

ომარ ნემსაძე

-9206-

ქირურგიული სტომატოლოგია



თბილისის სამედიცინო სტომატოლოგიური ინსტიტუტის
გამომცემლობა „დასტაქარი“

თბილისი 2005

ო. ნემსაძე ქირურგიული სტომატოლოგია. სახელმძღვანელო. თბილისი. გამომცემლობა „დასტაქარი“ 2005 – 562 გვ.

სახელმძღვანელო შედგენილია სტომატოლოგიური პროფილის ინსტიტუტებისა და ფაკულტეტების პროგრამის შესაბამისად. მასში განხილულია ზოგადი და ადგილობრივი გაუტკივარების, კბილის ამოღების, პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს ანთებითი პროცესების, სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებების, საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დაავადებების საკითხები; აღწერილია ყბა-სახის მიდამოს ტრავმატიზმი, სახის ნერვული სისტემის დაავადებები, პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს სიმსივნური და სიმსივნისმაგვარი დაავადებები, მოცემულია მათი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდები; განხილულია ყბებისა და სახის აღდგენითი და პლასტიკური ქირურგიის საკითხები.

თბილისის სამედიცინო აკადემიის ქირურგიული საბჭოსა და თბილისის სამედიცინო სტომატოლოგიური ინსტიტუტის საბჭოს მიერ ო. ნემსაძის „ქირურგიული სტომატოლოგია“ დამტკიცებულია სახელმძღვანელოდ სტომატოლოგიური ფაკულტეტის სტუდენტებისათვის.

წინასიტყვაობა

საქართველოში ქირურგიული სტომატოლოგიის პირველი და დღემდე ერთადერთი სახელმძღვანელო გამოიცა 30 წლის წინ, 1966 წელს. ეს იყო პროფესორ ა. ედიბერიძის წიგნი „ქირურგიული სტომატოლოგია“, რომელიც რამოდენიმე წლის შემდეგ შევსებული სახით განმეორებით დაისტამბა. დღეისათვის იგი ბიბლიოგრაფიულ იშვიათობას წარმოადგენს. ამ ხნის მანძილზე მედიცინამ მნიშვნელოვან განვითარებას მიაღწია. განვითარდა სტომატოლოგიაც. მოძველდა ზოგიერთი წარმოდგენა და მკურნალობის მეთოდი. შეიქმნა ახალი თეორიები, მიმართულებები, დამუშავდა მკურნალობის ხერხები.

ყოველივე ამან ახალი სახელმძღვანელოს შექმნის აუცილებლობის წინაშე დაგვაყენა, სახელმძღვანელოსი, რომელიც ასახავდა პირის ღრუს, ყბების, სახისა და კისრის მიდამოს პათოლოგიის საკვანძო საკითხების თანამედროვე მდგომარეობას.

სახელმძღვანელოზე მუშაობისას ვიყენებდით როგორც ქართულ, ისე ყოფილ საბჭოთა ლიტერატურას. განსაკუთრებით ვცდილობდით ევროპელი და ამერიკელი სპეციალისტების მიღწევების ასახვას, მით უმეტეს, რომ საბჭოთა ლიტერატურა ყოველთვის ღარიბი იყო საზღვარგარეთელი კოლეგების მონაცემებით. წიგნში გამოყენებულია აგრეთვე ავტორის მრავალწლიანი შრომითი გამოცდილება, საკუთარი ექსპერიმენტული თუ კლინიკური გამოკვლევების ანალიზიდან გამომდინარე დებულებები, მეთოდები, უხვადაა ციტირებული ქართველი კოლეგების შრომები.

სახელმძღვანელოზე მუშაობის პროცესში ვცდილობდით არ ავცდენოდით ქირურგიული სტომატოლოგიის კურსის პროგრამას, რომლის მიხედვითაც წარმოებს აღნიშნული საგნის სწავლება უმაღლეს სასწავლო დაწესებულებებში. წიგნი სარგებლობას მოუტანს დამწყებ ექიმებსაც.

სახელმძღვანელო შეიქმნა შედარებით მოკლე დროში, რის გამოც იგი არ იქნება დაზღვეული ხარვეზებისაგან. ყველა საქმიანი შენიშვნა მადლობით იქნება მიღებული.

ავტორი

სარჩევი

თავი I. გაუტკივარება 9

ანალგეტიკები და ანეხთეტიკები ანუ ტკივილგამაყუჩებელი და გამაუტკივარებელი საშუალებები 9
ზოგადი გაუტკივარება 10
არაინჰალაციური ნარკოზი 14
კომბინირებული ზოგადი აწესთეზია 17
ნეიროლეპტანალგეზია 18
ატარალგეზია 19
ცენტრალური ანალგეზია 19
ზოგადი გაუტკივარების ჩვენებები სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის კლინიკებში 20
ზოგადი გაუტკივარების მეთოდიკა 21
ზოგადი გაუტკივარების გართულებები 24
რეანიმაციის ძირითადი პრინციპები 26
ადგილობრივი გაუტკივარება 32
პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს ადგილობრივი გაუტკივარების ჩვენებები და წინააღმდეგჩვენებები 34
რეგიონული (გამტარი) გაუტკივარების შესრულების ძირითადი კანონები 35
პრემედიკაცია 35
თანამედროვე ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები ადგილობრივი გაუტკივარებისათვის 36
დამხმარე საშუალებები 45
ზედაპირული (ტერმინალური) გაუტკივარება 50
ინფილტრაციული გაუტკივარება 50
გამტარი (რეგიონული) გაუტკივარება 53
ზედა ყბის ნერვის ტოტების გაუტკივარება 53
ქვედა ყბის ნერვის ტოტების გაუტკივარება ქვედა ყბის ხვრელთან (მანდიბულური ანესთეზია). 61
ადგილობრივი გაუტკივარების გართულებები 77

თავი II. კბილების ამოღება 89

კბილის ამოღებისწინა ღონისძიებები 91
ზედა ყბის კბილების ამოღება 108
ქვედა ყბის კბილების ამოღება 111
კბილის ფესვების ამოღება 114
ჭრილობის დამუშავება და მოვლა კბილის ამოღების შემდეგ . . . 120
კბილის ამოღებასთან დაკავშირებული გართულებები 122

თავი III. ყბა-სახის მიდამოს ანთებითი დაავადებები 135

პერიოდონტიტი 135
პერიოდონტიტის მკურნალობა 140
კბილის ფესვის მწვერვალის რეზექცია (აპიკოტომია, გრანულექტომია) 141
კბილის გადანერგვა (რეპლანტაცია, ტრანსპლანტაცია, იმპლანტაცია) . 141
ოდონტოგენური პერიოსტიტი 144
ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი 148
უბა-სახის მიდამოს ოდონტოგენური აბსცესები და ფლეგმონები . . . 157
უბა-სახის მიდამოს აბსცესებისა და ფლეგმონების მკურნალობა . . . 180
ოდონტოგენური ლიმფადენიტი 182
სახის ოდონტოგენური კანქვეშა მცოცავი გრანულომა 185
კბილის ამოჭრის დაავადებები 186
ქვედა მესამე მოლარის (სიბრძნის კბილის) გაძნელებული ამოჭრა . 190
ზედა უბის წიაღის ოდონტოგენური ანთება (სინუსიტი, ჰაიმორიტი) . 194
სახის არაოდონტოგენური ანთებითი პროცესები 203
ციმბირის წყლული 204
წითელი ქარი 205
ნომა (წყლის კიბო) 207
სპეციფიკური ანთებითი დაავადებები 208
აქტინომიკოზი 208
ტუბერკულოზი 213
სიფილისი 219
თავი IV. პაროდონტის დაავადებათა ძირუხეული მკურნალობა . . . 221
თავი V. სანერწყვე ჯირკვლების პათოლოგია 225
სანერწყვე ჯირკვლების ანთება (სიალადენიტი) 225
ვირუსული სიალადენიტი 225
არასპეციფიკური (ბაქტერიული) სიალადენიტი 230
სანერწყვე ჯირკვლების მწვავე ანთება 231
სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკული ანთება 237
ქრონიკული ინტერსტიციალური სიალადენიტი 237
ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტი 239
ქრონიკული სიალოდოხიტი 241
ქრონიკული სიალადენიტისა და სიალოდოხიტის მკურნალობა . . . 243
სპეციფიკური სიალადენიტი 245
სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადება 247
სანერწყვე ჯირკვლების ტრავმული დაზიანება 255
სიალოზები (სანერწყვე ჯირკვლების რეაქტიულ-დისტროფიული ცვლილებები) 259
უპირატესად ალერგიული წარმოშობის სიალოზები 262
უპირატესად ჰორმონული წარმოშობის სიალოზები 267
ნეიროგენული სიალოზები 268
არასაკმარის კვებასთან დაკავშირებული სიალოზები 269
სანერწყვე ჯირკვლების სეკრეტორული ფუნქციის დარღვევა 270
სანერწყვე ჯირკვლების და მათი სადინრების კისტები 272
თავი VI. საფეთქელ-ქვედა უბის სახსრის პათოლოგია 277
საფეთქელ-ქვედა უბის სახსრის ართრიტი 280

საფეთქელ-ქვედა უბის სახსრის ტრავმული ართრიტი 283
საფეთქელ-ქვედა უბის სახსრის სპეციფიკური ინფექციური ანთება . 286
საფეთქელ-ქვედა უბის სახსრის ართროზი 287
საფეთქელ-ქვედა უბის სახსრის მტკივნეული დისფუნქციის სინდრომი 290
კრიჭის შეკვრა 293
ქვედა უბის ამოვარდნილობა 301
თავი VII. უბა-სახის მიდამოს ტრავმატოლოგია 309
კბილების ტრავმული დაზიანება 311
ქვედა უბის მოტეხილობა 313
კლასიფიკაცია 316
ქვედა უბის მოტეხილობის მკურნალობა 325
ქვედა უბის როკისებრი მორჩის მოტეხილობის მკურნალობა . . . 336
ზედა უბის მოტეხილობა 339
ზედა უბის მოტეხილობის მკურნალობა 342
რეპარაციული ოსტეოგენეზის სტიმულაცია 344
უვრიმალის ძვლისა და რკალის მოტეხილობა 347
ცხვირის ძვლების მოტეხილობა 353
უბა-სახის მიდამოს შეთავსებული დაზიანება 355
უბა-სახის მიდამოს კომბინირებული დაზიანებები 356
თავი VIII. უბა-სახის მიდამოს ნერვების დაავადებები და დაზიანებები 357
სამწვერა ნერვის ნევრალგია 357
სამწვერა ნერვის ნევრალგიის მკურნალობა 365
კონსერვატიული მკურნალობა 366
ქირურგიული მკურნალობა 367
თბილისის სამედიცინო აკადემიის უბა-სახის ქირურგიის კლინიკაში მიღებული ჰეშმარიტი ნევრალგიის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები 373
ენა-სახის ნერვის ნევრალგია 378
ენის ნერვის ნევრალგია 379
სახისა და კისრის მიდამოს ნევროგენული სინდრომები 380
გლოსალგია (გლოსოდინია). სტომალგია 392
სამწვერა ნერვის ნევრიტი 394
მიმიკური კუნთების დამბლა (სახის ნერვის ნევრიტი) 395
თავი IX. პირის ღრუსა და უბა-სახის მიდამოს სიმსივნისმაგვარი და სიმსივნური წარმონაქმნები 403
სახისა და კისრის კისტები და ხვრელარხები 403
უბების ოდონტოგენური კისტები 408
უბების სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნები და ოსტეოდისტროფიები . 414
უბების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 420
ოდონტოგენური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 420
ამელობლასტომა (ადამანტინომა) 421
ამელობლასტური ფიბრომა 423
ოდონტომა 423

ცემენტომა 424
ოდონტოგენური ფიბრომა 426
უბების ოსტეოგენური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 427
უბების არაოსტეოგენური და არაოდონტოგენური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 433
პირის ღრუსა და სახის რბილი ქსოვილების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 437
პირის ღრუსა და უბა-სახის მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეები . . . 444
სახის კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები 446
ტუჩის კიბო 449
პირის ღრუს ორგანოების კიბო 451
უბების კიბო 455
სარკომები 459
პირის ღრუსა და უბა-სახის მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეებისქ ირურგიული მკურნალობა 464
სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეები 468
ეპითელური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 469
ეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნეები 472
არაეპითელური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები 474
სანერწყვე ჯირკვლების არაეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნეები . 475
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და ტუჩის წითელი ყაეთნის სიმსივნისწინა დაავადებები 475
თავი X. უბა-სახის მიდამოს ალდგენითი ჟირურგია 481
ადგილობრივი პლასტიკა 482
ნაფლეთოვანი პლასტიკა 488
კანის თავისუფალი გადანერგვა 489
პირის ღრუსა და უბა-სახის მიდამოს ცალკეული ორგანოების აღდგენა 493
ტუჩის აღდგენა (Cheiloplastica) 493
ზედა ტუჩისა და სასის თანდაყოლილი ნაპრალები 504
ლოყის პლასტიკა (Meloplastica) 514
ყურის ნიჟარის პლასტიკა (Otoplastica) 518
ქუთუთოს პლასტიკა (Blepharoplastica) 525
წარბის პლასტიკა (superciliplastica) 531
უბების დეფორმაციის ქირურგიული მკურნალობა 532
ქვედა პროგნათიის ქირურგიული მკურნალობა 534
ქვედა რეტროგნათიისა და მიკროგნათიის ქირურგიული მკურნალობა 538
ზედა პროგნათიის ქირურგიული მკურნალობა 544
ზედა რეტროგნათიის ქირურგიული მკურნალობა 546
ღია თანკბილვის ქირურგიული მკურნალობა 547
უბების ოსტეოპლასტიკა 548
ცხვირის პლასტიკა (Rhinoplastica) 552

თავი I

გაუტკივარება

გაუტკივარება (ანესთეზია) არის სხვადასხვა ფარმაკოლოგიური და ფიზიკური საშუალებებით ადამიანის ორგანიზმზე ან მის განსაზღვრულ ნაწილზე ზემოქმედების შედეგად ორგანიზმის ან მისი ნაწილის მტკივნეული მგრძნობელობის დაკარგვა. არჩევენ გაუტკივარების სამ ძირითად სახეს: ზოგადი გაუტკივარება, ადგილობრივი გაუტკივარება, შეთავსებული გაუტკივარება.

ზოგადი გაუტკივარება არის ორგანიზმში ხელოვნურად შექმნილი მდგომარეობა, რომლის დროსაც ვითარდება ცენტრალური ნერვული სისტემის გავრცელებული, შექცევადი შეკავება, რომელიც თანდართულია ანესთეზიით, რეფლექსური აქტიურობის დაქვეითებით და გონების (ცნობიერების) დაკარგვით. ამასთან, უზრუნველყოფილია ორგანიზმის ძირითადი ფუნქციების (სუნთქვა, სისხლის მიმოქცევა და სხვა) მართვა.

ადგილობრივი გაუტკივარება არის ორგანიზმის განსაზღვრულ უბანზე ისეთი ზემოქმედება, რომელიც ცნობიერების გამოთიშვის გარეშე უზრუნველყოფს ამ უბნის ქსოვილების მტკივნეული მგრძნობელობის დაკარგვას.

შეთავსებული გაუტკივარება არის ორგანიზმის ან მისი რომელიმე უბნის მტკივნეული მგრძნობელობის გამოთიშვა გაუტკივარების სხვადასხვა სახის ერთდროული გამოყენებით (მაგ., ადგილობრივი ანესთეზია და ნარკოზი, ადგილობრივი ანესთეზია და ნეიროლეპტანალგეზია, ნარკოზი და ნეიროლეპტანალგეზია, ადგილობრივი ანესთეზია და ატარალგეზია და ა.შ.).

ანალგეტიკები და ანესთეტიკები ანუ ტკივილგამაყუჩებელი და გამაუტკივარებელი საშუალებები

ანალგეტიკი (ბერძნულიდან Algos — ტკივილი, an — არ) ფლობს ტკივილის შეგრძნების შემასუსტებელ ან აღმომფხვრელ სპეციფიურ უნარს. ანალგეტიკები იყოფიან ნარკოტიკულ ანალ-

გეტიკებად (მორფინი, ომნოპონი, პრომედოლი, კოდეინი, ფენტანილი და სხვა) და არანარკოტიკულ ანალგეტიკებად (ანალგინი, ამიდოპირინი ანუ პირამიდონი, ფენაცეტინი, პარაცეტამოლი, ანტიპირინი, ასპირინი და სხვა სალიცილატები, ინდომეტაცინი, ბუტადიონი, იბუპროფენი, დიმექსიდი და სხვა).

ნარკოტიკული ანალგეტიკებისათვის დამახასიათებელია ძლიერი ანალგეზიური აქტიურობა, ეიფორია, განმეორებითი მიღებისას ნარკომანიის განვითარება, ხოლო ნარკომანიის შემთხვევაში პრეპარატის მიღების შეწყვეტისას აბსტინენციური სინდრომის (ავადმყოფური მდგომარეობის) განვითარება.

არანარკოტიკული ანალგეტიკებისათვის დამახასიათებელია ანალგეზიური აქტიურობა ტკივილების განსაზღვრული სახეების დროს (თავისა და კბილის ტკივილი, ნევრალგიური ტკივილები და ა.შ.), სიცხისდამწევი და ანთებისსაწინააღმდეგო მოქმედება, ეიფორიის არარსებობა და განმეორებითი მიღებისას ნარკომანიის განუვითარებლობა.

ანესთეტიკი ფლობს მგრძნობელობის გამომთიშველ და მით უმეტეს ტკივილის აღქმის აღმომფხვრელ სპეციფიურ უნარს. არჩევენ ზოგად და ადგილობრივ ანესთეტიკებს.

ზოგადი ანესთეტიკი ისეთი ნივთიერებაა, რომელიც თრგუნავს ცენტრალური ნერვული სისტემის იმ უბნებს, რომლებშიც ადგილი აქვს მტკივნეული შეგრძნების აღქმასა და ფორმირებას. ზოგადი ანესთეტიკია ყველა სანარკოზო საშუალება (ფტოროტანი, აზოტის ქვეჟანგი, ციკლოპროპანი, ეთერი, ქლოროფორმი, ბარბიტურატები, ჰექსანალი, თიოპენტალი, სომბრევინი, კალიფსოლი და სხვა), აგრეთვე ნარკოტიკული და არანარკოტიკული ანალგეტიკები.

ადგილობრივი ანესთეტიკი ისეთი ნივთიერებაა, რომელიც ადგილობრივი გამოყენებისას ახდენს აფერენტული ნერვული დაბოლოებების აღგზნებადობის დათრგუნვას და ნერვული ბოჭკოებით ნერვული იმპულსების გადაცემის ბლოკირებას (ნოვოკაინი, ტრიმეკაინი, ლიდოკაინი, მეპივაკაინი და სხვა).

ზოგადი გაუტკივარება

ზოგადი გაუტკივარების სახეებია ნარკოზი, კომბინირებული ანესთეზია, ნეიროლეპტანალგეზია, ატარალგეზია, ცენტრალური ანალგეზია.

ნარკოზი (ბერძნ. narcosis — დაძინება) არის ნარკოტიკული ნივთიერებებით ტკივილის შეგრძნების გამოთიშვა, რაც გამოწვეულია ცნობიერების დაკარგვით და ცენტრალური ნერვული სისტემის იმ უბნების დათრგუნვით, რომლებშიც ადგილი აქვს მტკივნეული შეგრძნების აღქმასა და ფორმირებას.

არჩევენ ინჰალაციურ და არაინჰალაციურ ნარკოზს. ინჰალაციური ნარკოზის დროს ზოგადი ანესთეტიკები ორგანიზმში შეყავთ სასუნთქი გზებიდან აირის ან ორთქლის სახით. თუ აირი ან ორთქლი ფილტვებში შეყავთ ნიღაბის საშუალებით — უწოდებენ ნიღაბით ნარკოზს, ნაზოფარინგეალური მილით შეყვანისას — ნაზოფარინგეალურს, ინტუბაციური მილით უშუალოდ ფილტვებში შეყვანისას — ინტუბაციურს, უშუალოდ ტრაქეაში შეყვანისას — ენდოტრაქეალურს, ბრონქებში — ენდობრონქულს.

კარგი მართვის შესაძლებლობის გამო ინჰალაციური ნარკოზი ზოგადი გაუტკივარების ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. ნარკოზის სიღრმე განისაზღვრება ანესთეტიკის დაძაბულობის ზომისაგან ცენტრალური ნერვული სისტემის უჯრედებში და პირდაპირ არის დამოკიდებული სისხლში მისი დაძაბულობისაგან.

ნარკოზის განვითარების სისწრაფეზე გავლენის ძირითადი ფაქტორი არის სისხლში ანესთეტიკის ხსნადობა. დაბალი ხსნადობის დროს ის იზრდება. მაგრამ ანესთეტიკის სანარკოზო ძალა უფრო მეტადაა დამოკიდებული ცხიმებში ხსნადობის უნარისაგან. ამ მაჩვენებლის მიხედვით ინჰალაციური ანესთეტიკები ლაგდებიან შემდეგი თანამიმდევრობით: (სანარკოზო მოქმედების სიძლიერის მიხედვით): ტრიქლორეთილენი, მეთოქსიფლურანი, ფტოროტანი, ციკლოპროპანი, აზოტის ქვეჟანგი. ამათგან ტრიქლორეთილენი, მეთოქსიფლურანი და ფტოროტანი აქროლადი სითხეებია, ციკლოპროპანი და აზოტის ქვეჟანგი — ინდიფერენტული აირები.

ტრიქლორეთილენი (ტრილენი, როტილანი) უფერო, მოტკბო სუნის სითხეა. მისი ორთქლი ოთხჯერ მძიმეა ჰაერზე. დუღილის ტემპერატურა — 86-88°C. ნარკოტიკული მოქმედების ძალით ეთერზე 5-10-ჯერ ძლიერია. აქვს გამოხატული ანალგეზიური მოქმედება, არ აღიზიანებს სასუნთქი გზების ლორწოიან გარსს. იწვევს სუსტად გამოხატულ კუნთოვან რელაქსაციას (მოდუნებას). მისი გამოყენებისას საღეჭი კუნთების, პირის ღრუს ფსკერის და ენის ტონუსი შენარჩუნებულია. არ არის დათრგუნული რეფლექსები, კერძოდ, ყლაპვის რ[illegible]ველების რეფლექსი, რასაც გარკვე-

ული მნიშვნელობა აქვს პირის ღრუში ოპერაციების დროს (ასპირაციის საფრთხე ნაკლებია).

ნარკოზს ტრიქლორეთილენით იყენებენ მოკლევადიანი ოპერაციების, მტკივნეული სამკურნალო და სადიაგნოსტიკო მანიპულაციების, მშობიაროზის, კბილის ამოღების დროს. წინააღმდეგნაჩვენებია გულის, ღვიძლის, თირკმლის დაავადებების დროს. არ გამოიყენება ხანგრძლივი ოპერაციების დროს და იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭიროა კუნთების რელაქსაცია.

მეთოქსიფლურანი (პენტრანი, ინჰალანი) უფერო, გამჭვირვალე სითხეა, სპეციფიური სასიამოვნო სუნით. დუღილის ტემპერატურა — 104,6 ^{0}C. ერთ-ერთი მძლავრი ინჰალაციური ანესთეტიკია. ნარკოზში შესვლა და გამოღვიძება მიმდინარეობს ნელა. არ აღიზიანებს ზედა სასუნთქ გზებს, არ აძლიერებს სალივაციას და ბრონქიალური ჯირკვლების სეკრეციას, აქვს გამოხატული ბრონქოლიზური მოქმედება. ახდენს სუნთქვის დათრგუნვას (ამცირებს მის სიღრმეს), უარყოფითად მოქმედებს თირკმელზე (მცირდება დიურეზი).

ნარკოზს მეთოქსიფლურანით იყენებენ მტკივნეული სამკურნალო და დიაგნოსტიკური მანიპულაციების და ხანგრძლივი ოპერაციული ჩარევების დროს, როგორც კომბინირებული ანესთეზიის კომპონენტს (მაგ. აზოტის ქვეჟანგთან ერთად). წინააღმდეგნაჩვენებია ღვიძლის, თირკმლის პათოლოგიის და არტერიული ჰიპოტენზიის დროს.

ფტოროტანი (ფლუოტანი, პალოტანი, ნარკოტანი) უფერო გამჭვირვალე სპეციფიური სუნის მქონე სითხეა. არის მძლავრი ნარკოტიკული საშუალება — 4-5-ჯერ ძლიერია ეთერზე და 50-ჯერ ძლიერი — აზოტის ქვეჟანგზე. არ აღიზიანებს სასუნთქ გზებს, თრგუნავს სალივაციას და ბრონქიალური ჯირკვლების სეკრეციას, ხორხის და ყლაპვის რეფლექსებს. აფართოებს ბრონქებს. ორგანიზმიდან სწრაფად გამოიყოფა. ფტოროტანის დიდი ნაწილი გამოიყოფა ფილტვებიდან, 15-20% — თირკმელებით. გამოღვიძების შემდეგ არაიშვიათად ადგილი აქვს კანკალს და შემცივნებას, 2-6%-ში ღებინებას.

ფტოროტანი თრგუნავს სასუნთქ ცენტრს, ახდენს სასუნთქი მუსკულატურის რელაქსაციას, 10-15%-ით ამცირებს სისხლის არტერიულ წნევას, აუხშოებს პულსს, არაიშვიათად იწვევს პარკუჭოვან ექსტრასისტოლას.

ფტოროტანის ნიღაბით ნარკოზი გამოიყენება ხანმოკლე ოპერაციების დროს. ფტოროტანი ფართოდ გამოიყენება აზოტის ქვეჟანგის მოქმედების გასაძლიერებლად. წინააღმდეგნაჩვენებია ღვიძლისა და თირკმელების დაავადებების, გულის უკმარისობის, არტერიული ჰიპოტენზიის, თირკმელზედას ქერქის უკმარისობის დროს.

ციკლოპროპანი (ტრიმეთილენი) — მოტკბო გემოს მქონე უფერო აირია, აქვს სუსტი, ნაკთობისმაგვარი სუნი. ჰაერზე 1,5-ჯერ მძიმეა. ჰაერთან, ჟანგბადთან და აზოტის ქვეჟანგთან ქმნის აფეთქებადსაშიშ ნარევებს, ამიტომ მისი გამოყენება ელექტროაპარატურის თანხლებით, რომლებმაც შეიძლება მოგვცენ ელექტრონაპერწკალი (ბორმანქანა, ელექტროკოაგულატორი, ელექტროდანა და ა.შ.) საშიშია.

ციკლოპროპანი ძლიერი ანესთეტიკია, აზოტის ქვეჟანგზე 7-10-ჯერ ძლიერია. არ ახდენს მავნე გავლენას სასუნთქ გზების ლორწოიან გარსზე, უზრუნველყოფს კარგ კუნთოვან რელაქსაციას, იწვევს არტერიული წნევის აწევას, სუნთქვის დათრგუნვას, გონების სწრაფ გამოთიშვას (2-5 წუთი პრეპარატის მიცემიდან) და სწრაფ გაღვიძებას (3-7 წუთი პრეპარატის მიცემის შეწყვეტიდან).

იყენებენ ძირითადად ბავშვებში, არტერიული ჰიპოტენზიის შეპყრობილ მოზრდილებში, აგრეთვე აზოტის ქვეჟანგთან ერთად ნარკოზის შენარჩუნებისათვის.

აზოტის ქვეჟანგი (გამამხიარულებელი აირი) — მოტკბო გემოს, უფერო, უსუნო აირია. ჰაერზე 1,5-ჯერ მძიმეა. არ არის აფეთქებადსაშიში და ააფეთქებადსაშიში, მაგრამ აძლიერებს ეთერის და ციკლოპროპანის აფეთქებადსაშიშროებას. 36,5^{0}C ტემპერატურის ქვევით გარკვეული წნევის ქვეშ აზოტის ქვეჟანგი გადადის თხევად მდგომარეობაში. 1 კგ თხევადი აზოტის ქვეჟანგი წარმოქმნის 500 ლ აირს. ორგანიზმიდან იგი უცვლელად გამოიყოფა, უმთავრესად ფილტვებით. თუ აზოტის ქვეჟანგის კონცენტრაცია ორგანიზმში არ აღემატება 80%-ს, იგი არ ახდენს უარყოფით გავლენას სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ორგანოებზე. აზოტის ქვეჟანგი არ აღიზიანებს სასუნთქ გზებს. პაციენტი სწრაფად და სასიამოვნოდ იძინებს და იღვიძებს. პრეპარატს აქვს მძლავრი ანალგეტიკური, მაგრამ სუსტი ნარკოტიკული ეფექტი, ხშირად არ მიიღწევა ღრმა ძილი, კუნთების რელაქსაცია, ადგილი აქვს აგზნებას. ამის გამო აზოტის ქვეჟანგის ნარკოზი გამოიყენება მხოლოდ ანალგეზიის მიზნით მტკივნეული ღონისძიებების, მშობიარობის, ხანმოკლე სტომატოლოგიური მანიპულაციების დროს.

აზოტის ქვეჟანგი ფართოდ გამოიყენება კომბინირებული ნარკოზის დროს ანალგეტიკებთან, კუნთოვან რელაქსანტებთან, ნეიროლეპტანალგეტიკებთან და სხვა ზოგად ანესთეტიკებთან ერთად.

არაინჰალაციური ნარკოზი

არაინჰალაციური ნარკოზის დროს ზოგადი ანესთეტიკები ორგანიზმში შეჰყავთ ხსნარის სახით ვენიდან, კუნთებიდან, სწორი ნაწლავიდან, ძვალშიდა და კანქვეშა არეებიდან; იყენებენ აგრეთვე ჰიპნოზს და ელექტრონარკოზს. ამათგან ფართოდ გამოიყენება მხოლოდ **ვენური ნარკოზი,** რომლის განსახორციელებლად ვენაში შეჰყავთ ისეთი ანესთეტიკები, როგორიცაა: ბარბიტურატები (ჰექსანალი და თიოპენტალი), ნატრიუმის ოქსიბუტირატი, სომბრევინი, კეტამინი, ვიადრილი და სხვა. ანესთეტიკი პირდაპირ ხვდება სისხლში და ნარკოტიკული ეფექტი დგება სწრაფად. ვენური ნარკოზი გამოიყენება ან ავადმყოფის ნარკოზში შესაყვანად შემდგომში ტრაქეის ინტუბაციით და აიროვანი ანესთეტიკების ინჰალაციაზე გადასვლით ან როგორც დამოუკიდებელი ნარკოზი მოკლევადიანი ოპერაციების დროს.

ჰექსანალი — თეთრი კრისტალური ფხვნილია, კარგად იხსნება წყალში. წყალხსნარი სწრაფად იშლება, რის გამოც იგი მზადდება უშუალოდ ვენაში შეყვანის წინ. გამხსნელად იყენებენ ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონურ ხსნარს. იყენებენ ჰექსანალის 1-2%-იან ხსნარს (ხსნარი უნდა იყოს გამჭვირვალე). ვენაში შეჰყავთ ნელა, 5-10 მგ ჰექსანალი 1 კგ წონაზე. გონების გამოთიშვა ხდება 2-3 წუთში. მოქმედების ხანგრძლივობა მაქსიმალურად დასაშვები დოზის (1 გ-მდე) დროს არ აღემატება 15-20 წუთს.

ნატრიუმის თიოპენტალი — მოყვითალო ან მოყვითალო მწვანე ფერის კრისტალური ფხვნილია, ნივრის სუსტი სუნით. 1-2%-იანი ხსნარი მზადდება ვენაში შეყვანის წინ. შეჰყავთ 7-10 მგ 1 კგ წონაზე. თიოპენტალი უფრო ძლიერია, კიდრე ჰექსანალი. გონების გამოთიშვა ხდება პრეპარატის შეყვანიდან 1,5-2 წუთში. ნარკოზის ხანგრძლივობა — 20-25 წუთი. კანქვეშ შეყვანისას თიოპენტალი იწვევს ნეკროზს, არტერიაში კი — მკვეთრ სპაზმს, რამაც შეიძლება განგრენა გამოიწვიოს.

ბარბიტურატებს აქვთ ნარკოტიკული მოქმედება, მაგრამ არ გააჩნიათ ანალგეტიკური ეფექტი. ახდენენ დამთრგუნველ მოქმედებას სუნთქვაზე. დათრგუნვის ხარისხი დამოკიდებულია ანესთეტიკის შეყვანის სიჩქარეზე და სისხლში მის კონცენტრაციაზე. ბარბიტურატების დამთრგუნველი მოქმედება ვლინდება გულისხლძარღვთა სისტემაზეც.

ბარბიტურატებს იყენებენ პაციენტის ნარკოზში შესაყვანად, მოკლევადიანი მტკივნეული მანიპულაციების ჩატარების დროს.

ნატრიუმის ოქსიბუტირატი — თეთრი კრისტალური ფხვნილია, კარგად იხსნება წყალში. 30 წუთი უძლებს დუღილს და არ იშლება. გამოშვებულია 10-20%-იანი ხსნარის სახით. იგი სწრაფად ვრცელდება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში და ახდენს გამოხატულ სედატიურ, თავისებურ ნარკოტიკულ და სუსტ ანალგეტიკურ მოქმედებას, არავითარ ტოქსიკურ მოქმედებას ორგანიზმზე არ ახდენს. აძლიერებს ნარკოტიკებისა და ანალგეტიკების ფარმაკოლოგიურ ეფექტს ისე, რომ არ ზრდის მათ ტოქსიკურობას. შეჰყავთ ნელა (20%-იანი ხსნარის 1-2 მლ წუთში). საერთო დოზა 50-200 მლ/კგ. პაციენტი იძინებს პრეპარატის ვენაში შეყვანიდან (70-120 მგ/კგ დოზით) 10-20 წუთის შემდეგ. ამ დროს ტკივილის შეგრძნება შენარჩუნებულია. ანესთეზია დგება ღრმა ნარკოზის დროს (150-200 მგ/კგ დოზით პრეპარატის ვენაში შეყვანიდან 30-40 წუთის შემდეგ).

ნატრიუმის ოქსიბუტირატი გამოიყენება ნარკოზში შესაყვანად და კომბინირებული ნარკოზის დროს. განსაკუთრებით ნაჩვენებია მისი გამოყენება დასუსტებულ პაციენტებში, გულის მანკიანებში, პარენქიმატოზული ორგანოების დაზიანების დროს გამოხატული ინტოქსიკაციის ფონზე.

სომბრევინი (პროპანიდიდი, ეპონტოლი) — ულტრამოკლე მოქმედების ნარკოტიკული ნივთიერებაა. მწებავი, ზეთოვანი, წყალში ძნელად ხსნადი ხსნარი გამოშვებულია ამპულებში (5% — 10 მლ). ნარკოტიკულ მოქმედებასთან ერთად სომბრევინს აქვს გარკვეული ანალგეტიკური ეფექტი, რომელიც ვლინდება ნარკოზული ძილის დაწყებამდე და გრძელდება 3-5 წუთი გამოღვიძების შემდეგ. ნარკოზული ძილი თავის მხრივ გრძელდება 3-5 წუთი.

სომბრევინი გამოხატულ მოქმედებას ახდენს სუნთქვაზე და ჰემოდინამიკაზე. სუნთქვის ცვლილებები ორფაზიანია. სუნთქვა ჯერ ძლიერდება (იღებს ჭოშინის სახეს), ითვლება რა ნარკოზის დასაწყისად და გრძელდება 15-30 წამი. ჰიპერვენტილაციას მოსდევს ჰიპოვენტილაციის ფაზა, რომელიც არაიშვიათად მთავრდება აპნოეთი (1 წუთამდე). ამ დროს ატარებენ ფილტვების დამხმარე ვენტილაციას. ჰემოდინამიკის ცვლილებები მდგომარე-

ობს გულის წუთმოცულობის გაზრდაში, ტაქიკარდიაში, არტერიული წნევის და პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირებაში, რასაც ხსნიან პრეპარატის სისხლძარღვთა გამაფართოებელი მოქმედებით. სომბრევინის შეყვანას შეიძლება მოჰყვეს ჰისტამინის გაძლიერებული გამოყოფა, რაც თავის მხრივ იწვევს ანაფილაქსიურ რეაქციებს.

სომბრევინს იყენებენ მოკლევადიანი ქირურგიული ჩარევების დროს. ერთჯერადი დოზაა 8-10 მგ/კგ წონაზე (ე.ი. 1 ამპულა). ნებადართულია პრეპარატის განმეორებით შეყვანა იგივე დოზაში. ზოგჯერ ვითარდება გართულება სომბრევინის გამოყენებისას: გულისრევა, ღებინება, ჰიპერსალივაცია, ლარინგოსპაზმი, ხორხის შეშუპება. გულსისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიის დროს გართულებებმა შეიძლება მიიღოს სახიფათო სახე.

კალისფოლი (კეტამინი, კატალარი) გამოიყენება როგორც ვენაში, ისე კუნთებში შესაყვანად. გამოშვებულია ampულაკონებში 1%-იანი ხსნარის 20 მლ (ვენისათვის) და 5%-იანი ხსნარის 10 მლ (კუნთისათვის). ნარკოზი დგება სწრაფად: ვენაში შეყვანისას (2 მგ/კგ წონაზე) — 15 წამში. კუნთებში შეყვანისას (6 მგ/კგ) ნარკოზი დგება 2-10 წუთში და გრძელდება 40-60 წუთი. ინტრავენური ნარკოზის დროს ნარკოზის გაგრძელების მიზნით შეჰყავთ კალიფსოლი 0,5-1 მგ/კგ ყოველ 8-10 წუთში. ჰიპერსალივაციის გამო მიზანშეწონილია ატროპინის გამოყენება. ნარკოზისშემდგომ პერიოდში ვითარდება ჰალუცინაციები, ბოდვა, ორიენტაციის მოშლა. აღნიშნული მოვლენების აღმოსაფხვრელად ნარკოზის ბოლოს შეჰყავთ სომბრევინი. წინააღმდეგნაჩვენებია კალიფსოლის ვენური ნარკოზი გულსისხლძარღვთა უკმარისობის, ჰიპერტონული დაავადების, ეპილეფსიის, ტვინის სისხლძარღვების დაავადების დროს.

ინჰალაციური ანესთეტიკების კონცენტრაციის შემცირებისა და ორგანიზმზე მათი ტოქსიური ზემოქმედების შესუსტების მიზნით ერთდროულად იყენებენ რამდენიმე ინჰალაციურ ანესთეტიკს, რასაც **შეთავსებულ ნარკოზს (ანესთეზიას)** უწოდებენ. უფრო ხშირად იყენებენ აზოტის ქვეჟანგს რომელიმე ძლიერ ინჰალაციურ ანესთეტიკთან ერთად. შესასუნთქ ნარევში აზოტის ქვეჟანგის 50-70%-ის შეტანა ძირითადი ანესთეტიკის კონცენტრაციის 50-70%-ით შემცირების საშუალებას იძლევა. ეს მნიშვნელოვნად ამცირებს ანესთეტიკის და მისი მეტაბოლიზმის მავნე პროდუქტების ტოქსიკურ მოქმედებას ორგანიზმზე.

არსებობს ნარკოზის კიდევ ერთი სახე — ზოგადი ანესთეტიკებისა და ანალგეტიკების შეთავსება. მას **პოლინარკოზს** უწოდებენ. აქაც ასეთი შეთავსების მიზანი ნარკოზის ეფექტურობის გაზრდა და გამოყენებული პრეპარატების კონცენტრაციის შემცირებით მათი ტოქსიკურობის შესუსტებაა.

ბუნებრივია, ნარკოზს, რომელსაც ახორციელებენ ერთი რომელიმე ანესთეტიკით, **მონონარკოზი** ეწოდება.

კომბინირებული ზოგადი ანესთეზია

ზოგად გაუტკივარებას ეწოდება კომბინირებული, თუ იგი ხორციელდება სხვადასხვა პრეპარატების — ზოგადი ანესთეტიკების, ტრანკვილიზატორების, ანალგეტიკების, კუნთოვანი რელაქსანტების კომბინირებული ერთდროული ან თანამიმდევრობითი გამოყენებით. კომბინირებული ზოგადი ანესთეზია მოიცავს სამ ძირითად კომპონენტს: **ანალგეზიას, ცნობიერების გამორთვას და რელაქსაციას.** ყოველივე ეს საშუალებას იძლევა მნიშვნელოვნად შემცირდეს ანესთეტიკების კონცენტრაცია და მათი მავნე ზემოქმედება ორგანიზმზე. ამ მხრივ ფართოდაა გავრცელებული აზოტის ქვეჟანგის კომბინაცია ერთ-ერთ ძლავრ ინჰალაციურ ან არაინჰალაციურ ანესთეტიკთან. შესასუნთქ ნარევში 50-70% აზოტის ქვეჟანგის ჩართვა შესაძლებლობას იძლევა იმავე სიღრმის ნარკოზის დროს შევამციროთ ძირითადი ანესთეტიკის კონცენტრაცია 50-70%-ით. უკანასკნელ წლებში ფართოდ იყენებენ აზოტის ქვეჟანგის კომბინაციას ნარკოტიკულ ანალგეტიკებთან (ფენტანალი, მორფი, პრომედოლი), ტრანკვილიზატორებთან (დიაზეპამი), ნეიროლეპტიკებთან (დროპერიდოლი). აღნიშნული პრეპარატების გამოყენება კუნთოვან რელაქსანტებთან ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის პირობებში ენდოტრაქეალური ნარკოზის დროს უზრუნველყოფს სრულყოფილ გაუტკივარებას ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციის მინიმალური დათრგუნვით.

კუნთოვანი რელაქსანტების როლი ზოგად გაუტკივარებაში განისაზღვრება ჩონჩხის კუნთების მოდუნებით და სუნთქვის რეგულაციით. ამას გარდა, რელაქსანტების გამოყენება მნიშვნელოვნად აიოლებს ტრაქეის ინტუბაციას ენდოტრაქეალური ნარკოზის დროს.

ზოგჯერ, განსაკუთრებით რთულ შემთხვევებში, კომბინირებული ზოგადი გაუტკივარება საჭიროებს სეოთხე კომპონენტის **ანტი-**

ჰიპოქსიური ეფექტის ჩართვას სხვადასხვა ეთიოლოგიის ჰიპოქსიისაგან დასაცავად. ასეთ თვისებებს ფლობენ ნატრიუმის ოქსიბუტირატი, სედუქსენი, კეტამინი და შესაძლოა, რელაქსანტები.

ნეიროლეპტანალგეზია

ნეიროლეპტანალგეზია ზოგადი გაუტკივარების მეთოდია, რომლის დროსაც ძლიერი ანალგეტიკისა და ნეიროლეპტიკის ვენაში შეყვანით ხორციელდება ტკივილის შეგრძნების დაკარგვა (ანალგეზია) და გულგრილი დამოკიდებულება გარემოსადმი (ნეიროლეპსია). ამ დროს ადგილი აქვს ფსიქიური და მამოძრავებელი აქტიურობის დაქვეითებას, გულგრილობას კატატონიასა და კატალეპსიამდე, მგრძნობელობის დაკარგვას ცნობიერების გამოთიშვის გარეშე. უფრო ხშირად გამოიყენება ნეიროლეპტიკ დროპერიდოლის და ახალგეტიკ ფენტანილის კომბინაცია.

ნეიროლეპტანალგეზიის დროს გულისა და სისხლის ძარღვების მოქმედება სტაბილურია და არ იცვლება ოპერაციის ყველაზე ტრავმული ეტაპის დროსაც კი. ჰემოდინამიკის ცვლილებები (არტერიული წნევის შემცირება და პულსის გაიშვიათება) უმნიშვნელოა. ღვიძლის, თირკმელების, ნეიროენდოკრინული სისტემის მხრივ რაიმე უარყოფითი ძვრები არ აღინიშნება. კანონზომიერად მცირდება ქალასშიდა და თვალშიდა წნევა. ნეიროლეპტანალგეზია ფლობს ანტიშოკურ მოქმედებას, ოპერაციისშემდგომ ანალგეზიას, სინერგიზმს ანესთეტიკებთან, კუნთოვან რელაქსანტებთან, ანალგეტიკებთან.

ნეიროლეპტანალგეზიისათვის დამახასიათებელია სუნთქვის დათრგუნვა. ამის მიზეზია ფენტანალი, რომელიც მორფთან შედარებით მნიშვნელოვნად ძლიერ ანალგეტიკურ ეფექტს ფლობს, მაგრამ მკვეთრად აქვეითებს სუნთქვას და აძლიერებს კუნთების რიგიდობას. ამ მოვლენების გამო ნეიროლეპტანალგეზიის დროს იყენებენ ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციას და მიორელაქსანტებს, ან ამცირებენ ფენტანილის დოზებს, რაც თავის მხრივ ამცირებს ანალგეტიკურ ეფექტს. ასეთ შემთხვევაში დამატებით იყენებენ ადგილობრივ გაუტკივარებას ნოვოკაინით, ლიდოკაინით ან რომელიმე სხვა ადგილობრივი ანესთეტიკით.

ნეიროლეპტანალგეზიას იყენებენ აგრეთვე როგორც კომბინირებული ზოგადი გაუტკივარების ერთ-ერთ კომპონენტს.

ნეიროლეპტანალგეზიის კლასიკური მეთოდი დროპერიდოლისა და ფენტანალის გამოყენებით დღეისათვის განიცდის მოდიფიცირებას. დროპერიდოლის მაგიერ უფრო ხშირად იყენებენ ბარბიტურატებს, კეტამინს (კალიფსოლი), დიაზეპამს, ეტომიდატს.

ატარალგეზია

ატარალგეზია ზოგადი გაუტკივარების მეთოდია, რომლის დროსაც ტრანკვილიზატორების, სედატიური და ანალგეტიკური საშუალებების გამოყენებით მიიღწევა ატარაქსია (ბერძნ. Ataraktas — მშვიდი, წყნარი). ტრანკვილიზატორებიდან იყენებენ დიაზეპამს (სედუქსენი, რელანიუმი, სიბაზონი). მათი კომბინაცია სხვადასხვა ნარკოტიკულ და საძილე საშუალებებთან, ნეიროლეპტიკებთან, მიორელაქსანტებთან და ნარკოტიკულ ანალგეტიკებთან უზრუნველყოფს ეფექტურ ზოგად გაუტკივარებას. ცნობიერების სრული გამოთიშვისა და გაუტკივარების შენარჩუნებისათვის (გახანგრძლივებისათვის) იყენებენ აზოტის ქვეჟანგისა და ჟანგბადის ნარევს 2:1 ან 3:1 პროპორციით, ან კეტამინს, ნატრიუმის ოქსიბუტირატს და სხვა. მდგრადი და ხანგრძლივი გაუტკივარება მიიღწევა ნარკოტიკული ანალგეტიკების (ფენტანილი) გამოყენებით.

ტრანკვილიზატორი (დიაზეპამი) ხსნის ნარკოტიკული ანალგეტიკის უარყოფით მოქმედებას, ასუსტებს გულისრევას, ღებინებას, ოფლის და ცრემლისდენას, ჰიპერემიას, ხსნის გულმკერდის კუნთების სპასტიკურ შეკუმშვას, აქვეითებს ბრონქულ წინააღმდეგობას. თუმცა სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა შენარჩუნებულია. კარგ შედეგს იძლევა ატარალგეზიის შეთავსება ადგილობრივ გაუტკივარებასთან. უფრო ხშირად გამოიყენება დიაზეპამის, ფენტანილის, აზოტის ქვეჟანგისა და მიორელაქსანტების კომბინაცია. ატარალგეზია ნაჩვენებია ავადმყოფებში რისკის მაღალი ხარისხით და არამდგრადი ჰემოდინამიკით, აგრეთვე გამოხატული მიოკარდიალური და კორონარული უკმარისობით.

ცენტრალური ანალგეზია

ცენტრალური ანალგეზია მრავალკომპონენტიანი კომბინირებული ანესთეზიის სახეა, რომელიც ხორციელდება ნარკოტიკული ანალგეტიკების (მორფინი, პრომედოლი, ფენტანილი და სხვა)

დიდი დოზების გამოყენებით ნეიროლეპტიკებთან, ტრანკვილიზატორებთან, ინჰალაციურ ნარკოტიკულ საშუალებებთან ერთად. მოცემული მეთოდი საშუალებას იძლევა არ იქნეს გამოყენებული კარდიოტოქსიკური ნარკოტიკული საშუალებები და განხორციელებული იქნეს ღრმა ანესთეზია დიდი, ხანგრძლივი, ტრავმული ოპერაციების დროს. ცენტრალური ანალგეზიის დროს საკმაოდ ხშირად იყენებენ რამდენიმე ანალგეტიკს ერთდროულად (მორფინი და ფენტანილი ან პრომედოლი და ფენტანილი და ა.შ.).

ზოგადი გაუტკივარების სხვა სახეობები (ელექტრონარკოზი, აუდიოანესთეზია, აკუპუნქტურული ანესთეზია, ჰიპნოზი) არ არის ფართოდ გავრცელებული ან შესწავლის სტადიაშია.

ზოგადი გაუტკივარების ჩვენებები სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის კლინიკებში

პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს დაავადებების დროს ზოგადი გაუტკივარება ნაჩვენებია ყველა რთული და ტრავმული ოპერაციული ჩარევის შემთხვევაში. ამას გარდა ზოგადი გაუტკივარება გამოყენებული უნდა იქნას ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევის დროს ბავშვებში და გაუწონასწორებელი ნერვული სისტემის მქონე მოზრდილებში, აგრეთვე იმ პირებში, ვისაც ადგილობრივი ანესთეტიკების მიმართ აქვთ ალერგიული რეაქციები ან აწეული მგრძნობელობა. ამბულატორულ (პოლიკლინიკურ) პირობებში ზოგადი გაუტკივარების ჩვენებები მნიშვნელოვნად შეზღუდულია. ამბულატორული ქირურგიული ჩარევები მოკლევადიანია და არც ტრავმატულობით გამოირჩევა, რომ რაიმე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინონ ორგანიზმის სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფუნქციებზე. ზოგჯერ არის ავადმყოფთა გარკვეული კონტინგენტი, რომლებიც საჭიროებენ ზოგად გაუტკივარებას: ბავშვები, ლაბილური ნერვული სისტემის მქონე პირები და ის პაციენტები, ვინც ვერ იტანენ ადგილობრივ ანესთეტიკებს. მაგრამ პოლიკლინიკურ პირობებში ზოგადი გაუტკივარების გამოყენება შეიძლება მხოლოდ მაღალ დონეზე ორგანიზებული ანესთეზიოლოგიური სამსახურის არსებობის შემთხვევაში მაღალი დონის სპეციალისტების მონაწილეობით.

პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს პათოლოგიის დროს ზოგადი გაუტკივარებას აქვს გარკვეული სიძნელეები და თავისებურებები. ქირურგი და ანესთეზიოლოგი მუშაობენ ერთი და იმავე არეში, სასუნთქი გზების ახლოს. იმ დაავადებების დროს, როდესაც არ იღება პირი, ინტუბაცია ხდება ცხვირიდან ან სპეციალურად ამ მიზნით გაკეთებული ტრაქეოსტომიდან. იყენებენ სპეციალურ „V"-ს მაგვარ ინტუბაციურ მილს, რომელიც უფრო საიმედოდ ფიქსირდება თავზე და ექსტუბაციის საშიშროება ნაკლებია. სისხლის, კოლტის, ნერწყვის, ოპერაციასთან დაკავშირებული უცხო სხეულის ასპირაციის თავიდან აცილების მიზნით იყენებენ ამწოვ აპარატებს, პირახის ტამპონადას ან ტრაქეის ობტურაციას ინტუბაციურ მილზე მიმაგრებული სპეციალური ხელსაწყოს (გასაბერი მანჟეტი) საშუალებით.

პირის ღრუში ოპერაციების დროს არ გვირჩევენ ისეთი ზოგადი ანესთეტიკების გამოყენებას, რომლებიც იწვევენ ზედა სასუნთქი გზების ლორწოანი გარსის რეფლექსურ გაღიზიანებას (ციკლოპროპანი, კალიფსოლი). პირის ღრუში და განსაკუთრებით პირახის არეში ქირურგიული ჩარევების დროს აღნიშნული პრეპარატების გამოყენების ფონზე, შეიძლება განვითარდეს ლარინგოსპაზმი ან ბრონქოსპაზმი.

ზოგადი გაუტკივარების მეთოდიკა

ზოგადი გაუტკივარების ერთ-ერთი ძირითადი სახე არის კომბინირებული ზოგადი ანესთეზია ინტრატრაქეალური ნარკოზით. გაუტკივარების ეს სახეობა ყველაზე სრულად შეესაბამება ანესთეზიოლოგიის ერთ-ერთ მთავარ პრინციპს — ავადმყოფის უსაფრთხოების უზრუნველყოფას და ქირურგის ოპტიმალურ პირობებში მუშაობას. ნარკოზის წარმატებით ჩატარება ბევრადაა დამოკიდებული მოსამზადებელი ღონისძიებებისაგან, რომლებიც უნდა გატარდეს ოპერაციისწინა პერიოდში. ეს არის წინასწარი და უშუალო ღონისძიებები.

წინასწარი მომზადება გულისხმობს ისეთი სამკურნალო საშუალებების მიღებას, რომლებიც უზრუნველყოფენ ავადმყოფის ორგანიზმის ფუნქციის ნორმირებას (გულსისხლძარღვთა, სასუნთქი სისტემები, ფსიქონევროლოგიური სფერო), ორგანიზმის

საერთო ტონუსის ამწევი და ცვლითი პროცესების გამაუმჯობესებელი ღონისძიებების გატარებას.

უშუალო ფარმაკოლოგიური მომზადება (პრემედიკაცია) გულისხმობს მედიკამენტური საშუალებებით ფსიქიკური და ემოციური სიმშვიდის შექმნას, ნარკოზში თავისუფლად შესვლისა და ნარკოტიკის აუცილებელი დოზის შემცირების უზრუნველყოფას, სანერწყვე და ლორწოვანი ჯირკვლების სეკრეციის შემცირებას.

პრემედიკაცია მოიცავს საძილე და ანტიჰისტამინურ საშუალებებს, ანალგეტიკს. ნარკოზამდე 40 წუთით ადრე კუნთებში შეჰყავთ ანალგეტიკი და ატროპინი. ნარკოზში შესაყვანად უფრო ხშირად იყენებენ მოკლევადიანი მოქმედების ბარბიტურატებს (ნატრიუმის თიოპენტალი, ჰექსანალი). იყენებენ აგრეთვე აზოტის ქვეჟანგს, ფტოროტანს, ნეიროლეპტანალგეზიას. როგორც კი დაიძინებს ავადმყოფი, ვენაში შეჰყავთ მიორელაქსანტი და ახორციელებენ ინტუბაციას. როგორც უკვე აღნიშნული იყო, ყბა-სახისა და პირის ღრუს ოპერაციების სპეციფიკის გამო ინტუბაცია კეთდება პირიდან, ცხვირიდან ან ტრაქეოსტომიდან იმის მიხედვით, თუ რა უბანში ტარდება ოპერაციული ჩარევა.

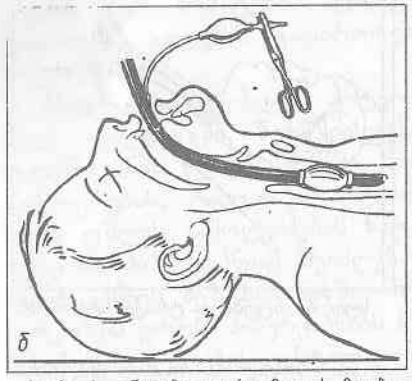
ინტუბაცია პირიდან (სურ. 1) პირდაპირი ლარინგოსკოპიის კონტროლის ქვეშ უტარდება იმას, ვინც თავისუფლად აღებს პირს და იოლად წევს თავს უკან, იმ პირობით, თუ საინტუბაციო მილი ხელს არ უშლის ქირურგს მუშაობაში.

პირის ღრუში ოპერაციული ჩარევის დროს, აგრეთვე ქვედა ყბაზე ძვალპლასტიკური ოპერაციების დროს საინტუბაციო მილი პირის ღრუში ხელს უშლის ქირურგს. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში ტრაქეის ინტუბაცია ხორციელდება ცხვირიდან პირდაპირი ლარინგოსკოპიით (სურ. 2).

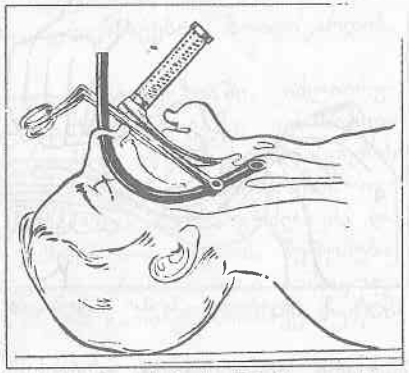
ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვის დროს (ქვედა ყბის კონტრაქტურა, ანკილოზი, ტრიზმი) ცხვირიდან ინტუბაციას ახორციელებენ „ბრმად“ (სურ. 3).

თუ ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას თან ახლავს ცხვირის სავალი გზების შევიწროებაც, ინტუბაციას ახორციელებენ სპეციალურად ამ მიზნით გაკეთებული ტრაქეოსტომიდან (სურ. 4).

ინტუბაციის შემდეგ ახდენენ ხახის მჭიდრო ტამპონადას მარლით. არასრულყოფილი ტამპონადის დროს შესაძლებელია პირის ღრუდან ტრაქეაში სისხლის ჩადენა და ასპირაციის განვითარება. გასაბერმანჟეტიანი ინტუბაციური მილი არ იძლევა სისხლის ჩადენის თავიდან აცილების გარანტიას.



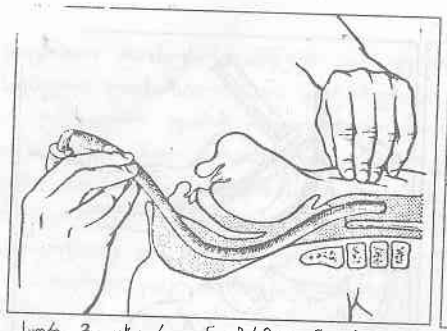
სურ. 1. ინტუბაციური მილის მდებარეობა ტრაქეაში პირიდან ინტუბაციის დროს.



სურ. 2. ტრაქეის ინტუბაცია ცხვირიდან ლარინგოსკოპისა და ანესთეზიოლოგიური მაშის დახმარებით.

ენდოტრაქეალური ნარკოზი ხორციელდება დახურული, ნახევრადდახურული და ნახევრადღია მეთოდებით. ყბა-სახის მიდამოს ოპერაციების დროს უფრო ხელსაყრელია ნახევრადღია მეთოდით სარგებლობა, რომელიც თავიდან გვაცილებს ზოგადი ანესთეტიკის ჰიპერდოზირებას, რამდენადაც ნარკოზის სიღრმის ზოგიერთი მნიშვნელოვანი კლინიკური სიმპტომი (გუგის, კონიუნქტივის, რქოვანას რეფლექსები) ანესთეზიოლოგის მხედველობის ველიდან ვარდება, იმის გამო, რომ პაციენტის სახე დაფარულია სტერილური თეთრეულით. ამას გარდა, ნახევრადღია მეთოდის დროს არ ვითარდება ჰიპერკაპნია. ამ მეთოდის დროს იყენებენ ეთერს, ფტოროტანს, მეთოქსიფლურანს, აზოტის ქვეჟანგს და სხვა, აგრეთვე მათ ნარევებს. უპირატესობას ანიჭებენ ფტოროტანის (0,5-1 წონა %) ნარევს აზოტის ქვეჟანგთან და ჟანგბადთან (2:1 ან 3:1), აგრეთვე აზოტის ქვეჟანგისა და ჟანგბადის ნარევს (იგივე პროპორციით) ნეიროლეპტანალგეზიასთან.

ნარკოზის შენარჩუნებისათვის იყენებენ სპეციალურ სანარკოზო აპარატებს, რომლებიც იძლევიან შესაძლებლობას ჩატარდეს სტაბილური ნარკოზი ფილტვების ავტომატური ვენტილაციით კონტურების რელაქსაციის პირობებში. სტაბილური ნარკოზი ფილტვების ავტომატური ვენტილაციით უზრუნველყოფს შესასუნთქი ნარევიდან ავადმყოფის ორგანიზმში ნარკოტიკის მკაცრად განსაზღვრული კონცენტრაციის შესვლას, რითაც ხორციელდება ნარკოზის მოცემული სიღრმის შენარჩუნება. ფილტვების ავტო-



სურ. 3. ცხვირიდან „ბრმა" ინტუბაცია.



სურ. 4. ინტუბაცია ტრაქეოსტომიდან.

მატური ვენტილაცია უზრუნველყოფს სისხლის ოქსიგენაციას. თავიდან გვაცილებს ჰიპერკაპნიას, ინარჩუნებს სუნთქვის მოცულობისა და სიხშირის არსებულ დონეს.

ნარკოზის კონტროლი ხორციელდება არტერიული წნევის გაზომვით და პულსის დათვლით ყოველ 10 წუთში. საჭირო შემთხვევაში ატარებენ დამატებით გამოკვლევებს, როგორც აპარატულს (კარდიოგრაფია, ექოგრაფია, ელექტროენცეფალოგრაფია და ა.შ.), ისე ლაბორატორიულს (მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა, სისხლის ელექტროლიტები და სხვ.). საჭიროების შემთხვევაში მიღებული მონაცემების გათვალისწინებით ახდენენ მედიკამენტურ კორექციას.

ექსტუბაცია ხდება ავადმყოფის გამოღვიძების შემდეგ, ავადმყოფის მიერ დამოუკიდებელი სუნთქვისა და ცნობიერების, აგრეთვე ყლაპვის რეფლექსის აღდგენის შემდეგ. გულმოდგინედ უნდა გაიწმინდოს პირის ღრუ და ცხვირხახა ნერწყვისა და სისხლისაგან.

ნარკოზისშემდგომ პერიოდში ავადმყოფი მუდმივ მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყოს. პალატაში მას აწვენენ გვერდზე, მიმართავენ ღონისძიებებს (საჭიროების შემთხვევაში) სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოების მოქმედების ნორმალიზაციისა და ცვლითი პროცესების კორექციისათვის.

ზოგადი გაუტკივარების გართულებები

ჰიპოქსია ვითარდება აიროვან სანარკოზო ნარევში ჟანგბადის რაოდენობის შემცირების გამო განვითარებული ჰიპოვენტილაციის დროს. ჰიპოქსიის ნიშნებია: ციანოზი, ტაქიკარდია, არტერიული

წნევის ჯერ მომატება, შემდეგ შემცირება, ბოლოს გონების დაკარგვა, გუგების გაფართოება, კრუნჩხვები, ბრადიკარდია, სინკოპე.

ჰიპერკაპნია ვლინდება არტერიულ ჰიპერტენზიაში, გაძლიერებულ ოფლდენაში, ნერწყვისდენაში, ბრონქორეაში, კანისა და ლორწოვანის წითელ ფერში. ჰიპერკაპნია იწვევს სისხლისდენის გაძლიერებას, რადგან ამ დროს ფართოვდება კაპილარები. იგი ხელს უშლის გამოღვიძებას ნარკოზის შემდეგ. ხანგრძლივმა და ძლიერმა ჰიპერკაპნიამ შეიძლება გამოიწვიოს ტვინის შეშუპება. ჰიპერკაპნიის მიზეზია ნახშირორჟანგის არასაკმარისი გამოყოფა ნარკოზის დროს. ჰიპერკაპნიის ნიშნების გამოჩენისთანავე აუმჯობესებენ ფილტვების ვენტილაციას.

ლარინგოსპაზმი ხმოვანი იოგების კუნთების სპასტიკური შეკუმშვის შედეგად განვითარებული ხმოვანი ნაპრალის ნაწილობრივი ან სრული დახურვაა. იგი ვითარდება მექანიკური ან ქიმიური ფაქტორით ცდომილი ნერვის ტოტების (ხორხის ზედა და ქვედა ნერვები) გაღიზიანების შედეგად, განსაკუთრებით არასაკმარისი პრემედიკაციის დროს. უფრო ხშირად ლარინგოსპაზმი გვხვდება თიოპენტალ-ნატრიუმის ან ციკლოპროპანის ნარკოზის დროს ჰაერგამტარი მილის შეყვანისას ან ენდოტრაქეალური ინტუბაციის დროს, ზედაპირული ნარკოზის, არასაკმარისი კუნთოვანი რელაქსაციის, აგრეთვე ჰიპოქსიის დროს.

ლარინგოსპაზმის პროფილაქტიკისათვის, გარდა პრემედიკაციისა, ტრაქეის ინტუბაციის წინ საჭიროა ჟანგბადის ინჰალაცია და კარგი რელაქსაცია. ოპერაციის ტრავმული მომენტების დროს უნდა გაღრმავდეს ნარკოზი. ლარინგოსპაზმის სამკურნალოდ საჭიროა ჰიპოქსიის ლიკვიდაცია, ჟანგბადის მიწოდების გაზრდა, ცხვირხახის გაწმენდა ლორწოსაგან. საჭიროების შემთხვევაში ტრაქეოტომია.

ბრონქიოლოსპაზმი ბრონქიოლების მკვეთრი შეშუპებაა და შეიძლება იყოს ტოტალური და ნაწილობრივი. ბრონქიოლოსპაზმის პროფილაქტიკა იგივეა, რაც ლარინგოსპაზმის დროს. ბრონქიოლოსპაზმის სამკურნალოდ იყენებენ ატროპინს, ეუფილინს, კალციუმის გლუკონატს.

გართულებები გულსისხლძარღვთა სისტემის მხრივ (ტაქიკარდია, ბრადიკარდია, ექსტრასისტოლია, მოციმციმე არითმია, პარკუჭების ფიბრილაცია, პარკუჭთაშორისო-წინაგულოვანი ბლოკადა) განპირობებულნი არიან სისხლის დაკარგვით, არასაკმარისი ანეს-

თეზიით, გამოყენებული ფარმაკოლოგიური საშუალებებით გამოწვეული უარყოფითი გავლენით, სისხლის შედედების სისტემის მოშლით.

ტაქიკარდია ვითარდება არასაკმარისი გაუტკივარების და სანარკოზო საშუალებების დოზების გადამეტებისას. ზომიერი ტაქიკარდია ვითარდება ნარკოზის დროს ბარბატურატების, კეტამინის, ეთერის გამოყენების დროს. სახიფათოა ტაქიკარდია წუთში გულის 140-160 სიხშირით შეკუმშვის დროს.

ბრადიკარდია შეიძლება გამოიწვიოს ფტოროტანმა, მეთოქსიფლურანმა. გამოხატული ბრადიკარდია შეიძლება განვითარდეს მძიმე ჰიპოქსიის, ჰიპერკაპნიის და ძლიერ ღრმა ნარკოზის დროს.

იგივე მიზეზები იწვევენ ექსტრასისტოლიებს. მოციმციმე არითმია არაიშვიათად ვითარდება გულის მანკების, გვირგვინოვანი და კარდიოსკლეროზის დროს. მას შეიძლება მოჰყვეს უფრო მძიმე გართულება — პარკუჭების ფიბრილაცია, რომელიც თავის მხრივ ხშირად ხდება სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტის მიზეზი. სინუსური კვანძიდან პარკუჭების მიოკარდისაკენ აღგზნების გატარების დარღვევისას ვითარდება წინაგულპარკუჭოვანი ბლოკადა. სრული ბლოკადის დროს კავშირი წინაგულებსა და პარკუჭებს შორის წყდება. ასეთ შემთხვევაში გულის შეკუმშვის სიხშირე მცირდება და თუ ის მიაღწევს 40-45-ს წუთში, ვითარდება სისხლის მიმოქცევის ძძიმე დარღვევები.

აღნიშნული გართულებების პროფილაქტიკა მდგომარეობს ადეკვატური პრემედიკაციის გატარებაში, ნარკოზის სათანადო სიღრმის შენარჩუნებაში, ანესთეტიკის შერჩევაში, ჰიპოქსიის და ჰიპერკაპნიის პროფილაქტიკასა და მკურნალობაში, დაკარგული სისხლის შევსებაში, ელექტროლიტური დარღვევების კორექციაში, სუნთქვის გლიკოზიდების გამოყენების სიფრთხილეში.

მკურნალობა. გართულებების ძირითადი მიზეზების გამოვლენამდე, სიმპტომურია. ტაქიკარდიის დროს იყენებენ ლიდოკაინს, ვერაპამილს. ბრადიკარდიის დროს — ატროპინს, იზადრინს, ელექტროკარდიოსტიმულაციას, პარკუჭოვანი ფიბრილაციის დროს — ელექტრულ დეფიბრილაციას.

რეანიმაციის ძირითადი პრინციპები

რეანიმაცია (ლათ. re — კვლავ, anima — სიცოცხლე) კლინიკური სიკვდილის მდგომარეობაში მყოფი ორგანიზმის გაცოცხლებაა. შემდგომში რეანიმაციის ჩარჩოები გაფართოვდა, საგანი დაიხვეწა და ჩამოყალიბდა მეცნიერება ორგანიზმის დაკარგული ფუნქციების აღდგენისა და მწვავედ მოშლილი ფუნქციების ნორმალიზაციის შესახებ. ქვემოთ მოგვყავს სუნთქვისა და გულის მუშაობის შეჩერების დროს რეანიმაციის ძირითადი მეთოდები, რომლის ცოდნა აუცილებელია როგორც სტომატოლოგის, ისე ყბა-სახის ქირურგისათვის.

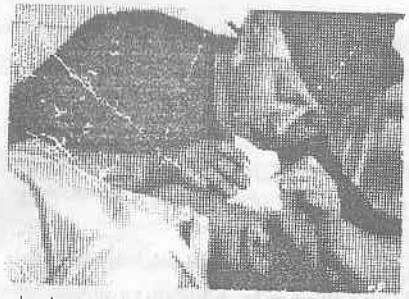
რეანიმაცია სუნთქვის მწვავე უკმარისობის დროს. სუნთქვის მწვავე უკმარისობის მიზეზია ზედა სასუნთქი გზების გამტარებლობის დარღვევა და სუნთქვის გაჩერება. ზედა სასუნთქი გზების გამტარებლობის დარღვევას იწვევს ენის გადავარდნა და მისი ქსოვილებით სასუნთქი გზების ობტურაცია, აგრეთვე ჰაერგამტარი გზების სისხლის კოლტით, ამონაღები მასით და სხვა უცხო სხეულებით გამოწვეული დახშობა.

ენის უკან გადავარდნის შემთხვევაში ავადმყოფს თავს გადაუწევენ უკან, კისერს აუწევენ ზევით და ქვედა ყბას წამოუწევენ წინ. სისხლის კოლტით ან ამონაღები მასით ზედა სასუნთქი გზების ამოვსების შემთხვევაში წმენდენ ჰაერგამტარ გზებს ამწოვით ან მარლის ფილთებით.

სუნთქვის უეცარი გაჩერების დროს ახორციელებენ ფილტვების სასწრაფო ვენტილაციას ჩაბერვის მეთოდით — „პირი პირში“ (სურ. 5) ან „პირი ცხვირში“ (სურ. 6). რეანიმატოლოგი ავადმყოფს თავს გადააწევინებს უკან, ქვედა ყბას წამოუწევს წინ, გააღებინებს პირს, ჩაიგუბებს ფილტვებში ჰაერს, თავისი ტუჩებით ჰერმეტულად ხურავს ავადმყოფის პირს, მეორე ხელის პირველი და მეორე თითით უხურავს ცხვირის ნესტოებს ერთმანეთზე მიჭერით და ენერგიულად უბერავს პაციენტს პირში და მაშინვე ათავისუფლებს მის ცხვირსა და პირს. ამ დროს ადგილი აქვს პასიურ ამოსუნთქვას. ცალკეულ სუნთქვით ციკლებს შორის ინტერვალი უნდა იყოს 5 წამი.

„პირი ცხვირში“ მეთოდით ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის დროს რეანიმატორი უხურავს პაციენტს პირს (ქვედა ყბა აუცილებლად წინაა წამოწეული) ცხვირში ჩაბერვის დროს და უღებს პირს ამოსუნთქვისას.

ხელოვნური სუნთქვა შეიძლება განხორციელდეს S-ებრი ჰაერგამტარი რეზინის მილით (სურ. 7), რომელიც იცავს პაციენტს ობტურაციისაგან და იჭერს წინ წამოწეულ ენის ძირს. ასევე



სურ. 5. ექიმისა და ავადმყოფის მდებარეობა ფილტვებში პირიდან ჩაბერვის დროს.



სურ. 6. ექიმისა და ავადმყოფის მდებარეობა ფილტვებში ცხვირიდან ჩაბერვის დროს.

უზრუნველყოფს სასუნთქი გზების გამტარებლობას საინტუბაციო მილი.

ფილტვების მოკლევადიანი ხელოვნური ვენტილაცია შეიძლება განხორციელდეს სანარკოზო აპარატებით, საიდანაც ჟანგბადი პაციენტის სასუნთქ გზებში შედის ნიღაბის საშუალებით. თუ ხელოვნური სუნთქვის ხანგრძლივობა აჭარბებს 20-30 წუთს, მაშინ მიმართავენ ან ინტუბაციას ან ტრაქეოტომიას.

ტრაქეოტომიის მეთოდები და ტექნიკა. ტრაქეოტომია (ბერძნ. tracheia — სასუნთქი ყელი, tome — განაკვეთი, გაკვეთა) ტრაქეის წინა კედლის გაკვეთაა ასფიქსიის მოვლენების ლიკვიდაციის მიზნით. არჩევენ ზედა, შუა და ქვედა ტრაქეოტომიას, აგრეთვე მის უმარტივეს მეთოდებს კონიკოტომიას, კრიკოტომიას, თირეოტომიას.

კანი, კანქვეშა ქსოვილი და ფასცია იკვეთება 3-5 სმ სიგრძის გასწვრივი ან განივი განაკვეთით. გასწვრივი განაკვეთი იწყება ფარისებრი ხრტილის ქვედა კიდიდან და გრძელდება ქვევით შუა ხაზზე. განივი განაკვეთი კეთდება ბეჭდისებრი ხრტილიდან 1,5 სმ ქვევით. **ზედა ტრაქეოტომიის** დროს (სურ. 8) კუნთების თეთრ ხაზზე გაკვეთის შემდეგ, ჰორიზონტალური განაკვეთით გაკვეთენ ფარისებრი ჯირკვლის ყელის ფასციას, რომელიც უმაგრდება ბეჭდისებრ ხრტილს, ჯირკვლის ყელს გადაწევენ ქვევით, რითაც თავისუფლდება ტრაქეის ზედა ნაწილი. ტრაქეას ხსნიან გასწვრივი (შვეული) განაკვეთით შუა ხაზზე ტრაქეის მეორე-მესამე ან მესამე-მეოთხე ხრტილების არეში. პირველ ხრტილს უფრთხილდებიან შემდგომში სტენოზის თავიდან ასაცილებლად (არის სხვა მეთოდებიც: ჰორიზონტალური განაკვეთი ხრტილთა შორის სივ-

რცეში, ხრტილის დაუზიანებლად; ტრაქეის მეორე ან მეოთხე და მესამე რგოლიდან ნაფლეთის გამოჭრა ფუძით ქვევით). ტრაქეის გაკვეთის შემდეგ მასში შეაქვთ ტრაქეოტომიული მილი. ზედა ტრაქეოტომია ძირითადად კეთდება მოზრდილებში.

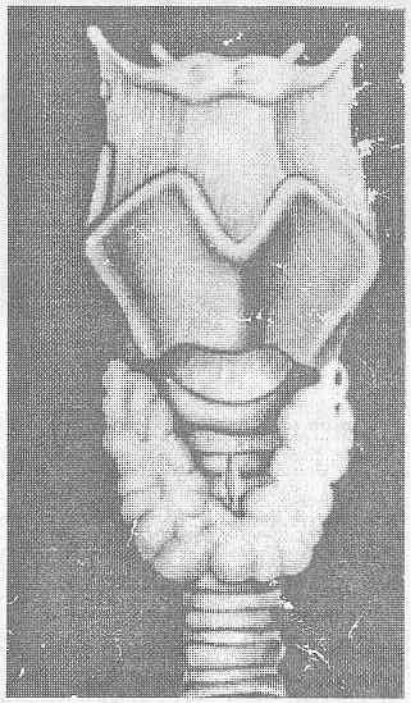
ქვედა ტრაქეოტომიას (სურ. 9) აკეთებენ ბავშვებში. რბილი ქსოვილების გაკვეთის შემდეგ საჭიროების შემთხვევაში ზევით ასწევენ ფარისებრი ხრტილის ყელს. ვერტიკალური განაკვეთით კვეთენ ტრაქეის მესამე და მეოთხე ხრტილებს. განივი ტრაქეოტომიის დროს კვეთენ იოგებს მეორე და მესამე ან მესამე და მეოთხე ხრტილებს შორის მისი წრეხაზის 1/2 ან 1/3 სიგრძით. ტრაქეოსტომურ ხვრელში შეჰყავთ ტრაქეოტომიული მილი და ჭრილობებს კერავენ.

შუა ტრაქეოტომია კეთდება ფარისებრი ჯირკვლის მასიური ყელის დროს. ასეთ შემთხვევაში მას აცილებენ ტრაქეისაგან, გადაკვანძავენ ორი ლიგატურით და მათ შორის გადაჭრიან. ტრაქეას ხსნიან განივი ან გასწვრივი განაკვეთით ფარისებრი ჯირკვლის ყელის არეში.

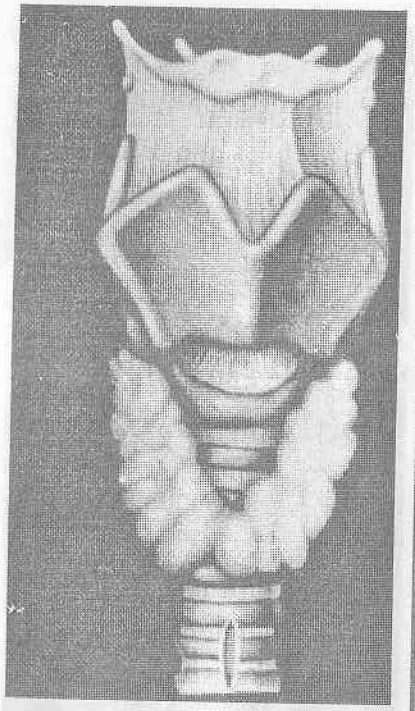
თორეოტომიის (სურ. 10) დროს ვერტიკალური განაკვეთი ტარდება ინის ძვლიდან შუა ხაზზე ბეჭდისებრ ხრტილამდე და ბლაგვწვერიანი ინსტრუმენტებით აცალკევებენ ფარისებრ ხრტილს შუა ხაზზე.



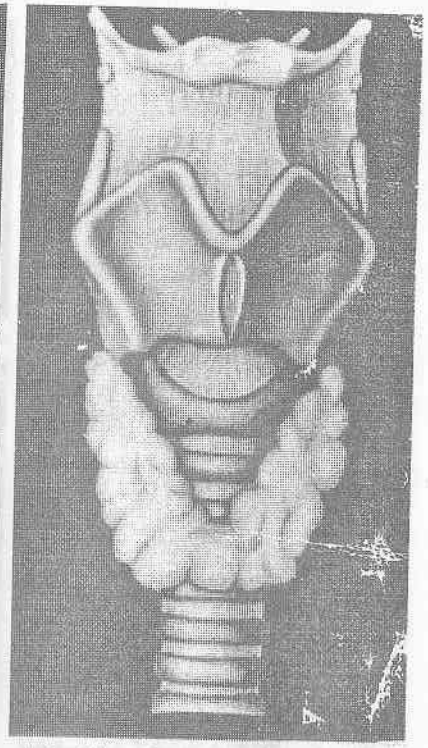
სურ. 7. „S“-სებრი მილის გამოყენება ხელოვნური სუნთქვისათვის.



სურ. 8. ზედა ტრაქეოტომია.



სურ. 9. ქვედა ტრაქეოტომია.

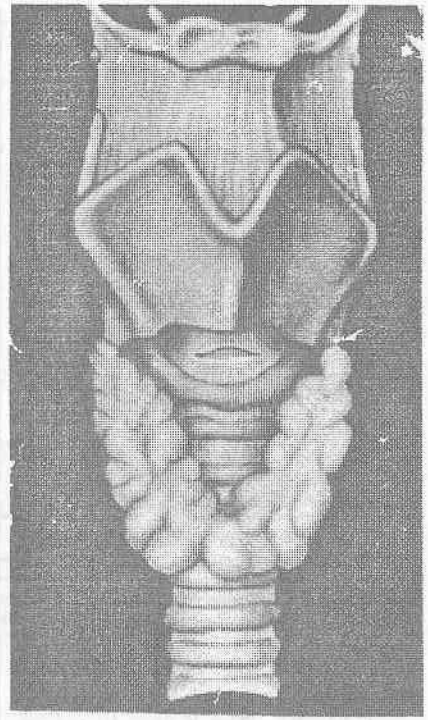


სურ. 10. თირეოტომია.

კონიკოტომიის (სურ. 11) დროს ხორციელდება ბეჭდფარისებრი იოგის ჰორიზონტალური გაკვეთა. ჭრილობაში შეჰყავთ ვიწრო კანულა.

კრიკოტომიის (სურ. 12) დროს იკვეთება ბეჭდისებრი ხრტილი ვერტიკალური განაკვეთით. საჭიროების შემთხვევაში მიმართავენ კრიკოკონიკოტომიას.

თირეო-კრიკო-კონიკოტომია კეთდება მხოლოდ ასფიქსიით გამოწვეულ სახიფათო სიტუაციებში, როცა საჭიროა სისწრაფე და ტრაქეოტომიის განსახორციელებლად დრო არ არის საკმარისი. ხიფათის გავლისთანავე აკეთებენ ტრაქეოტომიას, ვინაიდან კანულა აღიზიანებს როგორც ფარისებრ, ისე ბეჭდისებრ ხრტილს, იწვევს ქონდროპერიქონდრიტს და სტენოზს.



სურ. 11. კონიკოტომია

ტრაქეოტომიური მილის ამოღება ხდება ოპერაციიდან მე-3-7 დღეზე, მას შემდეგ, რაც დავრწმუნდებით, რომ პაციენტი კარგად სუნთქავს ბუნებრივი სასუნთქი გზებით. ჭრილობის კიდეებს დააახლოებენ და აფიქსირებენ ლეიკოპლასტირით. იგი თავისთავად იხურება 7-10 დღეში.

რეანიმაცია გულის გაჩერების დროს. გულის გაჩერება ვლინდება ან ასისტოლიით (პარკუჭების შეკუმშვის სრული შეწყვეტა) ან ფიბრილაციით (პარკუჭთა მიოკარდის ცალკეული კუნთების არაკოორდინირებული შეკუმშვა). 4 წუთზე მეტი ხნით გულის მუშაობის შეწყვეტა იწვევს შეუქცევად მოვლენებს თავის ტვინში. სასწრაფო რეანიმაციული ღონისძიებები მდგომარეობს გულის არაპირდაპირ მასაჟსა და ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციაში. იგი უმჯობესია განახორციელოს ორმა რეანიმატოლოგმა. ერთი უზრუნველყოფს სუნთქვას, მეორე გულის არაპირდაპირ მასაჟს გულმკერდის ქვედა მესამედზე რითმული ზედწოლით (60-70-ჯერ წუთში). ზედწოლის გაძლიერების მიზნით მასაჟს აკეთებენ ერთმანეთზე მოთავსებული ორი ხელით. ამ დროს მკერდის ძვალი უნდა იწევდეს ხერხემლისაკენ 3-4 სმ-ით. გულის მასაჟისა და ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის მონაცვლეობა ისე უნდა წარიმართოს, რომ ერთ შესუნთქვაზე მოდიოდეს გულმკერდზე 5-6 ზედწოლა. თუ რეანიმაციას ასრულებს ერთი რეანიმატოლოგი, იგი ჯერ ახორციელებს 3-4 ენერგიულ ჩაბერვას „პირით პირში“ ან „პირით ცხვირში“, შემდეგ კი გულმკერდის ქვედა მესამედში ყოველი 15 ზედაწოლის შემდეგ ორ ჩაბერვას ისე, რომ გულმკერდზე ზედაწოლის სიხშირე უნდა იყოს 80 წუთში (სურ. 13, 14).

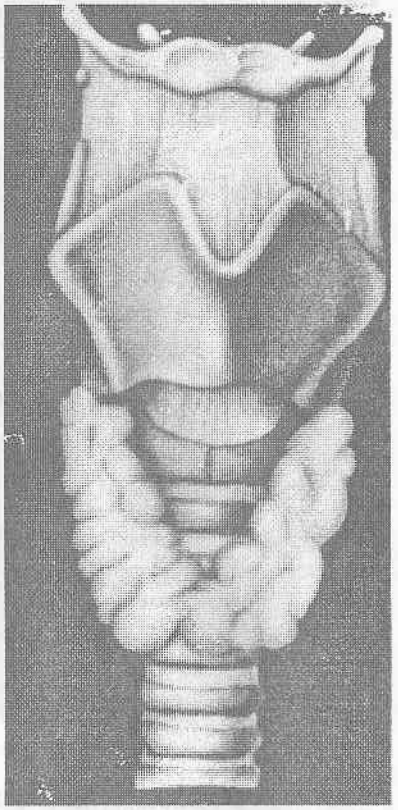
ერთდროულად ვენაში შეჰყავთ ადრენალინი (1 მლ).

პარკუჭების ფიბრილაციის ოროს იყენებენ დეფიბრილატორს, რომლის საშუალებითაც ატარებენ 3500-4500 ვოლტი ძაბვის ელექტროდენს ბეჭის ძვალსა და გულის მწვერვალის არეში მოთავსებულ ელექტროდებს შორის.

ადგილობრივი გაუტკივარება

ადგილობრივი გაუტკივარება ანუ ანესთეზია ხორციელდება ნერვული სისტემის პერიფერიულ ნაწილებზე გამაუტკივარებელი საშუალებების ზემოქმედებით, რის შედეგადაც წყდება ტკივილის აღქმა და გატარება.

ანესთეზია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს უგრძნობელობას, მგრძნობელობის დაკარგვას.



სურ. 12. კრიკოტომია

არჩევენ ადგილობრივი გაუტკივარების არაინექციურ და ინექციურ მეთოდებს. არაინექციურ გაუტკივარებას ეკუთვნის ქიმიური, ფიზიკური და ფიზიკო-ქიმიური მეთოდები, ე.წ. ზედაპირული ანუ ტერმინალური გაუტკივარება, ინექციურს კი — ინფილტრაციული და გამტარი (გამტარობითი, უბნობრივი, რეგიონული). (ინფილტრაციის ქართული შესატყვისია გაჯერება. „ინფილტრაციული გაუტკივარების“ ნაცვლად შეიძლება ვიხმაროთ „გაჯერებითი გაუტკივარება“. „გამტარ გაუტკივარება“ გულისხმობს ნერვული ღეროები მტკივნეული ვაღიზიანების გატარების შეწყვეტას. ასე რომ, ტერმინი „გამტარი გაუტკივარება“ ვერ ასახავს საქმის არსს, ვინაიდან აქ არ ჩანს გატარების შეწყვეტა. ლიტერატურაში ვხვდება სხვა ტერმინებიც



13. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციისა და გულის არაპირდაპირი მასაჟის ჩატარება ერთი რეანიმატოლოგით.



სურ. 14. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციისა და გულის არაპირდაპირი მასაჟის ჩატარება ორი რეანიმატოლოგით.

— „უბნობრივი“, „რეგიონული“, მაგრამ ისინიც ვერ აკმაყოფილებენ მოთხოვნილებას, ვინაიდან გაუტკივარების მოცემული მეთოდი უბანს, რეგიონს კი არ თიშავს, არამედ ნერვული ღეროს მხოლოდ ერთ, გარკვეულ მონაკვეთს. ამიტომ ადეკვატური ტერმინის მონახვამდე ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ყველა ზემოთ მოყვანილ ტერმინს აქვს არსებობის უფლება).

არაინექციური მეთოდები უზრუნველყოფენ მხოლოდ ზედაპირულ გაუტკივარებას. *ქიმიური (აპლიკაციური)* მეთოდი მდგომარეობს გამაუტკივარებელი (საანესთეზიო) საშუალების წასმაში, შეზელვაში, მოსხურებაში (მოფრქვევაში). ამისათვის იყენებენ დიკაინს, ანესთეზინს, ლიდოკაინს. ეს მეთოდი ძირითადად გამოიყენება პირის ღრუსა და ცხვირის ლორწოიანი გარსის გაუტკივარებისათვის.

ფიზიკური მეთოდი გულისხმობს დაბალი ტემპერატურით (გაციებით) გაუტკივარებას.

ფიზიკო-ქიმიური მეთოდი გულისხმობს გამაუტკივარებელი ხსნარის შეყვანას გასაუტკივარებელ არეში ელექტროფორეზით.

ინექციური გაუტკივარების დროს საანესთეზიო ხსნარი ქსოვილებში შეჰყავთ შპრიცის ან უნემსო ინექტორის საშუალებით. (უნემსო ინექტორი ხელსაწყოა, რომლის საშუალებით მაღალი წნევის ქვეშ სითხე შეიყვანება ქსოვილებში).

ინფილტრაციული გაუტკივარება გულისხმობს საანესთეზიო ხსნარის შეყვანას ქსოვილების იმ უბნებში, სადაც უნდა ჩატარდეს მანიპულაცია.

რეგიონული გაუტკივარების სახეებია: ზურგტვინოვანი, ეპიდურალური, ინტრავენური, ძვალშიდა და გამტარი (გამტაროებითი).

იმის მიხედვით, თუ ნერვის მსვლელობის რა უბანზე ხდება საანესთეზიო ხსნარით მოქმედება (კვანძი, წნული, ნერვული ღერო), არჩევენ გაუტკივარების სახეებს: ნერვული წნულის (პლექსურული), ნერვული კვანძების (განგლიური) და ნერვული ღეროს (რაც ზოგჯერ გამტარი გაუტკივარების სინონიმადაც აღიქმება) ანესთეზიებს.

დღეისათვის გამტარი გაუტკივარება ყველაზე ფართოდ გამოიყენება ყბა-სახის ქირურგიასა და სტომატოლოგიაში. გარდა გამტარი (რეგიონული) ანესთეზიისა, ზემოაღნიშნულ სპეციალობაში იყენებენ ადგილობრივი გაუტკივარების კიდევ ორ სახეს — ზედაპირულს (ტერმინალურს) და ინფილტრაციულს.

პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს ადგილობრივი გაუტკივარების ჩვენებები და წინააღმდეგჩვენებები

ჩვენებები: 1) ყველა შემთხვევა, როდესაც სამკურნალო ჩარევა თანდართულია მტკივნეული რეაქციით; 2) დიაგნოსტიკური მანიპულაციები; 3) მკურნალობა, გახანგრძლივებული ანესთეზიის მიღების თვალსაზრისით.

წინააღმდეგჩვენებები: 1) პაციენტთა ემოციურობა; 2) ინფიცირებული ქსოვილები სავარაუდო ინექციის ზონაში; 3) სავარაუდო ბლოკადის მიდამოს დეფორმაცია; 4) მოცემული ადგილობრივი ანესთეტიკის მიმართ აწეული მგრძნობელობა. აქედან მეორე და მესამე პუნქტი შეიძლება შედარებით წინააღმდეგჩვენებად ჩაითვალოს, ვინაიდან შესაძლებლობის შემთხვევაში ინექციის წერტილი შეიძლება გადატანილი იქნეს ნერვული ღეროს ცენტრალური უბნებისაკენ. ასე მაგ: თვალბუდისქვედა მიდამოს ინფიცირებისას შეუძლებელი ხდება ინფრაორბიტული ანესთეზიის

ესრულება, მაგრამ შესაძლებელია ზედა ყბის ნერვის ბლოკადა ფრთასასის ფოსოში და მთელი ზედა ყბის გამოთიშვა.

რეგიონული (ზამტარი) გაუტკივარების შესრულების ძირითადი კანონები

1. საანესთეზიო ხსნარი შეყვანილი უნდა იქნეს პერინევრალურად, რაც შეიძლება ახლოს ნერვთან.

2. თავიდან უნდა იქნეს აცილებული საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა სისხლძარღვში. ამ მიზნით ქსოვილებში ნემსის გადაადგილების პარალელურად უნდა იღვრებოდეს საანესთეზიო ხსნარის მცირე რაოდენობა.

3. თავიდან უნდა იქნეს აცილებული ნერვებისა და სისხლძარღვების დაზიანება, რასაც ტკივილები, მგრძნობელობის მოშლა, ჰემატომის ჩამოყალიბება მოსდევს. იგი შეიძლება არ განვითარდეს ნემსის გადაადგილების პარალელურად საანესთეზიო ხსნარის მცირე დოზების შეყვანის შედეგად.

4. დაცული უნდა იყოს საანესთეზიო ხსნარების ოპტიმალურ და საჭირო შემთხვევებში მაქსიმალურად დასაშვები დოზები, მათი მავნე მოქმედების თავიდან ასაცილებლად.

5. საანესთეზიო ხსნარის ქსოვილებში შეყვანა უნდა ხდებოდეს ნელა, რაც გვაცილებს ქსოვილების მექანიკურ დაზიანებას და შესაძლებელს ხდის ხსნარის შესაძლო უარყოფითი მოქმედების ნიშნების ნაადრევ გამოვლენას.

6. ნემსი უნდა იყოს მახვილწვერიანი, წამახვილი 45-60^{0}C კუთხით.

7. ინექციის დროს ნემსის ნაწილი გარეთ უნდა დარჩეს, იმის გამო, რომ ნემსის გადატეხა ძირითადად ხდება კანულისა და კონუსის შეერთების არეში.

8. ინექციის დაწყებამდე ზუსტად უნდა იყოს განსაზღვრული ჩხვლეტის წერტილი და საანესთეზიო ხსნარის შეყვანის ადგილი, რაც შესაძლებელია მხოლოდ საორიენტაციო პუნქტების დახმარებით.

პრემედიკაცია

პრემედიკაციის მიზანია:

1. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების გამაუტკივარებელი ეფექტურობის გაძლიერება.

2. ავადმყოფთა ემოციური დაძაბულობის შესუსტება ქირურგიული ოპერაციების თუ მანიპულაციების დროს.

3. ანალგეტიკური ფონის შექმნა, რაც ასუსტებს მტკივნეულობას ინექციური ანესთეზიის ჩატარების დროს.

4. ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების ტოქსიურობის შესუსტება.

5. ტრავმაზე სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოებისა და სისტემების უარყოფითი რეაქციების შეძლებისდაგვარი ლიკვიდაცია.

6. ოპერაციის შემდგომი ტკივილების პროფილაქტიკა.

პრემედიკაციისათვის ფართოდ იყენებენ სედატიურ საშუალებებს (ბრომიდები, ვალერიანის ნაყენი), ტრანკვილიზატორებს (სიბაზონი, სედუქსენი, ფენაზეპამი, ნოზეპამი), ნეიროლეპტიკებს (ამინაზინი, დროპერიდოლი), საძილე საშუალებებს (ბარბიტურატები, კერძოდ ლუმინალი). (ბარბიტურატი და დროპერიდოლი ერთდროულად წარმოადგენენ ადგილობრივი ანესთეტიკების არასპეციფიკურ ანტიდოტებს); ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს (დიმედროლი, სუპრასტინი, პიპოლფენი, ტავეგილი); ქოლინოლიზურ საშუალებებს (ატროპინი, სკოპალამინი), ნარკოტიკულ ანალგეტიკებს (პრომედოლი, მორფინი, ფენტანილი)

ანტიჰისტამინური პრეპარატები, განსაკუთრებით პიპოლფენი და დიმედროლი, ამასთან ერთად ფლობენ სედატიურ მოქმედებას, აძლიერებენ ნარკოტიკული, საძილე საშუალებების, ანალგეტიკების და ადგილობრივი ანესთეტიკების მოქმედებას, ახდენენ ღებინების საწინააღმდეგო ეფექტს, ფლობენ ქოლინოლიზურ და ადრენოლიზურ მოქმედებას.

მოწოდებულია პრემედიკაციის უამრავი სქემები. მათი გაცნობა შეიძლება სპეციალურ ლიტერატურაში.

თანამედროვე ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები ადგილობრივი გაუტკივარებისათვის

ადგილობრივი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები წარმოადგენენ ეთერებს ან ამიდებს. ეთერების ნაკლია არასაკმარისი მდგრადობა გახსნილ მდგომარეობაში. ესენია: კოკაინი, ნოვოკაინი, ანესთეზინი, დიკაინი. ამიდური ტიპის საანესთეზიო საშუალებები განსაკუთრებით გამძლენი არიან და მათი ხსნარები თავისუფლად იტანენ განმეორებით ავტოკლავირებას. ესენი არიან

ლიდოკაინი, ტრიმეკაინი, პრილოკაინი, მეპივაკაინი, ბუპივაკაინი, ეტიდოკაინი.

ადგილობრივი საანესთეზიო ხსნარების დასახასიათებლად იყენებენ შედარებით ტოქსიკურობას, შედარებითი მოქმედების ძალას, საანესთეზიო ინდექსს. შედარებითი ტოქსიკურობა არის ნოვოკაინის მინიმალური ლატენტური დოზის დამოკიდებულება ახალი (სხვა) პრეპარატის მინიმალურ ლატენტურ დოზასთან. შედარებითი მოქმედების ძალა არის ნოვოკაინის მინიმალური მოქმედი დოზის დამოკიდებულება ახალი პრეპარატის მინიმალურ ლატენტურ დოზასთან. საანესთეზიო ინდექსი არის პრეპარატის შედარებითი მოქმედების ძალის შედარება შედარებით ტოქსიკურობასთან. საანესთეზიო ინდექსით შეიძლება პრეპარატის უსაფრთხოების შეფასება.

კოკაინი — მწარე გემოს მქონე, უფერო კრისტალები ან თეთრი კრისტალური ფხვნილი, უსუნო, კარგად იხსნება წყალში (2:1) და სპირტში (1:2,6). კოკაინის წყალხსნარის სტაბილიზაციისათვის ხსნარს ემატება მარილმჟავა pH — 3,5-4,0-ის ფარგლებში. იგი მსოფლიოში პირველი საანესთეზიო ნივთიერებაა. მიიღო ნიუმანმა 1859 წელს, ხოლო მისი ადგილობრივი საანესთეზიო თვისება აღმოაჩინა ანრეპმა 1879 წელს. პირველად გამოიყენა რაიმონდმა (Raymond) 1885 წელს მანდიბულური ანესთეზიის შესრულების დროს. კოკაინის ტკივილგამაყუჩებელი ძალა 3-ჯერ დიდია ნოვოკაინთან შედარებით, ტოქსიკურობა კი მნიშვნელოვნად დიდია (16-ჯერ).

დღეისათვის კოკაინს იყენებენ მხოლოდ ლორწოვანი გარსების ანესთეზიისათვის სტომატოლოგიაში, ოტორინოლარინგოლოგიაში, უროლოგიაში 2-5% ხსნარის და ოფთალმოლოგიაში 1-3% ხსნარის სახით. მოზრდილთათვის კოკაინის უმაღლესი დოზაა 0,03 (როგორც ერთჯერადი, ისე სადღეღამისო). კოკაინისათვის დამახასიათებელია სისხლძარღვების შესამჩნევი შევიწროება.

ნოვოკაინი (პროკაინი) — უფერო, უსუნო კრისტალები ან თეთრი კრისტალური ფხვნილია. იგი 1905 წელს სინთეზის გზით მიიღო Einhorn-მა. ნოვოკაინი ფუძე შენაერთია. ფუძეები წყალში არ იხსნებიან, რის გამოც გაუტკივარებისათვის იყენებენ მის მარილს. იგი იოლად იხსნება წყალში (1:1) და სპირტში (1:8). ნოვოკაინის წყალხსნარის სტერილიზაცია ხდება +100 ^{0}C 30 წუთის განმავლობაში. ნოვოკაინის ხსნარები ტუტე გარემოში განიცდიან იოლ ჰიდროლიზს. ამის გამო სისხლში და საერთოდ,

აიოლოგიურ გარემოში, სადაც pH არის 7,4, ხდება მისი ჰიდროლიზი, წარმოიქმნება რა პარა-ამინობენზოის მჟავა და დიეთილამინოეთანოლი გამოხატული ადგილობრივი გაუტკივარებით. ამით შეიძლება აიხსნას ნოვოკაინის არასაკმარისი ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტი ქსოვილებში ანთებითი პროცესების დროს, ჩირქის მჟავე რეაქციის წყალობით (pH — 5,0-6,0). მჟავე გარემოში თავისუფალი ფუძის გამოყოფა მუხრუჭდება, რაც აქვეითებს გაუტკივარების ეფექტს.

გაუტკივარებისათვის იყენებენ პარაამინობენზოის მჟავის დიეთილდიამინოეთანოლის ეთერის მარილმჟავა მარილს. ნოვოკაინის ახალი ხსნარის pH მერყეობს 6,0-ის ფარგლებში. სტაბილიზაციისათვის ხსნარს უმატებენ ქლორწყალბადმჟავას 0,1 n ისე, რომ pH გახდეს 3,8-4,5. ხანგრძლივი შენახვისას ნოვოკაინის ხსნარის მჟავიანობა მატულობს.

ნოვოკაინს ამორჩევით შთანთქავს ნერვული ქსოვილი, განსაკუთრებით მგრძნობიარე არიან მის მიმართ სიმპათიკური ნერვული სისტემის უჯრედები და ბოჭკოები. იგი ფართოდ გამოიყენება ადგილობრივი გაუტკივარებისათვის. რეგიონული ანესთეზიისათვის იყენებენ 1-2% ხსნარს, ინფილტრაციულისათვის 0,25-0,5%, პერიდურალური ანესთეზიისათვის 1-3% (20-25 მლ), ზურგტვინოვანი ანესთეზიისათვის 5% ხსნარს (2-3 მლ). ლორწოვანი გარსის გაუტკივარებისათვის იყენებენ ნოვოკაინის 1-2% ხსნარს, ელექტროფორეზისათვის 5-10% ხსნარს. ნოვოკაინი მცირედ ტოქსიკურია, რაც მისი მოლეკულის არამდგრადობასთან არის დაკავშირებული. თუ ნოვოკაინის ტოქსიკურობას აღვნიშნავთ ერთიანით, მაშინ ტროპოკაინის ტოქსიკურობა იქნება 2, კოკაინის 16, სოვკაინის 30-50, დიკაინის 30. გაუტკივარების ეფექტიც შესაბამისად შეადგენს ნოვოკაინისათვის 1, ტროპოკაინისათვის 10, სოვკაინისათვის 20, დიკაინისათვის 25. ნოვოკაინის ტოქსიკურობის გამოვლენა დამოკიდებულია ორგანიზმში მისი შეყვანის გზასა და კონცენტრაციაზე. სისხლის ნაკადში შეყვანილი ნოვოკაინის ტოქსიკურობა 10-ჯერ მეტია კანქვეშ შეყვანილ ნოვოკაინთან შედარებით, რაც აიხსნება ქსოვილებიდან მისი ნელი შეწოვით, აგრეთვე იმით, რომ ქსოვილებში ნოვოკაინი ნაწილობრივ იშლება. ტოქსიკურობა დამოკიდებულია ასევე ხსნარის კონცენტრაციაზე. ამასთან, ტოქსიკურობა იზრდება კონცენტრაციის არა პირდაპირპროპორციულად, არამედ მნიშვნელოვნად უფრო მეტად. ნოვოკაინის ტოქსიკურობას მნიშვნელოვნად ამცი-

რებს ხსნარზე სისხლძარღვთა შემავიწროებელი საშუალებების დამატება, რაც იწვევს შეწოვის შენელებას და გაუტკივარების გახანგრძლივებას.

მოზრდილთათვის ნოვოკაინის უმაღლესი ერთჯერადი დოზა შიგნით მიღებისას არის 0,25 გ, კუნთებში შეყვანისას 0,1 გ (2% ხსნარი — 5 მლ), ვენაში — 0,05 გ (0,25% — 20 მლ). დღე-ღამის დოზა შიგნით მიღებისას 0,75 გ, კუნთებში (2%) და ვენაში (0,25%) — 1,0 გ. ოპერაციების დროს ინფილტრაციული გაუტკივარებისათვის უმაღლესი ერთჯერადი დოზაა 1,25 გ 0,25%-იანი ხსნარის ხმარებისას, რაც შეადგენს 500 მლ-ს და 0,75 გ 0,5%-იანი ხსნარის გამოყენებისას, რაც შეადგენს 150 მლ-ს. საჭიროების შემთხვევაში ყოველ ერთ საათში შეიძლება დაემატოს 2,5 გ ნოვოკაინი 0,25%-იანი ხსნარის ხმარებისას, ე.ი. 1000 მლ და 2 გ ნოვოკაინი 0,5%-იანი ხსნარის გამოყენებისას, ე.ი. 400 მლ ხსნარი.

სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში ერთჯერადი მაქსიმალური დოზა არის 0,5 გ ნოვოკაინი უადრენალინოდ და 1,0 გ ადრენალინით. 2%-იანი ხსნარის ხმარებისას 20-30 მლ, 1%-იანი ხსნარის ხმარებისას კი — 75-100 მლ.

ნოვოკაინის ჰიდროლიზის პროდუქტი პარაამინობენზოის მჟავა ბაქტერიების „ზრდის ფაქტორი" და სულფანილამიდებისა და ზოგიერთი ანტიბიოტიკის ინჰიბიტორია, რაც გათვალისწინებული უნდა იქნას ამ პრეპარატებით მკურნალობისას. ნოვოკაინის ჰიდროლიზის მეორე პროდუქტი ეთილამინოეთანოლი სისხლძარღვთა მსუბუქი გამაფართოვებელია.

ანესთეზინი — თეთრი კრისტალური ფხვნილია, უსუნო, სუსტად მწარე გემოთი. ძალიან მცირედ იხსნება წყალში, იოლად სპირტში. ახდენს ადგილობრივ ტკივილგამაყუჩებელ მოქმედებას. წყალში ძნელად ხსნადობის გამო ჭირურგიული ჩარევების დროს არ გამოიყენება. 5-10%-იანი მალამოს სახით იყენებენ ქავილით თანდართული კანის დაავადებების დროს, წყლულებისა და ჭრილობის ზედაპირის გაუტკივარებისათვის, ჰინჭრის ციების დროს ქავილის მოსახსნელად. ლორწოვანი გარსის გაუტკივარებისათვის იყენებენ ანესთეზინის 5-10%-იან ზეთოვან ხსნარებს. შიგნით ფხვნილების ან აბების სახით ღებულობენ ლორწოიანი გარსის გაუტკივარებისათვის კუჭის ტკივილის ან სპაზმებს, ღებინების, ზღვისა და ჰაერის დაავადების დროს. სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში იყენებენ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის,

კბილის მაგარი და რბილი ქსოვილების გაუტკივარებისათვის. უმაღლესი დოზა მოზრდილთათვის შიგნით: ერთჯერადი 0,5 გ, სადღეღამისო 1,5 გ.

დიკაინი (ტეტრაკაინი, მედიკაინი) — უსუნო, თეთრი კრისტალური ფხვნილია. იოლად იხსნება წყალში (1:10), სპირტში (1:6). სტერილიზაცია ხდება 30 წუთის განმავლობაში +100 ^{0}C. სტაბილიზაციისათვის ხსნარს უმატებენ მარილმჟავას pH 4,0-6,0-მდე. სინთეზირებულია 1936 წელს ფელდმანის მიერ. დუღილისას არ იშლება. ორი კვირის მანძილზე შენახვისას არ კარგავს საწყის ტკივილგამაყუჩებელ მოქმედებას. ტუტე გარემოში დიკაინი ილექება. დიკაინი ძლიერმოქმედი ადგილობრივი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებაა. ნოვოკაინთან შედარებით აქვს 10-ჯერ ძლიერი ეფექტი, მაგრამ უფრო ტოქსიკურიცაა (კოკაინზე 2-ჯერ და ნოვოკაინზე 10-ჯერ ძლიერი). კარგად შეიწოვება ლორწოიანი გარსის მიერ. გამოიყენება პერიდურალური და ადგილობრივი (ზედაპირული) ანესთეზიისათვის ოფთალმოლოგიურ, ოტორინოლარინგოლოგიურ და სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში. პერიდურალური ანესთეზიისათვის შეჰყავთ დიკაინის 0,3% ხსნარის 10-20 მლ (თანდათანობით 3-5 მლ ოთხჯერადი შეყვანით). ანესთეზიის ხანგრძლივობა 5-6,5 საათი. დიკაინის მაქსიმალური დოზაა 2,5 მგ/კგ. რეგიონული ანესთეზიისათვის შეიძლება სარგებლობა ხსნარით, რომლის კონცენტრაცია არ აღემატება 0,25%-ს. მაქსიმალურად დასაშვები დოზაა 0,2 გ.

ძლიერი ტოქსიკურობის გამო სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში დიკაინი რეგიონული გაუტკივარებისათვის არ გამოიყენება. წარმატებით იყენებენ ლორწოვანი გარსების ანესთეზიისათვის; აპლიკაციური ანესთეზიისათვის იყენებენ დიკაინის სხვადასხვა კონცენტრაციის ხსნარებს. ოფთალმოლოგიაში — 0,25, 0,5, 1 ან 2% ხსნარებს; ოტორინოლარინგოლოგიაში — 0,5 და 1%. 2 ან 3%-იან ხსნარებს (წიაღის პუნქცია, პოლიპის მოცილება, კონხოტომია). ამავე კონცენტრაციის ხსნარებს აპლიკაციის სახით იყენებენ სტომატოლოგიაში ლორწოვანი გარსის გაუტკივარებისათვის. დიკაინის სუსტი კონცენტრაციის ხსნარებს აქვთ ახასიათებთ ადგილობრივ სისხლძარღვთა გამაფართოებელი მოქმედება, რაც დამახასიათებელია სხვა ანესთეტიკებისათვის.

აუცილებელია განსაკუთრებული სიფრთხილე დიკაინის გამოყენებისას. ლიტერატურაში აღწერილია სიკვდილის შემთხვევები

აღნიშნული პრეპარატის არასწორი გამოყენების, ინტოქსიკაციის ან ალერგიული რეაქციის გამო.

ლიდოკაინი (ქსილოკაინი, ქსიკაინი, ლიგნოკაინი) სინთეზირებულია 1946 წელს შვეციაში. თეთრი კრისტალური ფხვნილია. ადვილად იხსნება წყალში. იხსნება სპირტში. ძლიერი ადგილობრივი ანესთეტიკია. ნოვოკაინთან შედარებით მისი მოქმედება უფრო სწრაფი (5-8 წთ), ძლიერი (4-ჯერ) და ხანგრძლივია (3-5 საათამდე). ლიდოკაინი გამოირჩევა ძლიერი მდგრადობით. არ იშლება ხანგრძლივი დუღილის დროსაც კი სუსტ მჟავე და სუსტ ტუტე გარემოში, რის გამოც ეფექტურია ანთებითი პროცესების დროსაც. ლიდოკაინი, ისე როგორც ნოვოკაინი, ამცირებს არტერიულ წნევას, ფლობს გამოხატულ ანტიარითმიულ მოქმედებას. გამოიყენება ინფილტრაციული და რეგიონული ანესთეზიებისათვის, აგრეთვე ლორწოიანი გარსის ზედაპირული (აპლიკაციური) გაუტკივარებისათვის. ინფილტრაციული ანესთეზიისათვის გამოიყენება 0,25-0,5%-იანი ხსნარები (500-1000 მლ), რეგიონულისათვის — 0,5-2%-იანი (0,5% — 80 მლ, 1% — 40 მლ, 2% — 20 მლ), თვალის პრაქტიკაში 2%-იანი ხსნარი და. ლორწოიანი გარსების აპლიკაციური ანესთეზიისათვის 4-10%-იანი ხსნარი. ლიდოკაინის მაქსიმალური დასაშვები დოზაა 300 მგ ადრენალინის გარეშე და 1000 მგ ადრენალინით. ლიდოკაინის ტოქსიკურობა დამოკიდებულია მის კონცენტრაციაზე. მცირე კონცენტრაციის პრეპარატის ტოქსიკურობა არ განსხვავდება ნოვოკაინის ტოქსიკურობისაგან. კონცენტრაციის მომატებასთან ერთად (1-2%-მდე) ტოქსიკურობა იზრდება 1,1-1,5-ჯერ.

ლიდოკაინს უწოდებენ იდეალურ საანესთეზიო საშუალებას ადგილობრივი გაუტკივარებისათვის. მას კარგად იღებს ორგანიზმი. იგი არ აღიზიანებს ქსოვილებს. თუმცა არის ცნობებიც მძიმე გართულებების შესახებ, მათ შორის გულის მუშაობისა და სუნთქვის გაჩერებისა, კბილის ამოღებისათვის ლიდოკაინის გამოყენების დროს.

ტრიმეკაინი (მეზოკაინი) — თეთრი ან თეთრი-მოყვითალო კრისტალური ფხვნილია. ძალიან იოლად იხსნება წყალში და სპირტში. სტერილიზაცია ხდება 30 წთ-ის განმავლობაში +100 ^{0}C. იზოტონურ ხსნარზე მომზადებული ტრიმეკაინის ხსნარის pH არის 4,5-5,2. ქიმიური სტრუქტურით და ფარმაკოლოგიური თვისებებით ტრიმეკაინი ახლოსაა ლიდოკაინთან. ტრიმეკაინი მდგრადია, იტანს განმეორებით ავტოკლავირებას.

გაუტკივარების ეფექტურობა და მოქმედების ხანგრძლივობა 3-ჯერ ძლიერი აქვს ნოვოკაინთან შედარებით, მაგრამ ტოქსიკურობაც 1,5-ჯერ მეტია. ტრიმეკაინით ადგილობრივი გაუტკივარების დროს ადგილი აქვს ზოგად ტკივილგამაყუჩებელ და სედატიურ მოქმედებას. გამოიყენება ზედაპირული, ინფილტრაციული, რეგიონული, პერიდურალური და ზურგტვინოვანი ანესთეზიისათვის. არ აღიზიანებს ქსოვილებს. ინფილტრაციული ანესთეზიისათვის იყენებენ 0,25, 0,5 და 1% ხსნარებს, შეჰყავთ რა იგი შესაბამისად 800, 400 და 100 მლ რაოდენობით. რეგიონული ანესთეზიისათვის იყენებენ 1% (100 მლ) და 2% (20 მლ) ხსნარებს. ტრიმეკაინის მაქსიმალური დოზა მოზრდილთათვის არის 2,0 გ.

პირომეკაინი (ბუმეკაინი) — თეთრი კრისტალური ფხვნილია. იხსნება წყალში, კარგად იხსნება სპირტში. მდგრადია. სტერილიზაცია ხდება დუღილით 30 წუთის განმავლობაში +100 ^{0}C ან ავტოკლავირებით (2 ატმ) — 15 წთ. ქლორნატრიუმის იზოტონურ ხსნარზე მომზადებული პირომეკაინის 2% ხსნარის pH=4,4-5,4. ქიმიური შენების მიხედვით ტრიმეკაინისა და ლიდოკაინის მსგავსია. ორჯერ აქტიური და ტოქსიკურია ნოვოკაინთან შედარებით. იყენებენ ოფთალმოლოგიაში 0,5-1% ხსნარს (3-5 წვეთი), ოტორინოლარინგოლოგიაში და სტომატოლოგიაში 1-2% ხსნარს (3-5 წვეთი). 1-2% კონცენტრაციით პირომეკაინის ინექციები გაუტკივარების ძალით 2,5-ჯერ სჭარბობს ნოკაინს და არ ჩამორჩება დიკაინს, მაგრამ ტოქსიკურობის გამო ინექციური მეთოდით მისი გამოყენება მნიშვნელოვნად შეზღუდულია. ინფილტრაციული ანესთეზიისათვის დასაშვებია 2%-იანი ხსნარის არაუმეტეს 10 მლ და 1% ხსნარის არაუმეტეს 50 მლ მაქსიმალური ერთჯერადი დოზაა 1,0 გ. სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში იყენებენ პირომეკაინის 5% მალამოს (თ. ლობჟანიძე).

ეტიდოკაინი (დურანესტი) სტრუქტურული შენებითა და ქიმიური თვისებებით ახლოსაა ლიდოკაინთან, გაუტკივარების ძალითა და ხანგრძლივობით კი ჯობნის მას. გაუტკივარების ერთნაირი დონის მისაღწევად ეტიდოკაინის საშუალო დოზა შეადგენს ლიდოკაინის დოზის 50%-ს. რეგიონული გაუტკივარების დროს ეტიდოკაინის 1%-იანი ხსნარის მოქმედება უტოლდება ლიდოკაინის 2%-იანი ხსნარის მოქმედებას. ეტიდოკაინის ინექციის შემდეგ გაუტკივარება დგება 5 წუთში და გრძელდება 13 საათს. ეტიდოკაინს თვლიან ყველაზე ეფექტურ და უსაფრთხო ხანგრძლივი მოქმედების ანესთეტიკად ზედაპირული, რეგიონული დ

პერიდურალური გაუტკივარებისათვის. იგი იწვევს სწრაფ, ხანგრძლივ და ძლიერ ანესთეზიას ლორწოიან გარსზე აპლიკაციის დროს. რეგიონული და ეპიდურალური ანესთეზიებისათვის იყენებენ 0,25-0,5% (30-60 მლ) და 1% (20 მლ) ხსნარებს. სწორი დოზების გამოყენებისას გართულებები და გვერდითი მოვლენები არ აღინიშნება.

ბუპივაკაინი (კარბოსტეზინი, მარკაინი) სტრუქტურულად ახლოსაა მეპივაკაინთან, კლინიკური გამოვლინებებით კი დიკაინთან. ეტიდოკაინთან ერთად იგი ეკუთვნის ანესთეტიკებს, რომლებსაც ახასიათებთ ყველაზე ხანგრძლივი გაუტკივარება. ბუპივაკაინი 16-ჯერ ძლიერია ნოვოკაინზე, ამასთან 8-ჯერ ტოქსიკურია მასთან შედარებით. ადრენალინი ახდენს ბუპივაკაინის მოქმედების პროლონგირებას. მათი ერთობლივი გამოყენება რეგიონული ანესთეზიის დროს უზრუნველყოფს გაუტკივარებას 15-16 საათის ხანგრძლივობით. ანესთეზია დგება ინექციიდან 4-10 წუთის შემდეგ. სისხლის ნაკადში მოხვედრისას ბუპივაკაინი იწვევს ტოქსიკურ რეაქციებს. რეგიონული ანესთეზიისათვის იყენებენ პრეპარატის 0,5%-იანი ხსნარის 30-35 მლ ან 0,25%-იანი ხსნარის 50-60 მლ-ს.

მეპივაკაინი (კარბოკაინი, სკანდიკაინი) ქიმიური თვისებებით და კლინიკური გამოვლინებით ახლოსაა ლიდოკაინთან. მისი საანესთეზიო ეფექტურობა 4-ჯერ აღემატება ნოვოკაინისას და მხოლოდ 1,5-ჯერ ტოქსიკურია მასზე. იყენებენ ინფილტრაციული, რეგიონული და პერიდურალური ანესთეზიებისათვის იმავე კონცენტრაციითა და დოზით, როგორც ლიდოკაინს. გამაუტკივარებელი მოქმედება იწყება შეყვანისთანავე და გრძელდება რამდენადმე უფრო ხანგრძლივად ლიდოკაინთან შედარებით. სხვა ანესთეტიკებისაგან განსხვავებით მეპივაკაინი არ იწვევს სისხლძარღვთა გაფართოებას, რის გამოც ნელა ხდება მისი ადსორბირება. მეპივაკაინი ინაქტივაციის სისწრაფით ჩამორჩება ლიდოკაინს. მეპივაკაინის განსაკუთრებულ ღირსებად თვლიან იმას, რომ მისი ხმარებისას არ არის საჭირო ვაზოკონსტრიქტორების გამოყენება. საჭიროა სიფრთხილე დოზების გადამეტების თავიდან ასაცილებლად.

პრილოკაინი (ციტანესტი, ქსილონესტი) ნაკლებ ტოქსიკურია, ვიდრე ნოვოკაინი, მაგრამ მნიშვნელოვნად ჯობნის მას საანესთეზიო ძალით. პრილოკაინი საანესთეზიო ძალით და მისი მოქმედების ხანგრძლივობით უტოლდება ლიდოკაინს. პრეპარატი კარგად

ადრენალინით გამდიდრებული ზოგიერთი საანესთეზიო ნივთიერების ძირითადი მახასიათებლები გამტარი გაუტკივარების დროს

პრეპარატი	კონცენტრაცია (%) გამტარი გაუტკივარების დროს	მაქსიმალური ერთჯერადი დოზა მგ		მოქმედების ძალა	ტოქსიკურობა	ფარული პერიოდი (წთ)	მოქმედების ხანგრძლივობა (სთ)
		ჩვეულებრივი	მაქსიმალური				
1. ნოვოკაინი	1-2	800	1000	1	1	12-18	1-1.5
2. ლიდოკაინი	1	600	1000	4	1,1	5-8	2,5-4
3. ტრიმეკაინი	1-1,5	600	1000	1,8	1,4	7-9	2-2,5
4. დიკაინი	0,15-0,25	150	200	12	10	20-45	5,5-6,5
5. პრილოკაინი	1-2	900	1200	4	0,75	10-12	2-4
6. მეპივაკაინი	1-2	500	600	4	2	10-12	3-5
7. ბუპივაკაინი	0,25-0,5	150	200	16	8	5-8	8-12
8. ეტიდოკაინი	0,25-0,5	450	500	16	6	6-9	8-12

ვრცელდება ნერვულ ქსოვილში და სწრაფად იშლება. პრილოკაინმა შეიძლება ორგანიზმში გამოიწვიოს მეტჰემოგლობინემია. ზომიერ დოზებში (600 მგ) იგი ახდენს ჰემოგლობინის 1%-ით გარდაქმნას მეტჰემოგლობინში, რაც არავითარ გავლენას არ ახდენს ორგანიზმზე. 900 მგ და მეტი რაოდენობით პრილოკაინის შეყვანა ორგანიზმში იწვევს მეტჰემოგლობინემიის კლინიკური ნიშნების გამოჩენას, რაც გათვალისწინებული უნდა იქნას ანემიის დროს. ვინაიდან პრილოკაინი სწრაფად იშლება ორგანიზმში (ღვიძლში ამილაზების გავლენით), ტოქსიკური მოვლენები სწრაფად ქრებიან და არ საჭიროებენ რაიმე მნიშვნელოვან ღონისძიებებს ოქსიგენოთერაპიის გარდა.

ხოსტაკაინი საანესთეზიო ძალით 4-ჯერ ჭარბობს ნოვოკაინს, მაგრამ არ აჭარბებს მას ტოქსიკურობით კანქვეშ შეყვანის დროს. ვენაში შეყვანისას 2-ჯერ ტოქსიკურია ნოვოკაინთან შედარებით. აქვს ძლიერი დიფუზიის უნარი, სწრაფად ვრცელდება და სწრაფად იშლება ღვიძლში. ინფილტრაციული ანესთეზიისათვის გამოიყენება 0,1, 0,25, 0,5% ხსნარები, რეგიონულისათვის-0,5-1% ხსნარები. გაუტკივარება დგება პრეპარატის შეყვანისთანავე ორგანიზმში და გრძელდება 1 საათი. ანესთეზიისათვის აუცილებელი რაოდენობა 2-3-ჯერ ნაკლებია ნოვოკაინთან შედარებით.

კორტიკაინი (ულტრაკაინი) თიოფენური რიგის წარმომადგენელია, რეკომენდებულია რეგიონული და ინფილტრაციული

ანესთეზიებისათვის. აქვს სისხლძარღვთა გამაფართოებელი და სპაზმოლიტიკური მოქმედება. კორტიკაინის საანესთეზიო ეფექტი 16 წუთით ხანგრძლივია ლიდოკაინთან შედარებით. აქვს მასთან შედარებით უფრო სუსტი ტოქსიკურობა. 1% კორტიკაინი ასეთივე კონცენტრაციის მეპივაკაინთან შედარებით ხასიათდება უფრო მოკლე ლატენტური პერიოდით და ანესთეზიის მეტი ხანგრძლივობით.

დამხმარე საშუალებები

დამხმარე საშუალებები გამოიყენება ადგილობრივი ანესთეტიკის ეფექტურობის გაზრდის, პრეპარატის შეწოვის სისწრაფის შემცირების და ამ თუ სხვა გზით მისი მოქმედების გახანგრძლივების, ანესთეტიკის ტოქსიკურობის შემცირების მიზნით. თითქმის ყველა ამ თვისებას ფლობს ვაზოკონსტრიქტორი. ყველაზე მეტად გავრცელებული და პოპულარული ვაზოკონსტრიქტორია **ადრენალინი,** რომელსაც ფარმაკოლოგიური მრეწველობა უშვებს ადრენალინის ჰიდროქლორიდის 0,1%-იანი ხსნარის სახით. იგი თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრის ჰორმონია. ადრენალინის მოქმედება განისაზღვრება α და β — ადრენორეცეპტორებზე მისი მოქმედებით და სიმპათიკური ნერვების აღგზნების ეფექტის ანალოგიურია. ადრენალინი ავიწროვებს კანის, კანქვეშა ქსოვილის, თირკმლების სისხლძარღვებს, უფრო სუსტად — ფილტვებისა და ჩონჩხის კუნთების სისხლძარღვებს; აფართოებს გულისა და ტვინის სისხლძარღვებს, ზრდის არტერიულ წნევას (უპირატესად სისტოლურს). ადრენალინი იწვევს ბრონქებისა და ნაწლავების მუსკულატურის მოდუნებას, აუმჯობესებს ჩონჩხის კუნთების ფუნქციურ მდგომარეობას, ზრდის შაქრის შემცველობას სისხლში, აფართოებს გუგებს.

ადრენალინს ახასიათებს ორფაზიანი მოქმედება: სისხლძარღვთა შევიწროებას მოსდევს სისხლძარღვთა გაფართოება, რის შემდეგაც სისხლძარღვთა ტონუსი უბრუნდება ნორმას. ამასთან ერთად, მეორე ფაზაში ვითარდება არტერიული წნევის დაქვეითება.

ადრენალინს იყენებენ ანესთეზიოლოგიაში, როგორც ადგილობრივ სისხლძარღვთა შემავიწროებელ საშუალებას, უმეტებენ რა მას ადგილობრივ საანესთეზიო ხსნარს გაუტკივარების გახანგრძლივებისა და ანესთეტიკის შეწოვის დაყოვნების მიზნით. ზოგიერთი სპეციალისტი თვლის, რომ ადრენალინი აძლიერებს

ანესთეტიკის საანესთეზიო ეფექტურობას. თვით ადრენალინს არავითარი ადგილობრივი (არც ზოგადი) გამაუტკივარებელი თვისება არ გააჩნია, მაგრამ ავიწროებს რა სისხლძარღვებს, ახდენს ნერვული ელემენტების ანემიას, რაც თავის მხრივ იწვევს მათი ფუნქციის შესუსტებას, ე.ი. აქვეითებს მგრძნობელობას. ლორწოიან გარსზე წასმისას ადრენალინი იწვევს იშემიას წასმიდან 0,5-5 წთ-ში, კანქვეშ ინექციისას კი 0,25-0,5 წთ-ში. ორგანიზმში ადრენალინის პარენტერალური შეყვანის ოპტიმალურ რაოდენობად ითვლება 0,1%-იანი ხსნარის 0.3-0.75 მლ. ოპტიმალურია 1 მლ 0,1%-ანი ადრენალინი. დაემატოს 100 მლ საანესთეზიო ხსნარს. ეს არის 1 წვეთი ადრენალინი 10 მლ ანესთეტიკზე. ოპტიმალური კონცენტრაციის გაზრდამ შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი გართულებები, როგორიცაა სისხლდენა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სისხლძარღვთა გაფართოების გამო და ტკივილი სისხლძარღვთა მეორადი პარეზის გამო. ამას გარდა შეიძლება განვითარდეს შიშის გრძნობა, კუნთების კანკალი, შემცივნება, სიფერმკრთალე, ოფლიანობა, თავბრუხვევა, გულისცემის გაძლიერება, წნევის მომატება, პულსის აჩქარება, წელის ტკივილი, გულისწასვლა და ზოგჯერ კოლაფსი. ადრენალინის მიმართ ზედმეტად მგრძნობიარე ადამიანებში იგივე მოვლენები შეიძლება განვითარდეს მისი უმნიშვნელო დოზით გამოყენების დროსაც კი.

ადრენალინის ტოქსიკური მოქმედების კლინიკური სურათი წააგავს ანესთეტიკის შეყვანაზე განვითარებული რეაქციის კლინიკურ სურათს. განსხვავება იმაშია, რომ ვაზოკონსტრიქტორის შეყვანის შედეგად განვითარებულ რეაქციას წინ უძღვის გაძლიერებული გულისცემა, კანკალი და თავის ტკივილი.

საანესთეზიო ხსნარში ადრენალინის ოპტიმალური კონცენტრაციის (100 მლ საანესთეზიო ხსნარზე 1 მლ ვაზოკონსტრიქტორი) გაზრდით ადრენალინის სპეციფიკური მოქმედება (პერიფერიულ სისხლძარღვთა შევიწროება და სხვა) იზრდება სუსტად.

იმის გამო, რომ უკანასკნელ პერიოდში გახშირდა ადრენალინის მიმართ ინდივიდუალური მგრძნობელობის შემთხვევები, რაიმე სპეციალური ჩვენებების გარეშე არ არის მიზანშეწონილი, დაემატოს მისი 0,1%-იანი ხსნარის 0,4 მლ-ზე მეტი 100 მლ საანესთეზიო ხსნარს. ადრენალინის შესაძლო დაჟანგვისა და ინაქტივაციის გამო იგი ანესთეტიკს ემატება უშუალოდ ხმარების წინ.

ნორადრენალინი ძირითადად გავლენას ახდენს α-ადრენორეცეპტორებზე, ფლობს ძლიერ სისხლძარღვთა შემავიწროებელ მოქმედებას, ახდენს ადრენალინთან შედარებით ნაკლებად გამოხატულ გავლენას გულზე. ნორადრენალინი გამოიყენება მხოლოდ ვენური გზით წვეთობრივად. იმის გამო, რომ აღნიშნული პრეპარატის ადგილობრივმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ქსოვილების ნეკროზი, იგი ადგილობრივი გაუტკივარების საჭიროებისათვის არ გამოიყენება.

მეზატონი სინთეზური, ადრენომიმეტური პრეპარატია, რომელიც არ ახდენს გავლენას გულის შეკუმშვის სიხშირესა და ძალაზე. ავიწროებს უპირატესად კანის, კანქვეშა ქსოვილის, თირკმლის, მუცლის ღრუს, ჩონჩხის კუნთების სისხლძარღვებს, ამუხრუჭებს ნაწლავთა პერისტალტიკას, აფართოებს გულის სისხლძარღვებს, ბრონქებს, გუგებს. მეზატონი შეიყვანება პერორალურად, კანქვეშ, კუნთებში, ვენაში. კანქვეშ შეყვანისას პრეპარატის ეფექტი გრძელდება 30-40 წუთი, ვენაში — 15-20 წუთი. კანქვეშ და კუნთებში შეიძლება დაინიშნოს 1%-იანი ხსნარის 0,3-1 მლ. ერთჯერადი უმაღლესი დოზა კანქვეშ ან კუნთებში შეყვანისას არის 0,01 გ.

ფეტანოლი აგებულებითა და მოქმედებით ახლოსაა მეზატონთან, მაგრამ ფეტანოლის პრესორული ეფექტი ნაკლებად გამოხატული და უფრო ხანგრძლივია. იგი ეკუთვნის სიმპათომიმეტიკური ამინების ჯგუფს, ახდენს რა მეზატონის მსგავსად α-ადრენორეცეპტორების სტიმულირებას. ორგანიზმში შეიყვანება როგორც პერორალურად, ისე პარენტერალურად (1%-იანი ხსნარის 1 მლ).

ეფედრინი ფარმაკოლოგიური თვისებებით ახლოსაა ადრენალინთან. ფლობს სიმპათომიმეტიკურ თვისებებს, ახდენს α და β ადრენორეცეპტორების სტიმულაციას. ავიწროებს სისხლძარღვებს, აფართოებს ბრონქებს, ამუხრუჭებს ნაწლავთა პერისტალტიკას, აფართოებს გუგებს, ზრდის არტერიულ წნევას და შაქრის რაოდენობას სისხლში.

ადრენალინთან შედარებით ეფედრინი ახდენს უფრო სუსტ და ხანგრძლივ მოქმედებას. აღაგზნებს სუნთქვის ცენტრს, ახდენს ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულაციას. იყენებენ ალერგიული დაავადებების დროს. ადგილობრივად იყენებენ როგორც სისხლძარღვთა შემავიწროებელ საშუალებას.

ეფედრინი ორგანიზმში შეჰყავთ პეროორალურად და პარენტერალურად. კანქვეშ შეჰყავთ 0,02-0,05 გ ეფედრინი; უმაღლესი ერთჯერადი კანქვეშა დოზა არის 0,05 გ.

ნაფტიზინი ქიმიური შენებით განსხვავდება ზემოთ მოყვანილი პრეპარატებისაგან, მაგრამ მათ მსგავსად ის ახდენს ალფა-ადრენომიმეტიკურ მოქმედებას. ნორადრენალინთან და მეზატონთან შედარებით ახდენს პერიფერიული სისხლძარღვების უფრო ხანგრძლივ შევიწროებას. ნაფტიზინი ზრდის არტერიულ წნევას, აფართოებს გუგებს. ვაზოკონსტრიქტორული მოქმედების წყალობით ლორწოვან გარსზე წასმისას ნაფტიზინი ახდენს ანთებისსაწინააღმდეგო (შეშუპების საწინააღმდეგო) მოქმედებას. იყენებენ ძირითადად მწვავე რინიტის, ჰაიმორიტის, ცხვირიდან სისხლისდენის დროს, აგრეთვე ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების შეწოვის შენელების მიზნით (აპლიკაციური ანესთეზიის დროს). ამისათვის ნაფტიზინის 0,1%-იანი ხსნარის 2-4 წვეთი ემატება საანესთეზიო ხსნარის 1 მლ-ს.

ვაზოპრესინი (ორნიტინ-ვაზოპრესინი) ზოგიერთი სპეციალისტის მონაცემებით შეიძლება წარმატებით იქნეს გამოყენებული ადრენალინის შესაცვლელად. ვაზოპრესინის 1 საერთ. ერთეული 10 მლ საანესთეზიო ხსნარზე 1:200 000 განზავებული ადრენალინის იდენტურია. ადრენალინისაგან განსხვავებით ვაზოპრესინი არავითარ გავლენას არ ახდენს ქსოვილების Po_2-ზე მეტაბოლური აქტიურობის უქონლობის გამო.

ადგილობრივი ანესთეტიკის მოქმედების დროის გახანგრძლივება (10-40%-ით) შესაძლებელია საანესთეზიო ხსნარზე **კოლოიდური ნივთიერებების** (დექსტრინების) დამატებით. მათ შორის უველაზე ეფექტურია პოლიგლუკინი. ასეთივე მოქმედებას ახდენს ანესთეტიკზე სისხლის ცილოვანი შემცვლელების — ჰიდროლიზატების დამატება. 10 მლ საანესთეზიო ხსნარს ემატება 1 მლ ჰიდროლიზატი (ჰიდროლიზინი, კაზეინის ჰიდროლიზატი ან სხვა). ესენი არიან მაღალმოლეკულური მასის მქონე ნივთიერებები, რომელთა მოლეკულები უერთდებიან ანესთეტიკს. მაღალი მოლეკულური წონის (40-70 ათასი) გამო ისინი ვერ აღწევენ სისხლძარღვოვან მემბრანებში, რის გამოც დიდხანს რჩებიან ქსოვილებში ანესთეტიკთან ერთად, უზრუნველყოფენ რა ხანგრძლივ გაუტკივარებას. ასე მაგ., ვენაში შეყვანილი პოლიგლუკინი ცირკულირებს სისხლის ნაკადში 3-7 დღის განმავლობაში.

ნახშიროროანგის დამატება მნიშვნელოვნად ზრდის ანესთეტიკის გამაუტკივარებელ ეფექტს, ამასთან მცირდება გაუტკივარების დადგომის დრო. CO_2 ემატება ანესთეტიკს იმ რაოდენობით, რაც იხსნება საანესთეზიო ხსნარში 700 მმ სინდიყის სვეტის წნევის დროს.

B_1 ვიტამინი აძლიერებს ადგილობრივი ანესთეტიკების მოქმედებას. საანესთეზიო ხსნარს უმატებენ თიამინის ბრომიდის 3% ან 6%-იანი ხსნარის 1 მლ ან თიამინის ქლორიდის 2,5% ან 5%-იანი ხსნარის 1 მლ-ს. უმჯობესია თიამინის ქლორიდის გამოყენება, რომლის 1 მგ აქტიურობის მიხედვით შეესაბამება თიამინის ბრომიდის 1,29 მგ-ს.

B_{12} ვიტამინის დამატება აძლიერებს და ახანგრძლივებს ადგილობრივი ანესთეტიკის ეფექტურობას, რაც განსაკუთრებით გამოხატულია ანთებითი პროცესების დროს. საანესთეზიო ხსნარს ემატება 200 მკგ ციანკობალამინი (0,02%-იანი ხსნარს 1 მლ).

დექსამეტაზონის (დექსაზონის) და განსაკუთრებით კენალოგის დამატება საანესთეზიო ხსნარს მატებს მრავალ ახალ თვისებას. ასეთი ხსნარი გაძლიერებული და გახანგრძლივებული გაუტკივარების გარდა ფლობს ძლიერ ანთებისსაწინააღმდეგო, ანტიალერგიულ, შეშუპებისსაწინააღმდეგო, მადესენსიბილიზირებელ და ანტიტოქსიკურ თვისებებს. 10 მლ საანესთეზიო ხსნარს ემატება 1 მლ დექსამეტაზონი ან კენალოგი. მაქსიმალური ერთჯერადი დოზაა დექსამეტაზონისათვის 4 მგ (0,4%-იანი ხსნარის 1 მლ), კენალოგისათვის 40 მგ (1 მლ). კენალოგის განმეორებითი გამოყენება შესაძლებელია 1-3 კვირის შემდეგ.

სპირტის დამატება ასევე ამდიდრებს საანესთეზიო ხსნარს მრავალი ახალი თვისებებით. ასეთი ხსნარი ფლობს ანთებისსაწინააღმდეგო მოქმედებას, აჩქარებს ჭრილობის შეხორცებას, ამცირებს ოპერაციის შემდგომ ქსოვილოვან შეშუპებას. სპირტდამატებული ანესთეტიკის გამოყენებისას გაუტკივარება დგება უფრო მალე და გრძელდება მნიშვნელოვნად მეტი დროის განმავლობაში, ვიდრე მარტო ანესთეტიკის გამოყენების დროს. 10 მლ საანესთეზიო ხსნარს ემატება 1 მლ 80^0-იანი სპირტი.

საანესთეზიო ხსნარის ძალის გაძლიერებისა და გახანგრძლივების მიზნით სხვადასხვა დროს მოწოდებული იყო ხსნარზე სხვადასხვა ნივთიერებების დამატება. ესაა: ნატრიუმის ჰიდროკარბონატი (ბიკარბონატი) (0,25:100), გოგირდმჟავა კალიუმი (0,4:100), ქლორიანი კალიუმი და ქლორიანი კალციუმი

(0,25:100), გოგირდმჟავა მაგნეზია, ჰიალურონიდაზა (ლიდაზა), ანტიბიოტიკები, ანტისეპტიკები და ა.შ.

ზედაპირული (ტერმინალური) გაუტკივარება

ზედაპირული გაუტკივარება ახდენს ნერვული დაბოლოებების ანესთეზიას და მიიღწევა საანესთეზიო საშუალებების უშუალო კონტაქტით ქსოვილთან. მისი განხორციელებისათვის მიწოდებულია რამდენიმე ხერხი.

გაციებით (მოყინვით) გაუტკივარება ხორციელდება სწრაფად აორთქლებადი ნივთიერების ნაკადის მიმართვით (30 სმ-დან) ქსოვილისაკენ. ეს არის ეთერი ან უფრო ხშირად ქლორეთილი. გაციება იწვევს ნერვული დაბოლოებების ბლოკირებას და შესაძლებელი ხდება ზედაპირული ჩირქგროვების გახსნა ან სხვა ზედაპირული მანიპულაციის ჩატარება. წასმით (აპლიკაციური) გაუტკივარება ხორციელდება ძირითადად ლორწოვან გარსებზე. ამ მიზნით იყენებენ კოკაინის 3-5%-იან, დიკაინის 1-2%-იან მალამოს ან ხსნარს, პირომეკაინის 5%-იან მალამოს. ზოგიერთი საანესთეზიო ნივთიერება, მაგ. ლიდოკაინი, ფარმაცევტული მრეწველობის მიერ მზადდება აეროზოლის სახით, რაც მნიშვნელოვნად აიოლებს ზედაპირული ანესთეზიის შესრულებას. ამასთან, ანესთეტიკი შეიძლება შეზელილი (დიკაინი), ჩაწვეთებული (თვალში — დიკაინი) ან მიფრქვეული (ანესთეზინი) იქნეს ქსოვილზე.

ინფილტრაციული გაუტკივარება

ინფილტრაციული გაუტკივარება ხორციელდება ქსოვილების გაჟღენთით (ინფილტრაციით) საანესთეზიო ხსნარით. ინფილტრაციული გაუტკივარებით ხდება ნერვული დაბოლოებებისა და წვრილი ნერვული ბოჭკოების ბლოკირება. პირველად ინფილტრაციული ანესთეზია დაამუშავა რეკლიუმ (Reclus, 1889), შემდეგ, 1891 წელს — შლეიხმა (Schleich). რეკლიუ-შლეიხის მეთოდი უზრუნველყოფდა კანისა და კანქვეშა ქსოვრლების კარგ ანესთეზიას, უფრო ღრმად მდებარე ქსოვილებში გაუტკივარება ხდებოდა დიფუზიის საშუალებით, რაც მოითხოვდა 3-5 წთ-ით ცდას. მეთოდი სრულყო ა.ვიშნევსკიმ (1949), რომელმაც მოგვაწოდა ე.წ.

„ძცოცავი ინფილტრატი“, რაც მდგომარეობს საანესთეზიო ხსნარით ქსოვილების შრეობრივ ინფილტრაციაში.

ინფილტრაციული ანესთეზია წარმატებით გამოიყენება როგორც ყბა-სახის ქირურგიაში, ისე სტომატოლოგიაში. სახის რბილ ქსოვილებზე მცირე ქირურგიული ჩარევისას საანესთეზიო ხსნარი შეყავთ კანის სისქეში სავარაუდო განაკვეთის ხაზზე ქმნიან რა ე.წ. „ლიმონის ქერქს“. ნემსის შემდგომი ჩხვლეტა და ხსნარის შეყვანა ხდება ანესთეტიკით ინფილტრირებულ უბანში. კანის შემდეგ ხსნარი შეჰყავთ კანქვეშა ქსოვილში, შემდეგ კი უფრო ღრმად მდებარე ქსოვილებში საჭიროების მიხედვით. ამასთან, ქსოვილები ანესთეტიკით უნდა გაიჟღინთოს საოპერაციო ველის ფარგლებს გარეთაც.

ყბების ძვლებზე ქირურგიული მანიპულაციების დროს ინფილტრაციული გაუტკივარების არსი მდგომარეობს ანესთეტიკის დიფუზიაში რბილი ქსოვილებიდან პერიოსტეუმისა და ძვლის კომპაქტური შრის გავლით ძვალტვინოვან სივრცეებში და აქ მყოფი ნერვული წნულის ბლოკირებაში.

ზედა და ქვედა ყბის კომპაქტური შრეების სტრუქტურული შენება განსხვავებულია. ზედა ყბაზე კომპაქტური ფირფიტა თხელია და შეიცავს მრავალ წვრილ ხვრელს. შედარებით მკვრივი უბნებია ყვრიმალ-ალვეოლის ქედის და შუა ხაზის არეში. ქვედა ყბაზე კომპაქტური შრე სქელი და მკვრივია; აქ მხოლოდ ნიკაპის შემაღლებასა და ეშვის ალვეოლას შორის არის წვრილი ხვრელები სისხლძარღვებისათვის. აქედან გამომდინარე, ინფილტრაციული ანესთეზიით შესაძლებელია ზედა ყბის ყველა კბილისა და ქვედა საჭრელების გაუტკივარება. ზედა ყბის ძვალსა და ღრძილს ვესტიბულურ მხარეზე ანერვიანებენ ზედა ალვეოლური ნერვები ღ[illegible] მათ მიერ შექმნილი კბილ[illegible]ა წნული. სასის მხარეზე რბილ ქსოვილებს ანერვიანებს სასის დიდი და ცხვირ-სასის ნერვები.

ქვედა ყბაზე მეორე პრემოლ[illegible]იდან მეორე მოლარის ჩათვლ[illegible] ღრძილის ლორწოვან გარსს ლოყის მხარეზე ანერვიანებს ლოყის ნერვი, ფრონტალურ მიდამოში ამავე მხარეს — ნიკაპის ნერვი, ქვედა ყბის ძვალს — ქვედა ალვეოლური ნერვი, ენის მხრიდან ღრძილს — ენის ნერვი. აქედან გასაგებია, რომ ინფილტრაციული ანესთეზიის დროს კბილების გაუტკივარებისათვის საჭიროა ანესთეტიკის ინექცია როგორც ვესტიბულური, ისე ორალური მხრიდან. ვესტიბულური მხრიდან კბილებთან მიმდებარე ლორწოვანი გარსი მჭიდროდ და უმოძრაოდაა მიმაგრებული ალვეოლის

ძვლისზედაკანზე. კბილთა ყელიდან 5-10 მმ-ის დაცილებით იგი გამოიყოფა პერიოსტეუმიდან ფაშარი ლორწქვეშა ქსოვილით და ხდება მოძრავი. ინფილტრაციული ანესთეზიის შესრულების დროს ნემსის წვერი შეყვანილი უნდა იქნეს ლორწოვანის მოძრავ ნაწილში, სათანადო კბილის ფესვის მწვერვალის საპროექციო არეში. ეს არის გარდამავალი ნაოჭი ვესტიბულური მხრიდან, ყბა-ენის ღარი ენის მხრიდან. სასის მხრიდან ჩხვლეტა კეთდება სასის რბილ ქსოვილებში სათანადო კბილის ღრძილის კიდიდან 1 სმ დაცილებით, კბილის ფესვის პარალელურად. აქ და ენის მხრიდან შეჰყავთ ანესთეტიკის მცირე რაოდენობა — 0,3-0,5 მლ. ვესტიბულური მხრიდან შეჰყავთ საანესთეზიო ხსნარი 1-1,5 მლ-ის რაოდენობით ლორწქვეშა შრეში და არა სუბპერიოსტალურად. პერიოსტეუმის ქვეშ შეყვანილი ხსნარი, გარდა ძვლისსაზრდელას დაზიანებისა, იწვევს მის ათიშვას ძვლოვანი ქსოვილისაგან, რასაც შეიძლება მოჰყვეს გართულებები ამ უკანასკნელის მხრივ. ვესტიბულური მხრიდან ნემსი ინექციის დროს მიმართული უნდა იყოს გარდამავალი ნაოჭის პარალელურად. ჩხვლეტისთანავე შეჰყავთ მცირე რაოდენობით საანესთეზიო ხსნარი, რაც განაპირობებს ნემსის შემდგომ წაწევას ანესთეტიკში და ამრიგად მის უმტკივნეულო გადაადგილებას. ნემსის ამგვარი მიმართულება შესაძლებელს ხდის საჭიროების დროს საანესთეზიო ხსნარის შეყვანას ერთდროულად რამდენიმე კბილის არეში. ორალურ მხარეს ნემსი მიმართული უნდა იყოს დახრილად ძვლისკენ (სასის მხარეს) და ყბა-ენის ღარისაკენ (ენის მხარეს) სათანადო კბილის ფესვის გასწვრივ.

როგორც უკვე აღნიშნული იყო, ზედა ყბაზე ვესტიბულური მხრიდან კომპაქტური ძვლის უფრო მკვრივი შრეებია ყვრიმალ-ალვეოლის ქედის და შუა ხაზის არეში. ყვრიმალ-ალვეოლის ქედის მკვრივი შრე ფარავს პირველი ძირითადი კბილის მედიალურ ფესვს, რის გამოც ამ კბილის ლოყისკენა მედიალური ფესვის მწვერვალთან შეყვანილი ანესთეტიკი ძნელად ვრცელდება სათანადო ნერვული ტოტისაკენ. ამიტომ აღნიშნული კბილის (და ბუნებრივია, მისი მედიალური ფესვის) გაუტკივარებისათვის უმჯობესია საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა მეორე ძირითადი კბილის ფესვის მწვერვალის დონეზე, საიდანაც საანესთეზიო ხსნარი უკეთესად აღწევს ზედა ალვეოლური ნერვის ტოტებამდე, ან ყვრიმალ-ალვეოლის ქედის უკან, უშუალოდ დისტალური ფესვის მწვერვალთან. ცენტრალური საჭრელების ზონაში კბილის ექსტრაქციის თუ რაიმე ქირურგიული მანიპულაციის ჩატარების დროს

გასათვალისწინებელია მოპირდაპირე მხრიდან ანასტომოზების არსებობა და მისი ბლოკირების აუცილებლობა. აღნიშნულის გათვალისწინებით ამ არეში ინფილტრაციული ანესთეზიის ჩატარებისათვის ნემსს ჩხვლეტენ გარდამავალ ნაოჭში ცენტრალური კბილის ფესვის მწვერვალის საპროექციო არეში მის მედიალურად (რამდენიმე მმ-ით).

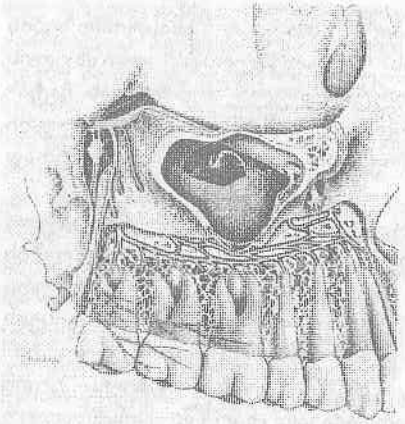
როგორც უკვე აღნიშნული იყო, ქვედა ყბაზე ინფილტრაციული ანესთეზიის გამოყენებით შესაძლებელია სრული გაუტკივარების მიღწევა მხოლოდ ფრონტალური კბილების არეში. ვესტიბულური მხრიდან ჩხვლეტა კეთდება გასაუტკივარებელი კბილის ფესვის მწვერვალის საპროექციო ზონაში. თუ საჭიროა მთელი ფრონტალური მიდამოს გაუტკივარება, ეს შეიძლება მოხდეს ერთი ჩხვლეტით. ჩხვლეტა კეთდება გარდამავალ ნაოჭში ცენტრალურ საჭრელებს შორის და საანესთეზიო ხსნარი შეიყვანება ჰორიზონტალურად ჯერ ერთ მხარეზე ეშვამდე, ხოლო შემდეგ ნემსის მიმართულების შეცვლით მეორე მხარეზე. ენის ნერვის ბლოკირებისათვის 1 მლ საანესთეზიო ხსნარი შეჰყავთ ლორწქვეშა არეში იმ უბანში, სადაც ლორწოვანი გარსი პირის ფსკერიდან გადადის ალვეოლურ მორჩზე გასაუტკივარებელი კბილის დონეზე.

ბამტარი (რეგიონული) გაუტკივარება

ზედა ყბის ნერვის ტოტების გაუტკივარება

ზედა ყბაზე ქირურგიული მანიპულაციების უმტკივნეულოდ ჩატარებისათვის საჭიროა ზედა უკანა, შუა და წინა ალვეოლური ნერვების, თვალბუდისქვედა ნერვის, სასის დიდი ნერვის, ცხვირ-სასის ნერვის ან მთლიანად ზედა ყბის ნერვის გაუტკივარება. ამისათვის საანესთეზიო ხსნარი მიტანილი უნდა იქნეს ზედა უკანა ალვეოლურ ხვრელებთან (ზედა ყბის ბორცვის არე), თვალბუდისქვედა ხვრელთან (ან არხში), სასის დიდ ხვრელთან, საჭრელ ხვრელთან ან უშუალოდ მრგვალ ხვრელთან ქალას ფუძეზე. ზედა ყბის ნერვის ტოტების გაუტკივარება ხორციელდება პირშიგნითა და პირგარეთა მიდგომით.

ზედა უკანა ალვეოლური ნერვების გაუტკივარება ზედა ყბის ბორცვზე (ბორცვის ანუ ტუბერული ანესთეზია). სწორი ორიენტაციისათვის უნდა ვიცოდეთ, რომ ზედა უკანა ალვეოლური ხვრელები მდებარეობენ ზედა ყბის ბორცვზე ალვეოლური მორჩის ქედიდან



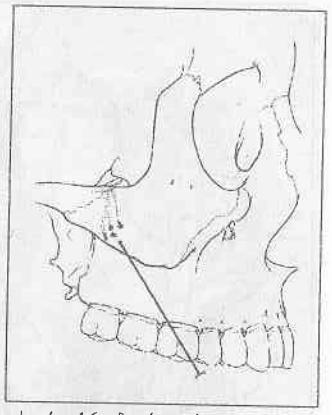
.სურ. 15. ზედა ყბის ნერვის ტოტების მდებარეობა ძვლოვან სტრუქტურებში.

(მესამე მოლარის არეში) 2-2,5 სმ-ის დაცილებით და ყვრიმალალვეოლის ქედიდან (პირველი მოლარის არეში) ასევე 2-2,5 სმ-ის დაცილებით (სურ. 15).

პირშიგნითა გზა: მსუბუქად გაღებულ პირში გადასწევენ რა ლოყას ინსტრუმენტით, შეიგრძნობენ ყვრიმალ-ალვეოლის ქედს. ჩხვლეტა კეთდება გარდამავალ ნაოჭში აღნიშნული ქედის უკან. ეს არის პირველი მოლარის უკანა კიდის საპროექციო მიდამო (ზოგს ჩხვლეტის ადგილი გადააქვს მეორე მოლარის ფესვების საპროექციოდ გარდამავალ ნაოჭში, ზოგს კი მეორე და მესამე მოლარს შორის). ნემსი შეჰყავთ ძვლამდე 45^0C კუთხის დახრილობით და წასწევენ ძვალზე ცოცებით ზემოთ, უკან და შიგნით 2-2,5 სმ სიღრმეზე (ზოგი თვლის, რომ საკმარისია ნემსის წაწევა 1-1,5 სმ-ზე), სადაც ღვრიან 2-3 მლ საანესთეზიო ხსნარს (სურ. 16). ნემსის გადაადგილება საანესთეზიო ხსნარის მცირე პორციობით დაღვრითა და ძვალთან მუდმივი კონტაქტით თავიდან გვაცილებს სისხლისძარღვთა დაზიანებას და ჰემატომის განვითარებას.

პირგარეთა გზა: თითით შეიგრძნობენ ყვრიმალალვეოლის ქედს. ჩხვლეტა კეთდება კანის მხრიდან ამ ქედისა და ყვრიმალის ძვლის საზღვარზე ისე, რომ ნემსის წვერი მოხვდეს ქედის უკანა ზედაპირზე ძვლამდე. ნემსს წაწევენ სიღრმეში ზევით, შიგნით და უკან 2-2,5 სმ-ზე.

ტუბერული მეთოდის გამოყენებისას გაუტკივარება დგება 7-12 წუთში. გაუტკივარების ზონა მოიცავს უკანიდან ალვეოლური მორჩის თავისუფალ ბოლოს ზედა ყბის ბორცვის ნაწილთან ერთად, წინიდან პირველი მოლარის არეს მის შუამდე, ზოგჯერ (არაიშვიათად) პირველი პრემოლარის შუამდე (სურ. 17), ლატერალურად ლოყის ლორწოიან გარსს, ღრძილს და პერიოსტეუმს მოლარების მიდამოში, აგრეთვე ალვეოლურ მორჩს ამ არეში. სასისკენა ღრძილი და პერიოსტეუმი რჩება მგრძნობიარე (სურ. 18).



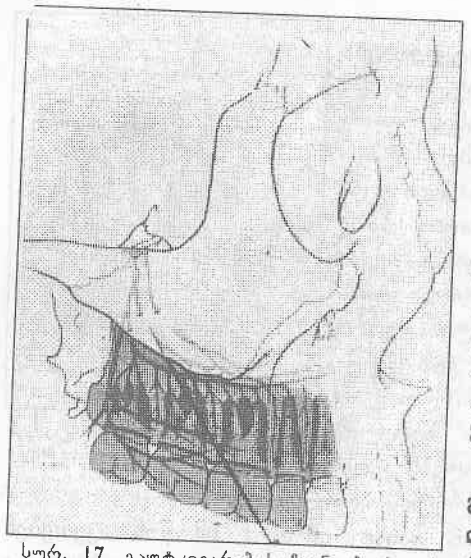
სურ. 16. ბორცვის გაუტკივარება (ტუბერული ანესთეზია)

სასის დიდი ნერვის გაუტკივარება სასის დიდ ხვრელთან (სასის ანუ პალატინური ანესთეზია). სასის დიდი ხვრელი მდებარეობს ზედა ბოლო მოლარის მედიალურად მაგარი სასის უკანა კიდიდან 0,5 სმ წინ. უკბილო ყბაზე გამოსაცნობ ნიშნად შეიძლება გამოვიყენოთ საზღვარი მაგარ და რბილ სასას შორის: პირველი ფერმკრთალია, მეორე მუქი წითელი. გარდა ამისა ვიზუალურად შეინიშნება ჩაღრმავება ლორწოიან გარსზე სასის დიდი ხვრელის არეში. პაციენტი ფართოდ აღებს პირს. საზღვრავენ სასის დიდი ხვრელის ადგილმდებარეობას და მისგან დაახლოებით 1 სმ წინ აკეთებენ ჩხვლეტას. ეს არის პირველი (როცა სიბრძნის კბილი ამოუჭრელია) და მეორე (როცა სიბრძნის კბილი ამოჭრილია) მოლარის სასისკენა ფესვის დონე. აქვე აღინიშნება ზემოაღნიშნული ჩამაღლების წინა კიდე. უკბილო ყბაზე ჩხვლეტა კეთდება მაგარი სასის უკანა კიდიდან 1,5 სმ წინ. ნემსი მიმართულია ირიბად ქვევიდან ზევით და წინიდან უკან ძვალთან შეხებამდე და ღვრიან 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარს. არხში ნემსის შეყვანა არ არის საჭირო. 5 წუთის შემდეგ დგება ანესთეზია (სურ. 19).

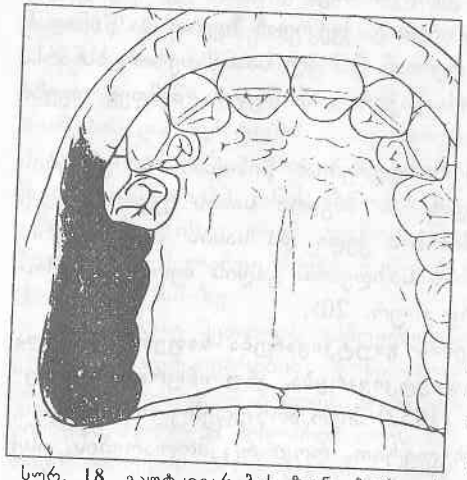
ანესთეზიის გავრცელების საზღვრებია: წინიდან — ეშვების შემაერთებელი ხაზი, უკანიდან — მაგარი სასის უკანა კიდე. გვერდებიდან ალვეოლური მორჩის ქედი და სასის შუა ნაკერი. იშვიათად გაუტკივარების წინა საზღვარი გადის მეორე პრემოლარების შემაერთებელ ხაზზე (სურ. 20).

ზედა ალვეოლური ნერვების გაუტკივარება საფეთქელქვედა სივრცეში (საფეთქელქვედა გაუტკივარება, ანუ ინფრატემპორული ანესთეზია). მ.ვეისბრემის (1952) მიერ მოწოდებული მეთოდით შესაძლებელი ხდება ერთი ჩხვლეტით, როგორც მოლარების, ისე პრემოლარების სრული გაუტკივარება.

ჩხვლეტა კეთდება მესამე მოლარის დისტალური ფესვის დონეზე გარდამავალ ნაოჭში და ნემსს წაწევენ ირიბად



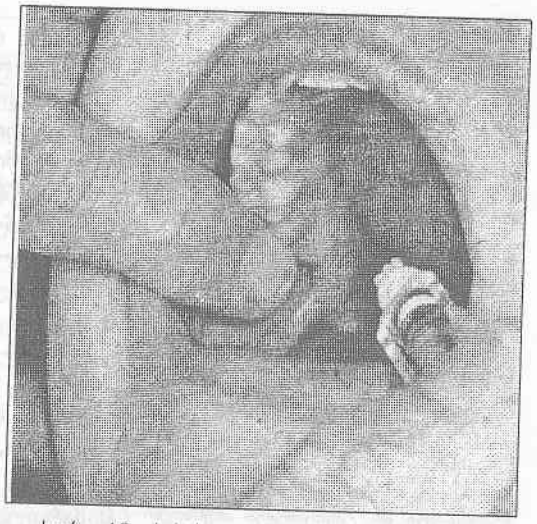
სურ. 17. გაუტკივარების ზონა ბორცვის გაუტკივარების დროს ვესტიბულური (ლოყის) მხრიდან.



სურ. 18. გაუტკივარების ზონა ბორცვის გაუტკივარების დროს ორივე მხრიდან.

ზევით და შიგნით 1-1,5 სმ სიღრმეზე. აქ ღვრიან 3 მლ საანესთეზიო ხსნარს. 5-6 წუთის შემდეგ დგება გაუტკივარება ზედა მეორე და მესამე მოლარის არეში, 10-15 წუთის შემდეგ პირველი მოლარის და პრემოლარების არეში, როგორც სასის ისე ლოყის მხრიდან. 15-20 წუთის შემდეგ ზოგჯერ ადგილი აქვს ქვედა ბოლო მოლარების ანესთეზიას.

თვალბუდისქვედა ნერვის გაუტკივარება თვალბუდისქვედა ხვრელთან (თვალბუდისქვედა ანუ ინფრაორბიტული ანესთეზია). თვალბუდისქვედა ხვრელი მდებარეობს თვალბუდისქვედა კიდიდან 0,5-0,8 სმ ქვევით და 0,5 სმ შიგნით თვალბუდისქვედა კიდის შუა ხაზიდან. თვალბუდისქვედა ხვრელი მდებარეობს ნიკაპის ხვრელსა და ზედა მეორე პრემოლარის შუა ხაზზე გატარებულ ვერტიკალურ ხაზზე. თვალბუდისქვედა ხვრელის ადგილმდებარეობის განსასაზღვრავად იყენებენ აგრეთვე ზედა ყბისა და ყვრიმალის ძვლის შეერთების ადგილს, რომელიც მდებარეობს თვალბუდისქვედა კიდის შუახაზიდან 0,5 სმ შიგნით. აქედან 0,5-0,8 სმ ქვევით მდებარეობს



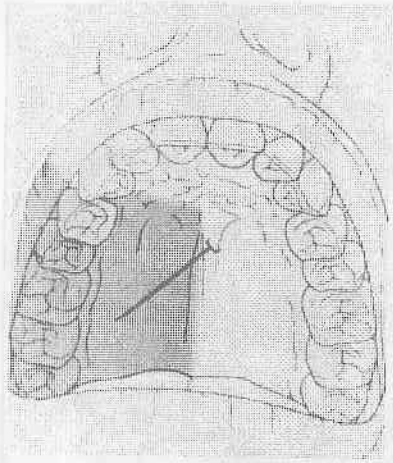
სურ. 19. სასის გაუტკივარება (პალატინური ანესთეზია).

თვალბუდისქვედა ხვრელი. ამასთან, ეშვის ალვეოლის კიდიდან თვალბუდისქვედა ხვრელამდე არის 3,5 სმ. თვალბუდისქვედა არხი თვალბუდისქვედა ხვრელის საშუალებით იხსნება ეშვის ფოსოში ზევიდან ქვევით, უკანიდან წინ და გარედან შიგნით. თვალბუდისქვედა არხების მიმართულება ისეთია, რომ ორივე მხარეს არხებში შეტანილი ზონდები გადაჯვარედინდებიან ცენტრალურ საჭრელ კბილებს შორის მდებარე ღრძილის დვრილის არეში.

ინფრაორბიტული ანესთეზია შეიძლება გაკეთდეს პირგარეთა და პირშიგნითა მიდგომით.

პირგარეთა გზა: მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით აფიქსირებენ ქსოვილებს თვალბუდისქვედა კიდეზე. ზემოაღნიშნული წესებით განსაზღვრავენ თვალბუდისქვედა ხვრელის ადგილმდებარეობას. ჩხვლეტა კეთდება 0,5-1 სმ ქვევით და მედიალურად თვალბუდისქვედა ხვრელის საპროექციო არედან. ნემსი მიმართულია ქვევიდან ზევით, შიგნიდან გარეთ, წინიდან უკან. ნემსი შეჰყავთ ძვლამდე და აქ ღვრიან 0,5-1 მლ საანესთეზიო ხსნარს და აბდენენ ნემსის გადაადგილებას ხვრელის მიმართულებით. ნემსის წვერის ხვრელში მოხვედრა შეიგრძნობა (სიღრმეში ჩავარდნით ან მტკივნეული რეაქციით). აქ კიდევ ღვრიან მცირე რაოდენობით საანესთეზიო ხსნარს იმისათვის, რომ ნემსის შეყვანა არხში იყოს უმტკივნეულო. არხში ნემსს წაწევენ 1 სმ-მდე და შეიყვანენ 1 მლ-მდე საანესთეზიო ხსნარს (სურ. 21).

პირშიგნითა გზა: მარცხენა ხელის ცერით მაქსიმალურად გადასწევენ ზედა ტუჩს, ხოლო საჩვენებელი თითით ფიქსირდება ქსოვილები თვალბუდისქვედა კიდის ან ხვრელის არეში. ჩხვლეტა



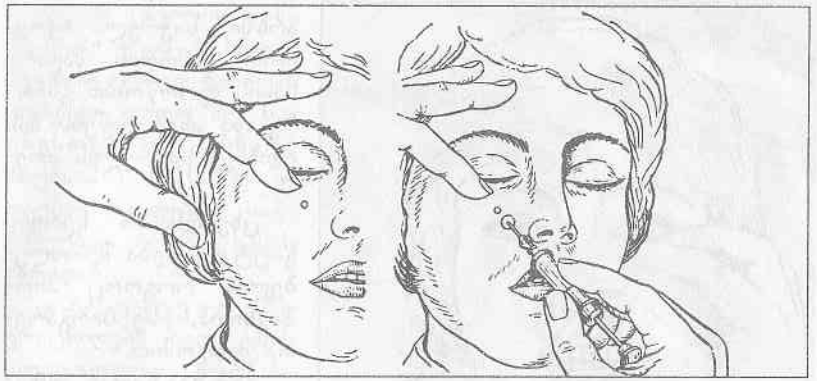
სურ. 20. გაუტკივარების ზონა პალატინური და ტუბერული ანესთეზიების დროს.

კეთდება ცენტრალურ და გვერდით საჭრელებს შორის გარდამავალ ნაოჭზე ან უფრო მაღლა არა ალვეოლური მორჩის ახლოს, არამედ მისგან მოშორებით ტუჩის ქსოვილებში. ნემსს მიმართავენ თვალბუდისქვედა ხვრელის მიმართულებით ზევით, უკან და გარეთ (ლატერალურად). ძვალთან შეხებისას მიზანშეწონილია 0,5-1 მლ საანესთეზიო ხსნარის დაღვრა, რომ უმტკივნეულო იყოს ხვრელთან ნემსის წვერის მიტანა ან არხში მისი შეტანა. ძვალზე ცოცებით და სასურველი მიმართულებით გადაადგილების შედეგად ნემსი ხვდება არხში, წასწევენ ნემსს 1 სმ-მდე და ღვრიან აქ 1 მლ-მდე საანესთეზიო ხსნარს. ანესთეზია დგება 2-3 წუთში ან ხსნარის შეყვანისთანავე (სურ. 22).

გაუტკივარდება ზედა ტუჩის შესაბამისი მხარე, ცხვირის გვერდითი კედელი, თვალბუდისქვედა მიდამო, ქვედა ქუთუთო, ლოყის ზედა ნაწილი, პირის კარიბჭის ლორწოიანი გარსი ფრონტალური კბილებისა და პრემოლარების ფარგლებში, ალვეოლური მორჩის ძვლოვანი ქსოვილი აღნიშნული კბილების არეში კბილებთან ერთად; ზედა ყბის წიაღის ზედა, ქვედა, წინა და უკანაგვერდითი (ნაწილობრივ) კედლების ძვლოვანი ქსოვილი და ლორწოიანი გარსი.

ფრონტალური კბილების სრული გაუტკივარებისათვის საჭიროა ვესტიბულური მხრიდან მოწინააღმდეგე მხარის თანამოსახელე ნერვის ანასთომოზების ბლოკირება, აგრეთვე სასის მხრიდან ცხვირ-სასის ნერვის გაუტკივარება. პრემოლარების სრული გაუტკივარებისათვის საჭიროა ზედა უკანა ალვეოლური ტოტების ბლოკირება (რომლებიც ზოგჯერ ახერვიანებენ პრემოლარებს, განსაკუთრებით მეორე პრემოლარს), აგრეთვე სასის მხრიდან ღრძილისა და პერიოსტეუმის გაუტკივარება.

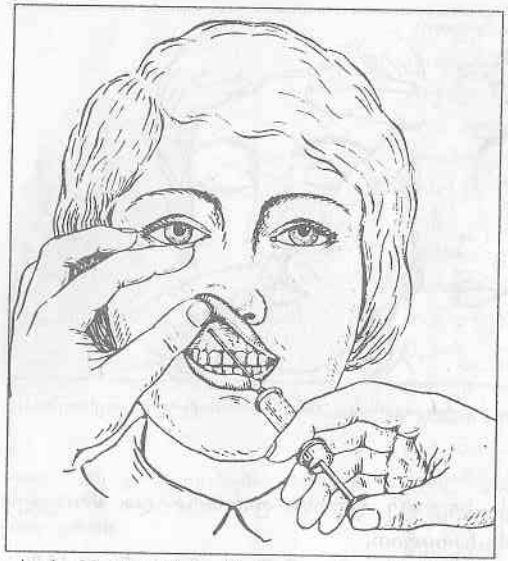
ზოგჯერ გაუტკივარების სივრცე ვრცელდება მხოლოდ ცენტრალური საჭრელის შუახაზიდან პირველი პრემოლარის შუახაზამდე. უფრო იშვიათად ეს სივრცე უფრო ფართოა და მოიცავს უბანს პირველი მოლარის ჩართვით.



სურ. 21. თვალბუდისქვედა გაუტკივარება (ინფრაორბიტული ანესთეზია). პირგარეთა გზა.

თუ რაიმე მიზეზით არ ხერხდება ნემსის შეყვანა არხში, საანესთეზიო ხსნარს (2 მლ) ღვრიან ხვრელთან. ანესთეზია ხორციელდება ხსნარის არხში დიფუზიის წყალობით. თვალბუდისქვედა გაუტკივარების პირგარეთა გზა უფრო მარტივი და იოლად განსახორციელებელია.

ცხვირ-სასის ნერვის გაუტკივარება საჭრელ ხვრელთან (საჭრელი ანუ ინციზივური ანესთეზია). საჭრელი ხვრელი იმყოფება სასის შუა ხაზზე ზედა ცენტრალურ საჭრელ კბილებს შორის არსებული ალვეოლური მორჩის კიდიდან 0,8-1 სმ დაცილებით უკან. ამ ხვრელის საპროექციოდ ყოველთვის გამოხატულია საჭრელი დვრილი — ლორწოიანი გარსის შემაღლება. გარდა ამისა, არსებობს კიდევ ერთი ამოსაცნობი ნიშანი: საჭრელი ხვრელი მდებარეობს ორი ურთიერთპერპენდიკულარული ხაზის გადაკვეთის ადგილზე. ეს ხაზებია სასის შუა ნაკერი და ზედა ეშვების დისტალური კიდეების შემაერთებელი ხაზი. ცხვირის ღრუში ძგიდის ორივე მხარეს არსებული არხები გაივლიან მაგარ სასას, ერთდებიან ერთ არხად, რომელიც იხსნება პირის ღრუში მაგარ სასაზე საჭრელი ხვრელით. ცხვირსასის ნერვი, რომელიც ანერვიანებს ცხვირის ძგიდეს, გაივლის ცხვირის ძგიდეს ირიბად და მედიალურად წინ, ძგიდის ორივე მხრიდან, შედის საჭრე-



სურ. 22. თვალბუდისქვედა გაუტკივარება. პირშიგნითა გზა.

არხში, საჭრელი ხვრელით გამოდის მაგარი სასის ლორწოიან გარსზე და ანერვიანებს მას ოთხივე საჭრელის არეში.

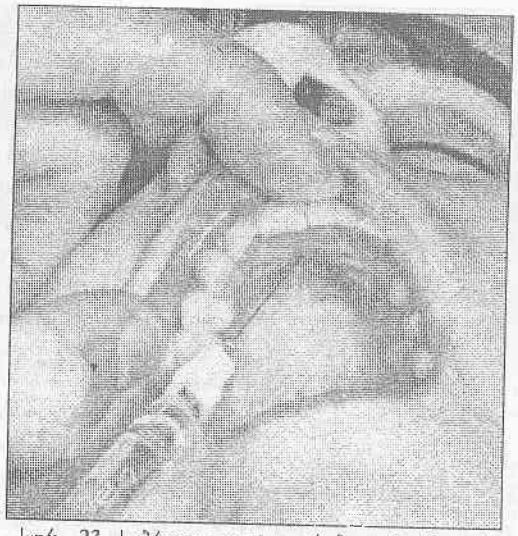
ცხვირსასის ნერვის გაუტკივარება შესაძლებელია როგორც პირშიგნითა, ისე პირგარეთა მიდგომით.

პირშიგნითა გზა: ავადმყოფს თავი მაქსიმალურად აქვს გადაწეული უკან, პირი ფართოდ გაღებ[illegible]ი. ჩხვლეტა კეთდება სასის მხრიდან დვრილის არეში. იმის გამო, რომ დვრილი, რომელიც მოთავსებულია საჭრელის ხვრელის ზონაში, მდიდარია ნერვული დაბოლოებებით და ძალიან მტკივნეულია ჩხვლეტის დროს, ჩხვლეტას აკეთებენ მის გვერდით და ნემსის წვერის ძვალთან შეხებისთანავე ღრიან 0,1-0,2 მლ საანესთეზიო ხსნარს. ეს საკმარისია სასის ლორწოიანის გაუტკივარებისათვის ფრონტალურ არეში, მაგრამ ცხვირ-სასის ნერვი არხიდან გამოსვლის წინ თავის ტოტებს აძლევს ფრონტალურ კბილებს. ამიტომ ფრონტალური კბილების გაუტკივარებისათვის სასის მხრიდან საჭიროა ნემსის შეყვანა არხში და იქ საანესთეზიო ხსნარის დაღვრა. საჭრელ დვრილს წინასწარ ამუშავებენ დიკაინის 2% ხსნარით და ნემსი უმტკივნეულოდ შეჰყავთ არხში, სადაც მას წაწევენ არაუმეტეს 1 სმ-ისა. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი მოხვდება ცხვირის ღრუში. არხში შეჰყავთ 0,2-0,3 მლ საანესთეზიო ხსნარი. ანესთეზია დგება 2-3 წუთში (სურ. 23). არხში მოხვედრა არ არის ადვილი და ზოგჯერ შეუძლებელიცაა.

პირგარეთა (ცხვირშიდა) გზა: წინასწარ ახდენენ ცხვირის ლორწოიანის გაუტკივარებას დიკაინის 2%-იანი ხსნარით. ჩხვლეტა კეთდება ცხვირ-სასის ჩაღრმავებაში, რომელიც მდებარეობს ცხვირის ძგიდის ფუძესთან ძგიდის კანის ნაწილის წინა კიდიდან 1,5-2 სმ

უკან ან ცხვირის წინა წვეტის უკან 1 სმ-ით. ძგიდის ორივე მხრიდან შეჰყავთ თითო მლ საანესთეზიო ხსნარი (სურ. 24). 8-10 წუთში დგება ანესთეზია საჭრელების არეში სასის მხრიდან.

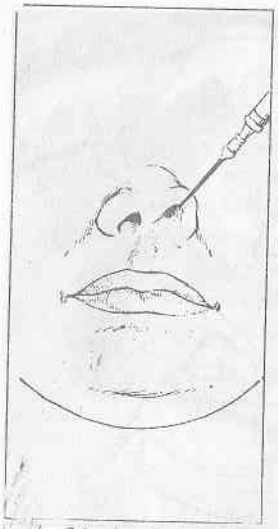
გაუტკივარება ვრცელდება ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის, აგრეთვე მაგარი სასის წინა ნაწილის ლორწოიან გარსსა და პერიოსტეუმზე ეშვებს შორის გატარებულ ხაზამდე. ზოგჯერ გაუტკივარება მოიცავს უფრო ვრცელ უბანს პირველი პრემოლარის ჩათვლით, სხვა შემთხვევაში უფრო მცირეს — მხოლოდ ცენტრალური საჭრელების უბანს. მაგარი სასის წინა ნაწილის გაუტკივარებისათვის იყენებენ ცხვირ-სასის ნერვის გაუტკივარების პირშიგნითა გზას, მისი ანასთომოზების ბლოკირებისათვის — ცხვირშიდა გზას.



სურ. 23. საჭრელი გაუტკივარებ[illegible]ნციზივური ანესთეზია). პირგარეთა გზა. [illegible]ულ

ქვედა ყბის ნერვის ტოტების გაუტკივარება ქვედა ყბის ხვრელთან (მანდიბულური ანესთეზია).

ქვედა ყბის ხვრელი მდებარეობს ქვედა ყბის ტოტების შიგნითა ზედაპირზე, თითქმის მის შუაში, ე.ი. ვერტიკალურად და ჰორიზონტალურად გატარებული შუახაზების გადაჯვარედინების ადგილზე. იგი მდებარეობს მოლარების საღეჭი ზედაპირების დონეზე. მანდიბულური ანესთეზიის საორიენტაციო პუნქტია რეტრომოლარული მიდამო, რომელიც მოიცავს რეტრომოლარულ ფოსოს და რეტრომოლარულ სამკუთხედს. რეტრომოლარული ფოსო გარედან მოსაზღვრულია ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდით, რომელიც ქვემოთ კბილთა რიგის გარეთ გადადის ირიბ ხაზში. შიგნიდან ფოსო მოსაზღვრულია საფეთქლის ქედით. ეს [illegible]



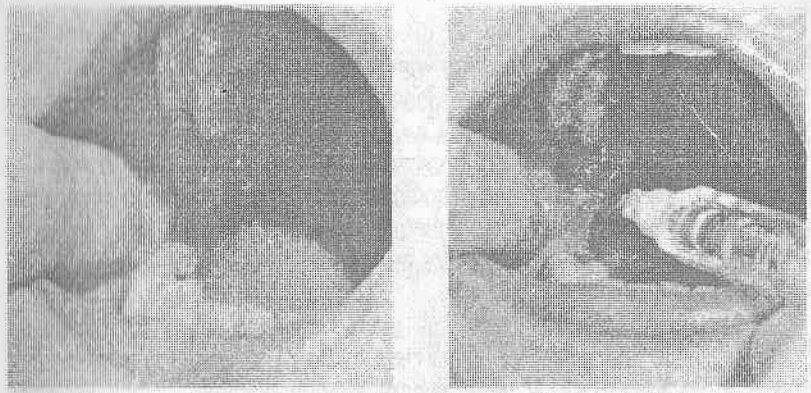
სურ. 24 ცხვირ-სასაის ნერვის გაუტკივარების ცხვირშიდა გზა.

იწყება გვირგვინოვანი მორჩის შიგნითა ზედაპირზე, ეშვება ქვემოთ ტოტის შიგნითა ზედაპირზე, მიემართება ალვეოლური მორჩისაკენ, თანდათან სქელდება და ალვეოლურ მორჩთან მიახლოებისთანავე ქვედა სიბრძნის კბილის გვირგვინის საღეჭი ზედაპირის დონეზე იყოფა ორ ფეხად (მედიალური და ლატერალური), რომლებიც ბოლო მოლარის უკან ქმნიან რეტრომოლარულ სამკუთხედს.

ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე ლოყის, საფეთქლის, შიგნითა ფრთისებრი და გარეთა ფრთისებრი კუნთების მიმაგრების უბნებს შორის არსებობს კუნთთაშუა სივრცე (ფრთათაშორისი, ფრთა-ქვედა ყბის), რომელიც ამოვსილია ფაშარი ცხიმოვანი ქსოვილით და რომელშიც გაივლის ქვედა ალვეოლური და ენის ნერვები ქვედა ყბის ხვრელში შესვლამდე. ფაშარ ცხიმოვან ქსოვილიან სივრცეში საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა უზრუნველყოფს ხსნარის კარგ დიფუზიას ნერვული ტოტებისაკენ.

მანდიბულური ანესთეზია შეიძლება შესრულდეს როგორც პირშიგნითა, ისე პირგარეთა მიდგომებით.

პირშიგნითა მეთოდები: მოსინჯავენ ქვედა ყბის ტოტს წინა კიდეს და ათავსებენ თითს რეტრომოლარულ ფოსოში (საჩვენებელს მარცხნივ, ცერს — მარჯვნივ). ფართოდ გაღებულ პირში შპრიცის ცილინდრი თავსდება მოპირდაპირე მხრის პრემოლარებზე. ჩხვლეტა კეთდება თითის საფრჩხილე ფალანგის შუაში ლორწოიან გარსზე რეტრომოლარული ფოსოს საპროექციოდ (სურ. 25). ნემსს წაწევენ სიღრმეში დაახლოებით 6 მმ, ძვალთან კონტაქტამდე. ამის შემდეგ, იმისათვის, რომ ნემსი გადავაცილოთ საფეთქლის ქედს, შპრიცის დგუში გადააქვთ ჩხვლეტის მხარზე მოლარების პარალელურად და ნემსს წაწევენ 6 მმ სიღრმეზე და ღვრიან 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარს ენის ნერვის გამოსათიშად. შემდეგ შპრიცი ისევ გადააქვთ უკან საწყის მდგომარეობაში (პრემოლარებზე) და კვლავ წასწევენ ნემსს 10-15 მმ სიღრმეზე ქვედა ყბის ყელის ღარის არეში ძვალთან კონტაქტამდე. აქ შეჰყავთ საანესთეზიო ხსნარის 1,5 მლ. ქსოვილებში ნემსის



სურ. 25. ქვედა ყბის გაუტკივარება (მანდიბულური ანესთეზია). პირშიგნითა გზა.

ჩაღრმავება შეადგენს 22-27 მმ-ს. აღნიშნული მეთოდი მოწოდებულია გ.ფიშერის (G.Fischer) მიერ 1911 წელს. ზოგჯერ მას სამმომენტიან ანესთეზიასაც უწოდებენ. მეთოდის ნაკლია შპრიცის დგუშის გადანაცვლება ერთი ადგილიდან მეორეზე, რამაც შეიძლება ნემსის ჩატეხვა გამოიწვიოს. ამიტომ სპეციალისტები ცდილობდნენ მეთოდის გამარტივებას.

ერთ-ერთ მეთოდში გამოტოვებულია ზემოთ მოყვანილი გაუტკივარების პირველი ფაზა — ნემსის შეყვანა რეტრომოლარულ ფოსოში. ავადმყოფს ფართოდ აღებინებენ პირს. რეტრომოლარულ შიდამოში თითით შეიგრძნობენ ჯერ ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეს, შემდეგ კი თითის რამდენადმე შიგნით გადანაცვლებით საფეთქლის ქედს. თითს აფიქსირებენ ფოსოში. შპრიცის დგუშს ათავსებენ მოპირდაპირე პრემოლარებზე. ჩხვლეტა კეთდება ლორწოიან გარსზე ბოლო მოლარის საღეჭი ზედაპირიდან 1 სმ ზევით საფეთქლის ქედის საპროექციოდ (მისგან შიგნით) და წაწევენ მას ტოტის შიგნითა ზედაპირზე. დაახლოებით 0,5 სმ სიღრმეზე ნემსის წვერი ეხება ძვალს. აქ ღვრიან 0,5-1 მლ საანესთეზიო ხსნარს ენის ნერვის გამოსათიშად. ნემსს კიდევ წაწევენ 2 სმ სიღრმეზე ქვედა ყბის ყელის ღარამდე, სადაც ღვრიან 2 მლ საანესთეზიო ხსნარს ქვედა ალვეოლური ნერვის გამოსათიშად. ზოგჯერ ნემსის წვერი ნაადრევად ეხება ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირს და მისი შემდგომი გადაადგილება აღარ ხერხდება. ასეთ შემთხვევაში შპრიცს გადაწევენ საჭრელებამდე და წაწევენ ნემსს ქვედა ყბის ყელის ღარამდე. სრული გაუტკივარება მიიღება 15-20 წუთის

შემდეგ. გამოითიშება ენის და ქვედა ალვეოლური ნერვების საინერვაციო ზონები. სრულყოფილი გაუტკივარების ნიშანია ენის წვერისა და კიდის, აგრეთვე ქვედა ტუჩის (ზოგჯერ ღრძილებისა და კბილების) მგრძნობელობის გაქრობა. იმის გამო, რომ ღრძილის ლორწოიან გარსს მეორე პრემოლარის შუა ნახევრიდან მეორე მოლარის შუა ნახევრამდე ანერვიანებს ლოყის ნერვი (რომლის გამოთიშვა მანდიბულური ანესთეზიის დროს არ ხდება), სრული გაუტკივარებისათვის ამ არეში დამატებით აკეთებენ ინფილტრაციულ ანესთეზიას.

აპოდაქტილური მეთოდი. ეს არის უთითო მეთოდი (სიტყვა სიტყვით თითები შორს), მოწოდებული 1938 წ. ა.ვერლოცკის მიერ. მისი განხორციელების დროს თითის შეტანა პირის ღრუში და რეტრომოლარული სტრუქტურების პალპაცია საჭირო არ არის. ავადმყოფს ფართოდ აღებინებენ პირს. საფეთქლის ქედის საპროექციოდ, მისგან რამდენადმე უკან მდებარეობს ფრთა — ქვედა ყბის ნაოჭი. შპრიცის დგუში თავსდება მოპირდაპირე პრემოლარების ან პირველი მოლარის არეში. ჩხვლეტა კეთდება ფრთა — ქვედა ყბის ნაოჭზე იმ წერტილში, რომელიც შუაზე ყოფს ზედა და ქვედა კბილების საღეჭ ზედაპირებზე გატარებულ სიბრტყეებისაგან შექმნილ კუთხეს. ნემსს წაწევენ სიღრმეში 1,5-2 სმ-ზე ძვალთან შეხებამდე. ღვრიან აქ 2-3 მლ საანესთეზიო ხსნარს ენის და ქვედა ალვეოლური ნერვის გამოსათიშად. ფრთა — ქვედა ყბის ნაოჭი შეიძლება იყოს ვიწრო, ზომიერი და ფართო. ვიწროს დროს ჩხვლეტა კეთდება მის მედიალურ კიდესთან, ზომიერის დროს ლატერალურ კიდესთან, ფართო ნაოჭის დროს — მის ცენტრში.

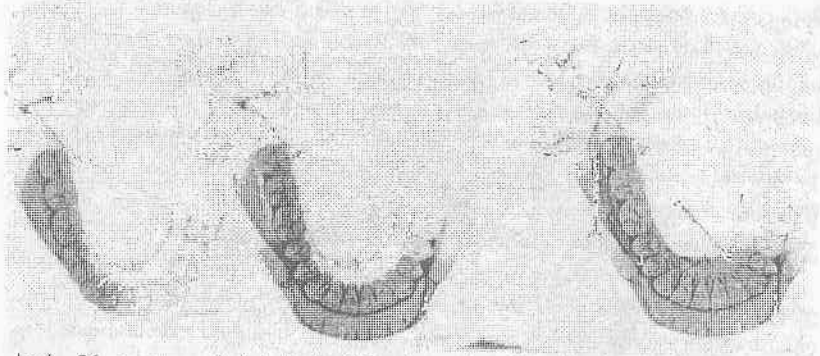
გაუტკივარება ქვედა ყბის შემაღლებაზე (ტორუსული ანესთეზია). მოწოდებულია მ.ვეისბრემის მიერ 1948 წ. საანესთეზიო ხსნარი შეჰყავთ ქვედა ყბის შემაღლების მიდამოში (torus mandibulae). ქვედა ყბის შემაღლება მდებარეობს ქვედა ყბის ნაჭის წინ და ზევით. იგი იქმნება ქვედა ყბის ყელის ქედისა და საფეთქლის ქედის შეერთებით. ქვედა ყბის შემაღლებაზე მაქსიმალურად გაღებული პირის ღრუს დროს განლაგებულია სამი ნერვი — ქვედა ალვეოლური, ენის და ლოყის და იქმნება ერთი ჩხვლეტით სამივე ნერვის გაუტკივარების შესაძლებლობა. პაციენტს თხოვენ მაქსიმალურად გააღოს პირი. შპრიცის დგუში თავსდება მოპირდაპირე მხარეზე მოლარების დონეზე. ჩხვლეტა კეთდება ზედა მესამე მოლარის (მისი არარსებობის დროს მეორე

მოლარის) საღეჭი ზედაპირიდან ქვევით 0,5 სმ-ზე ფრთა — ქვედა ყბის ნაოჭის ლატერალურ კიდეზე. ნემსს წაწევენ ძვლამდე 0,25-2 სმ სიღრმეზე და ხვდებიან ქვედა ყბის შემაღლებაზე. აქ შეჰყავთ საანესთეზიო ხსნარის 2-3 მლ, რითაც ხდება ქვედა ალვეოლური და ლოყის ნერვის გამოთიშვა. ნემსის ამოღებისას კვლავ შეჰყავთ 1 მლ ხსნარი ენის ნერვის გამოსათიშად. ანესთეზია დგება 5 წუთში. ზოგჯერ ლოყის ნერვი არ გაუტკივარდება. ასეთ შემთხვევაში ახდენენ მისი დაბოლოებების ინფილტრაციას.

გაუტკივარება მანდიბელური ანესთეზიის დროს (სურ. 26) ვრცელდება ქვედა ყბის შესაბამისი ნახევრის ყველა კბილზე (ეშვის და საჭრელების გაუტკივარება უფრო სუსტია მოპირდაპირე მხრიდან ანასთომოზების არსებობის გამო) ალვეოლური მორჩის ძვლოვან და რბილ ქსოვილებზე (ღრძილი) ორივე მხარეს, ქვედა ყბის სხეულზე ნაწილობრივ (წინა ნახევარზე მთლიანად, უკანაზე ნაწილობრივ), ენის ქვეშა მიდამოსა და ენის წინა ორ მესამედზე, ქვედა ტუჩისა და ნიკაპის არეზე. სრული გაუტკივარება ღრძილის ლორწოიანი გარსისა არ აღინიშნება მეორე პრემოლარის დისტალური ნახევრიდან მეორე მოლარის მედიალურ ნახევრამდე (ჩათვლით), რაც იმით აიხსნება, რომ ამ მიდამოს ანერვიანებს არა მარტო ქვედა ალვეოლური ნერვიდან წამოსული ტოტები, არამედ ლოყის ნერვიც. იგივე მიდამოს გაუტკივარებას აქვს ადგილი აპოდაქტილური ანესთეზიის დროს.

ტორუსული ანესთეზიის დროს დამატებით გამოითიშებიან ქსოვილები, რომლებსაც ანერვიანებს ლოყის ნერვი. ესაა ლოყის კანი და ლორწოიანი გარსი. ქვედა ღრძილი მეორე პრემოლარიდან მეორე მოლარამდე. ზოგჯერ ეს უკანასკნელი არ გაუტკივარდება; უმრავლეს შემთხვევაში კი აღინიშნება უმნიშვნელო მგრძნობელობა. ამიტომ მიზანშეწონილია ამ არეს ინფილტრაციული გაუტკივარება.

გაუტკივარება ქვედა ყბის შემაღლებაზე და ქვედა ყბის ხვრელთან (ტორუსო-მანდიბულური ანესთეზია). მეთოდი მოწოდებულია სარმანაევის მიერ 1956 წელს. ფართოდ გაღებულ პირის ღრუში ჩხვლეტა კეთდება ფრთა — ქვედა ყბის ნაოჭის ლატერალურ კიდეზე 0,5 სმ ქვევით ზედა მესამე ან მეორე მოლარის საღეჭი ზედაპირიდან. შპრიცის დგუში მოთავსებულია მოპირდაპირე მხარეს პირის კუთხესთან. ნემსს წაწევენ ძვლამდე 1,5 სმ სიღრმეზე, სადაც შეჰყავთ 2-3 მლ საანესთეზიო ხსნარი. შემდეგ შპრიცი გადააქვთ ჩხვლეტის მხარეზე, ნემსს წაწევენ ქვედა



სურ. 26. გაუტკივარების ზონა მანდიბულური ანესთეზიის დროს (მარცხნივ); მანდიბულურ-ინფილტრაციული მოპირდაპირე პრემოლარებთან ლოყის მხრიდან (შუაში); მანდიბულურ-ინფილტრაციული მოპირდაპირე პრემოლარებთან ლოყის და ენის მხრიდან (მარჯვნივ).

ყბის შიგნითა ზედაპირის გასწვრივ 0,5 სმ სიღრმეზე და შეჰყავთ 1,5 მლ საანესთეზიო ხსნარი. ანესთეზია დგება 10-15 წუთში. ითიშება სამივე ნერვი: ქვედა ალვეოლური, ენის და ლოყის.

გაუტკივარება ქვედა ყბის ყელის არეში (Gow-Gates-ის ანესთეზია). Gow-Gates (1973) თვლის, რომ საანესთეზიო ხსნარი შეყვანილი უნდა იქნეს ქვედა ყბის ყელის ღარის დასაწყისთან, ვინაიდან, მისი აზრით, ამ არეში, იქვე წინ და ზევით ამ წერტილიდან ერთ ღეროდ ერთდებიან ქვედა ალვეოლური, ენის და ლოყის ნერვები. პაციენტს ითხოვენ სათანადო მხარეს ყურში ჩაიდოს თითი. ეს ეხმარება ექიმს ყარეთა საორიენტაციო წერტილზე ყურადღების გამახვილებაში. პირი იღება მაქსიმალურად ფართედ. შპრიცის დგუში თავსდება მოპირდაპირე მხარეს პირის კუთხესთან. ჩხვლეტა კეთდება ფრთა — ქვედა ყბის ჩაღრმავებაში საფეთქლის კუნთის მყესის მედიალურად. ნემსის წაწევა ხდება პირის კუთხესა და ყურის ჰავლზე გამავალ ხაზზე ყურის ნიჟარის პარალელურად. ნემსი შეჰყავთ 2,5 სმ სიღრმეზე ქვედა ყბის ყელის ლატერალურ ნაწილთან შეხედამდე. გამოწევენ ნემსს უკან 1 მმ-ზე და შეჰყავთ 2 მლ საანესთეზიო ხსნარი. გაუტკივარდება სამივე ნერვი — ქვედა ალვეოლური, ენის, ლოყის (სურ. 27).

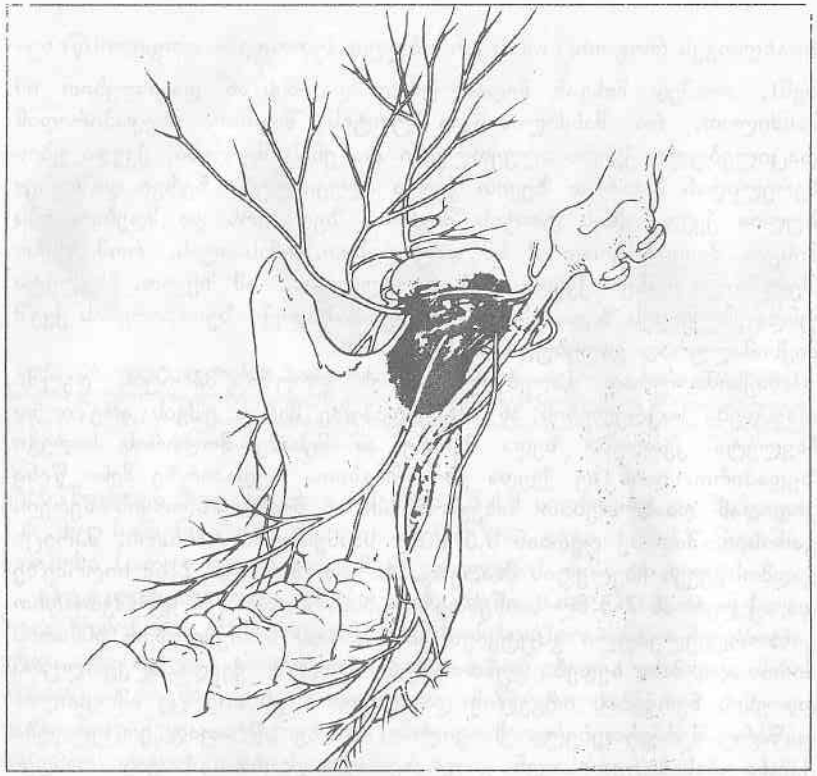
ქვედა ყბის ნერვის ტოტების გაუტკივარება კუნთთაშუა სივრცეში (კუნთთაშუა მანდიბულური ანესთეზია). ჩვენ ვთვლით, რომ ქვედა ყბის ნერვის ტოტების (ქვედა ალვეოლური, ენის, ლოყის) გაუტკივარებისათვის საანესთეზიო ხსნარი შეყვანილი უნდა იქნეს არა ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირის უშუალო

სიახლოვეს როგორც ამას არსებული მეთოდები ითვალისწინებენ, არამედ მისგან მედიალურად და მისგან დაცილებით იმ მანძილით, რა მანძილითაცაა ტოტის შიგნითა ზედაპირიდან დაცილებული ქვედა ალვეოლური და ენის ნერვები. ქვედა ყბის ხვრელიდან 2 სმ-ით ზევით ქვედა ალვეოლური ნერვი დაშორებულია ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირს და მდებარეობს მისგან მედიალურად 2 სმ დაცილებით. იმისათვის, რომ ნემსი შეყვანილი იქნეს ქვედა ყბის ხვრელიდან 2 სმ ზევით, ჩხვლეტა უნდა გაკეთდეს ზედა ყბის მოლარების საღეჭი ზედაპირების ქვეშ მაქსიმალურად გაღებული პირის დროს.

მაქსიმალურად გაღებული პირის ღრუში შპრიცის დგუში თავსდება საჭრელების ან მოპირდაპირე მხრის ეშვის არეში და ჩხვლეტა კეთდება ზედა მეორე ან მესამე მოლარის საღეჭი ზედაპირის დონეზე ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირზე მისი წინა კიდიდან დაახლოებით ნახევარი სმ-ით შიგნით. ლოყის ნერვის გამოსათიშად აქ ღრიან 0,5-1 მლ საანესთეზიო ხსნარს, შპრიცს გადმოსწევენ ჩხვლეტის მხარეზე, 45^0-ით წაწევენ 2 სმ სიღრმეზე და აქ ღრიან 2-3 მლ საანესთეზიო ხსნარს. აღნიშნული მეთოდით განხორციელებული გაუტკივარების დროს საანესთეზიო ხსნარის ძირითადი მასა ხვდება კუნთთაშუა სივრცეში ქვედა ალვეოლური და ენის ნერვების ირგვლივ და ვინაიდან ეს სივრცე ამოვსილია ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით, სითხე სწრაფად ვრცელდება ქვედა ყბის ხვრელისაკენ. გაუტკივარება დგება სწრაფად, რამდენიმე წუთში.

კუნთთაშუა გაუტკივარება შეიძლება შესრულდეს დახურულ პირშიც (ტრიზმების დროს, ან, უბრალოდ, პაციენტის ან ექიმის სურვილით). ამ დროს ნემსის წვერი შეჰყავთ ზედა გარდამავალი ნაოჭის საპროექციოდ ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდის შიგნით, დაღრიან აქ 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარს ლოყის ნერვის გამოსათიშად და ნემსს წაწევენ ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე 45^0-იანი კუთხით 2 სმ სიღრმეზე და აქ ღრიან 2-3 მლ საანესთეზიო ხსნარს. ნემსის გადაადგილებასთან ერთად მიზანშეწონილია საანესთეზიო ხსნარის დაღვრა მცირე რაოდენობით. გაუტკივარება დგება რამდენიმე წუთში.

ზემოთ აღწერილი გაუტკივარების პრინციპია საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა ნერვის უშუალო სიახლოვეს ქვედა ყბის ხვრელის ზემოთ კუნთთაშუა სივრცეში. ამ სივრცეს ზემოდან მოსაზღვრავს გარეთა ფრთისებრი კუნთი, ქვევიდან და მედიალურად შიგნითა



სურ. 27. Gow-Gates-ის გაუტკივარება ქვედა ყბის ყ.ლის არეში. საანესთეზიო ხსნარი (მუქი შტრიხით) შეყვანილია ქვედა ყბის ყელის არეში.

ფრთისებრი კუნთი, ლატერალურად ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირი და საფეთქლის კუნთი, წინიდან ლოყის კუნთი. ამ კუნთებს შორის სივრცეში მდებარეობს ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი და ქვედა ყბის ნერვის ტოტები (ქვედა ალვეოლური, ენის, ლოყის). ფაშარ ქსოვილში შეყვანილ ხსნარს აქვს სწრაფი დიფუზიის უნარი. თუ ხსნარი მოხვდა კუნთში (საფეთქლის, ფრთისებრი), მისი დიფუზია ქვედა ალვეოლური და ენის ნერვისაკენ გაძნელებულია, რითაც აიხსნება გაუტკივარების წარუმატებლობანი.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ქვედა ალვეოლური და ენის ნერვის ტოპოგრაფიას, კერძოდ, მანძილს მათსა და ქვედა ყბის ტოტის

შიგნითა ზედაპირს შორის. დადგინდა, რომ ქვედა ყბის ნერვი ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირთან შეხებაშია მხოლოდ ქვედა ყბის ხვრელის არეში. ზემოთ იგი თანდათან სცილდება ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირს. ეს დაცილება თანდათან მატულობს ისე, რომ ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირის ნებისმიერი წერტილიდან უმოკლესი მანძილი ქვედა ყბის ხვრელსა და ქვედა ალვეოლურ ნერვს შორის უმეტეს შემთხვევაში ტოლია. თუ წარმოვიდგენთ ტოლგვერდა მართკუთხა სამკუთხედს, რომლის მწვერვალი მოთავსებულია ქვედა ყბის ხვრელთან და რომლის ჰიპოტენუზას წარმოადგენს ქვედა ალვეოლური ნერვი, მაშინ სამკუთხედის ერთი კათეტი მდებარეობს ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე, ხოლო მეორე ქვედა ყბის ტოტსა და ქვედა ალვეოლურ ნერვს შორის. კათეტები უმეტეს შემთხვევაში ტოლი არიან. ვინაიდან ჰიპოტენუზას და კათეტებს შორის (კათეტების ტოლობის შემთხვევაში) კუთხე უდრის 45^0-ს, იმისათვის, რომ ჩხვლეტის წერტილიდან ნემსი მოხვდეს ქვედა ალვეოლური ნერვის ახლოს, საჭიროა ნემსი წავწიოთ ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირისადმი 45^0-იანი კუთხით.

ლაგვარდიას (Lagwardia) გაუტკივარება მოწოდებულია სრული ტრიზმის დროს, როდესაც ქვედა ყბის მოძრაობა მაქსიმალურად შეზღუდულია. ამ მეთოდისათვის არ აქვს მნიშვნელობა ქვედა ყბის ხვრელის ტოპოგრაფიის ზუსტ განსაზღვრას. საანესთეზიო ხსნარი ამ დროს შეიყვანება ფრთათაშორის ან ფრთა-ქვედა ყბის სივრცეში.

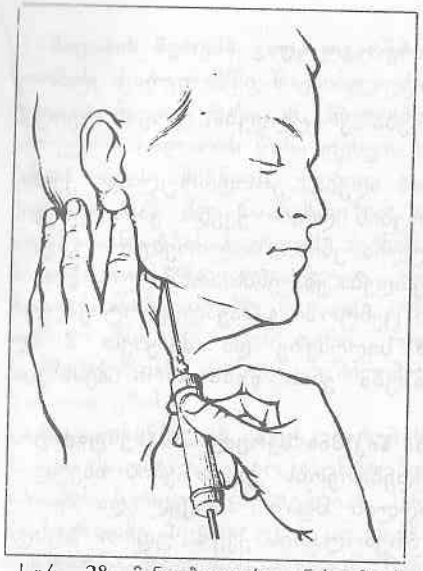
მეთოდი ტექნიკურად ხორციელდება შემდეგნაირად: მარცხენა ხელის საჩვენებელ თითს ათავსებენ ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდის ყველაზე გამოშვერილ წერტილზე. ეს არის დაახლოებით გვირგვინოვანი მორჩის ფუძის არეში. ჩხვლეტა კეთდება ამ წერტილში და ნემსის წვერი შეჰყავთ ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდის შიგნითა მხარეს. აქ ღვრიან 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარს ლოყის ნერვის გამოსათიშად, რომელიც ამ მიდამოში გადაკვეთს ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეს. ნემსს წაწევენ ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირის გასწვრივ 2 სმ სიღრმეზე, რის შემდეგაც ნემსის წვერი მდებარეობს ფრთისებრ სივრცეში. ნემსის გადაადგილებასთან ერთად მიზანშეწონილია საანესთეზიო ხსნარის მცირე რაოდენობით დაღვრა. საბოლოო წერტილში ღვრიან 2-4 მლ საანესთეზიო ხსნარს. გაუტკივარება დგება 2-3 წუთში.

პირგარეთა მეთოდები. არსებობს ქვედა ყბის ნერვის ტოტების გაუტკივარების მეთოდები პირგარეთა მიდგომით. ეს მეთოდები გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ რაიმე ობიექტური ან სუბიექტური მიზეზის გამო პირშიგნითა მიდგომით გაუტკივარების რომელიმე მეთოდის განხორციელება შეუძლებელია. ქვედა ყბის ქვედა მიდგომით გაუტკივარების დროს ჩხვლეტა კეთდება კანზე ქვედა ყბის ქვედა კიდის არეში ქვედა ყბის კუთხიდან წინ 1,5 სმ-ის დაცილებით. ნემსს წაწევენ ზევით ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე, მისი უკანა კიდის პარალელურად, ძვალთან კონტაქტით 3,5-4 სმ-ზე. ღვრიან აქ 2 მლ საანესთეზიო ხსნარს ქვედა ალვეოლური ნერვის გაუტკივარებისათვის. შემდეგ კვლავ წაწევენ ნემსს ზევით 1 სმ-ით და ღვრიან საანესთეზიო ხსნარს ენის ნერვის გაუტკივარებისათვის და კვლავ 1 სმ-ზე წაწევენ ნემსს ზევით ლოყის ნერვისათვის (სურ. 28).

არსებობენ კიდევ გაუტკივარების განხორციელების შესაძლებლობები ქვედა ყბის უკანა და ქვედა ყბის წინა მიდგომებით, მაგრამ არც ერთი ეს მეთოდი, ისევე როგორც ქვედა ყბის ქვედა გზა, პრაქტიკულად თითქმის არ გამოიყენება დიდი სირთულეებისა და ხშირ შემთხვევაში განუხორციელებლობის გამო.

ყვრიმალქვეშა გზა (ბერშესა და ბერშე-დუბოვის მეთოდები). ჩხვლეტა კეთდება ყურის ჭავლიდან 2 სმ წინ, ყვრიმალის რკალის ქვეშ, ქვედა ყბის ამონაჭდევში. ნემსს წაწევენ 2-2,5 სმ და ღვრიან 2-3 მლ საანესთეზიო ხსნარს. 10-15 წუთში ხდება აქ გამავალი ქვედა ყბის ნერვის მამოძრავებელი ტოტების ბლოკირება, რომელიც ანერვიანებს საღეჭ მუსკულატურას, რაც იწვევს რეფლექტორული ტრიზმის შესუსტებას და იძლევა პირის გაღების შესაძლებლობას. ეს მეთოდი მოწოდებულია ტრიზმის დროს პირის გაღების უზრუნველსაყოფად. პირის გაღების შემდეგ კი იქმნება შესაძლებლობა ჩატარდეს პირშიგნითა მანდიბულური გაუტკივარება.

დუბოვის მოდიფიკაცია (ლიტერატურაში იგი ცნობილია, როგორც ბერშე-დუბოვის მეთოდი). ქვედა ალვეოლური და ენის ნერვის ერთდროული გაუტკივარებისათვის, დუბოვის აზრით, ნემსი წაწეული უნდა იქნას სიღრმეში 3-3,5 სმ-ზე. ამ დროს საანესთეზიო ხსნარი ხვდება გარეთა ფრთისებრი კუნთის შიგნითა ზედაპირზე, სადაც ერთმანეთის გვერდით მდებარეობენ ენისა და ქვედა ალვეოლური ნერვები.



სურ. 28. მანდიბულური ანესთეზიის პირგარეთა გზა.

გაუტკივარების არე ქვედა ყბის ნერვის ტოტების გაუტკივარების დროს მოიცავს, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, აღნიშნული ტოტების საინერვაციო ზონებს. მოპირდაპირე მხრის თანამოსახელე ნერვებთან ანასთომოზური კავშირების გამო საჭრელებისა და ეშვის მიდამოს გაუტკივარება არ არის სრულყოფილი. ანასთომოზების ბლოკირებისათვის საჭრელი კბილების არეში, როგორც ტუჩის, ისე ენის მხრიდან, 0,5-0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარის დამატებით შეყვანა გარდამავალ ნაოჭში (ინფილტრაციული ანესთეზია) იწვევს ქვედა ყბის ნერვის ტოტების საინერვაციო არეს მთლიან ბლოკირებას ქვედა ყბის შესაბამის ნახევარში.

ლოყის ნერვის გაუტკივარება ხდება ერთდროულად ქვედა ყბის ნერვის სხვა ტოტების (ქვედა ალვეოლური, ენის) გაუტკივარების დროს. საჭიროების შემთხვევაში, თუ მარტო ლოყის ნერვის გამოთიშვა არის საჭირო, ახდენენ მის ბლოკირებას როგორც პირშიგნითა, ასევე პირგარეთა გზით.

პირშიგნითა მიდგომის დროს ჩხვლეტა კეთდება ლორწოიან გარსზე იმ წერტილში, სადაც ერთმანეთს გადაკვეთენ ზედა მოლარებზე გატარებული ჰორიზონტალური ხაზი და გვირგვინოვანი მორჩის წინა კიდეზე გატარებული ვერტიკალური ხაზი. შპრიცი მიმართულია ჰორიზონტალურად მოპირდაპირე მხრიდან. ნემსს წაწევენ 1-1,5 სმ-ზე ისე, რომ ნემსის წვერი შეეხოს გვირგვინოვანი მორჩის წინა კიდეს და ღვრიან 2 მლ საანესთეზიო ხსნარს.

პირგარეთა მიდგომის დროს ჩხვლეტა კეთდება კანზე იმ წერტილში, სადაც პირის კუთხიდან ყურის ჭავლამდე გატარებული სწორი ხაზი გადაკვეთს ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეს. ნემსს წაწევენ 1-2 სმ-ზე ტოტის წინა კიდესთან შეხებამდე. ამ არეში

ცრთა-ქვედა ყბის სივრცედან მომავალი ლოყის ნერვი გადმოკეთს ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეს და თავსდება ლოყის კუნთის გარეთა ზედაპირზე. გაუტკივარება ვრცელდება ლოყის ნერვის საინერვაციო არეში.

ენის ნერვის გაუტკივარება ხდება ერთდროულად ქვედა ალვეოლური ნერვის გაუტკივარების დროს ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე. მოწოდებულია ენის იზოლირებული გაუტკივარების მეთოდიც. ჩხვლეტა კეთდება ყბა-ენის არხში ლორწოიან გარსზე ქვედა სიბრძნის კბილის ცენტრში გამავალ ვერტიკალურ ხაზზე. ნემსს წაწევენ 0,5 სმ სიღრმეზე და შეჰყავთ 2 მლ საანესთეზიო ხსნარი. გამოითიშება ენის წინა ორი მესამედი სათანადო მხარეზე.

ნიკაპის ნერვის გაუტკივარება ნიკაპის ხვრელთან (მენტალური ანესთეზია). ნიკაპის ხვრელი მდებარეობს ქვედა ყბის სხეულის გარეთა ზედაპირზე, მისი სიმაღლის შუაში პირველ და მეორე პრემოლარს შორის ან მეორე პრემოლარის ქვეშ. უფრო ზუსტი ორიენტაციისათვის სარგებლობენ ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ხაზებით. ვესტიბულური მხრიდან ეს არის პრემოლარებს შორის ან მეორე პრემოლარზე გატარებული ვერტიკალური ხაზი და ქვედა ყბის ქვედა კიდესა და ალვეოლური მორჩის კიდეს შორის გატარებული ჰორიზონტალური შუა ხაზი. ამ ხაზების გადაკვეთის ადგილზე იქნება ნიკაპის ხვრელის პროექცია. კანის მხრიდან ნიკაპის ხვრელის პროექციის განსაზღვრისათვის ატარებენ ვერტიკალურ ხაზს თვალბუდეზე, პირდაპირ მიმართულ თვალის გუგაზე, რომელიც გაივლის ნიკაპის ხვრელზე ან მის ახლოს. უფრო ძნელია ნიკაპის ხვრელის პროექციის განსაზღვრა უკბილო ყბაზე. კბილების დაკარგვა იწვევს ალვეოლური მორჩის ატროფიას. აქ შეგვიძლია ვისარგებლოთ პირდაპირ მიმართული თვალის გუგაზე გატარებული ხაზით ან საღეჭი კუნთის წინა კიდისა და ქვედა ყბის შუა ხაზი გავყოთ შუაზე. გაყოფის წერტილზე გატარებული ვერტიკალური ხაზი გაივლის ნიკაპის ხვრელზე. რაც შეეხება ჰორიზონტალურ ხაზს, იგი მდებარეობს ქვედა ყბის ქვედა კიდიდან 12 მმ-ზე.

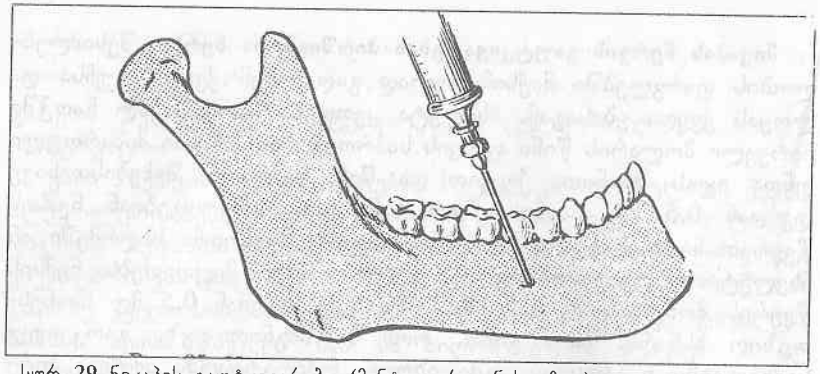
ნიკაპის არხი იხსნება ქვედა ყბის სხეულის გარეთა ზედაპირზე შიგნიდან, ქვევიდან და წინიდან გარეთ, ზევით და უკან. აქედან გამომდინარე, ნემსით ჩხვლეტა უნდა მოხდეს ნიკაპის ხვრელიდან უკან და ზევით და მიმართული უნდა იყოს უკანიდან წინ, ზევიდან ქვევით და გარედან შიგნით.

