

# ბავშვთა ქირურგიული

## სტომატოლოგია

(ამბულატორიული ქირურგია და ყბა-სახის ანთებითი დაავადებები)

ავტორები:

პროფ. მზია ბაქრაძე

მოწვ. მასწავლებელი მაკა მაკარაძე

ბათუმი

2019

## ბავშვის განვითარების ასაკობრივი პერიოდები

ბავშვის ორგანიზმი ბიოლოგიური თვალსაზრისით მუდმივად ზრდისა და განვითარების პროცესშია. ზრდასრულ ასაკამდე ის გაივლის შემდეგ ასაკობრივ პერიოდებს:

1. მუცლად ყოფნის პერიოდი (280 დღე);
2. ახალშობილობის პერიოდი (2,5-3,5 კვირა);
3. ძუძუმწოვრობის პერიოდი ( 1 წლამდე);
4. მცირეწლოვანთა (1-დან 3 წ.-მდე);
5. სკოლამდელი (3-დან 6 წლამდე);
6. სკოლის ასაკის პერიოდი (6-დან 18 წლამდე).

- მუცლადყოფნის პერიოდი მოიცავს:
  - ა) ემბრიონალურ სტადიას (11-12 კვირა)
  - ბ) ფეტალური (პლაცენტარული) სტადია (3 თვიდან დაბადებამდე);
- ახალშობილობის პერიოდი ან ნეონატალური პერიოდი (ლათ-ახალშობილი)- გულისხმობს პერიოდს ბავშვის პირველი ამოსუნთქვიდან მე-4 კვირის ბოლომდე (28 დღე), ამ პერიოდში ხდება ადაპტაცია ახალ გარემოსთან. ხასიათდება მნიშვნელოვანი მორფოლოგიური, ფუნქციური და ბიოქიმიური ძვრებით;
- ძუძუმწოვრობის პერიოდი (12 თვემდე). ხასიათდება ფიზიკური (წონა, ზომები) და ფსიქოლოგიური განვითარების სწრაფი ტემპებით. გამოჩნდება პირველი დროებითი (სარძევე) კბილები;
- მცირეწლოვანთა პერიოდი (1 დან-3 წლამდე), შეესაბამება ბავშვის ასაკს. სწრაფი ტემპით მიმდინარეობს მამოძრავებელი სისტემის სრულყოფა, ფსიქიკის, მეტყველების უნარის განვითარება და გრძელდება ზრდის პროცესები. ამოჭრილია ყველა დროებითი კბილი. ჩამოყალიბებულია დროებითი თანკბილვა.
- სკოლამდელი პერიოდი (3 დან 6 წლამდე), შეესაბამება ბავშვის ასაკს. ამ პერიოდისათვის ზრდის ტემპი შენელებულია, აქტიურად მიმდინარეობს

ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციური შესაძლებლობების სრულყოფა; იწყება მზადება მუდმივი კბილების ამოჭრისთვის, რისთვისაც დროებით კბილებს შორის ჩნდება დიასთემები და ტრემები, ცვდება მათი ბორცვები. კბილების ცვლის პერიოდები აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული სამკურნალო მანიპულაციების ჩატარების პროცესში (ცხრ.№1);

ცხრილი №1

სარძევე კბილების ამოჭრის, ფორმირების და  
გაწოვის ვადები

კბილი	მინერალიზაციის დასაწყისი (მუცლადყოფნის პერიოდი)	მინანქრის ფორმირების დასასრული	კბილის ამოჭრის დასაწყისი	ფესვის ფორმირების დასასრული	ფესვის რეზორბციის დასაწყისი
I	4 თვე	4 თვე	6-8 თვე	1,5-2 წელი	4 წელი
II	4,5 თვე	5 თვე	8-10 თვე	1,5-2 წელი	5 წელი
III	5 თვე	9 თვე	16-20 თვე	4-5 წელი	8 წელი
IV	5 თვე	6 თვე	12-16 თვე	2,5-3,5 წელი	6 წელი
V	6 თვე	10-12 თვე	20-30 თვე	3-4 წელი	7 წელი

- სკოლის ასაკის პერიოდი თავის მხრივ იყოფა:
  - ა) უმცროსკლასელთა ასაკი (6-10 წლამდე); გრძელდება ორგანიზმი ფუნქციების სრულყოფა, ვითარდება და ძლიერდება კუნთოვანი სისტემა და ჩონჩხი, აქტიურად მიმდინარეობს დროებითი კბილების შეცვლა მუდმივებით. ამ პერიოდში დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ბავშვის მერხთან ჯდომის ფორმას, მუდმივად უნდა ხდებოდეს სხეულის აღნაგობის კონტროლი, რამდენადაც საკმაოდ დიდია ხერხემლის გამრუდების რისკი;
  - ბ) საშუალო სასკოლო ასაკი (11-14 წლამდე); მიმდინარეობს აქტიური რაოდენობრივი და ხარისხობრივი განვითარება. მთავრდება დროებითი

კბილების შეცვლა მუდმივებით (ცხრ. №2). აქტიურდება კარიესის და მისი გართულებების განვითარების პროცესები, რბილი ქსოვილების ანთებითი პროცესები, გამოვლინდება ფორმირებადი, ან უკვე ფორმირებული ანომალიები და დეფორმაციები;

გ) უფროსკლასელთა (15-18 წლამდე) ბავშვობის ბოლო წლებია ე.წ. გარდატეხის (პუბერტატული) პერიოდი. მიმდინარეობს სქესობრივი მომწიფება, რომელიც ხასიათდება ენდოკრინული სისტემის გარდაქმნით, ზრდის აქტიური გაძლიერებით. სტომატოლოგიური პათოლოგიებიდან კბილების კარიესული დაზიანების გარდა ამ პერიოდში ჩნდება გინგივიტის და ზოგჯერ პაროდონტიტის ნიშნებიც.

ცხრილი №2

მუდმივი კბილების მინერალიზაციის, ამოჭრისა და  
ფესვების ფორმირების ვადები

კბილი	მინერალიზაციის დასაწყისი	მინანქრის ფორმირების დასასრული (წ.)	კბილების ამოჭრის პერიოდი (წ.)	ფესვების ფორმირების პერიოდი (წ.)
1	3-4თვე	4-5	6-8	9-10
2	3-4თვე	4-5	7-9	11
3	4-5თვე	6-7	11-12	13-15
4	1,5-2,5 წელი	5-6	10-11	12-13
5	2-2,5 წელი	6-7	10-12	12-14
6	მუცლადყოფნის პერიოდის 7-8 თვე	2-3	5,5-6,5	9-10
7	2,5 წელი	7-8	12-13	14-16
8	8-10 წელი	12-16	17-21	18-25

ბავშვის ორგანიზმის თავისებურებები სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდებში მეცნიერულ საფუძვლად უნდა დაედოს ბავშვთა დიფერენცირებულ სტომატოლოგიურ დახმარებას.

## **მომზადება ანესთეზიისა და სტომატოლოგიური**

### **ჩარევისათვის**

ბავშვებში სტომატოლოგიური დაავადების თავისებურებების, ბავშვის ნაზი ფსიქიკისა და თანხმლები სომატური პათოლოგიის გათვალისწინებით, ანესთეზიისა და სტომატოლოგიური ჩარევისთვის მომზადება რამდენიმე ეტაპისაგან შედგება:

- ბავშვის გამოკვლევა;
- ფსიქოლოგიური მომზადება;
- ზოგადსომატური მომზადება;

### **ბავშვის გამოკვლევა**

ბავშვის მომზადება სტომატოლოგიური ჩარევისთვის უნდა იყოს მკაცრად ინდივიდუალური და ითვალისწინებდეს ბავშვის ასაკს, ზოგად მდგომარეობას, სტომატოლოგიური დაავადების ხასიათსა და მის სახეობას, რათა ანესთეზიის დროს თავიდან იქნას აცილებული ყველა ის მოულოდნელობა, რომელიც უკავშირდება მომატებულ მგრძნობელობას რომელიმე საანესთეზიო საშუალების მიმართ.

ექიმმა ზედმიწევნით უნდა შეისწავლოს ბავშვის ანამნეზი მისი მშობლებისგან. დააზუსტოს, იყო თუ არა წარსულში რაიმე უჩვეულო რეაქცია სხვადასხვა პრეპარატების ან საკვები პროდუქტების მიღების შემდეგ. გამოხატულია თუ არა ალერგიული სტატუსი, რამდენად განწყობილია ბავშვი გულის წავლის ან გონების დაკარგვისკენ, აგრეთვე როგორია ბავშვის რეაქცია ტკივილზე, შიშზე ანუ აუცილებლად უნდა განისაზღვროს, მომატებულია თუ არა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ლაბილობა.

## ბავშვებთან ურთიერთობის ფსიქოლოგიური ასპექტები

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ბავშვის გამოკვლევა, განსაკუთრებით კბილების დაავადებების დიაგნოსტიკის მიზნით, არც თუ იშვიათად, დიდ სირთულეს წარმოადგენს, ამიტომ მნიშვნელოვანია მისი ფსიქო-ემოციური თავისებურებების გათვალისწინება და მართვა. გამოკვლევისა და მკურნალობისთვის პაციენტის ფსიქოლოგიური მომზადება ბავშვთა სტომატოლოგიის მნიშვნელოვანი ამოცანაა. ბავშვთა სტომატოლოგი, პირველ რიგში, უნდა იყოს კარგი ფსიქოლოგი. მას მუდმივად უნდა ახსოვდეს, რომ პატარა პაციენტებთან ურთიერთობისას მეტად მნიშვნელოვანია საუბრის ტონი და მანერები. ბავშვის ნდობის მოპოვების მნიშვნელოვანი პირობაა ექიმის უნარი შეიგრძნოს და გაიგოს მისი განწყობა.

ექიმს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ კაბინეტის ატმოსფერო, მოწყობილობა, სუნი, ხმები და თეთრი ხალათიც კი ბავშვისათვის არის უცხო და უჩვეულო გარემო. აღნიშნული დისკომფორტი ექიმმა უნდა გაანეიტრალოს კეთილგანწყობით, ჰარმონიული კომუნიკაციით პირველივე შეხვედრიდან. ექიმი უნდა იყოს გულისხმიერი მაშინაც კი, როცა ბავშვი აგრესიულად არის განწყობილი. სწორედ ასეთი თვისებებით დაიმსახურებს ექიმი ბავშვის ნდობას, რაც არ უნდა ჯიუტი და მშიშარა იყოს ის. მეტად მნიშვნელოვანია ექიმის პოზიტიური ფსიქოლოგიური ზემოქმედება პირველი გაცნობისას, რამდენადაც პირველი ვიზიტით მიღებულმა შთაბეჭდილებამ შესაძლებელია მთელი ცხოვრების განმავლობაში განაპირობოს ბავშვის განწყობა სტომატოლოგიური მკურნალობის მიმართ.

ნებისმიერი ასაკის ბავშვის მკურნალობა მნიშვნელოვნად უფრო რთულია, ვიდრე მოზრდილი ადამიანისა. ბავშვთა სტომატოლოგმა უნდა გაითვალისწინოს სხვადასხვა ასაკის ბავშვების ფსიქოლოგიური თავისებურებები, რაც აუცილებელ წინაპირობას წარმოადგენს ადეკვატური სტომატოლოგიური მომსახურებისთვის.

- სკოლამდელი ასაკის ბავშვი ემოციური, მშიშარაა, მაგრამ ცნობისმოყვარე. ვიზიტის დროს მას ყველაფრის ეშინია, მაგრამ თუ ყურადღებას გადავატანინებთ და დავაინტერესებთ, მაშინ მას ავიწყდება ტკივილი და შიში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა მას მისცემენ დახმარების უფლებას (ჩართოს ნათურა, წყალი, ვაჩვენოთ, როგორ მოძრაობს სავარძელი და სხვ.). ძალიან კარგ ზემოქმედებას

ახდენს შექება და წახალისება. ამ პერიოდში დიდ როლს ასრულებს შთაგონება, რაც მშობლებისა და ექიმის მიერ დადებითად უნდა იქნეს გამოყენებული.

- სკოლის ასაკის ბავშვს ემოციები უფრო სტაბილურია. იგი ცდილობს თავისი გრძნობების შეძლებისდაგვარად დაფარვას, თუმცა მისმა გარეგნულმა სიმშვიდემ შეიძლება შეცდომაში შეიყვანოს ირგვლივ მყოფნი და მათ შეუმჩნეველი დარჩეთ ბავშვის ჭეშმარიტი შეგრძნებები. აქედან გამომდინარე სტომატოლოგები ხშირად არასწორად თვლიან, თითქოს სკოლის ასაკის ბავშვთა უმეტესობა უკვე აღარ განიცდის შიშს მკურნალობის მიმართ.
- სქესობრივი მომწიფების პერიოდში მოზარდთან თანამშრომლობა რთულია, ვინაიდან ამ ასაკში ისინი ცდილობენ თავი დააღწიონ უფროსების გავლენას, იყვნენ დამოუკიდებელნი თავიანთ შეხედულებებში, ამიტომაც ხდებიან კრიტიკულნი ადრინდელი ჩვევებისა და შეხედულებების მიმართ. მნიშვნელოვანია ამ პიებისა და გადაფასების პერიოდში ახალგაზრდები მოექცნენ ავტორიტეტული და კომპეტენტური პირების გავლენის ქვეშ (ასეთად შეიძლება ჩაითვალოს ექიმიც). ამ პერიოდში პირის ღრუს მოვლის მიმართ დადებითი განწყობისათვის სასურველ გარემოებად შეიძლება იქცეს მათში გაღვიძებული ესთეტიკური გრძნობები. ახალგაზრდები აღიქვამენ არა მარტო ხელოვნების ნიმუშთა სილამაზეს, არამედ ყურადღებას ამახვილებენ თავიანთ გარეგნობაზეც და ამიტომ ხშირად საკმარისია მათთვის ავტორიტეტული ადამიანისგან რამდენიმე სწორი განმარტება და პირის ღრუს მოვლა გარანტირებულია არსებითად მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

არანაკლებ პრობლემატურია ურთიერთობა მშობლებთან. ახალ სიტუაციაში მოხვედრილი ბავშვი, რომელიც მოუსვენარია, ან დაძაბული და განერვიულებულია, ეძებს დამცველს. აქ უკვე საჭირო ხდება მშობელთან თანამშრომლობა, რაც მიღებული მეთოდია, განსაკუთრებით მცირე ასაკის ბავშვის მკურნალობისას. მშობლის დასწრება და მხარდაჭერა ქმნის პოზიტიურ განწყობას, თუმცა ის წინასწარ მომზადებული უნდა იყოს. ტაქტი და გულისხმიერება უნდა გამოიჩინოს სტომატოლოგმა ბავშვის მშობლებთან საუბრისას. ყველაზე სწორია ურთიერთობის ისეთი ფორმის არჩევა, როგორცაა ინფორმაციული ან ინტერპრეტაციული (მკურნალობის ეტაპების ახსნა). ეს ყოველთვის ადვილი გასაკეთებელი არ არის და ხშირად ასეთი არჩევანი ინტუიციურია.

თუ მშობელი თვითონ შეშინებულია და შიშის გადალახვის სტრატეგია არ მუშაობს, ის უარყოფითად იმოქმედებს ბავშვის განწყობაზე. ასეთ სიტუაციაში ეფექტური გაძლიერებისათვის ექიმმა უნდა აუხსნას მშობელს ამ ფენომენის ბუნება და მკურნალობა ჩატარდეს მის გარეშე.

ყველა შემთხვევაში ბავშვებთან ერთად მშობლების თანხლების საკითხის გადაწყვეტის დროს ხელმძღვანელობენ ერთი მიზნით - შეამსუბუქონ ბავშვის მდგომარეობა.

ექიმის კეთილგანწყობა, ტაქტი, გამოცდილება საშუალებას იძლევა სრულყოფილად ფლობდეს და გაატაროს ცხოვრებაში დეონტოლოგიის პრინციპი - როგორც განუყოფელი ფორმა ბავშვთა სტომატოლოგის პროფესიული მოღვაწეობისა.

### **ზოგადსომატური მომზადება**

ზოგადსომატური მომზადება მიზნად ისახავს დარღვეული ფუნქციების აღდგენას. სამკურნალო ღონისძიებების ხასიათი და ფარმაკოლოგიური პრეპარატების დანიშვნა დამოკიდებულია თანხმლები სომატური დაავადებების ფორმაზე. ცენტრალური ნერვული სისტემის, გულის, ფილტვების, ღვიძლის, თირკმლების, ენდოკრინული სისტემის დაავადებებისა და ალერგიული რეაქციების დროს (განსაკუთრებით თიმუსის ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში) აუცილებელია დესენსიბილიზაციური თერაპია (კალციუმის გლუკონატი, ანტიჰისტამინური და ჰორმონული პრეპარატები).

თუ ოპერაცია ( განსაკუთრებით პირის ღრუში) წარმოებს ზოგადი გაუტკივარებით, ზოგადსომატური მომზადება უნდა მოიცავდეს პირის ღრუს, ცხვირისა და ცხვირ-ხახის სანაციას, რადგან ამ მიდამოების თანხმლები დაავადებები შეიძლება გახდეს სხვადასხვა გართულებების მიზეზი, როგორც უშუალოდ ნარკოზის დროს, ისე აღდგენით პერიოდში. გამონაკლისს შეადგენენ მწვავე დაზიანებებითა და ანთებითი დაავადებების მქონე ის ბავშვები, რომელთა ოპერაციასაც აწარმოებენ სასწრაფო ჩვენებების მიხედვით.

## ანესთეზიოლოგიის პრინციპები ბავშვთა სტომატოლოგიაში

დღეისათვის ძნელი წარმოსადგენია ბავშვთა სტომატოლოგების მუშაობა კარგად ორგანიზებული ანესთეზიოლოგიური სამსახურის გარეშე, რომელიც განაპირობებს სრულფასოვან გაუტკივარებას, ინტენსიურ თერაპიას და რეანიმაციას. ეს მიმართულება საშუალებას იძლევა გაფართოვდეს ჩატარებული სამკურნალო ღონისძიებათა მოცულობა და ხასიათი როგორც ქირურგიულ, ისე თერაპიულ განყოფილებებში.

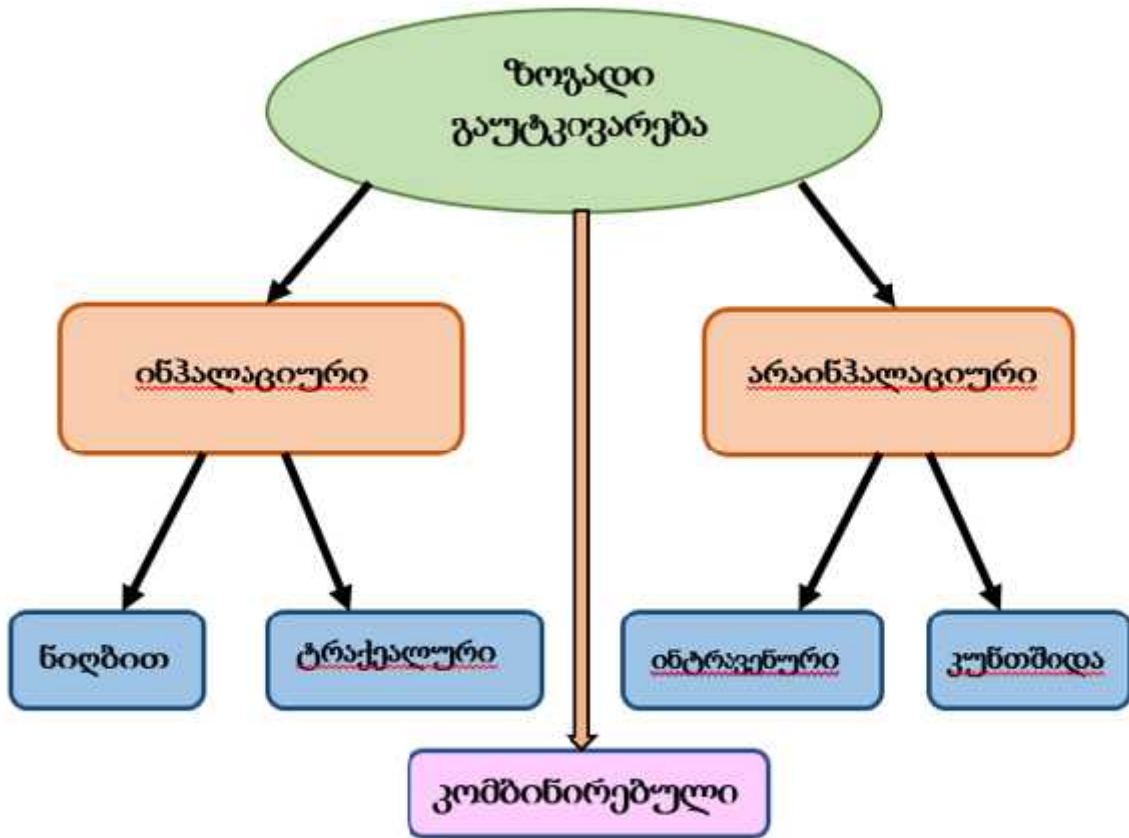
### ზოგადი გაუტკივარება

**ზოგადი გაუტკივარების ამოცანებია:**

1) ნარკოზისა და ოპერაციის ეტაპებზე ბავშვის ორგანიზმის სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფუნქციების ადექვატური უზრუნველყოფა ხელოვნური ანესთეზიოლოგიური მეთოდებით, სხვადასხვა ფარმაკოლოგიური პრეპარატების გამოყენებით და შედეგად ორგანიზმის დამცველი ძალების შენარჩუნება, ორგანიზმის გამოფიტვის თავიდან აცილება.

2) სტაციონარში და პოლიკლინიკაში ოპერაციული ჩარევის შესრულებისათვის კეთილსასურველი პირობების შექმნა.

დღეისათვის სანარკოზე ნივთიერებათა არჩევანი საკმაოდ დიდია. არჩევენ ინჰალაციურ, არაინჰალაციურ და კომბინირებულ ნარკოზს (სქემა № 1).



სქემა № 1

**ინჰალაციური** (სურ. №1) ნარკოზისათვის ყველაზე ხშირად გამოიყენება აზოტის ზეჟანგი, ფტოროტანი და მათი კომბინაციები. ნარკოზის ჩატარებისას ხორციელდება ამ პრეპარატების შესუნთქვა. გაუტკივარების ამ სახეობის უპირატესობაა ის, რომ ადვილი სამართავია, სწრაფად დგება ძილის სტადია და ადვილად და სწრაფად იღვიძებს პაციენტი.

**არაინჰალაციური** ნარკოზია ინტრავენური (სურ. №2) შეჰყავთ ნეიროლეპტიკების ნარევი - დროპერიდოლი და ფენტანილი, ლექსირი-მორფინის მაგვარი ანესთეტიკი, კეტამინი და სხვა.

არაინჰალაციური ნარკოზი მარტივია, არ მოითხოვს აპარატურას, მოსახერხებელია ნარკოზში ინდუცირებისათვის. უარყოფითი - მცირედ მართვადია. შესაძლებელია აგრეთვე ზემოთ აღნიშნული პრეპარატების კუნთებში შეყვანაც (განსაკუთრებით კეტამინის).



სურ. №1 ინჰალაციური ნარკოზი



სურ. №2 ინტრავენური ნარკოზი

კომბინირებული ნარკოზი-ფართო მცნებაა, გულისხმობს რამდენიმე ანესთეზიის საშუალების და მეთოდის თანმიმდევრულ ან ერთდროულ გამოყენებას.

**ზოგადი ნარკოზის გამოყენების ჩვენებებია:**

1. ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) დაავადებები ინტელექტის დაქვეითებით (ოლიგოფრენია, დაუნის დაავადება);
2. ბავშვთა ცერებრული დამბლა;
3. მედიკამენტური პოლიალერგია;
4. მომატებული ღებინების რეფლექსი.

ეს ოთხივე არის აბსოლუტური ჩვენება, დანარჩენი - შედარებით ჩვენებები შეიძლება იყოს: ტრამვა, მწვავე ანთებითი პროცესები-პერიოსტიტი, ლიმფადენიტი, აბსცესი, ფლეგმონა, მრავლობითი კარიესი 3 წლამდე ბავშვებში და სხვა.

**ზოგადი ნარკოზის წინააღმდეგჩვენებებია:**

- მწვავე ინფექციური დაავადებები;
- გულის დეკომპენსირებული მანკები;
- ღვიძლის და თირკმელების მწვავე დაავადებები;
- არაკომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტი;
- რაქიტის მძიმე ფორმები;
- სავსე კუჭი.

### **ნარკოზით მკურნალობის უპირატესობებია:**

- ბავშვს სძინავს, არ უშლის ხელს მუშაობაში ექიმს;
- პირის ღრუ მშრალია;
- შესაძლებელია დიდი მოცულობის სამუშაოს ჩატარება (ყველა მტკივნეული მანიპულაციის ერთჯერადად გაკეთება);
- მცირდება მკურნალობის ვადები, უმჯობესდება ხარისხი.

სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში ბავშვთა ზოგადი ანესთეზია შეიძლება განხორციელდეს ნიღბით, ნაზო- და ოროფარინგეული, ენდოტრაქეული (ნაზო-და ოროტრაქეული) ხერხით ან ტრაქეოსტომის საშუალებით. ზოგადი ანესთეზიის მეთოდის არჩევანი უნდა იყოს ინდივიდუალური-იმის მიხედვით თუ რა ხასიათისაა და სად მდებარეობს პათოლოგიური პროცესი ყბა-სახის მიდამოში, როგორია ოპერაციული ჩარევის მიდგომა და მოცულობა. შექმნილი უნდა იყოს მაქსიმალურად ხელსაყრელი პირობები სხვადასხვაგვარი სტომატოლოგიური ჩარევებისა და წარმოებისათვის.

ყბებისა და სახის რბილი ქსოვილების სიმსივნეების, ზედა ტუჩისა და სახის თანდაყოლილი ნაპრალეების, ყბების რეკონსტრუქციული ოპერაციების შემთხვევაში საჭიროა ენდოტრაქეული ნარკოზი. ცალკეული ხანმოკლე ოპერაციები, ასევე დიაგნოსტიკური კვლევები შეიძლება შესრულდეს კუნთშიდა ანესთეზიის საშუალებით.

### **ზოგადი ანესთეზია იყოფა რამდენიმე ეტაპად:**

- 1) მომზადება და პრემედიკაცია;
- 2) ნარკოზში შეყვანის ეტაპი;
- 3) ინტუბაცია პირიდან, ცხვირიდან ან ტრაქეოსტომიდან;
- 4) ძირითადი ნარკოზი;
- 5) ექსტურბაცია (თუ იყო მილი);
- 6) გამოღვიძება და აღდგენითი პერიოდი.

ინტუბაციის არჩევა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა უბანში ტარდება ოპერაციული ჩარევა.

ბავშვების უმრავლესობაში, პირის ღრუს შიგნით წარმოებული ოპერაციების დროს ინტუბაცია წარმოებს ნაზოტრაქეული გზით, რათა პირის ღრუ თავისუფალი იყოს. ქეილოპლასტიკის დროს, სახის რბილ ქსოვილებზე, წარმოებული სხვა მრავალი ოპერაციის შემთხვევაში საჭიროა ოროტრაქეალური ინტუბაცია. ნარკოზი ტრაქეოსტომიდან ბავშვებში წარმოებს იმ შემთხვევაში, როცა ადგილი აქვს ქვედა ყბის კონტრაქტურას და ახლავს ცხვირის სავალი გზების შევიწროება, აგრეთვე, როდესაც აღინიშნება პირის ღრუს ფსკერის ვრცელი ავთვისებიანი სიმსივნეები რღვევის სტადიაზე (რათა ნაზო და ოროტრაქეული გზით მილის შეყვანის დროს არ მოხდეს ტრაქეისა და ბრონქების მოთესვა).

