნდა ჩავატაროთ მონღის ტარის კბილზე მსუბუქი დაკაკუნებით, ჯერ საღ კბილზე (რომ ვავიგოთ როგორ რეაგირებს ავადმყოფი გამოკვლევაზე), ხოლო შემდეგ დაავადებულ კბილზე. კბილის ღრუს მონღით გამოკვლევა უნდა იყოს ფრთხილი, რომ ავადმყოფს არ მიეაყენოთ მოულოდნელი ძლიერი ტკივილი. ხანდაზმულ ავადმყოფებში უხეში მონღირებით გამოწვეულმა ტკივილმა შეიძლება გამოიწვიოს გულის წასვლა ან არტერიული წნევის უეცარი მომატება, რასაც შეიძლება მოყვეს მოგადი მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება. კბილის პულპის მდგომარეობის დასაბუსტებლად შეიძლება გამოვიყენოთ თერმიული გამალიზიანებელი: ცივი და თბილი: ცივი წყალი უნდა იყოს ოთახის ტემპერატურაზე ნაკლები, დაახლოებით 12°-14°, ძალზე ცივი წყლის გამოყენება არ შეიძლება, თბილი წყლის ტემპერატურა უნდა იყოს 40°-45°. თერმულ გალიზიანებაზე ავადმყოფი აღიქვამს ან ტკივილის მომატებას (ცივზე ტკივილი აღიქმება პულპის სეროზული ანთების შემთხვევაში), ან ტკივილის დაამებას (პულპის ჩირქოვანი ანთების დროს.) თბილ წყალზე ტკივილი აღმოცენდება კბილის პულპის ნეკროზისა და განგრენის შემთხვევაში.

გ ა მ ო კ ე ლ ე ე ი ს ს კ ე ც ი ა ლ უ რ ი მ ე თ ო ლ ე ბ ი . დიაგნოზის დასაბუსტებლად, გარდა ზემოთ აღნიშნული გამოკვლევებისა, საჭიროა გამოკვლევის სხვა მეთოდების გამოყენება. ვიყენებთ შემდეგ მეთოდებს:

რენტგენოგრაფია. ამ მეთოდს განსაკუთრებული ადგილი უკავია ავადმყოფთა კლინიკურ შესწავლაში. რენტგენოგრაფიას ვიყენებთ, როგორც ცალკეული კბილების გამოსაკვლევად (კბილების რეგენცია, მოგეხილობა, პერიაპიკალური ქსოვილების მდგომარეობა, კისტა, გრანულომა და სხვა), ისე ყბების, სხეულისა და მორჩების შესასწავლად. პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში გამოიყენება კონტაქტური რენტგენოგრაფია, რომელიც გარდება როგორც პირშიგნითა, ისე პირგარეთა წესით. პირშიგნითა წესი გამოიყენება ძირითადად კბილების გამოსაკვლევად, პირგარეთა კი ყბების სხეულის, მათი მორჩების, ცხვირისა და ცხვირის ღანამაგი ღრუების გამოსაკვლევად. რენტგენოგრაფიის საშუალებით ვიკვლევთ უცხო სხეულის არსებობას რბილ და მავარ ქსოვილებში, სანერწყვე ჯირკვლების ენჭოვან დააეალებას. ამ მეთოდის დახმარებით ვაზუსტებთ ქირურგიული ჩარევის მოცულობას. რიგ შემთხვევაში საჭიროა პათოლოგიური პროცესის განსაზღვრა ქსოვილთა სიღრმეში, ამისათვის მიემართავენ გომოგრაფიას (თანმიმდევრობითი შრეობრივი რენტგენოგრაფია) რომელიც კეთდება ორ პროექციაში – პირდაპირი და გვერდითი, ეადგენთ პათოლოგიურ კერის მდებარეობას სიღრმეში და გარშემო ქსოვილთან ურთიერთობაში. ამ მეთოდს ვიყენებთ სახის არეში უცხო სხეულის მდებარეობის დასადგენად, ზელა ყბის წიაღების გამოსაკვლევად, საფეთქელ ქვედა ყბის სახსრის მდგომარეობის შესასწავლად და სხვა.

რენტგენოგრაფიული კვლევის სხვა მეთოდებიდან აღსანიშნავია ტელერენტგენოგრაფია – რომელიც გვაძლევს ორგანოს ჭეშმარიტ ზომას და სიდიდეს. ამ მეთოდს ვიყენებთ ყბა-სახის ჩონჩხის ლეფორმაციების კვლევისათვის.

რენტგენოლოგიური კვლევის მეთოდებიდან უფრო ფართო პრაქტიკული გამოყენება აქვს რენტგენოკონტრასტულ მეთოდს. ეს მეთოდი წარმატებით გამოიყენება ხერელარხების, სანერწყვე ჯირკვლების, ზელა ყბის წიაღების გამოსაკვლევად. საკონტრასტო ნივთიერება იოდოლიპოლი, იოდის მეთოვანი ხსნარია (30%) გამჭირვალე მოყვითალო ფერის სითხე, არ იხსნება წყალში. გამოდის ამპულაებში 5-10 მლ. ვიყენებთ ღრუ ორგანოების გამოსაკვლევად. სახის არეში არსებული ხერელარხის გამოკვლევის დროს ხერელარხში ბლაგვი ნემსით შეგვყავს შემთბარი იოდოლიპოლის ხსნარი 1-3 მლ. ნელა, ხერელარხის აესების შემდეგ ხერელარხის შესავეალზე ვაწებებთ ლეიკოპლასტირს და ავადმყოფი გადაგვყავს რენტგენის კაბინეტში. სანერწყვე ჯირკვლების გამოკვლევისათვის სანერწყვე ჯირკვლის სადინარში შეგვყავს ბლაგვი ნემსი და შემდეგ გამთბარი იოდოლიპოლის 1-2 მლ. შეგვყავს ნელა, ავადმყოფის მიერ ტკივილის შეგრძნებამდე. ჰაიმორის ღრუს გამოსაკვლევად ვაკეთებთ პუნქციას ან ცხვირის ღრუდან შუა გასაყლის ღონეზე (ქვედა ღონეზე ვაკეთების შემთხვევაში საკონტრასტო ნივთიერება არ აესებს ჰაიმორის ღრუს და

გალმოიღვრება გარეთ) და გამოთბარი საკონტრასტო ნიეთიერება 5-10 მლ. შეეყვავს სელა, შეძლევ ცხვირის ნესტოს ვაგამოწონებთ. სხვა შემთხვევაში ჰაიმორის ღრუს ტრეპანაციას ვაკეთებთ ეშვის ფოსოში (ცხვირის შესაბამისი ნესტო წინასწარ დაგამოწნებულია) და აქედან შეეყვავს საკონტრასტო ნიეთიერება. რენტგენოკონტრასტული მეთოდი საშუალებას გვაძლევს დაეადგინოთ უცხო სხეულის, კენჭის, სიმსივნის (პლიუს ქსოვილის) არსებობა.

რიგ შემთხვევაში საჭიროა სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევა-ანგიოგრაფია. ამ მიზნით ეიყენებთ სხვა და სხვა რენტგენოკონტრასტულ ნიეთიერებებს: კარდიოგრასტი, კრისტალური ფხენილია, კარგად იხსნება წყალში, შეიცავს 50% იოდს, სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევისათვის შეეყვავს 1 მლ. 1 კგ. მასაზე, მაგრამ არა უმეტეს 60 მილილიტრისა, შეეყვავს სწრაფად. წინასწარ ვათბობთ სხეულის ტემპერატურის ღონებზე. კარდიოგრასტის გამოყენება არ შეიძლება თირკმელების გამოყოფი ფუნქციის მოშლის, აქტიური ტუბერკულოზის, პროთრომბინის მომაგების შემთხვევაში. კარდიოგრასტის გამოყენება არ არის ნაჩვენები გულსისხლძარღვთა სისტემის დეკომპენსაციის დროს, ახლად გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტის შემთხვევაში. უნდა გვახსოვდეს, რომ რენტგენოკონტრასტული ნიეთიერებების შეყვანამდე 1-2 დღით ადრე საჭიროა იოდზე მგრძობელობის განსაზღვრა, ვადაულებელ შემთხვევაში, სამი საათით ადრე მაინც. შეყვანის დროს შეიძლება ადგილი ქონდეს თავბრუს, გულისრევას, მჯახის აჩქარებას, ზოგჯერ ციანოზს. მოგვიანებითი გართულებებიდან აღსანიშნავია წამლის შეყვანის ადგილზე თრომბოზოფლებიგის ჩამოყალიბება. კარდიოგრასტი გამოდის 35%, 50% და 75% ხსნარის სახით 20 მლ. ამჟულაში. მას თან ახლავს 2 მლ. ამჟულა ტესტირებისათვის. შემოდის იმპორტული ნიეთიერებებიც "ვეროგრაფინი", "უროგრასტი" და სხვა. სისხლძარღვთა კონტრასტირებას მიემართაეთ ძირითადად ჰემანგიომების დიაგნოსტიკაში, როდესაც საჭიროა დაეადგინოთ სისხლძარღვოვანი სიმსივნის ლოკალიზაცია და მისი გავრცელება როგორც ძელოვან, ისე რბილ ქსოვილებში.

მ თ რ ფ ო ლ ო გ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ე ლ ე ვ ა . დაეადგინის დიაგნოსტიკაში და პათოლოგიური არსის ილენტიფიკაციაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მორფოლოგიური კვლევის მეთოდების გამოყენებას, რომლის საშუალებით ვაზუსტებთ დაეადგინის დიაგნოზს და განვსაზღვრაეთ შესაძლო პათოგენეზურ მეურნალობას. ამ მხრივ გარკვეულ ინფორმაციას გვაძლევს ციტოლოგიური გამოკვლევა. დიდი მნიშვნელობა ეძლევა მასალის სწორად აღებას. პათოლოგიური კერის ზედაპირიდან მასალას ვიღებთ ანაბეჭდის ან ანაფხეკის სახით. ანაბეჭდის აღებისათვის პათოლოგიური კერის ზედაპირი უნდა გაიწმინდოს ნაღებისაგან, ფუფხისაგან და სუფთა სასაგნე მინის ზეწოლით ავილოთ მასალა, რომელიც შეძლევს იგზავნება ლაბორატორიაში. ამ მეთოდით ვიკვლევთ იმ უჯრედების

მღვრიანობას, რომლებიც პათოლოგიური კერის ზედაპირზე იმყოფებიან. იმ შემთხვევაში, როდესაც სასაგნე მინით მასალის ალება არ ხერხდება (სასა, ალკეოლური მორჩი და სხვა ალგილები) პათოლოგიური კერის ძნელად მისაღვომი მღვრიანობის გამო, ანაბეჭდს ვიღებთ სასკოლო საშლელი რეზინის საშუალებით. რეზინისაგან ვამზადებთ კუბს (0,5 – 0,8 სმ) წინასწარ გამოეხარშიაით და ვინახაით სტერილურად. მასალის ალებისათვის რეზინის კუბით ვეხებით წყლულის ზედაპირს, რეზინაზე გადადის ნაწილი უჯრედებისა და რეზინიდან ანაბეჭდი გადაგვაქვს სასაგნე მინაზე. უფრო მეტ ინფორმაციას ვიღებთ ანაფხეკი მასალისაგან. პათოლოგიურ კერის ზედაპირს ვათავისუფლებთ ფუფისა და ნაღებისაგან, შეიძლეგ ბასრი იარაღით ვაკეთებთ ანაფხეკს და მასალა გადაგვაქვს სასაგნე მინაზე, მეორე სასაგნე მინის დახმარებით ამ მასალას თანაბრად ვანაწილებთ და ვაგზაენით გამოსაკელევეად.

იმ შემთხვევაში, როდესაც პათოლოგიური კერის მფარაეი ქსოვილი უცელელია და გამოსაკელევი მასალის ალება გვიხდება სიღრმიდან, მიემართაეთ პუნქციურ მეთოდს. ამ მიზნით ვიღებთ ცარიელ შპრიცს (მშრალს) და ნემსს (0,8-1მმ. დიამეტრის), ვაკეთებთ ჩხელეგას და დგუშის გამოწვეით პათოლოგიური კერის სიღრმიდან ვიღებთ მასალას, რომელიც შემდეგ გადაგვაქვს სასაგნე მინაზე და ვაგზაენით გამოკელევაზე.

ამ მეთოდებთან შეღარებით უფრო მეტ ინფორმაციას გვაძლევს ბიოფსია. გაუტკივარების ფონზე ბასრი ლანცეტით ვიღებთ მასალას პათოლოგიური კერიდან ისე, რომ ავიღოთ ჯანმრთელი ქსოვილიც. ალებულ მასალას ვათაესებთ 12% ფორმალინის ხსნარში და ვაგზაენით გამოსაკელევეად. ნებისმიერი მეთოდით ალებული მასალა მოითხოვს სათანადო დოკუმენტის გაფორმებას, რომელშიც უნდა იყოს ნაჩვენები ავადმყოფის საპასპორტო მონაცემების გარდა, რომელი ორგანოდან ან უბნიდან არის ალებული მასალა და როგორია წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი.

აღნიშნული მეთოდების დახმარებით ვაზუსტებთ კლინიკურ დიაგნოზს და ვაზუსტებთ ოპერაციული ჩარევის მოცულობას.

ავადმყოფისა და საოპერაციო ველის მომზადება

ავადმყოფის ყოველი მეხეკრა ექიმთან სამკურნალო დაწესებულებაში ყოველთვის დაკავშირებულია ფსიქოემოციურ მოელენებთან, მით უფრო, თუ მოსალოდნელია ოპერაციული ჩარევა. ექიმი ვალდებულია ავადმყოფს ჩაუტაროს საჭირო ფსიქოთერაპიული მომზადება მოსალოდნელი ოპერაციის წინ, ექიმმა მოკლელ, მაგრამ გასაგები ენით უნდა

აუხსნას ავადმყოფის მოძაქალი ოპერაციის მსკლელობა და დაარწმუნოს ოპერაციის უმტკივნეულო ჩატარებასა და კეთილსაიმელო გამოსავალში, ასეთი საუბარი აუცილებელი წინაპირობაა პაციენტის ფსიქოთერაპიულ მომზადებაში. პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში კბილის ამოღების წინ ავადმყოფის სპეციალური მომზადება საჭირო არ არის, მაგრამ მასთან საჭირო კონტაქტის დამყარება აუცილებელია. ექიმი ეალებულია არა მარგო მოუსმინოს ავადმყოფს და პასუხი გასცეს მის შეკითხვას, არამედ გააფრთხილოს კიდეც კბილის ექსტაქციის დროს შესაძლო გართულების (გვირგენის მოგება) შესახებ. ავადმყოფი უნდა გავაფრთხილოთ, რომ ანესოზიის გაკეთების შემდეგ ტკივილის შეგრძნება ქრება, ტაქტილური კი რჩება, ზოგიერთი ავადმყოფი ტაქტილურ შეგრძნებას აღიქვამს, როგორც ტკივილს, ამიტომ ასეთი გაფრთხილება აუცილებლად საჭიროა, რიგ შემთხვევაში კბილის ექსტაქციის წინ საჭიროა ავადმყოფს მიეცეთ საგულე საშუალებები (ვალერიანის ნაყენი, კორლიამინის, ვალოკარდინის წვეუები და სხვა).

სტაციონარში ავადმყოფის მომზადება საოპერაციოდ მოითხოვს გარკვეულ ღონისძიებათა გატარებას, ეს უკანასკნელი კი დამოკიდებულია მასზედ ოპერაცია გეგმიურია თუ სასწრაფო-გადაუღებელი. სასწრაფო-გადაუღებელი ოპერაციების დროს, ოპერაციის წინ ავადმყოფს უნდა შეუყვანოთ ტკივილდამაყრებელი საშუალებები 20-30 წუთით ადრე ოპერაციულ ჩარევამდე (ანალგინი 50%-2,0, დიმედროლი 1%-1მლ.) საჭიროების შემთხვევაში შეგყავს ნარკოტიკული საშუალებებიც (პრომედოლი 1%-1,0 ან 2,0 მლ. კანქევემ, შეიძლება გამოვიყენოთ პრომედოლის 2% ხსნარიც).

გეგმიური ოპერაციისათვის ავადმყოფის მომზადება მიმდინარეობს გულდასმით და ყოველმხრივ. ვატარებთ ზოგად გამოკვლევებს (ელექტროკარდიოგრაფია, ლეიძლის ფუნქციური გამოკვლევა, კოაგულოგრამა და სხვა). გარდა ამისა, საჭიროა პირის დრუს სათანადო მომზადება. სტაციონარის შტაგში არსებული ექიმი-სტომატოლოგი ვალებულია აქტიური მონაწილეობა მიიღოს ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადებაში: გულდასმით უნდა მონაწიროს კბილს ქეები, დაბყინოს კარიესული კბილები, ამოიღოს ფესვები და მორყეული კბილები, ლორწოვანი გარსის დაავადების შემთხვევაში ჩატარდეს საჭირო მკურნალობა. ოპერაციული ჩარევის წინ ავადმყოფის პირის დრუ უნდა იყოს გაჯანსაღებული. უშუალოდ ოპერაციის წინ ავადმყოფს ვაძლებთ წინადადებას პირის დრუ გამოირეცხოს ანგისეპტიკური ხსნარის (საჰმელი სოდის 2%, კალიმანგანუმის 0,1% და სხვა). ზოგიერთი აეგორის მითითება, რომ საჭიროა ლორწოვანი გარსის დამუშავება ოიდის 5%-იანი ხსნარით, არ მიმანხია გამართლებულად, რადგან ანგისეპტიკას მაინც ვერ ვაღწევთ პირის დრუში და ოიდის ხსნარი ხშირად ვაძლებს ლორწოვანი გარსის მსუბუქ დამწერობას.

ამბულატორიული ოპერაციები გარღვბა სტომატოლოგიურ სავარძლებში, ავადმყოფის ნახევრად მწოლიარე მდებარეობაში, ისე რომ სახე და საოპერაციო ველი უნდა იყოს კარგად განათებული. წინასწარ საჭიროა პაციენტის მომზადება, მოსალოდნელი ოპერაციული ჩარევის მიმდინარეობის შესახებ. იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი აღვილალ ადგმნიუბადია, მკვეთრად არის გამოხატული შიშის გრძნობა, მას ეაძლვეთ დამამშვიდებელ სამკურნალო ნიეთიერებებს (სელუქსენი, ელენიუმი, ამინაზინი, დიმედროლი და სხვა). ოპერაციულ ჩარევეამდე 30-40 წუთით აღრე. ავადმყოფს ვაფრთხილებთ, რომ ანესთეზიის ჩატარების შემდეგ ტკივილის შეგრძნება მთლიანად ისხნება და რჩება მხოლოდ გაქტიკური მგრძნობელობა, რომელიც არ უნდა აღიქვას, როგორც ტკივილი. ოპერაციულ ჩარევეამდე ეატარებთ პირის ღრუს ირიგაციას რომელიმე სუსტი ანგისეკტიკური ხსნარით, იმ შემთხვევაში, როდესაც კბილის გვირგვინი დამლილ-ია, საჭიროა მისი დამუშავება 2%-იანი იოდის ხსნარით. კბილის ქეების არსებობის შემთხვევაში: ეაშორებთ კბილის ქეებს, ეამუშავებთ ირგვლიე ქსოვილებს იოდის 2%-იანი ხსნარით, შემდეგ ეატარებთ ოპერაციულ ჩარევას.

ექიმის მომზადება საოპერაციოდ. ოპერაციული ჩარევის კეთილსაიშელო გამოსავალში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ექიმის კვალიფიკაციას, მის გუნება-განწყობას და პროფესიულ დახელოვნებას. ექიმი ქირურგის პროფესიული დახელოვნება მთლიანად განსაზღვრავს და განაპირობებს მომავალი ოპერაციის კეთილსასურველად ჩატარებას. პროფესიულ დახელოვნებაში იგულისხმება სპეციალობის ფუნდამენტური ცოდნა, ორგანოსა და ქსოვილების ქირურგიული ანატომია, გოპოგრაფიული ანატომია, იმ შემთხვევაში, როდესაც ოპერაცია ეეთდება პირველად, რომელსაც ქირურგის მოღვაწეობის პერიოდში ანალოგი არ პქონია, საჭიროა ასეთი ოპერაციის ტექნიკა წინასწარ დამუშაედეს გვამურ მასალაზე, მომავალი ოპერაციის ყველა ეტაპის გათვალისწინებით. ასეთი მიდგომა თაეიდან აგვეაცილებს მოსალოდნელ გაუთვალისწინებელ გართულებებს. ქირურგი ვალდებულია სისგემატიურად ზრუნაედეს თაეისი კვალიფიკაციის ამაღლებაზე, აქტიურად მონაწილეობდეს ქეყნის შიგნით თუ საზღვარგარეთ მოწყობილ სიმპოზიუმებისა და სემინარების მუშაობაში, ეცნობოდეს სამამულო და საზღვარგარეთულ მეცნიერულ მიღწევებს. ოპერაციის წინა დედეს და ოპერაციის წინ ექიმმა არ უნდა მიიღოს ალკოპოლური სასმელი, იყოს დასვენებული და მშვიდი, კარგი გუნება განწყობილებით. ეს ყველაფერი უნდა დაინახოს ავადმყოფმა ოპერაციის დაწყებამდე, რაც ეთილ გაედენას მოახდენს თეით ავადმყოფის ფსიქო-ემოციურ განწყობაზე.

დიდი ყურადღება უნდა დაეუთმოთ ექიმის ხელების მომზადებას, ქირურგიული ჩარევის წინ ამბულატორიული მუშაობის პირობებში ექიმმა

ხელები უნდა დაიბანოს ორჯერ თვითთველი აკადემიკოსის მიღებისას: ოპერაციული ჩარევის დაწყების წინ და ქირურგიული ჩარევის დამთავრების შემდეგ. ექიმი ხელს იბანს თბილი, გამდინარე წყლით და საპნით 8-10 წუთის განმავლობაში. (მუშაობის დაწყების წინ!), შემდეგ იმშრალეს სტერილური ხელსახოცით და ამუშავენ სპირტში დასველებული ბუროლებით; ყოველ აშუქვით აკადემიკოსის მიღების წინ (თუ საქმე არ პქონდა ჩირქოვან ანთებით პროცესთან), საკმარისია ხელების 3-5 წუთით დაბანა და სპირტით დამუშავება. ზოგიერთი ავტორის მითითება, რომ ექიმი უნდა მუშაობდეს რეზინის ხელთათმანებში საყსებით მართებულია და მისაღები, მაგრამ პრაქტიკულად წინააღმდეგობრივია (ქსელი არ არის მომარაგებული საჭირო რაოდენობის რეზინის ხელთათმანებით, ექიმს არ ჰყავს დამხმარე პერსონალი, რომელიც შესაბამის ჩანაწერს გააკეთებდა აკადემიკოსის ამბულატორიულ ბარათში და სხვა).

სტაციონარში მუშაობის პირობებში ექიმის ხელები უნდა დამუშავდეს გულდასმით. ოპერაციის დაწყების წინ ექიმი ხელებს იბანს გამდინარე თბილი წყლით და საპნით და ღრუბლით 5-7 წუთი, შემდეგ მეორე სტერილური ღრუბლით და საპნით კიდევ 5 წუთი, ხელებს ვიმშრალეზ სტერილური პირსახოცით, ეამუშავენთ ეთილის სპირტით და ვიცეამთ რეზინის ხელთათმანებს. არსებობს ხელების მომზადების სხვა მეთოდები. სპასოკუკოკო-კოჩერგინის წესით ხელებს ვიბანთ საპნით და შემდეგ სამი წუთით 0,5 % ნიშადურის სპირტიანი ხსნარით ჯერ ერთი და შემდეგ კიდევ სამი წუთით მეორე თასში, რის შემდეგ ხელებს ვიმშრალეზთ სტერილური პირსახოცით და ხელების კანს ეამუშავენთ ეთილის სპირტით 3-4 წუთის განმავლობაში.

ქირურგიული იარაღებისა და საოპერაციო მასალის მომზადება

ინფექციის პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საოპერაციო მასალისა და ქირურგიული იარაღების გასტერილებას. საოპერაციო მასალის გასტერილება წარმოებს ავტოკლავში და მას ატარებს ამისათვის სპეციალურად მომზადებული სამედიცინო პერსონალი. საჭიროა სტერილიზაციის რეჟიმის ზუსტი დაცვა. მაგალითად ერთი აგმოსფერო წნევის დროს 120°. გემპერატურაზე სტერილიზაციის დრო განისაზღვრება 45 წუთით. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ რაც უფრო დიდია აგმოსფერული წნევა და გემპერატურა, მით უფრო ნაკლები დროა საჭირო სტერილიზაციისათვის.

სველი სტერილიზაცია გარდება იარაღების გამოხარშვით სტერილიზატორში. ქირურგიული იარაღები წინასწარ უნდა გაერეცხოთ გამდინარე

წყლით და საპნით, ან სარეცხი ფხენილით და შემდეგ მოვითავსოთ სტერილიზატორში. იარაღები დაფარული უნდა იყოს წყლით დუღილის მთელ პერიოდში. წყლის აღულებიდან სტერილიზაციის დროა (45-60 წუთი). სტერილურ იარაღებს ვათავსებთ სტერილურ მაგიდაზე.

მჭრელ იარაღებს ვათავსებთ ან 96° ეთილის სპირტში ან სამშავ ხსნარში. შპრიცების გასტერილებას ვახდენთ დუღილით ან ქაღალდის პარკში ავტოკლავირებით. უმჯობესია ერთჯერადი შპრიცების გამოყენება.

კეტგუტს გასტერილების წინ ვათავსებთ 24 საათით ეთერში, ხოლო შემდეგ 7 დღით ხსნარში 1 გრ. იოდი, 2 გრამი კალიუმბრომი და 100 გრ. გამოსდილი წყალი). შემდეგ გადაგვაქვს კიდე 7 დღით ასეთივე ხსნარში. ამის შემდეგ საჭიროა ამ კეტგუტის ბაქტერიოლოგიური შემოწმება.

ცხენის ძუას მომზადება. ძუას ვრეცხავთ გამდინარე თბილი წყლით და საპნით, შემდეგ შევამშრალებთ პირსახოცით და 7 დღით ვათავსებთ ბენზინში. ვიღებთ ბენზინის ხსნარიდან ვამშრალებთ სტერილური პირსახოცით და 40 წუთის ვაღულებთ გამოსდილ წყალში, (წყალს ეუცეულით 2-3 ჯერ). ვამშრალებთ სტერილური პირსახოცით და ვათავსებთ 96° სპირტში 7 დღით. შემდეგ ვახდენთ ბაქტერიოლოგიურ შემოწმებას.

პოლიამიდურ ძაფს ვხარშავთ 20-25 წუთი, ვამშრალებთ და ბაქტერიოლოგიური კონტროლის შემდეგ ვიყენებთ კანის გასაკერად.

იოდოფორმიანი დოლბანდის მომზადება. ვამზადებთ 5 სმ. სიფართის მარილის დოლბანდს (100 გრ.) და ვათავსებთ ხსნარში, რომელიც შედგება: 5 გრ. იოდოფორმისა, 5 გრ. გლიცერინისა, 100 მლ. ეთილის სპირტისა და 200 მლ. ეთერისაგან. მასალის კარგად გაქვინების შემდეგ ვაშრობთ და ვახვეთ მორგვის სახით და ვინახავთ სტერილურად.

ოპერაციის შემდგომ ავადმყოფის მოვლა და კვება

ოპერაციული ჩარევის ეფექტურობა განპირობებულია ავადმყოფის მოვლაზე და კვებაზე. ყბა-სახის არეში ოპერაციულ ჩარევას თან ახლავს პირის ღრუს ორგანოების ფუნქციის მკვეთრი მოშლა (სუნთქვის, მეტყველების, საკვების მიღების გაძნელება და სხვა), რაც განაპირობებს ავადმყოფთა მოვლის რიგ თავისებურებებს.

ზოგადი გაუტკივარების დამთავრების შემდეგ ავადმყოფი გამოგვეყავს ნარკოზიდან და ოპერაციის სირთულის და თვით ავადმყოფის მდგომარეობის გათვალისწინებით გადაგვეყავს ან რეანიმაციულ (ინტენსიური თერაპიის) განყოფილებაში ან პალატაში, ნარკოზის შემდეგ მოსალოდნელია პირლებისება, ამიგომ მას ვაძლევთ პორიზონტალურ მდებარეობას და

თავს გადაეუწევთ გვერდზე. ნაოპერაციებ არეზე ვათავსებთ ყინულის პარკს 30-40 წუთით 10-15 წუთის შესვენების შემდეგ განმეორებით ვაღებთ ყინულოვან პარკს. ოპერაციის პრეულ დღეს ცივი საფენების გამოყენება საკვალდებულოა, რადგან მოსალოდნელია რბილი ქსოვილების შემუქება, სისხლის ღენა, კემატომის ჩამოყალიბება და სხვა. ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია გართულება სასუნთქი სისტემის მხრივ. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმოდ პირის ღრუს მოვლას. საჭიროა პირის ღრუს ირიგაცია ანტისეპტიკური გამოსაყლები ხსნარებით (უნდა ვერილოთ ფურაცილინს, ალერგიული რეაქციის პროფილაქტიკის მიზნით). უნდა მოვახდინოთ ანტისეპტიკური ხსნარების ცელა 3-4 დღის შემდეგ. სათანადო ყურადღებას მოითხოვს ჭრილობის მოვლა. თუ ჭრილობიდან გამონადენი არ აღინიშნება და ნახევეი სველი არ არის, ჭრილობის გადახვევას ვახდენთ 2-3 დღის შემდეგ, სხვა შემთხვევაში ყოველდღე. ჩირქოვან ჭრილობებს ვახვევთ ყოველდღე.

ყბების ინტერმაქსილური ფიქსაციის შემთხვევაში, საჭმლის ნაწილაკები რჩება რეტენციულ ადგილებში და საჭიროა პირის გამორეცხვა გარკვეული წნევის ქვეშ. ეს შეიძლება გაკეთდეს როგორც სპეციალური საირიგაციო აპარატის საშუალებით, ისე პრიმიტიულად დამზადებული აპარატით (ეს-მარხის გოლჩა). ან რეზინის მცირე ბალონით.

ყბა-სახის ავადმყოფთა კომპლექსურ რეკონსტრუქციაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება რაციონალურ კვებას. კვების ძირითადი მიზანია შეეუნარჩუნოთ ორგანიზმს ენერგეტიკული, პლასტიკური და ფერმენტული ფუნქცია. ენერგეტიკულ ფუნქციას ახორციელებს ძირითადად ნახშირწყალი და ცხიმი, პლასტიკურს ცილები და ფერმენტულს – ორგანიზმში არსებული ფერმენტები. ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მინერალურ მარილებს, ვიტამინებს და წყალს.

ცილებს, როგორც პლასტიკურ მასალას, წამყვანი როლი ენიჭება ორგანიზმის ცხოველმოქმედებაში. ცილების სინთეზი ორგანიზმში არ ხდება და ცილები შეიგანება მცენარეული და ცხოველური პროდუქტებიდან, უფრო პროდუქტიულია ცხოველური ცილები (ხორცი, რძე, კვერცხის ცილა). ჯანმრთელი ადამიანისათვის დღედაღამეში საჭიროა 1,5 გრ. ცილა 1 კგ. მასაზე. ნახშირწყალი კვების პროდუქტების აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია, მისი მარაგი არ აღემატება 1,5 კგ. ნახშირწყლების დეფიციტი გავლენას ახდენს ცხიმებისა და ცილების ცელაზე. ორგანიზმის მოთხოვნილება ნახშირწყლებზე საშუალოდ შეადგენს 300-600 გრ. დღედაღამეში და დამოკიდებულია საკვებ პროდუქტებში ნახშირწყლების შემცველობაზე. ცხიმებს გააჩნია გამოხატული ენერგეტიკული მარაგი და ისინი აქტი-

ურად მონაწილეობენ ორგანიზმის ნიეთიერებათა ცელაში. ცხიმის მარაგი (კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი) საშუალოდ 7-14 კგ-ია. ჩვეულებრივად მიღებულია, რომ დღეღამეში 1 კგ. მასაზე საჭიროა 0,7 გრ. ცხიმი.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში საჭიროა ეიტამინების კომპლექსის შეყვანა ორგანიზმში. ეს ეიტამინებია C და B ჯგუფი, საჭირო მიკროელემენტები ორგანიზმში შეიყვანება საჭმელთან და სასმელ წყალთან ერთად.

წყალი საკეები პროლუქტების ძირითადი შემადგენელი ნაწილია. დადგენილია, რომ ცოცხალი ორგანიზმის 65-70 % წყალია, ის აქტიურად მონაწილეობს ნიეთიერებთა ცელაში, ითვლება უნივერსალურ გამხსნელად, ორგანიზმში მოხვედრილი ნიეთიერებებისათვის. წყლის ენდოგენური სინთეზი დღეღამეში შეადგენს 200-500 მლ. 5% წყლის დანაკარგი იწვევს ძლიერ გამოხატულ წყურვილს, ფიკური და გონებრივი შრომის უნარის დაქვეითებას. 15-25% წყლის დანაკარგი იწვევს ორგანიზმის დალუქვას. საშუალოდ 1კგ. მასაზე საჭიროა 30-40 მლ. წყალი. (დაახლოებით 2,1-2,4 ლიტრი).

სამკურნალო კვება აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია ავადმყოფის კომპლექსურ მკურნალობაში. აქედან გამომდინარე შემუშავებულია სხვადასხვა დიეტა, რომელსაც საფუძვლად უდევს დაავადების პათოგენეზური პრინციპი. ყბა-სახის ავადმყოფთა ძირითად მასას ოპერაციამდე ეუნიშნავეთ საერთო დიეტურ მაგიდას. (მაგიდა № 15), ეს სრულყოფილი ყუათიანი საკეები დამზადებულია ხარისხოვანი საჭმელი პროდუქტებისაგან. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფები გადაგვყავს სპეციალურ ყბა-სახის დიეტაზე, ასეთი ორი დიეტაა ყბა-სახის მაგიდა № 1 (საკეები შეგვყავს პირის ღრუში ზონდით ან რეზინის მილით). საკეები ყუათიანია, თხიერია, აქვს ნაღების კონსისტენცია. საკეები შეიძლება შევიყვანოთ უშუალოდ კუჭის ზონდის საშუალებით); როდესაც ყლაპვის ფუნქცია მთლიანად მოშლილია. ყბა-სახის დიეტა № 2 ეუნიშნავეთ ავადმყოფებს, რომელთაც ყლაპვის რეფლექსი შენარჩუნებული აქვს, საკეები ყუათიანია, აქვს ფაფის კონსისტენცია. ავადმყოფის დიეტაზე ყოფნის ხანგრძლივობას განსაზღვრავს ექიმი.

მორა ნანილი

გაუტკივარება

*"უფალმა ღმერთმა ძილქუმი მოგვარა
აღამს და დააძინა, გამოულო ერთი ნექნი
და მის ადგილას ხორცი ჩაულო".*

*ამბლმა, კველი ალთაჰა, თაჰი მორა.
§ 21 ბჰ. 14. 1989 წ.*

მხსუთე თაჰი

ზოგადი გაუტკივარება

ტკივილი ადამიანთა მოღვმის უძველესი თანმსლები სიმტომია, მას მრავალ დაღებით, დაცვით უწეცისთან ერთად გააჩნია რიგი ძლიერ უარყოფითი თვისება – უარყოფითი ფსიქო-ემოციური ძვრები. ტკივილის ფონზე შეუძლებელია მცირე ქირურგიული ოპერაციის ჩატარებაჰ კი. თანამედროვე ტექნიკისა და მედიცინის მიღწევები საშუალებას გვაძლევს მიუაღწიოთ ოპერაციული ჩარევის სრულ გაუტკივარებას. ვარჩევთ: ზოგად გაუტკივარებას, ადგილობრივ გაუტკივარებას, შეიძლება გამოვიყენოთ ორივე სახის გაუტკივარების კომბინაცია, ზოგადი გაუტკივარების მიზანია ტკივილის მოხსნა, ცნობიერების გამოთიშვა და ორგანიზმის რელაქსაცია. ამას ეაღწევთ ადამიანის ორგანიზმში რიგი ფარმაკოლოგიური ნივთიერებების შეყვანით. ასეთი ნივთიერებებია:

ამოტის ქეჰანგი: მალხენი აირი, უფერო, ჰაერზე უფრო მძიმეა, აქვს სუნი, იხსნება წყალში (1:2), არ ააღდება, სუფთა აირის ჩასუნთქვა იწვევს ნარკოზს, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს ასფიქსია, ამიტომ სუფთა სახით მისი გამოყენება არ შეიძლება. დაღებითი თვისებებიდან აღსანიშნავია ის, რომ არ იწვევს სასუნთქი გზების გაღიზიანებას, არ შეღის რეაქციაში ჰემოგლობინთან და ნარკოზის შეწყვეტის შემდეგ მთლიანად და უცელელი სახით გამოიყოფა სასუნთქი გზებიდან. გამოიყენება ჟანგბადთან ერთად 4:1 (80% ამოტის ქეჰანგი, 20% ჟანგბადი). ნარკოზის მიცემის პროცესში ჟანგბადის მიცემა შეიძლება გავზარდოთ 50%-მდე. რელაქსანტების დამატება აუმჯობესებს ნარკოზის მიმდინარეობას. გამოიყენება სხვა სანარკოზო ნივთიერებებთან კომბინაციაში.

ფტოროტანი. აქროლადი, უფერო სითხეა დამახასიათებელი სუნით, მოტკბო. სუსტად იხსნება წყალში, არ არის ააღებადი, არ იწვის. სინათლის შემოქმედებით იშლება. არის ძლიერი ნარკოტიკული საშუალება. გამოიყენება ჟანგბადთან ერთად. შესაძლოა კომბინაცია სხვა ნივთიერებებთან. იოლად შეიწოვება და უცელელი სახით გამოიყოფა სასუნთქი გზებიდან. ნარკოზული ეფექტი სწრაფად ღდება და შეყვანის შეწყვეტის

შემდეგ სწრაფადვე ქრება. ნარკოზის ქირურგიული სგალიისათვის გამოიყენება 0,5-2 მოც%. ფტოროგანის შესუნთქვიდან 1-2 წუთის შემდეგ ცნობიერება ითიშება, 3-5 წუთის შემდეგ იწყება ნარკოზის ქირურგიული სგალია. ნარკოზის შეწყვეტიდან 3-5 წუთში იწყება ავადმყოფის გამოღვიძება. არ იწყებს ლორწოვანი გარსების გაღვიძანებას. ნაწილობრივ აქვეითებს არტერიულ წნევას, ამალღებს გულის კუნთის მგრძნობელობას კატექოლამინთან, ამიგომ აღრენალინისა და ნორადრენალინის გამოყენება არ შეიძლება, იწყებს ბრადიკარდიას, გულის კუნთის უიბრილაციას ცთომილი ნერვის გაღვიძანების გამო. ფტოროგანის ნარკოზის წინ საჭიროა აგროპინის შეყვანა.

ე თ ე რ ი . უფრო, გამჭვირვალე, აქროლადი სითხეა, ცეცხლსაშიშია, სხვა აირებთან ერთად ფეთქებალია. ეთერი გამოიყენება ინჰალაციური ნარკოზისათვის. 10-12 მოც % იძლევა ღრმა ქირურგიულ ნარკოზს. შეიძლება გამოყენებული იქნეს უფრო ღილი კონცენტრაცია - 20-25 მოც%. არ იწყებს გულის კუნთის მგრძნობელობის აწევას აღრენალინზე. აღვიძანებს სასუნთქი გზების ლორწოვან გარსს, აძლიერებს ნერწყვის ღენას და ბრონქოსტერეციას. ავადმყოფის გამოღვიძება ხდება ნარკოზის შეწყვეტიდან 20-40 წუთის შემდეგ. ოპერაციის შემდგომ მოსალოდნელია გულყრა, პირის ღებინება, სუნთქვის დათრგუნვა. ეთერის ნარკოზის წინააღმდეგევენებაა, სასუნთქი გზების მწვავე დაავადებები, ქალასშიდა წნევის მომატება, გულსისხლძარღვთა დაავადებები, ღვიძლისა და თირკმელების პათოლოგია, ღიაბეგი, საერთო გამოფიგვა. ღლისათვის ეთერის ნარკოზი ნაკლებად გამოიყენება.

ქ ლ ო რ ო ფ ო რ მ ი . უფრო, გამჭვირვალე, აქროლადი, მძიმე სითხეა. წყალში ცუდად იხსნება. არ ახასიათებს ააღება, არ ფეთქდება. სინათლის შემოქმედებით იშლება. ქლოროფორმის შეყვანიდან 5-7 წუთის შემდეგ ღება ნარკოზის ქირურგიული სგალია. შეწყვეტის შემდეგ გამოღვიძება ხდება მალე. ნარკოზული ღერესია გრძელღება 25-30 წუთი. აქეს გამოხატული გოქსიკური თვისებები: გულის რითმის ღარღევა, ღისგროფიული ცელიღებები, ცხიმოვანი ღაღაგეარება: ამემად ნარკოზისათვის არ გამოიყენება.

პ ე ქ ს ე ა ღ . თეთრი ქაფისებრი მასაა, კარგად იხსნება წყალში და სპირტში. მზადღება ქლორნაგრიუმის იმოგონურ ხსნარზე ხმარების წინ. ახასიათებს ძიღის მომგერელი და ნარკოზული მოქმედება. გამოიყენება ინტრავენური შეყვანისათვის. ნარკოზი გრძელღება 20-30 წუთი. იწყებს სუნთქვის დათრგუნვას. დამოუკიღებლად გამოიყენება ხანმოკლე ოპერაციული ჩარევისათვის, შეყავთ ნელა 1 მღ. ერთ წუთში. პექსენაღის ნარკოზის წინ საჭიროა აგროპინის შეყვანა, რათა მოიხსნას ცთომილი ნერვის აღგზნება. წინააღმდეგევენებაა: ღვიძლისა და თირკმელების პათოლოგია, სეფსისი, მალალი გემპერაგურა, ეანგზაღის უკმარისობა, ცხვირხახის ანთებალი დაავადებები.

გ ე გ ო ქ ს ი უ ლ უ რ ა ნ ი (პეხგრანი). უფრო, გამჭირვალე აქროლადი სითხეა, დამახასიათებელი სუნით. ძლიერი ნარკოტიკული საშუალებაა. უფრო ძლიერი, ვიდრე ფტოროგანი. 1,5-2 მთხ.% იწყვეს ნარკოზის ქირურგიულ სტადიას. ნარკოზი დგება ნელა, ზოგჯერ გამოხატულია ალგზნიების სტადია. გამოლეიძება ხდება 20-60 წუთის შემდეგ, მაგრამ ნარკოზული ლეპრესია გრძელდება 2-3 საათს, გამოიყენება აზოტის ქვეყანვთან, კუნთოვან რელაქსანტებთან ერთად. ნარკოზი მიმდინარეობს ღია, ნახეერად ღია, ან დახურული სისტემით. იწყვეს ხანგრძლივ ანალგეზიას. იწყვეს მიოკარდის მგრძნობელობის აწვეას კატექოლამინებთან.

თ ი ო პ ე ნ ტ ა ლ ნ ა ტ რ ი მოყვითალო, ფოროვანი, მშრალი მასაა, დამახასიათებელი სუნით, პიგროსკოპიულია. კარგად იხსნება წყალში, აქვს ტუგე რეაქცია. ამზადებენ ხმარების წინ ასეპტიკურად. მოქმედებს როგორც პეკსენალი, მაგრამ უფრო ძლიერია. ახლენს ცლომილი ნერვის ძლიერ ალგზნებას, შეიძლება გამოიწვიოს ლარინგოსპაზმი, ძლიერი სეკრეცია. თიოპენტალნატრი ორგნიზმში მალე იშლება და გამოიყოფა. ნარკოზი გრძელდება 20-25 წუთი. დამოუკიდებლად გამოიყენება ხანმოკლე ოპერაციების დროს და როგორც ნარკოზის შესაყალი, შეყავთ ნელა 2%-2,5% ხსნარი. აეალმყოფს წინასწარ უკეთდება აგროპინი. ნარკოზისათვის გამოიყენება 2% ხსნარის 20-30 მლ. წინააღმდეგეჩენება: ღვიძლისა და თირკმლების დაყავლება, ღიაბუგი, ძლიერი გამოფიგვა, ბრონქიალური ასთმა; ცხეირ-ხახის ანთებადი დაყავლება.

ნ ა ტ რ ი ო ქ ს ი ბ უ ტ ი რ ა ტ ი. თეთრი კრისტალური ფხენილია, დამახასიათებელი სუნით, კარგად იხსნება წყალში, პიგროსკოპიულია. ახასიათებს ანტიპიოქსიური მოქმედება, აძლიერებს ორგანიზმის წინააღმდეგუნარიანობას. აქვს შოკის საწინააღმდეგო თვისება, გაუტკიყარებისათვის გამოიყენება, როგორც ნარკოტიკული საშუალება სპონტანური სუნთქვის ფონზე ნაკლებ გრავმული ოპერაციული ჩარევის დროს, როგორც ნარკოზის შესაყალი და საბაზისო ნიეთიყრება. ნაჩენებია გამოხატული პიოქსიის შემთხეეებში. შეიყვანება როგორც ინტრავენურად, ასეეე კუნთებში და შიგნით. 20% წყლიანი ხსნარი შეყავთ ნელა (1 მლ ერთ წუთში), 5-7 წუთის შემდეგ აეალმყოფი იძინებს, შეყვანიდან 30-40 წუთის შემდეგ იწყება ნარკოზის ქირურგიული სტადია და გრძელდება 2-4 საათი. ჩქარი შეყვანის შემთხეევაში ადგილი აქვს ალგზნებას, აგრეთეე მოძრაობებს, ზოგჯერ პირისღებინებას, სუნთქვის შეჩერებას. წინააღმდეგეჩენება: პიოქალიეშია, მიასტენია.

პ რ ო პ ა ნ ი ღ ი ღ ი (სომბრეეინი). ღია მოყვითალო ფერის ზეთოვანი სითხეა, წყალში არ იხსნება. ახასიათებს ხანმოკლე მოქმედება. შეყვანიდან 20-40 წამის შემდეგ იწყება ნარკოზის ქირურგიული სტადია, რომელიც გრძელდება 3-5 წუთი. ნარკოზი იწყება ალგზნიების გარეშე. ცნობიყრება ალგება 2-3 წუთის შემდეგ, ხოლო 20-30 წუთის შემდეგ

ნარკოზის მოქმედება მთლიანად იხსნება. გამოიყენება ამბულატორიულ პრაქტიკაში. შეყავთ ინტრავენურად ნელა, ღოზაა 5-10 მგრ/კგ. მოზრდილებში გამოიყენება 5% ხსნარი, ბავშვებში 2,5% ხსნარი. თუ საჭიროა ნარკოზის გაგრძელება, შეყავთ განმეორებით მაგრამ შემცირებული დოზებით. ნარკოზის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ფილტვების პიპერენტილაციას, შემდეგ სუნთქვის დათრგუნვას, ტაქიკარდიას, გულყრას, სლოკინს, ოფლიანობას. წინააღმდეგეჩვენება: მოკი, ღვიძლისა და თირკმლების პათოლოგია, გამოხატული პიპერტონია. განსაკუთრებით სიფრთხილეა საჭირო ბავშვთა ასაკში.

გ რ ი ქ ლ ო რ ე თ ი ლ ე ნ ი . გამჭირვალე, უფერო აქროლადი სითხეა. ქლოროფორმის მსგავსი სუნით. წყალში არ იხსნება, არ არის აალეხადი და ფეთქებადი. სინათლის შემოქმედებით იშლება. ძლიერი ნარკოტიკული საშუალებაა. შეყვანის შემდეგ მალე ღვება ნარკოზი და შეყვანის შეწყვეტის შემდეგ 2-3 წუთში ნარკოზი მთაერდება. იწვევს ძლიერ ანალგეზიას. გამოიყენება ნახევრად ღია სისტემით. სანარკოზო დოზა 0,6-1,2 მოც%, შეიძლება გამოყენებული იქნას ნეერალგიური ტიპილის შეგვეის მოსახსნელად. არ აღიზიანებს სასუნთქ გზებს, არ აძლიერებს ბრონქულ სეკრეციას და ნერწყვის ღენას. ღოზის გადამეგებისას (1,5 მოც.%) შემთხვევაში ადგილი აქვს სუნთქვის დათრგუნვას. გრიქლორეთილენის ნარკოზის დროს აღრენალისის გამოყენება არ შეიძლება. წინააღმდეგეჩვენება: ღვიძლის და თირკმლების დაავადება, გულსისხლძარღვთა გზების დაავადებანი. დახურულ და ნახევრად დახურულ სისტემაში არ გამოიყენება.

ც ი კ ლ ო პ რ ო პ ა ნ ი . უფერო, სუნიანი, აქროლადი აირია. წყალში ცუდად იხსნება. კარგად იხსნება სპირტში. ძალზე ცეცხლსაშიშია. განსაკუთრებით ჟანგბადის ნარეუთან ერთად. ფეთქებადია აზოტის ქვეჯანგთან და ჰაერთან ნარეუში. აქვს ძლიერი ნარკოტიკული მოქმედება. 8-10 მოც. % იძლევა ღრმა ნარკოზს. არ იშლება ორგანიზმში და გამოიყოფა უცვლელად. შეიძლება გამოიწვიოს არითმია, ბრადიკარდია, ამცირებს ღირუმს. ციკლოპროპანი გამოიყენება როგორც ნარკოზის შესავალი და როგორც კომპონენტი სხვა სანარკოზო საშუალებებთან ერთად, დახურულ და ნახევრად ღია სისტემაში ციკლოპროპანი გამოიყენება ჟანგბადთან ერთად 15-18% მოცულობით. ნარკოზის სწორად წარმართვის პირობებში გართულებები არ აღინიშნება. რადგან ავადმყოფის სწრაფად გამოღვიძებასთან დაკავშირებით ადგილი აქვს თავის ძლიერ ტივილს, საჭიროა გამოღვიძებამდე 20-30 წ. აღრე ტივილდამაყურებელ საშუალებათა შეყვანა.

კ ე ტ ა მ ი ნ ი (კ ა ლ ი ფ ს ო ლ ი) . განეკუთვნება ზოგად საანესთეზიო ნიეთიერებათა რიგს. ახასიათებს სწრაფი და ხანმოკლე ეფექტი. ორგანიზმში შეიძლება შეყვანილი იქნას როგორც ინტრავენურად, ისე კუნთში. ეეტამინის 2 მგრ/კგ. ინტრავენურად შეყვანისას ქირურგიული

ნარკოზის სტადია იწყება 1-2 წუთში და გრძელდება 10-15 წ. კუნთებში შეყვანის დროს კი ნარკოზი დგება 6-8 წუთის შემდეგ და გრძელდება 30-40 წუთი. კეტამინი გამოიყენება როგორც ნარკოზის შესაყალი და საბაზისო საშუალება, ნაჩვენებია ხანმოკლე ქირურგიული ოპერაციების დროს, როდესაც საჭირო არ არის კუნთოვანი რელაქსაცია. ხანგრძლივი ოპერაციების დროს საჭიროა კომპლექსირება სხვა სანარკოზო ნივთიერებებთან. ნარკოზის მიმდინარეობის დროს მოსალოდნელია კანის პიპერემია ვენის მიმართულებით. გამოლევიების დროს აღვილი აქვს ფსიქომოტორულ აღგზნებადობას და ხანგრძლივ ლეზორიენტაციას. ნარკოზის შეწყვეტის შემდეგ ანალგეზია შენარჩუნებულია 6-8 საათი. წინააღმდეგეუბნება: თავის გვინში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, პიპერგონია, ეკლამსია.

ნარკოზის სახეები

სანარკოზო ნივთიერება ადამიანის ორგანიზმში შეიძლება შევიყვანოთ სასუნთქი გზით (ინჰალაციური ნარკოზი) და არა სასუნთქი გზებით (ინტრავენური, ინექციური, რექტალური).

ინტრავენური ნარკოზი. სანარკოზოდ გამოიყენება პექსენალი, სომბრეინი, კეტამინი, თიოპენტალნატრიუმი, ვიადრილი და სხვა. ინტრავენური ნარკოზი გამოიყენება ხანმოკლე ოპერაციული ჩარეუების შემთხვევაში (აბსცესის, ფლეგმონის გაკეთვა, კბილების ამოღება, ქვედა ყბის ამოვარდნილობის ჩასწორება და სხვა). ნარკოზის ჩვენებაა: 1. აღვილობრივ საანესთეზიო ნივთიერებებთან შეუთავსებლობა, 2. ნერვულ-ფსიქიკური სფეროს აღგზნებადობა, 3. მკვეთრად გამოხატული შიში. ნარკოზის დაღებითი მხარეა: 1. ქირურგიული ნარკოზის სტადია დგება სწრაფად, 2. არ ახასიათებს აღგზნების სტადია, 3. აუაღმყოფი იძინებს სწრაფად და ასევე იღვიძებს სწრაფად, 4. არ საჭიროებს რელაქსანტების გამოყენებას. უარყოფითი მხარეა: 1. სანარკოზო ნივთიერება საჭირო დოზით მთლიანად შეგყვავს ერთჯერადად, რაც არ იძლევა დოზის რეგულირების საშუალებას და პერელომირების შემთხვევაში სანარკოზო ნივთიერების შეყვანის შეწყვეტა არ იძლევა სასურველ შედეგს.

ინექციური ნარკოზი გამოიყენება იშვიათად, რექტალური ნარკოზი ქირურგიულ სტომატოლოგიაში არ გამოიყენება.

ნ ე ი რ ო ლ ე პ ტ ა ნ ა ლ გ ე ჯ ი ა . გაუტკივარების ისეთი მეთოდია, როდესაც აუაღმყოფის ცნობიერება შენარჩუნებულია, ტკივილის შეგრძნება მოხსნილია. ამის მიღწევა სერსდება ანალგეზიისა და ნეიროლეპსიის გაწონასწორებული გამოყენებით. ამ მიზნით ინტრავენურად შეგყვავს ჭლიერი ანალგეტიკი ფენტალინი და ნეიროლეპტიკი დროპერიდოლი.

აეადმყოფს უვითარდება ფსიქიკური ინდიფერენტულობა, ნეიროვეგეტატიური დამუხრუჭება და ეხსნება მოძრაობის სურვილი. თუ ამას დაეუმაგებთ კიდეკალგილობრივ გაუტკივარებს, მივიღებთ ისეთ გაუტკივარებს, რომელიც საშუალებას მოგეცემს ჩაეაგაროთ მთელი რიგი ქირურგიული ოპერაციები.

ცენტრალური ანალგეზია. ტკივილის შეგრძნების მოხსნას ვაღწევთ ორგანიზმში ნარკოტიკული ნივთიერებების ღიდი ღობით შეყვანის შედეგად (მორფი, ფენგალინი და სხვა). გაუტკივრების ეს სახე გამოიყენება იშვიათად და სათანადო ჩვენების გათვალისწინებით.

პიპნოზი ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებაში ტკივილის მოსახსნელად გამოიყენება, მაგრამ გაუტკივარების ეს სახე არ არის მკურნალობის რადიკალური საშუალება.

გაუტკივარება ნემსის ჩხელეგით (აკუპუნქტურა). გაუტკივარების ერთ-ერთი უძველესი მეთოდია. თეორიულად და პრაქტიკულად დამუშავებულია ძველ ჩინეთში. დღეისათვის აღწერილია სახეზე 26 წერტილი, სადაც ნემსის ჩხელეგით მივიღებთ ტკივილის მოხსნას შესაბამის უბანში. ეს მეთოდი (ცნობილია ჩინური მეთოდის სახელწოდებით) დამყარებულია რეფლექსური ზონის გაღიზიანებაზე და ზოგიერთი ავტორი მას მიაკუთვნებს რეფლექსოთერაპიას. არსებობს აგრეთვე ელექტროაკუპუნქტურა, ელექტროანალგეზია და სხვ.

ინჰალაციური ნარკოზი. ნარკოზის ეს სახე ფართოდ არის გაერცელებული სამედიცინო პრაქტიკაში. გამოიყენება როგორც ხანმოკლე, ისე ხანგრძლივი ოპერაციების დროს. ხანმოკლე ოპერაციების დროს განსაკუთრებით პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში გამოიყენება ნიღბით ნარკოზი. ამ მეთოდის უარყოფითი მხარეა ის, რომ გამწვანებულია ქირურგის მოქმედება, სახის გარკვეული ნაწილის ნიღბით დაფარვის გამო, ასევე ამ მეთოდის დროს არ ხერხდება საოპერაციო ველის საოპერაციოდ სრულყოფილად მომზადება. ნარკოზის ამ მეთოდის გამოყენებით ვახდენთ კბილების ექსტრაქციის, ყბა-სახის არეში არსებული ჩირქგროვების გაკვეთას.

სტაციონალური მუშაობის პირობებში უფრო ფართოდ გამოიყენება ენდოგრაქეალური ნარკოზი (სანარკოზო ნივთიერებების შეყვანა გრაქეის გზით). ამ ნარკოზის ჩაგარებისათვის საჭიროა სხედასხვა ზომის საინტუბაციო მილები და ლარინგოსკოპი.

აეადმყოფის მომზადება. ენდოგრაქეალური ნარკოზის ჩვენება ოპერაციული ჩარევის წინ აეადმყოფი საჭიროებს გრკვეულ მომზადებას. პირველ რიგში საჭიროა ფსიქოპროფილაქტიკური მომზადება, მკურნალი ექიმი ვაღდებუღია გაეასაუბროს აეადმყოფს მოსალოდნელი ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობაზე, გამოსაეაღზე, რათა მოხსნას შიშის გრძნობა. ამის გარდა საჭიროა მცირე

ლოგებით გრაკილიზაციის დანიშნა და ავადმყოფის ძილის მოწესრიგება. ყველა ავადმყოფს გვემიური ოპერაციის წინ უნდა ჩაუტაროთ პირის ღრუს სანაღია; მორყული კბილების ფესვების ამოღება, პირის ღრუში ანთებადი პროცესების მკურნალობა (ვინგივიტი, სტომატიტი და სხვა). ავადმყოფის მომზადება გულსისხლძარღვთა სისტემის კლინიკო-ლაბორატორიულ სრულყოფილ გამოკვლევას, გადაგანილ ან თანმსლებ დაავადებებს, ოპერაციული ჩარევის მოცულობას, სიმძიმეს, ოპერაციის ხანგრძლივობას. მკურნალი ექიმი ვალდებულია ოპერაციის წინა დღეს მონინასულოს ავადმყოფი, კიდევ ერთხელ გაესაუბროს და შეძლებისდაგვარად გაუშანგოს მას შიში. თვით ავადმყოფმა საღამოს საჭმელი არ უნდა მიიღოს. რადგან ყოველ ოპერაციულ ჩარევას თან სდევს შიშის გრძნობა, საჭიროა ავადმყოფის მედიკამენტური მომზადება. საღამოს ძილის წინ ავადმყოფს ვაძლევეთ დასაძინებელ-დამამშვიდებელ საშუალებებს (0,1 ლუმინალი 0,05 დიპრამინი), მკვეთრად გამოსაგული ადგმნების შემთხვევაში დამატებით ვაძლევეთ 0,1 ამინლანტრიუმს (კარბამილი). ოპერაციის დაწყებამდე 40-60 წუთით ადრე ავადმყოფს ეუკეთებთ 1,0 პრომედოლს (2%); ან პანტაპონს (2%), 0,5-1 მლ. აგროპინს. ოპერაციამდე და ოპერაციის დღეს ავადმყოფს ნახულობს ანესთეზიოლოგი და ოპერატორთან ერთად წყევებს საკითხს, თუ ენდოგრაქეალური ინტუბაციის რომელი მეთოდი იქნას გამოყენებული. არსებობს ინტუბაციის სამი გზა: პირის ღრუდან ლარინგოსკოპის გამოყენებით; ცხვირის ღრუდან ე.წ. ბრმა წესი: გრაქეოსტომის შემდეგ. ინტუბაციის მრავალსახეობა განპირობებულია ყბა-სახსის თავისებურებითა და პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციით. იმ შემთხვევაში, როდესაც პირის ღრუშია ლოკალიზებული პათოლოგიური პროცესი (სიმსივნე, პირის ღრუს ფსკერის ფლემონა, ანკილოზი, კონტრაქტურა და სხვა) შეუძლებელი ხდება ინტუბაცია პირის ღრუდან და ამიტომ მიემართავეთ ცხვირის ღრუდან, როცა პირისა და ცხვირის ღრუდან ინტუბაცია არ შეიძლება პათოლოგიური პროცესის ფართოდ გაერცელების გამო, მიემართავეთ გრაქეოსტომას და საინტუბაციო მილი შეგვყავს უშუალოდ გრაქეაში.

ენდოგრაქეალური ნარკოზი ნაჩვენებია: მძიმე და ხანგრძლივი ოპერაციის დროს: ყბების რემექცია, ურანოპლასტიკა, რბილი და მაგარი ქსოვილების კავერნოზული პემანგიომები, ოსტეოტომია, ართროპლასტიკა, სახისა და კისრის არეს დამწვრობის შემდეგ განვითარებული კელოიდური ნაწიბური, სანერწყვე ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნეები, პლასტიკური ოპერაციები.

წინააღმდეგ ჩვენება: გულსისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა, ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ანთება, ფილტვების ანთება, ღვიძლისა და თირკმელების მწვავე დაავადებები, მწვავე ინფექციური დაავადებანი.

პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში ზოგჯერ საჭიროა ზოგადი

გაუტკივარების გამოყენება. აქ უნდა გაითვალისწინოთ რიგი თავისებურებანი. აეაღმყოფის გამოკვლევა გარდება ამბულატორულად; საჭიროა სისხლისა და შარდის ანალიზები, გულის ელექტროკარდიოგრამა და ექიმ თერაპევტის დასკვნა. აეაღმყოფი ნარკოზზე დაინიშნება მხოლოდ წინასწარი გამოკვლევის შემდეგ. ეს კი გულისსმობს ნარკოზის მიცემის დასაბუთებას. სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკაში ზოგადი გაუტკივარების ჩვენებაა: ალგილობრივ საანესთეზიო ნივთიერებებზე ალერგიული რეაქცია, პაციენტის ნერვულ-ფსიქიკური მდგომარეობა, ალგილობრივ საანესთეზიო ნივთიერებათა დაბალი გამაყუჩებელი ეფექტურობა, ოპერაციული გრავმის მოცულობა, მრავლობითი კბილების ექსტრაქციის აუცილებლობა, ძლიერ გამოხატული შიში მომავალი ოპერაციული ჩარევის ფონზე.

შესაძლო გართულებანი ზოგადი გაუტკივარების დროს

ენდოგრაქეალური გაუტკივარების ჩაგარების დროს მოსალოდნელია რიგი გართულებანი, რომელთა შორის საყურადღებოა მექანიკური გრავმა, სუნთქვის მოშლა, გულსისხლძარღვთა უკმარისობა.

მექანიკური გრავმის პროფილაქტიკისათვის საჭიროა ინტუბაციის ფრთხილად და დაკვირვებით ჩაგარება. ყურადღება უნდა მივაქციოთ გუჩებსა და კბილების მდგომარეობას, დროულად გადაეწიოთ გუჩები, არ მოვარყიოთ კბილები ინტუბაციის დროს, არ უნდა დაეაზიანოთ ლორწოვანი გარსი (რასაც თან მოჰყვება სისხლდენა), რასაც მოგვიანებით შეიძლება მოჰყვეს ლორწოვანი გარსის შეშუპება. არ უნდა დაეაზიანოთ მბგერავი იოგები.

ნარკოზის ჩაგარების პერიოდში შესაძლოა განვითარდეს ორგანიზმის პიპოქსია, რასაც შეძლება მოყვეს გულსისხლძარღვთა და ცენტრალური ნერვული სისტემების ფუნქციის მოშლა (თავის გვინის შეშუპება, სისხლის ცირკულაციის მოშლა). სუნთქვის მოშლა შეიძლება გამოიწვიოს მემო სასუნთქი გზების მექანიკურმა დახშობამ, ენის უკან გადაწევა, მიორელაქსანტების ზედმეტმა დოზამ, ლარინგოსპაზმმა, ბრონქოსპაზმმა. აღნიშნული გართულებების თავიდან აცილებისათვის საჭიროა ზოგადი გაუტკივარების ჩაგარება ყველა საჭირო წესების დაცვით.

მემაქსე თაპი

ალგილობრივი გაუტკივარება

ალგილობრივი გაუტკივარების მიზანია უშუალოდ ქსოვილების დონეზე ტკივილს მოხსნა, ცნობერების სრული შენარჩუნებით. ტკივილის შეგრძნე-

ბა იხსნება, მაგრამ რჩება ტაქტილური (მუხებიით) ალქისა. ადგილობრივი გაუტკივარება ნაჩვენებია ყბა-სახის არესა და პირის ღრუს ორგანოების დაავადების დროს, როდესაც საჭიროა ტკივილის მოხსნა და ოპერაციული ჩარევა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც არის ზოგადი გაუტკივარების უკუჩვენება. ადგილობრივი გაუტკივარებით ვაგარებთ ტკივილის ბლოკირებას, კბილების ექსტრაქციას, აბსცესების და ფლუკუმონების გაკეთებას და სხვა, ადგილობრივი ანესთეზიის წინააღმდეგ ჩვენებაა ხანგრძლივი გრავემული ოპერაციული ჩარევა, ალერგია, პლასტიკური ოპერაციები, როდესაც საანესთეზიო ნივთიერება საგრძნობლად ცვლის საოპერაციო ველის ტემპერატურას.

ადგილობრივი გაუტკივარებისათვის ვიყენებთ შემდეგ ქიმიურ ნივთიერებებს:

კოკაინი. ალკალიდია, პირველად მიიღეს მცენარე კოკადან, შემდეგ კი სინთეზური გზით. სამედიცინო პრაქტიკაში გამოიყენება ქლორწყალბადოვანი კოკაინი. უფრო კრისტალური ფხენილია, მწარე გემოსი. იხსნება წყალსა და სპირტში. კოკაინი მიიღო ნემანმა 1859 წელს, ხოლო 1878-79 წწ. ფარმაკოლოგმა ანრემმა შეისწავლა მისი მოქმედება ცხოველებსა და საკუთარ თავზე. კოკაინი მოქმედებს არა მარტო მგრძნობიარე ნერვულ ბოჭკოებზე, არამედ მამოძრავებელ გოტებზე, იწვევს სისხლძარღვთა შევიწროვებას, ორგანიზმზე მოქმედებს მავნედ. გადამეტებული დოზირება იწვევს მოწამვლას, მისი მომწამვლელი მოქმედება უფრო ძლიერდება თუ მას შევიყვანთ თავისა და სახის არეში. კოკაინი საინექციოდ არ გამოიყენება, 5-10% ხსნარს ვიყენებთ ლორწოვან გარსზე წასასმელად. თვალის ქირურგიაში ვიყენებთ 1-2-3 %-იან ხსნარს. კოკაინის უმაღლესი დღიური დოზაა 0,03 გრ. ქირურგიულ სტომატოლოგიაში ამჟამად თითქმის არ გამოიყენება.

დიკაინი, თეთრი, უსუნო კრისტალური ფხენილია, კარგად იხსნება წყალში და სპირტში, ვასტერლებთ 100°, 30 წუთს. არის ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება, მაგრამ აქვს გამოხატული ტოქსიკური თვისება, ამიგომ გამოიყენება სიფრთხილით. დიკაინი სინთეზირებულია საბჭოთა კავშირში 1936 წელს ფელდმანის მიერ. დიკაინის ხსნარი გამჟღავნებელია, დუღილით არ იშლება. ვიყენებთ ლორწოვანი გარსის საანესთეზიოდ, თვალის დაავადებათა კლინიკაში 0,25-0,5%-იან, ხოლო ქირურგიულ სტომატოლოგიაში 1-3% ხსნარს. საინექციოდ არ გამოიყენება. უმაღლესი დღიური დოზაა 0,09 გრ. (3 მლ. 3%). დიკაინის დოზის გადაჭარბება არ შეიძლება, აღწერლია სიკედილის შემთხვევები დოზის გადამეტებით შეიყვანის დროს.

ნოვოკაინი სინთეზირებულია 1905 წელს აინგორნის მიერ. უსუნო, თეთრი კრისტალური ფხენილია, კარგად იხსნება წყალში და სპირტში. წყლიანი ხსნარის ვასტერილება ხდება 30 წუთში 100° ტემპერატურაზე.

აქეს გამოხატული ტკივილდამაყუჩებელი თვისება, კოკაინზე ნაკლებ გოქსიკურია. გამოიყენება ინფილტრაციული და რეგიონული გაუტკივარებისათვის. თერაპიული დოზები ამცირებს გულს კუნთის აღგზნებადობას, ამუხრუჭებს თავის ტვინის ქერქის მოგორულ ზონებს, აბლოკირებს ვეგეტატიურ განლაგებას და ამცირებს სპაზმურ მოვლენებს. ნოოკაინის გოქსიკური დოზა იწვევს აღგზნებას და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაბლას. ორგანიზმში განიცდის პიდროლიზს, შედარებით სწრაფად გამოიყოფა. ნოოკაინის მოქმედების გასახანგრძლივებლად მას ვუმაგებთ ადრენალინის ხსნარს. პრეპარატის გოქსიკურობა დამოკიდებულია მის კონცენტრაციაზე. ინფილტრაციული ანესთეზიისათვის გამოიყენება 0,25-0,5, 1 %-იანი ხსნარები, გამტარებლობითი ანესთეზიისათვის 1-2% -იან, ხოლო ზურგის ტვინის ანესთეზიისათვის 5 %-იანი ხსნარის 2-3 მლ. ნოოკაინის დაბალი კონცენტრაციის ხსნარები შეიყვანება ინტრავენურად წვეთოვანად, ნელა 5-10%-იანი ხსნარი გამოიყენება ელექტროფორეზის სახით. ნოოკაინი გამოიყენება აგრეთვე როგორც პენიცილინის გამხსნელი. ნოოკაინს ვიყენებთ აგრეთვე ბლოკადების სახით.

ინფილტრაციული ანესთეზიის დროს 0,25 %-იანი ნოოკაინის ერთჯერადი მაქსიმალური დოზაა 400-500 მლ. 0,5 %-იან, ხსნარის – 130-150 მლ. 1%-იანი 70-80 მლ. ხოლო 2 %-იანი 30-35 მლ. უნდა გვახსოვდეს, რომ აქ მინიმუმებული დოზები გამოყენებული უნდა იქნას აუადმყოფის ინდივიდუალური მდგომარეობის გათვალისწინებით. შეიძლება ადგილი ქონდეს ნოოკაინის მიმართ აწვეულ მგრძობელობას (საერთო სისუსტე, თავბრუ, არტერიული წნევის დაცემა და სხვა. შეიძლება განვითარდეს ალერგიული რეაქციები (ქაეღი, დერმატიტი). ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ნოოკაინის შეყვანის შეწყვეტა.

ლიდოკაინი (ქსიკაინი) თეთრი ან მოყვითალო ფერის კრისტალური ფხენილია, კარგად იხსნება წყალში და სპირტში. მზადდება წყალზე, ვასტერილებზე 30 წუთს 100° ტემპერატურაზე. აქეს მკაფიოდ გამოხატული ტკივილდამაყუჩებელი თვისება, გამოიყენება გერმინალური, ინფილტრაციული და რეგიონალური გაუტკივარებისათვის, მოქმედებს უფრო ძლიერად და ხანგრძლივად. კონცენტრაციის მომაგებასთან ერთად მაგულობს გოქსიკურობა. ინფილტრაციული ანესთეზიისათვის გამოიყენება 0,25-0,5 %-იანი ხსნარები. გამტარებლობითი ანესთეზიისათვის გამოიყენება 1-2 %-იანი ხსნარები. მედაპირული ანესთეზიისათვის გამოიყენება 10 %-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი (იმპორტული წარმოების). წინააღმდეგევენება ლეიძლისა და თირკმელების დაავადებები, გულსისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია, ლიდოკაინის გამოყენება არ არის ნაჩვენები ბრადიკარდიის დროს.

ტრიმეკაინი თეთრი, მოყვითალო შეფერადობის კრისტალური ფხენილია. კარგად იხსნება წყალში და სპირტში. ვასტერილებზე 100°

გემიურაგურაზე 30 წუთი. გამოიყენება ინფილტრაციული და რეგიონ-
ალური გაუტკივარებისათვის. უფრო ძლიერ მომქმედია ვიდრე ნოვოკაინი,
ნაკლებ გოქსიკურია და არ იწვევს ადგილობრივად ქსოვილის გაღი-
ზინებას. კარგ უფექტს იძლევა ქსოვილების ანიეზისა და ნაწიბუროვანი
დაავადებების დროს. ინფილტრაციული ანესთეზიისათვის გამოიყენება
0,25-0,5-1 %-იანი ხსნარები. ქირურგულ სტომატოლოგიაში 0,5 %-იანი
ხსნარი შეიძლება გამოიყენოს 50-100 მლ. რაოდენობით, 1 %-იანი
ხსნარის 30-40 მლ. ხოლო 2 %-იანი ხსნარისა 10-15 მლ. გრიპეკაინის ხსნარი
შეიძლება ვიხმართოდ აღრენალინის დამატებითაც თუ არის ამის ჩვენება.
ღოზის გადაძებების შემთხვევაში შესაძლოა თაებრუ, გულყრა, თავის
ტკივილი, სახის კანის გაფერმკრთალება.

ადგილობრივი საანესთეზიო ნივთიერებათა მოქმედების გასახანგრ-
ძლიეებლად ზოგჯერ საჭიროა სხვა ნივთიერებათა დამატება, რომლებიც
ანელეზენ მათ შეწოვას ქსოვილებში და ამცირებენ გოქსიკურ ზემოქმედე-
ბას ორგანიზმზე, ასეთი ნივთიერებათა რიგს განეკუთვნება:

აღრენალინი ცოცხალი ორგანიზმის შემადგენელი ნაწილია გამო-
მუშავდება თირკმელზედა ჯირკვლების გინოვან ნაწილში. თეთრი კრი-
სტალური ფხენილია, სამედიცინო პრაქტიკაში გამოიყენება 0,1 %-
იანი ხსნარის სახით. კარგად იხსნება წყალში. დამზადებული ხსნარის გაცხელე-
ბა და გასტერილება არ შეიძლება. აღრენალინი მოქმედებს ა და ბ
რეცეპტორებზე იწვევს სისხლძარღვთა შევიწროებას და აჩქარებს გუ-
ლის მუშაობას, იწვევს ბრონქების კუნთოვანი სისტემის მოღუნებას,
აფართოებს გუგებს. ამავე დროს ადგილი აქვს სისხლში შაქრის ოდენობის
მომატებას და ქსოვილებში ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერებას. ქირუ-
რგიულ სტომატოლოგიაში გამოიყენება, როგორც სისხლძარღვთა შემაფი-
წროებელი საშუალება, მას ვუმატებთ ადგილობრივ საანესთეზიო ნი-
ვთიერებას უშუალოდ სმრების წინ. პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში
კბილების ექსტრაქციის დროს 4-5 მლ ნოვოკაინის ხსნარს ვუმუტებთ 1 წუთ
აღრენალინს, სტაციონარული მუშაობის პირობებში 100 მლ. ნოვოკაინს
ვუმატებთ 0,5 მლ, 0,1 %-იან ხსნარს, არა ვუმეტეს 1 მლ, მთელ ოპერაციაზე.
მაქსიმალური სადღელამისო ღოზა კანქვეშ არის 0,1 %-ან აღრენალინის
1 მლ. აღრენალინის გამოყენების წინააღმდეგევენებაა: ჰიპერტონული
დაავადება, თირეოტოქსიკოზი, ათეროსკლეროზი, შაქრიანი დიაბეტი,
ორსულობა, სტენოკარდიული შეტევები. აღრენალინით მოწამელის ნიშ-
ნებია: მაჯის აჩქარება, გაფერმკრთალება, თაებრუ, არტერიული წნევის
მომატება, მოსალოდნელია უფრო მძიმე გართულება, ამიტომ საჭიროა
აღრენალინის ზუსტი ღოზირება.

ნორადრენალინი თეთრი, კრისტალური ფხენილია, უსუნო, კარ-
გად იხსნება წყალში. სინათლის ზემოქმედებით იშლება, ისე როგორც
აღრენალინი, ნორადრენალინის წყლიანი ხსნარის გასტერილება ხდება

100 გემპეტრაგურაზე 15 წუთის განმავლობაში. უფრო მეტად მოქმედებს ო ადრენორეცეპტორებზე. უფრო ძლიერ აეიწროვებს სისხლძალღვეებს, ვიდრე ადრენალინი. გამოღის 0,2 % -იანი ხსნარი ამჟღელებში. ეიყენებთ ისეთივე ღოზებით როგორც ადრენალინს, სუფთა ხსნარის შვეყანა კანქვეშ არ შეიღლება, რაღვან იწვევს ქსოვიღების ნეკროზს. წინააღღვეგწვენება იგივეა.

სამედიცინო პრაქტიკაში ნოვოკაინის ხსნარი გამოიყენება ამჟღელების ან აფთიაქში ღამზაღებული. ამჟღელირებული ნოვოკაინი უფრო ხანგრძლივი გამოიყენებისაა, ხოლო აფთიაქში ღამზაღებული (გასგერიღებული) შეიღლება ვისმართო 2-3 ღღის განმავლობაში. ნოვოკაინის ნიეთიერების ღაღგენისათვის არსებობს ე.წ. ლუკომსკის სინჯი: ვიღებთ ორ სინჯარას 2 ღა 4 მღ. ღანაყოფებით ღა მათში ეასხმთ 2 მღ. კალიერმანგანუმის მკრთალ ვარღისფერ ხსნარს (1:10 000), შემღევ ერთ-ერთ სინჯარას ეუმაგებთ გამოსაკეღევი სითხის 2 მღ-ს. 2-3 წუთის განმავლობაში ნოვოკაინის ზემოქმეღებით ხსნარი იეღლის ფერს ღა ხღება მოყვითალო ან მოყვითალო ჩაღისფერი. თუ კალიერმანგანმიუმის ხსნარის ფერი არ შეიეღალა, მაშინ გამოსაკეღევი სითხე ნოვოკაინი არ არის.

ადგიღობრივი გაუტკივარების სახეები

ადგიღობრივი ანესთეზიის საკითხი სგომაგოლოგიაში ღეგალურად ღაამუშიაა ს. ვაისბღაგმა. ადგიღობრივი ანესთეზია შეიღლება იყოს ინექციური ღა არაინექციური. ინექციური მოიყაეს: ინფიღტრაციულ (მეოცაიი ა. ეიშნეესკის წესით. გამოიყენება ძირითაღად მოგად ქირურგიაში) ღა გამგარებღობით (რეგიონულ) გაუტკივარებას. გამგარებღობითი ანესთეზია იყოფა ორ სახეღ: პერიფერიული გამგარებღობითი (რეგიონული) ღა ცენტრალური გამგარებღობითი (ზაზღური) ანესთეზია.

არაინექციური გაუტკივარება. არაინექციურ ანუ გერმინღურ ანესთეზიას ვაგარებთ ქიმიური ან ფიზიკური მეთოღით. ქიმიურ მეთოღს განეკუთვნება აპლიკაციური (საანესთეზიო ნიეთიერებების წასმა, შემღელა, ქსოვიღზე ღაღება). ღა ინსტიღაციური (წვეთობრივი – თეაღში, ცხვირის ღრუში, საანესთეზიო ნიეთიერებების ჩაწვეთება) ანესთეზია. ფიზიკური მეთოღი გუღისხმობს ქსოვიღების გაციება-გაყინვას (ქლორეთიღი).

არაინექციური მეთოღი ძირითაღად გამოიყენება ზეღაპირული გაუტკივარებისათვის (ან როგორც ინექციური ანესთეზიის შესაეაღი), ამ მიზნით ამ ბოლო ღროს ეიყენებთ ღიღოკაინის 10 % აეროზროლს, ამ ნიეთიერების ღორწოეან გარსზე მოსხურების შემღევ ნემსით ჩხეღეგა უმტკიენეუღოა. ცხვირის ღორწოეანის ამ გზით გაუტკივარების შემღევ ეახღენთ ჰაიმორის ღრუს გრეპანაციას ღა სხეა.

ინექციური გაუტკივარება გულისხმობს საანესთეზიო ნიეთიერების ქსოვილებში შეყვანას ნემსის ჩხელეგის სამუქალებით. ინფილციული ანესთეზიის დროს საანესთეზიო ნიეთიერება შეგყავს კანისა და ლორწოვანი გარსის ქვეშ ნემსით. საანესთეზიო ნიეთიერების რაოდენობა დამოკიდებულია ოპერაციული ჩარევის მოცულობაზე. კბილების ამოსადებად ინფილტრაციულ ანესთეზიას ვიყენებთ ბაემეთა ასაკში და მოზრდილებში ფრონტალური კბილების ამოსადებად. საანესთეზიო ნიეთიერება შეგყავს ამოსალები კბილის ფესვის საპროექციო არეში 1-2 მლ. პირის კარიბჭედან და 0,5 - მლ. სასის (ენის) მხრიდან. 10-15 წუთის შემდეგ შეიძლება ჩავატაროთ კბილის ექსტრაქცია. სახის კანზე ოპერაციული ჩარევის დროს საანესთეზიო ნიეთიერება შეგყავს კანში (წერილი, ბასრი ნემსით), ისე რომ წარმოიქმნას ლიმონის ქერქის დამახასიათებელი სურათი, კანქვეშ მცირე ოპერაციული ჩარევის დროს საკმარისია 5-10 მლ. თუ ოპერაცია უფრო ხანგრძლივია, საჭიროა გზა და გზა საანესთეზიო ნიეთიერების დამატებით შეყვანა, კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გაკვეთის შემდეგ. აღსანიშნავია, რომ კანისა და კანქვეშა ქსოვილის გასაუტკივარებლად საჭიროა ვიხმართ 1 ან 2 %-იანი ხსნარი, ხოლო შემდეგ ჭრილობაში 0,25 ან 0,5 %-იანი ხსნარი. საანესთეზიო ნიეთიერების შეყვანა ანთებადი კერის ფოკუსში არ არის მიზანშეწონილი რადგან არ იძლევა საკმარის გაუტკივარებას და ამავე დროს იქმნება რეალური საშიშროება ნემსით ინფექციის უფრო ღრმად შეგანის, უმჯობესია საანესთეზიო ნიეთიერება შევიყვანოთ ანთებადი პროცესის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში ნელა, 2 მლ. ერთ წუთში, ნემსი არ უნდა მოხედეს ძვალსა და ძვლსაზრდელას შორის. ძვალსაზრდელას ამრევება იწვევს ტკივილს.

რეგიონალური გაუტკივარება ორი სახისაა: პერიფერიული და ცენტრალური (ბაზალური). პერიფერიული რეგიონალური გაუტკივარების დროს საანესთეზიო ნიეთიერება შეგყავს ნერვული ღეროს ირგვლივ (მის საბოლოო დატოვიანებამდე), ისე რომ არ დაეაზიანოთ ნერვი (ნემსის ჩხელეგით დამიანების შემდგომ აღმოცენდება ნეერიკული ხასიათის ტკივილი). ცენტრალური (ბაზალური) გაუტკივარების დროს საანესთეზიო ნიეთიერება შეგყავს ნერვული ღეროს ქალას ფუძემზე გამოსვლის ადგილზე. რეგიონულ გაუტკივარებას აქვს რიგი უპირატესობა ინფილტრაციულ გაუტკივარებასთან, საშულებას გვაძლევს უფრო ღილ ზონაში ჩავატაროთ ოპერაციული ჩარევა (ამოვილოთ რამედნიმე კბილი, ჩავატაროთ ალვეოლოგიური მორჩის რეპექცია დ სხვა), არ იცულება ქსოვილების ტოპოგრაფიული ანატომია, ნაკლები რაოდენობით იხარჯება საანესთეზიო ნიეთიერება.

პერიფერიული რეგიონული გაუტკივარება. ზედა ყბაზე პერიფერიულ რეგიონულ ანესთეზიებს განეკუთვნება: 1. ინფრატემპორა-

ღური, 2. გუბერალური, 3. ინფრაორბიტული, 4. პალაგინური, 5. ინციზიური. ქვედა ყბაზე — 1. მანდიბულური, 2. გორუსალური. 3. მენტალური.

1. ინფრაგემორული ანესთეზია მიზნად ისახავს სასის დიდი და მცირე ნერვებისა და უკანა ზედა ალვეოლური ნერვების გაუტკივარებას. აეადმყოფი ზის სავარძელში, თავი უკან აქვს გადაწეული, პირი — გაღებული ისე, რომ ლოყის კუნთები არ დაიჭიმოს, ჩხელეგის ადგილია ზედა ყბის შესამე მოლარის დისტალური მხარე (ჩხელეგის ადგილი წინასწარ უნდა დაეამუშაოთ იოდის 2 %-იანი ხსნარით). ნემსით ჩხელეგას ეაწარმოებთ შესამე მოლარის უკან. ნემსი მიმართულია კბილის ფესვების პარალელურად ქვევიდან ზევით, შეედივართ 1,5 სმ სიღრმეში. გზადაგზა ეღვრით საანესთეზიო ნიეთიერების ხსნარს, ჩხელეგის საბოლოო ადგილზე კი 2,5-3 მლ-ს, ანესთეზია ღგება 5-10 წუთის შემდეგ. გაუტკივარების ზონა მოიცავს ზედა ყბის სამივე მროლარის ირგვლიე მღებარე ქსოვილებს.

2. გუბერალური ანესთეზია მიზნად ისახავს უკანა ზედა ალვეოლური ნერვების გაუტკივარებას. საანესთეზიო ნიეთიერება უნდა დაეღვაროთ ზედა ყბის ბორცეთან. ჩხელეგის არეს ვამუშაეებთ 2 %-იანი იოდის ხსნარით. აეადმყოფს პირი ნახეერად გაღებული აქვს, შესაბამის მხარეზე ლოყას გადაეწეეთ სარკით ან შჰადელით. ნემსის ჩხელეგას ეაწარმოებთ გარდამაეალ ნაოკში პირეელი მოლარის დისტალურად, ყერიმალ ალვეოლური ქედის უკან. ჩხელეგის ადგილზე ეღვრით 0,2-0,3 მლ. საანესთეზიო ხსნარს. ნემსის ძეალზე ცურეით და გზადაგზა ეღვრით ხსნარს, შეედივართ 2-2,5 სმ. სიღრმეზე და საბოლოოდ დაეღვრით დანარჩენ 2-3 მლ. საანესთეზიო ნიეთიერებას. გაუტკივარება ღგება 5-10 წუთის განმეელობაში. გაუტკივარების ზონაა ზედა შესამე მოლარები და გარდამაეალი ნაოკის ლორწოვანი გარსი. (სასის მხარეზე მგრძნობელობა გამოთიშული არ არის).

3. პალაგინური ანესთეზია მიზნად ისახავს სასის დიდ ხერელში სასის ნერვის გაუტკივარებას. აეადმყოფს პირი გაღებული აქვს მაქსიმალურად, თავი გადაწეული უკან. ნემსის ჩხელეგას ეახღენთ შესამე მოლარის შუა ხაზიდან 1 სმ-ის დამორებით მაგარი სასის ლორწოვანამზე. ჩხელეგით უნდა შეეიგრძნოთ მაგარი სასა (ხერელში შესვლა სეეალღებულო არ არის), ნემსს ამოეწეეთ ოღნაე ზეეით, დაეღვრით 0,5-1 მლ. საანესთეზიო ხსნარს, მიეიღებთ სასის ლორწოვანი გარსის გაფერმკრთალებას ჩხელეგის ადგილზე. ნემსის მიმართულებაა ზეეით და ოღნაე უკან. გაუტკივარების ზონაა სასის ლორწოვანი გარსი შესამე მოლარიდან ემეამღე. ანესთეზია ღგება 5-6 წუთში.

4. ინფრაორბიტალური ანესთეზია მიზნად ისახავს ზედა შუა და ზედა წინა ალვეოლური ნერვების გაუტკივარებას. საანესთეზიო ნიეთიერება უნდა შეეიყვანოთ ინფრაორბიტალურ ხერელში და არა

იკრელოან. ანესთეზიას ვატარებთ ორი წუხით, პირშივიანთა და პირგარეთა ჩხელეგით. თეალბულის ქეველა ხერელის მღებარეობის დასაბზსგე-ბლად საჭიროა თეალბულის ქეველა კილის პალაღიით მოქეებნოთ ოღნავე შესამჩნევი ამონაჭლევი, რომლის ქევეით 0,5-0,8 სმ-ით მღებარეობს თეალბულის ქეველა ხერელი და რომელეიე იხსნება გარედან შიგნით, ზევიდან ქევეით.

ინტრაორალური ანესთეზიის დროს აეადმეოფს პირი ოღნავე გაღებული აქეს. ექიმი მარცხსა ხელის საჩეუნებელ თითს ათაეხებს თეალბულის ქეველა კილის ოღნავე ქევეით (იქ ხერელი იგულისხმება) და იმავე ხელის ცერა თითით გადასწეეს ზედა გუჩს. ნემსის ჩხელეგას ეახლენთ გარდამაეალ ნაოჭში გვერდითი საჭრელი კბილის ფესვის საპროექციო არეში, აქ დაეღერით 0,2 მლ. ხსნარს. შემდეგ შეეღიღართ ღრმალ ქსოვიღების სიღრმეში, ნემსის მიმართულებაა ქევევიდან ზევით, შიგნიდან (შუახ-აშიდან). გარეთ, შეეღიღართ 2-2,5 სმ სიღრმეში, დაეღერით 0,3 მლ. ხსნარს, აქ მოქეებნით თეალბულის ქეველა ხერელის შესაეალს, ნემსს შეევიეანთ ხერელში 0,5 სმ. სიღრმეზე და დაეღერით 0,5-1 მლ. საანესთეზიო ნიეთიერე-ბას. გაუტეიღარების ზონა ერეცელეება პრემოლარებზე, ეშეებზე და შესაბ-მისი მხარის საჭრელ კბიღებზე, გარდა ამისა გამოითიშება პირის კარიბჭის ლორწოვანი გარსი, ზედა გუჩი, ცხვირის შესაბამისი მხარე და თეალბულის ქეველა ქუთუთო.

ექსტრალური გაუტეიღარების დროს სასის კანი უნდა გაეწმინდოთ სპირტით, ხოლო ჩხელეგის ადგილი – იოდის ნაეყნით. ჩხელეგას ეახლენთ ცხვირის ნესტოს გარეთა კიღედან 1 სმ. დაშორებით ეშვის ფოსოში. აქ შეევიეანთ 0,5 მლ. საანესთეზიო ხსნარს და შემდეგ ზემოთ აღწერილი წესით მოქეებნით თეალბულის ქეველა ხერელს და დაეღერით ხერელში საჭირო რაოღენობის საანესთეზიო ხსნარს. ექსტრაორალური მეთოღი ნაჩეუნებია იმ შემთხევეაში, როღესაც პირის ღრუში გარდამაეალ ნაოჭზე ანთეუბალი პროცესია და ინტრაორალური შეეყანა ნაჩეუნები არ არის.

5 ინციზიური ანესთეზია მიზნალ ისახავს ცხვირ-სასის ნერვის საინერეაციო ზონის გაუტეიღარებას. ამ ნერვის ზოგიერთი ბოჭკო მონაწიღეობს საჭრელი კბიღების ინერეაციაში. ცხვირ-სასის ნერვის ანესთეზია იწევეს სასის ლორწოვანი გარსის ემეების გამოთიშეას. გაუტეიღარება შეიღღება ჩაეატაროთ პირშიგნითა და პირგარეშე წესით. საჭრელი ხერელი მოთაეხებულია სასის შუა ხაზზე ცენტრალური საჭრელი კბიღების ეელიდან 0,8-1 სმ-ის დაშორებით.

აეადმეოფს თაეი გადაწეული აქეს უკან, პირი მაქსიმალურად გაღებუ-ლი, ნემსის ჩხელეგას ეახლენთ საჭრელ ღკრეიღთან (რომელსაც წინასწარ დაეამუშაეებთ ღიკაინის ხსნარით) და შეეღიღართ 0,5 სმ. სიღრმეში, აქ დაეღერით 0,5 სმ. საანესთეზიო ნიეთიერებას. ანესთეზია ღგება 3-5 წუთის შემეღეგ. ექსტრაორალური წესის დროს ნემსის ჩხელეგას ეახლენთ

ცხვირის გარეთა გასასვლელიდან 1 სმ. შიგნით ნესტოში, ცხვირის ძვილის ფუქსთან, შეგვყავს 1-1,5 მლ. საანესთეზიო ნიეთიერება.

ქველა ყბის პერიფერიული რეგიონალური ანესთეზიები მიზნად ისახავს ქველა ალვეოლური ნერვის გაუტკივარებას ქველა ყბის არხში შესვლამდე და არხში შესვლის შემდეგ მისი მიმართულების სხვადასხვა ღონეზე.

1. ტორუსალური ანესთეზია მიზნად ისახავს ქველა ყბის ნერვის სამივე ტოტის ენის, ლოყისა და ქველა ალვეოლური ნერვის ტკივილმგრძობელობის გამოთიშვას.

აუადმყოფს პირი გაღებული აქვს მაქსიმალურად, ნემსის ჩხელეგას ვახდენთ ლოყის ლორწოვან გარსზე მოპირდაპირე მსრიდან პერპენდიკულარულად, ზედა მესამე მოლარის საღვკი ზედაპირიდან 0,2 სმ. ქვევით ყბაფრთისებრი ნაოჭის ლაგერლურად, აქ უნდა შევიგრძნოთ ძვალი (ქველა ყბის ტოტის შემაღლება), დაეღვრით 2-3 მლ. საანესთეზიო ხსნარს. გაუტკივარება დაღვება 8-10 წუთის შემდეგ.

2. მანღბულური ანესთეზიის მიზანია ქველა ალვეოლური ნერვის გაუტკივარება ქველა ყბის ხერელთან. ანესთეზია შეიძლება გაეაკეთოთ როგორც პირშიგნითა ისე პირგარეთა წესით.

პირშიგნითა წესით ანესთეზიის ჩატარებისათვის საჭიროა მოეძებნოთ რეგრომოლარული სამკუთხედი, რომელსაც ვაფიქსირებთ საჩვენებელი თითით (ლორწოვანი გარსი და თითი წინასწარ უნდა დაეამუშავოთ იოდის ნაყენით). ნემსის ჩხელეგას ვახდენთ რეგრომოლარული სამკუთხედის ლორწოვან გარსზე მოლარების საღვკი ზედაპირიდან დაახლოებით 1 სმ-ით ზევით ისე, რომ შპრიცი იმყოფებოდეს საწინააღმდეგო მხარის პრემოლარებზე (ე. წ. პირელი მომენტი) ჩხელეგის ადგილზე დაეღვრით 0,2 მლ. საანესთეზიო ხსნარს, შემდეგ შპრიცი გაღმოგვაქვს ცენტრალური საჭრელი კბილების ღონეზე და ნემსს წაეწეეთ წინ სიღრმეში ძვალზე ცოცვით 1 სმ. სიღრმეზე, აქ დაეღვრით 1 მლ. საანესთეზიო ხსნარს, ენის ნერვის გაუტკივარებისათვის (მეორე მომენტი), ამის შემდეგ ნემსს წაეწეეთ კიდეე წინ 1 სმ-ით. ე.ი. სულ 2 სმ სიღრმეში, შპრიცს გაღმოეიგანთ ისეე პრემოლარებზე (მესამე მომენტი) შევიგრძნობთ რა ძვალს, დაეღვრით 2-3 მლ. საანესთეზიო ხსნარს. ანესთეზია დაღვება 10-12 წუთის შემდეგ. ამ ანესთეზიით გამოითიშება ენის ნერვი და ქველა ალვეოლური ნერვი.

იმ შემთხვევაში, როლესაც ინტრაორალური წესით ანესთეზიის ჩატარება არ ხერხდება (ანთებადი კერა, სიმსიენე და სხვა). ვაკეთებთ ექსტრაორალური წესით. ამისათვის კი საჭიროა ჩხელეგის წერტილსა და ქველა ყბის ტოტის მიმართულების განსაზღვრა. მარცხენა ხელის ცერა თითით მოეძებნით ქველა ყბის კუთხეს, ხოლო საჩვენებელი თითით განესაზღვრაეთ მანძილს ქველა ყბის კუთხიდან 1,5 სმ-ით წინ შუა ხაზისაკენ, ტოტის შიგნითა ზედაპირზე, ნემსი რომლის მიმართულება საჩვენებელი თითის პარლელურია, შეგვყავს ძვალზე ცოცვით 4-4,5 სმ.

სიღრმეში, აქ დაკლვრით 3-5 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას. 8-10 წუთის შემდეგ ღვება ქველა ალვეოლური ნერვის გაუტკივარება.

3. მენთალური ანესთეზიის მიზანია ნიკაპის ნერვის საინერვაციო ზონის გაუტკივარება. ანესთეზიას ეაკეთებთ პირშიგნითა და პირგარეთა წესით.

პირშიგნითა წესის დროს ნემსის ჩხეღეგას ეაწარმოებთ პირველი მოღარის წინ გარდამაქალ ნაოქში. ნემსის მიმართუღება უნღა იყოს უკანიღან წინ, ზემოღან ქვეღით, ლორწოვან გარსში ღაღღერით 0,5 მღ. საანესთეზიო ნივთიერებას ღა მეორე პრემოღარის ფესვის საპროექციო არეში მოქებნით ნიკაპის ხერღლს, შვეიყვანთ ნემსს, 0,2-0,5 სმ სიღრმეში ღა ეღღერით 0,5-1 მღ. საანესთეზიო ნივთიერებას.

პირგარეთა წესის დროს ნემსის ჩხეღეგას ეახღენთ ქვეღა გუჩის კუთხიღან 1 სმ-ის ღამორებით ღა ქვეღა ყბის ქვეღა კიღღღან 1,5 სმ. ზეღით. აქ ღაღღერით 0,5 მღ საანესთეზიო ნივთიერებას ღა შემღდეგ ფრთხიღღაღ მოქებნით ნიკაპის ხერღლს. ნემსის მიმართუღება ისეღთიეღა, როგორც პირშიგნითა წესის დროს. გაუტკივარების ზონა ვრცელღება პრემოღარე-ბზე, ეშვზე ღა მეორე საჭრელ კბიღზე. გამოითიშება ტკივიღღმგრძნობეღღობა ქვეღა გუჩის, პირის კარიბჭის ლორწოვან გარსზე შესაბამის არეში. ანესთეზია ღღება 5-10 წუთში.

ბაზალური (ენტრალური) გაუტკივარების სახეებღ

ბაზალური ანუ ენტრალური გაუტკივარების მიზანია სამწვერა ნერვის ტოტების მგრძნობეღღობის გამოთიშვა ქაღას ფუქებზე, მათი ქაღას ღრუღან გამოსღღის აღღიღზე საანესთეზიო ნივთიერების ღაღღერით. ქირურგიული სტომატოლოგიის თეაღთახეღღღით ამ მხრივ საყურაღღღობა სამწვერა ნერვის ზეღა ღა ქვეღა ყბის ნერვების გაუტკივარება. ენტრალურ ანესთეზიას ღღიღი როღღი განეკუთვნება ყბა-სასის ოპერატიულ ქირურგიაში, რაღღგან გამოითიშება ტკივიღღის შვეგრძნება ნერვის საინერვაციო მთელ ზონაში, ზეღა, ქვეღა ყბების შესაბამის მხარეზე. ბაზალური ანესთეზია საესეებით უსაფრთხოა, თუ ღაღული იქნება ყვეღა საჭირო პირობა (ანაგო-მიურ-გოპოგრაფიული მონაცემები, ანესთეზიის ტექნიკა, ასეღგია ღა ანტისეპეღია). ზეღა ყბის ნერვის გაუტკივარებისათვის საანესთეზიო ნივთიერება უნღა ღაღღღაროთ არა მრგვალ ხერღღღთან (ეს ტექნიკურაღ შეუძღღებელია), არამედ ფრთა-სასის ფოსოში, აქ ღაღღერიღი საანესთეზიო ნივთიერება აღწევს მრგვალ ხერღღღიღან გამომაღღაღ ნერვეღღ ღღერომღღე ღა იწვევს ტკივიღღის შვეგრძნების მოხსნას. ქვეღა ყბის ნერვის ანესთეზი-

ისათვის საანესთეზიო ნიეთიერებას ვლერით ოვალურ ხერელოან მღე-
ბარე რბილ ქსოვილებში. ბაზალური ანესთეზიის ჩეენებაა: ღიდი გრავმუ-
ლი ოპერაციული ჩარევა, ზედა და ქვედა ყბების დამსხერეული მოგეხილო-
ბა, ყბების რეზექცია, გავრეელებული სიმსიურეი პროცესების დროს,
ღიფუზური ოსტეომიელიტი, მესამე მოლარის დისგოპია და რეგენცია,
სამწვერა ნერეის გოგების ნეერიგი და ნეერალგია, მრეაქლობითი ექსტრაქ-
ცია, ყბების ღეფექტები და ღეფორმაციები.

1. ანესთეზია თეაღბუღის ნერეოან. სამწვერა ნერეის პირეე-
ლი გოგია, ქალას დრუღან გამოღის თეაღბუღის ზეღა ნაპრალით, ნაპრალ-
ში შესეღისას იყოფა სამ გოგაღ. შუბღის, საცრემღე და ცხერიწამწამის
ნერეი. ქირურგიულ სგომაგოლოგიაში ძირითაღაღ გამოიყენება თეაღბუ-
ღის ნერეის პერიფერიული რეგიონული ანესთეზია. ამ მიზნით უნღა
მოეძებნოთ შუბღის ძელის თეაღბუღის ზეღა კიღე და მასზე მღეღარე
მცირე ჩანაჭღეღი. კანის სპირგით დამუშაეების შემღეღ, ნემსით ვაკეთებთ
ჩხეღეგას და დავღერით მცირე რაოღენობით საანესთეზიო ნიეთიერებას
(0,2 მღ) და ძეაღზე ცოციით ნემსს წაეწვეთ სიღრმეში 1,5 სმ. დავღერით
1-2 მღ. საანესთეზიო ნიეთიერებას. 5-7 წუთის შემღეღ დგება თეაღბუღის
ზეღა ნერეის გავუტკიეარება.

2. სამწვერა ნერეის მეორე გოგის ანესთეზია ფრთა-
სასის ფოსოში. სამწვერა ნერეის მეორე გოგი – ზეღა ყბის ნერეი, ქალას
ღრუს გოეებს მრგვაღი ხერეღის საშუაღებით და შეღის ფრთა-სასის
ფოსოში. მრგვაღი ხერეღი უშუაღოდ ძნეღი მისადგომია და საანესთეზიო
ნიეთიერების შეყვანა მასთან გაძნეღებულია. ამიგომ უფრო მიზანშე-
წონიღია საანესთეზიო ნიეთიერების დავღერა ფრთა-სასის ფოსოში. ფრთა-
სასის ფოსო მოთაეებულია ზეღა ყბასა და ფრთისებრ მორჩს შორის
სიღრმეში და ქმნის ნამგღის ფორმის ნაპრალს. ფრთისებრ ფოსოს აქეს
ძაბრისებრი ფორმა, რომღის ფართო ნაწიღი მიმართულია ქალას ფუძ-
ისაკენ, ხოლო ვიწრო გაღადის ფრთა-სასის არხში. ფრთა-სასის ზეღა
ნაწიღში უკანა კეღელზე იხსნება მრგვაღი ხერეღი, რომეღიეც აკაე-
შირებს ფრთა-სასის ფოსოს ქალას ღრუსთან.

ფრთა-სასის ფოსოში საანესთეზიო ნიეთიერება შეიძღება შეეიყვანოთ
შემღეღი გზებით: 1. პაღაგინური-სასისმიერი, 2. გუბერაღური, 3. ორბიგ-
აღური-თეაღბუღისმიერი, 4. ყერიმალქეეშფრთისებრი.

1. პაღაგინური გზა . მოწოღებული იყო 1921 წელს კარეას მიერ,
ხოლო 1924 წელს მოღიფიცირებულია ს. ვეისბღაგის მიერ.

აეაღმყოფს პირი გაღებული აქეს მაქსიმაღურაღ, ჩხეღეგას ეახღენო
სასის ღიდი ხერეღის საპროექციო არეში, ნემსის მიმართულია ქეევიღან
ზეღით და წინიღან ოღნაე უკან, დავღერით 0,2 მღ. საანესთეზიო
ნიეთიერებას, რბილ ქსოვილებში, მოეძებნოთ სასის დიღ ხერეღს და
ფრთისიღაღ, ისე რომ შეეიგრძნოთ ძელოეანი ქსოვიღი, ნემსი შეეყვავს

ღრმად 2,5 -3 სმ-ით, ვზალაბგა ვლერით საანესთეზიო ნივთიერებას ტკივილის მოსახსნელად და არხში მდებარე სისხლძარღვოვანი კონის დაზიანების თავიდან ასაცილებლად, გაეხარჯავთ 1,5-2 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას, 10-15 წუთს შემდეგ დაღვება ზედა ყბის ნერვის საინერვაციო ზონის გაუტკივარება. ამ მეთოდის გამოყენება ყოველთვის არ ხერხდება ფრთა-სასის არხის ლეფორმაციის შემთხვევაში.

2. **ტუბერული გზა.** აეაღმყოფი მწოლიარე მდებარეობაშია, თავი მიბრუნებულია საწინააღმდეგო მხარეზე, პირი ნახევრად გაღებული, ტუჩი და ლოყა მომიერად გადაწეულია კავით. ნემსის სიგრძე უნდა იყოს არანაკლებ 5 სმ. ჩხელეგას ვახლენთ ყვრიმალ-ალეგოლური ქელის უკან ლორწოვან გარსზე, ყვრიმალის ძელის ქევეით, ნემსის მიმართულებაა ქევეიდან ოდნავ ზევეით, გარედან შიგნით ნამგლისმაგვარი ნაპრალის მიმართულებით, ნემსი ღრმად შეგვეყავს ძვალზე ცოცვით, გზალაგზა ვლერით საანესთეზიო ნივთიერებას და 3-3,5 სმ. სიღრმეში (ფრთა-სასის ფოსოში) დაველერით 3-4 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას. 10-15 წუთის შემდეგ მივიღებთ მეორე გოგის საინერვაციო ზონის გაუტკივარებას.

3. **ორბიგალური გზა.** კლინიკურ სიტუაციებში ზოგჯერ საჭირო ხდება ორბიგალური გზის გამოყენება. მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით უნდა მოეძებნოთ თვალბუღის ქევედა კიღე, საღაც ყვრიმალის მორჩი უერთდება ზედა ყბის ძვალს (შეიგრძნება მცირე ჩანაჭღევი, - ვაფიქსირებთ რბილ ქსოვიღებს თითით და ნემსი შეგვეყავს ძვალზე ცოცვით რბილი ქსოვიღების მიმართ პერპენდიკულარულად 3-3,5 სმ. სიღრმეში. გზალაგზა ვლერით საანესთეზიო ნივთიერებას და საბოლოოდ დაველერით 2,5-3 მლ-ს. სულ შეიძლება გავხარჯოთ 5 მლ. ხსნარი. გაუტკივარებას მიემართავთ ზედა ყბის აუთვისებიანი დააეაღების ღროს. ანესთეზია უნდა ჩავატაროთ ღიღი სიფრთხიღით, რადგან მოსალოღნიღია რიგი გართუღებანი: თვალის კაკღის დაზიანება, მხეღეღობის ნერვის დაზიანება, ინფექციის შეგანა და სხვა. გართუღების პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ასეპტიკისა და ანგისეპტიკის მკაცრი დატევა და საანესთეზიო გზის გოპოგრაფიული ანაგომისის კარგი ცოღნა.

4. **ყვრიმალქევემა ფრთისებრი გზა** დამუშეღებულია ს. ვაისბღატის მიერ და მის მიერ მოწოღებულია საორიენტაციო გრაგოორბიგალური გზა ყვრის წინა სახურაეიღან თვალბუღის გარეთა კიღემღე, ამ გზის შუა მონაკევეთი არის ნემსის ჩხელეგის წერტიღი.

ვიღებთ 6-8 სმ. სიგრძის სტერიღურ ნემსს, მასზე ჩამოცმულია სტერიღური რეზინის ნაჭერი და გრაგოორბიგალური ხაზის შუა მონაკევეთში ვაკეთებთ ჩხელეგას კანზე, ნემსი კანის მიმართ ზუსტად პერპენდიკულარულდ არის მიმართული, შევეღვართ ღრმად და 4-5 სმ-ის სიღრმეში ვაღწევეთ ფრთისებრი მორჩის ლატერალურ ფირფიგას. ამ სიღრმეს მოვნიშნავთ რეზინით, ნემსს ამოვეწვეთ თითქმის კანქევემა ცხიმოვან ქსოვიღ-

ამდე, შპრიცს გადაეხრით 15-20°-ით გარეთა სასმენი ხერელისაკენ და ნემსი შეგვეყავს ღრმად ქსოვილებში მინიშნებულ სიღრმემდე, ნემსის წვერი აღმოჩნდება ფროთა-სასის ფოსოს ნამგლისებრ ამონაჭაღვეთან, აქ დაეღვრით 3-5 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას, რომელიც აღწევს ფროთა-სასის ფოსოს და გამოიწვევს მეორე გოგის გაუტკივარებას. გაუტკივარება დადგება 10-15 წუთში.

სამწვერა ნერვის მესამე გოგის - ქვედა ყბის ნერვის გაუტკივარება. ქვედა ყბის ნერვი ქალას ღრუს გოგებს ოვალური ხერელით, რომელიც მოთავსებულია, ქალას ფუძეზე მედიალურად საფეთქლის ქვედა ფოსოში. საფეთქლის ქვედა ფოსოში მოთავსებულია საფეთქლის კუნთის ქვედა ნაწილი, მედიალური და ლატერალური ფრთისებრი კუნთი, ქვედა ყბის ნერვი, ზედა ყბის შიგნითა არტერია, ტეინის მაგარი გარსის შუა არტერიული გოგი, ენური სისხლძარღვები და ფრთისებრი ენური წნული. ყოველივე ეს მოთავსებულია ფაშარმემაერთებელ ქსოვილში. ოვალური ხერელის წინ მოთავსებულია ფრთისებრი მორჩის (ლატერალური ფირფიტა), უკან წვეტიანი ხერელი, რომელშიც შედის ტეინის მაგარი გარსის შუა არტერია; მედიალურად ევსტაქის მილი და დაფლეთილი ხერელი (შიგნითა საძილე არტერიისათვის), ხოლო ლატერალურად ზედა ყბის შიგნითა არტერია და ფრთისებრი ენური წნული. გაუტკივარების ჩატარებისას ექიმი ვალდებულია გაითვალისწინოს ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი ანატომიური წარმონაქმნი რათა, შემთხვევით არ დააზიანოს რომელიმე მათგანი.

ნემსის ჩხელებას ვახლენთ გრაგორობიტალური ხაზის შუა მონაკვეთში, კანის პერპენდიკულარულად, შევღვივართ ღრმად სანამ არ შევიგრძნობთ ფრთისებრი მორჩის ლატერალურ ფირფიტას, ამ სიღრმეს ნემსზე მოვნიშნავთ საცობით, ნემსს ამოვწვეთ კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილამდე, შპრიცს გადავწვეთ 15-20°-ით თვალის კაკლისაკენ და ასე დახრილ მდგომარეობაში შევიყვანთ სიღრმეში წინასწარ მონიშნულ ღონემდე. ეს არის ოვალური ხერელის საპროექციო ადგილი. აქ დაეღვრით 3-4 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას, 10-15 წუთში მივიღებთ მესამე გოგის საინერვაციო ზონის გაუტკივარებას.

ქვედა ყბის ნერვის მამოძრავებელი გოგების გაუტკივარება

ქვედა ყბის ნერვი შერეულია და შედგება ორი ნაწილისაგან - წინა, ძირითადად მამოძრავებელი და უკანა, ძირითადად მგრძნობიარე. მამოძრავებელი გოგები აინერვირებს საღებუ კუნთების ჯგუფს (საღებუ კუნთები, საფეთქლის კუნთები, მედიალური და ლატერალური კუნთები).

პრაქტიკული მუშაობის პირობებში გვხვდება ისეთი კლინიკური სიტუაციები, როდესაც საჭიროა მამოძრავებელი გოტების გაუტკივარება სხვადასხვა ოპერაციული ჩარევისათვის.

ბერშეს მეთოდი. ავალმყოფს თავი მობრუნებული აქვს გვერდზე. ყურიშალის არეს კანი უნდა გაეწმინდოს სპირტით. ნემსით ჩხელეგას ეახლენთ ყურიშალის რკალის ქვეშ ყურის სარქველიდან (სახურაი) 2 სმ-ით წინ თვალბუღისაკენ. შპრიცი კანისაღმი შერქენდიკულარულადა მიმართული, შევლივართ 2-2,5 სმ-ის სიღრმეში და დაეღვრით 3-5 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას. 8-10 წუთის შემდეგ დაღება მამოძრავებელი გოტების ანესთეზია, რაც გამოიხაღება მამოძრავებელი კუნთების რელაქსაციამი. ანესთეზიის ეს მეთოდი ძირითაღად გამოიყენება კრიჭის შეკერის ღროს (ქველა ყბის სახსრის ანთებაღი კონტრაქტურა).

ღუბოვის მეთოდი. მ. ღუბომა ექსპერიმენტულაღ გეამგე ჩაგარებული გამოკელევებით დააღგინა, რომ ნემსის უფრო ღრმაღ შეყვანით სითხის მარაგი გროვლებოღა ლაგერალური ფრთისებრი კუნთის ფაშარ შემავრთებულ ქსოვილში, იქ, საღაც ერთაღ ახლოს მღებარეობენ ქველა ალვეოლური და ენის ნერვები. აქეღან გამომღინარე მ. ღუბომა მოგეაწოღა გაუტკივარების მეთოდი, რომელიც ერთის მხრივე გამოთიშაღს მამოძრავებულ გოტებს და უფრო ღრმაღ შეყვანით კი ქველა ალვეოლურ და ენის ნერვებს.

ავალმყოფს თავი მობრუნებული აქვს ჯანმრთელ მხარეზე, სახის კანს გაეწმინდოს სპირტით, ნემსით ჩხელეგას ეაწარმოებთ ყურიშალის რკალის ქვევით ყურის სარქველიდან 2 სმ-ის ღაშორებით, ნემსი მიმართულია კანის შრეშენდიკულარულაღ. შევლივართ ღრმაღ, გზაღაგზა ვღვრით საანესთეზიო ნივთიერებას, 2-2,5 სმ სიღრმეში გამოვთიშაღთ ქველა ყბის ნერვის მამოძრავებულ გოტებს, ნემსი შეგყვყავს, კიღეე 1-1,5 სმ-ით (სულ 3-3,5 სმ სიღრმეში). ღღუშს ამოეწვეთ ოღნაე გეეით, რომ ღავრწმუნღეთ, ხომ არ მოეხეღით სისხლძარღვში, და აქ დაეღვრით 3-4 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას, 15-20 წუთში მიეიღებთ შესაბამისი უბნის გაუტკივარებას.

ეგოროვის მეთოდი. სამწვერა ნერვის მესამე გოტის მამოძრავებელი გოტების გაუტკივარება მიიღება საანესთეზიო ნივთიერების საღეჭი და საფეთქლის კუნთების ფაშარშეშავრთიებელი ქსოვილოვან სიერეში შეყვანით.

ავალმყოფის თავი მობრუნებულია ჯანმრთელ მხარეზე სახის კანის სპირტით გაწმინდის შემდეგ ნემსით ჩხელეგას ეახლენთ ყურიშალის რკალიდან 1,5-2,5 სმ-ით ქვევით და სასახსრე ბორციეღან 0,5 სმ-ის წინ, ნემსი შეგყვყავს ქველა ყბის გოტის ძეაღზე შეხებამღე, აღენიშნაღთ ამ სიღრმეს, ნემსს ამოეწვეთ 1 სმ-ით გეეით, შპრიცს დაეხრით ღოყისაკენ და

შეკლივართ მონიშნულ სიღრმეზე და 2-3 მმ-ით უფრო ღრმად, გავივლით ქვედა ყბის ამონაპლექსს და მოვხვდებით ყბა-ფროთისებრ სივრცეში, სადაც დაუღერით 3-5 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას. 10-15 წუთის შემდეგ მივიღებთ გაუტკივარებას. აუტორის მითითებით რაიმე გართულებას აღვიღი არ პქონია.

ლოყის ნერვის გაუტკივარება

ლოყის ნერვის გაუტკივარება შესაძლებელია ორი გზით:

1. გორუსალური ანესთეზიის ღროს (ქვედა ყბის გოგის ძელოვან შემადღებაზე) გამოითიშება როგორც ქვედა აღეოღური ისე ენის და ლოყის ნერვებიც.

2. თვით ლოყის ნერვის გაუტკივარება. ავადმყოფს პირი გაღებული აქვს მაქსიმალურად. ნემსით ჩხელეგას ვახღენთ ლოყის ლორწოვან გარსზე მოპირდაპირე მხრიღან მოღარების საღეჭი ზეღაპირის ღონეზე და გვირგვინისებრი მორჩის წინა კიღესთან, ნემსი შეგეყავს 1-1,5 სმ-ის სიღრმეში გვირგვინისებრი მოორჩის წინა კიღემღე (აქ პროეცირღება ლოყის ნერვი) და დაღღერით საანესთეზიო ნივთიერების 2-3 მლ-ს. გაუტკივარება ღგება 5-10 წუთში.

ენის ნერვის გაუტკივარება

ენის ნერვის გაუტკივარება შესაძლებელია რამღენიმე ხერსით: მანღიბღღური ანესთეზიის მეორე მომენტი, გორუსალური ანესთეზიით. გარღა ამისა ენის ნერვის გაუტკივარება შესაძლებელია ყბა-ენა არეში. ენას გაღეწევეთ მოპირღაპირე მხარეზე ნემსით ჩხელეგას ვახღენთ ყბა-ენის ღარის ღისგალურ ნაწიღში ქვეღა მეორე და მესამე მოღარების ღონეზე (ფესვების საპროექციო ღონეზე, ნემსი შეგეყავს 3-4 მმ. სიღრმეზე და დაღღერით 1,5-2 მლ საანესთეზიო ნივთიერებას. 5-7 წუთის შემღეგ მივიღებთ ენის ნერვის საინერვაციო ზონის გაუტკივარებას.

უნემსო ინექტორით გაუტკივარება

გრადიციული ინექციური მეთოღღისაგან განსხვავებით უნემსო გაუტკივარება, ნეღა, მაგრამ თანღათან იკაფავს გზას პრაქტიკულ მეღციინაში.

გამოშეღებულია უნემსო ინექტორი №1-8, რომელიც ძირითადი სტომატოლოგიური ღანიშნულღებისთვის გამოიყენება. ინექტორი პორტაღულია, მისი მასა არ აღემატება 0,8 კგ. წამღის ჩამოსასხამი ფღაკონის მოცუღობა

10-20 მლ-ია, ინექციის ერთჯერადი დოზა 0,2 მლ. ინექტორის მომზადება სამუშაოდ და მისი გამოყენება ექიმისაგან მოითხოვს ვარკვეულ მომზადებას და გამოცდილებას. ინექტორის სამუშაო ნაწილი მთლიანად და მჭიდროდ უნდა ყხებოდეს კანს (ლორწოვან გარსს) სხვაგვარად მოხალღ-ნელია ადგილობრივი გართულება (კანის, ლორწოვანი გარსის დამიანება, კემაგომა, სისხლდენა და სხვა). საანესთეზიო ნიეთიერებად შიქძლება გამოიყენოთ ნოოკაინის, გრიმეკაინის, ლილოკაინის ხსნარები და სხვა. უნემსო ინექტორის გამოყენების ჩვენება: ზელა და ქველა ყბაზე კბილების ექსტრაქცია, მცირე მოცულობის ოპერაციები ალევოლის მორჩსა და ლორწოვან გარსზე (ცისგოგოშია, ცისგოქგოშია, ფესვის მწვეერეალის რეზექცია), მცირე ზომის კეთილთვისებიანი სიმსიენეების მოკვეთა, სახის არეში ჭრილობის პირველაი დამუშაეება, გინგიეოგოშია, გინგიეოექტო-შია.

წინააღმდეგ ჩვენება: საანესთეზიო ნიეთიერებასთან შეუთავსებლობა, ჩირქოვანი ანთებაი პროცესები, დიდი ოდენობის სიმსიენური წარ-მონაქმნები.

უნემსო ინექტორით ვანხორციელებთ, როგორც ინფილტრაციული, ისე პერიფერიულ რეგიონულ გაუტკივარებას. ინფილტრაციული გაუტკივარე-ბისათვის ამოსალები კბილის ფესვის საპროცესო არეში შეგყავეს 2-3 დოზა საანესთეზიო ნიეთიერება, ანესთეზია დგება 20-30 წამის შემდეგ. პერიფე-რიული რეგიონული გაუტკივარების შემთხეევაში, საანესთეზიო ნიე-თიერება შეგყავეს ნერული გოგის ძელოვან გამოსელის ადგილზე, 2-3 დოზის შეყვანის შემდეგ ანესთეზია დგება 1-2 წუთში და შესაძლოა ოპერაციული ჩარევის განხორციელება. ამ მეთოდის უპირატესობაა: 1, საანესთეზიო ნიეთიერების 2-4-ჯერ ნაკლები დოზის გახარჯვა, 2. საანესთე-ზიო ნიეთიერების ორგანიზმში ჩხელეგის გარეშე შეყვანა. ნემსის ჩხელეგა პაციენტთა დიდ უმრაველესობაში იწვეეს უარყოფით ფსიქოემოციურ ძერებს. უნემსო ინექტორის ქირურგიულ სტომაგოლოგიაში გამოყენება მოითხოვს ასეპტიკისა და ანგისეპტიკის მოთხოვნების სრულ დაცვას.

თვალბულის გაუტკივარება

რიგი სტომაგოლოგიური დააეალებების შემთხეევაში (ანთებაი პრო-ცესი თვალბულეში, საცრემლე ნერვის და ცხვირ-წამწამის ნერვის ნეერალ-გია და სხვა) საჭირო ხლება თვალბულის არეს გაუტკივარება. უნდა შეეარჩიოთ 3-5 სმ. სიგრძის წერილი დიამეტრის ნემსი. ნემსის ჩხელეგას ვახდენთ ქველა ქუთუთოს კანში თვალბულის ლატერალურად, ნემსის მიმართულებაა წინდან უკან, გარედან ოღნაე მიგნით, ძეალზე ცოკყით გზადაგზა ვლერით საანესთეზიო ნიეთიერებას, შეეღივართ 2-2,5 სმ. სილ-

რმეში და დაეღვრით 1,5-2 მლ საანესთეზიო ნიეთიერებას. გართულეებე-
ბიდან აღსანიშნავია კემატომა, დილოპია, თვალის კაკლის მამოძრავე-
ბელი კუნთების ღროებითი დამბლა.

ძვალშიგნითა გაუტკივარება

ყბა-სახის გრავმული ღამიანების ღროს ტკივილის, მოხსნისა და შოკის
პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა საანესთეზიო ნიეთიერების შეყვანა
ძელის ღრუბლოვან ნიეთიერებაში. საჭიროა აღინიშნოს, რომ საანესთეზი-
ო ნიეთიერების შეყვანა იწვევს ქსოვილების შილა წრეის აწვეას 2-4
ჯერ, მიუხედავად ამისა ანესთეზიის დამამიანებელი ზემოქმედება ქსო-
ვილებზე არ აღინიშნება. აქვე უნდა აღენიშნო, რომ ქვედა ყბის ძვალი
მცირე რაოდენობით შეიცავს ღრუბლოვან ნიეთიერებას და საანესთეზიო
ნიეთიერება ძირითადად შეგვეყავს მოტეხილობის ხაზზე. წინასწარ კანს
გავწმენდთ სპირტით, მოტეხილობის საეარაულო ხაზს, და წერილი ნემსით
ნელა შეგვეყავს საანესთეზიო ნიეთიერება, რომლითაც ივლინდება მოტეხ-
ილობის არე და მის ირგვლივ მღებარე რბილი ქსოვილები. საანესთეზიო
ეიყენებთ 0,5% ხსნარის 15-20 მლ ან 1% ხსნარის 10-15 მლ-ი, საანესთეზიო
ხსნარს არ ეუმატებთ სისხლძარღვთა შემავიწროებელ ნიეთიერებებს.

აღვილობრივი ანესთეზიის პოტენციურება

მოსალოდნელ ოპერაციულ ჩარევას ყოველთვის თან სდევს ორი
კომპონენტი: ტკივილის შეგრძნება და ფსიქომოციური დაძაბულობა.
ტკივილის შეგრძნება მთლიანად იხსნება აღვილობრივი გაუტკივარების
შედეგად, ფსიქომოციური დაძაბულობა კი რჩება და პაციენტის ორგანიზმ-
ში იწვევს რიგ მნიშვნელოვან ძერებს. სისხლში მატულობს ადრენალინის
რაოდენობა, რასაც თან სდევს სისხლძარღვთა შევიწროება-სპაზმი, პულ-
სის აჩქარება, შაქრის რაოდენობის მომატება სისხლში და სხვა. ამ და სხვა
უარყოფითი მოვლენების მოსახსნელად საჭიროა პაციენტის მედიკამენ-
ტური მომზადება.

პოლიკლინიკურ მუშაობის პირობებში ეიყენებთ მცირე გრანკეილიზა-
გორებს, სელუქსენი, ელენიუმი, გრიოქსამინი და სხვა. ამ პრეპარატების
მიღება უნდა მოხდეს ოპერაციულ ჩარევამდე 30-40 წუთით ადრე.

სტაციონარში აეაღმყოფის მომზადება მიმდინარეობს უფრო გეგმამო-
იერად. ოპერაციამდე ერთი დღით ადრე აეაღმყოფს ეუნიშნავთ საძილე
საშუალებებს, ანტიპისგამინურ პრეპარატებს (დიმედროლი), მცირე გრანკე-
ილიზაგორებს, ოპერაციამდე აეაღმყოფს ეუკეთებთ ნარკოტიკულ (პრომე-
ლ-
81

ოლი 2%-1,0, ანალგისი 50% - 1,0-ს, აგროპინი 0,1%-0,5 მლ). შეიძლება გამოვიყენოთ სამკურნალო წამალია სხვა კომბინაცია. ასეთი წინასწარი მომზადება საიმელო საწინდარია ოპერაციული ჩარევის საიმელო წარმართვისათვის.

აღვილობრივი გაუტკივარების თავისებურებანი შინაგანი ორგანოების დაავადებების ფონზე

პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში განსაკუთრებულ ყურადღებას იძირობს პაციენტთა ის კონტინენტი, რომლებსაც აქვთ შინაგანი ორგანოების დადგენილი დაავადებები. თვითოეულ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა ინდივიდუალური მიდგომა და აღვილობრივი გაუტკივარების ჩვენების მუსტი განსაზღვრა, საანესთეზიო ნივთიერების ღონის და გაუტკივარების მეთოდის არჩევა.

პიპერტონული დაავადება, ოპერაციულ ჩარევამდე 1-2 საათით ადრე საჭიროა წნევის დამწევი საშუალებების მიცემა, განსაკუთრებით იმ წამლებისა რომლებსაც პაციენტი იღებს მკურნალობის ან პროფილაქტიკის მიზნით. არტერიული წნევის მაღალი მაჩვენებლების დროს მოგვერ საჭირო ხდება კანქვეშ ან ვენაში წნევის დამწევი საშუალებების შეყვანა (დიბაზოლი 0,5% - 2-4 მლ., პაპავერინი 1-2% 1-2 მლ., ან მაგნეზიის სულფატი, 20%-იანი 5-10 მლ). საანესთეზიო ნივთიერებებს არ უნდა დაეუმატოთ ადრენალინი, ხოლო აღვილობრივი გაუტკივარება უნდა ჩატარდეს სრულყოფილად.

მოხუცებულთა და ხანდაზმულთა ასაკში, როდესაც ათეროსკლეროზული მოვლენები გამოხატულია, აღვილობრივი ანესთეზიის პროცენტირება უნდა მოხდეს ანტიპისტამინური პრეპარატების ფონზე (დიმედროლი 10 მლგ., ან სუპრასტინი 25 მლგ.).

გულის იშემიური დაავადება. ავადმყოფთა ეს კონტიგენტი მოითხოვს ტკივილის შეტევის პროფილაქტიკის ღონისძიებათა გატარებას. საჭიროა ფსიქოემოციური დაძაბულობის მოხსნა, კარგი სელატიური მომზადება. ამ მიზნით ვიყენებთ ვალიდოლს, ნიტროგლიცერინს, პაპავერინს ან ნოშპა კუნთებში. საანესთეზიო ნივთიერებას შეიძლება დაეუმატოთ ადრენალინი მიღებული ღონიერებით, რადგან ადრენალინი მოქმედებს გამაფართოებლად გულის სისხლძარღვებზე. სტომამოლოგიურ კაბინეტში უნდა იყოს ეანგზალის ბალიში - ეანგზალით.

ბრონქიალური ასთმა. ამ დაავადების ეტიოპათოგენებში გარკვეული როლი განეკუთვნება ალერგიულ კომპონენტს და რადგან რიგ საანესთეზიო ნივთიერებებს ახასიათებთ ალერგიული მიდრეკილება, ავადმყოფთა ეს კონტიგენტი უმჯობესია გაიგზავნოს სტაციონარში ოპერ-

აციული ჩარევის მიზნით. აქ ისინი გაიკლიან სათანადო მომზადებას (ბრონქოსპაზმის მოხსნა, მეზაგონის ან ალუპენგის აეროზოლი, ეფედრინი ან ეუფლინი, კორმონალური მკურნალობა საჭიროების შემთხვევაში). საანესთეზიო ნიეთიერებას (ტრიმეკანი, ლილოკანი) ჩვეულებრივ დოზებში შეიძლება დაეუმაგოთ აღრენალინი. კაბინეტში უნდა იყოს ეანგბადიანი ბალიში.

შაქრიანი დიაბეტი – კომპენსირებული ფორმების დროს ქირურგიული ჩარევა შესაძლებელია პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში. იმ შემთხვევაში, როდესაც შაქრის მაჩვენებელი აღწევს მაღალ ციფრებს 180 მლგ და მეტი, საჭიროა ქირურგიული მანიპულაციის ჩატარება ინსულინის შეყვანის ფონზე (ყოველ 50 მლგ%-ზე საჭიროა შეეყვანოთ 10 ერთეული ინსულინი. გეგმიური ოპერაციის დროს კი საჭიროა ავადმყოფის სათანადო მომზადება.

პოლიკლინიკურ პირობებში პრემედიკაცია ტარდება სელექსინის ან სუპრასტინის გამოყენებით. სტაციონალურ პირობებში ვიყენებთ ნარკოტიკულ საშუალებებს ნახევარი დოზით.

ღვიძლის ფუნქციის მოშლა – კომპენსირებული ფორმების დროს, მცირე ქირურგიული ჩარევა შესაძლებელია, სპეციალური მაკორეგირებელი მომზადების გარეშე. პრემედიკაციისათვის შეიძლება გამოვიყენოთ სელექსინი, დროპერიდოლი. გაუტკივარებისათვის უმჯობესია გამოვიყენოთ ნოოკაინი აღრენალინთან ერთად მქსიმალურად მცირე დოზებით. სტაციონარში სტომატოლოგი ვალდებულია კონსულტაცია ჩაატაროს ანესთეზიოლოგთან.

ალერგიული ანამნეზით დამძიმებულ ავადმყოფთა ქირურგიული დახმარების ორგანიზაცია

უკანასკნელ წლებში აღინიშნება მოსახლეობის აწეული მგრძობელობა სხვადასხვა წამლის მიმართ, რაც ერთის მხრივ გამოწვეულია ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებით, ხოლო მეორეს მხრივ საყოფაცხოვრებო ქიმიური პრეპარატების (სარეცხი ფხენილი, აეროზოლი და სხვა) დანერგვით. მედიკამენტური შოკი წარმოადგენს ერთ-ერთ მძიმე გართულებას, რომელიც სშირად სიკვდილით მთავრდება. ლიგერატურაში მითითებულია, რომ ანტიბიოტიკების გარდა ალერგიული რეაქციები აღწერილია ისეთი ნიეთიერებების მიმართ, როგორცაა დიმედროლი, ქლორკალციუმის ხსნარი, სომბრევისი, სელექსინი, ნოოკაინი, აღრენალინი და სხვა. მედიკამენტური ალერგიის გიპიური ფორმისათვის დამახასიათებელია არტერიული ჰიპოტენზია, ცნობიერების მოშლა, სუნთქვის უკმარისობა, კანკალი, კანის ვეგეტატიური რეაქციები, შიში, ქაყილი, სიმძიმის

შეკრძობა გულის არემი, თაყის ტყვილი, თაებრუ, ტყვილი მეცლის არემი. ობიექტურად აღინიშნება კანის ფერის შეცვლა, ლორწოვანი გარსების შემუქება, ქუთუიოებისა და სახის შემუქება, ცივი ოფლი, შეიძლება დაერთოს ცხვირის დაცემინება, ხეულა, ცრემლის ღენა, ებილე-ტოილური კრუნჩხვები, უნებლიე შარღეა. თეაღის გუგები გაფართოებულია და სინათლეზე სუსტად რეაგირებს.

აუადმყოფი საჭიროებს გადაუღებელ სამედიცინო დახმარებას პო-ლიკლინიკაში და შემდეგ სტაციონარში.

მედიკამენტური შოკის თაეიდან აცილების მიზნით მოწოდებულია სხეადასხეა სახის სინჯები, რომლის დახმარებითაც განესაზღვრავთ პაციენტის აღერგიულ ფონს.

წეეთოვანი სინჯი. წინამხრის შიგნითა ზელაპირის კანს ვაშუქავეებს 90° სპირტით. ვიღებთ გამოსაკელევი ნიეთიერების სტანდარტ-ული კონცენტრაციის ხსნარის ერთ წეეთს, ნატრიუმქლორის ხსნარის ერთ წეეთს და ერთ წეეთს 0.01%-იანი პისტამინის ხსნარს; ეაწეეთებთ კანზე და ესწაელობთ კანის რეაქციას. სენსიბილიზაციის ღროს შეხების აღვიღზე რამღენიმე წუთში წარმოიქმნება შემუქება, პიპერემია, ქაეილი, რაც მიგვანიშნებს დაღებით რეაქციაზე. ამ შემთხვევაში წეეთი უნდა მოეაშო-როთ და კანი გაეწმინდოთ წყლით. როღესაც პიპერემიული უბანი 3 სმ-ზე მეტია, კანის სხეა სინჯის ჩატარება არ შეიძლება. იმ შემთხვევაში, როღესაც კანის სინჯი უარყოფითია, პირველი სინჯიდან ორი საათის შემდეგ შეიძლება გავაკეთოთ მეორე სინჯი – კანის საფარის გაკაწერით.

კანის სკარიფიკაციული სინჯი. წინამხრის კანის არეს გაეწმინდოთ 70%-იანი სპირტით და ერთ წეეთ გამოსაკელეე წამალს, განზაეებულს 2 წეეთ ნატრიუმქლორის იზოტონურ ხსნარში, ვათაესებთ კანზე. ბასრი იარაღით წეეთის შუაგულში გავაკეთებთ განაკაწრს ისე, რომ არ იყოს სისხლოვანი გამონაეონი. კანის რეაქცია გამოვლინღება 1-20 წუთში. დაღებითი რეაქციის შემთხვევაში ეითარღება კანის პიპერემია 1-5 სმ². ფართობზე, არის ქაეილი, შემუქება, მოშორებით შეიძლება ჩამოყალიბღეს წერილი გამონაყარიც. საკონტროლოდ ვაკეთებთ იგიეეს ნატრიუმქლორის იზოტონური ხსნარით და კანის რეაქტიულობას გან-ესაზღვრავთ პისტამინის სტანდარტული ხსნარით.

კანშიგნითა სინჯი. უარყოფითი კანის სკარიფიკაციული სინჯის შემთხვევაში, 2 საათის შემდეგ ვაკეთებთ კანშიგნითა სინჯს. კანქეეემ ტუბერკულისის შპრიციტ შეგეყავს 1:1000 განზაეებული გამო-საკელევი წამალი 0,02 მლ რაოდენობით. საკონტროლოდ შეგეყავს 0,02 მლ ნატრიუმქლორის იზოტონური ხსნარი. კანის რეაქტიულობის განსასაზღვრა-ვად 0,01%-იანი პისტამინის ხსნარი.

თუ კანის რეაქცია პისტამინზე უარყოფითია, გამოსაკელეე წამალზე მიღებული უარყოფითი რეაქცია არ ითვლება და საჭიროა ახალი სინჯის

დაყენება. თუ ნაგრიუქლორის იზოგონურ ხსნარზე რეაქცია დადებითია, მაშინ გამოსაკვლევე წამალზე მიღებული რეაქცია არ არის მისაღები და საჭიროა განმეორებით გამოკვლევა. გამოსაკვლევე წამალზე კანშიგნითა დადებითი რეაქციის შემთხვევაში (კანი შემუქებულია, პიპერემიულია, წარმოიქმნება ბუმბუკი, ქაელი, აღინიშნება საერთო სისუსტე), აღნიშნული პრეპარატის პაციენტზე გამოყენება არ შეიძლება.

გარდა ზემოთ აღწერილი სინჯებისა, პრაქტიკული მუშაობის დროს შეიძლება გამოვიყენოთ ენისქვეშა სინჯი გამოსაკვლევე წამლის 2 წვეთს ვაწვეთებთ შაქრის ნაგებზე (ან აბის ერთ მეოთხედზე) და ვათავსებთ ენის ქვეშ. დაკვირვებას ვაწარმოებთ 40 წუთის განმავლობაში. დადებითი რეაქციის შემთხვევაში ენის ლაგამი, ენა, გუჩები შემუქდება. ამ შემთხვევაში აღნიშნული წამლის მიცემა არ შეიძლება. ალერგიის საწინააღმდეგო თვისებები აქვს ექსილონ-ამინოკაპრონის მკაეას. (0,1 გრ. კგ. მასაზე), დღეღამის დოზა 15-16 გრ. საჭიროა სისხლის კონტროლი კოაგულოგრმა.

გართულებანი ადგილობრივი ანესთეზიის დროს

ადგილობრივი გაუტკივარების ჩაგარებების დროს მოსალოდნელია რიგი გართულებანი. პირობითად ეს გართულებები შეიძლება იყოს: ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება და ადგილობრივი გართულება ქსოვილებში. ასევე გართულება შეიძლება იყოს საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანის დროს და მოგვიანებით.

გულის წასელა საკმაოდ ხშირი გართულებაა, ამის მიზეზია ოპერაციული ჩარევის წინა პერიოდში პაციენტის ფსიქო-ემოციური სფეროს დაძაბულობა: შიში, აღელვება, უძილობა. გარდა ამისა მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ანთებადი პროცესით გამოწვეულ ინტოქსიკაციას. გულის წასელას წინ უძღვის საერთო სისუსტე,თაებრუ, წონასწორობის დაკარგვის შეგრძნება, მხედველობის გაუკუღმართება, სახის კანის გაფერმკრთალება. ავადმყოფი აცხადებს, რომ ცუდად არის, კარგავს ცნობიერებას. პულსი სუსტი ავსებისაა, სუნთქვა ზერელეა, არტერიული წნევა დაქვეითებული. ასეთი მდგომარეობა გრძელდება რამდენიმე წამი ან რამდენიმე წუთიუ კი. მკურნალობა ითვალისწინებს მრავალი ღონისძიების დაუყოვნებლივ გატარებას. ავადმყოფი ვადმოგვყავს პორიზმონტალურ მდგომარეობაში, ქვედა კიდურები უნდა ავეწიოთ, გულმკერდი გავანთავისუფლოთ (გავუხსნათ გულის ასაკრავი, მოვხსნათ ყელსახვევი და სხვა), გავაღოთ ფანჯარა,ავადმყოფს სასუნთქად უნდა მიეცეთ ნიშადურის სპირტი, რომელიც ალაგზნებს სუნთქვის ცენტრს.ამ ღონისძიებების ჩატარების შემდეგ ავად-

მყოფები გამოდიან მდგომარეობიდან. თუ ვაგარებული ღონისძიებანი არ ვკადლეკს სათანადო ეფექტს, აკადმყოფს უნდა გავუკეთოთ საგულე საშუალებანი (კოფინი 10%-იანი 1-2 მლ., ქაფურის ზეითი, 20%-იანი 1 მლ. ან კორდაიმინი 1 მლ. ზოგ შემთხვევაში ლობელინის 1%-იანი 1 მლ), ეასუნთქოთ ეანგბადი. იმ პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ შიდრეკილება გულისწასვლისადმი, ანესთეზიის ვაკეთებამლე საჭიროა საგულე საშუალების მიცემა ან ვაკეთება.

ტ კ ი ე ი ლ ი . ღაკავშირებულია ძირითაღათ ნემსის ჩხელეგასთან ღა არა საანესთეზიო ნიეთიერების შეყვანასთან. ტკივილი რომ მოეხსნათ, ნემსის ჩხელეგის წინ საჭიოა ღორწოკანი გარსის წინასწარ ვაუტკივარება, რასაც ვაღწევთ ღორწოკან გარსზე ღიკანის 2-4%-იანის ხსნარის წასმით, ან ღიდოკანის 10%-იანი ემლისიის მიფრქვევით (აეროზოლი). სხვა შემთხვევაში ტკივილის შეგრძნება საანესთეზიო ნიეთიერების შეყვანის მომენგში შეიღლება ვამოწეული იყოს მისი ძელისაზრღელას ქვეშ მოხეღრით ღა ამ უკანასკნელის ამრეეებით ძელისაგან. ამის თაეიღან აციღების მიზნით საჭიროა საანესთეზიო ნიეთიერებისა ღა ნემსის ფრთხიღაღ ღა ნელა შეყვანა რბიღ ქსოვიღებში.

ს ხ ე ა ნ ი ე თ ი ე რ ე ბ ი ს შეყვანა , განისიღება როგორც საექიმო შეცღომა ღა რიგ შემთხვევაში როგორც ღანაშაული. ეს შეცღომა ძირითაღაღ განპირობებულია საექიმო ღა ღამხმარე პერსონაღის უყურადღებობით ღა უსულგულო ღამოკიღებულიებით თაეიანთი სამსახურებრივი ღამოკიღებულიებისაღმი.

საანესთეზიო ნიეთიერების შეყვანის მომენგში ძღიერი ტკივილის აღმოცენება ძაღიან სახიფათო ნიშანია ღა საჭიროა წამღის შეყვანის ღაუყოვნებღიე შეწყვეტა (პრაქტიკულაღ აღგიღი აქეს ნოეოკანის მაგვირაღ სპირგის, ფორმაღინის, კალციუმქღორის, ნიშაღურის სპირგის ან სხვა ნიეთიერებათა შეყვანას). ასეთი შეცღომის ღაშეებისას საჭიროა რბიღი ქსოვიღების ღაუყოვნებღიე ვაკეთება, ნოეოკან-აღრენაღინის ხსნარის შეყვანა ირგვღიე ქსოვიღებში. საჭიროა ტკივიღღამაყურჩეული, ანგიპისგამინური პრეპარატების ღანიშენა, ანგიბიოტიკების მიცემა ანთების თაეიღან აციღების მიზნით. სხვა ნიეთიერების შეყვანა რიგ შემთხვევაში იწვევს რბიღი ქსოვიღების ნეკროზს, ზოგჯერ ღიღ ფართობზე, რომლებიც მოგვიანებით მოითხოვენ პღასტიკურ ოპერაციულ ჩარევას.

ი ნ გ ო ქ ს ი კ ა ც ი ა . საანესთეზიო ნიეთიერებებს სამკურნაღო ღასაშეებ ღოზებში გოქსიკური მოქმეღების ნიშნები ვამოხაგული არა აქვთ. გოქსიკური თვისებები თაეს იჩენს ღოზის ვაღამეგების შემთხვევაში ან ორგანიზმის არსებულ აღერგიულ ფონზე. გოქსიკური მოქმეღება ძღიერღება ნიეთიერების სისხღის ძარღვებში მოხეღრის შემღეგაღ.

ინგოქსიკაციის შემთხვევაში პაციენტი აღნიშნაეს თაეის ტკივილს,

თაბერუს, საერთო სისუსტეს, გულყრას, შეიძლება დაეწყოს ღებინება. კანის და ლორწოვანის საფარი ფერმკრიალია, არის შერეულე სუნოქვა, ცივი ოფლი, ზოგჯერ ალგზნება. პულსი სუსტი აესებისაა და აჩქარებულია, არტერიული წნევა დაქეითებული, შეიძლება ჩამოყალიბდეს ბრადიკარდია და გულის გაჩერებაჲ კი.

გადაუღებელი დახმარება ითვალისწინებს საანესთეზიო ნივთიერებათა შეყვანის დაუყოვნებლივ შეწყვეტას. პაციენტი გადაგვყავს პორიზონგალურ მდგომარეობაში, ეასუნთქებთ ნიზალურის სპირტსა და ეანგბადს. ეენაში შეგვყავს 40%-იანი გლუკოზის 20 მლ., 1-2 მლ. კორდიამინი, ეიგამინი "C" (5%-იანი - 3-5 მლ). 0,06% კორგლიკონის 0,5 - 1 მლ. 0,05%-იანი სგროფანგინის 0,5 მლ. ინგოქსიკაციის მძიმე შემთხვევაში 1%-იანი თიოპენგალნაგრიუმის 1-2 მლ. (ალგზნების მოსახსნელად). პაციენტი უნდა გადაეიყვანოთ ხელოვნურ სუნთქვაზე, დაეიწყოთ ინგრავენური გადასსმეზი, საჭიროა შარდმღენი საშუალებების შეყვანა.

ინგოქსიკაციური მოელენები შეიძლება განეითარდეს ორგანიზმში აღრენალინის შეყვანის შემდეგ. პაციენტი აღნიშნავს გამობაგულ შიშს, შემციენებას, კანკალს, თავის გკივილს, გულის ცემის აჩქარებას, გკივილს გულის არეში. მაჯა აჩქარებულია, არტერიული წნევა მომაგებული.

გადაუღებელი დახმარება ითვალისწინებს ეენაში 0,1%-იანი აგროპინის 0,5-1 მლ ხსნარის შეყვანას, კორდიამინის 2 მლ., 0,05%-იანი სგროფანგინის 0,5 მლ. ფიზიოლოგიურ ხსნარზე, უნდა ეასუნთქოთ ამილნიგრიტი, ეადღეეთ ეანგბადს. მაღალი არტერიული წნევის დასაწეად ეენაში შეგვყავს 0,5-იანი ღიბაზოლის 4-8 მლ. 2,4%-იანი ეუფილინის 5-10 მლ. ეაგარებთ სხვა საჭირო ღონისძიებებს.

ა ლ ე რ გ ი უ ლ ი რ ე ა ქ ე ა საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანაზე შეიძლება გამოიხატოს ჭინჭრის ციებით, კეინკეს შემუშებით, ანაფილაქსიური შოკით.

ჭ ინ ჭ რ ის ც ი ე ბ ა გამოელინდება საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანისთანავე. პაციენტი აღნიშნავს, საერთო სისუსტეს, გულყრას, მკვეთრად გამობაგულ ქავილს, კანზე აღმოეენდება მოეარდისფრო ლაქები, მოგვიანებით წარმოიქმნება სხეადასხვა მომის ბუშტუკები, რომლებიც აესებულია გამჭვირვალე სითხით. გადაუღებელი დახმარება ითვალისწინებს საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანის დაუყოვნებლივ შეწყვეტას, შეყვანის აღგილის ეაკვეთას (თუ ეს შესაძლებელია). ანგიპისგამინური პრეპარატების გამოყენებას (ღიმედროლი, პიპოლფენი, სუპრასგინი და სხვა).

კ ე ი ნ კ ე ს შ ე შ უ ჰ ე ბ ა ეითარდება საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანისთანავე. გრძელდება რამღენიმე საათიდან რამღენიმე ღღემღე ლა უკვალოდ ქრება. შემუშება შეიძლება ლოკალიზდებოდეს თეაღბუღის, ლოყების, ცხვირ-გუჩრის ნაოჭების, შუბღის არეში.

ზოგჯერ ადგილი აქვს ენის, პირის ღრუს ლორწოვანის შეშუპებას. საშიშია ხახის ლორწოვანის შეშუპება. ამ ღროს პაციენტი აღნიშნავს სუნთქვის გაძნელებას და ხმის გემბრის შეცვლას. გადაუღებელი დახმარება ითვალისწინებს წამლის შეყვანის დაუყოვნებლივ შეწყვეტას. კანქვეშ შეგვყავს 0,1%-იანი ადრენალინის 0,5 მლ. ეენაში 2%-იანი სუპრასტინის 1-2 მლ. დიმედროლის 1%-იანი ხსნარის 1-2 მლ. საჭიროა პაციენტის დაუყოვნებლივ ჰოსპიტალიზაცია.

ან ა ფ ი ლ ა ქ ს ი უ რ ი შ ო კ ი საშიში ალერგიული გართულებაა, შეიძლება განვითარდეს ნოვაკაინის შეყვანის ფონზე. რეაქცია შეიძლება იყოს დაუყოვნებლივი ან მოგვიანებითი 10-15 წუთი. პაციენტი მიუთითებს საერთო სისუსტეზე, რომელიც თანდათან ძლიერდება. კანი ხდება ფერმკრთალი, წარმოიშლება ცივი ოფლი, ტკივილი მუცლის არეში, გულყრა, ლებინება. მკვეთრად ეცემა არტერიული წნევა, მაჯა სუსტი აესების, ძაფისებრი. საერთო მდგომარეობა სწრაფად უარესდება, შეიძლება პაციენტი დაიღუპოს.

გადაუღებელი დახმარება ითვალისწინებს ექიმის მიერ დაუყოვნებლივ მიზანსწრაფულ ღონისძიებათა კომპლექსის გატარებას:

1. მომენტალურად უნდა შეეწყვიტოს საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანა.

2. დაეაწინოთ ავადმყოფი, მისი თავი მოეაბრუნოთ გვერდზე, გონების დაკარგვის შემთხვევაში ქვედა ყბა წამოეწიოთ წინ და გვეით (ასფიქსიის თავიდან ასაცილებლად).

3. შოკის საწინააღმდეგო სამკურნალო წამალი დასაწყისში შევიყვანოთ კუნთებში (რომ არ დაეკარგოს დრო ენეპუნქციისათვის) და სასწრაფოდ გადავიღეთ ენეპუნქციაზე ან ენესექციაზე. სამკურნალო ნივთიერებანი შევიყვანოთ ინტრავენურად.

4. ალერგიის გამომწვევი წამლის შეყვანის ადგილზე უნდა შევიყვანოთ 0,1%-იანი ადრენალინის ხსნარის 1 მლ. არტერიული სისხლის წნევის დაცემის შემთხვევაში, როდესაც არ არის გენდენცია მისი აწვეის, ყოველ 10-15 წუთში შეგვყავს 0,5 მლ. ადრენალინი.

5. შეგვყავს პრედნიზოლონი (1-2 მგრ. მასაზე), ან დექსამეტამონი 4-20 მგრ. მასაზე, ან ჰიდროკორტიზონი 100-300 მგრ.

6. შეგვყავს პიპოლფენის 2,5%-იანი ხსნარის 2-4 მლ. თუ შოკი გამოწვეული არ არის ფენოთიაზინის ჯგუფის პრეპარატისაგან, ან სუპრასტინის 2%-იანი ხსნარის 2-4 მლ. ან დიმედროლის 1%-იანი ხსნარის 4-5 მლ.

7. სუნთქვის გაძნელებისა და ბრონქოსპაზმის დროს შეგვყავს ეუფილინის 2,4%-იანი ხსნარი 1-2 მლ.

8. გულსისხლძარღვთა უკმარისობის დროს შეგვყავს საგულე საშუალებები.

9. ცხეირის ნესტოში ან თვალში ჩაწეულების შემთხვევაში, საჭიროა

ცხვირის ნესტოსა და თვალის წყლით გამოორეცხვა და შემდეგ აღრენალინისა და 1%-იანი პილროკორგიზონის ხსნარის ჩაწვეობა.

საჭიროა აეაღმყოფოს გადაყვანა რეანიმაციულ განყოფილებაში.

აღვლილობრივი გართულება. საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანის დროს ზოგჯერ აღვილი აქვს გართულებებს რბილ ქსოვილებში. ასეთი გართულებებიდან საყურადღებოა: ინექციური მეოიოდით საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანის დროს მოსალოდნელია შექმნილი სისხლძარღვების დაზიანება, ვითარდება სისხლჩაქცევა – კემაგომა, რომელიც ზოგჯერ საკმაოდ მკვეთრად არის გამოხატული. კემაგომა უფრო ხშირად ვითარდება ტუბერალური და ინფრაორბიტალური ანესთეზიების ჩატარების დროს. კემაგომისათვის დამახასიათებელია სახის რბილი ქსოვილების სწრაფი შეშუპება, სახის ასიმეტრია. შეშუპების დაწყებისთანავე შესაბამის ადგილზე 10-15 წუთით ეაჭკრთ ხელს, ხოლო სისხლდენის შეჩერების შემდეგ საჭიროა ცივი საფენები 40-45 წუთით. მესამე-მეოთხე დღეს ეუნიშნაეთ ფიზიოთერაპიას, კომპრესს. დიდი ზომის კემაგომის შემთხვევაში მას ვხსნით და ვანთაქისუფლებთ ჩაქცეული სისხლისაგან.

ნერვის დაზიანება. ინექციური ანესთეზიის გატარების დროს მოსალოდნელია სახისა და სამწვერა ნერვების გოტების დაზიანება. სამწვერა ნერვის გოტების დაზიანება შესაძლოა გორუსალური, მენტალური და ინფრაორბიტალური ანესთეზიის ჩატარების დროს, როდესაც ნემსის წვეტი აზიანებს ნერვულ გოტებს. ვითარება პარესთეზია – პიპესთეზია, ან ნევრიტი დამახასიათებელი ტკივილით. სახის ნერვის გოტების დაზიანება აღინიშნება ბერშედუბოვის, ტუბერული ანესთეზიის დროს, როდესაც ნემსი მიმართულია სადგისისებრი მორჩისაკენ. საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანიდან 5-10 წუთის შემდეგ ვითარდება მიმიკური კუნთების პარეზი, შესაბამის მხარეზე. ანესთეზიის მოქმედების დამთავრების შემდეგ მიმიკური კუნთების ფუნქცია აღსდგება.

ინექციის შემდგომი ტკივილი ძირითადად განპირობებულია საანესთეზიო ნივთიერების სწრაფი შეყვანით ან ძვლისაზრდელას აშრეებით. გარდა ამისა საყურადღებოა თვით საანესთეზიო ნივთიერების ტემპერატურა. ცივი ნივთიერების შეყვანა თითქმის ყოველთვის განაპირობებს ტკივილს. საინიექციოდ უნდა გამოიყენოთ ოთახის ტემპერატურის დონემდე (18°-20°) გამთბარი ხსნარი. თუ ინექციის დამთავრებისა და ოპერაციის ჩარევის შემდგომ პერიოდში გრძელდება ტკივილი, საჭიროა ფიზიოთერაპიის დახმარებით დაზიანების აღსდგენა, ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებების გამოყენება.

ინექციის შემდგომი ნეკროზი. გაუტკივარების მიზნით საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანის დროს ზუსტად უნდა დაეიცვათ დოზა. კონცენტრირებული და მელმეტი რაოდენობის საანესთეზიო ხსნარის შეყვანის დროს, აღვილობრივ ვითარლება ანემია, მოგვიანებით შეიძლება

ჩამოყალიბდეს რბილი და მკვრივი ქსოვილების ნეკროზი. ნეკროზი უფრო ხშირად ვითარდება მკვრივ სახამზე, ნეკროზის ჩამოყალიბებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საანესთეზიო ხსნარში ადრენალინის ზედმეტი რაოდენობით შეყვანას. ნეკროზის ჩამოყალიბებას წინ უძღვის ხანგრძლივი ანესთეზია. ლორწოვანი გარსი კარგად ეკარდის უფრო მეორედებას, ვითარდება სისხლძარღვთა თრომბოზი, მოგვიანებით ნეკროზი.

ნეკროზის ჩამოყალიბების დროს საჭიროა ნეკროლიზის დამკვირვება და მეორადი ინფექციის პროფილაქტიკა. ნეკროლიზის დასამკვირვებლად ვიყენებთ ფერმენტებს (ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი და სხვა), ანთების საწინააღმდეგე ანტიბიოტიკებს და ანტიუბიკინურ საელექს. მცირე ზომის ნეკროზული უბნები განიცდიან ეპითელიზაციას და ვითარდება ნაწიბურთა ქსოვილი. ეპითელიზაციის დასამკვირვებლად ვიყენებთ მეთილურაცილის ან სოლკოსერვილის მალამოს. დიდი ზომის ნეკროზული უბნების მკურნალობას ვატარებთ ქირურგიულ-პლასტიკური მეთოდით.

ს ა ი ნ ე ქ ე ი ო ნ ე მ ს ის ჩ ა გ ე ხ ე ა . ნემსის ჩატეხვა იშვიათი გართულებაა და შეიძლება გამოწვეული იყოს ნემსის ყუნწის არეში დაქანებით, ინექციის ტექნიკურად არა სწორად ჩატარებით ან აკადემიკოსის მიზნით (თაყის უეცარი მობრუნებით). ნემსის ჩატეხვის პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ავადმყოფის სათანადო მომზადება, ინექციის ტექნიკურად სწორად ჩატარება და ნემსის ჩხელეგამდე გასინჯვა.

ნემსის ჩატეხვის შემდეგ თუ ნემსის ნაწილი კიდევ ჩანს რბილი ქსოვილებიდან (ნემსი არასდროს არ უნდა შევიყვანოთ რბილ ქსოვილებში ბოლომდე – ყუნწამდე), ავადმყოფს ვაფრთხილებთ პირი არ დახუროს და ჩატეხილ ნემსს თათისებრი პინცეტით ან სისხლძარღვის დაჭერით ვიღებთ რბილი ქსოვილებიდან. იმ შემთხვევაში, როდესაც ჩატეხილი ნემსი არ ჩანს, ამოღება არ უნდა ეცადოთ და ავადმყოფი გადაიყვანოთ ყბა-სახის ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც რენტგენოგრაფიული გამოკვლევით დაეაზუსტებთ ნემსის ადგილმდებარეობას და განესაზღვრაეთ ექიმის ტაქტიკას ნემსის ამოღების შესახებ. პატარა ნემსის ამოღების ცდა ზოგჯერ უშედეგოდ მთავრდება და ამიგომ უმჯობესია მას ხელი არ ვახლოთ, დავტოვოთ. ავადმყოფს ვაფრთხილებთ, რომ იმ შემთხვევაში ნემსის ირგვლივ განვითარდება ფიბროზული გარსი და ნემსი ბუნებრივად იზოლირებული და უვნებელი გახდება. სხვა შემთხვევაში, როდესაც პაციენტის ნერვულ-ფსიქიკური სფერო დაძაბულია-საჭიროა ნემსის მოძებნა და მისი ამოღება.

ს ა ი ნ ე ქ ე ი ო ნ ე მ ს ის ს ა ს უ ნ თ ე გ მ ბ ე შ ი გ ა დ ა ვ ა რ დ - ნ ა (ა ს პ ი რ ა ც ი ა) იშვიათი გართულებაა და განპირობებულია ავადმყოფის უნებლიე მოძრაობით და ნემსის შპრიცთან არამყარი ფიქსაციით. ასპირაცია შეიძლება მოხდეს იმ შემთხვევაშიც, როცა ჩსუკეკას ვაკეთებთ პირის ღრუში ღრმად (ენის ძირზე, ხასის გვერდით კელელთან, სახის დიდ ხერყლთან და სხვა). პროფილაქტიკის მიზნით ჩხელეკის წინ ნემსს ვაფიქსირებთ შპრიცთან სტერილური ბანლით. ასპირაციას ახასიათებს ლარინგოსპაზმის მოვლენები, ხელა, სულის ხუთვა, მკვეთრად გამოხატ-

ული შიში, მეტყველების მოშლა. საჭიროა ოგოლარინგოლოგის კონსულტაცია ანესთეზოლოგთან ერთად და ნეჰსის ამოღება სახსრთქი გზებიდან. მკეეორად გამოხატული სუნთქვის გაძნელების შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს ტრაქეოსტომა.

საინტენსიური ნემსის ჩაყლაპვა იშვიათი გართულებაა და დაკავშირებულია გაუტკივარების ტექნიკის დარღვევასა და პაციენტის მკეეორ მოულოდნელ მოძრაობასთან. ნემსის ჩაყლაპვის შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის სწრაფად გადაყვანა სტაციონარში და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. ავადმყოფს ვაძლეეთ მოხარშულ კარგოფის, კისელს, ფაფებს, ყელს. ხშირ შემთხვევაში ნემსი კუჭნაწლავის ტრაქტს თავისთავად გოყებს. 2-5 დღეში. გართულების შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციული ჩარევა და ამოღება.

ქვედა ყბის კონტრაქტურა. გაუტკივარების ჩაგარების შემდეგ ზოგჯერ ადგილი აქვს ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას 2-7 დღით და ზოგჯერ შეკითხვა. მოძრაობის შეზღუდვა განპირობებულია მამოძრავებელი კუნთების ბოჭკოების გაღიზიანებით, რომელიც შეიძლება გამოიწვიოს საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანამ, თვით საანესთეზიო ნივთიერების კონცენტრაციამ. უფრო ხშირად კონტრაქტურა ვითარდება ტრიმეკანიტით გაუტკივარების დროს (მანლიბულური ანესთეზია). ტრიმეკანიტი მზადდება დეკლინორმალურ მარილმეყავას ხსნარზე და მარილმეყავას კონცენტრაციის გაზრდით ან გადამეტლობით შეიძლება მივიღოთ კონტრაქტურის მოვლენები.

პაციენტი აღნიშნავს გაუტკივარების შემდეგ პირის გაღების გაძნელებას და ზომიერად გამოხატულ ტკივილს პირის გაღების მცდელობის დროს. დათვალეირებით ობიექტური ნიშნები გამოხატული არ არის. ავადმყოფს ვაძლეეთ ტკივილდამაყუჩებელ საშუალებას, უენიშნაეთ ფიზიომკურნალობას (უმს ღენი, ღიაღინამიკური ღენი, კომპრესი, მექანოთერაპია) მყარი კონტრაქტურის ჩამოყალიბების შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის სტაციონარში გადაყვანა.

მეზვიდე თავი

სტომატოლოგიურ ავადმყოფთა რეანიმაცია

გადაუღებელი დახმარება ექსტრემალური მღგომარეობის დროს

სუნთქვისა და გულის მუშაობის გაჩერება იწვევს ადამიანის კლინიკურ სიკედილს, რომლის სანგრძლიეობა განისაზღვრება 4-5 წუთი (სეგოესკი). ეს ის დროა რომლის განმავლობაში სათანადო ღონისძიებების გაგარე-

ბით კიდევ შეიძლება სასიცოცხლო ფუნქციების აღდგენა. 5 წუთის შემდეგ ორგანიზმში ყოიარლება შეუქცევადი ცვლილებები და კლინიკური სიკვდილი გადაადის ბიოლოგიურ სიკვდილში.

კლინიკური სიკვდილის ნიშნებია: გონების დაკარგვა, გულის გაჩერება, მსხვილ არტერიულ სისხლძარღვებზე პულსაციის შეწყვეტა, სუნთქვის გაჩერება, გუგუბის გაფართოება და რეფლექსების მოსპობა.

ზოგიერი სტომატოლოგიური დაავადებებისა და დაზიანების დროს შეიძლება ჩამოყალიბდეს კლინიკური სიკვდილი, რომელიც მოიხსოვს გადაუღებელი რეანიმაციული ღონისძიებების დაუყოვნებლივ გაგარებას.

გულის გაჩერება (სინკოპე) გულის მოძრაობის გაჩერება და სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა შეიძლება მოხდეს სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვით ან (უფრო სშირად) რეფლექსური გზით; ცთომილი ნერვის გაღიზიანება, ეთერის ჩასუნთქვით, ნარკოზის გადამეტალოზირებით, გულის რიგმის დარღვევით. გულის მუშაობის გაჩერების მიზეზი შეიძლება იყოს ასისტოლია ან ფიბრილაცია. გულის მუშაობის გაჩერების ხელშეწყობი ფაქტორებია ორგანიზმში ელექტროლიტური ბალანსის მოშლა, პიპოქსია, აციდოზი და სხვა.

თუ გულის მუშაობა შეწყდა ოპერაციული ჩარევის მომენტში, საჭიროა ოპერაციული ჩარევის სასწარფო შეწყვეტა, წყდება ნარკოზის მიცემა, ავადმყოფი გადაგყავს მართვით ენგბადოვან სუნთქვაზე და ვიწყებთ გულის მასაჟს. გულის მასაჟს ვიწყებთ გულის გაჩერების მომენტშივე ან პირველი 2-3 წუთის განმავლობაში. ვარჩევთ გულის მასაჟის არაპირდაპირი და პირდაპირ წესს. არაპირდაპირი მასაჟი კეთდება გულმკერდის დრუს გახსნის გარეშე, პირდაპირი კი გულმკერდის დრუს გახსნის შემდეგ.

გულის მასაჟის მიზანია გულის მუშაობისა და სისხლის მიმოქცევის აღდგენა. უფრო გავრცელებულია გულის არაპირდაპირი მასაჟი. ავადმყოფი საოპერაციო მაგიდაზე (ან ვაწვენთ მაგარ საწოლზე), ეანთავისუფლებთ გულმკერდის არეს განსაცმლისაგან, მოვხსნით ქამარს, ეღვებით ავადმყოფის მარცხენა მხარეს, მარცხენა ხელისგულს ეადებთ მკერდის ძვალზე ქვევით და მარცხნივ, მარჯვენა ხელის მტეეანს ვათავესებთ მარცხენა ხელის ზურგზე და ვიწყებთ მკერდის ძვალზე რიგმულ დაწოლას 50-60 ჯერ წუთში. ყოველი შეწოლის დროს მკერდის ძვალი დაახლოებით 4 სმ. უახლოვდება ხერხემალს, იწვევს გულის მიტყულვას და სისხლს გადაისერის აორტასა და ფილგვის არტერიამი. დაწოლის შეწყვეტის მომენტში გულმკერდის მოცულობა აღსდგება და გული ისევ სისხლით იესება. ამრიგად გულის არაპირდაპირი მასაჟით ვიწვევთ სისხლის ხელოვნურ მიმოქცევას.

სისხლის მიმოქცევის აღდგენას გავიგებთ პულსაციის აღდგენით, არტერიული წნევის განსაზღვრით და თვალის გუგუბის შევიწროვებით. თუ ორი წუთის განმავლობაში პულსაცია რა აღსდგა, საჭიროა აღრენალინის

(ქლორკალციუმის) არტერიიში შეყვანა. იმ შემთხვევაში თუ 3-4 წუთის განმავლობაში პულსაცია არ აღსდგა, უნდა გადავიდეთ გულის პირდაპირ მასაჟზე. გულის პირდაპირი მასაჟი კეთდება საოპერაციო ოთახში. განაკეთოს ეატარებთ მეოთხე ან მეხუთე ნექნთაშუა არემი, მარჯვენა ხელით შევდივართ გულმკერდის ღრუში, გულს ვიღებთ ხელის მკვეანსზე და რიგმულად თითების ზეწოლით (50-60 წუთში) ეატარებთ მასაჟს.

გულის არაპირდაპირი მასაჟის არასწორად ჩატარებას შეიძლება მოყვეს ნექნების, მკერდის ძელის, ფილგეების დაზიანება.

გულის მასაჟი ტარდება ხელოვნურ სუნთქვასთან ეროდროულად: ყოველი 4-5 ზეწოლის შემდეგ ვაკეთებთ ცხვირიდან ან პირიდან ერთ ჩაბერვას.

რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარების ხანგრძლიობა დამოკიდებულია მის ეფექტურობაზე. თუ 25-30 წუთის განმავლობაში შედეგი ეერ მიეილეთ, გულის მასაჟი და ხელოვნური სუნთქვა უნდა შეეწყვიტოთ. ეფექტის მიღების შემთხვევაში რეანიმაციულ ღონისძიებებს ვატარებთ გულისა და სუნთქვის ფუნქციის მთლიან აღდგენამდე რამდენიმე საათსაც კი.

გულის მასაჟისა და ხელოვნური სუნთქვის ფონზე არტერიიში შეგვეყავს 0,5-1,0 მლ. აღრენალინის 0,1%-იანი ხსნარი, ქლორკალციუმის 10%-იანი ხსნარის 10 მლ. ეუნაში, 150-200 მლ. ნატრიუმბიკარბონატის 4% ხსნარი, 0,1%-იანი ატროპინის 1 მლ. აღრენალინი შეიძლება შევიყვანოთ უშუალოდ გულში. ვიღებთ 8-10 სმ. სიგრძის ნემსს, ჩხვლეტას ეაწარმოებთ მეოთხე-მეხუთე ნექნთაშუა სიერცეში, შევდივართ 4-5 სმ სიღრმეში (აეაღმყოფის სიმსუქნის გათვალისწინებით). შპრიის დგუმს ამოეწვეთ ზეით და როცა დავრწმუნდებით (სისხლი შემოვა შპრიცში) რომ გულში მოხვდით, შევიყვანთ 1 მლ აღრენალინის ხსნარს. გულის კუნთის ფიბრილაციის დროს უნდა გამოვიყენოთ ელექტროდფიბრილიატორი.

ასფიქსია. ასფიქსია შეიძლება ჩამოყალიბდეს ყბა-სახის არის სხედასხვა დაზიანების დროს. ასფიქსია ძალზე მძიმე გართულება და თუ დროულად არ ჩატარდა გადაუღებელი დახმარება, აეაღმყოფი აუცილებლად დაიღუპება. ასფიქსიის გამოწვეევი მიზეზებია სასუნთქი გზების მექანიკური დახშობა. აღწერილია ასფიქსიის ხუთი სახე (გ. იეაშენკო).

1. დისლოკაციური ასფიქსია – გამოწვეულია მონატეხი ფრატემენტების, ორგანოს (ენა), ზედა ყბის, რბილი სასის უკან გადანაცვლებით და სასუნთქი გზების დახშობით.

2. ობტურაციული ასფიქსია – გამოწვეულია უცხო სხეულის (ტყვია, ნამსხერევი, კბილი, სისხლის კოლტი და სხვა), სასუნთქი გზებში მოხეედრით და მისი დაყობით.

3. სტენოზური ასფიქსია – სასუნთქი გზების შეეწროება (ანთეუბალი ინფილტრატით, ყელის არეს ემფიზემით, კემატომით და სხვა).

4. სარქველოვანი ასუქსია – სასუნთქი გზების დახშობა რბილი ქსოვილების ნაფლეთით (სახის, სახის, ხახის და სხვა).

5. ასპირაციული ასუქსია – სასუნთქი გზების დახშობა ნაღებინები მასით, სისხლით, პირის ღრუს სეკრეტით და სხვა.