ნიკაპის ნერვის გაუტკივარების პირშიგნითა ხერხი. შესაძლებლობის ფარგლებში მაქსიმალურად გადაწევენ ქვედა ტუჩსა და ლოყას ქვედა ყბისაგან. ჩხვლეტა კეთდება გარდამავალ ნაოჭში პირველი მოლარის წინა ფესვის საპროექციოდ. ნემსი მიმართული უნდა იყოს შიგნით, ქვევით და წინ. ძვალთან შეხებისთანავე ღრიან 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარს და შეუდგებიან ნემსის წვერით ნიკაპის ხვრელის ძებნას. ნემსის ჩავარდნა სიღრმეში ან ჩხვლეტითი ტკივილი ქვედა ტუჩის არეში მიუთითებს ნემსის წვერის მოხვედრაზე ნიკაპის არხში. აქ ღრიან 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარს. იმის გამო, რომ პირშიგნითა გზა გარკვეულ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული, უპირატესობა ეძლევა პირგარეთა გზას.

ნიკაპის ნერვის გაუტკივარების პირგარეთა ხერხი. ზემოაღნიშნული საორიენტაციო პუნქტების გამოყენებით განსაზღვრავენ ნიკაპის ხვრელის პროექციას კანზე. ჩხვლეტას აკეთებენ მისგან რამდენადმე ზევით და უკან. ნემსი მიმართულია ქვევით და წინ. ძვალთან შეხებისას ღრიან 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარს და ფრთხილად აცურებენ ნემსს ძვალზე ხვრელში (და არხში) მოხვედრამდე. არხში 3-5 მმ სიღრმეზე შეჰყავთ 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარი. 2-3 წუთში დგება საჭრელების, ეშვის, პრემოლარების, ალვეოლური მორჩის წინა ნახევრის, პირის კარიბჭის ლორწოიანი გარსის (ამ არეში) და ქვედა ყბისა და ქვედა ტუჩის შესაბამისი ნახევრის გაუტკივარება. მგრძნობელობა შენარჩუნებული ექნება ლორწოიან გარსს ენის მხრიდან, იმის გამო, რომ იგი ინერვაციას ღებულობს ენის ნერვის ალვეოლური ტოტებისაგან. საჭრელების და მეორე პრემოლარის არეში გაუტკივარება შედარებით სუსტია (სურ. 29).

თუ საანესთეზიო ხსნარი დაიღვრება ნიკაპის ხვრელთან და არ იქნება შეყვანილი ნიკაპის არხში, ამ შემთხვევაში ხსნარი დიფუზიის საშუალებით ვერ მიაღწევს საჭრელ ნერვამდე, რომელიც ქვედა ალვეოლური ნერვის გაგრძელებას წარმოადგენს ძვლის სისქეში და ანერვიანებს ალვეოლურ მორჩს ნიკაპის არეში შესაბამის კბილებთან ერთად. ამ დროს ადგილი აქვს მხოლოდ ნიკაპის და ქვედა ტუჩის გაუტკივარებას. არხში შეყვანილი საანესთეზიო ხსნარი კი ზემოქმედებას ახდენს საჭრელ ნერვზე, რაც სრულყოფილი გაუტკივარების მიღების გარანტიაა.

ზედა ყბის ნერვის და ქვედა ყბის ნერვის გაუტკივარება მრგვალ და ოვალურ ხვრელებთან (ბაზალური ანუ ღეროს



სურ 29 ნიკაპის გაუტკივარება (მენტალური ანესთეზია).

ანესთეზია). ქალას ფუძეზე, მრგვალ ან ოვალურ ხვრელთან საანესთეზიო ხსნარის მიტანა ახდენს ზედა ყბის ან ქვედა ყბის ნერვის სრულ ბლოკირებას, რაც ერთი ჩავლეტით მთელი ზედა ყბის ან ქვედა ყბის ნახევრის გაუტკივარებას იწვევს.

იმის გამო, რომ მრგვალ ხვრელთან საანესთეზიო ხსნარის მიტანას შეუძლია გამოიწვიოს უამრავი გართულება, მიზანშეწონილია საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა ფრთასასის ფოსოში, სადაც მოთავსებულია ზედა ყბის ნერვის ღერო და მისი განშტოებები, ქალას ღრუდან მრგვალი ხვრელით გამოსვლის შემდეგ. ნემსის წაწევა ფრთასასის ფოსომდე მნიშვნელოვნად უსაფრთხოა, ვიდრე მრგვალ ხვრელამდე. ამას გარდა, არსებობს ფრთასასის ფოსოში მოხვედრის ბევრად მეტი და მოხერხებული გზა, ვიდრე მრგვალ ხვრელთან.

ფრთასასის ფოსოში ზედა ყბის ნერვის გაუტკივარების ყვრიმალქვეშა — ფრთისებრი გზა (ვაისბლატის მეთოდი). ფრთისებრი მორჩის გარეთა ფირფიტა მდებარეობს ერთ საგიტალურ სიბრტყეში ოვალურ ხვრელსა და ფრთასასის ფოსოს შორის. იგი არის ორიენტირი ოვალურ ხვრელთან და ფრთასასის ფოსოსთან ნემსის წვერის მისატანად. ოვალური ხვრელი იმყოფება ფრთისებრი მორჩის უკან, ფრთასასის ფოსო კი იმავე მანძილზე ფრთისებრი მორჩის წინ. იმისათვის, რომ მოვხვდეთ ფრთასასის ფოსოში, ნემსი შეჰყავთ ფრთისებრი მორჩის გარეთა ფირფიტამდე, შემდეგ კი იმავე მანძილზე ფრთასასის ფოსომდე.



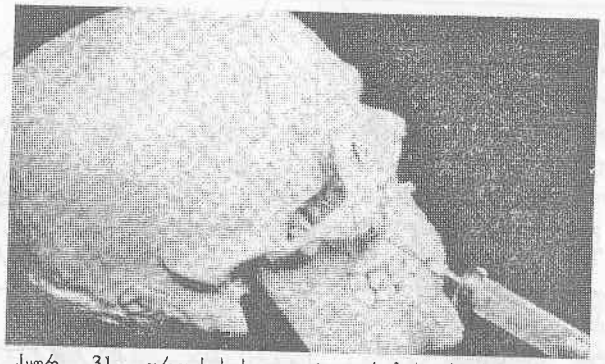
სურ. 30. ფრთასასის ფოსოში ზედა ყბის ნერვის გაუტკივარების ყვრიმალქვეშა-ფრთისებრი გზა (სავაისბლატი).

ფრთისებრი მორჩის გარეთა ფირფიტის საპროექციო არეს გამოსაცნობად ს.ვაისბლატმა მოგვაწოდა ტრაგოორბიტული (ჭავლთვალბუდის) ხაზი — მანძილი ყურის ჭავლს (tragus) და ორბიტის გარეთა კიდეს შორის. ამ ხაზის შუა წერტილი შეესაბამება ფრთისებრი მორჩის პროექციას (სურ. 30).

ჩხვლეტა კეთდება ტრაგოორბიტული ხაზის შუაში, ყვრიმალის რკალის ქვეშ, საგიტალური სიბრტყის პერპენდიკულარულად და ნემსი შეჰყავთ ფრთისებრი მორჩის გარეთა ფირფიტასთან შეხებამდე. აღნიშნავენ ნემსზე სიღრმეს (4-6 სმ), გამოწევენ ნემსს უკან აღნიშნული სიღრმის ნახევარზე და კვლავ წაწევენ ნემსს იგივე სიღრმით ისე, რომ ნემსის წვერი გადახრილი იქნება წინ $15\text{-}20^0$-ით. ასეთი მიმართულებით ნემსი ხვდება ფრთასასის ფოსოში, სადაც ღვრიან საანესთეზიო ხსნარის 3-4 მლ-ს. 10-15 წუთში დგება მთელი ზედა ყბის ანესთეზია.

ფრთასასის გაუტკივარების ბორცვის (ტუბერული) პირგარეთა გზა. მეთოდი პირველად მოგვაწოდა მატასმა (Matas) 1900 წელს, ხოლო 1909 წელს დაწვრილებით აღწერა ბრაუნმა (Braun) და ცნობილია, როგორც მატას-ბრაუნის მეთოდი. ყვრიმალის ძვლის ქვედა კიდეზე თითით შეიგრძნობენ კუთხეს, რომლის უკან კანის მხრიდან კეთდება ჩხვლეტა. ნემსს წაწევენ შიგნით და ზევით. ნემსის წვერი საღეჭი კუნთის გაჩხვლეტის შემდეგ ეხება ზედა ყბის ბორცვს. ნემსის შემდგომი წაწევა ხდება ბორცვის ზედაპირზე ცოცვით. შემდეგში ძვლის შეგრძნება გაქრება და ნემსი შედის ფრთასასის ფოსოში, 5-6 სმ სიღრმეზე. აქ ღვრიან 2-4 მლ საანესთეზიო ხსნარს. 10-15 წუთში ვღებულობთ ზედა ყბის სრულ გაუტკივარებას (სურ. 31).

ჩვენს მიერ მოწოდებულია **ფრთასასის გაუტკივარების ტუბერულ-ინფრატემპორული გზა** (პირშიგნითა წესი). მისი დასაწყისი თითქმის ემთხვევა ვეისბრემის ინფრატემპორული ანესთეზიის



სურ. 31. ფრთასასის გაუტკივარების ბორცვის გზა პირგარეთა მიდგომით.

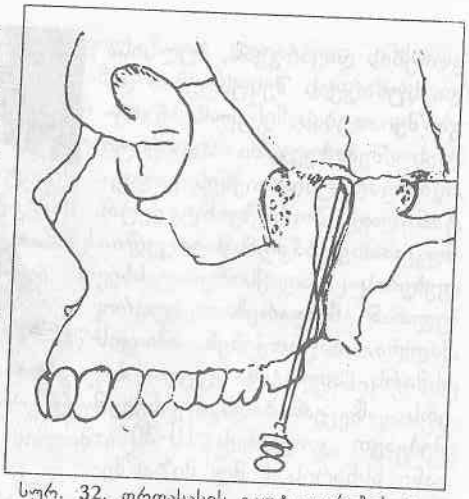
ხერხს. ჩხვლეტა კეთდება გარდამავალ ნაოჭზე ზედა მესამე მოლარის უკანა ფესვის საპროექციოდ. ნემსს წაწევენ ძვალთან შეხებით და მასზე ცურვით ზევით, შიგნით და ოდნავ უკან (10-15^0-ით). 3 სმ სიღრმეზე ნემსის წვერი უმეტეს შემთხვევაში ეხება ძვალს. ეს არის ძირითადი ძვლის დიდი ფრთის გარეთა ზედაპირი. აქედან მრგვალ ხვრელამდე რჩება 0,4-0,5 სმ. აქ ღვრიან საანესთეზიო ხსნარის 3-4 მლ-ს, რომელიც იოლად ვრცელდება ფრთასასის ფოსოს ფაშარ ქსოვილში და სწრაფად აღწევს ზედა ყბის ნერვს (სურ. 32).

ფრთასასის გაუტკივარების თვალბუდის (ორბიტული) გზა. ხერხი მოწოდებულია ვოინო-იასენეცკის (1909) მიერ. ჩხვლეტა კეთდება თვალბუდის ქვედა გარეთა კუთხეში (სურ. 33). ეს არის ყვრიმალის ძვლის ზედა კიდის დონე ან 2-3 მმ მის ზემოთ. თვალბუდის გარეთა კედელთან კონტაქტით ნემსს წაწევენ თვალბუდეში ჰორიზონტალურად თვალბუდის ქვედა ნაპრალის მიმართულებით. საშუალოდ 46 მმ სიღრმეზე ნემსი ეყრდნობა ძვალს მრგვალი ხვრელის ახლოს ან ხვდება ხვრელში. აქ ღვრიან 3-5 მლ საანესთეზიო ხსნარს.

არსებობს ამ ხერხის რამდენიმე მოდიფიკაცია. მათ შორის საყურადღებოა ს.ვაისბლატის ხერხი, რომლის მიხედვით ჩხვლეტა კეთდება თვალბუდის ქვედა კიდის შუახაზიდან რამდენიმე მმ-ით მედიალურად. ნემსს წაწევენ თვალბუდის ქვედა კედელზე, ძვალზე ცოცებით 3-3,5 სმ სიღრმეზე, სადაც ნემსის წვერი მდებარეობს თვალბუდის ქვედა ნაპრალის არეში. აქ ღვრიან 2-3 მლ საანესთეზიო ხსნარს, რომელიც აქედან ვრცელდება ფრთასასის ფოსოში.

ფრთასასის გაუტკივარების სასის (პალატინური) გზა. ხერხი მოწოდებულია ჰოფერის (Hoffer) და კარეას (Carrea) მიერ 1921

წ. მანძილი სასის დიდ ხვრელსა და მრგვალ ხვრელს შორის არის 3,3-3,5 სმ. ნემსი შეჰყავთ სასის დიდი ხვრელიდან ფრთასასის არხში და წაწევენ მას არხში 2,5-3 სმ სიღრმეზე. აქ ღვრიან 2 მლ საანესთეზიო ხსნარს. 15 წუთში ქრება ზედა ყბის ნერვის სრული გაუტკივარება.



სურ. 32. ფრთასასის გაუტკივარების ტუბერულ-ინფრატემპორული გზა.

ფრთასასის ანესთეზიის ყველა ხერხის გამოყენების დროს ხდება ყველა ქსოვილისა და ორგანოს სრული გაუტკივარება, რომლებიც ინერვაციას იღებენ ზედა ყბის ნერვისაგან. ანესთეზიის წარმატების მაჩვენებელია სათანადო მხარის ზედა ტუჩის, ცხვირის ფრთის და ქვედა ქუთუთოს მგრძნობელობის გაქრობა.

ქვედა ყბის ნერვის გაუტკივარება ოვალურ ხვრელთან. უვაროვის (1928) მიერ მოწოდებული ხერხი ყველაზე მარტივია. ჩხვლეტა კეთდება ყურის ჭავლიდან 1,5-2 სმ წინ, ისე როგორც ბერშე-დუბოვის ანესთეზიის დროს. ნემსს წაწევენ ჰორიზონტალურ სიბრტყეში 4-4,5 სმ სიღრმეზე, ღვრიან აქ 5 მლ საანესთეზიო ხსნარს.

ს.ვაისბლატის ხერხით ჩხვლეტა კეთდება ტრაგოორბიტული ხაზის შუაში ყვრიმალის რკალის ქვეშ და წაწევენ ნემსს კანის პერპენდიკულარულად ფრთისებრი ბორცვის გარეთა ფირფიტამდე. ნემსზე აღნიშნავენ სიღრმეს, გამოსწევენ უკან სანახევროდ, ნემსის წვერს გადაწევენ უკან 20-25^0-ით და წაწევენ ნემსს იმავე სიღრმეზე. აქ ოვალურ ხვრელთან ღვრიან 2-3 მლ საანესთეზიო ხსნარს. გაუტკივარდება ქვედა ყბის ნერვი მთლიანად (სურ. 34).

ადგილობრივი გაუტკივარების გართულებები

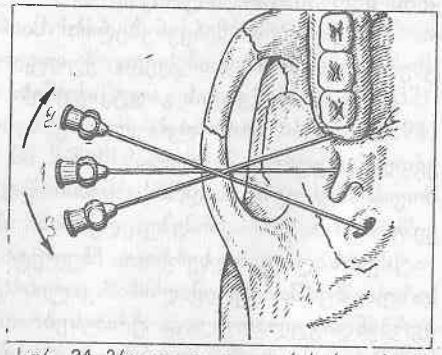
არჩევენ ზოგადი და ადგილობრივი ხასიათის გართულებებს. ზოგადი გართულებებიდან უფრო ხშირია **გულის წასვლა,** რომელიც ძირითადად ვითარდება ლაბილური ფსიქიკის მქონე ან ასასუსტებულ პირებში. ამ დროს ადგილი აქვს გაფითრებას,

გონების დაკარგვას, პულსისა და სუნთქვის შესუსტებას და გაიშვიათებას. გულის წასვლის შემთხვევაში პაციენტი სწრაფად უნდა იქნეს გადაყვანილი ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში. სასურველია ფეხების დაფიქსირება სხეულთან შედარებით უფრო მაღლა. ასუნთქებენ ამიაკის ხსნარს, აძლევენ სუფთა ჰაერს ან ჟანგბადს, კანქვეშ შეჰყავთ კოფეინის 10-20%-იანი ხსნარის 1 მლ მიზანშეწონილია გულის არაპირდაპირი მასაჟი.



სურ. 33. ფრთასასის გაუტკივარების თვალბუდის გზა.

კოლაფსი — მწვავედ მიმდინარე სისხლძარღვოვანი უკმარისობა შეიძლება განუვითარდეს ნებისმიერ პაციენტს. ქვეითდება სისხლძარღვთა ტონუსი, მკვეთრად ეცემა სისხლის არტერიული წნევა, ვითარდება ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციის მოშლა. კანი მკრთალი, ცივი, პულსი ძაფისებრი, აჩქარებული, სუნთქვა ზედაპირული, გონება შენახული.



სურ. 34. მრგვალ და ოვალურ ხვრელებთან ბაზალური გაუტკივარების სქემა: 1) ნემსი წაწეულია ფრთისებრი მორჩის გარეთა ფირფიტამდე; 2) ნემსი წაწეულია ოვალურ ხვრელამდე; 3) ნემსი წაწეულია ფრთასასის ფოსოში (მრგვალი ხვრელისაკენ).

მკურნალობის ძირითადი მიზანია სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის სტიმულაცია, არტერიული წნევის აწევა. ამ მიზნით იყენებენ კარდიამინს, კოფეინს, ეფედრინს, მეზატონს. კარგ შედეგებს იძლევა პრედნიზოლონი და მისი ანალოგები. განსაკუთრებულ შემთხვევაში იყენებენ ადრენალინს. დეზინტოქსიკაციისათვის გამოიყენება ჰემოდეზი.

ანაფილაქსიური შოკი — ანაფილაქსიის ერთ-ერთი უმძიმესი გამოვლინებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციის ჯერ აღგზნება, შემდეგ კი დათრგუნვა, ბრონქოსპაზმი, არტერიული წნევის მკვეთრი დაცემა (ანაფილაქსია უსწრაფესი ტიპის ალერგიული რეაქციის სახეა, რომელიც ვითარდება ალერგენის პარენტერალური შეყვანისას). უფრო ხშირად ანაფილაქსიურ შოკს იწვევენ წამლები, განსაკუთრებით კი ანტიბიოტიკები და ანესთეტიკები (განსაკუთრებით ნოვოკაინი). ანაფილაქსიური შოკი ვითარდება რამდენიმე წამიდან ნახევარ საათამდე. რაც უფრო სწრაფია დასაწყისი, მით მძიმეა მიმდინარეობა. უფრო ხშირად იგი ვითარდება იმ პირებში, ვისაც ანამნეზში აღენიშნებათ ალერგიული რეაქციები. არჩევენ დაავადების უსწრაფეს, მძიმედ მიმდინარე, საშუალო და მსუბუქ ფორმებს.

პირველი ორი ფორმა იწყება გონების დაკარგვით და ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს 5-30 წუთში (ასფიქსიით) ან 24-48 საათში (უმძიმესი მოვლენებით სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ორგანოებში). ზოგჯერ ლეტალურ გამოსავალს ადგილი აქვს უფრო გვიან (მაგ. 12 დღის შემდეგ) შინაგანი ორგანოების მძიმე დაზიანებით.

უფრო მსუბუქ შემთხვევებში ანაფილაქსიური შოკი იწყება მოუსვენრობით, შიშის გრძნობით, თავის ტკივილით, თავბრუხვევით, ყურებში ხმაურით, ცივი ოფლით. ვითარდება კანის ქავილი, შემდგომი ულტიკარული გამონაყარების გაჩენით. შეიძლება განვითარდეს კვინკეს ტიპის ალერგიული შეშუპებები. ზოგჯერ ადგილი აქვს სულის ხუთვას, ხველას, გულისრევას, ღებინებას, ფაღარათს. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კრუნჩხვებს, უნებლიე შარდვას, დეფეკაციას.

კანი და ლორწოიანი გარსები ფერმკრთალია, ალერგიული შეშუპებებით და გამონაყრით სხვადასხვა არეში. გუგები გაფართოებულია და არ რეაგირებენ სინათლეზე. შეიძლება განვითარდეს ტაქიკარდია, არტერიული წნევის მნიშვნელოვანი დაცემა, ბრონქოსპაზმი, უფრო რთულ შემთხვევებში გონების დაკარგვა.

ანაფილაქსიური შოკის შესაძლო განვითარების წინასწარი გამოცნობა შეუძლებელია. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ანამნეზში ალერგიული მოვლენების გამოვლენას. ყოველ შემთხვევაში მზად უნდა გვქონდეს მედიკამენტები და ინსტრუმენტები, რაც

აუცილებელია უსწრაფესი სამედიცინო დახმარებისათვის ანაფილაქსიური შოკის განვითარებისთანავე.

მკურნალობა იწყება ორგანიზმში ალერგენის შეყვანის შეწყვეტით. პრეპარატის შეყვანის არეში საჭიროა დამატებით იქნეს შეყვანილი 0,1%-იანი ადრენალინის 0,5 მლ, რაც, გარდა იმისა, რომ პრეპარატის შეწოვას აყოვნებს, ახდენს ბრონქოლიტიკურ მოქმედებას და ხსნის ბრონქოსპაზმს. უეფექტობის შემთხვევაში 10-15 წუთში უნდა განმეორდეს 0,1%-იანი ადრენალინის 0,5 მლ-ის ინექცია კანქვეშ ან კუნთებში. თუ არტერიული წნევა არ აიწევს, იყენებენ ნორადრენალინს. დამატებით შეჰყავთ ორგანიზმში კარდიამინი, კოფეინი, ანტიჰისტამინური პრეპარატები (სუპრასტინი, დიმედროლი). საჭიროა ჟანგბადის ინჰალაცია. გამოიყენება გლუკოკორტიკოიდული ჰორმონები (პრედნიზოლონი). ხორხის შეშუპებისას თუ კონსერვატიული მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, მიზანშეწონილია ინტუბაცია ან ტრაქეოტომია.

საანესთეზიო ხსნარის მავნე გავლენა ორგანიზმზე. საანესთეზიო ხსნარმა შეიძლება გამოიწვიოს ინტოქსიკაცია. ამჟამად არსებული საანესთეზიო ხსნარები (ნოვოკაინი, ტრიმეკაინი, ლიდოკაინი, ქსილოკაინი, მეპივაკაინი და სხვ.) ოპტიმალურ დოზებში ჯანმრთელ ორგანიზმში მოწამვლას არ იწვევენ. დაავადებულ, დასუსტებულ, სენსიბილიზირებულ ორგანიზმში ჩვეულებრივად უწყინარმა დოზებმა შეიძლება გამოიწვიონ მოწამვლა. ისეთი დაავადებები, როგორიცაა ჰიპერთირეოზი, ჰეპატიტი, ციროზი, ალიმენტარული დისტროფია, ქმნის ფონს საანესთეზიო ხსნარით ინტოქსიკაციის გამოსაწვევად.

საანესთეზიო ხსნარით მოწამვლა ვითარდება დოზების გადამეტების დროს. ცნობილია, რომ საანესთეზიო ხსნარის ტოქსიკურობა დოზების გადამეტების დროს მათი კონცენტრაციის კვადრატის პირდაპირპროპორციულია. სხვა შემთხვევაში ინტოქსიკაცია შეიძლება გამოიწვიოს ადრენალინის დოზების გადამეტებამ. ადრენალინის მავნე გავლენა ორგანიზმზე განსაკუთრებით გამოხატულია სიმპათიკოტონიის, კარდიოსკლეროზის, ათეროსკლეროზის, ჰიპერტონიის, ორსულობის, მენსტრუაციის, შაქრიანი დიაბეტის და სხვა დაავადებების დროს.

საანესთეზიო ხსნარით მოწამვლის დროს ადგილი აქვს თავის ტკივილს, თავბრუხვევას, გულისრევას, ღებინებას, საერთო სისუსტეს; კანი და ლორწოიანი ფერმკრთალია, სუნთქვა ზედაპირული, პულსი სუსტი და აჩქარებული, ზოგჯერ შენელებული,

არტერიული წნევა მაღალი ან დაბალი, შეიძლება განვითარდეს კრუნჩხვები. რთული შემთხვევები შეიძლება დამთავრდეს სუნთქვის ან გულის გაჩერებით.

ადრენალინით მოწამვლის დროს ვითარდება სიფერმკრთალე, ტრემორი, თავის ტკივილი, სულისხუთვა, ტკივილები გულის არეში, ხშირ შემთხვევებში გულის რიტმის დარღვევა, პარკუჭების ფიბრილაცია, თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევა, ფილტვის შეშუპება.

მოწამვლის შემთხვევაში ავადმყოფს აძლევენ ჰორიზონტალურ მდებარეობას წამოწეული ფეხებით. ასუნთქებენ ნიშადურის სპირტს. აძლევენ საგულე და სუნთქვის მასტიმულირებელ საშუალებებს. კარგ შედეგს იძლევა ვალიდოლი. უფრო რთულ შემთხვევებში ვენაში შეჰყავთ ნატრიუმის თიოპენტალი (1%-იანი ხსნარის 1-2 მლ), სტროფანტინი (0,5-1%-იანი ხსნარის 0,5 მლ). მიზანშეწონილია შარდის გამოყოფის სტიმულირება (ლაზექსი 3-4 მლ კუნთებში ან ვენაში), უფრო მძიმე შემთხვევებში — ხელოვნური სუნთქვა.

ადრენალინით მოწამვლის დროს ტარდება ოქსიგენოთერაპია. ავადმყოფს ეძლევა ნიტროგლიცერინი. ვენაში შეჰყავთ ატროპინის სულფატი (0,1% ხსნარის 1 მლ), კარდიამინი, სტროფანტინი. არტერიული წნევის მომატებისას — წნევის დამწევები.

ინტოქსიკაციის თავიდან ასაცილებლად ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ ხსნარი ან მოხვდეს სისხლის ძარღვში, ქსოვილებში უნდა შევიყვანოთ ნელა; ხსნარი უნდა იყოს ახალი. ძველი ხსნარები არა მარტო სუსტად მოქმედნი, არამედ ტოქსიურებიც არიან. საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა არ არის მიზანშეწონილი მშიერ ან უხვად ნასადილევ პაციენტებში: შიმშილი ხელს უწყობს ხსნარის ტოქსიურობის გამოვლენას, სავსე კუჭის შემთხვევაში კი ადგილი აქვს გულისრევას, ღებინებას, თავის ტკივილს.

საანესთეზიო ხსნარის ადგილობრივი მავნე გავლენა ქსოვილებზე. საანესთეზიო ხსნარის ადგილობრივი მავნე ზემოქმედებებიდან აღსანიშნავია ინექციის შემდგომი ტკივილი და შეშუპება, კრიჭის შეკვრა, ქსოვილების ნეკროზი, კბილის რბილი ქსოვილების ნეკროზი, დერმატიტი.

ინექციის შემდგომი ტკივილი და შეშუპება შეიძლება იყოს ქიმიური, ფიზიკური, მექანიკური და ინფექციური გენეზის. ძველი ხსნარები ქიმიურად მავნე გავლენას ახდენენ ქსოვილებზე. არაიზოტონური და არაიზოთერმული ხსნარები აზიანებენ უჯრედებსა

და ქსოვილებს. საინექციო ხსნარის სწრაფად და დიდი ძალით შეყვანა იწვევს ქსოვილთა დაზიანებას, ბლაგვი ან მოგრეხილწვერიანი ნემსი იწვევს ქსოვილების ტრავმირებას. ინფექციის შეტანა ქსოვილებში ასევე იწვევს შემდგომ ტკივილებსა და შეშუპებას. პერიოსტეუმის დაზიანებას შეიძლება მოჰყვეს ინექციის შემდგომი ტკივილები.

სამკურნალოდ იყენებენ ანალგეტიკას, ფიზიოპროცედურებს, სათბურებს, ანტიბაქტერიულ და ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

კრიჭის შეკვრა. საინექციო ნემსით რომელიმე საღეჭი კუნთის გაჩხვლეტამ შეიძლება გამოიწვიოს კრიჭის შეკვრა ანუ ქვედა ყბის კონტრაქტურა. უფრო ხშირად ზიანდება შიგნითა ფრთისებრი კუნთი არასწორად ჩატარებული მანდიბულური ანესთეზიის დროს. თუ საანესთეზიო ხსნარი მომზადებულია გამოხდილ წყალზე, შეიძლება განვითარდეს ძლიერი დაზიანება. ასეთი ანესთეტიკი მოქმედებს როგორც ჰიპოტონური ხსნარი და შეუძლია გამოიწვიოს კუნთოვანი ქსოვილის მნიშვნელოვანი დაზიანება, მისი შემდგომი დანაწიბურებითა და კონტრაქტურით. ზოგჯერ კრიჭის შეკვრა ვითარდება ანთებითი პროცესისა და ჩირქგროვის განვითარების შედეგად ფრთაქვედაყბის სივრცეში ან მედიალური ფრთისებრი კუნთის სისქეში.

სამკურნალოდ იყენებენ ფიზიოთერაპიას, მექანოთერაპიას. ანთებითი მოვლენების განვითარების შემთხვევაში ანთების საწინააღმდეგო და ანტიბაქტერიულ მკურნალობას.

ქსოვილების ინექციისშემდგომი ნეკროზი. აღნიშნული გართულება ძირითადად ვითარდება მაგარ სასაზე, უპირატესად შუა ხაზზე და პრემოლარების არეში. იგი აიხსნება მაგარ სასაზე მკვრივი და მოუხეშავი რბილი ქსოვილების არსებობით, რომელიც მჭიდროდ არის მიკრული ძვლოვან სტრუქტურებზე, აგრეთვე ამ არეში ერთადერთი მკვებავი სისხლისძარღვის, სასის არტერიის არსებობით, რომლის დაზიანება (საანესთეზიო ხსნარით ზედწოლა და მისი გაჭყლეტა ან საინექციო ნემსით სისხლისძარღვის გაკვეთა შემდგომი ჰემატომისა და თრომბოზის განვითარებით) იწვევს გართულებას. გართულების განვითარებას ხელს უწყობს საანესთეზიო ხსნარის სწრაფი და ზედმეტი დოზით შეყვანა, რაც იწვევს ქსოვილების გაგლეჯას, ზედაწოლას და ა.შ.

მნიშვნელოვნად იშვიათია ინექციისშემდგომი ნეკროზი პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს სხვა უბნებში. აქ გართულება

შეიძლება გამოწვეული იყოს ადრენალინის სისხლის ძარღვებზე შემავიწროებელი მოქმედებით და არეს ანემიზაციით, მაღალი კონცენტრაციის ან არაიზოტონური საანესთეზიო ხსნარის გამოყენებით, ხსნარის სწრაფი და ძალისმიერი შეყვანით, ინფექციის გავრცელებით.

საანესთეზიო ხსნარით გამოწვეული ნეკროზი ვითარდება მხოლოდ ინექციის ზონაში. უფრო ხშირად დანეკროზებას განიცდიან რბილი ქსოვილები, ზოგჯერ ძვალიც. აღწერილია შემთხვევები, როცა მაგარ სასაზე ინექციისშემდგომი ნეკროზის შედეგად განვითარდა ხვრელარხი პირის ღრუსა და ზედა ყბის წიაღს შორის.

უმძიმესი გართულება მოსდევს საანესთეზიო ხსნარის მაგიერ შეცდომით სხვა ხსნარის შეყვანას. ლიტერატურაში აღწერილია სპირტის, ეთერის, ლიაპისის, ფორმალინის, იოდის, ნიშადურის სპირტის, ბენზინის, მეფის არაყის სხვადასხვა მჟავების შეყვანის შემთხვევები. ასეთი შეცდომა იწვევს არა მარტო უფრო ძლიერ ადგილობრივ დაზიანებას (რბილი და მაგარი ქსოვილების ფართო ნეკროზი), არამედ მძიმე ზოგად გართულებებს მოწამვლის ფონზე. აღნიშნული ხსნარების შეყვანა ქსოვილებში თანდართულია ძლიერი ტკივილებით, რასაც ავადმყოფის მკვეთრი რეაქცია მოსდევს. ამ რეაქციამ, ბუნებრივია, ექიმის დაეჭვება უნდა გამოიწვიოს, რაც ხსნარის შეყვანის შეწყვეტის შესაძლებლობას შექმნის (სურ. 35).

ქსოვილების ინექციისშემდგომი ნეკროზის სამკურნალოდ იყენებენ წყალბადის ზეჟანგსა და პროტეოლიზურ ფერმენტებს, რითაც ამუშავებენ ნეკროზულ უბნებს. იყენებენ ანთების საწინააღმდეგო და ანტიმიკრობულ პრეპარატებს. შეცდომით მაკნე ხსნარის შეყვანის შემთხვევაში ქსოვილები სასწრაფოდ უნდა იქნეს ინფილტრირებული დიდი რაოდენობით ფიზიოლოგიური ხსნარით და მცირე კონცენტრაციის (0,25%) ნოვოკაინით. უნდა გატარდეს განაკვეთი შეყვანილი ხსნარის ევაკუაციის მიზნით.

დერმატიტი საანესთეზიო ხსნარის ხანგრძლივი მოქმედებისაგან. დერმატიტი უვითარდებათ საანესთეზიო ხსნარის წარმოების მუშებს, სამედიცინო პერსონალს, რომელსაც საქმე აქვს ნოვოკაინთან. განსაკუთრებით ფართოდაა ეს პათოლოგია გავრცელებული სტომატოლოგებში. დერმატიტი შეიძლება განვითარდეს ნოვოკაინის ინექციის შემდეგ პაციენტებში. იგი ვლინდება არა მარტო სახის, არამედ გულ-მკერდის და მუცლის კანზეც.

მედიკამენტური დერმატიტი არავითარ მკურნალობას არ ექვემდებარება, სანამ დაავადებული არ შეწყვეტს კონტაქტს



სურ. 35. სახისა და კისრის რბილი ქსოვილებისა და ქვედა ყბის ძვლის კორტიკალური შრის ნეკროზი ინფილტრაციული გაუტკივარების მიზნით შეცდომით ნიშადურის სპირტის შეყვანის შემდეგ.

ნოვოკაინთან. აღნიშნული კონტაქტის გამეორების შემთხვევაში კვლავ იწყებს გამოვლენას დერმატიტი.

იშემიური უბნების წარმოქმნა. ინექციის შემდეგ, არცთუ იშვიათად, სახის ამა თუ იმ უბანში, ძირითადად იქ, სადაც გაკეთდა ინექცია, ვითარდება კანის გაფერმკრთალება, რაც გამოწვეული უნდა იყოს საინექციო ნემსის წვერის სისხლძარღვის კედელზე შეხებით, რაც თავის მხრივ ამ უკანასკნელის რეფლექტორულ შევიწროებას იწვევს. იგივე მოვლენა შეიძლება გამოიწვიოს ადრენალინის მოქმედებამ. ამიტომ საანესთეზიო ხსნარი შეყვანილი უნდა იქნეს ქსოვილებში ერთდროულად ნემსის გადაადგილებასთან ერთად და გამოყენებული უნდა იქნეს ადრენალინის დაბალი კონცენტრაცია.

იშემიის მოვლენები სწრაფად ქრებიან (1 საათის ფარგლებში). საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენება სითბო, სისხლძარღვთა გამაფართოებელი საშუალებები.

სახის ნერვის პერიფერიული ტოტების პარეზი. არასწორად შესრულებული მანდიბულური ანესთეზიის დროს ნემსის ზევით და ღრმად შეყვანის შემთხვევაში საანესთეზიო ხსნარი შეიძლება მოხვდეს სადგისდვრილისებრი ხვრელის ახლოს. ამ დროს ვითარდება სახის ნერვის პერიფერიული ტოტების პარეზი. ტუჩის კუთხე, ქვედა ქუთუთო და წარბი სათანადო მხარეზე დაშვებულია. თვალი არ იხურება. მიმიკური კუნთები არ იკუმშებიან. ცხვირტუჩის ნაოჭი გასადავებულია. ინფრაორბიტული ანესთეზიის დროს შეიძლება განვითარდეს სახის ნერვის ყვრიმალის და ლოყის ტოტების პარეზი. ინფრაორბიტული და ფრთასასის ანესთეზიის დროს შეიძლება განვითარდეს დიპლოპია. მკურნალობას არ საჭიროებს. თვითნებურად გაივლის ანესთეზიის გავლასთან ერთად (1-2 საათში).

ქვედაალვეოლური და ენის ნერვების საინერვაციო ზონის პარესთეზია. ზოგჯერ ნემსის წვერით ზიანდება ესა თუ ის ნერვი, ვითარდება პარესთეზია. პაციენტისათვის შედარებით ხშირი და მტანჯველია ქვედა ალვეოლური და ენის ნერვების დაზიანება. ამ დროს ქვეითდება ან ქრება ქვედა ტუჩისა და ენის მგრძნობელობა სათანადო მხარეზე. აღნიშნული გართულების თავიდან აცილების მიზნით საანესთეზიო ხსნარი მცირე რაოდენობით უნდა დაიღვაროს ნემსის გადაადგილებასთან ერთად.

სამკურნალოდ იყენებენ პროზერინს, B_1 და B_{12} ვიტამინებს, ანაბოლიურ სტეროიდებს, აკუპუნქტურას, ელექტრონეიროსტიმულაციას, ფიზიოთერაპიას (გალვანიზაცია, დიათერმია).

კბილის რბილი ქსოვილების დაზიანება. ღრძილის ინფილტრაციული ანესთეზიის დროს საანესთეზიო ხსნარის ზეგავლენით ადგილი აქვს პულპაში სისხლის მიმოქცევის შესუსტებას, ზოგჯერ შეწყვეტასაც კი. ამ დროს პულპის სისხლის ძარღვები დაცლილია. დაახლოებით ნახევარი საათის შემდეგ ადგილი აქვს სისხლის მიმოქცევის აღდგენას და სისხლის ჭარბი რაოდენობით შემოსვლას პულპაში. ეს იწვევს შეშუპებას და სისხლჩაქცევას ოდონტობლასტებსა და სხვა სტრუქტურებში. უფრო ხანგრძლივი დროით სისხლის მიმოქცევის შეფერხებამ შეიძლება გამოიწვიოს პულპის ნეკროზი. აღნიშნული მოქმედების მიზეზი შეიძლება იყოს ადრენალინი ან უვარგისი საანესთეზიო ხსნარი.

განვითარებულ პათოლოგიას მკურნალობენ არსებული წესებით. პულპის ნეკროზის შემთხვევაში ახდენენ პულპექტომიას, შემდგომში ფესვის არხისა და კბილის კარიესული ღრუს დაბჟენით.

ინფექციის შეტანა. ოდონტოგენური ანთებითი პროცესების დროს (პერიოდონტიტი, პერიოსტიტი, ოსტეომიელიტი, ოდონტოგენური აბსცესი, ფლეგმონა) ადგილი აქვს ორგანიზმის სენსიბილიზაციას, ინტოქსიკაციას, რაც ინფექციის გავრცელების ხელსაყრელ პირობებს ქმნის. ასეთ შემთხვევაში გაუტკივარების მიზნით გაკეთებული ინექციით შეტანილი ინფექცია იწვევს გართულებებს მძიმე ფორმის სეფსისის განვითარებამდეც კი. უფრო ხშირია ინფექციის შეტანა პირშიგნითა ინექციების დროს.

ინექციის შედეგად ინფექციის გავრცელების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ჩვენებების მიხედვით: პათოლოგიური კერის დრენირება, ანტიბაქტერიული და ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა, დეზინტოქსიკაცია, დესენსიბილიზაცია, ორგანიზმის დაცვითი მექანიზმების სტიმულაცია. სეფსისის შემთხვევაში მიზანშეწონილია მკურნალობა ჩატარდეს სპეციალიზირებულ კლინიკაში — სეფსისის ცენტრში.

სისხლის ძარღვების დაზიანება. პირის ღრუ და სახის მიდამო მდიდარია სისხლძარღვოვანი ქსელით, რაც განაპირობებს საინექციო ნემსის გადაადგილების დროს ნემსის წვერით სისხლძარღვთა კედლის არც თუ იშვიათ დაზიანებას. შეიძლება დაზიანდეს ზედაპირულად და უფრო ღრმად მდებარე სისხლის ძარღვები, რაც გამოიწვევს ზედაპირული ან ღრმად მდებარე ჰემატომის ჩამოყა-

ლიბებას. ზედაპირული ჰემატომა მცირე ზომისაა და მალე შეიწოვება. ის შეიძლება განვითარდეს ინფილტრაციული ანესთეზიის დროსაც. ყველაზე ხშირად ვითარდება და დიდ ზომებს აღწევს ჰემატომა ბორცვის (ტუბერული) ანესთეზიის დროს. ხშირია ჰემატომები თვალბუდისქვედა (ინფრაორბიტული) და ნიკაპის (მენტალური) ანესთეზიების დროსაც. ჩაქცეული სისხლი შედედდება, პლაზმა თანდათან შეიწოვება, ხოლო კოლტი დიდხანს რჩება ქსოვილებში.

ჰემატომის გამოცნობა ძნელი არ არის. ჯერ ერთი, შპრიცში შეიძლება მიღებული იქნეს სისხლი. ამას გარდა, შეშუპება ჰემატომის ჩამოყალიბების დროს ვითარდება სწრაფად, სამედიცინო პერსონალის თვალწინ. შეშუპების ზრდის ხელისშემშლა შეიძლება ზედაწოლით. ზედაპირული ჰემატომა, თუ არ მოხდა მისი ინფიცირება, რაიმე საშიშროებას არ წარმოადგენს. უფრო ღრმად მდებარე ჰემატომამ, თუ ის აღწევს დიდ ზომას, ქსოვილებსა და ორგანოებზე ზედაწოლით შეიძლება მოახდინოს მავნე მოქმედება. ამას გარდა, ინფიცირების შემთხვევაში ჰემატომა შეიძლება დაჩირქდეს და ინფექცია გავრცელდეს მთელ ორგანიზმში.

სისხლის ძარღვის დაზიანებას შეიძლება მოჰყვეს საანესთეზიო ხსნარის მოხვედრა სისხლის ნაკადში, რაც, გარდა იმისა, რომ გაუტკივარებას ვერ მივიღებთ, შეიძლება გახდეს ინტოქსიკაციის მიზეზი.

საანესთეზიო ხსნარი სისხლის ნაკადში არ მოხვდება, თუ ნემსის გადაადგილების მთელ გზაზე პორციობით, მცირე რაოდენობით, დავღვრით საანესთეზიო სითხეს.

სისხლის დენის შესაჩერებლად მიმართავენ ზედაწოლას ინექციის არეში. ზედაწოლას ახდენენ ხელით ან ნახვევით. ჰემატომის ჩამოყალიბების შემთხვევაში პირველი ორი დღე საჭიროა საფენები ან დამწოლი ნახვევი, მესამე დღიდან სითბური პროცედურები ჰემატომის გაწოვის დასაჩქარებლად. ჰემატომის ინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით პაციენტებს ენიშნებათ ანტიბიოტიკები 3-4 დღით. ტკივილის შემთხვევაში — ანალგეტიკა.

საინექციო ნემსის ჩატეხვა. ნემსი შეიძლება ჩატყდეს ორი მიზეზით: ან თვით ნემსია უხარისხო, ან გაუტკივარება ტექნიკურად სრულდება არასრულყოფილად (მკვეთრი მოძრაობები ქსოვილებში შეყვანისას, განსაკუთრებით ძვალთან შეხებისას). ნემსი შეიძლება გადატყდეს ნებისმიერ ადგილზე, მაგრამ უფრო ხშირად

ტყდება კონუსთან შეერთების არეში. ნემსი შეიძლება ჩატყდეს ნებისმიერი ანესთეზიის დროს, მაგრამ ყველაზე ხშირად ტყდება მანდიბულური ანესთეზიის დროს. სტერილური ნემსი, თუ იგი არ აწვება ნერვს, იკეთებს ფიბროზულ კაფსულას და პაციენტისათვის უვნებლად მდებარეობს ქსოვილებში. თუ ნემსი ეხება ნერვს, შეიძლება განვითარდეს პარესთეზია, ტკივილები, ნევრალგიური სინდრომი. ინფიცირებული ნემსი კი იწვევს ჩირქოვანი ანთებითი პროცესის განვითარებას.

ჩატეხილი ნემსი უნდა ამოვიღოთ ყველა შემთხვევაში, გარდა იმ შემთხვევისა, თუ ნამსხვრევი არავითარ გაღიზიანებას არ იწვევს და არ ვართ დარწმუნებული მის ამოღებაში ისე, რომ ზარალი არ მივაყენოთ ორგანიზმს.

თავი II

კბილების ამოღება

კბილის ამოღების ოპერაცია სერიოზული ქირურგიული ღონისძიებაა და არ შემოიფარგლება მარტო ადგილობრივი მოვლენებით. კბილის ამოღების შემდეგ შეიძლება ადგილი ექნეს ტემპერატურის მომატებას, ზოგიერთ ცვლილებებს პერიფერიული სისხლის სურათში (ლეიკოციტოზი, ედს-ის გაზრდა). ადგილი აქვს ჰემოდინამიკის მაჩვენებლების ცვლილებებს (პულსის აჩქარება, არტერიული წნევის გაზრდა. ელექტროკარდიოგრამაზე ვლინდება კორონარული უკმარისობისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები). კბილის ამოღების დროს ან უახლოეს მომავალში შეიძლება განვითარდეს ძირითადი დაავადების გამწვავება.

კბილის ამოღების ჩვენებები. სტომატოლოგიის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანაა ადამიანისათვის კბილების შენარჩუნება, ამიტომ კბილის ამოღების ჩვენებები მკვეთრად არის შეზღუდული. ძირითადი ჩვენებაა ოდონტოგენური ანთებითი პროცესები (აბსცესი, ფლეგმონა, პერიოდონტიტი, პერიოსტიტი, ოსტეომიელიტი), როდესაც ენდოდონტური მკურნალობა შედეგს არ იძლევა და პათოლოგიური პროცესი სახიფათოა ორგანიზმისათვის.

კბილი ამოსაღებია იმ შემთხვევაში, თუ მთლიანად არის დაშლილი მისი გვირგვინი, ხოლო ფესვი გამოუსადეგარია. ამოსაღებია მესამე ხარისხით მოყეული კბილები პაროდონტიტის ბოლო სტადიაში. ამოსაღებია მოტეხილობის ხაზზე მდგომი კბილი, რომელიც ხელს უშლის ძვლის ფრაგმენტების შეხორცებას, იწვევს ანთებით გართულებებს ან არ ემორჩილება ენდოდონტურ მკურნალობას. ამოსაღებია არასწორად ამოჭრილი და რკალგარეშე მდგომი კბილები, თუ ისინი არ ემორჩილებიან ორთოდონტიულ მკურნალობას და არ წარმოადგენენ რაიმე ღირებულებას ორთოპედიული მკურნალობისათვის, აგრეთვე ამოუჭრელი ან ამოჭრაში შეკავებული (არასრულად ამოჭრილი) კბილები, რომლებიც იწვევენ გართულებებს და რომელთა ამოჭრის შესაძლებლობა აღარ არსებობს.

კბილი შეიძლება ამოღებული იქნეს ორთოპედიული და ორთოდონტიული მოსაზრებით, თუ იგი ერთ შეჰთხვევაში ხელს

უშლის სრულყოფილი პროთეზის მომზადებას, მეორეში კი აჭიროა თანკბილვის ანომალიის აღმოსაფხვრელად.

კბილის ამოღების წინააღმდეგჩვენებები. კბილის ამოღების აბსოლუტური წინააღმდეგჩვენება არ არსებობს. თუ არის კბილის ამოღების ჩვენება, იგი ამოღებული უნდა იქნეს. მაგრამ არსებობს ამოღების შედარებითი წინააღმდეგჩვენებები, რომლის დროსაც გათვალისწინებული უნდა იქნეს ორგანიზმის მდგომარეობა და პაციენტი უნდა მომზადდეს კბილის ამოღების ოპერაციისათვის. პირველ რიგში ეს არის ჰემორაგიული დიათეზი ან დაავადებები ჰემორაგიული სიმპტომებით (ჰემოფილია, მწვავე ლეიკოზი, აგრანულოციტოზი და სხვ.). ამ შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა მომზადდეს ანტიჰემორაგიული საშუალებების გამოყენებით და კბილის ამოღება უნდა ჩატარდეს სტაციონარში.

ორსულობის, ლაქტაციის და მენსტრუაციის დროს საჭიროა სიფრთხილე, სპეციალისტის კონსულტაცია. თუ არ არის მუცლის მოშლის რაიმე განსაკუთრებული მიზეზი (მწვავე და ქრონიკული ინფექციები, რევმატიზმი, სისხლის დაავადებები, ენდოკრინული მოშლილობები) და კბილის ამოღება ჩატარდება უმტკივნეულოდ, პაციენტისათვის მშვიდ სიტუაციაში, იგი აბსოლუტურად უსაფრთხოა. საერთოდ, ორსულთათვის აუცილებელია პირის ღრუს სანაცია ოდონტოგენური ინფექციის ლიკვიდაციისა და ორალური სეფსისის თავიდან აცილებისათვის როგორც ორსულობის, ისე განსაკუთრებით მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

სიფრთხილეა საჭირო, თუ პაციენტს აქვს გულსისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია (მიოკარდიუმის ინფარქტი, გულის იშემიური დაავადება სტენოკარდიული შეტევებით, გულის მუშაობის დეკომპენსაცია, მოციმციმე არითმია, პაროქსიზმული ტაქიკარდია). ამ დროს კბილის ამოღება ხდება სპეციალისტის კონსულტაციისა და სათანადო მომზადების შემდეგ სტაციონარში. მშვიდ სიტუაციაში უმტკივნეულოდ კბილის ამოღება ნაკლებ გართულებას გამოიწვევს, ვიდრე ინფექციის წყარო — მტკივნეული კბილის არ ამოღება.

პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის დაავადებების, განსაკუთრებით სტომატიტის დროს, კბილის ამოღება აღნიშნული დაავადებების გამწვავებას იწვევს. ამიტომ საჭიროა ერთდროულად არსებული დაავადებების ენერგიული მკურნალობა.

მწვავე ინფექციური და, საერთოდ, მწვავედ მიმდინარე დაავადებები ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითებას (სენსიბილიზაციას) იწვევენ. ამიტომ კბილის ამოღებამდეც და ამოღების შემდეგაც ასეთ პაციენტებში საჭიროა დესენსიბილიზაცია, ორგანიზმის რეაქტიულობის ამაღლება.

განსაკუთრებული სიფრთხილისა და სპეციალური მკურნალობის ქვეშ უნდა ჩატარდეს კბილის ამოღება ნერვულ ავადმყოფებში (თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა, მენინგიტი, ენცეფალიტი) და მწვავე სხივური დაავადებების დროს.

კბილის ამოღებისწინა ღონისძიებები

მას შემდეგ, რაც კლინიკორენტგენოლოგიური გამოკვლევებით დადგინდება კბილის ამოღების ჩვენება, საჭიროა პაციენტთან ახსნა-განმარტებითი მუშაობა მისი ფსიქოლოგიური მომზადებისათვის. ლაბილურ ნერვულ სისტემიან პაციენტებში შეიძლება დამაწყნარებელი პრეპარატების (სედატიური საშუალებები, ტრანკვილიზატორები) გამოყენება. ძლიერ შეშინებულ, ისტერიულ ავადმყოფებში აუცილებელია კბილის ამოღების ოპერაცია ჩატარდეს ზოგადი გაუტკივარების ფონზე.

კბილის ამოღების წინ ექიმის ხელების მომზადება ხდება რომელიმე არსებული წესით. სპირტისა და იოდის მაგიერ შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ქლორჰექსიდინი (0,5%-იანი სპირტხსნარი), იოდინოლი ან ბრაუნოლი 2000. განსაკუთრებით მიზანშეწონილია ამ უკანასკნელის გამოყენება. უმჯობესია მუშაობა ლატერილური რეზინის ხელთათმანებით. ეს განსაკუთრებით საჭიროა პოლიკლინიკაში დიდი რაოდენობით პაციენტების მიღებისას, როცა ყოველი პაციენტის მიღების წინ ექიმს შეუძლია გამოიცვალოს ნახმარი რეზინის ხელთათმანი ახლითა და სტერილურით, რაც უფრო ესთეტიკურიცაა, უსაფრთხოც (ინფექციის მიღების ან გადაცემის თვალსაზრისით) და ხელების განმეორებითი დაბანის აუცილებლობასაც ხსნის.

კბილის ამოღების წინ საჭიროა საოპერაციო ველის მომზადება. გულმოდგინედ აცილებენ ნადებსა და ქვებს, როგორც ამოსაღები, ისე ახლომდებარე კბილთა უბნიდან. ლორწოიან გარსს ამ არეში ამუშავებენ კალიუმის პერმანგანატის 0,1%-იანი ხსნარით, ქლორჰექსიდინით ან ბრაუნოლი 2000-ით.

კბილის ამოღების ოპერაციის წარმატებით ჩატარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს **პაციენტისა და ექიმის სწორ მდებარეობას** აღნიშნული ოპერაციის დროს. პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს მჯდომარე, ნახევრადმწოლარე და მწოლარე მდებარეობა. ჩვენ

უპირატესობას ვანიჭებთ ორ უკანასკნელს, განსაკუთრებით კი მწოლიარე მდებარეობას, რადგან ამ დროს არ ხდება ჰემოდინამიკის დარღვევები, გული თავისუფლად გადაისვრის სისხლს როგორც თავის ტვინის, ისე კიდურების მიმართულებით და არ აქვს ადგილი გულისწასვლას, რაც არცთუ იშვიათია მჯდომარე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტისათვის. ამას გარდა, სხვა გართულებების დროს (კოლაფსი, შოკი, სისხლისდენა და ა.შ.) მწოლიარე მდგომარეობაში უფრო იოლი და მოსახერხებელია რეანიმაციული თუ სამკურნალო ღონისძიებების გატარება.

პაციენტის მწოლიარე მდგომარეობაში ყოფნისას ექიმი დგება მისგან მარჯვნივ. მხოლოდ ქვედა მარცხენა მოლარების ამოღებისას არის უფრო მოხერხებული მარცხნივ დგომა.

თუ პაციენტი ზის სავარძელში, თავი ისე უნდა ედოს თავისდამჭერზე, რომ იოლი იყოს საოპერაციო ველის დათვალიერება და მანიპულაციების ჩატარება. თავისდამჭერი კარგად უნდა იყოს ფიქსირებული, რათა თავიდან იქნეს აცილებული პაციენტის თავის მოძრაობა ოპერაციის დროს.

თუ პაციენტი ზის სავარძელში, ზედა კბილების ამოღების დროს სავარძლის საზურგე და თავისდამჭერი რაღაც ხარისხამდე უნდა იყოს უკან გადაწეული. სავარძელს აწევენ ისე, რომ ამოსაღები კბილი მდებარეობდეს ექიმის მხრის სახსრის დონეზე. ექიმი ამ დროს დგას მარჯვნივ და წინ.

ქვედა ყბაზე კბილების ამოღების დროს სავარძელს აფიქსირებენ ისე, რომ მჯდომარე პაციენტის ქვედა ყბა მდებარეობდეს ექიმის იდაყვის სახსრის დონეზე. პაციენტის თავი მდებარეობს ვერტიკალურად ან ოდნავ დახრილად წინ. ექიმი დგას პაციენტის მარჯვნივ. ქვედა მარჯვენა პრემოლარების და მოლარების ამოღების დროს ან თავი აქვს პაციენტს მარცხნივ მიბრუნებული, ან ექიმი დგება მისგან მარჯვნივ და უკან. ქვედა წინა კბილების ამოღების დროს ექიმი დგას პაციენტის მარჯვნივ და წინ. ქვედა მარცხენა პრემოლარების და მოლარების ამოღების დროს ექიმის იგივე მდებარეობის შემთხვევაში ავადმყოფს თავი მიბრუნებული აქვს მარჯვნივ ან ექიმი გადადის მარცხენა მხარეს.

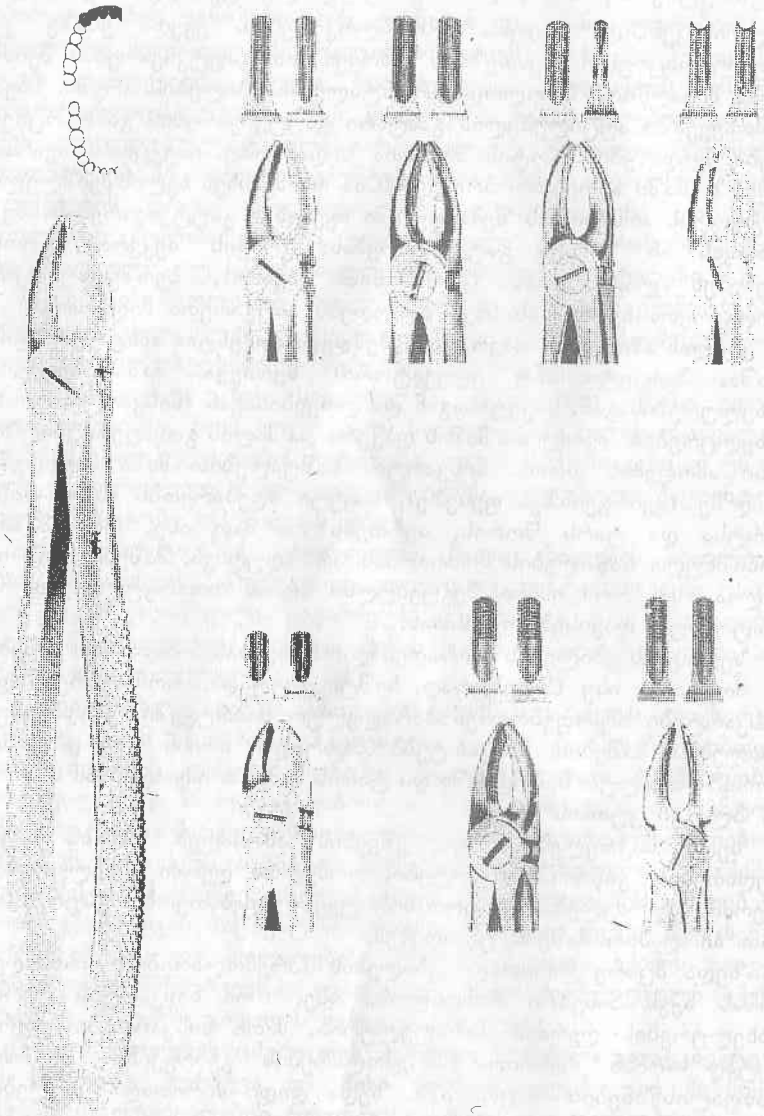
კბილის ამოღების ოპერაციის შემდეგი მომენტია გაუტკივარების მეთოდის შერჩევა და მისი განხორციელება. ამ მიზნით იყენებენ გაუტკივარების როგორც გამტარ, ისე ინფილტრაციულ მეთოდებს. ზედა ყბაზე ინფილტრაციული გაუტკივარების გამოყენებით წარმატებით შეიძლება ყველა კბილის უმტკივნეულოდ ამოღება. იმის გამო, რომ ზედა ყბის ძვალი თხელი და ფოროვანია, ანესთეტიკი სწრაფად და თავისუფლად ვრცელდება ნერვული წნულისაკენ და ახდენს მის ბლოკირებას. ქვედა ყბაზე კ ინფილტრაციული ანესთეზიის გამოყენებით გაუტკივარებას შეიძლება მივაღწიოთ მხოლოდ ფრონტალური კბილების არეში. სხვა შემთხვევაში აუცილებელია გამტარი გაუტკივარების განხორციელება ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე. ინექციის სავარაუდო ზონაში ანთებითი პროცესის ან რაიმე სხვა ხელისშემშლელი ფაქტორის არსებობის შემთხვევაში იყენებენ გაუტკივარების სხვა მეთოდს ან ზოგად გაუტკივარებას; კრიჭის შეკვრის დროს იყენებენ ლაგვარდიას (პირშიგნითა ხერხი), ბერშე-დუბოვის (პირგარეთა ხერხი) ან სხვა მეთოდებს პირგარეთა მიდგომით.

კბილის ამოღების ოპერაციის შემდეგი მომენტია ინსტრუმენტის (მაშა, ბერკეტი ანუ ელევატორი) **შერჩევა.** მაშა შედგება სახელურებისაგან, საკეტისაგან და ლოყებისაგან (ნისკარტისაგან). სახელურებით შეიძლება მაშის დაჭერა და ძალის გადაცემა კბილზე მისი ამოღების დროს. ნისკარტის საშუალებით მაშა მაგრდება კბილზე (გვირგვინზე, ფესვზე). საკეტი მდებარეობს მაშის ნისკარტსა და ტარს შორის, აერთებს რა მათ ისე, რომ მაშის აღნიშნული ნაწილების მოძრაობას არ ზღუდავს. მაშები მოწყობილია ისე, რომ ისინი შეგუებულნი არიან თითოეული კბილის ანატომიურ თავისებურებასთან.

ზედა ყბის კბილების ამოსაღებად იხმარებიან პირდაპირი მაშები ან მოხრილი ისე (S-სებურად, ხიშტისებურად), რომ ტარები და ნისკარტები იმყოფებოდნენ პარალელურ სიბრტყეში. ქვედა ყბის კბილების მაშების ნისკარტები მოხრილი არიან გვერდზე ან ჰორიზონტალურ სიბრტყეში და ტარის მიმართ იმყოფებიან სწორი ან ბლაგვი კუთხის ქვეშ.

ზედა საჭრელებისა და ეშვების ამოსაღებ მაშებს აქვთ შედარებით ვიწრო ნისკარტები, რომელთა ღერძი სახელურების ღერძის გაგრძელებაა და ერთ სიბრტყეში მდებარეობენ (სურ. 36). მათ პირდაპირ მაშებს უწოდებენ.

ზედა მცირე ძირითადი კბილების (პრემოლარების) ამოსაღებ მაშას აქვს S-სებრი მოხრილობა ისე, რომ ნისკარტის ღერძი სახელურების ღერძის პარალელურია. მათი ნისკარტები უფრო მეტად არიან მოხრილი პრემოლარების გვირგვინის ფორმის გათვალისწინებით (სურ. 37). ზედა დიდი ძირითადი კბილების (მოლარების) მაშებიც ანალოგიური მოყვანილობისაა, მაგრამ აქვთ უფრო განიერი ნისკარტები. იმის გამო რომ ზედა მოლარებს სახის მხარეს ერთი, ხოლო ლოყის მხარეს ორი ფესვი აქვთ, მაშის



სურ. 36. ზედა საჭრელი კბილებისა და ეშვების ჭ.შები.

სასისკენა ნისკარტი უფრო ვიწროა, ხოლო ლოყისკენას აქვს შუაში წვეტი, რომელიც თავსდება ფესვებს შორის და უზრუნველყოფს მაშის საიმედო ფიქსაციას. იმის მიხედვით, თუ რომელ მხარეზეა მოთავსებული წვეტი, არჩევენ ზედა მარჯვენა ან მარცხენა მოლარის ამოსაღებ მაშას. წვეტი ყოველთვის უნდა მდებარეობდეს პაციენტის ლოყის მხარეზე. ეს იმას ნიშნავს, რომ მარცხენა ზედა მოლარის მაშას წვეტი აქვს მარჯვენა მხარეზე, ხოლო მარჯვენა მოლარის მაშას მარცხენა მხარეზე (სურ. 37).

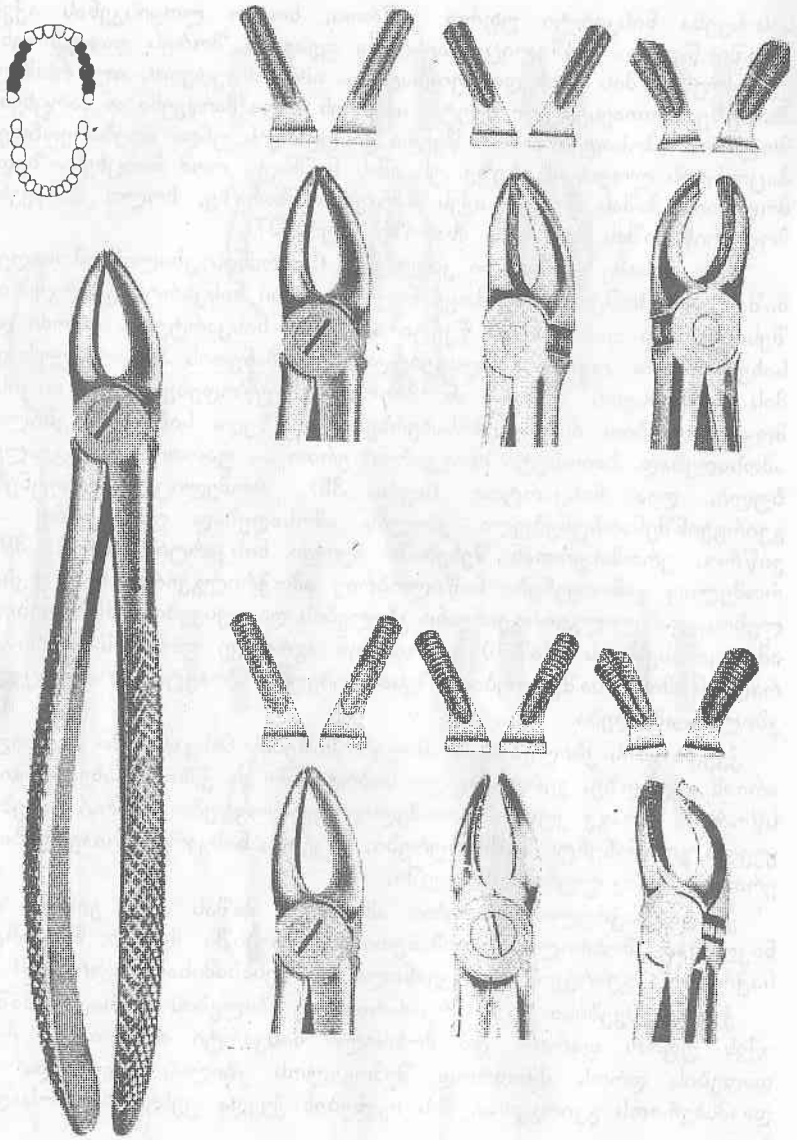
ზედა მესამე ძირითადი კბილების (სიბრძნის კბილი) ამოსაღებ მაშას აქვს ხიშტისებრი მოყვანილობა. მისი ნისკარტი გვირგვინის შესაბამისად ფართეა და წვეტი არ აქვს. ნისკარტების ღერძი და სახელურების ღერძი განლაგებულია ერთმანეთის პარალელურად. მას ხიშტისებრ მაშას ან ბაიონეტს უწოდებენ და თავისი მოყვანილობით ძალზე მოსახერხებელია ზედა სიბრძნის კბილის ამოსაღებად. ბაიონეტი ორგვარია: ერთი — ფართო, მომრგვალებული, ღია ნისკარტით (სურ. 38), რომელიც გამოიყენება გვირგვინშენარჩუნებული კბილის ამოსაღებად და მეორე — ვიწრო, ერთმანეთთან შეხებაში მყოფი ნისკარტით (სურ. 39), რომელიც გამოიყენება ნაწილობრივ ამოჭრილგვირგვინიანი კბილების, დაშლილგვირგვინიანი კბილების და ფესვების ამოსაღებად. ამ უკანასკნელს (მაშას) უწოდებენ აგრეთვე უნივერსალურსაც, რადგან მისი საშუალებით შესაძლებელია პრაქტიკულად ყველა კბილის ამოღება.

ქვედა ყბის კბილების ამოსაღები მაშების ნისკარტები მოხრილი არიან გვერდზე, ვერტიკალურ სიბრტყეში და ქმნიან სახელურთან სწორ ან ბლაგვ კუთხეს, რომელიც უახლოვდება სწორს. მაშების ყველა კომპონენტი (სახელურები, საკეტი, ნისკარტი) თავსდებიან ერთ, ვერტიკალურ სიბრტყეში.

ქვედა საჭრელი კბილების ამოსაღებ მაშას აქვს ვიწრო და ნაკლებად მოხრილი, ერთმანეთთან შეხებაში მყოფი ნისკარტი საჭრელთა გვირგვინის მოყვანილობის შესაბამისად (სურ. 40).

ქვედა ეშვებისა და მცირე ძირითადი კბილების ამოსაღებ მაშას აქვს უფრო ფართო და მოხრილი ნისკარტი იმისათვის, რომ დადების დროს მჭიდროდ შეჰყვლოს კბილის ყელს და არ დაამსხვრიოს გვირგვინი. მას იყენებენ ქვედა ფესვების ამოსაღებადაც.

ქვედა დიდი ძირითადი კბილების მაშას აქვს განიერი, ერთმანეთისაგან დაცილებული ნისკარტი, რომელიც მთავრდება წვეტე-



სურ. 37. ზედა ძირითადი კბილების (პრემოლარების და მოლარების) მაშები.

ბით, ვინაიდან ენის და ლოყის ზედაპირებზე კბილებს აქვთ ჩაღრმავებები ფესვის გაყოფის გამო. მაშის დადების დროს წვეტები შედიან აღნიშნულ ჩაღრმავებებში, რაც უზრუნველყოფს მაშის კარგ ფიქსაციას (სურ. 40). ქვედა სიბრძნის კბილებისათვის უფრო მოსახერხებელია ჰორიზონტალურ სიბრტყეში მოხრილი მაშა, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნეს სხვა მოლარების ამოსაღებადაც პირის გაღების შეზღუდვის დროს (სურ. 41).

ბერკეტი (ელევატორი) შედგება სამუშაო ნაწილისაგან, შემაერთებელი ღეროსაგან და სახელურისაგან. ძირითადად არჩევენ სამი სახის ბერკეტს — პირდაპირს, გვერდითს და ხიშტისებრს (სურ. 42 a,b,c.d.e).

პირდაპირი ელევატორის სამუშაო ნაწილი, შემაერთებელი ღერო და სახელური ერთ სწორ ხაზზე მდებარეობენ. სამუშაო ნაწილს ღარის მოყვანილობა აქვს, გარეთ გამოდრეკილი და სფეროსებრია, შიგნით შედრეკილი, მისი წვერი მახვილი და მრგვალია, სახელური მსხლის მოყვანილობის. მას იყენებენ ზედა ყბის ერთფესვიანი კბილების ფესვების ამოსაღებად, ზედა და ქვედა სიბრძნის კბილების ამოსაღებად, რკალგარეშე მდგომი კბილის ამოსაღებად, მრავალფესვიან კბილთა განცალკევებული ფესვების ამოსაღებად.

გვერდითი ელევატორის სამუშაო ნაწილი მოხრილია და მდებარეობს ელევატორის ღერძის მიმართ 120^0 კუთხით. მისი ერთი ზედაპირი გამოდრეკილია, მეორე შედრეკილი, ბოლო მახვილი და მრგვალი. კუთხოვანი ელევატორი ორნაირია. ერთს სამუშაო ნაწილის შედრეკილი ზედაპირი მიმართული აქვს მარჯვნივ, მეორეს მარცხნივ. გვერდითი ელევატორით მუშაობის დროს მისი შედრეკილი ნაწილი მიმართულია ფესვისაკენ, გამოდრეკილი — კბილბუდის კედლისაკენ. აღნიშნული ელევატორით იღებენ ქვედა კბილების ფესვებს.

ხიშტისებრი ელევატორის (ლეკლუზეს ელევატორი) (სურ.42e) სამუშაო ნაწილს აქვს ისრისებრი ფორმა, რომლის ერთი ზედაპირი სადაა, მეორე მომრგვალებული. ელევატორის შემაერთებელი ღერო ხიშტისებურადაა მოხრილი. შემაერთებელ ღეროს და სამუშაო ნაწილის ღერძები ერთმანეთის პარალელურად მდებარეობენ. სახელური შემაერთებელი ღერძისა და სამუშაო ნაწილის პერპენდიკულარულად მდებარეობს. ლეკლუზეს ელევატორით იღებენ ქვედა სიბრძნის კბილს.

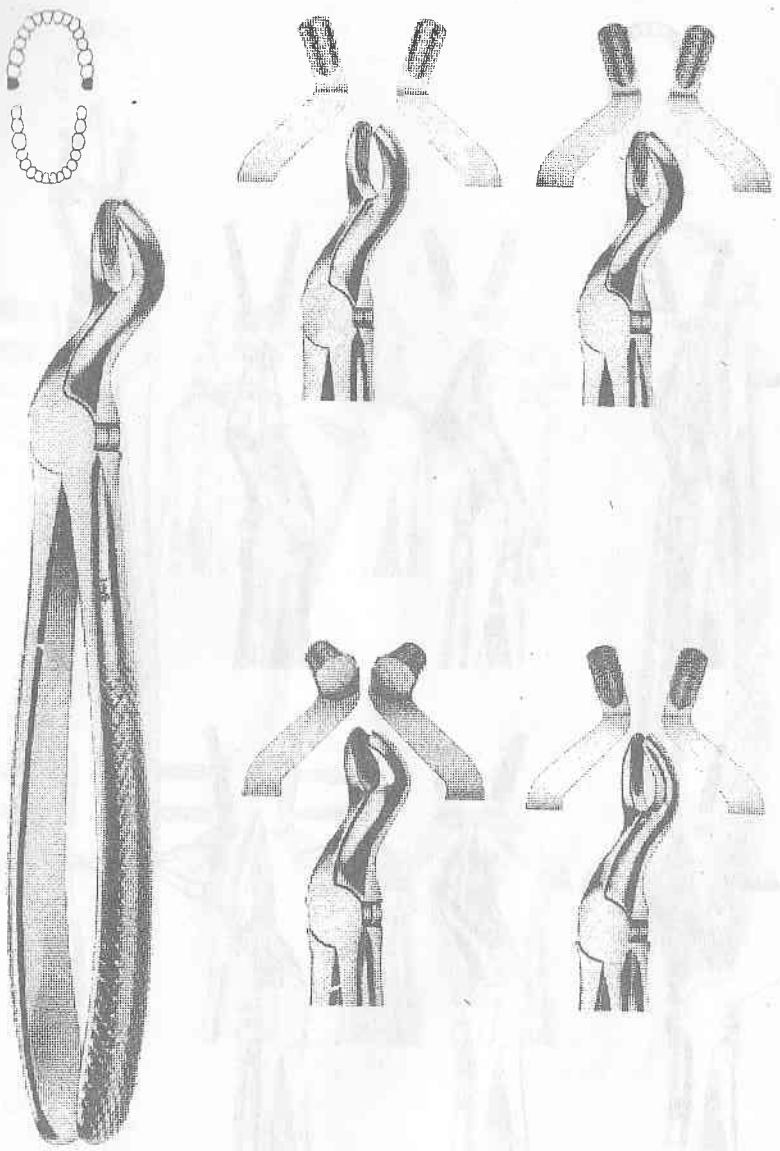
კბილის ამოღების შემდეგი ეტაპია კბილის ყელის გათავისუფლება ღრძილისაგან. ამ მიზნით იყენებენ კბილის რასპატორს. თიშავენ კბილის ირგვლივ იოგს, რის შემდეგ მაშის ნისკარტი ედება კბილის ყელზე ისე, რომ თავიდან ვიცილებთ ღრძილის დაზიანებას.

კბილის ამოღების შემდგომი ეტაპია მაშის ხელში სწორად დაჭერა. არსებობს მაშის ხელში დაჭერის სამი კლასიკური ხერხი. შეფის ხერხით (სურ. 43 b) მაშა დევს მეორე, მესამე და მეხუთე თითებზე, რომლებიც გარედან ეკვრიან მაშის ტარს და მიიზიდავენ მას ხელის გულზე. მეოთხე თითი მდებარეობს მაშის ტარებს შორის. პირველი თითი მდებარეობს საკეტის ქვევით ისე, რომ მისი რბილი ქსოვილები რამდენადმე ჩაღრმავებული იქნეს მაშის სახელურებს შორის და აფიქსირებდეს ცერისკენა სახელურის გარეთა კიდეს. მაშის ლოყები იხსნება მეოთხე თითის განზიდვით და იხურება მეორე, მესამე და მეხუთე თითების მოზიდვით. პირველი თითი ხელს უშლის მაშის ტარების არასასურველ პოზიციამდე დაახლოებას. კბილზე მაშის ფიქსაციის დროს მეოთხე თითი გამოაქვთ ტარებსშორისი სივრციდან და ათავსებენ მას მაშის ტარზე გარედან.

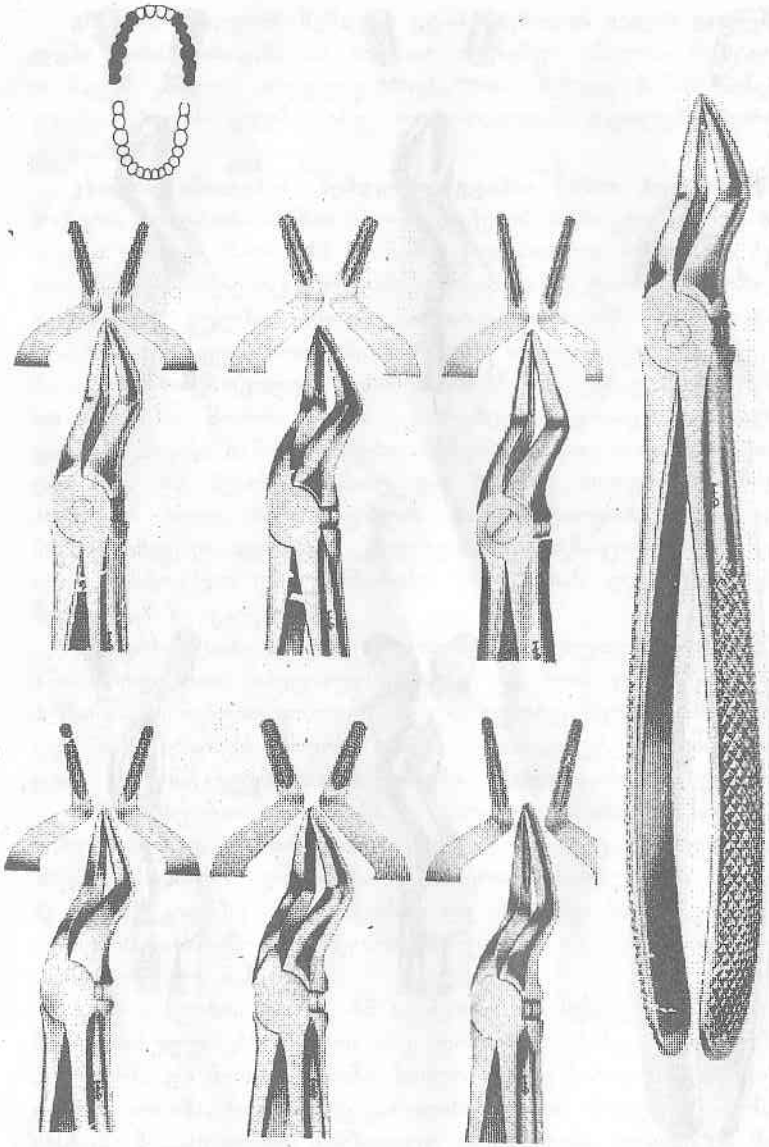
ამ ხერხის სახესხვაობა მდგომარეობს მეხუთე თითის პოზიციაში. ზოგიერთი სპეციალისტი თვლის, რომ უმჯობესი საწყის პოზიციაში მეხუთე თითიც, ისევე როგორც მეოთხე, მდებარეობდეს მაშის ტარებს შორის, ხოლო მაშის დაკეტვის შემდეგ ორივე თითი გადანაცვლებულ იქნეს მაშის ტარის გარეთა ზედაპირზე.

იანგის ხერხით (სურ. 43 a) პირველი თითი თავსდება მაშის ერთ მხარეზე, დანარჩენი კი მეორე მხარეზე. პირველი თითის შიგნითა მხარე თავსდება ერთ-ერთი სახელურის შესაბამის (გარეთა) კიდეზე. მაშის გახსნა და დახურვა ხდება ერთი მხრივ თითების სახსრებით და მეორე მხრივ ხელის გულითა და პირველი თითის რბილი ნაწილით.

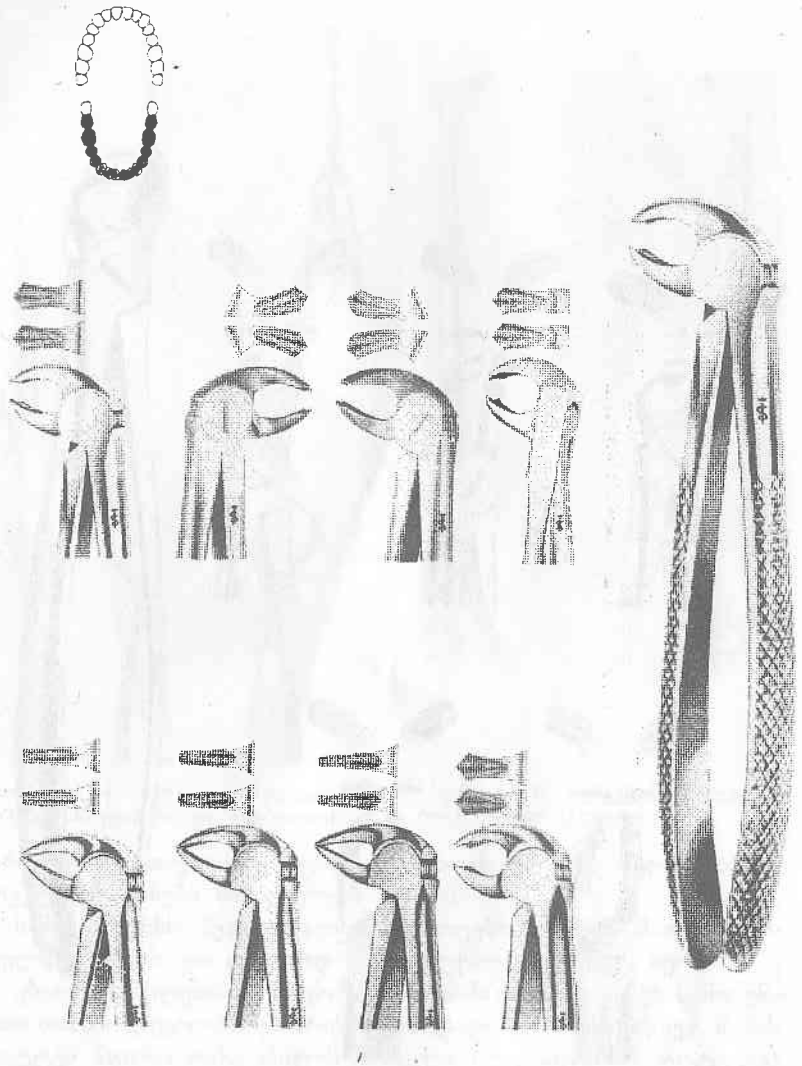
პარჩის ხერხით (სურ. 43 c) მეორე და მესამე თითი თავსდება მაშის სახელურებს შორის ისე, რომ ერთი სახელური დაიჭიროს პირველმა და მეორე თითმა, ხოლო მეორე სახელური მეოთხე და მეხუთე თითმა, რომლებიც გარედან ეკვრიან ამ უკანასკნელს. მაშა იხსნება მესამე თითის განზიდვით და იხურება მეოთხე და მეხუთე თითის მოზიდვით. მაშის დაკეტვის შემდეგ მესამე თითს გამოიღებენ სახელურთაშუა მიდამოდან და ათავსებენ სახელურზე



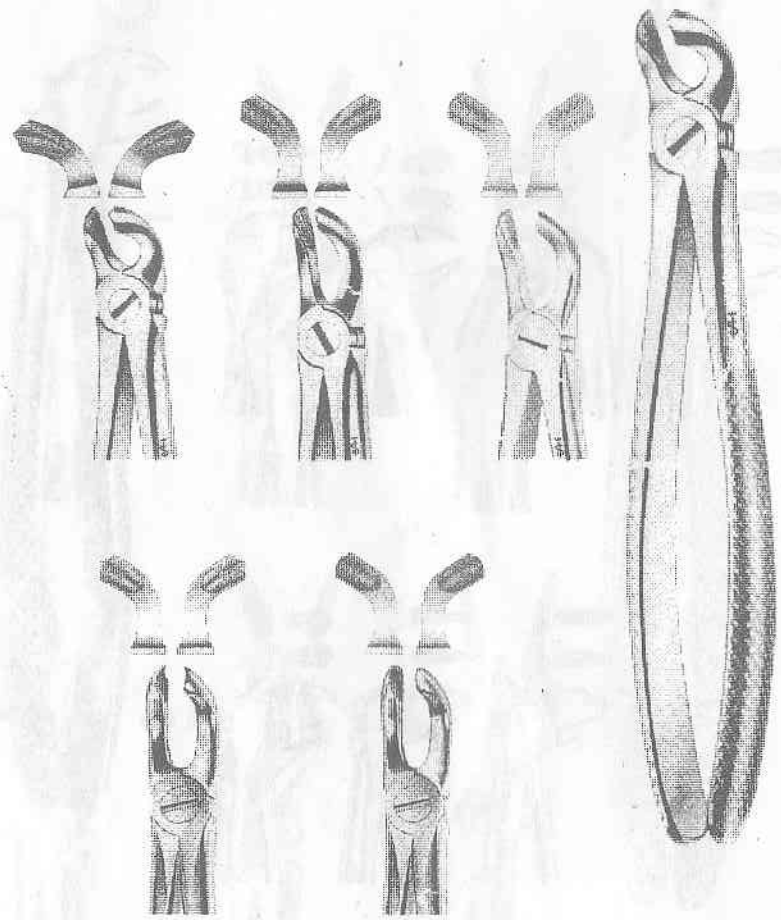
სურ. 38. ზედა სიბრძნის კბილის მაშები.



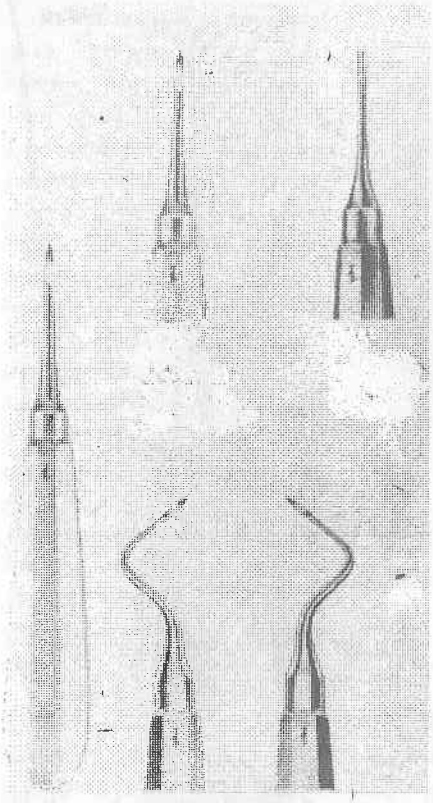
სურ. 39. ზედა კბილთა ფესვების მაშები.



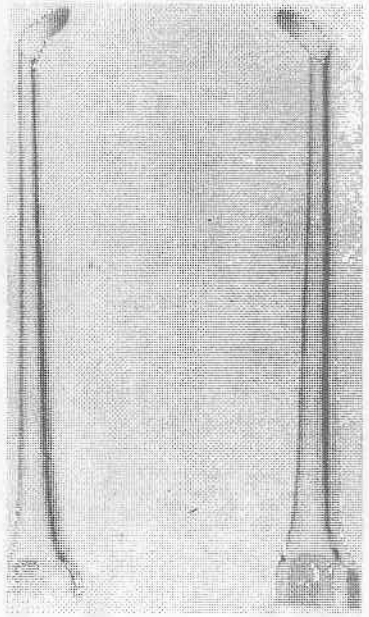
სურ. 40. ქვედა კბილების მაშები.



სურ. 41. ქვედა სიბრძნის კბილის მაშები.



სურ. 42 a. ბერკეტის (ელევატორის) ტიპები (პირდაპირი და გვერდითი).



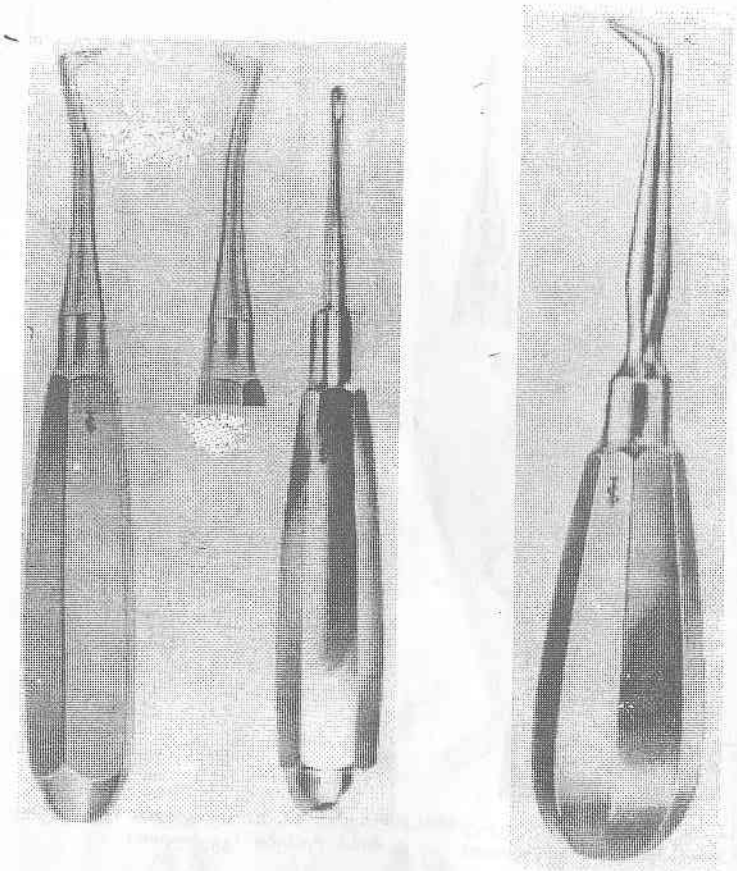
სურ. 42 b. ბერკეტის (ელევატორის) ტიპები (გვერდითი).

გარედან მეოთხე და მეხუთე თითებთან ერთად. მეორე თითი ყოველთვის რჩება სახელურებს შორის.

სამივე ხერხს ჰყავს თავისი მომხრეები, მაგრამ მათ შორის ყველაზე იოლი და ფართოდ გავრცელებულია შეფის ხერხი.

კბილის ამოღების შემდგომი ეტაპია მაშის გამოყენების მომენტთა თანამიმდევრობა. ეს არის მაშის დადება, მაშის წაწევა, მაშის დაკეტვა (ფიქსაცია), კბილის მორყევა (ლუქსაცია ან როტაცია) და კბილის ამოღება (ტრაქცია).

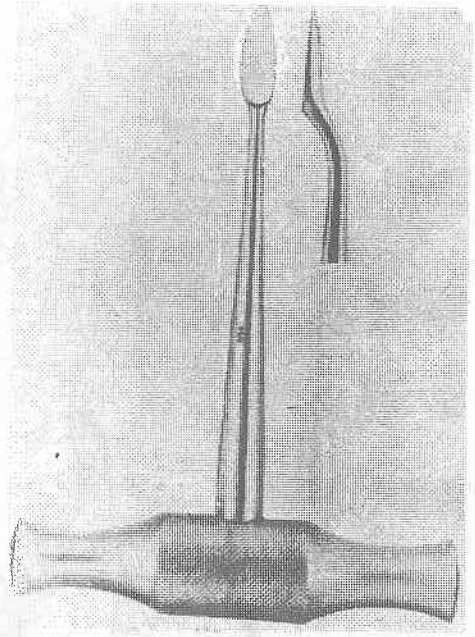
მაშის დადება უნდა განხორციელდეს ისე, რომ მაშის ნისკარტის ღერძი აუცილებლად უნდა ემთხვეოდეს კბილის ღერძს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ვითარდება კბილის ჩატეხვა.



სურ. 42 c. ბერკეტის (ელევატორის) ტიპები (გვერდითი და პირდაპირი).. სურ. 42 d. ბერკეტის (ელევატორის ტიპები (გვერდითი, ე.წ. „თხის ფეხი").

მაშის წაწევა ხდება ნახევრადდაკეტილ მდგომარეობაში, ღრძილქვეშ კბილის ყელის მიმართულებით კპილბუდის კიდემდე. წაწევა ხდება ზედა ყბაზე მაშის დაჭერი ხელის მოძრაობით, ქვედაზე კი — პირველი თითის დაჭერით მაშაზე საკეტის არეში. ყელის მიდამომდე მაშის წაწევა განაპირობებს მის კარგ ფიქსაციას. პაროდონტიტის დროს მაშის წაწევა ხდება უფრო ღრმად ფესვის არეში. კბილის გვირგვინის მთლიანად დაშლის შემთხვევაში მაშის ნისკარტს წაწევენ ღრძილის ქვეშ ალვეოლის კიდეზე 0,4-0,5 სმ სიღრმეზე.

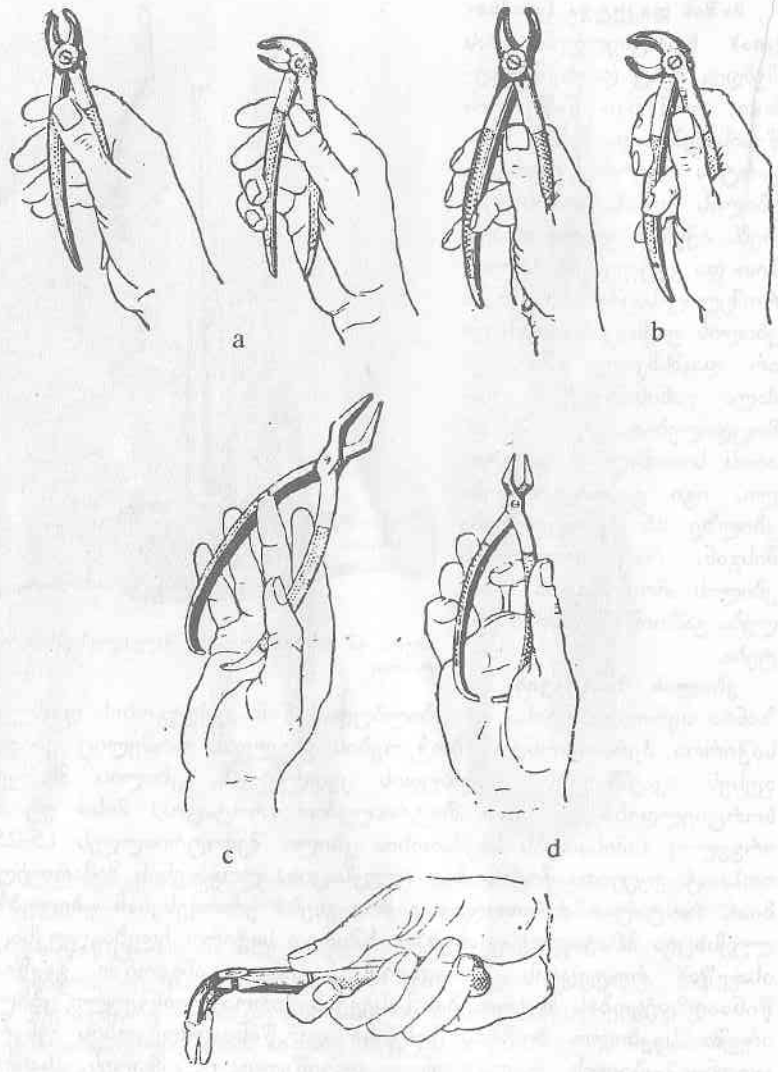
მაშის დაკეტვა (ფიქსაცია) ხორციელდება მას შემდეგ, რაც დავრწმუნდებით, რომ იგი წაწეულია წესისამებრ და მაშის ნისკარტის ღერძი ემთხვევა კბილის ღერძს. მაშის ტარებს იჭერენ ყველა თითებით და კეტავენ იმ ძალით, რომელიც საკმარისი იქნება კბილის ფიქსაციისათვის და არ დაამსხვრევს მას. ეს ძალა განისაზღვრება გამოცდილებით. თუ მაშა არ არის სათანადოდ დაკეტილი, იგი გადაადგილდება კბილზე ან ჩამოცურდება მისგან, რაც ართულებს კბილის ამოღებას ან შეიძლება გამოიწვიოს მისი მოტეხა.



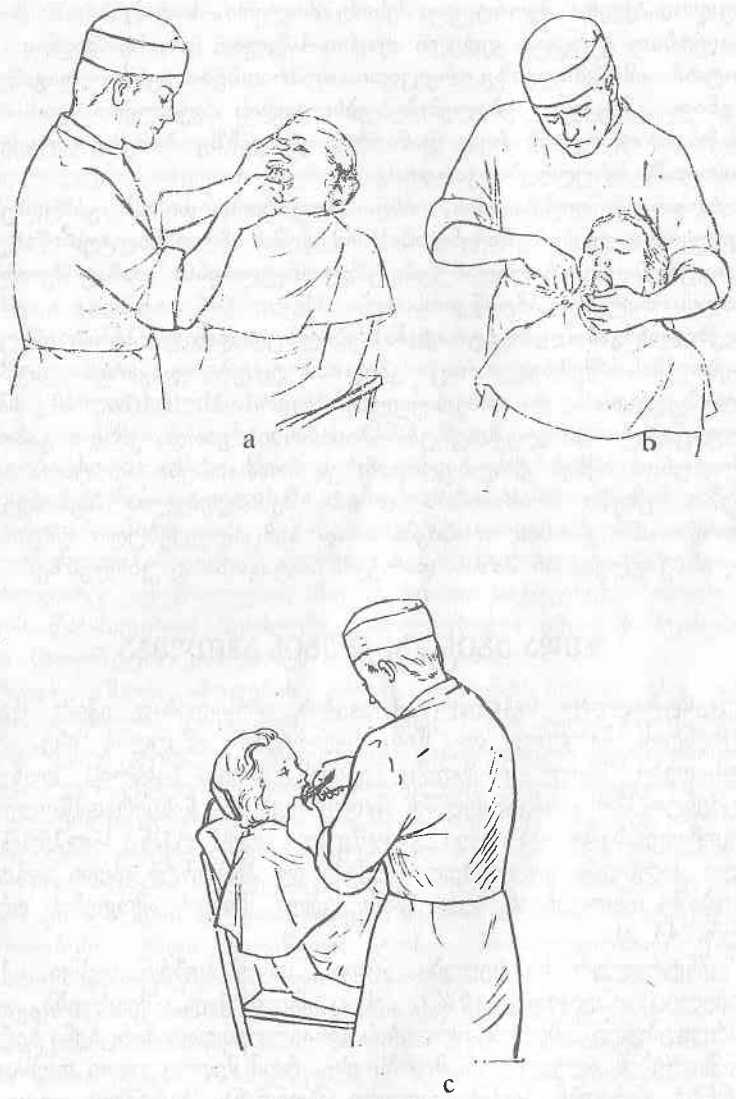
სურ. 42 e. ხიშტისებრი (ლეკლუზეს) ელევატორი.

კბილის მორყევის მიზანია პერიოდონტისა და კბილბუდის წინააღმდეგობის დაძლევა. საჭიროა პერიოდონტის ბოჭკოების გაგლეჯა, რომელიც კბილის ფესვს აკავშირებს კბილბუდის კედლებთან. კბილის მორყევა ხორციელდება ან მისი *მოტრიალებით (როტაცია)* მისი ღერძის ირგვლივ (ამისათვის საკმარისია კბილი შემოტრიალდეს 15-25^0-ით), ან *რყევითი მოძრაობით (ლუქსაცია)* ლოყა-ენის მიმართულებით. როტაცია ძირითადად გამოიყენება ერთფესვიან კბილებზე, ლუქსაცია მრავალფესვიანებზე. ხშირად საჭირო ხდება ლუქსაციისა და როტაციის შეთავსება. საჭიროა ანგარიში გაეწიოს წინააღმდეგობის შეგრძნებას; ასევე საჭიროა თითოეული კბილის არეში საკბილო მორჩის სისქისა და წინააღმდეგობის უნარის ცოდნა. კბილის რყევა უნდა დავიწყოთ იმ მხარეს, საითაც კბილბუდის კედელი უფრო თხელია და წინააღმდეგობაც შედარებით სუსტია.

როგორც ზედა, ისე ქვედა ყბაზე კბილბუდის გარეთა კედელი უფრო თხელია, ვიდრე შიგნითა. გამონაკლისს წარმოადგენს



სურ. 43. მაშის დაჭერის წესები: a — ცუნგის წესი; b — შეფის წესი; c — პარჩის წესი (გახსნის მომენტი); d — პარჩის წესი (დახურვის მომენტი); e — სიბრტყეში მოხრილი მაშის დაჭერის წესი.



სურ. 44. პაციენტისა და ექიმის მდებარეობა სხვადასხვა კბილის ამოღების დროს: a — ზედა ყბაზე; b — ქვედა ყბაზე მარჯვნივ c — ქვედა ყბის ფრონტალური და მარცხენა კბილები.

მხოლოდ ქვედა მეორე და მესამე მოლარი, სადაც ირიბი ხაზის წყალობით გარეთა კედელი უფრო სქელია, ვიდრე შიგნითა და ამიტომ ამ კბილებზე რყევითი მოძრაობები უნდა დავიწყოთ შიგნით. მეექვსე კბილების კბილბუდის კედლები თანაბარი სისქისაა ორივე მხარეს. დანარჩენ კბილებზე პირველი რყევითი მოძრაობა სრულდება გარეთ.

როგორც ლუქსაციის, ისე როტაციის დროს გამუდმებით თვალყური უნდა ვადევნოთ, რომ მაშა არ დასხლტეს წაწევის უკიდურესი წერტილიდან (ე.ი. კბილის ყელიდან), რამაც შეიძლება კბილის მოტეხა გამოიწვიოს.

კბილის გამოღება (ტრაქცია) კბილბუდიდან და პირის ღრუდან ხდება მას შემდეგ, რაც კბილის ფესვმა დაკარგა კავშირი კბილბუდესთან და თავისუფლად მოძრაობს მასში. ამ დროს როტაციული და ლუქსაციური მოძრაობის გარდა კბილი გამოწეული უნდა იქნეს კბილბუდიდან. ეს მოძრაობები არ უნდა იყოს უხეში. უხეში მოძრაობის დროს შესაძლებელია შემთხვევით ლორწოიანი გარსის არასაკმარისად განცალკევებული დიდი ნაწილის გაგლეჯა ან მაშის დარტყმა ანტაგონისტ კბილებზე.

ზედა ყბის კბილების ამოღება

ცენტრალური საჭრელი კბილების ამოსაღებად ექიმი დგება პაციენტის მარჯვნივ და წინ. სავარძელი აწეულია ისე, რომ ამოსაღები კბილი იმყოფება ექიმის მხრის სახსრის დონეზე. პაციენტი ზის სავარძელში მჯდომარე ან ნახევრადმწოლიარე მდგომარეობაში და თავი გადაწეული აქვს უკან. საოპერაციო ველი კარგადაა განათებული. ექიმი და პაციენტი ასეთ მდგომარეობაში იმყოფებიან ზედა ყბის ყველა კბილის ამოღების დროს (სურ. 44 ა).

ცენტრალურ საჭრელებს ერთი, კონუსისებრი ფესვი აქვთ, რომელიც იშვიათად (6%), ისიც მსუბუქად, შეიძლება იყოს გამრუდებული. კბილის ამოღების გასაიოლებლად მარცხენა ხელით აფიქსირებენ ალვეოლურ მორჩს ისე, რომ მეორე თითი თავსდება მორჩზე გარედან (ვესტიბულური მხრიდან), პირველი თითი კი სასის მხრიდან. ამოსაღებად იყენებენ ფართო ნისკარტიან პირდაპირ მაშას, რომელსაც ადებენ კბილზე ყელის მიდამოდან ღრძილის ქსოვილების აშრევების შემდეგ, წაწევენ მას ღრძილქვეშ ყელის

ქედამოში, სანამ არ შეიგრძნობენ ალვეოლური მორჩის კიდის წინააღმდეგობას. ამ მდგომარეობაში მაშას დაკეტავენ და ახდენენ როტაციულ მოძრაობას. იშვიათად როტაციული მოძრაობა არ არის საკმარისი, რის გამოც ახდენენ როგორც როტაციულ, ისე ლუქსაციურ მოძრაობებს. პირველი საჭრელის კბილბუდის გარეთა კედელი უფრო თხელია, ვიდრე შიგნითა, რის გამოც ლუქსაციური მოძრაობის დროს სიფრთხილეა საჭირო მისი დაზიანების თავიდან ასაცილებლად. კბილის მორყევის (ამოღრძობის) შემდეგ მსუბუქი მოძრაობით ხდება მისი გამოღება კბილბუდიდან (ტრაქცია).

ზედა გვერდით საჭრელებს აქვთ ერთი, გარდიგარდმო მიმართულებით შეჭყლეტილი ფესვი, მათი გვერდითი ზედაპირები უფრო ფართოა, ვიდრე ტუჩის და სასის ზედაპირები. იშვიათად (6%) გამრუდებულია, ზოგჯერ ფესვის ღერძი არ ემთხვევა კბილის ღერძს და ქმნის მასთან კუთხეს (30^0). ზედა გვერდითი საჭრელის ამოღება ხდება იმავე წესით, როგორც ცენტრალურის, ოღონდ მისი გვირგვინის და ყელის ნაკლები ზომების გამო იყენებენ ვიწრო ნისკარტიან პირდაპირ მაშას. პაციენტს თავი მსუბუქად აქვს მიბრუნებული ამოსაღები საჭრელის საწინააღმდეგო მხარეზე.

როგორც ცენტრალური, ისე გვერდითი საჭრელების ამოღების დროს წარმატებით შეიძლება გამოყენებული იქნეს ხიშტისებრი მაშა (ბაიონეტი) კონუსისებრი ნისკარტით.

ზედა ეშვის ამოღების დროს პაციენტს თავი ისე აქვს მოტრიალებული, რომ ამოსაღები კბილი წინ იყოს წამოწეული. ეშვის ფესვი გრძელია, მასიური და გამაგრებული უფრო მსხვილ ალვეოლურ კედლებში, ვიდრე საჭრელები. ეშვის ფესვები ოდნავ შეჭყლეტილია გვერდებიდან და 30 % შემთხვევაში აქვს ძლიერი გამრუდება. ამიტომ ეშვის ამოღების დროს ხმარობენ კომბინირებულ მოძრაობას — ლუქსაციას და როტაციას. იმის გამო, რომ ეშვის კბილბუდის გარეთა კედელი უფრო თხელია, როტაციული მოძრაობები უნდა დავიწყოთ ტუჩის მიმართულებით. ეშვის ამოსაღებად იყენებენ ფართო ნისკარტიან პირდაპირ მაშას.

ზედა მცირე ძირითადი კბილების ფესვები შეჭყლეტილი არიან წინა-უკანა მიმართულებით. პირველ მცირე ძირითად კბილებს აქვთ ერთი ფესვი, რომელიც 55% შემთხვევაში გაორკაპებულია (ლოყის და სასის) მიმართულებით, იშვიათად კი გაყოფილია სამად (ორი ლოყის და ერთი სასის), სასის ფესვი ღრმად მდებარეობს ძვალში. რაც უფრო მეტადაა გამოხატული პირველი პრემოლარის ლოყისკენა ბორცვი და რაც უფრო მეტადაა ის დახრილი ენის

ძხარეს. მით მეტადაა გამოხატული ფესვების გაყოფა. 6% შემთხვევაში აღინიშნება აღნიშნული კბილის ფესვის გამრუდება. მეორე პრემოლარის ფესვი კონუსისებრია, გვერდებიდან შეჭყლეტილი. 30% შემთხვევაში აღინიშნება ძლიერი გამრუდება. ფესვის გვერდით ზედაპირებზე არის გასწვრივი ღარები.

ზედა მცირე ძირითადი კბილების ამოსაღებად იყენებენ „S“-სებრ მაშას. იმის გამო, რომ პირველი პრემოლარების გაორკაპებული ფესვები საკმაოდ წვრილი და მტვრევადია, ზოგჯერ გამრუდებულიც, ხოლო კბილბუდის კედლები საკმაოდ მაგარი და სქელი, ამ კბილის ამოღება წარმოადგენს მნიშვნელოვან სიძნელეს. უხეში მოძრაობის დროს შეიძლება ფესვი ჩატყდეს. პირველი პრემოლარის ამოღების დროს ახდენენ ლუქსაციურ მოძრაობას (ამასთან, იმის გამო, რომ გარეთა კედელი უფრო თხელია, პირველი მოძრაობა წარმოებს ვესტიბულურ მხარეს), ხოლო მეორე პრემოლარის ამოსაღებად როტაციულს. კბილბუდიდან აღნიშნული კბილების გამოღება ხდება ქვევით და გარეთ.

ზედა დიდ ძირითად კბილებს (პირველი და მეორე მოლარი) აქვთ სამი ფესვი — ორი ლოყისკენა და ერთი სასისკენა. არაიშვიათად ფესვები მიმართული არიან სხვადასხვა მხარეს. დისტალური ფესვი ყველაზე მოკლეა. ლოყისკენა ფესვები შეჭყლეტილია გვერდებიდან, მოკლე და თხელია სასისკენასთან შედარებით. სასისკენა კონუსისებრია. ზოგჯერ აღინიშნება ფესვების გამრუდება, სხვა შემთხვევაში ადგილი აქვს ფესვების შეტყუპებას. პირველი მოლარის ფესვები უფრო გრძელია, ვიდრე მეორესი. ფესვების შეტყუპება და გამრუდებაც უფრო ხშირია მეორე მოლარში პირველთან შედარებით. ალვეოლური მორჩის გარეთა კედელი პირველი მოლარის არეში გასქელებულია ყვრიმალალვეოლის ქედის წყალობით.

ზედა პირველი და მეორე მოლარების ამოსაღებად იყენებენ ფართო ნისკარტიანი „S“-სებრ მაშას, რომელსაც ლოყისკენა მხარეს აქვს წვეტი. პაციენტის და ექიმის მარცხენა ხელის მდებარეობა ისეთივეა, როგორც საერთოდ ზედა ყბის კბილების ამოღებისას. პაციენტს თავი მიბრუნებული აქვს ამოსაღები კბილის საწინააღმდეგო მხარეს. პირველი და მეორე მოლარის ამოღება ხდება ლუქსაციური (რყევითი) მოძრაობით ლოყა-სასის მხარეზე. პირველი მოლარის ამოსაღებად პირველი მოძრაობა ხდება სასის მხარეზე, მეორე — ლოყის მხარეზე. როცა სასის ფესვი მნიშვნელოვნადაა დაცილებული ლოყის ფესვებისაგან, სიძნელეს ვაწყდე-

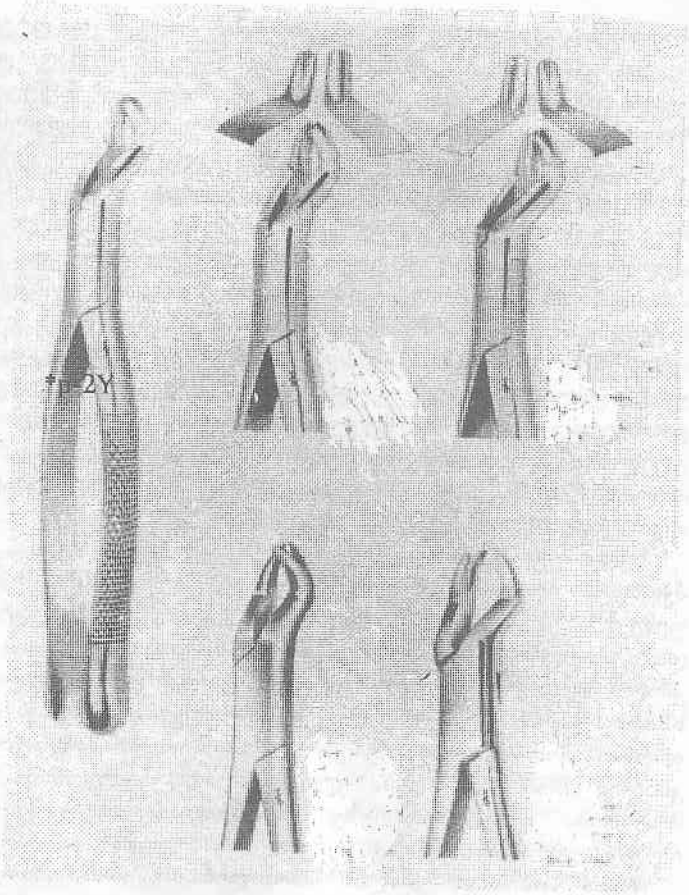
ობა მაშის წაწევისა და დაკეტვისას, რადგან დაკეტვის ცდის დროს იგი სხლტება. ამ დროს მაშას წაწევენ ღრმად, დააფიქსირებენ მარცხენა ხელის თითებით მაქსიმალურად წაწეულ მდგომარეობაში და შემდეგ თითების მოუშორებლად ახდენენ ლუქსაციურ მოძრაობებს. უფრო მოხერხებულია ასეთ შემთხვევაში ამერიკული მოდელის მაშების გამოყენება (სურ. 45). მათი ნისკარტები ისეა მოწყობილი, რომ იოლად ეგუება ასეთ კბილებს. აღნიშნული მაშის გაყოფილი ნისკარტი ედება ზედა მოლარის სასისკენა მხარეზე ისე, რომ მჭიდროდ ეკვრის სასისკენა ფესვს. მაშის მეორე — კონუსისებრი ნისკარტი თავსდება ლოყისკენა ფესვებს შორის. მაშის ღირსება ამასთან ერთად ისიცაა, რომ იგი ღრმად ედება ამოსაღებ კბილს, პრაქტიკულად არ ცურდება მისგან და ბევრად უფრო მნიშვნელოვანი ძალის განვითარების შესაძლებლობას იძლევა. აღნიშნული მაშის გამოყენებისას იშვიათია მოლარის გვირგვინის გადატეხა. მორყევის შემდეგ კბილი გამოაქვთ კბილბუდიდან ქვევით და გარეთ.

ზედა მესამე ძირითად კბილს (სიბრძნის კბილს) შეიძლება ჰქონდეს ორი, სამი და მეტი ფესვი, მაგრამ 90% შემთხვევაში ფესვები შეხორცებულნი არიან. 50% შემთხვევაში უფრო მოკლე და გამრუდებული არიან, ვიდრე წინა ორი მოლარის ფესვები. კბილს აქვს შედარებით პატარა გვირგვინი, რომელიც უფრო ხშირად გადახრილია ლოყისაკენ. ამოსაღებად იყენებენ მოკლე და ფართო, მომრგვალებულნისკარტიან ხიშტისებრ მაშას (ბაიონეტს). კბილის მორყევა ხდება ლუქსაციური მოძრაობით. პირველი მოძრაობა ლოყის მხარეზეა. საჭირო შემთხვევაში გადადიან როტაციულ მოძრაობაზე.

ზედა სიბრძნის კბილის ამოსაღებად წარმატებით იყენებენ ბერკეტს (პირდაპირი ელევატორი), განსაკუთრებით მაშინ, როცა კბილის გვირგვინი ნაწილობრივაა ამოჭრილი.

ქვედა ყბის კბილების ამოღება

ქვედა საჭრელ კბილებს ერთი ძალიან თხელი და პირდაპირი, გვერდებიდან შეჭყლეტილი ფესვები აქვთ. კბილბუდის გარეთა კედელი უფრო თხელია, ვიდრე შიგნითა. ავადმყოფი ზის სავარძელში ვერტიკალურ მდგომარეობაში, თავი მცირედაა დახრილი წინ (სურ. 44 ბ). მარცხენა ხელის პირველი თითით გადასწევენ ქვედა ტუჩს,



სურ. 45. ამერიკული მოდელის ზედა მოლარების მაშა.

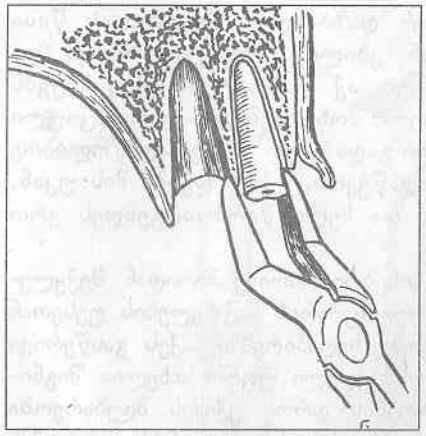
დანარჩენი თითებით და ხელისგულით აფიქსირებენ ნიკაპს. იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ თითების შეტანა პირში, სასურველია ქვედა ტუჩი გადავწიოთ შპადელით, დავადოთ მაშა კბილს, წავწიოთ და დავკეტოთ ის და ამის შემდეგ დავაფიქსიროთ ნიკაპი მარცხენა ხელით. ქვედა საჭრელების ამოღება ხდება გვერდზე მოხრილი ვიწრო ნისკარტიანი მაშით. ახდენენ როტაციულ მოძრაობას. საჭირო შემთხვევაში შეიძლება დაემატოს ლუქსაციაც — წინა-უკანა მიმართულებით. ეს უკანასკნელი უნდა

ჭატარდეს ფრთხილად, რათა არ დაზიანდეს კბილბუდის წინა თხელი კედელი. კბილბუდიდან კბილი გამოაქვთ ზევით და გარეთ. ზოგიერთი სპეციალისტი აქ უპირატესობას ანიჭებს პირდაპირ მაშას, რომლითაც უფრო მოხერხებულია როტაციული მოძრაობა. ამისათვის ავადმყოფი გადაჰყავთ ნახევრადმწოლიარე მდგომარეობაში თავის უკან გადაწევით, ექიმი დგება მის უკან, რათა კბილის გვირგვინი, მაშა და ხელი წარმოადგენდეს ერთ სწორ ხაზს.

ეშვებს ერთი გრძელი, კონუსისებრი, ორივე მხრიდან შეჭყლეტილი ფესვი აქვთ. ის უფრო ფართოც არის საჭრელების ფესვთან შედარებით. ეშვის ფესვს გვერდით ზედაპირებზე აქვს გასწვრივი ღარები. ეშვის ალვეოლის გარეთა კედელი უფრო თხელია შიგნითასთან შედარებით. ეშვის ამოღების დროს ექიმის მდებარეობა იგივეა, რაც საჭრელების შემთხვევაში, ოღონდ პაციენტს თავი აქვს ისე შეტრიალებული, რომ ამოსაღები კბილი წინ იყურებოდეს. კბილის ამოსაღებად იყენებენ უფრო ფართო ნისკარტიან, გვერდზე მოხრილ მაშას. აწარმოებენ როგორც როტაციულ, ისე ლუქსაციურ მოძრაობებს. კბილის გამოღება კბილბუდიდან ხდება ზევით და გარეთ. აქაც, ისევე როგორც საჭრელების შემთხვევაში, შეიძლება გამოყენებული იქნეს ზედა ყბის პირდაპირი მაშები.

ქვედა პირველი მცირე ძირითადი კბილის ფესვი სწორი, მომრგვალებული, გვერდებიდან ოდნავ შეჭყლეტილია — უფრო ზედა ნაწილში, გამრუდებულია 5% შემთხვევაში, ფესვების გაპობა — 16 % შემთხვევაში. მეორე პრემოლარის ფესვი უფრო კონუსური, მასიური და გრძელია პირველთან შედარებით. ფესვის გამრუდება აღინიშნება 26% შემთხვევაში, გაპობა 7%-ში. პრემოლარების ალვეოლის ლოყისკენა კედელი უფრო თხელია ენისკენასთან შედარებით, ზოგჯერ ორივე ერთნაირი სისქისაა. მცირე ძირითადი კბილების ამოღება ხდება ზუსტად ისე, როგორც ეშვის.

ქვედა დიდ ძირითად კბილებს აქვთ ორი ფესვი (მედიალური და დისტალური). ფესვები ბრტყელია, წინა ფესვი უფრო გრძელი და სქელია, არაიშვიათად რკალისებურად მოხრილია. უკანა ფესვი სწორია. ფესვები შეიძლება იყოს მოხრილი (30-50%), ზოგჯერ ძლიერ მოხრილი (2-3%). ფესვების შეზრდა აღინიშნება 1-3%-ში. ამ კბილთა კბილბუდეებს აქვთ სქელი და მაგარი კედლები. პირველ მოლარის ალვეოლას ენისკენა და ლოყისკენა კედლების სისქე თანაბარი აქვთ, მეორე მოლარის კბილბუდეს ლოყისკენა კედელი უფრო სქელი აქვს, ირიბი ხაზის წყალობით.



სურ. 46. ხიშტისებრი მაშით ზედა მრავალფესვიანი კბილის ფესვის ამოღება.

პაციენტისა და ექიმის მდებარეობა იგივეა, რაც წინა შემთხვევებში. ამოსაღებად იყენებენ ფართო ნისკარტიან გვერდზე ან ჰორიზონტალურ სიბრტყეში მოხრილ მაშებს. მაშის ნისკარტის წვეტები თავსდებიან კბილის ფესვთაშუა ღარში. კბილების მორყევა ხდება ლუქსაციური მოძრაობით. პირველი მოძრაობა პირველი მოლარისათვის იქნება ლოყის მხარეს, მეორე მოლარისათვის ენის მხარეს. მორყეული კბილი კბილბუდიდან გამოაქვთ ზევით და ლოყის მიმართულებით.

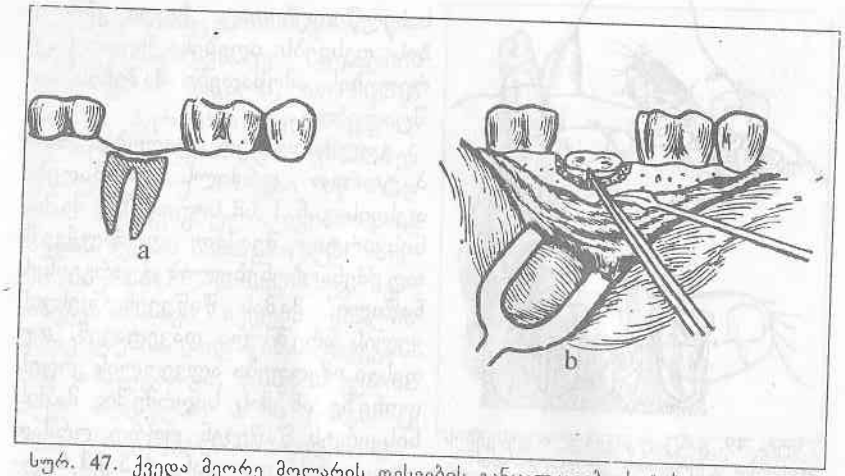
ქვედა მესამე დიდ ძირითად კბილს (სიბრძნის კბილი) ხშირად შეტყუპებული ან კონუსისებრი ფესვი აქვს, შეიძლება ჰქონდეს ორი ფესვი, რომლებიც ხშირად მოხრილი და უკან გადაწეული არიან. ზოგჯერ ამ კბილს სამი და მეტი ფესვი აქვს. მის კბილბუდეს შიგნითა (ენის) მხრიდან თხელი კედელი აქვს, გარედან ირიბი ხაზის წყალობით — სქელი.

მესამე მოლარის ამოღება ხდება ისევე, როგორც მეორესი. ძირითადად იყენებენ ჰორიზონტალურ მაშას ან ელევატორს (პირდაპირს, ლეკლუზეს). სიძნელეები იქმნება ამ კბილის ანომალიური ფორმისა და მდებარეობისაგან, განსაკუთრებით პირის გაღების შეზღუდვისას. კრიჭის შეკვრისას ან კბილის ნაწილობრივად ამოჭრის შემთხვევაში უფრო წარმატებით გამოიყენება ელევატორები.

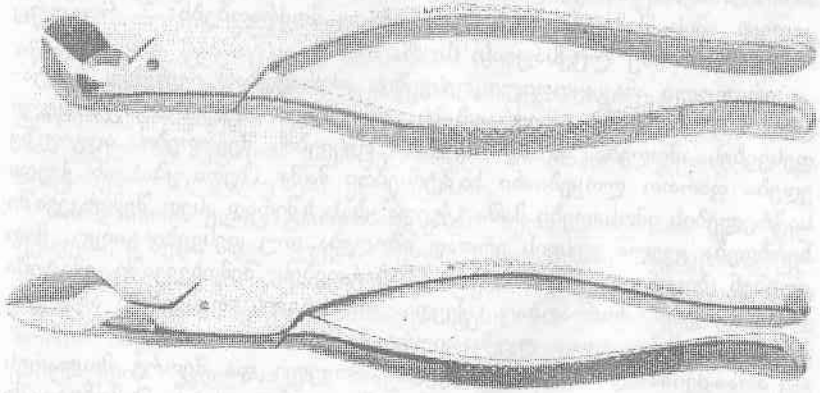
ქვედა მარჯვენა ძირითადი კბილების ამოღების დროს ექიმი შეიძლება დადგეს პაციენტის უკან ისე, როგორც ეს 44(c) სურათზეა ნაჩვენები.

კბილის ფესვების ამოღება

კბილის ფესვებს იღებენ სპეციალური მაშებით და ელევატორებით. თუ ამ გზით არ ხერხდება ფესვის ამოღება, მიმართავენ მისი ამოხერხვის ან ამოტეხვის ოპერაციას.

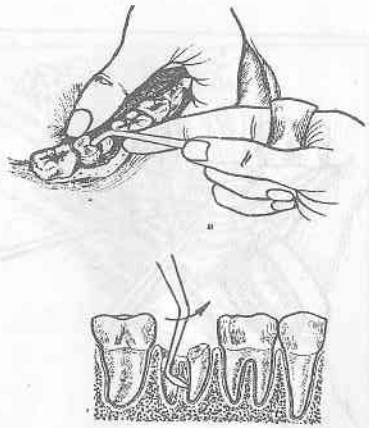


სურ. 47. ქვედა მეორე მოლარის ფესვების განცალკავება სატეხით.



სურ. 48. ევროპული მოდელის კბილის ფესვების გამყოფი მაშები: a — ქვედა ყბის მრავალფესვიანი კბილებისათვის; b — ზედა ყბის მრავალფესვიანი კბილებისათვის.

ფესვების ამოღება მაშებით. ფესვის ამოსაღებ მაშებს აქვთ ვიწრო, ერთმანეთთან შეხებაში მყოფი ნისკარტი. ზედა კბილების ფესვების ამოსაღებად იყენებენ პირდაპირ და ხიშტისებრ მაშებს. ეს უკანასკნელი ცნობილია აგრეთვე უნივერსალური მაშის



სურ. 49. განცალკავებული ფესვების ამოღება გვერდითი ელევატორით

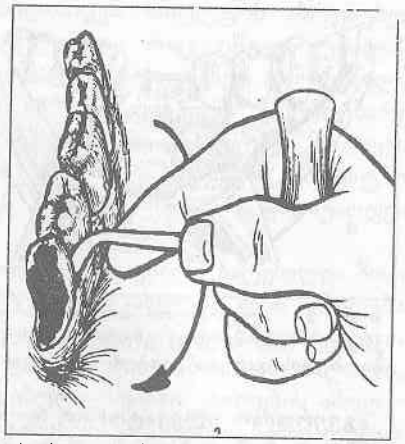
სახელწოდებითაც. ქვედა კბილების ფესვებს იღებენ ქვედა საჭრელების ამოსაღები მაშების საშუალებით.

გულმოდგინედ აცილებენ რასპატორით ღრძილს ამოსაღები ფესვისაგან 1 სმ სიღრმეზე. მაშის ნისკარტი შეაქვთ ღრძილქვეშ. თუ შენარჩუნებულია გვირგვინის ნაწილი, მაშას წაწევენ ფესვის ყელის არეში და დაკეტავენ. თუ ფესვი იმყოფება ალვეოლის კიდის დონეზე ან მის სიღრმეში, მაშის ნისკარტს წაწევენ უფრო ღრმად ალვეოლის კიდიდან, 4-5 მმ სიღრმეზე და დაკეტავენ მას ისე, რომ მაშის ნისკარტში კბილის ფესვთან ერთად მოექცეს კბილბუდის კიდეც. ამის შემდეგ ახდენენ მოსარყევ მოძრაობებს — როგორც როტაციას, ისე ლუქსაციას (სურ. 46).

ერთეული ან გაყოფილი ფესვების ამოსაღებად იყენებენ როტაციულ (ბრუნვით) მოძრაობებს. უფრო რთულია გაუყოფელი ფესვების ამოღება. ამ შემთხვევაში ფესვების შეერთების ადგილზე ედება ფართო ლოყებიანი ხიშტისებრი მაშა (ზედა ყბა) ან ქვედა საჭრელების ამოსაღები მაშა (ქვედა ყბა). ხშირად ასეთ შემთხვევაში ხერხდება ყველა ფესვის ერთად ამოღება. თუ ფესვები გაიყო, მათ იღებენ ბრუნვითი მოძრაობით. საჭიროების შემთხვევაში ემატება ლუქსაციური მოძრაობაც. ქვედა მოლარების ფესვების ამოღება ხერხდება ძირითადად ლუქსაციური მოძრაობით.

არაიშვიათად ზედა და ქვედა პირველი და მეორე მოლარის გაუყოფელი კბილების ამოღება ძნელდება. ასეთ შემთხვევაში ყოფენ ფესვებს ბორით ან სატეხით. თუ ბორი მოხვდა ფესვების შეერთების ადგილზე, იგი სწრაფად იბურღება, ბორი ხვდება სპონგიოზურ შრეში, საიდანაც ჩნდება სისხლი. თუ ბორი მოხვდა კბილის ფესვზე, მაშინ შეიგრძნობა უფრო ძლიერი წინააღმდეგობა და სისხლი არ ჩნდება. პირველი გახვრეტა ხდება მრგვალი ბორით, რომელიც შემდეგ იცვლება ფისურულით. ზედა მოლარების ფესვების გაყოფისას უპირატესობას აძლევენ ლოყის ფესვების გამოყოფას სასისკენა ფესვისაგან.

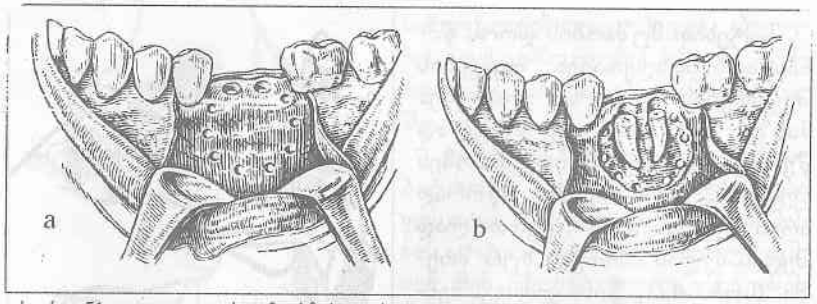
სატეხით მუშაობის დროს წინასწარ საზღვრავენ ფესვების შეერთების ადგილს, ათავსებენ მასზე პერპენდიკულარულად წვრილ სატეხს და გააპობენ ფესვებს. თუ სატეხი სწორად არის მოთავსებული, იგი იოლად შედის ძვლის სპონგიოზურ შრეში (სურ. 47), წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი ხვდება კბილის ქსოვილების დიდ წინააღმდეგობას. ამას გარდა, მაშების ევროპულ მოდელში არის როგორც ზედა, ისე ქვედა მრავალფესვიანი კბილების ფესვების გამყოფი მაშები (სურ. 48), რომლის ნისკარტს ადებენ კბილის ფესვებს შორის. მაშის ტარზე მოჭერა იწვევს ფესვების განცალკავებას. ფესვების განცალკავების შემდეგ იწყებენ მათ ცალ-ცალკე ამოღებას (სურ. 49).



სურ. 50. ქვედა სიბრძნის კბილის ამოღება ლეკლუზეს ელევატორით.

კბილებისა და კბილის ფესვების ამოღება ბერკეტით (ელევატორით). არსებული უამრავი კონსტრუქციის ელევატორებს შორის ყველაზე მეტადაა გავრცელებული პირდაპირი, გვერდითი და ხიშტისებრი (ლეკლუზეს) ელევატორი.

პირდაპირი ელევატორით იღებენ ზედა კბილების ერთეულ ფესვებს, ზედა და ქვედა მესამე მოლარებს, რეტენირებულ კბილებს, რკალგარეშე მდგომ კბილებს. ელევატორის სამუშაო ნაწილი (წვეტი) შეაქვთ ამოსაღებ ფესვს და კბილბუდის კედელს შორის ისე, რომ მისი გამოდრეკილი ნაწილი მიმართული იყოს კბილბუდის კედლისაკენ. ბოლო მოლარების ან რკალგარეშე მდგომი კბილების შემთხვევაში ელევატორის წვერი თავსდება მათსა და მათ მეზობელ კბილს შორის, ატრიალებენ ელევატორს თავისი გასწვრივი ღერძის გარშემო და ამოსაღები ფესვის თუ კბილის მორყევასთან ერთად უფრო ღრმად შეჰყავთ მისი წვეტი კბილბუდეში. დასაწყისში ელევატორის მოქმედება წააგავს სოლის მოქმედებას, მას შემდეგ კი, რაც იგი შეაღწევს კბილბუდეში 4-5 მმ სიღრმეზე, მისი მოქმედება ბერკეტისებრია, რომლის საყრდენს წარმოადგენს კბილბუდის კედელი. პერიოდონტის ბოჭკოები წყდებიან და ხდება ფესვის (კბილის) ამოღრძობა კბილბუდიდან.



სურ. 51. ალვეოლური მორჩის გარეთა კედელზე მრგვალი ბორით კეთდება ხვრელები, რომლებიც ერთდება ფისურული ბორით (a), რის შემდეგ იხსნება კბილბუდის გარეთა კედელი და თავისუფლდება მისადგომი ჩატეხილ ფესვთან.

გვერდითი ელევატორით იღებენ ქვედა ყბის კბილების ფესვებს. განსაკუთრებით ხელსაყრელია მისი გამოყენება ქვედა მოლარების განცალკავებული ფესვების ამოსაღებად. ქვედა ყბას აფიქსირებენ მარცხენა ხელით. ელევატორის წვეტი შეჰყავთ ამოსაღები ფესვის პერიოდონტში მეზობელი კბილის მხრიდან. ამ დროს ელევატორი მოქმედებს როგორც სოლი, გადაწევს რა ფესვს საწინააღმდეგო მხარეს, რითაც ფართოვდება სივრცე კბილბუდის კედელსა და ფესვს შორის. ელევატორის წვეტის კბილბუდეში ღრმად წაწევასთან ერთად მოატრიალებენ ელევატორს გასწვრივი ღერძის ირგვლივ. ამ დროს ის მოქმედებს როგორც ბერკეტი და აგდებს ფესვს კბილბუდიდან.

წინასწარ განცალკავებული ქვედა მოლარების ფესვების ამოსაღებად ელევატორის წვეტი შეჰყავთ ან ფესვებს შორის, ან ფესვსა და კბილბუდეს შორის და ზემოაღნიშნული წესით იღებენ ერთ ფესვს. ამის შემდეგ ამოღებული ფესვის ბუდეში შეაქვთ გვერდითი ელევატორის წვეტი და სახელურის ბრუნვითი მოძრაობით არღვევენ კბილთაშუა ძგიდეს და აგდებენ კბილს კბილბუდიდან.

კბილის ამოღება ხიშტისებრი (ლეკლუზეს) ელევატორით. იყენებენ ქვედა მესამე მოლარის ამოსაღებად. მისი გამოყენება შეიძლება აგრეთვე ქვედა ყბაზე სხვა კბილების ამოსაღებად, თუ ისინი მოცემულ შემთხვევაში დგანან კბილთა რიგის ბოლოს.

ქვედა ყბას აფიქსირებენ მარცხენა ხელით. ელევატორის წვეტი შეჰყავთ ამოსაღებ და მის წინმდებარე კბილებს შორის. ეს უკანასკნელი ასრულებს საყრდენის როლს. ელევატორი შეაქვთ რაც შეიძლება ქვევით, ისე, რომ მისი ბრტყელი ნაწილი

ძიმართული იყოს ამოსაღები კბილისაკენ. სახელურს აბრუნებენ ხან ერთი, ხან მეორე მიმართულებით, რაც იწვევს კბილის ამოგდებას ალვეოლიდან. სიფრთხილე უნდა იქნეს გამოჩენილი საყრდენი კბილის მიმართ, თუ ამ უკანასკნელის წინამდებარე კბილი არ არსებობს. ასეთ ვშემთხვევაში შეიძლება მოირყეს საყრდენი კბილი. კბილბუდიდან კბილის ამოგდების მომენტში სიფრთხილეა საჭირო, რათა ეს უკანასკნელი არ გადავარდეს ტრაქეაში (სურ. 50).

ღრმად მდებარე ფესვების ამოღება. თუ კბილი ჩატეხილია მისი ფესვის შუა მესამედში ან მწვერვალთან ახლოს, მისი ამოღება ზემოაღწერილი მეთოდებით ძნელია, ზოგჯერ კი შეუძლებელი. ზოგჯერ ძნელდება ფორმისა და მდებარეობის ანომალიანი, აგრეთვე მნიშვნელოვნად გამრუდებულფესვიანი კბილების ამოღება. ასეთ შემთხვევაში მიმართავენ ამოხერხვას, ბორის საშუალებით კბილბუდის გარეთა კედლის მოცილებას (ალვეოლოტომია). ატარებენ ტრაპეციულ ან ნახევარრკალოვან განაკვეთს ალვეოლური მორჩის გარეთა კედლის არეში ლორწოიან გარსზე სიგრძით 2-3 სმ. ააშრევებენ ლორწოიან-ძვლისზედაკანოვან ნაფლეთს და ფისურული ბორით გახერხავენ ალვეოლის გარეთა კედელს. ეს უკანასკნელი შეიძლება მოიხსნას მცირე ზომით ძვალსაკვნეტით ან ვიწრონისკარტიანი მაშით. გარეთა კედლის მოცილების შემდეგ ბორით ფესვსა და კბილბუდის გვერდით კედელს შორის ქმნიან ნაპრალს, სადაც შეაქვთ პირდაპირი ელევატორის წვეტი და ბერკეტისებრი მოძრაობით აგდებენ ფესვს.

ქვედა დიდი ძირითადი კბილების ფესვების ამოხერხვის დროს, იმის გამო, რომ ამ არეში ალვეოლის კედელი სქელია, მრგვალი ბორით ქმნიან ალვეოლის გარეთა კედელზე რამდენიმე ხვრელს. მათ აერთებენ ფისურული ბორით და ელევატორით ან რასპატორით აცილებენ ამოხერხილ ძვლოვან კედელს (სურ. 51). შემდეგ კბილის ფესვს იღებენ ისე, როგორც ეს აღწერილია ზემოთ.

ფესვის ამოღების შემდეგ საოპერაციო ველს ასუფთავებენ. ძვლის მახვილ კიდეებს აცილებენ ფრეზით, ამუშავებენ ანტისეპტიკური ხსნარით (ქლორჰექსიდინი, ბრაუნოლი). აშრევებულ ლორწოიან — ძვლისზედაკანოვან ნაფლეთს აბრუნებენ თავის ადგილზე და ამაგრებენ კეტგუტის ან აბრეშუმის ნაკერით.

კბილებისა და ფესვების ამოტეხვის ოპერაციას არსებობის ისეთივე უფლება აქვს, როგორც სხვა მეთოდებს, მაგრამ მისი გამოყენება მიზანშეწონილია მხოლოდ მაშინ, როდესაც სხვა

მეთოდები ან ვერ უზრუნველყოფენ კბილის ამოღებას, ან მათი გამოყენება რაიმე მიზეზის გამო არ ხერხდება. ამოტეხვის მეთოდი იხმარება შეკავებული ან ნახევრად შეკავებული კბილებისა და გამრუდებული ან ღრმად ჩატეხილი ფესვების ამოსაღებად. ამოტეხვის ოპერაციისათვის იყენებენ სატეხსა და ჩაქუჩს. სატეხი შეიძლება იყოს პირდაპირი და ღარისებრი. წინასწარ საჭიროა გატარდეს განაკვეთი და აშრევდეს რბილი ქსოვილები ძვლისაგან. ქვედა კბილების ან ფესვების ამოღებისას ქვედა ყბა უნდა იყოს დაფიქსირებული ასისტენტის ხელით. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ქვედა ყბის ამოვარდნილობა ან ტკივილები ქვედა ყბის სახსარში. თუ კბილთან ან მის ფესვთან მისადგომად ნაწილნაწილ, მოცილდეს მცირე ზომის ნატეხები, რათა თავიდან პორციობით, მოცილდეს მცირე ზომის ნატეხები, რათა თავიდან ავიცილოთ შემთხვევით დიდი ზომის ძვლის ჩამოხეთქვა. ჩვენების მიხედვით იყენებენ ნებისმიერი ფორმის სატეხს, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში უფრო ხელსაყრელია პატარა ღარისებრი სატეხის გამოყენება.

როგორც შეკავებული ან ნახევრადშეკავებული კბილების, ისე ფესვების ამოტეხვის დროს კბილთან ან ფესვთან მისადგომი არეს გათავისუფლების შემდეგ სატეხის წვეტს ათავსებენ კბილსა (ფესვსა) და ძვალს შორის და ჩაქუჩის ზომიერი დარტყმით ხდება სატეხის წაწევა და ერთდროული მისი ბერკეტისებრი მოძრაობით კბილის ან ფესვის ამოგდება.

ჭრილობის დამუშავება და მოვლა კბილის ამოღების შემდეგ

კბილის ამოღებისას ათვალიერებენ მას და როგორც კი დარწმუნდებიან, რომ იგი მთლიანადაა ამოღებული, იკვლევენ კბილბუდეს, იქ მდებარე ძვლის ნამსხვრევებს აცილებენ, ალვეოლის მახვილ კიდეს აშორებენ ძვალსაკვნეტით ან კოვზით. კბილბუდის ფსკერზე გრანულაციური ქსოვილის არსებობის შემთხვევაში აუცილებელია მისი მოცილება. ეს მანიპულაცია სიფრთხილით უნდა ჩატარდეს ზედა და ქვედა დიდი ძირითადი კბილების არეში, ვინაიდან ამ შემთხვევაში იქმნება ერთი მხრივ ზედა ყბის წიაღის პერფორაციის, მეორე მხრივ კი ქვედა ყბის არხის და იქ არსებული სისხლძარღვოვან-ნერვული კონის დაზი-

ანების შესაძლებლობა. შემდეგ ათვალიერებენ ღრძილს, რომელსაც მნიშვნელოვანი დაზიანების შემთხვევაში ადებენ ნაკერებს. კბილბუდის შიგნითა და გარეთა კედლებს უჭერენ თითებს მარლის საშუალებით, რაც აახლოებს ერთმანეთთან ღრძილის კიდეებს და კბილბუდის კედლებს აბრუნებენ საწყის მდგომარეობაში. ამის შემდეგ ჭრილობაზე ათავსებენ ერთ ან რამდენიმე მარლის სტერილურ ბურთულს, რომელსაც პაციენტი მჭიდროდ ჩაკბეჩს მოპირდაპირე ყბის კბილებით. ეს მანიპულაცია ხელს უწყობს სისხლის უფრო სწრაფ შედედებას და კბილბუდეში სისხლის კოლტის ჩამოყალიბებას. 15-20 წუთის შემდეგ მარლის ბურთული შეიძლება მოცილდეს. ოპერაციის დღეს გამოსავლები არ ენიშნებათ. არ არის რეკომენდებული 3 საათის განმავლობაში საკვების მიღება. არ შეიძლება ცხელი საკვებისა და სითხის, აგრეთვე სითბური პროცედურების გამოყენება, მძიმე ფიზიკური შრომა. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება დაზიანდეს სისხლის კოლტი და განვითარდეს სისხლის დენა.

ოდონტოგენური ანთებითი პროცესების დროს (პერიოდონტიტი, პერიოსტიტი, ოსტეომიელიტი) „მიზეზობრივი“ კბილის ამოღების შემთხვევაში, მაშინვე ენიშნებათ პირის ღრუს გამორეცხვა რომელიმე ანტისეპტიკური ხსნარით (კალიუმის პერმანგანატი — 1:1000, ნატრიუმის ბიკარბონატი — 1-2%) კბილბუდის ჩირქოვანი გამონადენისაგან გაწმენდის მიზნით.

ჭრილობის შეხორცება კბილის ამოღების შემდეგ. ჭრილობის შეხორცება იწყება კბილის ამოღებისთანავე. კბილის ამოღებას თან ახლავს სისხლის დენა ალვეოლისა და ღრძილის დაზიანებული სისხლძარღვებიდან. 2-5 წუთში სისხლძარღვთა სპაზმისა და თრომბოზის წყალობით სისხლის დენა წყდება და კბილბუდე ივსება სისხლის კოლტით. იგი ასრულებს ბიოლოგიური ნახვევის როლს, რომელიც იცავს კბილბუდეს პირის ღრუს მიკროფლორისაგან. კბილის ელასტიკური ირგვლივი იოგის შევიწროების წყალობით, რაც კბილის ამოღებისთანავე იწყება, ღრძილის კიდეები თანდათანობით უახლოვდება ერთმანეთს, მცირდება სისხლის კოლტის ზედაპირი. პარალელურად მიმდინარეობს ჭრილობის ეპითელიზაცია ღრძილის ეპითელისაგან. ეპითელიზაციის ნიშნები ვლინდებიან კბილის ამოღებიდან უკვე მესამე დღეზე. 15-20 დღეში მთავრდება ღრძილის კიდეების დაახლოება და

ეპითელიზაცია. ერთდროულად მიმდინარეობს სისხლის კოლტის ორგანიზაცია. მე-3-4 დღეზე იწყება და მე-14 დღეზე მთავრდება კბილბუდის ამოვსება გრანულაციური ქსოვილით, რომელიც ჩაიზრდება სისხლის კოლტში პერიფერიიდან (კბილბუდის კედლები, სუბეპითელური შრე). იწყება ოსტეოიდური ქსოვილის წარმოქმნა. კბილის ამოღებიდან 1 თვის შემდეგ კბილბუდე ამოვსილია ღრუბლისებრი ძვლით, 3-4 თვის შემდეგ კი — მომწიფებული ძვლოვანი ქსოვილით.

გაძვალების პარალელურად მიმდინარეობს კბილბუდის კიდეების გაწოვა. მცირდება ალვეოლის კიდის სიმაღლე და სისქე კბილის ფესვის სიგრძის 1/3-ით.

ინფიცირებული ალვეოლის ან სისხლის კოლტის არარსებობის შემთხვევაში გახანგრძლივებულია შეხორცების ვადები. შენელებულია როგორც ეპითელიზაციის, ისე ოსტეოიდური ქსოვილის განვითარება. ეს ეხება პირველ თვეს. მეორე თვის დასაწყისიდან განსხვავება ინფიცირებული და არაინფიცირებული ჭრილობების შეხორცებაში არ შეინიშნება.

კბილის ამოღებასთან დაკავშირებული გართულებები

გართულებები, რომლებიც დაკავშირებულია კბილის ამოღებასთან, შეიძლება იყოს ზოგადი და ადგილობრივი ხასიათის. ზოგადი ხასიათის გართულებები (გულის წასვლა, კოლაფსი, შოკი) ისეთივეა, რაც ადგილობრივი გაუტკივარების დროს. მათ შესახებ ლაპარაკია შესაბამის თავში. ადგილობრივი გართულებები შეიძლება განვითარდეს კბილის ამოღების დროს ან ამოღებიდან დროის სხვადასხვა მონაკვეთში.

კბილის მოტეხვა ადგილობრივი ხასიათის გართულებებიდან ყველაზე ხშირია. კბილის გვირგვინის ან ფესვის მოტეხილობის მიზეზებია: კბილის ამოღების ცალკეული მომენტების ტექნიკურად არასრულყოფილი შესრულება, კბილის მაგარი ქსოვილების მნიშვნელოვანი დაშლა კარიესული პროცესით, კბილის ფესვის აგებულების ანატომიური თავისებურებები (ძლიერი გამრუდება, თხელი, მყიფე ფესვები, სქელი ან სკლეროზირებული კბილთაშუა ძგიდეების არსებობა).

კბილის ამოღების ყველაზე ხშირი ტექნიკური დარღვევებია მაშის ნისკარტის არასრული წაწევა, არასწორი დაკეტვა, ექიმის აჩქარება და მისი ხელების მკვეთრი მოძრაობები კბილის მორყევის დროს, ძლიერი და უხეში ძალის გამოყენება.

გადატეხილი კბილი ან ფესვი აუცილებლად უნდა იქნეს ამოღებული. სასურველია ეს მოხდეს მაშინვე. ეს კეთდება ერთ-ერთი ზემოაღწერილი წესით. არ არის მიზანშეწონილი მაშის ნისკარტის ღრმად წაწევა პერიოსტეუმის ქვეშ კბილბუდეზე და ფესვის ჩატეხილ ფრაგმენტთან ერთად კბილბუდის კედლების მოცილებაც. უმჯობესია კუთხოვანი ან ტრაპეციული განაკვეთით ლორწოიან-ძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთის აშრევება, ბორით კბილბუდის გარეთა კედლის მოხსნა და კბილის ფესვის დარჩენილი ფრაგმენტის მოცილება წვრილი, პირდაპირი ელევატორით ან კბილის რასპატორით.

შესაძლებელია ფესვის ჩატეხილი მწვერვალის ამოღება არხის გამაფართოებელი ინსტრუმენტით, რომელსაც ჩახრახნიან არხში და ამოიღებენ ფესვის მწვერვალს.

მეზობელი კბილის მოტეხვა ან ამოვარდნა ვითარდება ელევატორით მუშაობის დროს, როდესაც ამ კბილს იყენებენ საყრდენად. უფრო ხშირად ვარდება ცალკე მდგომი კბილები. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა კბილის ამოღების დროს განუწყვეტლივ ყურადღების ქვეშ იყოს მეზობელი კბილი ან მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითი მოვათავსოთ ერთდროულად ამოსაღები და მეზობელი კბილების გვირგვინებზე, რითაც იოლად შევიგრძნობთ მოსალოდნელ გართულებას. არასრული ამოვარდნილობის დროს კბილს აბრუნებენ კბილბუდეში, აფიქსირებენ მავთულოვანი არტაშანით და პერიოდულად აკონტროლებენ მის მდგომარეობას როგორც რენტგენოლოგიურად, ისე ელექტროაგზნებადობის ზღურბლის გამოკვლევით პულპის სიცოცხლისუნარიანობის დასადგენად; სრული ამოვარდნილობის დროს კბილის არხებს აბჟენენ ცემენტით და ახდენენ რეპლანტაციას.

ანტაგონისტი კბილის მოტეხილობა ვითარდება კბილის სწრაფი და არასწორი ამოღების დროს. ძირითადად ზიანდება ზედა ყბის კბილები ქვედა ყბაზე მუშაობის დროს. შეიძლება ჩამოტყდეს გვირგვინის ან მინანქრის ნაწილი. თუ კბილი კარიესულია ან დაბჟენილი, შეიძლება გვირგვინი მთლიანად დაიშალოს. აღნიშნული გართულების თავიდან ასაცილებლად კბილის მორყევის შემდეგ მისი ბუდიდან გამოღება უნდა ხდებოდეს მშვიდი

მოძრაობებით და უფრო გარეთ, ვიდრე ზევით (ქვედა ყბაზე) ან ქვევით (ზედა ყბაზე).

მეზობელი კბილის მოტეხვა ან ამოვარდნა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე მაშის არასწორად დადებამ, როცა მაშის ნისკარტში ექცევა ამოსაღები და მეზობელი კბილის გვირგვინები. ეს გართულება უფრო მოსალოდნელია ძირითად კბილებზე და ადგილი აქვს ნაკლებად გამოცდილი სპეციალისტის ხელში.

ქვედა ყბის მოტეხილობა ვითარდება მაშინ, როდესაც მაშის ნისკარტი ღრმად არის წაწეული, ადევს კბილბუდეს და გამოიყენება უხეში ძალა, აგრეთვე ელევატორით ან სატეხით უხეში მუშაობის დროს. მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური პროცესების (ოსტეომიელიტი, ტუბერკულოზი, სიმსივნური წარმონაქმნი) არსებობის დროსაც.

კბილის ამოღების დროს განვითარებული ქვედა ყბის მოტეხილობის გამოცნობა ხშირად დროულად არ ხერხდება. არსებული გაუტკივარება ნიღბავს აღნიშნულ გართულებას, ხოლო ავადმყოფის ჩივილები განმეორებითი მომართვისას ხშირად მიეწერება ინფექციურ-ანთებითი პროცესის განვითარებას. ასეთ შემთხვევაში საუკეთესო სადიაგნოსტიკო საშუალებაა პირდაპირი დატვირთვის სიმპტომი, რომელიც ახალი მოტეხილობის დროს ყოველთვის დადებითია.

ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს ზედა დიდი ძირითადი კბილების ამოღების დროს. ამ დროს მორჩთან ერთად შეიძლება მოტყდეს ზედა ყბის ბორცვი. ტრავმა შეიძლება თანდართული იყოს ზედა ყბის წიაღის გახსნით ან გაუხსნელად. აღნიშნული გართულების თავიდან ასაცილებლად კბილის მოსარყევი მოძრაობები უნდა შესრულდეს, ძალის თანდათანი მატებით. თუ მოტეხილი ალვეოლური მორჩის კავშირი რბილ ქსოვილებთან შენარჩუნებულია, კეთდება მავთულოვანი არტაშანი ყბათაშორისი გაჭიმვით (ინტერმაქსილური ფიქსაცია). თუ მოტეხილი ალვეოლური მორჩი გაშიშვლებულია და მას კავშირი აღარ აქვს ძვალთან, მოტეხილ ფრაგმენტს იღებენ და ჭრილობას კერავენ ყრუდ.

უფრო ხშირია ალვეოლური მორჩის მცირე უბნების მოტეხილობა. იმის გამო, რომ კბილის ამოღების შემდეგ ალვეოლური მორჩის კიდე ისედაც განიცდის ნაწილობრივ ატროფიას, ასეთ მცირე დაზიანებას არ აქვს მნიშვნელობა.

ქვედა ყბის ამოვარდნილობას ადგილი აქვს პირის ღრუს ჭარბად გაღების დროს, აგრეთვე ქვედა ძირითადი კბილების ამოღებისას ქვედა ყბაზე მაშით ან ელევატორით ზედაწოლის შემთხვევაში და სატეხითა და ჩაქუჩით მუშაობის დროს. აღნიშნული გართულების თავიდან ასაცილებლად ქვედა კბილების ამოღების დროს ქვედა ყბა უნდა დავაფიქსიროთ მარცხენა ხელით. ქვედა ყბის ამოვარდნილობის კლინიკა და მკურნალობა აღწერილია სათანადო თავში.

ღრძილისა და პირის ღრუს რბილი ქსოვილების დაზიანება ექიმის უყურადღებო და უხეში მუშაობის შედეგია. თუ კბილის ამოღების წინ კბილის ყელისაგან ღრძილი არ იქნა კარგად მოცილებული, იგი იგლიჯება. თუ მაშის ნისკარტი შეტანილი არ იქნა ღრძილქვეშ და დადებული იქნა ღრძილზე, ხდება მისი გაგლეჯა.

ელევატორით მუშაობის დროს შეიძლება იგი აცდეს სამუშაო არეს და გამოიწვიოს ენის, სასის, ლოყის, პირის ფსკერის დაზიანება. დაზიანების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა სიფრთხილე, კბილის ამოღების წესების დაცვა, ელევატორით მუშაობის დროს ამოსაღები კბილის არეში ალვეოლური მორჩის დაფიქსირება მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით.

დაზიანებული ქსოვილები იკერება არსებული წესით.

კბილის ან მისი ფესვის გადავარდნა ყბის ირგვლივ რბილ ქსოვილებში უფრო ხშირია ქვედა მესამე მოლარის, უფრო იშვიათი ზედა მესამე მოლარის ამოღების დროს. აღნიშნული კბილების (განსაკუთრებით ქვედა მესამე მოლარის) ალვეოლის შიგნითა კედლები თხელია; მით უმეტეს, თუ იგი კიდევ უფრო გათხელებული ან დასუსტებულია პათოლოგიური პროცესისაგან. ელევატორით მერვე კბილის ამოღების დროს თუ ალვეოლური მორჩი არ არის დაფიქსირებული თითით, კბილბუდის შიგნითა კედელი შეიძლება გატყდეს და კბილმა გადაინაცვლოს რბილ ქსოვილებში პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის ქვეშ ენის მხარეს, ენისქვეშა მიდამოში ან იშვიათად ყბისქვეშა მიდამოში.

ლორწქვეშა მიდამოში გადანაცვლებული კბილის აღმოჩენა იოლია. იგი შეიგრძნობა ამ არეს პალპაციის დროს. სხვა შემთხვევაში საჭიროა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. რბილი ქსოვილებიდან კბილის ამოღება ხდება ოპერაციული გზით.

კბილის ან მისი ფესვის ასპირაცია ხდება ექიმის უხეში და უყურადღებო მუშაობის დროს. კბილის ასპირაციამ შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქი გზების დახშობა (ობტუოაცია). გარდა

სუნთქვის გაძნელებისა, შეიძლება განვითარდეს ასფიქსია. ასეთ შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა გაკეთდეს ტრაქეოტომია, შემდგომში კი უცხო სხეულის ამოღება.

კბილის გადაყლაპვის დროს რაიმე სერიოზული გართულებები არ ვითარდება.

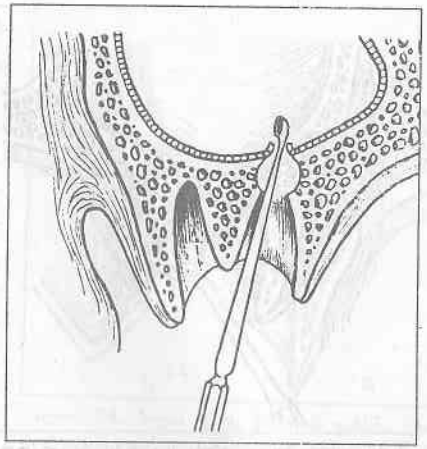
ზედა ყბის წიაღის გახსნა (ფსკერის პერფორაცია) შეიძლება განვითარდეს ზედა მცირე და დიდი ძირითადი კბილების ამოღების დროს. წიაღის გახსნა შეიძლება იყოს ექიმის დაუდევარი მუშაობის შედეგი და იგი შეიძლება განვითარდეს კბილის ამოღების ტექნიკაში რაიმე შეცდომის დაშვების გარეშეც. ერთი სიტყვით. წიაღი იხსნება მაშინ, როდესაც ძვალზე წიაღის ფსკერის არეში არსებობს პათოლოგიური პროცესი და მაშინაც, როდესაც ეს უბანი ჯანმრთელია.

პათოლოგიურ პროცესებს (ქრონიკული მწვერვალოვანი პერიოდონტიტი, ოსტეომიელიტი, ოდონტოგენური კისტა, სიმსივნე) შეუძლიათ წიაღის ფსკერის დარღვევა და მისი ინფიცირება. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ზედა ყბის წიაღის დაავადების რომელიმე ფორმასთან. კბილის ამოღება (უფრო ხშირად მეექვსე და მეშვიდე კბილი, უფრო იშვიათად მერვე და კიდევ უფრო იშვიათად მეხუთე და მეოთხე) ამ დროს ხსნის წიაღის ფსკერს, რომელიც ფაქტიურად უკვე გახსნილია. ასეთ შემთხვევაში სათანადო გამოკვლევებით დგინდება დაავადების ფორმა და ტარდება სათანადო მკურნალობა.

ზედა ყბის ჯანმრთელი წიაღისა და მისი ნორმალური ფსკერის არსებობის დროს წიაღი შეიძლება გაიხსნას მოულოდნელად და იგი გამოწვეულია წიაღის ფსკერის ანატომიური თავისებურებებით: ზოგჯერ ძირითადი კბილების ფესვის მწვერვალებსა და წიაღის ფსკერს შორის ძალზე თხელი ძვლოვანი შრეა (0,2-1 მმ), ზოგჯერ წიაღის ძვლოვანი ფსკერი საერთოდ არ არსებობს და კბილის ფესვები დაფარულია წიაღის ლორწოიანი გარსით. ზოგჯერ ფესვები შესული არიან წიაღში. სხვა შემთხვევაში წიაღის ფსკერი დარღვეულია პათოლოგიური პროცესით, მაგრამ წიაღი დაცულია ჯანმრთელი ლორწოიანი გარსით. ამ შემთხვევებში ზედა ყბის წიაღი იხსნება წიაღის ლორწოიანი გარსის გაგლეჯის გამო, რაც კბილის გაურთულებელი ამოღებით არის გამოწვეული.

წიაღი შეიძლება გაიხსნას კბილის ტრავმული ამოღების დროს. სატეხისა და ელევატორის უხეში, დაუკვირკებელი ხმარება,

კბილბუდის გამოკვლევა კოვზით ან ზონდით იწვევს წიაღის გახსნას (სურ. 52).

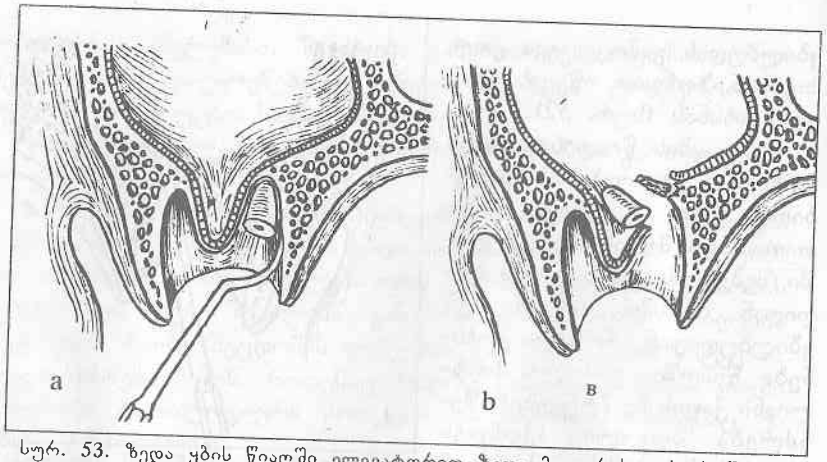


სურ. 52. ზედა ყბის წიაღის პერფორაცია კოვზით ზედა მოლარის სასისკენა ფესვის კიურეტაჟის დროს.

ზედა ყბის წიაღის გახსნის ნიშნებია: ცხვირ-პირის დადებითი სინჯი (ცხვირის ორი თითით დახშობისა და ცხვირში შებერვის ცდის დროს ბუდიდან მოისმის სტვენა და კბილბუდიდან, რომელიც იხსნება წიაღში, გამოდის სისხლიანი ქაფის ბუშტუკები), შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ცხვირის შესაბამისი ნესტოდან სისხლის დენას; წიაღის ჩირქოვანი ანთების დროს ბუდიდან აღინიშნება ჩირქოვანი გამონადენი; პირის გამორეცხვის დროს ადგილი აქვს ცხვირიდან წყლის გამოდენას; ჯანმრთელ მხარეზე ნესტოზე ხელის დაჭერისას და პირის გაბერვის დროს დაავადებული მხარის ნესტოდან გამოდის ჰაერი; ზონდირებისას ზონდი ღრმად შედის ზედა ყბის წიაღში.

ზედა ყბის ჯანმრთელი წიაღის გახსნის დროს ხელი უნდა შევუწყოთ კბილბუდეში კოლტის წარმოქმნას და შენარჩუნებას, რომლის ბაზაზეც განვითარდება ძვლოვანი ჭსოვილი. ამ მიზნით საუკეთესო საშუალებაა კბილბუდის არეში რბილი ჭსოვილების შეკერვა. თუ წიაღის ფსკერზე დიდი დეფექტია და სისხლის კოლტის წარმოქმნა ან შენარჩუნება არ ხერხდება, კბილბუდის ძვლოვან კიდეებს მოკვნეტენ ძვალსაკვნეტით ან მოქლიბავენ ფრეზით და სათანადო მობილიზაციის შემდეგ ღრძილის კიდეებს შეკერავენ. თუ ეს ღონისძიება არასაკმარისი აღმოჩნდა, დეფექტს ხურავენ ვესტიბულურ მხარეზე წარმოქმნილი ტრაპეციული ფორმის ძვლისზედაკან-ლორწოიანი ნაფლეთით.

ზედა ყბის დაავადებული წიაღის გახსნის დროს ტარდება სათანადო მკურნალობა. მკურნალობის ამ მეთოდების შესახებ ლაპარაკია მესამე თავში („ზედა ყბის წიაღის ოდონტოგენური ანთება").



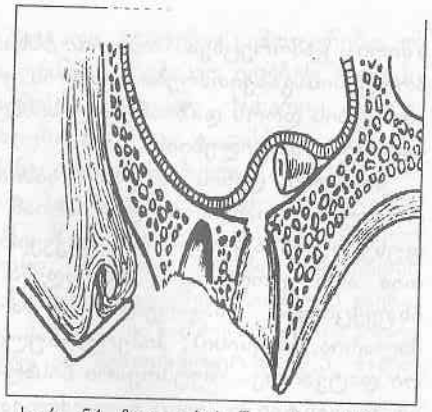
სურ. 53. ზედა ყბის წიაღში ელევატორით ზედა მოლარის ფესვის შეგდება მისი ამოღების ცდის დროს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ზედა ყბის წიაღის გახსნის დროს არასოდეს არ შეიძლება ტამპონირება გახსნილი კბილბუდიდან, სულ ერთია, ჯანმრთელი იქნება წიაღი თუ დაავადებული. ჯანმრთელი წიაღის შემთხვევაში ტამპონადა ხელს უშლის სისხლის კოლტის ჩამოყალიბებას და ხელს უწყობს ხვრელარხის წარმოქმნას წიაღსა და პირის ღრუს შორის. იგი ამავე დროს ხდება წიაღის ინფიცირების წყარო. დაავადებული (ინფიცირებული) წიაღის შემთხვევაში ტამპონი ასრულებს საცობის როლს, ხელს უშლის რა ჩირქოვანი შიგთავსის გამოდენას ზედა ყბის წიაღიდან.

კბილის ფესვის შეგდება ზედა ყბის წიაღში შეიძლება განვითარდეს მისი როგორც მაშით, ისე ელევატორით ამოღების დროს (სურ. 53). ასეთ შემთხვევაში ვითარდება ზემოაღნიშნული სიმპტომები. ზოგჯერ ფესვი გადაინაცვლებს კისტურ ღრუში ან წიაღის ლორწოიანი გარსის ქვეშ (სურ. 54) ისე, რომ არ დაარღვიოს მისი მთლიანობა. ამ დროს ჰაერი არ შედის წიაღში კბილბუდიდან და კბილბუდეში შეტანილი ზონდი არ მიდის ღრმად. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა იძლევა ფესვის მდებარეობის ზუსტ ტოპოგრაფიულ სურათს. ყველა შემთხვევაში აუცილებელია კბილის ფესვის ამოღება. კისტის შემთხვევაში კეთდება ცისტექტომია. ზედა ყბის წიაღში ფესვის არსებობისას ის იწვევს პოლიპოზური სინუსიტის განვითარებას. ამიტომ დაუყოვნებლივ უნდა იქნეს ფესვი ამოღებული წიაღიდან. მისი

ამოღება კბილბუდიდან შეუძლებელია. ამ მიზნით კეთდება რადიკალური ანტროტომია.

სისხლის დენა შეიძლება განვითარდეს როგორც კბილის ამოღების დროს, ისე ამოღებიდან სხვადასხვა ვადაში. ჩვეულებრივად კბილის ამოღებას, ისევე როგორც ყველა ოპერაციას, თან ახლავს სისხლის დენა, რომელიც რამდენიმე წუთში შეწყდება და კბილბუდეში წარმოიქმნება კოლტი. მაგრამ კბილის ამოღების დროს შეიძლება განვითარდეს პროფუზული სისხლის დენა, რომელიც ალვეოლური მორჩის არეში არსებული ჰემანგიომის გახსნით არის გამოწვეული. ძლიერი სისხლის დენა შეიძლება განვითარდეს კბილის ამოღების დროს მიყენებული მძიმე ტრავმის (მაგ. ქვედა ყბის მოტეხილობა) შედეგად რომელიმე მსხვილი სისხლის ძარღვის (ქვედა ალვეოლური, ენის, სასის არტერია) დაზიანებისას, აგრეთვე ჰემორაგიული დიათეზების დროს.



სურ. 54. ზედა ყბის წიაღის გახსნა და მოლარის ფესვის მწვერვალოვანი ნაწილის გადანაცვლება წიაღის ლორწოიანი გარსის ქვეშ.

სისხლის დენა კბილის ამოღების შემდეგ შეიძლება იყოს განუწყვეტელი (პირველადი სისხლის დენა), ან განვითარდეს ამოღებიდან რამდენიმე საათის ან დღის შემდეგ (მეორადი სისხლის დენა). არჩევენ შიდა (ქსოვილებში) და გარეთა სისხლის დენებს. შიდა სისხლის დენის შედეგად ვითარდება ჰემატომა ლორწქვეშა არეში, კუნთთაშუა სივრცეში და კანქვეშ. გარეთა სისხლის დენას ადგილი აქვს როგორც რბილი, ისე ძვლოვანი ქსოვილიდან.

კბილის ამოღებასთან დაკავშირებული სისხლის დენა შეიძლება გამოწვეული იყოს ადგილობრივი და ზოგადი მიზეზებით. ადგილობრივ მიზეზებს განეკუთვნება: ღრძილის ან კბილბუდის ფართო დაზიანებები; კბილის ირგვლივ ქსოვილებში არსებული მწვავე ანთებითი პროცესები, რომლებიც თანდართულნი არიან ქსოვილთა ჰიპერემიით; პაროდონტიტი, თანდართული გრანულაციური ქსოვილით; ადრენალინის მოქმედება (სისხლძარღვთა შევიწროება პირველ ფაზაში და გაფართოება მეორე ფაზაში — 1-2 საათის შემდეგ); უშუალოდ კბილის ამოღების შემდეგ პირის ღრუს ძალიან

ხშირი გამორეცხვა თბილი ხსნარით; კბილბუდეში ანთებითი პროცესის განვითარება სისხლის კოლტის დაღუპვითა და კბილის ამოღების დროს დაზიანებულ სისხლის ძარღვებში განვითარებული თრომბის მოცილებით.

სისხლის დენის ზოგადი ხასიათის მიზეზებია: დაავადებები, რომლებიც თანდართულნი არიან სისხლის შედედების სისტემის ფუნქციური აქტიურობის დაქვეითებით (ჰემოფილია, ტრომბოპათია ანუ ვერლჰოფის დაავადება, ცინგა, ლეიკოზი; ზოგიერთი ინფექციური დაავადება — პარატახტიანი ტიფი, დიფტერია, მალარია, სეფსისი); ჰიპერტონული დაავადება, აგრეთვე ფიზიკური დატვირთვა. შეუპოვარი სისხლის დენა შეიძლება განვითარდეს იმ პაციენტებში, ვინც ხანგრძლივად ღებულობდა ანტიკოაგულანტებს.

კბილის ამოღებასთან დაკავშირებული სისხლის დენის შესაჩერებლად იყენებენ ადგილობრივ და ზოგად ხერხებს. უპირველეს ყოვლისა უნდა დადგინდეს სისხლის დენის ლოკალიზაცია და ხასიათი. ამისათვის ათავისუფლებენ კბილბუდეს სისხლის კოლტისაგან და გულმოდგინედ ამშრალებენ მას. თუ სისხლის დენა აღინიშნება ღრძილის გაგლეჯილი კიდეებიდან, საკმარისია ღრძილის კიდეების შეკერვა, ჯერ ერთი ნაკერში მოყვება სისხლმდენი სისხლის ძარღვი და გადაიკვანძება, მეორე — ნაკერების საშუალებით ერთმანეთს უახლოვდება ღრძილის კიდეები და იქმნება სისხლის კოლტის წარმოქმნის პირობები.

თუ სისხლის დენა ვითარდება კბილბუდის ძვლოვანი კიდიდან, სისხლმდენ წერტილს ჩაჭედავენ ხიშტისებრი ან კრამპონის მაშით.

კბილბუდიდან სისხლის დენის შემთხვევაში ხორციელდება მისი ტამპონადა, ისე, რომ ტამპონი მჭიდროდ ეკვროდეს კბილბუდის ფსკერს. ყველაზე ჰოპულარულია იოდოფორმის ფილთა. ღრუს მჭიდროდ ამოვსებენ, შემდეგ ღრძილზე დამატებით ადებენ მარლის ბურთულას და პაციენტს მჭიდროდ ახურვინებენ პირს. იოდოფორმის ფილთას იღებენ 4-6 დღის შემდეგ.

გარდა იოდოფორმისა, ამ მიზნით შეიძლება გამოყენებული იქნას თრომბინში, ჰემოფობინში, ამინოკაპრონის მჟავაში, კაპროფერში გაჟღენთილი ფილთები, აგრეთვე ჰემოსტატიკური ღრუბელი, ფიბრინის ფირფიტა. კარგ შედეგებს იძლევა კბილბუდის დაბჟენა სანთლით ან სანთლის (70%), ატმის ზეთის (20%) და სალიცილის მჟავას 5%-იანი ხსნარის (10%) ნარევით.

სისხლის დენის შეჩერების ზოგადი ხერხები გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ ადგილობრივი ღონისძიებები არ იღებენ შედეგს. ვენაში შეჰყავთ ქლორკალციუმის 10%-იანი ხსნარი, მცირე დოზებით წვეთობრივი გზით ხდება სისხლის გადასხმა; ასეთივე გზით შეჰყავთ ორგანიზმში ამინოკაპრონის მჟავა (5% ხსნარის 100 მლ). პაციენტებს ენიშნებათ პერორალურად ან პარენტერალურად დიცინონი, ვიტამინები (C, P, ვიკასოლი). განსაკუთრებით კარგ შედეგებს იძლევა დიცინონი, რომლის ვენაში შეყვანიდან (12,5%-იანი ხსნარის 2 მლ) 5-10 წუთში წყდება სისხლის დენა. მიუხედავად ამისა, დიცინონის მიღება მიზანშეწონილია კიდევ რამდენიმე დღე კუნთებში 2 მლ ან პერორალურად 0,5 4-ჯერ დღეში.

ჰიპერტონიით დაავადებულებში პარალელურად ატარებენ ჰიპოტენზიურ თერაპიას. ხშირად საკმარისია არტერიული წნევის ნორმირება სისხლის დენის შესაწყვეტად.

ჰემოფილიით ან სისხლის დენისადმი მიდრეკილი სხვა დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტებს წინასწარ უტარებენ სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების მთელ კომპლექსს, სწავლობენ კოაგულოგრამას და მხოლოდ მას შემდეგ უტარებენ პირის ღრუს სანაციას, როდესაც ჩატარებული ღონისძიებების შემდეგ კოაგულოგრამა იძლევა დამაიმედებელ პასუხს.

იმ პირებში, ვინც ღებულობს ანტიკოაგულანტებს, ამ პრეპარატების შეწყვეტა არ არის აუცილებელი. საკმარისია შემცირდეს ანტიკოაგულანტების დოზა ისე, რომ პროთრომბინ-პროკონვერტინული აქტივობა არ იყოს 40-45%-ზე დაბალი.

ქვედა ალვეოლური ნერვის საინერვაციო ზონის პარესთეზია და სახის ნერვის პერიფერიული ტოტების პარეზი. ქვედა მოლარების ამოღების დროს შეიძლება მოხდეს ქვედა ალვეოლური ნერვის დაზიანება. ეს გამოწვეულია იმით, რომ ძვლოვანი შრე აღნიშნული კბილების ფესვების მწვერვალებსა და ქვედა ყბის არხს შორის ძალზე თხელია და იგი შეიძლება დაზიანდეს პათოლოგიური პროცესით ან ინსტრუმენტით (ელევატორით) კბილის ამოღების დროს და ერთდროულად დაზიანდეს ქვედა ალვეოლური ნერვიც. ზოგჯერ დიდი ძირითადი კბილების ფესვები უშუალოდ ეხებიან არხის სისხლძარღვოვან-ნერვულ კონას, რის გამოც მათი ამოღება იწვევს ქვედა ალვეოლური ნერვის მნიშვნელოვან დაზიანებას. გარდა ამისა, აღნიშნული ნერვის დაზიანება შესაძლებელია მანდიბულური ანესთეზიის დროსაც ნემსის წვერით.

ჩითარდება ქვედა ალვეოლური ნერვის ნეფრიტი: ვლინდება ტკივილები ქვედა ყბაში, ქვედა ტუჩის და ნიკაპის მგრძნობელობის დაქვეითება ან დაკარგვა, ქვედა ყბის შესაბამის მხარეზე კბილების ელექტროაგზნებადობის დაქვეითება. ხშირად ეს მოვლენები უკვალოდ ქრებიან რამდენიმე კვირაში ან თვეში. იშვიათად პარესთეზიის მოვლენები სამუდამოდ რჩება. სამკურნალოდ იყენებენ ვიტამინებს (B_1, B_2, C, B_{12}), გალანტამინს, პროზერინს, გალვანიზაციას, ელექტრონეიროსტიმულაციას.

სახის ნერვის პერიფერიული ტოტების პარეზი შეიძლება გამოწვეული იქნეს კბილის ამოღების შედეგად განვითარებული ნერვის პერიფერიული ტოტების რეფრექტორული გაღიზიანებით. პარეზი ვითარდება აგრეთვე სამწვერა ნერვის პერიფერიული ტოტების გაუტკივარების შემდეგ. პარეზი უკვალოდ გაივლის უფრო ხშირად რამდენიმე საათში.

კბილბუდის ტკივილები ვითარდება გაუტკივარების მოქმედების შეწყვეტასთან ერთად, რომელიც მალე, რამდენიმე საათში ქრება. თუ ტკივილები გაგრძელდა, უნდა ვეძიოთ ობიექტური მიზეზები კბილბუდეში. გამოკვლევით ვლინდება კბილბუდის მახვილი კიდეები, წვეტიანი ფესვთაშორისი ძგიდე, კბილის ან ძვლის ნამსხვრევები. ამ დროს კბილბუდე ამოვსილია სისხლის კოლტით და ანთებითი პროცესის ნიშნები არ არის. მკურნალობის მიზნით ანესთეზიის ქვეშ ათავისუფლებენ კბილბუდეს სისხლის კოლტისაგან ნამსხვრევებთან ერთად, მოკვნეტენ ან მოქლიბავენ მახვილ კიდეებს, ფესვთაშუა ძგიდეს და უზრუნველყოფენ კბილბუდეში სისხლის კოლტის კვლავწარმოშობას.

ალვეოლიტი — კბილბუდისა და მისი კედლების ანთებითი პროცესია, რომელიც ვითარდება კბილის ამოღების შემდეგ. უფრო ხშირად იგი ვითარდება კბილის ტრავმული ამოღებისას, როცა ზიანდება როგორც ძვლოვანი, ისე რბილი ქსოვილები. ალვეოლიტის მიზეზია ინფექცია, რომელიც ან არის კბილბუდეში კბილის ამოღების დროს (მწვერვალოვანი პერიოდონტიტი, გამწვავებული პაროდონტიტი) ან ხვდება იქ პირის ღრუდან. ხელის შემწყობი ფაქტორებია კბილბუდეში პათოლოგიური ქსოვილების და კბილის ან ძვლის ნამსხვრევების დატოვება, ხანგრძლივი სისხლის დენა კბილბუდიდან, პირის ღრუს ხშირი გამორეცხვა კბილის ამოღების შემდეგ, ორგანიზმის სენსიბილიზაცია. ალვეოლიტის წარმოშობის ერთ-ერთი ხელის შემწყობი ფაქტორია სისხლის კოლტის დაღუპვა მექანიკური გამღიზიანებლის ან ინფიცირების შედეგად. არის

შემთხვევები, როდესაც სისხლის კოლტი დასაწყისშივე არ ვითარდება. იგი ასრულებს ბიოლოგიური ნახევრის როლს და მისი არარსებობის შემთხვევაში ძვალი შიშვლდება და განუწყვეტლივ ინფიცირდება.

ალვეოლიტის წამყვანი სიმპტომია ძლიერი, მწვავე ტკივილი, რომელიც ირადიაციას განიცდის ყურში, სამწვერა ნერვის ტოტების საინერვაციო ზონებში. ტკივილები ჩვეულებრივ ვითარდება კბილის ამოღებიდან 2-3 დღის შემდეგ. კბილბუდის ირგვლივ ლორწოიანი გარსი ჰიპერემიული და შეშუპებულია, შეხებით ძლიერ მტკივნეული. კბილბუდე ამოვსილია რუხი ფერის, ფაშარი, დაშლის პროცესში მყოფი სისხლის კოლტისაგან. ზოგჯერ კოლტი მასში საერთოდ არ არის (მშრალი ალვეოლა). ტკივილები თანდათან მატულობს, ვრცელდება სახის შესაბამის ნახევარში. ხშირად ადგილი აქვს ყურისქვეშა ლიმფური კვანძების გადიდებას, მტკივნეულობას, სხეულის ტემპერატურის მომატებას.

დასაწყისში ანთებითი პროცესი ვითარდება კბილბუდის შიგნითა კომპაქტურ ფირფიტაში, ვრცელდება უფრო ღრმად და ვითარდება კბილბუდის მწვავე ოსტიტი, შემდეგში შეიძლება განვითარდეს კბილბუდის შემოფარგლული ოსტეომიელიტი, ჩირქოვან-ნეკროზული მოვლენებით.

მკურნალობას იწყებენ კბილბუდის ქირურგიული დამუშავებით ანესთეზიის ქვეშ. კოვზით ფრთხილად გაწმენდენ კბილბუდეს დაშლილი სისხლის კოლტის ნაწილებისაგან, ნამსხვრევებისაგან. კბილბუდეს ამუშავებენ ანტისეპტიკებით. განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა ბრაუნოლი 2000-ის კონცენტრირებული ხსნარი, რომელიც მძლავრ ანტისეპტიკურ მოქმედებასთან ერთად ძლიერ ტკივილგამაყუჩებელ ეფექტსაც ფლობს. ხელი უნდა შევუწყოთ სისხლის კოლტის ჩამოყალიბებას კბილბუდეში. ამისათვის რასპატორით აღიზიანებენ კბილბუდეს და მის ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებს. თუ არ ხერხდება კბილბუდეში სისხლის ჩადინება, ჩვენ (ო. ნემსაძე, ი. ხარატიშვილი) ასეთ შემთხვევაში პაციენტს ან ვინმე მოხალისეს ვენიდან ვუღებთ 1 მლ სისხლს და შეგვყავს კბილბუდეში, რაც კარგ შედეგებს იძლევა. ასეთი მკურნალობით ხშირად 2-3 დღეში ადგილი აქვს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას. უფრო მძიმე შემთხვევაში (ძლიერი ტკივილები, გამოხატული ანთებითი მოვლენები) კბილბუდეში შეაქვთ იოდოფორმიანი, ბრაუნოლიანი ან რომელიმე სხვა ანტისეპტიკში დასველებული ფილთა. იყენებენ სპირტნოვოკაინისა და პენიცილინნოვოკაინის ბლოკადებს, ფიზიოპროცედუ-

რებს (უმს, ულტრაიისფერი დასხივება, ლაზეროთერაპია, ელექტრონეიროსტიმულაცია, დიადინამოთერაპია). ერთი კვირის შემდეგ კბილბუდის კედლები იფარება გრანულაციური ქსოვილით, იწყება მისი ეპითელიზაცია. შემდეგ შეხორცება მიმდინარეობს ისე, როგორც კბილის ამოღების დროს.

კბილის ტრავმული ამოღების ერთ-ერთი არასასურველი გართულებაა ბაქტერიემია. ჩვეულებრივად კბილის ამოღების შემდეგ პაციენტთა 70-100%-ის სისხლში შეიძლება განვითარდეს ბაქტერიემია, მაგრამ ორგანიზმის დაცვითი ძალების მეშვეობით იგი რამდენიმე საათში წყდება. კბილის გართულებული, ტრავმული ამოღების შემთხვევაში, მით უმეტეს თუ ეს არის მწვერვალოვანი პერიოდონტიტიანი კბილი, ან ორგანიზმის სენსიბილიზაციის დროს, ბაქტერიემია შეიძლება გახანგრძლივდეს, გართულდეს ინტოქსიკაციით და ადგილობრივი ჩირქოვანი ანთებითი პროცესების განვითარებით.

ამიტომ კბილის ამოღების ყველა გართულებული შემთხვევების დროს, მაშინ, როდესაც ამოსაღები კბილის მიზეზით განვითარებულია მწვავე ან ქრონიკული ანთებითი მოვლენები (პერიოდონტიტი, პერიოსტიტი, პაროდონტიტი, ოსტეომიელიტი), კბილის ამოღების შემდეგ აუცილებლად უნდა იქნეს დანიშნული ანტიბაქტერიული და ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა ისეთი საშიში გართულებების თავიდან ასაცილებლად, როგორიცაა ბაქტერიემია, სეპტიცემია, ჩირქოვან-რეზორბციული ცხელება.

თავი III

ყბა-სახის მიდამოს ანთებითი დაავადებები

პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს ანთებითი დაავადებების ეთიოლოგიური ფაქტორები მრავალფეროვანია. ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს დეპულპირებული კბილის, ინფიცირებული პაროდონტის, პირის ღრუს ანთებადი ლორწოიანი გარსის, დაჩირქებული ნუშურა ჯირკვლებისაგან, აგრეთვე ჰემატოგენური და კონტაქტური გზით. დეპულპირებული კბილის გზით გავრცელებულ ინფექციას ოდონტოგენურს უწოდებენ. ოდონტოგენური ანთების ფორმებია პერიოდონტიტი, პერიოსტიტი, ყბების ოსტეომიელიტი, ყბებისირგვლივი აბსცესები და ფლეგმონები.

პერიოდონტიტი

პერიოდონტიტი პერიოდონტის ანთებაა. იგი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული. მწვავე პერიოდონტიტი თავის მხრივ არის სეროზული (შემოსაზღვრული ან გავრცელებული) და ჩირქოვანი (შემოსაზღვრული ან გავრცელებული). ქრონიკული პერიოდონტიტის ფორმებია: ფიბროზული, გაგრანულირებელი და გრანულომატოზური პერიოდონტიტი. მასვე მიაკუთვნებენ კისტოგრანულომას და ზოგჯერ ოდონტოგენურ კისტასაც კი. იმის მიხედვით, ანთებითი პროცესი ლოკალიზებულია კბილის ფესვის მწვერვალის არეში თუ ყელის მიდამოში, არჩევენ მწვერვალოვან და კიდოვან პერიოდონტიტს.

მოკლე ანატომიური ცნობები: პერიოდონტი ვიწრო ნაპრალია კბილის ფესვის ცემენტსა და ალვეოლის კედელს შორის. მისი სიგანეა 0,15-0,25 მმ. იგი ამოვსილია შემაერთებელქსოვილოვანი კონებით, რომლებიც სხვადასხვაგვარი კუთხით არიან მიმართული ალვეოლის კედლიდან ფესვის ცემენტისაკენ. შემაერთებელქსოვილოვან კონებში გამოყოფენ უჯრედშუა ნივთიერებას. ამ უკანასკნელში კი ფიბრულ კოლაგენურ ბოჭკოებსა და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის შრეებს, რომელშიც გადიან სისხლის და ლიმფური ძარღვები, ნერვები. პერიოდონტში არის თხელი არგილოფილური, ელასტიური ბოჭკოების მცირე რაოდენობა.

პერიოდონტის უჯრედოვანი ელემენტებია ფიბრობლასტები, ჰისტოციტები, ცემენტობლასტები, ოსტეობლასტები. პერიოდონტის შემაერთებელქსოვილოვან კონებს შორის სივრცე ამრვსილია ქსოვილთაშუა სითხით. იგი ხელს უწყობს პერიოდონტის ამორტიზაციული ფუნქციის შესრულებას, ანაწილებს რა საღეჭ დაწოლას კბილბუდის (ალვეოლის) მთელ ფართზე.

პერიოდონტის ფუნქცია მრავალრიცხოვანია: საყრდენი, წნევის გამანაწილებელი, პლასტიკური, ტროფიკული, სენსორული, ბარიერული და ა.შ.

პერიოდონტიტს ძირითადად იწვევენ მიკრობები, რომლებიც პერიოდონტში ვრცელდებიან სხვადასხვა გზით. უფრო ხშირად მიკროორგანიზმები პერიოდონტში ვრცელდებიან კბილის ფესვის არხის საშუალებით პულპის ანთების კერიდან ან პულპის ნეკროზული უბნებიდან. პერიოდონტში მიკრობები შეიძლება შეიჭრნენ ალვეოლის (კბილბუდის) კიდესა და ფესვს შორის პაროდონტიტის დროს (მარგინალური გზა) ან სისხლით ზოგადი ინფექციის დროს (ჰემატოგენური გზა). შეიძლება განვითარდეს მწვავე ასეპტიური პერიოდონტიტი — დარტყმის პულპურ ღრუში დიდი ხნით დატოვების შემთხვევაში ან კბილის ტრავმის გამო.

უფრო ხშირად პერიოდონტში ინფექცია ვრცელდება კბილის ფესვის არხიდან. ამ შემთხვევაში პერიოდონტიტი წარმოადგენს პულპიტის გართულებას. მწვავე სეროზული პერიოდონტიტი ვითარდება პერიოდონტში მიკრობების შეღწევამდე. მისი მიზეზია პულპის ღრუდან ტოქსინებისა და მიკრობების ცხოველმოქმედების პროდუქტების გავრცელება პერიოდონტში, რაც იწვევს პერიოდონტის ქსოვილების ჰიპერემიას.

მწვავე სეროზული პერიოდონტიტის დროს ავადმყოფი უჩივის დაავადებული კბილის ტკივილს, მის დაგრძელებას. კბილის პერკუსია ან საღეჭი დატვირთვა იწვევს ტკივილის გაძლიერებას. **მწვავე ჩირქოვანი** პერიოდონტიტის დროს აღნიშნული მოვლენები უფრო ძლიერადაა გამოხატული. კბილის ტკივილმა შეიძლება მიიღოს პულსირებადი ხასიათი. ზოგჯერ ადგილი აქვს ტკივილის ირადიაციას სამწვერა ნერვის ტოტების საინერვაციო ზონებში. კბილზე უმნიშვნელო შეხებაც კი იწვევს ძლიერ ტკივილს. კბილი ხდება მოძრავი. შეიძლება განვითარდეს სახის რბილი ქსოვილების კოლატერალური შეშუპება და ღრძილის შესაბამისი უბნის ჰიპერემია. ხშირად ვითარდება ყბის ძვლის ლიმფური ჯირკვლების

დიდება. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია სუბფებრილურიდან 38^0C-მდე. სისხლში მომატებულია ერითროციტების დალექვის სიჩქარე და ლეიკოციტები.

მწვავე პერიოდონტიტის გამოსავალი სხვადასხვაგვარია. თუ ანთებითი კერის დრენირება მოხდა ფესვის არხიდან პირის ღრუში, ეს ყველაზე უკეთესი გამოსავალია — პროცესი ღებულობს ქრონიკულ მიმდინარეობას. შეიძლება ანთებითი პროცესი პერიოდონტიდან გავრცელდეს ძვალტვინოვან სივრცეებში და განვითარდეს ოსტეომიელიტი ან ანთებითი პროცესი წავიდეს ძვლის კორტიკალური ფირფიტისაკენ, გაარღვიოს ის და გავრცელდეს პერიოსტეუმის ქვეშ. ასე განვითარდება პერიოსტიტი. პერიოსტეუმის გარღვევა და ანთებითი პროცესის გავრცელება რბილ ქსოვილებში იწვევს ფლეგმონის ჩამოყალიბებას. ზედა ძირითადი კბილებიდან ანთებითი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ზედა ყბის წიაღში და გამოიწვიოს წიაღის ანთება (ჰაიმორიტი). უფრო მარტივ შემთხვევებში ანთებითი პროცესი პერიოდონტიდან გაივლის ძვლოვან არხებს, კომპაქტურ ფირფიტას, პერიოსტეუმს და კბილის ფესვის მწვერვალის საპროექციო მიდამოში ღრძილზე ჩამოყალიბდება ხვრელარხის სახით, საიდანაც პერიოდულად გამოიყოფა ჩირქოვანი მასა.

აქედან გამომდინარე, მკურნალობის ძირითადი პრინციპია ექსუდატის დრენირება პერიოდონტიტული კბილის ფესვის არხიდან და პულპური ღრუდან. ექსტრემალურ შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს გართულებებს და პროცესის სწრაფ გენერალიზაციას, საჭიროა კბილის ამოღება ანთებითი კერის ფაროო დრენირებისათვის. პროცესის პერიოსტეუმის ქვეშ გავრცელების შემთხვევაში საჭიროა პერიოსტოტომია — განაკვეთით რბილი ქსოვილების გახსნა პერიოსტეუმის ჩათვლით პერიოსტიტის განვითარების თავიდან ასაცილებლად ან მისი ლიკვიდაციისათვის.

მწვავე პერიოდონტიტის ზოგად მკურნალობაში იყენებენ ანტიბიოტიკებს, თბილ სავლებს.

შემთხვევათა ნაწილში ანთებითი პროცესი პერიოდონტში იღებს ქრონიკულ მიმდინარეობას.

ქრონიკული პერიოდონტიტი ჩვეულებრივად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ქრონიკული პერიოდონტიტის ფიბროზული ფორმა ხასიათდება დუნე მიმდინარეობით. პაციენტს ჩივილები თითქმის არ აქვს. ტკივილი არ არის არც ჭამის და არც პერკუსიის დროს. იშვიათად შეიძლება განვითარდეს გამწვავება, რაც კლინიკურად

გამოვლინდება სუსტი ტკივილით ღეჭვის დროს. რენტგენოლოგიურად ვლინდება პერიოდონტის ხაზის გაფართოება, განსაკუთრებით ფესვის მწვერვალის არეში. ამასთან, ამ ხაზს, ნორმისაგან განსხვავებით, არასწორი კონტურები აქვს. ზოგჯერ ადგილი აქვს ფესვის მწვერვალის ჰიპერტროფიას — ჰიპერცემენტოზს. ცემენტი ჭარბი რაოდენობით შეიძლება დაილექოს ფესვის მთელ სიგრძეზე. რენტგენოლოგიურად პერიოდონტის ძვლოვანი კიდე გასქელებული, სკლეროზულია. ფიბროზული პერიოდონტიტი პერიოდონტში ანთებითი პროცესის უკუგანვითარების შედეგია, რის შედეგადაც ვითარდება უხეშბოჭკოვანი შემაერთებელი (ნაწიბუროვანი) ქსოვილი.

მაგრანულირებელი პერიოდონტიტისათვის დამახასიათებელია პერიოდონტში გრანულაციური ქსოვილის განვითარება. იმის გამო, რომ გრანულაციური ქსოვილისათვის დამახასიათებელია სწრაფი ზრდა, მას უნარი აქვს დაშალოს კბილბუდის ირგვლივ მდებარე კორტიკალური ფირფიტა. თუ ფიბროზული ფორმის დროს ადგილი აქვს კბილბუდის კედლის გაწევას, მაგრანულირებელის დროს ის იშლება, წარმოქმნილ დეფექტში ვრცელდება გრანულაციური ქსოვილი და ასე განუწყვეტლივ. გრანულაცია აღწევს ძვალტვინოვან სივრცეებში და ვრცელდება ალვეოლური მორჩის ლორწოიანი გარსის ქვეშ. აქ წარმოიქმნება ხვრელარხი, საიდანაც გამოიყოფა ჩირქოვანი ექსუდატი. ხვრელარხი შეიძლება გაიხსნას კანზეც. ზოგჯერ კანქვეშ ვითარდება პატარა აბსცესი. მისი ალაგების შემდეგ მეზობლად კვლავ გაჩნდება აბსცესი და ა.შ. მას უწოდებენ კანქვეშა მცოცავ გრანულომას — granuloma migrans.

პერიოდონტიტის ამ ფორმის დროს პაციენტები უჩივიან მუდმივ, ყრუ ხასიათის ტკივილს მიზეზობრივი კბილის არეში (ტერმინი „მიზეზობრივი კბილი“ არ შეიძლება იყოს მთლად ზუსტი. დაავადების მიზეზი სხვაც ბევრია — ინფექცია, ინტოქსიკაცია, სენსიბალიზაცია და ა.შ., მაგრამ დეპულპირებული კბილის გარეშე პერიოდონტიტი არ არსებობს. ამიტომ, ვფიქრობთ, აქვს ამ ტერმინს არსებობის უფლება). პერკუსიაზე კბილი ზომიერად მტკივნეულია. თუ ჯერ კიდევ არ არის განვითარებული ხვრელარხი ან კანქვეშა გრანულომა, ფესვის საპროექციო არეში ღრძილზე აღინიშნება ლორწოიანი გარსის ჰიპერემია და მსუბუქი შეშუპება, შეხებით მტკივნეულობა. ხვრელარხის დახურვა იწვევს პროცესის გამწვავებას. ამ გამწვავებების შედეგად მაგრანულირებელი პერიოდონტიტის კერა თანდათანობით მატულობს. რენტგენოლოგიურად მაგრანულირებელი პერიოდონტიტის დროს აღინიშნება პერიოდონტის ნაპრალის მნიშვნელოვანი დეფორმაცია. კბილის ფესვის მწვერვალის არეში აღინიშნება პერიოდონტის ნაპრალის მნიშვნელოვანი გაფართოება. ამ მიდამოში გრანულაციური ქსოვილის ინტენსიური ზრდის, კბილბუდის კედლების, აგრეთვე ფესვის ცემენტის გაწოვის შედეგად პერიოდონტის ნაპრალი არათანაბარი ხდება, აქვს ალისებრი შესახედაობა.

მაგრანულირებელი პერიოდონტიტის გამოსავალია სხვადასხვა გართულებები (პერიოსტიტი, ოსტეომიელიტი, ფლეგმონა, ოდონტოგენური სეპსისი და სხვა). მკურნალობის შემთხვევაში ადგილი აქვს პროცესის უკუგანვითარებას.

ქრონიკული გრანულომატოზური პერიოდონტიტი უფრო აქტიურია, ვიდრე ფიბროზული, მაგრამ ნაკლებაქტიური მაგრანულირებელთან შედარებით.

გრანულომატოზური პერიოდონტიტისათვის დამახასიათებელია კბილის ფესვის მწვერვალის არეში გრანულაციური ქსოვილის ზრდა, რომელიც დაფარულია პერიოდონტთან და კბილის მწვერვალთან მჭიდროდ დაკავშირებული შემაერთებელქსოვილოვანი (ფიბროზული) კაფსულით. ეს არის გრანულომა. გრანულაციების ზრდასთან ერთად იზრდება გრანულომაც. გრანულომის ზრდა კი იწვევს კბილბუდის ძვლოვანი სტრუქტურების გაწოვას ან გაწევას კბილის ფესვის მწვერვალის არეში. გრანულომა იზრდება ნელა, მაგრამ მუდმივად, უმეტეს შემთხვევაში გამწვავების გარეშე, რაც განაპირობებს მის უსიმპტომო მიმდინარეობას, რის გამოც იგი ხშირად მხოლოდ შემთხვევით ვლინდება რენტგენოგრამაზე. თუ გრანულომა დროულად არ იქნა აღმოჩენილი, იგი შეიძლება გადაიზარდოს კისტოგრანულომაში, შემდეგ კი კისტაში. პროცესის გამწვავების შემთხვევაში ადგილი აქვს გრანულომის გარსის დარღვევას და ირგვლივმდებარე ქსოვილებში ვითარდება ანთებითი და დისტროფიული მოვლენები. კლინიკურად ეს შეიძლება გამოვლინდეს მგრძნობელობის გაზრდით, მტკივნეულობით პერკუსიაზე ან ღეჭვით აქტიურობაზე ან უარეს შემთხვევაში ვითარდება მწვავე პერიოდონტიტის სურათი. პროცესის ჩაცხრომისთანავე გაზრდილი ანთებითი კერის ირგვლივ კვლავ წარმოიქმნება ერთიანი გარსი. რენტგენოლოგიურად კბილის ფესვის მწვერვალის ირგვლივ ვლინდება მრგვალი ფორმის კერა, მკაფიო, თანაბარი საზღვრებით.

ქრონიკული გრანულომატოზური პერიოდონტიტის გამოსავალია კისტოგრანულომაში ან ფესვოვან კისტაში გადაზრდა, ზედაპირის წიაღში შეღწევა, შორსწასულ შემთხვევებში პათოლოგიური მოტეხილობის განვითარება, პროცესის გამწვავების დროს ანთებითი ხასიათის გართულებები. მკურნალობის შემთხვევაში ადგილი აქვს პროცესის უკუგანვითარებას.

პერიოდონტიტის მკურნალობა

მწვავე (ასევე გამწვავებული ქრონიკული) პერიოდონტიტის მკურნალობა წარმართული უნდა იყოს ტკივილის შემცირების, ანთებითი მოვლენების შეწყვეტის და ჩირქოვანი ექსუდატის ბლოკირებისაკენ. ამ მიზნით ხსნიან კბილის ღრუს და ფესვის არხს. არხის გათავისუფლება და მწვერვალოვანი ხვრელის გაფართოება ხშირად საკმარისია პერიოდონტიდან ჩირქოვანი ექსუდატის დრენირებისათვის. არხიდან დრენირების შემდეგ მალე წყნარდება ტკივილები და სწრაფად ცხრება ანთებითი მოვლენები. მწვავე პროცესის ჩაცხრომის შემდეგ ხდება ფესვის არხის და კბილის ღრუს დაბჟენა არსებული წესით.

ქრონიკული მწვერვალოვანი პერიოდონტიტის დროს წარმოებს კბილის კარიესული ღრუსა და ფესვის არხის მექანიკური და მედიკამენტური დამუშავება, რის შემდეგაც არხი იბჟინება პასტით ან ცემენტით. არხის დაბჟენა უმჯობესია სამკურნალო პასტით, რომლის უმნიშვნელო ნაწილი მიზანშეწონილია გადატანილი იქნეს ფესვის მწვერვალს იქით ანთებად კერაში.

თუ რაიმე მიზეზით ფესვის არხი გაუვალია (ვიწრო არხი, მოხრილი ფესვი, უცხო სხეული არხში და ა.შ.), ასეთ შემთხვევაში მიმართავენ ქირურგიულ ჩარევებს. ესაა ფესვის მწვერვალის რეზექცია, ჰემისექცია, ფესვის ამპუტაცია, კორონო-რადიკულური სეპარაცია, კბილის რეპლანტაცია. ქირურგიული მკურნალობის მიზანია ფესვის მწვერვალის ირგვლივ პათოლოგიური ქსოვილების (გრანულაციების) მოცილება და კბილის ინფიცირებული არხიდან პერიოდონტში ბაქტერიების გავრცელების გამორიცხვის პირობების შექმნა.

კბილის ფესვის მწვერვალის რეზექცია

(აპიკოტომია, გრანულექტომია)

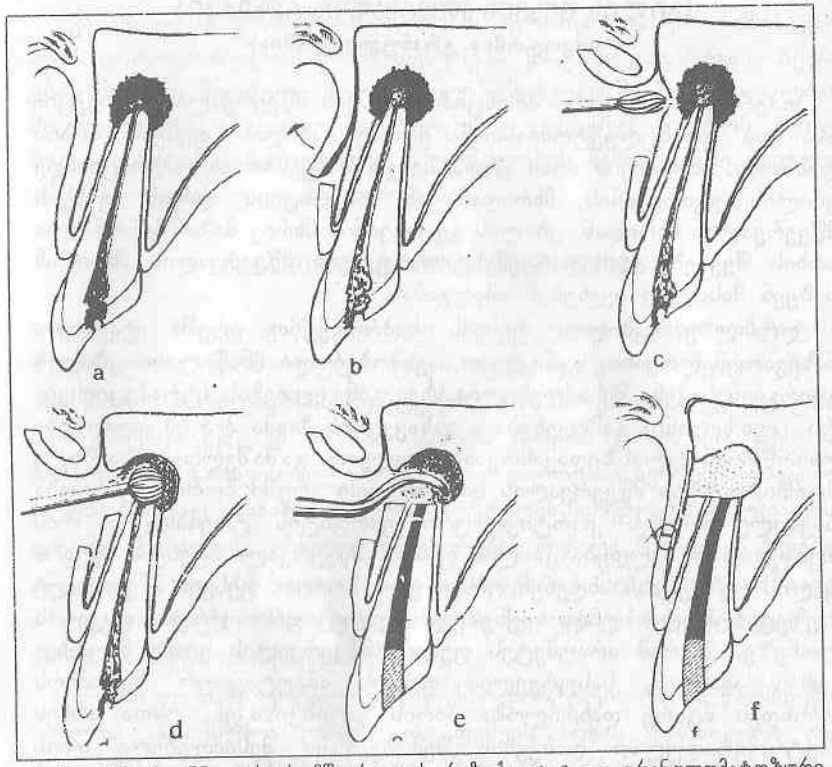
ოპერაციის მთავარი პრინციპია ფესვის მწვერვალის რეზექციასა და გრანულექტომიასთან ერთად კბილის ფესვის არხის დახშობა. ამისათვის არხი უნდა შეივსოს ბჟენით ან ოპერაციამდე კბილის გვირგვინის მხრიდან ან ოპერაციის დროს ფესვის მწვერვალის მხრიდან. კბილის გვირგვინის მხრივ მიზანშეწონილია არხის შევსება ფოსფატცემენტით. ფესვის მწვერვალის მხრიდან საბჟენ მასალად იყენებენ ამალგამას.

ღრძილზე, კბილის ფესვის საპროექციო არეში ტარდება ნახევარრკალოვანი განაკვეთი, გამობერილი ნაწილით კბილის გვირგვინისაკენ. შესაძლებელია სხვა განაკვეთების (ტრაპეციისებრი, კუთხოვანი) გამოყენებაც. განაკვეთის ზომა 2-3 სმ. აითიშება ლორწოიან-ძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთი. გაშიშვლდება საკბილე მორჩი. ფესვის მწვერვალის საპროექციო არეში ბორით ტარდება საკბილე მორჩის კორტიკალური ფირფიტის ტრეპანაცია, რის შემდეგაც შიშვლდება კბილის ფესვის მწვერვალი. ფესვის მწვერვალის რეზექციას ახდენენ ფისურული ბორით. ფესვის მწვერვალი რეზეცირებული უნდა იქნეს გრანულაციური ღრუს ფსკერის დონეზე, მაგრამ არაუმეტეს ფესვის მწვერვალის ერთი მეოთხედისა. ამასთან, სასურველია ფესვის ამპუტაციურ ზედაპირს ეძლეოდეს მცირე დახრილობა პირის კარიბჭისაკენ, რათა არხის რეტროგრადულად დაბჟენის შემთხვევაში შესაძლებელი იყოს მანიპულაციის სწორად წარმართვა. შემდეგ მახვილი კოვზით ან კბილის რასპატორით აცილებენ გრანულაციებს. ძვლოვან ღრუს ამუშავებენ ქიმიურად და ჭრილობას კერავენ ყრუდ კეტგუტით ან აბრეშუმის ძაფით (სურ. 55).

კბილის გადანერგვა

(რეპლანტაცია, ტრანსპლანტაცია, იმპლანტაცია)

რეპლანტაცია გულისხმობს ამოღებული კბილის გადანერგვას თავისავე ალვეოლაში. ქრონიკული მწვერვალოვანი პერიოდონტიტის დროს კბილის რეპლანტაცია კეთდება იმ შემთხვევაში, თუ იგი არ ექვემდებარება მკურნალობის არსებულ (მათ შორის ქირურგიულ) მეთოდებს. რეპლანტაციას ექვემდებარებიან ამოვარ-



სურ. 55.სურ. 55. ფესვის მწვერვალის რეზექცია: a — გრანულომატოზური პერიოდონტიტი; b — განაკვეთი ღრძილზე ლორწოიანძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთის აშრევებით; c — ძვლის ტრეპანაცია ბორით ფესვის მწვერვალის საპროექციო არეში; d — ფესვის მწვერვალის რეზექცია; e — გრანულექტომია, კბილის ფესვის არხისა და კარიესული ღრუს დაბჟენა; f — ჭრილობის შეკერვა.

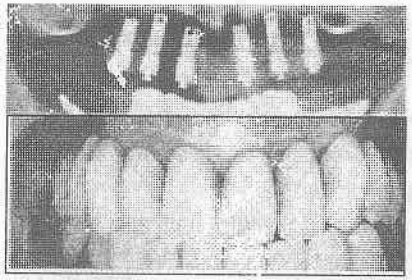
დნილი თუ შემთხვევით ამოღებული კბილები. იმისათვის, რომ რეპლანტაცია წარმატებით განხორციელდეს, კბილის ამოღების დროს არ უნდა დაზიანდეს არც კბილის, არც კბილბუდის, არც ღრძილის ქსოვილები. კბილის ამოღების შემდეგ კბილბუდეს მსუბუქად ატამპონებენ, წმენდენ მხოლოდ ქრონიკული პერიოდონტიტიანი კბილის ალვეოლას, ისიც მის მხოლოდ აპიკალურ ნაწილს, გრანულაციური ქსოვილის მოცილების თვალსაზრისით. გაწმენდა ხდება ფრთხილად პატარა, მახვილი კოვზით. კბილის დამუშავებისას არ ეხებიან მის ფესვს, რათა არ დაზიანდეს მასზე

არსებული პერიოდონტის ნარჩენები. კბილის ფესვის არხს ამუშავებენ მექანიკურად, ქიმიურად და ბჟენენ არხსა და კარიესულ ღრუს. ზოგჯერ (განსაკუთრებით თუ გვირგვინი ინტაქტურია) დაბჟენა ხდება რეტროგრადულად. ამავე დროს კეთდება ფესვის მწვერვალის რეზექცია. ეს განსაკუთრებით საჭიროა ქრონიკული მწვერვალოვანი პერიოდონტიტის დროს, ვინაიდან ფესვის მწვერვალი მდიდარია არხის დელტისებრი განშტოებებით, რომელიც შეიცავს ნეკროზულ შიგთავსს, ბაქტერიებთან და ტოქსინებთან ერთად და შეიძლება გახდეს რეციდივის წყარო. დამუშავების პროცესში კბილს რამდენიმეჯერ ათავსებენ ანტიბიოტიკების ხსნარში. ამავე ხსნარით ამუშავებენ კბილბუდეს, უფრთხილდებიან რა მისი კედლების პერიოსტეუმს და კბილს სვამენ კბილბუდეში. თუ რეპლანტირებული კბილი მრავალფესვიანია, ფიქსაცია არ არის აუცილებელი. ერთფესვიან კბილებს აფიქსირებენ მავთულის ან პლასტმასის არტაშანებით 2-3 კვირის მანძილზე. რეპლანტირებული კბილის შეხორცება ხდება 3-4 კვირის განმავლობაში.

კბილბუდის პერიოსტეუმს მნიშვნელოვანი როლი აქვს რეპლანტირებული კბილის შეხორცებაში. დადგენილია, რომ ძვლისზედაკანის მთლიანად შენარჩუნების პირობებში ადგილი აქვს რეპლანტატის შეხორცების პერიოდონტულ ტიპს, ნაწილობრივის დროს — პერიოდონტულ-ფიბროზულ ტიპს, ხოლო ძვლისზედაკანის, როგორც კბილბუდიდან ისე კბილის ფესვიდან მნიშვნელოვნად მოცილებისას, ვითარდება შეხორცების ოსტეოიდური ტიპი. რეპლანტირებული კბილის მომავალი (პროგნოზი) მნიშვნელოვნად საიმედოა შეხორცების პერიოდონტული და ყველაზე ნაკლებ საიმედო-ოსტეოიდური ტიპის დროს.

ტრანსპლანტაცია გულისხმობს კბილის სხვა ალვეოლაში გადანერგვას. იშვიათად გამოიყენება. მიმართავენ უვარგისი კბილის მაგიერ რეტენირებული ან ზეკომპლექტური კბილის გადანერგვას. ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ კბილის მორგებისათვის საჭიროა ფესვის დაპატარავება ან ალვეოლის გაფართოება. ტექნიკა იგივეა, როგორც რეპლანტაციის დროს. შედეგი ნაკლებსაიმედო.

იმპლანტაცია გულისხმობს ხელოვნურად შექმნილ ძვლოვან ბუდეში მეტალის (ტიტანი) ან სხვა (მაგ. კერამიკა) მასალისაგან მომზადებული კბილის ან მისი ფესვის გადანერგვას. ისინი



სურ. 56. ყბების ძვლებში ჰოთავსებულ იმპლანტატებზე დამაგრებული კბილის პროთეზები.

უმრავლეს შემთხვევაში ეხორცებიან ძვალს და გამოიყენებიან როგორც ერთეული ნაკლული კბილების აღსადგენად, ისე საყრდენად პროთეზებისათვის (სურ. 56). დადგენილია, რომ იმპლანტირებული კბილების შეხორცების სანდოობა 90%-ს აჭარბებს, ხოლო მათი ექსპლოატაციის ვადა 7-9-1. წელიწადია.

ოდონტოგენური პერიოსტიტი

ოდონტოგენური პერიოსტიტი ყბის ძვლის პერიოსტეუმის ანთებაა, რომლის დროსაც ინფექციის წყაროა კბილისა და პაროდონტის ინფიცირებული თუ ანთებითი ქსოვილები.

არჩევენ მწვავე სეროზულ, მწვავე ჩირქოვან და ქრონიკულ პერიოსტიტს.

ანთებადი პერიოდონტიდან ჩირქოვანი ექსუდატი ძვლის ძირითადი და მკვებავი არხებით (ჰავერსისა და ფოლკმანის მილაკებით) და კომპაქტურ ნივთიერებაში არსებული წვრილი არხებით, უფრო იშვიათად კი ძვალტვინოვანი სივრცეების გავლით, ვრცელდება პერიოსტეუმის ქვეშ. უფრო ხშირად ექსუდატი პერიოდონტიდან პერიოსტეუმის ქვეშ ვრცელდება ფესვის მწვერვალის მიდამოში ძვლის მთელ სისქეზე გაჩენილი ხვრელარხიდან. ზოგჯერ მიკროორგანიზმები პერიოდონტიდან ძვლისზედაკანში ვრცელდებიან ლიმფური გზებით. ვითარდება **მწვავე პერიოსტიტი** ანუ ძვლისზედაკანქვეშა აბსცესი (ღრძილქვეშა აბსცესი). იგი ძირითადად ქრონიკული გამწვავებული მწვერვალოვანი პერიოდონტიტის და მწვავე მწვერვალოვანი პერიოდონტიტის გართულებაა. უფრო იშვიათად მწვავე პერიოსტიტი შეიძლება განვითარდეს კბილის ამოღების შემდეგ, არაიშვიათად კი ფესვოვანი კისტის დაჩირქების დროს.

დაავადების საწყის სტადიაში ვითარდება პერიოსტის მწვავე სეროზული ანთება. მიკროსკოპულად ამ დროს ადგილი აქვს სისხლძარღვთა ჰიპერემიას, პერიოსტეუმის შეშუპებასა და უჯრედულ ინფილტრაციას; პროცესის შემდგომი განვითარებისას სეროზული ანთება გადადის ჩირქოვანში.

კლინიკურად მწვავე სეროზული პერიოსტიტის დროს აღინიშნება პერიოსტეუმის გასქელება. იგი პალპაციით მტკივნეულია და ლოკალიზებულია ალვეოლური მორჩის ვესტიბილურ მხარეზე „მიზეზობრივი“ კბილის ზონაში. ზოგჯერ ვრცელდება ყბის სხეულზე. „მიზეზობრივი“ კბილის არეში პირის ღრუს ლორწოიანი გარსი ჰიპერემიული და შეშუპებულია. შეშუპება შეიძლება გავრცელდეს ახლომდებარე ქსოვილებზე. რეგიონული ლიმფური კვანძები შესიებულია. ზოგჯერ მწვავე სეროზული პერიოსტიტის ფონზე შეიძლება განვითარდეს ანთებითი ინფილტრატი. მწვავე სეროზული პერიოსტიტი ძირითადად ვითარდება მწვავე მწვერვალოვანი ან გამწვავებული ქრონიკული პერიოდონტიტის ფონზე.

მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის დროს ადგილი აქვს ძლიერ, მტანჯველ ტკივილებს. ტკივილებს ზოგჯერ პულსაციის ხასიათი აქვს. ღრძილის კიდე შეშუპებული და ჰიპერემიულია, გარდამავალი ნაოჭი გასადავებული, ჰიპერემიული. აღინიშნება კოლატერალური შეშუპება. ანთებადი ინფილტრაციის გაზრდასთან ერთად მკვრივდება გარდამავალი ნაოჭი და პერიოსტეუმქვეშა ჩირქგროვის მდებარეობის შესაბამისად ჩნდება გამობერილობა. ვითარდება ფლუქტუაცია. „მიზეზობრივი“ კბილის შესწავლა უმეტეს შემთხვევაში გვიჩვენებს მწვავე ჩირქოვანი მწვერვალოვანი ან ქრონიკული გამწვავებული მწვერვალოვანი პერიოდონტიტის არსებობას. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია სუბფებრილურიდან 38-38,5^{0}C-მდე.

მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტი ვითარდება მხოლოდ ალვეოლური მორჩის არეში და უმეტესად ვესტიბულური მხრიდან. ზოგჯერ ქვედა ყბაზე ჩირქოვანი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს პერიოსტეუმის ქვეშ ქვედა ყბის ქვედა კიდემდე. სასის მხარეზე ჩირქი ვრცელდება ზედა მეორე საჭრელისა და ზედა მოლარების ლოყისკენა ფესვებისაკენ. მაგრამ აქ ჩირქგროვა სწრაფად არღვევს პერიოსტეუმის მთლიანობას და წარმოიქმნება სასის აბსცესი.

მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის დროს ადგილი აქვს რეგიონული ლიმფური კვანძების შესიებას და მათ მტკივნეულობას.

ძვლის კორტიკალური ფირფიტის არეში, იმ უბანში, სადაც ლოკალიზებულია ჩირქოვანი ექსუდატი, რამდენიმე დღის შემდეგ

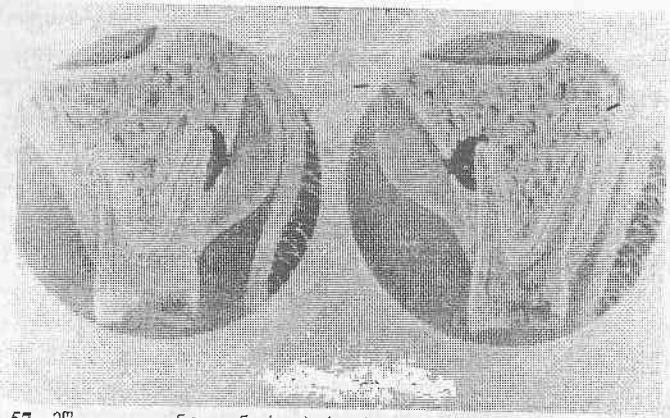
ადგილი აქვს ძვლის კორტიკალური უბნების ნეკროზს — მეორადი კორტიკალური ოსტეომიელიტის განვითარებას. იგი გამოწვეულია პერიოსტეუმის ძვლისაგან ათიშვით (განცალკავებით) გამოწვეული ძვლის სისხლის მომარაგების დარღვევით, რასაც, ბუნებრივია, მოსდევს კვების დარღვევა (სურ. 57).

სისხლის მხრივ ავადმყოფთა უმრავლესობაში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ერითროციტების დალექვის სიჩქარის გაზრდა. იშვიათად აღინიშნება ეოზინოპენია.

მწვავე ოდონტოგენური პერიოსტიტის **მკურნალობის** ძირითადი პრინციპია დაავადების გამომწვევი მიზეზის მოცილება და ანთებადი კერის დრენირება. თუმცა დაწყის სტადიაში, როდესაც ჯერ კიდევ არ აქვს ადგილი კერის დაჩირქებას, არ აღინიშნება ფლუქტუაცია და ძვლისზედაკანი მხოლოდ ინფილტრირებულია, შესაძლებელია სამკურნალო ეფექტის მიღება კონსერვატიული საშუალებებით: ანტიბიოტიკები, ფიზიოთერაპია, მშრალი სითბო, მიზეზობრივი კბილის ენდოდონტური მკურნალობა (ფესვის არხის მექანიკური და ქიმიური დამუშავება, ანტიბიოტიკების და ანტისეპტიკების გამოყენება, არხის დაბჟენა სამკურნალო პასტით).

მკურნალობის უშედეგობის, მით უმეტეს ინფილტრატის დაჩირქების შემთხვევაში, აუცილებელია კერის დრენირება. ტარდება განაკვეთი ძვლამდე შესიების არეში პირის კარიბჭის ან სასის მხრივ. უფრო ხშირად ეს არის გარდამავალი ნაოჭი. თუ კბილი არ ექვემდებარება მკურნალობას, მას იღებენ (კბილი ძლიერ დაშლილი გვირგვინით, მორყეული კბილი პაროდონტიტის დროს, კბილის ფესვი). ასეთ შემთხვევაში ჯერ კბილს იღებენ და ცდილობენ ჩირქგროვის დრენირებას ან კბილბუდესა და აბსცესს შორის არსებული ხვრელიდან (თუ ასეთი არსებობს), ან რასპატორით თიშავენ ღრძილს ალვეოლის კიდიდან და ახდენენ დრენირებას. ავადმყოფებს ენიშნებათ ანტიბიოტიკები, თბილი სავლები, ფიზიოპროცედურები, „მიზეზობრივი“ კბილის შენარჩუნების შემთხვევაში მისი მკურნალობა. პროცესი წყნარდება 3-5 დღის განმავლობაში.

ქრონიკული ოდონტოგენური პერიოსტიტი იშვიათად გვხვდება და ძირითადად ვითარდება ქვედა ყბის პერიოსტეუმში. დაავადება გრძელდება ერთიდან რამდენიმე წლამდე. სხვადასხვა გამაღიზიანებელი ფაქტორები (ქრონიკული ანთებითი პროცესი ქრონიკული პერიოდონტიტის და ქრონიკული ოსტეომიელიტის დროს, ტრავმა) იწვევენ პერიოსტის გაღიზიანებას, რის შედეგადაც ეს უკანასკ-



სურ. 57. მწვავე ოდონტოგენური პერიოსტიტი. წარმოშობის სქემა;

ნელი იწყებს ძვლის ახალი შრეების წარმოქმნას. ახალწარმოქმნილი ძვლის შრეები ეზრდება არსებულ ძვალს პერიოსტეუმის ქვეშ, არათანაბარზომიერი ოსიფიკაციით. ქრონიკული პერიოსტიტი შეიძლება განვითარდეს როგორც მწვავე პერიოსტიტის გართულება. მიზეზად ასახელებენ პირველად ან მეორად იმუნოდეფიციტურ დაავადებებს ან მდგომარეობებს.

კლინიკურად ადგილი აქვს ძვლის გასქელებას. პალპაციით ზოგჯერ აღინიშნება მტკივნეულობა. პათოლოგიური უბნის ზედაპირი სადაა. კანი ამ არეში უცვლელი. პირის ღრუში უფრო ხშირად აღინიშნება ლორწოიანი გარსის შეშუპება და ჰიპერემია ძვლის გასქელების არეში. ზოგჯერ ადგილი აქვს რამდენიმე ყბისქვეშა ლიმფური კვანძის შესიებას, რომლებიც შეხებით მკვრივი, მოძრავი, უმტკივნეულო ან სუსტადმტკივნეული არიან. ქრონიკული პერიოსტიტის კლინიკური გამოვლენა უფრო გამოხატულია ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის პროდუქციული ფორმების დროს.

რენტგენოლოგიურად, დაავადების პირველ თვეებში ვლინდება პერიოსტის ოსიფიციური გასქელება. უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობისას ჩანს ახალწარმოქმნილი ძვლის ჩრდილი ნაზი შრეობრივი ზოლის სახით ქვედა ყბის ქვედა კიდის გასწვრივ. ზოგჯერ აღინიშნება ახალწარმოქმნილი ძვლის უსტრუქტურო შენება.

არჩევენ ქრონიკული პერიოსტიტის უბრალო და ოსიფიცირებულ ფორმებს. უბრალო პერიოსტიტი იოლად ემორჩილება

მკურნალობას, ოსიფიცირებული კი მთავრდება ჰიპეროსტოზის წარმოქმნით.

მკურნალობის ძირითადი პრინციპია ოდონტოგენური პათოლოგიური კერის (მიზეზის) მოცილება. კარგ შედეგს იძლევა ფიზიოთერაპია (კალიუმის იოდიდის ხსნარის ელექტროფორეზი). კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში ახდენენ ქირურგიულ ჩარევას ჭარბი, ახალწარმოქმნილი ძვლის მოცილების თვალსაზრისით.

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი

დაავადების გამომწვევი გზებისა და მისი განვითარების მექანიზმების გათვალისწინებით არჩევენ ყბების ოდონტოგენურ, ჰემატოგენურ, ტრავმულ, ცეცხლნასროლ და კონტაქტურ ოსტეომიელიტებს. აქედან მშვიდობიან დროს ძირითადად გვხვდება ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი, მნიშვნელოვნად უფრო მცირეა ყბების ტრავმული ოსტეომიელიტი, ხოლო ჰემატოგენური და კონტაქტური ოსტეომიელიტი იშვიათად, მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში შეიძლება შეგვხვდეს.

ჰემატოგენური ოსტეომიელიტი ვითარდება ყბების ძვალტვინოვან სივრცეებში ინფექციის სისხლით მიტანის შედეგად სხვადასხვა ინფექციური დაავადებების დროს. ტრავმული ოსტეომიელიტი ვითარდება ყბების ტრავმული (მათ შორის ცეცხლნასროლი) დაზიანების დროს. ამ შემთხვევაში ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს სახის რბილ ქსოვილებზე არსებული ჭრილობებიდან ან პირის ღრუდან ღია მოტეხილობის დროს (აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კბილთა რკალის არეში ყველა მოტეხილობა ღიაა). კონტაქტური ოსტეომიელიტი ვითარდება ყბების ირგვლივ რბილ ქსოვილებში არსებული ანთებითი პროცესების (აბსცესი, ფლეგმონა, ფურუნკული და სხვა) ყბის ძვლებზე გავრცელებით.

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი ხშირია. იგი შეადგენს ყველა ძვლების ოსტეომიელიტის 50%-ს და სტომატოლოგიური სტაციონარის ავადმყოფთა 25-30%-ს. ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი ვითარდება ყბის ძვალში პერიოდონტალური ანთებითი კერიდან ინფექციის გავრცელების შედეგად. იწვევს მას შერეული მიკროფლორა (სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები, ნაწლავის ჩხირი, ზოგჯერ ლპობად ბაქტერიებთან კომბინაციაში). ქვედა ყბის

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი 4-5-ჯერ უფრო ხშირად ვითარდება ზედასთან შედარებით.

არჩევენ ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის განვითარების სამ სტადიას — მწვავეს, ქვემწვავეს და ქრონიკულს.

მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი შეიძლება იყოს ლოკალური და დიფუზური. დაავადებას შეიძლება ჰქონდეს მშვიდი და მძიმე მიმდინარეობა. მშვიდი მიმდინარეობის დროს აღინიშნება ტკივილი „მიზეზობრივი“ კბილის არეში. აღნიშნული კბილი მორყეულია, პერკუსიაზე ძლიერ მტკივნეული. ღრძილის და გარდამავალი ნაოჭის არეში ლორწოიანი გარსი შეშუპებული და ჰიპერემიულია. პალპაციით მტკივნეული. საერთო სისუსტე. სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურიდან 38^0C-მდე.

მძიმედ მიმდინარე ფორმების დროს მწვავე ტკივილი „მიზეზობრივი“ კბილის არედან ვრცელდება მეზობელ უბნებზე, სხეულის ტემპერატურა იზრდება 40^0C-მდე. „მიზეზობრივი“ და მისი მეზობელი კბილები მორყეული არიან, პერკუსიაზე აქვთ ძლიერ მტკივნეული რეაქცია. ღრძილის და გარდამავალი ნაოჭის არეში ლორწოიანი გარსი მკვეთრად შეშუპებული და ჰიპერემიულია. ავადმყოფი ფერმკრთალია, დასუსტებული. უჩივის თავის ტკივილს, უძილობას, უმადობას. აქვს შემცივნება, რომელიც შეიძლება დღის განმავლობაში რამდენიმეჯერ განმეორდეს. მოლარების გზით გავრცელებული ინფექციის შემთხვევაში ვითარდება ტრიზმი. დაავადების განვითარების გარკვეულ სტადიაზე აღინიშნება შესაბამის მხარეზე ნიკაპისა და ქვედა ტუჩის კანის მგრძნობელობის მოშლა (დაქვეითება ან გაქრობა); ეს არის ვენსანის სიმპტომი, რაც გამოწვეულია ქვედა ყბის არხში არსებული ქვედა ალვეოლურ ნერვზე ანთებადი ექსუდატის ზედაწოლით. ყბისქვეშა და კისრის ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული და მტკივნეულია. სისხლში — ლეიკოციტოზი, ერითროციტების დალექვის სიჩქარის გაზრდა, თეთრი სისხლის ფორმულის მარცხნივ გადახრა. ეოზინოფილების შემცირება ან გაქრობა (ეს უკანასკნელი ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითებაზე მიგვანიშნებს). შარდში — ცილა, ზოგჯერ ცილინდრები და ერითროციტები, რაც მიუთითებს თირკმლის პარენქიმაზე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის ტოქსიკურ მოქმედებაზე.

მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს ყბის ძვლებში პათოლოგიური ცვლილებები არ ვლინდება. აღინიშნება მხოლოდ ადრე არსებული ქრონიკული პერიოდონტიტისათვის დამახასია-

თებელი ცვლილებები. მხოლოდ უმაღლესი ხარისხის რენტგენოგრამებზე მწვავე ოსტეომიელიტის დაწყებიდან 10-14 დღის შემდეგ შეიძლება გამოვლინდეს ძვლის დესტრუქციისა და პერიოსტეუმის გასქელების პირველი ნიშნები.

თუ მკურნალობა არ იქნა ჩატარებული მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს, ჩირქოვანი ექსუდატი აღწევს პერიოსტეუმის ქვეშ, აქედან კი ხვრელარხის შექმნით პირის ღრუში. ჩირქოვანი ექსუდატის ყბების ირგვლივ რბილ ქსოვილებში გავრცელებით წარმოიქმნება ფლეგმონა. პროცესის ზედა ყბაზე არსებობის შემთხვევაში ჩირქი შეიძლება გავრცელდეს ზედა ყბის წიაღში და განვითარდეს მწვავე ჰაიმორიტი, შეიძლება ჩირქოვანი ექსუდატი გავრცელდეს და ფლეგმონები ჩამოყალიბდეს ფრთასასის, საფეთქელქვედა ფოსოებში, თვალბუდეში, ქალას ფუძეზე, პირის ღრუს ფსკერზე, ყბისქვეშა არეში, პარაფარინგეალურ სივრცეში, კისრის ფასციების და კუნთთაშუა სივრცეების გავლით კი შუასაყარში მედიასტინიტის წარმოქმნით. ინფექცია შეიძლება განვითარდეს ლიმფური და ვენური გზებით.

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის მწვავე ფაზა გრძელდება 7-12 დღე. დიფუზური ფორმის დროს მწვავე ფაზა გრძელდება სამ კვირამდე. ხვრელარხის წარმოქმნასა და ჩირქოვანი ექსუდატის ანთების კერიდან დრენირებისთანავე პროცესი გადადის ქვემწვავე ფაზაში, რის შედეგადაც მწვავე ანთების მოვლენები ძვლის პათოლოგიურ კერაში თანდათან ცხრება, სამაგიეროდ შეიძლება განვითარდეს მწვავე მოვლენები სხვა ქსოვილებში (ფლეგმონა, ჰაიმორიტი, მედიასტინიტი, მენინგიტი).

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის *ქვემწვავე სტადიის* დროს ტკივილები სუსტდება ან ქრება, სხეულის ტემპერატურა ეცემა სუბფებრილურამდე, სისხლის და შარდის ანალიზების მაჩვენებლები უახლოვდებიან ნორმას. რენტგენოლოგიურად ქვემწვავე სტადიის დროს ცხადად ჩანს ძვლის ოსტეოპოროზული უბანი.

პათომორფოლოგიურად მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს აღინიშნება ყბის ძვალტვინოვანი ნივთიერების მწვავე ანთება, როგორც ძვლის ტვინის, ისე ძვლისა და პერიოსტეუმის ელემენტების ნეკროზისა და დაშლის მოვლენებით. ქვემწვავე სტადიის დროს იწყება ძვლის დაზიანებული უბნის თანდათანობითი შემოსაზღვრა და სეკვესტრების ჩამოყალიბება. ერთდროულად იწყება რეგენერაციის მოვლენები. დაზიანებული და

ჯანსაღი ძვლის საზღვარზე გროვდებიან ოსტეობლასტები და იწყება ახალი ძვლოვანი ქსოვილის წარმოქმნა.

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის ქვემწვავე სტადია გრძელდება 4-8 დღე და შემდეგ გადადის ქრონიკულ სტადიაში.

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის **ქრონიკული სტადია** შეიძლება გაგრძელდეს 1-1,5-დან რამდენიმე თვემდე. ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, იგი თანდათან უმჯობესდება. სხეულის ტემპერატურა უფრო ხშირად ნორმის ფარგლებშია, ან საღამოობით აიწევს 37,3-37,5^{0}C-ის ფარგლებში. პერიოდულად ადგილი აქვს გამწვავებას ხვრელარხის გახსნით. ქრონიკულ სტადიაში პათოლოგიის კერის არეში აღინიშნება ძვლის პერიოსტალური გასქელება. ამ არეში კანი დაჭიმული და გათხელებულია. ყოფილი ჩირქოვანი კერის არეში აღინიშნება ხვრელარხები მცირე ოდენობის ჩირქოვანი გამონადენით, წვრილი სეკვესტრებით და სისხლმდენი გრანულაციებით. ზოგიერთი ხვრელარხი უკვე დანაწიბურებული და ჩაბრუნებულია. ლორწოვანი გარსი პათოლოგიურ უბანში გაფაშრებულია, ჰიპერემიული ან მოლურჯო ფერისაა. პათოლოგიური კერის საპროექციოდ მდებარე კბილები მნიშვნელოვნად მორყეულია, ზოგიერთი ადრე მორყეული კბილი კი გამაგრებული, ლიმფური ჯირკვლები შემცირებული, მკვრივი და მტკივნეული. პირის გაღება შეზღუდული.

ქრონიკულ სტადიაში ხდება ძვლის ნეკროზული უბნების საბოლოო გამოყოფა ძვლის ჯანმრთელი უბნებიდან. ყალიბდება სეკვესტრი და მის ირგვლივ სეკვესტრალური კოლოფი, რომელიც მაგარია და დიდ დატვირთვას იტანს. მოხუცებში და ძლიერ დასუსტებულ პირებში დიდი ზომის სეკვესტრების ჩამოყალიბებისას, რეპარაციული პროცესების დაქვეითების გამო, ძლიერი სეკვესტრალური კოლოფი არ წარმოიქმნება. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური მოტეხილობა. სეკვესტრის ჩამოყალიბება ხდება 1 თვიდან (ზედა ყბაზე) 1,5-2 თვეში (ქვედა ყბაზე). დასუსტებულ და ხანდაზმულ პირებში ეს პროცესი უფრო ხანგრძლივია.

ზედა ყბაზე სეკვესტრაციას განიცდის ყბის ძვლის მცირე ზომის უბნები, ისიც მხოლოდ ალვეოლური მორჩის არეში. შეიძლება განვითარდეს თვალბუდის ქვედა კიდის არეში. ყვრიმალის ძვლის მიდამოში ფლეგმონის ზეგავლენით შეიძლება განვითარდეს მეორადი ოსტეომიელიტი და ძვლის სეკვესტრაცია. ქვედა ყბაზე შეიძლება ადგილი ექნეს ფართო სეკვესტრაციას არა მარტო

ალვეოლური მორჩისა და სხეულის, არამედ ტოტის არეშიც. ეს განპირობებულია ყბების სისხლმომარაგების თავისებურებით. ზედა ყბა უფრო უხვადაა მომარაგებული სისხლით და იქ დაზიანება უფრო ლოკალურია. ქვედა ყბას კი ძირითადად ერთი არტერია კვებავს. ამ არტერიის თრომბოზი, ბუნებრივია, გამოიწვევს ქვედა ყბის ფართო უბნის სეკვესტრაციას. ყბის ძვალს კვებავს ინტრა და ექსტრაოსალური სისხლის ძარღვები. ყბისირგვლივი ფლეგმონა იწვევს ექსტრაოსალური სისხლის ძარღვების თრომბოზს, რაც იწვევს ძვლის კორტიკალური ნაწილის კვების მოშლას და მეორად ოსტეომიელიტს უმთავრესად კორტიკალური ძვლის სეკვესტრაციით.

სეკვესტრალური კოლოფის ჩამოყალიბებასაც აქვს თავისებურებანი. ზედა ყბაზე სეკვესტრალური კოლოფი არ ყალიბდება, ან ყალიბდება მცირე ზომით ალვეოლური მორჩის არეში. ქვედა ყბაზე სეკვესტრალური კოლოფი ყალიბდება ალვეოლური მორჩის, სხეულის და კუთხის არეში ქვედა ყბის ხვრელამდე, რაც განპირობებულია ამ არეში ძვლის ტვინის არსებობით.

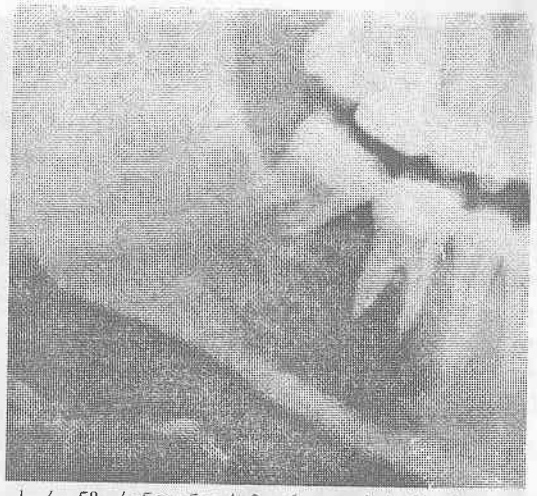
ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის რენტგენოლოგიური სურათი ნათელია. ძვლის რეზორბციულ უბანში მოთავსებულია სხვადასხვა ზომის სეკვესტრი. ყბის ძვლის კონტურები შეცვლილია (გაზრდილია), არათანაბარია პერიოსტეუმის ოსიფიკაციის წყალობით (სურ. 58, 59).

გარდა ზემოაღწერილი ფორმისა, არსებობენ ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის უსეკვესტრო და უსეკვესტრო ჰიპეროსტოზული ფორმები.

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის უსეკვესტრო ფორმის დროს ძვლოვანი ქსოვილის დაზიანება დიფუზურად ვითარდება, რომლის ფონზე ძვლის რეზორბციის მცირე ზომის კერებში მდებარეობენ ნეკროზული ძვლის წვრილი უბნები. ხშირ შემთხვევაში ნეკროზული ძვლის უბნები ექვემდებარებიან გაწოვას ან ინკაფსულირებას. კლინიკურად აღინიშნება ქვედა ყბის ძვლის გასქელება, როგორც შიგნითა, ისე გარეთა მხრიდან. ძველი ხვრელარხები დანაწიბურებული და ძვალთან მიმაგრებულია. ქვედა ყბაზე მიმაგრებული კუნთები გასქელებული. დაავადება მიმდინარეობს თვეობით, ზოგჯერ კი წლობით, პერიოდული გამწვავებით. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ძვლის გაზრდილი სიმკვრივე და ოსტეოსკლეროზი. ამ ფონზე მოჩანს ძვლის რეზორბციის კერები

ძვლის სხეულისა და კუთხის არეში, რომლებშიც განლაგებულია წვრილი ნეკროზული უბნები.

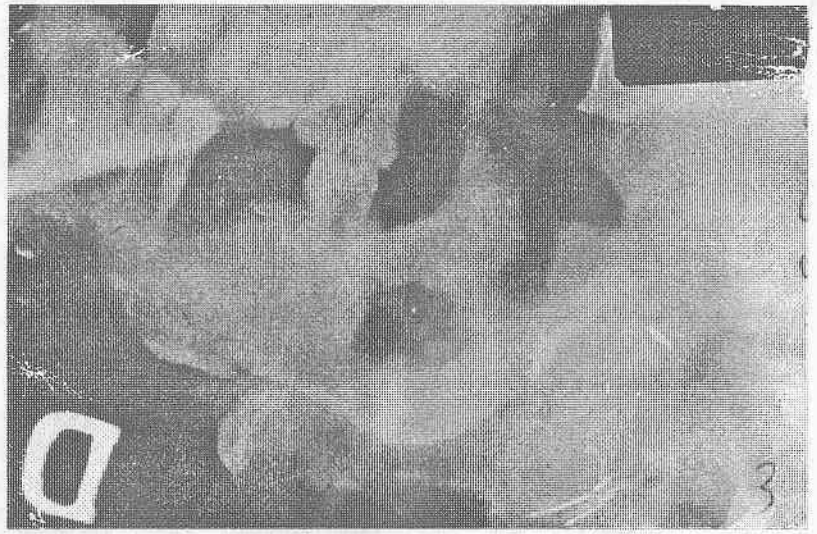
ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის უსეკვესტრო, ჰიპეროსტოზული ფორმის დროს აღინიშნება ძვლის (ძირითადად ქვედა ყბის) მნიშვნელოვანი გასქელება ორივე მხრიდან, რაც შეიძლება გადაიზარდოს ძვლის დეფორმაციაში. წვრილი სეკვესტრების გაწოვის ხარჯზე დროთა განმავლობაში ადგილი აქვს ძვლის ნივთიერების ჰიპერპროდუქციას. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ძვლის სტრუქტურის წაშლა, მისი სიმკვრივის მნიშვნელოვანი გაზრდა და სკლეროზი.



სურ. 58. რენტგენოგრამა. ქვედა ყბის ქრონიკული ოსტეომიელიტი. ქვედა ყბის სხეულის არეში ეშვიდან ქვედა ყბის კუთხემდე ძვლის სხვადასხვა ინტენსიობის რეზორბცია. წვრილი სეკვესტრებით კერაში.

ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის **გამწვავება** არ არის იშვიათი. იგი დაკავშირებულია ჩირქდენის შეკავებასთან ან ახალი აბსცესის თუ ფლეგმონის კერის წარმოქმნასთან. ხელახლა უარესდება ზოგადი მდგომარეობა, იწყება ტკივილები, მატულობს სხეულის ტემპერატურა. კერის დრენირებისთანავე ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება, ტკივილები წყნარდება, ტემპერატურა კლებულობს.

დიაგნოზის დასმა ხდება კლინიკური, რენტგენოლოგიური და ლაბორატორიული მონაცემების გათვალისწინებით. მწვავე სტადიაში „მიზეზობრივი“ კბილის არსებობა, მისი და მეზობელი კბილების მორყევა, ღრძილის, გარდამავალი ნაოჭის და ახლომდებარე რბილი ქსოვილების არეში პათოლოგიური ცვლილებები, ძლიერი ტკივილები, ვენსანის ნიშანი, მწვავე დასაწყისი, მძიმე ზოგადი მდგომარეობა, შემცივნება, ოფლიანობა აიოლებს დიაგნოსტიკას. ქვემწვავე სტადიაში დიაგნოსტიკას აიოლებს ანამნეზი,



სურ. 59. რენტგენოგრამა. ქვედა ყბის ქრონიკული ოსტეომიელიტი. ქვედა ყბის კუთხის არეში დიდი ზომის დესტრუქციული უბანი; სხეულის მიდამოში ქვედა კიდის დეფექტი. მესამე მოლარის ფესვების არეში ძვლის სკლეროზული უბანი. პათოლოგიური მოტეხილობა. პერიოსტეუმის რეაქცია.

ხვრელარხის წარმოქმნა, შემდგომი ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებით, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მონაცემები. ქრონიკულ სტადიაში — ანამნეზი, კლინიკური მონაცემები, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

დიფერენციული დიაგნოზი. მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დიფერენცირება ხდება მწვავე პერიოდონტიტის და მწვავე ჩირქოვანი ოდონტოგენური პერიოსტიტისაგან. მწვავე პერიოდონტიტის დროს პათოლოგიური ცვლილებები გამოხატულია მხოლოდ ერთი კბილის და მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების არეში. ასეთი კბილის ფესვის არხის გახსნისა და კერის დრენირების ან კბილის ამოღების შემთხვევაში მწვავე ანთებითი მოვლენები მშვიდდება. მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს კი პროცესი თანდათან პროგრესირდება. კბილის ამოღება არ იწვევს გაუმჯობესებას.

მწვავე ჩირქოვანი ოდონტოგენური პერიოსტიტის დროს ზოგადი მდგომარეობა უფრო მშვიდია, ტემპერატურა სუბფებრილური, ტკივილები არა ძლიერ გამოხატული. ამ დროს ანთების კერა ვითარდება ყბის მხოლოდ ერთ მხარეს და ისიც ალვეოლური

მორჩის მიდამოში განსხვავებით მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტისაგან, როცა ანთება ძვლის ორივე მხარეს ვითარდება. ტემპერატურა მაღალია, ტკივილები უფრო ძლიერი, შემკრავნება და გონების დაბინდვა. პერიოსტოტისათვის არ არის დამახასიათებელი ვენსანის ნიშანი.

ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დიფერენცირება ხდება ყბების აქტინომიკოზთან, ტუბერკულოზთან, სიფილისთან. თუ დაავადებათა კლინიკური სურათი არ კმარა, დიფერენციაციისათვის საჭიროა ლაბორატორიული (მიკრობიოლოგიური) გამოკვლევა. გამოყოფილი მიკროფლორა ადასტურებს დიაგნოზს. დიაგნოსტიკის დამხმარე მეთოდებია კანის სპეციფიკური რეაქციები ტუბერკულოზის და აქტინომიკოზის დროს, სისხლის ვასერმანის რეაქცია სიფილისის დროს, სეროდიაგნოსტიკა ტუბერკულიოზის დროს.

მკურნალობა. მწვავე, ქვემწვავე და გამწვავებული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს მკურნალობის ძირითადი მიზანია მიზეზის მოცილება და კერის დრენირება. იგი გულისხმობს „მიზეზობრივი“ კბილის ამოღებას და ჩირქოვანი კერის გახსნას. ჩირქოვანი კერა იხსნება მისი ლოკალიზაციის შესაბამისად პირშიგნითა ან პირგარეთა მიდგომით. კომპლექსურ მკურნალობაში მნიშვნელოვანი და აუცილებელი კომპონენტია ანტიბიოტიკოთერაპია. ავადმყოფებს ენიშნებათ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები. სასურველია „ოსტეოტროპული“ ჯგუფის ანტიბიოტიკი — ლინკომიცინი, ცეფამეზინი, კლინდომიცინი. უმჯობესია ანთებადი კერიდან ამოთესილი მიკროორგანიზმების შესწავლა მგრძნობელობაზე ანტიბიოტიკების მიმართ და შესაბამისი ანტიბიოტიკის გამოყენება. იმის გამო, რომ ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი ვითარდება მხოლოდ სენსიბილიზირებულ ორგანიზმში, საჭიროა დესენსიბილიზაცია (დიმედროლი, სუპრასტინი, პიპოლფენი, დიაზოლინი, დიპრიზინი, ქლორიანი კალციუმი). მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი თანდართულია მნიშვნელოვანი ინტოქსიკაციით, რის გამოც აუცილებლად უნდა ჩატარდეს დეზინტოქსიკაცია (ჰემოდეზი, რეოპოლიგლუკინი, ცილოვანი ჰიდროლიზატები, ფიზიოლოგიური ხსნარი, უროტროპინი — ინტრავენური, წვეთოვანი გადასხმებით). ვინაიდან დაავადება ძირითადად ვითარდება დასუსტებულ პირებში, საჭიროა ჩატარდეს ორგანიზმის დაცვითი მექანიზმების სტიმულაცია (სისხლის გადასხმა მცირე დოზებით, სოლკოსერილი, ანაბოლური სტეროიდები, ვიტამინები,

ქუნოთერაპია). ოსტეომიელიტის ყველა ფორმის დროს ადგილი აქვს ძვლის გარკვეული უბნების ნეკროზს, რეზორბციას ან სეკვესტრაციას. ეს მოითხოვს რეპარაციული ოსტეოგენეზის სტიმულაციას (ფტორნატრიუმის 1%-იანი ხსნარი პეროორალურად — 10 წვეთი 3-ჯერ დღეში; ანაბოლიტიკები — ნერობოლი, რეტაბოლილი, კალციუმისა და ფოსფორის პრეპარატები, ოსტეოტროპული მიკროელემენტები). განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევაში იყენებენ გლუკოკორტიკოსტეროიდებს (პრედნიზოლონი, დექსაზონი, დექსამეტაზონი). სასურველია ანალგეტიკების (ანალგინი, ამიდოპირინი) გამოყენება, რომლებიც ერთდროულად ანთების საწინააღმდეგო მოქმედებასაც ფლობენ (სიცხის დამწევი, შეშუპების დამცხრობი).

ქვემწვავე და ქრონიკულ სტადიაში შეიძლება ფიზიოპროცედურების გამოყენება (უმს, კვარცი, სამკურნალო საშუალებათა ელექტროფორეზი, ფონოფორეზი და სხვა).

ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს იღებენ „მიზეზობრივ“ კბილს და თავისუფლად მდებარე სეკვესტრს. მორყეულ კბილებზე ადებენ არტაშანს. თუ ელექტროოდონტოდიაგნოსტიკური გამოკვლევით დადგინდა პათოლოგიურ კერაში მყოფი ამა თუ იმ კბილის პულპის ნეკროზი, ახდენენ კბილის ტრეპანაციას და დაბჟენას სათანადო მკურნალობის შემდეგ. ქრონიკული ოსტეომიელიტის დროს აუცილებლად შეაქვთ კომპლექსურ მკურნალობაში დესენსიბალიზაცია, დეზინტოქსიკაცია, სტიმულაცია; ანტიბიოტიკები მხოლოდ ჩვენების მიხედვით. აღნიშნული მკურნალობა ხელს უწყობს წვრილი სეკვესტრების გაწოვას, ძვლოვან ღრუებში ძვლის აღორძინებას. თუ ძვალშიდა ღრუების აღდგენა არ მოხდა და პერიოდულად ხდება პროცესის გამწვავება, საჭიროა ასეთი ღრუების გახსნა და გრანულაციის გამოწმენდა (ნეკროტომია). ჰიპეროსტოზური ფორმის დროს მკურნალობის ზემოაღნიშნულ კომპლექსთან ერთად მიზანშეწონილია გამწოვი თერაპიის გამოყენება (ელექტროფორეზი იოდით, ტრილონით, ფონოფორეზი ჰიდროკორტიზონით), ლიდაზას, დექსამეტაზონის ინექციები. უეფექტობის ვშემთხვევაში შეიძლება ახალგაზრდა ასაკში ძვლის ჭარბი უბნების ოპერაციული გზით მოცილება და ძვალშიდა კერის არსებობის შემთხვევაში მისი ქირურგიული დამუშავება (ნეკროტომია).

ყბა-სახის მიდამოს ოდონტოგენური აბსცესები და ფლეგმონები

აბსცესი ანუ ჩირქგროვა შეზღუდული ჩირქოვანი კერაა, კანქვეშ (უფრო იშვიათად კი სხვა ქსოვილშიც) ჩირქის დაგროვების შედეგად. ფლეგმონა მწვავე კანქვეშა, კუნთთაშუა, ფასციათაშუა და სხვა სივრცეების გავრცელებული ჩირქოვანი ანთებაა. აბსცესისაგან განსხვავებით, ფლეგმონისათვის დამახასიათებელია ანთებითი პროცესის გავრცელებისადმი მიდრეკილება. ფლეგმონის ჩამოყალიბებას წინ უსწრებს სეროზული ანთება — *ინფილტრატის* განვითარება. ანთებითი ინფილტრატისათვის მოწოდებული იყო ტერმინები, რომლებიც თითქმის ერთნაირ აზრს გამოხატავდნენ: „განვითარებადი ფლეგმონა“, „მომწიფებადი ფლეგმონა“, „დაჩირქებადი ფლეგმონა“. ახლა მას „ცელულიტს“ უწოდებენ. ინფილტრატი ჩვეულებრივ დაფარულია გაწითლებული, დაჭიმული კანით. მალე მის ცენტრში ვლინდება ფლუქტუაცია, რაც ჩირქოვანი ექსუდატის დაგროვებაზე მიუთითებს. ინფილტრატის ირგვლივ კი კოლატერალური ანთებადი შეშუპებაა, რაც ხშირად ფლეგმონის საზღვრების დადგენას აძნელებს. ოდონტოგენური ფლეგმონა ყოველთვის თან ახლავს ყბების ჩირქოვან ოსტეომიელიტს, რის გამოც ასეთ ფლეგმონას ზოგჯერ *ოსტეოფლეგმონას* უწოდებენ. დაჩირქებული ლიმფური კვანძიდან გავრცელებულ ფლეგმონას კი — *ადენოფლეგმონა* ჰქვია.

ოდონტოგენური აბსცესისა და ფლეგმონის გამომწვევია კბილის გზით გავრცელებული ინფექცია: სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები, ნაწლავის ჩხირი, ანაერობული ინფექცია. უნდა აღინიშნოს, რომ ანტიბიოტიკების შემოღებამდე ოდონტოგენურ ანთებით პროცესებს, ძირითადად, უმრავლეს შემთხვევაში, იწვევდა სტრეპტოკოკი. ამჟამად ძირითადი გამომწვევია სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკმა მეორე ადგილზე გადაინაცვლა. ასე მაგ., თბილისის სამედიცინო აკადემიის ყბა-სახის ქირურგიის კლინიკისა და N4 საავადმყოფოს ყბა-სახის ქირურგიის განყოფილების მონაცემებით, უკანასკნელ წლებში ოდონტოგენური ანთებითი პროცესების 78,5%-ში პათოლოგიური კერიდან ამოთესილი იყო სტაფილოკოკი, 12,2%-ში სტრეპტოკოკი. არაიშვიათად გვხვდება შერეული ინფექცია. ანაერობი იწვევს აიროვან ფლეგმონას, რომელიც ხასიათდება განსაკუთრებული სიმძიმით.

ოდონტოგენური აბსცესები და ფლეგმონები წარმოადგენენ მწვავე და გამწვავებული ქრონიკული პერიოდონტიტის, მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის, მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის, სიბრძნის კბილის გაძნელებული ამოჭრის, დაჩირქებული ფესვოვანი კისტის, ალვეოლიტის, გამწვავებული პაროდონტიტის გართულებას. უფრო იშვიათად (2-4%) ყბა-სახის მიდამოს აბსცესების და ფლეგმონების განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს ნერწყვკენჭოვანი დაავადებები, ფურუნკული, კარბუნკული, ჰემატომის ინფიცირება, არაოდონტოგენური ლიმფადენიტი, ტონზილიტი, ინფექციით ინფიცირება, ყბების ძვლების მოტეხილობა. ინფექციის მოტანა შეიძლება ჰემატოგენური გზითაც.

ექსუდატის ხასიათის მიხედვით არჩევენ ჩირქოვან, ჩირქოვან-ჰემორაგიულ და ლპობად ფლეგმონას, ანთებითი რეაქციის ხასიათის მიხედვით ნორმერგიულს, ჰიპერერგიულს და ჰიპოერგიულს.

კლინიკურად აბსცესი ხასიათდება მტკივნეულობით, შეიძლება განვითარდეს მფარავი ქსოვილის ჰიპერემია. ფლუქტუაციის გამოჩენისთანავე ტკივილი სუსტდება. სხეულის ტემპერატურა შეიძლება აიწიოს სუბფებრილურიდან 38,5^{0}C-მდე, შეიძლება დარჩეს ნორმის ფარგლებში. იმის მიხედვით, თუ სად არის ლოკალიზებული (მაგ. საღეჭი კუნთების არე) აბსცესი, აღინიშნება პირის გაღების შეზღუდვა და კვების გაძნელება. ოდონტოგენური აბსცესები ყველაზე ხშირად ლოკალიზებული არიან ყბა-ენის არხში, ეშვის ფოსოში, ყბისქვეშა, ლოყის და ყბაყურა-საღეჭ მიდამოში, იშვიათად ყბა-სახის მიდამოს სხვა უბნებშიც.

ოდონტოგენური ფლეგმონა ჩვეულებრივ იწყება მტკივნეული ინფილტრატის (ცელულიტის) გამოვლენით. ინფილტრატი მატულობს, ტკივილები ძლიერდება და იღებს პულსაციურ ხასიათს. კანი ინფილტრატის არეში იჭიმება, ხდება ჰიპერემიული. იცვლება სახის კონფიგურაცია. სახის ბუნებრივი ნაოჭები სადავდებიან. პროცესის თვალბუდის ახლოს ლოკალიზაციისას ხდება თვალის ნაპრალის შევიწროება ან დახურვა; საღეჭი კუნთების სიახლოვეს ლოკალიზაციისას ადვილი აქვს ტრიზმს, კვების გაძნელებას; ხახისა და საყლაპავის სიახლოვეს — სუნთქვისა და ყლაპვის გაძნელებას და ა.შ. ოდონტოგენური ფლეგმონების დროს რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებული და მტკივნეულია.

ფლეგმონის ჩამოყალიბება შეიძლება გაგრძელდეს 2-3 დღიდან ერთ კვირამდე. ფლუქტუაციის გამოჩენა და დარბილება მიუთითებს ჩირქოვანი ექსუდატის გამოჩენაზე და ჩირქის ღრუს

ჩამოყალიბებაზე. შემდგომში ფლეგმონის მიმდინარეობა შეიძლება წარიმართოს სხვადასხვაგვარად.

ფლეგმონას ორგანიზმის ნორმერგიული რეაქციით მიმდინარეობისას ხასიათდება დამაკმაყოფილებელი ზოგადი მდგომარეობით ან საშუალო სიმძიმით. სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურიდან 38,5^{0}C-მდე. ფლეგმონა ვრცელდება ერთ ან ორ უბანზე. სისხლში ადგილი აქვს ლეიკოციტოზს, ერითროციტების დალექვის სიჩქარის გაზრდას.

თუ ფლეგმონის მიმდინარეობა თანდართულია ორგანიზმის ჰიპერერგიული რეაქციით, ამ დროს ადგილი აქვს ფლეგმონის გავრცელებას ორ-სამ უბანზე, საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობას, სხეულის ტემპერატურა მატულობს 38-39^{0}C-მდე, გამოხატული ინტოქსიკაციით. სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტოზის და ერითროციტების დალექვის სიჩქარის უფრო მნიშვნელოვანი ზრდა.

ჰიპოერგიული ანთებითი რეაქციით მიმდინარე ფლეგმონები ვრცელდებიან ერთ-ორ უბანში. ისინი მიმდინარეობენ ნელა და დუნედ, ორგანიზმის დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის ფონზე. სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურია ან ნორმის ფარგლებშია. ინტოქსიკაცია არ არის გამოხატული. ლეიკოციტების და ერითროციტების დალექვის სიჩქარე შეიძლება იყოს ნორმის ფარგლებში ან შემცირებული.

ზემოთ მოყვანილი იყო ყბა-სახის მიდამოს აბსცესებისა და ფლეგმონების ზოგადი კლინიკური სურათი. ადგილობრივი კლინიკური სურათი დამოკიდებულია სახისა და კისრის იმ მიდამოების ანატომოტოპოგრაფიულ თავისებურებებზე, სადაც ისინი მდებარეობენ. ამიტომ ქვემოთ განვიხილავთ თითოეული მიდამოს აბსცესებსა და ფლეგმონებს და მათი ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებს.

თვალბუდისქვეშა მიდამოს აბსცესი და ფლეგმონა. თვალბუდისქვეშა მიდამო ზემოდან მოსაზღვრულია თვალბუდისქვეშა კიდით, ქვევიდან — ზედა ყბის ალვეოლური მორჩით, შიგნიდან — ცხვირის მიდამოს გვერდითი საზღვრით, გარედან — ყვრიმალზედა ყბის ნაკერით. ოდონტოგენური ინფექცია ამ მიდამოში ვრცელდება ეშვიდან და პირველი პრემოლარიდან, უფრო იშვიათად მეორე საჭრელიდან და მეორე პრემოლარიდან. ჩირქოვანი კერა მოთავსებულია ეშვის ფოსოში. თვალბუდისქვეშა მიდამოს *აბსცესის* დროს აღინიშნება შეზღუდული შესიება, *ფლეგმონის* დროს შესიება ვრცელდება ზედა ყბის წინა ზედაპირზე, ზედა

ტუჩზე, ყვრიმალის მიდამოში, ქვედა, ზოგჯერ კი ზედა ქუთუთოზეც. ქსოვილები, სადაც მდებარეობს ჩირქოვანი კერა, ინფილტრირებულია, მტკივნეული, კანი ამ არეში დაჭიმული, ჰიპერემიული. ცხვირტუჩის ნაოჭი გასადავებული. ამ მიდამოდან ჩირქოვანი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ლოყის ან ყვრიმალის არეში, უფრო იშვიათად თვალბუდეში, ძალზე იშვიათად სახისა და კუთხის ვენის თრომბოფლებიტის განვითარების შემდეგ პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ქალას ღრუში ვენურ სინუსებზე.

ქირურგიული ჩარევა. თუ ჩირქოვანი პროცესი ღრმად მდებარეობს, ხორციელდება პირის ღრუდან. გარდამავალ ნაოჭზე, ეშვის საპროექციოდ, კეთდება განაკვეთი ძვლამდე. შემდეგ რასპატორით ან რომელიმე სხვა ინსტრუმენტით ბლაგვად გათიშავენ ქსოვილებს ეშვის ფოსომდე და ახდენენ ჩირქის ევაკუაციას. ჩირქოვანი პროცესის ზედაპირული ლოკალიზაციისას განაკვეთს, პირგარეთა მიდგომით, ატარებენ კანზე ცხვირტუჩის ნაოჭის პარალელურად ან თვალბუდისქვედა კიდის პარალელურად (ჩვენების მიხედვით). იკვეთება კანი და მახვილწვერიანი მომჭერით ჩლუნგად ითიშება ქსოვილები ჩირქის კერამდე.

ყვრიმალის მიდამოს აბსცესი და ფლეგმონა. აღნიშნული მიდამო ზემოდან მოსაზღვრულია თვალბუდისქვედა კიდით და საფეთქლის მიდამოს წინა-ქვედა ნაწილით, ქვევიდან — ლოყის მიდამოს წინა-ზედა ნაწილით, წინიდან — ყვრიმალ—ზედა ყბის ნაკერით, უკნიდან ყვრიმალსაფეთქლის ნაკერით.

ოდონტოგენური ინფექცია ყვრიმალის მიდამოში ვრცელდება ზედა პრემოლარებიდან და პირველი მოლარიდან.

აბსცესის დროს ავადმყოფი უჩივის ზომიერ, თვითნებით ტკივილებს. ობიექტურად — ყვრიმალის არეში აღინიშნება მტკივნეული, მკვრივი ინფილტრატი, დაჭიმული და ჰიპერემიული კანით. აღინიშნება ფლუქტუაცია.

ყვრიმალის მიდამოს ფლეგმონის დროს ტკივილები უფრო ძლიერია და გადაეცემა თვალბუდის და საფეთქლის მიმართულებით. ობიექტურად — ყვრიმალის არეში გავრცელებული მტკივნეული ინფილტრატის ირგვლივ თვალბუდის, საფეთქლის, ლოყის და ყბაყურა-საღეჭ მიდამოში აღინიშნება ანთებითი შეშუპება. პირის გაღება შეზღუდული და მტკივნეულია. შემდგომში ინფილტრატი იბილდება, კანი თხელდება და კანქვეშ აღწევს ჩირქოვანი ექსუდატი. პირის კარიბჭის მხრივ ზედა მოლარების არეში გარღამავალი ნაოჭი შეშუპებული და მტკივნეულია.



სურ. 60. თვალბუდის ფლეგმონა. ზევით — კლინიკური სურათი; ქვევით — ფლეგმონის ლოკალიზაციის და მკურნალობის სქემა.

ქირურგიული მკურნალობა ტარდება პირშიგნითა და პირგარეთა მიდგომით. თუ ჩირქგროვა ლოკალიზებულია ყვრიმალის მიდამოს ქვედა ნაწილში, განაკვეთი ტარდება პირის კარიბჭის მხრიდან ყვრიმალვეოლის ქედის არეში. იკვეთება ლორწოიანი გარსი ძვლამდე და მახვილწვერიანი მომჭერით ჩლუნგად ითიშება რბილი ქსოვილები ჩარქოვანი ექსუდატის კერამდე. პროცესის უფრო ზემოთ ან კანქვეშ ლოკალიზაციისას განაკვეთი ტარდება კანზე, ფლუქტუაციის ზონის ქვედა პოლუსზე, სახის ნერვის ტოტების მსვლელობის პარალელურად.

თვალბუდის აბსცესი და ფლეგმონა. თვალბუდე მოსაზღვრულია მისი კედლებით. თვალბუდისქვედა ნაპრალით იგი უკავშირდება ფრთასასის ფოსოს, თვალბუდის ზედა ნაპრალით კი ტვინის ქალას ღრუს. ოდონტოგენური ინფექცია თვალბუდეში ვრცელდება ზედა ეშვისა და პრემოლარებისაგან, ზოგჯერ ზედა ყბის წიაღიდან. ანთებითი პროცესი თვალბუდეზე შეიძლება გადავიდეს თვალბუდისქვედა, საფეთქელქვედა, ფრთასასის ფოსოს, ფრთაქვედა ყბის არეს, ყვრიმალის მიდამოს ოდონტოგენური ფლეგმონების დროს.

ავადმყოფი უჩივის თავის ტკივილს, ტკივილს თვალბუდეში, ქუთუთოების შეშუპებას, მხედველობის გაორებას. ობიექტურად *აბსცესის* დროს ქუთუთოები შეშუპებულია. თვალის კაკალზე ზედაწოლა იწვევს ტკივილის გაძლიერებას. ქუთუთოების კანი მოყვითალო-მოლურჯო ფერისაა. თუ აბსცესი ლოკალიზებულია უკანა პოლუსში (რეტრობულბარული აბსცესი), აღინიშნება

თვალის კაკლის წინ წინოწევა (ეკზოფტალმი), რასაც თან სდევს მხედველობის გაორება (დიპლოპია), მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება. სხეულის ტემპერატურა მაღალია.

ფლეგმონის დროს ავადმყოფი უჩივის ძლიერ, პულსაციურ ტკივილებს თვალბუდეში, რომელიც გადაეცემა საფეთქლის, შუბლის მიდამოებს, ძლიერ თავის ტკივილს. მატულობს ქუთუთოების შეშუპება. *კონიუქტივა* შესიებულია, მინისებრი შესახედაობისაა, ვითარდება ქემოზი. ზოგჯერ კონიუქტივა ნახევრად გამჭვირვალე, ვარდისფერ-ყვითელი ლილვაკის სახით გაჩრილია შეშუპებულ და დახურულ ქუთუთოებში. შემდგომში შეიძლება მოიმატოს ეგზოფტალმის მოვლენებმა, შეიზღუდოს ან შეწყდეს თვალის კაკლის მოძრაობა; მატულობს შეშუპება ქუთუთოების არეში. ინფილტრატის ზედაწოლით თვალის ნერვის დაზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს მხედველობის დაქვეითება ან სიბრმავე. აღწერილია ჩირქოვანი პროცესის თვალის კაკალზე გადასვლის შემთხვევაც. უფრო რთულ შემთხვევებში შეიძლება ანთებითი პროცესი გავრცელდეს ტვინის მაგარი გარსის მღვიმოვან სინუსებზე. ასეთ შემთხვევაში მძიმდება ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და აღნიშნული მოვლენები ვითარდება მეორე თვალზეც (სურ. 60).

ქირურგიული ჩარევის დროს უნდა გავითვალისწინოთ, რომ თვალბუდის არეში მნიშვნელოვანი კოლატერალური შეშუპება აღინიშნება კავერნოზული (მღვიმოვანი) სინუსის თრომბოზის დროსაც, რომელიც ვითარდება ოდონტოგენური ინფექციით გამოწვეული აღმავალი თრომბოფლებიტის შედეგად. თუმცა სინუსთრომბოზის დროს კოლატერალური შეშუპება უფრო ხშირად ორივე თვალბუდეში ვითარდება, თანაც შეიძლება ნაკლებ მკვეთრად სწორედ იმ თვალბუდეში იყოს გამოხატული, რომელიც ოდონტოგენური ანთებითი პროცესის მხარესაა.

განაკვეთები ტარდება ქვედა ან ზედა ან როგორც ქვედა, ისე ზედა ქუთუთოზე (ჩვენების მიხედვით) თვალბუდის კიდეების დონეზე მის გარეთა ნახევარში. ახდენენ კერის დრენირებას. ჩლუნგად ინსტრუმენტის წვერს წაწევენ თვალბუდეში, მისი კედლის გაყოლებით. თვალბუდეში არსებული ანთებითი კერის დრენირება შეიძლება ზედა ყბის წიაღიდანაც. ამ გზით ახდენენ თვალბუდისქვედა კედლის ნაწილის რეზექციას და ჩირქოვანი ექსუდატის დრენირება ხდება ზედა ყბის წიაღში. გვირჩევენ ორივე

გზის გამოყენებასაც. თუ თვალბუდის ფლეგმონა თანდართულია ჩირქოვანი ჰაიმორიტით, მაშინ ანტროტომია აუცილებელია.

ლოყის მიდამოს აბსცესი და ფლეგმონა. ლოყის მიდამო ზემოდან შემოსაზღვრულია ყვრიმალის ძვლის ქვედა კიდით, ქვევიდან — ქვედა ყბის ქვედა კიდით. წინიდან — ყვრიმალ-ზედა ყბის ნაკერით და ტუჩის კუთხის შემაერთებელი ხაზით, უკნიდან საღეჭი კუნთის წინა კიდით.



სურ. 61. ლოყის ფლეგმონა. კლინიკური სურათი, ქირურგიული მკურნალობა.

ინფექციის წყაროა ზედა და ქვედა მოლარები, ზოგჯერ პრემოლარებიც. ანთებითი პროცესი კონტაქტური გზით შეიძლება გავრცელდეს ზედა და ქვედა ყბის ჩირქოვანი პერიოსტიტის დროს, თვალბუდისქვედა, საფეთქელქვედა და ყბაყურასაღეჭი მიდამოდან. არჩევენ ლოყის მიდამოს ზედაპირულ (ლოყის კუნთის ზემოთ მდებარე) და ღრმა (ლოყის კუნთის ქვემდებარე) აბსცესსა და ფლეგმონას. გარდა ლოყის კუნთისა, ლოყის მიდამოში მდებარეობს ლოყის ცხიმოვანი სხეული („ბიშას ბალიში"), რომელიც კავშირშია ყბაყურასაღეჭ და საფეთქელქვედა მიდამოსთან და რომელიც დიდ როლს თამაშობს ანთებითი პროცესის გავრცელებაშიც და გახანგრძლივებაშიც.

ლოყის აბსცესის დროს ჩირქოვანი ექსუდატი მდებარეობს ლოყის კუნთის ზემოთ (კანქვეშ) ან ქვემოთ (ლორწოიანი გარსის ქვეშ). დასაწყისში აღინიშნება მკვრივი ინფილტრატის არსებობა. კანი (კანქვეშა აბსცესის დროს) დაჭიმული, ჰიპერემიულია. პალპაცია მტკივნეული. ლორწოიანი (ლორწქვეშა აბსცესის დროს) ჰიპერემიულია, შეშუპებული, შეხებით მტკივნეული, მასზე აღბეჭდილია კბილების ანაბეჭდები.

ფლეგმონის დროს ინფილტრატი შეიძლება გავრცელდეს კანქვეშ ან ლორწოიანი გარსის ქვეშ, მაგრამ მალე არღვევს ლოყის კუნთის მთლიანობას და ფლეგმონა მოიცავს ლოყის მთელ სისქეს. ობიექტურად მთელი ლოყა ინფილტრატს უჭირავს; მეზობელი უბნებიც შეშუპებულია. შეშუპება ვრცელდება ქუთუთოებზე, რაც იწვევს თვალის ნაპრალის შეიწროებას ან დახურვას, ტუჩებზე.

ქვედა ყბის ქვეშა მიდამოში. კანი და ლორწოიანი გარსი შეშუპებული, ჰიპერემიულია; ლორწოიან გარსზე კბილების ანაბეჭდებია. ინფილტრატის გამოჩენიდან მალე ვლინდება ფლუქტუაცია. შეიძლება განვითარდეს დარბილების რამდენიმე კერა, რომლებიც ერთმანეთთან არიან დაკავშირებული. ლოყის ფლეგმონის დროს ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს თვალბუდისქვედა, ყვრიმალის, ყბისქვედა მიდამოში, ხოლო „ბიშას ბალიშის“ საშუალებით ყბაყურასაღეჭ, საფეთქელქვედა, საფეთქლის მიდამოში და ფრთა-ქვედა ყბის სივრცეში (სურ. 61).

ზედაპირულად (კანქვეშ ან ლორწოვანქვეშ) მდებარე ჩირქოვან კერას ხსნიან პირგარეთა ან პირშიგნითა მიდგომით, ფლუქტუაციის ზონის ქვედა პოლუსზე გატარებული განაკვეთით. განაკვეთი მიმართულია სახის ნერვის და ყბაყურა ჯირკვლის სადინრის მსვლელობის პარალელურად. კანის ან ლორწოიანის გაკვეთის შემდეგ კერას ხსნიან ჩლუნგად. ფლეგმონის დროს თუ არის იმედი, რომ კერის დრენირებისათვის საკმარისი იქნება პირშიგნითა განაკვეთი, კოსმეტიკური მიზნებისათვის ჯობია დრენირება ვესტიბულური მხრიდან. მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში ნაჩვენებია განაკვეთი კანის მხრიდან ინფილტრატის ცენტრის ქვედა პოლუსის პარალელურად. კანის გაკვეთის შემდეგ მომჭერით ხდება რბილი ქსოვილების გათიშვა კერის ცენტრში შეღწევით.

ყბაყურა-საღეჭი მიდამოს აბსცესი და ფლეგმონა. აღნიშნული მიდამო ზემოდან მოსაზღვრულია ყვრიმალის რკალისა და ძვლის ქვედა კიდით, ქვევიდან — ქვედა ყბის ქვედა კიდით, წინიდან საღეჭი კუნთის წინა კიდით, უკნიდან — ქვედა ყბის ტოტის უკანა კიდით. ყბაყურა-საღეჭი ფასცია ქმნის საღეჭი კუნთის ფუტლიარს, რომელიც ზემოთ და ქვემოთ უმაგრდება ძვლოვან სტრუქტურებს საღეჭი კუნთის მიმაგრების არეში, ხოლო უკან ქვედა ყბის ტოტის უკანა კიდეზე ეხორცება პერიოსტეუმს. ქვედა ყბის ტოტის გარეთა ზედაპირზე კუთხისა და ტოტის წინა ნაწილში საღეჭი კუნთი მჭიდროდ უმაგრდება ძვალს. იქ, სადაც საღეჭი კუნთი მჭიდროდ არ ეკვრის ტოტის გარეთა ზედაპირს, მის ნაწილში მდებარეობს ფაშარი ქსოვილი. ფაშარი ქსოვილი მდებარეობს აგრეთვე საღეჭი კუნთის ზედაპირულ და ღრმა შრეებს შორის, მის შუა და უკანა ნაწილებში. ამ ფაშარი ქსოვილებით ყბაყურასაღეჭი მიდამო უკავშირდება ყბის უკანა მიდამოს, ფრთა-ქვედა ყბის სივრცეს, რეტრომოლარულ მიდამოს, საფეთქლის ფოსოს და ლოყის მიდამოს. ამასთან, საღეჭი კუნთის

შრეებს შორის არსებული ფაშარი ქსოვილი დაკავშირებულია ქვედა ყბის ტოტის გარეთა ზედაპირსა და საღეჭ კუნთს შორის არსებულ ფაშარ ქსოვილთან. აღნიშნული ტოპოგრაფიული თავისებურება განაპირობებს მოცემული მიდამოს ჩირქოვანი პროცესის კლინიკურ თავისებურებებს.



სურ. 62. ყბაყურა-საღეჭი მიდამოს ფლეგმონა. კლინიკური სურათი (ზევით), გავრცელების სქემა (ქვევით მარცხნივ). ქვევით მარჯვნივ განაკვეთის გატარების არე ნაჩვენებია პუნქტირით.

ოდონტოგენური ინფექცია ამ მიდამოში ვრცელდება ზედა და ქვედა სიბრძნის კბილებიდან ლოყის, ყბისუკანა, ყბისქვეშა ოდონტოგენური ანთებითი კერებიდან, ყბაყურა ჯირკვლიდან, ლიმფური გზებიდან.

საღეჭი კუნთის ქვედა ნაწილის აბსცესის დროს აღინიშნება ტკივილები და შესიება ყბაყურასაღეჭი მიდამოს ქვედა ნაწილში. პირის გაღება შეზღუდულია (ტრიზმი I-II ხარისხით). კანი დაჭიმულია, მაგრამ ფერშეუცვლელი. ფლუქტუაცია არ აღინიშნება. ყლაპვა არ არის გაძნელებული. პირის კარიბჭის მხრივ საღეჭი კუნთის წინა კიდის ქვედა ნახევარი შეშუპებული და მტკივნეულია, რაც შეიგრძნობა პირის კარიბჭის მხრიდან პალპაციის დროს. ქსოვილების ძვლიდან აშრევებისა და მასში ჩირქოვანი ექსუდატის გავრცელებისთანავე ვლინდება ფლუქტუაცია.

საღეჭ-ქვედა ყბის სივრცეში (ქვედა ყბის ტოტის გარეთა ზედაპირსა და საღეჭ კუნთს შორის) არსებული ჩირქოვანი ანთებითი პროცესი *(სუბმასეტერული ფლეგმონა)*, ხასიათდება შეშუპებით ყბაყურასაღეჭ მიდამოში, ძლიერი ტრიზმით (III ხარისხი), ძლიერ მტკივნეული ინფილტრატით საღეჭი კუნთის ფარგლებში. ამასთან, საღეჭი კუნთის წინა კიდე ინფილტრირებულია და პალპაციით მტკივნეული. ფლუქტუაცია არ აღინიშნება.

ჩირქოვანი ექსუდატის არსებობის დადასტურება ხერხდება მხ ლოდ პუნქციით (სურ. 62).

საღეჭი კუნთის მიდამოს ფლეგმონის დროს ანთებითი შეშუპება არაიშვიათად ვრცელდება ყვრიმალის რკალამდე. შეიძლება გავრცელდეს საფეთქლის არეში, ლოყის, ყბისქვეშა მიდამოში, ქვედა ქუთუთოზე. კანი ფერშეუცვლელი, ზომიერად დაჭიმული. ინფილტრატის საზღვრები არ სცილდება საღეჭ კუნთს. პირის გაღება 3-5 მმ-მდე. ლოყის უკანა ნაწილის ლორწოიანი შეშუპებულია. მასზე აღინიშნება კბილთა ანაბეჭდები. პირის კარიბჭის მხრიდან პალპაციით აღინიშნება საღეჭი კუნთის წინა კიდის სიმკვრივე და მტკივნეულობა.

ყბაყურა-საღეჭი მიდამოს ფლეგმონის დროს ჩირქოვანი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს საღეჭი კუნთის ფარგლებს გარეთ. იგი შეიძლება გავრცელდეს ლოყის არეში, საფეთქელქვედა ფოსოში, ფრთასასის და ხახის ირგვლივ სივრცეებში, აგრეთვე საღეჭი კუნთის შრეებს შორის, ყბისუკანა მიდამოს ზედა ნაწილში. ამ დროს ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა. ავადმყოფი უჩივის ძლიერ ტკივილებს, რაც ვრცელდება შუბლის და ყურის არეში. სახე მკვეთრად ასიმეტრიულია მისი ნახევრის შეშუპების გამო. პალპაცია ძლიერ მტკივნეულია. ფლუქტუაცია ყოველთვის არ ვლინდება. კანი დაჭიმული, მუქი წითელი ფერის. ლოყის ლორწოიანი გარსი მის უკანა ნაწილში მკვეთრად შეშუპებულია. საღეჭი კუნთის წინა კიდე ვესტიბულური მხრიდან მკვეთრად შეშუპებული და მტკივნეულია.

ჩირქოვანი კერის დრენირებისათვის *განაკვეთი ტარდება* ქვედა ყბის კუთხის არეში მისგან ქვევით 1,5 სმ-ის დაშორებით. განაკვეთი კეთდება ქვედა ყბის ქვედა კიდის პარალელურად, ზომით 5-6 სმ. იკვეთება კანი, კანქვეშა ქსოვილი. კუნთი გაითიშება ჩლუნგად, აითიშება ძვლიდან და რასპატორით შედიან ქვედა ყბის ტოტსა და საღეჭ კუნთს შორის ჩირქოვანი კერის ფოკუსამდე. იმის მიხედვით, სადაა დაგროვილი ჩირქოვანი ექსუდატი, ხსნიან საღეჭი კუნთის შრეებს შორის სივრცეს, შედიან კუნთსა და ფასციას შორის.

ზოგჯერ ყბაყურა-საღეჭ მიდამოში ვითარდება ადენოფლეგმონა, ჩირქდება ყბაყურა ჯირკვლის ზედაპირზე (ფასციის ქვეშ) მდებარე ლიმფური ჯირკვლები. ამ შემთხვევაში ინსტრუმენტი ჩირქგროვის გახსნის მიზნით შეტანილი უნდა იქნეს ზედაპირულად საღეჭი კუნთის გარეთა ზედაპირზე.

ყბის უკანა მიდამოს აბსცესი და ფლეგმონა. ყბის უკანა მიდამო ზევიდან მოსაზღვრულია სასმენი მილით, ქვევიდან ყბაყურა ჯირკვლის ქვედა პოლუსით, წინიდან — ქვედა ყბის ტოტის უკანა კიდით, უკნიდან საფეთქლის ძვლის დვრილისებრი მორჩით და მკერდლავიწვდვრილისებრი კუნთით, შიგნიდან საფეთქლის ძვლის სადგისისებრი მორჩით და მასზე მიმაგრებული კუნთებით, გარედან ყბაყურა ფასციით. ყბის უკანა მიდამო ამოვსილია ყბაყურა ჯირკვლის უკანა-ქვედა ნაწილით და შემოსაზღვრულია მისი ფასციით. ამ უკანასკნელს გარეთა სასმენი მილისა და საყლაპავის საპროექციოდ აქვს დეფექტები, რომლითაც აღნიშნული მიდამო უკავშირდება პარაფარინგეალურ მიდამოს, ხოლო ზედა ყბის არტერიის საშუალებით ფრთაქვედა ყბის სივრცეს.

ჩირქოვანი ანთებითი პროცესი ყბის უკანა მიდამოში ვრცელდება ფრთაქვედა ყბის და პარაფარინგეალური, აგრეთვე ყბის ქვეშა და ყბაყურა-საღეჭი მიდამოდან ლიმფური გზებით. ავადმყოფი უჩივის თვითნებით ტკივილებს, რომელიც ძლიერდება თავის მოძრაობის დროს. ობიექტურად აღინიშნება მკვრივი შესიება, რომელიც ავსებს ყბისუკანა მიდამოს და გადადის მეზობელ არეებზე. ქვედა ყბის კუთხისა და ტოტის უკანა კიდის კონტურები გასადავებულია. კანი ამ არეში ინფილტრატთან არის შეზრდილი. პირის ღრუს მხრიდან ზოგჯერ ცვლილებები არ არის, ზოგჯერ კი აღინიშნება რბილი სასის და ფრთა-ქვედა ყბის ნაოჭის მიდამოს ლორწოიანი გარსის მცირე შეშუპება და ჰიპერემია. აღინიშნება მეორე, იშვიათად მესამე ხარისხის ტრიზმი, რაც დაკავშირებულია საღეჭი კუნთების რეფლექსურ კონტრაქტურასთან.

ყბისუკანა აბსცესის ან ფლეგმონის დროს *განაკვეთი ტარდება* მკერდლავიწვდვრილისებრი კუნთის წინა კიდის გასწვრივ. იკვეთება კანი, კანქვეშა ქსოვილი, ფასცია. შემდეგ ჩლუნგი გზით ხსნიან ჩირქოვან კერას. აქ საჭიროა მაქსიმალური სიფრთხილე სახის ნერვის დაზიანების თავიდან ასაცილებლად.

საფეთქელქვედა ფოსოს და ფრთასასის ფოსოს აბსცესი და ფლეგმონა. საფეთქელქვედა ფოსო მოსაზღვრულია მის ზემოთ მდებარე საფეთქლის მიდამოსაგან საფეთქელქვედა ქედით. საფეთქელქვედა ფოსოს ზედა კედელია სოლისებრი ძვლის დიდი ფრთის საფეთქლის ზედაპირი. შიგნიდან საფეთქელქვედა ფოსო მოსაზღვრულია სოლისებრი ძვლის ფრთისებრი მორჩის გარეთა ფირფიტით და საყლაპავის გარეთა კედლით. წინიდან — ზედა ყბის ბორცვით, გარედან — ქვედა ყბის ტოტით, უკნიდან —

სადგისისებრი მორჩით და მასზე მიმაგრებული კუნთებით (mm. Stylohyoideus, styloglossus, stylopharyngeus, აგრეთვე lig. stylomandibularis); ქვედა საზღვარია ლოყა-სასის ფასცია. საფეთქელქვედა ფოსო ზევით უერთდება საფეთქლის ფოსოს, უკან და გარეთ ყბის უკანა ფოსოს, ქვევით და გარეთ ფრთაქვედა ყბის და ხახის ირგვლივ სივრცეებს.

ფრთასასის ფოსო ზემოდან მოსაზღვრულია სოლისებრი ძვლის სხეულის ქვედა ზედაპირით, ქვევიდან — ფრთასასის არხის შესასვლელით, წინიდან — ზედა ყბის უკანა კედლით, უკნიდან — სოლისებრი ძვლის წინა ზედაპირით და დიდი ფრთით, შიგნიდან — სასის ძვლის ვერტიკალური ნაწილის გარეთა ზედაპირით. ფრთასასის ფოსო თვალბუდისქვედა ნაპრალით უერთდება თვალბუდეს, მრგვალი ხვრელით ქალას ღრუს, ზევით უერთდება საფეთქლის ფოსოს, უკან და გარეთ — ყბისუკანა მიდამოს, ქვევით და გარეთ — ფრთაქვედა ყბისა და ხახისირგვლივ სივრცეებს.

ოდონტოგენური ინფექცია ვრცელდება ზედა მესამე მოლარებიდან, უფრო იშვიათად ზედა მეორე მოლარებიდან და კიდევ უფრო იშვიათად პირველი მოლარებიდან. საფეთქელქვედა და ფრთასასის ფოსოში ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს ფრთა-ქვედა ყბის, ხახისირგვლივი, ლოყის მიდამოდან; ინფექცია შეიძლება შეტანილი იქნეს ტუბერული და ინფრატემპორული ანესთეზიებით. მოლარებიდან გავრცელებული ან ინექციით შეტანილი ინფექციის შედეგად ჩირქგროვა ვითარდება ზედა ყბის ბორცვის არეში. ასეთი ჩირქგროვა — მას უწოდებენ ზედა ყბის უკანა, ზედა ყბის *ბორცვის ან საფეთქელქვედა აბსცესს*, — უმთავრესად მდებარეობს ზედა ყბის სხეულის უკანა კედელსა და ფრთისებრ მორჩებს შორის. აღინიშნება ტრიზმი. ყვრიმალის მიდამო და ლოყის მიდამოს ზედა ნაწილი ზოგჯერ შეშუპებულია ინფილტრაციის გარეშე. ზედა მოლარების არეში ვესტიბულური მხრიდან ვიზუალურად აღინიშნება ჰიპერემია და შეშუპება. პალპაციით მტკივნეულობა, ზოგჯერ მკვრივი ინფილტრატი. თვითნებითი ტკივილები ვრცელდებიან შუბლისა და თვალბუდის არეში. ზოგჯერ სხეულის ტემპერატურა მომატებულია.

ზედა ყბის ბორცვის მიდამოდან ჩირქოვანი ანთებითი პროცესი სწრაფად ვრცელდება საფეთქელქვედა მიდამოში და ფრთასასის მიდამოში. ამ დროს კლინიკური მოვლენები უფრო მკვეთრად არიან გამოხატული. ტკივილები უფრო ინტენსიურია, მატულობენ ყლაპვის დროს. შესიება საფეთქლის და ყბაყურასაღეჭი მიდამოების, ყვრიმალის რკალთან მიმდებარე უბნებში მკვეთრად ნატუღობს. ყვრიმალის რკალის არეში შეშუპება ნაკლებად გამოხატულია, რის გამოც ამ არეში თითქოსდა ადგილი აქვს ქსოვილების ჩაზნექვას. კოლატერალური შეშუპება ვრცელდება თვალბუდისქვედა და ლოყის არეში. ტრიზმი მესამე ხარისხის. ვესტიბულური მხრიდან მოლარების არეში, ზოგჯერ კი ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეზე აღინიშნება ლორწოიანი გარსის შეშუპება, ჰიპერემია და მტკივნეულობა.

საფეთქელქვედა და ფრთასასის ფოსოების *ფლეგმონის* დროს სუბიექტური და ობიექტური მონაცემები კიდევ უფრო მატულობს. შესიება უფრო ინტენსიურადაა გამოხატული. ვითარდება საღეჭი კუნთების სრული კონტრაქტურა. შეზღუდულია ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობის ამპლიტუდაც. ვესტიბულური მხრიდან ლოყის სისქეში შეიგრძნობა მკვრივი, მტკივნეული ინფილტრატი. თვალბუდისქვედა ნაპრალის საშუალებით ფრთასასის ფოსოდან თვალბუდეში ვრცელდება კოლატერალური ანთებითი პროცესი და ვითარდება ქუთუთოების შეშუპება დაავადებულ მხარეზე. უფრო რთულ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს თვალბუდის ფლეგმონის კლინიკური სურათი. ეს უკანასკნელი ვითარდება საფეთქელქვედა და ფრთასასის ფოსოდან ანთებითი პროცესის თავის ქალას ღრუში — ტვინის მაგარი გარსის მღვიმოვან სინუსში გავრცელების შემდეგ.

ქირურგიული მკურნალობა ტარდება პირშიგნითა და საჭიროების შემთხვევაში პირგარეთა გზით. პირშიგნითა განაკვეთი ტარდება გარდამავალ ნაოჭზე ზედა მოლარების დონეზე. მომჭერით ჩლუნგად თიშავენ ქსოვილებს და წაწევენ ინსტრუმენტს ზედა ყბის ბორცვზე ჩირქოვანი კერის ცენტრამდე. ჭრილობას აფართოებენ მომჭერის გახსნით. ჭრილობაში ათავსებენ დრენაჟს. ფრთასასის ფოსოს ფლეგმონის დროს ინსტრუმენტის წვერს წაწევენ ფრთისებრი მორჩის გარეთა ფირფიტამდე.

პირგარეთა განაკვეთი წარმოადგენს ზემოაღნიშნული ქირურგიული მეთოდის დამატებას. საფეთქელქვედა და ფრთასასის ფლეგმონის შორსწასულ შემთხვევაში პირგარეთა განაკვეთს ატარებენ საფეთქლის კუნთის წინა კიდის საპროექციოდ. იკვეთება კანი. შემდეგ ჩლუნგი გზით გათიშავენ საფეთქლის კუნთის ბოჭკოებს და ინსტრუმენტის წვერით აღწევენ ჯერ საფეთქლის, ხოლო შემდეგ საფეთქელქვედა ფოსოში. ჩვენების მიხედვით განაკვეთი შეიძლება გატარდეს ყვრიმალის რკალის ქვედა კიდის

საპროექციოდ და შემდეგ ჩლუნგად შედიან საფეთქელქვედა ფოსოში ქვედა ყბის ამონაჭდევიდან.

საფეთქლის მიდამოს აბსცესი და ფლეგმონა. საფეთქლის მიდამო ზევიდან და უკნიდან მოსაზღვრულია შუბლისა და თხემის ძვლის საფეთქლის ხაზით, ქვევიდან — სოლისებრი ძვლის დიდი ფრთის საფეთქელქვედა ქედით, წინიდან — ყვრიმალის ძვლით და შუბლის ძვლის ყვრიმალის მორჩით, შიგნიდან — საფეთქლის ძვლის ქიცვოვანი ნაწილით, გარედან — ყვრიმალის რკალით. საფეთქლის მიდამოში ინფექცია ვრცელდება ლოყის და ყბაყურა საღეჭი მიდამოებიდან, ფრთა-ქვედა ყბის და ხახისირგვლივი სივრცეებიდან, საფეთქელქვედა ფოსოდან. საფეთქლის ფოსო ამოვსილია საფეთქლის კუნთით.

არჩევენ საფეთქლის მიდამოს ზედაპირულ აბსცესებსა და ფლეგმონებს, რომლებიც განლაგებულნი არიან კანსა და საფეთქლის აპონევროზს შორის ან ამ უკანასკნელსა და საფეთქლის კუნთს შორის და ღრმა აბსცესსა და ფლეგმონას, რომლებიც მდებარეობენ საფეთქლის კუნთსა და საფეთქლის ფოსოს ფსკერს შორის. გავრცელებული ფლეგმონა კი მოიცავს საფეთქლის მიდამოს ყველა შრეს.

საფეთქლის მიდამოში აბსცესი იშვიათად გვხვდება. აბსცესის დროს შეზღუდული ინფილტრატია, დაჭიმული, უმოძრაო, ჰიპერემიული კანით. პალპაციით აღინიშნება ფლუქტუაცია. ტრიზმი — სხვადასხვა ხარისხის.

ფლეგმონის დროს შესიება ვითარდება ყვრიმალის რკალის ზემოთ და თანდათან იზრდება. ზოგჯერ გადადის თხემის და შუბლის არეში. არაიშვიათად შეშუპება ვრცელდება ყვრიმალის არეში, აგრეთვე ზედა, იშვიათად ქვედა ქუთუთოზე; მეორე-მესამე ხარისხის ტრიზმი. ჩირქოვანი ანთებითი პროცესის უფრო ღრმა ლოკალიზაციების დროს შესიება და კანის ჰიპერემია ნაკლებ ინტენსიურადაა გამოხატული, მაგრამ აღინიშნება ძლიერი თვითნებითი ტკივილები.

ჩირქოვან კერას საფეთქლის მიდამოში ხსნიან *განაკვეთებით*, რომელთაც ატარებენ საფეთქლის კუნთის ბოჭკოების მიმართულების, ან საფეთქლის ზედაპირული არტერიის ტოტების მდებარეობის პარალელურად. ხშირად აკეთებენ რამდენიმე მარაოსებრ განაკვეთს. ჭრილობები ითიშება ჩლუნგად ჩირქოვანი კერის ცენტრამდე. ზოგჯერ კეთდება დამატებითი ან დამოუკიდებელი განაკვეთი ყვრიმალის რკალის ზედა კიდის პარალელურად. მძიმე,

პორსწასულ შემთხვევებში აკეთებენ კანისა და აპონევროზის ნახევარრკალისებრ განაკვეთს საფეთქლის ხაზის გასწვრივ და ათიშავენ საფეთქლის კუნთს მიმაგრების ადგილიდან.

ფრთა-ქვედა ყბის სივრცის აბსცესი და ფლეგმონა. მოცემული სივრცე გარედან მოსაზღვრულია ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირით, შიგნიდან — მედიალური ფრთისებრი კუნთის გარეთა ზედაპირით, ზევიდან — ლატერალური ფრთისებრი კუნთით, წინიდან ლოყის კუნთით, რომელიც უმაგრდება ფრთა-ქვედა ყბის ნაკერს, უკნიდან ყბაყურა ჯირკვლის უკანა პოლუსით. ოდონტოგენური ინფექცია აღნიშნულ სივრცეში ვრცელდება ქვედა მესამე მოლარებიდან; ინფექცია შეიძლება შეტანილი იქნეს ქვედა ალვეოლური ნერვის ბლოკადის დროს.

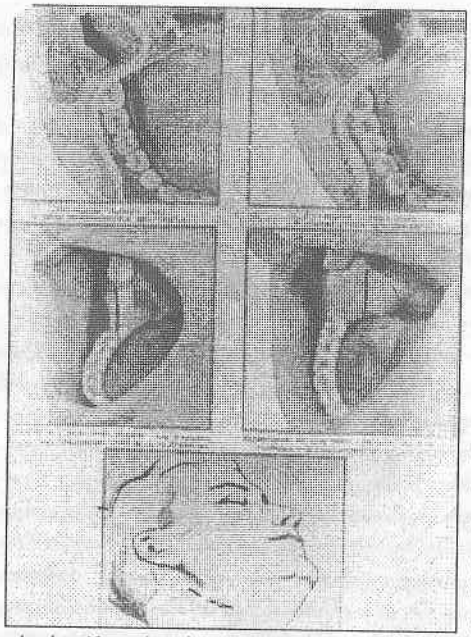
ფრთა-ქვედა ყბის სივრცის *აბსცესის* დროს პირის გაღება შეზღუდულია, ტკივილები ძლიერდება ყლაპვის დროს. ფრთაქვედა ყბის ნაოჭის გასწვრივ ლოკალიზებულია, პალპაციით მტკივნეული მკვრივი ანთებითი ინფილტრატი, ამ არეში ლორწოიანი გარსი მკვეთრად ჰიპერემიული და შეშუპებულია (სურ. 63).

ფრთა-ქვედა ყბის სივრცის *ფლეგმონა* უფრო მწვავედ მიმდინარეობს. ძლიერ თვითნებით ტკივილებთან ერთად აღინიშნება მკვეთრი ტკივილი ყლაპვის დროს, ხშირად ყლაპვა საერთოდ შეუძლებელია. ტრიზმი — მესამე ხარისხის. ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობაც შეზღუდულია.

ქირურგიული ჩარევა ხორციელდება პირგარეთა და პირშიგნითა მიდგომით. პირშიგნითა გზით განაკვეთი კეთდება ფრთაქვედა ყბის ნაოჭიდან რამდენადმე გარეთ. იკვეთება ლორწოიანი გარსი. შემდეგ ქსოვილები ითიშება ჩლუნგად და ინსტრუმენტის წვერს წაწევენ ანთებითი კერის ცენტრამდე (ფრთა-ქვედა ყბის სივრცე).

პირგარეთა მიდგომით განაკვეთი ტარდება კანზე ქვედა ყბის კუთხის არეში. იკვეთება კანი, ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე გათიშავენ და გადაკვეთენ შიგნითა ფრთისებრი კუნთის ქვედა კიდეს და ჩლუნგი გზით ინსტრუმენტის წვერს წაწევენ ტოტის შიგნითა ზედაპირზე ფრთაქვედა ყბის სივრცეში და აღწევენ ჩირქოვან კერამდე.

ხახისირგვლივი სივრცის აბსცესი და ფლეგმონა. აღნიშნული სივრცე შიგნიდან მოსაზღვრულია ხახის გვერდითი კედლით და სასის ფარდის ამწევი და გამჭიმავი კუნთებით, გარედან მედიალური ფრთისებრი კუნთით და ყბაყურა ჯირკვლის ხახის ნაწილით, წინიდან — მედიალური ფრთისებრი კუნთის შიგნითა ზედაპირ...



სურ. 63. ფრთაქვედა ყბის სივრცის (მარცხნივ) და ხახის გვერდითი სივრცის (მარჯვნივ) ფლეგმონები. ზევით ფლეგმონის ლოკალიზაცია. შუა და ქვედა სურათებზე — განაკვეთები.

და ფრთათაშორისი ფასციით, უკნიდან — ხერხემლისწინა ფასციიდან ხახის კუნთოვანი გარსისაკენ მიმავალი გვერდითი ფასციური მორჩებით, ქვევიდან — ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლიდ, სადგისისებრი მორჩიდან ენის, ხახის და ინის ძვლისაკენ მიმავალი კუნთები ხახის გვერდით სივრცეს ყოფენ წინა და უკანა ნაწილებად. წინა ნაწილში ცხიმოვან ქსოვილთან ერთად იმყოფება ფრთისებრი ვენური წნული; უკანა ნაწილში კი — შიგნითა საძილე არტერია, შიგნითა ღრუ ვენა, ქალას ნერვები (IX-XII), ლიმფური კვანძები, ზოგიერთ ავადმყოფში კისრის ზედა სიმპათიკური კვანძი.

ხახის ირგვლივ სივრცესთან კავშირი აქვს ფრთასაყბის, საფეთქლის ფოსოებს, ყბისქვეშა და ენისქვეშა უბნებს. ხახის ირგვლივ სივრცეში ოდონტოგენური ინფექცია ვრცელდება ქვედა, ზოგჯერ ზედა მოლარებისაგან. ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს ტონზილიტისაგან, ყბისუკანა, ყბისქვეშა, ენისქვეშა მიდამოებიდან, ფრთა-ქვედა ყბის სივრციდან.

ხახის გვერდითი სივრცის *აბსცესის* დროს ავადმყოფი უჩივის თვითნებით ტკივილებს ხახის არეში, ტკივილების მკვეთრ გაძლიერებას ყლაპვის დროს, ყლაპვის მნიშვნელოვან გაძნელებას. ობიექტურად ყბისქვეშ, კუთხის არეში რბილი, მცირედ მტკივნეული შესიება, გადიდებულია ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები. პირის გაღება შეზღუდული, სასის და ხახის ლორწოიანი დაავადებულ მხარეზე ჰიპერემიული. ხახის გვერდითი კედელი გამობერილი.

ფლეგმონის დროს სუბიექტური მოვლენების ინტენსივობა მატულობს. გაძნელებულია სუნთქვა. ყბისქვეშა მიდამოში

(უკან) და კისრის მოსაზღვრე უბნებში მკვრივი, მტკივნეული ინფილტრატი. პირის გაღება მკვეთრად შეზღუდულია. რბილი სასის და ირგვლივმდებარე არეების ლორწოიანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული, ხახის გვერდითი კედელი მკვეთრად გამობერილია, ნაოჭი ჰიპერემიული, შეშუპებული, გადახრილია ჯანმრთელ მხარეს (სურ. 63).

ქირურგიული ჩარევა აბსცესის დროს წარმოებს პირშიგნითა მიდგომით. განაკვეთი ტარდება ფრთა-ქვედა ყბის ნაოჭის უკან, მის ქვედა ნაწილში. ჭრილობა ითიშება ჩლუნგად და ინსტრუმენტის წვერს წაწევენ ჩირქგროვის ცენტრამდე. ფლეგმონის დროს განაკვეთი ტარდება ქვედა ყბის კუთხის არეში. კანისა და კანქვეშა ქსოვილის გაკვეთის შემდეგ, მომჭერის წვერით შიაღწევენ ძვლის კიდეს და მის შიგნითა ზედაპირზე წასწევენ შიგნითა ფრთისებრი კუნთის მიმართულებით ხახისირგვლივ სივრცემდე.

ენის აბსცესი და ფლეგმონა. ენა კუნთოვანი ორგანოა. ენა-ინის, ყბაინის და სადგისინის კუნთები ერთმანეთს ეხლართებიან სამი ურთიერთპერპენდიკულარული მიმართულებით. ენის ზედა ნაწილში კუნთებს შორის თითქმის არ არის შემაერთებელქსოვილოვანი შრე. ენის ქვედა ნაწილში კუნთებს შორის მდებარეობს ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი.

ოდონტოგენური ინფექცია ვრცელდება ქვედა კბილებიდან ძირითადად ენის ღრმა უბნებში. ენის ზედაპირული ანთებითი პროცესები არაოდონტოგენურია და გამოწვეულია ლორწოიანის ტრავმით, ზოგჯერ სტომატიტით, იშვიათად ტონზილიტით.

ენის ზედაპირული უბნების *აბსცესის* დროს აღინიშნება ენის გვერდითი უბნების ან ზურგის შეშუპება, ყლაპვა მტკივნეული, ენის მოძრაობა შეზღუდული, მეტყველება გაძნელებული. ყბის ქვეშ ლიმფური კვანძებ, შესიებულია. ქვედა ყბის მოძრაობა არ არის შეზღუდული. პალპაციით დასაწყისში აღინიშნება მტკივნეული ინფილტრატი, შემდგომში დარბილება და ფლექტუაცია. ენის გვერდითი მიდამოს აბსცესი იშვიათად ვრცელდება მეორე მხარეზე. გავრცელებას ხელს უშლის ენ.ვრივი ბოჭკოვანი ძგიდე, რომელიც ენის სხვადასხვა მხრის კუნთებს ჰყოფს ერთმანეთისაგან. ენის ძირის აბსცესის დროს ვითარდება მოღრიჭობის შეგრძნება. ამ დროს ენის სხეული არ არის შესიებული, ნიკაპქვეშა მიდამოს უკანა ნაწილი შეშუპებულია.

ენის ღრმა უბნების ანუ ენის ძირის აბსცესი და ფლეგმონა ვითარდება აქ განლაგებულ კუნთთაშუა სივრცეებში. ენის ძირის აბსცესიც და ფლეგმონაც ძირითადად ვითარდება შუა ხაზზე.

ენის ძირის აბსცესის დროს აღინიშნება მკვეთრი შეშუპება ნიკაპის და ნიკაპქვეშა მიდამოში. პირის გაღება შეზღუდული, ენა გადიდებული, მისი მოძრაობა შეზღუდული, მეტყველება გაძნელებული. ენის ზურგის პალპაცია მტკივნეულია. ფლუქტუაცია არ აღინიშნება.

ენის ძირის ფლეგმონის დროს მეტყველება მკვეთრად გაძნელებულია, ზოგჯერ გაურკვეველი. შეშუპება გადადის ხორხის ზემო უბნებზე, რის გამოც სუნთქვა მნიშვნელოვნად გაძნელებულია, შეიძლება განვითარდეს ასფიქსია. ყბის ქვეშა და ნიკაპქვეშა არეებში აღინიშნება შესივება, სიღრმეში ისინჯება მტკივნეული ინფილტრატი. რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებულია.

ქვედა ყბის მოძრაობა შეზღუდულია, პირი ნახევრად ღიაა, ენა მკვეთრად გადიდებული, ინფილტრირებული, ნადებიანი, პირიდან ლპობისათვის დამახასიათებელი სუნი.

ზედაპირული აბსცესების დროს კეთდება *გასწვრივი განაკვეთი* ენის კიდეზე ან იშვიათად ზურგზე დარბილების ან ფლუქტუაციის ზონაში. გაიკვეთება ღორწოიანი გარსი და კერა იხსნება ჩლუნგი გზით.

ენის ძირის აბსცესის ან ფლეგმონის დროს ტარდება *პირგარეთა* განაკვეთი ნიკაპქვეშა მიდამოში შუა ხაზზე, ზომით 4 სმ. გათიშავენ ყბაინის კუნთებს ჩლუნგად ნაკერის არეში. თუ ჩირქი ამ არეში არ არის, ინსტრუმენტის წვერს წაწევენ ზევით და თიშავენ ნიკაპინის კუნთებს ან ნიკაპენის კუნთებს და ახდენენ კერის დრენირებას.

ენისქვეშა მიდამოს აბსცესი და ფლეგმონა. ენისქვეშა მიდამო ზევიდან მოსაზღვრულია პირის ღრუს ღორწოიანი გარსით, ქვევიდან — ყბაინის კუნთით (პირის დიაფრაგმა), გარედან — ქვედაყბის სხეულის შიგნითა ზედაპირით, შიგნიდან — ნიკაპენის და ნიკაპინის კუნთებით. ენისქვეშა მიდამო უკავშირდება ყბისქვეშა სამკუთხედს, ხახისირგვლივ და ფრთაქვედა ყბის სივრცეებს.

ენისქვეშა მიდამოში ოდონტოგენური ინფექცია ვრცელდება ქვედა ყბის კბილებიდან. ინფექცია აგრეთვე შეიძლება გავრცელდეს პირის ღრუს ღორწოიანი გარსიდან, ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სადინრიდან, ყბისქვეშა მიდამოდან, ენის ძირიდან.

ენისქვეშა მიდამოს აბსცესის დროს არსებული თვითნებიური ტკივილები ძლიერდება ყლაპვის და ენის მოძრაობის დროს. ობიექტურად აღინიშნება მსუბუქი ლიმფადენიტის ტიპის შესივება ყბისქვეშა ან ნიკაპქვეშა მიდამოში. პირის გაღება თავისუფალი. ენისქვეშა მიდამოში აღინიშნება მკვრივი, მტკივნეული ინფილტრატი. ღორწოიანი გარსი ამ არეში ჰიპერემიული და შეშუპებულია.

ენისქვეშა მიდამოს ფლეგმონა ძირითადად ცალმხრივია, იშვიათად — ორმხრივი. ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა არეები ამ დროს შეშუპებულია, რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებული და მტკივნეული. პირის გაღება ცალმხრივი ფლეგმონის დროს სუსტად შეზღუდულია, ორმხრივის დროს კი აღინიშნება მეორე ხარისხის ტრიზმი.

ცალმხრივი ფლეგმონის დროს ენისქვეშა მიდამო შესივებულია (ამოწეული კბილების საღეჭი ზედაპირების დონემდე). მკვრივი, მტკივნეული ინფილტრატის ხარჯზე. ენა აწეულია და გადაწეულია ჯანმრთელ მხარეზე. ორმხრივი ფლეგმონის დროს ინფილტრირებულია ენისქვეშა ნაოჭები, ისინი აწეულია წინა კბილების საჭრელი ზედაპირების დონემდე. ღორწოიანი გარსი ამ არეში შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, დაფარულია ნადებით.

ქირურგიული მკურნალობა. ტარდება პირშიგნითა მიდგომით. ტარდება ღორწოიანის განაკვეთი ყველაზე გამობერილ ადგილზე ენისქვეშა მიდამოში კბილთა რკალის პარალელურად. ღორწოიანის გაკვეთის შემდეგ ჭრილობა ითიშება ჩლუნგად ჩირქოვანი ექსუდატის გახსნით. განაკვეთის გატარების დროს საჭიროა სკალპელის წვერი მიმართული იყოს ქვედა ყბისაკენ, რათა თავიდან ავიცილოთ ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების სადინრის, ენის ნერვის, არტერიისა და ვენის დაზიანება.

ფლეგმონის დროს იგივე მეთოდიკით ტარდება განაკვეთი, ბუნებრივია, უფრო დიდი ზომის. ცალმხრივი ფლეგმონის დროს ერთ მხარეს, ორმხრივის დროს — ორივე მხარეს.

ყბაენის ღარის აბსცესი. ყბაენის ღარი ენისქვეშა მიდამოს ნაწილია, რომელიც მოთავსებულია ენის გვერდით ზედაპირსა და ქვედაყბის სხეულს შორის მოლარების ფარგლებში. ოდონტოგენური ინფექცია ამ არეში ვრცელდება ქვედა მოლარებიდან.

ყბაენის ღარის აბსცესის დროს ავადმყოფი უჩივის მკვეთრ ტკივილებს ყლაპვისას (ენის ნერვზე ზედაწოლის გამო) და ენის მოძრაობის დროს. ტრიზმი-მეორე, მესამე ხარისხის. ყბისქვეშა

მიდამოში შესიება ან არ არის, ან აღინიშნება უმნიშვნელო ლიმფადენიტი. კანი ამ არეში შეუცვლელი. პირის კარიბჭის მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება. პირის ღრუს მხრივ ყბაენის არხი გასადავებულია, ქსოვილები ინფილტრირებულია, ლორწოიანი ჰიპერემიული, შეშუპებული. ინფილტრატი მხოლოდ ყბაენის ღარის არეშია. ანთებითი ხასიათის ცვლილებები არ არის ღარის წინ და უკან. ინფილტრატის ცენტრში აღინიშნება ფლუქტუაცია. ჩირქოვანი ექსუდატი ყბაენის ღარიდან შეიძლება გავრცელდეს ენისქვეშა, ყბისქვეშა მიდამოებში, ხახისირგვლივ და ფრთა-ქვედაყბის სივრცეებში.

ქირურგიული ჩარევა ხდება პირშიგნითა გზით. განაკვეთი ტარდება ყბაენის არხის არეში შეშუპებული ქსოვილების ყველაზე გამობერილ არეში, ან ფლუქტუაციის ზონაში. იკვეთება ლორწოიანი გარსი კბილთა რკალის პარალელურად. შემდეგ ჭრილობას თიშავენ ჩლუნგად და ხსნიან ჩირქგროვას.

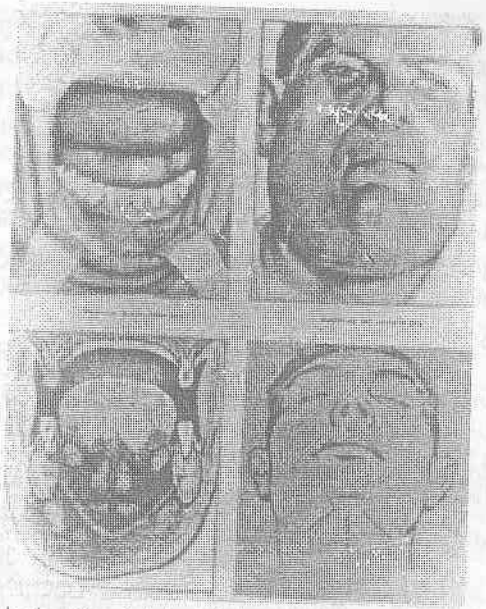
პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონა. პირის ღრუს ფსკერი ზემოდან მოსაზღვრულია პირის ღრუს ფსკერის ლორწოიანი გარსით, ქვევიდან — ნიკაპქვეშა და ყბისქვეშა უბნების კანით, უკნიდან — ენის ძირით, სადგისისებრ მორჩზე მიმაგრებული კუნთებით და ორმუცელა კუნთის უკანა მუცლით; წინაგარეთა საზღვარს წარმოადგენს ქვედაყბის სხეულის შიგნითა ზედაპირი. პირის ღრუს ფსკერი ორსართულიანია, რომლებსაც ჰყოფს ყბაინის კუნთი.

ინფექციის გავრცელების წყაროა ქვედაყბის კბილები. ჩირქოვანი ანთებითი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს აგრეთვე ენისქვეშა, ნიკაპქვეშა და ყბისქვეშა უბნებიდან.

პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონის დროს ადგილი აქვს ძლიერ თვითნებით ტკივილებს, პირის გაღების შეზღუდვას, ყლაპვის შეუძლებლობას, სუნთქვისა და მეტყველების გაძნელებას.

ობიექტურად ორივე ყბისქვეშა არეებში არის გავრცელებული მკვრივი, მტკივნეული ინფილტრატი. კანი დაჭიმული, ჰიპერემიული, აღინიშნება ფლუქტუაცია. პირი ნახევრად ღიაა. პირიდან — ლპობის სუნი. ენა ინფილტრირებულია, გადიდებულია, აწეულია და მიბჯენილია სასაზე, დაფარულია ჭუჭყიანი, ყავისფერი ნადებით. ტკივილების გამწვავების გამო ენა უმოძრაოდაა, რის გამოც პირის ღრუდან გადმოედინება ნერწყვი. ყბაენის ღარი ორივე მხარეს და ნაოჭები გასადავებული, აწეული კბილთა საღეჭ ზედაპირებამდე და ზოგჯერ უფრო მაღლა. პირის ღრუს ფსკერის ლორწოიანი გარსი ჰიპერემიული, პალპაციით მტკივნეული (სურ. 64).

ფლეგმონის გახსნის მიზნით განაკვეთი ტარდება პირგარეთა მიდგომით ნიკაპქვეშა და ყბისქვეშა მიდამოებში და ხსნიან ყბისქვეშა და ენისქვეშა მიდამოებს. საჭიროების შემთხვევაში პირის ღრუს ფსკერის ლორწოიანის მხრივ ატარებენ დამატებით განაკვეთებს.



სურ. 64. პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონა. ზევით კლინიკური სურათი. ქვევით, მარცხნივ — გავრცელების სქემა. მარჯვნივ — განაკვეთის პროგრესირებადი ები.

პირის ღრუს ფსკერის ლპობითი-ნეკროზული ფლეგმონა (*ლუდვიგის ანგინა*) იწყება ყბისქვეშა ან ენისქვეშა არეში, ვრცელდება პირის ღრუს ფსკერზე, შემდეგ კი მეზობელ სივრცეებზე. ეს არის პირის ღრუს ფსკერის ლორწოიანის ძლიერ მძიმედ მიმდინარე განგრენული ან ლპობითი-განგრენული ფლეგმონა, რომელსაც ახასიათებს ქსოვილების კვდომა და ჩირქის არაარსებობა. ოდონტოგენური ინფექცია ვრცელდება ძირითადად ქვედა მოლარებიდან. ზოგჯერ ინფექციის წყაროა ტონზილიტი და პირის ღრუს ფსკერის ლორწოიანი გარსი. თვლიან, რომ დაავადების წარმოშობასა და განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ანაერობული სტრეპტოკოკები ნაწლავის ჩხირთან და სტაფილოკოკთან სიმბიოზში, აგრეთვე ანაერობები, რომლებიც იწვევენ აიროვან განგრენას. ვითარდება პირის ღრუს ფსკერის, ფრთაქვედაყბის და ხახისირგვლივი სივრცეების ქსოვილების განგრენული ან ლპობითი-განგრენული ანთება ნეკროზით. ხშირად ამას თან ერთვის ცხელება, უძილობა, აღგზნება, ბოდვა. ავადმყოფი იმყოფება ნახევრადმჯდომარე მდგომარეობაში, თავდახრილი, ცდილობს არ აამოძრაოს თავი. შესიება პირის ღრუს ფსკერიდან ვრცელდება ლოყის და კისრის არეში. შესიებული ქსოვილები მკვრივი და მტკივნეულია; ინფილტრატს არ აქვს ნათელი

საზღვრები. ფლუქტუაცია არ აღინიშნება. ენა აწეულია ზევით და გადაწეული უკან. ენის მოძრაობა შეზღუდული, ყლაპვა შეუძლებელი, სუნთქვა გაძნელებული. პირი ნახევრად ღია და ნერწყვმდენია. პირის ღრუს ლორწოიანი შეშუპებული და აწეულია კბილების გვირგვინების ზემოთ. დაფარულია ფიბრინული ნადებით. პირის ღრუდან მკვეთრი ლპობითი სუნი. ეს არის პირველი 3-5 დღის სურათი. შემდგომში საერთო მდგომარეობა კიდევ უფრო მძიმდება. იზრდება ინტოქსიკაციის მოვლენები. ჩნდება უხვი ოფლი. მკვეთრად მერყეობს ტემპერატურა დღე-ღამის განმავლობაში.

ქირურგიული ჩარევის დროს ფართოდ იხსნება ყბისქვეშა, ნიკაპქვეშა, ენისქვეშა უბნები, ხახისირგვლივი და ფრთაქვედაყბის სივრცეები იმის მიხედვით, თუ როგორ არიან ჩართული პროცესში. გაკვეთისას ჩირქი არ მიიღება, გამოიყოფა მღვრიე სისხლიანი სითხე, ზოგჯერ აირის ბუშტუკებით. ქსოვილებს, განსაკუთრებით კუნთებს, აქვთ რუხი-ნაცრისფერი, მუქი წითელი, შავი ფერი.

ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ვითარდება ან პროცესის პროგრესირება, ინფექციის გავრცელება მეზობელ უბნებზე, შუასაყარში, თავის ტვინში, ვითარდება სეპსისი, ან რამდენიმე დღეში მდგომარეობა უმჯობესდება, ჩნდება ჩირქოვანი გამონადენი, შემდეგ გრანულაციები, მკვდარი ქსოვილების მოცილება, ჭრილობების შემდგომი შეხორცებით.

ყბისქვეშა მიდამოს ანუ ყბისქვეშა სამკუთხედის აბსცესი და ფლეგმონა. აღნიშნული მიდამო (სამკუთხედი) ზემოდან მოსაზღვრულია ყბაინის კუნთით და მისი მფარავი კისრის საკუთარი ფასციით, ქვევიდან — ორმუცელა კუნთის წინა და უკანა მუცლით და კისრის საკუთარი ფასციის ზედაპირული შრით, გარედან — ქვედაყბის ფუძის შიგნითა ზედაპირით.

ოდონტოგენური ინფექცია აღნიშნულ მიდამოში ვრცელდება ქვედა მოლარებიდან. ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს ფრთა-ქვეყაბის სივრციდან, ნიკაპქვეშა და ენისქვეშა მიდამოებიდან. სამკუთხედში შეიძლება განვითარდეს ადენოფლეგმონა.

ყბისქვეშა სამკუთხედში მდებარეობს ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალი, ლიმფური კვანძები. აქვე გადის სახის არტერია და ვენა, ენის ნერვი. ყბისქვეშა სამკუთხედი უერთდება ენისქვეშა და ნიკაპქვეშა მიდამოს, ფრთაქვედაყბისა და ხახისირგვლივ სივრცეებს.

ყბისქვეშა სამკუთხედში შეიძლება შეგვხვდეს აბსცესიც და ფლეგმონაც. *აბსცესის* განვითარების დროს ინფილტრატი მოთავსებულია ყბისქვეშა სამკუთხედის წინა ან უკანა ნაწილში. ამ დროს პალპაციით ისინჯება გადიდებული და მტკივნეული ლიმფური კვანძები. შემდგომში ინფილტრატი შემოისაზღვრება, მჭიდროდ უკავშირდება კანს, რომელიც იცვლის ფერს (წითლდება). ჩნდება ფლუქტუაცია.

ფლეგმონის დროს ინფილტრატი ვრცელდება მთელ ყბისქვეშა სამკუთხედზე. მეზობელ უბნებში ვითარდება ანთებითი შეშუპება, რომელიც გადადის ლოყის და კისრის არეებში. ყბისქვეშა სამკუთხედში კანი ინფილტრატთანაა შეერთებული, ინფილტრირებული და ფერშეცვლილია (ვარდისფერიდან წითლამდე). პალპაციით აღინიშნება ფლუქტუაცია.

ყბისქვეშა სამკუთხედის აბსცესის დროს ქვედაყბის მოძრაობა შეზღუდული არ არის. ფლეგმონა თუ ლოკალიზებულია მხოლოდ სამკუთხედის არეში, არც მაშინ აღინიშნება კონტრაქტურის მოვლენები. ინფილტრატის მეზობელ უბნებში გავრცელებისთანავე ჩნდება ტრიზმი, რომლის ინტენსივობა მატულობს ანთებითი პროცესის პროგრესირების ინტენსივობის შესაბამისად.

პირის ღრუს მხრიდან ყბისქვეშა ფლეგმონის დროს დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება ენისქვეშა მიდამოს ლორწოიანი გარსის შეშუპება და ჰიპერემია.

ქირურგიული ჩარევა ხორციელდება პირგარეთა მიდგომით. განაკვეთი ტარდება ყბისქვეშა სამკუთხედში ფლუქტუაციის არეში ქვედაყბის ქვედა კიდის პარალელურად და მისგან ქვევით 1,5-2 სმ-ით (აბსცესის დროს განაკვეთის სიგრძეა 1,5-2 სმ, ფლეგმონის დროს 4-6 სმ). იკვეთება კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, ფასცია. შემდეგ ჩლუნგი გზით, ინსტრუმენტის წვერით გათიშავენ ქსოვილებს და ხსნიან ჩირქგროვას. ამასთან, ინსტრუმენტის წვერი ორიენტირებული უნდა იყოს ქვედაყბის შიგნითა ზედაპირისაკენ, ვინაიდან ყბისქვეშა მიდამოს ოდონტოგენური ფლეგმონის დროს ჩირქოვანი ექსუდატი ერთი მხრივ მთლიანად ეკვრის ქვედაყბის გაშიშვლებულ შიგნითა ზედაპირს.

ნიკაპქვეშა მიდამოს აბსცესი და ფლეგმონა. ნიკაპქვეშა მიდამოს აქვს სამკუთხა ფორმა, რომლის ფუძე მოქცეულია ინის ძვლისაკენ, ხოლო მწვერვალი ნიკაპის ძვლისაკენ. აღნიშნული მიდამო ზემოდან მოსაზღვრულია ყბაინის კუნთით, რომელიც ქვემოდან დაფარულია კისრის საკუთარი ფასციის ღრმა შრით,

ზემოდან და წინიდან ნიკაპის ქვედა კიდით. ქვემოდან ნიკაპქვეშა მიდამო მოსაზღვრულია კისრის ზედაპირული ფასციით და ინის ძვლით, გვერდებიდან ორმუცელა კუნთების წინა მუცლებით. ნიკაპქვეშა მიდამო უკავშირდება ყბისქვეშა სამკუთხედებს.

ოდონტოგენური ინფექცია ნიკაპქვეშა მიდამოში ვრცელდება ქვედა ეშვებისა და საჭრელი კბილებისაგან. ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს ყბისქვეშა ან ენისქვეშა მიდამოებიდან, ნიკაპის მიდამოს კანისაგან, აგრეთვე ლიმფური გზებით.

ნიკაპქვეშა მიდამოს ინფიცირების დროს ჯერ ვითარდება შეშუპება, შემდეგ ნიკაპის ქვედა კიდის უკან ჩამოყალიბდება ინფილტრატი. კანი ამ არეში ზომიერად დაჭიმული. რამდენიმე დღეში შეშუპება მატულობს, კანი ხდება ჰიპერემიული, ჩნდება ფლუქტუაცია და ყალიბდება ნიკაპქვეშა *აბსცესი.*

ნიკაპქვეშა მიდამოს ფლეგმონის დროს თავიდანვე ყალიბდება ფართო ინფილტრატი, რომელიც მთელ მიდამოს ავსებს. მეზობელ უბნებში (ყბისქვეშა სამკუთხედები, კისრის წინა ნაწილი) აღინიშნება შეშუპება. პირის გაღება, ყლაპვა, მეტყველება თავისუფალია. ქვედაყბის მოძრაობის შეზღუდვა მიუთითებს ჩირქოვანი ანთებითი პროცესის გავრცელებაზე მეზობელ უბნებზე. თანდათან ინფილტრატის ცენტრში ვლინდება დარბილების კერები, კანი იჭიმება და ხდება ჰიპერემიული, ვლინდება ფლუქტუაცია.

ჩირქოვანი ჩარევა ხორციელდება ფლუქტუაციის ზონაში. განაკვეთი ტარდება შუა ხაზზე ნიკაპის ქვედა კიდიდან ინის ძვლის მიმართულებით. განაკვეთის სიგრძე ინფილტრატის ზომის შესაბამისია. იკვეთება კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, პლატიზმა. შემდეგ მომჭერის წვერით ჩლუნგად ითიშება ქსოვილები და იხსნება ჩირქოვანი კერა. კოსმეტიკური თვალსაზრისით ამჯობინებენ ნახევარრკალოვან განაკვეთს ნიკაპის არეში მისი ქვედა კიდის პარალელურად.

ყბა-სახის მიდამოს აბსცესებისა და ფლეგმონების მკურნალობა

ყბა-სახის მიდამოსა და მისი მიმდებარე უბნების აბსცესებისა და ფლეგმონების მკურნალობა ძირითადად ემთხვევა ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის მკურნალობის პრინციპებს, რომელიც მოყვანილია სათანადო თავში. ეს არის მიზეზის მოცილება, კერის დრენირება, დესენსიბილიზაცია, დეზინტოქსიკაცია, ორგანიზმის

დაცვითი ძალების მობილიზაცია, რეპარაციული ოსტეოგენეზ .ს სტიმულაცია. ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებზე ზემოთ იყო ლაპარაკი. აქ დავუმატებთ, რომ ჩირქოვანი კერის გახსნის შემდეგ აუცილებელია კერის სრულყოფილი დრენირების მიზნით ჭრილობაში დრენაჟის მოთავსება. ეს არის პირველ ხანებში რეზინის ან პოლიეთილენის მალი, რომელიც ექსუდაციის შემცირების შემდეგ სასურველია შეიცვალოს ანტისეპტიკით ან ანტიბიოტიკით გაჟღენთილი ფილთით. მილიდან კერას რეცხავენ ანტისეპტიკით ან ანტიბიოტიკით. ჭრილობაზე ადებენ ანტისეპტიკურ ან ჰიპერტონიულ ხსნარში დასველებულ საფენს და ახვევენ. ექსუდაციის შეწყვეტისა და ინფილტრატის გაწოვის კვალობაზე ჭრილობა რჩება დრენაჟის გარეშე და ეძლევა შეხორცების საშუალება. ნეკროზული მოვლენების დროს ნეკრექტომიის შემდეგ ჭრილობაში შეაქვთ პროთეოლიზურ ფერმენტებში დასველებული ფილთა ან სტაფილოკოკური თუ სტრეპტოკოკური ბაქტერიოფაგი.

ლპობითი-ნეკროზული ფლეგმონის დროს კარგ შედეგებს იძლევა ჟანგბადოვანი თერაპია. ამ მიზნით ჭრილობას რწყავენ ჯერ კალიუმის პერმანგანატის 3%-იანი ხსნარით, შემდეგ კი წყალბადის ზეჟანგით. გამოიყოფა მოლეკულური ჟანგბადი, რომლის გარემოშიც იღუპებიან ანაერობები. კარგ შედეგებს იძლევა მეტრონიდაზოლი და ანაერობული ბაქტერიების საწინააღმდეგო შრატები. ჩირქოვან-ანთებითი კერის გახსნა ტარდება ადგილობრივი ანესთეზიით პრემედიკაციის ფონზე. იყენებენ ზოგადი ანესთეზიის ამა თუ იმ სახესაც (ნარკოზი, ნეიროლეპტანალგეზია).

მედიკამენტოზური მკურნალობის ზემოთმოყვანილ სქემაში არ არის გათვალისწინებული ფიზიოთერაპია. ფიზიკურ მეთოდებს იყენებენ ან საწყის ეტაპზე ჩირქგროვის ჩამოყალიბებამდე, ან უფრო ხშირად საბოლოო ეტაპზე — ჭრილობიდან ჩირქოვანი ექსუდაციის შეწყვეტის შემდეგ. იყენებენ ულტრამაღალი სიხშირის დენს, ულტრაიისფერ დასხივებას, ულტრაბგერას, ფერმენტების, ანტიბიოტიკების და ანტისეპტიკების ელექტროფორეზს, გლუკოკორტიკოსტეროიდების ფონოფორეზს, ჰელიუმ-ნეონის ლაზერით დასხივებას. იყენებენ ჰიპერბარულ ოქსიგენაციას.

ღრმა მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის უზრუნველყოფას სრულღირებულოვანი საკვებით. გათვალისწინებული უნდა იქნეს პირის გაღების და ყლაპვის გაძნელება-შეზღუდვა. იყენებენ ვიტამინებითა და ცილებით მდიდარ თხიერ საკვებს, ზონდით კვებას, პარენტერალურ კვებას (ვენიდან, სწორი ნაწლავიდან).

ოდონტოგენური ლიმფადენიტი

ლიმფადენიტი ლიმფური კვანძის ანთებაა. ოდონტოგენური ლიმფადენიტი ოდონტოგენური ინფექციით გამოწვეული ლიმფური კვანძის ანთებაა. გარდა ლიმფური კვანძის ანთებისა, შეიძლება შეგვხვდეს ლიმფური ძარღვების ანთება — **ლიმფანგიიტი** ან ლიმფური კვანძების და ირგვლივ მდებარე ქსოვილის ჩირქოვანი ანთება — **ადენოფლეგმონა.**

სახის მიდამოში განლაგებულია ლიმფური კვანძები: ლოყის, ცხვირტუჩის, მოლარების, ქვედა ყბის, ქვედაყბისქვეშა, ყბაყურა-საღეჭი. აღსანიშნავია აგრეთვე კისრის, დვრილისებრი, კეფის ლიმფური კვანძები. ისინი ვენურ ძარღვებთან ერთად უზრუნველყოფენ სახის, პირის ღრუს და მისი ორგანოების, კისრის დრენირებას. ლიმფური სისტემა მონაწილეობს ბაქტერიების და მათი შხამების ინაქტივაციაში.

დაავადების გამომწვევია ძირითადად სტაფილოკოკი, იშვიათად სტრეპტოკოკი, აგრეთვე ანაერობული მიკრობები. გარდა ოდონტოგენური ინფექციისა, სახისა და კისრის ლიმფური სისტემის ანთება შეიძლება გამოიწვიოს პირის ღრუს ლორწოიანისა და ნუშურა ჯირკვლების ანთებამ, სახისა და თავის კანის, აგრეთვე ყურის არეში არსებულმა ინფექციამ.

ლიმფანგიიტი შედარებით იშვიათად გვხვდება. მას შეიძლება ჰქონდეს მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობა. ლიმფური ძარღვების მწვავე ანთების პათომორფოლოგიური სურათი შემდეგია: შებერილია ლიმფურ ძარღვთა კედლები, დარღვეულია მათი გამავლობა. კედლებიდან ირგვლივმდებარე ქსოვილებში გადიან ლეიკოციტები. ძარღვები ფართოვდება, მაგრამ მათი სანათური ვიწროვდება ლიმფური ძარღვების კედლების შიგნითა შრის გამობერვისა და ლიმფური თრომბების წარმოშობის გამო. ქრონიკული სტადიის დროს ლიმფური ძარღვი მთლიანად ობლიტერირებულია, რაც იწვევს ქსოვილთა შეშუპებასა და ინფილტრაციას.

კლინიკურად, მწვავე ლიმფანგიიტის დროს აღინიშნება ტკივილი, საერთო სისუსტე, შემცივნება, ცხელება. სხეულის ტემპერატურა მატულობს 38-39^{0}C-მდე. შეიძლება განვითარდეს წვრილი ლიმფური ძარღვების ზედაპირული ქსელის დაზიანება (ბადებრივი, რეტიკულური ლიმფადენიტი) და მსხვილი ძარღვების დაზიანება

(ღეროვანი ლიმფადენიტი). ეს უკანასკნელი ხასიათდება უფრო მძიმე მიმდინარეობით.

ლიმფადენიტსაც აქვს მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობა. *მწვავე ლიმფადენიტი* შეიძლება იყოს სეროზული და ჩირქოვანი. პათომორფოლოგიურად ინფიცირებული ლიმფური კვანძის სინუსები დიდდება. მასში ადგილი აქვს უჯრედოვან (კერძოდ ლეიკოციტურ) ინფილტრაციას. შეშუპებისა და ჰიპერპლაზიის შედეგად დიდდება ლიმფური ფოლიკულები ცენტრში უჯრედული ინფილტრაციით. ლეიკოციტური ინფილტრაციის გადიდებით სეროზული ლიმფადენიტი გადადის ჩირქოვანში. ცალკეული ლეიკოციტური ინფილტრატები ერთმანეთს ერწყმიან. ვითარდება ლიმფოიდური ქსოვილის ცალკეული უბნების ნეკროზი. ყალიბდება ჩირქგროვა. ზოგჯერ ჩირქოვანი პროცესი ვრცელდება ლიმფური კვანძის ფარგლებს მიღმა და ლიმფურ კვანძსა და მიმდებარე ქსოვილებში ვითარდება გავრცელებული ჩირქოვანი პროცესი — ადენოფლეგმონა.

მწვავე სეროზული ლიმფადენიტის დროს ლიმფური კვანძები შესიებულია, პალპაციით მტკივნეული, მოძრავი, კანთან შეუზრდელი. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი. ზოგჯერ სხეულის ტემპერატურა-მომატებულია (სუბფებრილური). სისხლის ფორმულა უცვლელი.

მწვავე ჩირქოვანი ლიმფადენიტის დროს აღინიშნება ტკივილები ლიმფურ კვანძში. სხეულის ტემპერატურა მატულობს 37,5-38^{0}C-მდე. ქსოვილები შეშუპებულია. პალპაციით ისინჯება მკვრივი შემოსაზღვრული ინფილტრატი. კანი ამ არეში ჰიპერემიული, შეზრდილი ლიმფურ კვანძთან. სისხლში ლეიკოციტოზი, ლეიკოციტური ფორმულის სუსტად გადახრა მარცხნივ, ერითროციტების დალექვის სისწრაფე ზომიერად გაზრდილი.

ადენოფლეგმონას ახასიათებს თვითნებითი, ზოგჯერ ძლიერი ტკივილები. სხეულის ტემპერატურა მატულობს 38,5^{0}C-მდე. ვითარდება საერთო სისუსტე, შემცივნება. ადენოფლეგმონას აქვს ფლეგმონისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები. მტკივნეული ვრცელი ინფილტრატის ირგვლივ აღინიშნება ქსოვილთა შეშუპება. ინფილტრატი თანდათან იზრდება, მკვრივდება, ეზრდება კანს, რომელიც იღებს ვარდისფერს ან წითელ ფერს. შემდგომში ჩნდება ფლუქტუაცია.

ქრონიკული ლიმფადენიტის დროს ტკივილი უმნიშვნელო, საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი, სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში. ლიმფური კვანძი უმტკივნეულოდ

იზრდება, მრგვალი ან ოვალური ფორმისაა, მოძრავი, კანთან შეუზრდელი, მკაფიო, თანაბარი კონტურებით. კანი ამ არეში თავისუფალი, ფერშეუცვლელი. ირგვლივმდებარე ქსოვილები შეშუპებული არ არის. ზოგჯერ ლიმფური ქსოვილი შეინაცვლება გრანულაციური ქსოვილით, რომელიც ეზრდება კანსა და მიმდებარე ქსოვილებს. ზოგჯერ, ქრონიკული მიმდინარეობის დროს, კანზე იხსნება ხვრელარხი, რომელიც დიდხანს არ იხურება, გამოყოფს მცირე ოდენობით ჩირქს. ქრონიკული ლიმფადენიტის დაჩირქება იწვევს ქრონიკული ჩირქოვანი ლიმფადენიტის, ან უფრო ოშვიათად, ადენოფლეგმონის განვითარებას. სისხლში ცვლილებები არ არის. ოშვიათად ლეიკოპენია და ერითროციტების დალექვის სიჩქარის ზომიერი გაზრდა.

დიაგნოზი ისმება კლინიკური მონაცემების საფუძველზე. ლიმფადენიტისა და ადენოფლეგმონის სწორი დიაგნოზის დასმაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზის მონაცემებს — ავადმყოფი მიუთითებს, რომ დაავადების დასაწყისში ჩნდება მტკივნეული ბურცულისებრი წარმონაქმნი ლიმფური კვანძების განლაგების ამა თუ იმ უბანში, რომელიც თანდათან იზრდებოდა, შემდეგ კი წარმოიქმნა მთელი დაზიანებული არის გამკვრივება. დაავადების შედარებით ნელა განვითარებაც (5-7 დღე და მეტი) დამახასიათებელია.

მკურნალობა. პირველ ყოვლისა ინფექციის კერის აღმოფხვრა („მიზეზობრივი“ კბილის მოცილება ან მკურნალობა, ტონზილიტის, პაროდონტიტის, სტომატიტის მკურნალობა, სახის კანზე არსებული ინფიცირებული კერების აღმოფხვრა). ლიმფანგიიტის, მწვავე სეროზული და ქრონიკული ლიმფადენიტის დროს ავადმყოფებს ენიშნებათ ანტიბიოტიკები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები, ვიტამინები. ფართოდ იყენებენ ფიზიოთერაპიას (სოლუქსი, ულტრამაღალი სიხშირის დენი, ულტრაბგერა, ჰელიუმ-ნეონის ლაზერით დასხივება), კომპრესებს. მწვავე სეროზული ლიმფადენიტის დროს კარგ შედეგს იძლევა ინფილტრაციული ანესთეზიის ტიპის ბლოკადა ანესთეტიკით.

მწვავე ჩირქოვანი და ქრონიკული გამწვავებული ლიმფადენიტის დროს საჭიროა *ქირურგიული* ჩარევა ჩირქგროვის გახსნის მიზნით.

ადენოფლეგმონის მკურნალობა ტარდება ფლეგმონის მკურნალობის შესატყვისად. თუ ჩატარებული მკურნალობის შედეგად ლიმფური კვანძის რეზორბცია და ხვრელარხის დახურვა არ ხდება, მიმართავენ ქირურგიულ ჩარევას — ლიმფური კვანძის მოცილებას და ხვრელარხის ამოკვეთას. ოპერაციული ჩარევის შემდეგ ტარდება მედიკამენტური და ფიზიოთერაპიული მკურნალობა.

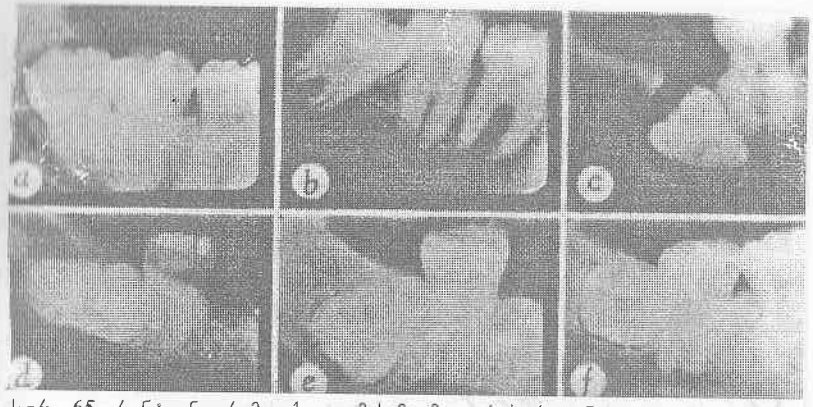
სახის ოდონტოგენური კანქვეშა მცოცავი გრანულომა

თუ ქრონიკული ლიმფადენიტის დროს ოდონტოგენური ინფექცია ხანგრძლივად აღიზიანებს ლიმფურ კვანძს, იგი თანდათან იშლება, შეინაცვლება გრანულაციური ქსოვილით. შემდგომში დროდადრო ამ არეში ვითარდება გამწვავება, რაც თავის მხრივ იწვევს კანის პერფორაციას და ხვრელარხის ჩამოყალიბებას, რომელიც შემდგომში იხურება და ნაწიბურდება. ამის შემდეგ წარმოიქმნება ხვრელარხი ყოფილი ხვრელარხის გვერდით. დროთა განმავლობაში ისიც იხურება და ახალი წარმოიქმნება.

ოდონტოგენური ინფექციის წყაროა ქვედა პირველი და მეორე მოლარები, უფრო ოშვიათად ქვედა მესამე და ზედა პირველი მოლარები. მიკრობიოლოგიური გამოკვლევით პათოლოგიის კერაში ვლინდება სხვადასხვაგვარი მიკროფლორა, მაგრამ ხშირად კერიდან აღებული მასალა სტერილურია. ამის გამო სახის კანქვეშა მცოცავ გრანულომას თვლიან აუტოიმუნურ დაავადებად, რაც გამოწვეულია პაროდონტის დაშლის პროდუქტებით.

დაავადების განვითარებას ორ პერიოდად ყოფენ — ფარული და კანის გამოვლინების პერიოდი. ფარულ პერიოდში კანქვეშ ყალიბდება ოდონტოგენური ინფექციის ქრონიკული კერა. შემდეგ კანქვეშ ჩნდება ინფილტრატი. უფრო ხშირად პროცესი ვითარდება ლოყის, ყბის, ყბისქვეშა მიდამოებში. ვესტიბულური მხრიდან პალპაციით შეიგრძნობა ზონარისებრი გამკვრივება, რომელიც აერთებს კანქვეშა ინფილტრატსა და „მიზეზობრივ“ კბილს. შემდგომში კანი ინფილტრატის არეში თხელდება, იღებს მოლურჯო-წითელ ფერს. ჩნდება ხვრელარხი გამონადენით, იგი არსებობს თვეობით, ან იხურება, გვერდით ჩამოყალიბდება ინფილტრატი და მალე ხვრელარხი. ეს მეორდება მრავალჯერ. კანი ზიანდება ფართოდ, რაც ამახინჯებს სახეს.

მკურნალობა. პირველ რიგში საჭიროა მიზეზის (ინფექციის კერის) მოცილება. იღებენ „მიზეზობრივ“ კბილს ან აკეთებენ ფესვის მწვერვალის რეზექციას გრანულექტომიით. ზოგჯერ კბილი ამოღებულია, მაგრამ პროცესი მაინც არ ცხრება. ასეთ შემთხვევაში რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ხშირად გვიჩვენებს კბილბუდეში ჩარჩენილ მცირე ზომის ფესვის მწვერვალს ან გრანულომის ნარჩენებს. კანზე არსებული აბსცესი ან ხვრელარხი უნდა



სურ. 65. რენტგენოგრამა. ქვედა მესამე მოლარის რეტენცია. a — ვერტიკალური, b — წინ დახრილი, c — უკან დახრილი, d — ჰორიზონტალური, e — შებრუნებული, f — გარდიგარდმო მდებარეობა.



სურ. 66. რენტგენოგრამა. ქვედა მესამე მოლარის რეტენცია ქვედა ყბის ამონაჭდევის და გვირგვინოვანი მორჩის არეში, შებრუნებული მდებარეობითა და ფოლიკულური კისტით.

კბილის რეტენციის დროს ჩივილები არ არის. იგი ხშირად შემთხვევით ვლინდება, განსაკუთრებით რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს. კბილის რეტენცია შეიძლება გართულდეს შემდეგი პათოლოგიური პროცესებით — კარიესით, პულპიტით, პერიოდონტიტით, როგორც რეტენირებული ისე მისი მეზობელი კბილის მხრივ, შემდგომში პერიოსტიტის, ოსტეომიელიტის, აბსცესისა და ფლეგმონის განვითარებით; შეიძლება განვითარდეს მფარავი ღრძილის ანთება — პერიკორონარიტი, ფოლიკულური კისტა, ქვედა ყბის პათოლოგიური მოტეხილობა, სამწვერა ნერვის სიმპტომატიური ნევრალგია.

დაშტეშავდეს ქირურგიული გზით. გულმოდგინედ წმენდენ კანქვეშა ვრცელ ანთებით ღრუს და დაზიანებულ კანს. ღრუში შეაქვთ ფილთა, რომელსაც ცვლიან ყოველდღე ან დღეგაშვებით. ექსუდაციის შეწყვეტისა და ღრუში გრანულაციების განვითარებისთანავე ჭრილობას ტოვებენ უტამპონოდ.

ძვილის ამოჭრის დაავადებები

ძვილის ამოჭრის პათოლოგიით გამოწვეული დაავადებებია ძვილის ანომალიური მდებარეობა ანუ დისტოპია, კბილის ამოჭრის შეკავება ანუ რეტენცია, კბილის გაძნელებული ამოჭრა.

ანომალიური მდებარეობა, ანუ დისტოპია, ანუ ცდომა ძვილის სახისაა: 1. კბილი მდებარეობს ალვეოლურ რკალზე, ძვილის მისი გასწვრივი ღერძი გადახრილია ამა თუ იმ მხარეს; 2. ძვილთა მდებარეობს ალვეოლური რკალის ფარგლებში, მაგრამ ძვილის რკალის გარეთ; 3. კბილი მდებარეობს ალვეოლური ძვილის გარეთ, ზედა ყბის წიაღის კედელში, ქვედა ყბის ტოტის ძვილის ნახევარში, ცხვირის ღრუს კედელში, ქვედა ყბის ქვედა ძვილის თვალბუდის ქვედა კიდესთან და ა.შ. და გვირგვინით ძვილის მიმართული იყოს ზედა ყბის წიაღის, ცხვირის ღრუს ძვილის. დისტოპიური კბილი, გარდა კოსმეტიკური დარღვევისა, ძვილის ქსოვილთა ტრავმირებას. თუ კბილი იმდენად დისტოპიურად მდებარეობს, რომ მისი ამოჭრა არ ხერხდება, ეს არის კბილის ნაწილობრივი ძვილება.

ძვილის ანომალიური მდებარეობის აღდგენა არ ხერხდება, იგი ექვემდებარება ამოღებას.

ძვილის რეტენცია ანუ შეკავება ეს არის მოვლენა, როცა ჩამოუყალიბებული ან ჩამოუყალიბებელი კბილი არ არის ამოჭრილი მისთვის განკუთვნილ ადგილზე. კბილის ამოჭრის შეკავება ანუ რეტენცია შეიძლება იყოს სრული და არასრული. თუ კბილი ნაწილობრივაა ამოჭრილი, მას უწოდებენ ნახევრად რეტენირებულს ანუ ნახევრად შეკავებულს.

ძვილის ხშირად რეტენირებულია ზედა ეშვები და ქვედა მესამე მოლარები, უფრო იშვიათად ზედა საჭრელები (ძირითადად მეორე), პრემოლარები და ზედა მესამე მოლარი (სურ. 65, 66, 67).



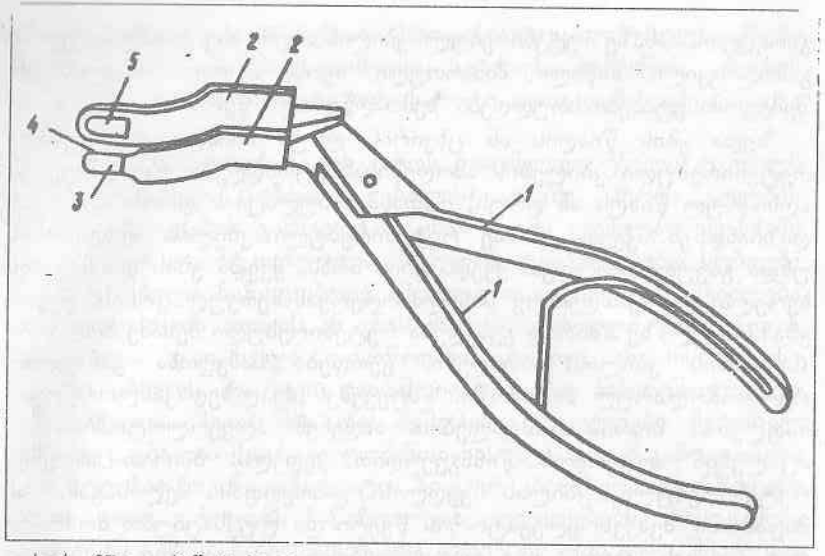
სურ. 67. რენტგენოგრამა. ზედა ეშვების რეტენცია. რეტენციული ეშვების გვირგვინები მდებარეობენ საჭრელი კბილების ფესვების უკან.

ანთებითი ხასიათის გართულებები ძირითადად ვითარდება ნახევრად რეტენირებული კბილის დროს, როდესაც კბილის უმნიშვნელო ნაწილი ამოჭრილია, რითაც იქმნება ლორწოიან გარსში ინფექციის შეჭრის და ძვლოვან ქსოვილში მისი გავრცელების პირობები.

კლინიკურად, სრული რეტენციის დროს, თუ რეტენირებული კბილი მთლიანად ყბის სისქეშია, ალვეოლურ მორჩზე რაიმე ცვლილება არ აღინიშნება. ზოგჯერ რეტენირებული კბილი იწვევს ალვეოლური მორჩის დეფორმაციას. რეტენირებული კბილი შეიძლება მიაწვეს მეზობელ კბილს და გამოიწვიოს მისი გადანაცვლება, ნერვზე ზედაწოლის შემთხვევაში კი ნევრალგიური ტკივილები.

ნახევრად რეტენირებული კბილის გვირგვინის ამოჭრილი ნაწილის ირგვლივ ლორწოიანი გარსი ჰიპერემიული და შეშუპებულია. ზოგჯერ გვირგვინის ამოჭრილი ნაწილი დაფარულია ლორწოიანი გარსით. ეს უკანასკნელი ამ დროს შეშუპებული და ჰიპერემიულია. რეტენირებული და ნახევრად რეტენირებული კბილი ზოგჯერ შეთავსებულია დისტოპიასთან. დიაგნოზი ისმება კლინიკური და რენტგენოლოგიური მონაცემებით.

მკურნალობა. თუ რეტენირებული კბილი რაიმე გართულებას არ იძლევა, მისი ამოღება არ არის ნაჩვენები. ასეთ შემთხვევაში, თუკი არის მისი ადგილი კბილთა რკალში, ორთოდონტიული საშუალებებით ცდილობენ მისი ამოყვანის სტიმულირებას. თუ ადგილი აქვს ზემოაღნიშნულ გართულებებს, რეტენირებული კბილი ამოღებული უნდა იქნას. ნახევრად რეტენირებული კბილი ყველა შემთხვევაში ამოსაღებია.



სურ. 67a. კაპიშონექტომი

ამოღების დაწყებამდე კლინიკო-რენტგენოლოგიური მონაცემების გამოყენებით ზუსტად უნდა დადგინდეს კბილის მდებარეობა, მისი დამოკიდებულება მეზობელი კბილების ფესვებისადმი, სისხლძარღვოვანნერვული კონებისადმი, ზედა ყბის წიაღის, ცხვირის ღრუს და ქვედა ყბის არხისადმი. რეტენირებული კბილის ამოსაღებად ატარებენ ლორწოიანის ტრაპეციულ, ნახევარრკალოვან ან კუთხოვან განაკვეთებს კბილის მდებარეობის შესაბამისად. ათიშავენ ლორწოიანძვლისზედაკანოვან ნაფლეთს. ბორმანჭანის დახმარებით აცილებენ კბილის მფარავ ძვლის ნაწილს და ელევატორით იღებენ კბილს. თუ კბილის (ეს განსაკუთრებით ეხება ეშვს) ამოღება არ ხერხდება, ჭრიან მას ფისურული ბორით შუაზე და იღებენ ცალ-ცალკე. ნაფლეთს აბრუნებენ ადგილზე და კერავენ კეტგუტით ან აბრეშუმის ძაფით.

რეტენირებული კბილების ამოღება ძირითადად წარმოებს ვესტიბულური მხრიდან. მაგრამ თუ რეტენირებული კბილი მოთავსებულია მეზობელი კბილების ფესვების უკან, ე.ი. ალვეოლური მორჩის სასის ზედაპირთან ახლოს, უმჯობესია მისი ამოღება სასის მხრიდან. ამასთან, მეორე საჭრელი თითქმის ყოველთვის რეტენირებულია სასის ზედაპირის სიახლოვეს. ატარებენ ნახევარრკალოვან

განაკვეთს სასაზე რეტენირებული კბილის არეში ისე, რომ განაკვეთის გამოდრეკილი ნაწილი მიმართული იყოს კბილთა რკალისაკენ. შემდგომი ეტაპები სრულდება ზემოაღწერილი წესით.

ზედა ყბის წიაღის ან ცხვირის ღრუს სიახლოვეს მდებარე რეტენირებული კბილების ამოღებისას ყურადღება უნდა მიექცეს აღნიშნულ წიაღს ან ღრუს, რათა მანიპულაციის დროს ისინი არ დაზიანდნენ. ქვედა ყბაზე რეტენირებული კბილის ამოღებისას უნდა გავუფრთხილდეთ ქვედა ყბის არხს, ქვედა ყბის და ნიკაპის ხვრელს და იქ მდებარე სისხლძარღვოვან-ნერვულ კონას. ქვედა ყბაზე ყველაზე ხშირად გვხვდება რეტენირებული მესამე მოლარის (სიბრძნის კბილის) ამოღება. კეთდება სამკუთხა განაკვეთი რეტრომოლარულ მიდამოში. აშრევებენ ძვალზედაკანლორწოვან ნაფლეთს. ბორის საშუალებით ახდენენ ალვეოლოტომიას — აცილებენ ალვეოლის წინაგვერდით კედელს. ბორით ახდენენ რეტენირებული კბილის კედლის გამოყოფას ძვლისაგან. ამ მიდამოში შეაქვთ ელევატორის წვერი და ლუქსაციური მოძრაობით იღებენ კბილს. თუ რეტენირებული კბილი მოთავსებულია ქვედა ყბის ტოტის გარეთა ან ზედა ნაწილში ან ქვედა ყბის ქვედა კიდესთან, კბილის ამოღების ოპერაციას აკეთებენ პირგარეთა განაკვეთით.

ქვედა მესამე მოლარის (სიბრძნის კბილის) გაძნელებული ამოჭრა

გაძნელებული ამოჭრის მიზეზია ადგილის უკმარისობა ქვედა ყბის ალვეოლურ მორჩზე (სურ. 65). კბილი ებჯინება ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეს, რომელიც უშლის მას ამოსვლას. ამოსვლისათვის არახელსაყრელია კბილის ჰორიზონტალური ან ნახევრადჰორიზონტალური მდებარეობა, როდესაც უკეთეს შემთხვევაში ამოჭრილია მხოლოდ უკანა ბორცვები. სიბრძნის კბილის ამოჭრილ ნაწილსა და მის მფარავ ღრძილს (ქუდაკი) შორის ყალიბდება ჯიბე, სადაც აღწევს საშვლის ნარჩენები, რომლებიც საუკეთესო საკვებია პირის ღრუს მიკროფლორისათვის. ამოჭრაში შეკავებული სიბრძნის კბილის მფარავი ღრძილის ქუდაკის შიგნითა ზედაპირს, რომელიც მიმართულია კბილისაკენ, არ აქვს ეპითელური საფარველი, რის გამოც აქედან შეუძლიათ გავრცელება მიკროორგანიზმებსა და მათი ცხოველმყოფელობის პროდუქტებს, რომლებიც იწვევენ ინფექციურ-ანთებით პროცესებს. თავად ინფექციურ-ანთებითი პროცესი ლოკალიზებული ხდება ღრძილის იმ უბანში, რომელიც ფარავს სიბრძნის კბილის გვირგვინს, ვითარდება პერიკორონარიტი. დაავადებას აქვს მწვავე და ქრონიკული ფაზა.

მწვავე პერიკორონარიტის დროს ავადმყოფი უჩივის ტკივილს მესამე მოლარის (სიბრძნის კბილის) არეში. პირის გაღების შეზღუდვას, კვების გაძნელებას; ყბის ქვეშა ლიმფური კვანძები გადიდებული და მტკივნეულია, სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურია. კბილი ნაწილობრივ ამოჭრილია. გვირგვინი შეიძლება გადახრილი იყოს ლოყის ან ენის მხარეს, დახრილი წინ. იგი ან მთლიანადაა დაფარული ლორწოიანი გარსით, ან მისი უკანა ნაწილი. კბილის მფარავი ლორწოიანი გარსი ჰიპერემიული და შეშუპებულია. ჰიპერემია და შეშუპება ვრცელდება მეზობელ უბნებზეც. კბილის მფარავი ლორწოიანის ქუდაკიდან გამოედინება სეროზულ-ჩირქოვანი ექსუდატი. ზოგჯერ კბილზედა ლორწოიანი გარსის კიდე განიცდის ნაწიბუროვან ცვლილებებს, რის გამოც ექსუდატის გამოდენა ყოვნდება და ინფექცია ამის გამო შეიძლება გავრცელდეს მიმდებარე ქსოვილებში.

ქრონიკული პერიკორონარიტი ვითარდება მწვავესაგან. ავადმყოფი უჩივის უმნიშვნელო ტკივილს სიბრძნის კბილის არეში. ტკივილებს ღეჭვის დროს დაავადებულ მხარეზე. კბილის გვირგვინის ზემდებარე ლორწოიან გარსზე თითის დაჭერით გამოიყოფა ჩირქი. ღრძილის ჯიბეში შეიძლება იყოს გრანულაციური ქსოვილი.

რეტრომოლარული პერიოსტიტი ვითარდება მწვავე პერიკორონარიტისაგან, რომლის პროგრესირების შედეგად რეტრომოლარულ მიდამოში ვითარდება პერიოსტის ანთება — წარმოიქმნება სუბპერიოსტული აბსცესი. შეშუპება და ჰიპერემია ვრცელდება ფრთაქვედა ყბის ნაოჭის, რბილი სასის, ლოყის და ქვედა გარდამავალი ნაოჭის ლორწოიან გარსზე მოლარების არეში. ლიმფური კვანძები ყბის ქვეშა სამკუთხედში გადიდებული და მტკივნეულია. პირის გაღება შეზღუდული (ტრიზმი — მეორე-მესამე ხარისხის). შემდგომში რეტრომოლარული აბსცესი იხსნება სიბრძნის კბილის არეში. ზოგჯერ ჩირქოვანი ექსუდატი ვრცელდება ირიბ ხაზზე და იხსნება პირველი მოლარის არეში, რასაც ხშირად შეცდომაში შეჰყავს მკურნალი. თუ ამავე დროს პირველი ან მეორე მოლარი დაბჟენილია, შეიძლება ეს კბილები ჩაითვალოს ჩირქოვანი გამონადენის მიზეზად. პირველი მოლარის ამოღების შემდეგ ხვრელარხი ინაცვლებს კბილბუდეში, ხელს უშლის მის

შეხორცებას, რაც ალვეოლიტის ცრუ სურათს იძლევა. „ალვეოლიტის“ უშედეგო მკურნალობა გრძელდება ჩირქდენის ჭეშმარიტი მიზეზის დადგენამდე.

რეტრომოლარული აბსცესი ზოგჯერ იხსნება ყბაენის ღარში.

რეტრომოლარული (პერიკორონარული) ოსტეომიელიტი. აღნიშნული ფორმის ოსტეომიელიტი ვითარდება არა მარტო პერიკორონარიტისაგან, არამედ პერიოსტიტისა და სუბპერიოსტული აბსცესისაგან, რომელიც თავის მხრივ მერვე კბილის ირგვლივ განვითარებული პერიოდონტიტის შედეგია. ვითარდება კბილის ირგვლივი ძვლოვანი სტრუქტურების სეკვესტრაცია. ტკივილები ლოკალიზებულია ქვედა ყბის შესაბამის ნახევარში და ვრცელდება ყურის, საფეთქლის და სახის მიმართულებით. ლოყის ლორწოიანი შეშუპებულია, ფარავს მოლარებს. კბილები და ენა ნადებიანია.

ფლეგმონა და აბსცესი. იმის გამო, რომ რეტრომოლარული ფოსოდან და რეტრომოლარული სამკუთხედიდან ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილისა და ცხიმოვანი ქსოვილის თხელი შრე უკავშირდება მეზობელ ორგანოებსა და სივრცეებს, ამ შრის საშუალებით ინფექცია სიბრძნის კბილის ირგვლივმდებარე ქსოვილებიდან მისი გაძნელებული ამოჭრის დროს იოლად ვრცელდება მიმდებარე უბნებსა და სივრცეებში (ყბაენის ღარში, ყბისქვეშა სამკუთხედში, ხახის ირგვლივ სივრცეში, ფრთა-ქვედა ყბის სივრცეში, პერიტონზილარულ არეში, ლოყის და ყბაყურასაღეჭ მიდამოში). აღნიშნული უბნებისა და სივრცეების კლინიკური სურათი და მკურნალობა აღწერილია ზემოთ. იმის გამო, რომ რეტრომოლარული ფოსოდან ფაშარი და ცხიმოვანი ქსოვილის თხელი შრე მიეპართება გარეთა ირიბ ხაზზე, ჩირქგროვა ქვედა სიბრძნის კბილის გაძნელებული ამოჭრის დროს ამ გზით ვრცელდება ქვედა ყბის გარეთა ზედაპირზე და საღეჭი კუნთის წინ იხსნება კანზე ლოყის სისქის გავლით. აქ წარმოქმნილი ხვრელარხი იხურება მხოლოდ „მიზეზობრივი“ კბილის ამოღების შემდეგ.

მკურნალობა. პირველ ყოვლისა უნდა გადაწყდეს კბილის შენარჩუნების შესაძლებლობის საკითხი. ამისათვის უნდა გაირკვეს, არის თუ არა ალვეოლაში საკმაო ადგილი კბილის ამოსვლისა და ნორმალური ფუნქციონირებისათვის. თუ საკმაო ადგილი არ არის, მაშინ მკურნალობა უეფექტოა. თუ ასეთი ადგილი არის, მაშინ უნდა ჩატარდეს სათანადო (კონსერვატიული, ქირურგიული) მკურნალობა ანთებითი მოვლენების მოხსნისა და კბილის ამოჭრისათვის ხელსაყრელი პირობების შექმნის მიზნით.

იმისათვის, რომ დავადგინოთ, საკმარისია თუ არა ადგილი ქვედა სიბრძნის კბილის ამოჭრისათვის, იყენებენ ქვედაყბის რენტგენოგრამას. თუ ქვედა მერვე კბილის დისტალურ კიდესა და ქვედაყბის ტოტის წინა კიდეს შორის არის შუალედი არაუმცირეს 0,5 სმ-ისა, კბილი ამოიჭრება და იფუნქციონირებს. ასეთ შემთხვევაში პერიკორონარიტს მკურნალობენ კონსერვატიული ან ქირურგიული წესით.

კონსერვატიული მკურნალობა: სიბრძნის კბილის გვირგვინის ზემოთ არსებული ღრძილის ჯიბის (ლორწოიანის ქუდაკის) გამორეცხვა ანტიბიოტიკით ან ანტისეპტიკით. იოდოფორმის ტურუნდის შეტანა ქუდაკის ქვეშ. პენიცილინ-ნოვოკაინის ბლოკადა, თბილი ანტისეპტიკური საავლები, ფიზიოპროცედურები. რამდენიმე დღეში მწვავე ანთებითი მოვლენები ცხრება. მაგრამ იგი ხშირად არ არის მყარი და კბილის საბოლოო ამოჭრამდე შეიძლება გექონდეს რეციდივები.

კონსერვატიულ-ქირურგიული მკურნალობა. უფრო ეფექტურია ზემოქმედება ლორწოიანი გარსის ფარდაზე (ქუდაკზე), რომელიც ფარავს ამოჭრაში მყოფ კბილს. მწვავე ანთებითი მოვლენების ჩაწყნარების შემდეგ ან პირდაპირ ავადმყოფის მიმართვისთანავე ახდენენ ლორწოიანი გარსის კბილის გვირგვინის მფარავი უბნის ამოკვეთას ისე, რომ კბილის საღეჭი ზედაპირი მთლიანად გაშიშვლდეს. ეს ხელს უწყობს პათოლოგიური პროცესის ლიკვიდაციას და უზრუნველყოფს კბილის ამოჭრას. უზრუნველყოფს იმიტომ, რომ ლორწოიანის ფარდა ამოჭრაში მყოფი კბილის გვირგვინის ზავზე ხშირად ხელს უშლის კბილის ამოჭრას. ეს მაშინ ხდება, როდესაც ამ უბანში არსებული ანთებითი პროცესისაგან ლორწოიანი გარსის აღნიშნულ უბანში ვითარდება ნაწიბუროვანი ცვლილებები. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ლორწოიანის ფარდის ამოკვეთის შემდეგ ხშირად ჩქარდება კბილის ამოჭრა: ჩვენს მიერ (ო.ნემსაძე, ნ.ოქროპირიძე, მ.კუჭავა) მოწოდებულია ინსტრუმენტი პერიკორონარიუმის ამოსაკვეთად — კაპიშონექტომი (სურ. 67 ა), რომლის მახვილი პირი (3) შეაქვთ ლორწოვან ფარდასა და კბილის გვირგვინს შორის და ინსტრუმენტის ტარებას (1) დაკეტვით ხდება ლორწოვანის ამოკვეთა. ფარდის ამოკვეთის შემდეგ აუცილებელია გაგრძელდეს ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა ანთებითი მოვლენების გაქრობამდე.

ქირურგიული მკურნალობა. თუ კბილის ამოსვლისათვის საკმარისი ადგილი არ არის, თუ კბილი მდებარეობს დახრილად,

ჰორიზონტალურად, ან ამოჭრაშია რკალგარეთ, მაშინ კბილი ამოღებული უნდა იქნეს. ამისათვის ტარდება სამკუთხა განაკვეთი რეტრომოლარულ არეში, აშიშვლებენ სიბრძნის კბილის გვირგვინის მიდამოს. გვირგვინის მფარავ ძვლოვან ნაწილებს აცილებენ ბორმანჭანის დახმარებით, ბორით ქმნიან ღარს კბილის გვირგვინს (საჭიროების შემთხვევაში ფესვსა) და ძვალს შორის. ამ ღარში შეაქვთ ელევატორის წვერი და ბერკეტისებრი მოძრაობით იღებენ კბილს. კბილის ამოღების შემდეგ აუცილებელია ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა. სიბრძნის კბილის გაძნელებულ ამოჭრასთან დაკავშირებული გართულებების (პერიოსტიტი, ოსტეომიელიტი, ფლეგმონა) მკურნალობა წარმოებს ზემოაღწერილი ხერხებით.

ზედა ყბის წიაღის ოდონტოგენური ანთება (სინუსიტი, ჰაიმორიტი)

ზედა ყბის წიაღი (სურ. 15) მდებარეობს ზედა ყბის ძვალში. წიაღს ჰაიმორის ღრუსაც უწოდებენ მისი პირველი აღმწერის, ინგლისელი ექიმის ჰაიმორის პატივსაცემად.

ზედა ყბის ზედა კედელი ერთდროულად თვალბუდის ქვედა კედელიცაა. მის სისქეში მოთავსებულია თვალბუდის ქვედა ღარი და არხი, სადაც გადიან თვალბუდისქვედა ნერვი, არტერია, ვენა.

ზედა ყბის წიაღის წინა კედელი ზედა ყბის წინა (სახის) ზედაპირია. მის ცენტრში არსებულ ჩაღრმავებას ეშვის ფოსოს უწოდებენ. ამ ფოსოს თავზე, თვალბუდის ქვედა კედლიდან 0,5-0,8 სმ ქვევით იხსნება თვალბუდის ქვედა ხვრელი, საიდანაც გამოდიან თვალბუდის ქვედა არტერია, თვალბუდის ქვედა ნერვი. ეს უკანასკნელი იქვე ტოტიანდება და ქმნის ბატის მცირე თათს.

წიაღის ლატერალური კედელი იწყება ზედა ყბის ბორცვიდან. აქ არსებულ ზედა უკანა ალვეოლურ ხვრელებში შედიან თანამოსახელე ნერვები და სისხლის ძარღვები.

წიაღის უკანა კედელი მდებარეობს ზედა ყბის ბორცვის უკან. იგი მონაწილეობს საფეთქელქვედა და ფრთასასის ფოსოების შექმნაში, სადაც მდებარეობს ფრთისებრი ვენური წნული.

წიაღის medიალურ კედელს ქმნის ცხვირის ღრუს ლატერალური კედელი, რომელიც ზედა ყბის ძვლის ცხვირის ნაწილია. ამ კედელს ცხვირის მხრივ უმაგრდება ცხვირის ქვედა ნიჟარა. იგი ჰყოფს

კედელს ზედა უკანა და ქვედა უკანა ნაწილებად. ზედა უკანა ნაწილში თვალბუდის ქვეშ მდებარეობს წიაღის ხვრელი.

ზედა ყბის წიაღის ქვედა კედელი მიმართულია ალვეოლური მორჩისაკენ და წარმოადგენს წიაღის ფსკერს. იგი თხელი ფირფიტაა. ამ ფირფიტასა და კბილბუდეებს შორის მდებარეობს ღრუბლისებრი ნივთიერების შრე, რომლის სისქე ინდივიდუალურია.

ზედა ყბის წიაღის ლორწოიანი გარსი ცხვირის ლორწოიანის გაგრძელებაა. იგი გამოფენილია მრავალბირთვიანი მოციმციმე ეპითელით, რომელიც უშუალოდ პერიოსტზე მდებარეობს, რის გამოც ლორწოიანის ანთება სწრაფად გადადის ყბის ძვალზე.

ზედა ყბის წიაღის ანთება (სინუსიტი, ჰაიმორიტი), ეს არის წიაღის ლორწოიანი გარსის ანთება გამოწვეული გარსში მიკროორგანიზმების გავრცელებით. ინფექციის გავრცელების გზების გათვალისწინებით არჩევენ ზედა ყბის წიაღის ოდონტოგენურ, რინოგენულ, ჰემატოგენურ, ტრავმულ და ალერგიულ ანთებას (ჰაიმორიტს, სინუსიტს).

ზედა ყბის წიაღის ოდონტოგენური ანთება თითქმის ყოველთვის ცალმხრივია, განსხვავებით სხვა ფორმებისაგან, ვითარდება ზედა ყბის წიაღში და მის ლორწოიან გარსში ზედა პრემოლარების ან მოლარების პერიაპიკალური ანთებითი კერიდან ინფექციის გავრცელებით. ანთებას იწვევს პირის ღრუს შერეული მიკროფლორა — სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, ლპობითი მიკროორგანიზმები და სხვა.

პერიოდონტიტული კბილის პერიაპიკალური ანთებითი კერიდან ზედა ყბის წიაღში ინფექციის გავრცელება ანატომიური თავისებურებებითაა განპირობებული. ჩვეულებრივ, მანძილი ზედა ძირითადი კბილების ფესვის მწვერვალსა და ზედა ყბის წიაღის ფსკერს შორის მერყეობს 0-დან 10-12 მმ-მდე. აქედან გამომდინარე, ძვლოვანი შრე ზედა ყბის წიაღის ლორწოიან გარსსა და კბილთა მწვერვალებს შორის ზოგიერთ პირში სქელია, ზოგში მეტისმეტად თხელი, ზოგს კი სრულებით არ გააჩნია და წიაღის ლორწოიანი გარსი პირდაპირ შეხებაშია კბილთა ფესვის მწვერვალებთან.

რაც უფრო დაბალია ზედა ყბის წიაღის ფსკერი, მით მეტია მისი ინფიცირების შესაძლებლობა პერიაპიკალური ანთებითი კერიდან. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ წიაღსა და ფესვის მწვერვალებს შორის ძვლის სქელი შრეა, იგი მაინც შეიძლება დაიშალოს

ჰწვერვალოვანი პერიოდონტიტისაგან, რის შემდეგაც ანთების კერა (გრანულომა) უშუალოდ ეხება წიაღის ლორწოიან გარსს.

შეიძლება ზედა ყბის წიაღში ჩაიზარდოს ოდონტოგენური კისტა ან კისტოგრანულომა. მათმა დაჩირქებამ კი შეიძლება გამოიწვიოს წიაღის აწთება.

ზედა ძირითადი კბილების ტრავმულმა ექსტრაქციამ შეიძლება გამოიწვიოს ზედა ყბის წიაღის ფსკერის მთლიანობის დარღვევა და ხვრელარხის გაჩენა პირის ღრუსა და წიაღს შორის, რის შემდეგაც აღმავალი ინფექცია პირის ღრუდან ვრცელდება წიაღში და იწვევს ანთებითი მოვლენების განვითარებას; ამას გარდა კბილის ექსტრაქციის დროს შესაძლებელია კბილის ფესვის გადავარდნა ზედა ყბის წიაღში, რომელიც იქ რჩება (თუ დაუყოვნებლივ არ იქნა ამოღებული) როგორც უცხო სხეული და იწვევს წიაღის ინფიცირებას, შემდეგ კი დაჩირქებას.

პაროდონტიტიც შეიძლება გახდეს ზედა ყბის წიაღის ინფიცირების წყარო. იმ შემთხვევაში, თუ პაროდონტიტული კბილის ფესვის მწვერვალსა და წიაღს შორის ძვლის სქელი შრეა, ინფექცია პაროდონტის ქრონიკული ინფიცირების კერიდან წიაღის ლორწოიან გარსზე შეიძლება გავრცელდეს ლიმფური გზებით, სისხლძარღვოვანი ანასტომოზებით.

კბილის მკურნალობის დროს არხის მექანიკური დამუშავებისას შესაძლებელია არხის შიგთავსის გადატანა ან ინსტრუმენტის წვერის შეღწევა წიაღში.

არჩევენ ზედა ყბის წიაღის ანთების მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებს. ქრონიკული ფორმა შეიძლება გამწვავდეს. მიკროსკოპულად მწვავე ფორმის დროს აღინიშნება წიაღის ლორწოიანი გარსის შეშუპება და ჰიპერემია. იგი გასქელებულია, ვითარდება კატარალური ანთება. ლორწოიანი გარსის ჯირკვლები გადიდებულია, ისინი გამოყოფენ დიდი რაოდენობით სეკრეტს და თანდათან ავსებენ წიაღს. ორ-სამ დღეში კატარალური ანთება იცვლება ჩირქოვანით. იზრდება ლორწოიანი გარსის ინფილტრაცია მიკროაბსცესების და მიკრონეკროზული უბნების წარმოქმნით.

ქრონიკული ანთება შეიძლება იყოს შემოფარგლული და დიფუზური, პოლიპოზური და არაპოლიპოზური. მიკროსკოპულად ქრონიკული ფორმის დროს აღინიშნება ეპითელური შრის ჰიპერპლაზია, გამოფიტვა, სისხლძარღვთა კედლების გასქელება და გაფაშრება. ლორწოიან გარსში გამოხატულია ექსუდაციის მოვლენები: მიკროაბსცესები, ეპითელის ჩაზოფცქვნა, ეროზიის,

წყლულის, ნეკროზის წარმოქმნა. წიაღის კედლებზე არის პოპოზურ-გრანულაციური ჩანაზარდები, წიაღში გროვდება ლორწოიან-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი სეკრეტი.

ზედა ყბის წიაღის მწვავე ოდონტოგენური ანთების დროს ავადმყოფი უჩივის სახის შესაბამის ნახევარში ტკივილებსა და სიმძიმეს. ტკივილი აღინიშნება ეშვის ფოსოში თვალბუდის ქვედა ხვრელთან, რაც იმით აიხსნება, რომ აქ გამოდის თვალბუდის ქვედა ნერვი, რომელიც გაივლის წიაღის ზედა კედელში. ტკივილი გადაეცემა შუბლის, საფეთქლის, კეფის არეში, ზედა კბილებში; ვითარდება ყნოსვის შესუსტება, შესაბამისი ნესტოს ლორწოიანის შეშუპება.

ეს შეშუპება ხშირად ხურავს ბუნებრივ ხვრელს, რომელიც შუა ნიჟარის ქვეშ მდებარეობს და წიაღს აერთებს ცხვირის ღრუსთან. ასეთ შემთხვევაში წიაღი იხურება, ექსუდატი გროვდება და ავსებს წიაღს, რაც იწვევს ტკივილების გაზრდას. წიაღის დაცლის შემთხვევაში ტკივილები წყნარდება. ლორწო ან ჩირქი გამოედინება ცხვირის შესაბამისი ნესტოდან, ამავე დროს გამოდენა ძლიერდება თავის დახრისას *(ჟრენკელის ნიშანი)*. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია 37,5-39 C-მდე. საერთო სისუსტე, ზოგჯერ შემცივნება, ცუდი ძილი.

ობიექტურად შეიძლება იყოს უმნიშვნელო შეშუპება ლოყის და თვალბუდის ქვედა მიდამოში. წიაღის წინა კედლის პალპაცია მტკივნეულია. ძირითადი კბილების არეში გარდამავალი ნაოჭის პალპაცია შეიძლება იყოს მტკივნეული. წიაღის ფსკერის ახლომდებარე რამდენიმე კბილის პერკუსიაც მტკივნეულია. ცხვირის ლორწოიანი ჰიპერემიული, შეშუპებული. სათანადო მხარეზე ცხვირის სავალიდან აღინიშნება ჩირქის გამოყოფა.

კლინიკური მონაცემების გარდა *დიაგნოზის დასაზუსტებლად* არსებობს სპეციალური გამოკვლევები: *დიაფონოსკოპია* წიაღის გაშუქების ერთგვარი სახეა. ბნელ ოთახში ავადმყოფის პირში ათავსებენ პატარა ელნათურას ისე, რომ მჭიდროდ უჭერდეს მას ტუჩებით. ელნათურის განათების შემდეგ ჯანსაღ მხარეზე თვალბუდე წითელი ფერით შუქდება, დაავადებულ მხარეზე კი, სადაც წიაღი ექსუდატით არის ამოვსილი, მუქი ფერით *(გერინგის ნიშანი)*. ჯანსაღ მხარეზე შეიძლება განათდეს გუგაც *(დავიდსონის ნიშანი)*, თვით ავადმყოფი ღებულობს შუქის შეგრძნებას მხოლოდ ჯანსაღ მხარეზე *(სორელის ნიშანი)*.

ცხვირის დანამატი ღრუების რენტგენოგრაფია გვიჩვენებს დაავადებულ მხარეს ზედა ყბის წიაღის გამჭვირვალობის ინტენსიურ დაჩვეითებას. ჯანსაღი წიაღი თავისუფლად ატარებს სხივებს, რაც რენტგენოგრამაზე გამოდის მუქად. ალვეოლური მორჩის რენტგენოგრამაზე ჩანს ქრონიკული პერიოდონტიტის, კისტოგრანულომის ან დაჩირქებული კისტის მოვლენები. ძვლოვანი ძგიდის სტრუქტურა პერიაპიკალურ კერასა და ზედა ყბის წიაღის ფსკერს შორის დარღვეულია.

სადიაგნოსტიკოდ იყენებენ ზედა ყბის წიაღის პუნქციას. პუნქცია კეთდება ინდონაზალურად, ცხვირის ქვედა გასავლის მხრიდან ან ვესტიბულური მხრიდან გარდამავალი ნაოჭის არეში პრემოლარების საპროექციოდ. მწვავე ანთების დროს მიიღება ჩირქი.

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა გვიჩვენებს წიაღში ჩირქის, სითხის, პოლიპური მასების ან ლორწოიანი გარსის გასქელების არსებობას დიფერენციალურად.

ზემოთ აღნიშნული იყო, რომ თავის დახრისას შესაბამისი ნესტოდან გამოედინება ჩირქოვანი ექსუდატი და რომ ცხვირის ლორწოიანის შეშუპების გამო ზოგჯერ წიაღსა და ცხვირის შუა გასავალს შორის არსებული ხვრელი იხურება. აქ კი გვინდა აღვნიშნოთ, რომ ზედა ყბის წიაღში დაგროვილი ექსუდატის გამოდენა ძლიერდება ცხვირის ლორწოიანი გარსის ანემიზაციის შემდეგ. ამისათვის ცხვირის შუა გასავალს და შუა ნიჟარას წაუსვამენ დიკაინის (1%), ადრენალინის (0,1% ადრენალინის 1 წვეთი 1 მლ დიკაინზე) და ეფედრინის (3%) ხსნარს.

მკურნალობა. ზედა ყბის წიაღის მწვავე ანთება ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას. პირველ ყოვლისა აღმოფხვრილი უნდა იქნეს მიზეზი (პერიოდონტიტული და კისტოგრანულომიანი კბილის ამოღება, დაჩირქებული კისტის ლიკვიდაცია), პუნქციის საშუალებით ჩირქის გამოქაჩვა წიაღიდან და ამ უკანასკნელის გამორეცხვა ანტიბიოტიკებით, ანტისეპტიკებით ან ფერმენტებით. პუნქცია და გამორეცხვა გრძელდება ჩირქიანი ექსუდატის შეწყვეტამდე და სუფთა გამონარეცხი ხსნარის მიღებამდე. ფიზიოპროცედურებიდან იყენებენ ულტრამაღალი სიხშირის დენს. ავადმყოფებს უტარდებათ ანტიბაქტერიული თერაპია, დეზინტოქსიკაცია, დესენსიბილიზაცია.

ზედა ყბის წიაღის ქრონიკული ოდონტოგენური ანთების დროს ავადმყოფები უჩივიან ტკივილებსა და სიმძიმის გრძნობას

კეფის არეში. სიმძიმის გრძნობას ზედა ყბის არეში დაავადებულ მხარეზე. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ზოგჯერ ავადმყოფები აღნიშნავენ სისუსტეს, მოდუნებას. სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია. გამწვავების შემთხვევაში მატულობს ტემპერატურა და ვითარდება მწვავე ანთების მოვლენები. ცხვირას შესაბამისი ნესტოდან აღინიშნება ჩირქოვანი გამონადენი. ავადმყოფიც და ირგვლივ მყოფნიც გრძნობენ მყრალ სუნს. ყნოსვა დაქვეითებულია.

ობიექტურად შეიძლება იყოს ლოყის შეშუპება. ეშვის ფოსო პალპაციით მტკივნეულია. რინოსკოპიით ვლინდება ლორწოიანი გარსის ჰიპერტროფია ცხვირის შუა გასავალში, შუა და ქვედა ნიჟარების ჰიპერტროფია. ხშირად ცხვირის შუა გასავალში ჩანს ლორწოიან-ჩირქიანი ან ჩირქიანი სეკრეტი, ჩირქიანი ქერქი, პოლიპი.

დიაგნოზის დაზუსტებისათვის იყენებენ დიაფონოსკოპიას, რენტგენოგრაფიას, პუნქციას. მონაცემები იგივეა, რაც მწვავე ანთების დროს. უფრო ინფორმაციულია რენტგენოგრაფია საკონტრასტო ნივთიერების გამოყენებით (ჰაიმოროგრაფია, სინუსოგრაფია). წიაღის საკონტრასტო მასით (იოდოლიპოლი 3-7 მლ) ავსების ხასიათის მიხედვით შეიძლება დავადგინოთ წიაღის ლორწოიანი გარსის ცვლილებების ხასიათი გასქელებიდან პოლიპის წარმოქმნამდე, აგრეთვე კისტოზური და სიმსივნური პროცესების არსებობა.

მკურნალობა. მარტივ შემთხვევაში მიმართავენ კონსერვატიულ მკურნალობას მიზეზის მოცილებასთან ერთად, ისე როგორც ეს აღწერილია მწვავე ფორმების მკურნალობის დროს. მაგრამ უფრო ხშირად, მით უმეტეს ზედა ყბის წიაღის დიფუზური ქრონიკული ანთების დროს, მიზანშეწონილია მხოლოდ ქირურგიული მკურნალობა.

ყველაზე გავრცელებულია კალდველ-ლუკის რადიკალური ანტროტომია. ტარდება განაკვეთი გარდამავალ ნაოჭზე მეორე საჭრელიდან მეორე მოლარამდე. აითიშება ძვლისზედაკანლორწოიანი ნაფლეთი, შიშვლდება ზედა ყბის წინა ზედაპირი. ეშვის ფოსოს არეში კეთდება წიაღის წინა კედლის ტრეპანაცია ზომით 2X2 სმ. ათავისუფლებენ წიაღს შიგთავსისაგან, აცილებენ პათოლოგიურად შეცვლილ ლორწოიან გარსს და ქმნიან ფართო (1X1 სმ) ხვრელს ცხვირის ქვედა გასავალსა და წიაღს შორის, საიდანაც გამოაქვთ წიაღში შეტანილი იოდოფორმიანი ფილთის ერთი

პოლო. ჭრილობა იკერება ყრუდ. ოპერაციის შემდეგ სათანადო მხარეს ადებენ დამწოლ ნახვევს (1-2 დღით). 5-6 დღის შემდეგ წიაღს ყოველდღიურად რეცხენ ანტისეპტიკით (3-4 დღე), ახლად-შექმნილი ხვრელიდან ცხვირის ქვედა გასავალში.

ზედა ყბის წიაღის გახსნა. წიაღის გახსნას ადგილი აქვს ზედა მოლარების, უფრო იშვიათად პრემოლარების ამოღების დროს. ეს ერთი მხრივ ხდება მაშინ, როდესაც კბილის ფესვის ირგვლივ არის ქრონიკული პერიაპიკალური პროცესი, მეორე მხრივ კი შემთხვევით, ტრავმული ექსტრაქციის დროს, როდესაც ზიანდება ზედა ყბის წიაღის ფსკერი. სხვა შემთხვევაში წიაღის გახსნას შეიძლება ექნეს ადგილი კისტექტომიის, ქრონიკული ოსტეომიელიტის, ტრავმის დროს და ა.შ.

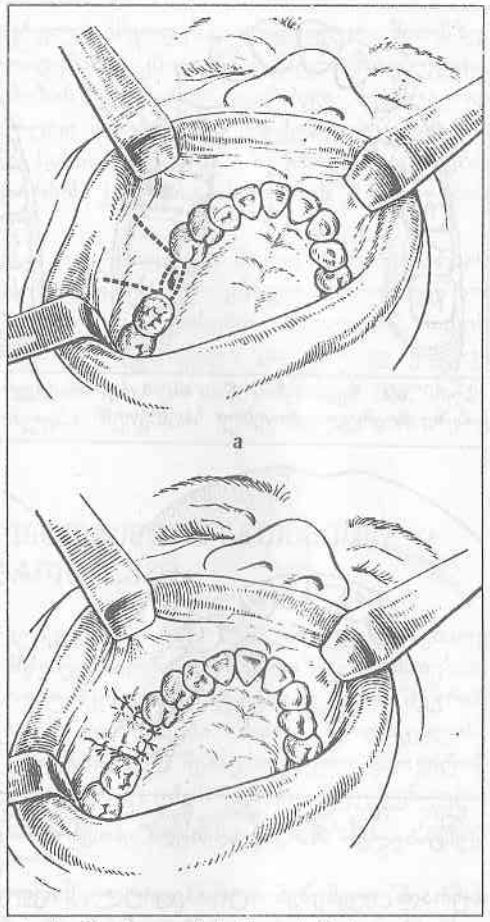
ზედა ყბის წიაღის გახსნა შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული, გაურთულებელი და გართულებული. მწვავეა უშუალოდ გახსნიდან 2-3 კვირის განმავლობაში, უფრო ხანგრძლივი — ქრონიკული. გაურთულებელია წიაღის გახსნა, თუ მასში არ არის ანთებითი მოვლენები, ან უცხო სხეული (კბილის ფესვი, ტამპონი). გართულებულად ითვლება ზედა ყბის წიაღის გახსნა, თუ მასში ადგილი აქვს ანთებით მოვლენებს ან კბილის ფესვის გადანაცვლებას. ე.ი. ზედა ყბის წიაღი იხსნება ან უკვე არსებული წიაღის ანთების დროს ან გახსნის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს წიაღის ანთება.

ზედა ყბის წიაღის გახსნის დროს ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ პირის გაბერვის დროს პირის ღრუდან ჰაერი ზედა ყბის წიაღის გავლით გადის ცხვირში. სითხის მიღების ან პირის ღრუს გამორეცხვის დროს სითხე ხვდება ცხვირის ღრუში. გარდა სუბიექტური მონაცემებისა, დიაგნოზი ზუსტდება ზონდირებით, ხოლო კბილბუდიდან წიაღის გამორეცხა გვიჩვენებს მის მდგომარეობას. ზონდი გახსნილ წიაღში შედის 3-3,5 სმ-ზე, ხოლო გამონარეცხ სითხეში არის ჩირქი. დიაგნოზის დასაზუსტებლად იყენებენ რენტგენოგრაფიას, ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის მეთოდს.

ზედა ყბის წიაღის გახსნის მკურნალობის მეთოდის შერჩევა დამოკიდებულია ღრუს მდგომარეობაზე. გაურთულებელი გახსნის დროს, როდესაც წიაღი ჯანმრთელია, გახსნიდან მცირე დროა გასული და აღმავალი ინფექცია ჯერ კიდევ არ გავრცელებულა წიაღში, ახდენენ ძვლის კიდეების გასადავებას, რბილი ქსოვილების მობილიზაციას და შეკერვას. ამით იხურება წიაღი, ხდება

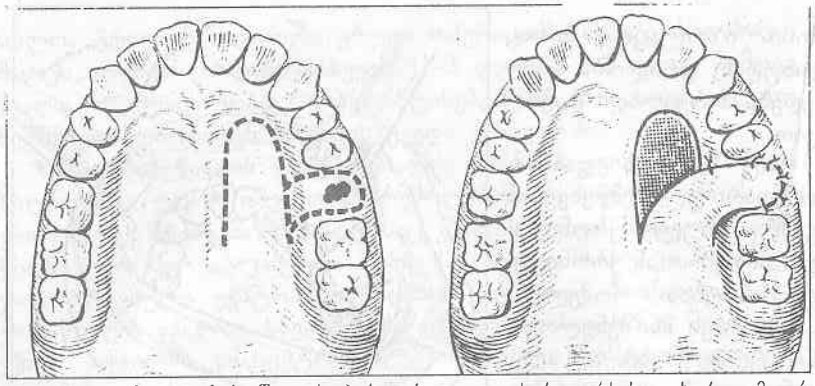
ძისი იზოლაცია პირის ღრუდან, ჭრილობა ხორკდება პირველადი დაჭიმვით.

თუ წიაღის გახსნა, თანდართულია მწვავე ან გამწვავებული ქრონიკული ანთებით ან ქრონიკული ანთებით, რომელსაც არ ახლავს მნიშვნელოვანი ცვლილებები, არ არის განვითარებული ლორწოიანი გარსის პოლიპოზური გადაგვარება შეიძლება ჩატარდეს კონსერვატიული მკურნალობა: წიაღის ყოველდღიური გამორეცხვა კბილბუდიდან ასეპტიკებით, ანტიბიოტიკებით, პროტეოლიზური ფერმენტებით, ანტიბაქტერიული მკურნალობა, ფიზიოთერაპია. ასეთი მკურნალობით შეიძლება ჩაცხრეს ანთებითი მოვლენები და თუ ხვრელარხი არ შეხორცდა, მას ხურავენ ქირურგიული მეთოდის გამოყენებით.

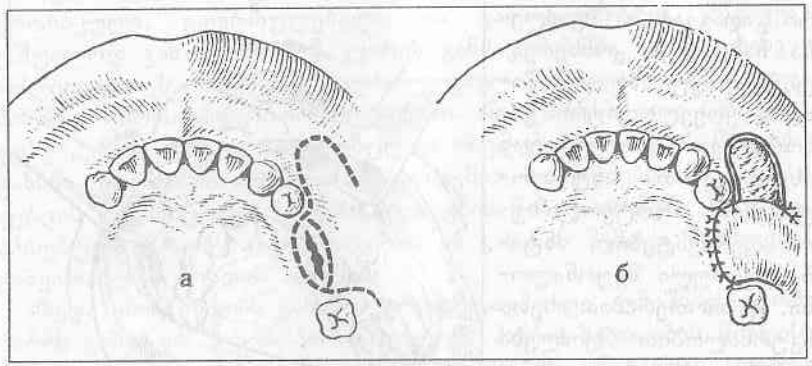


სურ. 68. ზედა ყბის წიაღის პერფორაციული ხვრელარხის დახურვა ალვეოლური მორჩის ვესტიბულური ზედაპირიდან აღებული ტრაპეციული ნაფლეთით.

თუ წიაღის გახსნა თანდართულია მისი ლორწოიანი გარსის დიფუზური ანთებით, როგორც პოლიპოზური ისე არაპოლიპოზური გადაგვარებით, კონსერვატიული მკურნალობა მხოლოდ აუმჯობესებს მდგომარეობას და ისიც დროებით. ასეთ შემთხვევაში აკეთებენ რადიკალურ ანტროტომიას პერფორირებული ხვრელარხის პლასტიკური დახურვით. პერფორაციული ხვრელარხის დასა-



სურ. 69. ზედა ყბის წიაღის პერფორაციული ხვრელარხის დახურვა მაგარ სასაზე აღებული ენისებრი ნაფლეთით.



სურ. 70. ზედა ყბის წიაღის პერფორაციული ხვრელარხის დახურვა ვუსტიბულურ მხარეზე აღებული ენისებრი ნაფლეთით.

ხურად იყენებენ ტრაპეციულ ნაფლეთს ალვეოლური მორჩის ვესტიბულური ზედაპირიდან (სურ. 68). ამისათვის ამოკვეთენ ხვრელარხის ირგვლივ ქსოვილს ჭრილობის განახლების მიზნით, რასპატორით ათიშავენ სასის მხარეზე რბილ ქსოვილებს ძვლიდან ალვეოლური მორჩის არეში ხვრელარხის ზონაში. ვესტიბულურ მხარეზე ქმნიან ტრაპეციულ ყლორტს, ათიშავენ ლორწოიან-ძვლისზედაკანოვან ნაფლეთს ძვლიდან და მისი დაგრძელების მიზნით კვეთენ ძვლისსაზრდელას ჰორიზონტალური განაკვეთით ნაფლეთის ფუძესთან. ნაფლეთს გადაადგილებენ და კერავენ აბრეშუმის ძაფით ან კეტგუტით.

თუ პერფორაციული ხვრელი იმყოფება ალვეოლურ მორჩზე, რომელზეც ხვრელის ახლომდებარე კბილები ექსტრაგირებულია, ხვრელარხის დასახურად მიზანშეწონილია ფართედ ავაშრევოთ რბილი ქსოვილები ალვეოლური მორჩისაგან ვესტიბულური მხრიდან და მივაკეროთ იგი სასის მხარეზე შექმნილ ხიდისებრ ნაფლეთს. წინასწარ ხვრელარხის კიდეებს აახლოებენ ქსოვილების ვიწრო ზოლის ამოკვეთით.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ვესტიბულურ მხარეზე ხვრელარხის ირგვლივ არის ნაწიბურები, ხოლო ხვრელი კბილთაშორის ვიწრო შუალედში მდებარეობს, იყენებენ ენისებრ ნაფლეთს სასის მხრიდან (სურ. 69). ასეთი ნაფლეთი სქელი და კარგად ვასკულარიზებულია. სხვა შემთხვევაში ენისებრი ლორწოიან-ძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთი შეიძლება შეიქმნას ვესტიბულურ მხარეზე (სურ. 70).

სახის არაოდონტოგენური ანთებითი პროცესები

ფურუნკული თმის ფოლიკულისა და მის ირგვლივმდებარე შემაერთებელი ქსოვილის მწვავე ჩირქოვან-ნეკროზული ანთებაა. ვითარდება გარემოდან სტრეპტოკოკის ან სტაფილოკოკის შეჭრის შედეგად. მიკროსკოპიულად აღინიშნება თმის ფოლიკულის, ცხიმის ჯირკვლის და ირგვლივმდებარე შემაერთებელი ქსოვილის ნეკროზი. ცენტრში — სტაფილოკოკების გროვა. ფურუნკული ვითარდება ძირითადად ნიკაპზე, ტუჩებზე, ცხვირზე, უფრო იშვიათად ლოყასა და შუბლზე.

დაავადება იწყება ფოლიკულიტით. ერთ-ორ დღეში მის ირგვლივ კანში ვითარდება ანთებითი ინფილტრატი, რომელიც მატულობს და მაღლდება ჯანსაღ კანთან შედარებით. ინფილტრატის არეში კანი მოწითალო-მოლურჯო ფერისაა. მალე ვითარდება ფლუქტუაცია. ფურუნკული იხსნება და მისგან გამოიყოფა მცირე ოდენობის ჩირქი. ამის შემდეგ ანთებითი მოვლენები წყნარდებიან და ინფილტრატი თანდათან იწოვება.

კარბუნკული რამდენიმე თმის ფოლიკულის და ცხიმის ჯირკვლის გავრცელებული, მწვავე ჩირქოვან-ნეკროზული ანთებაა, რომელიც ქმნის კანის და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ფართო ნეკროზს. მდგომარეობა ხშირად მძიმეა. სხეულის ტემპერატურა 38^0C და

ძეტი, შემცივნება, თავის ტკივილი, უძილობა, ზოგჯერ ღებინება და ბოდვა, ძლიერი ტკივილი პათოლოგიური კერის ზონაში.

ობიექტურად აღინიშნება მტკივნეული ინფილტრატი, კან შეზრდილია კანქვეშა ქსოვილებთან, წითელი ფერისაა. ინფილტრაცია ვრცელდება მეზობელ ქსოვილებზე, ზოგჯერ ვითარდება შეშუპება და ინფილტრაცია სახის ვენის გასწვრივ თვალის შიგნითა კუთხემდე. ლიმფური კვანძები შესიებული და მტკივნეულია. ინფილტრატი ცენტრში რამდენიმე ადგილზე იხსნება, საიდანაც გამოდის სქელი ჩირქი და ნეკროზული ქსოვილები. ეს იწვევს პროცესის ჩაწყნარებას.

ფურუნკული და განსაკუთრებით კარბუნკული შეიძლება გართულდეს სახის ვენის ფლებიტით, ტრომბოფლებიტით, რის შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს ტვინის მაგარი გარსის სინუსების თრომბოზი, ჩირქოვანი მენინგიტი, მენინგოენცეფალიტი, ტვინის აბსცესი, სეფსისი. ნიკაპის კარბუნკულმა შეიძლება გამოიწვიოს ქვედა ყბის მეორადი ოსტეომიელიტი.

მკურნალობა. კონსერვატიული მკურნალობა მდგომარეობს ანტიბაქტერიულ, დეზინტოქსიკაციურ, მადესენსიბილიზირებელ მკურნალობაში, ორგანიზმის დაცვითი ძალების გამაძლიერებელ ღონისძიებებში. საფენები ჰიპერტონული ხსნარით, ანტისეპტიკებით, ფიზიოთერაპია — ულტრაიისფერი სხივებით. კარბუნკულის დროს ატარებენ განაკვეთს დაზიანებული არეს მთელ სისქეზე, ყოველდღიურად რეცხავენ ჭრილობას და ტოვებენ მასში ანტისეპტიკებში გაჟღენთილ ტამპონს. დროული მკურნალობის შემთხვევაში პროგნოზი კეთილსასურველია. თანდართული დაავადებებისას (მაგ. შაქრიანი დიაბეტი) უფრო მძიმე. გართულებების შემთხვევაში (სინუსთრომბოზი, მენინგიტი, მენინგოენცეფალიტი) - სერიოზული.

ციმბირის წყლული

ციმბირის წყლული მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ჩირქოვანი გამონაყენის არარსებობით და შავფსკერიანი წყლულების წარმოქმნით, რის გამოც დაავადებას უწოდეს antrax (ბერძნულად — ნახშირი).

დაავადების გამომწვევია ციმბირის წყლულის ბაცილა (B.antracis). ადამიანის დაავადების წყაროა შინაური ცხოველი, აგრეთვე მეცხოველეობის პროდუქტები. დაავადების გადაცემა ხდება ალიმენტური და საჰაერო გზითაც. ინკუბაციური პერიოდი 2-3-დან 8 დღემდე.

არჩევენ ციმბირის წყლულის კანის, ფილტვის, ნაწლავების და სეპტიურ ფორმებს. სახის არეში გვხვდება კანის ფორმა. ინფექციის შეჭრის ადგილზე ვითარდება მოწითალო ან მოლურჯო მცირე ზომის ლაქა, რომელიც რამდენიმე საათში გადაიქცევა სპილენძისფერ პაპულაში. 12-24 საათში იგი გარდაიქმნება 2-3 მმ დიამეტრის ვეზიკულაში, რომელსაც ახასიათებს ქავილი. იგი ქავილის დროს ან თვითნებურად იხსნება და წარმოიქმნება წყლული, რომლის ფსკერი ერთი დღის შემდეგ ხდება მაგარი და შავი. ფართოდ ვრცელდება შეშუპება, განსაკუთრებით ფაშარ ქსოვილებში (ქუთუთოები). შეშუპებული ქსოვილები ფერმკრთალი, ცომისებრი კონსისტენციისაა. მთელ ამ შეშუპებულ და წყლულოვან-ნეკროზულ უბნებში მტკივნეულობა არ აღინიშნება არა მარტო პალპაციის, არამედ ნემსის ჩხვლეტის დროსაც. ლიმფური კვანძები შესიებული და მსუბუქად მტკივნეულია. ორი დღის შემდეგ იწევს ტემპერატურა 37,5-39°C ფარგლებში. ვითარდება სისუსტე, თავის ტკივილი, თავბრუხვევა, გულისრევა, ღებინება, შემცივნება. ციებ-ცხელების პერიოდი გრძელდება 3-6 დღე. უხშირესად იგი თავდება ტემპერატურის კრიზისული დაცემით და განკურნებით. წყლული ხორცდება 10-30 დღეში.

ციმბირის წყლულის კერა შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე. შეშუპება ვრცელდება ყელის, საყლაპავის არეში, რაც იწვევს ყლაპვის გაძნელებას, ხმის ჩახლეჩას, სუნთქვის გაძნელებას.

მკურნალობა. რაც შეიძლება ადრე უნდა იქნეს შეყვანილი ციმბირის წყლულის საწინააღმდეგო შრატი, დაენიშნოს ანტიბიოტიკები. ახდენენ დეზინტოქსიკაციას, დესენსიბილიზაციას, იყენებენ ორგანიზმის დაცვითი ძალების მასტიმულირებელ პრეპარატებს.

წითელი ჭარი

წითელი ქარი კანისა და ლორწოიანი გარსის მწვავე სეროზული ან სეროზულ-ჰემორაგიული ანთებაა ლიმფური ნაპრალების დაზიანებით და ზოგადტოქსიკური მოვლენებით. დაავადებას იწვევს სტრეპტოკოკი (განსაკუთრებით ბეტაჰემოლიზური სტრეპტოკო-

კი). მიკროორგანიზმის შეჭრა ხდება დაზიანებული კანიდან. ინკუბაციური პერიოდია 4-5 დღე. დაავადება ყოველთვის ვითარდება ორგანიზმის ინფექციის საწინააღმდეგო დაცვის დაქვეითების ფონზე, მათ შორის ჰეტეროდა აუტოსენსიბილიზაციის ფონზე.

მიკროსკოპიულად აღინიშნება სისხლის ძარღვებისა და ლიმფური ძარღვების გაფართოება. ისინი ავსილია დიდი რაოდენობით მიკროორგანიზმების შემცველი ექსუდატით. მათ ირგვლივ უჯრედოვანი ინფილტრაციაა. ექსუდატი გროვდება და ვრცელდება ეპიდერმისისაკენ, აშრევებს მას და ქმნიან სეროზული ან ჩირქოვანი სითხით ავსილ ბუშტუკებს.

წითელი ქარი შეიძლება იყოს პირველადი ან მეორადი. მეორადი წითელი ქარი წარმოიქმნება როგორც სახის კარბუნკულის ან ფურუნკულის, უფრო იშვიათად კი ოდონტოგენური ფლეგმონის გართულება. არის კიდევ რეციდიული (რამდენიმე თვიდან 1-2 წლამდე) და განმეორებითი (პირველადიდან 2 და მეტი წლის შემდეგ). სიმძიმის მიხედვით არჩევენ წითელი ქარის მსუბუქ, საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმებს. გამოვლინების მიხედვით ერითემულ, ერითემულ-ბულოზურ, ერითემულ-ჰემორაგიულ და ბულოზურ-ჰემორაგიულ ფორმებს, აგრეთვე გართულებებს ნეკროზული და ფლეგმონური ფორმების სახით. გავრცელების მიხედვით არჩევენ ლოკალურს, გავრცელებულს და მეტასტაზურ ფორმებს.

დაავადება იწყება მწვავედ — ტემპერატურის მომატებით, ცხელებით, შემცივნებით, სისუსტით, თავის ტკივილით, რამდენიმე დღეში ვითარდება გულისრევა, ღებინება, სუნთქვის მოშლა, გონების დაბინდვა, ბოდვა. ობიექტურად დასაწყისში აღინიშნება შეშუპება, ჭავილისა და წვის შეგრძნება. სახის კანზე (ჩვეულებრივ ბუნებრივი ხვრელების — ცხვირის, პირის, თვალის ახლოს) მკვეთრად შემოფარგლული სიწითლე, რომელიც მოხაზულობით გეოგრაფიულ რუქას ჰგავს. კანი აქ აწეულია, ბზინავს. კანის მოვლენები ჩვეულებრივ სიმეტრიულია და ფორმით მოგვაგონებს პეპელას ფრთებს. ეს არის ყველაზე მარტივი — ერითემული ფაზის სურათი. იგი ძალზე სწრაფად ვრცელდება — 2-3 სმ საათში და მალე შეიძლება გავრცელდეს მთელ სახეზე, თავის თმიან ნაწილზე, კისერზე. ერთ-ორ დღეში ვითარდება რეგიონული ლიმფადენიტი. კანქვეშ გროვდება ექსუდატი, რომელიც ვრცელდება კანის ზედაპირისაკენ და იქმნება ბუშტუკები, რომლებიც ავსილია სეროზული, ჩირქოვანი ან ჰემორაგიული სითხეებით. ასე გაღადის ერითემული ფორმა ერითემულ-ბულოზურ ან ბულოზურ-

ჰემორაგიულ ფორმაში. 10-15 დღეში ბუშტუკები სკდებიან და მის ადგილზე იქმნება ან ქერქი ან წყლული. ზოგჯერ ვითარდება პირის ღრუს ლორწოიანის ანთებითი ინფილტრაცია. სხვა შემთხვევაში პროცესი კანიდან ვრცელდება კანქვეშა ქსოვილში, იქმნება იქ ჩირქგროვები, ნეკროზული კერები. ასე ვითარდება წითელი ქარის ფლეგმონური და ნეკროზული ფორმები.

მკურნალობა. სასწრაფოდ ახდენენ ავადმყოფის იზოლაციას. ავადმყოფისათვის აუცილებელია სიწყნარე, სიმშვიდე, თხიერი დიეტა. ერითემული ფორმის დროს იყენებენ სულფანილამიდებს, დესენსიბილიზაციას, ულტრაიისფერ დასხივებას. სხვა ფორმების დროს საჭიროა ანტიბაქტერიული, ანთების საწინააღმდეგო თერაპია, ორგანიზმის დაცვითი ძალების სტიმულირება. ფლეგმონოზური ფორმის დროს ფლეგმონის გახსნა.

ნომა (ჭყლის კიბო)

ნომა სადღეისოდ ითვლება პირის ღრუს, ყბებისა და სახის ქსოვილების სველი განგრენის თავისებურ ფორმად. მისი ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. ნომით დაზიანებული უბნებიდან გამოყოფილია როგორც ანაერობული, ისე აერობული მიკროორგანიზმები (40 % შემთხვევაში Bac. periringens). ნომით ავადდებიან ძირითადად ბავშვები. იგი ვითარდება ზოგადი ინფექციური დაავადებით (განსაკუთრებით წითელა და დიზენტერია) დასუსტებულ და გამოფიტულ ბავშვებში ინფექციური დაავადების დამთავრებამდე ან მალე მის შემდეგ. მოზრდილებში ნომა ვითარდება გულსისხლძარღვთა დაავადებების ფონზე.

მიკროსკოპიულად ღრძილების, ალვეოლური მორჩის, ლოყის, ტუჩების და სხვა უბნებში ვლინდება ცვლილებები სველი ნეკროზის სახით. აღინიშნება ჰარბად ავსილი სისხლძარღვები და ლიმფური ძარღვები, მათი თრომბოზი.

დაავადება იწყება თანდათანობით, საერთო სისუსტით, სხეულის ტემპერატურის მომატებით სუბფებრილურამდე. შემდგომში პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე ჩნდება ნეკროზული სტომატიტის კერა, იგი სწრაფად ვრცელდება ლორწქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში, მიმიკურ კუნთებში, კანქვეშ და ბოლოს კანზე. უფრო ხშირად ნეკროზული სტომატიტი იწყება ტუჩის კუთხესთან ახლოს. ტუჩებზე, ლოყაზე, ღრძილზე მცირე ბუშტუკის სახით, რომელიც

მაღე წყლულდება. სახე უფრო მეტად შუპდება. კანზე ლორწოიანის წყლულის საპროექციოდ ჩნდება რუხი, შემდეგ კი შავი ფერის ნაქაფი, სადაც დაავადების დაწყებიდან 2-5 დღეში ადგილი აქვს ქსოვილთა პერფორაციას. პროცესი ვრცელდება ღრძილზე, პირის ღრუს ფსკერზე, სასაზე, ენაზე. შეიძლება გადავიდეს ძვალზე და გამოიწვიოს ზედა ყბის წიაღის გახსნა ან ქვედა ყბის პათოლოგიური მოტეხილობა. დაზიანებული ქსოვილები იღებენ ნაცრისფერს, შემდეგ შავდებიან. ამ პერიოდში სხეულის ტემპერატურა აღწევს 39-40^{0}C. ზოგადი მდგომარეობა მძიმე. პირიდან ნერწყვისდენა, ღებინება, ბოდვა. იშვიათად ზიანდება საღეჭი კუნთები და სანერწყვე ჯირკვლები. პროცესის ჩაწყნარების შემდეგ ვითარდება დანაწიბურება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს როგორც საღეჭი კუნთების კონტრაქტურა, ისე მიმიკური კუნთების ფუნქციის დარღვევა და სიმახინჯე.

მკურნალობა. ანტიბიოტიკები როგორც კუნთებში, ისე ადგილობრივად. ჭრილობაში ათავსებენ ანტისეპტიკებით გაჟღენთილ ტამპონს. საჭიროა ორგანიზმის დაცვითი ძალების სტიმულირება (სისხლის გადასხმა, ვიტამინოთერაპია, იმუნოთერაპია), დეზინტოქსიკაცია. მიზანშეწონილია ადგილობრივი სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება. მკურნალობის შედეგად მდგომარეობა ნელა უმჯობესდება, ჭრილობები სუფთავდება, მიმდინარეობს გრანულაციის პროცესი შემდგომი დანაწიბურებით. კონტრაქტურის თავიდან აცილების მიზნით მკურნალობის პროცესში კბილებს შორის ათავსებენ რეზინის გამბჯენს.

სპეციფიკური ანთებითი დაავადებები

აქტინომიკოზი

აქტინომიკოზი არის სხივისებრი სოკო — აქტინომიცეტით (aktis, — inos — სხივი, mykys — სოკო, ბერძნულად) გამოწვეული სპეციფიკური ინფექციური დაავადება, რომელიც ძირითადად (80-85%) ვითარდება ყბა-სახის მიდამოში. ამ მიდამოს ყველა სახის ანთებითი პროცესების 6-8%-ს შეადგენს აქტინომიკოზი. აქტინომიცეტი აერობულ ფორმაში წარმოადგენს საპროფიტს და ფართოდ არის გავრცელებული პირის ღრუში. აქ იგი ბინადრობს ყბილთა ყელის არეში, ღრძილთა ჯიბეებში, კბილის

ქვაში. კარიესულ ღრუებში, პერიაპიკალურ კერებში, ნუშურ ჯირკვლებში, ზედა სასუნთქ გზებში, საყლაპავში. ბუნებაში იგი გვხვდება მარცვლოვან მცენარეთა თავთავში, ბალახის ღეროში, საიდანაც იოლად შეიძლება გავრცელდეს ადამიანის ორგანიზმში. აქტინომიკოზის განვითარებისას აქტინომიცეტი გადადის ანაერობულ ფორმაში. დაავადების კერაში 90% შემთხვევაში ვლინდება სხივური სოკო ანაერობულ ფორმაში, 10% — აერობულში.

აქტინომიკოზის არსებობა პირის ღრუში ჩვეულებრივ არ იწვევს დაავადების განვითარებას, რაც განპირობებულია თანდაყოლილი იმუნიტეტით, რომელიც არსებობს ორგანიზმში კანსა და ლორწოიან გარსებზე მოსახლე მიკროორგანიზმების მიმართ, აგრეთვე აქტინომიცეტებისა და სხვა მიკროფლორის სიმბიოზით. აქტინომიკოზი შეიძლება განვითარდეს მრავში, როდესაც დარღვეულია ორგანიზმის იმუნობიოლოგიური რეაქტიულობა და სპეციფიკური იმუნიტეტი.

ჯანმრთელ ორგანიზმში აქტინომიცეტის ერთჯერადი შეჭრა არ იწვევს დაავადებას. განმეორებითი შეჭრის შედეგად კი ვითარდება სენსიბილიზაცია, იქმნება ფონი დაავადების აღმოცენებისათვის და ვითარდება აქტინომიკოზი. ინკუბაციური პერიოდია რამდენიმე დღიდან 2-3 კვირა ან რამდენიმე თვე. ინფექციური კერა ვითარდება კარგად ვასკულარიზებულ ქსოვილებში, ფაშარ ქსოვილში, კუნთებში, ძვალში, სადაც აქტინომიცეტები ქმნიან კოლონიებს — დრუზებს.

უკანასკნელ წლებში დამტკიცდა, რომ აქტინომიკოზის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს არა მარტო სპეციფიკურ, არამედ არასპეციფიკურ სენსიბილიზაციასაც. ამიტომ არაიშვიათად ხანგრძლივად მიმდინარე ბანალურ (არასპეციფიკურ) ქრონიკულ ოდონტოგენურ ანთებითი პროცესს თან ერთვის აქტინომიკოზი.

აქტინომიკოზის დროს ინფექციის გავრცელების გზებია კონტაქტური, ლიმფური, ჰემატოგენური. ჭარბობს ენდოგენური დასნებოვნება. ამ დროს აქტინომიცეტი ზედაპირიდან აღწევს ქსოვილების სიღრმეში, სადაც მისთვის წარმოიქმნება ანაერობული არსებობის პირობები. შესაძლებელია აგრეთვე ეკზოგენური დასნებოვნება, როდესაც მიკროორგანიზმი ვრცელდება გარედან დაზიანებულ კანში ან ლორწოიან გარსში.

მიკროსკოპიულად აქტინომიკოზის შეჭრის ადგილზე განვითარებულ სპეციფიკურ გრანულომაში გროვდება პოლინუკლეური უჯრედები და ლიმფოციტები. იქმნება გრანულაციური ქსოვილი.



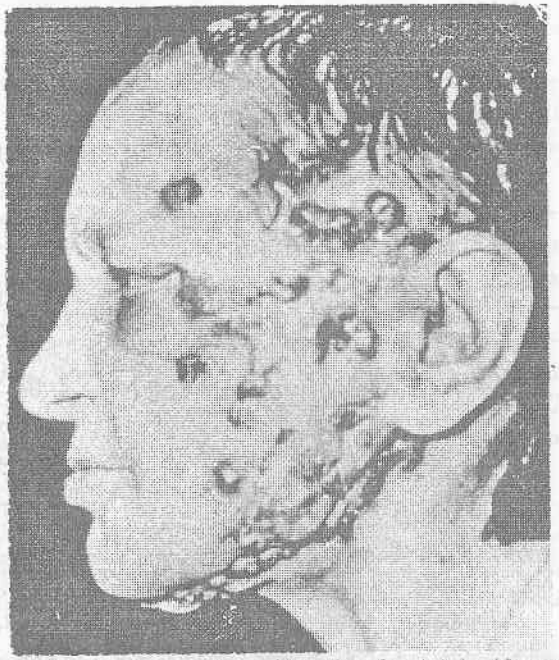
სურ. 71. ლოყისა და ყბის ქვეშა მიდამოს აქტინომიკოზის კანის ფორმა.

პერიფერიულად იგი გარდაიქმნება ფიბროზულ ქსოვილში. გრანულომის ცენტრში უჯრედები იშლება. ასეთი კერებისაგან იქმნება აქტინომიკოზური ინფილტრატი.

აქტინომიკოზის კლინიკური სურათი არაერთგვაროვანია და დამოკიდებულია მის ფორმებზე. არჩევენ ყბა-სახის მიდამოს და კისრის აქტინომიკოზის შემდეგ კლინიკურ ფორმებს: 1) კანის ფორმა; 2) კანქვეშა ფორმა; 3) ლორწოიანი გარსის ფორმა; 4) ლორწქვეშა ფორმა; 5) ოდონტოგენური აქტინომიკოზური გრანულომა; 6) კანქვეშა-კუნთოვანი (ღრმა) ფორმა; 7) ლიმფური ჯირკვლების აქტინომიკოზი; 8) ყბის პერიოსტის აქტინომიკოზი; 9) ყბის ძვლების აქტინომიკოზი; 10) პირის ღრუს ორგანოების (ენის, სანერწყვე ჯირკვლების, ნუშურა ჯირკვლების, ზედა ყბის წიაღის) აქტინომიკოზი.

აქტინომიკოზის ზედაპირული ფორმების დროს წამყვანია ინფილტრატი. დასაწყისში იგი რბილია, შემდგომში ვრცელდება პერიფერიაზე, მკვრივდება და იღებს ხისებრ კონსისტენციას (სურ. 71). კანი ინფილტრატის არეში გათხელებულია, აქვს მოლურჯო-მოწითალო ელფერი. იქმნება მრავლობითი ხვრელარხები, საიდანაც გამოიყოფა მცირე ოდენობით თხელი ჩირქი და დრუზების ნამცეცები. საღეჭი კუნთების პირველადი დაზიანების დროს ვითარდება კრიჭის შეკვრა (ტრიზმი). ძვლოვანი ქსოვილის

დაზიანების დროს ძვალში ვითარდება დესტრუქციული მოვლენები დაშლის კერებით ან ჰიპერპლასტიკური მოვლენებით, რაც ძვლის დეფორმაციას იწვევს (სურ. 72). სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურია, საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი, მაგრამ ავადმყოფები თანდათან ხდებიან.



სურ. 72. ქვედა ყბის აქტინომიკოზი სახის რბილი ქსოვილების დაზიანებით.

თუ აქტინომიკოზს უერთდება მეორადი ინფექცია, დაავადება მიმდინარეობს უფრო მძიმედ, მაღალი ტემპერატურით, ინტოქსიკაციით. ფლეგმონის გახსნის შემდეგ რჩება შეუხორცებელი ხვრელარხები.

დიაგნოსტიკა გაძნელებულია. დიაგნოზის დასასმელად იყენებენ კლინიკურ, მიკრობიოლოგიურ, მორფოლოგიურ, იმუნოლოგიურ და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს. კლინიკური ნიშნებიდან წამყვანია მრავლობითი ხვრელარხები, თხელი, მცირე ჩირქოვანი გამონადენით დრუზებთან ერთად, ინფილტრატის ხისებრი კონსისტენცია, დუნე და ხანგრძლივი მიმდინარეობა. ჩირქოვანი ექსუდატის *მიკროსკოპული* გამოკვლევით ჩანს დრუზები (სოკოს კოლონიები). ისინი მრგვალი ფორმისაა, უსტრუქტურო ცენტრში და რადიალურად დატოტიანებული პერიფერიაზე. ბიოფსიის მიზნით პათოლოგიური კერიდან ამოკვეთილ ქსოვილში მიკროსკოპულად ვლინდება დამახასიათებელი აქტინომიკოზური გრანულომები. იმუნოლოგიური გამოკვლევა მდგომარეობს კანის ალერგიულ რეაქციაში აქტინოლიზატზე, აქტნომიცეტურ პოლივალენტურ ვაქცინაზე და სხვა რეაქციები. სეროლოგიურ რეაქციას

დგამენ კომპლემენტის ფიქსაციის რეაქციის ტიპით — აქტინოლიზატთან. რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს მნიშვნელობა აქვთ ძვლოვანი ქსოვილის დაზიანების დროს.

იდეალურად ზუსტი სადიაგნოსტიკო საშუალება აქტიინომიკოზის გამოსავლენად არ არსებობს. საჭიროების შემთხვევაში გამოყენებული უნდა იქნას ყველა არსებული საშუალება ზუსტი დიაგნოზის დასასმელად.

მკურნალობა კომბინირებულია. კანქვეშ (კანის ფორმის დროს) ან კუნთებში (ღრმა ფორმების დროს) შეჰყავთ აქტინოლიზატი (აქტინომიცეტის ლიზირებული კულტურის ფილტრატი) სპეციალური სქემის მიხედვით. აქტინოლიზიტის მოქმედების საფუძველია ორგანიზმის იმუნოგენური მოქმედების გაზრდა, რითაც აიხსნება აღნიშნული პრეპარატის კარგი შედეგები. სპეციფიკური იმუნოთერაპიული საშუალებაა აგრეთვე აქტინომიცეტური პოლივალენტური ვაქცინა, რომელიც შეჰყავთ კანში ასევე სქემის მიხედვით. მისი სამკურნალო მოქმედება არ ჩამოუვარდება აქტინოლიზატისას, ხოლო მკურნალობის ვადის შემცირებით ჯობია მას.

ანტიბიოტიკოთერაპია მიმართულია მეორადი ინფექციისა და აქტინომიცეტების საწინააღმდეგოდ. ანტიბიოტიკები თრგუნავენ აქტინომიცეტების ზრდას. უკეთეს შედეგებს იძლევა ანტიბიოტიკების სულფანილამიდებთან კომპლექსში გამოყენება. წარმატებით იყენებენ ფტივაზიდს, რომელსაც აქვს აქტინომიკოზის საწინააღმდეგო მოქმედება. ნიშნავენ ორ გრამამდე ფტივაზიდს დღეში 3-8 თვის განმავლობაში.

იყენებენ იოდის პრეპარატებს (პეროლარულად 5-6 გ მშრალი კალიუმის იოდიდი დღე-ღამეში ან ელექტროფორეზი ინფილტრატის არეში). რენტგენოთერაპია კარგ შედეგს იძლევა ზედაპირული ფორმების დროს. სხვა შემთხვევაში მიზანშეწონილია მისი გამოყენება სხვა სამკურნალო საშუალებებთან ერთად. იყენებენ დესენსიბილიზაციას, ორგანიზმის რეაქტიულობის სტიმულაციას, სიმპტომურ მკურნალობას.

ქირურგიული მკურნალობა მდგომარეობს კერის გახსნაში, ნეკროტომიაში, გრანულაციების გამოწმენდაში, როგორც რბილ ქსოვილებში, ისე ძვალში, დაშლილი ლიმფური ჯირკვლების მოცილებაში, ჭრილობის მკურნალობაში, „მიზეზობრივი“ კბილების ამოღებაში.

ტუბერკულოზი

პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს ტუბერკულოზი სპეციფიკური დაავადებაა, რომელიც გამოწვეულია ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით. დაავადება შეიძლება იყოს პირველადი ან გენერალიზებული ტუბერკულოზური ინფექციის გამოვლინება.

ინფექცია გადადის ჰაერიდან წვეთობრივი გზით ავადმყოფიდან ჯანმრთელ პირზე ან დაავადებული ძროხის რძით. პირის ღრუსა და ყბა-სახის ორგანოებში ტუბერკულოზური ინფექცია ვრცელდება ჰემატოგენური ან ლიმფური გზით აქტიური პროცესის კერიდან, ან სასუნთქი და საყლაპავი მილებით გარემოდან, აგრეთვე პირდაპირ, კანისა და ლორწოიანი გარსის დაზიანებული უბნებიდან. დაავადება შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ორგანიზმის დაცვითი რეაქციებისა და იმუნიტეტის დარღვევის შემთხვევაში.

მიკროსკოპულად ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის (კოხის ბაქტერია) დაგროვების არეში, მის ირგვლივ ვითარდება უჯრედოვანი ინფილტრაცია, რომელსაც უწოდებენ ინფექციურ გრანულომას ან ტუბერკულოზურ ბორცვაკს, რომელიც იშლება და წარმოშობს კაზეოზურ მასას.

პირის ღრუსა და ყბა-სახის ორგანოებში, აგრეთვე ყბის ქვეშა ლიმფურ კვანძებში არჩევენ ტუბერკულოზური პროცესით გამოწვეულ პირველად და მეორად დაზიანებებს. ლიმფური ჯირკვლების პირველადი დაზიანება ვითარდება ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის გავრცელებისას კბილებიდან, ნუშურა ჯირკვლებიდან, პირის და ცხვირის ღრუს ლორწოიანი გარსიდან და სახის კანიდან მათი დაზიანების დროს. ყბა-სახის მიდამოს მეორადი ტუბერკულოზური დაზიანება შეიძლება განვითარდეს მაშინ, როდესაც პირველადი კერა იმყოფება ფილტვებში, ნაწლავებში, ძვლებში, აგრეთვე ტუბერკულოზის გენერალიზებული ფორმების დროს.

პირველადი ტუბერკულოზური პროცესი ვითარდება სახის კანის, პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის, სახისა და კისრის ლიმფურ კვანძებში. ლიმფური სისტემის მხრივ ამ დროს აღინიშნება ერთეული ან შეერთებული ლიმფური კვანძების პაკეტი. ჯირკვლები მკვრივია, თანდათან მკვრივდებიან ხრტილის ან ძვლის კონსისტენციამდე. კისერზე ხშირად დვრილისებრი ჰორჩიდან მკერდლავიწვდვრილისებრი კუნთის გასწვრივ გადიდებული ლიმფური კვანძების ძეწკვი ყალიბდება. ზოგჯერ, თუ მკურნალობა

არ ჩატარდა, ლიმფური კვანძები იშლება, კანი ამ არეში იხსნება და გამოიყოფა ხაჭოსებრი მასა.

ლორწოიანი გარსის და კანის სხვადასხვა უბანზე პირელადი ტუბერკულოზის დროს ვლინდებიან წვრილი მოყავისფრო-მოწითალო ან მოლურჯო ფერის პატარა კვანძები, რომლებიც სწრაფად წყლულდებიან, გამოყოფენ რა კაზეოზურ შიგთავსს. კანზე ისინი დიდხანს არიან ჩირქმდენი, იფარებიან რა ქერქით. პირის ღრუში ისინი მოგვაგონებენ აფთებს. ეს არის სწორკიდეებიანი წყლულები მოყვითალოთეთრი ფსკერით, ძალზე მტკივნეული. შეიცავენ ტუბერკულოზის მიკობაქტერიას.

პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის მეორადი ტუბერკულოზი უფრო ხშირია, ვიდრე პირველადი. მეორადს, ე.ი. ინფექციის ახალი კერის გაჩენას, უკვე ტუბერკულოზით დაავადებულ სუბიექტში ხელს უწყობს პირველადი კერიდან გავრცელებული ინფექცია. მაგ. ფილტვებიდან ამოხველებით მიღებული ნახველი შეიცავს კოხის ჩხირების დიდ რაოდენობას. ლორწოიანი გარსის მცირე დაზიანებაც კი აუტოინფექციის გამო შეიძლება ტუბერკულოზურ წყლულებად გარდაიქმნენ. ისინი უფრო ხშირად ვითარდებიან დაავადების ბოლო ფაზაში. უფრო ხშირად მეორადი ტუბერკულოზი პირის ღრუში ვითარდება ენის კიდეზე (კარიესული კბილების შეხების ადგილზე), ტუჩებზე (ნახეთქების არეში), ღრძილებზე, ლოყის და რბილი სასის ლორწოიან გარსზე.

ენაზე ჯერ წარმოიქმნება მტკივნეული შეწითლება, რომელიც გადადის მოყვითალო ლაქაში, სადაც შემდეგში ვითარდება ხორკლიანი წყლული დაშლილი მასით დაფარული ფსკერით, რომელსაც აქვს ღრმად ამოკვეთილი, თითქოს ჩაგლეჯილი კიდეები. წყლულს ირგვლივ ემჩნევა წვრილი შვრიას მარცვლისოდენა ხორკლები. წყლული ძლიერ მტკივნეულია. ტკივილები ძლიერდება ენის მოძრაობის და საკვების მიღების დროს.

ტუჩის და ღრძილის წყლულები იშვიათია, უფრო შეიძლება ქვედა ტუჩზე შეგვხვდეს. მათ იგივე კლინიკური ნიშნები ახასიათებთ, რაც ენის წყლულებს. ღრძილის წყლულის შემთხვევაში პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ძვალზე და გამოიწვიოს წვრილი სეკვესტრაცია, იშვიათად კბილების ამოვარდნაც კი. სასაზე რამდენიმე წყლული შეიძლება შეერთდეს. შეიძლება ადგილი ექნეს რბილი სასის პერფორაციას.

კანის მეორადი ტუბერკულოზი — სკროფულოდერმა მდებარეობს კანზე და კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში და ყალიბდება ყბის ძვალში

ან ყბისქვეშა ლიმფურ კვანძებში არსებული ტუბერკულოზური კერის ახლოს ან უფრო იშვიათად ინფექცია ვრცელდება შედარებით მოშორებული კერიდან. სკროფულოდერმის დროს კანქვეშ ვითარდება ინფილტრატი ცალკეული კვანძების ან მათი ერთობლიობის სახით. კანი ამ არეში ატროფირებულია. შემდგომში პროცესი ვრცელდება კანისაკენ და იხსნება ხვრელარხის, წყლულის ან მათი ერთობლიობის სახით. გამოიყოფა მცირე ჩირქი. წყლულის არეში ჩნდება ქერქი. იქმნება ახალი კერების წარმოქმნის შესაძლებლობა. შეხორცების შემდეგ რჩება დამახასიათებელი ვარსკვლავისებრი ნაწიბური. დაავადება შეიძლება წლობით გაგრძელდეს.