ნარკოზის კონტროლი-ხორციელდება არტერიული წნევის გაზომვით და პულსის დათვლით ყოველ 10 წუთში. საჭიროების შემთხვევაში ატარებენ დამატებით გამოკვლევებს, როგორც აპარატურულს ასევე ლაბორატორიულს.

### ინტენსიური თერაპია

ინტენსიური თერაპიის ძირითადი ამოცანაა ნარკოზგამოვლილ და ნაოპერაციებ ბავშვებში შესაძლებელი გვერდითი რეაქციების განვითარების, სისხლისა და სუნთქვის დარღვევების თავიდან აცილება და მათი დროული აღმოფხვრა. აუცილებელია ბავშვის გამუდმებული მეთვალყურეობა, განსაკუთრებით პირველი დღე-ღამის განმავლობაში.

ტკივილის საიმედო გაყუჩება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში უზრუნველყოფს გართულების თავიდან აცილებას. ტკივილის სინდრომი ყბა-სახის ოპერაციების დროს, ერთის მხრივ, მძიმედ მოქმედებს ბავშვზე. მეორეს მხრივ, იწვევს სუნთქვის ფუნქციის დათრგუნვას, ყლაპვის აქტის დარღვევას, ჰემოდინამიკის მოშლას. ასპირაციისა და მწვავე სუნთქვითი უკმარისობის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია პირის ღრუდან და ცხვირ-ხახიდან პათოლოგიური გამონაყოფის (ლორწო, ნერწყვი, სისხლი) დროული მოცილება.

მეტად მნიშვნელოვანია უშუალოდ ოპერაციის შემდეგ ბავშვისთვის უზრუნველყოფილ იქნას მოსვენება და ძილი.

ხანგრძლივი და ტრამეული ოპერაციების დროს ირღვევა მჟავე-ტუტოვანი წონასწორობა, წყალ-მარილოვანი, ცილოვანი, ნახშირწყლოვანი და ცხიმოვანი ცვლა, რის გამოც საჭიროა მათი კორექცია, ამიტომ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ბავშვის კვებას ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

**ჰოსტოპერაციული პერიოდის შესაძლებელ გართულებებს მიეკუთვნება:** სუნთქვის დარღვევები ზედა სასუნქთი გზების გამავლობის შეზღუდვის გამო; ჰემორაგიული შოკი; ანემია; ჰიპერთერმია; პირღებინება. ენდოტრაქეული ნარკოზის შემდეგ შესაძლებელია ხმის ჩახლეჩა, ლარინგიტის, ტრაქეიტის, ხორხის შეშუპების განვითარება. ამ დროს საჭიროა ინტენსიური ანტიბაქტერიული თერაპია, უნდა დაინიშნოს ანტიჰისტამინური და ჰორმონული პრეპარატები, ცხელი ტუტოვანი ინჰალაციები.

### ადგილობრივი ანესთეზია

ბავშვთა ასაკში მკურნალობისა და კბილის ამოღების ოპერაციების დროს ყველაზე ხშირად გამოიყენება ადგილობრივი ანესთეზია. ადგილობრივი ანესთეზიის მეთოდის არჩევანი კბილების (დროებითი და მუდმივი) მკურნალობის და ამოღების დროს განისაზღვრება ბავშვის ასაკით, მისი ფსიქოლოგიური განწყობით, სტომატოლოგიური ჩარევის ხასიათით და მოცულობით.

ბავშვთა სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკებში გაუტკივარების ძირითადი ამოცანებია:

- 1) საჭირო ხანგრძლივობის სრულფასოვანი ანესთეზიის უზრუნველყოფა;
- 2) ფსიქომოციური დაძაბულობის მოხსნა;
- 3) ბავშვის მშვიდი ქცევა;
- 4) გაუტკივარების მართვადობის მეთვალყურეობა;
- 5) ასპირაციის თავიდან აცილება (ლორწოთი, სისხლით, ფესვებით, საბჟენი და საანაბეჭდო მასალებით);
- 6) ისეთი საანესთეზიო საშუალების არჩევა, რომელიც ყველაზე ნაკლებად ტოქსიკურია ბავშვებისათვის;

- 7) ბავშვის ორგანიზმის ფუნქციური დარღვევების პროფილაქტიკა;
- 8) სწრაფი რეაბილიტაცია
- 9) კვალიფიციური სტომატოლოგიური დახმარების აღმოჩენა;
- 10) ბავშვთა სტომატოლოგის მუშაობისათვის მაქსიმალურად ხელსაყრელი პირობების უზრუნველყოფა;
- 11) ნებისმიერი სტომატოლოგიური დახმარების აღმოჩენა იმ ბავშვებისთვის, რომლებსაც ესაჭიროებათ ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფა, სხვადასხვა თანმხლები სომატური დაავადებებისა და მიუხედავად;
- 12) დაგვიანებული რეაქციებისა და გართულებების განვითარების მინიმალური რისკი პოლიკლინიკიდან ბავშვის წასვლის შემდეგ.

ყველა ოპერაცია, მათ შორის კბილების (დროებითი და მუდმივი) ამოღება და მათი მკურნალობა ბავშვებში უნდა წარმოებდეს სრულფასოვანი გაუტკივარებითა და სტომატოლოგიაში მიღებული ყველა წესის დაცვით. სტომატოლოგიური მანიპულაციების ჩატარებამდე აუცილებელია ბავშვის ფსიქოლოგიური მომზადება მნიშვნელოვანია ექიმი ანესთეზიოლოგის ეტიკა და დეონტოლოგია. ბავშვებში კბილების მკურნალობის დროს შეიძლება, ყურადღების გადატანის მიზნით, ისეთი ფიზიოლოგიური მეთოდების გამოყენება, როგორცაა: ვიდეო- და აუდიოანალგეზია (სურ.№3), ფილმების დემონსტრაცია, ზღაპრების მოყვლა. ამით მიიღწევა ის, რომ ბავშვები უფრო მშვიდად იქცევიან სტომატოლოგიურ სავარძელში. კბილების მკურნალობის წინ ბავშვებში ფსიქოემოციური ფაქტორის მოცილებისათვის შეიძლება პრემედიკაციის გამოყენებაც. პრემედიკაცია არ უნდა იყოს ნორმა (როგორც, სამწუხაროდ, ზოგიერთ კლინიკებში თვლიან). პრემედიკაციის გამოყენება უნდა მოხდეს მკაცრად ჩვენების მიხედვით და მაშინ, როცა ფსიქოლოგიური ზემოქმედება არ არის ეფექტური.



სურ. №3 ვიდეო- და აუდიოჩანაღვრია

პრემედიკაცია ეწოდება ერთი ან რამდენიმე მედიკამენტის შეყვანას წინასაოპერაციო პერიოდში ანესთეზიის ჩატარების შემსუბუქების და შესაძლო გართულებების თავიდან აცილების მიზნით.

**პრემედიკაციის მიზანია:**

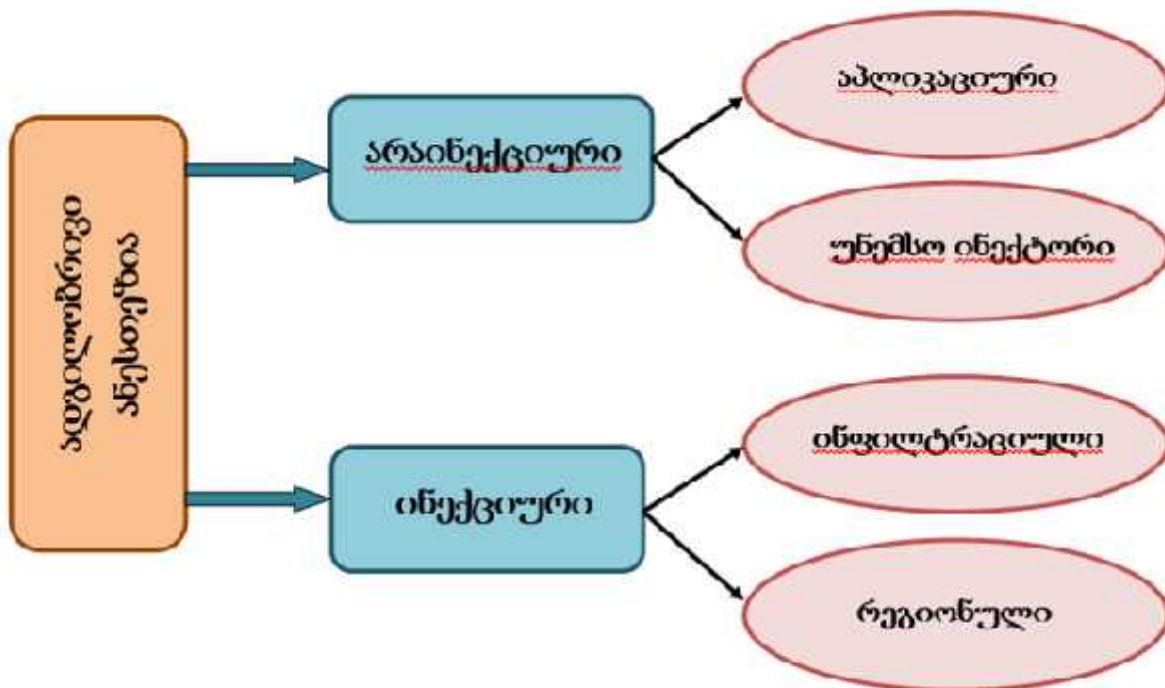
- ფსიქოემოციური დაძაბულობის და ტკივილის მოხსნა;
- სტრესით გამოწვეული გართულების თავიდან აცილება;
- სტომატოლოგიური მკურნალობის გაადვილება;
- ადგილობრივი ანესთეტიკის რაოდენობის შემცირება;
- შედარებით ხანგრძლივი მანიპულაციის ჩატარება ადგილობრივი ანესთეზიით;
- ჰემოდინამიკის მაჩვენებლების სტაბილიზაცია;
- ღებინების რეფლექსის, ნერწყვის ჭარბი გამოყოფის და სხვა დათრგუნვა.

პრემედიკაციისთვის ფართოდ გამოიყენება ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის პრეპარატები, რომლებსაც აქვთ კომპლექსური მოქმედების უნარი. ესენია: ელენიუმი დიაზეპამი, ოქსაზეპამი, ნიტრაზეპამი, მედაზეპამი, ფენაზეპამი, ლორაზეპამი, მიდაზოლამი, ფორტალი და სხვა (ასაკობრივ დოზებში).

აღნიშნული პრეპარატების მიღება ხდება ამბულატორიულ სტომატოლოგიურ მანიპულაციამდე (ანესთეზიამდე) 30-60 წთ-ით ადრე. პრემედიკაცია განსაკუთრებით ეფექტურია საშუალო და უფროსი ასაკის ბავშვებში. თუ ბავშვს აქვს რაიმე თანმხლები დაავადება, მას უტარდება შესაბამისი მედიკამენტური მომზადება.

მედიკამენტური მომზადება პრემედიკაციის სახესხვაობაა. იგი გულისხმობს იმ პრეპარატების გამოყენებას, რომლებიც ახდენენ თანმხლები პათოლოგიებით გამოწვეული ცვლილებების კორექციას.

ადგილობრივი ანესთეზიის სახეები თავის მხრივ იყოფა არაინექციურ და ინექციურ მეთოდებად (სქემა №2). არაინექციურს მიეკუთვნება აპლიკაციური ანესთეზია (სურ.№5) და უნემსო ინექტორით (ჭავჭავური) გაუტკივარება (სურ.№6) ინექციურ ანესთეზიებს მიეკუთვნება ინფილტრაციული და რეგიონული ანესთეზიები.



სქემა №2. ადგილობრივი ანესთეზიის სახეები

აპლიკაციისათვის (სურ.№4) გამოიყენება ხსნარები, მალამოები, ჟელები და აეროზოლები, რომლებიც-შეიცავენ ანესთეტიკებს მაღალი კონცენტრაციით-ვაზოკონსტრიქტორების გარეშე. მაღალი კონცენტრაციის გამო ანესთეტიკები სწრაფად შეაღწევენ ლორწოვან გარსში რამდენიმე მმ-ის სიღრმეზე და ახდენენ რეცეპტორებისა და პერიფერიული ნერვული ბოჭკოების ბლოკადას. აღნიშნული ანესთეზია კარგად გამოიყენება აგრეთვე ნემსის ჩხვლეტის ადგილის გაუტკივარებისათვის, რისთვისაც ჩხვლეტის წერტილში 2-3 წთ უნდა მოთავსდეს ანესთეტიკი, შემდეგ კი კარგად უნდა მოვაცილოთ.



სურ. № 4 აპლიკაციური ანესთეზიის საშუალებები



სურ. № 5 აპლიკაციური ანესთეზია

აპლიკაციური ანესთეზია გამოიყენება:

1. ნემსის ჩხვლეტის ადგილის გაუტკივარებისათვის;
2. დროებითი და მუდმივი კბილების ამოსაღებად III ხარისხის მორყევის დროს;
3. ლორწოქვეშა აბსცესის გასაკვეთად;
4. კბილის ქვების მოსაცილებლად;
5. ტკივილის დროებითი მოხსნისათვის ლორწოვანი გარსის ზოგიერთი დაავადების დროს, გინგივიტის დროს და სხვ.

უნემსო ინექტორი გამოიყენება დროებითი კბილების ექსტრაქციისათვის. უნემსო ინექტორით ანესთეზია დაფუძნებულია ადგილობრივი ანესთეტიკის ჭავლურად გამოტყორცნაზე მაღალი წნევით. შპრიცით შეყვანასთან შედარებით ამ მეთოდის უპირატესობებია:

- 1) ანესთეზია დგება სწრაფად; 2) იხარჯება ანესთეტიკის მცირე რაოდენობა;
- 3) პროცედურა უმტკივნეულოა; 4) ბავშვებს არ ეშინიათ.

სურ. № 5 უნემსო ინექტორი



საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ბავშვების პირის ღრუს ლორწოვანი ფაშარია, კარგად არის მომარაგებული სისხლძარღვებით და თუ ანესთეზიის ჩატარების ტექნიკა დაირღვევა, გართულების სახით შეიძლება განვითარდეს სისხლჩაქცევა - ჰემატომა.

შესაბამისად უნდა გავუფრთხილდეთ პირის ღრუს რბილი ქსოვილების ტრავმირებას.

### ინფილტრაციული გაუტკივარება

ინფილტრაციული (ლათ. „Infiltracio“ - გაჟღენთვა) ანესთეზია გულისხმობს საანესთეზიო ხსნარით ქსოვილთა შრეობრივ გაჟღენთვას ინექციის გზით. ჩხვლეტა ხორციელდება გარდამავალ ნაოჭში გასაუტკივარებელ კბილსა და მის მედიალურად მდებარე კბილს შორის. ნემსის წვერი მიიყვანება ფესვების მწვერვალების ოდნავ ზემოთ, სადაც შეჰყავთ საანესთეზიო ხსნარი ლორწოვანის ქვეშ ძვლისსაზრდელას დონეზე (სურ. №7).



სურ. № 7. ინფილტრაციული ანესთეზია

ამ მეთოდის გამოყენებისას არ არის რეკომენდებული ძვლისსაზრდელას ქვეშ ინექცია მოსალოდნელი მტკივნეულობის და პოსტინექციური გართულებების განვითარების რისკის გამო. თანამედროვე საანესთეზიო საშუალებების დიფუზიის მაღალი უნარის გათვალისწინებით, ადექვატური გაუტკივარებისთვის საკმარისია პრეპარატის დეპონირება მოხდეს რბილ ქსოვილებში. ანესთეზიის მიდამო შემოიფარგლება ხსნარის დიფუზიის ზონით, ადგილი აქვს ამ მიდამოს რეცეპტორების და პერიფერიული ნერვული ბოჭკოების ბლოკადას.

ინფილტრაციული ანესთეზიის უპირატესობანია:

- ჩატარების მარტივი ტექნიკა
- ტრავმული დაზიანების და საანესთეზიო ხსნარის ინტრავასკულური შეყვანის მინიმალური ალბათობა.

ბავშვებში ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის გარეთა კედელი თხელია, დაცხრილულია მრავალი წვრილი ხვრელით, სადაც გადის სისხლძარღვები, ლიმფური ძარღვები და ნერვები. ეს ხელს უწყობს საანესთეზიო ნივთიერების კარგ დიფუზიას ძვლისსაზრდელას ქვეშ და თვით ძვლის სისქეში, ხდება ნერვული დაბოლოებების სწრაფი გაუტკივარება. ამიტომ ბავშვებში ზედა ყბაზე დროებითი და მუდმივი კბილების ამოღება წარმატებით ხორციელდება მხოლოდ ინფილტრაციული ანესთეზიის საშუალებით. რისთვისაც საკმარისია საანესთეზიო ნივთიერების ერთი წერტილში შეყვანა ვესტიბულური მხრიდან. გამონაკლისს წარმოადგენს ზედა პირველი მოლარი.

**ზედა პირველი მოლარის გაუტკივარებას რიგი თავისებურებები ახასიათებს.** იმის გამო, რომ ის ლოკალიზებულია ყვრიმალ-ალვეოლური ქედის ფუძესთან, სადაც ძვლოვანი ფირფიტა მკვეთრად შესქელებულია, ხსნარების დიფუზია უფრო გამწვანებულია. ამიტომ, ინექცია კეთდება ორ წერტილში - საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა მეორე პრემოლარის მწვერვალთან უზრუნველყოფს პირველი მოლარის ლოყისკენა მედიალური ფესვის მაინერვირებელი ნერვების ბლოკადას, ხოლო ლოყისკენა დისტალური ფესვის გაუტკივარებისთვის პრეპარატი უნდა დაიღვაროს უშუალოდ ყვრიმალ - ალვეოლური ქედის უკან ამ ფესვის მწვერვალის საპროექციოდ. დეპულპირების მიზნით, ზედა ყბის მოლარების ადექვატურ გაუტკივარებას

უზრუნველყოფს არტიკაინის შემცველი პრეპარატის მცირე დოზების ინექცია მხოლოდ ვესტიბულური მხრიდან (მათი კარგი ინფილტრაციის უნარის გამო), მაშინ, როდესაც სხვა საანესთეზიო პრეპარატის შემთხვევაში საჭირო ხდება სასისკენა ფესვის საპროექციო მიდამოს ინფილტრაცია საანესთეზიო ხსნარით.

ქვედა ყბაზე ინფილტრაციული ანესთეზიის გამოყენებით შესაძლებელია სრული გაუტკივარების მიღწევა მხოლოდ ფრონტალური კბილების არეში, დანარჩენი მიდამოების კბილების გაუტკივარებისათვის უმჯობესია რეგიონული ანესთეზიის გამოყენება.

### **გამტარი (რეგიონული) გაუტკივარება**

რეგიონული (ლათ. „region“ - მიდამო) ანესთეზია მიიღწევა საანესთეზიო ხსნარის კონკრეტულ მიდამოში შეყვანით, რომლის კონცენტრირება ხდება ნერვული ღეროს (წნულის) ირგვლივ. მათი ბლოკადის გზით გაუტკივარდება ნერვის შესაბამისი მთელი საინერვაციო უბნები.

#### **რეგიონული ანესთეზიის უპირატესობანი:**

- ერთი ჩხვლეტით, ნერვული ღეროს გათიშვის გზით, ქსოვილთა დიდი მიდამოს გაუტკივარების შესაძლებლობა, რაც ამცირებს პოსტინექციური ტრავმული ხასიათის გართულებების რისკს;
- საანესთეზიო ხსნარის მცირე დოზების გამოყენების შესაძლებლობა, რაც ამცირებს ზოგადი ტოქსიკური რეაქციების გამოვლენის რისკს;
- ნერვის მიდამოში საანესთეზიო ხსნარის მაღალი კონცენტრაციებით ღრმა და ხანგრძლივი გაუტკივარების უზრუნველყოფის შესაძლებლობა;
- საოპერაციო მიდამოში არსებული ანთებითი ცვლილებების არსებობისას ინექციის ჩატარების შესაძლებლობა არაანთებად ქსოვილებში, სადაც არ დაქვეითდება საანესთეზიო ხსნარის აქტივობა;

- იმის გამო, რომ ნერვული ღერო შეიცავს როგორც მგრძობიარე, ისე ვეგეტატიურ ნერვულ ბოჭკოებს, რეგიონული ანესთეზიის დროს ქვეითდება სალივაცია, რაც პირის ღრუში მუშაობის კლინიკურ პირობებს აუმჯობესებს.

კლინიკურ პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება ადგილობრივი რეგიონული ანესთეზიის მეთოდების კლასიფიკაცია ანატომიური ნიშნების მიხედვით. შესაბამისად არჩევენ რეგიონულ ანესთეზიებს ზედა ყბაზე და ქვედა ყბაზე.

ზედა ყბის რეგიონულ ანესთეზიებს მიეკუთვნება:

- ტუბერული ანესთეზია
- პალატინური ანესთეზია
- ინფრატემპორული ანესთეზია
- ინციზიური ანესთეზია
- ინფრაორბიტული ანესთეზია

ქვედა ყბის რეგიონულ ანესთეზიებს მიეკუთვნება:

- ტორუსული ანესთეზია
- მანდიბულური ანესთეზია
- მენტალური ანესთეზია

## ზედა ყბაზე რეგიონული ანესთეზიების ჩატარების ტექნიკა

### ტუბერული ანესთეზია

(ზედა უკანა ალვეოლური ნერვების ბლოკადა )

ანესთეზიის ორიენტირს წარმოადგენს ყვრიმალ-ალვეოლური ქედი, რომელიც პროეცირდება ზედა ყბის I მოლარის დონეზე. ჩხვლეტა ხორციელდება ყვრიმალ-ალვეოლური ქედის უკან გარდამავალ ნაოჭში - პირველი მოლარის უკანა კიდის საპროექციოდ. ნემსის წვერი შეჰყავთ 45 °-იანი კუთხით და წასწევინ მას ძვალზე ცოცვით



სურ. № 8. ტუბერული ანესთეზია

ზემოთ, უკან და შიგნით 2-2,5 სმ-ზე, სადაც ღვრიან საანესთეზიო ხსნარს. ნემსის გადაადგილება ხსნარის თანდათან დაღვრით და ძვალთან მუდმივი კონტაქტით თავიდან აგვაცილებს სისხლმარღვოვანი წნულის დაზიანებასა და ჰემატომის განვითარებას (სურ. № 8).

### ინფრატემპორული ანესთეზია

ანესთეზიის ამ მეთოდის ორიენტირს წარმოადგენს ზედა ყბის III მოლარი. ჩხვლეტა ხორციელდება გარდამავალ ნაოჭში ზედა ყბის მესამე მოლარის დისტალური ფესვის დონეზე. ნემსს წასწევინ ირიბად, ზევით და შიგნით 1,5 სმ სიღრმეზე, სადაც დაღვრიან საანესთეზიო ხსნარს. ითიშება ზედა უკანა და შუა ალვეოლური, სასის მცირე და დიდი ნერვები. გაუტკივარების ზონა მოიცავს მოლარების და პრემოლარების არეს, როგორც ვესტიბულური, ისე ორალური მხრიდან, ასევე რბილ და მაგარ სასას (სურ. №9).



სურ. № 9. ინფრატემპორული ანესთეზია

აღნიშნული ანესთეზია ბავშვებში გამოიყენება მხოლოდ სრული მუდმივი თანკბილვის დროს, თუ არის ამოჭრილი მესამე მოლარები, ან ჩანასახშივე იღებენ - ორთოდონტიული ჩვენებით და შესაბამისად, ასეთი შემთხვევები იშვიათია. დროებითი თანკბილვისას - საერთოდ არ გამოიყენება.

### სასის დიდი ნერვის გაუტკივარება სასის დიდ ხვრელთან

(პალატინური ანესთეზია)

სასის დიდი ხვრელი მდებარეობს მესამე მოლარის მედიალურად მაგარი და რბილი სასის საზღვრიდან 0,5 სმ-ით წინ (უკბილო ყბაზე ორიენტირად გამოდგება საზღვარი



სურ. № 10. პალატინური ანესთეზია

მაგარ და რბილ სასას შორის). საანესთეზიო ხსნარის დეკონირება ხდება მისგან 5-10მმ-ის დაშორებით.

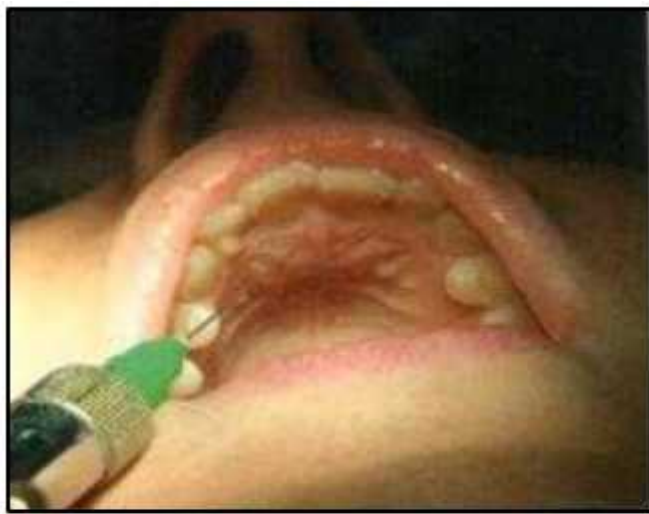
ჩხვლეტა ხორციელდება ლორწოვან გარსზე სასის დიდი ხვრელის საპროექციო წერტილიდან 10 მმ-ით წინ და შიგნით. ეს არის პირველი მოლარის (თუ მესამე მოლარი არ არის ამოჭრილი) ან მეორე მოლარის სასისკენა ფესვის დონე. უკბილო

ყბაზე ჩხვლეტა ხორციელდება მაგარი სასის უკანა კიდიდან 1,5 სმ-ით წინ. ნემსი მიმართულია ქვევიდან ზევით და წინიდან უკან ძვალთან შეხებამდე, სადაც შეყავთ 0,3-0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარი. ანესთეზიის ზონა შემოიფარგლება ეშვების შემაერთებელი ხაზით, მაგარი სასის უკანა კიდით, ალვეოლური ქედის მორჩით და სასის შუა ნაკერით. რბილი ქსოვილების გაუტკივარება დგება 3-5 წთ-ში (სურ. № 10).

### საჭრელი ანუ ინციზიური ანესთეზია

საჭრელი ხვრელი მდებარეობს ეშვების შემაერთებელი ხაზისა და სასის შუა ხაზის გადაკვეთის წერტილში, საჭრელებს შორის არსებული ალვეოლური მორჩის კიდიდან

1სმ-ით უკან. მის საპროექციოდ ლორწოვანი გარსი ქმნის შემადღებას - საჭრელ დვრილს. საჭრელ არხში გაივლის ცხვირ-სასის ნერვი, რომელიც საჭრელი ხვრელით გამოდის მაგარი სასის ლორწოვან გარსზე და აინერვირებს მას ფრონტალური კბილების არეში. ჩხვლეტა ხორციელდება სასის მხრიდან საჭრელი დვრილის ლატერალურად, ძვალთან შეხებისთანავე ღვრიან 0,1-0,2 მლ საანესთეზიო ხსნარს. ანესთეზიის ზონა მოიცავს ღრძილს ზედა საჭრელების არეში და სასის წინა ნაწილის ლორწოვან გარსს ძვლისაზრდელასთან ერთად ეშვებს შორის გატარებულ ხაზამდე. ცხვირ-სასის არხში ნემსის წაწევის და საანესთეზიო ხსნარის დაღვრის შემთხვევაში გაუტკივარების ზონას ემატება ცენტრალური საჭრელებიც (სურ. № 11).