დასაწყისში აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება დააეაღმყოფის იძულებითი ძაღბარეობა. აეაღმყოფი მოუხეუნარიან, კითარღება ციანოში, გუგები ვაფართოებულია, კისრის კუნთები ღაქიმული, კისრის ეენები ვაგანიერებული, სისხლსაესე. ციანოზური შეფერაღება გრძელღება გუქებზე ღა ხელის თითებზე. მაჯა აჩქარებულია, ვითარღება გულს ექმარისობა ღა გონების ღაბინღება. მწეავე ასუქსიის შემთხვევაში ღიანგონზის ღასმა ძნელი არ არის. გახანგრძლიეებული ასუქსიის ღროს საჭიროა აეაღმყოფის ღეღალური გამოკლეეა.

გაღაუღებელი ღასმარება ითუალისწინებს სასუნთქი გზების ღაუყოენებლიე განთაეისუღლებას უესო სხეუღებისაგან, ნაღებინები მასისაგან, სისხლის კოღგისაგან ღა სხეა. აეაღმყოფს უნღა მიეცეთ მოხერხებული მღგომარეობა. სუნთქეის ცენტრის აღგზნების მიზნით ეენაში შეგეყავს 0,5-1,0 ციტიგონი, ჩენების მიხეღვით შეიღღება განმეორებით შეყენა 20-30 წუთის შემღეე. კანქეეე შეგეყავს საგულე საშუაღებები. განსაკუთრებით ძმიე შემთხვევაში ეაკეთებთ გრაქეოსტომას. ღისლოკაციური ასუქსიის შემთხვევაში ენას ვიღებთ აბრეშუმის ძაფზე ღა გამოგეაქეს პირის ღრუღან, მონაგეხი ყბის ფრაგმენტს ვაყენებთ ანაგომიურ-ფიზოლოგიურ მღგომარეობაში ღა ვაფიქსირებთ ალუქინის მავთულით. ობგურაციული ასუქსიის ღროს საჭიროა სასუნთქი გზების ღაუყოენებლიე განთაეისუღლება უესო სხეუღებისაგან, ხოლო შემღეე პირის ღრუსა ღა ხახის გამორეესეა ანგისეგეკური ხსნარებით. სგენოზური ასუქსიის შემთხვევაში საჭიროა ყბისქეეეა არეში განაკეეთების ეაკეთება, სისხლისმღენი სისხლძარღვების გაღაკეანძეა, ემფიზემის შემთხვევაში ქსოვიღების ეაკეეთა ღეკომარესის მიზნით. სარქველოეანი ასუქსიის ღროს რბილი ქსოვიღების ნაფლეთი უნღა აეიღოთ ეეგეუგით ღა ჭრიღობა ეავეეროთ. ძლიერი სისხლღენის შემთხვევაში ეაღებთ გრაქეოსტომას ღა პირის ღრუს ეაგამპონებთ 24-48 საათი, შემღეე კი ჭრიღობას ეავეერაეთ პირის ღრუში. ასპირაციული ასუქსიის შემთხვევაში საჭიროა სისხლღენის ღაუყოენებლიე შეჩერება, სასუნთქი გზების განთაეისუღლება პირის ღრუს სეკრეტისაგან შემსრუგი აპარაგის გამოყენებით, ხოლო შემღგომში ბრონქო-პულმონალური გართუღების პროფილაქტიკა.

ასუქსიის გაღაუღებულ ღახმარებაში გარღაუეალი როლი ენიჭება სუნთქეის აღღგენას, ამ მიზნით მიემართაეთ კონიკოგომიას ღა გრაქეოსტომას. ამ ოპერაციულ გექსიკას უნღა ფლობღეს ყეეღა ღარგის ექიმი, რაღგან მცირეოღენი ღაყოენებაც კი ყოეელთეის ღაგვიანებულია ღა აეაღმყოფი იღუქება.

კონიკოტომია. ეს ოპერაცია უნდა ჩატარდეს შემთხვევის აღვლილზე ნებისმიერი ექიმის მიერ. ავადმყოფს ვაწვევთ ზურგზე, ბეჭების ქვეშ ეუღებთ რაიმე საგანს, ისე რომ თავი იყოს მკვეთრად გადაწეული უკან. მარცხენა ხელის პირველი და მესამე, მეოთხე, მესუთე თითებში ვაფიქსირებთ ფარისებრ ხრტილს, ხოლო საჩვენებელი თითით მოქცეხნით ფარისებრი ხრტილის ჩაღრმავებას მის ქვედა კიდეზე და ბეჭდისებრი ხრტილის ზედა კიდესთან მჭრელი იარაღით (დანა, ლანცეტი) ვაკეთებთ განივ განაკვეთს: გაკვეთათ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, კისრის ფასციას ფარისებრი ხრტილის ქვედა კიდის ოვალურ ჩაღრმავებამდე. გაკვეთათ ხრტილს განივად, გაეფართოვებთ და შეეყვანთ რაიმე მილს (რეზინის, პოლიეთილენის და სხვა). პაერის ძლიერი ნაკადის გამოსვლა მიგვანიშნებს სასუნთქი გზის გახსნაზე. შემდეგ ავადმყოფი უნდა გადავიყვანოთ ყბა-სახის ქირურგიულ განყოფილებაში.

ტრაქეოსტომა. ეს ოპერაცია, როგორც წესი უნდა ჩატარდეს სტაციონარში. ვარჩევთ ტრაქეოსტომის სამ სახეს: ზედა, შუა და ქვედა. ასუიქსიის ყველა სახის გათვალისწინებით უმჯობესია გაეაკეთოთ ქვედა ტრაქეოსტომა.

ავადმყოფს ვაწვევთ საოპერაციო მაგიდაზე, თავი გადაწეული აქვს მკვეთრად უკან (ამ მომენტში უნდა გავითვალისწინოთ ავადმყოფის სუნთქითი მდგომარეობა, არ დავაჩქაროთ ასუიქსიის განვითარება). საოპერაციო ეელს ვამუშავებთ სპირტით, ადგილობრივი გაუტკივარების შემდეგ ვატარებთ განაკვეთს ბეჭდისებრი ხრტილიდან ქვევით მკერდის ძელის საულლე ამონაჭკვეამდე. გაკვეთათ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, კისრის საკუთარ ფასციას და შევდივართ კისრის აპონევროზის ქვეშ, ბლაგვად ვთიშავთ კუნთოვან ქსოვილს, საულლე ენურ ქსელს დაწვეთ ქვევით ან გადაეკვეთათ (პაეროვანი ემბოლიის პროფილაქტიკის მიზნით წინასწარ უნდა ავილოთ ენური სისხლძარღვები ლიგატურაზე და შემდეგ გადაეკვეთოთ). ფრთხილად მოქცეხნით ტრაქეას და ბასრი ერთთითიანი კავით ავწვეთ ზევით და დავაფიქსირებთ ჭრილობაში. ლანცეტით ვაკვეთათ (ფრთხილად) ტრაქეის მეხუთე და მეექვსე რგოლებს, გაეფართოვებთ განაკვეთს, ტრაქეაში ჩავაწვეთებთ 5-10 წვეთ ღიკაინის ხსნარს. ხველის რეულექსის დასათრგუნავად. ამის შემდეგ ტრაქეაში შევიგანთ ტრაქეოსტომიულ მილს და ვაფიქსირებთ მას კისერზე, რბილი ქსოვილების ჭრილობაზე ვადებთ რამდენიმე ნაკერს, ვაგრძელებთ ძირითადი დაავადების მკურნალობას.

სისხლდენა. ყბა-სახის გრავემულ დამიანებას ყოველთვის ასლავს სისხლდენა რბილი და მაგარი ქსოვილებიდან. სისხლდენა შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი, არტერიული და ვენური, შერეული (კაპილარული და ვენური).

სისხლდენის დამახასიათებელი სიმპტომებია: კანისა და ლორწოვანი

გარის სიფერმკრთალე, კანის ოფლიანობა, სუსტი, აჩქარებული მაჯა. არტერიული სისხლის წნევა დასაწყისში უცვლელია, შემდეგ დაბლა იწეკს. მიღებელია, რომ სამუალოდ 500 მლ. სისხლის დაკარგვის დროს არტერიული წნევა ვერცხლისწყლის სეკის 100 მმ. აღწეკს, ხოლო მაჯა აჩქარებულია 100 ღარტყმამდე წუთში. თუ არტერიული წნევა გახდა 80 მმ, ხოლო მაჯა 120 წუთში, ევარაულობთ, რომ ავადმყოფმა დაკარგა კიდეე 500 მლ. სისხლი. სისხლდენების გავრტყლების შემთხვევაში კიდეე უფრო ეცემა სისხლის წნევა, ავადმყოფი კარგავს ცნობიერებას, კანი და ლორწოვანი გარსი ღებულობს სანთლის ფერს, მაჯა არ იხიწება, გულის ტონები არ მოისმინება, ავადმყოფი ეარღება კემორაგიულ კოლაფსში და იღუქება.

სისხლის 50%-ის დაკარგვა ადამიანის სიცოცხლისათვის საშიშია, ხოლო 60% სისხლის დაკარგვა ყოველთვის სიკედილით მთაერღება. განსაკუთრებით საშიშია მაგისგრაღური სისხლძარღვების დამიანება, როღესაც სისხლის სწრაფი დაკარგვის ფონზე ვითარღება ტვინის ქსოვილის კიპოქსია და შეუქცევადი ცელიღებები მასში.

ყბა-სახის არის გრაემული დამიანების შემთხვევაში დიდ საშიშროებას წარმოადღენს მოგვიანებითი სისხლდენა, რომელიე ჩვეუღებრივ ვითარღება გრაემის მიღებიდან მე-8-10 დღეზე.

გაღაუღებელი დასმარება ითვალისწინებს სისხლდენის დაუყოვნებლიე შეჩერებას. ჭრიღობაში სწრაფად უნდა მოეღებნოთ სისხლმდენი ძარღვი და გაღაეკეანძოთ. სხვა შემთხვევაში საჭიროა ჭრიღობის გამორეცხვა და დატამონება, შემდეგ დამწოლი ნახეევის დაღება. იმ შემთხვევაში თუ სისხლდენა ჭრიღობაში ვერ შეეაჩერეთ, საჭიროა გარეთა საძიღე არტერიის თითით ან სხვა საგნით მიჭყლეტა კისრის მეექესე მალის განიე მორჩზე. ამ მიზნით უნდა მოეღებნოთ მეკრღღავიწღერიღისებრი კუნთის მეღიაღური კიდე ფარისებრი ხრტიღის დონეზე და ხელის მეორე, მესამე და მეოთხე თითებით დავაწვეთ გარეთა საძიღე არტერიას კისრის მეექესე მალის განიე მორჩის მიმართუღებით (მოწოღებუღია სხვა მეთოღებიე – არეანეევის დამწოლი და სხვა). საფეთქლის არტერიის მიჭყლეტას ვახდენთ ყურის სახურავის წინ, ხოლო ტუჩების არტერიის – ტუჩის კუთხის არეში. ძელოვანი არხებიდან სისხლდენის დროს მიემართაეთ ან ძელოვანი არხის ჩაჭყლეტას, ან მის დატამონებას სანთლით, ჟღასტმასით ან სხვა ხელმისაწღდომი მასალით. ყბების მოგეხიღობის შემთხვევაში საჭიროა მონაგეხი ფრაგმენტების რეპოზიცია და იმოზიღიზაცია, რაც სისხლდენის შეჩერების კარგი საშუაღებაა ენის ქსოვიღებიდან სისხლდენის დროს საჭიროა სისხლმდენი ძარღვის მოღებნა და მისი გაღაეკეანძეა, შემდეგ ჭრიღობის გაეკრვა.

გარეთა საძიღე არტერიის გაღაეკეანძეა. ავადმყოფს ვაწვენთ მურგზე, თავი მობრუნებუღია გვერღზე და გაღაწეუღია უკან, ბეჭებქეემ ამოღებუღი აქეს დასეეული მეწარი ან ჟატარა ბალიში.

ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ (0,5%-იანი ნოკოკაინის ხსნარი) ეატარებოთ განაკვეთოს მკერდ-ლავიწღერილისებრი კუნთის წინა კიდეზე ქველა ყბის კუთხიდან ფარისებრი სრგილის ღონემდე. გაეკეთაოთ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, პლაგიზმას. აქ მღებარე გარეთა საუღლე ეენას გადაეწვეოთ გვერდზე. გაეხსნოთ მკერდ-ლავიწღერილისებრი კუნთის ბუღეს და კუნთის გადაეწვეოთ გარეთ, გაეხსნოთ კუნთის ბუღის უკანა კეღელს ანატომიური პინცეგით და მის ქვეგით თოთოთ მოეღებნოთ არტერიის პულსაციას. ანატომიური პინცეგით ფრთხიღად გაეხსნოთ სისხღძარღვის ბუღეს, გამოეყოფოთ სახის საერთო ეენას და გადაეწვეოთ ზეგით. ფარისებრი სრგილის ღონემზე მოეღებნოთ საღიღე არტერიის გაორკაღებას, მის ზეგით კი გარეთა საღიღე არტერიას, რომღიღანაღ (განსხეაეღებით მიგნოთა საღიღე არტერიისაღან) გამოღის არტერიული გოგეღი. გარეთა საღიღე არტერიას გამოეყოფოთ ფრთხიღად. ეენისა და ცოთმიღი ნერვისაღან. მოეღებნოთ ფარისებური ჯირკელის ზეღა არტერიას, ღემანის ნემსოთ შეეღიღართ ფარისებრი ჯირკელის ზეღა არტერიასა და ეენის არტერიას შორის, გარეთა საღიღე არტერიას ვიღებოთ აბრემუმის ორ ძაღზე და გადაეკენაღაეოთ არტერიას. ზოგი აეგორო გეიორჩეღს არტერიის კეანღებს შორის გადაეკეთას, რათა თაღიღან აეციღოთ მოსაღოღნეღი ტკივიღი. სხეეღი მას გადაეკეთის გარემუე გოეღებნ. გარეთა საღიღე არტერიის ზონაში მუშაოღის ღროს არ უნღა გავაღიზიანოთ საღიღე არტერიის გაორკაღების არე და ცოთმიღი ნერეღი. უნღა აღინიზნოს, რომ ყოეღლთეის არ არის საჭირო არტერიისთან ერთაღ მიგნოთა საუღლე ეენის გადაეკენ-ღეაღ. ჭრიღობას ეკერაეოთ შრეობრიეაღ და მასში ერთი ღღით ეოგოეღებოთ რეზინის გამოღგანს.

შოკი . შოკი მღიმე გართუღებაა და ეეღიმისაღან მოითხოვს მწყობრ სამკურნაღო ღონისღიეღების გატარებას. შოკის ჩამოყაღბებაში ღიღი როღი ენიჭება არა მარგო ორგანოს მღიმე ღაზიანებას ან ამაუტაციას, არამეღ სისხღის ღაკარგეას, ორგანიზმის გადაღღას, გაციებას, ნერეული სისტემის გამოფიგეას და სხეა. შოკს ახასიათებს ორი ფაზა:

ერეღტიული ფაზა ვითარღება გრამეღის მიღებისთანაეე, რასაღ მოეეღება ცენტრალური ნერეული სისტემის აღგზნება.აეაღმყოფი გონზეა, მოძრაობს, ყვირის, უჩივის ტკივიღს. კანი ფერმკრთაღია, მაჯა აჩქარე-ბული, სახე ოფღით ღაცეარული, გუგეეღი გაგანიერებულია, რეაქცია შენარჩუნებული. ეს ფაზა ხანმოკლეა (30 წუთამღე) და გადაღის მეორე ფაზაში.

გორკიღული ფაზაში აეაღმყოფი ღეპრესიულია, გამომეგყეღება გაურკევეღი აქეს, ცნობიერება შენარჩუნებული, სახე ფერმკრთაღი, აღინიშნება ციეი ოფღი, სხეული ციეია, პულსი აჩქარებული, სუსტი აესების, არტერიული წნეეა ღაქვეღითეული, სუნთქეა ზერეღე და ხშირი.

შოკის წაღყეანი ნიშანია არტერიული წნეეის პროგრესული ღაქვეღითე-

ბა და სისხლის მიმოქცევის მოშლა, რასაც თან სდევს შინაგანი ორგანიზმის ფუნქციის დარღვევა და ზოგჯერ ალამინის სიკვდილი. ვარჩევთ შოკის ოთხ ხარისხს: პირველი ხარისხის შოკის დროს აეადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, არტერიული სისტოლური წნევა 100-90 მმ-ია, ლიასტოლური კი 60 მმ. მაჯა დამაკმაყოფილებელი ავსების, წუთში 100 დარტყმა. მეორე ხარისხის შოკი საშუალო სიმძიმისაა, ცნობიერება დაბინდული, კანი ფერმკრთალი, სხეულის ტემპერატურა დაქვეითებული. სისტოლური წნევა არის 90-70 მმ. მაჯა 110-120 წუთში. სუსტი ავსების, სუნთქვა ზერელია, გახშირებული. მესამე ხარისხის შოკის დროს აეადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა, ტუჩები და ფრჩხილები ციანოზურია, სისტოლური წნევა 70-50 მმ, მაჯა 130-150 წუთში, სუსტი ავსების, ძაფისებრი, სუნთქვა ზერელე, ძლიერ გახშირებული. მეოთხე ხარისხის შოკი ავონიის წინა პერიოდია. აეადმყოფის მდგომარეობა ძალზე მძიმეა. სისტოლური წნევა 50 მმ-ზე ქვევითაა. პულსი არ ისინჯება. თვალის გუგავები გაგანიერებულია, რეფლექსები მოსპობილი.

შოკის ხარისხების გათვალისწინებით საჭიროა კომპლექსური ღონისძიებების გატარება: სისხლდენის დაუყოვნებლივ შეჩერება, გაუტკივარება, მონაგები ფრაგმენტების იზობილიზაცია, აეადმყოფის თანდათანობით გათბობა. სისხლის დანაკარგის შევსების მიზნით და კემოლინამიკის ნორმალიზებისათვის საჭიროა სისხლის ან მისი შემცველის გადასხმა. 10%-მდე სისხლის დანაკარგი არ საჭიროებს გადასხმებს. 10%-20%-ზე მეტი დანაკარგის დროს საჭიროა სისხლის შემცველების გადასხმა (პოლი-გლუკინი, რეოპოლიგლუკინი, ფიზიოლოგიური ხსნარი, რინგერის ხსნარი და სხვა). თუ სისტოლურმა წნევამ არ აიწია, საჭიროა სისხლის გადასხმა. ვიყენებთ კორტიკოსტეროიდებს, 5% გლუკოზის ხსნარს. ვაკონტროლებთ არტერიული წნევის ცვალებადობას. სისხლძარღვთა შემაფიწროებელი (ადრენალინი, ნორადრენალინი) საშუალებების გამოყენება ამ ეტაპზე მიზანშეწონილი არ არის (საჭიროა მკაცრი ჩვენება), რადგან მოსალოდნელია თავის გინის სისხლძარღვების შევიწროება და მისი სისხლით მომარაგების კიდევ უფრო გაუარესება. აეადმყოფი უნდა მოვათავოთ რეანიმაციულ განყოფილებაში.

კოლაფსი. კოლაფსს საფუძვლად უდევს არტერიული სისხლის წნევის სწრაფი დაქვეითება. მისი გამომწვევი მიზეზია გულსისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა, სისხლის დაკარგვა. კოლაფსის ხელშემწყობი ფაქტორებია ინტოქსიკაცია, ინფექციური დაავადებები, ფიზიკური და ფსიქოემოციური დაძაბულობა, კბილის გრამეული ექსტრაქცია ან გრემული ოპერაცია.

კოლაფსისათვის დამახასიათებელია სახის კანის უეცარი გაფერმკრთალება, ზერელე და გახშირებული სუნთქვა, სუსტი ავსების აჩქარებული მაჯა, არტერიული სისხლის წნევის დაქვეითება, ზოგჯერ ცნობიერების დაბინდვა, თვალის გუგავის გაგანიერება.

აეაღმყოფი უნდა გადავიყენოთ პორიზონგალურ მდგომარეობაში, ქვედა კიდურებს ავწევთ ოღნაე ზეეით, ეასუნთქებთ ნიშაღურის სპირგს, ეანგბადს. ეუკეოებთ საგულე საშეალებებს. საჭირო შემთხეეეაში კორგიკოსგეროიღებს. სისხლის დაკარგეის შემთხეეეაში გადაუსხამთ სისხლს ან სისხლის შემეეელებს. თუ საჭიროა გადაგეეეავს რეანიმაციულ განყოფილებაში.

მასაე ნაწილი

მერეე თაპი

ქირურგიული ჩარეეა კბილებზე და ალეეოლურ მორჩზე

კბილების ქირურგიიდან ყეელაზე გავრეეეებულია კბილების ამოლება. კბილების ამოლება ერთ-ერთი უბეეეუსი ოპერაცია, რომელსაც ადამიანი მიმართაედა ცივილიზაციის პირეეელ საფეხურზე, კბილის ამოლება ზოგიერთ ადამიანს მიაჩნია უბრალო მანიპულაციად, ზოგიც თეითონ აკეთებს მას. მაგრამ უნდა გეახსოვღეს, რომ კბილის ამოლებას თან ახლავს რიგი რთული მოვლენები და დაშეებულმა შეეცლომამ შეიძლება გამოიწეეიოს მძიმე გართულება და თეით პაციენტის სიკედილიც კი.

კბილის ამოლება დაკაეშირებულია მის ანაგომიურ-ფუნქციონალური მდგომარეობის ღარღეეეასთან და ითვალისწინებს კბილის რიგი ელემენტების გათიშეას. აქედან განსაკუთრებით საყურადღებოა კბილის ირგეულიე მღებარე რბილი ქსოვილების განცალკაეება კბილის ყელისა და ფესეისაგან. ყელის არეში კბილი ფიქსირებულია კბილის ყელის ირგეულიე იოგიით, რომელიც ჩეეულებრიე მჭიდროდ ეკერის კბილის ყელს. კბილის ფესეი კბილბულეში ფიქსირებულია პეროდონგის ბოჭკოებით. გარღა ამისა კბილის ფესეების ღიეერგენცია (ან კონეერგენცია) მოითხოვს კბილბუღის გაფართოებას, რის გარეშეუც კბილის ამოლება შეუძლებელია. ამრიგად ღიდ უმრავღეს შემთხეეეაში კბილის (ფესეის) ამოლება დაკაეშირებულია ექიმის გარკეეულ მიზანღასახულ ძალისშიერ მოქმეღებასთან და კბილის ამოღების ოპერაციის გაამრებულ ჩაგარებასთან. კბილის ამოლება მოითხოვს აეაღმყოფისა და საოპერაციო ველის გარკეეულ მომზადებას, ამოღების ჩვენებისა და უკუჩვენების (წინააღმღეგ ჩვენება) განსაზღვრავს, საანესთეზიო ნიეთიერებისა და კბილის (ფესეის) ამოსაღები იარაღების შერჩეეას.

აეაღმყოფისა და საოპერაციო ველის მომზადება

პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში კბილის ამოღების წინ საჭირო არ არის აეაღმყოფის საუციאלური მომზადება, მაგრამ პაციენტთან საჭირო კონტაქტის დამყარება აუცილებელია. ექიმი ვალდებულია არა მარტო მოუსმინოს აეაღმყოფს და პასუხი გასცეს მის შეკითხვებს, არამედ გააფროხილოს კიდეც კბილის ექსტრაქციის ჩატარების ღრის შესაძლო გართულების (გვირგვინის მოგყვის) შესახებ. პაციენტის ფსიქოლოგიური მომზადებისათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მის გაფროხილებას, რომ ანესთეზიის გაკეთების შემდეგ ტკივილის შეგრძნება ქრება, ტაქტილური (შეხებითი) კი რჩება. ზოგიერთი პაციენტი შესებით შეგრძნებას, აღიქვამს როგორც ტკივილის, ამიტომ ასეთი გაფროხილება მიზანშეწონილია.

ზოგიერთი პაციენტი ძლიერ განიცდის მოსალოდნელ ოპერაციულ ჩარევას და საეარქელში ჩაჯდომისთანავე შეიგრძნობს სისუსტეს. ასეთ შემთხვევებში მიზანშეწონილია მას მიეცეთ საგულე საშუალებები (ვალერიანი, კორლიამინის წვეთები და სხვა). საოპერაციო ველის მომზადება გულისხმობს კბილის ნაღებისა და კბილის ქვების მოშორებას. თუ ეს არ გაკეთდა კბილის ამოღებამდე, მაშინ ამოღების პროცესში, კბილის ქვის ნაშხერეები მოხვდება ჰრილობაში და ოპარაციის შემდგომ პერიოდში მოსალოდნელია გართულება. პირის ღრუს ძლიერი დაბინძურების შემთხვევაში პაციენტს ვაძლევთ გამოსაელებად ანგისეპტიკურ ხსნარებს. ნემსის ჩხელეგის ადგილი წინასწარ უნდა დაეაშუშაოთ 2%-იანი იოდის ხსნარის ნაყენით.

სათანადო ყურადღება უნდა დაუთმოთ ექიმის ხელების მომზადებას, ამბულატორიული მუშაობის პირობებში ყოველი ახალი პაციენტის მიღების წინ ხელები კარგად უნდა დაიბანოს თბილი წყლით და საპნით.

კბილების ამოღების ღრის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს პაციენტისა და ექიმის ურთიერთ მღებარეობას. პაციენტი უნდა იჯდეს მყარად, თავი ქონდეს ფიქსირებული იმის გათვალისწინებით თუ რომელ ყბაზეა ამოსაღები კბილი. ექიმი თითქმის ყოველთვის უნდა იღვეს აეაღმყოფის წინ და მარჯვნივ. პაციენტის მწოლიარე მღგომარეობაში (თუ ამის პირდაპირი ჩვენება არ არის, კბილის ამოღება მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ამოღებული კბილი შეიძლება გადაეარღეს სასუნთქ გზებში ან პაციენტმა ჩაყლაპოს იგი). კბილის ამოღების წინ ექიმმა უნდა განსაზღეროს, რომელი კბილია ამოსაღები, რომელი ანესთეზია უნდა გაკეთდეს და როგორი გართულებაა მოსალოდნელი.

კბილების ამოღების ჩვენება და წინააღმდეგჩვენება

კბილების ამოღების ჩვენება და უკუჩვენება დღეისათვის მუსკალ არის ჩამოყალიბებული. აღსანიშნავია, რომ კბილების ამოღებას თანსდევს მთელი რიგი მოვლენები როგორც შინაგანი ორგანოების, ისე თვით საღებუ აპარატის მხრივ. კბილების დაკარგვა იწვევს ლეჭვითი ეუქეტურობის დაქვეითებას, რამაც შეიძლება განაპირობოს რიგი პათოლოგიური მოვლენა კუჭნაწლავის ტრაქტში. ერთი კბილის ამოღება ლეჭვითი აქტიდან გამოთიშავს მის მოპირდაპირე ანტაგონისტ კბილსაც და ორი კბილის ღონებე ამცირებს ლეჭვით ეუქეტურობას. საღებუ აპარატის ცელილებას განეკუთვნება: კბილთა რკალის შყვიწროება, თანკბილის დადაბლება, მეზობელი კბილების ყელის გაშიშვლება, ლეჭვის აქტის დარღვევა, კბილების დახრა, კბილებზე ქეების დალექვა, ენისათვის სიერის შემცირება და მეტყველების მოშლა.

კბილების ამოღება აუცილებელია, როდესაც არ შეიძლება მათი მკურნალობა და საკბილე შორში მათი დატოვება ორგანიზმისათვის საშიანოა, კბილების ამოღების უკუჩვენება ყოველთვის შედარებითი ხასიათისაა.

კბილების ამოღების ჩვენება პირობითად შეიძლება დავეოთ ორ ჯგუფად: ზოგადი და ადგილობრივი. ზოგადი ჩვენებაა: 1. ოღონტოგენური სეფსისი და ქრონიკული ინტოქსიკაცია, 2. ზოგიერთი შინაგანი ორგანოების დაავადების ოღონტოგენური ეტიოლოგია (გულის, თირკმელების, ნერეული სისტემის, სახსრების დაავადებანი და სხვა).

კბილების ამოღების ადგილობრივი ჩვენება ი. ბერნალსკის აზრით შეიძლება დავეოთ ხუთ ჯგუფად: 1. სანაციური, 2. ფუნქციურ-სანაციური, 3. საპროტეზო-სანაციური, 4. კოსმეტიკური, 5. ადგილობრივი.

პირეულ ჯგუფს განეკუთვნება ისეთი კბილები, რომელთა კონსერვაციული მკურნალობა შეუძლებელია და მათი ამოღება აუცილებელია, რადგან შესაძლოა გამოიწვიონ ქრონიკული სეფსისი და ინტოქსიკაცია (ქრონიკული პერიოდონტიტი ფესეების გამრუდებით, მწეაე პერიოდონტიტი, როდესაც ჩირქის ღრენირება არხით არ ხერხდება, მწეაე ოღონტოგენური ოსტეომიელიტი და სხვა).

მეორე ჯგუფს განეკუთვნება კბილთა რკალში არასწორად განლაგებული კბილები (ემეები, მესამე მოღარები, კომპლექტს გარეშე კბილები), რომლებიც იწვევენ ლორწოვანი გარსის გრავმას.

მესამე ჯგუფს შეადგენს კბილები, რომლებიც ხელს უშლიან პროტეზირებას (ასეთებია კბილის ის ფესეები, რომელთა მკურნალობა არ ხერხდება, დახრილი ან ამოწეული კბილები, პირეული პრემოღარები ორთოდონტიური თვალსაზრისით). მეოთხე ჯგუფს მიეკუთვნება ანომალურად განლაგებული კბილები ან მახინჯი ფორმის კბილები.

მესხეთე ჯგუფს შეადგენს ადგილობრივი ჩუენება; კბილების გვირგვინების (მოლარები და პრემოლარები) მილიანი დაშლა, ალუეოლური მორჩის ნეკროზი, აქტინომიკოზი, არსში წერილი იარალების ჩატეხება და ამით გამოწვეული გართულება. პულპარული ღრუს პერფორაციის ზოგი შემთხვევა. პარადენტიტი, მესამე მოლარების გაძნელებული ამოჭრა. კონტრაქტურის ღროს კბილების ამოღება (საჭმლის მიღების თვალთახელებით).

კბილების ამოღების უკუჩვენება: ზოგადი აბსოლუტური უკუჩვენება: 1. მწვავე ინფარქტი და სტენოკარდიული შეტევები, 2. ინფარქტის შემდგომი პერიოდის კოლაფსური გართულებანი (გულისა და აორტის ანეურიზმი), 3. პიკერტონული კრიზები. ადგილობრივი აბსოლუტური უკუჩვენება: 1. კბილები, რომლებიც მღებარეობენ აეთვისებიანი (კბობ, სარკომა) სიმსიენის ზონაში, 2. ქემანგიომის ზონაში მღებარე კბილები, 3. ზელა ყბის კბილები, როღესაც აეთვისებიანი სიმსიენე ვრცელდება პაიმორის ღრულან, ხოლო კბილების ფესვები პროეცირდება ზელა ყბის წიაღის ღრუში.

შედარებითი ანუ ღროებითი უკუჩვენება: 1. კორონარული სისხლძარღვების ქრონიკული უემარისობა, გულის ასთმა, 2. გულის ქრონიკული ანეურიზმა, 3. ქვემწვავე სეფსისური ენლოკარდიტი, 4. სისხლის დაავადებანი (პემოფილია, ლეიკოზი), 5. გამა დასხივების შემდგომი პერიოდი (პირეული სამი თვე), 6. ნერეული დაავადების ზოგიერთი ფორმა (მწვავე, გამწვავებული), 7. მწვავე ინფექციური დაავადებანი (გრიპი, ბავშვთა ინფექციები), 8. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებანი (სტომატიტი, გინგივიტი, ანგინა, ლიფტერია და სხვა), 9. ორსულობა – პრეული ორი თვე და ბოლო ერთი თვე (მიღრეიღება თეითნებითი აბორტისაღმი), 10. ტუბუთი კება, 11. მენსტრუაცია.

ღროებითი უკუჩვენება ყოველთვის მიუთითებს იმაზე, რომ ყველა ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა ორგანიზმის სათანადო მომზადება გართულების თავიღან აცილების მიზნით. თუ პოლიკლინიკურ პირობებში ავადმყოფის წინასწარ მომზადების საშუალება არ არის უმჯობესია, ავადმყოფი გაიგზავნოს უახლოეს საავადმყოფოში.

კბილების ამოღება

კბილების ამოღება განეკუთვნება გავრცელებულ ოპერაციათა რიგს და მისი ჩატარებისათვის საჭიროა სპეციალურ იარაღთა კომპლექტი: კბილის ამოსაღები მაშები, ელევატორები, რასპატორი, ლანცეტი, სატეხი, ჩაქუჩი, ბორმანქანა და სხვ. გარდა ამისა საჭიროა სხედასხევა ჯგუფის კბილების ამოსაღები იღეთების ცოღნა, კბილების ანაგომიისა და მათი ფესვების განღაგების, გოპოგრაფიის ცოღნა და სხვა.

კბილეების ამოსაღები მანქები. კბილების ამოსაღები მანქების კონსტრუქციაში გათვალისწინებულია კბილების ანაგომიური ფორმა, გვირგვინის სიდიდე, ფესვების გაორკაპება და კბილების მდებარეობა საკბილე მორჩიში. აქედან გამომდინარე ეარჩევთ: 1. ქვედა ყბაზე კბილების ამოსაღებ მანქებს, 2. ზედა ყბაზე კბილების ამოსაღებ მანქებს, 3. საჭრელი კბილების, ეშვებისა და პრემოლარების ამოსაღები მანქები, 4. მოლარების ამოსაღები მანქები, ზედა ყბაზე მარჯვენა და მარცხენა მხარისათვის, 5. მესამე მოლარების ამოსაღები მანქები, 6. ხიშვისებური (უნივერსალური, ბაიონეტი) მანქა ფესვების ამოსაღებად.

მანქები მზალდება განსაკუთრებული სიმტკიცის უეანგავი ფოლადისაგან. თითოეული მანქა შედგება გარისაგან, ლოყებისა და კლიგისაგან. ამ სამი ელემენტის ურთიერთმდებარეობა განაპირობებს მანქის დანიშნულებას (ზედა ყბის კბილებისა თუ ქვედა ყბის კბილებისათვის).

1. ქვედა ყბაზე საჭრელი კბილების, ეშვებისა და პრემოლარების ამოსაღები მანქა ფრინველის ნისკარგის მოყვანილობისაა, გარის და ლოყების ურთიერთმდებარეობა ქმნის სწორ კუთხეს, კუთხე იქმნება მანქის კლიტეს ადგილზე. მანქა სამუშაოდ იდება ვერტიკალურ სიბრტყეში (ქვედა და ზედა მიმართულებით). განსხვავება შეიძლება იყოს მხოლოდ გუჩების სიდიდეში, ეიწრო გუჩებიანი გამოიყენება საჭრელი კბილების ამოსაღებად, ხოლო უფრო ფართე გუჩიანი ეშვებისა და პრემოლარების ამოსაღებად.

2. ქვედა ყბაზე პირეული და მეორე მოლარის ამოსაღები მანქა, ისეთივე აგებულებისაა, განსხვავება მდგომარეობს ლოყის აგებულებაში, ლოყები უფრო მასიურია. ფართოა და თითოეული ლოყა მთავრდება ქელით (წვეტით), რომლის დანიშნულებაა მანქის, კბილზე დადების დროს მოხელეს მოლარის ფესვების გაორკაპების არეში, მანქის საიმედო ფიქსაციისათვის, ისე რომ მოლარის გვირგვინი თავისუფლად თავსდება მანქის ლოყებმორის სიერცეში.

3. ქვედა ყბაზე მესამე მოლარის ამოსაღები მანქა ძირეულად განსხვავდება თავისი კონსტრუქციით, მისი გარები იხსნება პორიზონგალურ სიბრტყეში, ისე რომ მანქის მოლარზე დადების შემდეგ კბილის გვირგვინის ზედაპირი თავისუფლად იყურება მანქის ლოყებმორის სიერციდან.

ქვედა ყბაზე ფესვების ამოსაღები მანქების ლოყები უფრო ვიწროა და და მანქის გარის სრული დახურვის დროს მანქის გუჩები მჭიდროდ ეხება ერთმანეთს, მანქის, როდესაც კბილების ამოსაღები მანქების გარების სრული დახურვის დროს გუჩებს შორის კიდეე რჩება გარკვეული მანძილი.

4. ზედა ყბაზე საჭრელი კბილების, ეშვების ამოსაღები მანქა შედარებით მოკლეა, პირდაპირია, ლოყები მომრგვალო ფორმისაა, აქვს თითო ღარი. მანქის გარის სრული დაკეგვის დროს გუჩებს შორის რჩება სიერცე.

5. ზედა ყბაზე პრემოლარების ამოსაღები მანქა იხსნება პორიზონგალურ სიბრტყეში, მანქის გარები S-ის მაგვარი ფორმისაა, ლოყები მომრგვა-

ლო ფორმისაა, აქვს ერთი ღარი.

6. ზედა ყბაზე პირეული და მეორე მოლარის ამოსაღები მაშა განსხვავებული კონსტრუქციისა, მაშის ერთი ლოცა მომრგვალო ფორმისაა და აქვს ერთი ღარი, ხოლო მეორე ლოცა მთავრდება ქელაი (წვევით). ამ ქელის მიხედვით ვარჩევთ მარჯვენა და მარცხენა მხარის მაშებს. მაშის გარები ხელში სწორად დაჭერის შემთხვევაში, ქელიანი მხარე ყოველთვის მიმართული უნდა იყოს პაციენტის ლოცისაკენ.

7. ზედა ყბაზე მესამე მოლარის ამოსაღები მაშა თავისი კონსტრუქციით განსხვავდება სხვა მაშებისაგან, აქვს ორი ლოცა მომრგვალო ფორმის, გარი ისხნება პორიზონტალურ სიბრტყეში, გარისა და ლოცების ურთიერთ მდებარეობა სიშვისმაგვარია.

8. უნივერსალური (ბაიონეტი, სიშვისებური) მაშა ძირითადად გამოიყენება ზედა ყბაზე კბილის ფესვების ამოსაღებად, არის წერილგუჩიანი და ფართოგუჩიანი, ზოგ შემთხვევაში შეიძლება გამოიყენოთ კბილების ამოსაღებადაც.

კბილების მოსარყევი იარაღები პრაქტიკული მუშაობის პირობებში ზოგჯერ საჭიროა კბილის წინასწარ მორყევა და შედეგ მისი ამოღება. ამ მიზანს ემსახურება იარაღთა ჯგუფი, რომელთაც ელექვატორები ეწოდება. ეს იარაღები გამოიყენება კბილის მოსარყევად და არა ამოსაღებად (თუმცა ზოგჯერ მორყევის პერიოდში შეიძლება კბილი ამოვარდეს კბილბუდიდან). ელექვატორები თავისი ფორმის მიხედვით არის პირდაპირი და კუთხისქვეშა. თითოეული ელექვატორი შედგება სამი ნაწილისაგან: კბილის მოსარყევი სამუშაო ნაწილი, გარი და ამ ორი ნაწილის შემაერთებელი ღერძი. პირდაპირ ელექვატორში სამუშაო ნაწილი წარმოადგენს გარის და შემაერთებელი ღერძის უშუალო გაგრძელებას. სამუშაო ნაწილი ოდნავ ჩაღრმავებული, დაღარულია, გარეგანი – კი სადა. სამუშაო ნაწილს ვათავსებთ კბილთაშორის სივრცეში, ისე რომ ელექვატორის დაღარული მხარე მიმართულია მოსარყევი კბილისაკენ (ფესვისაკენ). პირდაპირი ელექვატორით ვარყევთ კბილებს და ზედა ყბის კბილების ფესვებს.

კუთხისქვეშა ელექვატორი განსხვავდება პირდაპირისაგან იმით, რომ სამუშაო ნაწილი ქმნის კუთხეს სიგრძივი ღერძის მიმართ. კუთხისქვეშა ელექვატორი არის მარჯვენა და მარცხენა მხარის. გარდა ამისა ვარჩევთ ე. წ. ლეკლუმეს ელექვატორს, რომლის სიგრძივი ღერძი და გარი ურთიერთ-პერპენდიკულარულ სიბრტყეშია. ეს ელექვატორი გამოიყენება ძირითადად ქვედა მესამე მოლარის მოსარყევად.

ავადმყოფისა და ექიმის მდებარეობა კბილის ამოღების წინ

პაციენტი კბილის ამოღების წინ უნდა იჯლეს სტომატოლოგიურ საეარქელში, თაეი უნდა ქონდეს მყარად ფიქსირებული. ექიმი პაციენტის მიმართ უნდა იდგეს წინ და მარჯენიე. ზელა ყბაზე კბილების ამოღების ღროს ამოსალეები კბილი ექიმის მხრის სახსრის ღონეზეა, ხოლო ქეელა ყბის კბილის ამოღების ღროს კბილი ექიმის ჩამოშეებული ხელის იდაყვის სახსრის ღონეზე. მარცხენა მხარეზე კბილების ამოღების ღროს პაციენტის თაეი ოღნაე მობრუნებულია მარჯენიე. ზელა ყბაზე კბილების ამოღების ღროს ექიმი დგეზა პაციენტის მარჯენიე და წინ, ქეელა ყბაზე მარჯენენა პრემოლარებისა და მოლარების ამოღების ღროს ექიმი დგეზა პაციენტის მარჯენიე და ოღნაე უკან, ხოლო ფრონტალური კბილების ამოღების შემთხვეეაში მარჯენიე და ოღნაე წინ.

კბილების ამოსალეები მაშების ხელში დაჭერის წესეები

კბილების ამოღეზა ბეერად არის დამოკიდებული კბილის ამოსალეები იარალების ხელში სწორად დაჭერაზე. ეს კი საშუალეზას გეაძლევეს არა მარგო სწორად დავადოთ კბილზე მაშა, არამედ განესაზღვროთ კბილის მოსარყეეი და ამოსალეები ძალა. მაშა ექიმს უჭირავეს მარჯენენა ხელით, ისე რომ მან ცალი ხელით (მარჯენენა) შესძლოს კბილის მორყეევისა და ამოღების ყველა ილეეთის შესრულეზა. პრაქტიკული მუშაობის პირობეებში მიღებულია ორი წესი:

1. ქეელა კბილების ამოსალეზად კბილის მაშა ხელში უნდა დავეჭიროთ მთელი გარით ისე, რომ მეოთხე და მეხუთე თითები მოთავესებულია მაშის გარებს შორის, საჩვენებელი და შუა თითი მოთავესებულია გარის გარეთ, ხოლო ცერა თითი მაშის საკეგის მარცხენა მხარეზე. ქეელა მესამე მოლარის ამოსალეები მაშაე ასეთი წესით გეეჭირავეს, იმ განსხვავეებით, რომ მაშის გარები ისნეზა პორიზონტალურ სიბრტყეეში და ცერა თითი მოთავესებულია საკეგზე ზეეიდან. ეს წესი საშუალეზას გეაძლევეს მაშა ავილოთ ხელში, გავამზადოთ კბილზე დასალეზად, დავადოთ და ჩაეკეგოთ.

2. ზელა ყბაზე კბილების ამოსალეები მაშას ვიღებთ მარჯენენა ხელში, ცერა თითს ვათავესებთ მაშის გარის მარცხენა მხარეზე, მესამე, მეოთხე და მეხუთე თითებს მაშის გარის მარჯენენა მხარეზე, ხოლო საჩვენებელ თითს მაშის გარებს შორის. მაშის დაკეგის ღროს თითი გამოგეეაქეს გარების შუალეური ნაწილიდან.

მაშა უნდა გვეჭიროს ხელში მთელი გარით ისე რომ გარი არ სცილდებოდეს ხელისგულის უკანა მხარეს, წინააღმდეგ შემთხვევაში მაშის გარი დაგრძელებულია და მისი დაკეცვის შემდეგ ვანეთარებთ დიდ ძალას, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს კბილის გვირგვინის მოგყევა. თუ მაშას ისე დავიჭერთ ხელში, რომ ხელის მტევეანი აღმოჩნდება მაშის კლიტესთან ახლოს, მაშინ ვასუსტებთ კბილის ამოსაღებ ძალას და კბილის ამოღება გაგვიძნელდება.

კბილის ამოსაღები ელევატორი ხელში უნდა გვეჭიროს მთელი გარით, მარცხენა ხელით ვაფიქსირებთ მოსარყევ კბილის ალვეოლურ მორჩს (ფესვის ამოღების დროს). ისე, რომ არ დავაზიანოთ მეზობელი კბილი და მაგარი ქსოვილები.

კბილის ამოღების მოგადი წესები

კბილის ამოღების დროს საჭიროა დაეიცვათ შემდეგი წესები:

1. პაციენტს სავარძელში უნდა ეკავოს მოხერხებული და მდგრადი მდებარეობა.

2. სავარძლის სიმაღლე და თავსაჭერი უნდა დაეაყენოთ იმისდა მიხედვით თუ რომელ ყბაზეა ამოსაღები კბილი.

3. ექიმმა უნდა დაიკავოს მოხერხებული მდებარეობა ავადმყოფის მიმართ.

4. გამოვიყენოთ ოპტიმალური გაუტკივარება.

5. საოპერაციო არე უნდა იყოს კარგად განათებული.

6. საჭიროა ალვეოლური მორჩისა და ქვედა ყბის ხელით დაფიქსირება.

7. ამოსაღები კბილი უნდა იყოს მხედველობის ცენტრში.

8. კბილის ამოსაღები მაშა სწორად დავიკავოთ ხელით.

9. ზედა და ქვედა ყბაზე კბილების ერთდროულად ამოღების დროს, კბილების ამოღება უნდა დავიწყოთ ქვედა ყბიდან.

10. პირველ რიგში ვიღებთ იმ კბილებს, რომლებიც უფრო საშიშია ორგანიზმისათვის.

11. კბილის ამოღების დროს ექიმს უნდა ახსოვდეს გომესის სამი დარიგება:

ა. კბილი ან ფესვი ამოღებული უნდა იქნას მთლიანად, ბ. ნაკლებად დავაზიანოთ მაგარი და რბილი ქსოვილები, გ. არ მივაყენოთ ავადმყოფს ზედმეტი ტკივილი.

აქ მოგანილი რჩევის გათვალისწინება საჭიროა პრაქტიკული მუშაობის პირობებში, რათა თავიდან ავიცილოთ რიგი გართულებანი, როგორც კბილის ამოღების, ისე ამოღების შემდგომ პერიოდში.

კბილების ამოღების მომენტები

კბილების ამოღება შეიძლება მიმდინარეობდეს გიპიური და აგიპიური წესით. გიპიურია კბილების ამოღება მაშეხით, ხოლო აგიპიური: ბორმანქანით, საგეხით და ჩაქეხით.

კბილების ამოღების გიპიური ოპერაცია უნდა განხორციელდეს შემდეგი მომენტების გათვალისწინებით:

1. შესაბამისი მონის გაუტკივარება,
2. კბილის ამოსაღები მაშის შერჩევა,
3. კბილის ყელის განთავისუფლება ღრძილისაგან,
4. მაშის ხელში სწორად დაჭერა,
5. მაშის კბილზე სწორად დადება,
6. მაშის ლოყების ღრმად შეყვანა ალევოლის კიდებამდე,
7. მაშის ჩაკეცვა,
8. კბილის მორყევა და ამოღება.
9. კბილბულის ჭრილობის რეპონირება.

1. კბილის ამოღების ყველა ოპერაცია (მორყეული კბილები) უნდა ჩაეატაროთ აუცილებლად გაუტკივარების ფონზე. აქ უნდა განესაზღვროთ გაუტკივარების რომელი მეთოდი გამოვიყენოთ, რომ მივიღოთ სრული ანესთეზია თუ ფსიქომოციური დაძაბულობა მკვეთრად არის გამოხატული საჭიროა მიემართოთ პოგენცირებას.

2. როგორც ზევით იყო აღნიშნული ცალკეული ჯგუფის კბილებისთვის კონსტრუირებულია შესაბამისი ფორმის მაშები. ამიგომ ვითვალისწინებთ რომელ ყბაზეა ამოსაღები კბილი, რომელ ჯგუფს განეკუთვნება, რომელ მხარეზეა მარჯვენაა თუ მარცხენა. განსაკუთრებულ ყურადღებას ეაქცევთ მესამე მოლარების ამოსაღები მაშების შერჩევას.

3. კბილის ყელის განთავისუფლება ღრძილისაგან აუცილებელი მანიპულაციაა. კბილის ყელის იოგის მთლიანობის დარღვევის შემდეგ მაშის ლოყები თავისუფლად შედის ღრძილის ქვეშ და მჭიდროდ ედება კბილის ყელის არეში. კბილის ყელის განთავისუფლება უნდა მოხდეს იმ შემთხვევაშიც როდესაც კბილი მორყეულია. წინააღმდეგ შემთხვევაში მაშის ლოყების ქვეშ მოყვება რბილი ქსოვილი და კბილის ამოღების მომენტში დაზიანდება რბილი ქსოვილი, რასაც მოყვება სისხლის დენა. რიგი პრაქტიკოსი ექიმი, კბილის ყელის ირგვლივ იოგის გამოყოფას ახდენს კბილის რასპატორით, რაც უთუოდ უხეში მანიპულაციაა. ჩემი აზრით, უმჯობესია ლანცეტით მისი შემოჭრა, რადგან ნაკვეთი ჭრილობა უკეთ ხორცდება, ვიდრე ნაგლეჯი ჭრილობა.

4. კბილის ამოსაღები მაშის ხელში სწორად დაჭერა კბილის ამოღების კარგად ჩატარების ერთ-ერთი პირობაა. ჩემი აზრით პრაქტიკულად უფრო გამართლებულია მაშის ხელში დაჭერა შეფის წესით: მაშის ტარებს ვათავსებთ ხელისგულზე თავისუფლად ისე, რომ მაშის საკეცის ერთ მხარეზე იყოს ცერი, მოპირდაპირე მხარეზე კი მეორე, მესამე, და მეხუთე თითები. მეოთხე თითი უნდა მოვათავსოთ მაშის ტარებს შორის, რაც დაგვეხმარება მაშის გახსნაში. მაშის ტარი მთლიანად უნდა იყოს დაფარუ-

ლი ხელის გულით. ხელის წინ წაწევა საკეცისაკენ ან მისგან დამორება საგრძნობლად ცელის მამის მოქმედების ძალას: ასუსტებს ან აძლიერებს მას, რაც აბრკოლებს კბილის მორყევასა და მის ნორმალურ ამოღებას.

5. მამის კბილზე სწორად დადება ითვალისწინებს: მამის ლოყების მოთავსებას ამოსაღები კბილის ლოყისა და ენის (სასის) მხარეზე, მამის გასწერივი ღერძის დამთხვევას კბილის გასწერივი ღერძზე, ე. ი. მამა და კბილი უნდა იმყოფებოდეს ერთ პარალელურ სიბრტყეში. მამის გადახრა კბილის გასწერივი ღერძიდან გამოიწვევს არა მარტო კბილის გვირგვინის მოგხეხვას, არამედ შემობელი კბილების დაზიანებასაც.

6. მამის ლოყების ღრმად შეყვანა საჭიროა მამის დაღებისთანავე. მამის ლოყები შეეყვას კბილის გვირგვინზე ცურვით კბილის ყელის მიმართულებით, გათიშული ღრმილის ქვეშ, კბილბუდის კიდეებამდე. ზოგიერთი პრაქტიკოსი ექიმი ცდილობს მამის ლოყები მოათავსოს ალვეოლის კედლებზეც და ისე ჩაატაროს კბილის ამოღება. ასეთი მოქმედება არ არის სწორი: ალგილი აქვს ალვეოლის კიდეების მოგხეხვას, მამის მოცურებას და გვირგვინის დაზიანებას, რბილი ქსოვილების დაზიანებას-გაგლეჯას.

7. მამის ჩაკეცვა საჭიროა მას შემდეგ, როცა დაერწმუნდებით, რომ მამა სწორად არის დაღებული კბილზე და მამის ლოყები ღრმად არის შეყვანილი და კბილის ან ფესვის ამოღება მამით შესაძლებელია. მამის გარს ხელი უნდა მოუჭიროთ ზომიერად, ხელის ძლიერი მოჭერის შემთხვევაში მოსალოდნელია კბილის გვირგვინის მოკენება. მამა ჩაკეცვის შემდეგ არ უნდა სრიალებდეს კბილზე. ეს მოხდება მამინ, როდესაც ამოსაღები კბილის გვირგვინი პატარაა და იგი თავისუფლად თავსდება მამის ლოყებს შორის. ასეთ შემთხვევაში მამის ძლიერად ჩაკეცვა თითქმის ყოველთვის გამოიწვევს კბილის გვირგვინის მოკენებას კბილის ყელის არეში.

8. კბილის მორყევა მეტად მნიშვნელოვანი მომენტია. კბილის მოსარყევად მარტო ძალის მიყენება საკმარისი არ არის, აუცილებელია მორყევის ილეთების სწორი გამოყენება, რაც განპირობებულია საკბილე მორჩის ანატომიური თავისებურებებით. კბილების მორყევა, როგორც ზედა ისე ქვედა ყბაზე ხდება მხოლოდ ლოყა(ტუჩი)-ენის, ან ლოყა-სასის მიმართულებით. კბილი უნდა მოვარყიოთ აუჩქარებლად, ზომიერი თანაბარი მოძრაობით, როგორც შიგნით ისე გარეთ. ზედა ყბაზე კბილის ამოღების დროს პირველი მოძრაობა უნდა ღვეიწყოთ ყოველთვის კბილის გარეთ გადაწევით, მეორე მოძრაობა – შიგნით (იმავე ძალით და ამპლიტუდით). ზედა პირველი მოღარის ამოღების დროს უნდა გავითვალისწინოთ ყბა-ყვრიმალის შემადღება, რომელიც აძნელებს კბილის მორყევით მოძრაობებს. ქვედა ყბაზე პირველი მოძრაობა მიმართული უნდა იყოს გარეთ: საჭრელი კბილების, ეშეების, პრემოლარების

და პირველი მოლარის ამოღების დროს, მეორე მოძრაობა შიგნით და ასე კბილის მთლიან მორყევაამდე ქვედა მეორე და მესამე მოლარების ამოღების დროს პირველი მოძრაობა უნდა გავაკეთოთ შიგნით (აქ გარეთა ძელოვანი კედელი უფრო სქელია, ვიდრე შიგნითა), შემდეგ გარეთ. როგაცია მესაძლებელია იმ ერთფესვიან კბილებში რომელთა ფესვი კონუსისებრია (ემუები, ზედა საჭრელი და ქვედა პრემოლარები), როგაციულ მოძრაობას ვაწარმოებთ 20°-35°-ის ფარგლებში.

ზოგჯერ კბილის მთლიანი მორყევის შემდეგ მაინც არ ხერხდება მისი ამოღება კბილბუდიდან. ასეთ შემთხვევაში უნდა ვივარაუდოთ ფესვის ცემენტის გასქელება (პიპერცემენტოზი), ფესვების კონვერგენცია ან დივერგენცია.

კბილის ამოღების ატიპიური ოპერაცია გულსხმობს ისეთ შემთხვევებს, როდესაც კბილის ამოღება არ ხერხდება მაშეხით და კბილის ელევაცორით. ამ დროს ზოგიერთი ექიმში მიმართავენ საგეხისა და ჩაქუჩის გამოყენებას, ეს კი იწვევს ძლიერ ფსიქოლოგიურ გრავმას, გაელენას ახდენს თავის გვინზე (გვინის მიკროგრავმა) და თვით ყბის ძელის მდგრადობაზე. ატიპიური ოპერაცია უმჯობესია ჩატარდეს ლანცეტის (რბილი ქსოვილების გაკვეთა) და ბორმანქანის საშუალებით, რითაც ვაღწევთ კბილის (ფესვის) სრულყოფილ ამოღებას, რბილი და მაგარი ქსოვილების ნაკლებ გრავმირებას.

9. კბილბუდის ჭრილობის რეპონირება ძალიან საყურადღებო მომენცია. კბილის მორყევის მომენცში ფართოედება და დეფორმირდება კბილბუდე, კბილბუდეში წარმოიქმნება ძელოვანი ნაპრალები, ზიანდება სისხლძარღვეები, იწყება სისხლდენა. კბილის ამოღების შემდეგ კბილბუდეს უნდა დაეუბრუნოთ თავისი პირენდელი ანატომიური ფორმა. ამას ვაღწევთ მარჯვენა ხელის პირველი და მეორე თითებით კბილბუდის მიჭყლეგით. ამით ხელს ვუწყობთ სისხლდენის შეჩერებას და კოლგის წარმოქმნას, ჭრილობის ნორმალურად შეხორცებას და თავიდან ვიცილებთ კბილის ამოღების შემდეგ ალვეოლური მორჩის ეგმოსტომების წარმოქმნას.

კბილების ამოღება ზედა ყბაზე

პაციენტი ზის სტომატოლოგიურ საეარბელში, თავი გადაწეულია უკან. პაციენტის პირის დრუ უნდა იმყოფებოდეს ექიმის მხრის სახსრის დონეზე, საოპერაციო ველი კარგად არის განათებული ხელოვნური ან ბუნებრივი განათებით.

საჭრელი კბილების ამოღება გაუტკივარება ინფილტრაციული ან რეგიონული ანესთეზიით. თირკმელისებრ თასზე მომზადებული გვაქვს: ანატომიური პინცეტი, კბილის რასპატორი, პირის დრუს სარკე (ან

ძაღვლი), მარლის ბურიულები, პირდაპირი მამა. ანესთეზიის დადგომის შემდეგ გაეთიშავეთ კბილის ირგვლივ იოგს კბილის რასპატორით, ავიღებთ პირდაპირ მამას და დაეაღებთ ამოსაღებ კბილზე. კბილის მორყევას ვიწყებთ გუჩ-სასის მიმართულებით სამი-ოთხი მოძრაობის შემდეგ მამით ვაკეთებთ ნახევრად როტაციულ მოძრაობას და კბილს ფრთხილად ამოვიღებთ კბილბუდედან. ვახდენთ კბილბუდის ჭრილობის რეპონირებას.

ე შეუბის ამოღება. ზედა ეშვებს აქვთ ერთი მასიური ფესვი, გრძელი, ზოგჯერ აღწევს თვალბუდის ქვედა კიდეშდე, კბილბუდის კედლები საკმაოდ თხელია. პაციენტი მის სავარძელში, თავი გადაწეული აქვს ოდნავ უკან. საოპერაციო ველი კარგად არის განათებული. გაუტკივარება ინფილტრაციული ან რეგიონული ანესთეზიით, მრგვალ იოგს გაეთიშავეთ კბილის რასპატორით ან ლანცეტით, მრცხენა ხელის საჩვენებელი თითით გადაეწევეთ ზედა გუჩს, ცერს ვათავსებთ სასის მხარეზე (ვაფიქსირებთ ალევოლურ მორჩს ამოსაღები კბილის არეში). ვიღებთ პირდაპირ მამას, დავადებთ ეშვზე ღრმად, ჩაეკეტავთ და ვიწყებთ ჯერ გარეთ, შემდეგ შიგნით მოძრაობას, ხოლო შემდეგ როტაციული მოძრაობით ამოვიღებთ კბილს. ვახდენთ კბილბუდის ჭრილობის რეპონირებას.

პრემოლარების ამოღება. პაციენტი მის, თავი გადაწეული აქვს უკან, ისე რომ კარგად ჩანს საოპერაციო არე. უნდა გვახსოვდეს, რომ პირველ პრემოლარს უმრავლეს შემთხვევაში (75%) აქვს ორი წერილი ფესვი ან ფესვის გაორკაპება მწვერვალის არეში და ამოღების პროცესში მოსალოდნელია მისი მოტყევა. მარჯვენა მხარეზე კბილების ამოღების შემთხვევაში თავს ოდნავ მივაბრუნებთ მარცხნივ, მარცხენა პრემოლარების ამოღების დროს კი მარჯვნივ. ექიმს დგას პაციენტის მარჯვნივ და წინ. გაუტკივარება ინფილტრაციული ან რეგიონული ანესთეზია. კბილის ყელის იოგს გაეთიშავეთ რასპატორით (ან ლანცეტით), მარცხენა ხელის დიდი და საჩვენებელი თითებით გადაეწევეთ ზედა გუჩსა და პირის კუთხეს, საჩვენებელი და ცერა თითით ვაფიქსირებთ ალევოლურ მორჩს, ვიღებთ პრემოლარების ამოსაღებ მამას, დავადებთ ამოსაღებ კბილზე და ვიწყებთ მორყევას, პირველი მოძრაობა გარეთ, შემდეგ შიგნით. კარგად მორყევის შემდეგ ამოვიღებთ და ვათვალისწინებთ ფესვის არეს, ვაკეთებთ ჭრილობის რეპონირებას.

მოლარების ამოღება: ზედა პირველ და მეორე მოლარს სამი ფესვი აქვს, ერთი (მასიური) მიმართულია სასის მხარეზე, ხოლო ორი (შედარებით სუსტი) ლოყისაკენ მელიალურ-ლისგალური მღებარეობით. მოლარების ფესვები კბილბუდეში გაშლილი მიმართულებითაა (დიეერგენცია) და მათი მორყევა უნდა მოხდეს სრულყოფილად კბილბუდის კარგად გაფართოებით, რომ კბილი ამოვიღოთ ფესვების ჩატყევის გარეშე. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ აქ ზედა ყბის ძეგალი უფრო მასიურია და ფესვთაშორისი ძელოვანი ძეგილები კარგად გამოხატული. პირველ მო-

ლართან კარგად არის გამოხატული ყვერმაღალ-ალეოლური ძელოეანი შე-
მაღლება.

პაციენტი მის საეარძელში, თავი გადაწვეული აქვს უკან, საოპერაციო ველი
კარგად არის განათებული. გაუტკივარება ინფილტრაციული ან რეგიონული
ანესთეზიით. კბილის იოგს გაეთიშეთ ლანცეტით (რასპიტორით). იმისდა-
მიხედვით თუ რომელ მხარეზე ვიღებთ კბილს, ვარჩევთ შესაბამისი მხარის
კბილის ამოსაღებ მამას. ზედა მარცხენა ყბაზე მოლარების (პირველი და
მეორე მოლარი) ამოსაღებად მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით გადაწვე-
ვით ზედა გუჩს. ცერი და საჩვენებელი თითებით ვაფიქსირებთ ამოსაღები
კბილის არეში ალევოლურ მორჩს, მამას ვაღებთ კბილზე და ჩაეკევათ.
პირველი მოძრაობა გარეთ, შემდეგ შიგნით და ასე თანაბარი ამპლიტუდით
აუჩქარებლად ვარყევთ მოლარს, მანამ სანამარ გაეაფართოებთ კბილბუღეს
იმ ზომამდე, რომ მოლარი თავისუფლად ამოვიდეს კბილბუღიდან. კბილის
ამოღების შემდეგ ვახდენთ კბილბუღის რეპონირებას (ჩასწორებას).

მარჯვენა ზედა ყბაზე მოლარების ამოღების დროს პაციენტის თავი
მობრუნებულია მარცხნივ, კბილის იოგის გათიშვის შემდეგ მარცხენა ხელის
ცერს ვათავსებთ პირის კარიბჭის მხრიდან ალევოლურ მორჩზე, საჩვენებელ
თითს კი სასის მხრიდან, ვაფიქსირებთ ალევოლურ მორჩს და ვიწყებთ
კბილის მორყევას. სხვა შემთხვევაში ალევოლურ მორჩს ვაფიქსირებთ
მეორე და მესამე-მეოთხე თითებით. მეორე თითს ვათავსებთ პირის კარიბჭის
მხრიდან, მესამე თითს სასის მხრიდან, ხოლო მეოთხე თითს კბილებზე.

ალევოლური მორჩის ფიქსირება კბილების მორყევის წინ სავალდებუ-
ლოა.

მესამე მოლარის ამოღება. მესამე მოლარი (სიბრძნის
კბილი) ფესვების რაოდენობის მიხედვით შეიძლება იყოს სამფესვიანი ან
ფესვები შეხორცებულია და წარმოადგება როგორც ორ ან ერთფესვიანი
კბილი. უფრო ხშირად არასწორად დგას ალევოლურ მორჩში, ფესვი
(ფესვები) დისტალურადაა დახრილი.

პაციენტი მის საეარძელში, თავი უკან აქვს გადაწვეული, პირი მაქსიმალუ-
რად გაღებული, საოპერაციო ველის განათება უნდა იყოს სრულყოფილი.
გაუტკივარება რეგიონული, ღრძილის გათიშვის შემდეგ უმჯობესია კბილი
მოვარყვიოთ პირდაპირი ელევატორით (ფრთხილად). ელევატორის სამ-
უშაო ნაწილი შეგვაქვს მესამე და მეორე მოლარს შორის, ელევატორის
სამუშაო (დადარული) მხარე მიმართულია მესამე მოლარისაკენ, მომ-
რგვალებული სადა ნაწილი კი მეორე მოლარისაკენ, ნახევარ რკალისებრი
მოძრაობით ვახდენთ კბილის მორყევას და შემდეგ მანით მის ამოღებას.
სხვა შემთხვევაში ვიღებთ ზედა მესამე მოლარის ამოსაღებ მამას (ან
ბაიონეტს – ხიშტისებურ მამას) ვაღებთ კბილზე და მორყევითი მოძრაობით

(გარეთ – შიგნით) ვარყეუთ და ვიღებთ კბილს. ვახლენთ კბილბუღის რეკონირებას.

კბიღების ამოღება ქვეღა ყბაზე

პაციენტი ზის სტომატოლოგიურ საეარბელში, თაეი თითქმის სწორად აქეს. ქვეღა ყბა მღებარეობს ექიმის იღაყეის ღონეზე, საოპერაციო ველი კარგად არის განათებული.

საჭრელი კბიღების ამოღება. ქვეღა საჭრელი კბიღები თთხია, ცენტრალური და გვერღითი, ერთფესეიანი, ფესეები ოღნაე შეჭყლეტიღია. ექიმი ღღას პაციენტის მარჯენიე და წინ. გაუტკივარება ინფიღტრაციული ან რეგიონული. კბიღის ყელის ირგელიე იოგს შემოვჭრით ღანცეკით. აეიღებთ ქვეღა საჭრელი კბიღების ამოსაღებ მაშას (ნისკარტის ფორმის) ღაეღებთ კბიღზე და ჩაკეკებათ, მარცხენა ხელის საჩვენებელ თითს ვათაესებთ ენის მხარეზე, ცერს პირის კარიბჭეში და ვაფიქსირებთ აღვეეოლოურ მორჩს. კბიღის მორყეეას ვიწყებთ გარეთა მოძრაობით, შემღევ შიგნით, ფრთხიღად ისე, რომ არ მოეგებოთ კბიღბუღის ტუჩისკენა თხელი ძელოეანი კეღელი. კბიღის ამოღების შემღევ ვახლენთ ჭრიღობის რეკონირებას.

ეშეების ამოღება. ქვეღა ეში ერთფესეიან კბიღებს შორის ყეეღაზე მღღაერი და გრბელი კბიღია. აქეს ერთი გვერღზე ოღნაე შეჭყლეტიღი ფესეი. პაციენტი ზის, პირი გღღებულია მაქსიმაღურად. გაუტკივარება ინფიღტრაციული (თუ მორყეულია) ან რეგიონული. ექიმი ღღას პაციენტის მარჯენიე და წინ, მარცხენა ეშეის ამოღების ღროს პაციენტის თაეი ოღნაე მობრუნებულია მარჯენიე. კბიღის ირგელიეი იოგის გათიშეის შემღევ, კბიღზე ეღებთ მაშას და ღაეკეკებათ, მორყეეას ვიწყებთ ტუჩის მხარეღან გარეთ, შემღევ შიგნით, როგაცია მიზანშეწონიღი არ არის ფესეის ღისგაღურად გღღახრის გამო. კბიღის ამოღების შემღევ ვახლენთ კბიღბუღის რეკონირებას.

პრემოღარების ამოღება. პრემოღარები თთხია, ორი მარჯენა და ორი მარცხენა. აქეთ თითო ფესეი მომრგეაღო ფორმის, ზოგვერ შეჭყლეტიღი. კბიღბუღის კეღლები ზომიერად გამოსაგული. ექიმი ღღას პაციენტის მარჯენიე და წინ, მარჯენა მხარის პრემოღარების ამოღების ღროს თაეი მობრუნებულია მარცხენიე, მარცხენა პრემოღარების ამოღების ღროს კი მარჯენიე. აღვეეოლური მორჩის ფიქსაციას ვახლენთ მარცხენა ხელის პირეული და მეორე თითებით. კბიღს ეიღებთ საჭრელი კბიღებისა და ეშეების ამოსაღები მაშით. მორყეეას ვიწყებთ ჯერ გარეთ და შემღევ შიგნით მოძრაობით, ზოგვერ შეიღლება სიეპართოთ როგაციას.

მოღარების (პირეელი და მეორე) ამოღება. მოღარები თთხია, ორი მარჯენა და ორი მარცხენა. აქეთ ორი ფესეი,

რომლებიც ალექეოლურ მორჩიში განლაგებულია მეღიალურად და ღისგალურად, მეღიალური ფესვი შეჭყლეტილია, მოხრილია. კბილბუღის კელღები სკემოდ სქელი. მეორე მოღარის მიღნით კელღი უფრო მოხელია. ექიმის ღღას ჰაციენგის მარჯენიე და ოღნაე უკან. გუტკივარება რეგისონული. კბიღის ირგელიეი იოგის გათიშვის შემღკე კბიღზე ვადღებ მოღარების ამოსადღებ მამას ისე რომ მამის ლოყის კელღი მოხელეს ფესეების გორკაქების არეში. მარცხენა მოღარის ამოღების ღროს ჰაციენგის თაეი მობრუნებულია ოღნაე მარჯენიე. ალექეოლურ მორჩს ეაფიქსირებთ მარცხენა ხელის პირეელი და მეორე თითებით. პირეელი მოღარის მორყევას ეიწყებთ ჯერ გარეთა და შემღკე მიღნითა მოძრაობით, მეორე მოღარის მორყევას კი ჯერ მიღნით და შემღკე გარეთ, თანღათან ეადღიერებთ მორყევის ამღიღულღას. მარჯენა მოღარების ამოღების ღროს ექიმის მარცხენა ხელი უნღა შემოეეღოს ჰაციენგის თაეს, პირეელი და მეორე თითებით ვაფიქსირებთ ალექეოლურ მორჩს და ეიწყებთ კბიღის მორყევას. კბიღის ამოღების შემღკე ვახღენთ კბილბუღის რეპონირებღას.

მესამე მოღარის ამოღება. ამ კბიღის ამოღება უფრო ხშირად დაკემირებულია მის გადხელღულ ამოჭრასთან, ალექეოლურ მორჩში არასწორ მღებარეობღასთან, ნაწიღობრიე რეგენციღასთან. ფესეები ღახრიღია ღისგალურად, მოგჯერ გვირგენით ებჯინება მეშეიღე კბიღს ყელის არეში. სხეა შემთხვეუღამი აქეს თითქმის პორიზონგალური მღებარეობღა.

ჰაციენგი მის სავარძელში, სოპერაციო ეელი კარგად არის განათებული. გუტკივარება – რეგიონული. ექიმის ღღას მარჯენიე და წინ. პირი გადებულია მქსიღალურად. რბიღ ქსოვიღებს შემოეჭრით ღახნეგით. ლეკღუმეს ელღეეგორით ეცღიღობთ მოეარყიოთ მეზიო-ღისგალური მიმართუღებით, შემღკე ვიღებთ მესამე მოღარის ამოსადღებ მამას და ვათავსებთ კბიღის გვირგენიზე ისე რომ მამის ერთი ლოყა მღებარეობს კბიღის გვირგენის ენისკენა მხარეზე, მეორე ლოყისკენ. მოძრაობღას ეიწყებთ ენის მხარეზე (მიღნით), შემღკე ლოყისკენ. მოგჯერ საჭირო ხღება ბორმანქანის გამოყენება. ბორმანქანით ვაცღით ძღღეან ქსოვიღს ქეღა ყბის გოგის მხარეზე და გარეთა ირიბი ხაზის შესქეღების არეში. ამის შემღკე ვცღიღობთ კბიღის მორყევას ელღეეგორით და ვიღებთ მამით. ჭრიღობღას გამოეერეცხავთ ანგისეპტიკური ხსნარით და ან დაეადღებთ რამღენიემე ნაკერს რბიღ ქსოვიღებზე ან კბილბუღეში მოვათავსებთ იოღოფორმით გავღენთიღ ღოღბანღს.

ფესვების ამოღება

ფესვების ამოღებას აქვს თავისი ჩვენება. ერთფესვიანი კბილების ფესვების ამოღება უნდა განისაზღვროს მის გარშემო არსებული პათოლოგიური პროცესით, თუ ფესვის კონსერვატიული მკურნალობა შესაძლებელია ის უნდა დაეტოვოს ალვეოლურ მორჩში ან წკირიანი კბილისათვის, ან სილისებრი კბილის პროტეზის საყრდენად.

კბილის ფესვების ამოსაღებად ვიყენებთ ფესვის ამოსაღებ მაშებს, ელევატორებს, სატეხს და ჩაქურს, ბრომანქანას.

ფესვების ამოღება ზედა ყბაზე. პაციენტის მღებარეობა ისეთივეა, როგორც შესაბამისი კბილების ამოღების მომენტში. გაუტკივარება ინფილტრაციული ან რეგიონული. ფესვი კარგად უნდა გაეთიშოს რბილი ქსოვილებისაგან (რათა ამოღების პროცესში არ გავგლიჯოთ მამით). ვიღებთ მარჯვენა ხელში ზედა ყბაზე ფესვების ამოსაღებ (ხიშვისებრი, ბაიონეტი, უნივერსალური მამა) მამას, ვითვალისწინებთ ფესვის სიდიდეს, შევდივართ ღრმად და ზომიერი ძალით ჩაკეცავთ მამას. მარცხენა ხელის პირველი და მეორე თითებით ვაფიქსირებთ ალვეოლურ მორჩს, მორყევას ვიწყებთ გარეთ და შიგნით მოძრაობით, ერთფესვიანი კბილების შემთხვევაში, დამთავრების მომენტში ვაკეთებთ ნახევრად როტაციულ მოძრაობას და ვიღებთ ფესვს. მრავალფესვიან კბილებში ფესვები უნდა განვცალკევოთ სასისკენა ლოყისკენა ფესვებისაგან და ამოვიღოთ ცალცალკე. იმ შემთხვევაში, როდესაც მამის დაღება არ ხერხდება ფესვზე, ვიყენებთ პირდაპირ ელევატორს. ალვეოლური მორჩი უნდა იყოს ფიქსირებული მარცხენა ხელის საჩვენებელი და დიდი თითით. ელევატორის სამუშაო ნაწილი შეგვაქვს ფესვსა და კბილბუდის კედელს შორის და ზომიერი მოძრაობით ვიწყებთ ფესვის მორყევას და ამოგვებას კბილბუდიდან. ამავე დროს უნდა ვერიდოთ რბილი ქსოვილების გაგლეჯას. სატეხის გამოყენების დროს, სატეხის მკრელ კიდეს ვათავსებთ ფესვსა და კბილბუდეს კედელს შორის და ჩაქურის ზომიერი დარტყმით უცდილობთ შევიდეთ პერიოდონტის ნაპრალში, ფრთხილი მოძრაობით ვიწყებთ ფესვის ამოგვებას კბილბუდიდან. თუ სატეხი არ იქნა სწორად გამოყენებული, ჩაქურის დარტყმით შეიძლება ფესვი ჩაჭკველოთ კბილბუდში ან შევიტანოთ ზედაყბის წიაღში.

მრავალფესვიან კბილის ფესვებს გაეთიშავთ ბორმანქანის საშუალებით. ფისურული ბორით შევდივართ ფესვების გაორკაპების არეში და ვაცალკავებთ სასისკენა ფესვს ლოყისკენა ფესვებისაგან. როდესაც ფესვის ამოღება (პრემოლარები) ძალზე გაძნელებულია მიემართათ ალვეოლოტომიას. ალვეოლური მორჩის ლორწოვან გარს გაეკვეთათ 1-2 სმ. სიგრძეზე, ავაშრევეთ,

ამოგეხებით ფესვის მფარავ კორგიკალურ ძელოვან ფირფიცის, გამოკაჩნით ფესუს და მას ამოვიღებთ მაშით ან ელევატორით.

ფესვების ამოღება ქეედა ყბაზე. პაციენტისა და ექიმის მღებარეობა ისეთიყეა, როგორც კბილების ამოღების დროს. გაუგკიყარება ინფილტრაციული ან რევიონული. ფრონგალური კბილების ფესვების ამოღებას ეაწარმოებთ ქეედა ყბის კბილების ფესვების ამოსადები მაშებით. შედარებით ძნელი ამოსადებია ემეის ფესვი და პრემოლარების ფესვები. აქ მიემართავთ ეუთხისქეემა ელევატორის გამოყენებას. ელევატორის სამუშაო ნაწილი (ლოყა) შეგეაქეს კბილის ფესვსა დაკბილბულის ეეელეს შორის და ზომიერი მოძრაობით ვარყეეთ კბილის ფესუს. გარკვეულ ყურადღებას მოითხოეს პირელი და მეორე მოლარის ფესვების ამოღება, თუ მამის დაღება გაძნელებულია, საჭიროა ფესვების განცალკეება ბორმანქანის სამუალებით ენა-ტუმის მიმართულებით. ამის შემდეგ შეედივართ ელევატორით და ეცდილობთ ამოვიღოთ ერთ-ერთი ფესვი. ერთი ფესვის ამოღების შემდეგ საჭიროა ფესვთაშორის ძლოვანი ძგიდის ამოგეხება ეუთხისქეემა ელევატორით და შემდეგ ფესვის ამოღება. მესამე მოლარის ფესვების ამოღება უშჯობესია, თუ მის ირგვლიე ძელოვან ქსოვილს შემოეაყლით ბორმანქანით და შემდეგ მოეარყეეთ ელევატორით და ამოვიღებთ.

კბილბულის ჭრილობის მოვლა

კბილის ამოღების შემდეგ ალევეოლურ მორჩმე რჩება ღია კბილბუდე – ჭრილობა, რომელიც საჭიროებს ყურადღებას და მოვლას. კბილის ამოღების შემდეგ მას ვათვალეერებთ, ხომ არ ჩაგყდა რომელიმე ფესვი ამოღების პროცესში, თუ ფესვის მწეერეალი გაწოვილია, უნდა შეეამოწმთ ფესვთან ერთად ამოვიდა თუ არა გრანულაციური ქსოვილი. გრანულაციური ქსოვილის დარჩენა კბილბუდეში გამოიწვეეს კისგაგრანულომის განვითარებას. ამიგომ საჭიროა კბილბულის კოემით გაწმენდა. ვათვალეერებთ ხომ არ არის კბილბულის ეეელი მოგეხილი. როდესაც დავრწმუნდებით, რომ კბილბუდე თავისუფალია, ეახდენთ თითებით ჭრილობის ეედეების რეკონირებას. ამ მიმნით ეიღებთ სტერილურ დოლბანდის ნაჭერს და თითების ზეწოლით მიეყყეღებთ კბილბულის გაფართოებულ ეედეებს, ამით ვაღწეეთ სისხლედნის შეჩერებას და კბილის ამოღების შემდეგომ ალევეოლური მორჩის ეგზოსტომების განვითარების პროფილაქტიკას. რბილი ქსოვილების საგრძნობი დაზიანების დროს საჭიროა ჭრილობის ეიდეების გაკერვა.

ალევეოლის მჭრელი ეიდეების დარჩენის, ფესვთაშორისი ძელოვანი ძგიდეების ამოშეერილობის შემთხეევაში საჭიროა მჭრელი ეიდეების დაზღაგეება და ფესვთაშორისი ძგიდეების მოკენეგა იმ დონეზე, რომ შესორყე-

ბის პერიოდში ლორწოვანი გარსმა თავისუფლად დაფაროს ძლოვანი ქსოვილი.

სათანადო ყურადღებას საჭიროებს პირის ღრუს გამოსაყლებს დანიშნა კბილის ამოღების შემდეგ. იმ შემთხვევაში, როდესაც კბილის ამოღებას ეახლენთ სეროზული ან ქრონიკული ანთებადი პროცესების დროს (კბილბუღე ჩირქოვანი მასისაგან თავისუფალია), გამოსაყლების დანიშნა არ შეიძლება, რადგან ამით ხელს უშლის ჭრილობაში კოლგის წარმოქმნას. სისხლის კოლგის წარმოქმნა კი აუცილებელი პირობაა ჭრილობის სწრაფად შეხორცებისათვის. კბილის ამოღების შემდეგ თუ კბილბუღედან ჩირქოვანი მასა გამოიყოფა, საჭიროა ანტისეპტიკური გამოსაყლების დანიშნა. ეს კი ხელს უშლის ჭრილობაში კოლგის წარმოქმნას და ხელს უწყობს ჩირქოვანი მასის ღრუნილებას. პირის ღრუში გამოსაყლებად ვიყენებთ ანტისეპტიკურ ხსნარებს: კალიუმის პერმანგანატი, სოდის 2%-იანი, ქლორამინისა 1-2%-იანის ხსნარები, უფრო ფრთხილად ფურაცლინი ან რივანოლი (აქვს ალერგიული კომპონენტი). ამასთან უნდა გვახსოვდეს, რომ ანტისეპტიკური ხსნარები არ არის ძირითადი სამკურნალო საშუალება და იხმარება მხოლოდ ჭრილობიდან გამონადენის ჩამოსარეცხად. გამოსაყლებს აუადმყოფებს უენიშნაუთ დღეში 4-5-ჯერ, პირველ 3-4 დღეს. თუ საჭიროება მოითხოვს ვაგრძელებთ კიდევ 3-4 დღე. უმჯობესია თუ ანტისეპტიკურ ხსნარებს შევანაცვლებთ ერთმანეთს, ამით ჩვენ შევქმნით ოპტიმალურ პირობებს ჭრილობის შეხორცებისათვის.

გართულებები კბილების ამოღების დროს და მის შემდეგ

კბილების ამოღებასთან დაკავშირებული გართულებანი შეიძლება იყოს მოგადი და ადგილობრივი. მოგადი გართულებიდან აღსანიშნავია გულის წასვლა, კოლაფსი, უფრო იშვიათად – შოკი. ამ გართულებათა კლინიკა ზევით იყო აღწერილი. უფრო ხშირია ადგილობრივი გართულებანი.

ადგილობრივი გართულებანი პირობითად შეიძლება დავეყოთ შემდეგჯგუფებად: გართულება ექსტრაქციის დროს და ექსტრაქციის შემდეგ. გართულებანი მაგარ და რბილ ქსოვილებში.

1. ამოღებული კბილის (ფესვის) გადავარდნა სასუნთქ გზებში ან საყლაპავში. იშვიათი გართულებაა, გამოიწვევა ექიმის ან პაციენტის არასწორი მოქმედებით: თუ ექიმმა ვერ შეარჩია ის მამა რომელიც საჭიროა ამ კბილის (ფესვის) ამოსაღებად ან როდესაც ექიმი

მამის გარებს უფრო ძლიერად უჭერს ხელს, ვიდრე ეს საჭიროა კბილის მოსარყევად და ამოსაღებად, როდესაც პაციენტი არ აძლევს ექიმს საშუალებას მშვიდად და ყურადღებით იმუშაოს კბილის ამოღების პროცესში. საყლაპავში გადაეარდნა უფრო ხშირად მთაერდება კეთილად და რაიმე გართულება მოსალოდნელი არ არის. სიფრთხილეა საჭირო იმ შემთხვევაში, როდესაც კბილი განგრენული პულპითაა და კბილს მჭრელი-ბასრი კიდეები აქვს, ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია ნაწლავთა კვლის დაზიანება პერისგალგიის დროს. პაციენტს ეურჩევა მიიღოს უჯრელისით მდიდარი საკვები და 2-3 დღით იმყოფებოდეს შეღარებით მოსვენებულ მდგომარეობაში. უფრო მძიმეა სასუნთქ გზებში მოხვედრა. ვითარდება სპაზმები და ძლიერი ხველა, პაციენტს უჭირს სუნთქვა, შეიძლება განვითარდეს ციანოზი. ასეთ შემთხვევაში (თუ კბილი ან ფესვი ვერ ამოახეღა პაციენტმა) საჭიროა სასწრაფო პოსპიგალ-მიაცია და ლარინგოლოგის სასწრაფო ჩარევა.

2. კ ბ ი ლ ის გ ვ ი რ გ ვ ი ნ ის მ ო გ ე ხ ე ა შეიძლება მოხდეს ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომით და პაციენტის უნებლიე მოძრაობით. კბილის გვირგვინის მოგეხვა ხშირად განპირობებულია მამის არასწორი შერჩევით და არა სწორი დადებით, თუ ექიმს ხელის მოჭყრით ანვითარებს უფრო მეტ ძალას, ვიდრე საჭიროა, მოსალოდნელია კბილის გვირგვინის მოგეხვა. გვირგვინის მოგეხვა გამოწვეულია აგრეთვე მამის არასწორი და არათანაბარი მოძრაობით კბილის მორყევის მომენტში. გვირგვინის მოგეხვის შემდეგ ჩატეხილი ფესვი აუცილებლად უნდა იქნას ამოღებული.

3. მ ე მ ო ბ ე ლ ი კ ბ ი ლ ე ბ ის დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ა. ქვედა ყბაზე კბილის ამოღების დროს მამის საკეტი შეიძლება მოხედეს ზედა ყბის კბილებს და გამოიწვიოს კბილის კომოციო ან კონტუზიო. თუ აღებულია ფართო ლოყებიანი მამა, შეიძლება მოგეხვით მემობელი კბილის გვირგვინები ან ამოვად-დოთ ისინი კბილბუდიდან. კბილის კბილბუდიდან ამოვარდნის დროს უნდა მიემართოთ კბილის რეპლანტაციას. გვირგვინების ნაწილობრივი მოგეხვის დროს მას ალვადგენთ საბეყნი მასალით, თუ გვირგვინი მთლიანად მოგყდა საჭიროა დარჩენილი ჯანმრთელი ფესვის სათანადო მომზადება და წკირ-იანი კბილის გაკეთება.

4. ა ლ ე ე ო ლ ის კ ი დ ის მ ო გ ე ხ ე ა. ეს გართულება განპირობებულია ძირითადად ექიმის მოქმედების არასწორი გაქტიკით, ზოგ შემთხვევაში ფესვის შეხორცებით ალვეოლის კიდესთან ან ჰიპერცემენტოზით. იმ შემთხვევაში, როდესაც მამის ლოყები მთაეხებულია ალვეოლის კიდეებზე ღრმად, კბილის მორყევის პროცესში ალვეოლის კიდე ყოველთვის მოიკენიება ან მოგყდება. მოგეხილი ალვეოლური მორჩი ყოველთვის სისხლმდენია და საჭიროა სისხლდენის შეჩერება, შემდეგ საჭიროა ალვეოლური მორჩის ბასრი კიდეების დაბლაგეხვა.

5. ქ ე ე დ ა ყ ბ ის მ ო გ ე ხ ე ა. ამ გართულებას ალგილი აქვს იმ

შემთხვევაში თუ ქველა ყბის სხეულში მიმდინარეობს ქრონიკული პათოლოგიური პროცესი (ოსტეომიელიტი, ოდონტოგენური კისტა და სხვა), ან კბილის ამოღების პროცესში ექსიმი მიმართავს ძალის უხემ გამოყენებას (საგეხი, ჩაქუჩის დარტყმა). ქველა ყბის მოტყევის შემთხვევაში, საჭიროა მონაგები ფრაგმენტების რეპოზიცია და საჭიროა ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარება.

6. ქველა ყბის ამოვარდნილობა განპირობებულია გახანგრძლივებული რთული ექსტრაქციის დროს, როდესაც ქველა ყბის კუნთოვან-სახსროვანი აპარატი გადაძაბულია, როდესაც საქმე გვაქვს ქველა ყბის სახსრის ქრონიკულ დაავადებებთან, ჩვეულ ამოვარდნილობასთან და სხვა. ჩვეული ამოვარდნილობა ადვილად ჩასწორდება და პაციენტში არ იწვევს რაიმე უარყოფით ემოციურ დაძაბულობას. სხვა შემთხვევაში პაციენტი პირს ვერ ხურავს, აქვს შიშის გრძნობა და ექიმიც გარკვეულად დაბნეულია. ამ დროს საჭიროა პაციენტის დამშვიდება, სათანადო გაუტკივარების ქვეშ ამოვარდნილი ქველა ყბის ჩასწორება და თავზე რამოდენიმე საათით საფიქსაციო ნახვევის დადება, სათანადო რჩევა-დარიგების მიცემა.

7. ზედა ყბის წიაღის გახსნა. ადგილობრივი გართულებებიდან განსაკუთრებით ყურადსაღებია ზედა ყბის წიაღის გახსნა. კბილის ამოღების დროს ზედა ყბის წიაღი შეიძლება გაიხსნას: 1. როცა პაიმორის ღრუს ქველა კედელი დაბლაა და კბილის ფესვები ზედა ყბის წიაღში პროეცირდება, 2. ზედა ყბაზე კბილის ფესვის ამოღების (ამოტყევის) დროს საგეხის და ჩაქუჩის არასწორი გამოყენების დროს ფესვი გადაეარდება ზედა ყბის წიაღში.

ზედა ყბის წიაღის გახსნის დიაგნოზის დადგენა ძნელი არ არის. კბილის (ფესვის) ამოღების შემდეგ ადგილი აქვს სისხლის დენას შესაბამისი მხარის ცხვირის ნესტოდან, ასევე ჰაერის პირის ღრუდან თავისუფლად მოძრაობას ცხვირის ღრუში და პირიქით. პაციენტს ვაძლევთ წინადადებას გაბეროს ლოყები, თუ პაიმორის ღრუ გახსნილია, პერმეტივში დარღვეულია და ლოყებს ვერ გაბერავს. ცხვირის ნესტოებზე ხელის თითების მოჭერის შემდეგ პაციენტს ვაძლევთ წინადადებას გაბეროს ცხვირის ნესტოები, ცხვირის ნესტოები არ გაიბერება და ჰაერის ბუშგუკები გამოიყოფა გახსნილი კბილბუდედან.

მკურნალობისა და მოსალოდნელი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება: თუ კბილი (ფესვი) მთლიანად არის ამოღებული და პაიმორის ღრუდან ჩირქოვანი გამონადენი არ არის ვახდენთ კბილბუდის გამპონირებას. ამ მიზნით ვიღებთ იოდოფორმის დოლბანსს, შეგვაქვს კბილბუდეში, ისე რომ კბილბუდის ნახევარი პაიმორის ღრუს მხრიდან დარჩეს თავისუფალი სისხლის კოლგის წარმოსაქმნელად. იოდოფორმიან დოლბანსს ვამაგრებთ ნაკერით კბილბუდეში. დოლბანსის ამოღება შეიძლება მე-5 – მე-6 დღეს. თუ კბილბუდის

გამპონირება არ ხერხდება, მაშინ კბილბუდის შესაავალი უნდა დაეხუროთ ლორწოვანი გარსის პლასტიკით. ზედა ყბის წიაღის გამოორეცხვებს ვიწყებთ იმ შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს კბილის ან ფესვის გადაადრუნას ღრუში, ან როდესაც ჩირქოვანი გამონაღვნია. პაციენტი უნდა გადავიყვანოთ სტაციონარში შემდგომი მკურნალობისათვის.

8. კბილის შეკურება რბილ ქსოვილებში. ამ გართულებას ადგილი აქვს ქვედა მესამე მოლარის შორეუვის დროს. გართულების თავიდან აცილების მიზნით ულევადობით კბილის შორეუვამდე, ენის მხრიდან კბილი უნდა დავაფიქსიროთ მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით. კბილის (ფესვის) შეკურება ხდება ლორწოვანი გარსის ქვეშ და რადგან ლორწოვანი ადვილად ამრევებადია, ფესვი დისლოცირდება ღრმად. თუ კბილის მდებარეობა განისაზღვრება თითით, მას ვიღებთ სისხლძარღვის დამჭერით, სხვა შემთხვევაში საჭიროა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და კბილის ამოღება სტაციონარში.

9. რბილი ქსოვილების დაზიანება. გამოშწვევ მიზეზებს შორის აღსანიშნავია: ექიმის უხეში მოქმედება, კბილის ამოღების ცალკეული მომენტების უგულვებელყოფა, კბილის ირგვლივ რბილ ქსოვილებზე საექსტრაქციო მაშის დადება. მაშის წინ წაწვეის დროს რბილი ქსოვილების გაგლეჯა და სხვა. რბილი ქსოვილების დაზიანებას ადგილი აქვს აგრეთვე ულევადობის არა სწორი გამოყენების შემთხვევაში, განსაკუთრებით ხშირად ზიანდება ენისმხრივი და სასისკენა ლორწოვანი გარსი. ლორწოვანი გარსის დაზიანებას თან ახლავს გამოხატული სისხლის დენა. საჭიროა სისხლდენის შეჩერება და ლორწოვანი გარსის მთლიანობის აღდგენა, მასზე ნაკერების დადება.

10. სისხლდენა კბილის ამოღების შემდეგ. კბილბუდთან სისხლდენა შეიძლება დაიწყოს კბილის ამოღებისთანავე ან რამდენიმე ხნის შემდეგ. კბილის ამოღების შემდეგ კბილბუდის რეპონირებით ვაღწევთ სისხლდენის შეჩერებას 5-10 წუთის განმავლობაში. უფრო ხანგრძლივი სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება იყოს ზოგადი ფაქტორები: ჰემორაგიული დიათეზი, ლეიკოზი, თრომბოპენია, პიკეტონული დაავადება, ავიტამინოზი, ინფექციური დაავადებანი და სხვა.

ადგილობრივი მიზეზებიდან აღსანიშნავია: რბილი ქსოვილების დაზიანება-გაგლეჯა, ალვეოლის კედლის მოგება, ფესვთაშორისი ძვლოვანი ძვილის მოგება. ამოსაღები კბილის არეში ანთებადი პროცესი, ადრენალინის მოქმედების შეწყვეტა, სისხლის კოაგულის დაშლა.

სისხლდენის შესაჩერებლად გამოიყენება სხედასხვა საშუალება. მათ შორის ერთ-ერთი მარტივი საშუალებაა კბილბუდის გამოორეცხვა წყალბადის ზეჟანგით და მისი გამპონირება სტერილური მარლის დოლბანდით. რბილი ქსოვილების გაგლეჯის დროს მისი კიდეების მიახლოება და გაკერვა. სისხლდენით პაციენტის გაშვება პოლიკლინიკიდან არ შეიძლება,

სისხლდენის შესაჩერებლად ვიყენებთ პემოსგაზურ ღრუბელს, ქლორკალციუმის 10%-იან ხსნარს ენაში, ასკორბინის მკაეას (5% – 2-3 მლ.), ვიკასოლს (0.015 ან 1%-იანი 1 მლ.). სისხლდენის შესაჩერებლად ეფექტური საშუალებაა შესაბამისი ჯგუფის სისხლის გადასხმა (50-100 მლ.).

ის ავადმყოფები, რომლებსაც აქვთ მიღრეკილება სისხლდენისადმი, საჭიროებს ლეგალურ გამოკვლევას და წინასწარ მომზადებას. კბილის ამოღებამდე 4-6 დღით ადრე მათ ვაძლევთ ასკორბინის მკაეას, ვიკასოლს (თითო აბი დღეში ორჯერ), ქლორკალციუმის 10%-იან ხსნარს, სუურის კოვზით სამჯერ დღეში. ასეთ ავადმყოფებს კბილის ამოღება უნდა ჩაუტაროთ რბილი და მაგარი ქსოვილების მინიმალური დაზიანებით, უმჯობესია სტაციონარში.

11. კბილის ამოღების შემდგომი ტკივილი (კბილბულის ანთება). კბილის ამოღების შემდეგ გაუტკივარება მთავრდება 1-2 საათის განმავლობაში და რჩება სუსტად გამოსატყლი ყრუ ტკივილის შეგრძნება, რომელიც 1-2 დღის შემდეგ მთლიანად გაივლის. ზოგ შემთხვევაში კბილის ამოღებიდან 2-3 დღის შემდეგ იწყება ძლიერი ტკივილი, ზოგჯერ ირადიაციით, ჩვეულებრივ ტკივილგამაყურებელი საშუალებების მიღება ტკივილს არ ხსნის, შეიგრძნება ცუდი სუნი პირის ღრუდან. დათვალეიერებებში კბილბულის კიდეები ზომიერად პიპერემიულია, სისხლის კოლგი ან არ არის ან დაშლილია, არის მორუხო ფერის ნეკროზული ნაღები, შეიძლება ჩანდეს კბილბულის გამიშვლებული კიდეები. ანთებითი კომპონენტი მკვეთრად გამოსატყლი არ არის, ე. ი. არის გარკვეული შეუსაბამობა ობიექტურ მდგომარეობასა და სუბიექტურ გამოვლენასთან (ძლიერი ტკივილი). კბილბულის ანთება შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზებით, მათ შორის ალსანიზნავია: კბილის (ფესვის) გრავემული ამოღება, კბილის ქვეებით ან ნაღებით კბილბულის ინფიცირება. კბილბულებში ძლოვანი ნამსხვრეეების ჩატოვება, კბილბულის ძლოვანი კიდეების დაზიანება და მათი გამიშვლება, ე. წ. "მშრალი კბილბულები", როდესაც კბილის ამოღების შემდეგ კბილბულები კოლგით არ ივსება (ეს უკანასკნელი კი გამოწვეულია ადრენალინის ღილი რაოდენობის გამოყენებით საანესთეზიო ხსნარში).

მკურნალობა ითვალისწინებს გადაუდებელ დახმარებას: რევიონული (ინფილტრაციული) ანესთეზიის ქვეშ, ქირურგიული კოვზით ფრთხილად გამოვწმენდავთ კბილბულებს, მოვაშორებთ შიგთავს გამოვრეცხავთ ანგისე-გიკური ხსნარით და ყურადღებით დავათვალეიერებთ. უნდა შევეცადოთ სისხლის ახალი კოლგის ჩაოყალიბებას, თუ სისხლის კოლგი არ წარმოიქმნება, მაშინ კბილბულებში შევიგანთ ტკივილგამაყურებელ საშუალებებს (ანესთეზინი), იოლოფორმის ღოლბანდს. გარდა ამისა საჭიროა კბილბულის ბლოკა-

და საანესთეზიო ხსნარებით (ალრენალინის დამატების გარეშე), უმჯობესია თუ საანესთეზიო ხსნარს დავეუმაგებთ რომელიმე ანგიბიოტიკს (ლინკომიცინი), მკურნალობის კომპლექსში წარმატებით ეიყენებთ ფიზიკურ ფაქტორებს: უმს ღენი, ლაზეროთერაპია, ლიადისამიკური ღენი, კისრის სიმპატიკური წნულის დასხიება ულტრაიისფერი სხივებით. პირის ღრუში თბილი ანგისტიკური ხსნარის აბაზანები, 5-6 დღე ანგიპისტამინური პრეპარატები (დამედროლი, სუპრასტინი და სხვა). ორგანიზმის წინააღმდეგობის დაქვეითების ფონზე ალვეოლიტი შეიძლება გადავიდეს კეროეან ოსტეომიელიტში. ამ დაავადების მკურნალობა უმჯობესია გაგრძელდეს სტაციონალურ პირობებში.

მეცხრე თავი

ქირურგიული ოპერაციები ალვეოლურ მორჩზე

კბილების ამოღების გარდა პრაქტიკული მუშაობის პირობებში, მოგჯერ საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა თვით ალვეოლურ მორჩზე. ოპერაცია საკბილე მორჩზე გექნიკურად არ არის რთული, მაგრამ მოითხოვს ექიმის დახელოვნებას და მორჩის ანაგომიურ თავისებურებების გათვალისწინებას. ოპერაციულმა ჩარევამ არ უნდა გამოიწვიოს ალვეოლური მორჩის დეფორმაცია, მისი სიმაღლის დადაბლება, მეზობელი კბილების ყელის გაშიშვლება, მეზობელი კბილების და ფესვების დაზიანება. გარდა ამისა, რიგი პათოლოგიური პროცესების დროს საჭიროა ალვეოლური მორჩის გრეჟანაცია, ალვეოლური მორჩის გაკვეთა-გახეხვა, სხვა შემთხვევაში მოგვიხილი ფრაგმენტების შეერთება-ოსტეოსინთეზი და სხვა.

ალვეოლურ მორჩში ღრუს არსებობის დროს დიაგნოსტიკური (სამკურნალო მიზნით საჭირო ხდება ღრუს გახსნა. ამ მიზნით სათანადო ანესთეზიის გაკეთების შემდეგ ალვეოლური მორჩის ლორწოვან გარსზე ეატარებთ ნახეარარკალოვან (პარჩისა) განაკვეთს 1-2,5 სმ. სიგრძის, ავაშრეებთ ლორწოვან გარსს, ძელისსაზრდელას და მრგვალი ბორით (№ 3-5) შემოენიშნაეთ გასახსნელ ადგილს, შემდეგ ცილინდრული (ფისურული) ბორით მოეხსნით ძლოვან ქსოვილს და ამოვიღებთ პინეკით, ღრუს დათვალიერების და საჭირო ღონისძიებების გაგარების შემდეგ ლორწოვანი გარსის ნაფლეთს ვაბრუნებთ თავის ადგილზე და ვაღებთ კვანძოვან ნაკერს.

ალვეოლური მორჩის გაკვეთა შეიძლება ორი გზით: ბორმანქანისა და ბორის საშუალებით, ამ შემთხვევაში ვიღებთ უფრო დიდ ღეფექტს ვიდრე ეს საჭიროა ოპერაციული ჩარევისათვის. უფრო მიზანშეწონილია ალვეოლური მორჩის გახსნა, ცირკულარული ხერხით (ან ჯიგლის მავთულოვანი

ხერხი). სათანადო გაუტკივარების შექმნე ალვეოლურ მორჩზე ეატარებთ ორ პარალელურ (ნეიმანი) ან გრაჰეციული ფორმის განაკვეთს, აკამრეეებთ ლორწოვან გარსს და გაეხერხაეი ალვეოლურ მორჩს, მუშაობის პროცესში საჭიროა ხერხის გაგრეეება ანგისეკეკური ან ფიზიოლოგიური სსნარით.

ალვეოლური მორჩის შეერთების (ოსტეოსინთეზი) მრეეალი ხერხი არსე-ბობს. შეერთება შეიძლება მათეულოვანი ნაკერის დალებით, ამ მიზნით ალვეოლური მორჩის თეითეულ ფრეგმენტზე ბორით (№ 1-3) ეაკეიებთ ორ ხერხელს და მათეულით ვაერთებთ მორჩის ფრეგმენტებს. სხვა აეტორები მიმართაეენ ლითონის დამატრებას, მათეულის წკირის შეყეანას ძელეოვან ქსოეილში და სხვა. ზელა ყბის ალვეოლური მორჩის მოტყხილი ფრეგმენტის დამატრება შეიძლება ან ცხეირის მსხლისებური ამონატლეეის ქეელა კილეზე, ან ზელა ყბის ყერიმალის მორჩზე.

ფ ე ს ე ე ბ ი ს ა მ ო ტ ე ხ ე ა . ფესეების ამოტყხეას მივმართავთ იმ შემთხეევაში, როლესაც ფესეის გამოყენება კბილთპროტეზირებისათეის არ შეიძლება, ან ფესეი ტეიეილის ან ანთებალი პროცესის მიზეზია. ფესეი შეიძლება ჩანდეს ალვეოლურ მორჩზე ან ლაფარული იყოს ლორწოვანი გარსით. ოპერაციული ჩარეეის სირთულის გათვალისწინებით ეაკეეებთ გამტარებლობით (ინფლიტრაციულ) ანესთეზიას. ალვეოლურ მორჩზე გაეატრებთ ორ პარალელურ განაკვეთის ფესეის საპროექციო არელან ერთი სანტიმეტრის დამორებით, ლორწოვან გარს აეამრეეებთ, კბილბულეს გაწმენდთ და ლორწოვანი გარსის ნაფლეთს დაეაბრუნებთ თაეის ალგილზე, ტრილობას გაეკერავთ ევანძოვანი ნაკერით.

კ ბ ი ლ ი ს კ ე მ ი ს ე ქ ე ი ა . ეს ოპერაცია ითვალისწინებს დამიანებული კბილის გვირგეინის ნაწილის (კბილის ფესეის) მოკეეიას და კბილის დანარჩენი ნაწილის ალვეოლურ მორჩში დატოვებას. დარჩენილი ნაწილი შემღვომში გამოეეენება კბილის პროტეზირებაში. ოპერაცია შეი-ძლება ჩაეატაროთ ორი მეთოლით. 1. სათანადო გაუტკივარების შემღეეკ ვაეატარებთ განაკვეთს ლორწოვან გარსზე, აეამრეეებთ ლორწოვან გარსს და ბორმანქანის საშუალეებით ჩამოეჭრით კბილის დამიანებულ გვირგეინის ნაწილს (კბილის გვირგეინი წინასწარ დაბეენილია, ფესეები ნამკურნალეები) ჩამოეჭრით, ამოეილებთ შესაბამის ფესეს (მედიალური, დისტალური, ლოყ-რსკენა), ტრილობას დაეამუშაეებთ, გაეკერავთ. 2. კბილის გვირგეინის შენარ-ეუნება შესაძლებელია. დამიანებულია ერთერთი ფესეი, რომლის ამოღება შეიძლებელია, კბილი დაბეენილია, ფესეი ნამკურნალეები. გაუტკივარების კონზე წარმოექმნით ლორწოვანი გარსის ნაფლეოს, გაეხსნით ამოსალეები ფესეის ბულეს, გალაეკეეათე ფესეს გაორკაეების არეში, გვირგეინს ხელს არ ეახლებთ. ტრილობას დაეამუშაეებთ და გაეკერავთ. ალწერილი ოპერაციების ჩატარება ნაწეენებია მხოლოდ მრეეალფესეიან კბილებზე.

ფესვის მწვერვალის რეზექცია. ეს ოპერაცია მოწოდებულია 1871 წელს. ოპერაციას წინ უნდა უსწრებდეს არხის გულღასმით მკურნალობა და მისი საიმელო ობტურაცია. ოპერაციული ჩარევის ჩვენებაა: კბილის ფესვის მწვერვალის არეში ქრონიკული ანთება, ძლოკიანი ქსოვილის მაპროგრესირებელი ღეფუქტით, როდესაც კბილის ფესვის არხი არ არის მწვერვალამდე დაბეწვილი. ფესვის არხი პერფორირებულია, ფესვის მწვერვალის არეში არის კისგაგრანულომა, არხის დაბეწვის შემდეგ საბეწვი მასალა დიდი რაოდენობითაა გადაგანილი მწვერვალს იქეთ და პაციენტი აღიქვამს ტკივილს, როდესაც ფესვის მწვერვალის არეში არსებული ქრონიკული ანთებადი პროცესი ორგანიზმის ქრონიკული ინტოქსიკაციის სავარაუდო წყაროა.

ოპერაციის წინააღმდეგ ჩვენება: ფესვის მწვერვალის არეში მწვავე ანთებადი პროცესი, ხშირი პიპერტონიული კრიზისები, სტენოკარდიის ხშირი შეტევები, გულსისხლძარღვთა სისტემის ლეკომპენსაცია, გულის კუნთის ინფარქტის შემდგომი უახლოესი პერიოდი.

გ ა უ ტ კ ი ე ა რ ე ბ ა . პაციენტის ფსიქოემოციური მდგომარეობის გათვალისწინებით, მიემართავენ პოტენცირებას. რადგან ფესვის მწვერვალის რეზექცია დაკავშირებულია ძვლის ამოგეხვასთან, ფესვის ნაწილის გადახერხებასა და სხვა ტრავმულ მოქმედებასთან, საჭიროა სათანადო უბნის საიმელო გაუტკივარება, ამის მიღწევა ინფილტრაციული გაუტკივარებით არ შეიძლება. ამიტომ საჭიროა რეგიონული ანესთეზია, ინფილტრაციულ ანესთეზიასთან შეხამებით.

ოპერაციის ტექნიკური შესრულება. პაციენტის მდგომარეობა სავარძელში (საოპერაციო მაგიდაზე) უნდა იყოს მოხერხებული, ლოყის კუნთები და გუჩები მოღუნებული, პირი ღია ან ნახევრად დახურული. საოპერაციო არე კარგად განათებული. ვაგარებთ განაკეთის ლორწოვან გარსზე (პარჩი ან ნეიმანი), ავაშრებთ ლორწოვან გარსს, ბორის საშუალებით ძეაღში ვაკეთებთ ფანჯარას კბილის ფესვის მწვერვალის საპროექციო არეში. ფესვის მწვერვალს გადავკეუთავთ, თუ საჭიროა დავაბეწვთ რეტროგრადულად, ჭრილობას გამოვრეცხავთ და ლორწოვან გარსზე დავაბეწვთ ნაკერს. რეტროგრადულად დაბეწვისათვის გადაკეთებულ ფესვზე უკუკონუსისებრი ბორით (№ 1-3) ვაკეთებთ ჩაღრმავებას და ღრუში შევიტანთ ამაღვამას, ჭრილობას გავეკრავთ.

მოსალოდნელი გართულება: ზედა ყბაზე ჰაიმორის ღრუს შემთხვევით გახსნა ემეებზე მუშაობის დროს, ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანება ზედა საჭრულ კბილებზე ოპერაციის დროს. ქვედა ყბაზე ქვედა ალვეოლური ნერვის გოტების დაზიანება.

კბილების გადანერგვა. კბილების გადანერგვის საკითხის მეცნიერული და კლინიკური შესწავლა იწყება მე-19 საუკუნიდან (ვანგონოვიჩი, 1865. მიტმერლიხი, 1863 წ. და სხვები). კბილების გადანერგვის

აქტუალობაში მიუთითებდა გამოჩენილი მეცნიერი ა. კანგაროვიჩი (1932 წ.) "ღალუქული კბილების შეცვლა გაღანერვილი კბილებით, ორგანულად და კაჟ-შირებული ყბასთან, არის კბილის პროტეზის ის იდეალი, რომელსაც ჩვენ უნდა ვესწრაფოდეთ". არსებობს კბილების გაღანერვის შემდეგი სახეები: რეპლანტაცია, ტრანსპლანტაცია, პომოტრანსპლანტაცია, იმპლანტაცია.

რ ე პ ლ ა ნ ტ ა ც ი ა : ითვალისწინებს კბილის ჩაბრუნებას თაყისივე კბილბუდეში, ეს შეიძლება იყოს გრამული ამოვარდნილობისა ან კბილის შეცვლით ამოღების შემდეგ. ამოღებულ კბილს ვათავსებთ ანგიბიოტიკების ხსნარში. ვათეალიერები კბილბუდეს, გაეწმენდთ სისხლის კოლგისაგან და მას ღრობითი მოვათავსებთ ანგიბიოტიკების ხსნარში. მოეკეთათე ფესვის მწვერეალს ფისურული ბორით, პულპექსტრაქორით ვანთაყისუფლებთ არხს, გამოერეცხათ ანგისეპიკური ხსნარებით და დაებენთ ფოსფატემენგით. კბილს მოვათავსებთ ანგიბიოტიკების ხსნარში და შემდეგ ჩაებრუნებთ კბილბუდეში ისე, რომ გამოეთიშოთ თანკბილეიდან. კბილებზე ეალბთ სადა არგამანს და ვაფიქსირებთ კბილეს. არგამანს მოვხსნით 5-6 კვირის შემდეგ. მოსალოდნელი ანთების პროფილაქტიკის მიზნით გარდამაეალ ნაოჭში უნდა შეეყვანოთ ლინკოპიცინი დლეგამოშეებით, 3-5 ინექცია ნოეოკაინის ხსნართან ერთად.

ტ რ ა ნ ს პ ლ ა ნ ტ ა ც ი ა : ითვალისწინებს ხელოენურად მომზადებულ კბილბუდეში კბილის ჩანერგვას. ამ მიზნით შეიძლება გამოეყენოთ პაციენგის საკუთარი კბილი (რეკალგარეშე კბილის გადატანა ახლად შექმნილ კბილბუდეში). ტრანსპლანტაციის ერთ-ერთი სახეა პომოტრანსპლანტაცია – ერთი სუბიექტიდან კბილის მეორეზე გაღანერგვა, ან მკედარი ადამიანის კბილის გაღანერგვა (მოროში).

ი მ პ ლ ა ნ ტ ა ც ი ა : ითვალისწინებს უკბილო ყბაში (ან ნაწილო-ბრივი აღენგის დროს) ხელოენურად შექმნილ კბილბუდეში კბილის ჩანერგვას. ამ მხრივ უფრო გამართლებულია ლითონის (კორუნდოკერამიკის) კონსტრუქციების ჩანერგვა საკბილე მორჩში. სათანადო გაუტკიეარების შემდეგ აღეოლური მორჩის ქედზე ვატარებთ განაკეთს 2,5-3 სმ. სიგრძის, ფრთხილად აეაშრეებთ ლორწოეან გარსს და ფისურული (№ 1-3) ბორით, ბორმანქანის დაბალი ბრუნეით ძეალში ეაკეთებთ ჭრილს, რომელსაც გამოერეცხათ ფიზიოლოგიური ხსნარით. ძეალში ვათავსებთ (მჭიდრო შეხებით) იმპლანტანგს. ლორწოეან გარს ეებრუნებთ თაყის აღგილზე და გაეკერათ ეეტგუგით. ასეთი იმპლანტანგების კბილის პროტეზის საყრდენად გამოყენება შეიძლება ოეერაციიდან სამი თეის შემდეგ. ამ მეთოდმა უკეე მოიპოვა თაყისი უფლება და ჩეენების მიხედეით გამოეყენება სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში.

კბილების ამოჭრასთან დაკავშირებული გართულებანი

კბილების ამოჭრა ფიზიოლოგიური პროცესია და ჩვეულებრივ მიმდინარეობს გართულების გარეშე. მიუხედავად ამისა, როგორც ალგელი აქვს რიგ გართულებას, რომელთა შორის ყურადსაღებია კბილის ამოჭრის შეჩერება, არასრულფასოვანი ამოჭრა, ამოჭრის პერიოდში ანთებადი პროცესის განვითარება და სხვა.

დისტოპია ბერძნული სიტყვაა (Dis) და ნიშნავს ცდომას, არასწორ განლაგებას. დისტოპია განპირობებულია კბილის ჩანასახის არასწორი განლაგებით საკბილე მორჩი ან ემბრიოგენეზის დარღვევით, ან გენეტიკური და გარეგანი ფაქტორებით. იმ შემთხვევაში, როდესაც კბილის ამოჭრა საკბილე მორჩის ფარგლებში შეუძლებელია, ასეთი დისტოპია განიხილება, როგორც ინკლუზია. დისტოპია შეიძლება იყოს ალვეოლური მორჩის ფარგლებში და მის გარეთ (ორბიგის ქვევით, პაიმორის ღრუში, ქვედა ყბის გოგში და სხვა). ასეთ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ე. წ. "გზაბნეულ კბილთან", დისტოპია — რეტენციასთან ერთად. კბილის ჩანასახის დისტოპია ძალიან ხშირად განაპირობებს კბილის ამოჭრის შეჩერებას — რეტენციას. დისტოპირებული კბილები, რომლებიც ამოიჭრნენ ალვეოლური მორჩის ფარგლებში, მათი ღირებულების გათვალისწინებით ექვემდებარება ორთოდონტულ მკურნალობას. თუ ისინი განლაგებული არიან კბილთა რკალის გარეშე, იწვევენ რბილი ქსოვილების ტრავმას და კოსმეტიკურ უხერხულობას, მათ ამოვიღებთ.

რეტენცია. თუ კბილი არ ამოიჭრა მისთვის განკუთვნილ დროში და ალგელზე — მას რეტენცია ეწოდება. რეტენციის მიზეზი შეიძლება იყოს: კბილის ჩანასახის დისტოპია, ქვედა ყბის ზომის შეშუპება, კბილის ჩანასახების დაზიანება და სხვა. კბილების ამოჭრის შეკავება (რეტენცია) შეიძლება იყოს სრული და არასრული. როდესაც კბილი ნაწილობრივ ამოიჭრა მას ნახევრად შეკავებული ეწოდება. ასეთ მდგომარეობაში კბილი შეიძლება იყოს ძალიან დიდხანს, ეს კი ხელს უწყობს თან კბილვის დარღვევას: წარმოიქმნება სივრცე კბილებს შორის, ალგელი აქვს ანგაგონისტ კბილის დაგრძელებას. იმ შემთხვევაში, როდესაც კბილი არ ამოიჭრა, კბილის ჩანასახის დაღუპვის გამო, ვითარდება ალენგია. ალენგია შეიძლება იყოს ნაწილობრივი (*adentia partialis*) და სრული (*adentia completa*) ლიგერატურის მონაცემებით (ე. პეტრენკო 1951) რეტენცია უფრო ხშირად გვხვდება მუდმივ კბილებში. მათ შორის პირველ ალგელზეა ემეები, შემდეგ ქვედა პრემოლარები. ნახევრად შეკავებული კბილები, ქვედა მესამე მოლარები.

კბილების შეკავების ეტიოლოგია საბოლოოდ დაზუსტებული არ არის. ი. ბერნადსკის აზრით ეტიოლოგიური ფაქტორები იყოფა სამ ჯგუფად: 1. ინფექცია და ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, 2. ფილოგენეზური ფაქტორები, 3. ალგელობრივი ფაქტორები.

1. პირველ ჯგუფს განეკუთვნება: ენლოკრინული დარღვევები, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლა, რაქიტი, აუტიგამინოზები და სხვა. ამ ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად ალგილი აქვს ბავშვის ორგანიზმის განვითარების დისპროპორციას, კბილების ჩანასახების დამიანებას. ასევე მკაცრად მოქმედებს ბავშვთან მწვავე ინფექციური დაავადებები.

2. მეორე ჯგუფი – ფილოგენეზური ფაქტორები. ადამიანის ფილოგენეზური განვითარების პერიოდში ალგილი აქვს ყბების სიდიდის თანდათანობით შემცირებას, მაშინ, როდესაც კბილების რიცხვი და ზომა რჩება სტაბილური. ამ სიბადავზე ზოგჯერ ალგილი აქვს კბილების ამოჭრისათვის ალგილის შემცირებას, რის გამოც ხდება კბილის ამოჭრის შეჩერება.

3. მესამე ჯგუფს განეკუთვნება ალგილობრივი ფაქტორები. ამ ფაქტორებიდან ყურადსაღებია: მულმივი კბილის ფოლიკულის ინტოქსიკაცია სარძევე კბილიდან, სარძევე კბილის დილხანს დარჩენა კბილთა რკალში და აქედან გამომდინარე ალგილის უქონლობა მულმივი კბილის ამოჭრისათვის, შეკაეებული კბილის მესორცება უკვე ამოჭრილ მებობელ კბილთან, სარძევე კბილის ადრე ამოღება და ამ სიბადავზე განვითარებული ლორწოვანი გარსის ნაწიბური, ამოღებული სარძევე კბილის არეში ამოჭრილი მულმივი კბილების გვირგვინების კონეერგენცია, კბილის ფესვის არეში პათოლოგიური წარმონაქმნები (ცემენტომა და სხვა), ამოსატრელი კბილის ფესვის გამრუდება, კბილის ჩანასახის ღრმად მღებარეობა ყბის ძვალში, კბილის ფოლიკულის გარშემო კისგის ჩამოყალიბება, კბილის ჩანასახის გადანაცელება კეთილთვისებიანი სიმსიენეებით (ოღონგომა, ცემენტომა, ადამანგინომა, კისგა, ოსგეომა და სხვა), კბილის ჩანასახის ზონაში ქრონიკული ანთებალი პროცესის არსებობა, კბილის ჩანასახის ღეფორმაცია.

რეგენირებული კბილების კლინიკური სურათი შეიძლება არ იყოს გამოხატული, ან ძალიან სუსტად იყოს წარმოდგენილი. უფრო ხშირად დიაგნოზს ესეამთ კბილთა მწკრივის გამოკეღევის ღროს: მულმივი კბილი არ არის კბილთა მწკრივში, მოსაცეღელი სარძეო კბილი ჯერ კიღეე კბილთა რიგშია, მულმივი კბილები არა სწორად არის განლაგებული, ღეფორმირებულია (გამობურცულია) აღეეოლური მორჩი, აღეეოლურ მორჩზე არის ხერეღარხი, პაციენტი აღნიშნაუს ნეეოროლოგიური ხასიათის გკივილს, რენგგენოლოგიური გამოკეღევის ღროს აღმოეაჩენთ შეკაეებულ კბილს საკბილე მორჩში.

შეკაეებულმა კბილმა შეიძლება გამოიწვიოს შემღევი სასის გართულებები: პერიოდონგის ანთება, მებობელი კბილის პულპიტი, ყბის ოსგეომიეღიტი, პერიკორონარიტი, პერიოსტიტი, აბსცესი, ფღეგმონა, ღიმფაღენიტი.

მკურნალობა შეიძლება იყოს კონსერვატიული (ორთოდონტიული) და ქირურგიული. ორთოდონტიული მკურნალობა გულისხმობს ამოჭრილი კბილების გადანაცელებას და ალგილის განთავისუფლებას ან ფუნქციო-

ნალურ გაღიზიანებას შეკავებული კბილების ამოჭრის დასაჩქარებლად. ავტორთა ერთი ჯგუფის აზრით თუ შეკავებული კბილი არ აწუხებს პაციენტს, მისი ამოღება არ არის საკვალადებულო. სხეები (პ. ლეოვი 1938) კი მიუთითებენ, რომ შეკავებული კბილის დატოვება იმ იმედით, რომ დღეს არ აწუხებს არ არის გამართლებული და საჭიროა მისი ამოღება.

რ ე გ ე ნ ი რ ე ბ უ ლ ი . კ ბ ი ლ ის ამოღების ოპერაციული ტექნიკა. შეკავებული კბილის ადგილმდებარეობის დაზუსტების შემდეგ ეკეთებთ შესაბამისი ზონის რეგიონულ გაუტკივარებას. ვაზუსტებთ განაკვეთის გომოგრაფიას (ინტრაორალური, ექსტრაორალური). ქვედა ყბაზე განაკვეთს ეტარებთ ინტრაორალურად (სეიმანის განაკვეთი, პარჩის განაკვეთი ან მათი მოდიფიკაცია), შეკავებული კბილის არეში ძლოვან ქსოვილს მოეხსნით ბორით, ფანჯარას გაეაფართოებთ და ელვეაგორით ან კბილის ამოსაღები მამით მოვარყევთ და ამოვიღებთ კბილს, კბილბუღეს გამოვრეცხავთ და ჭრილობას შეეკრავთ. იმ შემთხვევაში, როდესაც შეკავებული კბილის ამოღება არ ხერხდება, კბილს გაეჭრით ორად ბორით და ნაწილ-ნაწილ ამოვიღებთ. ზედა ყბაზე შეკავებული კბილის ამოღების დროს უნდა გავითვალისწინოთ ზედა ყბის ბორცვის მოტყეხა და ზედა ყბის წიაღის გახსნა. ეშეების ამოღების დროს განაკვეთს გაეატარებთ ან სასაზე ან გარდამავალ ნაოჭზე, იმისდა მიხედვით თუ როგორი მდებარეობა აქვს რეგენირებულ კბილს.

მ ე ს ა მ ე მ ო ლ ა რ ი ს გ ა მ ნ ე ლ ე ბ უ ლ ი ა მ ო ჭ რ ა . ქვედა მესამე მოლარის ამოჭრა ხშირ შემთხვევაში მიმდინარეობს გართულების გარეშე, ისე როგორც სხვა ჯგუფის კბილებისა, მაგრამ მოგ შემთხვევაში ადგილი აქვს ამოჭრასთან დაკავშირებულ რიგ სერიოზულ გართულებას. ამ მხრივ განსაკუთრებით საყურადღებოა კბილის ირგვლივ რბილი ქსოვილების ანთება. პერიკორონარიტი, რეგრომოლარული აბსცესი, პერიოსტიტი, ხახის კედლის აბსცესი, ყბისქევი არის ფლევმონა და სხვა.

მესამე მოლარების (განსაკუთრებით ქვედა ყბაზე) დაგვიანებული ამოჭრა ქმნის ხელსაყრელ პირობებს ამ არეში ანთებადი პროცესის განვითარებისათვის. ეს არის, უპირველეს ყოვლისა, ლორწოვანი გარსის ქულაკის წარმოქმნა ქვედა მესამე მოლარის გვირგვინის შიგნითა დისგალურ მხარეზე. ქულაკი წარმოქმნის უხემ ნაწიბუროვან ქსოვილს და არა მარტო ხელს უშლის კბილის ნორმალურ ამოჭრას, არამედ ქმნის ხელსაყრელ პირობებს ინფიციურებისათვის.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ს უ რ ა თ ი . დაუაღება იწყება ზომიერად გამოსაგული ტკივილით, ლექვისა და ყლაპვის გაძნელებით. ადგილი აქვს პირის გაღების შეზღუდვას – კრიჭის შეკერას. თუ დასაწყისში ადგილი აქვს სხეულის ტემპერატურის ზომიერ მომატებას (37,3⁰-37,5⁰). შემდგომში კლინიკური სურათი

თი მძიმდება, სხეულის გემპერაგურა მაგულობს, ანთებადი პროცესი ვრცელდება კბილის ირგვლივ ახლომდებარე რბილ ქსოვილებში, იკაფაეს გზას შიგნითა ფროთისებრი კუნთისაკენ (მედიალური ფროთისებრი) და ყბისქვეშა არეში. საჭიროა ავაღმყოფის პოსპიგალიზაცია და საჭირო სამკურნალო ღონისძიებების გატარება.

მკურნალობა. დასაწყისში, როდესაც დაავადების კლინიკური სურათი სუსტად არის გამოხატული: ადგილობრივი ანესთეზიის ფონზე ვახლოვნი ლორწოვანი ქუდაკის მთლიან-სრულფასოვან შემოჭრას, რათა მიეცეთ საშუალება კბილს განაგრძოს ამოჭრა. თუ კლინიკური გამოკვლევის საფუძველზე დადგინდა, რომ ამოჭრისათვის არ არის ხელსაყრელი პირობები, მაშინ სათანადო რევიონული ანესთეზიის შემდეგ, ვახდენთ მოლარის ამოღებას. პერიოსტიგის ან ფლეგმონის ჩამოყალიბების დროს უნდა განესაზღვროთ მოლარის ამოღების ჩვენება. თუ კბილის ამოღება არ იქნება დაკავშირებული რბილი და მაგარი ქსოვილების მძიმე გრავმასთან, მოლარს ამოვიღებთ და გაეხსნით ჩირქგროვას ან პირშიგნითა ან პირგარეთა განაკეთით. სხვა შემთხვევაში თავს ეიკავეთ კბილის ამოღებისაგან და მივმართავთ ჩირქგროვის გახსნას და მედიკამენტურ მკურნალობას. პირის გაღების თვალთახედვით უმჯობესია ბერმე-დუბოვის ანესთეზიის გაკეთება, ხოლო შემდეგ რევიონული ანესთეზია, ჩვენების მიხედვით. მესამე მოლარის ამოჭრასთან დაკავშირებულ გართულებების (პერიოსტიგი, ფლეგმონა და სხვა) მკურნალობის საკითხს დეტალურად განვიხილავთ მომდევნო თავებში.

მეოთხე ნაწილი

მეათე თავი

ყბა-სახის არეს ანთებადი დაავადებები

ანთებადი პროცესები ყბა-სახის არეში გავრცელებული დაავადებაა და სწკადასხვა ავგორების ამრით ქირურგიულ სტომატოლოგიური დაავადების 30-50% შეადგენს. ამ პათოლოგიის გამოვლენა არა ერთგვაროვანია და მერყეობს შემოსაზღვრული ქრონიკული ანთებიდან, ფართოდ განვრცობილ ჩირქოვან-ანთებად პროცესამდე, თან ახლავს მძიმე გართულებები სხვა ორგანოებისა და სისტემების მხრივ. ერთი და იგივე დაავადება განსხვავებულად მიმდინარეობს სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში. ამას ერთგვარად ართულებს პათოგენურ მიკრობთა მტკიცე შტამების ჩამოყალიბება და სამკურნალო საშუალებათა მიმართ მათი მდგრადობა. პათოლოგიური პროცესი თავისი ბუნებით ინფექციურია, და მის აქტიობას

ხელს უწყობს ყბა-სახის არეში არსებული ფაშარი შემავერთებელი ქსოვილი, ფასციალური შრეები და კარგად განვითარებული სისხლძარღვოვანი სისხლგამა.

დაავადების გამომწვევეი მიზეზია შერეული მიკროფლორა. სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ლილოკოკი, პნეემოკოკი, ანაერობული ფაქტორები და სხვა. ინფექციის გავრცელება შეიძლება მოხდეს პემაგოგენური გზით, ოღონტოგენური გზით (84%-მდე). ჩირქოვან-ინფექციური პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ოთხი გზით: 1. კბილის ფესვის არხით, როდესაც არხოვანი პულპა მკვდარია, 2. პერიოდონტის ნაპრალით, 3. პოეერსის მილაკებით, 4. ძელოვანი ქსოვილის პირდაპირი დაშლით (გალღობით). ქსოვილების დაზიანება (დამლა) დამოკიდებულია: მიკრობთა ვირულენტობაზე, მაკროორგანიზმის სენსიბილიზაციაზე, ორგანიზმის იმუნოლოგიურ რეაქტიულობაზე, ყბა-სახის არეს ქსოვილების ადგილობრივ იმუნიტეტზე, მიკროცირკულიაციის მდგომარეობაზე. ჩამოთვლილი ფაქტორების ერთობლიობა განაპირობებს პათოლოგიური პროცესის არა მარტო განვითარებასა და მიმდინარეობას, არამედ დაავადების გამოსაყვალს – პროგნოზს.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . მოწოდებულია დაავადების კლასიფიკაციის მრავალი სქემა. ა. ევლოკიმოვი და გ. ვასილიევი (1959) ცალკე განიხილავენ ოღონტოგენურ ანთებად პროცესებს, ხოლო არაოღონტოგენურ პროცესებს განიხილავენ ცალკე ორგანოს დაავადების მიხედვით. ავტორები ოღონტოგენურ ანთებად პროცესებს მიაკუთვნებენ:

1. პერიემენტიგი (პერიოდონტიტი).
2. პერიოსტიტი
3. ოსტეომიელიტი
4. ფლეგმონები

აბსცესები ცალკე გამოყოფილი არ არის და მათი კლინიკა განხილულია ორგანოს დონეზე. დაავადების ასეთი ფორმების გამოყოფა ჩემი აზრით საჭირო და მიზანშეწონილია, რადგან თვითეული ფორმა ხასიათდება თავისი კლინიკური სურათით, რაც განსაზღვრავს მკურნალობის რაციონალურ მეთოდს. ასეთი კლასიფიკაცია კარგ სამსახურს უწევს პრაქტიკულად მომუშავე ექიმს.

პ. ლეოვი, ვ. უეაროვი, გ. დუბოვი, დ. გარდაშნიკოვი და სხვები მიუთითებენ, რომ ასეთი დაყოფა არ არის მიზანშეწონილი, რადგან ანთება მიმდინარეობს ანაგომიურ-ფუნქციონურად მჭიდროდ დაკავშირებულ ქსოვილებში და დაავადების ცალკე ნოზოლოგიური ფორმების გამოყოფა არ არის მიზანშეწონილი. ავტორები პერიოდონტიტს, პერიოსტიტს, ოსტეომიელიტს და ფლეგმონას განიხილავენ, როგორც დაავადების განვითარების ეტაპებს. პათოლოგიური პროცესის ასე განხილვა არ მიმართავს მართებულად, რადგან ასეთი მიდგომა ხელს არ უწყობს პრაქტიკულად მომუშავე ექიმის კლინიკური ამროვნების განვითარებას და ხელს უშლის რაციონალური მკურნალობის ჩატარებას.

ა. შარგოროდსკი (1985) ყბა-სახის არეს ანთებად პროცესებს ყოფს სამ ღიდ ჯგუფად: 1. ოღონტოგენური და სტომატოგენური, 2. არაღონტოგენური, 3. სპეციფიკური. პირუელ ჯგუფს მიაკუთენებს: პერიოდონტიტს, პერიოსტიტს, ყბის ოსტიტს, ყბების ოსტეომიელიტს, აბსცესებს და ფლეგმონებს, არასპეციფიკურ ღიმფადენიგებს, პაიმორიტს.

მორე ჯგუფში განიხილავს: ფურუნკულს და კარბენკულს, პემატოგენურ ოსტეომიელიტს, ტრავმულ ოსტეომიელიტს, სიღლოაღენიგს, ქეღა ყბის სახსრის ართრიტს, აბსცესებს და ფლეგმონებს, ღიმფადენიგს.

მესამე ჯგუფში: აქტინომიკოზს, ტუბერკულოზს და სიფილსს. მოყავს თვითუღი ღაღეღების ფორმა, კღინიკური სურათის და მიმღინარეობის გათვღლის წინებით.

ამ კღასიფიკაციის ერთერთი უარყოფითი მხარეა ის, რომ ტუჩების ღაღეღება სღერთოდ არ არის განხიღული, როგორც სღკმაღღ გაერეღებუღი ღაღეღება.

მრღეღი წღის კღინიკური ღაკეირეებისა ღა გამოცღიღების სღფუქეღღე ყბღ-სახის არეს ანთებღდი პროცესების კღასიფიკაცია ასე მესახება:

ყბღ-სახის არეს ანთებღდი პროცესების კღასიფიკაცია

ცბრ. 1

ინფექციის მღრის ღახიღათის მხეღუ	ღაღეღების კღინიკურიფორმები		
	ღაღეღება	მწეღე	ქრონიკული
I ოღონტოგენური ანთებღდი პროცესები	პერიოდონტიტი	ა. სერომული, ბ. ჩირქოენი	ა. გამწეღებუღი ბ. პროღიფერაციული
	პერიოსტიტი	ჩირქოენი	პროღიფერაციული
	ოსტეომიელიტი	ა. მემოსღღღერული ბ. ღიფუღერი	ღესტრუქციული
	აბსცესი ფლეგმონა	ჩირქოენი ჩირქოენი ა. ზერეღეღ მღებარე ბ. ღრმღ მღებარე	
II არაღონტოგენური ანთებღდი პროცესები	ფურუნკული	ა. სერომული ინფიღ ტრღგისსღღღი ბ. ჩირქოენი	
	კარბუნკული	ვ. ღესტრუქციული ინკროზული ა. ჩირქოენი ბ. ღესტრუქციული ინკროზული	

	წითელი ქარი ციმბირის წყლული ქვილიტი	ნეკროზულესტრუქტურული ა. სერომული ბ. ჩირქოვანი	პროლიფერაციული
	ქვილიტი გლანდ- ულარული ლიმფოლიტები	ა. სერომული ბ. ჩირქოვანი ა. სერომული ბ. ჩირქოვანი	ა. ჩირქოვანი პროლიფერაციული
III. საეტიოპური ანთებადი პროცესები	ტუბერკულოზი აქტინომიკოზი სიფილისი მილსი		
IV. ინფექციურ-პემბოგენური		ოსტეომიელიტი ბ. ჩირქოვან-სეპტიკური გ. ლიმფური	ა. ჩირქოვანი-ნეკროზული
V. გრაბული VI. ზედა ყბის წიაღის ანთება	ოსტეომიელიტი ა. ოღონტოგენური ბ. რინოგენული	ჩირქოვანი ჩირქოვანი	ჩირქოვან- პროლიფერაციული
VII. სანერწყვეჯირ- კელის ანთება	ა. ეპიდემური ბ. არაეპიდემური გინგენსტეციალური დ. პარტენული ე. სანერწყვეჯირკელის კენოვანი დაავადება	ა. სერომული ბ. ჩირქოვანი ჩირქოვანი	ჩირქოვან-ნეკროზული პროლიფერაციული ჩირქოვან-ნეკროზული ჩირქოვანი

აღნიშნული კლასიფიკაციური სქემა პრაქტიკოს ექიმს არა მარტო მიუ-
თითებს პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობაზე (მწვავე, ქრონიკული),
ანთების ხასიათზე (სერომული, ჩირქოვანი), არამედ მიანიშნებს მკურნალო-
ბის კონკრეტულ ფორმაზე.

პერიოდონტიტი

პერიოდონტი შედგება შემაერთებულ ქსოვილოვანი ბოჭკოებისაგან და
მდებარეობს კბილის ფესვსა და კბილბუდეს შორის არსებულ ნაპარალში.
პერიოდონტი მდიდარია ლიმფური ძარღვებით და სისხლძარღვებით; სისხ-
ლის მიწოდება ხდება გარეთა საძილე არტერიის გოგებით. ლიგურატურ-
აში აღწერილია, რომ პერიოდონტის სისხლის მომარაგება წარმოებს
ძვალშიგნითა სისხლძარღვებით, რომლებიც კბილბუდის კედლიდან შედი-
ან პერიოდონტის ნაპარალში. ჩვენი გამოკვლევებით დადგენილია, რომ

პერიოდონტის სისხლით მომარაგება ხდება არა მარტო კბილბუდის კედლიდან შემაჯავალი სისხლძარღვებით, არამედ კბილის ფესვიში შემაჯავალი არტერიების გოგებიდანაც. კბილის არტერიებს ფესვის მწვერვალში შესულამდე გამოყოფა წერილი არტერიები, რომლებიც მიემართებიან პერიოდონტის ნაპრალებში და ქმნიან ფესვის ირგვლივ მდიდარ სისხლძარღვოვან ქსელს.

პერიოდონტის ანთება შეიძლება იყოს ინფექციური, გრამიული და მედიკამენტური წარმოშობის. ი. ლუკომსკის კლასიფიკაცია დამყარებულია პერიოდონტიში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესების ხასიათზე და ითვალისწინებს ანთების შემდეგ ფორმებს: ქრონიკული პერიოდონტიტი — 1. ფიბროზული, 2. გრანულოზური, 3. მაგრანულეზული, 4. ქრონიკული გამწვანებული (recrudescens).

მწვანე სეროზული ანთების დროს ქირურგიული ჩარევა ნაჩვენებია არ არის. დაავადების ასეთი ფორმები იმკურნალება კონსერვატიულად. მწვანე ჩირქოვანი პერიოდონტიტის ქირურგიული მკურნალობა ამოიწურება ფესვის მწვერვალის არეში განაკეთის გაგარებით, ჩირქოვანი ექსუდატის დრენირების მიზნით. მრავალფესვიან კბილებში, როდესაც კონსერვატიული მკურნალობა არა ეფექტურია, ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობა — კბილის ამოღება შესაბამისი რეგიონული ანესთეზიის ფონზე.

ქრონიკული პერიოდონტიტების მკურნალობის დასაწყისი ეტაპია კონსერვატიული მეთოდი. ეს ეხება ფიბროზული, მაგრანულეზულ და მცირე ზომის კისტა-გრანულომებს. აქ გასათვალისწინებელია არა მარტო დაავადების ფორმა, არამედ კბილის ანატომია, პაციენტის ასაკი და სხვა. ე. ი. კბილის ქირურგიული მკურნალობის საკითხი წყდება მრავალი ფაქტორის გათვალისწინებით. თუ კბილის გვირგვინი დაშლილია, ფესვი უყარგისი, კბილი მორყეული, ამ შემთხვევებში ნაჩვენებია კბილის (ფესვის) ამოღება სათანადო გაუტკივარების ფონზე. კბილის ფესვის არეში კისტა-გრანულომების, კისტების არსებობის დროს, კბილის ფუნქციის გათვალისწინებით მიემართავთ ცისტოექტომიას, კბილის ფესვის მწვერვალის რეზექციას. ეს ოპერაცია აღწერილია წინამდებარე თავში.

მწვანე პერიოსტიტი

მწვანე პერიოსტიტი პერიოდონტიტის გართულებაა, ჩირქოვან ინფექციური პროცესი კბილის ფესვის მწვერვალის არედან ვრცელდება პოვერის მილაკების ან ძლოვანი ქსოვილის პირდაპირი დაშლით, იკაფავს გზას ყბის კორტიკალური მხრისაკენ და გროვდება ძელისსაზრდელასა და ყბის ძვალს შორის, რასაც თან სდევს ძელისსაზრდელას ამრეეება. ძვალში ადგილი აქვს

ძელოვანი წერილი ხარისხების გაწოვას, განსაკუთრებით პოვერსის მილაკე-
ბთან მიმდებარე, რის გამოც უარყოფდება ძელის გეინის სიერეცეები, ძელო-
ვანი ქსოვილის დამლისა და ნეკროზის ნიადაგზე, ადგილი აქვს რბილი
ქსოვილების გამოხატულ შექუქებას.

ქ ღ ი ნ ი კ ა . დაავადება იწყება ზომიერად გამოხატული ტკივილით,
რომელიც თანდათან ძლიერდება. სხეულის გემქერაგურა მომაგებულია 38-
39⁰-მდე, ზოგჯერ ადგილი აქვს შემცივნებას. რბილი ქსოვილების შექუქება
პროგრესულად მაგვლობს, ვითარდება სახის ასიმეტრია, ზედა ყბის არეში
პერიოსტიტი შეიძლება გამოიწვიოს თეალის ნაპრალის დახურვა, ქვედა
ყბაზე ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, კრიჭის შექერა (რეტრომოლარული არეს
პერიოსტიტი), ყლაპვის გაძნელება. დათვალიერებით დაზიანებულ კბილთან
ლორწოვანი შექუქებულია, შექუქება ერეცდება მემზბელ კბილების არეში,
გარდამავალი ნაოჭი გასადაეებულია, დაავადებული კბილი შეიძლება მორყ-
ეული იყოს, პერკუსიით აღიქმება ზომიერად გამოხატული ტკივილი. რენტგენ-
ოლოგიურად, თუ პირველადი მწვავე პროცესია, ცელილებები არ არის, სხვა
შემთხვევაში ადგილი აქვს გამწვავებული ქრონიკული ანთებისათვის დამახ-
ასიათებელ ცელილებებს, პერიაპიკალურ არეში ძლოვანი ქსოვილის დე-
სტრუქციას. ყბის ქეეშა ლიმფური კვანძები გადიდებული და მტკივნეულია.
სისხლში გამოხატული ცელილებებია: ლეიკოციტოზი (8500-10.000 და მეტი).
რიგ შემთხვევაში ადგილი აქვს ეოზინოფილების რაოდენობის შემცირებას,
ერიტროციტების ღალექის სიჩქარე (ელს) მომაგებულია და აღწევს 14-18 მმ.
საათში.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ ჩირქოვან პერიოდონტიტი-
თან, მწვავე ოსტეომიელიტთან, ფლეგმონასთან.

მწვავე ჩირქოვანი პერიოდონტიტის დროს პათოლოგიური
პროცესი ლოკალიზდება ერთი კბილის არეში, პერკუსია ძალზე მტკივნეულია,
გარდამავალი ნაოჭი შექუქებულია კბილის ფესვის საპროექციო არეში.
კოლაგერალური შექუქება არ არის.

მწვავე ოსტეომიელიტის დროს უფრო მეტად არის გამოხატ-
ული პათოლოგიური პროცესი, რბილი ქსოვილების კოლაგერალური შექუ-
ქება, ადგილობრივად რბილი ქსოვილების შექუქება გამოხატულია ალვეო-
ლური მორჩის ორივე მხარეზე (ტუჩი, სასა, ტუჩი-ენა). ორგანიზმის ზოგადი
მდგომარეობა დამძიმებულია, ადგილი აქვს შემცივნებას, მკვეთრად გამოხატ-
ულია ლეიკოციტოზი, ელს-ი აჩქარებულია (30-50 მმ საათში).

ფ ლ ე გ მ ო ნ ი ს დროს რბილი ქსოვილების შექუქება მკვეთრად არის
გამოხატული, არის მაღალი სიცხე, ელს-ი აჩქარებული, ორგანიზმის ზოგადი
მდგომარეობა დამძიმებული, პათოლოგიური პროცესის არეში კანი პიპერე-
მიული, ნაოჭად არ აიღება, შეიგრძნობა ფლუქტუაცია (პერიოსტიტის დროს
კანი უცვლელია), გამოხატულია ინტოქსიკაცია.

მკურნალობა. მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის მკურნალობა მოითხოვს ინდივიდუალურ და დიფერენციულ მიდგომას. უნდა გავითვალისწინოთ ავადმყოფის ასაკი, კბილის ფუნქციური ღირებულება, ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა. მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტების მკურნალობა ქირურგიულია, საჭიროა ჩირქოვანის გახსნა. განაკვეთს ვაგარებთ იმის მიხედვით თუ რომელი კბილების არეში არის ლოკალიზებული პათოლოგიური პროცესი. ძირითადად ვაგარებთ პირშიგნითა განაკვეთს, რადგან პერიოსტეუმის ამრევება ალვეოლური მორჩიდან უფრო გამოხატულია პირის ღრუს მხრიდან. განაკვეთის სიგრძე უნდა იყოს 2,5-3 სმ მაინც (ზოგჯერ მეტი). ლანცეტის პირი მიმართულია ძელისაკენ, ვევეთავთ ლორწოვან გარსს და აუცილებლად ძელისსამრდელას, ისე რომ მოეახდინოთ ჩირქოვანი მასის თავისუფალი ღრენიება. ზედა ყბაზე ფრონტალური კბილების არეში განაკვეთს ვაგარებთ გარდამავალ ნაოჭზე, ისე რომ არ გადაეჭრათ ზედა ტუნის ლაგამი. დანარჩენ არეში განაკვეთს ვაგარებთ გამობურცული ლორწოვანი გარსის არეში. ქვედა ყბაზე ვითვალისწინებთ ქვედა ტუნის ლაგამის მდებარეობას. ხოლო რეგრომოლოარული არეს პერიოსტიტის შემთხვევაში უნდა გაეხსნათ არა მარტო ლოყისკენა მხარე, არამედ რეგრომოლოარული სამკუთხედი და საჭიროების შემთხვევაში უნისკერა არე. განაკვეთის გაგარება საკმარისი არ არის და საჭიროა მიზევის (კბილის) მოშორება. კბილის ამოღების საკათხს ვიხილავთ ინდივიდუალურად. ერთფესვიან კბილებს ახალგაზრდა ასაკში არ ვიღებთ, ვითვალისწინებთ მათი შემდგომი მკურნალობის და შენარჩუნების შესაძლებლობას. ერთფესვიან კბილებს ვიღებთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც მკვეთრად არის გამოხატული დაავადების სიმძიმე და მისი სწრაფი პროგრესულობა, შემცივნება, შეერყოლება, სეფსისური მოვლენები. მრავალფესვიანი კბილები, რომელთა არხები გაუვალაია, ამოსაღებია, მაგრამ უნდა გავითვალისწინოთ კბილის ამოღების გექნიკური შესაძლებლობა, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა. როდესაც კბილი (მესამე ქვედა მოლარი, ჩაგეხილი ფესვები და სხვა) ძნელად ამოსაღებია და დაკავშირებულია დამატებით გრავმასთან, ასეთი კბილები უმჯობესია პირველივე დღეს არ ამოვიღოთ და გადავლოთ რამდენიმე დღით. განაკვეთის გაგარების შემდეგ ჭრილობას გამოერეცხავთ ანგისეპტიკური ხსნარებით, ჭრილობაში შევიგანთ ღრენაქს და მას დაეაფიქსირებთ ან კბილებზე ან რბილ ქსოვილებზე. ავადმყოფს უუნიშნავთ ანგიბიოტიკებს, ანგიპისგამინურ პრეპარატებს, გვივილგამაყუჩებულს, ვიგამინებს, მე-3, მეოთხე დღეს კი ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს (უმს დენი, ულტრაიისფერი სხივები და სხვა). ჭრილობიდან ღრენაქს ვიღებთ ჩირქის გამოყოფის შეწყვეტისთანავე. პერიოსტიტების გაკვეთა უნდა მოხდეს აუცილებლად გაუტკივარების ფონზე, უფრო ხშირად ადგილობრივი ანესთეზიით (ინფილტრაციული, რევიონული). ზოგიერთ ავადმყოფზე მიემართავთ შესაძლო პოტენციურებას – (მშიშარა, ალგზნებული ავადმყოფები).

ქრონიკული პერიოსტიტი

ძელისსაზრდელას ქრონიკული ანთება იშვიათი დაავადებაა, გვხვდება ბავშვთა ასაკში და მოზრდილებში. ანთებადი პროცესი ღუნელ მიმდინარეობს თვეებისა და წლების განმავლობაში. უფრო გამოხატულია პროლუქციული ფაზა. პერიოსტეუმის ნელი, მაგრამ პროგრესული გასქელება. რიგი ავტორები მას განიხილავენ როგორც იმუნოდეფიციტურ დაავადებას. ჩემი აზრით მნიშვნელოვანია არა მარტო ყბის ძვალში არსებული ქრონიკული ანთებადი კერა, არამედ გრამეული ფაქტორიც.

კ ლ ი ნ ი კ ა . დაავადება იწყება და მიმდინარეობს უსიმპტომოდ. დასაწყისში პაციენტს რაიმე ჩივილი არა აქვს, ექიმს მიმართავს მამინ, როდესაც ვითარდება შესამჩნევი ასიმეტრია ქვედა ყბის სხეულის არეში (იშვიათად ზედა ყბაზე). გამოკვლევით პირის გაღება შეზღუდული არ არის, პალპაციით შეიგრძნება ყბის სხეულზე შესქელება, უძრავი, უმტკივნეულო. ყბის ამ მხარეზე შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე კბილი (ფესვი) მკედარი პულპით ან ნახევრად დაშლილი გეირგვინებით, პერკუსიით უმტკივნეულო, ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები უფრო ხშირად არ ისინჯება, იშვიათად შეიძლება იყოს ოდნავ გადიდებული, მოძრავი, უმტკივნეულო. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვადგენთ ყბის სხეულის არეში პერიოსტეუმის გასქელებას (ჩრდილს) მკაფიო კონტურების გარეშე. ძელის სტრუქტურა შენარჩუნებულია. ზოგჯერ აღინიშნება ამ წარმონაქმნის გამკვალების ტენდენცია, ახალგაზრდა ძელოვანი ქსოვილის წარმოქმნა, კანი უცვლელია.

დ ი ფ რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღ ი ა გ ნ ო შ ი უნდა გაავარაოთ სიმსივნურ პროცესთან, ქრონიკულ ოსტეომიელიტთან, ოსტეოდისპლაზიასთან.

ყბის ძვალში სიმსივნური პროცესის არსებობის დროს ადგილი აქვს ძელოვანი ქსოვილის დესტრუქციას, ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის ცვლილებებს, მეტასტაზებს ახლომდებარე ლიმფურ კვანძებში. პათოლოგიური პროცესი ვითარდება მეღარებით სწრაფად რამდენიმე თვეში. ქრონიკული პერიოსტიტი ვითარდება წლობით, არ ახასიათებს მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში, ძვალში არ არის დესტრუქციული უბნები, ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა უცვლელია. ქრონიკული ოსტეომიელიტის დროს ადგილი აქვს ძელოვანი ქსოვილის დესტრუქციას, რენტგენოლოგიურად აღინიშნება სეკვესტრები, არის ხვრელ-არხები. სისხლში ლეიკოციტოზი. ქრონიკულ ოსტეომიელიტს ყოველთვის წინ უძღვის მწვავე ანთებადი პროცესი ყბა-კბილთა სისტემაში.

ოსტეოდისპლაზიიდან უნდა განვიხილოთ მადეფორმირებელი ოსტომა, რომელიც ვითარდება სახის ძვლების ჩონჩხშიც, უფრო ხშირად მომწიფებულ ასაკში. რენტგენოლოგიურად ყბის ძვალში ადგილი აქვს ძელოვანი ქსოვილის უბნობრივ გასქელებას და გათხელებას, ძვალი გასქელებულია,

მაგრამ ზოგჯერ ადგილი აქვს წერილ კისტოზურ ღრუების წარმოქმნას. კლინიკურად შეიმჩნევა არა მარტო ყბის ძელის გასქელება-ლეფორმაცია, არამედ ყვრიმალის ძელის, ნიკაისა და სხვა ძელების ლეფორმაციაც, რასაც ადგილი არა აქვს ქრონიკული პერიოსტიტის დროს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ქრონიკული პერიოსტიტის მკურნალობა ქირურგიულია. მკურნალობას ვიწყებთ პირის ღრუს გასანირებით (ფესკების ამოღება, კარიესული კბილების მკურნალობა). გამოხატული ლეფორმაციის შემთხვევაში სათანადო გაუტკივარების ფონზე პირშიგნითა (ან პირგარეთა) განაკეთით გაეხსნით პათოლოგიურ კერას, მოეაყლით გასქელებულ ძვალსამრდელას, გაძეალების შემთხვევაში საჭიროა ფრეზით ახლადწარმოქმნილი ძელოვანი ქსოვილის მოშორება, ძელის გასადაეება და ჭრილობის გამორეცხვა. დაავადების დასაწყის სტადიაში, როდესაც მხოლოდ პროლიფერაციული კომპონენტია გამოხატული (გაძეალების გარეშე) მიემართავეთ ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს, ელექტროფორეზი ქლორკალციუმით, კალიუმის იოდიდით, ღიმექსილით. ახალგაზრდა ასაკში ასეთი ღონისძიებების ჩატარება პირის ღრუს გასანირების ფონზე ხშირად გვაძლევს კარგ თერაპიულ ეფექტს.

ოღონტოგენური ოსტეომიელიტი

ოსტეომიელიტი წარმოადგენს ინფექციურ ჩირქოვან-ანთებად პროცესს, რომელიც ძირითადად ლოკალიზდება ძელის გენისა და ძელოვან ქსოვილში. ოღონტოგენურ ოსტეომიელიტს კი განეხილავთ, როგორც ჩირქოვან-ანთებად პროცესს, რომელიც ძირითადად ლოკალიზდება ყბის ძელებში (იშვიათად ყვრიმალის ძელისა და რკალის ან ორბიტის არეში). ამ დაავადების გავრცელება სხეადასხვა ავტორთა მონაცემებით 2-9%ია. უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში, ბავშვთა ასაკში (5-10 წელი), მოზრდილებში (20-40 წელი). აღსანიშნავია, რომ ქვედა ყბის ოსტეომიელიტი გვხვდება უფრო ხშირად, ვიდრე ზედა ყბის. სტატისტიკური მონაცემებით ზედა ყბის ოღონტოგენური ოსტეომიელიტი შეადგენს 9-40%-მდე. ხოლო ქვედა ყბაზე 60-90%-მდე. მოგანილი ციფრობრივი მონაცემები არ არის ზუსტი და ისინი შეიძლება იყოს მეტაკლებად განსხვავებული რეგიონისა და კელევის მეთოდების მიხედვით.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . ამ დაავადებისაღმი მიძღენილი მრავალრიცხოვანი გამოკვლევები განაპირობებენ კლასიფიკაციური სქემების მრავალსახეობას. მკვლევარები ცდილობენ კლასიფიკაციურ სქემაში მოაქციონ არა მარტო ინფექციის მეჭრის გზა და მისი გავრცელება ქსოვილებში, არამედ ორგანიზმის რეაქტიულობა, დაავადების განვითარების ფაზები: პროდუქციული, პიპერპლასტიკური მიმდინარეობა; მწვავე, ქვემწვავე, ღიფუზური, შემო-

საზღვრული (კეროვანი) ქრონიკული, ლესტრექციული და სხვა.

აეგორთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ პრაქტიკულად მისაღებია დაავადების კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვით ყბების ოსტეომიელიტი შეიძლება იყოს: ოღონტოგენური, სტომატოგენური, ტრავმული, პემატოგენური, სპეციფიკური.

ოღონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს ყბაში ინფექციის შეჭრის კარი არის კბილის მკედარი პულპა, როდესაც ინფექცია-მიკრობი, მათი გოქსინები ყბის ძვალში შეაღწევს კბილის ფესვის არხიდან, გაივლის საკმაოდ რთულ გზას დაავადების განვითარებაზე.

სტომატოგენური ოსტეომიელიტის დროს ინფექციის ყბის ძვალში შეჭრის გზა პირის ღრუში არსებული რბილი ქსოვილების დაავადება: ნეკროზული სტომატიტი, პაროდონტიტი და სხვა. დაავადება ერთი ქსოვილიდან გადადის მეორე ქსოვილზე, ე.ი. პათოლოგიური პროცესი განერყობის (per continuitatem) გზით ვრცელდება ახლო მდებარე ორგანოებზე.

ტრავმული ოსტეომიელიტი ვითარდება ყბების ტრავმული დაზიანების (მოტყეხილობის) დროს, როდესაც ირღვევა ყბის მფარავი ქსოვილების მთლიანობა და ინფექცია პირის ღრუდან ან გარედან შეიჭრება დაზიანებულ ძელოვან ქსოვილში.

პემატოგენური ოსტეომიელიტი გვხვდება უფრო ხშირად ბავშვთა ასაკში, როდესაც მწვავე ინფექციური დაავადებების ფონზე ინფექცია ვრცელდება სისხლძარღვების (ლიმფური) გზით ყბის ძვალში. ამ შემთხვევაში პირის ღრუში ლორწოვანი გარსი და კბილთა სისტემა ინტაქტურია.

ყბების სპეციფიკური ოსტეომიელიტის გამომწვევი მიზეზია ტუბერკულოზის მიკობაქტერია, მკრთალი სპიროქეტა, ან სოკო აქტინომიცეტი. ინფექცია ყბის ძვალში შეიძლება შეიჭრას სისხლის გზით (მკრთალი სპიროქეტა), კბილის არხის გზით ან განერყობით.

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი . ოსტეომიელიტის გამომწვევი მიზეზი უხშირესად არის შერეული მიკროფლორა, თეთრი და ოქროსფერი სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, უფრო იშვიათად: ნენემოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, მოგჯერ ჩირქბადი სხვა ბაქტერიებიც. მძიმე ფორმის დროს აღინიშნება ანაერობული ფლორა. ამჟამად უმრავლეს შემთხვევაში წამყვანია პათოგენური სტაფილოკოკი.

ინფექციის შეჭრის ძირითადი გზა კბილის ფესვის არხი, სხვა გზებიდან აღსანიშნავია კონტაქტური და პემატოგენური. კბილბუდის კედლებიდან ინფექციის შეჭრა განპირობებულია ალკეოლის ანაგომიური შენებით. კბილბუდის კედლებში მრავლად არის წყრილი ხერელები სისხლისა და ლიმფური ძარღვებისათვის, ნერვული ბოჭკოებისათვის. პერიოდონტის ნაპრალში მოხვედრილი ინფექცია, ამ ხერელარხების საშუალებით შეიძლება ღრმად შეიჭრას ძელოვან ქსოვილში, მის ღრუბლოვან ნაწილში და ძელის ტვინში, რის შედეგად ვითარდება პათოლოგიური პროცესი – ოს-

გეომიელიგი. დასაწყისში ზიანდება ძელის წითელი გეინი, ყვითელი გეინი უფრო მდგრადია ინფექციის მიმართ. პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობაზე ვაქუნას ახლენს თვით ყბების ანატომიური შენება. შემოსაზღვრულკეროვანი ფორმა ხშირად გვხვდება ზედა ყბაზე, უფრო იშვიათად ქვედა ყბაზე. ზედა ყბა მდიდარია ღრუბლოვანი ნივთიერებებით, კომპაქტური ძელოვანი ქსოვილი ნაკლებად არის წარმოდგენილი, ქვედა ყბაზე კი პირიქით – კომპაქტური ქსოვილი მკვეთრად არის გამოხატული. ყბების ასეთი შენება განაპირობებს პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობის თავისებურებას. ზედა ყბაზე სექვესტრები მცირე ზომისაა, ქვედა ყბაზე კი მკაფიოდ გამოხატული. ამ საკითხს უფრო ვრცლად შევეხებით ქრონიკული ოსტეომიელიგის გარჩევის დროს. არხოვანი გზით გამოწვეული ოსტეომიელიგი უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე კონგაქტური. კონგაქტური ოსტეომიელიგები ატარებს შემოფარგულ-კეროვან ხასიათს. აეგორთა უმრავლესობა თელის, რომ ოღონტოგენური ოსტეომიელიგის გამოწვევი მიზეზებიდან პირველ ადგილზეა პირველი მოლარი, მეორე ადგილზე მესამე მოლარი (სიბრძნის კბილი), შემდეგ მეორე მოლარები.

აღწერილია ოსტეომიელიგის განვითარების რამდენიმე თეორია, მათ შორის საყურადღებოა:

ლექსერის თეორიის მიხედვით ძელისშიგნითა სისხლძარღვების კაპილარები საბოლოო გიპის სისხლძარღვებია, რომლებსაც ანაგრომები თანამოსახელე სისხლძარღვებთან არ გააჩნია და ინფექციური აგენტი, რომელიც მოხედა სისხლის მიმოქცევის სისტემაში, საბოლოო გიპის სისხლძარღვებში სისხლის მოძრაობის შენელების ფონზე ყოვნილება და ხელს უწყობს პათოლოგიური პროცესის განვითარებას. ახშობს კაპილარის სანათურს. იწყებს მიკროთრომბოზს, ირღვევა ძელოვანი ქსოვილის კეება (სისხლით მოპარაგება) და ვითარდება ნეკროზი, მეორადი ინფექციის თანდართვით კი ვითარდება ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი. ამავე ამრს იზიარებს ა. ბობროვი (1889 წ.).

ს. დერიჟანოვის ამრით ოსტეომიელიგი ღელოვან ძელებში ვითარდება ორგანიზმის სენსიბილიზაციის ფონზე. ამ მიზნით აეგორმა ჩააგარა ექსპერიმენტული ვამოკლეუები: წინასწარ საცულ ცხოველებში იწყედა ორგანიზმის სენსიბილიზაციას და შემდეგ შეყავდა მიკროფლორა. ამ ვამოკლეუებზე დაყრდნობით, მან დაადასტურა მიკროორგანიზმით სენსიბილიზაციის როლი ოსტეომიელიგის ვანვითარებაში. ს. დერიჟანოვის თეალსაზრისი შემდგომში დაადასტურა რიგმა მკელეუარმა (სნეკო, 1951; ჯ. ეასალიევი, 1951).

ჯ. სექსმირტი თელს, რომ ყბების ოსტეომიელიგის ვანვითარებაში წამყვან როლი ენაჭება ჩეაროტროფიკულ მოძლილობას. აეგორის ამრით კანლას ვესკუას არეში ირხებული პათოლოგიკური ამპულსები იწყევენ ადგელოტრეად ქსოვილების ტროფიკის მოძლას და ოსტეომიელიგური პროცე

სის განციოთარებას. აღნიშნული მოსაზრება დადასტურებული იქნა ექსპერიმენტულ მასალაზე.

ლექსერ-ბობროვის თეორია მოითხოვს გარკვეულ კრიტიკულ გააზრებას. ჩვენს მიერ 1970-74 წწ. კელეის თანამედროვე მეიოლების გამოყენებით შევისწავლეთ ყბა-სახისა და საღეჭი აპარატის ორგანოების სისხლის მიმოქცევის სისტემა: კელეამ გვიჩვენა, რომ ყბების ძელუბში საბოლოო გიპის არტერიები და არტერიოლები არ არსებობს, არის კარგად განვითარებული ანასტომოზური ქსელი, ამდენად ლექსერ-ბობროვის თეორია არ შეიძლება მიღებულ იქნას იმ სახით, როგორც აგორების მიერ არის წარმოდგენილი.

თანამედროვე გაგებით ყბების ოსტეოშიელიგის განვითარებაში ყურადსაღებია მაკროორგანიზმის რეაქტიულობა, იმუნობიოლოგიური მდგომარეობა, ქსოვილთა ადგილობრივი იმუნიტეტი, მიკრობთა პათოგენური აქტიუობა. გარდა ამისა მნიშვნელობა ენიჭება ორგანიზმის ასაკს, ყბებისა და რბილი ქსოვილების მიკროციკულატიორულ სისტემის ფუნქციურ მდგომარეობას.

პ ა თ ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა გ ო მ ი ა პათოლოგიური პროცესის დასაწყისში ადგილი აქვს ქსოვილთა ჰიპერემიას, წერილი სისხლძარღვები სისხლსავსეა, არის გამოხატული ექსუდაცია. ინფექციური აგენცის შემოქმედებით ანთების კერაში ყალიბდება მცირე ზომის ექსუდაციურ ჩირქოვანი უბნები, ვითარდება წერილი სისხლძარღვების თრომბოზი, კეების მომლის ფონზე ძლიერდება ქსოვილის დაშლითი პროცესი, დიდდება ჩირქოვანი კერები, იწყება ძელოვანი ქსოვილის გაღლობა-დაშლა. ანთების კერაში აღინიშნება მიკრობთა და მათი დაშლის პროდუქტების მატება, აღინიშნება გამოხატული ლეიკოციტარული ინფილტრაცია. ყალიბდება ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი. სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის მომლისა და სისხლძარღვთა გაღწეადობის მომატების ნიადაგზე ვითარდება კოლაგერალური შემუქება ანთებადი კერის მოსაზღვრე რბილ ქსოვილებში. ქსოვილთა კეების მომლის ნიადაგზე ყალიბდება ძელოვანი ქსოვილის სეკესტრები. სეკესტრების ზომა ზედა და ქვედა ყბაზე სხედასხეა და დამოკიდებულია ყბების სისხლძარღვთა სისტემაზე, ძლოვანი ქსოვილის შენებაზე. ზედა ყბა კარგად არის მომარაგებული მრავალი წერილი და საშუალო კალიბრის სისხლის ძარღვებით, ძლიერი ანასტომოზებით, ყბის ძელის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი ღრუბლოვანი ნიეთიერებაა, აქედან გამომდინარე ზედა ყბაზე სეკესტრები ყოველთვის მცირე ზომისაა. ქვედა ყბა ძირითადად მარაგდება ერთი მაგისტრალური — ქვედა ყბის ალუეოლური არტერიით და ამ რეგიონში სისხლის მიმოქცევის მოშლა გამოიწვევს დიდი ზომის სეკესტრების წარმოქმნას. ამას ხელს უწყობს აგრეთვე ის, რომ ქვედა ყბის შემადგენლობაში ჭარბობს კორტიკალური ქსოვილი.

სეკესტრი ძელოვანი ქსოვილია. რომელიც მოკლებულია კეებს (სისხლით მომარაგებას) და მოშორებულია დელობრიუ ქსოვილს. სეკესტრი

თავისი ზომით და ადგილმდებარეობით შეიძლება იყოს: ცენტრალური, კილოვანი, კორგიკალური ძელის, გოგალური. სეკესტრების ჩამოყალიბება იწყება ანთუბალი პროცესის ქვემწვავე და ქრონიკულ ფაზაში. ნეკროზული ძელოვანი უბნის გარშემო ვითარდება საღებარეკაციო ზონა, შემაერთებულ ქსოვილოვანი შენებით (ყალიბდება სეკესტრალური კოლოფი), რიგ შემთხვევაში შეიძლება ადგილი ქონდეს სეკესტრის სპონტანურ გამოყოფას და მოშორებას ყბის ძელისაგან. სხვა შემთხვევაში სეკესტრი რჩება სეკესტრალურ კოლოფში, განიცდის ნელ დამლით პროცესს, სეკესტრის კიდეები ხდება წაწვეტებული, სახის კანზე იხსნება წერილი ხერეღარები, საიდანაც პერიოდულად გამოიყოფა მცირე რაოდენობით ჩირქოვანი მასა. ლიგურატურაში აღწერილია ქვედა ყბის მოლიანი ნეკროზი, ალვეოლური მორჩის ნეკროზი კბილებით. სეკესტრაციის პროცესი მკაფიოდ არის გამოხატული ონკოლოგიურ აქადმყოფებში ყბების აუთისებინი სიმსივნეების დროს გამა სხივების გამოყენების დროს. ასეთი პათოლოგია აღწერილია სხივური ნეკროზის სასულწოდებით.

მწვავე ოღონგოგენური ოსტეომიელიტი (კლინიკა, იფურენიშიუღი ღიბზნოსტიკა, მკურნალობა)

მწვავე ოღონგოგენური ოსტეომიელიტი ძირითადად მწვავე ან ქრონიკული პერიღონგიტის, მწვავე პერიოსტიტის გამწვავეებაა. ინფექცია ვრცელდება არხოვანი გზით. პათოლოგიური პროცესი ვითარდება და ვრცელდება სწრაფად, თვით ძელოვან ქსოვიღში და მის ირგვლივ მღებარე რბიღ ქსოვიღებში. დაავადებას ახასიათებს მკაფიო კლინიკური სურათი, დაავადების კლასიკურ ფორმებში. კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია: 1. გკივიღი, 2. რბიღი ქსოვიღების შემუქება, 3. სხეუღის მაღალი გემპერატურა, 4. ცელიღებები თვთორ სისხღში, 5. ვრითროციტების დაღექვის აჩქარება, 6. ციღოვანი ცელიღს დარღვევა, 7. რენგგენოლოგიური ცელიღებები.

1. გ კ ი ვ ი ღ ი . დაავადების დასაწყის სგაღიაში (მწვავე ექსუღაციური ჩირქოვანი ფაზა) ავადმყოფი უჩივის ძღიერ მუღმიეი ხასიათის გკივიღს მიზეზობრივი კბიღის არეში, გკივიღი თანდათანობით მაგუღობს, ირადირებს სამწვერა ნერვის გოგების განღაგების არეში, აღინიშნება თავის გკივიღი. პერკუსიით კბიღი მგკიენეულია, ორ-სამ დღეში აღინიშნება მიზეზობრივი კბიღისა და მისი მეზობელი კბიღების მორყევა, ჩირქოვანი პროცესის ჩამოყალიბებასთან კბიღების არეში, გკივიღი რამღენადმე მცირდება, მაგრამ ვითარდება საერთო სისუსტე, თავებრუ, მოშლიღია ძიღი, დაქვეითებულია მაღა, პირიღან ცული სუნია.

2. რ ბ ი ღ ი ქ ს ო ვ ი ღ ე ბ ის მ ე მ უ ქ ე ბ ა . დაავადებას ახასიათებს სახის რბიღი ქსოვიღების შემუქება. აღინიშნება სახის ასიმეტრია. გეღა ყბაზე

პათოლოგიური პროცესის არსებობის დროს ცხვირგუნის ნაოჭი გასადაყუბულია, თვალის ნაპრალი შევიწროებული ან დახურული. სახის კანი ჰიპერემიული, სახის კანის ტემპერატურა აწეული. პალპაციით მტკივნეული, რბილი ქსოვილები ცომისებრი კონსისტენციისა.

ქვედა ყბის არეში ანთების დროს გუნის კუთხე ლეფორმირებულია, შემუკებულია ყბის ქვეშა რბილი ქსოვილები, პირის გაღება შეზღუდული, ყლაპვა და მეტყველება დარღვეული. კანი ჰიპერემიულია, ყბის ქვეშა ლიმფური კვანძები გადილებული, პალპაციით მტკივნეული. ფლუქტუაცია აღიქმება დაავადების განვითარების მოგვიანებით სგალიამი.