მეორადი ტუბერკულოზური ლიმფადენიტის დროს ლიმფური კვანძები გადიდებულია. აქვთ ელასტიკური კონსისტენცია, ზოგჯერ ხორკლიანი ზედაპირი. პალპაციით უმტკივნეულოა, ზოგჯერ მცირედ მტკივნეული. დაავადება მიმდინარეობს ქრონიკულად, სისუსტით, მადის დაქვეითებით, ნორმალური ან სუბფებრილური ტემპერატურით. იშვიათად დაავადება იწყება მწვავედ კერის სწრაფი დაშლით. სხვა შემთხვევაში ლიმფური კვანძების დაჩირქება ხდება დაგვიანებით. კერის გახსნისას მიიღება ხაჭოსებრი მასა. წარმოიქმნება ერთი ან რამდენიმე ხვრელარხი, რომელიც ქრონიკულად, ხანგრძლივად არსებობს და შეხორცების შემდეგ ტოვებს დამახასიათებელ ფართო, მომჭიმავ ნაწიბურს.

სანერწყვე ჯირკვლების მეორადი ტუბერკულოზი იშვიათია და ვითარდება გენერალიზებული ტუბერკულოზური პროცესის დროს. ინფექცია ვრცელდება ჰემატოგენური, ლიმფოგენური ან კონტაქტური გზით. უფრო ხშირია ყბაყურა ჯირკვალში, ვიდრე ყბისქვეშაში. ისეთივე კლინიკური მიმდინარეობა აქვს, როგორც ზემოაღწერილი ფორმის დროს. პროცესი მთავრდება კანზე ხვრელარხების ან წყლულების წარმოქმნით. სიალოგრაფიის დროს სანერწყვე ჯირკვლის სურათი წაშლილია.

ყბების მეორადი ტუბერკულოზი ვითარდება ინფექციის გავრცელებით ჰემატოგენური ან ლიმფოგენური გზით დაავადებული ორგანოდან ან კონტაქტური გადასვლით პირის ღრუს ლორწოიანი გარსიდან. დაავადება დუნედ მიმდინარეობს, არავითარი ტკივილები. რეგიონული და კანის ლიმფური კვანძები გადიდებულია, მკვრივია. ისინი თანდათან ერთდებიან და ნაკლებმოძრავ პაკეტს ქმნიან. შემდგომში ცენტრალური უბნები რბილდებიან და მიმდინარეობს მათი კაზეოზური (ხაჭოსებრი) დაშლა. დაზიანებული

ძვლის ახლოს კანი განიცდის ინფილტრაციას. ხდება მისი შეზრდა ძვლის დაზიანებულ უბანთან. თუ პროცესი არის კუთხის არეში, ინფილტრაციას განიცდის საღეჭი კუნთი და ვითარდება ტრიზმი. ინფილტრატი რბილდება, კანი ამ არეში იღებს მოლურჯო ელფერს, რომლის ქვეშაც ჩამოყალიბდება ერთი ან რამდენიმე „ცივი" აბსცესი, რომელიც შემდეგში იხსნება კანზე რამდენიმე ხვრელარხით. ხვრელარხებიდან გამოიყოფა წყალ-წყალა ექსუდატი ხაჭოსებრი მასით. მომავალში ხვრელარხიდან მიიღება მცირე გამონადენი და გამოიბერება დუნე გრანულაციები.

ხვრელარხის ზონდირებით ვნახულობთ ძვლის გრანულაციებით ავსილ დეფექტს და ზოგჯერ მცირე ზომის, მკვრივ სეკვესტრებს. თანდათანობით ხვრელარხები ნაწიბურდებიან, მაგრამ მალე გვერდით წარმოიქმნება ახალი და ასე გრძელდება რამდენიმე წელი. ნაწიბურები ჩაბრუნებული და ატროფირებულია.

რენტგენოლოგიურად ვლინდება ძვლის რეზორბცია მრგვალი კერის სახით, სადაც ზოგჯერ ჩანს წვრილი სეკვესტრი. პროცესის ჩაცხრომის კვალობაზე კერის ირგვლივ ჩანს გამკვრივების ზონა — ძვლოვანი ქსოვილის სკლეროზი (ოსტეოსკლეროზი).

ყბების ძვლების ტუბერკულოზის მეორადი ფორმა ვითარდება ფილტვების აქტიური ტუბერკულოზის დროს. ამ დროს ტუბერკულოზური ინფექცია ძვალზე ვრცელდება დეპულპირებული კბილის არხიდან, ღრძილის ჯიბიდან ან პირის ღრუს ლორწოიანი გარსიდან. ამ ფორმის ყბების ტუბერკულოზს კიდევ ორი ქვეფორმა აქვს — ალვეოლური და ცენტრალური. *ალვეოლური ფორმა* ვითარდება ღრძილის ლორწოიან გარსზე არსებული ტუბერკულოზური ინფილტრატების და ხორკლების დაშლის შედეგად, როდესაც წარმოიქმნება ზედაპირული, ძლიერ მტკივნეული წყლულები გამოთხრილი კიდეებით. წყლულის მოყვითალო ფსკერს მარცვლოვანი სახე აქვს და დაფარულია გრანულაციებით. წყლული იზრდება. კბილების ყელი შიშვლდება. პროცესი გადადის ძვალსა და კბილთა პერიოდონტზე. კბილი ირყევა და ვარდება. რჩება კბილბუდის შეუხორცებელი წყლულოვანნეკროზული ღვეფექტი, რომელიც ივსება გრანულაციებით.

ცენტრალური ფორმა ვითარდება ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელებით კბილის არხიდან ან ღრძილის ჯიბიდან, დაავადების დასაწყისი შეუმჩნეველია. ძვლის შესიება ნელა მიმდინარეობს, თვეების განმავლობაში. ლორწოიანი გარსის მხრივ ამ დროს ცვლილებები არ არის. შემდეგ გამოჩნდება ტკივილები. როდესაც

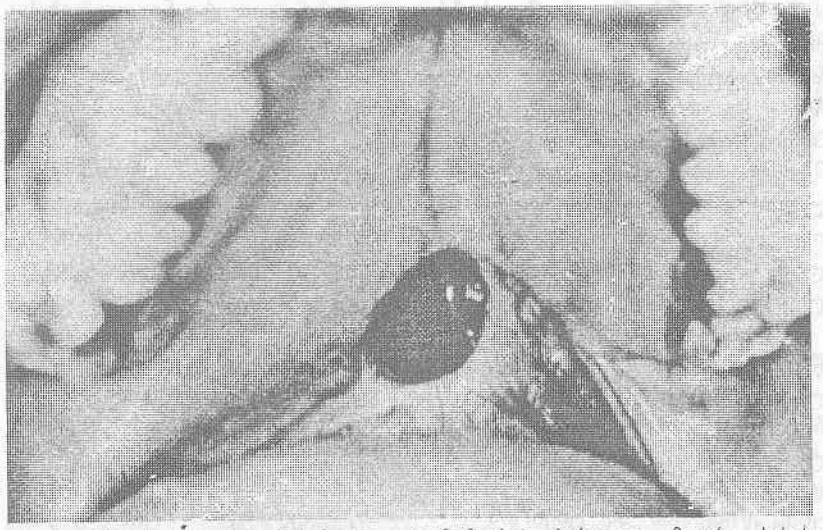
ძვალში დაიშლება ღრუბლისებრი და კორტიკალური ნივთიერების მნიშვნელოვანი უბანი, ვითარდება ლორწოიანი გარსის ჰიპერემია, შესიება, მასზე რჩსნება ერთი ან რამდენიმე ხვრელარხი თხიერი ჩირქის დენით, რომელშიც შეინიშნება კაზეოზური მასები. პათოლოგიის კერაში არსებული კბილები ირყევიან, ხდებიან მტკივნეული („ტუბერკულოზური პერიოდონტიტი"). ტუბერკულოზური ოსტეომიელიტი იშვიათად რჩება მეორადი (ბანალური) ინფექციით გაურთულებელი. გართულების შემთხვევაში ვითარდება მწვავე ოსტეომიელიტის სიმპტომატიკა და სწრაფად იცვლება პროცესის დუნე მიმდინარეობა.

შემდეგ ვითარდება ხვრელარხები ჩირქის დენით. პროცესი ისევ წყნარდება. ძვალი შეიძლება დაშლილი იყოს შემოსაზღვრულ უბანში ან დიფუზურად დიდ სივრცეზე. ტუბერკულოზისათვის ჩირქოვანი ინფექციის შემთხვევაში შესაძლებელია წარმოიქმნას ტუბერკულოზისათვის არატიპიური ვრცელი სეკვესტრებიც. ამ დროს ზედა ყბაზე შეიძლება მოხდეს პირის ღრუს შეერთება ზედა ყბის წიაღთან ან ცხვირის ღრუსთან, ქვედაზე პროცესი გავრცელდეს კუთხეზე და ტოტზე, ამ უკანასკნელში პათოლოგიური მოტეხილობის განვითარებით. სპონტანური მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს ქვედა ყბის სხეულის არეშიც კბილის ამოღებისას. აღწერილია ასეთ დროს უეცარი სიკვდილის შემთხვევები.

რენტგენოლოგიურად ვლინდება ძვლის დესტრუქცია რამდენიმე კბილის არეში, რომელსაც აქვს მომრგვალებული ფორმა უსწორო კიდეებით. შეიძლება გამოვლინდეს წვრილი სეკვესტრებიც. აქტიური ფორმის დროს აღნიშნული დესტრუქციული კერის ირგვლივ არის ოსტეოპოროზული ზოლი.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად იყენებენ ჩირქის, წყლულის და ძვლოვანი ღრუებიდან აღებული მასალის გამოკვლევას ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის გამოსავლენად, პათოლოგიური კერიდან აღებული ბიოფსიური მასალის მიკროსკოპულ გამოკვლევას. იყენებენ პირკეს, მანტუს, კოხის რეაქციებს.

როგორც პირველადი, ისე მეორადი ტუბერკულოზი პირის ღრუსა და ყბა-სახის არეში გვხვდება ძირითადად ბავშვებში და მოზარდებში, მაგრამ შეიძლება შეგვხვდეს მოზრდილებშიც. ყბის ძვლის ტუბერკულოზის მეორადი ფორმა გვხვდება მოზრდილებში, რომლებიც დაავადებულნი არიან ფილტვების აქტიური ტუბერკულოზით. მოზრდილებში ვლინდება ზოგჯერ უმძიმესი დეფორმაცია სახის კანის ტუბერკულოზური დაზიანების ერთ-ერთი სახის — მგლურას მიმდინარეობის ფონზე.



სურ. 73. სიფილისის მესამეული (გუმოზური) პერიოდი. მაგარი სასის პერფორაცია.

ძგლურა (Lupus vulgaris buccalis) ვითარდება ფილტვების ლიმფური კვანძების, ძვლების ტუბერკულოზური დაზიანების ფონზე, როგორც მეორადი პროცესი, რომელიც ლოკალიზებულია პირის ღრუს და ცხვირის ლორწოიან გარსზე, სახის კანზე ცალკეული მოყვითალო-ვარდისფერი ხორკლების, ე.წ. ლუპომების სახით. ლუპომები ერთიანდებიან ფართო, რბილ მკაფიო წითელი ფერის ინფილტრატად. ეს უკანასკნელი შემდგომში წყლულდება. წყლულს რბილი, უსწორო კიდეები და გრანულაციებით დაფარული ფსკერი აქვს. პროცესი ქრონიკულად მიმდინარეობს, შეიძლება გაგრძელდეს თვეობით, წლობით. წყლულების დანაწიბურება იწვევს სიმახინჯეს ცხვირის ფრთების, წვერის და ზედა ტუჩის დეფექტებით. შესაძლებელია რეციდივის განვითარება, როდესაც ნაწიბურებზე წარმოიქმნება ახალი ხორკლები. მგლურა იწყება ბავშვთა ასაკში, მიმდინარეობს ნელა, ამ დროს ნაწიბურები ზედაპირული და სადაა.

მკურნალობა პირის ღრუსა და ყბა-სახის ორგანოების ტუბერკულოზის დროს ტარდება ფტიზიატრიულ კლინიკებში. ქირურგიული ჩარევა გულისხმობს კერაში არსებული კბილის ამოღებას, გრანულაციის და სეკვესტრების მოცილებას, ღრუების ტამპონადას იოდოფორმიანი მარლით. მგლურას დროს კონსერვატიული მკურნალობის დამთავრების შემდეგ — აღდგენითი ქირურგია.

სიფილისი

სიფილისი ქრონიკული ინფექციური ვენერიული დაავადებაა, რომლის გამომწვევი აგენტია მკრთალი სპიროქეტა. დაავადებას აქვს ინკუბაციური, პირველადი, მეორეული და მესამეული პერიოდები. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 10 დღიდან 1 თვემდე.

პირველად პერიოდში პირის ღრუს ლორწოიან გარსში ვითარდება პირველადი სიფილომა ანუ მაგარი შანკრი. იგი ვითარდება ენაზე, ტუჩის ლორწოიანზე და წითელ ყაუთანზე, ლოყაზე, ღრძილებზე, ნუშურა ჯირკვალზე. 2-3 სმ დიამეტრის ანთებითი უბანი ხრტილის კონსისტენციისაა, რომელიც მეორადი ინფექციის გავლენით წყლულდება.

მეორეულ პერიოდში პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე ვითარდება პუსტულასებრი და როზეოლასებრი ელემენტები. ვითარდება პერიოსტიტი, რომელიც არასოდეს არ წარმოქმნის სუბპერიოსტულ ჩირქგროვას. სიფილისური პერიოსტიტი მიმდინარეობს დუნედ, დიფუზურად, აქვს ცომისებრი კონსისტენცია. ჭიანებს პერიოსტის დიდ უბანს, თანდათან მკვრივდება და განკურნების შემდეგ ტოვებს ბრტყელ შემაღლებას.

მესამეული პერიოდი ვითარდება დაავადებიდან 3-6 და მეტი წლის შემდეგ. ვითარდება გუმები, რომლებიც ლოკალიზდებიან ლორწოიან გარსში, ძვალსაზრდელასა და ყბის ძვალში. ლორწოიან გარსში (რბილი და მაგარი სასა, ენა) სიფილისურ გუმებს აქვთ უმტკივნეულო კვანძების სახე, რომლებიც იშლებიან და ლორწოიან გარსზე ტოვებენ გუმოზურ წყლულს, რომელსაც აქვს კრატერისებრი ფორმა, სწორი კიდეებით, მკვრივი, პალპაციით უმტკივნეულო. ფსკერი დაფარულია გრანულაციებით.

სიფილისური პერიოსტიტი ამ პერიოდში ხასიათდება ქვედა ყბის სხეულის (იშვიათად ზედა ყბის) პერიოსტეუმის დიფუზური, მკვრივი ინფილტრაციით. იგი თანდათან სქელდება, ეზრდება ლორწოიანს ან კანს. გუმა რბილდება და იხსნება ხვრელარხის ან წყლულის წარმოქმნით, რომელიც შემდგომში ნაწიბურდება. ამ არეში კბილები ირყევიან, პერკუსიით ვლინდება მტკივნეულობა („სიფილისური პერიოდონტიტი"). რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ოსტეოპოროზის კერები დაზიანებული პერიოსტეუმის შესაბამისად. პერიოდონტის არეში კბილბუდეების კომპაქტური ფირფიტის დაშლა ქრონიკული გავრცელებული მაგრანულირებელი პერიოდონტიტის მსგავსად. თუ პერიოსტალური გუმა მდებარეობს ქვედა ყბის ქვედა კიდესთან, რენტგენოლოგიურად ჩანს კორტი-

კალური ნაწილის უზურა. ზოგჯერ — პერიოსტალური რეაქცია, რომელიც იძლევა ტალღისებრ ირდილს ყბის კიდის გასწვრივ. პერიოსტალური გუმის დანაწიბურების, შემდეგ ყბის ძვალზე რჩება ლილვაკისებრი მცირე გასქელება ან ყბის მასიური გასქელება.

მესამეულ პერიოდში ადგილი აქვს ყბებისა და ცხვირის ძვლების, ცხვირის ძგიდის დაზიანებას. გუმის ლოკალიზაციის ამოჩემებული ადგილია მაგარი სასა. უფრო ხშირად გუმა ვლინდება სასის ცხვირის ზედაპირზე, შლის სასის მორჩებს და იწვევს პერფორაციას (სურ. 73).

გუმოზური ოსტეომიელიტი იწყება ყბების ძვლების გასქელებით, ტკივილებით, მგრძნობელობის დაკარგვით ცხვირსასის, თვალბუდისქვეშა და ნიკაპის ნერვის საინერვაციო ზონებში. გუმა ძვლიდან იზრდება პერიოსტეუმისაკენ, ლორწოიანი გარსისაკენ, კანისაკენ. ქსოვილები ეზრდებიან გუმას, ვლინდება ერთი ან რამდენიმე დარბილების კერა. გუმოზური კერები იხსნებიან. წარმოიქმნებიან ხვრელარხები. ავადმყოფთა ნაწილში წარმოიქმნება მცირე ზომის სეკვესტრები. ზედა ყბაზე პროცესის არსებობის დროს ხშირად ვითარდება პირის ღრუს შეერთება ცხვირის ღრუსთან და ზედა ყბის წიაღთან. ხვრელარხები ზომაში მატულობენ და გარდაიქმნებიან წყლულებად. ხვრელარხის ზონდირებით შეიგრძნობა ხორკლიანი ძვალი.

გუმის დაშლის შემდეგ ძვალში ვითარდება თანდათანობითი შეხორცების პროცესი, უხეში, მკვრივი, მომჭიმავი ნაწიბურების ჩამოყალიბებით. ვითარდება ჰიპეროსტოზები, ეკზოსტოზები. ცხვირის ძგიდეზე გუმის ლოკალიზაციის გამოსავალია ძგიდის და ცხვირის ძვლების დაშლა და ცხვირის ზურგის ჩავარდნა.

რენტგენოლოგიურად ყბის ძვალზე აღინიშნება „მარმარილოს“ სურათი, რაც დიფუზური დესტრუქციით აიხსნება. თუ პროცესი ქვედა ყბის სხეულის სისქეშია, რენტგენოგრამაზე კარგად ჩანს დიდი ზომის ძვლის მრგვალი დეფექტი, მკაფიო, სწორი კიდეებით, რომლის გარშემო ვლინდება სკლეროზის ზოლი. თანდაყოლილი სიფილისიც ასევე თანდართულია კბილების, პირის ღრუს ორგანოებისა და ყბების ძვლების დაზიანებით.

მკურნალობა პირის ღრუსა და ყბა-სახის ორგანოების სიფილისის დროს ტარდება სპეციალურ ვენეროლოგიურ სტაციონარში ან დისპანსერში. ქირურგიული ჩარევა (კბილის ამოღება, სეკვესტრექტომია) შეიძლება მხოლოდ და მხოლოდ პროცესის ჩაცხრობის შემდეგ სპეციფიკური მკურნალობის შედეგად. ამოღება ხდება იმ კბილებისა, რომლებიც კონსერვატიულ მკურნალობას არ ექვემდებარებიან.

თავი IV

პაროდონტის დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობა

პაროდონტის დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობის ძირითადი მეთოდებია: 1. პაროდონტული ჯიბეების სანაცია — კიურეტაჟი; 2. გინგივოტომია; 3. გინგივექტომია; 4. ნაფლეთოვანი ოპერაციები; 5. პაროდონტოპლასტიკა.

კიურეტაჟი ნაჩვენებია მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს, მაშინ როცა ჯერ კიდევ არ არის განვითარებული ძვლოვანი ჯიბეები, ხოლო პაროდონტული ჯიბეების სიღრმე არ აღემატება 4 მმ-ს. კიურეტაჟის მიზანია პაროდონტული ჯიბეების აღმოფხვრა. ამ მიზნით სპეციალური ინსტრუმენტებით აცილებენ ღრძილზედა და ღრძილქვეშა ქვებს, კარგად წმენდენ ფესვის ცემენტს, გამოფხეკენ გრანულაციურ ქსოვილს ჩაზრდილ ეპითელთან ერთად, რის შედეგადაც ადგილი აქვს ჯიბის ნაწიბუროვან შეჭმუხვნას და მიხორცებას ან შეწებებას ახალწარმოქმნილ ცემენტთან. კიურეტაჟის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ქსოვილების გაუტკივარებას, ფრთხილ დამოკიდებულებას ღრძილის ქსოვილების მიმართ და ჯიბეში სისხლის კოლტის წარმოქმნას და მის შენარჩუნებას.

გინგივოტომია მდგომარეობს პაროდონტული ჯიბის გაკვეთაში ვერტიკალური ან ჰორიზონტალური განაკვეთით, ღრძილის კიდის მთლიანობის შენარჩუნებით. განაკვეთიდან აცილებენ გრანულაციურ ქსოვილს და კონკრემენტებს. გინგივოტომიის ჩვენებაა საშუალო და მძიმე ხარისხის პაროდონტიტი აბსცედირების ფაზაში.

გინგივექტომია მდგომარეობს ღრძილის გაკვეთაში ჰორიზონტალური განაკვეთით პაროდონტული ჯიბეების ფსკერის დონეზე, როგორც ვესტიბულური ისე ორალური მხრიდან. ღრძილის კიდოვანი ზოლის მოცილების შემდეგ გულმოდგინედ ასუფთავებენ ფესვის ცემენტს და ჭრილობას ფარავენ იოდოფორმის მარლით ან რომელიმე სამკურნალო პასტით. ოპერაციის მიზანია ქირურგიული გზით პაროდონტული ჯიბეების მოცილება. იგი მიზანშე-

წონილია ალვეოლური მორჩის ჰორიზონტალური ატროფიის დროს იმ შემთხვევაში, როდესაც პაროდონტული ჯიბეების სიღრმე არ აღემატება 3 მმ-ს. ოპერაციის შემდეგ ღრძილის კიდის დანაწიბურების გამო იგი მჭიდროდ ეკვრის კბილებს, ამაგრებ. რა კიდეც მას გარკვეული ხარისხით. გინგვექტომიის ნაკლია კბილთა ყელის გაშიშვლება და აქედან გამომდინარე კოსმეტიკურ უკმარისობა.

გინგივექტომია მიზანშეწონილია ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს, როცა კონსერვატიული მკურნალობა უშედეგოა.

რადიკალური გინგივექტომიის დროს განაკვეთი ტარდება ალვეოლის კიდიდან 2-3 მმ ქვევით და მის პარალელურად. ამოკვეთენ ღრძილის კიდოვან ზოლს როგორც ვესტიბულური, ისე ორალური მხრიდან. ალვეოლური მორჩის გაშიშვლებულ კიდეზე აცილებენ ოსტეოპოროზულ უბნებს, აგრეთვე ძვლის გამოშვერილ ნაწილებს ისე, რომ მორჩის ვერტიკალური ატროფია გადაყავთ ჰორიზონტალურში. ოპერაციის შემდეგ ალვეოლური მორჩის გაშიშვლებულ კიდეს ფარავენ იოდოფორმის ფილთით ან სამკურნალო პასტით.

რადიკალური გინგივექტომიის მიზანია არა მარტო პაროდონტული, არამედ ძვლოვანი ჯიბეების აღმოფხვრა. ჩვენებები: პაროდონტიტი 3-4 მმ-ზე უფრო ღრმა პაროდონტული ჯიბეებით და ალვეოლის კიდის ვერტიკალური ატროფიით.

2-3 კვირაში ადგილი აქვს ალვეოლის კიდის გაშიშვლებული არეს ეპითელიზაციას. ნაწიბუროვანი ქსოვილი მჭიდროდ ეკვრის კბილის ფესვებს, მაგრამ რჩება კოსმეტიკური დეფექტი — კბილთა ყელის გაშიშვლება.

ნაფლეთოვანი ოპერაცია გულისხმობს ალვეოლური მორჩის არეში ლორწოიან - ძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთის შექმნას ალვეოლის კიდის მთლიანი გაშიშვლებისათვის, ამ უკანასკნელის სრულყოფილი დამუშავების მიზნით. ექვსი კბილის არეში კეთდება ორი ვერტიკალური განაკვეთი ღრძილთაშუა დვრილიდან გარდამავალ ნაოჭამდე. ჰორიზონტალური განაკვეთი ტარდება ამ ორ ვერტიკალურ განაკვეთს შორის ღრძილის კიდეზე მისგან 2-3 მმ დაცილებით. ღრძილის კიდეზე ამოჭრილ ვიწრო ზოლს აცილებენ, ხოლო ტრაპეციული ფორმის ლორწოიან-ძვლისზედაკანოვან ნაფლეთს აშრევებენ ძვლისაგან. ორალური მხრიდან ნაფლეთს, ღრძილის კიდის ვიწრო ზოლის ამოკვეთის შემდეგ, ააშრევებენ ბცირე უბანზე. აცილებენ კონკრემენტებს, გრანულაციებს, ამუ-

შავებენ ალვეოლურ მორჩს (ოსტეოპოროზული უბნების მოცილება, კიდის გასაღრმავება). იგივე მანიპულაცია ტარდება ვესტიბულური მხრიდან. ახდენენ ლორწოიან — ძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთის მობილიზაციას და ვესტიბულური ნაფლეთის კიდეს ძიაკერებენ ორალურის კიდეზე შესაკერი მასალის კბილთაშუა სივრცეებში გატარებით. ჭრილობაზე ედება ნახვევი (იოდოფორმის მარლა ან სამკურნალო პასტა).

ნაფლეთოვანი ოპერაცია ნაჩვენებია მრავალრიცხოვანი პაროდონტული და ძვლოვანი ჯიბეების არარსებობისას, ალვეოლური მორჩის ძვლოვანი ქსოვილის მნიშვნელოვანი ატროფიის პირობებში.

ღრძილის პათოლოგიურად შეცვლილი უბნების მოსაცილებლად იყენებენ აგრეთვე დიათერმოკოაგულაციას (მკურნალობის ელექტროქირურგიული მეთოდი, რომელსაც იყენებენ ჰიპერტროფიული გინგივიტის, ღრძილების ფიბრომატოზის, პაროდონტული აბსცესების სამკურნალოდ), კრიოქირურგიას (პათოლოგიური ქსოვილების მოცილება დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით), ლაზერულ სკალპელს, რომელიც ქსოვილების გაკვეთასთან ერთად ახდენს კოაგულაციასაც, უზრუნველყოფს ასეპტიკურობას და ოპერაციის შემდგომი პერიოდის სადა მიმდინარეობას.

პაროდონტოპლასტიკას მიმართავენ პაროდონტის ქსოვილებში რეპარაციული რეგენერაციის სტიმულაციის მიზნით. ნაფლეთოვანი ოპერაციის ბოლოს ჭრილობის შეკერვამდე პაროდონტში შეაქვთ და ტოვებენ აუტო, ალო და ქსენოტრანსპლანტატებს, რაც გარკვეული ხარისხით იწვევს ძვლოვანი ქსოვილის რეპარაციული რეგენერაციის სტიმულაციას, აუმჯობესებს პაროდონტის ქსოვილების სტრუქტურულ და ფუნქციურ მდგომარეობას. ტრანსპლანტატებად იყენებენ ძვალს (ფხვნილი, ბურბუშელა, ღერო) - ახალს, ლიოფილიზებულს, ფორმალინიზებულს, დემინერალიზებულს, ხრტილს. ჩვენ (ო.ნემსაძე, ს.მღებრიშვილი) ამ მიზნით ვიყენებთ კოლაგენს, თაფლის სანთელს ან მის კომპოზიციას (დინდგელთან და სხვა). კარგი შედეგები მოგვცა კოლაგენის, ანტიბიოტიკისა და ანაბოლური სტეროიდის (რეტაბოლილი) კომპლექსმა.

ამავე მიზნით იყენებენ კომპაქტოსტეოტომიას: ალვეოლურ მორჩზე კბილის ფესვთაშორის ბორით კეთდება ხვრელები მხოლოდ კომპაქტური შრის არეში, რაც რეპარაციული პროცესების სტიმულაციას უწყობს ხელს.

პაროდონტოსტეოპლასტიკის უარყოფითი მომენტია გადანერგილი ძვლის გამოგდება. ოპერაციიდან 1-3 კვირაში იხსნება

ჭრილობა, საიდანაც ხდება ტრანსპლანტატის გამოძევება. იმ მიზნით, რომ ტრანსპლანტატი დაფიქსირდეს პაროდონტში, მიმართავენ მავთულოვან ფიქსაციას, თუმცა, ჩვენი აზრით, უმჯობესია „ტუნელიზაციის“ მეთოდი. რასპატორით „გაყავთ“ „გვირაბი“ ალვეოლური მორჩის შესაბამის არეში ძვალზედაკანღრძილის ქსოვილებსა და ძვალს შორის, სადაც შეაქვთ ტრანსპლანტატი, რომელიც ფიქსირდება ქსოვილებში სრულ გაწოვამდე.

პაროდონტის დაავადებების სამკურნალოდ გამოყენებული ქირურგიული მეთოდები საკმაოდ ეფექტურნი არიან კლინიკური შედეგების თვალსაზრისით: ხსნიან ანთებით მოვლენებს, აღმოფხვრიან პაროდონტულ და ძვლოვან ჯიბეებს, გარკვეული ხარისხით ხელს უწყობენ რეპარაციული რეგენერაციის სტიმულაციას პაროდონტის ქსოვილებში, მორყეული კბილების გამაგრებას, მაგრამ იგი აუცილებლად უნდა იყოს გამოყენებული მკურნალობის კომპლექსში, როგორც კონსერვატიულ, ისე ორთოპედიულ საშუალებებთან ერთად, ზოგად თერაპიასთან კომბინაციაში, რომელიც მიმართული იქნება ორგანიზმის დაცვითი ძალების გაძლიერებისაკენ და ადგილობრივი ქსოვილოვანი ცვლის გაუმჯობესებისაკენ.

თავი V

სანერწყვე ჯირკვლების პათოლოგია

ადამიანის სანერწყვე ჯირკვლებში ადგილი შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა პათოლოგიურ პროცესებს. ესენი არიან: 1) სანერწყვე ჯირკვლების ანთება (სიალადენიტი); 2) სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადება (სიალოლითიაზი, კალკულოზური სიალადენიტი); 3) სანერწყვე ჯირკვლების ტრავმული დაზიანება; 4) სანერწყვე ჯირკვლების რეაქტიულ-დისტროფიული პროცესები (სიალოზი); 5) სანერწყვე ჯირკვლების კისტები და სიმსივნეები.

სანერწყვე ჯირკვლების ანთება (სიალადენიტი)

სანერწყვე ჯირკვლებში ყველაზე ხშირად ვითარდება ანთებითი პროცესები. არჩევენ ანთებითი ხასიათის დაავადებების შემდეგ ფორმებს: 1) ვირუსული წარმოშობის სიალადენიტი (ეპიდემიური პაროტიტი, გრიპოზული პაროტიტი); 2) არასპეციფიკური სიალადენიტი (მწვავე, ქრონიკული); 3) სპეციფიკური სიალადენიტი (სანერწყვე ჯირკვლების აქტინომიკოზი, ტუბერკულოზი, სიფილისი).

ვირუსული სიალადენიტი

სანერწყვე ჯირკვლების ვირუსული ეტიოლოგიის ანთებისათვის ძირითადად დამახასიათებელია მწვავე მიმდინარეობა. იშვიათად პროცესი შეიძლება გადავიდეს ქრონიკულ სტადიაში.

მწვავე ეპიდემიური პაროტიტი (ყბაყურა) — ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ფილტრში გამავალი ვირუსი. იგი 1934 წელს გამოყვეს ჯონსონმა და გუბპასჩერმა. დასნებოვნება ხდება წვეთოვან-ჰაეროვანი გზით, ავადმყოფიდან ჯანმრთელზე უშუალო გადაცემით. დასნებოვნება შეიძლება მოხდეს ავადმყოფის მიერ ნახმარი საგნებიდანაც. ძირითადად აცადდებიან 5-დან 10 წლამდე ასაკის ბავშვები. გვხვდება მოზრდილებშიც. უფრო ხშირად დაავადება ვითარდება ზამთარში და გაზაფხულზე. დაახლოებით საშკვირიანი ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ შესიება ვლინდება ერთ-ერთ ყბაყურა ჯირკვალზე. ხშირად (60%) რამდე-

ნიმე დღეში შესიება ვრცელდება მეორე ყბაყურა ჯირკვალზეც. ძირითადად ზიანდებიან ყბაყურა ჯირკვლები, რაც ითვლება ტიპიურ კლინიკურ ფორმად. დაავადება იშვიათად ვითარდება ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებში, არაიშვიათად ანთებითი მოვლენები წარმოიქმნებიან სასქესო, სარძევე, კუჭუკანა და სხვა ჯირკვლოვან ორგანოებში. შეიძლება დაზიანდეს ნერვული სისტემაც. ორგანიზმიდან ვირუსი გამოიყოფა ნერწყვით, სადაც იგი ძირითადად პირველი საში დღის განმავლობაში ჩნდება. სხვა ქსოვილებსა და ორგანოებში ეპიდემიური პაროტიტის ვირუსს იშვიათად ნახულობენ.

მიკროსკოპულად ეპიდემიური პაროტიტის დროს ვლინდება სტრომის წინიშვნელოვანი ჰიპერემია და ანთებითი შეშუპება, ზოგჯერ ლეიკოციტური ინფილტრაცია, ძირითადად სანერწყვე სადინრებსა და სისხლძარღვთა ირგვლივ. ჯირკვლის სადინრებში ვლინდება დიდი რაოდენობით ჩამოფცქვნილი ეპითელური უჯრედები. ჯირკვლის ეპითელში უმნიშვნელო ცვლილებებია (გაჯირჯვება და მარცვლოვანი შემღვრევა, ზოგჯერ ნეკროზი).

არჩევენ ეპიდემიური პაროტიტის კლინიკური მიმდინარეობის სამ ფორმას: მსუბუქი, საშუალო და მძიმე. ზოგჯერ გამოყოფენ დაავადების გაურთულებელ და გართულებულ მიმდინარეობას.

მსუბუქი ფორმის დროს სხეულის ტემპერატურა არ მატულობს. უფრო ხშირად შესიება ცალმხრივია, მცირედ მტკივნეულია. სადინრიდან მიიღება გამჭვირვალე სითხე. ჯირკვლის შესიება და ტკივილები ქრება ერთ კვირაში.

საშუალო სიმძიმის ფორმის დროს ადგილი აქვს თავის ტკივილს, სისუსტეს, უმადობას, პირის სიმშრალეს. სხეულის ტემპერატურა — 37,5-38^{0}C. მტკივნეული შესიება ვითარდება ჯერ ერთ, 1-2 დღის ვშემდეგ კი მეორე ყბაყურა ჯირკვალში. ტკივილი ვრცელდება კისრის არეში, კიდურების სახსრებსა და კუნთებში. სანერწყვე ჯირკვლების შესიება თანდათან მატულობს ისე, რომ ერთი მხარე ყოველთვის უფრო მეტადაა შესიებული. კანი დაჭიმული, მაგრამ ფერშეუცვლელია, ყურის ბიბილო ინფილტრატისაგან აწეულია. პალპაციით აღინიშნება ტკივილები ყურის ჭავლის წინ, დვრილისებრი მორჩის წვერთან, ქვედა ყბის ამონაჭდევთან. სალივაცია დაქვეითებულია. ზოგიერთ ავადმყოფში ადგილი აქვს პირის ღრუს ლორწოიანის და ყბაყურა ჯირკვლის სადინრის შესავლის ჰიპერემიას. ორმხრივი პაროტიტის დროს სახეს აქვს მსხლისებრი ფორმა.

მძიმე ფორმის დროს სწრაფად ვითარდება მტკივნეული შეშუპება, უფრო ხშირად ორივე ყბაყურა ჯირკვალში. ამის შემდეგ ასევე სწრაფად ვითარდება კოლატერალური შეშუპება, რომელიც ვრცელდება თვალბუდემდე, დვრილისებრ მორჩამდე და ყბისქვეშა არეში. კანი დაჭიმული, მაგრამ ფერშეუცვლელია. პალპაციით ტკივილები აღინიშნება იმავე წერტილებში, როგორც საშუალო სიმძიმის ფორმის დროს. პირის გაღება გაძნელებულია; აღინიშნება ქსეროსტომია, კატარალური სტომატიტი, სანერწყვე სადინრის შესავლის ჰიპერემია. სადინარი დაჭიმულია. თუ დაავადების დასაწყისში ადგილი აქვს ჰიპერსალივაციას, შემდგომში ვითარდება ჰიპოსალივაცია, ზოგჯერ ნერწყვის გამოყოფა შესიებული ჯირკვლიდან საერთოდ წყდება. სხეულის ტემპერატურამ შეიძლება მიაღწიოს 39-40^{0}C-ს. დაავადების დაწყებიდან 5-6 დღის შემდეგ ანთებითი მოვლენები უკუგანვითარებას განიცდიან.

უმრავლესობაში დაავადება მიმდინარეობს გართულების გარეშე. ავადმყოფი ინკურნება 2-4 კვირაში. ზოგჯერ მძიმე ფორმის ეპიდემიური პაროტიტის დროს ადგილი აქვს ჯირკვლის პარენქიმის ჩირქოვან განლევას, ჩირქოვანი პროცესის გავრცელებით შუა ყურზე და ახლომდებარე ქსოვილებზე. შეიძლება ჩამოყალიბდეს სანერწყვე ჯირკვლის ხვრელარხები. ნაწიბურების განვითარებამ შეიძლება გამოიწვიოს ქვედა ყბის ნაწიბუროვანი კონტრაქტურა.

ეპიდემიური პაროტიტის არაიშვიათი გართულებაა ორხიტი. იგი იწყება ყბაყურა ჯირკვლის შესიებისთანავე, ზოგჯერ უფრო ადრე ან გვიან. მიმდინარეობს ძლიერი ტკივილებით და სხეულის მაღალი ტემპერატურით. აღნიშნული დაავადება ხშირად უკვალოდ ქრება, იშვიათად ადგილი აქვს სათესლე ჯირკვლის ატროფიას, ძირითადად ცალ მხარეს. ოოფორიტი უფრო იშვიათი მოვლენაა. დაავადების მე-3-5 დღეზე შეიძლება განვითარდეს მასტიტი, რაც 2-3 დღეში გაივლის.

შეიძლება განვითარდეს მწვავე პანკრეატიტი, მწვავე ნეფრიტი; პანკრეატიტი იშვიათად შეიძლება გადავიდეს ქრონიკულ სტადიაში, ნეფრიტი არა. შეიძლება განვითარდეს კუჭნაწლავის დისფუნქცია. არაიშვიათად ვითარდება ნერვული სისტემის დაზიანება ფსიქიკური მოშლილობით, სახის, სასმენი, მხედველობის და თვალის მამოძრავებელი ნერვების დამბლით. იშვიათად მენინგიტი, ენცეფალიტი.

ეპიდემიური პაროტიტი ძირითადად მთავრდება განკურნებით, მაგრამ შეიძლება ადგილი ექნეს ლეტალურ გამოსავალს. ძირითა-

დად ნეკროზული გართულებებისა და ჩირქოვან-ნეკროზული პროცესის გავრცელების შედეგად. განკურნების შემდეგ რჩება მდგრადი იმუნიტეტი. რეციდივი შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ხანდაზმულებში, რომლებშიც ადგილი აქვს იმუნოგლობულინების წარმომქმნელი სისტემის მოხუცებულობით მოშლილობას.

მწვავე ეპიდემიური პაროტიტის შედეგი შეიძლება იყოს ჯირკვლის ფუნქციის მოშლა, რაც თავის მხრივ ნერწყვსაწენის შემცირების მიზეზი შეიძლება გახდეს. ეს უკანასკნელი ხელს უწყობს აღმავალი ინფექციის პერიოდულ გავრცელებას ჯირკვალში და ანთების მწვავე რეციდივების განვითარებას.

ბავშვებში დაავადებას აქვს ძირითადად კეთილსაზისებიანი მიმდინარეობა, მოზრდილებში უფრო ხშირია გართულებები.

ეპიდემიური პაროტიტის დიაგნოზის დასაზუსტებლად კლინიკური მონაცემების გარდა იყენებენ სპეციალურ გამოკვლევებს (ეპიდემიური პაროტიტის ვირუსის გამოყოფა, კომპლემენტის ფიქსაციის რეაქცია, ჰემაგლუტინაციის შეკავების რეაქცია).

მკურნალობა სიმპტომურია. საჭიროა ზოგადი გამამაგრებელი ღონისძიებები. ტემპერატურული რეაქციის პერიოდში საჭიროა წოლითი რეჟიმი. სათბური კომპრექსი ყბაყურა ჯირკვლების არეში, დიეტა, ნერწყვდენის სტიმულაცია, დიდი რაოდენობით სითხის მიღება ვიტამინებთან ერთად, პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა, ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები. ანტიბიოტიკები არ მოქმედებენ, პირიქით, შეიძლება გართულების მიზეზი გახდნენ.

გართულებების წარმოშობის შემთხვევაში ტარდება სათანადო კონსერვატიული ან ქირურგიული მკურნალობა.

პროფილაქტიკური თვალსაზრისით საჭიროა ავადმყოფის იზოლაცია დაავადების დროს და გამოჯანმრთელებიდან 14 დღე, ვინაიდან გამოჯანმრთელებული პირის ბაცილმტარებლობა გრძელდება ორი კვირა. პროფილაქტიკური მიზნით მოწოდებულია აცრები დასუსტებული ფორმალინიზებული ვირუსით.

გრიპოზული სიალადენიტი ვითარდება სანერწყვე ჯირკვლებში გრიპოზული ინფექციის გავრცელების შედეგად. უმეტეს შემთხვევაში გრიპოზული სიალადენიტი ვითარდება ყბაყურა ჯირკვალში, უფრო იშვიათად — ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებში. ხშირად ერთდროულად ზიანდება წყვილი ჯირკვლები. ზოგჯერ აღინიშნება ერთდროულად ყბაყურა და ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების დაზიანება გრიპოზული ინფექციის ფონზე. გრიპოზული სიალადენიტი სწრაფად ვითარდება, 1-2 დღეში

ადგილი აქვს ჯირკვლის ჩირქოვან გადნობას. შემდეგში შეიძლება განვითარდეს სხვა სანერწყვე ჯირკვლების (დიდის თუ მცირესი) დანეკროზება.

ყბაყურა ჯირკვლის გრიპოზული ანთების დროს ჯირკვლის არეზე ვრცელდება მკვრივი ინფილტრატი, კანი დაჭიმულია ამ არეში. კოლატერალური შეშუპება ვრცელდება ლოყის, ყბისქვეშა, ყბის უკანა და კისრის ზედა მიდამოებში. პირის გაღება და თავის მობრუნება მტკივნეულია. დაჩირქებისას ინფილტრატი ვრცელდება მეზობელ უბნებში.

ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის დაზიანებისას ადგილი აქვს ტკივილს ყლაპვის დროს. ბიმანუალური გასინჯვით (ერთი თითით ყბაყნის არხის უკანა ნაწილში, მეორეთი კი ყბისქვეშა მიდამოში ყბისქვეშა სამკუთხედის არეში) შეიგრძნობა გადიდებული მკვრივი, მოძრავი, სადა ზედაპირიანი, მტკივნეული ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალი. შესიება ყბისქვეშა მიდამოდან ვრცელდება ნიკაპქვეშა, ენისქვეშა არეებში და კისრის ზედა ნაწილში.

ენისქვეშა ჯირკვლის მწვავე გრიპოზული სიალადენიტის დროს ჯირკვლის შესიებასთან ერთად ადგილი აქვს ტკივილებს ენის მოძრაობის დროს. ლორწოიან გარსს ჯირკვლის არეში მონაცრისფრო ელფერი აქვს. მცირე სანერწყვე ჯირკვლებზე პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება დიდი სანერწყვე ჯირკვლების მრავლობითი დაზიანების დროს.

მკურნალობა. დაავადების ადრეულ ეტაპზე იყენებენ ინტერფერონს (პირის ღრუს ლორწოიანის მორწყვა 4-5-ჯერ დღეში). ანთებითი ინფილტრატის გამოჩენისას — ნოვოკაინის ბლოკადა ჯირკვლის არეში. სადინრიდან ჯირკვლების გამორეცხვა ანტისეპტიკებით, ანტიბიოტიკებით. ჩირქოვან-ანთებითი პროცესის განვითარების შემთხვევაში — ქირურგიული ჩარევა (ჯირკვლის კაფსულის გაკვეთა), სალივაციის სტიმულაცია, ძირითადი დაავადების (გრიპოზული ინფექცია) მკურნალობა. გამოსავალი კეთილსასურველია. უარეს შემთხვევაში ვითარდება ჯირკვლის სრული ნეკროზი, შემდგომში მომჭიმავი ნაწიბურების განვითარებით.

სანერწყვე ჯირკვლების ციტომეგალია — ვირუსული დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ჰერპესის ჯგუფის ვირუსი და რომელიც ხასიათდება უპირატესად სანერწყვე ჯირკვლების დაზიანებით. ძირითადად გვხვდება ახალშობილებსა და ძუძუმწოვარ ბავშვებში, შეიძლება შეგვხვდეს ბავშვებში 6 წლის ასაკამდე. განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება მკვდრადშობილებში. მუცლადყოფნის პერიოდში

ბავშვის ორგანიზმში ვირუსი ვრცელდება პლაცენტიდან. ციტომეგალია შეიძლება განვითარდეს იმუნოდეპრესიული თერაპიის, აგრეთვე ორგანოების გადანერგვის შემდეგ. შემჩნეულია იგი მწვავე ლეიკოზის დროსაც. დაავადება შეიძლება იყოს ადგილობრივი, როდესაც ზიანდება მხოლოდ სანერწყვე ჯირკვლები და ზოგადი, როდესაც ვითარდება პროცესის გენერალიზაცია და კლინიკურ სურათში ჭარბობს ფილტვების, თირკმელების, ღვიძლის და საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაზიანება.

ციტომეგალიის დროს სანერწყვე ჯირკვლები შესიებულია, იქ ანთებისა და პატარა კისტების განვითარების გამო. ამის მიზეზია წვრილი სანერწყვე სადინრების შევიწროება ან დახშობა გიგანტური ეპითელური უჯრედებით, რომლებიც გამოშვერილი არიან სადინარში. ასეთივე გიგანტური უჯრედები ციტომეგალიის დროს შეიძლება ნახახი იქნეს ნერწყვში, შარდში, განავალში.

დიაგნოზი ძირითადად ისმება გაკვეთის შემდეგ. პროგნოზი არაკეთილსასურველია.

შეიძლება შეგვხვდეს უცნობი ვირუსებით გამოწვეული სანერწყვე ჯირკვლის ვირუსული დაავადებები. მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ვირუსულ დაავადებას ძირითადად იწვევს ჰერპესის ვირუსი.

ვირუსი Coxsackie-A-parotitis იწვევს ეპიდემიური პაროტიტის მსგავს სიალადენიტს, ანგინის, გინგვიტის და სტომატიტის თანხლებით. ვირუსს გამოყოფენ ხახის ლორწოიანი გარსი და ნაწლავები.

არასპეციფიკური (ბაქტერიული) სიალადენიტი

არასპეციფიკური სიალადენიტი უფრო ხშირად ვითარდება ყბაყურა ჯირკვალში (პაროტიტი), უფრო იშვიათად ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში (სუბმაქსილიტი, სუბმანდიბულიტი) და კიდევ უფრო იშვიათად ენის ქვეშა და მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში. დაავადებას აქვს მწვავე ან ქრონიკული მიმდინარეობა. ეს არ ნიშნავს, რომ დაავადებას აქვს მწვავე და ქრონიკული ფაზა, არამედ სიალადენიტი ერთ შემთხვევაში მიმდინარეობს როგორც მწვავე პროცესი და არ გადადის ქრონიკულში. სხვა შემთხვევაში დაავადება თავიდანვე იღებს ქრონიკულ მიმდინარეობას და იშვიათად მწვავდება.

არსებობს სანერწყვე ჯირკვლებში ინფექციის გავრცელების აღმავალი, დაღმავალი და შერეული გზები. აღმავალი გზა გულისხმობს ჯირკვლებში ინფექციის გავრცელებას პირის ღრუდან გამომტანი სადინრების საშუალებით ნერწყვისდენის მკვეთრი შესუსტების ან შეწყვეტის პირობებში. ნერწყვის ნორმალური გამოყოფის დროს მიკრობების შეღწევას სანერწყვე სადინრებიდან ჯირკვალში ხელს უშლის ნერწყვი როგორც მექანიკურად (ჯირკვლისა და სადინრების გამორეცხვა), ისე ქიმიური ზემოქმედებით (ნერწყვი შეიცავს ანტიმიკრობულ ნივთიერებებს, მაგ. მიუცინი).

დაღმავალი გზა — ეს არის ინფექციის გავრცელება ჯირკვლებში ჰემატოგენური და ლიმფოგენური გზით.

შერეული გზა მოიცავს როგორც აღმავალ, ისე დაღმავალ გზებს, თუმცა პირველადი აქ არის დაღმავალი ინფექცია, რომლის მოქმედებით სუსტდება ჯირკვლის ფუნქცია, სუსტდება ნერწყვისდენა და ინფექცია პირის ღრუდანაც ვრცელდება სანერწყვე სადინრებით.

აღმავალი გზით ვრცელდება ინფექცია ძირითადად არასპეციფიკური სიალადენიტის დროს. ეს არის პირის ღრუს შერეული მიკროფლორა (სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები, დიპლოკოკები, ნაწლავის ჩხირი და სხვა). დაღმავალი გზით ვრცელდება როგორც არასპეციფიკური, ისე სპეციფიკური ინფექცია. აღმავალი ინფექცია უფრო ხშირად აზიანებს ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალს, მაშინ, როცა საამისო პირობები თითქოს უფრო ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალს უნდა ჰქონდეს. ამ ჯირკვლიდან ნერწყვი მიედინება ზევით და გამოიყოფა ნაწილ-ნაწილ, სადინარი უფრო ფართოა. ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში აღმავალი ინფექცია ვრცელდება ძირითადად ნერწყვკენჭოვანი დაავადების დროს. როგორც ჩანს, მთავარი მიზეზი იმისა, რომ ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლები უფრო იშვიათად ზიანდებიან აღმავალი ინფექციით ყბაყურა ჯირკვალთან შედარებით, მდგომარეობს ნერწყვის უფრო ინტენსიურ პროდუქციაში. ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებში წარმოიქმნება ნერწყვის 62%, ყბაყურა ჯირკვლებში კი მხოლოდ 26%. ამასთან, ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ნერწყვი შეიცავს ბევრად უფრო მეტ მუცინს ყბაყურა ჯირკვლის ნერწყვთან შედარებით.

სანერწყვე ჯირკვლების მწვავე ანთება

მწვავე სიალადენიტის მიზეზი შეიძლება იყოს პირის ღრუსა და ყბა-სახის ორგანოებში არსებული ანთებითი პროცესები.

აგრეთვე ზოგადი ფაქტორები, რომლებიც იწვევენ ჰიპოსალივაციას (ზოგადი მძიმე დაავადებები, რომლებიც თანდართულნი არიან დეჰიდრატაციით, ზოგადი გაუტკივარება და ატროპინიზაცია).

მწვავე სიალადენიტი შეიძლება იყოს სეროზული, ჩირქოვანი და განგრენოზული. მწვავე სიალადენიტის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელი ჯირკვალია დაავადებული. უფრო ხშირად მწვავე ანთებითი პროცესი ვითარდება ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში (მწვავე პაროტიტი). იგი ძირითადად ცალმხრივია. დაავადება იწყება პირის სიმშრალით, შესიებით ჯირკვლის არეში და ტკივილებით, სხეულის ტემპერატურის მომატებით, საერთო სისუსტით. შესიება იკავებს ყბაყურა ჯირკველის არეს და ზევით წევს ყურის ბიბილოს. ტკივილები ძლიერდება საკვების მიღების, ზოგჯერ კი მისი დანახვის დროს. სეროზული ანთების დროს (დაავადების პირველი 3-4 დღე) პირის გაღება არაა გაძნელებული, სტენონის სადინრის შესავალი ჰიპერემიული და შეშუპებულია. ჯირკვლის მასაჟისას სადინრიდან გამოიყოფა უმნიშვნელო რაოდენობის გამჭვირვალე ნერწყვი, ან საერთოდ არ გამოიყოფა, ან მიიღება მუქი ლორწოიანი მასა. მარტივ შემთხვევებში ამ ეტაპზე შეიძლება მოხდეს პროცესის უკუგანვითარება და განკურნება.

მწვავე ფაზის ქრონიკულში გადასვლისას ანთებითი პროცესი ჯირკვალში სწრაფად იზრდება, ტკივილები ძლიერდება; ინფილტრატი ჯირკვლის არეში მატულობს, შეშუპება ვრცელდება ირგვლივ მდებარე ქსოვილებზე. კანი ინფილტრატის არეში ჰიპერემიულია. პირის გაღება შეზღუდული. სანერწყვე სადინრიდან გამოიყოფა ჩირქი. ფლუქტუაცია არ არის, იგი ვლინდება ჯირკვლის კაფსულის დაშლის შემდეგ. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება კანზეც განვითარდეს ჩირქმდენი ხვრელარხები. 12-15 დღის შემდეგ შეიძლება დაიწყოს პროცესის უკუგანვითარება, შესიება დაცხრეს, ჩირქოვანი გამონადენი შეწყდეს, აღდგეს ნორმალური სალივაცია, ან შეიძლება პროცესი გაღრმავდეს და გადაიზარდოს განგრენოზულ ფორმაში, როდესაც ვითარდება ქსოვილების ფართო ნეკროზი და ავადმყოფის სეპტიური მდგომარეობა. ჯირკვლის ნეკროზული უბნები თანდათანობით სცილდებიან. ზოგჯერ ვითარდება მთელი ჯირკვლის ნეკროზი, ზოგჯერ ადგილი აქვს ლეტალურ გამოსავალს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით მწვავე პაროტიტი უნდა შედარდეს ლოყის, საფეთქლის და ყბაყურა-საღეჭი მიდამოს

ფლეგმონებს, რომელთა დროს სანერწყვე ჯირკვლის ფუნქცია არ არის დარღვეული, სტენონის სადინრებიდან გამოიყოფა სუფთა ნერწყვი, სადინრის შესასვლელს ნორმალური ელფერი აქვს, ყურის ბიბილო არ არის აწეული და შესიება არ ვრცელდება დვრილისებრი მორჩის მიმართულებით.

მწვავე ეპიდემიური პაროტიტისაგან განსხვავებით მწვავე არაეპიდემიური პაროტიტი უფრო ხშირად ცალმხრივია, ძირითადად გვხვდება მოზრდილებში.

ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის მწვავე ანთების (მწვავე სუბმანდიბულიტი) დროს შესიება ჩნდება ყბისქვეშა სამკუთხედში. შესიება მატულობს და იჭერს მთელ ყბისქვეშა მიდამოს. კანი ამ არეში მცირედ ჰიპერემიული. დაავადების დასაწყისში ბიმანუალური გასინჯვით ჯირკვალი მკვრივი, მოძრავი, ძლიერ მტკივნეულია. სანერწყვე სადინრის შესასვლელი ჰიპერემიულია, ყბა-ენის არხი გასადავებულია, პირის ღრუს ლორწოიანი ხდება ჰიპერემიული. ნერწყვის დენა მცირდება ან წყდება. ანთებითი მოვლენები მატულობს, ჯირკვლის კაფსულა იხსნება, ჩირქოვანი პროცესი ვრცელდება ირგვლივ მდებარე ქსოვილებზე. ამ დროს ჯირკვლის პალპაცია აღარ ხერხდება, კანი ყბისქვეშა არეში იჭიმება, ჩნდება ტკივილი ყლაპვისას. ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სადინრის (ვართონის სადინარი) პალპაცია მტკივნეულია, დაჭიმულია, მისგან გამოიყოფა ჩირქი. 2-3 კვირის შემდეგ იწყება პროცესის უკუგანვითარება. შესიება თანდათან ცხრება, სანერწყვე ჯირკვლის ფუნქცია იწყებს აღდგენას.

ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის მწვავე ანთება დიფერენცირებული უნდა იყოს მწვავე ყბისქვეშა ლიმფადენიტისაგან და მისი გართულებებისაგან (ადენოფლეგმოვნა), აგრეთვე ოდონტოგენური ყბისქვეშა აბსცესისა და ფლეგმონისაგან. მწვავე სუბმანდიბულიტისათვის დამახასიათებელია ჰიპერემია ჯირკვლის სადინრის შესასვლელში და სალივაციის დარღვევა ან ჩირქოვანი გამონადენი ნერწყვის მაგიერ. ოდონტოგენური ინფექციის დროს კი ყოველთვის შეიძლება მოინახოს „მიზეზობრივი“ კბილი.

ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის მწვავე ანთება ძირითადად კონტაქტური გზით ვითარდება მეზობელი ქსოვილებისაგან. მისი მფარავი ლორწოიანი გარსი შეწითლებული, შესიებული და მტკივნეულია. გაძნელებულია მეტყველება, კვება, ენის მოძრაობა.

პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის *მცირე სანერწყვე ჯირკვლების* მწვავე ანთების დროს ადგილი აქვს ჯირკვლების ჯგუფის შესიებას,

პალპაციით ჯირკვლები მტკივნეული არიან, ერთმანეთს არ უერთდებიან. ლორწოიანი გარსი მათი სადინრების ირგვლივ ჰიპერემიულია. დაჩირქების შემთხვევაში მათი სადინრებიდან აღინიშნება ჩირქოვანი გამონადენი. 7-10 დღის შემდეგ ანთებითი მოვლენები მშვიდდებიან ან დაავადება იღებს ქრონიკულ მიმდინარეობას.

ოპერაციის შემდგომი პაროტიტი ოპერაციის შემდგომი გართულებაა და გვხვდება ხანდაზმულებში. დაავადება უფრო ხშირად ცალმხრივია. ვითარდება როგორც ლაპარატომიის, ისე გინეკოლოგიური და ნეიროქირურგიული ჩარევების დროს, ზოგჯერ კი მცირე ოპერაციის დროსაც კი. ოპერაციის შემდგომი პაროტიტის განვითარების გადამწყვეტი ფაქტორია ორგანიზმის გაუწყლიანება, რომლის დროსაც მცირდება ან დროებით წყდება ნერწყვის გამოყოფა ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლებიდან. ეს იწვევს პირის ღრუს მიკროფლორის გამრავლებას და მის გავრცელებას ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში მისი სადინრიდან.

ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის ანთება ვითარდება ოპერაციიდან 5-8 დღის შემდეგ. ჯირკვალი შუპდება, ხდება მკვრივი, კანი მის ზემოთ იჭიმება, წითლდება, სანერწყვე სადინრის შესასვლელი (დვრილი) განიცდის შეშუპებას, ჰიპერემიას. მალე სადინრიდან მიიღება ჩირქოვანი ნერწყვი. ჯირკვალში სეროზულ ინფილტრატს ცვლის დაჩირქების პროცესი, ჯერ წარმოიქმნებიან მცირე ზომის აბსცესები, რომლებიც ერთდებიან და ასე შეიძლება მოხდეს მთელი ჯირკვლის დაშლა. ყბაყურა ჯირკვლის ფასცია თავისი სიმკვრივის წყალობით ხელს უშლის ჩირქის გამორწყვას კანქვეშ, რის გამოც ჩირქი შეიძლება გავრცელდეს გარეთა სასმენ მილში ან პარაფარინგეალურ სივრცეში, მატულობს სხეულის ტემპერატურა. ვითარდება პულსაციური ტკივილი, პირის გაღების შეზღუდვა, ყლაპვის გაძნელება. ორივე ყბაყურა ჯირკვლის ერთდროული შესიება ითვლება ავადმყოფისათვის არაკეთილსასურველ ნიშნად.

აღნიშნავენ, რომ ანამნეზში ავადმყოფთა ნახევარს ჰქონდა სხვადასხვა სახის პათოლოგია ყბაყურა ჯირკვლის არეში, ოპერაციამდე სხვადასხვა პერიოდში. აქედან გამომდინარე ცხადი ხდება ოპერაციის შემდგომი მწვავე პაროტიტის პროფილაქტიკის პრინციპი — ოპერაციის წინ ყბაყურა ჯირკვლების გადატანილი დაავადებების გამოვლენა და საჭირო შემთხვევაში სათანადო მკურნალობის ჩატარება. საჭიროა პირის ღრუს სანაცია და ჰიგიენის დაცვა. ოპერაციის დროს და მის შემდეგ უნდა შეივსოს

ორგანიზმში სითხის და სისხლის დანაკარგი. უნდა გატარდეს ღონისძიებები ნერწყვის გამოყოფის კორექციის მიზნით.

უფრო იშვიათად გვხვდება **გაუტკივარების შემდგომი პაროტიტი**, რომლის დროსაც აღმავალ ინფექციას გავრცელების საშუალება ეძლევა ნერწყვის გამოყოფის შემცირების ან შეწყვეტის გამო. ეს უკანასკნელი გამოწვეულია გაუტკივარების პროცესში ატროპინის გამოყენებით. დაავადება ოპერაციის შემდგომი პაროტიტისაგან განსხვავდება იმით, რომ იგი ვითარდება უფრო ადრე, ოპერაციიდან 2-4 დღის შემდეგ.

ახალშობილთა პაროტიტი შეიძლება განვითარდეს დაბადებიდან სხვადასხვა ვადაში როგორც აღმავალი, ისე დაღმავალი გზით. დაბადებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ ახალშობილის პირის ღრუ უკვე დასახლებულია შერეული მიკროფლორით. დღენაკლულ, ატროფირებულ და დასუსტებულ ბავშვებში მიკროორგანიზმები პირის ღრუდან სანერწყვე ჯირკვლებში ვრცელდებიან აღმავალი გზით. პირის ღრუს მიკროფლორის გარდა ჯირკვალში შეიძლება გავრცელდეს მასტიტის დროს სტაფილოკოკები დედის ორგანიზმიდან. ახალშობილთა პაროტიტი ვითარდება აგრეთვე სტაფილოკოკური სეპტიცემიის დროს. ახალშობილთა ჩირქოვანი პაროტიტის დროს დაავადებული ჯირკვლის პალპაციისას ვლინდება ფლუქტუაცია.

რეციდიული პაროტიტი გვხვდება ბავშვებში. მისთვის დამახასიათებელია ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლების უეცარი ცალმხრივი, უფრო ხშირად ორმხრივი შესიება, რომელიც ზოგჯერ ჩირქდება. გამოჯანმრთელება შეიძლება მოხდეს რამდენიმე დღეში ან კვირაში. ხანმოკლე თუ შედარებით ხანგრძლივი რემისიის შემდეგ ვითარდება დაავადების რეციდივი. რეციდივები და რემისიები ენაცვლებიან ერთმანეთს კვირის, თვის ან წლის ხანგამოშვებით. უფრო ხშირად რეციდივი ვითარდება რამდენიმეჯერ წელიწადში. რეციდიული პაროტიტი ეპიდემიურისაგან განსხვავდება მკვრივი შესიებით, ძლიერი ზოგადი რეაქციით და სეპტიკური ცხელებით. ჯირკვალზე ზედაწოლით სადინრიდან გამოიყოფა შემღვრეული ნერწყვი, რომლის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება შერეული მიკროფლორა. ვირუსული ეპიდემიური პაროტიტისაგან განსხვავებით რეციდიული პაროტიტი კარგად რეაგირებს ანტიბიოტიკებით მკურნალობაზე.

ცრუ პაროტიტი (ყბაყურა ლიმფადენიტი, ლიმფოგენური სიალადენიტი). ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის ზედა პოლუსთან, მისი

კაფსულის გარეთ, მდებარეობს რამდენიმე ლიმფური კვანძი. კაფსულის შიგნით ჯირკვლის ზედაპირზე ასევე მდებარეობენ ლიმფური კვანძები. რამდენიმე ლიმფური კვანძი მოთავსებულია ჯირკვლის სისქეშიც. აღნიშნული კვანძები ლიმფური გზებით უკავშირდებიან ენის, ცხვირხახის, ნუშისებრი ჯირკვლების, ქვედა ყბის მიდამოს ლიმფურ კვანძებს. რომელიმე ამ მიდამოს ინფიცირება შეიძლება გავრცელდეს ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის ლიმფურ კვანძებზე და გამოიწვიოს ყბაყურა მიდამოს ლიმფადენიტი, რაც იძლევა პაროტიტის მსგავს სურათს. პაროტიტისაგან განსხვავებით, ლიმფადენიტის დროს არ არის დარღვეული ნერწყვის წარმოშობისა და გამოყოფის ფუნქცია. ყბაყურა მიდამოს მასაჟის დროს სტენონის სადინრის გამოსავალ ხვრელში გამოიყოფა ნორმალური ნერწყვი.

კლინიკურად, დასაწყისში ვითარდება მცირე ზომის მკვრივი ინფილტრატი ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის რომელიმე უბანში. მსუბუქ შემთხვევებში ინფილტრატი იზრდება 2-3 კვირის მანძილზე. ამ ეტაპზე შეიძლება დაიწყოს დაავადების უკუგანვითარება და ინფილტრატი გამოიწვიოს. უფრო რთულ შემთხვევებში მატულობს სხეულის ტემპერატურა, შესიება მნიშვნელოვნადაა გამოხატული, ტკივილები მკვეთრი, კანი ამ არეში დაჭიმული. ლიმფური კვანძების დაჩირქების შემთხვევაში იგი შეიძლება გაიხსნას კანზე, სტენონის სადინრიდან კვლავ მიიღება სუფთა ნერწყვი. მაგრამ თუ ჩირქგროვა გაიხსნა სადინარში, მაშინ ადგილი აქვს სტენონის სადინრიდან ჩირქისდენას. უფრო მძიმე შემთხვევაში პროცესი მიმდინარეობს უფრო სწრაფად და მძიმედ, რაც ხშირად მთავრდება აბსცესის ან ფლეგმონის ჩამოყალიბებით ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში.

მწვავე სიალადენიტების მკურნალობა. მწვავე სიალადენიტის მკურნალობისას გათვალისწინებული უნდა იყოს მწვავე ანთებითი დაავადების მკურნალობის ყველა პრინციპი (მიზეზის მოცილება, კერის დრენირება, ანთების საწინააღმდეგო და ანტიბაქტერიული მკურნალობა, დეზინტოქსიკაცია, დესენსიბილიზაცია, ორგანიზმის დაცვითი მექანიზმების სტიმულაცია). გათვალისწინებული უნდა იქნეს დაავადების სტადია. დასაწყისში, სეროზული ანთების დროს იყენებენ ნერწყვის დენის გამაძლიერებელ და ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს. პილოკარპინის ჰიდროქლორიდის 1%-იანი ხსნარის 5-8 წვეთი 3-4-ჯერ დღეში. სპირტის ან ზეთოვანი კომპრესები, ფიზიოპროცედურები (უმს, ფლუქტუორიზაცია, სო-

ლუქსი). სასურველია ჯირკვლის გამორეცხვა სადინრიდან ანტიბიოტიკებით ან ანტისეპტიკებით (იოდინოლი, ბრაუნოლი, დიმეთილსულფოქსიდი). მტკივნეული ინფილტრატის გამოჩენისთანავე კუნთებში ინიშნება ანტიბიოტიკები, ვენაში — კონტრიკალი. დაჩირქებისას ხსნიან ჩირქგროვას ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის ჩირქოვანი ანთებისას პირგარეთა განაკვეთით, რომელიც ტარდება ქვედა ყბის კუთხის არეში. ყბის ქვეშა და ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების ჩირქოვანი ანთების დროს, თუ ჩირქგროვა განვითარებულია სანერწყვე სადინრების (ვართონის, ბართოლინის) მსვლელობის საპროექციოდ, ტარდება პირშიგნითა განაკვეთი აღნიშნული სადინრის გასწვრივ. თუ აღნიშნული ჯირკვლების ჩირქოვანი ანთება გასცდა მათ ფარგლებს და გავრცელდა ყბისქვეშა არეში, განაკვეთი ტარდება ყბისქვეშა არეში ქვედა ყბის ქვედა კიდიდან 1-2 სმ დაცილებით ქვევით და მის პარალელურად. ყველა შემთხვევაში ჩირქგროვა იხსნება ჩლუნგი გზით. ჭრილობაში ტოვებენ დრენაჟს.

სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკული ანთება

ქრონიკული სიალადენიტი უფრო ხშირად ვითარდება ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში, რაც შეიძლება აიხსნას სხვა სანერწყვე ჯირკვლებთან შედარებით უფრო მცირე ნერწყვის გამოყოფით და მასში ანტიბაქტერიული აგენტის მუცინის დაბალი შემცველობით. იმის მიხედვით, თუ პირველად სად განვითარდა პათოლოგიური მოვლენები სანერწყვე ჯირკვლის პარენქიმაში, წილაკთაშორის შემაერთებელ ქსოვილში თუ სანერწყვე ჯირკვლის გამომტან სადინარში, არჩევენ პარენქიმატოზულ, ინტერსტიციალურ ქრონიკულ სიალადენიტს და სიალოდოხიტს. დაავადების მსვლელობის მიხედვით არჩევენ საწყის, კლინიკურად გამოხატულ და გვიანდელ სტადიებს, დაავადების სიმძიმის მიხედვით აქტიურ და არააქტიურ ფორმებს.

ქრონიკული ინტერსტიციალური სიალადენიტი

ეტიოლოგია უცნობია. მიკროსკოპულად აღინიშნება სტრომის გაფართოება, იგი განიცდის ინფილტრაციას, ბოლო სტადიაში პიალინიზაციას, ვითარდება ფიბროზული ქსოვილის ზონრები.



სურ. 74. ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალი. სიალოგრამა. ნორმა.

პარენქიმაში ადგილი აქვს დისტროფიულ ცვლილებებს, გამომტანი სადინრების სანათური მნიშვნელოვნადაა შევიწროებული.

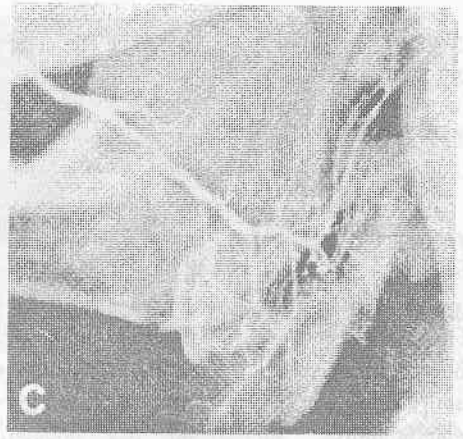
დასაწყისში ყბაყურა (უფრო იშვიათად ყბის ქვეშა) ჯირკვლის არეში ვითარდება რბილი, უმტკივნეულო შესიება ძირითადად ორივე მხარეზე. კანი ამ არეში მოძრავი და ფერშეუცვლელია. ჯირკვლის სადინრიდან გამოიყოფა გამჭვირვალე ნერწყვი; ნერწყვის გამოყოფა შეიძლება იყოს ნორმასთან (სურ. 74) შედარებით შემცირებული. სიალოგრამაზე ცვლილებები ან არ არის, ან აღინიშნება პირველი და მეორე რიგის სადინრების მცირე შევიწროება.

პათოლოგიური პროცესი უკუგანვითარებას არ განიცდის. დაავადებიდან რამდენიმე წლის შემდეგ, *კლინიკურად გამოხატულ სტადიაში*, შესიება ჯირკვლების არეში უმტკივნეულოა, აქვს თანაბარი, სადა ზედაპირი. გამომტანი სადინრიდან გამოიყოფა გამჭვირვალე ნერწყვი ზომიერი რაოდენობით. სიალოგრამაზე ჯირკვლის ზომები გადიდებულია, ყველა რიგის სადინარი შევიწროებულია, თუმცა შენარჩუნებული აქვს მკაფიო და თანაბარი კონტურები. პარენქიმის სიმკვრივე დაქვეითებულია (სურ. 75).

დაავადების *გვიანდელ სტადიაში* ჯირკვალი კიდევ უფრო გადიდებული და გამკვრივებულია, ნერწყვის გამოყოფა სადინრიდან შემცირებულია. შეიძლება ადგილი ექნეს პირის სიმშრალეს, სმენის დაქვეითებას. სიალოგრამაზე ჯირკვლის პარენქიმა არ ვლინდება, ყველა სადინარი გამომტან სადინართან ერთად შევიწროებულია, ზოგგან გაწყვეტილი, არასწორი კონტურებით. წვრილი სადინრები საკონტრასტო მასით არ ივსებიან სიალოგრაფი-

ისათვის საკმარისია საკონტრასტო ნივთიერების მცირე რაოდენობა ნორმასთან შედარებით, რაც აიხსნება სანერწყვე სადინრების შევიწროებით.

ინტერსტიციალურ სიალადენიტს ახასიათებს პერიოდული გამწვავებები, დასაწყისში იშვიათი, გვიანდელ სტადიაში უფრო ხშირი, რამდენიმეჯერ წელიწადში. სხეულის ტემპერატურა მატულობს. ჯირკვალი მატულობს ზომაში, მკვრივდება, ხდება მტკივნეული. სანერწყვე სადინრიდან გამოიყოფა მცირედ შემღვრეული ნერწყვი. 2-3 კვირაში სათანადო მკურნალობის შემდეგ შესიება და ინფილტრაცია იწყებს შემცირებას და უკეთეს შემთხვევაში აღწევს გამწვავებისწინა პერიოდის ზომებს, ნერწყვი ხდება გამჭვირვალე, სადინრის შესავალი შევიწროებული.



სურ. 75. სიალოგრამა. ქრონიკული ინტერსტიციალური პაროტიტი.

ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტი

ეტიოლოგია უცნობია. ფიქრობენ, რომ დაავადების მიზეზი შეიძლება იყოს ჯირკვლის სადინრების თანდაყოლილი ცვლილებები კისტისებრი ღრუების წარმოშობით; ღრუებში გროვდება ნერწყვი, რომელიც ინფიცირდება პირის ღრუდან სანერწყვე სადინრიდან შეღწეული ინფექციით. არის ვარაუდი, რომ ჯირკვლის ქსოვილებს ინელებენ ნერწყვში არსებული პროტეოლიზური ფერმენტები.

მიკროსკოპულად აღინიშნება წილაკთაშორისი, ზოგჯერ კი უფრო მსხვილი სადინრების გაფართოება, სადინრის ეპითელის პროლიფერაცია, სტრომის ლიმფოიდური ინფილტრაცია.

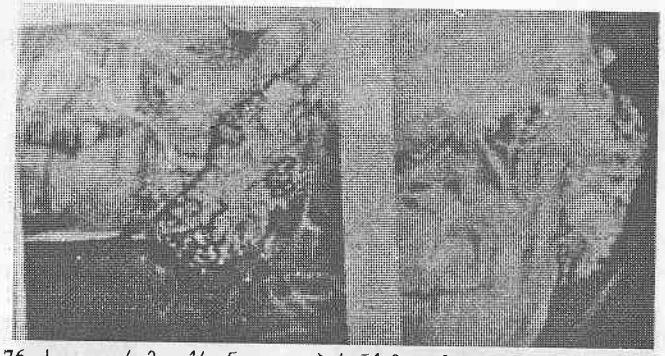
პარენქიმატოზული სიალადენიტი ვითარდება ძირითადად ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლებში, უფრო ხშირად ორივეში ერთდროულად. *დასაწყისში* დაავადება მიმდინარეობს უსიმპტომოდ. სადინრიდან მიიღება უხვი, გამჭვირვალე ნერწყვი. დაავადების ერთ-ერთი პირველი ნიშანი არის გამჭვირვალე ნერწყვთან ერთად

ლორწოს გროვების გამოყოფა. *სიალოგრამაზე* ჩანს 1-2 მმ დიამეტრის მქონე მრგვალი ღრუები, შეუცვლელი პარენქიმის და სადინრების ფონზე. პარენქიმა არამკაფიოდ ვლინდება. სადინრები ზოგგან წყვეტილია, მკაფიო, თანაბარი კონტურებით. სტენონის სადინარი შეუცვლელი.

კლინიკურად გამოხატულ სტადიაში აღინიშნება სიმძიმის გრძნობა ჯირკვლის არეში, სტენონის სადინრიდან მიიღება მარილიანი ნერწყვი. ზოგჯერ სანერწყვე ჯირკვლები გადიდებულია ელასტიკური კონსისტენციითა და ზოგგან მტკივნეული გამკვრივებით. ნერწყვი შეიძლება იყოს გამჭვირვალე, ზოგჯერ ლორწოს გროვებით, სხვა შემთხვევაში `კი ჩირქნარევი. *სიალოგრამაზე* პარენქიმის არეში აღინიშნება 2-3 მმ დიამეტრის მქონე ღრუების დიდი რაოდენობა. პარენქიმა და მესამე, მეოთხე, მეხუთე რიგის სადინრები ან წყვეტილად ან საერთოდ არ ვლინდებიან. პირველი რიგის სადინრები ვლინდებიან წყვეტილად. სტენონის სადინარი უცვლელია, თუმცა შეიძლება ზოგჯერ წარმოგვიდგეს მკაფიო კონტურებიანი შევიწროებული და გაფართოებული უბნებით.

დაავადების გვიანდელ სტადიაში აღინიშნება შესიება, რომელიც არ სცდება ჯირკვლის არეს, სიმძიმის გრძნობა, ზოგჯერ პირის სიმშრალე, ჩირქნარევი ნერწყვის გამოყოფა სტენონის სადინრიდან. სიალოგრაფიის დროს საჭიროა საკონტრასტო ნივთიერების (იოდოლიპოლის) მეტი რაოდენობა ნორმასთან შედარებით, რაც აიხსნება ჯირკვალში მოზრდილი ღრუების არსებობით. *სიალოგრამაზე* ჯირკვალში აღინიშნება უფრო დიდი ზომის (5-10 მმ დიამეტრის) ღრუები, ჯირკვლის პარენქიმა არ ვლინდება. არ ჩანს არც მისი სადინრები. ზოგჯერ ჯირკვლის ამა თუ იმ უბანში მოჩანს დეფორმირებული სადინრების ფრაგმენტები. სტენონის სადინარი ან თანაბრადაა გაფართოებული, ან აქვს შევიწროებული და გაფართოებული უბნები დეფორმირებული კონტურებით (სურ. 76).

პროცესი შეიძლება გამწვავდეს ყველა სტადიაში. გამწვავება ვითარდება გაციების ფონზე და აქვს მძაფრი მიმდინარეობა. მატულობს შესიება ჯირკვლის არეში, ჩნდება ჩხვლეტითი ტკივილები საკვების მიღების დროს, მატულობს სხეულის ტემპერატურა. სტენონის სადინრიდან გამოიყოფა დიდი რაოდენობით ნერწყვი ჩირქთან ერთად. ზოგჯერ გამწვავება მიმდინარეობს უფრო მშვიდად. სხვა შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს დაჩირქება ჯირკვლის ფასციის გარღვევით. რემისიის დროს რეციდივებს



სურ. 76. სიალოგრამა. ქრონიკული პარენქიმატოზული პაროტიტი.

შორის ანთებითი მოვლენები წყნარდება, შესიება მნიშვნელოვნად ცხრება, მაგრამ რჩება გამკვრივებული უბნები.

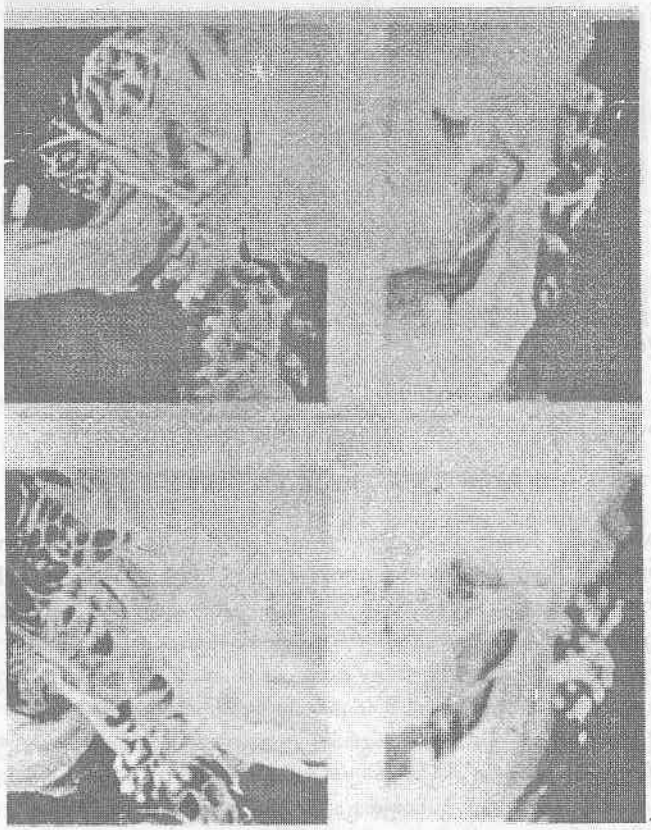
ქრონიკული სიალოდოხიტი

ქრონიკული სიალოდოხიტი არის სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინრების ქრონიკული ანთება, რისთვისაც დამახასიათებელია როგორც ძირითადი, ისე ჯირკვალშიდა ტოტების მნიშვნელოვანი და არათანაბარი გაფართოება.

დაავადების ეტიოლოგია უცნობია. *მიკროსკოპულად* ჯირკვლის სადინრებსა და წილაკებს შორის აღინიშნება დიფუზიური ლიმფოჰისტოციტური და ლიმფოგრანულოციტური ინფილტრატები.

კლინიკურად აღინიშნება დიდი რაოდენობის მარილიანი სითხის მუდმივი, თვითნებითი გამოყოფა პირის ღრუში. ეს მაშინ, როცა პარენქიმატოზული სიალადენიტის დროს დიდი რაოდენობის მარილიანი სითხე გამოიყოფა მხოლოდ სანერწყვე ჯირკვალზე ზედაწოლისას, ხოლო ინტერსტიციალურის დროს სითხის გამოყოფა პირიქით შემცირებულია.

დაავადების საწყის სტადიაში ცვლილებები კლინიკურად არ ვლინდება. ცხარე საკვების მიღებისას შეიძლება შესივდეს სათანადო სანერწყვე ჯირკვალი, რაც საკვების მიღების შემდეგ მალე ცხრება. ყბაყურა და ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების მთავარი სადინრების (სტენონის, ვართონის) პალპაციისას ზოგჯერ გამოიყოფა დიდი ოდენობით სითხე. სადინრიდან მიღებულ გამჭვირვალე სეკრეტში შეიძლება იყოს ლორწოს გროვები. ამ სტადიაში დაავადების გამოვლენა ძირითადად ხდება გამწვავების ფონზე.



.სურ. 77. სიალოგრამა. ქრონიკული სიალოდოხიტი.

სიალოგრამაზე ამ დროს აღინიშნება ჯირკვლის ყველა სადინრის გაფართოება, ან გაფართოებულია მხოლოდ მთავარი გამომტანი და პირველი და მეორე რიგის ტოტები, ან მთავარი სადინარი არ არის გაფართოებული და გაფართოებულია მეორე, მესამე და მეოთხე რიგის ტოტები. სადინრებს აქვს ნათელი კონტურები. პარენქიმა და წილაკები მკაფიოდაა გამოხატული (სურ. 77).

კლინიკურად გამოხატულ სტადიაში სანერწყვე სადინრებიდან სეკრეტის გამოყოფა მუდმივი და თვითნებითია. საკვების მიღებისას სანერწყვე ჯირკვლის შესიებას თან ახლავს ტკივილები — ზოგჯერ ჩხვლეტითი, ზოგჯერ შემტევი. აღნიშნული მოვლენები საკვების მიღების შემდეგ წყნარდებიან. ყბაყურა და ყბის ქვეშა

სანერწყვე ჯირკვლების მთავარი სადინრები პალპაციით გასქელებული, მაგრამ ელასტიკურია. მასაჟით ისინი იცლებიან სიმსივნისაგან და ქრება მათი გასქელება. ჩვეულებრივად სადინრებიდან მიიღება უხვი ლორწოიანი სეკრეტი. სიალოგრამაზე არათანაბარი, მკაფიო კონტურებიანი, მნიშვნელოვნად გაფართოებული სანერწყვე სადინრების ფონზე ვლინდებიან შევიწროებული უბნები.

გვიანდელ სტადიაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ჯირკვლის მცირე შესიებას. ზოგჯერ შესიება არ არის. სადინრებიდან მიიღება უხვი წებოვან-ლორწოიანი ჩირქნარევი სეკრეტი. პირის ღრუს ლორწოიანი გარსი უცვლელი. სიალოგრამაზე მთავარი სანერწყვე სადინრები (სტენონის, ვართონის) იღებენ კრიალოსანის ფორმას. ჯირკვალშიდა სადინრებშიც ასევე ცვლის გაფართოებული უბნები შევიწროებულს (სურ. 77).

ქრონიკულ სიალოდოხიტს ახასიათებს გამწვავებები. იგი განსაკუთრებით ხშირია გვიანდელ სტადიაში. გამწვავების დროს აღინიშნება ტკივილები, ტემპერატურის მომატება, ჯირკვლის ზომიერი შეშუპება. ამ დროს მთავარი სადინარი ისინჯება, როგორც მკვრივი, მტკივნეული ზონარი, მის შესავალში შეინიშნება ლორწოიან-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი გამონადენი. პროცესის ჩაწყნარების შემდეგ ჯირკვლისა და სადინრის სტატუსი უბრუნდება გამწვავებამდელ მდგომარეობას.

ქრონიკული სიალადენიტისა და სიალოდოხიტის მკურნალობა

სანერწყვე ჯირკვლებისა და მათი სადინრების ქრონიკული ანთების დროს მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია ჯირკვლის ფუნქციის აღდგენა, ანთებითი ინფილტრატების გაწოვა, დაავადების გამწვავების თავიდან აცილება და ორგანიზმის დაცვითი მექანიზმების გაძლიერება.

გამწვავების პერიოდში ტარდება ანთების საწინააღმდეგო და ანტიბაქტერიული მკურნალობა ისე, როგორც მწვავე სიალადენიტების დროს. ქრონიკულ სტადიაში სამკურნალო ღონისძიებები უნდა წარიმართოს ქრონიკული ანთებითი მოვლენების მოსახსნელად. ამ მიზნით ტარდება სანერწყვე ჯირკვლების გამორეცხვა ანტიბიოტიკებითა და ანტისეპტიკებით. ჯერ მასაჟის საშუალებით დაცლიან როგორც ჯირკვალს, ისე სადინარს შიგთავსისაგან. გამორეცხვა გრძელდება ყოველდღე, სანამ არ შეწყდება ლორწო-

იან-ჩირქოვანი გამონადენი ჯირკვლიდან. თუ სადინრებში არის სქელი ჩირქი, მიზანშეწონილია პროტეოლიზური ფერმენტებით (ტრიფსინი, ქიმოფსინი, ქიმოტრიფსინი) გამორეცხვა, რომლებიც ხელს უწყობენ სეკრეტის სქელი მასების გახსნას და გამოტანას ჯირკვლიდან. ამავე დროს აძლიერებენ ნერწყვის წარმოშობას, რასაც ორგვარი მნიშვნელობა აქვს: ხდება ნერწყვის გამოყოფის რეგულაცია იქ, სადაც იგი დაქვეითებულია და იქმნება სანერწყვე ჯირკვლის ბიოლოგიური გამორეცხვის (საკუთარი ნერწყვით) შესაძლებლობა. ამ მიზნით კანქვეშ შეყავთ გალანტამინის 0,5%-იანი წყალხსნარის 1 მლ ყოველდღიურად (სულ 30 ინექცია). ამავე მიზნით იყენებენ ნოვოკაინის ბლოკადას. სანერწყვე ჯირკვლის არეში კანქვეშ შეყავთ 0,5%-იანი ნოვოკაინის 40-50 მლ ორდღეგამოშვებით, რიგრიგობით ხან ერთ, ხან მეორე მხარეზე (სულ 8-10 ბლოკადა). კარგ შედეგებს იძლევა პილოკარპინის ჰიდროქლორატის 1%-იანი ხსნარი (5-8 წვეთი 3-4-ჯერ დღეში 10 დღით, შემდგომი 10 დღის დასვენებით).

წარმატებით გამოიყენება გამწოვი თერაპია. ამ მიზნით პარენქიმატოზული სიალადენიტის დროს კუნთებში შეყავთ პიროგენალი მცირე დოზებით (მკურნალობის კურსი 25 ინექცია). კარგ შედეგებს იძლევა კალიუმის იოდიდის გამოყენება. იოდი გამოიყოფა სანერწყვე ჯირკვლებით და მრავალმხრივ მოქმედებას ახდენს მათზე. მკურნალობას იწყებენ კალიუმის იოდიდის 2%-იანი ხსნარით (თითო სუფრის კოვზი სამჯერ დღეში) და თანდათანობით ზრდიან კონცენტრაციას 10%-მდე. იოდიზმის მოვლენების გამოჩენისას (სურდო, ცრემლდენა, კანზე გამონაყარი) პრეპარატის კონცენტრაციას ამცირებენ ან წყვეტენ მიღებას. მკურნალობის კურსი 2 თვე.

პარენქიმატოზული სიალადენიტისა და სიალოდოხიტის დროს პერიოდულად 3-4 თვეში ერთხელ ჯირკვალში სადინრიდან შეყავთ იოდოლიპოლი. პრეპარატი მაღალი ზედაპირული დაჭიმულობის წყალობით მოეფინება სადინრების კედლებსა და ჯირკვალში წარმოქმნილი ღრუების კედლებს და ხელს უშლის გამწვავებებს, ხოლო გამოთავისუფლებული იოდი ასუსტებს ჯირკვლის სკლეროზირების პროცესს, ახდენს ანთების საწინააღმდეგო მოქმედებას, პროცესის სტაბილიზაციის შემდეგ იოდოლიპოლი შეყავთ წელიწადში 1-2-ჯერ.

ქრონიკული ინტერსტიციალური პაროტიტის დროს კარგ შედეგებს იძლევა კორტიკოსტეროიდული ჰორმონების (კორტიზონი, პრედნიზოლონი) გამოყენება სამკურნალოდ. იყენებენ რენტგენოთერაპიასაც.

ფიზიოთერაპიული პროცედურებიდან იყენებენ გალვანიზაციას.

ქირურგიული მკურნალობა ტარდება ჩვენების მიხედვით. სანერწყვე ჯირკვლის სადინრების (სტენონის, ვართონის) შევიწროებისას იყენებენ ბუჟირებას. უშედეგობის შემთხვევაში სადინრის შესავლის სტენოზის დროს პლასტიკას — სადინრის შესავალი გაიკვეთება და მისი კედელი ჩაეკერება ირგვლივ მდებარე ლორწოიან გარსს.

კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობის და ხშირი გამწვავებების დროს ნაჩვენებია ყბის ქვეშა ჯირკვლის მთლიანი და ყბაყურა ჯირკვლის სუბტოტალური ან ტოტალური ამოკვეთა სახის ნერვის ტოტების შენარჩუნებით.

სპეციფიკური სიალადენიტი

სპეციფიკურია ტუბერკულოზური, აქტინომიკოზური და სიფილისური სიალადენიტები.

ტუბერკულოზური სიალადენიტი უფრო ხშირად (70%) ვითარდება ყბაყურა ჯირკვალში, შემდეგ ყბის ქვეშაში (27%) და იშვიათად ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში (3%). ინფექცია ვრცელდება ჰემატოგენური ან ლიმფოგენური გზით, იშვიათად სადინრიდან. არჩევენ ტუბერკულოზური სიალადენიტის ინფილტრაციულ და კვანძოვან ფორმებს.

ინფილტრაციული ფორმა ვითარდება ჰემატოგენური გზით და განაპირობებს ჯირკვლის უმტკივნეულო დიფუზურ შესიებას, როგორც წესი, ცალ მხარეს. ჯირკვალში წარმოიქმნებიან სხვადასხვა ზომისა და უსწორო ფორმის კავერნები. ვითარდება მეორადი, აღმავალი ინფექციაც.

კვანძოვანი ფორმა ვითარდება ლიმფური გზით და ვლინდება ტუბერკულოზური ლიმფომების წარმოქმნით. ისინი, სიმინდის მარცვლიდან წაბლის ნაყოფის ზომის შეიძლება შეეიგრძნოთ ჯირკვლის სხვადასხვა უბნებში. ტუბერკულოზური ლიმფომები არ ეზრდებიან ირგვლივმდებარე ქსოვილებს, მით უმეტეს არ არიან შეზრდილი კანთან. ტკივილი ვლინდება მხოლოდ ბოლო სტადიაში, როცა ადგილი აქვს სანერწყვე სადინრის კაზეიფიკაციას, პროცესის გავრცელებას ირგვლივ მდებარე ქსოვილებზე და ჯირკვალში შერეული მიკრობული ფლორის შეღწევას. დიაგნოზის

დასმა შესაძლებელია მხოლოდ ჰისტოლოგიური და მიკრობიოლოგიური გამოკვლევებით. დაავადებული ჯირკვლიდან მიღებულ ნერწყვში ტუბერკულოზის მიკობაქტერია არ ვლინდება. მკურნალობა სპეციფიკურია. უფრო სწორად, შედეგებს იძლევა ლიმფომის ამოკვეთა და შემდეგ ანტიტუბერკულოზური მკურნალობა. დამაკმაყოფილებელ შედეგებს იძლევა სხივური თერაპია.

სანერწყვე ჯირკვლების სიფილისი ძალიან იშვიათად გვხვდება, ისიც მხოლოდ ყბაყურა ჯირკვალში. სანერწყვე ჯირკვალი ნელა და უმტკივნეულოდ იზრდება, მკვრივდება, ეზრდება ირგვლივ-დებარე ქსოვილებს. მეორე სტადიაში ადგილი აქვს ჯირკვლის დიფუზურ ანთებით გადიდებას (ზოგჯერ ორივე მხარეს). მესამე სტადიაში შეიძლება განვითარდეს ჯირკვლის ორმხრივი გადიდება ან ცალმხრივი, გუმის წარმოქმნით.

დიაგნოზი დგინდება ანამნეზით და სისხლის ანალიზით (ვასერმანის რეაქცია), აგრეთვე ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა სპეციფიკურია.

სანერწყვე ჯირკვლების აქტინომიკოზი უფრო ხშირად ვითარდება ყბის ქვეშა, უფრო იშვიათად ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლებში. აქტინომიცეტი ვრცელდება ჯირკვალში მისი სადინრიდან, ან ხვდება იქ უცხო სხეულთან ერთად; შეიძლება გავრცელდეს კონტაქტური გზითაც. აქტინომიცეტის შეჭრის ადგილზე ვითარდება ტიპიური სპეციფიკური გრანულომა.

ავადმყოფები უჩივიან სანერწყვე ჯირკვლის ამა თუ იმ უბნის შესიებასა და გამკვრივებას. პროცესის ყბაყურა ჯირკვალში ლოკალიზაციისას გაძნელებულია პირის გაღება. ჯირკვალში არსებული შესიება შეზრდილია კანთან, რომელიც ღებულობს მოლურჯო ელფერს. კანს ამ არეში აქვს ჩაღრმავებული უბანი. პროცესი ნელა მიმდინარეობს. შესიება გადადის ხისებრი კონსისტენციის სიმკვრივის ინფილტრატში მრავალრიცხოვანი ხვრელარხების წარმოშობით, რომელთაგან გამოიყოფა მოყვითალო ბურთულების შემცველი ჩირქი.

დიაგნოზი ზუსტდება ხვრელარხიდან მიღებულ ჩირქში აქტინომიცეტის ან მათი დრუზების აღმოჩენით. სიალოგრამაზე ვლინდება ჯირკვლის სადინრების შევიწროება დაზიანების არეში, აბსცედირების ადგილზე კი ვლინდება უსწორო ფორმის ღრუები.

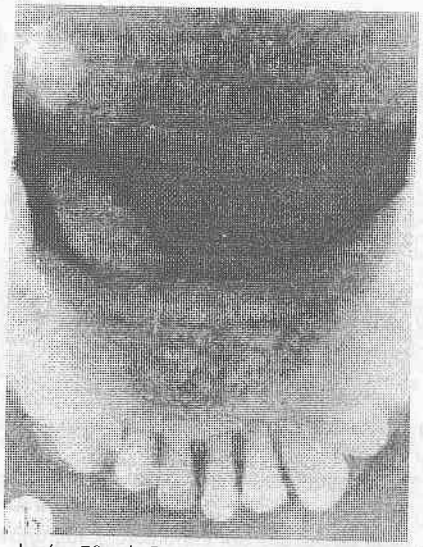
მკურნალობა სპეციფიკურია ქირურგიულ მანიპულაციებთან ერთად. აქტინოლიზატის გარდა იყენებენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, იოდის პრეპარატებს.

სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადება

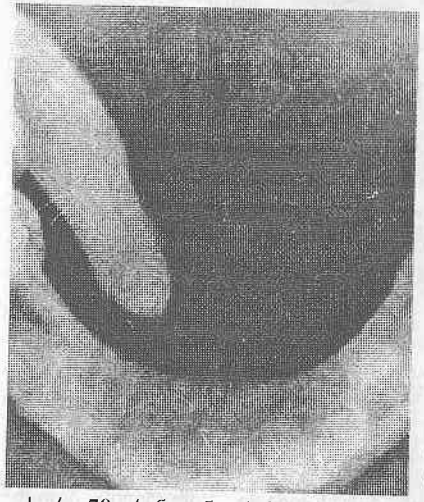
სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადებისათვის (სიალოლითიაზი, ქრონიკული კალკულოზური სიალადენიტი, ნერწყვკენჭოვანი დაავადება) დამახასიათებელია სანერწყვე ჯირკვლის სადინრებში (როგორც ჯირკვლის გარეთ, ისე ჯირკვლის შიგნით) კონკრემენტების წარმოქმნა, რომლებიც ამუხრუჭებენ ან აჩერებენ ნერწყვის გამოყოფას. უცხო სხეული აწვება სადინრის კედელს და იწვევს მასში ანთებით პროცესს შემდგომი დანაწიბურებით; ნერწყვის ნაკადის შეკავება იწვევს სადინრის გაფართოებას და ნერწყვის შეგუბებას, რაც თავის მხრივ პირის ღრუდან აღმავალი ინფექციის გავრცელებისა და ანთებითი ცვლილებების განვითარების პირობებს ქმნის.

სანერწყვე ჯირკვლების კენჭოვანი დაავადება აღნიშნული ჯირკვლების ყველა დაავადების თითქმის ნახევარს შეადგენს. ქალაქის მცხოვრებლებში სამჯერ ხშირია სოფლის მოსახლეობასთან შედარებით. უფრო ხშირია მამაკაცებში. ძირითადად გვხვდება 30-45 წლის პირებში, თუმცა შეიძლება შეგვხვდეს ნებისმიერ ასაკში. აღწერილია სანერწყვე კენჭი სამკვირიანი ბავშვის სანერწყვე ჯირკვალში. უფრო ხშირად სიალოლითიაზი გვხვდება 30-45 წლის ასაკში. ყველაზე ხშირად სანერწყვე კენჭები გვხვდება ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სადინრებში (ჯირკვალშიდა თუ ჯირკვალგარეთა-ში) — დაახლოებით 90% შემთხვევაში, უფრო იშვიათად ყბაყურა ჯირკვალში და კიდევ უფრო იშვიათად ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში. ძალზე იშვიათად მცირე ზომის ქვები (სილა) შეიძლება წარმოიქმნან პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის მცირე სანერწყვე ჯირკვლებშიც. ისინი ზოგჯერ ვლინდებიან ჰისტოლოგიური გამოკვლევების დროს, უფრო ხშირად კი, ვერ ასწრებენ რა კლინიკური ნიშნების გამოწვევას, თვითნებითად ტოვებენ ჯირკვალს.

როგორც წესი, ქვები წარმოიქმნებიან ერთ ჯირკვალში. ჩვეულებრივად წარმოიქმნება ერთი ქვა. იშვიათად ის შეიძლება იყოს რამდენიმე. სიალოლითის ზომა მერყეობს სილის უწვრილესი მარცვლიდან ქათმის კვერცხის ოდენობამდე. წონა რამდენიმე მილიგრამიდან რამდენიმე გრამამდე. სადინრებში კენჭები ბევრად უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე პარენქიმაში. ჯირკვლის პარენქიმაში წარმოქმნილ ქვებს აქვთ მრგვალი ფორმა, არათანაბარი, ხორკლიანი ზედაპირი (სურ. 78). ჯირკვლის მთავარ სადინარში



სურ. 78. რენტგენოგრამა. კენჭი ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის პარენქიმაში.



სურ. 79. რენტგენოგრამა. კენჭი ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სადინარში (ვართონის სადინარი).

სიალოლითს ძირითადად მოგრძო ფორმა და სადა ზედაპირი აქვს (სურ. 79). კენჭები სანერწყვე ჯირკვლებში წარმოიქმნებიან რაიმე ბირთვის ირგვლივ ნერწყვიდან მარილების დალექვით. ბირთვი შეიძლება იყოს უცხო სხეული, ფიბრინისაგან შეწებებული ეპითელური უჯრედების ან ლეიკოციტების გროვა, არაიშვიათად მიკროორგანიზმები, რომელთა შორის უპირატესად გვხვდება აქტინომიცეტი. ვარაუდობენ, რომ აქტინომიცეტები შლიან ნერწყვის პროტეინს და იწვევენ მარილების დალექვას. მარილებიდან სამი ნაწილი ფოსფატია, ერთი ნაწილი კალციუმის კარბონატი.

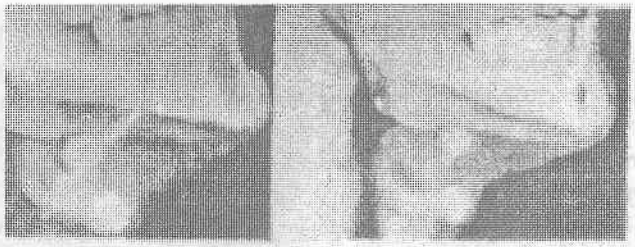
ნერწყვკენჭოვანი დაავადების კლინიკური სურათი მოგვაგონებს სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკულ ანთებას. აქაც დაავადების სამ სტადიას გამოყოფენ — *დასაწყისი სტადია*, კლინიკურად გამოხატული ანთებითი მოვლენებისა და გვიანი სტადია. *დასაწყისი სტადია* ანთების კლინიკური ნიშნების გარეშე მიმდინარეობს. როცა კენჭი მიაღწევს ისეთ ზომას, რომ დაახშობს იმ სადინარს (მთავარი ან პირველი, მეორე, მესამე რიგის), რომელშიც ის იმყოფება, ვითარდება ნერწყვის შეკავება. შეკავებას ადგილი აქვს საკვების მიღების დროს, რასაც მოსდევს ჯირკვლის სწრაფი შესიება, ასუბუქი, ზოგჯერ მწვავე ტკივილებით. შესიების სიდიდე დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორი ყალიბის სადინარია გადაკეტილი. საკვების მიღების დამთავრებისთანავე იწყება და მალე ცხრება შესიება. აღნიშნული მოვლენები მეორდება საკვების განმეორებითი მიღებისას. ამ დროს ბიმანუალური გასინჯვით შეიგრძნობა მცირე ზომის გამკვრივება ჯირკვლის პარენქიმაში ან მთავარ სადინარში. სიალოგრამაზე კენჭის უკან სადინრები ზომიერადაა გაფართოებული. ჯირკვლის პარენქიმა ცვლილებების გარეშეა.

თანდათანობით აღმავალი ინფექცია პირის ღრუდან ვრცელდება ჯირკვალში და დაავადება გადადის *მეორე სტადიაში*, რომელიც ხასიათდება პერიოდული გამწვავებებით. ამ ეტაპზე უკვე ვლინდება ქრონიკული სიალადენიტის და მისი გამწვავებების კლინიკური ნიშნები. სანერწყვე ჯირკვალი მეტნაკლებად შესიებულია, პალპაციით მტკივნეული. პირის ღრუს მხრივ ჯირკვლის მფარავი არეს ლორწოიანი გარსი ჰიპერემიული. სადინრის გასწვრივ შეიგრძნობა მკვრივი, მტკივნეული ინფილტრატი. ბიმანუალური გასინჯვით სადინარს აქვს ზონარისებრი დაჭიმულობა. ჯირკვალზე ზედაწოლისას სადინრიდან გამოიყოფა სეროზულ-ჩირქოვანი სითხე ან სქელი ჩირქი. თუ შესიება მსუბუქადაა გამოხატული ჯირკვლის სადინარში, პალპაციით შეიგრძნობა კენჭი. მნიშვნელოვანი შეშუპების დროს კენჭის მდებარეობის ადგილზე ისინჯება უფრო მკვრივი, მტკივნეული არე. ჯირკვლის პარენქიმაში მდებარე კენჭის მოძებნა პალპაციით ამ სტადიაში შეუძლებელია.

კენჭი კარგად ჩანს სიალოგრამაზე. კენჭის უკან შეინიშნება გაფართოებული და დეფორმირებული სადინარი.

მრავალჯერადი გამწვავების შემდეგ პროცესი გადადის *საბოლოო სტადიაში*, როდესაც ადგილი აქვს სანერწყვე ჯირკვლის მუდმივ, მნიშვნელოვან შესიებას, ჩირქოვან გამონადენს სადინრიდან. ზოგჯერ ჯირკვლის შესიება და გამკვრივება ვითარდება თანდათანობით განმეორებითი გამწვავებების გარეშე. ვითარდება როგორც სიალადენიტის, ისე სიალოდოხიტის მოვლენები. ზოგჯერ შესაძლებელი ხდება პალპაციით კენჭის ადგილსამყოფელის მიგნება (უფრო ხშირად სადინარში). უფრო ხშირად ადგილი აქვს ჩხვლეტითი ხასიათის ტკივილებს.

სიალოგრამაზე, თუ კენჭი მდებარეობს სანერწყვე ჯირკვალში, მას გარს ევლება საკონტრასტო მასა. ჯირკვლის სადინრები გაფართოებული და დეფორმირებული არიან. პარენქიმის რენტ-



სურ. 80. სიალოგრამა. კენჭი ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში.

გენოლოგიური სურათი (სურ. 80). წაშლილია. თუ კენჭი მდებარეობს მთავარი სადინრის და ჯირკვლის საზღვარზე, გაფართოებულია პირველი, მეორე, მესამე რიგის სადინრები, მთავარი სადინარი შეუცვლელია. თუ კენჭი მდებარეობს სადინრის წინა ნაწილში, მაშინ გაფართოებულია მთავარი სადინრის უკანა ნაწილები და პირველი და მეორე რიგის სადინრები.

ნერწყვკენჭოვანი დაავადების **კლინიკური** სურათის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს კენჭის ლოკალიზაციას. ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სადინრის (ვართონის სადინარი) წინა და შუა ნაწილში კენჭის მდებარეობისას ენის ქვეშა არე სადინრის საპროექციოდ შესიებულია, ენა აწეული და გადაწეული მოპირდაპირე მხარეს, პირის გაღება შეზღუდულია. ამ დროს სანერწყვე გზების ანთების გამწვავებას შეიძლება მოჰყვეს ყბა-ენის ღარის აბსცესი ან პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონა. ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის და მისი სადინრის საზღვარზე კენჭის მდებარეობისას მწვავე ანთება მძიმედ მიმდინარეობს: სწრაფად იზრდება ჯირკვლის მოცულობა, იზღუდება პირის გაღება, ძნელდება ყლაპვა, იზრდება სხეულის ტემპერატურა 38-39^{0}C-მდე. ენის ქვეშა არე ვართონის სადინრის საპროექციოდ შესიებულია. სადინრიდან გამონადენი არ არის.

ჯირკვლის სისქეში, სანამ კენჭი მცირე ზომისაა, იგი ხელს არ უშლის ნერწყვის გამოყოფას. კენჭის ზრდასთან ერთად მატულობს შეკავებული ნერწყვის რაოდენობა, რაც იწვევს ჯირკვლის შესიებას. შესიება მატულობს საკვების (უფრო მეტად მჟავე და მარილიანი) მიღებისას, როდესაც ნერწყვის წარმოქმნა რეფლექსურად იზრდება. საკვების მიღების შემდეგ, როდესაც ნერწყვის წარმოქმნა მცირდება, შეკავებული ნერწყვი კენჭის მიუხედავად თანდათან გამოიყოფა და შესიება ცხრება. კენჭის შემდგომი ზრდა იწვევს სადინრის სრულ დახშობას და ვითარდება ჩხვლეტითი

ტკივილები (colique salivaire). ჯირკვალში ვითარდება ანთებითი პროცესი, შემდგომი დაჩირქებით; ჩირქი ჯირკვლიდან შეიძლება გავრცელდეს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში. ანთებითი მოვლენები ჯირკვალში ქმნის ნაწიბუროვან გადაგვარებას, რაც ახალი კენჭების წყაროდ იქცევა.

ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის სადინარში კენჭის ლოკალიზაციის დროს აღინიშნება ტკივილები ლოყის არეში, რომელიც ვრცელდება ყურსა და საფეთქელში; ვითარდება შესიება ყურის წინა არეში საკვების მიღების ან შეხედვისას. პირის გაღება მტკივნეულია. ლორწოიანი გარსი სტენონის სადინრის შესასვლელთან ჰიპერემიული და შეშუპებულია.

ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სადინარში (ბართოლინის) კენჭის ლოკალიზაციის დროს, ენის ქვეშ, ენის ლაგამთან აღინიშნება შვერილი, ლორწოიანი ამ არეში ჰიპერემიულია, ენის მოძრაობა გაძნელებული.

ნერწყვკენჭოვანი დაავადების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზს. თუ საკვების მიღების დროს ადგილი აქვს ჯირკვლის შესიებას, რომელიც მალე ცხრება, საკვების მიღების შემდეგ უნდა ვიფიქროთ კენჭის არსებობაზე სანერწყვე ჯირკვალში ან სადინარში. ამავე დროს ადგილი აქვს შესიებას, პირის ღრუში სადინრის შესასვლელის არეში. ლორწოიანი ჰიპერემიულია. სადინრიდან ან საერთოდ არ გამოიყოფა ნერწყვი ან მიიღება შემღვრეული, ზოგჯერ ჩირქნარევი ნერწყვი. ხშირად სადინარში პალპაციით შეიგრძნობა კენჭი. იგი შეიძლება აღმოჩენილი იქნას ზონდირებითაც. დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე კარგად ჩანს კენჭი, მისი ლოკალიზაცია, ფორმა, ზომა. არაკონტრასტული კენჭი მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე არ ჩანს. არაკონტრასტული კონკრემენტების გამოსავლენად, აგრეთვე სათანადო სანერწყვე ჯირკვალში პათოლოგიური ცვლილებების ხარისხის შესაფასებლად, აუცილებელია სიალოგრაფია, რენტგენოგრაფია სანერწყვე ჯირკვალში მისი სადინრიდან საკონტრასტო მასის (იოდოლიპოლი) შეყვანის შემდეგ. სიალოგრამაზე ნერწყვკენჭოვანი დაავადების დროს ვლინდება სადინრის გაფართოება ან დახშობა და ავსების დეფექტი. არაკონტრასტული კონკრემენტის შემთხვევაში ვლინდება ოპტიკური სიცარიელე. ჯირკვლის პარენქიმაში — ქრონიკული ანთებითი პროცესისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები.

მკურნალობა. ნერწყვკენჭოვანი დაავადების სამკურნალო ღონისძიებები განისაზღვრება კენჭის ლოკალიზაციითა და ჯირკვალში ანთებითი მოვლენების ხასიათით. მწვავე ან გამწვავებული ანთებითი პროცესების დროს მკურნალობა უნდა წარიმართოს მწვავე ანთებითი მოვლენების მოხსნის მიმართულებით. ამ მიზნით გამოიყენება ანტიბიოტიკები, ნოვოკაინით ბლოკადები, ნერწყვის გამოყოფის სტიმულაცია, მთავარი სანერწყვე სადინრის გამორეცხვა ანტისეპტიკებით. ამ ღონისძიებებითა და სანერწყვე სადინრის მასაჟით მთავარ სადინარში არსებული მცირე ზომის კონკრემენტი შეიძლება თვითნებურად გამოვიდეს სადინრიდან. აბსცედირების შემთხვევაში ხსნიან მას ქირურგიული გზით. რამდენადაც აბსცესი ვითარდება კენჭის ლოკალიზაციის არეში, ქირურგიულ მანიპულაციას შეიძლება დაერთოს კენჭის გამოყოფაც.

ვართონის სადინრიდან კენჭის *ამოღება* ხდება პირშიგნითა მიდგომით. თუ კენჭი მდებარეობს სადინრის წინა ნაწილში, კენჭის უკან სადინარზე დროებით ადებენ ლიგატურას, რაც ხელს უშლის კენჭის უკან, ჯირკვლის მიმართულებით გადანაცვლებას. ამასთან, ლიგატურით შეგვიძლია სადინრის აწევა და დაფიქსირება, რაც აიოლებს ქირურგიულ ჩარევას. ლიგატურის მაგიერ შეიძლება რომელიმე შესაფერისი ქირურგიული ინსტრუმენტის გამოყენება. ამავე დროს ასისტენტი ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის მიდამოს აწვება ზემოთ. ტარდება განაკვეთი პირის ღრუს ფსკერის ლორწოიან გარსზე სადინრის გასწვრივ, კენჭის ლოკალიზაციის არეში. ზოგჯერ კენჭი მნიშვნელოვნადაა ფიქსირებული შემაერთებელქსოვილოვანი შრეებით. მისი გაკვეთის შემდეგ კენჭს თავისუფლად იღებენ. ჯირკვლის გარედან აწევის შემთხვევაში ენის არტერია და ნერვი თავისი ტოტებით გადაწეულია მედიალურად, რის გამოც მათი დაზიანების საფრთხე ტექნიკურად სწორი განაკვეთის შემთხვევაში არ არსებობს. უფრო ხშირად კენჭი მდებარეობს სადინრის დისტალურ ნაწილში ჯირკვლის საზღვარზე ან იქ, სადაც ის იხრება და მიემართება ზევით, ყბა-ენის კუნთის უკანა კიდის ახლოს. აქ მიდგომა უფრო ძნელია (სადინარი ღრმად მდებარეობს, ხშირად პირის გაღება გაძნელებულია, პაციენტს უვითარდება ღებინების რეფლექსი), მაგრამ ზემოაღნიშნული მეთოდიკის მოთხოვნების დაცვით (განსაკუთრებით საჭიროა ასისტენტი თითებით აწვებოდეს ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალს ზევით) კენჭის ამოღება მნიშვნელოვან სიძნელეს არ წარმოადგენს. ოპერაციის

შემდეგ ჭრილობა არ იკერება, ხდება მისი დრენირება თხელი რეზინის დრენაჟით ან ფილთით.

ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის პარენქიმის ზედა ნაწილში მდებარე კონკრემენტის ამოღებაც ხდება პირშიგნითა მიდგომით, ენის ქვეშა მიდამოს დისტალურ ნაწილში გატარებული განაკვეთით.

ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის პარენქიმის სიღრმიდან კენჭის ამოღება ხდება პირგარეთა მიდგომით. განაკვეთი ტარდება კანზე ჯირკვლის საპროექციო არეში ქვედა ყბის ქვედა კიდის პარალელურად და მის ქვევით 2-3 სმ დაცილებით. იკვეთება კანი, კანქვეშა ცხიმი, ფასცია, ჯირკვალი. კენჭის ამოღების შემდეგ ჭრილობა იკერება შრეობრივად. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სანერწყვე ხვრელარხის წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად სალივაციის შემცირების მიზნით პაციენტებს საკვების მიღებამდე ნახევარი საათით ადრე უნიშნავენ ატროპინის სულფატის 0,1%-იანი ხსნარის 5-8 წვეთს ან ბელადონას ნაყენის 8 წვეთს, უმარილო დიეტასთან ერთად. ჭრილობას ახვევენ დამწოლი ნახვევით.

ასევე, ყბაყურა ჯირკვლის სადინრიდან (სტენონის) კენჭის ამოღება ხდება პირშიგნითა, ხოლო პარენქიმიდან პირგარეთა მიდგომით. ორიენტაციისათვის წინასწარ შეყავთ სადინარში წვრილი ზონდი, რომელსაც ნაკერით აფიქსირებენ ლორწოიან გარსზე.

კენჭის ამოღების შემდეგ ავადმყოფებს ენიშნებათ ანტიბიოტიკები, რბილი საკვები. პირშიგნითა მიდგომით კენჭის ამოღების შემთხვევაში მიზანშეწონილია ნერწყვდენის სტიმულირება (პილოკარპინი, მჟავე დიეტა), პირგარეთა ჩარევის შემთხვევაში, ხვრელარხის განვითარების თავიდან ასაცილებლად, პირიქით, უმარილო დიეტა, დამწოლი ნახვევი, ატროპინიზაცია. ჯირკვლის ექსტირპაციის შემთხვევაში — ანტიბიოტიკოთერაპია.

ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში მრავლობითი კონკრემენტის არსებობისას, აგრეთვე შორს წასული ქრონიკული ანთების დროს, მიზანშეწონილია ჯირკვლის ფუნქციის შეწყვეტა. ამ მიზნით მოწოდებულია სტენონის სადინრის გადაკვანძა, აგრეთვე ყურსაფეთქლის ნერვის გადაკვანძა, რომელიც ახორციელებს ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის სეკრეტორულ ინერვაციას. მიმართავენ რენტგენოდასხივებასაც.

კენჭის ამოღებას ზოგჯერ ახლავს გართულებები. სადინრიდან კენჭის ამოღების შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს სადინრის შევიწროება ან ობლიტერაცია. ასეთ დროს აკეთებენ სადინრის

ბუჟირებას ან პლასტიკას. უშედეგობის შემთხვევაში იღებენ ჯირკვალს.

ყბის ქვეშა ჯირკვლის მრავლობითი კონკრემენტები, ნერწყვკენჭოვანი დაავადების რეციდივები, ჯირკვლის სტრუქტურის წაშლილი სურათი სიალოგრამაზე, კენჭის ამოღების შემდეგ ჯირკვალში ანთებითი პროცესის ხანგრძლივი დროით შენარჩუნება, ყოველივე ეს ჯირკვლის ექსტირპაციის ჩვენებებია.

ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ამოკვეთა. ზოგადი ან ადგილობრივი ანესთეზიით ტარდება 5-6 სმ სიგრძის განაკვეთი ყბის ქვეშა მიდამოში, ქვედა ყბის ქვედა კიდის პარალელურად და მისგან ქვევით 2-3 სმ დაცილებით. იკვეთება კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, პლატიზმა, კისრის ფასცია. ფასციის ქვეშ მდებარე ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალს ჩლუნგი გათიშვით აშორებენ ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებს. თუ ჯირკვალი შეხორცებულია (ანთებითი პროცესის გამო) მიმდებარე ქსოვილებთან, საჭიროა გავუფრთხილდეთ და არ დავაზიანოთ ირგვლივმდებარე სისხლის ძარღვები და ნერვები. ხშირად ჯირკვალი შეხორცებულია ყბაინის კუნთის უკანა კიდესთან. ხდება მათი განცალკავება. ჯირკვლის უკანა პოლუსთან შიგნითა ზედაპირზე მდებარეობს სახის ზედაპირული არტერია, ხოლო გარეთა ზედაპირზე — სახის წინა ვენა. მათი განცალკავება ხშირად შეუძლებელი ხდება მკვრივი ნაწიბუროვანი შეხორცების გამო. ამიტომ ხშირად ხდება მათი გადაკვანძა და გადაკვეთა ორ წერტილში — სანერწყვე ჯირკვლის ზემოთ და ქვემოთ. განსაკუთრებული ყურადღებაა საჭირო, რომ არ დავაზიანოთ ჯირკვლის ქვემოთ და გარეთ მდებარე ენის ქვეშა და ზევით და გარეთ მდებარე ენის ნერვი. ორივე ნერვსა და ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალს შორის მდებარეობს ჯირკვლის ფასცია, რომელიც იქმნება კისრის მეორე ფასციისაგან. შემდეგ ათავისუფლებენ ვართონის სადინარს. საჭიროა მისი გარჩევა ენისა და ენა-ხახის ნერვებისაგან, რომლებიც შეხორცებითი პროცესების შემთხვევაში თავსდებიან ვართონის სადინრის ახლოს. სადინრის გამორჩევას ხელს უწყობს ოპერაციის დროს სადინარსა და ჯირკვალში ქლოროფილით, მეთილენის ლურჯით ან ბრილიანტის მწვანით მწვანედ ან ლურჯად შეღებილი იოდოლიპოლის შეყვანა. ამავე მიზნით მიმართავენ ოპერაციის წინ ვართონის სადინრის გადაკვანძას მის პერიფერიულ ბოლოში. ზემოაღნიშნული ღონისძიებების წყალობით ვართონის სადინარი ადვილი გამოსაცნობია. მას გადაკვანძავენ და გადაკვეთენ. ტაკვ

ამუშავებენ იოდით. ჭრილობა იკერება შრეობრივად. ჭრილობაში ორი დღით თავსდება დრენაჟი.

ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ექსტარპაციის შემდეგ სადინრის კულტში ან რბილ ქსოვილებში კენჭის დარჩენა იწვევს ოპერაციამდე არსებული პათოლოგიური მდგომარეობის შენარჩუნებას. განმეორებითი ოპერაციით კენჭის ამოღება იწვევს პათოლოგიური პროცესის შეწყვეტას. ენის ქვეშა ნერვის დაზიანება იწვევს ენის კუნთების პარეზს, ენის გადაწევით ჭრილობის მხარეზე. ენის ნერვის დაზიანება იწვევს ენის შესაბამისი ნახევრის მგრძნობელობის მოშლას.

სანერწყვე ჯირკვლების ტრავმული დაზიანება

სანერწყვე ჯირკვლების ტრავმული დაზიანებებიდან არჩევენ ჯირკვლების დაჟეჟილობას, ჭრილობებს ჯირკვლების არეში, სანერწყვე ჯირკვლების ხვრელარხებს, სანერწყვე სადინრის ტრავმულ ობლიტერაციას და სანერწყვე ჯირკვლის ტრავმულ კისტას.

სანერწყვე ჯირკვლების დაჟეჟილობას ადგილი აქვს არა მარტო სახის ძვლების მოტეხილობის დროს, არამედ სახის რბილი ქსოვილების ნებისმიერი კონტუზიის დროს. უფრო ხშირად ზიანდება ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლები. აღნიშნული ტრავმული დაზიანება ხშირად რჩება გამოუცნობი. არის მონაცემები, რომლებიც მიუთითებენ, რომ ყბების ძვლების მოტეხილობის და სახის რბილი ქსოვილების დაჟეჟილობის დროს სიალოგრამებზე ხშირად ვლინდება სანერწყვე ჯირკვლების დაზიანება. ამ დროს ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს, რასაც იწვევს სისხლის ჩაქცევა სანერწყვე ჯირკვალში. ჰემატომა და შეშუპება იწვევს სანერწყვე სადინრების გაჭყლეტას, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ნერწყვის შეკავებას. ნერწყვის შეკავებას იწვევს აგრეთვე ტრავმის შედეგად სანერწყვე სადინრების გაგლეჯა. სანერწყვე ჯირკვლების დაჟეჟილობის საწყის ფაზაში ჯირკვალზე ზედაწოლით სანერწყვე სადინრიდან შეიძლება გამოიყოს სისხლი.

სანერწყვე ჯირკვლების დაჟეჟილობის დროს სიალოგრამაზე ჩანს სანერწყვე სადინრების დაზიანება, გაჭყლეტა და ნერწყვის დაგროვების შედეგად წარმოშობილი ცისტერნები.

ნერწყვის გამოყოფის დარღვევა ქმნის სანერწყვე ჯირკვალში პირის ღრუდან აღმავალი ინფექციის გავრცელების შესაძლებლ

ბას. ვითარდება ქრონიკული სიალადენიტის კლინიკური სურათი, ანთებითმა რეაქციამ შეიძლება გამოიწვიოს საერთო სანერწყვე სადინრის შევიწროება, რასაც მოსდევს რეციდიული ქრონიკული სიალადენიტის განვითარება.

მკურნალობა. აუცილებელია დაქეჭილობის პირველსავე დღეს დაენიშნოს ანტიბიოტიკები, ნერწყვის დენის სტიმულაცია და პირის ღრუს ირიგაცია ანტისეპტიკებით აღმავალი ინფექციის ჯირკვალში გავრცელების დასამუხრუჭებლად. პირველ ორ დღეს მიზანშეწონილია დაქეჭილობის არეში ცივი საფენები, შემდგომში სათბუნები.

სანერწყვე ჯირკვლების ღია ჭრილობები, გარდა საყოფაცხოვრებო ტრავმისა, შეიძლება გამოიწვიოს ოპერაციულმა ჩარევებმა (ფლეგმონის გახსნა, ოპერაციები ქვედა ყბის სხეულისა და ტოტის არეში, ოპერაციები სანერწყვე ჯირკვალზე — კენჭის ან სიმსივნის ამოღებისას). უფრო ხშირად (98%) ზიანდება ყბაყურა ჯირკვლები. არჩევენ სამი სახის ღია ჭრილობას ყბაყურა ჯირკვლის არეში: ჯირკვლის უკანა ნაწილში, შუა ნაწილში და წინა კიდეზე. უკანა ჭრილობების დროს მნიშვნელოვანი მომენტია სახის ნერვის დაზიანება და ძლიერი სისხლის დენა. ნერვის გადაჭრილი ბოლოები უნდა მოინახოს და შეიკეროს, სისხლის დენის შესაჩერებლად კი გადაიკვანძოს გარეთა საძილე არტერია ენის ტოტსა და ფარისებრ ზედა ტოტს შორის.

ყბაყურა ჯირკვლის შუა ნაწილში არსებული ჭრილობა აზიანებს სახის ნერვის ცალკეულ ტოტებს და ჯირკვლის პარენქიმას მრავალრიცხოვანი წვრილი სადინრების გადაჭრით. ნერვის დაზიანებულ ტოტებს კერავენ. წვრილი სადინრების დაზიანება რაიმე გაასაკუთრებულ ღონისძიებებს არ თხოულობს. აქ აუცილებელია ჭრილობის შრეობრივი შეკერვა. განსაკუთრებით გულმოდგინედ უნდა შეიკეროს ჯირკვლის კაფსულა.

ყბაყურა ჯირკვლის წინა ნაწილის ჭრილობები ხშირად თანდართულნი არიან სტენონის სადინრის დაზიანებით, რის გამოც ნერწყვმა შეიძლება იდინოს გარეთ, ხოლო დანაწიბურებისას შეიძლება განვითარდეს სადინრის შევიწროება, ყბაყურა ჯირკვლის ქრონიკული შეშუპებითა და რეციდიული ჩირქოვანი პაროტიტის განვითარებით.

თუ სადინარი გადაჭრილია გარედან (კანის მხრიდან), მონახავენ ბოლოებს და შეკერავენ. ამისათვის სტენონის სადინრის გამოსავალ ხვრელში შეაქვთ წვრილი ზონდი, რომელსაც გაატარებენ

აგრეთვე სადინრის გადაკვეთილ ზედა (უკანა) ბოლოში, რომლის მონახვა ყოველთვის იოლია, რადგან მისგან გამოიყოფა ნერწყვი, განსაკუთრებით ჯირკვალზე ზედაწოლისას. ატრავმული ნემსით ზონდის ირგვლივ იკერება სტენონის სადინრის გადაჭრილი ბოლოები. თუ ეს არ ხერხდება, სადინრის გადაჭრილ ზედა ბოლოს შეიტანენ პირის ღრუში და ჩააკერებენ ლორწოიან გარსს.

იგივე წესით ხდება სტენონის სადინრის რეკონსტრუქცია, თუ იგი შევიწროებულია ნაწიბურით. მიმართავენ სადინრის ბუჟირებასაც. თუ ნაწიბუროვანმა შევიწროებამ გამოიწვია მძიმე ცვლილებები ჯირკვლის ფუნქციის მნიშვნელოვანი დაქვეითებით, უმჯობესია ჯირკვლის ლიკვიდაცია.

ყბაყურა ჯირკვლის ტრავმის შედეგად შეიძლება განვითარდეს რეტენციული ტრავმული კისტა, რომელიც კლინიკური ნიშნებით ჰგავს სანერწყვე ჯირკვლის ნებისმიერი წარმოშობის კისტას, იმ განსხვავებით, რომ კანზე ან ლორწოიან გარსზე არის ნაწიბურები — გადატანილი ტრავმის კვალი. სიალოგრამაზე ჩანს ავსების დეფექტი. ასეთ შემთხვევაში პირის ღრუს მხრიდან კეთდება კისტის პუნქცია და მისი შიგთავსის გამოღება (გამჭვირვალე სითხე — ნერწყვი). საპუნქციო ნემსის საპროექციოდ ქმნიან ხელოვნურ სადინარს.

სანერწყვე ჯირკვლის ხვრელარხი ვითარდება ტრავმის, აგრეთვე ქირურგიული ჩარევის შედეგად. ყბაყურა საღეჭი მიდამოს ჭრილობებიდან 57%-ში ვითარდება სანერწყვე ხვრელარხი. არჩევენ გარეთა ხვრელარხს, რომელიც იხსნება კანზე და შიგნითას, რომელიც იხსნება პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე. შიგნითა ხვრელარხი არავითარ მავნე მოქმედებას არ ახდენს და მკურნალობას არ საჭიროებს. გარეთა ხვრელარხით გამოყოფილი ნერწყვი კი მუდმივად ასველებს კანს, იწვევს მის მაცერაციას, დერმატიტს. ამას გარდა, ხვრელარხები იყოფიან სრულ და არასრულ ხვრელარხებად. სრული ხვრელარხის დროს სადინარი გაწყვეტილია, ჯირკვლის კავშირი გამომტანი სადინრის პერიფერიულ ბოლოსთან არ არსებობს და მთელი ნერწყვი გამოიყოფა ხვრელარხიდან. არასრული ხვრელარხის დროს ადგილი აქვს სადინრის კედლის ნაწილობრივ (არასრულ) დაზიანებას. ამ დროს ნერწყვის ნაწილი მუდმივად გამოიყოფა ბუნებრივი სადინრიდან, ნაწილი — ხვრელარხიდან. ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ ყბაყურა ჯირკვლის წინა და უკანა ხვრელარხებს. საერთოდ, ყბის ქვეშა და მითუმეტეს ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების ხვრელარხი იშვიათობაა.

უკანა ხვრელარხი მოდის პარენქიმიდან და მდებარეობს ნაწიბურებში ყურის ნიჟარის წინ, ქვევით ან უკან. ისინი გამოყოფენ ნერწყვის უმნიშვნელო რაოდენობას და მისი მკურნალობა არ არის რთული. წინა ხვრელარხის დროს დაზიანებულია ერთ-ერთი მსხვილი ან მთავარი სანერწყვე სადინარი.

დიაგნოსტიკის მიზნით იყენებენ სადინრის ზონდირებას, სადინარში შეღებილი სითხის (მეთილენის ლურჯი, ბრილიანტის მწვანე) ან შეღებილი საკონტრასტო ნივთიერების (იოდოლიპოლისა და ქლოროფილის 20%-იანი ზეთოვანი ხსნარის ნარევი) შეყვანა. უფრო ზუსტ ინფორმაციას გვაწვდის სიალოგრაფია. ხვრელარხში შეყვანილი საკონტრასტო მასა გამოიყოფა პირის ღრუში სანერწყვე სადინრით და პირიქით. არასრული ხვრელარხის დროს, როგორც ხვრელარხიდან, ისე მთავარი სადინრიდან შეყვანილი საკონტრასტო მასა ავსებს სანერწყვე ჯირკვალს. სრული ხვრელარხის დროს ხვრელარხში შეყვანილი საკონტრასტო მასა ავსებს მასთან დაკავშირებულ ჯირკვალს ან მის ნაწილს და არ გამოიყოფა პირის ღრუში. სადინარში შეყვანილი იოდოლიპოლი ავსებს ან მის პერიფერიულ ნაწილს, ან მასთან დაკავშირებულ ჯირკვლის წილაკებს.

მკურნალობა. არასრული ხვრელარხის დროს ზოგჯერ საკმარისია ხვრელარხზე ზედაწოლა (დამწოლი ნახვევი), ნერწყვის გამოყოფის დამუხრუჭება (ატროპინიზაცია) და უმარილო დიეტა; სხვა შემთხვევაში ხვრელარხს ამოკვეთენ და ჭრილობას ყრუდ შეკერავენ. ამასთან, სიმაგრისათვის ჯირკვლის ფასციას დააკერებენ ტრანსპლანტატს fascia lata-საგან. საპოჭკოვი ხვრელარხის ამოკვეთის შემდეგ ჯირკვლის ფასციაზე ადებს ქისისებრ ნაკერს და ყრუდ კვანძავს, ხურავს რა მას კანით, რომელსაც ედება კვანძოვანი ნაკერი. ა.ლიმბერგი იყენებს კანის ადგილობრივ პლასტიკას შემხვედრი სამკუთხედებით. ზოგჯერ საკმარისია ხვრელარხის კონცენტრირებული კარბოლის მჟავით მოწვა, ან ირგვლივმდებარე ქსოვილების სკლეროზირება (სპირტით).

სრული ხვრელარხის დროს ყველაზე მარტივი მეთოდია სადინრის გადაკვეთილი ბოლოების შეკერვა (მეთოდი აღწერილია ზემოთ). უფრო საიმედოა გარეთა ხვრელარხის გარდაქმნა შიგნითა ხვრელარხად. ამ მიზნით ხვრელარხს, კანის მიმდებარე ნაწილებთან ერთად, პრეპარაციის შემდეგ გადაადგილებენ და ჩააკერებენ პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე შექმნილ განაკვეთში.

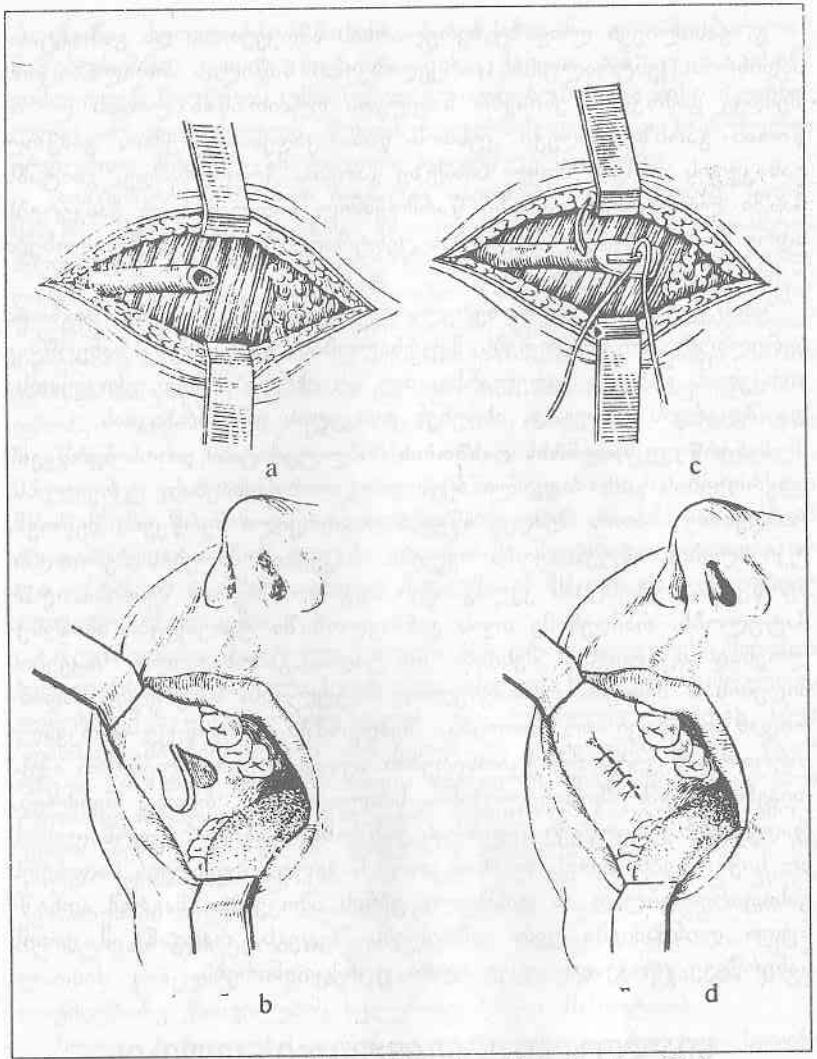
გ. ვასილიევი ლოყაზე ხვრელარხის ამოკვეთისა და გამომტანი სადინრის ცენტრალური (ჯირკვლისკენა) ნაწილის მობილიზაციის შემდეგ გამოჭრის უნისებრ ნაფლეთს ფუძით წინ ლოყის ლორწოიან გარსზე საღეჭი კუნთის წინა კიდესთან. ქმნის გამჭოლ განაკვეთს ლოყის მთელ სისქეზე გარეთა ჭრილობამდე, გაიტანს მასში ლორწოიან გარსზე წარმოქმნილ ნაფლეთს და ჩააკერებს ადრე მობილიზებულ სადინრის ცენტრალურ ნაწილს. ჭრილობები იკერება ყრუდ (სურ. 81).

ყბის ქვეშა ჯირკვლის ხვრელარხი იშვიათად გვხვდება. შიგნითა ხვრელარხი არ საჭიროებს მკურნალობას. ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის გარეთა ხვრელარხი, თუ არ იხურება მისი ამოკვეთისა და შეკერვის შედეგად, ახდენენ ჯირკვლის ექსტირპაციას.

სანერწყვე სადინრის დახშობის *(ობლიტერაცია)* დროს ნერწყვის დაგროვების გამო ადგილი აქვს ჯირკვლის შესიებას, ტკივილებს, რამდენიმე საათის შემდეგ იწყება დაგროვილი ნერწყვის შეწოვა, ტკივილების ინტენსივობა იკლებს. საკვების მიღების პერიოდში ნერწყვის რეტენციას კვლავ აქვს ადგილი, მაგრამ შესიება აღარ მატულობს. რამდენიმე თვის განმავლობაში ტკივილები მნიშვნელოვნად მცირდება. შესიება სუსტადაა გამოხატული. საკვების მიღებისას შესიება უმნიშვნელოდ მატულობს. სანერწყვე სადინრიდან ნერწყვი არ მიიღება. შემდგომში სანერწყვე ჯირკვალი საერთოდ წყვეტს ფუნქციონირებას. ავადმყოფს ჩივილები არ აქვს. დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანია სიალოგრაფია, რითაც შეიძლება დადგინდეს სანერწყვე სადინრის დახშობის ადგილი. მკურნალობას არ საჭიროებს. ზოგს მიაჩნია, რომ საჭიროა ბუჟირება სადინრის გასაფართოებლად ან დახშული უბნის ამოკვეთა, მაგრამ აღნიშნული ღონისძიება ვერ გამოიღებს შედეგს, რადგან ამ დროს სანერწყვე ჯირკვალი უკვე აღარ ფუნქციონირებს.

სიალოზები (სანერწყვე ჯირკვლების რეაქტიულ-დისტროფიული ცვლილებები)

სიალოზებისათვის დამახასიათებელია დიდი სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკული ან რეციდიული უმტკივნეულო ან ნაკლებმტკივნეული შეშუპება, სეკრეტორული ფუნქციის მოშლა. შეშუპება,



სურ. 81. ყბაყურა სანერწყვე ჯირკლის გამომტანი სადინრის აღდგენა გ.ვასილიევის წესით: a — ლოყაზე განაკვეთით მობილიზებულია სტენონის სადინრის პერიფერიული ნაწილი; b — ლოყის შიგნითა ზედაპირზე წარმოქმნილია ენისებრი ნაფლეთი; c — ენისებრი ნაფლეთი გატანილია კანის მხარეს და მიკერებულია სადინრის კედელზე; d — ლოყის ლორწოიანის ჭრილობა შეკერილია.



სურ. 82. მიკულიჩის დაავადება მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ.

როგორც წესი, ორმხრივია და ძირითადად ვითარდება ყბაყურა სანერწყვე ჯირკლებში. თვლიან, რომ სიალოზები სანერწყვე ჯირკლებში ვითარდებიან ზოგადი დაავადებების ფონზე და წარმოადგენენ რეაქტიული ხასიათის დაავადებებს. შეიძლება სიალოზის დროს ზოგადი დაავადება არ ვლინდებოდეს. ასეთ შემთხვევაში თვლიან, რომ ადამიანის ორგანიზმი იმყოფება დაავადების გამოვლენის წინა პერიოდში.

გამომწვევი მიზეზების გათვალისწინებით სიალოზებს ყოფენ რამდენიმე ჯგუფად:

1. უპირატესად ალერგიული წარმოშობის სიალოზები;
2. უპირატესად ჰორმონული წარმოშობის სიალოზები;
3. ნეიროგენული სიალოზები;
4. არასაკმაო კვებასთან დაკავშირებული სიალოზები.

სიალოზები ხასიათდებიან ხანგრძლივი მიმდინარეობით. ნივთიერებათა ცვლის მოშლა ორგანიზმში იწვევს უპირველესად ჯირკვლის პარენქიმის, შემდეგ კი ინტერსტიციალური ქსოვილის ცვლილებებს. შემდგომში სანერწყვე ჯირკვლების სეკრეტორული ფუნქციის დაქვეითების შედეგად ვითარდება აღმავალი ინფექცია. შეიძლება განვითარდეს როგორც ქრონიკული, ისე მწვავე ანთებითი მოვლენები, უარეს შემთხვევაში კი ჩირქოვანი ანთება.

ალერგიული ხასიათის დაავადებები, რომლის ფონზე შეიძლება განვითარდეს სიალოზები, არიან კოლაგენოზები (წითელი მგლურა, გენერალიზებული სკლეროდერმია და პოლიართრიტი), აგრეთვე ზოგიერთი სამკურნალო პრეპარატის მიღებით განპირობებული ალერგიული რეაქცია, რომელიც უპირველესად აზიანებს მცირე სანერწყვე ჯირკვლებს. ესაა ანტიბიოტიკები (პენიცილინი), სიცხის დამწევი საშუალებები (ასპირინი), მიზეზი შეიძლება გახდეს საკვები ალერგენიც.

მიკულიჩის დაავადება (აღწერა გერმანელმა ქირურგმა მიკულიჩმა 1892 წ.) — ეს არის საცრემლე, ყბაყურა და უფრო იშვიათად ყბის ქვეშა ჯირკვლების სიმეტრიული, ნელი და უმტკივნეულო ზრდა. ყბაყურა ჯირკვლების გადიდება უფრო მნიშვნელოვანია (სურ. 82). შეიძლება დაზიანდნენ მცირე სანერწყვე ჯირკვლებიც. დაავადება ყოველთვის იწყება ყბაყურა ჯირკვლის შესიებით და შემდეგ შეიძლება გავრცელდეს სხვა ჯირკვლებზეც, ან შეჩერდეს ერთი ჯგუფის ჯირკვლებზე. დაავადებული ჯირკვლიდან ნერწყვის გამოყოფა მცირდება და შეიძლება საერთოდ შეწყდეს. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა არ იცვლება ქსეროსტომიისა და დაავადებულ ჯირკვალში მეორადი ანთებითი მოვლენების განვითარებამდე. ქსეროსტომიასთან ერთად ვითარდება თვალის სიმშრალე. თვალის ნაპრალი შევიწროებულია ზედა ქუთუთოს დაშვების გამო. გადიდებული სანერწყვე ჯირკვლები მკვრივია, უმტკივნეულო. კანი ამ არეში თავისუფალი, ფერშეუცვლელი.

მიკროსკოპულად აღინიშნება სანერწყვე და საცრემლე ჯირკვლების სტრომის ინფილტრაცია ლიმფოიდური უჯრედებით, პარენქიმის ატროფია და ეპითელური და მიოეპითელური უჯრედების სადინარშიდა ინფილტრაცია ე.წ. მიოეპითელური კუნთულაძების წარმოშობით.

სიალოგრამაზე, დასაწყის ფაზაში, აღინიშნება წვრილი სადინრების ავსების დეფექტი ლიმფოიდური ქსოვილით ზედაწოლის გამო. პირველი რიგის სადინრები ჯერჯერობით უცვლელია. უფრო გვიან ჯირკვლის პარენქიმის კვდომის, დანაწევრებისა და ლიმფოიდური ქსოვილის გავრცელების კვალობაზე ჩანს მეტნაკლებად დიდი ღრუების ავსება საკონტრასტო მასით. სტენონის სადინარი გაფართოებულია.

დიაგნოსტიკა - ანამნეზისა და კლინიკური მონაცემების, აგრეთვე ბიოფსიური მასალის მიკროსკოპიული გამოკვლევის საფუძველზე.

მიკულიჩის დაავადება უნდა გავარჩიოთ **მიკულიჩის სინდრომისაგან**, რომლის დროსაც სანერწყვე და საცრემლე ჯირკვლების გადიდების მიზეზები ცნობილია. ეს არის ზოგადი დაავადებების (ლიმფოგრანულომატოზი, ლეიკოზი, ლიმფოსარკომა, ტუბერკულოზური ლიმფადენიტი, სიფილისი, კიბო) გამოვლინება, რომლებიც აზიანებენ უპირატესად ლიმფურ აპარატს. *სიალოგრამა* მიკულიჩის სინდრომის დროს შეიძლება იყოს ნორმალური ან ავსების დეფექტით, რაც გამოწვეულია სადინრებს გარეთ არსებული წარმონაქმნებით ზედაწოლით.

მკურნალობა. საწყის სტადიებში კარგ შედეგებს იძლევა რენტგენოთერაპია. შორსწასულ შემთხვევებში იგი ნაკლებეფექტურია. ზოგჯერ კარგ შედეგებს იძლევა პეროორალურად კალიუმის იოდიდისა და დარიშხანის პრეპარატების მიღება, კალიუმის იოდიდის ელექტროფორეზი, გალვანიზაცია. იყენებენ ნოვოკაინის ბლოკადას. სეკრეტორული ფუნქციის გასაძლიერებლად იყენებენ გალანტამინს. ჯირკვალში მეორადი ინფექციის გავრცელების შემთხვევაში ატარებენ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას.

პროგნოზი დაავადების საწყის ფაზებში კარგია. გენერალიზებული ლიმფომატოზის დროს — არაკეთილსასურველი.

შეგრენის დაავადება (დაავადების სიმპტომები პირველად აღწერა შვედმა ოფთალმოლოგმა შეგრენმა, მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოს) არის სისტემური, აუტოიმუნური დაავადება, რომელსაც ახასიათებს ლორწოიანი გარსების სიმშრალე, რაც განპირობებულია ეკზოკრინული ჯირკვლების ლიმფოიდური ინფილტრაციით. ლიმფოიდური ინფილტრაცია მრავალ შემთხვევაში იღებს გენერალიზებულ ხასიათს.

დაავადების ეტიოლოგია უცნობია. მიაჩნიათ, რომ იგი მიკრობულ, ვირუსულ და სხვა ანტიგენებზე იმუნოლოგიური რეაქციების განვითარების შედეგია. პათოგენეზიც არ არის გახსნილი. უფრო მეტი ფაქტი დაავადების აუტოიმუნური გენეზის სასარგებლოდ მეტყველებს. გვხვდება 10-25-ჯერ ხშირად ქალებში მამაკაცებთან შედარებით, ძირითადად 30-50 წლის ასაკში.

მორფოლოგიური ცვლილებები უპირატესად ვითარდებიან სანერწყვე და საცრემლე ჯირკვლებში. ჯირკვლები ინფილტრირებულია ლიმფოიდური, პლაზმური და რეტიკულური უჯრედებით.

სტრომა შენარჩუნებულია, წილაკოვანი სისტემა არ არის დარღვეული. სადინრების გამომფენი ეპითელური უჯრედები განიცდიან დისტროფიულ ცვლილებებს. სადინართა სანათურში მკვრივი სეკრეტია. მიოეპითელური უჯრედების პროლიფერაცია იწვევს სადინრების ოკლუზიას მიოეპითელური „კუნძულაკების“ წარმოშობის ხარჯზე. დაავადების შორსწასულ შემთხვევებში შეიძლება განვითარდეს აცინუსების სრული ატროფია სანერწყვე და საცრემლე ჯირკვლების ცხიმოვანი ქსოვილით შენაცვლებით. ანალოგიური ცვლილებები ვლინდება ცხვირ-ხახის, ბრონქების, კუჭის ლორწოიანი გარსის ჯირკვლებში, აგრეთვე საოფლე ჯირკვლებში.

შეგრენის დაავადების ძირითადი და მუდმივი სიმპტომია სანერწყვე ჯირკვლების დაზიანება, რასაც პროცესი მიჰყავს ქრონიკულ პარენქიმატოზულ პაროტიტამდე ავადმყოფთა ნახევარში. ამ შემთხვევაში პაროტიტის ქრონიკული მიმდინარეობით, პერიოდული გამწვავებით, ყბაყურა ჯირკვლების დიფუზური შესიებით, ტკივილებითა და მაღალი ტემპერატურით (38-40^{0}C). სხვა ავადმყოფებში ყბაყურა ჯირკვლების შესიება ვითარდება თანდათანობით და უმტკივნეულოდ. დაავადება ძირითადად ორმხრივია და უფრო ხშირად ვითარდება ყბაყურა ჯირკვლებში. ყბის ქვეშა, ენის ქვეშა და სასის სანერწყვე ჯირკვლებში იგი გვხვდება 10-15%-ში. თანდათანობით ვითარდება ქსეროსტომია, რომელიც ისეთ ხარისხს აღწევს, რომ ავადმყოფებს მეტყველება და ყლაპვა შეუძლიათ მხოლოდ წყლის დაყოლებით. ამის გამო პირის ღრუს ლორწოიანი გარსი იოლად ზიანდება, აქვს გარქოვანების უბნები, ტუჩები დაფარულია ქერქებით, ენა ნაოჭებიანი, ენის დვრილები ატროფირებულია. ჰიპოსალივაციის და ასიალიის ფონზე ვითარდება მრავლობითი კარიესი, უპირატესად ყელის არეში შემდგომში კბილების დაკარგვით. აღმავალი ინფექციის წყალობით ვითარდება ჩირქოვანი სიალადენიტი.

შეგრენის დაავადების მეორე მუდმივი სიმპტომია მშრალი კერატოკონიუნქტივიტი, რაც განპირობებულია საცრემლე ჯირკვლების დისფუნქციითა და ცრემლის სეკრეციის დაქვეითებით (ქსეროფთალმია). თვალის მხრივაც ადგილი აქვს ზემოაღნიშნულ მოვლენებს, იმ განსხვავებით, რომ საცრემლე ჯირკვლების შესიება იშვიათად ვითარდება. ავადმყოფთა 70-80%-ში ვლინდება სახსრების დაზიანება: ართრალგია, რეციდიული ართრიტი, მტევნის წვრილი სახსრების მტკივნეული მოხრითი კონტრაქტურები. ავადმყოფთა უმრავლესობას აღენიშნება კუჭნაწლავის ტრაქტის ზედა

ნაწილის დაზიანების ნიშნები (დისპეპსია, ატროფიული გასტრიტი, კოლიტი, პანკრეატიტი). ტრაქეისა და ბრონქების ლორწოიანი გარსის სიმშრალე ხელს უწყობს ფილტვის ინფიცირებას (ტრაქეობრონქიტი, პნევმონია).

შეგრენის დაავადების ხშირი სიმპტომია კანის სიმშრალე და ჩამოფცქვნა. ოფლის გამოყოფას შეიძლება გარემოს მაღალი ტემპერატურის დროსაც არ ექნეს ადგილი. ყველა ავადმყოფში აღინიშნება რეგიონული ლიმფადენოპათია (ყბის ქვეშა, კისრის, კეფის, ლავიწქვეშა ლიმფური ჯირკვლების გადიდება). ავადმყოფთა 4-5%-ში დაავადების დაწყებიდან 10-15 წლის შემდეგ ვითარდება ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებები, უფრო ხშირად ლიმფომები, 10-14%-ში ფარისებრი ჯირკვლის დაზიანების ნიშნები (თირეოიდიტი). არაიშვიათად ადგილი აქვს ღვიძლის და ელენთის გადიდებას, თირკმელების დაზიანებას. შეიძლება განვითარდეს სახისა და სამწვერა ნერვის ნევრიტი, კიდურების დისტალური ნაწილის მგრძნობელობის მოშლა.

შეგრენის დაავადების დროს ხშირად ვითარდება ალერგიული რეაქცია, მათ შორის ავადმყოფთა ნახევარში სამკურნალწამლო ალერგია.

დიაგნოსტიკა -კლინიკური მონაცემების, აგრეთვე სიალოგრაფიისა და ციტოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე. დაავადების ყველა სტადიაზე აღინიშნება საკონტრასტო ნივთიერების შენელებული გამოყოფა ჯირკვლებიდან, რაც მიუთითებს ჯირკვლის ექსკრეტორული ფუნქციის დარღვევაზე (დაქვეითება). პარენქიმა სიალოგრამაზე არ ვლინდება, ჯირკვალში ჩანს ღრუები და სადინრების ნაპრალისებრი გაფართოება. წვრილი სადინრები ან წყვეტილად, ან საერთოდ არ ჩანს. მსხვილ სადინრებს არათანაბარი, არამკაფიო კონტურები აქვთ. შორსწასულ შემთხვევებში ჯირკვლის ავსება საკონტრასტო მასით არ ხერხდება ღრმა სკლეროზული ცვლილებების გამო.

დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება ქრონიკული პაროტიტისაგან, სიმსივნისაგან. შეგრენის დაავადება უნდა განსხვავდებოდეს **შეგრენის სინდრომისაგან (გუჟერო-ჰაუერ-შაგრენის სინდრომი),** რომლის ცალკეული სიმპტომები აღწერეს გუჟერომ 1925 წ. (აღმოაჩინა, რომ პირის ღრუს სიმშრალე ზოგიერთ ავადმყოფში თანდართულია სხვა ლორწოიანი გარსების სიმშრალით), ჰაუერმა, 1927 წ. (აღმოაჩინა კავშირი ქსეროსტომიისა პოლიართრიტთან და კერატოკონიუნქტივიტთან) და შეგრენმა 1933 წ. (აღმოაჩინა

ებშირი ზემოაღნიშნულ სიმპტომებსა და პაროტიტის მოვლენებს შორის). შეგრენის სინდრომი არის სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც ხასიათდება ეგზოკრინული ჯირკვლების (ძირითადად სანერწყვე) დაზიანების ნიშნების განვითარებით რიგი აუტოიმუნური დაავადებების (სისტემური წითელი მგლურა, სისტემური სკლეროდერმია, რევმატოიდული პოლიართრიტი და სხვა) ფონზე, ხოლო შეგრენის დაავადება ვითარდება არა რომელიმე ზოგადი დაავადების დროს, არამედ როგორც დამოუკიდებელი დაავადება აუტოიმუნური დარღვევების ფონზე.

დაავადება გვხვდება 20-დან 60 წლის ქალებში, უპირატესად ხანდაზმულებში, იშვიათად ბავშვებში.

შაგრენის სინდრომი ვლინდება რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულთა 15-25%-ში, შემაერთებელი ქსოვილის დიფუზური დაავადებებით შეპყრობილი პირების 5-10%-ში, აუტოიმუნური ჰეპატობილიარული დაავადებებით შეპყრობილთა 50-100%-ში. შეგრენის სინდრომის კლინიკური ნიშნები (ქსეროსტომია, ქსეროფთალმია, ქრონიკული პაროტიტი და სხვა) ავადმყოფთა მესამედში ვითარდება ძირითადი დაავადების პარალელურად, ავადმყოფთა უმრავლესობაში ძირითადი დაავადების დაწყებიდან 5-10 წლის შემდეგ და მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში წინ უსწრებენ ძირითად დაავადებას. შეგრენის სინდრომის კლინიკური გამოვლინება არ აღრმავებს ძირითადი დაავადების მიმდინარეობას, მაგრამ აძნელებს დიაგნოსტიკასა და ართულებს მკურნალობას.

შაგრენის სინდრომის *დიაგნოსტიკისთვის* მნიშვნელობა აქვს ქსეროსტომიისა და ქსეროფთალმიის ფონზე მიმდინარე კერატოკონიუნქტივიტისა და ქრონიკული პარენქიმატოზული პაროტიტის დაკავშირებას ორგანიზმში არსებულ სხვადასხვა აუტოიმუნურ დაავადებებთან.

მკურნალობა კომპლექსურია. ტარდება ძირითადი დაავადების მკურნალობა და ეკზოკრინული ჯირკვლების პათოლოგიის კლინიკური გამოვლინების სიმპტომატიკური მკურნალობა. ქსეროსტომიის დროს საჭიროა სანერწყვე ჯირკვლების სეკრეტორული ფუნქციის სტიმულაცია. უეფექტობის შემთხვევაში შეიძლება უბაყურა ჯირკვლის ფუნქციის მოშლა ცალ მხარეს სტენონის სადინრის გადაკვანძით. ამ ჯირკვალში შემდგომში პათოლოგიური პროცესი აღარ ვითარდება, ხოლო მისი თანამოსახელე მეწყვილე ჯირკვალი, მართალია დროებით, მაგრამ მაინც აძლიერებს თავის

ფუნქციას. გვირჩევენ A და B_2 ვიტამინებით ხანგრძლივ მკურნალობას. უბაყურა ჯირკვლებში მეორადი ინფექციის გავრცელებისას ტარდება ქრონიკული პარენქიმატოზული პაროტიტის ანალოგიური მკურნალობა. ძირითადი დაავადების სამკურნალოდ უველაზე ეფექტურია ჰორმონული თერაპია. ადენოკორტიკოტროპული ჰორმონი და კორტიზონი იძლევიან გაუმჯობესებას, თუმცა არამყარს. გაუმჯობესებას ადგილი აქვს ხბოს ჰიპოფიზის ჩანერგვის დროსაც. კარგ შედეგებს აღნიშნავენ პაროტინის გამოყენებისას — 1 მგ კვირაში სამჯერ კუნთებში. ეფექტი — 30 ინექციის შემდეგ. ვინაიდან შეგრენის სინდრომი ხშირად, 30-50%-ში, ვითარდება სამკურნალწამლო ალერგიის ფონზე — ოქროს პრეპარატების, D-პენიცილინისა და ლევამიზოლის გამოყენება არ შეიძლება, რადგან შაგრენის სინდრომის დროს მათი მიღებისას შეიძლება განვითარდეს მძიმე გართულებები.

ჰეერფორდტის სინდრომი ხასიათდება უბაყურა ჯირკვლების უმტკივნეულო შესიებით, ირიდოციკლიტით, სუბფებრილიტეტით. სინდრომი 1909 წ. აღწერა დანიელმა ოფთალმოლოგმა ს.ჰეერფორდტმა. შეიძლება განვითარდეს სახის ნერვის დამბლა, ზედა სასუნთქი გზების პათოლოგია. ავადმყოფთა მეოთხედში ტემპერატურა აღწევს 38,5°C. გვხვდება საშუალო ასაკის პირებში, ორჯერ უფრო ხშირად ქალებში მამაკაცებთან შედარებით. ჰისტოლოგიურად უბაყურა ჯირკვლებში არის ეპითელური გრანულომები და გიგანტური უჯრედები. ადგილი აქვს ეპითელური გრანულომების პროლიფერაციას სანერწყვე სადინრებში. პროგნოზი კარგია. დაავადების სიმპტომები შეიძლება თვითნებურად გაქრნენ. კარგ შედეგებს იძლევა კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობა.

უპირატესად ჰორმონული წარმოშობის სიალოზები

უპირატესად ჰორმონული წარმოშობის სიალოზები ანუ **ჰარტვატის ნიშანი** (აღწერა ჰარტვატმა, 1932 წ.) არის უბაყურა ჯირკვლების ორმხრივი არაანთებითი შესიება, რომელიც თანდართულია გლიციდების ცვლის დარღვევით. იგი გვხვდება შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ზოგიერთ ავადმყოფში. არსებობს ჯერ კიდევ დაუსაბუთებელი ვარაუდი იმის შესახებ, რომ პაროტინი ახდენს ინსულინის ანალოგიურ მოქმედებას. თუ ეს ასეა, მაშინ

ლანგენჰანსის კუნძულაკების დისფუნქციის დროს ყბაყურა ჯირკვლების გადიდება შეიძლება მიჩნეული იქნეს კომპენსატორულ ჰიპერტროფიად. ყბაყურა ჯირკვლის მსგავსი გადიდება შეიძლება გამოვლინდეს ჰიპოფიზის, თირკმელზედა და ფარისებრი ჯირკვლების დისფუნქციის, აგრეთვე ქალებში სქესობრივი ჰორმონების რეგულაციის მოშლის დროს. ამ შემთხვევებში სიალოგრამა შეიძლება იყოს ნორმალური, ზოგჯერ ლიპომატოზის მოვლენებით, სხვა შემთხვევებში კი აღმავალი ინფექციით გამოწვეული ანთებითი მოვლენებით, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს ჰიპოსალივაციით როგორც შაქრიანი დიაბეტის, ისე სხვა ჰორმონული დაავადების დროს.

ნეიროგენული სიალოზები

ამ ჯგუფის სიალოზებს ეკუთვნიან ყბაყურა ჰიპერჰიდროზი, ანუ SSS სინდრომი და AOP სინდრომი.

ყბაყურა ჰიპერჰიდროზი (SSS სინდრომი — salivo-sudoripare syhdrom, აურიკულოტემპორული სინდრომი, ფრეის სინდრომი) არ არის უშუალოდ ყბაყურა ჯირკვლის დაავადება, მაგრამ დაკავშირებულია ჯირკვლის პათოლოგიასთან. აღწერა ფრეიმ 1923 წ.

ყურისა და ყბაყურა-საღეჭ მიდამოში, რომელსაც ანერვიანებს ყურსაფეთქლის და საფეთქლის დიდი ნერვები საკვების მიღების, ფიზიკური დატვირთვის, მღელვარების დროს, აგრეთვე სითბური გამღიზიანებლების გავლენით ვითარდება კანის ჰიპერემია და ოფლის წვეთების გამოყოფა. ოფლი შეიძლება დიდი რაოდენობითაც გამოიყოს. იგი შეიძლება გამოწვეული იქნეს გემოვნებითი იმპულსებითაც და თანდართული იქნეს მეტისმეტი ცრემლის დენით. კანზე ზემოაღნიშნული ნერვების საინერვაციო ზონაში ადგილი აქვს მგრძნობელობის მოშლას (ჰიპო ან ჰიპერესთეზია). ზოგჯერ ადგილი აქვს ტკივილებს. ტკივილი შეიძლება იყოს ყრუ, მწვავე, ზოგჯერ პულსაციური ხასიათის საფეთქლის, გარეთა სასმენი მილის წინა კედლის, საფეთქელქვედაყბის სახსრის არეში და ყურში. სინდრომი ცალმხრივია.

ეტიოლოგია — გადატანილი ჩირქოვანი პაროტიტი, ყბაყურა ჯირკვლის გადატანილი ჭრილობები, ოპერაციული ჩარევები ყბაყურა ჯირკვალზე, პაროტიდექტომია. ეს უკანასკნელი ოპერაციით სრულდება ზემოაღნიშნული სინდრომით, ისიც მცირე ხნით და

თვითნებურად გაივლის. ზოგჯერ სინდრომის განვითარება ხსნიან საკვების მიღების დროს ჯირკვლის შებერვით.

პათოგენეზი არასაკმარისადაა შესწავლილი. ფიქრობენ, რომ სალივაციის მომატებისას და ჯირკვლის შებერვის დროს ღიზიანდებიან ჯირკვალში გამავალი ნერვები — ყურსაფეთქლის და ყურის დიდი ნერვები, რომლებიც გადატანილი ჭრილობის თუ ანთებითი პროცესის წყალობით შეიძლება ნაწიბურებში იქნენ მოქცეულნი. ამას ადასტურებს ის გარემოება, რომ სინდრომი ვრცელდება მხოლოდ აღნიშნული ნერვების, ძირითადად კი ყურსაფეთქლის ნერვის საინერვაციო ზონაში.

დიაგნოსტიკისათვის იყენებენ ანამნეზურ და კლინიკურ მონაცემებს.

მკურნალობა. იყენებენ რენტგენოთერაპიას, ტალახით მკურნალობას ნაწიბურების გაწოვის მიზნით, ყურსაფეთქლის ნერვის ნოვოკაინით ბლოკადას ან ალკოჰოლიზაციას. მიმართავენ ქირურგიულ ჩარევასაც — ყურსაფეთქლის და ყურის დიდი ნერვის გადაკვეთა და კისრის სიმპათიკური კვანძის ამოკვეთა.

სინდრომი AOP (adipositas, oligomenorrhoe, parathireomegalia) ვითარდება ჰიპოთალმუსის მიდამოს ცენტრების მოქმედების შოშლის შედეგად, ძირითადად ხანში შესულ ქალებში. გასუქებასთან ერთად ვითარდება ყბაყურა ჯირკვლის უმტკივნეულო შესივება. შეიძლება შესივდეს ყბის ქვეშა ჯირკვალიც. ზოგჯერ ავადმყოფებს აქვთ არასასიამოვნო შეგრძნება სანერწყვე ჯირკვლებში. ჯირკვლის ფუნქცია არ არის დარღვეული. სალივაცია ნორმის ფარგლებშია. სიალოგრამა ჯირკვლოვანი ელემენტების მხრივ პათოლოგიურ ცვლილებებს არ ამჟღავნებს. ზოგჯერ ადგილი აქვს ფსიქიკურ მოშლილობებს. არ არის გამორიცხული შთამომავლობითი ფაქტორის როლიც. პროგნოზი კარგია. ზოგჯერ ადგილი აქვს რეციდივს.

არასაკმარის კვებასთან დაკავშირებული სიალოზები

რაციონში ცილების ხანგრძლივი უკმარისობით შიმშილობის ზოგადი ნიშნების ფონზე ვითარდება ყბაყურა ჯირკვლების ქრონიკული, უმეტესწილად სიმეტრიული შესიება. ჰისტოლოგიურად ამ დროს აღინიშნება ჯირკვლების ჰიპერპლაზია. რაციონის არასაკმარისი კალორიულობაც იწვევს ყბაყურა ჯირკვლების

გადიდებას. იგივე შეიძლება გამოიწვიოს A, B ჯგუფის და C ვიტამინების უკმარისობამაც. ციროზიან ალკოჰოლიკებში ვითარდება ე.წ. „ციროზული სიალოზები“. ყბაყურა ჯირკვლები გადიდებული, რბილი და უმტკივნეულოა. მათი ფუნქცია არ არის დარღვეული. სიალოგრამა ნორმალურია. თვლიან, რომ ალკოჰოლიკები არასაკმაოდ იკვებებიან და შეიძლება ეს იყოს „ციროზული სიალოზის“ განვითარების მიზეზი.

კვებითი უკმარისობის ფონზე განვითარებული სიალოზების პროგნოზი კარგია. სრულღირებულოვანი კვება ხსნის სიალოზის მოვლენებს. კარგ შედეგებს იძლევა იოდი (როგორც ზოგადი, ისე ადგილობრივი გამოყენებისას).

სანერწყვე ჯირკვლების სეკრეტორული ფუნქციის დარღვევა

ზემოთ განხილული იყო სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებების დროს მათი სეკრეტორული ფუნქციის დარღვევა, მაგრამ სეკრეტორული ფუნქციის დარღვევა გვხვდება ისეთ პირებშიც, ვისაც არ აქვთ სანერწყვე ჯირკვლების რაიმე პათოლოგია. ზოგჯერ ასეთი დარღვევა უკავშირდება ზოგადი ხასიათის დაავადებებს ჯანმრთელი სანერწყვე ჯირკვლებით. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც სანერწყვე ჯირკვლების სეკრეტორული ფუნქციის მოშლა გვხვდება პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში. ასეთ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ, რომ აღნიშნული მოვლენა რეაქტიული ხასიათისაა და დაკავშირებულია ზოგადი ხასიათის ჯერ კიდევ გაურკვეველ რაღაც მიზეზთან. პრაქტიკაში მნიშვნელოვნად უფრო ხშირად გვხვდება ჰიპოსალივაციის მოვლენები, მნიშვნელოვნად უფრო იშვიათია — ჰიპერსალივაცია.

ჰიპერსალივაცია მამაკაცებში უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. იგი დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს თავის ტვინის სიმსივნეებისათვის. ჰიპერსალივაცია გვხვდება სტომატიტის, ოდონტოგენური ანთებითი პროცესების, წყლულოვანი დაავადების, მუცლის ჭიების, ორსულთა ტოქსიკოზების, პარკინსონის დაავადების, აგრეთვე პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის დაავადებების დროს. ზოგჯერ ჰიპერსალივაციას ზოგიერთი პირი ვერ

გრძნობს, სხვა შემთხვევაში ნორმალური სალივაციის დროს პაციენტები უჩივიან ნერწყვის მომატებულ გამოყოფას. ეს უკანასკნელი შეიძლება აიხსნას დაავადებით, რომლებიც თანდართულნი არიან ყლაპვის გაძნელებით, რაც იწვევს პირის ღრუში ნერწყვის დაგროვებას.

მკურნალობა. რენტგენოთერაპია, სანერწყვე ჯირკვალში მისი სადინრიდან სპირტის სუსტი კონცენტრაციის ხსნარის შეყვანა.

ჰიპოსალივაცია ვითარდება მწვავე ინფექციური დაავადებების (დიზენტერია, ეპიდემიური ჰეპატიტი, მუცლის ტიფი), საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიის (ქრონიკული გასტრიტი, ჰეპატოქოლეცისტიტი), ზოგიერთი ენდოკრინული მოშლილობის (ჰიპოთირეოზი, კლიმაქსი), აგრეთვე ავიტამინოზის, ანემიის დროს.

ჰიპოსალივაცია იწვევს პირის სიმშრალეს — ქსეროსტომიას. არჩევენ ქსეროსტომიის სამ სტადიას. დასაწყის სტადიაში პაციენტი ამჩნევს მცირე დისკომფორტს პირის ღრუში (წვა ან უსიამოვნო შეგრძნება ენაზე, ზოგჯერ ლაპარაკის დროს პირის სიმშრალის შეგრძნება). ნერწყვის გამოყოფა ნორმის ფარგლებშია. შემდგომი სტადია ხასიათდება ნერწყვის გამოყოფის შემცირებით და მასთან დაკავშირებული კლინიკური მოვლენებით (კვების და მეტყველების გაძნელება). პირის ღრუს ლორწოიანი გარსი მშრალია, მაგრამ შენარჩუნებული აქვს ნორმალური ელფერი. ბოლო სტადიაში მდგომარეობა მძიმეა. სანერწყვე სადინრებიდან არც მოსვენებულ მდგომარეობაში და არც სანერწყვე ჯირკვლების მასაჟის დროს ნერწყვის მიღება არ ხდება. ნერწყვდენის სტიმულატორების გამოყენების დროსაც კი არ ხდება ნერწყვის შესამჩნევი გამოყოფა. პირის ღრუს ლორწოიანი გარსი მშრალია. მასში ვითარდება ანთებითი მოვლენები. კვება და მეტყველება მტკივნეულია.

მკურნალობა. ნერწყვის გამოყოფის სტიმულაცია (გალანტამინი, პილოკარპინი), ნოვოკაინის ბლოკადები, გალვანიზაცია ან კალიუმის იოდიდის ელექტროფორეზი სანერწყვე ჯირკვლების არეში, თანმხლები დაავადების მკურნალობა. ვინაიდან ჰიპოსალივაციის ეტიოლოგია უმეტეს შემთხვევაში უცნობია, მიმართავენ მხოლოდ სიმპტომურ მკურნალობას.

სანერწყვე ჯირკვლების და მათი სადინრების კისტები

სანერწყვე ჯირკვლებში ძირითადად გვხვდებიან რეტენციული კისტები, რომლებიც ვითარდებიან სანერწყვე ჯირკვლის სადინრის გაფართოებით ჯირკვლის სისქეში ან მის გარეთ. რეტენციული კისტის განვითარებას სანერწყვე ჯირკვალში ხელს უწყობს სანერწყვე ჯირკვლის დახშობა. დახშობის მიზეზი შეიძლება იყოს სადინრის შევიწროება ტრავმის ან ანთების შემდეგ, ან თანდაყოლილი სტენოზი.

უფრო ხშირად კისტა წარმოიქმნება ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში. ყბის ქვეშა და ყბაყურა ჯირკვლებში კისტები იშვიათია. არაიშვიათად რეტენციული კისტა ვითარდება მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში.

მცირე სანერწყვე ჯირკვლების რეტენციული კისტები ვითარდებიან ძირითადად ქვედა ტუჩის და ლოყის, ზოგჯერ კი ზედა ტუჩის, მაგარი და რბილი სასის არეში, უპირატესად ახალგაზრდა ან საშუალო ასაკის პირებში. ლოკალიზაციის მიხედვით მათ ლორწქვეშა კისტებსაც უწოდებენ. მცირე ოდენობის ლორწქვეშა წარმონაქმნი ლოკალიზებულია, უფრო ხშირია ქვედა ტუჩის არეში კუთხესთან ახლოს. იგი ნელა, თანდათანობით და უმტკივნეულოდ იზრდება. აქვს ნახევრად გამჭვირვალე, ზოგჯერ მოლურჯო ელფერი, მომკვრივო-ელასტიკური კონსისტენცია და ამოწეულია ლორწოიანი გარსის დონედან ზევით. აქვს მკაფიო საზღვარი მეზობელ ქსოვილებთან, მცირედ მოძრავია. მისი დიამეტრი მერყეობს 1-დან 15-20 მმ-მდე.

კისტას აქვს ფიბროზული კედელი, რომელიც შიგნიდან გამოფენილია უჯრედებით მდიდარი შემაერთებელი ან გრანულაციური ქსოვილით, რომელიც პერიფერიაზე გადადის ფიბროზულ ქსოვილში. ალაგ-ალაგ კისტის შიგნითა ზედაპირზე შეიძლება შეგვხვდეს ეპითელი (ცილინდრული ან მრავალშრიანი ბრტყელი).

ზოგჯერ მცირე სანერწყვე ჯირკვლის რეტენციული კისტა შეიძლება გაქრეს, რაიმე მიზეზით შიგთავსის დაცლის შედეგად. შიგთავსი უფერო ან მოყვითალო მწებავი სითხეა.

მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. ამოკვეთენ მთლიანად კისტას მფარავ ლორწოიან გარსთან და ჯირკვლის მიმდებარე უბანთან ერთად. არასრული ამოკვეთა იწვევს რეციდივს.

რანულა ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის რეტენციული კისტაა. ვითარდება ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სხვადასხვა რიგის სადინრებისაგან. გვხვდება ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის პირებში.

ჰისტოლოგიურად რანულის თხელი გარსი შედგება სისხლის ძარღვებით მდიდარი შემაერთებელი ქსოვილისაგან, რომლის კონები აღწევენ ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის წილაკთაშუა შემაერთებელ ქსოვილოვან შრეებში, რის გამოც კისტის გარსის მოცილება ჯირკვლის ქსოვილისაგან შეუძლებელია. გარსი შიგნიდან გამოფენილია კუბური ან ბრტყელი, ზოგჯერ მრავალბირთვიანი ცილინდრული ეპითელით.

რანულა მდებარეობს ენის ქვეშა მიდამოში ენის ლაგამის ახლოს. როგორც ცნობილია, აქ იხსნება ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სადინარი. რანულა იზრდება თანდათანობით, ნელა, თვეობით, ზოგჯერ წლობით. მისი ზრდის ინტენსივობასა და ზომაზეა დამოკიდებული რანულის კლინიკური გამოვლინება. ჩვეულებრივად, ენის ქვეშა არეში, ენასა და ალვეოლური მორჩის შიგნითა ზედაპირს შორის, უშუალოდ ლორწოიანი გარსის ქვეშ მდებარეობს მრგვალი ან ოვალური, ლორწოიანი გარსის დონედან ამოწეული, ნახევრად გამჭვირვალე წარმონაქმნი, მოლურჯო-მოვარდისფრო ელფერით. წარმონაქმნი ენის წინა ნაწილს წევს ზევით და მოპირდაპირე მხარეზე. ზოგჯერ კისტოზური წარმონაქმნი გააღწევს ყბაინის კუნთში და ვრცელდება ნიკაპქვეშა ან ყბის ქვეშა მიდამოში. ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის უკანა ნაწილიდან წარმოქმნილი რანულა შეიძლება პირის ღრუს დიაფრაგმის გავლით გავრცელდეს ყბის ქვეშა სამკუთხედში. ასეთ შემთხვევებში ვითარდებიან ე.წ. ნიკაპქვეშა და ყბისქვეშა რანულები. პირის ღრუს მხრიდან რანულას აქვს ელასტიკური კონსისტენცია. მისი მფარავი ლორწოიანი გარსი დაჭიმულია, მაგრამ არ არის მასთან შეზრდილი. ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის გამომტანი სადინარი (ვართონის) არ არის კისტასთან შეხორცებული და მდებარეობს რანულასა და ენას ან უფრო იშვიათად, რანულასა და ქვედა ყბის სხეულის შიგნითა ზედაპირს შორის.

დიაგნოზი დაისმება კლინიკური მონაცემების საფუძველზე. საეჭვო შემთხვევებში მიმართავენ კისტური ღრუს პუნქციას მსხვილი ნემსით. ლორწოვანი, ბლანტი სითხის მიღება ადასტურებს რანულის არსებობას. იყენებენ კონტრასტულ რენტგენოგ-

რაფიას (ცისტოგრაფია). შპრიცით კისტის შიგთავსისაგან დაცლის შემდეგ, მასში შეყავთ იოდოლიპოლი და იღებენ რენტგენოგრამებს სხვადასხვა პოზიციაში.

დიფერენცული დიაგნოსტიკა ტარდება ჰემანგიომასთან, ლიმფანგიომასთან, დერმოიდულ კისტასთან, ენის ქვეშა არეს ლიპომასთან, კისრის შუა და გვერდით კისტებთან, რომლებიც არ არიან დაკავშირებული სანერწყვე ჯირკვლებთან და ამ ნიშნით იოლია მათი გამორჩევა რანულასაგან.

მკურნალობა ქირურგიულია. ცისტექტომია — კისტის მთლიანი ამოღება რანულის დროს არ ხერხდება, რაც იმითაა გამოწვეული, რომ კისტის გარსის სუსტი ქვედა კედელი მჭიდროდაა შეზრდილი ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალთან ისე, რომ კისტის ამოღება ამ მხარეს მხოლოდ ჯირკვალთან ერთადაა შესაძლებელი.

ყველაზე მარტივი და პოპულარულია ცისტოტომია. კისტის ზედა პოლუსზე ენის ქვეშა მიდამოში ამოკვეთენ 1-2 სმ დიამეტრის ფანჯარას, რომელიც მოიცავს ლორწოიანი გარსისა და კისტის გარსის უბნებს. კისტის კედლისა და ლორწოიანი გარსის ჭრილობების კიდეებს მიაკერებენ ერთმანეთს კეტგუტით ფანჯარა არ უნდა იყოს პატარა, რათა ხვრელი არ შეხორცდეს და არ განვითარდეს რეციდივი. ამ მეთოდით პირის ღრუს ლორწოიანი გარსი ეხორცება კისტის გარსს და რანულა გარდაიქმნება პირის ღრუს დამატებით ჩაღრმავებად.

ცისტოსიალოადენექტომია — კისტის ამოღება ენის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალთან ერთად უფრო რადიკალური და საიმედოა შორეული შედეგების თვალსაზრისით. ოპერაცია კეთდება როგორც პირშიგნითა, ისე პირგარეთა მიდგომით. პირგარეთა გზას არჩევენ დიდი ზომის კისტების დროს. ე.წ. ნიკაპქვეშა და ყბის ქვეშა რანულის ოპერაციული მკურნალობა წარმოებს პირგარეთა მიდგომით. ნიკაპქვეშა ან ყბისქვეშა განაკვეთით. კისტის დიაფრაგმისქვედა ნაწილს გამოყოფენ ჩლუნგი გზით, ხვრელს ყბაინის კუნთის არეში, რომლის საშუალებითაც კისტის ნაწილი გამოდის ენისქვეშა ან ყბისქვეშა არეში, აფართოებენ. კისტას იღებენ ენისქვეშა ჯირკვალთან ერთად. ბ.კაბაკოვი გვირჩევს აღნიშნული ოპერაციის ორ ეტაპად შესრულებას. პირველ ეტაპზე პირგარეთა განაკვეთით გამოყოფენ და გადაკვანძავენ კისტის დიაფრაგმის

ქვეშა ნაწილს შევიწროებულ მიდამოში და ამოკვეთენ. მეორე ეტაპზე პირის ღრუს მხრიდან აკეთებენ ცისტოტომიას.

ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის კისტა შედარებით იშვიათია. იზრდება ნელა და ვინაიდან პაციენტს არ აწუხებს, აღწევს დიდ ზომებს. ამ დროს შესიება ვითარდება როგორც ყბის ქვეშა სამკუთხედში, ისე პირის ღრუში, ენის ქვეშა მიდამოს უკანა ნაწილში.

დიაგნოსტიკა კლინიკური მონაცემების, პუნქციისა და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგების (სიალოგრაფია) გათვალისწინებით.

დიფერენცულ დიაგნოსტიკა — დერმოიდულ კისტასთან, ლიპომასთან, კისრის გვერდით კისტებთან, კავერნოზულ ჰემანგიომასა და ლიმფანგიომასთან.

მკურნალობა ქირურგიულია. კისტის ამოკვეთა ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალთან ერთად.

ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვლის კისტა იშვიათია, მაგრამ ვითარდება უფრო ხშირად, ვიდრე ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის კისტა. უფრო ხშირია ჯირკვლის ზედაპირული უბნების კისტა. ძირითადად გვხვდება ერთკამერიანი კისტა. ძალზე იშვიათად შეიძლება შეგვხვდეს რამდენიმე კამერიანი ან რამდენიმე კისტა. ყბაყურა ჯირკვლის კისტა დიდი არ იზრდება (მაქსიმუმ 3-4 სმ დიამეტრში).

კლინიკურად ყბაყურა ჯირკვლის არეში ისინჯება ელასტიკური კონსისტენციის, მრგვალი ან ოვალური ფორმის, სადა ზედაპირიანი შესიება. კანი ამ არეში უცვლელი, მოძრავი, კისტის გარსი შედგება ფიბროზული ქსოვილისაგან და მჭიდროდ უკავშირდება ჯირკვალს. კისტის ირგვლივ ჯირკვლის წვრილი სადინრები გაფართოებულია.

დიაგნოზი — პუნქციისა და რენტგენოლოგიური (ცისტოგრაფია, სიალოგრაფია) გამოკვლევების მონაცემების საფუძველზე. დიფერენცული დიაგნოზი ტარდება დერმოიდულ და ბრანხიოგენულ კისტებთან, ქრონიკულ პაროტიტთან, ცრუ პაროტიტთან, სიმსივნეებთან.

მკურნალობა ქირურგიულია. იმის გამო, რომ კისტის გარსი მჭიდროდაა შეკავშირებული ყბაყურა ჯირკვალთან, ცისტექტომია

გაძნელებულია. ამიტომ კისტის გარსს იღებენ ჯირკვლის პარენქიმის მიმდებარე უბნებთან ერთად.

ყბაყურა და ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების მთავარი სადინრების კისტისებრი გაფართოება არის მოგრძო, ელასტიკური, უმტკივნეულოძძss შებერილობა სტენონის ან ვართონის სადინრის არეში. აღნიშნული სადინრების რეტენციული კისტები ვითარდება სასულე ინსტრუმენტებზე დამკვრელებში, მინამბერემბში, სადაც ჰაერის ზედაწოლის შედეგად ხდება სანერწყვე სადინრების გაფართოება კისტური ღრუს წარმოშობით. ამას გარდა, აღნიშნული პათოლოგიის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაწიბუროვანი ცვლილებები სადინრის შესავალში ან მის რომელიმე სეგმენტში. არჩევენ სანერწყვე სადინრების ნაწილობრივ ან სრულ დახშობას (გაუვალობას) მათი კისტური გაფართოების დროს.

მკურნალობა სადინრის კისტის ნაწილობრივი გაუვალობის დროს მდგომარეობს სადინრის ბუჟირებაში მზარდი დიამეტრის ზონდებით. სრული გაუვალობის დროს გაკვეთენ სადინრის კედელს გასწვრივი განაკვეთით და მის კედლებს ჩააკერებენ მიმდებარე ლორწოიანი გარსის კედლებთან.

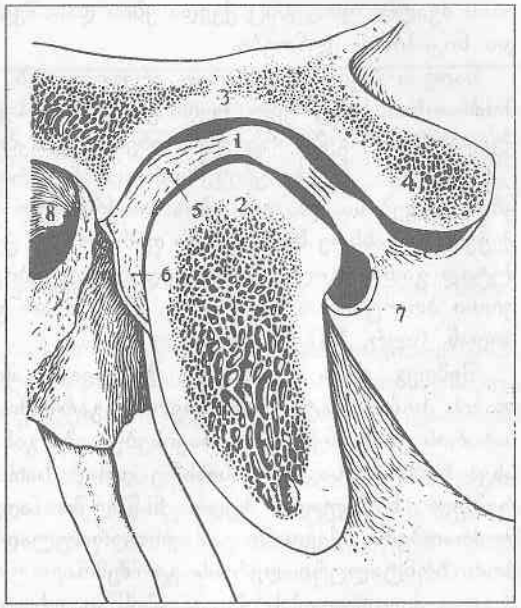
სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეები აღწერილი იქნება სპეციალურ თავში „პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს სიმსივნისმაგვარი და სიმსივნური წარმონაქმნები" (თავი IX).

თავი VI

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის პათოლოგია

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარი წყვილი, კომბინირებული სახსარია, რომლის შექმნაში მონაწილეობენ ქვედა ყბის თავი, ქვედა ყბის ფოსო, სასახსრე ბორცვი, სასახსრე ჩანთა და ქვედა ყბის სასახსრე იოგები (სურ. 83). სასახსრე ელემენტების ფიქსაციას და მოძრაობას სახსარში განაპირობებს კუნთოვან-იოგოვანი აპარატი. ესაა საღეჭი, საფეთქლის, მედიალური ფრთისებრი, ლატერალური ფრთისებრი, ყბაინის, ნიკაპინისა და ორმუცელა კუნთები, საფეთქელ-ქვედა ყბის, სადგის-ქვედა ყბის, ძირითად-ქვედა ყბის, ფრთა-ქვედა ყბის, აგრეთვე სახსარშიდა და ლატერალური იოგები.

ქვედა ყბის ზემოთ აწევაში მონაწილეობენ საფეთქლის, საღეჭი და მედიალური ფრთისებრი კუნთები. ისინი იჭერენ ყბებს დახურულ მდგომარეობაში. ქვედა ყბის დაშვებაში მონაწილეობენ ლატერალური ფრთისებრი, ორმუცელა, ყბა-ინის და ნიკაპ-ინის კუნთები. ქვედა ყბა წინ იწევს ორივე ლატერალური ფრთისებრი კუნთის ერთდროული შეკუმშვისას. ამ მოძრაობას ხელს უწყობს საღეჭი და მედიალური ფრთისებრი კუნთების შეკუმშვა. საფეთქლის კუნთების უკანა ნაწი-



სურ. 83. საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარი. 1 — სასახსრე დისკი; 2 — ქვედა ყბის თავი; 3 — ქვედა ყბის ფოსო; 4 — სასახსრე ბორცვი; 5 — სასახსრე დისკის უკანა ნაწილი; 6 — სასახსრე დისკის ქვედა ნაწილი; 7 — სასახსრე ჩანთა; 8 — გარეთა სასმენი მილი.

ლების შეკუმშვა იწვევს ქვედა ყბის უკან გადანაცვლებას. ამ მოძრაობაში მონაწილეობენ ორმუცელა და ნიკაპ-ინის კუნთები. მარჯვენა ლატერალური და მედიალური ფრთისებრი კუნთების შეკუმშვით ქვედა ყბა გადაინაცვლებს მარცხნივ. ამ მოძრაობაში მონაწილეობენ მარცხენა მხრის საფეთქლის, ორმუცელა, ყბა-ინის და ნიკაპ-ინის კუნთები. ქვედა ყბის მარჯვნივ გადანაცვლებაში მონაწილეობენ მოპირდაპირე მხარის იგივე კუნთები.

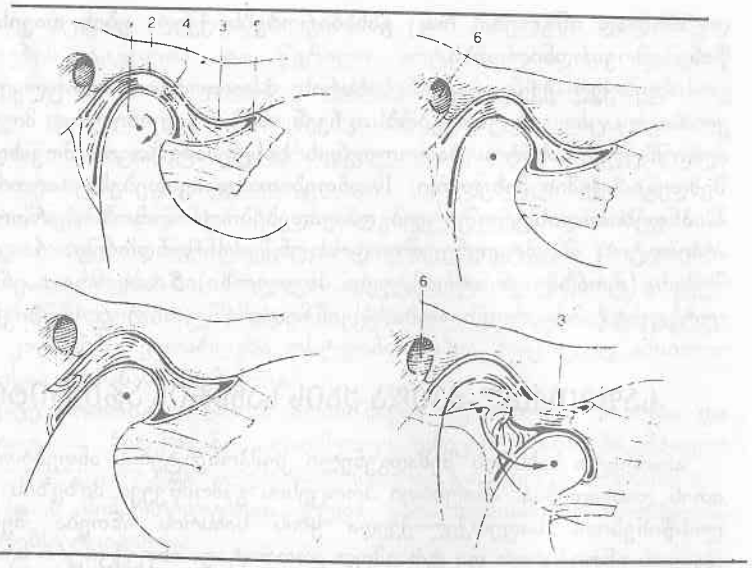
ამწევი, დამწევი და წამწევი კუნთების კუნთების გარდა ქვედა ყბის მოძრაობაში მონაწილეობას იღებენ კისრის კუნთები (მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი, ტრაპეციული, კეფის) და საყლაპავი კუნთები. ეს კუნთები ცვლიან ენის, საყლაპავის, ხორხის ფორმასა და მდებარეობას, გადასწევენ ქვედა ყბას უკან და იჭიმებიან ქვედა ყბის წინ გადაწევისას. ამას გარდა, კისრის კუნთები აფიქსირებენ ინის ძვალს, როდესაც ქვედა ყბის დასაშვებად იკუმშებიან ყბაინის და ნიკაპინის კუნთები.

სადგის-ქვედა ყბის იოგი არეგულირებს ქვედა ყბის წინა-უკანა მოძრაობას. საფეთქელ ქვედა ყბის, სოლისებრ ქვედა ყბის და ფრთა ქვედა ყბის იოგები არეგულირებენ ქვედა ყბის გვერდით მოძრაობებს.

ნორმაში ქვედა ყბის მოძრაობის დროს ადგილი აქვს ქვედა ყბის თავებისა და დისკების სინქრონულ გადაადგილებას წინ და ქვევით სასახსრე ბორცვების ფერდობზე. ქვედა ყბის თავები უფრო მეტად გადაადგილდებიან, ვიდრე დისკები, მოძრაობენ რა დისკის ერთი პოლუსიდან მეორემდე, მაგრამ არ გამოდიან მისი ფარგლებიდან (სურ. 84).

შემდეგ ამას უერთდება ბრუნვითი მოძრაობები ქვედა ყბის თავის ჰორიზონტალური ღერძის გარშემო. საფეთქელ ქვედა ყბის სახსრის ეს ფუნქციური თავისებურება განასხვავებს მას ადამიანის სხვა სახსრებისაგან. სასახსრე დისკი სახსარს ყოფს ორ იზოლირებულ ნაწილად. ზედა ნაწილში ადგილი აქვს პირდაპირ მოძრაობებს, ქვედაში — ერთდროულად ბრუნვით მოძრაობებს ჰორიზონტალური ღერძის გარშემო.

თუ ადგილი აქვს ქვედა ყბის თავის უკან, ხოლო დისკის წინ გადანაცვლებას, პირის გაღების დროს თავი ინაცვლებს წინ, აწვება დისკს უკნიდან, გადალახავს წინააღმდეგობას და ტკაცუნით თავსდება დისკის უკანა პოლუსზე, შემდეგ დისკი ხმაურით ინაცვლებს წინ, თავსდება რა სასახსრე ზედაპირებს შორის. პირის



სურ.84. მოძრაობა საფეთქელ- ქვედა ყბის სახსარში; მარცხნივ სახსრის სტუქტურების მდებარეობა პირის ჩვეულებრივი გაღების დროს; მარჯვნივ სასახსრე სტრუქტურების მდებარეობა პირის მაქსიმალურად გაღების დროს. 1 — ქვედა ყბის თავი; 2 — ქვედა ყბის ფოსო; 3 — სასახსრე ბორცვი; 4 — სასახსრე დისკი; 5 — გარეთა ფრთისებრი კუნთი; 6 — გარეთა სასმენი მილი.

გაღების ბოლოს დისკი და ქვედა ყბის თავი თავსდებიან სწორ მდგომარეობაში.

თუ დარღვეულია დისკის მოძრაობა წინ ან ქვედა ყბის თავი მოძრაობს დისკზე სწრაფად, პირის გაღების დაწყებისას თავი გადახტება დისკის წინა პოლუსზე, შემდგომ კი დისკი ტენცუნი შეიჭრება სასახსრე ზედაპირებს შორის.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მეორე თავისებურება მდგომარეობს სასახსრე ზედაპირების მფარავი ხრტილების სტრუქტურაში. ეს არის არა ჰიალინური, არამედ თხელი და შედარებით სუსტი შემაერთ-ქსოვილოვანი ხრტილი. რითაც აიხსნება მისი ხშირი დაზიანება და სწრაფი დაშლა ანთების გავლენით როგორც ეს ხდება ართრიტის და ართროზის დროს და მისი შენაცვლება ნაწიბუროვანი ან ძვლოვანი ქსოვილით, როგორც კონტრაქტურის ან ანკილოზის დროს შემდეგი თავისებურება ეხება სასახსრე ჩანთას, რომლის უკანა ნაწილი სქელია, წინა ნაწილი კი თხელია.

და იოლად იწელება, რაც განაპირობებს ქვედა ყბის თავის იოლ წინა ამოვარდნილობას.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის პათოლოგიის სრულყოფილი *კლასიფიკაცია* არ არსებობს. ჩვენ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია აღნიშნული სახსრის პათოლოგიის სისტემატიზაცია მოვახდინოთ შემდეგი სქემის მიხედვით: 1. ანთებითი დაავადებები (ართრიტი); 2. ანთებით-დისტროფიული დაავადებები (ართროზი, ართროზო-ართრიტი); 3. მტკივნეული დისფუნქციის სინდრომი; 4. კრიჭის შეკვრა (ტრიზმი, კონტრაქტურა, ანკილოზი); 5. სასახსრე თავის დისლოკაცია (ამოვარდნილობა, ქვეამოვარდნილობა); 6. სიმსივნეები.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ართრიტი

ართრიტი სახსრის შემადგენელი კომპონენტების ანთებითი ხასიათის დაავადებაა. ანთებითი პროცესის გამომწვევი მიზეზის გათვალისწინებით, საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ანთება შეიძლება დაიყოს ინფექციურ და ტრავმულ ართრიტად. ინფექციური ართრიტი თავის მხრივ იყოფა არასპეციფიკურ და სპეციფიკურ ართრიტად.

არასპეციფიკური ინფექციური ართრიტი ვითარდება სახსარში ბანალური (არასპეციფიკური) ინფექციის შეღწევის შედეგად. ინფექციის გავრცელების გზის მიხედვით არჩევენ ჰემატოგენურ და კონტაქტურ ართრიტებს. ჰემატოგენური ართრიტი ვითარდება ზოგადი ინფექციური დაავადებებისაგან (გრიპი, დიფტერია, ყვავილი, ტიფი, ანგინა, ზედა სასუნთქი გზების კატარი, ოდონტოგენური ქრონიო-სეფსისი და სხვა). კონტაქტური ართრიტი ვითარდება სახსარში ინფექციური პროცესის შეჭრით მეზობელი ქსოვილებიდან. ბავშვებში უფრო ხშირად ეს არის შუა ყურის ჩირქოვანი ანთება, როდესაც ანთებითი პროცესი იწვევს ძვლოვანი სტრუქტურების დაშლას. მოზრდილებში — ქვედა ყბის ოსტეომიელიტი, პაროტიტი, მასტოიდიტი.

მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ არასპეციფიკური ინფექციური ართრიტის მწვავე და ქრონიკულ ფორმებს.

პათოლოგიური ანატომიური გამოკვლევებით უმეტეს შემთხვევაში დაავადება იწყება ექსუდაციური სინოვიტით. მაკროსკოპულად მწვავე ფაზაში აღინიშნება სინოვიური გარსის, სასახსრე ჩანთის და სახსრის ირგვლივი ქსოვილების შეშუპება და ჰიპერემია, სასახსრე სითხის რაოდენობა მომატებული და შემღვრეულია.

მიკროსკოპულად სინოვიურ გარსში და ჩანთაში აღინიშნება ბოჭკოების გაქრობა და წვრილი არტერიებისა და ვენების შებერვა. ანთებითი პროცესი ვრცელდება ნერვებზე. მგრძნობიარე ნერვულ დაბოლოებათა ანთება კი იწვევს ტკივილს სახსარში. შემდგომში ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილების ელემენტების პროლიფერაცია. პროცესი გადადის ქრონიკულ ფაზაში — წარმოიქმნებიან ნაწიბურები, რომლებიც იწვევენ სასახსრე ჩანთისა და იოგების შეჭმუხვნას. ხრტილში ვითარდება ბოჭკოების გაქრობა და ნეკროზი. ხრტილის დეფექტები შეივსებიან გრანულაციური ქსოვილით; შემდგომში სახსრის ძვლოვანი სტრუქტურების კიდეებზე ვითარდება ოსტეოპოროზი, რაც უკვე ართროზისთვისაა დამახასიათებელია.

მწვავე ართრიტის დროს აღინიშნება სეროზული ანთება და იშვიათად — ჩირქოვანი. ავადმყოფი უჩივის სახსარში მძაფრი ტკივილის უეცარ გამოვლენას, რომელიც გადაეცემა ყურისა და საფეთქლის მიმართულებით. ქვედა ყბის ნებისმიერი მოძრაობა აძლიერებს ტკივილს.

კლინიკური სურათისათვის მწვავე ფაზაში დამახასიათებელია ქსოვილების ინფილტრაცია და ჰიპერემია სახსრის არეში. გარეთა სასმენი მილი შევიწროებულია. სახსრის პალპაცია ძლიერ მტკივნეულია. ნიკაპზე ან ქვედა ყბის კუთხეზე ზედაწოლა იწვევს სახსარში ტკივილების გაძლიერებას. პირის გაღება შეზღუდულია სხვადასხვა ხარისხით. პირის გაღების დროს ქვედა ყბა ინაცვლებს დაავადებული სახსრის მხარეზე. სეროზული ანთება ძირითადად მიმდინარეობს ნორმალური ან სუბფებრილური ტემპერატურის ფონზე, სისხლის ფორმიანი ელემენტების მნიშვნელოვანი ცვლილებების გარეშე. უფრო მძიმეა ჩირქოვანი ართრიტის კლინიკური სურათი. დაავადება მიმდინარეობს ძლიერი ტკივილებით, მაღალი ტემპერატურით, ლეიკოციტოზითა და ესრ-ის გადიდებით. ჩირქოვანი ართრიტის გართულებებს წარმოადგენენ აბსცესი (რომელიც შეიძლება გაიხსნას ყურის გარეთა გასავალში ან ყბაყურა არეში), ართროზი, ანკილოზი.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის არასპეციფიკური ინფექციური ანთების **ქრონიკული ფაზისათვის** დამახასიათებელია ზომიერი, თვითნებითი ტკივილები, რომლებიც ძლიერდებიან პირის გაღების დროს. ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ტემპერატურული რეაქცია არ აღინიშნება. პირის გაღება შეზღუდულია (II ან III ხარისხის ტრიზმი). ღეჭვა გაძნელებულია. ყურის ჭავლის

წინ შეიძლება გამოვლინდეს სუსტად გამოხატული შესიება. ქვედა ყბა მოძრაობის დროს იხრება დაავადებულ მხარეზე. ყოველივე ეს აიხსნება სინოვიალური გარსის ანთებითა და დანაწიბურებით.

ქრონიკული ართრიტის დამახასიათებელი ნიშანია ტკაცუნი. იგი შეიძლება იყოს სუსტად, ზომიერად ან მკვეთრად გამოხატული, როცა ის პაციენტის გარდა თავისუფლად ესმის ახლომყოფ პირებს.

რენტგენოლოგიურად ქრონიკული ართრიტის დროს აღინიშნება სასახსრე ნაპრალის შევიწროება და სასახსრე ზედაპირების სუბქონდრალური ფირფიტის დესტრუქციული და რეაქტიული ცვლილებები.

ქრონიკული არასპეციფიკური ართრიტის გამწვავება (უფრო ხშირად გაცივების წყალობით) თანდართულია ტკივილების გაძლიერებით, ხშირად ტკივილების ირადიაციით ყურში, ყურის უკან, საფეთქლის და ყბისქვეშა არეში, პირის გაღების შეზღუდვისა და ღეჭვის გაძნელების მომატებით, სახსრის არეში შეშუპებით, ქვედა ყბის გადანაცვლებით დაავადებულ (თუ სახსარში მიმდინარეობს დანაწიბურების პროცესი) ან ჯანმრთელ (თუ სახსარში დაგროვდა დიდი ოდენობით სითხე და გაიჭიმა სასახსრე ჩანთა) მხარეზე.

არასპეციფიკური ართრიტი შეიძლება განვითარდეს **რევმატიული ინტოქსიკაციის ფონზე (რევმატიული ართრიტი).** ასეთ შემთხვევაში პროცესი ერთდროულად ლოკალიზებულია ორივე სახსარში. სახსრის ფუნქცია დარღვეულია, სახსრისირგვლივი ქსოვილების რეაქცია სუსტადაა გამოხატული. დაავადება მიმდინარეობს პერიოდული გამწვავებებით, რომლის დროსაც ადგილი აქვს სხეულის სუბფებრილურ ტემპერატურას, ტკივილებს საფეთქელ-ქვედა ყბის ორივე სახსარში და ხშირად სხვა სახსრებშიც. დიაგნოზს აზუსტებს დადებითი რევმატიული სინჯები და გულის პათოლოგია (მანკი, რევმოკარდიტი). კომპლექსური მკურნალობის ფონზე (ანტირევმატიული საშუალებების გამოყენებით) ანთებითი მოვლენები სწრაფად წყნაოდებიან.

რევმატოიდული ართრიტის დროს პათოლოგიური პროცესი უფრო ხშირად ლოკალიზებულია საფეთქელ-ქვედა ყბის ერთ-ერთ სახსარში, მაგრამ ერთდროულად პროცესში ჩათრეულია სხვა სახსრებიც (მუხლის, მენჯ-ბარძაყის, მხრის და სხვა). გულის მხრივ, გარდა ასაკობრივისა, ცვლილებები არ ვლინდებიან. ქრონიკული რევმატოიდული ართრიტის მკურნალობა არ იძლევა ისეთ შესამჩნევ გაუმჯობესებას, როგორც რევმატიული ართრიტის დროს.

რევმატიული და რევმატოიდული ართრიტის როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ფორმები ვითარდებიან ინფექციის ჰემატოგენური ან კონტაქტური გზით გავრცელების შედეგად.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ტრავმული ართრიტი

მწვავე ტრავმული ართრიტი ვითარდება სახსრის ერთჯერადი დაზიანებით ტრავმული აგენტის მოქმედების შედეგად (დარტყმა, დაჟეჟვა, ჭრილობა) ან პირის მაქსიმალური გაღებით. მწვავე (დახურული) ტრავმა იწვევს სახსრის ოგოგვანი აპარატის გაგლეჯას და სისხლჩაქცევას სახსარში, რასაც მოსდევს სისხლის კოლტის წარმოქმნა. ეს უკანასკნელი შეიძლება გარდაიქმნეს ფიბროზულ ზონრებად, რამაც მოზრდილებში შეიძლება გამოიწვიოს ფიბროზული ანკილოზის განვითარება. ბავშვებში კი მწვავე ტრავმული ართრიტის ფონზე შეიძლება განვითარდეს მენისკის, სასახსრე თავისა და ფოსოს რბილი საფარველის დარღვევა, რაც იწვევს ძვლოვან ანკილოზს. იშვიათად ადგილი აქვს სახსრის ღია დაზიანებას. თუ აღნიშნული დაზიანება გართულდა ჩირქოვანი ინფექციით, მან თავის მხრივ შეიძლება გამოიწვიოს სახსრის ძვლოვანი სტრუქტურების დაზიანებული უბნების სეკვესტრაცია და მათი შეცვლა ნაწიბუროვანი ქსოვილით.

მწვავე ტრავმული ართრიტის კლინიკური სურათი იგივეა, რაც მწვავე არასპეციფიკური ინფექციური ართრიტის დროს.

ქრონიკული ტრავმული ართრიტი გამოწვეულია ქვედა ყბის თავის მანკოვანი, არასწორი მდებარეობით ქვედა ყბის ფოსოში, რისი მიზეზიც შეიძლება გახდეს კბილების დიდი ჯგუფის დაკარგვა, არასწორი პროთეზირება, ღრმა თანკბილვა, კბილების გაცვეთა, ორთოდონტული ღონისძიებები, რაც ცვლის ქვედა ყბის თავის პოზიციას და სხვა. ამ მიზეზებით მუდმივად და ხანგრძლივად ხდება ქვედა ყბის თავის, ქვედა ყბის ფოსოს და სასახსრე დისკის ტრავმირება.

დასაწყისში ადგილი აქვს უსიამოვნო შეგრძნებას სახსრის არეში, რაც შემდგომში გადადის მუდმივი ხასიათის მნიშვნელოვან ტკივილში, რომელიც ძლიერდება პირის გაღების დროს (ლაპარაკი, ღეჭვა). ზოგჯერ ტკივილებს შეტევითი ხასიათი აქვთ და მოგვაგონებენ სამწვერა ნერვის ნევრალგიას. თუ ტრავმულ ფაქტორს შეუერთდა ინფექცია, ვითარდება ინფექციური ართრიტი მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათით. ეს უკანასკნელი უარეს შემთხვევაში შეიძლება გართულდეს დაჩირქებით, სახსრის

ველოვანი და ხრტილოვანი კომპონენტების დაზიანება-დაშლით. ქვედა ყბის თავის სეკვესტრაციით და სახსრის ანკილოზით. ზოგჯერ ქრონიკული ტრავმული ართრიტის დროს აღინიშნება **კოსტენის სინდრომი:** ტკივილები საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარში, ირადიაციით ყურში, ენაში, კისერში, თავის შესაბამის ნახევარში, ტკაცუნი სახსარში პირის გაღების დროს, ენის წვა ან პირის სიმშრალე, სმენის დაქვეითება, ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, კანის ჰიპერესთეზია სახსრის არეში, თავის ტკივილი, თავბრუხვევა, ყურებში შუილი. უფრო ხშირია ავადმყოფები, რომლებსაც ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან აღენიშნებათ ერთი ან რამდენიმე.

დიფერენციული დიაგნოზი მწვავე ართრიტის შემთხვევაში უნდა გატარდეს შუა ყურის მწვავე ანთებასთან, მწვავე პერიკორონარიტთან, სამწვერა ნერვის ნევრალგიასთან, ართროზთან. ძლიერი, მწვავე ტკივილები, რომლებიც ვრცელდებიან ყურში, საფეთქელში, ახასიათებთ აღნიშნულ დაავადებებს. ამიტომ ავადმყოფები ამ დროს მიმართავენ ოტო-ლარინგოლოგს, ნევროპათოლოგს. მაგრამ აღნიშნული დაავადებების დროს სახსრის ფუნქცია დარღვეული არ არის. პერიკორონარიტის დროს სახეზეა ანთებადი პერიკორონარიუმი, ამოჭრაში შეკავებული სიბრძნის კბილი და ტკივილები ქვედა ყბის ტოტისა და ქვედა კბილების არეში. ართროზისათვის დამახასიათებელია დისტროფიული და არა დესტრუქციული ცვლილებები სახსრის კომპონენტებში (ძვლოვან და ხრტილოვან ქსოვილებში, იოგოვან აპარატში), ინფექციური ანთების ტიპიური სურათი კი არ არის.

ქრონიკული ართრიტის დიფერენცირება ხდება ქრონიკულ პაროტიტთან, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ყბაყურა ჯირკვლის სეკრეციის დარღვევა.

მწვავე ართრიტი ქრონიკულისაგან განსხვავდება დაავადების ხანმოკლეობით (2-3 თვე), მწვავე დასაწყისით, ადრე ტკივილების უქონლობით სახსარში და სახსრის ძვლოვან ელემენტებში რაიმე დესტრუქციული ცვლილებების არარსებობით. ქრონიკული ართრიტისათვის დამახასიათებელია დაავადების ხანდაზმულობა (4-5 თვიდან 3-10 წლამდე), გაცივებით, გადაღლით თუ სხვა მიზეზით გამოწვეული პერიოდული გამწვავებებით.

ტრავმული ართრიტის განმასხვავებელი ნიშანი მსგავსი დაავადებებისაგან არის ტრავმული ფაქტორის არსებობა დაავადების განვითარებაში.

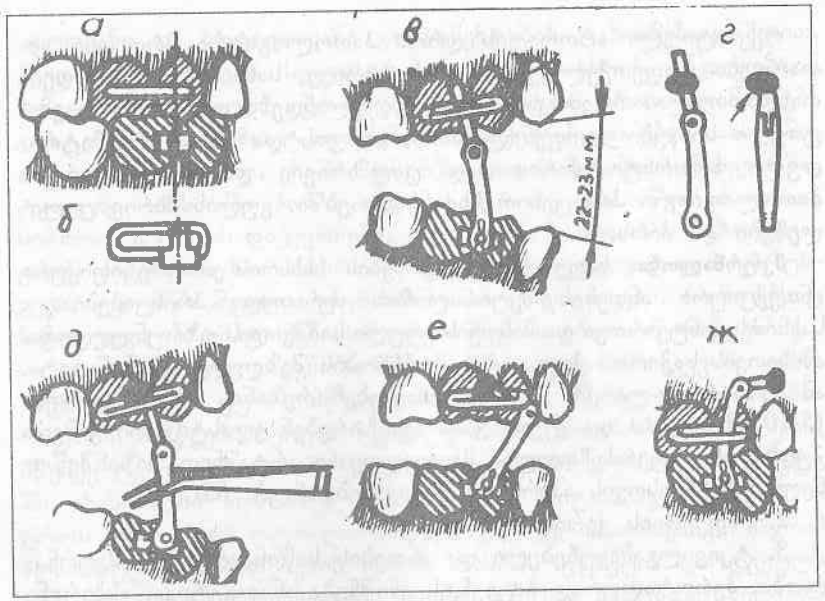
რევმატიული ართრიტის დროს პათოლოგიური პროცესი ვითარდება საფეთქელ-ქვედა ყბის ორივე სახსარში. დაავადება თანდართულია რევმოკარდიტით და ვლინდება დადებითი რევმატიული სინჯები (დიფენილამინის, სიალის და სხვა). რევმატოიდული ართრიტი ძირითადად ცალმხრივია და თანდართულია პათოლოგიური პროცესით სხვა სახსრებში. გულის მხრივ ცვლილებები არ არის.

მკურნალობა. საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის არასპეციფიკური ინფექციური ანთების მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია: სახსრის განტვირთვა და მისთვის სრული სიმშვიდის უზრუნველყოფა. ამისათვის საჭიროა ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა ან შეწყვეტა. ამ მიზნით მოლარებს შორის ათავსებენ რეზინის თხელ გამბჯენს (5-10 მმ სისქის) და ქვედა ყბას აფიქსირებენ ელასტიკური ჭიმვით ქუდზე ან ინტერმაქსილური მავთულოვანი არტაშნით. მიზანშეწონილია პეტროსოვის აპარატის გამოყენება (სურ. 85).

2. ინფექციის კერის აღმოფხვრა.

3. ტკივილგამაყუჩებელი და ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა: პერორალურად პაციენტს ენიშნება ანალგეტიკა, ასპირინი ან ინდომეტაცინი, ანტიბიოტიკები. კარგ შედეგს იძლევა ადგილობრივად, სახსრის არეში ანთების საწინააღმდეგო, ანტიმიკრობული და ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების შეყვანა. ასეთი ნარევი შეიძლება იყოს 2%-იანი საანესთეზიო ხსნარი (ნოვოკაინი, ლიდოკაინი, ტრიმეკაინი, მეპივაკაინი და ა.შ.), 1 მლ ფართო სპექტრის ოსტეოტროპული ანტიბიოტიკი (ლინკომიცინი, ცეფამეზინი, კლინდომიცინი) 250.000 ერთ. და ჰიდროკორტიზონი ან დექსამეტაზონი 1 მლ. ინექციებს შორის 2-3 დღე. მკურნალობის კურსი 2-დან 10 ინექციამდე. ჰიდროკორტიზონი (უმჯობესია დექსამეტაზონი) ხელს უწყობს სისხლის ფიბრინის ან ექსუდატის გაწოვას, იგი ფლობს აგრეთვე სიცხის დამწევ და ტკივილის მომხსნელ თვისებებს; ანესთეტიკი ხსნის ტკივილს, ანტიბიოტიკი თრგუნავს ინფექციას. ამავე მიზნით გამოიყენება დექსამეტაზონი ლიდაზით (თითო მლ), კენალოგი (1 მლ 10 მლ საანესთეზიო ხსნარზე. კეთდება სახსარში კვირაში ერთხელ, სულ 2-3-ჯერ).

4. ფიზიოთერაპია: მწვავე პერიოდში კომპრესი (სპირტით, სამედიცინო ნაღველით), უმს, სოლუქსი, დიადინამოთერაპია, ლაზეროთერაპია. ქრონიკულ ფაზაში — ელექტროფორეზი იოდით (KI), ფუტკრის შხამით, ანესთეტიკით (ნოვოკაინი, ლიდოკაინი), ბალნეოთერაპია (ტალახით).



სურ. 85. პეტროსოვის აპარატი.

5. დესენსიბილიზაცია (დიმედროლი, სუპრასტინი) და ორგანიზმის დაცვითი ძალების სტიმულაცია.

ჩირქოვანი ექსუდატის შემთხვევაში საჭიროა პათოლოგიური კერის გახსნა პირგარეთა განაკვეთით.

უმეტეს შემთხვევაში 7-10 დღის ბოლოს სახსარში ტკივილები ქრებიან და ქვედა ყბის ფუნქცია უმჯობესდება. სახსარში მწვავე ანთებითი პროცესის ჩაცხრომის შემდეგ ჩვენების მიხედვით ატარებენ ორთოდონტიულ და ორთოპედიულ (თანკბილვის სიმაღლის აღდგენა) მკურნალობას.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის სპეციფიკური ინფექციური ანთება

ვითარდება ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის (კოხის ჩხირის), მკრთალი სპიროქეტის, აქტინომიცეტის და სხვა სპეციფიკური დაავადებების (გონორეა, ბრუცელოზი, დიზენტერია და ა.შ.) გამომწვევი მიკროორგანიზმების შეჭრითა და გავრცელებით სახსარში. **ტუბერკულოზური ართრიტი** ვითარდება კონტაქტური

გზით ინფექციის შეჭრის შედეგად. ამ პათოლოგიური პროცესისათვის დამახასიათებელ [illegible] და მეორადი ინფექციის მიერთება ძირითად პათოლოგიურ პროცესთან.

სიფილისური ართრიტი ვითარდება ინფექციის გავრცელებით, როგორც კონტაქტური ისე ჰემატოგენური (იშვიათად) გზით. პროცესი მიმდინარეობს დუნედ, ხანგრძლივად. პირის გაღება მცირედ შეზღუდულია; ქვედა ყბის მოძრაობის დროს ადგილი აქვს სახსრის არეში ზომიერ ტკივილს.

აქტინომიკოზური ართრიტი ვითარდება ინფექციის კონტაქტური გზით გავრცელების შედეგად. დაავადება მიმდინარეობს დუნედ, პერიოდული გამწვავებებით. პირის გაღება მნიშვნელოვნადაა შეზღუდული საღეჭი კუნთების აქტინომიკოზური პროცესით დაზიანების გამო. სახსარი მტკივნეულია, ტკივილი ძლიერდება სახსრის პალპაციისა და ქვედა ყბის მოძრაობის დროს.