სურ. № 11. ინციზიური ანესთეზია

### ინფრაორბიტული (თვალბუდისქვედა) ანესთეზია



სურ. № 12. ინფრაორბიტული ანესთეზია

თვალბუდისქვედა ხვრელი მდებარეობს ზედა ყბის პრემოლარებს შორის ან II პრემოლარის საპროექციოდ თვალბუდის ქვედა კიდის შუა ნაწილიდან 0,5 სმ-ით ქვემოთ. შპრიცის დგუში თავსდება ირიბად მოპირდაპირე მხარის ცენტრალური საჭრელის დონეზე. ჩხვლეტა ხორციელდება ზედა ყბის გვერდითი საჭრელის საპროექციოდ გარდამავალ

ნაოჭში, თვალბუდის ქვედა არხის მიმართულების გათვალისწინებით ნემსს წასწევინ ზემოთ და ლატერალურად თვალბუდის ქვედა ხვრელისკენ. თვალბუდის ქვედა ხვრელთან იღვრება 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარი. შემდეგ ნემსი წაიწევა 7-10 მმ-ით, სადაც იღვრება პრეპარატის კიდევ 0,5 მლ. ადგილი აქვს თვალბუდის ქვედა, ზედა წინა და შუა ალვეოლური ნერვების ბლოკადას (სურ. №12).

## ქვედა ყბაზე რეგიონული ანესთეზიების ჩატარების ტექნიკა

ქვედა ყბის ანატომიური თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ ქვედა ყბის სხეულის გარეთა და შიგნითა ზედაპირი კომპაქტური ნივთიერების მკვრივი შრეებისგან შედგება, რომელიც არ არის ფოროვანი აგებულების. ასეთ პირობებში საანესთეზიო ხსნარის დიფუზია ღრმად ძელოვან ქსოვილში გართულებულია. ამიტომ, ქვედა ყბაზე ძირითადად გამოიყენება გაუტკივარების რეგიონული (გამტარი) მეთოდები.

ქვედა ყბის ქსოვილების მგრძნობელობაში რამდენიმე ნერვი მონაწილეობს, რომლებიც ქვედა ყბის ნერვის (n.mandibularis) განშტოებებს წარმოადგენენ. ის სამწვერა ნერვის მესამე ტოტია. თავის ქალადან გამოდის ოვალური ხვრელით, მისი სისქე 3,5-7,5 მმ-ია, სიგრძე კი 3-19 მმ. პირის ღრუს ქსოვილების ინერვაციას უზრუნველყოფს ქვედა ყბის ნერვის შემდეგი ტოტები :

- ქვედა ალვეოლური ნერვი;
- ყბა-ინის ნერვი;
- ენის ნერვი;
- საჭრელი ტოტი, რომელიც ქვედა ალვეოლური ნერვის ძვალშიდა გაგრძელებაა ნიკაპის ხვრელის შემდეგ.
- ნიკაპის ნერვი, რომელიც ქვედა ალვეოლური ნერვის არხის გარეთა გაგრძელებაა ნიკაპის ხვრელის შემდეგ.

ქვედა ალვეოლური ნერვი (n.alveolaris inferior) ქვედა ყბის ნერვის ყველაზე მსხვილი ტოტია. მისი დიამეტრი 2,5-4 მმ-ია. ქვედა ალვეოლური ნერვი ქვედა ყბის არტერიასთან და ვენასთან ერთად ქვედა ყბის ხვრელის გავლით შედის ქვედა ყბის არხში. არხში

შესვლამდე მას გამოეყოფა ყბა-ინის მამოძრავებელი ნერვი (n.mylohyoideus). ქვედა ყბის არხში ქვედა ალვეოლური ნერვი, ძირითადად, ერთი ღეროთია წარმოდგენილი, თუმცა 20 %-ში ის ქმნის კბილთა წნულს, რომელიც ლოკალიზებულია არხის პროქსიმალურ ნაწილში. ამ წნულიდან და ქვედა ალვეოლური ნერვის ღეროდან წვრილი ტოტები მიემართება კბილებსკენ, ღრძილებსკენ და ძვლისკენ. ამგვარად, ქვედა ყბის რბილი და მაგარი ქსოვილების მგრძნობიარე ინერვაცია, რომლის გათიშვაც წარმოადგენს ამბულატორული სტომატოლოგიური ჩარევის ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას, ხორციელდება ქვედა ალვეოლური ნერვით.

### **გაუტკივარება ქვედა ყბის შემადგენლობაზე**

#### **ტორუსული ანესთეზია**

ამ მეთოდით გაუტკივარების დროს საანესთეზიო ხსნარი შეჰყავთ ქვედა ყბის შემადგენლის (torus mandibulae) მიდამოში, რომელიც მდებარეობს ქვედა ყბის ნაქის წინ და ზემოთ. მასზე, მაქსიმალურად გაღებული პირის შემთხვევაში ერთდროულად სამი ნერვია განლაგებული: ქვედა ალვეოლური, ენის და ლოყის ნერვები. მათი გამოთიშვა ერთი ჩხვლეტით არის შესაძლებელი. მაქსიმალურად გაღებული პირის პირობებში ინჯექტორის დგუში თავსდება მოპირდაპირე მხარის მოლარების დონეზე. ჩხვლეტა ხორციელდება ზედა მესამე მოლარის ( მისი არ არსებობის დროს - მეორე მოლარის ) სადეჭი ზედაპირიდან 0,5 სმ-ით ქვევით ფრთა-ქვედაყბის ნაოჭის ლატერალურ კიდეზე. ნემსს წასწევინ ძვლამდე 0,25-2სმ-ის სიღრმეზე და ხვდებიან ქვედა ყბის შემადგენლაზე. აქ შეჰყავთ საანესთეზიო ხსნარი, რითაც ხდება ქვედა ალვეოლური და ლოყის ნერვების გათიშვა. ნემსის უკან წამოწევისას კიდევ შეჰყავთ მცირე რაოდენობით ხსნარი ენის ნერვის გასათიშად. ანესთეზია დგება 5 წთ-ში.

ტორუსული ანესთეზიის დროს დამატებით ითიშება ის ქსოვილები, რომლის ინერვაციას უზრუნველყოფს ლოყის ნერვი. ეს არის ლოყის კანი და ლორწოვანი გარსი, ღრძილი მეორე პრემოლარიდან მეორე მოლარამდე (სურ. № 13).



სურ. № 13 ტორუსული ანესთეზია

### მანდიბულური ანესთეზია (FiSher,1911)

მანდიბულური ხვრელი მდებარეობს ქვედა ყბის ტოტის შიგნითა ზედაპირზე მოლარებზე გამავალი ჰორიზონტალური ხაზის დონეზე. ანესთეზიის ორიენტირს წარმოადგენს ასევე რეტრომოლარული მიდამო.

ფართოდ გაღებულ პირის ღრუში რეტრომოლარულ მიდამოში თითოთ შეიგრძნობენ ჯერ ქვედა ყბის ტოტის წინა კიდე, შემდეგ კი თითის რამდენადმე შიგნით გადანაცვლებით საფეთქლის ქედს. თითს აფიქსირებენ ფოსოში. შპრიცის დგუმს ათავსებენ მოპირდაპირე მხარეს პრემოლარებზე. ჩხვლეტა კეთდება ბავშვებში უკანასკნელი მოლარის საღეჭი ზედაპირის დონეზე ლორწოვან გარსზე. მოზრდილებში უკანასკნელი 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 გასათიშად. ნემსს კიდევ წაწევენ 2 სმ სიღრმეზე ქვედა ყბის ყელის ღარამდე სადაც ღვრიან საანესთეზიო ხსნარს ქვედა ალვეოლური ნერვის გასათიშად. 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. გაითიშება ენის

და ქვედა ალვეოლური ნერვების საინერვაციო ზონები. იმის გამო, რომ ღრძილის ლორწოვან გარსს ვესტიბულურ მხარეს აინერვირებს ლოყის ნერვი (რომლის გათიშვა მანიბულური ანესთეზიის დროს არ ხდება), სრული გაუტკივარებისთვის ამ არეში დამატებით აკეთებენ ინფილტრაციულ ანესთეზიას (სურ. № 14).



სურ. № 14. მანიბულური ანესთეზიის ეტაპები (I, II, III)

### ნიკაპის ნერვის გაუტკივარება - მენტალური ანესთეზია

ქვედა ალვეოლური ნერვის მსხვილი ტოტი - ნიკაპის ნერვი (n.mentalis) გამოდის ნიკაპის ხვრელიდან (foramen mentale ) და მთავრდება ლოყის, ღრძილის ლორწოვან გარსში და ნიკაპის და ტუჩის კანში. ქვედა ალვეოლური ნერვის მცირე ტოტი -საჭრელი ტოტი ძვლის ღრუბლისებრ შრეში მიემართება ფრონტალური კბილებისკენ და ახორციელებს ამ კბილების, მათი პერიოდონტის, შესაბამისი მხარის ნიკაპის ძვლის და ძვლისსაზრდელას ინერვაციას. აღსანიშნავია, რომ ორივე ნერვი აინერვირებს ქსოვილებს მოპირდაპირე მხრიდანაც.

**საჭრელი ტოტი** აინერვირებს ცენტრალურ და გვერდით საჭრელებს, ეშვებს და პრემოლარებს, თუმცა მისი ბლოკადა ერთი მხრიდან არ არის საკმარისი სრული გაუტკივარებისთვის მოპირდაპირე მხრიდან არსებული ინერვაციის გამო. ამიტომ, ფრონტალური კბილების გასაუტკივარებლად უმჯობესია ინფილტრაციული მეთოდის გამოყენება ეფექტური თანამედროვე საანესთეზიო ხსნარებით (ალვეოლური მორჩის ფრონტალური მიდამო ფოროვანია, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ასაკში). იმის გათვალისწინებით, რომ ნიკაპის ნერვი ხვრელიდან გამოსვლისთანავე იტოტება, მისი ბლოკადა უნდა განხორციელდეს საანესთეზიო ხსნარის შეყვანით უშუალოდ ნიკაპის

ხვრელში. ხვრელი არის ოვალური ან მომრგვალო ფორმის, ზომით 1,5-2 მმ-დან 3-7 მმ-მდე, ლოკალიზებულია ძირითადად პირველ და მეორე პრემოლარს შორის ქვედა ყბის ქვედა კიდიდან 3-21 მმ-ზე. გამონაკლისს წარმოადგენს ორი ან მეტი მენტალური ხვრელის არსებობა. ჩხვლეტა ხორციელდება გარდამავალ ნაოჭში პრემოლარების ფესვებს შორის ან პირველი მოლარის მედიალური ფესვის საპროექციოდ ძვალთან შეხებამდე. ნემსი მიმართულია შიგნით, ქვევით და წინ. აქ იღვრება მცირე რაოდენობით საანესთეზიო ხსნარი და ხდება ნემსის წვერით ნიკაპის ხვრელის მოსინჯვა. ნიკაპის არხში ნემსის მოხვედრისას შეყავთ 0,5 მლ საანესთეზიო ხსნარი (სურ. № 15).



სურ. № 15 რეგიონული  
ანესთეზია ნიკაპის ხვრელთან

**ბავშვებში რეგიონული ანესთეზიების საორიენტაციო მიდამოებია:**

- საჭრელი დვრილი 6 წლის ბავშვებში მდებარეობს ზედა ცენტრალური საჭრელების უკან ალვეოლური კიდიდან 5 მმ დაშორებით.
- ქვედა ყბის ხვრელი 5 წლის ასაკის ბავშვებში მდებარეობს ქვედა მოლარების საღეჭ ზედაპირების დონეზე.
- ქვედა ყბის ხვრელი 6-9 წლის ასაკის ბავშვებში მდებარეობს ქვედა მოლარების საღეჭ ზედაპირებთან შედარებით 0,5 სმ-ით ზემოთ.
- ქვედა ყბის ხვრელი 12-15 წლის ასაკის ბავშვებში მდებარეობს ქვედა მოლარების საღეჭ ზედაპირებთან შედარებით 1,0 სმ-ით ზემოთ.
- მენტალური ხვრელი 6-8 წლის ბავშვებში მდებარეობს პირველი დროებითი მოლარის დონეზე.
- 6-10 წლის ბავშვებში თვალბუდის ქვედა კიდიდან თვალბუდის ქვედა ხვრელამდე მანძილი 3-4 მმ-ია.

## შეცდომები და გართულებები ადგილობრივი გაუტკივარებისას

თანამედროვე სტომატოლოგიაში გაუტკივარების ყველაზე უსაფრთხო და ეფექტურ მეთოდად ადგილობრივი ანესთეზია მიიჩნევა. თუმცა, პრაქტიკოსმა სტომატოლოგმა ყოველდღიურ საქმიანობაში უნდა გაითვალისწინოს გართულებების წარმოშობის რისკი და მზად იყოს, სწრაფად და ეფექტურად გაუმკლავდეს შექმნილ პრობლემებს.

ადგილობრივი ანესთეზიის ჩატარებისას წარმოქმნილი გართულებები იყოფა ორ ჯგუფად:

- ადგილობრივი ხასიათის
- ზოგადი ხასიათის.

### ადგილობრივი ხასიათის გართულებები

ადგილობრივ გართულებებს მიეკუთვნება:

- გვირგვინის ან ფესვის მოტეხილობა;
- კბილის ფესვის გადასროლა რბილ ქსოვილებში;
- ღრმის და პირის ღრუს რბილი ქსოვილების დაზიანება;
- ქვედა ყბის ამოვარდნილობა;
- ყბის ან ალვეოლური მორჩის (ალვეოლის კიდის) მოტეხილობა;
- ზედა ყბის წიაღის გახსნა (რაც ბავშვებში ძალზედ იშვიათია იმის გამო, რომ ბავშვებში 14 წლამდე ძვლოვანი ფირფიტა, რომელიც მდებარეობს ჰაიმორის ღრუსა და კბილის ფესვებს შორის საკმაოდ სქელია)
- ნერვის, სისხლძარღვის დაზიანება;
- ფესვის ან კბილის, ტამპონის, სისხლის კოლტის ასპირაცია;
- სისხლდენა კბილის ამოღების მომენტში, ასევე შემდეგ;
- მეზობელი ან ანტაგონისტი კბილების ტრავმა ან ამოვარდნილობა;
- ალვეოლიტი (პოსტექსტრაქციული ალვეოლური ტკივილი);

- ოსტეომიელიტი.

ადგილობრივი გართულებების მიზეზი შესაძლოა იყოს :

- ა) რბილი ქსოვილების დაზიანება საინექციო ნემსით;
- ბ) რბილი ქსოვილების დაზიანება საინექციო ხსნარით;
- გ) უხეშად ჩატარებული მანიპულაციები.

### 1. საინექციო ნემსის ჩატეხვა :

ხელშემწყობი ფაქტორი - მცირე ზომის და გადაღუნული ნემსები

მიზეზები :

- პაციენტის ფსიქოემოციური დამაბულობა, ნემსის წვერით კუნთოვანი ქსოვილის ან ძვლისსაზრდელას დაზიანებით გამოწვეული ტკივილით პროვოცირებული არაკონტროლირებადი მოტორული აქტივობა.
- ანესთეზიის არასწორი ტექნიკა.

### 2. ტკივილი და დისკომფორტი ინექციის ჩატარების დროს

მიზეზები:

- აპლიკაციური ანესთეზიის უგულებელყოფა;
- უხარისხო ნემსების გამოყენება;
- საანესთეზიო ხსნარის სწრაფი შეყვანა;
- განსაკუთრებით დიდი ოდენობით საანესთეზიო ხსნარის შეყვანა;
- იმ საანესთეზიო პრეპარატების გამაღიზიანებელი მოქმედება, რომლებიც არ არის დამზადებული იზოტონურ ხსნარებზე;
- ინექციის დროს კუნთოვანი ბოჭკოების და ძვლისსაზრდელას დაზიანება;
- საანესთეზიო ხსნარის ნაცვლად, შეცდომით, სხვა პრეპარატის შეყვანა.

### 3. პარესთეზია

მიზეზები:

- ტრავმული ინექცია - ნერვული ღეროს დაზიანება, საანესთეზიო ხსნარის ინტრანერვული შეყვანა;

- მაღალკონცენტრირებული საანესთეზიო ხსნარების გამოყენება.

#### 4. ტრიზმი

მიზეზები:

- ნემსით კუნთოვანი ბოჭკოების დაზიანება;
- საანესთეზიო ხსნარის მიოტოქსიკური მოქმედება.

#### 5. ჰემატომა

მიზეზი:

- ნემსით სისხლძარღვის დაზიანება.

ხელშემწყობი ფაქტორები :

- არტერიული ჰიპერტენზია;
- სისხლის შედედების დარღვევები;
- სისტემური დაავადების ფონზე სისხლძარღვთა კედლის დაზიანება.

#### 6. ინფიცირება

მიზეზი:

- ასეპტიკის და ანტისეპტიკის პრინციპების დარღვევა.

ხელშემწყობი ფაქტორები:

- განმეორებითი ინექცია
- ქრონიკული სომატური პათოლოგიები, იმუნოდეპრესიული მდგომარეობა ( შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.).

#### 7. ქსოვილთა ნეკროზი

მიზეზი:

- ვაზოკონსტრიქტორის შემცველი საანესთეზიო ხსნარის დიდი მოცულობის სწრაფად შეყვანა (იწვევს ქსოვილთა კომპრესიას და სისხლმომარაგების მოშლას).

ხელშემწყობი ფაქტორი:

- ქრონიკული სომატური პათოლოგია, სისხლძარღვის კედლის დაზიანება (განაპირობებს ტროფიკის მოშლას).

#### 8. სახის ნერვის გამავალი პარეზი

მიზეზი:

- ანესთეზიის ჩატარების არასწორი ტექნიკის შედეგად სახის ნერვის ტოტების ანესთეზია.

#### 9. ადგილობრივი საანესთეზიო ხსნარის ნაცვლად, შეცდომით, სხვა ხსნარების გამოყენება

მიზეზი :

- ორგანიზაციული ხასიათის და/ან ექიმის შეცდომა/დარღვევა. შედეგად - ადგილობრივი (ნეკროზი, კონტრაქტურა) და ზოგადი გართულებები (ტოქსიკური მოქმედება).

### ზოგადი სახის გართულებები

#### 1. ფსიქოგენური რეაქციები

მიზეზი:

- ფსიქოემოციური დაძაბულობა (ტკივილის შიში), რომელსაც თან სდევს პერიფერიულ სისხლში ენდოგენური კატექოლამინების გადმოსროლა (სტრესი, ჰიპერკატექოლამინემია).
- საანესთეზიო ხსნარში შემავალი ეგზოგენური კატექოლამინების ჭარბი დოზების მოხვედრა ორგანიზმში. შედეგად, ადგილი აქვს თანმხლები სომატური და ფსიქონევროლოგიური პათოლოგიების დეკომპენსაციას.

#### 2. ალერგიული რეაქციები

მიზეზი:

- სენსიბილიზებულ ორგანიზმში ანტიგენის (სპეციფიკური ალერგენის) შეყვანა. ანტიგენ-ანტისხეულის კომპლექსის წარმოქმნის შედეგად პოხიერი უჯრედებიდან ხდება ანაფილაქსიის მედიატორების გამოყოფა, რასაც თან სდევს ორგანიზმის ფუნქციური სისტემების მოშლა.

### 3. ტოქსიკური ეფექტი

მიზეზები:

- საანესთეზიო ხსნარის სწრაფი ან მისი ინტრავასკულური ინექცია, პრეპარატის ჭარბი დოზების გამოყენება;
- ზოგადი სომატური პათოლოგიების უგულვებელყოფა, რომელთა ფონზე დარღვეულია პრეპარატთა ბიოტრანსფორმაცია და მათი გამოყოფა ორგანიზმიდან.

ანესთეზიის ყველა მეთოდს თავისი უპირატესობა და ნაკლი აქვს, გაუტკივარების მეთოდის შერჩევა უნდა მოხდეს კონკრეტული კლინიკური ჩვენების და ექიმის პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გათვალისწინებით.

### ადგილობრივი საანესთეზიო პრეპარატები

ანესთეტიკები იყოფა ორ ჯგუფად: რთული ეთერები და ამიდები.

რთულ ეთერებს მიეკუთვნება: ნოვოკაინი, ანესთეზინი, დიკაინი. ამიდების წარმომადგენელია ტრიმეკაინი, პრილოკაინი (ციტონესტი), ლიდოკაინი, მეპივაკაინი, არტიკაინი და სხვა. ამიდების ჯგუფით დგება საიმედო ანესთეზია (1-1.5 მლ). ბავშვებში აღნიშნული ანესთეტიკებით ინფილტრაცია ქვედა ყბაზეც კარგ ეფექტს იძლევა.

მოქმედების ხანგრძლივობის მიხედვით (ცხრ.№3) ნოვოკაინს აქვს უფრო ხანმოკლე მოქმედების პერიოდი (30-40 წთ ვაზოკონსტრიქტორთან ერთად). დღეისათვის ეს ჯგუფი ამბულატორიული სტომატოლოგიური მანიპულაციებისათვის

აღარ გამოიყენება. ლიდოკაინს აქვს მოქმედების საშუალო პერიოდი (120-130 წთ ვაზოკონსტრიქტორთან ერთად). არტიკაინი ვაზოკონსტრიქტორით მოქმედებს 180 წთ. აქვს საკმაოდ ხანგრძლივი მოქმედების პერიოდი. არტიკაინის ჯგუფში შედის ახალი თაობის პრეპარატები-ულტრაკაინი, უბისტეზინი, ბუპივოკაინი, დურანესტი, და სხვა. მეპივაკაინის (კარბოკაინი, სკანდიკაინი) საანესთეზიო ეფექტურობა 4-ჯერ აღემატება ნოვოკაინისას.

ცხრილი №3

**ადგილობრივი საანესთეზიო პრეპარატების მოქმედების  
ხანგრძლივობა**

საანესთეზიო ნივთიერება	ანესთეზიის ხანგრძლივობა (წთ)		
	ვაზოკონსტრიქტორის გარეშე	ვაზოკონსტრიქტორ თან ერთად	ვაზოკონსტრიქტორის კონცენტრაცია
ნოვოკაინი	15-30	30-40	1:100 000
ლიდოკაინი	30-60	120-130	1:100 000
მეპივაკაინი	45-90	120-360	1:100 000
პრილოკაინი	30-90	120-360	1:100 000
არტიკაინი	60-90	180-360	1:100 000
არტიკაინი	60-90	180-240	1:200 000
ბუპივაკაინი	60-90	180-750	1:200 000
ეტიდოკაინი	120-240	640	1:200 000

სხვა ანესთეტიკებისაგან განსხვავებით მეპივაკაინი არ იწვევს სისხლძარღვთა გაფართოებას, რის გამოც ნელა ხდება მისი ადსორბირება. მეპივაკაინის განსაკუთრებულ ღირსებად თვლიან იმას, რომ მისი ხმარებისას არ არის საჭირო ვაზოკონსტრიქტორების დამატება და სრულიად მისაღებია მცირეწლოვან ბავშვებში მისი ფართოდ გამოყენება. ვაზოკონსტრიქტორები ამცირებენ ანესთეტიკების ტოქსიურ მოქმედებას შეწოვის პროცესების შენელების ხარჯზე, იწვევენ მათი მოქმედების პროლონგირებას, მაგრამ მათი გამოყენება შეზღუდულია ბავშვთა ასაკში.

ბავშვებში 5 წლამდე ვაზოკონსტრიქტორების დამატება არ ხდება, რამდენადაც ამ ასაკში ჭარბობს სიმპატიკური ინერვაციის ტონუსი, შედეგად ადრენალინმა შეიძლება გამოიწვიოს პულსის გახშირება, არტერიული წნევის მომატება, გულის რიტმის დარღვევა. ადრენალინმა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე მუცლის ღრუს ორგანოების და კანის სისხლძარღვების შევიწროება იწვევს კანკალს, მყისიერ გაფერმკრთალებას, ცივი ოფლის გამოყოფას და გულის წასვლის განვითარებასაც. 5 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში ადრენალინი ემატება 1:200000 განზავებით. ასევე გასათვალისწინებელია საანესთეზიო პრეპარატების რეკომენდებული დოზები ბავშვებში (ცხრ. №4).

ვაზოკონსტრიქტორები არ გამოიყენება გულსისხლძარღვთა დეკომპენსირებული ფორმის დროს, დიაბეტის და თირეოტოქსიკოზის დროს, ანტიდეპრესანტების და ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონის მიღების დროს.

ცხრილი №4

**ადგილობრივი საანესთეზიო პრეპარატების  
რეკომენდებული დოზები ბავშვთა ასაკში**

ბავშვის ასაკი	ადგილობრივი საანესთეზიო ხსნარის რეკომენდებული დოზა
1 წელი	0,25 მლ
2 წელი	0,3-0,4 მლ
3 წელი	0,4-0,5 მლ
4 წელი	0,5 მლ
5 წელი	0,6 მლ
6 წელი	0,6-0,8 მლ
7 წელი	0,8-1,0 მლ
8-14 წელი	1,0-1,5 მლ

ქირურგიული მანიპულაციის ჩატარების წინ სასურველია გათვალისწინებული იყოს ოპერაციის სირთულე და შესაბამისად მოხდეს საანესთეზიო საშუალებათა შერჩევა (ცხრ. №5).

ცხრილი №5

ცხრილი ადგილობრივი საანესთეზიო ხსნარების შემადგენლობა, ძირითადი თვისებები და გამოყენების ჩვენებები

შემადგენლობა	პრეპარატი მწარმოებელი	თვისებები, გამოყენების ჩვენებები
არტიკაინის ჰიდროქლორიდი 4% ადრენალინი 1:100000	Septanest 1; 100000 (Septodont) Alphacian SP (Spad) Ultracain D-S forte (Hoechst); Ubistesin forte (Espe)	გამტარებლობითი და ინფილტრაციული ანესთეზია. ნაჩვენებია კბილების ამოღების, ალვეოლურ მორჩზე ოპერაციების დროს
არტიკაინის ჰიდროქლორიდი 4% ადრენალინი 1:200000	Septanest 1; 200000 (Septodont) Alphacain N (Spad) Ultracain DS (Hoechst) Ubistesin (Espe)	გამტარებლობითი და ინფილტრაციული ანესთეზია. ნაჩვენებია ატრამვული და ხანმოკლე ქირურგიული ჩარევების დროს.
მეპივაკაინის ჰიდროქლორიდი 2% ნორადრენალინი 1:100000	Scandonest 2% Noradrenaline (Septodont)	გამტარებლობითი და ინფილტრაციული ანესთეზია. ნაჩვენებია ყველა სახის ქირურგიული ჩარევის დროს. ხანგრძლივი და რთული.
მეპივაკაინის ჰიდროქლორიდი 2% ადრენალინი 1:100000	Scandonest 3% Special (Septodont)	გამტარებლობითი და ინფილტრაციული ანესთეზია. ნაჩვენებია განსაკუთრებით მძიმე და ხანგრძლივი ოპერაციების დროს.