3. სხეულის მაღალი ტემპერატურა. როგორც წესი დაავადებას თან ახლავს სხეულის ტემპერატურის მომატება. ორგანიზმის ეს რეაქცია კანონზომიერია და მიგვანიშნებს დაავადების სიმძიმეზე. მაღალი ტემპერატურა შეერგოლებით და შეცივნებით მიგვანიშნებს დაავადების არა მარტო სიმძიმეზე, არამედ მოსალოდნელ გართულებაზე – სეფსისზე. ტემპერატურული რეაქცია მიგვანიშნებს ორგანიზმის რეაქტიულობაზე. თუ პათოლოგიური პროცესი უსიციხოდ მიმდინარეობს, ეს ნაკლებ საიმედო ნიშანია და მიუთითებს ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითებაზე (არეაქტიულობაზე). ტემპერატორული ფაქტორი გაელენას ახდენს ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიკურ, ქიმიურ ფაქტორებზე, ხელს უწყობს ინფექციური იმუნიტეტის ჩამოყალიბებას, აძლიერებს ფაგოციტარულ რეაქციას და ააქტიურებს ანტისხეულების გამომუშავებას (კ. ვესიოლიკინი, 1963; ა. ალო 1961 და სხვა). აქედან გამომდინარე სიცხის აწევა უნდა განვიხილოთ, როგორც ორგანიზმის დაცვითი რეაქცია ინფექციური პროცესის მიმართ. სხეულის ტემპერატურა მერყეობს 38-40°-ის ფარგლებში. ტემპერატურის მომატება განპირობებულია სისხლში პიროგენული აგენტების მოხედრით, რომლებიც გამოიყოფა იმ ლეიკოციტებიდან, რომლებიც მონაწილეობენ ანთებადი რეაქციის განვითარებაში. ე. ი. გარკვეულწილად დამოკიდებულია ფაგოციტარულ რეაქციაზე.

4. ცელიტები თეთრ სისხლში. სისხლი ერთ-ერთი მგრძობიარე ინდიკატორია ორგანიზმში მიმდინარე ინფექციურ პროცესზე. საინტერესოა თეთრი სისხლის რეაქცია. მწეავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დასაწყის ფაზაშივე პერიფერიულ სისხლში (ნორმა 5-6 ათასი) მკვეთრად მაგულობს ლეიკოციტები (10.000-18.000). ლეიკოციტების მომატება პერიფერიულ სისხლში დაკავშირებულია არა მარტო მათი ვაღანაწილებით, არამედ ინფექციური აგენტის შეჭრაზე სისხლმზბალი ორგანოების სწრაფი რეაქციით. ლეიკოციტების ფუნქცია მრავალფეროვანია, მათი ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანაა რაც შეიძლება სწრაფად შეაღწიონ ინფექციის კერაში და არა მარტო გააუენებელყოფონ, არამედ მოსპონ ინფექციის გამომწვევეი აგენტი. ფაგოციტოზის პროცესში დაღუპული ლეიკოციტებიდან გამოყოფილი ბიოლოგიური, აქტიური ნივთიერებები განაპირობებენ ანთებადი რეაქციის

განუითარებას ინფექციის კერაში. პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტების შემცირებული რაოდენობა ანოეზადი პროცესის პროგრესირების ფონზე მიუთითებს დაავადების გამოსავალის ცუდ პროგნოზზე. ჩვეულებრივ ოღონ-გოგენური ოსტეომიელიტის დროს ადგილი აქვს ნეიტროფილოზს, სისხლში ახალგაზრდა ნეიტროფილური ლეიკოციტების მომატებას, ეოზინოფილებისა და ლიმფოციტების რიცხობრივ შემცირებას.

ნეიტროფილების რაოდენობა იზრდება 70-80%-მდე, ლიმფოციტები კი მცირდება 18-15%-მდე, ჩხირბირვიანების რაოდენობა იზრდება 10%-მდე, ეოზინოფილებისა და მონოციტების რაოდენობის მკვეთრი დაქვეითება მიუთითებს დაავადების დამძიმებაზე. სისხლში ჩნდება ლეიკოციტები გოქსიკური მარცვლოვანობით. საერთო ლეიკოციტოზის ფონზე შედარებითი ლიმფოპენია და ნეიტროფილია არ ითვლება ცუდ პროგნოზად.

5. **ერითროციტების დალექიის სინქარე.** ორგანიზმში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესების პროგნოზში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ერითროციტების დალექიის სინქარეს. ნორმალ მიჩნეულია 6-12 მმ/ს. მწვავე ოღონგოგენური ოსტეომიელიტების დროს ადგილი აქვს საგრძნობ მომატებას 20-40-70 მმ/ს. ერითროციტების დალექიის აჩქარების მიზეზად რიგი ავტორები (გ. კოგანი, ნ. ბობროვი, 1949) მიიჩნევენ სისხლის ცილოვანი ფრაქციების ცვლის მოშლას, კერძოდ, გლობულინებისა და ფიბრინოგენის მომატებას და ალბუმინების რაოდენობის შემცირებას. ი. ლუკომსკის აზრით ელს-ის მომატება 40 მმ/ს მიუთითებს ყბის ძვალში დესტრუქციული პროცესის არსებობაზე. ელს-ის ნორმალიზება, რომელიც გამოჯანმრთელებას თითქმის არასოდეს არ ემთხვევა დინამიკაში, ყოველთვის მიგვანიშნებს დაავადების კეთილსაიმედო გამოსავალში.

6. **ცილოვანი ცვლის დარღვევა.** მწვავე ანთებადი პროცესების დროს სისხლში აღწერილია ცილოვანი ცვლის მნიშვნელოვანი დარღვევები. ამავე დროს მითითებულია, რომ ცილოვანი ცვლის დინამიკას დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადების მკურნალობის ეფექტურობის განსაზღვრისა და მოსალოდნელი გართულებების პროფილაქტიკაში. ლ. ეეპოვის მონაცემებით ადგილი აქვს ალბუმინების ფრაქციის შემცირებას და გლობულინების ფრაქციის მომატებას. ამასთან ერთად სისხლში ჩნდება C-რეაქტიული ცილა. ა. ლევენეცის მიხედვით, ანთებადი პროცესის გავრცელებასა და C - რეაქტიული ცილის შემცველობას შორის სისხლში, პირდაპირი დამოკიდებულება აქვთ ერთმანეთთან. ამასთან ერთად აღსანიშნავია, რომ რეაქტიული ცილის მაღალი შემცველობა სისხლში ყოველთვის არ გამოხატავს დაავადების გამოსავლის მძიმე პროგნოზს.

7. **ორგანიზმის იმუნოლოგიური მდგომარეობა.** უკანასკნელ ათწლეულში მკვლევართა ყურადღება მიპყრობილია სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების დროს ორგანიზმის იმუნოლოგიურ მდგომარეობასთან. ამავე დროს იმუნოლოგიური უკმარისობის დროული გამომქლავება

და მკურნალობის სქემაში იმუნოკორექციული საშუალებების ჩართვა აჩქარებს ავადმყოფთა გამოჯანმრთელების ეაღებს.

ჩვენი კათედრის კოლექტივის მიერ ჩატარებულმა გამოკვლევებმა (1983) გვიჩვენა, რომ მწვავე ოღონგოგენური ოსტეომიელიტით დაავადებულ ახალგაზრდა ასაკოვან ჯგუფში (18-25 წ.) ფაგოციტარული რეაქციის გარდა ძირითადად იმუნოლოგიური მარევენებლები იყო ნორმის ფარგლებში. 26-44 წლის ასაკოვან ჯგუფში ადგილი ქონდა გამოსხატულ იმუნოლოგიურ ცვლილებებს სისხლში. დაავადების მძიმე ფორმების დროს იმუნოგლობულინი A იყო დაბალი, იმუნოგლობულინი G დაავადების პირველ დღეებში იყო მაღალი, მაგრამ გამოჯანმრთელებასთან დაკავშირებით თანდათან მოდიოდა ნორმაში. 45-49 წლის ასაკში იმუნოგლობულინი იყო დაბალი (რაც მიუთითებდა რეაქტიულობის დაქვეითებაზე). მკურნალობაში იმუნომაკორეგირებელი საშუალებების ჩართვა იწვევდა იმუნოლოგიური მარევენებლების გამოსწორებას, რაც ემთხვეოდა ავადმყოფთა კლინიკურ გამოჯანმრთელებას.

8. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მწვავე ოღონგოგენური ოსტეომიელიტის დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა არ გვაძლევს მდიდარ ინფორმაციულ მასალას, მაგრამ ასეთი გამოკვლევა აუცილებელია და ის უნდა ჩატარდეს მწვავე მოვლენების ნაწილობრივი ჩაცხრობის შემდეგ. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვაღვნთ იმ ცვლილებებს, რომლებიც შეიძლება იყოს კბილის ფესვის ირგვლივ, ასეთი ცვლილებები დამახასიათებელია ქრონიკული პერიოდონტიტისათვის – ძელოვანი ქსოვილის უმნიშვნელო დესტრუქცია ან კისტა გრანულიომა, შეიძლება იყოს ალვეოლური მორჩის ძელოვანი ქსოვილის ნაწილობრივი რეზორბცია. უფრო გამოსხატული ცვლილებებია მოსალოდნელი დაავადებებიდან 12-14 დღის შემდეგ. როდესაც მწვავე ანთება გადადის ქვემწვავე პროცესში. სექვესტრაცია ვითარდება ზედა ყბაზე 3-4 კვირის შემდეგ, ხოლო ქვედა ყბაზე 5-6 კვირის შემდეგ და ამ საკითხზე უფრო დაწერილებით შეჩვირდებით ქრონიკული ოსტეომიელიტის კლინიკის განხილვის დროს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა. დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავატაროთ მწვავე პერიოსტიტიდან, მწვავე პაროტიტიდან, ავთვისებიან სიმსივნეებთან, ფლეგმონებთან.

მწვავე პერიოდონტიტი და მწვავე ოსტეომიელიტი აქვთ მსგავსი ზოგიერთი კლინიკური ნიშანი. ორივე დაავადება ოღონგოგენური წარმოშობის მწვავე ან ქრონიკული პერიოდონტიტის გამწვაებაა, ორივე დაავადების დროს ადგილი აქვს რბილი ქსოვილების კოლაგერალურ შემუქებას, გაღივებული და მტკივნეულია ლიმფური კვანძები, სხეულის გემპერატურა მომაგებულია, ცვლილებებია სისხლში. განმასხვავებელი ნიშნებია: პერიოსტიტის დროს გარდამავალი ნაოჭი შემუქებულია და გასადავებული ალვეოლური მორჩის ერთ მხარეზე. ოსტეომიელიტის დროს შემუქებულია ალვეოლური

მორჩის ორივე მხარე, მორყეულია ანთების ზონაში მღებარე რამდენიმე კბილი: ქველა ყბაზე მწვავე პერიოსტიტის დროს ეენსანის სიმპტომი (თუ პათოლოგიური პროცესი არ ლოკალიზდება ნიკაპის ხერხულის არეში) გამოხატული არ არის. ქველა ყბის მწვავე ოსტეომიელიტის დროს ეენსანის სიმპტომი უფრო ხშირად დადებითია. მწვავე პერიოსტიტის დროს ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა თითქმის ყოველთვის დამაკმაყოფილებელია, ოსტეომიელიტის დროს კი მძიმე. მწვავე პერიოსტიტის დროს მიზეზობრივი კბილის ამოღება და ჩირქტროის გახსნა ერთ-ორ დღეში იძლევა მდგომარეობის მკვეთრ გაუმჯობესებას, მწვავე ოსტეომიელიტის დროს პათოლოგიური პროცესის სიმძიმე ამ პერიოდში რჩება.

მწვავე ოსტეომიელიტისა და მწვავე პაროტიტის აქეთ მსგავსი კლინიკური ნიშნები. მკვეთრად გამოხატული ტკივილი, რბილი ქსოვილების შეშუქება, მაღალი სიცხე, ცელილებები სისხლში.

მწვავე პაროტიტის დროს რბილი ქსოვილების შეშუქება ძირითადად ლოკალიზდება ყბა-ყურა ჯირკელის არეში, ლოყის კანი დაჭიმულია, პალპაციით მტკივნეულია ყურის სახურავის არე, ბიბილო გადაწეულია. აღინიშნება სიმშრალე პირის ღრუში, გამომგანი სადინარის შემაღლება ჰიპერემიულია, ყბა-ყურა ჯირკელის არეში ზომიერი მასაყით, სადინარიდან გამოიყოფა ჩირქოვანი ნერწყვი, მოგვიანებით შეიძლება განვითარდეს სახის ნერვის ტოტების პარეზი, ზოგჯერ ჩირქი გზას იკაფავს გარეთა სასმენი ხერხულისაკენ.

მწვავე ოსტეომიელიტის დროს აღწერილი ნიშნები გამოხატული არ არის.

სიმსივნებსა და მწვავე ოსტეომიელიტის შორის არის ზოგიერთი მსგავსი სიმპტომი: ორივე დაავადების დროს არის სახის ასიმეტრია, დაავადების ადრეულ პერიოდში მფარავი კანი უცვლელია. ეენსანის სიმპტომი დადებითია. განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს გამომწვევი მიზეზი – კბილი ალვეოლურ მორჩშია, სიმსივნის დროს კბილები შეიძლება იყოს ინტაქტური. მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს მკვეთრად გამოხატული ტკივილია, სიმსივნური პროცესის დროს ტკივილი ძირითადად დამახასიათებელი არ არის. მწვავე ოსტეომიელიტის დროს ქსოვილების შეშუქება სწრაფად მიმდინარეობს – რამდენიმე დღეში (საათში), სიმსივნის დროს კი რამდენიმე კვირა და თვე. მწვავე ოსტეომიელიტის დროს ადგილი აქვს სხეულის ტემპერატურის მკვეთრად მომატებას, სიმსივნის დროს მაღალ ტემპერატურას ადგილი არა აქვს. სიმსივნის დროს კანის საფარი თითქმის ყოველთვის რჩება უცვლელი, მწვავე ოსტეომიელიტის განვითარებულ სტადიაში მფარავი კანი ჰიპერემიულია – გაწითლებულია.

ფლეგმონისა და მწვავე ოსტეომიელიტისათვის დამახასიათებელია მსგავსი სიმპტომები: სხეულის მაღალი ტემპერატურა, სახის ასიმეტრია, რბილი ქსოვილების შეშუქება, ლეჰმის, ყლაპვის, ლაპარაკის ფუნქციების მოშლა.

გამოსატული ცელილებებია სისხლში (ლეიკოციტოზი, ელსი აჩქარებულია), ორგანიზმის მდგომარეობა მძიმეა.

ოღონტოგენური ფლეგმონა განსხვავდება მწვავე ოსტეომიელიტისაგან: ფლეგმონის შემსახვევაში ანთებადი ინფილტრაცი და ჩირქოვანი მასა მოთავსებულია ყბის ძელის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილში, კოლაგენ-ალური შემსუპება გამოსატულია მკეოტრალ, ეენსანის სიმპტომი უარყოფითია. ანთებადი პროცესი ალვეოლურ მორჩზე ლოკალიზებულია მცირე უბანზე და მოიცავს მიზეზობრივი კბილის არეს. ფლეგმონის მუარავე კანი ციანოზური შეფერადებისაა, ღაჭიმულია, იქერცლება, პალპაციით აღიქმება ფლუქტუაცია. ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი ძირითადად ლოკალიზდება ყბის ძელის გარეთ და არა თვით ყბის ძეალში, როგორც ოსტეომიელიტის დროს.

მკურნალობა. მწვავე ოსტეომიელიტის მკურნალობა უნდა ჩატარდეს საავადმყოფოს პირობებში. მკურნალობა კომპლექსურია და მოიცავს ქირურგიულ ჩარევას და აქტიურ მედიკამენტურ შემოქმედებას: ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს შემდეგი საკითხები: ამოღებული იქნას თუ არა მიზეზობრივი კბილი, როგორი განაკვეთი გაატაროს, პირმიგნითა თუ პირგარეთა, რა სიგრძის განაკვეთია ოპტიმალური: საჭიროა თუ არა ყბის ძელის გრეპანაცია ამ ეტაპზე. განსაზღვროს მედიკამენტური მკურნალობის რაციონალური მიმართულება.

მიზეზობრივი კბილის ამოღების საკითხზე ლიგერატურაში არ არის ერთნაირი შეხედულება: ოც-ოცდაათიან წლებში ავტორთა ერთი ჯგუფი გამოსთქვამდა აზრს კბილის ამოღების წინააღმდეგ, რადგან ასეთმა ჩარევამ შეიძლება კიდევ უფრო გაამწვავეოს პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობა, ისინი კბილის ამოღებას საჭიროდ მიიჩნევენ ანთებადი პროცესის ჩაცხრომის შემდეგ. ორმოცდაათიან წლებში (ანტიბიოტიკების ერა) გაბატონდა აზრი, რომ მიზეზობრივი კბილი ამოღებული უნდა იქნას აუცილებლად. ჩემი აზრით კბილის ამოღების საკითხი უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალურად: თუ კბილის ამოღება დაკავშირებული არ იქნება ქსოვილების ღიდ გრავემასთან, კბილს ვიღებთ. იმ შემთხვევაში, როდესაც მოსალოდნელია რბილი და მაგარი ქსოვილების ღიდი გრავემა (მესამე ქვედა მოლარი, ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა) კბილის ამოღება უნდა გადავდოთ რამდენიმე ღლით. კბილს ვიღებთ შესაბამისი გაუტკივარების ფონზე.

რბილი ქსოვილების გაკვეთა ექიმებისაგან მოითხოვს გაქტიურ მიდგომას. ზედა ყბაზე ძირითადად ვატარებთ პირმიგნითა განაკვეთს, განაკვეთი უნდა იყოს საჭირო სიგრძის და მთლიანად და სრულად უნდა ხსნიდეს ჩირქტროკას, ამავე დროს უნდა ვეცადოთ ღიდ ფართობზე არ ავაშრევეოთ ძელისსამრდელა. თუ ჩირქის გამომგანს შევიგანთ ჭრილობაში ის უნდა დავაფიქსიროთ ან ზედა ყბის კბილებზე, ან ჩავაკეროთ ჭრილობაში აბრეშუმის ძაფით. ქვედა ყბაზე განაკვეთი უმჯობესია გავატაროთ პირგარეშე წესით, რაც მოგვეცემს საშუალებას სრულყოფილად გავხსნათ

ჩირქვროკა. მოგ შემიხსენებთ ღამიანობით შეიძლება მიემართოთ პირშიგნითა განაკვეთსაყ. ლიგერატურაში განაკვეთის სიგრძეზე აზრთა სხვადასხვაობაა. ავტორთა ერთი ჯგუფი (ი. ლუკომსკი 1933) მიუთითებს, რომ საკმარისია 2-3 სმ. განაკვეთი, სხვები (ე. ლუნაეუსკი, ა. შარგოროდსკი), უპირატესობას ანიჭებს უფრო დიდი ზომის განაკვეთებს. ჩემი აზრით, განაკვეთის სიგრძე ექიმმა უნდა განსაზღვროს ინდივიდუალურად და გააგაროს ისეთი ზომის განაკვეთი, რომელიც უზრუნველყოფს ჩირქის ოპტიმალურ ღრენიერებას ჭრილობიდან. უნდა გვახსოვდეს, რომ ქვედა ყბის არეში განაკვეთი უნდა გაეგაროთ ქვედა ყბის ქვედა კიდედან 2.5-3 სმ-ით დაშორებით, რათა არ დაეაზიანოთ სახის ნერვის ქვედა გოგი.

ყბის ძელის გრეპანაცია ლიგერატურაში განხილულია სხვადასხვა კუთხით: გერმანელ ავტორთა ჯგუფი (ლექსერი, პარე და სხვ.) თელიან, რომ ყბის ძელის გრეპანაცია აუცილებელი პირობაა მწვევე ოსტეომიელიტების მკურნალობის პროცესში. სხვები (პილდებრანტი, ბორხარსტი და სხვ.) მიუთითებენ, რომ ყბის ძელის გრეპანაცია არ არის აუცილებელი, საკმარისია მხოლოდ განაკვეთის გაგარება და ძელისსაზრდელას გაკვეთა. ჩემი აზრით ყბის ძელის გრეპანაცია საჭიროა მხოლოდ მაშინ, როდესაც განაკვეთის გაგარებისა და ძელისსაზრდელას გაკვეთის შემდეგ, როდესაც ძელოვანი ქსოვილიდან არა საკმარისია ჩირქის ღრენიერება, რჩება ძლიერი ტკივლი და დეკომპრესია საკმარისი არ არის. ძელის გრეპანაციას ვაკეთებთ რეგონული (მოგადი) გაუტკივარების ფონზე, ყბის ძელის გაშიშვლების შემდეგ ბორის საშუალებით ძვალში ვაკეთებთ ფანჯარას ნახევარი სმ-ის დიამეტრის, საიდ-ანაც ვახდენთ ჩირქოვანი მასის თავისუფალ ღრენიერებას.

ჭრილობის ღრენიერებას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დაავადების მკურნალობის კომპლექსში. ჭრილობის ღრენიერება შეიძლება იყოს აქტიური – პერმანენტული და პასიური. აქტიური პერმანენტული ღრენიერება უნდა ჩავატაროთ ვაკუუმ-დიალიზის მეთოდით: ჭრილობაში შეგვყავს წვეთობრივად ანგისეპტიკური ხსნარი, რომლის გამოგანა ხდება ვაკუუმმეთოდით. პასიური მეთოდი ითვალისწინებს ჭრილობის მექანიკურ გამორეცხვას ანგისეპტიკური ხსნარით, ბლაგვი ნემსის ან კატეტერის გამოყენებით. ჭრილობის გამორეცხვით ვაღწევთ მიკრობთა რაოდენობისა და დაშლითი პროდუქტების შემცირებას და მათ შეწოვას ორგანიზმში, ამით საგრძნობლად ვხსნით სენსიბილიზაციის მოვლენებს.

მიზანდასახული მედიკამენტური მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლებით-სათვის აუცილებლად საჭიროა ჭრილობის მიკროფლორის სახეობის განსაზღვრა და ანტიბიოტიკებისადმი მათი მგრძობილობის დადგენა. რადგან ამ გამოკვლევებს 3-4 დღე მაინც სჭირდება, ავადმყოფს ვუნიშნავთ პენიცილინს (ნახევარი – ერთი მილიონი ერთეული ან მეტი, ასაკისა და საერთო მდგომარეობის გათვალისწინებით). მიკროფლორის მგრძობილობის დადგენის შემდეგ კი ვიწყებთ მიზანდასახულ ანტიმიკრობულ მკურნალობას იმ

ანტიბიოტიკებით, რომელთა გამოყენება უფრო ეფექტურია. ანტიბიოტიკების დანიშნვის დროს უნდა გაეთვალისწინოთ მოსალოდნელი ალერგიული რეაქცია, ლისბაქტერიოზის განვითარება, გარდა ამისა უნდა განესაზღვროთ ანტიბიოტიკების გამოყენების ხანგრძლივობა (7-10 დღე). ყბების ოსტეომიელიტების დროს უპირატესობა უნდა მიეკეთოს იმ ანტიბიოტიკებს, რომლებსაც აქვთ უნარი დაგროვდეს ძლოვან ქსოვილში საკმაო კონცენტრაციით. ამ მიზნით გამოიყენება: მორფოციკლინი, ოქსაცილინი, ლისკოპიცილინი, ტერამიცილინი, კანამიცილინი და სხვა. ანტიბიოტიკებთან ერთად უნდა გამოვიყენოთ ფერმენტები, სულფამიდური პრეპარატები, წამალთა ასეთი კომბინაცია არა მარტ ამცირებს მოსალოდნელ გართულებებს, არამედ საგრძნობლად ამცირებს მიკრობთა რეზისტენტობას მათ მიმართ.

მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ბაქტერიოფაგებს (ზოგჯერ ავტობაქტერიოფაგი). საჭიროა აგრეთვე სოკოვანი დაავადების საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარება (ნისტაგინი, ლევორინი).

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მალესენსიბილიმბეული საშუალებების გამოყენებას. ასეთი პრეპარატებია: ღიმედროლი, ღიმპრაზინი, ღიამოლინი, სუპრასტინი, ტავეგილი და სხვა. გარდა ამისა ვიყენებთ კალციქლორის 10%-იან ხსნარს.

მკურნალობაში წარმატებით ვიყენებთ დემინტოქსიკაციურ მეთოდს: ინტრავენურად შეგვყავს პემოდები, პოლიგლუკინი, ფიზიოლოგიური ხსნარი, რეოპოლიგლუკინი და სხვა. მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ვიტამინებს, საგულე საშუალებებს, ანტიგენურ სტიმულიატორებს – მეთილურაცილს; პენტოქსილს, პროლიდგიომანს. ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს: უმსდენი, ულტრაიისფერი დასხივება, კისრის სიმპატიკური წნულის დასხივება ულტრაიისფერი სხივებით და სხვა.

ზოგჯერ მივმართავთ აუტოჰემოთერაპიას, მცირე დოზებით (100-150 მლ), თანამოსახელე სისხლის გადასხმას. მივმართავთ ტუტე-მეჯივიანობის რეაქციის კორექციას, ცილოვანი ცვლის მოწესრიგებას. ვიკვლევთ იმუნოლოგიურ მდგომარეობას და მკურნალობის კომპლექსში შეგვყავს იმუნომაკორეგირებელი საშუალებები.

ავადმყოფს ვაძლევთ ვიტამინიზირებულ მაღალკალორიულ საკვებს, დიდი რაოდენობით სასმელად წყალს (გულსისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობის გათვალისწინებით). დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პირის ღრუს რეგულარულ ტუალეტს.

მწვავე ოღონტოგენური ოსტეომიელიტის გართულება

მწვავე ოღონტოგენური ოსტეომიელიტის გართულებას განვიხილოთ, როგორც კონტაქტური გზით გაერყელებულ პათოლოგიურ პროცესს შემობლად მდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებზე.

პ ა ი მ ო რ ი ტ ი . ზედა ყბის მწვავე ოსტეომიელიტის შემთხვევაში მოსალოდნელია ანთებადი პროცესის გაერყელება ზედა ყბის წიაღის ლორწოვან გარსსა და ძელოვან ქსოვილზე. უფრო ხშირად გართულება მოსალოდნელია მაშინ, როდესაც ოსტეომოლიტური პროცესი ლოკალიზებულია ალვეოლურ მორჩში და ეშვის ფოსოს ძელოვან ქსოვილში. მწვავე ოღონტოგენური ოსტეომიელიტის კლინიკურ სურათს ემატება მწვავე პაიმორიტისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები: ცხვირის შესაბამისი ნესტოდან ჩირქოვანი გამონადენი, ზედა ყბის წიაღის დაჩრდილება და სხვა.

ქვედა ყბის სახსრის ართრიტი . საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ართრიტი შეიძლება ჩამოყალიბდეს ასწერივი ტოტის, სასახსრე მორჩის და ყვრიმალის რკალის ოსტეომიელიტის დროს. ავადმყოფი აღიქვამს ტკივილს ქვედა ყბის სახსრის საპროექციო არეში, ყბა-ყურა ჯირკვალთან, ქვედა ყბის მოძრაობა შემღულულია. გარეთა სასმენი ხერელის არე პალპაციით მტკივნეულია. რენტგენოლოგიურად სასახსრე მორჩში გამოვლინდება ძელოვანი დესტრუქცია.

ქვედა ყბის სახსრის ანკილოზი . მწვავე ჩირქოვანი ართრიტის ფონზე, პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება სასახსრე თავის ხრტილოვან ნაწილზე, სასახსრე ხრტილზე ვითარდება დესტრუქცია, ხრტილოვანი ნაწილის განლევის შედეგად ვითარდება ძელოვანი ქსოვილი, სასახსრე ნაპრალი დასაწყისში ვიწროვდება შემდეგ სრულიად ქრება და ყალიბდება ანკილოზი, ქვედა ყბის სრული უძრაობა.

მღვიმოვანი სინუსის თრომბოზი . სისხლძარღვთა თრომბოზი მწვავე ოსტეომიელიტის, იშვიათი, მაგრამ ძალზე საშიში გართულებაა. ვითარდება ზედა ყბის ოსტეომიელიტის შემთხვევაში ძალზე დასუსტებულ ავადმყოფებში. კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია: საერთო მდგომარეობის დამძიმება, მუღმივი ხასიათის ძლიერი ტკივილი თავის არეში, ღებინება, უნებლიე მოძრაობები. თვალის ქუთუთოების შეშუპების შედეგად ვიწროვდება თვალის ნაპრალი. ზოგჯერ აღგილი აქვს გამოხატულ ეგზოფთალმს. ირღვევა თავის გვინის ნერვების ფუნქცია (მეცხრე, მეათე, მეთერთმეტი). შეიძლება აღგილი ქონდეს მენინგიალურ მოვლენებს.

სეფსისი. მწვავე ოღონგოგენური ოსტეომიელიტის დროს მოსალოდნელია სეპტიცემია და სეპტიკოპიემია. ვითარდება ციებ-ციხელება (39-40°), პემორავიული გამონაყარი კანზე, არის ტაქიკარდია, ძლიერი ოფლიანობა, თავის ტკივილი, სისუსტე. აღინიშნება რიგი ორგანოების და სისტემების დეკომპენსაცია, არტერიული წნევის დაქვეითება. ავადმყოფი საჭიროებს მიზანდასახულ გამოკვლევას და ოპტიმალურ სამკურნალო ღონისძიებების გატარებას.

მ ე ღ ი ა ს ტ ი ნ ი ტ ი . იშვიათი მძიმე გართულებაა, ჩირქოვანი ინფექცია ვრცელდება კისრის საკუთარი ფასციით, კონტაქტური გზით. ავადმყოფი აღნიშნავს ტკივილს გულმკერდის არეში, ტკივილი ძლიერდება ღრმა სუნთქვის, დახველების დროს. გაძნელებულია ყლაპვა. მაჯა აჩქარებული, სუსტი ავსების, სუნთქვა ზერელე, გაძნელებული. გამოხატულია რაეიწ-შერბოს სიმპტომი, – ჩასუნთქვის დროს რბილი ქსოვილების ჩადრეკა საულლე ამონაჭდეში. დადებითია ა. ივანოვის სიმპტომი – კისრის ნერულ სისხლძარღვოვანი კონის მეფით აქაჩვა იწვევს ტკივილის შეგრძნებას გულმკერდის არეში. გულმკერდისა და ნეკნების პერკუსიით აღიქმება ზომიერად გამოხატული ტკივილი. ასეთი გართულება ხშირად მთავრდება ავადმყოფის დაღუპვით.

ა რ ო ზ ი უ ლ ი ს ი ს ხ ლ დ ე ნ ა . აროზიული სისხლდენა ვითარდება ჩირქოვან-ანთებადი პროცესის მოგვიანებით პერიოდში, ნეკროზული მასის მოშორების შემდეგ. სისხლდენა მოსალოდნელია საღამოს ან ღამის პერიოდში. სისხლდენა შეიძლება იყოს ვენური, არტერიული, მოგჯერ ძლიერ გამოხატული. თუ სისხლდენის შეჩერება თვით ჭრილობაში არ მოხერხდა, საჭიროა გარეთა საძილე არტერიის ან მისი გოგების (ენის, სახის) გადაკვანძვა.

ნ ა წ ი ბ უ რ ო ვ ა ნ ი კ ო ნ გ რ ა ქ ტ უ რ ა ვითარდება ანთებადი პროცესის ჩამთავრების პერიოდში, როდესაც ანთებად-ნეკროზული ქსოვილი შეიცვლება შემაერთებული ქსოვილით, განსაკუთრებით საღეჭი კუნთების მიმაგრების არეში და ლოყის რბილი ქსოვილების დანაწიბურების დროს. ნაწიბუროვანი კონგრაქტურის პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ადრეულ სამკურნალო ფიზკულტურას, მექანოთერაპიას.

ქრონიკული ოღონტოგენური ოსტეომიელიტი

ქრონიკული ოსტეომიელიტი წარმოადგენს ძირითადად მწვავე ოღონტოგენური ანთებების გართულებას. იმ შემთხვევაში, როდესაც მწვავე ანთებადი პროცესის მკურნალობა ან დაგვიანებით იწყება, ან არასრულყოფილად არის ჩატარებული, მწვავე პროცესი გადადის ქვემწვავეში და შემდეგ ქრონიკულში. როგორც ზევით იყო აღნიშნული მწვავე ანთებითი პროცესი საშუალოდ გრძელდება 10-12 დღე, ამის შემდეგ იწყება ქვემწვავე ფაზა, რომელიც გრძელდება 10-12 დღე. ამის შემდეგ პათოლოგიური პროცესი გადადის ქრონიკულში. ე. ი. ქრონიკული ანთებადი პროცესი ვითარდება დაავადების დაწყებიდან მე-4, მე-5 კვირამდე. ქრონიკული ოსტეომიელიტის მიმდინარეობა შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წელიც თუ არ ჩატარდა დროული და ამომწურავი მკურნალობა.

კ ლ ი ნ ი კ ა . ქრონიკული ოღონტოგენური ოსტეომიელიტი მიმდინარეობს ხანგრძლივად (რამდენიმე თვე და წელი) და ღუნედ. პერიოდულად ახასიათებს გამწვაება. კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია: ორგანიზმის ზოგადი ნორმალური მდგომარეობა, ან ზომიერად გამოხატული სისუსტე. სახის არეში ან ღორწოვან გარსზე პირის ღრუში ხერელარხების არსებობა, საიდანაც დრო და დრო გამოიყოფა მცირეოდენი ჩირქოვანი მასა და ზოგჯერ წერილი ძვლოვანი სეკვესტრები. პათოლოგიურ კერაში პირის ღრუში რამდენიმე კბილი მორყეულია, შეიძლება იყოს ნაწილობრივ გაშიშვლებული.

პერიფერიულ სისხლში მკაფიო ცვლილებები არ არის. არის ზომიერად გამოხატული ლეიკოციტოზი, მარცხნივ გადახრით, ელს-ი ზომიერად მომატებული (15-25 მმ/ს). რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ყბების ძვლების დესტრუქცია, სხვადასხვა ზომის სეკვესტრები. სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებშია ან სუბფებრილურია (37,3-37,6°).

როგორც ზევით აღვნიშნეთ დაავადებას ახასიათებს პერიოდული გამწვაება. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს: ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითება, რეაქტიულობის შეცვლა, ხანგრძლივი ინტოქსიკაცია, მიკრობული სენსიბილიზაცია, ორგანიზმის გადაცივება. გამწვაებების ფაზაში ავადმყოფი უჩივის სისუსტეს, თავის გკივილს, სახის რბილი ქსოვილების შეშუპებას, ხერელარხებიდან ჩირქდენის მომატებას. იცვლება სისხლის სურათი, აღვილი აქვს ლეიკოციტოზი, ელს – აჩქარებულია, სხეულის ტემპერატურა მაგულობს 38°-მდე. შეგუბების ნიადაგზე ჩირქი შეიძლება გავრცელდეს ირგვლივ მდებარე ფაზარმემართებელ სივრცეებში. პათოლოგიური კერის არეში კბილების მორყევა მაგულობს.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა გ ო მ ი ა . დაავადების მწვავე ფაზის დამთავრების პერიოდში ანთების შედეგად წარმოიქმნება საღმარაკაციო ხაზი მკედარ და ცოცხალ ქსოვილს შორის, რომელიც წარმოადგენილია გრანულაციური

ქსოვილით. გრანულაციური ქსოვილისა და ძელების საზღვარზე აღინიშნება დიდი რაოდენობით ოსტეოკლასტები, რომლებიც აქტიურად მონაწილეობენ ძელოვანი ქსოვილის გაწოვაში, მიმდინარეობს ახალგაზრდა ძელოვანი ქსოვილის წარმოქმნა ოსტეობლასტების უშუალო მონაწილეობით, ყალიბდება ე. წ. სეკესტრალური კოლოფი, რომლის შიგნითა კელვი გამოუფენილია გრანულაციური ქსოვილით. სეკესტრალურ კოლოფში მოთავსებული სეკესტრი განიცდის რა ოსტეოკლასტების და ქსოვილოვანი სითხის ზემოქმედებას, თანდათან ხდება დაკბილული და მყირდება ზომაში, ზოგჯერ მთლიანად გაწოვამდე კი. სეკესტრალური კოლოფის ქსოვილში ჩნდება ძელოვანი ხარისხები, რომლის გარშემო კონსენცირდება ახალი ძელოვანი ქსოვილი. ვითარდება ახალი სისხლძარღვოვანი ქსელი, სეკესტრალური კოლოფი ასრულებს დიდ როლს ახალი ძელოვანი ქსოვილის ფორმირებაში.

ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა . ქრონიკული ოსტეომიელიგისთვის დამახასიათებელია კლინიკური ნიშნები: დაავადების დაწყების მწვავე ფაზა, კბილების მორყევა, ხერეღარხების ჩამოყალიბება, რენტგენოლოგიურად სეკესტრების არსებობა, ზომიერად გამოხატული ლეიკოციტოზი, სისხლში გამაგლობულინების მომაგება, ღიაგნოზის დადგენა ძნელი არ არის. მაგრამ არსებობს ზოგი სხვა დაავადებები, რომლებსაც აქვთ მსგავსი კლინიკური ნიშნები, ამიტომ საჭიროა დიფერენციალური ღიაგნოზის გატარება მსგავსი კლინიკური ნიშნების მქონე დაავადებებთან: ყბის კიბო, ტუბერკულოზი, აქტინომიკოზი, სიფილისი, სახის კანის მიგრაციული გრანულომა.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი ა ლ უ რ ი ღ ი ა გ ნ ო ზ ი ქრონიკული ოსტეომიელიგი უნდა განვასხვავოთ ყბების ავთვისებიანი სიმსივნეებისაგან. ზედა ყბის კიბო ძირითადად ვითარდება ზედა ყბის წიაღის ლორწოვანი გარსისაგან. განვითარების გარკვეულ ეტაპზე იძლევა ძელოვანი ქსოვილის დესტრუქციას, სახის ასიმეტრიას, იწყება ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველად, პათოლოგიური პროცესი თანდათან პროგრესირებს. რენტგენოლოგიურად ძელოვანი ქსოვილი დამლულია, ძელის კიდეები დაკბილულია. ქრონიკულ ოსტეომიელიგს ყოველთვის წინ უძღვის მწვავე ანთების არსებობა, მაღალი სიცხე, ალვეოლურ მორჩბი კბილი მკედარი პულპით. ყოველივე ამის გათვალისწინებით და სხვა დამატებითი გამოკვლევებით ყბის კიბოს გამოვრიცხავთ. ქვედა ყბაზე ყბის კიბო თითქმის ყოველთვის მეორადია (პირველადი კიბო ვითარდება მალასეს ეპითელური უჯრედებისაგან) და იწყება ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსიდან, არა აქვს მწვავე დასაწყისი, ანამნეზის კარგი შეკრებით და ობიექტური გამოკვლევებით ამ დაავადებას გამოვრიცხავთ.

ტ უ ბ ე რ კ უ ლ ო ზ ი . ყბების ტუბერკულოზი ყოველთვის მეორადი დაავადებაა (პირველი კერა ან ფილგვებშია ან სხვა ორგანოებში) მას არ ახასიათებს მწვავე დასაწყისი, იძლევა წერილ სეკესტრებს, დაავადებას თან ახლავს ტკივილი, ყბის ქვემა ლიმფური კვანძების შესიება. ტუბერკულოზის პირველადი კერის დადგენა ხელს უწყობს ღიაგნოზის დამუსტებას.

აქტინომიკოზი. აქტინომიკოზი იწყება კანის ან ლორწოვანი გარსის დაზიანებით, შემდეგ ვრცელდება ყბის ძეგლზე. ახასიათებს განვითარების ორი ფაზა: მაგარი ინფილტრატი (ფიქრისებრი სიმკერვის), რომელიც შემდეგ გადადის დარბილებაში, ამ პერიოდში ვითარდება მრავლობითი ხერეღარხები, საიდანაც გამოიყოფა მცირე რაოდენობის ჩირქოვანი მასა, აქტინომიკოზის ღრუბების შემცველობით. მორფოლოგიური გამოკვლევით ვაღვენთ აქტინომიცეტის სოკოს.

სი ფ ი ლ ს ი. ყბების სიფილისურ დაზიანებას ეხეღებით დაავადების განვითარების მესამე სტადიაში. რენტგენოლოგიურად ძელოვანი ქსოვილი დაშლილია, მაგრამ აღინიშნება ძეღლში სკლეროზული უბნები, გაძეღლებადი პერიოსტიტის ნიშნები. მორფოლოგიური გამოკვლევით ვაღვენთ მკრთალ სპიროქეტას.

ს ა ხ ის მი გ რ ა ც ი უ ლ ი გ რ ა ნ უ ლ ო მ ა. ქრონიკული დაავადებაა, მიმდინარეობს ღუნედ კანქეღმა უჯრედისში, თან ახღავს გრანულაციური ქსოვილის წარმოქმნა, ძალიან მცირე რაოდენობის ჩირქით. ჩირქოვანი კერები თვითნებურად იხსნებიან სახის კანზე ღა წარმოქმნიან ზერეღე ხერეღარხებს. გარკეღული ღროის შემღეღ ხერეღარხი იხურება, მაგრამ მის მემოზღად იხსნება ახალი ხერეღარხი. ხერეღარხების ზონღირებით შევიგრძნობთ რბილ ქსოვილს (ქრონიკული ოსტეომიელიტის ღროს კი ძეღოვან ქსოვილს).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ქრონიკული ოსტეომიელიტის მკურნალობა კომღეღსურია, მოიღავს ქირურგიულ ღა კონსერვატიულ-მეღიკამენტურ მკურნალობას. ქირურგიული მკურნალობა ითეღლისწინებს ღავადების გამომწეღეღი მიზემის (კბილი განგრეღული ჰულქით) მოშორებას ღა სეკესტრების ამოღებას.

კბილის ამოღება შეიძლება აეღღმყოფის ჰოსპიტალიზაციის ჰირეღელ ღღეღებში, რათა ღროულად მოეღშოროთ ინფექციის ჰირეღელადი წყარო. სეკესტრების ამოღება კი მოითხოვს აეღღმყოფის სათანადო წინასწარ მომზადებას. უნღა გავითეღლისწინოთ მისი ზოგადი მღგომარეობა, სეკესტრალური კოლოფის მომწიფება, სეკესტრექტომიის შემღგომ პერიოდში ყბის პათოლოგიური მოგეხილობის თავიღან აციღება. ზეღა ყბაზე სეკესტრების ამოღება არ არის ღაკავშირებული მოსალოღნელ მძიმე გართულებასთან, ქეღღა ყბაზე კი მოსალოღნელია პათოლოგიური მოგეხილობა.

სეკესტრექტომიის წინ საჭიროა აეღღმყოფის მეღიკამენტური მომზადება. ფიზიკურად ღასუსტებულ აეღღმყოფებში ვაგარებთ ინტრავენურ გაღასხმებს, ეიგამინოთერაპიას, მაღესენსიბიღიზებულ მკურნალობას, ანტიბაქტერიულ მკურნალობას. ჩენეების მიხეღვით ვაძღვეთ მასტიმულირებულ სამუღლებებს, ოქერაციულ ჩარეღვას ეაწარმოებთ სათანადო გაუტკიეღარების ფონზე რეღიონული ღა ინფილტრაციული ანესთეზიის შერწყმით. აღვეოღური მორჩის სეკესტრაციის ღროს განაკეტს ეაგარებთ ჰირის ღრუს მხრიღან, ლორწო-

ვან გარსს ავაშირეებთ და ფრთხილად გამოუფხეკაეთ კოვზით, პემოსტაზისა და ჭრილობის ანგისექსიკური ხსნარით გამორეცხვის შემდეგ მას ყრუდ გაეკრაეთ. მცირე ზომის სეკვესტრების და ხერელარხების სახის კანზე არსებობის დროს ეაფართოებთ ხერელარხებს და ვიღებთ ბასრი კოვზით სეკვესტრებს და პათოლოგიურ გრანულაციურ ქსოვილს, ჭრილობას გამორეცხავთ და მასში შევიგანთ იოდოფორმის დოლბანდს. მოგვიანებით კანის პლასტიკით ხერელარხებს დაეხურათ.

ქვედა ყბაზე სეკვესტრექტომია შეიძლება ჩაეაგაროთ პირშიგნითა ან პირგარეთა განაკვეთით, ჭრილობის გახსნის შემდეგ პენით ფრთხილად ვიღებთ სეკვესტრს, თუ სეკვესტრი დაკავშირებულია გრანულაციურ ქსოვილთან, გამოეყოფთ ბლავკად კბილის რასპაგორით და შემდეგ ამოვიღებთ. სეკვესტრის ამოღების შემდეგ ბასრი კოვზით ფრთხილად გამოეწმენდთ სეკვესტრულ კოლოფს და ჭრილობაში შევიგანთ იოდოფორმის დოლბანდს. ჭრილობაში ნეკროზულ-ჩირქოვანი მასის არსებობის შემთხვევაში, დრუს გამოერეცხავთ და მასში შევიგანთ ფერემენგებისა და ანგიბიოტიკების ხსნარში დასეელებულ დოლბანდს. ჭრილობაზე ვაღებთ სამობილიზაციო ნაკერს, საბოლოოდ კანს გაეკრაეთ ჭრილობიდან პათოლოგიური გამონადენის შეწყვეტის შემდეგ. თუ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში წარმოიშვა საშიშროება ყბის პათოლოგიური მოგეხილობისა, საჭიროა ინტერმაქსილური არგაშნების დაღება 4-5 კვირის განმავლობაში. ბოლო წლებში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა სეკვესტრალური დრუს ამოესების საკითხს. ლიგურატურაში აღწერილია ამ მიზნით ცხოველთა კონსერვირებული პერიტონეუმის ქსოვილის გამოყენება (ე. ლაეროვი, 1963), რომელიც საგრძნობლად აძქარებს ძელოვანი დეფექტის შეხორცების ვაღებს. სხვები (ნ. გულიევა, 1964) უპირატესობას ანიჭებენ დრუბლოვან პომოქალს ანგიბიოტიკებთან ერთად. ამ მიზნით გამოიყენება აგრეთვე ბრეფოქალი.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფს ეუნიშნავთ ფართო სექტრის ანგიბიოტიკებს, მიკროფლორის მგრძნობელობის განსაზღვრის გათვალისწინებით. შეძლებისდაგვარად 7-8 დღეში ვცვლით ანგიბიოტიკებს.

სათანადო ყურადღება უნდა დაეუთმოთ დიეტურ კეებას და ვიგამინებით მკურნალობას. ქრონიკული ანთება მიმდინარეობს ორგანიზმში მინერალური, ცილოვანი ცვლის და პიპოვიტამინოზის ფონზე. აქედან გამომდინარე აუცილებლად საჭიროა ყუათიანი კალორიული საკეების მიცემა, ხილის წეენები. ორგანიზმში დამატებით უნდა შევიყენოთ ვიგამინები; ასკორბინის მჟავა, ვიგამინი D, B. ამავე დროს ავადმყოფს ეუნიშნავთ კალციუმქლორის 10%-იან ხსნარს (10-12 დღე) ასკორბინის მჟავა 2-2,5 მგრ. კილოგრამ მასაზე.

დაუსტგებულ ავადმყოფებში ვიყენებთ მცირე დოზით თანამოსასელე ჯგუფის სისხლის გადასხმას (100-150 მლ). პარენტრული კეებისათვის – პიდროლიზინს (500 მლ), კაბეინის პიდროლიზატს (400 მლ), შეგეყავს რეტაბოლილი (5%-1 მლ) 2-3 კვირაში ერთხელ. ცილოვანი სისხლის

შემცველი ხსნარი. ყოველივე ეს ხელს უწყობს ანთებადი პროცესის ჩაქრობას და ოსტეოგენეზის სტიმულირებას.

საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობის კომპლექსში ჩაერთავეთ მაღლხენ-სიბილიზებელ (დიმედროლი, სუპრასტინი და სხვა) და სადემინტოქსიკაციო საშუალებებს. მკურნალობის პერიოდში ვიყენებთ ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს (უმს-დენი, ულტრაბიისფერი სხივები და სხვა). ანთებადი კონტრაქტურის თაყიდან აცილების მიზნით საჭიროა სამკურნალო ფიზკულტურის მეთოდების მიზანდასახული გამოყენება.

ქრონიკული ოსტეომიელიტის გართულება

ქრონიკულმა ოღონტოგენურმა ოსტეომიელიტმა თავისი განვითარების და მკურნალობის პერიოდში შეიძლება მოგვეყოს რიგი გართულება, მათ შორის:

1. ქრონიკული ინტოქსიკაცია. ქრონიკული ინტოქსიკაციის დროს აღინიშნება სიმპატიკოტონია, ორგანიზმის აწვეული მგრძობილობა აღრენ-აღინისაღმი, ოღონტოგენური ანთების ჩაქრობის შემდეგ ეს მოვლენა ქრება. ქრონიკული ინტოქსიკაცია იწვევეს რეგიკულურ-ენღოთელური სისტემის გაღი-ზიანებას, ამის ნიაღაგზე აღგილი აქეს მონოციტების მომაგებას სისხლში. ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, გამოხაგულია აპათია, სწრაფი დაღლი-ლობა, მიღრეკილება ძილისაღმი. აღნიშნული ნიშნები მუღმიევი არ არის. ზოგჯერ აღგილი აქეს უძილობას, აწვეულ გამაღიზიანებლობას, თავის გკივილს, თაებრუს. გკივილი აღიქმება გულის არემი, კუნთებში. არის სუბფებრიღური ტემპერატურა. ღიაგნოზის დაღვენა აღვილი არ არის და საჭიროა სპეციალ-ური სინჯების დაყენება. მათ შორის:

აღრენაღინის სინჯი. ავადმყოფის კანქვეშ შეგვეყავს 0,1%-იანი აღრენაღინის ხსნარის 0,2 მღ. ინტოქსიკაციის შემთხვევაში პულსი გახშირღ-ება, არტერიული წნეევა საგრძობღად აიწვეს.

ვაქციინის სინჯი. ავადმყოფის კანქვეშ შეგვეყავს 0,2 მღ. სტრეპ-ტოკოკების ერთკეირიანი კულტურის გაფიღტრული ხსნარი (სტრეპტოკოკე-ბი ამოთუსიღია ოსტეომიელიტური კერიდან). მეორე მხარეზე შეგვეყავს სტერიღური ბულიონი (საკონტროლოღ). სტრეპტოკოკების ვაქცინის შეყე-ვის აღგიღზე დაღებითი რეაქცია მიგვანიშნებს ქრონიკულ ინტოქსიკაციაზე.

პროუოცირების სინჯი. დაავადებული ოსტეომიელიტური კერის მექანიკური გაღიზიანება (გამოფხევა) იწვევეს ანთებითი პროცესის გამწვაე-ბას და ავადმყოფის ორგანიზმის საერთო მღგომარეობის გაუარესებას.

2. ყბის პათოლოგიური მოგეხიღობა. ძეღოვან ქსოვიღში მიმღინარე ქრონიკული ანთება იწვევეს ძეღის დესტრუქციას და დასუსტებულ ავადმყოფებში ოსტეოგენეზის დაქვეითების ფონზე, შეიძლება მოხდეს პა-თოლოგიური მოგეხიღობა. ამას ხელს უწყობს აგრეთვე ყბის ძეღში ღიღი

ზომის სეკესტრების ჩამოყალიბება. კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია: ტკივილი, თანკბილვის დარღვევა, ლექვის ფუნქციის მოშლა. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება ძელის დესტრუქცია და მონაგები ფრაგმენტების შექურება. იუ პათოლოგიური მოგვიხილობა დროულად არ იქნა ამოცნობილი, ჩამოყალიბდება ყალბი სახსარი, ყბის ძელების დეფორმაცია: მიკროგენია, მიკროგნაცია.

3. ქვედა ყბის კონტრაქტურა : საღეჭი და შივითა ფრთისებრი კუნთების ზონაში ხანგრძლივი ანთებადი პროცესის შედეგად შეიძლება განვითარდეს ანთებადი კონტრაქტურა. აქალმყოფი მიუთითებს ქვედა ყბის მოძრაობის თანდათან შემზღუდაზე, საკეების მოკეჩის და ლეჭვის გაძნელებაზე, რენტგენოლოგიური გამოკვლევით სახსარში პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება. საღეჭი კუნთის მიმაგრების ადგილზე შევიგრძნობთ მომკერივო კონსისტენციის ინფილტრატს.

4. საფეთქელ ქვედა ყბის სახსრის ანკილოზი. ასწვრივი გოგის და სასახსრე მორჩის ქრონიკული ოსტეომიელიტის დროს ანთებადი პროცესი აზიანებს სასახსრე თავს და ხრტილოვანი ნაწილის დალუპვის შედეგად ვითარდება ძელოვანი შეხორცება, ქვედა ყბის მოძრაობა მკვეთრად იზღუდება და გარკვეულ ეტაპზე უძრავი ხდება. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით საფეთქელ ქვედა ყბის სახსრის არე პომოგენურია, სასახსრე ნაპრალი არ ჩანს, მკურნალობა ოპერაციულია.

მეთერთმეტი თავი

სახისა და პირის ღრუს რბილი ქსოვილების ჩირქოვან-ანთებადი დაავადებები

პირის ღრუში და სახის არეში მწვავე ჩირქოვანი ანთებადი პროცესები შეიძლება განვითარდეს ოღონტოგენური და სტომატოგენური გზით.

პათოლოგიური პროცესი ძირითადად ლოკალიზდება ღორწოვანი გარსის ქვეშ, სახის კანის ქვეშ მდებარე ცხიმოვან ფაშარშემავრთებელ ქსოვილში, ფასციათამორის სიერეკეში, კუნთოვან ბოჭკოებსა და კუნთებში, ლიმფურ კვანძებში. ინფექციის უირულენტობისა და ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გათვალისწინებით ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი შეიძლება იყოს შემოფარგლული ან განერყობილი ფართოდ რბილ ქსოვილებში. ჩვენ აქ განვიხილავთ დაავადებათა ორ ჯგუფს: აბსცესებს და ფლეგმონებს.

აბსცესები

აბსცესი წარმოადგენს რბილ ქსოვილებში წარმოქმნილ მკაფიოდ შემოსაზღვრულ ჩირქვროვას, რომელსაც ორგანოს ერთი მეოთხედი ან მეხუთედი უკავია, აბსცესისათვის დამახასიათებელია გკივილი, რომელიც უფრო გამოხატულია ინფილტრაციისა და ჩირქოვანი ანთების დასაწყის ფაზაში. ანთება მიმდინარეობს სწრაფად და უკვე მეორე-მესამე დღეს აღინიშნება ფლუქტუაცია. ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა ძირითადად დამაკმაყოფილებელია, სსეულის გემპერატურა შეიძლება იყოს მომაკებული (37,5°-37,8°). სისხლში ცვლილებები ან არ არის, ან ზომიერად გამოხატული ლეიკოციტოზია. ლიფტნომის დასმაში გვეხმარება ჩირქვროვის პუნქცია.

1. ქვედა ქუთუთოს აბსცესი. ინფექცია ერცელდება განერცობით. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, სსეულის გემპერატურა ნორმის ფარგლებში ან სუბფებრულურ ღონებზე. ავადმყოფი უჩივის ზომიერად გამოხატულ გკივილს, ქვედა ქუთუთო შეშუპებულია, მფარავი კანი პიპერემიული, თვალის ნაპრალი შევიწროებული, პალპაციით აღინიშნება ფლუქტუაცია. მკურნალობა ქირურგიულ-მელიკამენგური. ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ (ნოვოკაინის 1%-იანი ხსნარის 1,5-2 მლ) ვაგარებთ ვანაკეეთს ქვედა ქუთუთოს ქვედა კიდესთან – ორბიგის ღონებზე. ვავხსნით კანს და კანქვეშა ცხიმოვან ფაშარ ქსოვილს, ჭრილობას გამოვრეცხავთ ანტისეპტიკური ხსნარით, ჭრილობაში ჩავგოვებთ რეზინის გამომგანს და შევავხევთ პიპერტონულ ხსნარში დასეელებული სგერილური მასალით. თვალის ნაპრალი უნდა გამოვრეცხოთ ალბუცილის ხსნარით (ან ანტიბიოტიკის ხსნარით). ავადმყოფს უნიშნავთ ანტიბიოტიკებს, მადესენსიბილიზებულ საშუალებებს, გკივილდამაყუჩებელს.

2. თვალბუდის არეს აბსცესი. ინფექცია ერცელდება კონგაქტური გვით, ზედა ყბის მწვავე პერიოსტიტის, ოსტეომიელიტის ან ზედა ყბის წიალის მწვავე ანთების დროს პათოლოგიური პროცესი შეიძლება გადავიდეს თვალბუდის ფაშარშემავრთებელ ქსოვილზე, თვალბუდეში ინფექცია შეიძლება მოხედეს კუთხის ეენის თრომბოზის შემთხვევაშიც. ფაშარი შემავრთებელი ქსოვილი თანაბრად არის განაწილებული თვალის კაკლის ირგვლივ. ავადმყოფი უჩივის ძლიერ გკივილს თვალბუდის არეში, მხედველობის გაუარესებას, თავის გკივილს. ჩირქოვანი პროცესი იწვევს თვალის კაკლის ცლომას, მხედველობის გაორებას. თვალის ქუთუთოები შეშუპებულია, თვალის ნაპრალი შევიწროებული. თვალის კონიუქტია პიპერემიულია, შეშუპებულია. პალპაციით ქუთუთოები რბილია, ფლუქტუაცია არ აღინიშნება, ადგილი აქვს კოლაგერალურ შეშუპებას. თვალის კაკლის პალპაცია მგკიენეულია.

მკურნალობა ითვალისწინებს გადაუდებელ ქირურგიულ და მელიკამენგურ დახმარებას. ადგილობრივი ანესთეზიის ფონზე (ნოვოკაინის 0,5-1%-იანი ხსნარის 2-3 მლ.) უნდა ვავხსნათ თვალბუდე მის ქვედა გარეთა

კიდესთან, განაკვეთის სიგრძე 1,5-2 სმ. ღარისებრი ზონლით შევდივართ ფაშარ შემაერთებულ ქსოვილში 1,5-2 სმ. სიღრმეში თვალებუდის ქველა კიდეზე ცურვით და ფრთხილად, ბლაგვად გაეხსნით ჩირქგროვას, ჭრილობას გამოვრეცხავეთ და შევიტანოთ რეზინის გამომტანს, თვალის ნაპრალს გამოვრეცხავეთ ალბუციდის ხსნარით და თვალებუდეს შევახვევთ სტერილური ნახეყით. ავადმყოფს ეუნიშნავეთ ანტიბიოტიკებს, ტკივილდამაყუჩებელს, მადესინსიბილიმებელ საშუალებებს (დიმედროლი, სუპრასგინი და სხვა). თვალებუდის სისხლძარღვების თრომბოზის სამშრობის შემთხვევაში ვიყენებთ ანტიკოაგულანტებს (ჰეპარინი 5.000-10.000 ერთეული კუნთებში ან კანქვეშ 12 საათში ერთხელ). გართულებიდან მოსალოდნელია მენინგიტი.

3. **ეშვის ფოსოს აბსცესი ინფექციის წყარო მწვავე პერიოდონტიტი და მისი გართულება.** ავადმყოფი უჩივის ტკივილს და რბილი ქსოვილების შეშუპებას ეშვის ფოსოში, შეშუპება ნაწილობრივ ვრცელდება ქველა ქუთუთოზე, ცხვირ-გუჩის ნაოჭი გასადავებელია, აღინიშნება შემოსამღვრული ანთებადი კერა, პალპაციით ფლუქტუაცია, მფარავი კანი პიპერემიულია. მკურნალობა ოპერაციულ-მედიკამენტური. ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ ნოვოკაინის 1%-იანი ხსნარის 2-5 მლ. ეგარებთ განაკვეთს სახის ბუნებრივი ნაოჭების გათვალისწინებით, გაეკეთავეთ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს და სისხლძარღვის დამჭერით ბლაგვად გაეხსნით ჩირქოვან ღრუს, გამოვრეცხავეთ ხსნარით და ჭრილობაში ჩავტოვებთ რეზინის გამომტანს: ჭრილობას შევახვევთ პიპერტონულ ხსნარში დასელებული სტერილური დოლბანდით. ავადმყოფს ეუნიშნავეთ ანთების საწინააღმდეგო, მადესინსიბილიმებელ, ტკივილდამაყუჩებელ საშუალებებს. მე-2-3 დღეს გადაგვყავს ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობაზე.

4. **ლოყის აბსცესი.** ინფექცია ვრცელდება კონტაქტური გზით. ავადმყოფი აღნიშნავს ზომიერად გამოხატულ ტკივილს ლოყის მკვეთრად შემოსამღვრულ შესიებას. მფარავი კანი პიპერემიულია, მოგჯერ ციანოზური, პალპაციით ოდნავ მტკივნეული, შეიგრძნება ფლუქტუაცია. ხშირად კანის საფარი გათხელებულია. კოლაგერალური შეშუპება სუსტად არის გამოხატული. ზოგიერთ ავადმყოფებში ჩირქგროვის ჩამოყალიბება ხანგრძლივად მიმდინარეობს, შეიძლება თვითნებურად გაიხსნას. ლორწოვანი გარსი პიპერემიულია, შეშუპებულია. აბსცესის გახსნა წარმოებს გაუტკივარების ფონზე პირშიგნითა (თუ სახის კანი შენარჩუნებულია კარგად) ან პირგარეთა განაკვეთით. პირშიგნითა განაკვეთის გაგარების დროს უნდა ვავითვალისწინოთ სტენონის სადინრის გოპოგრაფია. თუ ჭრილობაში შეგვაქვს რემინის გამომტანი, ის უნდა დაეაფიქსიროთ კბილებზე ან ჩავაკეროთ ლოყის ლორწოვან გარსზე. ავადმყოფს ეუნიშნავეთ მედიკამენტურ და ფიზიომკურნალობას.

5. ყურიმალის არეს აბსცესი. ინფექცია ვრცელდება თვალბულისა და ლოყის არედან გაერცელების გზით: ყურიმალის არეს ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი დაკავშირებულია საფეთქლის ფოსოს ფაშარშემაერთებელ ქსოვილიან. ამ არეს აბსცესი გვხვდება იშვიათად. ავადმყოფი უჩივის სუსგად გამოხატულ გკივილს. აღინიშნება შემოფარგლული ინფილტრატი, ფლუქტუაცია, მფარავეი კანის პიპერემიულია, აბსცესის გახსნას ვახდენთ ინფილტრაციული ანესთეზიის ქვეშ, სახის ნერვის გოტების გოპოგრაფიის გათვალისწინებით, რომ არ დაეაზიანოთ ზედა გოტი და არ კაპოვიწვიოთ ქუთუთოს პარალიზი. ჭრილობას გამოერეცხაეთ და ეუნშინაეთ მელიკამენტურ მკურნალობას.

6. საფეთქლის არეს აბსცესი. საფეთქლის არეს აბსცესი შედარებით იშვიათი დაეადება, ვრცელდება კონგაქტური გზით ლოყის ან ყბა-ყურა ჯირკელის არეში არსებული ანთებადი პროცესებიდან. პათოლოგიური პროცესი მდებარეობს ზედაპირულად, ძირითადათ ლოკალიზდება კანქვეშ, ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში.

ავადმყოფი უჩივის გკივილს და შემუქებას, მფარავეი კანი პიპერემიულია, პალპაციით მგკიენული, აღიქმება ფლუქტუაცია. ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, სხეულის გემპერატურა ან ნორმის ფარგლებში ან მომაგებულია. მკურნალობა ქირურგიულია. განაკვეთი უნდა გაეგაბროთ საფეთქლის არგერიის გოტების პარალელურად ან საფეთქლის კუნთის ბოჭკოების განლაგების პარალელურად. ვკვეთაეთ კანს, კანქვეშა ქსოვილს გაეთიშაეთ ბლაგვად და ეხსნით აბსცესის ღრუს. განაკვეთი უნდა იყოს ისეთი ზომის, რომ გეადმევედეს ჩირქის თაეისუფალ ღრენირებას. ჭრილობაში ეგოეებთ გამომგანს და ეადებთ პიპერგონულ ხსნარში დასველებულ სგერილურ ნახევეს. ქირურგიული ჩარევიდან მე-2, მე-3 დღეს გადაგეყავს ფიზიომკურნალობაზე.

7. ყბა-ყურა საღეჭი არეს აბსცესი. პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება კონგაქტური გზით, ყბა-ყურა ჯირკელის ანთებადი დაეადების შემთხეევაში, გარდა ამისა პროცესი შეიძლება გაერცელდეს ზედა და ქეედა ყბების მოლარებიდან.

ყბა-ყურა საღეჭი არე მოიცავს ორ ანატომიურ წარმონაქმნს, ყბა-ყურა ჯირკვალს თაეისი ფასციით და საღეჭი კუნთის ფასციალურ შრეებს და ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილს. გარდა ამისა აქ არის სისხლძარღეები და ნერეული ბოჭკოები, რომლებიე იმყოფებიან ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში. ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით პათოლოგიური პროცესი შეიძლება გაერცელდეს კრთისებრ-ქეედა ყბის არეში, საფეთქლის ქეედა ფოსოში, საფეთქლის არეში, ლოყის არეში.

ავადმყოფი უჩივის გკივილს, რბილი ქსოვილების შემუქებას და პირის გაღების შეზღუდვას. მფარავეი კანი დასაწყისში უეეელია, მოგვიანებით აღინიშნება პიპერემია. პალპაციით აღიქმება მომკერიეო კონსისგენციის

ინფილტრატი, მტკივნეული. პირის გაღება შეზღუდულია, ადგილი აქვს საღებო კუნთის ბოჭკოების ანთებად კონტრაქტურას. დაავადების დასაწყისში ფლუქტუაცია არ აღინიშნება, მოგვიანებით პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება კანქვეშ და შეიგრძნება ფლუქტუაცია. ღიაგნოზის დადგენა ძნელი არ არის, რადგან პათოლოგიური პროცესი ზედაპირულად არის და შემოფარგლულია. ღიაგნოზის დადგენა შეიძლება გაძნელდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც აბსცესი ყალიბდება ყბა-ყურა ჯირკელის ჩირქოვანი ანთების ფონზე, ამ შემთხვევაში ძირითადი დაავადება იქნება ყბა-ყურა ჯირკელის ანთება და მისი გართულება ამ არეს აბსცესი.

მკურნალობა ქირურგიულია და ითვალისწინებს აბსცესის გაკვეთას. სათანადო გაუკვივარების შემდეგ განაკეთი გარღება გარედან აბსცესის ცენტრში 2,5–3 სმ სიგრძის, რათა მოხდეს ჩირქოვანი მასის სრული ღრენიერება. განაკეთის გაგარების დროს უნდა გაეთვალისწინოთ სახის ნერვის გოტების გოპოგრაფია. აბსცესის ღრუს გამოვრეცხაეთ ანგისეპტიკური ხსნარებით და ღრუში შევიგანთ ჰიპერტონულ ხსნარში დასველებულ ღობანს, გარედან ეაღებთ ამავე ხსნარში დასველებულ სტერილურ ღობანდს და ეახვეეთ ჭრილობას. აეადმყოფს ეუნიშნაეთ ანტიბაქტერიულ, მადესენსიბილიზირებულ და სხვა სამკურნალო საშუალებებს.

8. ყბის უკანა არეს აბსცესი. ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი ამ არეში ვრცელდება ძირითადად კონტრაქტური გზით მემობლად მღებარე ქსოვილებიდან. ყბის უკანა არე წინიდან მემოსამღერულია ასწერივი გოგის უკანა კიღით და შიგნითა ფრთისებრი კუნთის კიღით, უკანიდან ღერიღისებრი მორჩით და მკერდღაეიწღერიღისებრი კუნთით, ყბის უკანა არეში მოთაესებულია ყბა-ყურა სანერწყეე ჯირკელის ქეეღა პოღუსი საკუთარი ფასკით.

პათოლოგიური პროცესი შეიძლება გავრცელდეს სახის გვერდითი არედან, ყბა-ყურა ჯირკელიდან, იმეიათად რეტრომოღარული არედან.

აეადმყოფი უჩივის ტკივილს თაეის მოძრაობის დროს, რბიღი ქსოვიღების მემუშებას. დასაწყისში აღინიშნება მომკერივო კონსისტენციის მტკივნეული ინფილტრატი, მფარაეი კანი უკეღელია. მოგვიანებით ტკივიღი ძღიერღება, ვითარღება ანთებითი კონტრაქტურა, მფარაეი კანი პიპერემიულია, დაჭიმულია. ყურის ბიბიღო გაღანაცეღებულია, აღინიშნება დისკომფორტი სმენის მტრიე.

ღიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის, უნქციით მიეიღებთ ჩირქოვან მასას.

მკურნალობა ქირურგიულია. სათანადო გაუკვივარების შეღეგ ეაგარებთ განაკეღეთ ქეეღა ყბის გოგის უკან 3–4 სმ სიგრძის, ისე რომ არ დაეაზიანოთ სახის ნერვის გოტები და ყბა-ყურა ჯირკელის ქეეღა პოღუსი (თუ სანერწყეე ჯირკეაღი ინტაქტურია). აბსცესის ღრუს გამოვრეცხაეთ ანგისეპტიკური ხსნარით, ჭრილობაში შეგეაქეს პიპერტონულ ხსნარში დასველებული ღობანდი და ეაღებთ სტერილურ ნახევეს. აეადმყოფს ეუნიშნაეთ ანტიბიოტიკებს,

ანტიპისტამინურ და სხვა პრეპარატებს.

9. ფრთა-სასის არეს აბსცესი. ფრთა-სასის არე წარმოღ-
ვნილია ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით, სისხლძარღვებითა და ნერვული
ბოჭკოებით. წინიდან ესაზღვრება ზედა ყბის ბორცვის უკანა კიდე, შიგნიდან
ძირითადი ძელის ფრთისებრი მორჩის ლაგერალური ფრთა, ზედა ყბის
ალეუკოლური მორჩი.

ჩირქოვანი პროცესი ყრველდება ზედა ყბის მეორე-მესამე მოლარიდან ან
საანესთეზიო ნიეთიერების შეყვანის დროს (ტუბერული ანესთეზია). ანთეზა-
დი პროცესი ლოკალიზებულია ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილში, აღინიშნება
ტკივილი, სახის ასიმეტრია გამოსატყული არ არის, პირის გაღება ნაწილო-
ბრივ შეზღუდულია, პალპაციით მტკივნეულია გარდამავალი ნაოჭი ზედა ყბის
მოლარების არეში, შეიძლება იყოს გარდამავალი ნაოჭის შემუქება.

ლიანგნოზის დასმა გარკვეულად გაძნელებულია, მკურნალობა ქირუ-
რგიულია. უნდა გაეატაროთ განაკვეთი ზედა ყბის ბორცვის არეში 2-3 სმ
სიგრძის, შემდეგ ბლაგვად გაეთიშაეთ რბილ ქსოვილებს და ეხსნით ფრთა-სა-
სის ფოსოს შესაქალს, ჩირქის დრენირების შემდეგ ღრუს გამოერეცხაეთ
ანტისეპტიკური ხსნარით. ჰრილობაში ვგოვებთ პოლიეთილენის მილს, რომლის
ერთ ბოლოს აბრეშუმის ძაფით ვაფიქსირებთ ზედა ყბის მოლარებზე. ავადმყ-
ოფს ეუნიშნაეთ ანტიბიოტიკებს, ანტიპისტამინურ პრეპარატებს, ანტისეპ-
ტიკურ საელებს.

10. ხახის გვერდითი არეს აბსცესი. ხახის გვერდითი
კედლის აბსცესი შეიძლება იყოს ოღონტოგენური წარმოშობის ქვედა ყბის
მოლარებიდან, ზოგჯერ ზედა მოლარიდან. ზოგჯერ ვითარდება მწვავე ან
ქრონიკული ტონზილიტის ნიადაგზე. დაავადება საყურადღებოა, რადგან
აბსცესი შეიძლება გადაიზარდოს ფლეგმონაში, ფასციალური შრეებით გაერ-
ცელდეს შუასაყარში.

ავადმყოფი უჩივის ტკივილს, ნერწყვისა და საჭმლის გადაყლაპვის დროს,
ტკივილი თანდათან ძლიერდება, გაძნელებულია მეტყველება. ოღონტოგე-
ნური აბსცესის დროს ადგილი აქვს კრიჭის შეკერას.

დათვალერებით ხახის გვერდითი კედელი პიპერემიულია, აღინიშნება
კედლის ლორწოვანი გარსის გამობურცვა, პალპაციით ტკივილი და ფლუქტუ-
აცია.

მკურნალობა ქირურგიულია. განაკვეთი უნდა გაეატაროთ ფრთხილად,
რადგან ხახის უკანა გვერდით ნაწილში მოთავსებულია სისხლძარღვები
და თავის ქალადან გამომავალი ნერვები.

გაკვეთათ მხოლოდ ლორწოვან გარსს, შემდეგ ღრუს ეხსნით ბლაგ-
ვად. ენას ძირს დაწვეთ შპადელით, ლანცეტის მჭრელი პირი მიმართუ-
ლია ზევით და გაკვეთას ეწარმოებთ ქვევიდან ზევით 2-2,5 სმ სიგრძემე
ხახის მიმართულების პარალელურად. ჰრილობას გამოერეცხაეთ და
ეუნიშნაეთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

11. ენის აბსცესი. ენა მძლავრი კუნთოვანი ორგანოა, კუნთოვანი ბოჭკოების მიმართულება სიგრძივი და გარდიგარდმოა, ბოჭკოებს შორის არის ფაშარი შექაერთებული ქსოვილი და მცირე ლიმფური კვანძები.

ენის აბსცესი შეიძლება მდებარეობდეს მის გვერდით ზედაპირზე, ზურგზე და ენის ძირში. აბსცესი ვითარდება ან ენის ლორწოვანის მექანიკური დაზიანებით ან ოღონტოგენური გზით (ლიმფური გზით).

ავადმყოფი დასაწყისში უჩივის ენის ლორწოვანის ქვეშ მომკერივო ინფილტრაციის წარმოქმნას, ტკივილს. მუარავი ლორწოვანი გარსი შეიძლება იყოს უცვლელი ან ჰიპერემიული. პალპაციით აღინიშნება შემოფარგული მომკერივო კონსისტენციის მტკივნეული ინფილტრაცი.

მკურნალობა ქირურგიულია. განაკეთოს ეაგარებთ ენის კუნთოვანი სისტემისა და სისხლძარღვთა მიმართულების გათვალისწინებით. განაკეთი 1,5-2 სმ. სიგრძისაა. გაეკეთავეთ ენის ლორწოვან გარსს და შემდეგ ბლაგვად გაეთიშავეთ ქვეშმდებარე ქსოვილს. აბსცესის ღრუს გამოვრეცხავეთ და ავადმყოფს ეუნიშნავეთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

12. ენის ქვეშა არეს აბსცესი. აბსცესი ვითარდება ძირითადად ქვედა ფრონტალური კბილების დაავადების შედეგად. ენის ქვეშა არე მოისაზღვრება: ზედა-ენის წვერის ქვედანაწილის ლორწოვანი გარსი, ქვედაპირის ღრუს ღიაფრაგმა და ყბა-ენის ქვეშა კუნთის ზედა ნაწილი, წინა-ქვედა ყბის ალვეოლური მორჩის ფრონტალური კბილების ღრძილების ლორწოვანი გარსი. ამ არეში მოთავსებულია ფაშარი შემაერთებული ქსოვილი და ყბის ქვეშა და ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების გამომგანი საღინარი.

ავადმყოფი უჩივის ტკივილს და ენის ქვეშა არეს ლორწოვანი გარსის შეშუპებას, მეტყველების გაძნელებას, ტკივილს ენის მოძრაობის დროს. დათვალეერებით აღინიშნება ენის ქვეშა არეში ჩირქტროვა, ენის წვერი გადაწეულია, აბსცესის მუარავი ლორწოვანი ჰიპერემიულია, პალპაციით მტკივნეულია და აღიქმება ფლუქტუაცია.

მკურნალობა ქირურგიულია. განაკეთოს ეაგარებთ ისე, რომ არ დაეზიანოთ სანერწყვე ჯირკვლების გამომგანი საღინრები. აბსცესის ღრუს გამოვრეცხავეთ ანტისეპტიკური ხსნარებით და ავადმყოფს ეუნიშნავეთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

13. ყბა-ენის ღარის აბსცესი. ჩირქოვანი ანთებითი პროცესი ვრცელდება კონტაქტური გზით პრემო ღარებიდან და მოღარებიდან.

ყბა-ენის ღარი ერთის მხრივ მოსაზღვრულია ენის გვერდითი ზედაპირით და მეორეს მხრივ ქვედა ყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსით.

ავადმყოფი უჩივის ტკივილს ლაპარაკისა და საკვების მიღების დროს. ტკივილი ძლიერდება ენის მოძრაობის დროს. ენა გადაწეულია ჯანმრთელ მხარეზე დათვალეერებით ყბა-ენის ღარის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია, შეშუპებულია. პალპაციით მტკივნეული.

მკურნალობა ქირურგიულია. განაკეთოს ეაგარებთ ენის გვერდითი

გელაპირის პარალელურად 1,5-2 სმ სიგრძის, ეკვეთავთ ლორწოვან გარსს და შემდეგ ბლაგვი გზით ეახლენთ ჭრილობის გაფართოებას, ჭრილობას გამოვრეცხავეთ ანგისეპიკური ხსნარებით და ავადმყოფს ეუნიშნავეთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

14. ნიკაპის არეს აბსცესი. ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი ვრცელდება ქვედა ყბის ფრონგალური კბილებიდან.

ავადმყოფი უჩვიის ტკივილს ნიკაპის არეში, ქვედა ტუჩის მოძრაობის შემზღუდავს. დათვალეირებით აღინიშნება სახის ასიმეტრია, ნიკაპის რბილი ქსოვილების შეშუპების გამო, დასაწყისში მფარავი კანი უცვლელია, მოგვიანებით ხდება პიქერემიული, პალპაციით მტკივნეულია და აღინიშნება ფლუქტუაცია.

მკურნალობა ქირურგიულია. განაკვეთს ვაგარებთ გარედან, გაეკვეთავთ კანს და კანქვეშა ქსოვილს, შემდეგ ბლაგვად გაეთიშავეთ ქვეშ მდებარე რბილ ქსოვილებს. ჭრილობას გამოვრეცხავეთ ანგისეპიკური ხსნარებით, ჭრილობაში შევიგანთ გამომგანს და დავადებთ ანგისეპიკურ ნახვევს. ავადმყოფს ეუნიშნავეთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

15. მაგარი სახის აბსცესი. მაგარი სახის აბსცესი ვითარდება ზედა ყბის საჭრელი კბილების ან პრემოლარებისაგან.

როგორც ცნობილია მაგარი სახის ლორწოვან გარსს არა აქვს ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი და იგი უშუალოდ ეკვრის ძვლოვან ქსოვილს, რაც განაპირობებს დაავადების კლინიკასა და მკურნალობას.

დაავადება იწყება ძლიერი ტკივილით, რაც გამოწვეულია ლორწოვანი გარსის ამრევეებით ძლოვანი ქსოვილისაგან. სასაზე ყალიბდება სხვადასხვა ზომის ჩირქროვა. პალპაციით მტკივნეულია, აღიქმება ლორწოვანი გარსის გარკვეული დაჭიმულობა და ფლუქტუაცია. ღიაგნობის დასმა ძნელი არ არის. მკურნალობა ქირურგიულია. ვაგარებთ სამკუთხედის ფორმის განაკვეთს 0,5 X 0,5 სმ-ზე, რითაც ექმნით ჩირქის დნეირების ოპტიმალურ პირობებს. ხაზოვანი განაკვეთის შემთხვევაში ჭრილობის კიდეები ერთმანეთს უახლოვდება, ჭრილობა იხურება და ჩირქის დნეირება აღარ ხერხდება.

16. რბილი სახის აბსცესი. ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი ვითარდება ზედა ყბის მოლარებისაგან.

რბილი სასა წარმოადგენს კუნთოვან ორგანოს, მოიცავს კუნთოვან ბოჭკოებს და მათ შორის საკმაოდ განვითარებულ ფაშარ შემაერთებულ ქსოვილს, რომელიც ხელს უწყობს აბსცესის სწრაფად ჩამოყალიბებას.

ავადმყოფი უჩვიის ტკივილს და რბილი სახის შეშუპებას, მეტყველების გაძნელებას, ყლაპვის ფუნქციის მოშლას. დათვალეირებით აღინიშნება რბილი სახის დეფორმაცია, ნაქის გადანაცვლება ჯანმრთელ მხარეზე, პალპაციით რბილი სასა მტკივნეულია, აღიქმება ფლუქტუაცია. პუნქციით მივიღებთ ჩირქს.

მკურნალობა ქირურგიულია. განაკვეთს ვაგარებთ არა აბსცესის ეპიცენ-

გრში, არამედ აბსცესის ქვედა კიდესთან, რათა მოეახლინოთ ჩირქოვანი მასის სრული ღრენირება. აბსცესის ცენტრში გახსნის ღროს რჩება ჩირქოვანი ჯიბე, რომელიც ხელს უშლის ჩირქის ღრენირებას.

ფლეგმონები

ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი ძირითადად ლოკალიზდება კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში, ფაშარ შემადგენელ ქსოვილში და ლიმფურ კვანძებში. იმის მიხედვით თუ რამდენად გავრცელებულია ჩირქოვანი პროცესი რბილ ქსოვილებში განისაზღვრება დაავადების ხასიათი. როდესაც ლაპარაკია ფლეგმონაზე, იგულისხმება, რომ ჩირქოვან ანთებად პროცესს დაკავებული აქვს ორგანოს ნახევარზე მეტი ან მთლიანად. ტერმინი – "ფლეგმონა გაფანტული ჩირქოვანა" არ მიმართავს სრულფასოვნად, რადგან მასში არ არის ჩადებული დაავადების არსი, მისი გავრცელება.

ფლეგმონა შეიძლება განვითარდეს ყბა-სახის სხვადასხვა არეში. ქირურგიული ანატომიის თვალთახედვით ვარჩევთ: 1. სახის არეს ფლეგმონები, 2. ყბასთან მიმდებარე ფლეგმონები, 3. პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონები, 4. სახის გვერდითი ფლეგმონები, 5. ენის ფლეგმონები, 6. კისრის არეს ფლეგმონები.

ფლეგმონა შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი. პირველადი ფლეგმონა აღმოცენდება უშუალოდ ერთ ორგანოში, მეორადი კი წარმოადგენს არსებული ჩირქოვანი ანთებადი პროცესის გართულებას, ერთი ორგანოდან მეორეში გადასვლას: ოსტეოფლეგმონა – ოსტეომიელიტის გართულებაა. ადენოფლეგმონა – ლიმფადენიტის გართულება და სხვა.

ფლეგმონებისათვის დამახასიათებელია მოგადი და ალგილობრივი ნიშნები.

მოგადი ნიშნებიდან აღსანიშნავია:

1. ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაცია. მაჯის აჩქარება, მეტყველებისა და სუნთქვის ფუნქციის მოშლა, ოფლიანობა, საერთო სისუსტე, შემცივნება, უძილობა, თავის ტკივილი.

2. თერმორეგულიაციის მოშლა. სხეულის მაღალი ტემპერატურა 38,5-40° და მეტი. მიაღწევს რა მაღალ მაჩვენებლებს, ტემპერატურა რჩება თითქმის მუდმივი ან განიცდის მცირე ამპლიტუდით რყევას. მოგჯერ ალგილი აქვს ეიფორიას.

3. გამოსხატული ცელილებები გულსისხლძარღვთა სისტემისა და გამომყოფი ორგანოების მხრივ, მაჯის აჩქარება, მოგჯერ გულის უკმარისობა,

სისხლში ცვლილებები: ელს-ის მაღალი მაჩვენებელი 35-70 მმ/საათში, ლეიკოციტოზი 9-11 ათასი და მეტი, ფორმულის მარცხნივ გადახრა. ლიმფოპენია 10%-მდე მიჯვანიწნებს დაავადების მძიმე მიმდინარეობაზე, ეოზინოფილების გაქრობა პერიფერიულ სისხლში და გამოსხატული ნეიტროფილია (80% მეტი) ადასტურებს დაავადების მძიმე პროგნოზს.

შარღში ცილების გამოვლენა მიუთითებს გოქსიკურ ნეფრიტზე, ამიგომ საჭიროა შარდის ანალიზის პერიოდული კონტროლი.

4. ორგანიზმის დაძაბუნების ფონზე მოსალოდნელია მძიმე გართულებები: სისხლძარღვთა თრომბოზი, სეფსისი, სეპტიკემია და სხვა.

დაავადების ადგილობრივი ნიშნების გამოსხატულება დამოკიდებულია ფლეგმონის ლოკალიზაციაზე. ყველა ფლეგმონისათვის (გარდა ღრმად მდებარე) დამახასიათებელია: 1. სახის ასიმეტრია, 2. ანთებადი ინფილტრატი, 3. ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, 4. ლევიისა და ყლაპვის ფუნქციის მოშლა, სუნთქვის ფუნქციის დარღვევა, 5. მეტყველების გაძნელება, 6. სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციის მოშლა.

ფლეგმონების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები

ფლეგმონების მკურნალობაში უნდა გავითვალისწინოთ ორგანიზმის ინდივიდუალური მდგომარეობა, დაავადების სიმძიმე და მიმდინარეობის თავისებურება, ასაკი და ორგანიზმის რეაქტიულობა, მიკროფლორის ვირულენტობა და ანტიბიოტიკებისადმი მათი მგრძობელობა.

ფლეგმონების მკურნალობაში უნდა გავითვალისწინოთ აგრეთვე შემდეგი ძირითადი პრინციპები:

1. გაუტკივარება. ბერელედ მდებარე ფლეგმონების შემთხვევაში ვიყენებთ ადგილობრივ გაუტკივარებას, პოტენცირების ფონზე. ღრმად მდებარე ფლეგმონების შემთხვევაში (როცა ფლეგმონა ვრცელდება 2-3 და მეტ ანატომიურ რეგიონზე) საჭიროა ზოგადი გაუტკივარება: ინტრავენური ნარკოზი ან ენდოტრაქეალური. პირის ღრუს რბილი ქსოვილების გამოსხატული შემუქების დროს ზოგჯერ საჭირო ხდება გრაქეოსტომის დადება.

2. ფლეგმონის გაკვეთა. გაკვეთის დროს უნდა გაიოიადლისწინოთ ყბა-სახის ორგანოთა ანატომიურ-ტოპოგრაფიული მდებარეობა (ნერვული ღეროები, სისხლძარღვები). ფლეგმონებს ახასიათებს რბილი ქსოვილების მკვეთრად გამოსხატული კოლაგერალური შემუქე-

ბა, რომელიც ცულის ორგანიზაცია გოპოგრაფიას, ამიგომ საჭიროა განაკეთის გაგარების ღონის მუსტად განსაზღვრა, ქსოვილების ბუნებრივი ნაოჭების, სახის ნერვის გოგების და მსხვილი სისხლძარღვების მიმართულების გათვალისწინებით. განაკეთი უნდა გაეგაროთ საჭირო სიდიდის, რათა მოეახლინოთ ჩირქოვანი მასის სრული და შეუფერხებელი ღრენირება. ეკეთათ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, ფასციას და შემდეგ ბლაგვად გათიშაეთ თითით (რემინის ხელთათმანით) ან იარაღით. ამასთან ერთად უნდა გაეხსნათ ჩირქგროვა ყველა შესაძლო მიმართულებით რათა არ დაგვრჩეს ჩირქოვანი ჯიბეები.

3. განაკეთის გაფართოების შემდეგ საჭიროა ჭრილობის გამორეცხვა ანტისეპტიკური ხსნარებით: წყალბადის ბეჟანგი, კალიუმ-მანგანუმის სუსტი ხსნარი, ქლორამინი, ქლორპექსილინი და სხვა. ფლეგმონის ხასიათის მიხედვით ერთ შემთხვევაში ჭრილობაში შეგვაქვს პიპერტონულ ხსნარში დასველებული ღობლანდი და ჭრილობას ვახვეთ პიპერტონულ ხსნარში დასველებული სტერილური ნახვევით, სხვა შემთხვევაში ჭრილობაში შეგვაქვს პერფორირებული პოლიეთილენის მილები (ორი ან მეტი) და ჭრილობას ვახვეთ პიპერტონულ ხსნარში დასველებული ნახვევით.

4. მიმეზობრივი კბილის ამოღება. როგორც წესი დაავადების გამომწვევი მიზეზი – კბილი ამოღებული უნდა იქნას. მაგრამ თუ საქმე გვაქვს რეგენირებულ ან ნახევრად რეგენირებულ კბილთან, ან კბილთან, რომლის ამოღება დაკავშირებულია დიდ გრავმასთან, კბილის ამოღება უნდა გადაეღოთ რამდენიმე დღით.

5. დაავადების გამომწვევი მიკროფლორის შესწავლა აუცილებელია, უნდა დადგინდეს მათი სახეობა და განისაზღვროს მათი მგრძნობელობა ანტიბიოტიკებისადმი, რომ მკურნალობა წარემართოთ მიზანდასახულად. მიკრობთა მგრძნობელობის განსაზღვრას საშუალოდ ჭირდება 3-6 დღე.

6. ანთების საწინაღმდეგო მკურნალობა გულისხმობს ანტიბიოტიკების გამოყენებას მკურნალობის კომპლექსში. როგორც ბევრად აღვნიშნეთ მიკრობთა მგრძნობელობის განსაზღვრას ჭირდება 3-6 დღე, ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფს უნიშნაეთ საერთოდ აღიარებულ ანტიბიოტიკებს: პენიცილინს, სტრეპტომიცინს, ამპიცილინს და სხვა. მიკრობთა მგრძნობელობის განსაზღვრის შემდეგ კი ვიყენებთ იმ ანტიბიოტიკს, რომლის მიმართაც ყველაზე მეტად მგრძნობიარეა მიკროფლორა. ღობის განსაზღვრის დროს უნდა ვიხელმძღვანელოთ

მაქსიმალური ღირებუთი ან ღირებუთით (დაავადების სიმძიმის მიხედვით). ამ ანტიბიოტიკით მკურნალობას ვაგრძელებთ 7-10 დღე, შემდეგ ან მოხსნით (თუ მკურნალობის უეფექტი მიღწეულია), ან შეეცვლით სხვა ანტიბიოტიკზე.

ანტიბიოტიკების გარდა მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ფაგებს, ფერმენტებს, ვიტამინებს და სხვა საჭირო სამკურნალო საშუალებებს.

7. მადესენსიბილიზებელი თერაპია. ინფექციურ ანთებად პროცესებს ყოველთვის თან ახლავს ორგანიზმის სენსიბილიზაცია, ამიტომ მკურნალობის კომპლექსში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მადესენსიბილიზებელი საშუალებების დანიშნვას (დიმედროლი, სუპრასტინი და სხვა) 5-7 დღის განმავლობაში. გარდა ამისა ძალზე მნიშვნელოვანია იმუნოკორექციული ღონისძიებების გატარება, როცა ჩირქოვან ანთებად პროცესებს თითქმის ყოველთვის თან ახლავს ცვლილებანი იმუნური სისტემის მხრივ.

8. სამკურნალო საშუალებათა გადასხმები - ჩირქოვანი ანთებადი პროცესების მიმდინარეობის დროს ორგანიზმში გროვდება დიდი რაოდენობით გოქსინები და ცილების დაშლის პროდუქტები, რომელთა ორგანიზმიდან გამოყვანა აუცილებელია. ამ მიზნით აქედამყოფს ეუნიშნავთ დიდი რაოდენობით სითხეს - სასმელს, მინერალური წყალი, ხილის წვენები, თხიერი საკვები (თუ გულსისხლძარღვთა სისტემიდან არ არის რაიმე გართულება). ზოგ შემთხვევაში წვეთოვანი ოყნის სახით შეგვყავს 1-5 ლიტრი სითხე (ნატრიუმქლორის იზოტონური ხსნარი). გარდა ამისა ფლეგმონების მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ჰემოდემს 200-400 მლ; გლუკოზის ხსნარი 400-600 მლ. ინსულინთან ერთად, 5% ნატრიუმჰიდროკარბონატის ხსნარი (100-200 მლ), შეგვყავს ვიტამინები ასკორბინის მქაეა, B-ჯგუფის ვიტამინები. საჭიროების დროს ჰიდროკორტიზონი (25-100 მგრ.) ჩვენების მიხედვით ვიყენებთ საგულე საშუალებებს. დაავადების მძიმედ მიმდინარეობის შემთხვევაში საჭიროა ჰეპარინის შეყვანა ორგანიზმში 3 000 ერთეული 6 საათში ერთხელ (ჰეპარინის შეყვანა არ არის ნაჩვენები ფარული სისხლდენების და თრომბოპენიის დროს).

ჩვენს კლინიკაში წარმატებით ვიყენებთ სამკურნალო ნივთიერებათა ინტრაარტერიულ ინფუზიას. ეს საშუალებას გვაძლევს მრავალჯერადათ გაუმარღოთ წამლის კონცენტრაცია უშუალოდ დაავადების კერაში. ამ მიზნით ვიყენებთ საფეთქლის არტერიას, რომელშიც შეგვყავს კატეტერი და მისი წაწევით გართუ საძილე არტერიის სისტემაში

ვადგენთ სისხლით მომარაგების ზონას ყბა-სახის არეში. ზოგი აეგორი ამ მიზნით იყენებს ნოვოკაინის 0,25% ხსნარის 8-10 მლ-ს. ავადმყოფმა უნდა იგრძნოს ენის, გუჩების და ლოყის ქსოვილების გაუტკივარება. ჩვენ ამ მიზნით ვიყენებთ მეთილენის 1% წყლიან ხსნარს, რომელსაც ვაზავენთ ფიზიოლოგიურ ხსნარში და ნელა შეგვყავს კატეგერიტ. რბილი ქსოვილების შეფერადების მიხედვით ვადგენთ საჭირო ზონას.

9. ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობა.

ფლეგმონების მკურნალობის კომპლექსში წარმატებით გამოიყენება ფიზიოთერაპია. ჩირქტროვის გახსნიდან მე-3 მე-4 დღეს შეიძლება დაუნიშნოთ ჭრილობის ულტრაიისფერი დასხივება ბიოლოჯის განსაზღვრის შემდეგ, უმს-დენს, კისრის სიმპატიკური წნულის ულტრაიისფერ დასხივებას. ვიყენებთ ლაზერის სხივებს.

ავადმყოფის გამოჯანმრთელების პერიოდში საჭიროა გამოვიყენოთ სამკურნალო ფიზკულტურა, კანის, კუნთოვანი სისტემის მასაჟი, ქვედა ყბის მოძრაობის აღდგენა მექანოთერაპიის გამოყენებით და სხვა.

თვალბუდის არეს ფლეგმონა

თვალბუდის არე ქირურგიული ანაგომიის თვალთახედვით მოიცავს ზედა და ქვედა ქუთუთოს და მათ ფაშარშემაერთებელ ქსოვილს. ინფექცია ვრცელდება კონტაქტური გზით: ორბიტის ოსტეომიელიტის ან ქუთუთოების ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის მწვავე ჩირქოვანი ანთების შედეგად. მოსალოდნელია ვენური სისხლძარღვების თრომბოზი და პათოლოგიური პროცესის გავრცელება ღრმად თვალბუდეში.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს და ქუთუთოების სწრაფ შემუშებას, თვალის ნაპარალი ან ძლიერ შევიწროებულია ან დახურული. მფარავი კანი პიპერემიული, ჩირქის გავრცელება თვალბუდეში იწვევს თვალის კაკლის ცდომას და მხედველობის გაორებას. შეიძლება ადგილი ქონდეს მომიერად გამოხატულ ეგზოფთალმს.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაავაროთ ქუთუთოების აბსცესთან, რეტრობულბარულ ფლეგმონასთან, ორბიტის გრაველ დაზიანებასთან, ქუთუთოების ალერგიულ შემუშებასთან.

ქუთუთოს აბსცესის დროს შემუშება ვრცელდება ერთ ქუთუთოზე, თვალის ნაპარალი დახურული არ არის, ანთების კერის ცენტრში შეიძლება იყოს ჩირქოვანი ხერელარხი, აქვს მომიერად გამოხატული ტკივილი, პალპაციით აღიქმება ფლუქტუაცია.

რეტრობულბარული ფლეგმონის დროს ავადმყოფის მოგადი მდგომარე-

ობა მიძიება, არის მკვეთრად გამოხატული თავის ტკივილი, ტკივილი თვალბულის არეში, რბილი ქსოვილების შეშუპება, თვალის ნაპრალი დახურულია, არის გამოხატული ეგზოფთალმი, მხედველობის გაორება.

ორბიგის გრავიულ ლაზიანებას ახასიათებს სისხლჩაქცევა ქუთუთოს რბილ ქსოვილებში, ქუთუთოს შეშუპება, მაგრამ არ არის ფლუქტუაცია, ანამნეზში მიუთითებს გრავიმაზე. პალპაციით აღიქმება ორბიგის კილის მოტეხილობა.

ალერგიული შეშუპება ძირითადად ორმხრივია, მუარავი კანი უცვლელი ან ოღნაეჰიპერემიული, ავადმყოფი აღნიშნავს ქაეილს, ტკივილი ან არ არის ან ძალზე სუსტად არის გამოხატული. ფლუქტუაცია არ აღიქმება.

მკურნალობა. საჭიროა განაკეეთის გაგარება, განაკეეთს ეგარებთ ორბიგის ქეელა კილესთან, ორბიგის გარეთა კილესთან. კანის გაკეეთის შემდეგ ფრთხილად გაეთიშაეთ ბლაგვად რბილ ქსოვილებს, ისე რომ არ დაეამიანოთ ქუთუთოს ლორწოვანი გარსი. ჭრილობას გამოფრეცხავთ ანგისეპტიკური სხნარით და მასში ეგოვებთ რეზინის გამომგანს. ჭრილობაზე ეადებთ ანგისეპტიკურ ნახევეს. ეუნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო კომპლექსურ მკურნალობას, ინდივიდუალური სქემის გათვალისწინებით.

რეტრობულბარული ფლეგმონა

თვალის კაკლის უკან მდებარე ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი მდიდარია სისხლძარღვებითა და ნერვებით და უშუალოდ ესაზღვრება ქალას ღრუს. ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს კონგაქტური გზით, საფეთქლის ქეელა ფოსოდან, ფრთასასის ფოსოდან ან ჰაიმორის ღრუს თვალბულის ქეელა კედლის დაშლის შედეგად.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ძლიერ ტკივილს თვალბულის არეში, თავის არეში. თვალის კაკლის უკან მდებარე რბილი ქსოვილების შეშუპების გამო ადგილი აქვს თვალის კაკლის წინ წამოწეევას – ეგზოფთალმს, მხედველობის გაორებას. დიპლოპიას, კონიუქტივის ლორწოვანი გარსის შეშუპებას – ქემოზს. თვალის კაკლის მოძრაობა შემლუღულია. თვალის კაკალზე თითის დაჭერით აღიქმება ტკივილი.

დიფერენციული დიაგნოზი – უნდა გავაგაროთ სარკომასთან, ბაზელოვის დაავადებასთან.

თვალბულის სარკომის დიაგნოზის დადგენაში გარკვეულ წილად დახმარებას გვიწევს ანამნეზის დეტალური შესწავლა. სარკომის განვითარებას წინ არ უძღვის ყბა-სახის არეს ანთებადი პროცესები, დაავადება ვითარდება თანდათანობით, ტკივილის გარეშე, ქუთუთოების რბილი ქსოვილები ანთებითი ცვლილებების გარეშეა. დაავადება მიმდინარეობს სხეულის გემპერაგურის მომატების გარეშე და შეუჩერებელი პროგრესირებს.

ბაზელის დაბრუნების დროს დაბრუნება იწყება შეუმჩნეველად, ტკივილის გარეშე, სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებშია. ქუთუთოების რბილი ქსოვილები ანთებითი ცვლილებების გარეშე. ეგზოფთალმი გამოიხატება ორივე თვალზე, რეგრობულბარული ფლეგმონის დროს კი ასეთი ცვლილებები არ არის.

მკურნალობა. რეგრობულბარული ფლეგმონის მკურნალობა ქირურგიულია. განაკეთოს ვაგარებთ თვალბულის ქვედა კიდზე, გარეთა კიდესთან და ბლაგვად ძვალზე ცურვით შევდივართ ღრმად (ფრთხილად!), ჩირქოვანი მასის მიღების შემდეგ გამოვრეცხავთ ანგისეპტიკური ხსნარით და ჭრილობაში ვგოვებთ რეზინის გამოშვანს. ეუნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

ა. ევლოკიომოვის და გ. ეასილიევის აზრით ზოგჯერ კარგ შედეგს იძლევა ორბიტის ქვედა კედლის ტრეპანაცია პაიმორის ღრუს მხრიდან. ზედა ყბის წიაღი ღიად უნდა დარჩეს ფლეგმონის მკურნალობის პერიოდში.

რეგრობულბარული ფლეგმონის გახსნა გარკვეულ სიძნელებებთან არის დაკავშირებული და მოითხოვს ექიმისაგან დიდ ყურადღებას და დახელოვნებას.

პროგნოზი. ძირითადად კეთილსაიმედოა, თუ აქტიური ქირურგიული ჩარევა და მკურნალობა დროულად არის დაწყებული.

გართულებებიდან მოსალოდნელია: გვიხის აბსცესი; მენინგიტი.

ემვის ფოსოს ფლეგმონა

ინფექციის გავრცელების წყაროა ზედა ყბის ემვები. გვერდითი საჭრელი კბილები და პრემოლარები. ემვის ფოსო მდებარეობს სახის ჩონჩხის წინა ნაწილში. ზედა საზღვარია ორბიტის ქვედა კიდე, ქვედა, ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსის გარდამაქალი ნაოჭი, შიგნითა ცხვირის გვერდითი კედელი, გარეთა ყვრიმალ-ზედა ყბის ნაკერი.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ძლიერ ტკივილს სახის შესაბამის მხარეზე, თავის ტკივილს, რბილი ქსოვილების შეშუპებას, სხეულის ტემპერატურის მომატებას 38,5-39°.

დათვალეირებით აღინიშნება სახის ასიმეტრია, რბილი ქსოვილების შეშუპების გამო, შეშუპებულია, ქვედა ქუთუთო, კანი პიპერემიულია, პირის გაღება ნაწილობრივ შეზღუდულია. პალპაციით აღიქმება ფლუქტუაცია, პირის ღრუში გარდამაქალი ნაოჭის ლორწოვანი გარსი პიპერემიულია, გასადაეებულია.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაკატაროთ ემვის ფოსოს აბსცესთან, ზედა ყბის პერიოსტიტთან, სახის ფურუნკულთან, ზედა ყბის ოსტეომიელიტთან.

ემიის ფოსოს აბსცესის დროს ანთებადი ინფილტრატი შემოფარგლულია და ვრცელდება ამ ანაგომიური ზონის ერთ მეოთხედ, ერთი მეხუთედ ნაწილზე, ქვედა ქუთუთო შემუქებული არ არის, პირის გაღება თაყისუფალია. კოლაგერალური შემუქება გამოხატული არ არის.

ზედა ყბის პერიოსტიტის დროს აღინიშნება რბილი ქსოვილების შემუქება, მაგრამ მფარაეი რბილი ქსოვილების ფერი ან უცვლელია ან ოდაე პიპერემიული. დაზიანებული კბილის ახლო მდებარე ლორწოვანი გარსი შემუქებულია, პალპაციით მტკივნეული. პერიოსტიტის დროს რბილი ქსოვილების კოლაგერალური შემუქება უფრო ნაკლებად არის გამოხატული, ვიდრე ფლეგმონის დროს.

ზედა ყბის ოსტეომიელიტის დროს ორგანიზმის მდგომარეობა უფრო მძიმეა, გამოხატულია კოლაგერალური შემუქება, ალევოლურ მორჩე რამდენიმე კბილია ჩათრეული პათოლოგიურ პროცესში. პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება გარდამავალ ნაოჭსა და სასის ლორწოვან გარსებზე. რამდენიმე კბილი მორყეულია.

სახის ფურუნკულის დროს ემეის ფოსოში აღინიშნება მომკერიეო ანთებადი ინფილტრატი, შემოფარგლული, კანი მკვეთრად პიპერემიული. ინფილტრატის ცენტრში ნეკროზული უბანი ჩირქოვანი ბუდით. პირის დრუში კბილები ინგაქტურია.

ემეის ფოსოს ფლეგმონის დროს მოსალოდნელია გართულება: ანთებადი ინფილტრატის გავრცელება ახლო მდებარე უბნებზე, ვენური სისხლძარღვების თრომბოზი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . : განაკვეთს ვატარებთ გარდამავალ ნაოჭზე 4-5 სმ სიგრძის, გაეკვეთათ ლორწოვან გარსს და მის ქვემოთ მდებარე რბილ ქსოვილებს, შემდეგ ბლაგვად გაეთიშავთ ქსოვილებს და გავსხნით ჩირქოვან დრუს, უნდა შევიგრძნოთ ძვალი. იმ შემთხვევაში თუ ჩირქოვანი მასა ვერ მივიღეთ, ვხსნით ემეის ფოსოს რბილ ქსოვილებს. ზოგჯერ განაკვეთს ვატარებთ გარედან ცხვირ-ტუჩის ნაოჭის საპროექციო არეში. ჭრილობას გამოვრეცხავთ ანტისეპტიკური ხსნარებით და ჭრილობაში დავტოვებთ რეზინის ან პოლიეთილენის პერფორირებულ მილებს. ავადმყოფს ვუნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

ყვრიმალის არეს ფლეგმონა

ინფექცია ვრცელდება მეორადათ კონტაქტური გზით. ყვრიმალის ძვალი დაფარულია კანით, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი გამოხატულია ზომიერად, თვით ძვალი წარმოადგენს კუნთების მიმაგრების ადგილს, ფაშარი შემაერთებული ქსოვილი აქ არ არის, ამიგომ პათოლოგიური პროცესი ძირითადათ ლოკალიზდება კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს, რომელიც ვრცელდება საფეთქლისა და თვალბულის არეში, რბილი ქსოვილების შეშუპებას, შეშუპება თანდათანობით პროგრესირებს. კოლაგერალური შეშუპება ვრცელდება საფეთქლის არეზე, ქუთუთოებზე, თვალის ნაპარალი ვიწროვდება. ზოგჯერ აღვილი აქვს ქველა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას. ანთებადი ინფილტრაცი ვრცელდება აგრეთვე პირის კარიბჭის მხრისაკენ.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეაგაროთ თვალბულის ფლეგმონასთან, საფეთქელქველა ფოსოს ფლეგმონასთან, სახის ფურუნკულთან.

თვალბულის ფლეგმონის შემთხვევაში ანთებადი ინფილტრაცი ძირითადად ლოკალიზდება თვალბულის არეში, ხოლო ყვრიმალის ძელის მიმართულებით ვითარდება კოლაგერალური შეშუპება. თვალბულის ფლეგმონას ახასიათებს ქუთუთოების ქემოზი. ყვრიმალის ფლეგმონის დროს ანთებადი ინფილტრაციის ძირითადი კერა ლოკალიზდება ყვრიმალის ძელის არეში, არ არის მიზემობრივი კბილი, რენტგენოლოგიურად ყვრიმალის ძელში გამოვლინდება დესტრუქციული პროცესი (ყვრიმალის არეს ფლეგმონა ხშირად ყვრიმალის ძელის ოსტეომიელიტის გართულება).

საფეთქლის ქველა ფოსოს ფლეგმონას ახასიათებს ქველა ყბის მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვა პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებასთან ერთად, სახის რბილი ქსოვილების კოლაგერალური შეშუპება ნაკლებად არის გამოხატული. კანის ფერი უცვლელია, ფლუქტუაცია არ აღიქმება.

სახის ფურუნკულის შემთხვევაში აღინიშნება მომკერივო ანთებადი ინფილტრაცი, რომლის ცენტრში რბილი ქსოვილების ნეკროზული უბანია, შესქელებული ჩირქოვანი მასაა. ძლიერი აუტანელი ტკივილია. აღინიშნული სიმპტომები ყვრიმალის ფლეგმონის დროს არ აღინიშნება.

მკურნალობა. საჭიროა ფლეგმონის გაკვეთა, უნდა გაეთვალისწინოთ სახის ნერვის გოტების გოპოგრაფია. გაკვეთავთ კანს და კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს 4-5 სმ. სიგრძეზე, შემდეგ ბლაგვად გაეთიშავთ რბილ ქსოვილებს და გაეხსნით ჩირქოვან ღრუს, გამოერეცხავთ და ღრუში შევიტანთ რეზინის გამომტანს (საჭიროა ყვრიმალის ძელის, სხეულის რევიზია). ავადმყოფს უნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო კომპლექსურ მკურნალობას.

ლოყის არეს ფლეგმონა

ინფექცია ვრცელდება ზედა ან ქველა მოლარების ან პრემოლარებისაგან. ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს აგრეთვე კონტაქტური გზით მეზობელი ორგანოებიდან.

ლოცა ზევიდან მოსაზღვრულია ყვრიმალის ძელის ქვედა კილით, მიგნიდან ცხვირ-გუნის ნაოჭით, გარედან ხალკვი კუნთის წინა ბოჭკოებით, ქვევიდან ქვედა ყბის ხსეულის ქვედა კილით.

ლოცის შემაღლგუნლობაში შექლის კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი უჯრედისი, კისრის კუნთის ნაწილი, ღმირის კუნთი, აქ გაღის ყბის გარეთა არგერია და სახის წინა ეენა, ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკელის ფასციის გაგრძელება ლოცის ფასცია, ბიმის ცხიმოვანი ბალიში, ღმიფური კეანძები, ნერეებს, ყბა-ყურა ჯირკელის საღინარი, ლოცის კუნთები, ლორწქვეშა უჯრედისი ა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი.

კლინიკა. დაავალება იწყება გამოსაგული ტკივილით, რომელიც ძლიერდება ქვედა ყბის მოძრაობის დროს. რბილი ქსოვილების ინფილტრაცია ვრცელდება ლოცის მთელ არეში. ქვედა ქუთუთოს შემუქება იწყებს თეაღის ნაპრალის შევიწროებას. ცხვირ-გუნის ნაოჭი გასაღავებულია და გუნის კუთხე დაწეულია. ლოცის კანი პიპერემიულია, ნაოჭად არ აიღება, თითის დაჭერით კანზე რჩება ჩაღრმავება. პალპაციით მტკიენულია და შეიგრძნობა ფლუქტუაცია. სახის ასიმეტრია მკაფიოდ არის გამოსაგული, პირის გაღება ნაწილობრივ შემღულულია, ლოცის ლორწოვანი გარსი პიპერემიული, შემუქებული. გარღამავეალი ნაოჭი შემუქებული და გასაღავებულია. ავადმყოფს აქვს მაღალი ტემპერატურა, შესაბამისი ცვლილებები სისხლის მხრივ, მღგომარეობა საკმაოდ მძიმეა.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა ჩავეგართ თეაღბუღის ფლეგმონასთან, თეაღბუღის ქვედა არეს, ემის ფოსოს, ყვრიმალის არეს ფლეგმონებთან. ყველა ამ ლოკალიზაციის ფლეგმონების დროს აღგილი აქვს რბილი ქსოვილების შემუქებას, სახის ასიმეტრიას, თეაღის ნაპრალის შევიწროებას. განსხვეავება მღგომარეობს მასში, რომ ლოცის ფლეგმონის დროს ანთებადი პროცესის კერა ლოკალიზდება ძირითადათ ლოცის სისქეში და რბილი ქსოვილების კოლაგერალური შემუქება ვრცელდება ანთების ცენტრალური ნაწილიდან პერიფერიისაკენ.

მკურნალობა. ქირურგიული მკურნალობა ითეაღისწინებს ფლეგმონის გახსნას. გარედან განაკვეთის გაგარების დროს უნდა გავითეაღწინით სახის ნერვის, არგერიის და ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკელის ღმირის გოპოგრაფიული მღებარეობა. ვევეთავთ კანს 4-5 სმ სიგრძემე, ნქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, ბლაგვად გავითეაღწინით ლოცის კუნთის ბოჭკოებს და ვხსნით ჩირქგროვას, გამოვრეცხავთ ანგისეპტიკური ხსნარებით, ტრილობაში შევიგანთ გამომგანს, ტრილობაზე ვაღებთ პიპერტონულ ხსნარში დასეველებულ სგერილურ ღოღბანდს და ვახევევთ. პირმიგნითა განაკვეთს ვაგარებთ იმ შემიხევევაში, როღესაც ანთებადი კერა უფრო აბლოს არის ლორწქვეშა გარსთან. დაავალების გამომწევე მიმღმს ("კბილს") ამოვიღებთ. ამის შემღევ ვსიმნავთ ანთების საწინააღმღევო კომპლექსურ მკურნალობას.

საფეთქლის არეს ფლეგმონა

პათოლოგიური პროცესი წარმოადგენს ოღონტოგენური ინფექციის გართულებას, ისუქექცია ერცელდება მეზობელი ქსოვილებიდან. პირველადი შეიძლება იყოს ინფექციის უშუალო მეჭრა დაზიანებული კანიდან.

საფეთქლის არეს საზღვრებია: ზელა და უკანა - მუზლისა და ოსიემის ძელების საფეთქლის ნაწილი; ქველა - ძირითადი ძელის საფეთქელქველა ქელი; წინა-ყერიმალის ძელი; უკანა-ყერიმალის ძელის რკალი. პათოლოგიური პროცესი შეიძლება მღებარეობლეს ზელაპირულად და ღრმად. ჩირქის ღოკალიზაცია შესაძლებელია სამ ფასციაღურ ზონაში: პირველი ფასციაღური მრე მღებარეობს უშუალოდ კანქველა ცხიმოვან ქსოვილში, საფეთქლის კუნთის აპონევროზამღე. მეორე ფასციაღური მრე მოთავსებულია აპონევროზსა და საფეთქლის კუნთს შორის, მესამე მრე მოთავსებულია საფეთქლის კუნთსა და საფეთქლის ძელს შორის.

კ ლ ი ნ ი კ ა . კლინიკური სურათი დამოკიდებულია პათოლოგიური პროცესის ღოკალიზაციაზე. ზელაპირულად განლაგებული ჩირქგროვის ღროს ავადმყოფი აღნიშნავს ზომიერად გამობაგულ გკივილს, რბილი ქსოვილების მეშუქებას ყერიმალის რკალის ზეით. აღნიშნება ასიმეტრია, პალპაციით ფლუქტუაცია და ზომიერად გამობაგული გკივილი. კოლაგერალური მეშუქება მკვეთრად გამობაგული არ არის.

ღრმად მღებარე ფლეგმონის ღროს გკივილი უფრო გამობაგულია, ძლიერი და მემაწუხებულია. კანის ასიმეტრია დასაწყისში არ არის, მაგრამ აღვლი აქვს პირის გალების შეზღუდვას, რომელიც თანდათან პროგრესირებს, მოგვიანებით გამოქლავნდება საფეთქლის არეს მეშუქება, ფლუქტუაცია არ შეიგრძნება. ფლეგმონის მეორე ფასციაღურ მრეში მღებარეობის ღროს ანთებად ინფილტრატს შეიძლება ქონღეს სილის საათის ფორმა. მესამე ფასციაღურ მრეში ფლეგმონის ღოკალიზაციის შემთხვევაში კოლაგერალური მეშუქება მღდარებით ნაკლებად არის გამობაგული, მაგრამ მკვეთრად არის წარმოდგენილი ანთებადი კონტრაქტურა. ღრმად მღებარე ფლეგმონები კლინიკურად მძიმელ მიმღინარეობს.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი ა ლ უ რ ი ღ ი ა გ ნ ო ზ ი უნდა გაეაგაროთ საფეთქელქველა და ფრთა-სასის ფლეგმონებთან. ყველა ამ ფლეგმონებისათვის დამახასიათებელია მღდარებით შემოფარგლული ანთებადი ინფილტრატი. ფრთა-სასისა და საფეთქელქველა ფლეგმონები ძირითადათ ვითარღება ოღონტოგენური გზით. ე. ი. არის მიზეზობრივი კბილი, საფეთქლის ფლეგმონა კი ვითარღება მეორადათ ინფექციის გაერცობის გზით. საფეთქელქველა ფრთა-სასის ფლეგმონების ღროს პირის ღრუდან ღორწოვანი გარსი პიპერემიულია, პალპაციით მტკიენეულია. საფეთქლის ფლეგმონის ღროს პირის ღრუში ღორწოვანი გარსი უცელელია.

მკურნალობა. ზედაპირული ფლეგმონის დროს გაეკეთა კანს და გაეხსნით კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, განაკეთეს ვაგირები ან რალიალური ფორმის ან ნახევარ რკალისებური. განაკეთი უნდა იყოს საკმაო სიღღის, ჩირქის ღრენირებისათვის. ღრმად მღებარე ფლეგმონების შემთხვევაში შეიძლება ვაგაგაროთ ყვრიმალის რკალის პარალელური განაკეთი. განაკეთები უნდა შევეართოთ საწინააღმდეგო მხრიდან ჩირქის უკეთ ღრენირებისათვის. ჭრილობაში ეტოვებთ პოლიეთილენის მიღებს, ჭრილობას გამოვრეცხავთ და ავადმყოფს ეუნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის კომპლექსს.

საფეთქელქვედა და ფრთასასის არეს ფლეგმონა

ინფექციის გავრცელების წყაროა ზედა მეშვიდე-მერვე კბილი განგრენული პულპით, ან მფარავი კანის დაზიანება საფეთქელქვედა ფლეგმონისათვის, ხოლო ფრთა-სასის ფლეგმონისათვის გუბერული ანესთეზიის გაგარების დროს აღნიშნული არეს ინფიცირება. ინფიცირება შეიძლება მოხდეს განერცობის გზითაც.

საფეთქელქვედა ფოსოს საზღერებია: ზედა-ძირითადი ძელის დიდი ფრთის საფეთქლის ზედაპირი, წინა-ზედაყბის ბორცი, გარეთა-ქვედა ყბის ტოტი, შიგნითა-ძირითადი ძელის ფრთისებრი მორჩის ლატერალური ფირფიგა. საფეთქელქვედა ფოსო მოთავსებულია ქალას ფუძეზე და გამოყოფილია საფეთქლის არესაგან საფეთქელქვედა ქელით.

საფეთქელქვედა ფოსოს შიგნით მოთავსებულია ფრთა-სასის ფოსო. ფრთა-სასის ფოსოს საზღერებია: წინა-ზედა ყბის სხეულის საფეთქელ-ქვედა ზედაპირი, უკანა-ძირითადი ძელის დიდი ფრთის ზედა-ყბისა და თვალბუდის ზედაპირი, ქვედა-ფრთისებრი არხის შესავალი, შიგნითა სასის ძელის ვერტიკალური ფირფიგა. ფრთა სასის ფოსო ქლას ღრუს უერთდება მრგვალი ხერელის საშუალებით, ხოლო თვალბუდის ქვედა ნაპრალით ორბიგას. ამ გზებით შესაძლებელია ინფექციის ღრმად გავრცელება.

კლინიკა. დაავადებას ახასიათებს ძლიერ გამოხატული ტკივილი, რომელიც ვრცელდება საფეთქლისა და თვალბუდის არეში. საფეთქლის არეს ქვედა ნაწილში აღინიშნება ანთებადი ინფილტრაცი – რბილი ქსოვილების შემუქება, შეიძლება ქონდეს სილის საათის ფორმა. ადგილი აქვს კოლაგერალურ შემუქებას ლოყისა და თვალბუდის ქვედა არეში. მფარავი კანი თითქმის უცვლელია. გამოხატულია ანთებადი კონტრაქტურა – ტრიმში. პირის კარიბჭის ლორწოვანი შესაბამის მხარეზე კიპერემიულია, მტკივნეულია. ავადმყოფის მღგომარეობა საშუალო სიმძიმის ან მძიმეა, ავადმყოფს აქვს შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა. პალპაციით აღიქმება ტკივილი და ინფილტრაცი.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეატაროს საფეთქლის ფოსოს, თვალბუდის არეს ფლეგმონებთან. ამნოზოლოგიისა და საფეთქლის ფოსოს ფლეგმონის საერთო ნიშნებია: თვალბუდის არის შეშუპება, თვალის ქუთუთოების შეშუპება და თვალის ნაპრალის შევიწროება, თვალბუდე-ყვრიმალის არეს რბილი ქსოვილების შეშუპება, პირის გაღების შეშუპება.

განმასხეავებელი ნიშნებია: საფეთქელქედა და ფრთა-სასის ფოსოს ფლეგმონის დროს დააეაღების გამომწვევი მიზეზია ზედა ყბის საღეჭი კბილების-მოღარების დააეაღება, საფეთქლის ფოსოს ფლეგმონის შემთხვევაში ანთებადი ინფილტრაციის გავრცელება ხდება სხვა არედან, გარდამაეაღი ნაოჭი ინფილტრირებული არ არის. საფეთქლის არეს ფლეგმონის დროს ეგზოფთალმი არასოდეს არ არის, მამინ როდესაც საფეთქელქედა და ფრთა-სასის ფოსოს ფლეგმონის შემთხვევაში ზოგჯერ აღგილი აქვს ეგზოფთალმი.

მკურნალობა. ფლეგმონის გახსნა გარკვეულ სიძნელეს წარმოადგენს მისი გოპოგრაფიული ანაგომიის გამო. ფრთა-სასის ფლეგმონის გახსნა შეიძლება პირის კარიბჭის მხრიდან ზედა ყბის ბორცვის მიმართულებით. განაკვეთს (სათანადო გაუკტიეარების შემდეგ) ეატარებთ გარდამაეაღ ნაოჭზე, ლორწოვანი გარსის გაკვეთის შემდეგ ბლაგეად გაეთიშავთ რბილ ქსოვილებს და შეეღივართ ფრთა-სასის ფოსოში, ჩირქოვანი მასის მიღების შემდეგ გამოერეცხავთ ანგისეპტიკური ხსნარებით და ჭრილობაში შევიგანთ პოლიეთილენის მიღს, რომელსაც ვამაგრებთ კბილებზე ან ლოყის რბილ ქსოვილებზე. საფეთქელქედა ფლეგმონის გახსნა შეიძლება კანის მხრიდან. საფეთქლის კუნთის წინა კიღესთან გაეკვეთავთ კანს, კანქვეშა ქსოვილს და ბლაგეად გაეხსნით კუნთის ბოჭკოებს და სისხლძარღვის ღამჭერს მიემართავთ საფეთქლის ძელისაკენ. ჭრილობაში შევიგანთ გამომგანს. ზოგჯერ საფეთქელქედა და ფრთა-სასის ფოსოს ფლეგმონის გახსნის მიზნით მიემართავთ ყვრიმალის რკალის რეზექციას, რის შემდეგ შეეღივართ ფრთა-სასის ფოსოში. აეადმყოფს ეუნინნავთ ანთების საწინაღმდეგო მკურნალობის კომპლექსს.

პროგნოზი: მკურნალობის დროულად და სათანადო ღონეზე ჩატარების შემთხვევაში — კეთილსაიშედო. მოსალოდნელია გართულება: სისხლძარღვთა თრომბოზი, სეფსისი და სხვა.

ყბა-ყურა არეს ფლეგმონა

ინფექციის გავრცელება ხდება ოღონგოგენური გზით მესამე მოღარების დააეაღების შემთხვევაში, ან ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკელის ჩირქოვანი ანთებით, ან ლოყის კანის საფარის ღამიანებით, მეზობელი ორგანობის ღამიანებით, განერცობის და სხვა გზით.

ყბა-ყურა სალექი არეს გომოგრაფიულ-ანატომიური საზღვრებია: ზედა-ყვრიშალის ძელისა და რკალის ქვედა კიდე; ქვედა-ქვედა ყბის სხეულის ქვედა კიდე, წინა-სალექი კუნთის წინა კიდე; უკანა-ქვედა ყბის გოგის უკანა კიდე. ამ არეში ვარჩევთ მკრეულად ღრმად მდებარე ფლევმონებს. ზერელეს განვიკოვჩუხბა ის ფლევმონები, რომლებიც მოთაესებულია კანსა და ყბა-ყურა სანიერწყვე ჯირკელის ფასციას შორის; ღრმას კი, ფლევმონები, რომლებიც ლოკალიზდება ქვედა ყბის გოგსა და სალექი კუნთის ბოჭკოებს შორის ან თვით ყბა-ყურა სანიერწყვე ჯირკელის პანიერქიმასა და მის ირგვლიე მიმდებარე რბილ ქსოვილებში.

ყბა-ყურა სალექ არეში მოთაესებულია: ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკეალი, სანერწყვე ჯირკელის სადინარი, სახის ნერვის გოტები, არტერიული და ვენური სისხლძარღვები, სალექი კუნთი, ქვედა ყბის გოტი.

კლინიკა. დაავადებას ახასიათებს ძლიერ გამოხატული ტკივილი, სახის ასიმეტრია რბილი ქსოვილების შეშუპების გამო. ანთებადი ინფილტრაცი ვრცელდება ლოყის რბილ ქსოვილებზე. მფარავეი კანი დაჭიმულია, დაავადების დასაწყის ფაზაში უცელელი, მოგვიანებით ადგილი აქეს პიქერემიას. ზედაპირულად განლაგებული ფლევმონის შემთხვევაში აღინიშნება ფლუქტუაცია. პირის გაღება შეზღუდულია (ტრიზმი II-III ხარისხის). გაძნელებულია ღეჭვის, ყლაპვის ფუნქცია. ლოყის ლორწოვანი გარსი შეშუპებულია და მასზე ჩანს კბილების გვირგვინების ანაბეჭდი. დაავადება მიმდინარეობს მაღალი ტემპერატურით. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამძიმებულია.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავატაროთ ჩირქოვან პაროტიტთან, ლოყის ფლევმონასთან. საერთო ნიშნებია: სახის ასიმეტრია, ტკივილი, რბილი ქსოვილების შეშუპება, მაღალი ტემპერატურა. განმასხვავებელია: ჩირქოვანი პაროტიტის შემთხვევაში ანთებადი პროცესი ლოკალიზდება ჯირკელის ფასციის შიგნით, პარენქიმაში; ანთება შედარებით შემოსაზღვრულია, სტენონის სადინარიდან გამოიყოფა ჩირქოვანი მასა. ლოყის ფლევმონის დროს ანთებადი პროცესი ლოკალიზდება შედარებით ზედაპირულად კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში, ქვედა ყბის მოძრაობა ან არ არის შემზღუდული ან მცირედ არის გამოხატული. სტენონის სადინარიდან გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი.

მკურნალობა. ზედაპირულად განლაგებული ფლევმონების შემთხვევაში განაკვეთს ვატარებთ გარედან ყბა-ყურა ჯირკელის არეში. განაკვეთის ვატარების წინ უნდა გავითვალისწინოთ სახის ნერვის გოტების გომოგრაფია. სათანადო ვატუკივარების შემდეგ ვაკვეთათ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, შემდეგ ფრთხილად ვაგეხსნით ყბა-ყურა ჯირკელის საკუთარ ფასციას და სისხლძარღვის დამჭერით ფრთხილად ვაგეხსნით ჩირქგროვას.

ღრმად მდებარე ფლევმონების დროს, როდესაც ჩირქოვანი მასა მოთაესებულია სალექ კუნთსა და ქვედა ყბის გოტს შორის, ვატარებთ

განაკვეთს ქვედა ყბის კუთხიდან 2-2,5 სმ-ის დაშორებით 4-6 სმ სიგრძის, გაკვეთავთ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, გაეხსნით კისრის ზერეულ ფასციას და ბლაგვად მივალთ ქვედა ყბის ძელის კუთხესთან, ავაშირევეთ რბილ ქსოვილს, გადაეკვეთავთ 1-1,5 სმ. სიგრძეზე საღებუ კუნთის მყესებს და შევლივართ სისხლძარღვის დამჭერით საღებუ კუნთის ბოჭკოებსა და ქვედა ყბის გოგს შორის, ეხსნით ჩირქგროვას და შევიგანთ ღრენაეის მილს. ავაღმყოფს ეუნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის კომპლექსს.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი . ღროული და ეფექტური მკურნალობის შემთხვევაში პროგნოზი ყოველთვის კეთილსაიმელოა.

ქვედაყბისქვეშა არეს ფლეგმონა

ამ რეგიონში ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი ძირითადად ვრცელდება ორი გზით: ოღონტოგენური და ლიმფოგენური. პირველს წარმოადგენს დაზიანებული მოლარები, უფრო იშვიათად პრემოლარები. ლიმფოგენური გზა წარმოადგენილია პირის ღრუში, ყბა-ენის ღარის არეში არსებული პათოლოგიური პროცესების ლიმფოგენური გზით ყბისქვეშა ლიმფური კვანძების ანთებით, ხოლო შემდგომში ჩირქოვანი პროცესის ირგვლივ მდებარე ფაშარშემავრთებელ ქსოვილში გავრცელებით.

ყბისქვეშა არეს საზღვრებია: ზედა შიგნითა-ენა-ინის კუნთის ბოჭკოები; ქვედა წინა-ორმუცელა კუნთის წინა ბოჭკოები; გარეთა-ქვედა ყბის სხეულის შიგნითა ზედაპირი; ქვედა უკანა-ორმუცელა კუნთის უკანა ბოჭკოები.

ქვედა ყბის ამ სამკუთხედში მოთავსებულია შემდეგი ანატომიური წარმონაქმნები: ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალი, ენისქვეშა ნერვი, სახის არტერია და ვენა, ლიმფური კვანძები. ეს არე მდიდარია ფაშარი შემავრთებელი ქსოვილით.

კ ლ ი ნ ი კ ა . დაავადებას ახასიათებს გამოხატული ტკივილი, რომელიც ძლიერდება ღებვის, ლაპარაკის, ყლაპვის დროს. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია (38° - 39°), აღინიშნება საერთო სისუსტე. რბილი ქსოვილების შემუქების გამო სახე ასიმეტრიულია, მფარავი კანი დაჭიმულია. ჩირქგროვის ზედაპირულად განლაგების შემთხვევაში აღიქმება ფლუქტუაცია. კანი პიპერემიულია. პირის ღრუში დაზიანების მხარეზე ლორწოვანი გარსი შემუქებულია, პიპერემიულია.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვაგარებთ ქვედა ყბის გრავმულ ოსტეომიელიტთან, ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ანთებასთან. საერთო ნიშნებია: ტკივილი, სხეულის ტემპერატურის მომატება, სახის ასიმეტრია, ღებვის ფუნქციის მოშლა.

გრავმული ოსტეომიელიტის დამახასიათებელი ნიშნებია: ქვედა ყბის

გრაემული დაზიანება (მოტეხილობა) და ინფექციის შეჭრა მოტეხილობის ხაზიდან, რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ქვედა ყბის მოტეხილობა.

სანერწყვე ჯირკელის ანთებისათვის დამახასიათებელია ანთებადი პროცესის ნელი, თანმიმდევრული განვითარება, ტკივილი საკეების მიღების დროს, ჯირკელის სადინარიდან ჩირქნარევი ნერწყვის გამოყოფა, მიზეზობრივი დაზიანებული კბილი არ აღინიშნება.

მკურნალობა. გაუტეხარებაზე საჭიროა მოვებნოთ ქვედა ყბის კუთხის საპროექციო არე და მოვნიშნოთ მეთილენის ხსნარით, ასევე მოვებნოთ ქვედა ყბის ქვედა კიდის საპროექციო არეს და მოვნიშნავთ მას. ამ ხაზიდან 2,5 სმ. ქვემოთ აღენიშნავთ განაკვეთის გატარების ადგილს. სათანადო გაუტეხარების შემდეგ გაეკეთავეთ 4-6 სმ სიგრძეზე კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, მოვებნოთ კისრის ბერეღე ფასციას, ავიღებთ მას სისხლძარღვის ორი დამჭერით და მათ შორის გაეკეთავეთ. განაკვეთის ვაფართოებთ ჭრილობის მთელ სიგრძეზე. ქვეშ მდებარე ფაშარ შემავრთებელ ქსოვილს ბლაგვად გავთიშავთ ან სისხლძარღვის დამჭერით (უკბილო!), ან თითოთ, რემინის სტერილური ხელთათმანის გამოყენებით. გავხსნით ჩირქგროვას და ჭრილობას გამოვრეტხავთ. ჭრილობაში შევიტანთ პოლიეთილენის მილს. ავადმყოფს ეუნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო კომპლექსურ მკურნალობას.

პროგნოზი. დროულად და სრული მოცულობით ჩატარებული ქირურგიულ-მედიკამენტური მკურნალობის შემდეგ პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

მოსალოდნელია ჩირქგროვის გავრცელება ფასციალური შრეებით შუასაყარისაკენ და მედიასტინიტის ჩამოყალიბება.

ენის ფლეგმონა

ენა ძირითადად წარმოდგენილია კუნთოვანი ქსოვილით, ღარიბია ფაშარი შემავრთებელი ქსოვილისაგან. ფაშარი შემავრთებელი ქსოვილი ძირითადად მოთავსებულია ენის ძირის არეში. ჩირქოვანი პროცესი ვრცელდება ენის კუნთების ფასციათაშორის სივრცეში.

ანთებადი ინფექციის გავრცელება შეიძლება ოღონტოგენური, სტომატოგენური, ტონზილოგენური გზებით და უშუალოდ ენის ქსოვილის დაინფიცირებით.

კლინიკა. დაავადებას ახასიათებს ძლიერ გამოხატული ტკივილი, რომელიც ძლიერდება ენის მოძრაობის, ლაპარაკის, ლეჭვის დროს. მოშლილია ლეჭვისა და ლაპარაკის ფუნქცია, ყლაპვა გაძნელებულია. ენა შეშუპებულია, გვერდით მელაპირებზე აღინიშნება საღებუ კბილების ანაბეჭდი. ავადმყოფს პირი ნახეერად ღია აქვს. სუნთქვა გაძნელებულია,

ყბისქეშა ლიმურე კეანძე გალიდებულია, მტკივნეულია.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეგაროთ ენის აბსცესთან, მაკროგლოსიასთან. დაავადების საერთო ნიშნებია ენის გადიდება, ლექვის და მეტყველების ფუნქციის მოშლა. ენის აბსცესის დროს ჩირქგროვა შემოფარგლულია და ენის ნორმალური მოცულობის ერთი მეოთხედი – ერთი მეხუთედი უკავია, ენის დანარჩენი ნაწილი ნორმის ფარგლებშია.

მაკროგლოსია ხასიათდება ენის ქსოვილის გადიდებით, ენის გვერდით ზედაპირზე აღინიშნება კბილების ანაბეჭდი, მაგრამ ენის ქსოვილში გამოხატული ანთებადი ინფილტრატი არ არის, ენა შედარებით მობილურია, მოძრავია. ანაბეჭდით კი ვარკვეთ, რომ ენა დიდი ხანია გადიდებულია. არა აქვს ტკივილი.

მკურნალობა. ენის ფლეგმონის გაკეთის დროს უნდა გაეითვალისწინოთ ენის ქირურგიული ანაგოზია. ენის სისქეში მდებარეობს ენის ღრმა არტერიები (მარჯვენა და მარცხენა, რომლებიც ენის სისქეში შედიან ენის ძირის არეში და ენის გვერდითი ზედაპირის პარალელურად მიემართებიან ენის წვერისაკენ). მათ შორის არის კარგად განვითარებული არტერიული ანასტომოზური ქსელი. აქედან გამომდინარე ენაზე განაკეთი უნდა გაეგაროთ ენის გვერდითი კედლის პარალელურად – გასწვრივ და არა გარდიგარდმო, რათა თავიდან აეცილოთ ენის ღრმა არტერიის დაზიანება და ძლიერი სისხლდენა. უმჯობესია განაკეთი 2-3 სმ სიგრძის გაეგაროთ ენის შუა ხაზთან ახლოს, აქ შედარებით მცირეა სისხლძარღვები. ჩირქგროვის გახსნის შემდეგ ავადმყოფს ეუნიშნაეთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

პროგნოზი: დაავადების დროულად დაწყებული მკურნალობის შემთხვევაში პროგნოზი კეთილსაიმედოა. ჩირქგროვის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში გავრცელების შემთხვევაში მოსალოდნელია სერიოზული გართულება – სასუნთქი გზების შევიწროება, ასფიქსიის განვითარება და სხვა.

ენისქეშა არეს ფლეგმონა

ინფექციის გავრცელების გზებია მცირე და დიდი საღეჭი კბილების დაავადება, ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი ენისქეშა არეში.

ენისქეშა არეს საზღვრებია: ქვედა-ენა-ინის კუნთი, ზედა-პირის ღრუს ფსკერის ლორწოვანი გარსი; გარეთა-ქვედა ყბის სხეულის შიგნითა ზედაპირი, შიგნითა-ნიკაპ-ენის და ნიკაპ-ინის კუნთები.

კლინიკა. დაავადებისათვის დამახასიათებელია გამოხატული ტკივილი, რომელიც ძლიერება ენის მოძრაობის დროს, ქვედა ყბის მოძრაობა შემლუღულია. პირი ნახეკრად ღიაა, ენისქეშა არე შემუშპებულია, ენა აწეულია ზევით და თითქმის ებეინება სასას. მოშლილია ლექვის, ყლაპის და მეტყველების

ფუნქცია. ლორწოვანი გარსი კიპერემიულია, პირის ღრუდან შეიგრძნობა ცული სუნი. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია.

დი ფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეატაროთ ენის ფლეგმონასთან, პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონასთან.

საერთო ნიშნებია: რბილი ქსოვილების შეშუპება, ლეჭვის, ყლაპვის, მეტყველების ფუნქციის მოშლა. ენის ფლეგმონის ღროს ჩირქოვანი ანთებითი პროცესი ლოკალიზდება ძირითადად ენის კუნთებს შორის სიერცეში, კოლაგერალური შეშუპება ნაკლებად არის გამოხატული.

პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონის შემთხვევაში ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა, ჩირქოვანი პროცესი ლოკალიზდება პირის ღრუს ფსკერის ფაშარზე მათეობელ ქსოვილოვან სიერცეში, მკვეთრად არის გაოხატული კოლაგერალური შეშუპება, შეშუპება ვრცელდება ნიკაპქევა და ყბისქევა არეზე, ყლაპვა ძალზე გაძნელებულია. ინტოქსიკაციის ფონზე აღინიშნება სხეულის მაღალი ტემპერატურა და საერთო სისუსტე.

მკურნალობა. სათანადო გაუტკივარების ფონზე ვატარებთ პირშიგნითა განაკეეთს, გაკვეთათ ლორწოვან გარსს და შემდეგ ბლაგვად გახსნით ჩირქროვას, კრილობას გამოვრეცხათ და ავადმყოფს ეუნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

პროგნოზი. დროულად და სრულყოფილად ჩატარებული მკურნალობის შემთხვევაში პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

არასწორი მკურნალობისა და დაგვიანებულ შემთხვევაში მოსალოდნელია გართულება, პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონა, ჩირქის გავრცელება ფასციალური შრეებით, სასუნთქი გზების სტენოზი და სხვა.

პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონა

პირის ღრუს ფსკერი მდიდარია ფაშარი შემაერთებული ქსოვილით და ანთებადი პროცესი ამ არეში ღებულობს განერცობილ ხასიათს.

ინფექცია ვრცელდება როგორც ოღონტოგენური გზით, ისე პირის ღრუში არსებული პათოლოგიური პროცესებით.

პირის ღრუს ფსკერი პირობითად გაყოფილია ორ სართულად პირის ღრუს ღიაფრაგმით (ყბა-ინის კუნთი).

პირის ღრუს ფსკერის საზღვრებია: ზედა-ენისქევა ლორწოვანი გარსი; ქვედა – ნიკაპქევა და ყბისქევა არეს მფარავი კანი; წინა გარეთა – ენისქევა ზედაპირი, უკანა წარმოდგენილია კუნთებით – სადგის ინის, სადგის-ენის, სადგის-ხახის და ორმუცელა კუნთის უკანა მუცლით.

პირის ღიაფრაგმის ზევით ლორწოვანი გარსის ქვეშ მოთავსებულია ნიკაპ-ენის დანიკაპ-ინის წყვილი კუნთები, ენისქევა სანერწყვე ჯირკვლები,

წერილი სანერწყვეთი ჯირკვლები, ნერვები და სისხლძარღვები. პირის ღია-აფრაგმის ქვევით მოთავსებულია ყბისქვეშა სანერწყვეთი ჯირკვლები, ლიმფური კვანძები, სისხლძარღვები და ნერვები.

კ ღ ი ნ ი კ ა . დაავადება სასიათღებო სხეულის მაღალი გემპერაგურით, მაჯის ანქარებით, საერთო სისუსტით, უმადობით, ზოგჯერ შემცივნებით. ავადმყოფი უჩივის ძლიერ ტკივილს, პირის გაღების შემზღუდავს, ყლაპვის გაძნელებას, ღებვის, მეტყველებისა და სუნთქვის ფუნქციის მოშლას. ადგილი აქვს სახის მკაფიოლ გამოხატულ ასიმეტრიას, ნიკაპქეშა და ქვედა ყბის ქვეშა ორივე მხარე შემუშაებულია. აღინიშნება მომკვრივო კონსისტენციის ინფილტრაცი მფარავე კანი ფერმკრთალია. პირი ნახევრად ღიაა, ენა აწეულია ზევით, პირის ღრუში ცუდი სუნია, ენა გადიდებულია, დაფარულია ნაღებით, გვერდით ზედაპირზე მოჩანს კბილების ანაბეჭდები. ენის მოძრაობა მკვეთრად შემზღუდაულია.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა ს ეატარებთ ენის ფლეგმონასთან, ენისქვეშა არესა და ლუდოვიკოს ანგინასთან (პირის ღრუს ნეკროზულ-ანაერობული ფლეგმონა).

საერთო ნიშნები: ენის ქსოვილების შემუშება, ნახევრად გაღებული პირი, ღებვის, ყლაპვის ფუნქციის მოშლა, მეტყველების გაუარესება, სხეულის გემპერაგურის მომაგება, სახის ასიმეტრია.

ენის ფლეგმონის დროს ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი ძირითადად ლოკალიზებულია ენის კუნთთა შორის ფასციულურ შრეებში, კოლაგერალური შემუშება ენის ირგვლივ ნაკლებად არის გამოხატული.

ენისქვეშა არეს ფლეგმონის ღიფერენცირება პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონასთან გარკვეულად ძნელია, რადგან ჩირქოვანი ანთებადი პროცესის ლოკალიზაცია ისეთივე ზონაშია, როგორც პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონის დროს. განსხვავება მდგომარეობს მხოლოდ იმაში, რომ პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონის დროს პათოლოგიური პროცესი უფრო გავრცელებულია, ორმხრივია და ავადმყოფის მდგომარეობა უფრო მძიმე.

ლუდოვიკოს ანგინის დროს ავადმყოფის მდგომარეობა ძალზე მძიმეა. სუნთქვა გაძნელებული, აღინიშნება კანის საფარის ციანობი, ძლიერ გამოხატული სისუსტე, მაღალი სეპტიკური გემპერაგურა, ინტოქსიკაციის მოვლენები, მოსალოდნელია ასფიქსია რბილი ქსოვილების შემუშების ხარჯზე. ავადმყოფის მდგომარეობა პროგრესულად მძიმდება. დიდი ცვლილებებია სისხლში (ლეიკოპენია, ლიმფოპენია, ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა, მომაგებულია ელს (60-70 მმ საათში). განაკვეთის გატარების შემდეგ ჩირქოვანი მასა ან არ არის, ან ძალზე მცირე რაოდენობითაა (შეუსაბამობა დაავადების სიმძიმესა და ჩირქოვან მასას შორის). გამოიყოფა სორცის გარეცხვის დროს მიღებული ფერადი სითხე, ზოგჯერ აირის ბუშტუკებით, მყარალი სუნით. ადგილი აქვს რბილი ქსოვილის უბნობრივ ნეკროზს.

მკურნალობა. სათანადო გაუტყვივარების შემდეგ ვატარებთ პირგარეთა განაკვეთს ყბის ქვეშა არეში ორივე მხარეზე, გავკვეთავენ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს და გაეხსნით კისრის ზერეულ ფასციას, ამის შემდეგ თითოთ, სისხლძარღვის დამჭერით (უკბილო!) ბლაგვად ვავითმავთ ღრმად მდებარე ქსოვილებს და ვაეხსნით ჩირქვროვას. განაკვეთს ვატარებთ ქვედა ყბის ქვედა კიდედან 2-2,5 სმ. ქვევით, რომ არ დაეაზიანოთ სახის ნერვის ქვედა კილოვანი ტოტი. დამატებით პირშიგნითა განაკვეთს ვატარებთ იმ შემთხვევაში თუ ჩირქვროვა ისინჯება ლორწოვანი გარსის ქვეშ. ზოგიერთი აეგორი მიუთითებს საყვლოსმაგვარი განაკვეთის უპირატესობაზე, რაც ჩვენი აზრით, ამ შემთხვევაში არ არის მიზანშეწონილი (საყვლოსმაგვარი განაკვეთის ვატარება უფრო მისაღებია პირის ღრუს ანაერობული (ლულოვიკოს) ფლეგმონის დროს). ჭრილობები უნდა გამოვრეცხოთ ანტისეპტიკური ხსნარებით და ჭრილობაში ჩავტოვოთ პოლიეთილენის მილები ჩირქოვანი მასის დრენირებისათვის, დაავადების გამომწვევი მიზეზი (კბილი) უნდა მოვამოროთ.

ავალმყოფს ვუნიშნავთ ანოების საწინააღმდეგო კომპლექსურ მკურნალობას.

პროგნოზი: დაავადების დროული და მიზნობრივი მკურნალობის შემთხვევაში პროგნოზი კეთილსაიმედოა, მოსალოდნელია გართულება-სეფსისი, მელიასტინიტი.

ფრთისებრ-ქვედა ყბის არეს ფლეგმონა

ფრთისებრ-ქვედა ყბის არე მდიდარია ფაშარი შემაერთებული ქსოვილით, რაც ხელს უწყობს ჩირქოვანი ანთებადი პროცესის სწრაფად გავრცელებას. ინფექცია ვრცელდება ქვედა მესამე მოლარების დაავადების შედეგად, გამტარებლობითი ანესთეზიის გზით, ახლო მდებარე ქსოვილებიდან – ნეშურა ჯირკვლების დაავადების შედეგად, ენის ძირიდან, პირის ღრუს ფსკერიდან.

ფრთისებრ-ქვედა ყბის არეს საზღვრებია: წინა-ლოყის კუნთის მიმაგრების ადგილი ფრთისებრ-ქვედაყბის ნაკერთან. უკანა – ნაწილობრივ ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალი და მედიალური ფრთისებრი კუნთი; გარეთა-ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზელაპირი და საფეთქლის კუნთის ქვედა ნაწილი; შიგნითა-მედიალური ფრთისებრი კუნთი; ზელა-ლაგერალური ფრთისებრი კუნთი.

კლინიკა. დაავადებისათვის დამახასიათებელია ძლიერ გამოხატული ტკივილი, პათოლოგიური პროცესი სწრაფად პროგრესირებს, წარმოიქმნება ანთებადი ინფილტრატი ქვედა ყბის კუთხის არეში, ლიმფური კვანძები

გაღიღებულ და მტკივნეულია. პირის გაღება გაძნელებული კრიზის მიუკერის გამო პირის ღრუს დათვალიერება შეუძლებელია. პირის ნაწილობრივ გაღების შემდეგ აღინიშნება რეტრომოლარულ არეში ლორწოვანი გარსის შემუქება, ანთებადი ინფილტრატი, ანთებადი პროცესი შეიძლება გაერეულდეს ხახის გვერდით კელაღზე, ყლაპვა მტკივნეულია და გაძნელებული. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია (39° და მეტი), აღინიშნება ცელილებები სისხლში – ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი, ელს მომატებულია. შეიძლება ადგილი ქონდეს შემცივნებას, ინტოქსიკაციის მოვლენებს. ჩირქოვანი პროცესი შეიძლება გაერეულდეს ხახის ირგვლივ არეში.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო ზ ს ვ ა გ ა რ ე ბ თ : მესამე მოლარის გაძნელებულ ამოჭრასთან, რეტრომოლარულ პერიოსტიტთან, ხახის გვერდით ფლეგმონასთან, ტრავმულ ოსტეომიელიტთან.

ამ დაავადებათა საერთო ნიშნებია: ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, ლეჭვის გაძნელება, ყლაპვის ღროს ტკივილი.

მესამე მოლარის გაძნელებული ამოჭრის შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი ვითარდება თანდათან, დასაწყისში ტკივილია, შემდეგ ადგილი აქვს ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას, რენტგენოლოგიურად და კლინიკურად მესამე მოლარი ამოჭრილი არ არის, ადგილი აქვს ნაწილობრივ ან მთლიან რეტენციას. ლორწოვანი რეტრომოლარულ არეში პიპერემიულია, ლორწოვანი ქსოვილის ჯიბიდან გამოიყოფა ჩირქოვანი მასა. კოლაგერალური შემუქება გამოხატული არ არის, ან სუსტად არის წარმოდგენილი.

რეტრომოლარული პერიოსტიტი უფრო ხშირად მესამე მოლარის გაძნელებული ამოჭრის გართულებაა, არის ყბის მოძრაობის შეზღუდვა ლეჭვის და ყლაპვის გაძნელება, კოლაგერალური შემუქება გამოხატულია რეტრომოლარულ და ქვედა ყბის კუთხის არეში.

ხახის გვერდითი ფლეგმონა უფრო ხშირად ვითარდება ნუმურა ჯირკვლების ანთების შედეგად. ხახის გვერდითი კელელი გამოზურკულია, ხახის შესავალი შევიწროებული, სუნთქვა და ყლაპვა გაძნელებული. გარეთა კოლაგერალური შემუქება ან არ არის ან ძალიან სუსტად არის გამოხატული.

ტრავმული ოსტეომიელიტის განვითარებას წინ უძღვის ქვედა ყბის ტრავმა, რენტგენოლოგიურად ქვედა ყბა მოტეხილია კუთხის არეში. კოლაგერალური შემუქება გამოწვეულია მოტეხილობის არეში ინფექციის შეჭრით.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა : სათანადო გაუტკივარების შემდეგ ფლეგმონა შეიძლება გაუხსნათ პირშიგნითა განაკვეთით. პირშიგნითა განაკვეთს ვაგარებთ ფრთა-ქვედა ყბის ნაოჭის არეში, ქვედა ყბის გოტის მიმართულებით, ლორწოვანის გაკვეთის შემდეგ სისხლძარღვის დამჭერით ბლაგვად გაეთიშეთ რბილ ქსოვილებს და გაუხსნით ჩირქგროვას. ამ გზით ხშირად არ ხერხდება ჩირქგროვის სრულყოფილი გახსნა, ამიტომ მიემართაეთ პირგარეთა გაკვე-

ოას. ქვედა ყბის კუთხიდან 2 სმ-ის დაშორებით ვაგარებში ნახევარ კალოვან განაკვეთს, გაეკეთავეთ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს და გაეხსნით პლატიზმას. მოვებნით ქვედა ყბის კუთხეს და გაეხსნით შიგნითა მხარეს და ბლაგვად შეუღივართ ქვედა ყბის ტოგის შიგნით ფროისებრ არეში ჩირქგროვის სრულყოფილად გახსნამდე. ვაშორებთ გამოიწვევ მიზეზს და ავალმყოფს უნიშნავით ანთების საწინააღმდეგო კომპლექსურ მკურნალობას.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი . - დროული და სრულყოფილი მკურნალობის შემთხვევაში პროცნოზი კეთილსაიმედოა. მოსალოდნელია ჩირქოვანი პროცესის გავრცელება ხახის გვერდით კელეზზე; კისრის არეში, შუასაყარში.

ხახის გვერდითი კელის ფლეგმონა

ხახა პირის ღრუს მეზობელი ორგანოა და აქ მიმდინარე პათოლოგიურ პროცესებს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. ინფექცია ძირითადად ვრცელდება ნუმურა ჯირკვლების მწვავე ან ქრონიკული ანთების ნიადაგზე. ოღონტოგენური გზით ინფექცია ვრცელდება ქვედა მესამე მოლარის გაძნელებული ამოჭრის ან რეგრომოლარულ არეში ჩირქოვანი ანთებადი პროცესის არსებობის შემთხვევაში. შეიძლება იყოს ჩირქის გავერცელების სხვა გზა და წყარო.

ხახის სამღერებია: შიგნითა-ხახის გვერდითი კელელი და მისი კუნთოვანი წრე, რომელიც ჭიმავს რბილ სასას. გარეთა – მეღიალური ფრთისებრი კუნთი და ყბა-ყურა ჯირკვლის ხახის ღრმა ნაწილი. წინა-მეღიალური კუნთის შიგნითა მეღაპირი და ფრთისებრ კუნთთა შორის ფასცია. უკანა – გვერდითი ფასციალური წანაზარღები ხერხემლის ფასციიდან, რომლებიც მიმართულია ხახის კუნთოვანი გარისსა კენ, ქვედა-ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის შიგნითა მხარე.

პარაფარინგიალური სივრცე დაკავშირებულია ყბისუკანა ფოსოსთან-ყბა-ყურა ჯირკვლის იმ ნაწილთან, რომელიც ღრმად არის შეჭრილი სადგის-ხახის აპონევროზთან. ამ არის პათოლოგიის ღროს საყურადღებოა სასის აღმავალი ვენის როლი, რომლის თრომბოზის ღროს პათოლოგიური პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ხახის საერთო ვენაზე, გარეთა და შიგნითა საულლე ვენაზე. პარავეტებარალურ სივრცეში (ხერხემლის წინა ფასციასა და ხახის უკანა კელელს შორის) აქ მოთავსებულია ისეთი სასიცოცხლო ორგანოები, როგორცაა: შიგნითა საპილე არტერია, საულლე ვენა, თავის გვინიდან გამოშავალი IX, X, XI და XII წყვილი ნერვები.

კ ლ ი ნ ი კ ა . დაავადების დასაწყისში ავალმყოფი უჩივის ზომიერად გამოხატულ ტკივილს ყლაპვის ღროს (როგორც კაგარული ანგინის ღროს). შემდეგ ტკივილი თანდათან ძლიერდება, ყლაპვა გაძნელებულია, ავალმყოფს გამოხატული აქვს შიშის შეგრძნება, მაღალი ტემპერატურა, ცელილებები

სისლღში — ლეიკოციტოზში მარცხნივ გადახრა, მომაგებულია ელს. ყბის ქვეშა ლიმფური კეანძები შეშუპებული და მტკიენულია. ადგილი აქვს სუნთქვის გაძნელებას, თანდათან ვითარლება კრიჭის შეკერა. პირის გაღება შეზღუდულია, პალპაციით ყბის ქვეშა და ყბის უკანა არე ზომიერად შეშუპებული და მტკიენული. პირის გაღების შემდეგ (ბერშე-ღუბოვის გაუტკივარება) ხახის პირი პიპერეკიულია, ხახა ღეფორმირებული, სანათური შეეწროებულია, ხახის ლორწოვანი გარსის გამოზურცვის გამო. შეშუპება შეიძლება გაერეულეს ხახის გვერდითი კელლის მხრივ რბილი სასისაკენ. ავადმყოფის სახე იღებს ციანოზურ შეფერადებას.

ღიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ ყბა-ფრთისებრ არეს ფლეგმონასთან. საერთო ნიშნებია: თავის ტკივილი, ტკივილი ყლაპვის დროს, გამოხატული ასიმეტრიის არ არსებობა, გრიზში. განმასხვავებელი ნიშნებია: ხშირად "მიმეზობრივი კბილის" არ არსებობა, ხახის კელლის გამოზურცვა და სანათურის შეეწროება, გაძნელებული სუნთქვა. ხახის გვერდითი ფლეგმონის დროს სრული გრიზში (მესამე ხარისხის) არასოდეს არ გვხვდება. ეს უფრო დამახასიათებელია ყბა-ფრთისებრი ფლეგმონისათვის.

მკურნალობა. ავადმყოფის მოგალი მღგომარეობის და დაავადების ადგილობრივი ნიშნების გათვალისწინებით ვადგენთ გაუტკივარების სახეს. იმ შემთხვევაში თუ გადაეწყვიტეთ პირშიგნითა განაკვეთის გატარება, გრიზმის მოელენების მოსახსნელად ვაკეთებთ ბერშე-ღუბოვის ანესთეზიას, ხოლო პირის სათანადო გაღების შემდეგ ინფილტრაციულ გაუტკივარებას. ამისათვის საჭიროა ავილოთ გრძელი ნემსი (8-10 სმ სიგრძის), რომელსაც კარგად ეაშაგრებთ კანიულაზე, ან ვაფიქსირებთ სტერილური მასალის საშუალებით, ნოვოკაინის ხსნარი შეგეყავს მხოლოდ ლორწოვან გარსში (2-3 მლ) და ჩირქგროვას ვხსნით ვერტიკალურ სიბრტყეში, ისე რომ ლანცეტის მჭრელი პირი მიმართულია ზევით ხოანებისაკენ, ვაკეთას ვიწყებთ ქვევიდან ზევით, ვკვეთავთ 2-3 სმ სიგრძეზე. უნდა გვახსოვდეს, რომ ლანცეტის წვერი არ უნდა შევიყვანოთ 0,5 სმ-ზე მეტ სიღრმეზე, რათა არ დაეაზიანოთ ღრმად მდებარე სასიცოცხლო ორგანოები. ლანცეტის მჭრელი პირი უნდა დაეფაროთ სტერილური მარლით და ღიად დაეგოვოთ მხოლოდ მისი წინა ნაწილი-წვერი (1 სმ-ის ფარგლებში). ლორწოვანი გარსის გაკვეთის შემდეგ რბილ ქსოვილებს ბლაგვად ვაეთიშავთ სისხლძარღვთა დამჭვრით. ჩირქგროვა უნდა ვავხსნათ მაქსიმალურად ჩირქოვანი მასის სრული ღრენიებისათვის. რიგ შემთხვევაში პირშიგნითა განაკვეთის გატარება შეუძლებელია და საჭირო ხდება პირგარეთა განაკვეთის გატარება.

რბილი ქსოვილების გაუტკივარების შემდეგ, ვატარებთ განაკვეთს ქვედა ყბის კუთხიდან 2-2,5 სმ დაშორებით ვაკვეთავთ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, ვავხსნით ფასციას, ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალს დავსწვეთ ქვევით; ბლაგვად შევდივართ მედიალური ფრთისებრი კუნთის შიგნითა ბედაპირზე ხახის გვერდითი არესა და ჩირქგროვის მიმართულებით. აქ

ზოგჯერ საჭირო ხდება სახის არტერიისა და სახის ვენის გადაკეანბნა. ჭრილობა უნდა გამოვრეცხოთ და მასში შევიტანოთ ჩირქოვანი მასის გამოზგანი (პოლიეთილენის მილი). აქაღმყოფს ეუნიშნაეთ ანოების საწინააღმდეგო კომპლექსურ მკურნალობას.

პ რ ო ვ ნ ო შ ი . ღროულად გაგარებული რაციონალური ქირურგიულ-მულიკამენტური მკურნალობის ფონზე კეთილსაიმელოა. ამ დააეაღების სამიმ გართულებად ითვლება ჩირქოვანი მასის გავრცელება შუასაყარში, მზარდი ასფიქსიის განეითარება და სასუნთქი გზების სტენოზი.

პირის ღრუს ფსკერის ჩირქოვან-ნეკროზული ფლეგმონა (ლულოვიკოს ანგინა)

აღნიშნული დააეაღება განსხეაელება ჩეეულებრივი ბანალური ფლეგმონისაგან თავისი მძიმე კლინიკური მიმღინარეობით. ეს დააეაღება პირეულად აღწერა 1836 წ. ექიმმა ლიუღეგმა.

ინფექცია პირის ღრუს რბილ ქსოვილებში ვრცელდება ოღონტოგენური გზით. დააეაღების გამომწვევია ანაერობული მიკროფლორა (*Cl. perfringes*, *Cl. aedematicus*, *Cl. hustoliticus*) დააეაღებისათვის დამახასიათებელია მკვეთრად გამოხატული ინტოქსიკაცია, ზოგალი მოეღენები.

კ ლ ი ნ ი კ ა . ავაღმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, თავის ტეიეილს, უმადობას, ტეიეილს ყლაპვის ღროს, აღინიშნება სხეულის მაღალი ტემპერატურა, კანის სიფერმერთალე, მაჯის აჩქარება, ზოგჯერ ქოშინი. გამოხატული ცელილებებია სისხლში, მაღალი ლეიკოციტოზი (10-15 ათასი მ/ლ), ელს-60-70-ია. ადგილი აქვს ლიმფოკენიას, ნეიგროფილოზს, შეიძლება სისხლში გამოჩნდეს ახალგაზრდა ფორმები - ნეიგროფილები, მიელოციტები). ცულილებებია შარღში - ცილები, პიღლინური ციღინღრული უჯრელები.

ა დ გ ი ლ ო ბ რ ი ე ა დ : სახის ასიმეტრია ებისქეეშა არეს რბილი ქსოვილების შემუკების გამო, ანოებადი ინფიღტრატი მომკერიეო კონსისტენციისაა, მფარაეი კანი უცკლეული. ფლექტუაცია არ აღიქმება. პირი ნახეერად ღიაა, აქვს მყრალი სუნი პირიღან. ენა აწეულია ზეეიას, ღაფარულია ფიბროზული ნაცრისფერი ნაღებით. ღეჭვის, ყლაპვის, მეტყეელების ფუნქცია მომღიღია. ანთებადი ინფიღტრატი ვრცელდება ახლომღებარე რბილ ქსოვილებზე, ყელის არეში. პაღ.პაციით ზოგჯერ შეიგრძნება ერეპიღაცია.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო შ ს ეაგარეობი პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონასთან. საერთო ნიშნებია: ასიმეტრია, ღეჭვის, მეტყეელების, ყლაპვის გაღსელება, რბილი ქსოვილების გამოხატული შემუკება. განსხეაეება: ორგა-

ნიშნის ზოგადი მძიმე მდგომარეობა, სხეულის მაღალი ტემპერატურა, სეფსი-
სური მოვლენები, მძიმე ინტოქსიკაცია, დიდი ცელილებები სისხლსა და
მარლის მხრივ, პალპაციით კრეპიტაცია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ზოგადი გაუტკივარების ფონზე ვაკეთებთ ფართო
განაკვეთს ქვედა ყბის ქვედა არეში ორივე მხარეზე, ნიკაის ქვეშ (ან საყელოს
მაგვარი) გაეკეთათ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, გაეხსნით კისრის
ფასციას და ბლაგვად გაეთიშათ ქსოვილს, ვაფართოებთ ჭრილობას. ამ
დაავადებისათვის დამახასიათებელია ჩირქოვანი მასის არ არსებობა, კუნთ-
ები მოხარშული ხორცის ფერისაა, ჭრილობიდან გამოიყოფა ხორცის ნარეცხ-
ის ფერის ბუმბუკოვანი სიოხე. ქსოვილებზე ნეკროზული ფიბრინული ნაღები,
მძაფრი ცუდი სუნით. საჭიროების შემთხვევაში ვატარებთ პირშიგნითა
განაკეთებს. ავადმყოფს ეუნჩინათ მიზანდასახულ, კომპლექსურ, ანთების
საწინააღმდეგო მკურნალობას.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი . დაავადების გამოსავალი შეგად სერიოზულია. ავადმყო-
ფი შეიძლება დაიღუპოს მზარდი ინტოქსიკაციის ფონზე, ან ანთებადი პროცე-
სის გაერყელებით შეასაყარზე.

მეორემათე თავი

სახის კანქვეშა ოღონტოგენური გრანულომა

სახის კანქვეშა გრანულომა განეკუთვნება ოღონტოგენურ ქრონიკულ
დაავადებათა რიგს. ეს დაავადება არ არის ფართოდ ცნობილი სპეციალ-
ისტის ფართო წრეებისათვის. ასეთი ავადმყოფები ხელებიან არა მარტო ექიმ
სტომატოლოგებთან, არამედ ზოგად ქირურგებთან, ლერმატოლოგებთან და
სხვა სპეციალისტებთან.

აღნიშნული დაავადება ლიტერატურაში სხვადასხვა სახელწოდებითაა
აღწერილი: "მცოცაეი გრანულომა" (ა. ხუსინა), "მცოცაეი მიგრაციული
გრანულომა" (ე. უეაროეი), "კანქვეშა გრანულომა" (პარჩი), "მიგრაციული
აბსცესი" (არხერი).

1948 წელს ლ. რაბინოვიჩმა მოგვაწოდა გერმინი "სახის კანქვეშა
ოღონტოგენური გრანულომა", რომელიც ჩემი აზრით უფრო სრულად
ასახავს ამ დაავადების არსს.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . დაავადების უფრო სრულყოფილი კლასიფიკაცია
მოწოდებულია ლ. რაბინოვიჩის მიერ (1948). დაავადების მამლინარეობის
მიხედვით განარჩევენ ორ პერიოდს: 1. ფარული პერიოდი, როდესაც სახის
კანზე არაკითარი ცელილებები არ აღინიშნება; 2. კანზე გამოვლავლების
პერიოდი, როდესაც კანის საფარზე გამოვლავლება პათოლოგური პროცე-
სი. დაავადების ორივე პერიოდი მოიცავს ოთხ კლინიკურ ფორმას: 1.

დაწყებითი ფორმა, 2. სტაბილური (სტაციონარული) ფორმა, 3. მცოცავი ფორმა, 4. აბსესური ფორმა.

კლინიკა. პათოლოგიური პროცესი ვითარდება და ლოკალიზდება კანქვეშა უჯრედისში. დააელება ხასიათდება დაუნდ მიმდინარე ანთებადი პროცესით, მას თან ახლავს პათოლოგიური გრანულაციური ქსოვილის წარმოქმნა, რომელიც შეიცავს ძალიან მცირე რაოდენობის ჩირქს. ცალკეული ჩირქოვანი კერები თვითნებურად იხსნებიან და სახის კანზე წარმოქმნიან ზერელე ხერელარხებს, საიდანაც გამოიყოფა მცირე რაოდენობის ჩირქოვან-სისხლნარევი სითხე. ხერელარხები ზოგჯერ თავისთავად იხურებიან, მაგრამ მათი შემობლად ახალი ხერელარხები იხსნებიან. ხერელარხების ზონდირებით შევიგრძნობთ რბილ ქსოვილებს.

1. დაწყებითი ფორმა. სახის კანზე პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება. სახის კანის პალპაციის დროს კბილების მიმართულებით მიგზობრივი კბილის ღონეზე შევიგრძნება უმტკივნეულო ინფილტრატი, რომლის სიღლიე 0,5 X 0,5 სმ-ის ფარგლებშია. პირის გაღება თავისუფალია. პირის ღრუს დათვალეურებით ლორწოვანი გარსი უცვლელია, მიგზობრივი კბილის მიმართულებით პალპაციით აღიქმება საკმაოდ მკვრივი ჭიმი, რომელიც მოდის კბილიდან ინფილტრატამდე. კბილის ამოღების შემდეგ პათოლოგიური პროცესი უკუგანვითარებას განიცდის.

2. სტაბილური (სტაციონარული) ფორმა. ამ ფორმისათვის დამახასიათებელია პათოლოგიური პროცესის განვითარება შემოსამღერულ უბანზე. კანი გათხელებულია, იღებს მოწითალო-ციანოზურ შეფერილობას, მოღუნებულია. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი შემუქებულია, პათოლოგიური გრანულაციური ქსოვილი შეიცავს მცირე ნეკროზულ უბნებს. კანის საფარის გათხელების ნიადაგზე ამ ადგილას წარმოიქმნება ხერელარხი, საიდანაც გამოიყოფა ჩირქოვან-სისხლნარევი სითხე. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე თვე და წელიც კი. პირის გაღება თავისუფალია, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი უცვლელია. ლორწოვანი გარსის ქვეშ პალპაციით შეიგნდება შემკვრივებული ჭიმი კბილის ფესვების საპროექციო არეღან კანქვეშა გრანულომისაკენ.

3. მცოცავი ფორმა. კლინიკური სურათი ისეთივეა, როგორც სტაბილური ფორმის დროს. განსხვავება მდგომარეობს მასში, რომ ამ ფორმისათვის დამახასიათებელია სხვადასხვა ადგილებზე ხერელარხების გახსნა. ანთებადი ინფილტრატი ერთ ადგილზე განიცდის უკუგანვითარებას, მაგრამ მის გვერდით ან ცოგა მოშორებით ჩნდება ახალი კერები და ხერელარხები. ანთებადი ინფილტრატები იკავენს სახის კანის საკმაოდ დიდ ფართობს და იწვევს სახის გარკვეულ სიმახინჯეს. ამ ფორმის დროს ჩირქო-

ვან გრანულაციურ ქსოვილში გვხვდება მოყვითალო ნაკრისფერი მარცვლოვანი ჩანართები, რომლებიც თითქოს მოგვაგონებს აქტინომიკობის ღრუბებს. ეს ჩანართები სინამდვილეში განეკუთვნებიან გრანულაციური ქსოვილის ცხიმოვან გადაგვარებას.

4. აბსცესური ფორმა. ეს ფორმა სტაბილური და მცოცავი ფორმების საბოლოო სახეობაა, მაგრამ კანქვეშა გრანულომამ დასაწყისშივე შეიძლება მიიღოს ასეთი მიმდინარეობა. ავადმყოფი ხშირად მიმართაქს ზოგად ქირურგს, რომელთა დახმარება არ იძლევა დაავადების განკურნებას. აბსცესური ფორმისათვის დამახასიათებელია შემოსაზღვრული მომრგვალო ოვალური ფორმის პათოლოგიური კერა. კანის ფერი გრანულომის გარშემო შეცვლილი არ არის. თვით გრანულომის მჭარავი კანი მოლურჯო-წითელი ფერისაა. ავადმყოფი ზოგჯერ უჩივის ტკივილს დაავადების არეში, შეიძლება იყოს სუბფერული ტემპერატურა. ჩირქგროვა შეიძლება თვითნებურად გაიხსნას და ჩამოყალიბდეს ერთეული ან მრავლობითი ხერელარხები. პირის გაღება თავისუფალია, პირის ღრუს ლორწოვანი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე. პალპაციით აღინიშნება ჭიმი მიმართული გრანულომისაკენ. გრანულომის ასეთი ფორმა ხშირად დიაგნოსტირდება, როგორც ეულგარული აბსცესი.

ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი ფორმებისათვის დამახასიათებელია სამი ძირითადი ნიშანი: 1. მიმდებარე კბილი, 2. სახეზე კანქვეშა გრანულომა, 3. მკერდი კონსისტენციის ჭიმი. პირის გაღება ყოველთვის თავისუფალია, ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული არ არის.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეატაროს აქტინომიკობთან, აბსცესთან, ფურუნკულთან, წითელ მგლურასთან, ეოზინოფილურ გრანულომასთან.

აქტინომიკოზი. ავადმყოფი ანამნეზში კბილის ტკივილს არ აღნიშნავს. ანთებადი ინფილტრატი ვითარდება საგრძნობი ტკივილის გარეშე. თვით ინფილტრატი მკერდია, ლოყის კუნთები გახეებულია. დაავადებას ახასიათებს სტაბილური ხერელარხები, ნამცეცოვანი ჩირქოვანი გამონადენი, სოკოს ღრუბებით. პირის გაღება შეზღუდულია ან ვერ აღებს.

ლოყის აბსცესი. დაავადების ანამნეზში კბილის ტკივილი არ აღინიშნება. აბსცესის ჩამოყალიბების პერიოდში ძლიერი ტკივილია. ჯანმრთელი კანის ფონზე აბსცესური კერა ამალეებულია, პიპერემიულია, პალპაციით მტკივნეული. აბსცესის გახსნის დროს გამოიყოფა დიდი რაოდენობის პომოგენური ჩირქი.