სპეციფიკური ინფექციური ართრიტის მკურნალობა კომპლექსურია. მკურნალობის ზემოაღნიშნულ მეთოდებს ემატება სპეციფიკური მკურნალობა.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ართროზი

ართროზი (ოსტეოართროზი) სახსრის დისტროფიული ხასიათის ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც ვითარდება სახსრის დატვირთვასა და მისი ჭსოვილების ამტანობას შორის წონასწორობის დარღვევის შედეგად. დაავადების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია მაკრო და მიკროტრავმები. მნიშვნელოვან როლს თამაშობს თანკბილვის ანომალია და კბილთა რიგის დეფექტები, განსაკუთრებით ქვედა ყბაზე, მოლარების არეში. პათოლოგიური თანკბილვის სხვადასხვა ფორმის დროს ქვედა ყბის თავი ინაცვლებს უკან და ზოგჯერ ერთდროულად ქვევით. სასახსრე ნაპრალი სახსრის უკანა პოლუსზე ვიწროვდება, წინა პოლუსზე ფართოვდება, უარესდება ხრტილოვანი ჭსოვილის კვება, იგი კარგავს ელასტიკურობას, მის ზედაპირზე წარმოიქმნება ნახეთქები. დისტროფიული პროცესი ვრცელდება სახსრის ძვლოვან სტრუქტურებზე. ირღვევა საღეჭი კუნთების ფუნქცია.

არჩევენ მასკლეროზირებელ და მადეფორმირებელ ართროზებს. პირველ შემთხვევაში ადგილი აქვს ძვლოვანი სასახსრე ზედაპირების კორტიკალური ფირფიტის სკლეროზს, მეორე შემთხვევაში ვითარ-

დება ქვედა ყბის თავის დეფორმაცია, მასზე ძვლოვანი წანაზარდების წარმოშობით. ძვლის უფრო ღრმა შრეებში ვითარდება ოსტეოპოროზი. მცირდება სინოვიური სითხის რაოდენობა.

კლინიკური სურათი ართროზის დროს უფრო სუსტადაა გამოხატული, ვიდრე ართრიტის დროს. დაავადება იწყება შეუმჩნევლად ტკაცუნით სახსარში, დილით მოძრაობის შებორკვით, რაც დღის განმავლობაში სწორდება. ტკივილი სახსარში არ არის, ან გამოჩნდება გაცივების, სახსრის გადატვირთვის შემდეგ. სახსრის პალპაციით ტკივილი აღინიშნება მხოლოდ გამწვავების დროს. საწყის სტადიაში ტკივილის არარსებობა აიხსნება ხრტილის უპირატესი დაზიანებით, რომელსაც არ გააჩნია სისხლის ძარღვები და ნერვული დაბოლოებები. სასახსრე ჩანთა და სინოვიური გარსი მოგვიანებით ერთვებიან პროცესში. ამ დროს ვლინდება მოძრაობის შეზღუდვა ქვევით და დაავადებული სახსრის მხარეზე. ზოგჯერ, სასახსრე ჩანთისა და სახსრის იოგოვანი აპარატის დაჭიმვის შედეგად ქვედა ყბის მოძრაობის ამპლიტუდა მომატებულია. ზოგჯერ აღინიშნება კანის პარესთეზია სახსრის არეში. ზოგჯერ ადგილი აქვს ტკივილებს ყურში და თვალში, თავის ტკივილს, სმენის დაქვეითებას, გლოსალგიას, პირის ღრუს ლორწოიანის პარესთეზიას.

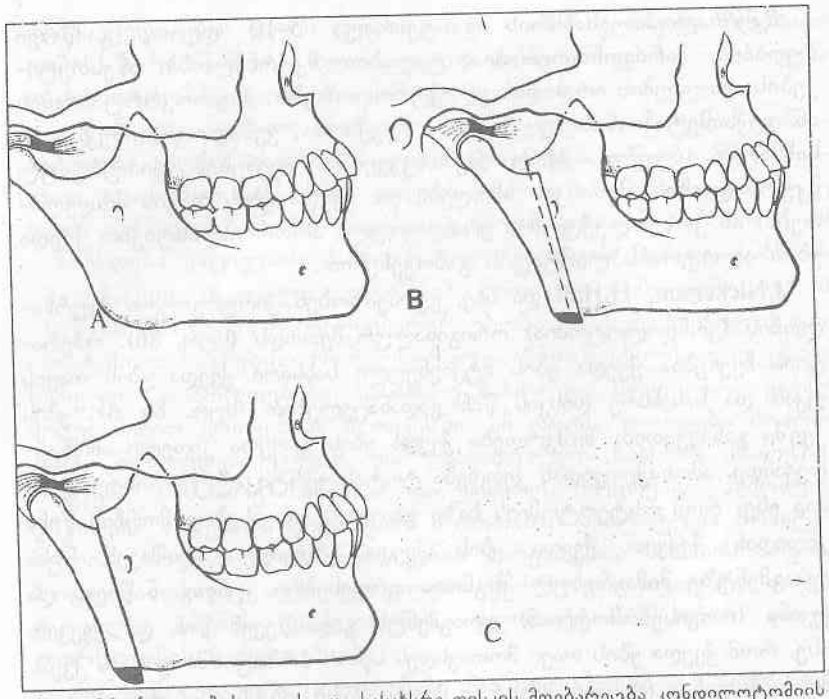
რენტგენოლოგიური ცვლილებები მასკლეროზირებელი ართრიტის დროს გამოიხატება კორტიკალური ფირფიტის სკლეროზში, სასახსრე ნაპრალის შევიწროებაში; მადეფორმირებელი ართრიტის დროს კი აღინიშნება ქვედა ყბის ფოსოს გამკვრივება, ქვედა ყბის თავისა და სასახსრე ბორცვის გაფართოება და გამკვრივება, ქვედა ყბის ყელის დამოკლება, ეკზოფიტები და ეკზოსტოზები სასახსრე ზედაპირებზე. უფრო მძიმე შემთხვევებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქვედა ყბის თავის დეფორმაცია. იგი იღებს ქინძისთავის, სოკოს, მახვილბოლოიან ფორმას, კავის ფორმას „გამოჭმული“ წინა ზედაპირით.

დიფერენციული დიაგნოზი მადეფორმირებელი ართროზის დროს უნდა გატარდეს ქვედა ყბის როკისებრი მორჩის მაგარ ოსტეომასთან. ოსტეომის დროს ქვედა ყბის თავის დეფორმაცია უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ართროზის დროს. გამწვავების სტადიაში ართროზის დიფერენცირება საჭიროა საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მტკივნეული დისფუნქციისაგან. ამ უკანასკნელის დროს საღეჭი კუნთების პალპაცია მტკივნეულია და არ არის რენტგენოლოგიური ცვლილებები სახსარში.

მკურნალობა: სახსრის განტვირთვა 5-10 დღით, გამწოვი თერაპია, პარაფინოთერაპია, ტალახით მკურნალობა, ანესთეტიკების, კალიუმის იოდიდის ელექტროფორეზი, ჰიდროკორტიზონის ან დექსამეტაზონის (დექსაზონი, დექსონა, კენალოგი) ინექციები სახსარში. უფრო მძიმე შემთხვევებში იყენებენ ქირურგიულ მკურნალობას: მენისკის ამოღება და ქვედა ყბის თავის მოდელირება, ან კონდილექტომია ერთდროული ართროპლასტიკით ქვედა ყბის ალოტრანსპლანტატის გამოყენებით.

J.Nickerson, H.Hall და სხვ. გვთავაზობენ ქირურგიული მკურნალობის (კონდილოტომია) ორიგინალურ მეთოდს (სურ. 86). ოპერაციის ჩვენებაა ქვედა ყბის მტკივნეული სახსარი ქვედა ყბის თავის უკან და სასახსრე დისკის წინ გადანაცვლებით (სურ. 86 A). ყბის ქვეშა განაკვეთით შიშვლდება ქვედა ყბის გარეთა კედელი ამონაჭდევამდე. ამონაჭდევიდან კეთდება ტოტის ვერტიკალური ოსტეოტომია ისე, რომ ოსტეოტომიის ხაზი გაივლის როკისებრი მორჩის წინა კიდიდან ქვევით ქვედა ყბის ქვედა კიდემდე. ათიშავენ წინა ფრაგმენტზე მიმაგრებულ შიგნითა ფრთისებრი კუნთის ნაწილს და უკანა (როკისებრმორჩიან) ფრაგმენტს გადასწევენ წინ და ქვევით ისე, რომ ქვედა ყბის თავი მოთავსდეს სწორ პოზიციაში დისკის ქვეშ. მოინიშნავენ უკანა ფრაგმენტზე ძვლის ჭარბ უბანს ისე, როგორც ეს ნაჩვენებია 86 β სურათზე და ამოკვეთენ მას. გადაკვეთენ ძვლის ჭარბ ნაწილს უკანა ფრაგმენტის ქვედა კიდეზე (მისი სიგრძე საშუალოდ 3 მმ-ია) და აფიქსირებენ ფრაგმენტებს ოსტეოსინთეზით (სურ. 86 C). ერთდროულად ხორციელდება ქვედა ყბის იმობილიზაცია ინტერმაქსილური არტაშანით. 90%-ზე მეტ შემთხვევაში ადგილი აქვს ტკივილის და სახსრის დისფუნქციის აღმოფხვრას.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ართროზო-ართრიტი წარმოადგენს სახსარში დეგენერაციული ცვლილებების და ანთებითი პროცესის შეთავსებას. დასაწყისში დაავადება მიმდინარეობს მწვავე ართრიტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათით. შემდეგ ღებულობს ქრონიკულ ფორმას. ადგილი აქვს პერიოდულ გამწვავებებს. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება დესტრუქციული და რეაქტიული ცვლილებები, ქვედა ყბის თავის ნაწილობრივი რეზორბცია, სასახსრე ბორცვის დეფორმაცია, სასახსრე ნაპრალის შევიწროება ან გაფართოება.



სურ. 86. ქვედა ყბის თავისა და სასახსრე დისკის მდებარეობა კონდილოტომიის ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ: A — ქვედა ყბის თავის უკან და სასახსრე დისკის წინ გადანაცვლება; B — კონდილოტომია და უკანა ფრაგმენტის ჭარბი უბნის მოზომვა; C — ძვლის ჭარბი უბნების ამოკვეთა, სახსრის სტრუქტურების ნორმალური შეთანასოვნების აღდგენა.

მკურნალობა კომპლექსურია და მოიცავს ზემოთ მოყვანილ მეთოდიკებს ჩვენების მიხედვით. შედეგი სწორი მკურნალობის შემთხვევაში დამაკმაყოფილებელია.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მტკივნეული დისფუნქციის სინდრომი

საფეთქელ-ქვედა ყბის მტკივნეული დისფუნქციის სინდრომი არის პათოლოგიური პროცესი, რომელიც აერთიანებს საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დისფუნქციას და საღეჭი კუნთების მტკივნეულ სპაზმს. აღნიშნული პათოლოგიური პროცესისათვის დამახასიათებელი სიმპტომებია ტკივილები საღეჭ კუნთებში, რომელიც ძლიერდება ქვედა ყბის მოძრაობის დროს, ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, ტკაცუნი სახსარში, ქვედა ყბის S-სებრი მოძრაობა-გადახრა გვერდზე ან წინ წაწევა პირის გაღებისას, ტკივილი საღეჭი კუნთების პალპაციის დროს, სხვადასხვა ხასიათის ტკივილები, უფრო ხშირად თავის შესაბამის ნახევარში. ტკივილები შეიძლება გადაეცეს კეფის, საფეთქლის, თვალბუდის, ყურის, ლოყის, ყელის, ბეჭის, ზოგჯერ წინამხრის და მტევნის მიმართულებით დაზიანებულ მხარეზე. ზოგჯერ ტკაცუნის მაგიერ სახსრიდან ისმის ხახუნი, შრიალი, კრეპიტაცია. ზოგჯერ ადგილი აქვს **ბრუკსიზმის** მოვლენებს. ბრუკსიზმი დაკავშირებულია საღეჭი კუნთების მომატებულ აქტივობასთან და ვლინდება არაცნობიერად კბილების კრაჭუნში და კბილის კბილზე დაჭერაში დაძაბული მუშაობის ან სტრესული სიტუაციების დროს.

დაავადების კლინიკური სურათი ერთი შეხედვით ემსგავსება ართრიტისა და ართროზის კლინიკურ სურათს. თუმცა ამ უკანასკნელთაგან განსხვავებით სახსრის პალპაცია სუსტად მტკივნეულია ან საერთოდ არ არის მტკივნეული, სამაგიეროდ ძლიერ მტკივნეულია საღეჭი კუნთების პალპაცია. ზოგჯერ ვითარდება ტრაპეციული კუნთის და მკერდლავიწდვრილისებრი კუნთის ზედა ნაწილის რეფლექტორული მტკივნეული სპაზმი.

ჩამოთვლილი კლინიკური ნიშნები ერთად იშვიათად გვხვდება ერთი და იგივე პაციენტში. ისინი შეიძლება შეგვხვდნენ სხვადასხვა კომბინაციაში. მაგ. ხმაური სახსარში და საღეჭი კუნთების ტკივილები შეიძლება ასოცირებული იყოს ბრუკსიზმთან ან ტკივილების გავრცელებასთან სამწვერა ნერვის ტოტების ან ერთი რომელიმე პერიფერიული ტოტის საინერვაციო ზონაში.

რენტგენოლოგიურად, საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მტკივნეული დისფუნქციის დროს აღინიშნება ქვედა ყბის თავების მდებარეობის ანომალია ცენტრალური ოკლუზიისა და პირის მაქსიმალურად გაღების დროს. სახსრის ძვლოვანი სტრუქტურები შეუცვლელია.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მტკივნეული დისფუნქციის სინდრომის დროს საღეჭი კუნთების მტკივნეული სპაზმისა და მათი შეკუმშვის დისკოორდინაციის (ასინქრონიზმის) ეტიოლოგიურ ფაქტორებს, როგორც ჩანს, წარმოადგენენ ემოციური დაძა-

ბულობა, თანკბილვის ცვლილებები, კბილთა რიგის დეფექტები, ბრუქსიზმი, ყვრიმალის ძვლის, რკალის, ქვედა ყბის თავის, ყელის, გვირგვინოვანი მორჩის ამოუცნობი ან არასრულყოფილად რეპონირებული მოტეხილობები. ამის შედეგად შეიძლება წარმოიქმნას სახსრის ელემენტების, საღეჭი კუნთების არაფიზიოლოგიური დაძაბულობა, ვლინდება მათი გადატვირთვისა და დისფუნქციის ნიშნები.

დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელობა აქვს ყბა-კბილთა სისტემის მდგომარეობას. ასე მაგ. ღრმა პროგნათიული თანკბილვის დროს მოლარების დაკარგვა იწვევს ქვედა ყბის უკან გადანაცვლებას, ხოლო ღრმა პროგენიული თანკბილვის დროს — წინ. სახსარში ქვედა ყბის თავების ნებისმიერი გადანაცვლება იწვევს სახსრის რბილი ქსოვილების გადანაცვლებას და ტრავმას. მაგ. ხშირია ქვედა ყბის თავის გადანაცვლება უკან და ზევით, დისკის კი — წინ.

იმისათვის, რომ დადგინდეს, საით გადაინაცვლა ქვედა ყბის თავმა, ახდენენ დაწოლას გვერდიდან ქვედა ყბის სხეულზე. ასე მაგ., თუ ქვედა ყბის თავი გადანაცვლებულია ლატერალურად, ქვედა ყბის მოპირდაპირე მხრის სხეულზე ზედაწოლა იწვევს ტკივილის გაძლიერებას, ხოლო შესაბამის მხარეზე ზედაწოლა არ იწვევს ტკივილს. იმ მხარეზე, სადაც ადგილი აქვს სახსარში ქვედა ყბის თავის ცდომას, აღინიშნება კბილების ცვეთა. მაგ., ქვედა ყბის წინ გადანაცვლების დროს ცვეთა ვითარდება საჭრელებზე, გვერდითი გადანაცვლების დროს — ეშვსა და პრემოლარებზე ცდომის მხარეზე.

დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით იყენებენ საღეჭი კუნთების ან სამწვერა ნერვის მამოძრავებელი ტოტების ბლოკადას საფეთქელქვედა ქედთან. ბლოკადა ხსნის კუნთების სპაზმს, რაც თავის მხრივ იწვევს ტკივილის მოხსნას და უმჯობესდება ქვედა ყბის მოძრაობა.

დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება ართრიტებთან, ჩირქოვან ოტიტთან, გარეთა სასმენი მილის ფურუნკულთან, ყურ-საფეთქლის, ცხვირ-წამწამოვანი, დაფის ნერვის, ფრთა-სასის კვანძის, ენა-ხახის ნერვის ნევრალგიასთან, კისრის ოსტეოქონდროზთან, შაკიკთან.

მკურნალობა. ჩახმახოვანი (ტრიგერული) ზონების ანუ სამწვერა ნერვის მამოძრავებელი ტოტების ბლოკადა ხსნის როგორც ტკივილებს, ისე კუნთების სპაზმს. ბლოკადა წყვეტს მანკიერ წრეს, როდესაც საღეჭი კუნთების სპაზმი აძლიერებს ტკივილს, ხოლო ტკივილი — სპაზმს. ქვედა ყბის ნერვის მამოძრავებელი ტოტების ბლოკირებისათვის ბერშეს ან ეგოროვის წესით შეჰყავთ ანესთეტიკის 1-1,5 მლ ხსნარი. მკურნალობის კურსია 4-6

ბლოკადა 2-3 დღის გამოშვებით. მკურნალობის კომპლექსში იყენებენ ელექტრონეიროსტიმულაციას, სამკურნალო ფიზკულტურას, საღეჭი კუნთების მასაჟს, სახსრის განტვირთვას. ჩვენების მიხედვით მიმართავენ მკურნალობის ორთოპედიულ და ორთოდონტიულ მეთოდებს (ზედა მესამე მოლარების დამოკლება ან დაგრძელება, პროთეზების გადაკეთება, ბჟენებისა და ჩანართების საოკლუზიო ზედაპირების მოწესრიგება) (გ. გამგებელი).

ᲙᲠᲘᲭᲘᲡ ᲨᲔᲙᲕᲠᲐ

კრიჭის შეკვრა პირის გაღების ნაწილობრივი ან სრული შეზღუდვაა, რომელიც გამოწვეულია სახსარშიდა სტრუქტურებში ან სახსრის ირგვლივ რბილ ქსოვილებში განვითარებული ცვლილებების, აგრეთვე საღეჭი კუნთების ინერვაციის გაღიზიანების შედეგად. პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციისა და ხასიათის მიხედვით არჩევენ კრიჭის შეკვრის სამ სახეს. ეს არის ტრიზმი, კონტრაქტურა, ანკილოზი.

ტრიზმი საღეჭი კუნთების ტონური შეკუმშვაა. იგი შეიძლება იყოს ანთებითი, ნევროგენული და ცენტრალური წარმოშობის. ანთებითი ხასიათის ტრიზმის დროს ადგილი აქვს საღეჭი კუნთების რეფლექსურ შეკუმშვას. ნევროგენული ხასიათის ტრიზმი შეიძლება იყოს ცენტრალური, პერიფერიული და ფსიქოგენური. ტრიზმი, რომელიც ვითარდება ისტერიის, მენინგიტის, ტეტანუსის, ქალას უკანა ფოსოში სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევისას და ა.შ. დროს, ითვლება ცენტრალური წარმოშობის პათოლოგიურ პროცესად.

ტრიზმი სამი ხარისხისაა. პირველი ხარისხის დროს პირის გაღება მსუბუქადაა (5 სმ-მდე საჭრელ კბილებს შორის) შეზღუდული, მეორე ხარისხის დროს პირის გაღებისას მანძილი ცენტრალურ საჭრელ კბილებს შორის 1 სმ-ზე მეტია, მესამე ხარისხის დროს კი — 1 სმ-ზე ნაკლები. ხშირად ქვედა ყბა მთლიანად უძრავია.

ტრიზმის *მკურნალობა* მდგომარეობს ძირითადი დაავადებების, მისი გამომწვევი მიზეზის მკურნალობაში. თუ მკურნალობის კურსის დამთავრებამდე საჭირო ხდება ღია პირის ღრუში რაიმე მანიპულაციის ჩატარება (კბილის ამოღება, ჩირქგროვის გაკვეთა), კეთდება გაუტკივარება ბერშეს ან ბერშე-დუბოვის მეთოდით ან მიმართავენ ზოგად გაუტკივარებას.

ქვედა ყბის კონტრაქტურა არის კრიჭის შეკვრა, რომელიც გამოწვეულია სახსარს გარეთ ქსოვილებში განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებებით. კონტრაქტურა შეიძლება იყოს შეძენილი და თანდაყოლილი, თუმცა ეს უკანასკნელი ძალზე იშვიათია. არჩევენ მდგრად და არამდგრად კონტრაქტურას. არამდგრადი კონტრაქტურა, ძირითადად, საღეჭი კუნთების დასუსტების ბრალია, რომელიც ვითარდება არტაშნებით პირის შეკვრის დროს (ფიქსაციური კონტრაქტურა) ან ქვედა ყბის რბილ ქსოვილებში არსებული ანთებითი პროცესის შედეგია (ანთებითი კონტრაქტურა). მდგრადი კონტრაქტურა ვითარდება ქვედა ყბის ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებში განვითარებული ნაწიბუროვანი დეფორმაციის (ნაწიბუროვანი კონტრაქტურა) ან სახსარგარეშე ძვლოვანი სტრუქტურების შეხორცებით (ძვლოვანი კონტრაქტურა). ნაწიბუროვანი კონტრაქტურა ვითარდება ცეცხლნასროლი ჭრილობის, დამწვრობის, ყბების, ყვრიმალის ძვლის და რკალის მოტეხილობის, ანთებითი პროცესების, წყლულოვან-ნეკროზული სტომატიტის შედეგად.

არჩევენ კონტრაქტურებს, რომლებიც გამოწვეულნი არიან ნაწიბუროვანი ცვლილებებით სახის კანისა და კანქვეშა ქსოვილებში (დერმატოგენური კონტრაქტურა), პირის ღრუს ლორწოიან გარსსა და ლორწქვეშა შრეში (მუკოგენური კონტრაქტურა); ზოგჯერ ვითარდება ყველა შრის (კანი, კანქვეშა ქსოვილი, ლორწოიანი გარსი, ლორწქვეშა შრე) ნაწიბუროვანი დეფორმაცია (დესმოგენური ანუ შემაერთქსოვილოვანი კონტრაქტურა). კუნთოვანი ქსოვილის დანაწიბურების შედეგად ვითარდება მიოგენური კონტრაქტურა.

ძვლოვანი კონტრაქტურის დროს აღინიშნება ზედა ყბის ბორცვის, ყვრიმალის ძვლის ან რკალის შეხორცება გვირგვინოვან მორჩთან ან ქვედა ყბის ტოტისა წინა კიდესთან. იგი ვითარდება რთული, მრავლობითი მოტეხილობის დროს.

კლინიკური სურათი. ქვედა ყბის კონტრაქტურის დროს აღინიშნება ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვის სხვადასხვა ხარისხი, მის სრულ იმობალიზაციამდე. გარეთა სასმენი მილიდან ქვედა ყბის თავის მოსინჯვის დროს შეიგრძნობა მისი მოძრაობა, ადგილი აქვს აგრეთვე ქვედა ყბის მცირე რყევით და გვერდით მოძრაობებს. მეტყველება და კვება დარღვეულია. შეიძლება ადგილი ექნეს ყბების დეფორმაციას. ქვედა ყბის გახეითარება *ჩამორჩენილია* თუ კონტრაქტურა განვითარდა სახის ძვლების ზრდის პერიოდში,

მაგრამ დეფორმაცია არ არის ისე მკვეთრად გამოხატული, როგორც ანკილოზის დროს.

დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა აქვს პირის ღრუსა და სახის არეში ნაწიბურების გამოვლენას, მათი გავრცელების და ხასიათის დადგენას. ყვრიმალზედა, ყბაყურა-საღეჭი და ქვედა ყბის კუთხის მიდამოს პალპაციის დროს, თუ ავადმყოფი ეცდება პირის გაღებას, ადგილი აქვს დაჭიმულობას შესაბამის არეში. იგივე შეიძლება ითქვას ლორწოიანი გარსის ნაწიბურების შესახებ. პირის გაღების მცდელობისას პალპაციით კარგად შეიგრძნობა კუნთოვანი ზონრები ზედა და ქვედა ყბას შორის.

ცალმხრივი კონტრაქტურის დროს პირის გაღებისას აღინიშნება ქვედა ყბის გადანაცვლება დაავადებულ მხარეს, ხოლო გვერდითი მოძრაობების დროს ქვედა ყბა არ ინაცვლებს ჯანმრთელ მხარეს. თუ კონტრაქტურა გამოწვეულია ნაწიბურებით ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე ან გვირგვინოვანი მორჩის არეში, ამ შემთხვევაში ტიპიურია ქვედა ყბის მცირე გადანაცვლება წინ და ჯანმრთელ მხარეს.

დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ანკილოზთან. ნაწიბუროვანი კონტრაქტურის დროს, ანკილოზისაგან განსხვავებით, ადგილი აქვს ქვედა ყბის თავების მოძრაობას. რენტგენოლოგიურად ამ დროს არ ვლინდება ქვედა ყბის თავის, ყელის, როკისებრი მორჩის და ტოტის დეფორმაცია. ქვედა ყბის ძვლოვანი კონტრაქტურის დროს, გარდა კლინიკური მონაცემებისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. რენტგენოგრამაზე ვლინდება ცვლილებები საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარში, ამავე დროს ზუსტად შეიძლება განისაზღვროს ძვლოვანი შეხორცებების ხასიათი და მოცულობა.

მკურნალობა. ნაწიბუროვანი კონტრაქტურა მით უფრო იოლად ემორჩილება მკურნალობას, რაც უფრო ახალია ის. თუ ნაწიბურები ახალია (არაუმეტეს 1 წლისა), მკურნალობა იწყება კონსერვატული საშუალებებით: ფიზიოთერაპია (ულტრაბგერა, ვაკუუმ-თერაპია, პარაფინი, კალიუმის იოდიდის ელექტროფორეზი), ქსოვილოვანი თერაპია, გამწოვი თერაპია (დექსამეტაზონი, კენალოგი, პიროგენალი, ლიდაზა). ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ კეთდება რედრესაცია, შემდგომი მექანოთერაპიითა და სხვა სამკურნალო ვარჯიშებით.

თუ კონტრაქტურა გამოწვეულია კანისა და ლორწოიანი გარსის ზედაპირული ნაწიბურებით, მიმართავენ შემხვედრი სამ-

კუთხა ნაფლეთების გადაჯგუფებას, რომლებსაც წარმოქმნიან ნაწიბურზე გატარებული გასწვრივი განაკვეთის ორივე მხარეზე.

მასიური და უხეში ნაწიბურების ამოკვეთის შემდეგ წარმოქმნილ ფართო დეფექტებს ხურავენ კანის თავისუფალი გადანერგვით ან ფილატოვის ყლორტის გამოყენებით.

თუ ნაწიბურები განვითარებულია საღეჭ ან მედიალურ ფრთისებრ კუნთებში, ახდენენ მათი ქვედა ბოლოს მოკვეთას ქვედა ყბისაგან პირგარეთა განაკვეთით, შემდეგ რასპატორით აღნიშნულ კუნთებს მთლიანად აცალკავებენ ქვედა ყბისაგან. მოლარებს შორის ერთი კვირით ათავსებენ რეზინის გამბჯენს, შემდეგ კი გადადიან აქტიურ სამკურნალო ვარჯიშებზე. კუნთების მოკვეთილი ბოლოები უხორცდება ქვედა ყბის ტოტს ახალ ადგილზე.

ძვლოვანი კონტრაქტურის სამკურნალოდ მიმართავენ შეხორცებული ძვლის ფრაგმენტების ოსტეოტომიას ან რეზექციას. ასე მაგ., გვირგვინოვანი მორჩისა და ყვრიმალის რკალის ან ძვლის შეხორცებისას ახდენენ გვირგვინოვანი მორჩის რეზექციას ყბის ქვეშა განაკვეთით. ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდის მიხორცებისას ზედა ყბის ბორცვთან ან ყვრიმალის ძვალთან ახდენენ ქვედა ყბის წინა კიდის რეზექციას ყბის ქვეშა განაკვეთიდან. რეზექცია ისე უნდა გაკეთდეს, რომ მანძილი ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდესა და ზედა ყბის ბორცვს ან ყვრიმალის ძვალს შორის იყოს არანაკლებ 1,5-2 სმ-ისა.

ყოველი ქირურგიული ჩარევის შემდეგ რეციდივების თავიდან ასაცილებლად, აუცილებელია სამკურნალო მასაჟების ჩატარება, რომელთა შორის წამყვანია მექანოთერაპია. როგორც წესი, ოპერაციის შემდეგ ერთი კვირით პირი რჩება გაღებულ მდგომარეობაში მოლარებს შორის მოთავსებული რეზინის გამბჯენის წყალობით.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ანკილოზი. ანკილოზი სასახსრე ზედაპირების ფიბროზული ან ძვლოვანი შეხორცებაა, რომელიც განაპირობებს სასახსრე ნაპრალის ნაწილობრივ ან სრულ გაქრობას და იწვევს ქვედა ყბის მოძრაობის მნიშვნელოვან შეზღუდვას ან სრულ არარსებობას. ankylosis — ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს მოხრილს. არსებობს თანდაყოლილი და შეძენილი, ანთებითი და ტრავმული, ნაწილობრივი და სრული, ფიბროზული და ძვლოვანი, ცალმხრივი და ორმხრივი ანკილოზი. თანდაყოლილი ანკილოზი ძალზე იშვიათია. უფრო ხშირია ცალმხრივი ანკილოზი (93%). თანაბრად გვხვდება მარჯვენა და მარცხენა მხარეს. უფრო

ხშირია მამაკაცებში. ანკილოზის 80% ვითარდება ბავშვებში 10-15 წლის ასაკში. ანკილოზის 30% ვითარდება ტრავმის შედეგად (სამშობიარო ტრავმა, დაცემა, დარტყმა, ავტოავარია), როდესაც ზიანდება ქვედა ყბის თავი და ფოსო. უფრო ხშირად ანკილოზის გამომწვევია ანთებითი პროცესი: 22% შემთხვევაში სახსარს აზიანებს ჩირქოვანი ოტიტი, 13%-ში ქვედა ყბის ოსტეომიელიტი. 13%-ში ანკილოზს იწვევს გონორეული, რევმატიული, მადეფორმირებელი ართრიტი.

ბავშვთა ასაკში უფრო ხშირად ვითარდება ძვლოვანი, მოზრდილებში კი ფიბროზული ანკილოზი. სახსარში განვითარებული მწვავე თუ ქრონიკული ანთებითი პროცესისაგან ვითარდება სასახსრე ზედაპირებისა და დისკის ნეკროზი, რაც იცვლება ჯერ გრანულაციური, შემდეგ კი ფიბროზული და ძვლოვანი ნაწიბუროვანი ქსოვილით; ერთდროულად მიმდინარეობს ახალი ძვლოვანი ხარიხების წარმოქმნა, რომლებიც თავის მხრივ ქმნიან ძვლოვან წანაზარდებს, რომელთა ერთმანეთთან და ახალწარმოქმნილ ნაწიბუროვან ქსოვილთან შეხორცება იწვევს ანკილოზს.

კლინიკა. ანკილოზის მნიშვნელოვანი სიმპტომია პირის გაღების მთლიანი ან ნაწილობრივი შეზღუდვა. ქვედა ყბის თავის მოჭრაობის ხარისხს ადგენენ მისი პალპაციით ყურის ჭავლის წინ ან გარეთა სასმენი არხის წინა კედლის პალპაციით. ფიბროზული ანკილოზის შემთხვევაში პირის გაღების მცდელობის დროს ექიმი შეიგრძნობს ქვედა ყბის თავის ოდნავ შესამჩნევ მოძრაობას, ხოლო ძვლოვანი ანკილოზის დროს მოძრაობა საერთოდ არ აღინიშნება. თუმცა ცალმხრივი ძვლოვანი ანკილოზის დროს ჯანმრთელ მხარეზე ადგილი აქვს ქვედა ყბის თავის უმნიშვნელო მოძრაობას, ამასთან ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობის დროს მხოლოდ ჯანმრთელ მხარეზე აღინიშნება ქვედა ყბის თავის უმნიშვნელო მობრუნება ვერტიკალური ღერძის გარშემო.

თუ ცალმხრივი ანკილოზი განვითარდა ბავშვთა ასაკში, ამ დროს მოზრდილებში ადგილი აქვს სახის მნიშვნელოვან ასიმეტრიას დაავადებულ მხარეზე ქვედა ყბის სხეულისა და ტოტის დამოკლების ხარჯზე. ამასთან, ნიკაპი, ცხვირის წვერი, ქვედა ტუჩის ლაგამი გადანაცვლებულნი არიან დაავადებულ მხარეზე. ყურის ნიჟარა დაავადებულ მხარეზე მდებარეობს უფრო ქვევით, ვიდრე ჯანმრთელ მხარეზე. დაავადებულ მხარეზე ქვედა ყბის როგორც ტოტის, ისე სხეულის სიგრძე 2-2,5 სმ-ით ნაკლებია ჯანმრთელთან შედარებით.

ორმხრივი ანკილოზის დროს ქვედა ყბა განუვითარებელია ორივე მხარეზე. ნიკაპი უკანაა გადანაცვლებული. ვითარდება „ჩიტის სახე". სახის ქალას დეფორმაცია მით უფრო ძლიერ არის გამოხატული, რაც უფრო ადრეულ ასაკში განვითარდა ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა, რაც ფუნქციის მოშლასთან ერთად იწვევს ქვედა ყბის ზრდის დარღვევას (ქვედა ყბის ზრდა უფრო ინტენსიურია 9 წლის ასაკამდე). თუ ანკილოზი განუვითარდა მოზრდილ ადამიანს, დეფორმაცია ამ შემთხვევაში მნიშვნელოვნად არ არის გამოხატული. ქვედა ყბის დეფორმაცია იწვევს თანკბილვის დარღვევას, რასაც მოსდევს ზედა ყბის დეფორმაცია. დარღვეულია კვების და მეტყველების ფუნქცია. პირის ღრუს მექანიკური თვითგამწმენდის არარსებობის გამო კბილები იფარება ნადებით, ვითარდება გინგივიტი, მრავლობითი კარიესი. პირის ღრუს ორგანოების მკურნალობა მნიშვნელოვნად გაძნელებულია. დარღვეულია ფსიქიკა.

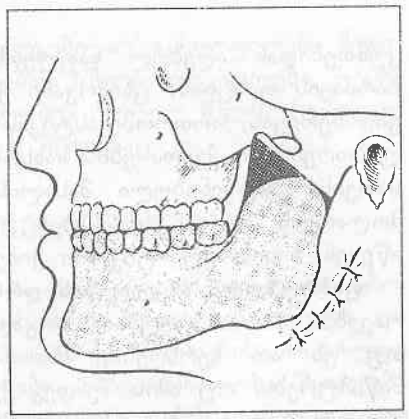
რენტგენოლოგიურად ძვლოვანი ანკილოზის დროს ადგილი აქვს სასახსრე ნაპრალის გაქრობას, სასახსრე ძვლოვანი დაბოლოებების კონტურების არარსებობას. ნაწილობრივი ძვლოვანი ანკილოზის დროს სასახსრე ნაპრალი ერთ ან რამდენიმე ადგილზე მთლიანად ქრება. ამ ადგილებში განვითარებულია ძვლოვანი ჭსოვილი. სრული ძვლოვანი ანკილოზის დროს რენტგენოლოგიურად სასახსრე ნაპრალი საერთოდ არ ვლინდება. ნაპრალის ადგილზე ძვლოვანი ჭსოვილია განვითარებული. ზოგჯერ გაძვალების პროცესი ისე ძლიერია, რომ იქმნება ქვედა ყბის ტოტის, საფეთქლის ძვლის და ყვრიმალის ძვლის ერთი მთლიანი სურათი.

ფიბროზული ანკილოზის დროს რენტგენოლოგიურად სასახსრე ნაპრალი შევიწროებულია, მაგრამ უმეტეს ნაწილში საკმაოდ კარგადაა გამოხატული; ქვედა ყბის თავი და ყელი რამდენადმე შეიძლება იყოს გასქელებული და დამოკლებული. თუ ძვლოვანი ანკილოზი განვითარდა ადრეულ საბავშვო ასაკში, რენტგენოგრამაზე აღინიშნება მეშვიდე და მერვე ამოუჭრელი კბილების არსებობა ქვედა ყბის ტოტის არეში. ქვედა ყბის კუთხის არეში მის უკანა კიდეზე არის „დეზი", ხოლო კუთხის წინ ქვედა კიდეზე ღრმა დეფექტი.

დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება ქვედა ყბის კონტრაქტურასთან, რომლის დროსაც, როგორც კლინიკურად, ისე რენტგენოლოგიურად, ვლინდება ჯანმრთელი სახსარი. პირის გაღებას შეიძლება ხელს უშლიდეს მექანიკური წინააღმდეგობა (უცხო

ახეული, სიმსივნე), რაც ასევე ვლინდება კლინიკური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით.

მკურნალობა ქირურგიულია. ზოგჯერ, მარტივ შემთხვევებში, ფიბროზული ანკილოზის დროს შეიძლება შედეგი გამოიღოს გამწოვმა თერაპიამ (დექსამეტაზონის ან კენალოგის ინექციები სახსარში, იოდის ელექტროფორეზი, ულტრაბგერა).



სურ. 87. ოსტეოტომია ქვედა ყბის სახსრის ანკილოზის დროს.

ქირურგიული მკურნალობის მიზანია ქვედა ყბის მოძრაობის აღდგენა რაც შეიძლება განხორციელდეს ყალბი სახსრის შექმნით. ქვედა ყბის ტოტის ჰორიზონტალური ოსტეოტომია კეთდება მანდიბულურ ხვრელს ზემოთ, ტოტის შუა და ზედა მესამედებს შორის.

ქვედა კბის კუთხის არეში კეთდება 6-8 სმ სიგრძის ნახევარკალოვანი განაკვეთი, რომელიც იწყება ყურის ბიბილოდან 1-1,5 სმ ქვევით, გარს შემოუვლის ქვედა ყბის კუთხეს, მიემართება ქვედა ყბის ქვედა კიდის პარალელურად მისგან 1-1,5 სმ დაცილებით და მთავრდება ქვედა ყბის სხეულის შუა დონეზე (დაახლოებით პირველი მოლარის საპროექციო არეში). გაიკვეთება და აითიშება რბილი ჭსოვილები, შიშვლდება ქვედა ყბის ტოტი ყვრიმალის რკალამდე. ტოტის შიგნითა ზედაპირზე აითიშება შიგნითა ფრთისებრი კუნთი. ბორის ან სპეციალური ხერხის დახმარებით კეთდება ტოტის ჰორიზონტალური ოსტეოტომია (სურ. 87). ორმხრივი ანკილოზის დროს ოსტეოტომია კეთდება ორივე მხარეზე. ოსტეოტომირებულ ფრაგმენტებს შორის შეაქვთ პირის გამაფართოებელი და აფართოებენ ძვლის ჭრილობას ქვედა ყბის ქვევით გადანაცვლებით ისე, რომ ძვლის ფრაგმენტებს შორის მანძილი იყოს 2-3 სმ.

რეციდივების თავიდან ასაცილებლად და ქვედა ყბის სრულყოფილი მოძრაობის უზრუნველსაყოფად, ოსტეოტომიისა და ქვედა ყბის ქვემოთ გადანაცვლების შემდეგ გაკვეთილ ძვლის ზედაპირებს შორის შექმნილ დიასტაზაში შეაქვთ გამბჯენი. ამ მიზნით იყენებენ სხვადასხვა მასალას: საფეთქლის ან საღეჭი

კუნთებიდან აღებულ ნაფლეთს, დეეპითელიზირებული კანის, ბარძაყის ფასციის, ცხიმოვანი ქსოვილის, ხრტილის თავისუფალ გადანერგვას, ართროპლასტიკას — გვამიდან აღებული ლიოფილიზირებული ქვედა ყბის სახსრის გადანერგვას. ინტერპოზიციისათვის გამოყენებული მასალის ტრავმისაგან დაცვის მიზნით მოლარებს შორის ათავსებენ 1 სმ სისქის გამბჯენს და ნიკაპს აწევენ ზევით ელასტიკური ჭიმვით.

ფიბროზული ანკილოზის დროს ცდილობენ ქვედა ყბის ამოძრავებას პირის გაღებით ზოგადი გაუტკივარების გამოყენებით. თუ ეს არ ხერხდება, ხსნიან სახსარს, იღებენ დისკს და ნაწიბურებს. თუ ამის შემდეგ ქვედა ყბა არ ამოძრავდა სრული მოცულობით, სასახსრე ნაპრალში შეაქვთ მეტალური ინსტრუმენტის წვერი (შპადელი, სატეხი, რასპატორი, ელევატორი) და ბერკეტისებრი მოძრაობით შლიან სახსრის შიგნითა ზედაპირზე არსებულ ნაწიბურებს. ოპერაციის შემდეგ მოლარებს შორის (ოპერაციის მხარეზე) ათავსებენ გამბჯენს და ახდენენ ყბათაშორის გაჭიმვას 5-7 დღით, ქვედა ყბის თავის ქვედა ყბის ფოსოდან გადაწევის მიზნით. ერთი კვირის შემდეგ უნიშნავენ აქტიურ მექანოთერაპიას. ცალმხრივი ოსტეოტომიის შემდეგ მექანოთერაპია იწყება მეხუთე დღიდან, ორმხრივის შემდეგ კი — მეათე-მეთორმეტედან. ოპერაციიდან 20 დღის შემდეგ ატარებენ როგორც აქტიურ, ისე პასიურ (აპარატურით) მექანოთერაპიას. თუ განვითარდა თანკბილვის დარღვევა, ღამღამობით 1-1,5 თვის განმავლობაში კეთდება ყბათაშორისი გაჭიმვა მოლარებს შორის გამბჯენით ნაოპერაციებ მხარეზე. მექანოთერაპია გრძელდება 5-6 თვე.

ოპერაციის ფუნქციური ეფექტი განისაზღვრება პირის გაღების მდგრადობითა და სისრულით. იგი უნდა იყოს 3-4 სმ-ის ფარგლებში. ადამიანისათვის არსებობს პირის გაღების ინდივიდუალური ნორმა — მისი სამი შუა თითის საერთო სიგანე.

ოპერაციის კოსმეტიკური ეფექტი განისაზღვრება იმით, თუ რამდენად ხერხდება ნიკაპის დაბრუნება სწორ მდებარეობაში და რა ხარისხით აღმოიფხვრება სახის ასიმეტრია. ოპერაციის შემდეგ, ქვედა ყბის ტოტის წინ წამოწევის გამო, ქვედა ყბის უკანა არეში ვითარდება ჩაღრმავება. მისი ამოვსება ხდება კანის თავისუფალი დეეპიდერმიზებული ყლორტის ან სილიკონის იმპლანტატის გადანერგვით. ზოგჯერ, ამავე მიზნით, ჯანმრთელ მხარეზე კანქვეშ გადააქვთ ცხიმი, ხრტილი ან სილიკონი.

ანკილოზის მკურნალობის შედეგები არ აკმაყოფილებს მედიცინის თანამედროვე მოთხოვნილებას. ხშირია რეციდივები. რეციდივის 50% ვითარდება მკურნალობის პირველ წელს. რეციდივი შეიძლება განვითარდეს 5-6 წლის შემდეგაც კი.

ქვედა ყბის ამოვარდნილობა

ქვედა ყბის ამოვარდნილობა არის საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარში შემავალი ძვლების სასახსრე ბოლოების სრული და მდგრადი შეცილება. ძვლების სასახსრე ბოლოების არასრული შეცილება არის ქვეამოვარდნილობა. ამოვარდნილობა შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. ქვედა ყბის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა იშვიათია და დაკავშირებულია სამშობიარო ტრავმებთან. შეძენილი ამოვარდნილობა არის მწვავე, ტრავმული, მოძველებული და ჩვეული. ამოვარდნილობის თითოეული ფორმა შეიძლება იყოს ცალმხრივი და ორმხრივი, წინა და უკანა. ტრავმული ამოვარდნილობა, თუ იგი შეთავსებულია ქვედა ყბის როკისებრი მორჩის მოტეხილობასთან, შეიძლება თანდართული იყოს ქვედა ყბის თავის შიგნით ან გარეთ გადანაცვლებით.

ყველაზე ხშირად გვხვდება ქვედა ყბის წინა ორმხრივი ამოვარდნილობა. ძალზე იშვიათად — უკანა ამოვარდნილობა. წინა ამოვარდნილობის დროს ქვედა ყბის თავი გადანაცვლებულია საფეთქლის ძვლის სასახსრე ბორცვის წინ. იგი ვითარდება პირის ფართო გაღების, ყვირილის, მთქნარების, ღებინების, ტრაქეის ინტუბაციის, კუჭის ზონდირების, ბრონქოსკოპიის, კბილის ამოღების დროს. გაღებული პირის დროს ნიკაპზე დარტყმა იწვევს ქვედა ყბის ორმხრივ ამოვარდნილობას. ქვედა ყბაზე გვერდიდან დარტყმამ შეიძლება გამოიწვიოს წინა ცალმხრივი ამოვარდნილობა ტრავმის მხარეზე.

ორმხრივი წინა ამოვარდნილობის დროს პირი ფართოდაა გაღებული, ქვედა ყბა წინ წამოწეული. ნიკაპი ქვევით და უკანაა გადაწეული. მანძილი ზედა და ქვედა საჭრელებს შორის 45-60 მმ-ია. ტკივილი უმეტეს შემთხვევაში არ არის მკვეთრი. ძალის გამოყენებით ხერხდება პირის დახურვა 1 სმ-ით, რაც ძლიერ ტკივილს იწვევს. ძალის მოქმედების შეწყვეტისთანავე პირი კვლავ იღება არსებულ დონემდე („ზამბარისებრი ფიქსაცია"). შეხებაშია მხოლოდ უკანა მოლარები. მეტყველება, საკვების მიღება და

ყლაპვა ძლიერ გაძნელებულია. პირიდან თვითნებურად გადმოდის ნერწყვი. გარეთა სასმენი მილის წინა კედლის პალპაციისას ქვედა ყბის სასახსრე თავები არ შეიგრძნობიან. ყურის ჭავლიდან 2 სმ-ის წინ ისინჯება რბილი ქსოვილების ჩავარდნა, ხოლო ყვრიმალის რკალის ქვეშ სასახსრე ბორცვის წინვამოდრეკილობა, ამ არეში ქვედა ყბის თავის გადანაცვლების გამო. ქვედა ყბის ტოტის უკანა კიდეს აქვს დახრილი მიმართულება. ქვედა ყბის კუთხე უახლოვდება დვრილისებრ მორჩს. რენტგენოლოგიურად ქვედა ყბის თავები პროეცირდებიან სასახსრე ბორცვების წინ.

ცალმხრივი წინა ამოვარდნილობის დროს აღინიშნება სახის ასიმეტრია. ქვედა ყბა გადანაცვლებულია წინ და ჯანმრთელ მხარეს როკისებრი მორჩის ცალმხრივი მოტეხილობისაგან განსხვავებით, როდესაც ქვედა ყბა ინაცვლებს დაზიანების მხარეს. პირი ნახევრად ღიაა. ზედა და ქვედა ყბის საჭრელ კბილებს შორის მანძილი 27-37 მმ-ია. ტუჩები იხურება, კბილები არა. ქვედა ყბის მოძრაობა, ჯანმრთელი სახსრის წყალობით, შესაძლებელია მხოლოდ ქვევით. რენტგენოლოგიური და კლინიკური ცვლილებები აღინიშნება მხოლოდ დაზიანებულ სახსარში.

ქვედა ყბის უკანა ამოვარდნილობა ვითარდება დახურული პირის დროს ნიკაპზე ძლიერი დარტყმისას წინა-უკანა მიმართულებით. ამ დროს ქვედა ყბა უკანაა გადანაცვლებული. ქვედა ყბის თავი იმყოფება გარეთა სასმელი მილის ქვედა კიდის ქვეშ ან დვრილისებრ და სადგისისებრ მორჩებს შორის არსებულ ფოსოში (უკანა ქვედა ამოვარდნილობა). პირი მჭიდროდაა დახურული. ქვედა ტუჩი იმყოფება ზედას უკან. ქვედა საჭრელები სასაზეა მიბჯენილი, მოლარებს შორის არ არის კონტაქტი. სასმენი მილი შევიწროებულია. ზოგჯერ სასახსრე ჩანთა გაგლეჯილია, გარეთა სასმენი მილი მოტეხილი, რის გამოც ადგილი აქვს ყურიდან სისხლის დენას. ქვედა ყბის მოძრაობა შეუძლებელია. მეტყველება და ყლაპვა — გაძნელებული, სახსარში ძლიერი ტკივილები. სუნთქვა გაძნელებულია.

ქვედა ყბის თავის გვერდითი ამოვარდნილობები (გარეთ, შიგნით) თან ერთვიან ქვედა ყბის მოტეხილობას, განსაკუთრებით როკისებრი მორჩის არეში. ქვედა ყბის მოტეხილობა ზოგჯერ შეიძლება თანდართული იყოს მოპირდაპირე მხარეზე ქვედა ყბის თავის გარეთა ამოვარდნილობით. ქვედა ყბის თავის გარეთა და შიგნითა ამოვარდნილობებს ახასიათებთ არატრავმული ამოვარდნილობის საწინააღმდეგო ნიშნები: აღინიშნება ქვედა ყბის გადანაცვლება უკან დაზიანებულ მხარეზე. თანკბილვის დარღვევა არ არის მნიშვნელოვნად გამოხატული. ქვედა ყბის მოძრაობა გაძნელებულია, ღეჭვა შეუძლებელი.



სურ. 88. ქვედა ყბის ამოვარდნილობის ჩასწორება (კლასიკური ხერხი).

მოძველებული ამოვარდნილობის დროს ვითარდება სასახსრე დისკის დეფორმაცია. სასახსრე ჩანთასა და სახსრისირგვლი რბილ ქსოვილებში ვითარდება ნაწიბუროვანი ცვლილებები. იგი ვითარდება ამოვარდნილობიდან ერთი თვის და მეტი დროის გასვლის შემდეგ.

ქვედა ყბის ამოვარდნილობის მკურნალობა. ქვედა ყბის ამოვარდნილობის ჩასწორების პრინციპია ამოვარდნილი ორგანოს გაჭიმვა. იმის გამო, რომ ქვედა ყბის წინა ამოვარდნილობის დროს ახალ მდგომარეობაში მას იჭერს მხოლოდ სასახსრე მორჩი, საკმარისია ქვედა ყბის თავის ქვევით გადანაცვლება და უკან გადაწევა. ასეთ შემთხვევაში ჩასწორება ხდება უკვე თავისთავად. მაგრამ ზოგჯერ ამოვარდნილი ქვედა ყბის ჩასწორება არ ხერხდება დიდი ფიზიკური ძალის გამოყენებითაც კი. ეს აიხსნება საღეჭი კუნთების ძლიერი წინააღმდეგობით, რეფლექსური კუნთოვანი კონტრაქტურით, მაღალი სასახსრე ბორცვით ან სახსარში პათოლოგიური ცვლილებებით მოძველებული ამოვარდნილობის დროს.

მოწოდებულია ამოვარდნილი ქვედა ყბის ჩასწორების მრავალი მეთოდი. მათგან უძველესს, რომელიც აღწერილი აქვს ჰიპოკრატეს თავის შრომებში, ჩვენ ვუწოდებთ *კლასიკურ მეთოდს* (სურ. 88). პაციენტს აჯენენ დაბალ სკამზე ისე, რომ მისი ქვედა ყბა იმყოფებოდეს ექიმის ჩამოშვებული კიდურების იდაყვის სახსრის დონეზე ან ცოტა დაბლა. აფიქსირებენ პაციენტის თავს. ორივე ხელის დიდ თითებს ადებენ დიდი ძირითადი კბილების საღეჭ ზედაპირებზე, დანარჩენი თითებით იჭერენ ქვედა ყბის ქვედა

კიდეს. უკანა კბილებზე ძლიერი დაწოლით გადაწევენ ყბას ქვევით და უკან, ამასთან, ნიკაპის არეს აწვებიან ზევით. მოლარებზე ზედაწოლის ძალა თანდათანობით უნდა გაიზარდოს, რათა ჩასწორება მოხდეს უმტკივნეულოდ. თავიდანვე ძლიერი ზედაწოლა იწვევს საღეჭი კუნთების რეფლექსურ შეკუმშვას, ტკივილის გამოჩენას და ჩასწორების გაძნელებას. ამგვარი მოქმედებით ხერხდება ქვედა ყბის თავის ქვევით გადანაცვლება. ამ დროს ქვედა ყბას წაწევენ უკან. ქვედა ყბის თავი გადადის სასახსრე ბორცვზე და მის უკანა ქედზე დაცურებით ვარდება ქვედა ყბის ფოსოში. ეს პროცესი თანდართულია სწრაფი, თვითნებითი პირის დახურვით. იმისათვის, რომ არ დაუზიანდეს თითები, ექიმმა დროულად უნდა გადაიტანოს ისინი მოლარების საღეჭი ზედაპირებიდან ალვეოლური მორჩის ვესტიბილურ ზედაპირზე. რეციდივის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა 1-2 კვირით, რისთვისაც იყენებენ მარლის შურდულისებრ ნახვევს.

ე.გირშოვიჩის ხერხი. პაციენტს აჯენენ სკამზე. ასისტენტი დგას მის უკან და აფიქსირებს მის თავსა და ქვედა ყბას. ექიმი იღებს ორ პირის გამღებს (ორმხრივი ამოვარდნილობის დროს) და შეაქვს მათი ლოყები პაციენტის დიდ ძირითად კბილებს შორის. შემდეგ ნელა, თანდათანობით და ერთდროულად აღებენ ინსტრუმენტის ლოყებს, რაც ქვედა ყბის გაჭიმვას იწვევს. ასისტენტი ამ დროს აწვება ნიკაპს. პირის გამღებით მიყენებული ძალა იწვევს საღეჭი კუნთების წინააღმდეგობის დაძლევას და ქვედა ყბის თავის გადანაცვლებას ქვედა ყბის ფოსოში.

გ.ბლუხმანის ხერხი. საჩვენებელი თითებით პირის კარიბჭის მხრიდან შეიგრძნობენ გვირგვინოვან მორჩებს და აწვებიან მათ უკან და ქვევით, რაც იწვევს ქვედა ყბის სწრაფ ჩასწორებას. ჩასწორების სიიოლე და სიმარტივე ავტორის აზრით აიხსნება საღეჭი მუსკულატურის რეფლექსური მოდუნებით, რასაც იწვევს ზედაწოლის დროს წარმოქმნილი ტკივილი.

ვ.პოჰესკუს ხერხი. პაციენტს აწვენენ და ძირითად კბილებს შორის უთავსებენ 2 სმ სისქის რეზინის ან მარლის გამბჯენს. ნიკაპს აწვებიან ხელით ქვევიდან ზევით. ქვედა ყბის თავის ქვევით გადანაცვლებისთანავე ნიკაპს აწვებიან წინიდან უკან.

უკანა ამოვარდნილობის დროს პირის კარიბჭეში შეაქვთ დიდი თითები და ათავსებენ მას ირიბ ხაზზე ბოლო მოლარის არეში. დანარჩენი თითებით იჭერენ ქვედა ყბას. დიდი თითების ზედაწოლისთ ქვედა ყბას გადაანაცვლებენ ქვევით. დანარჩენი თითებით კი

წაწევენ მას წინ, რის შემდეგაც ქვედა ყბის თავები თავსდებიან სწორ პოზიციაში.

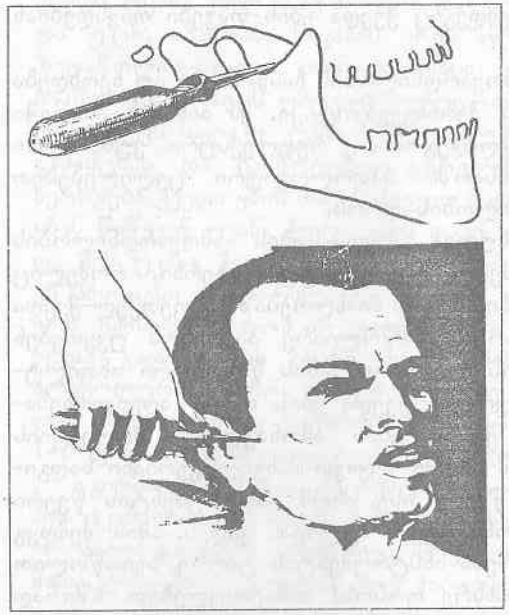
ზოგჯერ ქვედა ყბის ამოვარდნილობის ჩასწორება არ ხერხდება დიდი ძალის გამოყენების შემთხვევაშიც კი. ეს აიხსნება საღეჭი კუნთების ძლიერი წინააღმდეგობით, რეფლექსური კუნთოვანი კონტრაქტურით ან სახსარში პათოლოგიური ცვლილებებით მოძველებული ამოვარდნილობის დროს.

ჩვენ მიერ მოწოდებულია ქვედა ყბის ამოვარდნილობის ჩასწორების უფრო საიმედო და ეფექტური ხერხი, რომელიც მდგომარეობს ზემოქმედების ძალის მიახლოებაში საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსართან. მჯდომარე ან მწოლიარე პაციენტს უკეთებენ ანესთეზიას ბეშე-დუბოვის მეთოდით კანის წინასწარი ინფილტრაციით ამ არეში. საზღვრავენ ქვედა ყბის თავის ადგილმდებარეობას. ეს გვაძლევს ქვედა ყბის ამონაჭდევის პროექციის დადგენის საშუალებას. ამ არეში შეყავთ მახვილწვერიანი სადგისებრი ინსტრუმენტის წვერი ისე, რომ ინსტრუმენტის წვერი ეხებოდეს ქვედა ყბის ამონაჭდევის ძვლოვან კიდეს. ამის შემდეგ ხდება ქვედა ყბის ჩასწორება ინსტრუმენტის ტარზე ზედაწოლით ქვევით და სახსრის (სასახსრე ფოსოს) მიმართულებით. ხშირად ჩასწორებას არ ჭირდება დიდი ძალის განვითარება (სურ. 89).

ქვედა ყბის ორმხრივი ამოვარდნილობის დროს ჩასწორებას ახორციელებენ რიგრიგობით ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე მხარეზე. მწვავე ამოვარდნილობის დროს ცალ მხარეზე ჩასწორების დროს ხშირად ავტომატურად ხდება ჩასწორება მეორე მხარეზეც.

წარმოდგენილი ხერხი მარტივი, ეფექტური და საიმედოა, წარმატების გარანტიას ქმნის ურთულეს შემთხვევებშიც კი. ანესთეზიის განხორციელებისათვის დახარჯული დროის გაუთვალისწინებლად ქვედა ყბის ჩასწორებას წარმოდგენილი ხერხით ჭირდება საშუალოდ ნახევარი წუთი. სახეზე არ რჩება მანიპულაციის არავითარი კვალი. ჩასწორება უმტკივნეულოა. გაჭიმვის ძალა ედება უშუალოდ როკისებრ მორჩს ექიმისათვის ხელსაყრელ პოზიციაში. ამით აიხსნება საღეჭი მუსკულატურის წინააღმდეგობის დამთრგუნველი და მასზე დიდი ძალის მიყენების შესაძლებლობა.

ქვედა ყბის ჩასწორებისათვის ჩვენს მიერ მოწოდებულია ინსტრუმენტი — ქვედა ყბის ამოვარდნილობის ჩასასწორებელი ელევატორი. ელევატორის სამუშაო ნაწილს აქვს სადგისებრი ფორმა სიგრძით 4 სმ და დიამეტრით 1 სმ, რომელიც თავდება მახვილი წვერით. ინსტრუმენტის სახელური (5 მმ სისქის და 2



სურ. 89. ქვედა ყბის ამოვარდნილობის ჩასწორება ავტორის მიერ მოწოდებული ხერხით.

სმ სიგანის) მასიური ფირფიტა და აქვს 10 სმ სიგრძე. შეიძლება მისი მსგავსი ნებისმიერი ინსტრუმენტის გამოყენება (მაგ. მახვილწვერიანი რასპატორი, ზონდი). შეიძლება კბილის ზონდის გამოყენებაც, თუ მოვტეხავთ მის მოხრილ ნაწილს, დარჩენილ ნაწილს კი ქლიბით გავამახვილებთ.

იმ პაციენტებში, ვისაც აქვთ მნიშვნელოვანი ტკივილი, ჩაყენების მცდელობა იწვევს ტკივილის გაძლიერებას, რაც, თავის მხრივ, აძლიერებს რეფლექსურ კონტრაქტურას. ასეთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია ადგილობრივი გაუტკივარების გამოყენება. ზოგადი გაუტკივარება ნაჩვენებია იმ ავადმყოფებში, ვისაც აქვთ მკვეთრად გამოხატული საღეჭი კუნთების რეფლექსური კონტრაქტურა. კუნთოვანი ტონუსის დასუსტების შემდეგ ქვედა ყბის ჩასწორება იოლდება.

ქირურგიული ჩარევა ხორციელდება ქვედა ყბის მოძველებული ამოვარდნილობის დროს, როდესაც დისკი დეფორმირებულია და სასახსრე ჩანთა და სახსრისირგვლივი ქსოვილები დანაწიბურებულია. 2-3 სმ ზომის ვერტიკალური განაკვეთი ტარდება ყურის ჭავლის წინა კიდის პარალელურად, ხსნიან სასახსრე ჩანთას, ქვედა ყბის ამონაჭდევზე მოდებული კავით ქვედა ყბას წევენ ქვევით, თან რასპატორით ან ელევატორით ბერკეტისებრი მოძრაობით გადააქვთ ქვედა ყბის თავი ქვედა ყბის ფოსოში. რთულ შემთხვევებში ქვედა ყბის ჩასწორებისათვის საჭიროა დისკის ამოღება და ნაწიბუროვანი ქსოვილის გაკვეთა. თავის ჩასწორების შემდეგ სასახსრე ჩანთას კერავენ ყრუდ. მოძველებული ამოვარდნილობის უმძიმეს შემთხვევებში, თუ ჩასწორება არ ხერხდება

ზემოაღნიშნული ხერხებით, ნაჩვენებია ქვედა ყბის თავის რეზექცია შემდგომი აქტიური მექანოთერაპიით 5-10 დღის განმავლობაში.

ქვედა ყბის ჩვეული ამოვარდნილობა. ჩვეული ამოვარდნილობა მრავალჯერ განმეორებადი ამოვარდნილობაა, რომელიც შეიძლება განვითარდეს თუნდაც უმნიშვნელო მიზეზის გამო. ამ დროს ადგილი აქვს სასახსრე ჩანთისა და იოგოვანი აპარატის გაწელვას. აღინიშნება აგრეთვე სახსრის ძვლოვანი სტრუქტურების ცვლილებები — ქვედა ყბის ბრტყელი თავი და გაბრტყელებული სასახსრე ბორცვი. ჩვეული ამოვარდნილობის დროს ჩასწორება ხდება იოლად და ძალიან ხშირად თვით ავადმყოფის მიერ. ჩვეული ამოვარდნილობის მიზეზებს შორის (ინფექციური დაავადებები, რევმატიზმი, პოდაგრა) მნიშვნელოვანია მწვავე ამოვარდნილობის არასწორი მკურნალობა (ჩაყენების შემდეგ ქვედა ყბის იმობილიზაციის ღონისძიებების განუხორციელებლობა), რაც განმეორებით ამოვარდნის და სახსრის კუნთოვან-იოგოვანი აპარატის უფრო ინტენსიური გაწელვის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

ქვედა ყბის ქვეამოვარდნილობა არასრული ამოვარდნილობაა, რომლის დროსაც ქვედა ყბის თავი მთლიანად არ გადადის სასახსრე ბორცვის წინ, არამედ თავსდება ბორცვზე პირის ღრმად გაღების დროს. ქვეამოვარდნილობის ძირითადი მიზეზია სასახსრე ბორცვის არასაკმარისი სიმაღლე და სასახსრე ჩანთისა და იოგების მნიშვნელოვანი გაწელვა ან კონსტიტუციური სისუსტე. დიდი ძირითადი კბილების დეფექტს, აგრეთვე არასწორად მომზადებულ პროთეზს (არასწორი არტიკულაციით) ასევე შეუძლია გამოიწვიოს ქვეამოვარდნილობა.

როგორც ცნობილია, სასახსრე დისკი ქვედა ყბის სახსარს ყოფს ორ ნაწილად: ზედა ნაწილი — artikulatio disco-temporalis და ქვედა — artikulatio disco-mandibularis. ქვეამოვარდნილობა შეიძლება განვითარდეს სახსრის ზედა ნაწილში — დისკო-ტემპორული და ქვედაში — დისკო-მანდიბულური ამოვარდნილობა. დისკო-ტემპორული ამოვარდნილობის დროს ქვედა ყბის თავი ინაცვლებს წინ დისკთან ერთად. დისკო-მანდიბულურის დროს კი ქვედა ყბის თავი ცურდება დისკიდან, რაც თანდართულია ტკაცუნითა და ქვედა ყბის თავის ნახტომისებრი მოძრაობით. დისკი მოძრაობის დროს იკეცება (ნაოჭდება) და უკუსვლისას კვლავ სწორდება. პირის გაღების დროს ქვედა ყბის თავი ხტის დაკეცილ-დანაოჭებულ დისკზე და ბოლოს მისგან ჩამოცურებული ტკაცანით ეხლება ქვედა ყბის ფოსოს. პირის დახურვისას დისკი სწორდება და ქვედა ყბის თავი კვლავ თავსდება მასზე.

ჩვეული ამოვარდნილობისა და ქვეამოვარდნილობის *მკურნალობა* მდგომარეობს სასახსრე ჩანთის დაპატარავებისა და სათანადო კუნთებისა და იოგების ტონუსის მომატების ცდაში. მკურნალობა არის კონსერვატიული და ქირურგიული. კონსერვატიული მკურნალობა გულისხმობს მთელი ორგანიზმის ზოგად გამაჯანსაღებელ (გამაკაჟებელ) მკურნალობას, ძირითადი დაავადების მკურნალობას, კუნთების მასაჟსა და ელექტრიზაციას. სახსარში მოძრაობის შეზღუდვის მიზნით მოწოდებულია 90^0-იანი სპირტის შეყვანა საფეთქლის, საღეჭ და შიგნითა ფრთისებრ კუნთებში სახსრის ახლოს. უფრო გამართლებულია 20%-იანი სპირტის (1 მლ ყოველდღიურად 20 დღით) ან 10%-იანი იოდის ნაყენის (0,5 მლ 3-4-ჯერ 2-4 დღის შესვენებებით) ინექციები. მოწოდებულია აგრეთვე მარილმჟავა ქინინის (2,0), ურეთანის (1,0) და გამოხდილი წყლის (15,0) ნარევის 1 მლ-ის ინექციები.

დიდი მნიშვნელობა აქვს სახსრის განტვირთვას, ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას. ამ მიზნით იყენებენ შურდულისებრ ნახვევს, მღუნავ მავთულოვან არტაშნებს ყბათაშორისი გაჭიმვით, ზედა ყბაზე სპეციალურ არტაშნებს პელოტით, რომელიც ეყრდნობა ქვედა ყბის ტოტის ლორწოიან გარსს და ზღუდავს ქვედა ყბის მოძრაობას. პეტროსოვის აპარატით ხდება ქვედა ყბის მოძრაობის ნაწილობრივი შეზღუდვა იმ დონემდე, როდესაც არ ხდება ქვედა ყბის თავის ცდომა სასახსრე ბორცვის იქით. აპარატი შედგება ორ-ორი გვირგვინისაგან, რომლებიც მაგრდებიან ზედა და ქვედა ძირითად კბილებზე, აგრეთვე შემზღუდავი მუხლიანი ღეროსაგან (სურ. 85), ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვით მცირდება სასახსრე ჩანთის ზომები, უმჯობესდება დისკის მდგომარეობა.

ქირურგიული მეთოდებიდან იყენებენ სასახსრე ჩანთის დაპატარავებას, დისკის მოცილებას, დისკის ფიქსაციას, ჩანთის გამაგრებას ფასციის გადანერგვით. დისკიდან ქვედა ყბის თავის ასხლტომის თავიდან აცილების მიზნით გადაადგილებენ დისკს ვერტიკალურ მდგომარეობაში უშუალოდ ქვედა ყბის თავის წინ ან ზრდიან სასახსრე ბორცვის სიმაღლეს ხრტილის ნაჭერის თავისუფალი გადანერგვით პერიოსტეუმის ან ხელოვნურად შექმნილი ძვლოვან-პერიოსტეუმიანი ნაფლეთის ქვეშ.

თანკბილვის ანომალიების დროს იყენებენ მკურნალობას ორთოდონტულ და ქირურგიულ მეთოდებს ანომალიების აღმოსაფხვრელად. ძირითადი კბილების დეფექტს აღადგენენ ხელოვნური კბილებით. უვარგის პროთეზებს ცვლიან ახლით.

თავი VII

ყბა-სახის მიდამოს ტრავმატოლოგია

უკანასკნელ წლებში აღინიშნება ტრავმატიზმის ზრდის ტენდენცია. სახის ძვლების მოტეხილობის ყოველწლიური ზრდა შეადგენს 10-15%-ს. საერთოდ, მშვიდობიანობის დროს სახის ძვლების მოტეხილობა ჩონჩხის ყველა ძვლის მოტეხილობის 3,2-8%-ს შეადგენს. მისი საშუალო სიხშირეა 6 შემთხვევა 10.000 სულ მოსახლეზე. მშვიდობიანობის დროს სახის ძვლების ცეცხლნასროლი მოტეხილობა შეადგენს 0,7%-ს. სახის ძვლების მხრივ უფრო ხშირია ქვედა ყბის მოტეხილობა (70,3-75,5%). ზედა ყბის მოტეხილობა გვხვდება 3,3-5,2%-ში, ყვრიმალის ძვლის — 9,8%, ცხვირის ძვლების მოტეხილობა — 8%-ში, კბილების დაზიანება 3,2%. მამაკაცებში სახის ძვლების მოტეხილობა 7-10-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. მშვიდობიანობის დროს ყბა-სახის მიდამოს დაზიანების გამომწვევ მიზეზებს შორის ჭარბობს საყოფაცხოვრებო ტრავმა (75,2%). ამას გარდა, გვხვდება საწარმოო (სამრეწველო, სასოფლო-სამეურნეო), სატრანსპორტო, სპორტული მიზეზით გამოწვეული ტრავმები.

არჩევენ მექანიკურ (ცეცხლნასროლი, არაცეცხლნასროლი), თერმიულ (დამწვრობა, მოყინვა), ქიმიურ და კომბინირებულ დაზიანებებს. მშვიდობიან პერიოდში ძირითადად გვხვდება არაცეცხლნასროლი დაზიანებები.

სახის ძვლების მოტეხილობები შეიძლება იყოს იზოლირებული, შეთავსებული და კომბინირებული. თითოეული მათგანი თავის მხრივ არის ერთეული ან მრავლობითი.

იზოლირებული ტრავმა ერთი ანატომიური მიდამოს დაზიანებაა ერთი ტრავმული აგენტის ზემოქმედებით (მაგ. ქვედა ყბა ან ცხვირის ძვლები ან ყვრიმალის ძვალი და ა.შ.); *შეთავსებული* — არანაკლებ ორი ანატომიური მიდამოს დაზიანება ერთი ტრავმული აგენტის ზემოქმედებით (მაგ. ძვლის მოტეხილობა და შინაგანი ორგანოს დაზიანება ან ძვლის მოტეხილობა და ტვინის შერყევა); *კომბინირებული ტრავმა* — სხვადასხვა ტრავმული ფაქტორების ერთდროული მოქმედებით გამოწვეული დაზიანებაა (მაგ. მოტეხილობა სხივურ დაავადებასთან ერთად).

ერთეული მოტეხილობა ერთი ძვლის მოტეხილობაა ერთ ადგილზე, რის შემდეგ წარმოიქმნება ორი ფრაგმენტი. მას მარტივ მოტეხილობასაც უწოდებენ.

მრავლობითი მოტეხილობა ერთი ან რამდენიმე ძვლის მოტეხილობაა ორ ან რამდენიმე ადგილზე.

მოტეხილობის დროს ძვლის განცალკავებულ ნაწილებს *მონატეხებს (ფრაგმენტებს)* უწოდებენ. დაზიანების ზონაში არსებულ უფრო წვრილ ფრაგმენტებს — *ნამსხვრევებს*. ერთი ან რამდენიმე ნამსხვრევის არსებობის შემთხვევაში მოტეხილობას *ნამსხვრევიან მოტეხილობას* უწოდებენ; იგ დაზიანების ზონაში არის მრავალი წვრილი და მსხვილი ნამსხვრევები — *დამსხვრეულ მოტეხილობას*.

ქვედა ყბის მოტეხილობა შეიძლება თანდართული იყოს ამოვარდნილობით საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარში. ძირითადად ამოვარდნილობა ვითარდება როკისებრი მორჩის ან ქვედა ყბის თავის მოტეხილობის დროს.

მექანიკური ფაქტორის ზემოქმედებით გამოწვეულ ძვლოვანი ქსოვილის დაზიანებას უწოდებენ *ტრავმულ მოტეხილობას*. ძვალში არსებული პათოლოგიური პროცესების (ქრონიკული ოსტეომიელიტი, კისტა, სიმსივნეები) შედეგად განვითარებულ მოტეხილობას — *პათოლოგიურს*.

მოტეხილობა არის ღია ან დახურული. მფარავი რბილი ქსოვილების მთლიანობის შენარჩუნების ან დარღვევის მიხედვით. კბილთა რკალის არეში გამავალი ყველა მოტეხილობა, სულ უმნიშვნელო ცდომითაც კი, ღიაა, რამდენადაც ალვეოლური მორჩის მფარავ ლორწოიან გარსს არ აქვს ლორწქვეშა შრე და იოლად იხევა კბილთა რიგზე გამავალი მოტეხილობის დროს. ზედა ყბაზე ყველა მოტეხილობა ღიაა, რამდენადაც ისინი გაივლიან ცხვირის და ზედა ყბის ნიაღის ლორწოიან გარსზე, რომლებიც ძალზე თხელი არიან და მცირე ტრავმაზეც იოლად იხევიან.

არჩევენ პირდაპირ მოტეხილობას, როცა დაზიანება ვითარდება ტრავმის მიყენების ადგილზე, *არაპირდაპირს* — მისგან დაშორებულ არეში და *შერეულს* — თუ ერთი და იგივე ძვალში განვითარდა როგორც პირდაპირი, ისე არაპირდაპირი მოტეხილობა. არჩევენ სრულ (ძვალი მოტეხილია მთელ სისქეზე) და ნაწილობრივ (მოტეხილია ძვლის ნაწილი) მოტეხილობას; მიმართულების მიხედვით — გარდიგარდმო, გასწვრივ, ზიგზაგისებრ, ირიბ და თაღისებრ მოტეხილობებს.

ᲙᲑᲘᲚᲔᲑᲘᲡ ᲢᲠᲐᲕᲛᲣᲚᲘ ᲓᲐᲖᲘᲐᲜᲔᲑᲐ

კბილებზე მექანიკური ტრავმული აგენტის ზემოქმედებით ვითარდება ამოვარდნილობა ან მოტეხილობა. კბილის ამოვარდნილობა შეიძლება იყოს არასრული, სრული ან ჩაჭედილი.

არასრული (ნაწილობრივი) ანუ ქვეამოვარდნილობის დროს კბილი გადანაცვლებულია სხვადასხვა მიმართულებით, უფრო ხშირად ენის ან სასის მხარეზე. პერიოდონტის ბოჭკოების ნაწილი გაგლეჯილია, სისხლძარღვოვანნერვული კონა გაგლეჯილი ან თრომბირებული, კბილბუდე გაჟღენთილი ექსუდატით ან სისხლით, კბილი მორყეულია. რენტგენოლოგიურად პერიოდონტული ნაპრალი გაფართოებულია.

სრული ამოვარდნილობის დროს კბილი მთლიანად ამოდის ალვეოლიდან, სისხლძარღვოვანნერვული კონა და პერიოდონტის ბოჭკოები გაგლეჯილია, ზოგჯერ კბილბუდის ვესტიბულური ნაწილი მოტეხილია. ზოგჯერ შენარჩუნებულია ამოვარდნილი კბილის კავშირი ირგვლივ მდებარე რბილ ქსოვილებთან კბილის ირგვლივი იოგის ერთეული ბოჭკოების წყალობით.

ჩაჭედილი ამოვარდნილობის დროს კბილის ფესვი ჩანერგილია ალვეოლური მორჩის ღრუბლისებრ ნივთიერებაში. სისხლძარღვოვანნერვული კონა და პერიოდონტის ბოჭკოები იგლიჯება. კბილი ჩაორმავებულია (ზოგჯერ მთლიანად) კბილბუდეში და გადახრილია რომელიმე მხარეს ან მოტრიალებულია თავისი ღერძის გარშემო. არ ირყევა. რენტგენოლოგიურად პერიოდონტის ხაზი არ დიფერენცირდება.

მკურნალობა. კბილის სრული ამოვარდნილობის დროს მიმართავენ რეპლანტაციას. არასრული ამოვარდნილობის დროს თითეულით ახდენენ მის ჩასწორებას და აფიქსირებენ არტაშანით 1,5 თვის განმავლობაში. უმჯობესია არტაშანი „ბრჭყალით“. მავთულოვანი არტაშნის გამოყენების შემთხვევაში დაზიანებულ კბილს არ უნდა დაედოს ლიგატურა, ვინაიდან იგი მოჭერის დროს ამოაგდებს კბილს კბილბუდიდან. შეიძლება პლასტმასის არტაშნის გამოყენებაც. ჩაჭედილი ამოვარდნილობის ჩასწორება არაა მიზანშეწონილი, ვინაიდან ეს იწვევს ფესვის რეზორბციას. ჩაჭედილი კბილები დროთა განმავლობაში თვითნებურად უბრუნდებიან ჩვეულ მდგომარეობას კბილთა რკალში. ამოვარდნილი კბილის შეხორცების შემდეგ ელექტროაგზნებადობის შესწავლით (ელექტროოდონტოდიაგნოსტიკა) ადგენენ პულპის ცხოველმყოფელო-

ბას. არასიცოცხლისუნარიანობის შემთხვევაში საჭიროა კბილის ტრეპანაცია, არხების გაწმენდა და დაბჟენა.

კბილის მოტეხილობა, ისე როგორც ამოვარდნილობა, უფრო ხშირია ზედა ყბაზე, მის ფრონტალურ ნაწილში. კბილის გვირგვინი შეიძლება მოტყდეს მთლიანად ყელის არეში, ან ნაწილობრივ — მინანქარდენტინის არეში პულპის ღრუს მთლიანობის დაურღვევლად ან პულპის ღრუს გახსნით. ფესვის არეში ადგილი შეიძლება ექნეს განივ მოტეხილობას სხვადასხვა დონეზე, გასწვრივ ან ირიბ მოტეხილობას.

კბილის გვირგვინის ნაწილობრივი მოტეხილობა პულპის ღრუს მთლიანობის დაურღვევლად თანდართულია ტკივილებით მხოლოდ მექანიკურ და ტემპერატურულ გაღიზიანებაზე. თუ გვირგვინის მოტეხილობის დროს გახსნილია პულპის ღრუ, პაციენტს აწუხებს ძლიერი, თვითნებითი ტკივილები, რაც ძლიერდება ყოველგვარ გამღიზიანებელზე. დათვალიერებისას მოჩანს გაშიშვლებული, სისხლმდენი პულპა.

კბილის ფესვის შუა ან ზედა ნაწილში მოტეხილობის დროს აღინიშნება მისი მორყევა. ტკივილებს ადგილი აქვს ჩაკბეჩის დროს. რენტგენოგრამაზე კარგად ჩანს ფესვზე გამავალი მოტეხილობის ხაზი. კბილის ფესვის მწვერვალის მოტეხილობის დროს კბილი არ არის მორყეული, აღინიშნება ტკივილები პერკუსიის დროს.

მკურნალობა. პულპის გახსნის დროს ახდენენ დეპულპირებას, არხისა და გვირგვინის დაბჟენით. გვირგვინის დეფიციტის აღდგენა ხდება ბჟენით. გვირგვინის მოტეხილობის შემთხვევაში ფესვს იყენებენ შტიფტიანი კბილის საყრდენად. თუ კბილის ფესვი მოტეხილია მწვერვალის არეში, დეპულპირების შემდეგ ბჟენენ არხს და ახდენენ ფესვის მწვერვალის რეზექციას. შესაძლებელია არხის რეტროგრადული დაბჟენაც მწვერვალის მხრიდან აპიკექტომიის დროს. თუ ფესვის მოტეხილობის დროს პულპა ცოცხალია და კბილი არ არის მორყეული, მაშინ მკურნალობა საჭირო არ არის. ამ შემთხვევაში მიზანშეწონილია პერიოდულად პულპის ცხოველმყოფელობის შესწავლა ელექტროაგზნებადობის გამოკვლევით. პულპის ცხოველუნარიანობის შენარჩუნების შემთხვევაში შესაძლებელია ფესვის მონატეხების შეხორცება. პულპის ნეკროზის შემთხვევაში არხს წმენდენ, მონატეხებს აახლოებენ, არხს ბჟენენ ცემენტით და ფესვის არხში შეაქვთ შტიფტი. კბილს კი ფიქსირებენ „ბრეკეტიანი“ არტაშნით. გასწვრივი და ირიბი

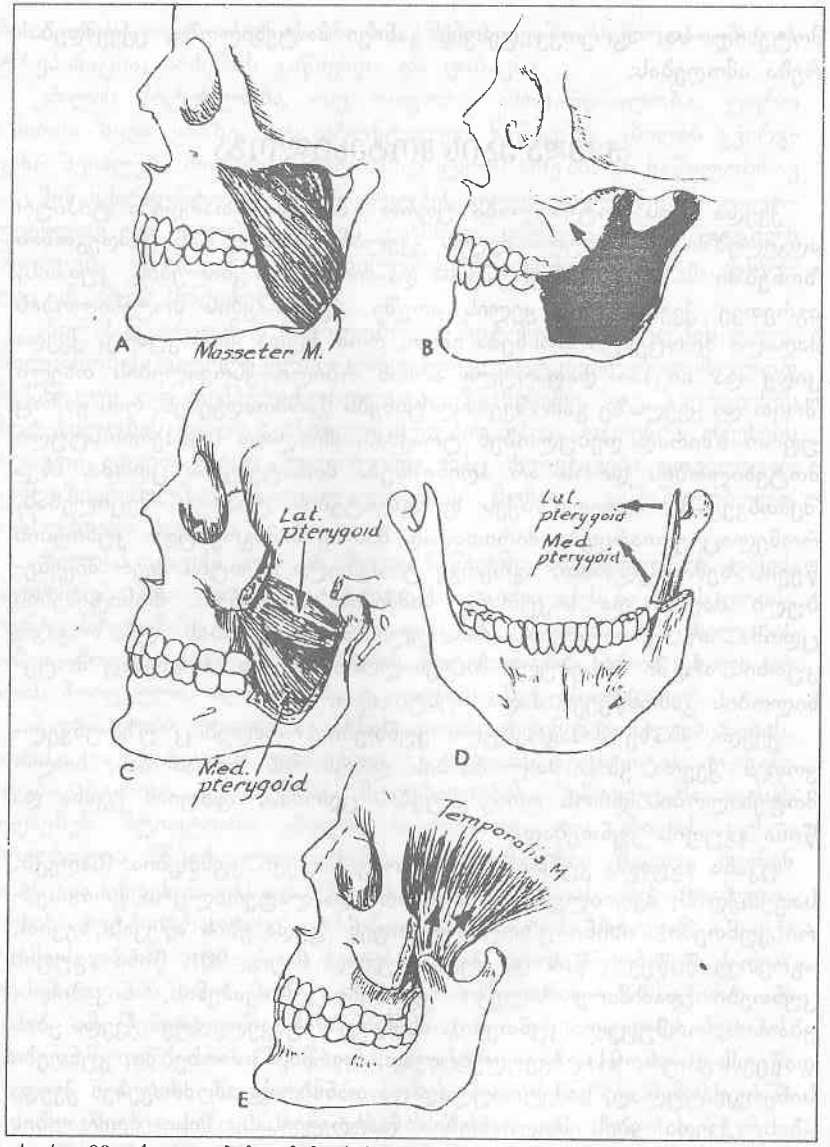
მოტეხილობა, აგრეთვე ფესვის განივი მოტეხილობა, ექვემდებარება ამოღებას.

ქვედა ყბის მოტეხილობა

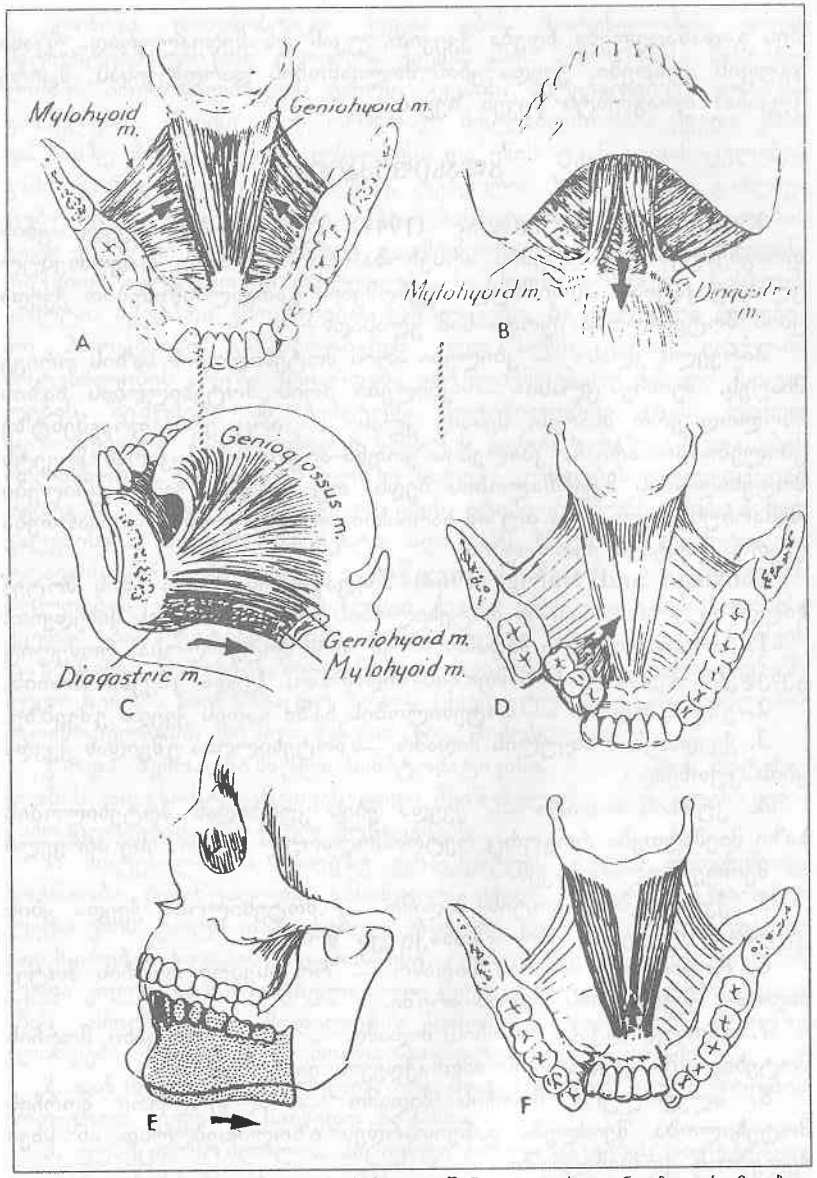
ქვედა ყბის მოტეხილობა უფრო ხშირად ვითარდება ტიპიურ ადგილებში აღნიშნული ძვლის ყველაზე სუსტი წინააღმდეგობის ზონებში — შუა ხაზზე, ეშვისა და ძირითადი კბილების, კუთხის, აგრეთვე ქვედა ყბის ყელის არეში. ქვედა ყბის მოტეხილობის მაღალი პროცენტი აიხსნება იმით, რომ ქვედა ყბის კუთხე, ქვედა კიდე და ნიკაპი დაფარული არიან რბილი ქსოვილების თხელი შრით და ყველაზე გამოშვერილ უბნებს წარმოადგენენ, რის გამოც უფრო ხშირად ღებულობენ ტრავმას. მხოლოდ სუბპერიოსტული მოტეხილობის დროს არ აღინიშნება მონატეხების ცდომა. სხვა შემთხვევაში ადგილი აქვს ფრაგმენტების ტიპიურ შეცილებას, რომელიც ვითარდება ძირითადად მათზე მიმაგრებული კუნთების წევის ზემოქმედებით, აგრეთვე ტრავმული აგენტის მიერ მიყენებული ძალის და საკუთარი სიმძიმის გავლენით. მონატეხების ცდომა არ ვითარდება არასრული მოტეხილობის და ზოგჯერ კუთხის არეში არსებული მოტეხილობის დროს, როდესაც მოტეხილობის გამომწვევი ძალა სუსტი იყო.

ქვედა ყბაზე მიმაგრებული კუნთები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ქვედა ყბის მთლიანობის დროს მის მოძრაობას, ხოლო მოტეხილობის დროს ფრაგმენტების ცდომას, იყოფიან უკანა და წინა ჯგუფის კუნთებად.

უკანა ჯგუფის კუნთები საკუთრივ საღეჭი კუნთებია (საღეჭი, საფეთქლის, medიალური ფრთისებრი და ლატერალური ფრთისებრი კუნთები). ისინი უზრუნველყოფენ ქვედა ყბის აწევას ზევით, აგრეთვე წაწევას წინ და მედიალურად (სურ. 90). წინა ჯგუფის კუნთები დამხმარე საღეჭი კუნთებია (ნიკაპენის, ნიკაპინის, ყბაინის, ორმუცელა კუნთები). ისინი უზრუნველყოფენ ქვედა ყბის დაწევას (სურ. 91). ჩვეულებრივად, ნორმის პირობებში, კუნთები სინერგისტულად, სიმეტრიულად და თანაბრად ამოძრავებენ ქვედა ყბას. ქვედა ყბის მთლიანობის დარღვევისას, მისი მოძრაობის ჩვეული რიტმის დარღვევასთან ერთად, კუნთების შეკუმშვის შედეგად ადგილი აქვს ფრაგმენტების გადანაცვლებას სხვადასხვა მიმართულებით. წინა ჯგუფის კუნთების მოქმედებით ფრაგმენტე-



სურ. 90. ქვედა ყბაზე მიმაგრებული უკანა ჯგუფის კუნთები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ქვედა ყბის ზევით, წინ და მედიალურად გადანაცვლებას.



სურ. 91. ქვედა ყბაზე მიმაგრებული წინა ჯგუფის კუნთები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ქვედა ყბის ქვევით, უკან და მედიალურად გადანაცვლებას.

ბის გადანაცვლება ხდება ქვევით, უკან და მედიალურად. უკანა ჯგუფის კუნთები, ქვედა ყბის მთლიანობის დარღვევისას, მცირე (უკანა) ფრაგმენტს წევენ ზევით.

კლასიფიკაცია

Kazanian and Converse (1949) გვთავაზობენ ქვედა ყბის ფრაგმენტებზე კბილების არსებობა-არარსებობაზე დაფუძნებულ კლასიფიკაციას. აღნიშნული ფენომენის გათვალისწინებით ქვედა ყბის მოტეხილობა იყოფა სამ კლასად:

პირველი კლასი — კბილები არის მოტეხილობის ხაზის ორივე მხარეს. მეორე კლასი — კბილები არის მოტეხილობის ხაზის მხოლოდ ერთ მხარეს. მესამე კლასი — არც ერთ ფრაგმენტზე კბილები არ არიან. კბილების ყოფნა-არყოფნის საკითხი წყვეტს მოტეხილობის მკურნალობის ბედს. თუ ფრაგმენტებზე კბილები შენარჩუნებულია ამა თუ იმ ხარისხით, მკურნალობა წარიმართება უფრო მარტივი მეთოდებით.

Dingman and Natvig (1964) მოგვაწოდეს ქვედა ყბის მოტეხილობის კლასიფიკაცია მოტეხილობის ლოკალიზაციის მიხედვით:

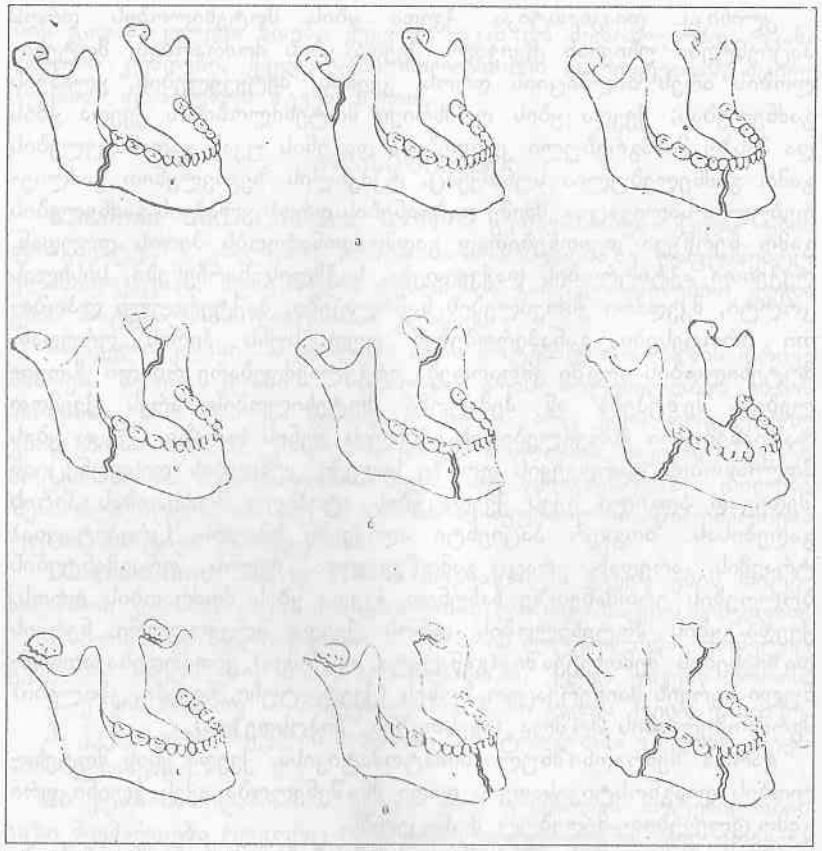
1. პარასიმფიზული მიდამო — ეს არის მოტეხილობა, რომელიც გვხვდება ქვედა ყბის სიმფიზის მიდამოში, ქვედა ეშვებს შორის.
2. ეშვის მიდამო — მოტეხილობის ხაზი გადის ქვედა ეშვებზე.
3. ქვედა ყბის სხეულის მიდამო — მოტეხილობა ეშვიდან ქვედა ყბის კუთხემდე.
4. კუთხის მიდამო — ქვედა ყბის კუთხიდან მოტეხილობის ხაზი მიემართება როგორც რეტრომოლარულ არეში, ისე პირველი ან მეორე მოლარისაკენ.
5. ქვედა ყბის ტოტის მიდამო — მოტეხილობა ქვედა ყბის კუთხესა და ქვედა ყბის ამონაჭდევს შორის.
6. როკისებრი მორჩის მიდამო — როკისებრი მორჩის მოტეხილობა ქვედა ყბის ყელის არეში.
7. გვირგვინოვანი მორჩის მიდამო — გვირგვინოვანი მორჩის მოტეხილობა ქვედა ყბის ამონაჭდევის დონეზე.
8. ალვეოლური მორჩის მიდამო — ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს იზოლირებულად ან სხვა ძვლებთან კომბინაციაში.

ქვედა ყბის მოტეხილობის უფრო ხშირი ფორმები მოტანილია 92-ე სურათზე.

კლინიკა. დიაგნოსტიკა. ქვედა ყბის მოტეხილობის დროს პაციენტები უჩივიან ტკივილს ქვედა ყბის მოძრაობის, მოტეხილობის არეს პალპაციის დროს, კვების, მეტყველების, ყლაპვის გაძნელებას; ქვედა ყბის ორმხრივი მოტეხილობისას ქვედა ყბის და მასზე მიმაგრებული კუნთებისა და ენის უკან გადანაცვლების გამო გაძნელებულია სუნთქვაც. ტკივილის ზეგავლენით გაძლიერებულია სალივაცია. მძიმე დაზიანების დროს ყლაპვის გაძნელების გამო ნერწყვი თვითნებითად გადმომდინარეობს პირის ღრუდან. ღეჭვითი აქტიურობის დაქვეითება, საჭმლის ნარჩენები, სისხლის კოლტი, მკვდარი ქსოვილების ნაწილაკები, ბაქტერიული ლპობითი პროცესები განაპირობებენ ცუდ სუნს პირის ღრუდან. მოტეხილობის არეში ვითარდება ირგვლივმდებარე რბილი ქსოვილების შეშუპება ან ჰემატომა მოტეხილობის არეს ქვემოთ დაზიანებული ქსოვილებიდან სისხლის დენის ხარჯზე. ქვედა ყბის მთლიანობის დარღვევის ფონზე საღეჭი კუნთების დისფუნქციის შედეგად ადგილი აქვს ქვედა ყბის ატიპიურ მოძრაობას პირის გაღებისას. ზოგჯერ პაციენტი აღიქვამს ხმაურს (კრეპიტაცია) ტრავმის არედან, რაც გამოწვეულია ძვლის ფრაგმენტების ბოლოების ერთმანეთზე ხახუნით ქვედა ყბის მოძრაობის დროს. ქვედა ყბის მოტეხილობის დროს ქვედა ალვეოლური ნერვის დაზიანების შემთხვევაში (გაწყვეტა, დაჭიმვა) ვითარდება აღნიშნული ნერვის საინერვაციო ზონის (ქვედა ტუჩი, ნიკაპი, კბილები) მგრძნობელობის მოშლა (ანესთეზია, ჰიპოსთეზია).

გარდა ზემოაღნიშნული სიმპტომატიკისა, ქვედა ყბის მოტეხილობის დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კლინიკური გამოკვლევებით მიღებულ მონაცემებს.

1. მოტეხილობის მხარეზე ფრაგმენტებს შორის შეიგრძნობა მოძრაობა ბიმანუალური გასინჯვით. ერთი ხელით აფიქსირებენ ქვედა ყბის ტოტს დაზიანებულ მხარეზე, მეორე ხელის თითებით აფიქსირებენ ნიკაპის მიდამოს ისე, რომ ცერი ედებოდეს ნიკაპის ქვედა კიდეს და საჩვენებელი თითი ქვედა საჭრელ კბილებს. ქვედა ყბის ამოძრავების მცდელობის დროს დაზიანებულ მხარეზე ვლინდება ელასტიკური მოძრაობა მოტეხილობის არეში.
2. თანკბილვა დარღვეულია, რაც მოტეხილობის სარწმუნოობის ერთ-ერთი ყველაზე საიმედო ნიშანია.
3. ფუნქცია მოშლილია. პაციენტი რბილი საკვების დაღეჭვასაც კი ვერ ახერხებს ტკივილების გამო. ტკივილი იწყება პირის გაღებისთანავე და ძლიერდება დაღეჭვის მცდელობისას.



სურ. 92. ქვედა ყბის მოტეხილობის ფორმები.

4. ქვედა ყბის დეფორმაცია, თუ იგი განვითარდა ტრავმის მიღების შემდეგ, მიუთითებს ქვედა ყბის მთლიანობის დარღვევაზე.

5. ნიკაპზე თითის მოჭერა ან დაკაკუნება იწვევს ტკივილს მოტეხილობის არეში, რაზეც ზუსტად მიუთითებს პაციენტი. მტკივნეულია ტრავმირებული მიდამოს პალპაცია.

6. როკისებრი მორჩის მოტეხილობის დროს ქვედა ყბის თავის პალპაცია მტკივნეულია, პირის გაღების დროს ქვედა ყბის თავის მოძრაობა არ შეიგრძნობა მასზე ან გარეთა სასმენი მილის წინა კიდეზე დაფიქსირებულ თითზე. მოტეხილობის არსებობას ადასტურებს ქვედა ყბის კუთხიზე ქვევიდან ზევით ზედაწოლა.

ქვედა ყბის მოტეხილობის დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია, ტომოგრაფია და პანორამული რენტგენოგრაფია იძლევიან ზუსტ ინფორმაციას მოტეხილობის ფორმის, ლოკალიზაციის და ხასიათის შესახებ.

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, ქვედა ყბის ფრაგმენტების გადანაცვლება ძირითადად ვითარდება მასზე მიმაგრებული კუნთების გავლენით.

ქვედა ყბის შუა ხაზზე მოტეხილობის დროს ორივე ფრაგმენტზე რჩება კუნთების თანაბარი რაოდენობა, რის გამოც ცდომა უმნიშვნელოა. ხშირად უფრო მძლავრი საღეჭი და ფრთისებრი კუნთების გავლენით მონატეხები რამდენადმე შეტრიალდებიან შიგნით, რის გამოც ნიკაპის არეში ქვედა ყბის ქვედა კიდეზე აღინიშნება ფრაგმენტების უფრო მნიშვნელოვანი ცდომა, ვიდრე საჭრელი კბილების არეში. უფრო ხშირად ნიკაპის არეში მოტეხილობა ირიბია — საჭრელებიდან ნიკაპის ბორცვის გვერდის ავლით მოტეხილობის ხაზი თავდება მეორე საჭრელის, ეშვის ან პირველი პრემოლარის ფესვის მწვერვალის საპროექციოდ. ამ დროს დიდი ფრაგმენტი გადანაცვლებულია ქვევით, ვინაიდან მასზე მიმაგრებულია ქვედა ყბის დამწევი კუნთების მეტი რაოდენობა. ლატერალური ფრთისებრი კუნთების გავლენით ფრაგმენტების ცდომა ხდება ერთმანეთის მიმართულებით.

ნიკაპის არეში ორივე ეშვზე გამავალი მოტეხილობის დროს ნიკაპზე მიმაგრებული დამწევი კუნთების გავლენით შუა ფრაგმენტი ინაცვლებს ქვევით და უკან (სურ. 91 F).

ქვედა ყბის სხეულის ცალმხრივი მოტეხილობის დროს მცირე ფრაგმენტი, რომელზეც შენარჩუნებულია მხოლოდ ამწევი კუნთები, ინაცვლებს ზევით ზედა ყბის კბილებთან შეხებამდე. კბილები დახრილია ენის მხარეს ფრთისებრი კუნთების გავლენით, ხოლო საღეჭი კუნთების შეკუმშვის გამო ფრაგმენტის ქვედა კიდე გადანაცვლებულია გარეთ. დამწევი კუნთების გავლენით დიდი ფრაგმენტი გადანაცვლებულია ქვევით და დაზიანების მხარეზე (სურ. 90 B, 93 B).

ქვედა ყბის სხეულის ორმხრივი მოტეხილობის დროს გვაქვს სამი ფრაგმენტი: ორი უკანა — ქვედა ყბის ტოტით, კუთხითა და სხეულის უკანა ნაწილით, ერთი წინა — სხეულის წინა ნახევრით, რომელიც შეიცავს ნიკაპის მიდამოს. წინა ფრაგმენტზე რჩება მიმაგრებული მხოლოდ დამწევი კუნთები, რის გამოც ფრაგმენტი გადანაცვლებულია ქვევით და უკან (აღნიშნული

ფრაგმენტის მნიშვნელოვანი ცდომის დროს ენა უკან ვარდება და ვითარდება სუნთქვის გაძნელება). უკანა ფრაგმენტები ამწევი კუნთების მოქმედების წყალობით ინაცვლებენ ზევით და შიგნით (ალვეოლური მორჩი შიგნით, ფრაგმენტების ქვედა კიდე გარეთ). ზოგჯერ წინა ფრაგმენტი გაისროლება წინ. ამ დროს უკანა ჯგუფის კუნთები გადაანაცვლებენ უკანა ფრაგმენტებს წინ და შიგნით.

ქვედა ყბის კუთხის არეში მოტეხილობის დროს ფრაგმენტების მნიშვნელოვან ცდომას ადგილი არ აქვს. ცდომას ხელს უშლის ამ არეში მიმაგრებული საღეჭი და შიგნითა ფრთისებრი კუნთების მყესები. თუ ეს კუნთები იგლიჯება, მცირე ფრაგმენტი, თუ მასზე არ არის კბილი. ინაცვლებს ზევით და შიგნით, დიდი — ქვევით, და მოტეხილობის მხარეს. ქვედა ყბის ორმხრივი მოტეხილობის დროს კუთხის არეში წინა ფრაგმენტი გადანაცვლებულია ქვევით და არა უკან.

ქვედა ყბის ტოტის არც განივი და არც გასწვრივი მოტეხილობა ფრაგმენტების ცდომით არ არიან თანდართულნი. ზოგჯერ ქვედა ყბის უმნიშვნელო ცდომა შეიძლება განვითარდეს მოტეხილობის მხარეს (სურ. 90 D). ტოტის ორმხრივი მოტეხილობის დროს შეიძლება განვითარდეს სუსტად გამოხატული ღია თანკბილვა.

ცალ მხარეზე ორმაგი მოტეხილობის დროს შუა მონატეხი გადანაცვლებულია ქვევით და შიგნით, უკანა — ზევით და შიგნით, წინა — ქვევით და შუა ფრაგმენტის მიმართულებით. (სურ. 91 D)

მრავლობითი მოტეხილობის დროს აღინიშნება ფრაგმენტების უსისტემო ცდომა, უფრო ხშირად კუთხით ერთმანეთის მიმართ.

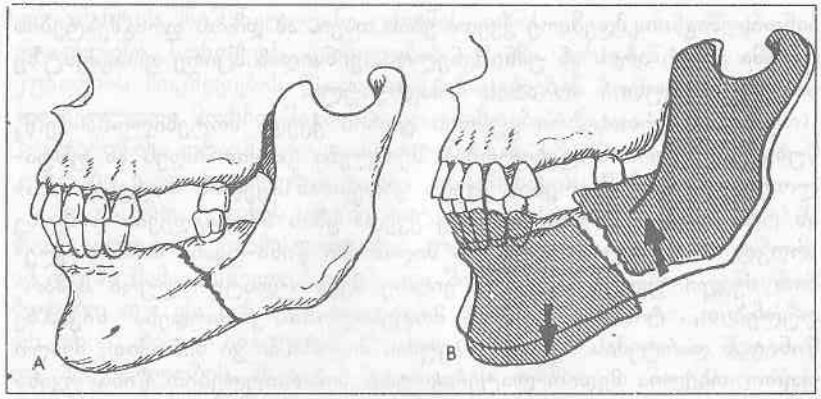
გვირგვინოვანი მორჩის იზოლირებული მოტეხილობა იშვიათია, უფრო ხშირად ცდომის გარეშეა და ქვედა ყბის ფუნქციაზე რაიმე გავლენას არ ახდენს.

როკისებრი მორჩის მოტეხილობის დროს მცირე ფრაგმენტის (როკის) ცდომის მექანიზმს ძირითადად განსაზღვრავს გარეთა ფრთისებრი კუნთი. მორჩის მოტეხილობა ვითარდება სამ ტიპიურ არეში როკის ფუძესთან, ქვედა ყბის ყელის და თავის არეში. ვინაიდან ფრაგმენტების ცდომის განვითარებაში განმსაზღვრელია გარეთა ფრთისებრი კუნთი, O.Dangman and G.Converse-ს მოჰყავთ როკისებრი მორჩის მოტეხილობის კლასიფიკაციის უფრო მარტივი სქემა: მოტეხილობის ხაზი გადის მორჩზე გარეთა ფრთისებრი კუნთის მიმაგრების დონის ქვემოთ და მოტეხილობის ხაზი გადის აღნიშნული დონის ზემოთ. ამ უკანასკნელს სახსარშიდა მოტეხილობასაც უწოდებენ, ვინაიდან ზიანდება სასახსრე

ჩანთის შიგნით მდებარე ქვედა ყბის თავი. ამ დროს ფრაგმენტების ცდომა ან არ არის ან უმნიშვნელოა, ვინაიდან მცირე ფრაგმენტზე არც ერთი კუნთი არ არის მიმაგრებული.

გარეთა ფრთისებრი კუნთის დონის ქვედა მოტეხილობა (ე.წ. სუბკონდილური მოტეხილობა) შეიძლება განვითარდეს ან უშუალოდ კუნთის მიმაგრების ქვედა კიდესთან (ყელის მოტეხილობა) ან როკისებრი მორჩის ფუძეზე ქვედა ყბის ამონაჭდევის დონეზე (როკის მოტეხილობა). ყელის მიდამოში წინა-უკანა მიმართულებით ძვალი უფრო თხელია, ვიდრე მედიო-ლატერალური მიმართულებით, რის გამოც აქ მოტეხილობა ვითარდება ნიკაპზე წინიდან დარტყმის შედეგად. ფუძის მიდამოში კი პირიქით, ძვალი უფრო თხელია მედიო-ლატერალური მიმართულებით წინა უკანა მიმართულებასთან შედარებით. აქ მოტეხილობა ვითარდება ქვედა ყბის სხეულის არეში გვერდიდან განვითარებული დარტყმის შედეგად. მცირე ფრაგმენტი განიცდის უფრო მნიშვნელოვან ცდომას, ვიდრე დიდი. სუბკონდილური მოტეხილობის დროს მცირე ფრაგმენტი უფრო ხშირად გადანაცვლებულია წინ ან შიგნით. როდესაც მცირე ფრაგმენტი გადანაცვლებულია ფოსოდან, მაგრამ რჩება ინტაქტურ სასახსრე ჩანთაში, იგი ცნობილია როგორც „გადანაცვლებული მოტეხილობა“. თუ ქვედა ყბის თავი მთლიანად გამოვარდნილია გაგლეჯილი სასახსრე ჩანთიდან, მას უწოდებენ ამოვარდნილ მოტეხილობას. როკის თავი შეიძლება გადანაცვლებული იყოს წინ, უკან, გარეთ შიგნით და იშვიათად ზევით ქალას შუა ფოსოში. ფრაგმენტების ცდომის ხარისხი დამოკიდებულია როგორც დარტყმის, ისე კუნთების წევის ძალაზე, აგრეთვე მოტეხილობის ხაზის სიბრტყის დახრილობაზე მედიო-ლატერალური მიმართულებით.

თუ მოტეხილობის ხაზის სიბრტყის გარეთა კიდე უფრო დაბლა მდებარეობს, ვიდრე შიგნითა (ე.ი. მოტეხილობის ხაზი ძვლის გარეთა კომპაქტურ ფირფიტაზე უფრო დაბლაა, ვიდრე შიგნითაზე), მაშინ დიდი ფრაგმენტის გავლენით, რომელიც ამწევი კუნთების მოქმედების შედეგად ზევით ინაცვლებს, ადგილი აქვს მცირე ფრაგმენტის გარეთ და რამდენადმე უკან გადანაცვლებას. ამ დროს ამოვარდნილობა არ ვითარდება, თუ მოტეხილობის ხაზის სიბრტყის გარეთა კიდე უფრო მაღლა მდებარეობს, ვიდრე შიგნითა (ე.ი. მოტეხილობის ხაზი ძვლის გარეთა კომპაქტურ ფირფიტაზე უფრო მაღლაა, ვიდრე შიგნითაზე), მაშინ, როგორც დიდი ფრაგმენტის, რომელიც ინაცვლებს ზემოთ, ისე გარეთა



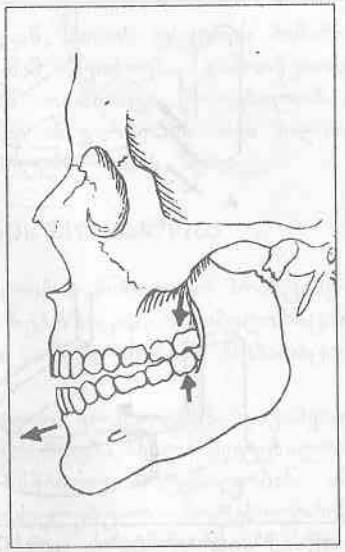
სურ. 93. ქვედა ყბის სხეულის მოტეხილობა. A — ქვედა ყბის უკანა ფრაგმენტის ზევით გადანაცვლებას ხელს უშლის ამ ფრაგმენტზე არსებული კბილი; B — ქვედა ყბის დიდი (წინა) ფრაგმენტი გადანაცვლებულია ქვევით, უკან და შიგნით, მცირე (უკანა) ფრაგმენტი — ზევით და შიგნით.

ფრთისებრი კუნთის გავლენით ადგილი აქვს მცირე ფრაგმენტის შიგნით და წინ გადანაცვლებას. მოტეხილობის ხაზის სიბრტყის დახრილობას მედიო-ლატერალური მიმართულებით ძირითადად ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც მოტეხილობის ხაზი გადის როკისებრი მორჩის ფუძეზე.

ყელის მიდამოში განვითარებული მოტეხილობები ხშირად თანდართულნი არიან ქვედა ყბის თავის ამოვარდნილობით.

როკისებრი მორჩის ცალმხრივი მოტეხილობის დროს ქვედა ყბა მცირედ არის გადანაცვლებული დაზიანების მხარეს. ამავე მხარეს „ანტაგონისტი“ კბილები მჭიდრო კონტაქტში არიან, რასაც არ აქვს ადგილი ჯანმრთელ მხარეს. როკისებრი მორჩების ორმხრივი მოტეხილობის დროს ქვედა ყბის ტოტები ამწევი კუნთების გავლენით გადაინაცვლებენ ზევით. კონტაქტი აღინიშნება მხოლოდ მოლარებს შორის. ვითარდება ღია თანკბილვა (სურ. 94).

როკისებრი მორჩის მოტეხილობისა და ამოვარდნილობის დროს ყურის ჯავლის წინ ვითარდება „ჩაღრმავება“, პალპაციით ქვედა ყბის თავი არ ისინჯება. ამოვარდნილობის გარეშე როკისებრი მორჩის მოტეხილობის დროს, ქვედა ყბის თავის მოძრაობა შეზღუდულია და ჩამორჩება ჯანმრთელ მხარეზე ქვედა ყბის თავის მოძრაობის მოცულობას.

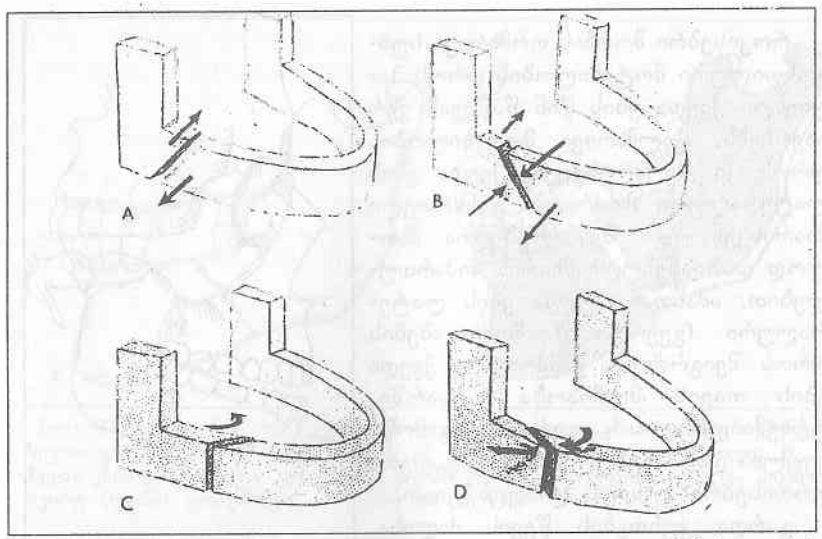


სურ. 94. ქვედა ყბის როკისებრი მორჩის ორმხრივი მოტეხილობა

როკისებრი მორჩის ორმხრივი სუბკონდილური მოტეხილობის დროს პაციენტი ქვედა ყბის წინ წაწევას ვერ ახერხებს. ცალმხრივი მოტეხილობის დროს კი შეუძლებელია ქვედა ყბის ლატერალური მოძრაობა ჯანმრთელი მხარისკენ. იგი შესაძლებელია მხოლოდ დაზიანებული მხარის მიმართულებით. ამასთან, ქვედა ყბის ლატერალური (გვერდითი) მოძრაობების დროს შეიგრძნობა ჯანმრთელი ქვედა ყბის თავის მოძრაობა სახსარში, ტრავმირებულის — არა. ეს გამოწვეულია დაზიანებულ მხარეზე გარეთა ფრთისებრი კუნთის დისფუნქციით.

გარდა კუნთების წევის ძალისა, არის სხვა ფაქტორებიც, რომლებიც განაპირობებენ ფრაგმენტების ცდომის ხასიათსა და ხარისხს.

მოტეხილობის ხაზის მიმართულება. ქვედა ყბის სხეულის მოტეხილობის დროს მოტეხილობის ხაზის მიმართულების ხუთი სხვადასხვა პოზიცია შეიძლება შეგვხვდეს (სურ. 95): 1. მოტეხილობის ხაზი მიემართება ზევიდან ქვევით და არ ქმნის დახრილ ან ბლაგვ კუთხეს ქვედა ყბის სხეულთან. ამ დროს ცდომა ხდება იმის მიხედვით, თუ რომელ ფრაგმენტზე რომელი ჯგუფის კუნთებია მიმაგრებული. 2. მოტეხილობის ხაზი მიმართულია ზევიდან ქვევით და უკანიდან წინ ირიბად. ასეთ შემთხვევაში უკანა და წინა ჯგუფის კუნთები წევენ ფრაგმენტებს ერთმანეთის მიმართულებით, რის გამოც მოტეხილობის ზონაში ადგილი აქვს სტაბილიზაციას. 3. მოტეხილობის ხაზი მიმართულია ირიბად — ზევიდან ქვევით და წინიდან უკან. ასეთ შემთხვევაში უკანა ჯგუფის კუნთები ზევით წევენ უკანა ფრაგმენტს, წინა ჯგუფის კუნთები კი — ქვევით წინა ფრაგმენტს. ვითარდება ცდომა. 4. მოტეხილობის ხაზი მიმართულია უკნიდან წინ და შიგნით. ამ დროს ადგილი აქვს უკანა ფრაგმენტის ცდომას მედიალური (შიგნით) მიმართულებით, იმის გამო, რომ უკანა ჯგუფის (ამწევი) კუნთები წევენ მას მედიალურად. 5. მოტეხილობის ხაზი მიმარ-



სურ. 95. ფრაგმენტების ცდომაზე მოტეხილობის სიბრტყის მიმართულების გავლენის სქემა. დეტალურად ტექსტში.

თულია წინიდან უკან და შიგნით. ამ დროს კუნთები ძირითადად ხელს უშლიან ფრაგმენტების ცდომას.

ფრაგმენტებზე კბილების არსებობა-არარსებობა. ქვედა ყბის უკანა ფრაგმენტის ზევით გადანაცვლებას ხელს უშლის ანტაგონისტი კბილების არსებობა. თუ ისინი, ან ერთი ყბის ანტაგონისტი კბილი მაინც არ არის, ადგილი აქვს ქვედა ყბის უკანა ფრაგმენტის მნიშვნელოვან გადანაცვლებას ზევით და წინ — ღრძილთან კონტაქტამდე. დიდი მნიშვნელობა აქვს თუნდაც ერთი კბილის არსებობას უკანა ფრაგმენტზე. იგი დაზიანებულიც რომ იყოს, საჭიროა მისი შენარჩუნება ფრაგმენტების ფიქსაციის მიზნით (სურ. 93 A).

ტრავმული ძალის მიმართულება და ინტენსივობა. ტრავმულმა ძალამ შეიძლება გამოიწვიოს ქვედა ყბის პირდაპირი ან არაპირდაპირი მოტეხილობა და ცდომა. მცირე ძირითადი კბილების არეში გვერდიდან პირდაპირ მოქმედი ძალით მოტეხილობა ვითარდება იმავე მხარეს ქვედა ყბის და მოპირდაპირე მხარეს როკისებრი პორჩის არეში. ქვედა ყბის წინა ნაწილზე მოქმედი ძალის გავლენით შეიძლება განვითარდეს მოტეხილობა ეშვებსა და პრემოლარებს შორის. ძლიერმოქმედი ძალით წინა ფრაგმენტი

შეიძლება გადანაცვლებული იქნეს უკან, პირის ფსკერის მიმართულებით. სიმფიზის არეში დარტყმამ შეიძლება გამოიწვიოს როკისებრი პორჩების ცალმხრივი ან ორმხრივი მოტეხილობა, ქვედა ყბის თავის ქალას შუა ფოსოში ან გარეთა სასმენ მილში გადანაცვლებით მისი წინა კედლის მოტეხილობის შემდეგ.

ქვედა ყბის მოტეხილობის მკურნალობა

ქვედა ყბის მოტეხილობის მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია: მონატეხების (ფრაგმენტების) რეპოზიცია, იმობილიზაცია სხვადასხვა, ადეკვატური საფიქსაციო საშუალებებით, რეპარაციული ოსტეოგენეზის რეგულაცია.

ფრაგმენტების რეპოზიცია ხდება ხელით, ელასტიკური გაჭიმვით და სისხლიანი წესით. ხელის ჩასწორება ხდება ახალი მოტეხილობის დროს, თუ ადგილი არ აქვს ჩაჭედილ მოტეხილობას. ამ უკანასკნელის დროს, აგრეთვე მოძველებული მოტეხილობის დროს, ძვლოვანი კორძის განვითარებამდე ფრაგმენტების ჩასწორებას ახდენენ გაჭიმვით — ყბათაშორის ან თავის ნახევზე. მოძველებული მოტეხილობის დროს, როდესაც ფრაგმენტები უკვე შეერთებული არიან ძვლოვანი ან მკვრივი ფიბროზული კორძით, ან სხვა შემთხვევებში, როცა ზემოაღნიშნული მეთოდების გამოყენება წარუმატებლად მთავრდება, იყენებენ სისხლიან გზას. ქირურგიული გზით აშიშვლებენ მოტეხილობის ხაზს, მახვილწვეროანი ინსტრუმენტით არღვევენ კავშირს ფრაგმენტებს შორის. ამის შემდეგ რეპოზიციას ახდენენ ხელით. რეპოზიციის ყველა ფორმა შესრულებული უნდა იქნას ზოგადი ან ადგილობრივი გაუტკივარების ქვეშ.

რეპოზიციის შემდეგ ტარდება ფრაგმენტების **იმობილიზაცია.** იგი ხორციელდება ინტრაორალური (პირშიგნითა), ინტრა-ექსტრაორალური (პირშიგნითა და პირგარეთა), ექსტრაორალური (პირგარეთა), სუბკუტანური (კანქვეშა) და ინტრაოსალურ-ენოსალური (ძვალშიდა, ძვალზედა) მეთოდებით.

ინტრაორალურია ყბათაშორისი გაჭიმვა — ზედა და ქვედა კბილებზე დამაგრებული არტაშნების ერთმანეთზე დაფიქსირება რეზინით ან მავთულით ლიგატურებით. *ინტრა-ექსტრაორალურია* კბილებზე დამაგრებული არტაშნების დაფიქსირება თავზე თაბაშირის ნახვევის, სპეციალური ქუდის ან ლითონის კონსტრუქციის საშუალებით. *ექსტრაორალურია* ნიკაპ-კეფის შურდულისებრი ნახ-

ვევი, აგრეთვე სხვადასხვა სახის (ფიქსაციური თუ კომპრესიული) აპარატები. *სუბკუტანურია* კანქვეშა ფიქსაციის მეთოდები, რომლებიც ფრაგმენტებს მავთულების საშუალებით აფიქსირებენ თავის ქალას სხვადასხვა ნაწილებთან (თვალბუდის ქვედა და გარეთა კიდე, ყვრიმალის რკალი და სხვა).

ინტრაოსალურ-ენოსალურია ოსტეოსინთეზი მავთულებით, კირშნერის ჩხირით, მინიფირფიტებით.

ყველაზე გავრცელებული და პოპულარული საფიქსაციო საშუალებებია მავთულოვანი ფიქსატორები – მავთულოვანი ხვეული, მავთულოვანი არტაშანი, აგრეთვე პლასტმასის არტაშანი.

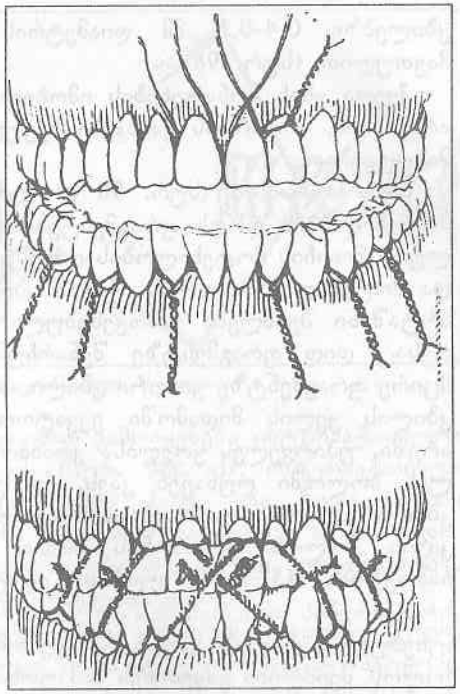
მონომაქსილური ფიქსაცია კეთდება მხოლოდ ხაზოვანი, სუბპერიოსტული მოტეხილობის დროს, როდესაც ადგილი არ აქვს არც ფრაგმენტის ცდომას, არც თანკბილვის დარღვევას, თანაც მოტეხილობის ხაზი უნდა გადიოდეს კბილთა მწკრივის ზონაში.

ინტერმაქსილური ფიქსაციის დიდი მნიშვნელობა განისაზღვრება იმით, რომ ძვლის მონატეხების შეხორცება მიმდინარეობს სწორ თანკბილვაში, თანაც საფიქსაციო საშუალებად გამოიყენება მოპირდაპირე ყბა.

მავთულოვანი ხვეულები. ჯილმერის (Gilmer) მიერ 1887 წელს მოწოდებულია მეთოდი, რომლის მიხედვით ყოველ ჯანმრთელ კბილზე, როგორც ქვედა, ისე ზედა ყბაზე, მისი ყელის არეში, ამაგრებენ მავთულის ლიგატურას. ლიგატურას გრეხენ საათის ისრის მიმართულებით, სანამ იგი მჭიდროდ არ შემოერტყმება კბილის ყელს. მავთულის ბოლოებს კვეთენ ისე, რომ მათი ბოლო იყოს დაახლოებით 2 სმ-ის ტოლი. ანტაგონისტ კბილებზე დაფიქსირებულ მავთულებს მიიტანენ ერთმანეთთან და ერთად დაგრეხენ საათის ისრის მიმართულებით, სანამ კბილები არ დაფიქსირდებიან სწორ თანკბილვაში. დაგრეხილი მავთულის ბოლოს კვლავ დაამოკლებენ და გადაგრეხენ კბილის ყელისაკენ ისე, რომ არ გახდეს ტუჩისა და ლოყის ლორწოიანი გარსის გამღიზიანებელი. ზედა და ქვედა კბილებზე დამაგრებული ლიგატურები შეიძლება დაიგრიხოს როგორც ვერტიკალური, ისე ჯვარედინი მიმართულებით (სურ. 96). ეს უკანასკნელი იცავს ფრაგმენტებს დაცურებისაგან წინა-უკანა მიმართულებით. ავტორის აზრით, კარგი ფიქსაციისათვის საჭიროა 22-28 ასეთი ლიგატურა.

მარყუჟოვანი (აივის) მეთოდი. 1922 წელს აივის (Ivy) მიერ მოწოდებული იქნა უფრო მარტივი მეთოდი. 6-8 სმ სიგრძის და 0,4-0,5 მმ სიგანის ბრინჯაო-ალუმინის ან უჟანგავი ფოლადის მავთულს მოხრიან თანაბრად და ისე გადაგრეხენ ერთმანეთზე,

რომ წარმოიქმნას მცირე ზომის მარყუჟი (დიამეტრით 2,5-3 მმ). მავთულის ორივე ბოლო შეაქვთ კბილთაშუა სივრცეში და გაიტანენ ენის ან სასის მხარეს ისე, რომ მარყუჟი რჩება ვესტიბულურ მხარეს. ორივე ლიგატურის ბოლოები ისევ გამოაქვთ ვესტიბულურ მხარეს მეზობელი სხვადასხვა კბილების ორივე მხრიდან კბილთა ყელის არეში. ერთ-ერთ ბოლოს ატარებენ მარყუჟში, რის შემდეგ ლიგატურის ორივე ბოლოს შეაერთებენ და დაგრეხენ კბილთა ყელზე მჭიდროდ დასამაგრებლად. ასეთივე ლიგატურას ადებენ ანტაგონისტ კბილებზე, მოპირდაპირე მხარეზე. ბოლოს ზედა და ქვედა ყბებზე დამაგრებული ლიგატურების მარყუჟებში გაუყრიან ისეთივე მავთულს, ყბებს დაუახლოებენ ერთმანეთს სწორ თანკბილვაში, მავთულის ბოლოებს გადაგრეხენ და მჭიდროდ აფიქსირებენ ყბებს ერთმანეთზე. აივის მარყუჟოვანი ხვეული ჩვენების მიხედვით შეიძლება გაკეთდეს კბილების ორ, ოთხ და მეტ წყვილზე (სურ. 97). ამ მეთოდის უპირატესობა ჯილმერის მეთოდთან ის არის, რომ პირის ღრუს გახსნის საჭიროების შემთხვევაში დამატებით მავთულებს გაჭრიან, გახსნიან პირს და შემდეგ ისევ შეკრავენ. ჯილმერის მეთოდის დროს კი პირის გაღების საჭიროების შემთხვევაში ყველა ლიგატურა უნდა მოეხსნათ.



სურ. 96. მავთულოვანი ინტერმაქსილური ფიქსაციის ჯილმერის მეთოდი.

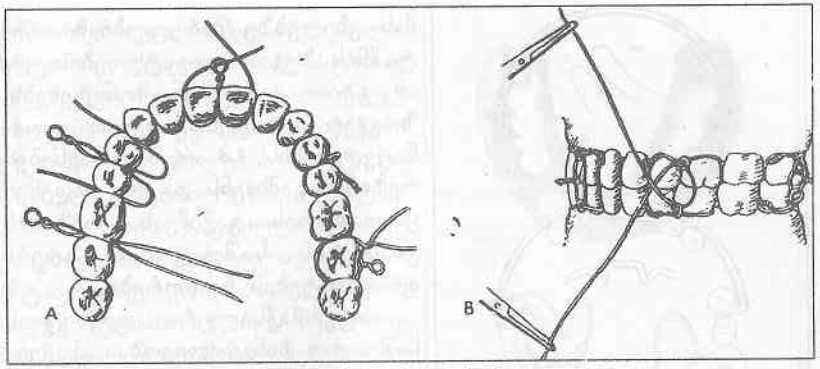
მლუნავი მავთულოვანი არტაშნები. 1915 წელს ს.ტიგერშტედტმა მოგვაწოდა კბილებზე დასამაგრებელი ალუმინის მავთულოვანი არტაშანი. არტაშნის დასამზადებლად იყენებენ 1,8-2 მმ დიამეტრის მქონე ალუმინის მავთულს, რომელსაც ამაგრებენ

კბილებზე 0,4-0,5 მმ დიამეტრის მჭონე ბრინჯაო-ალუმინის მავთულით (სურ. 98).

ქვედა ყბის მონატეხების იმობილიზაციისათვის იყენებენ სადა არტაშანს, არტაშანს გამბჯენი ხვეულით და არტაშანს მოსადები მარყუჟებით.

სადა არტაშანი (სურ. 98 a) კეთდება ქვედა ყბის ხაზოვანი მოტეხილობის დროს ფრაგმენტების შეცილების გარეშე, ალვეოლური მორჩის მოტეხილობის დროს, კბილების ამოვარდნილობისა და მოტეხილობის დროს. ქვედა ყბის მოტეხილობის დროს სადა არტაშანი შეიძლება გამოყენებული იქნას იმ შემთხვევაში, როდესაც დიდ ფრაგმენტზე შენარჩუნებულია 3-4 კბილი მაინც, მცირე ფრაგმენტზე კი ორი კბილი. არტაშანი უნდა თავსდებოდეს კბილის ყელის მიდამოში ეკვატორისა და ფესვის შეერთების არეში. უპირველეს ყოვლისა კრამპონის მაშით ალუმინის მავთულის ბოლოში ღუნავენ კავს, რომელიც უნდა მოედოს ბოლო კბილს ისე, რომ თავსდებოდეს გვირგვინის შუამდე ენის მხრიდან. კავის ბოლოს კრამპონის მაშით ან ლითონის მაკრატლით ჩამოჭრიან 45^0-იანი კუთხით ვერტიკალურ სიბრტყეში, ენის ტრავმირების თავიდან ასაცილებლად. თუ ფრაგმენტებზე შენარჩუნებულია კბილები დიდი რაოდენობით, კავის მაგიერ მავთულის ბოლოს შეიძლება გაკეთდეს სამკუთხა წვეტი, რომელიც შეიძლება მოთავსდეს კბილებს შორის სივრცეში. ხრიან მავთულს კბილთა რკალის ფორმის გათვალისწინებით ისე, რომ არტაშანი ეკვროდეს თითოეულ კბილს და ამაგრებენ კბილებზე ბრინჯაო-ალუმინის მავთულით (ლიგატურით). ლიგატურა კბილის ირგვლივ თავსდება ისე, რომ მისი ერთი ბოლო არტაშნის ზევითაა, მეორე კი — ქვევით. ლიგატურის დაგრეხა ყოველთვის კეთდება საათის ისრის მიმართულებით. ლიგატურის ჭარბ უბანს დაგრეხის შემდეგ ჭრიან ისე, რომ დარჩენილი ნაწილი არ აღემატებოდეს 5 მმ. ამ უკანასკნელს გადაღუნავენ წვერით არტაშნის ქვეშ ან კბილთაშუა თავისუფალ სივრცეში, რათა არ გააღიზიანოს პირის ღრუს ლორწოიანი გარსი.

გამბჯენი ხვეულის მჭონე არტაშანი გამოიყენება ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც იყენებენ სადა არტაშანს, ოღონდ მოტეხილობის ზონაში ადგილი აქვს ერთი ან რამდენიმე კბილის დეფიციტს, აგრეთვე ძვლის დეფექტის დროს. გამბჯენს ქმნიან ისე, რომ მისი კიდეები უნდა ეყრდნობოდეს თავისი კიდეებით მეზობელ კბილებს მონატეხების შეცილების თავიდან ასაცილებლად (სურ. 98b).

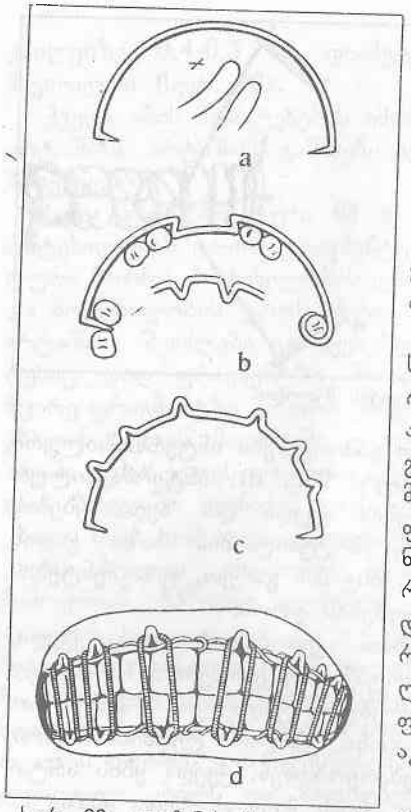


სურ. 97. ინტერმაქსილური ფიქსაციის აივის მეთოდი.

არტაშანი მოსადები მარყუჟებით გამოიყენება ინტერმაქსილური (ყბათაშორისი) გაჭიმვისათვის (სურ. 98c, d). ინტერმაქსილურ გაჭიმვა, თუ ფიქსაცია ნაჩვენებია ქვედა და ზედა ყბების მოტეხილობის დროს, როდესაც მოტეხილობის ხაზი გადის როგორც კბილთა რკალის არეში, ისე მის გარეთ, ფრაგმენტების ცდომით, მრავლობითი მოტეხილობების დროს.

არტაშანს მოსადები მარყუჟებით აკეთებენ როგორც ქვედა, ისე ზედა ყბისათვის. თითოეულ არტაშანზე კეთდება 5-7 მარყუჟი. მარყუჟები ერთმანეთისაგან დაცილებული უნდა იყოს 1-1,5 სმ-ით. მარყუჟის სიგრძეა 3,5-4 მმ. ისინი კბილის ღერძის მიმართ $35-40^0$-ით დახრილად უნდა მდებარეობდნენ. ქვედა ყბის არტაშანზე მარყუჟები განლაგებულნი არიან ქვევით, ზედა ყბაზე — ზევით. არტაშნები კბილებზე მაგრდებიან ბრინჯაო-ალუმინის ან უჟანგავი ფოლადის ლიგატურებით. მარყუჟებზე უმაგრდება რეზინის რგოლები, მონატეხების გაჭიმვისა და მათ სწორ შეთანასწორებაში ჩაყენების, თანკბილვის აღდგენისა და ფრაგმენტების ფიქსაციის მიზნით. რეზინის რგოლის დიამეტრი უნდა იყოს 8 მმ. იგი მიიღება აღნიშნული დიამეტრის მჭონე რეზინის მილის რგოლებად დაჭრით.

ქვედა ყბის მრავლობითი მოტეხილობის დროს, როდესაც არ ხერხდება ფრაგმენტების ხელით ჩასწორება, არტაშანი მაგრდება ცალ-ცალკე ყოველ ფრაგმენტზე. ზედა ყბაზე ჩვეულებრივ ედება ერთი, მთლიანი არტაშანი. რეზინის რგოლებით გაჭიმვის შედეგად ხდება რეპოზიცია, რის შემდეგ უფრო თხელი ალუმინის ან ფოლადის მავთულისაგან ამზადებენ სადა არტაშანს, ამაგრებენ



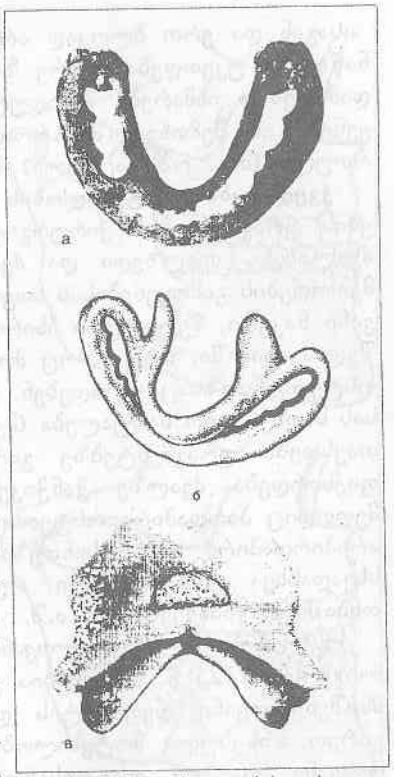
სურ. 98. ალუმინის მავთულოვანი არტაშნები: a — სადა არტაშანი; b — არტაშანი გამბჯენით; C — არტაშანი მოსადები მარყუშებით; d — ინტერმაქსილური (ყბათაშორისი) არტაშანი მოსადები მარყუჟებითა და ყბათაშორისი რეზინის ჰიმვებით.

მას კბილებზე მარყუჟებიანი არტაშნის ზევით ლიგატურებით და ამ გზით აკრთებენ ჰონატეხებს. ზოგჯერ მონატეხის ზევით გადაცვლებისას, ამ არეში ათავსებენ რეზინის გამბჯენს და ისე ახდენენ ყბათაშორის გაჭიმვას. რეზინის გამბჯენის საშუალებით ხდება ფრაგმენტების ჩასწორება.

ინტერმაქსილური ფიქსაციის საშუალო ხანგრძლივობაა 3 კვირა. მისი სიმარტივის წყალობით აღნიშნული არტაშანი ფართოდ გამოიყენება. მის შესაცვლელად მოწოდებულია სტანდარტული ფირფიტოვანი კბილზედა არტაშნები. აღნიშნული არტაშნის უპირატესობა იმაშია, რომ იგი მზაა და გამოლუნვა არ ჭირდება, მაგრამ იგი ნაკლებად მოსახერხებელია კბილებზე დამაგრების დროს, ფიქსაციის საიმედოობაც ნაკლები აქვს და ნაკლებ ჰიგიენურია.

გარდა კბილზედა არტაშნებისა, არსებობს აგრეთვე *კბილ-ღრძილის* და *ღრძილზედა არტაშნები*. კბილ-ღრძილის არტაშნები ეყრდნობიან კბილებსა და ალვეოლურ მორჩს. ღრძილზედა არტაშნები — ალვეოლური მორჩის ღორწოიან გარსს. კბილ-ღრძილის არტაშნებიდან ყველაზე გავრცელებულია ვებერისა და ვანკევიჩის არტაშნები. ღრძილზედა არტაშნებიდან — პორტის არტაშანი (სურ. 99).

ვებერის არტაშანს იყენებენ ქვედა ყბის მოტეხილობის დროს ფრაგმენტების იმობილიზაციისათვის, როდესაც მოტეხილობის ხაზი გადის კბილთა რკალის არეში, ფრაგმენტების ცდომა არ აღინიშნება ან უმნიშვნელოა, იოლად სწორდება და თითრეულ ფრაგმენტზე



სურ. 99. კბილ-ღრძილისა და ღრძილზედა არტაშნები: a — ვებერის არტაშანი; b — ვანკევიჩის არტაშანი; c — პორტის არტაშანი

მემორჩენილია რამდენიმე კბილი. არტაშანი მზადდება პლასტმასისაგან, მჭიდროდ ეკვრის არსებულ კბილებს და ეყრდნობა ალვეოლურ მორჩს. კბილების საღეჭი და საჭრელი ზედაპირები პლასტმასით არ არის დაფარული, რითაც ეს კბილები თავისუფლად ეხებიან ანტაგონისტ კბილებს. არტაშნის საღეჭ ზედაპირზე არის შემაღლება ზედა კბილებთან შეხებისათვის, რომელიც შემოზღუდულია გარედან და შიგნიდან თხელი ლილვაკებით, რაც უზრუნველყოფს ქვედა ყბის შენარჩუნებას სწორ თანკბილვაში. ვებერის არტაშანი შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც ახალი, ისე მოძველებული მოტეხილობის სამკურნალოდ, თუ ამ უკანასკნელის დროს ფრაგმენტების კონსოლიდაცია არ აღინიშნება.

ვანკევიჩის არტაშანი გამოიყენება ქვედა ყბის მოტეხილობის დროს, განსაკუთრებით ნიკაპის არეში არსებული ძვლოვანი დეფექტის დროს. პლასტმასის არტაშანი მაგრდება ზედა ყბის კბილებზე და სასაზე, ხოლო ქვევით მიმართული დახრილი სიბრტყეები ორივე მხრიდან ეყრდნობიან მონატეხების შიგნითა ზედაპირებს და აფიქსირებენ ქვედა ყბას სწორ პოზიციაში. ქვედა ყბაზე კბილების რაოდენობას მნიშვნელობა არ აქვს. არტაშანი შეიძლება გამოყენებული იქნეს ქვედა და ზედა ყბის ერთდროული მოტეხილობის დროსაც, მაგრამ ამ შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი ფიქსაცია შურდულისებრი ნახვევით.

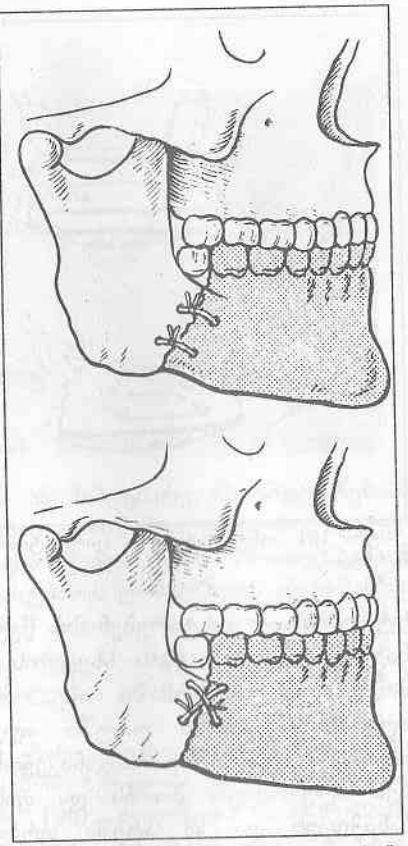
პორტის არტაშანი გამოიყენება ქვედა ყბის მოტეხილობის დროს ორივე ყბის უკბილობის შემთხვევაში. არტაშანი კეთდება პლასტმასისაგან და შედგება ზედა და ქვედა ყბების საბაზისო ფირფიტე-

ისაგან და ერთ ბლოკად არიან შეერთებულნი. არტაშანს წინა ნაწილში უკეთდება მცირე ზომის ფანჯარა საკვების მისაღებად. დამატებით იხმარება შურდულისებრი ნახვევი. არტაშანი გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როდესაც რაიმე მიზეზის გამო უფრო რთული (მაგ. ოპერაციული) მკურნალობა მიზანშეუწონელია.

ქვედა ყბის მოტეხილობის ქირურგიული მკურნალობა. ქვედა ყბის ფრაგმენტების ქირურგიული იმობილიზაცია ხორციელდება ძვალშიდა, ძვალზედა და ძვალგარეთა მეთოდებით. ძვალშიდა მეთოდების გამოყენებისას საფიქსაციო მოწყობილობა (მავთულოვანი ნაკერი, მეტალური ჩხირი, ბრჭყალი, ძვლის წებო და სხვა) შედის ძვალში, რის გამოც მობილიზაციის ამ მეთოდს პირდაპირ ოსტეოსინთეზსაც უწოდებენ. ძვალზედა მეთოდების გამოყენებისას საფიქსაციო საშუალება (მეტალის მინიფირფიტები, ჩარჩოები) თავსდება ფრაგმენტებზე გარედან (სუბპერიოსტალურად) და ფიქსირდება ძვალზე ჭანჭიკების საშუალებით. ფიქსაციის ეს მეთოდიც პირდაპირი ოსტეოსინთეზია. ძვალგარეთა მეთოდი ანუ არაპირდაპირი ოსტეოსინთეზი ხორციელდება პირგარეთა გზით სხვადასხვა კომპრესიული თუ არაკომპრესიული აპარატებით, თაბაშირის ნახვევით და ა.შ.

ოსტეოსინთეზი მავთულოვანი ნაკერით პირველად გამოიყენა როჯერსმა 1725 წ. ნაჩვენებია უკბილო ქვედა ყბაზე ან კბილების მნიშვნელოვანი დეფიციტის დროს, აგრეთვე კბილთა რკალის გარეთ არსებული მოტეხილობის დროს ფრაგმენტების მნიშვნელოვანი ცდომით. ოსტეოსინთეზი ხორციელდება პირგარეთა ან პირშიგნითა მიდგომით. შესაკერ მასალად უფრო ხშირად იყენებენ 0,6-0,8 მმ დიამეტრის მქონე ტანტალის, ტიტანის ან უჟანგავი ფოლადისაგან დამზადებულ მავთულს. პირგარეთა მიდგომით განაკვეთი ტარდება ქვედა ყბის ქვედა კიდიდან 2 სმ დაცილებით ქვევით და ქვედა ყბის ქვედა კიდის პარალელურად. შიშვლდება მოტეხილობის მიდამო. მოტეხილობის ხაზიდან 1-1,5 სმ დაცილებით თითოეულ ფრაგმენტზე მრგვალი ბორის საშუალებით კეთდება ორ-ორი ხვრელი. ხვრელები უნდა გაკეთდეს ქვედა ყბის არხისა და კბილთა ფესვების პროექციის გათვალისწინებით, რათა არ დაზიანდეს აღნიშნული ანატომიური სტრუქტურები. თითოეულ ხვრელში ატარებენ მავთულის ლიგატურას. ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ მოტეხილობის ხაზის სხვადასხვა მხარის ერთმანეთის პარალელურად მდებარე ლიგატურის ბოლოებს ერთად დაგრეხენ მონატეხების მჭიდროდ დაფიქსირებამდე, ჭარ

ნაწილს წააჭრიან და დარჩენილი ნაწილის წვერს მოხრიან ძვლამდე ისე, რომ არ გააღიზიანოს რბილი ქსოვილები (სურ. 100). ყურადსაღებია — ფრაგმენტებზე, მოტეხილობის ხაზის სხვადასხვა მხარეს ხვრელები ისე უნდა განლაგდნენ, რომ მათზე გატარებული სწორი ხაზი მოტეხილობის ხაზის მიმართ იყოს პერპენდიკულარული. ჭრილობა რბილი ქსოვილების არეში იკერება ყრუდ.

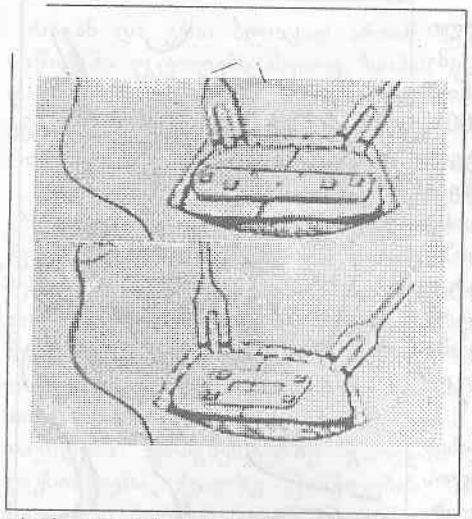


სურ. 100. მავთულოვანი ოსტეოსინთეზი.

უკანასკნელ წლებში, სახის კანზე ნაწიბუროვანი ქსოვილის წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად, ფართოდ მიმართავენ მავთულოვან ოსტეოსინთეზს პირშიგნითა მიდგომით. განაკვეთი ტარდება ალვეოლურ მორჩზე ან რეტრომოლარულ მიდამოში. მოტეხილობის არე შიშვლდება და ოსტეოსინთეზი ხორციელდება ზემოაღნიშნული წესით.

მოწოდებულია კრშნერის ჩხირის შეყვანა ორივე ფრაგმენტში ბორმანჭანის ან დრელის დახმარებით მონატეხების გაშიშვლებით ან პირდაპირ კანიდან. მისი უარყოფითია ფრაგმენტების შესაძლო როტაცია, ქვედა ყბის არხის ან კბილების დაზიანების შესაძლებლობა, ჩხირის ამოსაღებად განმეორებითი ოპერაციის აუცილებლობლობა.

ძვალზედა ფირფიტებს და ჩარჩოებს იყენებენ შენელებული კონსოლიდაციისა და ძვლის დეფექტიანი (2 სმ-მდე) მოტეხილობის დროს. ისინი კარგი ფიქსატორები არიან, მაგრამ თავისი მასიურობის გამო ქმნიან ქვედა ყბის არხისა და კბილის ფესვების დაზიანების შესაძლებლობას, ზოგჯერ ანთებითი გართულებების მიზეზი ხდებიან



სურ. 101. ოსტეოსინთეზი ფირფიტითა და ჩარჩოთი.

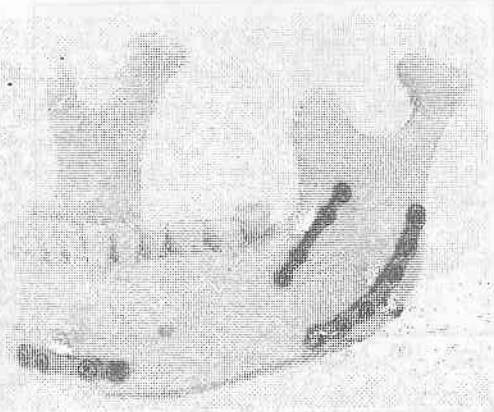
ან იწვევენ მფარავი რბილი ქსოვილების მაცერაციას. აუცილებელია განმეორებითი ოპერაცია მათი ამოღების მიზნით (სურ. 101).

ძვლის მონატეხების საფიქსაციოდ მოწოდებულია აგრეთვე მეტალური კავი, რომლის მახვილი ბოლოები შეყავთ თითოეული ფრაგმენტის სისქეში მოტეხილობის ხაზის ორივე მხარეს სპეციალური შესაკერი აპარატის დახმარებით.

ქვედა ყბის ირიბი მოტეხილობის დროს იყენებენ *გარსშემოკლებულ ნაკერს.* ამისათვის სპეციალური ინსტრუმენტით გაატარებენ მის წვერში არსებულ ხვრელში გაყრილ მავთულს ქვედა ყბის სხეულის ირგვლივ, მის ორივე მხარეზე მოტეხილობის ზონაში ისე, რომ მავთულის ორივე ბოლო აღმოჩნდეს პირის ღრუში ალვეოლური მორჩის ქედზე. აქ ატარებენ მცირე ზომის განაკვეთს ლორწოიან გარსზე, აშიშვლებენ ალვეოლურ მორჩს და ფისურული ბორით მასზე ქმნიან ჩანაჭდევს და ამ არეში ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ დააფიქსირებენ მავთულის ლიგატურას გადაგრეხით. ზემოთ აღნიშნული სპეციალური ინსტრუმენტის მაგიერ შეიძლება გამოყენებული იქნეს მსხვილი საინექციო ნემსი (მაგ., ნემსი სისხლის გადასხმისათვის), რომლის საშუალებით ლიგატურის ბოლოები შეიყვანება ყბის ქვედა მიდამოდან პირის ღრუში. უმჯობესია ორი ლიგატურის გამოყენება.

ყველა ეს მეთოდები (მავთულოვანი ოსტეოსინთეზის გარდა) ნაკლებპოპულარულია და იშვიათად გამოიყენება. ამ თვალსაზრისით მნიშვნელოვნად წინ გადადგმული ნაბიჯია ტიტანის *მინიფირფიტების და მინიჭანჭიკების* გამოყენება, რამაც დიდი გავრცელება ჰპოვა უკანასკნელ პერიოდში მთელ მსოფლიოში. ისინი კარგი ფიქსატორები არიან, ქსოვილებს არ აღიზიანებენ და

აძოლებას არ საჭიროებენ. მინიფირფიტებით ფრაგმენტების დაფიქსირება ხდება პირშიგნითა მიდგომით (სურ. 102).

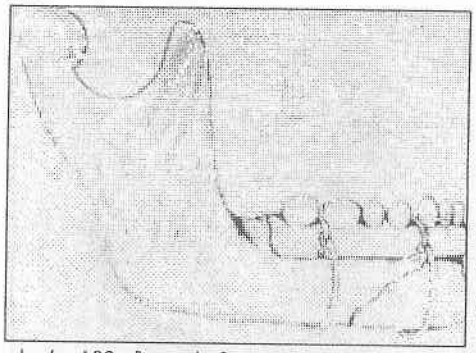


სურ. 102. ოსტეოსინთეზი მინიფირფიტით.

ქვედა ყბის ფრაგმენტების ძვალგარეთა იმობილიზაციის მეთოდებიდან (არაპირდაპირი ოსტეოსინთეზი) აღსანიშნავია ბლეკის მეთოდი (სურ. 103). იგი მოწოდებულია უკბილო ყბებისათვის, როდესაც მოტეხილობის ხაზი გადის ნიკაპის ან მიმდებარე (პრემოლარების) არეში. მეთოდის არსია ქვედა ყბის გარსშემოვლებული ლიგატურით ფრაგმენტების დაფიქსირება ქვედა ყბის პროთეზზე ან სპეციალურად მომზადებულ პლასტმასის ღრძილზედა არტაშანზე. თუ მოტეხილობა ერთია, ედება თითო ლიგატურა თითოეულ ფრაგმენტზე; თუ მოტეხილობა ორია — პერიფერიულ (უკანა) ფრაგმენტზე და თითო ლიგატურა, ცენტრალურზე (წინაზე) — ორი.

ასეთივე პრინციპით ქვედა ყბას აფიქსირებენ ზედა ყბაზე (ცხვირის წინა წვეტი, მსხლისებრი ხვრელის გარეთა კიდეები, ყვრიმალალვეოლის ქედი) (სურ. 106). ძვალზედა მომჭერებიანი აპარატები (ანდერსონის, რუდკოს, ზბარჟის, ბერნადსკის და სხვა) გამოიყენებიან პირველ ყოვლისა დეფექტის არსებობისას ქვედა ყბაზე მისი მოტეხილობის დროს, აგრეთვე უკბილო ქვედა ყბაზე, როდესაც სხვა, უფრო მარტივი საფიქსაციო საშუალების გამოყენება არ ხერხდება. ყბის ქვეშა განაკვეთით აშიშვლებენ ფრაგმენტებს, აფიქსირებენ მათზე (მოტეხილობის ხაზიდან 2 სმ დაცილებით) აპარატის მომჭერებს, რაზედაც შემდეგ ააწყობენ აპარატის სხვა დეტალებს. კანი იკერება ყრუდ. აპარატის მოხსნის დროს განაკვეთების გატარება და ფრაგმენტების გაშიშვლება მეორდება.

კომპრესიული ოსტეოსინთეზი. ქვედა ყბის მოტეხილობის დროს, თუ ადგილი არ აქვს ძვლის დეფიციტს, მაგრამ ადგილი აქვს შეუხორცებლობას, შენელებულ კონსოლიდაციას, ტრავმულ



სურ. 103. ბლეკის მეთოდი.

ოსტეომიელიტს იყენებენ კომპრესიულ აპარატებს (კაგანოვიჩის, სოლოვიოვის, მაგარილის), რომლებიც მჭიდროდ აფიქსირებენ ფრაგმენტებს, იწვევენ მათი ბოლოების კომპრესიას, რაც ქმნის კეთილსასურველ პირობებს შეხორცებისათვის, თუმცა არ იწვევს ოსტეოგენების სტიმულირებას. კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატები (ბაძოშვილი, ჩუდაკოვი და სხვა) უზრუნველყოფენ როგორც კომპრესიას, ასევე დისტრაქციას. აღნიშნული აპარატებით კომპრესიული ოსტეოსინთეზი შეიძლება განხორციელდეს ძვლის დეფიციტის დროსაც. კონსოლიდაციის შემდეგ დისტრაქციით იჭიმება ახალწარმოქმნილი ძვალი, იზრდება იგი და ხერხდება ქვედა ყბის ზომისა და ფორმის სრული აღდგენა.

ქვედა ყბის როკისებრი მორჩის მოტეხილობის მკურნალობა

როკისებრი მორჩის მოტეხილობის მკურნალობა ხორციელდება როგორც ქირურგიული, ისე არაქირურგიული მეთოდებით. მარტივი შემთხვევების დროს (ხაზოვანი მოტეხილობა ცდომის გარეშე, ან უმნიშვნელო ცდომით თანკბილვის დარღვევის გარეშე) საჭიროა სახსრის განტვირთვა (თხიერი დიეტა), ქვედა ყბის იმობილიზაცია შურდულისებრი ნახვევით 7-10 დღით. თუ როკისებრი მორჩის მოტეხილობას თან ახლავს თანკბილვის დარღვევა (თუნდაც უმნიშვნელო), იყენებენ კბილზედა მავთულოვან არტაშნებს ყბათაშორისი ელასტიკური გაჭიმვით. ამავე დროს მოლარებს შორის ტრავმირებულ მხარეზე თავსდება გამბჯენი. იგი შეიძლება მომზადდეს სწრაფმკვრივადი პლასტმასისაგან, მაგრამ უმჯობესია ამ მიზნით დრენაჟისათვის მოწოდებული რეზინის მილის გამოყენება. იმის მიხედვით, თუ როგორია ფრაგმენტების ცდომა, იყენებენ ერთ, ორ, სამ და ოთხშრიან რეზინის გამბჯენებს. ორმხრივი მოტეხილობის დროს გამბჯენი თავსდება ორივე მხარეს.

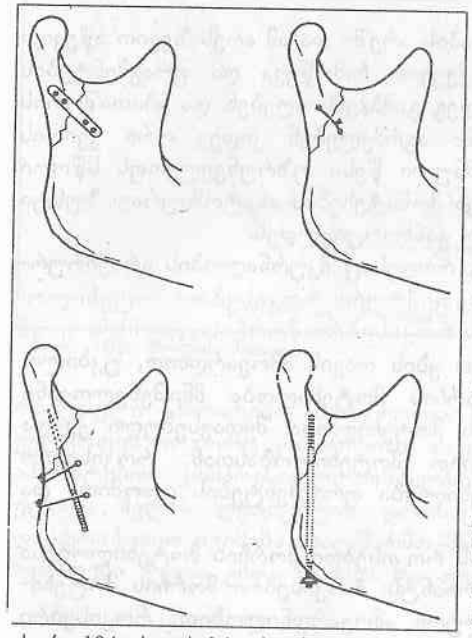
რეზინის რგოლები ედება ნიკაპის არეში და ამ არეს ზევით აწევით ხდება ქვედა ყბის ტოტის ქვევით ჩამოწევა და ფრაგმენტების ჩასწორება. 10-12 დღის შემდეგ გამბჯენს იღებენ და ყბათაშორის გაჭიმვას სწორ თანკბილვაში აგრძელებენ კიდევ ორი კვირის ვადით. მკურნალობის აღნიშნული წესი უზრუნველყოფს სწორი თანკბილვის აღდგენას, თუმცა მონატეხების ანატომიურად ზუსტი შეთანასოვნება შეიძლება არ განხორციელდეს.

მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც მკურნალობის არაქირურგიული მეთოდები არ არის ეფექტური როკისებრი მოტეხილობის სამკურნალოდ. ეს არის როკისებრი მორჩის ცალმხრივი ან ორმხრივი მოტეხილობა ქვედა ყბის თავის ამოვარდნით, უკბილო ქვედა ყბის როკისებრი მორჩის მოტეხილობა მნიშვნელოვანი ცდომით, როკისებრი მორჩის მოტეხილობა შეთავსებული ქვედა და ზედა ყბების მრავლობით მოტეხილობასთან, როკისებრი მორჩის მოძველებული მოტეხილობა ფრაგმენტების ცდომითა და თანკბილვის დარღვევით.

კელერი არჩევს ქვედა ყბის როკისებრი მორჩის მოტეხილობისა და ამოვარდნილობის სამ ვარიანტს: როკისებრი მორჩის მოტეხილობა ყელის არეში მედიალური ამოვარდნილობით; როკისებრი მორჩის მოტეხილობა ყელის არეში წინა ან უკანა ამოვარდნილობით; ქვედა ყბის თავის მოწყვეტა.

ზემოთ მოყვანილ შემთხვევებში ფრაგმენტების რეპოზიციის შემდეგ იყენებენ მკურნალობის ქირურგიულ მეთოდს — მავთულოვან ოსტეოსინთეზს. გამოიყენება ძვლის ნაკერი, მეტალური ჩხირები (კირშნერის ჩხირის ტიპი) ან მათი კომბინაცია, მინიფირფიტები (სურ. 104).

ოპერაციის ტექნიკა: ყბის ქვეშა მიდამოში ტარდება ქვედა ყბის კუთხის შემომრკალავი განაკვეთი. აშიშვლებენ ქვედა ყბის ტოტის გარეთა ზედაპირს. ქვედა ყბის თავს აბრუნებენ ქვედა ყბის ფოსოში. მასზე მოტეხილობის ხაზის მხრიდან მრგვალი ბორის დახმარებით აკეთებენ 0,5-1 სმ სიგრძის არხს. მის გაგრძელებაზე დიდი ფრაგმენტის (ტოტის) გარეთა ზედაპირზე ფისურული ბორით ქმნიან 2,5-3 სმ სიგრძის ჩაღრმავებას, რომლის ბოლოში ბორით აკეთებენ გამჭოლ ხვრელს. 5 სმ სიგრძის მეტალურ (ტიტანის) ჩხირის მახვილი ბოლო შეყავთ ქვედა ყბის როკისებრი მორჩის სისქეში შექმნილ ხვრელში 1 სმ სიღრმეზე, ჩხირის დანარჩენ ნაწილს ათავსებენ ქვედა ყბის ტოტის გარეთა ზედაპირზე შექმნილ ღარში, ჩხირის მოხრილი ბოლო კი შეაქვთ ღარის



სურ. 104. როკისებრი მორჩის მოტეხილობის ქირურგიული მკურნალობა.

ბოლოს შექმნილ ხვრელში ისე, რომ ფრაგმენტები იყოს სწორ შეთანასოვნებაში. ღარის ქვედა კიდიდან 1-1,5 სმ ზევით მის წინა კიდესთან ბორით კეთდება ხვრელი, რომელშიც გაატარებენ ლიგატურას, რომლის ორივე ბოლო გააქვთ ქვედა ყბის ტოტის უკანა კიდეზე და აქ მჭიდროდ შეკრავენ ლითონის ჩხირის საფიქსაციოდ.

როკისებრი მორჩის მარტივი მოტეხილობის დროს ქვედა ყბის თავის ამოვარდნილობით, თუ არ ხერხდება ფრაგმენტის ჩასწორება ან გაძნელებულია ოსტეოსინთეზის განხორციელება, მიმართავენ ქვედა ყბის თავის რეპლანტაციას. ყბის ქვეშა მიდგომით აშიშვლებენ მოტეხილობის არეს, ქვედა ყბის თავს ათავისუფლებენ ნაწიბურებისაგან, გარეთა ფრთისებრი კუნთისაგან და ამოიღებენ. მოტეხილობის ზედაპირიდან მასში აკეთებენ არხს, რომელშიც ათავსებენ ხიშტისებურად მოხრილი ტიტანის ჩხირის მახვილ ბოლოს, შეიტანენ ქვედა ყბის თავს ქვედა ყბის ფოსოში, ფრაგმენტებს ჩაასწორებენ და ქვედა ყბის ტოტის გარეთა ზედაპირზე ბორით ქმნიან ხვრელს იმ ანგარიშით, რომ მასში მოთავსდეს ხიშტისებრი ჩხირის მეორე ბოლოს მოხრილი ნაწილი. ამ მიდამოს ზემოთ 1,5 სმ-ზე კეთდება კიდევ ერთი ხვრელი მავთულის ლიგატურით ხიშტისებრი ჩხირის ძვალზე მისამაგრებლად. ხშირად, მცირე მონატეხის შიგნით ცდომისას, როდესაც ქვედა ყბის როკი თავსდება ტოტის შიგნითა ზედაპირზე, მისი მოძებნა და ჩასწორება ან ამოღება ძნელია. ამიტომ, ამ დროს მიმართავენ შიგნითა ფრთისებრი კუნთის ქვედა ბოლოს ათიშვას ქვედა ყბის კუთხის შიგნითა ზედაპირიდან, რათა შიგნიდან ვიმოქმედოთ მოტეხილ ფრაგმენტზე. ჩვენ ამავე მიზნით მივმართავთ დამატებით პირშიგნითა განაკვეთს ქვედა ყბის ტოტის

წინა კიდის არეში, ვაშიშვლებთ ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირს და ამ გზით ვახდენთ ფრაგმენტების ჩასწორებას ისე, რომ რეპლანტაცია ამ შემთხვევაში საჭირო აღარ არის.

ზედა ყბის მოტეხილობა

ზედა ყბის მოტეხილობის კლასიფიკაცია დაფუძნებულია ლე ფორის (Le Fort, 1901) მიერ ექსპერიმენტულად განსაზღვრულ ზედა ყბის სისუსტის ზონებზე (სურ. 105).

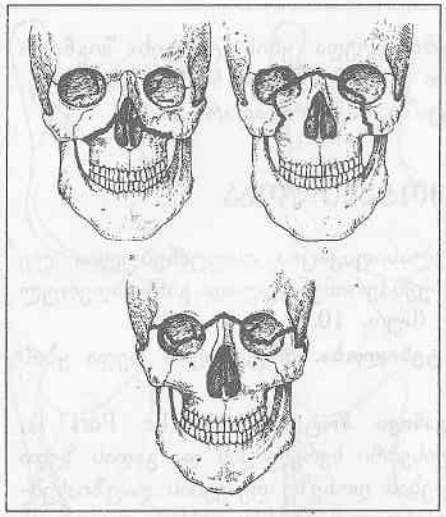
1. **ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა.** მოტეხილია ზედა ყბის დენტოალვეოლური ნაწილი.

2. **ჰორიზონტალური ანუ განივი მოტეხილობა** (Le Fort I). მოტეხილობის ხაზი იწყება მსხლისებრი ხვრელიდან და გადის ზედა ყბის კბილების ფესვის მწვერვალების დონეზე ფესვების დაუზიანებლად. მოტეხილობა მოიცავს ალვეოლურ მორჩს, სასის თაღს და ფრთისებრი მორჩის მცირე ნაწილს. მოტეხილია ცხვირის და ზედა ყბის წიაღის ფსკერი, ცხვირის ძგიდე. მოტეხილობის მოცემული ფორმა ცნობილია, როგორც ლე ფორი I ან გუერინის (Guerin) მოტეხილობა.

3. **პირამიდისებრი ანუ სუბორბიტული მოტეხილობა** (Le Fort II). მოტეხილობის ხაზი იწყება ზედა ყბის შუბლის ძორჩიდან, ვრცელდება საცრემლე ძვლებზე, თვალბუდის ქვედა კედელზე, ყვრიმალ-ზედა ყბის ნაკერზე, მიემართება ზედა ყბის ლატერალურ კედელზე მის გასწვრივ, ყვრიმალის ძვლის ქვევით და მთავრდება ფრთასასის ფოსოში ან ფრთისებრ მორჩზე. მოტეხილობა წააგავს პირამიდას. ამ დროს შეიძლება მოტეხილი იყოს ცხავის მიდამო და საცრემლე ძვალი. ამ მოტეხილობის დროს თავის ქალას მოცილებულია ზედა ყბისა და ცხვირის ძვლები.

4. **კრანიოფაციალური დისლოკაცია (ქალასახის განცალკავება)** (Le Fort III), ანუ სუბბაზალური მოტეხილობა. მოტეხილობის ხაზი იწყება ცხვირ-შუბლის ნაკერის არეში, ვრცელდება თვალბუდის ქვედა კედელზე, გაივლის ყვრიმალ-შუბლის ნაკერს და მთავრდება ქალას ფუძეზე. მოტეხილობის ამ ფორმის დროს სახის ქალას შუა ზონის ძვლები (ზედა ყბა, ყვრიმალი, ცხვირი) მთლიანად მოცილებულია თავის ქალას და ჩამოკიდებულია მასზე რბილი ქსოვილებით.

5. **ვერტიკალური მოტეხილობა.** ზოგჯერ მოტეხილობის ხაზი გაივლის ვერტიკალური მიმართულებით ალვეოლურ მორჩზე და



სურ. 105. ზედა ყბის ტიპიური მოტეხილობის ფორმების სქემა.

მაგარ სასაზე ორივე ზედა ყბის ძვლების შეერთების არეში, რომლითაც ზედა ყბა იხლიჩება საგიტალურ სიბრტყეში.

6. ვერტიკალური მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს ზედა ყბის სხვა ფორმის მოტეხილობებთან ერთად ცალ მხარეზე. **ვასმუნდმა** (Wassmund, 1927) აღწერა კიდევ ერთი ტიპიური მოტეხილობის ხაზი, რომელიც გაივლის მსხლისებრი ხვრელის ზედა, გარეთა კიდიდან ირიბად უკან თვალბუდის ფსკერზე. ამ ხაზის კომბინაცია ლე ფორის ხაზებთან განსაზღვრავს ზედა ყბის კიდევ ორი მოტეხილობის ტიპიურ სახეს: ზედა ყბის იზოლირებული მოტეხილობა ცხვირისა და ყვრიმალის ძვლების დაუზიანებლად და ზედა ყბისა და ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობა ცხვირის ძვლების დაუზიანებლად.

ზედა ყბის მოტეხილობა ძირითადად ზემოაღწერილ ზონებში გვხვდება. თუმცა შეიძლება იყოს გარკვეული ცვლილებებიც. მაგ., სხვადასხვა მხარეზე სხვადასხვა ფორმის მოტეხილობები. ზოგჯერ (განსაკუთრებით Le Fort III-ის დროს) მოტეხილობა ვრცელდება ქალას ფუძეზე წინა და შუა ფოსოში.

სიმპტომატიკა. დიაგნოსტიკა. პაციენტი უჩივის ტკივილებს ზედა ყბის არეში, ღეჭვის გაძნელებას, მოკბეჩის შეუძლებლობას, თანკბილვის დარღვევას, მგრძნობელობის მოშლას ზედა ყბის მიმდებარე კანისა და ლორწოიანი გარსის, აგრეთვე კბილების არეში, სუნთქვის და ყლაპვის გაძნელებას, თავის ტკივილს, თავბრუხვევას, უფრო მძიმე შემთხვევებში გულისრევასა და ღებინებას.

დათვალვიერებით აღინიშნება ცხვირიდან სისხლისდენა, სისხლის ჩაქცევები კონიუნქტივაში, სკლერაში, პერიორბიტაში, შეშუპება და კანქვეშა სისხლჩაქცევები. თანკბილვა დარღვეულია, რაც უფრო მკვეთრადაა გამოხატული ზედა ყბის ქვევით და უკან გადანაცვლების დროს. ასეთ შემთხვევაში სახე დაგრძელებულია.

გრძელი სახე დამახასიათებელია ზედა ყბის მოტეხილობისათვის, განსაკუთრებით კრანიოფაციალური დისლოკაციის დროს.

პალპაციით შესაძლებელია ფრაგმენტების გამოვლენა. ერთდროული ორმხრივი პალპაციით შეიძლება შევიგრძნოთ საფეხურისებრი დეფექტი („საფეხურის ნიშანი") ყვრიმალ-ზედა ყბის ნაკერის არეში, რაც მიუთითებს პირამიდისებრი ტიპის მოტეხილობაზე. ინტრაორალური პალპაციით შეიძლება შევიგრძნოთ ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა, აგრეთვე ყვრიმალ-ალვეოლის ქედის მოტეხილობა, რაც ასევე პირამიდისებრ მოტეხილობაზე მიუთითებს. პალპაციით შეიგრძნობა მოტეხილობა ყვრიმალ-შუბლის ნაკერის არეში, რაც დამახასიათებელია კრანიოფაციალური დისლოკაციისათვის.

თითებით მანიპულაციით შეიძლება ფრაგმენტების მოძრაობაზე დაკვირვება. ზედა ყბის წინა ნაწილზე (კბილებზე ან ალვეოლურ მორჩზე) აფიქსირებენ ცერსა და საჩვენებელ თითს და აამოძრავებენ მას წინა-უკანა მიმართულებით. ტიპიური მოტეხილობების შემთხვევაში ზედა ყბა იმოძრავებს ან ალვეოლური მორჩის მიდამოში, ან ზედა ყბა და ცხვირის ძვლები ერთად ან ზედა ყბა, ცხვირისა და ყვრიმალის ძვლები ერთად. მაგრამ აღნიშნული ტესტი მთლად სანდო არ არის, ვინაიდან ჩაჭედილი მოტეხილობის დროს ფრაგმენტების მოძრაობა არ ვითარდება.

თანკბილვის დარღვევა ინტაქტური ქვედა ყბის დროს ერთ-ერთი საუკეთესო ნიშანია ზედა ყბის მოტეხილობის გამოსაცნობად. თუ ზედა ყბა გადანაცვლებულია ქვევით ან გვერდით, აღინიშნება თანკბილვის სრული დარღვევა.

ლიქვორეა (თავზურგტვინის სითხის რინორეა ან ოტორეა). ზედა ყბის მოტეხილობის, განსაკუთრებით კრანიოფაციალური დისლოკაციის დროს შეიძლება ადგილი ექნეს თავზურგტვინის სითხის გამოყოფას ცხვირიდან ან ყურიდან. ეს მიუთითებს ხვრელარხის არსებობაზე ქალასშიდა არაქნოიდალურ სივრცესა და ცხვირს ან ყურს შორის. სუფთა სითხის (ლიქვორის) გამოყოფა ნესტოებში, ყურში, ხახაში შეიმჩნევა ზედა ყბის მოტეხილობის დროს, რომელიც თანდართული არის დაცხრილული ფირფიტის (cribriform plate) და ქალას ფუძის მოტეხილობით ქალას წინა ფოსოს ან ქალას უკანა ფოსოს (ამ შემთხვევაში ვითარდება ოტორეა) არეში.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ზედა ყბის მოტეხილობის სრული ინფორმაციის მიღება არ ხერხდება. იმის გამო, რომ ძვლოვანი სტრუქტურები ერთმანეთს ედებიან. ვლინდება ყვრიმალის ძვლისა

და რკალის მოტეხილობა, ყვრიმალ-შუბლის ნაკერის გახსნა, ცხვირის ძვლების მოტეხილობა, ზედა ყბის წიაღების დაჩრდილვა. უფრო კარგად ჩანს ვერტიკალური და ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა.

ზედა ყბის მოტეხილობის მკურნალობა

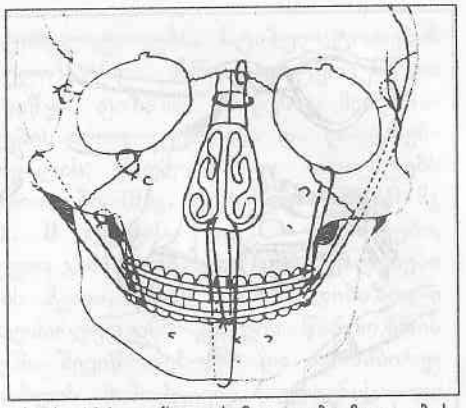
მკურნალობის ძირითადი პრინციპია ფრაგმენტების რეპოზიცია და იმობილიზაცია. ამისათვის იყენებენ ორთოპედიულ და ქირურგიულ მეთოდებს. ზედა ყბის ყველა ფორმის მოტეხილობის დროს თანკბილვის მნიშვნელოვანი დარღვევის გარეშე და მოძრავი ფრაგმენტების შემთხვევაში თუ რეპოზიცია არ არის ძნელი, იყენებენ ინტერმაქსილურ მღუნავ მავთულიან არტაშანს ყბათაშორისი გაჭიმვით და მოლარებს შორის რეზინის გამბჯენის მოთავსებით. დამატებით საფიქსაციო საშუალებად იყენებენ შურდულისებრ ნახვევს ნიკაპსა და კეფას შორის. მკურნალობის ეს მეთოდი ხელსაყრელია საკმაო რაოდენობის კბილების არსებობისას როგორც ზედა, ისე ქვედა ყბაზე.

ზედა ყბის იმობილიზაციის ქირურგიული მეთოდები (სურ. 106) დაფუძნებული არიან ზედა ყბის მიმაგრებაზე სახის ქალას დაუზიანებელ ძვლებზე. ყველაზე გავრცელებულია ადამსის მეთოდი: ზედა ყბის კბილებზე ადებენ მავთულოვან არტაშანს. აკეთებენ მცირე ზომის (1-2 სმ) განაკვეთს თვალბუდის გარეთა კიდის არეში. აშიშვლებენ კიდის დაუზიანებელ უბანს. სასურველია, თუ ეს იქნება ყვრიმალ-საფეთქლის ნაკერის მიდამოში. მისგან 3-5 მმ ზემოთ ბორით აკეთებენ ხვრელს. მასში გაატარებენ მავთულის ლიგატურას. ლიგატურის ორივე ბოლო გრძელი ნემსის დახმარებით შეაქვთ პირის კარიბჭეში, მისი ყვრიმალის რკალის ქვეშ გატარებით და ამაგრებენ ზედა ყბაზე დამაგრებულ მავთულის არტაშანზე მოლარების არეში. ასეთი ოპერაცია კეთდება ორივე მხრიდან.

ზედა ყბის მოტეხილი ფრაგმენტი შეიძლება მიმაგრებული (ჩამოკიდებული) იქნეს მოტეხილობის ხაზის ზევით მდებარე ნებისმიერ უმოძრაო (დაუზიანებელ) ძვალზე: თვალბუდის ქვედა კიდეზე (ალვეოლური მორჩის ან ჰორიზონტალური მოტეხილობა), ყვრიმალის რკალზე (ჰორიზონტალური ან პირამიდისებრი მოტეხილობა). უკბილო ზედა ყბის შემთხვევაში პირის ღრუში მავთულის ფიქსაცია შეიძლება გაკეთდეს ყვრიმალ-ალვეოლის

ქედზე. იგი შეიძლება გაკეთდეს კბილებიან ყბებზეც. მეთოდის უპირატესობა ის არის, რომ ლიგატურა არ იქნება გამოშვერილი პირის ღრუში. იგი იფარება ვესტიბულური მიდამოს რბილი ქსოვილებით. სწორი არტიკულაციისათვის დამატებით კეთდება ინტერმაქსიმალური ფიქსაცია.

ფრაგმენტების შეხორცების შემდეგ (1-2 თვე) ლიგატურას იღებენ.

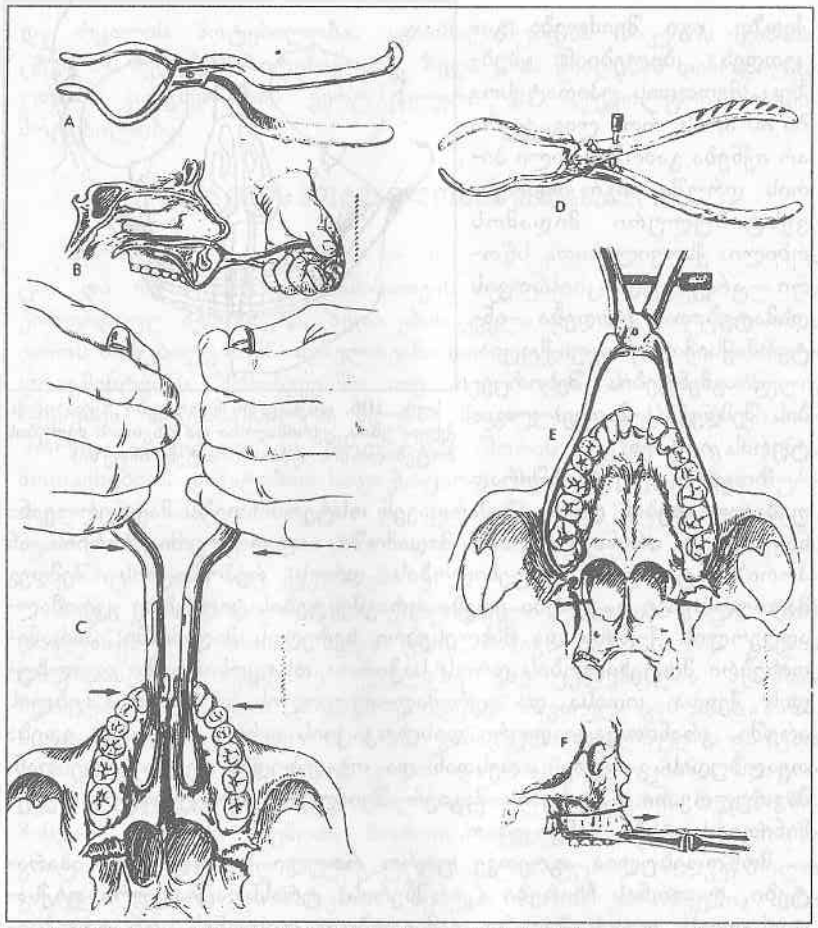


სურ. 106. ფიქსაციის მეთოდები ზედა ყბის, ქვედა ყბის, ყვრიმალისა და ცხვირის ძვლების მოტეხილობის დროს (ოსტეოსინთეზი).

ზოგჯერ, უფრო ხშირად უკბილო ყბების დროს, მიმართავენ ოსტეოსინთეზს მავთულოვანი ნაკერებით არანაკლებ ორ მიდამოში. ალვეოლური მორჩის ან ჰორიზონტალური მოტეხილობის დროს რეპოზიციის შემდეგ მავთულოვანი ნაკერები ედება ფრაგმენტების კიდეებზე ყვრიმალ-ალვეოლის ქედისა და მსხლისებრი ხვრელის მიდამოში; პირამიდისებრი მოტეხილობის დროს საჭიროა ოსტეოსინთეზი თვალბუდის ქვედა კიდისა და ყვრიმალ-ალვეოლის ან ცხვირ-შუბლის არეში. კრანიოფაციალური დისლოკაციის დროს ნაკერები ედება თვალბუდის გარეთა კიდესთან და თვალბუდის ქვედა კიდესთან. მავთულოვანი ნაკერების მაგიერ შეიძლება გამოყენებული იქნეს მინიფირფიტები ჭანჭიკებით.

მოწოდებულია აგრეთვე უფრო რთული მეთოდიკები: აპარატები, ლითონის ჩხირები (კირშნერის) ტრანსფაციალური ფიქსაციისათვის, თავის ქალაზე დამაგრებულ ლითონის კონსტრუქციებზე ან თაბაშირის ქუდზე ფრაგმენტების დაფიქსირება ან გაჭიმვა.

ჩაჭედილი ან მოძველებული მოტეხილობის დროს ფრაგმენტების რეპოზიციისათვის მიმართავენ ან ხელით ჩასწორებას სპეციალური მაშების გამოყენებით, რომელთა საშუალებით შეიძლება რყევითი ან ვიბრაციული მოძრაობის განვითარება — ეს არის ფრაგმენტების რეპოზიციის უსისხლო მეთოდი (სურ. 107), ან აშიშვლებენ მოტეხილობის ხაზს და არყევენ მასში შეტანილი მახვილპირიანი რასპატორით. ფრაგმენტების მორყევის შემდეგ ახდენენ რეპოზიციასა და იმობილიზაციას რომელიმე არსებული მეთოდით.



სურ. 107. A — Rowe-ს მაშა; B — ზედა ყბის რეპოზიცია Rowe-ს მაშით; C — რეპოზიცია Rowe-ს ორი მაშით ზედა ყბის ვერტიკალური მოტეხილობის დროს. D — Hayton-Williams-ის მაშა ზედა ყბის რეპოზიციისათვის; E — მაშის სამუშაო მდებარეობა, რომელიც გარს ერტყმის ზედა ყბის ალვეოლურ მორჩს ბორცვებთან ერთად; F — მაშის გამოყენება ზედა ყბის ჰორიზონტალური მოტეხილობის დროს.

რეპარაციული ოსტეოგენეზის სტიმულაცია

ყბების ძვლების რეპარაციული რეგენერაციის სტიმულაციისათვის ფრაგმენტების რეპოზიციისა და იმობილიზაციის შემდეგ ჩვენ ვიყენებთ ძვლის, როგორც ორგანული მატრიქსის წარმოშობის,

ისე მისი მინერალიზაციის სტიმულატორებს. სტიმულატორების დანიშვნისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს ოსტეოგენეზის ფაზები. ძვლის შეხორცების საწყის ფაზაში, როდესაც მიმდინარეობს უჯრედოვანი ელემენტების პროლიფერაცია და დიფერენციაცია, ოსტეოგენური ქსოვილის წარმოშობით პაციენტებს ენიშნებათ ანაბოლიური სტეროიდები (მაგ. რეტაბოლილი 10 მგ კუნთებში კვირაში ერთხელ), B ჯგუფისა და C ვიტამინები, ვაზოტროპული და სისხლძარღვთა გამაფართოებელი საშუალებები (დეპო-კალიკრეინი, ნიკოტინის მჟავა, განგლერონი, დიბაზოლი და ა.შ.), რეგენერატში სისხლძარღვოვანი ქსელის წარმოქმნის დაჩქარებისა და ტრავმის არეში შევიწროებული და თრომბირებული სისხლისძარღვებში სისხლის მიმოქცევის აღდგენისა და სრულყოფისათვის, რაც კვების გაუმჯობესებისა და, ბუნებრივია, რეგენერაციის სტიმულაციის ხელშემწყობი ფაქტორია, აგრეთვე სისხლის ცილოვანი შემცვლელები (ჰიდროლიზინი, კაზეინის ჰიდროლიზატი). ეს უკანასკნელები შეიძლება გამოყენებული იქნან პარენტერალური კვებისთვისაც, როდესაც პაციენტს ან არ შეუძლია ან გაძნელებული აქვს საკვების მიღება. შემდგომ ფაზებში, განსაკუთრებით ოსტეოგენური ქსოვილის წარმოშობის შემდეგ, მიზანშეწონილია მინერალიზაციის სტიმულატორების გამოყენება. ეს არის ფტორნატრიუმის 1%-იანი ხსნარი (10 წვეთი 3-ჯერ დღეში), ფოსფორისა და კალციუმის პრეპარატები (მაგ. კალციუმის გლიცეროფოსფატი, კალციუმის გლუკონატი), D_2, E, B_{12} ვიტამინები. ყველა ფაზაში ეფექტურნი არიან ოსტეოტროპული მიკროელემენტები (სპილენძი, მარგანეცი, იოდი, რკინა, სილიციუმი. სტრონციუმი და ვანადიუმი — ოსიფიკაციის პერიოდში).

ადგილობრივად წარმატებით ვიყენებთ ცეოლითებს როგორც დამოუკიდებლად, ისე მის მიერ ადსორბირებულ სამკურნალო საშუალებებთან კომპლექსში. ეს არის კალციუმითა და ფოსფორით, მეთილურაცილითა და ანტიბიოტიკით გამდიდრებული ცეოლითი (ო. ნემსაძე, მ. გერსამია, გ. მირზიაშვილი).

კარგ შედეგებს იძლევა თიროკალციტონინი, რომელიც კალციფიკაციის მძლავრი სტიმულატორია. მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სრულყოფილი კვება. ჩვენების მიხედვით იყენებენ ფიზიოპროცედურებს, ბალნეომკურნალობას.

რეპარაციული ოსტეოგენეზისათვის ხელის შეწყობა გულისხმობს პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას ინფექციურანთებითი გართულებების თავიდან ასაცილებლად. ამ მიზნით

პაციენტებს ენიშნებათ ანტიბაქტერიული მკურნალობა — უმჯობესია ოსტეოტროპული ანტიბიოტიკები (ლინკომიცინი, ცეფამეზინი, კლინდომიცინი), რომლებიც ვრცელდებიან ძვლოვან სტრუქტურებში და უფრო ეფექტურ ანტიმიკრობულ მოქმედებას ახდენენ დაზიანებულ უბანში. ეფექტურია ანტიბიოტიკების შეყვანა უშუალოდ მოტეხილობის ზონაში (2-3-ჯერ მაინც).

დიდი მნიშვნელობა აქვს პირის ღრუს ირიგაციას ყოველდღიურად, კერძოდ, ყოველთვის საკვების მიღების შემდეგ. ირიგაცია უნდა ჩატარდეს ნაკადით (სპეციალური ირიგატორით ან ბალონით). ამისათვის იყენებენ ანტისეპტიკებს (კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარი, ფურაცილინი, ბრაუნოლის განზავებული ხსნარი, ქლორჰექსიდინი) ან უბრალოდ, სოდიანი ხსნარი. ხსნარები უნდა იყოს თბილი. სითბო იწვევს ადგილობრივ ჰიპერემიას, რაც სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებასთან ერთად უზრუნველყოფს მოტეხილობის ზონაში ქსოვილების იმუნოლოგიური თვისებების ამაღლებას. კარგ შედეგებს იძლევა სათბურები, განსაკუთრებით სპირტნარევი წყლის კომპრესები.

მოტეხილობის ზონაში ინფექციის გავრცელების ერთ-ერთი და მთავარი წყაროა არის *მოტეხილობის ხაზზე მდებარე კბილი*. თუ მოტეხილობის ხაზზე მდებარე კბილი დამსხვრეულია, მორყეულია, გადანაცვლებულია კბილბუდიდან ან პერიოდონტიტულია, იგი დაუყოვნებლივ უნდა იქნეს ამოღებული. სხვა შემთხვევაში, მაშინაც კი, თუ პულპა არასიცოცხლისუნარიანია, კბილი შეიძლება დავტოვოთ და ფრაგმენტების კონსოლიდაციის შემდეგ ჩავუტაროთ მკურნალობა მისი შენარჩუნების მიზნით. ინტერმაქსიკური ფიქსაციის პერიოდში ასეთი კბილები საშიში არ არიან. ქვედა ყბის ამოძრავებისთანავე, თუ სათანადო მკურნალობა არ ჩატარდა, მოტეხილობის ხაზზე მდგომი დეპულპირებული კბილი ხდება ინფექციის გატარების წყარო.

ზოგჯერ მოტეხილობა რთულდება ინფექციურ-ანთებითი მოვლენებით: მოტეხილობის ზონის დაჩირქება, ტრავმული ოსტეომიელიტი, მიმდებარე რბილი ქსოვილების აბსცესი ან ფლეგმონა. ყბა-სახის მიდამოს ჩირქოვან-ანთებითი პროცესების მკურნალობაზე ზემოთ იყო ლაპარაკი. აქ გვინდა დავუმატოთ, რომ თუ მოტეხილობა გართულებულია ჩირქოვან-ანთებითი პროცესებით, სათანადო მკურნალობასთან ერთად (კერის დრენირება, ანტიბიოტიკოთერაპია და ა.შ.) საჭიროა მოტეხილობის ხაზზე მდგომი

კბილის ამოღება და მონატეხებს შორის მოძრაობის შემთხვევაში ფრაგმენტების იმობილიზაცია.

იშვიათად ვითარდება სხვა გართულებებიც: შენელებული კონსოლიდაციის შემთხვევაში საჭიროა რეპარაციული ოსტეოგენეზის გააქტივება. გარდა ზემოაღნიშნული საშუალებებისა, ამ მიზნით მოტეხილობის ხაზზე შეყავთ სპირტნოვოკაინის (1:10) ხსნარი. ყალბი სახსრის განვითარების შემთხვევებში წარმატებით იყენებენ კომპრესიული ოსტეოსინთეზის აპარატებს, ან აწარმოებენ ქირურგიულ ჩარევას — მონატეხებს შორის არსებული ფიბროზული ქსოვილის მოცილებას, მონატეხების ბოლოების განახლებას და ოსტეოსინთეზს მინიფირფიტებით.

არასწორად შეხორცებული მოტეხილობის დროს კეთდება ოსტეოტომია ყოფილი მოტეხილობის არეში, ფრაგმენტების რეპოზიცია და ოსტეოსინთეზი.

ზედა ყბის ან ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობის დროს შეიძლება განვითარდეს ტრავმული ჰაიმორიტი. მკურნალობა — წიაღის გასუფთავება და ხვრელარხის შექმნა ცხვირის ქვედა გასავალში.

გაურთულებელი, არაცეცხლნასროლი მოტეხილობის შემთხვევაში, მოტეხილობიდან 14-16 დღის შემდეგ მოტეხილობის ხაზზე ვითარდება პირველადი კორძი, რაც შეიგრძნობა მკვრივი წარმონაქმნის სახით. ამ პერიოდში ფრაგმენტების მოძრაობა მცირდება. მკურნალობიდან 21 დღის შემდეგ ფრაგმენტების მოძრაობა, გაურთულებელი მოტეხილობის შემთხვევაში, ქრება. განვითარებას იწყებს მეორადი — ძვლოვანი კორძი. ამ დროს შეიძლება მოიხსნას საფიქსაციო საშუალებები.

ყვრიმალის ძვლისა და რკალის მოტეხილობა

სახის შუა მესამედის გვერდითი ნაწილის ტრავმამ შეიძლება გამოიწვიოს ყვრიმალის ძვლის ან რკალის იზოლირებული მოტეხილობა, ყვრიმალის ძვლისა და რკალის ერთობლივი მოტეხილობა. უფრო ხშირად მოტეხილობის ხაზი გადის ყვრიმალის ძვლის ზედა ყბის, შუბლისა და საფეთქლის ძვლებთან შეერთების არეებში. ყვრიმალის ძვლების მოტეხილობასთან ერთად ხშირად ვითარდება ზედა ყბის წიაღის წინა კედლისა და თვალბუდის ქვედა და გარეთა კედლების მოტეხილობა. შეიძლება განვითარდეს ხაზოვანი, წვრილნამსხვრევოვანი და მსხვილნამსხვრევოვანი მოტეხილობა.

ტრავმა ხშირად დახურულია. მოტეხილობა შეიძლება იყოს შეცრილებით და შეცილების გარეშე. ტიპიურია ყვრიმალის ძვლის ცდომა ქვევით, შიგნით და უკან, უფრო იშვიათია ცდომა ზევით, შიგნით და უკან. ზოგჯერ ადგილი აქვს ყვრიმალის ძვლის შემობრუნებას ღერძის გარშემო. არჩევენ მედიალურ და ლატერალურ შემობრუნებას (როტაციას). ყვრიმალის რკალის მოტეხილობა ვითარდება სამ წერტილში. წარმოიქმნება ორი მონატეხი, რომლებიც ძირითადად ინაცვლებენ შიგნით და ახდენენ ქვედა ყბის ტოტის კომპრესიას და ქვედა ყბის იმობილიზაციას. უფრო იშვიათად საღეჭი კუნთის მომჭახავი მოქმედებით შეიძლება ადგილი ექნეს ყვრიმალის რკალის ფრაგმენტების ქვევით გადანაცვლებას. არჩევენ ყვრიმალის ძვლისა და რკალის ახალ (10 დღემდე), მოძველებულ (11-30 დღე) და არასწორად შეხორცებულ ან შეუხორცებელ (1 თვის შემდეგ) მოტეხილობას.

კლინიკურად ყვრიმალის ძვლის იზოლირებული მოტეხილობის დროს აღინიშნება ყვრიმალის მიდამოს დეფორმაცია ყვრიმალის ძვლის ფრაგმენტების გადანაცვლების გამო, თვალბუდის ქვედა კიდის შუა მესამედში და ყვრიმალ-ალვეოლის ქედის არეში — ძვლოვანი შეერილი *(საფეხურის სიმპტომი)*, თვალბუდის ქვედა ნერვის საინერვაციო ზონაში — მგრძნობელობის მოშლა, თვალში და თვალბუდის მიმდებარე რბილ ქსოვილებში — სისხლის ჩაქცევები *(სათვალის სიმპტომი)*. სისხლის ჩაქცევა იწვევს შეშუპებას და თვალის ნაპრალის შევიწროებას. პირის გაღება შეზღუდულია ან ტკივილების გამო, რომელიც ამ დროს პირის გაღების დროს ვითარდება ან იმის გამო, რომ გადანაცვლებული ფრაგმენტი ეყრდნობა ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეს და ხელს უშლის მის მოძრაობას. ყვრიმალის ძვლის მნიშვნელოვანი ცდომის დროს ადგილი აქვს თვალის კაკლის ცდომასაც, რასაც თან ერთვის მხედველობის გაორება (დიპლოპია). ზოგჯერ ვითარდება ქემოზი.

თუ ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობა თანდართულია ზედა ყბის წიაღის კედლების მოტეხილობით, ადგილი აქვს სისხლის დენას ცხვირიდან, რომელიც დიდხანს არ გრძელდება; ამასთან ერთად შეიძლება განვითარდეს კანქვეშა ემფიზემა ყვრიმალის არეში. ვითარდება ჰემოსინუსი. პრემოლარების პერკუსიის დროს წარმოიქმნება მოყრუებული ხმა *(მალევიჩის სიმპტომი)* წიაღის კედლების მთლიანობის დარღვევისა და ჰემოსინუსის გამო.

ყვრიმალის რკალის მოტეხილობისათვის ფრაგმენტების ცდომის შემთხვევაში დამახასიათებელია ჩაქრმავება *(„ორმოს“ სიმპტომი)*

რკალის არეში, პირის გაღებისა და ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობის შეზღუდვა დაზიანებულ მხარეზე, ფრაგმენტების გვირგვინოვან მორჩზე ზედაწოლის გამო. არ ხერხდება თითის შეტანა ვესტიბულური მხრიდან ქვედა ყბის ტოტსა და ყვრიმალის რკალს შორის.

ყვრიმალის ძვლისა და რკალის მოტეხილობის დროს აღინიშნება ყვრიმალის მიდამოს დეფორმაცია, კიდევ ერთი „საფეხურის“ სიმპტომი თვალბუდის გარეთა კიდეზე, „ორმოს“ სიმპტომი ყვრიმალის რკალის არეში, პირის გაღების გაძნელება და ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობის შეზღუდვა.

სისხლჩაქცევების ხარჯზე ყვრიმალის არეში ზოგჯერ ვითარდება მნიშვნელოვანი შეშუპება, რომელიც ხელს უშლის დიაგნოზის დაზუსტებას. ამ შემთხვევაში გვეხმარება *რენტგენოლოგიური* გამოკვლევა.

ყველა პოზიციაზე უფრო ხელსაყრელია რენტგენოგრამა აქსიალური პოზიციაში. ასეთ რენტგენოგრამაზე ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობის დროს ვლინდება ძვლის მთლიანობის დარღვევა თვალბუდის ქვედა და თვალბუდის გარეთა კიდეებზე და ყვრიმალ-ალვეოლის ქედის არეში, აგრეთვე ზედა ყბის წიაღის დაჩრდილვა გამოწვეული მასში სისხლის დაგროვებით (ჰემოსინუსი) და თვალბუდის ქვედა არეს რბილი ქსოვილების შეშუპებით. ყვრიმალის რკალის მოტეხილობის დროს რენტგენოლოგიურად აღინიშნება რკალის დეფორმაცია და მისი მთლიანობის დარღვევა.

მკურნალობა. ყვრიმალის ძვლისა და რკალის მოტეხილობის მკურნალობის ძირითადი პრინციპია მონატეხების რეპოზიცია და იმობილიზაცია. ახალი მოტეხილობის რეპოზიციის შემდეგ უმეტეს შემთხვევაში ფრაგმენტები თვითნებითად ფიქსირდებიან სწორ შეთანასოვნებაში და დამატებით ფიქსაციას არ საჭიროებენ. გამონაკლისია ყვრიმალის რკალის მრავალნამსხვრევიანი და ზედა ყბის წიაღის კედლების წვრილნამსხვრევიანი მოტეხილობები. ჩასწორებას ექვემდებარება ყველა სახის მოტეხილობა, როდესაც ადგილი აქვს ფრაგმენტების ცდომას. სულ უმნიშვნელო ცდომაც კი, თუ იგი იწვევს რაიმე გართულებას (მაგ. თვალბუდის ქვედა ნერვის საინერვაციო ზონის მგრძნობელობის მოშლა, რაც გამოწვეულია თვალბუდის ქვედა ნერვის კომპრესიით) საჭიროებს რეპოზიციას.

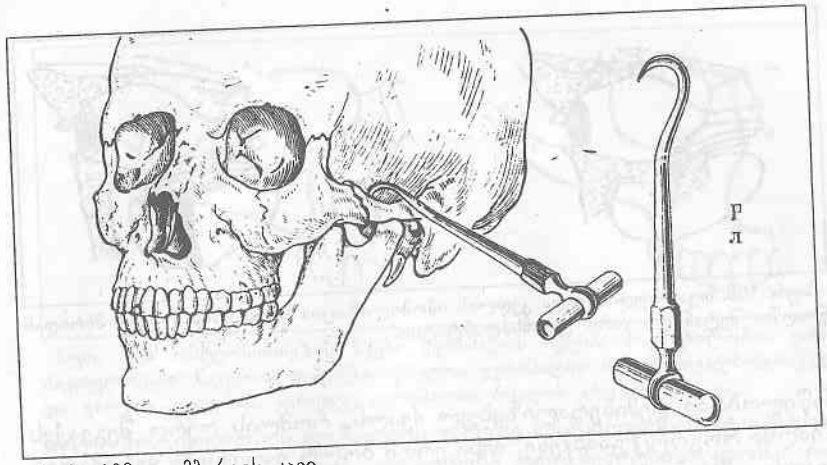
რეპოზიცია ტარდება ადგილობრივი ან ზოგადი გაუტკივარებით. არსებობს რეპოზიციის არაქირურგიული და ქირურგიული მეთოდები. მარტივ შემთხვევებში მიმართავენ არაქირურგიულ მეთოდს. პირის კარიბჭეში ზედა პირველი მოლარის უკან შეაქვთ

ცერი ან საჩვენებელი თითი და ბერკეტისებრი მოძრაობით ცდილობენ განავითაროონ დაწოლა ყვრიმალის ძვალზე წინ და ზევით. თითის მაგიერ შეიძლება გამოყენებული იქნეს შპადელი. ჩვენ, იმ შემთხვევაში, როდესაც ყვრიმალის ძვლის ან რკალის (ან ორივესი ერთად) მოტეხილობის დროს ადგილი აქვს ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას, ვარჩევთ პირის ძალდატანებით გაღებას სპეციალური ინსტრუმენტების (შპადელი, პირის გამღები) გამოყენებით. პირის გაღებისას გვირგვინოვანი მორჩი აწვება ფრაგმენტებს გარეთ და ხდება მონატეხების ჩასწორება.

მკურნალობის ქირურგიული მეთოდები ხორციელდება პირგარეთა, პირშიგნითა და ცხვირშიგნითა მიდგომით. პირგარეთა მიდგომით უფრო ხშირად გამოიყენება სპეციალური კავი (ლიმბერგი). იგი მოწოდებულია ყვრიმალის ძვლის ან რკალის დახურული მოტეხილობის დროს ზედა ყბის წიაღის კედლების უმნიშვნელო დაზიანებით. კავის წვერი შეყავთ კანზე იმ წერტილში, სადაც ერთმანეთს გადაკვეთენ ორი ერთმანეთისადმი პერპენდიკულარულად მიმავალი ხაზი: ერთი გაივლის შვეულად თვალბუდის გარეთა კიდეზე, მეორე — ჰორიზონტალურად ყვრიმალის ძვლის ქვედა კიდეზე. ამ წერტილში კანზე კეთდება 0,5 სმ ზომის განაკვეთი, შეყავთ კავი ყვრიმალის ძვლის ქვეშ და მისი ცდომის საწინააღმდეგო მიმართულებით გადაწევენ. ფრაგმენტების ჩასწორებას თან სდევს ხმაური და სიმეტრიის აღდგენა, აგრეთვე „საფეხურის“ სიმპტომის გაქრობა. აღნიშნული მეთოდი გამოიყენება ყვრიმალის რკალის რეპოზიციის მიზნითაც. ამ დროს კავის წვერი შეყავთ ყვრიმალის რკალის ქვეშ, ფრაგმენტების ცდომის ადგილზე (სურ. 108). ამავე მიზნით იყენებენ დიუშანჟისა და ჩხოლარიას მაშებს.

პირგარეთა მიდგომით ფრაგმენტების რეპოზიცია შეიძლება განხორციელდეს საფეთქლის მიდამოს მხრიდანაც. საფეთქლის ღრმიან ნაწილში ან წარბის გარეთა მესამედში გატარებული განაკვეთიდან ფრაგმენტების ქვეშ შეყავთ ელევატორის ან რეტრაქტორის წინა (სამუშაო) ნაწილი. გარეთ მიმართული ძალის გავლენით ხდება ფრაგმენტების ჩასწორება.

პირშიგნითა მიდგომით ახორციელებენ ფრაგმენტების ჩასწორებას ზედა ყბისაგან, შუბლისა და საფეთქლის ძვლისაგან ყვრიმალის ძვლის სრული მოწყვეტის შემთხვევაში, ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობის დროს, რომელიც თანდართულია ზედა ყბის წიაღის კედლების წვრილნამსხვრევიანი მოტეხილობით, ყვრიმალის ძვლისა და რკალის მოტეხილობის დროს, ყვრიმალის რკალის მრავლობითი

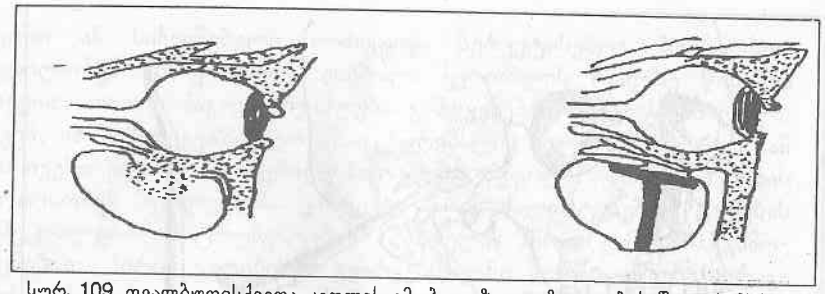


სურ. 108. ლიმბერგის კავი.

მოტეხილობის დროს და ყველა შემთხვევაში, როდესაც ნაჩვენებია ზედა ყბის წიაღის რევიზია.

სახის ძვლებისაგან ყვრიმალის ძვლის სრული მოწყვეტის დროს ატარებენ განაკვეთს ზედა ყბის მოლარების არეში გარდამავალ ნაოჭზე ყვრიმალ-საფეთქლის ქედის უკან. ჭრილობიდან მონატეხების ქვეშ შეყავთ სპეციალური ინსტრუმენტი (ელევატორი, რეტრაქტორი) და მოტეხილ ძვალს გარეთ და ზევით გადაწევენ ჩააყენებენ სწორ შეთანასოვნებაში.

თუ ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობა თანდართულია ზედა ყბის წიაღის კედლების წვრილნამსხვრევიანი მოტეხილობით, განაკვეთი ტარდება მეორე საჭრელიდან მეორე მოლარამდე. ფრაგმენტებს ჩაასწორებენ ზემოაღნიშნული წესით. ზედა ყბის წიაღს ასუფთავებენ ძვლოვანი ნამსხვრევებისა და სისხლის კოლტისაგან. თუ მოტეხილია თვალბუდის ქვედა კედელი, მას ასწორებენ წიაღში შეტანილი საჩვენებელი თითით. მონატეხების სწორ პოზიციაში დასაფიქსირებლად ახდენენ წიაღის მჭიდრო ტამპონადას იოდოფორმიანი ფილით. ტამპონის ერთი ბოლო გამოაქვთ ცხვირის ქვედა გასავალში სპეციალურად შექმნილ ხვრელში, ჭრილობები იკერება ყრუდ. 8-14 დღის შემდეგ ტამპონს იღებენ. აღნიშნულ მეთოდს აქვს უარყოფითი მხარეც. დროთა განმავლობაში ტამპონი ჩირქდება, რბილდება, რაც ზოგჯერ ყვრიმალის არეს მეორადი დეფორმაციის მიზეზი ხდება. ამიტომ ტამპონის მაგიერ ჩვენ (ო. ნემსაძე, ლ. ხირსელი) ვიყენებთ ფორმალინიზებულ ან



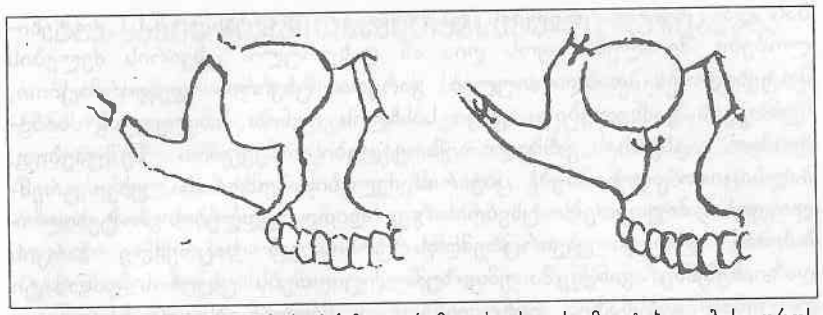
სურ. 109. თვალბუდისქვედა კედლის იმობილიზაცია ზედა ყბის წიაღის მხრიდან წიაღში შეტანილი ორი ტრანსპლანტატით.

ნაწილობრივ დემინერალიზებულ ძვალს, რომლის ღერო შეგვაქვს წიაღში როგორც გამბჯენი. მისი ერთი ბოლო ეყრდნობა ყვრიმალის ძვალს, მეორე ცხვირის ძვლების ლატერალურ კედელს. თუ მოტეხილია თვალბუდის ქვედა კედელი, ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ წიაღის მხრიდან მასზე ვაფიქსირებთ ძვლოვანი ტრანსპლანტატის ღეროს ჰორიზონტალურად. ამ უკანასკნელის ფიქსაცია კი ხდება მეორე — ვერტიკალური ღეროთი (სურ. 109). ძვლოვანი ტრანსპლანტატი არ ჩირქდება, აჩქარებს ძვლის მონატეხების შეხორცებას და დროთა განმავლობაში იწოვება.

ენდონაზალური გზით რეპოზიციისათვის ცხვირის ქვედა გასავლიდან ზედა ყბის წიაღში შეაქვთ მოხრილი ინსტრუმენტი და წიაღში გადანაცვლებულ ძვალს აწვებიან გარეთ და შიგნით.

ყვრიმალის რკალის მრავლობითი ან მოძველებული მოტეხილობის დროს ჩასწორების შემდეგ საჭიროა ფრაგმენტების ფიქსაცია, რისთვისაც იყენებენ პლასტმასის ან მეტალის ფირფიტას. ამ ღეროს სიგრძე უნდა იყოს ყვრიმალის რკალის სიგრძის ტოლი, სიგანე — 1,5 სმ. ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ პირგარეთა მიდგომით სქელი, მოხრილი ნემსით ყვრიმალის რკალის ქვეშ გაატარებენ პოლიამიდის ან აბრეშუმის ძაფს ან წვრილ ლიგატურას და აფიქსირებენ თითოეულ ფრაგმენტს ფირფიტაზე. ფირფიტას ხსნიან 8-10 დღეში.

ახალი მოტეხილობის დროს (ტრავმიდან ათი დღის განმავლობაში) უმეტეს შემთხვევაში ფრაგმენტების ფიქსაცია არ არის საჭირო (ფიქსაცია ეწირდება ყვრიმალის რკალის მრავლობით მოტეხილობას და ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობას ზედა ყბის წიაღის წინა-გვერდითი კედლის წვრილნამსხვრევიანი მოტეხილობით). კონსოლიდაცია დგება გართულების გარეშე ორ კვირაში. მოძველე-



სურ. 110. ოსტეოსინთეზის სქემა ყვრიმალის ძვლის მოტეხილობის დროს. მავთულოვანი ნაკერით დაფიქსირებულია ყვრიმალის ძვალი თვალბუდისქვედა და გარეთა კიდეების, აგრეთვე ყვრიმალის რკალის არეში.

ბული მოტეხილობის ფიქსაციის გარეშე ჩასწორებისას (ტრავმიდან 10 დღის შემდეგ) კვლავ ვითარდება ფრაგმენტების ცდომა, რაც გამოწვეულია მონატეხების ბოლოების გაწოვით და მოტეხილობის ნაპრალის გაფართოებით. ამ შემთხვევაში საჭიროა ფრაგმენტების ფიქსაცია. არასწორად შეხორცებული მოტეხილობის დროს მიმართავენ რეფრაქტურას. სათანადო განაკვეთებით განმეორებით მოტეხავენ ძვალს ყოფილი მოტეხილობის არეში. ძირითადად ეს არის ყვრიმალ-შუბლის, ყვრიმალ-საფეთქლის და ყვრიმალ-ზედა ყბის ნაკერის მიდამოები. რეფრაქტურისა და ფრაგმენტების რეპოზიციის შემდეგ ძვლის ნაკერები ედება თვალბუდის გარეთა კიდეზე, თვალბუდისქვედა კიდეზე და ყვრიმალის რკალის არეში (სურ. 110).

იმის გამო, რომ ყვრიმალის ძვლების მოტეხილობის დროს კონსოლიდაცია ვითარდება ტრავმიდან მეორე კვირის ბოლოს, ფრაგმენტების რეპოზიციის შემდეგ რეციდივის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა სიფრთხილე. პაციენტს თხოვენ არ დაწვეს დაზიანებულ მხარეზე, ხელით არ მოსინჯოს ტრავმირებული უბანი, სიფრთხილე გამოიჩინოს პირის დაბანის, გაპარსვის დროს და ა.შ.

ერთი წლის უხნესი მოტეხილობის დროს დეფორმაციის აღმოფხვრის მიზნით იყენებენ კონტურულ პლასტიკას (აუტოძვალი, ხრტილი, სილიკონის რეზინის იმპლანტატი). თუ ამ დროს ქვედა ყბის მოძრაობა შეზღუდულია, მიმართავენ გვირგვინოვანი მორჩის რეზექციას.