მეპივაკაინის ჰიდროქლორიდი 3%	Scandonest 3%  Sans vasoconstricture (Septodont)  Mepivastesin(Espe)	გამტარებლობითი და ინფილტრაციული ანესთეზია. სუსტი ვაზოკონსტრიქტორული მოქმედება. ნაჩვენებია ყველა პაციენტისთვის ჩვეულებრივი ოპერაციული ჩარევისას.
ლიდოკაინის ჰიდროქლორიდი 2% ნორადრენალინი 1:50000 ლიდოკაინის ჰიდროქლორიდი 2% ნორადრენალინი 1:25000	Xylonor 2%  Noradrenaline (Septodont) Pressicaine N(Spad) Xylestesin(Espe)	გამტარებლობითი და ინფილტრაციული ანესთეზია. ნაჩვენებია კბილების ექსტრაქციის დროს.
ლიდოკაინის ჰიდროქლორიდი 2% ადრენალინი 1:100000 ნორადრენალინი 1:50000  ლიდოკაინის ჰიდროქლორიდი 2% ადრენალინი 1:5000 ნორადრენალინი 1:50000	Xylonor 2% special  (Septodont)  Xylestesin-S  Special(Espe)	გამტარებლობითი და ინფილტრაციული ანესთეზია. ნაჩვენებია ნებისმიერი ჩარევისას, განსაკუთრებით ხანგრძლივი და ტრამვეული მანიპულაციების დროს.

საანესთეზიო პრეპარატების გარდა გაუტკივარების ჩატარებისათვის ასევე საჭიროა შესაბამისი ინსტრუმენტები. დღეისათვის სტომატოლოგიაში გამოიყენება მონოჯექტის შპრიცები, რომელშიც მოთავსდება სპეციალური ერთჯერადი კარპულები ანესთეტიკით და ჩაიხრახნება ერთჯერადი სტერილური ნემსები, რომელთა ზომების კოდირება ხდება სხვადასხვა ფერებით (სურ. № 16).



სურ. № 16. საანესთეზიო მასალები და ინსტრუმენტები

## კბილების ამოღება ბავშვებში

კბილის ამოღების ოპერაცია - ეს საექიმო მანიპულაციაა, რომლის შესრულებისას ირღვევა პაროდონტის იოგოვანი აპარატი და ხდება კბილი ამოიღება კბილბუდიდან. ეს არის ყველაზე გავრცელებული ოპერაციული ჩარევა სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში. ზოგ შემთხვევაში ეს ძალიან ადვილად შესასრულებელი მანიპულაციაა, ზოგჯერ კი ტექნიკურად ძალიან რთული პროცესია. კბილის ამოღებას აქვს თავისი ჩვენებები და უკუჩვენებები, რომლებიც თავის მხრივ იყოფა აბსოლუტურ და შედარებით ვარიანტებად.

ბავშვთა ასაკში კბილის ამოღებას დიდი სიფრთხილე სჭირდება - ვინაიდან ფიზიოლოგიურ ცვლამდე 12 თვეზე უფრო ადრე ამოღებამ (ფიზიოლოგიურ ნორმასთან შედარებით), შეიძლება არახელსაყრელი პირობები შეუქმნას მუდმივი კბილების ამოჭრას, ასევე ნეგატიურად იმოქმედოს ყბების ძვლების ზრდასა და განვითარებაზე, მუდმივი თანკბილვის ფორმირებაზე.

### დროებითი კბილების ამოღების ჩვენებებია:

- დროებითი კბილების ფესვების გაწოვის დაგვიანება ფიზიოლოგიური ცვლის პერიოდში;
- კბილის ანატომიური და ფუნქციური მნიშვნელობის დაკარგვა;
- დაშლილი კბილების ფესვები, რომლებიც ქრონიკული ინფექციის კერას წარმოადგენენ;
- სარძევე კბილების გართულებული კარიესების კონსერვატიული მკურნალობის არაეფექტურობა;
- მწვავე ოდონტოგენური ანთებითი დაავადებები (ქრონიკული პერიოდონტიტის გამწვავება, პერიოსტიტი, ოსტეომიელიტი, ფლეგმონა, ჰაიმორიტი და ა.შ.);
- კბილის გვირგვინის და ფესვის მოტეხილობა;
- კბილის მდებარეობა ყბის ძვლის ან ალვეოლური მორჩის ხაზზე, რაც ხელშემშლელ ფაქტორს წარმოადგენს რეპოზიციისთვის;

- ორთოდონტიული ან ორთოპედიული ჩარევა;
- რეტენირებული და ზეკომპლექსური კბილები, რომლებიც წარმოადგენენ პოტენციურ ანთების კერას ან მატრავმირებელ აგენტს.

**მუდმივი კბილების ამოღების ჩვენებებია :**

- მწვავე ოდონტოგენური ანთებითი დაავადებები, რომლებიც წარმოიშვა კარიესის გართულებული ფორმების დროს (გამწვავებული ქრონიკული პერიოდონტიტი, პერიოსტიტი, ოსტეომიელიტი, ოდონტოგენური ჰაიმორიტი, ოდონტოგენური ფლეგმონა);
- კბილის ანატომიური და ფუნქციური მნიშვნელობის დაკარგვა;
- კარიესის გართულებული ფორმების არაეფექტური კონსერვატიული მკურნალობა;
- მწვერვალოვანი გრანულომის და ქრონიკული ინფექციის კერის არსებობისას;
- პერიაპიკალურ ქსოვილებში ძვლის ფართო დესტრუქცია, რომლის დროსაც მწვერვალის რეზექცია არაეფექტურია;
- ორთოპედიული და ორთოდონტული ჩვენება;
- კბილის მდებარეობა ყბის ძვლის ან ალვეოლური მორჩის მოტეხილობის ხაზზე, რაც წარმოადგენს რეპოზიციის ხელის შეშლელ ფაქტორს;
- რეტენირებული ან ზეკომპლექსური კბილები, რომლებიც წარმოადგენენ პოტენციურ ანთებით კერას, ან ტრავმულ აგენტს.
- ოდონტოგენური ანთებითი პროცესი სპეციფიკური (აქტინომიკოზი, სიფილისი, ტუბერკულოზი) დაავადებების დროს;
- ქრონიკული ანთებითი კერა მწვერვალოვანი ან კიდოვან პაროდონტში ისეთ პაციენტებში, რომლებიც დაავადებულნი არიან რევმატიზმით, მიოკარდიტით, ენდოკარდიტით, ქრონიკული ნეფრიტით, ირიდოციკლიტით.

კბილის ამოღების წინააღმდეგ ჩვენება შეიძლება იყოს შედარებითი და აბსოლუტური. შედარებით წინააღმდეგ ჩვენებისას კბილის ამოღებამდე საჭიროა

ავადმყოფის წინასწარი მედიკამენტური მომზადება (რომელსაც აქვს ზოგად სომატური თანმხლები დაავადება).

**შედარებითი წინააღმდეგვენებებია:**

- ინფექციური დაავადებები (OP3, გრიპი, წითელი ქარი, პნევმონია);
- სისხლის დაავადებები (მწვავე ლეიკემია, ჰემოფილია, ავთვისებიანი ანემია, ვერლჰოფის დაავადება, აგრანულოციტოზი, მწვავე ლეიკოზი);
- პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები (სტომატიტი, ჰეილიტი, გინგივიტი, ჰერპესი, რძიანა);
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (სტენოკარდია, ჰიპერტონია, პაროქსიზმული ტაქიკარდია, მოციმციმე არითმია, მწვავე სეპტიური ენდოკარდიტი და სხვ.);
- ძვლოვანი ჰემანგიომა;
- ფსიქიკური დაავადებები გამწვავების პერიოდში (შიზოფრენია, ეპილეფსია);
- მწვავე სხივური დაავადება II –III სტადია;
- ალიმენტური დისტროფია, ავიტამინოზი, ცინგა.

კბილის ამოღების აბსოლუტური უკუჩვენებებია მისი მდებარეობა სიმსივნის ზონაში. (წინააღმდეგ შემთხვევაში შესაძლებელია სიმსივნის ინტენსიური ზრდა ან მისი გაავთვისებიანება). ამ შემთხვევაში კბილის ამოღება ხდება სიმსივნის ამოკვეთასთან ერთად ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში.

ზოგად სომატური დაავადებების დროს, როცა ორგანიზმი დასუსტებულია, დაქვეითებულია დამცველი მექანიზმები - არის საშიშროება მათი გამწვავებისა, ამიტომ მათთან დაგეგმილი ოპერაციები არ ტარდება. მხოლოდ ექსტრემალურ სიტუაციებში (შესაბამისი სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებების ფონზე) შესაძლებელია ექსტრაქციის ჩატარება.

კბილების ამოღებისათვის გამოიყენება მაშები. არჩევენ ზედა ყბის (სურ.№17) და ქვედა ყბის (სურ.№18) მაშებს. დამატებით შეიძლება გამოვიყენოთ ელევატორები (სურ.№19).



სურ. № 17. ზედა ყბის მაშები



სურ. №18. ქვედა ყბის მაშები



სურ. №19. პირდაპირი და კუთხისქვეშა ელევატორები



პირდაპირი მაშებით ხდება ზედა საჭრელი კბილების ამოღება (სურ.20).

სურ. № 20 პირდაპირი მაშები ძუღდძივი და დროებითი კბილებისთვის



ხიმტისებური მაშები თანმხვედრი და არათანმხვედრი ლოყებით გამოიყენება ფესვებისა და ზედა მესამე მოლარების ამოსაღებად (სურ.21).

სურ. №21. ხიმტისებური მაშები მუდმივი და დროებითი კბილებისთვის

S-ის მაგვარი მაშები, თანმხვედრი და არათანმხვედრი ლოყებით - ზედა ყბის პრემოლარების და მოლარების ამოსაღებად გამოიყენება (სურ. № 22). ლოყაზე წვეტის არსებობა მიაწინებს მის მიკუთვნებას მარჯვენა ან მარცხენა მხარისაკენ (სურ. № 23).



სურ. №22. S-ის მაგვარი მაშები მუდმივი და დროებითი კბილებისთვის



სურ. № 23 ზედა მარცხენა მოლარის მაშა

ქვედა ყბის კბილების ამოსაღებად გამოიყენება ნისკარტისებური მაშები. ნისკარტისებური მაშები თანმხვედრი ლოყებით (სურ.№ 24-ა) განკუთვნილია ქვედა ყბის საჭრელების, ეშვების და ფესვების ამოსაღებად. ქვედა ყბის პრემოლარებისა და მოლარების ამოსაღებად გამოიყენება ნისკარტისებური მაშები არათანმხვედრი ლოყებით (სურ. № 24-ბ). მოლარებისთვის განკუთვნილ მაშებს ორივე ლოყაზე აქვთ წვეტები (სურ. № 24-გ).



სურ. № 24. ნისკარტისებური მაშები მუდნოვი და დროებითი კბილებისთვის

კბილების ამოღების დროს და ასევე ფესვებისთვისაც გამოიყენება ელევატორები, რომლებიც შეიძლება იყოს პირდაპირი და კუთხის ქვეშა (სურ. №19).

## დროებითი და მუდმივი კბილების ამოღების ტექნიკა ბავშვებში

დროებითი კბილების ამოღებისას საჭიროა გათვალისწინებული იყოს ყბის (პატარა ზომები, ალვეოლური მორჩის ძვლოვანი ქსოვილისა და მისი მფარავი ლორწოვანი გარსის ნაზი სტრუქტურა) და დროებითი კბილების შენების თავისებურებები. მიზანშეწონილია ბავშვების მაშების ანაწყოების გამოყენება და ამოღების ტექნიკისა და სპეციფიკის ცოდნა.

დროებითი კბილების ამოღების ტექნიკა რამდენადმე განსხვავდება მუდმივების ამოღების ტექნიკისგან, კერძოდ:

- 1) კბილის ირგვლივ იოგს არ ხსნიან;
- 2) მაშის დადების შემდეგ ლოყების ღრმად წაწევა არ ხდება;
- 3) ახლომდებარე რბილი ქსოვილების ტრავმის ასაცილებლად, ელევატორით მუშაობისას აუცილებელია ალვეოლური მორჩის თითებით დაფიქსირება ორივე მხრიდან; ძლიერ მოძრაობას ამოღებისას არ აკეთებენ (რათა არ მოხდეს გვირგვინის, ფესვის მწვერვალის, ან ალვეოლური მორჩის მოტეხილობა ან ყბის ამოვარდნილობა);
- 4) არ ტარდება ალვეოლის კიურეტაჟი, რათა არ მოხდეს მუდმივი კბილის ჩანასახის ტრავმირება ან ამოღება. აუცილებლობის შემთხვევაში, ძალიან ფრთხილად ტარდება მსუბუქი კიურეტაჟი;
- 5) კბილის ამოღების შემდეგ ალვეოლის კიდეებს ფრთხილად მოუჭერენ, რათა არ მოხდეს ალვეოლური მორჩის ტრავმირება.

კბილის ამოღების შემდეგ დამაჯერებლობისთვის, რომ ამოღებულია მთლიანად, აუცილებელია მოხდეს ფესვების გულდასმით დათვალიერება. რაც შეეხება დროებით კბილებს, რომლებსაც ამოიღებენ ფესვების რეზორბციის პერიოდში, მაშინ უმეტეს შემთხვევაში დათვალიერების დროს ძალიან რთულია რეზორბირებული უბნის და ნაწილის ჩამოტეხის გარჩევა, რამდენადაც ფიზიოლოგიური რეზორბცია მიმდინარეობს უსწორმასწოროდ და ფესვის კიდეები თითქოს გამოჭმულია. თუ ექიმი დროებითი კბილების ამოღებისას დატოვებს რეზორბირებული ფესვის ნაწილს არ არის მისი

ელევატორით ამოღების აუცილებლობა, რამდენადაც არის რისკი მუდმივი კბილის ჩანასახის დაზიანებისა. ეს უკანასკნელი ამოჭრისას ამოაგდებს ფესვის ნარჩენს.

კბილების ამოღება ბავშვთა ასაკში დაკავშირებულია ბავშვის ყბების ანატომიურ აგებულებასთან, შერეულ თანკბილვასთან, ყბებში მუდმივი კბილების ჩანასახების არსებობასთან. სარძევე კბილების რაოდენობა, ფორმა და ფესვების მდებარეობა რამდენადმე განსხვავდება მუდმივი კბილებისგან. დროებით კბილებში უფრო მეტად გაშლილია ფესვები, ალვეოლის კედლები თხელია, ჩვეულებრივ დროებითი კბილების ექსტრაქცია სირთულეს არ წარმოადგენს, ვინაიდან ამოღებისას მათი ფესვები რამდენადმე რეზორბირებულია. მიუხედავად ამისა საჭიროა დიდი სიფრთხილე. ყბის ძვალში ახლოს მდებარე მუდმივი კბილების ჩანასახების შესაძლო ტრავმირების გამო.

ზოგჯერ ძნელდება მეორე სარძევე მოლარის გარჩევა პირველი მუდმივი მოლარისაგან, რადგან მათ მორფოლოგიურ თავისებურებებში აღინიშნება ძლიერი მსგავსება (სურ. № 25) და არსებობს შეცდომის ალბათობა. ასეთ შემთხვევებში საკითხი საკბილე რკალში განკუთვნილი ადგილის მიხედვით წყდება, სარძეო მეორე მოლარი მეხუთე ადგილს იკავებს.



სურ. № 25. 7 წლის პაციენტი

მეორე დროებითი მოლარის და პირველი

მუდმივი მოლარის მსგავსება

დროებითი კბილების ამოღების დროს არ ხდება მაშის ღრმად ჩაწევა, რათა არ მოხდეს მუდმივი კბილის ჩანასახის დაზიანება. ფიქსაციაც არ უნდა იყოს ძლიერი, რომ არ გავტეხოთ სარძევე კბილების თხელი კედლები. მორყევის ამპლიტუდა უნდა იყოს მინიმალური. ალვეოლიდან ამოღების შემდეგ საჭიროა კბილის კარგად დათვალაიერება, რათა დავრწმუნდეთ, რომ ყველა ფესვი მთლიანად არის ამოღებული. შემდეგ ტარდება მსუბუქი კიურეტაჟი, რათა არ დავაზიანოთ მუდმივი კბილების ჩანასახები. ხდება ალვეოლური კიდის პალპატორული შემოწმება. ბასრი კიდეები უნდა გასადავდეს

ფრეზის ან მკვნეტარას საშუალებით. კბილბუდის კიდეებს მიუახლოვებენ ერთმანეთს თითების მოჭერის შედეგად (დოლბანდის გამოყენებით). პატარა ბავშვებს და ფსიქიკურად გაუწონასწორებელ ბავშვებს ტამპონს ჭრილობაზე არ უტოვებენ.

### **მუდმივი კბილის ამოღების ტიპური ოპერაცია შედგება შემდეგი თანმიმდევრული ეტაპებისგან:**

- კბილის ირგვლივი იოგის შემოხსნა;
- კბილზე მაშის ლოყების დადება;
- მაშის ლოყების ალვეოლური მორჩის კიდისკენ წაწევა;
- მაშის ჩაკეტვა;
- როტაცია (კბილის მორყევა ღერძის გარშემო) და ლუქსაცია (მორყევა წინა უკანა და გვერდითი მიმართულებით);
- კბილის ამოღება ალვეოლიდან (ტრაქცია).

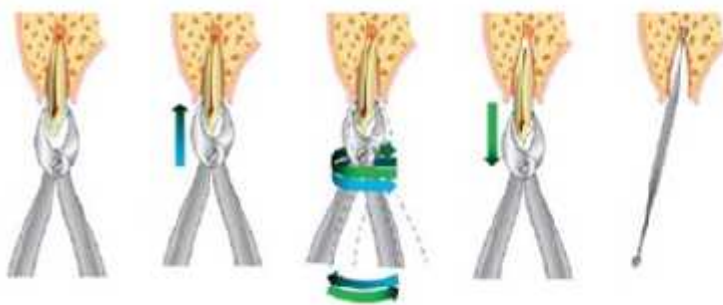
მუდმივი კბილის ამოღების ტექნიკა ბავშვებში არ განსხვავდება მოზრდილებში ჩატარებული ექსტრაქციის პროცედურისგან. გამოიყენება იგივე მაშების ანაწყოები - სხვადასხვა ჯგუფის კბილების ამოსაღებად, რაც მოზრდილებში, ასევე ფართოდ გამოიყენება ელევატორები - პირდაპირი და კუთხისქვეშა.

ბავშვებში, მუდმივი კბილების ამოღებისას, აუცილებელია კბილის ფესვების ღერძების, მაშების ლოყების და მოძრაობის მიმართულების თანხვედრის გათვალისწინება. ასევე გასათვალისწინებელია ფესვის ტიპური ანატომიური ფორმა და ალვეოლური მორჩის შენება, ანუ იმის ცოდნა, თუ მისი რომელი კედელია თხელი, ან სქელი. ამ უკანასკნელის ცოდნა გვეხმარება ამოვირჩიოთ მოძრაობის სწორი მიმართულება კბილის ამოღების ოპერაციის დროს და ამგვარად თავიდან ავიცილოთ ისეთი ხშირი გართულებები, როგორცაა გვირგვინის მოტეხილობა, ფესვის ან მისი მწვერვალების მოტეხილობა.

კბილების ამოღების დროს, რომელთაც აქვთ კონუსის ფორმის ფესვები (საჭრელები, ზედა ყბის ეშვები), უნდა გამოვიყენოთ როტაციული მოძრაობა, და ერთდროულად ლუქსაციური მოძრაობა, ხოლო ზედა მცირე მოლარების, ასევე მეორე და მესამე დიდი ძირითადი კბილების ამოღებისას, თავდაპირველად უნდა გავაკეთოთ მოძრაობა

ლოყისაკენ, შემდეგ სასის მხარეს. ზედა პირველი მოლარის ამოღებისას მას მოარყევენ ჯერ სასისკენ, შემდეგ ლოყის მხარეს, რამდენადაც გარეთა კედელი შესქელებულია ყვრიმალ ალვეოლური ქედით.

ქვედა ყბის საჭრელების ამოღებისას იყენებენ ლუქსაციურ მოძრაობას (იწყება ტუჩის მხარისკენ) და როტაციულს, ემვებისთვის - როტაციულს, ქვედა მცირე ძირითადი კბილებისთვის - ლუქსაციას, თავდაპირველად - ლოყის მხარეს, მეორე მოძრაობა - პირის ღრუს მიმართულებით. დიდი ძირითადი კბილების ამოღებისას პირველი მოძრაობა კეთდება ლოყის მხარეს. ეს რეკომენდაციები არის საორიენტაციო. კბილის ამოღების დროს მოძრაობისას ყოველთვის შეგრძნობა ძვლის ნაკლები წინააღმდეგობა. ასეთი ჩვევები, რა თქმა უნდა, მოდის გამოცდილებასთან ერთად. მაგრამ აუცილებელია იმის სწავლა რომ მოძრაობა უნდა იყოს დოზირებული და არ უნდა იყოს მკვეთრი (სწრაფი). მუდმივი კბილის ამოღების შემდეგ, მაგრანულირებელი ან გრანულომური პერიოდონტიტის დიაგნოზით, აუცილებელია ჩატარდეს კბილბუდის საგულდაგულო კიურეტაჟი და ხვრელარხის არსებობისას მისი რევიზია (სურ. № 26).



სურ. № 26  
კბილის ამოღების ოპერაცია

ბავშვთა ასაკში კბილების ნაადრევი დაკარგვის (ფიზიოლოგიურ ცვლამდე 12 თვეზე ადრე) მიზეზია კარიესის გართულებული ფორმები, არაკარიესული დაავადებები, ტრავმები. დროებითი კბილების ნაადრევი დაკარგვა იწვევს ალვეოლური კიდის ატროფიას, ძვლოვანი ნაწიბურის წარმოქმნას კბილბუდის პროექციაში, რაც ამნელებს მომავალში მუდმივი კბილების ამოჭრას. ზრდის ზონის ტრავმული დაზიანება

იწვევს ყბების ძვლების განვითარების დარღვევას, ქვეითდება ღეჭვითი ძალა, ზოგჯერ იწვევს ქვედა ყბის ბლოკირებას. მეორადი ადენტიის მიდამოში მცირდება ალვეოლური მორჩის ფიზიოლოგიური გაღიზიანება, იქმნება პირობა მეექვსე მუდმივი კბილების მედიალური გადანაცვლებისა, რაც იწვევს კბილთა მწკრივის ფორმის შეცვლას. ყბის ძვლოვან ქსოვილში. ამ დროს მიმდინარეობს მე-4 და მე-5 მუდმივი კბილების ჩანასახების (ფოლიკულების) ცდომა ეშვისკენ, რაც იწვევს კბილების ანომალურ ამოჭრას.

ნორმალური არტიკულაციის და ესთეტიკის შენარჩუნებისთვის საჭიროა დროულად გატარდეს ორთოდონტული და ორთოპედიული მიმართულების პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

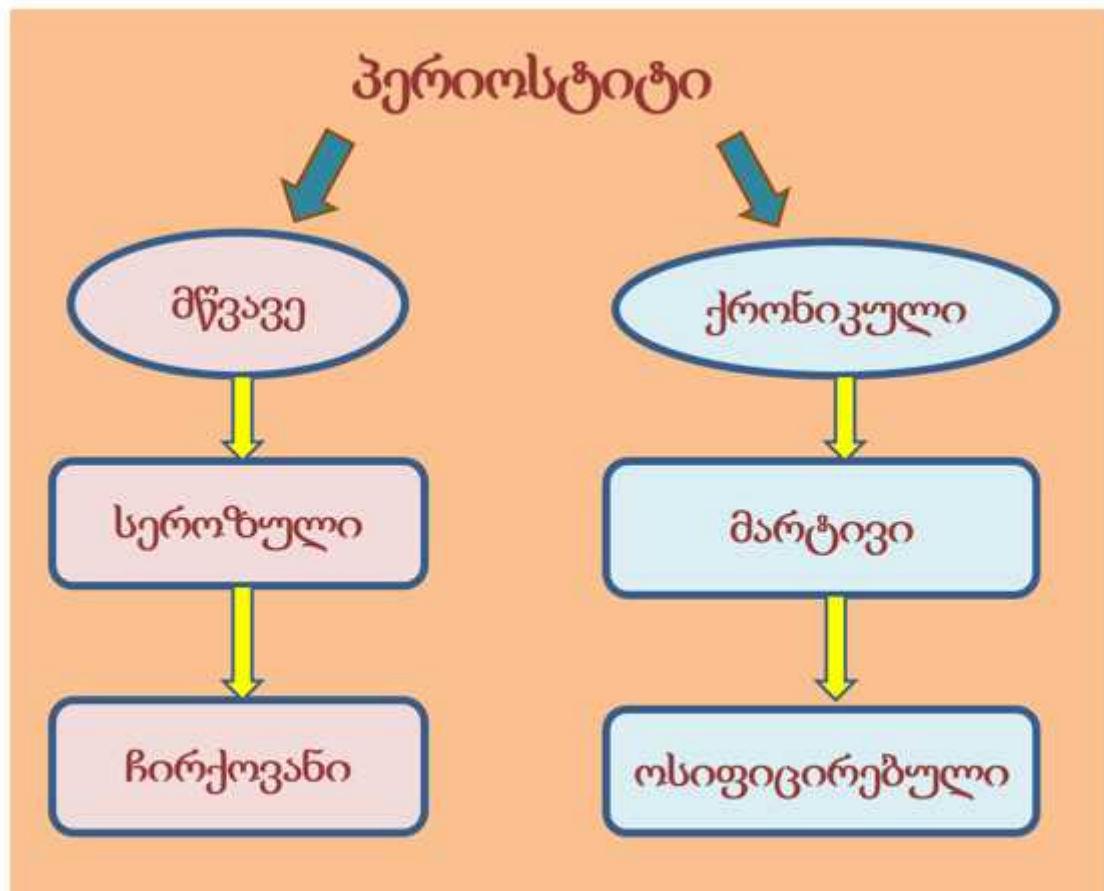
უკბილობა განსაკუთრებით ფრონტალურ მიდამოში, არღვევს ესთეტიკას, ასეთი ბავშვები ცდილობენ ნაკლებად გაიცინონ, საუბრის დროს იფარავენ პირს ხელით, უფუჭდებათ ხასიათი, განუვითარდებათ ფსიქიკური დეპრესია და ფსიქოლოგიური დარღვევები.

პროთეზით კბილთა მწკრივის აღდგენისას ყბების ძვლები კვლავ ასრულებენ სრულყოფილ ღეჭვის ფუნქციას და ნორმალურად ვითარდებიან. გაუმჯობესდება ბავშვის ხასიათიც.

## ყბების ძვლების ოდონტოგენური პერიოსტიტი

პერიოსტიტი - ძვლისსაზრდელას ანთებაა. პერიოსტიტის გამოყოფა, როგორც დამოკიდებული ნოზოლოგიური ფორმა, განპირობებულია მისთვის დამახასიათებელი ადგილობრივი და ზოგადი ხასიათის კლინიკური გამოვლინებებით, ასევე უნარით - მოახდინოს ანთებითი პროცესის კუპირება ამ სტადიაზე და ჩატარდეს ადეკვატური მკურნალობა.

კლინიკური და პათომორფოლოგიური გამოვლინების მიხედვით არსებობს მწვავე (სეროზული და ჩირქოვანი) და ქრონიკულ (მარტივი და ოსიფიცირებადი) პერიოსტიტი (სქემა №3).