ფურუნკული. დაავადების ანამნეზში კბილის ტკივილი არ არის. ანთების განვითარების პერიოდში ძლიერი ტკივილია. ანთებადი ინფილტრა-

ტი შეიმოსაზღვრულია, მომკერიყო კონსისტენციისა, კიპერეკიულია, პალ-
პაციით მტკიუნეულია. ისფილტრატის ცენტრში უბანი დანეკროზებულია,
მოჩანს შესქელებული ჩირქი, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსა უცულებლია.

წითელი მგლურა. დაავადების ანამნეზში კბილის ტკივილი არ არის.
ტკივილი არ არის კანის დაზიანების არეშიც. პათოლოგიური უბანი მოწითა-
ლო ფერისაა, ეპიდერმისი ჩამოფუცქენილია, კანი გათხელებული, მბრწყინაფი.
მოგვიანებით დაზიანების ადვილზე წარმოიქმნება ნაწიბურები.

ეოზინოფილური გრანულომა. დაავადების ანემნეზში კბილის
ტკივილი არ არის. კანის დაზიანების არეში ტკივილი არ შეიგრძნება. ამ
დაავადების დროს უცულებლი სახის კანზე წარმოიქმნება რბილი ლაქა
(ხშირად ორი) მუქი წითელი ფერის. ლაქას არ ახასიათებს მიღრეკილება
დაწყლულებისაკენ. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი პათოლოგიური ცე-
ლილებების გარეშე.

სახის კანქვეშა ოღონტოგენური გრანულომის ეტიოლოგია გარკვეული
არ არის. მიკრობებისა და ვირუსების წამყვანი როლის დადგენა ამ დაავადე-
ბის ეტიოლოგიაში არ მოხერხდა. უნდა ვიფიქროთ, რომ გრანულომის
წარმოქმნაში დიდ როლს თამაშობს მიკრობთა გოქსინების გავრცელება,
რომლებიც იწვევენ რბილი ქსოვილების დაშლას.

მკურნალობა. მკურნალობა მიზნად ისახავს მიზეზობრივი კბილის
ამოღებას, პათოლოგიური გრანულაციური ქსოვილის გამოფხეკას, ჭრილო-
ბის გამორეცხვას. გარდა ამისა საჭიროა ჭრილობის კიდეების განახლება,
მობილიზება და გაკერვა. დიდი ზომის კანქვეშა გრანულომის შემთხვევაში
ჭრილობაში შეგვაქვს იოლოფორმის დოლბანდი. ჭრილობას ეასხივებთ ულ-
ტრაიისფერი სხივებით, ზოგჯერ საჭიროა კანის თავისუფალი გადახერგვა.
აუადმყოფს ეუნინზნავთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

მეცამეტე თავი

ყბა-სახის არეს არაოღონტოგენური ანთებადი დაავადებები

ჩირქბალი მიკოფლორის გავრცელება ყბა-სახის არეში შესაძლებელია არა
მარტო კბილისმიერი (ოღონტოგენური) არამედ სხვა გზებითაც. ანთებადი
პროცესის გავრცელებას ხელს უწყობს არა მარტო ის, რომ სახის არეში არის
კარგად განვითარებული ლიმფური და სისხლძარღვოვანი (ვენური) ქსელი,
არამედ ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა და ინფექციური აგენტის ვირ-

ულსტობა. ინფექციის გაერელება ენური სისხლძარღვოთა სისტემით (ვენური სისხლძარღვების თრომბოზი) ქმნის სერიოზულ საფრთხის ჩირქოვანი ანთი-ბადი პროცესის გადაგანისა თავის ქალას ღრეში, გულმკერდის ღრეში და სხეა.

არაოღონგოგენური ანთიებადი პროცესებიდან ამ მხრეე საგულსხმთა სახის არეს ფურუნკული, კარბუნკული, წითელი ქარი, ნთმა.

ფურუნკული

სახის არეს ფურუნკული ლიგერატურული მთნაცემებით 3-7% შეაღგენს. ფურუნკულის გამომწვეეეე მიზეში უფრო ხმირალ თქროსფერი სტაფილოკოეა, მაგრამ შეიძლება იეოს სხეა ფლორა (სტრეპტოკოკი, ნაწლაეის ჩხირი და სხეა).

ფურუნკული მწეაეეე ჩირქოვან-ნეკროზული ანთიებადი პროცესეა, ლოკალიზება თმის ბოლქეის ირგვლიე მღებარე შემაერთებულ ქსოეილში. ინფექციის შეჭრა ხღება ან თმის ბოლქეის ან ქონის ჯირკელის ხადინარის ნამუალებით. ეთარღება მწეაეეე ჩირქოვანი ანთიება, ანთიებადი პროცესი ერეღლება ირგვლიე მღებარე ქსოეილებზე. წარმოიქმნება ნეკროზული უბანი კონესისებური ფორმის, რომლის მწეკრვალე მთმაროულია კანის ზეღამრისეკენ, ხოლო ფეეეე მიგნით, რბილი ქსოეილების ხიდრმეში. ფურუნკული შეიძლება გაციითარღეს ზეღა და ქეღლა გუნის არეში, ცხეირგუნის არეში, ლოეის, ცხეირის ნესგოს არეში და სახის სხეაღასხეა აღგეღებში.

კ ღ ი ნ ი კ ა . ლაეეაღება იწეება ფოლიკულიგით, თმის ძირის ირგვლიე ეთარღება ჰიპერემეა, მცირედ გამოხაგული ინფიღრაგე. ანთიების პროგრესირებას თან ერთეის მწეაეეე ხასიათის გეეილი, სწრაფალ მაგულობს რბილი ქსოეილების შეშუეება. ანთიების ემეენსტრეში წარმოიქმნება ჩირქოვან-ნეკროზული საეობი, რომლის მომორების შემღეეე გამოსწღება ჩირქგროეის ბულე, ჩირქს სქელი კონსისგენციისეა. ჩირქოვანი მასის გამოგყღეგის მცღეღობა შეღეღს არ იძლეეა. ასეით მოქმეღების შემღეეე ანთიებადი პროცესი სწრაფალ პროგრესირებს და ეთარღება სახის რბილი ქსოეილების კოლაგერალური შეშუეება, შეეწროეღება თეაღის ნაპრალი მესაბამის მხარეზე, მაგულობს სხეელის გემეკრეგურა, შეიძლება განეითარღეს სეფსისური მოეღენეები (შემეეენება, მღალაი ლეეკოციტოზი და სხეა), სახის ვენური სისხლძარღვების თრომბოზი და სხეა გართეღებები.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღ ი ა გ ნ ო ზ ი უნღა გეეეგართო სახის კანქეეეეა ოღონგოგენურ გრანულომასთან, სახის ბანალურ აბსეესთან.

სახის კანქეეეეა ოღონგოგენური გრანულომა ეთარღება ღეეეღ, მკაფიოდ გეეეეეეე კლანიკური სურათის გარეშე, აქეს ქრონიკული მთმინარეობა,

ინფლტრატი რბილია, მკვეთრად შემოსაზღვრულია, კანი მოლურჯო-ციანო-ზურია. აბსცესის გახსნისას გამოიყოფა ძალიან მცირე რაოდენობის ჩირქოვანი მასა.

სახის ბანალური აბსცესის დროს კლინიკური სურათი ნაკლებად არის გამოხატული. ტკივილი უფრო ზომიერია, ჩირქტროვა შემოსაზღვრული, ფლქტუაცია მკვეთრად გამოხატული, რბილი ქსოვილების კოლაგერალური შემუქება თითქმის არ არის.

ფურუნკულის ღიაგნომის დადგენა უმრავლეს შემთხვევაში დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ფურუნკულის მკურნალობა უნდა წარემართოთ ინდივიდუალურად აქვადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით (ორგანიზმის სხვა დაავადებების ფონზე-მაქრიანი ღიაბეგი და სხვა), დაავადების სტადიის და გართულებების გათვალისწინებით. დაუშვებელია ჩირქტროვის თითებით გამოჰყვება. ანთების სეროზულ ფაზაში ანტიბიოტიკებთან ერთად ვიყენებთ ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობას — უმს დენი, ულტრაიისფერი დასხივება. აბსცესური ფორმის დროს საჭიროა განაკეთის გატარება და ჭრილობის ისე გახსნა, რომ მთლიანად ამოღებული იქნას ჩირქოვანი ბუდე. ოპერაციული ჩარევა მიმდინარეობს ქსოვილების ბელმეტი ტრაემირების გარეშე-ღამოგვით.

ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს ფურუნკულის ირგვლივი ქსოვილების ბლოკადაზე ნოვოკაინ-ანტიბიოტიკების სხნარით. ავადმყოფებს ვუნიშნავთ ფართო სექტრის ანტიბიოტიკებს, ანტიპისტამინურ პრეპარატებს, საჭიროების შემთხვევაში პეზარინს, ეიტამინების კომპლექსს. მძიმე შემთხვევაში ინტრავენურ გადასხმებს. ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით შეიძლება შევიყვანოთ სავალე საშუალებები.

პ რ ო გ ნ ო შ ი . დაავადების დროული და მიზანმიმართული მკურნალობით გამოსავალი კეთილსაიმედოა. ანთებადი პროცესის ჩამთავრების შემდეგ ჭრილობა შეხორცდება და ვითარდება ნაწიბური. ფურუნკულის გართულებიდან აღსანიშნავია სახის ვენების ფლებიტი, თრომბოფლებიტი, რომელიც ვრცელდება სახის ვენური სისტემით — სახის ვენა, ცხვირის კუთხის ვენა, თვალბულის ვენა და მღვიმოვანი ღრუებით ქალას ფუძისაკენ.

კარბუნკული

კარბუნკული მწვავე ჩირქოვან-ნეკროზული დაავადებაა. ანთება ლოკალიზდება კანქვეშ მღებარე ქსოვილებში. ინფექცია (სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი), შეიჭრება თმის ძირების ფოლიკულებისა და ქონის გამომყოფი

ჯირკვლების სადინარების გზით. ჩირქოქიანი ასოებადი პროექსი ერთდროულად უსთარდება რამდენიმე თმის ძირის არეში, ისე რომ დასაწყისში მოგვაცნობს მრავლობით ფურუნკულს.

კარბუნკულის განვითარების ხელშეწყობთ ფაქტორად ითვლება ორგანიზმის დაძაბუნება, ნივთიერებათა ცელის მოშლა (აეიგამინოში, შაქრიანი დიაბეტი და სხვა). ხანდაზმულებში უურო ხშირად ყადრე ახალგაზრდებში.

ქ ღ ი ს ი კ ა . აეადმყოფი უშივის გკიეილს, რომელიც ყოყულადიურად მაგულობს, ზოგადი მდგომარეობა თანდათან მძიმდება, სხუელის გემპერაგურა 39°-39,5°-ია, აღინიშნება ოყულიანობა, უმაღობა, საყროთ სისუსტე-სისხლში გამოსაგული ლეიკოციტოზი, ელს – მომაგებულია. დასაწყისში ადვილობრივად სახის არეში აღინიშნება რამდენიმე თმის ძირის არეში ასოებადი ინფილტრაცი, პიპერქია, მაგულობს კანის დაჭიმულობა, თმის ლერების ირგვლივ წარმოიქმნება ჩირქოქიანი მასა, მიმდებარე ქსოვილი განიყლის ნეკროზს. კანი ლებულობს მოლურჯო-მოწითალო შეფერალებას, დაჭიმულია, ამალღებულია ირგვლივ მღებარე ქსოვილებთან შეღარებით.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო ზ ს ეაგარებთ ფურუნკულოას, ციმბირის წყულუთან. ფურუნკულოას ღიფერენციული დიაგნოზის გაგარება ძნელი არ არის. გარკვეულ სიძნელეს წარმოადგენს ციმბირის წყულულის გამორიქება, ციმბირის წყულულისათვის დამახასიათებელია შემღევი ნიშნები: ინფექციის მეჭრის ადვილზე ვითარდება ლაქა (1-2 მმ), ხოლო რამდენიმე საათში ყალიბდება პაპულა, ერთ დღე-დამეში გარდაიქმნება ბუშტუკად, რომლის მიგთაყსი მოწითალო შეფერალებისაა, ბუშტუკის ადვილზე ვითარდება წყულული, დაფარული ქერქით (ჩირქოქიანი მასა არ არის). ამავე დროს აღინიშნება კარგად გამოსაგული სახის რბილი ქსოვილების შეშუქება. აღსანიშნავია რომ ციმბირის წყულულის დროს გკიეილი არ აღიქმება. დიაგნოზის საბოლოო დამუსტება ხდება მიკრობიოლოგიური გამოკვლევით – ციმბირის წყულულის გამოშვევი ბაცილების აღმოჩენით.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . კარბუნკულის მკურნალობა გარდება მხოლოდ სტაციონარის პირობებში. უნდა გავითვალისწინოთ აეადმყოფის ინდივიდუალური მდგომარეობა, ფონური დაეადება. მიკროფლორის განსაზღურის შემღევ ეაგარებთ შიზანდასახულ ანტიმიკრობულ მკურნალობას ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების დანიშენით. ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება მიემართოთ ანტიბიოტიკების შეყვანას ასოებადი ინფილტრატის ირგვლივ. აეადმყოფს ვაძღვეთ მაღლენისნიბილიზებელ სამუალებებს, ვიგამინების კომპლექსს. საჭიროების შემთხვევაში საგულე სამუალებებს, პეპარინს. ფართოდ ვიყენებთ მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს – ულტრაიისფერ დასხივებას, ინტრავენურ გადასხმებს.

დაეადლების გამოსაგული ჩირქოქიანი-ნეკროზული ფორმის დროს მიემართაეთ ქირურგიულ ჩარევას, განაკვეთს ეაგარებთ ისე, რომ სირქტროეა ვაიხსნას სრულყოფილად (ჯერისმაგვარი განაკვეთი). ჩირქტროეის გამოჭ-

ყლიჯა ყოვლად დაუშვებელია. კოვში ფროხილად ვიღებთ ჩირქოვან მასას, ნეკროზულ ქსოვილებს მოკვეთიათ და ჭრილობას გამოურეცხაეთ ანტისეპტიკური ხსნარებით. ჭრილობაში ყათაესებთ პიპერტონულ ხსნარში დასველებულ ღოღბანდს. მკურნალობის ეტაპზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სახის რბილი ქსოვილების მოძრაობის მაქსიმალურ შეზღუდვას (არ შეიძლება ღაპარაკი, სიცილი, ღეჭვით მოძრაობა და სხვა).

დაგვიანებული მკურნალობის შემთხვევაში მოსალოდნელია მძიმე გართულებები და სიკვდილიც კი.

პ რ ო გ ნ ო შ ი . ღროული და სრულფასოვანი მკურნალობის შემთხვევაში გამოსავალი კეთილსაიმყოფა.

ციმბირის წყლული

ციმბირის წყლული ინფექციური დაავადებაა და განეკუთვნება სამიშინფექტიათა რიგს. ახასიათებს პერიოდული აფეთქება. ამ ბოლო წლებში გამოჩნდა საქართველოს რესპუბლიკის გერიტორიაზედაც. დაავადებას იწვევს ციმბირის წყლულის ბაქტერია, რომლის შეჭრა ადამიანის ორგანიზმში ხდება კანის დაზიანებული უბნებიდან. დაავადების გაერყელების წყაროა დაავადებული ცხოველის ხორცთან, გყავთან და სხვა კონტაქტი. დაავადების ფარული პერიოდი საშუალოდ შეადგენს 2-12 დღეს.

კ ლ ი ნ ი კ ა . პათოლოგიური პროცესი იწყება მწვაედ, ინფექციის შეჭრის ადგილზე წარმოიქმნება მოწითალო-მოლურჯო 2-3 მმ ზომის ლაქა, რომელიც დასაწყისში მოგვაგონებს მწერის ნაკენს. დაავადებას შეიძლება თან ახლდეს სხეულის ტემპერატურის აწევა 38°-38.8°-მდე. ლაქის ცენტრში ყალიბდება პუსტულა, ხოლო მის გარშემო ვითარდება ინფილტრატი. პუსტულის გახსნის შემდეგ წარმოიქმნება წყლული, რომლის ზედაპირი იფარება მოზაო ფერის ქერქით (აქედან სახელწოდება anthrax — ნახშირი).

დაავადებისათვის დამახასიათებელია აგრეთვე რბილი ქსოვილების გამოხატული ინფილტრატი, რბილი ქსოვილების შემუქება, განსაკუთრებით ფაშარი შემაერთებული ქსოვილის არემი (ქუთუთოები). პათოლოგია ძალზე წააგავს კარბუნკულს, მაგრამ მისგან განსხვავებით დაავადების არემი ტკივილი საერთოდ არ აღიქმება. ლიმფური კვანძები გადიდებულია, მოძრავია, ზომიერად მტკივნეული. პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებას თან ახლავს სხეულის ტემპერატურის მომაგება, თავბრუ, საერთო სისუსტე, გულყრები, ზოგჯერ პირღებინება. მავა აჩქარებულია, შეიძლება გამოვლინდეს სეფსისური მოვლენები.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო შ ს ეტარებთ ფურუნკულთან, კარბუნკულთან. ყურადღებას ეამახვილებთ ანამნეზის სწორად შეკრებაზე, იყო

თუ არა კონტაქტი ცხოველებთან, ხორციან, გყავთან. ფურუნკული და კარბუნკული ხასიათდება ძლიერ გამოხატული გკივილით. ციმბირის წყლულის დროს კი გკივილი საერთოდ არ აღიქმება: ფურუნკული და კარბუნკული მძიმდინარეობს გამოხატული ჩირქოვანი ანთების ფონზე. ციმბირის წყლულის დროს კი ჩირქოვანი ანთება საერთოდ არ არის. ციმბირის წყლულის შემთხვევაში ალუბულ მასალაში უხვად ამოიხსება ამ დაავადების ბაცილები, ფურუნკულის და კარბუნკულის დროს კი სტრეპტოკოკი, სტრეპტოკოკი და სხვა მიკროფლორა.

მკურნალობა. ციმბირის წყლულის მკურნალობას ვაგარებთ ინფექციური სტაციონარის პირობებში. დიაგნოზის დასმისთანავე, რაც შეიძლება ადრე უნდა შევიყვანოთ ციმბირის წყლულის საწინააღმდეგო მრავალი, მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, ინტრავენურ გალასხმებს, მადესენსიბილიზირებელ საშუალებებს, საგულე საშუალებებს. ადგილობრივად ვიყენებთ მალამოს (ქლორგეტრაციკლინი, გეტრაციკლინი და სხვა).

პროგნოზი. დაავადების კანის ფორმის დროს სათანადო მკურნალობის ფონზე გამოსავალი კეთილსაიმელოა, წყლულის მეხორცების შემდეგ რჩება უხეში ნაწიბური. მძიმე ფორმების დროს პროგნოზი არაკეთილსაიმელოა. სიკვდილიანობა აღწევს 10-18%.

წითელი ქარი

წითელი ქარი მწვავე ინფექციური დაავადებაა. პათოლოგიური პროცესი ვითარდება სახის კანის ყველა შრეში. ანთების ხასიათის მიხედვით შეიძლება იყოს მწვავე სეროზული ან მწვავე სეროზულ-ჰემორაგიული.

დაავადების გამომწვევი მიზეზია A ჯგუფის სტრეპტოკოკის წარმომადგენლები (ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი და სხვა). დაავადების განვითარების ფაზაში შეიძლება ამოითესოს სხვა მიკროფლორა.

დაავადება ვითარდება ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის დაქვეითებისა და სენსიბილიზაციის ფონზე.

ღიმი მნიშვნელოვანი ენიჭება სახის კანის წინააღმდეგობის გაწევის უნარს. ინფექციის შეჭრა ხდება დაზიანებული კანის გზით.

პათოლოგიური ანატომიური სურათი ხასიათდება გამოხატული ჰემორაგიული ანთების და რეგიკულური შრის შეშუპებით. სისხლძარღვები გაფართოებულია, ავსებულია სისხლით და მიკრობთა მასით. სისხლძარღვების გარშემო აღინიშნება ექსუდაცია და უჯრედოვანი ინფილტრაცია. ექსუდატი ერყვლება ეპიდერმისის მიმართულებით და იწვევს მის ამრევებას, რის ნიადაგზე ყალიბდება ბუშტუკები, ფიბრინის შემცველი სითხით. შეიძლება განვითარდეს კანის უბნების შემოსაზღვრული ნეკროზი.

კლ ის ი კ ა . დაავადების ისეუბანეური პერიოდი მოიცავს 1-3 დღეს. პათოლოგიური პროცესი უფრო ხშირად ვითარდება პირის, ცხვირის, თვალების ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში. იწყება მწვავედ, მაგრამ მას წინ უძღვის საერთო სისუსტე, თავის გაცივლი, სუბფერილური გემპერაგურა. ინფექციის შეჭრიდან მეორე-მესამე დღეს აღვილი აქვს სხეულის გემპერაგურის მომაგებას 38°-39,5°-მდე. ანთება შეიძლება ვაერცელდეს თავის თმიან ნაწილზე. სახეზე, დაავადების კერა პიპერემიულია, მკვეთრად შექმოსაზღვრულია ჯანმრთელი ქსოვილისაგან.

დათვალეურებით აღინიშნება მკვეთრად გაწითლებული კანი, გამოსატეული აბერეციით, შემადლებული, ჯანმრთელი ქსოვილისაგან განსხვავებით პიპერემიული უბნების ვაერცელება წააგავს პეპელას ფრთების ფორმას. წითელი ქარი შეიძლება ვაერცელდეს ლორწოვან გარსებზე, რაც კიდე უფრო ამძიმებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას. წითელი ქარის ვადატანი არ გოეებს მყარ იმუნიტეტს და მოსალოდნელია დაავადების განმეორება.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღ ი ა გ ნ ო ზ ი უნდა ვაეატართო სახის ერთეულ ღერმატეტებთან, ლიმფალინგთან, სახის ეენების ფლებიგთან. წითელი ქარის მკაფიო კლისიკური სურათის დაზუსტებით ღიაგნობის დასმა ძნელი არ არის.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . წითელი ქარის მკურნალობა გარდება საავადმყოფოს ინფექციურ განყოფილებაში. მკურნალობა კომპლექსურია და მოიცავს სულფამიდური პრეპარატების (სულფადიმეზინი, სტრეპტოციდი, სულფადიმეტოქსინი) მადესენსიბილიზებელი ნივთიერებანი (დიმედროლი, სუპრასგინი და სხვა), ულგრაიისფერი დასხიება. დასხიების ბიოლოგის განსაზღვრის შემდეგ ავადმყოფს ვუნიშნავთ ვიგამინოთერაპიას. მძიმე ფორმების შემთხვევაში მკურნალობის კომპლექსში შეგვყავს ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები. ბულოზურ-ეროზული ფორმის დროს შეიძლება ვამოეყენოთ ანგისეპტიკური მაღამოები სახის კანზე წასასმელად.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი . დროული მკურნალობის ფონზე დაავადების გამოსავალი კეთილსამელოა. მოსალოდნელია გართულება – სახის ეენების თრომბოზი, მენინგეტი. დაავადების პროფილაქტიკა ითვალისწინებს სახის კანის სისტემატურ (ყოველდღიურ) პიგიენას.

ნომა (წელიანი კიბო)

ნომა ინფექციური დაავადებაა და მას კიბოსთან არაეითარი კაემირი არა აქვს. რადგან დაავადებას ახასიათებს ვაერცობილი ინფილტრაციულ-დესტრუქციული პროცესი, გამოსატეული სეკელი ნეკროზით, ამიგომ ეწოდა მას

წყლიანი კიბო. დააყალბება აღწერილია უძველეს დროში, წყლიანი კიბო კი ეწოდა მკვიდრმეგე საუკუნეში.

დააყალბება უძველესწილად გვხვდება დას ესტეხულ, დაუძლ ერეხულ ბაემეებში და გულსისხლძარღვთა სისტემით დააყალბულ მოზრდილებში. ეგაოლოგია დას ესტეხული არ არის. პათოლოგიური კერიდან გამოყოფილია მრავალსახოეანი მიკროფლორა. დააყალბების პათოგენებში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის მკვეთრ დაქვეითებას და პირის ღრუს პიგიენის დაუეეეელობას, მრავლობითი კარისეული კბილები, კბილები ნეკროზული პულპით, კბილის ქეების დიდი რაოლენობით არსებობა და სხვა.

მორფოლოგიურად პათოლოგიური პროცესი მიმდინარეობს გუნების, ლოყის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სეელი ნეკროზით. ნეკროზული უბნები სწრაფად ერეეეელება მკვობელ ქსოვილებზე, როგორც ზედაირულად, ისე ღრმად. ანთებადი ინფილტრატი მკვეთრად გამოხატული არ არის, არ არის მკაფიო სადექარკაციო საზი. წერილი სისხლძარღვები დათროზბილია. პათოლოგიური პროცესის შეეეეე რება რბილი ქსოვილების დიდი დეეეექტი და სახის გამოხატული სიმახსნეე.

კლინიკა. დააყალბება შეიძლება დაიწყოს ფარულად სისუსტით, სუბფებრილური ტემპერატურით. ზოგჯერ ადვილი აქვს დააყალბების მწეეეეეე განეითარებას მალალი ტემპერატურით, ინტოქსიკაციით.

კანზე (ლორწოვან გარსზე) წარმოიქმნება 0,5-1 სმ. ოლენობის მოლურჯო ფერის ლაქა, რომელიც სწრაფად გადადის ნეკროზულ ფაზაში. ზოგჯერ დააყალბებას წინ უძეეის წელულოვან-ნეკროზული გინგიეიტი, სტომატიტი. კანის მუეი ლაქის ირგვლიე ეითარლება მომკერიეო კონსტიტენციის ინფილტრატი, მუარაეი კანის პიპერემის გარეეე. ლაქის ცენტრში კანი თხელდება, გალღეება და ეითარლება ნეკროზი. პროცესი სწრაფად ერეეეელება განერცობით და სიღრმეში, რასაკთან ახლავს მყაყე სუნი. ქსოვილების სწრაფ დამლას სისხლღენა თითქმის არ ახლავს (სისხლძარღვთა თროზბოზის გამო). ქსოვილთა დიდ დამლას არ ახლავს შესაბამისი ტეიეილის აქქმა. ლიმფური კენტიები გადიღებულია, ნაკლებ მტეიენეული, არის მალალი ტემპერატურა 38-39,8°, მადეა აქქარებული. სისხლში ლეიკოციტოზი (10-20.000). ზოგჯერ აღინიშნება ლეიკოპენია, ლიმფოციტოპენია, ეოზინოფილების გაქრობა მიანიშნებს დააყალბების სიმძიმეზე. გამოხატულია ლეიკოციტების გოქსიკურობა, ელს – აქქარებულია და აღწეეე 70 მმ. საათში. სიკეილიანობა – 10-20%-ია.

ღაფერენციალური დიაგნოზს ვადარებთ ნეკროზულ-ჩირქოვანულეგმონიკობთან, ჩირქოვან-ნეკროზულ პაროლონტიტთან, აეოეისებთან სიმეიქსთან, სახის კარბესკულთან. დიაგნოზის დასმა ნომის მკვეთრად გამოხატული კლინიკური სურათის გათეალისწინებით დიდ სიმეულეს არ წარმოადგექს.

მკურნალობა. ღიაეადების მკურნალობა კომპლექსურია. უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის ამაღლება, ღებინტოქსიკაცია, სისხლძარღვითა ოროზმობის წინააღმდეგ ანტიკოაგულიანტების გამოყენება, ანტიბიოტიკების შეყვანა, ინტრავენური და ინტრაარტერიული (საფუთქლის არტერიის კატეტერიზაცია) გაღასხმები, ორგანიზმის ღესენსიბილიზაცია, საგულე სამუალებების გამოყენება, ეიტამინოთერაპია, სისხლის ან მისი შემცველი პრეპარატების გაღასხმა. აღვილობრიუად ნეკროტომია, ფერემენტების გამოყენება, ჭრილობის ანტისეპტიკური ხსნარებით ღამუშაუება.

პროგნოზი. პათოლოგიური პროცესის პროგრესირების შემთხვევაში პროგნოზი არაკეთილსამიქლოა. ხხეა შემთხვევაში ქსოვილების ღიდი ღეფექტისა და სიმახინჯის გამო საჭიროა ხანგრძლივი ეტაპობრივი მკურნალობა, ღეფექტების პლასტიკური გზით აღღგენა.

მეთოტხმეტა თაპი

ყბა-სახის არეს სპეციფიკური ანთებადი პროცესები

პირის ღრუში, ყბა-სახის, კისრის არეში ანთებადი პროცესების ძირითადი გამომწვევი მიზეზია ჩირქმბადი და ანაერობული ინფექცია. ამ რეგიონში ზოგჯერ ვითარება ინფექციური ანთებადი პროცესები, რომლის გამომწვევი მიზეზია: სხივისებრი სოკო, მკრთალი სპიროქეტა, მიკობაქტერიები, ვირუსები, ამ ბაქტერიებით გამოწვეული ანთებადი პროცესები იწოლება სპეციფიკურ ანთებად პროცესებად, რაღგან ანთებადი ინფილტრატის მორფოლოგიური გამოკვლევით ყოველთვის აღმოჩნდება მისი გამომწვევი სპეციფიკური აგენტი. ამ ღავეაღებათა ღამახასიათებელი კლინიკური სურათი გამომღინარეობს აგენტის ბუნებიღან და განსხეაუღება ხხეა ანთებადი პროცესებისაგან შემღევი ნიშნებით: 1. სპეციფიკური ანთებადი პროცესები მიმღინარეობენ ქრონიკულად, აქეს შუეპოვარი მიმღინარეობა, არ ემორჩილებიან ჩეულებრივ საერთოღ მიღებულ მკურნალობას, 2. აქეთ ღამახასიათებელი კლინიკური სურათი, განვითარების სგალიურობა, 3. ხხეა ანთებადი პროცესებისაგან განსხეავეებით საჭიროებს მკურნალობის რამღენიმე კურსის ჩაგარებას გარკვეული ინტერეალებით, 4. საჭიროებს მკურნალობის სპეციფიკური მეთოღების გამოყენებას (ეაქცინები, ანტიბიოტიკების სპეციფიკური ჯგუფი, იმუნოკორექცია და ხხეა). 5. მკურნალობის ღამთაერების შემღეგ გარკვეული ღროის განმავლობაში საჭიროებს ღაკერეებას (ღისპანსერული აღრიცხეა).

ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზი ქრონიკული ინფექციური დაავადებაა. ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარების შედეგად საგრძნობლად შემცირდა ამ დაავადების გავრცელება და მისი ადგილობრივი გავრცელება ყბა-სახის არეში. დაავადების გამოიწვევია ტუბერკულოზის მიკობაქტერია. ტუბერკულოზის მიკობაქტერია ორგანიზმში შეიძლება მოხვდეს სტომატოლოგოგენური, სასუნთქი და საჭმლის მომწელებელი გზით. გამორიცხული არ არის პემატოგენური და ლიმფოგენური გზები.

ვარჩევთ დაავადების ორ გაერცელებულ ფორმას: პირველადი ტუბერკულოზი – ყბა-სახის არეს ლიმფური კვანძების დაავადება. ინფექცია შეიძლება შეიჭრას ორგანიზმში დაზიანებული პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან, კანიდან, კბილებიდან, ნუშურა ჯირკვლებიდან.

მეორადი ტუბერკულოზი, რომელიც ვითარდება სასუნთქი, საჭმლის მომწელებელი და სხვა შინაგანი ორგანოების აქტიური დაავადების ფონზე.

პირის ღრუში ტუბერკულოზი შეიძლება გაერცელდეს განვრცობის გზით ლორწოვანი გარსიდან ყბის ძეალებზე ან სხვა ორგანოზე.

ტუბერკულოზური ინფილტრატი – ბორცვი ხასიათდება უჯრედოვანი ინფილტრაციით, რომელიც განვითარების გარკვეულ ეტაპზე განიცდის დამლას და დაზიანების ადგილზე ვითარდება წყლული ხაჭოსმაგვარი მასით.

ყბა-სახის არეში შედარებით უფრო ხშირია ლიმფური კვანძების, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და ყბის ძელის ტუბერკულოზი. კანისა და სანერწყვე ჯირკვლების დაავადება იშვიათად გვხვდება.

კ ლ ი ნ ი კ ა . პირველადი ტუბერკულოზური დაზიანება ლიმფური კვანძების ვითარდება ინფექციის ლიმფურ კვანძებში მოხვედრით. ლიმფური კვანძების თანდათანობითი გაღილება მიმდინარეობს თითქმის უმტკივნეულოდ. კვანძები მომკვრივო კონსისტენციისაა. დასაწყისში მოძრავია, მოგვიანებით ფიქსირებული ხდება, პროცესში ჩათრეულია რამდენიმე კვანძი ერთდროულად. მოგვიანებით სიმკვრივე მკვეთრად გამოხატულია. მოგვიანებით კვანძები რბილდება, იწყება ინფილტრატის დამლა, კანის მთლიანობის დარღვევა და გამოიყოფა ხაჭოსებური მასა.

ბაემეთა ასაკში გვხვდება კანის მეორადი ტუბერკულოზი – სკროფულოდერმა, რომელიც ძირითადად ლოკალიზდება კანქვეშა ცხიმოვან უჯრედისში. ცალკეულ ლიმფურ კვანძებში ვითარდება ინფილტრატი, რომლებიც შემდეგ ერთდება ან იღებს კრიალოსანის ფორმას. მფარაეი კანი განიცდის ატროფიას და თხელდება, რამდენიმე ხნის შემდეგ გაიხსნება და ყალიბდება ხერულარხები, საიდანაც გამოიყოფა ჩირქოვანი მასა, ხერულარხი იფარება ქერქით, შეხორცების შემდეგ რჩება ნაწიბური. დაავადება შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე თვე და წელი.

ტუბერკულოზური ლიმფადენიტი ერთ-ერთი გაერკველებული დაავადებაა, ვითარდება მინაგანი ორგანიზმის ტუბერკულოზის ფონზე. პათოლოგიურ პროცესს წინ უძღვის სუბფებრილური ტემპერატურა, საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება, მიმდინარეობს ქრონიკულად. კლინიკურად ლიმფური კეანძები ზომიერად ვადიდებულია, მომკერიყო – ელასტიკური კონსისტენციის, უმგკივნიეულო ან სუსტად მტკივნიეული. ლიმფური კეანძების დასირქება ძირითადლო მიმდინარეობს ნელა, დაშლის შემდეგ გამოიყოფა ხაჭოსმაგვარი კონსისტენციის ჩირქოვანი მასა.

სანიერწყვეჯირ კელებს ტუბერკულოზი იშიიათი დაავადებაა და შეიძლება იყოს კეროვანი და ლიმფური.

ყბების ტუბერკულოზი მყორადი დაავადებაა და ვითარება პემატოგენური ან ლიმფოგენური გზით. ზოგჯერ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან განერცობის გზით. ყბების ტუბერკულოზი უფრო ხშირად ვითარდება ფილტვიზის ტუბერკულოზის ფონზე. ტუბერკულოზური პათოლოგიური პროცესი ყბის ძეალში მიმდინარეობს ძელის რემორბციით, რომელსაც თან ახლავს გამოსაგული ქრონიკული პერიოსტიტის რეაქცია. დასაწყისში დაავადება მიმდინარეობს თითქმის უსიმტომოდ, უმტკივნიეულოდ. ძელის ქსოვილის დაშლის პროცესის პროგრესირებასთან ერთად იწყება ტკივილი, ვითარდება ანთებალი კონტრაქტურა. პათოლოგიურ პროცესში ჩაითრევა კანქვეში ცხიმოვანი ქსოვილი და კანი, რომელიც იღებს მოწითალო-მოლურჯო შეფერადებას. ყბის ახლოს ყალიბდება ერთეული ან რამდენიმე ცივი აბსცესი, რომლებიც შეიძლება თვითნებურად გაიხსნას. სახის კანზე აღინიშნება რამდენიმე ხერულარხი, რომელთა ზონღირებით ყოველთვის შეიგრინება ძელოვანი ქსოვილი. ხერულარხებიდან გამოიყოფა ხაჭოსმაგვარი ჩირქოვანი მასა და წერილი სეკეესტრები. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ძელოვანი ქსოვილის კეროვანი რემორბცია, მკაფიო სამღრებით: აღინიშნება აქტიური სკლეროზული უბნები, ზოგჯერ მცირე ზომის სეკეესტრები.

ღიაგროზის დასმაში ლილი მნიშენელობა ენიჭება აეაღმყოფის გულმკერდის რენტგენოლოგიურ გამოკეღეევას, ტუბერკულინის სინჯების გამოყენების (პირკე, მანტუ) და წყელის ზედაპირიდან აღებული ნაცხების მორფოლოგიურ გამოკეღეევას.

ღიფერენციულ ღიაგროზს ვაგარებთ ბანალურ ლიმფადენიტთან, ქრონიკულ ოსტეომიელიტთან, აქტინომიკოზთან, სიფილისთან, კიბოსთან.

ტუბერკულოზისაგან განსხვავებით ლიმფადენიტს ასასიათებს მწვავე დასაწყისი, ვითარდება ან მწვავე ინფექციების ფონზე ან ოლონტოგენური გზით. აქტინომიკოზს გამოერიცხაეთ დაავადების კლინიკური სურათის გათვალისწინებით და ჩირქოვან გამონადენში სხივისებური სოკოს ღრუშების

აღმოჩენით. სიფილისურ დაავადლებას გამოიყრისხავეთ ანამნეზით და მორფოლოგიური გამოკვლევით, მკრთალი სპიროქეტის აღმოჩენით.

ყბების კიბოს გამოიყრისხავეთ ანამნეზის ლეგალური შევროვებით (დაავადების სწრაფი პროგრესირება), რენგენოლოგიური გამოკვლევით (ღიღი უბნების ლესტრექცია, და კბილული კიდეები), მორფოლოგიური გამოკვლევით (ბიოუსია).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . დაავადების მკურნალობა უნდა წარემართოთ კომპლექსურად ექიმ-ფტიზიატრთან ერთად. ავაღმყოფს ვუნიზნავეთ გუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობას (პასმ-ი, გუბაზიდი, ფტივაზიდი, იზონიამიდი, სტრეპტომიცინი და სხვა). ქირურგიულ ჩარევას ვაწარმოებთ კლინიკური ჩვენების მიხედვით (სეკესტროექტომია, გამოფხეკა და სხვა).

პ რ ო გ ნ ო ზ ი . სათანალო მკურნალობის ფონზე, საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად დაავადების გამოსავალი კეთილსაიმედოა.

აქტინომიკოზი

აქტინომიკოზი ქრონიკული ინფექციური დაავადებაა. მისი გამომწვევი მიზეზია სხივისებრი სოკო. დაავადება შეიძლება გავრცელდეს ადამიანის ორგანიზმის ნებისმიერ ორგანოსა და ქსოვილში. სხივისებრი სოკო ადამიანის ირგვლივ გარემოში ფართოდ არის წარმოდგენილი: აღმოჩენილია ნიადაგში, წყალში, მცენარეების ღეროზე, მარცვალზე, ადამიანის სხეულის კანზე. პირის ღრუში აქტინომიკეტები მუდმივად ბინადრობენ. ისინი აღმოჩენილია კბილის ნაღებში, ღრძილის ჯიბეში, კარიესულ ღრუში და სხვა რეგენციულ ადგილებში.

აქტინომიკეტების პირის ღრუში არსებობა ჩვეულებრივ არ იწვევს პათოლოგიური პროცესის განვითარებას. დაავადების განვითარებას წინ უძღვის ორგანიზმის იმუნობიოლოგიური რეაქტიულობის მკვეთარი შეცვლა, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა და დაავადება. ინფექციის შეჭრა ხდება დაზიანებული კანის, ლორწოვანის, კარიესული ღრუს გზით, სანერწყვე ჯირკვალში შეიძლება მოხდეს ჯირკვლის საღინარის გზით. აქტინომიკეტები შეჭრის ადგილიდან შეიძლება გავრცელდნენ პემატოგენური, ლიმფოგენური და კონტაქტური გზებით.

დაავადების განვითარების ფარული პერიოდი შეიძლება იყოს რამდენიმე დღიდან 2-3 კვირა. შეჭრის ადგილზე ვითარდება სპეციფიკური აქტინომიკოზური გრანულომა, რომელიც შეიცავს სხივისებრი სოკოს ღრუბებს, ლიმფოციტებს. გრანულომა შემოსაზღვრულია შემაერთებელქსოვილოვანი გარსით. გრანულომის ცენტრში იწყება უჯრულების ნეკროზი და მათი დაშლა. პათოლოგიური პროცესი მაკროფაგების დახმარებით ვრცელდება მეზობელ

ქსოვილებზე და წარმოიქმნება მკორალი გრანულომები, რომლებიც ხელს უწყობენ ახალი კერების წარმოქმნას, ვითარდება გრანულაციური ქსოვილი, რომელიც მოწიფების შემდეგ გადაიქცევა ფიბროზულ ქსოვილად. მკვთრად მცირდება უჯრულოვანი ელემენტები, სისხლძარღვები, ვითარდება ზოჭკოვანი ქსოვილი და სქელი ნაწიბური.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . მოწილებულია რამდენიმე კლასიფიკაციური სქემა. კ. ბერდიგინი (1958) გააწვლის ასეთ სქემას: 1. კანის ფორმა, 2. კანკენიოვანი ფორმა, 3. ძეალ-კენიოვანი ფორმა, 4. გენერალიზებული ფორმა.

განსხვავებული კლასიფიკაციური სქემა მოგაწვოდა გ. რობუზტოვამ, რომლის მიხედვით არსებობს 1. კანის ფორმა, 2. კანქეჟა, 3. კანქეჟა-კენიოვანი, 4. ლიმფური კვანძების, 5. ძელის პირველადი აქტინომიკოზი, 6. ენის აქტინომიკოზი, 7. სასურწყვეე ჯირკვლების.

კ ლ ი ნ ი კ ა . კანის ფორმის აქტინომიკოზი ვითარდება ნელა, ტკივილისა და სხეულის გემპერაგურის მომატების გარეშე, კანის ცალკეულ უბანზე ერთ ან რამდენიმე ადგილზე აღინიშნება ანთებადი ინფილტრატი, მომკერიყო კონსისტენციის, პალპაციით ნაკლებ მტკივნეული. მუარავე კანი განიცდის აგროფიას, თხელდება, მკაფიო მოწითალო ან მოლურჯო შეფერალებისაა, რამდენიმე დღეში ყალიბდება ხერულარსები, მტრეე ჩირქიოვანი გამონაღენიო, გრანულაციური ქსოვილიო. კანის ფორმის აქტინომიკოზი შეიძლება გავრცელდეს ზეღაპირულად, ღრმად და გაღაიზარღოს კანქეჟა ფორმაში.

კ ა ნ ქ ე ჟ ა ფ ო რ მ ი ს ღროს პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება კანქეჟა ცხიმოვან უჯრულისში. აუღმყოფი აღნიშნავს ზომიერად გამოსაბგულ ტკივილს. დაეღლება მიმღინარეობს ხანგრძლივად და შეუპოურად, ჩეელებრივე მკურნაღობას არ ექეემღებარება. გრანულომური ინფილტრატების დამღის შემღეე ტკივილი საგრძნობღად მცირდება, შეიძლება დარსეს სუფებრიღური გემპერაგურა. პალპაციით აღიქმება მომკერიყო ინფილტრატი, ფღუქტუაციის ნიშნების გარეშე, უმტკიენეულო.

კ ა ნ ქ ე ჟ ა - კ უ ნ თ ო ვ ა ნ ი ფორმა შეღარებით ხშირია, დაეღლება ვითარდება ნელა, სახის ნებისმიერ არეში, ბანაღური ანთებისაგან განსხვავებით, ერთღროულად მოიცავს სახის რამღენიმე ანაგომიურ არეს. პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებას თან ახღავს კრიჭის თანღათანობითი შეკურა. სახის კანზე აღინიშნება ინფილტრაციის უბნები, კანი ფერმეეულიღია – მოწითაღლო-მოღურჯო ეღფერისაა. ანთებადი ინფილტრატის დამღის აღგიღებში გამოიყოფა ჩირქნარეეი მასა, აქტინომიციეტის ღრუზების მინარეეით. დაეღაღების გამწვაეების პერიოღში მოსაღლოღენელია სხეუღის გემპერაგურის მომატება 38⁰-39⁰-მღღ.

ღ ი მ ფ უ რ ი კ ე ა ნ ძ ე ბ ი ს ა ქ ტ ი ნ ო მ ი კ ო ზ ს ახასიათებს ქრონიეული მიმღინარეობა. იწყება კვანძების უმტკიენეულო გაღიდებით, შემღგომში შეიგრძნება სუსტად გამოსაბგული ტკივილი; იწყება ლიმფური კვანძების მოძრავობის შემღღღეღა და მათი კანთან დღფიქსირება. პათოლოგიური პრო-

ცხი შეიძლება განვითარდეს აბსცესი და პიაერელასტიკური ფორმით. აბსცესური ფორმის დროს გამოხატულია გაცივილი და სხეულის გემპერაგურის მოსაგება. პიაერელასტიკური ფორმა მამდინარეობს უსიმპტომოდ, ლიმფური კვანძები თანდათან დიდდება და წააგავს ხანძიხურ პროცესს, ჩაიზრდება კანქვეშა ქსოვილში, ხდება ნაკლებ მოძრაი.

ე ბ ე ბ ს ა ქ ტ ი ნ ო მ ი კ ო ზ ი შედარებით იშვიათი დაავადებაა, უფრო ხშირად გავსდება ქვედა ყბაზე. აღწერილია ორი ფორმა აბსცესური და პროლიფერაციულ-დეგრუციული. პათოლოგიური პროცესი იწყება უსიმპტომოდ, მოგვიანებით აღიქმება უმნიშვნელო გაცივილი. პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებასთან დაკავშირებით შეიძლება განვითარდეს მგრძობილობის მოშლანი, კაის ნერვის საინერაციო ზონაში, ქვედა ალვეოლურ ნერვზე ზეწოლის გამო. შემდგომში გაცივილი შეიძლება კიდევ უფრო გაძლიერდეს და მიიღოს ნეკროტიკური გაცივილის ხასიათი. ვითარდება რბილი ქსოვილების შექმება და პერიოსტუმის შესქელება, საღვჯი კუნთის პროცესში ჩათრევის შემთხვევაში ყბის მოძრაობა მკვეთრად მცირდება.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვადგენთ ყბის ძლოვანი ქსოვილის დესტრუქციას, მომრგვალო ფორმის ღრუების სახით, ამასთან ერთად აღინიშნება ღრუბლოვანი და კომპაქტური ძელოვანი ქსოვილის შესქელება. ზოგ შემთხვევაში გამოხატულია ძელის სკლეროზი, რომელიც მოგვაგონებს მალსციფირებელ პერიოსტიტს.

დაავადება მამდინარეობს ქრონიკალ რამდენიმე წლის (1-4 წელი) მანძილზე, ხანმოკლე გამწვაებით.

პრაქტიკულ მუშაობის პირობებში შეიძლება შეგვხედეს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის, ნუშურა ჯირკვლების, ენის, სახურწვევ ჯირკვლების და სხვა ლოკალიზაციის აქტინომიკოზი.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი . დაავადების დიაგნოზის დადგენა საკმაოდ ძნელია, გავს სხვა მრავალ პათოლოგიურ პროცესს, ანთებადი და სიმსიხური წარმოშობისა. აქტინომიკოზის დროს ყურადღება უნდა გავამახვილოთ დაავადების ხანგრძლივ და ღუნელ მამდინარეობაზე, მცირეოდენ ჩირქოვან გამონადენზე, უსიცხოებაზე, უმტკივნეულობაზე, ჩატარებული ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის არაუფექტურობაზე. ანთების კერაში ინფილტრატის გახეყების (ფიფრის კონსისტენციის) და დარბილების ფუნომენზე. აქტინომიკოზისათვის დამახასიათებელია აგრეთვე ზომიერად გამოხატული შეწითლება, სილურჯე და რბილი ქსოვილების ლილეაკისებური შემსხვილება ანთების კერაში.

დიაგნოზის დამუსტებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ხერკლარხებიდან გამონადენის მორფოლოგიურ გამოკვლევას და აქტინომიციტის ღრუბების აღმოჩენას. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ღრუბების აღმოჩენა ყოველივის არ მიგვანიშნებს აქტინომიკოზურ დაავადებაზე და პირიქით ღრუბების არ აღმოჩენა არ ნიშნავს ამ დაავადების გამორიცხვას. ამავე დროს მცორადი

ინფექციის განსაზღვრას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მომავალ კომპლექსურ მკურნალობაში. აქტინომიკოზის დიაგნოსტიკაში აუცილებლად საჭიროა კანის ალერგიული რეაქციის განსაზღვრა. ამ მიზნით წინა მხრის შიგნითა ზედაპირზე იდაყვის სახსართან ახლოს შეგვყავს 0,3 მლ აქტინოლიზაგი (სალიაგნოსტიკო). საკონტროლო თბი-ექვს იმავე დროს (ხორციკეპტონის ბულიონი), ვაკუუმით 8-10 სმ დამორებით პირველი ინექციიდან. მიღებულ შედეგს ვამოწმებთ 24 საათის შემდეგ.

1. რეაქცია უარყოფითია (-) თუ აქტინოლიზაგის ჩხელების ადგილზე კანის რეაქცია არ არის, ჩანს მხოლოდ ნემსის ჩხელების წერტილი. 2. რეაქცია საუკუოა (+) თუ სალიაგნოსტიკო და საკონტროლო ჩხელების ადგილზე სუსტად გამოხატული ერთეულებია. 3. რეაქცია სუსტად დადებითია (+) თუ ანტიგენის შეყვანის ადგილზე აღინიშნება მკაფიო ვარდისფერი სხედასხეა ზომის ერთეულები. 4. რეაქცია დადებითია (++) თუ ერთეულები მკაფიო ვარდისფერი და მუქი წითელი ფერისაა, არის რბილი ქსოვილების მცირედ გამოხატული შეშუპება და ტკივილი. 5. რეაქცია მკვეთრად დადებითია (+++) თუ ჩხელების ადგილზე არის მკაფიო წითელი ერთეულები, კანის შეშუპება, ტკივილი, ერთეულის ცენტრში შეიძლება იყოს პაპულა. 6. რეაქცია მკვეთრად დადებითია (++++) ზოგადი და ადგილობრივი გამოხატულებით.

კანის ეს ალერგიული რეაქცია განპირობებულია ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობით და მისი სენსიბილიზაციით სხივისებრი სოკოს მიმართ.

ავადმყოფის გამოკვლევაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება სისხლისა და შარდის ანალიზს. დაავადების გამწვავების პერიოდში ადგილი აქვს ლეიკოციტოზს, ნეიტროფილოზს, ლიმფოციტოპენიას, ელს ალწევს 20-35 მმ/ს. ქრონიკული მიმდინარეობის დროს აღინიშნება მეორადი ანემენია, ლეიკოპენია, ელს ალწევს 40-60 მმ/ს.

ლიფერენციულ დიაგნოზს ეატარებთ აქტინომიკოზის ცალკეული ფორმების შესაბამისად: კანის ფორმის დროს აბსცესთან და კანქვეშა ოღონტოგენურ გრანულომასთან; კანქვეშა-კუნთოვანი-პერიოსტიტთან, ოსტეომიელიტთან, ფლეგმონასთან; ლიმფური კვანძების – ლიმფადენიტთან, ტუბერკულოზთან; ძელის აქტინომიკოზი – ქრონიკულ ოსტეომიელიტთან, ტუბერკულოზთან, სიფილისთან, ავთვისებიან სიმსივნეებთან; ენის აქტინომიკოზი – აბსცესთან, ფლეგმონასთან, ავთვისებიან სიმსივნესთან; სანერწყვე ჯირკვლების აქტინომიკოზი – სანერწყვე ჯირკვლის ანთებასთან, კენჭოვან დაავადებასთან, სიმსივნესთან. ლიმფურენციული დიაგნოზის გასატარებლად აუცილებლად გამოიყენება მიკრობიოლოგიური და სეროლოგიური გამოკვლევა. სიმსივნეების გამოსარიცხად კი მორფოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა. აქტინომიკოზის მკურნალობა ყოველთვის კომპლექსურია და მოიცავს: ქირურგიულ ჩარევას, მედიკამენტურ ზემოქმედებას, ორგანიზმის იმუნოკორექციას, მეორადი ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლას,

მაღესენსიბილიჩებულ ზემოქმედებას, ფიზიკური მეთოდების გამოყენებას.

ქირურგიული ჩარევა ითვალისწინებს მიზეზობრივი კბილის (კბილების) ამოღებას, პათოლოგიური კერის გახსნას და ხანგრძლივ დრენირებას, ძელოენი ქსოვილის გამოფხეკას, ლიმფური კვანძების ამოღებას. ქირურგიული ჩარევის ჩვენებას განესაზღვრავთ ინდივიდუალურად, დაბაიჯების ცალკეული ფორმის მიხედვით.

შელიკამენტური მკურნალობა ითვალისწინებს ორგანიზმის წინააღმდეგუნარიანობის აღდგენას. მეორადი ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლას. ამ მიზნით ავალმყოფს უნიონსავე ანტიბიოტიკებს, სულფანილამიდურ პრეპარატებს, ვიტამინებს (B₁, B₁₂, C), პროლაგინთანს, პენიცილინს, ალოეს, მეთილურაცისს, ლევიამიზოლს და სხვა.

მკურნალობის კომპლექსში უნდა გამოვიყენოთ სისხლის გაღასხმა, ინგრავენური გაღასხმები, ანტიპსტამინური პრეპარატები, მკურნალობის ფიზიკური მეთოდები: იონოფორები, ფონოფორები, ელექტროფორები, იოდის, დიმექსიდის, ლიდაზის და სხვა სამკურნალო საშუალებები. ამ ბოლო წლებში წარმატებით გამოიყენება ლაზერის სხივები.

აქტინომიკოზის მკურნალობაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება აქტინოლიზაგის გამოყენებას. აქტინოლიზაგი მიღებულია პათოგენური ანაერობული აქტინომიციტების ბულიონის კულტურისაგან. მიღებულია აქტინოლიზაგის შეყვანის რამდენიმე მეთოდი.

დ. ა ს ნ ი ნ ის მ ე თ ო დ ი თ : აქტინოლიზაგი შეგვყავს კანქვეშ, წინამხრის შიგნითა ზედაპირზე, ორჯერ კვირაში. პირველი შესაყვანი ღოზა – 0,5 მლ, მეორე – 0,7 მლ, მესამე – 0,9 მლ. ყოველ მომდევნო ღოზას უნდა დაეუმატოთ 0,1 მლ. ისე რომ მე-14 დღეზე შესაყვანი ღოზა აღწეოს 2 მლ. ასეთი ღოზა რჩება მკურნალობის კურსის დამთავრებამდე. მკურნალობის კურსი მოიცავს 20-25 ინექციას.

ა. ე ვ დ ო კ ი მ ო ვ ი დ ა გ. ვ ა ს ი ლ ი ე ვ ი. ამ ავტორების აზრით კანქვეშა ინექციები მისაღებია მხოლოდ კანის აქტინომიკოზის ფორმის დროს, ხოლო კუნთებში პათოლოგიური პროცესის დროს მდებარეობის დროს, აქტინოლიზაგი შეგვყავს ორჯერ კვირაში 3 მლ. დოზით. მკურნალობის კურსი შეადგენს 15-20 ინექციას. მკურნალობის კურსის დამთავრების შემდეგ საჭიროა პროფილაქტიკური კურსის ჩატარება.

ბ. ს უ ტ ე ვ ე ა ს მიხედვით – პირველი ინექცია 0,3 მლ, მეორე – 1 მლ, მესამე – 1,5 მლ, მეოთხე – 2 მლ. ასეთი ღოზა რჩება მკურნალობის კურსის ბოლომდე (15-20 ინექცია).

დამაჯერებელი სამკურნალო უფექტია მიღებული აგრეთვე პოლიელენ-ტური აქტინომიციტური ვაკცინის შეყვანით. პირველ ინექციაზე შეგვყავს 0,1 მლ. ყოველ შემდგომ ინექციას ვზრდით 0,1-ით ერთ მილილიგრამზე. ასეთი დოზით ვავრძობთ მკურნალობას კურსის დამთავრებამდე (20-25 ინექცია). ყოველი ახალი ინექცია ტარდება ახალ ადგილზე, პირველი ჩხელეტიდან 4-5

სმ ღამორებთ, ეპქისა შეგეკავს კეირაში ორჯერ. მკურნალობის კურსის გასორება შეიძლება ერთი თვის შემდეგ ისეთივე სქემით. გამოჯანსრვილების შემდეგ პროფილაქტიკური კურსი შეადგენს 10 ინექციას.

მკურნალობის კოსმლექსში ეიცენებთ პემოგრანსეუნიას. გადასხმას ეაწარმოებთ კეირაში ერთხელ, მკურნალობის კურსი 5-6 გადასხმა. პირველ გადასხმაზე შეგეკავს 50 მლ ხისხლი, მეორეზე – 75 მლ, მესამეზე – 100 მლ, მეოთხეზე – 125 მლ, მეხუთეზე – 150 მლ, შეექცებზე – 175 მლ.

ასევე შეიძლება გამოვიყენოთ აუგოპემოთერაპია. აუგოპემოთერაპიას ეატარებთ დღეგამოშეებით, პირველ შეგეკავს შეგეკავს 3 მლ, მეორეზე – 5 მლ, მესამეზე – 7 მლ, მეოთხეზე – 9 მლ, მეხუთეზე – 10 მლ, შეექცებზე – 10 მლ.

მისანსწრაფულად ჩატარებული კოსმლექსური მკურნალობით თითქმის ყოველი თვის ეალწეუთ დაეეადების განკურნებას. ზოგჯერ საჭიროა მკურნალობის რამდენიმე კურსის ჩატარება.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი . ება-სახის არეს აქენსომი კოზის ლოკალიზაციის დროს დაეეადების გამოსეეალი სათანადო მკურნალობის შემდეგ კეთილსამელოა.

დაეეადების პროფილაქტიკაში დიდი მნიშენელობა ენიჭება პირის დრუს დროულ სანეციას და ორგანიზმის წინააღმეეეობის ენარეიანობის ამეალებას.

ათაშანგი (სიფილისი)

ათაშანგი ქრონიკული ინფექციური დაეეადებაა, მისი გამომწეეეეია მკრთალი სპიროქტა. ინფექციის გეერეეეება ძირითადათ სდება სქესობრივი გზით. აღწერილია დაეეადების განეითარების ოთხი პერიოდი: პირეეეეადი ათაშანგი, მეორადი ათაშანგი, ათაშანგი მესამე პერიოდის, ათაშანგი მეოთხე პერიოდის. გარდა ამისა აღწერილია თანდაყოლილი ათაშანგი. **პ ი რ ე ე - ლ ა დ ი ა თ ა შ ა ნ გ ი ს** დროს პათოლოგიური პროცესი გამოეეენდება პირის დრუს ლორწოეან გარსზე. მეგარი მანკრის სახით დრმილებზე, ენაზე, გუზების ლორწოეან გარსზე. დაეეადება იწყება ერთეული ანთეეადი კერით, რომეულიც თანდათან მკერეეედება და აღწეეს ხრტილის კონსისგენციას, აღწეეს 2-3 სმ ოეენობას, მოგეეიანებით მის ცენტრალურ ნაწილში წარმოიქმნება წეულუი. შეიძლება ადგილი ქონდეს ებისქეეეა ლიმფური ჯირკეელების გადიებას.

მ ე ო რ ა დ ი ს ი თ ე ლ ი ს ი გამოეეენდება პირის დრუს ლორწოეან გარსზე, რომეოლური გამონეეეარის სახით, ამ პერიოდში მოსალოდენელია დაეეადების გადიეეემა სხეა პირთენებაზე. ეარლისეური წერტილოეანი გამონეეეარი შეიძლება იყოს ლოეების, ენის ლორწოეან გარსზე. რამდენიმე ანთეეადი კერის მეერთებით წარმოიქმნება ჯერ ერთობეული ებანი, ხოლო შემდეგ წეულუი. აეადმეოოი აღიქეამს ტეიეილს, წეულულის სრგეეეეე ეითარეება

ანთებელი ინფილტრაცია. ქირურგიული სტომატოლოგიის თეალოთახელეთი უუროსაყერადლებოთა დააჟაღებოს მესამე პერიოდი, როლქსაჲ პათოლოგიური პროცესი გამოსქვლადენდება ხახისა და ყბების ძელეებში. ათაშანგური გჳმა უუროს ხშირად ლოკალიზდება მაგარ ხახაზე. ცხვირის ძელეების არეში, იწვევის ძელეოქანი ქსოვილის დამლას და ორგანოს პერფორაციას.

გუმოზური დააჟაღების სგადიაში აჟამსყოფი უჩივის გჳციელს, მგრნობჲ-ლობის გამოქარღნას მესაბამის საინერეაციო ზონებში (თჳალბუღის ქვედა არე, ცხვირ-ხახის, ნიკაპის ნერვის საინერეაციო ზონა).

გუმოზური კერა მოგვიანებით განიღის დამლას, წარმოიქმნება ერთი ან რამდენიმე სერკლარხი, საიდანაც გამოიყოფა ჩირქოქანი მასა, ქსოვილის დამლა პროგრესირებს და ყალიბდება წყლული, მკერიყი დაკლდეული კიდეებით, ზონდირებით შიქვიგრძნობოთ ძელის ხორკლიანობას. რენგენოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება მარმარილოს სინდრომი (ძელის დამლილი უბნების გჳკრლით აღინიშნება ძელეოქანი ქსოვილის სკლეროზი). ქვედა ყბის სხეულის დამიანების შეღეგად მოსალოდნელია პათოლოგიური მოგეხილობა.

ღი ა გ ნ ო მ ის დ ა დ გ ე ნ ა შ ი წამყენი მნიშენელობა ენიშება დააჟაღების გამომწვევი მკროთალი სპიროქიქის აღმოჩენას ორგანიზმში, ასეჲ მნიშენელოქანია სეროლოგიური რეაქციების ჩაგარება (ვასერმანი და სხეა).

ღი თ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღი ა გ ნ ო მ შ ი უნდა გავაგაროთ პირის ღრუს წყლულოქან დააჟაღებებთან (დეკუბიგური, გჳბერკულმზური), აეთვისებთან დააჟაღებებთან, (კიბო დაწყლულების სგადიაში), აქტინომიკოზთან, ქრონიკულ პროლიფერაციულ პერიოსტიტთან.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ათაშანგის მკურნალობა კომპლექსურია და გარდება ენეროლოგთან ერთად. სჳეციეიკური მკრნალობაში გამოიყენება ანგობიოტიკები. დააჟაღების მესამე სგადიაში დასაწყისში აჟამყოფს ენიშნება ბიოქინოლი (20 მილიონი ერთეული). ბიოქინოლის დანიშნება არ შეიძლება ღვიძლისა და თირკჳელების სჳეციეიკური დააჟაღების ფონზე. ბიოქინოლის კურსის ჩამთაერების შემდეგ აჟამყოფს ენიშნება პენიცილინი: პირეული ინიექცია 50 ათასი ერთეული, შემდგომში ღოზა დიდდება 75, 100, 150, 200 ათასი ერთეული. მკურნალობის კურსი ითჳალისწინებს 40 მილიონ ერთეულს, დააჟაღების სამკურნალოდ გამოიყენება ბიცილინი.

ქირურგიული ჩარეეა ინდივიდუალურია და გარდება დამზოგაჲი მეთოდით. პლასტიკური ჩარეეა შესაძლებელია მხოლოდ დააჟაღების სრული განკურნების შემდეგ.

აღამიანის შექნილი იმუნოლექციური სინდრომი (შილსი)

ახალი დაავადება – შილსი განეკუთვნება ვენერიულ დაავადებათა რიგს. დასნებოვანება ხდება სქესობრივი გზით. უფრო ხშირად ავადდებიან პასიური პოზიციის ქალები, რომლებსაც ყაყვი მრავალი სქესობრივი პარტნიორები. დაავადება გაერყელებულია აგრეთვე ნარკომანებში. ამ დაავადებაზე ყურადღება გამახვილდა პირველად 1991 წელს, როდესაც აღწერილი იქნა უწყველოდ მიმდინარე პნეუმონიები პოზიციის ქალებში.

აღამიანის იმუნოლექციური ეირუსი (აიე) განეკუთვნება რეტროვირუსებს, რომელთა სტრუქტურაში უკუგრანსკრიპციული ფერმენტია, რომელიც ეირუსის რიბონუკლეინის მაგრიცზე ხელს უწყობს დემოქსინუკლეინის მექანის სინთეზს.

აიე აღმოჩენილია დასნებოვებული აღამიანის ქსოვილოვან სითხეებში, აქედან საყურადღებოა სისხლი და სპერმა. სისხლი არის ის ძირითადი გარემო, სადაც ვითარდება ის პროცესები, რომლებიც თრგუნავენ ორგანიზმის იმუნიტეტს, ინფექციური დაავადების მიმართ. გარდა ამისა სისხლი არის ინფექციის გადაცემის ძირითადი წყარო. ეირუსი აღმოჩენილია ნერწყვში, მაგრამ ამ გზით დაავადების გადაცემა აღწერილი არ არის.

აიე ნაკლებად მდგრადი მიკროორგანიზმია, მისი ინაქტივირება შესაძლებელია 0,3% წყალბადის ბეჟანგით, ფორმალდეჟიდის 0,5%-იანი ხსნარით, ქლორამინის 3%-იანი ხსნარით, ეთერით, აცეტონით, 70% სპირტით. ეირუსის ინაქტივირება შესაძლებელია, აგრეთვე, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებით – სპერმინცილი. ეირუსი გამძრად მდგომარეობაში 4-6 დღე ინარჩუნებს ცხოველმოქმედებას, მდგრადია ულტრავიოლური და მაიონიზირებული დასხივებისადმი. ამავე დროს ეირუსი 37° გრადუსზე გვიით იღუპება.

პ ა თ ო გ ე ნ ე შ ი . დაავადებას საფუძვლად უდევს პროგრესირებადი იმუნიტეტის დეფექტი, განპირობებული ძირითადად ლიმფოკინის, ლიმფოციტების უნქციური უკმარისობის ხარჯზე. ლიმფოკინია ძირითადად განპირობებულია გ – ხელქერების ლიმისით. ლიმფოციტების რიცხვი მცირდება 1000-500-მდე 1 მლ სისხლში. ლიმფოციტების 100-მდე შემცირების შემთხვევაში დაავადების ნიშნები გამომქლავდება კანზე და ლორწოვან გარსებზე.

გ – ხელქერების დაზიანება იწვევს ორგანიზმში ისეთ იმუნურ დარღვევებს, რომ ორგანიზმში ხდება სრულიად უსუსური სხვა მიკროფლორის მიმართ. დაავადებისათვის დამახასიათებელია სტადიური განვითარება, რეციდიუს ცულის რემისია.

ჯანმრთელობის დაკეის საერთაშორისო ორგანიზაციის რეკომენდაციით დაავადება პირობითად დაყოფილია 5 სტადიით: დასაწყისი, უნიმქტომო, გენერალიზებული ლიმფოაქსოპათია, ასოცირებული შილს კომპლექსი და

მისი. ინკუბაციური პერიოდი შეადგენს 2-4 კვირიდან, 9-10 წელს.

ქირურგიული სტომატოლოგიის თვალთახედივით ჩამოთვლილი სტადიებიდან საყურადღებოა მესამე და მეოთხე სტადიები, როლესაც ადგილი აქვს რეგიონალური ლიმფური კვანძების გადიდებას (ყბისქვეშა, ნიკაპქვეშა, მკერდლაქვიწდერილისებრი კუნთის არე, ლაქვიწველა ფოსო და სხვა). დაავადებისათვის დამახასიათებელია მინიმუმ ორი ჯგუფის ლიმფური კვანძების დასნეობიანება. ლიმფური კვანძები აღწევს 0,5 სმ-დან 2 სმ და მეტ ოდენობას (4-5 სმ). მათ აქვთ ელასტიური კონსისტენცია, მოძრავია, უმტკივნეულო, მუარავი კანი უცვლელია. მეორადი ინფექციის თანდართვის შემთხვევაში ლიმფური კვანძები მტკივნეულია და ლიმფაქნოპათია იღებს ხანგრძლივ ქრონიკულ მიმდინარეობას. მეორე სტადიის პერიოდში აღინიშნება ზოგადი მოვლენები. თავის გვიწვილი, მალაღი სიცხე, სისუსტე, ოფლიანობა, ხეუღა; ვითარება მიაღვია, არგრალგია, ავადმყოფს ეწყება ღიარება, სიგამზდრე. მეორადი ინფექციის თანდარეთის შემთხვევაში კლინიკური სურათი კიდევ უფრო იცეღება.

დაავადების გამომწვევანება კანზე და ლორწოვან გარსებზე. დასაწყისში დაავადება გვეღვინება მარგივი პერპესის სახით, პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება პირის ღრუს, სასქესო ორგანოების და ანუსის არეში, გამოირჩევა ღამიანების ეღემენტების სიმრავლით, ღისემინაციით, ხშირი რეციღვებით, აქეს მიღრეკიღვება ეროზირებისა და დაწყლღვლებისაკენ. წყლღვებიღან აღებულ ანაბეჭღვებში აღინიშნება გკანკის უჯრეღვები. პირის ღრუში ეროზირები შეიღვება გავრეღვღვს ხახის პირზე, საყღაპაე მიღზე, ბრონქებზე. პირის ნაპრალის ირგეღვღვი გავმონაყარი ღებუღვობს განერეღვობიღ ხასიათს. სასქესო ორგანოების არეში განეითარებღული წყლღვები ძალიან მტკივნეულია, არა აქეს მიღრეკიღვება შეხორეღვისაღმი, აქვთ მომრგეღვლო, პოღიღვიკღვური ფორმა. კანის დაავადებიღან აღსანიშნავია სებორეული ღერმატიტი, შეძენიღი იქტიღვი, თმის კეროვანი და ღიფუმური ჩამოეღვნა.

ღიავნობი. დაავადების დასაწყის სტადიაში ღიავნობის დაღვენა გამწღვღვღულია. ყურადღება უნდა გავამახეღვლოთ შემღვგ მომენტებზე:

1. ანამნების მიზნობრივი შეკრება, რისკის ფაქტორების დაღვენა: ხანგრძლივი მიღვინება საშღვარგარეთ, განსაკუთრებით იმ რეგიონებში, საღავ გავრეღვღვღულია ეს დაავადება. იყო თუ არა სისხლის გაღდასხმის შემთხვევები. ქონდა თუ არა შემთხვევითი სქესობრივი კავშირები სხვა და სხვა პარტნიორებთან.

2. დაავადების კლინიკური სურათის ანალიზი. ამ მხრივ საყურადღებოა დაავადების მრავალფეროვნება, ჯიუგი მიმდინარეობა, პროგრესულად ღამძიღვება, მკურნაღვობისაღმი დაუმორჩიღვბღვლობა, ქრონიკული ღიმფაღვღვღვობა, უეცრობი ეგიოლოგიის ხანგრძლივი მალაღი სიცხე, პრო-

გრესირებადი სიგამხარე, მუკოვარი ფადარათი, მძიმე პნემონია, ცენტრალური ნერეული სისტემის პროგრესირებადი დაზიანება, ასალგამრდა ასაკში კაპომის სარკომის გამოვლენა.

3. ლაბორატორიული გამოკვლევა. შიღის ღიაგნოსცირება მხოლოდ ლაბორატორიული გამოკვლევით დასტურდება. ამ მიზნით აწარმოებენ იმუნოღეფიტის ქირუსის ინდიკაციას. ამ მიზნით გამოიყენება იმუნოფერმენტული ანალიზი, იმუნობლოგინგი და იმუნოპრეციპიტაცია. ამ მეთოდებით გამოვლინდება ქირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულები.

მკურნალობა. დაავადების მკურნალობის ეფექტური საშუალება ღღემღე არ არსებობს. ძირითადი ყურადღება ეთმობა მეორადი ინფექციის პროფილაქტიკას. სამკურნალო საშუალებები პირობითად იყოფა სამ ჯგუფად: 1. ეტიოლოგიური, 2. პათოგენური, 3. სიმპტომატური.

პირეელი ჯგუფიდან აღსანიშნავია აზილოგიმიღინი, რომელიც აუმჯობესებს დაავადების კლინიკურ მიმღინარეობას, გარკვეულწილად აუმჯობესებს ორგანიზმის ზოგად მღგომარეობას და აეადმყოფს უხანგრძლივებს სიცოცხლეს.

მეორე ჯგუფიდან საყურადღებოა იმუნომოდულიატორები ღღეამიზოლი, გიმიზინი, გიმოპენტინი, ინლომეგაციინი, ციკლოსპორინი, ინტერფერონი და სხვა.

სიმპტომატური მკურნალობა ითვალისწინებს დაავადების ზოგიერთი აღვილობრივ და ზოგად გამოვლინებაზე ზემოქმედებას.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს მოსახლეობის სანიტარული ღონის ამალღებას. შემთხვევითი სქესობრივი კავშირების ღიდ რისკს, დაავადების თაეიღან აციღების მიზნით პრეზერვატივის გამოყენებას, პირად პივიენას. დაავადების პროფილაქტიკაში ღიღი მნიშვნეღობა ენიჭება პროსტიტუციასა და ნარკომანიასთან უკომპრომისო ბრძოღას.

ენის და გუჩების ანთებადი დაავადებები

ენისა და გუჩების დაავადებები შეიძლება იყოს ღამოუკიდებელი და შინაგანი ორგანოების დაავადების ფონზე განვითარებული. პათოლოგიური პროცესი გამოხატულია ან მწვავე ან ქრონიკული ანთების სახით, ხშირ შემთხვევაში არ მოითხოვენ აქტიურ ქირურგიულ ჩარევას, მაგრამ საჭიროებენ სამკურნალო ღონისძიებების გატარებას.

ღ ე ს კ ე ა მ ა ც ი უ რ ი გ ლ ო ს ი ტ ი ენის ქრონიკული ანთებადი დაავადებაა, გვხვდება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. ამ დაავადებას ზოგჯერ უწოდებენ "გეოგრაფიულ ენას". ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. ზოგიერთი ავტორი წამყვან როლს ანიჭებს ნეირო-ლისტროფიულ პროცესებს (ე. პლატონოვი), სხვები მას განიხილავენ კუჭ-ნაწლავთა გრაქტის დაავადების ერთ-ერთ სიმპტომად (ა. რიბაკოვი).

კ ლ ი ნ ი კ ა . დასაწყისში ენის ლორწოვანი გარსზე შეინიშნება მოთეთრო-ნაცრისფერი უბანი, რომლის ცენტრალურ ნაწილში იწყება ენის ძაფისებრი ღერილების ეპითელის დაჩქარებული ჩამოფუჭება, რის შემდეგ წარმოიქმნება ლორწოვანი გარსის მკაფიო წითელი ფერის საღა უბანი. ასეთი პროცესი მიმდინარეობს ენის სხვა ადგილებზე. ასეთი უბნების გამრღა იწყებს ენის ზედაპირის ლორწოვანი გარსის სახეცევილებას და ენა გეოგრაფიული რუქის სახეს იღებს. დაავადება მიმდინარეობს ქრონიკულად, დიდხანს, მოსალოდნელია ენის ზედაპირის დანაოჭება. ამ პერიოდში მოსალოდნელია წვისა და ტკივილის შეგრძნება, განსაკუთრებით მკავე და ცხარე საკვების მიღების დროს.

პათოპისტოლოგიური გამოკვლევით შემაერთებელქსოვილოვან შრეში აღინიშნება ანთებადი ინფილტრატი, სისხლისა და ლიმფური ძარღვების გაფართოება.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ ენის ალერგიულ დაავადებებთან, მულიკამენტურ შემოქმედებასთან, დამწვრობასთან, პიპოვიგამინოზთან.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . პირველ რიგში ვატარებთ პირის ღრუს სანაყიას, გამაღმიანებელი ფაქტორების (ცხარე, მწარე, მკავე, მარილიანი) გამორიცხვას საკვებიდან. ავადმყოფს ვუნიშნავთ რაციონალურ დიეტას. ტკივილის დროს საჭიროა საანესთეზიო ნივთიერებათა აპლიკაცია. ვატარებთ მეთრად ინფექციასთან ბრძოლას, ვიყენებთ ენის ეპითელის რეგენერაციის დამაჩქარებელ ნივთიერებებს (ქაყის ზეთი, A ვიტამინი, მეთილურაცილის მალამო და სხვა).

რო მ ბ ი ს ე ბ უ რ ი გ ლ ო ს ი ტ ი ენის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული დაავადებაა. პათოლოგიური კერა ლოკალიზდება ენის შუა ნაწილში და აქვს რომბისებური ფორმა. დაავადების კერაში ენის ღერილები

აგროფირებულია, პათოლოგიური პროცესი მკვეთრად შეიმოსაზღვრულია. დააყალბება ხშირია თამბაქოს მწვეულ მამაკაცებში, მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, შეიმჩნევა შემთხვევით.

ე გ ი ო ლ ო გ ი ა უცნობია, ხშირად პათოლოგიური კერიდან ამოითესება სოკო კანდიდა, ამიგომ მას ზოგჯერ განიხილავენ სოკოეან დააყალბებად. ჩვენი აზრით დააყალბების პათოგენეზში გარკვეული როლი განეკუთვნება ქსოვილთა კეების უკმარისობას. ამას ადასტურებს ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკვლევები. დადგინდა ენის სისხლძარღვთა სისტემით მომარაგების არაერთგვაროვნება. ხშირი სისხლძარღვოვანი ქსელია ენის გვერდით ზედაპირზე, ენის წვერში და ენის ძირში. ენის შუა ნაწილში სისხლძარღვოვანი ქსელი ნაკლებად განვითარებულია. სისხლძარღვთა რაოდენობა მკვეთრად კლებულობს ასაკის მატებასთან დაკავშირებით. აქედან გამომდინარე კეების მოშლას შეიძლება განეკუთვნოს გარკვეული როლი ენის დააყალბებათა პათოგენეზში.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა სიმპტომატურია, საჭიროა პირის ღრუს სანირება, გამაღიზიანებელი ფაქტორების თავიდან აშორება. სოკოეანი დააყალბების დროს მის საწინააღმდეგო მკურნალობა.

მ წ ვ ა ვ ე ქ ე ი ლ ი გ ი . ანთების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია გუჩების ლორწოვანი გარსის ტრაუმა, არსებული ნაპრალები, ეროზიული უბნები. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს, ტურის შესიებას, მეტყველების, ღეჭვის უუნარიანობის მოშლას. დააყალბებისათვის დამახასიათებელია ტურის დეფორმაცია, რბილი ქსოვილების საგრძნობი შესიება, ფაშარი შემავრთბელი ქსოვილის შემუქების გამო. ტურის წითელი ყაეთანი პიპერემიულია დაფარულია ქერქით. ანთებადი პროცესი შეიძლება გადავიდეს აბსცესში.

ლიფერენციული ღიაგნობი უნდა გავაგაროთ მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან, კემფიგუსთან.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . აბსცედირებული ფორმის დროს საჭიროა ქირურგიული ჩარევა – ჩირქტროვის გახსნა. სხვა შემთხვევაში ანტიეპიტელიური მალამოების გამოყენება, ულტრაიისფერი დასხივება, პენიცილინ-ნოვოკაინის ბლოკალები, ანტიპისტამინური მკურნალობა.

ე ქ ს ფ ო ლ ი ა ც ი უ რ ი ქ ე ი ლ ი გ ი . ქრონიკული დააყალბებაა. მიმდინარეობს მშრალი და ექსუდაციური ფორმით. მშრალი ფორმისათვის დამახასიათებელია აქერცვლა, სიმშრალე, დაჭიმულობა. დათვალვიერებით აღინიშნება ზომიერად გამოხატული შეშუპება, წითელი ყაეთნის პიპერემია, ქერცლით დაფარვა, რომლის მოშორების შემდეგ მოჩანს პიპერემიული ლორწოვანი გარსი, რომელიც არ განიცდის ეროზიას (ამ ნიშანს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს). შედარებით ხშირად ზიანდება ქვედა ტური. აღსანიშნავია, რომ პათოლოგიური პროცესი არ ვრცელდება სახის კანზე. ეს ფორმა უფრო ხშირია ახალგაზრდა ასაკში.

ექსულაციური ფორმა ვითარდება მშრალი ფორმისაგან და გვხვდება ხანდაზმულ ასაკში.

ლიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეაგაროთ ეგზემურ ქეილიტთან, წითელ მღვურასთან, წითელ ბრტყელ სირეელასთან.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ლორწოვან გარსზე წასამელად ვიყენებო კორტიკოსტეროიდულ მაღაძოებს, 1%-იან სანგვინარინის ან ლიუგერისინის ემულსიას. ზოგჯერ ბუკის სხივებს.

გ ლ ა ნ დ უ ლ ა რ უ ლ ი ქ ე ი ლ ი ტ ი . ამ დაავადების სახელწოდება მიუთითებს ტუჩებში არსებული წერილი სანერწყვე ჯირკვლების ანთებაზე. მცირე სანერწყვე ჯირკვლების რაოდენობა მაგულობს, ისინი განიცდიან პიპერტროფიას, რაც იწვევს ტუჩის ქსოვილების შესივებას. დაავადების მარტივი ფორმა ტკივილის გარეშე მიმდინარეობს. ქვედა ტუჩი გასქელებულია, ლორწოვან გარსში აღინიშნება წერილი კვანძები, რომლებიც საესეა გამჭვირვალე სითხით – ნერწყვით (დანაშვის სიმპტომი) დაავადების დამძიმების შემთხვევაში ტუჩზე წარმოიქმნება ნახეთქები, ეროზიები, რომლებიც დაზარულია ქერქით.

ჩირქოვანი გლანდულარული ქეილიტი იშვიათი დაავადებაა და ვითარდება წერილი სანერწყვე ჯირკვლების საღინარების ინფიცირებით. ტუჩი საგრძობლად დიდდება, სანერწყვე ჯირკვლების საღინარებიდან გამოიყოფა არა მარტო ნერწყვი, არამედ ჩირქიც. ეს დაავადება შეიძლება განვიხილოთ როგორც კიბოსწინარე მდგომარეობა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ამ დაავადების მკურნალობა ძნელია, მიმართულია ანთების საწინააღმდეგოდ. ვიყენებთ ანტიბიოტიკურ მაღაძოებს, კორტიკოსტეროიდების შემცველ სამკურნალო საშუალებებს, ანტიბიოტიკებს, 2%-იანი იოდის ხსნარს, სანგვინარინს და სხვა. ზოგჯერ იყენებენ ბუკის სხივებს, მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ამოკვეთას ან მათ კოაგულიაციას.

მ ა ნ გ ა ნ ო ტ ი ს პ რ ე კ ა ნ ც ე რ უ ლ ი ქ ე ი ლ ი ტ ი . ქრონიკული დაავადებაა, პათოლოგიური პროცესი ძირითადად ლოკალიზდება ქვედა ტუჩზე. უფრო ხშირად ავადებიან მამაკაცები 40-50 წლის ასაკის შემდეგ. დაავადება იწყება უმტკივნეულოდ, წითელ ყაეთანზე წარმოიქმნება 2-3 ეროზიული უბანი. ეროზია მკაფიოდ წითელი ფერისაა, სისხლმღენი არ არის, ეროზიის გარეშემო აღინიშნება ანთებადი რეაქცია. ეროზიების ეპითელიზაცია მიმდინარეობს მკურნალობის გარეშე ან მკურნალობის ფონზე. ეროზიები იფარება ქერქით, თითქოს მთავრდება შეხორცება. მაგრამ სხვა ალგილებს ისე აღმოცენდება ახალი კერები. ეროზიიდან ქერქის მოშორება იწვევს სისხლის ღენას, დაავადება განიხილება, როგორც კიბოსწინარე მდგომარეობა. მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გამაღიზიანებელი ფაქტორების აცილებას.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . დაავადების მკურნალობაში ვიყენებთ ანთების საწ-

ინააღმდეგო მაღამოებს, A ეტიამინის ზეთოვანი ხსნარს. ზოგჯერ მიემართა ერთ-ერთი ეროზიული უბნების ქირურგიულ მკურნალობას.

როსოლიმო-მელქერსონ-როზენგალის სინდრომი.
უცნობი ეტიოლოგიის დაავადებაა, ახასიათებს სამი წამყვანი სიმპტომი: ტუჩების შეშუპება, ნაოჭიანი გაღილებული ენა, სახის ნერვის ნევრიტი.

კლინიკა. დაავადების პირველი ნიშანი აღმოცენდება ღამით, ვითარდება ტუჩების გამოსატეხი შეშუპება, ზოგჯერ სახის სხვა ნაწილშიც. შეშუპება შეიძლება გაერყელდეს პირის ღრუს ლორწოვან გარსებზე. ტუჩები გაღილებულია, გაღმობრუნებულია, ელასტიური კონსისტენციისა, მომიყრად დაჭიმული, თითის დაწოლით ეკვალა არ რჩება.

მაკროქელია – ტუჩების არა ანთებადი შეშუპება ერთ-ერთი პირველი სიმპტომია, ადგილი აქვს ზედა ტუჩის 2-3-ჯერ გაღილებას. სახის ნერვის ნევრიტი ან წინ უძღვის დაავადებას ან ვითარდება სხვა სიმპტომებთან ერთად. შეშუპებასთან ერთად აღინიშნება სახის ნერვის პარეზი ან პარალიზი.

ნაოჭიანი ენა თითქმის მუდმივი თანმხლები ნიშანია ამ დაავადების, მაგრამ უფრო ხშირად აღინიშნება გრანულომური გლოსიტი.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ კეიჩკეს შეშუპებასთან, ეს დაავადება აღმოცენდება სწრაფად და ქრება უკვალოდ, რითაც განსხვავდება როსოლიმოს სინდრომისაგან.

მკურნალობა. მკურნალობის კომპლექსში გამოიყენება კორტიკოსტეროიდული პრეპარატები: პრედნიზოლონი 20-30 მგ, დექსამეტაზონი 3-5 მგ. დღეში. მკურნალობა უნდა შეეწყვიტოს ღობების თანდათან დაკლებით, შეგვყავს ანტიბიოტიკური პრეპარატები, მალესენსიბილიმბული პრეპარატები, ვიტამინები, ბიოსტიმულიატორები (ალოე, მინისებური სხეული), ეუნიშნავთ ფიზიომკურნალობას (ულტრაბგერა, ღიალინამიკური დენი).

მეთეფსეპტიმ თაჰი

პაროდონტიკის ქირურგიული მკურნალობა

პაროდონტიკი ანთებად-დისტროფიული პროცესია, ლოკალიზდება კბილის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში, მიმდინარეობს ქრონიკულად, თუმცა ახასიათებს პერიოდული გამწვავება-აბსცეღირება.

პაროდონტიკის მკურნალობა კომპლექსურია და ქირურგიული ჩარევა ერთ-ერთი აუცილებელი კომპონენტია. ქირურგიულ მეთოდებს განეკუთვნება კიურეტაჟი, გინგივოტომია, გინგივოექტომია, ნაფლეთოვანი ოპერაცია, მიკროოსტეოპლასტიკა, ექსციზიული ოპლასტიკა.

ამ ოპერაციების ძირითადი მიზანია ღრძილების პათოლოგიური ჯიბეების განკურნება, ტუჩის ლაგამის მობილიზება, ღრძილის კბილის ყელთან მიმაგრების შონის გადიდება და პათოლოგიური ჯიბეების მოსპობა. ყოველივე ეს კი ხელს უწყობს პათოლოგიური პროცესის სტაბილიზაციას.

პაროდონტიკის ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობა ბევრად არის დამოკიდებული ავადმყოფისა და მისი პირის ღრუს სათანადო მომზადებაზე. ამ მიზნით საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

1. ორგანიზმის თანხლები დაავადებების მკურნალობის სრული კურსის ჩატარება.

2. კბილის ქეების (ღრძილზედა და ღრძილშიგნითა) გულმოდგინეთ მოშორება, კბილის ზედაპირის გასადავება.

3. კარიესული კბილების დაბეწვა.

4. უვარგისი კბილის პროთეზების მოხსნა, მორყეული კბილების ფიქსაცია.

5. მორყეული, ფუნქციურად უვარგისი კბილების ამოღება.

ამ მანიპულაციების შესრულების შემდეგ უნდა დაეგეგმოს ღრძილების ქირურგიული მკურნალობის შერჩევითი მეთოდი.

კ ი უ რ ე ტ ა ე ი . მკურნალობის ერთ-ერთი უძველესი მეთოდია, ღეგალურად დამუშავებულია იუნგერისა და ზაქსის მიერ. შესასრულებლად რთული არ არის, მაგრამ ექიმებისაგან მოითხოვს მეტ გულისყურს და სერიოზულ დამოკიდებულებას. ოპერაციის მიზანია ღრძილის პათოლოგიურ ჯიბეზე მემოქმედება, კბილის ქეებისა და ჯიბეში არსებული პათოლოგიური გრანულაციური ქსოვილის მოშორება.

ადგილობრივი გაუტკივარების (ინფილტრაციული, რეგიონული) შემდეგ, სპეციალური ნაკრები იარაღების საშუალებით მთლიანად ეამორება კბილის ფესვზე დარჩენილ ქეებს, ნადებებს, ჯიბეს გამოვრეცხავთ წყალბადის 3%-იანი ხსნარით და შემდეგ სტერილური სპეციალური კოვებით გამოვფხეკავთ ღრძილის შიგნითა ზედაპირს, ეამორებთ პათოლოგიურ გრანულაციურ ქსოვილს, დარბილებულ ძელოვან მასას. ჭრილობას კიდევ გამოვრეცხავთ და ღრძილოვან კიდეს დაეფარავთ იოდოფორმის დოლბანდით, რომელსაც გამოვცვლით მეორე დღეს. ღრძილოვან კიდეს 5-6 დღის განმავლობაში ვამუშავებთ სუსტი ანტისეპტიკური ხსნარით და ვიყავთ იოდოფორმის ნახვევით (შეიძლება სხვა სახის ნახვევების გამოყენებაც). 7-8 დღის განმავლობაში ავადმყოფმა უნდა მიიღოს თხიერი ნოყიერი საკვები. 5-6 დღე შეიძლება მიეცეთ ანტიბიოტიკები (აბების სახით). ვიგამინები, ფიზიოთერაპიული საშუალებები.

ეს მეთოდი ნაჩვენებია იმ შემთხვევებში, როდესაც პათოლოგიური ღრძილოვანი ჯიბე არ აღემატება 4-5 მმ-ს. კიურეტაჟის ჩატარება მიმწველი საშუალებებით (მყაეები, ელექტროდენი და სხვა) არ არის მიზანშეწონილი.

ამ მეთოდის გამოყენება ერთდროულად შეიძლება 3-4 კბილის არეში, 3-4 დღის შემდეგ სხვა ჯგუფის კბილების არეში.

გ ი ნ გ ი ვ ო გ ო მ ი ა . ცალკეული კბილების არეში ჩირქოვანი ანთებადი პროცესების არსებობის შემთხვევაში, როდესაც პათოლოგიური ღრძილოვანი ჯიბე 0,5-0,7 სმ. სიღრმისაა და ხშირია აბსცედირება, მიემართავეთ ქირურგიულ ჩარევას – გინგოვოგომიას.

აღვილობრივი გაუტკივარების შემდეგ, ვაგარებთ ვერტიკალურ განაკვეთის კბილის ფესვის არეში, გავსწვით პათოლოგიურ ჯიბეს, ბასრი იარაღით ვამორებთ კბილის ფესვზე დაღეწილ ქვეებს, გულდასმით გაეწმენდავთ და გაეპარიალებთ მას. ფრთხილად პაგარა კოვზით მოეაყლით გრანულაციურ ჩირქოვან მასას, გამოვრეცხავეთ და ჭრილობაზე დაეაღებთ ერთ ნაკერს, რათა შეექმნათ სისხლის კოლიგის წარმოქმნის შესაძლებლობა. სხვა შემთხვევაში ჭრილობას ვგოვეთ ღიად და შეხორცება მიმდინარეობს მეორადი დაჭიმვით.

გ ი ნ გ ი ვ ო ე ქ ო მ ი ა . ეს ოპერაცია ნაჩვენებია იმ შემთხვევებში, როდესაც ჩატარებული გინგოვოგომია არ იძლევა სასურველ შედეგს და ადგილი აქვს რეციდიულ აბსცედირებას. ადვილობრივი გაუტკივარების შემდეგ კბილის ფესვის საპროექციო არეში ვაგარებთ ორ განაკვეთს ისე რომ შეექმნათ სამკუთხედის ფორმა (სამკუთხედის ფუძე მიმართულია კბილის გვირგინისაკენ, მწვერვალი კი კბილის ფესვისაკენ). ამოეკეთავეთ ლორწოვან გარსს პათოლოგიურ გრანულაციებთან ერთად, კბილის ფესვიდან ეპიელბთ ქვეებს, ნადებებს, ფესვს გაეპარიალებთ. აეაღმყოფს ეუნიშნავეთ 5-6 დღით ანგისეტიკურ საელებს. ამ ოპერაციის უარყოფითი მსარეა ის, რომ ოპერაციის შემდეგ რჩება ლორწოვანი გარსის დეფექტი და გაშიშელებული ფესვი. თუ კბილი ინტაქტურია მოსალოდნელია გკიეილის შეგრძნება ფიზიკური გაღიზიანების ნიადაგზე, ასეთ შემთხვევაში საჭიროა კბილის აწეული მგრძნობელობის საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარება.

ნ ა ფ ლ ე თ ო ე ა ნ ი ო პ ე რ ა ც ი ა . ამ ოპერაციის მეთოლიკა შემუშავებულია ვიდმანისა და ნეიმანის მიერ და ნაჩვენებია გაერცობილი პაროდინტიგის დროს, როდესაც პათოლოგიურ ღრძილოვან ჯიბებთან ერთად აღინიშნება ძელოვანი ჯიბეები, ძელოვანი ქსოვილის დარზილება და აგროფია. ეს მეთოლი ცნობილია რადიკალური ოპერაციის სახელწოდებით.

ადვილობრივი გაუტკივარების ფონზე (ინფილტრაციული, რეგიონული) ვაგარებთ ორ ურთიერთპარალელურ განაკვეთს პრემოლარების არეში ღრძილიდან გარდამავალი ნაოჭის მიმართულებით ალვეოლური მორისს ყუძემდე, ისე რომ საოპერაციო არეში მოხედეს საჭრელი კბილები, მარჯვენა და მარცხენა ემეები და თუ საჭიროა პირეელი პრემოლარები (6-8 კბილი). დამაგებით, ღრძილის კიდედან 2-3 მმ დაშორებით ვაგარებთ პორიზონტალურ განაკვეთს საოპერაციო ზონაში პირის კარიბჭის და ენის

(სახის) შირიდან. ღრძილის ამ პათოლოგიური ჩაწილის ამოკეციის შედეგად ფრთხილად აკაშრევენ ლორწოვან გარსს ძელისაზრდელასთან ერთად გარდამავალი ნაოჭისაკენ. წარმოქმნილ ნაფლუის გადაჭრით და თვითოველი კბილის ფესვიდან ვამორებით ქვეს, გამოიწვევა კბილისამორის სიერცეებს, მოკაცილებით ოსტეოპოროზულ ძელოვან ქსოვილს, პათოლოგიურ გრანულაციებს ლორწოვანი გარსის ნაფლუისაგან. ჭრილობას გამოერეცხავთ წყალბადის ზეფანგით, ფურაცილინით, ლორწოვანი გარსის ნაფლუთს დაეაბრუნებთ თავის ადგილზე, ისე რომ ნაწილობრივი მობილიზაციით დაეფაროთ გამომელებული კბილის ყელის არეები. ჭრილობას გაეკერავთ კვანძოვანი ნაკერიით და დაეალებთ დამიქველ სამკურნალო ნახევეს. ავადმყოფს ეუნიშნავთ ანგიბიოტიკებს 5-6 დღით, ეიგამინების კომპლექსს, ფიზიოქურნალობას.

ამ ოპერაციის უარყოფითი მხარეა ის, რომ ჭრილობის შეხორცების პროცესში ვითარდება ღრძილების რეგრაცია და გამიშვლება კბილის ყელის არეში, რაც ქმნის გარკვეულ კოსმეტიკურ უხერხულობას.

მ ი კ რ ო ს ტ ე ო ლ ა ს ტ ი კ ა . ეს ოპერაცია გამოიყენება ოსტეოგენეზის სტიმულაციისათვის ერთეული ან რამდენიმე კბილის არეში. ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ ბასრი კოვებით ვახდენთ პათოლოგიური ღრძილოვანი ჯიბის კიურეტაჟს (ღრძილოვან ჯიბეს არ ვაეკეთავთ) გამოერეცხავთ ანგისეპტიკური ხსნარებით, მოვაშორებთ დარბილებულ ძელოვან ქსოვილს და ნაოპერაციებ არეში შეგვყავს დაფქეილი ძვალი ან წვრილი ძელოვანი ნამსხერევეები. ამ ბოლო წლებში გამოიყენება ბრეფოძვალი. ღრძილის კიდეები უნდა გაეკეროთ ისე, რომ შეექმნათ ჭრილობის სრული პერმეტივობა.

პ ი რ ი ს კ ა რ ი ბ ჭ ი ს ჯ ლ ა ს ტ ი კ ა (ვეგებულოპლასტიკა). დაბალი და პატარა კარიბჭის ჯლასტიკა მიზნად ისახავს პირის კარიბჭის გაფართოებას ლორწოვანი გარსის ხარჯზე. ლორწოვანი გარსი (მობილური) კი ალებული უნდა იქნას ახლო მდებარე ქსოვილებიდან. ასეთია ქვედა ტუჩის ლორწოვანი გარსი.

პერიფერიული რეგიონული ანესთეზიის შემდეგ, ქვედა ტუჩის ლორწოვან გარსზე ვატარებთ ორ პარალელურ განაკვეთს პრემოლარების დონეზე ქვედა ტუჩის ლორწოვანი გარსიდან მიმართულს ალვეოლური მორჩის ღრძილოვანი კილის მიმართულებით ისე, რომ გაუკვეთავი დარჩეს 0,5-0,8 სმ ლორწოვანი (წინააღმდეგ შემთხვევაში განვითარდება ნეკროზი). დამატებით ქვედა ტუჩზე ვატარებთ პორიზონგალურ განაკვეთს, ფრთხილად ავამირევენთ ლორწოვან გარსს და გადავანაცვლებთ ქვედა ფრონტალური კბილების ფესვების მიმართულებით. ტუჩზე ამ დროს წარმოიქმნება ლორწოვანი გარსის დეფექტი, რომელიც უნდა დაეხუროთ მეზობელი ლორწოვანი გარსის მობილიზაციით. იმისათვის, რომ შეეინარჩუნოთ ოპერაციის გზით მიღებული სამკურნალო ეფექტი, საჭიროა ოპერაციის ჩარევის

წინაში მოვითავსოთ პირის კარიბჭის მაფორმირებელი იოლოფორმიანი მორგეი, რომელსაც ეაფექსირებოთ აბრეკემის ნაკერიო. გამოორიციული არ არის სხეო რეკრაციული მეთოდების გამოყენებო. რეკრაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფს ეუნიშნოთ ანტიბიოტიკებს, ანტისეპტიკურ გამოსვლებს, ოხიერ სოკებს.

მეჩვიდმეტე თოვი

ლიმფური კვანძების ანთებო (ლიმფოდენიტი)

ლიმფური კვანძების ანთებო სოკომოდ გავრცელებული დოავებოო დო გვხვებო ყველო ასოკობრივ ჯგუფში. ინფექციური აგენტი ლიმფურ კვანძებში შეიძლებო შეიჭროს ოლონტოგენურ ან ლიმფოტოგენური გზებით. ლიმფური კვანძების დანიშნულებო დო ფუნქციო მრდოვალსახოვანიო. ერთის მხრივ ისინი განიხილებო, როგორც ბიოლოგიური ფილტრი, რომელიც აჩერებს მიკრობებსო დო მათ გოქსინებს დო გარკეული დროის მანძილზე არ აძლევს სოშოლებს გავრცელებს დრმოდ მდებარე ორგანოებში. მეორეს მხრივ, ლიმფური კვანძები წარმოდგენენ იმუნური სისტემის შემადგენელ ნაწილს, უჯრედოვანი იმუნიტეტის დონეზე. ანტიგენის გომადიზიანებელ მოქმელებზე ისინი გომოიმუშოვენ ანტისხეულებს დო პლდმურ უჯრედებს. ლიმფური კვანძების მდგომარეობო, მათი რეოქციო ინფექციის შეჭრდზე დიდ გოვლენოს ახლენს დოავებების გომოსოვალზე.

სახის ლიმფური სისტემო წარმოდგენილიო კარგოდ გონვითარებული ქსელიო. ლიმფური კვანძების გონლდებოს ყბო-სახის არეში დიდი კლინიკური მნიშვნელობო ენიჭებო არო მარტო ანთებოდი, არამედ სიმსივნური დოავებების დროს. ყბო-სახის არეში ვარჩევთ გერეღე დო დრმოდ გონლდებულ ლიმფურ კვანძებს.

სოღევი დო ლოყის კუნთების წინო გეოპირზე მოთოვსებულიო ლიმფური კვანძების ერთი ჯგუფი. ყბო-ყურო ჯირკვალში მდებარე ლიმფური კვანძები გონეკუთენებო დრმოდ მდებარე კვანძებს. ყურის ნიქარის წინ მოთოვსებულიო 2-3 კვანძი, ასეთივე კვანძები მოთოვსებულიო ყურის ნიქარის უკან. ლიმფური კვანძების ნაწილი მოთოვსებულიო ყურის ნიქარის უკან. ლიმფური კვანძების ნაწილი მოთოვსებულიო სოძიღე არტერიის სისტემდარლებების ირგვლივ მდებარე ფოშარშემოქმედებელ ქსოვილში. ლიმფური კვანძები გონლდებულიო ნიქაის ქვეშო არეში, ქველო ყბის ქველო კილესთან, მკერდლდოვიწდერილისებრი კუნთის წინო კილესთან. კბილების ლიმფური სისტემო დოკოემირებულიო ყბო-სახის არეში გონლდებულ ლიმფურ კვანძებთან დო ინფექციის გავრცელებ

ბა მოხალღოლქეღლია ნქებისმიქრ არეში. ეს უქანახქნელი კი ღამოქღღებულღია ინფექციური აგქსტის ქირულქნტობაზე და ორგანიზმის იმუნურ სტაგქსზე.

ღიმფაღენტიგის ეტიოლოგიაში წაძქეღანი როღი ქნიჭეღბა სტაფილოკოქურ ინფექციას, შქმღღკ სტრეპტოკოქურს ან მათ ასოქიადქიას. აღმოჩენიღლია სხქა შქროფლორადქ.

ღიმფური ექანძქები წარმოღღქნიღლია შქმბქრთებულქსოვეღღისანი ოსქელი გარსით და პარენქიშით. პარენქიშა რეგქეულური ქსოვეღღია და მღღღარღია ღიმფური და სისხლღარღეღებით.

ქ ღ ა ს ი ფ ი ე ა ც ი ა : მოწოღებულღია ღიმფაღენტიგის შქმღღეღე კლასიფიქაციური სქქმა: 1. ღიმფანიგტი – ღიმფური ძარღეღების ანთება, 2. ღიმფაღენტიგ – ღიმფური ექანძქების ანთება, 3. აღქნოფლქეგმონა. ანთების შიმღღინარეობის შისქღღეთ: მწეავე და ქრონიქული. ანთებაღი პროქესის ხასიოთის შისქღღეთ: სქროზული და ჩირქოღანი.

ღიმფაღენტიგი შქიძღღება განეითარღეს სექციფიქური ინფექციური აგენტიგის შუჭრის შეღღეღად (ტუბერქულოზი, ათაშანიგტი, აქტინომიქოზი, შიღსი).

ღიმფაღენტიგი ყოველთღის მქორაღი პროქესიღა და გამოწვეულღია ორგანიზმში ინფექციური აგენტიგის შუჭრით. ჩვენ აქ განეიხიღღათ მსოლოღ ოლონტოგენური გზით გამოწვეულ ღიმფაღენტიგებს.

ქ ღ ი ნ ი ქ ა . ღიმფაღენტიგისათღის ღამახასიათებღღია ტქიეღღი, სხქელის ტქმქერაგურის მომაგტბა, რეგორული ღიმფური ექანძქების გადიღღება, სისხლში ანთების თანშღღებეღი ცეღღიღებეღი.

ღ ი მ ფ ა ნ გ ი გ ი , შიმღღინარეობს მწეავე და ქრონიქული ანთების სახით. სახის არეში ღადეაღღებას ახასიათებს რბიღი ქსოვეღღების შეშუქება, შიქერეშია. შიქერეშია გამოხაგულღია ხაზების სახით, რომღეღბიქ შიმბართულღია ღიმფური ექანძქებისაქენ, რომღეღბიქ გადიღღებულღია, პალპაციით მტქიენეული, რბიღი კოსისტენქიის. შეიძღღება აღღიღი შქონღღეს სხქელის ტქმქერაგურის მომაგტბას, შქმქეიქნებას, თაეის ტქიეღღს, საერთო სისუსტეს. მსხეიღღი ღიმფური ძარღეღების ანთების შქმთახევეაში, ღიმფური ძარღღი მქაფოღ გამოხაგულღია, ღაჭიშულია, პალპაციით მტქიენეული, ანთებაღი პროქესი ვრცელღება ღიმფური ძარღღის ირგვეღღე მღღებარე ქსოვეღღებში.

მწეავე ღიმფანიგტიგის არასრულფასოღანი მქურნალობის შქმთხვევეაში, ანთება გადადის ქრონიქულ ფაზაში, მწეავე შოვეღღენები თითქოს ქრება, ღიმფური ძარღღები კარგაქეს ეღღასტიურობას, ნაქლებ მოძრავიღი, პალპაციით შომიერაღ მტქიენეული და ღაჭიშულია, მფარეი კანი შქიძღღება იყოს პათოლოგური ცეღღიღებების გარეშე.

ღიფერენციული ღიაგნოზი უნღა გეაგაროთ კანის წითელ ქართან, სახის ვენების ფღეღბიგთან, თირომბოფღეღბიგთან.

წითელი ქარის ღროს სახის კანის საქეღოღ ღღი ფართობიღი შიქერეშიული, შიქერეშიული უბანი მქაფოღ არის შქემოსაშღღერღი ჯანმრთეღი ქსოვეღღისაგან და მისი ფორმა მოგეაგონებს ქექელას ფრთებს.

შეღარეღბით ძიეღღია ფღეღბიგის და თირომბოფღეღბიგის განსსქეაქება. აქ

ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანი ის არის, რომ სახის არეში ფლებიტსა და თრომბოფლებიტს ყოველივეს წინ უძღვის სახის არეში მწკაიე ანთებადი პროცესის არსებობა (ფურუნკული, კარბუნკული და სხვა).

მკურნალობა. ლიმფანგიტის მკურნალობა კონსერვატიულია. ვიყენებთ მკლიკამენტურ და ფიზიომკურნალობას. დააღების გამომწვევი მიზეზების მოცილებას (კბილის ამოღება) ან მკურნალობას (კბილის არხების დამუშავება, დაბუნა), პარალელურად ავალმყოფს ვუნინუნეთ ანტიბიოტიკებს 5-7 დღე, ანტიბისგამინურ პრეპარატებს, ფიზიკურ მეთოდებს (უმს ღენი, ულტრაბისფერი სხივიები), ტკივილდამაყუჩებელ სამუალეებს.

2. მწკაიე სეროზული ლიმფადენიტი. ავალმყოფი აღნიშნაეს ყბა-სახის შესაბამის არეში რეგიონული ლიმფური ჯირკვლის გაღიდუბას, ტკივილს, პალპაციით ლიმფური ჯირკვალის გაღიდუბულია, მოძრაეია, რბილი კონსისტენციისაა. სხულის ტემპერატურა მომატებულია. პირის ღრუს დათუალიერებით შესაბამის მხარეზე გამოვლინდება დააეადებული კბილი-ინფექციის შეჭრის გზა. ლიმფური კვანძების მფარაეი კანი უცვლელია. დააეადების ხანგრძლიეობა არ აღემატება 2-3 დღეს. დააეადებული კბილის მკურნალობის შემდეგ პათოლოგიური პროცესი განიცლის უკუგანვითარეუბას, ლიმფური კვანძის შეშუპება და ტკივილი ქრება.

მკურნალობა. სეროზული ლიმფალენიტის მკურნალობა კონსერვატიულია. მიზეზობრივი კბილის მკურნალობასთან ერთად, ავალმყოფს ვუნინუნეთ ანტიბიოტიკებს 5-6 დღე, უმს ღენს 7-10 სეანსი, სითბური კომპრესები 3-4 დღე. ასეთი მკურნალობის ჩატარების შემდეგ პათოლოგიური პროცესი, როგორც წესი განიკურნება.

3. მწკაიე ჩირქოვანი ლიმფადენიტი, სეროზული ლიმფალენიტის განვითარების შემდგომი ფაზაა და დამოკიდებულია ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითებასა და არასრულფასოვან მკურნალობასთან.

ავალმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, უმაღობას, სხულის ტემპერატურის მომატებას 37°-38,5°-მდე, შესაბამისი მხარის ლიმფური კვანძები გაღიდუბულია, მტკიენულია. მოძრაეია, მფარაეი კანი პიპერემიულია, ლიმფური კვანძის ჩირქოვანი ანთების ფონზე, აღვილი აქეს ჯირკვლის დარბილუბას, ეთარდება ფლუქტუაციის ნიშანი, ვითარდება პერიალენიტის სურათი, სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტოზი.

მკურნალობა. ჩირქოვანი ლიმფალენიტების მკურნალობა კომპლუქსურია და მოიცავს მკლიკამენტურ, ქირურგიულ და ფიზიო მემოქმედებას. აღვილობრივი გაუტკივარების ფონზე ეატარებთ განაკეეტს ჯირკვლის დარბილუბის ეპიცენტრში, ვაკეეითაეი კანს, კანქეემა ცხიმოვან ქსოვილს,

გახსნილი ჩირქოვანი ღრუს, გამოკერეცხავით და ფროსილად კოვშით ამოვიღებთ ჯირკვლის დანეკროზებულ მასას, ჭრილობაში დაკრეფებთ ღრუნაქს. აუაღმყოფს ეუნიშნავეთ ანტიბიოტიკებს, ანტიპისტამინურ პრეპარატებს, ტკივილდამაყუჩებულს. ჩირქგროვის გაკეკოიდან მესამე – მეოთხე დღეს ეუნიშნავეთ ფიზიოთერაპიას (უქს დენი, ულტრაიისფერი სხივები), პოლივიტამინებს, ყუათიან საკეებს. მიზეკობრივე კბილს ან ამოვიღებთ (ჩეენების მისეკეით), ან ემეკურნალობთ.

4. ქრონიკული ლიმფადენიტი, მწეავე ლიმფადენიტის გამოსაბეალია, რაც დამოკიდებულია, როგორც არასრულფასოვან მეკურნალობაზე, ასევე მიკრობთა ვირულენტურობაზე. დაბეალება ვითარლება დუნედ, ხანგრძლივი ღროის მანძილზე (რამდენიმე კეირა), ბეაღმყოფი მიუთითებს გარკეველ სისუსტეზე, უხასიათობაზე, გაღიდებულ ლიმფურ კვანძზე, რომელიც ზომიერად მტკიენეულია, გაღიდებულია, მოძრავია, აქეს საღა მუდაპირი. სხეულის ტემპერატურა შეიძლება იყოს სუბფებრილური (37,2°-37,5°). პათოლოგიური პროცესის ხანგრძლივი მიმდინარეობის ფონზე შეიძლება განეითარდეს ხერელარხი, მციროდენი ჩირქოვანი გამონადენით, ხერელარხიდან გამოიზრდება პათოლოგიური გრანულაციები. პირის ღრუს დათვალეერებით გამოვიღინდება ერთი ან რამდენიმე დამიანებული კბილი განგრენული პულპით.

მეკურნალობა. პირველ რიგში საჭიროა დაბეალებული კბილების მეკურნალობა (ამოღება, დაბეენა, ფესვის მწეერეალის რემექცია). მემდგომში ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ ხერელარხის გაფართოება და ბასრი კოვშით დამიღილი ლიმფური კვანძის და პათოლოგიური გრანულაციური ქსოვილის მოცილება. ჭრილობის გამორეცხვა და მასში იოლოფორმის ღოლბანდის შეტანა. საჭიროა, აგრეთვე ანტიბიოტიკების, ანტიპისტამინური პრეპარატების, ვიტამინების დანიშენა, ფიზიოთერაპია (უქს დენი, ულტრაიისფერი სხივები).

ლიმფადენიტების ღიფერენციული დიაგნოსტიკა

ლიმფადენიტების დიაგნოსტიკა რიგ შემთხეეეებში საკმაოღ რთულია, განსაკუთრებით ქრონიკული ანთების შემთხეეეაში. ღიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაბეაგროთ: აბსცესთან, პერიოსტიტთან, სპეციფიკურ ლიმფადენიტთან, აუოიისეზიანი სიმსიენეების მეტასტაზებთან ლიმფურ კვანძებში, ლიმფოგრანულომატოზიან, ყბა-ყურა და ყბისქეეემა სანერწყვე ჯირკვლების ანიუბასიან, სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვან დაბეალებასთან.

აბსცესის შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი სწრაფად პროგრესირებს და მეორე დღეს უკვე აღინიშნება ფლუქტუაცია, მუარაყი კანის შიპერეშია და გათხლება, აბსცესი ლოკალიზდება ყბა-სახის ნებისმიერ არეში, მამის როლესაც ლიმფადენიგი ყითარდება ლიმფური კვანძების საპროექციო არეში და პათოლოგიური პროცესი შედარებით ხანგრძლივად მიმდინარეობს.

პერიოსტიტებისათვის დამახასიათებელია მკაფიოდ გამოხატული კოლაგერალური შეშუპება, პათოლოგიური პროცესის განვითარება გარდამავალი ნაოჭის არეში. ლიმფადენიგის ღროს პათოლოგიური პროცესი მკვეთრად შექმსაზღვრულია ლიმფური კვანძის საპროექციო არეში, ისინჯუბა მოძრავი ლიმფური კვანძი, მიზეზობრივ კბილთან გამოხატული პათოლოგიური პროცესი არ აღინიშნება.

ქრონკული ლიმფადენიგი უნდა განეხსებეთ სპეციფური ლიმფადენიგისაგან.

აქტინომიკოზური ლიმფადენიგისათვის დამახასიათებელია პათოლოგიური პროცესის ნული და ხანგრძლივი მიმდინარეობა, ლიმფური კვანძების გაღიდებას თან არ ახლავს ტკივილი, მორფოლოგიური გამოკვლევით ვაღგენტ სხივისებრი სოკოს ღრუშებს.

ტუბერკულიოზური ლიმფადენიგის ღროს ლიმფური კვანძები სხედასხვა ზომისა და სიმკვრივისაა, პალპაციით ოღნავე მტკიენული ან უმტკიენულია, პათოლოგიური პროცესი ჩვეულებრივ ორმხრივად გამოხატული, ზოგჯერ შემკერიეებულია და პაკეტისებურად არის განლაგებული, პირკესა და მანგუს რეაქცია დაღებთია. ავაღმყოფი აღნიშნავს ხანგრძლივსუბებრიღურ გემპერტურას.

სიფიღისური ლიმფადენიგი ვითარღება პირის ღრუში ან ტუჩზე მავარი შანკრის გაჩენიღან 7 დღეში იმავე მხარეზე. ლიმფური კვანძები გაღიდებულია, მკვრივია, ლიმფური კვანძების ქსოვიღის სკლეროზის შეღეგად. ამიგომ სიფიღისური ლიმფადენიგი ლიგერატურაში ცნობიღია სკლეროღადენიგის სახელწოღებით. ასეთ ლიმფურ კვანძებს ანთების ნიშნები არა აქვთ. ვასერმანის რეაქცია დაღებითია და მორფოლოგიური გამოკვლევით ეაღგენტ მკრთალ სპიროქეტას – დაავაღების გამომწვევე მიზეზს.

ავთესებიანი სიმსიენეების ღროს ლიმფური კვანძები გაღიდებულია, მომკერივო კონსისტენციისაა, პალპაციით უმტკიენულია, სორკლიანი ზეღაპირით, ნაწიღობრივი შეხორცებებით იგრეღივ მღებარე რბიღ ქსოვიღებითან. ლიმფური კვანძების მეგასგაზები ყოვეღთვის დაკავშირებულია პირეღღადი სიმსიენის არსებობასთან ორგანიზმში. პირის ღრუში მიზეზობრივი კბიღები არ აღინიშნება. ლიმფურ კვანძებს არა აქვთ ანთები-

სათვის დამახასიათებელი ნიშნები, მორფოლოგიური გამოკვლევით ეაღგენთ აუცილებიან სიმსივნეს.

ლიმფოგრანულომატოზის დამახასიათებელია ლიმფური კვანძების გადიდება სიმეტრიულად და ორგანიზმის არა მარტო ყბახახის არეში. სხედალახეა ზომის ლიმფური კვანძები გადიდებულია. უმტკივნეულოა, მოგჯერ ნაკლებად მოძრავი. სისხლში გამოხატული ცელილებებია, ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი ან ლიმფოპენია, ლეიკოპენია. ადგილი აქვს ეოზინოფილიას. დააუალებას თან ახლავს პიოქრომული ანემია.

სანერწყვეჯირკვლების ანთებსათვის დამახასიათებელია გამოხატული ტკივილი, მკვეთრად გადიდებულია, გამოიყოფა შემაკრეული ნერწყვი. ლიმფალენიგის ღროს ასეთ მოუღენებს ადგილი არა აქვს.

სანერწყვეჯირკვლის კენჭოვანი დააუალების შემთხვევაში ტკივილი ძლიერდება საკვების მიღების პერიოდში, ამავე ღროს სანერწყვეჯირკვალი მოცულობაში მაგულობს, ხოლო საკვების მიღების შეწყვეტის შემდეგ თანდათანობით მოცულობაში კლებულობს. ამ სიმკგომს აქვს გადამწყვეტი დიფერენციალური დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ლიმფალენიგებისაგან განსახეაუებლად.

5. ადენოფლეგმონა. როგორც ზევით იყო მოხსენებული ლიმფური კვანძი შემოფარგულია თხელი შემაერთებელქსოვილოვანი გარსით და რიგ შემთხვევაში ანთებადი პროცესი შეიძლება გამოვიდეს ჯირკვლის საკუთარი ქსოვილიდან და გაერცელდეს მის ირგვლივ მდებარე ფაშარშემაერთებელ ქსოვილში. ასეთ პირობებში უკვე საქმე გვაქვს არა მწაავე ლიმფალენიგთან, არამედ ადენოფლეგმონასთან.

კლინიკა. არსებული მწაავე ლიმფალენიგის მკურნალობის იგნორირების ან არასრულფასოვანი მკურნალობის პირობებში თანდათანობით გადიბრდება ფლეგმონაში. აეადმყოფს აქვს მაღალი სიცხე – 38°-39°, საერთო სისუსტე, უმაღობა, ტკივილი. პათოლოგიური პროცესი ვითარდება ძირითადად ქვედა ყბის არეში, ნიკაქეშა ან კისრის გვერდით არეში. აღინიშნება შესაბამისი არის რბილი ქსოვილების შემუება, მფარავი კანი პიპერემიულია, პალპაციით აღიქმება ფლუქტუაცია და ტკივილი. ცელილებებია სისხლის მხრივ – გამოხატული ლეიკოციტოზი. აჩქარებულია ელს-35-40 მმ საათში.

დიაგნოზის დასამაში დიდ ღახმარებას გვიწევს ანამნეზის ყურადღებით შეგროვება. ვარკვევთ, რომ დასაწყისში აღინიშნებოდა მოძრავი ლიმფური კვანძი (ბურთულა) მტკივნეული, რომელიც თანდათან გადიდა და შემუქდა რბილი ქსოვილები. ანამნეზით ვაღგენთ აგრეთვე, რომ დააუალება შეღარებით ხანგრძლივად ვითარდებოდა. ყოველივე ამის საფუძველზე შეიძლება დაეასკენათ რომ საქმე გვაქვს ადენოფლეგმონასთან.

მკურნალობა. ადენოფლეგმონის მკურნალობა კომპლექსურია და მოიცავს მკურნალობის ქირურგიულ, მედიკამენტურ და ფიზიკურ მეთოდებს. ადგილობრივი ანესთეზიის ფონზე ეაგარებით განაკვეთოს, გაეკვეთაეთ კანს, კანქვეშა ქსოვილებს და ბლაგვად გაეხსნით ჩირქგროვას, გამოივრცეხათ ანგისეპტიკური ხსნარებით, კრილობაში ჩაეგოვებთ ღრენაკს. ავადმყოფს უენიშნაეთ ანტიბიოტიკებს, ანტიბისგამისურ პრეპარატებს, ფიზიოთერაპიას.

მეთვრამეტე თავი

ზელა ყბის წიაღის ანთება

მომრდილი ადამიანის ზელა ყბა შეიცავს პაუროვან ღრუს, რომელიც ცხვირის ღანამაგი ღრუებიდან ყველაზე დიდია, მას აქვს კონუსისებრი ფორმა და შედგება ექვსი კელისაგან. ღრუ შიგნიდან გამოფენილია მრავალშრიანი ეპითელური ქსოვილისაგან. ზელა კედელი წარმოდგენილია თვალბუღის ქვედა კელლით, რომლის სისქეში მოთავსებულია თვალბუღის ქვედა არხი თანამოსახელე არტერიისა და ნერვისათვის. კედელი თხელია და ღრუში მიმდინარე პათოლოგიურმა პროცესმა შეიძლება გამოიწვიოს მისი დამლა, რის შედეგად პათოლოგიური პროცესი გაერყელდება თვალბუღეში.

წინა კედელი წარმოდგენილია ემვის ფოსოთი, რომლის ზელა ძვლოვანი ნაწილი თხელია, ხოლო კბილბუდეების არეში შეღარებით სქელი. ემვის ფოსოს ზელა ნაწილში იხსნება თვალბუღის ქვედა არხი, საიდანაც გამოდის ნერულ-სისხლძარღვოვანი კონა.

ლატერალური კედელი (გარეთა) წარმოდგენილია ზელა ყბის ბორცვით, თხელი ძვლოვანი კედელია, რომელშიც მოთავსებულია რამდენიმე წვრილი ხერული, უკანა ზელა ალვეოლური ნერვებისა და სისხლძარღვებისათვის.

უკანა კედელს შეადგენს საფეთქლის ქვედა და ფრთისებრი ფოსოს ძვლოვანი წარმონაქმნი, თხელი ფირფიგოვანი ძვალა და ოპერაციული ჩარევის დროს გარკვეული სიფრთხილის დაცეაყა საჭირო, რათა არ დავაზიანოთ ძვლოვანი ქსოვილი და მის გარეთ მდებარე ფრთისებრი ვენოზური სისხლძარღვოვანი ქსელი, რასაც თან ახლავს გამოსატული სისხლენა.

მედიალური (შიგნითა) კედელი წარმოდგენილია ცხვირის ძვლოვანი ფირფიგით, ანუ ცხვირის ღრუს ლატერალური კედლით. ეს კედელი მოიცავს ცხვირის ღრუს ქვედა და შუა გასაიღის ღონეს. ძვლოვანი ფირფიგა თხელია, მასზე ფიქსირებულია ცხვირის ქვედა ნიყარა, რომელიც ორ ნაწილად ყოფს ცხვირის ღრუს-ქვედა და შუა, ცხვირის ღრუს შუა

გასაყალში იხსნება ზედა ყბის წიაღი მცირე ზომის ხერკლის სახით. ოპერაციული ჩარევის დროს საჭიროა დამატებითი ხერკლის გახსნა ცხვირის ღრუს ქვედა გასაყალში წიაღის მედიალურ კედელში.

ქ ე ე ლ ა კ ე დ ე ლ ი ზედა ყბის წიაღის ფსკერია და წარმოადგენილია ალვეოლური მორჩით. ზოგ შემთხვევაში წიაღი კარგად არის განვითარებული და მის ფსკერზე გამოხატულია შემადლებები, რომლებიც შეესაბამება ზედა ყბის კბილების ფესვების პროექციას, სხვა შემთხვევაში პაიმორის ღრუსა და კბილების ფესვებს შორის მანძილი ნულიდან 10-12 მმ-ია.

ზედა ყბის წიაღი ახალშობილებში განვითარებული არ არის, მოზრდილებში კი მისი მოცულობა საშუალოდ 15-30 სმ³-ია.

პაიმორის ღრუს შიგნითა ზედაპირი გამოფენილია ლორწოვანი გარსით, რომელიც წარმოადგენს ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გაგრძელებას და მჭიდროდ ეკერის ძელოვან ქსოვილს. მორფოლოგიურად ეარჩევიან სამ შრეს: 1. ძეალთან მიმდებარე შრე, მდიდარია შემაერთებულ ქსოვილოვანი უჯრედებით და ასრულებს ძელის საზრდელას როლს. 2. შუალედური შრე-სტრომა შეიცავს აცინოზურ ლორწოვან ჯირკვლებს, 3. ზედაპირული შრე, რომელიც მოიცავს მოციმციმე ეპითელს.

ლორწოვანი გარსი ასრულებს, როგორც შეწოვის, ისე გამომყოფ ფუნქციებს. ლორწოვანი გარსი გამოყოფს ლეიკოციტებს, რომლებსაც აკისრიათ გარკვეული დამცველობითი ფუნქცია, შეჭრილი ინფექციის მიმართ.

ინფექციის შეჭრა მოსალოდნელია პემატოგენური, რინოგენური და ოლონგოგენური გზებით. პაიმორის ღრუს დაინფიცირება ხდება მისი შემთხვევით გახსნის დროს (კბილის ან ფესვების ექსტრაქციის შედეგად, ღრუს მავარი და რბილი ქსოვილების გრავემული დამიანების შემთხვევაში, ანთებადი პროცესის კონტაქტური გზით გავრცელების შემთხვევაში.

პათოლოგიურ-ანატომიური თვალთახედავით წიაღის ანთება შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავე და ქრონიკული ფორმით. ანთებადი პროცესის განვრცობა გამოკიდებულია ინფექციის შეჭრის გზებზე, ღრუს შემთხვევით გახსნის დროს პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება დამიანების ადგილზე. სხვა შემთხვევაში ანთება, მოიცავს ლორწოვანი გარსის მთლიან უბანს. პაიმორის ღრუში ანთებადი პროცესი მიმდინარეობს ან ლორწოვანი გარსის აგროფიით არ მისი პოლიპოზურ-გრანულაციური ფორმით.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . ლიგერატურაში მითითებულია, რომ პაიმორიგი შეიძლება იყოს რინოგენური და ოლონგოგენური, გარდა ამისა გვხვდება გრავემული პაიმორიგები. ბავშვთა ასაკში შეიძლება შეგვეხედეს კონტაქტური პაიმორიგები, ზედა ყბის პემატოგენური ოსტეომიელიტების ფონზე.

ი. ლუკომსკის მისეღვით ოლონგოგენური პაიმორიგები შეიძლება იყოს ორი სახის: 1. ოლონგოგენური გოქსიკური და 2. ოლონგოგენური ინფექციური.

გ ო ქ ს ი კ უ რ ი ფორმის დროს ანთების გამომწვევია არა თვით მიკ-

რობები, არამედ მათი ცხოველმოქმედების პროლექტები (ტოქსინები და სხვა) ასეთი ანთება ძირითადად მიმდინარეობს, როგორც კატარალურ-ექსუდაციური და შეღარებით კარგად ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას.

ი ნ ფ ე ქ ე უ რ ი გამოწვეულია თვით ინფექციის მკურნალ და ჩირქოვანი ანთებადი პროცესის განვითარებით. ასეთი დაავადება გაღლის ქრონიკულ სტადიაში და საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას.

ანთების მიმდინარეობის მიხედვით ვარჩევთ მწვავე და ქრონიკულ პაიმორიგს.

გ. მარჩენკომ მოგვაწოდა პაიმორიგის განსხვავებული კლასიფიკაცია:

1. დასურული ფორმა, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ქრონიკულ პერიოდონტიტებისაგან და ოღონტოგენური კისტებისაგან.

2. ღია ფორმა, ვითარდება ღრუს პერფორაციის შედეგად და როგორც ქრონიკული ოსტეომიელიტის გართულება.

პრაქტიკული მუშაობისათვის მისაღებია პაიმორიგების დაყოფა ორ ძირითად ფორმად: მწვავე და ქრონიკული.

მ წ ვ ა ვ ე პ ა ი მ ო რ ი გ ი . მწვავე ოღონტოგენური პაიმორიგი დასაწყისში მიმდინარეობს სეროზული ანთების სახით, ორ სამ დღეში გაღლის ჩირქოვანი ანთებაში, რადგან ანთებადი პროცესი მიმდინარეობს ძელოვანი ღრუში, მას აქვს გამოხატული კლინიკური სურათი.

კ ლ ი ნ ი კ ა . ავადმყოფი აღნიშნავს საერთო სისუსტეს, უმადობას, სხეულის გემპერაგურის მომაგებას. სუბიექტური სიმპტომებიდან მკაფიოდ გამოხატულია ტკივილი. დასაწყისში ტკივილი ლოკალიზდება სახის შესაბამის მხარეზე. მუდმივი ხასიათისაა, აქვს მაგების გენდენცია, ვრცელდება თავის არეში. აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება შესაბამის ნესტოდან, ყნოსვის გაუკუღმართება, სიმძიმის შეგრძნება თავის დახრის ღროს.

ობიექტური გამოკვლევით ვაღვენთ ლოყის ქსოვილების შეშუპებას, ადგილობრივად გემპერაგურის მომაგებას, კანის ზომიერად გამოხატულ პიპერემიას. ეშვის ფოსოს არეს პალპაციით აღიქმება ტკივილი. რინოსკოპიით ცხვირის შუა გასაყალში აღინიშნება ჩირქოვანი მასა, ლორწოვანი გარსის პიპერემია, ნიჟარის შეშუპება.

დაავადების ღიაგნობის დადგენაში გვეხმარება ანამნეზის დეტალური ინვესტირება. ცხვირის დანამაგი ღრუების რენტგენოგრაფია, საჭიროების შემთხვევაში ზედა ყბის წიაღის პუნქცია, დიაფონოსკოპია, ამავე ღროს საყურადღებოა სისხლში ლეიკოციტოზი, ერითროციტების დალექვის აჩქარება.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვაგარებთ ზედა ყბის დაჩირქებულ კისტასთან, რინოგენულ პაიმორიგთან, ლოყის აბსცესთან, პულპიტთან, მწვავე პერიოდონტიტთან, ნევრალგიასთან.

შ ე ღ ა ყ ბ ი ს კ ი ს ტ ი ს ჩამოყალიბება მიმდინარეობს ხანგრძლი-

ვალ, ასიმეტრია ეითარდება თანდათანობით, მწკავე ტკივილი გამოსატკივილი არ არის, ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ტკივილი და ტკიპერ-აგურის მომაგება იწყება კისტის ღაჩირქების მომენტიდან. ეშვის ფოსოს ძელოვანი კეღელი განლეულია, პალპაციით აღიქმება პერგამენტის ქალაღ-ღის სმაური, ლოყის კანის პიპერემია არ არის.

რისოგენური პაიმორიგის შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი უხშირესად ორმხრივია, ოღონტოგენური პაიმორიგის ღროს კი როგორც წესი, ცალმხრივი, გარღა ამისა პირის ღრუს დათეღლიერებით ღგინდება გამომწვევი მიზეზი – კბიღი განტრენული პულპით.

ლოყის აბსცესი იწყება კანის პიპერემიის და მიმღებარე ქსოვიღების გამოსატკივილი შემუქებით, მიზეზობრივი კბიღი არ არის. რენტგენოლოგიურად ზეღა ყბის წიღღში პათოლოგიური პროცესი არ აღინიღნება.

მკურნაღობა. მწკავე ოღონტოგენური პაიმორიგის მკურნაღობა მოითხოვს რიღი ღონისძიებების გატარებას. უპირეღეს ყოღლისა საჭიროა ჩირქოვანი მასის ღრენირება წიღღიღან, რათა შეეღმციროთ ან მთღიანად მოეხსნათ ძღიერი ტკივიღი, ამ მიზნით აეღღმყოფს ეუნიღნავთ ცხვირის ღორწოვანი გარსის სისხღძარღვთა შემეღვიწროვეღელ ნიეთიერებებს, ცხვირის ნესტოში ჩასაწვეთებღღად: 2 %-იანი ეუღღრნის ხსნარი, 0,1 %-იანი აღრენაღინის ხსნარი, 0,1 %-იანი ნაფტიზინის ხსნარი, გაღაზოღინის 0,1 %-იანი ხსნარი. აქ მოტანიღი რომეღიმე ხსნარის 1-2 წვეთი შეგკყავს ცხვირის ორიეღ ნესტოში 3-4-ჯერ ღღეში. 5-7 ღღის განმეღვღობაში. უნღა გეღსოვეღს, რომ აღნიღნული ხსნარების გამოყენება არ შეიღღება პიპერტონით ღაღ-ეღღებულ აეღღმყოფებში. იმ შემთხვევაში, როღღესაღ ჩირქოვანი მასის ღრენირება არა საკმარისიღ, მიეღმართავთ წიღღის პუნქციას.

ზეღა ყბის წიღღის პუნქციას ეზღღენთ ცხვირის შესაბამისი ნესტოს ქვეღა გასაეღღში (შეიღღება ეშვის ფოსოს კეღღის ტრეპანაციითაღ), ქვეღა ნიეღრის ქვეღა კიღღსთან. წინასწარ ეგტარებთ გაუტკიეღრებას: ცხვირის ნესტოში 5-8 წუთის განმეღვღობაში შეეღგანთ 4% -იან ღიკაინის ხსნარში დასეღღებულ ღოღბანღს ან შევასხურებთ 10 %-იან ღიღოკაინის აეღროზოღს. აეღღებთ საპუნქციო ნემსს (კულიკოვსკის ნემსი) ცხვირის ნესტოს გაეღაფართოებთ ცხვირის სარკით ღა ქვეღა ნიეღრის ქვეღა კიღღსთან ნემსზე ენერგიული ზეწოღით გაეჩხვეღეგავთ ზეღა ყბის წიღღს. საინქციო ნემსის მიმართუღება ღრუს მეღღიღური კეღღის მიმართ თითქმის პერპენდიკულარულიღ. პუნქციღ სწორად არის ჩატარებული თუ: ჩხვეღგის ღროს ძეღოვანი კეღღის გამოსატკივილი წინაღღმღეგობის შემღღეგ შეეღგრძნებთ ღრუში "ჩაეღრღნას", მარიცით ასპირაციის ღროს მიეღღებთ ჩირქოვან მასას ან პაერს. სხეღ შემთხვევაში საპუნქციო ნემსი არ იმყოფება წიღღში. ასეთ შემთხვევაში ნემსი ან გაპყეღ ცხვირის ღრუს ძეღოვან კეღღელს ღორწოვანი გარსის ქეღმ, ან მოსვღა ღოყის რბიღ ქსოვიღებში. როღღესაღ ღაერწმუნღებით, რომ ნამღეღიღად ეიმყოფებით ზეღა ყბის წიღღში, ეიწყებთ ღრუს გამორეცხვას ანტისეპტიკური

ხსნარებით. ჩირქოვანი მასის ასპირაციის შემდეგ ღრუს გამოურეცხავთ ფურაცილინის, რიჟანოლის ან წყალბადის ზეჟანგით. მკურნალობის მიზნით ღრუში შევიყვანოთ ანტიბიოტიკებს, კორტიკოსტეროიდებს და სხვა. ზოგჯერ ზღა ყბის წიაღში ვტოვებთ კატეგერს, რომლის სამუალებით ვასღწროთ სამკურნალო ნივთიერებების შეყვანას ღრუში. მკურნალობის კომპლექსში წარმატებით გამოიყენება ფიზიკური მეთოდები: უმს ღენი 10-15 სეანსი, მაღსენსიბილიმბეული სამუალებები: დიმელოლი, სუპრასტინი, აგრეთვე სულფამილური პრეპარატები. ვარკეული ეუქტია მიღებული ფერმენტების პაიმორის ღრუში შეყვანით.

ქრონიკული პაიმორიტი. ქრონიკული პაიმორიტი შეიძლება განვითარდეს როგორც მწყაეე ანთების გამოსაეალი ან როგორც პირეეეა-ღი ქრონიკული ანთება, ქრონიკული პერიოდნოტიგის ვართულება.

ქრონიკული პაიმორიგისათვის დამახასიათებელია სიმკომოკომპლექსი სუბიექტური სიმკომებიდან აღსანიშნაეია: სხეაღასხეა ინგენსიობის გკიეილი, ზოგჯერ სუსგად გამოხაგული, ზოგჯერ ძლიერი. აეადმყოფი აღნიშნავს თავის გკიეილს. სიმძიმის შეგრძნებას შესაბამის მხარეზე, საერთო სისუსტეს. პაიმორის ღრუში ჩირქოვანი მასის დავროეების შემთხეეეაში გკიეილი თანდათან მაგულობს და შეიძლება მიიღოს ინგენ-სიური ხასიათი, აეადმყოფი მიუთითებს ჩირქოვან გამონაღენზე ცხეირის ღრუდან, ზოგჯერ ცუდი სუნით. სხეულის გემპერატურა შეიძლება მერყეობ-ღეს სუბფერილურიდან 38°-მღე.

ობიექტურად: სახე სიმეტრიული (ვამწვაეების პერიოდში შეიძლება იყოს ოღნაე შემუქებული), პირის ვაღება თავისუფალი. პირის ღრუს ლორწოვანი ვარსი გამოხაგული პათოლოგიური ცელილეების ვარეშე-ეშვის ფოსოს არე პალპაციით ზომიერად მტკიენეული. ცხეირის შუა ვასაეაღ-ში ჩირქოვანი ვამონაეონი.

ღიაგნობის დასაღგენად ვიყენებთ ვამოკეღევის შემღეგ მეთოდებს:

1. კბილების პულპის ეღექტროაღგზნებაღობის განსაზღერა სპეციალური აპარატით. მკეღარი პულპის დაღგენის შემთხეეეაში შეიძლება ვიფიქროთ ოღონტოგენურ დაეეაღებაზე.

2. პერკუსია (ღინკის მეთოღი). სასის მხრიდან მორე მოღარის ღონეზე ეათაეებთ ციღინღრული ფორმის ღეროს და მასზე ვაკაკუნებთ. ნათელი ხმა მიუთითებს ჯანმრთელ ღრუზე, მოყრეებული კი პათოლოგიურ პროცესზე პაიმორის ღრუში.

3. წინა რინოსკოპიით თუ ცხეირის შუა ვასაეაღში აღმოჩნღა ჩირქოვანი მასა, შეიძლება ვიფიქროთ პაიმორიგზე.

4. ღიაფონოსკოპია. ვამოკეღევას ვაწარმოებთ ბნელ ოთახში. აეადმყოფის პირის ღრუში შეგვაქვს პაგარა ნათურა. პათოლოგის შემთხეეეაში დაეაღებულ მხარეზე დაბნელება იქნება. ჯანმრთელ მხარეზე შეიგრძნე-ბა სინათლე პაიმორის ღრუსა და თეაღბუღეში.

5. პაიმორის ღრუს პუნქცია. პუნქციით ჩირქოვანი მასის მიღებით ვაღგენთ ზედაყბის წიაღის ანთებას.

6. ცხვირის დანაშატი ღრუების რენტგენოლოგიური გამოკვლევით გან-
ქაზღვრავთ წიაღში პათოლოგიური პროცესების არსებობას.

7. ამავე მიზანს ემსახურება ზედა ყბის წიაღში რენტგენოკონტრასტული
ნიუთიერების შექცანა.

ზემოთ ჩამოთვლილი გამოკვლევის მეთოდების გამოყენებით შეიძლე-
ბა დაეადგინოთ ზედა ყბის წიაღში პათოლოგიური პროცესის არსებობა,
მაგრამ ოღონტოცესური პაიმორიგის ღიაგნოზის დასაადგენად საჭიროა
ღიუერენციული ღიაგნოსტიკის გატარება.

ამ დააეადლების მსგავსი კლინიკური სურათი შეიძლება იყოს: აღერგიული
პაიმორიგის, რინოგენური პაიმორიგის, ზედა ყბის აეთვისებიანი სიმსიენის
დააეადლების ღროს.

აღერგიულ პაიმორიგს ყოველთვის წინ უძღვის ზოგადი აღ-
ერგიული მოკლენები, ანამნეზის შეგროვებით ვაღგენთ არსებულ აღერგიულ
ფონს. პირის ღრუსა და კბილთა სისტემის გამოკვლევით, გამოერიცხავთ
პერიოდონტიგთან კბილის არსებობას. გარდა ამისა აღერგიული პაიმორიგის-
სათვის დამახასიათებელია უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობა, ხშირი გამ-
წეაეება, ანთების გაერცელება სხეა ღრუებში, ცხვირის ლორწოვანი გარსის
შეშუქება, ჩეულებრივი მედიკამენტური საშუალებების გამოყენების არაეუექ-
ტურობა, ჩატარებული მკურნალობის უშედეგობა.

რინოგენული პაიმორიგისათვის დამახასიათებელია ცხ-
ვირის ლორწოვანი გარსის გამობაგული შეშუქება, ანთების გაერცელება
ორიეე ზედა ყბის ღრუებზე, დააეადებისათვის დამახასიათებელია ორმხრიო-
ბა, პერიოდონტიგით დააეადებული კბილი არ არის.

ზედა ყბის აეთვისებიანი სიმსიენე უფრო ხშირად ვითარდება
პაიმორის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან, დასაწყისში პათოლოგიური პრო-
ცესი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, შემდეგ აღმოცენდება მუღმივი ხასიათის
ტიეიილი და სიმძიმის შეგრძნება, სიმსიენის დაშლის პერიოდში ცხვირის
ღრუდან აღინიშნება სისხლ-ჩირქოვანი გამონადენი. უსიამოვნო სუნით. რენტ-
გენოლოგიური გამოკვლევით ვაღგენთ ზედა ყბის ძელოვანი ქსოვილის
დესტრუქციას. სიმსიენის ღიაგნოზს ეამუსტებთ ციგო-მორფოლოგიური გამოკ-
ვლევით.

მკურნალობა. ზედა ყბის წიაღის ანთების მკურნალობა მიზნად
ისახაეს შემდეგი ძირთადი ღონისძიების გატარებას: 1. ანთების გამომწეევი
მიზეზის მოშორება. 2. ზედა ყბის წიაღში არსებული პათოლოგიური გრანუ-
ლატური ქსოვილის და ლორწოვანი გარსის მოცილება, 3. პაიმორის ღრუსა
და ცხვირის შესაბამის ნესტოს შორის შერთულის შექმნა ღრუდან ექსუდატის
დაუბრკოლებრივი ღრენიერების მიზნით. 4. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში
რაციონალური მედიკამენტური მკურნალობის ჩატარებას.

აქ ჩამოთვლილი რომელიმე ღონისძიების არასწორად გაგარება მომავალში დაავადების რეციდივის საწინდარია.

ოლონტოგენური პაიმორიგის გამომწვევი ინფექციის შეჭრა ზედა ყბის წიაღში ხდება დაავადებული კბილის ფესვის არხის გზით, როდესაც პერიაპიკალურად არსებული ინფექცია პაიმორის ღრუს ლორწოვანის ლაზიანების შედეგად იწვევს ანთებად პროცესს. ასეთი კბილი აუცილებლად უნდა იყოს ამოღებული, კბილის ამოღება უმჯობესია მოხდეს ოპერაციული ჩარევის დროს. პრაქტიკული მუშაობის პირობებში ავადმყოფები ხშირად მოგვმართავენ კბილის ამოღების შემდეგ ღრუს გასწინს გამო. ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია ჯერ ჩაეგაროთ გასწინილი ღრუს (კბილბუდედან) მრავალჯერადი გამორეცხვა და ოპერაციული ჩარევა გადავდეთ 10-12 დღით, რის შემდეგ პერპორაციული არის პლასტიკური დახურვა უფრო კეთილსაიმედოა. ოპერაციული ჩარევის უფრო დიდი ხნით გადავადება მიზანშეწონილი არ არის, რადგან მოსლოდნელია ანთებადი პროცესის ძელოვან ქსოვილზე გადასვლა.

პათოლოგიური გრანულაციური ქსოვილის ამოღება ზედა ყბის წიაღიდან უნდა მოვახდინოთ მხოლოდ რადიკალური ოპერაციული ჩარევის დროს. ზოგიერთი აეგორი ცდილობს პათოლოგიური ქსოვილის კბილბუდედან ამოღებას, ასეთი მოქმედება არასრულფასოვანია და არ იძლევა დაავადების განკურნებას, პათოლოგიურ გრანულაციურ ქსოვილს ვიღებთ ბასრი ქირურგიული კოეზით, პირველ რიგში ვაშორებთ პათოლოგიურ კერასთან ახლომდებარე ქსოვილს, შემდეგ უფრო მოშორებით ზედა ყბის ბორცვის მიმართულებით. პათოლოგიური ქსოვილის წიაღის წინა კედლიდან მოცილება მიოთხოვს დიდ სიფრთხილეს, რათა არ დაეზიანოთ თეალებულის ქვედა ნერვი და თანამოსახელე არტერია. ლიტერატურაში მითითებულია, რომ პაიმორის ღრუდან ამოსაღებია მხოლოდ პათოლოგიურად შეცვლილი ქსოვილი, ხოლო ჯანმრთელი უნდა დავტოვოთ, პრაქტიკული მუშაობის პირობებში ზოგჯერ გვხვდება ე.წ. ატროფიული პაიმორიგის, როდესაც ღრუში ლორწოვანი გარსი თითქმის არ არის და ძელოვანი კედელი გაშიშვლებულია. ასეთ შემთხვევაში გამოფხეკა საჭირო არ არის, საკმარისია მხოლოდ ღრუს ანგისეპიკური ხსნარებით გამორეცხვა.

მკურნალობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მომენტია ზედა ყბის წიაღისა და ცხვირის ღრუს შორის შერთულის შექმნა, ამ ოპერაციის სწორად ჩატარება იძლევა გარანტიას რეციდივის თავიდან ასაცილებლად. შერთულს ვაკეთებთ ცხვირის ქვედა გასავალში, რისთვისაც პაიმორის ღრუს მედიალურ კედელში ვაკეთებთ ფანჯარას 1 X 1 სმ ზომის. უფრო პატარა ზომის ფანჯარა არ იძლევა შემდგომში ღრუდან ექსულაციის სრული ღრენირების საშუალებას, ხოლო უფრო დიდი ზომის, ხელს უშლის პაიმორის ღრუს ლორწოვანი გარსის ეპითელიზაციის პროცესს. ძელოვან კედელში ფანჯარას ვაკეთებთ ბრომანქანისა და ფრემის საშუალებით. ამ მიზნით სატეხის და ჩაქურის გამოყენება არ

მიმართა მიზანშეწონილად. რადგან სატეხით ფანჯრის გამოტეხვა იძლევა მუდმივად კედლის რამდენიმე ადგილზე გაბზარვის, რაც უკრილობის შეხორცების თვალსაზრისით არ არის უნებელი.

მედიკამენტური მკურნალობა მიზნად ისახავს ავადმყოფის მოკლე ვადებში გამოჯანმრთელებას. ამ მიზნით გამოიყენება: ანტიბიოტიკები, სულფამიდური პრეპარატები, ანტიპისტამინური საშუალებები. ცხვირის ნესტოში შეგვყავს სისხლძარღვთა შეჩაივიწროებელი ნივთიერებები. ინტენსიურ მედიკამენტურ მკურნალობას ვაგრძელებთ 7-10 დღის განმავლობაში. სანამ არ მივიღებთ გამოხატულ სამკურნალო ეფექტს.

ოღონტოგენური პათოლოგიების ქირურგიულ მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება რადიკალური ანგროტომიის სწორად ჩატარებას. ოპერაცია შეიძლება ჩაეატაროს ზოგადი ან ადგილობრივი გაუტკივარების ქვეშ. ზოგადი გაუტკივარების დროს უნდა გავითვალისწინოთ ინტუბაციის მეთოდი: პირიდან ინტუბაციის შემთხვევაში საინტუბაციო მილი გადაწეულია საწინააღმდეგო მხარეზე, ცხვირიდან შეყვანის დროს შეგვყავს ჯანმრთელი ზედა ყბის მხარეზე ცხვირის ნესტოში. უფრო ხშირად ოპერაციას ვატარებთ ადგილობრივი გამტარებლობითი გაუტკივარების ფონზე (ოპერაციის წინ ავადმყოფს ეუტარებთ პოტენციურბას). საანესთეზიოდ ვიყენებთ ნოოკაინის 1-2%-იან ან ტრიმეკაინის 1%-იან ხსნარს, საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება გამოვიყენოთ ლიდიკაინის 2 %-იანი ხსნარი. ოპერაციის უმტკივნეულოდ ჩატარებისათვის ვაკეთებთ ტუბერულ, პალაგინურ, ინციზიურ და ინფრაორბიტულ გამტარებლობით ანესთეზიებს, ხოლო გარდამავალ ნაოჭში ინფილტრაციულ ანესთეზიას.

ოპერაციის ტექნიკა . ლიგურატურაში აღწერილია ანგროტომიის ოპერაციის რამდენიმე მეთოდი, მაგრამ პრაქტიკული მუშაობის თვალთახედვით უფრო მიზანშეწონილია და მიღებულია ოპერაციული ტექნიკა პირველად აღწერილი ამერიკელი მეცნიერის კალდეელის მიერ 1893 წელს, იგივე ოპერაცია 1897 წელს აღწერა ფრანგმა მეცნიერმა ლუკმა და საბოლოოდ დამკვიდრდა სახელწოდება კალდეელ-ლუკის ოპერაციის სახელწოდებით.

სათანადო გაუტკივარების შემდეგ, ვატარებთ განაკეთის პირის კარიბჭის მხრიდან ზედა ყბის მეორე-მეშვიდე კბილების არეში გარდამავალ ნაოჭზე. გაეკეთავთ ლორწოვან გარსს, ძელისსაზრდელას და რბილ ქსოვილებს ავამრეყებთ ბლაგვად, ისე რომ გამოჩნდეს ემეის ფოსო. სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ ვაკეთებთ ფანჯარას ძელოვან ქსოვილში, მოწოდებულია რამდენიმე მეთოდი: ზოგიერთი ავტორი ფანჯარას აკეთებს სატეხისა და ჩაქურის საშუალებით, ეს მეთოდი დღეისათვის არ მიმართავენ გამოართლებულად, რადგან ჩაქურის გამოყენებით მოსალოდნელია ძელოვანი კედლის მრეკლობითი გაბზარვა, რაც მკურნალობის თვალთახედვით არ არის მიზანშეწონილი.

პრაქტიკულ მუშაობაში უფრო მიღებულია ბორმანქანით და ბორებით ძელოვანი კვლის გახსნა. ამ მიზნით სტერილური ბორით ეშვის ფოსფორი კბილების ფესვების მწვერვალების საპროექციო არეიდან 0,5 სმ ზევით ბორით ვაკუუმით 1-1,5 სმ წრიული ფორმის გრეპანაციულ ხერკებს, რომლებსაც ცილინდრული ბორით შეკავრებით ერთმანეთთან და ამოვიღებთ სარქველის ფორმის ძელოვან ქსოვილს, ზოგ შემთხვევაში ადგილი აქვს ძელოვანი ჭრილობიდან სისხლდენას, რომელსაც გამაონადით შევამჩერებთ. შემდეგ ქირურგიული კოვზით ფროხილად ამოვიღებთ პათოლოგიურ გრანულაციურ ქსოვილს, გამოვრეცხთ ანტისეპტიკური ხსნარებით, შევამჩერებთ სისხლდენას. შესაბამის ცხვირის ნესტოში შევიგანთ დიკაინის ხსნარში დასველებულ დოლბანდს 5-10 წუთით. პაიმორის ღრუს მხრიდან ცხვირის ღრუს ქვედა გასაყვლის ღონებზე ბორმანქანით და ფრემით (სხვა შემთხვევაში საგვხით და ჩაქუჩით) ვაკეთებთ 1X1 სმ ზომის ფანჯარას, გაეკეთავეთ ცხვირის ლორწოვან გარსს და წარმოექმნით ლორწოვანი გარსის ნაფლეთს. ცხვირის ნესტოდან შემოვიღებთ ღრუში დეშანის ნემსით, რომელშიც გაყრილია აბრეშუმის მსხვილი ძაფი. პაიმორის ღრუს კიდევ ერთხელ გამოვამშრალებთ სტერილური გამპონით. ავიღებთ იოლოფორმით გაყვნილ გამპონს, რომლის ერთ ბოლოს დეშანის ნემსით და ძაფით გამოვიგანთ ცხვირის ნესტოში, ხოლო თავისუფალი გრძელი ბოლო შეგვაკვს პაიმორის ღრუს მოშორებულ და ღრმა ადგილას და დაგვეკნის გარეშე გოფირირებულად ამოვაყვებთ პაიმორის ღრუს ჭრილობას. პირის ღრუში ჭრილობას ვაეკერავთ ყრუდ, ცხვირის ნესტოს დავაგამპონებთ მასში შემოგანილი იოლოფორმის დოლბანდით. გამპონის ამოღების შემდეგ 5-6 დღე საჭიროა ცხვირის ღრუში ანტიბიოტიკების ხსნარის ჩაწვეთება, ანთებადი პროცესის თავიდან ასაცილებლად.

ზოგ ავტორი პაიმოროგომიის შემთხვევაში არ მიმართავს ღრუს დაგამპონებას. ჩემი აზრით ეს არ არის გამართლებული შემდეგი მოსაზრებების გამო: გამპონადა ხელს უწყობს სისხლდენის შეჩერებას, რაც აუცილებელია პიურგენზიის მიღრეკილებს მქონე აქვადმყოფთა მიმართ და მეორეც, ანტი-სეპტიკური გამპონის შეგნა ღრუში ორი-სამი დღით, წარმოადგენს განმეორებითი ინფიცირებისაგან თავდაცვის კარგ საშუალებას.

აღწერილია სხვა ოპერაციული მეთოდები, მათ შორის საყურადღებოა 1905 წელს ლენკერის მიერ მოწოდებული ოპერაციული ტექნიკა. სათანადო გაუტკივარების ფონზე, ვაგარებთ პორზონგალურ განაკეცის გარდამავალ ნაოჭზე ზედა გუჩის ლაგამიდან მესამე მოლარამდე. აქვამრეკვებთ ლორწოვან გარს ძელისსაზრდელასთან ერთად, გავაშიშვლებთ ცხვირის მსხლისებრ ხერელს, ცხვირის ძელის ლაგერალურ კედელს, შემდეგ მედიალურს ცხვირის ღრუს მხრიდან, ისე რომ პაიმორის და ცხვირის ღრუები იმყოფებოდეს ერთ ღონებზე. წარმოექმნით ცხვირის ღრუს ლორწოვანი

გარსიდან ნაფლეთს, რომელსაც გადაეწეოთ გვერდზე. საგეხით და ჩაქუჩით (ბორმანქანით და ბორებით) მოეხსნით პაიმორის ღრუს წინა კედელს, მოეხსნით ცხვირის ღრუს ლაგერალურ ძელოვან კედელს. ქვედა გასულის ღონეზე და შუკაერთობთ საკმაოდ ფართო შერთულით პაიმორის ღრუს ცხვირის ღრუსთან. ქირურგიული კოვზით მოვაშორებთ პათოლოგიურ გრანულაციურ ქსოვილს, ზედა ყბის წიაღს გამოვერეცხავთ ანტისეპტიკური ხსნარებით, პემოსტაზის შემდეგ ცხვირის ღრუდან ლორწოვანი გარსის ნაფლეთს ჩავაბრუნებთ პაიმორის ღრუში. წიაღს ეგაგამოხებთ იოდო-ფორმიანი ღოლბანდით. ღოლბანს ამოვიღებთ 2-3 ღლის შემდეგ.

ღენკერის ოპერაცია გამოიყენება ჩვენების მიხედვით, ასეთად უპირველეს ყოვლისა შეიძლება ჩაეთვალოს პაიმორიგი გართულებული ოსტეომიელიტით ან რადიკალური ანგროტომიის შემდეგ ხშირი რეციდივები.

პ რ ო გ ნ ო შ ი . ოპერაციული გექნიკის სწორად ჩატარება და შესაბამისი მუდიკამენტური მკურნალობა თითქმის ყოველთვის იძლევა გამოჯანმრთელებას. იშვიათ შემთხვევაში ადგილი აქვს დაავადების რეციდივს.

მეცხრამეტე თავი

სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებანი

სანერწყვე ჯირკვლები ორგანიზმის ცხოველმოქმედებაში ასრულებენ მრავალფეროვან როლს, წარმოდგენილი არიან როგორც გარეგანი, ისე შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებად. სანერწყვე ჯირკვლების ნორმალური ფუნქცია დიდ გავლენას ახდენს მთელი რიგი შინაგანი, მათ შორის საჭმლის მომნელებელი ორგანოების ფუნქციონირებაზე. სანერწყვე ჯირკვლების ძირითადი ფუნქციაა: 1. გამომყოფი, 2. საჭმლის მომნელებელი, 3. ენდოკრინული, 4. ინფექციის საწინააღმდეგო. 5. კბილის ემალზე გემოქმედება, ნივთიერებათა ცვლაში მონაწილეობა.

1. სანერწყვე ჯირკვლების საშუალებით ნერწყვითან ერთად ორგანიზმიდან გამოიყოფა ნივთიერება: კალციუმი, სინდიცი, რკინა, ვერცხლი, ღარიშხანი და სხვა. ნერწყვითან ერთად გამოიყოფა ანგიბიოტიკები, სულფამიდური პრეპარატები, ალკოჰოლი, ეირუსები, მინერალური მარილები, ლეიკოციტები. სანერწყვე ჯირკვლებში აღმოჩენილია იოდი, თითქმის ისეთი რაოდენობით როგორც ფარისებრ ჯირკვალში. ორსულობის პერიოდში ნერწყვით გამოიყოფა ზოგიერთი ჰორმონი.

2. ნერწყვი აქტიურ მონაწილეობას იღებს საჭმლის მომნელების პროცესში, ასეელებს ლუკმას, რითაც ხელს უწყობს მის გადაადგილებას პირის ღრუში, ხლის მას სრიალას და ამზადებს გადასაყლაპავად. გარდა ამისა ნერწყვი

შეიცავს რიგ ფერმენტებს: ამილაზას, ლიპაზას, მუცინაზას, რომლებიც მონაწილეობენ სახაიმბლის, ცილების და ცხიმების გადამუშავებაში.

3. ბოლო პერიოდში დადგინდა, რომ ყბა-ყურა სანერწყვეე ჯირკვალის განეუთვნება აგრეთვე შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების რიგს და გამოყოფს პორმონ პაროტინს (იგო, შინოლა), რომელიც აქტიურ მონაწილეობას იღებს კბილების ზრდასა და მინერალიზაციის პროცესებში.

4. ინფექციის საწინააღმდეგო მოქმედება განპირობებულია ნერწყვის შემადგენლობაში მყოფ ლიზოციმზე, რომელსაც აქვს გამოხატული ანტიმიკრობული (სტაფილოკოკი, პემოლიფური სტეპტოკოკი) მოქმედება.

5. კბილებზე ნერწყვის შემოქმედება განპირობებულია რამდენიმე ფაქტორით: ნერწყვი პირის ღრუში ქმნის მუღმე სველ გარემოს, რაც იცავს კბილის ემალს გამრობისაგან, ნერწყვი მექანკურად ჩამორეცხს საჭმლის ნარჩენებს და ჩამოფუქენილ უკეთეს უჯრედებს, ნერწყვი თავისი ქიმიური შემადგენლობით კეთილსასურველ გავლენას ახდენს კბილის ემალის ცხოველმომქმედებაზე, ნერწყვი ხელს უწყობს ნივთიერებათა ცვლას კბილის ემალსა და გარემოს შორის.

ნერწყვი და მისი გამოყოფის პათოლოგია

პირის ღრუს ძირითადი შემადგენელი სითხეა ნერწყვი, რომლის საშუალო სადღეღამისო გამოყოფა მოზრდილ ადამიანში შეადგენს 1200-1500 მლ. ღამით ნერწყვის გამოყოფა საგრძნობლად შემცირებულია, საჭმლის მიღების წინ და კვების პროცესში კი რამდენჯერმე ძლიერდება. 3. პიგმანის მიხედვით ყბისქვეშა სანერწყვეე ჯირკვლები გამოყოფს ნერწყვის საერთო რაოდენობის 69 %-ს, ყბა-ყურა 26 %-ს, ხოლო ენისქვეშა ჯირკვლები 5 %-ს.

ნორმალური ნერწყვი უფერო, ოდნავ წებოვანი სითხეა, მისი კუთრი წონა 1.002-1.016-ია. ნერწყვის შემადგენლობაში 98,8-99,5% წყალია. 0,5-1% მყარი ნივთიერება. აქედან 0,1-0,3% ორგანული ნივთიერებაა, 0,1-0,2% მარილები. ორგანული ნივთიერებებიდან ნერწყვი შეიცავს ცილას – მუცინს, ფერმენტ-ფტალინს, რომელიც სახამებელს შაქრად გარდაქმნის. ნერწყვის PH მერყე-ვია და საშუალოდ 6,6-7,2-ია. ნერწყვის 1 მლ-ში საშუალოდ 2.000-4.000-მდე ლეიკოციტია და 20.000 დან 40.000-მდე ცოცხალი მიკროორგანიზმები.

პიპერსალიეაცია, სილორეია. ნერწყვის მომაგებული გამოყოფა განპირობებულია სხვა და სხვა ფაქტორებით; პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთებით (სტომატიტი, გინგივიტი), კუჭნაწლავის ტრაქტის ანთებითი პროცესებით, მძიმე მარილებით მოწამვლის ფონზე, ორსულთა გოქსიკოზით, ნერეული სისტემის პათოლოგიით. თავის გენის სიმსიენიების

დროს პიპერსალივიაციას ღიაგნოსტიკური და პროგნოსტიკული მნიშვნელობა ენიჭება, ნერწყვის გაძლიერებულ გამოყოფას ადგლი აქვს პარკისონიზმის, ეპილეპური ენცეფალიტის დროს, ქალას გენისის სისხლის მიმოქცევის მოშლის ფონზე და სხვა. სიალორეია შეიძლება იყოს ჭეშმარიტი იმ შემთხვევაში თუ დიდი სანერწყვე ჯირკვლებიდან ადგილი აქვს დიდი რაოდენობით ნერწყვის გამოყოფას – 25-30 მლ. 20 წუთის განმავლობაში. ნორმად მიღებულია 2-4 მლ ნერწყვის გამოყოფა. ცრუ სიალორეიასთან საქმე გვაქვს, თუ პაციენტის წარმოდგენით ნერწყვის გამოყოფა მომაგებულია და მისი ჩაყლაპვის მაგიერ, მას გარეთ გამოყოფს – გაღმობაფერტობებს. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ნერწყვის გამოყოფის რაოდენობრივი გამოკვლევა, მისი მოგროვება დროის განმავლობაში და რაოდენობის დადგენა.

ჭეშმარიტი სიალორეის სამკურნალოდ უფრო მიზანშეწონილია სანერწყვე ჯირკვლებზე რენტგენის სხივებით ლობირებული შემოქმედება. აგროპინის ხსნარის ხანგრძლივი გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.

პ ი პ ო ს ა ლ ე ა ც ი ა , პ ი პ ო ს ი ა ლ ი ა , ო ლ ი გ ო ს ი ა ლ ა ც ი ა . ნერწყვის გამოყოფის შემცირება შედარებით ხშირად გვხვდება და გამოიხატება პირის ღრუში სიმშრალის შეგრძნებით ("ქსეროსტომია"). პიპოსალეაციის მიზეზი შეიძლება იყოს სანერწყვე ჯირკვლების, ან მისი საღინრების დაზიანება, პათოლოგია, საღინრების ანთიუბალი ან მექანიკური დაზიანება (ფიბრინი, კენჭი), ზოგიერთი ინფექციური დაავადება (მუცლის გიფი, პნეიმონია და სხვა). მიზეზთა შორის შეიძლება დაეასახელოთ აგრეთვე წყლის ცელის მოშლა. პიპოსიალიას ადგილი აქვს ზოგიერთი ენდოკრენული მოშლილობის დროს – პიპოთირეოზი, ფიზიოლოგიური კლიმაქსი, აგრეთვე ავთიგამინოზები, ანემია. ნერწყვის გამოყოფის მიზეზის დადგენა ხშირად გაძნელებულია და ასეთ შემთხვევაში დაავადებას განვიხილავთ, როგორც ილიოპათიურს. პირის ღრუს სიმშრალე "ქსეროსტომია" განისაზღვრება სამი სტადიით: პირველი სტადია (დაავადების დასაწყისი) – ავადმყოფი აღნიშნავს უსიამოვნო შეგრძნებას პირის ღრუში, ჩხელეგის მაგვარ ტკივილს, ლოყებსა და ენის ლორწოვან გარსზე, ზოგჯერ სიმშრალეს. დათვალეირებით ლორწოვანი გარსი უცვლელია, აღინიშნება ქაფისებრი ნერწყვი, სანერწყვე ჯირკვლების პალპაციის, მასაჟის დროს საღინრებიდან გამოიყოფა გამჭვირვალე ნერწყვი შემცირებული რაოდენობით. ყბა-ყურა ჯირკვლების რადიოსიალოგმით გამოკვლევის დროს აღინიშნება რადიოაქტიური ნივთიერებების კონცენტრაცია ჯირკვლის არეში. სხვა ნიშნები გამოხატული არ არის.

მეორე სტადიის შემთხვევაში ავადმყოფი მიუთითებს პირის ღრუს სიმშრალის მუდმივ ხასიათზე, რომელსაც თან ახლავს ტკივილისა და ჩხელეგის შეგრძნება. საკვების მიღება თითქმის შეუძლებელია წყლის დაყოლების

გარეშე. სიმშრალე მაგულობს ლაპარაკისა და ემოციური დატვირთვის დროს. დათვალე რეჟიმით ლორწოვანი გარსი მკრთალი ვარდისფერია, ნაწილობრივ მშრალია, ნერწყვი ძალზე შემცივებულია, ქაფიანია. სანერწყვე ჯირკვლების მასაჟის შედეგად საღისრებიდან გამოიყოფა სუფთა, მცირე რაოდენობის ნერწყვი (რაიმენიმე წკვითი). რადიოსილოგრამაზე აღინიშნება რადიო-ქტიურ ნივთიერებათა დაგროვების დაქვეითება ნორმასთან შედარებით, რაც მიგვანიშნებს ჯირკვლის კონცენტრაციულ და ექსკრეტორული ფუნქციების მკვეთრ დაქვეითებაზე.

დაავადების მესამე სტადიის შემთხვევაში კლინიკური სურათი მკვეთრად გამოხატულია, პირის ღრუს ლორწოვან გარსში ანთებადი ცელილებებია, აღინიშნება მრავლობითი კარიესი, მკვეთრად გაძნელებულია საკვების დამუშავება, ყლაპვა, ლაპარაკი, ზოგჯერ აღვილი აქვს ყბა-ყურა ჯირკვლის ქრონიკულ პარენქიმულ ანთებას. სანერწყვე ჯირკვლის საღინარიდან ნერწყვი არ გამოიყოფა. სანერწყვე ჯირკვლის ფუნქცია მთლიანად მოშლილია, პარენქიმა აგროფირებულია და ნერწყვის გამოშვება შეწყვეტილია.

მკურნალობა. სანერწყვე ჯირკვლების პარენქიმის აგროფიის ნიადაგზე გამოწვეული პიპოსალივაციის და ქსეროსტომიის მკურნალობა ძალზე რთულია. მკურნალობას საფუძვლად უნდა დაედოს დაავადების შესაძლო მიზეზის დადგენა და ნერწყვის გამოყოფის სტიმულირება. ამ მიზნით გამოიყენება კალიბოდილის ელექტროფორეზი (20-25 სეანსი). ეისრის სიმპატიკური წნულის გაღვანიზაცია, ულტრაიისფერი სხივების შემოქმედება. გალანგამინის 0,5%-იანი ხსნარის ელექტროფორეზი. მკურნალობის ეფექტს ვაღვენთ ავადმყოფის თვითშეგრძნების გაძლიერებისა და ნერწყვის გამოყოფის მომაგებით. მკურნალობის კომპლექსში შეიძლება გამოვიყენოთ ზეთოვანი ხსნარები პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე წასასმელად. უნდა გვახსოვდეს, რომ დაავადების მკურნალობა ძირითადად სიმპტომურია.

სანერწყვე ჯირკვლების განვითარების სიმახინჯეები

ჩანასახის განვითარების მე-6 კვირაზე უკვე აღინიშნება დიდი სანერწყვე ჯირკვლების არსებობა. დაბადებიდან ერთ წლამდე ჯირკვლების განვითარება ნელა მიმდინარეობს: 15-16 წლის ასაკში კი აღწევს მოზრდილი ალაშიანის ოდენობას. ჯირკვლების ასაკობრივი აგროფია შეინიშნება 60 წლის ასაკის ზეით. სანერწყვე ჯირკვლების ზრდისა და ფორმირების პერიოდში შეიძლება აღვლით პქონსლეს განვითარების მანქს.

სანერწყვე ჯირკვლის აქლაზია შეიძლება იყოს ნაწილობრივი და სრული. ნაწილობრივი გეხელება უფრო ხშირად და ხასიათდება ნერწყვის გამოყოფის რაოლენობის შემცირებით. ლიგერატურაში აღწერილია სრული აქლაზიის შემთხვევებიც მძიმე კლინიკური შედეგით. შეღარებით ხშირია პიკერპლაზია, რომლის მიზეზში სანერწყვე ჯირკვლების სიალოზია. აღწერილია სადინრების განვითარების მანკებიც: სადინარის აგრეზია, რომლის მიზეზითაც ეითარდება კისტები. სადინარის შევიწროვება იწვევს ნერწყვის გამოყოფის შეუერხებას და ხელს უწყობს ანთებალი პროცესების განვითარებას ჯირკვალში.

სანერწყვე ჯირკვლის დისტოპია გამოვლინდება სანერწყვე ჯირკვლის ან მისი ნაწილის გოპოგრაფიულად სხვა ადგილზე მდებარეობით, მაგალითად ლიმფურ კვანძებში, მცირე ნაწილების დისტოპირება ხანგრძლივი ღროის მონაკვეთში არ გამოვლინდება, სხვა შემთხვევებში ჯირკვალს აქვს ნერწყვის გამომგანი სადინარი. აღწერილია ენის სისქეში, როდესაც ჯირკვლის სადინარი იხსნება არა პირის ღრუში, საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა.

სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებათა დიაგნოსტიკა და გამოკვლევის მეთოდები

ავადმყოფთა გამოკვლევას ეაწარმოებთ საერთოდ მიღებული ზოგადი და კერძო მეთოდების გამოყენებით. ზოგად მეთოდებს განეკუთუნება: ანამნეზის შეგროვება, გამოკითხვა, დათვალიერება, ორგანოს პალპაცია, სისხლის და შარდის ანალიზი, გულმკერდის რენტგენოსკოპია და სხვა. ზოგადი მეთოდების გამოყენება საშუალებას გეძლევს მივიღოთ მონაკვემები მაკროორგანიზმის საერთო მდგომარეობის, თანმხლები დაავადებების, გადაგანილი დაავადების და ოპერაციების შესახებ, რასაც გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება გამოკვლევის კერძო მეთოდების შერჩევაში.