ცხვირის ძვლების მოტეხილობა

არჩევენ ცხვირის ძვლების მოტეხილობას ცდომის გარეშე, მოტეხილობას ფრაგმენტების ცდომით, ცხვირის ძგიდის დაზიანე-

ბას და ცხვირის ძვლების დამსხვრეულ მოტეხილობას. მოტეხილობები შეიძლება იყოს ღია ან დახურული. ცხვირის ძვლების მოტეხილობა თანდართულია გარეთა ცხვირის დეფორმაციით, სუნთქვის გაძნელებით, უხვი სისხლის დენით, „სათვალის“ სიმპტომით, ცხვირის რბილი ქსოვილების მკვეთრი შეშუპებით. პალპაციით აღინიშნება ცხვირის ძვლების მოძრაობა. უხვი ცრემლისდენა მიუთითებს ცხვირის გვერდითი კედლების მოტეხილობასთან ერთად ცხვირცრემლის არხის ან საცრემლე პარკის დაზიანებაზე, კანქვეშა ემფიზემა მიუთითებს ცხვირის დანამატი ღრუების გახსნაზე, რინოლიქვორეა მიუთითებს დაცხრილული ფირფიტის დაზიანებაზე. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ზუსტდება მოტეხილობის ლოკალიზაცია და ხასიათი.

ცხვირის ძვლების მოტეხილობის მკურნალობის ძირითადი პრინციპია სისხლის დენის შეჩერება, ფრაგმენტების რეპოზიცია და იმობილიზაცია, ცხვირის ფორმის და სუნთქვის აღდგენა. მანიპულაცია ხორციელდება ადგილობრივი ანესთეზიით (ქსოვილების ინფილტრაცია რომელიმე მძლავრი ანესთეტიკით და ცხვირის ღრუს ლორწოიან გარსზე 2%-იანი დიკაინის წასმა).

ფრაგმენტების გარეთ გადანაცვლების შემთხვევაში დიდი თითით აწვებიან ძვლის გამოშვერილ ნაწილს ცდომის საწინააღმდეგო მიმართულებით. ჩასწორებისას ისმის ტკაცანი. ფრაგმენტების შიგნით გადანაცვლების ან ცხვირის ზურგის ჩავარდნის შემთხვევაში ნესტოდან ცხვირის ზედა გასასვლელში შეაქვთ სპეციალური ინსტრუმენტის ბოლო (ელევატორი, მომჭერი) მასზე დამაგრებული რეზინის მილით ან მარლით. ინსტრუმენტის წვერით აწვევენ ფრაგმენტებს ზემოთ. თუ ერთდროულად ადგილი აქვს ცხვირის ჩავარდნასაც და გვერდით ცდომასაც, ჯერ ენდონაზალური გზით აწვევენ შიგნით გადანაცვლებულ მონატეხებს, შემდეგ ასწორებენ გვერდით გადაწეულ ფრაგმენტებს. ფრაგმენტების ფიქსაციის მიზნით ცხვირის ზედა და შუა გასავლებს ატამპონებენ მჭიდროდ, ვაზელინის ზეთში დასველებული იოდოფორმის ფილთით, ქვედა გასავალში კი სუნთქვის უზრუნველყოფის მიზნით შეაქვთ იოდოფორმიან მარლაში შეხვეული რეზინის მილები. ტამპონადა გრძელდება ერთი კვირა. სამი დღის შემდეგ მიზანშეწონილია მისი გამოცვლა. ღია მოტეხილობის შემთხვევაში ჭრილობა იკერება ფრაგმენტების რეპოზიციის შემდეგ. თუ რეპოზიციის შემდეგ ფრაგმენტები ჩერდებიან სწორ პოზიციაში, დამატებითი გარეთა ფიქსაცია საჭირო არ არის.

ყბა-სახის მიდამოს შეთავსებული დაზიანება

შეთავსებული დაზიანება არის სხეულის რამდენიმე სხვადასხვა უბნის ქსოვილების ან ორგანოების ერთდროული დაზიანება გამოწვეული ერთი მიზეზობრივი ფაქტორით. ასე მაგ., ყბა-სახის მიდამოს შეთავსებულ დაზიანებად ითვლება სახის ქალას ძვლების ან სახის რბილი ქსოვილების ტრავმული დაზიანება, როდესაც ერთდროულად ადგილი აქვს ქალა-ტვინის ტრავმას ან სხეულის სხვა უბნების (კიდურები, მუცლის ღრუ, გულმკერდი და ა.შ.) დაზიანებას.

შეთავსებული მოტეხილობა შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი. ეს უკანასკნელი თავის მხრივ არის იზოლირებული ან შეთავსებული. ერთეული შეთავსებული დაზიანების დროს ტრავმას იწვევს ერთი მიზეზობრივი ფაქტორი, მრავლობითი შეთავსებული მოტეხილობის დროს კი ტრავმას იწვევს ორი ან რამდენიმე მიზეზობრივი ფაქტორი. იზოლირებული მრავლობითი შეთავსებული მოტეხილობის დროს ერთ ანატომიურ უბანში ადგილი აქვს რამდენიმე მიზეზობრივი ფაქტორის მიერ გამოწვეულ დაზიანებას, შეთავსებული მრავლობითი შეთავსებული მოტეხილობის დროს ორი ან რამდენიმე ანატომიური უბანი დაზიანებულია ერთდროულად რამდენიმე მიზეზობრივი ფაქტორით.

შეთავსებული დაზიანების დროს სახის ქალას ძვლების მოტეხილობა გვხვდება დაზიანებულთა 30%-ში. სახის არეს დაზიანებათა 98% შეთავსებულია თავის ტვინის დაზიანებებთან, 32% — ქალას სარქველის ძვლების დაზიანებებთან, 34% — კიდურების, მენჯის, ხერხემლის დაზიანებებთან, 33,3% — შინაგანი ორგანოების დაზიანებებთან. შეთავსებული დაზიანების დროს საკმაოდ ხშირი მოვლენაა შოკი. იგი გვხვდება დაზიანებულთა 45%-ში.

ყბა-სახის მიდამოს ტრავმა შეთავსებული დაზიანების დროს უმეტეს შემთხვევაში არ არის წამყვანი, მაგრამ მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პროცესის მიმდინარეობასა და გამოსავალში. ჭრილობები და მოტეხილობები ყბა-სახის მიდამოში სხვა დაზიანებებზე უფრო ხშირად იწვევს გარეგანი სუნთქვის მოშლას შემდგომი ფილტვისმიერი გართულებებით სისხლის, თავზურგტვინის სითხის, ძვლების, კბილების და სხვა უცხო სხეულის ასპირაციის წყალობით. კვების მოშლის გამო ვითარდება ალიმენტური უკმარისობის მოვლენები. აღნიშნული მოვლენები უფრო მძიმედ მიმდინარეობს თავის ტვინის ტრავმის ფონზე. განსაკუთრებით მძიმე მიმდინარეობით აღინიშნება შეთავსებული ტრავმა

შოკის ფონზე. სპეციალური მკურნალობა შესაძლებელია მხოლოდ ავადმყოფის შოკიდან გამოსვლის შემდეგ.

ყბა-სახის მიდამოს კომბინირებული დაზიანებები

კომბინირებული დაზიანება არის პათოლოგიური მდგომარეობა, წარმოქმნილი ორი ან მეტი ეტიოლოგიურად განსხვავებული დამაზიანებელი ფაქტორის ერთდროული მოქმედებით. ესენია — მექანიკური ძალა, თერმიული, ქიმიური ფაქტორები, რადიაცია. შესაძლებელია ამ და სხვა ფაქტორების სხვადასხვა კომბინაცია.

კომბინირებული რადიაციული დაზიანება, ეს არის ერთი ან რამდენიმე დამაზიანებელი ფაქტორის მოქმედება სხივურ დაზიანებასთან ერთად (სხივური დაავადება, ჭრილობებში რადიაქტიური ნივთიერებების მოხვედრა). სხივური დაავადება ხასიათდება ორგანიზმის იმუნობიოლოგიური თვისებების მკვეთრი დაქვეითებით, რეპარაციული პროცესების დაქვეითებით. კომბინირებული რადიაციული დაზიანების დროს ტრავმა განაპირობებს სხივური დაავადების მძიმე მიმდინარეობას, სხივური დაავადება კი თავის მხრივ ამძიმებს ტრავმული დაზიანების შეხორცების პროცესს.

სხივური დაავადების სიმძიმე დამოკიდებულია საერთო დასხივების დოზაზე. 100-200 რად დასხივება ადამიანში იწვევს მწვავე სხივური დაავადების მსუბუქ ფორმას, 200-300 რად — საშუალო ფორმას, 300-400 რად კი — მძიმე ფორმის სხივურ დაავადებას. 500-600 რად კლავს ადამიანს (ა. ბრეგაძე).

სხივური დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას აქვს ოთხი სტადია. დაზიანებიდან პირველ 24 საათში ვითარდება პირველადი რეაქციების სტადია; დაზიანებიდან პირველი 12-14 დღე გრძელდება დაავადების ფარული პერიოდი; დაავადების მესამე სტადია დაზიანებიდან ორი კვირის შემდეგ ვლინდება და გრძელდება საშუალოდ ერთი თვე. ეს არის დაავადების განვითარების სტადია. შემდეგი (მეოთხე) სტადია არის გამოჯანმრთელების ან კეთილსასურველი მიმდინარეობის პერიოდი, რომელიც გრძელდება 2-3 თვე.

სხივური დაავადების პირველ ფაზაში ქირურგიული ჩარევა არ არის მიზანშეწონილი, ვინაიდან ამ დროს ორგანიზმი მნიშვნელოვნად არის შეძრული და ახალი სტრესი შეიძლება შეუთავსებელი გახდეს ორგანიზმისათვის. ამა თუ იმ სახის ქირურგიული ჩარევის ოპტიმალური ვადაა მეორე სტადიის საწყისი პერიოდი.

თავი VIII

ყბა-სახის მიდამოს ნერვების დაავადებები და დაზიანებები

სამწვერა ნერვის ნევრალგია

სამწვერა (ტრიგემინული) ნერვის ნევრალგია მედიცინაში უძველესი დროიდან არის ცნობილი. მის შესახებ ცნობები მოიპოვება გალენის (ჩვენი წელთაღრიცხვის II საუკუნე) და ავიცენას (ჩვენი წელთაღრიცხვის X-XI საუკუნე) შრომებში. 1671 წელს Fehr და Schmidt პირველად აღწერეს სამწვერა ნერვის ნევრალგია. J.Wepferus (1727) დაავადებას დაარქვა პროზოპალგია. 1756 წელს N.Andre პირველად გამოყო დაავადება, როგორც ნოზოლოგიური ერთეული და უწოდა მას tic douloureux. 1776 წ. Fothergile მოგვცა სამწვერა ნერვის ნევრალგიის სრულყოფილი აღწერა, რაც დღესაც კლასიკურად ითვლება. ამ პერიოდიდან აღნიშნულ პათოლოგიას უწოდებდნენ ფოთერგილის დაავადებას. გარდა ამისა, ლიტერატურაში მოიძებნება აღნიშნული დაავადების უამრავი სხვა სახელწოდებაც: Trouseau-ს ეპილეპტიფორმული ნევრალგია, დიდი ტრიგემინული ნევრალგია, ავთვისებიანი ტრიგემინული ნევრალგია, თანდაყოლილი ნევრალგია, იდიოპათიური, ჰეშმარიტი, ტიპიური, ესენციური ნევრალგია, პირველადი, ანუ კვინტუსნევრალგია, პაროკსიზმული ნევრალგია, მეორადი, სიმპტომური ნევრალგია, არატიპიური (ატიპიური) ნევრალგია, პოსტჰერპესული ნევრალგია. ვ.სმირნოვი (1976) გამოყოფს ღეროვან, დიენცეფალურ და ქერქოვან ტრიგემინულ ნევრალგიებს, ვ.გრეჩკო (1981) — უპირატესად ცენტრალური და უპირატესად პერიფერიული გენეზის სამწვერა ნერვის ნევრალგიას. ტერმინთა მრავალრიცხოვნების მიუხედავად, ძირითადად არსებობს სამწვერა ნერვის ნევრალგიის ორი ფორმა: ერთი — დამოუკიდებლად, ხილული მიზეზების გარეშე განვითარებული და მეორე — არსებული, ობიექტური მიზეზით გამოწვეული დაავადება. ამიტომ ჩვენ ვემხრობით იმ ავტორთა აზრს, ვინც ტრიგემინულ ნევრალგიას ყოფს ჰეშმარიტ (ტიპიურ) და სიმპტომურ ნევრალგიად. თუ

ჰეშმარიტი ნევრალგიის დროს არ ხერხდება დაავადების მიზეზის დადგენა, სიმპტომური ნევრალგიის მიზეზები მრავალმხრივია. იგი შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციურმა დაავადებებმა, შხამებით ხანგრძლივმა ინტოქსიკაციამ, ნივთიერებათა ცვლის დაავადებებმა, ენდოკრინული ჯირკვლების დაავადებებმა, ყბების სისხლძარღვების ეკზოსტოზებმა, პულპიტმა, პერიოდონტიტმა, ალვეოლიტმა, დენტიკლმა, ალვეოლის მახვილმა კიდემ, რეტენირებულმა კბილმა და სხვა. მაგრამ უფრო სწორად მიგვაჩნია ვ.მიხეევის (1958) აზრი იმის შესახებ, რომ არ არსებობს ე.წ. ტიპიური ტრიგემინული ნევრალგია, რომ ყველა ე.წ. „ატიპიური“ შემთხვევა არ წარმოადგენს სამწვერა ნერვის ნევრალგიას.

ტრიგემინულ ნევრალგიას მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ნერვული სისტემის დაავადებებს შორის. სიხშირით იგი მხოლოდ იშიაზს ჩამორჩება. ჰეშმარიტი ნევრალგიით ყველაზე ხშირად ზიანდება სამწვერა ნერვი, მნიშვნელოვნად უფრო იშვიათად — ენა-ხახის და კიდევ უფრო იშვიათად სხვა ნევრები. ტრიგემინული ნევრალგია უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში (შეფარდებით 3:2), უფრო ხშირად გვხვდება ხანდაზმულ ასაკში (61%) 50-დან 70 წლამდე (ვ.სმირნოვი, 1976). პროფესიას დაავადების განვითარებაში მნიშვნელობა არ აქვს. მარჯვენამხრივი ნევრალგია (68%) ჭარბობს მარცხენამხრივს (30%), იშვიათია ორმხრივი ტრიგემინული ნევრალგია (1,5-2%). დაავადება შეიძლება მოიცავდეს ერთ, ორ ან სამივე ტოტს ერთდროულად. უფრო ხშირია მეორე და მესამე ტოტის იზოლირებული (22% და 16% შესაბამისად) ან შეთავსებული (41%) ნევრალგია. პირველი ტოტის იზოლირებული (3%), პირველი და მეორე ტოტის შეთავსებული (6%) ან სამივე ტოტის (10%) ნევრალგია უფრო იშვიათია (ვ.სმირნოვი, 1976).

სიმპტომატიკა. სამწვერა ნერვის ნევრალგიისათვის დამახასიათებელია მკვეთრი შეტევითი ტკივილები, რომლებიც გრძელდებიან უფრო ხშირად რამდენიმე წამიდან 2-3 წუთამდე. შეტევებს შორის პერიოდში, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, აღინიშნება ნათელი პერიოდები (რემისია), როდესაც ავადმყოფი არავითარ ტკივილს არ გრძნობს. შეტევების სიხშირე არაერთგვაროვანია. ზოგ ავადმყოფში იშვიათია, სხვაში — რამდენიმე შეტევა დღეში, ზოგიერთში კი — განუწყვეტელი. ღამით ტკივილები არ აღინიშნება, თუმცა არის ერთი უიშვიათესი ფორმა, როდესაც შეტევითი

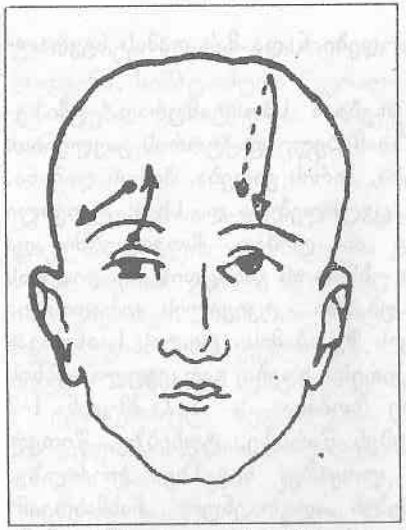
ტკივილები მხოლოდ ღამით ვითარდებიან და მაშინ ღამის ნევრალგიას უწოდებენ.

ტკივილები ზოგჯერ წარმოიქმნებიან სპონტანურად, უმიზეზოდ, სხვებში კი — რაიმე გამღიზიანებელი ფაქტორის გავლენით: შეხება, ლაპარაკი, საკვების მიღება, პირის გაღება, პირის დაბანა, მღელვარება, მეტეოროლოგიური ცვლილებები და სხვა. ტკივილი ლოკალიზებულია ზედაპირულად ან ღრმად ქსოვილებში და შემოფარგლულია განსაზღვრული უბნით ან განიცდის ირადიაციას სახისა და თავის სხვადასხვა უბანში. ტკივილის ირადიაცია ძირითადად ხდება სამწვერა ნერვის შესაბამისი ტოტის საინერვაციო ზონაში. ტკივილის პროვოცირება ხდება გარკვეული უბნის გაღიზიანებით. ეს უბნები მცირე ზომისაა — 1-2 მმ-დან 1-2 სმ-მდე დიამეტრით და მდებარეობენ წარბზე, ტუჩებზე, წითელ ყაეთანთან, ცხვირის ფრთებზე, ლოყაზე, ნიკაპზე, ღრძილზე, ენაზე, კბილზე. ამ უბნებს უწოდებენ „ალგოგენურ“, „ჩახმახოვან“ ან „ტრიგერულ“ ზონებს. ავადმყოფები უფრთხილდებიან აღნიშნული ზონების გაღიზიანებას — ერიდებიან ლაპარაკს, ღეჭვას, ყლაპვას, პირის გაღებას, შეხებას.

ტკივილის შეტევები არაიშვიათად (39% შემთხვევაში) თანდართულნი არიან სახის მუსკულატურის (მიმიკური, საღეჭი) ტონური და კლონური შეკუმშვებით, აგრეთვე რიგი ვეგეტატური სიმპტომებით: სახის და კონიუქტივის ჰიპერემია, ცრემლდენა, სალივაცია, ოფლისდენა, გამონადენი ცხვირიდან.

ტკივილების ირადიაციას შეიძლება ადგილი ექნეს არა მარტო შესაბამისი ტოტის საინერვაციო ზონაში, არამედ სხვადასხვა მიმართულებით. მაგ., მეორე ტოტის ნევრალგიის დროს ტკივილი შეიძლება გავრცელდეს მესამე ტოტზე, ქვედა ალვეოლური ნერვის ნევრალგიის დროს — ყურ-საფეთქლის ნერვზე და ა.შ. ტკივილის ასეთმა გავრცელებამ ჯანმრთელი ნერვების საინერვაციო ზონებზე შეიძლება გამოიწვიოს დიაგნოსტიკური სიძნელეები და შეცდომებიც დაავადებული ტოტის გამოცნობაში. იმისათვის, რომ არ მოხდეს ასეთი შეცდომა, დაზუსტებული უნდა იქნეს შეტევის საწყისი წერტილი.

სამწვერა ნერვის პირველი ტოტის ნევრალგიის დროს ტკივილების შეტევები იწყება შუბლის, წარბის ან ზედა ქუთუთოს არეში. ამ დროს იშვიათია ტკივილების ირადიაცია სამწვერა ნერვის მეზობელი ტოტების საინერვაციო ზონაში. თუმცა,

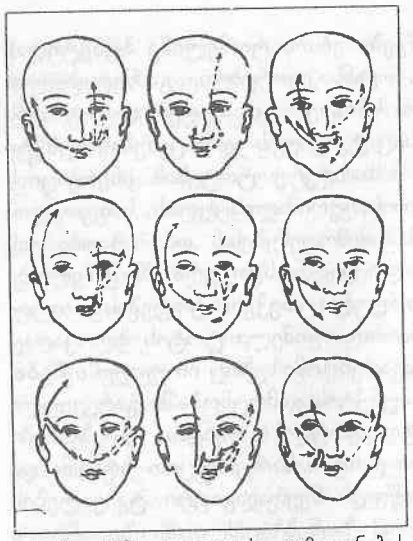


სურ. 111. ტკივილის აღმოცენების ადგილი და გავრცელების მიმართულება სამწვერა ნერვის პირველი ტოტის ნევრალგიის დროს.

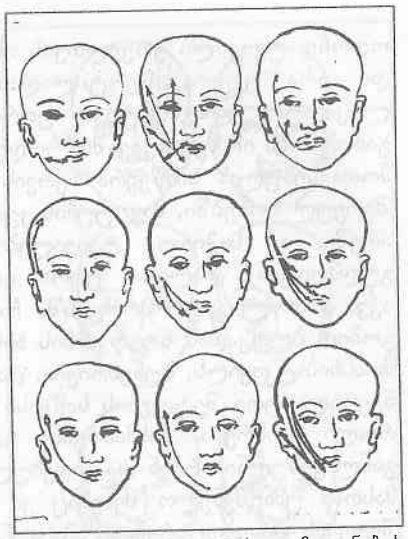
ზოგჯერ ადგილი აქვს ტკივილების გავრცელებას კეფის ნერვის საინერვაციო ზონაში (სურ. 111).

იმის მიხედვით, თუ ზედა ყბის ნერვის (II ტოტი) რომელი ტოტია ჩართული პათოლოგიურ პროცესში, ვლინდება ტკივილის მრავალფეროვანი საწყისი პუნქტები. ამ პუნქტებიდან ტკივილების ირადიაცია ასევე მრავალფეროვანია. ასე მაგ., ლ.ეროხინას (1973) დაკვირვებით, სამწვერა ნერვის მეორე ტოტის ნევრალგიით დაავადებული 46 პაციენტიდან ზედა ყბის ნერვის ცალკეული ტოტების დაზიანება დიფერენცირებული იყო შემდეგნაირად: n. alveolaris superior — 5, n. zigomatico-temporalis — 1, n. zigomatico-facialis — 1, n. infraorbitalis — 9, n. infraorbitalis, n. alveolaris superior — 11, n. infraorbitalis, n. zigomaticotemporalis — 2. მეორე ტოტის ნევრალგიის დროს ტკივილები ყველაზე ხშირად იწყება ზედა ტუჩიდან, ცხვირის ფრთიდან, ღრძილიდან, ლოყიდან, უფრო იშვიათად პირის კუთხიდან, საფეთქლისა და ყვრიმალის მიდამოდან. ზოგჯერ ტკივილებს ორი საწყისი წერტილი აქვს: ლოყის და თვალის შიგნითა კუთხე, ცხვირის ფრთა და ზურგი, ზედა ყბის ღრძილი და საფეთქლის არე. ტკივილები ვრცელდებიან შუბლის, საფეთქლის, თვალბუდის არეში, თხემის მიდამოში, ზოგჯერ ქვედა კბილებში (სურ. 112).

სამწვერა ნერვის მესამე ტოტის ნევრალგიის დროს ტკივილები უფრო ხშირად იწყება ქვედა ყბის ღრძილის სხვადასხვა უბანში და ვრცელდება საფეთქლის, ყურის ნიჟარის, ენის, ნიკაპის, ქვედა ყბის კუთხის არეში, ზოგჯერ ზედა ყბის ღრძილში და შუბლის სათანადო მხარეს. უფრო იშვიათად ტკივილი შეიძლება წარმოიქმნას ყვრიმალის რკალის, საფეთქლის და გარეთა სასმენი მილის არეში და გავრცელდეს ქვედა ყბის კბილებზე. ზოგიერთ ავადმ-



სურ. 112. ტკივილის აღმოცენების ადგილი და გავრცელების მიმართულება სამწვერა ნერვის მეორე ტოტის ნევრალგიის დროს.



სურ. 113. ტკივილის აღმოცენების ადგილი და გავრცელების მიმართულება სამწვერა ნერვის მესამე ტოტის ნევრალგიის დროს.

ყოფში ტკივილი იწყება ნიკაპის კანზე, ქვედა ტუჩის ლორწოვანზე და ენის წინა ან შუა ნაწილის ლორწოვანზე. შეიძლება ადგილი ექნეს ტკივილის წარმოშობის ორ პუნქტს ერთდროულად: შუბლის არე და ქვედა ყბის კბილები ან ქვედა ღრძილი და ენა (სურ. 113).

სამწვერა ნერვის მესამე ტოტის ნევრალგიის დროს ტკივილების წარმოშობის საწყისი პუნქტების ასეთი მრავალფეროვნება განპირობებულია ქვედა ყბის ნერვის სხვადასხვა ტოტებში დაავადების ლოკალიზაციით. ასე მაგ., ლ.ეროხინას (1973) მონაცემებით, სამწვერა ნერვის III ტოტის ნევრალგიით დაავადებულ 36 პაციენტში ტკივილების ლოკალიზაცია უპირატესად n.alveolaris inferior-ის საინერვაციო ზონაში აღენიშნებოდა 16 პაციენტს, n. lingualis, n. alveolaris inferior-ის ზონაში — 6, n. mentalis — 1, მთელი მესამე ტოტის ზონაში — 11, ენა-ხახის ნერვის ზონაში ირადიაცია აღენიშნებოდა 2 პაციენტს.

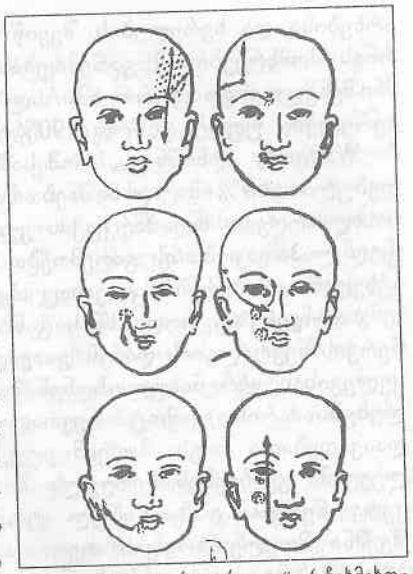
ტკივილების წარმოშობის ორი ან რამდენიმე საწყისი პუნქტი გვაქვს სამწვერა ნერვის ორი ან სამივე ტოტის ნევრალგიის დროს,

ოღონდ ტკივილი ყოველთვის იწყება ერთი რომელიმე პუნქტიდან და არა ყველა წერტილიდან. განსაკუთრებით გაძნელებულია ლოკალური დიაგნოსტიკა, უფრო სწორედ, დაავადებული ტოტის გამოცნობა იმ შემთხვევაში, როდესაც ტკივილის აღმოცენების პუნქტი მოთავსებულია სამწვერა ნერვის მოსაზღვრე ტოტების ინერვაციის შერეულ ზონებში, მაგ. ტუჩის კუთხის, ყვრიმალის ძვლის, საფეთქლის არეში. აქ საჭიროა ტკივილების აღმოცენებისა და ირადიაციის გულმოდგინე ანალიზი. უფრო დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს პათოლოგიურ პროცესში ჩათრეული საეჭვო ტოტების რიგრიგობით ბლოკადას ნოვოკაინის ხსნარით. რომელი ტოტის ბლოკადაც მოხსნის ტკივილს, ბუნებრივია, დაავადების მიზეზიც ის ტოტი იქნება. ნევრალგიური შეტევების საწყისი პუნქტის გამოცნობაში გარკვეული როლი ეკისრება „ჩახმახოვან“ („ტრიგერულ“) ზონებს. ეს ზონები განლაგებულნი არიან დაავადებული ტოტის საინერვაციო ზონაში და მასთან უმნიშვნელო შეხებაც კი იწვევს ნევრალგიური ტკივილების შეტევის პროვოცირებას. ამასთან, ამ ზონებზე ძლიერი ზედაწოლა არათუ ტკივილის პროვოცირებას, არამედ მის კუპირებას იწვევს. ამით ის განსხვავდება ვალეს წერტილებისაგან, რომლებიც განლაგებულნი არიან სათანადო ახრებიდან შესაბამისი ხვრელებით (f.supraorbitale, f.infraorbitale, f.mentale) სახეზე სამწვერა ნერვის ტოტების გამოსვლის ადგილზე. ამ ადგილებზე ზედაწოლა ტრიგემინული ნევრალგიის და ზოგიერთი სხვა დაავადების დროს აღიქმება ტკივილის სახით. ასევე განსხვავდება „ჩახმახოვანი“ ზონები თავისი კლინიკით სხვა მტკივნეული წერტილებისაგან, რომლებიც თავსდებიან სამწვერა ნერვის ტოტების და სახის არტერიული ღეროების განლაგების შესაბამისად და იძლევიან ტკივილის შეგრძნებას ზედაწოლაზე ამა თუ იმ პათოლოგიის დროს. მაგრამ „ჩახმახოვანი“ ზონები ყოველთვის არ ემთხვევიან შეტევის საწყის პუნქტებს. ზოგჯერ ისინი მოთავსებულნი არიან სამწვერა ნერვის მეზობელი ტოტების საინერვაციო ზონებში (სურ. 114). ასე მაგ., პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს ტკივილი მესამე ტოტის ზონაში, „ჩახმახოვანი“ ზონა კი მოთავსებული იყოს ცხვირის ფრთის არეში.

სამწვერა ნერვის სამივე ტოტს შორის ტკივილების შეტევების განსაკუთრებული ინტენსივობით გამოირჩევა მესამე ტოტი. ამ დროს არაიშვიათია ენის შესაბამის ნახევარზე ნადები, ლორწოვანის ატროფიითა და დაწყლულებით.

ეტიოლოგია: სიმპტომური ნევრალგიის ეტიოლოგიური ფაქტორების დადგენა ძნელი არ არის. ეს არის პათოლოგია ყბა-კბილთა

სისტემაში (პულპიტი, პერიოდონტიტი, დენტიკლი, პარადონტიტი, რეტენციული კბილი, ეგზოსტოზი, ალვეოლიტი), ცხვირის დანამატი ღრუების პათოლოგია, ინფექციური დაავადებები (გრიპი, მალარია, მენინგიტი, ტუბერკულოზი, ვენერიული დაავადებები), ინტოქსიკაცია (ალკოჰოლი, ნიკოტინი, მომწამვლელი ნივთიერებები), ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა (დიაბეტი, პოდაგრა), სახისა და თავის ქალას ტრავმები, სისხლძარღვოვანი დაავადებები (ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონული დაავადება, არტერიების სპაზმი, ანევრიზმები, ცერებრალურ სისხლძარღვთა სკლეროზი), ალერგიული ფაქტორები, ცერებრალური დაზიანებები (რინოგენული წარმოშობის ბაზალური არაქნოიდიტი, ტრავმული არაქნოიდიტი, საფეთქლის წილის ან ქალას შუა და უკანა ფოსოს სიმსივნეები).



სურ. 114. „ტრიგერული“ („ჩახმახოვანი“) ზონები (დაშტრიხული) და ტკივილის გავრცელების მიმართულების ურთიერთდამოკიდებულება.

ჭეშმარიტი (ტიპიური) ნევრალგიის წარმოშობის მიზეზები ძნელი დასადგენია. ხშირად პაციენტებს უტარდებათ მკურნალობა (კონსერვატიული, ფიზიოთერაპიული, ქირურგიული) ისე, რომ დაავადების მიზეზი არ არის ცნობილი.

უდავო ინტერესს იმსახურებს თეორია, რომელიც სამწვერა ნერვის ნევრალგიის წარმოშობაში მნიშვნელობას ანიჭებს იმ ძვლოვანი არხებისა და ხვრელების სტრუქტურულ ცვლილებებს, რომლებშიც მოთავსებულნი არიან, შედიან და გამოდიან სამწვერა ნერვის ტოტები. გარკვეული პათოლოგიური პროცესები ორგანიზმში იწვევენ ამ ძვლოვანი წარმონაქმნების შევიწროებას, რაც მათში არსებული ნერვული ტოტების კომპრესიის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ასაკთან ერთად ძვლოვანი არხებისა და ხვრელების შევიწროებით შეიძლება აიხსნას ის გარემოება, რომ ტრიგემინული ნევრალგია უპირატესად გვხვდება ხანდაზმულ პირებში. ძვლოვანი

არხებისა და ხვრელების შევიწროებით ხსნიან აღნიშნული თეორიის მომხრეები იმ გარემოებას, რომ ტრიგემინული ნევრალგია მნიშვნელოვნად უფრო ხშირად გვხვდება მარჯვნივ, სადაც ჭალას ხვრელები უფრო ვიწრო (90%) არიან, ვიდრე მარცხნივ.

W.Dandy აღნიშნავს, რომ სამწვერა ნერვის ნევრალგიით დაავადებულთა 60%-ში აღინიშნება სამწვერა ნერვის ღეროს კომპრესია სისხლძარღვით ხიდ-პარკუჭის კუთხეში. ამ თეორიის საწინააღმდეგოდ ლაპარაკობს ის გარემოება, რომ სამწვერა ნერვის ნევრალგია გვხვდება იმ პირებშიც, ვისაც ასეთი კომპრესია არ აქვთ.

პათოგენეზი. დიდი ხნის განმავლობაში მკვლევრები სამწვერა ნერვის ნევრალგიის დროს დაავადებული ტოტის მორფოლოგიური კვლევისას ვერ ნახულობდნენ მასში რაიმე მნიშვნელოვან ცვლილებებს, რის გამოც ნევრალგიას აკუთვნებდნენ ფუნქციურ დაავადებათა რიგს. მაგრამ ელექტრონომიკროსკოპულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენეს ნერვული ბოჭკოების დემიელინიზაცია სამწვერა ნერვის დაზიანებულ ტოტში. ამის საფუძველზე N.Dott შექმნა „მოკლე ჩართვის“ თეორია, რომლის თანახმად მტკივნეული, პაროქსიზმული („ელექტრონული დენის დარტყმის“ ტიპის) შეტევა წარმოიქმნება ორი დემიელინიზებული აქსონის ერთმანეთზე შეხებით. შემდგომში სხვა ავტორების მიერაც დადასტურებული იქნა მორფოლოგიური ცვლილებები სამწვერა ნერვის ტოტებში ნევრალგიის დროს. დეგენერაციული მოვლენები ნახული იყო დაავადების ადრეულ სტადიაშიც კი. ჭ.თურნავამ სამწვერა ნერვის ნევრალგიის დროს დაავადებული ტოტების მორფოლოგიური გამოკვლევებით დაადგინა, რომ აღნიშნული დაავადება მიმდინარეობს ორგანიზმში იმუნიტეტის პათოლოგიის ფონზე.

ასე რომ, ლიტერატურაში არის ორი ძირითადი აზრი სამწვერა ნერვის ნევრალგიის წარმოშობის შესახებ: ცენტრალური და პერიფერიული. ორივეს ბევრი მიმდევარი ჰყავს. პერიფერიული გენეზის სასარგებლოდ ლაპარაკობს შევიწროებული ძვლოვანი სტრუქტურების ზემოქმედება სამწვერა ნერვის ტოტებზე, მტკივნეული შეტევის შეწყვეტა დაავადებული ტოტის გადაჭრის შემდეგ და ა.შ.

დიფერენციული დიაგნოზი. პირველ ყოვლისა, სამწვერა ნერვის ნევრალგია დიფერენცირებული უნდა იყოს მწვავე პულპიტთან. ამ უკანასკნელისათვის დამახასიათებელია მწვავე ტკივილი ღამით, ტკივილი ცივ და ცხელ გამღიზიანებელზე.

ოდონტალგია არის კბილის ტკივილი, რომლის დროსაც კბილის მაგარი და რბილი ქსოვილების სტრუქტურაში არ არსებობს

ორგანული ცვლილებები. იგი შეიძლება შეგვხვდეს ყველა ასაკში, მაგრამ ყველაზე ხშირია 25-40 წლის ასაკში. მისთვის დამახასიათებელია ძლიერი, მწვავე ტკივილები ზედა და ქვედა კბილებში. ტკივილი ზოგჯერ ვრცელდება კისრის, ყურის, საფეთქლის მიმართულებით. ზოგჯერ დაავადება თანდართულია თავის ტკივილებით, აგრეთვე ტკივილებით გულის არეში, შინაგან ორგანოებში. ხშირად აღინიშნება პარესთეზია კბილების არეში. ობიექტურად, ამ დროს რაიმე ორგანული დაზიანების გამოვლენა კბილთა სისტემაში არ ხერხდება: კბილების პერკუსია უმტკივნეულოა, კბილის პულპის ელექტროაგზნებადობის ზღურბლი არ სცილდება ნორმის ფარგლებს, მექანიკური და თერმიული გამღიზიანებელი ტკივილს არ იწვევს. ოდონტალგიას ახასიათებს ხანგრძლივი მიმდინარეობა და რეციდივები.

პროზოპალგიისათვის დამახასიათებელია ინტენსიური, ძლიერი, მკვეთრი და ღრმა ტკივილები სახის არეში. იგი განპირობებულია სახის ვეგეტატიური ინერვაციის სისტემაში მგრძნობელობის მოშლით. პროზოპალგიის შეტევები ვითარდება ხშირად საშუალო ასაკში, უფრო იშვიათად ახალგაზრდებში და ხანდაზმულებში. ტკივილები ლოკალურია, მაგრამ აქვთ მიდრეკილება ირადიაციისადმი, პალპაციით აღინიშნება მტკივნეულობა სახის არტერიული სისხლის ძარღვების გასწვრივ. ადგილი აქვს აგრეთვე ოფლის დენის, კანის ტემპერატურის და ვაზომოტორული რეფლექსების მოშლას.

სამწვერა ნერვის ნევრიტისათვის დამახასიათებელია მუდმივი, ყრუ ტკივილები სახის არეში, რომლებიც ძლიერდებიან ღამით. პროცესის გამწვავებისას ტკივილები წააგავენ ნევრალგიას. ნევრიტისათვის დამახასიათებელია სამწვერა ნერვის საინერვაციო ზონაში მგრძნობელობის მოშლა, აგრეთვე ტროფიკული ცვლილებები.

საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის ართრიტისათვის დამახასიათებელია მუდმივი ხასიათის ტკივილები, რომლებიც ძლიერდებიან დილით, პირის გაღების დროს. სახსარი პალპაციით მტკივნეულია.

სამწვერა ნერვის ნევრალგიის მკურნალობა

სიმპტომური ნევრალგიის მკურნალობა მდგომარეობს გამომწვევი მიზეზის აღმოფხვრაში. ჭეშმარიტი ნევრალგიის მკურნალობა, იმის გამო, რომ არ არის ცნობილი დაავადების ეტიოლოგია და არც პათოგენეზის საკითხებშია სიცხადე, არ არის რადიკალური. ყველა არსებული მეთოდი დაფუძნებულია ხანგრძლივი გაუტკივა-

რების უზრუნველყოფაზე სამწვერა ნერვის დაზიანებული ტოტის საინერვაციო ზონაში. მკურნალობის ყველა არსებული საშუალება იყოფა კონსერვატიულ და ქირურგიულ მეთოდებად.

კონსერვატიული მკურნალობა

კონსერვატიული მკურნალობა ხორციელდება მედიკამენტური და ფიზიოთერაპიული საშუალებებით. ზოგადი მოქმედების სამკურნალო საშუალებებიდან ყველაზე ეფექტურნი არიან ტეგრეტოლი და ფინლეპსინი. ესენი არიან ცენტრალური განგლიობლოკატორები, რომლებიც ამცირებენ გამტარებლობას ცენტრალურ სინაპსებში. პრეპარატები ფლობენ კრუნჩხვის საწინააღმდეგო, ტკივილგამაყუჩებელ და ფსიქოტროპულ მოქმედებას. პრეპარატების მიღება იწყება 0,5 აბიდან თანდათანობითი მატებით. მაქსიმალური დოზაა თითო აბი 3-6-ჯერ დღეში 3-4 კვირის განმავლობაში დოზების თანდათანობითი კლებით. პრეპარატებს შეუძლიათ გამოიწვიონ გვერდითი მოვლენები (ალერგიული რეაქციები, თავბრუხვევა, ლეიკოპენია — ხანგრძლივი მიღების დროს, შესაძლო ტოქსიკური ეფექტი ღვიძლის მიმართ და თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლის შესაძლებლობა). ამას გარდა, პრეპარატები დიდ დოზებში იწვევენ ორგანიზმის ძლიერ შოდუნებას, შადრეკილებას ძილისადმი. ამის გამო, მიზანშეწონილია მხოლოდ ორი აბის მიღება დღეში (ავადმყოფთა უმრავლესობაზე ეს დოზა კარგ მოქმედებას ახდენს). თუ მცირე დოზები ეფექტურია, მისი მიღება შეიძლება ხანგრძლივად, პერიოდულად სისხლის გამოკვლევით. ასეთივე მოქმედებას მიაწერენ სტაზეპინს და დიფენინს.

ფართოდ იყენებენ სამწვერა ნერვის პერიფერიული ტოტების ბლოკადებს ადგილობრივი ანესთეტიკებით (ნოვოკაინი, ტრიმეკაინი, ლიდოკაინი, მეპივაკაინი). ნერვების გამოსვლის არეში შეჰყავთ ანესთეტიკის 0,5-2%-იანი ხსნარის 5-10 მლ (მკურნალობის კურსი 15-20 ინექცია). ამავე მიზნით იყენებენ სპირტ-ნოვოკაინის ბლოკადებს განზავებით 1:5 ან 1:10 (1 მლ 80^0-იანი სპირტი 5 ან 10 მლ 2%-იან ნოვოკაინზე). ბლოკადებს მიმართავენ ბაზალურადაც, ქალას ფუძეზე მრგვალ და ოვალურ ხვრელებთან ზედა და ქვედა ყბის ნერვების გამოსვლის არეში.

იყენებენ უცხო ჯგუფის სისხლს ნოვოკაინთან ერთად 1:1-ზე შეფარდებით. აღნიშნული ხსნარის 20 მლ შეჰყავთ კვირაში ორჯერ

კანქვეშ. მოწოდებულია აგრეთვე ქსოვილოვანი თერაპია, ინსულინი, ვიტამინები (B_1, B_6, B_{12}), ფუტკრის და გველის შხამები, ანალგეტიკები, ნეიროლეპტიკები.

გარკვეულ თერაპიულ ეფექტს (ტკივილების შესუსტება, გაიშვიათება, ზოგჯერ გაქრობა) იძლევა გლუკოკორტიკოსტეროიდების (დექსამეტაზონი, დექსაზონი, დექსონა, კენალოგი) ადგილობრივი გამოყენება. 1 მლ ხსნარი შეჰყავთ სამწვერა ნერვის პერიფერიული ტოტების გამოსვლის არეში.

ზოგჯერ დადებით შედეგს იწვევს ფიზიოთერაპია (დარსონვალიზაცია, ფლუქტუორიზაცია, ბერნარის დიადინამიური დენები, ულტრაბგერა, ლაზეროთერაპია, რენტგენოთერაპია). ზოგჯერ კარგი შედეგები აღინიშნება ელექტრონეიროსტიმულაციის და რეფლექსოთერაპიის გამოყენებისას.

მძიმე შემთხვევებში, როდესაც მედიკამენტური მკურნალობა და ფიზიოთერაპია არ იძლევა შედეგს, მიმართავენ ალკოჰოლიზაციას. თვალბუდის ქვედა და ნიკაპის ხვრელებში შეჰყავთ 80^0-იანი სპირტის 0,5 მლ. სპირტის შეყვანის შემდეგ ვითარდება სათანადო უბნის ანესთეზია. ანესთეზიის ხანგრძლივობა — რამდენიმე თვიდან 2 წლამდე. იგი დამოკიდებულია არხში ნემსის შეყვანის სიზუსტესა და სიღრმეზე. განმეორებითი ალკოჰოლიზაცია რეციდივების შემთხვევაში ნაკლებეფექტურია.

ქირურგიული მკურნალობა

სამწვერა ნერვის ნევრალგიის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები იყოფიან ორ ჯგუფად: ქალასშიდა და ქალასგარეთა მეთოდები. ქალასშიგნითა მეთოდები რთულია, აქვს ლეტალური გამოსავლის არცთუ მცირე პროცენტი, ახლავს გართულებები, რეციდივები, რაც ამ მეთოდების გამოყენების ჩვენებებს აკნინებს. რთული, ნეიროქირურგიული ოპერაციები შეიძლება გამოყენებული იქნას შეუპოვარ, შორსწასულ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობის სხვა უფრო მარტივი მეთოდი აღარ იძლევა შედეგს.

ოპერაციები სამწვერა ნერვის ცენტრალურ სტრუქტურებზე. ტრიგემინული სისტემის ქალასშიდა ნაწილებთან ქირურგიული მიდგომის ორი ძირითადი გზა არსებობს: 1. საფეთქლის გზა — ქალას შუა ფოსოში, გასერის კვანძთან და მგრძნობიარე ფესვთან, 2. სუბოკციპიტური გზა — ქალას უკანა ფოსოში, სამწვერა

ნერვის ფესვის მგრძნობიარე ნაწილის ან დაღმავალი ტრაქტის გადასაჭრელად.

გასერის კვანძის ამოკვეთა. W. Rose (1890) ზედა ყბის რეზექციის შემდეგ მიაღწია ოვალურ ხვრელს და აქედან გამოფხიკა გასერის კვანძი. მეთოდმა გავრცელება ვერ ჰპოვა. გასერის კვანძის ამოკვეთის ქალასშიდა მეთოდი 1882 წელს აღწერეს Chartli და Krause-მ. საფეთქლის ძვლის ტრეპანაციის შემდეგ ააშრევებენ ტვინის მაგარ გარსს ქალას შუა ფოსოს ფუძისაგან, ასწევენ საფეთქლის წილს და მიადგებიან გასერის კვანძს. მეთოდი რთული და სახიფათოა, რის გამოც არ გამოიყენება.

რეტროგასერული რადიკოტომია — *გასერის კვანძის უკან მგრძნობიარე ფესვის გადაკვეთის ოპერაცია (Spiller, Frasier, 1901).* საფეთქლის არეში ტრეპანაციული ფანჯრის შექმნის შემდეგ აწევენ ტვინის მაგარ გარსს ქალას ფუძისაგან და მიაღწევენ გასერის კვანძს. მეკელის ღრუს გახსნის შემდეგ გასერის კვანძის უკან გადაკვეთენ სამწვერა ნერვის ფესვის მგრძნობიარე ნაწილს, ტოვებენ რა ხელუხლებლად მის მამოძრავებელ ნაწილს. ეს მეთოდი დღემდე ყველაზე უსაფრთხო და სანდო მეთოდად ითვლება ქალას შიდა მეთოდებს შორის. შემდგომში ხელი აიღეს პირველი ტოტის გადაკვეთაზე იმ შემთხვევაში, თუ ის არ იყო ჩართული პათოლოგიურ პროცესში, რამაც განაპირობა ნევროპარალიზური კერატიტების განვითარების მნიშვნელოვანი შემცირება. W.Dandy (1925) სამწვერა ნერვის ფესვის მგრძნობიარე ტოტს კვეთს ვაროლის ხიდთან ქალას უკანა ფოსოს მხრიდან, რითაც აღწევს მტკივნეული შეგრძნების გამოთიშვას და ტაქტილური შეგრძნების შენარჩუნებას. თუმცა ქალას უკანა ფოსოს მხრიდან მიდგომით ადგილი აქვს სიკვდილიანობის უფრო მაღალ პროცენტს (3-5%), ვიდრე საფეთქლის მხრიდან (0,8-1,9%). აღინიშნება სხვა გართულებებიც — კომა, ეპილეპსიური შეტევები, ფსიქიკური დარღვევები, აფაზია, ატაქსია, II, VII და VIII წყვილი ნერვების ფუნქციის მოშლა. რეციდივი აღინიშნება 5-18% შემთხვევაში. ზოგჯერ (10-20% შემთხვევაში) სახის ანესთეზირებულ უბანში ვითარდება პარესთეზია.

გასერის კვანძის და სამწვერა ნერვის მგრძნობიარე ფესვის დეკომპრესია. 1952 წელს ტაარჰოიმ შემოგვთავაზა გასერის კვანძის და ტრიგემინული ნერვის მგრძნობიარე ფესვის გათავისუფლება ზეწოლისაგან. ოპერაცია მდგომარეობს სისხლის ძარღვის (ნათხემის არტერია) აწევაში მგრძნობიარე ფესვიდან ან

გასერის კვანძიდან და მის ქვეშ პროთეზის შეტანაში იზოლაციისათვის. ავტორი აღნიშნავს, რომ ტკივილები ტრიგემინული ნევრალგიის დროს ქრებიან გასერის კვანძის უბრალო დეკომპრესიითაც, რომლის დროსაც კეთდება მაგარი გარსის გაკვეთა გასერის კვანძისა და ტრიგემინული ფესვის ზემოთ. ერთდროულად დამატებით აფართოებენ ხვრელს, რომლის საშუალებით ტრიგემინული ფესვი გადადის ქალას უკანა ფოსოდან შუაში. დეკომპრესიის ოპერაციის დადებით მხარედ სპეციალისტებს მიაჩნიათ ლეტალობისა და მგრძნობელობის მოშლის არქონა ოპერაციის შემდეგ. თუმცა არსებობს გარკვეული სკეპტიციზმიც ამ ოპერაციის მიმართ, რაც გამოწვეულია მისი შესრულების სირთულით, ტკივილის რეციდივის მაღალი სიხშირით (18-39%) და გართულებებით (სმენის დაკარგვა — 19%, ატაქსიური სიარული — 2%, დიპლოპია — 2%).

ტრაქტოტომია მოგვაწოდა A.Kuntz, D. Farnsworth (1931) და განახორციელა O.Sjogvist 1937 წ. ოპერაცია მდგომარეობს სამწვერა ნერვის მგრძნობიარე ტრაქტის გადაკვეთაში მოგრძო ტვინის გვერდით ზედაპირზე. მეოთხე პარკუჭის ქვედა კუთხის ახლო, მეხუთე ნერვის ბოჭკოების უშუალო სიახლოვეს შეაქვთ ტრაქტოტომი 2-3,5 მმ-ზე და აკეთებენ 2,5-4 მმ სიგრძის განაკვეთს. ავტორის მონაცემებით, ოპერაციის შემდგომი სიკვდილიანობა შეადგენს 1,5%-ს, რეციდივი — 37%-ს. ამის გამო ტრაქტოტომიის ოპერაციის ჩვენებები მნიშვნელოვნად შეზღუდულია. იგი ნაჩვენებია მაშინ, როცა უკვე შესრულებული რეტროგასერული რადიკოტომია უეფექტო აღმოჩნდება.

სტერეოტაქსური ოპერაცია მხედველობის ბორცვზე. ზემოაღნიშნული ოპერაციების არასაკმაო ეფექტურობამ აიძულა სპეციალისტები ემოქმედათ ქერქქვეშა წარმონაქმნებზე და თალამოკორტიკალურ ტრაქტებზე. პნევმოენცეფალოგრაფიისა და ფანტომებზე სათანადო გაანგარიშების შემდეგ კანულა შეჰყავთ მხედველობის ბორცვის ვენტრომედიალურ უკანა ბირთვში ცენტრალური ტკივილალმქმელი წარმონაქმნების კოაგულაციით. ტკივილის რეციდივები სტერეოტაქსიური ოპერაციების დროს გამორიცხული არ არის.

ზემოაღნიშნული ქალასშიდა ოპერაციების გავრცელებას ხელს უშლის ტექნიკური სირთულე, მძიმე გართულებები (კერატიტი, მხედველობის და სმენის დაკარგვა, ქალას ნერვების დამბლა), სიკვდილიანობა. აქედან გამომდინარე ჩვენებებს იმსახურებს

ექსტრაკრანიალური მიდგომით (ოვალური ხვრელიდან) ტრიგემინული განგლიის (გა'ერის კვანძის) გადაკვეთა ან დესტრუქცია.

ქვედა ყბის ნერვის ექსტირპაცია ოვალურ ხვრელთან. კოხერმა პირველმა აღწერა ოპერაციული მიდგომის გზა ოვალურ ხვრელთან საფეთქლისა და საფეთქელქვედა ფოსოს მხრიდან. ტარდება ნახევარრკალოვანი განაკვეთი ყვრიმალის ძვლის შუბლის მორჩის გარეთა კიდიდან ყურის ნიჟარის ჰავლის არემდე, აქედან კი ვერტიკალურად წინასახურის (ტრაგუსის) მიმართულებით. საფეთქლის არტერია შეიძლება გადაიკვანძოს. გადაიკვეთება ყვრიმალის რკალი ორ წერტილში, ყვრიმალის ძვლის საზღვარზე ერთი მხრივ და საფეთქლის ძვლის საზღვარზე მეორე მხრივ. არ ხდება რეზეცირებული ძვლის მოცილება რბილი ქსოვილებისაგან, არამედ მათთან ერთად გადაინაცვლება ქვევით. ქალას ძვლიდან ათიშავენ საფეთქლის კუნთს და გადასწევენ მას წინ. მოძებნიან ოვალურ ხვრელს, რომელიც მდებარეობს ძირითადი ძვლისა და ფრთისებრი მორჩის საზღვრიდან 0,5 სმ უკან. ახდენენ ნერვის ნაწილის რეზეცირებას ოვალურ ხვრელთან. ქსოვილებს აბრუნებენ თავის ადგილზე. ყვრიმალის რკალს ამაგრებენ ოსტეოსინთეზით.

M.Kirschner (1933) გამოიყენა ტრიგემინული განგლიის ელექტროკოაგულაცია ოვალური ხვრელიდან შეყვანილი ნემსის საშუალებით. ელექტროკოაგულაციის შემდეგ აღინიშნება რეციდივები 3,4-დან 70%-მდე, გართულებები 3%-დან 13%-მდე, სიკვდილიანობა — 1%. ბევრი მიმდევარი ჰყავს ტრიგემინული კვანძის თერმოკოაგულაციას ანუ კრიოლიზს. დადებითი ეფექტი გრძელდება 1 წლიდან 13 წლამდე. არის რეციდივები. არის გართულებებიც (რქოვანას დაწყლულება, მძიმე პარესთეზია, არტერიული წნევის მომატება პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლით და ცხვირიდან სისხლისდენით. აღინიშნება ლეტალური გამოსავალიც).

ტრიგემინული განგლიის დესტრუქციისათვის იყენებენ აგრეთვე სპირტს, მდუღარე წყალს. ამ უკანასკნელის უპირატესობა სპირტთან შედარებით იმაშია, რომ მდუღარე წყალი ახდენს დესტრუქციულ მოქმედებას მხოლოდ შეყვანის ადგილზე (მცირე ფართზე) და არ იწვევს ახლომდებარე ქსოვილების უხეშ დაზიანებას, რაც დამახასიათებელია სპირტისათვის. მეთოდს ეწოდა ტრიგემინული კვანძის მიმართული ჰიდროთერმული დესტრუქცია.

ლ.ლივშიცმა (1961) მოგვაწოდა მდუღარე წყლის შეყვანა არა ტრიგემინულ კვანძში, არამედ სამწვერა ნერვის მგრძნობიარე ფესვში. ავტორის მონაცემებით, კარგი და დამაკმაყოფილებელი

შედეგები აღინიშნება 92% შემთხვევაში. ლეტალობა 0,3%. 7 წლის განმავლობაში რეციდივი ნახული იყო ავადმყოფთა 7,5%-ში. ზ.გვენეტაძის (1988) მონაცემებით 560 ნაოპერაციევი ავადმყოფიდან რეციდივს ადგილი ჰქონდა 10-14% შემთხვევაში. ლეტალობა არ ყოფილა. გართულებები იშვიათი (ტროფიკული კერატიტი და მტკივნეული ანესთეზია).

ოპერაციები სამწვერა ნერვის პერიფერიულ ტოტებზე. სამწვერა ნერვის ნევრალგიის დროს ნერვის პერიფერიულ ტოტებზე ოპერაციები გულისხმობს ტრიგემინული ნერვის პერიფერიული ტოტების გადაკვეთას (ნეუროტომია), ან ამოგრეხას (ნერვეგზერესი). ამ მიზნით ტარდება განაკვეთები თვალბუდისზედა, თვალბუდისქვედა (პირშიგნითა მიდგომით) და მენტალური (პირშიგნითა მიდგომით) ხვრელების მიდამოში, შიშვლდება ხვრელები, მოინახება თანამოსახელე ნერვები და ხდება მათი გადაკვეთა ან ამოგრეხა. ამოგრეხის მიზნით ნერვს გამოსწევენ შესაძლებლობის ფარგლებში, ჩაჰიდებენ მას ინსტრუმენტს (მომჭერს) და ინსტრუმენტის ტრიალით ერთი და იგივე მიმართულებით მოგლეჯენ ნერვს რაც შეიძლება შორს ცენტრალური უბნებისაკენ. უფრო ეფექტურია ნერვეგზერესი, იმის გამო, რომ ნეუროტომიის დროს სწრაფად ხდება ნერვის გადაკვეთილი ბოლოების შეხორცება, აღდგება გამტარებლობა და ვითარდება რეციდივი, ნერვის რეგენერაციას ნერვეგზერესის დროსაც აქვს ადგილი, მაგრამ შედარებით უფრო გვიან (საშუალოდ 1 წლის შემდეგ).

არსებობს ქვედა ალვეოლური ნერვის რეზექციის (ამოკვეთის) მეთოდიკაც პირგარეთა მიდგომით. განაკვეთი ტარდება ქვედა ყბის კუთხისა და ქვედა კიდის არეში მათგან 1 სმ დაცილებით ქვევით. ქვედა ყბის სკელეტიზაციის შემდეგ ქვედა ყბის არხის საპროექციო არეში ბორმანქანისა და ბორის დახმარებით ხდება ნერვის ამოკვეთა 1 სმ სიგრძით. ზოგიერთი სპეციალისტი გვირჩევს ტრიგემინული ნერვის პერიფერიული ტოტების ამოკვეთასთან (ამოგრეხასთან) ერთად ამოვკვეთოთ თანამოსახელე სისხლის ძარღვებიც. ქვედა ალვეოლური ნერვის ამოკვეთა ხდება პირშიგნითა მიდგომითაც. განაკვეთი ტარდება გარდამავალ ნაოჭზე პრემოლარებისა და მოლარების არეში. გაშიშვლდება ქვედა ყბის გარეთა კედელი და ნიკაპის ხვრელიდან უკან ბორით მოიხსნება

ქვედა ყბის არხის გარეთა კედელი სათანადო სიღრძეზე. ამოიკვეთება ნერვის შესაბამისი სეგმენტი. არსებობს თვალბუდის ქვედა ნერვის ამოკვეთის (ამოგრეხის) წესი პირგარეთა მიდგომით, მაგრამ იგი გარკვეულ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული და პრაქტიკულად არ გამოიყენება. ოპერაციის შემდეგ რჩება დამამახინჯებელი ნაწიბური, არის სახის ნერვის იმ ტოტის დაზიანების შესაძლებლობა, რომელიც ანერვიანებს ქვედა ქუთუთოს.

სამწვერა ნერვის პერიფერიულ ტოტებზე ოპერაციის (ნევროტომია, ნერვექტომია, ნერვეგზერესი) შემდეგ ყველა ავადმყოფში ადგილი აქვს რეციდივებს 3 თვიდან 2 წლამდე ვადაში. ნერვის რეგენერაციისათვის ხელის შეშლის მიზნით ნერვეგზერესის შემდეგ ძვლოვანი არხების ხვრელებს, საიდანაც გამოდიან ნერვები, ბუჟენენ ხის, ძვლის ან მეტალის შტიფტებით ან კუნთის ნაწილით, სანთლით, პარაფინით და ა.შ. მაგრამ ეს მექანიკური წინააღმდეგობები ვერ უშლიან ხელს ნერვული ბოჭკოების რეგენერაციას, ამასთან, ერთ შემთხვევაში ნერვის რეგენერაციას აქვს ფუნქციური ხასიათი და ვითარდება აქსონის აღდგენა, სხვა შემთხვევაში რეპარაციული პროცესები მიმდინარეობენ ჭარბი ზრდის ფორმით და წარმოიქმნება ნევრინომა. რეგენერაციისათვის ხელის შეშლის მიზნით მოწოდებულია ტრიგემინული ნერვის პერიფერიული ტოტების გადაკვანძა, რეზექციის ან ეგზერესის შემდეგ ნერვის ცენტრალური კუნთის ელექტროკოაგულაცია, კრიოდამუშავება. აღნიშნული ღონისძიებები რამდენადმე ახანგრძლივებს რემისიების პერიოდს.

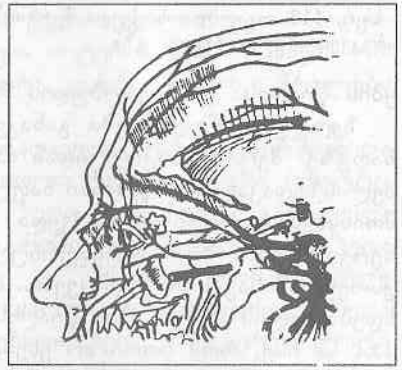
ტრიგემინული ნერვის პერიფერიული ტოტების (თვალბუდის ქვედა და ნიკაპის ნერვები) უფრო ფართედ ამოკვეთის მიზნით ხსნიან ჰაიმორის ღრუს თვალბუდის ქვედა ხვრელის და ქვედა ყბის არხს ნიკაპის ხვრელის არეში. თვალბუდის ქვედა არხის ქვედა კედელს ჰაიმორის ღრუს მხრიდან ხსნიან და იღებენ თვალბუდის ქვედა ნერვის შეძლებისდაგვარად მეტ სეგმენტს. ასევე ქვედა ყბის არხის გარეთა კედლის მოხსნის შემდეგ ამოიკვეთება ქვედაალვეოლური ნერვის შეძლებისდაგვარად მეტი სეგმენტი. ოპერაციიდან 2 წლის შემდეგ რეციდივი აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 26%-ს.

(პირველ ოპერაციას ტრიგემინული ნევრალგიის გამო მიაწერენ შლიხტინგს — Schlichting, რომელმაც 1748 წ. გადაკვეთა

თვალბუდის ქვედა ნერვი. ტირშმა — Tiersch ამავე მიზნით პირველმა შეასრულა ნერვეგზერესი 1889 წელს).

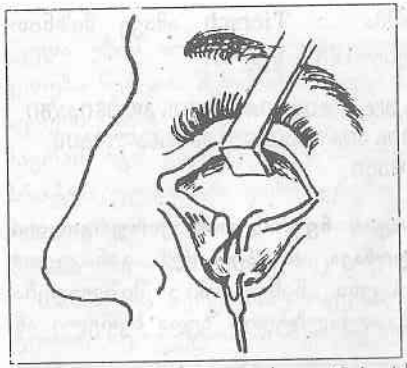
თბილისის სამედიცინო აკადემიის ყბა-სახის ქირურგიის კლინიკაში ვიღებული ჭეშმარიტი ნევრალგიის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები

სამწვერა ნერვის პირველი ტოტის ნევრალგიის ქირურგიული მკურნალობა (ო. ნემსაძე, ჭ. თურნავა, თ. ნემსაძე). განაკვეთი ტარდება წარბზე, მის ცხვირისკენა ნახევარში შიშვლდება თვალბუდის ზედა კიდე: მოინახება თვალბუდის ზედა ხვრელი ან ამონაჭდევი და შუბლის ამონაჭდევი. ხდება თვალბუდის ზედა ნერვის ორივე ტოტის (მედიალური და ლატერალური) მობილიზაცია შუბლის რბილი ქსოვილებისაგან და მისი გადაკვეთა ქსოვილების საზღვარზე. ბორის საშუალებით ტარდება თვალბუდის ზედა ხვრელის ქვედა კედლის რეზექცია და ამით ხვრელის გაუქმება. თვალბუდის ქსოვილები გაითიშება თვალბუდის ზედა კედლიდან და ინსტრუმენტის დახმარებით გადაიწევა ქვევით. ხდება თვალბუდის ზედა ნერვის იზოლირება, რომლის ერთი ბოლო გადაკვეთილია შუბლის რბილი ქსოვილების საზღვარზე და გამოტანილია თვალბუდის ზედა ხვრელიდან მისი გაუქმების შემდეგ. ნერვს დაეჭიმავთ და გადავკვეთავთ თვალბუდის ზედა ნაპრალის არეში (სურ. 115), სადაც მას შუბლის ნერვი ეწოდება. ჭრილობები იკერება ყრუდ არსებული წესით. ოპერაციის დროს საჭიროა ყურადღება მიექცეს შესაძლო ანომალიებს ორი ან მეტი თვალბუდის ზედა ხვრელისა და რამდენიმე თვალბუდის ზედა ნერვის ტოტის არსებობას. ასეთი ანომალიის შემთხვევაში საჭიროა ყველა ხვრელის გაუქმება.



სურ. 115. თვალბუდის ზედა და შუბლის ნერვის ტოპოგრაფია.

სამწვერა ნერვის მეორე ტოტის ნევრალგიის ქირურგიული მკურნალობა (ო. ნემსაძე, ჭ. თურნავა). სამწვერა ნერვის მეორე ტოტის ნევრალგია დასაწყისში ვლინდება ტკივილებით თვალბუ-



სურ. 116. თვალბუდის ქვედა ნერვის ამოკვეთის თვალბუდის გზა.

დის ქვედა ნერვის საინერვაციო ზონაში. შემდგომში ტკივილები ვრცელდება ზედა ალვეოლური ნერვების საინერვაციო ზონაზეც. პირველ შემთხვევაში ხდება თვალბუდის ქვედა ნერვის ამოკვეთა მთელ სიგრძეზე, მეორე შემთხვევაში კი ამასთან ერთად გადაიკვეთება ზედა ალვეოლური ნერვები ზედა ყბის ბორცვის არეში.

თვალბუდის ქვედა ნერვის ამოკვეთა ხდება ორი გზით: ზედა ყბის წიაღისა და თვალბუდის მხრიდან.

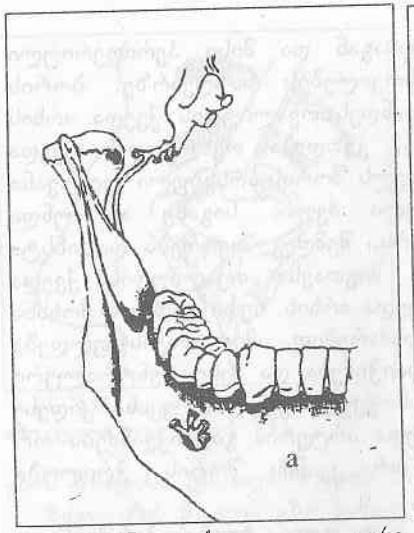
ზედა ყბის წიაღის გზა: განაკვეთი ტარდება ზედა გარდამავალ ნაოჭზე მეორე საჭრელიდან პირველ მოლარამდე. აშრევდება ძვლისზედაკან-ლორწოიანი ნაფლეთი თვალბუდის ქვედა კიდემდე. მოინახება თვალბუდის ქვედა ხვრელი და თვალბუდის ქვედა ნერვი. ხდება მისი პერიფერიული ბოლოს მობილიზაცია რბილი ქსოვილებისაგან და გადაკვეთა. ბორის დახმარებით ეშვის ფოსოში ხდება ძვლის (ზედა ყბის წიაღის წინა კედლის) რეზექცია ზომით 1x1 სმ ისე, რომ ბორი არ ეხებოდეს თვალბუდის ქვედა ხვრელსა და ნერვს. თვალბუდის ქვედა ხვრელის ქვედა კიდე მოიხსნება ძვლის საკვნეტით. რასპატორის ან ელევატორის დახმარებით ხდება თვალბუდის ქვედა არხის ქვედა კედლის მოხსნა, იხსნება თვალბუდის ქვედა ღარის ქვედა კედელიც. სასურველია შეძლებისდაგვარად მოიხსნას ამ არეში ზედა ყბის წიაღის მიმდებარე გვერდითი კედლის შესაბამისი უბანი, რომელიც საზღვრავს წიაღსა და ფრთასასის ფოსოს. გამოიყოფა თვალბუდის ქვედა ნერვი, დაიჭიმება და გადაიკვეთება ფრთასასის ფოსოს საზღვარზე. თვალბუდის ქვედა არტერია გადაიკვანძება ორ წერტილში და გადაიკვეთება ორ კვანძს შორის. ჭრილობა იკერება ყრუდ. თუ ზედა ყბის წიაღი ჯანმრთელია ცხვირის ქვედა გასავალში, დამატებითი ხვრელის შექმნა წიაღის შესაბამისი ტამპონადითა და მისი ერთი ბოლოს ამ ხვრელში გამოტანით საჭირო არ არის.

თვალბუდის გზა: განაკვეთი კეთდება თვალბუდის ქვედა კედელზე მის მედიალურ ნახევარში. გაიშვლდება თვალბუდის ქვედა კიდე, თვალბუდის ქვედა ხვრელი. ხდება თვალბუდის ქვედა ნერვის

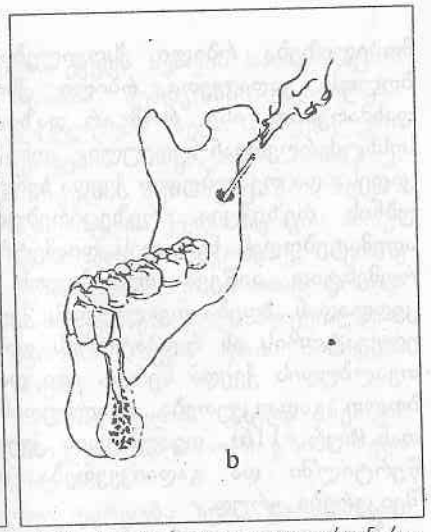
მობილიზება რბილი ქსოვილებისაგან და მისი პერიფერიული ბოლოს გადაკვეთა რბილი ქსოვილების საზღვარზე. ბორის დახმარებით, ისე, რომ არ დაზიანდეს თვალბუდის ქვედა არხის სისხლძარღვოვან-ნერვული კონა, კეთდება თვალბუდის ქვედა კიდესა და თვალბუდის ქვედა ხვრელს შორის არსებული ძვლოვანი უბნის რეზექცია. რეზეცირებული ძვლის სიგანე არ უნდა აღემატებოდეს ხვრელის დიამეტრს. შემდეგ აითიშება და ინსტრუმენტით აიწევა თვალბუდის შიგთავსი თვალბუდის ქვედა კედლიდან. ხდება თვალბუდის ქვედა არხის ზედა კედლის მოხსნა ელევატორის ან რასპატორის დახმარებით. ამით თავისუფლდება თვალბუდის ქვედა ნერვი. იგი დაიჭიმება და მისი ცენტრალური ბოლო გადაიკვეთება თვალბუდის ქვედა კედლის უკანა კიდესთან. (სურ. 116). თვალბუდის ქვედა არტერია გადაიკვანძება ორ წერტილში და გადაიკვეთება ორ კვანძს შორის. ჭრილობა შეიკერება ყრუდ.

ზედა ალვეოლური ნერვების გადაკვეთა ხდება პირშიგნითა მიდგომით და მას შეიძლება ვუწოდოთ ტუბერული გზა. როგორც ცნობილია, ფრთასასის ფოსოში ზედა ყბის ნერვს გამოეყოფა ზედა უკანა ალვეოლური ტოტები, რომლებიც მიემართებიან ზედა ყბის ბორცვისაკენ და შედიან აქ არსებულ თანამოსახელე ხვრელებით ზედა ყბის სისქეში და ძირითადად ანერვიანებენ ზედა მოლარებს ღრძილის შესაბამისი უბნით. ზედა ყბის ნერვის ტოტი თვალბუდის ქვედა ნერვი ფრთასასის ფოსოდან შედის თვალბუდეში თვალბუდის ქვედა ნაპრალით, მდებარეობს თვალბუდის ქვედა ღარში. შემდეგ შედის თვალბუდის ქვედა არხში და თანამოსახელე ხვრელით გამოდის სახეზე. თვალბუდის ქვედა ღარსა და არხში თვალბუდის ქვედა ნერვი გამოყოფს ზედა ალვეოლურ შუა და წინა ტოტებს, ანერვიანებს რა პრემოლარებს, ეშვს, საჭრელებს და შესაბამისი ღრძილის არეს.

ზედა ალვეოლური შუა და წინა ნერვები (ტოტები) იკვეთება თვალბუდის ქვედა ნერვის ზემოაღნიშნული წესით ამოკვეთასთან ერთად. მაგრამ ამ შემთხვევაში დაუზიანებელი რჩება ზედა ალვეოლური უკანა ტოტები. ამ ტოტების გადაკვეთის მიზნით განაკვეთი ტარდება ზედა გარდამავალ ნაოჭზე მოლარების მიდამოში. ძვლის რასპატორის დახმარებით რბილი ქსოვილები აშრევდება ზედა ყბის ბორცვის არეში მთელ სიგრძეზე. ამ დროს, ბუნებრივია, ხდება ბორცვზე არსებული ზედა უკანა ალვეოლურ ხვრელებში შემავალი თანაბოსახელე ნერვების გაწყვეტა. იმისათ-



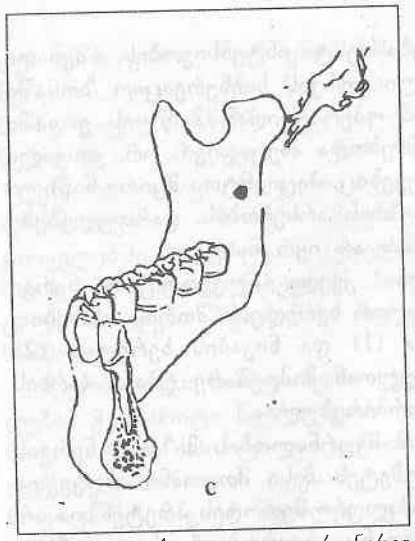
სურ. 117 a. ქვედა ალვეოლური ნერვის ტოპოგრაფია. ხედი გარედან. ნიკაპის ნერვი გადაკვეთილია.



სურ. 117 b. ქვედა ალვეოლური ნერვი გადაკვეთილია ცენტრალურ ბოლოსთან (ოვალურ ხვრელთან) ახლოს.

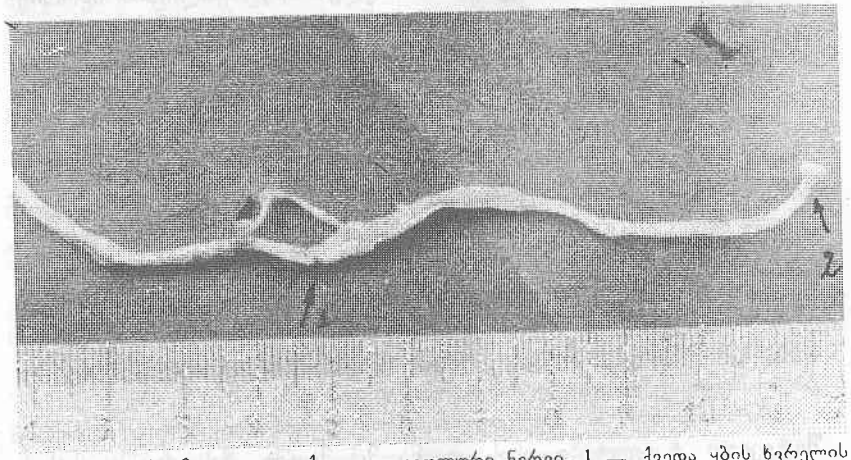
ვის, რომ არ მოხდეს დაზიანებული ნერვული ტოტების რეგენერაცია, ბორცვის მიდამოში შეგვაქვს იოდოფორმის ფილთა ან სანთლის თხელი ფირფიტა 7-10 დღით. ჭრილობა იკერება არსებული წესით.

სამწვერა ნერვის მესამე ტოტის ნევრალგიის ქირურგიული მკურნალობა(ო. ნემსაძე, ქ. თურნავა,). ტარდება პირშიგნითა განაკვეთი ნიკაპის ხვრელის არეში. აითიშება ლორწოვან-ძვლის-ზედაკანოვანი ნაფლეთი. შიშვლდება ხვრელის მიდამო. ხდება ნიკაპის ნერვის მობილიზაცია რბილი ქსოვილებისაგან. გადაიკვეთება ნერვი რბილი ქსოვილების საზღვარზე. მეორე განაკვეთი ტარდება რეტრომოლარულ მიდამოში ვერტიკალურად ზევით ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდის გასწვრივ მის ზედა მესამედამდე. შიშვლდება ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირი. მოინახება ქვედა ყბის ხვრელი, საიდანაც ამოიღება ქვედაალვეოლური ნერვის პერიფერიული ნაწილი. ინსტრუმენტის (მომჭერის) საშუალებით ხდება ნერვის დაჭიმვა და მისი გადაკვეთა შეძლებისდაგვარად ოვალური ხვრელის ახლოს (ნახ. 117). ჭრილობები იკერება ყრუდ არსებული წესით.



სურ. 117 c. ქვედა ალვეოლური ნერვი მთლიანად ამოღებულია ნიკაპის ნერვის ნაწილთან ერთად.

აღნიშნული მეთოდებით ოპერაცია გაუკეთდა სამწვერა ნერვის ჭეშმარიტი ნევრალგიის შეუპოვარი ფორმით დაავადებულ პაციენტებს, რომლებსაც წლების განმავლობაში ჩატარებული ჰქონდათ როგორც კონსერვატიული, ისე ქირურგიული (ალკოჰოლიზაცია, ნერვეგზერესი) მკურნალობა. ნერვეგზერესიან პაციენტების უმრავლესობაში უკვე ერთი წლის შემდეგ ვნახულობდით ნერვის რეგენერაციას. მკურნალობის უახლოესი შედეგები კარგია. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობს დამაკმაყოფილებლად, გართულებები არ არის. ტკივილი იხსნება ოპერაციის დამთავრებისთანავე. დაავადებულთა მცირე ნა-



სურ. 117 d. ამოკვეთილი ქვედა ალვეოლური ნერვი. 1 — ქვედა ყბის ხვრელის მიდამო; 2 — ნიკაპის ხვრელის მიდამო. 1-დან 2-მდე მონაკვეთი ქვედა ყბის არხში მდებარე სეგმენტია. მისი უკანა ნაწილი ჰიპერტროფირებულია.

წილში 1-2 დღე კვლავ გრძელდება სუსტი ინტენსივობის, ი შვიათი სიხშირის ტკივილები. ამოღებული ნერვის საინერვაციო ზონაში ვითარდება მდგრადი ანესთეზია. ოპერაციიდან 2 წლის ვადაში არც ერთ პაციენტს არ აღენიშნებოდა რეციდივი. არ ყოფილა მტკივნეული ანესთეზიის შემთხვევებიც. პაციენტთა მცირე ნაწილი განიცდის ან ვერ ეგუება ანესთეზიის არსებობას. გართულებები შორეული შედეგების შესწავლისას არ იყო ნახული.

117 d სურათზე მოცემულია ქვედა ალვეოლური ნერვი ამოკვეთილი ოვალური და მენტალურ ხვრელებს შორის. ისრებით ნაჩვენებია ქვედა ყბის ხვრელის (1) და ნიკაპის ხვრელის (2) მიდამო. ნერვის ქვედა ყბის ხვრელთან მიმდებარე უბანი (არხის მხრიდან) შეშუპებული და დეფორმირებულია.

და ბოლოს უნდა ითქვას, რომ მკურნალობის მიზნით ნერვის გარკვეული სეგმენტის ან მით უმეტეს მისი მთლიანი ამოკვეთა არაფიზიოლოგიურია დამას ოპტიმალური მეთოდის პრეტენზია არ შეიძლება ჰქონდეს. მაგრამ ვინაიდან ჯერჯერობით არ გაგვაჩნია სამწვერა ნერვის ნევრალგიის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის მეცნიერულად სრულყოფილი თეორიები, არ გაგვაჩნია მკურნალობის ადეკვატური მეთოდები, ნერვული ღეროს გამტარებლობის შეწყვეტა (ნებისმიერი ხერხით) ითვლება მკურნალობის ამორჩევით მეთოდად, ხოლო ნევრალგიის შეუპოვარი ფორმებით დაავადებულებში მკურნალობის ერთადერთ, რადიკალურ საშუალებად.

ენა-ხახის ნერვის ნევრალგია

ენა-ხახის ნერვის ნევრალგია იშვიათი დაავადებაა, ძირითადად ცალმხრივია, გვხვდება ხანდაზმულებსა და მოხუცებში. იგი შეიძლება იყოს ჰეშმარიტი და სიმპტომური. ჰეშმარიტი ნევრალგიის მიზეზის დადგენა არ ხერხდება, სიმპტომურის მიზეზი შეიძლება იყოს გრიპი, არაქნოიდიტი, ქრონიკული ტონზილიტი, სისხლძარღვოვანი დაავადებები, ჰიპერტროფიული სადგისებრი მორჩი, უცხო სხეული, ქალას უკანა ფოსოს ფუძის სიმსივნე და ა.შ.

ენა-ხახის ნერვის ნევრალგიისათვის დამახასიათებელია ძლიერი, შეტევითი ტკივილები ენის უკანა მესამედში, მის ძირში, სასის ფარდაზე, ტონზილებზე, ხახის ზედა ნაწილში. ტკივილები ვრცელდება ყურში, თვალში, ქვედა ყბის კუთხისა და კისრის მიმართულებით. ტკივილების ხანგრძლივობა რამდენიმე წამიდან 1-3 წუთამდე. იმის გამო, რომ ენა-ხახის ნერვს კავშირი აქვს სამწვერა ნერვთან, ტკივილები შეიძლება გავრცელდეს სამწვერა ნერვის საინერვაციო ზონებში. ტკივილები შეიძლება აღმოცენდეს თვითნებითად ან გამოწვეული იქნას რომელიმე მექანიკური ფაქტორით (კვება, ლაპარაკი, სიცილი, ხველება, მთქნარება). „ტრიგერული“ („ჩახმახოვანი“) ზონები მდებარეობენ ენის ძირში, ნუშურა ჯირკვლებში, ხახის უკანა კედელში. ტკივილების შეტევების დროს სახის შესაბამისი ნახევრის ჰიპერემიასთან ერთად აღინიშნება ცრემლის დენა შესაბამის მხარეზე და ჰიპერსალივაცია, ხახის სიმშრალე.

მკურნალობა: სიმპტომური ნევრალგიის დროს მიზეზის მოცილება, ჰეშმარიტი ნევრალგიის დროს ენა-ხახის ნერვის ბლოკადა ნოვოკაინით, სპირტნოვოკაინით (1:10 ან 2:10-ზე განზავებით), დექსამეტაზონით ან დექსამეტაზონნოვოკაინის ხსნარით (1:5-ზე). ნოვოკაინის მაგიერ შეიძლება გამოყენებული იქნეს უფრო მძლავრი ანესთეტიკები (ლიდოკაინი, ტრიმეკაინი, მეპივაკაინი და სხვა). ბლოკადისათვის ზემოაღნიშნული ხსნარების 3-5 მლ შეიყვანება ენის ძირში. ეფექტურია ხახის უკანა კედლის აპლიკაცია დიკაინის 3%-იანი ხსნარით. იყენებენ აგრეთვე ანალგეტიკებს, ვიტამინებს. შეუპოვარი ფორმების დროს მიმართავენ ქირურგიულ მკურნალობას — ენა-ხახის ნერვის გადაკვეთას.

ენის ნერვის ნევრალგია

ენის ნერვის ნევრალგიის დროს ძლიერი, შეტევითი ტკივილები ლოკალიზებულია ენის წინა ნახევარში სათანადო მხარეზე. „ტრიგერული“ („ჩახმახოვანი“) ზონები მოთავსებულია ენის წვერზე და მის გვერდით ზედაპირზე წინა ნახევარში. უფრო ხშირად ენის ნერვის ნევრალგია გვხვდება ქვედა ალვეოლური ნერვის ნევრალგიასთან ერთად.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ენის და ენა-ხახის ნერვებს შორის იოლია. ამ მიზნით აკეთებენ მანდიბულურ ანესთეზიას. ენის ნერვის ნევრალგიის დროს ამ ანესთეზიით ტკივილი იხსნება, ენა-ხახის ნერვის ნევრალგიის დროს ტკივილი რჩება.

მკურნალობა: ენის ნერვის ბლოკადა ნოვოკაინით, სპირტნოვოკაინით რეტრომოლარულ მიდამოში. მედიკამენტური მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში მიმართავენ ქირურგიულ მკურნა-

ლობას (ნერვის რეზექცია). ჩვენ ენის ნერვის გადაკვეთას ვახდენთ შეძლებისდაგვარად ახლოს ოვალურ ხვრელთან. ამისათვის რეტრომოლარული მიდამოდან ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეზე გატარებული განაკვეთით ვახდენთ ტოტის შიგნითა ზედაპირის სკელეტიზაციას, გამოვყოფთ ენის ნერვს, დავჭიმავთ მის ცენტრალურ ბოლოს და გადავკვეთავთ მას ფრთათაშუა სივრცეში.

სახისა და კისრის მიდამოს ნევრალგიული სინდრომები

გარდა სამი ძირითადი ტოტისა, გარკვეული პათოლოგიური მდგომარეობა შეიძლება განვითარდეს სამწვერა ნერვის სხვა წვრილ ტოტებში და მოგვცეს ტრიგემინული ნევრალგიის მსგავსი კლინიკური სურათი. ისინი აღწერილია სინდრომების სახით და ცნობილი არიან მათი პირველაღმწერთა სახელებით.

ჩარლინის სინდრომი *(ცხვირწამწამოვანი ნერვის ნევრალგია)* აღწერა ჩილელმა ოფტალმოლოგმა ჩარლინმა (Charlin) 1931 წ. იგი ხასიათდება აუტანელი შეტევითი ტკივილებით ცხვირის შესაბამის ნახევარში, თვალის კაკალსა და წარბზედა მიდამოში; თანდართულია გამოხატული ვეგეტატიური მოვლენებით: ცრემლის დენით, გამონადენით სათანადო ნესტოდან. დაზიანებულ მხარეზე ცხვირის ლორწოიანი გარსი შესივებულია, თვალის წინა ნაწილში შეიძლება იყოს კერატოკონიუნქტივიტის მოვლენები. თვალის შიდა კუთხე პალპაციით მტკივნეულია. ტკივილები წარმოიქმნებიან ღამით და შეიძლება გაგრძელდეს მთელი დღე და ღამე ან მეტი. დაავადება ვითარდება ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის პირებში. „ტრიგერული“ („ჩახმახოვანი“) ზონები ჩარლინის სინდრომისათვის დამახასიათებელი არ არის.

დაავადების ეტიოლოგიური ფაქტორი ცნობილი არ არის, თუმცა იგი ხშირად მიმდინარეობს ცხვირის დანამატი ღრუების ანთების ფონზე.

მკურნალობა. გამოიყენება ნევრალგიის ყველა კონსერვატიული სამკურნალო საშუალება და ბლოკადები. როგორც სამკურნალო, ისე სადიაგნოსტიკო საშუალებას წარმოადგენს ტკივილების შეტევების დროს ცხვირის ღრუს წინა ნაწილის აპლიკაცია დიკაინის ან კოკაინის 5%-იანი ხსნარით. ტკივილები მალე (2-3 წუთში) ქრება. მკურნალობის მიზნით უმჯობესია დიკაინის 5 მლ-ს

დაემატოს ადრენალინის (ეფედრინის, მეზატონის, ნაფთიზინის) 0,1%-იანი ხსნარის 5 წვეთი (5-7 დღით).

დაავადებისათვის დამახასიათებელია ხანგრძლივი (2-3 წელი) რემისიები.

ჩარლინის სინდრომთან შედარებით უფრო ხშირია ცხვირწამწამოვანი ნერვის ცალკეული ტოტების დაზიანება, ე.წ. ცხვირწამწამოვანი ნერვის ორმხრივი სინდრომი. ამ დროს უფრო ხშირად ზიანდება ცხვირწამწამოვანი ნერვის ის ტოტები, რომლებიც ანერვიანებენ თვალის არეს: n.ciliares longi — წამწამოვანი დიდი ნერვები (ანერვიანებენ თვალის კაკალს) და n.infratrochlearis — ჭაღქვეშა ნერვი (ანერვიანებს საცრემლე პარკს, კონიუნქტივას, თვალის გარეთა კუთხეს).

თვალის კაკლისა და თვალის უკანა არეში შეტევითი ტკივილები ვითარდება უპირატესად საღამოს ან დილით და გრძელდება რამდენიმე საათს ან დღეს. სხვა სიმპტომებიდან აღსანიშნავია: სინათლის შიში, გაძლიერებული თვალის ხამხამი, თვალის ირგვლივ ჰიპერემია და შეშუპება, თვალის ნაპრალის შევიწროება; ცრემლდენა; იშვიათად თვალის სიმშრალე, კონიუნქტივის და სინათლეზე გუგის რეფლექსის დაქვეითება ან დაკარგვა, ანიზოკორია, პალპაციით თვალის კაკლის და თვალის მედიალური კუთხის ტკივილი.

მკურნალობა: ეფექტურია ადგილობრივი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები არანარკოტიკულ ანალგეტიკებთან ერთად, ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ვიტამინები — თვალში (ხან ერთ ხან მეორე) აწვეთებენ დიკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 1-2 წვეთს (მკურნალობის კურსი 1 კვირა), ცხვირში დიკაინის ან კოკაინის აპლიკაცია ზემოაღნიშნული წესით. თვალში და ცხვირში ადგილობრივი ანესთეტიკების გამოყენებას სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობაც აქვს. თუ თვალში ჩაწვეთებული ანესთეტიკი ხსნის შეტევებს, ტკივილი გამოწვეული ყოფილა წამწამოვანი დიდი ნერვების დაზიანებით, თუ ტკივილს ხსნის ცხვირის ლორწოიანის აპლიკაცია ცხვირის ზედა ნიჟარასთან (ნიჟარის ზემოთ გამოდის ჭაღქვედა ნერვი), ტკივილი გამოწვეული ყოფილა ჭაღქვედა ნერვით.

ფრეის სინდრომი *(ყურ-საფეთქლის ნერვის ნევრალგია).* აღწერა ფრეიმ (Frey) 1923 წ. დაავადება აღწერილია თავში „სანერწყვე ჯირკვლების პათოლოგია“.

ფაილის სინდრომი *(ფრთისებრი ნერვის ნევრალგია).* აღნიშნული ნერვი აერთებს დიდ ზედაპირულ კლდოვან ნერვს (n. petrosus superficralis major — სახის ნერვის ტოტი) და ღრმა კლდოვან ნერვს (n. petrosus profundus — შიგნითა საძილე არტერიის სიმპათიკური წნულის ტოტი). ეს ორი ნერვი ფრთა-სასის ფოსოში შედის ფრთისებრი არხით, სადაც ერთდებიან და წარმოქმნიან ფრთისებრი არხის ნერვს (n. canalis pterigodei).

შეტევითი ხასიათის ტკივილები იწყება ღამით ორბიტისა და ცხვირის არეში და ვრცელდებიან სახეში, ყურში, კბილებში, თავში, ბეჭში. ვინაიდან ფრთისებრი ნერვი კლდოვანი ნერვების საშუალებით უკავშირდება ფრთა-სასის და მუხლიან კვანძებს, ტკივილები შეიძლება გავრცელდეს სახეში და კისრის მიმართულებით. ტკივილების შეტევის ხანგრძლივობა ერთიდან რამდენიმე საათამდე.

დაავადების მიზეზი უცნობია. უფრო ხშირად მას აკავშირებენ ცხვირის დანამატი წიაღების ანთებით პროცესებთან.

მკურნალობა. ანალგეტიკები, ანტიბიოტიკები, ვიტამინები (B ჯგუფის). თუ ცნობილია გამომწვევი მიზეზი — ძირითადი დაავადების მკურნალობა.

რეიხერტის სინდრომი *(დაფის ნერვის ნევრალგია, დაფის წნულის ნევრალგია).* აღწერა ამერიკელმა ქირურგმა რეიხერტმა (Reichert). დაფის ნერვი ენა-ხახის ნერვის ტოტია. დაფის ნერვის საბოლოო ტოტები შიგნითა საძილე არტერიის სიმპათიკური წნულის ტოტებთან ერთად ქმნიან დაფის ნერვულ წნულს.

რეიხერტის სინდრომის დროს მწვავე შეტევითი ტკივილები მოულოდნელად წარმოიქმნება გარეთა სასმენ მილში და ვრცელდება სახესა და დვრილისებრი მორჩის არეში. დასაწყისში ტკივილები შეიძლება განმეორდეს დღეში რამდენიმეჯერ. დაავადებას ახასიათებს რემისიები რამდენიმე თვის ხანგრძლივობით. პალპაციით აღინიშნება მტკივნეულობა გარეთა სასმენი მილის არეში, *განსაკუთრებით მისი წინა კედლის პალპაციის დროს.* დაავადების სხვა ობიექტური ნიშანი არ ვლინდება.

ეტიოლოგიური ფაქტორი უცნობია.

მკურნალობა. ანალგეტიკები სალიცილატებთან და ანტიჰისტამინურ პრეპარატებთან ერთად, B ჯგუფის ვიტამინები, ანტიბიოტიკები, ბლოკადები ან ელექტროფორეზი ადგილობრივი ანესთეტიკებით. შეუპოვარი ფორმების დროს მიმართავენ მკურნალობის ქირურგიულ მეთოდს — ენა-ხახის ნერვის გადაკვეთა.

ჰანტის სინდრომი (მუხლებიანი კვანძის განგლიონიტი, მუხლებიანი კვანძის ნევრალგია, zoster oticus, syndrom ganglii geniculati). აღწერა ამერიკელმა ნევროპათოლოგმა ჰანტმა (Hunt James Ramsay).

დამუხლული კვანძი (ganglion geniculati) მიეკუთვნება შუამდებარე ნერვის მგრძნობიარე ნაწილს. დაავადება იწყება პერიოდული ან მუდმივი ტკივილებით ცალ ყურში, რაც ზოგჯერ ვრცელდება სახეში, კისერში, კეფაში. შემდეგ ჩნდება გამონაყარი მუხლებიანი კვანძის საინერვაციო ზონაში: დაფის ღრუში, დაფის აპკზე, გარეთა სასმენ მილში, ყურის ნიჟარაზე, სასაზე, ზოგჯერ კი ენაზე, სახეზე და თავის თმიან ნაწილზე შესაბამის მხარეზე. ამ პერიოდში ვითარდება შეტევითი ტკივილები გარეთა სასმენ მილში, დაფის აპკში, ყურის ნიჟარის არეში. იმის გამო, რომ მუხლებიანი კვანძი დაკავშირებულია სახის ნერვთან, დაავადების პირველი ათი დღის განმავლობაში შეიძლება განვითარდეს სახის მიმიკური კუნთების პარეზი, რომელიც შემდეგ აღდგება.

აღინიშნება აგრეთვე ცრემლის გამოყოფისა და სალივაციის მოშლა, შუილი ყურში, სმენის დაქვეითება, ენის წინა ორ მესამედში გემოვნების დარღვევა, ზოგჯერ თავბრუხვევა და ჰორიზონტალური ნისტაგმი, გარეთა სასმენი მილის, ენის წინა მესამედში და შესაძლოა სახის ნახევარში ჯერ ჰიპერესთეზია, შემდეგ კი ჰიპესთეზია.

პროგნოზი კარგია. დაავადება გრძელდება რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვე. ზოგჯერ ვითარდება რეციდივი.

მკურნალობა. ანალგეტიკები, ბლოკადები (ნოვოკაინი კანქვეშ გარეთა სასმენი მილის წინ). ადგილობრივი ანესთეტიკის ელექტროფორეზი. ვიტამინები (B ჯგუფის). იმის გამო, რომ დაავადების გამომწვევი არის ვირუსი, მიზანშეწონილია ანტივირუსული მკურნალობა (ინტერფერონი, პროდიგიოზანი და ა.შ.). იყენებენ განგლიობლოკატორებს, გლუკოკორტიკოსტეროიდებს (კარგ შედეგებს იძლევა დექსამეტაზონის კანქვეშა ინექციები დაზიანების არეში).

კოსტენის სინდრომი *(პათოლოგიური თანკბილვის სინდრომი)* აღწერა ამერიკელმა ოტორინოლარინგოლოგმა კოსტენმა (L. Costen) 1934 წ. აღწერილია თავში „საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის პათოლოგია“.

სლუდერის სინდრომი *(სლუდერის ნევრალგია, ფრთა-სასის კვანძის ნევრალგია, ფრთა-სასის კვანძის განგლიონევრიტი)* აღწერა კანადელმა ოტოლარინგოლოგმა გ.სლუდერმა (Sluder) 1908 წელს.

ფრთა-სასის კვანძი სახის ვეგეტატიურ (ავტონომიურ) კვანძებს მიეკუთვნება. მის გარდა სახეზე კიდევ ოთხი ძირითადი ვეგეტატიური კვანძია (წამწამოვანი, ყურის, ყბისქვეშა და ენის ქვეშა). ფრთა-სასის კვანძს კავშირი აქვს წამწამოვან, ყურის, კისრის ზედა სიმპათიკურ კვანძებთან, სამწვერა, სახის და ენა-ხახის ნერვებთან. ფრთა-სასის კვანძს აქვს სამი ძირითადი ფესვი. მგრძნობიარე ფესვი იქმნება ზედა ყბის ნერვისაგან, პარა-სიმპათიკური — სახის ნერვისაგან და სიმპათიკური — შიგნითა საძილე არტერიის წნულისაგან. ფრთა-სასის არხისა და ხვრელის საშუალებით ფრთა-სასის კვანძი უზრუნველყოფს ცხვირის, მაგარი და რბილი სასის ლორწოიანი გარსის, ზედა კბილების პულპის, საყლაპავის ზედა ნაწილის, ზედა ყბის, ძირითადი და ეთმოიდური წიაღების ვეგეტატიურ და მგრძნობიარე ინერვაციას, თვალბუდის ქვედა ნაპრალიდან კი საცრემლე ჯირკვლის ინერვაციას.

დაავადების მიზეზი შეიძლება გახდეს ვირუსული ინფექცია, გრიპი, ზედა ყბის, ძირითადი და ეთმოიდური წიაღების ანთებითი პროცესები, ოდონტოგენური ინფექციები, ქრონიკული ტონზილიტი; მნიშვნელობა აქვს ალერგიულ და მექანიკურ ფაქტორებს, ცხვირის ძგიდის გამრუდებას. ხშირად ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა არ ხერხდება.

სლუდერის სინდრომი იშვიათი დაავადებაა. იგი გვხვდება ატომატონევრალგიურ ავადმყოფთა 1,1%-ში. დაავადებას ახასიათებს მტკივნეული პაროქსიზმები, ვეგეტატიურ-სისხლძარღვოვანი მოშლა და ემოციური დარღვევები. უფრო ხშირად ღამით ვითარდება უეცარი, ძლიერი ტკივილი თვალში, ორბიტის ირგვლივ, ენის ძირის არეში, ზედა ყბაში, ზოგჯერ კი ქვედა ყბის კბილებსა და ღრძილებში და შეიძლება გავრცელდეს საფეთქლის, ყურის ნიჟარის, კეფის, კისრის, ბეჭის, მხარის, წინამხარის და მტევნის მიმართულებით.

ვეგეტატიური სიმპტომებიდან ვითარდება სახის ნახევრის შეწითლება და შეშუპება, ცრემლდენა და გამონადენი სათანადო ნესტოდან. შეტევების ხანგრძლივობა რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე, ზოგჯერ რამდენიმე დღე. შეტევების ჩაწყნარების შემდეგ ვეგეტატიურ-ტროფიკული მოშლილობა გრძელდება რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე.

მკურნალობა. ტკივილების შეტევების დროს იყენებენ დიკაინის ან კოკაინის 5%-იანი ხსნარის აპლიკაციას შუა ნიჟარის უკან. იყენებენ განგლიობლოკატორებს. შეუპოვარ შემთხვევებში მიმართავენ ბლოკადებს: საანესთეზიო ხსნარი შეჰყავთ ფრთა-სასის არხში, სასის დიდი ხვრელიდან და პირგარეთა მიდგომით ყვრიმალქვეშა ფრთისებრი გზით. კარგ შედეგებს იძლევა გლუკოკორტიკოსტეროიდების გამოყენება (ფრთა-სასის ფოსოში ჰიდროკორტიზონის ან დექსამეტაზონის შეყვანა ან კვანძის საპროექციო არეში ჰიდროკორტიზონის ფონოფორეზი).

კარგ შედეგებს იძლევა სპაზმოლიტიკური საშუალებები (განგლერონი, დიბაზოლი, პაპავერინი), ქოლინოლიზური საშუალებები (პლატიფილინი, ბელადონა, მეტაცინი). ფიზიოთერაპიული პროცედურებიდან იყენებენ დიადინამიურ დენებს, ლაზერს, უმს, აგრეთვე რენტგენოთერაპიას. თუ დაავადება მიმდინარეობს ანთებითი მოვლენების ფონზე, საჭიროა ანტიბიოტიკები.

ოპენჰეიმის სინდრომი *(წამწამოვანი კვანძის დაზიანება).* დაავადებას ახასიათებს უეცარი, ძლიერი შეტევითი, უმიზეზო ხშირი ტკივილები თვალის კაკალში და მის უკან. შეტევების ხანგრძლივობა რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე. შეტევების დროს ადგილი აქვს სინათლის შიშს, ცრემლდენას. შეიძლება განვითარდეს კონიუნქტივიტი და კერატიტი. ცხვირის და შუბლის კანზე შესაბამის მხარეზე შეიძლება გამოჩნდეს ჰერპესული გამონაყრები. ოპენჰეიმის სინდრომი ჩარლინის სინდრომისაგან განსხვავდება ტკივილების ლოკალიზაციით მხოლოდ ორბიტაში და ჰერპესული გამონაყრებით.

მკურნალობა. თვალში დიკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 2 წვეთის ჩაწვეთება ხსნის შეტევით ტკივილებს. სამკურნალო მიზნით დიკაინის ჩაწვეთებას ახორციელებენ დღეში ერთხელ ერთი კვირის განმავლობაში. იყენებენ აგრეთვე ანალგეტიკებს, B ჯგუფის ვიტამინებს.

მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი *(როსოლიმო-მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი).* დაავადებისათვის დამახასიათებელია ტრიადა: სახის შეშუპება, სახის ნერვის ნევრიტი და ნაოჭებიანი ენა.

შეშუპება უფრო მკვეთრადაა გამოხატული ტუჩების არეში. ზედა ტუჩი ზოგჯერ 2-3-ჯერ არის გადიდებული. შეშუპება ელასტიკური კონსისტენციისაა, ზომიერად დაჭიმული. შეშუპება შეიძლება განვითარდეს ლოყის, ცხვირის, ქუთუთოების არეში, პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე, სხეულის სხვა ადგილებში.

შეშუპების ეს უბნები შეიძლება გაერთიანდნენ. შეშუპება დასაწყისში რეციდიული ხასიათისაა, შემდგომში მუდმივი ხდება.

შეშუპება უფრო ხშირად ვითარდება ღამით, გრძელდება ერთი კვირიდან 2-3 კვირამდე. დილაობით ტუჩების შეშუპება უფრო ინტენსიურია ვიდრე საღამოს.

სახის ნერვის ნევრიტი უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება შეშუპების გამოჩენის შემდეგ. ავადმყოფთა ნახევარში ადგილი აქვს სახის ნერვის პარეზს ან დამბლას. სახის ნერვის ნევრიტიც დასაწყისში რეციდიული ხასიათისაა. იშვიათად პროცესში შეიძლება ჩაერთოს სხვა ნერვებიც (სამწვერა, თვალის მამოძრავებელი, ენა-ხახის).

სახის ნერვის პარეზის ან დამბლის მექანიზმს ხსნიან სახის ქსოვილების შეშუპებით (რაც იწვევს კომპრესიას) ან შეშუპებით ძვლოვან არხში. ამავე მხარეზე ენის წინა ორ მესამედში ვითარდება გემოვნების დაქვეითება და ცრემლის დენა.

ავადმყოფთა უმეტეს ნაწილში გვხვდება ნაოჭებიანი ენა, ხშირად ვითარდება გრანულომატოზური გლოსიტი. ენა შუპდება, ვითარდება წვის და ტკივილის შეგრძნება, ენის მოძრაობის შეზღუდვა. გრანულომები ენის გარდა ვითარდება ტუჩის, სახის, ლიმფური ჯირკვლების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, ხმოვანი იოგების, ქუთუთოების და სხვა ორგანოების შეშუპებულ ქსოვილებშიც.

ამას გარდა შეიძლება განვითარდეს თითების პარესთეზია, ყლაპვის პერიოდული დარღვევა, შაკიკისებრი პაროქსიზმების ტენდენცია; პროცესი ზოგჯერ თანდართულია რევმატიზმით.

მკურნალობა: დესენსიბილიზაცია (დიმედროლი, სუპრასტინი, ტავეგილი), დეჰიდრატაცია (ფუროსემიდი), ვიტამინები (B_1, B_6, C), გლუკოკორტიკოსტეროიდები (დექსამეტაზონი 3-5 მგ დღეში 2-3 მიღებაზე, ჭამის დროს ან შემდეგ. მკურნალობის კურსი 125 მგ. პრედნიზოლონი 20-30 მგ დღეში. კურსი — 450 მგ); არასპეციფიკური იმუნოთერაპია — პიროგენალი ან პროდიგიოზანი (კურსი — 4-5 ინექცია). ფიზიკური მეთოდებიდან ულტრაბგერა, დიადინამოთერაპია. სახის ნერვის ნევრიტის დროს მკურნალობა აღწერილია თავში *„მიმიკური კუნთების დამბლა“*.

შეგრენის სინდრომი. აღწერილია თავში „სანერწყვე ჯირკვლების პათოლოგია“.

ხორტონის სინდრომი (*პერიოდული მიგრენოზური ნევრალგია, ჰისტამინური ნევრალგია, კლასტერული თავის ტკივილი*, vasodilatatio hemicephalica).

დაავადება ვითარდება ახალგაზრდა ასაკში (20-30 წ.), ძირითადად მამაკაცებში (90%). უეცარი, ხანმოკლე, ცალმხრივი, ძლიერი თავის ტკივილი ჩვეულებრივ წარმოიქმნება ღამით დაძინებიდან 1-2 საათის შემდეგ და გრძელდება 1 საათს, ზოგჯერ 4 საათამდე და მეორდება ყოველდღე. ტკივილი ვითარდება უპირატესად საფეთქლის, თვალბუდის არეში, ზედა ყბაში, კეფაში. ტკივილები გრძელდება რამდენიმე კვირა ან თვე გაზაფხულზე ან შემოდგომაზე. შემდეგ შეუმჩნევლად ქრება 0,5-1 წელი. ტკივილები აუტანელია, ჩხვლეტითი, მბურღავი ხასიათისაა და ზოგჯერ ავადმყოფი მიყავს თვითმკვლელობამდე. შეტევების დროს აღინიშნება ცრემლდენა, რინორეა, ქუთუთოების და ცხვირის ლორწოიანი გარსის შესიება, სუნთქვის გაძნელება (ცხვირიდან). უფრო ძლიერი მტკივნეულობის არეში ოფლის დენა და კანის გაწითლება (რის გამოც დაავადებას აქვს კიდევ ერთი სახელწოდება — *წითელი შაკიკი*).

დაავადების პროვოცირება ხდება 0,35-0,5 მგ ჰისტამინის კანქვეშა მიღებით, აგრეთვე ნიტროგლიცერინის და ალკოჰოლის გამოყენებისას. კუპირება ხდება ადრენალინით ან ჰისტამინური საშუალებებით. გამოკვლევებით დადგენილია ჰისტამინის და სეროტონინის რაოდენობის გადიდება სისხლში შეტევების დასაწყისში, იგი რჩება მაღალი ტკივილების განმავლობაში და უბრუნდება ნორმას ტკივილების ციკლის შეწყვეტისას.

მკურნალობა. ერგოტამინი (პეროორალურად 2 მგ ან ინჰალაციის სახით არა უმეტეს 6-ჯერ დღეში) ხსნის ტკივილებს. ჟანგბადის ინჰალაცია (15 წუთის განმავლობაში); მეთისერგიდის 2 მგ ყოველ 6-8 საათში. ზოგჯერ კარგ შედეგებს იძლევა ინდომეტაცინი (50-250 მგ დღეში). პრედნიზოლონის გამოყენება ხშირად შედეგიანია. კონსერვატიული მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში მიმართავენ დიდი ზედაპირული კლდოვანი ნერვის გადაკვეთას ან სამწვერა ნერვის სენსორული ფესვის ნევროლიზს ან ორივეს ერთად. შედეგები ვარიაბელურია.

სახის შაკიკი ხორტონის სინდრომის ქვედა ტიპს მიაკუთვნა თავის ტკივილების კლასიფიკაციის ამერიკის კომიტეტმა 1962 წ., თუმცა ზოგიერთი სპეციალისტი მას სახის სიმპათალგიად მიიჩნევს, სხვები კი აკუთვნებენ შაკიკთა ჯგუფს. ზედა და ქვედა ყბებში, ნიკაპში, ცხვირის, სასის, კბილების და ჯისრის არეში ცალ მხარეს ვითარდება პულსაციური ტკივილების შეტევები. შეტევების ხანგრძლივობა რამდენიმე საათიდან 1-3 დღემდე. შეტევებს წინ

უსწრებს ხასიათის შეცვლა, იოლი დაღლა. შეტევების სიხშირე და სიძლიერე სხვადასხვაგვარია. დაავადება იწყება 20-30 წლის ასაკში და უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში. ავადმყოფებს აქვთ მიდრეკილება არტერიული ჰიპოტონიისადმი, აგრეთვე ვეგეტატიურ-სისხლძარღვოვანი დისტონიისადმი.

მკურნალობა. იყენებენ ვაზოკონსტრიქტორებს, კერძოდ ერგოტამინს, დიჰიდროერგოტამინს. ერგოტამინი პერორალურად მიღებისას 50% შემთხვევაში ხსნის ტკივილს. თუ პერორალური მიღება იწვევს გულის რევასა და ღებინებას, ერგოტამინს ღებულობენ ენის ქვეშ. თუ შეტევები გრძელდება 24 საათზე მეტ ხანს, ავადმყოფებს ენიშნებათ გლუკოკორტიკოსტეროიდები. პროფილაქტიკის მიზნით იყენებენ β-ბლოკატორს — პროპრანოლოლს.

სეფეთქლის არტერიიტი. საფეთქლის არეში ერთ მხარეს ხანდაზმულებში (60 წლის ასაკს ზევით უფრო ხშირად ქალებში) შეიძლება განვითარდეს ტკივილი, რომელიც ძლიერდება ღეჭვის, ხველის დროს. შემდგომში ვითარდება საფეთქლის არტერიის შესამჩნევი გაფართოება, ძლიერდება პულსაცია. პალპაციით არტერია მკვრივია, მტკივნეული კვანძებით. მხედველობის ნერვის არასაკმარისმა სისხლმომარაგებამ შეიძლება გამოიწვიოს მხედველობის დარღვევები სიბრმავემდე. შემდეგში პულსაცია ქრება. პროცესი შეიძლება გავრცელდეს სხვა სისხლის ძარღვებზეც.

მკურნალობა. სისხლის ძარღვთა გამაფართოებელი საშუალებები (პაპავერინი, ნო-შპა), ანტიჰისტამინური პრეპარატები, პრედნიზოლონი. გლუკოკორტიკოსტეროიდებს იყენებენ ხანგრძლივად (თვეობით). კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში მიმართავენ არტერიის დაზიანებული უბნის ამოკვეთას.

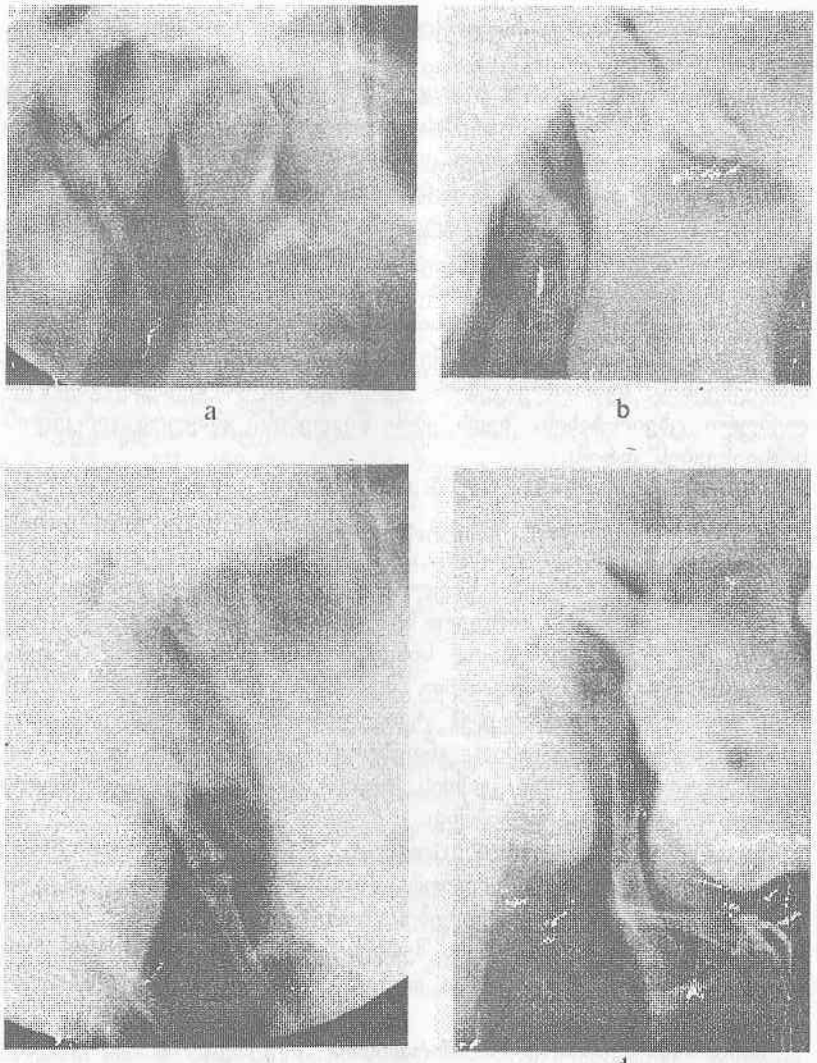
კაროტიდო-ტემპორალური სინდრომი შიგნითა საძილე არტერიის წნულის გაღიზიანების დროს წარმოიქმნება ძლიერი ტკივილები თვალის კაკალში, სახეში, კისერში, ყურებში, კბილებში. სინდრომი შეიძლება იყოს დაკავშირებული უშუალოდ კაროტიდული სინუსის დაზიანებასთან, საძილე არტერიაში სისხლის ნაკადის დარღვევასთან, საძილე არტერიის თრომბოზთან. შიგნითა საძილე არტერიის თრომბოზის დროს ვითარდება გარეთა საძილე არტერიის ტოტების პათოლოგიური გაფართოება. ტკივილების შეტევების დროს აღინიშნება სახის სიფერმკრთალე, შემდეგ ჰიპერემია, რაც თანდართულია საფეთქლის არტერიის გამოხატული პულსაციით. კაროტიდულ სინუსზე ზედაწოლა იწვევს ტკივილების გაძლიერებას. საფეთქლის არტერიის გადაკვანძის შემდეგ ტკივილები წყდება.

გარსენის სინდრომი *(R. Garcin, 1926) (ქალას ფუძეზე ქალა-ტვინის ნერვების ცალმხრივი დაზიანების სინდრომი, ქალა-ტვინის ნერვების ჰემიპლეგია).* დაავადებისათვის დამახასიათებელია ქალა-ტვინის ნერვების ფესვების დაზიანება ქალას ფუძის ერთ მხარეზე. პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია ქალა-ტვინის ნერვების ყველა ფუნქცია (მამოძრავებელი, მგრძნობიარე, ვეგეტატიური) პერიფერიული ტიპით. ამასთან, მოძრაობისა და მგრძნობელობის გამტარებლობის დარღვევები არ აღინიშნება. სინდრომი ვითარდება ქალას ფუძის სარკომის, თავის ტვინის ქვედა ნახევარში ტვინის გარსის სიმსივნეების, ნეიროლეიკემიის, აგრეთვე ქალას ფუძეზე გავრცელებული ცხვირ-ხახის, ზედა ყბის წიაღების, ყბაყურა ჯირკვლის სიმსივნეების დროს.

რედერის სინდრომი (G. Raeder, 1918) *(პარატრიგემინულ სინდრომი, სიმპათიკური ნერვის პარატრიგემინული დამბლა).* სინდრომისათვის დამახასიათებელია შიგნითა საძილე არტერიის პერივასკულური სიმპათიკური წნულის და მის ახლომდებარე გასერის (სამწვერა) კვანძის ან სამწვერა ნერვის პირველი და მეორე ტოტის შეთავსებული დაზიანებით. სინდრომი ვლინდება ცალმხრივი, პულსაციური თავის ტკივილით, შუბლის, თვალის, ლოყის ნახევრის (დაზიანებულ მხარეზე) ტკივილებითა და პარესთეზიებით. განპირობებულია ტრავმით, ანთებითი ან სიმსივნური პროცესით ქალას ფუძეზე გასერის კვანძის ახლოს ან ამ მიდამოში, შიგნითა საძილე არტერიის ანევრიზმით.

გრადენიგოს სინდრომი*(G. Gradenigo, 1904) (საფეთქლის ძვლის პირამიდის მწვერვალის სინდრომი, petrosum-syndromym)* — ტკივილები სამწვერა ნერვის ტოტების ზონებში, გამზიდველი ნერვის პარეზი ან დამბლა, დაყრუება შეთავსებული შუა ყურის ჩირქოვან (ხშირად მწვავე) ანთებასთან, აღწერა იტალიელმა ოტორინოლარინგოლოგმა გრადენიგომ.

სინდრომი ვითარდება პირამიდის მწვერვალზე ჩირქოვანი პროცესის გავრცელების შედეგად, აგრეთვე ქალას ფუძის მოტეხილობის დროს. იშვიათად შეიძლება განვითარდეს თვალის მამოძრავებელი, ჭაღის და სახის ნერვის დაზიანება. ნერვების დაზიანება არამდგრადია. ზოგჯერ პროცესის ლიკვიდაცია ხერხდება კონსერვატიული მკურნალობით (ანტიბიოტიკები). ამ უკა-



a b c d

სურ. 118. სადგისისებრი მორჩის ფორმები: a — გრძელი სადგისისებრი მორჩი. მსხვილი უკანა და წვრილი წინა ნაწილებით; b — გამრუდებული დიდი ზომის სადგისისებრი მორჩი; c — გრძელი სადგისისებრი მორჩი მოტეხილობით ის შუა ნაწილში; d — დიდი და ფართო სადგისისებრი მორჩი აღწევს ინის ძვლის მცირე რქამდე.

ნასკნელის უეფექტობის შემთხვევაში პირამიდაში არსებული ინფექციის კერის ლიკვიდაცია ხდება ქირურგიული გზით.

სადგისისებრი მორჩის სინდრომი. ნორმალური სადგისისებრი მორჩი ცილინდრული ძვლოვანი წანაზარდია, მიმართული წინ თავისუფალი მახვილი ბოლოთი. მისი სიგრძე, სისქე და ფორმები მრავალფეროვანია (სურ. 113). სადგისისებრი მორჩის სიგრძე მერყეობს 0,5-დან 5 სმ-მდე, მაგრამ ხშირად ოსიფიკაციის პროცესების წყალობით იგი მატულობს სიგრძეშიც და სისქეშიც. სადგისისებრ მორჩს, ინის ძვლის მცირე რქასა და მათ შორის გაჭიმულ სადგისინის იოგს სადგისისებრ ძეწკვს უწოდებენ. გარკვეულ პათოლოგიურ სიტუაციაში შეიძლება განვითარდეს სადგისინის იოგის ოსიფიკაცია. ოსიფიკაცია იწყება იოგის მიმაგრების ადგილებში, როგორც სადგისისებრ მორჩზე, ისე ინის ძვლის მცირე რქაზე, თუმცა ნამდვილი სადგისისებრი მორჩი, მიუხედავად სიგრძისა, ყოველთვის შეიცავს ნამდვილ ძვალს, რომელიც წარმოიქმნება ხრტილისაგან და არა კალციფიცირებული იოგის ნაწილებისაგან.

გრძელი სადგისისებრი მორჩის წინა ნაწილი შეიძლება წარიმართოს კისრის, პირის ფსკერის, ქვედა ყბის სხეულის შიგნითა ზედაპირის, სასის მიმართულებით. ამ დროს იგი ხდება ტკივილების წყარო, რომელიც ვრცელდება ყელში, ენის ძირში, ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში, ქვედა ყბასა და მის სახსარში, კისრის და გულმკერდის მიმართულებით. ტკივილი შეიძლება იყოს ყრუ, ნევრალგიური, მწვავე (ჩხვლეტითი) ხასიათის, რომელიც ძლიერდება ყლაპვის დროს. ამას გარდა პაციენტებს აქვთ შეგრძნება, თითქოს ყელში აქვთ საჭმლის გუნდა, რის გამოც ხშირად ახდენენ ყლაპვით მოძრაობას.

დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელობა აქვს პირის ღრუს ფსკერის პალპაციას, სადაც შეიძლება მორჩის შეგრძნება. რენტგენოლოგიურად მოჩანს გრძელი მორჩი.

მკურნალობა ქირურგიულია. მორჩის ნაწილობრივი ამპუტაცია აწყნარებს ტკივილებს. მთელი მორჩის რეზექცია წინააღმდეგნაჩვენებია მისი სახის ნერვთან დამოკიდებულებისა და მორჩზე მიმაგრებული კუნთებისათვის საჭიროების გამო. მორჩის მოტეხილობა იწვევს ტკივილების დაწყნარებას.

ჩვენს კლინიკაში სხვადასხვა დროს მკურნალობის კურსს გადიოდა ხუთი პაციენტი სადგისისებრი მორჩის სინდრომით. ძირითადი ჩივი-

ლები ხუთივე შემთხვევაში იყო ძლიერი ტკივილები ყელის, ყბის ქვეშა და კისრის არეში. ერთ შემთხვევაში სადგისისებრი მორჩის წინა ნაწილი მდებარეობდა ყბის ქვეშა და კისრის არეში. აქ ადგილი ჰქონდა ირგვლივმდებარე რბილი ქსოვილების ავთვისებიან გადაგვარებას. ორ სხვა შემთხვევაში სადგისისებრი მორჩების წინა ნაწილები მდებარეობდნენ ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირზე, ენის ქვეშა არეში ან ქვედა ყბის უკანა კიდესთან. მორჩების ნაწილობრივმა ამპუტაციამ (პირშიგნითა ან პირგარეთა მიდგომით) მოხსნა ტკივილები.

გლოსალგია (გლოსოდინია). სტომალგია

პირის ღრუს და ენის ლორწოიან გარსში შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური პროცესი, რომელიც თანდართულია სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილებით, პარესთეზიით და ტროფიკული ცვლილებებით. თუ პროცესი ლოკალიზებულია ენაში, მას უწოდებენ გლოსალგიას (გლოსოდინია), თუ იგი ვრცელდება პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე — სტომალგიას.

დაავადების ეტიოლოგიურ ფაქტორებად ითვლება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები, სისხლძარღვოვანი დაავადებები, ენდოკრინული დარღვევები, ალერგიული მოვლენები, ფსიქო და ნევროგენული გავლენები, პირის ღრუს ორგანოების და ცხვირის დანამატების პათოლოგია, ინფექციური პროცესები.

ენის ინერვაციაში მონაწილეობენ ენის, ენისქვეშა, ენა-ხახის და ხრხის ზედა ნერვები, სიმპათიკური და პარასიმპათიკური სტრუქტურები.

თვლიან, რომ გლოსალგიის პათოგენეზი მდგომარეობს ძირითადად ენის მგრძნობიარე, კერძოდ ვეგეტატიური ინერვაციის დარღვევაში.

დაავადების მთავარი სიმპტომი არის პარესთეზია. იგი ვლინდება წვის, ჩხვლეტის, დაბუჟების სახით. ავადმყოფთა ნახევარში პარესთეზია თანდართულია დაწოლითი ან მტვრევითი ხასიათის ტკივილებით ენაში, ზუსტი ლოკალიზაციის გარეშე. აღნიშნული მოვლენები ძირითადად ლოკალიზებულია ენის წინა ორ მესამედში ორივე მხარეზე, იშვიათად უკანა მესამედში. ავადმყოფთა ნახევარში ტკივილები ენიდან ვრცელდება პირის ღრუს ლორწოიან

გარსზე. ვითარდება ენის გადიდების და დამძიმების შეგრძნება. ავადმყოფთა უმეტესობაში ადგილი აქვს „სარკის“ სიმპტომს — ენის ყოველდღიური ხანგრძლივი დათვალიერება სარკეში პათოლოგიის გამოვლენის მიზნით. უმრავლეს შემთხვევაში დარღვეულია გემოვნების აღქმა.

ხშირად ვლინდება ვეგეტატიური დარღვევები ნეიროტროფიკული მოშლილობის ფორმით: ენის და პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის ჰიპერემია ან სიფერმკრთალე, ენის და ღრძილების შეშუპება. პაციენტთა ნახევარში ადგილი აქვს სალივაციის დარღვევას (უფრო ხშირად ჰიპოსალივაცია, იშვიათად ჰიპერსალივაცია), ქსეროსტომიას. დათვალიერებით გლოსალგიის დროს ანთებითი მოვლენები არ ვლინდება.

პარესთეზია წარმოიქმნება მწვავედ და უმრავლეს შემთხვევაში აქვს პაროქსიზმული ხასიათი, ვითარდება რა შეტევების სახით 5-6-ჯერ კვირაში. ზოგ ავადმყოფში კი პარესთეზიის შეტევები გრძელდება რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე. პარესთეზიას აქვს გამოვლენის სხვადასხვა ხარისხი — უმნიშვნელოდან აუტანლამდე. საკვების (უხორცო) მიღების დროს მტკივნეული მოვლენები ქრება.

ზოგიერთი მკვლევარი თვლის, რომ გლოსალგია და გლოსოდინია ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან: გლოსალგიის დროს გამოხატულია პარესთეზია, გლოსოდინიის დროს — კაუზალგია (მწვავე წვის ხასიათის ტკივილი).

მკურნალობა. ადგილობრივად იყენებენ ადგილობრივი ანესთეტიკების აბაზანებს, დიკაინის (2 %) აპლიკაციას, ანესთეზინისა და ატმის ზეთის (2:100) წასმას, B ჯგუფის ვიტამინებს, ასკორბინისა და გლუტამინის მჟავას, ამინალონს. წარმატებით იყენებენ ვაზოაქტიურ პრეპარატებს (ცინარიზინი, კავინტონი, ნიკოტინის მჟავა). იყენებენ სედატიურ, ნოოტროპულ საშუალებებს. თანმხლები ან გამომწვევი დაავადების შემთხვევაში ერთდროულად მკურნალობენ ორივე დაავადებას.

იყენებენ ფიზიოთერაპიას — კისრის სიმპატიკური კვანძების და ხერხემლის კისრის ნაწილის გალვანიზაცია, პარავერტებრალურად ულტრაბგერა, საყელოს ზონის მასაჟი.

სამწვერა ნერვის ნევრიტი

სამწვერა ნერვის ნევრიტი ეს არის ნერვული ქსოვილის ანთებითი ხასიათის დაზიანება, რომლის გამომწვევი მიზეზებია ძირითადად ტრავმა, ადგილობრივი ანთებითი პროცესები, ინფექციური დაავადებები, ტოქსიკოზი, ავიტამინოზი, ალერგიული მდგომარეობა. სამწვერა ნერვის ტრავმული ნევრიტი ხშირია სახის ქალას ძვლების მოტეხილობის, ირგვლივმდებარე რბილი ქსოვილების და უშუალოდ თვით ნერვის ტრავმის დროს. ნევრიტი შეიძლება გამოიწვიოს საინექციო ნემსით ნერვული ღეროს დაზიანებამ. ინფექციური ნევრიტი გვხვდება გრიპის, herpes zoster-ის დროს. ეს უკანასკნელი მწვავე, ზოგჯერ შეტევით ტკივილებთან ერთად თანდართულია სამწვერა ნერვის პირველი და მეორე ტოტების საინერვაციო ზონაში ჰერპესული გამონაყრით და ჰიპერესთეზიის მოვლენებით. ლიქნის გამომწვევი ვირუსი აზიანებს სამწვერა ნერვის დაღძავალ ფესვს და ტკივილის გამტარ თალამოკორტიკალურ გზებს. ტოქსიკური ნევრიტი შეიძლება გამოიწვიოს ალკოჰოლმა, აგრეთვე მეტალებით (დარიშხანი, ტყვია) მოწამვლამ.

სამწვერა ნერვის ტიპიური ნევრიტი გვხვდება ალვეოლიტის დროს, შეიძლება შეგვხვდეს ქვედა ყბაზე ოპერაციების დროს, როდესაც ადგილი აქვს ქვედა ალვეოლური ნერვის გაშიშვლებას.

კლინიკურად ნევრიტისათვის დამახასიათებელია დაზიანებული ტოტის საინერვაციო ზონაში მუდმივი, ხანგრძლივი ტკივილები, რომლის ინტენსივობა მატულობს დღის ან ღამის სხვადასხვა დროს. საინერვაციო ზონაში მდებარე კბილების, ღრძილის, ტუჩის და ნიკაპის კანზე ადგილი აქვს დაბუჟებას. სახის კანის, პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის და კბილების არეში შეიძლება განვითარდეს მგრძნობელობის მოშლის ყველა სახე: ჰიპერესთეზია (მომატებული მგრძნობელობა), ჰიპესთეზია (დაქვეითებული მგრძნობელობა), ანესთეზია (უმგრძნობლობა) ან პარესთეზია (მგრძნობელობის გაუკუღმართება).

ნევრალგიისაგან განსხვავებით ნევრიტის დროს ტკივილები მუდმივია (პერიოდული გაძლიერებით და შესუსტებით) და შეიძლება გაგრძელდეს წლობით. მტკივნეულ ნერვზე ზედაწოლა ტკივილებს აძლიერებს (ნევრალგიის დროს პირიქით). ნევრიტის დროს არ არის პაროქსიზმები, „ტრიგერული“ ზონები. ელექტროოდონტოდიაგნოსტიკა გვიჩვენებს კბილის პულპის ელექტროაგზნებადობის დაქვეითებას ან სრულ გაქრობას.

მკურნალობა. სამწვერა ნერვის ნევრიტის მკურნალობის ძირითადი პრინციპია მიზეზის მოცილება და ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა. ტრავმული ნევრიტის დროს თუ ადგილი აქვს ნამსხვრევებისაგან ნერვის კომპრესიას, ათავისუფლებენ ნერვს (ნევროლიზი). ინფექციური ნევრიტის დროს მკურნალობენ ძირითად დაავადებას. ზოსტერის ჰერპესის დროს საუკეთესო შედეგს იძლევა გლუკოკორტიკოსტეროიდების გამოყენება (დექსამეტაზონის ინექციები ადგილობრივად). ალერგიული და ტოქსიკური მოვლენების ფონზე განვითარებული ნევრიტის დროს უნდა აღმოიფხვრას ძირითადი დაავადების გამომწვევი ფაქტორები.

ნევრიტის სამკურნალოდ იყენებენ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს, გამწოვ პრეპარატებს, ანალგეტიკებს. წარმატებით გამოიყენება სალიცილატები, დიბაზოლი, პროზერინი, გალანტამინი, იოდის პრეპარატები, ვიტამინები.

ფიზიოპროცედურებიდან იყენებენ გალვანიზაციას, დარსონვალიზაციას, დიადინამიურ დენებს, აგრეთვე ელექტროფორეზს (ლიდაზა, B_1 ვიტამინი, ნოვოკაინი, კალიუმის იოდიდი).

მიმიკური კუნთების დამბლა (სახის ნერვის ნევრიტი)

სახის ნერვის დაზიანების ხარისხისა და ინტენსივობის შედეგად ვითარდება სხვადასხვა ეტიოლოგიის ნევრიტები, ნერვის მთლიანობის დარღვევის გარეშე ან ტრავმული დაზიანება ნერვის მთლიანობის დარღვევით. რამდენადაც სახის ნერვი ანერვიანებს მიმიკურ კუნთებს ზემოაღნიშნული დაზიანების შედეგად, ვითარდება ან მიმიკური მუსკულატურის ფუნქციის დაქვეითება (პარეზი) ან მათი სრული უმოქმედობა (დამბლა).

ქალას ღრუდან ქალას ფუძეზე გამოსვლის შემდეგ სახის ნერვს გამოეყოფა ყურის უკანა ნერვი კეფისა და ყურის კუნთებისათვის, ნერვი ორმუცელა კუნთის უკანა მუცლისათვის და ნერვი სადგისინის კუნთისათვის. ყბაყურა ჯირკვალში ყურის ჯავლის წინ სახის ნერვი იყოფა ორ ძირითად ღეროდ — საფეთქელ-სახის და კისერ-სახის. ისინი თავის მხრივ იყოფიან მრავალ ტოტებად, ქმნიან რა ყბაყურა წნულს (ბატის დიდი თათი). წნულიდან გამოდიან საფეთქლის, ყვრიმალის, ლოყის, კიდოვანი და კისრის ტოტები.

უფრო ხშირად სახის ნერვის ნევრიტის მიზეზი არის ინფექციური დაავადებები (გრიპი, ანგინა და სხვა) და ორგანიზმის გაცივება. ეს არის სახის ნერვის პირველადი ნევრიტი (ბელის დამბლა). ნევრიტი შეიძლება განვითარდეს შუა ყურის ჩირქოვანი ანთების შედეგად, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს სახის ნერვის არხის კედლის პერფორაცია. ნევრიტის მიზეზი შეიძლება გახდეს ყბაყურა ჯირკვლის ანთებითი და სიმსივნური დაავადებები, ქალატვინისა და სახის ტრავმები, ოპერაციული ჩარევები ყბა-სახის არეში, დვრილისებრ მორჩზე, სისხლის ჩაქცევები თავის ტვინში, არაქნოიდიტი, გაფანტული სკლეროზი, კისრის ოსტეოქონდროზი ჰიპერტონული დაავადება.

სახის ნერვის ინფექციური წარმოშობის ნევრიტების დროს ნერვში ადგილი აქვს ანთებით მოვლენებს. ხანგრძლივი ანთებითი შეშუპების დროს სახის ნერვში ვითარდება დესტრუქციული, ზოგჯერ შეუქცევადი მოვლენები. ტრავმული ნევრიტის დროს ვითარდება მისი ბოჭკოების დეგენერაციული ცვლილებები. სისხლძარღვთა სპაზმების დროს ნერვში ადგილი აქვს ჰიპოქსიურ მოვლენებს.

კლინიკა. სახის შესაბამის ნახევარში უმოძრაოდაა ყველა მიმიკური კუნთი, რაც იწვევს სახის დამახინჯებას. დაზიანებულ მხარეზე შუბლის ნაოჭები გასადავებულია, წარბი არ მოძრაობს, თვალი არ იხურება, თვალის ნაპრალი ფართოდაა გაღებული, ადგილი აქვს ცრემლდენას. ქუთუთოს რეფლექსი არ არსებობს, რის გამოც უცხო სხეული იოლად ხვდება კონიუნქტივაში და ვითარდება ანთებითი პროცესი. ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი გასადავებულია, ზედა ტუჩი, ლოყა და ტუჩის კუთხე პასიურადაა ჩამოშვებული; ავადმყოფს არ შეუძლია ლოყების გაბერვა, ძნელად ხურავს ტუჩებს, მისი მეტყველება გაძნელებულია, ღეჭვის დროს ხშირად იკბეჩს ლოყის ლორწოიან გარსს და ქვედა ტუჩს. საკვები იჭედება ლოყასა და ღრძილებს შორის. ამას თან ერთვის გემოვნების მოშლილობა ენის შესაბამის ნახევარში, ცრემლის გამოყოფის მომატება ან თვალის სიმშრალე. ხშირად პარეზს წინ უსწრებს ტკივილი. ხშირად პარეზი თანდართულია მგრძნობელობის მოშლით.

გადატანილი ნევრიტის შემდეგ 10-12%-ში ვითარდება მიმიკური კუნთების კონტრაქტურა, რასაც ხსნიან გაღიზიანების კერის არსებობით ნერვში (ანთებითი პროცესი, ნაწიბური). კონტრაქტურა არ ვითარდება მიმიკური კუნთების სრული დამბლის დროს.

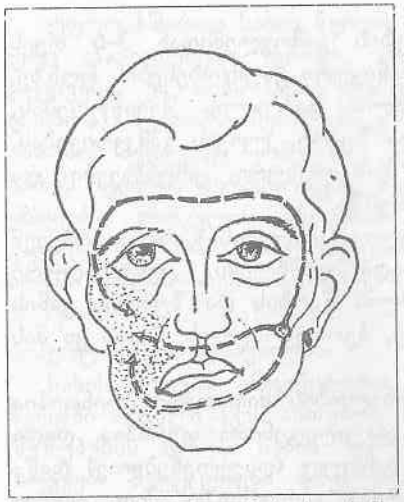
კონტრაქტურა ვითარდება პარეზის გამოვლენიდან 3-6 თვის შემდეგ, ზოგჯერ მცირეოდენი კლინიკური გაუმჯობესების ფონზე. კლინიკურად ადგილი აქვს თვალის ნაპრალის შევიწროებას, ტუჩის კუთხის ცდომას გარეთ და ზევით, ლოყის ვამკვრივებას. ზოგ ავადმყოფს უვითარდება მიოკლონური კრუნჩხვები და ჰიპერკინეზები დაავადებულ კუნთებში.

ზემოთ აღწერილი პერიფერიული დამბლების გარდა, არჩევენ აგრეთვე ცენტრალურ, ქალასშიდა დამბლებს. ცენტრალური დამბლის დროს ავადმყოფს შეუძლია წარბის და შუბლის კანის შეჭმუხვნა პარალიზებულ მხარეზე, პერიფერიულის დროს კი მას ეს არ შეუძლია.

მკურნალობა. დაავადების მკურნალობის ძირითადი პრინციპია გამომწვევი მიზეზის აღმოფხვრა და აღდგენითი თერაპია. დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის დროულ (დაუყოვნებლივ) დაწყებას, რაც წარმატების გარანტიაა. პროგნოზი მით უფრო ნაკლებსაიმედოა, რაც უფრო გვიან იქნა დაწყებული მკურნალობა.

დასაწყისში ავადმყოფებს ენიშნებათ ანალგეტიკები და სიცხისდამწევი საშუალებები (ასპირინი, ამიდოპირინი, ანალგინი), ანტიბიოტიკები, B ჯგუფის ვიტამინები, პროზერინი (მოგვიანებით), გალანტამინი, დიბაზოლი, ანაბოლური სტეროიდები (ნერობოლი, რეტაბოლილი). იყენებენ აგრეთვე ლიდაზას, კორტიკოსტეროიდებს (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი, კენალოგი). მიზანშეწონილია ანაბოლიური სტეროიდებისა და კორტიკოსტეროიდების ერთდროული დანიშვნა, ვინაიდან ანაბოლიური სტეროიდები ხელს უშლიან ორგანიზმში კორტიკოსტეროიდების გავლენით კატაბოლიური მოვლენების განვითარებას. რეტაბოლილი ენიშნებათ კუნთებში 50 მგ ჯერ ხუთ დღეში, ხოლო შემდეგ კვირაში ერთხელ ერთი თვით. პრედნიზოლონი პერორალურად 30-60 მგ დღეში (0.01-0,015 მგ 3-4-ჯერ დღეში) 5 დღით. შემდეგ დოზას ამცირებენ 15-20 მგ-მდე დღეში, შემდგომში კი 10 და 5 მგ-მდე დღეში. პრედნიზოლონის საერთო დოზა მკურნალობის კურსზე შეადგენს 200-350 მგ-ს. დექსამეტაზონი ენიშნებათ პარენტერალურად — 4 მგ დღეში ერთხელ ან დღეგამოშვებით. მიზანშეწონილია ამ უკანასკნელის ადგილობრივი გამოყენება.

ფიზიოპროცედურებიდან დაავადების პირველ დღეებში იყენებენ მშრალ სითბოს, პარაფინს. 5-6 დღის შემდეგ — გალვანიზა-



სურ. 119. ნაკუთალი ნერვის ტრანსპლანტატის განლაგების ვარიანტები თავისუფალი ნეიროვასკულარული კუნთის გადანერგვის პირველ ეტაპზე.

ცია, დიათერმია, სოლუქსი, ტალახით მკურნალობა. დაავადების დაწყებიდან 8-10 დღის შემდეგ მიმართავენ მიმიკური კუნთების ელექტროსტიმულაციას და მსუბუქ მასაჟს სამკურნალო ფიზკულტურასთან ერთად.

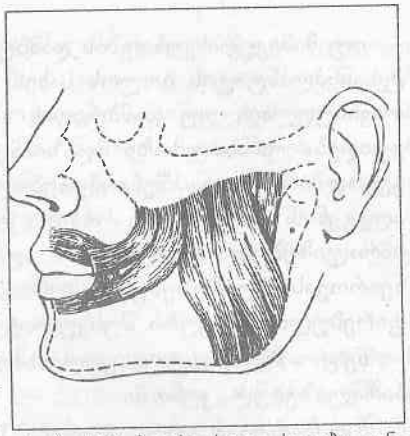
დაავადების გახანგრძლივების შემთხვევაში, როდესაც ნერვში ნაწიბურები და დეგენერაციული ცვლილებებია განვითარებული, იყენებენ ბიოსტიმულატორებს და გამწოვ საშუალებებს (ქსოვილოვანი თერაპია, მინისებრი სხეული. ალოე, კალიუმის იოდიდი).

კუნთების კონტრაქტურის დროს იყენებენ სპაზმოლიტიკურ, არტერიოდილატაციურ საშუალებებს, მიორელაქსანტებს, კალიუმის იოდიდის ელექტროფორეზს, ტალახისა და პარაფინის აპლიკაციებს, მასაჟს, ვარჯიშს.

მიმიკური მუსკულატურის დამბლის დროს მოწოდებულია *ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები*, რომლებსაც ყოფენ ხუთ ჯგუფად:

1. ნერვის ქირურგია (ნევროლიზი, ნევრორაფია);
2. ნეიროპლასტიკა — სახის ნერვის გადაკვეთილი ტოტის ანასთომოზი სხვა მამოძრავებელ ნერვთან;
3. მიოპლასტიკა;
4. ნეირო-მიოპლასტიკა;
5. პალიატიური ოპერაციები: ა) პარალიზებული მიმიკური კუნთების სტატიკური ჩამოკიდება; ბ) პარალიზებული კუნთების დინამიკური ჩამოკიდება; გ) კორექციული ოპერაციები.

ნეიროპლასტიკა მიზანშეწონილია გაკეთდეს კუნთებში და ნერვში ატროფიული ცვლილებების განვითარებამდე. ატროფიული ცვლილებების შემდეგ მიმართავენ მიოპლასტიკას და კორექციას. მიმიკური კუნთების ტრავმული დამბლის დროს ნეიროპლასტიკისათვის საუკეთესო საწყისი დროა 2-3 თვე ტრავმიდან, ხოლო ინფექციური ეთიოლოგიის ნევრიტების დროს — 3-6 თვე. მოძებნიან და გამოყოფენ სახის ნერვის ღეროს. მას ნახულობენ ყბაყურა ჯირკვალსა და დვრილისებრ მორჩს შორის 3 სმ სიღრმეზე. ათავისუფლებენ ქსოვილებისაგან და გადაკვეთენ სადგის-დვრილისებრ ხვრელთან (არატრავმული ნევრიტების დროს). შემდეგ მოძებნიან ენისქვეშა, დიაფრაგმის ან დამატებით



სურ. 120. მიოპლასტიკა საღეჭი კუნთიდან შექმნილი ნაფლეთით.

ნერვს, გადაკვეთენ და მის ცენტრალურ ბოლოს გაატარებენ რა კანქვეშ, მიიტანენ სახის ნერვის ღეროსთან და მიაკერებენ ეპინევრალურად (ბოლოს ბოლოზე).

ც. შურღაია მიმიკური კუნთების დამბლის დროს უპირატესობას ანიჭებს სახის ნერვის ჯვარედინა ტრანსპლანტაციას (ე.წ. ანასთომოზი) კანქვეშა ნერვის ნერვული ტრანსპლანტატის და თავისუფალი ნეირო-ვასკულარიზებული კუნთის გამოყენებით (სურ. 119). ასეთი ტრანსპლანტაციის დროს მოტორული იმპულსები ვრცელდებიან დაუზიანებელი სახის ნერვიდან. ამას გარდა, დაუზიანებელი მხრიდან შეუგნებლად წამოსული იმპულსები იძლევიან სიმეტრიის ეფექტს სახის მოძრაობის დროს. ოპერაციის ტექნიკა ასეთია: ჯანმრთელ მხარეზე ცხვირ-ტუჩის ნაოჭის არეში გატარებული განაკვეთიდან მონახავენ სახის ნერვის ლოყის ტოტს და გადაკვეთენ მას. ქირურგიული მიკროსკოპის დახმარებით სახის ნერვის ლოყის ტოტის ცენტრალურ ბოლოში ჩააკერებენ ფეხიდან აღებული 25 სმ სიგრძის ნაკუთალი ნერვის ერთ ბოლოს, ხოლო მეორე ბოლო ტუჩის, შუბლის ან ნიკაპის არეში შექმნილი კანქვეშა გვირაბით გადააქვთ სახის პარალიზებულ მხარეზე, რასაც შეუძლია გამოიწვიოს კუნთების რეინერვაცია. აქსონები იზრდებიან ანასთომოზიდან ტრანსპლანტაციის ბოლომდე 1-3 მმ სიჩქარით დღე-ღამეში.

თუ მიმიკური კუნთების დამბლიდან გასულია ერთ წელზე მეტი, ტრანსპლანტატის ბოლოს სახის პარალიზებულ მხარეზე ტოვებენ თავისუფლად; თუ დამბლიდან არ არის გასული ერთი წელი — კეთდება ანასთომოზი დაზიანებულ სახის ნერვთან („ბოლო გვერდში"), რათა შენარჩუნებული იქნეს კავშირის სპონტანური აღდგენის შანსი. თუ ოპერაციიდან 4-6 თვის განმავლობაში პარალიზებულ მხარეზე არ აღდგა მოძრაობა, კეთდება ფეხის ნეიროვასკულარიზებული კუნთის თავისუფალი გადატანა ატროფირებული მიმიკური მუსკულატურის აღსადგენად.

ნეირო-მიოპლასტიკა გულისხმობს რომელიმე ნერვის ჩაკერებას პარალიზებულ კუნთში.

მიოპლასტიკა ხორციელდება საფეთქლის ან საღეჭი კუნთით. თუ სახის ნერვის ყველა ტოტია დადამბლავებული, ახორციელებენ მიოპლასტიკას საფეთქლის კუნთით; თუ შენარჩუნებულია სახის ნერვის ზედა ან შუა ტოტის ფუნქცია, მიმართავენ მიოპლასტიკას საღეჭი კუნთით.

მიოპლასტიკისათვის საღეჭი კუნთის გამოყენების შემთხვევაში ქვედა ყბის კუთხის არეში მისი ქვედა კიდის გასწვრივ და მისგან ქვევით 2 სმ დაცილებით აკეთებენ 6 სმ სიგრძის განაკვეთს. აშიშვლებენ კუნთის მიმაგრების ადგილს და მის წინა ნაწილში გამოჭრიან ნაფლეთს ქვევიდან ზევით (სურ. 120). ნაფლეთის ბოლოს გახლეჩენ ორ ნაწილად 3 სმ სიღრმეზე. ორივე ნაწილს ლათინური ასო „U"-სებურად გამოკერავენ აბრეშუმის ძაფით, გააკეთებენ გვირაბს რბილ ქსოვილებში პირის კუთხისაკენ. ცხვირტუჩის ნაოჭის არეში კანზე აკეთებენ ნახევარრკალოვან ნაფლეთს. გვირაბიდან გამოიტანენ კუნთოვან ნაფლეთს და ზომიერი დაჭიმვით მის ერთ ნაწილს აკერებენ ზედა ტუჩს, მეორეს კი — ქვედას. მეთოდი მოწოდებულია 1908 წ. ლექსერის მიერ. 1960 წ. ნაუმოვმა მოგვაწოდა ამ მეთოდის მოდიფიკაცია: მთელი საღეჭი კუნთი აითიშება ქვედა ყბისაგან, გადაჯგუფდება და ჩაიკერება პირის კუთხეში. ამით საღეჭი კუნთი გადაირთვება ღეჭვის ფუნქციისაგან და მისი შეკუმშვები თანდათან გახდება მიმიკური მუსკულატურის შეკუმშვების სინქრონული.

1916 წელს როზენტალმა მოგვაწოდა მიოპლასტიკა საფეთქლის კუნთის ნაფლეთისაგან. ატარებენ ვერტიკალურ განაკვეთს საფეთ-

ქლის კუნთის ზედა კიდიდან ყვრიმალის რკალის ქვედა კიდემდე, ყურის ჭავლიდან წინ 2 სმ-ზე. კანი იკვეთება საფეთქლის ფასციამდე. აითიშება რბილი ქსოვილები, აშიშვლებენ ყვრიმალის რკალს და ყვრიმალის ძვლის უკანა ნაწილს. ყვრიმალის რკალის ზედა კიდის გასწვრივ გაკვეთენ საფეთქლის კუნთის ფასციის ორივე ფურცელს 3-3,5 სმ-ზე. ჭრილობის ზედა ნაწილში ფასციას გაკვეთენ ჰორიზონტალური განაკვეთით ასევე 3-3,5 სმ სიგრძეზე. ფასციის ამ ნაწილს ათიშავენ კუნთისაგან.

ცხვირტუჩის ნაოჭის არეში კეთდება 2 სმ სიგრძისა და 1 სმ სიგანის კანის ნახევარრკალოვანი ნაფლეთი კანქვეშა ცხიმთან ერთად კანქვეშა ჯიბეებით ზედა და ქვედა ტუჩის გასწვრივ. ქმნიან გვირაბს ლოყის არეში ყვრიმალის რკალიდან ცხვირტუჩის ნაოჭამდე, საფეთქლის კუნთის შუა არედან ერთმანეთისაგან 4 სმ დაცილებით ორი პარალელური განაკვეთით გამოჭრიან ნაფლეთს ძვლამდე მთელ სიგრძეზე. ზედა ბოლოზე ნაფლეთს იღებენ ჭალასარქველის აპონევროზის ნაწილთან ერთად 1,5-2 სმ-ზე, რის შედეგადაც წარმოიქმნება კუნთოვანი ნაფლეთი ფასციალურ-აპონევროზული ფირფიტით ბოლოში.

კუნთოვან ნაფლეთს ააშრევებენ საფეთქელქვედა ქედამდე, ვინაიდან ქედს გადაცილება იწვევს სამწვერა ნერვის მამოძრავებელი ტოტების დაზიანებას. ნაფლეთის ბოლოს გახლეჩენ 2-3 ნაწილად და თითოეულს გამოკერავენ ლათინური ასო „U" მსგავსად, ნაფლეთს გადმოატრიელებენ 180^0-ით და გაატარებენ გვირაბში დაჭიმვის გარეშე. ნაფლეთის თითოეულ ფეხს ჩააკერებენ ზედა და ქვედა ტუჩზე და ტუჩის კუთხეში. კანის განაკვეთები იკერება ყრუდ. აღნიშნული ოპერაციის მსვლელობის დროს შესაძლებელია ყვრიმალის რკალის რეზექცია.

გვთავაზობენ აგრეთვე გვირგვინოვანი მორჩის რეზექციას და საფეთქლის კუნთთან ერთად მას აფიქსირებენ ტუჩის კუთხეში წინასწარ ჩაკერებულ დეეპიდერმიზებულ კანზე.

თვალის ნაპრალის შევიწროების მიზნით საფეთქლის კუნთის წინა ნაწილში შექმნილი ნაფლეთი კანქვეშა გვირაბით მიაქვთ თვალის ნაპრალის გარეთა კუთხესთან, სადაც აკეთებენ მცირე განაკვეთს კანზე. აქ გამოტანილ ნაფლეთს გაყოფენ ორ ნაწილად განივი განაკვეთით და თითოეულ მათგანს ატარებენ ქუთუთოებზე

შექმნილ გვირაბებში თვალის ნაპრალის შიგნითა კუთხემდე და აქ გატარებულ მცირე ზომის განაკვეთში მათ ბოლოებს შეკერავენ.

ამავე მიზნით კეთდება ოპერაცია კანტეროორაფია — ზედა და ქვედა ქუთუთოების ლატერალური ნაწილების შეკერვა. იგი ნაკლებეფექტურია. სკლერობლეფაროორაფია — სკლერაზე ქვედა ქუთუთოს მცირე უბნის მიკერება უფრო ეფექტურია. თვალის დახუჭვის დროს ქვედა ქუთუთო თვალის კაკალთან ერთად მოძრაობს და ეხება ზედას.

ნაკლებ ეფექტურია ტუჩის კუთხის ჩამოკიდება ყვრიმალის რკალზე. ამ მიზნით იღებენ 1X14 სმ ზომის ლენტს ბარძაყის განიერი ფასციიდან ან სხვა მასალას (აბრეშუმის ძაფი, ქრომირებული კეტგუტი, მავთული, ლავსანი). მის ერთ ბოლოს აკერებენ დერმას ტუჩის კუთხეში, მეორე ბოლოს გადაკიდებენ ყვრიმალის რკალზე, დაჭიმავენ მას, რაც იწვევს ტუჩის აწევას (უმჯობესია ჰიპერკორექციით) და ლენტის მეორე ბოლოს ჩააკერებენ ქვედა ტუჩის დერმას. ამ მეთოდს უწოდებენ სტატიკური ჩამოკიდების მეთოდს.

უფრო ეფექტურია ტუჩის კუთხის კინეტიკური ჩამოკიდების მეთოდი გვირგვინოვან მორჩზე.

სხვა კორექციული ოპერაციები (მიოტომია ჯანმრთელ მხარეზე, დაზიანებულ მხარეზე ჭარბი ქსოვილების ამოკვეთა, პლასტიკა ადგილობრივი ქსოვილებით) ნაკლებ ეფექტურია.

თავი IX

პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს სიმსივნისმაგვარი და სიმსივნური წარმონაქმნები

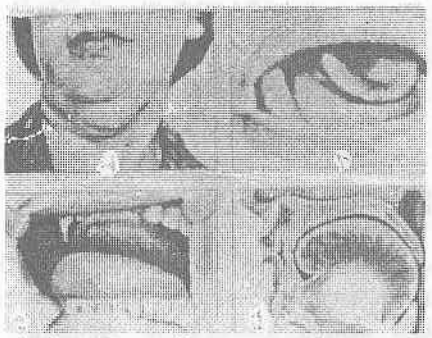
სიმსივნური წარმონაქმნები იყოფიან ჭეშმარიტ სიმსივნეებად, სიმსივნისმაგვარ წარმონაქმნებად და კისტებად. კანის, პირის ღრუს ლორწოიანის და პირხახის არეში გამოყოფენ აგრეთვე კიბოსწინარე მდგომარეობებს.

სახისა და კისრის კისტები და ხვრელარხები

დერმოიდული კისტა ვითარდება ადრეულ ემბრიონალურ პერიოდში ღრმა ქსოვილებში გადანაცვლებული ექტოდერმის უბნებისაგან, რომლებიც შემდგომში ონტოგენეზის სხვადასხვა სტადიაში იწყებენ ზრდას, ქმნიან ღრუებს. დერმოიდული კისტის გარსი შეესაბამება კანის შენებას. მასში მდებარეობენ ოფლისა და ცხიმის ჯირკვლები და თმის ფოლიკულები. გარსი შიგნიდან გამოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით და ამოვსილია ფაფასებრი მასით, რომელიც შეიცავს ქოლესტერინის კრისტალებს, ცხიმისა და ოფლის ჯირკვლების პროდუქტებს, თმებს.

ყბა-სახის მიდამოში დერმოიდული კისტა გვხვდება პირის ღრუს ფსკერის, ცხვირის ფრთების, თვალბუდის და ლოყების არეში. უფრო ხშირად იგი მდებარეობს შუა ხაზზე ნიკაპენისა და ნიკაპინის კუნთებს შორის ან უფრო იშვიათად ყბისქვეშა მიდამოში (სურ. 121).

დერმოიდული კისტა იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ. იგი ვლინდება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, როდესაც ადგილი აქვს ცხიმის ჯირკვლების ფუნქციის გაძლიერებას. ინფიცირების შემთხვევაში კისტა იზრდება უფრო სწრაფად და მტკივნეულად. დერმოიდული კისტა მრგვალი, სადა ზედაპირიანი, მოძრავი სიმსივნური წარმონაქმნია. შეხებით — ელასტიკური ან ცომის კონსისტენციის. კანისა და ლორწოიანი გარსის ფერი კისტის არეში შეუცვლელია. არის დერმოიდული კისტის მალიგნიზაციის შესაძლებლობა.



სურ. 121. დერმოიდული კისტა. a — კისტის ხედი გარედან; b, c — კისტა პირის ღრუს მხრიდან; d — კისტა საგიტალურ სიბრტყეში.

მკურნალობა ქირურგიულია. კისტის ამოღება ხდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებიდან ჩლუნგი გათიშვით. თუ კისტა ლოკალიზებულია ყბის ქვეშა ან ნიკაპქვეშა მიდამოში, მას იღებენ პირგარეთა მიდგომით. ენის ქვეშა ლოკალიზაციის დროს — პირშიგნითა მიდგომით.

ეპიდერმოიდული კისტა *(ათერომა)* ვითარდება ცხიმის ჯირკვლის გარსის გაჭიმვის შედეგად მისი შიგთავსით გამომტანი სადინრის დახშობის შემდეგ. კისტის ღრუ ივსება კერატინით, რომელსაც წარმოქმნის კისტის გარსი. ეპიდერმოიდული კისტა უფრო ხშირად ლოკალიზებულია სახის, კისრის, თავის თმიანი ნაწილის კანის სისქეში. კანი კისტის ზემოთ გათხელებულია, დახშული სადინრის არეში უმოძრაოა, ზოგჯერ ღებულობს მოლურჯო ელფერს. პალპაციით კისტა ელასტიკურია, უმტკივნეულო, უმოძრაო. შიგთავსი ხაჭოსებრი მასაა, თეთრი ფერის. კისტა ხშირად ჩირქდება. ამ დროს კანი წითლდება, თხელდება, იხსნება და წარმოიქმნება ხვრელარხი, საიდანაც გამოიყოფა ჩირქი და მასში შერეული ხაჭოსებრი წარმონაქმნის გროვები.

მიკროსკოპულად ეპიდერმოიდული კისტა გამოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით.

მკურნალობა ქირურგიულია. ამოიკვეთება კისტა გარსთან ერთად. თუ გარსის ნაწილი დარჩა ამოუღები, მაშინ შეიძლება განვითარდეს რეციდივი. ამოკვეთის დროს მიზანშეწონილია გატარდეს ორი პარალელური განაკვეთი დახშული სადინრის ორივე მხარეს. ამგვარი მიდგომით იოლდება კისტის ამოღება მასთან შეზრდილი კანის მცირე ზოლთან ერთად. ეპიდერმოიდული კისტის დაჩირქების შემთხვევაში კერა ფართოდ უნდა გაიხსნას. კისტის კედელი კი უნდა იქნეს ამოღებული მწვავე ანთებითი მოვლენების ჩაცხრომის შემდეგ.

სახისა და კისრის თანდაყოლილი კისტები და ხვრელარხები შეიძლება წარმოიქმნან პირველი და მეორე ლაყუჩოვანი ნაპრალების და რკალების რუდიმენტული ნარჩენებისაგან. პირველი

ლაყუჩოვანი რკალის ნარჩენებისაგან ვითარდება ყბაყურა მიდამოს კისტები და ხვრელარხები, მეორე ლაყუჩოვანი ნაპრალის ნარჩენებისაგან — კისრის გვერდითი კისტები და ხვრელარხები. ფარისებრენის სადინრის (ductus thireoglosus) არასრული რედუქცია ემბრიონულ პერიოდში იწვევს თირეოგლოსური კისტის და ხვრელარხის წარმოშობას. პირველი და მეორე ლაყუჩოვანი აპარატის რუდიმენტული ნარჩენებისაგან განვითარებულ კისტებსა და ხვრელარხებს უწოდებენ ბრანხიოგენულ (ბერძნულიდან — ლაყუჩები) კისტებსა და ხვრელარხებს.

თანდაყოლილი კისტები და ხვრელარხები გვხვდება ბავშვებში და ახალგაზრდებში. კისტა არის მომრგვალო, ელასტიკური, უმტკივნეულო, კანთან შეუზრდელი წარმონაქმნი, რომელიც ნელა, წლობით იზრდება. თანდაყოლილი ხვრელარხები არიან სრული ან არასრული.

ყბაყურა მიდამოს კისტის და ხვრელარხის ქვედა პოლუსი მდებარეობს ჯირკვლის უკანა პოლუსის ქვეშ, სახის ნერვის ღეროს ზემოთ, ხოლო მისი ზედა ნაწილი გარეთა სასმენი მილის ხრტილოვანი და ძვლოვანი ნაწილის შეერთების არეში. ზედა ნაწილი ან ბრმად მთავრდება ამ არეში ან იხსნება გარეთა სასმენ მილში. ხვრელარხიდან აღინიშნება ცხიმისებრი გამონაყოფი. კისტის შიგთავსი მოყვითალო, ზოგჯერ შემღვრეული სითხეა. კისტის დაჩირქების შემთხვევაში ხვრელარხი იხსნება ყბის უკანა არეში ქვედა ყბის კუთხის მიდამოში.

ყურის წინა ბრანხიოგენული ხვრელარხის წინა ხვრელი მდებარეობს ყურის ნიჟარის წინა სახურის ფუძის წინ კანზე, უკანა კი ან ბრმად მთავრდება გარეთა სასმენი მილის ხრტილოვან ნაწილში, ან იხსნება გარეთა სასმენ მილში.

დიაგნოზის დაზუსტებისათვის იყენებენ ფისტულოგრაფიას იოდოლიპოლის შეყვანით.

მკურნალობა ქირურგიულია. თუ კისტა მდებარეობს ყბაყურა ჯირკვლის შუაში, მიზანშეწონილია მისი ამოღება.

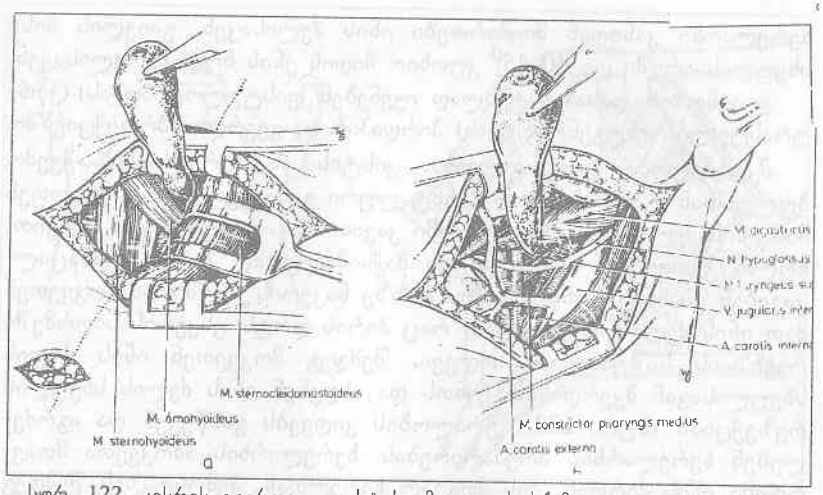
კისრის გვერდითი კისტა და ხვრელარხი მდებარეობს კისრის შუა მესამედში მკერდლავიწვდვრილისებრი კუნთის წინ, ქვედა ყბის კუთხის ახლოს, სისხლძარღვოვან-ნერვულ წნულზე, ეხება რა უშუალოდ შიგნითა ღრუ ვენას. ძირითადად ცალმხრივია. პალპაციით ელასტიკურია, მოძრავი, უმტკივნეულო, კანთან შეუზრდელი. ისინჯება მისი მცირე ნაწილი, დიდი ნაწილი კი ღრმად მდებარეობს. უფრო კარგად ჩანს პაციენტის თავის მოტრიალე-

ბისას საწინააღმდეგო მხარეს. შიგთავსი მოყვითალო, მღვრიე სითხეა. კისტის ღრუ გამოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით.

კისრის გვერდითი ხვრელარხი შეიძლება შემჩნეული იქნეს ბავშვის დაბადებისთანავე ან წარმოიქმნას კისრის გვერდითი კისტის დაჩირქებისას. გვერდითი ხვრელარხის გარეთა ხვრელი თავსდება ჩვეულებრივად მკერდლავიწვდვრილისებრი კუნთის წინ, იშვიათად ამ კუნთის ფეხებს შორის. ზედა ხვრელი ყოველთვის მდებარეობს სასის ნუშურა ჯირკვლის ზედა პოლუსთან, რაც, როგორც ჩანს, განაპირობებს ცალმხრივ ტონზილიტს. ინის ძვლის რქის ზევით ხვრელარხი მიემართება გარეთა და შიგნითა საძილე არტერიებს შორის.

დიაგნოზის დაზუსტებისათვის მიმართავენ პუნქტატის ციტოლოგიურ გამოკვლევას და კონტრასტულ რენტგენოგრაფიას.

მკურნალობა ქირურგიულია — კისტის ან ხვრელარხის მთლიანი ამოკვეთა. სიფრთხილეა საჭირო, რომ არ დაზიანდეს კისრის სისხლძარღვოვანნერვული წნული, განსაკუთრებით შიგნითა ღრუ ვენა. კისრის გვერდითი კისტის ამოსაღებად განაკვეთს ატარებენ კისტის გარეთა კედლის საპროექციოდ, მკერდლავიწვდვრილისებრი კუნთის წინა კიდის გასწვრივ. ხვრელარხის ამოკვეთის წინ მასში შეჰყავთ მეთილენის ლურჯის 1%-იანი ხსნარი. მეთილენი კარგად ღებავს ხვრელარხის კედელს, რომელიც კარგად გამოირჩევა მეზობელი სტრუქტურებისაგან ოპერაციის დროს. ამასთან საოპერაციო ველი არ იღებება. კისრის გვერდითი კისტის ტოპოგრაფია უმეტეს შემთხვევაში ასეთია. კისტის ზედა პოლუსი მდებარეობს ორმუცელა კუნთის უკანა მუცლის ქვეშ, კისტის ლატერალური კედელი უშუალოდ ედება შიგნითა ღრუ ვენას საერთო საძილე არტერიის ბიფურკაციის დონეზე (სურ. 122). კისტის კედელი ჩვეულებრივ თხელია, რის გამოც უხეში მოძრაობების დროს იოლად ხდება მისი დაზიანება, განსაკუთრებით ანთებითი მდგომარეობის დროს. გარდა ამისა, კისტის ანთებადი კედელი ხშირად შეხორცებულია სისხლის ძარღვებთან, განსაკუთრებით შიგნითა ღრუ ვენასთან და დაუკვირვებელი მოძრაობით შესაძლებელია აღნიშნული სისხლის ძარღვის დაზიანება. ამოღების შემდეგ კისტის კედელი შესწავლილი უნდა იქნეს ჰისტოლოგიურად, ვინაიდან ზოგჯერ შეიძლება ადგილა ჰქონდეს ავთვისებიან გადაგვარებას (კისტის კედლის გამკვრივების ადგილებში).



.სურ. 122. კისრის გვერდითი კისტის ამოკვეთის სქემა.

კისრის ცენტრალური კისტები და ხვრელარხები წარმოიქმნებიან ფარისებრენის სადინრის ნარჩენებისაგან (თირეოგლოსული კისტა და ხვრელარხი), ექტოპირებული სანერწყვე ჯირკვლისაგან ენის ძირში და ფარისებრი ჯირკვლის დისტოპირებული ქსოვილისაგან. განვითარების ადგილსა და წყაროზე დამოკიდებულებით ცენტრალური კისტები და ხვრელარხები თავსდებიან ძირითადად ფარისებრი ხრტილის ამონაჭდევსა და ინის ძვალს ან ენის ძირს შორის, ამასთან ხშირად შეერთებული არიან ინის ძვლის სხეულთან, რის გამოც მეტყველება და ყლაპვა გაძნელებულია. ყლაპვის დროს კისტა მოძრაობს ინის ძვლის მოძრაობასთან ერთად.

კისრის ცენტრალური კისტები ძირითადად გვხვდება ბავშვთა ასაკში. იზრდება ნელა და ვლინდება მცირე კისტოზური წარმონაქმნის სახით (3-4 სმ დიამეტრით) კისერზე, ინის ძვალთან. ელასტიკური კონსისტენციისაა, უმტკივნეულო. მცირედ მოძრავი. თუ კისტა ლოკალიზებულია ენის ძირის არეში, ეს უკანასკნელი აწეულია, დარღვეულია მეტყველება, ყლაპვა. კისტის შიგთავსი მღვრიე მოყვითალო, ბლანტი სითხეა. კისტა დაჩირქებისას კისერზე იხსნება და წარმოიქმნება ცენტრალური (თირეოგლოსური) ხვრელარხი, რომლის ხვრელი მდებარეობს კანზე ინის ძვალსა და ფარისებრ ხრტილს შორის. სრული თირეოგლოსური ხვრელარხის დროს შიგნითა ხვრელი მდებარეობს ბრმა ხვრელის არეში.

ხვრელარხი კანიდან მიემართება ინის ძვლისაკენ, გაივლის მისი სხეულის არეში და 40-45^0 კუთხით მიდის ენის ბრმა ხვრელისაკენ.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად იყენებენ ფისტულოგრაფიას (კონტრასტული რენტგენოგრაფია) პირდაპირ და გვერდით პროექციებში.

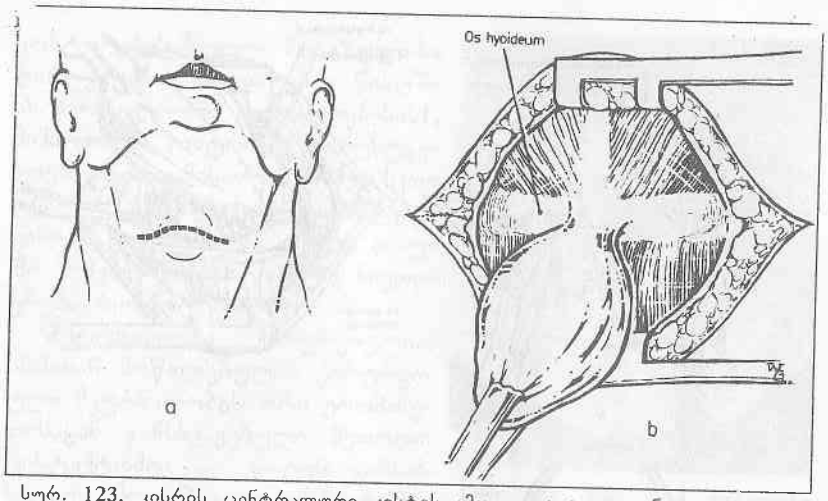
მკურნალობა ქირურგიულია. კისტის ან ხვრელარხის ქვემო პოლუსთან ტარდება ჰორიზონტალური განაკვეთი და გამოყოფენ მას ინის ძვლამდე. ერთკბილიანი კავით ინის ძვალს წვევენ ქვევით, ხოლო ჭრილობის ზედა კიდეს მაქსიმალურად ზევით, განაცალკავებენ ყბაინის კუნთებს შუა ხაზზე ნაკერის არეში და მოკვეთენ მათ ინის ძვლის სხეულიდან, რაც პირის ღრუს ფსკერის სიღრმეში რევიზიის საშუალებას იძლევა. შემდეგ მოკვეთენ ინის ძვლის სხეულისაგან მკერდინის კუნთს და ახდენენ ინის ძვლის სხეულის რეზექციას (სურ. 123). ჭრილობის კიდეებს გასწვევენ და აგრძელებენ ხვრელარხის პრეპარირებას. ხვრელარხის ამოკვეთა მთავრდება ენის ძირთან, მის მრგვალ ხვრელთან. ჰემოსტაზის შემდეგ შეკერავენ ყბაენის-კუნთებს. მას მიაკერებენ მკერდინის კუნთს. კანის შეკერვის შემდეგ ჭრილობაში რჩება დრენაჟი.

ყბების ოდონტოგენური კისტები

კისტა ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ბუშტს. ოდონტოგენური კისტა ყბების ძვლის სისქეში კბილებთან კონტაქტში წარმოქმნილი საკუთარი გარსისა და თხევადი შიგთავსის შემცველი ღრუა. არჩევენ ფესვოვან (რადიკულურ) და გვირგვინოვან (ფოლიკულურ) კისტას.

ფესვოვანი კისტა წარმოიქმნება გრანულომის ეპითელისაგან. კისტას აქვს გარსი, რომლის გარეთა შრე წარმოდგენილია მკვრივი ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილით, ხოლო შიგნითა — მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით (პირის ღრუს ლორწოიანის ეპითელის მსგავსი). კისტის შიგთავსი შედგება ქოლესტერინის დიდი რაოდენობის შემცველი სეროზული სითხისაგან.

კლინიკა. ფესვოვანი კისტა იზრდება ნელა და უმტკივნეულოდ. იგი შეიძლება შემთხვევით იქნეს აღმოჩენილი რენტგენოგრამაზე. ავადმყოფი მას შეამჩნევს, როდესაც იგი გამობერავს ყბის ძვალს ან კისტის შიგთავსის დაჩირქების შემთხვევაში. ქვედა ყბაზე ძვალი გამობერება ვესტიბულური მხრიდან, ზედა ყბაზე როგორც ვესტიბულური, ისე სასის მხრიდან. პალპაციით შესიება მკვრივია,

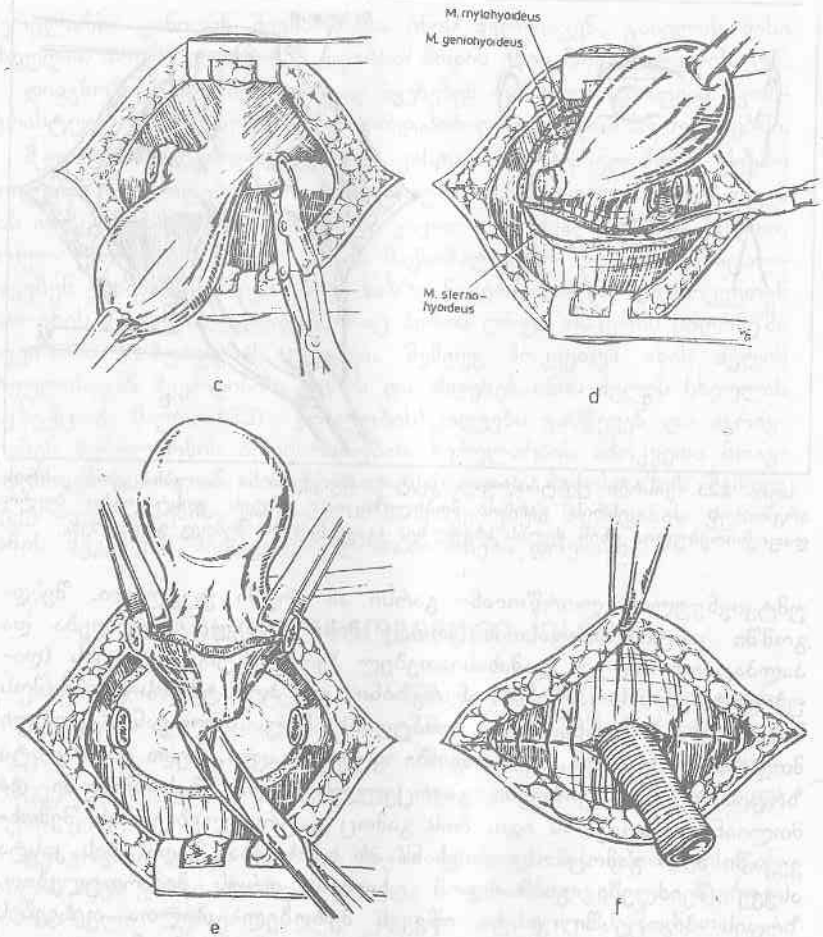


სურ. 123. კისრის ცენტრალური კისტის ამოკვეთა: a — განაკვეთი კისრის არეში; b — კისრის გარსის მობილიზაცია. კისტის დისტალური ბოლო დაფიქსირებულია ინის ძვლის სხეულზე; (გაგრძელება შემდეგ გვერდზე).

უმტკივნეულო. ლორწოიანი გარსი ამ არეში უცვლელი. შეშდგომში კისტის ზრდასთან ერთად მისი კედელი თხელდება და პალპაციით იძლევა დამახასიათებელ პერგამენტის ტკაცუნს (დიუპიუიტრენის სიმპტომი), ან რეზინის თუ პლასტმასის სათამაშოს სიმპტომი (ი.ბერნადსკის სიმპტომი). თუ ძვლოვანი კედელი მთლიანად გაიწოვა, შეიგრძნობა ფლუქტუაცია. ზედა ყბის კისტა ზრდის დროს შეიძლება გავრცელდეს ზედა ყბის წიაღში და მთლიანად ამოივსოს იგი, რის გამოც გაურთულებლობის შემთხვევაში მისი გამოცნობა დიდხანს არ ხერხდება. ზედა ყბის კისტა ასევე შეიძლება გაიზარდოს ცხვირის ღრუს მიმართულებით. ზრდის პროცესში კისტა იწვევს მეზობელ კბილთა ფესვების განზიდვას, გვირგვინები კი ერთმანეთისაკენ იხრებიან.

კისტის შიგთავსის დაჩირქების შემთხვევაში ლორწოიანი გარსი ხდება ჰიპერემიული, ვლინდება ტკივილები, მატულობს სხეულის ტემპერატურა, შეიძლება განვითარდეს ოსტეომიელიტური პროცესი, ფლეგმონა, ძალზე იშვიათად — პათოლოგიური მოტეხილობა.

დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის. რენტგენოგრამაზე ფესვოვანი კისტა არის კბილის ფესვთან მიმდებარე ძვლის მრგვალი ან ოვალური დეფექტი, მკაფიოდ შემოფარგლული თანაბარი კონტუ-



.სურ. 123. კისრის ცენტრალური კისტის ამოკვეთა: c, d — ინის ძვლის სხეულის რეზექცია; e — ხვრელარხის ამოკვეთა ენის ძირთან; f — ოპერაციის დასასრული (ჭრილობის შეკერვა, დრენაჟი).

რებით (სურ. 124). დიაგნოზის დაზუსტებისათვის იყენებენ პუნქციას. პუნქტატში მიიღება მოყვითალო სითხე ქოლესტერინის კრისტალებით. „მიზეზობრივი“ კბილის ელექტროაგზნებადობა არ არსებობს, მიმდებარე კბილების — დაქვეითებულია. თუ კისტის

კონტურების ჩვეული მოხაზულობა დარღვეულია (ზედა ყბის წიაღში ან პირის ღრუში გავრცელებისას), მიმართავენ კონტრასტულ რენტგენოგრაფიას. ამისათვის საპუნქციო ნემსითა და შპრიცით გამოიღებენ კისტის შიგთავსს და კისტის ღრუში შეჰყავთ საკონტრასტო ნივთიერება (იოდოლიპოლი).

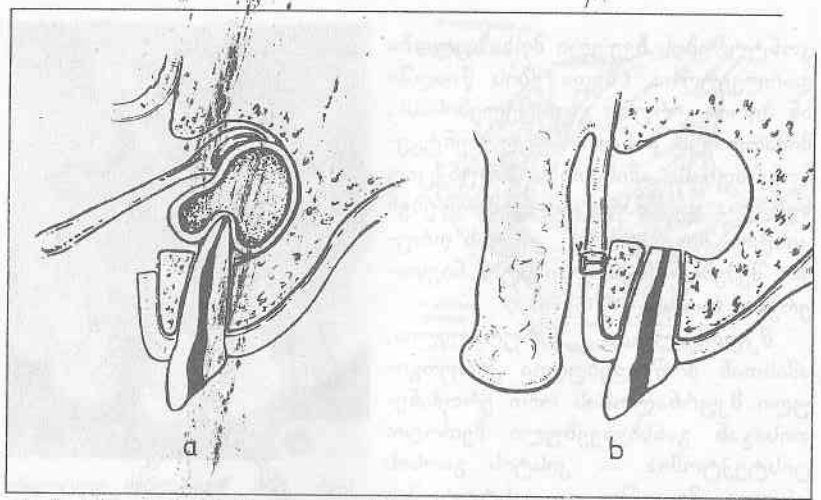


სურ. 124. ზედა ყბის ფესვოვანი კისტა (ზედა საჭრელებისაგანვან). რენტგენოგრამა.

მკურნალობა ქირურგიულია. ამასთან მოწოდებულია ქირურგიული მკურნალობის ორი ერთმანეთისაგან განსხვავებული მეთოდი: ცისტექტომია — კისტის გარსის სრული ამოთიშვა და ცისტოტომია — კისტური ღრუს გახსნა და პირის ღრუსთან ფართო შერთულის გაკეთება.

ცისტოტომია ნაჩვენებია დიდი კისტის დროს, ანთებითი მოვლენებით, როდესაც კისტის გარსის სრული ამოღებით შეიძლება გაიხსნას მეზობელი ღრუები (ქვედა ყბის წიაღი, ცხვირის სავალები, ქვედა ყბის არხი). დანარჩენ შემთხვევაში მიმართავენ ცისტექტომიას.

ცისტექტომია. წინასწარ უნდა იქნას დაბჟენილი იმ კბილთა ფესვის არხები, რომელთა ფესვები მოთავსებული არიან კისტურ ღრუში. ამასთან დაბჟენა ხდება იმის მიუხედავად, დაზიანებულია თუ არა კბილის გვირგვინი კარიესული პროცესით. კისტის საპროექციოდ ვესტიბულური მხრიდან ალვეოლურ მორჩზე ატარებენ განაკვეთს ისე, რომ წარმოიქმნას ნახევარკალოვანი ან ტრაპეციული ნაფლეთი; ნაფლეთის ფუძე მიქცეული უნდა იყოს გარდამავალი ნაოჭისაკენ. ძვლისზედაკანლორწოიან ნაფლეთს ათიშავენ ძვლიდან რასპატორით. ახდენენ გაშიშვლებული კისტის გარეთა კედლის ტრეპანაციას ბორითა და ძვლის საკვნეტით. თუ კედელი ძლიერ გათხელებულია (დარბილებულია), პირდაპირ შეიძლება მისი ამოკვეთა სკალპელით. რასპატორით გათიშავენ კისტის გარსს, რომელიც იოლად სცილდება ძვალს, მაგრამ ის ძნელი მოსაცილებელია იმ კბილის ფესვის მწვერვალისაგან, რომელიც წარმოადგენს კისტის წარმოშობის მიზეზს. ცისტექტო-



სურ. 125. ცისტექტომია: a — კისტის ძვლოვანი წინა კედლის რეზექცია და კისტის გარსის ამოთიშვა; b — ფესვის მწვერვალის რეზექცია და ჭრილობის დახურვა.

მიის დროს გარსის უმნიშვნელო ნაწილიც რომ შერჩეს ფესვზე, იგი შეიძლება გახდეს რეციდივის მიზეზი. ამის გამო აუცილებელია ფესვის მწვერვალის რეზექცია (სურ. 125). თუ კბილი და მისი ფესვი წინასწარ არ არის დაბჟენილი (სასურველია ცემენტით) ან დაბჟენილია არასრულად, მწვერვალის რეზექციის შემდეგ ახდენენ ფესვის რეტროგრადულ დაბჟენას მწვერვალის მხრიდან ვერცხლის ამალგამით. თუ ღრუში არის რეტენირებული კბილი (ფოლიკულური კისტის დროს), მას იღებენ. ოპერაციის ბოლოს ღრუს ამუშავებენ ანტისეპტიკური ხსნარებით, ნაფლეთს ათავსებენ თავის ადგილზე და ჭრილობას კერავენ კეტგუტით ან აბრეშუმით. ადებენ დამწოლ ნახვევს ერთი დღით ჰემატომის განვითარების თავიდან ასაცილებლად. თუ კისტამ დაარღვია ზედა ყბის წიაღის ქვედა კედელი და გავრცელდა წიაღში, ასეთ შემთხვევაში ცისტექტომიასთან ერთად კეთდება რადიკალური ანტროტომია.

ცისტოტომია. განაკვეთის გატარების, ნაფლეთის ათიშვისა და კისტის წინა კედლის გაშიშვლების და ტრეპანაციის შემდეგ (რაც კეთდება ზემოაღნიშნული წესით), კისტურ ღრუს ათავისუფლებენ სითხისაგან, ასადავებენ კისტის ღრუს კიდეებს და ღრუს ანტისეპტიკური ხსნარით დამუშავების შემდეგ ლორწოიანძვლისზედა-

კანოვან ნაფლეთს ჩააფენენ კისტურ ღრუში ისე, რომ მჭიდროდ ეკვროდეს მის კედელს. იმისათვის, რომ ნაფლეთი მჭიდროდ მიეკრას კისტის კედელს, ღრუს ამოავსებენ იოდოფორმის ფილთით. კისტის ზონაში არსებული ჯანმრთელი კბილების წინასწარი დეპულპირება და დაბჟენა საჭირო არ არის. ბჟენენ მხოლოდ „მიზეზობრივ“ ან ადრე დეპულპირებულ კბილს. აუცილებელია, რომ კისტის წინა კედლის ტრეპანაციის ზომა კისტის დიამეტრის ტოლი იყოს. თუ საჭირო ხდება „მიზეზობრივი“ კბილის ფესვის მწვერვალის რეზექცია, ამ შემთხვევაში საჭიროა ლორწოიანძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთი წარმოიქმნას ფუძით ალვეოლური მორჩის ქედისაკენ, რათა ნაფლეთის ღრუში ჩაფენის შემდეგ მან დაფაროს კბილის ფესვის ტაკვი (სურ. 126). ტამპონებს ცვლიან ოპერაციიდან 5-7 დღის შემდეგ. ამ დროისათვის ნაფლეთი შეხორცებულია კისტის გარსთან. შემდგომში ტამპონს ცვლიან 3-5 დღეში, ანტისეპტიკებით ღრუს ერთდროული დამუშავებით. 3-4 თვის შემდეგ პაციენტი აგრძელებს პირის ღრუში კისტის ადგილზე შექმნილი დამატებითი ღრუს მოვლას. ძვლის რეგენერაცია კისტური ღრუს არეში ხორციელდება 6 თვიდან 2 წლამდე.

ფოლიკულური კისტა ყბების კისტების 4-6%-ს შეადგენს. მისთვის დამახასიათებელია კისტის სანათურში რუდიმენტული ან უკვე ფორმირებული კბილის ან მისი გვირგვინის არსებობა. მისი წარმოშობის მიზეზი შეიძლება იყოს ქრონიკული ანთებითი პროცესი სარძევე კბილების პერიაპიკალურ ქსოვილებში ან კბილწარმომქმნელი ეპითელის მანკოვანი განვითარება. ფოლიკულური კისტის კლინიკური სურათი და დიაგნოსტიკის მეთოდები თითქმის არ განსხვავდება ფესვოვანი კისტისაგან.

ფესვოვანი კისტისაგან განსხვავებით ფოლიკულური კისტა უფრო ხშირად გვხვდება ქვედა ყბაზე, უფრო ხშირად სხეულის ან კუთხის არეში, ძირითადად ახალგაზრდებში (30 წლამდე). ფოლიკულური კისტის დაჩირქება უფრო იშვიათია ფესვოვანთან შედარებით.

ფოლიკულური კისტისათვის დამახასიათებელია ნელი ზრდა, რის გამოც ძვლოვანი ქსოვილის მკვეთრი გათხელება ამ დროს იშვიათია. დამახასიათებელია აგრეთვე კბილთა რიგში ამა თუ იმ კბილის არარსებობა, რომლის ადგილზეც ხშირად მდებარეობს სარძევე კბილი.

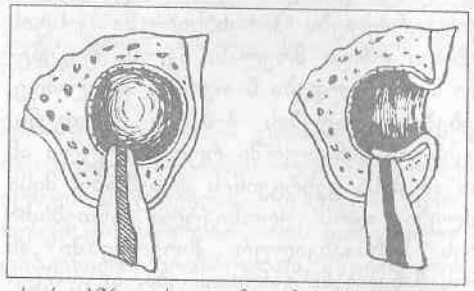
რენტგენოლოგიურად, ფოლიკულური კისტის დროს, კისტურ ღრუში მდებარეობს რეტენირებული კბილი, მისი გვირგვინი ან

ჩანასახი. ზოგჯერ ფოლიკულური კისტის დროს რენტგენოგრამაზე მოჩანს ცრუ უჯრედოვანი სურათი (სურ. 127).

მკურნალობა ქირურგიულია. პროგნოზი კარგი.

ᲫᲕᲔᲚᲘᲡ ᲡᲘᲛᲡᲘᲕᲜᲘᲡᲛᲐᲒᲕᲐᲠᲘ ᲬᲐᲠᲛᲝᲜᲐᲥᲛᲜᲔᲑᲘ ᲓᲐ ᲝᲡᲢᲔᲝᲓᲘᲡᲢᲠᲝᲤᲘᲔᲑᲘ

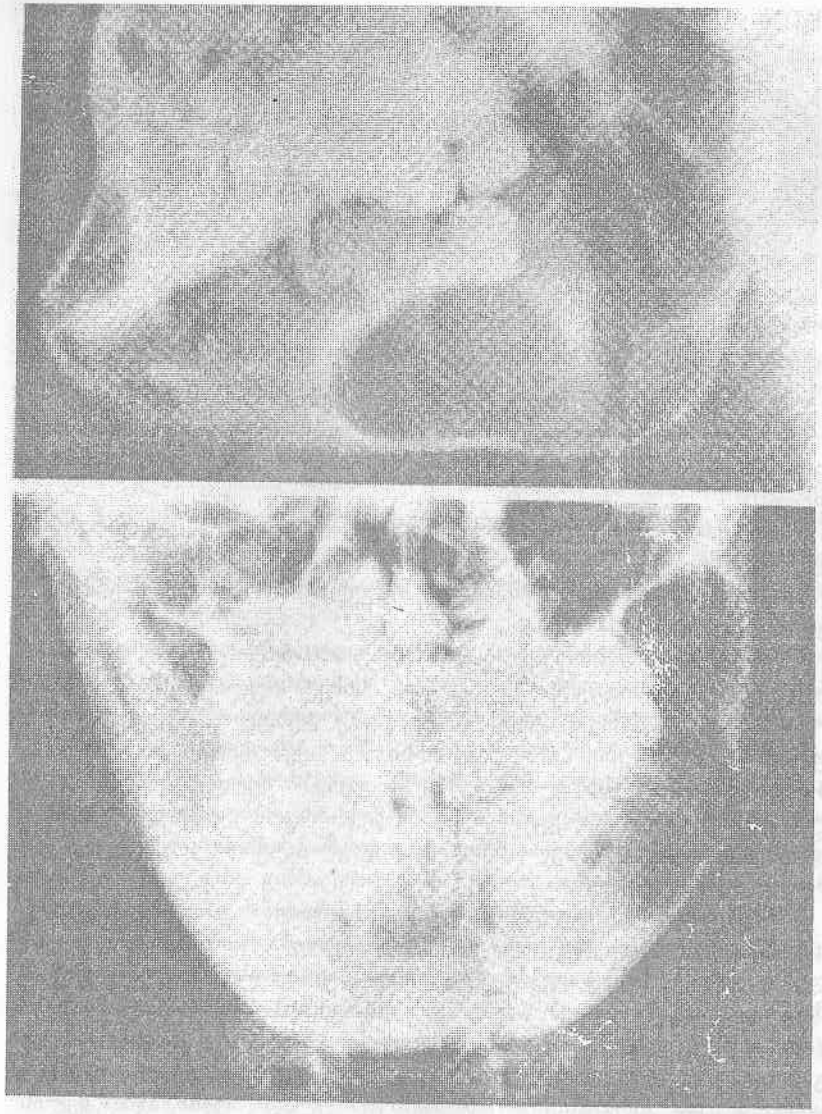
ფიბროზული დისპალზია ძვალწარმოქმნის კეროვანი დარღვევაა. არჩევენ დაავადების მონოოსალურ (ერთ ძვალში) და პოლიოსალურ (მრავალ ძვალში) ფორმებს. პოლიოსალური ფორმა იშვიათია. ძვალში გავრცელების მიხედვით გამოყოფენ კეროვან და დიფუზურ ფორმებს. უფრო ხშირად ზიანდება ზედა ყბა, რომელიც იზრდება ნელა და უმტკივნეულოდ. ზედა ყბა იბერება როგორც ლოყის, ისე სასის მხარეზე. ვითარდება დეფორმაცია (სურ. 128). ზედა ყბის წიაღში გავრცელებისას ვიწროვდება თვალის ნაპრალი. თუ პროცესი ლოკალიზებულია ქვედა ყბაზე, ეს უკანასკნელი იბერება როგორც ვესტიბულური, ისე ორალური მხრიდან. ალვეოლურ მორჩზე პროცესის გავრცელებისას კბილები ირყევიან. კანი და ლორწოიანი გარსი არ იცვლება, რეგიონული ლიმფური კვანძები არ ისინჯება.



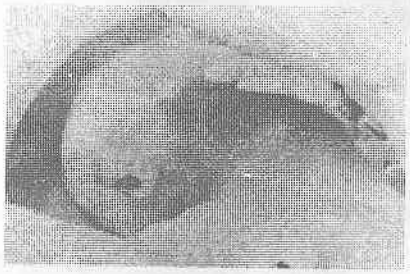
სურ. 126. ცისტოტომია. მარცხნივ ოპერაციამდე; მარჯვნივ კბილის ფესვის არხისა და კარიესული ღრუს დაბჟენა, ფესვის მწვერვალის რეზექცია და ლორწოვან ძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთის ჩაფენა კისტის ღრუში კბილის ფესვის ტაკვის დაფარვით.

კეროვანი ფორმის დროს პათოლოგიურად შეცვლილი უბანი მკაფიოდაა გამოყოფილი ირგვლივმდებარე ქსოვილებისაგან. დიფუზური ფორმის დროს დაზიანების საზღვრები არ ვლინდებიან. დაავადება მიმდინარეობს წლობით, ზოგჯერ ათეულ წლობით.

რენტგენოლოგიურად კეროვანი ფორმის დროს აღინიშნება ძვლის კარგად შემოსაზღვრული გაუხშოებული უბანი. დიფუზური ფორმის



სურ. 127. ქვედა ყბის ფოლიკულური კისტა ქვედა მესამე მოლარისაგან (გვერდით და პირდაპირ პროექციებში).



სურ. 128. ზედა ყბის ფიბროზული დისპლაზია.

დროს ძვლის დესტრუქციულ უბანში ვლინდება გამკვრივებისა და გაუხშოების წვრილი უბნების მონაცვლეობა.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ ბიოპსიას. მიკროსკოპულად აღინიშნება უჯრედოვან-ბოჭკოვანი ოსტეოგენური ქსოვილი, მოუმწიფებელი ძვლოვანი ხარიხების ერთეული ან ხშირი ქსელით.

მკურნალობა ქირურგიულია. დაზიანებულ უბანს მთლიანად აცილებენ ან პათოლოგიური კერის გამოწმენდით (კეროვანი ფორმის დროს) ან ამ უბნის რეზექციით (დიფუზური ფორმის დროს).

პროცესის სტაბილიზაციის შემთხვევაში ახდენენ დაკვირვებას დინამიკაში.

რენტგენოთერაპია წინააღმდეგნაჩვენებია (შეიძლება გამოიწვიოს გაავთვისებიანება).

ხერუვიზმი ფიბროზული დისპლაზიის თავისებური ფორმაა, რომელსაც ახასიათებს ქვედა ყბის სიმეტრიული შებერვა მისი ორივე კუთხის არეში, რის გამოც სახე ღებულობს კვადრატულ ფორმას. ვლინდება 2-11 წლის ასაკში. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში პროცესი ძლიერდება. შემდგომში ჩერდება. ფიბროზული დისპლაზიისაგან განსხვავებით მიკროსკოპულად ხერუვიზმის დროს ვლინდება მრავლობითი ოსტეოკლასტები. ზოგადი მდგომარეობა არ იცვლება.

ჰიპერპარათირეოიდული ოსტეოდისტროფია *(პარათირეოდული ოსტეოდისტროფია, რეკლინჰაუზენის დაავადება)* სისტემური დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს პარაფრისებრი ჯირკვლების მოქმედების დარღვევა (ჰიპერპარათირეოზი). პარათირეოიდული ჯირკვლის ადენომა იწვევს ჯირკვლის ჰორმონის გაძლიერებულ გამოყოფას. ერთდროულად მატულობს კალციუმის რაოდენობა სისხლში და ორგანოებში. მიკროსკოპულად აღინიშნება ძვლის ლაკუნარული გაწოვა ერთდროულად ძვალწარმოქმნით, ძვლის ტვინი გარდაიქმნება ფიბროზულ ქსოვილში. ავადმყოფები უჩივიან სისუსტეს, წყურვილს, იოლ დაღლილობას, პოლიურიას, ტაქიკარდიას, ტკივილებს ძვლებში. შეიძლება განვითარდეს თირკმლის კენჭოვანი

დაავადება. ბოლოს ვითარდება ძვლების, მათ შორის ყბის ძვლების, დეფორმაცია. კლინიკური, რენტგენოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოვლინება ყბა-სახის არეში ძალიან წააგავს ოსტეობლასტოკლასტომის დროს განვითარებულ მოვლენებს.

რენტგენოლოგიურად ვლინდება ძვლის კორტიკალური შრის გათხელება, მისი გამობერვა, ძვალში მრავლობითი კისტოზური წარმონაქმნებია, სისხლის შრატში მომატებულია კალციუმის და შემცირებულია ფოსფორის რაოდენობა. ორივე ამ ელემენტის რაოდენობა გაზრდილია შარდში.

მკურნალობა: პარაფარისებრი ჯირკვლის ადენომის ქირურგიული მოცილება. ვიტამინოთერაპია (B ჯგუფი, C, D, A), დაზიანებული ყბის ძვლის კვარცით დასხივება და კალციუმის ქლორიდის იონოფორეზი.

დროული მკურნალობის დროს პროგნოზი კარგია — გარკვეული ხარისხით ხდება პროცესის უკუგანვითარება. დაგვიანებულ შემთხვევებში — არაკეთილსასურველი (ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობა, თირკმელების, ფილტვების, პერიფერიული სისხლის ძარღვების პეტრიფიკაცია და ა.შ.).

დეფორმიული ოსტეოდისტროფია *(დეფორმიული ოსტეიტი, პეჯეტის დაავადება)* ფიბროზული ოსტეოდისტროფიის სახესხვაობაა და მდგომარეობს ძვლოვანი ქსოვილის განუწყვეტელ გარდაქმნაში — იწოვება ძველი და იქმნება ახალი ძვალი, ამასთან ჭარბობს ძვალწარმოქმნის პროცესი. ვითარდება ძვლების გამრუდება, გასქელება, დეფორმაცია. უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები მოწიფებულ და ხანდაზმულ ასაკში. ძირითადად ზიანდებიან ბრტყელი ძვლები, განსაკუთრებით ქალას ძვლები, თუმცა პროცესი შეიძლება განვითარდეს გრძელ ლულოვან ძვლებშიც.

დაავადება იწყება და ვითარდება ნელა. შემდეგ გამოვლინდება დეფორმაცია. მატულობს თავის მოცულობა, ფართოვდება ყვრიმალის არე, ცხვირის ძვლები, კბილები ალვეოლურ მორჩთან ერთად წინ იწევენ, ყბები დეფორმირდებიან, ვითარდება სიყრუე. ლორწოიანი გარსი მკრთალი ფერისაა.

რენტგენოლოგიურად ქალას ძვლებში ნაკერები არ ვლინდებიან, შიგნითა და გარეთა ფირფიტები გასქელებულია. ყბების ძვლები დეფორმირებულია, გადიდებული, გასქელებული; წაშლილი ძვლოვანი სტრუქტურის ფონზე ვლინდებიან ერთმანეთთან შერწყმული რენტგენოლოგიურად მკვრივი, მუქი კუნძულაკების გროვები.

დაავადება მთელი ცხოვრება პროგრესირებს, მაგრამ სიცოცხლისათვის საფრთხეს არ წარმოადგენს, თუმცა ავადმყოფი შეიძლება მიიყვანოს ინვალიდობამდე. არის გაავთვისებიანების შესაძლებლობა (ოსტეოგენური სარკომა).

მკურნალობა სიმპტომურია. ყბების მნიშვნელოვანი დეფორმაცია თუ იწვევს ფუნქციურ დარღვევებს (ღეჭვის ფუნქციის მოშლა), მიმართავენ ჭარბი ძვლის ამოკვეთას.

ყბების ჰიპეროსტოზი უფრო ხშირია ბავშვებში და ვითარდება ანთებითი ან ტრავმული გამღიზიანებლის გავლენით, რის საპასუხოდაც ძვლის მხრიდან ვითარდება ჰიპერპლასტიკური ქრონიკული რეაქცია; პერიოსტეუმიც ავლენს ზედმეტ ფუნქციურ აქტივობას.

მკურნალობა ქირურგიულია: ჭარბ ძვალს აცილებენ სატეხით ან ფრეზით. პროგნოზი კეთილსასურველია, მაგრამ ხშირია შეცდომით არასწორი დიაგნოზის დასმა (ყბების სიმსივნე), მით უმეტეს, როდ ჰიპეროსტოზის დროს რენტგენოგრამა ხშირად იძლევა ფიბროზული ოსტეოდისტროფიის, ოსტეობლასტოკლასტომის ან სარკომის სურათს.

ეკზოსტოზი ძვლოვანი წანაზარდია, რომელიც გვხვდება სასაზე, ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირზე, ალვეოლური მორჩის კედლებზე, როკისებრ მორჩზე. მიზეზი უცნობია.

ეკზოსტოზი კლინიკურად სადა შვერილია, უმტკივნეულო, არ იწვევს რაიმე პათოლოგიურ მოვლენებს, მაგრამ ხელს უშლის პროთეზის სტაბილიზაციას. როკისებრი მორჩის ეკზოსტოზი, თუ ის მდებარეობს სახსარში, იწვევს ტკივილებს და ქვედა ყბის ამოძრაობის შეზღუდვას.

მკურნალობა ქირურგიულია — ფრეზით ან სატეხით მოცილება. პროგნოზი კეთილსასურველია.

ეოზინოფილური გრანულომა სიმსივნისმაგვარი დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ძვლის ტვინის რეტიკულო-ენდოთელური ელემენტების პროლიფერაციის გაძლიერებით, ეოზინოფილური ლეიკოციტების თანაარსებობით. ძვლოვანი ქსოვილი თანდათანობით იშლება და შეინაცვლება რეტიკულური ქსოვილით, ეოზინოფილური გრანულომა ჰისტიოციტოზ X-ის ერთ-ერთი ფორმაა. ჰისტიოციტოზისათვის (რეტიკულოენდოთელიოზი) დამახასიათებელია ჰისტიოციტური ელემენტების პროლიფერაცია ეოზინოფილური, ნეიტროფილური ლეიკოციტების, ლიმფოციტების, პლაზმური

უჯრედების და მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედების ინტენსიური პროლიფერაციით.

ეოზინოფილური გრანულომის ეტიოლოგიურ ფაქტორებად მიაჩნიათ ტრავმა, ინფექცია (განსაკუთრებით ვირუსული), ალერგია. ვითარდება 30 წლისაზე უხნეს პირებში.

არჩევენ ეოზინოფილური გრანულომის სამ ფორმას: კეროვანს, დიფუზურს და გენერალიზებულს. კეროვანი ფორმა ვითარდება ყბის კუთხის, სხეულის ან ფუძის არეში ერთი ან რამდენიმე კეროვანი დაზიანების სახით, არ ვითარდება ალვეოლური მორჩის არეში. მცირე ზომის შესიება სუსტად მტკივნეულია. პირის ღრუს მხრივ პათოლოგიური ცვლილებები არ ვლინდება. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება მრგვალი, დესტრუქციული დეფექტი მკაფიო კიდეებით.

დიფუზური ფორმა იწყება ალვეოლურ მორჩში, ვრცელდება ქვედა ყბის სხეულსა და ტოტში და მთავრდება პირის ღრუში გამოვლინებით. პროცესი აზიანებს კბილთაშორის ძგიდეებს, კბილები ირყევიან, ფესვები შიშვლდებიან. დასაწყისში ავადმყოფები უჩივიან ქავილსა და ტკივილს ინტაქტურ კბილებში, სისხლის დენას ღრძილებიდან და ლპობით სუნს პირის ღრუდან. ზოგჯერ დაავადება პირის ღრუში ვლინდება წყლულოვანი სტომატიტის ფორმით. რენტგენოლოგიურად ამ ფორმისათვის დამახასიათებელია ორგვარი სურათი: ან დაზიანების შეზღუდული კერები ყბის სხეულის და ალვეოლური მორჩის სხვადასხვა უბნებში ან ყბის სხეულისა და ალვეოლური მორჩის დიფუზური დაზიანება.

გენერალიზებული ფორმის დროს ყბის ძვლის გარდა დაზიანების კერები ვლინდება სხვა ძვლებშიც. ამასთან ყბის ძვალში ადგილი აქვს როგორც კეროვან, ისე დიფუზურ დაზიანებას. პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის მხრივ ადგილი აქვს წყლულოვან-ნეკროზულ ცვლილებებს.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ ბიოფსიას.

მკურნალობა: კეროვანი ფორმის დროს საკმარისია პათოლოგიური კერის გამოფხეკა. დიფუზური ფორმის დროს გამოფხეკასთან ერთად მიმართავენ რენტგენოთერაპიას. მენერალიზებული ფორმის დროს — პენტგენოთერაპია. მკურნალობის კომპლექსში იყენებენ გლუკოკორტიკოსტეროიდებს, მალარიის საწინააღმდეგო პრეპარატებს, ელექტროკოაგულაციას, კრიოთერაპიას.

პროგნოზი კეროვანი ფორმის დროს კარგია. სხვა ფორმები საჭიროებენ შეუპოვარ კომპლექსურ მკურნალობას.

ღრძილების ფიბრომატოზი წარმოადგენს ღრძილის შემაერთებელი ქსოვილის ფართოდ გაზრდას ისე, რომ იგი ნაწილობრივ ან მთლიანად ფარავს კბილის გვირგვინს. უპირატესად პროცესი ვლინდება ვესტიბულური მხრიდან, თუმცა შესაძლებელია მისი გავრცელება ორალურ მხარეზეც.

ღრძილის ფიბრომატოზი ვითარდება ნელა და ბოლოს იკავებს მთელ ალვეოლურ მორჩს კბილებთან ერთად. მნიშვნელოვნად გამოხატული ფიბრომატოზის დროს ადგილი აქვს ალვეოლური მორჩის დეფორმაციას. ფიბრომატოზის ზედაპირი უფრო ხშირად ხორკლიანია, მისი ლორწოიანი უმოძრაო, ფერმკრთალი ან ჰიპერემიულია. პალპაციით ელასტიკური კონსისტენციის, უმტკივნეულო.

ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან აღნიშნავენ ანთებას, ტრავმას. აღწერილია დაავადების ოჯახური შემთხვევები. ვითარდება ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის პირებში.

მიკროსკოპულად ღრძილის ფიბრომატოზი მკვრივი ბოჭკოვანი შემაერთებელი ქსოვილია, ღარიბი უჯრედებითა და სისხლის ძარღვებით. არაიშვიათად ფიბროზულ ქსოვილში გვხვდება ძვლოვანი ხარიხები, ზოგჯერ კი ცემენტისმაგვარი ქსოვილის კუნძულაკები.

რენტგენოლოგიურად, ხანგრძლივად არსებული ფიბრომატოზის დროს არაიშვიათად ვლინდება კბილთაშუა ძგიდეების გაწოვა. განსხვავდება ჰიპერტროფიული გინგივიტისაგან ანთებითი კომპონენტით. ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს ადგილი აქვს ჰიპერემიას, ციანოზს, ქსოვილების შეშუპებას.

მკურნალობა ქირურგიულია და მდგომარეობს ღრძილის პათოლოგიურად გაზრდილი ქსოვილის ამოკვეთაში. ერთდროულად უნდა ამოიკვეთოს პერიოსტეუმი ალვეოლური მორჩის ქედის არეში.

პროგნოზი კეთილსასურველია. შეიძლება განვითარდეს რეციდივი.

ყბების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

ყბების კეთილთვისებიან სიმსივნეებს ყოფენ ოდონტოგენურ, ოსტეოგენურ და არაოსტეოგენურ სიმსივნეებად.

ოდონტოგენური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

ოდონტოგენური სიმსივნეების წარმოქმნა დაკავშირებულია კბილთა სისტემის განვითარებასთან. მათ მიეკუთვნებიან ადამანტინომა, ოდონტომა, ცემენტომა, ოდონტოგენური ფიბრომა.

ამელობლასტომა კეთილთვისებიანი ეპითელური სიმსივნეა, რომლის ჰისტოლოგიური შენება ჰგავს კბილის მინანქარს. Adamantos — ბერძნული სიტყვაა და მინანქარს ნიშნავს. ამელობლასტომა შეიძლება იყოს მაგარი (ameloblastoma solidum) და კისტური (ameloblastoma cysticum). მას აქვს ინფილტრაციული ზრდის თვისება. რენტგენოგრამაზე გამოვლენილი ცვლილებების გარდა ირგვლივმდებარე ძვლოვან ქსოვილში პროცესი ვრცელდება ზონრების სახით, რომლებიც თავსდებიან ძვლოვან ხარიხებს შორის. დაავადება შეიძლება შეგვხვდეს ყველა ასაკში, მაგრამ უფრო ხშირია 20-40 წლის პირებში. ქვედა ყბაში იგი 5-7-ჯერ უფრო ხშირია ზედასთან შედარებით. ყველაზე ხშირად იგი ვითარდება ქვედა ყბის სხეულისა და ტოტის არეში, იშვიათია ქვედა ყბის სხეულის წინა ნაწილში. სოლიდური ფორმა უფრო იშვიათად გვხვდება ვიდრე კისტური. კისტური ღრუები ამოვსილია ყვითელი ფერის სითხით, რომელიც ქოლესტერინის კრისტალებს ან არ შეიცავს, ან შეიცავს ძალზე მცირე რაოდენობით.

არის აზრი, რომ ამელობლასტომის განვითარება დაკავშირებულია კბილის ჩანასახის განვითარების დარღვევასთან ან წარმოიქმნება ფოლიკულური კისტის გარსის ეპითელური შრისაგან; ზოგიერთი ვარაუდით ადამანტონომა ვითარდება პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის ეპითელური ელემენტებისაგან, სხვათა აზრით კი — ოდონტოგენური ეპითელური ნარჩენებისაგან (მალასეს კუნძულაკები).

კლინიკა. ამელობლასტომა იზრდება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ნელა და უსიმპტომოდ. ძვლის დაზიანებული უბანი თანდათანობით სქელდება, ვლინდება ქვედა ყბის დეფორმაცია, სახის ასიმეტრია. პალპაციით აღინიშნება ძვლის თითისტარისებრი გამობერვა სადა ან ხორკლიანი ზედაპირით. შემდგომში თანდათან ვითარდება ძვლის გათხელება და შეიძლება გამოვლინდეს პერგამენტის ტკაცუნი ან ფლუქტუაციაც კი. კანის საფარველი დიდხანს რჩება უცვლელი და მოძრავი. პირის ღრუს მხრიდან აღინიშნება შებერვა და დეფორმაცია ალვეოლური მორჩის არეში. ზოგჯერ ამ არეში ვითარდება ხვრელარხები სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენით. პათოლოგიურ კერაში მოთავსებული კბილები შეიძლება იყვნენ ვადანაცვლებული კბილთა რკალიდან და მცირედ მორყე-

ულნი. ასეთი კბილების პერკუტორული ხმიანობა მოკლეა, პერკუსია უმტკივნეულო.

სიმსივნის დიდი ზომების დროს მეზობელ ორგანოებზე ზედაწოლის გამო ვითარდება ღეჭვის, ყლაპვის და მეტყველების ფუნქციის მოშლა, პათოლოგიური მოტეხილობა. რეგიონული ლიმფური კვანძები იზრდება მხოლოდ ამელობლასტომის დაჩირქების დროს. დაჩირქება შეიძლება განვითარდეს კბილის ამოღების შედეგად, პერიოდონტიტული ან პაროდონტიტული კბილებიდან ინფექციის გავრცელების შედეგად. ამელობლასტომის მიმდინარეობა კეთილთვისებიანია, მაგრამ 4% შემთხვევაში იგი განიცდის გაავთვისებიანებას. ამ შემთხვევაში ნახულობენ მეტასტაზებს ლიმფურ ჯირკვლებსა და ფილტვებში.

დიაგნოსტიკა გარდა კლინიკური მონაცემებისა ემყარება რენტგენოლოგიურ და ციტოლოგიურ გამოკვლევებს. რენტგენოლოგიური სურათი დამახასიათებელია. სოლიდური ფორმის დროს ჩანს ერთი დიდი ღრუ, კისტურის დროს — მრავალი კისტური ღრუები. არაიშვიათად ერთი დიდი ღრუ ძვლოვანი ხარიხებით გაყოფილია მრავალ პატარა ღრუებად. უფრო ხშირად ადამანტინომის რენტგენოგრამა წარმოგვიდგება ფიჭისებრი ან მარყუჟოვანი ფორმით. ზოგჯერ ღრუში ნახულობენ კბილს. ჯანმრთელი ძვლის საზღვარზე აღინიშნება სკლეროზის ვიწრო, მოთეთრო ზოლი. ასეთი დამახასიათებელი რენტგენოლოგიური სურათით აიხსნება დაავადების ძველი სახელწოდება — პოლიკისტომა.

მკურნალობა ქირურგიულია. თუ პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზებულია ზედა ყბაზე ან ქვედა ყბის ალვეოლურ მორჩზე, პირშიგნითა მიდგომით მოაცილებენ პათოლოგიურად შეცვლილ უბნებს საღი ქსოვილების ფარგლებში. თუ პროცესი ნაწილობრივ გავრცელებულია ქვედა ყბაზე, მიმართავენ დაზოგვით მეთოდს — იღებენ რადიკალურად სიმსივნეს საღი ქსოვილების ფარგლებში და ინარჩუნებენ ძვლის მთლიანობას. ქირურგიული ჩარევა ამ დროს ხდება პირგარეთა მიდგომით. თუ სიმსივნე გავრცელებულია ძვლოვანი ქსოვილის მთელ სისქეში, ან ვრცელდება რბილ ქსოვილებში, აგრეთვე რეციდივების დროს, საჭირო ხდება ქვედა ყბის მნიშვნელოვანი უბნის (ნახევარი ან მთელი ქვედა ყბა) რეზექცია ეკზარტიკულაციით. ერთდროულად ხორციელდება ძვლოვანი პლასტიკა. ძვლოვანი ტრანსპლანტატის სახით იყენებენ ან საკუთარ ნეკნს, ან ლიოფილიზირებულ ან ფორმალინიზირებულ ქვედა ყბის ალოგენურ ძვალს. კარგ შედეგებს იძლევა ი.პერნად-

სკის მიერ მოწოდებული მეთოდი. თუ სიმსივნურ კერაში ძვლის მთლიანობა შენარჩუნებულია, რეზექციის შემდეგ ხარშავენ მას 30 წუთის განმავლობაში და აბრუნებენ უკან. სიმსივნე ამოკვეთილი უნდა იქნეს მისი საზღვრიდან 1,5-2 სმ დაცილებით.

ამელობლასტური ფიბრომა

ადრინდელი სახელწოდება რბილი ოდონტომა. იშვიათად გვხვდება. მისთვის დამახასიათებელია ოდონტოგენური ეპითელის პროლიფერაცია, რომელთა შორის სტრომის შემაერთქსოვილოვანი ელემენტებია მოთავსებული და მოგვაგონებს კბილის ჩანასახის განვითარების ადრეულ სტადიას ოდონტობლასტების გარეშე.