სქემა №3. პერიოსტიტის კლასიფიკაცია

**მწვავე სეროზული პერიოსტიტის** - ოდონტოგენური ფორმა ვითარდება პულპის და პერიოდონტის ანთების გავრცელებით კბილის ირგვლივ ძვლოვან ქსოვილში და შემდგომ ყბის ძვლის პერიოსტეუმში - ძვლისსაზრდელაში (კბილების ფორმირების, ამოჭრის და ცვლის პერიოდებში). ყბების ძვლების ზრდის პერიოდისთვის აღინიშნება უხვი (ჭარბი) სისხლმომარაგება და ლიმფური ცვლა პულპაში, ყბების ძვლებში და რბილ ქსოვილებში, რაც განაპირობებს ანთებითი პროცესის სწრაფად გავრცელებას პულპიდან და პერიოდონტიდან ირგვლივ მდებარე ძვალში და ძვლისსაზრდელაში. არსებობს ინფექციის გავრცელების სხვა გზებიც - ოდონტოგენური, ჰემატოგენური, ლიმფოგენური. მზარდი ძვლების პერიოსტეუმი (ძვლისსაზრდელა) იმყოფება ფიზიოლოგიური აგზნების მდგომარეობაში და ადვილად რეაგირებს ნებისმიერ გამღიზიანებელზე. პულპის და პერიოდონტის მწვავე ანთების დროს სისხლძარღვთა ანთებითი ჰიპერემია სწრაფად ვრცელდება ძვალ-ტვინოვანი სივრცეებით ძვლისსაზრდელაზე, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და რბილი ქსოვილების სისხლძარღვებზე და იქმნება ანთების ფართო პერიფოკალური კერა. დაავადების საწყის სტადიაში ვითარდება ძვლისსაზრდელას მწვავე სეროზული ანთება. ამ დროს მორფოლოგიურად შეინიშნება ძვლისსაზრდელას უჯრედოვანი ინფილტრაცია, რომელიც გასქელებს, გაფაშრდება - ბოჭკოებს შორის სეროზული გამონაჟონის დაგროვების გამო. პროცესის შემდგომი გაგრძელებისას სეროზული ანთება გადადის ჩირქოვანში.

მწვავე სეროზული პერიოსტიტის გამოვლინებაა გარდამავალი ნაოჭის გასადავება, პალპაციით გამოხატული მტკივნეულობა, რომელიც უფრო ხშირად ლოკალიზებულია ვესტიბულურ მხარეს, შეიძლება გასცდეს "დამნაშავე" კბილის საზღვრებს. ლორწოვანი გარსი მკვეთრად ჰიპერემიულია და შეშუპებული, შეშუპება ვრცელდება ირგვლიმდებარე რბილ ქსოვილებზე - სახეზე. პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციიდან გამომდინარე აღინიშნება პასტოზურობა და სახის რბილი ქსოვილების მოცულობის მომატება, რეგიონული ლიმფური კვანძების გადიდება. ვითარდება ლიმფადენიტი. ბავშვი მოუსვენარია, ირღვევა ძილი, მადა, სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურის ფარგლებშია.

მწვავე პერიოსტიტი ბავშვებში პულპიტის დროს წარმოადგენს ვერაგ სიმპტომს,

რომელიც მიანიშნებს ანთებითი პროცესის აქტიურ მიმდინარეობაზე - დაკავშირებულს ინფექციის ვირულენტობასთან და ბავშვის ორგანიზმის სუსტ წინააღმდეგობის უნარიანობასთან. დროული და სწორად ჩატარებული მკურნალობით პროცესი განიცდის უკუგანვითარებას.

მწვავე სეროზული პერიოსტიტი ყოველთვის ახლავს თან ბავშვებში მწვავე ან გამწვავებულ პერიოდონტიტს. კბილის ირგვლივ ვითარდება ანთებადი ინფილტრატი, რომელიც რამდენიმე დღე რჩება (ზოგჯერ კბილის ექსტრაქციის შედეგადაც კი).

მწვავე სეროზული პერიოსტიტის მკურნალობა მდგომარეობს ძირითადი დაავადების (პულპიტის, პერიოდონტიტის) მკურნალობაში. ადგილობრივ მკურნალობასთან ერთად აუცილებელია დაენიშნოს ანთების საწინააღმდეგო თერაპია. სულფანილამიდები - ასაკობრივი დოზირებით, კალციუმის გლუკონატი, ჰიპოსენსიბილიზაციის საშუალებები.

**მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტი** ვითარდება სეროზულის პერიოსტიტის შედეგად. ჩირქოვანი ექსუდატი გროვდება ძვლისსაზრდელას ქვეშ და წარმოქმნის ძვლისსაზრდელა ქვეშა აბსცესებს. მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტი ხასიათდება ძვლისსაზრდელაში ორი სხვადასხვა მიმართულების პროცესის განვითარებით. მიმდინარეობს ძვლისსაზრდელას კვდომა (ნეკროზი), გაღობა და ლაკუნური გაწოვა უზურების წარმოქმნით და ექსუდატის შეღწევით ლორწოვანი გარსის ქვეშ. ქერქოვანი ძვლოვანი ნივთიერება ჩირქოვან ექსუდატთან შეხების ადგილზე ნაწილობრივ იშლება. ერთდროულად გამაღიზიანებელი ფაქტორის მოქმედებას ანთებითი ძვლისსაზრდელა "პასუხობს" ძვლის ახალგაზრდა ფენების წარმოქმნით. რითაც შემოისაზღვრება პათოლოგიური კერა ირგვლივ ქსოვილებისგან. რაც უფრო აქტიურია ანთება მით უფრო მეტად არის გამოხატული დესტრუქციული პროცესები, და პირიქით, რაც უფრო წყნარად მიმდინარეობს დაავადება მით უფრო ჭარბობს პროლიფერაციული და პლასტიური პროცესები (სურ. № 27).



სურ. № 27. მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტი

მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის 80% მოდის სარძევე მოლარების და პირველი მუდმივი მოლარების (ზედა და ქვედა) ხარჯზე. მიზეზია კბილების ქრონიკული ანთებითი პროცესები პულპაში და პერიოდონტში. პროცესი ვლინდება ალვეოლური მორჩის ვესტიბულურ ზედაპირზე, განსხვავებით მწვავე ოსტეომიელიტისგან, რომლის დროსაც ანთებითი პროცესი ალვეოლური მორჩის და ძვლის სხეულის ორივე მხარეს ვლინდება (ვრცელდება). მცირე ასაკის ბავშვებში მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტი ვითარდება მწვავედ და სწრაფად (პულპიტის და პერიოდონტის) მწვავე ანთებიდან რამდენიმე საათში. ხასიათდება ტემპერატურის მომატებით 38-38,5 C - მდე. ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის ან მძიმე. ინტოქსიკაცია განსაკუთრებით გამოხატულია მცირე ასაკის - ბავშვებში. ადგილობრივად ანთება გამოვლინდება სახის რბილი ქსოვილების შეშუპებით (სურ. № 28).



სურ. № 28.

მწვავე პერიოსტიტი

პროცესის ლოკალიზაციისას ზედა ყბაზე შეშუპება ვრცელდება თვალბუდის ქვედა მიდამოზე, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭზე, ზედა ტუჩზე. თვალის ჭრილი შევიწროებულია ან დახურულია. ქვედა ყბის პერიოსტიტის დროს ლოყა შეშუპებულია. ჩირქოვან კერასთან ახლოს მყოფი რბილი ქსოვილებისთვის შეშუპების გარდა დამახასიათებელია კანის საფარველის ჰიპერემიაც. ვითარდება ყბისქვეშა ლიმფური კვანძების ლიმფადენიტი და პერიადენიტი, რაც ბავშვებში ზღუდავს ქვედაყბის მოძრაობას. დათვალეირებისას გამოვლინდება ჰიპერემიული და შეშუპებული ლორწოვანი გარსი. ძვლისსაზრდელასქვეშა აბსცესის გამო გამოხერხილია გარდამავალი ნაოჭი. ჩირქოვანი ექსუდატის მნიშვნელოვანი დაგროვებისა და ძვლისსაზრდელას ნაწილობრივი დაშლის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ინფიცირებული კბილის პათოლოგიურ მორყევას.

სისხლში მოიმატებს ედს 30-40 მმ/ლ-მდე, გამოხატულია ლეიკოციტოზი - 20,0 – 25,0×10<sup>9</sup> /ლ-მდე. თეთრი სისხლის ფორმულაში ცვლილებები ანთებისთვის დამახასიათებელია, უმნიშვნელოა და 1-2 დღის განმავლობაში აღინიშნება. დაავადება ძნელად სადიფერენციაციოა ოსტეომიელიტისგან. მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის ადგილობრივი სადიაგნოსტიკო ნიშნებია დაზიანებული “მიზეზობრივი” კბილის არსებობა, გარდამავალი ნაოჭის გასადავება. შეშუპებული ჰიპერემიული ლორწოვანი გარსი 2-3 კბილის მიდამოში; პათოლოგიური კერის ლოკალიზაცია ალვეოლური მორჩის ცალ მხარეს (უფრო ხშირად ვესტიბულურ მხარეს), ფლუქტუაცია (არ არის მუდმივი სიმპტომი დამოკიდებულია ჩირქოვანი პროცესის გავრცელებაზე) ლორწოვანი გარსის ქვეშ.

როგორც წესი კონსერვატიული ან ქირურგიული მკურნალობის პროცესში 3-4 დღეში აღდგება. თუ სათანადო მკურნალობა არ ჩატრდა გადადის მწვავე ოდონტოგენურ ოსტეომიელიტში. მცირეწლოვან ბავშვებში დიაგნოზი მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტი წარმოადგენს ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას. მკურნალობა მოიცავს გადაუდებელ ოპერაციულ ჩარევას, მედიკამენტურ თერაპიას, ფიზიო- და ზოგადგამაჯანსაღებელ თერაპიას.

მოზარდ ძვალში მდიდარი სისხლმომარაგების გამო, საშიში არ არის დიდი განაკვეთების გაკეთება. განაკვეთის გაკეთება უნდა მოხდეს მსუბუქი ზეწოლით, განსაკუთრებით ზედა ყბაზე, რომ არ მოხდეს მუდმივი ჩანასახების დაზიანება ან ჰაიმორის წიაღის გახსნა. სასაზე გაკვეთისას საჭიროა ლორწოვანი გარსის და ძვლისაზრდელას ნაწილის ამოკვეთა, რომ ჭრილობა მალე არ დაიხუროს. ინფიცირებული დროებითი კბილები ამოღებული უნდა იყოს მიუხედავად ანატომიური სრულყოფილებისა და ჯგუფისა. მუდმივი კბილების ამოღება ხდება იმ შემთხვევაში თუ შეუძლებელია მისი კონსრვატიული მკურნალობა.

10 წლამდე ბავშვებში და უფრო მოზრდილებშიც მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის მკურნალობა ჩვენების მიხედვით სასურველია ჩატარდეს ზოგადი გაუტკივარებით. მკურნალობა - სტაციონარის პირობებში.

ანტიბაქტერიული მკურნალობა სულფანილამიდებით (ასაკობრივი დოზებით), ანტიბიოტიკები (კუნთებში), ანთების საწინააღმდეგო თერაპიისთვის ასკორუტინი, კალციუმის გლუკონატი, ჰიპოსენსიბილიზაციის საშუალებები. ტკივილის მოსახსნელად ანალგეტიკები, დასამშვიდებლები ვალერიანი, ბრომის პრეპარატები. სითხეები ჭარბი რაოდენობით.

მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის დროული მკურნალობა სრული მოცულობით 1 დღე-ღამეში მოგვცემს გაუმჯობესებას, თუმცა სრული ალაგებისთვის 3-4 დღეა საჭირო. თუ არ მივიღეთ გაუმჯობესება მაშინ უნდა ვივარაუდოთ, რომ საქმე გვაქვს ოსტეომიელიტთან. თუ არ ჩატარდა მწვავე ჩირქოვანი პერიოსტიტის დროული მკურნალობა, ან ჩატარდა მაგრამ არასრულყოფილად, პროცესი გადავა მწვავე ოსტეომიელიტში.

ქრონიკული პერიოსტიტი ვითარდება ქრონიკული ოდონტოგენური ანთებითი პროცესის შედეგად პერიოდონტში ან ყბის ძვლოვან ქსოვილში, რაც წარმოადგენს პერიოსტეუმის გაღიზიანების მიზეზს, შედეგად იწყება ახალგაზრდა ძვლოვანი ქსოვილის ჭარბი წარმოქმნა (პროდუქცია). ახალგაზრდა ძვალი ფენების სახით დაედება (დაეფინება) ყბის ძვალზე და აქვს ოსიფიცირების სხვადასხვა ხარისხი.

ქრონიკული პერიოსტიტი შეიძლება განვითარდეს ქრონიკული პერიოდონტიტის დროს, მწვავე პერიოსტიტის შედეგად (შემდეგ), ქრონიკული ოსტეომიელიტის დროს. ბავშვებში

ქრონიკული პერიოსტიტი შეიძლება განვითარდეს ტრავმის შედეგად. არჩევენ ქრონიკული პერიოსტიტის ორ ფორმას : მარტივს და ოსიფიცირებადს.

მარტივი პერიოსტიტის დროს არის ახლადწარმოქმნილი ძვალი ადექვატური მკურნალობის შედეგად ექვემდებარება უკუგანვითარებას (ალაგდება), ოსიფიცირებადის დროს ძვლის ოსიფიკაცია ვითარდება ადრეულ სტადიაზე და მთავრდება, როგორც წესი, ჰიპეროსტოზით.

ქრონიკული პერიოსტიტის დროს აღინიშნება ძვლის მოცულობის გაზრდა. პათოლოგიური პროცესების ზედაპირი მსუბუქად მტკივნეულია პალპაციაზე. დაზიანების კერასთან ახლოს მდებარე რბილ ქსოვილებს შეიძლება ჰქონდეს სუსტად გამოხატული ანთებითი ინფილტრაცია. კანის საფარველი, როგორც წესი, არ არის შეცვლილი. პერიოსტიტი, როგორც პირველადი ქრონიკული პროცესი (ქრ. პერიოდონტიტის ან ტრავმის შედეგად) გამოვლინდება ძვლის გამობურცულობით, შემოსაზღვრული მომრგვალო ფომით. გარეგნულად პროცესი მოგვაგონებს ფესვის კისტას.

პათოლოგიური პროცესი, უფრო ხშირად, ლოკალიზებულია სარძევე ან პირველი მუდმივი მოლარების მიდამოში, ტრავმისას - ნიკაპის მიდამოში, ყვრიმალის ძვალთან, ცხვირის ძვლებთან. ქრონიკული პერიოსტიტის კლინიკური გამოვლინება უფრო მეტად გამოხატულია ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის პროდუქციული ფორმის დროს. ამ დროს ქრონიკული პერიოსტიტი ვრცელდება ძვლის დიდ ფართობზე, მოიცავს ქვედა ყბას და მეტსაც ძვლის მოცულობა შეიძლება გაიზარდოს 3-4ჯერ. ქვედა ყბის რენტგენოგრამაზე მკვეთრად განისაზღვრება ახალგაზრდა ძვლოვანი ქსოვილი ნაზი ფენოვანი ზოლების სახით. უფრო მოგვიანებით სტადიებში კიდევ უფრო მკვეთრად არის გამოხატული ახლადწარმოქმნილი ძვლის ფენები. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ზედა ყბის ქრ. პერიოსტიტის დროს იშვიათად იძლევა მკვეთრ სურათს დიაგნოსტიკისთვის.

დიაგნოზი დადგინდება ანამნეზით, კლინიკური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით (სურ.№29). ტრადიციული მეთოდებით და კომპიუტერული ტომოგრაფიით. რიგ შემთხვევებში საჭირო ხდება ღია ინციზიური ბიოფსია.



სურ. № 29. სადიაგნოსტიკო რენტგენოლოგიური გამოკვლევები

ქრონიკული ოდონტოგენური პერიოსტიტის მკურნალობის ამოცანაა ინფექციის კერის ლიკვიდაცია. ინფიცირებული კბილების ამოღება იწვევს პერიოსტეუმში პროცესის უკუგანვითარებას. მარტივი ქრ. პერიოსტიტის დროს, მათ შორის პოსტრავმულისაც, კარგ შედეგს იძლევა ფიზიოთერაპიული პროცედურების გამოყენება: ჰელიუმ-ნეონის ლაზერით, ასევე ელექტროფორეზი 6% კალი იოდიდის ხსნარით.

დროულად დაწყებული და სწორად წარმართული მკურნალობისას პათოლოგიური კერა ალაგდება. ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადების დროს ახალგაზრდა ძვლოვანი ქსოვილი გარდაიქმნება მომწიფებულ მაღალ სკლეროზირებულ (ძლიერ) ძვლად. პროცესი მთავრდება ჰიპეროსტოზით.

### ყბების ძვლების ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი

ძვალში ანთების გამომწვევი ინფექციის შეჭრის გზების და პროცესის განვითარების მექანიზმებზე დამოკიდებულებით არჩევენ სახის ძვლების ოსტეომიელიტის სამ ფორმას: ოდონტოგენურს, ჰემატოგენურს და ტრამვულს. სტატისტიკური მონაცემებით ყველაზე ხშირი (ნებისმიერ ასაკში) ოდონტოგენური ფორმაა. მოსკოვის სტომატოლოგიური ინსტიტუტის ბავშვთა ქირურგიული კათედრის მონაცემებით ოდონტოგენური საერთო შემთხვევების 80%-ია, ჰემატოგენური -9%, ტრამვული-11%. უმეტეს შემთხვევებში გამომწვევია ბანალური ჩირქმბადი ბაქტერიული ფლორა, თუმცა ბოლო წლებში ჭარბობს ობლიგაციურ-ანაერობული ფლორა. ცალკე

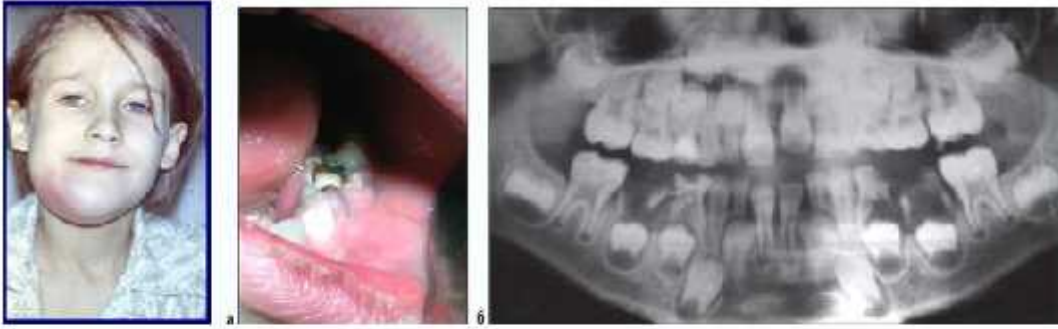
ჯგუფად შეიძლება გამოვყოს სპეციფიკური ინფექციებით გამოწვეული ფორმები (ტუბერკულოზური, სიფილისური, აქტინომიკოზური) რომლებიც დღეისათვის ძალზედ იშვიათად გვხვდება. ბავშვებში დაავადების სიხშირე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ასაკზე. 3 წლამდე ასაკში ძირითადად ვითარდება ჰემატოგენური ოსტეომიელიტი, 3-დან 12 წლამდე -84% ოდონტოგენურია.

**მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი.** მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი ყბის ძვლების ჩირქოვან-ინფექციური ანთებითი დაავადებაა, რომლის მიზეზია დაზიანებული კბილები. მხოლოდ ყბის ძვლები (და სხვაგან არასად ორგანიზმში) უშუალო კონტაქტში არიან ინფექციის კერასთან, ამიტომ ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი სხვაგვარად (თავისებურად) მიმდინარეობს სხვა მიდამოების ოსტეომიელიტებთან შედარებით.

ბაქტერიული ფლორა, რომელიც გამოვლინდება დაზიანების კერაში არის სტრეპტოკოკები, თეთრი და ოქროსფერი სტაფილოკოკი, ჩხირისებური ბაქტერიები-არც თუ იშვიათად შერწყმული სხვა ჩირქმზად მიკროორგანიზმებთან. უკანასკნელ წლებში ჭარბობს ობლიგატურ-ანაერობული ფლორა. მიკრობული შემადგენლობა ხასიათდება ფლორის ცვლილებებით და მისი ადაპტაციით მრავალფეროვან ანტიბაქტერიულ პრეპარატებთან, რაც ცვლის დაავადების ტიპურ სურათს იმუნოლოგიური სტატუსის დაქვეითების ხარჯზე. დაავადების განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მიკრო ფლორის ვირულენტობას და ორგანიზმის მდგომარეობას. ბავშვებში მოქმედებს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა სუსტი იმუნოლოგია, მოუმწიფებელი და ჩამოუყალიბებელი ქსოვილები.

მიზეზები შეიძლება ასევე იყოს ფიზიკური გადაღლა, ორგანიზმის გაციება, გადატანილი ინფექციური დაავადებები. ასაკობრივი თავისებურებები განაპირობებენ ინფექციის სწრაფად გავრცელებას პერიოდონტიდან ძვალში.

მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის (სურ. №30, №31) საფუძველია ჩირქოვანი პროცესი, რომელიც იწვევს ძვლოვანი ნივთიერების გაღობას. დაავადების დასაწყისში აღინიშნება აქტიური ჰიპერემია, ანთებითი შეშუპება და ძვლის ტვინის უჯრედოვანი ინფილტრაცია. სისხლძარღვთა ჰიპერემია ვრცელდება პირის ღრუს ლორწოვანი



სურ. № 30 მწვავე ოსტეომიელიტი



სურ. № 31 ა) ზედა ყბის ოსტეომიელიტი; ბ) ქვედა ყბის ოსტეომიელიტი.

გარსის და ყბის ირგვლივ რბილი ქსოვილების სისხლძარღვებზე, მიმდინარეობს ამ ქსოვილთა ანთებითი ინფილტრაცია. ერთდროულად მიმდინარეობს ანთება ძვლოვან ქსოვილში. ჩირქოვანი ექსუდატი ძვალში ვრცელდება ძვალტვინოვანი სივრცეებიდან. პროცესი მოიცავს ძვლის ღრუბლოვან ნივთიერებას და გადადის ძვლოვან სტრუქტურაზე. ჩირქის დაგროვების უბნებზე ადგილი აქვს ძვლოვანი ნივთიერების გაღობას და კვდომას. ძვლის დაშლის შემდეგ ინფექცია ვრცელდება ძვლისაზრდელას ქვეშ და ააშრეებს მას წარმოქმნის ე.წ. ძვლისაზრდელასქვეშა აბსცესებს. ბავშვებში

პროცესები მეტად სწრაფად მიმდინარეობს (ფიზიოლოგია). ბავშვებში არ გვხვდება შემოსაზღვრული ანთებითი პროცესი. ანთებითი პროცესი რამდენიმე დღეში ვრცელდება ძვალზე წინა კედელზე და ყვრიმალ-ალვეოლურ ქედზე- ზედა ყბაზე. ქვედა ყბაზე პროცესი ვრცელდება უკან ყბის სხეულისკენ, ზოგჯერ კუთხის და მორჩის (ტოტის) დაზიანებით.

მწვავე ოსტეომიელიტი ხასიათდება სწრაფი მიმდინარეობით, ინტენსიურობით, ძვლოვანი ქსოვილის და გარემომცველი ქსოვილების დიფუზურობით.

მწვავე ოსტეომიელიტის მიმდინარეობისას ძვლის აღდგენითი პროცესები მიმდინარეობს ნელა, ან სულ არ ხდება. რაც უფრო აქტიური და მძიმეა დაავადება, მით უფრო ჭარბობს დესტრუქციული პროცესები.

კლინიკა-დაავადება იწყება მწვავედ, T-ის მომატებით 38-39° C-დე, შემცივნებით, ზოგადი სისუსტით. პატარა ასაკის და პუბერტატული პერიოდის ბავშვებს მაღალი T-ის დროს შეიძლება განუვითარდეთ კრუნჩხვები, პირღებინება და მოშლილობა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, რაც განპირობებულია ცნს-ის გაღიზიანებით, არის საშიშროება ოდონტოგენური სეფსისის განვითარებისა. აღინიშნება კანის საფარველის გაფერმკრთალება, ცუდი ძილი, გაღიზიანებადობა. ადგილობრივად აღინიშნება ანთება ინფიცირებული კბილის ირგვლივ (სურ.№32). „მიზეზობრივი კბილი“ და მის მეზობელი



სურ.№32. ოსტეომიელიტის სადიაგნოსტიკო ნიშნები

კბილები ძვლის გაღობისა და საყრდენი ფუნქციის დაკარგვის გამო ხასიათდება პათოლოგიური მორყევით.

სიტუაციის შეფასებისას უნდა გავითვალისწინოთ სარძევე კბილების ფიზიოლოგიური გაწოვის მდგომარეობა. პერკუსია ყოველთვის არ არის შედეგიანი, ვინაიდან ბავშვი (განსაკუთრებით მცირეწლოვანი) არაადეკვატურია. ღრძილის, ალვეოლური მორჩის და გარდამავალი ნაოჭის ლორწოვანი ანთებითია, აღინიშნება ჰიპერემია, მოლურჯო ელფერით, შეშუპებით და ანთებითი ინფილტრაციით. დაავადებისას აღინიშნება გაფანტული ჩირქოვანი პერიოსტიტი და ფორმირდება სუბპერიოსტალური აბსცესები რომლებიც ძვლისაზრდელას დაშლის შედეგად აღმოჩნდებიან ლორწოვანი გარსის ქვეშ. ზედა ყბაზე პროცესის დროს შეშუპება ვრცელდება თვალბუდის ქვედა მიდამოში და ავიწროებს თვალის ნაპრალს, ვრცელდება ცხვირ-ტუჩის ნაოჭზე და ტუჩის მიდამოში. ქვედა ყბის დაზიანებისას პროცესი გამოხატულია ქვედაყბისქვეშა მიდამოში, შეიძლება გავრცელდეს პირის ღრუს ფსკერზე. რბილ ქსოვილებში ანთებითი ინფილტრაცია და ჰიპერემიაა. აღინიშნება ლიმფადენიტი და პერიადენიტი, აბსცესები, ლიმფური კვანძების ადენოფლეგმონები. რენტგენოლოგიურად (სურ.№33) -I კვირის ბოლოს აღინიშნება ძვლის გამჭვირვალობა, გაქრება ტრაბეკულური სურათი. თხელდება და ზოგ ადგილებში წყდება ქერქოვანი ფენა. ლაბორატორიული გამოკვლევებით პერიფერიულ სისხლში კანონზომიერი ლეიკოციტარული ცვლილებებია-ლეიკოციტების მომატება, სეგმენტბირთვიანი ნეიტროფილების შემცირება, ლიმფოციტების მომატება. იმატებს ჩხირბირთვიანი ფორმები. აჩქარებულია ედს-ი. ქვეითდება ჰემოგლობინი.

#### **დიაგნოსტიკა:**

- ა) მიზეზობრივი კბილის არსებობა;
- ბ) რამდენიმე კბილის პათოლოგიური რყევა;
- გ) გაფანტული ჩირქოვანი პროცესები ალვეოლური მორჩის ორივე (ორალური და ვესტიბულური) მხრიდან;

დ) ყბის ფლეგმონა, ადენოფლეგმონა.



სურ. № 33. ოსტეომიელიტის რენტგენოდიაგნოსტიკა

მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის მიმდინარეობა ბავშვებში დინამიურია, რაც გამოიხატება სწრაფი გავრცელებით ალვეოლურ ძვალში. თუმცა დამოკიდებულია ასაკზე. მცირეწლოვან ბავშვებში მძიმე კლინიკური მიმდინარეობა ახასიათებს ზედა ყბის ოსტეომიელიტს, უფრო მოზრდილებში შედარებით მძიმედ მიმდინარეობს ქვედა ყბის მწვავე ოსტეომიელიტი. ზედა ყბის ოსტეომიელიტის დროს შეიძლება გამოვლინდეს მენინგეალური მოვლენები (მოდუნება, ძილიანობა, უყურადღებობა, პათოლოგიური რეფლექსები).