დაავადების დიაგნოსტიკაში გამოკვლევის კერძო მეთოდებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება.

ზონდირება. სანერწყვე ჯირკვლების სადინარების გამოსაკვლევად მოწოდებულია ლითონის ზონდები, რომლებიც საშუალებას გვაძლევს ითიქმის თავისუფლად მევიდეთ სადინარის სანათურში და შემდეგ ურთხილი მოძრაობით ვიკვლევთ სადინარის მდგომარეობას, (შევიწროება), მიმართულებას, დასიზოებას (სადინარში სანერწყვე კენჭის არსებობა, ანთიხადი სტენოზი). თუ არ გვაქვს სპეციალური ზონდები, მაშინ ვიყენებთ საცერკლე არხის ზონდებს. ვამზადებთ უქანგაეი ფოლადისაგან (ზონდის წვერი უნდა იყოს აუცილებლად დაბლაგვებული!).

1. სეკრეტორული ფუნქციის გამოკვლევა. სეკრეტორული ფუნქციის გამოკვლევას ვაგარებთ ორი ძირითადი გზით: ცალკეული სანერწყვე ჯირკვლის ნერწყვის შეგროვება და ე.წ. შერეული ნერწყვის (პირის ღრუს სითხის) გამოკვლევა. სუფთა ნერწყვს ვაგროვებთ სპეციალური აპარატის (ლემლიკრახნოგორსკის კაფსულა) საშუალებით. არსებობს ნერწყვის რაოდენობის განსაზღვრის სხვა მეთოდებიც (დროის გარკვეულ მონაკვეთში სადინარების სანათურთან ვათავსებთ ბამბის ბურთულებს, დასველების შემდგომ ვაგროვებთ და ვწონით).

ნერწყვის გამოყოფის საშუალო ნორმად 20 წუთის განმავლობაში მიღებულია: ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლისათვის 1,1-2,5 მლ. ყბისქეემა სანერწყვე ჯირკვლისათვის 0,9-6,8 მლ. (გ. ანდრეევა, 1956).

ნერწყვის ხარისხობრივი გამოკვლევისას ყურადღებას ექცევთ მის გამჭვირვალობას, ფერს. ვსაზღვრავთ PH-ს. სპექტრომეტრის საშუალებით ვსაზღვრავთ ელექტროლიტებს (ნატრიუმი, კალციუმი, კალიუმი). ცილების რაოდენობას განვსაზღვრავთ ლოურის ან სტოლნიკოვის მეთოდით.

ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის ვიღებთ ერთ წვეთ სუფთა ნერწყვს, ვათავსებთ სასაგნე მინაზე და ვამზადებთ ნაცხს, შევლებავთ რომანოვსკი-გიმზას მეთოდით და ვიკვლევთ მიკროსკოპულად.

ნაცხში ნორმალურად ყოველთვის აღინიშნება ბრტყელი და ცილინდრული უპითელური უჯრედები, ლეიკოციტები და ლიმფოციტები.

2. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა რენტგენოგრაფიით. მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ უცხო სხეულის არსებობა ჯირკვლის გამომტან სადინარში ან თვით ჯირკვალში, ეს მეთოდი წარმატებით გამოიყენება კენჭოვანი დაავადებების დიაგნოსტიკაში.

სიალოგრაფია. ეს მეთოდი მიზნად ისახავს სანერწყვე ჯირკვლის სადინარების გამოკვლევას კონტრასტული ნივთიერების გამოყენებით. კონტრასტული ნივთიერება შეგვყავს მაგისტრალური სადინარიდან შპრიცისა და ბლაგვწვერიანი ნემსის საშუალებით. ნორმალურ სიალოგრაფიაზე ჯირკვლის სადინარები გამოიყურება, როგორც ფოთოლგაცეცნილი ხე, კარგად ჩანს მაგისტრალური სადინარი და შემდგომ პირეული, მეორე, მესამე, მეოთხე და

მეხუთე რიგის სადინრები. სხვა სახის პათოლოგიის დროს ალგელი აქვს მაგისტრალური სადინარის დეორმაციას (შევიწროება, გაფართოება, კრი-ალოსანის მსგავსი) მეხუთე, მეოთხე და მესამე რიგის სადინრების აგროფიას.

საკონტრასტო ნივთიერებად ვიყენებთ იოდის შემცველ ზეთიან ხსნარებს (იოდოლიპოლს, საჭიროა ნივთიერების შეთბობა 37°-39°-მდე. შეგვყავს გარკვეული წნეკის 250-300 მმ. ეერცხლის წყლის სეეგისა. ყბა-ყურა ჯირკვალში უნდა შევიყვანოთ არაუმეტეს 2 მლ, ყბისქვეშა ჯირკვალში 1 მლ-მდე. მეტი რაოდენობის შეყვანა არ არის მიზანშეწონილი, რადგან ვითარდება გკივილი და მოსალოდნელია ჯირკვლის წერილი სადინრების მექანიკური დაზიანება. რადგან შეყვანილი იოდოლიპოლი უკან გამოედინება, საჭიროა სადინარის სანათურის დროებით გადაკეცვა ან ლიგატურით ან სისხლძარღვის დამჭერით. საკონტრასტო ნივთიერება იწვევს ჯირკვლის ქსოვილების შემუშებას, რომელიც თანდათანობით გაიწოება. გარდა ამისა შეიძლება მაგისტრალური სადინარის დაზიანება, გაჩხელება და ნივთიერებების შეყვანა სადინარის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში. ზოგჯერ ზედმეტი გულმოდგინების შედეგად საკონტრასტო ნივთიერება გადაგვყავს ჯირკვლის პარენქიმაში.

3. პ ა ნ გ ო მ ო ს ი ა ლ ო გ რ ა ფ ი ა . ამ მეთოდის გამოყენება მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭიროა წყვილი სანერწყვე ჯირკვლების გამოკვლევა. ამ მიზნით ორივე ყბა-ყურა (ან ყბისქვეშა) ან ყველა დიდ სანერწყვე ჯირკვლებში ერთდროულად შეგვყავს საკონტრასტო ნივთიერება და ერთ ფირზე ვღებულობთ სანერწყვე ჯირკვლების პანორამულ გამოსახულებას.

პანგომოსილოგრამით მიღებული გამოსახულება უფრო მკაფიოა, არ არის შემოხელი ქსოვილების თანდამთხვევა და რაც მთავარია ვიღებთ სრულ ინფორმაციას სანერწყვე ჯირკვლების მდგომარეობაზე.

4. ს ი ა ლ ო ტ ო მ ო გ რ ა ფ ი ა . ამ მეთოდის მიზანია სანერწყვე ჯირკვლის ქსოვილის შრეობრივი გადაღება. ვიყენებთ ჯირკვალში უცხო სხეულის მდებარეობის, სიმსივნური კერის დასადგენად და სხვა. სულ ეამზადებთ 6 სურათს 0,5 სმ-ის სიღრმიდან 3 სმ-მდე, მათ შორის ინტერვალის არის 0,5 სმ.

5. კ ო მ პ ი უ ტ ე რ უ ლ ი გ ო მ ო გ რ ა ფ ი ა . კომპიუტერული გომოგრამის ციფრობრივი მონაცემები სპეციალური ალგორითმით მუშავდება ელექტრონულ-გამომთვლელ მანქანაზე, რის შემდეგ მონაცემები ქსოვილის კვეთის ფორმით პროეცირდება ეკრანზე. დეტექტორების მაღალი მგრძობელობა საშუალებას იძლევა სხვადასხვა სიმკერვის ქსოვილი წარმოჩენილი იყოს ერთნაირად მკაფიოდ. კონტრასტული ნივთიერების გამოყენებით კი ეამუსტებთ სიმსივნური ქსოვილის ლოკალიზაციას ჯირკვლის პარენქიმაში.

6. რ ა დ ი ო ს ი ა ლ ო გ რ ა ფ ი ა . რადიონუკლიდების მედიცინაში გამოყენებამ საგრძობლად გააუმჯობესა დაავადებათა დიაგნოსტიკა და ორგანო-

თა ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლა. რადიოაქტიური ნივთიერება შეგვეყავს კენაში 1 მლ. ფიზიოლოგიურ სისხართან ერთად. გამოსხივების რეგისტრაცია გრძელდება ერთი საათი, გამოკვლევის დაწყებიდან 30 წუთის შემდეგ პირის ღრუში შეგვეყავს ნერწყვის გამოყოფის სტიმულიატორი (5 გრამი რაფინირებული სწრაფად გახსნადი შაქარი). ნორმალური სანერწყვე ჯირკვლის რადიოსიალოგრაფია შედგება სამი მრუდისაგან: ორი ერთნაირი პარალელური ასახავს სანერწყვე ჯირკვლებს (მარჯვენა და მარცხენა), მესამეში კი ასახავს სისხლის რადიოაქტიობას. მაგალითად მარჯვენა სასერწყვე ჯირკვალში რადიოაქტიობის მაქსიმალური დაგროვება ხდება 22 წუთში, ხოლო მარცხენა ჯირკვალში 23 წუთში. სტიმულიატორის შეყვანის შემდეგ რადიოაქტიობა მკვეთრად ეცემა (3-5 წუთი). ამ მონაცემებს ვიყენებთ სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციის პათოლოგიის დასადგენად.

7. სანერწყვე ჯირკვლების სკანირება. რადიოაქტიული ნივთიერება შეგვეყავს ენაში და შემდეგ ვიწყებთ ჯირკვლების გამოხატულების ჩაწერას ქაღალდზე. სანერწყვე ჯირკვლების პარენქიმაში გროვდება, კონცენტრირდება რადიოაქტიული ნივთიერება სისხლიდან და ფიქსირდება ქაღალდზე.

სკანიგრამების მიხედვით შეგვიძლია ვიმსჯელოთ ჯირკვლის ფორმაზე, სიდიდეზე, მათ მდებარეობაზე, პარენქიმის მდგომარეობაზე. სიმბიონურ წარმონაქმნზე.

8. ექოსიალოგრაფია. ამ მეთოდს საფუძვლად უდევს ქსოვლების მიერ ულტრაბგერების შთანთქმა და არეკვლა. ექოსიალოგრაფია საშუალებას გვაძლევს მივიღოთ სანერწყვე ჯირკვლის შრეობრივი გამოხატულება, მისი მიკროსტრუქტურა. ექოგრამაზე წარმოდგენილი არეკლილი სიგნალები კანიდან, ჯირკვლის კაფსულიდან და თვით ჯირკვლის ქსოვილიდან. მეთოდი მარტივია და წინააღმდეგ ჩვენება არ გააჩნია.

სანერწყვე ჯირკვლების და მათი სადინრების დაავადებათა კლასიფიკაცია

სანერწყვე ჯირკვლების დაავადება მრავალფეროვანია და გამოწვეულია სხვა და სხვა მიზეზებით. უფრო ხშირად გვხვდება ანთება. ანთების გამოწვევი ძირითადი მიზეზი ინფექციური აგენგია, რომელიც ჯირკვალში შეიძლება მოხდეს: სტომატოგენური (არსოვანი), პემატოგენური, ლიმფოგენური, კონტაქტური (განერცობით) გზით. სტომატოგენური გზა გულისსმობს ინფექციის ნერწყვის გამომგანი სადინარების გზით შეჭრას. ეს ეგრეთწოდებული აღმავალი გზაა, ამას ხელს უწყობს პირის ღრუში არსებული ანთებადი

პროცესები, ან ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის დაქვეითება, ნერწყვის გამოყოფის მოშლა.

ორგანიზმის ზოგადი მწვავე ინფექციური დაავადებების დროს სანერწყვე ჯირკვლების ანთების თანსვლას განიხილავენ, როგორც ინფექციის პემაგოგნური გზით გავრცელებას. ლიმფოგენური გზა აიხსნება იმით, რომ სანერწყვე ჯირკვლები შეიცავს ლიმფურ კვანძებს და ოღონტოგენური ანთებადი პროცესების დროს ინფექციის გავრცელება მოსალოდნელია ლიმფური ძარღვებით ლიმფურ კვანძებამდე.

ყბა-სახის არეში არსებული ჩირქოვანი ანთებადი პროცესების დროს ინფექციის გავრცელება მოსალოდნელია მეზობელ ქსოვილებსა და ორგანოებზე ე. წ. განერცობითი გზით.

დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით ვარჩევთ მწვავე და ქრონიკულ ანთებას. ანთებადი პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით: ნერწყვის გამომგანი სადინრების ანთება-სიალოდოხიტი, ჯირკვლის ანთება-სიალოდენიტი. ანთების გამომწვევი მიზეზის მიხედვით ვარჩევთ არა სპეციფიკურ და სპეციფიკურ ანთებას. ცალკე ჯგუფად არის გამოყოფილი სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადება და გრავემული დაზიანება. გარდა ამისა გვხვდება სანერწყვე ჯირკვლების ე. წ. სისტემური დაავადებები (სიალომი) და სიმსინეები.

სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებათა კლასიფიკაციური სქემა პირობითად შეიძლება ასე გამოვსაგოთ:

I. სანერწყვე ჯირკვლების არასპეციფიკური ანთებადი დაავადებანი.

1. სანერწყვე ჯირკვლების მწვავე ანთება.
2. სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკული ანთება.

II. სანერწყვე ჯირკვლების სპეციფიკური ანთებადი დაავადებანი

1. სანერწყვე ჯირკვლების გუბერკულიოზი
2. სანერწყვე ჯირკვლების აქტინომიკოზი
3. სანერწყვე ჯირკვლების ვენერიული დაავადებები

III სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადებები

1. ჯირკვლის სადინარის კენჭოვანი დაავადება
2. ჯირკვლის პარენქიმის კენჭოვანი დაავადება

IV სანერწყვე ჯირკვლების სისტემური დაავადებები (სიალომი);

1. მიკულიჩის დაავადება
2. შეგრენ-გუეეროს სინდრომი

V სანერწყვე ჯირკვლების გრავემული დაზიანებები

1. ჯირკვლის სადინარის დაზიანება
2. ჯირკვლის პარენქიმის დაზიანება.

VI სიმსიენისმაგარი დაავადებები – კისტები.

VII სანერწყვე ჯირკელის სიმსიენებები

1. სანერწყვე ჯირკელის კეთილთვისებიანი სიმსიენეები

2. სანერწყვე ჯირკელის ავთვისებიანი სიმსიენეები.

სანერწყვე ჯირკელების არასპეციფიკური მწვავე ანთებადი დაავადებანი

სანარწყვე ჯირკელების და მათი სადინარის ანთება შეიძლება გამოწვეული იყოს კოკური (სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი და სხვა) ან ვირუსული ინფექციის შეჭრით. ანთება დასაწყისში სეროზულია და შედარებით აწრაფად გადადის (2-3 დღე) ჩირქოვან ფორმაში. ვირუსით გამოწვეული ანთება უფრო ხშირად ლოკალიზდება ყბა-ყურა ჯირკვალში და ცნობილია ეპიდემიური პაროტიტის სახელწოდებით.

ნერწყვის გამომგანი სადინარების მწვავე ანთება

სიბოლოხიგი შეიძლება იყოს სეროზული და ჩირქოვანი. ანთების ხელშემწყობი ფაქტორია სადინარის გრავმა, ნერწყვის გამოყოფის მოშლილობა, თვით ნერწყვის ხარისხობრივი ცვლილებები.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ზომიერად გამოსატულ ტკივილს ლოყის, ენის მოძრაობის დროს. ტკივილი ძლიერდება საკვების მიღებისას და აქვს ჩხვლეტის შეგრძნება, ნერწყვის გამოყოფის გაძნელება იწვევს ჯირკელის შეშუპებას. დათვალეირებით გამომგანი სადინარის საპროექციო არე ინფილტრირებულია, სადინარის სანათური შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, პალპაციით მტკივნეულია და სადინარის სანათურიდან გამოიყოფა ან შესქელებული მწებავი ნერწყვი ან ჩირქოვანი მასა. ჯირკვალის შეშუპებულია; მტკივნეულია.

ღიაგნობის დადგენა ძნელი არ არის მოგანილი კლინიკური სურათის მიხედვით.

მკურნალობა. საჭიროა ანტიბიოტიკების დანიშვნა 5-7 დღის განმავლობაში, ნერწყვლამდენი საშუალებები, პირის ღრუს თბილი ანტისეპტიკური აბაზანები. ზოგიერთი ავტორი საჭიროდ მიიჩნევს ანტიბიოტიკების შეყვანას სადინარის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში. კარგ შედეგს იძლევა ფიზიოთერაპია (უმს დენი).

გართულება. დაგვიანებული ან არასრულფასოვანი მკურნალობის ფონზე მოსალოდნელია მწვავე ანთების ქრონიკულში გადასვლა, ჯირკელის პარენქიმის ჩირქოვანი ანთება.

ყბა-ბურა ჯირკელის ჩირქოვანი ანთება

ყბა-ყურა ჯირკელის ჩირქოვანი ანთება საკმაოდ ხშირად გვხვდება, გამოწვეულია ჩირქიმბალი მიკრობის შეჭრით. ხელშემწყობი ფაქტორები შეიძლება იყოს ადგილობრივი და ზოგადი. ადგილობრივიდან აღსანიშნავია უცხო სხეულის მოხვედრა ჯირკელში, კენჭის წარმოქმნა, ანთებადი პროცესის გაერყელება მეზობელი ქსოვილებიდან, ჯირკელის პარენქიმის გრავმა და სხვა. ზოგადი ფაქტორებიდან საყურადღებოა მწვავე ინფექციური დაავადებები (ტიფი, ლიმფნეკრია, გრიპი და სხვა). დაავადება შეიძლება განვითარდეს მუცლის ღრუში ოპერაციული ჩარევის შემდეგ.

კ ლ ი ნ ი კ ა . აუადმყოფი მიუთითებს მწვავე, მჩხვლეტავი ხასიათის ტკივილზე ყბა-ყურა ჯირკელის არეში, ტკივილი ზოგჯერ ვრცელდება შესაბამისი ყურის მიმართულებით. დათვალეირებით აღინიშნება შესაბამისი არეს რბილი ქსოვილების შემუქება, კანი დაჭიმულია, დასაწყის სტადიაში კანის ფერი უცვლელია, მოგვიანებით ადგილი აქვს პიპერემიას, პალპაციით მტკივნეულია, სალინარიდან გამოიყოფა ჩირქოვანი წვეთი. ნერწყვის გამოყოფა მკვეთრად შემცირებულია. სალინარის სანათური პიპერემიულია, შემუქებულია.

ლიფერენციულ დიაგნოსტიკას ვაგარებთ ყბა-ყურა არეს აბსცესთან, ფლეგმონასთან, ფურუნკულთან, ლიმფადენიტთან.

აბსცესისათვის დამახასიათებელია შემოსამღერული შემუქება, კანის პიპერემია, ფლუქტუაცია, სალიფერენციო-სალინარული მნიშვნელობა ენიჭება იმას, რომ ჩირქოვანი პაროტოგის ღროს სალინარიდან გამოიყოფა ჩირქნარევი ნერწყვი, აბსცესის შემთხვევაში კი გამოყოფილი ნერწყვი სუფთაა.

ლიმფადენიტის კლინიკური სურათიც ძალზე წააგავს ჩირქოვანი პაროტიტის კლინიკას. განსხვავება მდგომარეობს მასში, რომ ლიმფადენიტის ღროს სანერწყვე ჯირკელიდან გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი. ამავე ნიშნით გამოვრიცხავთ ფლეგმონასაც. ფურუნკულის შემთხვევაში კანზე ინფილტრატის ცენტრში ყოველთვის მოიძებნება თმის ძირის ჩირქოვანი ბუდე. ხოლო ჯირკელის სალინარდან გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . დაავადების დასაწყისში, სეროზული ანთების ფაზაში, ვიყენებთ მედიკამენტურ სამკურნალო საშუალებებს; ანტიბიოტიკებს, ნერწყვის გამოყოფის გამაძლიერებელ საშუალებებს: 1% -იანი პილოკარპინის 4-წვეთი ჭამის წინ ორჯერ-სამჯერ დღეში, 7-8 დღე; იპეკაკუანას ნაყენი 0,5-200,0 სუფრის კოვით 4-5 ჯერ დღეში, ლიმონჯავას, მარილმჟავას სუსტი ხსნარი 4,0-200,0 სუფრის კოვით სამჯერ დღეში ჭამის წინ. ვუნიშნავთ მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს – უმს ღენი, შეიძლება გამოვიყენოთ ქაფურის მეთის კომპრესები ყბა-ყურა ჯირკელის არეში. კარგი შედეგია მიღებული ჯირკელის არეს ნოვოკაინის ხსნარის ბლოკალებით. საჭიროა სალინარების გამორეცხვა ანტიბიოტიკური ხსნარებით.

დაავადების ჩირქოვანი ფაზის დროს მიემართავეთ განაკვეთის გატარებას სახის ნერვის გოტების გოპოგრაფიის გათვალისწინებით. ვაეკეკოთაუთ კანს, კანქეკემა ცხიმოვან ქსოვილს, გაეხსნით ჯირკელის ფასციას და შექმლეთ ბლაგვად გათიშავეთ ჯირკელის ქსოვილს და ესხნითი ჩირქგროკვას. ჭრილობას გამოერეცხავეთ ანგისეპტიკური ხსნარით და ჭრილობაში შეგეყავს პოლიეთილენის მილი-დრენაჟი. ვაწარმოებთ ყოველდღიურ გამოერეცხვას. ვსუნებთ პროტეოლიზურ ფერმენტებს. წარმატებით გამოიყენება კონტრიკალი, ტრასილოლი. კონტრიკალი შეგეყავს ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად ვენაში 20.000-50.000 ერთეული დღეღამეში. ტრასილოლი 25.000-100.000 ერთეული. გარდა ამისა ვიყენებთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, ანტიჰისტამინურ, დემინტოქსიკაციის პრეპარატებს, ფიზიოქურნალობას, სათნალო დიეტას, ვიგამინებით მკურნალობას.

გ ა რ თ უ ლ ე ბ ა . ჩირქოვანი ანთებადი პროცესი შეიძლება გადაიზარდოს ყბა-ყურა არეს ფლეგმონაში, კანის ფართო ნეკროზული უბნებით, ინფექციური პროცესის გაერეცლება მოსალოდნელია შუასაყარსა და ქალას. ფუძისაკენ, შეიძლება გამოიწვიოს შუა ყურის ანთება.

პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა . დაავადების თავიდან აცილება დიდად არის დამოკიდებული პირის ღრუსა და მისი ორგანოების მდგომარეობაზე. საჭიროა სანაყის ჩატარება და პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა.

ც რ უ პ ა რ ო გ ი გ ი (გ ე რ ც ე ნ ბ ე რ გ ის დ ა ა ვ ა დ ე ბ ა)

ყბა-ყურა ჯირკვალი რთული ანატომიური ორგანოა, ის შედგება საკუთარი ჯირკვლოვანი ქსოვილისაგან – პარენქიმა, შემაერთებული გარსისაგან, საკუთარი ფასციისაგან. გარდა ამისა ჯირკვალი შეიცავს ლიმფურ სადინარებს და ლიმფურ კვანძებს, რომლებიც მოთავსებულია სანერწყვე ჯირკვლის წილაკებს შორის. ლიმფური სადინარები დაკავშირებულია კისრის არეს ღრმა და მერეულელ მკებარე ლიმფურ კვანძებთან. ასეთივე კავშირია პირის ღრუს, ენისა და ხახის გვერდითი არეს ლიმფურ სისტემებს შორის. აქედან გამომდინარე პრის ღრუსა და კისრის არეში არსებული პათოლოგიური კერიდან ინფექციის გაერეცლება მოსალოდნელია ყბა-ყურა ჯირკვლის მიმართულებით, რასაც თან სდევს ლიმფური კვანძების ანთება. ყბა-ყურა ჯირკვლის არეში ვითარდება შეშუპება და იქმნება ჯირკვლის ანთების სურათი. ფაქტიურად ანთება ლოკალიზდება არა სანერწყვე ჯირკვლის პარენქიმაში, არამედ ჯირკვლის ლიმფურ სისტემაში, ამიგომ უფრო მართებული იქნებოდა ლიმფადენიგის დიაგნოზი, ვიდრე სიალოალენიგი.

კ ლ ი ნ ი კ ა . ავადმყოფი უჩივის შეშუპებას და ტკივილს ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლის არეში. ანამნეზის დეტალური შეგროვებით ვადგენთ პირის

ღრუმი ანთებადი კერის არსებობას რეგრომოლოარულ არეში, ნუშურა ჯირკელის ან ხახის გვერდითი კელის მიღამოში. ყურადხალეზია ის ფაქტი, რომ საკეების მიღების ღროს ტკივილი არ ძლიერღება და სანერწყვე ჯირკელის არეს შეშუეება არ მაგულობს. პალპაციით მტკიენეკელია, ჯირკელის საღინარიღან გამოიყოფა სუთოა ნერწყვი. დააეაღება ყოველთვის ცალმხრივია. ღიაგნოზს ეაღვენო აქ მოგანილი კლინიკური ნიშნების მიხეღვით.

მკურნალობა. მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ანტიბიოტიკებს, მაღესენსიბილიზებულ საშუაღებებს, ფიზოთერაპიას. ეაგარებთ პირის ღრუში არსებული ანთებადი კერის მკურნალობას.

პროგნოზი. კეთისაიღელოა თუ მკურნალობა ღროულაღ და ეფექტურაღ ჩაგარღა.

გართუღება. მოსალოღნელია ანთებადი პროცესის ჯირკელის პარენქიმაზე გავრცეღება, აბსესის და ფლეგმონის განვითარება.

პროფილაქტიკა. პირის ღრუსა და ცხვირ-ხახის სანაცია.

ეპიდემიური პაროტიტი

ეპიდემიური პაროტიტი მწვაეე ინფექციური დააეაღებაა. გამომწვევია ფიღტრში გაღაღალი ვირუსი, რომელიც აღმოჩენიღია 1934 წელს ჯონსონისა და გუბპასჩერის მიერ. ინფექცია ერცელღება პაეროეან-წვეთოეანი გზით. ასეეე პირაღი სარგებლობის საგნებით. აეაღებიან ბაემეები 5-12 წლის ასაკში. მოზრდიღებში იშვიათაღ გეხეღება. დააეაღება გაღაგანის შემღეგომ იღღეეა მყარ იმუნიგეგს. დააეაღების გავრცეღების ხელშემწყობი ფაქტორია ორგანიზმის გაციება. ინკუბაციური პერიოღი შეაღგენს 2-3 კვირას. დააეაღების გაღაღება ხღება მწვაეე პერიოღში და კლინიკური გამოჯანმრთეღებიღან ორი კვირის განმავლობაში. ამ პერიოღში საჭიროა აეაღმყოფის იზოღაცია. პათოლოგიური პროცესი ძირითაღად ლოკალიზღება ჯირკელის სტრომაში. აღვიღი აქეს სტრომის პიპერემიას და შეშუეებას, ლეიკოციგარულ ინფიღტრაციას. ჯირკელის საღინრებში გროეღება ჩამოფექენიღი ეპითელი, რომელიც იწვეეს ნერწყვის შესქეღებას.

კლინიკა. დააეაღების განვითარების ფარულ პერიოღში შეიღღება აღვიღი ქონღეს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პიპერემიას, სტომატიგტს. აეაღმყოფი აღნიშნაეს ყბა-ყურა ჯირკელის არეში შესიებას, ღსააწყისში უმტკიენეუღოა, ცალმხრივია. შემღეგ გაღაღის მეორე მხარეზე. სხეუღის ტემპერაგურა მკვეთრაღ მაგულობს და აღწეეს 38,5°-39,5°-ს, შეშუეების გამო ყურის ბიბიღო გაღაწეულია უკან. აღიქმება სამი მტკიენეული წერტიღი: ქვეღ ყბის გოგის ამონაჭღევის ზეეით, ყურის სარქეღლის წინ და ღერიღისებრი მორჩის მწვერეაღზე. მაღალი სიცხე შეიღღება გავრძეღღეს 5-8 ღღე.

ტკივილი ძლიერდება ღვჭვისა და პირის გაღების დროს, შეიძლება აღინიშნოს პირის ღრუს სიმშრალე; ყბა-ყურა ჯირკვლის შესიება გრძელდება და 5-8 დღის განაყოფობაში აღწევს მაქსიმუმს, რის შედეგადაც იწყება თანდათანობითი შეუსიერება ერთი კვირის მანძილზე. პათოლოგიური პროცესის დაწყებიდან მის უკუგანვითარებამდე საშუალოდ საჭიროა 2-4 კვირა. ფილტვრში გამაჟავალი ეირუსი ძირითადად აზიანებს ყბა-ყურა, იშვიათად ყბის ქვეშა ჯირკვლებს.

ვარჩევთ დაავადების მიმდინარეობის სამ ფორმას:

1. მს უ ბ უ ქ ი ფ ო რ მ ა . დაავადების კლინიკური ნიშნები გამოხატულია სუსტად, სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში ან ოღნავ მომატებული, ჯირკვლის არე შემუშაებულია ზომიერად, მხოლოდ ერთ მხარეზე, პალპაციით უმტკივნეულოა. ნერწყვის გამოყოფა შენარჩუნებულია, პათოლოგიური პროცესის უკუგანვითარება გრძელდება ერთი კვირის განმავლობაში.

2. და ა ე ა დ ე ბ ის ს ა მ უ ა ლ ო ს ი მ ძ ი მ ის დროს პროდორმალურ პერიოდში 2-3 დღე, ავადმყოფი აღნიშნავს საერთო სისუსტეს, უშადობას, თავის ტკივილს, ტკივილს სახსრების არეში. ამ მოვლენებს თან ერთვის ყბა-ყურა ჯირკვლის არეს შესიება, ტკივილი, ნერწყვის გამოყოფა ოღნავ შემცირებულია. სხეულის ტემპერატურა მაგულობს 38°-მდე, ჯირკვლის მფარავი კანი უცვლელია, ყურის ბიბილო გადაწყულია. სამივე წერტილი პალპაციით მტკივნეულია. 5-8 დღის შემდეგ შესიება კლებულობს, ტემპერატურა კლებულობს და იწყება პროცესის უკუგანვითარება.

3. და ა ე ა დ ე ბ ის მ ძ ი მ ე ფ ო რ მ ის დროს პროდორმალურ პერიოდში საერთო კლინიკური ნიშნები უფრო გამოხატულია, პროცესში ჩართულია ორივე ყბა-ყურა ჯირკვალი, სწრაფად ვითარდება რბილი ქსოვილების კოლაგერალური შემუშება, რომელიც იკაეებს ლოყების მნიშვნელოვან ნაწილს, აღწევს თვალბუდეამდე, სახე ღებულობს მომრგვალო ოვალურ ფორმას. მფარავი კანი დაჭიმულია, ფერი უცვლელია. გარეთა სასმენი ხერელი შევიწროვებულია. პირის გაღება შეზღუდულია. სხეულის ტემპერატურა მკვეთრად მაგულობს და აღწევს 39°-40°-მდე. ნერწყვის გამოყოფა მკვეთრად შემცირებული ან შეწყვეტილია. დაავადებას თან ერთვის ზოგადი მოვლენებით დაძმძმება. თუ არ გაგარდა სასწრაფო სამკურნალო ღონისძიებები, მოსალოდნელია რიგი გართულებები.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო მ ს ე ა გ ა რ ე ბ თ მ წ ვ ა ე ე ა რ ა ე პ ი დ ე მ ი უ რ პ ა რ ო გ ი ტ ა ნ , პ ა რ ე ნ ქ ი მ ი უ ლ პ ა რ ო გ ი ტ ა ნ , ც რ ე პ ა რ ო გ ი ტ ა ნ , მ ი კ უ ლ ი მ ის დაავადებასთან.

არა ეპიდემიური პაროტიტი უფრო ხშირად გვხვდება მოზრდილთა ასაკში, როგორც წესი ცალმხრივია. ნერწყვის გამოიმიგანი საღინარის შესავალი პიკერემიულია. ჯირკვლის არეს პალპაციის დროს გამოიყოფა ჩირქნარევი ნერწყვი. ეპიდემიური პაროტიტის დროს დაავადება ორმხრივია, საღინარის დაზიანება გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი.

პარენქიმალი პაროტიტი ცალმხრივი, ქრონიკული ანთებაა, პერიოდული გამწვავებით. საღინარიდან გამოიყოფა ჩირქოვანი ნერწყვი.

ერუ პაროტიტი როგორც წესი ცალმხრივი დააყალბება, პრის ღრუში ყოველთვის მოიძებნება ანთებადი კერა (მესამე მოლარის გაძნელებული ამოჭრა, პერიკორონარიტი, ნუშურა ჯირკვლების ანთება და სხვა).

მიკულიზის დააყალბება სისტემური, ქრონიკული დააყალბება, მას ახასიათებს ყველა სანერწყვე და საცრემლე ჯირკვლების ერთდროული დააყალბება, რითაც განსხვავდება ეპიდემიური პაროტიტისაგან.

მკურნალობა. ეპიდემიური პაროტიტის მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია. ავადმყოფი უნდა გადავიყვანოთ წოლით რეჟიმზე 10-15 დღე, ჩირქოვანი ანთების პროფილაქტიკის მიზნით ეუნიშნავთ ანტიბიოტიკებს, ასევე მადესენსიბილიმბებულ საშუალებას, პირის ღრუს სშირ ანტისეპტიკურ ირიგაციას, ღიეგას. ავადმყოფმა უნდა მიიღოს სითხე ღიდი რაოდენობით. კარგ ეუექტს იძლევა სითხური კომპრესები, ღიექსილის (30%-იანი) განზაეებული 1:3 ხსნარის კომპრესი. შეიძლება გამოვიყენოთ მაღამოები. კარგ ეუექტს იძლევა ფიზიოპროცედურები: სოლუქსი, უმს-ღენი, ყბა-ყურა ჯირკვლისა და კისრის არეს ულტრაიისფერი სხივებით ზემოქმედება. გარკვეული სამკურნალო ეუექტია მიღებული ინტერფერონის პირის ღრუს საელებად გამოყენების ღროს. საჭიროების შემთხეევაში მიემართავთ ჯირკვლის საღინრების გამორეცხვას ანტიბიოტიკებით და ფერმენტებით. ზოგი აეტორი მიმართავს ჯირკვლის ქსოვილის ირგვლიე ნოოკაინ-ანტიბიოტიკების ბლოკადას. ღაჩირქების შემთხეევაში საჭიროა განაკვეთის გაგარება და სათანადო მკურნალობის ჩაგარება.

დაავადების გართულება. გართულებები შეიძლება იყოს ორი რიგის: დაავადების მიმღინარეობის პერიოდში და განკურნების შემდეგ. პირეელი რიგის გართულებებს მიეკუთენება: სათესლე ჯირკვლების, საკვერცხეებისა და სარძეეე ჯირკვლების ანთება, კუჭუკანა ჯირკვლის, თირკმელების დაზიანება. ჩირქოვანი ანთების შემთხეევაში მოსალოდნელია ჯირკვლის ქსოვილის ნეკროზი მოსალოდნელი მძიმე შედეგებით. მეორე რიგის გართულებებს განეკუთენება: ნერწყვის გამოყოფის მკვეთრი შემცირება, ქრონიკული პარენქიმიული პაროტიტის ჩამოყალიბება.

პროფილაქტიკა. უპირეეღესი პროფილაქტიკური ღონისძეებაა ბავშვთა კონტიგენტის ღროული აცრა. ეპიდემიის შემთხეევაში ავადმყოფის იზოლაცია და შენობის სეელი ღეზინფექცია.

ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკელის მწვავე ანთება

ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკელის მწვავე ანთება შედარებით იშვიათია. ინფექციის შეჭრის გზები იჯიუება, ანთების გამომწვევია სტაფილო-სტრეპტოკოკური ინფექცია.

კ ლ ი ნ ი კ ა . აუღმყოფი უჩივის ტკივილს ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკელის საპროექციო არეში. ტკივილი ძლიერდება საკვების მიღებისა და ყბის მოძრაობის დროს. დათვალეირებით აღინიშნება სახის ასიმეტრია ყბის ქვეშა არეს რბილი ქსოვილების შეშუპების გამო. პირის ღრუს ლორწოვანი დაავადების მხარეზე შეშუპებულია, შეშუპებულია სადინარის საპროექციო არე. ყბისქვეშა არეს პალპაციით შეიგრძნება მომრგვალო ფორმის მტკივნეული ინფილტრატი. პირის ღრუში სანერწყვე ჯირკელის სადინარის პალპაცია მტკივნეულია, სადინარის ირგვლივ მდებარე რბილი ქსოვილები შეშუპებულია. წარმოდგენილია ჭიმის სახით, სადინარიდან გამოიყოფა ჩირქნარევი ნერწყვი.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო შ ი . უნდა გავატაროთ აბსცესთან, ფლეგმონასთან, ლიმფადენიტთან. ყველა ამ დაავადებებს სიალოადენიტთან აქვს საერთო კლინიკური ნიშნები: ტკივილი, რბილი ქსოვილების შეშუპება, ინფილტრატი, ცელილებები სისხლში.

ა ბ ს ც ე ს ე ბ ი ს ა გ ა ნ ძირითადი განმასხვავებელი ნიშანია ის, რომ აბსცესისაგან განსხვავებით, ადგილი აქვს ჯირკელის სადინარიდან ჩირქნარევი ნერწყვის გამოყოფას.

ფ ლ ე გ მ ო ნ ი ს ა თ ე ი ს დამახასიათებელია ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის დამძიმება, დიდი ზომის ინფილტრატი და სანერწყვე ჯირკელიდან სუფთა ნერწყვის გამოყოფა.

ლ ი მ ფ ა დ ე ნ ი ტ ი ძალიან წააგავს სიალოადენიტს, მაგრამ განსხვავდება იმით, რომ ჯირკელის არეს პალპაციის დროს სადინარიდან გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . აუღმყოფი გადაგვყავს წოლით რეჟიმზე, დაავადების დასაწყისში ეატარებთ კონსერვატიულ მკურნალობას. ანტიბიოტიკები, სულფამიდური პრეპარატები, ანტიბიოსტამინური საშუალებები, ვიტამინების კომპლექსი. ამასთან ერთად საჭიროა კომპრესები. ქაფურის მეთოდანი, ღიმექსიდის. ფიზიოთერაპია – უმს-დენი. ჯირკელის დაჩირქების შემთხვევაში მივმართავთ ჩირქგროვის გაკვეთას, განაკვეთს ეატარებთ ქვედა ყბის ქვედა კილიდან 2-2,5 სმ-ის დაშორებით, რათა არ დაეზიანოთ სახის ნერვის კილოვანი გოტი. მკურნალობას ვატარებთ ჩირქოვანი ანთებადი პროცესების მიმდინარეობის შესაბამისად.

სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკული ანთება

სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკული ანთების პათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სანერწყვე ჯირკვლების ფუნქციურ უკმარისობას. ჯირკვლების დისფუნქცია ქმნის იმ ფონს, რომელზეც ვითარდება ქრონიკული ანთება, ამას კი ხელს უწყობს ორგანიზმის გაციება. სისტემური დაავადების დროს ქრონიკული სიალოაღენიგი უფრო ხშირად ორმხრივია. სხვა შემთხვევებში ცალმხრივი, დაავადება უფრო ხშირია ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვალში. ქრონიკული სიალოაღენიგებისათვის დამახასიათებელია შეუმჩნეველი დასაწყისი და ხანგრძლივი მიმდინარეობა. პათოლოგიურ პროცესში ჩათრეულია როგორც სტრომა, ასევე პარენქიმა და ნერწყვის გამომტანი სადინრები. იმისდა მიხედვით, თუ ჯირკვლის რომელ ნაწილშია პათოლოგიური პროცესი: სადინარში, სტრომაში თუ პარენქიმაში ესეამთ დიაგნოზს სიალოლოხიგი, ინტერსტიციალური ან პარენქიმული ანთება.

1. **სანერწყვე ჯირკვლის სადინარის ქრონიკული ანთება (სიალოლოხიგი).** სანერწყვე ჯირკვლის სადინრის ანთება ჩვეულებრივ თან ახლავს ჯირკვლის ანთებას. მაგრამ იმ შემთხვევაში, როდესაც პათოლოგიური პროცესი ძირითადად ლოკალიზდება სადინარში, საქმე გვაქვს სიალოლოხიგთან, ანთების გამომწვევი მიზეზი არის ინფექციის შეჭრა სადინარში. ანთების ხელშემწყობ ფაქტორებიდან შეიძლება განვიხილოთ სადინარის მექანიკური დამიანება, მასში უცხო სხეულის მოხვედრა, ნერწყვის გამოყოფის ფუნქციის მოშლა, სადინარის ირგვლივ მდებარე კუნთოვანი ქსოვილის ასაკობრივი ცვლილებები (მოღუნება) და სხვა.

კლინიკა. ავადმყოფი მიუთითებს ზომიერად გამოხატულ მუდმივი ხასიათის ტკივილზე, ნერწყვის გამოყოფის გაძლიერებაზე განსაკუთრებით საკვების მიღებისა და ლაპარაკის დროს. საპროექციო არე შემუშავებულია. პალპაციით შეიგრძნება რბილი ქსოვილების ზომიერი შემკერივება ჭიმის სახით. სადინარის დისტალური ნაწილის პალპაციით გამოიყოფა შესქელებული ნერწყვი ფიფქის სახით და ჩირქოვანი წვეთი. გამწვავების შემთხვევაში მაგულობს ტკივილი და ჩირქოვანი გამონადენი. კონტრასტული რენტგენოგრაფია მიგვანიშნებს მაგისტრალური, პირველი და მეორე რიგის სადინრების შევიწროვება-გაფართოებაზე, დეფორმაციაზე.

მკურნალობა. სადინარის ქრონიკული ანთების მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია. სჭირთა სადინარის ანტისეპტიკური ხსნარებით (ფრთხილად) გამორეცხვა, ანტიბიოტიკების დანიშვნა, ანტიჰისტამინური პრეპარატების მიღება, სადინარის ფერმენტებით გამორეცხვა, პირის ღრუს ირიგაცია, თბილი სოდიანი ხსნარის აბაზანები. უნიშნაეთ ნერწყვის დამღწ

სამუშაოებს (პილოკარპინი). ჩირქელის შეწყვეტის შემდეგ საჭიროა სადინარის ბუერება. მაგისტრალური სადინარის ძლიერი დეფორმაციის შემთხვევაში საჭიროა ქირურგიული ჩარევა – განაკვეთის გაგარება – სანაოთრის კაქეთა.

ქრონიკული პაროტიტი

ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკელის ქრონიკულ ანთებაში ვარჩევთ ორ ძირითად ფორმას: 1. ქრონიკული პარენქიმული და 2. ქრონიკული ინტერსციული პაროტიტი. ზოგიერთი ავტორი გამოყოფს მესამე ფორმას – ქრონიკული გამწვანებული პაროტიტი. ქრონიკული ანთება მიმდინარეობს შეუმჩნეველად, ხანგრძლივი დროის მანძილზე. კლინიკური ნიშნები გამომედავსება მაშინ, როდესაც ადგილი აქვს პათოლოგიური პროცესის გამწვანებას.

1. ქრონიკული პარენქიმული პაროტიტი. დაავადების გამომწვევი მიზეზია პირის ღრუში არსებული პათოგენური მიკროფლორა. ზოგიერთი ავტორის მითითება, რომ მიკროფლორა მეორე ხარისხოვანი ფაქტორია (გ. რობუსტოვა, ი. რომაჩოვა და სხვ. 1990 წ.) არ მიმაჩნია მართებულად, რადგან ბაქტერიალური ანთების საფუძველი ყოველთვის ინფექციის შეჭრაა ორგანიზმში. დასადგენია ის ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ ამ დაავადების განვითარებას (ინფექციის შეჭრა, ანთებადი პროცესის დაწყება და სხვა). ზოგიერთი ავტორი თვლის, რომ დაავადების ხელშემწყობი ფაქტორია სანერწყვე ჯირკელის განვითარების მანკი, მისი სადინრების თანდაყოლილი არასრულფასოვანი განვითარება, დეფორმაცია, მცირე კისტოზური ღრუების წამოქმნა და სხვა. ეს უკანასკნელი კი ხელს უწყობს ნერწყვის შეგუბებას სადინრებში და მეორადი ინფექციის განვითარებას. თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ სადინრების დეფორმაციის დადგენა ხდება დაავადებული სანერწყვე ჯირკელის რესტრუქტურული გამოკვლევის დროს და იმ გარემოებას, რომ პარენქიმული პაროტიტი უფრო ხშირად გვხვდება მრღადასრულბულ ასაკში, უნდა დავასკვნათ, რომ სადინრების განვითარების თანდაყოლილი მანკი არ უნდა იყოს დაავადების გამომწვევი ძირითადი მიზეზი.

ჩვენი აზრით დაავადების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორი სანერწყვე ჯირკელის სადინარის ირგვლის მდებარე კუნთოვანი ბოჭკოების დისფუნქცია და საღებო და მიმიკური კუნთების ტონუსის დაქვეითებაა.

კლინიკა. პათოლოგიური პროცესი იწყება აუადმყოფისათვის შეუმჩნეველად. ზოგიერთი ავადმყოფი აღნიშნავს ჯირკელის არეს ხანმოკლე შემუქებას, ზოგჯერ გემოვნების გაუკუღმართებას. ჯირკელის არეს შემუქება ხშირად დაკავშირებულია საკვების მიღებასთან. დათვალურიერებით

ყბაყურა ჯირკელის არე შემუშავებულია, მფარავეი კანი უცელელი. პალპაციით მომკერიყო კონსისტენციის, ზომიერად მტკივნეული. პირის გაღება თავისუფალი, სადინარის სანათური პიპერემიული, ჯირკელის მასაჟის დროს გამოიყოფა ჩირქნარევი ნერწყვი. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვადგენთ ჯირკელის სადინრების დეფორმაციას.

ღ ი უ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო მ ს ვაგარებთ ეპიდემიურ, ინტერსტიციალურ პაროტიტთან, სანერწყვე ჯირკელის სიმსივნესთან. ეპიდემიური პაროტიტი იწყება მწვავედ სხეულის გემპერაგურის მკვეთრი მომაგებით. შემუშავებულია ორივე ყბა-ყურა ჯირკეალი. ჯირკელის სადინარიდან გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი.

ინტერსტიციალური პაროტიტი დასაწყისში ვითარდება შეუმჩნეველად, ლოკალიზდება ცალ მხარეზე, ზოგჯერ (მოგვიანებით) გამომქლავდება მეორე მხარეზედაც. რბილი ქსოვილების შემუშება მაგულობს პროგრესულად, უკუგანვითარებას ადგილი არა აქვს. სადინარიდან გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი. რენტგენოლოგიურად ნერწყვის გამოტანი სადინრები შევიწროებულია, III-V რიგის სადინრები კონგრასტული ნივთიერებით არ იესება. პარენქიმული პაროტიტის დროს ადგილი აქვს სადინრების დეფორმაციას და კისტოზური ღრუების ჩამოყალიბებას. ანთების ჩაქრობის შემდეგ ჯირკელის არეს შემუშება უკვალოდ ქრება, გამწვაეების შემთხვევაში ისეე შემუშდება. სიმსივნური დაავადებაც იწყება შეუმჩნეველად, იზრდება ნელა, ახასიათებს პროგრესული ზრდა, საკეების მიღების დროს მოცულობაში არ იცელება. პალპაციით შეიგრძნება მომკერიყო კონსისტენციის წარმონაქმნი, უმტკივნეულო, ზოგჯერ ხორკლიანი. სადინარიდან გამოიყოფა სუფთა, შემცირებული რაოდენობის ნერწყვი.

ღ ი ა გ ნ ო მ ი ს დ ა ს მ ა კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნიშნებისა და კონგრასტული რენტგენოგრაფიული გამოკვლევების საფუძველზე დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ქრონიკული პარენქიმული პაროტიტის მკურნალობა წარმოადგენს გარკვეულ სიძნელეს იმ მხრივ, რომ ანთების შედეგად დაღუპული პარენქიმის აღდგენა არ ხდება და ჯირკელის ფუნქცია თანდათანობით პროგრესულად ქვეითდება, რასაც მივყავართ მისი ფუნქციის სრულ მოშლამდე. მკურნალობის მიზანია შეძლებისდაგვარად შევაჩეროთ პათოლოგიური პროცესის პროგრესირება. ამისათვის საჭიროა: ორგანიზმის არასპეციფიკური რემისგენგობის ამაღლება, მოეხსნათ შეგუბებითი მოვლენები სანერწყვე ჯირკეალში, გაეაუმჯობესოთ ჯირკელის ტროფიკა, არ დაეუშეათ განმეორებით გამწვაეება, გაეაძლიეროთ ნერწყვის დრენირება, ვებრძოლოთ ინფექციას.

მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ანტიბიოტიკებს, როგორც ჯირკელის სადინრების გამოსარეცხად, ისე კუნთებში შესაყვანად. კარგ შედეგს იძლევა პროტეოლიზური ფერმენტებით (ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი) სადი-

ნარის გამოორეცხვა. ანთიების საწინააღმდეგო თვისებებს ამჟღავნებს იოლოლიპოლი, რომელიც სადინარში შეგვყავს 3-4 თვეში ერთხელ 1-1,5 მლ. რაოდენობით. ჯირკვალში მიმდინარე ქსოვილოვან ცელაზე კარგ გეგავლენას ახდენს ნუკლეინატ ნატრიუმი -0,2 სამჯერ დღეში 10 ღლის განმავლობაში, კალიუმ იოდიდის 5%-იანი ხსნარი სუფრის კოვებით სამჯერ დღეში, უმჯობესად რძესთან ერთად (კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გალიზიანების თავიდან ასაცილებლად), იოლიპოლის მოვლენების (კანზე გამოწყარო, სურდო, ხელების კანკალი, ცრემლის დენა) გამოჟღავნების შემთხვევაში საჭიროა პრეპარატის მიცემის შეწყვეტა. მეურნალობის კურსი შეიძლება გაგრძელდეს 8-10 კვირა. ზოგჯერ ავადმყოფს ჩვენების მიხედვით უნიშნავთ უროგროპინს, როგორც ანტისეპტიკურ საშუალებას, ვიყენებთ ფიზიოთერაპიას.

სანერწყვევ ჯირკვლის სეკრეტორული ფუნქციის სტიმულირებისათვის ავადმყოფს ვაძლევთ გალანტამინის 1%-იანი ხსნარის 1 მლ-ს ყოველდღე. მეურნალობის კურსი შეადგენს 20-25 ინექციას.

ზოგი ავტორი მიუთითებს რენტგენოთერაპიის დადებით ეფექტზე.

დაავადების მეურნალობის ქირურგიული მეთოდი უნდა განვიხილოთ რამდენიმე ასპექტში. ჯირკვლის ნარჩენი ფუნქციის დათრგუნვისა და რეინფექციის თავიდან აცილების მიზნით შეიძლება მიემართოთ მაგისტრალური სადინარის გადაკეპებას, რომელსაც საბოლოოდ მივყავართ ჯირკვლის პარენქიმის აგროფიამდე.

ჯირკვლის ხშირი აბსცედირების შემთხვევაში, როდესაც ჩირქოვანი მასა გროვდება კანქვეშა ქსოვილებში, საჭიროა განაკვეთის გატარება, სახის ნერვის ტოტების ტომოგრაფიის გათვალისწინებით. ჯირკვლის ფუნქციის სრული დაკარგვის შემთხვევაში მიემართავთ მის ექსტირპაციას სახის ნერვის ტოტების შენარჩუნებით.

ინტერსტიციალური პაროტიტი

ინტერსტიციალური პაროტიტი შედარებით იშვიათი დაავადებაა, იწყება შეუმჩნეველად ჯერ ერთ ჯირკვალში, შემდეგ კი პათოლოგიურ პროცესში ჩაირთვება მეორეც. დაავადებისათვის დამახასიათებელია შემაერთებული ქსოვილის პროლიფერაცია და მისი ჩაზრდა ჯირკვლის პარენქიმის წილაკებს შორის, შემაერთებული ქსოვილის ჰიპერპლაზია იწვევს ჯირკვლის პარენქიმის პროგრესირებულ აგროფიას, სადინრებზე ზეწოლას, რის შედეგადაც ჯირკვლის პარენქიმა მცირდება მოცულობაში, მცირდება ნერწყვის გამოყოფაც. შემაერთებული ქსოვილის ზრდის ხარჯზე დიდდება ჯირკვალი.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ყბა-ყურა ჯირკვლის არეში შესიებას, ტკივილი გამოხატული არ არის, დაავადების დასაწყისში ნერწყვის გამოყოფა

ნორმის ფარგლებშია, სადინარის სანათური ანთებადი ნიშნების გარეშე. რამდენიმე ხნის შემდეგ შეშუპება ვითარდება მოპირდაპირე მხარეზე. მფარავი კანი უცელელია. პალპაციით შეიგრძნება რბილი კონსისტენციის ქსოვილოვანი წარმონაქმნი, უმტკივნეულო, მოძრავი, სადა შედაპირით. პათოლოგიური პროცესი განუხრელად პროგრესირებს, უკუგანვითარების გენდენცია არ გაჩნია. სიალოგრამაზე აღინიშნება ყველა რიგის სადინრების შევიწროება კონტურის შენარჩუნებით. მოგვიანებით III-V რიგის სადინრები განიცდის აგროფიას და კონტრასტული ნივთიერებით არ იესება.

დი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო მ ს ვატარებთ პარენქიმულ პაროტიტთან, სიმსივნესთან, გუქერო-შეგრენის სინდრომთან.

პ ა რ ე ნ ქ ი მ უ ლ ი პაროტიტისათვის ძირითადად დამახასიათებელია დაავადების ცალმხრიობა და ჯირკელის სადინარიდან ჩირქოვანი ნერწყვის გამოყოფა.

ს ი მ ს ი ე ნ უ რ დ ა ა ვ ა დ ე ბ ა ს, ისე როგორც ინტერსტიციულ პაროტიტს ახასიათებს ნელი, პროგრესირებადი უმტკივნეულო მრღა. განსხვავება მდგომარეობს მასში, რომ სიმსივნურ პროცესს სიმეტრიულობა (ორმხრივი დაავადება) არასდროს არა აქვს.

გ უ ქ ე რ ო - შ ე გ რ ე ნ ის სინდრომისათვის დამახასიათებელია არა მარტო სანერწყვე ჯირკელების დაავადება, არამედ საცრემლე ჯირკელებისაც. ამ დაავადების დროს აღინიშნება გამოხატული ქსეროსტომია (პირის სიმშრალე), კერატოკონიუქტივიტი, მშრალი ლარინგოტრაქეიტი და ზოგჯერ ქრონიკული პოლიართრიტი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. დაავადების მკურნალობა კომპლექსურია და მოიცავს მედიკამენტურ, ქირურგიულ და სხიურ შემოქმედებას. ასეთი მიდგომა განპირობებულია დაავადების არსით, მისი შეუქცევადობით. დაავადების დასაწყისში ვიყენებთ გალანტამინს ჩვენების მიხედვით, 1%-იანი ხსნარის ინექცია დღეში ერთხელ ან ორჯერ. მკურნალობის კურსი შეადგენს 20-25 ინექციას; ნოოკაინის ბლოკალებს. გარკვეული სამკურნალო ეფექტის მიღება შეიძლება კორტიკოსტეროიდების მეყვანით (პრედნიზოლონი, დექსამონი). დაავადების განვითარებულ სტადიაში, როდესაც მედიკამენტური მკურნალობა არ იძლევა საჭირო ეფექტს, ვიყენებთ რენტგენოთერაპიას: ერთჯერადი დასხივება 60-80 რად. ჯამური 600-800 რენტგენი. ჩატარებული მკურნალობის არა ეფექტურობის შემთხვევაში მივმართავთ ჯირკელის ექსტირპაციას, სახის ნერვის გოტების შენარჩუნებით.

ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკელების ქრონიკული დაავადებების დროს ვიყენებთ მკურნალობის ზევით აღწერილ მეთოდებს.

სანერწყვე ჯირკვლების სპეციფიკური ანთებადი დაავადებები

სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკული სპეციფიკური დაავადებებიდან უნდა განვიხილოთ ჯირკვლების ტუბერკულოზი, აქტინომიკოზი, ათაშანგი და მილსი.

ტუბერკულოზი. სანერწყვე ჯირკვლის ტუბერკულოზი მეორადი დაავადებაა და წარმოადგენს ინფექციის გაერყელებას არსოვანი, კემატოგენური ან ლიმფოგენური გზით განერცობილ პათოლოგიურ პროცესს.

კლინიკა. დაავადება იწყება და მიმდინარეობს უმტკივნეულოდ. ავადმყოფი მიუთითებს ყბა-ყურა ჯირკვლის არეს შეშუპებაზე. მუარაფი კანის ფერი ნორმის ფარგლებშია. პალპაციით აღინიშნება მომკერივო კონსისტენციის ქსოვილოვანი წარმონაქმნი. დასაწყისში მოძრავია, უმტკივნეულო. პათოლოგიური პროცესის განვითარების სტადიაში შეიგრძნება დარბილებული უბნები (ჯირკვლის დაშლილი პარენქიმა). სადინარიდან გამოიყოფა შემღერეული სეკრეტი – ნერწყვი. ჯირკვალი გადიდება, აღწევს რა გარკვეულ ზომას შემდეგ აღარ ღიღდება. ჯირკვლის პარენქიმის დაშლის ნიადაგზე შეიძლება განვითარდეს ხერულარხი, საიდანაც გამოიყოფა მცირეოდენი კაზეოზური ჩირქოვანი მასა. ლიაგნოზის დაღვენაში გვეხმარება ჯირკვლიდან აღებული ჩირქოვანი მასის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა და შინაგანი ორგანოების რენტგენოსკოპია (რენტგენოგრაფია).

მკურნალობა. მკურნალობა მიმართულია ორგანიზმის ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ – ანტიტუბერკულოზური თერაპია. ადგილობრივად საჭიროა ჯირკვლის სადინარის გამორეცხვა სტრუქტომიცინის ხსნარით, ფისტულის ჩამოყალიბების შემთხვევაში მისი გამოფხეკა, ჯირკვლის დაშლილი ნაწილის მოშორება.

აქტინომიკოზი. სანერწყვე ჯირკვლების აქტინომიკოზი შეიძლება იყოს პირველადი – ინფექციის სადინარის გზით მოხვედრით და მეორადი მემობელი ქსოვილებიდან გადასვლით.

კლინიკა. დაავადების პირველადი ფორმის დროს ავადმყოფი აღნიშნავს უმნიშვნელო ტკივილს, ჩხვლეტას, ღისკომფორტს, სუბფებრილურ ტემპერატურას. სანერწყვე ჯირკვალი გადიდება, ადგილი აქვს პერიოდულად მის გადიდებას, ან შემცირებას. პალპაციით უმტკივნეულოა, ნერწყვის გამოყოფა შემცირებულია. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება გაგრძელდეს 2-3 თვე და მოგვეს სიმსივნის სიმულიაცია.

შემდეგში ანთებადი ინფილტრატი თანდათან ვრცელდება ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებზე და წარმოიქმნება დარბილების უბნები, ვითარდება

ჩირქვროვები, მეორადი ინფექციის უმჯობესი მონაწილეობით. პათოლოგიური პროცესი მწვაედება, სხეულის ტემპერატურა მაგულობს 38^o-39^o-მდე. ყუბა-ყურა ჯირკვალში პათოლოგიური პროცესის არსებობის დროს ვითარლება ტრიმში. მძიმდება საერთო მდგომარეობა. იხსნება ხერეულარხები ინფილტრაციის "ფიცრისებრი" სიმკერივის ფონზე და დააეალება ილებს შედარებით მშვიდ მიმდინარეობას. სასერწყეე ჯირკვლის ფუნქცია მოშლილია.

ღიაგნოზის დაღგენაში გეეხმარება სეროლოგიური გამოკე-ლეეები, მაგრამ ამ გამოკელეეების უმეგესობა შეაღგენს უზუსტობის საკმაოდ ღიდ პროცენტს. უფრო სრულყოფილია ჩირქოვანი მასის მიკრობიოლოგიური გამოკელეეა. დრუმების აღმოჩენა უფრო საიმელოს ხდის ღიაგნოზს. თუმეა დრუმები შეიძლება მეორადათ მოხვლეს ჩირქოვან კერაში. ამიგომ საჭიროა კომპლექსური მიღგომა ზუსტი ღიაგნოზის დასაღგენად.

მკურნალობა. დააეალების მკურნალობა კომპლექსურია: მედიკა-მენგური და ქირურგიული. მედიკამენგური მკურნალობა მიმართულია როგორე ძირითადი ინფექციის (აქტინოლიზატოვერაპია იხ. მე-14 თავი), ისე მეორადი ინფექციის წინააღმდეგ. გარდა ამისა გამოიყენება სულფამიდური პრეპარატები, ეიგამინები და სხვა.

ათაშანგი. სასერწყეე ჯირკვლების ათაშანგიე იმეიათი დააეალე-ბაა. ანთებადი პროცესები ელინდება მეორეულ პერიოდში. ჯირკვალი ღიდ-დება და ხდება მკერივი. ამ პერიოდში ზოგჯერ შეიძლება აღგილი ქონლეს მის აბსცედირებას. დააეალების მესამეულ პერიოდში აღგილი აქეს ქრონიკული სიალოადენიგის კლინიკური სურათის განვითარებას. ვითარდება პაგარა ზომის გუმები, რომლებიე ზოგჯერ კანქეეშ ისინჯება, შეიძლება გაიხსნას და ჩამოყალიბდეს ხერელარსი.

ღიაგნოზის დაღგენაში გეეხმარება სპეციფიკური სეროლოგიური რეაქცი-ის-დაყენება (ვასერმანი).

მკურნალობა მიმართულია ძირითადი დააეალების წინააღმდეგ. საჭიროების შემთხვევაში მიემართაეთ აღგილობრიე ქირურგიულ ჩარეეას.

შიღსი. შეძენილი იმუნოდეფიციტური სინდრომი სასერწყეე ჯირკე-ლებში ვითარდება დააეალების გენერალიზებული ღიმფადენოპათიის სგალი-ამი. როგორე ცნობილია სასერწყეე ჯირკვლების ზონაში საკმაო რაოლენო-ბით არის განლაგებული ღიმფური ჯირკვლები.

შიღსით დააეალების დროს პერიფერიული ღიმფური ჯირკვლების რეაქ-ცია ერთ-ერთი ძირითადია დააეალების განვითარების პერიოდში. აღგილი აქეს ნიკაპქეეშა, ყბის ქეეშა ღიმფური კვანძების გაღიდებას. გაღიდებულია აგრეთეე სასერწყეე ჯირკვლებთან მიმდებარე ღიმფური ჯირკვლები. მათი გაღიდება რეაქტიული ტიპისაა, აქეთ რბილი ან მომკერიეო ელასტიკური

კონსისტენცია, არიან უმტკივნეულო და მოძრავი, მფარავი კანი უცვლელია.

სალიავნოსტიკო მნიშვნელობა ენიჭება მინიმუმ ორი ჯგუფის ლიმფური ჯირკვლების ერთდროულ გადილებას (ნიკაპის არე და სანერწყვე ჯირკვლები), ლიმფური ჯირკვლები დიდდება ყველა სანერწყვე ჯირკვლებთან ერთად. თუ ასეთი ლიმფადენოპათია გრძელდება 2-3 თვეზე მეტი, შეიძლება ეჭვი მივიტანოთ მიღსით დაავადებამე.

სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადებები

სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადება ცნობილია უძველესი დროიდან (პიპოკრატი). კენჭი შეიძლება იმყოფებოდეს როგორც სადინარში, ისე ჯირკვალში. უფრო ხშირია სადინარის კენჭოვანი დაავადება. პირველ ადგილზეა ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლები, ენისქვეშა და შემდეგ ყბაყურა.

სანერწყვე კენჭის წარმოშობაზე ერთიანი შეხედულება არ არსებობს. ლიგერატურაში მითითებულია, რომ დაავადების აუცილებელი პირობაა ანთება და ნივთიერებათა ცვლის მოშლა. ანთების ნიადაგზე განვითარებული სადინარის სანათურის შევიწროება იწვევს ნერწყვის შეგუბებას და ქმნის ხელსაყრელ პირობას კენჭის წარმოსაქმნელად. მითითებულია აგრეთვე ფიბრინის, თრომბოზის როლზე სადინარში და ამ ორგანული მაგრიქსის გაკირვაზე შემდგომში. ჩვენ არ გამოვირცხაეთ ანთების როლს და მინერალური ცვლის მოშლას, ისევე როგორც უცხო სხეულის მოხედრას სანათურში, მაგრამ მიგვაჩნია, რომ ნერწყვის შეგუბება ჯირკვალში გამოწვეულია ძირითადად სადინარის კედლების ელასტიკურობის დაქვეითებით და მისი პერისტალტიკის მოშლით, რაც შამდგომში ხელსაყრელ პირობებს ქმნის კენჭის ჩამოყალიბებისათვის.

კ ლ ი ნ ი კ ა . დაავადების კლინიკური სურათის განვითარება ძირითადად დამოკიდებულია სანერწყვე კენჭის ლოკალიზაციაზე. ჯირკვლის პარენქიმაში კენჭის ლოკალიზაციის შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, კენჭის ჩამოყალიბება ვერ ახლენს გაელენას ნერწყვის გამოყოფის ინტენსიობაზე, რადგან მაგისტრალური და პირველი-მესამე რიგის სადინარები ჯერ კიდევ ნორმალურად ფუნქციონირებენ. სანერწყვე კენჭის მრდასთან დაკავშირებით მის პერიფოკალურად პარენქიმაში ვითარდება ქრონიკული ანთება დამახასიათებელი ჩირქმბალი პროცესით, რაც მოგვიანებით იწვევს ნერწყვის ჩირქოვან შემღვრევას და ჩირქის გამოყოფას სადინარის სანათურიდან. ტკივილი ამ პერიოდში მკაფიოდ გამოხატული არ არის. ადგილი აქვს სანერწყვე ჯირკვლის პარენქიმის შეშუპებას, ჯირკვალი დიდდება, პალპაციით უმტკივნეულოა. ჯირკვლის მასაჟის დროს გამოიყ-

ოფა შემღვრეული ან ჩირქნარევი ნერწყვი: ლიგურატურაში აღწერილი სიმპტომი "სანერწყვე ჯირკელის კოლიკა". ამ პერიოდისათვის დამახასიათებელი არ არის. ეს სიმპტომი ჩამოყალიბდება მაშინ, როდესაც კერძი იწვევს ნერწყვის გამოყოფის მკვეთრ შეგუბებას ან სანერწყვე ჯირკელის საღინარის მექანიკურ დაცობას. ამ პერიოდში გამოიკვეთება ისეთი სიმპტომი, როგორცაა საკვების მიღების პროცესში ჯირკელის არეს შემუქება. სანერწყვე ჯირკელის საღინარში კენჭის ჩამოყალიბებას აქვს დამახასიათებელი კლინიკური სურათი: დასაწყისში ნერწყვის გამოყოფა თავისუფალია, ტკივილი არ არის, დათვალეირებით საღინარის სანათური ჰაიერემულია. კენჭის მრდასთან ერთად მაგულობს შეგუბებითი მოვლენები და ნერწყვის გამოყოფა თანდათან მცირდება, აღმოცენდება ტკივილი ჭამის დროს ("სანერწყვე ჯირკელის კოლიკა"), შემუქება ვითარდება ჯირკელის არეში, რომელიც საკვების მიღების შეწყვეტის შემდეგ მცირდება.

ღიაგნომის დასაზუსტებლად საჭიროა ანამნეზის გულმოდგინე შეკრება და აუადმყოფის გამოკვლევა. რადგან კენჭოვანი დაავადება ქრონიკული პათოლოგიური პროცესია, სანერწყვე ჯირკეალი გაღილებულია, რბილი კოსისტენციისაა, პალპაციით ჯირკელის პარენქიმაში კენჭი არ ისინჯება. ჯირკეალსა და სანერწყვე საღინარს ვიკვლევთ ბიმანუალური მეთოდით. ერთი ხელის ოთხ თითს ვათავსებთ ყბისქვეშა არეში, ვაფიქსირებთ სანერწყვე ჯირკეალს, მეორე ხელის საჩვენებელი თითით ვიწყებთ გამოკვლევას ყბა-ენა ღარის არეში ჯირკელიდან საღინარის მიმართულებით, კენჭის არსებობის შემთხვევაში შევიგრძნობთ საღინარის ღეფორმაციას, შემკერიებას, სანათურიდან გამოიყოფა ჩირქნარევი ნერწყვი. თუ საჭიროა მიემართაეთ საღინარის ზონდით გამოკვლევას. ღიაგნომის დადგენაში დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, მიმოხილვითი და კონტრასტული. ეს უკანასკნელი საშუალებას გვაძლევს დაეადგინოთ კენჭის ოდენობა და მისი ლოკალიზაცია.

ღიფერენციულ ღიაგნომს ვაგარებთ პარენქიმულ სიალოადენიტთან, სანერწყვე ჯირკელის კისტასთან, აუთეისებიანი სიმსივნის მეგასტამთან.

კენჭოვან დაავადებას და პარენქიმულ სიალოადენიტს აქვთ მსგავსი კლინიკური ნიშნები: ორივე ქრონიკული დაავადებაა, ახასიათებთ პერიოდული გამწვავება, საღინარიდან ჩირქნარევი ნერწყვის გამოყოფა, სანერწყვე ჯირკელები გაღილებულია. განსხვავება მდგომარეობს მასში, რომ პარენქიმული სიალოადენიტის შემთხვევაში საკვების მიღების დროს ადგილი არა აქვს ჯირკელის შემუქებას და ნერწყვოვან. ჭეაღს, ხოლო სიალოგრამაზე არასოდეს არ აღინიშნება კენჭის ჩრდილი ან კენჭი.

სანერწყვე ჯირკელის კისტას ახასიათებს ჯირკელის გაღილება, ტკივილი გამოხატული არ არის. ჯირკელის შესიება მიმდინარ-

ეობს თანდათანობით და ხასივრძლივად. ანთიების ნიშნები გამოსატყული არ არის. საკეების მიღების პროცესში ჯირკვალში მოცულობაში არ მატულობს, ნერწყვოვანი ჭკალი არ არის, საღინარიდან ჩირქოვანი გამონადენი არ აღინიშნება. სიალოგრამაზე კენჭი არ ლოკალიზდება.

სიმსივნურ მეტასტაზისათვის დამახასიათებელია ლიმფური ჯირკვლის პიპერულაზია, რომელიც სანერწყვე ჯირკვლის ანატომიურ ზონაში მდებარეობს, ჯირკვალში გადიდებულია, უმტკივნეულოა. მეტასტაზს ახასიათებს პროგრესირებადი ზრდა, ავთვისებიანი სიმსივნისათვის უფრო ხშირად დამახასიათებელია რამდენიმე ლიმფური კვანძის მეტასტაზებად გადიდება. მეტასტაზის შემთხვევაში სანერწყვე ჯირკვლის საღინარიდან გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი, სიალოგრამაზე კენჭი არ აღიქმება, საკეების მიღების დროს ადგილი არა აქვს ჯირკვლის გადიდებას და ტკივილს.

მკურნალობა. დაავადების მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. ჯირკვლის საღინარში კენჭის არსებობის შემთხვევაში განაკვეთს ვაგარებთ პირის დრუში. უმჯობესია რეგიონული ანესთეზია. ინფილტრაციული ანესთეზია იწვევს ქსოვილების გოპოგრაფიის შეცვლას, რაც შემდგომში აძნელებს კენჭის მოძებნას. ენის ნერვის ანესთეზიის შემდეგ განაკვეთს ვაგარებთ კენჭის ლოკალიზაციის საპროექციო არეში, გაეკვეთათ რბილ ქსოვილებს და კოემის საშუალებით ამოვიღებთ კენჭს, გამოეფხეკავთ გრანულაციურ ქსოვილებს, ჭრილობას გამოვრეცხავთ ანტისეპტიკური ხსნარებით და ვგოვებთ ღიას. აუადმყოფს 5-6 დღით ეუნიშნავთ ანტიბიოტიკებს, ანტისეპტიკურ საელებს.

ჯირკვლის პარენქიმაში კენჭის ლოკალიზაციის შემთხვევაში ვაგარებთ პირგარეთა განაკვეთს. ვითვალისწინებთ სახის ნერვის გოგების გოპოგრაფიულ ანატომიას. თუ ჯირკვლის ფუნქცია შენარჩუნებულია კენჭს ვიღებთ და სანერწყვე ჯირკვალს ვგოვებთ. სხვა შემთხვევაში ვაგარებთ ჯირკვლის ექსტირპაციას. ყბა-ყურა ჯირკვლის კენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობა მოითხოვს მაღალ პროფესიულ დონეს. ჯირკვლის ამოღება დაკავშირებულია გარკვეულ სიძნელებებთან და განპირობებულია მისი ფუნქციური უკმარისობით.

ზოგადი ან ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე ვაგარებთ კოვუნოეიზის განაკვეთს; გაეკვეთათ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, ჯირკვლის ფასციას გაეხსნით და მოვნახავთ სახის ნერვის დეროს ჯირკვალში შესვლამდე და ფრთხილად ვანთავისუფლებთ ნერვის მაგისტრალურ გოგებს ჯირკვლის პარენქიმისაგან. მჭრელი და ბლაგვი გზით გამოეყოფთ ჯირკვალს და ამოვიღებთ კენჭებთან ერთად. ოპერაციის ერთ-ერთი საყურადღებო მომენტია სტენონის საღინარის მოძებნა და მისი საიმედო გადაკვანძვა. სახის ნერვის გოგებს ვაბრუნებთ ჭრილობაში და ჭრილობას გაეკერავთ შრეობრივად. ერთი დღით ჭრილობაში ვგოვებთ რემინის გამომტანს. ზოგი ავტორი სახის ნერვის გოგების გამოყოფას იწყებს პერიფერიიდან ცენ-

გრაღური ღეროს მიმართულებით. მკურნალობის სხვა მეთოდებიდან ლიგ-ერატურაში აღწერილია რენგგენის სხივებით შემოქმედება. ეს მეთოდი სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული, ღოზის გაღამეგების შემთხვევაში მოსალოდნელია გართულება-რბილი და მაგარი ქსოვილების რადიონეკროზი.

მკურნალობის უფრო ღამზოგავ მეთოღათ შეიძლება ჩაითვლოს ყურ-საფეთქლის ნერვის გაღაკეღათა, რომელიც უშუალო მონაწილეობას ღებ-ულობს სანერწყვე ჯირკელის სეკრეგორულ ფუნქციაში.

მკურნალობის სხვა მეთოდებიდან აღსანიშნავია ჯირკელის მაგისგრაღური საღინარის გაღაკეღანძეღა და ნერწყვის გამოყოფის შეწყვეტა. ოპერაცია მარ-გითა და ნაკლებ ტრავმული. სტენონის საღინარში შეგეყავს წერილი მონდი, ფრთხილად გაღაღეკეღათ ღორწოღან გარსს, გამოეყოფთ საღინარს 1,5 სმ სიგრძეზე, მოეკეღათ და ღაღაღებთ ღიგატურას აბრეშუმის ძაფით. ჭრილო-ბას გაეკერაღათ. ოპერაციის პირეღ ღღებში აღღილი აქვს ჯირკელის არეს შემუშებას და ტეიღიღს, რომელიც სათანადო მკურნალობის შემღღე გაიღიღს.

ყ ბის ქეღე მა სანერწყვე ჯირკელის კენჭოღანი ღაღაღების ქირურგული მკურნალობის ჩეღეღება ისეთიღეღა, როგორც ყბა-ყურა ჯირკე-ღის – ჯირკელის ფუნქციური უკმარისობა, მისი პარენქიმის ღამღა.

აღღიღობრივი ან ზოგაღი გაუტეიღარების ქეღე ღაგარებთ განაკეღთს ქეღა ყბის ქეღაღ კიღეღან 2,5-3 სმ ღამორებით. გაეკეღათათ კანს, კანქეღეღა ცხიმოღან ქსოვიღს, გაეხსნით კისრის ზერეღე ფასციას და მოეღებნით სანერწყვე ჯირკეღალს. მჭრელი და ბღაგვი გზით გამოეყოფთ ჯირკეღალს, მოეღებნით საღინარს, გაღაღეკეღანძეღათ და გაღაღეკეღათ მას. ტაკეს ღაღამუშაღებთ იოღის ნაყენით. ჯირკელის გამოყოფის ღროს არ უნღა ღაღამიანოთ ენისქეღეღა ნერვი. ჭრილობას გამოურეცხაღათ და გაეკ-ერაღათ შრეობრივად: ჭრილობაში ვტოღებთ რეზინის გამომგანს. ავაღმყოფს 5-7 ღღეღ ეუნღინაღათ ანთების საწინააღმღეგო მკურნალობას.

სანერწყვე ჯირკეღების სისტემური ღაღაღებებეღი (სიაღოზი)

სიაღოზებეღი განეკუთენება სისტემურ ღაღაღებათა რიგს და ახასი-ათებს ქრონიკული პროგრესირებაღი მიმღინარეობა. სანერწყვე ჯირკე-ღების არეს შემუშება ვითარღება ნეღა, ტეიღიღის გარეღე, ანთებაღი კომონენტი გამოხატული არ არის. ღაღაღება მოიციავს ღიღ სანერწყვე ჯირკეღებს, აქეს გამოხატული სიმეტრიულობა. პათოლოგიური პროცესი პირეღ ღიღში აზიანებს ჯირკელის პარენქიმას, რასაც თან სღეღეს ნერწყვის გამოყოფის მკეღთრი შემცირება, შემღგომში მიანღება ჯირკელის

ინტერსტიცია, ირლენდია ჯირკვლის სეკრეტორული უუნქცია, ამას შეიძლება მოყვეს აღმავალი გზით ინფექციის შეჭრა ჯირკვალში და მეორადად ანთება-ლი პროცესის განვითარება. სიალოზებს ახასიათებს არა მარტო ნერწყვის გამოყოფის რაოდენობრივი შემცირება, არამედ ხარისხობრივი ცვლილებებიც. მცირდება ნაგრიუმის და იზრდება კალიუმის რაოდენობა, მაგრამ ამას ლიავნოსტიკური მნიშვნელობა არა აქვს.

მიკულიჩის დაავადება

დაავადება აღწერილია ავტორის მიერ 1892 წელს, ეგიოლოგია უცნობია. რიგი ავტორების აზრით მას საფუძვლად უდევს ენდოკრინული, ნერვორეულექტორული მოშლილობა, ლიმფომატოზი, კოლაგენოზი და სხვა მიზმები.

კ ღ ი ნ ი კ ა . პათოლოგიური პროცესი იწყება აუადმყოფისათვის შეუმჩნეველად, უმტკივნეულოდ, ძალიან ნელა. დასაწყისში ადგილი აქვს ერთი სანერწყვე ჯირკვლის (ყბა-ყურა) არეს შემუქებას, რომელიც პროგრესულად მაგულობს, შემდეგ დაავადება ვრცელდება მეორე მხარეზე. თანდათანობით მცირდება ნერწყვის გამოყოფა. დიდდება საცრემლე ჯირკვლები, მცირდება ცრემლის გამოყოფა. ყბა-ყურა ჯირკვლების გადიდება იწვევს სახის კონფიგურაციის შეცვლას. თვალების ნაპრალი ვიწროვდება, ვითარდება პირის სიმშრალე-ქსეროსტომია. ამ პერიოდში გაძნელებულია მეტყველება, საკვების მიღება. სიმშრალის გამო საკვების დაღვება და დაგუნდავება შეუძლებელია თუ წყლით არ დაასველა ლუკმა. პირის სიმშრალე უარყოფით გაელენას ახდენს ლორწოვან გარსზე და კბილების ემალის მდგომარეობაზე. კბილები კარგავს ბუნებრივ ელფერს – ბრწყინვას, რიგ კბილებში ვითარდება კარიესი. აუადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა შეიძლება იყოს უცვლელი, მაგრამ უფრო ხშირად აუადმყოფი მიუთითებს კანის სიმშრალეზე, ქაეილზე, ღის კომფორტზე. დათვალეირებით აღინიშნება სახის გამოხატული ასიმეტრია, ყბა-ყურა არეს რბილი ქსოვილების შემუქების გამო. სახის კანი უცვლელია. პალპაციით აღიქმება მომკერივო (ზოგჯერ ხორკლიანი) კონსისტენციის ქსოვილოვანი წარმონაქმნი, უმტკივნეულო. ნერწყვი არ გამოიყოფა, სადინარის სანათური შეიძლება იყოს პიპერემიული. პირის ღრუს ლორწოვანი ფერმკრთალია, მშრალი, სტომატიტის ნიშნებით. თვალის სკლერა მშრალია, შეიძლება იყოს კონიუნქტივიტის ნიშნები. კონტრასტული სიალოგრაფია გვიჩვენებს მხოლოდ მაგისტრალურ და პირველი რიგის სადინრებს.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო ზ ს ვატარებთ ინტერსტიციალურ პაროტიტთან, შეგრენის სინდრომთან, ლიმფოგრანულომატოზთან. ამ დაავადება

ვადლებს აქეთ რიგი მსგავსი სიმპტომები მიკულიჩის დაავადებასთან: ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლების შესიება, ნერწყვის გამოყოფის შეწყობა, უმტკივნეულო მიმდინარეობა, დაავადების შეუჩერებელი პროგრესირება.

ინტერსტიციალური პაროტიტისათვის დამახასიათებელია მცირედ გამოხატული შესიება და მისი მოცულობაში შემცირება, განსაკუთრებით დაავადების დასაწყის პერიოდში, რაც მიკულიჩის დაავადებას არ ახასიათებს, ინტერსტიციალური პაროტიტი ეითარდება, როგორც წესი მხოლოდ დიდ სანერწყვე (ყბა-ყურა) ჯირკვლებში, სიალოგრამაზე ინტერსტიციალური პაროტიტის დროს შენარჩუნებულია ჯირკვლის სადინრების პირველი – მეოთხე რიგი თუმცა ძალზე შევიწროებული. მიკულიჩის დროს კი კონგრასტირდება მხოლოდ პირველი და მეორე რიგის სადინრები, ამავე დროს ადგილი აქვს საკრემლე ჯირკვლების შესიებასაც.

შეგრენის სინდრომისათვის დამახასიათებელია თვალების სიმშრალე (ქსეროფტალმია), პირის ღრუს სიმშრალე (ქსეროგლომია), ცხვირხახხის ღორწოვანი გარსების სიმშრალე. მიკულიჩის დაავადებისაგან განსხვავებით დაავადება იწყება თვალების სიმშრალით, რომლსაც შემდეგ თან ერთვის პირის ღრუს სიმშრალე. შეგრენის სინდრომს ყოველთვის თან ახლავს ართალგია, სახსრების გვიფილი, რაც მიკულიჩის დაავადებას არ ახასიათებს.

ლიმფოგრანულომატოზი განეკუთვნება სისტემურ დაავადებათა რიგს და გამოვლინდება ლიმფური ჯირკვლების პიპერქლაზიით, მათ შორის სანერწყვე ჯირკვლის არეში, ლიმფოგრანულომატოზის შემთხვევაში სათანადო ცელილებებია სისხლმბად სისტემაში, ნერწყვის სეკრეცია დარღვეული არ არის. ადგილი აქვს ლიმფური კვანძების გადიდებას ილღის ფოსოში, სახარღულის არეში. ასეთი სიმპტომები მიკულიჩის დაავადებისათვის დამახასიათებელი არ არის.

მკურნალობა. მიკულიჩის სინდრომის პათოლოგია ძნელი სამკურნლოა, დღეისათვის არ არსებობს დაავადების მკურნალობის რადიკალური მეთოდი. პათოლოგიური პროცესის დასაწყის სტადიაში შეიძლება გამოყენებული იყოს გალანგამინ-ნოვოკაინის ჯირკვლის ირგვლივი ბლოკალები, აღმავალი ანთებადი პროცესის თანდართვის შემთხვევაში ვიყენებთ ანტიბიოტიკებს. რიგი ავტორები მიუთითებენ დარიშხანოვანი პრეპარატებისა და კალიუმ-იოდის დადებით სამკურნალო ეფექტზე. რადგან დაავადება განიხილება, როგორც სისტემური პათოლოგიური პროცესი, საჭიროა რევმატოლოგისა და პემატოლოგის კონსულტაცია. დადებითი სამკურნალო ეფექტი იქნა მიღებული ჯირკვლების რენტგენოთერაპიის კურსის ჩატარებით. ქირურგიული ჩარევა განკურნებას არ იძლევა.

შეგრენ-გუქეროს სინდრომი

სისტემური დაავადების ეს სინდრომი აღწერილი იყო 1933 წელს მეულ ოუთალმოლოგ შეგრენის მიერ, მოგვიანებით ასეთივე დაავადება აღწერა გუქერომ და ლიგერატურაში საბოლოოდ დამკვიდრდა სახელწოდება შეგრენ-გუქეროს სინდრომი.

კ ღ ი ნ ი კ ა . დაავადება იწყება ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველად, ორგანიზმის საერთო დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის ფონზე. პირველი ნიშანია ცრემლის რაოდენობის შემცირება, გირილის ღროს აღარ გამოიყოფა ცრემლის ის რაოდენობა, რაც აღინიშნებოდა წინათ. პათოლოგიური პროცესი პროგრესირებს და დაავადების გარკვეულ ეტაპზე ცრემლის გამოყოფა ისე მცირდება, რომ თვალის კაკალი მშრალი სდება. ამ პერიოდში ავადმყოფი მიაინიშნებს თვალში გვიწილის შეგრძნებაზე, რომელსაც წვის ხასიათი აქვს, ვითარდება ე. წ. ძაფისებრი კერატიტი. პროცესის განვითარებას ამ სტადიაში ემატება ცხვირის ლორწოვანი გარსის სიმშრალე, ხახის გამოხატული სიმშრალე. დაავადების განვითარების ამ ეტაპზე ადგილი აქვს ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლების შესიებას და ნერწყვის გამოყოფის მკვეთრ შემცირებას, ვითარდება პირის ღრუს სიმშრალე-ქსეროსტომია. დაავადება შეუჩერებელი პროგრესირებს და აღინიშნება გვიწილი წერილი სახსრების არეში — ართალგია.

ამრიგად, დაავადებას ახასიათებს სამი ძირითადი ნიშანი: 1. ქსეროფტალმია (მშრალი კერატოკონიუქტივიტი), 2. ქსეროსტომია (პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სიმშრალე), 3. ქრონიკული პოლიართრიტი. გარდა ამისა ხშირად თან ერთვის ნაზოფარინგიტი, ლარინგიტი, ოფლისა და ქონის გამოყოფილი ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითება, ფრჩხილების ლეფორმაცია, თმის დაყენა, აღინიშნება ორგანიზმის საერთო სისუსტე. ანამნეზის მუსტად შეგროვებას ღიღიროლი ენიჭება დიაგნოზის დამუსტებაში.

ობიექტური გამოკვლევით ვადგენთ სახის ასიმეტრიას, რომელიც გამოწვეულია საცრემლე და სანერწყვე ჯირკვლების პიპერქლაზიით, თვალის ლორწოვანი გარსი ალაგ პიპერემიული, მშრალი. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი მშრალი, მკრთალი, აგროფიული. სანერწყვე ჯირკვლებიდან ნერწყვი არ გამოიყოფა. პალპაციით ჯირკვლები მომკერეო კონსისტენციისაა, უმტკივნეულო, მოგჯერ ხორკლიანი ბედაპირით. მუარაეი კანი მშრალი, არა პიპერემიული. პირის გალება თავისუფალი. საკვების დაღეჭვა და ყლაპვა გაძნელებული. ადგილი აქვს დისფაგიის მოვლენებს.

დ ი ა გ ნ ო მ ს ვ ა დ გ ე ნ თ გემოთ მოგანილი კლინიკური ნიშნების მისხლეთ. მნიშვნელობა ენიჭება ნერწყვის სეკრეციის გამოკვლევა:

ს ა ც რ ე მ ლ ე ჯ ი რ კ ე ლ ე ბ ი ს ფუნქციის გამოსაკვლეველ მიღებულია ე. წ. ფილტრის ქაღალდის სინჯი, რაც შემდეგში მდგომარეობს: ვიღებთ ნახუარი სანტიმეტრის სიფართის ფილტრის ქაღალდს და ერთი

ბოლო შეგვაქვს თვალბუღის ნაპირალის საცრემლე ჯირკელის არეში 3-5 წუთის განმავლობაში. ფილტრის ქალაღდის დასველების ინგენსიობის მიხედვით ვაღგენთ ცრელის სეკრეციის აქტიობას.

ყბა-ყურა ჯირკელის უუნქეიის გამოკეღევისათვის ფილტრის ქალაღდის ერთ ბოლოს ვათაესებთ სტენონის საღინარის სანათურთან 2-3 წუთით, ამავე დროს ვაწარმოებთ სანერწყვე ჯირკეღების მასაჟს. ფილტრის ქალაღდის დასვეღების ინგენსიობის მიხედვით ვმსჯეღობთ ჯირკელის სეკრეგორულ უუნქეიაზე.

ღიფერენციულ ღიაგნოზს ვაგარებთ ინგერსტიკიაღურ პაროტიგთან, ღიმფოგრანუღომაგოზთან, მიკულიჩის ღააეაღებასთან (იხიღლეთ მიკულიჩის ღააეაღება).

მკურნაღობა. მკურნაღობა გააღნეღებუღია ღა არ იღღეეა სათანაღღო ეფექტს. ღააეაღების ძირითაღღი მკურნაღობა უნღა წარიმართოს რეღეზაგოღოღიურ განყოფიღებაში (ღააეაღების მიმღინარეობაში ერთ-ერთი წამყვანია ქრონიკული პოღიართრიტი). აეაღმყოფს ეუნიზნაღეთ ანთების საწინააღმღეგო ღა სტეროიღულ პრეპარაგებს, პოღიეიგამინებს. ოფღაღმოღოღი წარმართაღეს კერაგოკონიუქტიეიგის მკურნაღობას, ხოლო სტომაგოღოღი პირის ღრუს ორგანოების მკურნაღობას, სანერწყვე ჯირკეღების გაღანგამინ-ნოეოკანინის ბღოკაღებს, მათზე ფიმიკური მეთოღებით ზემოქმეღებას. პირის ღრუს ღორწოვანი გარსის სიმშრაღის თაეიღან ამორების მიზნით მიემართაღეთ საჭმელი ზეთის გაღოღეღებას, A ეიგამინის ზეთოღან ხსნარს თვალში ჩასაწვეთებღად ღა პირის ღრუს ღორწოვან გარსზე წასასმეღად. მეორაღღი ინფექციის აღმეაღალი გზით შეჭრის თაეიღან აეიღების მიზნით ზოგჯერ მიემართაღეთ სტენონის საღინარის გაღაკვანძეას. ვაგარებთ პირის ღრუს სანაციას (კარიესული კბიღების ღაბენა, კბიღის ფესეღების ამოღება ღა სხე).

სანერწყვე ჯირკეღების გრეემული ღაზიანებები

სანერწყვე ჯირკეღების ღამაზიანებელი ფაქტორები შეიძღება იყოს მრეაღღრიცხოვანი, როგორიეაა რაღიაციული ზემოქმეღება, ბღაგვი საგნით ჯირკელის ღაეეეიღობა, მჭრელი საგნით ჭრიღობის მიეენება, ეეცხლსასროღი იარაღით ღაზიანება. გარღა ამისა შეიძღება ცაღკე გაღოღყოთ სანერწყვე ჯირკეღების ღაზიანება მის ზონაში ოპრაციული ჩარეეის დროს. ნებისმიერი ფაქტორის ზემოქმეღების დროს მოსაღოღნეღია თეით ჯირკელის ან მისი საღინრების ღაზიანება.

ჯირკელის ღაზიანების გამოკეღევის დროს ყურაღღება უნღა მიეაქციოთ არა მარგო ჯირკელის ქსოვიღის (პარენქიმა) ღაზიანების ხარისხს, არამეღ მისი მაგისგრაღური საღინრების, სისხლძარღეებისა ღა სტრაგე-

ვიული მნიშვნელობის ნერეული ღეროების მდგომარეობას (ყბა-ყურა ჯირკვალში სახის ნერვის გოტების, ხოლო ყბის ქვეშა საწერწვე ჯირკვალში ენის ქვეშა ნერვის მდგომარეობას).

რადიაციული დაზიანება. საწერწვე ჯირკვლების რადიაციულ დაზიანებას ადგილი აქვს იმ შემთხვევაში, როდესაც ამ მეიოლს ვიყენებთ მიზნობრივად ჯირკვლის სიმსივნური (ან სხეა) დაავადების დროს, რათა მივაღწიოთ ჯირკვლის ქსოვილის პათოლოგიური ზრდის შეჩერებას.

ზედა ყბის სიმსივნური დაავადების დროს გამასხივების გამოყენების შემთხვევაში, დასხივების ზონაში ხვდება სახის რბილი ქსოვილების ნაწილი და ჯანმრთელი საწერწვე ჯირკვალი (ან მისი ნაწილი). ამ შემთხვევაში ჯირკვლის პარენქიმა და მისი ნერეულ-სისხლძარღვოვანი კონა განიცდის დასხივების ზემოქმედებას. დასხივების პირველ დღეებში ადგილი აქვს ნერწყვის სეკრეციის მომატებას, შემდეგ კი სეკრეციის შემცირებას და შეწყვეტას.

საწერწვე ჯირკვალში ვითარდება შეუქცევადი მორფოლოგიური ცვლილებები. ადგილი აქვს წერილი სისხლძარღვების თრომბოზს, ობლიგერაციას და მიკროციტულიაციის სრულ მოშლას. ამავე დროს ადგილი აქვს ჯირკვლის პარენქიმის უჯრედული სტრუქტურის დაღუპვას. ეს კი განაპირობებს ჯირკვლის სეკრეტორული ფუნქციის სრულ მოშლას.

საწერწვე ჯირკვლის დაქვეითობას ადგილი აქვს ჯირკვლის არეში ბლავი საგნით გრავემის მიყენების შემთხვევაში (დაცემა, დარცემა და სხეა). შეიძლება იყოს შეუღლებული დაზიანება – ქვედა ყბის სხეულის ან გოტის მოტეხილობაც. დაქვეითობისათვის დამახასიათებელია რბილი ქსოვილების სწრაფი შესუქება, ჯირკვლის პარენქიმაში სისხლძარღვები ზიანდება, გამოიყოფა სისხლნარევი ნერწყვი. შესუქების მომატებასთან დაკავშირებით მცირდება ნერწყვის გამოყოფა სადინარიდან, შესუქება მაგულობს და ტკივილი ძლიერდება. შეიძლება განვითარდეს სახის ნერვის გოტების პარეზი, ხოლო ნერეული ღეროს მთლიანობის დარღვევის შემთხვევაში – პარალიზი.

ნერწყვის გამოყოფის შეჩერება, სისხლჩაქევეები ჯირკვლის პარენქიმაში ხელსაყრელ პირობებს ქმნის აღმავალი ინფექციის შეჭრისათვის. ინფექცია შეიძლება შეიჭრას დაზიანებული-დაქვეითი კანის საფარიდანაც.

ჯირკვლის კონტუმის ფონზე განვითარებული ანთებადი პროცესი იწვევს ნაწიბურების წარმოქმნას, საწერწვე სადინრების ღეფორმაციას, სახის ნერვის გოტებზე ზეწოლას.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ძლიერი ხასიათის ტკივილს გრავემის მიყენების ადგილზე. დაზიანებული ჯირკვლის არე შესუქებულია, პირის გაღება შემღულული, საწერწვე ჯირკვლის სადინარიდან გამოიყოფა სისხ-

ღნარევი ნერწყვი. შეიძლება ადგილი ქონდეს მიმიკური კუნთების პარეზს. კონტრასტული რენტგენოგრაფიით გამოვლინდება ნერწყვის გამომგანი საღინრების მთლიანობის დარღვევა, კონტრასტული ნივთიერების ჩაღრა ჯირკვლის პარენქიმაში. სახის კანზე აღინიშნება ნაკაწრები. ღიაგნომს ვაღგენტ ანამნეზის შეკრებით და მოგანლი კლინიკური ნიშნების მიხედვით.

მკურნალობა. სანერყვე ჯირკვლის იზოლირებული დაზიანების დროს, გრამეის მიღების პირველ საათებში, უნდა გაეწმინდოთ სახის კანი, ნაკაწრები დაეამუშაოთ იოდის ნაყენით, ან მეთილინის მწვანეთი. ჯირკვლის არეში ეათავსებთ ყინულის პარკს 30-40 წუთით, შემდეგ ვასეცებთ 20-30 წუთი და ისევე ცივი საფენები რბილი ქსოვილების შემუქებისა და სისხლდენის შესაზერებლად. ნერწყვის სეკრეციის შესამცირებლად ვიყენებთ დამწოლ ნახევეს, უმარილო დიეტას და აგროპინის 0,1%-იანი ხნარის 3-5 წეეთი წყალთან ერთად 3-ჯერ დღეში ჭამის წინ 20 წუთით ადრე 7-8 დღის განმავლობაში. გრამეის მიღებიდან მე-5 მე-ნ დღეზე ავადმყოფი გადაგვყავს ფიზიოთერაპიულ მკურნალობაზე; უმს, დიაღინამიკური დენი. ჩირქოვანი პროცესების განვითარების შემთხვევაში ვაგარებთ ანთების განვითარების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

სანერწყვე ჯირკვლის მჭრელი საგნით დაზიანების შემთხვევაში კლინიკურ სურათში წამყვანია ჭრილობის არსებობა, სისხლდენა, ზოგჯერ ნერწყვის გამოყოფა ჭრილობაში. ყბა-ყურა ჯირკვლის არეში მოსალოდნელია სახის ნერვის გოგების დაზიანება და მიმიკური კუნთების პარეში ან პარალიჩი, გამოხატული სისხლდენა, ნერწყვის გამომგანი საღინრების დაზიანება. ყველაზე მნიშვნელოვანია სახის ნერვის გოგების დაზიანება. ჭრილობის დამუშავების დროს თუ სახის ნერვის გოგები გადაჭრილია, უნდა ვცადოთ ცენტრალური და პერიფერიული ნაწილების მოძებნა და მათი მთლიანობის აღდგენა აგრავმული ნემსით ნაკერის დაღებით. ცენტრალური მონაკვეთის მოძებნა შეღარებით აღვილია, უფრო ძნელია პერიფერიული ნაწილის მოძებნა, ამისათვის გამოიყენება გაღვანური დენის სტიმულიატორი, ნერული დეროს მოძებნის შემდეგ საჭიროა მათი მობილიზება და გაკერვა. სახის ნერვის დეროს დაევეილობის დაღგენის შემთხვევაში, ნერვის დაევეილ ნაწილს ამოვჭრით ბასრი დანით და გავკერავთ აგრავმული ნემსით.

სანერწყვე ჯირკვლის პარენქიმის ჭრილობა ხშირად ხასიათდება გამოხატული სისხლდენით, ჭრილობის დათვალეირებით ვაღგენტ სისხლდენის წყაროს და გადაეკვანძავთ სისხლძარღვს. ძლიერ გამოხატული სისხლდენის შემთხვევაში საჭიროა გარეთა საძილე არგერიის გადაკვანძვა, სისხლდენის შეჩერება და პარენქიმის ქსოვილზე რამდენიმე ნაკერის დაღება, ხოლო შემდეგ ჯირკვლის გაკერვა!

სანერწყვე ჯირკელის ჭრილობას სშირად თან ახლავს მაგისტრალური სანერწყვე სადინრების დაზიანება.

ჭრილობაში სისხლდენის შეჩერების შემდეგ სანერწყვე ჯირკელის მასა-
ვით ვადგენთ სტენონის სადინარის მდებარეობას ნერწყვის გამოყოფის
მიხედვით, პერიფერიული ნაწილის მოსაძებნად პირის ღრუდან მონღით
შევიღივართ სტენონის სადინარში და გამოვიღივართ ჭრილობაში. მონღზე
ვიღებთ სადინარის დისტალურ მონაკეთს და სადინარის ნაწილებს ვაკ-
ერებთ ერთმანეთზე აგრავებული ნემსით. თუ ნაკერის დაღება არ ხერსღება,
შეიძღება ვყადოთ დისტალური ნაწილის მობიღიღება და ძაფის საშუაღებით
გადაკვეთიღი ბოლოს პირის ღრუში შემოგანა და ლორწოვან გარსზე
დაკერება

სანერწყვე ჯირკეღების სახის კანის ხერეღარხები

სახის კანზე ხერეღარხების ჩამოყალიღება განპირობებულია სანერწყვე
ჯირკეღების არასრულღასოვანი ან დაღვიანებული მკურნაღობის შეღეგაღ.
შეიძღება განეითარღეს კენჭოვანი დაავაღების ფონზე. ხერეღარხი უფრო
ხშირად ვითარღება ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკეღების არეში. დაღვიანებული
ან გახანგრძღივეებული მკურნაღობის შეღეგაღ იწყება ეპითელური უჯრეღ-
ბის ჩაზრღა. ჭრილობაში და ეპითელიზირებული ხერეღარხების ჩამოყალი-
ღება. ხერეღარხები უფრო ხშირად ვითარღება მაგისტრალური სადინრების
დაზიანების ფონზე.

ვარჩევთ სანერწყვე სადინრების დაზიანების შემღეგ სახეებს: არასრული
დაზიანება და სადინარის სრული დაზიანება. გარღა ამისა გვხვღება სანერწყვე
სადინარის შევიწროება (სტენოზი) და სადინარის სანათურის დახშობა
(ობღიგერაცია).

სადინარის არასრული დაზიანების ღროს ნერწყვის ნაწიღი იღერება
პირის ღრუში, ნაწიღი კი გამოიყოფა სახის კანზე ხერეღარხიღან.
სადინარის სრული დაზიანების შემთხვევაში ნერწყვი მთღიანად გამოიყ-
ოფა სახის კანზე. ნერწყვის სახის კანზე გამოყოფა იწვევს დისკომფორგს,
პირის ღრუში ნერწყვის რაოღენობის შემცირებას, სახის კანის და-
ზიანებას (მაყერაცია).

კ ლ ი ნ ი კ ა . ავადმყოფი უჩივის სახის არეში სისეღელეს, გამჭვირ-
ვაღე სითხის გამოყოფას. განსაკუთრებით საკეღების მიღების ღროს,
გკიეღი არ არის. სანერწყვე ჯირკელის არეს მასაყის ღროს აღინიშნება
სუფთა წვეთოვანი სითხის გამოყოფა, დათვაღიერებით შეინიშნება მყირე
გომის ხერეღარხი ძაბრისებრი ჩაღრმავეღით. წერიღი მონღით შეიძღება
შევიღეთ 1-1,5 სმ სიღრმეში ჯირკელის მიმართუღებით. ხერეღარხის

ლოკალიზაციის არეში ზოგჯერ ადგილი აქვს კანის მაცურაციას. არსებობს ხერელარხის გამოკვლევის რამდენიმე მეთოდი: 1. პირის ღრუდან: სადინარის სანათურში ბლაგვად ნემსით და შირიციის საშუალებით შეგვყავს ფერადი სითხე (რივანოლი, მეთილენი და სხვა) და სახის კანზე მისი გამოყონით ვადგენთ ხერელარხის მდგომარეობას. 2. სადინარში შეგვყავს რენტგენოკონტრასტული ნივთიერება. 3. იმ შემთხვევაში, როდესაც სადინარი დახშულია, გამოსაკვლევი სითხე შეგვყავს უშუალოდ ხერელარხში.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ს ვადგენთ ანამნეზის შეგროვებით, ობიექტური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევების მონაცემების მიხედვით.

მ ქ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ხერელარხების მკურნალობის მეთოდის შერჩევა დამოკიდებულია ჯირკელის ან მისი სადინარის დაზიანების ლოკალიზაციაზე.

მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდი გამოიყენება ნერწყვის გამომგანი სადინარის ნაწილობრივი დაზიანების ან მხოლოდ ჯირკელის პარენქიმის დაზიანების (სადინარი დაზიანებული არ არის) შემთხვევაში. მკურნალობის ამ მეთოდის მიზანია შეექმნათ ხერელარხის დახურვის ოპტიმალური პირობები და აღვადგინოთ ნერწყვის სადინარიდან გამოყოფა. ამისათვის მიემართაეთ ხერელარხის მიწვას იოდის ნაყენით, სამქლორიანი ძმარმეკვას ხსნარით, ელექტროკაუტერით და სხვა. გარდა ამისა ეუნიშნავთ დიეტას, დამწოლ ნახვევს, დასალევად ვაძლევთ შმაგის (ბელადონა) წვეთებს 8-10 წვეთი ჭამის წინ ნახევარი საათით ადრე, ან ატროპინის 0,1%-იანი ხსნარის 5-8 წვეთს.

მკურნალობის ქირურგიულ მეთოდს ვიყენებთ სანერწყვე ჯირკვლების ნაწილობრივი და მთლიანი ხერელარხების არსებობის შემთხვევაში.

1. ს ა პ ო ქ ე ო ვ ი ს მ ე თ ო დ ი . ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე გამოვყოფთ ხერელარხს, რაც შეიძლება ღრმად ჯირკელის მიმართულებით, ამოვკვეთავთ. ჭრილობის ნაწილობრივი მობილიზების შემდეგ ვადებთ ქისისებრ ნაკერს, შემდეგ რამდენიმე შრედ ვკერავთ ქსოვილებს კიტგუტით, კანს შევეკერავთ ძუით.

2. ღ ი მ ბ ე რ გ ი ს მ ე თ ო დ ი . ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე ამოვკვეთავთ ხერელარხს და მის ირგვლივ ნაწიბუროვან ქსოვილს, ისე რომ კანი და კანქვეშა ქსოვილი გახდეს მობილური. ქსოვილის დეფექტს დახურავთ შემხვედრი სამკუთხედებით. ჭრილობაში 1-2 დღით ვგოვებთ რეზინის გამომგანს ნერწყვის ღროებითი ღრენირებისათვის, ჭრილობაზე ვადებთ ზომიერ დამწოლ ნახვევს.

მთლიანი სანერწყვე ხერელარხების დასახურავად მოწოდებულია რამდენიმე მეთოდი (ი. ლუკომსკი, გ. ვასილენი, ლ. საზამა, ლერისე, ბოროკანსკი და სხვა).

ი. ლ უ კ ო მ ს კ ი ს მ ე თ ო დ ი . სახის კანის ხერელარხის მხრიდან მსხვილი ქირურგიული ნემსით და აბრეშუმის ძაფით გავჩხვლეკავთ რბილ

ქსოვილებს, შემოკლივართ პირის ღრუში, მოხსნით ნემს, მასზე ავაგებთ აბრეშუმის ძაფის თავისუფალ ნაწილს და ვაკეთებთ ხერელარხის მხრიდან მუორე გაჩხვლეტას და შემოკლივართ პირის ღრუში, პირველი ნაჩხვლეტიდან 1-1,5 სმ დაშორებით აბრეშუმის ძაფის ორივე ბოლო გამოგვაქვს პირის ღრუდან გარეთ და ლეიკოპლასტიკით ვამაგრებთ სახის კანზე, 10-12 დღის განმავლობაში ყოველდღე (დღეში 2-3-ჯერ) ვაწარმოებთ ძაფების მოძრაობას ჭრილობაში (5-6 მოძრაობა). ხელოვნური სადინარის ჩამოყალიბების და ნერწყვის გამოყოფის შემთხვევაში ჭრილობიდან ვიღებთ აბრეშუმის ძაფს და დაეხურავთ ხერელარხს სახის კანზე.

2. ვასილიევის მეთოდი. გამოიყენება ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლის სადინარის აღსადგენად. სახის კანიდან ჭრილობაში მოქცეხნით ხერელარხის გამომყოფი სადინარის ცენტრალურ ნაწილს, ავიღებთ ძაფზე. პირის ღრუში ლოყის ლორწოვან გარსზე გამოვეკეთავთ ენის მაგვარ ლორწოვანის ნაფლეთს, ჭრილობას ვაფართოებთ სანერწყვე ჯირკვლის მიმართულებით. შებრუნებული ნაფლეთი შეგვაქვს ჭრილობაში და ჩაეაკერებთ სადინარის დისკალურ ნაწილში, ვაღებთ კეტიგუტის ნაკერებს. პირის ღრუს ეპითელიზირებული ლორწოვანი გარსი შეხორცების შემდეგ ქმნის სანერწყვე ჯირკვლის ხელოვნურ სადინარს. სახის კანზე ხერელარხის ამოკვეთის შემდეგ ჭრილობას დაეხურავთ.

3. საზამას მეთოდი. საზამა და რიგი ავტორები მიუთითებენ ხელოვნური სანერწყვე სადინარის პლასტიკის შეღარებით გაერცელებულ მეთოდზე. სახის კანზე გამოვყოფთ ხერელარხს, მოვქებნით სადინარის ცენტრალურ ნაწილს. ჭრილობიდან პირის ღრუს მიმართულებით ვაკეთებთ ხელოვნურ არხს და ამ არხში შეგვყავს პოლიეთილენის მილი, რომელსაც ჩაეაკერებთ პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. მილს პერიოდულად ვამოძრაებთ. სახის კანზე ჭრილობას ვაკვერავთ ყრულ. პოლიეთილენის მილს ამოვიღებთ 12-14 დღის შემდეგ. ამ ხნის მანძილზე ხდება ხელოვნური არხის ეპითელიზაცია და სადინარის აღდგენა.

4. ლერიხეს მეთოდი. მკურნალობის ეს მეთოდი მიზნად ისახავს სანერწყვე ჯირკვლის სეკრეტორული ფუნქციის მოშლას. ავტორი გვიჩვენებს მოქმედნით ყურ-საფეთქლის ნერვი და ამოვგრინხოთ. ეს ნერვი შეიცავს სეკრეტორულ ნერვეულ ბოჭკოებს და ამოგრეხვის შემდეგ მკვეთრად მცირდება ნერწყვის სეკრეცია. უარყოფითი მხარეა ის, რომ ამ ოპერაციის შემდეგ აღგილი აქვს მგრძობელობის მოშლას, არა მარტო ყურისა და საფეთქლის, არამედ გარეთა სასმენი ხერელისა და დაფის აპკის არემიყ.

5. ბოროკანსკის მეთოდის მიზანია მხოლოდ სეკრეტორული ნერვეული ბოჭკოების ამოკვეთა, რაც გამორიცხავს ლერიხეს მეთოდის უარყოფით მხარეს. ორივე ეს მეთოდი განეკუთვნება ნატიფ ოპერაციათა რიგს და მისი აკადემიურ დონეზე ჩატარება ექიმისაგან მოითხოვს სათანადო კვალიფიკაციასა და დახელოვნებას. ყბა-ყურა ჯირკვლის

არეში ოპერაციული ჩარევის დროს უნდა გვახსოვდეს სახის ნერვის გოტების დაზიანების შესაძლებლობა.

შევასვენებთ მკითხველს, რომ ყურ-საფეთქლის ნერვი, ქვედა ყბის ნერვს გამოეყოფა, ქვედა ყბის ნერვის ოვალური ხერედიდან გამოსვლის შემდეგ, მიემართება უკან, გარეთა ფრთისებრი კუნთის შიგნითა მხარეზე, შეჩლევ გარეთ, შემოუვლის უკნიდან სასახსრე შორჩის ყელს და მიდის თითქმის ვერტიკალურად ზევით, აძლევს გოტებს ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვალს, გარეთა სასმენ ხერულს, ღაფის აპკს და ყურის ნივარის არეს.

სანერწყვე ჯირკვლების კისტები

კისტები განიხილება, როგორც სიმსიენისმაგვარი დააეაღებები. სიმსიენურ წარმონაქმნებთან მათი მიმსგაესება, ალბად, განპირობებულია მხოლოდ იმ ერთი ნიშნით, როგორიცაა კისტის პროგრესირებადი ზრდა. სიმსიენისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშანთვისებები კისტებს არ გაჩნიათ. კისტების ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია სეკრეტის გარეთ გამოყოფის შეწყვეტა და მისი ღაგროვების ხარჯზე ზრდა. კისტების (სხვა შემთხვევაში) ორგანოს გამომყოფი ფუნქციის შეწყვეტა იწვევს მის თანდათანობით ზრდას (ღერ-მოიღული კისტა და სხვა). ჩვენი აზრით, ასეთი რიგის კისტები არ შეიძლება განხილული იქნას, როგორც სიმსიენისმაგვარი წარმონაქმნები.

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა . კისტების წარმოქმნა და ჩამოყალიბება ძირითადად დამოკიდებულია ორგანოს გამომგანი (გამომყოფი) სადინარის შექანიკური დახშობით ან ანთებადი პროცესით. კისტების განვითარების ძირითადი მიზეზია სადინრების აგრეზია. კისტები შეიძლება განვითარდეს სანერწყვე ჯირკვლების, სადინრების გრავემის შედეგად. ვარჩევთ რეტენციულ და თან-დაყოლილ კისტებს.

რივი აუგორები ღიდი სანერწყვე ჯირკვლების კისტების ჩამოყალიბებას უკავშირებენ ორგანიზმის განვითარების პერიოდში ღისოლონგოგენზურ ღარღვეებს (ღივერტიკულები, სადინრების ღეფორმაციები და სხვა).

ტ რ ა ე მ უ ლ ი წ ა რ მ ო შ ო ბ ი ს კ ი ს ტ ა . ავადმყოფი უჩივის შემუპებას სანერწყვე ჯირკვლის არეში. ანამნეზით ირკვევა, რომ მიღებული აქვს გრავმა. დათვალეერებით აღინიშნება ნაწიბური, ჯირკვლის არე შესიებულია, მფარაეი კანი უცელელი, პალპაციით შევიგრძნობთ ფლუქტუაციას პუნქციით მივიღებთ გამჭვირვალე სითხეს. კონგრასტული რენტგენოგრაფია გვიჩვენებს ჯირკვლის პარენქიმაში ღრუების არსებობას. ყოველივე ამის საფუძეულზე ეადგნთ ღიაგნოზს. ქირურგიული მკურნალობის ჩარევის მოცულობას განესაზღვრავთ ჯირკვლის დაზიანებული ქსოვილის რაოდენობით. მიემართავთ ან ხელოვნური სადინარის

შექმნას, ან ჯირკვლის დაზიანებული პარენქიმის ამოკვეთას. ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს კისტის მკურნალობის მასკულროზირებულ მეთოდზე.

რ ე ტ ე ნ ე უ ლ ი კ ი ს ტ ე ბ ი . დაავადების ეს ფორმა გვხვდება, როგორც მცირე სანერწყვე ჯირკვლების, ასევე დიდი სანერწყვე ჯირკვლების არეში.

მცირე სანერწყვე ჯირკვლების კისტების ლოკალიზაცია უფრო ხშირია ქვედა ტურის ლორწოვანი გარსის არეში, სასის ლორწოვანი გარსის არეში. ავადმყოფი მიუთითებს, რომ დასაწყისში იყო მცირე ზომის შესიება, შემდეგ თანდათან მოიმატა მოცულობაში, ტკივილი არა აქვს, მაგრამ გრძნობს უხერხულობას ლაპარაკის, საკვების მიღების, სიცილის დროს და სხვა. ზოგიერთი ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ გასკდომის დროს გამოიყო მწებავი ხასიათის სითხე, წარმონაქმნი მოცულობაში შექმირდა, მაგრამ შემდგომში ისევე გაიზარდა. დათვალეირებით აღინიშნება ქსოვილოვანი წარმონაქმნი 1-1,5 სმ ზომის, დაფარული უცვლელი ლორწოვანი გარსით, პალპაციით უმტკივნეულოა, ელასტიკური კონსისტენციით, მოძრავი, შიგთავსი გამჭვირვალე ფერის სითხეა.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დასმა სიძნელეს არ წარმოადგენს. მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. ზოგი ავტორი იყენებს მასკულროზირებულ მეთოდს, რაც ჩვენი ამრით არ შეიძლება ჩაითვალოს რადიკალურად. უფრო გამართლებულია რადიკალური მკურნალობა. თუ კისტა ტურის ლორწოვან გარსშია, ტურს ვიღებთ ენის დამჭერით და საანესთეზიო ნივთიერება წერილი ნემსით შეგვყავს კისტის გარსსა და ლორწოვან შრეს შორის, საანესთეზიო ნივთიერება ვრცელდება კისტის ირგვლივ, ლორწოვანი თეთრდება, ამრევდება ნაწილობრივ კისტის გარსისაგან, რაც ნაწილობრივ გვიადვილებს კისტის ამოკაკვლას. ბასრი ლაცენგით ფრთხილად გავჭრით მფარავ ლორწოვან გარსს და კბილის რასპატორით ფრთხილად გამოვთიშავეთ რბილი ქსოვილებისაგან. კისტა მთლიანად უნდა იქნას ამოღებული. კისტის უნებლიედ გახსნის შემთხვევაში გარსი უნდა მოვძებნოთ და მთლიანად ამოვკვეთოთ ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან ერთად. ჭრილობას გამოვრეცხავთ და გავკერავთ კვანძოვანი ნაკერით. ოპერაციის გულმოდგინეთ ჩატარების შემთხვევაში რეციდივი მოსალოდნელი არ არის.

ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის კისტა. გვხვდება უფრო ხშირად ახალგაზრდა ასაკში, ცნობილია რანულას სახელწოდებით (დაკავშირებულია ბაყაყის სახელთან, კისტა ძალიან წააგავს ბაყაყის საყიყინე ბუშგს). იზრდება ნელა, სკერეტის დაგროვება იწვევს დასაწყისში უხერხულობას, დისკომფორტს ჭამის, ლაპარაკის დროს. დათვალეირებით ენის ქვეშა არეში, ლაგამის ან მის გვერდით აღინიშნება შესიება, გამჭვირვალე ფერის სითხით, მფარავი ლორწოვანი გარსი უცვლელია, პალპაციით აღიქმება ფლუქტუაცია. ზოგჯერ კისტა ვრცელდება პირის ღრუს ფსკერის ქვევით, ღრმად, რბილ ქსოვილებში. ასეთ შემთხვევაში შესიება გამოვლინდება ყბის ქვეშა არეში და იღებს ქვიშის საათის მაგვარ ფორმას. კისტა წარმოადგე-

ნლია თხელი ფიბრობჭული გარსით და დაფარულია მოყვარდისფრო ლორწო-
ვანი შრით.

ღია გნოზის დაღგენა რთული არ არის. თუ მიემართაეთ პუნქციას
მსხვილი ნემსით, მივიღებთ გამჭვირვალე მწებაეი ხასიათის სითხეს.

მკურნალობა. ლიგერატურაში აღწერილია მკურნალობის კონ-
სერვატიული და ქირურგიული მეთოდი. კონსერვატიული მეთოდი ითვალ-
ისწინებს კისტის ღრუდან სითხის ამოღებას და მასში მასკლერობირებელი
ნიეთიერების შეყვანას. 1953 წ. ნ. კრაუმემ ამ მიზნით მოგაწოდა ქლორის
სითხის შეყვანა. აეგორის მიხედვით სამკურნალო ფეექტი მოსალოდნე-
ლია კისტის ღრუში 2-3-ჯერ ამ ხსნარის შეყვანის შემდეგ. ამ მეთოდის
კლინიკაში გამოყენება ჩვენი აზრით მიზანშეწონილი არ არის.

მკურნალობის კონსერვატიულ მეთოდს განეკუთვნება კისტის კედლის
განჩხვლეგა მსხვილი აბრეშუმის ძაფით და მისი გასკენის შემდეგ 2-3
კვირით დაგოეება. ამ ხნის განმავლობაში აბრეშუმის ძაფის ირგვლიე
ფორმირდება ორი ხელოენური საღინარი და ძაფის ამოღების შემდეგ
კისტის ღრუს სეკრეტი გამოედინება პირის ღრუში.

ქირურგიული მეთოდებიდან აღსანიშნავია ი. ლუკომსკის მეთოდი (1943 წ.),
რომლის მიხედვითაც საჭიროა კისტის ღრუს კედლის ფართო ნაწილის
ამოკეეთა (პლასტიკური ცისტოტომია) და კისტის კედლების ჩაკერება
პირის ღრუს ლორწოვან გარსთან. ღრუში რამდენიმე დღით ვათავსებთ
იოდოფორმის დოლბანდს.

უფრო რადიკალურ ოპერაციად უნდა ჩაეთვალთ კისტის გარსის გამოყ-
ოფა ირგვლიე მღებარე რბილი ქსოვილებიდან და გარსთან ერთად ენისქეემა
სანერწყვეეჯირკვლის ამოკეეთა.

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს ქეიშის საათის მაგვარი კისტის
ოპერაციული მკურნალობა. ბ. კაბაკოვის აზრით, ასეთი ოპერაცია უნდა
ჩაეატაროთ ორ ეტაპად: პირველი ეტაპი გარდება ყბისქეემა არეში გარეგანი
განაკეეთით, გაეკეეთაეთ კანს, კანქეემა ცხიმოვან ქსოვილს, გაეხსნით
კისრის შერელე ფასციას და მის ქეემ მოეძებნით კისტის კედელს, ფრთხილად
გამოყოფთ ირგვლიე მღებარე რბილი ქსოვილებიდან და პირის ღრუს
ღიაფრაგმის დონეზე აბრეშუმის ძაფით გადაეკენძაეთ, კისტას მოეკეეთაეთ
და ჭრილობას შრეობრივად გაეკერაეთ. ჭრილობაში 1-2 დღით ეგოეებთ
რეზინის გამომგანს. პირის ღრუდან ვაკეეთებთ პლასტიკურ ცისტოტომიას.

ქვედა ყბის სახსრის დაავადებები

საფეთქელ – ქვედა ყბის სახსარი რთული ანატომიური ორგანოა და განსხვავდება სხვა სახსრებისაგან. წყვილი სახსარი აწარმოების სინქრონულ მოძრაობას სამ სიბრტყეში – ვერტიკალური, პორიზონტალური და სავიგალური.

ამ ორგანოს შემადგენლობაში შედის: ქვედა ყბის გოგის სასახსრე მორჩის თავი, სასახსრე ფოსო, სასახსრე ბორცვი, სასახსრე ღისკო, სასახსრე პარკი, იოგოვანი აპარატი.

სასახსრე თავი როკისებრი მორჩის შემადგენელი ნაწილია, წააგავს მორგეს და აქვს ელიფსოიდური ფორმა, შედგება თხელი კომპაქტური ძვლისაგან და დაფარულია ბოჭკოვანი ხრტილით. როკისებრი მორჩის წინა ზედაპირზე არის ფრთისებრი ჩალრმავება, სადაც უმაგრდება ლაგერალური ფრთისებრი კუნთის ბოჭკოები, ამ კუნთის ზედა ბოჭკოები დაკავშირებულია სასახსრე პარკთან და ღისკოსთან. სასახსრე ბორცვი და სასახსრე თავი ურთიერთ შეხებაშია, საკმაოდ დიდ ფართობზე, რაც ხელს უწყობს ქვედა ყბის მოძრაობას ფართო დიაპაზონში. ამავე დროს ასეთი მდგომარეობა კბილების დაკარგვის შემთხვევაში ქმნის დისბალანსს და იწვევს ნერველ-კუნთოვანი, სახსროვანი აპარატის დისფუნქციას.

სასახსრე ფოსო ელიფსოიდური ფორმისაა, შეესაბამება როკისებრი მორჩის სასახსრე თავის ფორმას, მოთავსებულია სასახსრე ბორცვის უკან, ყვრიმალის რკალის მიმაგრების დისტალურ ნაწილთან და ქალას ღრუდან გამოყოფილია თხელი ძვლოვანი ფირფიტით. სასახსრე ფოსოს სიღრმე საშუალოდ 6-8 მმ-ია, ხოლო მოცულობა 2-2,5 ჯერ მეტია როკისებრი მორჩის სასახსრე თავის მოცულობასთან შედარებით. სასახსრე ფოსოს წინა ნაწილი დაფარულია ხრტილით. ფოსოს წინა ნაწილი წარმოდგენილია სასახსრე ბორცვით, ხოლო უკანა კედელი – გარეთა სასმენი ხვრელის წინა ძვლოვანი ფირფიტით.

სასახსრე ბორცვის ფორმირება მიმდინარეობს საღეჭი აპარატის ფუნქციონალურ ჩამოყალიბებასთან ერთად. ბავშვთა ასაკში ის სუსტად არის გამოხატული. მოზრდილებში ასრულებს ფუნქციურ-მარეგულირებელ როლს. ქვედა ყბის მოძრაობაში. სასახსრე ბორცვი საფეთქლის ძვლის ქვედა ნაწილშია მოთავსებული, აქვს ოდნავ ჩალრმავებული (ნახევარკალისებრი) ზედაპირი, რომელიც დახრილია ქვევით და წინ, დაფარულია ბოჭკოვანი ხრტილით. სასახსრე ბორცვის ანატომიურ-ფუნქციონალურ მდგომარეობაზე დიდად არის დამოკიდებული ქვედა ყბის სახსარში მიმდინარე პროცესები (სახსრის დისფუნქცია, ქვე ამოვარდნილობა, ართრიტები და სხვა).

სასახსრე ღისკო ქვედა ყბის სახსრის აუცილებელი აქტიური

შემადგენელი ნაწილია. იგი ოკეალური ფორმისაა, ორმხრივ შეღრეკილი ხრტილია და შეიცავს შემადგენელი ქსოვილის ბოჭკოებს. ღისკოს ცენტრი თხელი ხრტილით არის წარმოდგენილი, პერიფერიული ნაწილი კი შედარებით სქელია, რაც მისი ფუნქციით არის განპირობებული. ღისკო შემრდილია სასახსრე პარკის კედლებთან და სასახსრე ღრუს ყოფს ორ ნაწილად: წინა – ზედა უკანა და ქვედა. ღისკოს ზედა ნაწილი ეხება სასახსრე ბორცვს, ქვედა კი როკისებრი მორჩის სასახსრე თავს და მოძრაობს როკისებრი მორჩის მოძრაობასთან ერთად. აღსანიშნავია, რომ ღისკოს შიგნითა კედელს უმაგრდება ლაგერალური ფრთისებრი კუნთის მყესოვანი ბოჭკოები.

სასახსრე პარკი იწყება გლაზერის ნაპრალიდან და სასახსრე ბორცვის წინა კიდედან, მჭიდროდ ეკერის სასახსრე ღისკოს და მთავრდება როკისებრი მორჩის ყელთან. სასახსრე პარკი საკმაო ფართე მოცულობითი ორგანოა, რაც ხელს უწყობს სასახსრე თავების თავისუფალ მოძრაობას. პარკის გარეთა კედელი წარმოდგენილია ფიბროზული ქსოვილით, შიგნითა ენდოთელური შრით, რომელიც გამოყოფს სასახსრე (სინოვიალურ) სითხეს, ეს უკანასკნელი კი უზრუნველყოფს სასახსრე თავების თავისუფალ მოძრაობას სველ გარემოში.

ქვედა ყბის სახსარი ქალას ძელებთან დაკავშირებულია იოგოვანი აპარატით – სახსარშიგნითა და სახსარგარეთა დაკავშირებით. ყბა-საფეთქლის იოგი, ძირითადი ძელისა და ქვედა ყბის იოგი, საღვისყბის იოგი, ფრთისებრ-ყბის იოგი.

საფეთქელ-ქვედა ყბის არეს სისხლის მომარაგება ხორციელდება ყბის შიგნითა არტერიის შემდეგი გოგებით: საფეთქლის ზედაპირული არტერია, ყურის ღრმა, ყურის უკანა, ღაფის აპკის წინა, გვინის მაგარი გარსის შუა არტერიით, ფრთისებრი არტერიის გოგებით. ამ მონაში სისხლის მიმოქცევის მომლამ შეიძლება გამოიწვიოს სახსრის კომპლექსში ღისგროფული პროცესების განვითარება.

საფეთქელ-ქვედა ყბის არეს ინერვაცია ხორციელდება ყურ-საფეთქლისა და სამწვერა ნერვის გოგებისაგან, საფეთქლის ღრმა და სახის ნერვებისაგან, საფეთქლის არტერიის სიმპატიკური წნულით. სასახსრე ღისკოში, სასახსრე პარკში და იოგთა სისტემაში მონაწილეობენ არა მარტო მგრძნობიარე, არამედ სიმპატიკური ნერვული ბოჭკოები. კისრის ზედა სიმპატიკური კვანძიდან.

პირის მაქსიმალური გაღების დროს სასახსრე ღისკო წინ გადაინაცვლებს და გაღმოდის სასახსრე ბორცვზე, ქვედა ყბის გევით აწევის დროს უკუმოდრაობა ხდება და სასახსრე ღისკო უკან გადაიწვეს სასახსრე ფოსოში. ქვედა ყბის წინ წამოწევის დროს ერთდროულად ხდება ორივე სახსარში სასახსრე თავებისა და ღისკოების წამოწევა სასახსრე ბორცვებზე. ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობის დროს ხდება სასახსრე თავის ცალმხრივი მოძრაობა სასახსრე ღისკოთი, ამ დროს ქვედა ყბა გადაინაცვლებს საწინააღმდეგო

მხარეზე. თუ მოძრაობა ხდება მარცხენა სახსარში, ქვედა ყბა გადინაცვლებს მარჯვნივ, მოძირდაშირე სახსარში სასახსრე ღისკო რჩება ადგილზე – სასახსრე ფოსოში, ხოლო სასახსრე თავი ნაწილობრივ მობრუნდება თავისი ევრტიკალური ღერძის გარშემო. ამ მოძრაობას გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სასახსრე მორჩების მოტეხილობის დროს.

ამრიგად, საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარი არა მარტო განსხეველება სხვა სახსრებისაგან, არამედ აქვს რიგი თავისებურებები: 1. არა აქვს შესასახსრე ბელი ნაწილების სრული კონგურენცობა, რაც კომპენსირდება სასახსრე ღისკოს ფუნქციონირებით, 2. როკოსებრი მორჩის სასახსრე თავი დაფარულია არა პიალინური ხრგილით (რაც სხვა სახსრების აუცილებელი შემადგენელი აგრიბუგია), არამედ ბოტკოვანი შენების ხრგილით. ასეთი შენების ქსოვილი შედარებით იოლად მიანდება, განიცადის ანთებად ცელიღუ ბებს, წარმოქმნის ნაწიბუროვან ქსოვილს, იწვევს მოძრაობის შემღულვას, სხვა შემთხვევაში ვითარდება ძლოვანი ქსოვილი და ყალიბდება ანკილოზი. 3. სასახსრე პარკი რთული აგებულებისაა, წინა ნაწილი თხელია, მობილური, უკანა სქელი და ნაკლებ ჭიმევალი, ეს კი ხელს უწყობს სასახსრე თავის წინა ამოყარღნილობას. 4. სასახსრე პარკში მოთავსებულია სასახსრე ღისკო, რომელიც უზრუნველყოფს მოძრაობის ფართო დიაპაზონს და ასრულებს ამორგიზატორის როლს. საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის თავისებურებანი განაპირობებს დაავადებათა საკმაოდ ფართო სპექტრს.

დაავადებების კლასიფიკაცია. დაავადების კლასიფიკაცია მოყავს სახსრების ანთებას (ართრიტი), სახსრების დეგენერაციულ ცელიღუ ბებს (ართროზი), დაავადების განსაკუთრებულ ფორმებს (სიმსიენეები და სიმსიენისმაგვარი წარმონაქმნები), ართრიტები და ართროზები სხვა ორგანოთა და სისტემების დაავადების ფონზე, სპეციფიკური ართრიტები. ინფექციური ართრიტებიდან აღსანიშნავია რევმატოიდული პოლიართრიტი, რევმატიული პოლიართრიტი, ალერგიული პოლიართრიტი. ართროზებს განეკუთნება: მალეფორმირებული ოსტეოართროზი, პირველადი და მეორადი, გამოწვეული გრავემით, გადატანილი ანთების ფონზე, თანდაყოლილი ანომალიებით.

სახსრის ფუნქციური მოღლილობის აღსანიშნავად ლიგერატურაში მოგანილია მრავალი გერმინი, მათ შორის: საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ღისფუნქცია ტკივილით გამოხატული, 2. საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ნევრალგია, 3. ყბა-სახსრის ღისკინეგია, 4. მიოართროპათია, 5. ფუნქციური ართროპათია, 6. ართროპათია.

1970 წელს ე. ბურგონსკაიამ და ი. ბერნადსკიმ მოგეაწოლა კლასიფიკაციური სქემა, რომელიც პრაქტიკული მუშაობისათვის უფრო მისაღებია. ამ სქემის მიხედვით სახსრის დაავადებები იყოფა სამ ღიდ ჯგუფად: 1. ართრიტი, 2. ართროზი, 3. ართროზოართრიტი. ართროზი თავის სქემაში მოიყავს მასკლერობირებულ და მალეფორმირებულ ფორმებს.

ვ. სებაგოვა (1982) გვაწვდის ასეთ კლასიფიკაციას: 1. ართრიტი, მწვავე და ქრონიკული, 2. ართროზი მალეფორმირებული, მასკულროზირებული, განვითარების მიხედვით, ქრონიკული, გამწვავებული ქრონიკული, 3. კუნთოვან-სახსროვანი დისფუნქცია, 4. ანკილოზი. 5. სიმსივნეები.

ართრიტები შეიძლება იყოს გრავმული, არაინფექციური, ინფექციური (არასპეციფიკური, სპეციფიკური).

ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდებია. საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრით დაავადებული ავადმყოფის გამოკვლევა უნდა ჩაატაროთ გარკვეული სქემით და თანმიმდევრობით. გამოკვლევის სქემაში შედის ავადმყოფის გამოკითხვა, ანამნეზის გულდასმით შეგროვება, სახის არეს დათვალიერება, პალპაცია, სახსრის აუსკულტაცია, ქვედა ყბის მოძრაობის შესწავლა, საღებუ კუნთების ტონუსის განსაზღვრა, თანკბილვის დაღვანა, რენტგენოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევა.

ავადმყოფის გამოკითხვა მნიშვნელოვანი მომენტია ანამნეზის შეგროვებაში, პაციენტს ვეკითხებით თუ რას უჩივის ამჟამად, როდის შეამჩნია (ტკივილი, ხმაური, მოძრაობის შეზღუდვა) დაავადების დასაწყისი. საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დაავადებას ხშირად თან ახლავს ტკივილი, რომელიც ძლიერდება ლაპარაკის, საკვების დაღებვის, ქვედა ყბის მოძრაობის დროს. მწვავე ართრიტის დროს ადგილი აქვს ტრიზმს. ქრონიკული ართრიტის დროს პირის გაღება შეზღუდულია. კუნთოვან-სახსროვანი დისფუნქციის შემთხვევაში ღებვის აქტის ხანგრძლივობა შემცირებულია, მალე ილღება. პირის გაღება შეზღუდულია აგრეთვე ართროზების, დისფუნქციის, ბრუქსიზმის დროს. ტკივილის სიმპტომი შეიძლება აღმოცენდეს კბილების პროტემირების ჩატარების პერიოდში, რაც დაკავშირებულია პირის მაქსიმალურად გაღებასთან, კბილების ხანგრძლივ დაშვებასთან, საღებუ კუნთების გადაღვანასთან. ტკივილის სიმპტომი ზოგჯერ დაკავშირებულია ავადმყოფის ფსიქიკურ დაძაბულობასთან.

ობიექტურ გამოკვლევას ვიწყებთ სახის დათვალიერებით, ყურადღებას ვამახვილებთ საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრების არეში რბილი ქსოვილების მდგომარეობაზე (შეშუპება, ასიმეტრია). ქვედა ყბის მოძრაობის დროს ყურადღებას ვაქცევთ მის ცდომას შუა ხაზიდან, ხომ არა აქვს ადგილი ზიგზაგისებრ მოძრაობას, ვაღვანთ პირის გაღების დიაპაზონს. მანძილი ცენტრალურ საჭრელ კბილებს შორის ფიზიოლოგიური ნორმის დროს 45-50 მმ-ია. 30-35 მმ-მდე პირის გაღება მიგვანიშნებს საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დაავადებაზე. ხოლო პირის გაღება 50 მმ-ზე მეტად მიუთითებს სახსრის ქვეამოვარდნილობაზე. ქვედა ყბის მოძრაობის დროს ხმაური (ტაკუნის) სახსრის არეში უფრო ხშირად გამოწვეულია უფრო უხეში სტრუქტურული ცვლილებებით და შეიძლება დაკავშირებული იყოს სხვა სახსრების პათოლოგიასთან.

პ ა ლ პ ა ც ი თ განესაზღვრავთ სასახსრე თავის მოძრაობის ამპლიტუ-

დას, ტკივილს, პალპაციის ჩასატარებლად საჩვენებელ თითებს ვათავსებო ყურის სარქველის არეში და აეადმყოფს ეაძლევთ წინადადებას ამომძროს ქველა ყბა ვერტიკალურ და პორიზონტალურ სიბრტყეში. საღეჭი კუნთის ტონუსს განესაზღვრავთ ორივე ხელისგულის მოთაფსებით საღეჭი კუნთის საპროექციო არეში, კბილების დაჭერით და მოღუნებით აღვიქვამთ საღეჭი კუნთის ბოჭკოების შეკუმშვის ძალას თვითმოუღ მხარებზე.

პალპაციით განესაზღვრავთ აგრეთვე სხვა დაავადებისათვის დამახასიათებელ სიმპტომურ ტკივილს. ნევრალგიის გამოსარიცხად ვიკვლევთ ვაღეს წერტილებს, ხოლო სახის არეში ტკივილის ლოკალიზაციის დაღგენის მიზნით ვიკვლევთ საფეთქლის, სახისა და თეაღბუღის არტერიის ტოტებს მათი ტოპიკური მღებარეობის გათვალისწინებით.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვაღგენთ სახსარში წარმოქმნილ უხემ სტრუქტურულ ცვლილებებს (სასახსრე ნაპრალის შევიწროება, სასახსრე თავის ღეფორმაცია და სხვა).

არსებობს გამოკვლევის სხვა მეთოდები (გრაფიკული), რომლებსაც შეუძლიათ მოგვეცნ დამატებითი ინფორმაცია სახსრის დაავადებასთან დაკავშირებით, მაგრამ მათ არსებითი მნიშვნელობა არ ენიჭებათ.

საფეთქელ-ქველა ყბის სახსრის მტკივნეული ღისფუნქციის სინდრომი

ტერმინი მოწოდებულია 1959 წელს ლ. შეარტის მიერ და მიუთითებს სახსრის არეში ფუნქციური ცვლილებებით გამოწვეულ ტკივილზე. დაავადების ეს სახელწოდება შესულია ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაციის სქემაში.

მტკივნეული ღისფუნქცია ძირითაღათ გამოწვეულია სახსრის ნერეულ-კუნთოვანი აპარატის ფუნქციური მოშლილობით, ქველა ყბის სახსარში მოძრაობის სინქრონიზმის დარღვევით. დაავადების პათოგენეზში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება ყბა-კბილთა სისტემაში აღმოცენებულ ცვლილებებს.

ამ პათოლოგიის განვითარებაში განარჩევენ ორ პერიოღს: ღისფუნქციის პერიოღი და საღეჭი კუნთების მტკივნეული სპაზმი, რომელიც გარკვეულწიღად ზღუდავს ქველა ყბის მოძრაობის ამპლიტუღას. დაავადების პათოგენეზში მნიშვნელოვანი როღი განეკუთვნება საღეჭი კუნთების ზეღმეტაქტიურობას — კბილების კრაჭუნს (ბრუკსიზმი). ამ პათოლოგიის ერთ-ერთი ობიექტური ნიშანია ქველა ყბის ზიგზაგისებრი მოძრაობა, ქველა ყბის უნებღეე წინ წამოწევა. დაავადების თანმხლები ნიშნებია ხმაური და ტკაცუნი ქველა ყბის სახსარში პირის გაღების დროს.

კ ლ ი ნ ი კ ა . საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მტკივნეული დისფუნქციის კლინიკური სურათი თითქმის მისგავსია სახსრის სხვა დაავადებების (ართროზი, ართროზი) კლინიკურ სურათთან: ქვედა ყბის მოძრაობის მოშლა, პირის გაღების შეზღუდვა, ხმაური სახსარში, ტკივილი. მტკივნეული დისფუნქციისათვის სახსრის არე პალპაციით არ არის მტკივნეული, ან უმნიშვნელოდ მტკივნეულია. უფრო მკაფიოდ გამოხატულია ტკივილი მიგნითა და გარეთა ფრთისებრი კუნთების პალპატორული გამოკვლევის დროს. ასევე მტკივნეულია საფეთქლის და საღეჭი კუნთების პალპაცია. ამ პათოლოგიას ზოგჯერ წინ უსწრებს კბილების კრაჭუნი (ბრუქსიზმი). რენტგენოლოგიური გამოკვლევით სახსარში სტრუქტურული ცვლილებები არ აღინიშნება.

ამრიგად, ამ პათოლოგიისათვის დამახასიათებელია ტკივილი საღეჭი კუნთების სისტემაში, რომელიც ძლიერდება ქვედა ყბის მოძრაობის დროს, პირის გაღების შეზღუდვა, ქვედა ყბის ზიგმაგისებური მოძრაობა.

სალიაგნოსტიკო-საკონტროლო მნიშვნელობა ენიჭება საღეჭი კუნთების მამოძრავებელი ნერვების ბლოკირებას პ. ეგოროვის მეთოდით. თუ ბლოკადის ფონზე ტკივილი და კუნთების სპაზმი მოიხსნა და ქვედა ყბის მოძრაობა გაუმჯობესდა, მაშინ სახსრის დისფუნქციის დიაგნოზი სწორად არის დასმული.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ ორი ძირითადი მიმართულებით:

1. საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დაავადებებთან და 2. სახის არეში არსებულ ტკივილთან. პირველი ჯგუფის დაავადებებიდან ყურადსაღებია: მწვავე ართრიტი, ტრაეპული ართრიტი, რეემატოიდული ართრიტი, ჩირქოვანი ოტიტი, გარეთა სასმენი ხერელის ფურუნკული, ეესტაქის მილის ანთება, ცხვირის დანამატი ღრუების ლორწოვანი გარსების ანთება.

მეორე ჯგუფის დაავადებებიდან აღსანიშნავია: სამწვერა ნერვის ნევრალგია, ყურ-საფეთქლის ნერვის ნევრალგია (ფრეის სინდრომი), ფრთა-სასის კვანძის ნევრალგია (სლუდერის სინდრომი), ცხვირ-წამწამის ნერვის ნევრალგია (მარლენის სინდრომი), დაფის ნერვის ნევრალგია (რეისტერტის სინდრომი), კისრის მალეების ოსტეოქონდრომი, საღვსისებრი მორჩის სინდრომი, შაკიკი, საფეთქლის არტერიის არტერიიტი.

მ წ ვ ა ვ ე ა რ თ რ ი ტ ი . ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია ძლიერი ტკივილი ქვედაყბის მოძრაობის დროს, შემუპება სახსრების არეში და მკვეთრად გამოხატული ტკივილი პალპაციის დროს.

მტკივნეული დისფუნქციის დროს ანთებითი მოვლენები გამოხატული არ არის, სახსრის საპროექციო არე პალპაციით უმტკივნეულოა, ტკივილი ლოკალიზებულია მხოლოდ საღეჭი კუნთების არეში.

ტ რ ა ე მ უ ლ ი ა რ თ რ ი ტ ი ს გენეზში წამყვანია ტრაემა, რომელიც იწვევს სახსრის დამიანებას და არა მოტეხილობას. კარგად შეგროვილი ანამნეზი და კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევა გვეხმარება დიაგნოზის დადგენაში.

რეკმაგოილული ართრიტი. საფეთქელ-ქეელა ყბის სახსრის რეკმაგოილული ართრიტი წარმოადგენს ორგანიზმში მიმდინარე სისტემური დაავადების ადგილობრივ გამოქვავებას. სისხლის გამოკვლევით დგინდება "C" რეაქტიული ცილა. ადგილი აქვს ზოგად მოვლენებს: სხვა წერილი სახსრების დაავადებას, ხეულის ტემპერატურის მომატებას, საერთო სისუსტეს ქეელა ყბის სახსრის დისფუნქციის შემთხვევაში ასეთი სიმპტომები არ აღინიშნება.

ჩირქოვანი ოტიტისათვის დამახასიათებელია მწვავე ტკივილი ყურის არეში, დაფის აქის პერფორაციის შემთხვევაში ჩირქოვანი გამონადენია გარეთა სასმენ ხერელში, ქეელა ყბის მოძრაობა შემზღუდული არ არის და არც ტკივილია.

გარეთა სასმენი ხერელის ფურუნკული . მწვავე, მუდმივი ხასიათის ტკივილია ყურის არეში, რბილი ქსოვილები პიპერემიულია, გარეთა სასმენი ხერელი შევიწროებულია. ყურის სარქველზე თითის დაჭერით ტკივილი ძლიერდება. გარეთა სასმენი ხერელის დათვალიერებით აღინიშნება ანთებადი ინფილტრატი.

ეესტაქის მიღების ანთების დროს, ქეელა ყბის მოძრაობა შემზღუდული არ არის, არ არის ტკივილი მიგნითა ფრთისებრი და სალკიკუნთების პალპატორული გამოკვლევით. ადგილი აქვს სმენის დაქვეითებას, ოტოსკოპიით აღინიშნება ცვლილებები დაფის აქკე.

ცხვირის დანამაგი ღრუების ანთებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი აღწერილია შესაბამის თავში.

სამწვერა ნერვის ნევრალგიისათვის დამახასიათებელია მწვავე მეტევიითი ხასიათის ტკივილი, სახებე და პირის ღრუში ეგრეთწოდებული "ჩახმახოვანი" ზონების არსებობა, მათზე თითით შეხება იწვევს ძლიერი ტკივილის აღმოცენებას. ტკივილი ხანმოკლეა. ასეთი კლინიკური სურათი სახსრის მტკივნეული დისფუნქციისათვის დამახასიათებელი არ არის.

ყურ-საფეთქელის ნერვის ნევრალგია (ფრეის სინდრომი) . მწვავე ხასიათის ტკივილი აღიქმება საფეთქელ-ქეელა ყბის სახსრის არეში, გარეთა სასმენ ხერელთან მისთვის დამახასიათებელი ეგეტაგურ-სისხლძარღვოვანი მოშლილობანი, განსაკუთრებით საკვების მიღების დროს: სახის კანის პიპერემია, ოფლის გამოყოფა საინერეაციო ზონაში, სითბოს შეგრძნება, პიპერესთემია. ასეთი კლინიკური სურათი მას განახსვავებს სახსრის დისფუნქციისაგან.

ფრთა-სასის კვანძის ნევრალია (სლუდერის სინდრომი) ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია თვითნებითი შეტევიითი ხასიათის ტკივილი და გამოხატული ეგეტაგური მოშლილობანი. ტკივილი ლოკალიზდება ყბებისა და კბილების, ცხვირისა და თვალებულის არეში. დასაწყისში

მცირედ გამოხატული ტკივილი თანდათან ძლიერდება. ამ მოვლენებს თან ერთვის კონიუქტივის პიკერემია, ცრემლისა და ნერწყვის გაძლიერებული გამოყოფა. ცხვირიდან ძლიერდება სეკრეტორული გამოონაღენი. ზოგჯერ აღინიშნება რბილი სასის ამწევი კუნთების კანკალი. რიგ შემთხვევაში აღინიშნება ტკივილის ირადიაცია საფეთქლის, ყურის, ენის, სასის, კისრის არეში და სხვა. ამ კლინიკური ნიშნებით გამოვრცხავეთ სახსრის დისფუნქციის სინდრომს.

ცხვირწამწამის ნერვის ნევრალგია (შარლენის სინდრომი). მწვავე შეტევითი ხასიათის ტკივილი ლოკალიზდება თვალბუდეში, ვრცელდება ცხვირისა და შუბლის არეში. ტკივილი აღმოცენდება ლაპარაკის, ლეჭვის, ყლაპვის პროცესში, გრძელდება 20-40 წამი. დაავადებას თან ახლავს კერატიტი, ირიტი, ცხვირის ლორწოვანი გარსის გაჯირჯევა, გამონადენი ცხვირიდან. პერპესული გამონაყარი კანზე, შუბლისა და ცხვირის არეში. თვალბუდის შიგნითა კედლის პალპაცია მტკივნეულია. ცხვირის ლორწოვანი გარსის ანესთეზია ტკივილს ხსნის.

დაუის ნერვის ნევრალგია (რეიხტერტის სინდრომი) მწვავე შეტევითი ხასიათის ტკივილი გარეთა სასმენი ხერულის არეში. გარეთა სასმენი ხერულის პალპაცია მტკივნეულია. ასეთი ტკივილი სახსრის დისფუნქციისათვის დამახასიათებელი არ არის.

კისრის მალების ოსტეოქონდროზი. ამ პათოლოგიისათვის უფრო დამახასიათებელია მუღმივი, ყრუ ხასიათის ტკივილი პერიოდული გამწვაებით. ტკივილი იწყება კისრის არეში და გადაეცემა საფეთქლის მიმართულებით. კისრის მალების პალპაცია მტკივნეულია. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვაღვენთ კისრის მალების ოსტეოქონდროზს. სახსრის დისფუნქციისათვის დამახასიათებელი ნიშნები: სახსარში ტაკუნეი, საღეჭი კუნთების სპაზმი და პირის გაღების შემღუღევა არ აღინიშნება.

სადგისისებრი მორჩის სინდრომი. ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია სადგისისებრი მორჩის ზედმეტად დაგრძელება და მისი წვეგის მეღიალურად გადახრა. ტკივილი აღმოცენდება ენის მოძრაობის, ყლაპვის დროს. ვრცელდება საფეთქლისა და ქვედა ყბის სახსრის, სასისა და ხახის მიმართულებით. ხახის რკალის მეღიალური არის და ენის ძირის პალპაციით შეიგრძნება დაგრძელებული სადგისისებრი მორჩი რომლის წვეგი პროუცირდება თითქმის ქვედა ყბის კუთხის ღონემღე. ასეთი სიმკომები სახსრის დისფუნქციისათვის დამახასიათებელი არ არის.

შაკიკი. შაკიკისათვის დამახასიათებელია მწვავე, შეტევითი ხასიათის ტკივილი, რომელიც გრძელდება რამდენიმე საათი და დღეუკი. ტკივილის შეტევას წინ უსწრებს საერთო სისუსტე, ცუდი თვითშეგრძნება, თავბრუ,

ზოგჯერ გულისრევის შეგრძნება, დაავადება იწყება მწვავე მეტევიითი ტკივილით შუბლის, საფეთქლის არეში, გადაეცემა თვალებულეში და სახის ნახევარზე. ასეთი სიმპტომები სახსრის დისფუნქციას არა აქვს.

საფეთქლის არტერიის არტერიოტივის დამახასიათებელია მეტევიითი, მწვავე სასიათის ტკივილი. ტკივილი შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე საათი. ტკივილის გამოწვევა შეიძლება საფეთქლის არტერიის ბონის გაღიზიანებით – პალპაცია, შეხება. ტკივილი შეიძლება გაგრძელდეს ქვედა ყბის სახსრის და შუბლის არეში, თვალებულეში. ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი არ არის სახსრის არეში ტკაცუნი, ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, რასაც ადგილი აქვს სახსრის დისფუნქციის დროს. საფეთქლის არტერიის არეს ბლოკადა ტკივილს ხსნის.

ზოგიერთი ავტორის მითითებით სახის არეში ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს ფსიქოგენური ფაქტორები, განსაკუთრებით იმ კატეგორიის პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ფსიქოსტენიის, ნეეროსტენიის მოვლენები. ასეთი ავადმყოფები საჭიროებენ ფსიქოთერაპიევის კონსულტაციას და ერთობლივ კომპლექსურ მკურნალობას.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დისფუნქციის მკურნალობა მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას, რადგან ამ დაავადების გენეზში მნიშვნელოვანი როლი განეკუთვნება საღეჭი კუნთების სპაზმს, საჭიროა არა მარტო ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, არამედ სამკურნალო ფიზიკულტურის გამოყენება: ქვედა ყბის წინ და უკან მოძრაობა, გაღება და დასურვა, მოძრაობა მარჯვნივ და მარცხნივ. მოძრაობები უნდა იყოს ღობირებული და წყნარი. მნიშვნელოვანია საკეების შერჩევა, რბილი საკეები, ნოყიერი, ისე რომ არ საჭიროებდეს საღეჭი აპარატის ხანგრძლივ დატვირთვას, საჭიროა კუნთოვანი სისტემის განტვირთვა. საჭიროა აგრეთვე, ხანგრძლივი, დამაჯერებელი საუბარი პაციენტთან ფსიქოემოციური დატვირთვის მოხსნის მიზნით. ქვედა ყბის მოძრაობის დროს წარმოშობილი ხმაური უარყოფით ფსიქოემოციურ გავლენას ახდენს პაციენტზე, საჭიროა ამ მხრივ რიგი სამკურნალო ღონისძიებების გატარება, პირველ რიგში მოძრაობის შეზღუდვა. პაციენტს უნდა აუხსნათ პირის გაღების ის დონე, როდესაც ხმაური ჯერ კიდევ არ წარმოიქმნა და მიეანიშნოთ, რომ უფრო დიდზე პირის გაღება არ შეიძლება 4-5 კვირის განმავლობაში. მოწოდებულია, აგრეთვე, პირის გაღების შემზღუდავი აპარატები, რომლებიც მოითხოვენ ლაბორატორიული წესით დამზადებას.

მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ რიგ მედიკამენტურ საშუალებებს, მიზანშეწონილია გრანკელიზაგორების დანიშვნა: ელენიუმი (0,005-0,01) ან სელუქსენი (0,0025-0,005) 2-3-ჯერ დღეში 10-12 დღე, ჩვენების მიხედვით. ზოგ ავადმყოფებს ვუნიშნავთ ტამეპაჰს (0,01) 2-3-ჯერ დღეში.

კუნთოვანი გონუსის დაძაბულობის შემთხვევაში, რომელსაც თან ახლავს სალუქი კუნთების სპაზმი ეუნიშნაეთ მეპროტანს (0,2-0,4) 2-3 ჯერ დღეში. შეიძლება გამოვიყენოთ ტრიოქსაზინი.

სახსრის არეში ტკივილის შეგრძნების შემთხვევაში შეიძლება გამოვიყენოთ ასპირინი 2-3 ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ (სათანადო ჩვენებით), ინლომეტი 2-3 ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ.

ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს სიცივის ფაქტორის გამოყენებაზე – ქლორეთილის მოსხურება ჩახმაზოვანი ზონის არეში. აღწერილია დაღებითი სამკურნალო ეფექტი დაბალი კონცენტრაციის საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანით სალუქი კუნთების არეში.

კ. ეგოროვმა მოგვაწოდა თავისი ორიგინალური მეთოდი სამწვერა ნერვის მამოძრავებელი ბოჭკოების ბლოკირებისათვის. სამწვერა ნერვის მესამე გოტის მამოძრავებელი ბოჭკოების ბლოკადა ავტორის აზრით საკმაოდ ეფექტურია. ბლოკადის ჩატარების მეთოდიკა ასეთია: პაციენტი მის სტომატოლოგიურ სავარძელში, თავი მობრუნებულია გვერდზე. მარცხენა ხელის ცერით მოეძებნით სასახსრე მორჩის თავს და სასახსრე ბორცვის წინა კიდე. ხელის თითი და კანი წინასწარ გაწმენდილია სპირტით. ყვრიმალის რკალის ქვევით სასახსრე ბორცვის წინა კიდესთან ვაკეთებთ ჩხელეკას ნემსით და შევდივართ ოდნავ გვეით 65° - 75° გრადუსით, მანამ სანამ არ შევიგრძნობთ საფეთქლის ძვალს, აღენიშნავთ სიღრმეს, ამოვწვეთ ნემსს კანქვეშა ქსოვილებამდე, შემდეგ ნემსს მივმართავთ კანის პერპენდიკულარულად და შევდივართ ღრმად აღნიშნულ სიღრმემდე. ავტორის მონაცემებით ნემსის წვერი მოხელება საფეთქელ-ფრთისებრი არეს ფაშარ შემაერთებელქსოვილოვან სივრცეში, აქ იმყოფება საფეთქლის და სალუქი კუნთების მამოძრავებელი და მგრძობიარე ნერვები.

ტკივილის მოხსნის მიზნით შეიძლება მივმართოთ ადგილობრივად კუნთებში საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანას. ვიყენებთ 0,25%-0,5%-იან ნოვოკაინის ხსნარს.

სალუქი კუნთების გაუტკივარებას ვახდენთ ნოვოკაინის შეყვანით კუნთის მტკივნეულ არეში. ეს უფრო ხშირად სალუქი კუნთის ყვრიმალის ძვალთან მიმაგრების ადგილია. ამ ადგილის მოძებნისათვის მარცხენა ხელის საჩვენებელ თითს ვათავსებთ ყვრიმალის ძვალებზე, ცერს ქვედა ყბის ქვედა კიდეზე (სახის არტერიის საპროექციო არეში), ამ თითების შემაერთებელი ხაზი მივანიშნებს სალუქი კუნთის წინა კიდეზე. შუა თითით მოეძებნით მტკივნეულ ადგილს. ჩხელეკას ვაწარმოებთ კუნთის წინა კიდესთან და შევდივართ ღრმად კუნთის სისქეში, დაეღვრით 3-5 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას.

მუდიალური ფრთისებრი კუნთის გაუტკივარების მიზნით საჭიროა საჩვენე-

ბელი თითი მოვათავსოთ რეგრომოლარულ ფოსოში, შუა თითით მოეკუნით ძირითადი ძელის ფრთისებრ ფირფიგას, გადაეწვეთ ლოყას და საანესთეზიო ნივთიერებას შეეყვანთ კუნთის სისქეში.

საფეთქლის კუნთის გაუტკივარებისათვის მოეკებნით კუნთის ჩახმახოვან ზონას, კანს დაეამუშავეთ სპირტით და შეეყვანთ 4-5 მლ. საანესთეზიო ნივთიერებას.

თვითოულ ბლოკადას შორის ინტერვალის შეიძლება იყოს 2-3 დღე. 5-6 ბლოკადის ჩატარების შემდეგ უნდა მივიღოთ კლინიკური სამკურნალო ეფექტი.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ართრიტები

დაავადებას საფუძელად უღვეს სახსარში მიმდინარე ანთებითი და ღის-გროფიული ცვლილებები. ანთების გამომწვევე მიზეზი შეიძლება იყოს ადგილობრივი და ზოგადი. ადგილობრივი მიზეზებიდან აღსანიშნავია მწვავე და ქრონიკული ტრავმა, ალერგია, ინფექციის გავრცელება პემატოგენური გზით, განერცობით, ყურის ჩირქოვანი ანთებით და სხვა. დაავადების ხელშემწყობი ფაქტორებია: ორგანიზმის გაციება, პორმონალური მოშლილობა, ნერეული სისტემის ღისფუნქცია და სხვა.

ვარჩევთ არა ინფექციურ და ინფექციურ ართრიტებს, ტრავმულ ართრიტს. ინფექციური ართრიტები შეიძლება იყოს სპეციფიკური (ტუბერკულოზი, ათამანგი, აქტინომიკოზი) და არა სპეციფიკური.

სპეციფიკური ართრიტები თითქმის ყოველთვის მეორადი დაავადებაა და დიაგნოზის დადგენა ხდება ძირითადი დაავადების განსამღვრის შემდეგ.

ტ რ ა ვ მ უ ლ ი - ართრიტების გენეზში წამყვანია მწვავე ან ქრონიკული ტრავმა. ტრავმა შეიძლება იყოს მწვავე ერთჯერადი და ქრონიკული მიკროტრავმა გამოწვეული კბილების ოკლუზური ფაქტორებით (მაღალი ბეწი, კბილების პროტეზი და სხვა). ერთჯერადი ტრავმის მიზეზი შეიძლება იყოს პირის ღიღზე გაღება, პირის ღრუში სტომატოლოგიური მანიპულაციების ჩატარების დროს (კბილების ამოღება, პროთეზირებისათვის ანაბეჭდის აღება, დამთქნარება, კაკლის კბილებით გატეხვა და სხვა).

პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობის მიხედვით ვარჩევთ მწვავე და ქრონიკულ ართრიტებს. მწვავე შეიძლება იყოს სეროზული და ჩირქოვანი.

მ წ ვ ა ვ ე ა რ თ რ ი ტ ი. გამომწვევი მიზეზი მრავალფეროვანია, ამიგომ ექიმი ვალდებულია აეადმყოფი გამოიკვლიოს ღეგალურად გამომწვევი მიზეზის დადგენის მიზნით, რათა მკურნალობა წარმართოს მიზანმიმართულად.

კ ლ ი ნ ი კ ა. დაავადება იწყება მწვავედ, ტკივილი აღიქმება ერთ ან

ორივე სახსარში. ტკივილი ძლიერდება ქვედა ყბის მოძრაობის დროს (ლაპარაკი, საკვების დალევა და სხვა). ტკივილი გადაიქცემა საფეთქლის, ყურის მიმართულებით. სახსრის საპროექციო არეში რბილი ქსოვილები შემუქმებულია, პირის გაღება მკვეთრად შეზღუდული 0,5-1 სმ-მდე. სხეულის გემპერაგურა შეიძლება იყოს აწეული ან ნორმის ფარგლებში. გრავული ართრიტის დროს ადგილი აქვს სასახსრე პარკში სისხლჩაქეცვებსა და იოგოვანი აპარატის გაგლეჯას. რევმატოიდული ართრიტის შემთხვევაში პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება ორივე სახსარში, გარდა ამისა ადგილი აქვს სხვა წერილ სახსრების დაავადებას.

დიფერენციულ დიაგნოზს ეატარებთ მწვავე ოტიტთან, სამწვერა ნერვის ნევრალგიასთან, მწვავე პერიკორონარიტთან, მესამე მოლარის გაძნელებულ ამოჭრასთან.

მკურნალობა. მწვავე ართრიტის მკურნალობის მიზანია ანთებადი პროცესის ჩაქრობა, ტკივილის მოხსნა, ქვედა ყბის მოძრაობის აღდგენა. ამ მიზნით საჭიროა ქვედა ყბის მოძრაობის დროებით შეზღუდვა, სახსარში სამკურნალო წამალთა შეყვანა, მკურნალობის კომპლექსში ფიზიკური მეთოდების გამოყენება.

ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვის მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ აივის (მათულოვანი) მეთოდი, თავის ირგვლივი ნახევეი 3-4 დღით. სახსარში ანთებადი პროცესის ჩასაქრობად შეიძლება შევიყენოთ პიდროკორტიზონის ემულსია ნოეოკაინის ხსნართან ერთად. ი ბერნადსკის მეთოდით 1 მლ. პიდროკორტიზონის ემულსიას ვუმატებთ 2%-იან ნოეოკაინის 2 მლ ხსნარს და 200.000 ერთეულ პენიცილინს. სულ საჭიროა 3-5 ინექცია. ინექციების შორის ინტერვალი შეიძლება იყოს 2-3 დღე. ავტორის მიხედვით ამ მეთოდით მკურნალობა 3-4 დღეში იძლევა სამკურნალო ეფექტს. ჩვენი აზრით ამ მეთოდიკას აქვს რიგი ნაკლოვანი მხარე: 1. სასახსრე ჩანთის მოცულობა ფიზიოლოგიური ნორმის ფარგლებში შეადგენს 1-1,5 მლ. ამაზე მეტი რაოდენობის სითხის შეყვანა გამოიწვევს სასახსრე პარკის გაჭიმვას, 2. 2%-იან ნოეოკაინის ხსნარში პენიცილინი განიცდის კრისტალიზაციას და ამდენად მისი იქ ყოფნა კარგავს თავის მნიშვნელობას.

მემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე მიზანშეწონილად მიმაჩნია 2%-იანი ნოეოკაინის ნაცელად აღებული იქნას 0,5%-იანი ხსნარი, სასახსრე ჩანთაში შეყვანილი იქნას არა უმეტეს 1 მლ-ის, ხოლო დანარჩენი დაღერილი იქნას პერიბურსალურად. ჩვენ ვიყენებთ განსხვავებულ მეთოდიკას: ვიღებთ 1 მლ. დექსამონს, მას ვუმატებთ 1 მლ-ს 1%-იან ნოეოკაინის ხსნარს და სასახსრე ჩანთაში შეგვყავს 1 მლ, ხოლო დანარჩენს ვღვრით სასახსრე ჩანთის გარეთ. პენიცილინს არ ვუმატებთ, რადგან დექსამონს აქვს მკვეთრად გამოხატული ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება.

სახსარში წამლის შეყვანის მეთოდიკა ასეთია: ავადმყოფი ზის სავარძელში ან დაწოლილია საოპერაციო მაგიდაზე, თავი მობრუნებული აქვს მოწი-

ნააღმდეგე მხარეზე. ავადმყოფს ვაძლევთ წინადადებას რამდენჯერმე გააღოს პირი და დახუროს, ამ დროს აღვნიშნავთ სასასხრე თავის მოძრაობის ადგილს, კანს გავწმენდავთ სპირტით, ავადმყოფს პირი ოღნავე გაღებული აქვს, ჩხვლეტას ვაკეთებთ კანის პერპენდიკულარულად და შევღვივართ სიღრმეში 1-1,5 სმ-მდე, სასასხრე ჩანთაში შევიყვანთ 1 მლ. სითხეს, შემდეგ ამოვწვეთ ნემს 0,5-1 სმ-მდე და დანარჩენს დავლვრით სახსრის პარკის გარშემო.

ინფექციური ართრიტის შემთხვევაში საჭიროა ანტიბიოტიკების დანიშვნა, სულფამილური (სულფალიმეზინი, სულფადიმეტოქსინი (1,03-4 ჯერ დღეში 5-6 დღე).

ი. ბერნადსკის აზრით, კარგ სამკურნალო ეფექტს იძლევა რონილაზას კომპრესები (1 ჩაის კოვზი რონილაზა უნდა დაეყაროს მარლის დასველებულ საფენზე დავადოთ სახსრის არეში და შევახვიოთ დილამდე) 10-15 პროცედურა. ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნას ვირაპინის, კალი იოდიდის იონოფორები, დიმექსიდის კომპრესი.

მკურნალობის ხანგრძლივობა საშუალოდ 5-7 დღეა, მოგჯერ გრძელდება 10-15 დღე.

პ რ ო გ ნ ო შ ი . დროული და სწორად ჩატარებული მკურნალობის შემთხვევაში ყოველთვის კეთილსაიმედოა. სხვა შემთხვევაში მოსალოდნელია დაავადების ქვემწვავე ან ქრონიკულ ფორმაში გადასვლა, აღსანიშნავია, რომ ქვედა ყბის მოძრაობის აღდგენა ხდება თანდათანობით.

ქ რ ო ნ ი კ უ ლ ი ა რ თ რ ი ტ ი . არა სპეციფიკური ქრონიკული ართრიტი შეიძლება იყოს: ინფექციური, ტრავმული, რევმატული და რევმატოიდული.

არასპეციფიკური ქრონიკული ართრიტი დუნელ მიმდინარე პათოლოგიური პროცესია. აღინიშნება ზომიერად გამოხატული ტკივილი, რომელიც ძლიერდება პირის გაღების დროს. ქვედა ყბის მოძრაობა შეზღუდულია 2 სმ-მდე. სახსრის თავის საპროექციო არეში შეიძლება იყოს ზომიერად გამოხატული შეშუპება და ტკივილი. ქრონიკული ართრიტისათვის დამახასიათებელია ხმაური სახსრის არეში.

ქრონიკული რევმატიული ართრიტის დროს პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება საფეთქელ ქვედა ყბის ორივე სახსარში, ახასიათებს პერიოდული გამწვაება და სუბფებრილური ტემპერატურა. აღინიშნება სახსრის ფუნქციური მოშლილობანი. კომპლექსური მკურნალობის ფონზე კლინიკური სურათი მკვეთრად უმჯობესდება.

ქრონიკული რევმატიული ართრიტის დროს პათოლოგიური პროცესი უფრო ხშირად ერთ სახსარში ლოკალიზდება, მაგრამ ამავედროულად აღინიშნება სხვა სახსრების (მუხლის, კოჭ-წვივის და სხვა) დაავადებაც. სახსარში მოძრაობის შეზოჭვა თითქმის მუდმივ ხასიათს ატარებს. თუ ქრონიკული რევმატიული ართრიტის დროს გულის კუნთში ყოველთვის

აღინიშნება პათოლოგიური ცვლილებები, რეემაგოიდული ართრიტის დროს ასეთი არ არის. გარდა ამისა რეემაგოიდული ართრიტის კომპლექსური მკურნალობა არ იძლევა საგრძნობ კლინიკურ ეფექტს.

საერთოდ, უნდა აღინიშნოს, რომ ქრონიკული ართრიტების დროს რენტგენოლოგიურად თითქმის ყოველთვის გამოვლინდება ცვლილებები: სასახსრე ნაპრალის შევიწროება, საახსრე თავის ღეფორმაცია.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი . საჭიროა ავადმყოფის გულმოდგინე გამოკვლევა, ანამნეზის დეტალური შეგროვება, კონსულტაცია რეემაგოლოგთან, სისხლის გამოკვლევა (C-რეაქტიული ცილა), შარდის ანალიზი, საფეთქელ-ქეედა ყბის სახსრის რენტგენოლოგიური და სხვა გამოკვლევები.

დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გაეაგაროთ ყბა-ყურა ჯირკელის ქრონიკულ ანთებასთან.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . პათოლოგიური პროცესის მკურნალობა მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას. სათანადო ყურადღება უნდა დაუთმოს პირის ღრუს ორგანოებსა და მის გარეშე მყოფი ინფექციური კერების მკურნალობას. მკურნალობაში უნდა ჩაერთოს ორგანიზმის რეაქტიულობის ამწვევი მასტიმულირებელი საშუალებები, მადესენსიბილიმბულინიფიკატორები, ვიტამინები. უნდა გამოვიყენოთ ლექსამონი, აცეტილსალიცილის მეთა. თხიერი კალორიული საკვები. მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სახსრის ფუნქციურ მყუდროებას და მის განტვირთვას. ამ მიზნით რეკომენდირებულია მოლარების არეში რეზინის (0,5-0,7 სმ) განმბუნის მოთავსება და ქეედა ყბის ელასტიკური დაჭიმვა. ნალელის კომპრესების, ელექტროფორეზის გამოყენება. ჩვენების მიხედვით დაჭიმვა, რაციონალური კბილთპროტეზირება.

.სპეციფიკური ართრიტები

მიუხედავად იმისა, რომ სპეციფიკური ართრიტები იშვიათად გვხვდება, საჭიროდ მიგვაჩნია მოკლედ შეეჩერდეთ მათზე.

ტუბერკულოზური და აქტინომიკოზური ართრიტების დროს ინფექციის შეჭრის უხშირესი გზებია კონტაქტური: სიფილისური და გონორეულის შემთხვევაში კი ჰემატოგენური.