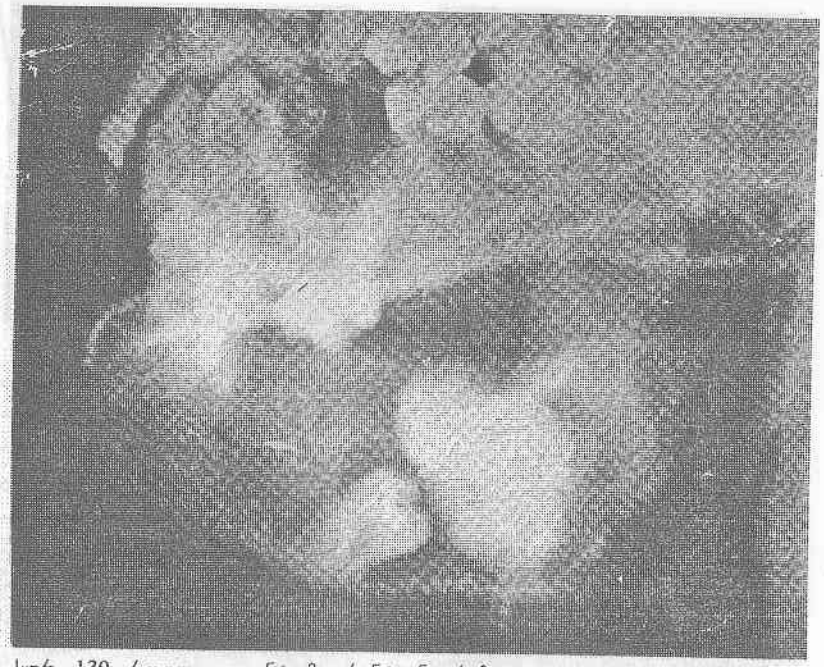
კლინიკურად ამელობლასტური ფიბრომა წააგავს ყბების ძვლებში არსებულ სხვა კეთილთვისებიან სიმსივნეებს. იზრდება ნელა, იწვევს რა ქვედა ყბის თანდათანობით შებერვას, როგორც ამელობლასტომის დროს. ამელობლასტომისაგან განსხვავებით ამელობლასტური ფიბრომა გვხვდება ახალგაზრდებში მუდმივი კბილების განვითარებისა და ფორმირების პერიოდში. დაავადების მიმდინარეობა კეთილთვისებიანია, მაგრამ ზოგჯერ, განსაკუთრებით არარადიკალური ოპერაციის დროს, ვითარდება ინფილტრაციული ზრდა. ამ დროს შეიძლება განვითარდეს ამელობლასტური ფიბროსარკომა.

რენტგენოლოგიურად აღინიშნება კარგად შემოსაზღვრული დესტრუქციული კერა, რომელიც წააგავს კისტურ წარმონაქმნს, რომელშიც შეიძლება იყოს კბილის ქსოვილების ელემენტები ან ჩამოყალიბებული მუდმივი კბილი (ჩანასახი). დიაგნოზი ზუსტდება მორფოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა ქირურგიულია. ინფილტრაციული ზრდის დროს კეთდება ყბის დაზიანებული უბნის რეზექცია. სხვა შემთხვევაში იღებენ სიმსივნეს კაფსულასთან ერთად საღი ქსოვილების ფარგლებში.

ოდონტომა

ოდონტომა სიმსივნისმაგვარი დაავადებაა, რომელიც შედგება კბილის მაგარი ქსოვილებისაგან, პულპისაგან, პერიოდონტისაგან, რომლებიც უწესრიგოდ არიან განლაგებული. ასე მაგ., მინანქარი შეიძლება მდებარეობდეს კბილის შიგნით, პულპა კი გარეთ. სიმსივნე მრგვალი ან უსწორო ფორმის მკვრივი წარმონაქმნია, დაფარულია

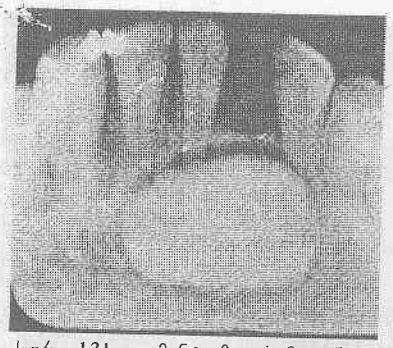


სურ. 130. რთული ოდონტომა. რენტგენოგრამა.

მიმდინარეობს უსიმპტომოდ. დიდი ზომების დროს შეიძლება გამოიწვიოს კორტიკალური ფირფიტის გაწოვა და ყბის დეფორმაცია. მიკროსკოპულად ცემენტომა მოყვითალო-თეთრი ფერისაა. მინერალიზაციის ხარისხის გათვალისწინებით შეიძლება იყოს მაგარი ან რბილი. რენტგენოლოგიურად ძვლოვან ქსოვილში ვლინდება მკაფიო საზღვრების მქონე მრგვალი ფორმის დესტრუქცია. წარმონაქმნი მჭიდროდაა დაკავშირებული კბილთან (სურ. 131). ეს არის ჰეშმარიტი ცემენტომა ანუ კეთილთვისებიანი ცემენტობლასტომა. ამას გარდა არჩევენ კიდევ მაცემენტირებელ ფიბრომას, რომლისთვისაც რენტგენოლოგიურად დამახასიათებელია ძვლის მკაფიო კონტურებიანი არაჰომოგენური გაუხშოება.

მკურნალობა, ორივე ფორმის დროს, ქირურგიულია. სიმსივნურ წარმონაქმნს იღებენ გარსიანად.

არჩევენ კიდევ **პერიაპიკალურ ცემენტურ დისპლაზიას,** რომელიც დიფუზურად აზიანებს არა მარტო ძვლოვან ქსოვილს,



სურ. 131. ცემენტომა. რენტგენოგრამა.

არამედ კბილთა ჯგუფის ფესვებს. მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, ქვედა ყბის დეფორმაციის გარეშე. რენტგენოლოგიურად ვლინდება დიფუზური დესტრუქციული ცვლილებები მსხვილი მკვრივი ჩრდილის მონაცვლეობით, რაც უშუალოდ კბილთა ფესვებთან არის დაკავშირებული, რომლებსაც არ გააჩნიათ პერიოდონტული ნაპრალი (სურ. 132).

ცემენტომის კიდევ ერთი სახეა ოჯახური მრავლობითი ცემენტომა ანუ **გიგანტურფორმიანი ცემენტომა.** შეიძლება შეგვხვდეს ოჯახის რამდენიმე წევრში. ვლინდება ორივე ყბის სხვადასხვა უბანში მკვრივი კალციფიცირებული წარმონაქმნების სახით. მიმდინარეობს უსიმპტომოდ. რენტგენოლოგიურად მკვრივი ჩრდილები ხშირად მდებარეობენ სიმეტრიულად.

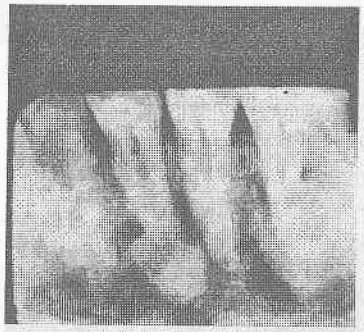
ცემენტომის ბოლო ორი ფორმა მკურნალობას არ საჭიროებს. ცემენტომა იშვიათად გვხვდება.

ოდონტოგენური ფიბრომა

ოდონტოგენური ფიბრომა ძალზე იშვიათი დაავადებაა და წარმოადგენს ყბების ძვალშიდა ფიბრომის ნაირსახეობას, განსხვავდება რა მისგან იმით, რომ უკრედებით ღარიბ ფიბროზულ ქსოვილში მოთავსებულია კბილწარმომშობი ეპითელის ზონრები ან კუნძულაკები. ამას გარდა ზოგჯერ ოდონტოგენური ფიბრომის შენება პულპის შენების მსგავსია.

ოდონტოგენური ფიბრომა იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ და იწვევს ყბის განსაზღვრული უბნის გასქელებას. სიმსივნის ზონაში მყოფი კბილების ფესვები იწოვება, კბილები გამოდიან კბილთა რკალიდან. პალპაციით წარმონაქმნს აქვს მკვრივი ელასტიკური კონსისტენცია.

რენტგენოლოგიურად აღინიშნება წვრილ და მსხვილმარყუჟოვანი ჰომოგენური ჩრდილი. ფიბრომატოზული ქსოვილის კალციფიკაციის შემთხვევაში რენტგენოგრამაზე მოჩანს სიმსივნის მკაფიოდ



სურ. 132. პერიაპიკალური ცემენტომა. რენტგენოგრამა.

შემოსაზღვრული ჩრდილი, რომელიც მოგვაგონებს სკლეროზირებულ კონტურებიან კისტურ ღრუს.

კლინიკური და რენტგენოლოგიური მონაცემები დიაგნოზის დასაზუსტებლად არ კმარა, რის გამოც საჭიროა სიმსივნის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა. სიმსივნის ამოღება გარსთან ერთად.

ძვლის ოსტეოგენური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

ხონდრომა იშვიათი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც შედგება ხრტილისაგან, სისხლის ძარღვებით მდიდარი შემაერთებელქსოვილოვანი შრეებისაგან და დაფარულია თხელი ფიბროზული გარსით. პალპაციით უმტკივნეულო ხრტილისებრი კონსისტენციისაა. განაკვეთზე ზოგჯერ ჩანს პატარა კისტოზური ღრუები. ძირითადად გვხვდება ქალებში, ნებისმიერ ასაკში. უფრო ხშირად ლოკალიზებულია ზედა ყბაზე, მის წინა ნაწილში, შუა ნაკერის არეში, რაც შეიძლება გამოყენებული იქნეს ერთ-ერთ დიაგნოსტიკურ ნიშნად. ხონდრომა შეიძლება განვითარდეს ყბის გარეთა ზედაპირზე (ეკხონდრომა) და ყბის შიგნით (ენხონდრომა).

ეკხონდრომა — ზედა ყბაზე ფართო ფუძით მიმაგრებული ხრტილოვანი მასაა, რომელიც ზოგჯერ უნაგირივით ერტყმის ალვეოლურ მორჩს. ენხონდრომა — ზედა ყბის სისქეში თავსდება, იზრდება ნელა, შეუმჩნევლად. გარკვეული ზომის მიღწევის შემდეგ კბილის სისხლძარღვოვანნერვულ წნულზე ზედაწოლის შედეგად იწვევს ნევრალგიურ ტკივილებს კბილში. შემდგომში კბილის მორყევას, ბოლოს ყბის შებერვას.

რენტგენოლოგიურად, ეკხონდრომა ძვალთან შედარებით ნაკლებ მკვრივია. ენხონდრომა ჰგავს კისტას, რომელთანაც დაკავშირებულ კბილებში აღინიშნება ფესვის მწვერვალის გაწოვა. ზოგჯერ

ხონდრომა განიცდის კალციფიკაციას, რაც რენტგენოლოგიურად იძლევა მკვრივ ჩრდილს.

მკურნალობა ქირურგიულია. სიმსივნე უნდა ამოიკვეთოს საღი ქსოვილების ფარგლებში. ეკხონდრომა არარადიკალური ამოკვეთის დროს ხშირად იძლევა რეციდივებს. შეიძლება გაავთვისებიანდეს. კალციფიცირებულ ხონდრომას (ძირითადად ენხონდრომა) ნაკლები მიდრეკილება აქვს რეციდივისაკენ. სხივური თერაპია არაეფექტურია.

ოსტეომა კეთილთვისებიანი ძვლოვანი სიმსივნეა, რომელიც ვითარდება სახის ჩონჩხის ნებისმიერ არეში, ძვალშიგნით ან ძვალგარეთ. არჩევენ პირველად (მაგარ) და მეორად (ღრუბლისებრ) ოსტეომებს. პირველადი წარმოიქმნება კომპაქტური ძვლიდან, მეორადი კი — ღრუბლისებრიდან. არჩევენ აგრეთვე პერიფერიულ (ძვლოვანი ეკზოსტოზის ფორმით) და ცენტრალურ (მკვრივი კვანძი ყბის ძვალში) ფორმებს. ოსტეომა უფრო ხშირად ვითარდება ქალებში. ვლინდება მოზრდილებში 30 წლის შემდეგ, რაც აიხსნება ოსტეომის ნელი ზრდით. დიდი ზომის მიღწევისას კოსმეტიკური დარღვევების გარდა შეიძლება გამოიწვიოს ღეჭვის და მხედველობის მოშლა, ნევრალგიური ტკივილები.

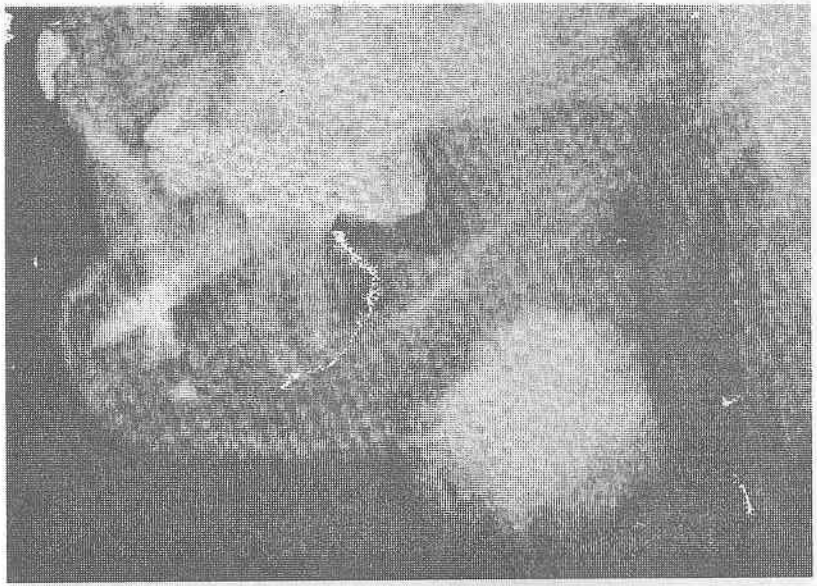
რენტგენოლოგიურად ვლინდება მომატებული სიმკვრივის მკაფიოდ შემოსაზღვრული ძვლის უბანი (პირველადი ოსტეომის დროს) (სურ. 133) ან ძვლის მკვრივი და გაუხშოებული უბნების მონაცვლეობა. პერიფერიული ოსტეომა რენტგენოლოგიურად ვლინდება როგორც ძვლის ერთეული შვერილი.

მკურნალობა ქირურგიულია. ოსტეომა, თუ იგი იწვევს კოსმეტიკურ და ფუნქციურ დარღვევებს, უნდა ამოიკვეთოს. პროგნოზი კეთილსასურველია.

ოსტეოიდ-ოსტეომა *(ოსტეოიდური ოსტეომა, რბილი ოსტეომა)* ყბების ი შვიათი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც ვითარდება ძვალწარმომშობი შემაერთებელი ქსოვილისაგან. იგი შედგება ოსტეოიდისაგან, სისხლძარღვოვან-შემაერთებელი ქსოვილისაგან და ახალწარმოქმნილი ძვლისაგან. სიმსივნურ ქსოვილში ოსტეობლასტებთან ერთად, ზოგჯერ გვხვდებიან ოსტეოკლასტებიც.

ოსტეომა ლოკალიზებულია ან კორტიკალურ ან ღრუბლისებრ შრეში.

ოსტეოიდ-ოსტეომის ძირითადი კლინიკური ნიშანია ტკივილი. უმიზეზოდ წარმოშობილი ტკივილები ატარებენ ადგილობრივ ან გავრცელებულ, მუდმივ ან შეტევით (ხანმოკლე რემისიებით)



.სურ. 133. ოსტეომა. რენტგენოგრამა.

ხასიათს. ტკივილი ძლიერდება საკვების მიღების დროს, აგრეთვე ღამით.

რენტგენოლოგიურად ვლინდება არამკაფიო კონტურებიანი, არასწორად შემოსაზღვრული მრგვალი ფორმის დესტრუქციის კერა, ლოკალიზებული ალვეოლური მორჩის ან ყბის სხეულის არეში. დასაწყისში წარმონაქმნის ზომა არ აღემატება 0,5-1 სმ-ს. კერის ირგვლივ ძვლოვანი ქსოვილი სკლეროზულია. უფრო მოგვიანებულ სტადიაში ძვლის დესტრუქციული კერა თანდათან ივსება ახალწარმოქმნილი ძვლით, რაც რენტგენოგრამაზე უფრო კომპაქტურ სურათს ქმნის (სურ. 134).

მკურნალობა ქირურგიულია. იღებენ სიმსივნეს ძვლის სკლეროზირებულ უბანთან ერთად.

ოსტეობლასტოკლასტომა *(გიგანტომა, გიგანტურუჯრედოვანი სიმსივნე, ძვალშიდა ეპულიდი, ადგილობრივი ფიბროზული ოსტეოდისტროფია)* გვხვდება საკმაოდ ხშირად. ყბების პირველად სიმსივნეებში ოსტეობლასტოკლასტომები შეადგენენ 65%-ს (17% — ცენტრალური და 48% — პერიფერიული). ოსტეობლასტოკლასტომა ოსტეოგენური წარმოშობის კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომე-



სურ. 134. ოსტეოიდ ოსტეომა. რენტგენოგრამა.

ლიც შედგება ოსტეობლასტების ტიპის ერთბირთვიანი უჯრედებისაგან, რომელთა შორის განლაგებულნი არიან ოსტეოკლასტების ტიპის გიგანტური უჯრედები. ძვლის ტვინი და ძვლოვანი ქსოვილის ნაწილი შეინაცვლება ფიბროზულით, ვითარდება ოსტეოიდური ქსოვილი. ასეთი მოვლენები აიხსნება სიმსივნის უჯრედოვანი ელემენტების ფუნქციური თავისებურებებით. ოსტეობლასტები მონაწილეობას ღებულობენ ახალი ძვლოვანი ხარიხების შექმნაში, ოსტეოკლასტები კი — მის გაწოვაში.

ოსტეობლასტოკლასტომები ლოკალიზაციის მიხედვით არიან ცენტრალური (ძვალშიდა) და პერიფერიული (ლოკალიზებული ალვეოლურ მორჩზე) — ე.წ. გიგანტურუჯრედოვანი ეპულისი (რ. კომახიძე). თუმცა დღეისათვის ავტორთა გარკვეული ნაწილი წინააღმდეგი არის ოსტეობლასტოკლასტომის გიგანტურუჯრედოვან ეპულისთან გაერთიანების, რამდენადაც ეპულისი არ ითვლება ჭეშმარიტ სიმსივნედ. ამიტომ ჩვენც გიგანტურუჯრედოვან ეპულისს აღვწერთ ეპულისის სხვა ფორმებთან ერთად.

ოსტეობლასტოკლასტომა შეიძლება შეგვხვდეს ჩონჩხის სხვადასხვა ძვალში. ყბის ძვლებიდან იგი უფრო ხშირად ვითარდება ქვედა ყბაში, სადაც ის ძირითადად ლოკალიზდება მცირე ძირითადი კბილების არეში, ზედა ყბაზე კი დიდი ძირითადი კბილების არეში. ორჯერ უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში.

სიმსივნე იზრდება ნელა, შეუმჩნევლად, დასაწყისში უსიმპტომოდ. ზრდის პროცესში სიმსივნე იწვევს ძვლის გარკვეული უბნის გამობერვას, კბილების მორყევას. კანი და ლორწოიანი სიმსივნის არეში არ იცვლებიან. ლიმფური ჯირკვლები არ იზრდებიან. პალპაციით ისინჯება მკვრივი, სადა ზედაპირიანი ან ხორკლიანი, უმტკივნეულო წარმონაქმნი. კორტიკალური ფირფიტის გაწოვის შემთხვევაში სიმსივნე იღებს ელასტიკურ კონსისტენციას.

არჩევენ ოსტეობლასტოკლასტომის (ცენტრალური) სამ ფორმას: ბუდობრივს, კისტოზურს და ლიზისურს. ბუდობრივის დროს უმცირესი ძვლოვანი ღრუები გამოყოფილი არიან ერთმანეთისაგან ძვლოვანი ხარიხებით. ადგილი აქვს კორტიკალური შრის გათხელებას. რენტგენოლოგიურად წააგავს ამელობლასტომას. გვხვდება მომწიფებულ და ხანდაზმულ ასაკში.

კისტოზური ფორმა კლინიკურად და რენტგენოლოგიურად წააგავს კისტას. განმასხვავებელი ნიშანია ყბის ძვლის კორტიკალური ფირფიტის მნიშვნელოვანი გათხელება.

ლიზისური ფორმა უფრო ხშირად ვითარდება ბავშვებში და ახალგაზრდებში. ხასიათდება სწრაფი ზრდით, რის გამოც კბილები გადაადგილდებიან და ირყევიან. კორტიკალური ფირფიტის განლევის და პერიოსტეუმის დარღვევის შემდეგ სიმსივნე ვრცელდება ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებში. ასეთ შემთხვევაში ქვედა ყბაზე მოსალოდნელია პათოლოგიური მოტეხილობა, ზედაზე — სიმსივნის გავრცელება წიაღში. რენტგენოლოგიურად ვლინდება სადა კონტურებიანი დიდი ღრუ. სიმსივნის ზონაში აღინიშნება კბილების ფესვების მწვერვალთა გაწოვა.

მკურნალობა ქირურგიულია — სიმსივნის ამოღება საღი ქსოვილების ფარგლებში. პროგნოზი კარგია.

ეპულისი (ბერძნულიდან epi — ზე, ირგვლივ, ulon — ღრძილი) ღრძილზე ლოკალიზებული სიმსივნური წარმონაქმნია, რომლის ზოგიერთი ფორმა მიეკუთვნება სიმსივნისმაგვარ (ფიბრომატოზული და ანგიომატოზური ეპულისი), ან ჰორმონული ბუნების წარმონაქმნებს (ორსულთა ეპულისი). არის კიდევ ეპულისის ერთი

ფორმა (გიგანტურუჯრედოვანი ეპულისი), რომელსაც მიაკუთვნებენ ჰეშმარიტ კეთილთვისებიან სიმსივნეს.

ეპულისი უფრო ხშირად გვხვდება ახალგაზრდა და მომწიფებულ ასაკში (20-დან 40 წლამდე), უფრო ხშირად (3-4-ჯერ) ქალებში. ეპულისის ზრდის წყარო შეიძლება იყოს პერიოდონტი, პერიოსტი. ეპულისის ზრდაზე მასტიმულირებელ გავლენას ახდენს ალვეოლური მორჩის ქსოვილების ხანგრძლივი მექანიკური გაღიზიანება დაშლილგვირგვინიანი კბილებით, პროთეზებით, ბჟენებით. ეპულისი შეიძლება წარმოიქმნას კბილების ამოჭრის დროს. განსაკუთრებით ხშირად ვითარდება ეპულისი ორსულებში ჰორმონული დარღვევების შედეგად. ორსულობის შეწყვეტის შემდეგ ეპულისი ზომაში კლებულობს. უკბილო ყბაზე ეპულისი არ ვითარდება.

კლინიკურად ეპულისი ღრძილის არეში წამოზრდილი სოკოსებრი წარმონაქმნია, რომელიც ფიქსირებულია ვიწრო ფუძით (ფეხით). ეპულისი უფრო ხშირად მდებარეობს პირის კარიბჭის მხარეზე, ზოგჯერ იგი ვრცელდება პირის ღრუსაკენ. ეპულისი იზრდება ნელა და თანდათანობით, რის გამოც იგი გვხვდება სხვადასხვა ზომით — 0,2-დან 2-3 სმ ან მეტი. ეპულისი ყოველთვის დაფარულია დაუწყლულებელი ეპითელით. თუ მას აზიანებს ანტაგონისტი კბილები, მაშინ მისი ანტაგონისტთან შეხებაში მყოფი ზედაპირი წყლულდება და იფარება ჭუჭყიანი-ნაცრისფერი ნადებით. მცირე ზომის ეპულისის დროს კბილები მორყეული არ არიან. ეპულისის ზრდა, როცა მისი ფეხი შეაღწევს ალვეოლის სიღრმეში, იწვევს კბილის მორყევას.

ფიბრომატოზული ეპულისი მკვრივი, უმტკივნეულო, ღია ვარდისფერი წარმონაქმნია, უფრო ხშირად ჰიპერემიული კიდით. არ არის სისხლმდენი. უფრო ფართო ფეხითაა მიმაგრებული ალვეოლური მორჩის ქსოვილებზე ვიდრე ეპულისის სხვა ფორმები.

ანგიომატოზური ეპულისი წითელი ფერისაა, შედარებით რბილი კონსისტენციის, სისხლმდენია, ზედაპირი წვრილმარცვლოვანია. იზრდება შედარებით სწრაფად; მიკროსკოპულად ანგიომატოზური ეპულისის დროს ფიბროზული ქსოვილის ფონზე ვლინდება დიდი რაოდენობით სისხლის ძარღვები.

გიგანტურუჯრედოვანი ეპულისი (პერიფერიული გიგანტურუჯრედოვანი გრანულომა, პერიფერიული გიგანტურუჯრედოვანი ოსტეობლასტოკლასტომა) მუქი წითელი ფერისაა, აქვს სადა ზედაპირი, მკვრივი ელასტიკური კონსისტენცია, იზრდება ნელა,

უმტკივნეულოდ. ზედაპირი დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით, ანტაგონისტებთან შეხებისას მასზე რჩება კბილების ანაბეჭდები და ეროზია. ჰისტოლოგიურად იგი ხასიათდება მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედების დიდი რაოდენობით. კბილები წარმონაქმნის არეში გადანაცვლებულია კბილთა რკალიდან, ზოგჯერ მსუბუქად არიან მორყეული. *რენტგენოლოგიურად* გიგანტურუჯრედოვანი ეპულისის დროს შეიძლება გამოვლინდეს ალვეოლური მორჩის ძვლოვანი ქსოვილის დესტრუქციის უბნები არამკაფიო კონტურებით. ანთებადი ფორმების დროს — ალვეოლური მორჩის ძვლოვანი ქსოვილის უმნიშვნელო ოსტეოპოროზი ეპულისის ფეხის მიმაგრების არეში.

მკურნალობა ქირურგიულია. წარმონაქმნი ამოიკვეთება მის ფეხთან ერთად საღი ქსოვილების ფარგლებში. ამასთან უნდა ამოიკვეთოს პერიოსტეუმის ის უბანი, სადაც ფეხით მიმაგრებულია ეპულისი. ძვალი ამ არეში თუ ოსტეოპოროზულია, უნდა გაიწმინდოს დაზიანებული ნაწილებისაგან (ფრეზით, კოვზით). ინტაქტური კბილები უნდა შევინარჩუნოთ. დაშლილგვირგვინიანი, გაშიშვლებულფესვებიანი და მორყეული კბილები ამოსაღებია. სასურველია ჭრილობის შეკერვა ოპერაციის შემდეგ. თუ ეს არ ხერხდება, ჭრილობა უნდა დაიფაროს იოდოფორმის ფილთით. რეციდივის შემთხვევაში (რაც ძირითადად ვითარდება გიგანტურუჯრედოვანი ეპულისის დროს) განმეორებითი ოპერაციის დროს კეთდება ალვეოლური მორჩის ნაწილობრივი რეზექცია კბილის ამოღებასთან ერთად.

ძგების არაოსტეოგენური და არაოდონტოგენური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

მიქსომა (ბერძნულიდან myxa — ლორწო) ყბის ძვლებში იშვიათად გვხვდება (სახის ქალას ძვლების ყველა სიმსივნისა და სიმსივნისმაგვარი დაავადებების 1%-მდე). იგი წარმოადგენს შუალედურ რგოლს ბოჭკოვანშემაერთებელქსოვილოვან სიმსივნესა და ხრტილოვან, ძვლოვან და ცხიმოვან სიმსივნეს შორის. შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში. ქვედა ყბაზე გვხვდება უფრო ხშირად, ვიდრე ზედაზე. მიქსომა იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ. მნიშვნელოვანი ზომების მიღწევისას იძლევა ყბის დეფორმაციას. პალპაციით მკვრივი, სადა და უმტკივნეულოა. თუ ვაიზარდა ალვეოლური მორჩის მიმართულებით იწვევს კბილების

გადანაცვლებას და კბილთა რიგის დეფორმაციას. ქვედა ყბის არხის მიმართულებით გაზრდა იწვევს სისხლძარღვოვანნერვული წნულის კომპრესიას და ქვედა ტუჩის გაბუჟებას (ვენსანის ნიშანი); ქვედა ყბის ტოტის არეში ლოკალიზაციისას შეუძლია გამოიწვიოს ყბაყურა ჯირკვლის ან საღეჭი კუნთის დაავადების (კისტა, მიომა) სიმულაცია.

რენტგენოლოგიურად ძვლოვანი ქსოვილის გაუხშოების ფონზე მოჩანს კისტოზური წარმონაქმნები, რომლებიც განცალკევებულნი არიან ძგიდეებით. ყბის კორტიკალური ფირფიტა განლეულია, ზოგგან მთლიანად დარღვეულია. შენარჩუნებული ძვალი პათოლოგიურ კერაში მოგვაგონებს ფუტკრის ფიჭას. მაგრამ მსგავსი სურათი აღინიშნება ოსტეობლასტოკლასტომის, ფიბროზული დისპლაზიის და კისტური ადამანტინომის დროს. ამიტომ დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ პუნქტატის ან ბიოფსიური მასალის მიკროსკოპიულ შესწავლას.

მკურნალობა ქირურგიულია და მდგომარეობს სიმსივნის ამოკვეთაში საღი ქსოვილების ფარგლებში.

პროგნოზი კეთილსასურველია.

ფიბრომა. ყბების ძვალშიდა ფიბრომა შედგება შემაერთქსოვილოვანი ელემენტებისაგან და არ წარმოქმნის ძვლოვან ქსოვილს. სიმსივნე არ შეიცავს ოსტეობლასტებს, მაგრამ ზრდის პროცესში ზოგჯერ განიცდის ოსიფიკაციას, თუმცა ამ პროცესს არაფერი აქვს საერთო ძვალწარმოშობასთან.

ყბების ძვალშიდა ფიბრომა იშვიათი დაავადებაა, იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ. ბოლოს ვითარდება ყბის დეფორმაცია, სიმსივნე ან თითისტარისებურად გამობერავს ძვალს ან შლის ძვლოვან ქსოვილს.

რენტგენოლოგიურად ვლინდება ძვლის დაშლის მკაფიოდ შემოსაზღვრული, მრგვალი ან ოვალური ფორმის კერა.

მკურნალობა ქირურგიულია და მდგომარეობს სიმსივნის გარსთან ერთად ამოღებაში.

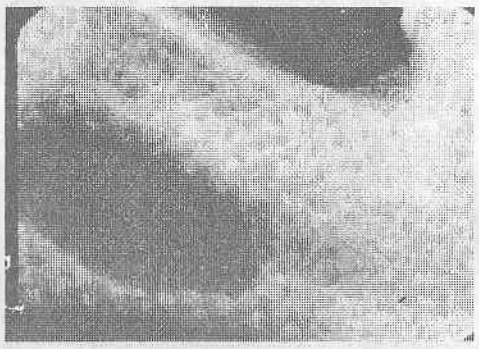
პროგნოზი კეთილსასურველია.

სიმეტრიული ფიბრომები (*ზედა ყბების ბორცვების ფიბრომატოზი*) მდებარეობენ სიმეტრიულად ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის სასის ზედაპირზე ბოლო მოლარებთან. უფრო იშვიათად — ქვედა ალვეოლური მორჩის შიგნითა ზედაპირზე ბოლო მოლარების არეში. ქლიავისებრი ფორმა აქვთ, შეხებით მკვრივი, სადა

ზედაპირით, ფერშეუცვლელი. იზრდებიან ნელა და უმტკივნეულოდ.

მკურნალობა ქირურგიულია — სიმსივნის ამოკვეთა პერიოსტეუმთან ერთად.

ნეიროფიბრომა (*ნევრიუმომა*) ყბის ძვლებში იშვიათია. ყბების ძვლებში იგი ვითარდება აქ მდებარე ზედა და ქვედა ყბის ნერვის ტოტებისაგან, შეიძლება მიაღწიოს ქლიავის ზომას. ტკივილები თანდათან მატულობს, შემდეგ კი შეიძლება განვითარდეს ქვედა ტუჩის ან ზედა ყბის შესაბამისი კბილების პარესთეზია ან ანესთეზია (სურ. 136).

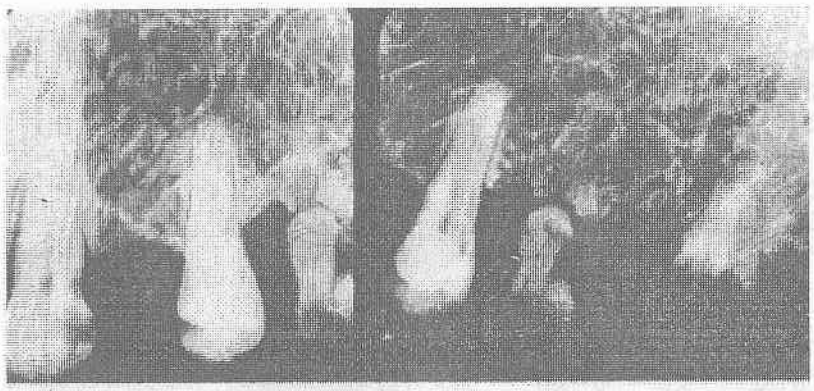


სურ. 136. ნეიროფიბრომა ქვედა ალვეოლური ნევრისაგან. რენტგენოგრამა.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას. *მკურნალობა* — სიმსივნის ამოკვეთა. *პროგნოზი* — კეთილსასურველი.

ჰემანგიომა. ყბების იზოლირებული ძვალშიდა ჰემანგიომა ძალიან იშვიათად გვხვდება. იგი მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, ზოგჯერ ყრუ ტკივილებით კბილებში, ღრძილებიდან „უმიზეზო" სისხლისდენით; ენდოდონტური მკურნალობის დროს ვითარდება ძლიერი სისხლისდენა კბილის არხიდან. კბილის ამოღების დროს ვითარდება სისხლისდენა, რომლის შესაჩერებლად საჭირო ხდება გარეთა საძილე არტერიის გადაკვანძა. ძვლის კომპაქტური ნაწილის დაზიანებისას ვითარდება პერგამენტის სიმპტომი ან ფლუქტუაცია. ძვლიდან სიმსივნე შეიძლება გავრცელდეს ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებში. ამ დროს მისი მფარავი ლორწოიანი გარსი ხდება ციანოზური. ირყევა კბილები. ზოგჯერ ვლინდება პულსაცია, რომელიც ძლიერდება თავის დახრის ან ავადმყოფის ჰორიზონტალური მდებარეობის დროს.

რენტგენოლოგიურად ყბის ძვალი შებერილია, ძვლოვანი სურათი წაშლილია, მოჩანს ბუდობრივ-კისტოზური ღრუები (სურ. 137). კავერნოზული ჰემანგიომა ვლინდება ძვლის დესტრუქციის ერთი დიდი კერის სახით. დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის პუნქციას (პუნქტატში მიიღება ახალი სისხლი) და ანგიოგრაფიას.



სურ. 137. ზედა ყბის ჰემანგიომა. რენტგენოგრამა.

მკურნალობა. მცირე ზომის ჰემანგიომის შემთხვევაში იყენებენ მასკლეროზირებელ თერაპიას (80^0-იანი სპირტის შეყვანა სიმსივნეში). დიდი ზომის ჰემანგიომა ექვემდებარება ქირურგიულ მკურნალობას. უკანასკნელ წლებში წარმატებით გამოიყენება ენდოვასკულარული ოკლუზიის მეთოდი: კატეტერი საერთო საძილე არტერიიდან შეყავთ მაქსიმალურად ახლოს პათოლოგიურ კერასთან და კათეტერიდან შეყავთ 'არახსნადი' საემბოლიო ნივთიერება (ტეფლონის ტიპის), რაც იწვევს სიმსივნეში სისხლის ნაკადის მოდენის შეწყვეტას და სიმსივნის რეორგანიზაციას.

პროგნოზი სწორი და დროული მკურნალობის შემთხვევაში კეთილსასურველია.

ჰემანგიოენდოთელიომა ძალიან იშვიათია ყბის ძვლებში. სიმსივნე იზრდება ყბების სისხლის ძარღვების ენდოთელიუმიდან. გვხვდება ძირითადად ბავშვებში. ლოკალიზდება უმთავრესად ქვედა მესამე მოლარის უკან; შეიძლება ძვლიდან გავრცელდეს უკან და შიგნით — რბილი სასის სისქეში. რბილი ელასტიკური კონსისტენციისაა. რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები არ იზრდებიან. სიმსივნე შეიძლება გადაიზარდოს ჰემანგიოსარკომაში.

მკურნალობა. რენტგენოთერაპია და სიმსივნის ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში.

ხოლესტეატომა *(მარგალიტის სიმსივნე)* ყბის ძვალში არსებული იშვიათი ოდონტოგენური კისტისმაგვარი წარმონაქმნია. განსხვავება უფრო მიკროსკოპულია. ხოლესტეატომის გარსი შედგება გარეთა — შემაერთქსოვილოვანი და შიგნითა — ეპიდერმოიდული

შრეებისაგან. შიგნითა შრე შედგება კანის ეპიდერმისის იდენტური მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელისაგან. ხოლესტეატომის შიგთავსი შედგება მარგალიტის ბრწყინვალების მქონე უჯრედოვანი აგრეგატებისაგან (რის გამოც დაავადებამ მიიღო მარგალიტის სიმსივნის სახელწოდება) და დიდი რაოდენობის ქოლესტერინისაგან, რომელიც სიმსივნეს აძლევს ცხიმოვან შესახედაობას (მარგლიტის ბრწყინვალება ქრება ოპერაციის დროს ჰაერთან შეხებისთანავე), რის გამოც დაავადებამ მიიღო ქოლესტეატომის სახელწოდება.

მკურნალობა. ქოლესტეატომის სრული ექსტირპაცია ან ცისტოტომია.

პროგნოზი კეთილსასურველი.

პირის ღრუსა და სახის რბილი ქსოვილების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

პაპილომა პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე ფეხით მიმაგრებული კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც შედგება შემაერთქსოვილოვანი ფუძისაგან და მზარდი მფარავი ეპითელისაგან. იგი უფრო ხშირად არის ერთეული, მაგრამ შეიძლება იყოს მრავლობითიც (პაპილომატოზი). პაპილომები გვხვდებიან პირის ღრუს ლორწოიანის ყველაზე უფრო ტრავმირებად ადგილებში. პაპილომები იყოფა რეაქტიულ და ნეოპლასტიკურ ფორმებად. რეაქტიული პაპილომა ვითარდება ლორწოიანი გარსის ქრონიკული ტრავმის შედეგად (პროთეზი); ნეოპლასტიკური პაპილომა იშვიათია და შეიძლება გამოვლინდეს მრავლობითი, შერწყმული პაპილომების (პაპილომატოზის) სახით. არჩევენ აგრეთვე ჭეშმარიტ და ყალბ, აგრეთვე მკვრივ და რბილ (კონსისტენციის მიხედვით) პაპილომებს. ჭეშმარიტი და ყალბის გარჩევა შეიძლება მხოლოდ ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

პაპილომას უფრო ხშირად აქვს ვიწრო ფეხი, უფრო იშვიათად ფართო, ზოგჯერ ფართო ფეხზე რამდენიმე პაპილომაა მოთავსებული. პაპილომის ზომები სხვადასხვაგვარია — 1-2 მმ-დან 2 სმ-მდე დიამეტრით. პაპილომები იზრდებიან ნელა, უმტკივნეულოდ, ფუნქციური დარღვევების გარეშე. ენის წვერზე ლოკალიზებული პაპილომა იწვევს უხერხულობას; საკვების მიღებისას პაპილომა შეიძლება დაზიანდეს და გამოიწვიოს მსუბუქი სისხ-

ლისდენა. გაურთულებელი პაპილომის ფერი არ განსხვავდება პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის ფერისაგან. ენის პაპილომა ზოგჯერ სიღრმეში იზრდება („ჩაბრუნებული პაპილომა"). აღწერილია პაპილომის გაავთვისებიანების შემთხვევები.

მკურნალობა ქირურგიულია — ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში.

ლიპომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც ვითარდება სახის კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილისაგან. ლიპომა კანქვეშა ცხიმისაგან განსხვავდება ატიპიური შენებით და დიდი ცხიმოვანი წილაკებით. ცხიმოვანი სიმსივნე გარშემორტყმულია გარსით. მიკროსკოპულად სიმსივნე შედგება ცხიმოვანი ქსოვილისაგან, რომელიც შემაერთქსოვილოვანი შრეებით დაყოფილი არის წილაკებად.

ლიპომის ლოკალიზაციის ადგილებია შუბლის, ლოყის, ტუჩის, ყბაყურა და ყბის ქვეშა მიდამოები. იშვიათად შეიძლება შეგვხვდეს ენის სისქეში, პირის ღრუს ფსკერის და სასის ლორწოიანი გარსის ქვეშ, ღრძილის პერიოსტეუმის ქვეშ.

ლიპომა იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ. აღწევს მნიშვნელოვან ზომებს. უფრო ხშირად გვხვდება რბილი ლიპომა, არის მაგარი ლიპომაც. სიმსივნე მსუბუქად მოძრავია, არ არის შეერთებული კანთან და ლორწოიან გარსთან. დიაგნოზი ზუსტდება პუნქტატის ციტოლოგიური გამოკვლევით. პუნქტატში ვლინდებიან ცხიმოვანი უჯრედები.

მკურნალობა — ქირურგიული.

ფიბრომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, აგებული მწიფე ბოჭკოვანი შემაერთებელი (ფიბროზული) ქსოვილისაგან. გვხვდება ძირითადად პირის ღრუში ლოყის, ენის, ტუჩების, მაგარი და რბილი სასის არეში. ეტიოლოგიურ ფაქტორად მიიჩნევენ ტრავმას (პროთეზი, მაგარი საკვები, კბილებისაგან გამოწვეული დაზიანება).

ფიბრომა იზრდება ნელა და უმტკივნეულოდ, დიდ ზომებს არ აღწევს. ფიბრომა მკვრივი, მრგვალი წარმონაქმნია ფართო ფეხზე. მკაფიოდაა შემოსაზღვრული ირგვლივმდებარე ქსოვილებისაგან. მიკროსკოპულად ფიბრომა შედგება კოლაგენური ბოჭკოებისაგან და მათ შორის მდებარე წაგრძელებული შემაერთქსოვილოვანი უჯრედებისაგან. ზოგიერთ ფიბრომაში უჯრედები დიდი რაოდენობითაა. ასეთი ფიბრომა შეხებით უფრო რბილია (რბილი ფიბრომა), სხვებში უჯრედები ცოტაა და ჭარბობს ბოჭკოვანი ელემენტები (მაგარი ფიბრომა). თუ ფიბრომის სტრუქტურაში წარმოდგენილია ცხიმოვანი ქსოვილი, მას უწოდებენ ფიბროლიპომას.

მკურნალობა — ქირურგიული.

დერმოფიბრომა (ჰისტოციტომა) შედგება ფიბრობლასტებისმაგვარი უჯრედებისაგან, ჰისტოციტებისაგან, კოლაგენისა და სისხლის ძარღვებისაგან. ხშირად არ გააჩნია გარსი. ელასტიკური კონსისტენციისაა, უმტკივნეულო. არ არის შეზრდილი ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან.

მკურნალობა — სიმსივნური წარმონაქმნის ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში.

რინოფიმა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც შედგება მზარდი შემაერთებელი ქსოვილისაგან და ჰიპერტროფირებული ცხიმის ჯირკვლებისაგან. ჯირკვლების გამომტანი სადინრები სიმსივნის არეში გაფართოებულნი არიან. მფარავი კანი მოლურჯო ფერისაა. სიმსივნე მდებარეობს ცხვირზე, უფრო ხშირად მის წვერისკენა ნახევარში.

მკურნალობა ქირურგიულია და მდგომარეობს სიმსივნის ამოკვეთაში. ეპითელიზაცია (ასეპტიური ნახევის ქვეშ) მიმდინარეობს ცხიმისა და ოფლის ჯირკვლების ნარჩენი კუნძულაკების მეშვეობით.

პიგმენტური ლაქა (neavus) არის კანის თანდაყოლილი შეზღუდული დისპლაზია, რომელიც გამოირჩევა განსაკუთრებული ფერით, სისხლის ძარღვების არანორმალური განვითარებით და ზედაპირის განსაკუთრებული ფორმით. ამჟამად მას განიხილავენ როგორც კანის მგრძნობიარე ნერვების განვითარების ანომალიას. ლაქა (ნევუსი) წარმოადგენს პიგმენტშემცველი განსაკუთრებული უჯრედების კვანძოვან გროვებს.

არჩევენ პიგმენტურ, დეპიგმენტურ და სისხლძარღვოვან ნევუსებს. პიგმენტური თავის მხრივ იყოფა დერმასშიდა, მოსაზღვრე და შერეულ ნევუსებად. ნევუსები სახეზე ვლინდებიან მუქი — ყავისფერი ან წაბლისფერი, ბრტყელი ან ბორცვაკოვანი წარმონაქმნის სახით. ზედაპირი შეიძლება ჰქონდეს მეჭეჭისებრი, თმიანი ან სადა. სიმსივნური წარმონაქმნი იზრდება ადამიანის ორგანიზმის ზრდასთან ერთად და აღწევს სხვადასხვაგვარ ზომებს. პიგმენტური ლაქების ზოგიერთ სახეს მიდრეკილება აქვს გაავთვისებიანებისაკენ.

ნევუსი გამორჩეული უნდა იქნეს ჰემანგიომისა და მელანომისაგან. ჰემანგიომისაგან განსხვავებით ნევუსზე ზედაწოლა არ იწვევს მის გაფერმკრთალებას. მელანომისათვის კი დამახასიათებელია რეგიონული ლიმფური ჯირკვლების გადიდება, მაშინ როდესაც თვით პიგმენტური ლაქა ზოგჯერ კლებულობს კიდეც ზომებში.

მკურნალობა ქირურგიულია. დიდი ზომის პიგმენტური ლაქის ამოკვეთისას მიმართავენ საკუთარი კანის თავისუფალ გადანერგვას.

პროგნოზი კარგია, თუ შემთხვევით (შეცდომით) არ იქნა ამოკვეთილი მელანომა (რომელსაც ასევე მუქი ყავისფერი აქვს და რომლის ამოკვეთა საჭიროა უფრო რადიკალურად: ფართოდ, საღი ქსოვილების ფარგლებში, ლიმფური ჯირკვლების ერთდროული ამოღებით).

სახისა და პირის ღრუს ნეიროფიბრომა ვითარდება პერიფერიული ნერვების გარსისაგან. სახისა და პირის ღრუს არეში ნევროფიბრომის წარმოქმნა დაკავშირებულია სამწვერა და სახის ნერვების ჩანასახების განვითარების ანომალიებთან. ფიბრომის ლოკალიზაციის არეებია ლოყის სისქე, ნიკაპის ხვრელი, საფეთქელი და ენა.

ნევროფიბრომა იზრდება ნელა, მდებარეობს სამწვერა და სახის ნერვების ტოტების საპროექციოდ, სადა ზედაპირით. შეხებით მტკივნეულია (იშვიათად უმტკივნეულო), მკვრივი-ელასტიკური კონსისტენციის. სიმკვრივის ხარისხი დამოკიდებულია სიმსივნეში ფიბროზული მასის ხვედრით წონაზე: მისი სიმცირის შემთხვევაში სიმსივნე რბილია და თავისი სტრუქტურით უახლოვდება ნევრომას. თუ დასაწყისში ნევროფიბრომა ლოკალიზებულია ღრმად კანქვეშ, უფრო გვიან იგი გამოდის კანის ზედაპირიდან ფეხზე კრიალოსანისმსგავსი რბილი პოლიპისებრი კვანძებით. ზოგჯერ ვითარდება დიდი ბრტყელი სიმსივნე, რომელიც თითქმის არ მაღლდება კანის ზედაპირიდან, ან წამოწეულია დაფარული ბორცვის სახით.

მკურნალობა ქირურგიულია — ამოიკვეთება სიმსივნე საღი ქსოვილების ფარგლებში, ოღონდ ყურადღება უნდა იქნეს გამახვილებული იმ გარემოებაზე, რომ არ დაზიანდეს სათანადო ნერვის ტოტები. ამ მიზნით განაკვეთი ტარდება მხოლოდ კანზე და ისიც ნერვის ტოტების მსვლელობის პარალელურად. უფრო ღრმად მდებარე ქსოვილებიდან ხდება სიმსივნის ჩლუნგი ამოთიშვა.

პროგნოზი კეთილსასურველია.

ნევროფიბრომატოზი (*ნეიროფიბრომატოზი, ნევრინომატოზი, რეკლინჰაუზენის დაავადება*) ხასიათდება მრავლობითი სიმსივნეების განვითარებით ნერვული ღეროების გასწვრივ სპეციფიკური ნერვული, ჰორმონული და ძვლოვანი დარღვევების ფონზე. ნეიროფიბრომატოზის კერა შეიძლება იყოს ორგანიზმის ყოველ არეში, მაგრამ მისთვის ყველაზე ტიპიურია კანის, ძვლებისა და ენდოკრინული ჯირკვლების დაზიანების სიმპტომთა კომპლექსი. დაავადების სიმპტომები ვლინდება ადრეულ ბავშვთა ასაკში. თუმცა შეიძლება გამოვლინდეს დაბადებისთანავე ან სიჭაბუკის პერიოდში.

ნევროფიბრომატოზის შედარებით უფრო მუდმივი სიმპტომები ცნობილი არიან დარნეს ტეტრადის სახელწოდებით. ესაა კანის ტიპიური პიგმენტაცია, კანის თავისებური სიმსივნეები, ნერვული ღეროების სიმსივნეები, ავადმყოფთა ფიზიკური და ფსიქიკური დარღვევები.

მკურნალობა ქირურგიულია. დიდი ზომის სიმსივნეების დროს ოპერაციული მკურნალობა მრავალეტაპიანია. იყენებენ აგრეთვე ელექტროკოაგულაციას. დიდი ზომის სიმსივნის ამოკვეთის შემთხვევაში ჭრილობის დაფარვის მიზნით მიმართავენ კანპლასტიკურ ოპერაციებს ადგილობრივი ქსოვილების ან კანის თავისუფალი გადანერგვის ხარჯზე.

პროგნოზი. რადიკალური ქირურგიული ამოკვეთის შემდეგ კეთილსასურველია. ზოგჯერ ვითარდება რეციდივი. ასეთ შემთხვევაში ქირურგიულ ჩარევას იმეორებენ.

ჰემანგიომა (haima — სისხლი, angeion — სისხლძარღვი) კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელსაც საფუძვლად უდევს სისხლის ძარღვების თანდაყოლილი ანომალიური განვითარება. ჰემანგიომების მცირე ნაწილი წარმოადგენს ჭეშმარიტ სიმსივნეს (და არა ანომალიას), მაგრამ სისხლძარღვოვანი ჭეშმარიტი სიმსივნური წარმონაქმნების გარჩევა სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნებისაგან ძალიან ძნელია. სისხლძარღვოვანი სიმსივნეების 60-80 % გვხვდება სახის არეში. ჰემანგიომა უფრო ხშირად თანდაყოლილია და იზრდება ორგანიზმის ზრდასთან ერთად. ღრმად მდებარე ჰემანგიომა ზოგჯერ მოზრდილ ასაკში ვლინდება. ბავშვებში ზოგჯერ სიცოცხლის პირველ წელს ადგილი აქვს თანდაყოლილი ჰემანგიომის უკუგანვითარებას.

მიკროსკოპულად ჰემანგიომა შედგება კაპილარული ტიპის მცირე ზომის სისხლძარღვოვანი არხებისაგან, რომლებიც გამოფენილი არიან ენდოთელური უჯრედების ერთი შრით. ჰემანგიომის პუნქციით მიიღება ალისფერი სისხლი.

არჩევენ მარტივ (კაპილარულ), კავერნულ (მღვიმოვან) და დატოტიანებულ (მტევნისებრ) ჰემანგიომას.

მარტივი ჰემანგიომა შედგება კაპილარული და წვრილი არტერიული და ვენური სისხლის ძარღვებისაგან, აქვს მუქი-ყავისფერი

ან მოლურჯო ელფერი და ლოკალიზდება კანის ან ლორწოიანი გარსის ზედაპირზე (უფრო ხშირად ლოყის და თვალბუდის ქვედა არეებში). ჰემანგიომაზე ზედაწოლა იწვევს მისი შეფერადების გაფერმკრთალებას ან სულ გაქრობას, ზედაწოლის მოხსნის შემდეგ კი სწრაფად აღიდგენს თავის ფერს.

კავერნული ჰემანგიომა შედგება ეპითელით გამოფენილი და სისხლით სავსე დიდი ღრუებისაგან, რომლებიც ერთმანეთთან ანასთომოზებით არიან დაკავშირებული. ზოგჯერ ღრუები განცალკავებულია შემაერთქსოვილოვანი ძგიდით. ზედაწოლა იწვევს კავერნის დაპატარავებას სისხლის განდევნის გამო. ზედაწოლის მოხსნის შემდეგ კავერნა კვლავ ივსება სისხლით.

კლინიკურად კავერნული ჰემანგიომა კვანძოვანი ფორმის მუქი-წითელი ან მოლურჯო ფერის სიმსივნეა. შეხებით რბილი კონსისტენციისაა. ზოგჯერ მის სისქეში შეიგრძნობა მკვრივი მრგვალი წარმონაქმნები — ანგიოლითები (ფლებოლითები), რომლებიც წარმოადგენენ პეტრიფიცირებულ თრომბებს. მათზე ზედაწოლა მტკივნეულია. იმის გამო, რომ ანგიოლითების კალციფიკაციის ხარისხი არაერთგვაროვანია, მათ განსხვავებული შენება და სიმკვრივე, ხოლო რენტგენოგრამაზე არაერთგვაროვანი ჩრდილი აქვთ. ანგიოლითების რაოდენობაც სხვადასხვაგვარია (ერთიდან 20-30-მდე).

დატოტიანებული ჰემანგიომა შედგება გაფართოებული და დაკლაკნილი არტერიული და ვენური მორგვებისაგან. მისთვის დამახასიათებელია პულსაცია და მისი აუსკულტაციის დროს ისმის სისტოლური შუილი. თავის დახრის დროს მატულობს ზომაში.

ზოგჯერ გვხვდება **შერეული** ჰემანგიომა, რომელიც შეიცავს მარტივი, კავერნული და დატოტიანებული ჰემანგიომის ელემენტებს, მაგრამ მასში ყოველთვის ჭარბობს ან მარტივი, ან კავერნული ან დატოტიანებული ჰემანგიომის უბნები. შეიძლება ჰემანგიომის ელემენტები შეთავსებული იყოს სხვა ქსოვილებთან (ანგიოფიბრომა, ანგიოლიპომა) ან ლიმფანგიომასთან.

არჩევენ აგრეთვე **სისტემურ** ჰემანგიომას (სიმსივნის მაგვარი დაავადება, რომელიც აზიანებს ერთ ან რამდენიმე ორგანოს ან ქსოვილს). მას მიაკუთვნებენ *რანდიუ-ოსლერ-ვებერის დაავადებას* (მრავლობითი სისხლმდენი ტელეანგიექტაზიები კანზე, ლორწოიან გარსზე და სხვაგან).

მკურნალობა. შედარებით მცირე ზომის ჰემანგიომების დროს ნაჩვენებია სიმსივნის ამოკვეთა და ჭრილობის შეკერვა. დიდი

ზომის მარტივი (კაპილარული) ჰემანგიომის დროს მისი ამოკვეთის შემდეგ დეფექტის დასაფარად იყენებენ კანის თავისუფალ აუტოტრანსპლანტატს. დიდი ზომის კავერნული ან დატოტიანებული ჰემანგიომის დროს მიმართავენ მასკლეროზირებელ თერაპიას. ამ მიზნით იყენებენ 70-75^0-იან ეთილის სპირტს (მოწოდებულია აგრეთვე სალიცილის სპირტის 2%-იანი ხსნარი, ქინინურეთანის ნარევი: Uretani — 0,6; Chinini muriatici — 1,25: Aquae destillatae — 10,0). სიმსივნეში შეყვანილი სპირტი ხვდება ღრუებში და სისხლძარღვთა სანათურებში და იწვევს სისხლის თრომბირებას. ამავე დროს ვითარდება ასპეტიური ანთება, რაც იწვევს სისხლშემცველი ღრუების სკლეროზირებას და მათ დაცლას სისხლისაგან. სპირტის შეყვანის შემდეგ მიზანშეწონილია დამწოლი ნახვევი.

მოწოდებულია აგრეთვე ელექტროკოაგულაცია. ელექტროდები შეყავთ სიმსივნური ქსოვილის სიღრმეში. ასეთი ზემოქმედებით ხდება დანაწიბურება. კარგ შედეგებს იძლევა კრიოდესტრუქცია. აპლიკაციით ან ნაკადის სახით ახდენენ კრიოზემოქმედებას თხევადი აზოტით. კაპილარული ჰემანგიომის დროს კრიოზემოქმედებით აღწევენ ზედაპირულ ნეკროზს, რის შედეგადაც იქმნება ქერქი. ეს უკანასკნელი ვარდება 2 კვირის შემდეგ და რჩება ნაზი ნაწიბური. კავერნული ჰემანგიომის დროს მიზანშეწონილია ღრმა ნეკროზის გამოწვევა.

რენტგენოთერაპია წარმატებით გამოიყენება მხოლოდ კაპილარული ფორმის დროს.

უკანასკნელ წლებში კავერნული ფორმების სამკურნალოდ წარმატებით იყენებენ სელექტიურ ემბოლოთერაპიას, რაც მდგომარეობს მომტანი სისხლის ძარღვის ემბოლიზაციაში სილიკონური „თრომბით“.

ლიმფანგიომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც გამომდინარეობს ლიმფური ძარღვებიდან. არჩევენ მარტივ, კავერნულ და კისტურ (გიგრომა) ლიმფანგიომებს. მარტივის დროს აღინიშნება დაზიანებული უბნის დიფუზური გადიდება ლიმფური ძარღვებისა და ნაპრალების გაფართოების ხარჯზე. კავერნული შედგება ენდოთელით გამოფენილი და ლიმფით ავსილი მრავალი ღრუებისაგან. კისტური შედგება ერთი ან რამდენიმე კისტური ღრუსაგან. ლიმფანგიომა კლინიკურად ჰგავს ჰემანგიომას, იმ განსხვავებით, რომ ლიმფანგიომის დროს მფარავი კანის და ლორწოიანი გარსის ფერი არ იცვლება. ლიმფანგიომები ხშირად განიცდიან ანთებას

მფარავი ქსოვილების ტრავმისა და ინფიცირების გამო. თუ ჩვეულებრივ ლიმფანგიომა უმტკივნეულოა, ინფიცირებისას იგი [illegible] ლიმფანგიომების ინფიცირება და ანთებით მოვლენების განვითარება იწვევს ფიბროზს.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ პუნქციას. პუნქტატში მიიღება ღია, ზოგჯერ შემღვრეული ფერის სითხე.

მკურნალობა. მცირე ზომის სიმსივნის დროს ნაჩვენებია მათი ამოკვეთა. დიდი ზომების დროს ლიმფანგიომას იღებენ ნაწილობრივ. იყენებენ აგრეთვე მასკლეროზირებელ თერაპიას, ელექტროკოაგულაციას, კრიოთერაპიას.

პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეები

პირის ღრუსა და ყბა-სახის ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები შეადგენს ორგანიზმის ყველა ავთვისებიანი სიმსივნეების დაახლოებით 10%-ს. ამ მიდამოს ავთვისებიან სიმსივნეებში ყველაზე ხშირად გვხვდება ეპითელური ბუნების სიმსივნეები (კიბო). არაეპითელური ბუნების სიმსივნეები (სარკომა) გვხვდება მნიშვნელოვნად უფრო იშვიათად. პირის ღრუს კიბოს ხშირად წინ უსწრებს ლორწოიანი გარსის კიბოსწინარე დაავადება. ავთვისებიანი სიმსივნეები პირის ღრუსა და ყბა-სახის არეში გვხვდება ყველა ასაკში, მაგრამ უფრო ხშირია 50 წლის უხნეს პირებში. უფრო ხშირად ავთვისებიანი სიმსივნეები გვხვდება სახის კანზე, ქვედა ტუჩზე, ყბებზე, უფრო იშვიათად პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე, ენაზე, სანერწყვე ჯირკვლების არეში.

სიმსივნური პროცესის გავრცელების ხარისხს აღნიშნავენ TNM სიმბოლოების დახმარებით, რომელიც მოწოდებულია სიმსივნეების გავრცელების კლინიკური კლასიფიკაციის საერთაშორისო კომისიის მიერ. T (tumor) არის პირველადი სიმსივნის გავრცელების ხარისხი, N (nodulus) — მეტასტაზების გავრცელების ხარისხი რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში, M (metastasis) — მეტასტაზები შორსმდებარე ორგანოებში.

პირველადი სიმსივნის გავრცელებას შეიძლება ჰქონდეს შემდეგი აღნიშვნები:

TO — პირველადი სიმსივნე არ ვლინდება;

T1 — სიმსივნე არაუმეტეს 2 სმ-ისა უდიდეს განზომილებაში; მდებარეობს ორგანოს (ქსოვილის) ერთ ანატომიურ ნაწილში;

T2 — სიმსივნე 2-დან 4 სმ-მდე უდიდეს განზომილებაში; აზიანებს ორგანოს (ქსოვილის) არა უმეტეს ორი ანატომიური ნაწილისა;

T3 — სიმსივნე 4 სმ-ზე მეტი უდიდეს განზომილებაში; აზიანებს ორ ანატომიურ ნაწილზე მეტს;

T4 — სიმსივნე აზიანებს ორგანოს (ქსოვილის) დიდ ნაწილს და ვრცელდება სხვა ორგანოებსა და სისტემებზე;

TX — პირველადი სიმსივნის გავრცელების შეფასება შეუძლებელია;

მეტასტაზების გავრცელება რეგიონულ ლიმფურ კვანძებზე:

NO — მეტასტაზები არ ვლინდებიან;

N1 — ვლინდებიან მოძრავი კვანძები დაზიანების მხარეზე;

N2 — ვლინდებიან ორმხრივი მოძრავი, შედარებით მცირე ზომის კვანძები;

N3 — ვლინდებიან ცალმხრივი უმოძრაო, დიდი ზომის მკვრივი კვანძები;

N4 — ორმხრივი უმოძრაო კვანძები ან ლიმფური კვანძების მიმდებარე ქსოვილებთან შეზრდილი ცალმხრივი პაკეტი;

NX — ლიმფური კვანძების მდგომარეობის შეფასება შეუძლებელია;

მეტასტაზების გავრცელება შორეულ ორგანოებში:

MO — შორეული მეტასტაზები არ ვლინდება;

M1 — ვლინდება შორეული მეტასტაზები;

MX — შორეული მეტასტაზების არსებობის განსაზღვრა შეუძლებელია.

დაჯგუფება სტადიების მიხედვით:

I სტადია T1 NO MO

II სტადია T2 NO MO

III სტადია T3 NO MO

T1, T2, T3 NON1 MO

IV სტადია T4 NON1 MO

TO-T4 N2, N3 MO

TO-T4 NO-N3 M1

TNM-ის მონაცემების საფუძველზე ხდება სტადიის განსაზღვრა. მაგ., ქვედა ყბის კიბო T1NOMO (I სტადია).

მკურნალობა. ავთვისებიანი სიმსივნეების სამკურნალოდ მოწოდებულია მკურნალობის ქირურგიული, სხივური და ქიმიოთერაპიული მეთოდები. ქირურგიული მკურნალობის თავისებურებაა ქირურგიული ჩარევის მოცულობის გაზრდა, მაგრამ ოპერაციის მოცულობის მნიშვნელოვანი გაზრდაც კი ყოველთვის ვერ უზრუნველყოფს ქირურგიული ჩარევის აუცილებელ რადიკალიზმს. ქირურგიულ მკურნალობაში გამოიყენება ელექტროექსციზია და ელექტროკოგულაცია.

სხივურ თერაპიას ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობაში იყენებენ როგორც დამოუკიდებელ მეთოდს, ასევე მკურნალობის კომპლექსში — ქირურგიულ მკურნალობამდე და ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ.

ქიმიოთერაპიული მკურნალობისათვის იყენებენ ციტოტოქსიურ პრეპარატებსა და ანტიმეტაბოლიტებს. განსაკუთრებით ეფექტურია რეგიონული ინტრაარტერიული ქიმიოთერაპია, რომელიც უზრუნველყოფს სამკურნალო ნივთიერების ლოკალურ მიტანას სიმსივნესთან მაქსიმალური კონცენტრაციით.

მკურნალობის კრიოგენულ მეთოდს მიმართავენ სახის კანის, პირის ღრუს ორგანოებისა და ქსოვილების სიმსივნეების სამკურნალოდ. დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით იყინება სიმსივნური წარმონაქმნი, რაც შემდგომში გადაიზრდება ნეკროზში.

ყველაზე რაციონალურად ითვლება მკურნალობის კომბინირებული მეთოდი: ოპერაციისწინა დასხივება, შემდგომში სიმსივნური უბნის ფართო (საღი ქსოვილების ფარგლებში) ამოკვეთით და ქიმიოთერაპიით. კომბინირებულ მკურნალობას მიმართავენ არა მარტო პირველად კერაზე, არამედ მეტასტაზურ კერაზეც.

სიმსივნის გავრცელების სტადიების გათვალისწინებით შეიძლება გამოყენებული იქნეს პალიატიური ან სიმპტომური მკურნალობა. სიმპტომურ მკურნალობას მიმართავენ რომელიმე მძიმე სიმპტომის (ტკივილი, სუნთქვის გაძნელება, ყლაპვის გაძნელება და ა.შ.) მოხსნის მიზნით.

სახის კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები

კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები ძირითადად (90%-ის ფარგლებში) გვხვდება სახის არეში, ერთნაირი სიხშირით როგორც მამაკაცებში ისე ქალებში, საშუალოდ 50-70 წლის ასაკში. ისინი უმთავრესად წარმოიქმნებიან კიბოსწინარე დაავადებებისაგან (კერატოზი, კერატოაკანტომა, კანის რქა, ბოუენისა და პეჯეტის დაავადებები). ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით არჩევენ ბაზალურუჯრედოვან კიბოს (ბაზალიომა) და ბრტყელუჯრედოვან კიბოს გარქოვანებით და გარქოვანების გარეშე.

ბაზალურუჯრედოვანი კიბო *(ბაზალიომა)* შეადგენს კანის კიბოს 70-75%-ს, ვითარდება ეპიდერმისსა და თმის ფოლიკულებში. სიმსივნე ძირითადად იკავებს ცხვირის ზურგსა და გვერდით ზედაპირს, თვალბუდის შიგნითა და გარეთა კიდეებს, ცხვირტუჩის ნაოჭს, ყურის ნიჟარას, გვხვდება ზედა ტუჩისა და ქუთუთოების არეში. მიკროსკოპულად სიმსივნის უჯრედები ჰგვანან ეპიდერმისის ბაზალურ უჯრედებს, რის გამოც დაავადებამ მიიღო სახელწოდება ბაზალიომა.

არჩევენ ბაზალიომის რამდენიმე სახეს (სიმსივნური, წყლულოვანი, დესტრუქციული, ეკზემური, ნაწიბუროვან-ატროფიული, პიგმენტური), მაგრამ პრაქტიკულად ამას დიდი მნიშვნელობა არ აქვს. ყველა შემთხვევაში ბაზალიომა იწყება პატარა მკვრივი კვანძის გამოჩენით (2-10 მმ ზომის). შემდეგში მას უერთდება სხვა ასეთი კვანძი. რამდენიმე კვანძის ერთ ჯგუფად გაერთიანებით წარმოიქმნება ხორკლიანზედაპირიანი სიმსივნე. გვიან იწყება დაწყლულება. წყლული წარმოიქმნება სიმსივნის ცენტრში შეზღუდულ უბანზე. ასეთ შემთხვევაში სიმსივნის კიდეები აწეულია, ცენტრი ჩავარდნილი. საერთოდ ბაზალიომა დიდი ხნის განმავლობაში (ზოგჯერ წლობით) უცვლელი რჩება. რაიმე პროვოკაციული აგენტის (მაგ. ტრავმა) მოქმედებით ის იწყებს სწრაფ ზრდას. ასეთ შემთხვევაში, იშვიათად, შეიძლება განვითარდეს ქვემდებარე ქსოვილების ინფილტრაცია.

მკურნალობა. იყენებენ მკურნალობის ქირურგიულ (მათ შორის კრიოდესტრუქციას), სხივურ და კომბინირებულ მეთოდებს.

პროგნოზი კეთილსასურველია. ხშირად ვითარდება რეციდივები. შორსწასული შემთხვევების დროს სახეზე წარმოიქმნება ფართო დეფექტი.

ბრტყელუჯრედოვანი კიბო უფრო იშვიათია (20-25%), ვიდრე ბაზალიომა. იგი წარმოიქმნება კანის პათოლოგიურად შეცვლილ უბანზე (კერატოზი, აგრეთვე დამწვრობის, ტრავმის, მგლურას შემდეგ კანზე დარჩენილი ნაწიბური) ან ინტაქტურ კანზე. ხასიათდება უფრო სწრაფი (ინფილტრაციული) ზრდით ვიდრე ბაზალიომა. 1-2%-ში იძლევა მეტასტაზებს ლიმფურ ჯირკვლებში. უფრო ხშირად გვხვდება ყურის ნიჟარის, ლოყის, ყვრიმალის და

ცხვირის არეში, აგრეთვე თავის თმიან ნაწილში. იწყება მეჭეჭის ან პაპილომის ფორმის წარმონაქმნით, ცენტრში ეროზიით და ლილვაკისებრი კიდით. *კლინიკურად* არჩევენ სიმსივნის წყლულოვან და პაპილარულ ფორმებს. ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს *წყლულოვანი ფორმა* ძალიან ჰგავს ბაზალიომის წყლულოვან ფორმას, მაგრამ მისგან განსხვავდება სწრაფი ზრდით. წყლულის კიდეები მკვრივი, დაკბილული, გადმოტრიალებული და აწეულია, ფსკერი და ფუძე ინფილტრირებული. წყლული სიმსივნის ზრდასთან ერთად ღრმავდება, წარმოქმნის კრატერს, მისი ფუძე მკვრივია.

პაპილარული ფორმა ჰგავს ფერად კომბოსტოს, მდებარეობს ფართო ფუძეზე ან ფეხზე, ხშირად დაფარულია ფუფხით, რომლის მოცილებით ჩანს პაპილარული სისხლმდენი ზედაპირი.

დიაგნოზის დაზუსტება ხდება ციტოლოგიური ან ბიოფსიური მასალის მორფოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა — ქირურგიული, სხივური, კომბინირებული მეთოდებით.

პროგნოზი. დროული (I, II სტადია) და სწორი მკურნალობა 85-97%-ში იძლევა განკურნებას. IV სტადიის დროს განკურნებას ადგილი აქვს შემთხვევათა 10-15%-ში.

ავთვისებიანი მელანომა იშვიათი დაავადებაა, გვხვდება ახალგაზრდა და შუა ასაკის პირებში კანზე, ლორწოიან გარსზე, უბაყურა ჯირკვალში. მელანომა ვითარდება პიგმენტირებული ნევუსისაგან, მელანოზისაგან (დიუბრეს მელანოზი ყავისფერი, მუქი-ყავისფერი ან მოლურჯო-ყავისფერი პიგმენტური ლაქაა, რომლის ზედაპირზე მეჭეჭისებრი წანაზარდებია. იგი 75%-ში განიცდის მალიგნიზაციას. ავთვისებიანი მელანომების მესამედი ვითარდება დიუბრეს მელანოზისაგან). მელანომა შეიძლება განვითარდეს პირველადად ინტაქტურ კანზე აქ არსებული მელანოციტებიდან. დიდი მნიშვნელობა აქვს ტრავმას და მზის დასხივებას. სახის კანზე მელანომა ლოკალიზებულია 20%-ში, პირის ღრუს ლორწოიან გარსზე 2%-ში. პირის ღრუში მელანომა ვითარდება ღრძილის, ხბილი და მაგარი სასის არეში, სადაც მდებარეობენ პიგმენტური ლაქები, პიგმენტური პაპილომები და საკვებით ან პროთეზით მათი ტრავმირება იწვევს მელანომის პროვოცირებას.

კლინიკურად მელანომას სხვადასხვა ფორმა და ზომა აქვს. იგი გვხვდება პიგმენტური ბრტყელი ლაქის, სოკოსებრი ან პაპილომური წანაზარდის სახით ვიწრო ან ფართო ფუძეზე. შეიძლება იყოს მრგვალი, ოვალური ან სულაც განუსაზღვრელი ფორმის,

შეხებით — ხბილი ან მკვრივი, ფერით — შავიდან უფეროდე, ზომით — რამდენიმე მმ-დან 2,5 სმ-მდე დიამეტრით. მელანომა დიდი არ იზრდება, ვინაიდან ავთვისებიანობის მაღალი ხარისხის გამო სწრაფად იძლევა მეტასტაზებს შინაგან ორგანოებში და ავადმყოფები სწრაფად იღუპებიან. ტრავმა აჩქარებს პროცესის გავრცელებას.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად იყენებენ სიმსივნის ანაბეჭდის ან ჩამოფცქვნილი მასის ციტოლოგიურ გამოკვლევას. მელანომის პუნქცია ან ბიოფსია არ შეიძლება მეტასტაზირების საშიშროების გამო.

მკურნალობა კომბინირებულია — დასხივება, ფართო ქირურგიული ჩარევა, კრიოდესტრუქცია, ქიმიო და იმუნოთერაპია, კრაილის ოპერაცია).

კისრის ლიმფურ მეტასტაზების ერთდროული ამოკვეთა

ტუჩის კიბო

ტუჩის კიბო ძირითადად გვხვდება ქვედა ტუჩზე (95-96%), უმთავრესად მამაკაცებში (91,5%), 40-60 წლის ასაკში. ტუჩის კიბოს განვითარების ხელის შემწყობი ფაქტორებია: მზის სხივები (ულტრაიისფერი დასხივება), ქარი, მექანიკური ტრავმა, დამწვრობები თამბაქოს წევისა და ცხელი საკვების მიღების დროს. ტუჩის კიბოს განვითარებას ხშირად წინ უსწრებს კიბოსწინარე დაავადებები (ლეიკოპლაკია, პაპილომა, წითელი ყაეთნის ჰიპერკერატოზი, აბრაზიული ხეილიტი, ქრონიკული ნახეთქები და ა.შ.).

ტუჩის კიბო წარმოიქმნება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელისაგან, რაც განაპირობებს მის ჰისტოლოგიურ სტრუქტურას. ეს არის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. 80-95%-ში გვხვდება გარქოვანებული ფორმა, რომელიც იზრდება ნელა, ჯერ ზედაპირულად, შემდეგ ღრმად და შედარებით გვიან იძლევა მეტასტაზებს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში. ბრტყელუჯრედიანი კიბოს გაურქოვანებელი ფორმა გამოირჩევა სწრაფი ზრდით, დაწყლულებით, ინფილტრაციით, ადრეული მეტასტაზირებით რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში.

უფრო ხშირად ტუჩის კიბო ვითარდება ტუჩის შუა ხაზიდან გვერდით უბნებში, იშვიათად ტუჩის კუთხეში. დასაწყისში ვლინდება გამკვრივება, რომელიც წააგავს ნახეთქს ან მეჭეჭს.

მისი ზედაპირი ხორკლიანია. ჩნდება ძნელად მოსაცილებელი ქერქი; შემდეგში გამკვრივების ცენტრში ჩნდება წყლული არასწორი გამოთხრილი კიდეებით. ამ დროს შეიძლება გავრცელდეს მეორადი ინფექცია. წყლული თანდათან იზრდება, შეიძლება გავრცელდეს მთელ ტუჩზე.

არჩევენ ტუჩის კიბოს წყლულოვან (ენდოფიტურ), წყლულოვან-ინფილტრაციულ და ეკზოფიტურ ფორმებს. ამ უკანასკნელს ეკუთვნის პაპილარული და მეჭეჭისებრი ფორმები.

წყლულოვან ფორმაზე ზემოთ იყო ლაპარაკი. წყლულის ფუძე მკვრივია, უმტკივნეულო (მეორადი ინფექციის მიერთებისას ჩნდება ტკივილი), კიდეები ინფილტრირებული და აწეული. *წყლულოვან-ინფილტრაციული* ფორმის დროს წყლული მდებარეობს მკვრივ და დიდი ზომის ინფილტრატზე. პროცესი შედარებით სწრაფად ვრცელდება და აღწევს ქვედა ყბას.

ტუჩის კიბოს *ეკზოფიტური ფორმები* ნაკლებ ავთვისებიანი მიმდინარეობით ხასიათდებიან. პაპილომური ფორმა პაპილომისაგან ვითარდება. იგი იზრდება, მისი ფუძე ხდება ინფილტრირებული, მკვრივი. შემდეგში პაპილომა ნეკროზს განიცდის, ვარდება და მის ადგილზე ჩნდება წყლული.

მეჭეჭისებრი ფორმის დროს ტუჩზე წარმოიქმნება მრავლობითი წვრილი წანაზარდი, რომლებიც შემდეგში ერწყმიან ერთმანეთს და მოგვაგონებენ ფერად კომბოსტოს. იზრდება ნელა, ქვემდებარე ქსოვილების ინფილტრაციით.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად იყენებენ სიმსივნის ანაბეჭდის ან ჩამოფცქვნილი მასის ციტოლოგიურ გამოკვლევას. კლინიკური ნიშნებიდან წამყვანია სიმსივნე დაფარული ქერქებით, რომლის მოხსნა იწვევს სისხლის დენას, აგრეთვე სიმსივნის კიდეებისა და ფუძის გამკვრივება. ტუჩის კიბო გამორჩეული (დიფერენცირებული) უნდა იქნეს ტუბერკულოზური და სიფილისური წყლულებისაგან. ტუბერკულოზური წყლულის კიდეები და ფსკერი რბილი და მტკივნეულია. წყლულს აქვს ოვალური, წაგრძელებული ფორმა. რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებული, არამკვრივი და შეზრდილნი არიან.

სიფილისური წყლული მრგვალია, მკვრივია, ფსკერი ცხიმოვანი, კიდეები მკაფიო, ანთებითი ინფილტრაციით, ნაკლებმტკივნეული, არ არიის სისხლმდენი.

მკურნალობა. დაავადების I და II სტადიაში, როდესაც ჯერ კიდევ არ განვითარებულა რეგიონული მეტასტაზები, მიმართავენ

სიმსივნის რადიკალურ მოცილებას. იყენებენ სხივურ თერაპიას, კრიოდესტრუქციას, ოპერაციულ მკურნალობას. კეთდება სიმსივნის ტრაპეციული ან კვადრატული ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში (2 სმ დაცილებით სიმსივნური ქსოვილიდან). 2-3 კვირის შემდეგ პირველი სტადიის დროს ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა ლიმფურ აპარატზე ტარდება ვანახის ტიპის ოპერაცია. II სტადიის დროს კი — ზედა ფასციალურფუტლიარული ამოკვეთა. III სტადიის დროს — წინასწარი დასხივება შემდგომი ქირურგიული ჩარევით, ზოგჯერ (ჩვენების მიხედვით) ნიკაპის რეზექციით და კრაილის ოპერაციით კისრის ლიმფურ აპარატზე. IV სტადიის დროს — იგივე კომბინირებული მკურნალობა ქსოვილების (მათ შორის ქვედა ყბის) ფართო ამოკვეთით.

პროგნოზი: I და II სტადიის დროს სწორი მკურნალობა იწვევს განკურნებას. III სტადიაში ინკურნება ავადმყოფთა 30-40%. ტუჩის კიბოს მიმდინარეობა შედარებით კეთილსასურველია. ამას განაპირობებს ის გარემოება, რომ ტუჩის კიბო ვითარდება კანიდან და არა ლორწოიანი გარსიდან. ამას გარდა ტუჩის კიბო ძირითადად გარქოვანებული ბრტყელუჯრედოვანი კიბოა უჯრედების დიფერენციაციის მაღალი ხარისხით, რის გამოც პროცესს აქვს უკეთესი პროგნოზი. ამასთან. ტუჩის კიბოს მეტასტაზირება ხდება ძირითადად ბოლო სტადიებში და ისიც ყბის ქვეშა და ნიკაპქვეშა ლიმფურ კვანძებში.

პირის ღრუს ორგანოების კიბო

ენის კიბო ყველაზე ხშირად გვხვდება პირის ღრუს ორგანოების კიბოს შორის (55-60%); იგი აღამიანის ავთვისებიანი სიმსივნეების 2-3%-ს შეადგენს. 2-2,5-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში, 40-დან 70 წლამდე ასაკში. ენის კიბო უფრო ხშირად ლოკალიზებულია ენის შუა ნაწილის გვერდით ზედაპირებზე (60-70%), ენის ძირში (20%), უფრო იშვიათად გვხვდება ენის ზურგზე და წვერზე. ენის კიბოს წარმოშობას ხელს უწყობს ქრონიკული ტრავმა: კარიესული კბილები და ფესვები (43-45%), კბილის პროთეზები (6,4-7%). აღნიშნული ფაქტორების გავლენით ენის ლორწოიანი გარსი უხეშდება, ვითარდება ეპითელის გარქოვანება და ინფილტრაცია სიღრმეში.

არჩევენ ენის კიბოს ეკზოფიტურ, ენდოფიტურ და ლორწქვეშა-ინფილტრაციულ ფორმებს. ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით

ენის წვერის კიბო ძირითადად არის გარქოვანებული (მაღალდიფერენცირებული) სიმსივნე. ამის გამო ის უფრო მცირე ზომის იზრდება, ვიდრე ენის გვერდითი და უკანა ნაწილის კიბო. გაურქოვანებელი კიბო ჭარბობს ენის უკანა ნაწილში. მიკროსკოპულად 95%-ში ენაში ვითარდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო, ერთეულ შემთხვევებში შეიძლება შეგვხვდეს ბაზალურუჯრედოვანი კიბო.

კლინიკურად დასაწყისში ენაზე ვლინდება მტკივნეული და მკვრივი ინფილტრატი, რომელსაც არ აქვს მკაფიო საზღვრები ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან. ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს საკვების მიღებისა და ლაპარაკის დროს, ირადიაციით ყურში და ქვედა ყბის კბილებში. მალე ინფილტრატი წყლულდება, ჩნდება მზარდი სისხლის დენა სიმსივნური და მისი მეზობელი ქსოვილებიდან. სიმსივნის ზრდასთან ერთად ენის მოძრაობა ძნელდება, რასაც საკვების მიღების შეზღუდვასთან ერთად შეუძლია გამოიწვიოს ინფიცირებული ნერწყვისა და საკვები მასის ასპირაცია. ზრდის პროცესში სიმსივნე შეიძლება გავრცელდეს ენის სიმეტრიულ ნაწილზე და მიმდებარე უბნებზე (პირის ღრუს ფსკერი, ალვეოლური მორჩი, სასა, ხახა). ენის გვერდითი და წინა ნაწილის კიბო მეტასტაზებს იძლევა ნიკაპქვეშა და ყბის ქვეშა, ხოლო უკანა ნაწილის კიბო ყელის ღრმა ლიმფურ კვანძებში. ჰემატოგენური მეტასტაზები შორეულ ორგანოებში იშვიათია. რეგიონული მეტასტაზების დროს პალპაციით შეიგრძნობა მკვრივი, მოძრავი, უმტკივნეულო, მრგვალი ფორმის ლიმფური კვანძები, რომლებიც შემდგომში ეზრდებიან ერთმანეთს, მიმდებარე ქსოვილებს, კანს და ხდებიან უმოძრაონი.

სიმსივნის შემდგომი ზრდა იწვევს გემოვნების შეგრძნების მოშლას; განსაკუთრებით დამახინჯებულია ტკბილისა და მწარეს აღქმა. შეიძლება განვითარდეს გემოვნების შეგრძნების სრული მოშლა.

კლინიკურად უფრო მძიმედ მიმდინარეობს ენის ძირის კიბო, საიდანაც მეტასტაზები ვრცელდებიან ხახის უკანა და გვერდით ლიმფურ კვანძებში, ნუშურა ჯირკვლებში, საყლაპავში.

სიმსივნურ კერაზე მეორადი ინფექციის გავრცელებისას ვითარდება ძლიერი ტკივილი, კვების გაძნელება, უძილობა, ენა ხდება უმოძრაო, ვითარდება ტრიზმი.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ სიმსივნიდან ანაფხეკის ან პუნქტატის ციტოლოგიურ გამოკვლევას, აგრეთვე გადიდებული

ლიმფური კვანძების პუნქციას. ენის კიბო გამორჩეული უნდა იყოს ტუბერკულოზური, გუმოზური, აქტინომიკოზური და დეკუბიტური წყლულებისაგან, აგრეთვე სისხლის დაავადებების თანმდევი წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანებისაგან. ტუბერკულოზური წყლული ხასიათდება რბილი გამოთხრილი კიდეებით. იგი ლოკალიზდება ძირითადად ენის ზურგზე, იშვიათად მის გვერდით ზედაპირებზე. წყლულის ფსკერი ღრმა არ არის, მორუხო-მოყვითალო ფერისაა, ამოვსილია სუსტად სისხლმდენი წვრილი გრანულაციებით. წყლულის ირგვლივ — შეხებით ძლიერ მტკივნეული ფართო ანთებითი სარტყელია.

გუმის დაშლისას წარმოქმნილ წყლულს აქვს სადა კიდეები, რომლებიც სრულებით არ ჰგავს კიბოს წყლულის ლილვაკისებურად შემაღლებულ კიდეს. გუმის ლოკალიზაციის ადგილია ძირითადად ენის წვერი, ნაკლებმტკივნეულია და აქვს ცხიმოვანი ფსკერი.

აქტინომოკოზის დროს აღინიშნება ერთი ან რამდენიმე მრგვალი მკვრივი კვანძი. დაჩირქებისას ისინი იძლევიან ხვრელარხებს გამონადენით, რომელშიც არის სხივური სოკოს მიცელიუმები ან დრუზები. გვერდით შეიძლება მდებარეობდეს ადრე დანაწიბურებული კერები.

დეკუბიტური წყლული ვითარდება კბილისაგან, პროთეზისაგან, კლამერისაგან გამოწვეული ტრავმით. მიზეზის მოცილებისთანავე იწყებს უკუგანვითარებას და რამდენიმე დღეში მთავრდება ეპითელიზაციით.

ლეიკოზის თანმხლები პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის ნეკროზული დაზიანებისათვის დამახასიათებელია ნეკროზის უბნების სწრაფი ზრდა. ნეკროზული კერების ირგვლივ ანთებითი რეაქცია არ არის. სისხლში მწვავე ლეიკოზის სურათი.

მკურნალობა კომბინირებულია. I და II სტადიაში წინასწარი დასხივების შემდეგ ამოკვეთენ ნახევარ ენას (სიგრძეზე) და კისრის ლიმფურ კვანძებს (კრაილის ოპერაცია, ფასციალურ-ფუტლიარული ამოკვეთა). ენის კიბოს მესამე სტადიის დროს იგივე მკურნალობა ტარდება უფრო გაფართოებული ოპერაციული ჩარევით (პირის ფსკერის ქსოვილების ნაწილის ამოკვეთა).

პროგნოზი. ენის წინა ნაწილის პირველი და მეორე სტადიის კიბოს დროს კომბინირებული მკურნალობიდან სამი წლის შემდეგ ცოცხალი იყო ავადმყოფთა 50%. ენის უკანა ნაწილის სიმსივნის დროს პროგნოზი არაკეთილსასურველია.

ლოყის ლორწოიანი გარსის კიბო იშვიათი დაავადებაა. ვითარდება ძირითადად ლეიკოპლაკიის ფონზე. უფრო ხშირია ხანშიშესულ მამაკაცებში. მიკროსკოპულად ეს არის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო გარქოვანებით, იშვიათად გარქოვანების გარეშე. ლოყის ლორწოიანი გარსის წინა ნაწილის კიბო მიმდინარეობს უფრო კეთილსასურველად, ვიდრე უკანა ნაწილის. სიმსივნისათვის დამახასიათებელია სწრაფი გავრცელება ლოყის სისქეში და მიმდებარე კუნთებში. ლოყის უკანა ნაწილში ლოკალიზაციის დროს სიმსივნე ვრცელდება საღეჭ კუნთებში, სასაზე, ქვედა ყბის ტოტში, ზედა და ქვედა ყბების ალვეოლურ მორჩებზე, კანზე. ეს იწვევს კრიჭის შეკვრას. მეტასტაზები ვრცელდებიან ცალ მხარეს ნიკაპქვეშა და ყბის ქვეშა ლიმფურ კვანძებში.

მკურნალობა კომბინირებულია. პროგნოზი არაკეთილსასურველი.

პირის ღრუს ფსკერის კიბო პირის ღრუს ორგანოების კიბოს 10-15%-ს შეადგენს. ჰისტოლოგიური შენებით მოგვაგონებს ბრტყელუჯრედოვან კარცინომას გარქოვანებით. ძირითადად გვხვდება ხანშიშესულ მამაკაცებში. ახასიათებს ენდოფიტური და ეკზოფიტური ზრდა. ენდოფიტური ფორმა წარმოადგენს ან ლეიკოპლაკიის ფონზე განვითარებულ სიმსივნურ ინფილტრატს, რომელსაც არ აქვს მკაფიო საზღვრები, ან კიბოს ინფილტრაციულ-წყლულოვან ფორმას. ეკზოფიტური ფორმის დროს სიმსივნეს შეიძლება ჰქონდეს პაპილარული წანაზარდის ან დაწყლულებული კვანძის სახე. უფრო ხშირად პროცესი ლოკალიზებულია პირის ფსკერის წინა ნაწილში ენის ლაგამის ახლოს, უფრო იშვიათად უკანა ნაწილში. ზოგჯერ პირის ფსკერზე სიმსივნური პროცესი ვრცელდება ენიდან, ღრძილებიდან, ქვედა ყბიდან. უკანა ნაწილის კიბო გამოირჩევა უფრო არაკეთილსასურველი მიმდინარეობით წინასთან შედარებით.

კლინიკურად პირის ღრუს ფსკერის კიბო დასაწყისში ვლინდება წყლულოვან-ინფილტრაციული დაზიანების სახით. წყლულს აქვს ლილვაკისებრ გასქელებული, გადმობრუნებული, აწეული კიდეები. წყლულის ფუძე მკვრივი, ხრტილისებრი კონსისტენციის ინფილტრატია. ფსკერი ხორკლიანი, დაფარული რუხი ნეკროზული ნადებით. ზრდის პროცესში წყლული ემგვანება კრატერს. პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ენაზე, ქვედა ყბაზე, ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალზე.

სიმსივნის არეში აღინიშნება მნიშვნელოვანი სისხლის დენა ქსოვილებიდან. სიმსივნის პალპაცია ძლიერ მტკივნეულია. ვითარდება თვითნებითი ტკივილები ირადიაციით ყურში, საფეთქელში, ძნელდება კვება, მეტყველება. პირის ღრუდან — „სპეციფიკური“ ლპობითი სუნი. მეორადი ინფექციის მიერთება ამძიმებს კლინიკურ სურათს.

პირის ღრუს ფსკერის კიბო საკმაოდ ადრე იძლევა მეტასტაზებს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში (ყბის ქვეშა და კისრის გვერდითი ლიმფური კვანძები, არაიშვიათად ორივე მხარეს).

მკურნალობა კომბინირებულია. ტარდება როგორც პირველადი კერის, ისე რეგიონული მეტასტაზების სხივური თერაპია. ქირურგიული ჩარევა გულისხმობს პათოლოგიური უბნის ამოკვეთას პირის ღრუს ფსკერიდან, არაიშვიათად ენისა და ქვედა ყბის შესაბამის უბნებთან ერთად. ერთდროულად იღებენ რეგიონულ ლიმფურ კვანძებს.

რბილი სასის ლორწოიანი გარსის კიბო უფრო ხშირად წარმოდგენილია ინფილტრაციულ-წყლულოვანი ფორმით. ბრტყელუჯრედიანი გარქოვანებული კიბოს გარდა ამ არეში ზოგჯერ ვითარდება ადენოკარცინომა (წვრილი სანერწყვე ჯირკვლებიდან), ცილინდრომა, მუკოეპიდერმოიდული და შერეული სიმსივნეები. სიმსივნე თავიდან ლოკალიზებულია რბილი სასის კიდეზე. ზრდის პროცესში იგი ვრცელდება ცხვირ-ხახაზე, მაგარი სასის უკანა ნაწილზე, რეტრომოლარულ არეზე, ზედა ყბის ალვეოლურ მორჩზე. მეტასტაზირება შედარებით გვიან ხდება და ვრცელდება კისრის ზედა ღრმა ლიმფურ კვანძებში.

მკურნალობა — სხივური თერაპია.

მაგარი სასის კიბო აზიანებს პერიოსტეუმსა და ძვალს. ამ უკანასკნელის დარღვევისას პირის ღრუ უერთდება ცხვირის ღრუს. სიმსივნე შეიძლება გავრცელდეს ზედა ყბაზე, მის წიაღზე, ცხვირზე, ლოყის ლორწოიან გარსზე და ზედა ტუჩზე. მეტასტაზები ვითარდებიან ყბისქვეშა ლიმფურ კვანძებში.

მკურნალობა — კომბინირებული.

ყბების კიბო

ზედა ყბის კიბო. ორგანიზმის ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 1-4%-ს შეადგენს ზედა ყბის კიბო. იგი შედარებით ხშირია მამაკაცებში, 40-70 წლის ასაკში. ზედა ყბის კიბო ეკუთვნის ძვლების მეორადი ავთვისებიანი სიმსივნეების რიცხვს. წარმოიქმნება მეზობელი არეების ლორწოიანი გარსის კიბოს ზედა ყბის

ძვალზე გავრცელების შედეგად. ზედა ყბის კიბო 68,9%-82,8% ბრტყელუჯრედოვანია გარქოვანებით თუ გარქოვანების გარეშე და ვრცელდება სასის, ლოყის და ალვეოლური მორჩის ლორწოიანი გარსიდან. ზედა ყბის წიაღის, ეთმოიდური ლაბირინთის და ცხვირის ლორწოიანის კიბოც ვრცელდება ზედა ყბაზე. ზედა ყბის წიაღის გამომფენი ლორწოიანი გარსის მოციმციმე ცილინდრული ეპითელი ხანგრძლივი ქრონიკული (პერიოდული გამწვავებებით) ანთებითი პროცესის წყალობით განიცდის მეტაპლაზიას. შეცვლილი ეპითელის ჰიპერპლასტიკური ზრდა იწვევს ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის ან ადენოკარცინომის განვითარებას. ამას გარდა, ჯირკვლოვანი შენების ავთვისებიანი სიმსივნე ზედა ყბაში წარმოიქმნება სასის წვრილი სანერწყვე ჯირკვლებისაგან (ადენოკარცინომა, ადენოკისტოზური, ეპიდერმოიდული კარცინომა).

კლინიკური სურათი დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. ძვლის სისქეში ან ალვეოლურ მორჩში ლოკალიზებული სიმსივნე იწვევს მის დეფორმაციას და სახის ასიმეტრიას. ზედა ყბის წიაღიდან გამომავალი სიმსივნეები დეფორმაციას და ასიმეტრიას იწვევენ გვიან. ალვეოლური მორჩის კიბოს დროს ვლინდება კბილების მორყევა. ზედა ყბის წიაღიდან მომავალი სიმსივნის დროს ეს ნიშანი გვიან ვლინდება.

პროცესის ლოკალიზაციისაგან გამომდინარე დაავადების სიმპტომატიკის დაზუსტების მიზნით ზედა ყბის წიაღს ყოფენ ნაწილებად შემდეგი სქემის მიხედვით: ცხვირის ძვალზე და ქვედა ყბის კუთხეზე გატარებული დახრილი ფრონტალური სიბრტყე ყოფს წიაღს ქვედა წინა და ზედა უკანა ნაწილებად. წიაღის ცენტრზე გატარებული საგიტალური სიბრტყე ყოფს თითოეულ ზემოაღნიშნულ ნაწილს მედიალურ და ლატერალურ ნაწილებად. ასე რომ, წიაღი იყოფა ოთხ სექტორად: ქვედა წინა მედიალური და ლატერალური და ზედა უკანა მედიალური და ლატერალური.

ზედა ყბის წიაღის ქვედა წინა მედიალური ნაწილის სიმსივნისათვის დამახასიათებელია ეშვისა და პრემოლარების ტკივილი, მორყევა და დაბუჟება, გამონადენი ცხვირის შესაბამისი ნესტოდან, სუნთქვის გაძნელება ამავე ნესტოდან. ამ უკანასკნელის მიზეზია სიმსივნის შეღწევა ცხვირის ღრუში. ცხვირიდან გამონადენი ჯერ ლორწოიანია, შემდეგ, სიმსივნის დაშლის კვალდაკვალ, გამონადენი ხდება სისხლიან-ჩირქოვანი. მორყეული კბილების ამოღების ან ამოვარდნის შემთხვევაში, კბილბუდეები არ ხორცდება და ივსება სიმსივნური ქსოვილით, რომელიც წააგავს გრანულაციებს.

წინა კედელსა და რბილ ქსოვილებში სიმსივნის გავრცელებისას ვლინდება დეფორმაცია.

სიმსივნის ზედა ყბის წიაღის ქვედა წინა ლატერალურ ნაწილში ლოკალიზაციის დროს ირყევიან ზედა მოლარები, პროცესი ვრცელდება ზედა ყბის ბორცვზე, რბილ სასაზე, ქვედა ყბის ტოტზე და ბოლოს საღეჭ კუნთებზე, რაც იწვევს კრიჭის შეკვრას.

სიმსივნის ზედა ყბის წიაღის ზედა უკანა მედიალურ ნაწილში ლოკალიზაციის დროს იგი ვრცელდება ძირითადად ეთმოიდური ლაბირინთის და თვალბუდის მიმართულებით. ვითარდება ეკზოფთალმი და დიპლოპია, თვალის ნაპრალის შევიწროება. ცხვირის ღრუში გავრცელება იწვევს სუნთქვის გაძნელებას. სიმსივნე აწვება ცხვირცრემლის არხს და იწვევს ცრემლდენას. თვალბუდის ქვედა ნერვის საინერვაციო ზონაში ან ძლიერი ტკივილია ან პარესთეზია, რაც აიხსნება აღნიშნული ნერვის კომპრესიით სიმსივნური ქსოვილისაგან.

სიმსივნე ზედა ყბის წიაღის ზედა უკანა ლატერალურ ნაწილში ლოკალიზაციის დროს ვრცელდება თვალბუდეში, ფრთასასის და საფეთქლისქვედა ფოსოში, საფეთქლისა და ფრთისებრ კუნთებში.

ზედა ყბის კიბოს მეტასტაზები ვრცელდებიან ყბაყურა, ყბის ქვეშა, კისრის ღრმა და ხახის გვერდითი კედლის ლიმფურ კვანძებში.

რენტგენოლოგიურად (ცხვირნიკაპის, ნახევრადაქსიალურ და ირიბ პოზიციებში) სიმსივნური პროცესის განვითარების ადრეულ სტადიებში ადგილი აქვს ზედა ყბის წიაღის დაჩრდილვას უმნიშვნელოდან მნიშვნელოვანი ინტენსიობით, აგრეთვე მისი კედლების გათხელებას. მოგვიანებულ სტადიებში წიაღის კედლები არ ვლინდება მათი დაშლის გამო. ალვეოლური მორჩის კიბოს დროს პირგარეთა და განსაკუთრებით პირშიგნითა რენტგენოგრამებზე მოჩანს დესტრუქციული ცვლილებები — დასაწყისში ლაზისური მოვლენები ჩანს კბილთაშორის ძგიდეებში, შემდგომში კი მთელ ალვეოლურ მორჩში.

დიაგნოსტიკა გარდა რენტგენოგრაფიისა, ემყარება ციტოლოგიური და ბიოფსიური მასალის მიკროსკოპიულ შესწავლას. ზედა ყბის გავრცელებული კიბო არ არის ძნელი გამოსაცნობი. ძნელია საწყისი სტადიის გამოცნობა. ამ დროს სიმსივნის კლინიკური და რენტგენოლოგიური მონაცემები ქრონიკული ანთების მონაცემებს ემთხვევა. ამ ეტაპზე უფრო ვრცელ და ზუსტ ინფორმაციას იძლევა კვლევის ინსტრუმენტული მეთოდები: ექოსკოპია, ენდოსკოპია

(სინუსოსკოპია), კომპიუტერული ტომოგრაფია. დაავადების პრელო სტადიებში ზედა ყბის კიბოს გამორჩევა სხვა დაავადებებისაგან იოლია, დასწყისში კი იგი გამორჩეული უნდა იქნეს ზედა ყბის წიაღის ქრონიკული ანთებისაგან. ზედა ყბის კიბოს დროს ცხვირის შესაბამისი ნესტოდან გამოიყოფა სისხლიან-ჩირქოვანი სითხე, ანთებითი პროცესის დროს კი ჩირქი. სიმსივნის დროს წიაღის წინა კედლისა და ზედა ყბის ბორცვის არე პალპაციით მტკივნეულია.

მკურნალობა კომბინირებულია და მოიცავს: ოპერაციისწინა პირის ღრუს სანაციას და ორთოპედიულ მომზადებას, ოპერაციისწინა სხივურ თერაპიას, ზედა ყბის რეზექციას ჭრილობაში რადიუმის პრეპარატის მოთავსებით; ყბის ქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძებისა და ცხიმოვანი ქსოვილის (ერთ ბლოკად) ამოკვეთა (II-IV სტადიის დროს).

პროგნოზი — არაკეთილსასურველი.

ქვედა ყბის კიბო ზედა ყბასთან შედარებით 2-3-ჯერ იშვიათად გვხვდება, რაც განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ზედა ყბის ეპითელური საფარველი, რომელიც ფარავს ზედა ყბის სხვადასხვა ანატომიურ წარმონაქმნებს (ზედა ყბის წიაღი, სასა, ცხვირი, ალვეოლური მორჩი), უფრო დიდია ქვედა ყბასთან შედარებით. გვხვდება უპირატესად მამაკაცებში, 40-60 წლის ასაკში. ქვედა ყბის კიბო იშვიათადაა პირველადი. იგი ვითარდება ძირითადად ალვეოლური მორჩის ლორწოიანი გარსის მალიგნიზაციის შედეგად, აგრეთვე, იშვიათად ოდონტოგენური კისტის გამომფენი ეპითელისა და მალასეს ეპითელური კუნძულაკებისაგან (პერიოდონტში). ქვედა ყბაზე სიმსივნური პროცესი შეიძლება გავრცელდეს პირის ღრუს ფსკერის, ლოყის, რეტრომოლარული მიდამოს კიბოსაგან და სხვა. ზოგჯერ ქვედა ყბის ძვალში ვითარდება კიბოს მეტასტაზი სხვა ორგანოდან (ფარისებრი ჯირკვალი, სარძევე ჯირკვალი, კუჭი, ელენთა, პროსტატა, რეგიონული ლიმფური კვანძები). ქვედა ყბის კიბოს აკუთვნებენ ბრტყელუჯრედოვანი შენების გარქოვახებულ (უფრო იშვიათად გაურქოვანებელ) კარცინომებს. იგი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ზრდის ენდო და ეკზოგენური ფორმებით.

კლინიკური სურათი დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციისაგან და გავრცელების მიმართულებისაგან. თუ პროცესი იწყება ძვლის სისქისაგან, ადრე გამოჩნდება ნევრალგიური ტკივილი ქვედა ალვეოლური ნერვის საინერვაციო ზონაში, რადიაციით

ყურში, საფეთქელში. თანდათან სქელდება ქვედა ყბა, ვითარდება ქვედა ტუჩის პარესთეზია. პროცესის ლოკალიზაციისას ქვედა ყბის კუთხისა და ტოტის არეში ადრე ვითარდება კრიჭის შეკვრა, გამობერვა ქვედა ყბის კუთხისა და ტოტის არეში. პროცესის ნიკაპის არეში ლოკალიზაციის დროს ადრეული ნიშანი იქნება ნიკაპის შებერვა, რბილი ქსოვილების სწრაფი ინფილტრაცია ამ არეში. ალვეოლური მორჩის ლორწოიანის მალიგნიზაციის შემთხვევაში სიმსივნე სწრაფად ვრცელდება ქვედა ყბის ძვალში და იწვევს მის დაშლას. სიმსივნური პროცესისაგან ქვედა ყბის ფართოდ დაშლის შემთხვევაში ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა. ქვედა ყბის დაშლის კვალობაზე ვითარდება კბილების მორყევა და ამოვარდნა. მეორადი ინფექციის მიერთება იწვევს პროცესის დამძიმებას და დიაგნოსტიკის გაძნელებას. ქვედა ყბის კიბო შეიძლება წარმოდგენილი იქნეს სიმსივნური ინფილტრატით ან სიმსივნური წყლულით.

ქვედა ყბის კიბოსათვის დამახასიათებელია მეტასტაზების ადრეული გავრცელება ყბის ქვეშა და კისრის ლიმფურ კვანძებში.

რენტგენოლოგიურად დასაწყისში ვლინდება არასწორკიდეებიანი მრგვალი ფორმის დესტრუქციის ზონა, ძვლის ოსტეოპოროზული ირგვლივმდებარე უბნით. შემდგომში პროცესი ვრცელდება ყველა მიმართულებით, მათ შორის კბილთაშუა სივრცეებშიც. პერიოსტული რეაქცია არ არის.

დიაგნოსტიკა ხორციელდება კლინიკო-რენტგენოლოგიური და მიკროსკოპიული (პუნქტატისა და ბიოფსიური მასალის შესწავლა) გამოკვლევით. დიფერენცირება საჭიროა ქვედა ყბის ქრონიკული ოსტეომიელიტისაგან. ამ უკანასკნელისათვის დამახასიათებელია ჭრილობა დასაწყისი, ოდონტოგენური გენეზი და წყლულის არარსებობა.

მკურნალობა კომბინირებულია: ოპერაციისწინა სხივური თერაპია, ქვედა ყბის რეზექცია და რეგიონული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა. შემდგომში ქვედა ყბის დეფექტის აღდგენა ძვლის აუტო ან ქსენოტრანსპლანტაციით.

პროგნოზი — არაკეთილსასურველი.

სარკომები

სარკომა არაეპითელური ბუნების, მეზენქიმური სიმსივნეა, რომელიც უფრო ხშირად ვითარდება ყბის ძვლებში, უფრო

იშვიათად — ყბის მიმდებარე რბილ ქსოვილებში. ავთვისებიან ეპითელურ სიმსივნეებთან შედარებით სარკომა უფრო იშვიათია (ზედა ყბის კიბოს 4-9 შემთხვევაზე მოდის ზედა ყბის სარკომის ერთი შემთხვევა) და გვხვდება უფრო ახალგაზრდა ასაკში. სარკომის მეტასტაზები ვრცელდებიან უპირატესად ჰემატოგენური გზით. არჩევენ სარკომის შემდეგ ფორმებს: ფიბროსარკომა, მიქსოსარკომა, ხონდროსარკომა, ოსტეოგენური სარკომა, რეტიკულოსარკომა, ანგიოსარკომა, ჰემანგიოენდოთელიომა.

ფიბროსარკომა ვითარდება ძვლის ტვინის და პერიოსტეუმის გარეთა ნაწილების შემაერთქსოვილოვანი სტრომისაგან, აგრეთვე ყბის მიმდებარე შემაერთქსოვილოვანი ელემენტებისაგან. ფიბროსარკომის სტრუქტურული ელემენტებია პროლიფერირებადი ფიბრობლასტები, კოლაგენური და რეტიკულური ბოჭკოები. ყბების ფიბროსარკომა შეიძლება შეგვხვდეს ბავშვთა ასაკში, მაგრამ ძირითადად გვხვდება 30 წლის შემდეგ. უფრო ხშირად ვითარდება ზედა ყბაზე, უპირატესად ბორცვის არეში. უმეტესად წარმოიქმნება ნორმალური ქსოვილიდან.

არჩევენ ცენტრალურ და პერიფერიულ ფიბროსარკომას. ცენტრალური წარმოიქმნება ძვლის სისქეში ძვლის ტვინის შემაერთქსოვილოვანი სტრომისაგან, პერიფერიული — პერიოსტეუმიდან. ეს უკანასკნელი მდებარეობს ძვლის გარეთ და იზრდება უპირატესად რბილი ქსოვილებისაკენ.

პერიფერიული ფიბროსარკომა იზრდება ნელა და განუწყვეტლივ ძვალთან მჭიდრო კავშირში. აქვს მკვრივი-ელასტიკური კონსისტენცია, სადა ზედაპირი, მცირედ მტკივნეულია. დიდი ზომის მიღწევისას მის ზედაპირზე ჩნდება დაწყლულებული კერები, ძლიერ სისხლმდენები მსუბუქი შეხებისას. ზედა ყბის ფიბროსარკომა ქვედა ყბისაგან განსხვავებით უფრო ძლიერ ავთვისებიანია.

ყბების ცენტრალური ფიბროსარკომა ზრდის კვალობაზე იწვევს კორტიკალური შრის გათხელებას, დაშლას და რბილი, თანდათან მზარდი სიმსივნე გამოდის ძვლიდან გარეთ. უფრო გვიან მის ზედაპირზე წარმოიქმნება ადვილად სისხლმდენი წყლულები. ფიბროსარკომა წარმოქმნის მეტასტაზებს ჰემატოგენური გზით.

მკურნალობა — ქირურგიულია. სხივური თერაპია არაეფექტურია.

პროგნოზი ყბების კიბოსთან შედარებით უფრო კეთილსასურველია.

მიქსოსარკომა იშვიათია. კლინიკურად თითქმის მთლიანად წააგავს ფიბროსარკომას, რის გამოც ზუსტი დიაგნოზი ისმება ჰისტოლოგიური გამოკვლევის შედეგად. ჰისტოლოგიურად სიმსივნე შედგება სხვადასხვა ზომის უჯრედებისაგან. აღინიშნება მიტოზის ფიგურების დიდი რაოდენობა (როგორც ნორმალური, ისე ატიპიური). მიქსოსარკომის სტრომა წააგავს მიქსომის სტრომას. მიქსოსარკომის დროს მეტასტაზები გვიან ვითარდება, აქვს მიდრეკილება რეციდივისადმი.

მკურნალობა ქირურგიულია. სხივური თერაპია ნაკლებეფექტურია. პროგნოზი — ნაკლებ საიმედო.

ხონდროსარკომა შედგება პროლიფერირებადი ხრტილოვანი უჯრედებისაგან, რომლებიც ერთმანეთისაგან განცალკავებულია ძირითადი ნივთიერებით. შეიძლება შეგვხვდეს გაკირიანების ან გაძვალების კერები, რომლებიც რენტგენოგრამაზე ქმნიან წვრილკეროვან ჩრდილებს. ყბის ძვალში ვითარდება იშვიათად (ყბების სიმსივნეების 1,7%). იზრდება სწრაფად. გვხვდება ყველა ასაკში. ხონდროსარკომის პერიფერიული ფორმა უფრო ხშირად გვხვდება ზედა ყბის წინა ნაწილში. პალპაციით მკვრივი, უმტკივნეულო, ხორკლიანი სიმსივნეა ძვლოვან ქსოვილთან მკაფიო საზღვრების გარეშე.

ცენტრალური ფორმა ზრდასთან ერთად იძლევა სუბიექტურ სიმპტომებს (ტკივილი). შემდეგში ირყევა კბილები, ძვალი ზომაში მატულობს, დეფორმირდება. ზედაპირი მკვრივი, უსწორმასწორო, ალაგ-ალაგ დარბილებული უბნებით. რენტგენოგრამაზე ვლინდება წვრილკეროვანი ჩრდილები. პერიფერიული ხონდროსარკომის რენტგენოგრამაზე ჩანს ინტენსიურად გაკირიანებული არამკაფიოდ შემოსაზღვრული კვანძოვანი ჩრდილი. ძვლის მიმდებარე უბანი ეროზიული ან სკლეროზულია. პერიოსტეუმის მხრიდან ვლინდება რეაქტიული ცვლილებები. გვიან ვითარდება ჰემატოგენური მეტასტაზები ფილტვებში.

მკურნალობა ქირურგიული (ყბის რეზექცია). სხივური თერაპია არაეფექტურია.

პროგნოზი — ნაკლებსაიმედო.

ოსტეოსარკომა ძლიერ ავთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც ვითარდება ოსტეოგენური უჯრედებისაგან. უფრო ხშირად გვხვდება საშუალო და შუა ასაკის მამაკაცებში, უპირატესად ქვედა ყბაზე. ვითარდება ყბის ძვლის სიღრმეში, საიდანაც ვრცელდება ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებში. სიმსივნე იზრდება სწრაფად:

ზოგ შემთხვევაში 1-6 თვეში, სხვა შემთხვევაში 6-12 თვეში. არაიშვიათად სიმსივნის წარმოშობის მიზეზია ტრავმა.

არჩევენ ოსტეოსარკომის ოსტეობლასტურ (სკლეროზულ), ოსტეოლიზურ (ოსტეოკლასტურ) და შერეულ ფორმებს. ოსტეობლასტური სარკომის დროს ძვლის დესტრუქციასთან ერთად ადგილი აქვს უხეშ ბოჭკოიანი უმწიფარი ძვლის ჭარბი რაოდენობით წარმოქმნას. ოსტეოლიზური ფორმის დროს ადგილი აქვს ძვლოვანი ქსოვილის გამოხატულ დესტრუქციას. ამ ფორმის დროს ქვედა ყბაზე ხშირად ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა. შერეული ფორმისათვის დამახასიათებელია ოსტეოლიზური უბნების მონაცვლეობა ახალწარმოქმნილი ძვლის უბნებთან.

სიმსივნე სწრაფად იზრდება და იძლევა სუბიექტურ სიმპტომებს (ტკივილი, მგრძნობელობის მოშლა), ირყევა კბილები, ძვალი გამოიბერება ჯერ პირის ღრუს მხრიდან. უმოძრაო სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისაა. შემდგომ სტადიებში სიმსივნე აღწევს დიდ ზომებს, სხეულის საერთო ტემპერატურა მატულობს (39-40°). საღეჭი კუნთებისაკენ სიმსივნის ზრდის შემთხვევაში ვითარდება ტრიზმი. რეგიონული ლიმფური კვანძები არ იზრდებიან. ჰემატოგენური მეტასტაზები შინაგან ორგანოებში ვრცელდება დასაწყის სტადიაშივე (პირველ ყოვლისა ფილტვებში), რის გამოც ზოგჯერ მეტასტაზს უფრო ადრე ნახულობენ, ვიდრე პირველად სიმსივნეს.

რენტგენოლოგიურად ოსტეობლასტური ფორმის დროს მკვეთრად გამოხატული ოსტეოსკლეროზის ფონზე აღინიშნება ძვლის გამკვრივება არამკაფიო საზღვრებით და ყბის ზედაპირისადმი პერპენდიკულარულად განლაგებული ნემსისებრი წანაზარდებით. ოსტეოლიზური ფორმა ხასიათდება ძვლის დესტრუქციით, რომელსაც აქვს უსტრუქტურო დეფექტის სახე, წაშლილი, არათანაბარი, დაკბილული კიდეებით. დეფექტის გარეთა საზღვარი არ არსებობს, ერწყმის რა მიმდებარე რბილი ქსოვილების ჩრდილს.

დიაგნოზი ზუსტდება პუნქტატისა და ბიოფსიური მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევით.

მკურნალობა მდგომარეობს ყბის რეზექციაში ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებთან ერთად. ოსტეოსარკომა ხშირად რეზისტენტულია იონიზირებული რადიაციის მიმართ.

პროგნოზი ცუდია.

რეტიკულოსარკომა ვითარდება ძვლის ტვინის რეტიკულურ, შემაერთებელი ქსოვილისაგან და შედგება უჯრედების გროვებისაგან. დიდხანს (2-4 წელი) რეტიკულოსარკომა მიმდინარეობს როგორც კეთილთვისებიანი დაავადება (არ იძლევა მეტასტაზებს, არ გამოდის ძვლიდან). სიმსივნე ნელა იზრდება და როდესაც ის აღწევს დიდ ზომას, მნიშვნელოვანი ცვლილებებით ძვალში, პაციენტის საერთო მდგომარეობა რჩება დამაკმაყოფილებელი. ეს არის რეტიკულოსარკომის დამახასიათებელი თვისება. ზრდასთან ერთად სიმსივნე იძლევა მეტასტაზებს ლიმფურ კვანძებში, ფილტვებში, ძვალში (20-25% შემთხვევაში).

რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ძვლის დესტრუქცია არამკაფიო საზღვრებიანი მრგვალი კერებით. ზოგჯერ აღინიშნება ბუდობრივი შენება. დიაგნოზის დასაზუსტებლად საჭიროა სიმსივნური ქსოვილის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა. რეტიკულოსარკომა ძლიერ მგრძნობიარეა სხივური თერაპიისადმი, რის გამოც დასხივება მკურნალობის ძირითად მეთოდად ითვლება. სხივური თერაპიის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით მკურნალობის კომპლექსში შეიძლება ჩართული იქნას ქიმიოთერაპია. მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში მიმართავენ ქირურგიულ ჩარევას (ყბის რეზექცია).

პროგნოზი ნაკლებსაიმედოა.

ანგიოსარკომა სისხლძარღვებისაგან განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნეა, იშვიათად გვხვდება, უფრო ახალგაზრდა ასაკში, ზოგჯერ ბავშვებშიც. იზრდება სწრაფად და იძლევა მრავლობით ჰემატოგენურ მეტასტაზებს შორეულ ორგანოებში.

ანგიოსარკომის კლინიკური და რენტგენოლოგიური გამოვლინება არადამახასიათებელია და შეიძლება ჰგავდეს შემაერთქსოვილოვანი ბუნების სხვა ავთვისებიან სიმსივნეს. ანგიოსარკომას აქვს მიდრეკილება დაწყლულებისაკენ. განსაკუთრებით ტრავმის შემდეგ. წყლულოვანი ზედაპირიდან ხშირად ვითარდება არაინტენსიური სისხლის დენა. ზუსტი დიაგნოზის დასმა ხერხდება სიმსივნის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის შედეგად.

მკურნალობა — სხივური თერაპია, ქირურგიული მკურნალობა.

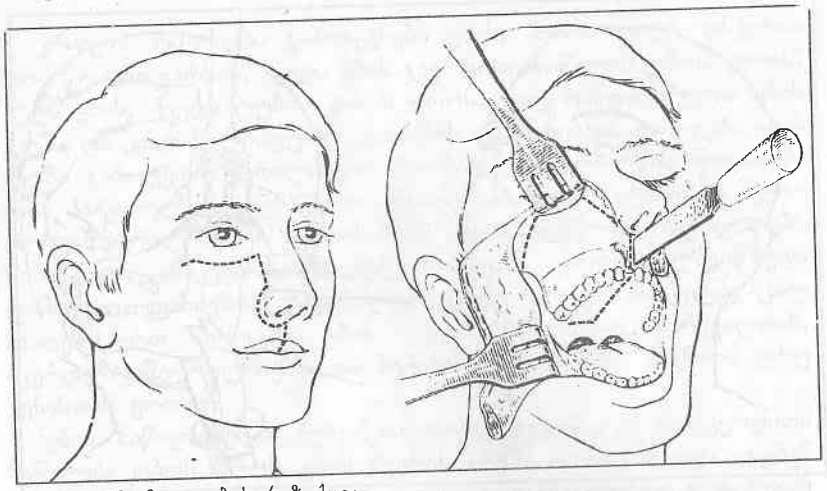
პროგნოზი — არაკეთილსასურველი.

პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეების ჭირურგიული მკურნალობა

ზედა ყბის რეზექცია. ზედა ყბის რეზექციის წინ მიზანშეწონილია გარეთა საძილე არტერიის გადაკვანძა. ტარდება ვებერ-კოხერის განაკვეთი კანზე (ზედა ტუჩი იკვეთება შუა ხაზზე ცხვირის ფუძემდე, შემდეგ შემოუვლიან ცხვირის ფრთას და აგრძელებენ განაკვეთს ცხვირის გვერდითი კედლის გასწვრივ თვალის შიგნითა კუთხემდე, აქედან კი თვალბუდის ქვედა კიდის გასწვრივ), აშიშვლებენ ზედა ყბის წინა გარეთა ზედაპირს. ამასთან თვალბუდის ქვედა ხვრელთან გადაკვეთენ თვალბუდის ქვედა ნერვს და თანმხლებ სისხლის ძარღვებს. პირის ღრუს მხრიდან აგრძელებენ განაკვეთს გარდამავალ ნაოჭზე პირველი საჭრელი კბილიდან ფრთისებრ მორჩამდე. სასაზე ატარებენ განაკვეთს სასის ნაკერის გასწვრივ, შემდეგ განაკვეთს აგრძელებენ მაგარი და რბილი სასის საზღვარზე და უერთებენ გარდამავალ ნაოჭზე გატარებულ განაკვეთს. აცილებენ საღეჭ კუნთს ყვრიმალის ძვლისაგან, გამოყოფენ თვალბუდის შიგთავსს თვალბუდის ქვედა კედლიდან და ჟიგლის ხერხის ან მრგვალი ხერხის დახმარებით ვერტიკალურად გადაკვეთენ ყვრიმალის ძვალს, ხოლო ოსტეოტომით ან ბორით აკეთებენ ოსტეოტომიას ყვრიმალ-შუბლის ნაკერის, ყბათაშორისი და სასის ნაკერის მიდამოში. ოსტეოტომით ახორციელებენ აგრეთვე ზედა ყბის განცალკავებას ფრთისებრი მორჩისაგან. შემდეგ ხელით ან სპეციალური ინსტრუმენტით ხორციელდება ზედა ყბის ამოღრძობა, ამასთან მაკრატლით გადაკვეთენ ქსოვილებს, რომელიც ხელს უშლის რეზეცირებული ყბის მოცილებას. ჰემოსტაზის შემდეგ ჭრილობას კერავენ შრეობრივად. ჭრილობაში ტოვებენ ტამპონს და აფიქსირებენ მას წინასწარ მომზადებული პლასტმასის დამცველი ფირფიტით (სურ. 138).

ტამპონს იღებენ 1-1,5 კვირის შემდეგ. სწრაფმკვრივადი პლასტმასით დამცველ ფირფიტაზე ახდენენ ობტურაციული ნაწილის მოდელირებას, რომელიც ხელს უწყობს სახის მეორადი ნაწიბუროვანი დეფორმაციის შემცირებას და პირის ღრუს ცხვირის ღრუსაგან უფრო სრულყოფილ გამოყოფას. უფრო გვიან ამზადებენ ზედა ყბის მუდმივ პროთეზს ობტურატორთან ერთად.

თუ სიმსივნე ვრცელდება თვალბუდეში, იღებენ თვალის კაკალს ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან ერთად. თუ სიმსივნე ვრცელდება

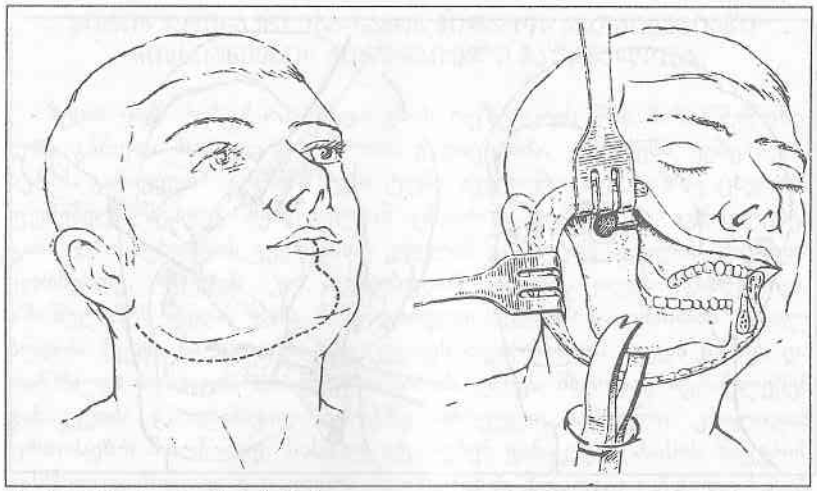


სურ. 138. ზედა ყბის რეზექცია.

ფრთა-სასის და საფეთქელ-ქვედა ფოსოში, იღებენ ქვედა ყბის ტოტს.

ქვედა ყბის რეზექცია. სიმსივნის ზომისა და მდებარეობის მიხედვით კეთდება ქვედა ყბის სხეულის ან ქვედა ყბის სხეულისა და ტოტის ნაწილის რეზექცია, ან ქვედა ყბის ნახევრის ეკზარტიკულაცია.

ქვედა ყბის სხეულის რეზექციის ან მისი ნახევრის ეკზარტიკულაციის დროს გაკვეთენ ქვედა ტუჩს შუა ხაზზე და აგრძელებენ კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განაკვეთს ყბის ქვეშა არეში ქვედა ყბის ქვედა კიდის პარალელურად და მისგან ქვევით ორმუცელა კუნთის დონეზე დვრილისებრი მორჩისაკენ. ვესტიბულურ არეში განაკვეთს აგრძელებენ გარდამავალ ნაოჭზე. განაკვეთი ტარდება აგრეთვე ლორწოიან გარსზე ენის მხრიდან ყბა-ენის არხის გასწვრივ. გადაკვეთენ საღეჭ და შიგნითა ფრთისებრ კუნთს. სიმსივნიდან 2-3 სმ დაცილებით ნიკაპის მხარეს სათანადო კბილი წინასწარი ამოღების შემდეგ, ჟიგლის ხერხით გადახერხავენ ქვედა ყბას. ათიშავენ რბილ ქსოვილებს ზედა ყბის სხეულისა და ტოტის ორივე ზედაპირიდან. ზედა ყბის ხვრელთან მიღწევისას გადაკვეთენ აქ მდებარე სისხლძარღვოვან-ნერვულ კონას, გადაჭრიან საფეთქლის კუნთის მყესს გვირგვინოვან მორჩთან მიმაგრების არეში ან გადაკვეთენ გვირგვინოვანი მორჩის წვერს საფეთქლის კუნთის მყესთან ერთად. ძვალს დაჭიმავენ ქვევით და გარეთ და



სურ. 139. ქვედა ყბის რეზექცია.

ამ მდგომარეობაში გადაკვეთენ გარეთა ფრთისებრ კუნთს, სასახსრე ჩანთას და იოგებს (სურ. 139). ეკზარტიკულაციის შემდეგ ახდენენ ჰემოსტაზს, აკერებენ პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის კიდეებს ლოყის და ქვედა ტუჩის ლორწოიან გარსთან, შემდეგ იკერება ქვემდებარე ქსოვილები და ბოლოს კანი. ქვედა ყბის დარჩენილ ნაწილს აფიქსირებენ ცენტრალურ ოკლუზიაში ინტერმაქსილური კბილზედა მავთულოვანი არტაშნით ყბათაშორისი გაჭიმვით, ან წინასწარ მომზადებული არტაშნით (ვანკევიჩი, ვებერი). ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ქვედა ყბას იღებენ ყბის ქვეშა და კისრის ლიმფურ კვანძებთან ერთად ერთიან ბლოკში, ერთდროულად მათ შემაერთებელ ლიმფურ ძარღვებთან ერთად. თუ ეს არ ხერხდება, მაშინ ჯერ იღებენ პირველად სიმსივნეს, ხოლო გარკვეული პერიოდის შემდეგ დაზიანებულ რეგიონულ ლიმფურ აპარატს.

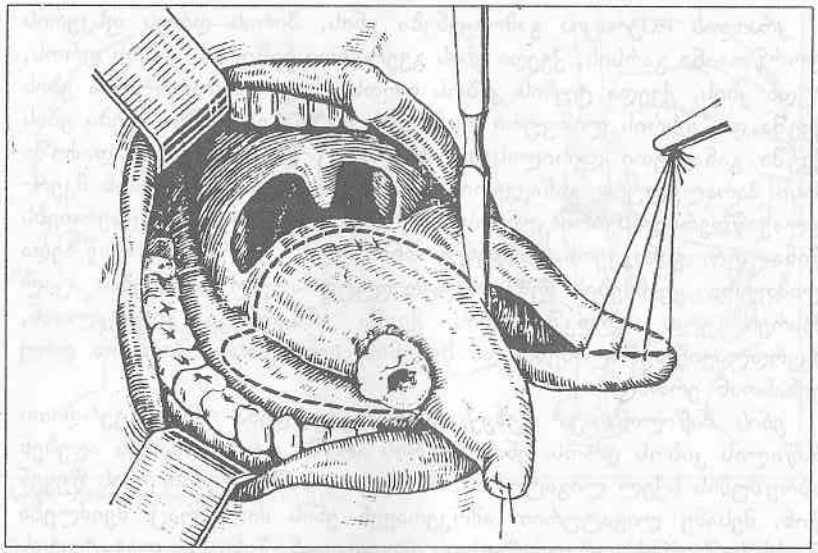
კისრის ზედა ლიმფადენექტომია (ვანახის ოპერაცია) გამოიყენება ქვედა ტუჩის, პირის ღრუს ფსკერის წინა ნაწილის ლორწოიანი გარსის, ენის წინა მესამედის კბილის, ქვედა ყბის ნიკაპის ნაწილის სიმსივნეების დროს. ყბის ქვეშა და ნიკაპქვეშა განაკვეთებით ახდენენ ყბის ქვეშა და ნიკაპქვეშა ლიმფური კვანძების ფასციალურ-ფუტლიარულ ამოღებას ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვალთან ერთად ორივე მხარეზე.

კრაილის ოპერაცია გამოიყენება ენის, პირის ღრუს ფსკერის ლორწოიანი გარსის, ქვედა ყბის გვერდითი ნაწილის კიბოს დროს, ზედა ყბის, ქვედა ტუჩის კიბოს დროს, რაც თანდართულია ყბის ქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძების დაზიანებით. ტარდება ყბის ქვეშა განაკვეთი დვრილისებრ მორჩამდე და ლავიწის მიდამოში მისი პარალელური განაკვეთი. მესამე განაკვეთს ატარებენ მკერდლავიწდვრილისებრი კუნთის წინა კიდის გასწვრივ, რაც აერთებს წინა ორ განაკვეთს. ახდენენ ინისზედა, კისრის, ლავიწზედა ლიმფური კვანძების ფასციალურ-ფუტლიარულ ამოღებას ცალ მხარეს ერთ ბლოკში ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალთან, მკერდლავიწდვრილისებრ და ბეჭინის კუნთებთან, შიგნითა ღრუ ვენასთან ერთად.

ენის ნაწილობრივი რეზექცია ხორციელდება ენის გვერდითი ნაწილის კიბოს დროს. ენის წვერის არეში ორივე მხარეს ადებენ აბრეშუმის სქელ ლიგატურას, რომელთა საშუალებით ენას წევენ წინ. მესამე ლიგატურით ამოკერავენ ენის ძირს რაც შეიძლება შორს სიმსივნის ლოკალიზაციის ადგილიდან. წინა ორ ლიგატურას გასწევენ სხვადასხვა მხარეს და ენას გაკვეთენ ელექტროდანით შუაზე ენის წვერიდან ენის ძირის მიმართულებით. გაკვეთენ აგრეთვე პირის ღრუს ფსკერის ლორწოიან გარსს ყბაენის ღარის გასწვრივ. გადაკვანძავენ და გადაკვეთენ ენის არტერიასა და ვენას. გამოწევენ წინ ენის ძირზე დადებულ ლიგატურას და გადაკვეთენ ენას გარდიგარდმო მიმართულებით სიმსივნური ინფილტრატის უკანა კიდიდან 1,5-2 სმ დაცილებით. ჰემოსტაზის შემდეგ შეკერავენ ენის ზურგის ლორწოიანს ენის ქვედა ზედაპირთან და პირის ღრუს ლორწოიანთან (სურ. 140).

ენის ძირის არეში სიმსივნის ლოკალიზაციისას კვეთენ ქვედა ტუჩსა და ქვედა ყბას ცენტრალური საჭრელების არეში. პირგარეთა განაკვეთს აგრძელებენ დვრილისებრ მორჩამდე. ქვედა ყბას გადაწევენ გარეთ, რის შემდეგ ენის ძირთან მისვლა და მანიპულირება იოლდება. ამ გზით ხორციელდება სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა, რის შემდეგ კეთდება ქვედა ყბის ოსტეოსინთეზი, იკერება ჭრილობები.

ქვედა ტუჩის რეზექცია ხორციელდება ქვედა ტუჩის კიბოს დროს. სიმსივნე საღი ქსოვილების ფარგლებში ამოიკვეთება მართკუთხედის ფორმით. ქვედა ტუჩს სიმსივნის ორივე მხარეს აფიქსირებენ ინსტრუმენტის ან ასისტენტის თითების საშუალებით



სურ. 140. ენის ნაწილობრივი რეზექცია.

და სიმსივნური ინფილტრატიდან 1,5 სმ ორივე მხარეს ტუჩის მთელ სისქეზე ტარდება ვერტიკალური განაკვეთი. ჰორიზონტალური განაკვეთიც, რომელიც აერთებს ვერტიკალური განაკვეთების ქვედა კიდეებს, ტარდება სიმსივნური ინფილტრატის ქვედა კიდიდან 1,5 სმ ქვევით. რეზექციის შემდეგ ახდენენ ჰემოსტაზს. ტუჩის დარჩენილი კიდეების ერთმანეთზე მიკერებიხ გაიოლების მიზნით აგრძელებენ ჰორიზონტალურ განაკვეთს ორივე მხარეზე 5-6 სმ სიგრძეზე. თუ წარმოქმნილი დეფექტის სიდიდის გამო არ ხერხდება ტუჩის კიდეების დაახლოება, ახორციელებენ დეფექტის ერთმომენტიან პლასტიკურ დახურვას ფეხიანი ნაფლეთის გამოყენებით. თუ დეფექტი მოიცავს ტუჩის სამ მეოთხედზე მეტს, იყენებენ ყლორტისებრ ნაფლეთს.

სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეები

სანერწყვე ჯირკვლის სიმსივნეები ადამიანის ორგანიზმის ყველა სიმსივნის 1-2%-ს შეადგენენ. სიმსივნეები უფრო ხშირად გვხვდებიან ყბაყურა ჯირკვალში (46,4%), იშვიათად ყბის ქვეშა

სანერწყვე ჯირკვალში (9,5%), სასის მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში (26,1%), ლოყის (4,3%) და ენის (3%) ჯირკვლებში. საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით არჩევენ სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების ორ ძირითად ფორმას: ეპითელური და არაეპითელური სიმსივნეები. თითოეული ეს ფორმა წარმოდგენილია მწიფე (კეთილთვისებიანი) და უმწიფარი (ავთვისებიანი) სიმსივნეებით.

ეპითელური კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია: ადენომა, ადენოლიმფომა, შერეული სიმსივნე (პოლიმორფული ადენომა), მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე.

ეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნეებია: მუკოეპიდერმოიდული კიბო, ცილინდრომა (ადენოიდურ-კისტური კარცინომა), კიბო და კიბო შერეულ სიმსივნეში (პოლიმორფულ ადენომაში).

არაეპითელური კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია ანგიომა, ნევრინომა, ლიპომა.

არაეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნეა სარკომა.

ეპითელური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

„შერეული“ სიმსივნე *(პოლიმორფული ადენომა)* შეადგენს სანერწყვე ჯირკვლების ყველა სიმსივნის 60-90%-ს. თავისი სახელწოდება მან მიიღო იმასთან დაკავშირებით, რომ მისი პარენქიმა ეპითელურ სტრუქტურებთან ერთად შეიცავს ლორწოიან, ფიბროზულ, ხრტილისებრ, მიქსომატურ და ძვლოვან სტრუქტურებს. სიმსივნის განაკვეთზე ჩანს ელასტიკური, ფაფისებრი, თეთრი-მორუხო ფერის მასა გამკვრივების კერებით.

„შერეული“ სიმსივნე იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ, არ იწვევს რაიმე ფუნქციურ დარღვევებს; წლების განმავლობაში პაციენტი მას ყურადღებას არ აქცევს, რის გამოც სიმსივნე აღწევს დიდ ზომებს. ვითარდება სახის ასიმეტრია. სიმსივნეს აქვს მკვრივი ან ელასტიკური კონსისტენცია, მოძრავია, ზედაპირი სადა ან ხორკლიანი, პალპაციით უმტკივნეულო. კისტური ფორმების დროს შეიძლება გამოვლინდეს ფლუქტუაცია. ზოგჯერ სიმსივნე შედგება რამდენიმე წილაკისაგან, რომლებიც ერთმანეთთან არიან დაკავშირებული. კანი სიმსივნის ირეში უცვლელი და მოძრავია, დიდი

ზომის სიმსივნეების დროს კი თხელდება. ყბაყურა ჯირკვლის დიდი ზომის სიმსივნის დროს ძნელდება თავის მოძრაობა. სიმსივნის ლოკალიზაციისას ყბაყურა ჯირკვლის სახის მორჩის ან სასის არეში შეიძლება განვითარდეს ყლაპვის ან სუნთქვის გაძნელება. რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები შერეული სიმსივნის დროს უცვლელია. სანერწყვე ჯირკვლის სეკრეტორული ფუნქცია არ არის დარღვეული. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით სანერწყვე ჯირკვალში საკონტრასტო მასის (იოდოლიპოლი) შეყვანის შემდეგ (სიალოგრაფია) ვლინდება ჯირკვლის ნაწილზე ზედაწოლით გამოწვეული სხვადასხვა ყალიბის სანერწყვე სადინრების შემჭიდროვება, რომლებიც რკალივით გარს ერტყმიან სიმსივნურ წარმონაქმნს.

„შერეული“ სიმსივნე კეთილთვისებიანია, მაგრამ ხშირად იძლევა რეციდივს, რასაც ხსნიან სიმსივნის არარადიკალური ამოღებით, აგრეთვე იმით, რომ სიმსივნეს შეიძლება ჰქონდეს განვითარების პირველადად მრავლობითი ცენტრები (სიმსივნის ზრდის მულტიცენტრულობით) და იმითაც, რომ შერეული სიმსივნე არ არის მთლიანად დაფარული გარსით. ამას გარდა, სიმსივნურ უჯრედებს, რომლებიც გარსის ქვეშ იმყოფებიან, მისი მიკროსკოპული დეფექტიდან შეუძლიათ გავრცელდნენ ირგვლივმდებარე ქსოვილებში. 7,9% შემთხვევაში აღინიშნება შერეული სიმსივნის გაავთვისებიანება.

მკურნალობა ქირურგიულია. ყბისქვეშა, ენისქვეშა და მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში ლოკალიზაციისას სიმსივნეს იღებენ ჯირკვალთან ერთად. ყბაყურა ჯირკვალში ლოკალიზაციისას, თუ სიმსივნე დიდი ზომის არ არის, სიმსივნეს იღებენ გარსთან ერთად. თუ სიმსივნე დიდია, მას იღებენ ყბაყურა ჯირკვლის ნაწილთან (სუბტოტალური პაროტიდექტომია) ან მთელ ჯირკვალთან (ტოტალური პაროტიდექტომია) ერთად სახის ნერვის ტოტების შენარჩუნებით.

შერეული სიმსივნე დასხივებისადმი რეზისტენტულია. კომბინირებულ მკურნალობას ატარებენ სიმსივნის მალიგნიზაციის (ოპერაციისწინა ტელეგამათერაპია) ან ოპერაციის დროს სიმსივნის გარსის დაზიანების შემთხვევაში (ოპერაციის შემდგომი ტელეგამათერაპია).

პროგნოზი — კეთილსასურველია.

ადენომა იშვიათად გვხვდება, შეადგენს რა სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების 0,6%-ს. იგი წარმოდგენილია ჯირკვლოვან-ქსოვილოვანი პარენქიმით და შემაერთქსოვილოვანი სტრომით. განვითარების წყაროა სანერწყვე სადინრების (ყველა რიგის) ეპითელიუმი. ძირითადად გვხვდება ყბაყურა ჯირკვალში, მის ქვედა პოლუსში, ზოგჯერ — სასაზე, ერთნაირად მამაკაცებსა და ქალებში 30-40 წლის ასაკში.

იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ, აქვს სადა ზედაპირი, მკვრივი კონსისტენციისაა, კარგადაა ინკაფსულირებული, მოძრავია.

მკურნალობა ქირურგიულია. ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში ლოკალიზაციის დროს იღებენ სიმსივნეს გარსთან ერთად, სხვა სანერწყვე ჯირკვალში ლოკალიზაციის შემთხვევაში ჯირკვალთან ერთად. დასხივების მიმართ მდგრადია.

პროგნოზი კარგია.

ადენოლიმფომა შედგება ჯირკვლისებრი ეპითელური სტრუქტურებისაგან, რომლებიც გარშემორტყმულია ლიმფოიდური ქსოვილით. შეადგენს სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების 4-10%-ს. ლოკალიზებულია ძირითადად ყბაყურა ჯირკვლის ქვედა ან უკანა ნაწილში.

ადენოლიმფომა იზრდება ნელა, უმტკივნეულოდ, რბილი ელასტიკური კონსისტენციისაა, მკაფიო კონტურებით. სიმსივნის გაწაკვეთზე მოჩანს კისტები (ზოგჯერ ერთი) თხიერი ან ნახევრად თხიერი შიგთავსით.

მკურნალობა ქირურგიულია. სიმსივნის ამოღება გარსთან ერთად. მეტი სიფრთხილის თვალსაზრისით რეკომენდებულია სიმსივნის მიმდებარე ქსოვილების ამოკვეთაც. ადენოლიმფომა დასხივებისადმი რეზისტენტულია.

პროგნოზი კეთილსასურველი.

მუკოეპიდერმოიდული *სიმსივნე* აგებულია მწიფე ლორწოიანი და ეპიდერმოიდული უჯრედებისაგან. წარმოიქმნება სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინრების ეპითელიუმისაგან. კლინიკო-რენტგენოლოგიურად ჰგავს შერეულ სიმსივნეს, მისგან განსხვავდება შეზღუდული მოძრაობით და ზოგჯერ კანთან შეზრდით. კეთილთვისებიანია.

მკურნალობა და *პროგნოზი* იგივეა, რაც სანერწყვე ჯირკვლების სხვა კეთილთვისებიანი ეპითელური სიმსივნეების დროს. ამ სახის

სიმსივნეების დიაგნოსტიკა სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ მათი ერთმანეთისაგან გარჩევის სანდოობისათვის საჭიროა სიმსივნის პუნქტატის ციტოლოგიური გამოკვლევა ან სიმსივნური ქსოვილის ჰისტოლოგიური შესწავლა.

ეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნეები

მუკოეპიდერმოიდული კიბო ვითარდება სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინრების ეპითელიუმისაგან. ძირითადად გვხვდება ყბაყურა სანერწყვე ჯირკვალში. თუ მაღალდიფერენცირებული (მწიფე) მუკოეპიდერმოიდი (მუკოეპიდერმოიდული სიმსივნე) კეთილთვისებიანია, დაბალდიფერენცირებული (უმწიფარი) სიმსივნე (მუკოეპიდერმოიდული კიბო) გამოირჩევა ავთვისებიანი მიმდინარეობით (სანერწყვე ჯირკვლების კიბოს მსგავსად). ეს უკანასკნელი ხასიათდება მუდმივი ყრუ ხასიათის ტკივილით პათოლოგიურ კერაში. სიმსივნე ნაკლებ მოძრავია, აქვს მკვრივი ან მკვრივი-ელასტიკური კონსისტენცია მკაფიო საზღვრების გარეშე. მცირე სანერწყვე ჯირკვლების მუკოეპიდერმოიდულ კიბოს აქვს დაწყლულებისადმი მიდრეკილება. ახასიათებს რეციდივები, არაიშვიათად მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში. კიბოსთან შედარებით ხასიათდება შედარებით ნელი ზრდით (2-3 წელი). მუკოეპიდერმოიდული კიბო რადიომგრძნობიარეა, ამიტომ მისი მკურნალობა კომბინირებულია.

ცილინდრომა (ადენოკისტოზური კარცინომა) წარმოიქმნება სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინრების ეპითელიუმიდან. შედგება წვრილი ეპითელური უჯრედებისაგან. შეადგენს სანერწყვე ჯირკვლების სიმსივნეების 7-9%-ს. უფრო ხშირად გვხვდება სასის მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში, უფრო იშვიათად ყბაყურა და სხვა სანერწყვე ჯირკვლებში. იქმნება შთაბეჭდილება, რომ სიმსივნეს აქვს მკვრივი გარსი, რომელიც შეზრდილია მიმდებარე ქსოვილებთან, თუმცა ეს ე.წ. „გარსი“ წარმოადგენს სიმსივნური ელემენტებით ინფილტრირებულ მიმდებარე ქსოვილს. გაკვეთით სიმსივნის ქსოვილი ჰომოგენურია, ზოგჯერ გვხვდება კისტური ღრუები, ნეკროზისა და სისხლჩაქცევების კერები.

საწყის ეტაპზე ცილინდრომა ჰგავს სანერწყვე ჯირკვლების კეთილთვისებიან სიმსივნეებს. სიმსივნე ნელა იზრდება, ჩნდება სუსტი ტკივილი. მტკივნეულია პალპაციაც. სიმსივნის საზღვრები თანდათან კარგავენ სიცხადეს, ქრება სიმსივნური კვანძის მოძრაობა. მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში ლოკალიზაციისას არაიშვიათად სიმსივნის მფარავი ლორწოიანი გარსი წყლულდება. სასაზე ლოკალიზაციის შემთხვევაში სიმსივნე შლის ძვალს და შეიძლება გავრცელდეს ზედა ყბის წიაღში, ცხვირის ღრუში, ცხვირხახაში.

ყბაყურა ჯირკვალში მდებარე სიმსივნე შეზრდილია მიმდებარე ჯირკვლოვან ქსოვილთან, მაგრამ მიმიკური მუსკულატურის დამბლა იშვიათად ვითარდება. ცილინდრომისათვის დამახასიათებელია ადრეული მეტასტაზები ჰემატოგენური გზით (ძირითადად ფილტვებში). რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზირება იშვიათია.

სიალოგრამაზე აღინიშნება ჯირკვლის ავსების დეფექტი სიმსივნის ლოკალიზაციის არეში. ავსება არათანაბარია. დიაგნოზის დასაზუსტებლად აუცილებელია ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა კომბინირებულია: ოპერაციის წინა დასხივება, დაზიანებული ქსოვილების ფართო ამოკვეთა, რეგიონული მეტასტაზების მოცილება.

კიბო ვითარდება ძირითადად ყბაყურა და ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებში, იშვიათად მცირე სანერწყვე ჯირკვლებში. გვხვდება სანერწყვე ჯირკვლების ყველა სიმსივნის 17,5%-ში. სიმსივნე სწრაფად იზრდება, ადრე ვითარდება ტკივილები და მიმიკური კუნთების დამბლა, მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში და კანის დაზიანება (დაყწლულება). არჩევენ ცილინდრულ-უჯრედოვან (ადენოკარცინომა), ბრტყელუჯრედოვან და არადიფერენცირებულ კიბოს. თუ სიმსივნეში ჭარბობს შემაერთებელი ქსოვილი, მას უწოდებენ სკირს, თუ ჭარბობს უჯრედოვანი ელემენტები — სოლიდურ კიბოს.

სანერწყვე ჯირკვლების კიბოს დროს ნერწყვის დენა ირღვევა და ხშირად საერთოდ წყდება. ყბაყურა ჯირკვლის გავრცელებული კიბოს დროს ვითარდება ქვედა ჯაბის კონტრაქტურა საღეჭი კუნთის დაზიანების გამო. სიმსივნე შეიძლება გავრცელდეს ზედა ყბის წიაღში და ცხვირის ღრუში.

გარდა რეგიონული ლიმფური კვანძებისა, სანერწყვე ჯირკვლების კიბოს დროს მეტასტაზები შეიძლება გავრცელდეს შორეულ ორგანოებში (ძვლებში, ტვინში, ღვიძლში, ელენთაში და ა.შ.).

სიალოგრამაზე სიმსივნე განისაზღვრება ჯირკვლის ავსების დეფექტით. ჯირკვლის სადინრები სიმსივნის საზღვარზე იგლიჯება, საკონტრასტო მასა შედის სიმსივნის ქსოვილში და ჯირკვლის ავსების დეფექტის ფონზე ჩნდება ცალკეული ლაქები.

მკურნალობა კომბინირებულია: ოპერაციისწინა სხივური თერაპია. დასხივების დამთავრებიდან 3 კვირის შემდეგ რადიკალური ოპერაცია. უბაყურა ჯირკვლის კიბოს დროს რადიკალურ პაროტიდექტომიასთან (სახის ნერვის ტოტების ამოკვეთით) ერთად მიმართავენ კრაილის ოპერაციას. ენისქვეშა და უბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის კიბოს დროს სიმსივნეს იღებენ ჯირკვალთან და უბისქვეშა და ნიკაპქვეშა ლიმფურ აპარატთან ერთად.

არაეპითელური კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

ანგიომა — სისხლძარღვოვანი სიმსივნეა, ვლინდება ძირითადად ბავშვებში, ახალშობილებში. რბილი კონსისტენციისაა, მკაფიო საზღვრების გარეშე. სიმსივნე ქრება მასზე ზედაწოლისას. ზოგჯერ ანგიომის სისქეში ისინჯება მკვრივი წარმონაქმნები — ფლებიტები. რენტგენოგრამაზე ფლებიტი მკაფიოდ ჩანს.

მკურნალობა. მასკლეროზირებელი მკურნალობა (სპირტით, ქინინურეტანით). ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობაც. თუ ანგიომას არ აქვს მკაფიო საზღვრები, იღებენ ჯირკვალთან ერთად სახის ნერვის ტოტების შენარჩუნებით. ნაჩვენებია ენდოვასკულარული ოკლუზია.

ნევრინომა. სიმსივნის წარმოშობის წყაროს წარმოადგენს სახის ნერვის ტოტები, იშვიათად სხვა, სომატური თუ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის პერიფერიული ტოტები. სიმსივნეს აქვს კარგად გამოხატული შემაერთებლოვანი გარსი, ნელა იზრდება.

მკურნალობა — ქირურგიულია. სიმსივნის ამოღებისას (გარსთან ერთად) ვლინდება შემოსაზღვრული სიმსივნური კვანძი, რომელიც მჭიდროდაა დაკავშირებული სახის ნერვის ერთ-ერთ ტოტთან.

პროგნოზი კარგია.

ლიპომა — სანერწყვე ჯირკვლის ცხიმოვანი სიმსივნე იშვიათად გვხვდება, რბილი ელასტიკური კონსისტენციისაა, აქვს ფიბროზული კაფსულა, რომლითაც ის გამოყოფილია სანერწყვე ჯირკვლის ჯანმრთელი ნაწილისაგან.

მკურნალობა ქირურგიულია — ამოკვეთა გარსთან ერთად.

პროგნოზი კარგია.

სანერწყვე ჯირკვლების არაეპითელური ავთვისებიანი სიმსივნეები

სარკომა სანერწყვე ჯირკვლებში იშვიათად გვხვდება (1%). ლოკალიზდება მხოლოდ უბაყურა სანერწყვე ჯირკვლებში. მორფოლოგიური სურათის მიხედვით არჩევენ ფიბროსარკომას, თითისტარაუჯრედოვან, მრგვალუჯრედოვან, პოლიმორფულ და მსხვილუჯრედოვან სარკომას, ლიმფოსარკომას, ჰემანგიოენდოთელიომას და ანგიოსარკომას.

დასაწყისში ჯირკვლის სისქეში ვითარდება მკვრივი, მოძრავი, უმტკივნეულო სიმსივნური კვანძი. შემდეგში კვანძი ხდება უძრავი, ჩნდება ტკივილი. შეიძლება განვითარდეს სახის ნერვის პარეზი, ქვედა უბის მოძრაობის შეზღუდვა. სიმსივნე სწრაფად იზრდება, არღვევს, რა მიმდებარე ანატომიურ სტრუქტურებს, იძლევა ადრეულ შორეულ მეტასტაზებს. სიმსივნემ შეიძლება მიაღწიოს დიდ ზომებს და არ დაიშალოს.

მკურნალობა კომბინირებული.

პროგნოზი ცუდი.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და ტუჩის წითელი ყაეთნის სიმსივნისწინა დაავადებები

სიმსივნისწინა (კიბოსწინა) დაავადება, ეს არის დისტროფიული არამდგრადი პროლიფერატი, რომელიც ჯერ კიდევ არ გაავთვისებიანებულა, მაგრამ შეიძლება გახდეს ავთვისებიანი ან დროული, სწორი მკურნალობით განიკურნოს. კიბოსწინარე დაავადებებს აკუთვნებენ ყველა კეთილთვისებიან სიმსივნეს, ქრონიკულ ანთებით პროცესებს, კელოიდურ ნაწიბურებს და სხვა.

პირის ღრუს ლორწოვანისა და ტუჩის წითელი ყაეთ.ნის სიმსივნისწინა დაავადებების კლინიკა მრავალგვარია, თუმცა კლინიკურ გამოვლინებებსა და ეპითელიუმის პროლიფერაციული პროცესების ინტენსიობას შორის მუდმივი კორელაცია არ არსებობს. ამიტომ პ. გარაჟა და თანაავტ. გვირჩევენ გამოვყოთ ფონური დაავადებები ეპითელიუმის სუსტი ან ზომიერი დისპლაზიით და იგივე დაავადებები ეპითელიუმის მნიშვნელოვანი დისპლაზიით. ეს უკანასკნელი შეესაბამება სიმსივნისწინა დაავადებებს თანამედროვე წარმოდგენით.

ასეთი ფონური დაავადებებია: ლეიკოპლაკია ატიპიის გარეშე, ხეილიტი, გლოსიტი, სტომატიტი, ქრონიკული ნახეთქები, ნაწიბუროვანი და ატროფიული ცვლილებები, წითელი მგლურასა და ბრტყელი წითელი ლიქენის ჰიპერკერატოზული და წყლულოვან-ეროზიული ფორმები, კეთილთვისებიანი სიმსივნეები და სიმსივნისმაგვარი დაავადებები. ეპითელის სუსტი ან ზომიერი დისპლაზიის შემთხვევაში აღნიშნული დაავადებების მალიგნიზაციის რისკი მინიმალურია, მაშინ როცა ეპითელის მნიშვნელოვანი დისპლაზიის შემთხვევაში იმავე პროცესების დროს მალიგნიზაციის რისკი 12-ჯერ იზრდება. კიბოსწინარე დაავადებების აღნიშნულ ფორმებს შესაბამისად ფაკულტატურ და ობლიგატურ ფორმებს უწოდებენ.

კიბოსწინარე მდგომარეობის განვითარებას ხელს უწყობენ სხვადასხვა არაკეთილსასურველი ფაქტორები: ქრონიკული მექანიკური ტრავმა პროთეზით, კბილებით, გამაღიზიანებელი ცხელი, ცხარე საკვები, ალკოჰოლი, თამბაქოს წევა, მეტეოროლოგიური პირობები (მზე, ყინვა, ქარი), პროფესიული მავნე გარემო. იმის გამო, რომ ზემოაღნიშნული ფაქტორების გავლენა უფრო ხშირია მამაკაცებზე, ისინი უფრო ხშირად ავადდებიან კიბოსწინარე პროცესებით.

ობლიგატური კიბოსწინარე დაავადებებია მანგანოტის აბრაზიული (პრეკანკროზული) ხეილიტი, ბოუენის დაავადება, ერითროპლაკია, ტუჩის წითელი ყაეთნის მეჭეჭისებრი (კვანძოვანი) კიბოსწინა პროცესი და შეზღუდული კიბოსწინა ჰიპერკერატოზი.

მანგანოტის აბრაზიული პრეკანკროზული ხეილიტი (აღწერა მანგანოტმა 1933 წ.) გვხვდება ხანშიშესულ მამაკაცებში და

გამოწვეულია მეტეოროლოგიური ფაქტორების ან ტრავმისაგან. კლინიკურად ტუჩის წითელ ყაეთანზე იქმნება სადაზედაპირიანი ერთი ან ორი ზედაპირული წითელი ეროზია, ზოგჯერ წარმოიქმნება ქერქები. ავადმყოფთა თითქმის ნახევარში ეროზია თავსდება მსუბუქად ანთებით ფუძეზე. დაავადების მიმდინარეობა ქრონიკულია. ეროზია შეიძლება შეხორცდეს და კვლავ წარმოიქმნას იმავე ან სხვა არეში. შემთხვევათა ნახევარში ადგილი აქვს გაავთვისებიანებას.

მკურნალობა: პირის ღრუს სანაცია, ვიტამინები (A, B ჯგუფის, ნიკოტინის მჟავა). ადგილობრივად კორტიკოსტეროიდებისა და მეთილურაცილის მალამო. უეფექტობის შემთხვევაში (ორი თვის კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ) დაზიანების კერა უნდა ამოიკვეთოს; მიზანშეწონილია კრიოდესტრუქცია. ქირურგიული მკურნალობა ეფექტურია.

ბოუენის დაავადება (აღწერა ამერიკელმა დერმატოლოგმა Bowen, 1912 წ.). გვხვდება კანზე, უფრო იშვიათად ლორწოვან გარსზე მკაფიოდ შემოსაზღვრული ბალთის (იშვიათად რამდენიმე ბალთის) სახით. ბალთა ღია-ვარდისფერი ან მუქი-წითელი ფერისაა, აწეული კიდეებით, სადა ან ხორკლიანი ზედაპირით, შეიძლება იყოს დაფარული მორუხო ქერქით. შეიძლება განვითარდეს პაპილომატოზური ზრდა (დაწყლულებით და პიგმენტაციით). ბოუენის დაავადება გვხვდება ორივე სქესის ხანდაზმულ პირებში. აქვს ხანგრძლივი, მრავალწლიანი მიმდინარეობა. ავთვისებიანი გადაგვარება ხდება შემთხვევათა 30-80%-ში.

მკურნალობა — ამოკვეთა ან ელექტროკოაგულაცია ან მოკლეფოკუსიანი სხივური თერაპია. ბოუენის დაავადების ფონზე განვითარებული კიბოს დროს მიმართავენ ქირურგიული და სხივური მკურნალობის კომბინაციას.

ტუჩის წითელი ყაეთნის შეზღუდული კიბოსწინა ჰიპერკერატოზი წარმოადგენს მორუხო-თეთრი ფერის არასწორი ფორმის შეზღუდულ უბანს, რომელიც ძირითადად ლოკალიზებულია წითელ ყაეთანზე ან მის ქვემოთ. ზოგჯერ დაფარულია ქერცლით. უმტკივნეულოა, ინფილტრაციის გარეშე. იზრდება ნელა, წლობით და შეიძლება მიაღწიოს 1 სმ-ს. გაავთვისებიანებას ადგილი აქვს

შემთხვევათა 30%-ში, რასაც მოსდევს ინფილტრაცია და დაწყლულება.

მკურნალობა: პათოლოგიური კერის ამოკვეთა ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში. დროული ქირურგიული მკურნალობა ეფექტურია.

ტუჩის წითელი ყაეთნის მეჭეჭისებრი (კვანძოვანი) კიბოსწინა პროცესი ვლინდება რქოვანი ჭერცლებით დაფარული, მუქი ფერის შეზღუდული კვანძის სახით. უმტკივნეულოა, ფუძის მიდამო ინფილტრაციის გარეშე. იზრდება სწრაფად, 1-2 თვეში აღწევს 1 სმ-ს. გაავთვისებიანებაც ასევე შედარებით სწრაფად ხდება, ზოგჯერ 2-4 თვეში. ავთვისებიან გადაგვარებას ადგილი აქვს შემთხვევათა 50%-ში.

მკურნალობა ქირურგიულია, ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში. პროგნოზი დროული და სწორი მკურნალობის დროს კარგია.

ლეიკოპლაკია ფაკულტატურ სიმსივნისწინა დაავადებათა ჯგუფს ეკუთვნის. ხასიათდება ლორწოვანი გარსის მფარავი ეპითელის გარქოვანებით. უფრო ხშირად ლოკალიზებულია ქვედა ტუჩისა და ლოყის ლორწოვან გარსზე, ძირითადად ტუჩის კუთხის ახლოს და კბილთა შეთანასოვნების არეს საპროექციოდ. ეტიოლოგია უცნობია. ხელისშემწყობი ფაქტორებია უხარისხო პროთეზი, დაშლილგვირგვინიანი კბილები, თამბაქოს წევა, ალკოჰოლის მიღება დიდი რაოდენობით, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მოშლილობა, ავიტამინოზი (A, B).

არჩევენ ლეიკოპლაკიის მარტივ (ბრტყელ) და მეჭეჭისებრ (ლეიკოკერატოზი) ფორმებს. სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით ლეიკოპლაკიის გაავთვისებიანებას ადგილი აქვს 15-75%-ში (უფრო ხშირად ენაზე). მალიგნიზაციას ძირითადად განიცდის მეჭეჭისებრი ფორმის ლეიკოპლაკია.

კლინიკურად ლეიკოპლაკია ვლინდება თეთრი ან მოთეთროსაცრისფერი დაზიანების კერების (ბალთები, აპკები) სახით, რომლებიც თითქმის არ მაღლდებიან ლორწოიან გარსზე და არ აჭარბებენ 2-3 სმ-ს დიამეტრით ზომაში. საღ ქსოვილებთან საზღვარი ზოგჯერ მკაფიოა, ზოგჯერ დაკბილული, სხვა შემთხვევაში წაშლილი. მეჭეჭისებრი ფორმის დროს ბალთები იწევენ

ლორწოვანის დონიდან რამდენიმე მმ-ზე. ტუჩსა და ენაზე ლოკალიზაციისას ხშირად ადგილი აქვს წვას, ტკივილს, გემოვნების მოშლას. დაზიანების კერაში შეიძლება განვითარდეს ნახეთქები, წყლულები.

დიაგნოზი ისმება კლინიკური მონაცემებისა და ჰისტოლოგიური კვლევის მონაცემების საფუძველზე.

მკურნალობა: გამაღიზიანებელი ფაქტორების მოცილება. A და B_2 ვიტამინების დიდი რაოდენობით შეყვანა ორგანიზმში. A ვიტამინს იყენებენ აგრეთვე ადგილობრივად. იყენებენ კრიოდესტრუქციას, ელექტროკოაგულაციას, ზოგჯერ სხივურ თერაპიას. მალიგნიზაციის დროს — ქირურგიულ მკურნალობას.

პროგნოზი კეთილსასურველია ბრტყელი ფორმის დროს.

ბრტყელი წითელი სირსველი (lichen ruber planus) უცნობი ეტიოლოგიის დერმატოზია, რომელიც ხასიათდება კანზე ან ლორწოვან გარსზე მონომორფული, ქავილით თანდართული პაპულოზური გამონაყრით. დაავადების წარმოშობისა და განვითარების ასახსნელად არსებობს ნევროგენული, ენდოკრინული და ინფექციურ-ალერგიული თეორიები.

კლინიკურად კანის ფორმა ხასიათდება 0,5-4 მმ დიამეტრის მქონე მკაფიოდ შემოსაზღვრული, მცირედ აწეული (ირგვლივ დებარე კანიდან) მოწითალო-იისფერი მკვრივი პაპულებით; პაპულებს აქვთ მბრწყინავი ზედაპირი და ჰიპისებრი ჩაღრმავება ცენტრში. ისინი თანდათან იღებენ ყავისფერ ელფერს. პაპულები ნელა ვითარდებიან, ერთმანეთს ერწყმიან და ქმნიან 30 მმ დიამეტრის მოზაიკურ ბალთებს.

ავადმყოფთა ნახევარში ვითარდება ლორწოვანი გარსის დაზიანება. ლორწოვანის დაზიანებას ადგილი აქვს კანზე გამონაყრის პარალელურად ან იზოლირებულად. მორუხო-თეთრი, მრგვალი მარყუჟოვანი ბადისებრი, დატოტიანებული, რგოლისებრი ან მრგვალი კუნძულაკების ფორმის გამონაყარი ჩნდება ლოყის, ენის ზურგის, უფრო იშვიათად სასის ლორწოვან გარსზე ტუჩის წითელი ყაეთნის მიდამოში.

მკურნალობა: გამაღიზიანებელი ფაქტორების მოცილება, თბილი აბაზანები, ფოკალური ინფექციის კერების მოცილება (ტონზილიტი, ჰაიმორიტი), ანტიჰისტამინური პრეპარატები, B ჯგუფის

ვიტამინები, ბიოქინოლი, ანტიბიოტიკები. მძიმე შემთხვევებში — კორტიკოსტეროიდები (როგორც შიგნით, ისე ადგილობრივად). ფიზიოპროცედურებიდან ულტრაიისფერი დასხივება, დიადინამოთერაპია.

პროგნოზი კეთილსასურველია. კანის ფორმა იკურნება 8-12 თვეში. ლორწოვან გარსზე გამონაყარი შეიძლება დარჩეს რამდენიმე წელი. შეიძლება განვითარდეს რეციდივები.

ბრტყელი წითელი სირსველი ეკუთვნის ფაკულტატურ სიმსივნისწინა დაავადებათა ჯგუფს. ლორწოვანი გარსის ბრტყელი წითელი სირსველი იშვიათად, მაგრამ მაინც შეიძლება გაავთვისებიანდეს. ეს განსაკუთრებით ეხება მეჭეჭისებრ ფორმას.

თავი X

ყბა-სახის მიდამოს აღდგენითი ქირურგია

აღდგენითი ანუ პლასტიკური ქირურგიის მიზანია ქსოვილებისა და ორგანოების თანდაყოლილი თუ შეძენილი დეფექტებისა და დეფორმაციების აღმოფხვრა, დაზიანებული ორგანოს ფუნქციისა და ესთეტიკური ნორმის აღდგენა. აღდგენით ქირურგიას იყენებდნენ შორეულ წარსულში. ეგვიპტურ პაპირუსებში (დაახლ. 3000 წელი ჩვენს ერამდე) აღწერილია ცხვირის პლასტიკის მეთოდი, ხოლო ინდოეთში ჩვენს ერამდე ათასი წლის წინ იყენებდნენ შუბლიდან აღებული კანის ნაფლეთს ცხვირის დეფექტის აღსადგენად. ძველ ქართულ ხელნაწერებშიც არის აღდგენითი ქირურგიის ელემენტები.

დღეისათვის აღდგენითი ქირურგიის მეთოდები იყოფა სამ ჯგუფად: 1. პლასტიკა ადგილობრივი ქსოვილებით (ადგილობრივი პლასტიკა); 2. პლასტიკა ნაფლეთებით (ნაფლეთოვანი პლასტიკა); 3. პლასტიკა თავისუფალი ტრანსპლანტატებით (თავისუფალი პლასტიკა).

ტრანსპლანტაცია ქსოვილების გადანერგვაა. *აუტოტრანსპლანტაცია* — საკუთარი ქსოვილის ან ორგანოს გადანერგვა, რომელიც ერთი და იმავე პიროვნების ერთი უბნიდან გადაინერგება მეორეში;

ალოტრანსპლანტაცია (ძველი სახელწოდება ჰომოტრანსპლანტაცია) — ერთი და იმავე სახეობის, მაგრამ გენეტიკურად განსხვავებულ ორგანიზმებს შორის ქსოვილების გადანერგვა (მაგ. ადამიანიდან ადამიანზე, ბოცვერიდან ბოცვერზე).

იზოტრანსპლანტაცია — ქსოვილის ან ორგანოს გადანერგვა ერთი ტყუპიდან მეორეზე.

ქსენოტრანსპლანტაცია (ძველი სახელწოდება ჰეტეროტრანსპლანტაცია) — ქსოვილის ან ორგანოს გადანერგვა სხვადასხვა სახეობის ერთი ცხოველიდან მეორეზე (მაიმუნიდან ადამიანზე, ძაღლიდან ბოცვერზე).

ექსპლანტაცია, იმპლანტაცია (ძველი სახელწოდება ალოტრანსპლანტაცია) — ხელოვნური მასალისაგან შექმნილი ტრანსპლანტატის გადანერგვა (მეტალი, პლასტმასა, სხვადასხვა პოლიმერები).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე არჩევენ ტრანსპლანტატის სახეებს: აუტოტრანსპლანტატი, ალოტრანსპლანტატი, იზოტრანსპლანტატი, ქსენოტრანსპლანტატი, ექსპლანტატი (იმპლანტატი).

ამას გარდა გადანერგვის ადგილის მიხედვით არჩევენ *ორთოტოპიკურ ტრანსპლანტაციას* — ქსოვილის ან ორგანოს გადანერგვა მისთვის ჩვეულ ადგილზე (მაგ. კონსერვირებული ყბის ძვლის გადანერგვა ყბის დეფექტის არეში) და *ჰეტეროტოპიკულ ტრანსპლანტაციას* — ქსოვილის ან ორგანოს გადანერგვა ახალ ადგილზე (მაგ. ნეკნის გადანერგვა ყბის დეფექტის არეში).

გადანერგილი ტრანსპლანტატის სიცოცხლისუნარიანობის მიხედვით არჩევენ *ალოსტატიკურ ტრანსპლანტაციას* (ძვ. სახელწ. ჰომოსტატიკური ტრანსპლანტაცია) — არასიცოცხლისუნარიანი ტრანსპლანტატი, რომელიც ასრულებს ჩონჩხის (კარკასის) როლს. იგი იწოვება და ერთდროულად შეინაცვლება რეციპიენტის ახალი ქსოვილით (მაგ. გაყინული, ლიოფილიზებული ან დემინერალიზებული ძვალი); *ალოვიტალურ ტრანსპლანტაციას* — შეხორცების უნარის მქონე ორგანოს გადანერგვა, რომელიც აგრძელებს ცხოველმოქმედებას (გულის, თირკმლის გადანერგვა).

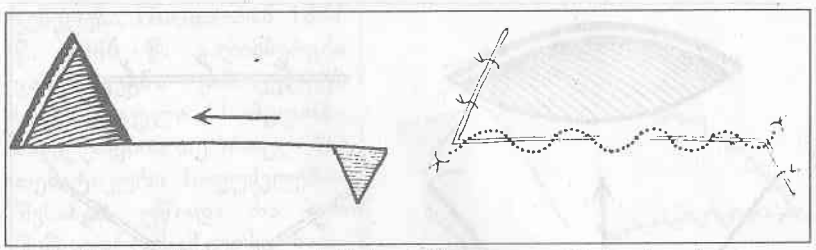
ᲐᲓᲒᲘᲚᲝᲑᲠᲘᲕᲘ ᲞᲚᲐᲡᲢᲘᲙᲐ

ადგილობრივი პლასტიკისათვის მოწოდებულია ის ოპერაციები, რომელთა დროს გამოიყენება დეფექტის ირგვლივმდებარე ქსოვილები.

ადგილობრივი პლასტიკის ყველაზე მარტივი მეთოდია *ჭრილობის კიდეების* დაახლოება პათოლოგიურად შეცვლილი ქსოვილის ამოკვეთის შემდეგ. შედარებით მცირე ზომის წარმონაქმნის ამოკვეთის შემდეგ აშრევებენ ჭრილობის კიდეებს კანქვეშა ცხიმოვან შრეში. რაც უფრო ფართოდ აითიშება კანი, მით უფრო მოძრავი ხდება იგი და იოლდება ჭრილობის კიდეების დაახლოება.

კანის უფრო დიდი დეფექტების დროს იყენებენ ირგვლივმდებარე კანზე *ფართოფეხიანი ნაფლეთის გადანაცვლებას ან ცოცვას.* ნაფლეთის წარმოქმნა ხდება კანზე დამატებითი განაკვეთების გატარებით.

სამკუთხა დეფექტის დროს სამკუთხედის ფუძეზე გააგრძელებენ განაკვეთს, ააშრევებენ ნაფლეთს და გადაანაცვლებენ მას დეფექტის არეში. ამავე დროს დამხმარე (დამატებითი) განაკვეთის



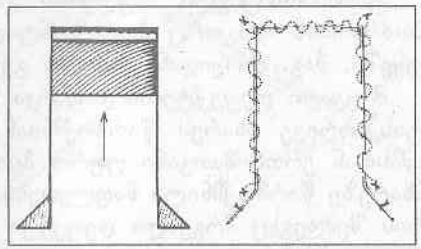
სურ. 141. პლასტიკა Burow-ის წესით სამკუთხა დეფექტის დასაფარავად.

ბოლოში წარმოქმნილი კანის ნაოჭი ამოიკვეთება სამკუთხედის სახით (სურ. 141). ეს არის Burow-ის (1856) წესი.

ოთხკუთხა დეფექტების დახურვის მიზნით იყენებენ სწორკუთხა ნაფლეთს, რომელსაც წარმოქმნიან დეფექტის კიდეებზე ორი პარალელური განაკვეთის გაგრძელებით. ნაფლეთის აშრევებისა და დეფექტის არეში გადანაცვლების შემდეგ დამატებითი განაკვეთების ბოლოში აქაც წარმოიქმნება ორი მცირე ზომის სამკუთხედი კანის ნაოჭის ამოკვეთის შემდეგ (Esser, 1918) (სურ. 142).

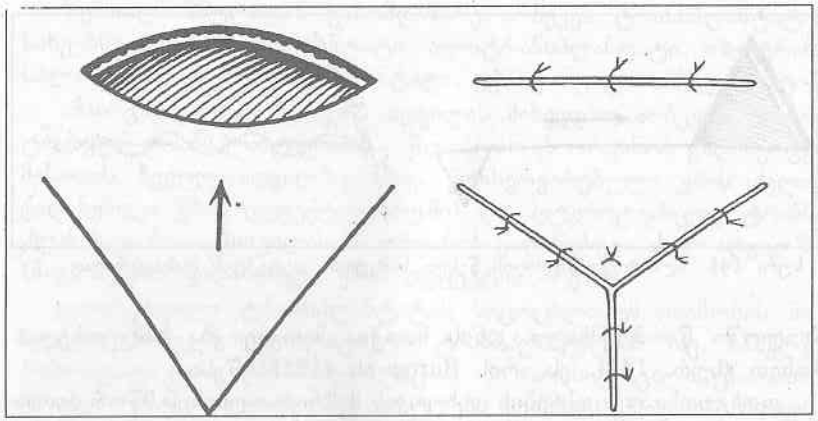
თუ დეფექტს აქვს არასწორი კონტურები, იგი მცირე ზომის განაკვეთებით შეიძლება გარდაიქმნას სამკუთხა ან ოთხკუთხა დეფექტად.

V-Y პლასტიკა (Dieffenbach, 1834) გამოიყენება ოვალური დეფექტის დასახურად. დეფექტის გასწვრივი ღერძის პერპენდიკულარულად ფუძით დეფექტისაკენ ატარებენ V-სებრ განაკვეთს ისე, რომ ნაფლეთის აშრევების დროს დარჩენილი ხიდაკები უზრუნველყოფდნენ ნაფლეთის სისხლით მომარაგებას. წარმოქმნილ ნაფლეთს, რომელიც მდებარეობს „V“ ასოს გვერდებსა და დეფექტებს შორის, გადაანაცვლებენ დეფექტის არეში, ხოლო ასო „V“-ს მწვერვალის არეში წარმოქმნილი მეორადი დეფექტი იხურება მისი გარეთა კიდეების დაახლოების შედეგად (სურ. 143).

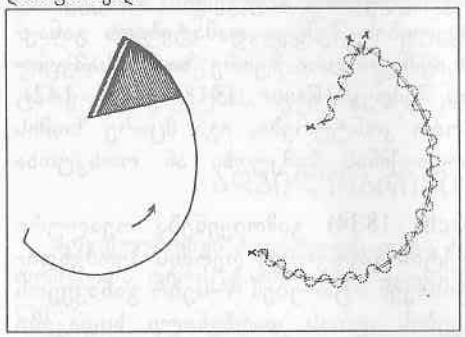


სურ. 142. პლასტიკა Esser-ის წესით ოთხკუთხა დეფექტის დასაფარავად.

როტაციული ნაფლეთის წარმოსაქმნელად კანზე ტარდება არა პირდაპირი, არამედ მოხრილი, ნახევარრკალოვანი განაკვეთი, რომელიც იწყება დე-



სურ. 143. V-Y-პლასტიკა დიფენბახის (Dieffenbach) წესით, ოვალური დეფექტის დასაფარავად.



სურ. 144. როტაციული ნაფლეთი.

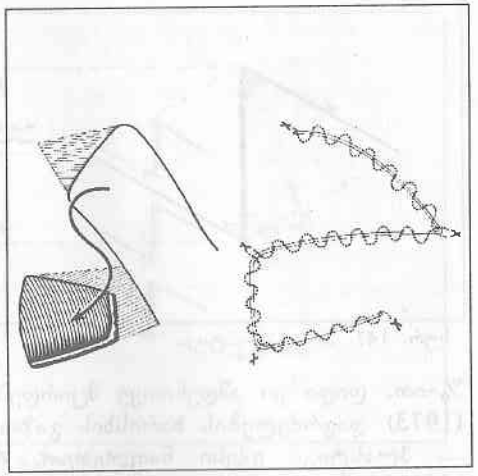
ფექტის ერთ-ერთი კიდიდან. მის მიერ შემოსაზღვრული უბანი აითიშება და წარმოქმნილი ნაფლეთი მოტრიალდება ცენტრალური წერტილის ირგვლივ და მოთავსდება დეფექტის არეში (სურ. 144). ამ მეთოდის ერთ-ერთ პირველ ვარიანტად თვლიან Sushruta-ს მიერ მოწოდებულ ცხვირის პლასტიკის ინდურ მეთოდს შუბლის კანის გამოყენებით.

ტრანსპოზიციული ნაფლეთის გადანაცვლებისას ადგილი აქვს მოძრაობას როგორც ჰორიზონტალურ, ისე ვერტიკალურ სიბრტყეში, მაგ. ლოყიდან ცხვირის გვერდით კედელზე (სურ. 145).

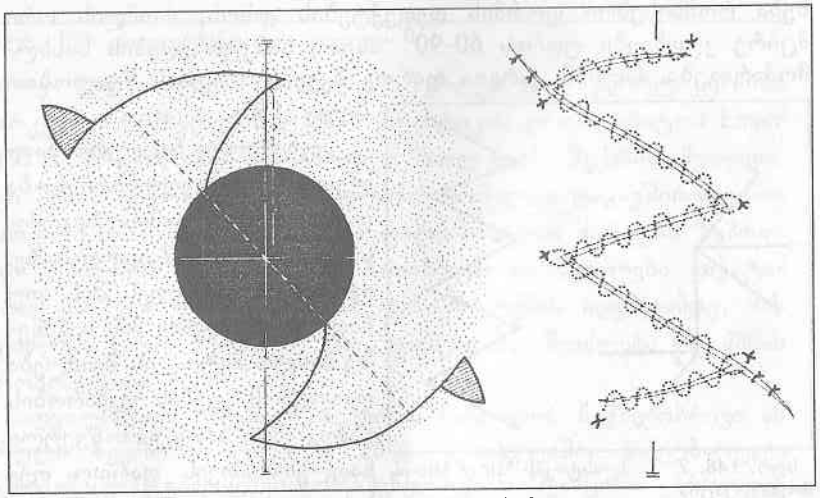
მრგვალი დეფექტების დაფარვა (Pick, 1949). მრგვალი დეფექტის ორივე მხარეს წარმოქმნიან ორ-ორ სამკუთხა ნაფლეთს, ამასთან ერთი მათგანი უფრო მცირეა ვიდრე მეორე. თითოეულ მხარეზე წარმოქმნილი ნაფლეთები გადაჯგუფდებიან ერთმანეთში, რის შემდეგაც მრგვალი დეფექტი ქრება (სურ. 146).

Z — პლასტიკა აღდგენითი ქირურგიის ყველაზე გავრცელებული მეთოდია. პირველი ცნობები აღნიშნული მეთოდის შესახებ

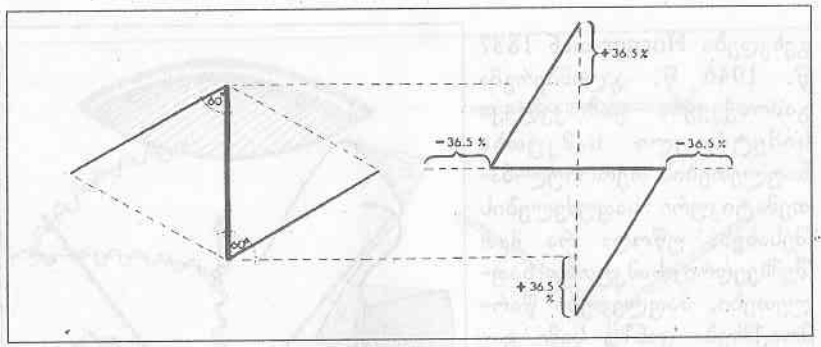
გვხვდება Horner-თან 1837 წ. 1946 წ. ა.ლიმბერგმა გამოაქვეყნა გამოკვლევა სიმეტრიული სამკუთხა ნაფლეთების თეორიულ-მათემატიკური საფუძვლების შესახებ, უწოდა რა მათ შემხვედრი სამკუთხა ნაფლეთები. ნაფლეთები წარმოიქმნება კანზე სამი განაკვეთის (ერთი შუა და ორი გვერდითი) გატარებით. სამივე უნდა იყოს თანაბარი ზომის. მათ შორის წარმოქმნილი კუთხეები 60^0-ის ტოლია. სამკუთხედები ერთად ქმნიან რომბის ფორმას, რომლის შუახაზი (განაკვეთი) წარმოადგენს მცირე დიაგონალს, ხოლო გვერდითი განაკვეთის ბოლოებზე გატარებული ხაზი — რომბის დიდ დიაგონალს. სამკუთხედების აშრევებისა და გადაჯგუფების (ადგილების შენაცვლების) შემდეგ მცირე დიაგონალი გრძელდება 36,5



145. ტრანსპოზიციული ნაფლეთი.



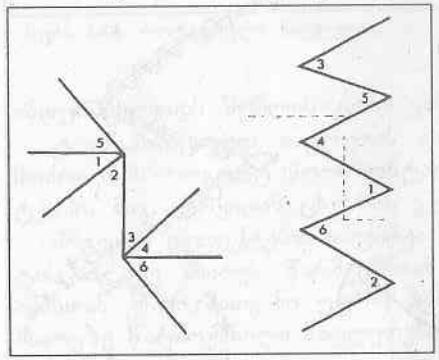
სურ. 146. მრგვალი დეფექტის დახურვა Pick-ის მეთოდით.



სურ. 147. Z — პლასტიკა.

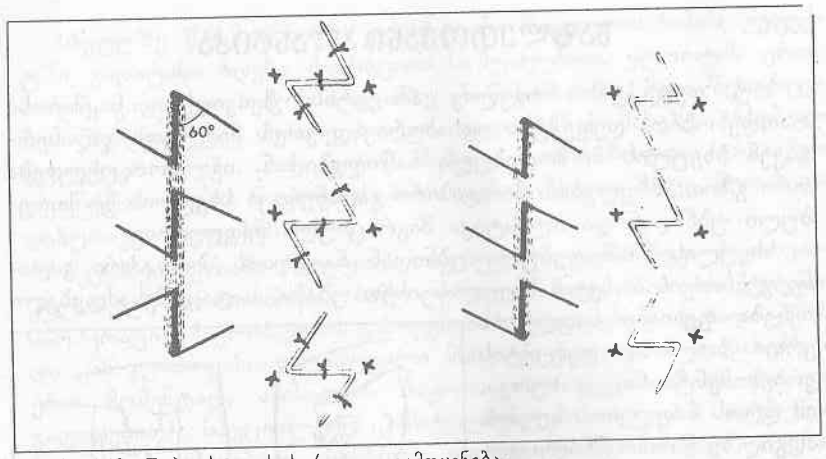
%-ით, დიდი კი ამდენითვე მცირდება (სურ. 147). Mir y Mir (1973) დაგრძელების ხარისხის გაზრდის მიზნით მოგვაწოდა Z — პლასტიკა ექვსი ნაფლეთით, რაც იწვევს დაგრძელებას 180-200 %-ით (სურ. 148). იმ შემთხვევაში, როდესაც საოპერაციო ველის მიმდებარე უბნები ვიწროა ჭრილობის სიგრძესთან შედარებით, მაშინ ამ უბანს ყოფენ რამდენიმე ნაწილად და თითოეულ მათგანზე ცალ-ცალკე აკეთებენ სათანადო ზომის Z პლასტიკას. ასეთი სერიული Z პლასტიკა იძლევა სასურველ დაგრძელებას (სურ. 149).

დიუფურმენტალის ნაფლეთი (Dufourmental, 1962) გამოიყენება რომბისებრი ფორმის დეფექტების დროს, რომლის ორი მცირე კუთხეები უდრის 60-90°. ასეთი სამკუთხედების სისხლმომარაგება ძალიან კარგია ფართე მკვებავი ფეხის წყალობით (სურ. 150).

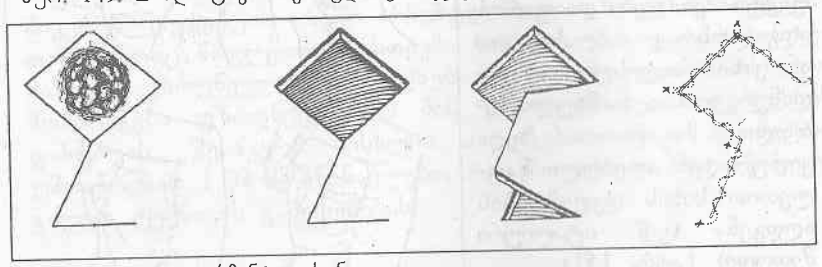


სურ. 148. Z — პლასტიკის Mir y Mir-ის მოდიფიკაცია.

არტერიული ნაფლეთი. ნაფლეთის ცხოველუნარიანობა დამოკიდებულია მისი სიგრძისა და სიგანის შეფარდებაზე. იგი უნდა უდრიდეს 3:1. თუ ნაფლეთის სიგრძე მის სიგანეზე სამჯერ მეტია, ის შეიძლება დაიღუპოს კვების უკმარობის გამო. ამით არის გამოწვეული ნაფლეთისათვის ფართო ფეხის აუცილებლობა. მეორე



სურ. 149. Z პლასტიკის სერიული გამოყენება.



სურ. 150. დიუფურმენტალის ნაფლეთი.

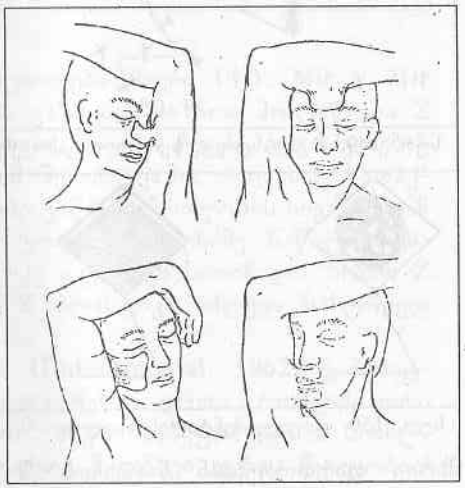
მხრივ ფართოფეხიან ნაფლეთს შეზღუდული ელასტიკურობა გარკვეულ სიძნელეებს უქმნის პლასტიკის დროს. ამიტომ Esser (1917) მოგვაწოდა არტერიული ნაფლეთის შექმნის მეთოდი: იგი ქმნის ვიწროფეხიან ნაფლეთს, რომელიც დაკავშირებულია ქსოვილებთან მხოლოდ გამოყოფილი სისხლის ძარღვის ზემოთ. იგი შეიძლება თავისუფლად მოვაბრუნოთ, შეიძლება გავატაროთ კანქვეშ და მივიტანოთ დანიშნულების ადგილამდე, მას შეიძლება არც ჰქონდეს კანი ფუძესთან, შეიძლება შეიქმნას პროპორციით 4:1.

ადგილობრივი პლასტიკის დროს ნაფლეთის ნაწილობრივი ან სრული ნეკროზი გვხვდება 20% შემთხვევაში. ჰიპერბარული ოქსიგენაციის გამოყენებამ მნიშვნელოვნათ შეამცირა გართულებათა რიცხვი (ზ. ჩიჩუა).

ნაფლეთოვანი პლასტიკა

თუ დეფექტის ირგვლივ არ არის ქსოვილები საკმარისი რაოდენობით, დეფექტის დასახურავად კანის ნაფლეთს გადანერგავენ სხეულის მოშორებული ნაწილებიდან. იგი ხორციელდება ორი გზით: ნაფლეთის პირდაპირი გადანერგვა სხეულის მოშორებული უბნიდან და პლასტიკა მიგრაციული ნაფლეთით.

სხეულის მოშორებული უბნიდან *ნაფლეთის პირდაპირი გადანერგვისათვის* არჩევენ სხეულის ისეთ უბანს, სადაც შესაძლებელი იქნება ფეხიანი ნაფლეთის ერთი ბოლოთი დეფექტის ერთმომენტიანი დახურვა. ამ დროს ნაფლეთის აღების ადგილზე წარმოქმნილი დეფექტი შეიძლება დაიფაროს ადგილობრივი პლასტიკით ან კანის თავისუფალი გადანერგვით. აღნიშნული მეთოდის მაგალითია ზედა კიდურიდან აღებული ნაფლეთით სახის დეფექტების აღდგენა (ე.წ. *იტალიური მეთოდი*) (სურ. 151).



სურ.151. ფეხიანი ნაფლეთის გადატანა ზედა კიდურიდან სახეზე (იტალიური მეთოდი).

მიგრაციული ნაფლეთით პლასტიკის ყველაზე გავრცელებული მეთოდია პლასტიკა ყლორტიანი ნაფლეთით, რომელიც მოწოდებულია Canzer (1917), Gillies (1917), В.П. Филатов (1917) და სხვათა მიერ. პლასტიკა ყლორტიანი ნაფლეთით გამოიყენება ძირითადად დიდი და რთული დეფექტების დახურვის მიზნით. ყლორტიანი ნაფლეთით პლასტიკის პირველი ეტაპია ამ ნაფლეთის შექმნა. ამ მიზნით წინასწარ შერჩეულ ადგილზე (კისერი, გულმკერდი, მუცელი, ზურგი, კიდურები) ატარებენ ორ პარალელურ განაკვეთს და მათ შორის გამოჭრილი კანის ზოლის კიდეებს ერთმანეთს მიაკერებენ დაჭიმვის გარეშე, ქმნიან რა ყლორტიან ხიდისებრ ნაფლეთს. კანის არეში წარმოქმნილი დეფექტი კიდეების მობილიზაციის შემდეგ იკერება.

სხეულზე წარმოქმნილი ყლორტიანი ნაფლეთის სახის დეფექტში გადატანა ხდება მიგრაციის საშუალებით. ყლორტის ერთი ბოლო გადააქვთ ხელის მტევანზე ან წინამხარზე, მისი შეხორცების შემდეგ უკვე მეორე ბოლოს გადაიტანენ სახეზე არსებულ დეფექტის არეში. 3-4 კვირის შემდეგ მეორე ბოლოც გადააქვთ დეფექტის არეში. ნაფლეთის მიხორცების შემდეგ მას გაშლიან და დახურავენ დეფექტს.

მკვებავი ფეხიანი ნაფლეთის თავისუფალი გადანერგვა მიკროვასკულარული ანასთომოზის საშუალებით. სამედიცინო პრაქტიკაში საოპერაციო მიკროსკოპის გამოყენებამ შესაძლებელი გახადა კანის და კან-კუნთოვანი თავისუფალი მსხვილი ნაფლეთის გადანერგვა ერთ მომენტად. ამისათვის მიკროსკოპის ქვეშ (5-25 ჯერადი გადიდებით) სპეციალური ინსტრუმენტებით ხდება აღებული ნაფლეთის მკვებავი სისხლის ძარღვების (არტერია, ვენა) მიკერება დეფექტის არეში არსებულ მთავარ სისხლის ძარღვებთან, რითაც ნაფლეთი ჩაერთვება სისხლის მიმოქცევის სისტემაში და უზრუნველყოფილი იქნება კვებით. ნაფლეთის სისხლით მომარაგება უზრუნველყოფს მის შეხორცებას და დეფექტის დახურვას. შესაკერი სისხლის ძარღვების შიდა დიამეტრი უმთავრესად 1 მმ-ია ან ნაკლები, რაც მოითხოვს მიკროქირურგიული ტექნიკის გამოყენებას.

კანის თავისუფალი გადანერგვა

კანის დეფექტის აღდგენა კანის თავისუფალი გადანერგვით შეიძლება განხორციელდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც დეფექტის არეში არსებობს კანქვეშა შემაერთებელი ქსოვილი. კანის დეფექტის აღსადგენად მიმართავენ კანის ნაფლეთის მთელი სისქით გადანერგვას, გახლეჩილი კანის ნაფლეთის გადანერგვას და კანის თხელი ნაფლეთის გადანერგვას.

კანის ნაფლეთის მთელი სისქით (0,8 მმ და მეტი) იყენებენ იმ შემთხვევაში, როცა საჭიროა მაღალი მექანიკური და ესთეტიკური მოთხოვნების შესაბამისი ტრანსპლანტატი. ასეთი სისქის კანის ნაფლეთის გადანერგვა შეიძლება მხოლოდ კარგად ვასკულარიზებულ ქსოვილებში. ეს არის სახისა და თითების მიდამო.

კანის გახლეჩილი ნაფლეთი (0,5-0,7 მმ სისქით) გადასანერგად მომზადებული კანის თავისუფალი ნაფლეთია, რომელიც შეიცავს

ეპიდერმისს და დერმის ნაწილს. ჩვენების მიხედვით მისი სისქე შეიძლება იყოს სხვადასხვაგვარი, მაგრამ არასოდეს არ უნდა აღემატებოდეს დერმითს 2/3-ს.

კანის გახლეჩილი ნაფლეთის გადანერგვის დიდი უპირატესობა არის ის, რომ ტრანსპლანტატის აღებიდან 2-3 კვირის შემდეგ დარჩენილი ჭრილობა იფარება ეპითელით. ნაფლეთის ასაღებად მოწოდებულია სხვადასხვა სახის დერმატომები. ტრანსპლანტატი უნდა ავსებდეს დეფექტს ან ფარავდეს მას. თუ დეფექტში გადანერგილია რამდენიმე ტრანსპლანტატი, ისინი ერთმანეთს უნდა მიეკარონ. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ტრანსპლანტატს ტოვებენ ღია მდგომარეობაში ან ახვევენ მსუბუქად დამწოლი ნახვევით. ტრანსპლანტატის აღების ადგილზე 24 საათში ვითარდება მშრალი ქერქი. 10-14 დღის შემდეგ მთავრდება ეპითელიზაციის პროცესი და ქერქი ვარდება.

კანის თხელი ნაფლეთის (0,1 მმ) ფართო ან მცირე ზომის (4-8 მმ დიამეტრით) ტრანსპლანტატის გადანერგვა ფართოდ იყო გავრცელებული. იგი შეიცავდა ძირითადად ეპიდერმისს და მცირე ოდენობით დერმას. დღეს უფრო იყენებენ მარკებით პლასტიკას და პლასტიკას ბადისებრი ნაფლეთით. პირველი მათგანის დროს მარკის ზომის ტრანსპლანტატს ათავსებენ დეფექტში ერთმანეთის ახლოს ან გარკვეულ მანძილზე. მათგან ვითარდება ჭრილობის მთელი ზედაპირის ეპითელიზაცია.

ბადისებრი ნაფლეთით პლასტიკის დროს კანის მცირე რაოდენობა შეაქვთ დიდ დეფექტში და აღწევენ მის ეპითელიზაციას. ამისათვის დერმატომით აღებულ კანის თხელ ნაფლეთზე ატარებენ მცირე ზომის პარალელურ განაკვეთებს. მისი დაჭიმვით წარმოიქმნება ბადე, რომელიც სამჯერ დიდია მის საწყის ზომასთან შედარებით. იგი წარმატებით გამოიყენება დიდი დეფექტების დასაფარავად.

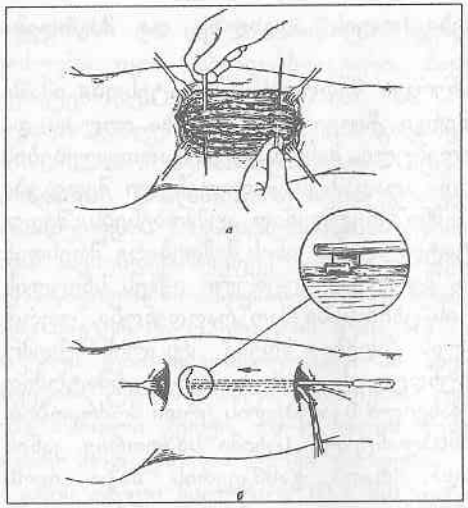
საკუთრივ კანის გადანერგვა. კანის ქვედა შრე — საკუთრივ კანი (კუტის) საკმაოდ მაგარი და მკვრივი ქსოვილია. გამოიყენება იმავე მიზნით, რისთვისაც იყენებენ ფასციას, ამასთან, იძლევა უკეთეს შედეგებს, რამდენადაც საკუთრივ კანის რევასკულარიზაცია მიმდინარეობს უფრო სწრაფად და უკეთ. ტრანსპლანტატის აღება ხდება ბარძაყის წინა-გარეთა ზედაპირიდან, აგრეთვე მუცლის კედლიდან. დერმატომით იღებენ ჯერ კანის ზედაპირულ შრეს, შემდეგ საკუთრივ კანის შრეს. ჰემოსტაზის შემდეგ

ზედაპირული შრე ბრუნდება თავის ადგილზე და მაგრდება ნაკერებით.

ცხიმოვანი ქსოვილის გადანერგვა. მეთოდის უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ გადასანერგი ქსოვილი შეიძლება იოლად და დიდი რაოდენობით იქნეს მიღებული. მისი ნაკლია გართულებების დიდი რიცხვი (ინფიცირება) და არადამაკმაყოფილებელი შედეგები (ტრაპსნლანტატის გაწოვა). მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს შედეგებს ცხიმოვანი ტრანსპლანტატის აღება კანის მიმდებარე შრესთან ერთად. ცხიმოვანი ქსოვილი შეიძლება აღებული იქნეს სხეულის ნებისმიერი უბნიდან, თუ არის ცხიმის საკმაო რაოდენობა. უფრო ხშირად ცხიმოვანი ქსოვილის აღება ხდება მუცლის ქვემო ნაწილიდან, ბარძაყისა და დუნდულოს არედან. ჯერ დერმატომით იღებენ ეპიდერმისს. შემდეგ მახვილი სკალპელის ერთი მოძრაობით იღებენ საჭირო ზომის ტრანსპლანტატს (ცხიმი საკუთრივ კანის მიმდებარე შრესთან ერთად), რათა განაკვეთის ხაზი იყოს თანაბარი და ნაკლებ ტრავმული.

ფასციის გადანერგვა. ფასციის ტრანსპლანტატი არ იწოვება და კარგად ეხორცება ქსოვილებს, მაგრამ ძლიერი დაჭიმულობის დროს შეიძლება განიცადოს დეგენერაცია. უფრო ხშირად გამოიყენება მიმიკური კუნთების დამბლის დროს კორექციის მიზნით. ფასციის ზოლს იღებენ ბარძაყის ფართო ფასციისაგან. ფასციას იღებენ ღია ან დახურული წესით. დახურული წესი გამოიყენება მცირე სიგანის ფასციის ასაღებად: ტარდება ორი გარდიგარდმო, ერთმანეთისაგან დაცილებული განაკვეთი. ერთ-ერთი განაკვეთიდან ფასციის ქვეშ შეაქვთ სპეციალური ინსტრუმენტი (ფასციოტომი) და იღებენ ფასციის ზოლს მეორე განაკვეთამდე; ღია წესი გამოიყენება მაშინ, როცა საჭიროა ფასციის რამდენიმე შრის აღება: ტარდება ერთი გასწვრივი განაკვეთი, შიშველდება ფასცია და პარალელური განაკვეთებით იღებენ ფასციის სათანადო სიგანის ზოლებს (სურ. 152). ფასციის განაკვეთი უნდა იყოს საკმაოდ ფართო, რათა არ წარმოიქმნას კუნთის თიაქარის განვითარების საფრთხე.

ხრტილის გადანერგვა. ხრტილის ტრანსპლანტაცია ფართოდაა გავრცელებული, რაც აიხსნება მისი ბევრი კარგი თვისებით. მას არ გააჩნია სისხლის ძარღვები, იკვებება ირგვლივმდებარე ქსოვილებისაგან, ელასტიკურია, კარგად ითლება დანით, რის გამოც მისი მოდელირება იოლია, კარგად იტანს ტრანსპლანტაციას, მდგრადია ინფექციისადმი და ჭრილობის დაჩირქების შემთხვევა-



სურ. 152. ბარძაყის ფართო ფასციის ნაფლეთის აღება. a — ღია მეთოდი: გამოყოფილი ფასციიდან ფასციოტომით ხდება საჭირო სიგანის ფასციის ზოლების აღება პარალელური განაკვეთებით. b — დახურული მეთოდი: ფასციის ზოლის აღება ფასციოტომით ორი მცირე ზომის განაკვეთს შორის.

შიც კი ხერხდება მისი შენარჩუნება. ხრტილის გადანერგვას მიმართავენ ცხვირის, ყურის ნიჟარის პლასტიკის დროს, სახის ქალას ძვლების დეფექტებისა და დეფორმაციის დროს ჩავარდნილი ადგილის ამოსაწევად.

გადასანერგად იყენებენ ჰიალინურ ხრტილს (VII-IX ნეკნების ხრტილოვან ნაწილში), უფრო იშვიათად ელასტიკურ ხრტილს ყურის ნიჟარისაგან. იყენებენ აუტო, ალო და ქსენოხრტილს, აგრეთვე დაქუცმაცებულ აუტო და ალოხრტილს. კარგ შედეგებს იძლევა კონსერვირებული და ლიოფილიზებული ხრტილის გამოყენება.

ძვლის გადანერგვა ძვლის გადანერგვა ისახავს ორ ძირითად მიზანს: დაკარგული ფუნქციის აღდგენა და კოსმეტიკური უკმარისობის გამოსწორება. სახის ქალას ძვლების მხრივ ძვლის გადანერგვა ძირითადად ხორციელდება ქვედა ყბის დეფექტის არეში.

არჩევენ პირველად და მეორად ძვლოვან პლასტიკას. პირველადის დროს ძვლის გადანერგვა ხორციელდება ქვედა ყბის დეფექტის წარმოშობისთანავე, რაც გამართლებულია არა მარტო იმით, რომ სწრაფად ხდება დეფექტის ლიკვიდაცია, არამედ თავიდან ვიცილებთ განვითარებული ნაწიბურებისაგან ძვლის ფრაგმენტების მოჭაჩვას და გადანაცვლებას.

მეორადი ძვლოვანი პლასტიკა ხორციელდება დეფექტის წარმოშობიდან 6-8 თვის შემდეგ.

აუტოპლასტიკის დროს ტრანსპლანტაციისათვის ძირითადად იყენებენ ნეკნს ან თეძოს ძვლის ქედს ან ამ უკანასკნელის გარეთა კომპაქტურ ფირფიტას. ნეკნი თავისი ფორმით წააგავს ქვედა ყბის რკალს, ადვილი ასაღებია. ტრანსპლანტატის აღება უმჯობესია

მე-6, 7, 8 ნეკნებიდან. წარმატებით გამოიყენება გახლეჩილი ნეკნიც. თეძოს ძვლის უპირატესობა ნეკნთან შედარებით იმაშია, რომ მას მეტი ღრუბლისებრი ნივთიერება აქვს, რომელიც ხელს უწყობს შეხორცებას; თეძოს ძვლისაგან შეიძლება აღებული იქნეს ნებისმიერი ფორმის ტრანსპლანტატი ქვედა ყბის აღსადგენად.

იმის გამო, რომ აუტოძვლის გამოყენება მოითხოვს ორგანიზმში დამატებით ჭრილობრივ ჩარევას, იყენებენ ალოძვლის ტრანსპლანტაციას. თუმცა მასაც აქვს თავისი უარყოფითი მხარე. უმთავრესია ის, რომ ალოძვალი შეიძლება გახდეს დონორის ორგანიზმში არსებული შეუმჩნეველი დაავადების (სპიდი და სხვ.) გავრცელების წყარო რეციპიენტის ორგანიზმში (კ. მარდალეიშვილი).

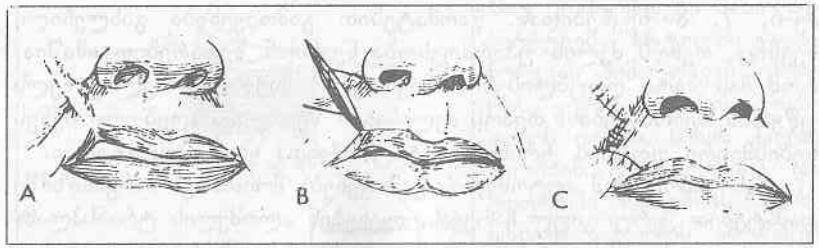
წარმატებით (თუმცა ზემოაღნიშნული საფრთხით) იყენებენ გვამის ლიოფილიზებულ (-70°C-ზე გაყინული და -20°C ვაკუუმში გამომშრალი), კონსერვირებულ (0,5% ფორმალინში) ან დემინერალიზებულ ძვალს.

განუვითარებელი ქვედა ყბის კონტურული პლასტიკისათვის ზ. ამირიძე და გ. კოტოვი გვთავაზობენ ემბრიონული დემინერალიზებული ძვლის გამოყენებას.

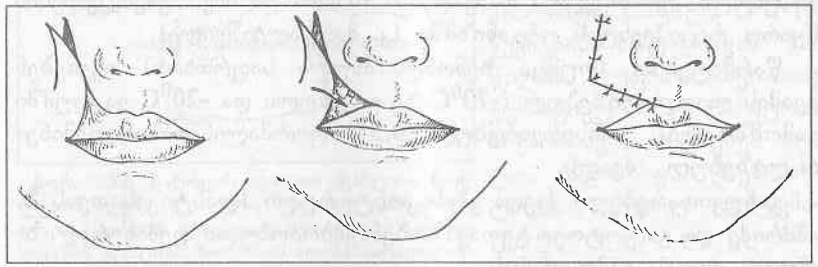
პირის ღრუსა და ყბა-სახის მიდამოს ცალკეული ორგანოების აღდგენა

ტუჩის აღდგენა (Cheiloplastica)

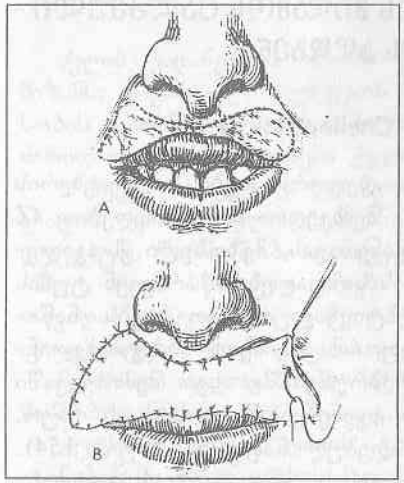
ზედა ტუჩის დეფექტებისა და დეფორმაციების აღმოფხვრის მიზნით იყენებენ კანის პლასტიკას შემხვედრი სამკუთხედებით (Z პლასტიკა), კანის თავისუფალ გადანერგვას, მეზობელი ქსოვილების გამოყენებას ფეხიანი ნაფლეთის საშუალებით. არჩევენ ტუჩის დეფორმაციას, ტოტალურ და სუბტოტალურ დეფექტებს. ნაწიბურისაგან გამოწვეული ტუჩის დეფორმაცია შეიძლება გამოვლინდეს ტუჩის მოჭაჩვაში ან მის გადმობრუნებაში. ასეთ შემთხვევაში ნაწიბურის ამოკვეთასთან ერთად იყენებენ Z-პლასტიკას (სურ. 153) ან ცხვირ-ტუჩის ნაოჭიდან აღებულ ნაფლეთს (სურ. 154). თუ დეფექტის ახლომდებარე ქსოვილების გამოყენება არ ხერხდება იქ არსებული პათოლოგიური ცვლილებების გამო (ნაწიბურები და სხვა), მიმართავენ კანის თავისუფალ გადანერგვას (სურ. 155).



სურ. 153. ნაწიბურით დეფორმირებული ზედა ტუჩის (A) აღდგენა ნაწიბურის ამოკვეთით (B) და Z — პლასტიკით.

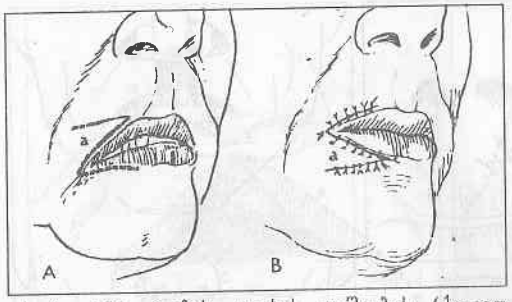


სურ. 154. ნაწიბურით დეფორმირებული ზედა ტუჩის აღდგენა ცხვირტუჩის ნაოჭიდან აღებული ნაფლეთით.

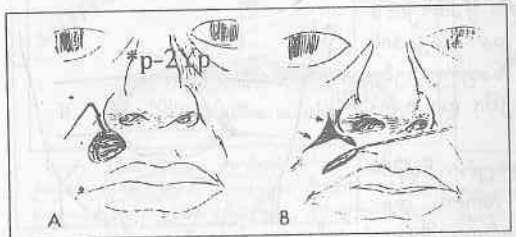


სურ. 155. მომჭიმავი ნაწიბური ზედა ტუჩის არეში (A). ხელოპლასტიკა კანის თავისუფალი გადანერგვით (B).

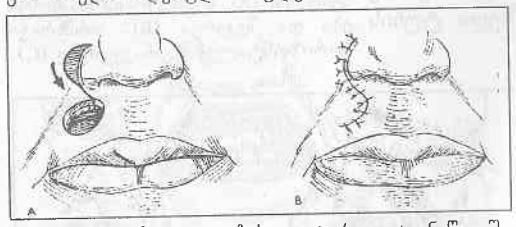
ტუჩის კუთხის ქვევით გადანაცვლების შემთხვევაში მიმართავენ Z პლასტიკას (სურ. 156). ტუჩის ლატერალური ნაწილის მცირე ზომის დეფექტებს ხურავენ ცხვირ-ტუჩის ნაოჭზე შექმნილი სამკუთხა ან ოთხკუთხა ნაფლეთით (სურ. 157) ან ცხვირის ფრთის გასწვრივ გატარებული ნახევარრკალოვანი განაკვეთით წარმოქმნილი ნაფლეთის გადანაცვლებით (სურ. 158). ზედა ტუჩის მედიალურად ტუჩის ვერტიკალური დამოკლებით თანდართული სოლისებრი დეფექტის დახურვა შეიძლება განხორციელდეს Z-პლასტიკით (სურ. 159).



სურ. 156. ტუჩის კუთხის დაშვების (ქვევით გადანაცვლების) აღდგენა Z — პლასტიკით. A. Z-სებრი (შემხვედრი სამკუთხედები) განაკვეთი ტუჩის კუთხის არეში. B. ნაფლეთი (a) გადანაცვლებულია ქვევით და ჩაკერებულია დეფექტში, რომელიც შეიქმნა ტუჩის კუთხის ზევით გადანაცვლების შემდეგ.



სურ. 157. ზედა ტუჩის ლატერალურ ნაწილში არსებული დეფექტის აღდგენა ცხვირტუჩის ნაოჭის არედან აღებული ნაფლეთით.



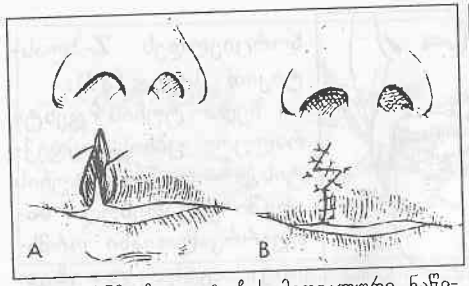
სურ. 158. ზედა ტუჩის ლატერალურ ნაწილში არსებული დეფექტის აღდგენა ცხვირის ფრთის გასწვრივ გატარებული განაკვეთით წარმოქმნილი ნაფლეთით.

ლატერალურად გამოჭრილ კვადრატულ აღნიშნული მეთოდის Gillies-ის (1957) რირებულია 163-ე სურათზე. არსებობს ზედა ტუჩის ტოტალური

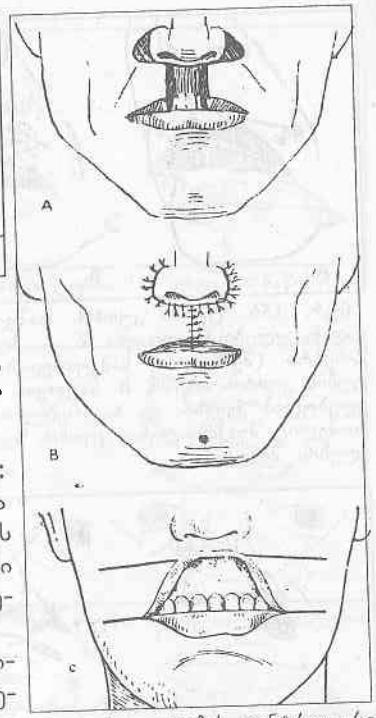
ზედა ტუჩის ცენტრალური უბნის დეფექტის დროს ცხვირ-ტუჩის არეში გატარებული ნახევარრკალოვანი ორმხრივი განაკვეთებით ხერხდება ზედა ტუჩის მობილიზაცია, დაახლოება და შეკერვა (სურ. 160). დიფენბახი ასეთ შემთხვევაში მიმართავს ორმხრივ ჰორიზონტალურ განაკვეთებს (სურ. 160 c).

Abbe ზედა ტუჩის ნაწილობრივი დეფექტის დასაფარავად იყენებს ქვედა ტუჩზე გამოჭრილ სამკუთხა ან სოლისებრ ფეხიან ნაფლეთს, რომელიც შეტრიალდება და შეიტანება ზედა ტუჩზე არსებულ დეფექტში (სურ. 161). ნაფლეთის სისხლმომარაგება ტუჩის არტერიით შენარჩუნებულია.

Von Bruns (1859) ზედა ტუჩის ცენტრალური დეფექტის აღსადგენად იყენებს ორივე მხარეს დეფექტის ნაფლეთებს (სურ. 162). მოდიფიკაცია დემონსტ-



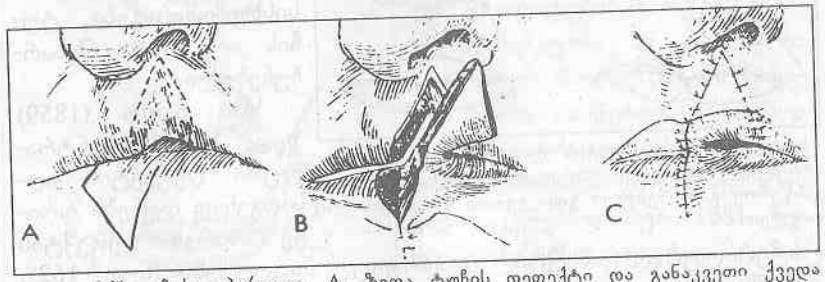
სურ. 159. ზედა ტუჩის მედიალური ნაწილის სოლისებრი დეფექტის დაფარვა Z — პლასტიკით. A. განაკვეთები დეფექტის არეში. B. Z — ნაფლეთების გადანაცვლების შემდეგ ჭრილობა შეკერილია, ტუჩის ფორმა ნორმის ფარგლებში.