**მკურნალობა - სტაციონარულია.**

- ა) ქირურგიული ჩარევა ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ;
- ბ) დეზინტოქსიკაცია;
- გ) სიცხის დამწვევი-კუნთებში.

ქირურგიული მკურნალობა გულისხმობს დამნაშავე კბილის ექსტრაქციას, აბსცესების და ფლეგმონების გაკვეთას.

ანტიბიოტიკოთერაპია - უმჯობესია ოსტეოტროპული, ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდები) ანთების საწინააღმდეგო თერაპია 10-12 დღე სისხლძარღვთა კედლების განვლადობის შესამცირებლად (კალციუმის გლუკონატი, ასკორუტინი); ანთების საწინააღმდეგო მოქმედებისათვის (ამიდოპირინი, ბუტადიონი და სხვა)

პროტეოლიზური ფერმენტები-ადგილობრივად (ჭრილობაში) და ინექციები. კორტიკოსტეროიდული რიგის ჰორმონალური პრეპარატები ბავშვს ენიშნება სასიცოცხლო ჩვენების მიხედვით.

ანტიჰისტამინური პრეპარატები (სუპრასტინი, ტავეგილი, კლარიცინი, ფენკაროლი) კუნთებში, ასაკობრივი დოზირებით.

სიმპტომური მკურნალობა, დიეტა.

ფიზიომკურნალობა: ულტრამაღალი სიხშირის დენი, ჰელუმ-ნეონის ლაზერი, ჰიპერბარული ოქსიგენაცია, ოზონოთერაპია, ულტრაბგერითი ზემოქმედება დაზიანებულ ქსოვილებზე.

### **ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი**

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის ქრონიკული ფორმები უფრო ხშირად არის მწვავეს გამოსავალი. მწვავე ოსტეომიელიტის გადასვლა ქრონიკულ ფორმაში ბავშვებში უფრო სწრაფად ხდება, ვიდრე მოზრდილებში. თუმცა ქრონიკული ფორმა შეიძლება განვითარდეს გამოხატული მწვავე სტადიის გარეშე, რაც განაპირობებს მის სახელწოდებას პირველად-ქრონიკული. ამ შემთხვევაში ბავშვთა დაავადების მიზეზია სუსტად ვირულენტური ბაქტერიული ფლორა, რომლის შეღწევა ძვალში მიმდინარეობს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

თუ მწვავე ანთების გამოხატული პათო-მორფოლოგიური ნიშნებია სერიოზულ-ჩირქოვანი და ჩირქოვანი ფორმები, ქრონიკული ფორმები წარმოდგენილია ძვლოვანი ქსოვილის ჩირქოვან-ნეკროზული ცვლილებებით-ოსტეონეკროზის განვითარებით და ძვლოვანი სეკვესტრების ფორმირებით. ბავშვის ორგანიზმის იმუნორეაქტიულ მდგომარეობაზე, პროცესის მიმდინარეობის დინამიურობაზე, ექიმთან დროულად მიმართვაზე და ჩატარებული მკურნალობის ხარისხზე დამოკიდებულებით. ჩირქოვანი ნეკროზული ცვლილებების ხასიათი შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს, რაც გამოიხატება ან სახის ჩონჩხის ძვლების დესტრუქციული პროცესის პრევალირებით, ან წონასწორობით აქტიურად მიმდინარე რეპარაციული პროცესების ხარჯზე.

ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს ძვლოვან ნივთიერებაში დესტრუქციული ცვლილებები მდგომარეობს ძვლის ელემენტების გაღობით და

დანეკროზებული უბნების წარმოქმნით. დაშლის პროცესებთან ერთდროულად მიმდინარეობს რეაქტიული და რეპერაციული ცვლილებები, რაც განაპირობებს აღდგენას. აღდგენითი პროცესები ბავშვებში ფიზიოლოგიური დამაბულობის მდგომარეობაშია, რაც განაპირობებს ძვალშიდა (ენდოსტალურ) შენებას და ძვლის პროდუქციას გაღიზიანებული ძვალსაზრდელათი-პერიოსტალური აშენების სახით. სისხლძარღვებით მდიდარი პერიოსტი ბავშვებში აქტიურად წარმოქმნის ახალ ფენებს გარედან, კორტიკალური ფირფიტის ზედაპირზე.

ყბების ძვლების ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის დროს პროცესში ჩაერთვის მუდმივი კბილების ჩანასახები, რომლებიც „ისე იქცევიან“ როგორც სეკვესტრები და ხელს უწყობენ ანთებას (სურ.№34). ძვლოვანი ქსოვილის კვდომის და



სურ. № 34. ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი

წარმოქმნის პროცესებზე დამოკიდებულებით გამოყოფენ ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის სამ ფორმას. დესტრუქციულს, დესტრუქციულ-პროდუქციულს და პროდუქციულს.

პროცესს, როგორც „ქრონიკული ოდონტოგენური ოსტეომიელიტი“ - არქმევენ ბავშვებში დაავადების დაწყებიდან მე-3-4 კვირაზე.

ქრონიკული ოსტეომიელიტის ყველა ფორმა ხასიათდება ხანგრძლივი მიმდინარეობით, პერმანენტულად განვითარებული გამწვავებით და საჭიროებს ხანგრძლივ მკურნალობას გამწვავებისა და რემისიების პერიოდებში, რაც დისპანსერული დაკვირვების პირობებში ტარდება. ქრონიკული ოსტეომიელიტის დესტრუქციული ფორმა დამახასიათებელია დასუსტებული-ბავშვებისათვის ისეთი

ინფექციური დაავადებებით, როგორცაა გრიპი, წითელა, ყვიანახველა, დიფტერია, დიზენტერია და სხვა.

მცირე ასაკის ბავშვებში ქრონიკულ სტადიაში გადასვლა კლინიკურად ვლინდება უკვე მე-7-10 დღეს დაავადების დაწყებიდან დესტრუქციულ ფორმას აქვს დიფუზური ხასიათი და ვრცლდება ყბის (ზედა ან ქვედა) ფართო უბნებზე. მწვავე ანთების ნიშნები ჩაწყნარდება, ზოგადი მდგომარეობა რამდენადმე გაუმჯობესდება, ტემპერატურა იკლებს სუბფებრილურამდე, ანთების კერაში იკლებს ტკივილები. თუმცა ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომები რჩება და თან ახლავს დაავადების მთელ პერიოდს. რბილი ქსოვილების შეშუპება და ანთებადი ინფილტრაცია ნელ-ნელა მცირდება და შეიძლება მთლიანადაც გაქრეს. ლიმფური კვანძები რჩება გადიდებული და მტკივნეული, ლორწოვანზე აღინიშნება ხვრელარხები და გრანულაციები. ხვრელარხის ზონდირებით აღინიშნება ძვლის უსწორ-მასწორო (ხორკლიანი) ზედაპირი, ხოლო სეკვესტრის არსებობისას ძვლის მოძრავი უბნები. ხვრელარხები ალვეოლური მორჩის ორივე მხარეს შეიძლება იყოს. ხვრელარხები აღინიშნება კანზეც (სურ. № 35).



სურ. № 35.

ქრონიკული დესტრუქციული ოსტეომელიტი ვანზე  
ხვრელარხით

ქვედა ყბაზე ლოკალიზაციისას შესაძლებელია ყბის პათოლოგიური მოტეხილობა. ექსუდაციის გამოყოფის შეჩერებამ შეიძლება გამოიწვიოს პროცესის გამწვავება. ზედა ყბაზე ლოკალიზაციისას ხვრელარხი ჩნდება სასაზე, თვალბუდის ქვედა მიდამოში. დაზიანების საბოლოო საზღვრები დგინდება მოგვიანებით. მეორე თვის დასასრულს-მესამე თვის დასაწყისისათვის. დესტრუქციული ფორმა ხასიათდება სეკვესტრების

წარმოქმნით. ზედა ყბაზე სეკვესტრები უფრო ადრე წარმოიქმნება, ვიდრე ქვედაზე. სერიულ რენტგენოგრამაზე იმატებს სეკვესტრების სკლეროზირება.

დიაგნოზის დასმა ხდება ანამნეზით, კლინიკური, რენტგენოლოგიური, კომპიუტერულ ტომოგრაფიული და ლაბორატორიული კვლევებით. დესტრუქციულ-პროდუქციული ფორმა ახასიათებთ ბავშვებს 7-12 წლის ასაკში. მწვავე ფორმის ქრონიკულში გადასვლის მიზეზი შეიძლება იყოს „მიზეზობრივი“ კბილის გვიან ამოღება, ქირურგიული მკურნალობის არასრულყოფილად ჩატარება, კონსერვატიული მკურნალობის ჩატარებისას მგრძნობელობის გვიან განსაზღვრა, კომპლექსური თერაპიის არასრულყოფილი მოცულობით ჩატარება და სხვა.

დესტრუქციულ-პროდუქციული ფორმა (სურ.№36) მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის შედარებით ხშირი გამოსავალია. ის იწყება დაავადების დაწყებიდან 7-14 დღის შემდეგ, ხასიათდება ტიპური კლინიკური ნიშნებით, სუბფებრილიტეტი,



სურ.№ 36. ქრონიკული დესტრუქციულ-პროდუქციული ოსტეომიელიტი

მდგრადი ინტოქსიკაცია იმუნოდეფიციტის განვითარებით, ხვრელარხების ჩამოყალიბებით, გრანულაციებით, ჩირქოვანი ექსუდატით, წვრილი სეკვესტრებით, პერმანენტული გამწვავებებით. გამოხატული დესტრუქციული და რეპარაციული პროცესებით. ძვლის დაშლა და წარმოქმნა პირობითად გაწონასწორებულია. ძვლოვანი ქსოვილის გაღობა მიმდინარეობს დიფუზურად, მრავლობითი წვრილი სეკვესტრების წარმოქმნით, რომლებიც ბავშვებში და მოზარდებში შეიძლება გაიწოვოს ან გამოიყოს ჩირქოვან ექსუდატთან ერთად. დიაგნოსტიკაში მნიშვნელობა აქვს კომპიუტერულ ტომოგრაფიულ კვლევებს. დინამიკაში პერიოსტში მიმდინარეობს

ძვლის აქტიური შენება და ძვალზე ფენებად დალაგება. ყბაზე პროცესის არსებობისას პერიოსტის ანთებითი რეაქცია ვლინდება მე-9-10 დღეზე. ეს ფორმა ადეკვატური კონსერვატიული მკურნალობით შეიძლება იქნეს კუპირებული. მსხვილი სეკვესტრების შემთხვევაში მკურნალობა კომპლექსურია- ქირურგიული და კონსერვატიული.

პირველადად ქრონიკული პროდუქციული (ჰიპერპლასტიკური) ფორმა (სურ.№37) ვითარდება მხოლოდ ბავშვთა და ახალგაზრდა ასაკში, სახის ჩონჩხის



სურ. № 37 პროდუქციული (ჰიპერპლასტიკური) ოსტეომიელიტი.

ინტენსიური ზრდის პერიოდში, უფრო ხშირია 12-15 წლის ასაკში. უკანასკნელი 10-20 წლის განმავლობაში აღინიშნება ამ ფორმის ოსტეომიელიტის სიხშირის მომატება. მის განვითარებაში დიდ როლს თამაშობს პულპიტის და პერიოდონტიტის არაადეკვატური და ეპიზოდური მკურნალობა დროებით კბილებში, კბილების დაგვიანებული ამოღება, ატიპიური მიკროორგანიზმების გაჩენა, რეაქტიულობის დაქვეითება. მისი გამოვლინება ხდება 4-6 თვეში, მისი დიაგნოსტიკა ძალიან გაძნელებულია. „მიზეზობრივი“ სარძევე კბილები აღარ არის, პერიკორონარიტის გამომწვევი კბილები უკვე ამოჭრილია. ამ დიაგნოზისთვის ტიპურია შემუპება.

დიაგნოსტიკისთვის განიხილება ანამნეზი, კლინიკო-რენტგენოლოგიური, კომპიუტერულ ტომოგრაფიული და ლაბორატორიული მონაცემები, ნაჩვენებია ბიოფსიაც. ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის პროდუქციული ფორმა ვითარდება ნელა,

შეუმჩნევლად. არ ვლინდება ტემპერატურული რეაქცია და გამოხატული ადგილობრივი ცვლილებები. ბავშვები და მათი მშობლები დაავადებას აღმოაჩენენ მხოლოდ ასიმეტრიის გამოვლენის შემთხვევაში. ხვრელ-არხები არ ახასიათებს. პალპაციით-შემკვრივება მკვეთრი საზღვრების გარეშე, მსუბუქად მტკივნეული ამობურცულობა, პროცესი უფრო ხშირად ვითარდება ქვედა ყბაზე. დაავადება შეიძლება გაგრძელდეს წლობით-პერიოდული გამწვავებით (წელიწადში 6-8 ჯერ). გამწვავების პერიოდში ჩნდება მტკივნეული ინფილტრატები (პალპაციით), ტრიზმი. გადიდებული და მტკივნეულია რეგიონული ლიმფური კვანძები, მაგრამ პერიადენიტი, აბსცესი და ფლეგმონა ვითარდება ძალზედ იშვიათად. გამწვავების პერიოდში ზოგადი მოვლენები ჩნდება - ტემპერატურული რეაქციები, ცვლილებები სისხლში (ლეიკოციტოზი, ედს-ის მომატება და სხვ.) და შარდში დამახასიათებელი ანთებითი დაავადებებისთვის.

პირველადად ქრონიკული, პროდუქციული ფორმის ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის განვითარებაში ძირითად როლს თამაშობს მიკრობული პეიზაჟი და ორგანიზმის რეაქტიულობა, როცა ატიპიური შტამების მაღალი ინვაზიურობა და ვირულენტობა ხშირად მოქმედებს ორგანიზმზე და თუ იმუნური რეაქციის დონე დაქვეითებულია, მაშინ ჩნდება ხელისშემწყობი ხელსაყრელი პირობები მაღალ ინვაზიურ და ვირულენტურ მიკრობთა ასოციაციების ეფექტური მოქმედებისათვის, იწვევენ აუტოიმუნურ რეაქციებს, რომლებიც თავის მხრივ იწვევს ბავშვის ორგანიზმის დაცვითი თვისებების დაქვეითებას.

რენტგენოლოგიური სურათი ხასიათდება ძვლის მოცულობის გაზრდით, ენდოსტალური და პერიოსტალური ძვალწარმოქმნის პროცესების გამო. სეკვესტრები არ აღინიშნება, დაზიანებულ უბნებში აღინიშნება გალიზიანების კერების და ოსტეოსკლეროზის ზონების მონაცვლეობა არამკვეთრი საზღვრებით. კორტიკალური ფენა არ გამოიკვეთება და დაავადების ხანგრძლივობიდან გამომდინარე, შეერევა ოსიფიცირებულ პერიოსტალურ ფენებს. კბილების ირგვლივ დაზიანებულ უბანზე აღინიშნება ქრონიკული ანთების კერები. კბილის ფესვები შეიძლება რეზორბირებული იყოს. გამოვლინდება მუდმივი კბილების ჩანასახების დაღუპვა. ინფიცირებული კბილები და მკვდარი ჩანასახები წარმოადგენენ მეორადი ინფექციის კერას, რაც განაპირობებს პათოლოგიური პროცესის შემდგომ განვითარებას, რენტგენში, KT-ზე შეიძლება ჩანდეს არასრულყოფილად დაბჟენილი არხები.

სისხლის და შარდის ლაბორატორიულ გამოკვლევას აქვს მნიშვნელობა ოდონტოგენური ოსტეომიელიტიანი ბავშვის სისტემატური კვლევისას. სისხლის ფორმატით შესაძლებელია განისაზღვროს ანთებითი პროცესის ხარისხი. მიუხედავად შერეული ფლორის არსებობისა სტაფილოკოკური ინფექციის სიჭარბისას გამწვავების პერიოდში, ისევე როგორც ოსტეომიელიტის მწვავე პერიოდში (ფაზაში), დამახასიათებელია ლეიკოციტების რაოდენობის მომატება (ლეიკოციტოზი), ლიმფოციტოზით და ნეიტროპენიით. გრამუარყოფითი ფლორის მომატებისას ჭარბობს ლიმფოპენია და ნეიტროფილები. ნეიტროპენიის ზრდა არასასურველი პროგნოზის ფაქტორია, რაც მოწმობს, რომ არის ტენდენცია ინფექციის გენერალიზაციისა.

პროცესის გადასვლისას ქრონიკულ ფორმაში სისხლში ცვლილებები ნაკლებად გამოხატულია, მცირდება ლეიკოციტოზი და ფორმულის გადახრა მარცხენივ. თუმცა ანთებითი ცვლილებები თეთრი სისხლისა ისევე იმატებს, თუ მოხდება პროცესის გამწვავება, დროთა განმავლობაში ვითარდება ჰიპოქრომული ანემია-მცირდება ერითროციტების რაოდენობა, ედს იკლებს 10-15 მმ/სთ, ხოლო პროცესის გამწვავებისას იმატებს.

მცირეწლოვან ბავშვებში შეიძლება ადრევე განვითარდეს თირკმლის ფუნქციის მოშლა.

დაზიანების უბნიდან ჩირქის გამოკვლევა აუცილებელია, რათა გაირკვეს მიკრობული პეიზაჟი და განისაზღვროს მგრძობელობა ანტიბიოტიკების მიმართ-საჭიროა იმუნოლოგიური გამოკვლევები.

ქრ. ოსტეომიელიტების დიაგნოსტიკა ტარდება ანამნეზით, კლინიკური სურათით. რენტგენოგრამების მაღალინფორმატიული კვლევებია - კომპიუტერული ტომოგრაფია KT, მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია MPT, ექოგრაფია.

მკურნალობა-როგორც წესი ხანგრძლივია, სისტემატური, კომპლექსური და მოიცავს სამ ძირითად კომპონენტს-პათოლოგიური კერის თერაპიას, ზემოქმედებას ორგანიზმზე და პათოგენურ ფლორაზე.

ის კბილები, რომლებიც დაავადების მიზეზია, უნდა იქნეს ამოღებული, ინტაქტურ მუდმივ კბილებს, რომლებსაც აქვთ მკვდარი პულპა, ხსნიან და ბჟენენ, ინიშნება ზოგადგამაჯანსაღებელი, ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები. ანტიბიოტიკები სასურველია დაინიშნოს მას შემდეგ, რაც შემოწმდება ბაქტერიული ფლორის

მგრნობელობა ცალკეული პრეპერატის მიმართ. ანტიბიოტიკების გამოყენება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პროცესის გამწვავების პერიოდში და ქირურგიული ჩარევის დროს. ფიზიოპროცედურები-განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა პროდუქციული ფორმის დროს. ვიტამინები ინიშნება კომპლექსური სახით.

ქრონიკული ოსტეომიელიტის დროს ქირურგიულ ჩარევას აქვს მკაცრად შეზღუდული ჩვენებები, რაც ბავშვთა ასაკში პროცესის მიმდინარეობის თავისებურებით არის განპირობებული. პათოლოგიური კერის რევიზია საჭიროა მსხვილი სეკვესტრების გამოვლენის (გაწოვის ტენდენციის გარეშე), მუდმივი კბილების მკვდარი ჩანასახების აღმოჩენის შემთხვევაში. ბავშვებში სეკვესტროტომია ხორციელდება ნარკოზით, სტაციონარის პირობებში.

ქირურგიული ჩარევა აუცილებელია ქრონიკული ოსტეომიელიტის პროდუქციული ფორმის დროს გულისხმობს ახლად წარმოქმნილი ძვლის ძირითადი მასის მოცილებას, ასევე გამწვავებების პერიოდში.

**შედეგები:** ხშირად, დროულად დაწყებული და კომპლექსურად წარმოებული მკურნალობა წყვეტს ანთებითი პროცესის განვითარებას, მაგრამ გამოჯანმრთელება სრულფასოვნად არ მიიჩნევა, რადგან ბავშვები კარგავენ მუდმივი კბილების ჩანასახებს, პათოლოგიურ კერაში განლაგებულ ინტაქტურ კბილებს, მრავალ მათგანს დეფორმირებული რჩება სახის ჩონჩხი (სურ.№ 38), დესტრუქციული ფორმის დროს დეფორმაციას განიცდის ძვლის ვრცელი უბანი: ზედა ყბაზე-თვალბუდის ქვედა კიდისა და ყვრიმალ-ალვეოლური მორჩის მიდამოში, ქვედა ყბაზე-კუთხისა და ტოტის არეში. როკისებური მორჩის დაკარგვის დროს ჩერდება ქვედა ყბის სიგრძივი ზრდა და ითრგუნება ძვლის პერიოსტული შენების პროცესები.



სურ. № 38. სახის დეფორმაცია ქრონიკული ოსტეომიელიტის შედეგად

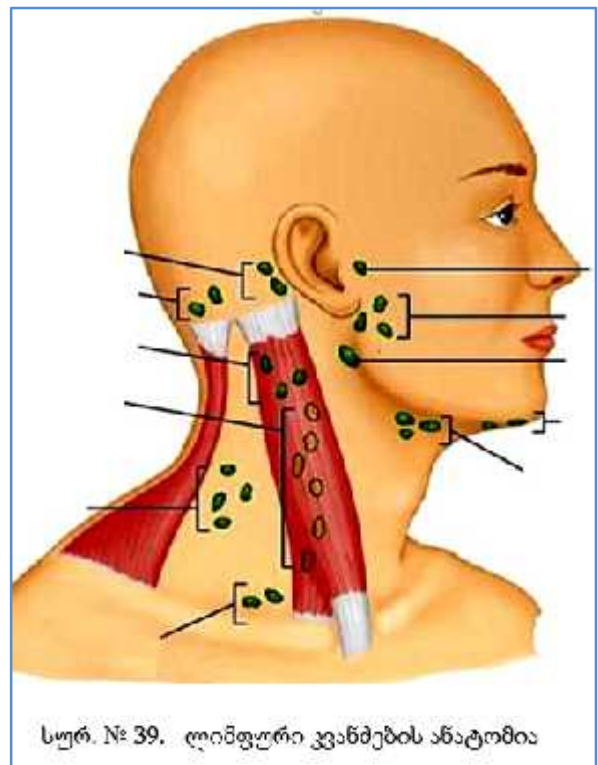
ყველაზე კარგი შედეგებით ხასიათდება დესტრუქციულ-პროდუქციული ფორმა, რომლის დროსაც პროცესი ძირითადად არ სცდება ქვედა ყბის სხეულს და არ იწვევს შესამჩნევ დეფორმაციებს. პროდუქციული ფორმა რთულდება ჰიპეროსტოზის განვითარებით.

## ყბა-სახის მიდამოს რბილი ქსოვილების ანთებითი დაავადებები

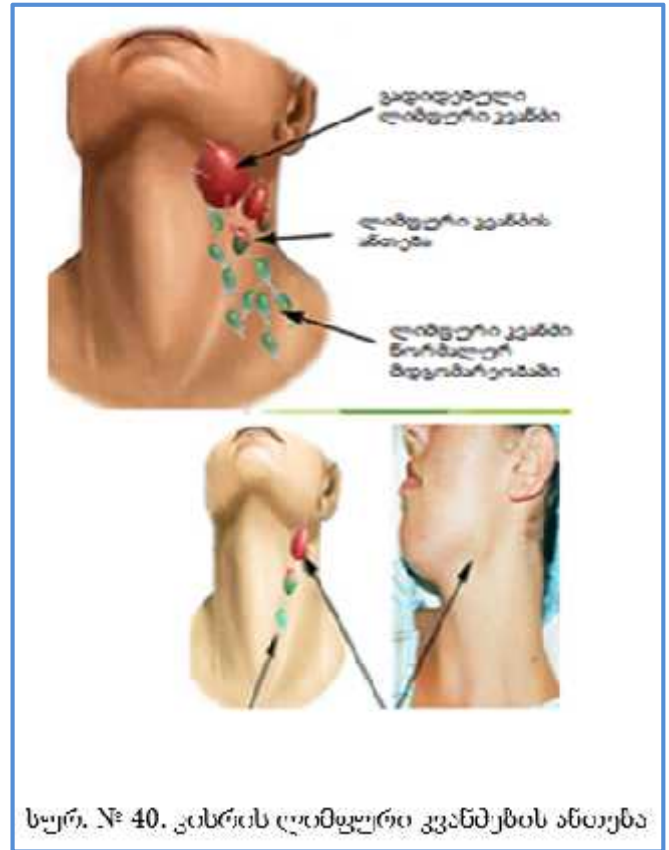
**ლიმფადენიტი.** ლიმფადენიტი-რეგიონული ლიმფური კვანძების ანთებაა (სურ.№39), რაც მათი ინფიცირებით არის გამოწვეული. ინფექციის შეჭრის კერები ჩვეულებრივ არის სახის და თავის კანის დაზიანება, ასევე პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცხვირის და სახის დაზიანება, კარიესით დაზიანებული კბილები, სტომატიტი, ანგინა, რინიტი და სხვა ბავშვებში ლიმფადენიტი თან ახლავს ყველა ოდონტოგენურ ანთებას (პულპიტი, პერიოდონტიტი, ოსტეომიელიტი და სხვ.). გარდა ამისა ლიმფადენიტი შეიძლება განვითარდეს ბავშვთა ინფექციების (ყვიანახველა, წითელა, ჩუტყვავილა და სხვ.) დროს ლიმფურ კვანძებში მიკრობები შეიჭრებიან ლიმფური გზებით (ნაპრალეები, კაპილარები, სადინარები) ან ჰემატოგენური გზით.

ბავშვებში ლიმფადენიტის გამომწვევს უფრო ხშირად წარმოადგენს ჩირქმზადი არასპეციფიკური ინფექცია (სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, დიპლოკოკები). რიგ შემთხვევებში პროცესი შეიძლება გამოწვეული იყოს ვირუსით (ინფექციური მონონუკლეოზი) ან სპეციფიკური ინფექციით-აქტინომიკოზური, ტუბერკულოზური.

ყბა-სახის მიდამოსა და კისერზე განასხვავებენ შემდეგ ლიმფურ კვანძებს: ყბა-ყურა, ყბისქვეშა, ლოყის, ყბის უკანა, ყურისუკანა, ნიკაპქვეშა, კისრის (სურ.№ 40).



**კლინიკა:** მწვავე არასპეციფიკური ლიმფადენიტის დასაწყისი ხასიათდება ცალკეული ლიმფური კვანძების გადიდებით და მტკივნეულობით. ამას თანახლავს სხეულის ტემპერატურის მომატება 38°C-მდე, მოუსვენრობა, ძლიერი ტკივილები, მადის დაკარგვა, ირღვევა ძილი. 1-2 დღის შემდეგ ანთება გასცდება კვანძის კაფსულას და განვითარდება პერიადენიტი. ამ დროს ცალკეული რეგიონული ლიმფური კვანძები გაერთიანდებიან (ერთ პაკეტში) მკვეთრად განისაზღვრება ირგვლივი ქსოვილების ინფილტრაცია, კარგი პირობების და დროულად დაწყებული მკურნალობის შედეგად ლიმფადენიტი (სურ. №41) და პერიადენიტი (სურ. № 42) განციდიან უკუგანვითარებას. პროცესის პროგრესირების შედეგად ვითარდება კვანძის ჩირქოვანი გაღობა და წარმოიქმნება აბსცესი ან მწვავე ჩირქოვანი ანთების გავრცელების შედეგად ირგვლივ უჯრედისზე ვითარდება ადენოფლეგმონა, მწვავე ლიმფადენიტები ბავშვებში უფრო ხშირად ლოკალიზდება ყბისქვეშა მიდამოში, უფრო იშვიათად ნიკაპქვეშა და ტუჩის მიდამოში.