დიაგნოზის დადგენა ხდება სათანადო გამოკვლევების ჩატარებით, ხოლო მკურნალობა შესაბამისი დარგის სპეციალისტებთან შეთანხმებით.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ართროზი

ართროზი ქრონიკულად მიმდინარე პათოლოგიური პროცესია, რომელშიც ჩათრეულია არა მარტო სახსრის ძელოვანი და სრგილოვანი ქსოვილი, არამედ სახსრის სხვა შემადგენელი ნაწილებიც. დაავადების გენეზში წამყვანია ლისგროფიული კომპონენტი, ადგილი აქვს აგრეთვე ღუნელ მიმდინარე ანთებით პროცესს. დაავადების ხელშემწყობი ფაქტორებია სახსრის ქრონიკული მიკროტრავმა, არტიკულაციის მოშლა, კუნთოვანი იოგოვანი აპარატის ლისფუნქცია. ზოგი ავტორი ამ დაავადებას განიხილავს, როგორც ოსტეოართროზს ან ოსტეოართრიტოართროზს. დაავადების განვითარების გარკვეულ ეტაპზე გამოიქვადნება სახსრისა და სასახსრე თავის ლეფორმაცია.

ვარჩევთ დაავადების ორ ფორმას: მასკლეროზირებულ და მალეფორმირებულ ოსტეოართროზებს.

კლინიკა. ართროზის წინამორბედი შეიძლება იყოს სახსრის ანთების ხშირი რეციდივი ან ართრიტის არასრულფასოვანი მკურნალობა. ზოგჯერ ართროზი იწყება ავადმყოფისათვის თითქმის შეუმჩნეველად. დაავადების გარკვეულ ეტაპზე სახსრის არეში შეიმჩნევა ხმაური, ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, განსაკუთრებით ღილის საათებში, ღლის ბოლოსათვის სახსრის მოძრაობა თითქმის მთლიანად აღდგება. შეაფიოდ გამოხატული გკივილი არ არის. ყრუ გკივილი აღიქმება მაგარი საკეების მიღების, ხანგრძლივი საუბრის დროს. პალპაციით სახსრის არეში გკივილი არ აღიქმება, შეიძლება იყოს უსიამოვნო შეგრძნება. ცალმხრივი ართროზის დროს დაავადების მხარეზე მოძრაობა შეზღუდულია, მოპირდაპირე მხარეზე კი მომატებული. ზოგჯერ ადგილი აქვს პარესთეზიას სახსრის საპროექციო ზონაში. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვადგნთ სასახსრე ნაპრალის შევიწროებას მასკლეროზირებელი ფორმის დროს. სასახსრე თავის ლეფორმაციას მალეფორმირებელი ართროზის შემთხვევაში.

მკურნალობა. ართროზის მკურნალობა მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას, რომელიც ითვალისწინებს: რაციონალურ კბილთპროთეზირებას, საღებუ კბილების ბორცვების დაქლიბვას. გარდა ამისა ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს სამკურნალო წამალთა ელექტროფორეზით მკურნალობის ეფექტურობაზე (ტრიმეკანი, ლიდოკაინი, კალიოდოლი, სამედიცინო ნალველი). დადებითი სამკურნალო ეფექტია მიღებული სამედიცინო ნალველის კომპრესების გამოყენებით 20-25 პროცედურა ყოველ დამეს, პარაფინის აპლიკაციები სახსრის არეში, დაავადების გამწვავების პერიოდში სახსრის დროებითი იმიზილიზაცია. ჩვენების მიხედვით სამკურნალო მიზნით სახსრის ჩანთაში შეგვყავს ჰიდროკორტიზონის ემულსია, დექსამონი. სასახსრე თავის მძიმე ლეფორმაციის დროს ნაჩვენებია რეზექცია და პლასტიკა (თუ სასახსრე ჩანთაში არ აღინიშნება მძიმე ორგანული ცვლილებები).

ქველა ყბის მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვა

ქველა ყბის მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვა შეიძლება გამოიწვიოს პათოლოგიურმა პროცესმა, რომელიც ლოკალიზდება ან თვით სახსარში (სახსრე ჩანთაში), ან სახსრის გარეთ. ვარჩევთ ქველა ყბის მოძრაობის შეზღუდვის სამ ძირითად სახეს: 1. გრიზმი (კრიჭის შეკერა), 2. ნაწიბუროვანი კონტრაქტურა, 3. ანკილოზი.

გ რ ი ზ მ ი . საღეჭი კუნთების გონურ შეკუმშვას გრიზმი ეწოდება. ამ დროს კუნთის თვითოეული ბოჭკო დაჭიმულია და ქველა ყბის მოძრაობა მკვეთრად შეზღუდულია, ან უძრავია. პირის გაღების მცდელობა შედეგს არ იძლევა, მოშლილია ღეჭვის, მეტყველების ფუნქცია. დაავადებას საფუძვლად უდევს სამწვერა ნერვის მამოძრავებელი ბოჭკოების უშუალო ან რეფლექსური გაღიზიანება, გრიზმი ხშირად ვითარდება საღეჭი კუნთის არეში არსებული ანთებადი პროცესის ნიადაგზე. გრიზმი შეიძლება იყოს სხვა დაავადების სიმპტომიც (გეტანუსი, მენინგიტი, გენის სიმსივნე, ისტერია, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა და სხვა). ვარჩევთ გრიზმის სამ ხარისხს: 1. გრიზმი, როცა პირის გაღება ოდნავ არის შეზღუდული, 2. გრიზმი, როდესაც პირის გაღება შესაძლებელია 1-2 სმ. ფარგლებში, 3. გრიზმი, როცა პირის გაღება 1 სმ-ზე ნაკლებია.

ხანგრძლივი გრიზმი იწვევს ცვლილებებს არა მარტო ქველა ყბის სახსარში, არამედ თვით საღეჭ კუნთებში და შინაგან ორგანოებში. გრიზმის მკურნალობისათვის საჭიროა დაავადების გამომწვევი მიზეზის რადიკალური მკურნალობა, ნოეოკაინის ბლოკალები, ბერმე-დუბოვის ანესთეზია, უმსდენით მკურნალობა, გალვანიზაცია. ზოგ შემთხვევაში იოლ კალიუმის ელექტროფორეზი.

კონტრაქტურა . ქველა ყბის მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვა ვითარდება ქსოვილებში ნაწიბურის განვითარების შედეგად. ნაწიბუროვანი ქსოვილი მდიდარია კოლაგენის ბოჭკოებით და ელასტიკურ ბოჭკოებს თითქმის არ შეიცავს, ამიტომ ასეთი ქსოვილების გაჭიმვალობა მკვეთრად შეზღუდულია. ნაწიბუროვანი კონტრაქტურა ყოველთვის ვითარდება და ლოკალიზდება საფეთქელ-ქველა ყბის სახსრის გარეთ, თვით სახსარში პათოლოგიური პროცესი არ არის. ნაწიბუროვანი კონტრაქტურის გამომწვევი მიზეზებიდან აღსანიშნავია: პირის ღრუში მიმდინარე ნეკროზულ-წყულლოვანი პროცესები, ქრონიკული სპეციფიკური ანთებები, ქიმიური და თერმული დამწვრობა, ტრავმული დაზიანება, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ნაწიბურის განვითარება, მალსციფირებელი მიოზიტი.

იმისდამხედვეთ თუ რომელ ქსოვილშია განვითარებული ნაწიბური ვარჩევთ შემდეგი სახის კონტრაქტურებს: დერმატოგენური, მუკოგენური, ლორწო-

ვანი, შიოგენური (კუნთოვანი), დესმოგენური (შემაერთებელქსოვილოვანი), შეიძლება იყოს კომბინირებული (ორი ან მეტი ქსოვილი ერთად).

კლინიკური შიმდინარეობის მიხედვით ნაწიბუროვანი კონტრაქტურა შეიძლება იყოს სუსტად გამოხატული ან ქვედა ყბის სრული უძრაობით.

ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა . ნაწიბუროვანი კონტრაქტურის დიაგნოზის დადგენა უძრავლეს შემთხვევაში დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ანამნეზის შეგროვება (ანთებადი კონტრაქტურის დროს), სახის დათვალეიერება, სახისა და პირის ღრუს დეტალური პალპატორული გამოკვლევა ნაწიბურების გამოვლენის თვალსაზრისით. პალპატორული გამოკვლევის დროს ყურადღებას ვაქცევთ ნაწიბურის ზომას და ოდენობას, მის მიმართულებას. პალპატორული გამოკვლევა გაძნელებულია პირის კარიბჭის და პირის ღრუდან პირის გაღების შეუძლებლობის გამო.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეგაროთ ქვედა ყბის სახსრის ანკილოზთან. ნაწიბუროვანი და ანთებადი კონტრაქტურის შემთხვევაში ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობის დროს სუსტად, მაგრამ მაინც შეიგრძნობა სასახსრე თავების მოძრაობა გარეთა სასმენ ხერხელთან. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით სასახსრე ნაპრაღი ყოველთვის შენარჩუნებულია და სასახსრე თავის დეფორმაცია არ აღინიშნება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . კონტრაქტურის მკურნალობა კომპლექსურია და მოითხოვს დიფერენცირებულ მიდგომას. ახალი ნაწიბურების შემთხვევაში (1-3 თვე) ზოგადი გაუტკივარების ფონზე ვახდენთ პირის ძალისმიერ გაღებას, რათა გაეთიშოთ ჯერ კიდევ სუსტი ნაწიბუროვანი ქსოვილი (კუნთოვანი ქსოვილი, ლორწოვანი გარსი). ამის შემდეგ საჭიროა ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები, კბილებს შორის მექანიკური განმბეყენი 7-10 დღე. ხოლო შემდეგ მექანოთერაპია 3-4 კვირა. აქტიურად უნდა გამოვიყენოთ ფიზიოთერაპია: უმს დენი, დიადინამიკური დენი, კალიოოდილის ელექტროფორეზი.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ნაწიბურების ქირურგიული მკურნალობა ითვალისწინებს პორიზონგალური ან ვერტიკალური განაკვეთების გატარებას, თუ საჭიროა, დეფექტის შემხვედრი სამკუთხედით დახურვას. დიდი ზომის დეფექტების შემთხვევაში საჭიროა კანის გაღანერგვა და მისი დაფიქსირება სტენსით. სახის კანის არეში დიდი ნაწიბურები უნდა ამოიკვეთოს და დაიფაროს წინასწარ მომზადებული ფილაგოვის ყლორგით.

კუნთოვანი ქსოვილის ნაწიბუროვანი კონტრაქტურის შემთხვევაში საჭიროა საღებუ და მიგნითა ფრთისებრი კუნთების მოკვეთა, მათი კუთხესთან მიმაგრების ადგილზე, პირის გაღება, კბილებს შორის გამბეყენის მოთავსება 7-10 დღით.

საფეთქელ-ქვედა ყბის ანკილოზი

ქვედა ყბის მკვეთრად შეზღუდულ მოძრაობას ან სრულ უძრაობას ანკილოზი ეწოდება. პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება სახსარში. აღსანიშნავია, რომ ბაეშეთა ასაკში ანკილოზი ყოველთვის იწვევს სახის ჩონჩხის გამოხატულ დეფორმაციას, რადგან ადგილი აქვს ქვედა ყბის მრდის ზონის დაზიანებას. მრდადასრულებულ ასაკში ანკილოზის დროს ქვედა ყბის დეფორმაცია თითქმის არ შეიმჩნევა. უმნიშვნელო დეფორმაცია შეიძლება გამოვლინდეს გრავემული ანკილოზის შემთხვევაში. ბაეშეთა ასაკში განვითარებული ანკილოზი იწვევს სახის მკვეთრ დეფორმაციას ქვედა ყბის განუვითარებლობის გამო (ე.წ. "ჩიგის სახე"). მოზრდილთა ასაკში ანკილოზის განვითარება უფრო ხშირად დაკავშირებულია სახსარში მიმდინარე ანეთებად პროცესებთან.

ანკილოზის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს ინფექცია, გრავმა. ბაეშეთა ასაკში ანკილოზის განვითარება ხშირად დაკავშირებულია შუა ყურის ანთებასთან. ანკილოზის განვითარებას შეიძლება წინ უძღოდეს სხვა და სხვა ეტიოლოგიის ართრიტები. სახსარში შეჭრილი ინფექცია იწვევს ანთებას, რომელიც მოქმედებს სასახსრე თავის ქსოვილებზე და მენისკზე, ვითარდება ნეკროზი, შემდეგ წარმოიქმნება გრანულაციური ქსოვილი, ფიბროზული ქსოვილი და იწყება ნაწიბუროვანი ძელოვანი ქსოვილის ჩამოყალიბება. ზოგჯერ ძელოვანი ქსოვილის ჩამოყალიბება ვრცელდება მიმდებარე ქსოვილებზე, საფეთქლის ძვლის ჩათრევაჲ კი. აღსანიშნავია, რომ ბაეშეთა და ახალგაზრდა ასაკში უფრო ხშირად ვითარდება ძელოვანი ანკილოზი, ხოლო მომწიფებულ ასაკში – ფიბროზული.

გრავემული ანკილოზი უფრო ხშირად ვითარდება როკისებრი მორჩის დახურული მოტეხილობის შემთხვევაში. აქვე უნდა აღენიშნოთ, რომ რაც უფრო ადრე ვითარდება პათოლოგიური პროცესი სახსარში, მით უფრო ძლიერად არის გამოხატული ქვედა ყბის მეორადი დეფორმაცია, განსაკუთრებით დაზიანების მხარეზე.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . მოწოდებულია სხვა და სხვა სახის კლასიფიკაციური სქემები, მათ შორის მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მოვიგანოთ ორი სქემა. ეტიოლოგიური ფაქტორის მიხედვით ანკილოზი შეიძლება იყოს: თანდაყოლილი, შეძენილი, ანთებადი და გრავემული. კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით: ნაწილობრივი, მთლიანი, ცალმხრივი, ორმხრივი.

კ ლ ი ნ ი კ ა . დაავადების ძირითადი ნიშანია ქვედა ყბის მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვა ან სრული უძრაობა. ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა შეიძლება გამოწვეული იყოს სახსარგარეშე მიმდინარე პათოლოგიური პროცესებით (ანთებადი, ნაწიბუროვანი კონტრაქტურა). ამიტომ საჭიროა აუადმყოფის გულდასმით გამოკვლევა. ანამნეზის შეგროვების დროს ვარკვევთ,

თუ რამდენი ხასია, რაც მოძრაობა შეზღუდულია, უძლოდა თუ არა მას წინ ანთებადი პროცესი სახსრის არეში, ტკივილი, შეშუპება. აქეს თუ არა ჩაგარებული მკურნალობა, რით და როგორი იყო შედეგი. ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას ხომ არ უძლოდა წინ გრავმა სახსრის არეში. უნდა გავარკვეოთ ქვედა ყბის მოძრაობა შეიზღუდა თანდათანობით თუ მოკლე დროში. ანკილოზისათვის დამახასიათებელია მოძრაობის თანდათანობითი პროგრესირებადი შეზღუდვა.

დათვალერებით ვადგენთ სახის ასიმეტრიას, ეამოწმებთ ხომ არ არის სახის არეში ნაწიბურები, გამოხატული პათოლოგიური პროცესი. ასევე ვარკვევთ პირის კარიბჭის მდგომარეობას. პალპატორულად ვადგენთ სასახსრე თავების მოძრაობას გარეთა სასმენი ხერხელის არეში. ქვედა ყბის მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვა, ან უძრაობა დამახასიათებელია ძელოვანი ანკილოზისათვის. ცალმხრივი ანკილოზის დროს მხოლოდ გვერდითი მოძრაობაა შესაძლებელი. ასიმეტრია გამოხატულია, ნიკაპი, ქვედა გუჩის ლაგამი გადანაცვლებულია დაავადების მხარეზე, კბილები მჭიდროდ ეხება ერთმანეთს.

ორმხრივი ანკილოზის დროს სახის ასიმეტრია უფრო მკვეთრად არის გამოხატული ქვედა ყბის სხეულის და გოტების დეფორმაციის გამო. შეცვლილია კბილთა მწკრივების მდგომარეობა, კბილები განლაგებულია მარაოს მსგავსად. სახსრის რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ვადგენთ სახსრის არეში უხემ ცვლილებებს. სასახსრე ნაპრალის მკვეთრი შეიწროებაა, ან არ არსებობს. ძელოვანი ანკილოზის დროს სასახსრე ნაპრალი საერთოდ არ გამოვლინდება.

ღ ი ა გ ნ ო შ ს ვადგენთ აქ მოტანილი კლინიკური სურათის მიხედვით. უნდა გავითვალისწინოთ ის გარემოება, რომ ქვედა ყბის გამოხატული დეფორმაცია დამახასიათებელია მხოლოდ ბავშვთა ასაკში განვითარებული პათოლოგიური პროცესისათვის, მოზრდილთა ასაკში დეფორმაცია ან არ არის გამოხატული ან უმნიშვნელოა.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი **ღ ი ა გ ნ ო შ მ ი** უნდა გავაგაროთ ქვედა ყბის კონტრაქტურასთან. წამყვანი საღიფერენციაციო ნიშანია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. კონტრაქტურების დროს რენტგენოლოგიურად სახსარში ცვლილებები არ აღინიშნება, ანკილოზის შემთხვევაში კი სასახსრე ნაპრალი ან არ აღინიშნება, ან მკვეთრად შეიწროებულია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. მკურნალობის ძირითადი მიზანია ქვედა ყბის მოძრაობის აღდგენა და დეფექტის გასწორება. მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. მოწოდებულია მრავალი მეთოდი და მოდიფიკაცია. აღწერილია ოპერაციის შემდგომ პერიოდის გართულებები, მათ შორის ანკილოზის რეციდივი. რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება: I. ოსტეოტომირებული ძელოვანი ფრაგმენტების მექანიკური და ქიმიური დამუშავება, მათ შორის სხვა და სხვა მასალის ინტერპოზი-

კია (კანი, ფასცია, კუნთოვანი ქსოვილი, პლასტმასა და სხვა). ზოგი ავტორის მითითებით უმჯობესია ფილაგოვის ყლორტის გამოყენება. 2. რაც შეიძლება ფართო დიასტაზის შექმნა ოსტეოტომირებულ ფრაგმენტებს შორის. ამ მიზნით საჭიროა საღებავი და მიგნითა ფრთისებრი კუნთების ამრევა ქვედა ყბისაგან, გარდა ამისა საჭიროა ქვედა ყბის სხეულის დაქაჩვა ქვევით და დაჭიმვა. 3. მექანოთერაპიის დროული და ეფექტური ჩატარება.

ფიბროზული ან კილოზის მკურნალობისათვის მიღებულია ე.წ. რედრესაციის მეთოდი, რომლის მიზანია სახსარშიდა ნაწიბურების გაგლეჯა და ქვედა ყბის მოძრაობის აღდგენა. ინტრავენური ნარკოზის ქვეშ ეახდენთ პირის ძალით გაღებას, ამ მიზნით მოლარების არეში ორივე მხარეზე ვათავესებთ პირის გამღებს და სინქრონული მოძრაობით ვაღწევთ პირის გაღებას 3,5-4 სმ-ით. კბილებს შორის ვათავესებთ გამბეჯენს 3-5 დღით, შემდეგ ვიწყებთ აქტიურ მექანოთერაპიას. ავადმყოფს 5-10 დღით ვაძლევთ ტკივილდამაყუჩებელს. ჩვენ უფრო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ოპერაციული გზით სახსარე დისკოს ამოღება, ეს უფრო დამზოგავი მეთოდია, ვიდრე რედრესაცია, რედრესაციის შემდეგ მოსალოდნელია კიდევ უფრო უხეში ნაწიბურების განვითარება და ანკილოზის რეციდივი.

ძ ე ლ ო ვ ა ნ ი ა ნ კ ი ლ ო ზ ი ს ' მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . მკურნალობის ძირითადი პრინციპია ოსტეოტომიის რაც შეიძლება სახსართან ახლოს ჩატარება, ქვედა ყბის ტოტის სიმაღლის შენარჩუნება, თუ დამოკლებულია, მისი სიმაღლის აღდგენა. გამოხატული მიკროგენის შემთხვევაში საჭიროა აღნიშნული დეფორმაციის გასწორება.

პ. ღ ე ო ვ ი ს ო პ ე რ ა ც ი უ ლ ი მ ე თ ო დ ი . ყურის ბიბილოს ქვევით 1,5-2 სმ-ით ვაკეთებთ ნახევარკალოვან განაკვეთს, ქვედა ყბის ქვედა კიდედან 2,5 სმ-ით დაშორებით და განაკვეთს ვაგრძელებთ ქვედა ყბის სხეულის თითქმის შუა ნაწილამდე. გავეკეთავეთ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, გაეხსნით კისრის ფასციას (ყბა-ყურა ჯირკვალს არ ვეხებით) მივიღივართ ქვედა ყბის ძვლამდე. გადავეკეთავეთ საღებავი კუნთის ბოჭკოებს და ავაშრევეთ საღებავ კუნთს ისე, რომ არ დაეაზიანოთ ტოტის ძვლის საზრდელა. ავაშრევეთ მიგნითა ფრთისებრი კუნთის ბოჭკოებს. ქსოვილების ამრევებას ვაგრძელებთ ყვრიმალის ძვლის რკალამდე, ასევე ვამრეველებთ ქვედა ყბის ტოტს მიგნითა მხრიდან. უნდა ვეცადოთ არ დაეაზიანოთ ქვედა ალვეოლური არტერია. ოსტეოტომიის ჩასატარებელ ადგილზე გავეკეთავეთ ძვლის-საზრდელას და ნაწილობრივ ავაშრევეთ. ბორებით ან მრგვალი ხერხით გავეკრით ძვლოვან ქსოვილს ისე, რომ არ დაეაზიანოთ ყბის უკანა არტერია. ოსტეოტომირებულ ტოტის ზედაპირს ვამრგვალებთ, მათ შორის სხვა ქსოვილს არ ვათავესებთ. ოპერაციიდან მესამე-მეოთხე დღეს ვიწყებთ აქტიურ მექანოთერაპიას.

ა. რ ა უ ე რ ი ს ო პ ე რ ა ც ი უ ლ ი მ ე თ ო დ ი . მიზნად ისახავს როკისებრი მორჩის ირიბ ოსტეოტომიას და ოსტეოტომირებულ ნაწილებს შორის

ბარძაყის ფართო ფასციის გადანერგვას. განაკვეთი ტარდება სასახსრე მორჩის არეში. პირველი განაკვეთი 4 სმ-ის სიგრძის ტარდება ყვრიმალის რკალის პარალელურად და გრძელდება გარეთა სასმენი ხერხელის მიმართულებით, 1,5 სმ-ის დაშორებით გარეთა სასმენი ხერხელიდან. ამ წერტილიდან ტარდება მეორე განაკვეთი ვერტიკალურად ქვევით 4-5 სმ-ით სიგრძის. ყვრიმალის რკალის ძელისსამრდელას გავკვეთავთ და რბილი ქსოვილების გაკვეთით, მოიძებნება ანკილოზის ადგილი. ირიბი ოსტეოტომიის შემდეგ ფრაგმენტები განცალკავდება და მათ შორის თავსდება ბარძაყის ფართო ფასციის ნაჭერი.

ა. ლ ი მ ბ ე რ გ ი ს მ ი ხ ე ღ ე თ - საჭიროა აგრეთვე გვირგვინისებრი მორჩის ოსტეოტომია საფეთქლის კუნთის ჭიმვის შესამცირებლად.

მოწოდებულია სხვა მრავალი ოპერაციული ტექნიკა, მათ შორის საყურადღებოა ნ. პლოტნიკოვის მეთოდი. გადასანერგად ავტორი იყენებს გვამიდან აღებულ მასალას (ლიოფიზირებული მასალა).

ჩვენს კლინიკაში წარმატებით გამოიყენება კორუნდო-კერამიკა როკისებრი მორჩის აღსადგენად.

განსაკუთრებით ყურადღების ღირსია საკითხი თუ როგორ ავიცილოთ ანკილოზის ოპერაციის შემდგომი რეციდივი. ამ მხრივ როგორც ბევრ იყო აღნიშნული მოწოდებულია ინტერპოზიციისათვის საჭირო სხვა და სხვა მასალა. მათ შორის ყურადღებას იმსახურებს ტოტის ოსტეოტომირებული ტაკის ქიმიური მეთოდით დამუშავება. ამ მიზნით რიგი ავტორები იყენებენ თხევად ამოტს, პიოციდის ხსნარს, კარბოლის კონცენტრირებულ ხსნარს. ამ მეთოდების გამოყენება მოითხოვს დიდ სიფრთხილეს, რათა არ მივიღოთ რბილი ქსოვილების დამწვრობა.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება: 1. მოღარებს შორის (ოპერაციის მხარეზე) განმბეჭენის მოთავსება ოთხი კვირის განმავლობაში, 2. განმბეჭენის გამოღების შემდეგ აქტიური ფუნქციონალური ვარჯიში, საღეჭი აპარატის კუნთოვანი სისტემის მოსაწესრიგებლად, 3. მაღალი კალორიული დიეტა, 4. საჭიროების შემთხვევაში ორთოდონტიული მკურნალობის დამატება.

მკურნალობის ეფექტი დამოკიდებულია ოპერაციული ჩარევის ყველა ეტაპის აკადემიურ ღონეზე ჩატარებაზე, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფის სწორად წაყვანაზე და მოვლაზე. რეციდივი მოსალოდნელია ერთი წლის განმავლობაში, რომელიც ყალიბდება თანდათანობით. მოძრაობის შეზღუდვით და ოსტეოტომირებული კიდეების ძელოვანი შეხორცებით.

სახისა და სამწვერა ნერვის დაავადებანი

ყბა-სახისა და პირის ღრუს ორგანოების ინერვაციაში მონაწილეობს, როგორც მგრძნობიარე, ისე მამოძრავებელი ნერვები. მათი ფუნქციური და ორგანული მოშლილობანი იწვევს ყბა-სახის არესა და პირის ღრუს ორგანოების ფუნქციის მოშლასაც.

ორგანიზმის გარეგანი და შინაგანი გაღიზიანება აღიქმება სპეციალური ნერვული დაბოლოებებით — რეცეპტორებით, ისინი მოთავსებულია, როგორც კანში, ისე ლორწოვან გარსში. ცნობილია ზედაპირული მგრძნობელობის ოთხი სახე: ტაქტილური, სითბოს, სიცივის, ტკივილის. მგრძნობელობის თვითოეულ სახეს აქვს შესაბამისი რეცეპტორები.

ტ ა ქ ტ ი ლ უ რ ი მ გ რ ძ ნ ო ბ ე ლ ო ბ ა აერთიანებს შეხებისა და დაწოლის შეგრძნებას. შეხებითი შეგრძნება დამყარებულია ავადმყოფის სუბიექტურ ჩვენებაზე. მეტი ობიექტურობისათვის გამოკვლევის პროცესში ავადმყოფს თვალები დახუჭული აქვს. ექიმში პატარა ფორით ან ბამბის ფთილით ეხება კანს. პასუხი უნდა იყოს გარკვეული. გამოკვლევას ვიწყებთ საღი უბნიდან და შემდეგ გადავდივართ დაავადებულ მხარეზე.

ტ ე მ პ ე რ ა ტ უ რ უ ლ ი მ გ რ ძ ნ ო ბ ე ლ ო ბ ა აღიქმება ნერვული დაბოლოებებით, ფიქრობენ, რომ ასეთი ნერვული დაბოლოებები მოთავსებულია სისხლძარღვთა კედლებში: ტემპერატურული მგრძნობელობის განსაზღვრის მარტივი მეთოდია მინის სინჯარები, რომლებშიც ჩასხმულია გარკვეული ტემპერატურის წყალი. სიცივის შეგრძნებისათვის ვიყენებთ 15-20°-იან წყალს, სითბოსათვის 37°-38°-იან წყალს. ავადმყოფი პასუხობს სითბო შეიგრძნო თუ სიცივე. მგრძნობელობის განსასაზღვრავად მოწოდებულია რთული აპარატურა და ხელსაწყოებიც.

ტ კ ი ვ ი ლ ის შე გ რ ძ ნ ე ბ ა. ტკივილის შემგრძნები სპეციფიური ნერვული ბოჭკოების არსებობას ბევრი ავტორი არ იზიარებს. ზოგიერთის აზრით ტაქტილური შეგრძნება შეიძლება იყოს ტკივილის შეგრძნების წინამორბედი. სხვადასხვა ინტენსიობის გაღიზიანება ყოველთვის იწვევს ტკივილს. ტკივილი ბევრ შემთხვევაში გამაფრთხილებელი სიგნალია და მიუთითებს ორგანოსა ან სისტემაში ამა თუ იმ მოსალოდნელ პათოლოგიურ პროცესზე. ასეთი სახის გაღიზიანება ცნობილია ნოციცეპტიურის სახელწოდებით. ტკივილის შეგრძნების გამოსარკვევად ვიყენებთ ქინძისთავს, რომლის ერთი ბოლო წვეტიანია, ხოლო მეორე — ბლაგვი, ავადმყოფს. თვალები დახუჭული აქვს. გამოკვლევას ვიწყებთ როგორც წვეტიანი, ისე ბლაგვი ბოლოთი. ავადმყოფის პაუზის მიხედვით (აღეკვატურია თუ არა) ვადგენთ ტკივილის შეგრძნებას.

მგრძნობელობის მოშლას აქვს ორი მხარე სუბიექტური და ობიექტური. სუბიექტურია პარესთეზიები: ცხელის და ცივის შეგრძნება, ქაველი, "ჭიან-

ჰველების ცოცვის" შეგრძნება და სხვა, როცა ტკივილი გამოხატულია სხვადასხვა ინტენსივობით. ობიექტური შეიძლება გამოქვეყნდეს: ანუსთომის სახით – მგრძნობელობის მთლიანი მოშლა რეგიონში; პიპესტივით – მგრძნობელობის საგრძნობი დაქვეითებით; პიპერესთეზიით – მგრძნობელობის საგრძნობი აწევით; პიპერპათიით – შეგრძნების არა სასიამოვნო აღქმით.

ტკივილის ინტენსიობა დამოკიდებულია არა მარტო გამაღიზიანებელ აგენტზე, მისი მოქმედების ხანგრძლივობაზე, არამედ ორგანიზმის რეაქტიულობაზე. ზოგიერთი მძიმე დაავადების დროს ტკივილი შეიძლება იყოს სუსტი და პირობითი. ამდენად ტკივილი ყოველთვის არ გამოხატავს დაავადების სიმძიმეს. ტკივილი გავლენას ახდენს ცალკეული ორგანოსა და სისტემის ფუნქციურ მდგომარეობაზე: აჩქარებს ან ანელებს გულისცემას, არღვევს სუნთქვის რითმულობას, ცელის სისხლის წნევის მაჩვენებლებს. სისხლში ზრდის ადრენალინის, შაქრის რაოდენობას და სხვა.

ტკივილი შეიძლება იყოს: ყრუ, მწვავე, მფეთქავი, მწველი, მჭრელი, მჩხვლეტავი, შემტევი. ტკივილი აღმოცენების და გავრცელების მიხედვით შეიძლება იყოს ადგილობრივი, რეფლექსური, ირადიაციული.

რეფლექსურად მიჩნეულია ისეთი ტკივილი, რომელიც აღიქმება სხვა ნერვული ღეროთი, ასეთი ტკივილის ადგილს ზახარინ-გელის ზონა ეწოდება. მაგალითად ოღონტოგენური ტკივილი ზოგჯერ აღიქმება კისრის ან ზედა კიდურების არეში.

ირადიაციული ტკივილი სახის არეში ვრცელდება ძირითადად სამწვერა ნერვის ტოტების საპროექციო არეში.

ნერვალგიური ტკივილის მექანიზმი მთლიანად ახსნილი არ არის, ზოგი ავტორის აზრით ტკივილი გამოწვეულია უჯრედულ დონეზე ნივთიერებათა ცელის მოშლით. ორგანული ცელილებები ნერვულ ღეროში აღწერილი არ არის. დამახასიათებელია მკვეთრი შეტევითი ხასიათის ტკივილი, რომელიც შეიძლება წარმოიშვას სპონტანურად, ან უფრო ხშირად გამაღიზიანებელი ფაქტორის ზემოქმედების შედეგად (შეხება, მოძრაობა, ლაპარაკი, ყლაპვის აქტი და სხვა). ტკივილის შეტევა რამდენიმე წამიდან გრძელდება ერთ წუთამდე. ნერვალგიური ტკივილი შეიძლება იყოს მჭრელი, მწველი, მგლეჯავი და ა. შ. მას ხშირად თან ახლავს ე ა ლ ე ს მტკივნეული წერტილების არსებობა (ვალეს წერტილებად მიღებულია ის ადგილები, საიდანაც ნერვული ღერო გამოდის ძვლოვან ზედაპირზე ან მასზე მიემართება).

ნერვების ღამიანების დიაგნოსტიკაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება გემოვნების მოშლას. გემოვნების შემგრძნები რეცეპტორები მოთავსებულია ძირითადად ენის ღერილებში. გემოვნების ბოლქვები შეიგრძნობს ცხარეს, მწარეს, მკავეს, ტკბილსა და მღამეს. ენის წინა მესამედში გემოვნების მოშლა

მიუთითებს იმ პერიფერიული ნერვული ბოჭკოების დაზიანებაზე, რომლებიც შედიან ენის ნერვის, სახისა და დაფის ნერვის შემადგენლობაში. გემოვნების მოშლასთან ერთად ხდება ენის სათანადო ნაწილის მგრძობელობის მოშლა, სმენის ფუნქციის დაქვეითება. გემოვნების მოშლა ენის უკანა მესამედი მიუთითებს ენა-ხახის ნერვის დაზიანებაზე.

სახის ნერვის დაავადებანი

სახის ნერვი მეშვიდე წყვილია, მერეულია და მის შემადგენლობაში მამოძრავებლებ ბოჭკოებთან ერთად შედის სეკრეტორული და გემოვნების ბოჭკოებიც. ქალას ღრუს ტოვებს სადგის-ღვრილისებრი ხერელით და შედის ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვალში, სადაც იყოფა ცალკეულ ტოტებად. სახის ნერვის დაზიანების დროს, დაზიანების ადგილის მდებარეობის მიხედვით, გამოვლინდება სხვადასხვა სახის მოშლილობანი-მამოძრავებელი, ნერწყვის და ცრემლის გამოყოფის მოშლა, აგრეთვე გემოვნებისა და მგრძობელობის მოშლა.

ნ ე ე რ ი გ ი . სახის ნერვის დაავადებიდან უფრო ხშირია ნეერიგი. დაავადების გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს ინფექცია (გრები). ორგანიზმის გაციელება, სახისა და ქალას ტრავმა. ნეერიგი შეიძლება განვითარდეს შუა ყურის ანთების ფონზე, ყბა-ყურა ჯირკვლის დაავადებების დროს, სახის არეში ოპერაციული ჩარევის შედეგად.

პ ა თ ო გ ე ნ ე შ ი . ინფექციური ნეერიგების დროს ანთებითი ცვლილებები ლოკალიზდება თვით ნერვში, იწყება ნერვული ღეროს შემუქება, რომელსაც შეიძლება მოყვეს დეგენერაციული ცვლილებები ნერვში, ასეთივე ცვლილებებია მოსალოდნელი ნერვული ღეროს ტრავმული დაზიანების დროს. ნეერიგის განვითარებაში გარკვეული როლი განეკუთვნება არტერიული სისხლით კვების მოშლას ე. წ. სახის არხში, ნერვული ღეროს შემუქება იწყებს მისი ფუნქციის გამოვარდნას.

პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანების კლინიკური სურათი განპირობებულია, უპირველეს ყოვლისა, დაზიანების ხარისხთან, დაზიანების ფართობით და დაზიანების ლოკალიზაციით. ნერვული ღეროს გაღიზიანებას, ნაწილობრივ ან მთლიან დაზიანებას ახასიათებს: 1. მამოძრავებელი ფუნქციის მოშლა (აღგზნება ან გამოვარდნა), 2. მგრძობელობის მოშლა, 3. ევგეგოტროფიკული მოშლილობანი. ევგეგატორი ბოჭკოების სრული გაგლეჯის შემთხვევაში, საინერვაციო ზონაში ადგილი აქვს სრულ ანჰიდროზს, ოფლი არ გამოიყოფა პილოკარპინის ინექციის შემდეგაც კი. ანჰიდროზის ზონის მიმდებარე არეში აღინიშნება პიპერკიდროზის მოვლენა. პერიფერიული

ნერეული ბოჭკოების გაღიზიანებას თან ახლავს კანის გაწითლება-ჰიპერემია, ჰიპერპიდროზი, ადგილზე კანის ტემპერატურის მომატება.

კ ღ ი ნ ი კ ა . კლინიკური სურათი განპირობებულია სახის ნერვის დაზიანების ადგილით. დაავადების ძირითადი სიმპტომებია: მიმიკური კუნთების პარეზი და პარალიზი, დაზიანების მხარეზე ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი გასაღებულია. თვალის დასუჭუა არ ხერხდება (ბელის ნიშანი), ლოყების გაბერება შეუძლებელია. თუ ნერვის დაზიანება მოხდა სახის არხში, ნერეული მუხლის განლაგების ზემო ადგილზე, მაშინ ჩამოთვლილ სიმპტომებს ემატება: ცრემლის გამოყოფის შემცირება, გემოვნების მოშლა ენის წინა ორ მესამედში, ნერწყვის დენისა და სმენის გაუკუღმართება (დაბალი ტონის ხმამაღლა აღქმა). როცა ნერვის დაზიანება ლოკალიზდება ნერვის დამუხლულ ღონეზე აუაღმყოფს მკვეთრად გამოხატული ტკივილი აქვს დერილისებრი მორჩის არეში, ყურის გარეთა გასაქალში. ზოგჯერ ადგილი აქვს პერპესულ გამონაყარს გუჩებისა და ყურის ნიჟარის არეში.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . აღრე დაწყებული მიზანმიმართული მკურნალობა გვაძლევს კეთილსაიმედო პროგნოზს. ამ ფონზე სახის ნერვის ფუნქციის აღდგენა მოსალოდნელია 80-85% შემთხვევაში. დანარჩენ 15-20% შემთხვევაში ვითარდება მიმიკური კუნთების მყარი პარალიზი. მკურნალობა ითვალისწინებს ღიფერენციულ მიდგომას. ინფექციური ნეურიტების დროს აუაღმყოფს ეუგარებთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას: ანტიბიოტიკები, ასპირინი, ანტიპისტამინური პრეპარატები, სისხლძარღვთა გამაფართოებელი ნივთიერებები. გრამული ნეურიტების შემთხვევაში ვიყენებთ პოლივიტამინებს, გლუტამინის მკაევას, ფოსფორის პრეპარატებს, ლიდაზას და სხვა.

ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის გარდა საჭიროა დეგიდრატაციული მკურნალობის გატარება. ამ მიზნით საჭიროა პექსამეთილენგეტრამინის კურსის გატარება. ეენაში შეგვყავს 40%-იანი ხსნარის 10 მლ. 40%-იან გლუკოზის 5 მლ, ერთად. კუნთებში შეგვყავს ვიტამინები C, B₁, B₁₂, დეჰიდრატაციის მიზნით ვუნინზავთ ფუროსემიდს (40 მგ.). აგრეთვე კორტიკოსტეროიდულ პრეპარატებს (პრედნიზოლონი 30-60 მგ. დღეღამეში 5 დღის განმავლობაში), შემდეგ დოზას ვამცირებთ 15-20 მგ-მდე. ადგილობრივ ვიყენებთ ნახევარსპირტიან კომპრესს ან ღიმექსიდის კომპრესს (ღიმექსიდს წინასწარ ვაზავებთ წყალში). სისხლძარღვთა გამაფართოებელი საშუალებებიდან ვიყენებთ ნიკოტინის მკაევას. პირველ დღეს კუნთებში შეგვყავს 1 მლ. შემდეგ ყოველდღე ვუმატებთ თითო მილილიტრს და დოზას ვზრდით 10 მლ-მდე, შემდეგ დოზას თანღათანობით ვამცირებთ და ჩამოგვყავს 1 მლ-მდე.

მისაღებია ფიზიოთერაპიული საშუალებების აღრეული დანიშენა (სოლუქსი, უმს დენი), პარაფინის, ოზოკერიტის აპლიკაციები. შეიძლება გამოვიყენოთ ნერობოლი, თითო აბი ორჯერ დღეში, 2-3 კვირა ჭამის წინ.

მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ღიბაზოლს, 0,02 3 ჯერ დღეში 3-4

კვირა. პროპერინი 0,05%-იანი ხსნარი 1 მლ, ან გალანგამინი 0,5%-1%-იანი ხსნარის 1 მლ კანქვეშ, მკურნალობის კურსი 25-30 ინექცია. მწვავე მოვლენების ჩამთავრების შემდეგ (10-12 დღე), ავადმყოფს უენიშნავთ ღობირებულ სამკურნალო ვარჯიშებს.

მიმიკური კუნთების მყარი შეუქცევადი პარალიზის შემთხვევაში ნაჩვენებია მკურნალობის ქირურგიული მეთოდები, მიუხედავად იმისა, რომ სამკურნალო ეფექტი ყოველთვის არ არის სრულად დამაკმაყოფილებელი. აქ გასათვალისწინებელია დაზიანების სიმძიმე, ხანგრძლიობა. მიმიკური კუნთების მღგობარეობა, ასაკი.

პირობითად ქირურგიული ოპერაციები შეიძლება დაეყოს ოთხ ჯგუფად: 1. ქირურგიული ჩარევა თვით სახის ნერვზე. აქ ნაგულისხმეია სახის ნერვის განთავისუფლება ნაწიბურებისაგან, მეწოლისაგან, გრანულაციური ქსოვილისაგან. ნერვის მექანიკური დაზიანების დროს ნერვული ღეროს გაკერვა. მისი ანაგომიური მთლიანობის აღდგენა.

2. ნეიროპლასტიკა – სახის ნერვის შერთულის გაკეთება ახლოს მდებარე სხვა მამოძრავებელ ნერვებთან. 3. მიოპლასტიკა, 4. პალიატიური ოპერაციები, რომლებიც მოიცავენ დადამბლავებული მიმიკური კუნთების სტატიკურ ჩამოკიდებას, მაკორეგირებელ ოპერაციებს: ჯანმრთელ მხარეზე კუნთების ქსოვილის ამოკვეთას, ქსოვილის ამოკვეთა დაავადებულ მხარეზე, ადგილობრივი ქსოვილებით პლასტიკა, ოპერაციები ქუთუთოებზე.

ქირურგიული ოპერაციები უნდა გაკეთდეს იმ პერიოდში, როდესაც ნერვულ-კუნთოვან ქსოვილში ჯერ კიდევ არ განვითარებულა შეუქცევადი პროცესები. მაგალითად გრავემული დაზიანების დროს ნეიროპლასტიკური ოპერაცია უმჯობესია გაკეთდეს გრავემის მიღებიდან 2-3 თვეში, ინფექციური ნევრიტის შემთხვევაში კი 3-6 თვეში.

1. ქირურგიული ჩარევა თვით სახის ნერვზე. სახის ნერვის გრავემული დაზიანებისას შესაძლოა ნერვული ღეროს ნაწილობრივი ან მთლიანი დაზიანება, ეს მოსალოდნელია, როგორც ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვალზე ოპერაციული ჩარევის დროს, ისე სახის არემი ჭრილობის მიღების შემთხვევაში. ორივე შემთხვევაში საჭიროა დაზიანებული ნერვული ღეროების მოძებნა, მათი განთავისუფლება ირგვლივ მდებარე რბილი ქსოვილებისაგან და ეპინევრალურად შეკერვა აგრავემირებული ნემსის გამოყენებით. ამასთან საჭიროა სისხლდენის საბოლოო შეჩერება პემაგომის ჩამოყალიბების თავიდან აცილების მიზნით. ამავე დროს რბილი ქსოვილების გაკერვით არ გამოვიწვიოთ ნერვის დაზიანების არემი მომავალში უხეში ნაწიბურების განვითარება. იმ შემთხვევაში, როდესაც ოპერაციის გაკეთება გვიხდება უკვე განვითარებული ნაწიბურების ფონზე, საჭიროა ნერვული ღეროს ნაწიბურებისაგან განთავისუფლება ძალიან ფრთხილად, სრული პემოსტამის შემდეგ ჭრილობის გაკერვა. კელოიდური ნაწიბურის განვითარების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ფიმიოთერაპია, ფერმენტების გამოყენება და სხვა.

2. სახის ნერვის შერთული. სახის ნერვის პლასტიკის ძირითადი მიზანია მისი მამოძრავებელი ფუნქციის აღდგენა. თვით ნერვის ფუნქციის აღდგენა საკმარისი არ არის რომ აღდგეს მიმიკური კუნთების ფუნქცია, ამიტომ საჭიროა ოპერაციამდე გამოვიკვლიოთ მიმიკური კუნთების ბოჭკოების ფუნქციური მდგომარეობა.

სახის ნერვის შერთულის გასაკეთებლად საჭიროა ყბა-ყურა ჯირკელის ქსოვილში მოვიძებნოთ ნერეული ღერო, გამოეყოთ რბილი ქსოვილებიდან სადგის-ღვრილისებრი სერელის მიმართულებით, მოვიძებნოთ ენის ქვეშა ან დამატებითი ნერვის ღეროს, გადაეკეთათ და ამ ნერვების ცენტრალურ ნაწილს მივაკერებთ სახის ნერვის ღეროს ეპინევრალურად. უნდა გვახსოვდეს, რომ ნერეული ღეროს გამოყოფის დროს არ დავაზიანოთ ნერეული ღეროს ირგვლივ მდებარე წვრილისისხლძარღვოვანი ქსელი, რათა არ მოეშალოთ ნერეული ღეროს კვება.

ამ ბოლო წლებში მიკროქირურგიის განვითარების საფუძველზე ნეიროპლასტიკის მიზნით იყენებენ საჯდომი ნერვის (ან მისი ტოტების) ნაწილის გადანერგვას სახის ნერვის ფუნქციის აღსადგენად. შედეგები ჯერჯერობით მთლიანად დამაკმაყოფილებელი არ არის.

3. მ ი ო პ ლ ა ს ტ ი კ ა . მოოპლასტიკისათვის ვიყენებთ საფეთქლის და საღეჭი კუნთების ქსოვილს. საფეთქლის კუნთზე ოპერაციის დროს განაკეთს ვაგარებთ საფეთქლის კუნთის მიმაგრების ზედა ნაწილში. ვერტიკალურ განაკეთს, ყურის საფეთქლიდან 2 სმ-ით დაშორებით, ვაგრძელებთ ყვრიმალის რკალის ღონემდე, ყვრიმალის ძვლის დისტალურად. გავხსნით კანს, კანქვეშა ქსოვილს ფასციამდე. პირის კუთხეში ნამგლისებრი განაკეთით გაეკეთათ კანს, კანქვეშა ქსოვილს და გაეაშიშვლებთ პირის ირგვლივი კუნთის ბოჭკოებს. ამის შემდეგ საფეთქლის კუნთის ცენტრალური ნაწილიდან 3,5-4 სმ. სიფართის კუნთოვან ქსოვილს ავაშრევეთ თავისი მყესოვანი ნაწილით ყვრიმალის ძვლის ქედამდე. ლოყის სისქეში პირის კუთხის მიმართულებით ვაკეთებთ ტუნელს და კემოსტამის შემდეგ, ტუნელში შემოგვაქვს საფეთქლის კუნთის ნაფლეთი და მარაოსებრ მივაკერებთ ქრომირებული კეტგუტით ტუნის ირგვლივი კუნთის ბოჭკოებს, თუ ქსოვილის ზედმეტობა აღმოჩნდება, მას ამოვკვეთათ და კანს გავკერავთ ყრულ.

ს ა ღ ე ჳ ი კ უ ნ თ ი ს . პლასტიკის შემთხვევაში განაკეთს ვაგარებთ ქვედა ყბის კუთხის არეში 2,5 სმ-ით დაშორებით ძვლიდან. გაეკეთათ კანს, კანქვეშა ქსოვილს, გაეაშიშვლებთ კუნთის მიმაგრების ადგილს ქვედა ყბის კუთხესთან და მის წინა ნაწილიდან გამოვჭრით ნაფლეთს, მოვკვეთათ ქვედა ნაწილში მყესთან ერთად. ტუნის კუთხის არეში ვაგარებთ ნამგლის ფორმის განაკეთს, შეექმნით ტუნელს ლოყის სისქეში, რომელშიდაც შემო-

ვიგანთ საღეჭი კუნთის ნაფლეთს და ჩაეკერებთ გუჩის ირგვლივი კუნთის ბოჭკოებს. ჭრილობას გავკერაეთ ყრულ. ზოგჯერ საჭირო ხდება გუჩის კუთხის ზევით აწვევა, ამ მიზნით გამოიყენება ბარძაყის ღილი ფასციის ნაფლეთი, ჩამოკიდებული ყვრიმალის რკალზე, 7-10 დღით ლეიკოპლასტიკის საშუალებით გუჩის კუთხეს ავწევთ ზევით და ვაფიქსირებთ.

4. პ ა ლ ი ა გ ი უ რ ი მ ა კ ო რ ე გ ი რ ე ბ ე ლ ი ო პ ე რ ა ც ი ე ბ ი . ამოპერაციების დანიშნულებაა მიმიკური კუნთების პარალიჩით გამოწვეული ანაგრომიურ-ფუნქციური მოშლილობის ნაწილობრივი გამოსწორება მაინც. ამ მიზნით გამოიყენება სახის დადამბლავებული ქსოვილების ჩამოკიდება სახის ჩონჩხზე. ამ მიზნით გამოიყენება ბარძაყის ფართე ფასციის ნაფლეთი, ლაესანის ძაფი და სხვა. ამავე მიზნით მოწოდებულია სახის ჯანმრთელ მხარეზე მიმიკური კუნთების ნაწილობრივ დაძაბუნება (რათა შევამციროთ მათი გადაჭიმვის ძალა). გადაკვეთით ან ნაწილობრივი ამოკვეთით, ნაკერების საშუალებით მათი ჯანმრთელ ქსოვილებზე დაფიქსირებით, დადამბლავებულ მხარეზე მოდუნებული (ზედმეტად გამობაგული) ქსოვილს ამოვკვეთათ. მაკორეგირებელ პალიატიური ოპერაციების რიგში განიხილება დადამბლავებულ მხარეზე წარბების აწვევა, ქუთუთოების კორექცია.

წარბის კორექციისათვის საჭიროა ლაესანის ძაფით ავილოთ წარბის ფაშარშემაერთებელი ქსოვილი და 3-5 ძაფით ავწიოთ ჯანმრთელი წარბის ღონებზე ოდნავ ზევით და ჩაეკეროთ ქალას ძელის შუბლის აპონევროზს.

როგორც ცნობილია სახის ნერვის დამბლას თან ახლავს შესაბამის მხარეზე თვალღიაობა, რასაც მოგვიანებით მოყვება რიგი სერიოზული გართულება (თვალის სიმშრალე, კერატიტი და სხვა). თვალღიაობის (ლაგოფთალმი) თავიდან აცილების მიზნით მოწოდებულია ოპერაცია სკლეროზოლუფარორაფია დაფუძნებული ბელის ფენომენზე (თვალის დახუჭვის მცდელობის დროს თვალის კაკალი გადაიხრება გარეთ და ზევით). ამაზე დაყრდნობით, თუ ქვედა ქუთუთოს მიეკერებთ თვალის კაკალზე, დახუჭვის დროს ქუთუთო მოძრაობს თვალის კაკალთან ერთად, ეხება ზედა ქუთუთოს და ქმნის თვალის ნაპრალის პერმეტივს.

სამწვერა ნერვის ნევრიტი

ანთების, ხანგრძლივი გკივილის ან სხვა მაგრავმირებელი ფაქტორების შემოქმედების შედეგად სამწვერა ნერვის სისტემაში თავს იჩენს ორგანული ცვლილებები, რომლებიც განაპირობებენ დაავადების ისეთ ფორმას, როგორც ნევრიტი. ნევრიტისათვის დამახასიათებელია მუდმივი ხასიათის გკივილი, მგრძნობელობის მოშლა და გროფიკული ცვლილებები კანზე (კანის გათხ-

ელემა, აქერცვლა, პიგმენტაციის მოშლა, შემუშება და სხვა). სამწვერა ნერვის ნეერიგის დროს აღინიშნება ნერული ღეროს გამსხვილება, მასში წერტილოვანი სისხლჩაქევეები, ცელილებები თვით ნერვის მკეებაე სისხლძარღვებშიც. ასეთი ნერული ღეროები ძელოვან არხებში განიცდის ზეწოლას და დეგენერაციულ ცელილებებთან ერთად ვითარდება რეაქტიული ანთებაე. აღსანიშნავია, რომ ხშირად ნეერიგი, სამწვერა ნერვის ნეერალგის თანმხლები დაავადება, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს ექიმის მიერ.

კლინიკა. სამწვერა ნერვის ნეერიგისათვის დამახასიათებელია მუღმივი ხასიათის ტკივილი საინერვაციო ზონაში, მგრძნობელობის მოშლა-პარესთემია ("ჭიანჭველების ცოცვა", "ჩხვლეტის" შეგრძნება და სხვა). გამოკელების დროს ვადგენთ მგრძნობელობის ყველა სახის მოშლას: მგრძნობელობა აწეულია (პიპერესთემია), მგრძნობელობა დაქევეთებულია (პიპესთემია), მგრძნობელობის გამოვარდნა (ანესთემია), მგრძნობელობის გაუკულმართება (პარესთემია). ნეერიგის დროს ტკივილი მუღმივია, თვითნებითია, შემადონებული, ძლიერდება დაწოლით, შეხებით. ნეერიგებისათვის არ არის დამახასიათებელი ალგოგენური ზონების არსებობა და პაროქსიზმები.

1. თვალბუღის ნერვის ნეერიგი. როგორც ცნობილია თვალბუღის ნერვი ძირითადად იძლევა სამ გოგს: შუბლის ნერეს, რომელიც ინერვაციას აწეღის შუბლის კანს, ზედა ქუთუთოს და თვალის მეღიაღურ კუთხეს; საცრემლე ნერვი გაივღის საცრემლე ჯირკვალს, მთავრდება კანში და თვალის კუთხის ლატერალურად კონიუქტივაში, ამ ნერვის შემადგენლობაში შეღის აგრეთვე სეკრეტორული ბოჭკოები საცრემლე ჯირკელისათვის; ცხვირ-წამწამის ნერვი, რომელიც აინერვირებს ცხვირის დრუს წინა ნაწილს, თვალის კაკალს, კონიუქტივასა და საცრემლე პარკს. აქედან გამომდინარე თვალბუღის ნერვის ნეერიგის კლინიკა მრავალფეროვანია: მუღმივი ხასიათის ტკივილი, საკმაოდ კარგად გამოხატული, ლოკალიზდება ზემოთ აღწერილ ზონაში: თვალბუღის, თვალის კაკლისა და შუბლის არეში. მოშლილია მგრძნობელობა და ცრემლის სეკრეცია (მომატებულია ცრემლის გამოყოფა), პალპაციით ტკივილი ძლიერდება. დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავაგართთ პირველი გოგის, ფრთა-სასას კვანძის ნეერალგისთან, გლაუკომასთან, შუბლისა და ზედა ყბის წიაღის ანთებასთან, ეთმოიდიტთან.

მკურნალობა კონსერვატიულია, ვიყენებთ ტკივილდამაყუჩებელ საშუალებებს, ვიგამინებს (C და B ჯგუფი), ნერაბოლს, ფოსფორისა და რკინის პრეპარატებს, პროზერინს, სისხლძარღვთა გამაფართოებელ საშუალებებს, ჩენების მიხედვით კორტიკოსტეროიდულ პრეპარატებს. კარგია ფიზიკური მეთოდების გამოყენება.

2. თვალბუღის ქედა ნერვის ნეერიგი. ნერვი სახეზე

გამოდის თვალბუდის ქვედა ხერვლით და აინერვირებს ქუთუთოს, ზელა გუქს და ცხვირის გვერდით მხარეს. ახასიათებს მუღმიეი, ყრუ ხასიათის ტკივილი, მგრძნობელობის მოშლა. თითით მეწოლის ღროს ტკივილი ძლიერდება. დაავადებას არ ახასიათებს "ჩახმახოვანი" ზონუბი. ნეკრიტის სშირი მიმგზია ნერვის მექანიკური დაზიანება, რომელიც შეიძლება მოხდეს ინფარორბიტული ანესთეზიის გაკეთების ღროს, ან თვალბუდის ქვედა კადის მოტეხილობის შემთხვევაში.

მკურნალობა მიმართულია გამომწვევი მიზეზის მოსახსნელად: მონაგეზი ფრაგმენტების მეწოლისაგან განთავისუფლება. თვალბუდის ქვედა ხერვლის გაფართოება – ნერვის დეკომპრესია, ნერვის ნაწიბურებისაგან განთავისუფლება ნეეროლიზი. ამის გარდა ვიყენებთ მემოთ ჩამოთელილ მედიკამენტურ საშუალებებს და ფიზოთერაპიას.

3. ქვედა ალვეოლური ნერვების ნეერიტი დაავადების ძირითადი გამომწვევი მიზეზია მექანიკური ტრავმა (მანდიბულური ანესთეზია, კბილების ტრავმული ექსტრაქცია და სხვა). აღინიშნება მგრძნობელობის მოშლა, ძლიერი მუღმიეი ხასიათის ტკივილი. კბილბუღებე შეხება ტკივილს აძლიერებს.

მკურნალობა. ანესთეზიის შედეგად გამომწვეული ნეერიტის მკურნალობა ძირითადად ითვალისწინებს ვიგამინოთერაპიას, ფიზიომკურნალობას, პროზერინს, სისხლძარღვთა გამაფართოებელი საშუალებების დანიშვნას. ექსტრაქციის შემდეგ განვითარებული ნეერიტი მოითხოვს ენერგიულ მკურნალობას. სათანადო გაუტკივარების ფონზე საჭიროა კბილბუდის ფრთხილად ამოწმენდა. ჭრილობის გამორეცხვა ანტისეპტიკური ხსნარებით. ბლოკადები ნოვოკაინის ხსნარით, ფიზიომკურნალობა (უშს ღენი, დიალნამიკური ღენი, ელექტროფორეზი და სხვა). ავადმყოფს უენიშნაეთ ტკივლდამაყუჩებელ (ანალგინი) და ანგიპისგამინურ (დიმედროლი) პრეპარატებს.

4. ენის ნერვის ნეერიტი. შეიძლება იყოს დამოუკიდებელი დაავადება ტრავმის მიყენების ნიადაგზე, ან თან ახლდეს სხვა ნერვების დაავადებას. დაავადების ძირითადი ნიშნებია მუღმიეი ხასიათის ძლიერი ტკივილი ენის არეში და მგრძნობელობის მოშლა ენის წინა ორ მესამედში პარესთეზიებისა და მგრძნობელობის მოშლის სახით.

მკურნალობა ითვალისწინებს: ვიგამინოთერაპიას, ბლოკადებს ნოვოკაინის ხსნარით, ფიზიომკურნალობას. ვიყენებთ ტკივილდამაყუჩებელ საშუალებებს.

5. ლოყის ნერვის ნეერიტი. ნერული ღეროს დაზიანება შეიძლება გამომწვეული იყოს, როგორც ტრავმით, ისე ოპერაციული ჩარევის ღროს. ლოყის ნერვის ნეერიტისათვის ტკივილი დამახასიათებელი

არ არის. დაავადების ძირითადი ნიშანია მგრძობელობის მოშლა სათანადო მხარეზე, როგორც ლორწოვან გარსზე, ისე კანზე (ტურების კუთხის არე). მკურნალობა ზემოთ აღწერილი მეთოდებით.

6. ენის ქვეშა ნერვის ნევრიტი. ენის ქვეშა ნერვი მამოძრავებელი ნერვია და არეკულირებს ენის მოძრაობას, მაგრამ ატარებს მგრძობელობასაც. ამ ნერვის ნევრიტი, როგორც დამოუკიდებელი დაავადება იშვიათად გვხვდება. უფრო ხშირად დაზიანება მეორადია და გამოწვეულია იმ პათოლოგიური პროცესებით, რომლებიც მიმდინარეობს თავის ქალაში და ფუძეზე, კისრის I-II მალეში. ცალმხრივი პათოლოგიური პროცესი იწვევს ენის სათანადო ნახეურის ატროფიას, ენის კუნთების ფიბრილურ კანკალს. პირის ღრუდან ენის გამოყოფის მცდელობის დროს, ენა გადაინაცელებს დაზიანების მხარეზე. ორმხრივი დაზიანების დროს კი აღინიშნება ენის სრული უძრავობა-გლოსოპლეგია, მეტყველების ფუნქციის მოშლა-დიზართრია, ყლაპვის ფუნქციის მოშლა-დისფაგია.

მკურნალობა ტარდება გამოწვევი მიზეზის დადგენის მისელებით ნევროპათოლოგიის ერთად.

7. ენა-ხახის ნერვის ნევრიტი. მე-9 წყვილი ნერვია, არის რთული შემადგენლობის, შეიცავს გემოვნების, მგრძობიარე, სეკრეტორულ ბოჭკოებს ყბა-ყურა სანერწყვეჯირკვლებისათვის და მამოძრავებელ ბოჭკოებს სადგის-ხახის კუნთისათვის. ამ ნერვის ნევრიტი იზოლირებულად იშვიათად გვხვდება, უფრო ხშირად თან ახლავს ბუღბარულ დამბლას. დაავადებისათვის დამახასიათებელია ენის ძირისა და ხახის ლორწოვანი გარსის მგრძობელობის მოშლა-ჰიპესთეზია, გემოვნების მოშლა (აგეუზია) ენის უკანა მესამედში. ყბა-ყურა ჯირკვლების სეკრეტორული ფუნქციის დაქვეითება და ყლაპვის გაძნელება. მკურნალობა ნევროპათოლოგიის ერთად – კომპლექსურად.

8. ცთომილი ნერვის ნევრიტი. მე-10 წყვილი ნერვია, იძლევა გოგებს რბილი სასის კუნთებისათვის, ხახის შემავიწროებელი კუნთებისათვის. დაავადებისათვის დამახასიათებელია მეტყველებისა და ყლაპვის ფუნქციების მოშლა. დაზიანების მხარეზე რბილი სასა მოღუნებულია, ჩამოშვებულია, რბილი სასის ნაქი გადაწეულია ჯანმრთელ მხარეზე, ყლაპვის რეფლექსი მოსპობილია.

მკურნალობა კომპლექსურია, ნევროპათოლოგიის ერთად.

სამწვერა ნერვის ნევრალგია

ნევრიტისაგან განსხვავებით ნევრალგია განუკუთვნიება დაავადებათა იმ რიგს, როდესაც ანთების კომპონენტი საერთოდ არ არის გამოსაგული.

დაავადების დედაბერი მდგომარეობს მგრძობელობის მომლაში – ძლიერი ტკივილის ალქმაში, რაც გამოწვეულია ანიმალური აფერენტული და ვეგეტატიური ნერეული სისტემის ფუნქციური მოშლილობით. გამოთქმა "სამწვერა ნერეის ანთება" სამედიცინო თვალთახედვით ყოვლად მიუღებელი და არასწორია.

დაავადების ეტიოლოგია დაზუსტებული არ არის, ფიქრობენ დაავადების პოლიეტიოლოგიურ ბუნებაზე. ხელშემწყობ ფაქტორებად მიჩნეულია ინფექციური, ოღონტოგენური, ცხვირის დანამატი ღრუების დაავადებები, პიპერტონია, გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ძელოვანი არხების კონსტიტუციურ სიეწროვეს. დაავადების გენეზში მნიშვნელობა ენიჭება გასერის კვანძის არეში გვინის მაგარი გარსის ნაწიბუროვან შეხორცებებს. ფიქრობენ, რომ ტკივილის აღმოცენებაში გარკვეული როლი უნდა ქონდეს ნერეულ ღეროში მოლეკულურ ღონეზე ცელილებებს.

ვარჩევთ სამწვერა ნერეის ნერვალგის ორ ძირითად ფორმას: 1. იდიოპათური (ესენციალური) ანუ პირველადი ნერვალგია. ამ ფორმის ღროს თანამედროვე ღონის გამოკვლევებით ნერეის სტრუქტურაში მორფოლოგიური ცელილებების აღმოჩენა შეუძლებელია. 2. სიმპტომური ანუ მეორადი ნერვალგია, როლესაც ტკივილი სიმპტომია იმ პათოლოგიური პროცესებისა, რომლებიც მიმდინარეობს ან თვითონ ნერეულ ღეროში ან მის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ პრინციპული განსხვავება ნერვალგის ამ ორ ფორმას შორის არ არის.

კ ღ ი ნ ი კ ა . სამწვერა ნერეის ნერვალგია უნდა განვიხილოთ, როგორც ქრონიკული დაავადება, რომელიც საჭიროებს მრავალკურსობრივ მკურნალობას. განსხვავებით სხვა ქრონიკული პროცესებისაგან, ამ დაავადებისათვის ერთ-ერთი ძირითადი სიმპტომია მწვავე, ძლიერი ხასიათის ტკივილი. ტკივილის ალქმა თვითოეული ავადმყოფისათვის თითქმის ინდივიდუალურია და უპირატესად განპირობებულია პიროვნების ნერეულ-ფსიქიკური მდგომარეობით.

ტკივილი ძირითადი და წამყვანი სიმპტომია, შეტევითი ხასიათისაა, გრძელდება რამდენიმე წამიდან წუთამდე. ტკივილი მოგჯერ ისეა გამოხატული, რომ თვით შეტევის ხასიათის დადგენა ძალზე ძნელია, იმის გამო, რომ ტკივილის შეტევა მოკლე ინტერვალებით მეორდება. ტკივილი შეიძლება იყოს მჩხვლეტავი, მგლეჯავი, მწველი, მზურღავი, ელექტროდენის დარტყმის ხასიათის და სხვა. ლოკალიზაციის მიხედვით მოგჯერ შემოსამღერულია პატარა უბნით. სხვა შემთხვევაში ვრცელდება გარკვეულ ფართზე. ტკივილი შეიძლება იყოს გელაპირული და უფრო ღრმად მდებარე.

ტკივილის შეტევა ავადმყოფთა გარკვეულ ნაწილში იწყება თვითნებურად, რაიმე ხილული მიზეზის გარეშე. უმრავლეს შემთხვევაში კი ტკივილის შეტევა დაკავშირებულია რაიმე გამაღმიანებელ ფაქტორთან: პირის დაბანა, საკვების დალევა, წვერის გაპარსვა, ლაპარაკი, ლოყის ან ლორწოვანი

გარსზე შეხება, გამჟღავნებული ცვალებადობა და სხვა. ტკივილი ვერცელდებოდა სამწვერა ნერვის საინერვაციო ზონებზე. მტკივნეული პაროქსიზმი აღმოცენებული მოულოდნელად, შეიძლება შეწყდეს ასევე მოულოდნელად ამასთან ერთად მკვეყათა შორის პერიოდში ტკივილი საერთოდ არ არსებობს.

ტკივილის შეტევა იწვევს აუადმყოფის მოძრაობის ყოველგვარ შეწყვეტას, მას ეშინია განძრევის, ხელი დაჭერილი აქვს მტკივნეულ ადგილებზე და მეწოლით ცდილობს ტკივილის ინტენსიობის შემცირებას.

სახის კანზე ან ლორწოვან გარსზე შეიძლება მოეძებნოთ მცირე ზომის ისეთი ადგილები, რომელზედაც შეხება გამოიწვევს ტკივილის პროვოცირებას. ასეთ ადგილებს ალგოგენური ზონები ("ჩახმახოვანი") ეწოდება. ტკივილის პაროქსიზმებს თან ახლავს მიმიკური და სალუჯი კუნთების რეფლექსური შეკუმშვა და სახის დამანჭვა, პიპერემია; ცრემლის, ნერწყვის ღენა. ცხვირის ნესგოდან გამონადენის გაძლიერება. ობიექტური გამოკვლევით ეადგენთ ვალეს მტკივნეულ წერტილებს (თვალბულის ზედა, თვალბულის ქვედა, მენტალური ხერეღი).

სამწვერა ნერვის პირეელი გოგის ნევრალგიის დროს ტკივილი აღინიშნება შუბლის ნერვის ან ცხვირწამწამის ნერვის არეში (შუბლისა და თვალბულის არე), თვალის გაწითლებულია, აღინიშნება კონიუქტივიტი და ცრემლის ღენა. რქოვანას რეფლექსი გამოვარდნილია.

მეორე გოგის ნევრალგიის დროს ტკივილი აღიქმება ზედა ყბის კბილებისა და ზედა გუჩის არეში. ტკივილი ვერცელდება თვალბულის ქვედა არეში. ადგილი აქვს ცხვირიდან ლორწოვანი გამონადენის მომატებას.

მესამე გოგის ნევრალგიის დროს ტკივილია ქვედა აღვეოლური ნერვის საინერვაციო არეში. ნიკაპის ხერელთან თითის დაჭერით აღიქმება ტკივილი. ნერწყვის გამოყოფა ზოგჯერ მომატებულია.

გარდა ცალკეული ნერეული გოგების ნევრალგიისა შეიძლება იყოს ერთდროულად ორი გოგის ნევრალგია. მაგალითად, მეორე და მესამე გოგების.

ღია გ ნ ო ბ ის დ ა დ გ ე ნ ის ა თ ვ ის გარკეული მნიშენელოვნობა ვალეს მტკივნეული წერტილების არსებობას. გარდა ამისა, კვლავ აღსაღებია შემდეგი მომენცებები: 1. "ჩახმახოვან ზონის" არეში მსუბუქი შეხება კი იწვევს გიპიური ნევრალგიის შეტევას, მაშინ, როცა ძლიერი ზედაწოლა ტკივილს არა თუ არ აძლიერებს, არამედ ზოგჯერ აწყირებს ტკივილის ინტენსიობას.

2. კანის მგრძნობელობის მოშლა წარმოდგენილია ორი ფორმით: მგრძნობელობის აწყვეით ან დაწყვეით, უფრო მეტად მხეხების მგრძნობელობის დაქვითებით.

3. გეგეტატური მოშლილობანი – გუგის გაფართოება (მიღრიაზი), ცრემლისა და ნერწყვის გამოყოფის გაძლიერება, ადგილობრივ ტკმჟერატორის

მომავტება (პიპერემია), მივანინშნებს სამწვერა ნერვის მონაწილეობაზე
პათოლოგიურ პროცესში.

4. გროფიკული მოშლილობა. სამწვერა ნერვის ნეერალგიის დროს ადგ-
ილი აქეს ზოგიერთ გროფიკულ მოშლილობას, როგორცაა: ლოყისა და
ტუჩების შეშუპება, პერპესული გამონაყარი, წამწაჩების, წარბების, თმე-
ბის დაცენა, კერატიტი (იშეითადა) და სხვა.

5. ტყიეილთან დაკავშირებული პიპერკინეზიები – მიმიკური კუნთების
კრუნჩხვითი შეკუმშეები; ზოგჯერ მიმიკური კუნთების სპაზმი წინ უსწრებს
ნეერალგიურ ტყიეილს, ზოგჯერ თან ერთეის მას.

ღიფერენციულ დიაგნოსტიკას ვაგარებთ: პულკიტან,
მწეავე პერიოდონტიტიან, პულპის დენტიკლთან, მწეავე პაიმორტიან,
შაკიკთან, კოსტენის სინდრომთან.

მწეავე პულპიტის დროს ყოველთვის მოიძებნება მიზემო-
ბრივი კბილი, რომლის ტემპერატურული ვალიზიანება იწვევს ტყიეილის
შეტეუას, მკურნალობის შემდეგ ტყიეილის სიმპტომი სრულად
იხსნება. ასეთივე მდგომარეობაა მწეავე პერიოდონტიტის შემთხვევაშიც.

პულპის დენტიკლის შემთხვევაში ინტაქტური კბილების რენგ-
გენოლოგიური გამოკვლევით ყოველთვის ვადგენთ რომელიმე კბილის
დრუში თავისუფლად ან კედელთან მიმდებარე დენტიკლის არსებობას,
რომლის ამოღების შემდეგ ტყიეილი იხსნება.

მწეავე პაიმორტიტისათვის დამახასიათებელია არა შეტ-
ევითი ტყიეილი, არამედ უფრო მუდმივი ხასიათის ტყიეილი, შესაბამისი
მხარის ცხვირის ნესტოდან სეროზული, ჩირქოვანი გამონადენია, რენტგენ-
ოლოგიურად აღინიშნება დაჩრდილევა. დრუს პუნქციით ვღებულობთ ჩირქო-
ვან მასას, ადგილი აქეს სხეულის ტემპერატურის მომავტებას. მკურნალობის
შემდეგ ტყიეილი იხსნება.

შაკიკისათვის დამახასიათებელია თავის პერიოდული ტყიეილი,
რომელსაც შეიძლება ახლდეს გულისრევა და პირღებინება. შაკიკის დროს
ტყიეილი იწყება გარკვეულ ლოკალურ ადგილზე. საფეთქელთან, თვალბუღ-
ესთან, შუბლის არეში, ზოგჯერ ადგილი აქეს ტყიეილის ირადიაციას. უფრო
ხშირად ლოკალიზდება ცალმხრივ, ტყიეილის შეტევა ხანგრძლივია, გრ-
ძელდება რამდენიმე საათი; ზოგჯერ დღეების კი. ამ მონაცემებით გამ-
ოვრიცხავთ ნეერალგიური ტყიეილისაგან.

კოსტენის სინდრომი დამახასიათებელია ქვედა ყბის სახსრის
დაავადებისათვის, ეს ამ სახსრის ართალგიაა. ახასიათებს ტყიეილი სახსრისა
და სახის არეში, ყურთან, ადგილი აქეს სმენის დაქვეითებას. ტყიეილი
ძლიერდება ქვედა ყბის მოძრაობის დროს.

მკურნალობა. დაავადება მოითხოვს გულისხმიერ და ვააზრე-
ბულ სამკურნალო ღონისძიებების ვაგარებას.

ნეერალგია ძნელად ექვემდებარება რომელიმე ერთი მეთოდით მკურ-

ნალობას. საჭირო ხდება მეურნალობის სხვადასხვა მეთოდების თანმიმდევრული გატარება. მეურნალობის მეთოდები პირობითად შეიძლება დაყოთ ორ ჯგუფად: კონსერვატიულ-მედიკამენტური და ქირურგიული.

კონსერვატიულ-მედიკამენტური მიდგომა ითვალისწინებს სხვადასხვა მედიკამენტების გამოყენებას: ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები, ტევრეტოლი, ფინლესინი, ნეიროლექტიური წამლები (ამინაზინი, მეპაზინი და სხვა), სამეურნალო კომპლექსში ერთავთ ვიგამინებს, ფიზიოთერაპიულ საშუალებას (გალვანიზაცია, დიალინამიკური ღენი და სხვა) წარმატებით გამოიყენება ნერვული ღეროს ბლოკადები (ნოვოკაინის 1%-2%-იანი ხსნარი, ტრიმეკაინის 1%-2%-იანი ხსნარი, ლიდოკაინის 2%-იანი ხსნარი და სხვა). ბლოკადებისათვის გამიზნული საანესთეზიო ხსნარებში აღრენალინის შერევა დაუშვებელია.

ვიყენებთ სპირტ-ნოვოკაინის ბლოკადებს. დასაწყისში ძლოვან არხში შეგვყავს საანესთეზიო ნივთიერება, ხოლო შემდეგ 75°-80°-იანი სპირტის 0,5-1 მლ.

ქირურგიული მეთოდებიდან ვიყენებთ ნერვული ღეროს გადაკვეთას, მის ამოგრებას, ღიათერმოკოაგულაციას, ვიყენებთ მიმართებით პიღროთერმულ ლესტრუქციას (ლ. ლიფშიცი, ზ. გვენეტაძე).

ცხვირ-წამწამის ნერვის ნევრალგია (ჩარლინის სინდრომი)

ცხვირწამწამის ნერვი თვალბუღის ნერვის ერთ-ერთი გოგია და ანერვირებს ზემო ქუთუთოს კანს, მის ლორწოვან გარსს, საცრემლე პარკს, მუბლის წიაღს, ცხავის ძელის უჯრედების ლორწოვან გარსს, ცხვირის ღრუს წინა ნაწილის ლორწოვან გარსს და ცხვირის კანს, ამ ნერვის დაავადებისათვის დამახასიათებელია მწვავე, ძალზე შემაწუხებელი ტკივილი, რომელიც უფრო ხშირად იწყება ღამით და იწვევს უძილობას.

კლინიკა. მწვავე ხასიათის ტკივილი ლოკალიზდება თვალბუღისა და შესაბამის მხარეზე ცხვირის ნახევარში, ცხვირის ლორწოვანი გარსი პიპერემიულია, ნესგოდან გამოდის ლორწოვან-სეკრეტორული გამონადენი, ადგილი აქვს ცრემლის ღენას. ცხვირისა და მუბლის არეში შეიძლება იყოს გამონაყარი. ვითარდება კონიუქტივიტი და კერატიტი, ზოგჯერ რქოვანას წყლული. პალპაციით თვალბუღესა და ცხვირის არეში აღიქმება ტკივილი.

დაავადების ხელშემწყობი ფაქტორებია ცხვირის ნიჟარების პიპერტროფია, ცხვირის ძგიდის გამრუდება, კბილების დაავადება, ზოგიერთი ინფექციური სნეულება.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ წამწამოვანი კეანძის ნევრალგიასთან. წამწამოვანი კეანძი მდებარეობს თვალბუდეში, მხედველობის ნერვის გარეთა მხარეზე, თვალის კაკლის უკანა პოლუსიდან დაახლოებით 0,8 სმ. დაშორებით. ამ კეანძის დაავადების დროს გკივილი ლოკალიზდება მხოლოდ თვალში, რითაც განსხვავდება ცხვირწამწამის ნერვის ნევრალგიისაგან.

ფრთა-სასის ნევრალგიის დროს გკივილი უფრო მეტად გამოხატულია ცხვირის არეში, თვალის არეში ძალზე მცირედ. თვალის შიდა კუთხეში და ცხვირის არეში პალპაციით გკივილი არ არის. გამონაყარი არ არის. ცხვირის დრუს ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია და გკივილი გამოხატულია უკანა და არა წინა ნაწილში. კოკაინ-აღრენალინის ხსნარით ცხვირის უკანა ნაწილის დამუშავების დროს გკივილი ან სულ ქრება, ან საგრძნობლად მცირდება.

მკურნალობა. უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ძლიერი გკივილის მოხსნა. ამ მიზნით გამოიყენება 5%-იანი კოკაინის ხსნარი აღრენალინთან ერთად. ხსნარი უნდა წაეუსვას ცხვირის ლორწოვან გარსზე მედანიჟარის არეში. ამის შემდეგ გკივილის შეტევა ან მთლიანად იხსნება ან ძლიერ მცირდება. ამავე მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ დიკაინის 4%-იანი ხსნარი, ლიდოკაინის 10%-იანი აუროზოლი. ვიყენებთ ნოვოკაინის ელექტროფორეზს ცხვირში. შეიძლება ავადმყოფს დაუნიშნოთ გეგრეტოლი, ფინლეუსინი.

ყურ-საფეთქლის ნერვის ნევრალგია (ფრეის სინდრომი)

შედარებით იშვიათი, მაგრამ საყურადღებო დაავადებაა. აღწერილია 1923 წელს ფრეის მიერ.

კლინიკა. ახასიათებს შეტევითი, მწველი გკივილი, შეტევის დროს ავადმყოფი აღიქვამს პულსაციას. გკივილი ლოკალიზდება საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის არეში, საფეთქლის არეში, გარეთა სასმენი ხერხელის შიგნით. შეიძლება გაერცელებს ქვედა ყბის მიმართულებით. გკივილის შეტევის მომენტში ყურ-საფეთქლის არეში აღინიშნება ადგილობრივი ჰიპერემია, ჰიპერპიდროზი (ოფლის წვეთები საინერვაციო არეში), შეიძლება დაერთოს ნერწყვის გაძლიერებული გამოყოფა. გკივილის შეტევის მიზეზი შეიძლება იყოს საკვების მიღება, ნერვულ-ფსიქიკური დაძაბულობა.

მკურნალობა. გკივილის შეტევის მოხსნის მიზნით ავადმყოფს უნდა მიეცეთ ანალგინი, სელალგინი, ვაკეთებთ ნერვის საპროექციო არეში ნოვოკაინის ბლოკადას კანქვეშ. საჭიროა ნეიროლეპტური და მცირე ტრანკვილიზატორების დანიშვნა (დიაზეპამი, ამინაზინი), B და C ვიტამინუ-

ბი, კალიბრის ელექტროფორები, სხვა ფიზიოთერაპიული საშუალებები. ზოგ შემთხვევაში მიემართავეთ სპირიტ-ნოვოკაინის ბლოკადას. შეუპოვარი ტკივილის შემთხვევაში შეიძლება გადავკეთოთ ყურ-საფეოქლის და ყურის დიდი ნერვი.

ენის ნერვის ნევრალგია

ქის ნერვი ქვედა ყბის ნერვის გოგია. ეშვება მივნითა ფრთისებრი კუნთის მუდმიურ შედაპირზე და გადადის პირის ღრუს ფსკერის ლორწოვან გარსსა და შედის ენაში, აინერვირებს ენის წინა ორ მესამედს.

ენის ნერვის ნევრალგია შედარებით იშვიათი დაავადებაა. ახასიათებს მწვავე შეგვეითი ხასიათის ტკივილი. ტკივილი ლოკალიზდება ენის წინა ორ მესამედში და ვრცელდება დაფის ღრუში. ტკივილის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს გემპერაგურული გალიზიანება (ცივი საჭმელი), ლაპარაკი, უარყოფითი ემოციები. ტკივილი ძლიერდება ენის მოძრაობით. შეიძლება ადგილი ქონდეს მგრძნობელობის მოშლას.

მკურნალობა. მკურნალობა მიმართულია ტკივილის მოხსნისა და შესაძლო გამომწვევი მიზეზის მოსაშორებლად. საჭიროა ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნა: ანალგინი 0,5 თითო აბი 2-3 ჯერ დღეში, ან ანალგინის ხსნარი 50%-იანი 2 მლ. შერეული 2,5%-იანი ამინაზინის ხსნარის 1 მლ-თან კუნთებში, ბარალგინი თითო აბი 2-3 ჯერ დღეში. ენის ლორწოვანი გარსის დამუშავება კოკაინის 5%-იანი ხსნარით. დიკაინის 4%-იანი ხსნარით, ლიდოკაინის აეროზოლით, ეტიგამინოთერაპია (B_1 , B_{12}). ნოვოკაინის ხსნარის ელექტროფორები, ფინლფესინი, გეგრეტოლი სქემის მიხედვით, ენის ნერვის ბლოკადები ნოვოკაინის ხსნარით. უნდა ჩაეატაროთ პირის ღრუს სანაცია.

ენა-ხახის ნერვის ნევრალგია

ენა-ხახის ნერვი (მე-9 წყვილი) რთული შემადგენლობისაა, შეიცავს გემოვნების, მგრძნობიარე და მამოძრავებელ ბოჭკოებს. დაავადება პირითადად ცალმხრივია, პათოგენებში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება ნოთიერებათა ცელის მოშლას, ინფექციურ პროცესებს (ანგინა, გრიპი, პარონიკული გონზილიტი), ინტოქსიკაციას. ზოგიერთი ავტორი მნიშვნელოვან ანიჭებს საღვინისებრი მორჩის დაგრძელებას.

კლინიკა. დაავადების წამყვანი სიმპტომია შეგვეითი ბასიათის

აკვილი, რომელიც იწყება ენის ძირში, ნუმურა ჯირკვლების არეში, ერ-
ცულდება ქურის, ყელის და რბილი სასის არეზე. გკივილი ძლიერდება ენის
შიძრობის, ყლაპვის, ლაპარაკის, ცხელი ან ცივი საკვების მიღების დროს.
დააწყვისში გკივილს შორის ხანგრძლივი ნათელი პერიოდებია, შემდეგ
რემისიები მცირდება და გკივილი შემაწუხებელი, აუტანელი ხდება. გკივილის
შეკვების დროს რიგი ავადმყოფები აღნიშნავენ სიმშრალეს ყელში, შეკვების
შემდეგ კი ნერწყვის გამოყოფის გაძლიერებას. დაავადების ერთ-ერთი
წამყვანი სიმკვრივეა გემოვნების გაუკუღმართება. ყველა გემოვნებითი ვად-
შიანება აღიქმება როგორც მწარე.

ღ ი ა გ ნ ო მ ს ე ა ღ გ ე ნ თ აქ მოგანილი კლინიკური სურათის მიხედ-
ვით. ენის ძირის და ნუმურა ჯირკვლების არეზე შეხება იწყებს გკივილის
შეგვეას.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღ ი ა გ ნ ო მ ი უნდა გაეაგაროთ სამწევრა
ნერვის ნევრალგიასთან. სამწევრა ნერვის ნევრალგიის დროს ტრიგერული
ბზნები განლაგებულია სახის კანის არეში, გუჩების, ალვეოლური მორჩის
არეში, და არა ენის ძირისა და ხახის არეში. ამავე დროს ენა-ხახის ნევრალ-
გიის დროს, ენის ძირის ლორწოვანი გარსის და ხახის პირის ღიკაინის
(კოკაინის) ხსნარით დამუშავებით გკივილის პაროქსიზმები იხსნება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . გკივილის მოხსნის მიზნით ვიყენებთ კოკაინის ან
ღიკაინის ხსნარს, საანესთეზიო ნივთიერების წასმით ენის ძირისა და ხახის
პირის ლორწოვან გარსზე 2-3 ჯერ დღეში. ზოგჯერ მიემართაეთ ნოოკაინის
ინექციებს ენის ძირის არეში, ეაძლეეთ გკივილდამაყუჩებელ სამუალეებს.
უნიშნაეთ მოღუღირებულ დიადინამიკურ დენს ყბისუკანა, ნუმურა ჯირკვ-
ლებისა და ყელის არეში, 10-12 პროცენტურა. კომპლექსურ მკურნალობაში
ვიყენებთ B₁₂ ვიგამინს (1000 ერთეულს), ამინაზინის 2,5%-იანი ხსნარის 1 მლ-
ს, ფინლფუსინს, ნეიროლეპტიკურ სამუალეებს, ინგოქსიკაციური ნევრალგი-
ის დროს შეგვეყავს 5%-იანი უნიგიოლის 5-10 მლ. კუნთებში. საჭიროების
შემთხვევაში ეაკეთებთ ოპერაციას საღვისისებრი მორჩის დასამოკლებლად
და ენა-ხახის ნერეული დეროს გადაკვეთას. ოპერაცია საკმაოდ რთულია და
მოითხოვს ექიმის ყურადღებას და საჭირო გამოუდილებას. საჭიროა პირის
ღრუს სანაღია.

ფრთა-სასის კვანძის ნევრალღია (სლუღერის სინდრომი)

ფრთა-სასის ფოსოში ზედა ყბის ნერვის ქვედა კიდესთან მეღიაღურად
მოთაქსებულია 0,5 სმ. მომრგვალო სამკუთხა ფორმის პარასიმპაღიკური
კვანძი. ამ კვანძიდან გამოღიან, როგორც ეეგეგაღური ისე მგრძნობიარე

ბოჭკოები. ზოგიერთი ავტორი ამ კვანძის დაავადებას განიხილავს, როგორც განვლიონიგს ან განვლიონეერიგს.

დაავადების გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს მწვავე ინფექცია (გრიპი), ცხვირის დანამაგი ღრუების ანთებითი პროცესი, სიმსიენე, ენდოკრინული მოშლილობა, ოდონტოგენური ფაქტორები და სხვა.

კ ლ ი ნ ი კ ა . დაავადებისათვის დამახასიათებელია უეცარი, ძლიერი, შემტვევი ხასიათის ტკივილი თვალბუღის არეში, საფუთქელთან, ცხვირის ფუძესთან. ტკივილი ვრცელდება ზედა ყბის არეში, კბილებსა და სასაბუ.

ტკივილის შეტევას თან ახლავს ნერწყვის დენის გაძლიერება, ცხვირის ლორწოვანი გარსის შეშუპება, პიპერემია, ცხვირიდან გამონადენი (რინორეა), თვალის ლორწოვანის პიპერემია, ცრემლდენა; სახის პიპერემია. ალგილი აქვს გემოვნების გაუკუღმართებას, თავბრუს, ლებინებას.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო მ ს ვაგარებთ სამწვერა ნერვის ნევრალგიასთან, აქ მოგანილი კლინიკური სურათის გათვალისწინებით.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . მკურნალობის უპირველესი ამოცანაა ტკივილის შეტევის მოხსნა. ამ მიზნით ვიყენებთ ტკივილგამაყუჩებელ სამუალეებს: ანალგინი, ბარალგინი. ცხვირის ლორწოვანი გარსის შუა გასაველის უკანა ნაწილი უნდა დავემუშაოთ დიკაინის 2-4%-იანი ხსნარით, კოკაინის 2-5%-იანი ხსნარით, გრიმეკაინის ხსნარით.

ტკივილის ძლიერი შეტევის დროს ვიყენებთ განვლიობლოკატორებს: ბენზოგექსონიას 2%-იანი ხსნარის 0,5-1,0 2-3 ჯერ დღეში. პენგამინის 5%-იანი ხსნარის 1 მლ. 2-3 ჯერ დღეში 10-12 დღე. კვანძის ბლოკადის მიზნით ფრთა-სახის ფოსოში შეგვყავს 2-3 მლ. ლიდოკაინის ან გრიმეკაინის ხსნარი. მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ანტიბიოტიკებს (ანთების ჟონის მოსახსნელად), მადესენსიბილიზირებელ სამუალეებს (დიმედროლი, სუპრასტინი). ფიზიკური მეთოდებიდან ვიყენებთ ნოვოკაინის ენდონ-აზალურ ელექტროფორეზს, უმს დენს, დიადინამიკურ დენს, B ჯგუფის ვიტამინებს, ბიოგენურ სტიმულიატორებს (ალოე, მინისებური სხეული). მკურნალობის პროცესში, აგრეთვე, ვუნიშნავთ ქოლინოლიზურ სამუალეებს: 0,2% პლატიფილინის 1,0 კანქემი 10-12 დღე. მეტაქინს 0,002 გრ. ორჯერ დღეში 8-10 დღე. მიუხედავად ჩატარებული მკურნალობისა, ტკივილის რეციდივის შემთხვევაში საჭიროა მკურნალობის განმეორებითი კურსის ჩატარება. ზოგჯერ მივმართავთ სპირტ-ნოვოკაინის ბლოკადას.

შ ა კ ი კ ი

შაკიკი სისხლძარღვოვან დაავადებათა ჯგუფს განეკუთვნება, მაგრამ მის გენეზში მნიშვნელობა ენიჭება ნერვულ ფაქტორს. დაავადება საკმაოდ ფართოდ არის გავრცელებული, როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში და ლოკალიზდება სახისა და თავის ნახევარ მხარეზე.

კლინიკა . შაკიკის ახასიათებს შეტევითი ხასიათის ტკივილი, რომელიც უფრო ხშირად იწყება დილით, შუბლის ან საფეთქლის არეში, შეიძლება გავრცელდეს თვალბუდეზე და კეფის არეზე. ტკივილის შეტევას წინ უძღვის ისეთი სიმპტომები, როგორცაა ნერვიულობა, გამღიზიანებლობა, მთქნარება, მიმშლიის შეგრძნება. შეიძლება ადგილი ქონდეს სხეულის გემპერაგურის ზომიერ მომაგებას, პერიორბიტულ შემუქებას და თვალის ნაპრალის შევიწროებას. ტკივილი ინტენსიურია და ხანგრძლივია, გრძელდება რამდენიმე საათი (8-10 საათი და მეტი), შემდეგ თანდათან სუსტდება და ქრება. ვ. გრეჩკო არჩევს შაკიკის სამ კლინიკურ ფორმას: ჩვეულებრივი, თვალბუდეოვანი და სახის შაკიკს. მიღებულია დაავადების განვითარების სამი სტადია: პირველ სტადიაში ადგილი აქვს სისხლძარღვთა შევიწროებას, რასაც თან მოყვება ტკივილი და სახის გაფერმკრთალება, ეს პერიოდი შედარებით ხანმოკლეა. მეორე პერიოდი – სისხლძარღვთა გაფართოება, სახე ხდება პიპერემიული. ეს პერიოდი უფრო ხანგრძლივია (2-4 და მეტი საათი). მესამე სტადიაში ტკივილის შეტევა თანდათან მცირდება და აღინიშნება საერთო სისუსტე და უხასიათობა.

მკურნალობა . დაავადების მკურნალობის ერთიანი სქემა არ არსებობს. ტკივილის შეტევის მოხსნა ზოგჯერ ინდივიდუალურია. ზოგჯერ თავის მაგრად შეკვრით ტკივილის შეტევა სუსტდება და იხსნება კიდეც. სამკურნალოდ ვიყენებთ სისხლძარღვთა გამაფართოებელ საშუალებებს (ერგოტოქსინი, ერგოტამინი) ტკივილის შეტევის დროს ავადმყოფს ვაძლევთ 0,1%-იანი ერგოტამინის ხსნარის 15-20 წვეთს ან შეგუყავს კუნთებზე 0,05%-იანი ხსნარის 0,5-0,1 მლ. ბავშვთა ასაკში გამოიყენება აცეტილსალიცილის მებავა 0,1-0,3 (ასაკის გათვალისწინებით), 2-3 ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ 6-7 დღის განმავლობაში, მოზრდილებში 0,5-1,0 2-3 ჯერ დღეში. ავადმყოფს უნიშნავთ C და B ჯგუფის ვიტამინებს, კოფეკამინის აბებს (თითო აბი დღეში ორჯერ). ერგოტამინის ხანგრძლივად მიღება არ არის მიზანშეწონილი. 6-7 დღის მიღების შემდეგ საჭიროა 4-5 დღით შესვენება. ერგოტამინი წინააღმდეგ ნაჩვენებია ათეროსკლეროზის, პიპერგონული დაავადების, ორსულობის, ლეიძლისა და თირკმელების, სეფსისისა და სხვა დაავადებების დროს. შაკიკის დაავადების პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შრომისა და ყოფაცხოვრების პირობების მოწესრიგებას, ორგანიზმის გაკაეებას, სახისა და თავის არეში მასაჟს, სრულფასოვან ძილსა და ღიეჭას.

საფეთქლის შერეულ არტერიის არტერიტი

სახის არეში ტკივილის დროს ავადმყოფთა გარკვეული ნაწილი მიუთითებს მის ლოკალიზაციაზე საფეთქლის არეში. ამ არეში ტკივილი შეიძლება იყოს ირადიაციული ხასიათის, ან იყოს აქ არსებული ქა-

თოლოგიური პროცესის ძირითადი სიმპტომი. ასეთი პათოლოგიური პროცესი შეიძლება იყოს საფეთქლის არტერიის ე. წ. არტერიიტი.

კ ლ ი ნ ი კ ა . აკადმყოფი მიუთითებს მუღმივი ხასიათის ტკივილზე საფეთქლის არეში ცალ მხარეზე. ტკივილი ძლიერდება ქვედა ყბის აქტიური მოძრაობის, ლეჭვის, საფეთქლის კუნთის დაძაბვის დროს. ვიზუალურად ზოგჯერ აღინიშნება საფეთქლის არტერიის საგრძნობი გაფართოება. დაავადების გამწვავების პერიოდში შეიგრძნება გაძლიერებული პულსაცია. აღსანიშნავია, რომ აკადმყოფთა გარკვეული ნაწილი მიუთითებს მხედველობის გაუარესებაზე, რომელსაც აქვს პროგრესირებადი ხასიათი და შეიძლება მხედველობა მთლიანად მოიშალოს. ზოგი ავტორი ამ დაავადებას განიხილავს, როგორც ადგილობრივ კოლაგენოზს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებთ ტკივილდამაყუჩებელ (ანალგინი, ბარალგინი) და სისხლძარღვთა გამაფართოებელ სამკურნალო საშუალებებს: ნოშპა, პაპაზოლი, პაპავერინი. ასევე ბუგალიონს, დიმედროლს. შეიძლება გამოვიყენოთ გლიკოკორტიკოსტეროიდები. დაღებთი სამკურნალო ეფექტია მიღებული დექსამონის გამოყენებით. ქირურგიულ მკურნალობას (არტერიის ამოკვეთა) მივმართავთ კონსერვატიული მკურნალობის არა ეფექტურობის შემთხვევაში.

მხსეთა ნანილი

ოცდაპეორე თავი

ყბა-სახის არეს რბილი და მაგარი ქსოვილების გრავმული დაზიანება

ყბა-სახის არეს რბილი და მაგარი ქსოვილების გრავმული დაზიანება ხშირია და ამ პრობლემის განხილვა და შესწავლა აქტუალურია არა მარტო მშვიდობიანობის, არამედ საომარი მოქმედების დროსაც.

ყბა-სახის არე რთული ორგანოა, აქ თავმოყრილია გრძნობის ყველა ორგანო და საჭმლის მომნელებელი სისტემის დასაწყისი. სახის ანატომიური და ფიზიოლოგიური თავისებურებანი, ერთის მხრივ, ხელს უწყობს ჭრილობებისა და გრავმული დაზიანებების შეხორცებას, ხოლო მეორე მხრივ, საგრძნობლად ართულებს მას. ეს თავისებურებანი განისაზღვრება საღეჭი აპარაგით, მიმიკით, ქსოვილების რეგენერაციის უნარით და მიკროფლორით.

საღეჭი აპარაგთან განსაკუთრებით საყურადღებოა კბილები. დაავადებუ-

ლი კბილები (განგრენული პულპით) ინფექციის გავრცელების წყაროა და ართულებს რბილი და ძვლოვანი ქსოვილის ჭრილობის შეხორცებას, ჯანმრთელი კბილები დადებით როლს ასრულებს მონატეხი ფრაგმენტების ფიქსაციის დროს.

მიმიკით ადამიანი გამოხატავს თავის ინდივიდუალურ და ემოციურ მდგომარეობას. სახის პარმონია ადამიანს საშუალებას აძლევს აქტიური მონაწილეობა მიიღოს საზოგადოებრივ შრომასა და ცხოვრებაში. სახის დაზიანება კი იწვევს ძლიერ ფსიქიკურ ძვრებს.

სახის არეს ქსოვილების მაღალი რეგენერაციის უნარი განპირობებულია ნერვულ-ტროფიკული ფუნქციით, მდიდარი სისხლძარღვებით და რეგიკულურ-ენდოთელური სისტემით: სახის მდიდარ სისხლძარღვოვან ქსელზე მიუთითებს ის ფაქტი, რომ გარეთა საძილე არტერიის ერთ მხარეზე გადაკვანძვის შედეგ, საფეთქლის არტერიის პულსაცია მე-3 დღეს აღდგება, ხოლო ორმხრივი გადაკვანძვის დროს კი მეშვიდე დღეს.

პირის ღრუში დიდი რაოდენობითაა მრავალსახოვანი მიკროფლორა. აქ არსებული შერეული მიკროფლორა ხელს უწყობს რბილ ქსოვილებში ლპობითი პროცესების განვითარებას.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . საერთაშორისო სტაგისტიკური კლასიფიკაციის მიხედვით გრავმული დაზიანება იყოფა ორ ჯგუფად: 1. გამომწვევი მიზეზის მიხედვით – ეტიოლოგია E; 2. გრავმის სახე – ლოკალიზაცია H. გამომწვევი მიზეზის მიხედვით ვარჩევთ საწარმოო და არასაწარმოო გრავმას. არასაწარმოო გრავმატიზმი მოიცავს მოზრდილთა და ბავშვთა გრავმატიზმს.

ლოკალიზაციის მიხედვით ვარჩევთ:

1. არაცეცხლნასროლი დაზიანება
რბილი ქსოვილების დაზიანება
ქვედა ყბის მოტეხილობა
ზედა ყბის მოტეხილობა
ცხვირის ძვლების მოტეხილობა
ყვრიმალის ძელისა და რკალის მოტეხილობა
კბილების გრავმა
სახის ძვლების მრავლობითი მოტეხილობა

2. ცეცხლნასროლი დაზიანება

3. სახის არეს დამწვრობა.

მშვილობიან პრეიოდში ყბა-სახის არეს დაზიანება დამაზიანებელი ფაქტორების მოქმედების მიხედვით შეიძლება იყოს: 1. მექანიკური, 2. ცეცხლსასროლი, 3. თერმიული (დამწვრობა, მოყინვა), 4. ქიმიური, 5. კომბინირებული.

მექანიკური გრავმის მიყენების შედეგად შეიძლება მივიღოთ რბილი ქსოვილების (კანი, ლორწოვანი გარსი) დაჟეიწილობა, ძვლოვანი ქსოვილის მოტეხილობა. დაჟეიწილობას ხშირად თან ახლავს კანის ან ლორწოვანი გარსის ზედაპირის ნაწილობრივი დაზიანება ექსკორიაციების სახით.

მოგეხილობა პირობითად შეიძლება დაეყოს სამ ჯგუფად: 1. პირდაპირი მოგეხილობა, როდესაც მოგეხილობა ლოკალიზდება უშუალოდ გრავმის მიყენების ადგილზე; 2. არაპირდაპირი მოგეხილობა, ლოკალიზდება გრავმის მიყენების ადგილიდან მოშორებით; 3. შერეული მოგეხილობა, რომელიც აერთიანებს მოგეხილობის გემოთმოყვანილ სახეობას. მოგეხილობა, აგრეთვე, შეიძლება იყოს ღია და დახურული. მოგეხილობა ღიაა თუ ძელის მფარავი ლორწოვანი გარსის ან კანის მთლიანობა დარღვეულია. აღსანიშნავია, რომ კბილთა მწკრივის არეში მოგეხილობა ყოველთვის ღიაა. დახურული მოგეხილობაა სასახსრე მორჩის, ქვედა ყბის გოგის, ყვრიმალის რკალის არეში. იმ შემთხვევაში, როდესაც ჭრილობა შემავალია ცხვირის, პირის ღრუს ან ჰაიმორის ღრუში, ჭრილობას გამჭოლი ეწოდება. მონაგები ფრაგმენტები შეიძლება იყოს მოძრავი, ძნელად მოძრავი და ჩაჭედილი.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ იმ გარემოებას, რომ აღამიანის სახე ინდივიდუალურად განუმეორებელია და მისი ანაგომიური, ფუნქციური და კოსმეტიკური თავისებურების შენარჩუნება ყბა-სახის ქირურგის უპირველესი ამოცანაა.

ავადმყოფის გამოკვლევა

ტრავმული ავადმყოფის გამოკვლევა მოითხოვს თანმიმდევრობას და მიზანდასახულობას.

უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა სათანადო დოკუმენტაციის შევსება, ან თვით დაზიანებულის უშუალო მონაწილეობით (თუ ცნობიერება შენარჩუნებულია) ან მომყოლი (ოჯახის წევრი, მეზობელი, თვითმხილველი, სამედიცინო პერსონალი) პერსონალის დახმარებით. ასევე ანამნეზის შეკრება ხორციელდება თვით ავადმყოფის ან მომყოლი პირის დახმარებით. უნდა დავაზუსტოდ ხომ არ იყო დაზარალებული ტრავმის მიღების მომენტში ნასვამ მდგომარეობაში. უნდა დავაზუსტოთ სად, როდის და რა ვითარებაში მოხდა ტრავმა, აღვნიშნოთ ტრავმის მიღების დღე და საათი, რამდენი დღე გავიდა ტრავმის მიღებიდან. აღმოუჩინეს დაზარალებულს რაიმე სამედიცინო დახმარება თუ არა. თუ აღმოუჩინეს ვინ და რა მოკულობის, არის თუ არა ამის დამდასტურებელი დოკუმენტაცია. აუცილებლად უნდა გაეარკვიოთ დაკარგა თუ არა ცნობიერება, რამდენი ხნით, ახსოვს თუ არა ტრავმის მიღების მომენტი. ხომ არ ქონია გულის რევა ან პირის ლებინება. გაუკეთდა თუ არა გეგანუსის საწინააღმდეგო შრატი, ხომ არ ქონდა გვერდითი მოვლენები. თუ ავადმყოფის მდგომარეობა დამძიმდა, უნდა მივიღოთ სასწრაფო გალაწყვეტილება, დაუყოვნებლივ სასწრაფო დახმარების აღმოჩენის შესახებ.

და თ ვ ა ღ ი ე რ ე ბ ა , დაზარალებულის გამოკვლევის ერთ-ერთი

ძირითადი მეთოდია, რომელსაც წინ უძღვის ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის შეფასება, ვითვალისწინებთ არა მარტო სახისა და თავის არეს, არამედ სხეულის სხვა ნაწილებსაც, რომ არ გამოგვეპაროს შერწყმული გრამეა.

სახის დათვალიერების დროს ყურადღებას ვაქცევთ ქსოვილების დაზიანების ლოკალიზაციას, ოდენობას, სიღრმეს, სისხლის ღენას, ჭრილობის დაზიანებებს, რბილი ქსოვილების რეაქტიული შემუქების მდგომარეობას. გამჭოლი დაზიანების დროს სისხლის ღენას პირის (ცხვირის) ღრუში. საჭიროა ჭრილობის სიღრმის გამოვლა. სახის ნერვის, სანერწყვე ჯირკვლების დაზიანების დადგენა და სხვა. ყურადღებას ვაქცევთ თანკიბის მდგომარეობას, ქვედა ყბის მოძრაობის ამპლიტუდას. პირის ღრუს დათვალიერების დროს ვაღვანთ კბილების მდგომარეობას, სისხლის ღენას პირის ღრუში, კბილების პროტეზების არსებობას, მაგარი და რბილი სასის მდგომარეობას, არ უნდა გამოგვჩვენოს მხედველობიდან გარეთა სასმენი ხერხის დათვალიერება სისხლის ღენის ან მურგის გვინის სითხის გამოყოფის დადგენის მიზნით.

პ ა ლ პ ა ც ი ა . პალპაცია ერთ-ერთი აუცილებელი მეთოდია, მისი საშუალებით ვაღვანთ გვიწვილის ხასიათს და ლოკალიზაციას, ქსოვილების სიღრმეში ფაშფაღს (ფლუქტუაციას), კანქვეშა ემფიზემას, მოგეხილობის ლოკალიზაციას, მონატეხი ფრაგმენტების მოძრაობას, მათ ლოკალიზაციას. ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის მოგეხილობის დროს მარცხენა ხელით (შაადელით, სარკით, კავით) უნდა აეწიოთ ზედა გუჩი, ხოლო მარჯვენა ხელის ცერს ვათავსებთ პირის კარიბჭეში ფრონტალურ კბილებზე, ხოლო მეორე და მესამე თითებს სასის მხარეზე და ფრთხილი, ღომირებული მოძრაობით ვაღვანთ ალვეოლური მორჩის მოძრაობას (მოგეხილობას).

ქვედა ყბის ალვეოლური მორჩის მოგეხილობის დროს მარცხენა ხელით ვაფიქსირებთ ნიკაპს, ხოლო მარჯვენა ხელის ცერის პირის კარიბჭეში და მეორე მესამე თითების ენის მხარეზე მოთავსებით, ფრთხილი მოძრაობით, ვამოწმებთ ალვეოლური მორჩის მოგეხილობას.

ქვედა ყბის მოგეხილობის დასადაგენად პალპაციას ვიწყებთ მარჯვენა ან მარცხენა მხრიდან (უმჯობესია ჯანმრთელი მხრიდან). მარცხენა ხელის მეორე-მესამე თითებს ვათავსებთ რეგრომოდარულ არეში მარჯვენა მხარეზე, ცერს ქვედა ყბის კუთხის არეში გარედან, მარჯვენა ხელის თითებს ვათავსებთ პირის ღრუში, მარცხენა ხელის თითებთან ახლოს და ვამოწმებთ ქვედა ყბის მოგეხილობის ლოკალიზაციას მარჯვენა მხრიდან მარცხნივ.

ზედა ყბის მოგეხილობის დროს მარცხენა ხელით ვაფიქსირებთ ავადმყოფის თავს, ხოლო მარჯვენა ხელის თითებით (ისე როგორც ალვეოლური მორჩის მოგეხილობის დროს) ვამოწმებთ ყბის ძვლის მოგეხილობის ლოკალიზაციას.

ქვედა ყბის სასახსრე მორჩების მოგეხილობის დროს ორივე ხელის მე-

თითებს ვათავსებთ გარეთა სასმენ ხერელში და ავადმყოფს ვაძლევთ წინადადებას გააკეთოს ქვედა ყბის მოძრაობა ვერტიკალურ და პორიზონტალურ სიბრტყეში. ჩვეულებრივ სასახსრე თავეების მოძრაობა სინქრონულია და კარგად აღიქმება. მოტეხილობის დროს კი აღინიშნება მოძრაობაში ჩამორჩენა იმ მხარეზე, სადაც მოტეხილობაა.

ზოგჯერ ქვედა ყბის მოტეხილობის დასაღვენად მიემართავეთ ე. წ. ზეწოლის სიმპტომს. ავადმყოფს პირი დახურული აქვს შეძლების მისეღვით, ნიკაპზე ვათავსებთ მარჯვენა ხელის გულს და ზომიერი ზეწოლით ვაზუსტებთ ტკივილის შეგრძნების არეს, საჭიროა აგრეთვე რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ორ პროექციაში.

სახის რბილი ქსოვილების დაქევილობა

დაქევილობას განვიხილავთ, როგორც რბილი ქსოვილების მექანიკურ დაზიანებას. მექანიკური ზემოქმედება – დარტყმა, დაცემა იწვევს კანის, კანქვეშა ცხიმოვანი, კუნთოვანი ქსოვილების დაზიანებას, ამასთან ერთად ზიანდება სისხლძარღვები, ნერვები. დაზიანება მიდის, როგორც უჯრედულ, ისე ქსოვილოვან დონეზე. დაქევილობა შეიძლება იყოს შემოსაზღვრული ან განერყობილი. დაქევილობას ახასიათებს შემდეგი კლინიკური ნიშნები: 1. ტკივილი, რომელიც გამოწვეულია ნერვული ბოჭკოების დაზიანებით, ასევე კუნთოვანი ბოჭკოების ტრავმით; 2. გამოხატული სისხლჩაქცევა, რომელიც განპირობებულია სისხლის ძარღვის სანათურის გაგლეჯით; 3. რბილი ქსოვილების სწრაფი შეშუპება, რომელსაც საფუძვლად უდევს სისხლძარღვთა კედლების გაღწევალობის გაძლიერება და ქსოვილოვანი სითხის უპირატესი დაგროვება ტრავმის მიყენების არეში. შეშუპება ისე სწრაფად ვითარდება, რომ რამდენიმე საათში კოლაგენალური შეშუპება იწვევს სახის მკვეთრად გამოხატულ ასიმეტრიას თვალის ნაპარალის შევიწროებას და დახურვას, 4. კანზე შეიძლება იყოს ნაკაწრები, ექსკორიაციები; 5. რიგ შემთხვევაში აღვივებთ აქვს ჰემატომის ჩამოყალიბებას.

ღ ი ა გ ნ ო შ ი ს დ ა დ გ ე ნ ა ძნელი არ არის, მაგრამ საჭიროა ავადმყოფის გულმოდგინეთ გამოკვლევა, რათა არ გამოგვეპაროს სახის ჩონჩხის მოტეხილობა, ეს განსაკუთრებით ეხება ყვრიმალის ძვლის, ყვრიმალის რკალის და თვალბუდის ქვედა არეს ტრავმული დაზიანების შემთხვევებს, როდესაც მკვეთრად გამოხატული შეშუპების გამო დეტალური გამოკვლევა გაძნელებულია.

მ კ უ რ ა ლ ო ბ ა . ტრავმის მიღების პირველ წუთებშივე საჭიროა ეფექტური ღონისძიებების გატარება: დამწოლი ნახვევის დაღება, ცივი საფრები (ყინული), ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნა. ამ ღონისძ-

იების გატარებით ჩვენ თავიდან ავიცილებთ პემაგომისა და შემუპების ჩამოყალიბებას. სახის კანის ექსკორიაციების დროს საჭიროა ანტიგეგანური შრატის გაკეთება. ტრავმის მე-4-5 დღეს სისხლჩაქეუების გაწოვის დაჩქარების მიზნით ავადმყოფს ვუნიშნავთ ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს (უმს დენი, კომპრესები და სხვა), პემაგომის დაჩირქების თავიდან აცილების მიზნით, საჭიროა მისი გახსნა, კოლგების ამოღება და ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა.

სახის რბილი ქსოვილების ჭრილობა

ჭრილობა ქსოვილების მთლიანობის მექანიკური დაზიანებაა. ჭრილობა შეიძლება იყოს ქირურგიული (ოპერაციული), შემთხვევითი და საბრძოლო. ვარჩევთ ჭრილობის შემდეგ სახეებს: ნაკენი, ნაფლეთოვანი, ცეცხლნაროლი, ნაკვეთი, ნაჩხვლეტი, მოკვეთილი, დაეეილი. ჭრილობას აქვს ოთხი ძირითადი კლინიკური ნიშანი: პირლიაობა, სისხლდენა, ტკივილი, ფუნქციის მოშლა. ჭრილობის პირლიაობა გამოწვეულია მიმიკური კუნთების ფუნქციის მოშლით, სისხლდენა კი სახის არეში კარგად განვითარებული სისხლძარღვოვანი ქსელით.

სახის ჭრილობას შეიძლება თან ახლდეს სხვა ორგანოების დაზიანება. ამ მხრივ საყურადღებოა ყბა-ყურა ჯირკელისა და მისი სადინარის ტრავმა, სახის ნერვის ტოტების, მსხვილი არტერიული სისხლძარღვების დაზიანება. ენის დაზიანების დროს მოსალოდნელია მისი შეშუპება, მეტყველების და ყლაპვის ფუნქციის მოშლა.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს და გამოხატულ სისხლდენას. სისხლდენა შეიძლება იყოს არტერიული, ვენური, კაპილარული. ჭრილობის კიდეები დამორებულია ერთმანეთს, თითქოს ამობურცულია. ავადმყოფს აქვს შეშინებული გამომეტყველება, სისხლის დიდი რაოდენობით და კარგის შემთხვევაში აღინიშნება სახის გაფითრება, საჭიროა დახმარების დაუყოვნებლივ აღმოჩენა.

ობექტივი გამოკვლევის დროს ყურადღებას ვამახვილებთ ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე, შეძლებისდა მიხედვით ვადგენთ დაკარგული სისხლის რაოდენობას, არის თუ არა ჭრილობა სიცოცხლისათვის საშიში. ჭრილობა იზოლირებულია თუ გამჭოლი, შეუღლებულია სხეულის სხვა დაზიანებასთან თუ არა.

მკურნალობა. სახის არეს ჭრილობების მკურნალობას ახასიათებს რიგი თავისებურება, რომლის გათვალისწინება აუცილებლად საჭიროა ექიმი-სპეციალისტის მიერ. სამკურნალო ტაქტიკა დამოკიდებულია ჭრილობის ლოკალიზაციაზე, დაზიანების მოცულობაზე, სხვა ორგანოებთან შეუღლებაზე და დაჭრილის ზოგად მდგომარეობაზე.

ჭრილობის მიყენების შემთხვევაში ადგილზე საჭიროა შემდეგი ღონისძ-

იუბების გაგარება: 1. ჭრილობაზე დამწოლი ნახვევის დაღება, სისხლდენის შეჩერების მიზნით; 2. დაჭრილის წოლითი მდგომარეობის შერჩევა გრანს-პორტირებისათვის; 3. სუნთქვის გაძნელების და ციანობის დროს ენის აღება აბრეშუმის ძაფზე (ინგლისური ბულაეა), მისი გამოტანა პირის ნაპრალიდან და პირის დრუს გარეთ ფიქსირება;

სახის იზოლირებული ჭრილობის დროს პირველადი დახმარების მიზანია ჭრილობის გასუფთავება, მისი გამორეცხვა ანტიბიოტიკური ხსნარით, სისხლდენის შეჩერება და სტერილური ნახვევის დაღება. უნდა გავარკვიოთ საჭიროა თუ არა ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრატის გაკეთება.

ს პ ე ც ი ა ლ ი მ ი რ ე ბ უ ლ დახმარებას ვატარებთ სტაციონარულ პირობებში. სპეციალიზებული დახმარება მით უფრო ეფექტურია, რაც უფრო აღრეა ჩატარებული, იგი ითვალისწინებს ჭრილობის ქირურგიულ დამუშავებას და ნაკერის დაღებას. ჭრილობის გამორეცხვის შემდეგ, ვაკეთებთ მის რევიზიას და ვადგენთ ჭრილობის კიდეების განახლების საჭიროებას. სახეზე ჭრილობის კიდეების განახლება უნდა იყოს ძალზე ეკონომიური, მოვკვეთავთ მხოლოდ ამკარად მკედარ ქსოვილს, ვაჩერებთ სისხლდენას და ჭრილობას გავკერავთ შრეობრივად. გამჭოლი ჭრილობის დროს გავკერავთ ლორწოვან გარსს, შემდეგ კუნთოვან შრეს და ბოლოს კანს. გაუტკივარების დროს ნოვოკაინთან ერთად შეიძლება შევიყვანოთ ანტიბიოტიკი დაჩირქების თავიდან აცილების მიზნით, გრაემის მიღებიდან 36 საათის განმავლობაში.

ლ ო ყ ი ს ა რ ე შ ი ჭრილობის დამუშავების დროს ყურადღებას ვაქცევთ სტენონის სადინარის მდგომარეობას. თუ ის დამიანებულია, უნდა აღვადგინოთ მისი მთლიანობა, ან შევექმნათ ხელოვნური სადინარი.

ტ უ ჩ ე ბ ი ს ჭ რ ი ლ ო ბ ი ს დროს სისხლდენის შეჩერების შემდეგ ჯერ გავკერავთ კუნთოვან შრეს, შემდეგ ავადგენთ წითელი ყაეთანის ანატომიურ ფორმას, გავკერავთ ლორწოვან გარსს, ხოლო შემდეგ კანს.

ც ხ ვ ი რ ი ს ჭ რ ი ლ ო ბ ი ს დროს საჭიროა ჭრილობის კიდეების მუსტი შეთანასოვნება და გაკერვა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმოთ ცხვირის ხრტილოვანი ნაწილის ქსოვილით დაფარვას, რისთვისაც შეიძლება დაგვჭირდეს ქსოვილის მობილიზაცია და ადგილობრივი პლასტიკა. ამავე დროს უნდა გავითვალისწინოთ მეორადი დეფორმაციის განვითარება.

კანისა და კუნთოვანი ქსოვილის გასაკერად ვიყენებთ მცირე ზომის ნახევარკალისებრ, სამწახნაგოვანი ფორმის ნემსებს. მრგვალ ნემსებს ვიყენებთ მხოლოდ სანერწყვე ჯირკვლების პარენქიმის გასაკერად. სახის კანის ნემსით განხვლეგას ვახდენთ ჭრილობის კიდედან 2-3 მმ-ის დაშორებით, ნაკერებს შორის მანძილი არ უნდა აღემატებოდეს 0,5-1 სმ-ს. შეხვევები უნდა ჩავატაროთ ასექტიკისა და ანტისექტიკის პირობებში.

კბილებისა და ალვეოლური მორჩის ტრავმული დაზიანება

კბილების მწვავე ტრავმულ დაზიანებას იწვევს ერთჯერადი ტრავმა: დარტყმა, დაცემა, მოკენეგა და სხვა. ქრონიკული მატრავმირებული ფაქტორებიდან აღსანიშნავია: კბილის პროტემები, არასწორად დადებული ბეწები, მანეუ ჩევეები და სხვა. ხშირია ფრონტალური კბილების, შემდეგ პრემოლარების დაზიანება.

კ ბ ი ლ ე ბ ი ს დ ა ქ ე ქ ი ლ ო ბ ა ს ახასიათებს ტრავმული პერიოდონტიკის კლინიკური სურათი: ტკივილი, რომელიც ძლიერდება კბილის კბილზე მოხედრის დროს, საჭმლის მოკბეჩის მომენტში, შეიძლება ადგილი ქონდეს მცირედ გამოხატულ მოძრაობას.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ითვალისწინებს კბილის თანკბილიდან გამოთიშვას, ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნას, ქრონიკული მატრავმირებული ფაქტორის მოშორებას. ეფექტურია ფიზიკური მეთოდების გამოყენება: უმსდენი, დიადინამიკური დენი, ელექტროფორეზი, ლაზერის სხივები და სხვა.

კ ბ ი ლ ი ს ა მ ო ვ ა რ დ ნ ი ლ ო ბ ა განპირობებულია პირდაპირი ტრავმით, ვარჩევთ ნაწილობრივ და სრულ ამოვარდნილობას. ნაწილობრივი ამოვარდნილობის დროს კბილის ფესვი ისევ კბილბუდეშია. ამოვარდნილობისათვის დამახასიათებელია შემდეგი კლინიკური ნიშნები: 1. კბილის მდგომარეობის შეცვლა; 2. კბილის მორყევა, 3. კბილის გვირგვინის ამალღება, 4. ტკივილი დაზიანებული კბილის არეში. მოგჯერ ადგილი აქვს კბილის ჩაჭედვას. ჩაჭედილი კბილის გვირგვინი უფრო დაბლა დგას, ვიდრე მემობელი კბილების გვირგვინები.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ნაწილობრივი ამოვარდნილობის დროს, როდესაც კბილის ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონა გაგლეჯილი არ არის, საჭიროა კბილის ჩაბრუნება საკუთარ კბილბუდეში და მისი ფიქსირება ალუმინის მარტივი არტაგონით ან სწრაფგამკერივადი პლასტმასით 4-5 კვირის ვადით.

კბილის ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონის გაგლეჯის დროს (კბილი დასაწყისში მოვარდისფროა, შემდეგი იღებს მოლურჯო შეფერადებას), კბილს ვაბრუნებთ საკუთარ კბილბუდეში, ვაფიქსირებთ და შემდეგ ანესთეზიის ქვეშ ვახდენთ კბილის გვირგვინის ტრეპანაციას, პულპის ექსტირპაციას, არხის დაბეწვას.

კბილის მთლიანი ამოვარდნილობის დროს, როდესაც იგი ავადმყოფმა თან მოიგანა, ვახდენთ მის რეპლანტაციას. მოგანილ კბილს ვათავსებთ სუფრის მარილის იზოტონურ ხსნარში, ვახდენთ კბილბუდის რევიზიას, ვასუფთავებთ მას სისხლის კოლგისაგან, გამოვრეცხავთ ანტისეპტიკური

ხსნარებით და მასში დროებით ვათავსებთ სტერილურ დოლბანდს. ვახდენთ კბილის ფესვის მწვერვალის რემბექციას, პულპის ექსტირპაციას, არხს დავაბენთ, კბილს გავრეცხავთ ანტიბიოტიკების ხსნარში და გადავიტანთ მომზადებულ ალვეოლაში, ვაფიქსირებთ ალუმინის არტაშნით 6-8 კვირის ვადით.

კ ბ ი ს მ თ გ ე ხ ი ლ ო ბ ა : განპირობებულია პირდაპირი გრავით, შეიძლება იყოს იზოლირებული ან ალვეოლურ მორჩითან ერთად. ვარჩევთ მოტეხილობას გვირგვინის, ყელისა და ფესვის არეში. მოტეხილობის დამახასიათებელი ნიშნებია: კბილის გვირგვინის იზოლირებული მორყევა, პულპის გამიშვლება, სისხლდენა, ძლიერი ტკივილი. კლინიკური გამოკვლევის გარდა მიემართავთ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა დამოკიდებულია მოტეხილობის ხასიათზე. იმ შემთხვევაში, როდესაც კბილის ფესვის ირგვლივ პათოლოგიური პროცესია საჭირო ხდება კბილის ამოღება. გვირგვინის ნაწილობრივი მოტეხილობის შემთხვევაში ალვადგენტ მონატეხ ნაწილს, ჩანართის ან ბეჭენის სახით. გვირგვინოვანი პულპის გამიშვლების დროს ვახდენთ პულპის ექსტირპაციას ანესთეზიის ქვეშ და გვირგვინს ალვადგენტ ან ვამზადებთ წკირიან კბილს. კბილის ფესვის მოტეხილობის ზოგ შემთხვევაში საჭიროა მონატეხი ფესვის მწვერვალის ამოღება და კბილის შემდგომი კონსერვატიული მკურნალობა.

ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა შეიძლება იყოს ნაწილობრივი ან მთლიანი. მოტეხილობის კლინიკური ნიშნებია: ტკივილი, სისხლდენა, თანკბილვის დარღვევა, მონატეხი ფრაგმენტის მოძრაობა. მოტეხილობის ხაზი შეიძლება გადიოდეს კბილების ფესვების მწვერვალის დონეზე, კბილების ფესვების 2/3-ის დონეზე, ან ცხვირ-მსხლისებრი ამონაჭდვისა და ჰაიმორის ღრუს ქვედა კედლის დონეზე. ამ შემთხვევაში აღინიშნება სისხლდენა ცხვირის ნესტოდან.

კ ლ ი ნ ი კ ა . ავადმყოფი მიუთითებს მიღებულ გრავმაზე, აღნიშნავს ტკივილს, ზომიერად გამოხატულ სისხლდენას, ტუჩების (ტუჩის) შემუშებას. დათვლიერებით აღინიშნება თანკბილვის დარღვევა, პალპაციით ალვეოლური მორჩი მოძრაობა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ი ს მიზანია სისხლდენის შეჩერება, თანკბილვის გასწორება, მონატეხი ფრაგმენტის გასწორება და ფიქსაცია, მოტეხილი კბილის ალვეოლურ მორჩში შენარჩუნება დამოკიდებულია არსებული კბილების მდგომარეობაზე: თუ კბილები განგრენული პულპითაა, შეხორცების შანსი ნაკლებია, მოსალოდნელია გართულება – აბსცესი, ოსტეომიელიტი და სხვ. ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია მოტეხილი ფრაგმენტიდან კბილის მოშორება, ძელოვანი კიდეების გასადაღავევა და ლორწოვანი გარსის გაკერვა. სხვა შემთხვევაში მონატეხ ფრაგმენტს ვაფიქსირებთ ალუმინის საღა არტაშნით და

თვითოვეულ კბილს ვამაგრებთ ბრინჯაო-ალუმინის მავთულით. არტამანს მოეხსნით 6-8 კვირის შემდეგ. ალვეოლური მორჩის მთლიანი მოგეხილობის დროს მიემართავთ ოსტეოსინთეზს. მონაგებ ფრაგმენტს მავთულით ვამაგრებთ ცხვირის ქვედა გასაველის ძელოვან კიდეზე ან ზედა ყბის ძევაზე. ავადმყოფს ეუნიშნავეთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას, ანტიბიოტიკების პრეპარატებს, ქლორკალციუმის 10%-იან ხსნარს, კალციგლუკონატის აბებს (თითო აბი სამჯერ დღეში 4-6 კვირა), D ვიტამინს, გვიეილგამაყუჩებელ საშუალებებს, მაღალკალორიულ დიეტას, პირის ღრუს ხშირ ირიგაციას.

ქვედა ყბის ამოვარდნილობა

ქვედა ყბის ამოვარდნილობა უფრო ხშირია ქალებში 20-40 წლის ასაკში. ამოვარდნილობის მიზეზი შეიძლება იყოს ერთჯერადი ტრავმა, პირის დიღზე გაღება (დამთქნარება, მოკბეჩა, სიცილი, კბილის ექსტრაქცია, ტრაქიის ინტუბაცია და სხვა).

პირის დიღზე გაღების დროს სასახსრე იოგები იჭიმება და სასახსრე თავი შეიძლება გამოვიდეს სასახსრე ფოსოლან. ამოვარდნილობას თან ახლავს ძლიერი გვიეილი და საღეჭი კუნთების ბოჭკოების სპასტიკური შეკუმშვა, რის გამოც ავადმყოფი პირს ვერ ხურავს.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . ვარჩევთ ამოვარდნილობის შემდეგ სახეებს: წინა ამოვარდნილობა, უკანა ამოვარდნილობა, ცალმხრივი წინა, ორმხრივი წინა, ჩვეულებრივი ამოვარდნილობა.

კ ლ ი ნ ი კ ა . წინა ამოვარდნილობის დროს სასახსრე თავი ხრტილოვან დისკოსთან ერთად გადაინაცულებს სასახსრე ბორცვზე და გადადის მის წინ, სასახსრე ჩანთის გაგლეჯა არ ხდება, პირი გაღებულია, თანკბილვა დარღვეული.

ორმხრივი წინა ამოვარდნილობის შემთხვევაში ავადმყოფს პირი გაღებული აქვს, ნიკაპი წინ და ქვევით არის გადაწეული, ლოყები შესქელებული და დაჭიმულია, ქვედა ყბის მოძრაობა მკვეთრად შეზღუდულია, ყლაპვა გაძნელებული, საჭმლის მოკბეჩვა და დაღეჭვა შეუძლებელი. აღინიშნება პირის ღრუდან ნერწყვის დენა, აქვს შემინებული გამომეტყველება. ქვედა ყბის სახსარში მოძრაობა არ აღინიშნება.

უკანა ამოვარდნილობის დროს პირი დახურულია. აღინიშნება ქვედა ყბის სრული უძრაობა, მოლარები ურთიერთ მჭიდრო შეხებაშია. სასახსრე მორჩის სასახსრე თავი გადაინაცულებულია უკან და მოთავსებულია გარეთა სასმენი ხერელის ქვევით, დვრილისებრი მორჩის წინ. მოლარების ფიზ-

იოლოგიური მეთიანასოვნება დარღვეულია, ქვედა საჭრელი კბილები გადა-
ნაცვლებულია უკან სასის მიმართულებით, ნიკაპი გადაწეულია უკან, საღვჭი
კუნთების ბოჭკოები დაჭიმულია.

ჩ ე ე უ ლ ი ამოვარდნილობა წინა ამოვარდნილობის ნაირსახეობაა
და დაკავშირებულია ქვედა ყბის მოძრაობასთან – პირის მაქსიმალურად
გაღება, დამთქნარება. ამ ამოვარდნილობის დროს საღვჭი კუნთების ბოჭკოე-
ბის დაჭიმულობა ნაკლებად არის გამოხატული, ამიტომ თვით პაციენტი
შეღარებით თავისუფლად აბრუნებს ამოვარდნილ ქვედა ყბას თავის ანაგო-
მიურ-ფუნქციონალურ მდგომარეობაში. ჩვეული ამოვარდნილობა ძირითა-
დათ ორი სახისაა: მენისკო-გემპორალური და მენისკო-კონდილოიდური.
მენისკო-გემპორალური ამოვარდნილობა ხდება ქვედა ყბის სახსრის ზედა
სართულზე, ხოლო მენისკო-კონდილოიდური – სახსრის ქვედა სართულზე.
ამოვარდნილობას თან ახლავს ტკაცუნი. ჩვეული ამოვარდნილობა გან-
პირობებულია სასახსრე იოგების დაჭიმვით და სასახსრე ფოსოს გასქელებით.
ჩვეული ამოვარდნილობა უფრო ხშირია ხანდამმულ ასაკში. ის პერიოდუ-
ლად მეორდება და პაციენტი ისე ეჩვევა მას, რომ ყბის ინდივიდუალური
მოძრაობით თვით აბრუნებს სასახსრე ფოსოში.

ქვეამოვარდნილობა განპირობებულია სასახსრე ბორცვის ან სასახსრე
თავის განუვითარებლობით. პირის მაქსიმალური გაღების დროს სასახსრე
თავი გამოდის სასახსრე ფოსოდან და დახურვის დროს თავისუფლად ბრუნ-
დება სასახსრე ფოსოში, ამ მოძრაობას თან ახლავს დამახასიათებელი
ტკაცუნი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ახალი ამოვარდნილობის შემთხვევაში ავად-
მყოფს უნდა გაეუკეთოთ ბერშე-დუბოვის ანესთეზია ორივე სახსრის არეში
(2%-იანი ნოვოკაინის 6-8 მლ). დამატებითი ანესთეზიის გაკეთება შეიძლება
საღვჭი კუნთების მიმაგრების ადგილზე ქვედა ყბის კუთხის არეში. 10-15 წუთის
შემდეგ ავადმყოფის პირის ღრუში შეგვაქვს ცერა თითები, რომლებზედაც
წინასწარ შემოხვეული გვაქვს მარლის ღოლბანდი. თითებს ვათავსებთ
მოღარების საღვჭ ზედაპირებზე, ხოლო დანარჩენ თითებს – ქვედა ყბის ქვედა
კიდეზე. ავადმყოფს ვაძლევეთ წინადადებას სცადოს პირის გაღება-დახურვა,
გაღების მომენტის დროს საღვჭი კუნთების ბოჭკოები მოღუნებულია. ამ
მომენტში ქვედა ყბის კუთხეს ვწვეთ ქვევით, ნიკაპის. ზევით აწევასთან
ერთდროულად ქვედა ყბას გადავანაცვლებთ უკან. ჩაყენების მომენტში ცერა
თითები უნდა გადავიგანოთ პირის კარიბჭეში, ტრავემის თავიდან აცილების
მიზნით. ამის შემდეგ საჭიროა ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა 12-15 დღით.
ქვედა ყბის ამოვარდნილობის ჩაყენების აუცილებელი წინა პირობაა ავადმყოფისა
და ექიმის სწორი მდებარეობა. ავადმყოფი უნდა იჯდეს დაბალ სკამზე

ისე, რომ მისი ქვედა ყბა მდებარეობდა ექიმის იდაყვის ღონებზე. ექიმი ყოველთვის ღვას ავადმყოფის წინ.

მოძველებული ამოვარდნილობის შემთხვევაში ზემოთ მოგანილი ანესთეზია საკმარისი არ არის, ამიტომ საჭიროა ვენური ნარკოზის გამოყენება. ნარკოზიდან ავადმყოფის გამოყენების შემდეგ, ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს საექიმო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ 1,5-2 საათის განმავლობაში.

ქვედა ყბის უკანა ამოვარდნილობის შემთხვევაში, ვაკეთებთ ბერშე-ლუბოვის ორმხრივ ანესთეზიას. ავადმყოფს ვსვამთ დაბალ სკამზე, ცერა თითები შეგვაქვს პირის კარიბჭეში და ვათავსებთ გარეთა ირიბ ხაზებზე, დანარჩენი თითებით ვაფიქსირებთ ქვედა ყბის სხეულს, ქვედა ყბას ვწევთ ქვევით და წინ. ამოვარდნილობის ჩაყენების შემდეგ საჭიროა ქვედა ყბის მოძრაობის შემზღვევა 10-15 დღე. ავადმყოფს ეუნზნავენ გვიწვილი მკურნალებელ საშუალებებს, უმს, დიალინამიკურ ღენს, თხიერ საკვებს.

ცალმხრივი ამოვარდნილობის დროს პირი ნაწილობრივ გაღებული და გადაბრეცილია ისე, რომ ავადმყოფი ვერ ხურავს მას. ნიკაპი გადაწეულია ჯანმრთელ მხარეზე (სასახსრე მორჩის მოგეხილობის დროს ქვედა ყბა და ნიკაპი გადანაცვლებულია მოგეხილობის მხარეზე) და სასახსრე მორჩის თავი ამოვარდნილობის მხარეზე არ შეინიშნება, არ შეიგრძნობა მოძრაობა სასახსრე ფოსოში. ბერშე-ლუბოვის ანესთეზიის ქვეშ ქვედა ყბის ამოვარდნილობას ჩავასწორებთ, შევზღუდავთ ქვედა ყბის მოძრაობას 12-15 დღით.

ჩვეულებრივი და ქვეამოვარდნილობის მკურნალობა ითვალისწინებს ქვედა ყბის სახსარში მოძრაობის ხანგრძლივ შემზღვევას (1-1,5 თვე). მოძრაობის შესაზღუდად მოწოდებულია მრავალი საშუალება (პეტროსოვის, ხოლოროვიჩის, ხონოვის და სხვათა აპარატები), გარდა ამისა ვიყენებთ ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს (უმს, დიალინამიკური ღენი, პიდროკორტიკონის ფონოფორეზი).

მკურნალობის ქირურგიული მეთოდები მიზნად ისახავს ან სასახსრე ფოსოს ჩადრმავევას, ან სასახსრე ბორცვის ამალღებას. მკურნალობის ქირურგიული მეთოდების ეფექტურობა ლიგურატურული მონაცემებით საკმარისად მაღალი არ არის.

ქვედა ყბის მოგეხილობა

ქვედა ყბის მოგეხილობა უფრო ხშირად გვხვდება 20-40 წლის ასაკში. ვარჩევთ გრაემულ და სპონგანურ მოგეხილობას. სპონგანური ანუ პათოლოგიური მოგეხილობა ვითარდება ძვალში მიმდინარე პათოლოგიური

პროცესის ფონზე (ქრონიკული ოსტეომიელიტი, ოღონტოგენური კისტა, ადამანტინომა, ავთვისებიანი სიმსივნე).

მიყენებული ძალის მიხედვით შეიძლება განვითარდეს პირდაპირი ან არაპირდაპირი მოტეხილობა. ქველა ყბაზე ტიპური მოტეხილობის ადგილებია: ქველა ყბის შუა ხაზი, ეშვების არე, ქველა ყბის კუთხე, სასახსრე მორჩის არე. უმრავლეს შემთხვევაში აღინიშნება მონატეხი ფრაგმენტების შეცილება, რაც დამოკიდებულია მიყენებულ ძალაზე, თვით მონატეხი ფრაგმენტების სიმძიმეზე და მონატეხი ფრაგმენტებზე კუნთების შეკუმშვაზე.

ნორმალურ პირობებში ქველა ყბის მოძრაობა განპირობებულია ორი ჯგუფის კუნთების მუშაობით:

ა. ქველა ყბის ამწევი კუნთები (უკანა ჯგუფი).

ბ. ქველა ყბის დამწევი კუნთები (წინა ჯგუფი).

ამწევი ანუ უკანა ჯგუფის კუნთებს მიეკუთვნება: 1. საღეჭი კუნთი, რომელიც ქველა ყბას ზევით აწევს; 2. საფეთქლის კუნთი – ქველა ყბას წევს ზევით და რამდენადმე უკან, 3. მედიალური ფრთისებრი კუნთი – ქველა ყბას წევს ზევით და ნაწილობრივ წინ, ცალმხრივი შეკუმშვის დროს ქველა ყბა გადაიწევს საწინააღმდეგო მხარეზე; 4. ლატერალური ფრთისებრი კუნთი – ორმხრივი შეკუმშვის დროს ქველა ყბა წამოიწევს წინ, ცალმხრივი შეკუმშვის დროს კი გადაინაცვლებს საწინააღმდეგო მხარეზე.

დამწევი ანუ წინა ჯგუფის კუნთებს მიეკუთვნება: 1. ორმუცელა კუნთი; 2. ყბა-ინის კუნთი; 3. ნიკაპ-ინის კუნთი; 4. ნიკაპ-ენის კუნთი, 5. ენა-ინის კუნთი.

ქველა ყბის მოტეხილობის დროს, როდესაც მოტეხილობის ხაზი გადის ქველა ყბის სხეულზე შუა ხაზიდან დაშორებით (დისგალურად), მცირე ფრაგმენტი, რომელზედაც მხოლოდ ამწევი კუნთებია მიმაგრებული, გადაინაცვლებს ზევით, ხოლო ფრთისებრი კუნთის შეკუმშვის შედეგად შიგნით ისე, რომ მონატეხი ფრაგმენტი შემობრუნდება ღერძის გარშემო და მისი კბილების ლოყისკენა ბორცვები შეეხება ზედა ყბის ანტაგონისტი კბილების სასისკენა ბორცვებს. დიდი ფრაგმენტი მასზე მიმაგრებული დამწევი კუნთების შეკუმშვის შედეგად გადაინაცვლებს ქვევით და შიგნით, კუთხის არეში მოტეხილობის დროს მონატეხი ფრაგმენტების შეცილება თითქმის არ აღინიშნება საღეჭი კუნთის ბოჭკოების მონატეხი ფრაგმენტებზე თანაბარი რაოდენობით მიმაგრების გამო. ქველა ყბის სხეულის ორმხრივი მოტეხილობის დროს მოტეხილი შუალედური ფრაგმენტი გადაინაცვლებს ქვევით და უკან.

როკისებრი მორჩების ორმხრივი მოტეხილობის დროს ქველა ყბა აიწევს ზევით ისე, რომ შეხებაშია მხოლოდ მოლარების საღეჭი ზედაპირები, ფრონტალური კბილების არეში კი ღია თანკბილეაა.

ემეების არეში ორმხრივი მოტეხილობის დროს მონატეხი ფრაგმენტი

ფრონტალური კბილებით გადაინაცვლებს ქვევით და მიგნით ისე, რომ იწვევს ყლაპვისა და სუნთქვის გაძნელებას.

კ ლ ი ნ ი კ ა . ქვედა ყბის მოგეხილობას ახასიათებს: სახის ასიმეტრია, ნახევრად გაღებული პირი, ტკივილი, პირის ღრუდან ნერწყვისა და სისხლის დენა, თანკბილვის დარღვევა, ქვედა ყბის არეში მგრძობელობის მოშლა.

ღ ი ა ტ ნ ო მ ი ს დასმა სათანადო გამოკვლევის შედეგად ძნელი არ არის.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ყბების მოგეხილობის მკურნალობა მოიცავს ოთხ ძირითად მომენტს: 1. მონაგები ფრაგმენტების შეთანასოვნება და ანატომიური მთლიანობის აღდგენა, 2. მონაგები ფრაგმენტების იმობილიზაცია, 3. ძელოვანი ჭრილობის შეხორცების სტიმულირება, 4. მოსალოდნელი გართულების (ოსტეომიელიტი, ფლეგმონა, ყალბი სახსარი) პროფილაქტიკა.

ახალი მოგეხილობის დროს მონაგები ფრაგმენტების სწორ მდგომარეობაში ჩაყენებას ვახორციელებთ ხელის საშუალებით, მოგჯერ ვიყენებთ ხელსაწყო-იარაღებს, განსაკუთრებით ჩაჭედილი მოგეხილობის დროს. მონაგები ფრაგმენტების ჩასწორებას ვატარებთ გაუტკივარების ფონზე. ორმხრივი მოგეხილობის დროს უმჯობესია გაეაკეთოთ მანდიბულური (ტორუსალური) ანესთეზია ორივე მხარეზე და 10-15 წუთის შემდეგ შეუდგეთ მონაგები ფრაგმენტების ჩასწორებას. სასახსრე მორჩების მოგეხილობის დროს და იმ შემთხვევებში, როდესაც პირის გაღება არ ხერხდება, საჭიროა ბერმელუბოვის ანესთეზიის გაკეთება. მონაგები ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ საჭიროა მათი მყარი ფიქსაცია. საფიქსაციო საშუალებებს პირობითად ვყოფთ ორ ჯგუფად: დროებითი და სამკურნალო.

დროებითს განეკუთვნება: ნიკაპ-თაეის ნახევევი (შურდულისებრი), ამისათვის ვიყენებთ სამედიცინო ბანდს და სხვა ხელმისაწვდომ საშუალებებს. ნახევევით ვაფიქსირებთ ქვედაყბის კბილებს ზედა ყბის კბილებთან ფიზიოლოგიური ოკლუზიის მდგომარეობაში. ნახევვის დადების წინ უნდა ვიყოთ დარწმუნებული, რომ ავადმყოფს არ ექნება გულსრევა და ღებინება. ამასთან ერთად მთლიანად უნდა გამოერიცხოთ ასფიქსიის სამშრობაყ.

ქვედა ყბის სხეულის ხაზოვანი მოგეხილობის დროს დროებით ფიქსაციას ვახორციელებთ ბრონზოალუმინის მავთულით. მოგეხილობის ხამიდან დისტალურ და მედიალურ ფრაგმენტებზე ვიღებთ ორ-ორ კბილს და ვაფიქსირებთ მათ. თუ მონაგები ფრაგმენტების ცლომაა, მაშინ ქვედა ყბას ასეთივე წესით ვაფიქსირებთ ზედა ყბაზე. მოგ შემთხვევაში ეამზადებთ ნიკაპზე ამოსაღებ ბანდ-თაბამირის ფირფიკას, რომელშიც ჩაეაფენთ მარლას (ბამბას) და რბილი დაჭიმვით ვამაგრებთ თავზე მოთავსებულ ქულზე.

მუღმივი საფიქსაციო საშუალებები იყოფა ორ ჯგუფად: უსისხლო და

ოპერაციული (სისხლიანი). პირველ ჯგუფს განეკუთვნება კბილებზე დასაღები მავთულოვანი და პლასტმასის არგამნები, რომლებსაც ამზადებენ ლაბორატორიის გარეშე (ტივერშეტის, გარდაშნიკოვის, სტეპანოვის, კერეიკოს და სხვა). ლაბორატორიულ არგამნებს განეკუთვნება ვანკეიჩის, კატცის, ოქსმანის და სხვა. ვიყენებთ, აგრეთვე, სტანდარტულ არგამნებსაც (ვასილიევი).

მავთულოვანი არგამნის დასამზადებლად საჭიროა შემდეგი მასალები და იარაღები: 1. ბრინჯაო-ალუმინის წერილი 0,3-0,5 მმ. კვეთის მავთული; 2. მმ-მდე კვეთის ალუმინის მავთული, 3. კრამპონის მაშა, 4. ანატომიური პინცეტი, 5. ნემსდამჭერი, 6. მავთულის მაკრაგელი, 7. ქლიბი, 8. რეზინის რგოლები.

საჭიროების მიხედვით ვამზადებთ ალუმინის მავთულის ქვემოთ ჩამოთვლილ არგამნებს:

1. ს ა დ ა ა რ ტ ა მ ა ნ ს ვიყენებთ მარტივი ხაზოვანი მოტეხილობის (ალვეოლური მორჩი, ქვედაყბის ცალმხრივი მოტეხილობა, ფრონტალური კბილების გრავმული დაზიანება და სხვა), საფიქსაციოდ. არგამანზე ვაფიქსირებთ მოტეხილობის ზონაში არსებულ ყველა კბილს და არა ნაკლებ ორსამსაღ კბილს.

2. გა მ ბ ე ე ნ ა რ ტ ა მ ა ნ ს ვიყენებთ მოტეხილობის იმ ფორმის შემთხვევაში, როდესაც ალვეოლურ მორჩიში არ არის ორი ან მეტი კბილი.

3. ა რ ტ ა მ ა ნ ს და ხ რ ი ლ ი - სიბრტყით ვიყენებთ იმ შემთხვევაში, როდესაც მოტეხილი ღიდი ფრაგმენტები დახრილია მოტეხილობის შიგნით და მარტივი არგამნით მონატეხი ფრაგმენტების ფიქსირებას ვერ ვახერხებთ.

4. კ ა უ ჯ ი ა ნ ა რ ტ ა მ ა ნ ს ვიყენებთ ყბათაშორისი ფიქსაციისათვის რეზინის რგოლებთან ერთად ქვედა ყბის რთული მოტეხილობის დროს.

მოტეხილობის მკურნალობა გრძელდება ოთხი-ხუთი კვირა, იმ შემთხვევაში, როდესაც შეხორცება მიმდინარეობს გართულების გარეშე, არგამანი შეიძლება მოეხსნათ 22-25 დღეზე. თუ მოტეხილობის ხაზზე კიდე შეიგრძნობა მოძრაობა, მაშინ საჭიროა ფიქსაციის ვადის გაგრძელება 8-10 დღით.

მოტეხილობის ხაზზე კბილის დატოვების საკითხი უნდა გადაეწყვიტოს ინდივიდუალურად. განგრენული პულპით კბილი ამოსაღებია, ზოგჯერ კბილს ვიყენებთ, როგორც გამბეუნს.

მავთულის (პლასტმასის) არგამნებს გააჩნიათ რიგი ნაკლოვანებანი, რომელთა გათვალისწინება აუცილებლად საჭიროა: 1. მავთულის არგამნის დამზადება-დამაგრება მოითხოვს დიდ დროს (1-2 საათი), 2. მავთულის ლიგატურები თანდათანობით სუსტდება და საჭიროებს პერიოდულ კონტროლს; 3. ორივე ყბის ფიქსაციის დროს გაძნელებულია პირის ღრუს მოვლა, კვება, სუნთქვა და მეტყველება; 4. ორივე ყბის ფიქსაციის დროს ავადმყოფი

გამოჯანმრთელებამდე უნდა იმყოფებოდეს სტაციონარში; 5. უკბილო ყბაზე არტაზნის გამოყენება შეუძლებელია; 6. მავთულოვანი არტაზნი არ გამოიყენება ბავშვებში და ფსიქიკურ ავალმყოფებში.

ოქერაციული მეთოდები მოკლებულია ზემოთჩამოთვლილ ნაკლოვანებებს, მაგრამ მათაც გააჩნიათ ხარვეჭები.

მოგეხილობის ოქერაციული მკურნალობის მეთოდები ითვალისწინებს: 1. მონაგები ფრაგმენტების ფიქსაციას შეკერვით (ფოლადის, ტანტალის მავთული, კარონის ძაფი); 2. ლითონის ჩხირებით მონაგები ფრაგმენტების ფიქსაცია; 3. ძვალზე გარედან დასამაგრებელი ფირფიტების გამოყენება; 4. პირგარეშე საფიქსაციო აპარატების (რუდკო, ბერნალსკი, პანჩოხა, ბაძოშვილი და სხვა); 5. ძვლის შესაკერი აპარატების გამოყენება.

ოქერაციული მეთოდები გამოიყენება უკბილო ქვედა ყბის მოგეხილობის შემთხვევაში, მონაგები ფრაგმენტების საგრძნობი დისლოკაციის დროს, კუთხის, სასახსრე მორჩების ზონაში მოგეხილობის დროს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ითვალისწინებს ოქერაციულ ჩარევას და მედიკამენტურ შემოქმედებას.

ო ქ ე რ ა ც ი ის გ ე ქ ნ ი კ ა . განაკვეთი შეიძლება გაეატაროთ როგორც პირშიგნითა-პირის კარიბჭეში, ისე პირგარეთა წესით, უფრო ხშირად განაკვეთს ვაგარებთ გარედან. გაეკვეთათ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს ფასციამდე. ფრთხილად გაეხსნით ფასციას და ბლაგვი გზით მივიღივართ ქვედა ყბის მონაგებ ფრაგმენტამდე. მონაგებ ფრაგმენტებზე ბორმანქანით ვაკეთებთ ორ-ორ ხერვლს, მონაგები კიდედან 1-1,5 სმ-ის დაშორებით ისე, რომ არ დაეაზიანოთ ქვედა ყბის არხი და მასში მოთავსებული ნერველ-სისხლძარღვოვანი კონა. ხელოვნურად შექმნილ ხერვლებში გაეატარებთ მავთულს. მონაგები ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ, ჯვარედინად გადაეგრეხავთ ამავნიტურ მავთულს; ჭრილობას გაეკერავთ შრეობრივად. უნდა გეახსოვდეს, რომ ქვედა ყბის არეში განაკვეთის ვაგარების დროს არ დაეაზიანოთ სახის ნერვის ქვედა ტოტი. ამ მიზნით განაკვეთს ვაგარებთ ქვედა ყბის ქვედა კიდედან 2,5 სმ-ის დაშორებით.

მონაგები ფრაგმენტების შეერთებას (ოსტეოსინთეზს) ეახლენთ, აგრეთვე, მონაგებ ფრაგმენტებში მავთულის ჩხირის გაყრით. ზოგიერთი ავტორი ოსტეოსინთეზისათვის იყენებს წინასწარ დამზადებულ ლითონის ჩარჩოებს, რომლებსაც მონაგებ ფრაგმენტებზე ამავრებს სპეციალური ხრახნიანი ლურსმებით.

მონაგები ფრაგმენტების ფიქსაციისათვის მოწოდებულია აგრეთვე სპეციალური აპარატები, რომლებიც თავსდება პირგარეშე (რუდკო, ბერნალსკი, პანჩოხა, ბაძოშვილი და სხვა) წესით.

მოგეხილობის კომპლექსურ მკურნალობაში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს მედიკამენტურ მკურნალობას: ვიყენებთ ანთების საწინააღმდეგო და ძელოვანი ჭრილობის შეხორცების მასტიმულირებელ

საშუალებებს. ცალკეულ შემთხვევაში განუსაზღვრავთ ანტიბიოტიკებისადმი შეუთავსებლობას კანქვეშა სინჯის გამოყენებით. პირველ 3-4 დღეს უმჯობესია ანტიბიოტიკები შევიყვანოთ მოტეხილობის ზონაში. კარგ შედეგებს იძლევა გეტრაციკლინის ჯგუფი (ერითრომიცინი, ტერამიცინი, მორფოციკლინი), რომლებიც გროვლებიან ძვალში. ძელის რეგენერაციის მასტიმულირებელი საშუალებებიდან ვიყენებთ ოსტეოგენურ ციტოტოქსიკურ მრატს, რეტაბოლილს, თიროკალციტონინს. პირამიდონის ჯგუფიდან — პენტოქსილს, მეთილურაცილს. მკურნალობაში ვიყენებთ, აგრეთვე, მადესინსიბილიმბებულ საშუალებებს, ვიტამინებს, კალციუმის პრეპარატებს. წარმატებით ვიყენებთ მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს: უმს დენი, ელექტროფორეზი, ულტრაიისფერი დასხივება; პარაფინის, სამკურნალო გალახის აპლიკაციებს. ამასთან ერთად საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ პირის ღრუსა ან ყბის ძვალში არსებული ლითონი არ არის ფიზიოპროცედურების ჩატარების უკუჩვენება. საჭიროა კალორიული კვება. პირის ღრუს ხშირი გამორეცხვა ანგისექტიკური ხსნარებით.

ქვედა ყბის სასახსრე მორჩის მოტეხილობა

სასახსრე მორჩის მოტეხილობა ძირითადად გამოწვეულია არაპირდაპირი გრავით. ვარჩევთ როკისებური მორჩის მოტეხილობას მორჩის ძირის, ყელისა და სასახსრე თავის არეში. უფრო ხშირია სასახსრე მორჩის ძირის მოტეხილობა.

სასახსრე მორჩის მოტეხილობას ახასიათებს მოტეხილობის ყველა დამახასიათებელი ნიშანი: ტკივილი, ღეჭვისა და მეტყველების ფუნქციის მოშლა, თანკბილვის დარღვევა. ორმხრივი მოტეხილობის დროს შეხებაშია მოლარები, ფრონტალური კბილების არეში აღინიშნება ღია თანკბილევა. ცალმხრივი მოტეხილობის დროს მოკლდება სახსრის სიმაღლე მცირე ფრაგმენტის ცდომის გამო, ამიტომ ქვედა ყბის ზევით აწვეის დროს მოლარების შეხება მოხდება ჯერ დამიანებულ მხარეზე, ხოლო შემდეგ ჯანმრთელ მხარეზე. საღიაგნოსტიკო მნიშვნელობა აქვს, აგრეთვე, ტკივილის შეგრძნებას მოტეხილი სახსრის არეში. ამ მიზნით მარჯვენა ხელით ვაწვევით ნიკაპზე, ტკივილი შეიგრძნება მოტეხილი სახსრის არეში. თუ გარეთა სასმენ ხერულში მოვათავსებთ საჩვენებელ ან მეხუთე თითებს და ავალმყოფს მიეყვამ წინადადებას ამოძრავს ქვედა ყბა, სასახსრე თავის მოძრაობა შესუსტებული იქნება მოტეხილობის მხარეზე. სასახსრე მორჩის მოტეხილობას, მის დისლოკაციას ვაბუსტებთ რენტგენოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა. იმ შემთხვევაში, როდესაც მოტეხილი სასახსრე მორჩი მცირე შეტურებით ქვედა ყბის გოგის სიბრტყეშია, საკმარისია

კონსერვატიული მკურნალობა. ავადმყოფს ორივე ყბაზე ეუკეთებთ ალუმინის მარყუჟოვან არტაშანს. მოლარების არეში ორივე მხარეზე ვათავსებთ 0,5-1 სმ-ის სისქის განმბეჯენს და ყბებს შეეკრავთ რეზინის რგოლებით. განმბეჯენს ვამაგრებთ აბრეშუმის ძაფით პირის ღრუს გარეთ. განმბეჯენს ამოვიღებთ 10-12 დღის შემდეგ ხოლო ელასტიურ ჭიმვას ვაგრძელებთ 4 კვირაზე. ცალმხრივი მოტეხილობის შემთხვევაში განმბეჯენს ვათავსებთ მოლარების არეში მოტეხილობის მხარეზე.

უკბილო ქვედა ყბის სასახსრე მორჩის მოტეხილობის დროს საჭიროა ოპერაციული ჩარევა, ოპერაციულ მკურნალობას მიემართავთ აგრეთვე იმ შემთხვევაში, როდესაც მოტეხილი სასახსრე მორჩი თითქმის პორიზონგალურ მდგომარეობაშია და კონსერვატიული მკურნალობით მისი ჩასწორება არ შეიძლება.

ოპერაციის ტექნიკა. ოპერაცია უმჯობესია ჩავატაროთ ენდოტრაქეალური ნარკოზის ქვეშ. განაკვეთს ვატარებთ ქვედა ყბის კუთხის გარეთა კიდედსთან 6-8 სმ-ის სიგრძეზე. ვაკვეთავთ კანს, კანქვეშა ქსოვილს, ვავითიშავთ კუნთებს და ვაშიშეღებთ ქვედა ყბის კუთხის გოტის არეს. რბილ ქსოვილებს კავით ავწვეთ ზევით და წინ ისე, რომ მოექებნოთ სასახსრე მორჩი. სასახსრე მორჩზე და ქვედა ყბის გოტზე ბორმანქანით ვაკეთებთ ხერელს, ნახერეგებში გაუყვრით ამაგნიტურ მავთულს, შევათანასოვნებთ მონაგებს ფრაგმენტებს და მავთულს გადავგრებთ, ჭრილობას შევკერავთ შრეობრივად. სასახსრე მორჩის ოსტეოსინთეზი შეიძლება ჩავატაროთ ლითონის ჩხირის მონაგებს ფრაგმენტებში გატარებით ან მონაგებს ფრაგმენტებზე ჩხირის გარედან ფიქსაციით. ოსტეოსინთეზისათვის განაკვეთის გატარება შეიძლება ყურის ჭაულის წინა კიდედსთან ისე, რომ არ დაეზიანოთ სახის ნერვის გოტები. მიდგომის ეს მეთოდი მოითხოვს ოპერატორის დახელოვნებას და სათანადო გამოცდილებას. ეს მეთოდი წარმატებითაა გამოყენებული ჩვენს მიერ.

ზედა ყბის მოტეხილობა

ზედა ყბა წყვილი ძვალია, შედგება მარჯვენა და მარცხენა ნახევრისაგან. ფუნქციის თვალთახედვით მკვეთრად განსხვავდება ქვედა ყბისაგან და განიცდის ძლიერ დატვირთვას. მოწოდებულია ზედა ყბის მოტეხილობის სხვა და სხვა კლასიფიკაციური სქემები. უფრო გავრცელებულია ფრანგი მეცნიერის ლეფორის (1901 წ.) კლასიფიკაცია. რუსულ ლიტერატურაში ავტორისეული კლასიფიკაცია არ იყო სწორად თარგმნილი და შესაძებ გიპის მოტეხილობა აღწერილია როგორც პირველი, რაც ბირფესვიანად ცუდის როგორც მოტეხილობის კლინიკურ სურათს, ისე დაზიანების სიმძიმეს. დღევანდელ პირობებ-

ში საჭიროდ მიგვაჩნია ისტორიული სინამდვილის აღდგენა და ამიტომ აქ მოვიგანთ ზედა ყბის მოგეხილობის ლე-ფორის კლასიფიკაციის ავტორისეულ სქემას.

I ტიპი – ზედა მოგეხილობა. მოგეხილობის ხაზი გალის ცხვირის ძელის ძირზე, თვალბუდის ქვედა ნაპრალზე, თვალბუდის გარეთა კიდეზე, გაიელის ყვრიმალის რკალზე და გრძელდება ძირითადი ძელის ფრთისებრ მორჩამდე. ამ შემთხვევაში აღგილი აქვს სახის ჩონჩხის მთლიან მოცილებას ქალას ჩონჩხისაგან.

II ტიპი – შუა მოგეხილობა. მოგეხილობის ხაზი გალის ცხვირის ძირზე, თვალბუდის შიგნითა კედელზე, ზედა ყბისა და ყვრიმალის ძელების ნაკერზე და გრძელდება ძირითადი ძელის ფრთისებრ მორჩებადდე. ამ შემთხვევაში მოგეხილია ზედა ყბა და ცხვირის ძელები.

III ტიპი – ზედა ყბის სხეულის ქვედა მოგეხილობა. მოგეხილობის ხაზი გაიელის პორიზონტალურად ზედა ყბის სხეულზე, ცხვირის ღრუს ქვედა კიდეზე, მოგჯერ ჰაიმორის ღრუს მთლიანობის დარღვევით. ამ დროს მოგეხილია ზედა ყბის ალვეოლური მორჩი კბილებითურთ.

რუსი ავტორები პ. არქანცევი, გ. ივაშენკო, თ. ლურიე არჩევენ სახის ჩონჩხის ზედა ნაწილის მოგეხილობის 5 ტიპს: I ტიპი – ყვრიმალის ძელის მოგეხილობა, II ტიპი – ცხვირის ძელების მოგეხილობა, III ტიპი – ალვეოლური მორჩის მოგეხილობა, IV ტიპი – სუბბაზალური მოგეხილობა, ზედა ყბისა და ყვრიმალის ძელების შეერთების აღგილზე, V ტიპი – სუბორბიტული მონის მოგეხილობა.

კლინიკა, დიაგნოსტიკა. ზედა ყბის მოგეხილობის კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია, როგორც გრავემის მიყენების ძალაზე, მონატეხი ფრაგმენტების ცდომამზე, მოგეხილობის ლოკალიზაციაზე, დაზიანებული ზოგად მდგომარეობამზე, ასევე სხეულის სხვა ნაწილების დაზიანებასა და ტვინის გრავამაზე.

ზედა ყბის მოგეხილობის დროს აღინიშნება: 1. შეცვლილი სახის ფორმა, 2. სისხლჩაქცევები რბილ ქსოვილებში ("შავი სათვალის ნიშანი"), 3. თანკბილის დარღვევა, 4. ლეჰვის, მეტყველების, სუნთქვის ფუნქციის მოშლა.

პირველი ტიპის მოგეხილობის დროს კლინიკური სურათი მძიმეა და რთული. დაზიანებულს სახე დაგრძელებული აქვს, გამოსატულია "შავი სათვალის" ნიშანი. თანკბილევა, სუნთქვა, მეტყველება დარღვეულია. აღინიშნება სისხლდენა ცხვირდან, პირიდან, ყურებიდან, ზოგჯერ აღგილი აქვს ზურგის ტვინის სითხის დენასაც. მოშლილია თავის ტვინის ნერვების ფუნქცია (სამწვერა, სახის, თვალის მამოძრავებელი და სხვა). სახის მიმიკა დარღვეულია, აღინიშნება დიპლოპია (მხედველობის გაორება), სახის არემო

მგრძობელობის მოშლა, ზოგჯერ გვინის დაქვეილობა, უფრო ხშირად გვინის შერყევა. ქალას ფუძის მოგეხილობის დროს აღინიშნება სისხლდენა ვარეთა სასმენი ხერეულიდან. თაებურგვინის სითხის დენა ცხვირიდან, ყურიდან.

ზურგის გვინის სითხის დენა (ლიქვორეია) ვითარდება გრავმის მიღებიდან პირველი სამი დღის განმავლობაში. ლიქვორეია ცხვირიდან ძნელი დასადგენია, მის დასადგენად ვიყენებთ ე. წ. "ცხვირსახოცის" სინჯს. ზურგის გვინის სითხეში დასველებული სუფთა ცხვირსახოცი გამრობის შემდეგ რჩება რბილი, ცხვირის სეკრეტში დასველებული – გამრობის შემდეგ რჩება ხმელი, თითქოს სახამებელში ამოვლებული. ეს სინჯი ყოველთვის უცყუარი არ არის.

მორე გვიის მოგეხილობის დროს კლინიკური სურათი დამოკიდებულია მონატეხი ფრაგმენტების ცდომამზე და რბილი ქსოვილების მდგომარეობამზე. სახე ასიმეტრიულია, რბილი ქსოვილები შემუქებული, აღინიშნება სისხლდენა ცხვირიდან, დაცხრილული ფირფიტის დამიანების დროს კი – ზურგის გვინის სითხის გამოყოფა. სისხლჩაქევეებია თვალბუდში, კონიუქტივამზე. ზედა ყბის და ცხვირის ძელები მოძრავია. თვალბუდის ქვედა კიდე მოგეხილია. ადგილი აქვს ანესთეზიას თვალბუდის ქვედა ნერვის საინერვაციო ზონაში.

მესამე გვიის მოგეხილობის დროს აღინიშნება მონატეხი ფრაგმენტების ცდომა, თანკბილეა ხშირად დარღვეულია, ზოგჯერ ადგილი აქვს ცხვირის ნესტოდან სისხლდენას. პალპაციით ვადგენთ ალვეოლური მორჩის მოგეხილობის ზონას.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ვარჩევთ ზედა ყბის მსუბუქ, საშუალო და მძიმე მოგეხილობას. მსუბუქ დამიანებას ვაკუთვნებთ ალვეოლური მორჩის მოგეხილობას, ან ზედა ყბის ნაწილობრივ მოგეხილობას თანკბილვის დარღვევის გარეშე, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თავის გვინის შერყევა არ არის, შეხორცება მიმდინარეობს სადად. მკურნალობა გრძელდება ორი კვირა.

საშუალო სიმძიმის დამიანებას განეკუთვნება ზედა ყბის სხეულის ცალმხრივი ან ორმხრივი მოგეხილობა, მონატეხი ფრაგმენტების ცდომით, თანკბილვის დარღვევით, სასისა და ზედა ყბის წიაღის დამიანებით, თავის გვინის შერყევით. ასეთი ავადმყოფის მკურნალობა საშუალოდ 3-4 კვირა გრძელდება.

მძიმე დამიანებას მიეკუთვნება ზედა ყბის პირველი გვიის მოგეხილობა, ამავე დროს დამიანებულია შემობელი ორგანოებიც: ორბიტა, ცხვირი, შეიძლება ქვედა ყბაც. ასეთი დამიანება მოითხოვს რთულ ქირურგიულ ჩარევას. მკურნალობის ვადები დამოკიდებულია დამიანების სიმძიმეზე, ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობამზე, დაავადების გართულებამზე. მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს 5-6 კვირა.

მელა ყბის მოგეხილობის მკურნალობა

პირველ რიგში საჭიროა დაზიანებულის ზოგადი მდგომარეობის შეფასება, უნდა გავაგაროთ საჭირო ღონისძიებები სისხლდენის შესაჩერებლად და თავისუფალი სუნთქვის აღსადგენად. გადაეწყვიტოთ მონატეხი ფრაგმენტების დროებითი და საგრანსპორტო ფიქსაციის საკითხები. დაზიანებულის მძიმე, უგონო მდგომარეობაში ყოფნის პერიოდში, აქტიური ქირურგიული ჩარევა, თუ არ არის სასიცოცხლო ჩვენება, მიზანშეწონილი არ არის.

აღსანიშნავია, რომ მონატეხი ფრაგმენტების ჩასაყენებელი არტაშნები ყოველთვის თავსდება მოგეხილობის საზის ქვევით, ხოლო მაფიქსირებელი – მოგეხილობის საზის ზევით (თაემე, ორბიტის კიდემე და სხვა).

როდესაც მოგეხილობა ნაწილობრივ მოძველებულია (ფიბროზული ქსოვილია უკვე განვითარებული) მონატეხი ფრაგმენტების ჩაყენებას ვაწარმოებთ ორი წესით: რეკომბიცია ხელით ან სხვადასხვა მამის საშუალებით, ელასტიკური დაჭიმვით.

მელა ყბის მოგეხილობის დროებითი საფიქსაციო საშუალებებია: 1. მურდულისებრი ნახვევი: სალი ქვედა ყბა აწევა მელა ყბას ფიზიოლოგიური თანკბილვით და აფიქსირებს მელა ყბის მოგეხილ ფრაგმენტებს. გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როდესაც ორივე ყბაზე კბილთა უმრავლესობა შენარჩუნებულია და არ არის თავის ტვინის შერყევის ნიშნები. 2. სახელდახელო საფიქსაციო საშუალებები: სახაზავი, ფანერის ნაჭერი, ხის ჩხირი და სხვა. ვიყენებთ იმ შემთხვევაში, როდესაც ქვედა ყბა უკბილოა, ან გულისრევისა და პირღებინების საშიშროებაა. ასეთ საფიქსაციო საშუალებები შეგვაქვს პირის ღრუში მელა ყბის პრემოლარების ღონემე დავამარებთ თაემე ნახვევის საშუალებით. 3. სპეციალური კომპობი – არტაშნები (რაეუერის, ლიმბერგის და სხვა). 4. საკუთარი მოსახსნელი კბილის პროთეზები, თუ ისინი არ არის დამსხვრეული გრამვის მიყენების დროს.

ავადმყოფი უნდა გამოვიყვანოთ შოკიდან, მივეცეთ ტკივილდამაყუჩებელი, საგულე საშუალებები. ამავე დროს საჭიროა გრანსპორტის სახეობის განსაზღვრა და ავადმყოფის საგრანსპორტო მდებარეობის შერჩევა. ავადმყოფი უნდა იწვეს გვერდზე ან თავდაღმა ისე, რომ მუბლი ელოს რაიმე რბილ საგანზე და პირიდან იყოს თავისუფალი ნერწყვედენა. გრანსპორტირების დროს ავადმყოფს თან უნდა ახლდეს სამედიცინო პერსონალი.

მუდმივ საფიქსაციო საშუალებად შეიძლება გამოვიყენოთ ლაბორატორიული წესით დამზადებული კომპობი – არტაშნები, სპეციალური საფიქსაციო ქულები (თაბამირის, მ. ზბარეის და სხვა), აგრეთვე ალუმინის მღუნავე მავთულის არტაშნები.

მკურნალობის ქირურგიული მეთოდებიდან ეიყენებთ: 1. მოტეხილი ზედა ყბის ყვრიმალის რკალზე დამაგრებას; 2. თვალბუდის გარეთა კიდეზე დამაგრებას, 3. სხვირის გასაელის წინა ქვედა კიდეზე დამაგრებას, 4. თვალბუდის ქვედა კიდეზე, 5. შუბლის ძვალზე ხრახნით (კუფნერის მეთოდი). 6. თვალბუდის ზედა კიდეზე, 7. მემბრელ ძვლოვან ქსოვილებზე მავთულოვანი ნაკერის დადებას. განვიხილოთ რამდენიმე მეთოდი:

1. ფედერსპილის მეთოდი. მოტეხილი ზედა ყბის ალვეოლურ მორჩზე ვაფიქსირებთ ალუმინის მავთულის არტაშანს ორი მარყუქით პირველი მოლარის ღონეზე. ავადმყოფის თავზე ვამზადებთ თაბამირის ქუდს, რომელშიც თვალბუდის გარეთა კიდის ღონეზე ჩაერთავთ მარყუქოვან მავთულს. ვაკეთებთ ანესთეზიას ორივე ლოყის სისქეში, შემდეგ გრძელი, სწორი ნემსით პრემოლარების (პირველი მოლარის) ღონეზე ვატარებთ მავთულს რომლის ერთ ბოლოს ვამაგრებთ პირის კარიბჭეში ალუმინის არტაშნის მარყუქზე, ხოლო მეორე თავი გამოგვაქვს სახეზე ლოყის სისქედან და ვამაგრებთ თაბამირის ქუდის მავთულოვან მარყუქზე. ეს მეთოდი შედარებით მარტივია, მაგრამ მისი გამოყენება არ შეიძლება თავის ქალას ძვლების ტრავმის დროს.