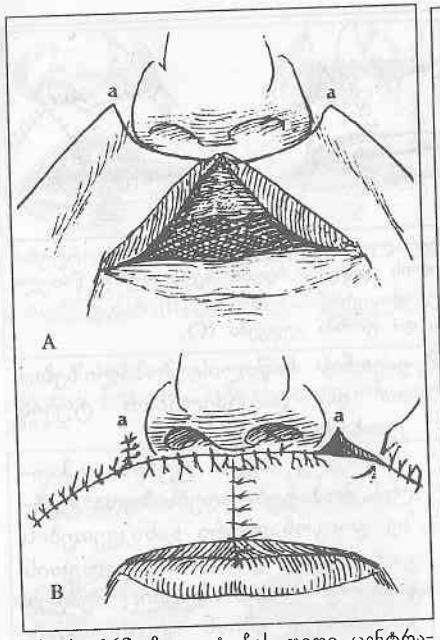
160. ზედა ტუჩის ცენტრალური დეფექტის აღდგენა. ცხვირის ფრთის ირგვლივ ორმხრივი განაკვეთებით (A) ზედა ტუჩის დაახლოება და შეკერვა (B). ორმხრივი ჰორიზონტალური განაკვეთები (C).

დეფექტის აღდგენის სხვა მეთოდიც: ორი ოთხკუთხა ნაფლეთის წამოქმნა ხდება ქვედა ტუჩისა და ნიკაპის ლატერალურ მხარეს. ნაფლეთები შეიტანება დეფექტის არეში და იკერება (სურ. 164).

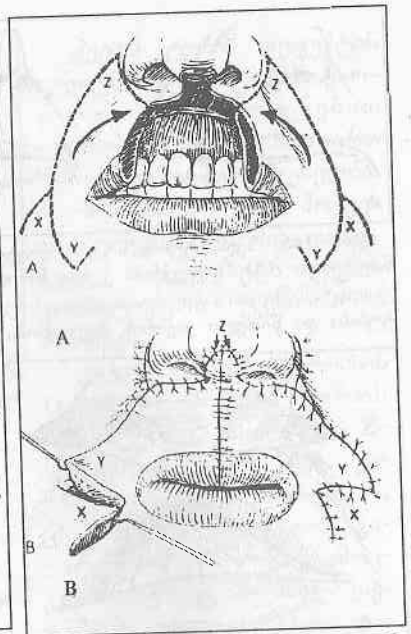
ზედა ტუჩის ლატერალური ნაწილის სრული დეფექტის დროს დეფექტის აღდგენა ხდება ერთი მხრივ (ზედა ნაწილი) ცხვირტუჩის არედან აღებული ნაფლეთით და მეორე მხრივ (ქვედა ნაწილი) ზედა ტუჩის



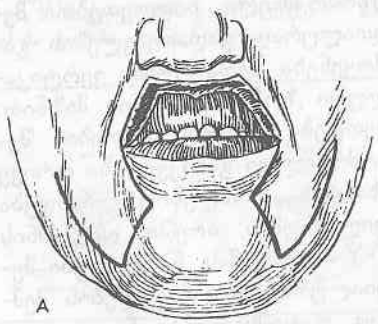
სურ. 161. აბეს ოპერაცია. A. ზედა ტუჩის დეფექტი და განაკვეთი ქვედა ტუჩზე; B. ქვედა ტუჩზე გამოჭრილი სამკუთხა ფეხიანი ნაფლეთის შეტანა ზედა ტუჩის დეფექტში (B) და ჩაკერება (C);.

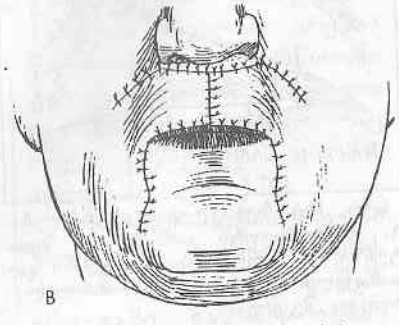


სურ. 162. ზედა ტუჩის დიდი ცენტრალური დეფექტის აღდგენა ტუჩის ლატერალურად გამოჭრილი კვადრატული ნაფლეთებით. A. განაკვეთები; B. ნაფლეთების დაახლოება და შეკერვა (von Bruns-ის ოპერაცია).

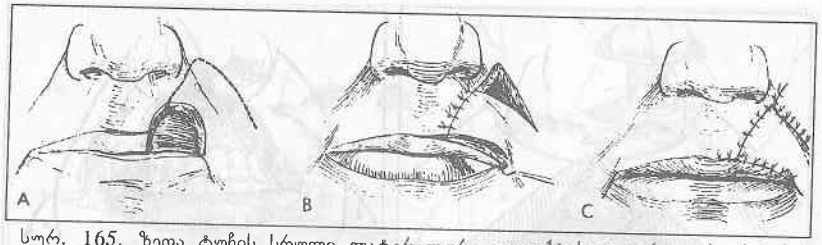


სურ. 163.. ზედა ტუჩის დიდი ცენტრალური დეფექტის აღდგენის ოპერაცია (Gillies-ის მოდიფიკაცია). A. განაკვეთები; B. ნაფლეთების დაახლოება და შეკერვა.

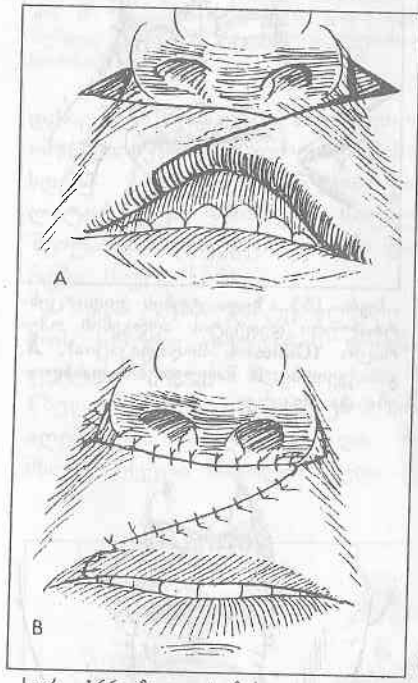




სურ. 164. ზედა ტუჩის ტოტალური დეფექტის აღდგენა ქვედა ტუჩისა და ნიკაპის ლატერალურად გამოჭრილი სწორკუთხა ნაფლეთით. A. განაკვეთები; B. ნაფლეთების გადატანა დეფექტის არეში და შეკერვა.



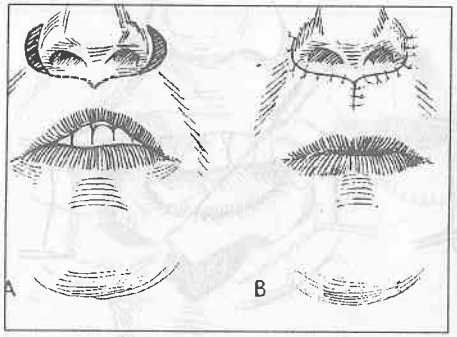
სურ. 165. ზედა ტუჩის სრული ლატერალური დეფექტის დაფარვა ცხვირტუჩის ნაფლეთით (A). დეფექტის ქვედა ნაწილის აღდგენა ხდება ზედა ტუჩის წითელი ყაეთნის ნაწილის გამოჭრითა და დაგრძელებით ტუჩის კუთხემდე (B). რის შემდეგაც ტუჩისა და წითელი ყაეთნის მთლიანობა და ფორმა აღდგება (C).



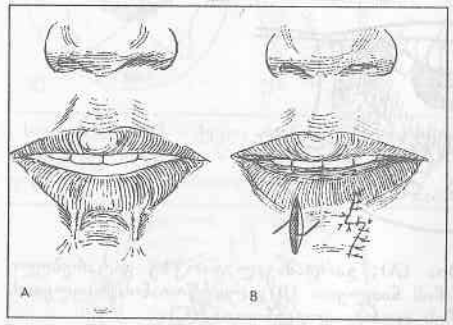
სურ. 166. ზედა ტუჩის დაგრძელება. A. დიაგონალური განაკვეთები ზედა ტუჩზე; B. ნაფლეთები ჯვარედინი გადანაცვლება ერთმანეთის მიმართულებით და შეკერვა.

ყაეთნის ნაწილის მობილიზებითა და დაგრძელებით ტუჩის კუთხემდე (სურ. 165).

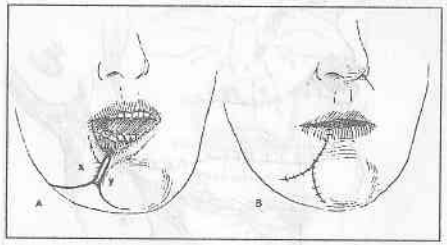
მოკლე ზედა ტუჩის სიმაღლის მომატება ხდება ზედა ტუჩზე დიაგონალური განაკვეთების გატარებით და ორი ნაფლეთის წარმოქმნით, რომლებიც შემდეგ გადაინაცვლებიან ჯვარედინად ერთმანეთის მიმართულებით ზედა ტუჩის სასურველი სიმაღლის მიღწევამდე (სურ. 166). ეს არის Teale-ს (1857) მეთოდი. Webster (1855) აღწერა ლატერალურად წარმოქმნილი ნაფლეთების მედიალურად გადანაცვლების გამოყენება ზედა ტუჩის ვერტიკალური ზომის გაზრდის მიზნით: კეთდება ცხვირის ფრთების შემომრკალავი განაკვეთები ორივე მხარეს, რომლებიც ერთდება ფილტრუმის არეში და ქმნის V-Y-ის ფორმას. ნაფლეთები მედიალურად გადანაცვლების შემდეგ დაფიქსირდება ნაკერებით, რაც უზრუნველყოფს ზედა ტუჩის დაგრძელებას სიმაღლეში (სურ. 167).



სურ. 167. ზედა ტუჩის დაგრძელება ცხვირის ფრთების შემომრკალავი განაკვეთებით..



სურ. 168. ნაწიბურებით გამოწვეული ტუჩის ექტროპია (A); ნაწიბურების ამოკვეთისა და Z-ნაფლეთების გადანაცვლებით ქვედა ტუჩის ფორმა აღდგენილია.



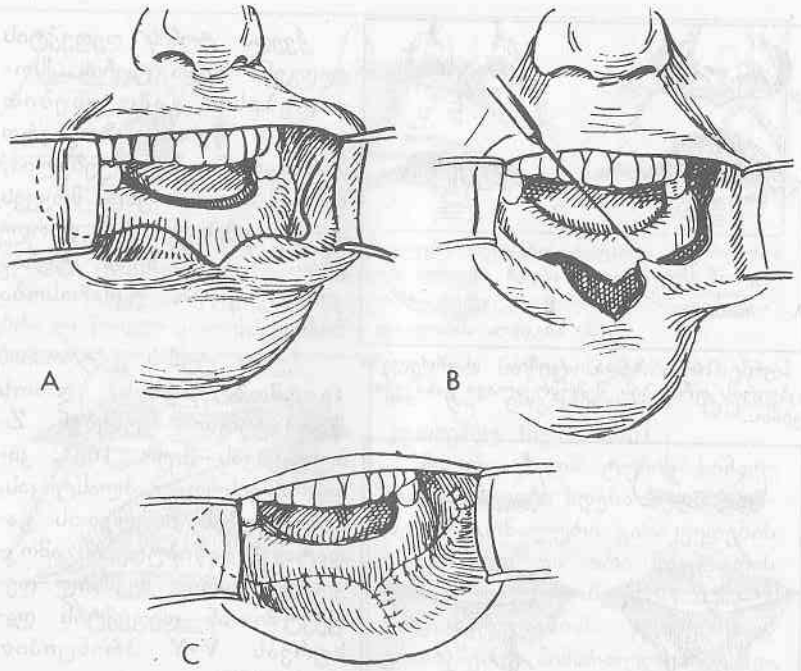
სურ. 170. ქვედა ტუჩის მომჭიმავი ნაწიბურის ამოკვეთა და დეფექტის კორექცია V-Y მეთოდით.

ქვედა ტუჩის დეფექტის აღდგენა ზედა ტუჩის ქსოვილების გამოყენებით (Abbe-ს წესით) ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია, მაგრამ ამას არ უნდა მოყვეს ფილტრუმის ფორმის დარღვევა, რასაც ზედა ტუჩის კოსმეტიკური უკმარისობა მოსდევს.

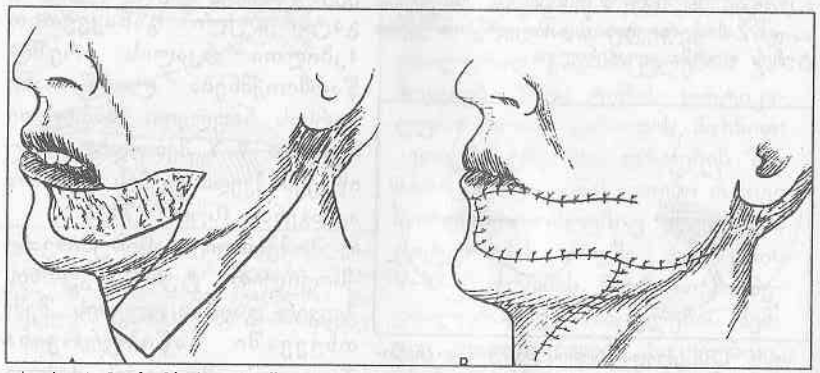
ქვედა ტუჩის ექტროპიის (გადმობრუნების) დროს წარმატებით იყენებენ Z-პლასტიკას (სურ. 168), კანის თავისუფალ პლასტიკას, ცხვირტუჩის ნაფლეთის გადატანას ნაწიბურების ამოკვეთის შემდეგ შექმნილ დეფექტში ან დეფექტის დახურვას V-Y პრინციპით (სურ. 170).

ქვედა ტუჩის ენტროპიის (შიგნით ჩაბრუნების) დროს ქვედა გარდამავალ ნაოჭზე გატარებული განაკვეთით (კბილთა რკალის არეში) წარმოიქმნება ლორწოიანი გარსის ნაფლეთი. ნაფლეთი იკერება V-Y მეთოდით, რაც იწვევს ქვედა ტუჩის ფორმის აღდგენას (სურ. 171).

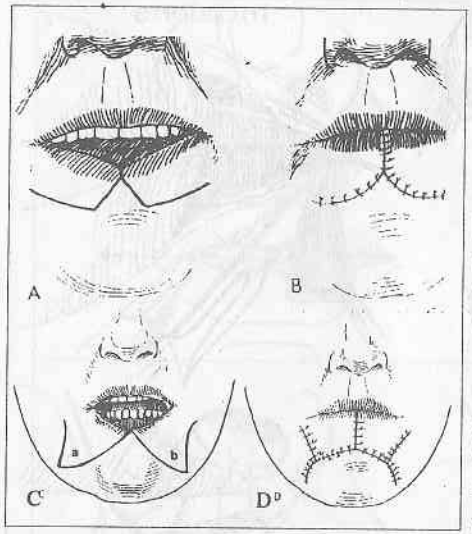
მომჭიმავი ნაწიბუროვანი ქსოვილით ტუჩის კუთხის ქვევით გადანაცვლების შემთხვევაში ნაწიბუროვანი ქსოვილის ამოკვეთის შემდეგ წარმოქმნილ დეფექტში შეაქვთ კისრის არეში წარმოქ-



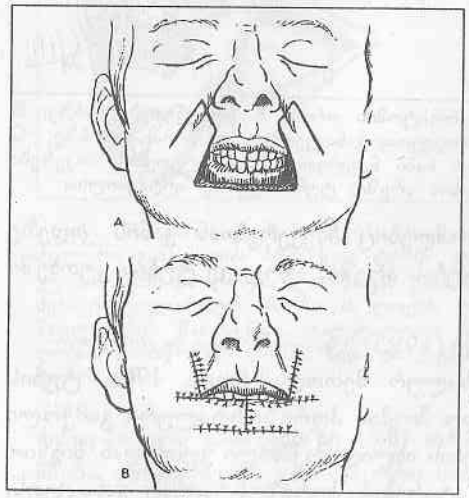
სურ. 171. ქვედა ტუჩის ენტროპია (A); გარდამავალ ნაოჭზე გატარებული განაკვეთით წარმოქმნილი ლორწოიანის ნაფლეთი (B); ლორწოიანის ნაფლეთის შეკერვა V-Y მეთოდით. ქვედა ტუჩის ფორმა აღდგენილია (C).



სურ. 172. მომჭიმავი ნაწიბურის გავლენით დაწეული პირის კუთხის რეკონსტრუქცია კისრიდან აღებული ნაფლეთით.



სურ. 173. A,B - ქვედა ტუჩის ცენტრალური დეფექტის აღდგენა V-Y მეთოდით. C, D — გილისის და მილარდის მეთოდი.



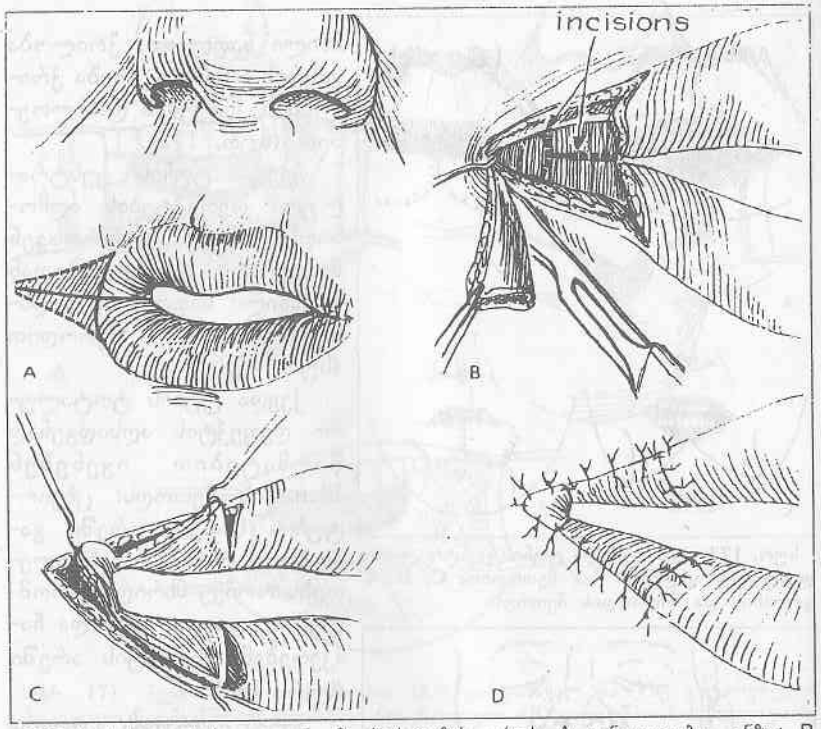
სურ. 174. ქვედა ტუჩის ტოტალური დეფექტის აღდგენა. A — განაკვეთები ცხვირტუჩის არეში; B — ნაფლეთების გადატანა დეფექტის არეში და ქვედა ტუჩის აღდგენა.

მნილი ნაფლეთი. ჭრილობა კისრის არეში იკერება ჭრილობის კიდეების დაახლოებით (სურ. 172).

ქვედა ტუჩის ცენტრალური დეფექტების აღმოსაფხვრელად მიმართავენ მიმდებარე ქსოვილებიდან შექმნილი ნაფლეთის გადანაცვლებას V-Y მეთოდით (სურ. 173).

ქვედა ტუჩის ტოტალური დეფექტის აღსადგენად წარმატებით იყენებენ Bruns-ის მეთოდს: ცხვირტუჩის ნაოჭის არეში გამოჭრიან ოთხკუთხა ნაფლეთებს ორივე მხრიდან, რომლებსაც გადაიტანენ და ჩააკერებენ დეფექტის არეში (სურ. 174).

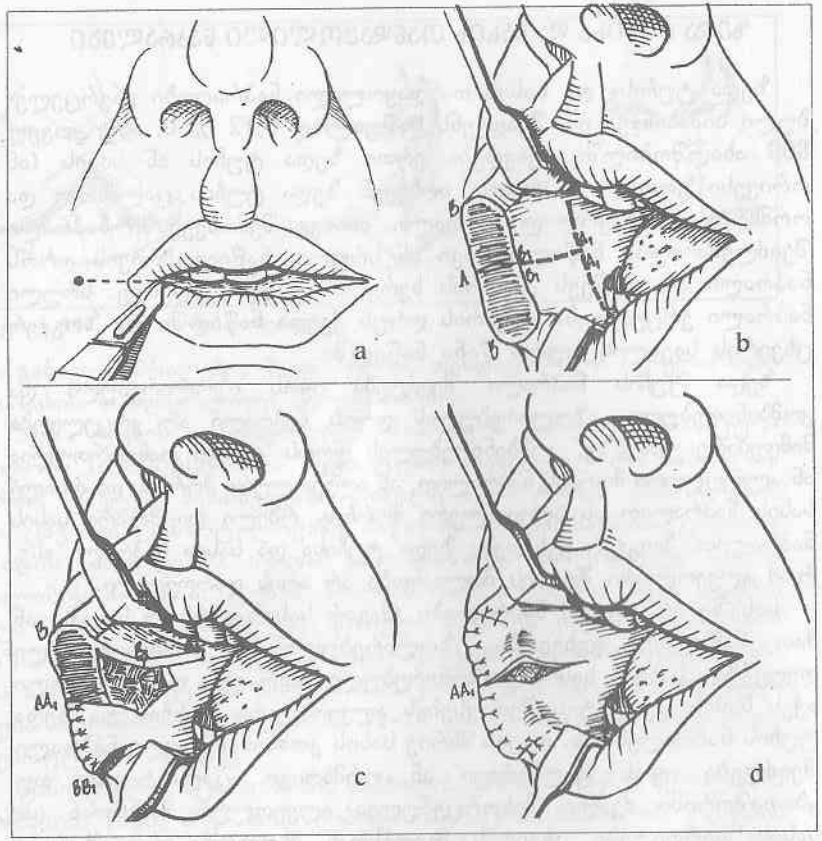
პირის ნაპრალის გადიდება. პირის ნაპრალის შევიწროვების (მიკროსტომა) აღმოფხვრის მიზნით ტარდება სათანადო ზომის განაკვეთი ტუჩის კუთხის არეში. ამოიკვეთება კანი და კანქვეშა ქსოვილი პირის ღრუს ლორწოიან გარსამდე. შემდეგ ახალშექმნილი პირის კუთხიდან რამდენადმე დაცილებით ატარებენ ჰორიზონტალურ განაკვეთს ლორწოიან გარსზე ისე, რომ წარმოიქმნება ლორ-



175. პირის კუთხის აღდგენა მიკროსტომის დროს. A. განაკვეთები კანზე; B. კანის და კანქვეშა ქსოვილის ამოკვეთა. განაკვეთი ლორწოიან გარსზე; C. წარმოქმნილია ლორწოიანი გარსის სამი ნაფლეთი; D. ნაფლეთების მიკერება კანის კიდეებთან, მათ შორის კუთხის არეში; ტუჩის კუთხე აღდგენილია.

წოიანის სამი ნაფლეთი, რომლებიც ჩაეკერებიან კანის კიდეზე როგორც ზედა, ისე ქვედა ტუჩის არეში, აგრეთვე ტუჩის კუთხეში (სურ. 175).

A. Berlet, V. Ableza, P. Servidio (1993) გვთავაზობენ მიკროსტომიის მკურნალობის ორიგინალურ მეთოდს (სურ. 176). ტუჩის კუთხიდან კეთდება სათანადო ზომის ჰორიზონტალური გამჭოლი განაკვეთი (სურ. 176 a). ტუჩის ახლად შექმნილი კუთხიდან შიგნით ლოყის ლორწოიან გარსზე ატარებენ ჰორიზონტალურ განაკვეთს, რომლის სიგრძე საწყისი განაკვეთის ტოლია (AB=B_1A_1 სურ. 176b). შემდეგ ლოყის ლორწოვან გარსზე აკეთებენ პირველი განაკვეთის პერპენდიკულარულ მეორე განაკვეთს, რომლის სიგ-



სურ. 176. პირის კუთხის რეკონსტრუქცია მიკროსტომიის დროს. a. ჰორიზონტალური განაკვეთის პროექცია ტუჩის კუთხის არეში; b. განაკვეთები ტუჩის კუთხის (AB) და ლოყის ლორწოვან გარსზე — ჰორიზონტალური (B_1 A_1) და პერპენდიკულარული (A, A_1); c. ლოყის ლორწოვანი გარსის ზედა და ქვედა ნაფლეთების წარმოქმნა, ლატერალური როტაცია და დეფექტში შეტანა; d. ლოყის ლორწოვანი გარსის ზედა და ქვედა ნაფლეთის მიკერება ზედა და ქვედა ტუჩის კანის კიდესთან.

რძეც საწყის განაკვეთზე (AB) ორჯერ დიდია. ამრიგად წარმოიქმნება ლორწოვანი გარსის ორი ნაფლეთი; თითოეული (როგორც ზედა, ისე ქვედა) ნაფლეთი მოტრიალდება გარეთ (ლატერალური როტაცია) და ჩაეკერება ზედა და ქვედა ტუჩის კანის კიდეს.

ზედა ტუჩისა და სასის თანდაჭოლილი ნაპრალები

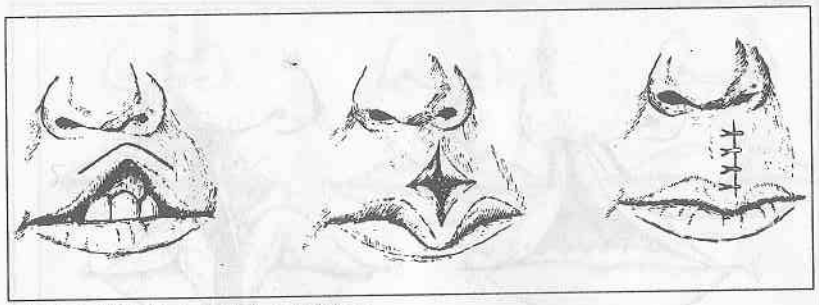
ზედა ტუჩისა და სასის თანდაყოლილი ნაპრალები გავრცელებული სიმახინჯეა და შეადგენს საშუალოდ 0,12 %-ს, ანუ ყოველ 800 ახალშობილში გვხვდება ერთი ზედა ტუჩის ან სასის (ან ორივესი ერთად) ნაპრალი. არჩევენ ზედა ტუჩის ცალმხრივ და ორმხრივ თანდაყოლილ ნაპრალს. ორივე შემთხვევაში ნაპრალი შეიძლება იყოს ნაწილობრივი ან სრული. ნაწილობრივის დროს ნაპრალი არ აღწევს ცხვირის ხვრელის ქვედა კიდემდე. სრული ნაპრალი ვრცელდება ცხვირის ღრუს ქვედა ნაწილში და ზოგჯერ ცხვირის სავალის ფუძის წინა ნაწილში.

ზედა ტუჩის ნაპრალი შეიძლება იყოს იზოლირებული და კომბინირებული. იზოლირებულის დროს ნაპრალი არ ვრცელდება მიმდებარე უბნებზე, კომბინირებულის დროს კი იგი თანდართულია ან ალვეოლური მორჩის ნაპრალით, ან ალვეოლური მორჩის და რბილი სასის ნაპრალით ან ალვეოლური მორჩის, რბილი და მაგარი სასის ნაპრალით. ზოგჯერ გვხვდება ზედა ტუჩისა და სასის ნაპრალი ისე, რომ ალვეოლური მორჩის მთლიანობა არ არის დარღვეული.

სასაზე არსებული ნაპრალები (მაგარ სასაზე, რბილ სასაზე ან მათ ნაწილზე) გვხვდება იზოლირებული ან კომბინირებული დეფექტის სახით. სასის კომბინირებული ნაპრალის დროს ადგილი აქვს სასის დეფექტის შეთავსებას ალვეოლური მორჩის და ზედა ტუჩის ნაპრალებთან. თავის მხრივ სასის კომბინირებული ნაპრალი შეიძლება იყოს ცალმხრივი ან ორმხრივი. ცალმხრივია, თუ ყბათაშორისი ძვალი შეხორცებულია ალვეოლურ მორჩთან და სასის ფირფიტები ცხვირის ძგიდესთან მხოლოდ ერთ მხარეს; ორმხრივია, თუ ყბათაშორისი ძვალი ალვეოლურ მორჩთან და სასის ფირფიტები ცხვირის ძგიდესთან არც ერთ მხარეს არ არის შეხორცებული.

სასის იზოლირებული ნაპრალი შეიძლება ვრცელდებოდეს მთელ მაგარ და რბილ სასაზე ან მის რომელიმე ნაწილზე ნაკის ჩათვლით. არსებობს აგრეთვე ნაპრალების ფარული ფორმა. ამ დროს შენარჩუნებულია კანისა და ლორწოიანი გარსის მთლიანობა, მაგრამ დარღვეულია კუნთოვანი შრის (ზედა ტუჩზე, რბილ სასაზე) და ძვლის მთლიანობა (მაგარ სასაზე).

არის აგრეთვე იშვიათი ფორმები: სახის შუა ნაპრალი, რომელიც ზედა ტუჩზე გადის და გრძელდება ცხვირზე და ქვედა ყბისა და ქვედა ტუჩის შუა ნაპრალი. ასევე იშვიათია სახის ირიბი



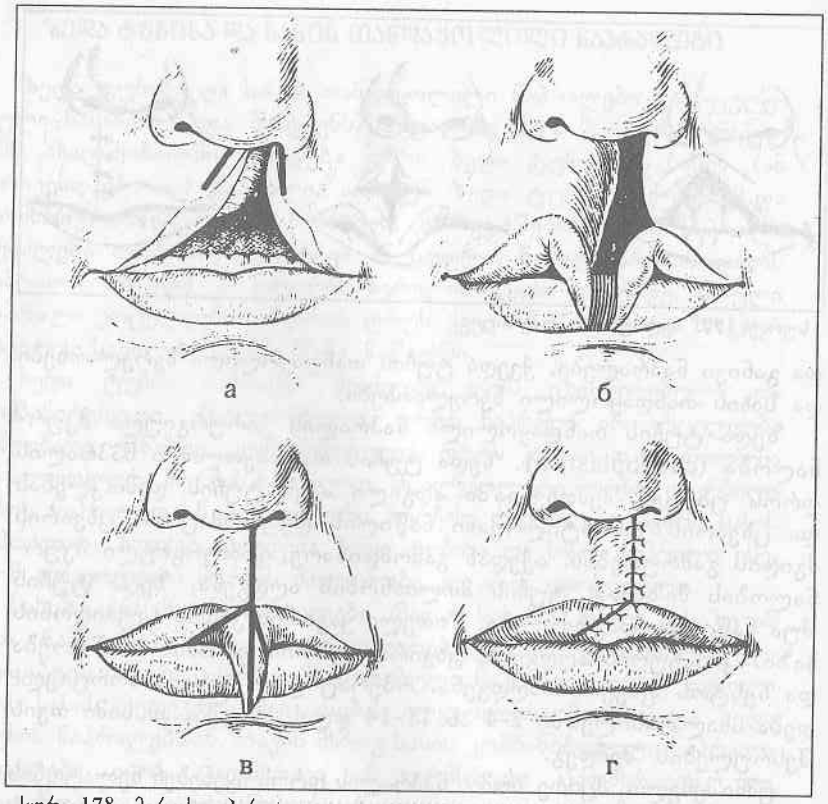
სურ.ჯ 177. ნელატონის ოპერაცია.

და განივი ნაპრალები, ქვედა ტუჩის თანდაყოლილი ხვრელარხები და სახის თანდაყოლილი ხვრელარხები.

ზედა ტუჩის თანდაყოლილი ნაპრალის ქირურგიული მკურნალობა (cheiloplastica). ზედა ტუჩის თანდაყოლილი ნაპრალის დროს უმეტეს შემთხვევაში ადგილი აქვს ტუჩის დამოკლებას და ცხვირის კანხრტილოვანი ნაწილის დეფორმაციას, ცხვირის ძგიდის გამრუდებას. აქედან გამომდინარე, ქირურგიული მკურნალობის მიზანია: ტუჩის მთლიანობის აღდგენა, ზედა ტუჩის შუა ნაწილის დაგრძელება, წითელი ყაეთნის კიდის (კუპიდონის ხაზი) კონტურის აღდგენა, ცხვირის ფრთის ფორმის გასწორება და ნესტოს ფსკერის აღდგენა. ოპერაციული ჩარევა ხორციელდება ახალშობილებში 2-4 ან 11-14 დღის ასაკში, ან სამი თვის შესრულების შემდეგ.

უმნიშვნელო, მცირე ზომის ნაპრალის დროს იყენებენ ნელატონის (Nelaton, 1860) მიერ მოწოდებულ ოპერაციას. ნაპრალის კიდეების პარალელურად, წითელი ყაეთნიდან 2-3 მმ დაცილებით ატარებენ გამჭოლ განაკვეთს, რომელიც გარს უვლის ნაპრალს. ტუჩის ამოკვეთილ ზოლს გადაწევენ ქვევით და წარმოქმნილ რომბისებრ დეფექტს კერავენ გარდიგარდმო, შრეობრივად (სურ. 177).

მიროს (Mirault, 1844) მეთოდს იყენებენ დიდი ზომის (როგორც სრული, ისე არასრული) ნაპრალების დროს. ნაპრალის მწვერვალიდან კანის და ნაპრალის საზღვარს შორის ატარებენ გამჭოლ განაკვეთს წითელი ყაეთნის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გადასვლამდე ნაპრალის ორივე მხარეზე. წარმოიქმნება წითელი ყაეთნის ორი ნაფლეთი. ნაფლეთს, რომელიც მდებარეობს ტუჩის უფრო დიდ ფრაგმენტზე (ფილტრუმის მხარეს), ამოკვეთენ ირიბად, ისე, რომ განაკვეთი მიმართული იყოს ტუჩის კუთხისაკენ და მის ადგილზე მიაკერებენ მეორე მხრიდან გადმონაცვლებულ

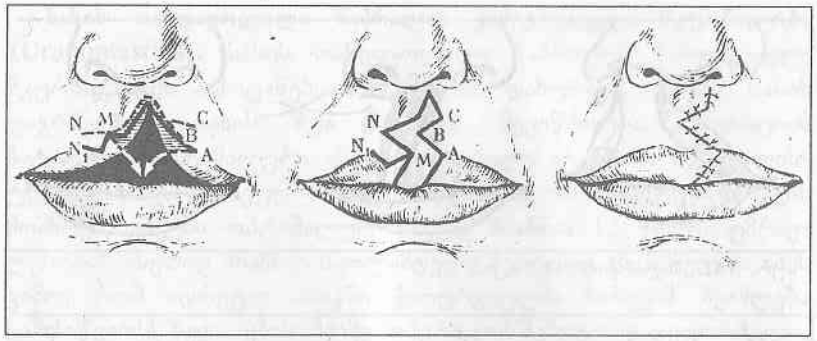


სურ. 178. მიროს ოპერაცია:

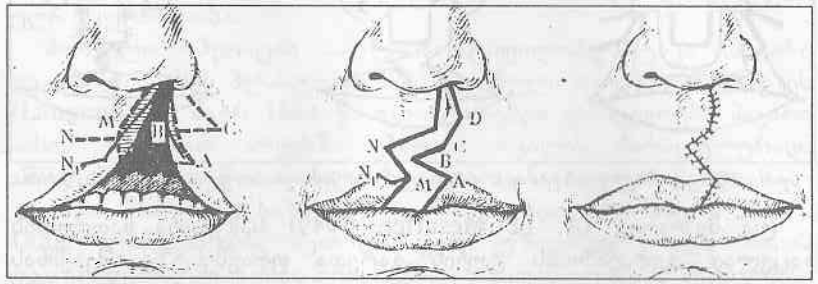
დაგრძელებას და ტუჩის შუაში წითელი ყაეთნის გასქელებას, რაც ტუჩს აძლევს ბუნებრივ სახეს (სურ. 178).

მიროს მეთოდსაც აქვს უარყოფითი მხარეები: ცხვირის ფრთის დეფორმაციის გასწორება არ ხერხდება, გაძნელებულია ცხვირის ფუძის ფორმირება.

ა.ლიმბერგი (А.А. Лимберг, 1926) სრული ნაპრალის დროს ცხვირის ფრთის ფუძის აღდგენის მიზნით გვირჩევს ტუჩის გარეთა ფრაგმენტზე შევქმნათ სამკუთხა ნაფლეთი, შევატრიალოთ ზევით და ჩავაკეროთ ცხვირის ძგიდის კანიანი ნაწილის გვერდით კედელზე გატარებულ ხაზოვან ვერტიკალურ განაკვეთში. ამასთან აუცილებელია სუბპერიოსტალურად აშრევებული იქნეს ცხვირის ფრთა ეშვის ფოსოს და მსხლისებრი ხვრელის არეში.



სურ. 179. ობუხოვას ოპერაცია.

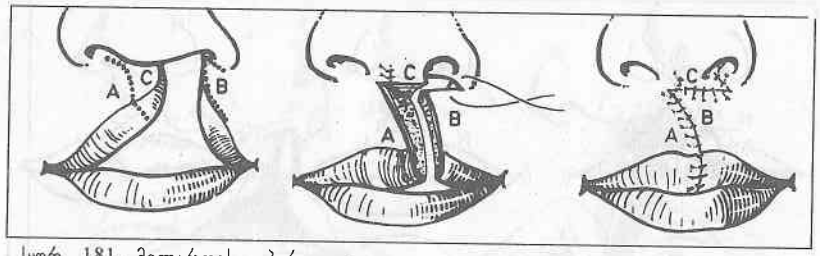


სურ. 180. ლიმბერგ-ობუხოვას ოპერაცია ცალმხრივი სრული ნაპრალის დროს.

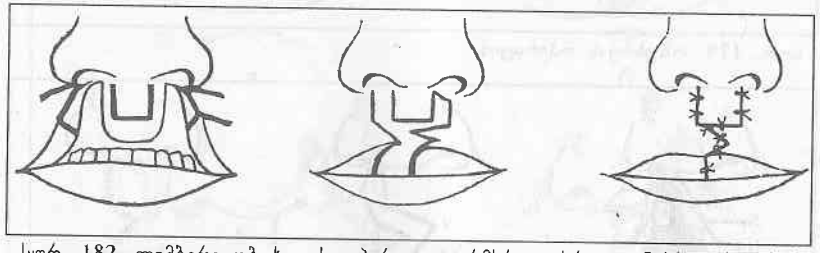
ზედა ტუჩის არასრული ნაპრალის დროს იყენებენ ობუხოვას მეთოდს, რომლის დროს ტუჩის გარეთა ფრაგმენტის ქვედა კუთხეში გამოჭრიან სამკუთხა ნაფლეთს (ABC) და ჩააკერებენ სამკუთხა ფორმის ჭრილობაში, რომელიც წარმოიქმნება ტუჩის შიგნითა ფრაგმენტზე დამატებითი ჰორიზონტალური განაკვეთის (MN) გატარების შემდეგ. სამკუთხა ნაფლეთის ფუძის სიგრძე უნდა იყოს ტუჩის დამოკლების ტოლი, რათა ოპერაციის დამთავრების შემდეგ აღდგეს ტუჩის ნორმალური სიმაღლე (სურ. 179).

ზედა ტუჩის ცალმხრივი სრული ნაპრალის დროს იყენებენ ლიმბერგ-ობუხოვას მეთოდს: ნაპრალის ქვედა ნაწილში ხდება სამკუთხა ნაფლეთის (ABC) გადაჯგუფება ობუხოვას მეთოდით, ხოლო ნესტოს უკანა კედლის ფორმირება ხორციელდება ა.ლიმბერგის მეთოდით წარმოქმნილი სამკუთხა ნაფლეთის (BCD) საშუალებით (სურ. 180).

ორივე ეს მეთოდი კარგად აღადგენს ტუჩისა და ცხვირის ფორმას, მაგრამ ახდენს ფილტრუმის მნიშვნელოვან დეფორმაციას.



სურ. 181. მილარდის ოპერაცია.



სურ. 182. ლიმბერგ-ობუხოვას ოპერაცია ორმხრივი სრული ნაპრალის დროს.

ლე მეზურიე (A. Le Mesurier, 1949) სამკუთხა ნაფლეთის ნაცვლად გვთავაზობს ტუჩის გარეთა ფრაგმენტზე შეიქმნას ოთხკუთხა ნაფლეთი. განაკვეთის სიგრძეს ავტორი აზუსტებს იგივე ასაკის და წონის ბავშვის ტუჩის სიმაღლის მიხედვით.

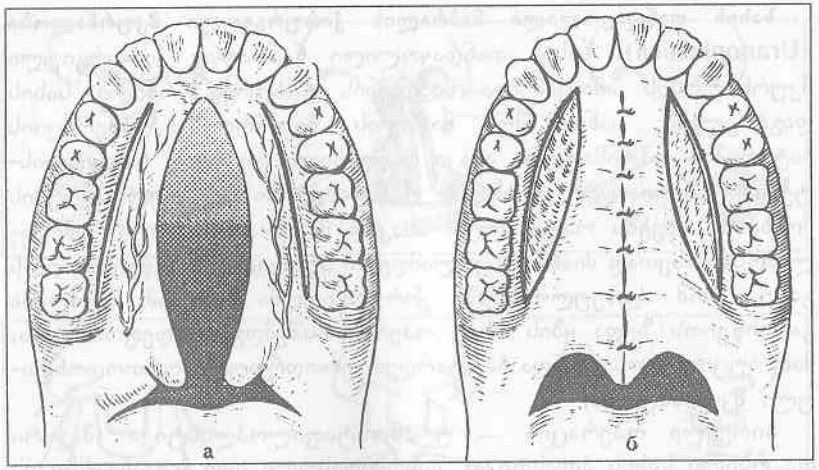
მილარდი (Millard) ტუჩის გარეთა ფრაგმენტის მთელ სიგრძეზე ქმნის ოთხკუთხა ნაფლეთს, მცირე ფრაგმენტზე კი სამკუთხას, ისე, რომ ამ უკანასკნელის ფუძე მდებარეობს ცხვირის ძგიდესთან, მწვერვალი კი წითელი ყაეთნის კიდემდე (კუპიდონის ხაზამდე) ფილტრუმის ნაპრალისკენა კიდესთან. სამკუთხა ნაფლეთით ხდება ნესტოს უკანა კედლის ფორმირება, ოთხკუთხათი კი — ტუჩის მთლიანობის აღდგენა (სურ. 181).

ლ.ფროლოვა (Л.Е. Фролова, 1956) სრული ნაპრალის დროს მხოლოდ სამკუთხა ნაფლეთს წარმოქმნის ტუჩის გარეთა ფრაგმენტის ქვედა ნაწილში. ნესტოს შევიწროება და ცხვირის ფრთის მოდელირება ხორციელდება ლორწოიანი გარსიდან ოთხკუთხედი ნაფლეთის შექმნით, რომლის ფუძე მდებარეობს მსხლისებრი ხვრელის კიდის არეში.

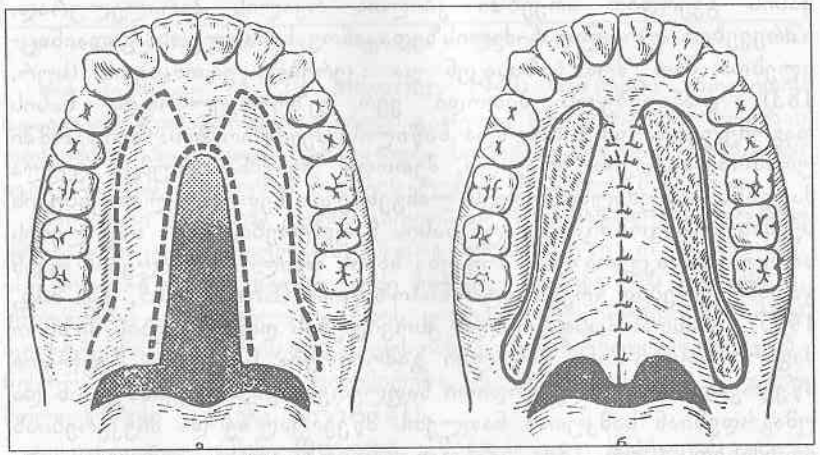
ლიმბერგისა და ობუხოვას შეთავსებული მეთოდიკა წარმატებით გამოიყენება ზედა ტუჩის ორმხრივი სრული ნაპრალის დროს (სურ. 182).

სასის თანდაყოლილი ნაპრალის ქირურგიული მკურნალობა (Uranoplastica). სასის თანდაყოლილი ნაპრალის ქირურგიული მკურნალობის ამოცანებია ნაპრალის დახურვა, რბილი სასის დაგრძელება, სახის შუა ნაწილის შევიწროება. ოპერაციის ჩატარების ოპტიმალური ასაკი დადგენილი არ არის. სპეციალისტების ნაწილი ადრეულ ასაკში (1 წლამდე) ოპერაციული ჩარევის მომხრეა, სხვებს ოპტიმალურ ასაკად მიაჩნია 12 წელი. უმრავლესობას ასეთად მიაჩნია სკოლამდელი პერიოდი (6-7 წელი). იმის გამო, რომ ადრეულ ასაკში ქირურგიულმა ჩარევამ შეიძლება გამოიწვიოს ზედა ყბის მძიმე ოპერაციისშემდგომი დეფორმაცია, მათ აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ ერთდროული ორთოდონტიული მკურნალობა.

პირველი ოპერაცია — ურანოსტაფილოპლასტიკა (მაგარი და რბილი სასის პლასტიკა) შესრულებული იყო ბ.ლანგენბეკის (Langenbeck) მიერ 1861 წ. იგი ატარებდა განაკვეთებს მაგარი სასის გვერდით არეებში კბილთა რკალის პარალელურად, აშრევებდა ლორწოიან-ძვლისზედაკანოვან ნაფლეთს, გადაანაცვლებდა მათ შუა ხაზისაკენ და აკერებდა ერთმანეთს (სურ. 183). ლანგენბეკის მეთოდი ვერ უზრუნველყოფდა სასის დაგრძელებას და ხახის შუა ნაწილის შევიწროებას. შემდგომში ურანოპლასტიკის მრავალი მეთოდი შეიქმნა, თუმცა ყველა მათგანს საფუძვლად უდევს ლანგენბეკის მეთოდი. ლანგენბეკის სქემას შემდგომში დაემატა სასის ნაფლეთების წინა ნაწილების სრული გადაკვეთა და აშრევება სასის რბილი ქსოვილების უკან გადანაცვლებით (რეტროტრანსპოზიცია) (Ernst, 1915, ჟ.ჟ. მჟჟ, 1925), ამასთან სასის რბილი ქსოვილების დაგრძელების მიზნით მაგარი სასის წინა ნაწილში გამოიჭრება სამკუთხა ნაფლეთი მწვერვალით უკან. გვერდითი ნაფლეთები გადაიწევიან უკან და უმაგრდებიან სამკუთხა ნაფლეთს მწვერვალზე და მიეკერებიან ერთმანეთს (სურ. 184). ამასთან, ერნსტმა (1915) შემოგვთავაზა ხახის შუა ნაწილის შევიწროების (მეზოფარინგოკონსტრიკციის) მიზნით ხახის გვერდით ნაწილებში კუნთების ათიშვა ფრთა-ქვედა ყბის ნაოჭებზე გატარებული განაკვეთებიდან. ამავე მიზნით ბილროტი გვთავაზობს ფრთისებრი მორჩის შიგნითა ფირფიტის მოტეხვას კავის ფუძესთან. ლვოვი გვირჩევს სისხლძარღვოვან ნერვული კონის გათავისუფლებას სასის დიდი ხვრელების უკანა კიდის რეზექციის გზით.



სურ. 183. ლანგენბეკის ოპერაცია.



სურ. 184. ლვოვის ოპერაცია.

ლიმბერგმა (А.А. Лимберг, 1926) გააუმჯობესა არსებული მეთოდები და მოგვაწოდა რადიკალური ურანოპლასტიკის სრულყოფილი მეთოდი. იგი შედგება ხუთი ეტაპისაგან:

1. მაგარი სასის არეში ლორწოიან-ძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთის აშრევება. ატარებენ ლანგენბეკის განაკვეთებს მაგარი სასის ორივე მხარეზე ფრთისებრი მორჩის კავიდან ეშვამდე

კბილთა რკალის პარალელურად და ღრძილის კიდიდან 2-3 მმ დაცილებით. წინა ნაწილში გამოიჭრება ლორწოიანის სამკუთხა ნაფლეთი წვერით უკან (ლვოვი), სადაც ჩაეკერება გვერდითი ნაფლეთები უკან და შიგნით გადანაცვლების შემდეგ.

2. სასის დიდი ხვრელების უკანა შიგნითა კიდეების რეზექცია სისხლძარღვოვან-ნერვული კონის გასათავისუფლებლად და მაგარი სასის უკანა კიდიდან ცხვირის ლორწოიანის გაკვეთა სასის რბილი ქსოვილების უკან გადანაცვლების მიზნით *(რეტროტრანსპოზიცია)*.

3. *ინტერლამინალური ოსტეოტომია* — ფრთისებრი მორჩის კავსა და შიგნითა ფირფიტას სატეხით აცალკავებენ ფრთისებრი მორჩიდან და მასზე მიმაგრებული კუნთებით გადაწევენ შიგნით.

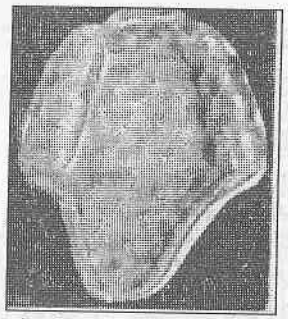
4. *მეზოფარინგოკონსტრიქცია* (ხახის შუა ნაწილის შევიწროება) — ფრთაქვედა ყბის ნაოჭებზე კეთდება ლორწოიანი გარსის განაკვეთი, რომელიც უერთდება ლანგენბეკის განაკვეთს. ჩლუნგი ინსტრუმენტით ითიშება ხახის გვერდითი კედლის კუნთები, რომლებიც აღნიშნული ჭრილობის ტამპონირებით გადაიწევს შიგნით.

5. *სტაფილორაფია* (ნაპრალის კიდეების შეკერვა) — ნაპრალის განახლებულ კიდეებს კერავენ შემდეგი თანამიმდევრობით: ჯერ იკერება ცხვირის ლორწოიანი გარსი, შემდეგ სასის კუნთები და ბოლოს პირის ღრუს ლორწოიანი.

ჩვენ უმრავლეს შემთხვევაში ვჯერდებით სისხლძარღვოვანნერვული კონის მობილიზაციას მისი აშრევებისა და სასის დიდი ხვრელიდან ამოწევის გზით, აგრეთვე არ ვახდენთ ინტერლამინარულ ოსტეოტომიას, საკმარისად ვთვლით კავის გადაწევას (ან გადატეხას) შიგნით. ი.ბერნადსკი მეზოფარინგოკონსტრიქციისათვის არ მიმართავს განაკვეთებს ფრთა-ქვედა ყბის ნაოჭის არეში, არც სასის დიდი ხვრელების უკანა კიდის ოსტეოტომიას (კვეთს სისხლძარღვოვანნერვულ კონას).

ლ. ფროლოვა (Л. Фролова, 1974) სიცოცხლის პირველ წელს რბილი სასის პლასტიკას ახორციელებს სასის რკალების ერთმანეთზე მიკერებით, ხოლო მაგარი სასის პლასტიკას — სასის ერთ-ერთი ფრაგმენტიდან ნაფლეთის გადაგდებით მეორე ფრაგმენტის ლორწოიანი გარსის ნაპრალის კიდემდე.

ცალმხრივი სრული ნაპრალის დროს სასის წინა ნაწილში ნაპრალის მოპირდაპირე მხარეს გამოჭრიან ლორწოიან ძვლისზედაკანოვან ნაფლეთს ფუძით ნაპრალის კიდეზე, გადადებენ მას ნაპრალზე და ჩააკერებენ ნაპრალის მოპირდაპირე კიდის ლორ-



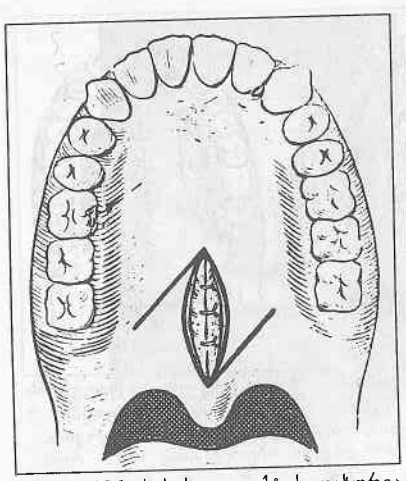
სურ. 185. სასის დამცველი ფირფიტა.

წოიან გარსს, რითაც აღადგენენ სასის წინა ნაწილს. უკანა ნაწილის მთლიანობის აღსადგენად ახორციელებენ რადიკალურ ურანოპლასტიკას.

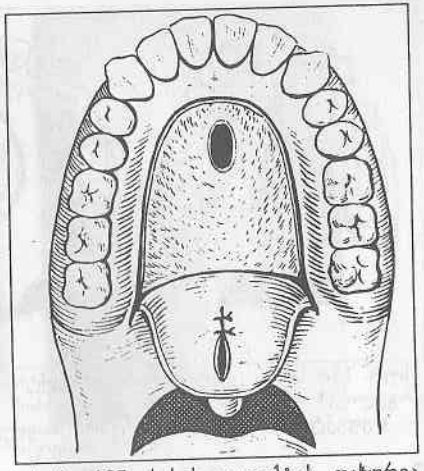
სასის ორმხრივი სრული ნაპრალის დროს ჯერ აღადგენენ სასის წინა ნაწილის მთლიანობას, რამდენიმე თვის შემდეგ კი მიმართავენ რადიკალურ ურანოპლასტიკას.

სასის რბილი ქსოვილების მნიშვნელოვანი დეფიციტის დროს, როდესაც სასის გვერდით ზედაპირებზე შექმნილი ნაფლეთების შიგნით და უკან გადანაცვლებისას რბილი სასის სიგრძე არასაკმარისია, იყენებენ ხახის უკანა კედლიდან უკანა ფეხზე აღებულ ნაფლეთს. ნაპრალის საორიენტაციოდ ხახის უკანა კედელზე ატლანტის დონედან ქვევით ატარებენ ორ პარალელურ განაკვეთს და ქმნიან ნაფლეთს სიგრძით 3 სმ და სიგანით 2-2,5 სმ.ატლანტის დონეზე ნაფლეთის ზედა კიდეს გადაკვეთენ განივად და ნაფლეთს აშრევებენ მალისწინა ფასციისაგან მთელ სიგრძეზე და ჭრილობას კერავენ კეტგუტით. შემდეგ რბილი სასის ორივე ფრაგმენტზე ნაპრალის კიდეებიდან 1-1,5 სმ დაცილებით ატარებენ ლორწოიანის განაკვეთს ნაპრალის კიდეების პარალელურად ნაჭის წვერამდე. რბილ სასაზე ასეთი გზით წარმოქმნილ ნაფლეთებს გადაწევენ სასის შუა ხაზისაკენ, დაუახლოვებენ ერთმანეთს და შეკერავენ. ასე იქმნება სარეცელი ხახის უკანა კედლიდან აღებული ნაფლეთისათვის, რომელსაც ათავსებენ წარმოქმნილ სარეცელზე და აკერებენ ნაფლეთის კიდეებს რბილი სასის ლორწოიანის კიდეებთან.

ოპერაციის შემდეგ ლანგენბეკის და ერნსტის განაკვეთებში ათავსებენ იოდოფორმის ფილთებს, ხოლო სასას ფარავენ იოდოფორმის მარლის თხელი შრით, რის შემდეგ მათი ფიქსაციის მიზნით სასას ხურავენ წინასწარ მომზადებული პლასტმასის დამცველი ფირფიტით (სურ. 185). ფირფიტის მომზადების დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს ოპერაციის შემდგომ ახლად შექმნილი სასის ტოპოგრაფია. ფირფიტა არ უნდა აწვებოდეს სასის ქსოვილებს. განსაკუთრებით ყურადღება უნდა მიექცეს ფირფიტის უკანა კიდეს. იგი არ უნდა ეხებოდეს სასის რბილ ქსოვილებს, რადგან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ვითარდება მათი შეშუპება. ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია ქსოვილების ნეკროზი.



სურ. 186. სასის დეფექტის დახურვა შემხვედრი სამკუთხა ნაფლეთებით.

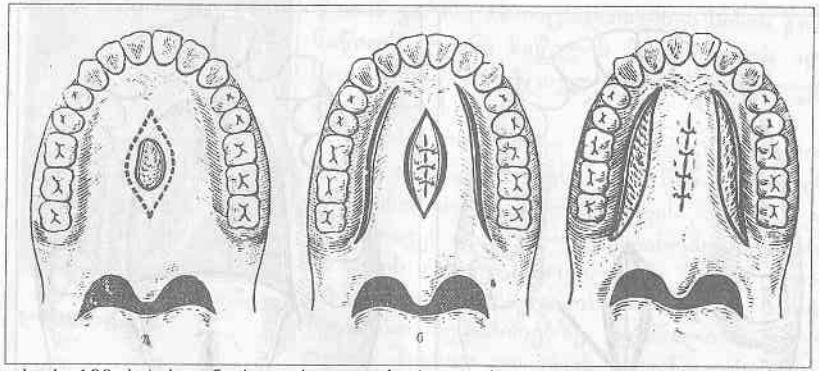


სურ. 187. სასის დეფექტის დახურვა ზიმონტის მეთოდით.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფებს ენიშნებათ ანტიბიოტიკები (5-7 დღით), წოლითი რეჟიმი (3-5 დღით), პირის ღრუს ტუალეტი. პირველ დღეებში თხიერი საკვები (ჩაი, ხილის წვენები, კისელი, ბულიონი). მეოთხე დღიდან ხილის პიურე, თოხლო კვერცხი, მე-6-7 დღიდან თხიერი ფაფები, არაჟანი, რძე, ხაჭო, კარტოფილის პიურე. ტამპონებს იღებენ ორი კვირის შემდეგ. ამ პერიოდში იწყებენ მექანოთერაპიას. სამი კვირის შემდეგ კი — სასის მასაჟს.

სასის შეძენილი დეფექტების ქირურგიული მკურნალობა მოცულობა და ხასიათი დამოკიდებულია დეფექტის ზომაზე. საშუალო ზომის დეფექტები (1,5-2 სმ დიამეტრით) შეიძლება დაიხუროს მიმდებარე ქსოვილებით. თუ დეფექტი ნაპრალისებურია, მას ხურავენ შემხვედრი სამკუთხედებით: განაახლებენ დეფექტის კიდეებს. გამოჭრიან ორ სამკუთხა ნაფლეთს ლორწოვანი გარსისა და ძვლისზედაკანის ჩართვით, გადააჯგუფებენ ნაფლეთებს და შეკერავენ (სურ. 186).

მაგარი სასის წინა ნაწილში არსებული მცირე ზომის დეფექტებს ხურავენ ზიმონტის წესით. ატარებენ განაკვეთს ალვეოლური მორჩის გასწვრივ. ათიშავენ ლორწოვან-ძვლისზედაკანოვან ნაფლეთს, დეფექტს კერავენ და ნაფლეთს აბრუნებენ თავის ადგილზე (სურ. 187). სასის შუა ხაზზე მდებარე უფრო დიდი ზომის მრგვალი ფორმის დეფექტის დასახურავად ჯერ აღადგენენ ცხვირის ლორწოვანს დეფექტის კიდეზე შექმნილი ნაფლეთებით, შემდეგ



სურ. 188. სასის ცენტრალური დეფექტის დახურვა: a — განაკვეთები დეფექტის ირგვლივ; b — სასის ლორწოვანი გარსის შექმნა; ლანგენბეკის განაკვეთები; c — დეფექტის დახურვა ხიდისებრი ნაფლეთის გადანაცვლებით და შეკერვით.

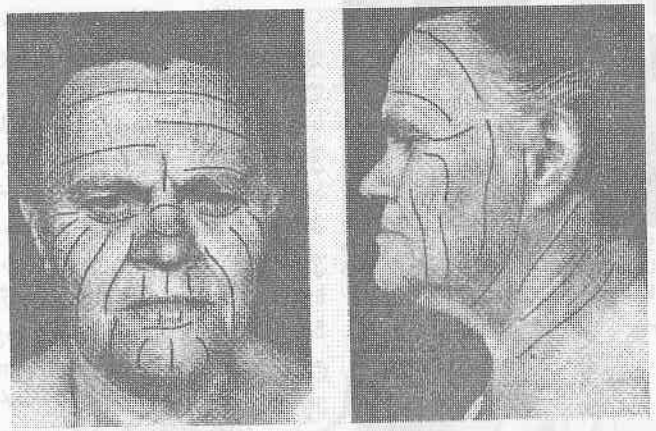
შეკერავენ დეფექტს ლორწოვან-ძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთის გადანაცვლების გზით (სურ. 188). მაგარი და რბილი სასის ფართო დეფექტების დასახურად იყენებენ მიგრაციულ ყლორტისებრ ნაფლეთს.

ლოყის პლასტიკა (Meloplastica)

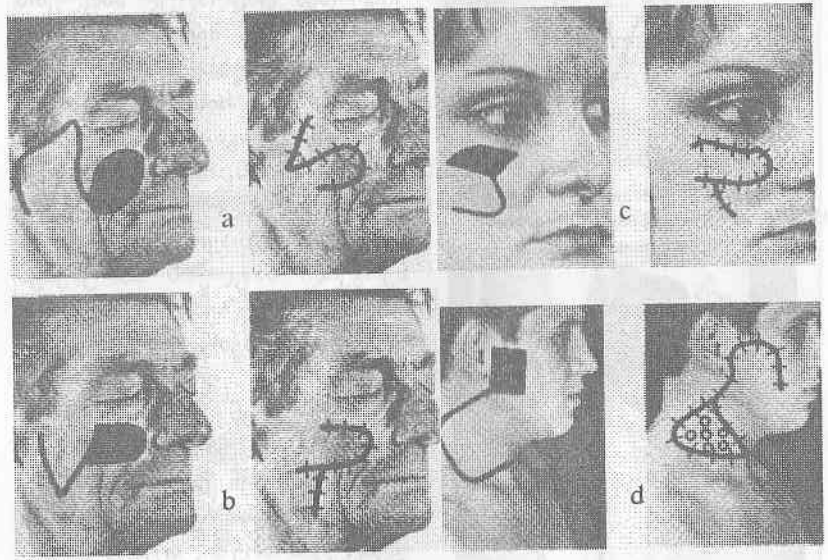
სახეზე ოპერაციების დროს მიზანშეწონილია განაკვეთების გატარება ისე, რომ ჭრილობაზე დადებული ნაკერების მიმართულება იყოს კუნთების მოქმედების მთავარი მიმართულების (ე.წ. „ძალოვანი ხაზების“) პერპენდიკულარული (სურ. 189). ასეთ შემთხვევაში ოპერაციისშემდგომი კოსმეტიკური შედეგი იქნება ოპტიმალური. ზემოაღნიშნული წესის დარღვევის შემთხვევაში წარმოიქმნებიან ჰიპერტროფიული ნაწიბურები, რომელთა აღმოსაფხვრელად იყენებენ Z-პლასტიკას.

ლოყის კანის მცირე ზომის ზედაპირული დეფექტების დასახურად იყენებენ ადგილობრივ პლასტიკას: ჭრილობის კიდეების დაახლოებას მათი ათიშვისა და მობილიზაციის შემდეგ ან მიმდებარე კანის გადანაცვლებას დეფექტში ან შემხვედრი სამკუთხედების გადანაცვლებას (სურ. 190).

ლოყის დიდი ზედაპირული დეფექტების დროს იყენებენ ფეხიან ნაფლეთს კისრის მიდამოდან (სურ. 191). თუ შეუძლებელია დეფექტის ახლომდებარე უბნების გამოყენება, მიმართავენ ნაფლეთოვან პლასტიკას შორეული ადგილებიდან: კანკუნთოვანი ნაფლეთი, რომელიც შეიცავს m. pectoralis major (იყენებენ სახის

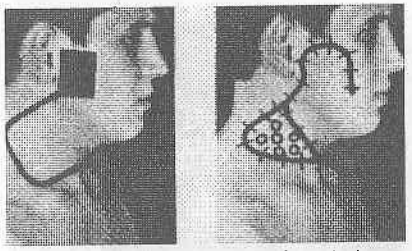


სურ. 189. განაკვეთები სახეზე ოპერაციების დროს.

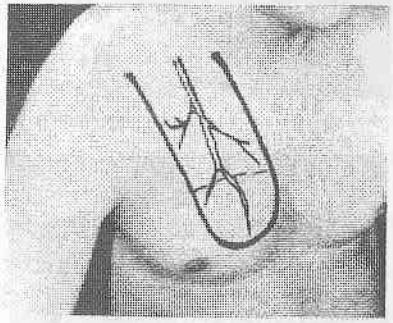


სურ. 190. ლოყის ზედაპირული დეფექტების დახურვა: a — Fridberg-ის წესით; b — ა.ლიმბერგის წესით; c — ე.წ. ფრანგული წესით; d — ა.ლიმბერგის წესით.

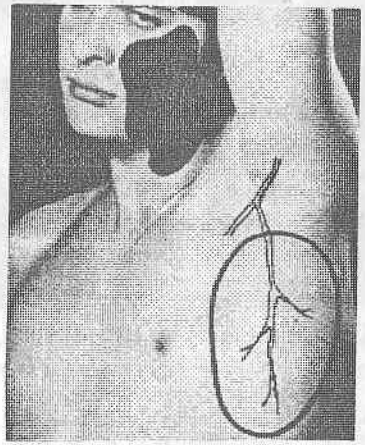
ქვედა ნაწილისა და კისრის დეფექტის დასაფარავად) (სურ. 192). კანკუნთოვანი ნაფლეთი ზურგის განიერი კუნთისაგან (სახეზე დეფექტების დასაფარავად) (სურ. 193).



სურ. 191. ლოყის დიდი ზედაპირული დეფექტის დაფარვა კისრიდან აღებული ფეხიანი ნაფლეთით (Kirschner-ის წესი).

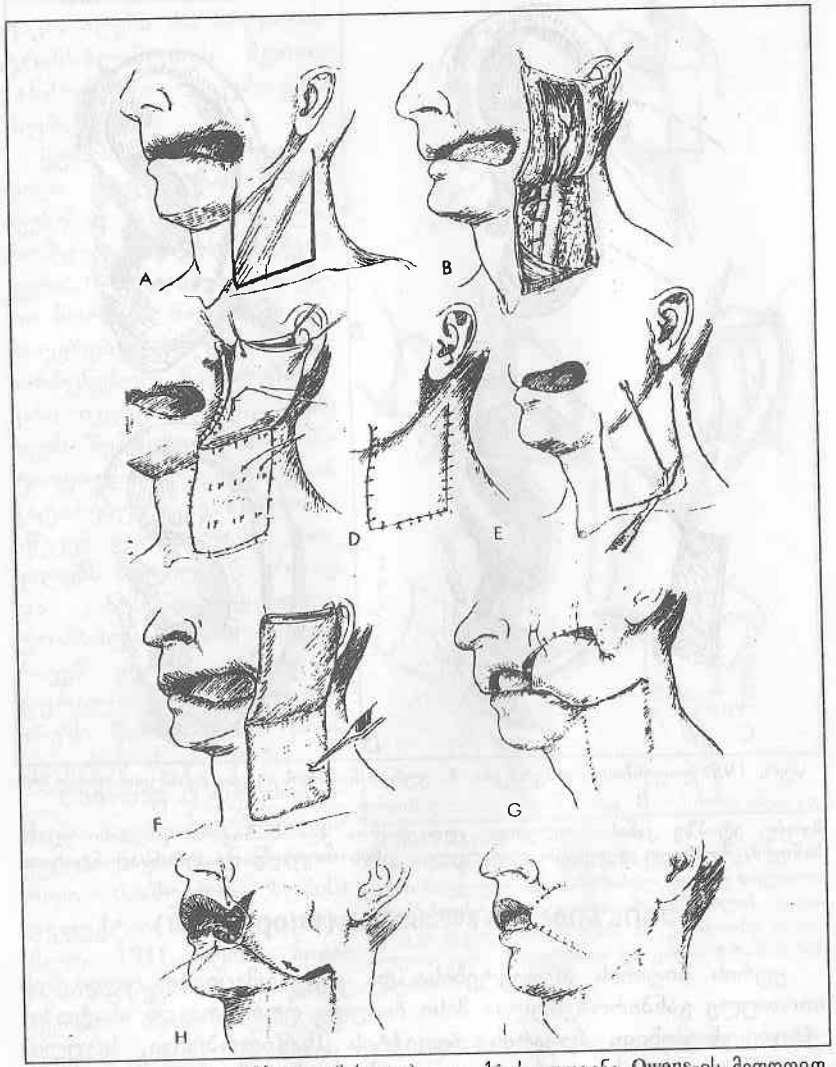


სურ. 192. m. pectoralis major-ის შემცველი კანკუნთოვანი ნაფლეთი.

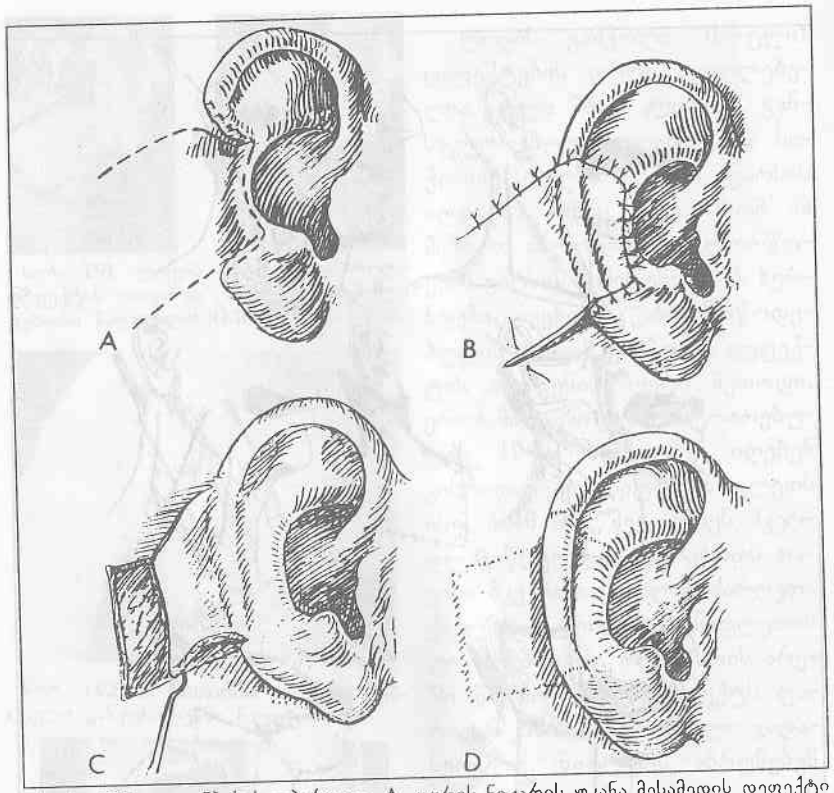


სურ. 193. კანკუნთოვანი ნაფლეთი ზურგის განიერი კუნთისაგან.

ლოყის გამჭოლი (სრული) დეფექტების დროს აუცილებელია ყველა შრის აღდგენა. განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს ლორწოვანი გარსის აღდგენა. იმის გამო, რომ ამ მიზნით ახლომდებარე ლორწოვანი გარსის გამოყენება არ ხერხდება, იყენებენ კანს. მოწოდებულია ლოყის გამჭოლი დეფექტის აღდგენის ბევრი მეთოდი. ერთი მათგანი დემონსტრირებულია 194-ე სურათზე. იღებენ კისრიდან კვადრატულ ნაფლეთს ისე, რომ იგი შეიცავდეს მკერდლავიწდვრილისებრ კუნთს თავისი მკვებავი სისხლის ძარღვთა ქსელით. როგორც ნაფლეთის ღია ზედაპირს, ისე კისრის არეში წარმოშობილ დეფექტს ფარავენ კანის თავისუფალი გადანერგვით. ნაფლეთს აბრუნებენ თავის ადგილზე. 10-14 დღის შემდეგ ნაფლეთს კანის ტრანსპლანტატთან ერთად აწევენ, შეატრიალებენ წინ და ზევით ლოყის დეფექტის დასაფარავად და ჩააკერებენ დეფექტის არეში. იქმნება სამივე შრე ლოყის დეფექტის არეში, თუმცა ლორწოვანის მაგივრად გამოყენებულია კანი. მეთოდი მოწოდებულია Owehs-ის (1955) მიერ.



სურ. 194. ლოყის გამჭოლი (სრული) დეფექტის აღდგენა Owens-ის მეთოდით. A. ლოყის დეფექტი და განაკვეთები კისერზე. B. ოთხკუთხა ნაფლეთი კისრიდან მკერდლავიწდვრილისებრი კუნთით და მისი მკვებავი სისხლძარღვთა ქსელით. C. ნაფლეთისა და კისრის არეში წარმოქმნილი დეფექტის დაფარვა კანის თავისუფალი გადანერგვით; D. ნაფლეთის დაბრუნება თავის ადგილზე; E, F, G, H, I. 10-14 დღის შემდეგ ნაფლეთს აწევენ კანის ტრანსპლანტატთან ერთად და ჩააკერებენ დეფექტში.



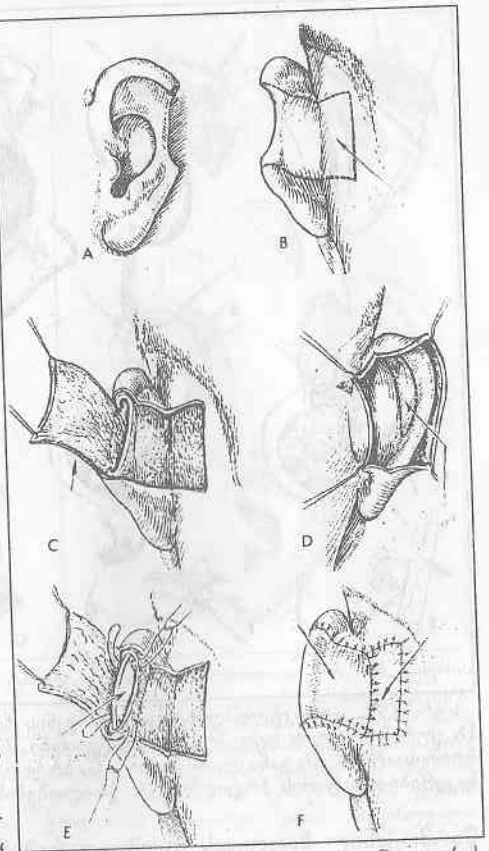
სურ. 195. დიფენბახის ოპერაცია. A. ყურის ნიჟარის უკანა მესამედის დეფექტი და განაკვეთები. B. კანის ნაფლეთით დაფარულია დეფექტი. C, D ოპერაციის მეორე ეტაპზე კანის ნაფლეთით აღდგენილია ყურის ნიჟარა და მისი უკანა ნაწილი. მეორადი დეფექტი დაფარულია კანის თავისუფალი ტრანსპლანტატით.

ყურის ნიჟარის პლასტიკა (Otoplastica)

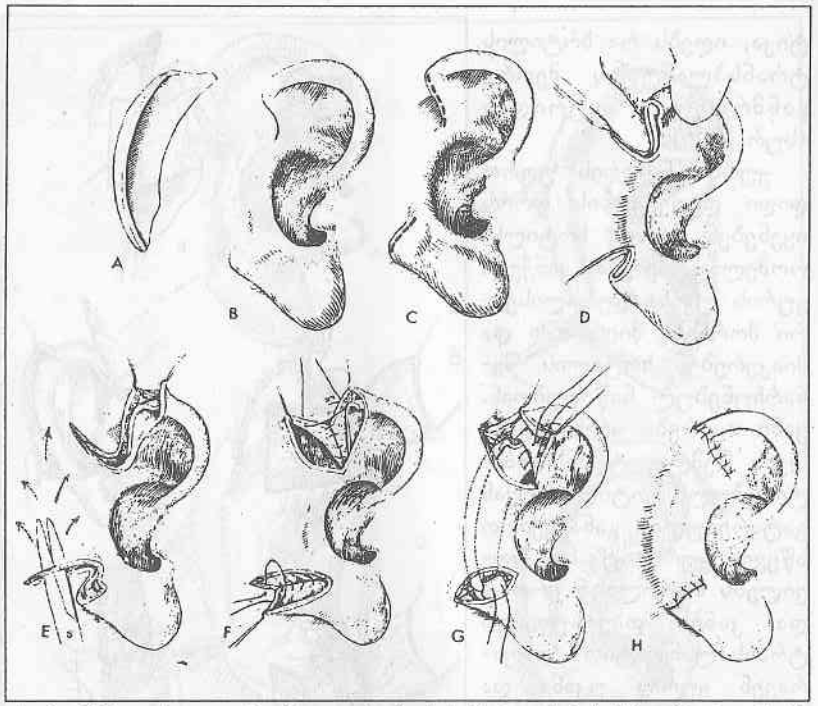
ყურის ნიჟარის დეფექტებისა და დეფორმაციების აღდგენის სირთულე განპირობებულია მისი რთული ფორმითა და ანატომიური აღნაგობით. ნიჟარის დეფექტის (ნაწილობრივი, სრული) რეკონსტრუქციის დროს აღდგენას ექვემდებარება როგორც კანის, ისე ხრტილის დეფექტი. დიფენბახის (Dieffenbach) მიერ 1829-1834 წლებში მოწოდებული ყურის ნიჟარის უკანა მესამედის აღდგენის მეთოდი არ ითვალისწინებდა ხრტილის პლასტიკას (სურ. 195). Navabi (1964) დიფენბახის მეთოდს დაუმატა ხრტილის პლასტიკა, იღებს რა ხრტილის ტრანსპლანტატს მეორე ჯანმრთელი ყურიდან (სურ. 196).

ყურის ნიჟარის უფრო დიდი დეფექტების დროს იყენებენ ნეკნის ხრტილს, რომელიც შეაქვთ კანქვეშ ყურის უკან (დვრილისებრი მორჩიხ) მიდამოში და მიაკერებენ ხრტილის შენარჩუნებულ ნაწილებთან. კანი იკერება ყრუდ. სამი თვის შემდეგ ტრანსპლანტირებული ხრტილის უკან გატარებული განაკვეთით აწევენ ყურის უკანა ქსოვილებს ხრტილთან ერთად და კანის თავისუფალი ტრანსპლანტატით დაფარავენ ყურის უკანა და დვრილისებრი მორჩის არეში წარმოქმნილ კანის დეფექტს (სურ. 197).

Converse (1958) მოგვაწოდა „გვირაბის მეთოდი“ ყურის ნიჟარის ნაწილობრივი (საშუალო ზომის) დეფექტის აღსადგენად (სურ. 198). ყურის ნიჟარას მიაწვებიან და კანზე მელნით მონიშნავენ დეფექტის კიდის შესაბამის ხაზს. ამ ხაზზე და დეფექტის კიდეზე კეთდება განაკვეთები. ყურზე გატარებული განაკვეთის უკანა კიდეს ჩააკერებენ კანზე გატარებული განაკვეთის წინა კიდეზე. ნეკნიდან აღებულ ხრტილს გადანერგავენ რბილ ქსოვილებში ყურის დეფექტის არეში და დაამაგრებენ ნაკერით ყურის ხრტილზე. კანზე გატარებული განაკვეთიდან ათიშავენ კანს,



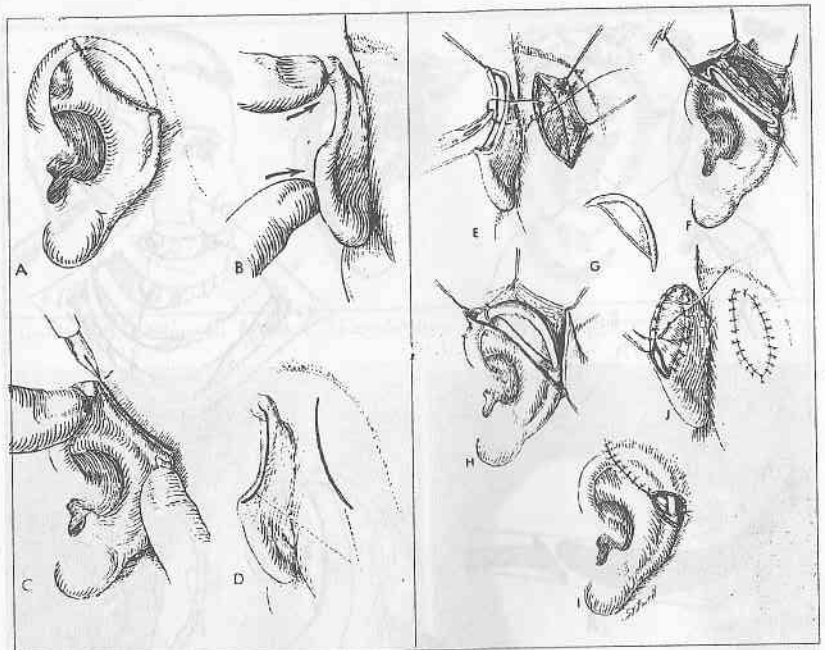
196. Navabi-ს ოპერაცია. A, B. ყურის ნიჟარის დეფექტი და განაკვეთები კანზე. C. კანის ნაფლეთი. D. ჯანმრთელ ყურზე ხრტილის ტრანსპლანტატის აღება. E. ხრტილის გადანერგვა დეფექტის არეში. F. ჭრილობა დაფარულია კანის ნაფლეთით და კანის ტრანსპლანტატით.



სურ. 197. აურიკულოპლასტიკა. A. ნეკნის ხრტილის ტრანსპლანტატი. B, C, D. ყურის ნიჟარის დეფექტი და განაკვეთები. E, F. კანის ათიშვა დვრილისებრი მორჩის არეში ორ განაკვეთს შორის. G. ხრტილის ტრანსპლანტაცია და ფიქსაცია ნაკერებით ნიჟარის ხრტილზე. H. ჭრილობების შეკერვა.

წარმოქმნილ ნაფლეთს გადმოაფარებენ ტრანსპლანტატს და მიაკერებენ ყურზე გატარებული განაკვეთის წინა კიდეს. შეხორცებისა და ვასკულარიზაციის პერიოდი შეადგენს 2-3 თვეს, რის შემდეგ ყურს აწევენ სათანადო განაკვეთით და ჭრილობას დაფარავენ კანის თავისუფალი გადანერგვით.

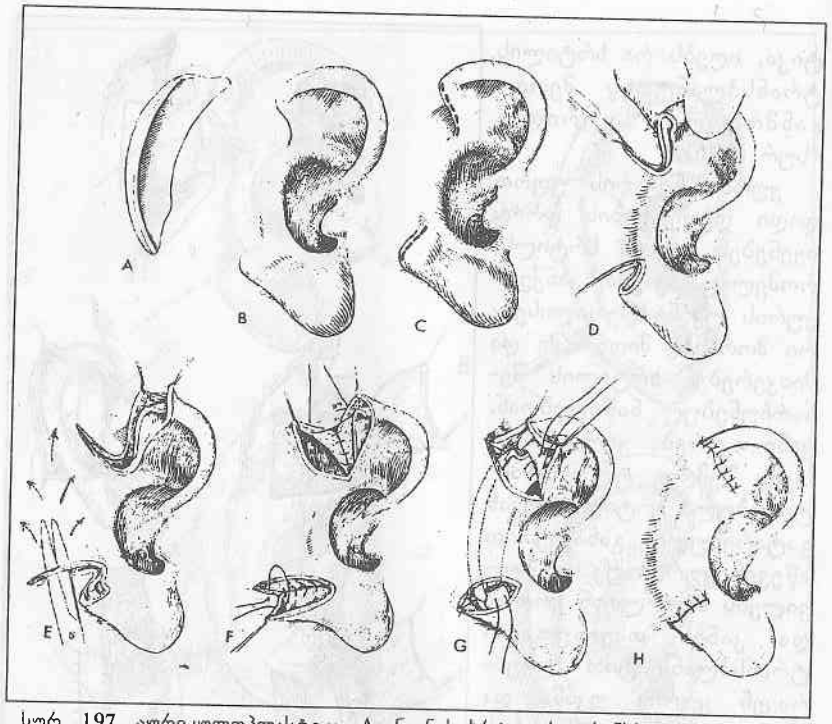
ყურის ტოტალური (მთლიანი) დეფექტის დროს ჯერ ქმნიან კარკასს (ჩონჩხს) ყურის ნიჟარისათვის ნეკნის აუტო ან კონსერვირებული ხრტილისაგან. ხრტილს ჩვეულებრივად იღებენ მეშვიდე ნეკნისაგან. ხრტილის ყველაზე გამობერილ ნაწილში იღებენ ვიწრო, არანაკლებ 7 სმ სიგრძის ფირფიტას მომავალი ყურის ჰავლისათვის. მისი სისქე უნდა იყოს ნამდვილი ყურის ჰავლის სისქეზე ნაკლები. შემდეგ ნეკნის ხრტილის ყველაზე ფართო



198. აურიკულოპლასტიკა კონვერსის „გვირაბის მეთოდით". A, B. ყურის ნიჟარის დეფექტი. C. დვრილისებრ არეში ნიჟარის დეფექტის პარალელური ხაზის გატარება მელნით. D. განაკვეთები დეფექტის კიდეზე და დვრილისებრი მიდამოს კანზე. E, F. ყურის განაკვეთის უკანა კიდის და კანის განაკვეთის წინა კიდის შეკერვა. G. ხრტილის ტრანსპლანტატი. N. ხრტილის გადანერგვა ნიჟარის დეფექტის არეში. I. ჭრილობის შეკერვა. J. ოპერაციის მეორე ეტაპი. ყურის აწევა სათანადო განაკვეთით და ჭრილობის დაფარვა კანის თავისუფალი გადანერგვით.

ნაწილში გამოჭრიან ნახევარრკალოვან ფირფიტას განიერი ერთერთი ბოლოთი. ამ ბოლოში ხრტილს ყოფენ ორ ფირფიტად, რომლებიც წინა ჰავლის ფეხებს შეესაბამებიან. ხრტილის მიღებული ნაწილებისაგან ქმნიან ნიჟარის ჩონჩხს (სურ. 199).

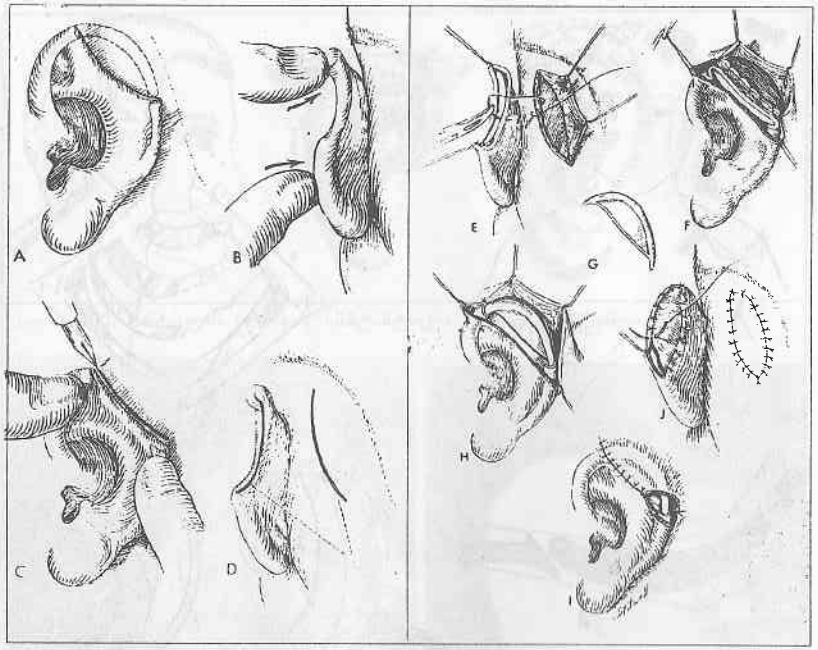
საზღვრავენ ახალი ყურის ნიჟარის ადგილს და შემოხაზავენ მას მელნით ან რომელიმე საღებავით (ამაში გვეხმარება ჯანმრთელი ყურიდან აღებული მოდელი). საფეთქლის კანზე ყურის განსაზღვრული საზღვრიდან 1,5-2 სმ ზემოთ ტარდება ნახევარრკალოვანი განაკვეთი. ათიშავენ კანს აღსადგენი ყურის საპროექციო არეში. თითით ან ტამპონადით ცდილობენ აშრევებული კანის გაჭიმვას. ჰემოსტაზის შემდეგ ჭრილობაში შეაქვთ ხრტილის



სურ. 197. აურიკულოპლასტიკა. A. ნეკნის ხრტილის ტრანსპლანტატი. B, C, D. ყურის ნიჟარის დეფექტი და განაკვეთები. E, F. კანის ათიშვა დვრილისებრი მორჩის არეში ორ განაკვეთს შორის. G. ხრტილის ტრანსპლანტაცია და ფიქსაცია ნაკერებით ნიჟარის ხრტილზე. H. ჭრილობების შეკერვა.

წარმოქმნილ ნაფლეთს გადმოაფარებენ ტრანსპლანტატს და მიაკერებენ ყურზე გატარებული განაკვეთის წინა კიდეს. შეხორცებისა და ვასკულარიზაციის პერიოდი შეადგენს 2-3 თვეს, რის შემდეგ ყურს აწევენ სათანადო განაკვეთით და ჭრილობას დაფარავენ კანის თავისუფალი გადანერგვით.

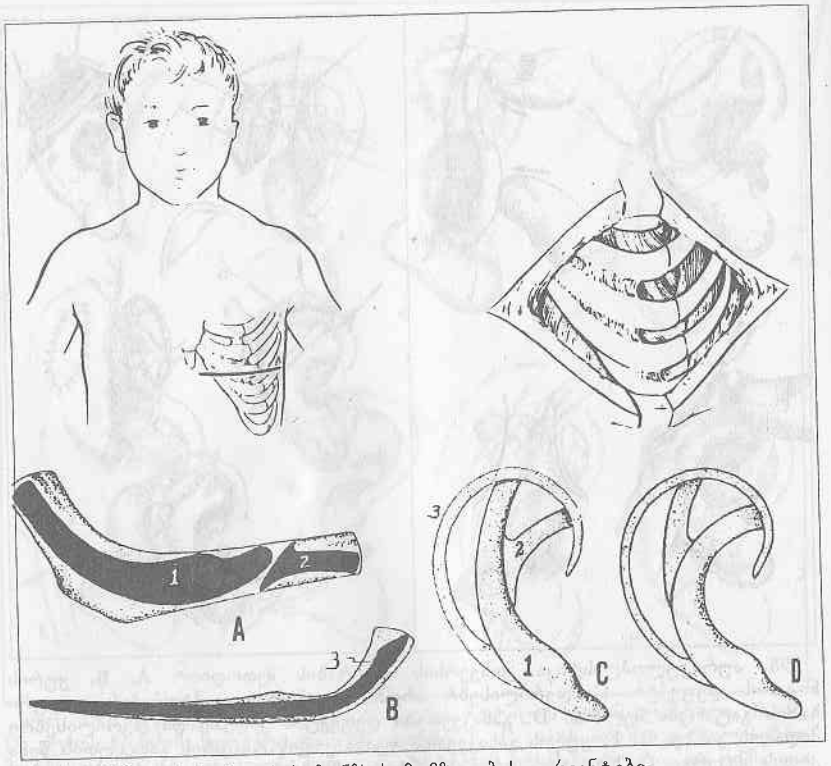
ყურის ტოტალური (მთლიანი) დეფექტის დროს ჯერ ქმნიან კარკასს (ჩონჩხს) ყურის ნიჟარისათვის ნეკნის აუტო ან კონსერვირებული ხრტილისაგან. ხრტილს ჩვეულებრივად იღებენ მეშვიდე ნეკნისაგან. ხრტილის ყველაზე გამობერილ ნაწილში იღებენ ვიწრო, არანაკლებ 7 სმ სიგრძის ფირფიტას მომავალი ყურის ჰავლისათვის. მისი სისქე უნდა იყოს ნამდვილი ყურის ჰავლის სისქეზე ნაკლები. შემდეგ ნეკნის ხრტილის ყველაზე ფართო



198. აურიკულოპლასტიკა კონვერსის „გვირაბის მეთოდით“. A, B. ყურის ნიჟარის დეფექტი. C. დვრილისებრ არეში ნიჟარის დეფექტის პარალელური ხაზის გატარება მელნით. D. განაკვეთები დეფექტის კიდეზე და დვრილისებრი მიდამოს კანზე. E, F. ყურის განაკვეთის უკანა კიდის და კანის განაკვეთის წინა კიდის შეკერვა. G. ხრტილის ტრანსპლანტატი. N. ხრტილის გადანერგვა ნიჟარის დეფექტის არეში. I. ჭრილობის შეკერვა. J. ოპერაციის მეორე ეტაპი. ყურის აწევა სათანადო განაკვეთით და ჭრილობის დაფარვა კანის თავისუფალი გადანერგვით.

ნაწილში გამოჭრიან ნახევარრკალოვან ფირფიტას განიერი ერთერთი ბოლოთი. ამ ბოლოში ხრტილს ყოფენ ორ ფირფიტად, რომლებიც წინა ჰავლის ფეხებს შეესაბამებიან. ხრტილის მიღებული ნაწილებისაგან ქმნიან ნიჟარის ჩონჩხს (სურ. 199).

საზღვრავენ ახალი ყურის ნიჟარის ადგილს და შემოხაზავენ მას მელნით ან რომელიმე საღებავით (ამაში გვეხმარება ჯანმრთელი ყურიდან აღებული მოდელი). საფეთქლის კანზე ყურის განსაზღვრული საზღვრიდან 1,5-2 სმ ზემოთ ტარდება ნახევარრკალოვანი განაკვეთი. ათიშავენ კანს აღსადგენი ყურის საპროექციო არეში. თითით ან ტამპონადით ცდილობენ აშრევებული კანის გაჭიმვას. ჰემოსტაზის შემდეგ ჭრილობაში შეაქვთ ხრტილის



სურ. 199. ყურის ნიჟარის ჩონჩხის მომზადების ვარიანტები.

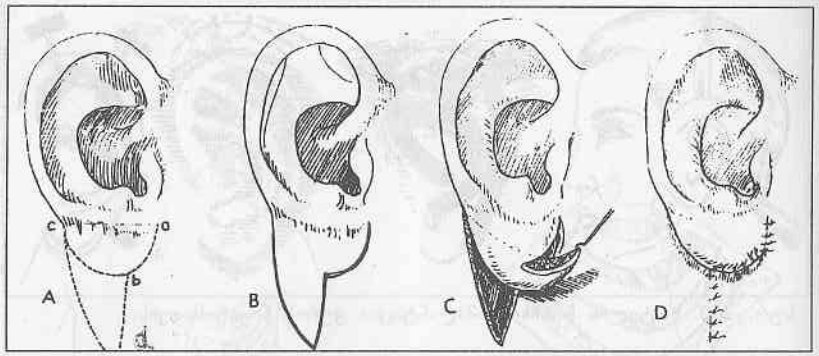
ჩონჩხი, რომელსაც ამაგრებენ სწორ პოზიციაში კეტგუტის ნაკერებით. კანს აბრუნებენ თავის ადგილზე და კერავენ (სურ. 200). ახვევენ დამწოლი ნახვევით. 4-5 თვის შემდეგ ატარებენ ნახევარრკალოვან განაკვეთს იმპლანტირებული ხრტილიდან (ჭავლი) 0,5-1 სმ დაცილებით აპონევროზამდე. ათიშავენ იმპლანტირებული ხრტილის შემცველ კანცხიმოვან ნაფლეთს. წარმოქმნილი ჭრილობის ზედაპირის ზომას საზღვრავენ მარლით და გულმკერდის ან მუცლის ზედაპირიდან იღებენ ამავე ზომის კანის ტრანსპლანტატს 2/3 სისქით და გადააქვთ ჭრილობაში. კანის ტრანსპლანტატის ერთი ნახევარი ფარავს ყურის ნიჟარის ჭრილობას, მეორე ყურის უკანა მიდამოს ჭრილობას. ახალშექმნილ ყურის ნიჟარას აბრუნებენ უკან და კერავენ ისე, რომ ერთ ნაკერში მოხვდეს კანის ყველა ოთხივე შრე. ორი კვირის შემდეგ ხსნიან



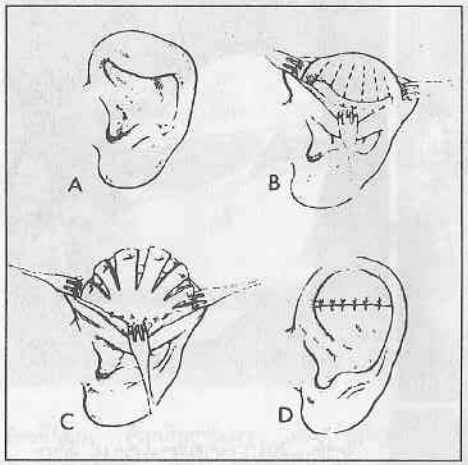
სურ. 200. ხრტილის ჩონჩხის იმპლანტაცია ყურის ნიჟარისათვის.



სურ. 201. ოტოპლასტიკა პროთეზით. A. ყურის ნიჟარის სრული დეფექტი კარცინომის ამოკვეთის შემდეგ. დვრილისებრი მორჩის არეში დამაგრებულია ტიტანის იმპლანტატი პროთეზის საფიქსაციოდ; B. ყურის ნიჟარის პროთეზი სრულყოფილად აღადგენს კოსმეტიკურ დეფექტს; C. ყურის ნიჟარის პროთეზი.



სურ. 202. ყურის ბიბილოს აღდგენა.



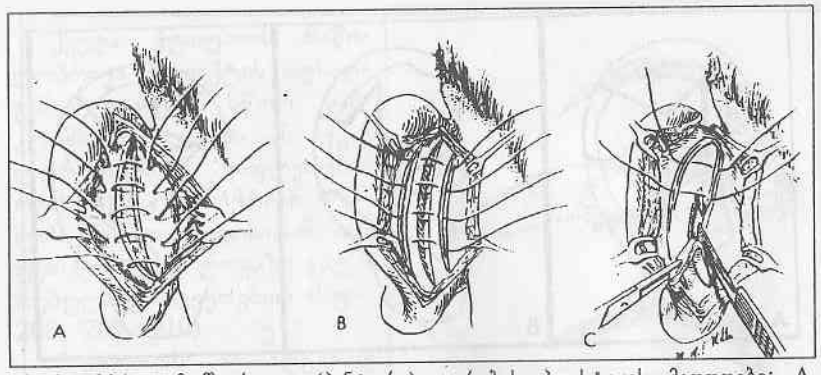
სურ. 203. გადმოკეცილი ყურის ნიჟარის პლასტიკა.

ნაკერებს და აწევენ ყურის ნიჟარას. ყურის ნიჟარის სრული დეფექტის აღსადგენად იყენებენ აგრეთვე ყურის ნიჟარის პროთეზს, რომელიც მაგრდება დვრილისებრი მორჩის არეში დამაგრებულ იმპლანტატებზე (სურ. 201).

ყურის ბიბილოს აღსადგენად მრავალი მეთოდია მოწოდებული. ერთ-ერთი მოტანილია 201-ე სურათზე. abc ნაფლეთით იქმნება ბიბილოს გარეთა ზედაპირი. bd ნაფლეთით იქმნება ბიბილოს შიგნითა საფარველი. წარმოქმნილი დეფექტი იხურება ჭრილობის კიდეების დაახლოებითა და შეკერვით (სურ. 202).

შეხორცებული ბიბილოს (წინა კიდის არეში) დროს შეხორცების არეში იკვეთება ქსოვილები სოლისებურად. იკერება ცალკე კანისა და ცალკე ბიბილოს ჭრილობა.

გადმოკეცილი ყურის ნიჟარის პლასტიკის დროს ატარებენ განაკვეთს ნაკეცის არეში, აშიშვლებენ ხრტილს, აკეთებენ მასზე რადიალურ განაკვეთებს, ასწორებენ და აფიქსირებენ მასზე ჰორიზონტალურად მოხრილი აუტოხრტილის მიკერებით (სურ. 203).



სურ. 204. გამოშვერილი (პანტურა) ყურების პლასტიკის მეთოდები: A. Luckett-ის მეთოდი; B. Barsky-ს მეთოდი; C. Becker-ის მეთოდი.

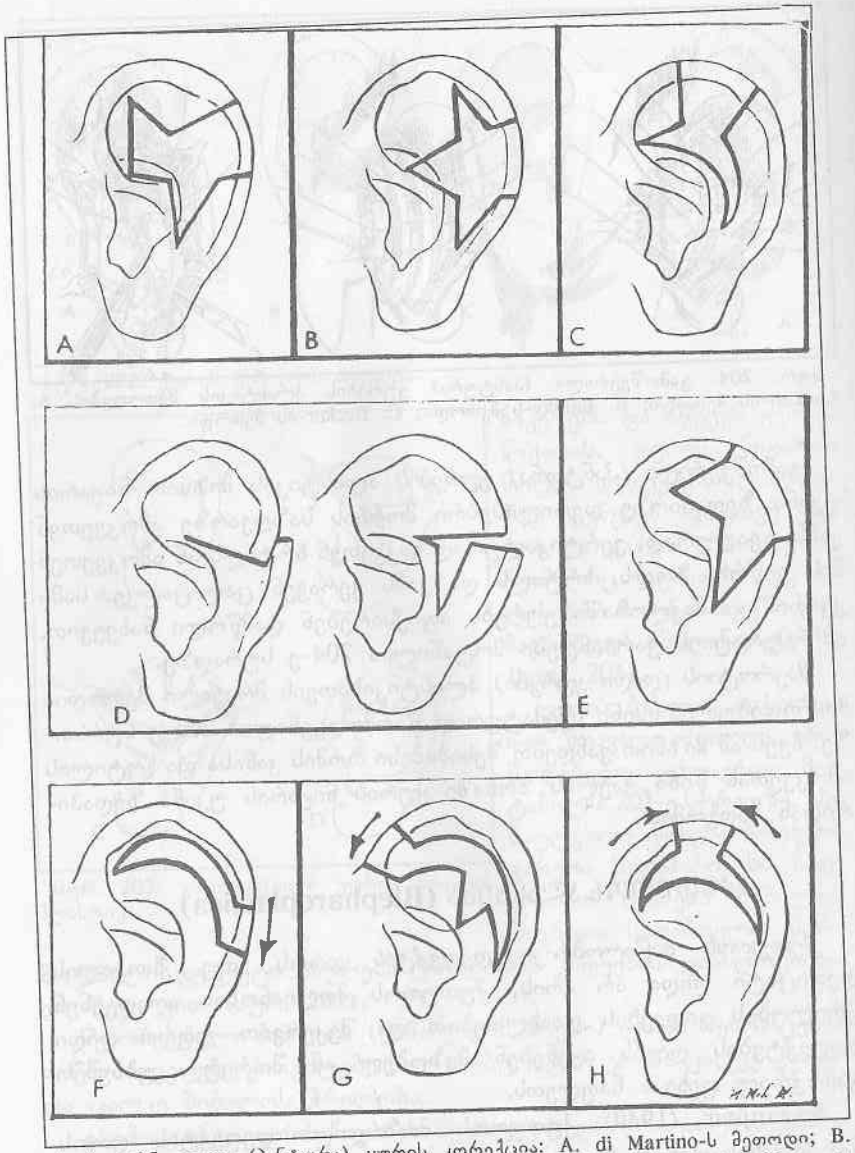
გამოშვერილი (პანტურა) ყურების პლასტიკის მიზნით ნიჟარის უკანა ზედაპირზე დვრილისებრი მორჩის საზღვარზე ამოკვეთენ კანს ოვალურად, ვერტიკალურად გაკვეთენ ხრტილს ან ამოკვეთენ მის ვიწრო ზოლს. ხრტილს და კანს კერავენ ცალ-ცალკე. სამი კვირის განმავლობაში ყურებს აფიქსირებენ დამწოლი ნახვევით. ამ ოპერაციის ვარიანტები მოტანილია 204-ე სურათზე.

მაკროტიის (დიდი ყურების) პლასტიკისათვის მრავალი მეთოდია მოწოდებული. ისინი სქემატურად წარმოდგენილია 205-ე სურათზე. ჩვენ ამ მიზნით ვახდენთ შესაბამისი ზომის კანისა და ხრტილის ამოკვეთას წინა ჭავლის ზონაში ყურის ნიჟარის უკანა ზედაპირიდან მიდგომით.

ქუთუთოს პლასტიკა (Blepharoplastica)

ქუთუთოს ნაწილობრივი დეფექტის დროს, თუ ქსოვილის დეფიციტი დიდი არ არის, ქუთუთოს მთლიანობას აღადგენენ ჭრილობის კიდეების დაახლოებით და შეკერვით. უფრო დიდი დეფექტების დროს იყენებენ მეზობელ ან შორეულ უბნებში გამოჭრილ ფეხიან ნაფლეთს.

Kazanjian (1949) ქუთუთოს მოზრდილი დეფექტის დროს წარმოქმნის ფეხიან ნაფლეთს ქუთუთოს ლატერალურ უბანში და თვალბუდის გარეთა კიდეზე. ნაფლეთს გადაანაცვლებს დეფექტის არეში და აღადგენს ქუთუთოს (სურ. 207).



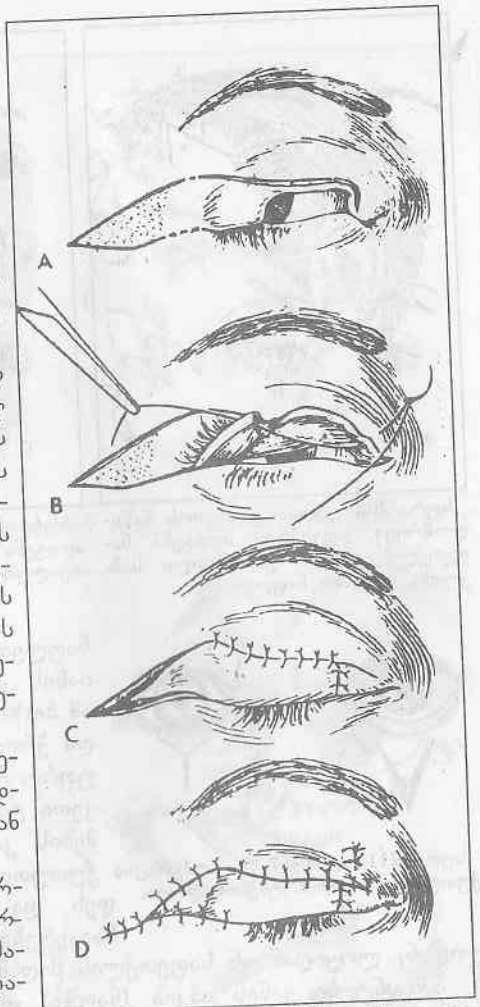
სურ. 205. დიდი (პანტურა) ყურის კორექცია: A. di Martino-ს მეთოდი; B. Cocheril-ის მეთოდი; C. Cheyne and Burghard-ის მეთოდი; D. Binnie-ს მეთოდი; E. Day-ს მეთოდი; F. Gersuny-ს მეთოდი; G. Kolle-ს მეთოდი; N. Peer and Wallker-ის მეთოდი.

ქვედა ქუთუთოს ნაწილობრივი დეფექტის აღსადგენად იყენებენ სწორ, სამკუთხა, ოთხკუთხა ან ოვალურ ფეხიან ნაფლეთებს, რომლებსაც გამოჭრიან თვალის გარეთა კუთხიდან საფეთქელზე ან ლოყაზე გატარებული განაკვეთებით (სურ. 208, 209, 210).

ქუთუთოს აღსადგენად იყენებენ კანის თავისუფალ პლასტიკასაც. კონიუნქტივის აღსადგენად იყენებენ პირის ღრუს ლორწოვანის თავისუფალ გადანერგვას. ქუთუთოს აღსადგენად წარმატებით იყენებენ ტრანსპლანტატს ყურის ნიჟარიდან. ქუთუთოს კიდის აღდგენა შესაძლებელია ყურის ნიჟარიდან აღებული თხელი ზოლით.

ქუთუთოს ან ქუთუთოების *სრული დეფექტის* აღსადგენად იყენებენ ყლორტიან ნაფლეთს.

ქუთუთოს პლასტიკა ხორციელდება *ქუთუთოს დეფორმაციების* დროსაც. დეფორმაცია შეიძლება იყოს თანდაყოლილი (ეპიკანტუსი, პტოზი) ან შეძენილი (დამწვრობის, ტრავმის, ანთებითი პროცესისაგან განვითარებული ნაწიბურებით).



სურ. 207. ქუთუთოს ნაწილობრივი დეფექტის აღდგენა Kazanjian-ის მეთოდით.

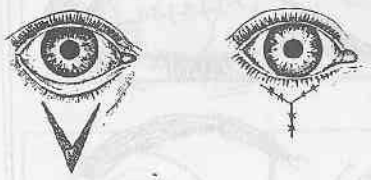
ქუთუთოების ექტროპია (გადმობრუნება). უმნიშვნელო ექტროპიას წარმატებით აღადგენენ დიფენბახის ოპერაციით. გადმობრუნებული ქუთუთოს ქვევით გამოჭრიან კანის სამკუთხა ნაფლეთს ფუძით ქუთუთოს კიდესთან და მწვერვალით ქვევით. ახდენენ



სურ. 208. ქვედა ქუთუთოს ნაწილობრივი დეფექტის აღდგენა საფეთქლის არეში გამოჭრილი სამკუთხა ფეხიანი ნაფლეთით.



სურ. 209. ქვედა ქუთუთოს დეფექტის აღდგენა საფეთქლის არეში წარმოქმნილი ოვალური ფეხიანი ნაფლეთით.

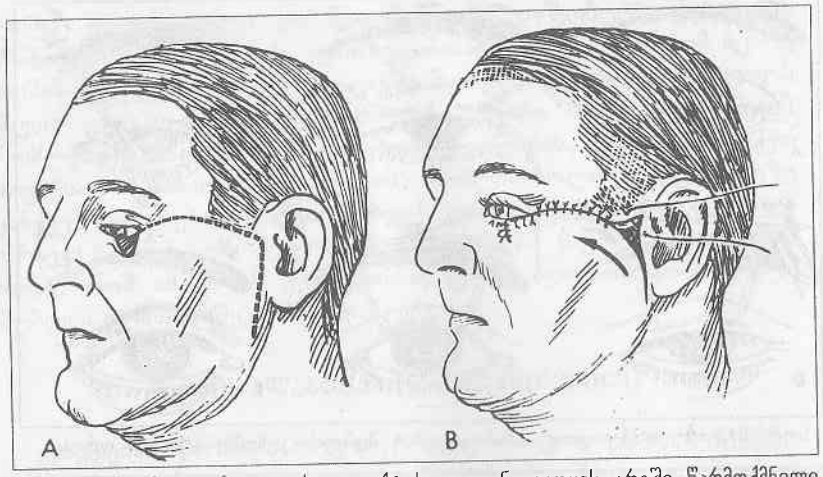


სურ. 211, დიფენბახის ოპერაცია ქუთუთოს გადმობრუნების დროს.

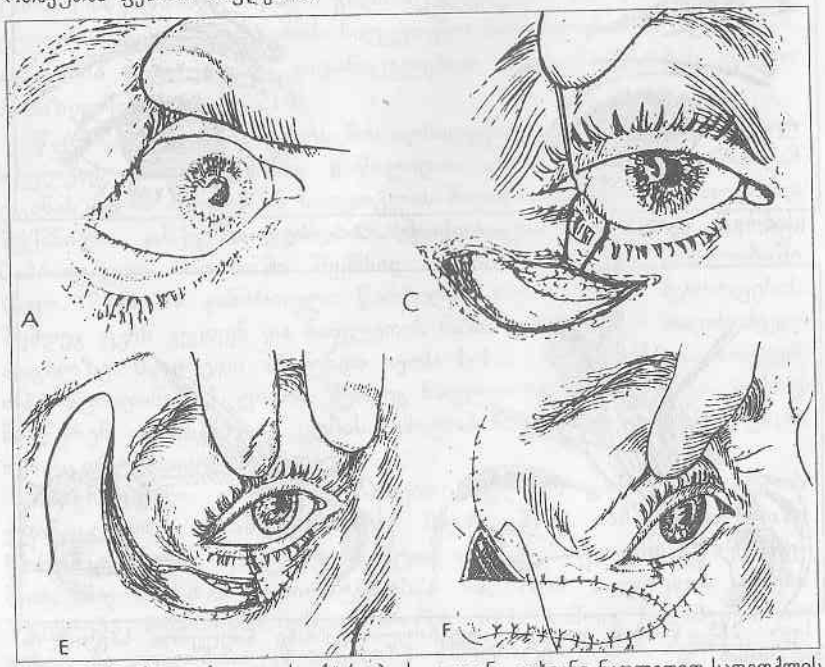
ნაფლეთის პრეპარირებას ლორწოიანის კიდემდე და აწევენ ზევით. ამ პოზიციაში ქუთუთო სწორდება და ჭრილობა იკერება (სურ. 211). უფრო რთულ შემთხვევებში განაკვეთი ტარდება ქუთუთოზე წამწამების კიდის ქვეშ, აწევენ ზევით ქუთუთოს გათავისუფლებულ კიდეს და წარმოქმნილ დეფექტში ჩააკერებენ ფეხიან ნაფლეთს შუბლიდან, ლოყიდან ან საფეთქლის მიდამოდან (სურ. 212).

ეპიკანტუსი კანის აპკია (ნაოჭი) თვალის შიგნითა კუთხეში. სუსტად გამოხატული ეპიკანტუსის დროს ცხვირის ზურგზე (თვალებს შორის) ამოკვეთენ კანს ოვალური ფორმით. ჭრილობის შეკერვა იწვევს კანის დაჭიმვას და ეპიკანტუსი ქრება. მკვეთრად გამოხატული ეპიკანტუსის აღმოფხვრა ხორციელდება ორი შემხვედრი სამკუთხა ნაფლეთის გადანაცვლებით.

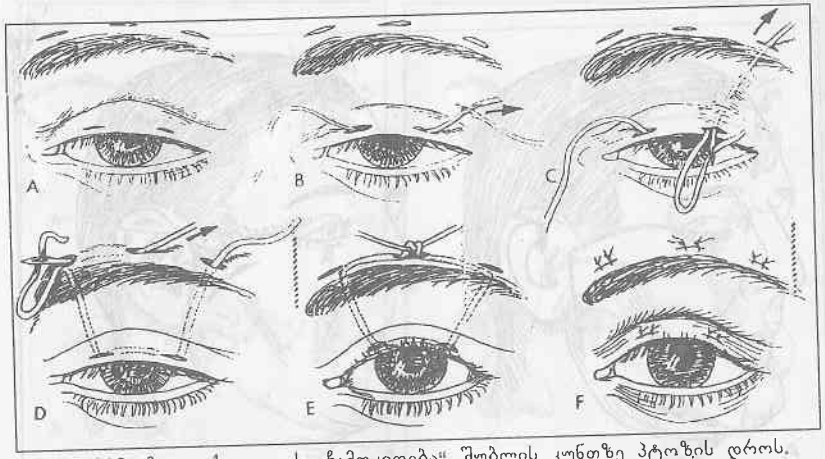
ზედა ქუთუთოს დაშვება (პტოზი) უფრო ხშირად თანდაყოლილია. იწვევს თვალის მამოძრავებელი ნერვის ტრავმაც. მკურნა-



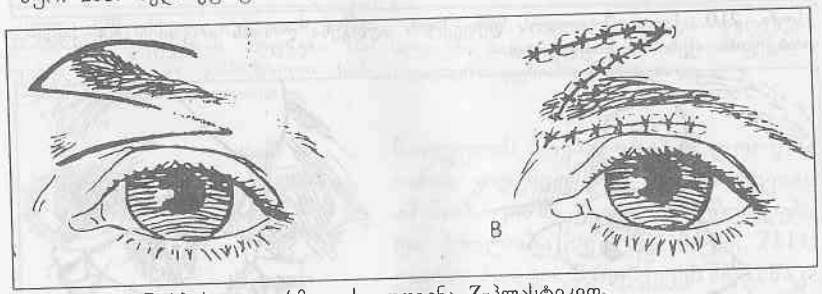
სურ. 210. ქვედა ქუთუთოს დეფექტის აღდგენა ლოყის არეში წარმოქმნილი ოთხკუთხა ფეხიანი ნაფლეთით.



სურ. 212. ქვედა ქუთუთოს ექტროპიის აღდგენა ფეხიანი ნაფლეთით საფეთქლის მიდამოდან.



სურ. 213. ზედა ქუთუთოს „ჩამოკიდება“ შუბლის კუნთზე პტოზის დროს.



სურ. 214. წარბის დეფორმაციის აღდგენა Z-პლასტიკით.



სურ. 215. წარბის აღდგენა არტერიული ფეხიანი ნაფლეთით საფეთქლის მიდამოდან.

ლობა ქირურგიულია და მდგომარეობს დაშვებული ქუთუთოს „ჩამოკიდებაში“ შუბლის კუნთზე. ამისათვის ატარებენ სამ მცირე ზომის განაკვეთს წარბზედა არეში შუბლის კუნთამდე. ქუთუთოს ქვედა კიდეზე ასევე კეთდება ორი მცირე ზომის განაკვეთი, რომლებშიც ნემსის საშუალებით ქუთუთოს კუნთში შეაქვთ საფიქსაციო მასალა (სილასტიკი), რომლის ბოლოები ქუთუთოზე კანქვეშ გატარებით მიაქვთ შუბლის კუნთამდე, სადაც გაკვანძავენ ორივე ბოლოს და შეკერავენ ჭრილობებს (სურ. 213). გარდა იმისა, რომ ამ დროს ქუთუთო აწეულია იგი მოძრაობს კიდეც შუბლის კუნთის შეკუმშვასთან ერთად.

წარბის პლასტიკა (superciliplastica)

გვხვდება წარბის როგორც დეფორმაცია, ისე დეფექტი. დეფორმაცია ძირითადად ვითარდება ტრავმის შედეგად. ამ დროს წარბის სხვადასხვა ნაწილი გადანაცვლებულია სხვადასხვა მხარეს. დეფორმაციის აღმოფხვრის საუკეთესო საშუალებაა Z-პლასტიკა. სამკუთხა ნაფლეთების გადანაცვლებით აღდგება წარბის სწორი მოხაზულობა (სურ. 214).

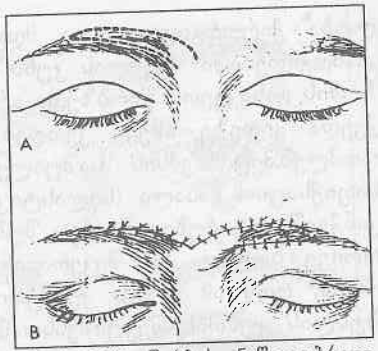
წარბის დეფექტის დროს მის აღსადგენად იყენებენ თავისუფალ ნაფლეთს თავის თმიანი ნაწილიდან ან ფეხიან ნაფლეთს. ამ უკანასკნელს იღებენ ან საფეთქლის მიდამოდან და სპეციალურად შექმნილი კანქვეშა გვირაბით მიაქვთ და ჩააკერებენ წარბის საპროექციო მიდამოში შექმნილ ჰორიზონტალურ ჭრილობაში (სურ. 215) ან ჯანმრთელი წარბიდან (სურ. 216). შეხორცების შემდეგ ფეხს კვეთენ და ნაფლეთის ნაშთს აბრუნებენ თავის ძველ ადგილზე. ნაფლეთი არ უნდა იყოს 1-1,5 სმ-ზე ვიწრო. ზოგჯერ ოპერაციიდან 2-3 კვირის შემდეგ ნაფლეთზე თმები ცვივა, რასაც მიაწერენ არასაკმარის კვებას. ამიტომ ნაფლეთი აღებული უნდა იქნას არტერიასთან ერთად.

თავისუფალი გადანერგვისათვის ნაფლეთს გამოჭრიან ყურის უკან თავის თმიან ნაწილზე (სურ. 217). ამ შემთხვევაში წარუმატებლობის მეტი ვარიანტია ფეხიან ნაფლეთთან შედარებით. მაგრამ მისი უპირატესობაა ის, რომ ნაფლეთის აღება შეიძლება ნებისმიერ თმიან არეში, რის გამოც ნაწიბური არ გვხვდება თვალშისაცემ ადგილზე. წარუმატებლობის შემთხვევაში ოპერაციის გამეორებას ხელს არაფერი უშლის რასაც ვერ ვიტყვით

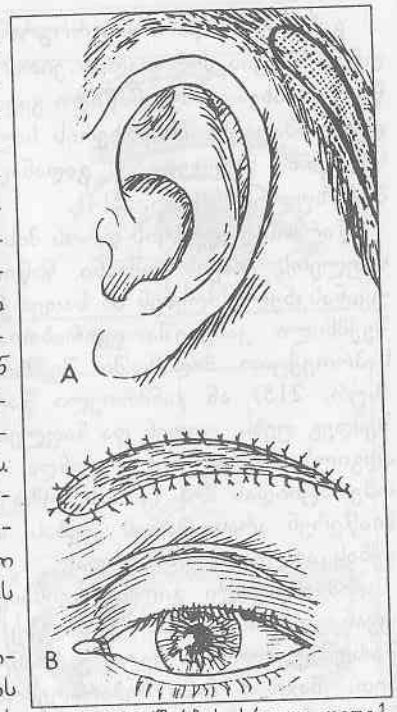
ფეხიანი ნაფლეთის გამოყენებით შესრულებულ ოპერაციაზე. წარმატების გარანტიას იძლევა ამ მიზნით დაყურსული ტრანსპლანტატის გამოყენება (ვ. ჩანტლაძე).

ყბების დეფორმაციის ქირურგიული მკურნალობა

ყბების დეფორმაციის ქვეშ იგულისხმება მათი მორფოფუნქციური ელემენტების და ესთეტიკური პროპორციის ურთიერთდამოკიდებულება, გამოხატული მთელი ყბისა თუ მისი ცალკეული სეგმენტების ფორმის, ზომისა თუ მდებარეობის ცვლილებებში. *თანკბილვის ანომალიით თანდართული ყბების* დეფორმაცია გულისხმობს ყბების განვითარების დარღვევებთან ერთად კბილთა რიგის შეთანასოვნების დარღვევებს. თანამედროვე საერთაშორისო კლასიფიკაციით არჩევენ ქვედა მაკრო ან *პროგნათიას*, ზედა მაკრო ან *პროგნათიას*. ქვედა მიკრო ან *რეტროგნათიას*, ზედა მიკრო ან *რეტროგნათიას*, ღია და ღრმა თანკბილვას. ქვედა პროგნათიის დროს თანკბილვის ანომალიის აღსანიშნავად მოწოდებულია ტერმინი — *პროგენიული თანკბილვა*, ზედა პროგნათიის დროს კი — *პროგნათიული თანკბილვა*.



სურ. 216. წარბის ნაწილობრივი დეფექტის აღდგენა მეორე წარბიდან აღებული ფეხიანი ნაფლეთით.



სურ. 217. წარბის სრული დეფექტის აღდგენა თავისუფალი ნაფლეთით.

პროგენიული თანკბილვა ხასიათდება ქვედა კბილთა რკალის მეზიალური მდებარეობით ზედას მიმართ ან ზედა კბილთა რკალის დისტალური მდებარეობით ქვედას მიმართ. ამასთან ქვედა ეშვები და საჭრელები მდებარეობენ ზედას წინ, პრემოლარები და მოლარები კი — ენგლეს III კლასის შესაბამისად.

პროგნათიული თანკბილვის დროს ზედაკბილთა რკალი მდებარეობს მეზიალურად ქვედას მიმართ. ზედა ყბის ეშვები და საჭრელები მდებარეობენ მნიშვნელოვნად წინ (15-20 მმ) ქვედასთან შედარებით. პრემოლარები და მოლარები მდებარეობენ ენგლეს II კლასის შესაბამისად.

ღია თანკბილვა ხასიათდება ვერტიკალური ნაპრალის არსებობით კბილთა რიგებს შორის პირის დახურვის დროს. ამასთან არ არის კონტაქტი კბილებს შორის, უფრო ხშირად საჭრელებს, უფრო იშვიათად პრემოლარებს და ზოგჯერ წინა ორ მოლარს შორის.

ღრმა თანკბილვის დროს ზედა საჭრელები მთლიანად გადმოკბილავენ ანტაგონისტებს. ქვედა საჭრელების საჭრელი ზედაპირები აღწევენ ანტაგონისტების ყელს ან ეხებიან სასის ლორწოიან გარსს.

თუ საგიტალურ სიბრტყეში საჭრელების საჭრელ კიდეებს შორის მანძილი უდრის 5 მმ-ს, ეს არის პირველი ხარისხის ანომალია, 6-დან 10 მმ — მეორე ხარისხი, 10 მმ-ზე მეტი — მესამე ხარისხი. პირველი ხარისხის ღრმა თანკბილვის დროს ერთი ყბის საჭრელები გადმოკბილავენ მეორე ყბის საჭრელს 2/ 3-დან 1/2-ს; მეორე ხარისხის დროს — 1/2-დან 2 3-ს, მესამე ხარისხის დროს კი — 2/3-სა და მეტს.

არჩევენ თანკბილვის ანომალიით თანდართულ ყბების დეფორმაციის იზოლირებულ და შეთავსებულ ფორმებს. შეთავსებულისათვის დამახასიათებელია რამდენიმე იზოლირებული ფორმის შეთავსება. ასე მაგ., ქვედა პროგნათია და ღრმა თანკბილვა, ზედა პროგნათია და ღია თანკბილვა.

ბავშვთა ასაკში ორთოდონტიული მკურნალობა უმეტეს შემთხვევაში იძლევა კარგ შედეგებს. მაგრამ მუდმივი თანკბილვის ჩამოყალიბების პერიოდში (14-15 წელი) და მომწიფებულ ასაკში ორთოდონტიული მკურნალობის შესაძლებლობები მნიშვნელოვნად შეზღუდულია. ასეთ შემთხვევაში მიმართავენ ქირურგიულ მკურნალობას. ოპტიმალური ასაკი ქირურგიული მკურნალობისათვის არის 16-18 წელი.

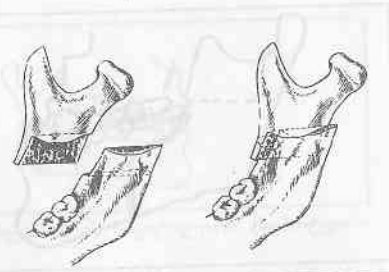
ქვედა პროგნათიის ჭირურგიული მკურნალობა

ქვედა პროგნათია ქვედა ყბის მეტისმეტი გადიდებაა ნიკაპისა და ქვედა კბილების წინ წამოწევით ნორმალურად განვითარებულ ზედა ყბასთან შედარებით. ნიკაპის წინ წამოწევის გარდა ქვედა პროგნათიისათვის დამახასიათებელია ქვედა ყბის კუთხეების მეტისმეტი გაშლა (გაბლაგვება) და ქვედა ყბის ქვედა კიდის მნიშვნელოვნად დახრილი მდებარეობა, რაც იწვევს სახის დამახინჯებას. აღინიშნება ფუნქციური დარღვევებიც — მოკბეჩა შეუძლებელია, ღეჭვითი აქტიურობა დაქვეითებული.

ქვედა პროგნათიის ჭირურგიული მკურნალობისათვის მოწოდებულია უამრავი მეთოდი. ისინი შეიძლება დაიყოს სამ ძირითად ჯგუფად: ოპერაციები ქვედა ყბის სხეულზე, ოპერაციები ქვედა ყბის კუთხეების არეში და ოპერაციები ქვედა ყბის ტოტების არეში. ოპერაციებს ქვედა ყბის სხეულისა და კუთხის არეში აქვთ მეტი ნაკლი, ვიდრე ოპერაციებს ტოტის არეში. სხეულისა და კუთხის არეში ოპერაციები კეთდება პირგარეთა მიდგომით, რის გამოც კანზე რჩება ნაწიბური; ამავე დროს არის ქვედა ყბის არხში არსებული სისხლძარღვოვანნერვული კონის დაზიანების საშიშროება; ოსტეოტომიური სიბრტყის სიმცირის გამო არსებობს რეციდივის განვითარების მეტი შანსი. ქვედა ყბის ტოტზე ჩარევის მეთოდებიც მრავალრიცხოვანია. მოწოდებულია ჰორიზონტალური, ირიბი, ვერტიკალური, ნახევარკალოვანი, სიბრტყობრივი და სხვა ოსტეოტომიები.

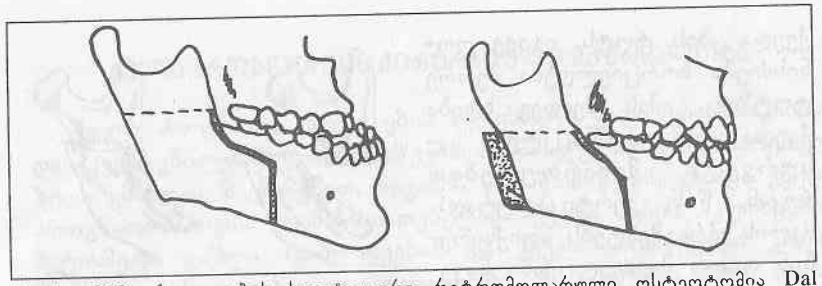
ყველაზე სრულფასოვანი და პოპულარულია Obwegeser-ის (1955) და Dal Pont-ის (1961) მოწოდებული მეთოდები. Obwegeser-ის მიერ მოწოდებული ქვედა ყბის ტოტის სიბრტყობრივი ოსტეოტომია ხორციელდება პირშიგნითა მიდგომით. ტარდება განაკვეთი რეტრომოლარულ მიდამოში ირიბ ხაზზე და ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეზე მის ზედა მესამედამდე. აშიშვლებენ ტოტის როგორც შიგნითა, ისე გარეთა ზედაპირებს. შიგნითა ზედაპირზე ქვედა ყბის ხვრელის ზემოთ (ქვედა ყბის ნაჭის ზემოთ) ტარდება ჰორიზონტალურად კომპაქტური ფირფიტის ოსტეოტომია. შემდეგ ტოტის გარეთა ზედაპირზე, ქვედა ყბის კუთხის ქვედა კიდიდან 1 სმ ზევით ჰორიზონტალურად ტარდება კომპაქტური ფირფიტის ოსტეოტომია. ზედა და ქვედა ოსტეოტომიური ხაზების წინა კიდეების შემაერთებელ ოსტეოტომიას აკეთებენ ტოტის წინა კიდეზე. ამის შემდეგ სატეხისა და ჩაქუჩის დახმარებით გახლეჩენ

ქვედა ყბის ტოტს. იგივე ღონისძიება ხორციელდება მეორე ტოტზეც. ამის შემდეგ ხდება ქვედა ყბის გადანაცვლება სასურველი მიმართულებით (უკან, წინ, ვერტიკალურად). ძვლის ფრაგმენტებს აფიქსირებენ თითო მავთულოვანი ნაკერით რეტრომოლარულ არეში (სურ. 218). მრავალ ღირსებასთან ერთად (პირშიგნითა განაკვეთი, ფრაგმენტების ყველა სიბრტყეში გადანაცვლების შესაძლებლობა, სისხლძარღვოვანნერვული კონის დაზიანების საფრთხის მინიმუმამდე დაყვანა) მეთოდი უზრუნველყოფს ოსტეოტომიის შემდეგ ფრაგმენტების კონტაქტს შედარებით დიდ ფართზე, რაც ხელს უწყობს შეხორცების სანდოობას და რეციდივების თავიდან აცილებას.



სურ. 218. ქვედა ყბის ტოტის სიბრტყობრივი ოსტეოტომია Obwegezer-ის მეთოდით.

Dal Pont-მა განავითარა Obwegeser-ის მეთოდი, გადასწია რა გარეთა კომპაქტური ფირფიტის ოსტეოტომიის ხაზი ქვედა მეორე მოლარის არემდე. განაკვეთი ლორწოიან გარსზე კეთდება გარეთა ირიბ ხაზზე და ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდეზე მის ზედა მესამედამდე. ტოტის შიგნითა კიდეზე კეთდება შიგნითა კორტიკალური ფირფიტის ჰორიზონტალური ოსტეოტომია. ქვედა მეორე მოლარის არეში ირიბი ხაზიდან ქვევით ქვედა ყბის ქვედა კიდემდე კეთდება გარეთა კორტიკალური ფირფიტის ოსტეოტომია. ტარდება კიდევ ერთი ოსტეოტომიური ხაზი ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდესა და ირიბ ხაზზე ზედა (ჰორიზონტალური) ოსტეოტომიის წინა კიდესა და ქვედა (ვერტიკალური) ოსტეოტომიის ზედა კიდეს შორის. ქვედა ყბის გაპობის შემდეგ (სატეხითა და ჩაქუჩით) ქვედა ყბას გადაანაცვლებენ ნებისმიერი მიმართულებით. ქვედა პროგნათიის დროს ქვედა ყბის უკან გადანაცვლებისას მოიკვეთება მცირე (უკანა) ფრაგმენტის წინა კიდეზე დარჩენილი ძვლის ჭარბი უბანი (სურ. 219). ფრაგმენტებს აფიქსირებენ ერთი მავთულოვანი ნაკერით რეტრომოლარულ არეში, ან მინიფირფიტებით. მეთოდის ღირსებაა ოსტეოტომიის შემდეგ ძვლის ფრაგმენტების კონტაქტი საკმაოდ დიდ ფართზე. მეთოდს Dal Pont-მა უწოდა ქვედა ყბის *საგიტალური რეტრომოლარული ოსტეოტომია.*

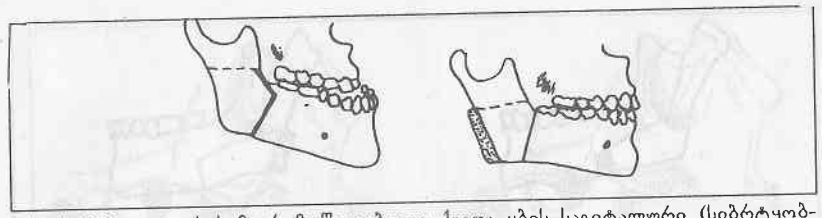


სურ. 219. ქვედა ყბის საგიტალური რეტრომოლარული ოსტეოტომია Dal Pont-ის მეთოდით.

ჩვენ ვთვლით, რომ ქვედა (გარეთა) ოსტეოტომიის ხაზი უმჯობესია გატარდეს მესამე მოლარის კბილბუდის უკანა კიდიდან ირიბად უკან ისე, რომ მან გადაკვეთოს ქვედა ყბის ქვედა კიდე ქვედა ყბის უკანა კიდიდან 1 სმ წინ. ასეთი მიდგომა თავიდან გვაცილებს მესამე მოლარის ფესვის დაზიანების შესაძლებლობას ოსტეოტომიის დროს და უზრუნველყოფს ქვედა ყბის სრულყოფილ მოდელირებას (ქვედა ყბის კუთხის სიბლაგვის შემცირებას, მის დაახლოებას მართ კუთხესთან) (სურ. 220, 221).

ჩვენ მიერ *(ო.ნემსაძე, მ.კივილაძე, ო.ბრეგაძე)* მოწოდებულია ქვედა ყბის ოსტეოტომიის კიდევ ერთი ხერხი ქვედა პროგნათიის სამკურნალოდ *(ქედა ყბის ვერტიკალურ-საგიტალური ოსტეოტომია)*. ოპერაცია კეთდება პირგარეთა მიდგომით. განაკვეთი ტარდება ქვედა ყბის კუთხის არეში ქვედა ყბის ქვედა კიდიდან 1,5-2 სმ ქვევით. ქვედა ყბის ტოტის სკელეტიზაციის შემდეგ ბორით ატარებენ ქვედა ყბის ტოტის ვერტიკალურ (გამჭოლ) ოსტეოტომიას მის ქვედა მესამედამდე. ქვედა მესამედში კი კეთდება საგიტალური (სიბრტყობრივი) ოსტეოტომია პირველი მოლარის საპროექციო მიდამოდან ქვედა ყბის უკანა კიდემდე (სურ. 222). ფრაგმენტების კონტაქტის გაუმჯობესების მიზნით აცილებენ კომპაქტური შრის ზოლს დიდი ფრაგმენტის გარეთა ზედაპირზე და მცირე ფრაგმენტის შიგნითა ზედაპირზე. ასევე კვეთენ ძვლის ჭარბ უბნებს ქვედა ყბის ქვედა კიდეზე როგორც წინა, ისე უკანა ნაწილში, რის შემდეგაც წინა ფრაგმენტს გადაანაცვლებენ უკან და ფრაგმენტებს ათავსებენ ღრუბლისებრი ნივთიერების სრულ კონტაქტამდე.

მოზრდილ პაციენტებში ქვედა პროგნათიის მკურნალობა ხორციელდება ძირითადად ქირურგიული მეთოდების გამოყენებით, მაგრამ სრულყოფილი შედეგების მისაღებად ოპერაციული მეთოდი

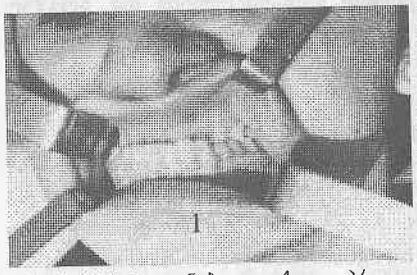


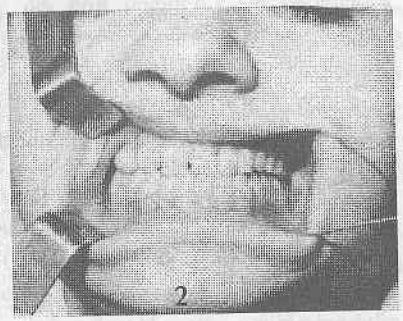
სურ. 220. ავტორის მიერ მოწოდებული ქვედა ყბის საგიტალური (სიბრტყობრივი) ოსტეოტომიის მეთოდი.



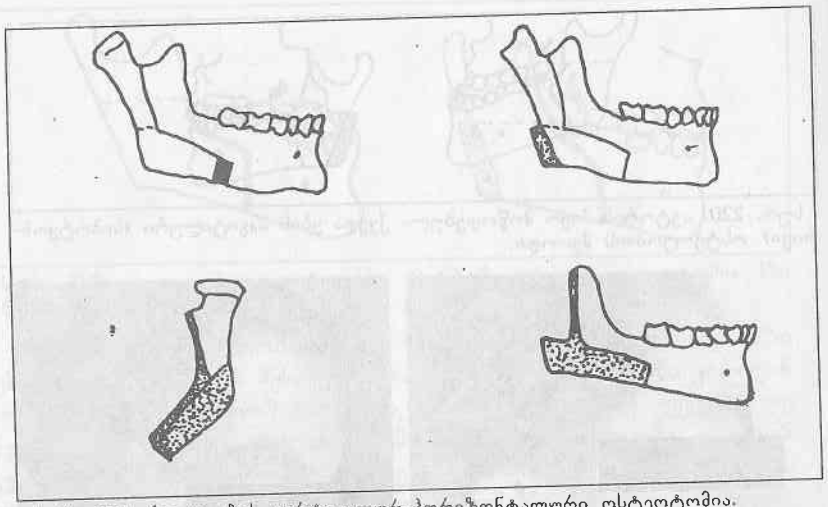


სურ. 221 A. პაციენტი ქვედა პროგნათიით მკურნალობამდე (1) და მკურნალობის შემდეგ (2).





სურ. 221 B. თანკბილვა ქვედა პროგნათიის დროს მკურნალობამდე (1) და მკურნალობის შემდეგ (2).



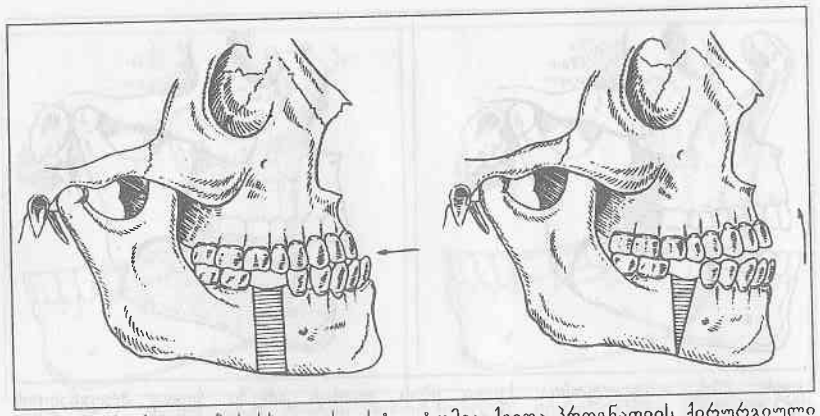
სურ. 222. ქვედა ყბის ვერტიკალურ-ჰორიზონტალური ოსტეოტომია.

შეთავსებული უნდა იყოს ორთოდონტიულ მეთოდთან როგორც მკურნალობამდე, ისე მკურნალობის შემდეგ.

ქვედა რეტროგნათიისა და მიკროგნათიის ქირურგიული მკურნალობა

რეტროგნათია ყბის უკან გადანაცვლებაა. მიკროგნათია ნიშნავს პატარა ყბას, რაც გამოწვეულია ყბების ზრდა-განვითარების მოშლით. ამ დროს ქვედა ყბის წინა-უკანა განზომილება შემცირებულია და სახის ქვედა ზონა დამოკლებული. ზედა ყბის წინა კბილების და ცხვირის წინ და ქვევით გადანაცვლება და ზოგჯერ ქვედა ყბაზე ჭარბი რბილი ქსოვილების დაგროვება ქმნის ჩიტის მსგავს პროფილს (ე.წ. „ჩიტის სახე“).

ქვედა რეტროგნათიის აღმოსაფხვრელად მოწოდებული ქირურგიული მეთოდები უზრუნველყოფენ ქვედა ყბის ამა თუ იმ სეგმენტის წინ გადანაცვლებას. ამისათვის მიმართავენ ოსტეოტომიას ქვედა ყბის სხეულის (სურ. 223), კუთხის (სურ. 224) და ტოტის (სურ. 225, 226) არეში. ჩვენი აზრით, ამ შემთხვევაში დიდი უპირატესობა აქვთ Obwegeser-ისა და Dal Pont-ის მოწოდებულ მეთოდებს (ქვედა ყბის ტოტის სიბრტყობრივი ოსტეოტომია და ქვედა ყბის საგიტალური რეტრომოლარული ოსტეოტომია) (სურ. 227, 228). ამავე მიზნით შეიძლება გამოყე-



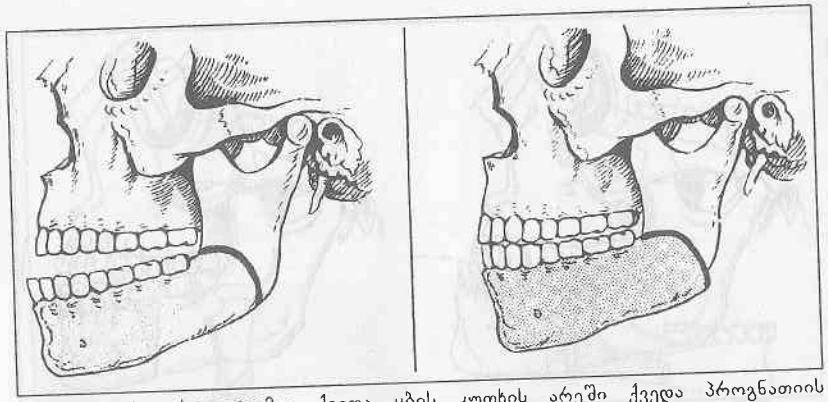
სურ. 223. ქვედა ყბის სხეულის ოსტეოტომია ქვედა პროგნათიის ქირურგიული მკურნალობის დროს.

ნებული იქნეს ჩვენს მიერ მოწოდებული ქვედა ყბის ვერტიკალურ-საგიტალური ოსტეოტომიის მეთოდი. ქვედა ყბის წინ გადანაცვლების შემდეგ ტოტის არეში შექმნილ დეფექტში შეიძლება შეტანილი იქნეს ძვლის ტრანსპლანტატი.

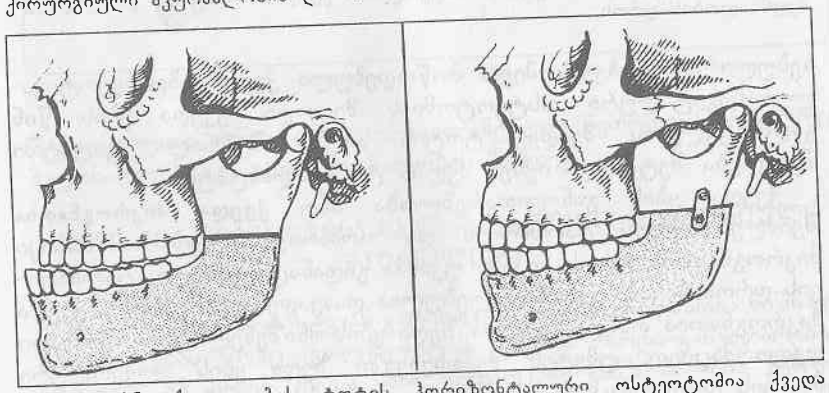
ქვედა ყბის განუვითარებლობა ანუ **ქვედა მიკროგნათია** შეიძლება იყოს ცალმხრივი და ორმხრივი. ქვედა ორმხრივი მიკროგნათიის დროს ნიკაპი უკანაა გადანაცვლებული, ცალმხრივის დროს ნიკაპი გადანაცვლებულია დაავადებულ მხარეზე. ქვედა მიკროგნათია თანდართულია ზედა ყბის მნიშვნელოვანი მეორადი დეფორმაციით. უმეტეს შემთხვევაში ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის დეფორმაციის ხარჯზე ადგილი აქვს თანკბილვის კომპენსაციას, რაც კიდევ უფრო ამახინჯებს სახის ფორმას.

მკურნალობის პრინციპია ქვედა ყბის დაგრძელება და ზედა ყბის მეორადი დეფორმაციის აღმოფხვრა. ქვედა ყბის დაგრძელება ხდება ზემოაღწერილი ქირურგიული მეთოდების გამოყენებით, მეორადი დეფორმაციის აღმოფხვრა კი სახის კონტურული პლასტიკით. ცალმხრივი მიკროგნათიის დროს პლასტიკური მასალა (ხრტილი, სილიკონი და სხვ.) შეჰყავთ ჯანმრთელ მხარეს ქვედა ყბის სხეულის არეში, ორმხრივის დროს კი — ნიკაპის არეში.

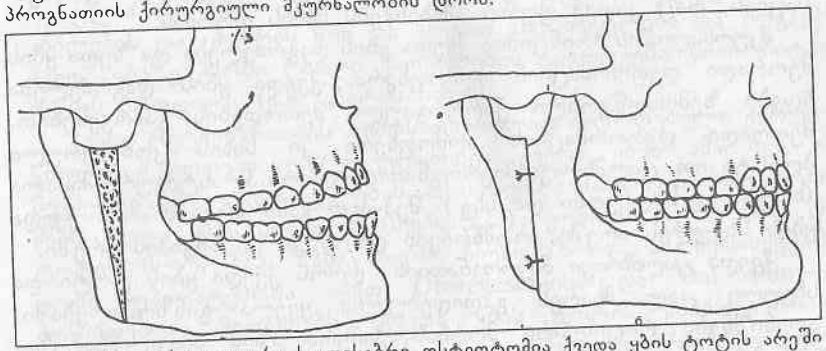
ქვედა ცალმხრივი მაკროგნათიის დროს ქვედა ყბის ტოტი და სხეული ცალ მხარეს გადიდებულია ყველა განზომილებაში. აღინიშნება როკისებრი მორჩის ჰიპერპლაზია ამავე მხარეზე. თანკბილვა დაზიანებულ მხარეზე უფრო ხშირად ღიაა. საფეთ-



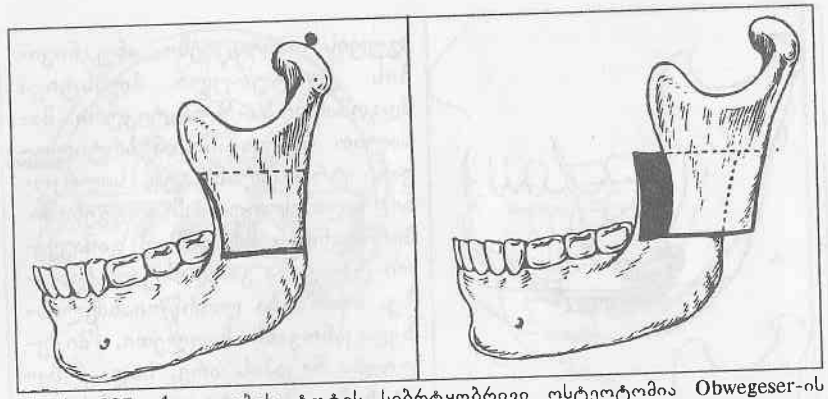
სურ. 224. ოსტეოტომია ქვედა ყბის კუთხის არეში ქვედა პროგნათიის ქირურგიული მკურნალობის დროს.



სურ. 225. ქვედა ყბის ტოტის ჰორიზონტალური ოსტეოტომია ქვედა პროგნათიის ქირურგიული მკურნალობის დროს.

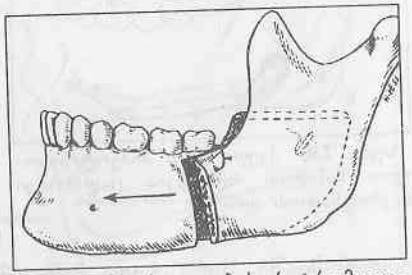


სურ. 226. ვერტიკალური სოლისებრი ოსტეოტომია ქვედა ყბის ტოტის არეში ქვედა პროგნათიის ქირურგიული მკურნალობის დროს.



სურ. 227. ქვედა ყბის ტოტის სიბრტყობრივი ოსტეოტომია Obwegeser-ის მეთოდით ქვედა რეტროგნათიის დროს.

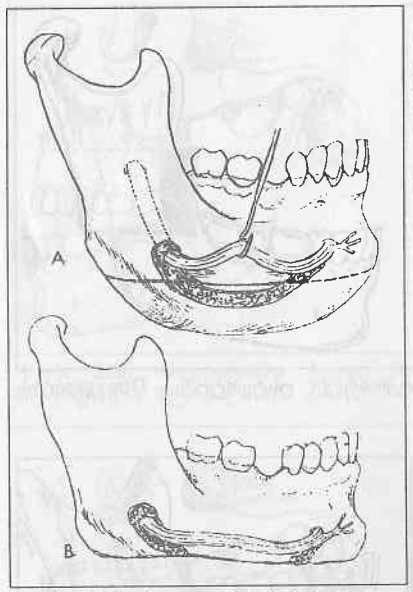
ქელ-ქვედა ყბის სახსარში ადგილი აქვს ტკივილებს; იგი ძლიერდება პირის გაღების დროს. დაზიანებულ მხარეზე ქვედა ყბის თავის რეზექცია აწყნარებს ტკივილებს და იწვევს პროცესის პროგრესიის შეწყვეტას. კეთდება აგრეთვე ქვედა ყბის გადიდებული ქვედა კიდის ამოკვეთა მეორე მხარესთან სიმეტრიულად. თუ ამოსაკვეთ ზონაში ექცევა ქვედა ყბის არხი, როგორც ეს სურ. 230-ზეა ნაჩვენები, მაშინ წინასწარ გამოყოფენ არხში არსებულ სისხლძარღვოვანნერვულ კონას და შემდეგ ახდენენ ქვედა ყბის ქვედა კიდის რეზექციას. თანკბილვას ასწორებენ ასევე ქირურგიული ჩარევით.



სურ. 228. ქვედა ყბის რეტრომოლარული საგიტალური ოსტეოტომია Dal Pont-ის მეთოდით ქვედა რეტროგნათიის დროს.

მიკროგენია ანუ „პატარა ნიკაპი“ გულისხმობს ნიკაპის მიდამოს დაქვეითებულ განვითარებას, ზრდაში ჩამორჩენას. ტერმინი „მიკროგენია“ არ უნდა აგვერიოს ან შეგვეცვალოს ტერმინში „მიკროგნათია“, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ქვედა ყბის სხვადასხვა კომპონენტების დეფორმაციას.

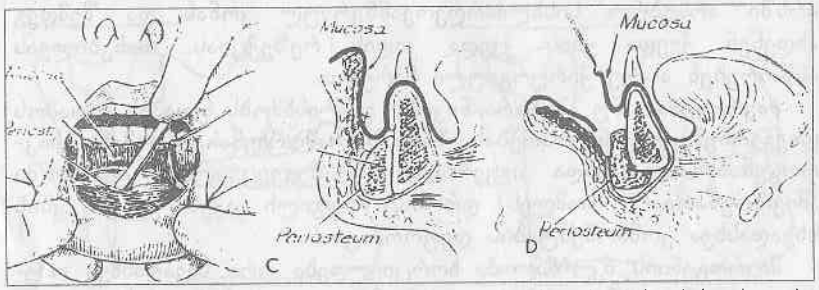
მიკროგენიის მკურნალობა ხორციელდება ორი სხვადასხვა ოპერაციული მიდგომით: ოპერაცია, რომელიც ცვლის ნიკაპის გარეგან ფორმას და ოპერაცია ძვალზე, მისი დაგრძელების მიზნით. პირველი



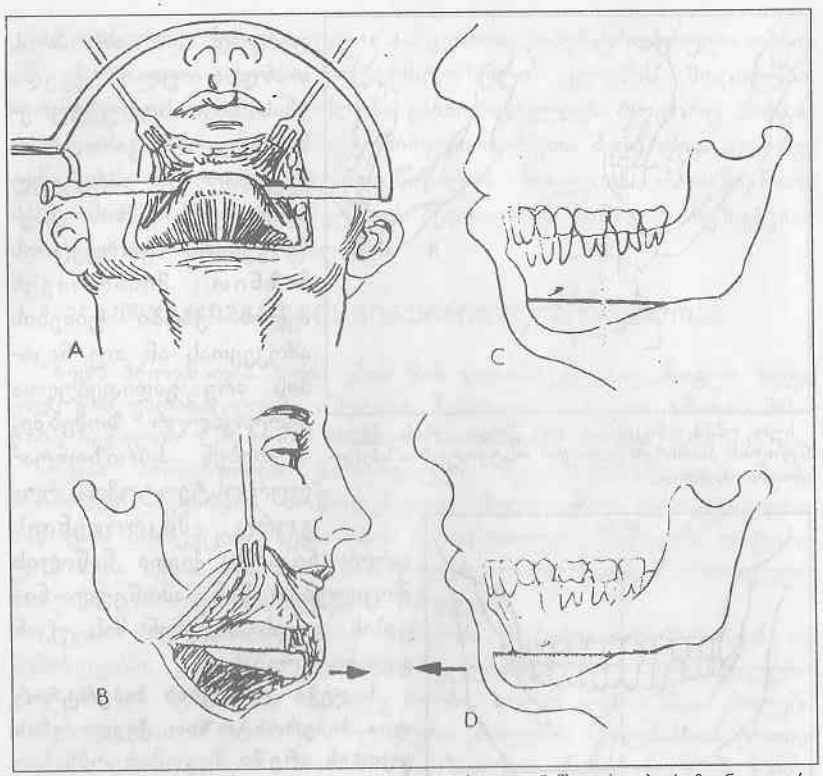
სურ. 230. ქვედა ყბის ჰიპერტროფიული ნაწილის რეზექცია ცალმხრივი მაკროგნათიის დროს.

ჯგუფის ოპერაციები, ანუ ნიკაპის კონტურული პლასტიკა მდგომარეობს პლასტიკური მასალით (ძვლოვანი ან ხრტილოვანი ტრანსპლანტატი, სილიკონი) ნიკაპის ფორმის აღდგენაში. პირშიგნითა მიდგომით განაკვეთი ტარდება გარდამავალ ნაოჭზე. აითიშება ლორწოიანძვლისზედაკანოვანი ნაფლეთი, შიშვლდება ნიკაპის არე, სადაც შეიტანება პლასტიკური მასალა (აუტოძვალი ან ხრტილი, ფორმალინიზებული ან დემინერალიზებული ძვლის ქსენოტრანსპლანტატი, იმპლანტატი), ისე როგორც ეს სურ. 231-ზეა მოტანილი.

მეორე ჯგუფის ოპერაციები მდგომარეობს ქვედა ყბის ქვედა ნაწილის ჰორიზონტალურ ოსტეოტომიაში. პირგარეთა მიდგომით განაკვეთი ტარდება ნიკაპქვედა მიდამოში მისი ქვედა კიდის პარალელურად. ნიკაპის არეს გაშიშვლების შემდეგ ნიკაპის ქვედა ნაწილიდან კეთდება ჰორიზონტალური ოსტეოტომია ისე, რომ ოსტეოტომიურმა ხაზმა



სურ. 231. მიკროგნათიის ქირურგიული მკურნალობა (ნიკაპის არეს ოსტეოპლასტიკა თეძოს ძვლის ქედიდან აღებული ტრანსპლანტატით).

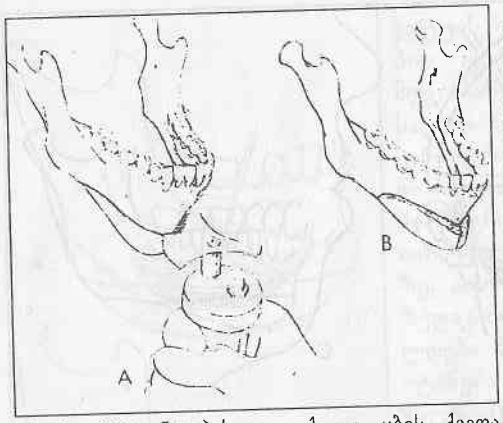


სურ. 232. ნიკაპისა და ქვედა ყბის ქვედა ნაწილის ჰორიზონტალური ოსტეოტომია ფრაგმენტების წინ გადანაცვლებით.

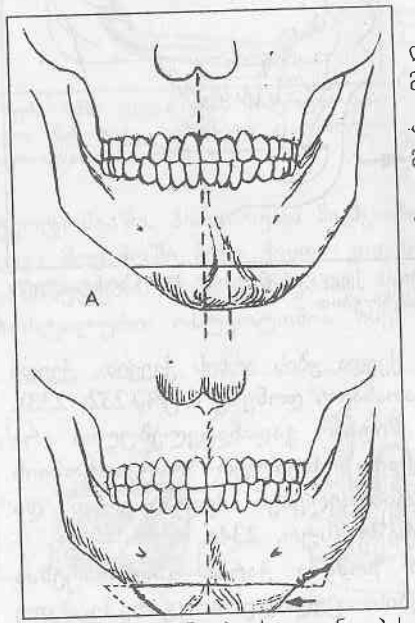
გაიაროს ნიკაპის ხვრელებისა და ქვედა ყბის არხის ქვევით. ქვედა ფრაგმენტს გადაანაცვლებენ წინ სათანადო დონეზე (სურ. 232, 233).

იმ შემთხვევაში, თუ ნიკაპის მიდამო გადანაცვლებულია არა უკან, არამედ ლატერალურად, ჰორიზონტალური ოსტეოტომიის შემდეგ ქვედა ფრაგმენტს გადაანაცვლებენ მედიალურად და აფიქსირებენ სწორ შეთანასოვნებაში (სურ. 234).

მაკროგენია ნიკაპის მიდამოს ზომაში ჭარბი განვითარებაა ქვედა ყბის სხვა სტრუქტურების ცვლილების გარეშე. თუ მაკროგენია თან ახლავს ქვედა პროგნათიას, ამ უკანასკნელის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ უმრავლეს შემთხვევაში მაკროგენიაც აღმოიფხვრება. თუ მაკროგენია გვხვდება დამოუკი-



სურ. 233. ნიკაპისა და ქვედა ყბის ქვედა ნაწილის ჰორიზონტალური ოსტეოტომია სპეციალური ხერხით.



სურ. 234. გენიოპლასტიკა ნიკაპის ლატერალური გადანაცვლების დროს ფრაგმენტების მედიალური გადანაცვლებით.

დებლად და არ არის თანდართული ქვედა ყბის სხვა სტრუქტურების დეფორმაციით, მისი მკურნალობა გარკვეულ სიძნელეებს ქმნის. მაკროგენიის კორექციის მიზნით მიმართავენ ძვლის ჭარბი უბნების ამოკვეთას ან თუ ნიკაპის არე გადიდებულია ვერტიკალურ ზომებში, აკეთებენ ჰორიზონტალურ ოსტეოტომიას როგორც მიკროგენიის დროს ნიკაპის ქვედა ნაწილის მოცილებით. წინ წამოწეული ნიკაპის დროს ახდენენ მის უკან გადანაცვლებას.

საღეჭი კუნთების ჰიპერტროფია ჰიპეროსტოზით ქვედა ყბის კუთხის არეში მდგომარეობს საღეჭი კუნთის ცალმხრივ ან ორმხრივ უსიმპტომო გადიდებაში. სახეს ამ დროს აქვს კვადრატული ფორმა ყურისწინა და ქვედა ყბის კუთხის არეში ქსოვილების ჭარბი განვითარების გამო. რენტგენოლოგიურად ამ დროს ქვედა ყბის კუთხის არეში აღინიშნება ჰიპეროსტოზის მოვლენები. კუნთის ჰიპერტროფიული უბნებიდან აღებული ბიოპსიური მასალის მორფოლოგიური გამოკვლევით ნორმიდან რაიმე გადახრა არ აღინიშნება.

მკურნალობა ქირურგიულია — კუნთის ჰიპერტროფიული უბნის ამოკვეთა და ძვლის ჰიპეროსტოზული კერების მოცილება. ოპერაციული ჩარევა შეიძლება განხორციელდეს როგორც პირგარეთა, ისე პირშიგნითა მიდგომით. პირგარეთა მიდგომით გვირჩევენ კუნთის ლატერალური ნაწილის მოკვეთას, პირშიგნითა მიდგომით კი — საღეჭი კუნთის მედიალური ნაწილის რეზექციას და ჰიპეროსტოზის მოცილებას.

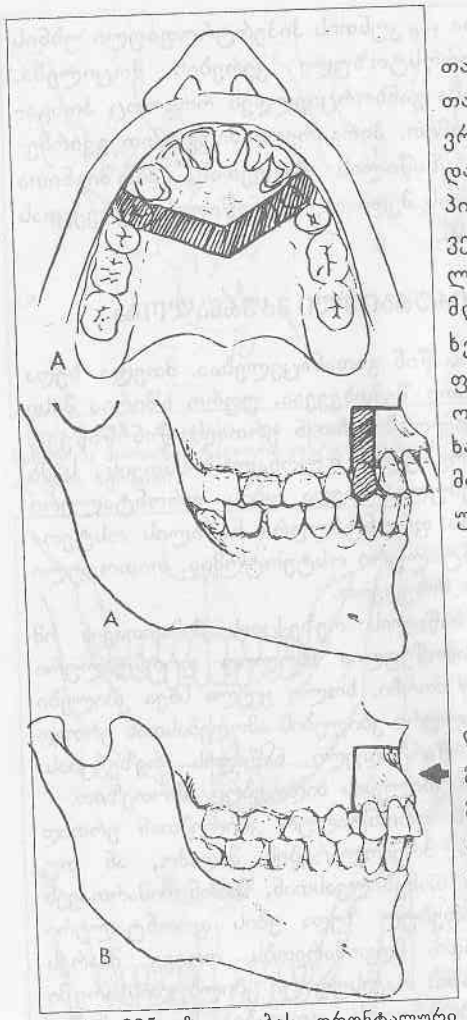
ზედა პროგნათიის ქირურგიული მკურნალობა

ზედა პროგნათია ზედა ყბის წინ გადანაცვლებაა. მთელი ზედა ყბის წინ გადანაცვლება იშვიათი შემთხვევაა. უფრო ხშირია მისი წინა ნაწილის (კბილები საკბილო მორჩთან ერთად) წინ წაწევა.

ზედა პროგნათიის ქირურგიული მკურნალობისათვის სამი ძირითადი მეთოდია მოწოდებული: ზედა ყბის ფრონტალური ნაწილის რეზექცია, ზედა ყბის ფრონტალური ნაწილის ოსტეოტომია და ზედა ყბის ჰორიზონტალური ოსტეოტომია. თითოეული მათგანი გამოიყენება ჩვენების მიხედვით.

ზედა ყბის ფრონტალური ნაწილის რეზექციას მიმართავენ იმ შემთხვევაში, როდესაც წინ წამოწეულია მხოლოდ ფრონტალური კბილები და შესაბამისი საკბილე მორჩი, ხოლო ყველა სხვა კბილები თანკბილვაშია. ამ დროს ფრონტალური კბილების ამოღებასთან ერთად ახდენენ ალვეოლური მორჩის წარზიდული ნაწილის რეზექციას. წარმოქმნილ დეფექტს აღადგენენ კბილების ხიდისებრი პროთეზით.

თუ ზედა პროგნათიის დროს ფრონტალურ კბილებთან ერთად წინ წამოწეულია ეშვებისა და პრემოლარების მიდამო, ან თუ პროგნათია შეთავსებულია ღრმა თანკბილვასთან, მაშინ მიმართავენ შუხარდტის (1960) მიერ მოწოდებულ ზედა ყბის ფრონტალური ნაწილის ოსტეოტომიას. მეთოდი მდგომარეობს ორივე მხარეს პირველი პრემოლარების ამოღებაში, თავისუფალი კბილბუდის არეში დარჩენილი ძვლის ნაწილის (კბილბუდის კედლები) მოცილებაში, ვესტიბულური მხრიდან ყოფილი კბილბუდეების ფსკერებს შორის ჰორიზონტალური ოსტეოტომიის ხაზის გატარებასა და სასის მხრიდან ყოფილი კბილბუდეების შემაერთებელი ოსტეოტომიური ხაზის გატარებაში. ფრაგმენტის მობილიზაციის შემდეგ გადასწევენ მას უკან და ზევით, ჩასვამენ თანკბილვაში და აფიქსირებენ მონომაქსილური მავთულოვანი არტაშნით 1,5-2 თვის განმავლობაში (სურ. 235, 236).



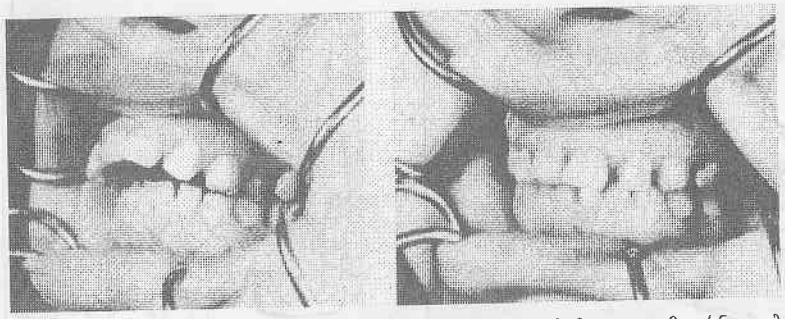
სურ. 235. ზედა ყბის ფრონტალური ნაწილის ოსტეოტომია ზედა პროგნათიის დროს.

თუ ზედა პროგნათია შეთავსებულია ღია თანკბილვასთან და თანკბილვის დარღვევა ვრცელდება პრემოლარებზე და მოლარებზე (ან თუნდაც პირველ მოლარზე), მიმართავენ ზედა ყბის ჰორიზონტალურ ოსტეოტომიას, რაც მდგომარეობს მსხლისებრი ხვრელის გარეთა კიდიდან ფრთისებრ მორჩებამდე ოსტეოტომიის ჰორიზონტალური ხაზის გატარებაში, ზედა ყბის მობილიზაციაში და ქვემოთ და უკან გადანაცვლებაში.

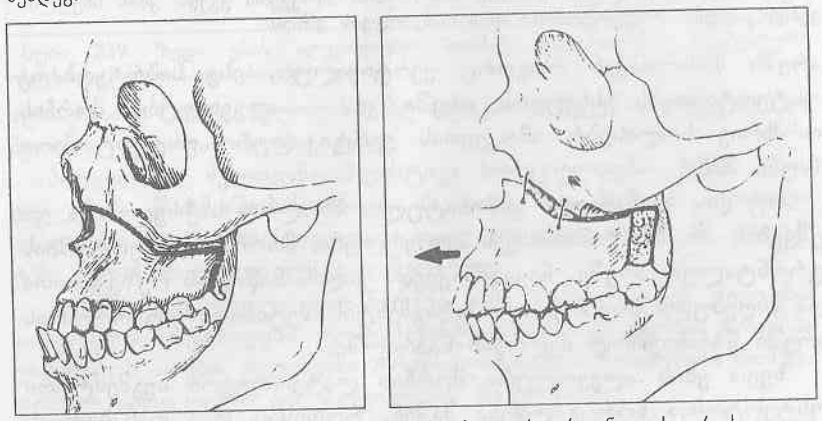
ზედა რეტროგნათიის ქირურგიული მკურნალობა

ზედა რეტროგნათია ნორმალური ზომის ზედა ყბის უკან გადანაცვლებაა; მცირე ზომის, განუვითარებელ, უკან გადანაცვლებულ ზედა ყბას ზედა ყბის ჰიპოპლაზიას ან მიკროგნათიას უწოდებენ.

ზედა რეტროგნათიის დროს ოპერაციის არსი მდგომარეობს ზედა ყბის ოსტეოტომიაში Le Forst I ტიპით, მსხლისებრი ხვრელის ქვედა კიდიდან ფრთისებრ მორჩებამდე. მობილიზაციის შემდეგ ზედა ყბას გადაწევენ წინ და აფიქსირებენ მინიფირფიტებით და ინტერმაქსილური მავთულოვანი არტაშნით (სურ. 237).



სურ. 236. პაციენტი ზედა პროგნათიის მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ.

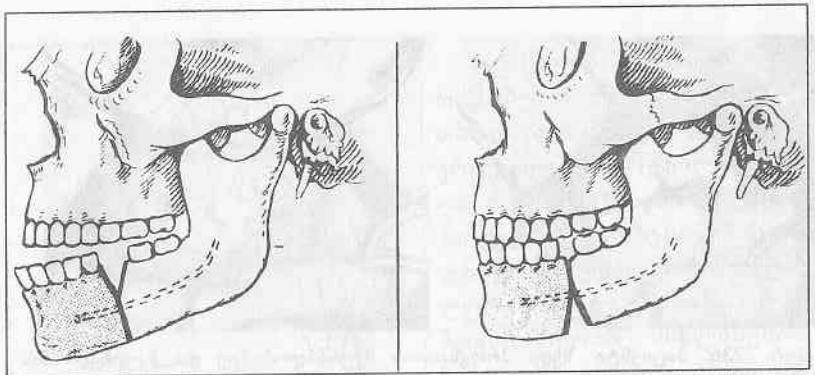


სურ. 237. ზედა ყბის წინ გადანაცვლება ზედა რეტროგნათიის დროს.

ზედა ყბის განუვითარებლობის (მიკროგნათიის) დროს კარგ შედეგებს იძლევა სახის მთელი შუა ზონის ერთდროული გადანაცვლება წინ.

ღია თანკბილვის ქირურგიული მკურნალობა

ღია თანკბილვა (აპერტოგნათია) ხასიათდება თავისუფალი სივრცის არსებობით ფრონტალური კბილების საჭრელ ზედაპირებს შორის დახურული პირის დროს. უფრო რთულ შემთხვევაში პირის დახურვის დროს კონტაქტი არის მხოლოდ ბოლო მოლარებს შორის. ღია თანკბილვის ქირურგიული მკურნალობა ხორციელდება ოპერაციული ჩარევით ქვედა ყბის როგორც ტოტის, ისე სხეულის არეში. ტოტის



სურ. 238. ალვეოლური მორჩის სოლისებრი ამოკვეთა ქვედა ყბის სხეულის ვერტიკალური ოსტეოტომიით ღია თანკბილვის დროს.

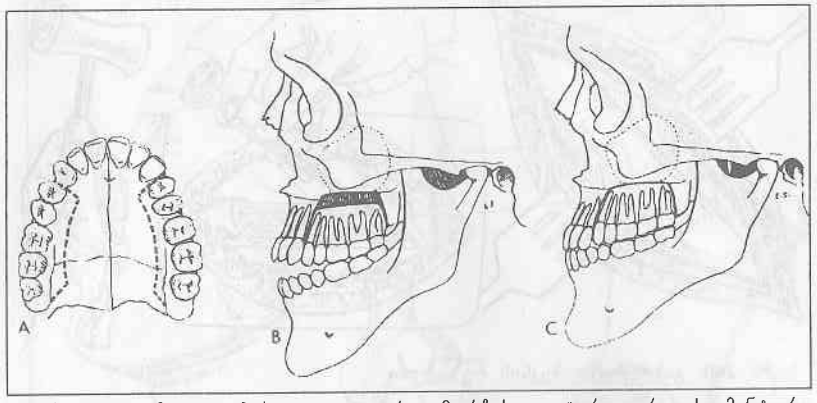
არეში მიმართავენ როგორც ვერტიკალურ, ისე სიბრტყობრივ ოსტეოტომიებს. სხეულის არეში კი — ალვეოლური მორჩის ორმხრივ სოლისებრ ამოკვეთას ვერტიკალური ოსტეოტომიით (სურ. 238).

თუ ღია თანკბილვა გამოხატულია მხოლოდ საჭრელებისა და ეშვების არეში, მიმართავენ ალვეოლური მორჩის ოსტეოტომიას ფრონტალურ არეში, ნიკაპის ქვედა კიდის ნაწილის რეზექციითა და მიღებული თავისუფალი ფრაგმენტის შეტანით ოსტეოტომიის არეში წარმოქმნილ ძვლოვან ნაპრალში.

ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის ლატერალური სეგმენტური ოსტეოტომია ხორციელდება მაშინ, როდესაც ღია თანკბილვის მიზეზია ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის გვერდითი ნაწილების ჭარბი განვითარება. პრემოლარების და მოლარების არეში ალვეოლური მორჩის ოსტეოტომიასთან ერთად კეთდება ჭარბი ძვლის ზოლის ამოკვეთა ალვეოლურ მორჩსა და ზედა ყბის წიაღის ქვედა კედელს შორის. თანკბილვის აღდგენის შემდეგ კეთდება ინტერმაქსილური არტაშანი ყბათაშორისი გაჭიმვით (სურ. 239).

ყბების ოსტეოპლასტიკა

ყბების დეფექტები ვითარდება ტრავმის, ოპერაციული ჩარევის, ქრონიკული ოსტეომიელიტის დროს. უფრო ხშირად ზიანდება ქვედა ყბა. რადიკალური საშუალება ქვედა ყბის მთლიანობის



სურ. 239. ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის ლატერალური სეგმენტური ოსტეოტომია ღია თანკბილვის დროს.

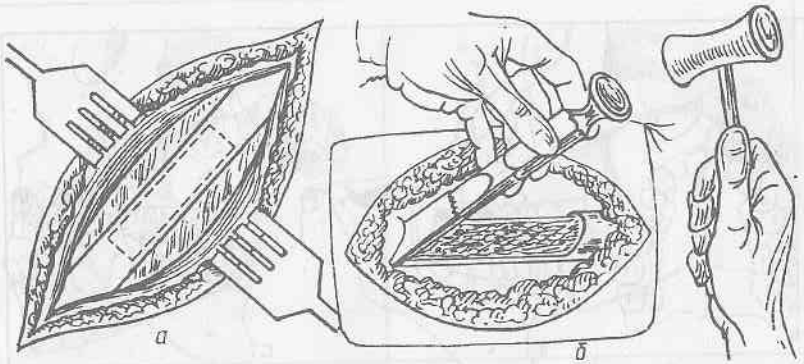
აღსადგენად არის ძვლოვანი პლასტიკა. არჩევენ პირველად და მეორად ძვლოვან პლასტიკას.

პირველადი ძვლოვანი პლასტიკა ხორციელდება ქვედა ყბის დეფექტის წარმოშობისთანავე ან მალე მის შემდეგ. მეორადი ოსტეოპლასტიკა ხორციელდება უკვე არსებულ ძვლოვან დეფექტში ძვლის თავისუფალი გადანერგვით.

ძვლის თავისუფალი გადანერგვა სამი მომენტისაგან შედგება: სარეცელის მომზადება ტრანსპლანტატისათვის, ძვლის ტრანსპლანტატის აღება, ძვლოვანი ტრანსპლანტატის მოთავსება მომზადებულ სარეცელში და ჭრილობის შეკერვა.

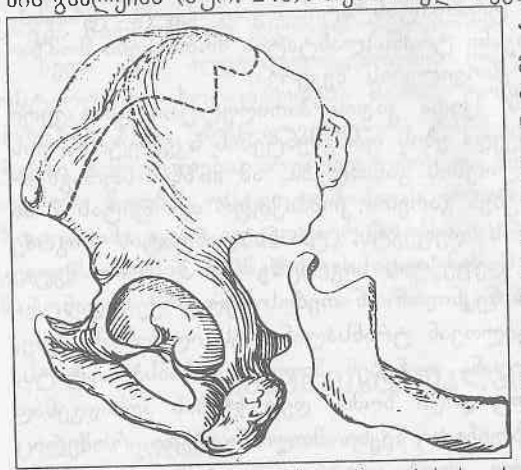
ტარდება ქვედა ყბის ქვედა კიდის პარალელური განაკვეთი მისგან 1,5 სმ ქვევით. ქვედა ყბის ფრაგმენტების სკელეტიზაციის შემდეგ ხდება მათი ბოლოების განახლება. ამ მიზნით ფრაგმენტების ბოლოებზე აცილებენ გარეთა კომპაქტურ ფირფიტას 2 სმ სიგრძით. ზომავენ ძვლის დეფექტს. ტრანსპლანტატის სიგრძე უნდა იყოს ქვედა ყბის დეფექტის სიგრძეზე 2,5-3 სმ-ით მეტი. ტრანსპლანტატს იღებენ ნეკნიდან ან თეძოს ძვლის ქედიდან.

ძვლოვან ან ძვალხრტილოვან ტრანსპლანტატს იღებენ მეექვსე, მეშვიდე ან მერვე ნეკნიდან. იყენებენ მთლიან ტრანსპლანტატს, თუმცა ქვედა ყბის არცთუ დიდი ზომის დეფექტების აღსადგენად ფართოდ გამოიყენება გახლეჩილი ნეკნი. მთლიანი ნეკნი, რომელიც ყოველი მხრივ დაფარულია კორტიკალური შრით, ძნელად ექვემდებარება გარდაქმნას, მასში ძნელად აღწევენ სისხლის ძარღვები.

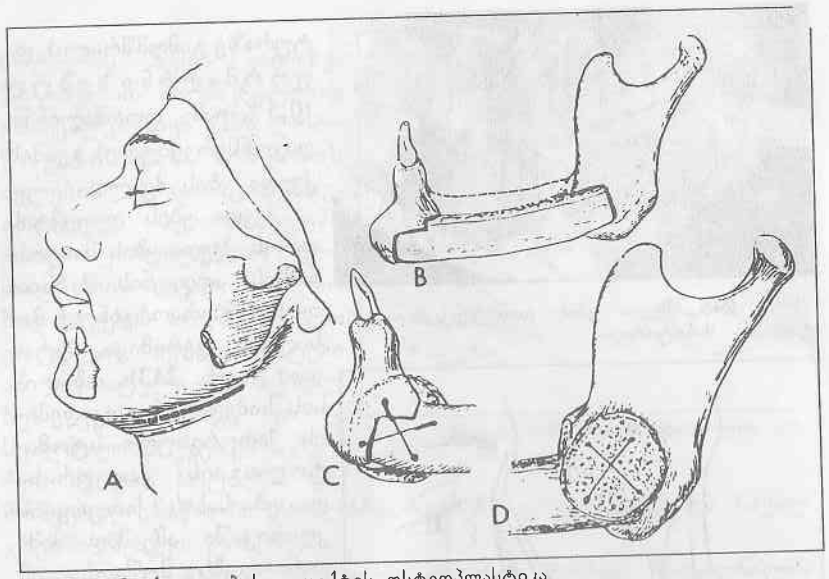


სურ. 240. გახლეჩილი ნეკნის რეზექცია.

მთლიანი ნეკნის აღების დროს შეიძლება დაზიანდეს პლევრა. გახლეჩილის აღებისას პლევრის დაზიანების შესაძლებლობა მნიშვნელოვნადაა შემცირებული. ამასთან, გახლეჩილი ნეკნის გადანერგვის დროს რეგენერაცია ბევრად უფრო დაჩქარებულია. ტრანსპლანტატის ასაღებად განაკვეთი ტარდება ნეკნის შუახაზის გასწვრივ. გააშიშვლებენ ნეკნს და ღარიანი სატეხით, რომლის წვერი შეაქვთ ნეკნის კორტიკალურ ფირფიტებს შორის ახდენენ მის გახლეჩას (სურ. 240). თეძოს ძვლის ქედიდან ტრანსპლანტატის აღების დროს ატარებენ განაკვეთს მის ზედა კიდეზე უკანა წვეტიდან წინამდე. რბილი ქსოვილების ათიშვის შემდეგ საჭირო ზომის ტრანსპლანტატს იღებენ ფართო სატეხით ან ჟიგლის ხერხით (სურ. 241). ტრანსპლანტატი დაუყოვნებლივ გადააქვთ წინასწარ მომზადებულ სარეცელში ისე, რომ მისი ღრუბლისებრი ზედაპირი მჭიდროდ ეხებოდეს ძვლის ფრაგმენტების დამუშავებულ ზედაპირებს. ტრანსპლანტატის ფრაგმენტების განახლებული კიდეების ფიქსაცია ხდება მავთულოვანი ან მიკროფირფიტოვანი ნაკერით (სურ. 242). აუცილებელია მთელი ტრანსპლანტატი დაიფაროს კუნთოვანი ქსოვილით, შემდეგ კი შეიკეროს გარეთა ჭრილობა. ტრანსპლანტატის აღების ადგილზეც ჯერ იკერება კუნთები (კეტგუტით), შემდეგ კი კანი (აბრეშუმით).



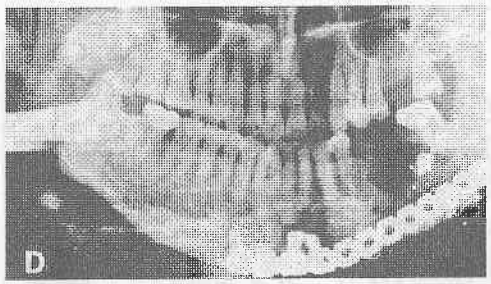
სურ. 241. ტრანსპლანტატის აღება თეძოს ძვლის ქედიდან.



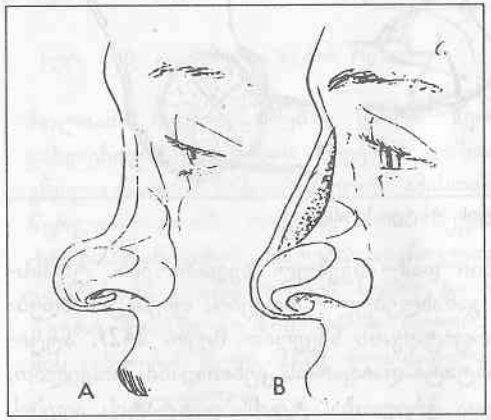
სურ. 242. ქვედა ყბის დეფექტის ოსტეოპლასტიკა.

დროთა განმავლობაში გადანერგილი ძვალი თანდათან იწოვება და გამოთავისუფლებული ოსტეოგენური ნივთიერებების დახმარებით დეფექტის ადგილზე წარმოიქმნება ახალი ძვალი.

ქვედა ყბის დეფექტის ოსტეოპლასტიკისათვის წარმატებით იყენებენ სხვა ადამიანის, ძირითადად გვამიდან აღებულ ალოტრანსპლანტატს. გვამის ძვლის კონსერვაციის სხვადასხვა მეთოდი გვაძლევს ორთოტოპიკული (დეფექტიანი ძვლის იდენტური ძვლისაგან აღებული სეგმენტი) ტრანსპლანტატის გამოყენების საშუალებას. ქვედა ყბის დეფექტის აღსადგენად ასეთია გვამის ქვედა ყბა. ამ მიზნით წარმატებით იყენებენ ლიოფილიზებულ (-70^{0}C-მდე გაყინული და ვაკუუმში -20^{0}C ტემპერა-



სურ. 243. ქვედა ყბის დეფექტის აღდგენა ტიტანის მინიტირფი.



სურ. 244. უნაგირა ცხვირის პლასტიკა.

ტურაზე გამომშრალი) და ფორმალინიზებულ (0,5%-იან ფორმალინში დაკონსერვებული) გვამის ქვედა ყბის ძვალი.

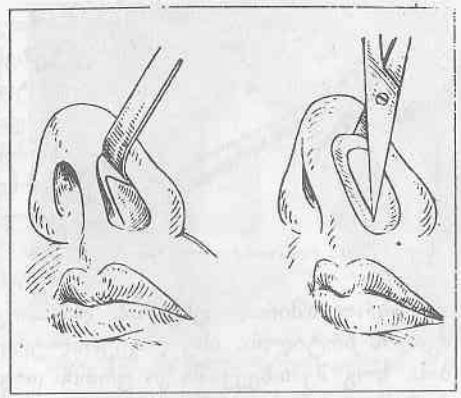
ქვედა ყბის დეფექტის დროს ქვედა ყბის მთლიანობის აღდგენის მიზნით იყენებენ არაორგანულ მასალებს (კერამიკა, მეტალი) (სურ. 243). თბილისის სამედიცინო აკადემიის ქირურგიული სტომატოლოგიის კათედრასა და ყბა-სახის ქირურგიის კლინიკაში ამჟამად მიმდინარეობს მუშაობა ამ მიზნით ცირკონიუმის მინიფირფიტების გამოყენების შესახებ (ო.ნემსაძე, თ.ხუნწარიძე, კ.მეტრეველი). მიღებული მონაცემებით იგი არ ჩამოუვარდება და ზოგ ასპექტში კიდეც ჯობნის ამჟამად მსოფლიოში ფართოდ გავრცელებულ ტიტანის მინიფირფიტებს.

მეტალური იმპლანტატები ვერ შეედრებიან აუტო ან ალოტრანსპლანტატებს, მაგრამ ერთი დიდი უპირატესობა უდავოდ აქვთ. აუტოტრანსპლანტატის აღება ორგანიზმისათვის არცთუ მარტივი დამატებითი ტრავმაა, ალოტრანსპლანტატის გამოყენება კი ზოგჯერ თანდართულია ზოგიერთი მძიმე დაავადების გადატანით (სპიდი, ინფექციური ჰეპატიტი და სხვა) დონორიდან რეციპიენტის ორგანიზმზე.

ცხვირის პლასტიკა (Rhinoplastica)

კეხიანი (კუზიანი) ცხვირი. კეხის მოხსნის მიზნით ატარებენ განაკვეთს ცხვირის ლორწოვანზე ცხვირის ღრუს მხრიდან ფრთის

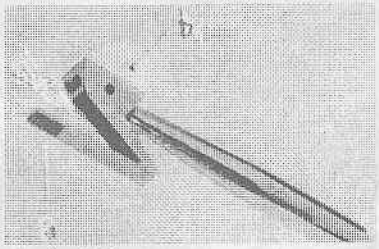
ხრტილის ზედა კიდეზე. სკალპელით ან მაკრატლით განაცალკავებენ კანს ლორწოვანისაგან ცხვირის ძვლების ქვედა კიდემდე, ათიშავენ პერიოსტეუმს რბილ ქსოვილებთან ერთად კეხის არეში. ჭრილობიდან კეხის არეში შეაქვთ ვოიაჩეკის ხერხი, სატეხი ან მაკრატელი და აცილებენ კეხს. ამავე დროს სკალპელით კვეთენ ცხვირის ძგიდის ხრტილის გამოშვერილ ნაწილს. ჭრილობა იკერება ყრუდ. ცხვირის სავალ გზებში შეაქვთ ტამპონი.



სურ. 245. ცხვირის ძგიდის ხრტილის სოლისებრი ამოკვეთა.

უნაგირა ცხვირი. ამ დროს ცხვირის ზურგი ჩავარდნილია ცხვირის ძვლოვანხრტილოვანი ჩონჩხის ჩაზნექვის ან დეფიციტის გამო. დეფორმაციის გასწორების მიზნით ცხვირის ზურგის არეში კანქვეშ შეაქვთ ტრანსპლანტატი ან იმპლანტატი (აუტოხრტილი, ალოხრტილი, პლასტმასა, სილიკონი, ცვილი). ამისათვის ტარდება „მერცხლისებრი“ განაკვეთი ცხვირის წვერზე ან ლორწოვან გარსზე ლატერალური ხრტილის ქვეშ. ათიშავენ კანს ცხვირის ზურგის არეში, სადაც შეაქვთ 3-5 სმ ზომის ტრანსპლანტატი ან იმპლანტატი. მისი ზედა ბოლო უნდა იყოს თხელი და ვიწრო, ქვედა უნდა შეესაბამებოდეს ცხვირის წვერის სიგანეს. ოპერაცია მთავრდება ჭრილობის შეკერვით (სურ. 244).

გრძელი ცხვირი. ცხვირის დამოკლება ხდება ლატერალური (სამკუთხა) და ცხვირის ძგიდის (ოთხკუთხა) ხრტილების ხარჯზე. თუ დაგრძელების მიზეზია ძგიდის (ოთხკუთხა) ხრტილი, ატარებენ განაკვეთს ლორწოვახზე ძგიდის ხრტილის ქვედა კიდეზე. განაკვეთს წინა ნაწილში ხრიან და აგრძელებენ ზევით. განაცალკავებენ ლორწოვანს ხრტილისაგან რასპატორით ორივე მხარეს და გაშიშვლებულ ხრტილს ამოკვეთენ სოლისებურად პირდაპირი მაკრატლით ისე, რომ რეცენზირებული ხრტილის ფუძე მიმართული უნდა იყოს ცხვირის ზურგისკენ (სურ. 245).



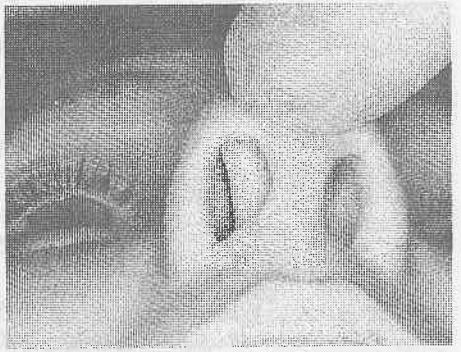
სურ. 246. რინოოსტეკლასტი.

თუ ცხვირის დაგრძელების მიზეზებია ლატერალური (სამკუთხა) ხრტილები, მაშინ ამ ხრტილების ქვედა უბნებში იღებენ საჭირო ზომის სოლისებრ ნაწილს. რომ არ წარმოიქმნას კანის ნაოჭები, აუცილებელია კანის გათიშვა ცხვირის ზურგისა და გვერდითი კედლებისაგან.

უფრო ხშირად ცხვირის დასამოკლებლად საჭიროა როგორც ძგიდის ხრტილის, ისე ლატერალური ხრტილების, ქვედა ნაწილების, ზოგ შემთხვევაში კი ფრთის დიდი ხრტილების ზედა კიდეების რეზექცია. შემცირებულ ხრტილებს უნდა შეესაბამებოდეს რბილი ქსოვილებიც, რისთვისაც ლორწოვანი გარსის მხრიდან ამოკვეთენ შესაბამისი ზომის ზოლს.

განიერი ცხვირი. ცხვირის განიერი ჩონჩხი ან ტრავმის შედეგია, ან თან ერთვის კეხიან ცხვირს. ცხვირის ძვლების მედიალური გადანაცვლებისათვის საჭიროა მათი სიგრძივი ოსტეოტომია ზედა ყბის შუბლის მორჩების არეში.

ოსტეოტომიის ტექნიკა: ინტრანაზალური ვესტიბულური განაკვეთით აღწევენ მსხლისებრი ხვრელის კიდეს. რასპატორის დახმარებით ქმნიან სუბპერიოსტულ გვირაბს, რომელიც მთავრდება თვალის შიგნითა კუთხესთან. შემდეგ შეაქვთ ცხვირის (ვოიაჩეკის) ხერხი. თუ არ ხერხდება ძვლის გახერხვა (განსაკუთრებით მის ზედა ნაწილში), ოსტეოტომიას ახორციელებენ სატეხით, რომლის მჭრელ კიდეს ექიმი მარჯვენა ხელით ათავსებს სათანადო ადგილზე, მარცხენა ხელით კი აკონტროლებს სატეხის ზედა კიდეს და იცავს თვალს. ასისტენტი სატეხის ბოლოზე ჩაქუჩის რითმული რბილი დარტყმებით ახდენს ოსტეოტომიას. ჩვენ *(ო.ნემსაძე, გ.გიგინეიშვილი)* ამ მიზნით მოვაწოდეთ რინოოსტეოკლასტი (სურ. 246), რომლის სამუშაო ნაწილს (სურ. 246 a) ინტრანაზალური განაკვეთიდან ვათავსებთ ცხვირის გვერდით ძვლოვან კედელზე, ინსტრუმენტის გრდემლზე (სურ. 246 b) ჩაქუჩის დარტყმით კი ვახდენთ ოსტეოტომიას. ორმხრივი ოსტეოტომიის შემდეგ ძვლის თავისუფალ ფირფიტებს გარედან თითებით ზედაწოლით აძლევენ სათანადო მდებარეობას. ცხვირის სავალ ნაწილებს ავსებენ ტამპონებით, ცხვირზე კი ადებენ თაბაშირის ნახევევს.



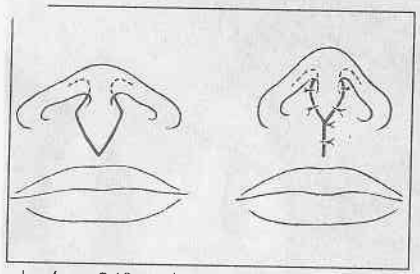
სურ. 247. ცხვირის ძგიდის გამრუდება.

გამრუდებული ცხვირი. ხშირად ცხვირის გამრუდებასთან ერთად ადგილი აქვს ცხვირის ძგიდის გამრუდებასაც. ასეთ შემთხვევაში გამრუდებული ცხვირის გასწორება შესაძლებელი ხდება იმ შემთხვევაში, როცა ერთდროულად ხორციელდება ძგიდის გასწორებაც. კეთდება ცხვირის ძვლების ოსტეოტომია ხერხის ან სატეხის საშუალებით და ცხვირის ძგიდის მოკვეთა სასის ძვლისაგან. თუ ამ ღონისძიებების შემდეგ ცხვირის ძვლები არ მოცილდა შუბლის ძვალს, ოსტეოტომიას ამ არეში ახდენენ ან ენდონაზალურად ან მცირე განაკვეთიდან ცხვირის ძირის არეში. ამის შემდეგ ცხვირის ძვლოვანი ჩონჩხი თავისუფლად მოძრაობს. თუ გამრუდება თანდართულია კეხით, ამ უკანასკნელს ხსნიან არსებული (ზემოაღწერილი) წესით, ცხვირს ასწორებენ და ადებენ თაბაშირის ნახვევს.

ცხვირის ხრტილოვანი ნაწილის გამრუდება. თუ ცხვირის ძგიდის ხრტილოვანი ნაწილის გამრუდება შეთავსებულია ცხვირის ძვლოვანი ნაწილის გამრუდებასთან, ხრტილოვანი ნაწილის რეპოზიცია ხერხდება ძგიდის (ოთხკუთხა) ხრტილის სასის ძვლიდან მთელ სიგრძეზე მოკვეთის შემდეგ ცხვირის ძვლების რეპოზიციასთან ერთად.

ცხვირის ძგიდის ხრტილოვანი ნაწილი ხშირად მკვეთრად არის გამრუდებული ცხვირის ძვლოვანი ნაწილის გამრუდების გარეშე (სურ. 247). ცხვირის ძგიდის გამრუდება ყოველთვის თანდართულია სუნთქვის გაძნელებით ხრტილის გამრუდებული ნაწილის ცხვირის გვერდით კედელთან შეხების გამო. ძგიდის „S“-ისებრი დეფორმაციის დროს დახშულია ცხვირის ორივე ნესტო.

ქირურგიული მკურნალობის ძირითადი მეთოდია კილიანის ოპერაცია და მისი მოდიფიკაციები. ტარდება განაკვეთი ლორწოვან გარსზე და ხდება მისი ათიშვა ხრტილისაგან ორივე მხარეს გამრუდების ფარგლებში. გაშიშვლებული ხრტილის გამოდრეკილ ნაწილს ამოკვეთენ სკალპელით ან მაკრატლით. არამნიშვნელოვანი გამრუდების დროს ხრტილზედას აშრევების შემდეგ ხრტილს



სურ. 248. ძგიდის მოკლე კანის დაგრძელება V-Y მეთოდით.

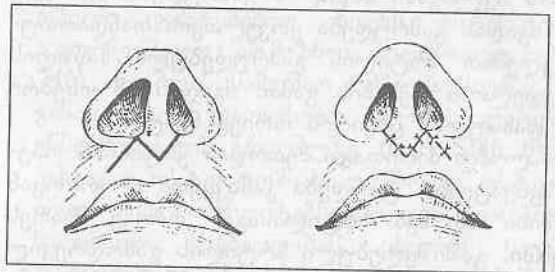
გამობერილ ნაწილში სერავენ. ჭრილობის შეკერვის შემდეგ სათანადო ნესტოში შეაქვთ ტამპონი და ძგიდეს გადაწევენ მოპირდაპირე მხარეს. ტამპონს ცვლიან დღეგამოშვებით 10-12 დღის განმავლობაში.

ცხვირის ძგიდის კანის ნაწილის კორექცია. ცხვირის ძგიდის გარეთა ნაწილის ფორმა განპირობებულია ფრთის ხრტილთა მედიალური ფეხებით, ცხვირის წინა წვეტის ზომით და კანის სისქით. ძგიდის კანი შეიძლება იყოს გრძელი, განიერი, მოკლე, ჩამოკიდებული ან აწეული. შეიძლება მდებარეობდეს ირიბად.

ძგიდის მოკლე კანის დაგრძელება ხდება ზედა ტუჩის ფილტრუმის ანგარიშზე, სადაც აკეთებენ V-სებრ განაკვეთებს ფუძით ცხვირის ძგიდისაკენ. ძგიდის არეში კი აგრძელებენ გასწვრივ განაკვეთებს ძგიდეზე ცხვირის კარიბჭის წინა ნიშამდე. ასეთნაირად მობილიზებული ძგიდე შეიძლება აწეული იქნეს ზევით. ამ პოზიციაში იკერება ჭრილობები ისე, რომ ნაკერი იღებს Y-ის ფორმას (სურ. 248).

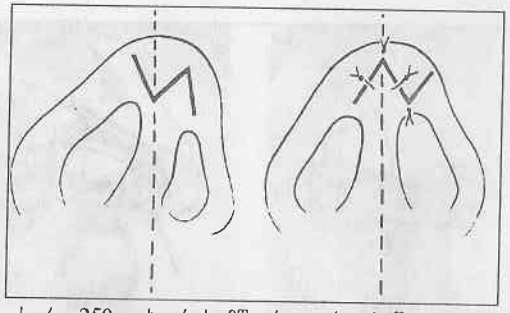
ძგიდის ფართო კანის კორექციის დროს ამოკვეთენ კანს ფრთის ხრტილთა მედიალურ ფეხებს შორის და ჭრილობას კერავენ ლეიბისებრი ნაკერით.

ძგიდის კანის ჩამოკიდების შემთხვევაში ამოიკვეთება როგორც ძგიდის ქვედა კიდე, ასევე ხდება ცხვირის წინა წვეტის რეზექცია, ფრთის ხრტილების მედიალური ფეხების ზედა კიდეების და რბილი ქსოვილების ზოლის ამოკვეთა.



სურ. 249. ცხვირის ძგიდის ცდომის გასწორება სამკუთხა ნაფლეთების გადანაცვლებით.

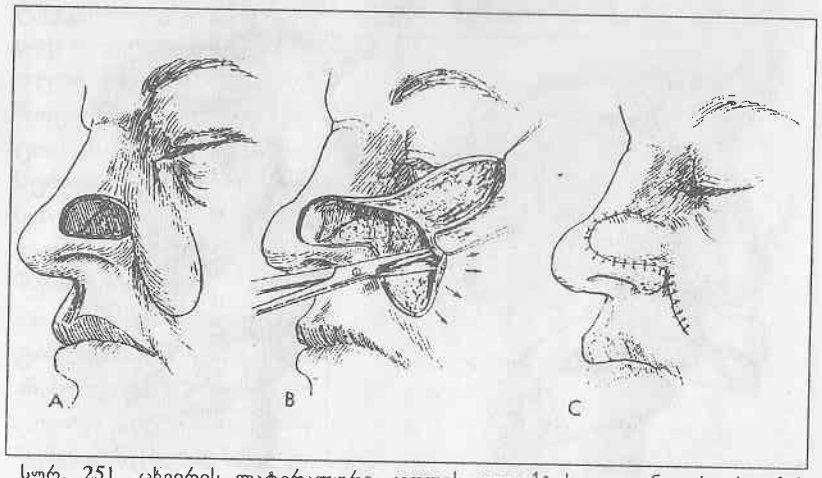
ძგიდის კანის ირიბი მდებარეობისას, თუ იგი გადანაცვლებულია ტუჩის საზღვართან, მიმართავენ შემხვედრი სამკუთხა ნაფლეთების გადანაცვლებას. ამასთან ერთი მათგანი შეიცავს ძგიდის ფუძეს (სურ. 249). ცხვირის წვერის ცდომაც ასევე შეიძლება გასწორებული იქნეს ორი სამკუთხა ნაფლეთის გადანაცვლებით (სურ. 250).



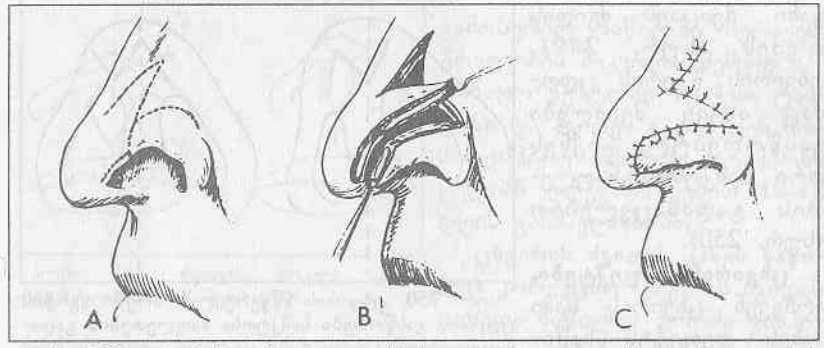
სურ. 250. ცხვირის მწვერვალის არეში ძგიდის ცდომის გასწორება სამკუთხა ნაფლეთების გადანაცვლებით.

ცხვირის დეფექტები. არჩევენ ცხვირის სამი სახის დეფექტს ნაწილობრივს, არასრულს და სრულს. ნაწილობრივის დროს ცხვირის ძირითადი მასა შენარჩუნებულია, აკლია მხოლოდ მისი მცირე ნაწილები; არასრული დეფექტის დროს შენარჩუნებულია ცხვირის მხოლოდ ზოგიერთი ნაწილი; სრული დეფექტის დროს ცხვირის ორგანო საერთოდ არ არსებობს.

ნაწილობრივი დეფექტების დროს წარმატებით იყენებენ ფეხიან ნაფლეთს ცხვირტუჩის ნაოჭიდან (სურ. 251, 252, 253), შუბლიდან (სურ. 254), ზედა ტუჩიდან. ცხვირის ფრთების ნაწილობრივი დეფექტის დროს წარმატებით იყენებენ ყურის ნიჟარის შესატყვისი

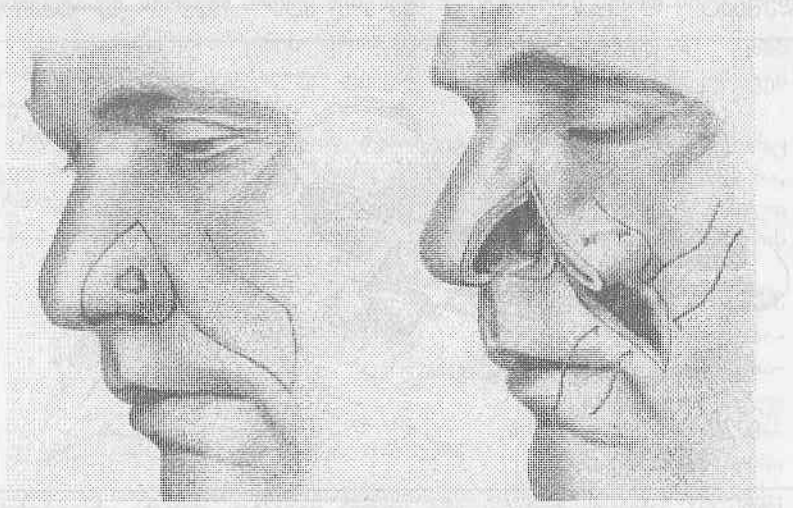


სურ. 251. ცხვირის ლატერალური კედლის დეფექტის აღდგენა ცხვირტუჩის ნაოჭის არედან აღებული ფეხიანი ნაფლეთით.



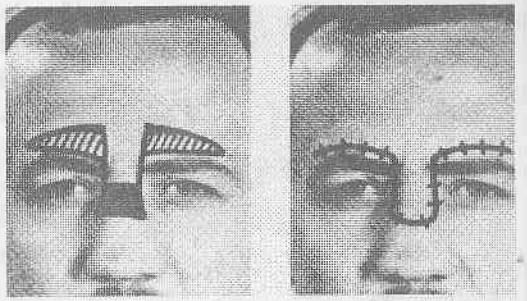
სურ. 252. ცხვირის ფრთის დეფექტის აღდგენა ადგილობრივი ნაფლეთების გადანაცვლებით.

ნაწილის თავისუფალ გადანერგვას. ტრანსპლანტატი კარგად ხორცდება, თუ ცხვირის ფრთის დეფექტის ზომები არ აჭარბებს 3 სმ-ს სიგრძეში და 1-1,5 სმ-ს სიმაღლეში. ანახლებენ დეფექტის კიდეებს. დეფექტის ზომები და ფორმა საღებავით გადააქვთ ყურის ნიჟარაზე. მახვილი სკალპელით ამოჭრიან ტრანსპლანტატს ყურის ნიჟარაზე და გადააქვთ ცხვირის დეფექტში. ნაკერებს ადებენ როგორც ლორწოვანზე, ისე კანზე. ყურის არეში წარმოქმნილ



სურ. 253. ცხვირის ლატერალური კედლის გამჭოლი დეფექტის აღდგენა ცხვირტუჩის ნაოჭის არედან აღებული ფეხიანი ნაფლეთით.

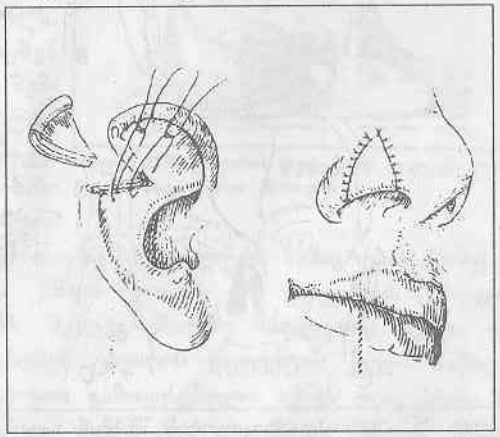
დეფექტს ყრუდ კერავენ (სურ. 255). აღნიშნული მეთოდის ავტორობას რუსულ სამედიცინო ლიტერატურაში მიაწერენ კ.სუსლოვს (1898), თუმცა ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში ამ მეთოდის ავტორად ითვლება Koning (1887).



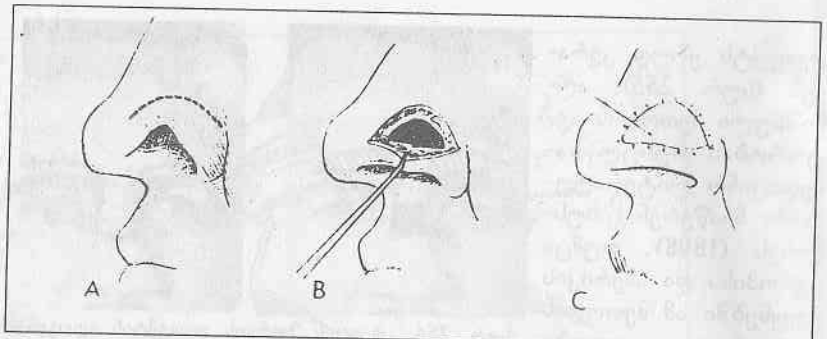
სურ. 254. ცხვირის ზურგის დეფექტის აღდგენა შუბლიდან აღებული ნაფლეთით.

არსებობს Koning-ის მეთოდის მოდიფიკაცია, რომლის მიხედვით ცხვირის ფრთაზე ტარდება დეფექტის კიდის პარალელური განაკვეთი, ფრთის კიდეს გადაწევენ ქვევით და წარმოქმნილ მეორად დეფექტში აკერებენ ყურის ნიჟარიდან აღებულ თავისუფალ ნაფლეთს (სურ. 256).

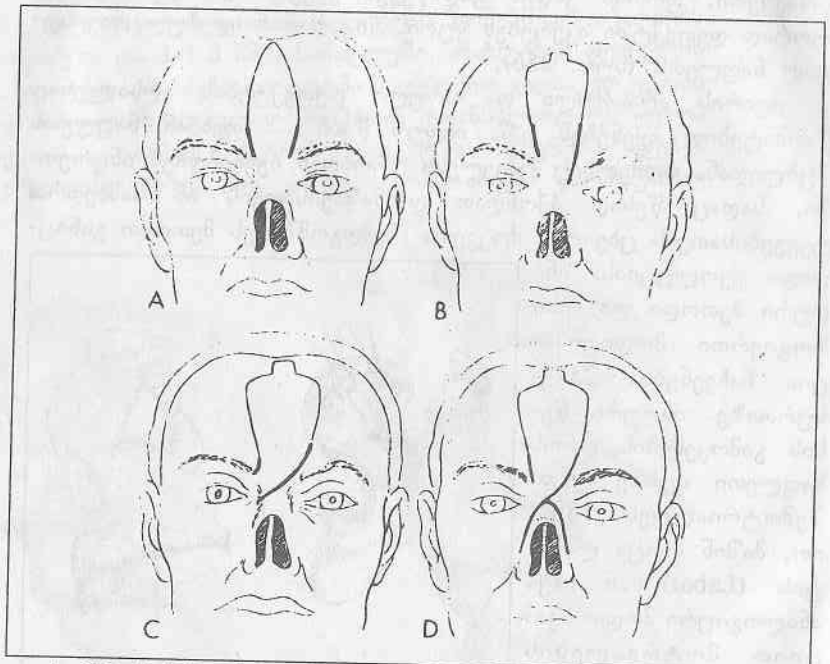
ცხვირის არასრული და სრული დეფექტების აღსადგენად წარმატებით იყენებენ ე.წ. *ინდურ წესს* — ფეხიან ნაფლეთს შუბლიდან, რომელსაც უძველესი დროიდან იყენებდნენ ინდოეთში, სადაც წესად ჰქონდათ დამნაშავისათვის ან სამხედრო ტყვეებისათვის ცხვირის მოკვეთა. შემდგომში ეს მეთოდი განიცდიდა ევოლუციას. ინდური მეთოდი და მისი ზოგიერთი მოდიფიკაცია ნაჩვენებია 257-ე სურათზე. ინდური წესის გამოყენების დროს ნაფლეთი ფეხზე უნდა შემოტრიალდეს 180^0-ით, მაშინ როცა ლაბატის (Labat) ან სხვა ანალოგიური მოდიფიკაციით მოტრიალების შემდეგ შუბლის ნაფლეთის ფუძე მოპირდაპირე თვალბუდის შიგნითა



სურ. 255. ყურის ნიჟარის თავისუფალი ნაფლეთის გადანერგვა ცხვირის ფრთის დეფექტში.



სურ. 256. ცხვირის ფრთის დეფექტის აღდგენა ყურის ნიჟარის თავისუფალი ნაფლეთის გადანერგვით. A. განაკვეთი ცხვირის ფრთაზე დეფექტის კიდის პარალელურად და მისგან ზემოთ; B. ფრთის კიდე გადაწეულია ქვევით; C. ყურის ნიჟარის ნაფლეთი გადანერგილია მეორად დეფექტში; ფრთის ფორმა აღდგენილია.



სურ. 257. რინოპლასტიკისათვის შუბლის ნაფლეთის გამოყენების ევოლუცია: A. ინდური მეთოდი; B. ლისფრანკის მოდიფიკაცია; C, D. ლაბატის მოდიფიკაცია; E. დიფენბახის მოდიფიკაცია.

კუთხესთან მდებარეობს (სურ. 257 C, D), რაც ძალიან აიოლებს ნაფლეთის შემობრუნებას დეფექტისაკენ. შუბლზე წარმოქმნილ მეორად დეფექტს ფარავენ კანის თავისუფალი გადანერგვით. ინდური წესისაგან განსხვავებით ტოტალური რინოპლასტიკისათვის იტალიური წესით, რომელიც იტალიელმა ტალიაკოცმა (Tagliacozzi) შექმნა 1597 წელს, ნაფლეთს იღებენ მხრიდან. ფეხიან ნაფლეთს ქმნიან მხრის წინა ზედაპირზე, სადაც ორი გასწვრივი პარალელური განაკვეთით გამოჭრიან 6 სმ სიგანისა და 12 სმ სიგრძის კანის ზოლს. ჭრილობაში ათავსებენ მარლას. ორი კვირის შემდეგ ნაფლეთის ზედა ფეხს მოკვეთენ და ჩააკერებენ დეფექტის განახლებულ კიდეში (სურ. 258). ხელს ამაგრებენ თავზე სპეციალური სამაგრების საშუალებით. შიგნითა შრეს ქმნიან ლოყის ან დეფექტის ირგვლივი კანიდან. 15-20 დღის შემდეგ მხარზე ნაფლეთის ქვედა ფეხს გადაჭრიან და ჩააკერებენ ცხვირის დეფექტის ქვედა ნაწილში. შეიძლება მხრის ნაფლეთი გამოყენებული იქნეს დეფექტის შიგნითა შრის აღსადგენად. მაშინ გარეთა შრეს ქმნიან შუბლის ნაფლეთით ან კანის თავისუფალი ნაფლეთით. როგორც ინდური,



სურ. 258. ცხვირის დეფექტის აღდგენის იტალიური (ბრახიალური) წესი.



სურ. 259. ცხვირის დეფექტის აღდგენა ულორტიანი ნაფლეთით მხრიდან.

ისე იტალიური მეთოდების დროს ცხვირის დეფექტის შიგნითა შრე (ლორწოვანი) შეიძლება შეიქმნას კანის თავისუფალი ნაფლეთით. ცხვირის დეფექტის აღსადგენად ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნას მხრიდან აღებული ყლორტიანი ნაფლეთი (სურ. 259).

სრული და არასრული რინოპლასტიკის ორიგინალური მეთოდი მოგვაწოდა ფ.ხიტროვმა 1949 წელს. 18-20 სმ სიგრძის და 9 სმ სიგანის კანის ზოლს ცხიმოვან ქსოვილთან ერთად გამოჭრიან გულმკერდზე ან მუცელზე და ქმნიან ყლორტს. რამდენიმე ეტაპად ყლორტის მიგრაციის შემდეგ მისი ერთი ბოლო ჩაეკერება ცხვირის ფესვთან. სამი კვირის შემდეგ გაათავისუფლებენ ყლორტის მეორე ბოლოს, გაშლიან მას, ამოკვეთენ მთლიანად ცხიმოვან ქსოვილს, რჩება კანი, რომელსაც გადაკეცავენ ჰრილობიანი ზედაპირებით ერთმანეთისაკენ და მისგან აფორმებენ ცხვირს, რომლის კიდეებს ჩააკერებენ დეფექტის განახლებულ კიდეებში.

Omari D. Nemsadze. Surgical Stomatology. Tbilisi. 2005

მხატვარი რ. ნაკაშიძე
ფოტო გ. სარქისოვი

შეკვ. № 170 ტირ. 1000
ფასი სახელშეკრულებო

თბილისი. 2005წ.

დაიბეჭდა და აიკინძა გამომცემლობა „სამშობლოს“ სტამბაში.
თბილისი, კოსტავას 14