სურ. № 40. კისრის ლიმფური კვანძების ანთება



სურ. № 41. ა) მწვავე სეროზული ლიმფადენიტი, ბ) მწვავე ჩირქოვანი ლიმფადენიტი.

**დიაგნოსტიკა** არ არის რთული. სირთულეს წარმოადგენს მიზეზის გამოვლენა, რამდენადაც ჩამოყალიბებული პროცესით მოსულ ბავშვში ყოველთვის ვერ ხერხდება ინფექციის შეჭრის გზის პოვნა. პროცესის გარკვევაში (დაზუსტებაში) გვეხმარება ლიმფური სისტემის ანატომიის კარგად ცოდნა. მწვავე ლიმფადენიტის დიაგნოსტიკისას ყბისქვეშა და ყურის მიდამოს პროცესების დიფერენცირება მწვავე სილოადენიტისგან. ანტიბიოტიკების უწყესრიგო მიღება არ იძლევა დაავადების განკურნებას, ცვლის პროცესის მიმდინარეობას და ლიმფადენიტის ადრეულ სტადიაში ხელს უწყობს პროცესის ქრონიკულში გადასვლას.



სურ. № 42. პერიადენიტი

**მკურნალობა** მწვ. ლიმფადენიტის დროს მიმართულია ანთებითი მოვლენების ლიკვიდაციისკენ. ინფექციის კერის გამოვლინების შემთხვევაში დაუყოვნებლად იწყება „მიზეზობრივი“ დაავადების (ოღონტოგენური ანთებითი პროცესი, სტომატიტი, ანგინა და სხვა) მკურნალობა. უნიშნავენ ნახვევებს (გამათბობელ ვაზელინის და ქაფურის მალამოს ანთების კვანძებზე. YBY-თერაპიას, შიგნით მისაღებად-სულფანილამიდური პრეპერატები (სულფადიმეზინი, სულფადიმეტოქსინი), კალციუმის გლუკონატი ასაკობრივი დოზებით. ქირურგიული ჩარევა ნაჩვენებია აბსცესის ან ადენოფლეგმონის განვითარებისას.

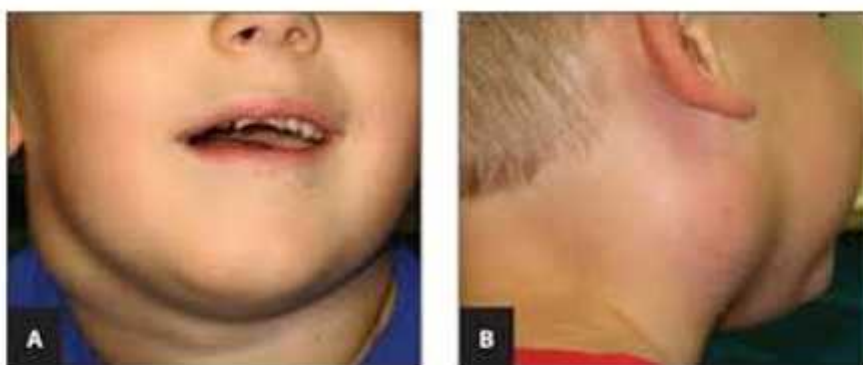
ქრონიკული ლიმფადენიტი (სურ.№ 43) ბავშვებში აღინიშნება ლიმფური კვანძების განმეორებითი და მრავალჯერადად ინფიცირებისას. ამის შედეგად ვითარდება კვანძის ქსოვილების ანთებითი ჰიპერპლაზია, მისი გადიდებით და გამკვრივებით. ქრონიკული ლიმფადენიტი, გამოწვეული ბანალური ინფექციით, ვითარდება ქრონიკული ოღონტოგენური ანთებითი პროცესების დროს, ქრონიკული ტონზილიტის, რინიტის, ჰაიმორიტის, ოტიტის და სხვა. ყველაზე ხშირად გვხვდება ქვედაყბისქვეშა და კისრის ლიმფური კვანძების დაზიანება. ამ დროს ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა ნორმალურია, სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში. პალპატორულად ისინჯება გადიდებული სუსტად მტკივნეული ლიმფური კვანძები, კისერზე ისინი განლაგებულია მძივისებურად მკერდ-ლავიწ-დვრილისებური კუნთის ორივე მხარეს.



სურ. № 43. ქრონიკული ჰიპერპლაზიური ლიმფადენიტი

მდგრადი ქრონიკული ლიმფადენიტის დროს საჭიროა ორგანიზმის ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციის გამორიცხვა. კვანძების მრავლობითი გადიდება აღინიშნება ლიმფოგრანულმატოზის, ლიმფური დიათეზის დროს. ქრონიკული ლიმფადენიტის მკურნალობისას აუცილებელია მოვაცილოთ მისი გამომწვევი მიზეზი ან ვუმკურნალოთ ძირითად დაავადებას.

**აბსცესი.** აბსცესი რბილი ქსოვილების შემოსაზღვრული ჩაპარკებული ანთებაა (სურ.№44). ბავშვებში ჩვეულებრივ ვითარდება ლიმფური კვანძების ჩირქოვანი დაზიანების დროს ან იშვიათად, როგორც ყბების ოსტეომიელიტის გართულება.



სურ. № 44. აბსცესი

აბსცესი, უმრავლეს შემთხვევაში, გამოწვეულია არასპეციფიკური ჩირქოვანი ინფექციით. ზოგიერთი ავტორი დასაშვებად მიიჩნევს პროცესში აქტინომიცეტის მონაწილეობას. ყველაზე უფრო ხშირად აბსცედირებას ექვემდებარება ლოყის და ყბისზედა ლიმფური კვანძები (ზედა და ქვედა ყბის პირველი მუდმივი მოლარები) ქრ. პერიოდონტიტის დროს იშვიათად აღინიშნება ყურის ირგვლივ და ნიკაპქვეშა კვანძების ჩირქოვანი დაზიანებები. აღნიშნული ლიმფური კვანძების შესაბამის ანატომიურ მიდამოებში ვითარდება აბსცესის ტიპური სურათი. ქსოვილთა შემოსაზღვრულ უბანზე ვითარდება ინფლიტრატი გამოხატული ჰიპერემიით და კანის გათხელებით, რომლის ქვეშაც მკვეთრად შეიგრძნობა ფლუქტუაცია. შესაძლებელია აბსცესის თვითნებურად (თავისთავად) გახსნა ხვრელ-არხის გაჩენით. ხვრელ-არხიდან გამოიყოფა ლიმფური კვანძის მოცილებული დანეკროზებული ქსოვილები.

**მკურნალობა:** უნდა გაიხსნას დაზიანების კერა (სურ.№ 45) და ერთდროულად ამოიღებენ „დამნაშავე“ კბილს.



სურ. № 45. აბსცესის მკურნალობა

თუმცა ზოგიერთ ბავშვებში დაავადებას აქვს შეუპოვარი (ჯიუტი) მიდიმდინარეობა და არ შეწყდება ქირურგიული ჩარევის შემდეგაც-ფორმირდება ხვრელ-არხი. ამ შემთხვევებში ნაჩვენებია პათოლოგიური ქსოვილის ამოკვეთა შემდგომი ნაკერის დადებით. თუ დადგინდა, რომ პროცესი აქტინომიკოზური

ბუნებისაა, ამოკვეთენ დაზიანებულ კვანძს და ატარებენ აქტივობის კომპლექსურ მკურნალობას.

კისრის ლიმფური კვანძების აბსციდირების ქრონიკული ლიმფადენიტის სურათის არსებობისას გვაფიქრებინებს ტუბერკულოზურ დაზიანებაზე. ამ შემთხვევაში ნაჩვენებია ბავშვის გამოკვლევა ტუბერკულოზზე და დიაგნოზის დაზუსტების შემთხვევაში-სპეციფიკური ანტიტუბერკულოზური თერაპია.

**ფასციათაშორისი და კუნთთაშორისი სივრცეების აბსცესები.** ყბების ოსტეომიელიტების დროს აბსცესები შეიძლება ჩამოყალიბდეს ყბებთან მიმდებარე სხვადასხვა ანატომიურ მიმდამოებში. ზედა ყბის ოსტეომიელიტის დროს-თვალბუდის მიდამოში, ცხვირის გვერდით მიდამოში, ფრთისებურ ფოსოში, ლოყის კანქვეშა ცხიმოვან უჯრედში; ქვედა ყბის ოსტეომიელიტის დროს-ენისქვეშა მიდამოს ყბა-ენის ღარში. ამ მიდამოების ინფიცირება მიმდინარეობს ლიმფოგენური, ჰემატოგენური გზით ან per continuitatem, ფრთა-ყბის მიდამოს აბსცესი შეიძლება განვითარდეს ასეპტიკის დარღვევით მანდიბულური ანესთეზიის ჩატარების მომენტში. ენის აბსცესების დროს ინფექციის შეჭრის გზას (ჭიშკარს) წარმოადგენს ენის ნუშურა ან ენის ქსოვილების ტრავმა.

ჩამოთვლილი მიდამოების ტოპოგრაფია, აბსცესების კლინიკური სურათი და მათი მკურნალობის პრინციპები განიხილება ქირურგიული სტომატოლოგიის სახელმძღვანელოში, რადგან მათი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პრინციპი არ განსხვავდება მოზრდილებისაგან.

**ფლეგმონა-** არის კანქვეშა, კუნთთაშორისი და ფასციათაშორისო ფაშარი ცხიმოვანი უჯრედის მწვავე, გაფანტული ჩირქოვანი ანთეზა (სურ. № 46). ბავშვთა ასაკში ფლეგმონა შეიძლება განვითარდეს როგორც ჩირქოვანი ლიმფადენიტის (ადენოფლეგმონა) გართულება ან თან ახლავს ყბების მწვავე ოსტეომილიტს (ოსტეოფლეგმონა).

აბსცესისაგან განსხვავებით, ფლეგმონისთვის დამახასიათებელია ანთებითი პროცესის გავრცელებისადმი მიდრეკილება.



სურ. № 46. ოდონტოგენური ფლეგმონა

ფლეგმონის ჩამოყალიბებას წინ უსწრებს სერიოზული ანთება - ინფილტრატის განვითარება, რომელიც დაფარულია გაწითლებული, დაჭიმული კანით. მალე მის ცენტრში ვლინდება ფლუქტუაცია, რაც ჩირქოვანი ექსუდატის დაგროვებაზე მიუთითებს. ინფილტრატის ირგვლივ კი კოლატერალური ანთებითი შეშუპებაა, რაც ხშირად ფლეგმონის საზღვრების დადგენას აძნელებს.

ოდონტოგენური ფლეგმონის გამომწვევია კბილის გზით გავრცელებული ინფექცია: სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები, ნაწლავის ჩხირი, ანაერობულია ინფექცია. ანაერობი იწვევს აიროვან ფლეგმონას, რომელიც განსაკუთრებული სიმძიმით ხასიათდება.

**ადენოფლეგმონა** ყველაზე ხშირად უვითარდებათ 3-7 წლის ასაკის ბავშვებს (სურ. № 47). ხშირად მისი წყაროა ანთებადი ლიმფური კვანძები. ადენოფლეგმონის დროს ხდება ლიმფური კვანძების ჩირქოვანი გაღობა და ვითარდება დაზიანებული კვანძის გარემომცველი ცხიმოვანი უჯრედის ჩირქოვანი ანთება. ეს ძირითადად შეინიშნება მწვავე ლიმფადენიტის დაწყებიდან მე-2-4 დღეს.



სურ. № 47. ყბისქვეშა მიდამოს ადენოფლეგმონა

მწვავე ლიმფადენიტის ფონზე ფლეგმონის განვითარების პირველი ნიშანი ტკივილების გაძლიერებაა, რის გამოც ბავშვი ვერ იძინებს, ცუდად ჭამს, ტემპერატურა იწვევს 39-40°C-მდე, ზოგადი მდგომარეობა უარესდება. დაზიანების მიდამოში კანი მკვრივი, დაჭიმული და ჰიპერემიულია, პალპაცია მტკივნეული. ანთებითი ინფილტრატის ცენტრში აღინიშნება დარბილების კერები-ფლუქტაცია. სახის ასიმეტრია, სისხლში იზრდება ლეიკოციტების რაოდენობა, იმატებს ედს-ი. ყველაზე

ხშირად პროცესი ლოკალიზებულია ყბისქვეშა მიდამოში, იშვიათად ნიკაპქვეშა და ყბა-ყურა მიდამოში.

**მკურნალობა კომპლექსურია:** გადაუდებელი ქირურგიული დახმარება, ანტიბაქტერიული და ანთების საწინააღმდეგო თერაპია, ბრძოლა ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაციასთან. ბავშვის მკურნალობა მიმდინარეობს სტაციონარში. ქირურგიული ჩარევა წარმოებს ზოგადი გაუტკივარების ფონზე და გულისხმობს ჩირქოვანი კერის გახსნასა და დრენირებას. აუცილებელია ჩირქის გამოკვლევა და მგრძობელობის განსაზღვრა ანტიბიოტიკების მიმართ. მიზანშეწონილია ჭრილობის გამორეცხვა პროტეოლიოზური ფერმენტებითა და ანტისეპტიკური ხსნარებით.

დროულად აღმოჩენილი მკურნალობის შედეგად პროგნოზი კეთილსაიმედოა. არასწორი და დაგვიანებული მკურნალობის შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს სეფსისი, სეპტიკოპიემია, მედიასტინიტი, შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი.

ყბების მწვავე ოსტეომიელიტის ფონზე განვითარებული ფლეგმონები-წარმოადგენენ ძვლოვანი პროცესის მძიმე გართულებას. ბავშვებში ოსტეომიელიტის დროს კუნთთაშორისი, ფასციათაშორისი სივრცეების ფაშარ უჯრედისში ჩირქოვანი პროცესის გავრცელების ყველაზე ხშირი მიზეზია ძვალსაზრდელას გაღობა და ჩირქოვანი ექსუდატის შეღწევა რბილ ქსოვილებში. ლიმფოგენური ან ჰემატოგენური გზა იშვიათია. ახალშობილებსა და ჩვილებში ზედა ყბის ჰემატოგენური ოსტეომიელიტის საშიში გართულებაა თვალბუდის ან რეტრობულბალური სივრცის ფლეგმონის განვითარება (სურ. №48).



სურ. № 48. თვალბუდის ფლეგმონა

ოდონტოგენური ოსტეომიელიტების დროს ბავშვებს უვითარდებათ ზედაპირული ფლეგმონები. ღრმა კუნთთაშორისი სივრცეების ფლეგმონები ბავშვთა ასაკში უფრო იშვიათია-ისინი ვითარდება მხოლოდ ხანგრძლივად არანამკურნალები ძვლოვანი პროცესების დროს. მკურნალობა ბავშვთა ასაკში იგივეა, რაც მწვავე ოდონტოგენური ოსტეომიელიტის თერაპიის დროს.

## აქტინომიკოზი

აქტინომიკოზი ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ვითარდება ქსოვილებში, სხვისებური სოკოს (აქტინომიცეტების) შეჭრის შემდეგ, დაავადებისთვის დამახასიათებელია ქსოვილებსა და ორგანოებში ცალკეული სპეციფიკური გრანულომების განვითარება, რომლებიც კლინიკურად ვლინდება როგორც შემოსაზღვრული ან ვრცელი ანთებითი ინფილტრატი.



სურ. № 49. პირის ღრუს  
ლორწოვანის აქტინომიკოზი

**ეტიოლოგია და პათოგენეზი.** აქტინომიკოზის გამომწვევია სხვისებური სოკო აქტინომიცეტი. იგი ფართოდ არის გავრცელებული გარემოში, ბინადრობს აგრეთვე, ადამიანის ორგანიზმში, უშუალოდ პირის ღრუში კი კბილის ნადებში, კბილ-ღრმილოვან ჯიბეში, ნუშურებზე და ა. შ.

აქტინომიკოზი ვითარდება ორგანიზმის ზოგადი და ადგილობრივი ინფექციის საწინააღმდეგო რეაქციების დარღვევის დროს. ავტონფექციის ნორმალური (მ.შ. აქტინომიცეტების) სიმბიოზის დარღვევა, ორგანიზმის მგრძობელობის მომატება, ზოგადი და ადგილობრივი ქსოვილოვანი რეაქციების დაქვეითება და გადაგვარება განაპირობებს დაავადების განვითარებას. ბავშვებში აქტინომიკოზი ხშირად ჩნდება პირველადი და მეორადი იმუნოპათოლოგიური მდგომარეობების ფონზე ან იმ დაავადებების დროს, რომლებიც აქვეითებენ ორგანიზმის დამცველობით რეაქციებსა და იმუნიტეტს. დაავადების განვითარებისას იმატებს ორგანიზმის მგრძობელობა სხვისებური სოკოს მიმართ, რაც ხშირად ვლინდება დაყოვნებული ტიპის ალერგიული რეაქციების ფორმით. აქტინომიკოზური ინფექციის კარიბჭეა ოდონტოგენური

მწვერვალოვანი და მარგინალური კერები, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი ნუშურები, სანერწყვე ჯირკვლების სადინარები, კისრისა და სახის კანი. შეჭრის ადგილიდან აქტინომიცეტები ვრცელდებიან კონტაქტური, ლიმფოგენური და ჰემატოგენური გზით. ბავშვებში ჭარბობს, ინფექციის გავრცელების ლიმფოგენური გზა. აქტინომიკოზის ინკუბაციური პერიოდი სხვადასხვაა: რამდენიმე დღიდან 2-3 თვემდე და მეტი.

**პათოლოგიური ანატომია.** ქსოვილებში შეჭრის შემდეგ აქტინომიცეტები გროვდებიან და აყალიბებენ დრუხებს, რის შედეგადაც იქმნება აქტინომიკოზური გრანულომა. იგი შედგება პოლინუკლეარებისა და ლიმფოციტებისგან, რომლებიც განლაგებულია აქტინომიცეტების დრუხებისა და გრანულაციური ქსოვილის უჯრედების ირგვლივ. ეს უკანასკნელი წარმოდგენილია მრგვალი, პლაზმური, ეპითელიური უჯრედებით, ფიბრობლასტებით, ასევე ერთეული გიგანტური მრავალბირთვიანი უჯრედებით. აქტინომიკოზური გრანულომის პერიფერიაზე გრანულაციური ქსოვილი მწიფდება და გარდაიქმნება ფიბროზულ ქსოვილად. იმისდა მიხედვით, თუ როგორია ზოგადი და ადგილობრივი იმუნიტეტი, შეიძლება აღინიშნოს ქსანტომური უჯრედები. წარმოქმნილი აქტინომიკოზური გრანულომა მწიფდება, მის ცენტრალურ ნაწილში მიმდინარეობს უჯრედების ნეკროზი და დაშლა. ექსუდატი ყოველთვის გარეთ არ გამოდის, პირიქით, იგი უფრო ხშირად აღწევს მეზობელ ქსოვილებში, სადაც ყალიბდება ახალი გრანულომა ან გრანულომები. ახლად წარმოქმნილი გრანულომისგან ყალიბდება კეროვანი და დიფუზური ქრონიკული ინფილტრატები.

**კლინიკური სურათი.** ანთებითი კერის ლოკალიზაციის მიხედვით პირის ღრუს ქსოვილებსა და ორგანოებში, სახესა და კისერზე გამოყოფენ აქტინომიკოზის რამდენიმე კლინიკურ ფორმას: კანის, კანქვეშა, ლორწქვეშა, ლორწოვანს, ოდონტოგენურ აქტინომიკოზურ გრანულომას, კანქვეშა-კუნთოვანს, ლიმფური კვანძების, პერიოსტეუმის, ყბების ძვლების, პირის ღრუს ორგანოების (ენის, ნუშურების, სანერწყვე ჯირკვლების). ბავშვებში შეინიშნება ყველა ჩამოთვლილი ფორმა, მაგრამ ყველაზე ხშირია კანქვეშა, ლიმფური კვანძების, პერიოსტეუმისა და ქვედა ყბის ძვლის აქტინომიკოზი.

აქტინომიკოზის მიმდინარეობა ძირითადად ქრონიკულია ან ქრონიკული, პერიოდული გამწვავებით. ბავშვებში საკმაოდ იშვიათია აქტინომიკოზის მწვავე

დასაწყისი, რომელიც არ განსხვავდება ჩირქოვანი ბუნების ოდონტოგენური ანთებითი დაავადებების გამოვლინებისგან. აქტინომიკოზის ქვემწვავე დასაწყისი ხშირად უკავშირდება მიმდინარე ანთების საწინააღმდეგო თერაპიას, მათ შორის ანტიბიოტიკების გამოყენებას.

### აქტინომიკოზის კანქვეშა ფორმა.

აღნიშნული ფორმა უფრო ხშირად ლოკალიზებულია ლოყის მიდამოში, ოდონტოგენური კერის-ინფექციის წყაროს მახლობლად. დაავადება იწყება მომრგვალო ფორმის, შემოფარგლული მკვრივი ინფილტრატის წარმოქმნით. ზოგჯერ პროცესი მწვავედება და ყალიბდება აბსცესი. დაავადებას თან ახლავს სხეულის ტემპერატურის მომატება 37-37.5°C-მდე.



სურ. № 50. ჩირქოვანი სეკრეტი აბსცესიდან

თუ აბსცესი გარეთ გაიხსნა, გამონაყოფი უხვადაა, მას აქვს სისხლნარევი ხასიათი ჩირქოვანი სეკრეტის ერთეული ნაწილაკებით. სეკრეტი შეიცავს აქტინომიციტების დრუზებს, აბსცესის ღრუს კედლები ამოფენილია გრანულაციებით. შემდგომში კერა შეიძლება თანდათან გაიწოვოს, ხოლო ზოგჯერ ვითარდება განმეორებითი გამწვავება, რის გამოც პროცესი ხშირად ვრცელდება კანქვეშა უჯრედისი მეზობელ ნაწილებში. ზოგჯერ კანქვეშა კერაში შეინიშნება გრანულაციური ქსოვილის ზრდა, ნელი, დუნე, უმტკივნეულო მიმდინარეობით, სხეულის ტემპერატურა არ იმატებს.

კანქვეშა კერა თანდათანობით ათხელებს კანს. კანი ხდება მოლურჯო ან რუხი

ფერის. კერის მთელი ზედაპირის პალპაციის დრო აღინიშნება ფლუქტუაცია, მაგრამ მისი გახსნის დროს ჩირქი კი არ გამოიყოფა არამედ ამოიბერება მომჩვარული გრანულაციები.

ცალკეულ პაციენტებში აქტინომიკოზის კანქვეშა ფორმა, რომელსაც დასაწყისში ახასიათებს აბსცესების ჩამოყალიბება, იძენს ქრონიკულ მიმდინარეობას და გამოირჩევა კერაში გრანულაციების ზრდით. ამის შედეგად კერა ჩაიზრდება კანში, რომელზეც შემდგომში წარმოიქმნება ხვრელარხები, საიდანაც ამობერილია გრანულაციები. აქტინომიკოზის ხანგრძლივი მიმდინარეობის დროს კანქვეშა უჯრედისა და კანში ყალიბდება დუნე აქტინომიკოზური კერები.

**დიაგნოსტიკა.** აქტინომიკოზის კანქვეშა ფორმა (განსაკუთრებით მწვავე და ქვემწვავე მიმდინარეობის დროს) ჩირქოვანი ბუნების აბსცესების მსგავსია. დიაგნოსტიკისათვის გადამწყვეტია ჩირქის მიკროსკოპული გამოკვლევა. აქტინომიკოზის კანქვეშა ფორმას განასხვავებენ, აგრეთვე ტუბერკულოზისგან (სკროფულოდერმისგან). ამ უკანასკნელის დროს აღინიშნება კანქვეშა კერების დაშლა. ეს კერები ამოვსებულია კაზეოზური მასებით და თანახლავს წყლულები და ხვრელარხები. ამოცნობას ხელს უწყობს ტუბერკულინ-დიაგნოსტიკა, მიკროსკოპული ნაცხების გამოკვლევა, ბაქტერიოსკოპით ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის გამოყოფა, ასევე ქსოვილების მორფოლოგიური გამოკვლევა.

### **ლიმფური კვანძების აქტინომიკოზი**

სახის და კისრის ლიმფური კვანძების აქტინომიკოზი შეიძლება განლაგებული იყოს კისერზე: ყბისქვეშა, ნიკაპქვეშა და კისრის გვერდითი ნაწილების ზედაპირულ და ღრმა კვანძებში; ბავშვებში პროცესი ხშირად ლოკალიზებულია სახეზე: ლოყის, ცხვრი-ტუჩის და ყბა-ყურის მიდამოს კვანძებში. დაავადება უპირატესად მიმდინარეობს აბსცესური ჰიპერპლაზური ლიმფადენიტის სახით. ლიმფური კვანძების აქტინომიკოზი ბავშვებში ხშირად წარმოადგენს პირველად კერას, რომელიც დასაბამს აძლევს სხვა ფორმას კანქვეშა, კანქვეშა კუნთის, სანერწყვე ჯირკვლების, ენის აქტინომიკოზს. დაავადება შეიძლება აღმოცენდეს არა მხოლოდ ოდონტოგენური ინფექციის შედეგად, არამედ ტონზილოგენური, რინოგენული, ოტოგენური და სხვა ინფექციების გამო.

ლიმფური კვანძების აბცესური აქტინომიკოზი (სურ.№51) ხასიათდება დაავადების ნელი და დუნე განვითარებით, დაზიანებული ლიმფური კვანძი თანდათან დიდდება, შეეხორცება მეზობელ ქსოვილებს. პალპაციით კვანძი მომრგვალო ფორმისაა, მისი მოძრაობა შეზღუდულია, რადგან ის შეხორცებულია ყბის ძვალისსაზრდელასთან, კუნთებთან სანერწყვე ჯირკვლის კაფსულასთან, ზოგჯერ კვანძი ჩირქდება, რაც ხასიათდება ტკივილების წარმოქმნით, სხეულის ტემპერატურის მომატებით სუბფებრილურ ციფრებამდე, დაზიანებული ლიმფური კვანძის მიმდებარე ქსოვილების შეშუპებისა და ინფლიტრაციის მომატებით, სხვა შემთხვევაში ვითარდება პერიადენიტი, ლიმფური კვანძი იშლება, ხოლო დაშლილი ქსოვილები გამოიყოფა კანის ხვრელარხების საშუალებით.



სურ. № 51. ლიმფური კვანძის აბსცესური აქტინომიკოზი

ჰიპერპლაზიური ლიმფადენიტი გამოირჩევა ხანგრძლივი და უსიმპტომო მიმდინარეობით. გადიდებულმა მკვრივმა ლიმფურმა კვანძმა შეიძლება ხანგრძლივად არ შეაწუხოს პაციენტი. მისი პუნქციის ან ამოკვეთის შემდეგ დგინდება აქტინომიკოზის დიაგნოზი. სხვა შემთხვევაში კვანძი თანდათან რბილდება, ეხორცება კანს და იხსნება გარეთ მომჩვარული გრანულაციების გამობერვითა და ხვრელარხების წარმოქმნით.