2. ადამსის მეთოდი. ზედა ყბის ალვეოლურ მორჩზე ვაფიქსირებთ ალუმინის მავთულის არტაშანს ორი მარყუქით მეორე პრემოლარის ან პირველი მოლარის ღონეზე ორივე მხარეზე. 1%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 1 მლ. შეგვყავს თვალბუდის გარეთა კიდედან, 5-6 წუთის შემდეგ ვატარებთ განაკეთეს, გავთიშავთ რბილ ქსოვილებს, ვამიშვლებთ თვალბუდის გარეთა კიდე და ძვალში ბორმანქანით ფრთხილად ვაკეთებთ ერთ ხერელს, ასეთივე ხერელს ვაეთებთ მეორე მხარეზე. ხერელებში ვატარებთ მავთულს ან პოლიამიდურ ძაფს, შემდეგ გრძელი, სწორი ნემსით ლოყის სისქეში შეგვყავს ნოვოკაინის 1%-იანი ხსნარის 5-6 მლ. მავთულის გატარების საპროექციო არეში. ანესთეზიის დადგომის შემდეგ ჭრილობიდან შევდივართ გრძელი ნემსით ლოყის რბილ ქსოვილებში (ნემსის ყუნწში გაყრილია მავთული), ყვრიმალის რკალის ქვეშ და გამოვდივართ პირის კარიბჭეში ზედა ყბის ბორცვთან, ასე ვაკეთებთ მეორე მხარეზედაც. ზედა ყბის მონატეხ ფრაგმენტებს ვაყენებთ ანაგომიურ-ფუნქციურ მდგომარეობაში და მავთულის დაჭიმვით ვაფიქსირებთ 4-5 კეირის ვადით. მუხორცების შედეგ პირის ღრუში გადავჭრით მავთულის ერთ ბოლოს და ფრთხილად გამოვიტანთ პირის კარიბჭიდან. ჩემი აზრით, ჭრილობის არხის ინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით უმჯობესია მავთული გადავჭრათ თვალბუდის კიდედან და ორივე ნახევიარი გამოვიტანოთ პირის კარიბჭიდან.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ზედა ყბის მოტეხილი ალვეოლური მორჩის

ცლომა მკვეთრად არის გამოხატული და ავადმყოფს გულისრევა და ლებინება არა აქვს, ეს მეთოდი შეიძლება გამოვიყენოთ ინტერმაქსილური ფიქსაციისათვის. ამ მიზნით დასაწყისში ორივე ყბაზე ეაკეთებთ მარყუკოვან არტაზანს, ორივე ყბა მოგვყავს ანატომიურ-ფუნქციურ ოკლუზიის მდგომარეობაში და ვაფიქსირებთ ადამსის მეთოდით.

ადამსის მეთოდით მარტო ზედა ყბის ფიქსაციას ის უპირატესობა აქვს, რომ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს თავისფლად შეუძლია საკვების მიღება, პირის გაღება, აღდგენილია სუნთქვისა და მეტყველების ფუნქცია.

ანთებადი გართულების თავიდან აცილებისა და ოსტეოგენეზის სტიმულირების მიზნით საჭიროა: ანტიბიოტიკების შეყვანა ღია ჭრილობის არეში 3-4 დღე, ანტიბიოტიკების შეყვანა კუნთებში, ანტიპისტამინური პრეპარატების დანიშვნა, ასევე C და B ჯგუფის ვიტამინები, რეტაბოლილი ჩვენების მიხედვით, კალცი ელექტროფორეზი მე-12 დღიდან, ოსტეოგენური ციტოტოქსიკური შრატის შეყვანა სქემის მიხედვით, ფიზიოთერაპია.

ყვრიმალის ძვლისა და რკალის მოტეხილობა

ყვრიმალის ძვლისა და რკალის მოტეხილობა გამოწვეულია პირდაპირი ტრამებით. მოტეხილობა შეიძლება იყოს იზოლირებული და ზედა ყბის მოტეხილობასთან შერწყმული. პრაქტიკული მუშაობისათვის უფრო მისაღებია რ. ნომოვას კლასიფიკაცია: 1. ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობა შეცურების გარეშე და შეცურებით, ზედა ყბის წიაღის კედლის დაზიანებით. 2. ყვრიმალის რკალის მოტეხილობა შეცურების გარეშე და შეცურებით; 3. ყვრიმალის ძვლისა და რკალის ერთდროული მოტეხილობა შეცურებით და შეცურების გარეშე, ზედა ყბის წიაღის კედლის დაზიანებით.

კ ლ ი ნ ი კ ა . ავადმყოფი უჩივის ტკივილს, რბილი ქსოვილების შეშუპებას, სისხლჩაქცევას თვალბუდის არეში, ზოგჯერ სისხლდენა ცხვირის ნესტოდან, მგრძნობელობის მოშლას თვალბუდის ქვედა ნერვის საინერვაციო ზონაში, ზოგჯერ აღინიშნება ენოფთალმი. რბილი ქსოვილების შეშუპების გამო თვალის ნაპრალი შევიწროებული ან დახურულია, პალპაციით ყვრიმალის ძვალი ჩაწეულია ჰაიმორის ღრუში ან გადანაცვლებულია ქვევით, გარეთ და შიგნით. თვალბუდის ქვედა კიდე მოტეხილია, აღინიშნება კიბის საფეხურისმაგვარი ღეფორმაცია, ზოგჯერ არის ღიპლოპია. ქვედა ყბის მოძრაობა შეზღუდულია. ყვრიმალის რკალის მოტეხილობა შეიძლება იყოს იზოლირებული ან ყვრიმალის ძვალთან ერთად, ამ შემთხვევაშიც ქვედა ყბის მოძრაობა შეზღუდულია, ლეკვის ფუნქცია მოშლილია. ზოგჯერ სახის რბილი ქსოვილების ძლიერი შეშუპების გამო მოტეხილობის პალპატორული გამოკვლევა არ ხერხდება, ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობა შეუმჩნეველი რჩება და

გადადის მოძველებულ მოგეხილობაში. ამის თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

ღ ი ა გ ნ ო შ ი ს დადგენა მოგანილი კლინიკური სურათის მიხედვით უმრავლეს შემთხვევაში ძნელი არ არის.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ყვრიმალის ძელისა და რკალის მოგეხილობის სამკურნალოდ ვიყენებთ კონსერვატულ და ქირურგიულ მეთოდებს. კონსერვატული მეთოდი გამოიყენება ახალი მოგეხილობის დროს, როდესაც არ არის მონაკვები ფრაგმენტების გამოხატული ცდომა. ავადმყოფს ეუნიშნაეთ თხიერსაკეებს, გკივილდამაყუჩებელსამუალებებს, ადგილობრივციე საფენებს. ტრავმის მიღებიდან მე-3, მე-4 დღეზე გადაგყავს ფიზიომკურნალობაზე.

უსისხლო ქირურგიულ მეთოდს ვიყენებთ ყვრიმალის ძელის ახალი მოგეხილობის შემთხვევაში. საჩვენებელი თითი შეგვაქვს პირის კარიბჭეში, ვათავსებთ ყვრიმალ-ალეეოლური მორჩის ქედთან და მოგეხილ ყვრიმალის ძვალს ვაყენებთ თავის ანატომიურ მდგომარეობაში.ამავე მიზნისათვის ვიყენებთ ლითონის შპალეს (რომელზედაც დახვეულია მარლის ბანდი), შეედივართ პირის კარიბჭეში და მონაკვებ ფრაგმენტებს ჩაყენებთ თავის ადგილზე.

სისხლიან ქირურგიულს განეკუთვნება კენის მეთოდი. გაუტკივარების შემდეგ პირის კარიბჭეში ყვრიმალ-ალეეოლური ქედის უკან ვაკეთებთ განაკვეთს. შეედივართ ელევატორით და ენერგიული მოძრაობით ზევით და გარეთ ყვრიმალის ძვალსა და რკალს ვაბრუნებთ ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაში.

ღ ი მ ბ ე რ გ ი ს მ ე თ ო დ ი . გაუტკივარების შემდეგ ლიმბერგის კავით გაეჩხვლეგავთ კანს, კანქვემა ქსოვილს და შეედივართ ყვრიმალის ძელის (რკალის) კიდეტან, ვაფიქსირებთ კავს და მოძრაობით გარეთ და ზევით მონაკვებ ფრაგმენტებს ვაყენებთ სწორ მდგომარეობაში. ამავე მიზნით ვიყენებთ შ.ჩხოლარიას მამას.

ყვრიმალის ძელის პაიმორის დრუმი ჩავარდნის შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციული ჩარევა. გაუტკივარების შემდეგ, გარდამავალ ნოჭზე პირის კარიბჭეში ვატარებთ განაკვეთს, ავამრეეებთ ლორწოვან გარსს და ძელისსამრდელას,ეშვის ფოსოში გავხსნით პაიმორის დრუს, გავათავისუფლებთ მას სისხლის კოლგებისა და ძელოვანი ნამსხერეეებისაგან, თითით გამოვიკვლევეთ დრუს კედლებს, ვაბუსტებთ ყვრიმალის ძელის ცდომას, ამოეწვეთ სწორ მდგომარეობაში, ძელის საფიქსაციოდ დრუმი შეგვაქვს ილოფორმის ლობბანდი, რომელსაც ეგოეებთ 12-14 დღე. მოგ შემთხვევაში მიემართაეთ ყვრიმალის ძელის ოსტეოსინთემს.

ყვრიმალის რკალის დამხვრეული მოგეხილობის დროს ვიყენებთ ოსტეოსინთემს. გაუტკივარების შემდეგ განაკვეთს ვატარებთ რკალის საპროექციო არეში, გავეეეთავთ კანს, კანქვემა ქსოვილს, მოეძებნით მონაკვებ ფრაგმენტებს, რომლებზედაც ბორმანქანით ვაკეთებთ თითო ხერელს და

მავთულით ან პოლიამიდური ძაფით ვაერთებთ მონატებს ფრაგმენტებს, ჭრილობას გავეკრაუთ ყრუდ. ავადმყოფს ეუნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

ცხვირის ძვლების მოტეხილობა

ცხვირის ძვლების მოტეხილობა საკმაოდ ხშირია და შეადგენს შემთხვევათა 16-23%. გამოწვეულია ძირითადად პირდაპირი ტრავმით; შეიძლება იყოს იზოლირებული ან შერწყმული სახის სხვა ძვლების მოტეხილობასთან.

ი. ვოლკოვმა მოგვაწოდა ცხვირის ძვლების მოტეხილობის ასეთი კლასიფიკაცია: 1. ცხვირის ძვლების მოტეხილობა მონატეხი ფრაგმენტების შეცურების გარეშე, ცხვირის დეფორმაციის გარეშე, 2. ცხვირის ძვლების მოტეხილობა მონატეხი ფრაგმენტების შეცურებით და ცხვირის დეფორმაციით, 3. ცხვირის ძვლის მოტეხილობა.

ცხვირის ძვლების მოტეხილობა შეიძლება იყოს ღია და დახურული. მონატეხი ფრაგმენტების შეცურება იწვევს არამარტო ცხვირის დეფორმაციას, არამედ ცხვირის ლორწოვანი გარსის ძლიერ დაზიანებასაც.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს, ძლიერ სისხლდენას ცხვირიდან, სუნთქვის გაძნელებას. ადგილი აქვს ცხვირის რბილი ქსოვილების შეშუპებას, დეფორმაციას და თვალბუდეებში სისხლჩაქცევას. ზოგჯერ ადგილი აქვს ორბიტის დაცხრილული ფირფიტის მოტეხილობას.

დიაგნოზის დადგენა ძნელი არ არის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების გათვალისწინებით.

მკურნალობა. პირველ რიგში საჭიროა სისხლდენის შეჩერება ცხვირიდან. სისხლდენა შეიძლება იყოს დიფუზური ან არტერიული, უფრო ხშირად კი გამოწვეულია კისელბახის წნულის დაზიანებით. ჩვეულებრივ სისხლდენას ვაჩერებთ ან წყალბადის ზეეანგით ან ცივი საფენებით. ძლიერი სისხლდენის შემთხვევაში მივმართავთ ცხვირის უკანა გამპონადას ბელოკის წესით. ცხვირის ნესტოების დატამპონებაც ითვლება სისხლდენის შეჩერების ერთ-ერთ მეთოდად. სისხლდენის შეჩერების შემდეგ ცხვირის ნესტოებს გაეწმენდავთ სისხლის კოაგულებისაგან. გაუკვივარებას ვაღწევთ ან ნოვოკაინის 1-2%-იანი ხსნარით ან ლიკაინის 3-4%-იან ხსნარში დასველებული დოლბანდის შეგანით ცხვირის ნესტოებში. შეიძლება გამოვიყენოთ 10%-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი. შემდეგ სისხლძარღვის დამჭერით, რომელზედაც დახვეულია დოლბანდი, შევდივართ ცხვირის ნესტოში ზედა გასავლის დონეზე და ჩავასწორებთ მოტეხილ ფრაგმენტებს თითების კონტროლით, ასე ჩავასწორებთ მეორე მხარეზედაც. მონატეხი ფრაგმენტების ჩასწორება შეიძლება პირდაპირი ელვატორით, რომელზედაც ჩამოცმულია რეზინის მილი, მონატეხი ფრაგმენტების საფიქსა-

ციოდ შეიძლება გამოვიყენოთ ორი მეთოდი: 1. იოდოფორმის დოლბანდები, დასველებული სტერილურ ვაზელინში, შეგვაქვს ცხვირის ნესტოებში (ნესტოში), 2. ცხვირის ნესტოებში შეგვაქვს რეზინის ან პოლიეთილენის მილები (ვაზელინის დოლბანდით შემოხვეული), რომლებსაც ვააგრებთ ცხვირის შესავალთან. რეზინის მილები ურუნველყოფს თავისუფალ სუნთქვას ცხვირიდან. ცხვირის გამჟონები უნდა გამოეცვალოს 2-3 დღეში ერთხელ. იმობილიზაციის ხანგრძლივობა საშუალოდ 10-12 დღეა. ცხვირზე გარედან ვაღებთ მაფორმირებელ ნახვევს (თაბაშირი, გყვიის ფირიგა, კლეოლი, პლასტმასის ინდივიდუალური არტაშანი (რ.კომახიძე) და სხვა. ავადმყოფს უნიშნავთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას. მძიმე გრავმული დაზიანების იმ შემთხვევაში, როდესაც მოგეხილია ცხვირის ძირი და მისი ჩასწორება ზემოთ მოტანილი მეთოდებით არ ხერხდება, მიემართავთ ოსტეოსინთეზს, ცხვირის ძირს მივაკერებთ შუბლის ძვალს.

ხანდაზმულთა და მოხუცებულთა ასაკში ყბა-სახის და- ზიანებათა თავისებურება

ხანდაზმული და მოხუცებული ავადმყოფები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალიზირებულ სტომატოლოგიურ დახმარებას, საჭიროებენ განსაკუთრებულ ყურადღებას. ყბა-სახის გრავმული დაზიანება ამ ასაკში მიმდინარეობს თავისებურად – დაქვეითებული იმუნობიოლოგიური და შეცვლილი რეაქტიულობის ფონზე. ამასთან ერთად, აღსანიშნავია, რომ ამ ასაკში საქმე გვაქვს შინაგანი ორგანოების ქრონიკულ დაავადებებთან, რომლებიც ამძიმებენ გრავმული დაზიანების მკურნალობას.

უნდა გავითვალისწინოთ ის გარემოებაც, რომ დაბერების პროცესში ადამიანის ქსოვილთა ყველა სისტემაში მიმდინარეობს ძვრები, რომლებიც აძნელებენ ჭრილობის შეხორცებას. ატროფიას განიცდის სახის კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, კუნთები, ლორწოვანი გარსი, იცვლება სისხლძარღვთა ტონუსი, ისინი ხდებიან მყიფე, აღვილად მიანდებიან და იწვევენ კანქვეშა სისხლჩაქცევებს და პემაგომას. კანი კარგავს გურგორს, ხდება მობილური, ჭრილობის შეხორცება მიმდინარეობს დუნედ. სახის ჩონჩხის ძვლოვან ქსოვილში ვითარდება დიფუზური ოსტეოპოროზი. გაძნელებულია ძვლოვანი კორძის ჩამოყალიბება და მისი გაძვალბება, ხოლო თანმხლები დაავადება მოითხოვს დამატებითი სამკურნალო ღონისძიებათა კომპლექსის ჩატარებას.

საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ხანდაზმულობა და მოხუცებულობა არ ითვლება ოპერაციული ჩარევის წინააღმდეგჩვენებად. საჭიროა მუსკად განვსაზღვროთ ოპერაციული ჩარევის ჩვენება, მოცულობა, გაუტკივარების სახე

და თანმხლები დაავადების სიმძიმე. თვითთვეული ავადმყოფი მოითხოვს ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის შედგენას. სამკურნალო წამალთა დანიშვნის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ კუჭ-ნაწლავთა ტრაქტიდან წამალთა შეწოვა შეფერხებულია და საჭიროა მისი პარენტერალურად შეყვანა. მკურნალობის ვადები გახანგრძლივებულია 10-14 დღით. განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს პირის ღრუს სისუფთავე და ოპერაციის შემდგომ მისი ხშირი გამორეცხვა.

სამედიცინო დახმარების ორგანიზაცია ყბა-სახის ტრავმული დაზიანების დროს მშვიდობიან პერიოდში

ტრავმატოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობის ეფექტურობა დამოკიდებულია იმ ღონისძიებათა თანმიმდევრულ გატარებაზე, რომლებიც საჭიროა ადგილზე ტრავმის მიღებიდან სპეციალიზირებულ სამკურნალო დაწესებულებაში. ეტაპური დახმარება ხორციელდება შემდეგი თანმიმდევრობით:

1. დაზარალებულის პირველადი დახმარება ადგილზე ნიშნავს თვითდახმარებას (ურთიერთდახმარებას), ან სანიტრის დახმარებას.

2. ექიმამდელი დახმარება უნდა ჩაატაროს ექთანმა ან ფერშალმა, რაც მიზნად ისახავს პირველადი დახმარების დროს დაშვებული უზუსტობის ან შეცდომის გამოსწორებას და დამატებითი ღონისძიებების გატარებას.

3. პირველადი საექიმო დახმარება, ატარებს ექიმი ტრავმის მიღებიდან პირველი 4 საათის განმავლობაში. ასეთი დახმარება შეიძლება ჩაატაროს არასპეციალისტმა ექიმმაც ჯანპუნქტში, საუბნო საავადმყოფოში, სასწრაფო დახმარების პუნქტში.

4. ევაკუაციური ქირურგიული დახმარება. გარდება ტრავმის მიღებიდან 12-18 საათის განმავლობაში სამკურნალო დაწესებულებაში.

5. სპეციალიზირებული დახმარება, ხორციელდება სპეციალიზირებული სამკურნალო დაწესებულებაში ტრავმის მიღებიდან 24 საათის განმავლობაში.

პირველადი დახმარება ადგილზე

სამედიცინო სამსახურის უპირველესი ამოცანაა გააცნოს წარმოების მუშა-მოსამსახურეებს პირველადი დახმარების ელემენტები, განსაკუთრებით მაღალი გრავმატიზმის საწარმოებში. პირველადი დახმარების აღმოჩენაზე დიდად არის დამოკიდებული არა მარტო მკურნალობის შემდგომი ეფექტი, არამედ თვით დაზიანებულის სიცოცხლეც. პირველადი დახმარება გულისხმობს დაზიანებულის გამოყვანას გრამების მიღების ადგილიდან (ნანგრევა-ბიდან, დამტყრეული მანქანიდან და სხვა), სხეულის განთავისუფლება ცეცხლმოკიდებული ნივთისაგან. დაზიანებულს უნდა მიეცეთ მოხერხებული მდებარეობა — დაეაწინოთ გვერდზე ან მუცელზე, თავი მიეაბრუნოთ ჭრილობის მხარეზე, ასფიქსიის თავიდან აცილების მიზნით. დამწვრობის დროს საჭიროა დამწვარი ადგილის ჩამობანა ცივი წყლით. ზოგჯერ საჭიროა დამწვრობაზე ანტისეპტიკური ნახევეის დადება და დაზარალებულის ევაკუაცია სამედიცინო დახმარების პუნქტზე, სადაც სამედიცინო პერსონალი აღმოუჩენს ექიმამდელ დახმარებას.

ყბა-სახეში დაზიანებულთა უმრავლესობას თვითონ შეუძლია გადაადგილება და სამედიცინო პუნქტამდე მისვლა. სხვა შემთხვევაში საჭიროა ტრანსპორტირება.

ექიმამდელი დახმარება

ექიმამდელი დახმარება გარდება გრავმული დაზიანების ადგილზე, სანიტარულ საგუშაგოზე, ჯანპუნქტებში, საფერშლო პუნქტებში. გადაუდებელი დახმარება, უპირველეს ყოვლისა, გულისხმობს ჭრილობიდან სისხლდენის შეჩერებას, ასფიქსიისა და შოკის პროფილაქტიკას.

სამედიცინო პუნქტში მომუშავე მედპერსონალი ვალდებულია იყოდეს ყბა-სახეში დაზიანებულთა დახმარების ელემენტები და ტრანსპორტირების თავისებურება. მედპერსონალი შეძლებისდამიხედვით იკვლევს დაზარალებულს და აღგენს წინასწარ დიაგნოზს, ატარებს პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს, რაც გულისხმობს:

1. სისხლის დენის შეჩერება — ჭრილობის დაგამპონება და დამწოლი ნახევეის დადება.

2. ასფიქსიის პროფილაქტიკა — დაზარალებული უნდა დავსვათ, თავი დავახრეინოთ წინ და ქვევით. მძიმე გრავმის შემთხვევაში დაზარალებულს ვაწვენთ მუცელზე სახით ქვევით. ასფიქსიის საშიშროება იქმნება ნიკაპის არეში ორმხრივი მოტეხილობის დროს, როდესაც ენა გადინაყულებს ხახისაკენ. საჭიროა ენის წინ წამოწევა და ბულაეკით ან ძაფით პირუს დრუს გარეთ დაფიქსირება.

3. შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიება – პირველ რიგში სისხლდენის შეჩერება, ასფიქსიის პროფილაქტიკა, სატრანსპორტო იმობილიზაცია. ჭრილობაზე ვადებთ სტერილურ ნახევებს. შეგვეყავს 3.000 ერთეული ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრატი. დაზიანებული გადაგვეყავს შემდეგ ეტაპზე.

პირველადი საექიმო დახმარება

პირველადი საექიმო დახმარება ხორციელდება საუბნო-საექიმო სააავად-მყოფოებში, საექიმო ჯანაპუნქტებში და სხვა. პირველადი საექიმო დახმარების მიზანია სისხლის დენის შეჩერება, ასფიქსიისა და შოკის პროფილაქტიკა. სისხლდენის შეჩერება უნდა მოვახდინოთ სისხლდარღვის მოძებნით და მისი ლიგირებით, ან კარგი გამპონირებით. ძლიერი სისხლდენის დროს, რომლის შეჩერება ჩვეულებრივი ხერხებით არ შეიძლება, საჭიროა ან გარეთა საძილე არტერიის გადაკვანძვა, ან სასწრაფო ტრაქეოსტომის გაკეთება და პირის ღრუს მჭიდრო გამპონადა. დისლოკაციური ასფიქსიის შემთხვევაში საჭიროა ენის აღება ძაფზე და მისი საიმედო პირგარეთა ფიქსაცია. საჭიროა წინათ დადებული ნახევების გადამოწმება. ამ ეტაპზე საჭიროა დაზიანებული სათვის წყალისა და საკვების მიწოდება. სახის ჩონჩხის მძიმე მოტეხილობების დროს ექიმის შეხედულების მიხედვით დაჭრილი შეიძლება პირდაპირ გადაიგზავნოს სპეციალიზებულ სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში. საჭიროა სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია. თუ საუბნო-საავადმყოფოში მუშაობს ექიმი-სტომატოლოგი მან დაზიანებულს უნდა აღმოუჩინოს საჭირო სპეციალიზირებული დახმარება (მონაგები ფრაგმენტების დროებითი ფიქსაცია, სიგუაციური ნაკერის დადება და სხვა).

კვალიფიციური ქირურგიული დახმარება

დაზიანებულმა კვალიფიციური ქირურგიული დახმარება უნდა მიიღოს პოლიკლინიკასა და ტრავმატოლოგიურ პუნქტში, ქალაქის (რაიონის) ქირურგიულ ან ტრავმატოლოგიურ განყოფილებაში. საექიმო დახმარებას აწარმოებს ქირურგი ან ტრავმატოლოგი. ამ პროცესში აქტიურ მონაწილეობას იღებს ექიმი-სტომატოლოგი.

კვალიფიციურ ქირურგიულ დახმარებას საჭიროებენ ის ავადმყოფები, რომლებმაც დაკარგეს სისხლი დიდი რაოდენობით, უგრძელდებათ სისხლდენა, იმყოფებიან შოკში, ან აქეთ ასფიქსიის მოვლენები. ამ ეტაპზე ჩვენების მიხედვით მიზანშეწონილია გარეთა საძილე არტერიის გადაკვანძვა და დაზიანებულთა სამი ჯგუფის გამოყოფა: 1. დაზიანებულები, რომლებიც საჭიროებენ მხოლოდ კვალიფიციურ ქირურგიულ დახმარებას

(სახის არეში ჭრილობა რბილი ქსოვილების დეფექტის გარეშე, სახის დამწვრობა I-II ხარისხის). ამ ეტაპზე ავადმყოფები ღებულობენ ამომწურავ ქირურგიულ დახმარებას.

2. დაზიანებულები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალიზებულ მკურნალობას (სახის რბილი ქსოვილების ისეთი ჭრილობები, რომლის დროსაც საჭიროა პლასტიკის ელემენტების გამოყენება, სახის ჩონჩხის მოტეხილობა, სახის III-IV ხარისხის დამწვრობა). ავადმყოფთა ეს ჯგუფი გადაუღებელი ქირურგიული დახმარების შემდეგ უნდა გადაგზავნონ ყბა-სახის ქირურგიულ განყოფილებაში, სახის დამწვრობის შემთხვევაში დამწვრობის განყოფილებაში.

3. მესამე ჯგუფში შევა ის პირები, რომელთა გრანსპორტირება არ შეიძლება, ადგილი აქვს სხეულის შერწყმულ დაზიანებას (თავის გვინის გრავმა და სხვა).

მეორე და მესამე ჯგუფის ავადმყოფები საჭიროებენ აუცილებელ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას და შემდგომი ქირურგიული ჩარევის მოსულობის განსაზღვრას.

სპეციალიზებული დახმარება

სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება ხორციელდება ყბა-სახის ქირურგიულ განყოფილებებში, ქალაქების მსხვილ საავადმყოფოებსა და სპეციალიზირებულ კლინიკებში. ამ ეტაპზე ქირურგიული ჩარევა უნდა იყოს ერთმომენტიანი, სრულყოფილი და სრული მოსულობის, ძელოვანი პლასტიკის გათვალისწინებითაც კი. მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია მონატეხი ფრაგმენტების იდეალური შეთანასოვნება და მყარი ფიქსაცია.

თანამედროვე პირობებში მოტეხილობის თითქმის 75% საჭიროებს არტაშნებით მკურნალობას, ჩვენების მიხედვით გამოიყენება ოსტეოსინთეზი. მკურნალობის უეფექტურობა დამოკიდებულია პირის ღრუს სანაციაზე, მოტეხილობის ახლოს ანგიბიოტიკების შეყვანაზე, პირის ღრუს მოვლასა და სხვა ფაქტორებზე.

კბილის ამოღების ჩვენება მოტეხილობის ხაზიდან ექიმმა უნდა განსაზღვროს ინდივიდუალურად. მკურნალობის აუცილებელი პირობაა პირის ღრუს მიკროფლორის სახეობის დადგენა და ანგიბიოტიკებისადმი მათი მგრძნობელობის განსაზღვრა. სახის III-IV ხარისხის დამწვრობა საჭიროებს სპეციალიზებულ განყოფილებაში მკურნალობას. მკურნალობის პროცესში განსაკუთრებულ ყურადღებას ეუთმობთ ფიზიოთერაპიას, ავადმყოფის კვებას და მოვლას, გართულებათა პროფილაქტიკას. საჭიროა აგრეთვე სამედიცინო დოკუმენტაციის მუსტი და სწორი წარმოება.

მშვიდობიანობის პერიოდში მიღებულია ყბა-სახის დაზიანებათა მკურნალობის (სტაციონარში) შემდეგი სამუალო ვადები: ქვედა ყბის ერთეული მოტეხილობა – 15-20 დღე; ქვედა ყბის მრავლობითი მოტეხილობა – 20-30 დღე;

ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა – 7 დღე; ზედა ყბის მოტეხილობა – 20-30 დღე; ყვრიმალის ძეღისა და რკალის მოტეხილობა ჩასწორების გარეშე – 6-7 დღე; იგივე, ჩასწორებით – 8-10 დღე; ცხვირის ძეღების მოტეხილობა – 8-9 დღე; სახის ჩონჩხის მრავლობითი მოტეხილობა – 30 დღე; სახის რბილი ქსოვილების იზოლირებული ტრავმა – 8-9 დღე; სახის ცეცხლსასროლი ტრავმა – 30-40 დღე. აღნიშნული ვადები არ არის ოპტიმალური, პრაქტიკული მუშაობის პირობებში მოსალოდნელია მათი შეცვლა ინდივიდუალური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

ოცდამესამე თავი

სახის რბილი და მაგარი ქსოვილების ცეცხლნასროლი დაზიანება

ცეცხლნასროლი ჭრილობები თავისი კლინიკური სურათით და მიმდინარეობებით, მკურნალობის პრინციპებით, განსხვავდებიან არაცეცხლნასროლი ჭრილობების კლინიკისა და მკურნალობისაგან. ეს საკითხი განსაკუთრებით აქტუალურია ახლა საქართველოს რესპუბლიკის დამოუკიდებლობის და სუვერენიტეტის აღდგენასთან დაკავშირებით. ამ ასპექტში ღიღი მნიშვნელობა ენიჭება სამხედრო სტომატოლოგიის საგნის შესწავლას და ეროვნული კადრების – სამხედრო სტომატოლოგების მომზადებას. უპირველეს ყოვლისა, უნდა განვიხილოთ სამხედრო სტომატოლოგიის საგანი და ქირურგიული სტომატოლოგიური სამსახურის ორგანიზაციის პრინციპები. ეს საკითხები ძირითადად დამყარებულია და ეყრდნობა მეორე მსოფლიო ომის სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციული გამოცდილების განზოგადოებას.

სამხედრო სტომატოლოგიის საგანი. სამხედრო სტომატოლოგია არის ზოგადი სტომატოლოგიის ნაწილი, რომელიც შეისწავლის სტომატოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თავისებურებებს საქართველოს რესპუბლიკის არმიისა და ფლოტის პირადი შემადგენლობის, როგორც მშვიდობიან, ისე ომის მიმდინარეობის პერიოდში. სამხედრო სტომატოლოგია არის სამხედრო მედიცინის შემადგენელი ნაწილი, რადგან ორგანიზაციულ-მეთოდური თვალსაზრისით ემორჩილება ერთიან სამხედრო-სამედიცინო ლოქტრინას. სამხედრო-სამედიცინო ლოქტრინის ძირითადი პრინციპებია:

1. დაავადების, ტრავმის განვითარების და მისი თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობის ერთიანი გაგება.

2. ომის დროს დაჭრილებისა და ავაღმყოფების თანმიმდევრული მომსახურეობა ევაკუაციის სხვადასხვა ეტაპზე.

3. მკაფიო, მოკლე და თანმიმდევრული სამედიცინო დოკუმენტაციის აუცილებელი არსებობა, რომელიც უზრუნველყოფს მკურნალობის და აღრიცხვიანობის ერთიან სისტემას, მის თანმიმდევრობას და მონაცელებას ევაკუაციის სხვა და სხვა ეტაპზე.

დაავადების ერთიანი გაგება გულისხმობს თანამედროვე მედიცინის თეორიული და პრაქტიკული მიღწევების უახლოეს მონაცემებს. საქართველოს რესპუბლიკის შეიარაღებულ ძალებში სტომატოლოგიური პროფილაქტიკის საფუძველი უნდა გახდეს პირადი შემადგენლობის პირის ღრუს სანაცია და კარიესისა და მისი გართულებების წინააღმდეგ ბრძოლა. პირის ღრუს სანაცია უნდა ჩატარდეს გეგმიურად. გეგმა ღებება ექვს თვეში ერთხელ. იმ ნაწილებში, სადაც არ არის სტომატოლოგიური კაბინეტი, საჭიროა გამოყენებული იქნას მოძრავი სტომატოლოგიური კაბინეტები. სტომატოლოგიური დახმარების მოცულობა ითვალისწინებს შემდეგ საკითხებს:

1. სამხედრო სამსახურში ახლად მოსულ პირთა, პირის ღრუს დათვალიერება და დისპანსერულ აღრიცხვაზე აყვანა.

2. კარიესით დაავადებული კბილების მკურნალობა.

3. დაავადებული კბილების და ფესვების ამოღება.

4. სახის რბილი და მაგარი ქსოვილების ანთებადი პროცესების ამბულატორიული და სტაციონალური მკურნალობა.

5. კბილის ქვების მოცილება და პაროდონტის დაავადების მკურნალობა.

6. ენისა და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა მკურნალობა.

7. პირის ღრუს მომზადება საპროტეზოდ და პროთეზირება.

8. პირის ღრუსა და სახის სიმსივნური დაავადების ადრეული გამოძიება და მკურნალობა.

9. სახისა და ყბების ტრავმული დაზიანების პირველადი კვალიფიციური და სპეციალიზირებული დახმარების აღმოჩენა.

10. პირად შემადგენლობაში სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობის ორგანიზაცია.

11. სამხედრო სტომატოლოგიაში რაციონალიზატორული და გამომგონებლობითი მუშაობის გაშლა.

12. სამხედრო სტომატოლოგთა კვალიფიკაციის ამაღლება.

სამკურნალო-პროფილაქტიკური და მუშაობის ცენტრი უნდა გახდეს სამხედრო პოსპიტალის ყბა-სახის ქირურგიული განყოფილება, ამ განყოფილების უფროსს კი უნდა დაევალოს სამხედრო სტომატოლოგიის ხელმძღვანელობა, ის ითვლება მთავარ სამხედრო სტომატოლოგად რესპუბლიკაში.

საბრძოლო ჭრილობების მკურნალობის პრინციპები ყბა-სახეში დაჭრილთა მკურნალობა შედგება ქირურგიული და ორთოპედიული ჩარევისაგან, რომელთა მიზანია: 1. გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენა; 2. მონატეხი ფრაგმენტების ჩასწორება და ფიქსაცია, 3. ძელოვანი ჭრილობის მკურნალობა, 4. სახის რბილი ქსოვილების ჭრილობების დახურვა.

სამხედრო საველე პირობებში ყბა-სახეში დაჭრილთა მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ეტაპობრივად:

1. გადაუდებელი დახმარება ითვალისწინებს: სისხლდენის შეჩერებას, ასფიქსიის პროფილაქტიკასა და მკურნალობას, საგრანსპორტო იმობილიზაციას.

2. მონატეხი ფრაგმენტების ჩაყენება და დამაგრება.

3. ძელოვანი ჭრილობის მკურნალობა.

4. სახის რბილი ქსოვილების ჭრილობის დახურვა.

აფხაზეთის გერიგორიაზე მიმდინარე ომმა დაგვანახა ყბა-სახეში დაჭრილთა სამედიცინო დახმარების არაორგანიზებული და სრული უუნარობა, რაც ნაწილობრივ განპირობებული იყო ეროვნული მოძრაობის პერიოდში სამხედრო სტომატოლოგიის უარყოფით სამედიცინო ინსტიტუტში. არ სრულდებოდა ჭრილობათა დამუშავების პრინციპები, ადგილი ქონდა მძიმე გართულებებს.

ეტაპური მკურნალობის თანამედროვე სისტემა ითვალისწინებს შემდეგი დახმარების აღმოჩენას:

1. პირველადი დახმარება; 2. ექიმამდელი დახმარება; 3. პირველადი საექიმო დახმარება; 4. კვალიფიციური საექიმო დახმარება; 5. სპეციალიზირებული საექიმო დახმარება. აღსანიშნავია, რომ დახმარების პირველი ოთხი სახე დაჭრილებს უკარდებათ საბრძოლო რაიონში: აქედან პირველადი და ექიმამდელი დახმარება უშუალოდ ბრძოლის ველზე, პირველადი საექიმო დახმარება ლეგიონის საექიმო პუნქტზე, კვალიფიკაციური დახმარება მედიკო-სანიტარულ ასეულში, სპეციალიზირებული დახმარება რესპუბლიკის სპეციალიზირებულ ჰოსპიტლებში.

პირველადი დახმარება ბრძოლის ველზე

პირველადი დახმარება ბრძოლის ველზე დამოკიდებულია საბრძოლო ვითარებაზე და ხორციელდება თვითდახმარება, ურთიერთდახმარება, სანიტრის ან სანიტარულქორის დახმარება. ბრძოლის ველზე უნდა განხორციელდეს შემდეგი მოცულობის დახმარება:

1. მებრძოლის ნანგრევებიდან განთავისუფლება და გამოყვანა, ცეცხ-

ლმოდებულ განსაცემელზე ცეცხლის ჩაქრობა, დაჭრილის გვერდზე ან მუცელზე დაწვენა, ასპირაციული ასფიქსიის თავიდან აცილების მიზნით.

2. ჭრილობაზე (დამწერობაზე) ნახევეის დადება.

3. ანტიბიოტიკების შეყვანა.

4. აირწინაღის გაკეთება (თუ ეს აუცილებელია!).

5. წყურვილის მოკვლა.

6. დაჭრილების ერთ ადგილზე თავმოყრა შემდგომი ევაკუაციისათვის.

ექიმამდელი დახმარება

ექიმამდელი დახმარება უნდა განახორციელოს ბატალიონის ფერშალმა ან სანიტარულმა ინსტრუქტორმა. ბატალიონის სამედიცინო ოცეული ალჭურვილია სტერილური შესახვევი მასალით და სანიტარული მანქანით. მაქსიმალური დახმარების აღმოჩენა ხერხდება მაშინ, თუ ბატალიონს უკავია მყარი თავდაცვა. ასეთ პირობებში უნდა გატარდეს შემდეგი ღონისძიებები: 1. წინათ დადებული ნახევეის კონტროლი და საჭიროების შემთხვევაში ახალი ნახევეის დადება. 2. ტკივილგამაყუჩებელი და საგულე სამუალებების შეყვანა (მორფინი, ლობელინი, ციტიგონი და სხვა), 3. საჭიროების შემთხვევაში ენის პირის ღრუდან გამოწვევა და გარეთ ფიქსაცია, 4. ანტიბიოტიკების შეყვანა; 5. დაჭრილის გათბობა (მოკის შემთხვევაში). ბატალიონის ფერშალის მოვალეობაა ჩაატაროს დაჭრილების სწორი ეტაპური ევაკუაცია.

პირველადი საექიმო დახმარება

პირველადი საექიმო დახმარება ხორციელდება ლეგიონის საექიმო პუნქტზე, სადაც უნდა იყოს ექიმი-სტომატოლოგი.

ლეგიონის საექიმო პუნქტი წინა ხაზიდან მოშორებულია 2-5 კმ-ზე. მისი მოვალეობაა: 1. მოახდინოს დაჭრილთა ევაკუაცია ბრძოლის ეელიდან და ბატალიონის საექიმო პუნქტიდან, 2. ჩაატაროს დაჭრილთა მიღება, რეგისტრაცია, ნაწილობრივი სანიტარული დამუშავება და სამედიცინო დახმარისხება: ექიმ-სტომატოლოგს აქვს საჭირო საექიმო კომპლექტები. ამ ეტაპზე პირველადი საექიმო დახმარება ითვალისწინებს: 1. მოკთან ბრძოლას, 2. სისხლის ღენასთან ბრძოლას, 3. დისლოკაციურ ასფიქსიასთან ბრძოლას.

კვალიფიციური ქირურგიული დახმარება

კვალიფიციური ქირურგიული დახმარება ხორციელდება მედიკო-სანიტარულ ასეულში ან ცალკეულ სამედიცინო რაზმში, რომლის შტაბში მუშაობს ექიმი-სტომატოლოგი. ექიმი-სტომატოლოგი ვალდებულია: ნახოს ყველა მოსული დაჭრილი, ჩაატაროს: ასუქსიის საწინააღმდეგო ღონისძიება (ტრაქეოსტომია), სისხლდენის საბოლოო შეჩერება (სისხლძარღვთა ლიგირება, გარეთა საძილე არტერიის გადაკეანძვა), ყბების საგრანსპორტო იმობილიზაცია. საჭიროების შემთხვევაში ფირფიტოვანი ნაკერის დადება სახის რბილ ქსოვილებზე, ახდენს ჭრილობის დამუშავებას.

ამ ეტაპზე მიმდინარეობს დაჭრილთა დახარისხება ორ ჯგუფად:

1. მსუბუქად დაჭრილები იგზავნიებიან მსუბუქად დაჭრილთა პოსპიტგალში.

2. საშუალო და მძიმედ დაჭრილები (ყბების მოგეხილობები, რბილი ქსოვილების ფართო ჭრილობები და სხვა) გადაგვყავს სპეციალიზირებულ ქირურგიულ პოსპიტგალში.

სპეციალიზირებული დახმარება

დღემდე შემუშავებული სქემით სპეციალიზირებული დახმარება გარდობოდა სპეციალიზირებულ პოსპიტგალში, რომელსაც ეწოდებოდა "თავში, კისერში და ხერხემალში" დაჭრილთა პოსპიტგალი. ასეთ დაწესებულებაში მუშაობს: ნეიროქირურგი, ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალისტი, ოფთალმოლოგი, სტომატოლოგი, კბილის ტექნიკოსი. სტომატოლოგს თავის თანამუშევსთან ერთად აქვს სტომატოლოგიური კომპლექტი; კომბინირებული ბორმანქანა, დასაკეცი სავარძელი, მოგადი ქირურგიული იარაღები.

პოსპიტგალში საწოლთა ფონდი ასე შეიძლება განაწილდეს: ნეიროქირურგიული 55%, ყბა-სახის 25%, თვალის – 10%, ყელ-ყურ-ცხვირი – 10%. საშუალოდ ერთი მსუბუქი დაჭრილისათვის გაანგარიშებულია 30 წუთი, საშუალო სიმძიმის ავადმყოფისათვის 1,5 საათი, ხოლო მძიმე ავადმყოფისათვის სამი საათი. ერთმა ორკაციანმა ბრიგადამ 16 სამუშაო საათის განმავლობაში უნდა დაამუშაოს ყბა-სახევი დაჭრილი საშუალო და მძიმე 10-12 მებრძოლი.

ეცესლნასროლი ჭრილობების საერთო დახასიათება, კლასიფიკაცია, მიმდინარეობის თავისებურებანი, კლინიკა

ყბა-სახის არეს ეცესლნასროლი ჭრილობები შეადგენს სხეულის სხვა ჭრილობების 4%. სახის ღამიანების ასეთი სტაგისტიკური მონაცემები დამოკიდებულია სახის ფართობის შეფარდებაზე სხეულის ფართობთან. სახის ფართი შეადგენს 3,12%-დან (ბ. პოსტნიკოვი), 3,4% (ბ. კაბაკოვი).

ეცესლნასროლი ჭრილობა შეიძლება მოიცავდეს მხოლოდ რბილ ქსოვილებს ან იყოს ძელოვან ქსოვილების ღამიანებასთან ერთად. რბილი ქსოვილების ღამიანება 2-2,5 ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე შეუღლებული. თავდაპირველი ბრძოლების დროს რბილი ქსოვილების იზოლირებული ღამიანება უფრო იშვიათია, მეტევის დროს კი პირიქით. თანამედროვე ომის ტექნიკურმა საშუალებებმა გამოიწვია დამსხვრეული ჭრილობების ზრდა.

სახის ჩონჩხიდან უფრო ხშირად ღიანდება ქვედა ყბა, შემდეგ ზედა ყბა, ორივე ყბა და ყვრიმალის ძეალი. ძელოვანი ჭრილობა უფრო ხშირად დამსხვრეული მოგეხილობითაა წარმოდგენილი. ყბა-სახის არეში ჭრილობების დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქსოვილის დეფექტის განსაზღვრას. ყალბი დეფექტის დროს ქსოვილის დანაკარგი მცირეა, მაგრამ ჭრილობის პირღიაობა დიდია მიმიკური კუნთების და ვლასტიკური ბოჭკოების შეკუმშვისა და ნაფლეთის გადანაცვლების შედეგად.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . I. ეცესლნასროლი ჭრილობები, ქსოვილების ღამიანების მიხედვით: 1. რბილი ქსოვილების ღამიანება, 2. ძელოვანი ჭრილობა, 3. ქვედა ყბის ჭრილობა, 4. სახის ძელების შეუღლებული ღამიანება.

ღამიანების ხასიათის მიხედვით: 1. გამჭოლი, 2. ბრმა, 3. შეხებითი.

II. არაცეცესლნასროლი ღამიანება და ჭრილობა.

III. კომბინირებული ღამიანება.

IV. დამწერობა.

V. მოყინვა.

ეცესლნასროლი ჭრილობები ხასიათდება რიგი თავისებურებებით, რაც ერთის მხრივ განპირობებულია სახის დანიშნულებით, მეორეს მხრივ ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით. სახის ჭრილობათა თავისებურებებს განეკუთვნება: 1. სახის დამახინჯება, 2. ჭრილობის სახეობის და სიმძიმის შეუსაბამობა, 3. აირწინალის გამოყენების შეუძლებლობა (ბრძოლის ველზე), 4. ემოციური-ფსიქიკური მოშლილობა.

1. **სახის დამახინჯება.** სახის რბილი და მაგარი ქსოვილების დეფექტი განაპირობებს სახის პარმონიის მოშლას. გარდა ამისა აღინიშნება სუნთქვის, ლეკვის, ყლაპვის, მეტყველების მოშლა. ყოველივე ამის

გათვალისწინებით საექიმო დახმარება მიმართული უნდა იყოს ყველა ამ ფუნქციის სრულყოფილი აღდგენისაკენ, როგორც ჭრილობების პირველადი დამუშავების დროს, ასევე ორგანოს ფუნქციის საბოლოო აღდგენისაკენ.

2. ჭრილობის სახეობისა და სიმძიმის შეუსაბამობა, სახის არემი გამოხატულია პირღიაობით, რითაც იქმნება შთაბეჭდილება მძიმე ჭრილობის არსებობისა, ეს კი განპირობებულია სახის მიმიკური კუნთების ფუნქციით. გარდა ამისა სახის არეს ჭრილობებს ახასიათებს ძლიერი სისხლდენა და ნაფლეთოვანი ჭრილობები. თუ ამას დაემატება ჭრილობის გაბინძურებას მიწით, სისხლჩაქცევებს და სახის რბილი ქსოვილების ძლიერ შეშუპებას, გონების დაბინდვას, იქმნება შთაბეჭდილება დაჭრილის გადარჩენის უიმედობისა, აქედან გამომდინარე ბრძოლის ველიდან უნდა გამოვიყვანოთ ყველა დაჭრილი. მათ შორის თითქოს უიმედო დაჭრილები, რომელთა სიცოცხლის შენარჩუნება დიდად საეჭვოა.

3. ბრძოლის ველზე აირწინადის გამოყენების შეუძლებლობა გამოწვეულია, იმით, რომ აირწინადი იწვევს მონაკები ფრაგმენტების ცდომას და ხელს უწყობს შოკის განვითარებას, გარდა ამისა სახის ჭრილობის დროს მოშლილია სუნთქვა, ადგილი აქვს სისხლდენას და ეს უკანასკნელი ქმნის ასფიქსიის განვითარების საშიშროებას.

4. ფსიქიურ-ემოციური მოშლილობა. ჯერ კიდევ პირველი მსოფლიო ომის დროს იყო ცნობილი, რომ სახის სიმახინჯე იწვევს ფსიქიკურ დეპრესიას, რის ნიადაგზე მოგიერთი სახიჩარი მიმართავდა თვითმკვლელობას. დაჭრიდან 10-15 დღის განმავლობაში დაჭრილები ჯერ კიდევ ისე მძიმედ არ განიცდიან დაკარგული ორგანოს სიმძიმეს, ამიტომ საჭიროა, რაც შეიძლება სწრაფად დაეადოთ ფირფიტოვანი ნაკერი და მოვახდინოთ პირის ღრუს ე.წ. "პერმეტიზაცია". ცეცხლნასროლი ჭრილობების საერთო დახასიათების დროს საჭიროა გავითვალისწინოთ, აგრეთვე, რიგი მომენტები: 1. პირის ღრუში კბილების არსებობა, 2. უცხო სხეულის სასიცოცხლო ორგანოებთან არსებობა, 3. სახეში დაჭრილთა სპეციალური კეება და მოვლა.

კბილები, გარდა თავისი დიდი დადებითი როლისა, მონაკებს ფრაგმენტების ფიქსაციის საქმეში, თამაშობს მკვეთრად უარყოფით როლს ცეცხლნასროლი ჭრილობის განვითარებაში. ჭრილობის გამომწვევი გყვია კბილებსა და ძვლის ნაშხერევეებს ანიჭებს სიჩქარეს და ისინი როგორც მეორადი გყვია დამატებით აზიანებს ქსოვილებს. ამასთან ერთად თუ კბილი განგრენული პულპითაა, მას ინფექცია გადააქვს ღრმად, ქსოვილებში.

უცხო სხეულის სასიცოცხლო ორგანოებთან სიახლოვე (თავის გვინი, თვალი, სასმენი ორგანო, ზედა სასუნთქი გზები) ხშირად ამძიმებს დაჭრილის მდგომარეობას, რადგან იწვევს ამ ორგანოების დაზიანებას და მათი ფუნქციის მოშლას (თავის გვინის დაჟეჟილობა, შერყევა, მხედველობის

ლაზიანება, სუნთქვის გაძნელება, ასფიქსია). განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს უცხო სხეულის ამოღების გადაუღებელი ჩვენება. ასეთ ჩვენებას განეკუთვნება: 1. უცხო სხეულის ახლო მდებარეობა მაგისტრალურ სისხლძარღვებთან, 2. უცხო სხეულის ახლო არსებობა, საყლაპავთან, ხორხთან, 3. უცხო სხეულით გამოწვეული მწვავე ანთებადი პროცესი. მოგვყავს ბრმა ჭრილობების კლასიფიკაცია:

1. ბრმა ჭრილობები, მხოლოდ რბილ ქსოვილებში, უცხო სხეული მდებარეობს კანქვეშ ან კუნთებში, სახის ძელებთან გარედან.

2. ბრმა ჭრილობა ძელოვანი ქსოვილის ღაზიანებით, უცხო სხეული მდებარეობს ზედაპირულად.

3. უცხო სხეული მდებარეობს ღრმად: კაიმორის ღრუში, საფეთქლის, ფრთა-სასის ფოსოში და სხვა.

4. უცხო სხეული მდებარეობს ენის სისქეში.

5. შეუღლებული ჭრილობები, უცხო სხეული მდებარეობს კისრის არეში.

ბრმა ჭრილობების გამოკვლევისათვის ვიყენებთ კვლევის შემდეგ მეთოდებს: ანამნეზის შეკრება, არსებული ლოკუმენტაციის შესწავლა, ჭრილობის არსებობისა და ნაწიბურების შესწავლა, პალპაცია, მონდით გამოკვლევა, რენტგენოსკოპია-რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში, ფისტულოგრაფია.

ცეცხლნასროლი ჭრილობები და ღაზიანებები მრავალფეროვანია. დიდ ჭრილობებთან ერთად გვხვდება პატარა ზომის, ზოგჯერ ძნელად შესამჩნევი ჭრილობები. განსაკუთრებით მძიმეა დიდი ზომის ნაფლეთოვანი ჭრილობები, ორგანოების (ტუჩის, ცხვირის, ნიკაპის, ყურის ნიჟარების) მოწყვეტით. შემხები ჭრილობები ითვლება შედარებით მსუბუქ ჭრილობებად. ჭრილობის არხი ხასიათდება ირგვლივი ქსოვილების დაეყვილობით, გაჭყლევით, ჭრილობის გაბინძურებით, რითაც მას განუასხვავებთ ნაკვეთი ჭრილობისაგან.

ყბა-სახეში დაჭრილთა კიდევ ერთი თავისებურებაა დაჭრილთა კეება და მოვლა. რადგან პირის ღრუს პერმეტივში ხშირად დარღვეულია საკვების ჩვეულებრივი მიღება არ შეუძლიათ, ამიგომ საჭიროა ნოციერი თხიერი საკვების შეყვანა რეზინის მილის საშუალებით, წყურვილის მოკვლა კი სპეციალური კონსტრუქციის ჩაიდანით. პირის ღრუს ჭრილობები მოითხოვს განსაკუთრებულ მოვლას, საჭიროა პირის ღრუს ანტისეპტიკური ხსნარებით გამოორეცხვა, ირიგაცია. ნერწყვის გარეთ ღენის შემთხვევაში უნდა გამოვიყენოთ სპეციალური ნერწყვიმღები.

სახის რბილი ქსოვილების საბრძოლო დაზიანება

სახის რბილი ქსოვილების იზოლირებული ჭრილობები დამოკიდებულია ბრძოლის ხასიათზე და საბრძოლო იარაღის სახეობაზე. უფრო ხშირია გყვიით, ხელყუმბარის ნამსხერქვევით დაზიანება. ჭრილობის სიმძიმე დამოკიდებულია ჭრილობის ხასიათზე: შემსებია, გამჭოლი, ბრმა.

ბრმა ჭრილობები უფრო ხშირად ლოკალიზდება სახის გვერდით მიდამოში (ლოყა, ქვედა ყბის კუთხის არე, ყბის ქვეშა მიდამო და სხვა).

გამჭოლი ჭრილობა მრავალფეროვანია, შეიძლება იყოს მსუბუქი (ტუჩის, ლოყის შედაპირული არე) და მძიმე (კუნთების, ნერვების, სისხლძარღვების დაზიანებით).

შემსები ჭრილობები განეკუთვნება მსუბუქი ჭრილობების კატეგორიას, ჭრილობა პირლიაა, დასათვალისწინებლად და გამოსაკვლევად ხელმისაწვდომია. შემსებ ჭრილობებს ხშირად ახლავს ქსოვილების დეფექტი. სახის იზოლირებული ჭრილობების კლინიკური მიმდინარეობა დიდად არის დამოკიდებული შეღწევალია პირის და ცხვირის ღრუში თუ არა.

შეუღწევალი ჭრილობების მიმდინარეობა უფრო კეთილთვისებიანია, ასეთი დაჭრილების მკურნალობა ძირითადად გარდება საჯარისო რაიონში.

სახის რბილი ქსოვილების ჭრილობების შეფასების დროს საჭიროა სიფრთხილის გამოჩენა. მოშორებული უნდა იქნას მხოლოდ ისეთი ქსოვილი, რომლის შენარჩუნება შეუძლებელია. ციანოზური და ანემიური კანი უმრავლეს შემთხვევაში ხორცდება. აღსანიშნავია, რომ მე-5 მე-6 დღეს საზღვარი ცოცხალსა და მკვლარ ქსოვილებს შორის მკაფიოდ არის გამოხატული. სახის არეში ადგილობრივი რეაქტიული მოვლენები აღრე შედარდება და გამოხატულია სახის, ტუჩების, ენის, თვალებულის შემუქებით. ადგილი აქვს სისხლჩაქევეებს, რაც ხშირად განაპირობებს სახის დეფორმაციას. აღსანიშნავია, რომ სახის ქსოვილებს აქვთ სიცოცხლისუნარიანობის შენარჩუნების დიდი უნარი, მაშინაც კი, როცა ვფიქრობთ, რომ ნეკროზი გარდაუვალია.

ჭრილობის შეხორცების შემდეგ სახის არეში ვითარდება ნაწიბურები. ნაწიბურების ოპერაციული ამოკვეთა შეიძლება აღრე ვადებში 1-1,5 თვეში.

სახის რბილი ქსოვილების ჭრილობების დროს მოსალოდნელია გართულება: დაჩირქება, ნეკროზი. ამიგომ ჩირქგროვის აღრეული გასსნა, უცხო სხეულის ამოღება განაპირობებს ანთების ჩაქრობას.

სახის არის რბილი ქსოვილების ჭრილობების პირველადი ქირურგიული დამუშავება აქტუალური საკითხია და არის იმის გარანტი, რომ ჭრილობა სადად შეხორცდება და თავიდან ავიცილებთ მოსალოდნელ გართულებებს. უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ჭრილობის კიდეების ეკონომიური დამუშავე

ბა, განახლება, უცხო სხეულის ამოღება, ჭრილობის გამორეცხვა და განგრუნის საწინააღმდეგო შრაგის შეყვანა. სახის არეში ჭრილობაზე პირველადი ნაკერის დადება შეიძლება 36-48 საათის განმავლობაში.

გ ა რ თ უ ლ ე ბ ა . სახის არეში ჭრილობების გართულება შეიძლება იყოს აღრეული და მოგვიანებითი.

აღრეული გართულებები: გონების დაკარგვა, ასფიქსია, სისხლის ღენა, შოკი.

გონების დაკარგვა შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზით. ტვინის შერყევით, სისხლის დაკარგვით. სისხლის ღენა შეიძლება იყოს არტერიული, ვენური, ლიმფური. შოკის გამომწვევი მიზეზებიდან აღსანიშნავია: სისხლის დაკარგვა, ტრავმა, ორგანიზმის გაციება.

განსაკუთრებით საშიშია და საყურადღებო ასფიქსიის განვითარება. ვარჩევთ ხუთი სახის ასფიქსიას:

1. **ღისლოკაციური**, მონატეხი ფრაგმენტების გადანაცვლება, ენის დისლოცირება უკან.
2. **ობტურაციული**, ზედა სასუნთქი გზების დაცობა სისხლის კოლგით, უცხო სხეულით.
3. **სტენოზური** - ხორხზე ბეწოლა, პემატომით, უცხო სხეულით, ემფიზემით, მემუჰებით.
4. **სარქველოვანი** - სასუნთქი გზების დახურვა რბილი ქსოვილის ნაფლეთით, სახის ან ხახის ლორწოვანი გარსით.
5. **ასპირაციული** - სისხლის კოლგით, ნაღები მასა და სხვა.

მოგვიანებით გართულებას განეკუთვნება: მეორადი სისხლის ღენა, ბრონქოპულმონური გართულება, ოსტეომიელიტი, კონტრაქტურა, სანერწყვე ფისგულები.

სისხლღენა შეიძლება იყოს აღრეული მეორადი და მოგვიანებითი მეორადი. აღრეულ მეორადად ითვლება სისხლღენა დაჭრიდან რამდენიმე საათის ან 1-2 დღის შემდეგ, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს თრომბის მოცილება ან დამატებითი ტრავმა. მოგვიანებითი მეორადი სისხლღენა შეიძლება დაიწყოს დაჭრიდან 7-14 დღის შემდეგ, სისხლძარღვის კედლის დამლით ან კედლის ნეკროზით. აღსანიშნავია, რომ მეორადი სისხლღენა იწყება ღლის ბოლოს ან ღამით.

სახის ძელების საბრძოლო დაზიანება

სახის ძელების საბრძოლო დაზიანებას თითქმის ყოველთვის თან ახლავს რბილი ქსოვილების ჭრილობა. მისი განმასხვავებელი ნიშნებია: ჭრილობის

არსებობა, გყვიის მოქმედების ადგილზე ძველების დაზიანება (და არა სუსტ ადგილებში), დამსხვრეული მოტეხილობა, კლინიკური სურათის სწრაფი ცვალებადობა. ცეცხლნასროლი მოტეხილობა უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე არაეცხლნასროლი. ადგილი აქვს არა მარტო ყბების მოტეხილობას, არამედ მოტეხილია ალვეოლური მორჩი და კბილები. დაჭრილს პირი ნახევრად ღია აქვს, ტუჩები წინ წამოწეული, პირიდან გადმოდის სისხლნარევი ნერწყვი.

ქვედა ყბის მოტეხილობა განეკუთვნება მძიმე დაზიანებათა რიცხვს და სამიზნა ადამიანის სიცოცხლისათვის. ამ დროს ადგილი აქვს ფიზიოლოგიური წონასწორობის მოშლას. მონატეხი ფრაგმენტების შეცურება, რბილი ქსოვილების დაზიანება, მეტყველების, ლეჭვის, ყლაპვის, სუნთქვის ფუნქციების დარღვევა ძალზე მძიმე გავლენას ახდენს დაჭრილის ზოგად მდგომარეობაზე. ქვედა ყბის მოტეხილობის ერთ-ერთი პირველი კლასიფიკაცია მოგვაწოდა ს. ტიგერშტეტმა. ამ კლასიფიკაციის მიზნადეით პირველ ჯგუფს შეადგენს მოტეხილობა, როდესაც მონატეხი ფრაგმენტები მოძრავია, მეორე ჯგუფი: მონატეხი ფრაგმენტები ძნელად მოძრავია, მესამე ჯგუფი – მონატეხი ფრაგმენტები ჩაჭედილია. უფრო სრულყოფილი კლასიფიკაცია მოწოდებულია 1944 წელს (ბინინი).

1. ქვედა ყბის სხეულის მოტეხილობა

ა. მსხვილი ნამსხვრევებით

ბ. წერილი ნამსხვრევებით

გ. ძელოვანი ქსოვილის დეფექტით

დ. ძელოვანი ქსოვილის დეფექტის გარეშე

ე. კბილების შენარჩუნებით მონატეხ ფრაგმენტებზე

ვ. კბილების არ არსებობით მონატეხ ფრაგმენტებზე

ზ. კბილების არ არსებობით არც ერთ მონატეხ ფრაგმენტზე.

2. ქვედა ყბის გოტების მოტეხილობა

ა. დეფექტის გარეშე და ბ. დეფექტით.

3. ქვედა ყბის კუთხის მოტეხილობა

ა. წერილი ნამსხვრევებით, ბ) მსხვილი ნამსხვრევებით, გ. შეცურების გარეშე, დ. ძელის კილოვანი მოტეხილობა.

ქვედა ყბის ცეცხლნასროლი მოტეხილობის სიმძიმე დამოკიდებულია:

1. იარაღის სახეობასა და მის ცოცხალ ძალაზე, 2. დაზიანების ლოკალიზაციასა და ხასიათზე, 3. დაჭრის მომენტიდან განედილ დროზე, 4. დაჭრილის ზოგად მდგომარეობაზე. კლინიკური სურათია: ნახევრად გაღებული პირი, პირიდან სისხლნარევი ნერწყვი, დაბნეული გამომეტყველება და უსუსურობა, ძლიერად გამოხატული სიმახინჯე. საჯარისო რაიონის სამედიცინო ეტაპებზე დაჭრილებს აქვს გამოხატული სისხლჩაქევიები და რბილი ქსოვილების პროგრესირებადი შემუქება,

ამას თან ერთვის ჭრილობის ინფიცირება. სატრანსპორტო არტაზინის დაღების შემდეგ დაჭრილთა მდგომარეობა მკვეთრად უმჯობესდება, მაგრამ თუ პირის ღრუს რბილი ქსოვილებიცაა დაზიანებული, მდგომარეობა მძიმდება.

ზედა ყბის მოტეხილობა. პირველ ადგილზეა კბილებისა და ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა, მეორეზე – ზედა ყბის სხეულის მოტეხილობა. ზედა ყბის მოტეხილობა გვხვდება სახის სხვა ძვლების მოტეხილობასთან ერთად: ყვრიმალის ძვალთან, ქვედა ყბასთან, ცხვირის ძვალთან, შუბლის ძვალთან. გარდა ამისა გვხვდება: თვალის დაზიანება, თავის ქალის დაზიანება, ტვინის შერყევა, სახის დაზიანება.

დაჭრილის გამოკვლევის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ ქალას ფუძის მოტეხილობის სიმკვრივეს (გარეთა სასმენი ხვრელიდან სისხლდენა, ლიქვორეა და სხვა).

სახის დამწვრობა

სახის არე შეადგენს სხეულის ფართის 3,12-3,14%. კანის საფარის ფართო საერთოდ დამოკიდებულია სქესზე, სიმაღლეზე, ჩასუქებულობაზე. მოზრდილი ადამიანის კანის საერთო ფართი შეადგენს 1,5-2,5 მ². კანის საშუალო ფართი 16.028 სმ²-ია. კანის სისქე 1,72-1,92 მმ-ია. კანის შემაღვენილობაში ვარჩევთ ორ შრეს: ა. ზედაპირული – ეპიდერმისი, ბ. შემაერთებულ-ქსოვილოვანი შრე-დერმა, რომელიც ეპიდერმისის ქვეშ მდებარეობს. დერმის ქვეშ მდებარეობს კანქვეშა ცხიმოვანი უჯრედისი. კანის ზედაპირზე იხსნება ოფლისა და ქონის გამომყოფი ჯირკვლების საღინარები, კანში მოთავსებულია თმის ძირის ბოლქვები.

დამწვრობის კლასიფიკაცია. დაზიანებული აგენტის ზემოქმედების მიხედვით ვარჩევთ დამწვრობის შემდეგ სახეებს: 1. თერმიული, 2. ქიმიური, 3. ელექტროდამწვრობა, 4. სხიური, 5. კომბინირებული.

1. **თერმიული დამწვრობის** ქვეშ იგულისხმება დამწვრობა გამოწვეული მაღლი ტემპერატურის ზემოქმედების შედეგად (ცეცხლი, ცხელი სითხეები, გახურებული საგნები, გამლნარი ლითონი, ნაპალმი და სხვა).

2. **ქიმიური დამწვრობა** მიიღება ქიმიურად აქტიური ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად (მეაუეები, ტუტეები, ფოსფორი და სხვა).

3. **ელექტროდამწვრობა** მიიღება ელექტროდენის ზემოქმედების შედეგად.

4. **სხიური დამწვრობა** მიიღება მზის, რენტგენის სხივების

გემოქმედებით, რადიაქტიული იზოტოპების, ატომური აუფოტეების შედეგად მიღებული სინათლის გამოსხივებით.

5. კომბინირებული დამწვრობა ორგანიზმზე რადიაქტიული გემოქმედებით.

დამწვრობის კლინიკური კლასიფიკაცია. დღეისათვის მოქმედებაშია კლასიფიკაცია, რომელიც დამწვრობის ოთხ ხარისხს ითვალისწინებს.

I ხარისხის დამწვრობა – კანის პიკერემია, კანის შეშუპება.

II ხარისხის დამწვრობა – ბუშტუკების ჩამოყალიბება, ბუშტუკები შეიცავს პლაზმის მაგვარ სითხეს.

III ხარისხის დამწვრობა იყოფა ორ ჯგუფად: III^ა – კანის არასრული დამწვრობა, ეპითელიზაციის მცირე უბნების შენარჩუნებით, III^ბ – კანის მთლიანი ნეკროზი.

IV ხარისხის დამწვრობა ვრცელდება კანქვეშა ქსოვილებზე, დამწვარია ცხიმოვანი უჯრედისი, ფასცია, კუნთები, ძვალი.

პირველი ხარისხის დამწვრობის დროს ადგილი აქვს სისხლძარღვთა გაფართოებას და მისი კედლების გაღწევადობის მომაგებას, რის შედეგად პირველსავე წუთებში ვითარდება პიკერემია და შეშუპება. დაავადების ძირითადი სიმპტომებია: სიწითლე, ტკივილი, შეშუპება. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. პირველი ხარისხის დამწვრობის შეხორცება ჩვეულებრივ მიმდინარეობს 3-4 დღეში. ნაწიბური არ ვითარდება, დამწვრობითი ჭრილობა არ ყალიბდება.

მეორე ხარისხის დამწვრობის დროს ადგილი აქვს კანის პიკერემიას, ქსოვილების შეშუპებას. სითხის კანქვეშ დაგროვების გამო ხდება კანის ამრევება და ყალიბდება ბუშტუკები. აღიქმება ძლიერი ტკივილი. 3-4 დღეში ექსუდაცია მცირდება და სითხე შეიწოვება. მე-7-10 დღეზე იწყება დამწვრობის ეპითელიზაცია, ნაწიბური არ წარმოიქმნება, თუ ბუშტუკები დაჩირქდა წარმოიქმნება ნაწიბური.

მესამე ხარისხის დამწვრობის დროს ადგილი აქვს კანის მშრალ ან სველ ნეკროზს. მშრალი ნეკროზი ყალიბდება მაღალი ტემპერატურის გემოქმედების შედეგად, კლინიკურად აღინიშნება ქერქი, კანი ყავის ფერი ან შავია, დაკარგული აქვს თავისი სტრუქტურა. III^ა დამწვრობის შესორცება შესაძლებელია, III^ბ დროს კი არა. ქერქის ქვეშ მიმდინარეობს ეპითელიზაცია, 2-3 კვირის შემდეგ ქერქი მოშორდება და 1-2 თვეში დამწვრობა იფარება ეპითელური ქსოვილით, ვითარდება ნაწიბური. III^ბ დამწვრობის დროს ქერქის მოშორება ხდება 1-1,5 თვის შემდეგ. დამწვრობა იფარება გრანუ-

ლაციური ქსოვილით, იწყება დანაწიბურება, ეპითელიზაცია იწყება ნაპირუ ბიდან მაგრამ სრული აღდგენა არ ხდება.

მეოთხე ხარისხის დამწვრობის დროს ზიანდება ღრმად მდებარე ქსოვილები, წარმოიქმნება ღრმა დამწვრობითი ჭრილობა, რომელიც დამოუკიდებლად არ შეხორცდება. ორგანიზმი კარგავენ დიდი რაოდენობით სითხეს და ცილოვან ნივთიერებებს.

I-III^o დამწვრობა ითვლება მედაპირულ დამწვრობად, ხოლო III^o და IV ხარისხის ღრმა დამწვრობად. სახის არეში II, III და IV ხარისხის დამწვრობა ითვლება მძიმე დამწვრობად. ღილი მნიშვნელობა აქვს აქვადმყოფის ფსიქიკურ მდგომარეობას. მეორე და მესამე ხარისხის დამწვრობა სახის არეში იძლევა ძლიერ შეშუპებას, ხოლო III^o და IV ხარისხის დამწვრობის დროს სახეზე რჩება უხეში დეფორმაცია და ქსოვილთა დეფექტები, ვითარდება ფუნქციური მოშლილობანი: სუნთქვის, მეტყველების, ლეჰვის, ნერწყვის დენის და სხვა.

გადაუდებელი დახმარება ითვალისწინებს დაზიანებულის სასწრაფოდ გადმოყვანას დამწვრობის კერიდან. განსაყმელზე ცეცხლის ჩაქრობას. არ შეიძლება დამწვარი ადგილებიდან მიკრული განსაყმლის აძრობა, დამწვარი ადგილების გაწმენდა, ბუმბუკების გახსნა, დამწვარ ადგილებზე ვაშელინის, ზეთის, კალიუმმანგანუმის ან სხვა ნივთიერებების წასმა. დამწვარი ადგილები შეიძლება დაეფაროს მშრალი სუთა ნახევებით. პირველადი ნახევების დანიშნულებაა მეორადი ინფექციის პროფილაქტიკა. დამწვარს უნდა შეეუყვანოს 1-2 მლ, 1%-იანი მორფი, ან 2 მლ. 2%-იანი პანგაპონი, სჯობია ეენაში). მიეცეთ ცხელი ჩაი და 50-100 მლ. ალკოპოლი.

მკურნალობა. დამწვრობის მკურნალობა რთულია და მოითხოვს კომპლექსური ღონისძიებების გატარებას: 1. გაუკვივარებას, 2. ენგბადოვან მკურნალობას, 3. პორმონების დანიშვნას, 4. ტრანფუზიულ მკურნალობას, 5. იმუნოთერაპიას, (იმუნური სისხლის გადასხმა), 6. ინფექციასთან ბრძოლას, 7. ანემიასთან ბრძოლას, 8. სამკურნალო კვებას. აღნიშნული ღონისძიებები უნდა გატარდეს დამწვრობის განყოფილებაში.

დამწვრობის ადგილობრივი მკურნალობა. დღეისათვის მიღებულია დამწვრობის მკურნალობის დამზოგავი მეთოდი, რომელიც ითვალისწინებს დამწვრობის ადგილიდან უცხო სხეულებისა და განსაყმლის ფრთხილად მოშორებას, სახის კანი უნდა გაეწმინდოს 0,5%-იანი ნიშადურის ხსნარში დასველებული გამონით, ამავე მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ ნოვოკაინის ხსნარი. დამწვრობით ჭრილობას გამოერეცხავთ გამთბარი ანგისეპტიკური ხსნარით (ფურაცლინი, რივანოლი 3%-იანი ბორის შეაეა. ჭრილობაზე შეიძლება დაეფაროს ანგისეპტიკური ნახევევი. დამწვრობითი შოკის დროს ჭრილობის ტუალეგი უნდა გადავლოთ 2-5 ღლით, დაზიანებ-

ულის მოკიდან მთლიანად გამოსვლამდე. ღრმა დამწვრობის დროს შეიძლება მიემართოს ლეკომპრესიულ განაკვეთებს.

დამწვრობის პირველადი დამუშავების (ტუალეტის) შემდეგ დაზიანებულ ადგილზე უნდა წაეუსვით 5%-იანი სინგომიცინის, სტრეპტოციდის (ან სხვა ანტიბიოტიკის) ემულსია. თვალის ნაპრალში ვაწვეთებთ 15%-იან ალბუციდს და დიკაინის 0,25%-იან ხსნარს. გარეთა სასმენ ხერელში შეგვაქვს სტერილური ღოღბანდი და გამოცვლით 2-3 დღეში ერთხელ. მორიგი შეხვევის წინ საჭიროა ნარკოტიკის შეყვანა. დაზიანებულს ვაძლევთ ტკივილდამაყუჩებელ და ძილის მომგვრელ საშუალებებს.

პლასტიკური მკურნალობის ჩვენება. ვარჩევთ პირველად და მეორად პლასტიკას. პირველადი პლასტიკა მაშინ, როდესაც ნეკროზული კანის ამოკვეთისთანავე ვახდენთ დამწვრობითი ჭრილობის დაფარვას. მეორადი პლასტიკა ითვალისწინებს დამწვრობითი ჭრილობის დაფარვას გრანულაციის სტადიაში. პლასტიკური ოპერაციის წინ ავადმყოფის მდგომარეობა უნდა იყოს დამაკმაყოფილებელი, კემოგლობინის რაოდენობა 60%-ზე მეტი უნდა იყოს. სახისათვის კანი შეიძლება ავიღოთ მხარის შიგნითა ზედაპირიდან.

განვიხილოთ დამწვრობის სხვა სახეებიც, გამომწვევი ფაქტორის ზემოქმედების მიხედვით.

ელექტროდენით დამწვრობა, ქიმიური დამწვრობა

ელექტროდენი მოქმედებს ზოგადად (ელექტროგრაფმა) და ადგილობრივად (ელექტროდამწვრობა), დამწვრობის ეს სახეობა თერმულ დამწვრობასთან შედარებით იშვიათია, მაგრამ ხშირად თან სდევს დიდი სიკვდილიანობა. სიცოცხლისათვის საშიშია დენის ძალა 100 მილიამპერი და მეით.

კლინიკა. დენის ზემოქმედების დროს ადგილი აქვს სხეულის კუნთების კრუნჩხვით შეკუმშვებს, რის გამოც დაზიანებულს არ შეუძლია ყვირილი. ხშირად კარგავს ცნობიერებას. ადგილი აქვს სიფერმკრთალეს, ციანოზს, თავის ტკივილს, გულყრას.

პირველადი დახმარება ითვალისწინებს დაზიანებულის სასწრაფოდ გამოყვანას დენის ზემოქმედების სფეროდან. ვატარებთ ხელოვნურ სუნთქვას, გულის არაპირდაპირ მასაჟს. ზოგჯერ საჭიროა გულის დეფიბრილიაცია. დაზიანებული გადაგვყავს სტაციონარში.

ელექტროდამწვრობა. ელექტროდის შეხების ადგილზე თუ დენის ძალა 380V და მეტია ადგილი აქვს დამწვრობას. ვარჩევთ

დამწვრობის შემდეგ სახეებს: I ხარისხის – ღენის ნიშანი, II ხარისხის – ბუმტუკების წარმოქმნა, III – კანის მთელ სიღრმეზე დაზიანება, IV ხარისხის – ძელის დაზიანება. კონტაქტური დამწვრობა ხშირია გელა კიდურებში და სახის არეში, დამწვრობა მომრგვალო-ოვალური ფორმისაა, აქვს მოთეთრო ან ნახშირის ფერი. პატარა ზომის დამწვრობას აქვს მკვეთრი საზღვრები. მძიმე დამწვრობის დროს ვითარდება სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა და მეორადი სისხლღენა.

ქიმიური დამწვრობა, გამოწვეულია ქიმიური ნივთიერების კონტაქტით პირის ღრუსა და სახის არეში. გვხვდება მკავეთ (მარილმკავეა, გოგირდმკავეა) დამწვრობა, გუგით დამწვრობა, მძიმე მეტალების მარილებით. ქიმიური დამწვრობა ძალზე ნელა ხორცდება. კონცენტრირებული ხსნარების შემოქმედების შედეგად სწრაფად მიმდინარეობს ქსოვილებიდან წყლის გამოცლა და ცილების შეღებვა, რის შედეგადაც წარმოიქმნება მშრალი ქერქი. მწვავე ტუტეებით დაწვის დროს ადგილი აქვს ცილების გახსნას, წარმოქმნილი ქერქი რბილი და ფხვიერია.

პირველადი დახმარება. დაზიანებული ადგილი უნდა ჩამოვბანოთ წყლით, რათა შევამციროთ ხსნარის კონცენტრაცია. ჩამოვანვას ვაწარმოებთ 20-30 წუთი. მკავეთ დამწვრობის შემთხვევაში, ჩამოვრეცხავთ სოდის ხსნარით, ხოლო ტუტით დამწვრობის დროს დაზიანებულ ადგილს ჩამოვრეცხავთ 1-2%-იანი ძმარმკავეის ან 0,25%-იანი ბორის მკავეს ხსნარით. მკურნალობა ტარდება ისეთივე წესით, როგორც სხვა დამწვრობის დროს.

სამხედრო დამწვრობა

მეორე მსოფლიო ომში დამწვრობა შეადგენდა ყველა სხვა დაზიანების 1 %-ს. ატომური აფეთქებით გამოწვეული დამწვრობა მომავალში იქნება წამყვანი, მოსალოდნელია 65-85 % დამწვრობა. აქედან 40 % იქნება მედაპირული, ხოლო 30% ღრმა და გავრცობილი.

ბირთვული აფეთქების შედეგად მივიღებთ თერმულ და რადიაქტიურ დამწვრობას. გარდა ამისა ადგილი აქვს აგრეთვე მეორად დამწვრობას (ცეცხლის გაჩენით შენობაში, განსაცემელზე ცეცხლმოკიდებით, სხვა საგნების აალებით).

საბრძოლო დამწვრობა ხასიათდება ერთი საერთო ნიშნით-ერთდროულად ზიანდება ადამიანთა დიდი კონტიგენტი, როგორც მებრძოლები ისე მშვიდობიანი მოსახლეობა. 1945 წელს იაპონიაში ორი ატომური ბომბის აფეთქების შედეგად სხეულის დამწვრობა მიიღო 100 000-მდე ადამიანმა. ამ ჭრილში დიდი მიშენელობა ენიჭება საექიმო დახმარების ორგანიზაციას, სამედიცინო ევაკუაციას ყველა ეტაპზე. უნდა იყოს დახმარების, დახარისხების და ევაკუაციის მკაფიო სისტემა. ამ მხრივ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დაზიანებულთა დახარისხებას, მისი მიზანია სამედ-

იციზო დახმარება აღმოუჩინოს პირველ რიგში დაზიანებულთა დიდ რიცხვს, რომელთა გადარჩენა შესაძლებელია. უნდა გამოიყოს შემდეგი ჯგუფები:

1. დამწვრები, რომლებიც საჭიროებენ სასწრაფო დახმარებას აღნიშნულ ეტაპზე.

2. დამწვრები, რომელთა დახმარება შეიძლება დროებით გადაიდოს.

3. მსუბუქად დამწვრები, რომლებიც ევაკუაციას არ საჭიროებენ.

4. დამწვრები რადიაქტიური გაჭუჭყიანებით.

კომბინირებული დაზიანება

აღამიანის ორგანიზმზე ერთდროულად რამდენიმე ფაქტორის ზემოქმედება იწვევს კომბინირებულ დაზიანებას. დაზიანება შეიძლება იყოს ერთდროული და თანმიმდევრული. დარტყმითი ტალღა და გამოსხივება; ცეცხლნასროლი ჭრილობა და მომწამვლელი ნითიერება, და სხვა, ატომური იარაღის აფეთქების დროს წარმოიქმნება მაიონიზირებული რადიაციის ძლიერი ნაკადი (აღფა, ბეგა ნაწილაკები, გამა და რენტგენის სხივები, ნეიტრონები), რომელიც იწვევს გარემოს დაზიანებას. მაიონიზირებული რადიაციის გარკვეული დოზის მიღების დროს ვითარდება მწვავე სხივური დაავადება, დამწვრობას ამ დროს ადგილი არა აქვს. კანის დამწვრობა ვითარდება რადიაქტიულ ნითეთიერებასთან შეხებისა და ბეგა სხივების ზემოქმედების დროს. დასხივებიდან რამდენიმე საათში და ერთ დღემდე კანზე ვითარდება პირველადი ერთემა, რომელიც რჩება 2 დღელამდე. პირველადი ერთემის გაქრობის შემდეგ 2-3 კვირამდე კანზე არავითარი პათოლოგიური ცვლილებები არ რის, ეს არის ე. წ. ფარული პერიოდი. ამ პერიოდის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია სხივების დოზაზე და გამოსხივების წყაროზე. ფარული პერიოდის შემდეგ იწყება მეორე პერიოდი, იწყება კანის ჰიპერემია, ვითარდება ბუშტუკები, რომელთა გასკდომის შემდეგ ყალიბდება ეროზიები და წყლულებები. ეს არის ე. წ. მწვავე ანთების პერიოდი. რომელიც მთავრდება წყლულების ეპითელიზაციით და გადადის ე. წ. ადღენით პერიოდში.

კომბინირებული დაზიანებისათვის დამახასიათებელია შემდეგი საერთო ნიშნები: 1. დაზიანების ერთი სახეობა აუარესებს მეორის მიმდინარეობას, 2. ძალზე გაძნელებულია პირველადი დახმარების აღმოჩენა (ღრმა დამწვრობა და მოგეხილობა) და შემდეგი მკურნლობა. 3. გართულებულია დაზიანებულთა დახარისხება საევაკუაციოდ.

ატომური აფეთქების შედეგად მოქმედებს სამი ძირითადი დამაზიანებელი ფაქტორი: 1. მექანიკური (დარტყმითი ტალღა), 2. თერმიული (სინათლის გამოსხივება), 3. რადიაქტიული. ღია ადგილებში სამივე ფაქტორი მოქმედებს 1,5 კმ-ზე, ხოლო გამოსხივება და დარტყმითი ძალა 2,5 კმ-ზე.

ეპიცენტრიდან 1-2 კმ. ფარგლებში მყოფნი აფეთქებისთანავე ადგილზე ილუკებიან.

ქირეულადი დახმარება ხორციელდება საერთო პრინციპით. კომლექსური მკურნალობა იწყება ადრე პერიოდში. შევეყაეს ანტიბიოტიკები, არ შეიძლება სულფამიდური პრეპარატების, ნიტროფურანის რიგის (ფურადონინი, ფურაზოლინი), ლევოშიცეტინი, რისტომიცინი, ეს პრეკაპარები აფერხებენ სისხლმზადი ორგანოების მუშაობას. ქირურგიული ჩარევა უნდა მოხდეს, რაც შეიძლება ადრეულ პერიოდში, ძვლოვანი ჭრილობის მკურნალობა (ოსტეოსინთეზი) და შემდეგ რბილი ქსოვილების ქირურგიული დამუშავება. სხიური დაავადების პერიოდში ქირურგიული ჩარევა შეიძლება მხოლოდ სასიცოცხლო ჩვენების მიხედვით.

ქიმიური დაზიანება **(საბრძოლო მომწამვლელი ნივთიერება)**

საომარი მოქმედების პერიოდში გამორიცხული არ არის საბრძოლო მომწამვლელი ნივთიერებების გამოყენება. ქიმიური საბრძოლო ნივთიერებებით დასნებოვნებული სამხედრო კონტიგენტი სამედიცინო ევაკუაციის ეტაპებზე გადის სპეციალურ სანიტარულ დამუშავებას, რის შემდეგ თავსდება სპეციალიზირებული დახმარებისათვის პოსპიტალში. ამ კონტიგენტისათვის ქირურგიული ჩარევის ჩვენებაა: 1. როდესაც ჭრილობა დასნებოვნებულია საბრძოლო მომწამვლელი ნივთიერებებით. 2. როცა საბრძოლო მომწამვლელი ნივთიერება არის სახის კანზე, ტანსაცმელზე, მაგრამ არ არის ჭრილობაში. 3. როდესაც საბრძოლო მომწამვლელი ნივთიერებით დაზიანება გვხვდება დახურულ დაზიანებასთან ერთად.

ჭრილობის დასნებოვნება შეიძლება მოხდეს ორი სახის: მომწამვლელი ნივთიერებებით: 1. მომწამვლელი ნივთიერება, რომელსაც გააჩნია ადგილობრივი და ზოგადი მოქმედების თვისება. 2. მხოლოდ ზოგადი მოქმედება.

ქირეულადი დახმარება: ითვალისწინებს თავზე აირწინალის გაკეთებას, სახის კანის დამუშავებას ქიმსაწინააღმდეგო პაკეტით და ჭრილობაზე სტერილური ნახევის დადებას. შემდეგ ეტაპზე დაზიანებულები გადიან სრულ სანიტარულ დამუშავებას, დახარისხებას და იგზავნიებიან შემდეგ ეტაპზე.

ჭრილობის ქირურგიული დამუშავების დროს საჭიროა დავიცვათ შემდეგი წესები:

1. ყველა განაკვეთი უნდა გავატაროთ დაზიანებული კანის გარეთ, 2. ოპერაციის დროს საჭიროა იარაღების ცელა. 3. ყველა სისხლძარღვი უნდა გადაიკვანძოს ჭრილობაში. 4. უცხო სხეულის ამოღება ჭრილობიდან

აუცილებელია. 5. სახეზე დიდი ჭრილობის შემთხვევაში ვალებთ მიმართებით ნაკერებს, 6. დაზიანებულის მძიმე საერთო მდგომარეობის ღროს ოპერაციული ჩარევა ღროებით უნდა გადავლოთ.

დასნებოვნებული და რადიოქტიური ნივთიერებით გაბინძურებული ჭრილობების პირველადი დამუშავების შემდეგ ყრუდ გაკერვა არ არის მიზანშეწონილი. ჭრილობაში რამდენიმე დღით ვგოვეთ მარლის ღოლბანდებს და მოგვიანებით დავადებთ მეორად ნაკერს.

მოყინვა

გარემოს ცივი ტემპერატურის ხანგრძლივი ზემოქმედების შედეგად ვითარდება ქსოვილების დაზიანება-მოყინვა. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ორგანიზმის ცილები ძალიან მგრძობიარეა მაღალი ტემპერატურის მიმართ, რომლებიც იწვევენ ცილების შედედებას. ცივი აგენტის მიმართ ცილები მდგრადია და დაბალი ტემპერატურა 100-150° არ იწვევს ცილების დაშლას – დესტრუქციას. პირიქით დაბალ ტემპერატურაზე ვინახავთ ზოგიერთ გადასანერგ ორგანოს, რათა შევინარჩუნოთ ქსოვილების სიცოცხლისუნარიანობა. მაგრამ აქვე უნდა მივუთითოთ, რომ ორგანიზმის ტემპერატურის დაქვეითება 25°-22°-მდე იწვევს ორგანიზმის დალუპვას. მოყინვას საფუძვლად უდევს ქსოვილებში ფიზიოლოგიური პროცესების მკვეთრი დაქვეითება და ნივთიერებათა ცვლის, ქსოვილოვანი სუნთქვის, სისხლის მიმოქცევის მოშლა. ამ ნიადაგზე შემდგომში ვითარება ნეკროზი.

მოყინვის ფაქტორს აძლიერებს ცუდი მეტეოროლოგიური პირობები – ქარი, ჰაერის ზედმეტი ტენიანობა. გარდა ამისა მნიშვნელოვანია აგრეთვე ორგანიზმის წინააღმდეგობის დაქვეითება, დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვა და სხვა. რომელიმე ორგანოზე ცივი აგენტის ლოკალური ზემოქმედება იწვევს – მოყინვას, ხოლო მთელ ორგანიზმზე – გაყინვას. ვარჩევთ მოყინვის ორ პერიოდს: პირველი, ფარული პერიოდი (პიპოთერმიის პერიოდი) და მეორე პერიოდი-რეაქტიული-ქსოვილების გათბობის შემდეგ.

პირველ პერიოდში დაზიანებული აღნიშნავს ტკივილსა და უსიამოვნო შეგრძნებას იმ ორგანოში, რომელზედაც მოქმედებდა ცივი აგენტი. სახე მკრთალია, მოგვიანებით ვითარდება ანესთეზია.

მეორე პერიოდში (რეაქტიული) აღინიშნება ორგანოს ნორმალური ტემპერატურის აღდგენა. ძლიერდება ტკივილი და ქსოვილების შეშუპება, ვითარდება შეგუბებით ჰიპერემია და ნეკროზი. ამ პერიოდშია შესაძლებელი დიაგნოზის დამუსტება.

მიღებულია მოყინვის ოთხი ხარისხი:

1. პირველი ხარისხის მოყინვა - დაზიანების მსუბუქი

ფორმაა, მოყინულ ორგანოს აქვს მუქი-მოლურჯო ფერი და ზომიერად გამოსატყლი შემუშება. ავადმყოფი უჩივის მჩხვლეტავი ხასიათის ტკივლს, აღინიშნება ანესთეზია და პარესთეზია. ქსოვილის ნეკროზი არ არის არც ვიზუალურად და არც მიკროსკოპულად. კონსერვატიური მკურნალობის შედეგად 6-7 დღეში აღნიშნული მოვლენები ქრება და კანის შეფერადება ნორმალიზდება.

2. მეთრე ხარისხის მოყინვა. ავადმყოფი აღნიშნავს უფრო ძლიერი ხასიათის ტკივილს, ტკივილი მუდმივია, ძლიერდება ღამით. მოლურჯო ფერის კანზე აღმოცენდება ბუმბუკები, მოყვითალო გამჭირვალე სითხით, ადგლი აქვს კანის ზედაპირული შრის ნეკროზას. კონსერვატიული მკურნალობით მოყინვითი დაზიანება შეხორცდება 2-3 კვირაში, კანზე ნაწიბურები არ წარმოიქმნება.

3. მესამე ხარისხის მოყინვა. ავადმყოფი აღნიშნავს ძლიერ გამოსატყლ ტკივილს, რომელიც მუდმივი ხასიათისაა. აღინიშნება პარესთეზია. კანზე მრავლობითი ბუმბუკები, გაკსებული მუქი სისხლნარევი სითხით, კანის ყველა შრე განიცდის ნეკროზს. რბილი ქსოვილები შემუშებულა. ბუმბუკების ადგილზე მოგვიანებით ვითარდება ქერქი, რომელიც იწყებს ტკივილს და სისხლდენას. 3-4 კვირაში ვითარდება გრანულაციური ქსოვილი და ნაწიბური, მკურნალობა გრძელდება 4-5 კვირა.

4. მეოთხე ხარისხის მოყინვა. აღინიშნება გამოსატყლი მუდმივი ხასიათის ტკივილი, ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა, არის მკაფიოდ გამოსატყლი შემუშება, კანზე არის ბუმბუკები. დანეკროზებული არა მარტო კანი, არამედ მის ქვეშ მდებარე ქსოვილები. სახის არემი-ცხვირის ხრტილოვანი ნაწილი და ყურების ხრტილი. ვითარდება პერიქონ-დრიტი, რომელსაც ემატება ინფექციური ანთება, მეოთხე ხარისხის მოყინვის გამოსავალი ორგანოს ნაწილის ან მისი მთლიანად დაკარგვა. საჭირო ხდება პლასტიკური ოპერაციული ჩარევა სახის პარმონის ადგენის მიზნით.

მკურნალობა. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პირველადი დახმარე-ბის დროულ და სრულფასოვან აღმოჩენას. დახმარების მიზანია მატრავმირე-ბელი აგენტის ორგანიზმზე მოქმედების დროს შემცირება და სისხლის მიმოქცევის აღდგენა. დახმარების აღმოჩენას ვიწყებთ მოყინული ადგილის ხელით მასაჟით, მანამ, სანამ სახის კანი არ მიიღებს მოვარდისფერო შეფერადებას და არ შევიგრძნობთ სითბოს. თოვლით მასაჟი არ შეიძლება, რადგან გაციებული ადგილის კიდევ უფრო გაციება, კიდევ უფრო გააძნელებს სისხლის მიმოქცევის აღდგენას. თოვლის მასამ შეიძლება გამოიწვიოს კანის საფარის დაზიანება და გზა გაუხსნას მეორადი ინფექციის განვითარებას. გარდა ამისა საჭიროა ავადმყოფისათვის ცხელი ჩაის მიწოდება, 50-100 მლ.

ალკოჰოლის მიყვება. შეგვეყავს 3 000 ერთეული ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრავი. ჩირქოვანი ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით ვუნიშნავეთ ანტიბიოტიკებს, სულფამიდურ პრეპარატებს, ვიტამინებს.

II ხარისხის მოყინვის შემთხვევაში ბუშტუკები არ უნდა გავხსნათ, ეს კი ხელს უწყობს ეპითელიზაციას. დაჩირქების შემთხვევაში ბუშტუკებს გავხსნით, ჭრილობას დაეამუშავეთ ანტისეპტიკური ხსნარით და წაუსუამთ ანტიბიოტიკის მალამოს. მკურნალობა მიგვეყავს ღია წესით.

III ხარისხის მოყინვის დროს მოყინვით ჭრლობას ვმკურნალობთ საერთოდ მიღებული წესით. ვამორებთ ნეკროზულ ქერქს, ახალგაზრდა გრანულაციური ქსოვილის დაჩირქების თავიდან აცილების მიზნით, გრანულაციურ ქსოვილზე ვათავსებთ ანტისეპტიკურ მალამოში დასეველებულ დოლბანდს და მკურნალობა მიგვეყავს დახურული წესით.

IV ხარისხის მოყინვის მკურნალობა მოითხოვს ეტაპობრივ ქირურგიულ მკურნალობას, რომელიც ითვალისწინებს სამ ძირითად მომენტს – ნეკროტომია, ნეკროექტომია, ორგანოს ამპუტაცია. დაკარგული ორგანოს აღდგენა მიმდინარეობს პლასტიკური ოპერაციული მეთოდით.

პლასტიკური წესით აღდგენილი ორგანო მეტად მგრძობარეა სიცივის ფაქტორისადმი და პაციენტისაგან მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას, ცივი ფაქტორებისაგან დაცვის მიზნით.

შეჯავსე ნაწილი

ოცდამეოთხე თაჰი

ყბა-სახის არეს სიმსივნური დაავადებები

სიმსივნე განიხილება, როგორც ორგანიზმის განსაკუთრებული რეაქცია, მასზე შინაგანი და გარეგანი მავნე ფაქტორების ზემოქმედება.

ახალწარმონაქმნი (ნეოპლაზმა, ბლასტომა) ორგანიზმის ქსოვილების ზრდის განსაკუთრებული რეაქტიული ფორმაა, რომელსაც ახასიათებს შემდეგი ნიშნები:

1. ზრდის ავტონომიურობა. ყველა ქსოვილი და ორგანო მისი ჩასახვიდან, ზრდა განვითარების მთელ პერიოდში ემორჩილება მკაცრ მარეგულირებელ პროცესს და ყოველთვის ექვემდებარება კონტროლს. სიმსივნური ზრდა არ ემორჩილება ორგანიზმის კონტროლს და ეს უკონტროლო ზრდა იწვევს ორგანოში ძლიერ გამოსხატულ მორფოლოგიურ და ფუნქციურ ცვლილებებს. სიმსივნური ზრდის ავტონომიურობა დამახასიათებელია ყველა სახის სიმსივნისათვის, თუმცა ავტონომიურობა არ შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სიმსივნურ ზრდასა და ორგანიზმს შორის კავშირების სრული გაწყვეტა. სიმსივნურ ზრდასა და ორგანიზმს შორის ყოველთვის რჩება რთული ურთიერთკავშირი.

2. ანაპლაზია - სიმსივნური უჯრედების მიერ ქსოვილის ნორმალური უჯრედების ლიფერენცირების უნარის სრული დაკარგვა, წარმოქმნას ორგანოსპეციფიკური ქსოვილი. ანაპლაზია მჭიდროდ არის დაკავშირებული ავთვისებიანი სიმსივნეების უჯრედების ატიპიზმთან.

3. ინფილტრაციული (ინვაზიური) ზრდა. სიმსივნეს ახასიათებს უნარი ჩაიზარდოს ირგვლივ მდებარე ქსოვილში და დამალოს ქსოვილი და ორგანო. სიმსივნური უჯრედები ხვდებიან, რა გზად ორგანოს ნორმალურ უჯრედებს არ ჩერდებიან და ჩაიზრდებიან ნორმალურ უჯრედებს შორის. ეს მოუვლენა უფრო დამახასიათებელია ავთვისებიანი სიმსივნისათვის.

4. მეტასტაზირება. ძირითადი დამახასიათებელი თვისებაა ავთვისებიანი სიმსივნის გავრცელებისათვის. მეტასტაზირება ხდება ლიმფური ან სისხლძარღვოვანი გზით - ცალკეული უჯრედების გადატანა ორგანიზმის სხვა უბნებში.

ეტიოლოგიური თვალსაზრისით სიმსივნეთა გერმინი შედგება ორი ნაწილისაგან: პირველი მიუთითებს ან სიმსივნის შენებაზე (კიბოს მარწუხები). - Carcin, ხორცი - Sarcos, შავი ფერი - Melanos, ან ქსოვილის სახეობაზე - Lipos - ცხიმი. სიგყვის მეორე ნაწილი ბერძნული წარმოშობისაა და აღნიშნავს სიმსივნეს - ომა; ბლასტომა, ცისტომა, კარცინომა, სარკომა, ლიპომა, ქონდრომა და სხვა. მაგრამ აღსანიშნავია, რომ ომა ყოველთვის არ მიუთითებს სიმსივნეზე. მაგალითად ათერომა, გრანულომა, ზოგჯერ სიმსივნე ატარებს რომელიმე მკვლევარის სახელს; აბრიკოსოვის სიმსივნე და სხვა. არის სიმსივნეთა ისეთი სახეებიც, რომლებსაც არა აქვთ დაბოლოება ომა, ლესმოიდი, კარციონიდი, სარკოიდი და სხვა.

სიმსივნური ზრდა-პროგრესირება მიმდინარეობს ზოგად ბიოლოგიური კანონზომიერებით, სიმსივნური უჯრედები იძენენ განსხვავებულ თვისებებს მხოლოდ ორგანოს ან ორგანიზმის მიმართ, რომელშიდაც ეითარდებიან.

ეტიოლოგია, პათოგენეზი ახლადწარმონაქმნთა ეტიოლოგია არის მეცნიერება შინაგანი და გარეგანი ფაქტორების შესახებ, რომლებიც გარკვეულ როლს თამაშობენ პათოლოგიური პროცესის წარმოქმნაში. ამ ფაქტორებს ზოგადად კანცეროგენულ და ბლასტოგენურ ფაქტორებს უწოდებენ.

ვირხოვის თეორია ხანგრძლივი დროის მანძილზე იყო გავრცელებული და აღიარებული მსოფლიოს კლინიციისგების მიერ. ავტორის აზრით სიმსივნის განვითარებაში წამყვანი როლი განეკუთვნება ქრონიკულ გამაღიზიანებელ (ბიოლოგიური, ფიზიკური, ქიმიური) ფაქტორებს, რომლებიც დასაწყისში იწვევენ ანთებას, ხოლო შემდგომში უჯრედთა პროლიფერაცია ხელს უწყობს სიმსივნურ ზრდას. ვირხოვის "ქრონიკული გაღიზიანების" თეორიას აქვს რიგი უარყოფითი მხარე, მაგრამ აქვს კლინიკური დადასტურება. ამის მაგალითად შეიძლება მოვიყვანოთ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ქრონიკული ანთების ნიადაგზე კიბოს ჩამოყალიბება,

პაიმორის ღრუს ქრონიკული ანთების ნიადაგზე გელა ყბის კიბოს განვითარება და სხვა.

კონგეიქციის თეორიის მიხედვით სიმსივნის წარმოქმნაში წამყვანი როლი ენიჭება დისემბრიოგენურ ფაქტორებს. ავტორის აზრით სიმსივნე წარმოიქმნება ორგანიზმში ღარჩენილი (გაუხარჯავი) ემბრიონული ელემენტებისაგან, რომლებსაც აქვთ შენარჩუნებული ზრდის დიდი პოტენცია და დაკარგული აქვთ ნორმალური ფიზიოლოგიური დიფერენცირების უნარი. ამ თეორიასაც გააჩნია რიგი უარყოფითი მხარე, მაგრამ აქვს კლინიკური დადასტურებაც. მაგალითად ქვედა ყბის სხეულის პირველადი კიბო, რომელიც ვითარდება ყბის ძვალში ღარჩენილი მალასე ასტახოვის ეპითელური უჯრედების ნარჩენებისაგან.

ვირუსული თეორია. ჯერ კიდევ მე-19 საუკუნეში გამოითქვა მოსაზრება სიმსივნეების განვითარების ვირუსული გენეზის შესახებ. მე-20 საუკუნეში ამ თეორიის სასარგებლოდ ჩატარდა რიგი ექსპერიმენტული გამოკვლევები და დღეისათვის ამ თეორიის სასარგებლოდ გამოთქმულია მრავალი მოსაზრება.

თითქმის 100 წლის მანძილზე კიბოს ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხი იხილებოდა ერთობლივად და დიდი ყურადღება ეთმობოდა დაავადების აუტოგენეზს. გარეგან ფაქტორებს ყურადღება არ ექცეოდა. დღეისათვის კანცეროგენული ფაქტორები საკმაოდ ფართოდ განიხილება და პირობითად ეს ფაქტორები სამ ჯგუფად იყოფა: 1. ქიმიური ფაქტორები, 2. ფიზიკური, 3. ბიოლოგიური.

ქიმიური ფაქტორები. დღეისათვის ცნობილია ორიათასამდე ქიმიური ნივთიერება, რომლებსაც აქვთ გამოხატული კანცეროგენული თვისებები. ამათ რიგს განეკუთვნება:

1. პოლიციკლური არომატული ნახშირწყალბადები, რომლის წარმომადგენელია 3,4 ბენზპირენი, გვხვდება საჭმელ პროდუქტებში, თამბაქოს კვამლში. შეიძლება გამოიწვიოს ფილტვების, კუჭისა და შარდის ბუშტის კიბო.

2. არომატული ამინები — წარმომადგენელია ანილინის საღებავები, რომლებიც იწვევენ შარდის ბუშტის კიბოს.

3. პერბიციდი-ღუსტი, შეიძლება გამოიწვიოს 22 ლოკალიზაციის კიბო.

4. კანცეროგენულ ნივთიერებებს განეკუთვნება ასბესტი, ქრომი, ნიკელი, ღარიშხანი.

ფიზიკური ფაქტორები. ფიზიკურ ფაქტორებს განეკუთვნება ულტრაიისფერი სხივები — კანისა და ტუჩების კიბოს განვითარების ხელშემწყობია, ფიზიკურ ფაქტორებს განეკუთვნება აგრეთვე გამჭოლი სხივები-რენტგენის, გამა სხივები, ელექტრონული სხივები და სხვა.

ბიოლოგიური ფაქტორები. ვირუსები განიხილება როგორც ბიოლოგიური ფაქტორი. ვირუსების გადაცემა ერთი ორგანიზმიდან მეორეზე

შეიძლება ნაყოფის მუცლად ყოფნის დროს, აგრეთვე სპერმის, რძის, ნერწყვის, სისხლის და სხვა გზებით. ამ რიგის ვირუსებიდან აღსანიშნავია პოლიომი, აღენოვირუსი, პერპესის ვირუსი, ეპშტეინ-ბარას და რაუს ვირუსები. გარდა ამისა ბიოლოგიურ ფაქტორს განეკუთვნება ზოგიერთი პარაზიტი *Bacillus tumerfacialis* და ზოგიერთი სოკოს შხამი (*Aspergillus flaus*) რომელიც იწვევს ლეიშმანის კიბოს.

სიმსივნეების კლასიფიკაცია

საერთოდ აღიარებული კლასიფიკაციური სქემა არ არსებობს. კლასიფიკაციური სქემის ერთი, რომელიმე ნიშნის მიხედვით შედგენა არ ხერხდება, ხოლო კლინიკური ნიშნების მიხედვით შედგენილი კლასიფიკაცია არ ასახავს სხვა საკითხებს (ბიოლოგიური არსი, ქსოვილოვანი სახეობა და სხვა). ზოგიერთი ავტორი უპირატესობას ანიჭებს მორფოლოგიური ნიშნის მიხედვით შედგენილ კლასიფიკაციას.

კლინიკური ნიშნების მიხედვით სიმსივნეები შეიძლება იყოს: კეთილთვისებიანი, შუალედური და ავთვისებიანი.

მოგვყავს კეთილი და ავთვისებიანი სიმსივნეების განმასხვავებელი მორფოლოგიური და კლინიკური ნიშნები.

კეთილთვისებიანი სიმსივნე	ავთვისებიანი სიმსივნე
1. უმნიშვნელო განსხვავება დელობრივი ქსოვილისაგან.	1. მკვეთრი ატიპიური განსხვავება დელობრივი ქსოვილისაგან (მოუმწიფებელი ფორმები)
2. იზრდება შემოსაზღვრულად ქსოვილების გაწეით (ექსპანსიური ზრდა)	2. იზრდება განმტკობით (ინფილტრაციული ზრდა)
3. არ არის შეზღუდული ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან	3. ჩაზრდილია იგრვლივ მდებარე ქსოვილებში და შლის მათ.
4. იზრდება ნელა	4. იზრდება სწრაფად.
5. შეიძლება მიაღწიოს დიდ ზომას.	5. იშვიათად აღწევს დიდ ზომას.
6. მკვეთრად შემოსაზღვრულია ირგვლივ მდებარე ქსოვილებიდან	6. არ არის მკვეთრად შემოსაზღვრული.
7. იშვიათად წყლულდება	7. ხშირად წყლულდება
8. არ იძლევა რეციდივს	8. ხშირად იძლევა რეციდივს.
9. არ არღვევს ზოგად მდგომარეობას.	9. ძლიერ ასუსტებს ორგანიზმს, იწვევს კახექსიას
10. შესაძლოა თვითგანკურნება	10. თვითგანკურნება არ ხდება.

სიმსივნეების კლინიკური სტადიები.

ლიტერატურაში აღწერილია სიმსივნეების ოთხი ძირითადი სტადია:

1. სტადია – შემოსაზღვრული სიმსივნური პროცესი, ახლომდებარე ლიმფური კვანძების დაზიანების გარეშე, ღრმად მდებარე ქსოვილებში ჩაზრდის გარეშე.
2. სტადია – შეღარებით პატარა სიმსივნე, დიამეტრით 2 სმ-მდე, ერთეული მოძრავი მეტასტაზებით ახლომდებარე ლიმფურ კვანძებში.
3. სტადია – სიმსივნე საკმაოდ დიდი ზომის, დიამეტრი 5 სმ-მდე, ჩაზრდილი ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებში. ორგანოს მოძრაობის შეზღუდვით, მეტასტაზები ახლომდებარე ლიმფურ კვანძებში, მცირედ მოძრავი კონგლომერატის სახით.
4. სტადია – ნებისმიერი ზომის სიმსივნე, მოშორებით ორგანოებში მეტასტაზები, ღრმად ჩაზრდილი ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში და შემოხეულ ორგანოებში, ორგანიზმის გამოფიტვით.

ასეთმა კლასიფიკაციამ დიდი როლი შეასრულა კლინიკური ონკოლოგიის განვითარებაში, მაგრამ მისი გამოყენება შინაგანი ორგანოების დაავადების დროს ძნელად გამოსაყენებელია.

უნიფიცირების მიზნით 1958 წლიდან შემოღებულია საერთაშორისო კლასიფიკაცია – T, N, M- სისტემა, რომელიც უფრო ზუსტად ასახავს პათოლოგიური პროცესის არსს.

T N M-ის სიმბოლოების მნიშვნელობა

T – სიმბოლო აღნიშნავს პირველად სიმსივნეს – Tumor და აქვს შემდეგი მნიშვნელობები:

T₀ – პირველადი სიმსივნე არ აღინიშნება, აღინიშნება მხოლოდ მეტასტაზები.

T₁ – სიმსივნე 1 სმ-მდე ზომით, აზიანებს ორგანოს მხოლოდ ერთ ანატომიურ ნაწილს.

T₂ – სიმსივნე 2 სმ-მდე ზომის, აზიანებს არა უმეტეს ორ ანატომიურ ნაწილს.

T₃ – სიმსივნე 3 სმ-ზე მეტი ზომის, აზიანებს ორ ანატომიურ ნაწილზე მეტს.

T₄ – სიმსივნით ორგანოს დიდი ნაწილია დაზიანებული და ვრცელდება სხვა ორგანოსა და სისტემებზე.

სიმბოლო N (Nodus) აღნიშნავს რეგიონული ლიმფური კვანძების დაზიანებას – გადიდებას, კიბოს მეტასტაზების გამო.

N₀ – მეტასტაზები არ ისინჯება.

N_1 – ცალმხრივად გადიდებული ლიმფური კვანძები, მოძრავი.

N_2 – ლიმფური კვანძები ისინჯება ორივე მხარეზე, მოძრავია ან ოღონად შეზღუდული.

N_3 – გადიდებული ლიმფური კვანძები ცალმხარეზე უძრავი.

N_4 – გადიდებული ლიმფური კვანძები ორივე მხარეზე, უძრავი.

სიმბოლო M (Metastasis) აღნიშნავს მეტასტაზებს სიმსიენიდან მოშორებით ორგანოებში:

M_0 – მოშორებით ორგანოებში მეტასტაზები არ ისინჯება.

M_1 – აღინიშნება მეტასტაზები მოშორებით ორგანოებში.

სახის ორგანოები და მათი ანატომიური ნაწილები

სრულყოფილი დიაგნოზის დასმის და მომავალი მკურნალობის გეგმის დასახვის მიზნით, საჭიროა დაავადებული ორგანოს ანატომიური ნაწილების მინიშნება.

1. ტუჩების ანატომიური ნაწილებია – ზედა ტუჩი, ქვედა ტუჩი, ტუჩების წითელი ყაეთანი.

2. პირის კარიბჭე – ზედა კარიბჭე, ქვედა კარიბჭე, ანატომიური ნაწილებია: წინა – ეშვების ღონეზე, გვერდითი – ეშვებიდან გარეთ, დისტალურად.

3. ლოყები: მარჯვენა ლოყა, მარცხენა ლოყა, ანატომიური ნაწილებია, წინა – კუთხეების არე, შუა ნაწილი, უკანა (რეტრომოლარული)

4. ღრძილები: ზედა და ქვედა ყბის (შიგნითა და გარეთა მხარე), ალვეოლური ნაწილი. ანატომიური ნაწილები: წინა – ეშვებამდე, გვერდითი – დისტალური.

5. შაგარი სასა: ანატომიური ნაწილი: მარჯვენა და მარცხენა ნახევარი.

6. რბილი სასა: ანატომიური ნაწილები: მარჯვენა და მარცხენა ნახევრები, ნაჭი.

7. ენა: ზურგი, მარჯვენა და მარცხენა ნახევრები, გვერდითი მხარე, ანატომიური ნაწილები: წინა, შუა, უკანა მესამედი.

8. ენის ძირი: ანატომიური ნაწილები: მარჯვენა და მარცხენა ნახევრები.

9. პირის ღრუს ფსკერი: ანატომიური ნაწილები: წინა ეშვებამდე, გვერდითი.

10. ზედა ყბა: მარჯვენა და მარცხენა; ანატომიური ნაწილები: ზედა ყბის წიაღის კედლები – ზედა, ქვედა, შიგნითა, გვერდითი, წინა, უკანა.

11. ქვედა ყბა: ანატომიური ნაწილები: წინა – ემეება მდე, პორიზონ-გალური – კუთხემდე და უკანა.

12. დიდი სანერწყვე ქირკვლები.

13. მცირე სანერწყვე ქირკვლები.

ავადმყოფის კლინიკური გამოკვლევა

სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ავადმყოფის ლეტალურ გამოკვლევას:

ანამნეზი: კარგად შეკრებილი ანამნეზური მონაცემები გვაძლევს მრავალფეროვან ინფორმაციას სიმსივნური პროცესის წარმოშობის, მიმდინარეობის, შრდის ტემპების და სხვა მონაცემების შესახებ. აქვს თუ არა ტკივილი, მგრძობელობის შეცვლა, მოიშალა თუ არა მეტყველება, ყბის მოძრაობა, სიმსივნე იზრდება ნელა თუ ჩქარა, ხომ არ ჩაუტარებია რაიმე მკურნალობა (მედიკამენტური, ფიზიოთერაპიული), კომპრესიები და სხვა.

ობიექტური გამოკვლევა: როგორია ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, მისი გამომეტყველება, სახის ორგანოების სიმეტრია. ყურადღებით ვსწავლობთ შემდეგ სინდრომებს: სახის არეში "პლიუს ქსოვილი", "პათოლოგიური გამონადენი", "ფუნქციის დარღვევა". ყურადღებას ვამახვილებთ ხერეღარხების არსებობაზე, არხებიდან გამონადენის ხასიათზე, სახის რბილი და მაგარი ქსოვილების ნეკროზზე, დაწყულულებაზე, დაშლაზე. ვიკვლევთ პათოლოგიური წარმონაქმნის კონსისტენციას, შედაპირს (ხორკლიანია, სადა), პალპაციით მკვინეულია თუ არა, მოძრაია თუ ფიქსირებული. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ყბა-სახის არეში არსებული ლიმფური კვანძების გამოკვლევას: ლიმფური კვანძები გადიდებულია თუ არა, მკვინეულია თუ არა, მოძრაია თუ ფიქსირებული, გადიდებულია პათოლოგიური პროცესის მხარეზე თუ ორივე მხარეზე. როგორია მოშორებით მდებარე ლიმფური (ილღის ფოსო, საზარდულის არე) კვანძების მდგომარეობა. პირის ღრუს დათვალიერების დროს ვიკვლევთ ლორწოვანი გარსის მდგომარეობას, პირის ღრუს ფსკერის, ენის გვერდითი, ენის ძირის ლორწოვან გარსს, ენის მოძრაობის ამპლიტუდას. ნუშურა ქირკვლებისა და რბილი სასის ლორწოვან გარსს. ყურადღებას ვაქცევთ კბილების მდგრადობას, კბილების მორყევის შემთხვევაში გამოვრიცხავთ ასაკობრივ პროცესს და პაროდონტის ანთებით დაავადებებს. ვიკვლევთ ალვეოლური მორჩების მდგომარეობას (ნორმა, დეფორმაცია) ცხვირის ღრუს გამოკვლევის დროს ყურადღებას ვაქცევთ ნესტოების პაერის გამგარიანობას, გასაელების დეფორმაციას, გამონადენს ცხვირის ღრუდან.

გარდა ამისა, საჭიროა დამატებითი გამოკვლევების (კლინიკურ-მორფოლოგიური) ჩატარება. ამ ჩამონათვალში შეღის: 1. ციტოლოგიური გამოკვ-

ლევა, 2. წყლულის შედაპირიდან ნაცხის (უჯრელოვანი ანაბექლი) გამოკვლევა, 3. სიმსივნური წარმონაქმნის პუნქცია, 4. ბიოფსია (არ შეიძლება მელანობლასტომის შემთხვევაში!) , 5. რენტგენოლოგიური გამოკვლევები, რომლებიც მოიცავს მიმოხილვით რენტგენოგრაფიას, კონტრასტული რენტგენოგრაფია, ანგიოგრაფია. გარდა ამისა, ვიყენებთ გომოგრაფიას, კომპიუტერულ გამოკვლევას. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს ყურადღებას ვაქცევთ: ქსოვილის შემკვრივების სინდრომს, ქსოვილის ღესტრუქციას, ღეფორმაციის სინდრომს. სიმსივნეების ღიაგნოსტიკაში გამოიყენება რადიოიზოტოპური გამოკვლევები.

სისხლის მორფოლოგიური გამოკვლევით დასაწყისში ცვლილებები არ არის. მოგვიანებით იწყება რკინის შთანთქმა სიმსივნური ქსოვილით. სიმსივნური პროცესით გამომუშავებული ტოქსინები იწვევენ ერთროპოემის დათრგუნვას, რის ფონზე ვითარდება ანემია.

კიბოს საწინააღმდეგო ბრძოლის ორგანიზაცია

კიბოს საწინააღმდეგო ბრძოლის ორგანიზაცია შედგება მთელი რიგი ღონისძიებებისაგან და ხორციელდება რესპუბლიკის მასშტაბით. ბრძოლის ორგანიზაცია მიზნად ისახავს შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტას:

1. კიბოსწინარე მდგომარეობის აღრეული ღიაგნოსტიკა და კომპლექსური მკურნალობა.

2. დისპანსერული დაკვირვება.

3. კიბოს შორს წასული შემთხვევების შესწავლა.

4. მოსახლეობაში ფართო სანიტარული განათლების შეგანა მოსახლეობის სოციალური ღაცვის მიზნით. აღნიშნული ღონისძიებების ღაფინანსება უნდა მოხდეს სახელმწიფოს ხარჯზე.

კონკრეტულად საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გაგარება: 1. მოზრდილი მოსახლეობის პროფილაქტიკური დათვალიერება, 2. ეკოლოგიური ღონისძიებების გაგარება, გარემოს გაბინძურების თავიდან აცილების მიზნით, 3. პროფესიული კიბოს პროფილაქტიკა, 4. ეკოლოგიურად სუფთა საკვები პროდუქტების წარმოება, 5. მაიონიზირებელი რადიაციის პროფილაქტიკა, 6. საყოფაცხოვრებო მავნე ჩვევების აღკვეთა (ბრძოლა თამბაქოს მოწევის წინააღმდეგ). თამბაქოს თითოეულ კოლოფზე უნდა იყოს წარწერა, რომ თამბაქოს მოწევა ხელს უწყობს კიბოს განვითარებას.

კიბოსწინარე დაავადებები

ყბა-სახის არეში აღწერილია მთელი რიგი ქრონიკულად მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები, რომლის ფონზე შესაძლებელია ან ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარება, ან ქრონიკული პროლიფერაციული პროცესით შემოფარგვლა.

გერმინი "კიბოსწინარე" დაავადება შემოდებულია 1896 წლიდან, ლონდონის დერმატოლოგთა საერთაშორისო ყრილობაზე.

ექსპერიმენტული გამოკვლევებით და კლინიკური დაკვირვებებით დადგენილია, რომ სიმსივნის განვითარებას ხელს უწყობს წინამორბედი პათოლოგიური პროცესი. კლინიკურ-მორფოლოგიური თვალთახედვით კიბოსწინარე დაავადება განიხილება, როგორც ქრონიკული დაავადება, აგიაპური უჯრედოვანი პროლიფერაციით, რომელიც არ იძლევა ინფილტრაციულ (ინვაზიურ) ზრდას ქვეშმდებარე ქსოვილებში.

მიღებულია კლინიკური კლასიფიკაციის ასეთი სქემა: 1. ობლიგატური, 2. ფაკულტატური, 3. ფონური.

ობლიგატურს განეკუთვნება: 1. პიგმენტური ქსეროდერმა, 2. ბოუენის დაავადება, 3. შემოსაზღვრული ჰიპერკერატოზი, 4. მანგანოგის ქეილიტი.

ფაკულტატურია: 1. კანის რქა, 2. კერატოაკანტომა, 3. პაპილომა, 4. ეროზიულ-წყლულოვანი მგლურა, 5. ჰიპერკერატული მგლურა, 6. წითელი ბრტყელი ლიქენი, 7. პაპილომატოზი, 8. ეროზიულ-წყლულოვანი ლეიკოპლაკია.

ფონურ დაავადებას განეკუთვნება: 1. დერმატიტი, 2. მეტეოროლოგიური ქეილიტი, 3. ქრონიკული წყლული, 4. ბრტყელი ლეიკოპლაკია.

აღსანიშნავია, რომ ობლიგატური ფორმები უფრო ხშირად გადადის ავთვისებიან სიმსივნეებში, ხოლო ფაკულტატური უფრო იშვიათად (1-5%).

კლინიკურად მიღებულია კიბოსწინარე დაავადებების წარმოდგენა, სახის წითელი ყაეთნისა და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლოკალიზაციის მიხედვით.

სახეზე შეიძლება შეგვხვდეს კიბოსწინარე დაავადებების ყველა ფორმა: პიგმენტური ქსეროდერმა, ბოუენის დაავადება, მოხუცებულობითი მეჭვჭვები, პიგმენტური წურტილები, ქრონიკული ანთებადი პროცესები, დამწვრობისა და მოყინვის შემდეგ განვითარებული ატროფიული ნაწიბურები, ქრონიკული ფისტულები, მოხუცებულობითი კერატოზები, კანის მგლურა, პაპილომები.

წითელ ყაეთანზე გვხვდება კვანძოვანი კიბოსწინარე ფორმა, ჰიპერკერატოზი, მანგანოგის ქეილიტი, გუჩების კუთხეების ქრონიკული ნაპრალეები, ქრონიკული აქერცვლა.

პირის ღრუში – ეპიგროპლაკია, ლეიკოპლაკია, პაპილომა, პიგმენტური ლაქები, ქრონიკული წყლულები, ბრტყელი ლიქენი, წითელი მგლურა, დასხვიების შემდეგი სტომატიტი, ლორწქეუა გარსის ფიბროზი.

ოცდამეხუთე თავი

კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დამახასიათებელი ნიშნებია: ნელი ზრდა, მკვეთრი შემოსაზღვრა ირგვლივ მდებარე ქსოვილებიდან. სიმსივნის ნელი ზრდა მიმდინარეობს წლობით, ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველად შესამჩნევი ხდება მაშინ, როდესაც გამოძვლავდება ორგანოს ღეფორმაცია და ფუნქციის მოშლა. სიმსივნური პროცესი არ არღვევს ორგანიზმის საერთო მდგომარეობას და არ იძლევა მეტასტაზებს. სწორი ოპერაციული ჩარევის შემდეგ რეციდივს არ იძლევა.

ავადმყოფის გამოკვლევის დროს ყურადღებას ვაქცევთ: სიმსივნის ზრდის ტემპს, სიდიდეს, ფორმას, მისი შედაპირის მდგომარეობას (გლუვი, ხორკლიანი), კონსისტენციას, მოძრაობას, მის დამოკიდებულებას ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან. ვიკვლევთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძების მდგომარეობას.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეების უფრო სრულყოფილი კლასიფიკაცია შემუშავებულია ა. კოლესოვის მიერ (1964). მოგვყავს კლასიფიკაციის სრული სქემა. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით კეთილთვისებიანი სიმსივნეები იყოფა სამ ძირითად ჯგუფად: I. ოსტეოგენური, II. არაოსტეოგენური და არა ოღონტოგენური, III. ოღონტოგენური.

ოსტეოგენური სიმსენეებია: 1. ოსტეომა. 2. ოსტეოიდოსტეომა, 3. ოსტეობლასტოკლასტომა.

არაოსტეოგენური და არა ოღონტოგენური: 1. პეპანგიომა, 2. ფიბრომა, 3. ნევროფიბრომა. 4. ნევრილემომა, 5. მიქსომა, 6. ქონდრომა.

ოღონტოგენური სიმსივნეებია: 1. ადამანტინომა, 2. რბილი ოღონტომა, 3. ოღონტოგენური ფიბრომა, 4. მაგარი ოღონტომა, 5. ცემენტომა, 6. ეპულისი, 7. მწვერვალოვანი კისტა, 8. ფოლიკულური კისტა.

ოსტეოგენური სიმსივნეები

ოსტეომა შედარებით იშვიათი სიმსივნეა, შედგება მომწიფებული ძელოვანი ქსოვილისაგან, ლოკალიზდება ღრუბლოვან ან კორტიკალურ

შრეში, უფრო ხშირია ქვედა ყბაზე, მაგრამ შეიძლება იყოს პაიმორის ღრუს კედელზე და ცხვირის ღრუშიც; ზოგჯერ ყბა-ყურა ჯირკვლის არეში.

კ ღ ი ნ ი კ ა . იზრდება ნელა, ჩივილები დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. ქვედა ყბაში იწვევს ნევრალგიური ხასიათის ტკივილს, თუ მოთავსებულია გვირგვინისებრი მორჩის არეში – იწვევს ქვედა ყბის მორაობის შეზღუდვას, ხოლო ცხვირში – სუნთქვის შეზღუდვას. დიდი ზომის ოსტეომები გვაძლევს სახის დეფორმაციას.

ღიაგნოზის დასმა ხდება ძირითადად რენტგენოლოგიურად, აღინიშნება "პლიუს ქსოვილი" ღრუბლოვანი და რბილი ოსტეომები უნდა განეასხვავოთ ოსტეოზღბლასტოკლასტომისაგან.

ო ს ტ ე ო ი ღ - ო ს ე ტ ო მ ა ანუ რბილი ოსტეომა. ზოგი ავტორის აზრით განეკუთვნება რეაქტიულ ანთებას. გვხვდება ძალზე იშვიათად. ლოკალიზდება ღრუბლოვან ან კორტიკალურ შრეში, ზოგჯერ პერიოსალურად, სიმსივნე ზომით პატარაა და არ აღემატება 5-20 მმ-ს.

კ ღ ი ნ ი კ ა . აუადმყოფი უჩივის ზომიერად გამოხატულ მწიწნავი ხასიათის ტკივილს, უფრო ღამით. აღსანიშნავია, რომ ასპირინი ხშირად ხსნის ტკივილს.

რენტგენოლოგიურად წააგავს ოღონტომას. ღიაგნოზი ისმება პათომორფოლოგიური გამოკვლევით.

ო ს ტ ე ო ბ ლ ა ს ტ ო კ ლ ა ს ტ ო მ ა . ცნობილია აგრეთვე სხვა და სხვა სახელწოდებით. გიგანტურჯარედოვანი სიმსივნე, რუხი სიმსივნე და სხვა. უფრო ხშირია ქალებში, ლოკალიზდება ქვედა ყბაზე მოლარების არეში, ზედა ყბაზე კი პრემოლარებთან.

კ ღ ი ნ ი კ ა . ზოგჯერ მცირედ გამოხატული ტკივილი, კბილების მორყევა. ანთების შედეგად შეიძლება განვითარდეს ხერეღარხი. აღინიშნება სახის ასიმეტრია.

ცენტრალური ოსტეოზღბლასტოკლასტომა ვითარდება ნელა შეუმჩნეველად, ვითარდება ძვლის შეზერილობა. რეგიონული ლიმფური კვანძები ცვლილებას არ განიცდიან. პუნქციით შეიძლება მივიღოთ სხვა და სხვა შეფერილობის სითხე. რენტგენოლოგიურად უჯრედოვანი ფორმის ღროს აღინიშნება მრავალი პატარა ღრუ, გამოყოფილი ძვლოვანი ხარისხებით. ლიმისური ფორმის ღროს პომოგენური ჩრდილია და წააგავს კისტოზურ ღრუს.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღ ი ა გ ნ ო ზ ი უნდა გავაგაროთ ადამანტინოზასთან, სარკომასთან. ადამანტინოზისაგან განეასხვავებთ მორფოლოგიური გამოკვლევით, ხოლო სარკომისაგან სწრაფი ზრდით (3-5 თვე)

არაოსტოგენური და არაოდონტოგენური სიმსივნეები

ქემანგიომა. კეთილთვისებიანი სისხლძარღვოვანი სიმსივნეა, დაკავშირებულია სისხლძარღვთა განვითარების სიმახინჯესთან და გვხვდება ბავშვთა ასაკიდან. განსხვავებით სხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისაგან ქემანგიომას ახასიათებს ინფილტრაციული ზრდა და რეციდივი, მაგრამ არ იძლევა მეტასტაზებს.

ვარჩევთ სამი სახის ქემანგიომას: 1. კაპილარული, 2. ყურძნისმცვენის მაგვარი, 3. მღვიმოვანი.

1. **კაპილარული ქემანგიომა**, ბრტყელი, წერტილოვანი, მოვარდისფერო-წითელი, ან მოწითალო ციანოზური, ქსოვილია. მდიდარია ახლად წარმოქმნილი არტერიოლებით და კაპილარებით. ვითარდება კანზე ან ლორწოვან გარსზე.

სიმსივნის თანდათანობით ჩაზრდა არ იწვევს ლორწქევემა და კანქევემა ქსოვილების დაზიანებას.

2. **მცენისებური ქემანგიომა** შედგება სხვადასხვა ზომის ხეუული არტერიული და ვენოზური სისხლძარღვებისაგან. არტერიული ქემანგიომა იძლევა პულსაციას და აუსკულტაციით მოისმინება სისტოლური ხმაური, რითაც მოგვაგონებს ანევრიზმას. აღსანიშნავია, რომ თავის ქევეით დახრით ქემანგიომა დიდდება.

3. **მღვიმოვანი ქემანგიომა** შედგება მრავალი ღრუსაგან, რომლებიც საესევა სისხლით, ხელის დაჭერით ხდება სისხლის განდევნა ღრუდან, ხოლო ხელის აშეების შემდეგ ისევ ივსება სისხლით.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ ლიმფანგიომასთან, ხალებთან.

ლიმფანგიომას განეასხვავებთ ქემანგიომისაგან კანის შეფერილობით. პუნქციით მივიღებთ გამჭვირვალე ან ოღნავ შემღვრეულ სითხეს. ქემანგიომაზე ხელის დაჭერით ის უფრო აღვილად განიგვირთება, ვიდრე ლიმფანგიომა.

ხალებს განეასხვავებთ იმით, რომ ხალზე თითის დაჭერით მისი შეფერილობა არ იცვლება.

მკურნალობა. პატარა ზომის ქემანგიომების დროს გამოიყენება: ელექტროკოაგულაცია, კრიო ზემოქმედება, რენტგენო-რადიო მკურნალობა, რადიაქტიული ფოსფორით და სხვა. ამ ბოლო დროს გამოიყენება დაბალი ვოლტიანი რენტგენის დანადგარები (ზრდის ზონების დაზიანების გათვალისწინებით).

დიდი ზომის ქემანგიომების სამკურნალოდ გამოიყენება ქირურგიული მეთოდი-ამოკვეთა. გარდა ამისა გამოიყენება კონსერვატიული მეთოდები – მასკლეროზირებელი თერაპია.

ჯერ კიდევ 1929 წელს დოვლინგმა მოგვაწოდა ქინინისა და ურეტანის შეყვანა ქემანგიომის ღრუში. ხსნარი შედგება 0,6 ურეტანისა, 1,25 ქინინისა და

10 მლ. გამოხდილი წყლისაგან. ხსნარის შეყვანის მეთოდიკა ასეთია: პემანგიომის დაზიანებული კანიდან 1-2 მმ მოშორებით 8-10 წერტილიდან შეგვყავს 0,1 მლ. თვითოეულ წერტილში. ამ ხსნარის შეყვანის შემდეგ ადგილი აქვს ქსოვილების შემუშუებას, რომელიც გაქრება შეყვანიდან 6-10 დღის შემდეგ. მკურნალობის განმეორება შეიძლება მხოლოდ ამის შემდეგ. ხსნარის მოქმედების შედეგად ხდება ქსოვილის დანაწიბურება.

ამ მეთოდის უარყოფითი მხარეა ის, რომ საჭიროა მრავალჯერადი ჩხვლეტა და ხსნარის შეყვანა გაუტკივარების გარეშე, ამავე დროს დანეკროზებას განიცდის არა მარტო სიმსივნური, არამედ ჯანმრთელი ქსოვილიც. დოზის გადამეტების დროს კი მოსალოდნელია ინტოქსიკაცია.

ი. ბერნალსკიმ მოგვაწოდა ასპირაციულ-ინექციური მეთოდი. სპეციალური დამწოლის გამოყენებით ვახდენთ სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტას სიმსივნურ ღრუში, ამის შემდეგ შეგვყავს 0,25% ნოვოკაინი, რამდენიმე წუთის შემდეგ ღრუდან ამოვქაჩავეთ სისხლს და ერთი საათით შეგვყავს 96° სპირტი. ერთი საათის შემდეგ სისხლს ამოვქაჩავეთ ღრუდან. ქსოვილების შემუშუების გაქრობის შემდეგ შესაძლოა პროცედურის განმეორება.

ფ ი ბ რ ო მ ა . შემაერთებელქსოვილოვანი სიმსივნეა, ლოკალიზდება ღრძილზე, ლოყაზე, ტუჩებზე, რბილ სასაზე, ენაზე. ზომით შეიძლება იყოს პატარა და დიდი. იზრდება ნელა, არ იწვევს არავეითარ ტკივილს. უფრო სწრაფად იზრდება რბილი ფიბრომები, განსაკუთრებით ფიბრო-ანგიომები. ჩვეულებრივად ფიბრომა პალპაციით მომკვრივო კონსისტენციისა, უმტკივნეულოა, აქვს მკაფიო საზღვრები, მოძრავია, აქვს მომრგვალო ფორმა. მკურნალობა — სიმსივნის ამოკვეთა.

ნ ე ვ რ ო ფ ი ბ რ ო მ ა . ვითარდება პერიფერიული ნერვის გარსისაგან. სახეზე მის წარმოქმნას განხილავენ როგორც სახისა და სამწვერა ნერვის განვითარების სიმახინჯეს. უფრო ხშირად ლოკალიზდება ლოყის სისქეში. კლინიკურად გამოხატულია ასიმეტრია, ზოგჯერ მცირედ გამოხატული ტკივილი. პალპაციით შეიგრძნება რბილი ან მომკვრივო კონსისტენციის სიმსივნე, ზომით 1-10 სმ-ის ოდენობის. ხელის შეხებით აღიქმება ტკივილი. ვითარდება ნელა, ნერვული ტოტების საპროექციო არეში. მკურნალობა ქირურგიულია.

მიქს ო მ ა წარმოდგენილია სხვადასხვა ქსოვილით: შემაერთებელი ქსოვილის ბოჭკოები, ხრტილი, ძვლოვანი ქსოვილი, ცხიმოვანი ქსოვილი. ზოგიერთი ავტორის აზრით მიქსომა ვითარდება ემბრიონული მემენქიური ქსოვილისაგან (ლოკალიზდება ძელისსაზრდელას ქვეშ), აგრეთვე სახსრების ლორწოვანი ჩანთისაგან.

კლინიკურად ახასიათებთ უმტკივნეულო ნელი ზრდა, აქვს გენდენცია ძვლოვან ქსოვილში ჩაზრდის. განვითარების მოგვიანებით ეტაპზე იწვევს ყბის დეფორმაციას. იწვევს კბილის ფესვების გაწოვას. დიაგნოზს ვაზუსტებთ პუნქციური ან ბიოსოფიური გამოკვლევით.

მკურნალობა ითვალისწინებს სიმსივნური ქსოვილის ამოკვეთას ჯანმრთელი ქსოვილის ფარგლებში.

ქონდრომა გვხვდება ყველა ასაკში, უფრო ხშირად ქალებში. უფრო ხშირად ვითარდება სასის მუა ნაკერის ზონაში, იშვიათად ქვედა ყბის ალვეოლური მორჩისა და ქვედა ყბის სახსრის არეში. სიმსივნე იზრდება ნელა თევების და წლების განმავლობაში. დელობრივ ქსოვილთან დაკავშირებულია ფართო ფეხით, პალპაციით უმტკივნეულოა, მჭიდროდ არის დაკავშირებული ძვლოვან ქსოვილთან, მოგჯერ ჩაზრდილია ცხვირის ღრუში, პაიპორის წიაღში და ორბიტაში.

მკურნალობა – ქირურგიულია, სიმსივნური ქსოვილის ამოკვეთა, ძვლოვანი ქსოვილის ნაწილობრივი რეზექციით.

ოღონტოგენური სიმსივნეები

აღამანტინომა ეპითელური წარმოშობის სიმსივნეა. ცნობილია აგრეთვე ამელობლასტომის, მრავალკამერიანი კისტომის, პარადენტარული კისტომის სახელწოდებით. უფრო ხშირია 21-40 წ. ასაკში. ლოკალიზდება ძირითადად ქვედა-ყბის არეში.

კლინიკა დაავადება მიმდინარეობს თითქმის უმტკივნეულოდ, მოგჯერ აღინიშნება მწიწკნავი, ყრუ ხასიათის ტკივილი, პერიოსტიტის მოვლენები, შემდეგ შეინიშნება ძვლოვანი ქსოვილის გამოზურცვა, სადა ზედაპირით. მოგვიანებით პერიოდში ყალიბდება ხერეულარხი ლორწოვან გარსზე. ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია ჭრილობის არმეზორცვა კბილის ამოღების შემდეგ, კანი მოგჯერ ფერმკრთალია, ვითარდება სიმკაომი-პერგამენგის ხმაური, ფლუქტუაცია, კანი თხელდება, ვითარდება პიპერემია, შეიძლება დაირღვეს კანის მთლიანობა. კბილები ირყევა. დიდი ზომის სიმსივნის დროს ადგილი აქვს ლეკვის, ყლაპვის, მეტყველების ფუნქციის მოშლას. რენტგენოლოგიურად: მომრგვალო ფორმის მრავალი ღრუ, ან მსხვილმარყუკოვანი სტრუქტურაა.

დიფერენციულ დიაგნოზს ვაგარებთ: ოღონტოგენურ კისტებთან, სარკომასთან, კიბოსთან, ოსტეობლასტოკლასტომასთან.

ოღონტოგენური კისტების დროს ღრუ დაკავშირებულია განგრენული პულპიანი კბილის ფესვთან, ფოლიკულური კისტის დროს კი ღრუში იმყოფება კბილის გვირგვინი.

სარკომა იზრდება სწრაფად, რომელსაც თან სდევს კბილების ადრეული მორყევა, ძლიერი ტკივილი. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ძვლოვანი ქსოვილის დესტრუქცია, არა სწორი კიდევებით.

კიბო გვხვდება უფრო ხანდაზმულ ასაკში და უფრო ხშირად ზედა ყბაზე.

ლორწოვანი გარსის კიბოვანი დაწყლულება იწყება ადრე. ადგილი აქვს მეტასტაზებს ლიმფურ კვანძებში.

ოსტეობლასტოკლასტომის დროს რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ძვლის წერილმარყუკოვანი სტრუქტურა, საჭიროა მორფოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა. ადამანტინომის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. ბოგიერთი ავტორი მიუთითებს ყბის ნაწილობრივ რეზექციამზე. რეცედივის თავიდან აცილების მიზნით უმჯობესია პათოლოგიური კერის მიმდებარე ძელოვანი ქსოვილის რეზექცია. შეძლების მიხედვით უნდა ჩავატაროთ ერთ-მომენტიანი ძელოვანი პლასტიკა: აღწერილია ლიოფიზირებული ძვლის, ნეკნის გადანერგვა. ჩვენთან კლინიკაში დანერგილია დეფექტის აღდგენა კორუნდოკერამიკის ჩანართით. ი. ბერნადს კიმ მოგვაწოდა ორიგინალური მეთოდი, ამოკვეთილ პათოლოგიურ ძვალს ხარშავს ფიზიოლოგიურ ხსნარში 30 წუთი, მოდელირების შემდეგ აბრუნებს ადგილზე და აფიქსირებს მას. აღნიშნული მეთოდი მოდიფიცირებით წარმატებით გამოიყენება ჩვენს მიერ.

რბილი ოღონტომა შედგება კბილის ქსოვილების კონგლომერატისაგან. ეს დაავადება მოგვიანებით შეიძლება გადავიდეს მაგარ ოღონტომაში. დაავადება იშვიათია.

მაკროსკოპულად რბილი, პომოგენური ქსოვილია, აქვს მონაცრისფერო ფერი, ზოგჯერ მოსჩანს კბილის ჩანასახის ნაწილაკები.

კლინიკა. არა აქვს მკაფიოდ გამოხატული კლინიკური სურათი. გვხვდება უფრო ახალგაზრდა ასაკში, მუდმივი კბილების ჩამოყალიბების პერიოდში. ლოკალიზდება უმეტესად მოლარების არეში, ძელოვანი ქსოვილის გამობურცვით. ხშირად წააგავს ადამანტინომას. რენტგენოლოგიურად წააგავს პოლიკისტოზურ წარმონაქმნს, მაგრამ არ ჩანს მკვეთრი საზღვარი სიმსივნურ დაჯანმრთელ ქსოვილებს შორის. რენტგენის სურათზე ზოგჯერ ჩანს მუდმივი კბილების ჩანასახები.

ღიაგნოზს ვაშუსკებთ პათომორფოლოგიური გამოკვლევის ნიადაგზე.

მკურნალობა — ქირურგიულია, გაავთვისებიანობის შემთხვევაში საჭიროა ძელოვანი ქსოვილის რეზექცია.

ოღონტოგენური ფიბრომა განსხვავდება ჩვეულებრივი ფიბრომისაგან იმით, რომ სიმსივნის შემაერთებელქსოვილოვანი სტრომა შეიცავს კბილის წარმომქმნელ ეპითელს და თავისი შენებით ოღონტოგენური ფიბრომა წააგავს კბილის პულპის ქსოვილს.

ვითარდება კბილის ბორცვის ემბრიონური მეზენქიმისაგან, ან კბილის ფოლიკულის ქსოვილებისაგან ბავშვებში, ხოლო მოზრდილებში პერი-ოღონტალური ქსოვილებისაგან.

კლინიკა. არა აქვს დამახასიათებელი კლინიკური სურათი: იზრდება ნელა და დიდხანს არ გამომქლავნდება. რენტგენოლოგიურად ჩანს პომოგენური კერა (ოსტეოპოროზული), მოჩანს წერილი და მსხვილმარყუკოვანი

შენება. სიმსივნე შეიძლება მდებარეობდეს კბილის ფოლიკულის ახლოს. ძელოვანი ქსოვილის კალციფიკაციის პერიოდში აღინიშნება მკაფიოდ შემოსაზღვრული ჩრდილი სკლეროზული კონტურებით.

ღია გომის ვაზუსტებთ პათომორფოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა ქირურგიულია – სიმსივნური ქსოვილი უნდა ამოკვეთოთ ჯანმრთელი ქსოვილის ფარგლებში.

მაგარი ოდონტომა. კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, შედგება კბილის მაგარი და რბილი ქსოვილოვანი ელემენტებისაგან, პერიოდონტის ქსოვილისაგან. გვხვდება ორივე სქესის წარმომადგენლებში, უფრო ხშირად ახალგაზრდებში. ლოკალიზდება ქვედა ყბის კუთხისა და ტოტის არეში.

მოგვყავს ა. ევდოკიმოვის მიერ მოწოდებული კლასიფიკაციური სქემა: 1. რთული ოდონტომა, 2. შერეული – რთული, 3. მარტივი ოდონტომა, 4. კისტოზური.

1. რთული ოდონტომა. იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ განვითარების გარკვეულ ეტაპზე იწყებს ძელოვანი ქსოვილის გამოზურცვას, რომელიც პალპაციით უმტკივნეულოა. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება სხვადასხვა სიმკერვის ჩრდილი, რომელიც განპირობებულია კბილის მაგარი ქსოვილების რაოდენობით სიმსივნურ ქსოვილში. მოგვაგონებს ყურძნის მტევნის აგებულებას. კლინიკურად და მოფოლოგიურად შედგება, როგორც კბილის ჩანასახებისაგან, ისე კბილის სხვა რბილი ქსოვილებისაგან. კბილის ჩანასახები შეიძლება იყოს რამდენიმე ათეულიც კი.

2. რთული – შერეული ოდონტომა წარმოდგენს კბილის რბილი და მაგარი ქსოვილების კონგლომერატს, რომელშიდაც შეიძლება იყოს ერთი ან ორი ჩამოყალიბებული კბილი. რენტგენოლოგიურად ერთგვაროვანი ჩრდილია.

3. მარტივი ოდონტომა. შეიძლება იყოს სრული და არა სრული. სრულზე ელაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ოდონტომის შემადგენლობაში კბილის ერთი ჩანასახია და სიმსივნურ წარმონაქმნს აქვს მომრგვალო ფორმა. არასრული ოდონტომა შეიცავს კბილის ჩანასახის ნაწილს. მოგჯერ ოდონტომა წარმოდგენილია პარადონტომის სახით.

4. კისტოზური გვხვდება ფოლიკულურ კისტაში და კლინიკურ-რენტგენოლოგიური მონაცემები შეესაბამება ფოლიკულური კისტის მონაცემებს. განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ ოპერაციის დროს კისტოზურ ღრუში აღმოჩნდება არა კბილის გვირგვინოვანი ნაწილი, არამედ ოდონტომა.

ოდონტომების კლინიკა დამოკიდებულია ოდონტომის სტრუქტურაზე, ოდენობასა და ლოკალიზაციაზე, კლინიკური სურათი გამოვლინდება, მაშინ, როდესაც ისინი "ამოიჭრებიან", ირღვევა ლორწოვანი გარსის მთლიანობა, ყალიბდება ჯიბე, სადაც გროვდება საჭმლის ნარჩენები, მიკროორგანიზმები და იწყება ქრონიკული ანთება. რენტგენოლოგიურად რთული

ოღონტომის დროს მოსჩანს ინტენსიური ჩრდილი წილაკოვანი შენების, რომელიც ძალიან წააგავს თუთის ნაყოფს. მარტივი არა სრული ოღონტომა იძლევა ინტენსიურ ჩრდილს უფრო ფართოს გვირგვინის ფესვის არეში. მარტივი სრული ოღონტომები იძლევიან მომრგვალო ან კბილისმაგვარ ინტენსიურ ჩრდილს.

აღსანიშნავია, რომ ოღონტომასა და ყბის ძვალს შორის თითქმის ყოველთვის აღინიშნება ნათელი ზოლი, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მხოლოდ ქირურგიულია. საჭიროა სიმსივნური ქსოვილის ამოკვეთა თავისი შემაერთებულქსოვილოვანი გარსით. არა რადიკალური ამოკვეთა იძლევა რეციდივებს.

ე ე მ ე ნ ტ ო მ ა . ოღონტოგენური, კეთილთვისებიანი შემაერთებულქსოვილოვანი შენების სიმსივნეა. წააგავს კბილის ცემენტის ქსოვილს. გენეტიკურად დაკავშირებულია კბილის ცემენტთან, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს დამოუკიდებლად.

კ ლ ი ნ ი კ ა . უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში. ლოკალიზდება ქვედა ყბის სხეულსა და მის კუთხეში. 30 % შემთხვევაში წამყვანი სიმკვამია ტკივილი ჭამისა და ლაპარაკის დროს. პალპაციით აღიქმება ტკივილი. რენტგენოლოგიურად დასაწყისში კბილის ფესვის არეში აღინიშნება ოსტეოლიზური კერები. მოგვიანებით კბილის ფესვის არეში არის მომრგვალო ფორმის ჩრდილი, რომელიც ბოლო ეტაპზე იძენს გამოკვეთილ რენტგენოკონტრასტულობას.

ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა ძნელი არ არის. შედარებით რთულია იმ შემთხვევაში, როდესაც რენტგენოლოგიურად აღინიშნება "მინუს ქსოვილი".

დიფერენციულ დიაგნოზს ვატარებთ ოსტეომასთან, ოსტეობლასტოკლასტომასთან, მწერვალოვან კისტასთან.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მხოლოდ ქირურგიულია. ვახდენთ ან ფესვის მწერვალის რეზექციას, ან კბილს ამოვიღებთ მთლიანად.

ე პ უ ლ ი ს ი კეთილთვისებიანი შემაერთებულქსოვილოვანი შენების სიმსივნეა. აღწერილია პერიფერიული, გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნის სახითაც. გვხვდება საკმაოდ ხშირად. უფრო მეტად ქალებში.

კ ლ ი ნ ი კ ა . ლოკალიზდება ალვეოლური მორჩის არეში, წააგავს სოკოს, აქვს ვიწრო ფეხი და შედარებით ფართო წანაზარდი ზედა ნაწილში. პალპაციით უმტკივნეულოა, მომკერივო ან რბილი კონსისტენციისაა, აქვს ნათელი ან ციანოზური ფერი. შეიძლება იყოს ნახევარი სანტიმეტრი და უფრო დიდიც (3-5 და მეტი). მუარავი უპითელი ძირითადად დაუზიანებელია, დაზიანება – ეროზია აღინიშნება ანტაგონისტი კბილების გრავმული ზემოქმედების

შედეგად. სიმსივნის ზონაში მოქცეული კბილები განიცდიან ღვომის ანობა-ლიას, მოგვიანებით შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მათ მორყევას.

ეპულისი ძირითადად ვითარდება პერიოდონტის ქსოვილისაგან, უკბილო ყბაზე არ გვხვდება. განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორია ქრონიკული ტრავმა.

ლი ა გ ნ ო შ ი ს დასმა ხშირ შემთხვევაში ძნელი არ არის, მაგრამ დიფერენციული ღიაგნოში უნდა გაეაგაროთ: ჰიპერტოფიულ გინგივიტთან, ღრძილების ფიბრომაგნოზთან, ღრძილის პოლიპთან, კიბოსთან, სარკომასთან.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა – ქირურგიულია, საჭიროა სიმსივნური ქსოვილის ამოკვეთა ჯანმრთელი ქსოვილის ფარგლებში, მოგჯერ ალევოლური ძელის ნაწილობრივი რეზექცია. ოპერაცია მიმდინარეობს გამობატული სისხლდენით, განსაკუთრებით ძელოვანი ქსოვილიდან, ამიგომ საჭიროა წინასწარი სათანადო მომზადება.

მ წ ე ე რ ვ ა ლ ო ვ ა ნ ი კ ი ს ტ ა . ოღონტოგენური კისტები ავტორთა უმრავლესობით განიხილება კეთილთვისებიან სიმსივნეთა რიგში. რიგი ავტორები მათ მიაკთენებენ სიმსივნისმაგვარ წარმონაქმნებს. ჩვენ ეიზიარებთ ავტორთა უმრავლესობის აზრს. კისტები რამდენადმე განსხვავდება სხვა კეთილთვისებიანი სიმსივნეებისაგან. ოღონტოგენური კისტები ვითარდებიან ყბის ძვალში ქრონიკული ხანგრძლივი ანთებადი პროცესის ფონზე, დასაწყისში წარმოიქმნება გრანულომა, რომელიც შემაერთებულ ქსოვილოვანი შენებისაა, მის მიგნითა კედელზე ეპითელური უჯრედები ქმნიან თხელ გარსს, რომელიც ხელს უწყობს ღრუს წარმოქმნას, ღრუში გროვდება სითხე-გრანულატი, სითხის პროგრესული დაგროვება ახდენს გეწოლას ძელოვან ქსოვილზე და ყალიბდება ძელოვანი ქსოვილის ღრუ-ძელის დეფექტი – ძელოვანი ქსოვილის აგროფიის (და არა დამლის) ხარჯზე. ღრუმ შეიძლება მიაღწიოს დიდ ზომებს და გამოიწვიოს ძელის პათოლოგიური მოტეხილობე კი. მაშასადამე ოღონტოგენური კისტებისათვის დამახასიათებელია ღრუ, რომელიც ამოვსებულია სითხით, კისტას აქვს გარსი, მიგნითა ნაწილი წარმოდგენილია ეპითელური უჯრედებით, გარეთა შემაერთებული ქსოვილით. სითხე გამჭვირვალე-ქარვისფერია და შეიცავს ქოლესტერინის მარცვლებს.

მწვერვალოვანი კისტა ვითარდება კბილის ფესვის მწვერვალთან არსებული ქრონიკული ანთებადი პროცესის ნიადაგზე. დღემდე საკამათოა საკითხი თუ როგორი წარმოშობისაა კისტის ეპითელური გარსი. ავტორთა ერთი ჯგუფი (გრავიტიცი) ამ მოვლენას ხსნის ხერეღარხის გმით ეპითელის ჩაზრდით გრანულომის მიმართულებით. ამას უარყოფს ნ. ასტახოვის მორფოლოგიური

გამოკვლევები. სხვები (მუსტერი, ი. ლუკომსკი) მიუთითებენ, რომ ეპითელი ჩაიზრდება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან-ღრძილოვანი ჯიბიდან, ამ აგრუმენგმაც ვერ პოვა სათანადო დადასტურება. ჩვენ მთლიანად ვიზიარებთ მაღასესა და ასტასოვის იმ მოსაზრებას, რომ ეპითელი ვითარდება ყბის ძვალში დარჩენილი ემბრიოგენული, გაუსარჯავი ეპითელური უჯრედებისაგან. ამას ადასტურებს ვ. სტეკულას (1956-57 წ.) ჩატარებული გამოკვლევებიც.

კ ღ ი ნ ი კ ა . დაავადება იწყება შეუმჩნეველად, მიმდინარეობს ხანგრძლივად. სიმსივნის განვითარების გარკვეულ ეტაპზე გარდამავალ ნაოჭზე, პირის კარიბჭის მხრიდან, შეინიშნება ქსოვილის გამობურცვა, რომელიც თანდათან მაგულობს მოცულობაში, თხელდება მფარავი ძვლოვანი ქსოვილი და პალპაციით აღიქმება პერგამენგის ქაღალდის ხმაური (დიუპიტრენის სიმპტომი), მოგვიანებით კორტიკალური შრის დაშლის შემდეგ აღინიშნება ფლუქტუაცია (ფაშფაღი). რენტგენოლოგიური გამოკვლევით კისტოზურ ღრუში მოთავსებულია კბილის ფესვის მწვერვალი. სიმსივნის ნელი ზრდა იწვევს მემობელი კბილების ფესვების დივერგენციას (მარაოსებრ გაშლას) და კბილების გვირგვინების ურთიერთმიმართულებით დახრას (კონვერგენციას).

ღ ი ა გ ნ ო მ ი ს დ ა დ გ ე ნ ა ძნელი არ არის კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით, ასევე პუნქციით (მივიღებთ ქარვისებრ გამჭვირვალე სითხეს). ღიაგნოზის დასმა შედარებით გაძნელებულია იმ შემთხვევაში, როდესაც კბილი ამოღებულია და კისტოზურ ღრუში ფესვი არ პროეცირდება. ამ შემთხვევაში საღიაგნოსტიკო მნიშვნელობა ენიჭება პუნქციას. დაგვიანებულ შემთხვევებში კისტა აღწევს ღიდ ზომებს, ზოგჯერ ჩაიზრდება მემობელ ქსოვილებში (პაიმორის ღრუში). ამ შემთხვევაში მიემართავთ კონტრასტულ რენტგენოგრაფიას: წინასწარ შპრიცით გამოვიღებთ სითხეს და შემდეგ შევიყვანთ რენტგენოკონტრასტულ ნივთიერებას. დიფერენციულ ღიაგნოზს ვაგარებთ: ფოლიკულურ კისტასთან, ადამანტინოზასთან, კიბო და სარკომასთან.

ფ ო ლ ი კ უ ლ უ რ ი კ ი ს ტ ა . ფოლიკულური კისტის პათოგენეზი რამდენადღე განსხვავდება მწვერვალოვანი კისტისაგან. ავტორთა ერთი ჯგუფი მიუთითებს, რომ სარძევე კბილის ფესვის არეში მიმდინარე ანთებადი პროცესი ხელშემწყობი ფაქტორია კისტის ჩამოყალიბებაში, სხვები კი აღნიშნავენ, რომ წამყვანი ფაქტორია მუღმივი. კბილის ჩანასახის მანკიერი განვითარება. ამ თეორიის მომხრენი მიუთითებენ, რომ სარძევე კბილების არეში ანთებები ძალიან ხშირია, მაგრამ ფოლიკულური კისტები ისეთი სიხშირით არ ვითარდებიანო. ე. გუბაიდულინა კი თვლის, რომ ფოლიკულური კისტა ვითარდება ამოუჭრელი კბილის ემალის ორგანოსაგან. უმეტესად მესამე მოლარისაგან.

კ ღ ი ნ ი კ ა . ახასიათებს უსიმპტომო მიმდინარეობა. იწყება ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველად, უმტკივნეულოდ განვითარების გარკვეულ ეტაპზე გამოიბურცება ყბის ძვალი. გამობურცვა თანდათან მაგულობს. პალპაციით

უმტკივნეულოა, შეიგრძნება პერგამენტის ქალღმრთის ხმაური, გამოიკვეთება სახის ასიმეტრია. სიმსივნის ლოკალიზაციის ადგილზე კბილი ქრონიკული ანთებით არ არის. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ჩრდილი მკაფიო საზღვრებითაა, კისტოზურ ღრუში მოსჩანს კბილის გვირგვინი.

ღ ი ა გ ნ ო შ ი ს დადგენა ამ მონაცემებით ძნელი არ არის.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი ღ ი ა გ ნ ო შ ი უნდა გაეაგაროთ აბსცესთან, ალამანტინომასთან, კიბო და სარკომასთან.

ოღონტოგენური კისტების მკურნალობა

კისტების მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია. მხოლოდ მცირე ზომის კისტების (ერთი კბილის ფესვის საპროექციო არეში) მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს კონსერვატიულად. ლიტერატურაში მითითებულია, რომ კისტები რომელთა ღრუ არ აღემატება 3-5 მმ. შეიძლება განიკურნოს კონსერვატიულად. ამ მიზნით საჭიროა კბილის ფესვის არხის გაფართოება, ანგისექტიკური დამუშავება და არხის ფოსფატემენტით დაბეჭვა, ისე რომ ნაწილი საბეჭნი მასალისა გადატანილი იქნას კისტოზურ ღრუში. ავტორთა აზრით საბეჭნი მასალა იწვევს კისტის გარსის დაშლას და ძელოვანი ქსოვილის წარმოქმნას. ზოგიერთი ავტორი კი თვლის, რომ კისტოზურ ღრუში საჭიროა ძელის რეგენერაციის მასტიმულირებელი საშუალებების შეყვანა არხის საბეჭნი მასალის სახით.

კისტების მკურნალობის ოპერაციული ტექნიკა ძირითადად დამუშავებულია პარჩის მიერ (1896). ავტორმა მოგვაწოდა მკურნალობის ორი მეთოდი: ცისტოექტომია და ცისტოტომია.

ცისტოექტომია ნაჩვენებია მცირე და საშუალო ზომის კისტების მკურნალობის შემთხვევაში, ხოლო ცისტოტომია გამოიყენება დიდი ზომის კისტების არსებობის შემთხვევაში, როდესაც ძელოვანი ქსოვილის საგრძნობი ნაწილი განლეულია.

ცისტოექტომია გულისხმობს კისტის გარსის ამოკაკელას, ამოღებას კისტოზური ღრუდან. გასათვალისწინებელია, რომ ამ ოპერაციას წინ უნდა უძღვოდეს კისტის ღრუში მღებარე ფესვების არხების წინასწარი დაბეჭვა.

ოპერაციის მიმდინარეობს ადგილობრივი ან ზოგადი გაუტკივარების ფონზე. იმის მიხედვით თუ რა სიდიდის არის კისტა და რამდენი კბილის ფესვია ღრუში მოთავსებული. ეატარებთ ან პარჩის (ნახევარკალოვანი) ან ნეიმანის (ორი თითქმის პარალელური, ტრაპეციის მაგვარი) განაკვეთს. განაკვეთი უნდა იყოს უფრო დიდი, ვიდრე კისტოზური ღრუა, აეაშრეებთ ლორწოვან გარსს, ძელისსამრდელას, ბორის საშუალებით გაეხსნით კისტის ღრუს, გაეაფართოებთ, მოეძებნით კბილის ფესუს (ფესვებს)

და მას გადაეკვეთათ. ამის შემდეგ ბლაგვად კბილის რასპაგორით ან ქირურგიული კოვზით (ტუფერით) ვიწყებთ კისტის გარსის მოშორებას ძელოვანი ქსოვილისაგან. ფესვის რეზექციის შემდეგ კისტის გარსი ყოველგვარი წინააღმდეგობის გარეშე შორდება ძეალს. ღრუს გამოვრეცხავთ წყალბადის ბეჟანგით, თუ ფესვის არსი არ არის კარგად დაბეუნელი, გავაფართოებთ არხის შესაქაღს და რეგროგრადულად ვაბეუნთ ვერცხლის ამალგამით. ჭრილობას გაეკერავთ ყრუდ.

ძელოვანი ქსოვილის აღდგენა ასაკის გათვალისწინებით მიმდინარეობს ხანგრძლივად და რიგი ავტორები მიმართავენ კისტოზური ძელოვანი ღრუს ამოვსებას თაბაშირით, ალო და ქსენოძვალთ, ბრეფოძვალთ და სხვა.

ც ი ს ტ ო ტ ო მ ი ა ითვალისწინებს კისტის კედლის ნაწილობრივ ამოკვეთავს, კისტის ღრუს გახსნას და ჭრილობის ღია წესით მკურნალობას. სათანადო გაუკტივარების შემდეგ, ვატარებთ განაკვეთს კისტის ღრუს მფარავ ლორწოვან გარსზე, ავაშრევენთ ლორწოვან გარს, გადავწვეთ გვერდზე, ამოვკვეთავთ კისტის ღრუს გარსის შესაძლო ღიდ ნაწილს, გავასუფთავებთ კისტის ღრუს შიგთავისაგან. ამის შემდეგ ზოგიერთი ავტორი ლორწოვან გარსს აბრუნებს კისტოზურ ღრუში და აფიქსირებს მას იოლოფორმის დოლბანდით. შემდგომი მკურნალობა მიმდინარეობს ღია წესით. ჩვენი აზრით, უმჯობესია ღრუს გახსნის შემდეგ მაქსიმალურად მოვაშოროთ კისტოზური გარსი ძელის იმ ნაწილისაგან, რომელიც შემდგომში უნდა დაიფაროს ჩაბრუნებული ლორწოვანი გარსით. გარკვეული სიფრთხილე გემართებს ქვედა ყბაზე მუშაობის დროს, რომ არ დავაზიანოთ ქვედა ყბის ალვეოლური არტერია და ქვედა ალვეოლური ნერვი.

პაიმორის ღრუში ჩაზრდილი კისტის ოპერაციის დროს საჭიროა კისტოზური ღრუს კედლის ამოკვეთა და კისტოზური ღრუს ფართოდ შეერთება პაიმორის ღრუსთან. იმ შემთხვევაში თუ ზედა ყბის წიაღში აღმოჩნდება პათოლოგიური გრანულაციები, საჭიროა რადიკალურად ოპერაციის ჩატარება. ორივე შემთხვევაში პაიმორის ღრუსა და კისტის ღრუს ფართოდ შეერთებით ვაკავშირებთ ცხვირის ღრუსთან.

შუალედური სიმსივნეები

შუალედურს მიაკუთვნებენ ისეთ სიმსივნეებს, რომლებსაც ძირითადად ახასიათებთ ნელი ზრდა და განვითარების გარკვეულ ეტაპზე განიცდიან მალიგნიზაციას. შუალედური სიმსივნეების ცალკე ჯგუფად გამოყოფას რიგი ავტორები არ იზიარებენ და მათ განიხილავენ პოტენციურად აუთვისებიან სიმსივნეებად. ჩვენ საჭიროდ მიგვაჩნია წარმოვადგინოთ ამ ჯგუფის რამდენიმე წარმომადგენელი.

ეპითელური წარმოშობის — ბავშვთა რბილი ქაპილომა, ბაზალიომა, მუკოპიდერმოიდული სიმსივნე, ცილინდრომა.

შემაერთებელქსოვილოვანი და სხვა სიმსივნეები — რბილი ქსოვილების ქონდრომა, ცხვირხახის ახალგაზრდული ფიბრომა, ექსტრამედულური პლამპოციტომა.

გაათვისებიანობის ნიშნები ვითარდება ნელა, დასხივებისაღმი იჩენენ სხედასხვა მგრძნობელობას.

ოცდამეექვსე თავი

ყბა-სახის არეს ათვისებიანი სიმსივნეები

ავთვისებიანი სიმსივნეები წარმოადგენენ დაავადებათა ღიდ ჯგუფს. როგორც ცნობილია ეპითელური ქსოვილიდან ვითარდება სხედასხვა სახის კიბო: ადენოკარცინომა, ბრტყელუჯრედოვანი გარქოვანებადი კიბო, ბრტყელუჯრედოვანი გაურქოვანებადი კიბო, სოლიდური კიბო, დაბალდიფერენცირებული კიბო.

შემარეთებელი ქსოვილიდან კი ვითარდება სარკომები, რეტიკულური ათვისებიანი სიმსივნეები, ოლონგოგენური ათვისებიანი სიმსივნეები.

რაც უფრო მაღალია ეპითელური სიმსივნეების დიფერენცირება, მით უფრო ნაკლებია მათი მგრძნობელობა დასხივებისაღმი.

შემაერთებელქსოვილოვანი სიმსივნეები ხასიათდებიან მკვეთრი ინფილტრირებული ზრდით და გამოხატული მეტასტაზირებით ლიმფური და ჰემატოგენური გზით, ეს სიმსივნეები ნაკლებად მგრძნობიარენი არიან დასხივებისაღმი.

სახისა და პირის ღრუს რბილი და მაგარი ქსოვილების ათვისებიანი სიმსივნეები

კანის ზედაპირზე ძირითადად გვხვდება კეთილთვისებიანი სიმსივნეები და კიბოსწინარე დაავადებები. ათვისებიანი სიმსივნეები უფრო იშვიათად გვხვდება. მათ შორის შუალედურ მდგომარეობას იკავებს ბაზალიომა.

ბ ა შ ა ლ ი ო მ ა . ზოგიერთი აეგორი ამ დაავადებას განიხილავს ათვისებიან სიმსივნეთა რიგში, თუმცა მას გააჩნია რიგი განმასხვავებელი თვისებები. მათ შორის აღსანიშნავია ადგილობრივი მადესტრუირებული ზრდა. გარდა ამისა ბაზალიომა თითქმის არასოდეს არ იძლევა მეტასტაზებს რეგიონულ ლიმფურ ჯირკვლებში. მ. გლაზუნოვის აზრით ბაზალიომა ვითარდება ემბრიონული ეკტოდერმისაგან, სახის კანის ბუნებრივ ნაოჭებში და ახასიათებს განსხვავებული პისტოლოგიური შენება.

კლინიკა. დასაწყისში კანზე წარმოიქმნება უმტკივნეულო შემკვრივე-ბა, მოგვიანებით მფარავი კანი წყლულდება და იფარება ქერქით, ჩირქი როგორც წესი არ არის. ქერქის მოშორება იწვევს მცირედ გამოხატულ სისხლდენას, რამდენიმე დღეში წყლული ისევ ქერქით იფარება. პათოლოგიური კერა თანდათანობით დიდდება, პროცესი მიმდინარეობს თევობით, წლობით. წყლული ლოკალიზდება ცხვირგუჩის ნაოჭის არეში, ცხვირის ფრთებზე, ქუთუთოებზე, თვალებულის შიგნითა კიდეებთან, საფეთქლის არეში. ბაზალიო-მა ძირითადად ვითარდება, როგორც ერთეული კვანძები.

მკურნალობა. დაავადების სამკურნალოდ გამოიყენება როგორც ქირურგიული, ისე სხივეური მეთოდი. ლიტერატურაში მითითებულია ომაინის 0,5%-იანი მალამოს სამკურნალო ეფექტზე ადგილობრივი აპლიკაციის სახით. მკურნალობის ხანგრძლიობა 15-20 სეანსი. დასხივებას ვაწარმოებთ 30-60 p. ერთჯერადათ, ჯამური დასხივება შეადგენს 4000-4500 p. ქირურგიულ მკურ-ნალობას მივმართავთ ჩვენების მიხედვით.

კანის კიბო. სახის კანის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო უფრო იშვიათი დაავადებაა ვიდრე ბაზალიომა. უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში. ლოკალ-იზდება ცხვირის ბურგის კანზე ან ცხვირის ნესტოების არეში, ყურის ნიქარაზე, ლოყის არეში და სხვა.

კლასიფიკაცია. მიღებულია ა. შანინის (1952) კლასიფიკაციური სქემა. ავტორის აზრით სახის კანის კიბო შეიძლება იყოს: 1. მედაპირული, 2. ინფილტრაციული, 3. პაპილომური.

კლინიკა. პირველი ფორმა იშვიათად გვხვდება, იწყება ქსოვილის შემკვრივებით, მოგვიანებით ვითარდება ეროზია, რომელიც ქერქით იფარე-ბა. ქერქის მოშორების შემდეგ რჩება სისხლმდენი ეროზია, წყლულებს აქვთ მომრგვალო ფორმა, ლოკალიზდება ქუთუთოებსა და ცხვირის ფრთებზე.

მეორე ფორმა — ინფილტრაციული, იწყება მცირე მომკვრივო კვანძების ფორმირებით კანის სისქეში, კვანძები სწრაფად წყლულდება და წარმოიქმ-ნება კრატერის მაგვარი წყლული. ვითარდება მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში.

მესამე — პაპილომური ფორმა უფრო იშვიათია, მაგრამ უფრო არაკეთილ-საიმედო.

სახის კანის ყველა ფორმის კიბოსათვის დამახასიათებელია ინფილტრაცი-ული მრდა ყველა მიმართულებით, როგორც მედაპირულად, ისე ღრმად, პარალელურად მიმდინარეობს ნეკროზული პროცესი და ყალიბდება წყლუ-ლი, რომელიც შეუფერხებლად დიდდება და თავმინებებულ შემთხვევაში აღწევს დიდ ზომას. აღსანიშნავია, რომ კანის კიბოს მეტასტაზები შედარებით იშვიათია და შეადგენს 1-2%.

დიაგნოზის დადგენაში დიდ დახმარებას გვიწევს ციტოლოგიური

გამოკვლევა-წყლულის ზედაპირიდან აღებული მასალის შედეგა. თუ ციტი-
ოლოგიური გამოკვლევა საკმარისი არ არის, საჭიროა ბიოფისური მასალის
აღება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ბ ა . სახის კანის კიბოს პირველი სტადიის დროს ვიცი-
ნებთ ასლოფოკუსიან რენგგენოთერაპიას. დასხივების ერთჯერადი დოზა
300 p. ჯამური 5.000-7.500 p. დასხივების მონაში უნდა მოყვეს ჯანმრთელი
ქსოვილის 1,5-2 სმ. ქუთუთიების დასხივების დროს საჭიროა თვალის კაკლის
ეკრანიზაცია გყვიის I მმ-იანი ფირფიტით. წინასწარ, თვალში ვაწვეთებთ
საანესთეზიო ნიეთიერებას, ხოლო შემდეგ შეეგანთ გყვიის ფირფიტას.
ყურის ნიტირის დასხივების დროს უნდა გავითვალისწინოთ ხრტილის და-
ზიანების შესაძლებლობა.

დააკადების დასაწყისი სტადიაში გამოიყენება 0,5%-იანი ომაინის მაღაპო
0,5 პრედნიზოლონთან ერთად. I სტადიის დროს 15-20 პროცედურა, II –
სტადიის დროს 20-25. II სტადიის დროს ნაჩვენებია სხიური მკურნალობა,
ხოლო III-IV სტადიის დროს საჭიროა კომბინირებული მკურნალობა, დასხ-
ივების შემდეგ სიმსიენური ქსოვილის ამოკვეთა. ნ. ბლოხინი მიუთითებს
კანის პირველად პლასტიკაზე.

მ ე ლ ა ნ ო მ ა განეკუთვნება პიგმენტურ სიმსიენებს, ახასიათებს
გამოხატული აეთვისებთანობის ნიშნები. აეთვისებიანი მელანომა წარმოიქმ-
ნება პიგმენტური ხალებისაგან. თანდაყოლილი ხალები უფრო აეთვისებიან-
ლებიან, ვიდრე დაბადების შემდეგ წარმოშობილი ხალები. ხალის გაათვისე-
ბიანობის დიაგნოზის დასაძნელია გამოცდილი სპეციალისტისათვისაც კი.

გაათვისებთანობის დასაწყისი ნიშნები შეიძლება იყოს ხალის ზრდაში
მომატება, მისი ფერის შეცვლა, დაწყლულება, სისხლდენა და სხვა, ზოგჯერ
შეიგრძნება ქაიილი, წვა და სხვა. აეთვისებიანი მელანომა ხშირად ლოკალ-
იზლება ლოყაზე, ერთეულია; ზომით 1,5-2,5 სმ. ისინი დიდ ზომას არასოდეს არ
აღწევენ. მეტასტაზეები კრკლდება ლიმფური გზებით, პემაგოგენური გზით
ფილტვებში, ღვიძლში, თავის ტვინში და სხვა ორგანოებში. მეტასტაზეები
ლოკალიზდება აგრეთვე ყბა-ყურა ჯირკვლების ლიმფურ კვანძებში და
საერთო საძილე არტერიის გაორკაპების არეში.

ღ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა დამყარებულია გამოკვლევის კომპლექსურ მეთოდე-
ბზე, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ექიმის პირად გამოცდილებას. ციყნებთ
რადიომეტრიას, საჭიროა მელანურიის განსაზღვრა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ბ ა . მელანომის მკურნალობის შესახებ არსებობს ამრ-
თა სსკადასსკაობა. მოწოდებულია მკურნალობის ქირურგიული, სხიური და
კომბინირებული მეთოდები. ქირურგიული მეთოდის მომხრენი, აღიარებენ,
რა ამ მეთოდის მნიშვნელობას, ამავე დროს მიუთითებენ რიგ საპრობლემო

საკითხებზე, როგორცაა: ოპერაციის მოცულობა, ოპერაციის ტექნიკური მხარე (ელექტროექსიზია და სხვა), ლეფექტის შეესების საკითხი (პლასტიკა), როგორია რეგიონული ლიმფური კვანძების მიმართ ჩარევის საკითხი.

მიღებულია სხივური მკურნალობის ახლოფოკუსიანი მეთოდი, დასხივების დიდი ღოზებით, სიმსივნის ირგვლივ მდებარე ჯანმრთელი ქსოვილების დაცეით. დასხივების ჯამური ღოზაა 12.000-16.000 რენტგენი. ფრაქციული დასხივება გრძელდება 4-5 კვირა.

კომბინირებული მკურნალობა გარდება ორ ეტაპად: I ეტაპი – სიმსივნის ახლოფოკუსიანი დასხივება 10.000-12.000 რადი. ამავე ღროს გარდება პროფილაქტიკური დასხივება ყელის ლიმფური კვანძების (გამა სხივები 3000-4000 რადი).

II ეტაპი – კანის სხივური რეაქციის ჩაქრობის შემდეგ უნდა ჩატარდეს ოპერაციული ჩარევა, ოპერაცია კი გულსხმობს პირველადი კერის ფართო ამოკვეთას და რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთას. ოპერაციული ჩარევა შესაძლებელია დასხივებიდან 3-3,5 კვირის შემდეგ.

მელანომის ქიმიოთერაპიამ იმელები ვერ გაამართლა სიმსივნის თავისა და სახის არეში ლოკალიზაციის ღროს.

ტ უ ჩ ი ს კ ი ბ ო . ტუჩის კიბო გვხვდება 3-8% შემთხვევაში. უფრო ხშირია მამაკაცებში და სოფლის მაცხოვრებელთა შორის. ვითარდება წითელი ყაეთნის მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელისაგან, ამიტომ იწოდება როგორც ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. გვხვდება ორი ფორმით: 1. გარქოვანებადი, ახასიათებს შედარებით ნელი ზრდა (მცოცავი) ზედაპირულად, ხოლო შემდეგ ჩაიზრდება ღრმად, გვიან იძლევა მეტასტაზებს. 2. გაურქოვანებადი ფორმა ხასიათდება სიმსივნის სწრაფი ზრდით, დაწყულულებით, სწრაფი მეტასტაზირებით. ტუჩის კიბო ხასიათდება რამდენიმე თავისებურებით.

1. სიმსივნე უფრო ხშირად გვხვდება ქვედა ტუჩზე, რასაც ზოგი ავტორი ხსნის გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედებით და იმით, რომ ქვედა ტუჩზე მცირე რაოდენობითაა ქონის გამომყოფი ჯირკვლები, რომლებიც აპოხიერებენ ტუჩის ზედაპირს.

2. ტუჩის კიბოსათვის დამახასიათებელია მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში. სიმსივნის შუა ხაზზე არსებობის ღროს მეტასტაზები ვითარდება ორივე მხარეზე, სხვა შემთხვევაში კი შესაბამის მხარეზე. მეტასტაზები მოშორებით ორგანოებში ძალზე იშვიათია.

3. ტუჩის კიბო უჩნდებათ იმ პირებს, ვინც ხანგრძლივად მუშაობს ღია გარემოში – გარეთ.

კ ლ ი ნ ი კ ა . კლინიკური სურათი დამოკიდებულია ავადობის ფორმაზე. დასაწყისში ისინჯება მომკერივო კონსისტენციის ინფილტრაცი, რომელიც

თანდათან დიდდება და მუარავი კანი იქერცლება, იფარება ქერქით, წარმოიქმნება ლილევა კისებური შემკერივება. ამ ადგილებზე ვითარდება წყლული, რომელიც ღრმადდება, აქვს არასწორი კიდეები და ფსკერი, წყლულის კიდეები ზეაწეულია, გაღმობრუნებული და ინფილტრირებული. პალპაციით უმტკივნეულოა, მომკერიეო კონსისტენციისა, ინფილტრატის საზღვრის გამიჯვნა არ ხერხდება. მეორადი ინფექციის თანდართვის დროს ადგილი აქვს ტკივილს.

ღ ი ა გ ნ ო მ ს ვადგენთ ციტოლოგიური გამოკვლევით და ბიოფსიით.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავაგაროთ ტუბერკულოზურ და სიფილისურ წყლულებთან.

ტუბერკულოზური წყლული ყოველთვის მტკივნეულია, აქვს ნაფლეთოვანი კიდეები, ლოკალიზდება უფრო გუჩის ლორწოვან გარსზე. ყბისქეშა ლიმფური კვანძები გადიდება, არის მომკერიეო კონსისტენციის (და არა მკერიეი, როგორც კიბოს დროს). ფილტვებში არის ტუბერკულოზური კერები.

სიფილისური წყლულის ფსკერი ქონიანია, აქვს მკაფიო საზღვრები და ფუძესთან მკერიეი ინფილტრატი. ცალკეული ლიმფური კვანძები გადიდება, მკერიეია. ვასერმანის რეაქცია დადებითია. დიაგნოზს ვაშუსტებთ ბიოფსიური გამოკვლევით.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა გარდება დაავადების კლინიკური ფორმისა და განვითარების სტადიის შესაბამისად. უფრო ეფექტურია მკურნალობის კომბინირებული მეთოდი, რომელიც ითვალისწინებს როგორც ქირურგიულ ამოკვეთას, ისე კისრის ლიმფური აპარატის ამოღებას.

I სტადიის დროს ვაწარმოებთ სიმსივნის ამოკვეთას ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში კვადრატული ან ტრაპეციის მაგვარი განაკვეთებით. კარგი კოსმეტიკური ეფექტი მიიღება ნ. ბლოხინის განაკვეთით. დასხივება წარმოებს ახლოფოკუსიანი მეთოდით 400-500 p, ჯამური 5000-6000 რადი.

II სტადიის დროს მკურნალობა ამორჩევითია, ჯერ დასხივება, ხოლო დასხივებიდან 2-3 კვირის შემდეგ სიმსივნის ამოკვეთა და რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოღება.

III სტადიის დროს დასაწყისში დასხივება (Co^{60}), თუ სიმსივნური ქსოვილი კიდეე ისინჯება მასში შეიძლება ჩაენერგოთ რადიოაქტიური ნივთიერება. მოგვიანებით (3-6 კვირა), ამოკვეთავეთ სიმსივნეს და ლიმფურ აპარატს).

IV სტადიის დროს ვატარებთ სიმპტომურ მკურნალობას, ეასხივებთ სიმსივნურ ქსოვილს და ემკურნალობთ მეორად ინფექციას. ზოგიერთი აეტორი მიუთითებს გარეთა საძილე არტერიის გადაკვანძვამე, რაც თითქოს ხელს უწყობს სხივური მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლებას.

ენის კიბო ყველა ავთვისებიანი სიმსივნეების 2-3% შეადგენს, ამავე

დროს ძნელად სამკერნალო დააეალებათ. უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში. ენის კიბოს წარმოშობაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კიბოსწინარე დააეალებებს. დააეალება უფრო ხშირად ლოკალიზდება ენის გვერდით ზედაპირებზე, შემდეგ ენის ძირზე. პათოლოგიური პროცესი წარმოადგენილია სამი ძირითადი ფორმით: პაპილური, წყლულოვანი და ენლოფიგური. ენის წინა ნაწილში გვხვდება გარქოკანებადი (მალალდიფერენციული) კიბო. ენის ძირში ძირითადად გვხვდება დაბალდიფერენციურები ული სიმსიენე.

კ ლ ი ნ ი კ ა . დააეალება იწყება შეუქმნიელად, ენის სისქეში შეიმჩნევა უმტკიენეულო შემკერიება ან პაპილომაური წანაზარდი, ზოგჯერ ზედაპირული წყლული, რომელიც თანდათან დიდდება, ნეკროზდება. წყლულის ირგვლივ ვითარდება ინფილტრაცი. ამ ეტაპზე იწყება ტკივილი ლაპარაკის, საკეების მიღების დროს, ენის მოძრაობა შეზღუდულია. რეგიონულ ლიმფურ კენაძებში ვითარდება მეგასტაზები, ლიმფური კენაძები მკერივი კონსტიტენციისაა, უმტკიენეულოა, ნაკლებ მოძრაივი. სიმსიენური ქსოვილის ნეკროზული დამლის ფონზე პირის ღრუდან აღიქმება მყრალი სუნი, ნერწყვის დენა, პერიოდულად სისხლის დენა. აღინიშნება პირის გაღების შეზღუდება.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დ ა დ გ ე ნ ა კლინიკური მონაცემების საფუძველზე ძნელი არ არის. დიაგნოსტიკა გაძნელებულია დააეალების დასაწყის სტადიაში. საჭიროების შემთხვევაში მიემართავეთ ციგო-მორფოლოგიურ გამოკვლევას და ბიოფსიას.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ენის კიბოს მკურნალობა გარდება კომბინირებული მეთოდით. პირველ ეტაპზე ვეგარებთ დისტანციურ გამათერაპიას, დასხიეებიდან 2-3 კერიის შემდეგ ელექტრო დანით ამოკევეთავეთ ენის ნაწილს. ენის ქსოვილის რეზექციის მოკელობა დამოკიდებულია დააეალების განვითარების სტადიაზე. I და II სტადიის დროს ამოკევეთავეთ ენის ნახეარს, III სტადიის დროს კი ვეგარებთ გაფართოებულ რეზექციას. ამავე დროს ვეგარებთ ლიმფური კენაძების ამოღებას (ვენახის ან კრაილის ოპერაციას).

ქ ე ე დ ა ყ ბ ი ს კ ი ბ ო უფრო ხშირია, ვიდრე ქვედა ყბის სარკომა. ვარჩევეთ დააეალების ორ ფორმას: 1. პირველადი კიბო, როღესაც სიმსიენე ლოკალიზდება ქვედა ყბის ძეალში ნებისმიერ ადგილზე, 2. მეორადი კიბო, როცა სიმსიენე ყბის ძეალზე გადადის პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან; ალვეოლური მორჩის, ლოყის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან ან მეზობელი ორგანოებიდან.

პირველადი სიმსიენე მოიცავს ორ ფორმას: "მიდაალვეოლური" და "ენგრალური". სიმსიენის განვითარების პირველწყაროდ განიხილავენ ყბის ძეალში არსებულ ემბრიონული წარმოშობის ეპითელიური უჯრელების კუნძულაკებს (მალასეს უჯრელები).

კ ლ ი ნ ი კ ა . პირველადი, "მიდაალვეოლური" კიბოსათვის დასაწყისში დამახასიათებელია უმტკიენეულო შესქელება ღრძილების არეში, მოგვი-

ანებით აღიქმება ტკივილი, კბილები თითქოს ზეით იწვეს და ირყევა. დააქალდება ამ პერიოდში წააგავს ჰიპერტროფულ გინგივიტს, მაგრამ სიმპტომების სწრაფი განვითარება მიუთითებს აუთისებთან შრდაზე. ზოგჯერ ექიმი ამოილყებს ასეთ კბილებს, მაგრამ ჰრილობა არ ხორცდება. ყბის ქვეშა ლიმფური კვანძები გადილებულია, მაგრამ როგორც მეტასტაზები ჯერ კიდევ არ არის ჩამოყალიბებული (მცირედ მეტაენეულია, არ არის მეკრიცი, არ არის შეხორცელები, მოძრავია). სიმსიენე წყლულდება და იშლება, თან ერთვის მეორადი ინფექცია. ზოგჯერ სიმსიენე ვითარდება, როგორც სოკო, იწყება კბილების აღრული მორყევა და ამოვარდნა, სიმსიენე სწრაფად იზრდება და იღებს ეპულისის ფორმას. ორივე შემთხვევაში საჭიროა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

პირველადი "ენგრალური" კიბოს დადგენა შედარებით ძნელია, რადგან არა აქვს გამოხატული სიმპტომოკომპლექსი. სიმსიენის მრდის პროცესში ვითარდება ყბის ძელის ლეფორმაცია, ნიკაპის არეში უფრო აღრუ. სიმსიენე შეიძლება დააწვეს ქვედა ალვეოლურ ნერვს და გამოიწვიოს დასაწყისში ტკივილი, ხოლო მოგვიანებით ანესთეზია (ენსანის ნიშანი). სიმსიენე სწრაფად იშლება და წარმოიქმნება დიდი ზომის წყლულები. შეიძლება განვითარდეს კონგრაქტურა და ყბის პათოლოგიური მოგეხილობა. რენტგენოლოგიურად დასაწყისში აღინიშნება ღრუბლოვანი ნივთიერების დაშლა, შემდგომში კორგიკალური ფირფიცისა. დიაგნოზის დასადაგენად ვიყენებთ რადიონიდიკაციურ მეთოდს $P^x 0,3-0,5$ მიკროკიური 1 კგ წონაზე. ფოსფორი გროვდება სიმსიენურ ქსოვილში.

რეტრომოლარულ არეში მდებარე კიბო მიმდინარეობს უფრო მძიმედ, ვრცელდება ხახის, რბილი სასის, ქვედა ყბის გოგისა და შიგნითა მედი-ალური კუნთის მიმართულებით.

ზედა ყბის კიბო. ზედა ყბის აუთისებთან სიმსიენეები საშუალოდ 4% შეადგენენ. ლოკალიზაციის თავისებურების გამო გამოსაკვლევად ძნელია, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კი ყოველთვის არ იძლევა დადებით შედეგს.

დიაგნოზის დადგენა ხერხდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ვითარდება ლეფორმაცია, ორგანოს ცლომა და სხვა სიმპტომები.

უფრო ხშირად ზედა ყბის კიბო ვითარდება პაიმორის ღრუს ლორწოვანი გარსის ეპითელური უჯრულებისაგან.

კლინიკა. პაიმორის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან ვითარდება კიბო, დაავადება საკმაოდ ხშირია. აყადმყოფთა დიდი უმრავლესობა მიუთითებს სხვა და სხვა ხასიათის ტკივილზე. ტკივილი აღიქმება ზედა ყბის არეში და ვრცელდება თავის მიმართულებით. ცხვირის ნესგოდან ადგილი აქვს სისხლოვან-ჩირქოვან გამონადენს, ცრემლის დენას დაავადების მხარეზე. ზოგჯერ აღინიშნება მგრძობელობის დაქვეითება ლოყის არეში და შეშუქება.

კლინიკურ-ანატომიურად ზედა ყბა იყოფა 4 სექტორად: 1. ზედა უკანა შიგნითა, 2. ზედა უკანა გარეთა, 3. ქვედა წინა შიგნითა, 4. ქვედა წინა გარეთა.

თვითოეული სექტორისათვის დამახასიათებელია შესაბამისი კლინიკური სურათი.

ზედა უკანა შიგნითა სექტორში განვითარებული სიმსივნის ღიაგნობის დადგენა საკმაოდ ძნელია და ხდება დაავადების განვითარების მოგვიანებით სტადიაში. სიმსივნური პროცესი ვრცელდება თვალბუდეში და იწვევს თვალის კაკლის ცლომას წინ და ლატერალურად, თვალის კაკლის მოძრაობა შეზღუდულია. მხედველობა შენარჩუნებულია. სიმსივნის ცხვირის ღრუში ჩაზრდის შემთხვევაში გაძნელებულია სუნთქვა, ცხვირიდან ადგილი აქვს სისხლნარევე მყრალსუნთან გამონადენს. დაცხრილულ ფირფიტაზე გაერცელების შემთხვევაში აღინიშნება ეგზოფთალმი და მხედველობის ნერვის ატროფია. დაავადების თანმხლებია თავის ტკივილი და ტკივილი სამწვერა ნერვის მეორე ტოტის საინერვაციო ზონაში.

ზედა უკანა გარეთა სექტორში, სიმსივნისათვის დამახასიათებელია აღრეული ეგზოფთალმი, თვალის კაკლის ცლომა შიგნით, დიპლოპია, ქუთუთოების შეშუპება, რაც იწვევს თვალის ნაპრალის შევიწროებას. რბილი ქსოვილების შეშუპება მაგულობს, ვითარდება სახის ასიმეტრია. აღიქმება ძლიერი ტკივილი მეორე ტოტის საინერვაციო ზონაში, პრემოლარებისა და მოლარების არეში. სიმსივნე ვრცელდება ფრთა-სასის ფოსოში, ამიანებს ევსტაქის მილს და იწყება ტკივილი ყურის არეში, იწვევს ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას.

ქვედა წინა შიგნითა სექტორში სიმსივნე უფრო აღრეულ სტადიაში გამოქვადენდება. პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება ალვეოლურ მორჩზე, მაგარ სასაზე და შლის მას. სიმსივნე ჰაიმორის ღრუს წინა კედლის დაშლის შემდეგ ჩაიზრდება ლორწოვან გარსში. აღინიშნება კბილების მორყევა და მოცვენა, ადგილი აქვს სისხლდენას. კბილბუდეებიდან იზრდება გრანულაციური ტიპის ქსოვილი, ალვეოლური მორჩი რბილდება. ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი გასადავებულია, ცხვირიდან სუნთქვა გაძნელებულია.

ქვედა წინა გარეთა სექტორიდან სიმსივნე ვრცელდება ქვედა ყბის სახსრის არეში, ასწვრივ ტოტზე და გადადის ნუმურა ჯირკვლებზე. ცხვირ-ხახის გვერდით კედელზე. პირის გაღება შეზღუდულია. სიმსივნე შეიძლება ჩაიზარდოს გარეთა საძილე არტერიის სისტემაში და მოგვეყვს ძლიერი სისხლდენა.

დაავადების კლასიფიკაცია. მოგვეყავს მელნიკოვის (1957) მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია:

I სტადია – სიმსიენე იმყოფება მხოლოდ პაიმორის ღრუში, ძელოვანი ქსოვილის დესტრუქცია არ არის, მეტასტაზები არ არის.

II სტადია – სიმსიენე იწვევს პაიმორის ღრუს ძელოვანი ქსოვილის კეროვან დესტრუქციას, მაგრამ არ გამოდის პაიმორის ღრუდან.

III^ა სტადია – სიმსიენე ვრცელდება პაიმორის ღრუს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებზე – პირის ღრუ, ცხვირის ღრუ, დაცხრილული ლაბირინტი და სხვა.

III^ბ სტადია – სიმსიენე შედარებით პატარა ზომისაა, მაგრამ რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზებია.

IV სტადია – სიმსიენე დიდი ზომისაა, მრავლობითი მეტასტაზებია რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში.

დიაგნოზის დადგენა გაძნეებულია განსაკუთრებით დაავადების დასაწყის სტადიაში. საჭიროა ავადმყოფის კომპლექსური შესწავლა: ანამნეზური მასალის გულმოდგინე ანალიზი, ობიექტური გამოკვლევა, ინსტრუმენტული (რინოსკოპია) და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (ტომოგრაფია), ციტოლოგიური და ბიოფსიური მასალის შესწავლა, პაიმორის ღრუს კონტრასტული რენტგენოგრაფია და საჭიროების შემთხვევაში ღრუს სადიაგნოსტიკო გახსნა.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეაგაროთ სარკომასთან, ქრონიკულ პაიმორიტთან, ქრონიკულ ოსტეომიელიტთან, ოღონტოგენურ კისტასთან.

მკურნალობა კომბინირებულია და შედგება შემდეგი ძირითადი მომენტებისაგან: 1. პირის ღრუს წინასწარი სანაცია, 2. ოპერაციის წინა ორთოპედიული მომზადება, 3. ზედა ყბის რეზექცია, 4. ლიმფური აპარატის ამოკვეთა. დასხივების წინ საჭიროა გარეთა საძილე არტერიის ორმხრივი გადაკვანძვა.

ოპერაციის წინა დასხივებიდან (გამა თერაპია) 3-5 კვირის შემდეგ მივმართავთ ოპერაციულ ჩარევას.

სარკომა. შემეერთებულქსოვილოვანი ჯგუფის ავთვისებიანი სიმსიენეებიდან ყბა-სახის არეში შეიძლება განვითარდეს სარკომები: ფიბროსარკომა, მიქსოსარკომა, ქონდროსარკომა, ოსტეოგენური სარკომა, რეტეკულოსარკომა, ანგიოსარკომა, ჰემანგიონდოთელიომა.

განსხვავებით ეპითელური წარმოშობის ავთვისებიანი სიმსიენეებისა, სარკომები გვხვდება უფრო ახალგაზრდა ასაკში. სიმსიენის მეტასტაზები ძირითადად ვრცელდება ჰემატოგენური გზით. სიმსიენის კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია სიმსიენის ლოკალიზაციაზე. ძელოვანი წარმოშობის სარკომები (ცენტრალური ლოკალიზაცია) აღრეულ პერიოდში ხასიათდება ყრუ ხასიათის ტკივილით, განსაკუთრებით ღამით, მოგვიანებით ტკივილი იღებს მუდმივ ხასიათს. გამომჟღავნდება კბილების მორყევა, ძელოვანი ქსოვილის გამოზურცვა-დეფორმაცია. ზედა ყბაზე ლოკალიზაციის

დროს ადგილი აქვს ცხვირიდან სველ გამონადენს, სუნთქვის გაძნელებას, ეგზოფთალმს. ქვედა ყბის სიმსივნის დროს აღრეულ ნიშანს წარმოადგენს ტუჩისა და ნიკაპის არეში კანის მგრძნობელობის მოშლა, მოგვიანებით ასესთოზია (კენსანის ნიშანი), რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება ძელოვანი ქსოვილის დესტრუქცია. პერიფერიული სარკომების დროს დაავადების აღრეული სიმპტომია ყბის ძელის შესქელება-დეფორმაცია, ალუკოლური მორჩის ლორწოვანის დაწყლულება იწყებს სისხლდენას საკეების მიღების დროს, იწყება კბილების მორყევა. მოგვიანებით აღწევს რა დიდ ზომებს, იწყებენ სუნთქვის, ლუჭვის ფუნქციების მოშლას, ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას.

რბილ ქსოვილებში სარკომა იწყებს განვითარებას ინფილტრაციის სახით, რომელიც სწრაფად იზრდება და ხდება ნაკლებ მოძრაეი. სარკომას ახასიათებს ექსპანსიური ზრდა, იზრდება უფრო სწრაფად, ეიღრე კიბო. დაავადების ყველა შემთხვევაში საჭიროა მორფოლოგიური გამოკვლევა სიმსივნის ილენგიფიკაციისა და მკურნალობის რაციონალური მეთოდის განსაზღვრისათვის.

ფ ი ბ რ ო ს ა რ კ ო მ ა ვითარდება ძელის გენისის შემაერთებელქსოვილოვანი სტრომისაგან, ძელისსაზრდელას ელემენტებისაგან. სიმსივნის ქსოვილოვანი სტრუქტურა წარმოადგენილია ფიბრობლასტების, კოლაგენური და რეტიკულური ბოჭკოების პროლიფერაციით. სიმსივნე მდგრადია სხივური მკურნალობისაღმე, ამიტომ ძირითადი მეთოდი მკურნალობისა არის ქირურგიული.

მ ი ქ ს ო ს ა რ კ ო მ ა შედგება პოლიმორფული უჯრედების პროლიფერაციული მასისაგან, აქვთ ვარსკელავის უჯრედის ფორმა. სიმსივნე დასხივებისაღმე მდგრადია, ასევე ძნელად ემორჩილება ქიმიოთერაპიას. მკურნალობის ძირითადი მეთოდია – ქირურგიული.

ქ ო ნ დ რ ო ს ა რ კ ო მ ა წარმოადგენს ხრტილოვანი ქსოვილის სიმსივნეს. პერიფერიული ქონდროსარკომა უფრო ხშირად გვხვდება ზედა ყბის წინა ნაწილში. სიმსივნის სტრომაში შეიძლება შეგვხვდეს ჩაკირული კერები, რომლებიც რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს გეაძლევენ წერილკეროვან ჩრდილებს, დასხივებისაღმე მდგრადია, მკურნალობა ძირითადათ ქირურგიულია – სიმსივნის ამოკვეთა.

ო ს ტ ე ო გ ე ნ უ რ ი სარკომა ვითარდება ოსტეობლასტების წინამორბედი უჯრედებისაგან. განარჩევენ ოსტეოლიზურ, ოსტეობლასტურ და შერეულ ფორმებს. ქვედა ყბის დაავადების დროს შეიძლება ჩამოყალიბდეს პათოლოგიური მოგვიწილობა. ოსტეოგენური სარკომა ვითარდება სწრაფად, აღრე იძლევა მეტასტაზებს ძელოვან ქსოვილში, ფილტვებში, ნაკლებ მგრძნობიარეა დასხივებისაღმე. საჭიროა დროული რადიკალური ქირურგიული მკურნალობა.

რ ე ტ ი კ უ ლ ო ს ა რ კ ო მ ა ვითარდება ძელის გენის რეგიკულური შემაერთებული ქსოვილისაგან, მისი შემადგენელი უჯრედოვანი ელემენტები უფრო მაღალდიფერენცირებულია, ვიდრე იუნგის სარკომის დროს. ახასიათებს უფრო ნელი ზრდა. შენელებული მეტასტაზირება. სიმსიენე ძალიან მგრძნობიარეა დასხივებისადმი. ამიგომ დასხივება არის სიმსიენის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი. ასევე მისაღებია ქიმიოთერაპია. მოჯჯერ მიმართავენ სიმსიენის ქირურგიულ ამოკვეთას.

ავთვისებიანი სიმსიენეების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები

სიმსიენეების მკურნალობა პირობითად შეიძლება დავეყოთ ორ ძირითად მეთოდს: ქირურგიული და თერაპიული (კონსერვატიული), თვითოეულ მეთოდს გააჩნია თავისი ჩვენება. მკურნალობის მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია სიმსიენის ბიოლოგიურ არსზე და გასათვალისწინებელია როგორც ადგილობრივი ისე, მოგადი ფაქტორები. ადგილობრივ ფაქტორებს განეკუთვნება: 1. სიმსიენის ლოკალიზაცია და დაავადებული ორგანოს ფიზიოლოგიური მდგომარეობა. 2. ორგანოს დაზიანების სიღრმე და გავრცელება, მეტასტაზების არსებობა ახლო და შორს მდებარე ლიმფურ კვანძებში, 3. სიმსიენის ანატომიური ტიპი, 4. სიმსიენის ჰისტოლოგიური შენება და ანაპლაზიის ხარისხი. მოგად ფაქტორებს განეკუთვნება: 1. აუადმყოფის ასაკი, 2. თანმხლები დაავადებები, 3. სასიცოცხლო ორგანოების ფუნქციური მდგომარეობა. აუადმყოფის პრაქტიკული განკურნება დამოკიდებულია დაავადების განვითარების დასაწყის სტადიაში ჩატარებულ მკურნალობაზე.

ონკოლოგიურ აუადმყოფთა მკურნალობა შეიძლება იყოს რადიკალური, პალიატიური და სიმპტომური. რადიკალურად ითვლება ისეთი მკურნალობა, როდესაც მკურნალობის შემდეგ სიმსიენური კერები მოსპობილია, პალიატიურია მაშინ, როდესაც მკურნალობის შემდეგ ორგანიზმში რჩება სიმსიენური კერები. სიმპტომური მკურნალობა ითვალისწინებს დაავადების მძიმე სიმპტომების (ტკივილი, პირიდან მყრალი სუნი და სხვა) მოხსნას.

მკურნალობის ქირურგიული მეთოდებიდან გამოიყენება: ელექტროქირურგია, კრიოქირურგია, ლაზერის სხივები. ელექტროქირურგია მოიცავს სიმსიენურ ქსოვილებზე ზემოქმედების ორ სახეს: ელექტროექსციზია – ელექტროდანით სიმსიენის ამოკვეთა და ელექტროკოაგულაცია – სიმსიენური ქსოვილის დაწვა. უფრო ხშირად გამოიყენება კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობა: ქირურგიული, დასხივება და მათი კომბინაცია.

ქირურგიული მკურნალობის დროს სიმსივნისადმი მიდგომა შეიძლება იყოს: პირის ღრუდან, გუჩების გაკვეთით, ლოყების გაკვეთით, ქვედა ყბის გაკვეთით და სხვა. მარტო ქირურგიული მკურნალობა არ არის საკმაოდ ეფექტური, ისე როგორც მარტო დასხივება.

დასხივებისათვის გამოიყენება მაღალი ენერჯის სხივები, უფრო ეფექტურია გარეგანი და შინაგანი დასხივება. რეგიონული მეტასტაზების ამოღებაზე არ არის ერთიანი აზრი, ზოგი აცხადებს მიუთითებს სიმსივნის და მეტასტაზების ამოღებაზე. სხვები მიუთითებენ, რომ მეტასტაზების ამოღება შეიძლება ოპერაციიდან 6-7 დღის შემდეგ, ან ორი კვირის შემდეგ. რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოსაღებად მოწოდებულია ვანახის და კრაილის ოპერაცია.

ქიმიოთერაპია გამოიყენება იმ სიმსივნეების მიმართ, რომლებიც მკვრივობიარეა ან პრეპარატების მიმართ. მკურნალობის ეფექტი დამოკიდებულია არა მარტო მკვრივობაზე, არამედ სიმსივნური კერის მასაზე და გავრცელებაზე. ქიმიოთერაპია შეიძლება გამოიყენებული იქნას არა მარტო, როგორც დამოუკიდებელი მეთოდი, არამედ სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში.

შემოსაზღვრული ავთვისებიანი სიმსივნის (T_1 , T_2) ლოკალიზაციის შემთხვევაში გამოიყენება გიპიური ქირურგიული ოპერაციები:

1. ქვედა გუჩის სწორკუთხოვანი რემექცია. ოპერაცია ტარდება გუჩის წითელი ყაეთნის კიბოს ინფილტრაციის სტადიაში. მეთილენის ხსნარით შემოვსაზღვრავთ ამოსაკვეთი სიმსივნის ზონას, ისე რომ განაკვეთი გაიღოს გუჩის ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში (სიმსივნური ინფილტრაციიდან 1,5-2 სმ. დაშორებით). გაუტკივარება – ზოგადი ან ადგილობრივი. დასაწყისში ვატარებთ ორ ვერტიკალურ განაკვეთს ელექტროდანით, გუჩის არტერიის მიჭყლეტის ფონზე, შემდეგ ჰორიზონტალურ განაკვეთს ისე, რომ მივიღოთ სწორი კუთხე ორივე მხარეზე. ქსოვილების მობილიზაციის მიზნით ჰორიზონტალურ განაკვეთს ვაგრძელებთ მარჯვნივ და მარცხნივ. სრული პემოსტაზის შემდეგ ჭრილობის კიდეებს მიუახლოვებთ და შრეობრივად გავეკრავთ.

2. ენის ნაწილობრივი რემექცია ნაჩვენებია სიმსივნის ენის წინა ან გვერდით მელაპირზე მდებარეობის დროს. გაუტკივარება ზოგადი, ენდოტრაქეალური ნარკოზი ცხვირის გზით. ენის წვერი უნდა ავიღოთ შუა ხაზიდან მარჯვნივ და მარცხნივ ორ მსხვილ აბრეშუმის ძაფზე, მესამე ძაფით უნდა ავიღოთ ენის ძირის დაავადებული მხარე. ენის წინა მესამედში დაღებული ორი ლიგატურით ენას გამოვწვეთ წინ და ელექტროდანით ენის შუა ხაზიდან ჩავეჭრით ენის ძირის მიმართულებით. მოვეძებნით ენის

ღრმა არტერიას დაავადებულ მხარეზე და გადაეკვანძავეთ. სიმსივნურ ქსოვილს ამოეკვეთათ ენის ძირში ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში. სრული პემოსტამის შემდეგ ჭრილობას გაეკერავეთ ყრუდ.

3. ქვედა ყბის ნაწილობრივი რეზექცია ეგზარტიკულაციით. ოპერაცია გარდება ქვედა ყბის პირველადი კიბოს ღროს. გაუტკივარება — ენდოგრაქეალური ნარკოზი. ვაკევეთავთ ქვედა ტუჩს შუა ხაზზე, განაკვეთს გაეაგრძელებთ ქვედა ყბის ქვედა კიდეს ქვევით, გაეკვეთავთ კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს. გადაეკვანძავეთ გარეთა საძილე არტერიას. გაეკვეთავთ პირის ღრუს ლორწოვან გარსს პირის კარიბჭისა და ენის მხრიდან. გადაეკვეთათ საღეჭი კუნთის და შიგნითა ფრთისებრი კუნთის ბოჭკოებს მიმაგრების ადგილზე. ჯიჯლის ხერხით გაეხერხავეთ ქვედა ყბის ძვალს შუა ხაზის ადგილზე, სიმსივნიდან 3 სმ. დაშორებით. ოსტეოტომირებულ ქვედა ყბის ნაწილს გაათავისუფლებთ რბილი ქსოვილებისაგან და ამოვიღებთ ყბის ძვალს. სრული პემოსტამის შემდეგ ჭრილობას გაეკერავეთ ყრუდ. ქვედა ყბის დარჩენილ ნაწილს არგამნის დახმარებით ვაფიქსირებთ ცენტრალური ოკლუზიის მდგომარეობაში. ამ ოპერაციის ღროს ერთ მომენტად ვიღებთ ლიმფურ აპარატსაც.

4. ზედა ყბის რეზექცია. ეს ოპერაცია ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, როდესაც სიმსივნური პროცესი არ ვრცელდება მეზობელ ორგანოებზე. გაუტკივარება ენდოგრაქეალური ნარკოზი. ვატარებთ ვებერისა და კოხერის განაკვეთებს. განაკვეთი გაივლის ზედა ტუჩის ღარის შუა ნაწილში, შემოუვლის ცხვირის ფრთას, გრძელდება ცხვირის გვერდით კედელზე, გაივლის ორბიტის ქვედა კიდეზე ყვრიმალის ძვლამდე. გაიკვეთება კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, რომელიც ამრეველება ძვლის საზრდელისაგან. პირის ღრუში განაკვეთს ვატარებთ ზედა ყბის გარდამავალ ნაოჭზე, რბილი ქსოვილები ამრეველება, გადაეკვეთავთ ინფრაორბიტულ ნერვსა და არტერიას. ამოვიღებთ ცენტრალურ საჭრელ კბილს, გაეკვეთავთ მაგარი სასის ლორწოვან გარსს, გამოვიყოფთ რბილ სასას, მაგარი სასის ლორწოვანი გარსისაგან, ვატარებთ ოსტეოტომიას ამოღებული კბილზეუდან მაგარ სასის შუა ხაზზე, სასის ძვალს ვავთიშავთ ძირითადი ძვლის ფრთისებრი მორჩისაგან. ვავთიშავთ ზედა ყბის ძვალს ყვრიმალის ძვლისაგან. თუ თვალბუდის ქვედა კიდე არ არის სიმსივნის ზონაში, მას ვინარჩუნებთ. განცალკევებულ ზედა ყბის ძვალს ამოვიღებთ. ოპერაციის ღროს მოსალოდნელია სისხლდენა, ამიტომ სიმსივნის ბლოკური ამოღების შემდეგ საჭიროა ჭრილობის დაგამპონება 5-10 წუთით. შემდეგ გამპონს ამოვიღებთ და სისხლმდენ სისხლძარღვებს მიეწვავთ ან ჩავატარებთ მათ ლიგირებას. ჭრილობაში შეგვაქვს იოლოფორმის დოლბანდი, რომელსაც ვაფიქსირებთ დამკველი ფირფიტით. დოლბანდს გამოვიყვლით მე-8 — მე-10 დღეს. ჭრილობის შეხორცების შემდეგ საჭიროა რთული პროტეზირება.

აქ მოყვანილი ოპერაციები განეკუთვნება რთულ კატეგორიათა რიგს, იწვევს სხვა ორგანოების ფუნქციურ მოშლილობას, დიდ ფსიქო-ემოციურ გავლენას ახდენს მთელ ორგანიზმზე, ამიტომ რიგი ავტორები მიმართავენ რბილი და მავარი ქსოვილების პირველად პლასტიკას. ყბა-სახის ონკოლოგიური ავადმყოფები მოითხოვენ განსაკუთრებულ ყურადღებას მოელისა და კვების საკითხებში.

ოცდამეშვიდე თავი

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნური დაავადებები

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების გავრცელების შესახებ ამრთა სხვაობაა. ნაუშოვის მიხედვით ეს დაავადება 1-2% შემთხვევაში გვხვდება. ეგუბაიდულინას ამრით კი 20% შეადგენს.

მიღებულია დაავადების ასეთი კლასიფიკაციური სქემა: სანერწყვე ჯირკვლების ეპითელური წარმოშობის სიმსივნეები და არა ეპითელური სიმსივნეები. თვითოეულ ჯგუფში შედის კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეები.

I. ეპითელური – კეთილთვისებიანი (მომწიფებელი): 1. აღენომა, 2. აღენოლიმფომა, 3. შერეული სიმსივნე (პოლიმორფული აღენომა), 4. მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე. ეპითელური – ავთვისებიანი (უმწიფარი ფორმები): 1. მუკოეპიდერმოიდული კიბო, 2. აღენოიდურ-კისტოზური კარცინომა (ცილინდრომა), 3. კიბო.

II – არაეპითელიური – კეთილთვისებიანი (მომწიფებელი). 1. ანგიომა, 2. ნევრინომა, 3. ლიპომა.

არაეპითელიური – ავთვისებიანი (უმწიფარი) – სარკომა.

აღსანიშნავია, რომ სიმსივნური დაავადებები გვხვდება, როგორც დიდ სანერწყვე, ისე მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში. უფრო ხშირია ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნური დაავადებები. სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნური დაავადების გამოსაკვლევად ვიყენებთ გამოკვლევის კლინიკურ და ლაბორატორიულ მეთოდებს. სიმსივნის მორფოლოგიური ვერიფიკაცია ხდება ციტო-მორფოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე (ნაცხის, პუნქტაგის, ბიოფსიური მასალის გამოკვლევა).

აღენომა (მონოფორმული აღენომა), კეთილთვისებიანი მაღალლიფერენცირებული სიმსივნეა, იზრდება ნელა, ვითარდება ჯირკვლის ნერწყვის გამომტანი სადინარების ეპითელური ქსოვილისაგან. პალპაციით უმტკივნეულოა, სიმსივნის ზედაპირი სადაა. დასხივებისაღმი მგრძობიარე არ არის. ქირურგიული მკურნალობა ითვალისწინებს სიმსივნური

ქსოვილის გამოყოფას და ამოკვეთას. რეციდივსა და მალიგნიზაციას არ იძლევა.

ა დ ე ნ ო ლ ი მ ფ ო მ ა წარმოადგენს ადენომის პისტოლოგიურ ნაირსახეობას, შედგება ეპითელური სტრუქტურებისაგან (ჯირკელის მაგვარი ქსოვილი), რომლებიც შემოსაზღვრულია ლიმფური ქსოვილისაგან. იზრდება ნელა, პალპაციით უმტკივნეულო, სადა ზედაპირით. განეკუთვნება მომწიფებულ კეთილთვისებიან სიმსივნეთა რიგს, დასხივებას არ ემორჩილება. მკურნალობა ქირურგიულია, სიმსივნური ქსოვილის ამოკვეთა შემაერთებულქსოვილოვან გარსთან ერთად. გარსის ნაწილის დარჩენის შემთხვევაში მოსალოდნელია რეციდივი.

პროგნოზი ყოველთვის კეთილსაიმედოა.

ქ ო ლ ი მ ო რ ფ უ ლ ი ა დ ე ნ ო მ ა ("შერეული" სიმსივნე). უფრო ხშირად ლოკალიზდება ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლებში. მის შემადგენლობაში ეპითელური ქსოვილის გარდა შედის ფიბროზული, ხრტილოვანი და სხვა ქსოვილოვანი სტრუქტურები. სიმსივნე კეთილთვისებიანია, იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ, რამდენიმე წელში აღწევს დიდ მომას, მაგრამ სახის ნერვის ფუნქციური მოშლილობა თითქმის არ აღინიშნება, მიუხედავად სახის გამოხატული დეფორმაციისა. პალპაციით უმტკივნეულოა, მომკვრივო-ელასტიური კონსისტენციისა. მუარავე კანი უცვლელი, ნაოჭად აიღება თავისუფლად. ნერწყვის გამოყოფის ფუნქცია მოშლილი არ არის. სიმსივნე მოთავსებულია შემაერთებულქსოვილოვან გარსში, მაგრამ სიმსივნის მოგიერთი ნაწილი უშუალოდ ეკერის მემოზელ ქსოვილებს, რის გამოც ხშირად მოსალოდნელია ოპერაციის შემდგომი რეციდივი.

ღ ი ა გ ნ ო შ ი დადგინდება კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ქირურგიულია. ყბისქვემა და ვნისქვემა სანერწყვე ჯირკვლების დაავადების შემთხვევაში საჭიროა ჯირკვლების ამოღება სიმსივნესთან ერთად. ყბა-ყურა ჯირკელის სიმსივნური დაავადების დროს საჭიროა სიმსივნური ქსოვილის ძირიანად ამოკაკელა. როდესაც სიმსივნე ღრმად არის ჩაზრდილი ჯირკელის პარენქიმაში, საჭირო ხდება სუბტოტალური ან გოტალური ამოკვეთა სახის ნერვის გოტების აუცილებელი შენარჩუნებით.

მ უ კ ო ე პ ი დ ე რ მ ო ი დ უ ლ ი ს ი მ ს ი ე ნ ე უფრო ხშირად ლოკალიზდება ყბა-ყურა და მცირე სანერწყვე ჯირკვლების არეში (რეტრომოლარული არე, სასის ლორწოვანი გარსი). ახასიათებს ნელი ადგილობრივი ინფიტრაციული ზრდა, უმტკივნეულოა. პალპაციით მომკვრივო-ელასტიკური კონსისტენციისა. კლინიკური მიმდინარეობა ისეთივეა როგორც "შერეული" სიმსივნისა. მორფოლოგიურად განეასხეავებთ სამ ძირითად ფორმას: 1.

მაღალღიფერენცირებული (მომწიფებული), 2. დაბალღიფერენცირებული, 3. ზომიერად ღიფერენცირებული.

მაღალღიფერენცირებული სიმსივნეები თითქმის არ იძლევა მეტასტაზებს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში. დაბალღიფერენცირებული იზრდება უფრო სწრაფად და იძლევა მეტასტაზებს ლიმფურ კვანძებში.

მაღალღიფერენცირებული სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა ყოველთვის კეთილსაიმედო პროგნოზს იძლევა. დაბალღიფერენცირებული სიმსივნეები ემორჩილება სხივურ თერაპიას და გამოიყენება კომბინირებული მეთოდი, ოპერაციის წინ დასხივება და შემდგომში სიმსივნური ქსოვილის ამოკვეთა. მეტასტაზების შემთხვევაში საჭიროა ლიმფური აპარატის ამოკვეთა.

უპითელური-ავთვისებიანი სიმსივნეები ხასიათდებიან აგრესიული ზრდით და გამოსატკბელი კლინიკური მიმდინარეობით, მეტასტაზებით.

აღენოკარცინომა – ავთვისებიანი სიმსივნეა. უფრო ხშირად ლოკალიზდება ყბა-ყურა ჯირკვალში, ახასიათებს ინფილტრაციული სწრაფი ზრდა, შეხორცებულია ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან. ადრე ვითარდება სახის ნერვის პარეზი და პარალიზი, დაავადებას თან ერთვის ტკივილი, სიმსივნური ქსოვილის დამლა. მეტასტაზირება ლიმფურ კვანძებში.

მკურნალობა კომბინირებულია: ოპერაციის წინა დასხივება და შემდეგ ქირურგიული ჩარევა.

აღენოკისტოზური კიბო (ცილინდრომა – ავთვისებიანი სიმსივნეა, უფრო ხშირად ლოკალიზდება მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში, იშვიათად ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვალში. დასაწყისში აღინიშნება შესიება, ნელი ზრდა, უმნიშვნელო ტკივილი. სასაზე სიმსივნე შლის ძელოვან ქსოვილს და შეიძლება ჩაიზარდოს ჰაიმორის ღრუში. მფარავი ლორწოვანი მოლურჯო-ციანოზურია. პალპაციით მომკერივო ელასტიური. დაავადებას ახასიათებს ადრეული მეტასტაზირება ჰემატოგენური გზით, ხშირად ფილტვებში.

მკურნალობა – კომბინირებულია, ოპერაციის წინა დასხივება, შემდეგ ქირურგიული ჩარევა – ამოკვეთა.

არაეპითელური – კეთილვისებიანი სიმსივნეები – ანგიომა, ნევრინომა, ლიპომა, ხასიათდებიან ნელი ზრდით, დასაწყისში ვითარდება შესიება, რომელიც უმტკივნეულოა, სიმსივნური წარმონაქმნი მოძრავი, ელასტიკური კონსისტენციისაა. დიაგნოზის დამუსტება ხდება კლინიკურ ლაბორატორიული გამოკვლევებით.

მკურნალობის თვალთახედვით, ანგიომების მკურნალობა ძირითადად მიმართულია მასკლეროზირებული ნივთიერებას შეყვანით სიმსივნურ კერაში, ასეთად გამოიყენება სპირტი, ურეგანქინინის ხსნარი და სხვა. აქ საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ყბა-ყურა ჯირკვალში ასეთი ნივთიერების შეყვანამ შეიძლება გამოიწვიოს სახის ნერვის მყარი დაზიანება.

ნევრიზომა და ლიპომის მკურნალობა ქირურგიულია.

არაეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან გვხვდება სანერწყვე ჯირკვლების სარკომა.

ს ა რ კ ო მ ა — მოუმწიფებელი, შემაერთებელქსოვილოვანი ავთვისებიანი სიმსივნეა. მორფოლოგიური თვალთახედვით შეიძლება იყოს: ფიბროსარკომა, თითისტარისებურუჯრედოვანი, მრგვალუჯრედოვანი, ლიმფოსარკომა, ანგიოსარკომა და სხვა.

დაავადება დასაწყისში ვითარდება როგორც მცირე ზომის კვანძი, ინიფილტრატი, შემდეგ იწყება ჩაზრდა ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში, აღიქმება ტკივილი, შეიძლება თან დაერთოს ქვედა ყბის მოძრაობის შემლუღვა, მოგჯერ სახის ნერვის პარეზი. სიმსივნე იზრდება და გადადის მემობლად მდებარე ქსოვილებზე ჩაიზრდება მათში და შლის. ადრე იძლევა მეტასტაზებს მოშორებით მდებარე ლიმფურ კვანძებში.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა სიმსივნის სახეობის მიხედვით შეიძლება იყოს სხივური, ქიმიური, კომბინირებული. ქირურგიული მკურნალობა ითვალისწინებს სიმსივნისა და ჯირკვლის მთლიან ამოკვეთას სახის ნერვის ტოტებთან ერთად.

ოცდამეოთხე თავი

ყბა-სახის არეს სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნები

ხ ა ლ ი . სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნია, კეთილთვისებიანი, იზრდება ნელა, უფრო ხშირად მოყავისფროა. ვითარდება დერმიდან ან ეპიდერმისიდან. შეიძლება იყოს თანდაყოლილი ან შეძენილი, სახეზე ლოკალიზდება ერთეული ან მრავლობითი ხალები. უფრო ხშირად გვხვდება მცირე ზომის ხალები, იშვიათად გიგანტური. ქრონიკული გაღიზიანების ფონზე შეიძლება განიცადოს უკუგანვითარება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ძირითადად ქირურგიულია, საჭიროა ხალის ამოკვეთა მთლიანად. შეიძლება გამოვიყენოთ ელექტროქირურგია, კრიოქირურგია.

კ ე რ ა ტ ო ა კ ა ნ ტ ო მ ა ("კანის რქა") კეთილთვისებიანი სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნია, ლოკალიზდება სახის კანზე სვეტისმაგვარი წანაზარდის სახით, ზომით 1-1,5 სმ. უმიტოვიანეულოა, ელასტიური კონსისტენციის, მკურნალობა-ქირურგიულია.

რ ი ნ ო ფ ი მ ა ცხვირის სიმსივნისმაგვარი დაავადებაა. ლოკალიზდება ცხვირის ხრტილოვანი კანის ქონის გამომყოფ ჯირკვლებში. გვხვდება მამაკაცებში. ვითარდება ნელა, იწყება ცხვირის მუარავი კანის შესქელება, კანი ღებულობს მოლურჯო-ხორკლიან ელფერს, ცხვირის დეფორმაცია იწვევს კოსმეტიკურ სიმახინჯეს, მიმდინარეობს ხანგრძლივად,

წლების მანძილზე. მორთოლოგიურად აღინიშნება ქონის ჯირკვლების ჰიპერპლაზია.

მკურნალობა – ქირურგიულია. მცირე ზომის რინოფიმის შემთხვევაში მივმართავთ პათოლოგიური კერის ფრეზით დამუშავებას და ანტიეპტიკური მალამოებით მკურნალობას. დიდი ზომის შემთხვევაში საჭიროა პათოლოგიური კერის ამოკვეთა და ერთმომენტიანი კანის პლასტიკა.

ათერომა (ეპიდერმალური კისტა). დაავადება ხშირად ლოკალიზდება სახის, კისრის კანის არეში, მრავლობითი კერები აღწერილია თავის თმის ნაწილში, სახის კანზე, უფრო ხშირად გვხვდება ერთეული, თავის თმის ნაწილში კი მრავლობითი. დაავადების განვითარებას წინ უძღვის კანის ქონის გამომყოფი ჯირკვლების სადინარების დახშობა, რის შედეგად გამრყოფილი კერაგინი გროვდება და იწვევს კანის გამოზურცვას. დაავადება მიმდინარეობს უმტკივნეულოდ, თანდათანობით დიდდება. კისტოზური წარმონაქმნი მდებარეობს კანქვეშ და მჭიდროდ არის მასთან შეზრდილი. მფარავი კანი მოგჯერ მოლურჯო ელფერისაა. პალპაციით ცომისებური კონსისტენციისაა, შიგთავსი წარმოდგენილია ფაფისმაგვარი მასით. შეიძლება დაჩირქდეს და წარმოქმნას ფისგულა.

მკურნალობა – ქირურგიულია, საჭიროა კისტოზური წარმონაქმნის თავის გარსით და სადინარით ამოკვეთა – ამოკაკვლა.

მეხვილე ნაწილი

ოცდამეცხრე თავი

ყბა-სახის არეს აღდგენითი ქირურგია

აღდგენითი ქირურგიის მიზანი და ამოცანები, ოპერაციის ჩვენება, უკუჩვენება, დაგეგმვა

ოპერაციები, რომლებიც მიმართულია ორგანოს დაკარგული ფორმის და ფუნქციის აღსადგენად, ცნობილია როგორც აღდგენითი ანუ პლასტიკური ოპერაციები. აღდგენითი ქირურგია არის ქირურგიული სტომატოლოგიის შემადგენელი ნაწილი.

უპირველეს ყოვლისა საჭიროა განვმარტოთ თუ რომელი გერმინია უფრო უფლებამოსილი "პლასტიკური ქირურგია" თუ "აღდგენითი ქირურგია".

იმ პერიოდში, როდესაც ქირურგები ძირითად მიზნად ისახავდნ მხოლოდ ორგანოს ფორმის აღდგენას, ასეთი ოპერაციებისათვის მისაღები იყო გერმინი "პლასტიკური". ეს პერიოდი განისაზღვრებოდა დაახლოებით მე-12 საუკუნემდე. შემდგომ პერიოდში ქირურგების წინაშე დაისახა ამოცანა ორგანოს ფორმის, ფუნქციის აღდგენისა. ოპერაციები, რომელიც

მიზნად ისახავს ორგანოს ფორმისა და ფუნქციის ადღგენას იწოდება ადღგენით ოპერაციებად. ამ აზრს იზიარებს გამოჩენილი რუსი მეცნიერი ნ. მიხეილსონი.

თანამედროვე პირობებში, როდესაც ორგანოს ფორმისა და ფუნქციის ადღგენად გამოიყენება არა მარტო საკუთარი ქსოვილები, არამედ სხვა მასალის გაღანერგვაც, ტერმინი "პლასტიკური" არ არის მისაღები. ამავე დროს აღსანიშნავია, რომ ყუბა-სახის ადღგენითი ქირურგია არის ადღგენითი ქირურგიის შემადგენელი ნაწილი, ადღგენითი ქირურგია ქირურგისაგან მოითხოვს დიდ ცოდნას, გამოცდილებას და ხელოვნებას. ადღგენითი ქირურგია აგრეთვე მიზნად ისახავს მედმეტი ქსოვილების მოცილებას და ნორმიდან გადახვევის გასწორებას (ცხვირი, ლოყა, სარძევე ჯირკვავი, მუცელი, ღუნღულო და სხვა).

თანამედროვე ადღგენითი ქირურგია მოითხოვს ქირურგისაგან კლინიკურ აზროვნებას. ქსოვილების სტრუქტურის, ბიოლოგიის, იმუნოლოგიის საკითხების ღრმა ცოდნას.

ადღგენითი ოპერაციების ჩვენება. ადღგენითი ოპერაციების დროს დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას, მისი კანისა და სხვა ქსოვილების ტურგორს, ელასტიურობას, ადღგენითი ოპერაციების დაგეგმვა არ შეიძლება ორგანიზმის საერთო სისუსტის, სიცხის აწვეის, ცუდი თვითშეგრძნების დროს.

ადღგენითი ოპერაციების წინააღმდეგ ჩვენებაა აქტიური ტუბერკულოზი, ათაშანგის დაუშთაერებელი მკურნალობა, აქტინომიკოზი, კანის დაავადებები, კანქვეშა მცოცავი გრანულომა, მგლურა და სხვა დაავადებები.

სუბფებრილური სიცხეც კი წინააღმდეგჩვენებაა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საქმე ეხება ოპერაციის მრავალეტაპიანობას, გადატანილი დაავადების შემდეგ ოპერაციული ჩარევის ვადები სხვადასხვაა. მაგალითად მგლურას დაავადების დროს აქტიური პროცესის ჩაქრობიდან ნთვის შემდეგ თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა კარგია.

ათაშანგის შემთხვევაში – დაავადებიდან სრული განკურნების შემდეგ. ზოგიერთი ადღგენითი ოპერაცია მოითხოვს მრავალ ჩარევას (6-8 და მეტიც). ასეთი ოპერაციების წინააღმდეგჩვენებაა გულის მანკები, სისხლძარღვთა დაავადებები.

ადღგენითი ოპერაციების ჩატარებისა და გამოსავლისათვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ავადმყოფის ნერვულ-ფსიქიკურ მდგომარეობას. დადგენლია, რომ ყუბა-სახის დეფექტებით დაავადებულთა 30%-ს აქეთ ნერვულ-ფსიქიკური მოშლილობანი. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის სათანადო მომზადება (გასაუბრება, ნაოპერაციებ ავადმყოფებთან შეხვედრა და სხვა).

თუ ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს რამდენიმე ოპერაცია, მაშინ საჭიროა

პირველად გაკეთდეს ის ოპერაცია, რომელიც აუცილებლად კარგ შედეგს მოგვცემს. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფის ნდობა მოპოვებულია.

ეს განსაკუთრებით ეხება კანის კოსმეტიკურ ოპერაციებს, რომლებიც უმთავრესად გამოწვეულია ავადმყოფთა ყურადღების პათოლოგიური ფიქსაციით თავის სახისადმი.

იოზეფის მიხედვით ასეთი ავადმყოფები შეადგენენ 4 ძირთად ჯგუფს:

I ჯ გ უ ფ ი : — წარმოდგენილია დაქვეითებული ესთეტიკური გრძნობით, მიუხედავად სახის გამოსატყუი სიმახინჯისა და ქსოვილების დიდი ღუფექისა, ისინი დაწყნარებული არიან და ოპერაციის შემდეგ მიღებული მცირე ეფექტითაც კმაყოფილნი არიან.

II ჯ გ უ ფ ი : — ნორმალური ესთეტიკური გრძნობით — ამ ჯგუფის ავადმყოფები შეგნებულად უდგებიან თავიანთ სიმახინჯეს, მათი მოთხოვნები გონივრულია და დასაბუთებული. ოპერაციის შემდეგ განვითარებული რეციდივის შემთხვევაში სულთ არ ეცემიან. ექიმის მაღლიერი რჩებიან. ასეთია ავადმყოფთა უმრავლესობა.

III ჯ გ უ ფ ი : — წარმოდგენილია არა ნორმალური ესთეტიკური გრძნობით. ავადმყოფები ძლიერ შეწუხებული არიან თავიანთი სიმახინჯით, იმუქრებიან თვითმკვლევობით. ოპერაციის შემდეგ მკურნალობის ეფექტით კმაყოფილი არასოდეს არ არიან. ასეთ ავადმყოფებს უმჯობესია არ გაუკეთდეს ოპერაცია. სჯობს ისინი დავარწმუნოთ ოპერაციის არაეფექტურობაში.

IV ჯ გ უ ფ ს : — შეადგენს ავადმყოფები გაუკუღმართებული ესთეტიკური გრძნობით. ამ ჯგუფში შედის ისეთი ავადმყოფები, რომლებიც მოითხოვენ ორგანოს ბუნებრივი ფორმის შეცვლას, იმიტომ, რომ თვითონ არ მოსწონთ, ან ისინი არ მოსწონთ სხვებს. ასეთ ავადმყოფებს ოპერაციულ ჩარევაზე ყოველთვის უარი უნდა ეთქვათ და თუ ეს შესაძლებელია გაიგზავნონ კონსულტაციაზე ფსიქოთერაპევტთან.

აქვე უნდა მივუთითოთ, რომ რომელიმე ორგანოს ფორმის შეცვლა ოპერაციული წესით უნდა გადაიდოს 17-20 წლამდე, რადგან ორგანო იზრდება და მოსალოდნელია ღეფორმაციის განვითარება.

ავადმყოფის გამოკვლევა . გამოკვლევა წარმოებს საერთოდ მიღებული წესის მიხედვით. მაგრამ რაც უფრო რთულია მომავალი ოპერაცია, მით უფრო საგულდაგულოდ უნდა შეეისწავლოთ ავადმყოფი. მენსტრუაციის წინ და მენსტრუაციის პერიოდში ოპერაცია არ უნდა დაიგეგმოს. ავადმყოფთან საჭიროა გულისყურიანი დამოკიდებულება.

მოგვეყავს ზოგადი მდგომარეობის ზოგიერთი ბიოლოგიური მაჩვენებლები

ნორმის ფარგლებში:	მამაკაცები	ქალები
1. სისხლის წნევა	140/80	100/60
2. კემოგლობინი	13,5-16,3 გრ.%	11,5-14,8 გრ. %

3. ურითროციტები	4,2-5,1 მილ.	3,6-4,8 მილ.
4. ლეიკოციტები	4.000	5.000
5. სისხლდენის ხანგრძლივობა	2-4 წუთი	
6. ე.დ.ს.	3-5 მმ/ს	4-7 მმ/ს
7. კოლგის წარმოქმნის დრო	12-15 წამი	
8. თრომბოციტები	150.000-300.000	
9. ალბუმინები	4,6-6,3 გრ%	
10. გლობულინები	1,2-2,3 გრ.%	
11. ფიბრინოგენი	0,2-0,4 გრ.%	

საჭიროა შარდის გამოკვლევა შაქარზე და საჭიროების მიხედვით სხვა გამოკვლევები. აუცილებელია ფოტოსურათის გადაღება ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ, ანაბეჭდების და მულიაეების დამზადება.

აღდგენითი ქირურგიის თანამედროვე პრინციპები.

1. ქსოვილების ბიოლოგიური შეთავსებადობა ან ალოპლასტიკური მასალის ინდიფერენტულობა.
2. გადასანერგი ქსოვილის ადექვატურობა ფორმის, მოცულობის და ფუნქციის მიხედვით.
3. საკმარისი კოსმეტიკურობა
4. აღსადგენი ორგანოს სიმეტრიულობა
5. მიღებული ანატომიური, კოსმეტიკური და ფუნქციონარული შედეგების სიმღვრადე.

ყბა-სახის არეში უნდა გავითვალისწინოთ აგრეთვე

1. ლეჭვის, ყლაპვის, სუნთქვითი ფუნქციების აღდგენა, თანკბილვის აღდგენა, თავის თავისუფალი მოძრაობის შენარჩუნება.
2. ოპერაციულმა ჩარევამ ხელი არ უნდა შეუშალოს სახის ჩონჩხის განვითარებას.
3. ოპერაციის შემდგომ პირის ღრუში არ უნდა გაიზარდოს თმა, ხოლო კანქვეშ ეპიდერმული კისტები.

აღდგენითი ოპერაციების სახეები. გადასანერგი მასალების გამოყენების თვალთახედვით მიღებულია გრანსპლანტაციის საერთაშორისო კლასიფიკაციური სქემა.

1. აუტოგრანსპლანტაცია ითვალისწინებს საკუთარი ორგანიზმიდან ქსოვილის ან ორგანოს აღებას და მის გადაგანას სხვა ადგილზე. ამ მიზნით სახეზე გამოიყენება კანის გადანერგვა. ძელოვანი ქსოვილის გადანერგვის დროს გამოიყენება თემოს ძელის ქელი, გულმკერდის ნეკნები (VI-VIII)

უმჯობესია ადებულ იქნას გულმკერდის მარჯვენა ნახევრიდან. კუნთოვანი ქსოვილის გადასანერგად ვიყენებთ უმთავრესად საფეთქლის კუნთის ბოჭკოებს, იშვიათად საღვჭი კუნთის ბოჭკოებს. ცხიმოვანი ქსოვილის ალება ხდება მუცლის არედან და გადაგვაქვს სახის არეში. (სახის პემიატროფიის შემთხვევაში). ქუთუთოს ლორწოვანი გარსის აღსადგენად ვიყენებთ ლორწოვან გარსს ადებუულს ან პირის ღრუდან, ან სასქესო ორგანოებიდან.

2. ა ლ ო ტ რ ა ნ ს ქ ლ ა ნ ტ ა ც ი ა ქსოვილების ან ორგანოს გადანერგვა ერთი და იგივე სახეობებს შორის, გენეტიკურად განსხვავებული ერთმანეთისაგან. ქსოვილის ან ორგანოს გადატანა ერთი ადამიანიდან მეორეზე. ტრანსპლაციისათვის გამოიყენება კანი, ხრტილი, ძვალი, ყბა, კბილები და სხვა. ხრტილი გამოიყენება, როგორც საყრდენი მასალა ცხვირზე ოპერაციების დროს. კბილების გადანერგვა მკვდარი ადამიანიდან – ცოცხალზე (მოროზი, 1969), კბილების გადანერგვა ცოცხალი ადამიანიდან ცოცხალზე (ფილატოვი, 1970). ლიოფიზირებული ქვედა ყბა (პლოტნიკოვი, 1963).

3. ი მ ო ტ რ ა ნ ს ქ ლ ა ნ ტ ა ც ი ა . ქსოვილების ან ორგანოს გადანერგვა გყუპის ერთი ცალიდან მეორეზე, რომლებიც გენეტიკურად იდენტურნი არიან.

4. ქ ს ე ნ ო ტ რ ა ნ ს ქ ლ ა ნ ტ ა ც ი ა , ქსოვილის ან ორგანოს გადანერგვა სხვა და სხვა სახეობებს შორის (ცხოველიდან ადამიანზე, ძალიდან ბოცვერზე და სხვა). პრაქტიკულად არ გამოიყენება ადამიანზე.

5. ე ქ ს ქ ლ ა ნ ტ ა ც ი ა – ხელოვნური მასალის გადანერგვა, როგორცაა ლითონი, პლასტმასა, პარაფინი, პლექსიგლაზი, სილოქსანი, კორუნდოკერამიკა და სხვა.

ა ღ ღ გ ე ნ ი თ ი ო პ ე რ ა ც ი ე ბ ი ს დ ა გ ე გ მ ვ ა . ყველა ქირურგიული ოპერაცია მოითხოვს წინასწარ დაგეგმვას და რიგი მოვლენების გათვალისწინებას. ეს განსაკუთრებით უხედა აღდგენითი ოპერაციების ჩატარებას. აღდგენითი ოპერაციების დაგეგმვის დროს უნდა გაითვალისწინოთ შემდეგი მომენტები:

1. ოპერაციული ეტაპების მინიმალური რაოდენობა.
2. ქსოვილებისადმი მინიმალური ტრავმის მიყენება.
3. ოპერაციულ ეტაპებს შორის მინიმალური დრო.
4. ოპერაციის შემდეგ თავის და ხელების მოხერხებული მდებარეობა.
5. საკვების მიღება ჩვეულებრივი გზით.
6. ოპერაციის შემდეგ ახლო და შორეული კარგი შედეგები.

ოპერატორმა უნდა გაითვალისწინოს აგრეთვე ოპერაციის ხანგრძლივობა, თუ ოპერაციას სჭირდება ერთი საათი ის არ უნდა გაგრძელდეს ორი საათი, კანის გაკვეთა უნდა მოხდეს ბუნებრივ ნაოჭებში და მოხერხებულ ადგილებში, ისე რომ იყოს არა მარტო ფიზიოლოგიური, არამედ ესთეტიკური ეფექტი. ჭრილობაში სისხლენის შეჩერება უნდა იყოს საბოლოო.

აღდგენითი ოპერაციების ძირითადი მეთოდები.

აღგილობრივი ქსოვილების გადანერგვა

ყბა-სახის არეში აღდგენითი ქირურგიული ოპერაციები შეიძლება ჩატარდეს აღგილობრივი ქსოვილების გადანერგვით, ქსოვილების თავისუფალი გადანერგვით, ფილატოვის მრგვალი ყლორტის გამოყენებით.

1. ა ღ გ ი ლ ო ბ რ ი ვ ი ქ ს ო ვ ი ლ ე ბ ი ს გ ა დ ა ნ ე რ გ ვ ა . აღგილობრივი გადანერგვაში იგულისხმება, ისეთი ქირურგიული ოპერაციები, როდესაც საოპერაციოდ გამოიყენება დეფექტის ირგვლივ მდებარე ქსოვილი — კანი, აღგილობრივი პლასტიკური ოპერაციები პირობითად შეიძლება დაეყოს შემდეგ სახეებად: 1. ქსოვილის ამოკვეთა (ნაწიბური და სხვა) და მისი კიდეების მიახლოება. 2. ქსოვილის გაკვეთა და გათიშვა-გაწევა. 3. ქსოვილთა კიდეების შემხვედრი მიახლოება.

აღგილობრივი პლასტიკის ერთერთი მარტივი წარმომადგენელია ქსოვილის კიდეების მიახლოება, მათი წინასწარი გათიშვისა და მობილიზაციის შემდეგ. ასეთი ჩარევა ხდება მაშინ, როცა საჭიროა პატარა წარმონაქმნების (ანგიომა, ხალი, ნაწიბური და სხვა) ამოკვეთა და ჰრილობის დაფარვა კანით. კანის გათიშვა წარმოებს ცხიმოვანი ქსოვილის ღონებზე, რაც მეტ ფართზეა ათიშული კანი, მით უფრო მეტი მობილიზაცია შეიძლება მისი. კანის მედმეტად დაჭიმვა არ შეიძლება რადგან ის იწვევს ქსოვილის სიცოცხლის უნარიანობის დაქვეითებას. ცოტად თუ ბევრად დიდი ნაფლეთის დროს ვიყენებთ ნაფლეთის გადანაცვლებას ფართო ფეხით. (ი. შიმანოვსკი).

საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ თვითოეული დეფექტი განიხილება, როგორც მარტივი გეომეტრიული ფიგურა (სამკუთხედი, ოთხკუთხედი, ოვალი). ან როგორც უფრო რთული, რამდენიმე მარტივის შეერთებით.

აღქსანდრე ლიმბერგმა პირველმა დაამტკიცა, რომ შემხვედრი ნაფლეთების გადანაცვლებით, არა მარტო შეიძლება დეფექტის დაფარვა, არამედ მანძილისა და ფართობის გაზრდაც. მოგვყავს ავტორისეული ცხრილი.

სამკუთხედების	ფართის საერთო	დიდი	პატარა
კუთხე	მომატება	კუთხესთან	კუთხესთან
30°-60°	42%	25%	17%
30°-75°	47%	32%	15%
30°-90°	50%	41%	9%
30°-105°	52%	52%	0

კანის ნაფლეთების შემხვედრი სამკუთხედების გადანაცვლება წარმატებით გამოიყენება კანის დანაოჭების, წარბების, ლორწოვანი გარსის ნაწიბურების, კანის დიდი ნაწიბურების, პირის კუთხეების ოპერაციული მკურნალობის დროს.

უ ე ხ ი ა ნ ი ნ ა ფ ლ ე თ ი . აღსანიშნავია, რომ როდესაც დეფექტის

დაფარვა კანის უბრალო გადანაცვლებით და არც შემხველრი სამკუთხედებით არ ხერხდება; ასეთ შემხვევებში გამოიყენება ფეხიანი ნაფლეთი, რომელიც მზადდება ღუფექტის გვერდით არსებული ან უფრო მოშორებით მდებარე ქსოვილებიდან.

ღუფექტის ახლოს ფეხიანი ნაფლეთის დამზადება შედარებით მარტივ პლასტიკურ ოპერაციად ითვლება, თუმცა ახლო მანძილიდან მისი ალება ყოველთვის არ ხერხდება, ნაწიბურების ან სხვა მიზეზებს გამო. ასეთ შემთხვევებში ნაფლეთის ალება ხდება უფრო მოშორებული ადგილებიდან. მაგალითად ცხვირის პლასტიკისათვის – შუბლის კანიდან, ლოყის ღუფექტის დასაფარადად კისრის არედან და სხვა. ზოგჯერ ნაფლეთის ალება გეიხდება უფრო შორი მანძილიდან – წინა მხარი, მხარი.

ფეხიანი ნაფლეთის სიცოცხლისუნარიანობის შენარჩუნებისათვის საჭიროა ზოგიერთი პირობის შექმნა:

1. უნდა განესაზღვროთ ნაფლეთის სიგრძისა და სიფართის სწორი შეფარდება, რაც უფრო ფართოა ფეხი, მით უფრო კარგია კვება, მაგრამ ფართო ფეხიანი ნაფლეთის შემობრუნება ძალზე ძნელია.

2. ნაფლეთის სისხლით კარგად მომარაგებისათვის, აუცილებელია, რომ სიგრძე 3-ჯერ უფრო დიდი იყოს, ვიდრე სიფართე (4 X 12; 6 X 18 სმ. და სხვა).

3. უმჯობესია თუ ფეხიანი ნაფლეთი გამოიკვეთება ერთ ქსოვილში. ცხიმოვანი ქსოვილი მთელ სიგრძეზე უნდა იყოს ერთნაირი სისქის.

4. ნაფლეთმა თავისუფლად უნდა დაფაროს ღუფექტი. ნაფლეთის შემობრუნებამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის მიმოქცევის გაძნელება (ციანოზი) და სიკვდილიც კი. ციანოზის შემთხვევაში საჭიროა განაკაწრების გაკეთება ნაფლეთზე.

ვარჩევთ ფეხიანი ნაფლეთის შემდეგ სახეებს: 1. ნაფლეთი ერთ ფეხზე; 2. ნაფლეთი ორ ფეხზე (ხიღისებური); 3. გაღაბრუნებული; 4. გაორმაგებული; 5. არტერიზებული.

1. ნ ა ფ ლ ე თ ი ე რ თ ფ ე ხ ზ ე . მზადდება ერთ შრეში ახლო მდებარე ქსოვილებიდან. უმჯობესია მკვებავი სისხლძარღვის მიმართულებით. ქსოვილის ამრევების მომენტში არ უნდა დავაშიანოთ არა მარტო წერილი სისხლძარღვები, არამედ თვით საკუთარი კანი. ამ მეთოდის დადებითი მხარეა, ის, რომ ერთდროულად ხდება ნაფლეთის წარმოქმნა და ღუფექტის დახურვა. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კანის ფერს. გარდა ამისა ნაფლეთის შემობრუნება შეიძლება 180°-ით.

2. ნ ა ფ ლ ე თ ი ო რ ფ ე ხ ზ ე (ხ ი ღ ი ს ე ბ უ რ ი) . მზადდება ქსოვილის ერთ შრეში, უპირატესობა ის არის, რომ ნაფლეთი იკვებება ორი ფეხით. სამუშაოდ ითვლება მისი შუა ნაწილი. ეს ნაფლეთი შეიძლება გამოიყენოთ ტუჩების პლასტიკისათვის, მაგ. კისრის არედან ალებული (ა. ლაპჩინსკი). ამ ნაფლეთის სახეობას განეკუთვნება ფილაგოვის ყლორტი.

3. გაღაბრუნებული ნაფლეთი განეკუთვნება ფეხიან ერთშრიან ნაფლეთებს და გამოიყენება სახის რბილი ქსოვილების დეფექტის აღსადგენად. ძირითადად ღრუს შიგნითა ზედაპირის შესაქმნელად. მაგ. ცხვირის ღრუს გამჭოლი დეფექტი. შიგნითა ზედაპირი შეიძლება შეიქმნას ცხვირის ზურგიდან გადმოყრნებული ნაფლეთით, ხოლო გარეთა ზედაპირი ლოყიდან აღებული ნაფლეთით. ასეთი ნაფლეთების შემობრუნება შეიძლება 180° შიგნით. ამ მეთოდს ვიყენებთ აგრეთვე ლოყის გამჭოლი დეფექტის დროს. უფრო მოსახერხებელია ქალებში, რადგან მათ სახეზე თმა არ იზრდება.

4. გაორმაგებული ნაფლეთი, ასეთი ნაფლეთის შექმნისათვის საჭიროა ორი შემხედრი ნაფლეთის გამოკვეთა, რომლითაც შეექმნით შინითა ზედაპირს, გარეთა ზედაპირი იქმნება ან კისრის არედან აღებული ქსოვილით ან ფილაგოვის ყლორტით.

სახის დეფექტების დასახურავად გამოიყენება აგრეთვე წინასწარ გაორმაგებული ნაფლეთი, რომელიც შედგება ორი ერთშრიანი ნაფლეთისაგან. ასეთი ნაფლეთის სახეობას განეკუთვნება კლაპის ნაფლეთი.

კლაპი გაორმაგებული ნაფლეთისათვის გამოიყენებს წინამხრიდან აღებულ პორიზონტალურ ნაფლეთს და მის შესახვედრად ასეთივე ნაფლეთს გამოკვეთს გულმკერდის კანიდან, ისე რომ ორივე ნაფლეთი ჭრილობებით ეხება ერთმანეთს. შეხორცების შემდეგ მოიკვეთება ნაფლეთის გულმკერდის ფეხი და მხრის ზევით აწევით ნაფლეთი მიიგანება სახის დეფექტამდე.

რაუერი გაორმაგებული ნაფლეთის შექმნისათვის ერთ ნაფლეთს გამოკვეთავს ილღის ფოსოში, ხოლო მეორეს გულმკერდის გვერდით ზედაპირზე. მათი ზედაპირების შეერთებით მზადდება გაორმაგებული ნაფლეთი. გულმკერდის ფეხი მოიკვეთება და მხარის აწევით ნაფლეთი გადაიგანება სახის დეფექტამდე. ამ მეთოდის შედარებით უპირატესობა ის არის, რომ ნაფლეთის ფეხი უფრო გრძელია. ასეთი გაორმაგებული ნაფლეთები წარმატებით გამოიყენება მამაკაცების გუჩებისა და ნიკაპის აღსადგენად.

ლექსერი მეთოდი. გაორმაგებული ნაფლეთის შესაქმნელად ავტორი თავის თმიანი ნაწილიდან გამოკვეთავს ერთ ნაფლეთს, რომელიც ფეხით ეშვება კისრისაკენ, მეორე ნაფლეთი გამოიკვეთება კისრის არეში, რომლის ჭრილობიანი ზედაპირი უერთდება პირველ ნაფლეთს, ჭრილობის შეხორცების შემდეგ (12-14 დღე) კისრის ფეხი მოიკვეთება და ნაფლეთი გადაიგანება დეფექტამდე.

5. არტერიზირებული ნაფლეთი ერთშრიანი ნაფლეთია, გამოკვეთის დროს მის შემადგენლობაში აუცილებლად უნდა მოხედეს ერთი მკვებაევი სისხლძარღვი მაინც, მაგალითად ცხვირ-ტუჩის ნაოჭიდან ნაფლეთის აღების დროს მის შემადგენლობაში უნდა შედიოდეს ცხვირის კუთხის არტერია, საფეთქლის არედან აღებულში კი საფეთქლის არტერია, კეფიდან

აღებულში კეფის არტერია. ასეთი ნაფლეთები კარგად იკვებებიან და წარმატებით გამოიყენებიან ორგანოს აღსადგენად, მაგ. წარბების ღეფექტის აღსადგენად.

ტურების აღდგენა (ქეილოპლასტიკა)

ტურები სახის ორგანული შემადგენელი ნაწილია და სახის პარმონიაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია, ისინი ადამიანის ინდივიდუალობის, მისი გუნება-განწყობილების გამოხატველია. ტურების ფუნქციური დანიშნულება მრავალსახოვანია: გამოხატავს ადამიანის ხასიათს, მიმიკას, აქტიურად მონაწილეობს მეტყველებაში, უზრუნველყოფს პირის პერმეტიზმს, მონაწილეობს ღეჭვის ფუნქციაში. ტურები რთული აგებულებისაა, ზედა ტური თავისი მოყვანილობით განსხვავდება ქვედა ტურისაგან. შედგება მრავალი ქსოვილისაგან. წითელი ყაეთანი წარმოდგენილია მრავალშრიანი ლორწოვანი გარსით, რომელიც უშუალოდ ესაზღვრება ტურების მფარავ კანს. ლორწოვანი გარსის სისქეში მოთავსებულია მცირე სანერწყვე ჯირკვლები. ტურების ძირითადი მასა წარმოდგენილია კუნთოვანი ბოჭკოებით, განლაგებულია ტურების ირგვლივ, რომლის კიდეებში ჩაქსოვილია მიმიკური კუნთების ბოჭკოები. ტურების დეფორმაცია და დეფექტი იწვევს სახის მკვეთრად გამოხატულ სიმახინჯეს და მიმიკის მოშლას, რასაც თან სდევს გამოხატული ფსიქიკურ-ემოციური ძვრები.

ტურების დეფორმაცია შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი.

თანდაყოლილი დეფორმაციებია: 1. ტურების გასქელება, 2. გადმობრუნებული ტური, 3. ორმაგი ტური, 4. ჩამოშვებული, 5. გრძელი ტურები (ფართო პირი) 6. მოკლე ტურები (მიკროსტომა). 7. მაღალი ტური (ზედა), 8. თანდაყოლილი ნაპრაღი.

1. გასქელებული ტურები უფრო ხშირად გვხვდება შავკანიან და ზოგიერთ სხვა რასის წარმომადგენლებში. ტურების გასქელება გამოწვეულია მისი ლორწვევა ქსოვილის ჭარბად განვითარების შედეგად. თვით ტური ანატომიურად ნორმალურ მდგომარეობაშია. ანთებადი კომპონენტი არ არის. ოპერაციული ჩარევა შეიძლება გამოწვეული იყოს მხოლოდ კოსმეტიკური მოსაზრებით. ოპერაცია მდგომარეობს ზედმეტი ქსოვილის ამოკვეთაში.

2. გადმობრუნებული ტური. იქმნება ცრუ შთაბეჭდილება თითქოს ტური გასქელებულია. ფაქტობრივად ქვედა ტური გადმობრუნებულია. ჩანს არა მარტო წითელი ყაეთნის ლორწოვანი გარსი, არამედ ტურის პირის კარიბჭის ლორწოვანი გარსის ნაწილი. ოპერაცია ნაჩვენებია როგორც ფუნქციური ისე კოსმეტიკური თვალსაზრისით. ოპერაცია ითვალისწინებს ლორწოვანი გარ-

სის და მის ქვეშ მღებარე ქსოვილების ამოკვეთას და ტუჩის ამობრუნებას.

3. **ორმაგი ტუჩი** გვხვდება საკმაოდ ხშირად, არის განვითარების მანკი. ღმილის ან სიცილის ღროს ზედა ტუჩის ლორწოვან გარსზე ჩნდება მკვეთრად გამოხატული ნაოჭი. ფუნქციურ მოშლილობას არ წვევს. ოპერაცია კეთდება კოსმეტიკური თვალსაზრისით. საჭიროა ნახევრად ოვალური ორი განაკვეთის გატარება ტუჩის კუთხიდან მეორე კუთხემდე და ზელმეტი ქსოვილის ამოკვეთა.

4. **ჩამოშვებული ტუჩი**. ტუჩის რბილი ქსოვილების ტურგორი ნაწილობრივ დაქვეითებულია, ფუნქცია შესუსტებული. ტუჩი თითქოს მოღუნებულია, წარმოადგენს გამოხატულ კოსმეტიკურ სიმახინჯეს. გვხვდება მხოლოდ ქვედა ტუჩზე. ოპერაცია ითვალისწინებს ტუჩის ცენტრალური ნაწილიდან სამკუთხოვანი ფორმის ნაფლეთის ამოკვეთას, ისე რომ სამკუთხედის მწვერვალი მიმართულია ნიკაპისაკენ, ხოლო ფუძე წითელი ყაეთნისაკენ.

5. **გრძელი ტუჩი (ფართო პირი)**. ჩვეულებრივ პირის ნაპრალის სიგრძე თანაფარდობაშია სახის კონფიგურაციასთან და საშუალოდ 6-7 სმ-ია. ფართო პირის ნაპრალი მშვიდ მდგომარეობაში ნაკლებად გამოხატულია, უფრო ჩანს ღმილის ან ლაპარაკის ღროს. საჭიროა პირის ნაპრალის გაზომვა და მისი სიგრძის დაპატარავება სახის პარამონის გათვალისწინებით.

6. **მოკლე ტუჩები (მიკროსტომა)**, პირის ნაპრალი საშუალო ზომებზე ნაკლებია. თანდაყოლილი იშვიათია, უფრო ხშირად გვხვდება როგორც ტრავმული დაზიანების გამოსავალი (დამწერობა და სხვა). ოპერაციას წინ უძღვის პირის ნაპრალის საშუალო ზომის დადგენა ინდივიდუალურად. ამის შემდეგ ვატარებთ საჭირო ზომის განაკვეთს (განაკვეთებს). ავთიშავთ ლორწოვან გარსს, რომელსაც ზომიერად გავჭიმავთ ჭრილობის სიგრძეზე და ჭრილობას გავკერავთ. ჭრილობა საჭიროებს გულმოდგინე მოვლას, რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით.

7. **მაღალი ზედა ტუჩი**. უფრო ხშირად გვხვდება, არის როგორც თანდაყოლილი, ისე შეძენილი. ტუჩების მოღუნების ღროს პირის ნაპრალი არ იხურება და ჩანს ზედა ყბის ფრონტალური კბილები. მცირედ გამოხატული დეფექტის ღროს, ცხვირის ძგიდის ქვეშ კანზე ვატარებთ ორ განაკვეთს, რომელთა შეხების მახვილი კუთხე მიმართულია ზედა ტუჩის წითელი ყაეთნისაკენ, ქსოვილების გაკვეთის შემდეგ ზედა ტუჩს დავწვეთ ქვეით, ვაგრძელებთ ძგიდეს და გავკერავთ. სხვა შემთხვევაში მიემართავთ უფრო რთულ პლასტიკას.

ტურების შექმნილი ლეფექტები

ტურების ლეფექტები და ლეფორმაციები შეიძლება აღმოცენდეს შემოხვევით გრაუმის, ოპერაციული (სიმსივნის ამოკეთა) ჩარევის. გალატანილი დააეალუბების შედეგად და სხვა.

ლოკალიზაციის მიხედვით შეიძლება იყოს ტურის გვერდითი ან შუა არე, გოგალური. მხოლოდ წითელი ყაეთნის, ყველა ქსოვილის (კანი, კუნთები, ლორწოვანი) ან ერთი რომელიმესი, შეიძლება იყოს ზელაპირული, გამჭოლი, ან ფარული. შეუღლებულს სახის სხვა ორგანოებთან.

კ ღ ი ნ ი კ ა . გამოხატულია კოსმეტიკური სიმასინჯე და ფუნქციური მოშლილობა (მეგყველება, ღეჭვა, სუნთქვა). პირის ღრუდან ნერწყვის დენა პერმეტიზმის დარღვევის შედეგად ან პირიქით, სიმშრალე.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ოპერაციული ჩარევის მოცულობა დამოკიდებულია ლეფექტის სიდიდებზე, ხასიათზე და ლოკალიზაციაზე. მოვიყვანო რამდენზე ტიპურ მეთოდს:

1. **ღ ი მ ბ ე რ გ ი ს მ ე თ ო ღ ი** გამოიყენება ნაწიბუროვანი ლეფორმაციების ღროს. ოპერაცია დაფუძნებულია შემხვედრი სამკუთხედების გამოყენებაზე. სამკუთხედებს გამოყვეკეთაეთ ტურების ან ლოყის არედან (45° - 90° ; 45° - 120° . ან სხვა კომბინაცია) სამკუთხედების მეთოდს ვიყენებთ აგრეთვე ხაზოვანი ლეფორმაციებისა და ლეფექტების აღსადგენად.

2. **ა ბ ბ ე ს მ ე თ ო ღ ი** ნაჩვენებია ზელა ტურის გამჭოლი ლეფექტის ღროს, რომელსაც აქვს სამკუთხედის ფორმა და რომლის ფუძე $1,5$ სმ-ია, ანესთეზიის გაკეთებამდე საჭიროა ლეფექტის სიგრძე სიგანის გამოზება, ასეთივე გამოზება ხდება ქველა ტურზე. აღენიშნაეთ გოლფასოვან სამკუთხედს, რომელიც მიდის წითელ ყაეთნამდე (ისე რომ არ დავაზიანოთ ტურის არტერია). გამოჭრილ სამკუთხედოვან ნაფლეთს ჩაეაკერებთ ზელა ტურის ლეფექტში, ისე რომ ქველა ქუჩიდან გამოკვეთილი ნაფლეთი დაკავშირებულია ღონორთან. ჭრილობას გაეკერაეთ ქველა ტურზე. ეს ოპერაცია ავიწროვებს პირის ნაპარალს და მას გაყოფს ორ ნაწილად. ჭრილობის შეხორცების მიმდინარეობის პერიოდში ავადმყოფის კეება წარმოებს ზონდით. ჭრილობის შეხორცების შემდეგ (8-10 დღე). მოიკვეთება ნაფლეთი ქველა ტურზე და ფორმირდება ორივე ტური.

3. **ბ რ უ ნ ს ი ს მ ე თ ო ღ ი** გამოიყენება ტურების სიმეტრიული ლეფექტის ღროს. ლოყის სისქეში გამოიჭრება ორი ერთნაირი ნაფლეთი (სიფართო 3-4 სმ, სიგრძე 5-6 სმ). გამოვჭრით რუსულ I-ს ფორმის ნაფლეთს და გადმოვიგანოთ ლეფექტის ადგილზე ორივე მხრიდან. ნაფლეთის კიდეებს მიუეახლოვებთ და გაკვერაეთ შრეობრივად.

ამავე მიზნით გამოიყენება სელილოს მეთოდი.

ქსოვილების თავისუფალი გადანერგვა

ქსოვილების თავისუფალი გადანერგვა საკმაოდ ხშირად გამოიყენება ყბა-სახის ალდგენით ქირურგიაში. მიღებულია თავისუფალი გადანერგვის შემდეგი სახეები: 1. აუტოგენური – საკუთარი ქსოვილების გადანერგვა სხეულის ერთი ნაწილიდან ყბა-სახის არეში; 2. სინგენური – გენეტიკურად იდენტური ორგანიზმიდან აღებული ქსოვილი; 3. ალოგენური – ერთი და იგივე სახეობიდან აღებული ქსოვილი; 4. ქსენოგენური – სხვა სახეობის ორგანიზმიდან აღებული მასალა; 5. არა ცოცხალი ორგანიზმიდან აღებული მასალის ჩახორცება-ჩანერგვის გზით (იმპლანტაცია).

ალდგენით ქირურგიაში აუტოგენური მასალა საკმაოდ ხშირად გამოიყენება. ასეთ მასალას აქვს მეხორცეების გამოხატული თვისება.

სინგენური მასალა წარმატებით გამოიყენება ერთი კვერხუჯრელიდან განვითარებულ ტყუქებში.

ალოგენური მასალის გამოყენება გარკვეულ წინააღმდეგობას აწყობდა, რადგან ქსოვილთა ცილოვანი შეუთავსებლობა საკმაოდ მკაფიოდ არის გამოხატული ადამიანებში. აუტორები მიუთითებენ, რომ ნაკლები ანტიგენური აქტიობით გამოიყენება მკვდარი სხეულიდან აღებული ქსოვილი.

ქსენოპლასტიკა – ცხოველიდან აღებული მასალის გადაგანა ადამიანზე პრაქტიკულად არ გამოიყენება. ამ ბოლო წლებში მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში და მათ შორის საქართველოში წარმატებით გამოიყენება სხვადასხვა მასალის ცოცხალ ორგანიზმში ჩახორცება. ასეთად გამოიყენება ლითონი, პლასტმასა, ალუმინის ოქსიდატი და სხვა.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ გადანერგილი ცოცხალი ქსოვილი აღინიშნება, როგორც ტრანსპლანტანტი, ხოლო არა ცოცხალი – იმპლანტანტი.

გადანერგვა შეიძლება ნებისმიერი ქსოვილის: კანი, ძვალი, ხრტილი, კუნთი, ლორწოვანი გარსი, ფასცია, ცხიმოვანი ქსოვილი, ნერვი, სისხლძარღვი და სხვა.

კანის თავისუფალი გადანერგვა გამოიყენება, როგორც კანის ღეფექტის, ისე ლორწოვანი გარსის აღსადგენად. კანის თავისუფალი გადანერგვის მეთოდი მოგეაწოდა რევერდენმა. გადანერგვის არსი მდგომარეობს მასში, რომ ბასრი დანით უნდა ავიღოთ კანის მედაპირული შრე მომით 0.5 სმ, რომელიც შემდეგ გადაგვაქვს ჭრილობის გრანულაციურ მედაპირზე, კანის ამ ნაფლეთებს მცირე მანძილით ვაშორებთ ერთმანეთისაგან, ფიქსაციისათვის ვაღებთ სტერილურ ნახევებს. 5-6 დღეში კანის ნაფლეთები იწყებს შესორცებას, მოგვიანებით იწყება ეპითელის მიგრაცია თავისუფალ არეში და თანდათანობით იფლება კანის ნაფლეთებს შორის სივრცეები. შესახორცებელი პროცესის დამთარების შემდეგ კანი იღებს

თაყისებერ მოზაიკურ კლფერს და სახეზე ამ მეთოდის გამოყენება არ არის მოზაიკური.

გ ი რ მ ი ს მ ე თ ო დ ი . რეკერლენის მეთოდისაგან განსხვავებით აუტორი იღებს მთელი ლექსის დასაფარავ კანის ფარის, თხელი ნაფლეთი შიქრავს ეპიდერმისისა და საკუთარი შრის შერეულ ნაწილს. ახეთი ნაფლეთი გადააკეთო ლექსის ადგილზე. კანის სისქე არ უნდა აღემატებოდეს 0,2-0,25 მმ. გრანსპლანტიანი მთელ ჭრილობაზე უნდა ეხებოდეს გრანულაციურ ქსოვილს, ისე რომ მათ შორის არ მოხდეს სისხლის ან ქსოვილოვანი სითხის დაგროვება. ფრთხილი ზედწოლით გამოეწურეთ სისხლოვან მასას და დაეაღებთ სტერილურ ნახევებს 8-10 დღით.

კ რ ა უ გ ე ს მ ე თ ო დ ი . აუტორი გამოიყენებს კანის უფრო სქელ ნაფლეთს, კანის მთელ სისქეზე, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გარეშე. წინასწარ ცელოფანით ან სტერილური რესტგენის ფირით განესაზღვრეთ ლექსის მთელ ფარის. ღონორის ადგილის მომზადების შემდეგ ეილებო ამ მომის გრანსპლანტიანს წერილი ძაფით (ცხენის ძაფით) და გადაგვაქვს ჭრილობის ზედაპირზე, ჭრილობას შევავსებთ სტერილური ნახევებით, ძაფებს მოვხსნით მე-10-12 დღეზე. ამ მეთოდის დაღებითი მხარეა ის, რომ იძლევა დამაკმაყოფილებელ კოსმეტიკურ ეფექტს.

ზოგერთი აუტორი იყენებს დატხრილულ პერფორირებულ გრანსპლანტიანს (ლეგლასი, ღრეგმოგი).

კანის თაყისუფალი პლასტიკისათვის გამოიყენება თხელი ნაფლეთი - 0,2-0,25 მმ. (გირში), გაჩეხილი ნაფლეთი 0,3-0,6 მმ. სქელი, ნაფლეთი 0,8-1 მმ (კრაუზე).

კანის თაყისუფალი გაღანერგვა გამოიყენება სახის კანის და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლექსების აღსაღვენად.

ლ ო რ წ ო ვ ა ნ ი გ ა რ ს ი ს გ ა ღ ა ნ ე რ გ ვ ა . საკითხი აქტუალურია, რადგან მასალა ძნელად მოსაპოვებელი და ლეფიციტურია, მისი აღება დიდი რაოდენობით კი შეუძლებელია. პირის ღრუდან ან ტუჩებიდან ლორწოვანი გარსი შეიძლება ავიღოთ მცირე ლექსების აღსაღვენად. (ქუთუთობის ლორწოვანის ლექსები). ლორწოვანი გარსი აღება თხელი შრით, ბასრი იარაღით (ბრიტვა). მისი მოღიანობის სრული შენარჩუნებით, დაფიქსირება - ატრაუმული ნეშით.

ც ხ ი მ ი ს გ ა ღ ა ნ ე რ გ ვ ა . ცხიმის თაყისუფალი გაღანერგვა პირველად განახორციელა ჩერნიმ 1896 წელს. ამოკვეთილი დიდი ცხიმოვანი ნაკერი მან გადაიტანა მოკვეთილი სარძევე ჯირკვლის აღსაღვენად. ამ ოპერაციის შემდეგ დაიწყო ცხიმოვანი ქსოვილის გამოყენება სახის აღღვენით ოპერაციების პრაქტიკაში ანთებითი პროცესების შემდეგომ პერიოდში, ნაწიბურებით გამოწვეული ლეფორმაციები, კემიოგროფია, საფუთქელქელა ყბის სახსრის ანკილოზი (რაუერი და სხვა). ცხიმოვანი ქსოვილი ძალზე მგრძობიარეა ინფექციისა და გრაველი მუსიქილებისად-

ში. ცხიმოვანი ქსოვილი ურთიხლად კლდა იქნას ალკებელი, ისე რომ არ გაიჭყლიტოს, გაჭყლეტილი ცხიმი გაიწოვება და კისტის წარმოქმნის წყარო ხდება. ცხიმის გაღანერგეას ეახლენი ზედმეტი რაოდენობით (ჰიპერკორექცია), რადგან მისი ნაწილი განიყლის შქსაერთებულქსოვილოვანი გარდაქმნას. გაღანერგილ ცხიმოვან ქსოვილს ვამაგრებთ რამდენიმე ნაკერით.

ფ ა ს ც ი ი ს გ ა ღ ა ნ ე რ გ ე ა . გაღანერგი მასალა აიღება ბარძაყის დიდი ფასციიდან. ფასციას, როგორც პლასტიკურ მასალას ვიყენებთ სახის ნერვის დამბლის დროს ტუმის კუთხის ასაწვევად. რბილი ქსოვილების საფისაქციოდ სახის მიმიკური კუნთების პარალიზის დროს, ტუმის კუთხის ასაწვევად ფასციის ერთ კილეს ჩაეაკერებთ ტუმის კუთხეში, ხოლო მეორეს ვამაგრებთ ყვრიშალის რკალზე. ფასციას ვიყენებთ აგრეთვე ქვედა ყბის სახსრის ანკილოზის დროს ოსტეოგომირებულ ფრაგმენტებს შორის მონათავსებლად.

ხ რ გ ი ლ ის გ ა ღ ა ნ ე რ გ ე ა . ხრტილს, როგორც პლასტიკურ მასალას გააჩნია რიგი დაღებითი თვისებები: არ გააჩნია სისხლძარღვები, შეღარებით იოლი ასაღებია, აღვილად დასამუშავებელი დანით, აქეს ნაკლებად გამოხატული ანტიგენური თვისებები, გამოიყენება, როგორც საყრდენი და მაკონტეინირებელი მასალა.

პლასტიკისთვის უმჯობესია გამოვიყენოთ აუტოხრტილი აღებული მე-7-8 ნეკნიდან. ვიყენებთ ცხვირის ლეფორმაციის შემთხვევაში. ხრტილი აღებული შკედარი ადამიანიდან პირველად გამოიყენა მიხელსონმა 1935 წელს და აღწერა მისი ეფექტურობა.

ძ ე ლ ის გ ა ღ ა ნ ე რ გ ე ა . ძეალი, როგორც პლასტიკური მასალა გამოიყენება ქვედა ყბის ლეფექტების აღსაღვენად. ვიყენებთ, როგორც აუტომასალას, ისე ძეალს აღებულს გეამიდან. უმჯობესია მასალა ავილოთ მე-7 მე-8 ნეკნიდან (გულმეკრლის მარჯვენა მხარე). ნეკნი შიქძლება ავილოთ მთლიანად ან ე.წ. "გახლეჩილი" ნეკნი. ძელოვანი პლასტიკის ძირითადი მოთხოვნაა სრული ასუპტიკის დაცვა და ფრაგმენტების საიმელო ფიქსაცია, ამისათვის როგორც ძეალზე ისე ნეკნზე ვაკეთებთ საჭირო ჩაღრმავებებს და შემდეგ ვამაგრებთ მათულოვანი ნაკერიით. ოპრაციის შემდგომ პერიოდში საჭიროა ქვედა ყბის იმობილიზაცია 6-8 კვირა.

ნ. პლოტნიკოვმა ქვედა ყბის პლასტიკისათვის მოგვაწოდა ლიოფიზირებული ძეალი. ასევე წარმატებით გამოიყენება გეამიდან აღებული და 0,5 % ფორმალინის ხსნარში კონსერვირებული ძეალი (ქვედა ყბა).

ბოლო წლებში საქართველოში წარმატებით იქნა გამოყენებული ალუმინის ოქსიდატი ე.წ. კორუნდო-კერამიკა. ამ მასალის ექსპერიმენტალურ-კლინიკური შესწავლა ჩააგარა დოცენტმა ზურაბ გვენეტაძემ, მანვე შეიმუშეა კორუნდო-კერამიკული ნაკრები ქვედა ყბის ანატომიურ-ფუნქციური თავისებურების გათვალისწინებით. ჩვენს კლინიკაში ჩაგარკებულმა

გამოკვლევებმა ცხადყო ამ მასალის პერსპექტიულობა. მოხსენება ამ საკითხის ირგვლივ ვაკეთდა ეუროპის ყბა-სახის ქირურგთა მე-10 კონგრესზე ქალაქ ბრიუსელში 1988 წელს და მოწონება დაიმსახურა (ა. ბრეგაძე, ზ. გვენცაძე).

ფილაგოვის ყლორგით პლასტიკა

აღდგენითი ქირურგიის განვითარებაში დიდი როლი შეასრულა ე. ფილაგოვის მიერ მოწოდებულმა მეთოდმა. 1916 წელს ავტორმა წარმოქმნა მრგვალი ფეხიანი ნაფლეთი და აღადგინა თვალის ქვედა ქუთუთოს ლეფექტი. ამ მეთოდმა შემდგომში მსოფლიო აღიარება მოიპოვა.

მრგვალი ყლორგის წარმოქმნის ოპერაციული ტექნიკა მდგომარეობს შემდეგში: წინასწარ უნდა განესაზღვროთ რა ზომის ლეფექტია და რომელი ქსოვილით უნდა აღუადგინოთ ის (თმიანი, უთმო). შემდგომში გულმკერდის, მუცლის ან სხვა არეში მოეხაზავეთ საჭირო ფართის და სიგრძის ქსოვილს. კანს დავამუშავეთ სპირგით, იოლით, კანი უნდა იყოს ჯანმრთელი ელასტიკური, მობილური, საჭირო რაოდენობის კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილით. ასისტენტი ორი ხელით ნაოჭად აიღებს რბილ ქსოვილებს მონიშნულ ფარგლებში, ოპერატორი ნაოჭის ფუძესთან აიღებს ნაკერებს მთელ სიგრძეზე, რის შემდეგ რჩება ნაოჭად აღებული რბილი ქსოვილები. ოპერატორი ბასრი დანით აგარებს გამჭოლ განაკვეთს ნაოჭის ფუძესთან, ისე რომ წარმოიქმნას ჩემოდანის სახელურის მაგვარი ჭრილობა, ყლორგის ორივე ბოლო დაკავშირებულია დედობრივ ქსოვილთან. ვაკერავთ ჭრილობას სხეულის არეში, ხოლო შემდეგ შევეკერავთ ყლორგის ჭრილობის კიდეებს. ყლორგის ფეხებთან ჭრილობის დახურვა გარკვეულად გაძნელებულია და მოითხოვს დამატებით განაკვეთების გაგარებას. ჭრილობის დახურვის შემდეგ ყლორგის ქვეშ შეგვაქვს სტერილური დოლბანდი, ხოლო ყლორგის გვერდით არეში ვათავსებთ დოლბანდის მორგევებს. ზოგიერთი ავტორი საჭიროდ მიიჩნევს ყლორგის ვარჯიშს სისხლის მიმოქცევის სწრაფად აღდგენის მიზნით, სხეები კი ვარჯიშს უარყოფენ.

მრგვალი ყლორგის უარყოფით მხარედ მიიჩნევენ მკურნალობის ვადის ხანგრძლივობას და მრავალეტაპიანობას.

ვარჩევთ მრგვალი ყლორგის სამ ძირითად სახეს:

1. ჩვეულებრივი ყლორგი ორ ფეხზე (ჩემოდანის სახელური),
2. დაჩქარებული – მიგრაციული, როდესაც ყლორგის ერთი ფეხი პირდაპირ გადაგვაქვს ლეფექტის მიმართულებით.
3. მესამე, ყლორგი, როდესაც მისი ერთი ფეხი პირდაპირ გადაგვაქვს ლეფექტის ადგილზე და ვაკერებთ ჭრილობაში.

მრგვალი ყლორტი ფორმის მიხედვით შეიძლება იყოს: 1. ყლორტი ორ ფეხზე, 2. ყლორტი სამ ფეხზე. 3. ყლორტი ოთხ ფეხზე. ყლორტი არის ღილი, საშუალო და პატარა, იმისდა მიხედვით თუ რა ზომის ღეფექტია აღსაღები.

მრგვალი ყლორტის გამოყენებას აქვს თავისი მკაცრი ჩვენება. ასეთებია: 1. სახისა არეს გამჭოლი ღილი ღეფექტები, 2. ღილი ღეფექტები, არაგამჭოლი, რომლებიც წარმოიქმნება ნაწიბურების, სიხლდარღვოვანი სიმსივნეების ამოკეთის შემდეგ. 3. სახის ღილი ზომის ღეფექტები. 4. ცხვირის სუბტოტალური და ტოტალური ღეფექტი. 5. ნიკაპის არეს ღეფექტი. 6. ტუჩების, 7. ყურების ღეფექტი. 8. ქვედა ყბის სახსრის რეციდიული ანკილოზი, 9. ენის სუბტოტალური და ტოტალური ღეფექტი.

წარმოქმნილი ყლორტის მდგომარეობას განსაზღვრავთ მისი ტემპერატურითა და ფერით. მთავრად ფერი და ტემპერატურის დაქვეითება მიგვანიშნებს კვების მოშლაზე. ყლორტის ტემპერატურა უნდა იყოს 29-31°-ის ფარგლებში.

მოსალოდნელი გართულება: ჰრილობის გახსნა, ყლორტის ნაწილობრივი ან სრული ნეკროზი, წითელი ქარი, პემაგომა.

ჩვეულებრივ ოპერაციიდან 28-30 დღის შემდეგ მრგვალი ყლორტი მზად არის გადასატანად ღეფექტის მიმართულებით.

ოცდაშეათე თავი

ყბა-სახის არეს თანდაყოლილი სიმახინჯეები

ემბრიოლოგიიდან ცნობილია, რომ ადამიანის სახის ჩანასახი ვითარდება ხუთი მორჩისაგან. ერთი კენტი, შუბლის მორჩი. ზედა ყბის წყვილი მორჩი და ქვედა ყბის წყვილი მორჩი. ყველა ეს მორჩი პირველი ლაყურისებრი რკალის შემადგენელი ელემენტებია და მათი განვითარების ნორმალური პირობების დარღვევის შემთხვევაში ვითარდება სიმახინჯეები.

იშვიათი თანდაყოლილი სიმახინჯეებიდან აღწერილია გაორებული ზედა ან ქვედა ყბა (პოლიგნატია). ან ერთ-ერთი ყბის უქონლობა (ეპიგნატია). შუბლის მორჩი ემბრიონული განვითარების პერიოდში იძლევა ერთ შუა და ორ გვერდით მორჩებს. შუა მორჩიდან ვითარდება ყბათაშუა ძვალი და ცხვირი, ხოლო გვერდითი მორჩებიდან მარჯვენა და მარცხენა ლოყა. იმ შემთხვევაში, როდესაც შუბლის შუა გვერდითი მორჩების შეზრდა არ ხდება ვითარდება ზედა ტუჩის ნაპრალი.

სასის ფორმირება მიმდინარეობს ემბრიონის განვითარების მეორე თვის ბოლოსა და მესამე თვის განმავლობაში. ზედა ყბის მორჩებისაგან, ამ პერიოდში განვითარების მოშლას შეიძლება მოყვეს სახის ირბი ნაპრალის და გარდიგარდმო ნაპრალის წარმოქმნა. ზედა ტუჩისა და სახის ნაპრალის

ალმნიშენელ ტერმინების "კურდღღის ტური", "მგლის სასა"-ს ხმარება არ მიგვაჩნია მიზანშეწონილად. რადგან ისინი იწვევენ უარყოფით ემოციებს, ფსიქიურ გრავმას მშობლებსა და ახლობლებს შორის.

ე გ ი ო ლ ო გ ი ა . სიმახინჯის გამოიწვევი მიზეზები დეტალურად შესწავლილი არ არის, პირობითად გამოიწვევი ფაქტორები შეიძლება დაეყოს ორ ჯგუფად: 1. ეგზოგენური ფაქტორებია: ა. ფიზიკური (მექანიკური, თერმიული, მაიონიზირებული დასხივება და სხვა). ბ. ქიმიური ფაქტორებიდან აღსანიშნავია ჰიპოქსია, არასრულფასოვანი კვება, ჰიპოვიტამინოზი, პორმონალური მოშლილობანი, ტერატოგენური შხამები. ფსიქიკური ზემოქმედება.

2. ე ნ ღ ო გ ე ნ უ რ ი ფ ა ქ ტ ო რ ე ბ ი დ ა ნ აღსანიშნავია პათოლოგიური მემკვიდრეობა, უჯრედების ბიოლოგიური არასრულფასოვნება, ასაკის ზეგავლენა.

კ ლ ა ს ი ფ ი კ ა ც ი ა . ლიგურატურაში აღწერილია ტურის ნაპრალის შემდეგი სახეები: 1. ფარული ნაპრალი, კანის საფარი მთლიანია, მის ქვეშ მდებარე ტურის ირგვლივი კუნთის ბოჭკოებს შორის არის ნაპრალი. 2. ტურის გვერდითი ნაპრალი. რომელიც შეიძლება იყოს ნაწილობრივი, მთლიანი, იზოლირებული ან კომბინირებული (ალეოლური მორჩის, მაგარი და რბილი სასის ნაპრალთან ერთად). ზედა ტურის ნაპრალი შეიძლება იყოს ცალმხრივი, ორმხრივი, სიმეტრიული და არა სიმეტრიული.

სასის სიმახინჯეებიდან აღსანიშნავია: 1. მაგარი სასის ნაპრალი. 2. რბილი სასის ნაპრალი, 3. მაგარი და რბილი სასის ნაპრალი. 4. ნაქის ნაპრალი.

ტურისა და სასის ნაპრალი დიდ გავლენას ახდენს ბავშვის პირის ღრუს ანატომიურ-ფუნქციონალურ მდგომარეობაზე. გარდა იმისა, რომ არა სწორად იზრდება და ფორმირდება სახის რბილი და მაგარი ქსოვილები, მოშლილია პირის ღრუს ფუნქცია. არ არის ჰერმეტიზმი, გაძნელებულია ძუძუს წოვა და საკვების მიღება, ყლაპვა, მოგვიანებით ირღევეა მეტყველება, გაძნელებულია რიგი ბგერების და სიგყეების წარმოთქმა. ყველაფერი ეს უფრო მკაფიოდ არის გამოხატული კომბინირებული დაზიანების ღრის.

ო პ ე რ ა ც ი უ ლ ი ჩ ა რ ე ე ის ვ ა დ ე ბ ი . სახის მკვეთრად გამოხატული სიმახინჯე, როგორც მშობლების, ისე საექიმო პერსონალის წინაშე მწვავედ აყენებს საკითხს ოპერაციული მკურნალობის ადრე ჩატარების შესახებ. მაგრამ ადრეულ ოპერაციულ ჩარევას თან ახლავს მთელი რიგი გართულებანი. ამიტომ ოპერაციული ჩარევის ვადებზე არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა.

ტურის ნაპრალის ოპერაცია (ჩვენების მიხედვით) შეიძლება ჩატარდეს დაბადებიდან პირველ საათებში და პირველ ორ დღეში. აეტორთა უმრავლესობა თვლის 5-10 თვის ასაკს ოპტიმალურად მისაღებ ვადად, ალ. ლიმბერგი,

ა. ტიტოვა კი 10-12 თვის ასაკს. მოგვიანებით ჩატარებულ ოპერაციასაც აქვს თავისი ხარვეზები, რადგან ტუჩის გარდა ვითარდება ცხვირის ლეფორმაცია, რასაც ადვილი არა აქვს ტუჩის ოპერაციის ადრე ჩატარების შემთხვევაში.

სასის სიმახინჯის შემთხვევაში ადრეულ პერიოდში ოპერაციის ჩატარება არა მარტო ტექნიკურად არის რთული, არამედ იწვევს ადრეულ, ოპერაციის შემდგომ განვითარებულ ლეფორმაციებს, რომლის გასწორებაც ძალზე რთულია.

აეგორთა ერთი ჯგუფი თელის, რომ სასის ნაპრალის ოპერაცია უნდა გაკეთდეს მეტყველების განვითარებამდე – სამი-ოთხი წლის ასაკამდე.

სხვა აეგორთა ამრით ადრეულ ასაკში ოპერაციული ჩარევა არ არის მიზანშეწონილი, მათი ამრით ოპერაცია უმჯობესია გაკეთდეს ბავშვის სკოლაში წასულამდე 6-7 წლის ასაკში (ა. ედოკიმოვი და სხვა). ალექსანდრე ლიმბერგი კი თელის, რომ ოპერაცია უმჯობესია გაკეთდეს 10-12 წლის ასაკში.

ვარჩევთ სიმახინჯეების ორ ძირითად ფორმას: ფარული და გამქლავებული (აშკარა). ფარული სიმახინჯის ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია ორგანოს ერთერთი შემადგენელი ქსოვილის განუვითარებლობა, მაგალითად სახის გვერდითი და ზედა ტუჩის ფართო ნაპრალის დროს მკვეთრად გამოხატულია კუნთოვანი ქსოვილის განუვითარებლობა. ხოლო სასის ფარული ლეფექტის შემთხვევაში სასის ძელოვანი ქსოვილის არარსებობა. ასეთ შემთხვევაში აღინიშნება ხაზოვანი ლეფექტი, რომელიც შედგება კანისა და ლორწოვანი გარსისაგან ან მხოლოდ ლორწოვანი გარსისაგან.

აშკარა ლეფექტის დროს ორგანოს ანატომიური ფორმა დარღვეულია. ყბა-სახის არეში არსებული სიმახინჯეები იწვევს მიმიკის, მეტყველების, სუნქთვის, ლეჭვის ფუნქციების მოშლას, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ორგანიზმის ზრდა-განვითარებასა და ადამიანის ფსიქიკურ მდგომარობაზე.

ზედა ტუჩის ნაპრალის პლასტიკა

ტუჩის ნაპრალის ფორმა და სირთულე განსაზღვრავს ოპერაციული მეთოდის გამოყენების სახეს. ამ მხრივ შედარებით მარტივი ოპერაციული მეთოდი მოწოდებულია მიროს მიერ. აეგორის მიხედვით გამოიყენება წითელი ყაეთნის ლორწოვან-კუნთოვანი ნაფლეთი, ჭრილობის გაკერვის შემდეგ ჭრილობას აქვს ბლაკვი კუთხის ფორმის ხაზოვანი მიმართულება. (დეტალურად ოპერაციული ტექნიკა აღწერილია შესაბამის სახელმძღვანელოებში, ჩვენ აქ მოგვყავს მხოლოდ ზოგადი მითითებანი). ალექსანდრე

ლიბერტის ოპერაციული მეთოდი გამოიყენება ზედა ტუჩის უფრო რთული ნაპრალების სამკურნალოდ. ტუჩის ქსოვილების დაჭიმულობის მოსახსნელად ავტორი იყენებს ბრონზო-ალუმინის მავთულოვან ფირფიტოვან ნაკერს.

ზედა ტუჩის ნაპრალის ქირურგიული მკურნალობის მრავალი მეთოდი აღწერილი (ა. ორლოვი, ა. ევლოკიმოვი. ი. მასლოვი. ლ. ობუხოვა. ი. ბერნადსკი და სხვები). აღწერილ მეთოდებს აქვთ თავისი დადებითი და უარყოფითი მომენტები, ისინი გამოიყენება ინდივიდუალური ჩვენების მიხედვით.

სასის ნაპრალის პლასტიკა

სასის ნაპრალის მკურნალობის ოპერაციული ტექნიკა და მეთოდიკა დამუშავებულია მრავალი ქირურგის მიერ. თუ დასაწყისში ოპერაცია მიზნად ისახავდა მხოლოდ ღუფექტის დაფარვას, მომდევნო პერიოდში დღის წესრიგში დადგა არა მარტო სასის მთლიანობის ანატომიური ფორმის, არამედ ფუნქციის აღდგენაც.

სასის ნაპრალის მკურნალობის ქირურგიული მეთოდის დამუშავებაში დიდი ამაგი მიუძღვის ლანგენბეკს, ერნსტს, გალეს, ლეოვს, ლიბერტს. ა. ლიბერტმა დაამუშავა რადიკალური ურანოპლასტიკის მეთოდი. ეს მეთოდი მოიცავს შემდეგ ძირითად მომენტებს: უნდა გაეცაროთ ლანგენბეკის, ერნსტის და გალეს განაკვეთები, რის შემდეგ შესაძლებელი ხდება სასის რბილი ქსოვილების უკან გადანაცვლება (რეტროგრანსპოზიცია). რბილი ქსოვილების უკეთესი მობილიზაციის და სისხლის მომარაგების შენარჩუნების მიზნით პ. ლეოვმა მოგვაწოდა სასის დიდი ხერელის უკანამიგნითა ნაწილის რემექცია. აღექსანდრე ლიბერტმა რბილი ქსოვილების მობილიზაციისა და ხახის რგოლის დავიწროების მიზნით მოგვაწოდა ინტერლამინალური ოსტეოტომია, ძირითადი ძელის მედიალური ფირფიტის გადანაცვლებით. ასეთი ჩარევის შემდეგ ვაღწევთ ხახის რგოლის დავიწროებას (მემოფარინგოკონსტრიქცია). სასის ნაპრალის ჰრილობის კიდევს გავკერავთ და აღვადგენთ ცხვირის ლორწოვანს (ფისურორაფია). ამ ოპერაციის ერთერთი შემადგენელი მომენტია სასის დამცველი ფირფიტის წინასწარ დამზადება. ასეთი ფირფიტა არა მარტო იცავს ჰირილობას შეხორცების პერიოდში, არამედ გვაძლევს საშუალებას აქტიური მონაწილეობა მივიღოთ ახალი სასის ფორმირებაში.

ენისა და მედა ტურის ლაგამის ანომალია

ლაგამის ფიზიოლოგიური დანიშნულებაა ორგანოს ფიქსაცია გარკვეულ პოზიციაში. ლაგამის განვითარების ანომალიაზე ლაპარაკია მხოლოდ მაშინ, როდესაც ორგანოს მოძრაობა მკვეთრად შეზღუდულია. მაგალითად ენის წვერი ჩვეულებრივ თავისუფლად უნდა გადმოდიოდეს ქვედა ტურზე ნიკაპის მიმართულებით და ასევე გადადიოდეს მედა ტურზე ცხვირის ძვიდის მიმართულებით. როდესაც ენის წვერი ვერ გადამოდის ფრონტალურ კბილებს გარეთ, მაშინ საქმე გვაქვს ენის ლაგამის განვითარების ანომალიასთან. აღრეულ ასაკში ეს იწვევს ძუძუს წოვის გაძნელებას და ბავშვის გაღალღას, ხოლო მოგვიანებით მეტყველების და ყლაპვის ფუნქციის მოშლას.

მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს აღრეულ ასაკში. მოწოდებულია ოპერაციული ჩარევის ორი მეთოდი.

1. პლასტიკა შემხვედრი სამკუთხედებით. ამ შემთხვევაში ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე ვატარებთ განაკვეთს ლაგამის ენის წვერზე მიმაგრების ადგილიდან ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინარების მიმართულებით ლაგამის პარალელურად. დამატებითი განაკვეთებით ენის ორივე მხარეზე წარმოექმნით ტოლფასოვან სამკუთხედებს და მათი ურთიერმიმართულებით გადანაცვლებით ალვადგენტ ენის სრულფასოვან მოძრაობას, ჰრლობას გავეკრავეთ კეტიტის ძაფით.

2. პლასტიკა ლაგამის პორიზონტალურ სიბრტყეში გაკვეთით. ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე, ენის წვერის მაქსიმალურად მევით აწვეით გამოუხატავთ ლაგამის გოპოგრაფიას, ლანცეტით გადაეკვეთავთ ლაგამს, ღარისებრი ზონდით გაეთიშავთ ლაგამის ირგვლივ ქსოვილებს და მივიღებთ რომბის ფორმის მსგავს ჰრილობას. რომელსაც გავეკრავეთ ვერტიკალურად ენის წვერის მიმართულებით, ენის წინ წამოწვეით ვამოწმებთ ენის წვერის მოძრაობის ამპლიტუდას.

მედა ტურის ლაგამი ჩვეულებრივ იწყება მედა ცენტრალური საჭრელი კბილების კბილბუდეების შემალღების ღონებზე. ანომალიაზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც მიმაგრება იწყება საჭრელი კბილების ღრძილის ღერილის ღონებზე და წარმოადგენს საკმაოდ მასიურ ღორწოვან-ბოჭკოვან წარმონაქმნს, რომელიც არა მარტო ზღუდავს მედა ტურის თავისუფალ მოძრაობას, არამედ ხელს უწყობს დიასტემის განვითარებას.

ოპერაცია ტარდება ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე. განაკვეთების ვატარებას ვიწყებთ ღრძილის ღერილის ღონებზე, მოვეკვეთავთ ლაგამს და ავამრევეთ გარდამავალი ნაოჭის მიმართულებით, ზოგჯერ მიემართავთ

ძელოვანი ქსოვილის ნაწილობრივ დეკორტიკაციას (ორთოლონტიული თეალ-
თახეღვით), რის შემდეგ ჭრილობას დაეფარავეთ ლორწოვანი გარსის
ნაფლეთით. ტურის ლაგამის პლასტიკა შეიძლება გაეაკეთოთ ა. ლიმბერგის
მეთოდით: ანესთეზიის შემდეგ ვაგარებთ ვერტიკალურ განაკვეთს ლაგამზე,
დამატებითი ორი განაკვეთით წარმოექმნით ორ სამკუთხედს და მათი
გადანაცვლებით ვაგრძელებთ ზედა ტურის ლაგამს, ჭრილობას გავკერავეთ
ქიტგუტით.

ორმაგი ტური

ანომალიის ეს სახეობა გამოწვეულია ტურის ლორწოვანი გარსის ქვეშ
მდებარე ქსოვილის და მასში მდებარე მცირე სანერწყვე ჯირკვლების
პიპერტოფით. ლოკალიზდება ძირითადად ზედა ტურზე, გვხვდება მოზრდილ-
თა ასაკში. ტურის დეფორმაცია გამომქლავდება მხოლოდ ლიმბის ან
სიცილის დროს და იწვევს კოსმეტიკურ სიმახინჯეს. მოსვენებულ მდგო-
მარეობაში ტურის დეფორმაცია გამოხატული არ არის.

მკურნალობა. ადგილობრივი ანესთეზიის ფონზე ზედა ტურის
ლორწოვან გარსზე ვაგარებთ ორ ნახევარ რკალისებრ განაკვეთს,
გადავკვეთავეთ ლორწოვან გარსს და ამოვკვეთავეთ პიპერტოფირებულ
ლორწოვან ქსოვილს მთლიანად, ჭრილობას გავკერავეთ ქიტგუტით.

ყბების განვითარების ანომალიები

ყბა-კბილთა სისტემის განვითარების ანომალიები განეკუთვნება თან-
დაყოლილი პათოლოგიის რიგს, თუმცა დიდ როლს თამაშობს ხელშემწყ-
ობი ფაქტორები (მაწენე ჩეეეები და სხვა).

საქართველოს რესპუბლიკაში ჩატარებული ფართომასშტაბიანი გამოკე-
ლევების საფუძველზე (თ. ბრეგაძე, ო. ბრეგაძე, 1988-90 წწ) დადგენილია
ანომალიათა გავრცელების დონე. ასე მაგალთად აღმოსავლეთ საქართვე-
ლოში ყბა-კბილთა სისტემის ანომალიები გვხვდება მოზრდილი მოსახ-
ლეობის 60,33 %-ში, დასავლეთ საქართველოში კი 25,69%-ში. ყბების
ანომალიები შესაბამისად აღმოსავლეთ რეგიონში შეადგენს - 19,6 %-ს.
დასავლეთში კი - 15,1 %-ს.

კლასიფიკაცია. მოწოდებულია დაავადების კლასიფიკაციის
მრავალი სქემა. მოვიგანთ ორ უფრო მეტად გავრცელებულ და ცნობილ
კლასიფიკაციას. ძველ, ადრე გამოცემულ სახელმძღვანელოებში მოტ-
ანილია ასეთი სქემა:

I ზელა ყბის ღეფორმაცია. მოიყავს ანომალიის ორ სახეს: 1. პროგნატია, ზელმეტად განვითარებული ზელა ყბა;

2. მიკროგნატია, ოპისტოგნატია, განუვითარებელი ზელა ყბა.

II ქველა ყბის ღეფორმაცია, მოიყავს ორ ფორმას: 1. პროგენია, მაკროგენია, ძლიერ განვითარებული ქველა ყბა. 2. მიკროგენია, ოპისტოგენია, განუვითარებელი ქველა ყბა.

III ორივე ყბების ღეფორმაცია მოიცავს პათოლოგიის ერთ ფორმას: 1. ღია თანკბილვა (*Mordex apertus*).

ბოლო წლებში გამოცემულ სახელმძღვანელოებში მოტანილია, რამდენადმე სახემეცელილი კლასიფიკაცია:

1. ზელა მაკროგნატია (პიპერპლაზია, ზელმეტად განვითარებული ზელა ყბა.

2. ქველა მაკროგნატია (პიპერპლაზია, ზელმეტად განვითარებული ქველა ყბა).

3. ზელმეტად განვითარებული ორივე ყბა.

4. ზელა მიკროგნატია (პიპოპლაზია, განუვითარებელი ზელა ყბა).

5. ქველა მიკროგნატია (პიპოპლაზია, განუვითარებელი ქველა ყბა).

6. განუვითარებელი ორივე ყბა.

გარდა აქ მოტანილი ჩამონათვლებისა, აღწერილია განვითარების ანომალიები, ყბების მდებარეობა ქალას უჟძის ძელების მიმართ (პროგნატია, რეტროგნატია).

ყბების ანომალიების ძირითადი კლინიკური ნიშანია კბილების შეთანას-ოენების ღარღვევა.

ორთოგნატული თანკბილვის ღროს, როგორც წესი ზელა ყბის თვითოეული კბილი შეხებაშია ქველა ყბის ორ ანტაგონისტ კბილთან, გამონაკლისს შეადგენს ქველა ყბის ცენტრალური საჭრელი კბილები და ზელა ყბის მესამე მოღარები. ზელა ყბის ფრონტალური კბილები თავიანთი საჭრელი კიღეებით ერთი მესამედით გაღმოფარავს ქველა საჭრელ კბილებს.

ზელა პროგნატიაში შემთხვევაში აღგილი აქვს ზელა ყბის ძლიერ განვითარებას, ისე რომ აღვეოღური მორჩი ფრონტალური კბილების არეში წამოწეულია წინ, კბილებს შორის ყალიბღება სიერე, ქველა ყბის საჭრელი კბილების საჭრელი ზელაპირები ეხება სასის ღორწოღან გარსს და აზიანებს მას. პირის ღახურვის ღროს ქველა გუჩი, ზელა ფრონტალური კბილების შიღნით არის მოთავსებული.

ქველა პროგნატია ხასიათღება საწინააღმღეგო კლინიკური ნიშნებით. ქველა ყბა ძლიერ განვითარებულია, წამოწეულია წინ, ისე რომ ქველა ყბის ფრონტალური კბილები წინიღან და გარეღან გაღაფარავს ზელა ყბის ფრონტალურ კბილებს. პირის ღახურვის ღროს ზელა გუჩი თავსღება ქველა ფრონტალური კბილების შიღნით.

ღია თანკბილვის დროს შეხებაშია მოლარები (ზოგჯერ პრემოლარები); პირის დახურვის დროს, ფრონტალურ კბილებს შორის რჩება სივრცე. ასეთი თანკბილვის შემთხვევაში საკვების მოკბერა შეუძლებელია.

მკურნალობა. ყბა-კბილთა სისტემის დეფორმაციების მკურნალობა უნდა წარემართოს ორი გზით: სახის ჩონჩხის ზრდის პერიოდში საჭიროა აქტიური ორთოდონტიულ-ორთოპედიული ჩარევა. სახის ჩონჩხის ზრდის დამთავრების შემდეგ კი ქირურგიული. დროული და მიზანდასახული ორთოპედიული მკურნალობა უმრავლეს შემთხვევაში გვაძლევს დამაკმაყოფილებელ სამკურნალო ეფექტს.

ოპერაციული მკურნალობისათვის მოწოდებულია მრავალი მეთოდი, რომელთა აღწერას ჩვენ აქ არ შევუძლებით, აღვნიშნაეთ, რომ ქვედა ყბის დეფორმაციების ოპერაციული მკურნალობა შეიძლება განხორციელდეს ქვედა ყბის სხეულის, ალვეოლური მორჩის, ქვედა ყბის კუთხის, გოგის და სასახსრე მორჩის არეში. საზღვარგარეთ გავრცელებულია ა. რუდკო, ვ. ბაგაცის, ობეგებერის, დალ პონგის და სხვების ოპერაციული მეთოდები.

საქართველოს რესპუბლიკაში წარმატებით გამოიყენება ობეგებერის და დალ პონგის ოპერაციული მეთოდის მოდულიკაცია (ო. ნემსაძე, ო. ბრეგაძე).

ზედა პროგნათის ქირურგიული მკურნალობის დროს საჭიროა გაეთვალისწინოს დეფორმაციის არა მარტო ლოკალიზაცია, არამედ გავრცელებაც. ოპერაციული ჩარევა შეიძლება ვაწარმოოთ ფრონტალური კბილების არეში; ალვეოლური მორჩის ფრაგმენტული ოსტეოტომია; კომპაქტოოსტეოტომია, ორთოპედიული მეთოდების მკურნალობის კომპლექსში ჩართვით. რეგროგნათისა და მიკროგნათის დროს წარმატებით გამოიყენება სახის შუა ზონის წინ გადმონაცვლება (ვ. ბემრუკოვი).

დერმოიდული კისგა

დერმოიდული კისგა განეკუთვნება თანდაყოლ დაავადებათა ჯგუფს, მას საფუძვლად უდევს ყბა-სახის ემბრიონული განვითარების პერიოდში წარმომობილი მოშლილობანი ექტოდერმაში. დერმოიდული კისგა უფრო ხშირად ლოკალიზდება ნიკაპქევა არეში, პირის ღრუს ფსკერზე, ცხვირის ძირსა და ფრთების არეში. ზოგჯერ კისრის გვერდით არეში, მკერდ-ლაღვიწღერი-ლისებრი კუნთის ზონაში. გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში.

კლინიკა. იზრდება ნელა, შეუმჩნეველად, ტკივილი გამოხატული არ არის. პირის ღრუს ფსკერის არეში ლოკალიზაციის შემთხვევაში იწვევს მეტყველების და ყლაპვის ფუნქციის მოშლას. შეიძლება იყოს პატარა ზომის (ცხვირის და თვალბულის ზონაში) ან მიაღწიოს დიდ ზომას. (ქათმის კვერცხის ოდენობას) ნიკაპქევა და პირის ღრუს არეში.

პალპაციით აღიქმება სიმსივნური წარმონაქმნი, ცომისებრი კონსისტენციის, მოძრავი. მჟარავი ქსოვილი ფერუცელებლია, მოძრავია, თითებით აიღება ნაოჭებად (ათერომისაგან განსხვავებით).

კისტას აქვს შედარებით მკვერივი გარსი, რომლის შიგნითა მხარე წარმოადგენს კანის ანალოგიას და შეიცავს კანისათვის დამახასიათებელ დანამატებს: ქონის, ოფლის გამომყოფ ჯირკვლებს, თმის ძირის ბოლქვებს, კისტის შიგთავსი წარმოადგენს ფაფისმაგვარ მასას, მოგჯერ სუნით. ხშირად შეიცავს რგოლისებურად დახეუულ თმას.

მკურნალობა. დერმოიდული კისტის მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. გაუტკივარების ფონზე განაკეთოს ვაგარებთ პირშიგნითა (პირის ღრუს ფსკერის არეში ლოკალიზაციის დროს) ან პირგარეთა მიდგომით. საჭიროა კისტის მთლიანად, გარსიანად ამოღება. ჭრილობას გავეკრავთ ყრულ.

სახის და კისრის თანდაყოლილი კისტები და ხერელარხები

სახის და კისრის არეს კისტები და ხერელარხები გვხვდება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში. ვარჩევთ ორი სახის პათოლოგიას: 1. ბრანხიალური (ბერძნული სიტყვიდან – ლაყუჩები). 2. ფარისებრ-ენისმიერი. პირველი დაკავშირებულია პირველი და მეორე ლაყუჩების განვითარების ანომალიასთან, ხოლო მეორე ფარისებრ-ენის სადინარის პათოლოგიასთან.

კლინიკა. დიაგნოსტიკა. თანდაყოლილი კისტა ვითარდება ნელა. დასაწყისში შეუმჩნეველია, უმტკივნეულოა. ზრდის გარკვეულ ეტაპზე იწვევს ქსოვილების ასიმეტრიას, პალპაციით უმტკივნეულოა, რბილი კონსისტენციის, მოძრავი, მომრგვალო ფორმის, მჟარავი კანი ფერუცელებლი. მეორადი ინფექციის თანდართვის შემთხვევაში შეიძლება დაჩირქდეს.

თანდაყოლილ ხერელარხებს შეიძლება პქონდეს გამოსავალი ან კანზე ან ლორწოვან გარსზე. გამოსაკვლევად ვიყენებთ კონტრასტულ ფისტულოგრაფიას, რომლის მიხედვით განესაზღვრავთ არხის მიმართულებას.

ბრანხიალური კისტა და ხერელარხები. პირველი ლაყუჩის ნაპარალის განვითარების ანომალიის შემთხვევაში ვითარდება კისტა ან ხერელარხი, ყბა-ყურა ჯირკვლის არეში. მეორე ლაყუჩის ნაპარალის ანომალიის დროს კისრის გვერდითი კისტა და ხერელარხი.

ყბა-ყურა ჯირკვლის არეში კისტა ან ხერელარხი ლოკალიზდება ყბა-ყურა ჯირკვლის პარენქიმაში სახის ნერვის ქვეშ და ხშირად დაკავშირებულია გარეთა სასმენ ხერელთან. იზრდება ნელა, ტკივილი არ არის, სახის ნერვის

ფუნქცია შენარჩუნებულია, პალპაციით უმტკივნეულო, მოძრავი, ელასტიური კონსისტენციის. პუნქციით მივიღებთ გამჭვირვალე მოყვითალო ფერის სითხეს.

მკურნალობა. ოპერაციულია, სახის ნერვის გოგების შენარჩუნებით. ბრანხიალური ხერეღარხი ძირითადად ლოკალიზდება ყურის სარქელის წინა ნაწილში. შეიძლება იყოს ორმხრივი ან ცალმხრივი. კონტრასტული რენტგენოგრაფიით ვამუსგებთ არხის მიმართულებას. მკურნალობა ქირურგიულია. ხერეღარხის მთლიანი ამოკვეთა. ჩვენს მიერ გაკეთებულია 9 ასეთი ოპერაცია და 7 შემთხვევაში ამოღებული იქნა ყურის ნიკარის რუდიმენტული ნაწილები.

კისრის გვერდითი კისგა და ხერეღარხი. კისგა ლოკალიზდება მკერდ-ღაგიწ-ღვრილისებრი კუნთის წინა შუა ნაწილში, საძილე არტერიის სისტემასთან ახლოს. პალპაციით შეიგრძნება მომრგვალო ფორმის წარმონაქმნი. უმტკივნეულო, რბილი კონსისტენციის, მოძრავი. პუნქციით მივიღებთ გამჭვირვალე სითხეს. კისგის გარსი შეღარებით თხელია, კანთან შეხორცებული არ არის. კისგის შიგნითა კედელი გამოიყვანილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით.

მკურნალობა ქირურგიულია. საჭიროა კისგის მთლიანად ამოკვეთა. ამავე დროს არ უნდა დაეაზიანოთ ნერველ-სისხლძარღვოვანი კონა.

კისრის გვერდითი ხერეღარხი უმთავრესად ცალმხრივია, გამოვლინდება ან დაბადებისთანავე ან მოგვიანებით, როდესაც კისგა დაჩირქდება, გაიხსნება თავისთავად და რჩება შეუხორცებელი ხერეღარხი. საიდანაც გამოიყოფა მცირეოდენი სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი.

ფარისებრ-ენისმეიერი კისგა და ხერეღარხი (თირეოგლოსური). კისგისა და ხერეღარხის წარმოშობა დაკავშირებულია ფარისებრ-ენის სადინარის ანომალიასთან, როდესაც არ ხდება სადინარის სრული რედუქცია. ამ პათოლოგიას კისრის შუალედურ კისგასა და ხერეღარხსაც უწოდებენ, რადგან ეს პათოლოგია ლოკალიზდება კისრის შუა ხაზზე.

კისგა იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ, ნაკლებად მოძრავია და ხშირად დაკავშირებულია ენისქვეშა ძვალთან. თუ კისგა ლოკალიზდება ენის ძირში (ენის ბრმა ხერელის არეში). მაშინ გაძნელებულია ყლაპვა, სუნთქვა, ენის მოძრაობა. კისგის შიგთავსის დაჩირქების შემთხვევაში ვითარდება ინფილტრატი, იწყება ტკივილი. კისგის თვითგახსნის შემდეგ ყალიბდება ხერეღარხი. რომელიც არ იხურება. ხერეღარხიდან პერიოდულად გამოიყოფა სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი.

მკურნალობა. მხოლოდ ქირურგიულია. საჭიროა კისგის მთლიანად თავისი გარსით ამოღება. ჩამოყალიბებული ხერეღარხის ამოკვეთის წინ, უმჯობესია ხერეღარხში შევიყვანოთ 1%-იანი მეთილენის ლურჯი, რომელიც ხერეღარხს შეღებაეს მთელ სიგრძეზე, რაც გარკვეულად გააადვილებს მის მთლიანად ამოკვეთას. ამავე დროს საჭიროა ენისქვეშა ძელის მიმღებარე ნაწილის რემექცია.

ზოგიერთი იშვიათი დაავადებანი

პრაქტიკული მოღვაწეობის პერიოდში ზოგჯერ გვხვდება ყბა-სახის არეს იშვიათი დაავადებები, რომელთა ეტიოლოგია და პათოგენეზი ცნობილი ან სრულად ცნობილი არ არის. მოვიგანთ ასეთი დაავადებების რამდენიმე ფორმას:

1. სახის პემიაგროფია (სახის პროგრესირებადი აგროფია). დაავადება იწყება ახალგაზრდა ასაკში, შეუმჩნეველად, გვხვდება ქალებში. გამომწვევი მიზეზი დაღვნილი არ არის. ზოგიერთი ავტორის მისჯლით დაავადების პათოგენეზში წამყვანი როლი განეკუთვნება გროფონეუროზს, სხვები მიუთითებენ თავის გვინში მიმდინარე პათოლოგიურ პროცესებზე (ვაროლის ხილი, გასერის კეანძი), აგრეთვე კისრის სიმპატიკური კვანძების ფუნქციურ მოშლილობაზე.

დაავადებისათვის დამახასიათებელია სახის ერთი ნახევრის (უფრო ხშირად მარცხენა) პროგრესირებადი აგროფია. პათოლოგიური პროცესი მოიცავს კანს, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს, კუნთებს, ზოგ შემთხვევაში ვრცელდება ძელოვან ქსოვილზედაც. ავადმყოფი უჩივის სახის ასიმეტრიას, ტკივილი არ არის. შეიმჩნევა კანის გათხელება, ფერის შეცვლა (დეპიგმენტაცია), აღინიშნება კანის ქონის ჯირკვლების დისფუნქცია (ქონის გამოყოფის შემცირება), ზოგჯერ აღვილი აქვს წარბებისა და წამწამების ჩამოცვენას. დაავადების მხარეზე რეგრობულბარული ცხიმოვანი ქსოვილის აგროფია იწყებს თვალის კაკლის თვალბუღეში ჩაწევას (ენოფთალმს).

მკურნალობა. დაავადების მკურნალობა გაძნელებულია, რადგან უცნობია გამომწვევი მიზეზი. მიემართავთ მკურნალობის კომპლექსურ მეთოდს, რომელიც მოიცავს კონსერვატიულ და ქირურგიულ ჩარევას: ავადმყოფს ესტევა ვეგეტროფიული საშუალებები. კორტიკოსტეროიდული პრეპარატები, პოლივიტამინები, ფიტინი, ალოე, ნიეთიერებათა ცელის მოწესრიგების მიზნით. ასევე ვიყენებთ ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს: ელექტროფორეზი, დიათერმია, უს ღენი, მასაჟი.

ქირურგიული მეთოდებიდან მიემართავთ კანქვეშა ქსოვილის გადანერგვას: ცხიმოვანი ქსოვილი ფასციასთან ერთად, პლექსიგლაში, კორუნტოკერამიკა და სხვა. საჭიროების მიხედვით ოპერაციული ჩარევა შეიძლება გაეიმეოროთ.

2. საღვჭი კუნთების გაძეალებადი მიოზიტი. ქრონიკული პროგრესირებადი დაავადებაა. უფრო ხშირად გვხვდება საღვჭი და შიგნითა ფრთისებრი კუნთების პათოლოგიის დროს. გამომწვევი მიზეზი

მილიანად ცნობილი არ არის. ხელშემწყობი ფაქტორად ითვლება ქრონიკული ანთება, უფრო სწორად კუნთების ანთებადი კონტრაქტურა.

მიოჯუნური კონტრაქტურების მკურნალობის პროცესში ხშირად მიემართავენ კრიჭის ძალისმიერ ვალებას. ე. წ. რედრესაციას. ასეთი მოქმედების დროს ვითარდება საღეჭი კუნთების ბოჭკოების გაგლეჯა. რასაც თან მოჰყვება მცირე სისხლჩაქევეები (ზოგჯერ გამოსაგული). ჩვენი აზრით სისხლჩაქევეების ზონაში კონსენტირდება მეტი რაოდენობით მინერალური მარილები (კალციუმი და სხვა). რომლებიც აქტიურ მონაწილეობას იღებენ ასეპტიკური ანთებადი პროცესის მიმდინარეობაში. მინერალური მარილების მნიშვნელოვანი ნაწილი მოხვდება გაგლეჯილი კუნთოვანი ბოჭკოების არეში, ჩალაგდება და იწყება მათი ჩაკირვა, იწყება კუნთოვანი ბოჭკოს გაძვალება დაზიანების ადგილზე. განმეორებით რედრესაცია კიდევ უფრო შეუქცევადს ხდის ამ პროცესს. დაავადების კლინიკა ასეთია: ავადმყოფი საანესთეზიო ნივთიერების ინექციის ან კბილის ამოღების შემდეგ აღნიშნავს პირის გაღების შეზღუდვას. ჩაგარებული ფიზიო და მექანოთერაპია სასურველ სამკურნალო ეფექტს არ იძლევა. მიმართავენ რედრესაციას, მაგრამ 5-7 დღის შემდეგ მდგომარეობა იგივეა. რამდენიმე რედრესაციის შემდეგ ვითარდება კრიჭის მდგრადი შეკერა. პალპაციით საღეჭი კუნთის ბოჭკოები მკერივი კონსისტენციისაა. უმტკივნეულო ან მცირედ მტკივნეული. ასეთივე მდგომარეობაა პირშიგნითა პალპაციით. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით საღეჭი კუნთის ბოჭკოებში აღინიშნება წერტილოვანი გაკირული ჩანაროები.

მ კ უ რ ა ლ ბ ა . დაავადების მკურნალობა ოპერაციულია. სათანადო გაუტკივარების ფონზე, ეგარებთ განაკვეთებს ქვედა ყბის კუთხის არეში ძელოვანი კიდიდან 2,5-3 სმ დაშორებით. გავსნით ზედაპირულ ფასციას, მოეძებნით საღეჭი კუნთის მიმაგრების ადგილს. და გადაეკვეთათ კუნთის ბოჭკოებს და მთლიანად მოუაშორებთ, თუ ჩათრეულია შიგნითა ფრთისებრი კუნთი, ასევე გაუთიშათ ამ კუნთსაც. ჭრილობას გაეკერავთ ყრულ. ვუნიშნათ მექანოთერაპიას.

3. პიპერტროფული გინგივიტი. გვხვდება ბავშვთა ასაკში და მოზრდილებში. განეკუთვნება ქრონიკულ პიპერპლასტიკურ დაავადებათა რიგს. ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. ხელშემწყობი ფაქტორებია ხანგრძლივი ქრონიკული გაღიზიანება, კბილთა დგომის ანომალიები, ენდოკრინული დისფუნქცია.

კ ღ ი ნ ი ა . პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება ღრძილების არეში, ადგილი აქვს ღრძილის ღერილების და მიმდებარე რბილი ქსოვილების პიპერტროფიას, დაავადება იწყება ღრძილებიდან უმნიშვნელო სისხლდენით, მაგარი საკვების მოკეჩისა და კბილების ჯაგრისით გაწმენდის დროს. ტკივილი გამოსაგული არ არის, ღრძილის ღერილები თანდათანობით დიდდება. მაგულობს მათი შემკერივება, დაავადების განვითარების გარკვეულ

სტალბაზე ფარავს კბილების ზვირგვინების ნახევარს და მეტს. უფრო ხშირად გვხვდება ფრონტარული კბილების არემი.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გაეატაროთ პარადენტიგთან, ეპულისთან, ღრძილების ფიბრომატოზთან. პარადენტიგის ღროს აღინიშნება კბილების მორყევა, პათოლოგიური ღრძილოვანი ჯიბეების არსებობა. რენტგენოლოგიურად ალვეოლური მორჩის რეზორბცია. ეპულისი ვითარდება პაროდონტიტის ქსოვილისაგან, ლოკალიზდება ერთი ან ორი კბილის საპროექციო ზონაში, იზრდება ერთ ფეხზე, აქვს სოკოსმაგვარი ფორმა.

ღრძილების ფიბრომატოზი ძალიან წააგავს პიპერტროფიულ გინგივიტს, დაავადებისათვის დამახასიათებელია ღრძილების ლილეაკისებრი შემსხვილება არა მარტო ფრონტალური კბილების, არამედ პრემოლარების და მოლარების არემიყ, ძელოვან ქსოვილში შეიძლება იყოს სუსტად გამოხატული ოსტეოპოროზი. პიპერტროფიული გინგივიტისათვის არ არის დამახასიათებელი პათოლოგიური ღრძილოვანი ჯიბეები, კბილების მორყევა, ალვეოლური მორჩის ძელოვანი ქსოვილის რეზორბცია. ძირითადად ლოკალიზდება ფრონტალური კბილების არემი და მოიცავს ოთხ და მეტ კბილის ზონას. ღრძილების პიპერტროფიის გამო ღრძილსა და კბილს შორის იქმნება ჯიბე, რომელიც არ არის პათოლოგიური, რადგან ღრძილის ეპითელური მიმაგრება კბილის ყელის არემი დარღვეული არ არის. კბილის ყელის ირგვლივ იოგის მთლიანობა შენარჩუნებულია.

დიაგნოზის დასმა აქ მოგანილი კლინიკური ნიშნების მიხედვით ძნელი არ არის.

მკურნალობა. კონსერვატიული მკურნალობა სასურველ სამკურნალო ეფექტს არ იძლევა, ამიტომ უფრო მიზანშეწონილია ქირურგიული ოპერაციული ჩარევა. ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე ვატარებთ პიპერტროფირებული ღრძილოვანი ნაწილის ამოკვეთას ან ბასრი ლანცეტით, ან ელექტროკოაგულაციით. სისხლდენის შეჩერების შემდეგ ნაოპერაციებ ველზე საჭიროა მოვათავსოთ ანტისეპტიკური სამკურნალო ნახევეი 5-7 დღით. ავადმყოფს ვუნიშნავთ პირის ღრუს ანტისეპტიკურ აბაზანებს. ანტიბიოტიკებს ერთი კვირის განმავლობაში. ოპერაციის მსვლელობის ღროს საჭიროა კბილების აუცილებელი განთავისუფლება ქვებისა და მაგარი ნალბებისაგან.

ოპერაცია შეიძლება ეფექტური არ გამოდგეს იმ შემთხვევაში თუ ის გაკეთდა ორსულობის პერიოდში და ენდოკრინული დისფუნქციის ფონზე. ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება განმეორებითი ოპერაციული ჩარევა.

პროგნოზი ყოველთვის კეთილსაიმელოა.

4. ღრძილების ფიბრომატოზი. ქრონიკულად მიმდინარე პათოლოგიური პროცესია, რომლის ეტიოლოგია ჯერჯერობით უცნობია. დაავადებისათვის დამახასიათებელია ღრძილის ქსოვილის რეაქტიური

ზრდა, ხელშემწყობი ფაქტორებია კბილების ანომალია, ქრონიკული გაღმ-
იანება, ენდოკრინული მოშლილობანი.

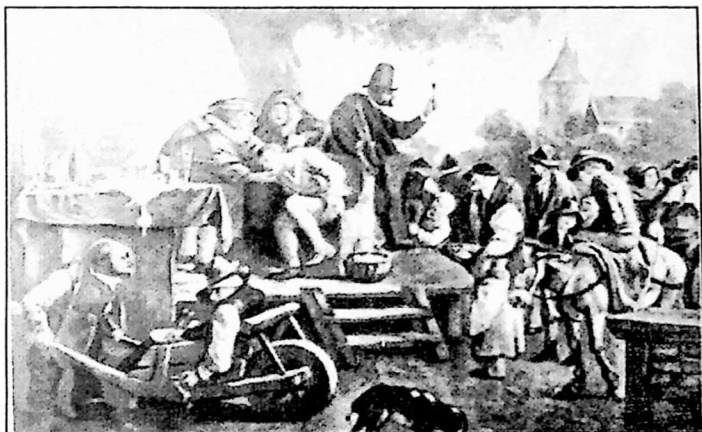
კ ღ ი ნ ი კ ა . დაავადება იწყება თანდათანობით ღრძილის ღვრილების
შემუქებით, მათი ხელი ზრდით, გამოსაგული მომკერძო კონსისტენციისაა.
პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება არა მარტო ღვრილების მიმართ ულკებით,
არამედ მთელ ღრძილოვან ნაწილზე, ვითარდება ლილეკისებური შემსხ-
ვილება კბილთა ჯგუფების პირის კარიბჭის მხრიდან, განვითარების მოგვი-
ანებით სტადიაში დაავადება ვრცელდება ენისა და სასისკენა მხარეზეც.
პიპერგროფირებული ქსოვილი იკავებს კბილების გვირგვინიდან ნაწილს და
ზოგჯერ გადაფარავს კბილების საჭრელ და საღებ ზედაპირებსაც კი. ღუჭვის
ფუქნცია გაძნელებულია. ხშირად გრავირდება, შეიძლება დაწყულდეს და
ალინიშნოს ზომიერი სისხლენა. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ძე-
ლოვან ქსოვილში ან არ არის ცვლილებები, ან (მოგვიანებით) ალინიშნება
ზომიერი ოგსეოპოროზი.

ღ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ დ ი ა გ ნ ო ზ ს ვაგარებთ პიპერგროფიულ გინგი-
ვიტთან, ეპულისთან. (იხ. პიპერგროფიული გინგივიტი).

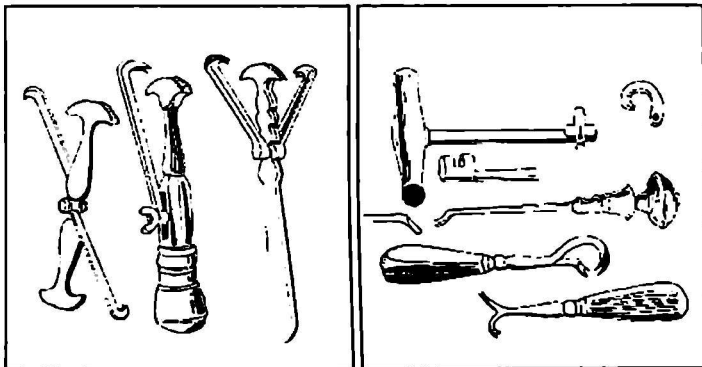
მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ქირურგიული მკურნალობა უნდა ჩაეგაროთ რამ-
დენიმე ეტაპად 4-6 კბილის არეში. ადგილობრივი გაუტკივარების ფონზე
ვაგარებთ პათოლოგიური ქსოვილის მთლიან ამოკვეთას ელექტროდანით.
ქსოვილების მიწვას ვახდენთ ენისა და სასის მხრიდანაც საჭიროების მიხედ-
ვით. ჭრილობას დაეამუშავეთ ანტისეპტიკური ხსნარით. სისხლენის შე-
ჩურების შემდეგ ჭრილობაზე ვათავსებთ ანტისეპტიკურ სამკურნალო ნახ-
ვევს. ოპერაციის მთელი და შემდგომ ეტაპებს ვაგარებთ 3-4 დღის ინტერვალ-
ით, ჯერ ერთ მხარეზე, შემდეგ მეორეზე. ავადმყოფს უნდა შეწყვიტოს ანტიბი-
ოტიკებს, ანტისეპტიკურ საველებს, ტკივილდამამყუჩებელ საშუალებებს.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი . დაავადების პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

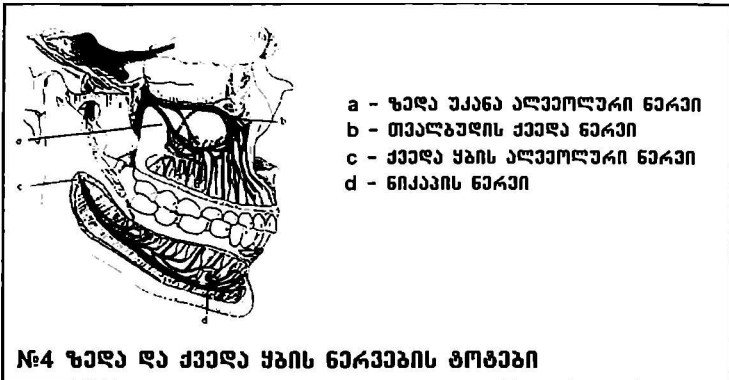
ღანართი ილუსტრაციები

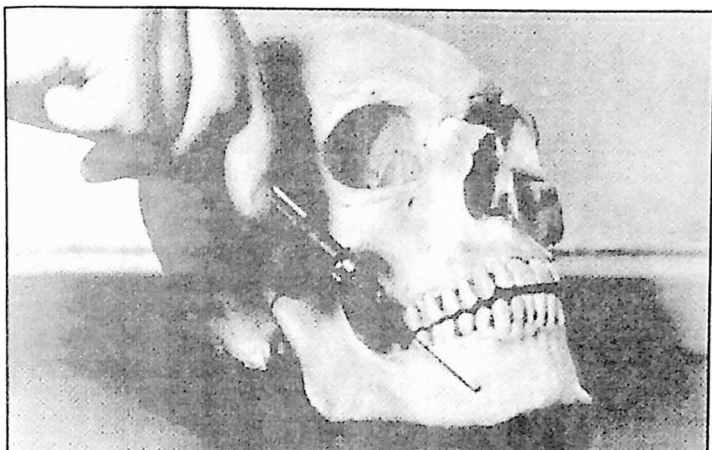


№1 კვილის ამოღების თანაართი შეასაუკუნეაზუი

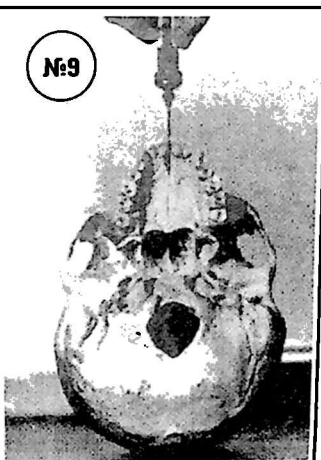
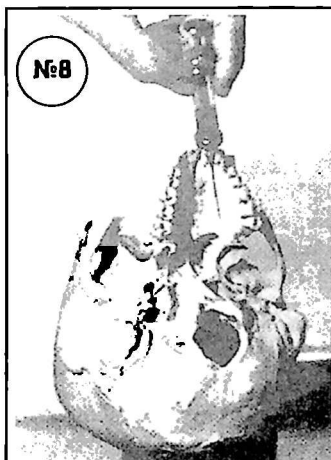


№2 - №3 პელიქანის ტიპის კვილის ამოსაღები იარაღები

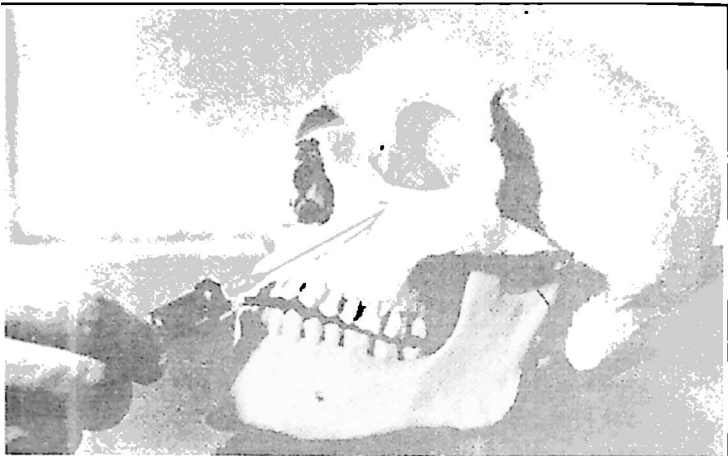




№7 შპრიცის და ნემსის მღებარეობა მენტალური ანესთეზიის დროს



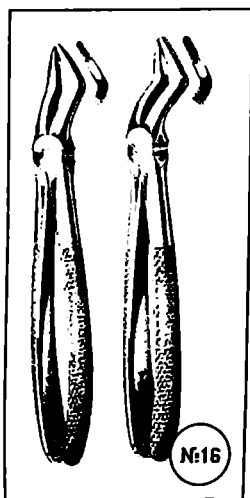
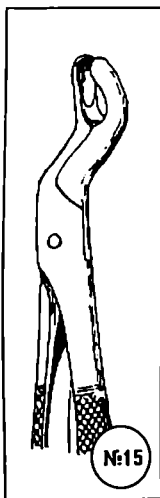
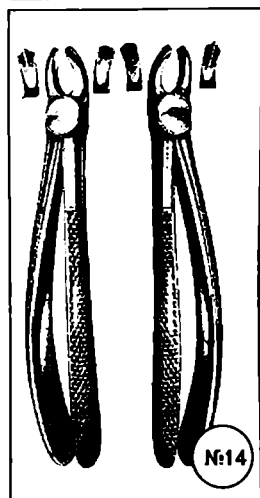
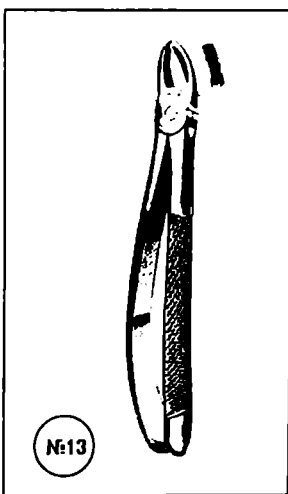
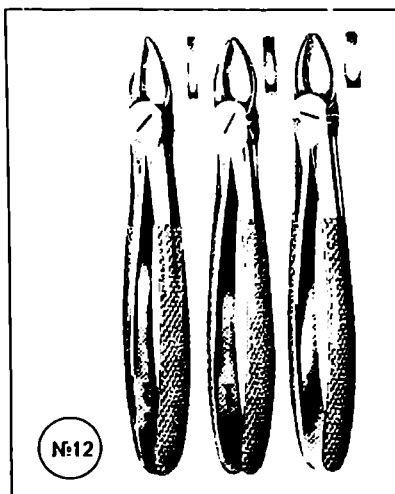
№8 შპრიცის და ნემსის მღებარეობა აალაგიური ანესთეზიის დროს
№9 შპრიცის და ნემსის მღებარეობა ინსიზიური ანესთეზიის დროს



**№10 შარხის და ნესის ვღებარეოზა იწერაორგიტული
ანესტეზიის ღროს**



**№11 შარხის და ნესის ვღებარეოზა ტუბერული
ანესტეზიის ღროს**

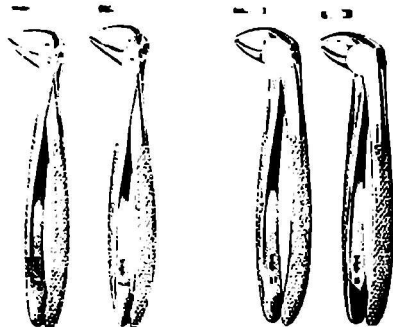


ზედა ყბის კბილების მკურნალობის

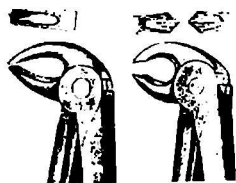
№12 ფარინგოსკოპიული კბილების №13 აკრედიტორი

№14 მორტარის (მარჯვენა და მარცხენა) №15 მკურნალობის მორტარი

№16 მკურნალობის აპოლონიური მკურნალობის



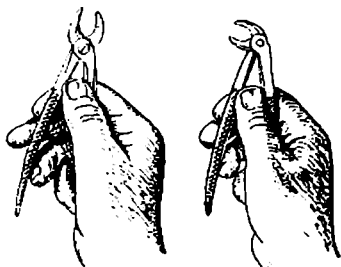
№17 ქედა ყვის კიღლეის ფესვეის და შრონბალური
კიღლეის ამოსალბი მავუბი



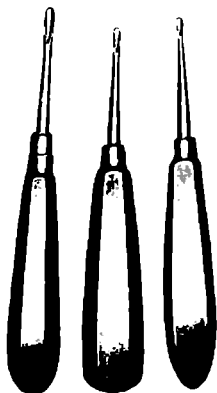
№18 ქედა ყვის არემოლაკეზის და მოლაკეზის ამოსალბი მავუბი



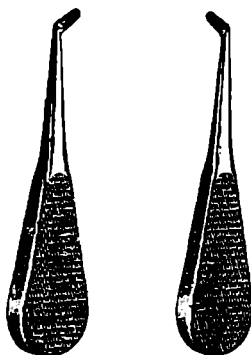
№19 ქედა მესაბე მოლაკის მავუ და მისი ხელუი დაქაკის ნესი



№20 მუშების ხელში
დაჭერის წესი



№21 პირდაპირი
ელექტრორკები



№22 კუთხისკეზა
ელექტრორკები



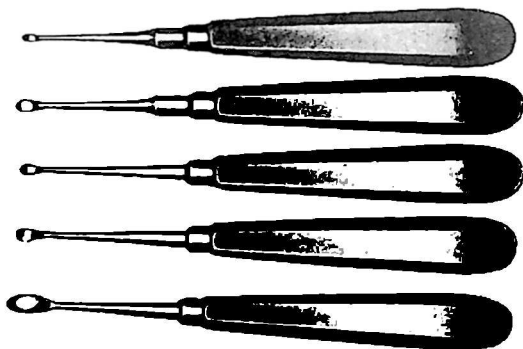
№23 ფისების ამოსაღები
ელექტრორკები



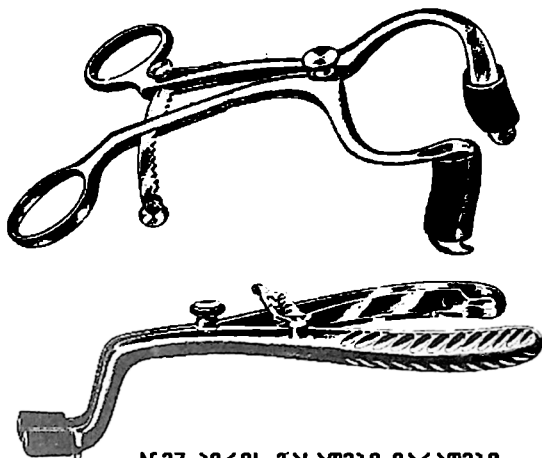
**№24 ქედა მესამე მოღარის ელვაგორი (ლაქლუზის)
და მისი ხელში ღაჭარის ნახი**



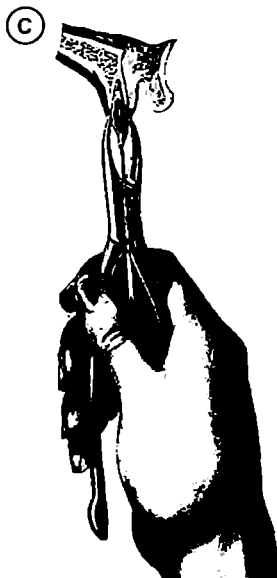
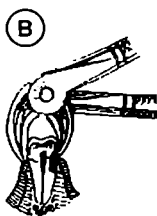
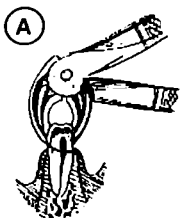
№25 ქირაგბიული ღანახი



№26 ქირაგბიული კოუხები



№27 პირის ზანაღები იარაღები



№28 მუხის ღაღება კბილზე

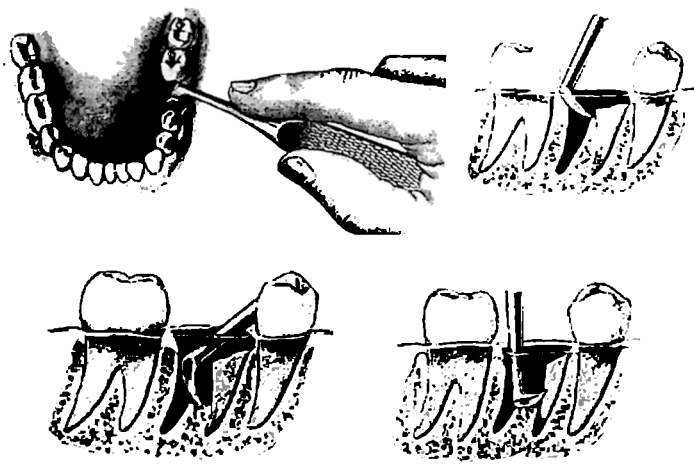
A- პრანსორი

B-C - სწორი

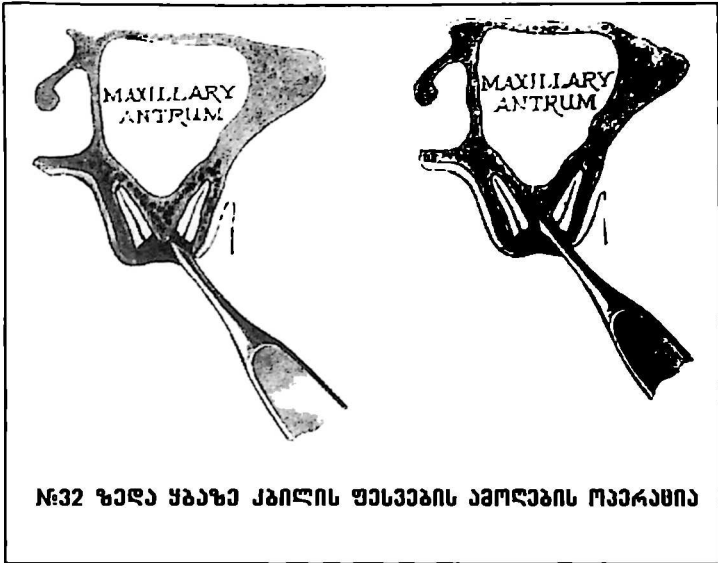


№29 პირლანიური მავა მოქმედებაში

№30 ქვედა ყბაზე მოლარის ამოღება



№31 ქვედა ყბაზე კბილის ფუნქციის ამოღების ოპერატიუმი



№32 ზედა ყბაზე კბილის ფესვების ამოღების ოპერაცია



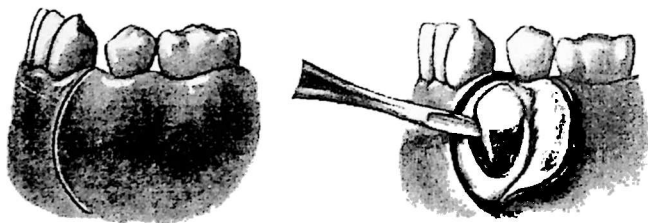
№33 ზედა ყბაზე რეალბარეზე კბილების ამოღების ოპერაცია



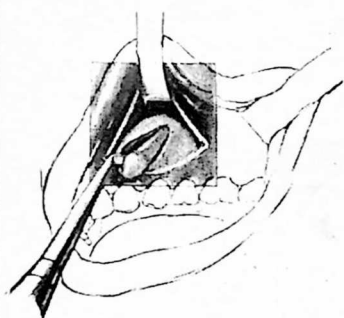
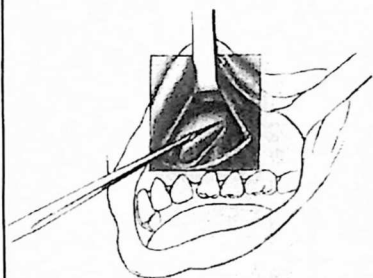
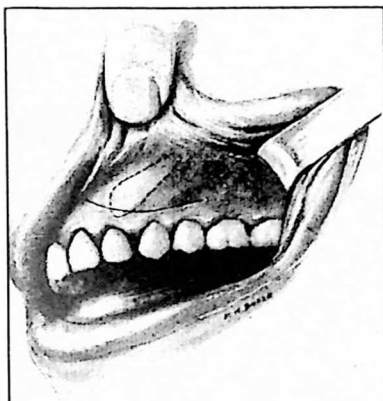
**№34 ქვედა ყბაზე მესამე მოლარის ქვდაჩის მოქვეთის
ოპერაცია**



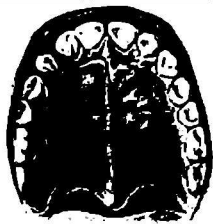
**№35 ქვედა ყბაზე რეგენერირებული მესამე მოლარის
ემოლუგის ოპერაცია**



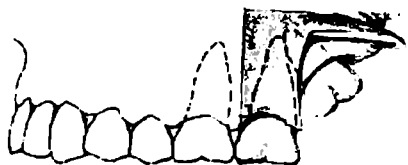
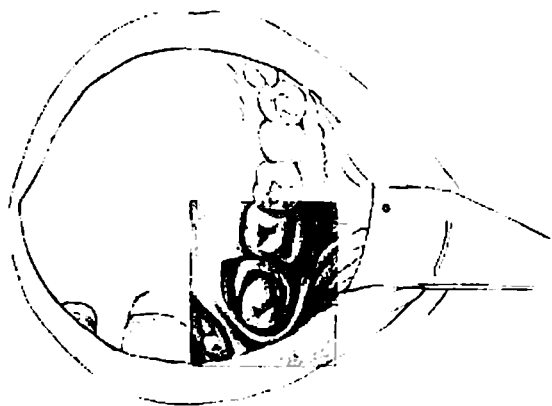
**№36 ქვედა ყბაზე რეგენერირებული კვილის
ემოლუგის ოპერაცია**



**№37 რაზენირებული კვილის
აქოლვა პირის კარიბჭის
მხრიდან**



**№38 რაზენირებული კვილის
აქოლვა სუნის მხრიდან**



**№39 რებენიარებული ზედა მესამე მოლარის
აქრობის ოპერაცია**