**დიაგნოსტიკა.** საჭიროა სახისა და კისრის ლიმფური კვანძების აქტინომიკოზის განსხვავება ჩირქმზადი მიკრობებით, იგივე კვანძების დაზიანებისგან. დაავადებას განსაზღვრავს მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა. ჰიპერპლაზიური ლიმფადენიტი საჭიროებს დიფერენციულ დიაგნოზს ტუბერკულოზთან, სახისა და კისრის

თანდაყოლილ ხვრელარხებთან. ტუბერკულოზური ლიმფადენიტისთვის დამახასიათებელია ანამნეზი, რომელიც თან სდევს აქტიურ ტუბერკულოზურ პროცესს ფილტვებში, თუმცა ლიმფადენიტი შესაძლებელია, აგრეთვე, იყოს ბავშვის ორგანიზმის ზოგადი ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციის სიმპტომი. ბავშვებში კისრის ლიმფური კვანძების ჰიპერპლაზიამ შეიძლება გამოავლინოს სიმსივნისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი. ლიმფური კვანძების დაშლას აქვს ცივი აბსცესების ხასიათი, რასაც მოჰყვება ხაჭოსებრი დაშლილი მასების გამოსვლა გარეთ, გამოყოფილ მასებში შეინიშნება ტუბერკულოზის მიკობაქტერია. დიაგნოსტიკას წყვეტს მიკროსკოპია და ჰისტოლოგია. სახისა და კისრის თანდაყოლილი ხვრელარხების შემთხვევაში უკანასკნელნი გამოირჩევიან ლიმფური კვანძების აქტინომიკოზის აბსციდირების შემდეგ წარმოქმნილი ხვრელარხებისაგან თავისი დამახასიათებელი მდებარეობით.

### **პერიოსტეუმისა და ყბების ძვლების აქტინომიკოზი.**

პერიოსტეუმის აქტინომიკოზი ამ დაავადების სხვა ფორმებთან შედარებით უფრო იშვიათია, მაგრამ უფრო ხშირია ბავშვებში. ძირითადად ზიანდება ქვედა ყბის კარიბჭისკენა ზედაპირის ძვლისსაზრდელა. ანთებითი სიმპტომები შეიძლება იყოს სხვადასხვაგვარი და გამოვლინდეს ყბების ძვლისსაზრდელაში მიმდინარე ექსუდაციური ან პროდუქციული ცვლილებების სახით. დაავადება შეიძლება განვითარდეს მწვავედ ან ქვემწვავედ, თან ახლდეს სხეულის ტემპერატურის მომატება 37-37.0 C-მდე, მცირე ტკივილი. ზოგჯერ დაავადება შეიძლება თავიდანვე ქრონიკულად დაიწყოს. ამ შემთხვევაში დათვალეირების დროს აღინიშნება მკვრივი, მცირედ მტკივნეული ინფილტრატი პირის ღრუს კარიბჭის ქვედა თაღზე, ინფილტრატი დაფარულია მკვეთრად წითელი ზოგჯერ მოლურჯო ელფერის ლორწოვანი გარსით. კერის გახსნისას გამონაყოფი მცირეა, ძვლისაზრდელა გასქელებულია, მის ქვეშ აღინიშნება გრანულაციური ქსოვილის მნიშვნელოვანი ზრდა. ექსუდაციური ანთებითი მოვლენები ძვლისაზრდელაში სწრაფად იკლებს, მაგრამ სანაცვლოდ ჩნდება პროდუქტიული ცვლილებები: ძვლისაზრდელა სქელდება და დიდდება ზომაში. გამოკვლევის დროს ვლინდება ყბის ძვლის სხეულის ქვედა კიდის გასქელება, პირის კარიბჭეს ქვედა თალი გასადავებულია, ქვედა ყბის პერიოსტეუმის დაზიანება

ხანგრძლივია, ზოგჯერ თან სდევს დაშრევების ოსიფიკაცია და პროცესის გადასვლა ძვლისაზრდელადან ძვალზე.

ბავშვებში ყბების აქტინომიკოზი საკმაოდ ხშირია. დაავადება მიმდინარეობს დესტრუქციული და ხშირად დესტრუქციულ-პროდუქციული ფორმის სახით, ძირითადად ზიანდება ქვედა ყბა. დაავადება შეიძლება განვითარდეს მწვავედ, თან ახლდეს სხეულის ტემპერატურის მომატება, სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული ინტოქსიკაციის სიმპტომები. ქვედა ყბის პირველადი აქტინომიკოზი შეიძლება განვითარდეს პირველად-ქრონიკულად, გამოხატული კლინიკური სიმპტომების გარეშე. პირველადი კლინიკური ნიშანია ქრონიკული პროცესის გამწვავება, როცა ჩნდება ტკივილი საღეჭი კუნთების ინფილტრაცია, ხოლო ქვედა ყბის მოძრაობა იზღუდება. აღინიშნება ყბის პროგრესული გასქელება, რის გამოც მისი მოცულობა იზრდება 3-4 ჯერ, ყბის მიმდებარე რბილი ქსოვილები ხშირად განლუვლია. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი მცირედ არის შეცვლილი და გამოირჩევა გამოხატული სისხლძარღვოვანი სურათით და შეგუბებითი მოვლენებით.

ძვალში წარმოქმნილი ცალკეული სპეციფიკური გრანულომები და მათი დაშლა იწვევს ძვლის უმნიშვნელო რეზორბციას ერთი ან რამდენიმე მცირე ღრუს სახით. მწვავე ანთებითი მოვლენების ჩაცხრომის შემდეგ ვითარდება ქრონიკული ანთება ძვალსა და მასთან მიმდებარე ძვლისაზრდელას უბნებში. ყბის ძვლისაზრდელას ხანგრძლივი გაღიზიანება და მისი ქრონიკული ანთება იწვევს ძვლის პერიოსტულ გასქელებას და მის ოსიფიკაციას. ძვლის რეზორბციის ცალკეული კერების-აქტინომიკოზური გრანულომების ირგვლივ მიმდინარეობს ძვლოვანი ქსოვილის გარდაქმნა ძვლოვანი სტრუქტურების ირეგულარული განლაგებით, მათში სკლეროზული ცვლილებების მომატებით. ყბის პირველადი აქტინომიკოზის მიმდინარეობა ხანგრძლივია და გრძელდება მრავალი წლის განმავლობაში.

რენტგენოგრამაზე ყბის დესტრუქციული აქტინომიკოზის დროს ყბის ძვალზე მოჩანს მრავალი ან ოვალური ფორმის ერთი ან რამდენიმე რეზორბციული კერა, რომლებსაც ხშირად აქვთ უთანაბარო ან წაშლილი კიდეები.

**დიაგნოსტიკა.** ქვედა ყბის პერიოსტუმისა და ძვლის პირველად აქტინომიკოზს განასხვავებენ ქრონიკული ოსტეომიელიტის, სპეციფიკური დაზიანებებისა და სიმსივნური წარმონაქმნებისგან. დიაგნოსტიკისათვის გადამწყვეტია-მაგნიტურ-

რეზონანსული ტომოგრაფია (MRT), კომპიუტერული ტომოგრაფია; მიკრობიოლოგიური, პათომორფოლოგიური და იმუნოლოგიური გამოკვლევები.

**მკურნალობა.** აქტინომიკოზის თერაპია კომპლექსურია. მკურნალობის დროს სწორად უნდა შეფასდეს ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობა, არასპეციფიკური და სპეციფიკური დამცველობითი რეაქციები. პირველადი და მეორადი იმუნოლოგიური უკმარისობა, მათ შორის ალერგიული ფონი (რომელზედაც ბავშვებში ხშირად ვითარდება აქტინომიკოზი).

კომპლექსური მკურნალობა შედგება შემდეგი ღონისძიებებისგან:

- 1) ქირურგიული ჩარევა საჭიროების შემთხვევაში იმ კბილებისა და კბილების ჩანასახების ამოღება, რომელთა პერიოდონტშიც აღინიშნება ქრონიკული ანთებითი კერები. ყბის მიმდებარე რბილ ქსოვილებში არსებული აქტინომიკოზური კერების პირველადი ქირურგიული დამუშავება, ხოლო ზოგიერთი პაციენტის ხანგრძლივი და უშედეგო მკურნალობის შემთხვევაში- მვალშიდა კერების ნეკროტომია. აქტიურად აწარმოებენ ჭრილობის ადგილობრივ მკურნალობას ირიგაციით, დიალიზით, რისთვისაც იყენებენ ანტისეპტიკურ პრეპარატებს, ფიზიკურ ფაქტორებს.
- 2) ორგანიზმის არასპეციფიკური დამცველობითი რეაქციების გაძლიერება ან კორექცია, როდესაც გამოხატულია პირველადი ან მეორადი იმუნური უკმარისობა, ორგანიზმის ალერგიზაცია, იმუნიტეტის დისბალანსი. ზოგადგამაჯანსაღებელი სამკურნალ-წამლო პრეპარატები.
- 3) სპეციფიკური იმუნოთერაპია აქტინოლიზატით.
- 4) ანტიბაქტერიული თერაპია ანტიბიოტიკებითა და სულფანილამიდებით აქტინომიკოზის თანმხლებ არასპეციფიკურ ჩირქოვან ინფექციაზე ზემოქმედების მიზნით;
- 5) ჰიპოსენსიბილიზაციური სიმპტომური თერაპია, თანმხლები დაავადებების მკურნალობა.

კომპლექსური მკურნალობა კარგ შედეგებს იძლევა. ძვლის აქტინომიკოზის დროს მკურნალობა ხანგრძლივია. ბავშვები არიან დისპანსერულ აღრიცხვაზე.

## სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებები ბავშვებში

ახალშობილთა მწვავე პაროტიტი, მწვავე ეპიდემიური პაროტიტი, ქრონიკული პარენქიმატოზული პაროტიტი ბავშვებში, ნერწყვ – კენჭოვანი დაავადება.

სანერწყვე ჯირკვლები (სურ.№52) წარმოიქმნება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმისგან. თავდაპირველად ხდება ყბაყურა ჯირკვლის ჩასახვა ( მე-4 კვირაზე), შემდეგ ყბისქვეშა (მე-6 კვირაზე) და ენისქვეშა (მე-8-9 კვირაზე), ხოლო წვრილი სანერწყვე ჯირკვლები ლორწოვან გარსში შესამჩნევი ხდება შედარებით მოგვიანებით.

სანერწყვე ჯირკვლები ფუნქციონირებენ დაბადებისთანავე, მაგრამ პირველ ხანებში

ნერწყვის სეკრეცია უმნიშვნელოა, რაც განაპირობებს სიცოცხლის პირველ თვეებში ბავშვის პირის ღრუს სიმშრალეს. 5-6 წლის ბავშვს ნერწყვდენა უძლიერდება, რომელიც ზოგჯერ იმდენად უხვია, რომ თვითნებურად მოედინება პირიდან (ფიზიოლოგიური ნერწყვდენა).



სურ.№ 52. სანერწყვე ჯირკვლების ანატომია

ბავშვებს კვების მოშლის ან

ავადმყოფობის დროს, რომელსაც ახლავს ფაღარათი, ნერწყვდენა უმცირდებათ და პირიქით, პირის ღრუში სხვადასხვა ანთებითი პროცესების დროს ნერწყვდენა შესამჩნევად უძლიერდებათ.

ყბაყურა ჯირკვლის სადინარის პროექცია ახალშობილებში და მცირე ასაკის ბავშვებში სხვაგვარია, ვიდრე მოზრდილებში. სადინარი განლაგებულია ქვემოთ, აქვს არასწორი სავალი და იხსნება საღეჭი კუნთის წინა კიდიდან დაახლოებით 0,8-1,0 სმ დაშორებით. ყბა-ყურა ჯირკვალი მომრგვალო ფორმისაა, მცირედ გადაწვერილია წინისკენ და აღწევს ქვედა ყბის კუთხეს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ უბანში სახის ნერვი გადის უფრო ზედაპირულად, რაც აუცილებლად გასათვალისწინებელია ქირურგიული ჩარევების დროს.

სანერწყვე ჯირკვლების ანთებითი დაავადებები ძირითადად ვითარდება სეკრეტის ევაკუაციის შეკავების, შეგუბებითი მოვლენების გამო, რომელსაც თან ერთვის სტომატოგენური ან ვირუსული ინფექციები.

დღემდე არ არსებობს სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებების უნიფიცირებული (ზოგადი) კლასიფიკაცია, არსებული კლასიფიკაციები საკმაოდ მრავალფეროვანია. არ არსებობს ზუსტი ჩვენებები მკურნალობის ამათუ იმ მეთოდის (სანერწყვე ჯირკვლის ქირურგიული მკურნალობა, კონსერვატიული ან თერაპიული მკურნალობა) გამოყენების შესახებ, განსაკუთრებით ეს ეხება სანერწყვე ჯირკვლის ქრონიკულ დაავადებებს.

სანერწყვე ჯირკვლების პათოლოგიათა ჩამონათვალია:

- ანთებითი დაავადებები
- სისტემური დაავადებები
- ნერწყვ – კენჭოვანი დაავადება
- სიმსივნური და სიმსივნის მსგავსი დაავადებები
- სანერწყვე ჯირკვლების ტრავმული დაზიანებები

**ახალშობილთა პაროტიტი-დაავადების ეტიოლოგია** არ არის დაზუსტებული. პათოგენი ცუდადაა შესწავლილი. დაავადება იშვიათად ვლინდება. ამ დაავადების მიმართ მიდრეკილნი არიან დასუსტებული ბავშვები(ნაადრევად დაბადებულნი, ბავშვები სეპტიცემიით და თანმხლები თანდაყოლილი პათოლოგიით), ანუ ის ბავშვები, რომელთაც აქვთ არასასურველი ბიოლოგიური პრემორბიდული ფონი. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს მეძუძური დედის მასტიტი. დაავადება ვითარდება მწვავედ, უფრო ხშირად ბავშვის სიცოცხლის პირველივე კვირას. უფრო ხშირად ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლის მიდამოში, ორივე ან ცალ მხარეს ჩნდება მკვრივი ინფილტრატი, ვლინდება ტემპერატურის მომატება და ინტოქსიკაციის ნიშნები. ჯირკვალი გადიდებულია, პალპაციით მტკივნეულია, გამომტანი სადინარი გაფართოებულია. 2-3 დღეში ჯირკვალში ჩნდება ჩირქოვანი ან ჩირქოვან-ნეკროზული ცვლილებები, პალპაციით ვლინდება ფლუქტუაცია. ჯირკვლის სადინარებიდან გადმოდის ჩირქოვანი გამონადენი.

**მკურნალობა** - დაავადების პირველ დღეებში ხორციელდება ინტენსიური კონსერვატიული თერაპია (დეზინტოქსიკაციური, სიმპტომური, ანტიბიოტიკოთერაპია). მალამოები და სპირტოვან-ზეთოვანი საფენები ჯირკვლის მიდამოში. ჯირკვლის ჩირქოვანი დაზიანების ან აბსცესის დროს ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობა: აბსცესის გახსნა, განაკვეთი ტარდება ყვრიმალის მორჩის ქვემო მიდამოში, სანერწყვე მიდამოში ყურის წინა ნაკვეთთან, ქვედა ყბის მიდამოში ქვედა ყბის ქვემო კიდის პარალელურად, ამ დროს აუცილებელია ჭრილობის ადეკვატური დრენირება.

დაავადების პროგნოზი კეთილსაიმედოა, თუმცა დაავადების შემდეგ ჯირკვლის ნაწილის დაზიანების ან პათოლოგიური მიდამოს სკლეროზის გამო ჯირკვლის სეკრეტორული ფუნქცია ქვეითდება და პროცესი შეიძლება ქრონიკულში გადავიდეს. ქრონიკული მიმდინარეობისას დაავადების რემისიის პერიოდები ენაცვლება გამწვავების პერიოდებს და დაავადება შეიძლება გაგრძელდეს წლების განმავლობაში.

**მწვავე ეპიდემიური პაროტიტი** (სურ. № 53) - ეს არის ინფექციურ-ვირუსული დაავადება, რომლის დროსაც ვლინდება ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლების ორმხრივი ან ცალმხრივი დაზიანება, შემთხვევათა პროცენტული შეფარდება თითქმის თანაბარია. ზოგჯერ პათოლოგიურ პროცესში ერთვება ყბისქვეშა და ენისქვეშა ჯირკვლებიც, აღინიშნება სასქესო ჯირკვლების (ორქიტი), კუჭქვეშა ჯირკვლის (პანკრეატიტი) დაზიანება.



სურ. № 53. ეპიდემიური პაროტიტი

როგორც წესი ავადდებიან ბავშვები 5-10 წლის ასაკში. დაავადების ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 2-3 კვირა, კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია ეპიდემიური პაროტიტის ფორმაზე (მსუბუქი, საშუალო, მძიმე). პროდრომული პერიოდი გრძელდება 2-3 დღე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები, სუბფებრილიტეტი. შემდეგ დაავადება ვითარდება მწვავედ, იწყება შემცივნება, კანკალი, სხეულის ტემპერატურა მატულობს 38-39°C, ინტოქსიკაციის სიმპტომები მატულობს, ჩნდება ტკივილი კუნთებსა და სახსრებში, პირის სიმშრალე, რომელიც დაკავშირებულია სანერწყვე ჯირკვლების სეკრეციის შემცირებასთან, (სალივაცია დაქვეითებულია) სპონტანური ტკივილი კისრის და ჯირკვლების მიდამოში, მენინგეალური სიმპტომები და ცენტრალური ნერვული სისტემის დარღვევები. ზოგჯერ ვლინდება ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, კუჭ-ნაწლავის სისტემების მხრივ, ცვლილებები კუჭქვეშა ჯირკვალში, სმენისა და მხედველობის ორგანოების მხრივ.

სანერწყვე ჯირკვლის ანთებითი პროცესი იწყება ყურის უკანა მიდამოს პერიფერიიდან ან ყბის უკანა ნაწილიდან შემდგომი გავრცელებით მთლიანად ჯირკვალში. პროცესი იწყება ერთი მხრიდან, შემდეგ შემუშება გადადის მეორე მხარეს და კისერზე. შემუშებულ მიდამოში კანი დაჭიმულია, კანის ფერი არ არის შეცვლილი. რბილი ქსოვილების და ყურის უკანა მიდამოს შემუშება იწვევს ყურის ნიჟარის, ბიბილოს აწევას, პალპაციით ჯირკვლის კონსისტენცია რბილია, მტკივნეულია, პირის გაღება გაძნელებულია. პირის ღრუს დათვალიერებისას ვლინდება: კატარალური სტომატიტი, პირის ღრუს ლორწოვანის ჰიპერემია. სანერწყვე ჯირკვლის სადინარი პალპირდება ჭიმის სახით, გამომტანი სადინარების სანათურის ირგვლივ ლორწოვანი ჰიპერემიულია. ეპიდემიური პაროტიტისათვის დამახასიათებელია დაავადების 3 მტკივნეული წერტილი:

- საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის მიდამო, ყურის ნიჟარის ტრაგუსის წინ
- ქვედა ყბის ჩანაჭდევთან
- დვრილისებრი მორჩის მწვერვალი
- ქვედა ყბის კუთხე (ჰეტროკის სიმპტომი)

ჰემოდინამიკაში აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი, იშვიათად ლეიკოპენია, ზომიერი მონოციტოზი და ლიმფოციტოზი, ედს- ნორმის ფარგლებშია.

კლინიკური გამოვლენიდან 7-12 დღის შემდეგ დაავადება ნელდება, შეშუპება მცირდება, სხეულის ტემპერატურა ნორმას უბრუნდება. შემდგომი 4-7 დღის განმავლობაში სანერწყვე ჯირკვლები უბრუნდება ჩვეულებრივ ზომებს.

ეპიდემიური პაროტიტის დროს თერაპია ძირითადად მოიცავს კონსერვატიულ სიმპტომურ თერაპიასა და ფიზიოთერაპიას. რეკომენდირებულია პირის ღრუს ირიგაცია, მჟავე სასმელი, ორცხობილა. პროგნოზი სიცოცხლისათვის კეთილსაიმედოა, თუმცა მძიმე ფორმის დროს შეიძლება განვითარდეს საშიში გართულებები.

საჭიროა ეპიდემიური პაროტიტის დიფერენციაცია ჰერცენბერის ცრუ პაროტიტთან, აბსცესთან, სანერწყვე მიდამოს ფლეგმონასთან, ქრონიკული არასპეციფიკური დაავადებების-სიალადენიტების მწვავე და გამწვავებულ ფორმებთან.

**მწვავე არასპეციფიკური სიალადენიტი** - (სურ. № 54) ჩვეულებრივ ვითარდება ბავშვებში ვირუსული და ინფექციური დაავადების ( გრიპი, წითელა, ქუნთრუშა, ჩუტყვავილა და ა.შ.) შემდეგ დაქვეითებული იმუნიტეტის გამო, პოსტოპერაციულ პერიოდებში მძიმე ზოგადი მდგომარეობის გამო, დეჰიდრატაციისას, ჩვეულებრივი ნერწყვის გამოყოფის დარღვევისას, პირის ღრუს ჰიგიენის გაუარესებისას, ნეირო-ვეგეტატიური რეაქციების დროს. ჩვეულებრივ, უფრო ხშირად ზიანდება ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვალი. ქვედა ყბის, ენისქვეშა და მცირე სანერწყვე ჯირკვლები მწვავე ანთებითი პროცესების დროს იშვიათად ზიანდება, რაც აიხსნება იმით, რომ ამ ჯირკვლებიდან გამოყოფილი სეკრეტი დიდი რაოდენობით შეიცავს მუცინს, რომელიც ხელს უშლის პირის ღრუდან სადინარების საშუალებით მიკროფლორის გადასვლას ჯირკვალში.



სურ. № 54.  
არასპეციფიკური სიალადენიტი

სიალადენიტების განვითარების ადგილობრივი მიზეზებიდან აღსანიშნავია სტომატოგენური ინფიცირება, რომლის შემდეგაც ხდება ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა, სადინარში უცხო სხეულის მოხვედრა, ჯირკვლის ირგვლივ ლიმფური კვანძების ანთებითი პროცესები, ჯირკვლის ლიმფოგენური ინფიცირება, სანერწყვე ჯირკვალში ანთებითი პროცესები (პათოლოგიური პაროდონტალური ჯიბეები, ღრძილების ზემო და ღრძილების ქვეშა ნადებები, გინგივიტი, პაროდონტიტი და ა.შ.), ჯირკვლის ტრავმები. მწვავე სიალადენიტის სიმპტომატიკა დამოკიდებულია დაავადების მიმდინარეობის ხასიათზე და ანთებადი ჯირკვლის ლოკალიზაციაზე.

სანერწყვე ჯირკვლის სეროზული ანთების კლინიკური სურათი პირველი 2-3 დღის განმავლობაში ხასიათდება სპონტანური ტკივილებით, რომელიც ძლიერდება საკვების მიღების დროს. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა უარესდება, სხეულის ტემპერატურა მატულობს სუბფებრილურამდე, ჩნდება პირის სიმშრალის შეგრძნება. სანერწყვე ჯირკვლის შეშუპება ვრცელდება ყვრიმალის რკალამდე, საღეჭი კუნთის წინა არეში, დვრილისებრ მორჩამდე და ქვედა ყბის ქვემო კიდემდე. ირგვლივ მდებარე რბილი ქსოვილები ზომიერად ინფილტრირებულია, კანის ფერი უცვლელია, სადინარიდან ჩვეულებრივ გადმოდის მცირე რაოდენობით მღვრიე ნერწყვი (სურ.№55).



სურ. № 55. მწვავე სეროზული სიალადენიტი

ბავშვების ზოგადი მდგომარეობა პროცესის ჩირქოვან ფორმაში გადასვლისას უარესდება. მკვეთრად ძლიერდება ტკივილი, ინტოქსიკაციის ნიშნები ნათელია,

მატულობს სხეულის ტემპერატურა 39°C. ყბა-ყურა- საღეჭ მიდამოში ფორმირდება ანთებითი ინფილტრატი, შეშუპება სწრაფად მატულობს, ვრცელდება ირგვლივ მდებარე მიდამოში (კისრის, საფეთქლის, ქვედა ყბის). ყურის ბიბილო შესიებულია, ინფილტრატის ზემოდან კანი ჰიპერემიულია, დაჭიმულია, ფლუქტუაცია არ აღინიშნება. ჩირქგროვის გახსნა მოსალოდნელია გარეთა სასმენ მილში ან ჯირკვლის სადინარის ხახისკენა მიდამოში.

ჩირქოვანი ფორმის დროს (სურ. № 56) პირის გაღება შეზღუდულია, მტკივნეულია, ჯირკვლის გამომტანი სადინარიდან გადმოდის ჩირქოვანი ექსუდატი. ზოგჯერ მწვავე არასპეციფიკური სიალადენიტი გადადის განგრენოზულ ფორმაში ჯირკვლის ნაწილობრივი ან სრული ნეკროზით, სეპტიკური მდგომარეობის განვითარებით. დაავადების მძიმე ფორმის დროს შესაძლებელია სერიოზული გართულებები, ლეტალურ გამოსავალიც კი.



სურ. № 56. მწვავე ჩირქოვანი სიალადენიტი

მწვავე სიალადენიტის კეთილსაიმედო მიმდინარეობის დროს 15-20 დღეში სანერწყვე ჯირკვალში ვითარდება რეგრესი. ლიმფოგენური სიალადენიტებისგან განსხვავებით, რომლებიც მიმდინარეობს დუნედ და ნაკლებად მოქმედებს ბავშვის ზოგად მდგომარეობაზე, ვირუსული სიალადენიტები მიმდინარეობს განსაკუთრებით მძიმედ. ანთებითი ინფილტრატი მკვრივი-ელასტიური კონსისტენციისაა, პალპაციით მტკივნეულია, ინფილტრატის საზღვრები ვრცელდება ყურის ბიბილოს ირგვლივ და უკან დვრილისებრ მორჩამდე, ქვედა ყბის ქვემო კიდემდე. ინფილტრატი დიდი ხნის განმავლობაში მკვრივი რჩება. არაკეთილსაიმედო მიმდინარეობისას ვლინდება დაავადების გართულება, აბსცესის ფორმირება ფლუქტუაციის სიმპტომით. პირის გაღება ჩვეულებრივ გაძნელებულია. ამ მიდამოში კედლის სადინარების სანათური გაფართოებულია, ჰიპერემიულია, ნერწყვის გამოყოფა დარღვეულია, ჯირკვლის მასაჟით შეიძლება მღვრიე, წებოვანი, სქელი ნერწყვის მიღება, ზოგჯერ ჩირქოვანი ფანტელებითაც.

ყბის ქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების ანთებითი პროცესის დროს ქვედა ყბის ქვეშა მიდამოში აღინიშნება შეშუპება და ფორმირდება ინფილტრატი. ამ დროს კანზე ცვლილებები უმნიშვნელოა. ჯირკვლის ზომები მატულობს, სქელი, მკვრივი ინფილტრატი პალპაციისას მტკივნეულია. ინფილტრატის ზემოდან კანი დაჭიმულია, ჰიპერემიულია, აღინიშნება ტკივილი გამომტანი სადინარის გაყოლებით. ვართონის სადინარის სანათური გაფართოებულია, ჰიპერემიულია, სალივაცია დარღვეულია. მასაჟის დროს შეიძლება მღვრიე ნერწყვის მიღება, ჩირქოვანი მასით. დაავადება გრძელდება 2-3 დღე, ამის შემდეგ ხდება ანთებითი პროცესის უკუგანვითარება.

დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება ლიმფადენიტთან, პერიადენიტთან, ანთებად ინფილტრატებთან, ადენოფლეგმონასთან, ოდონტოგენურ ანთებით დაავადებებთან. სიალადენიტის (პაროტიტის)მთავარი დიფერენციალური ნიშანია სადინარების სანათურების გაფართოება, ირგვლივ ჰიპერემია და მწირი გამონადენი ჩირქოვანი ნარევით.

სიალადენიტის მკურნალობა უნდა მოიცავდეს 2-3 კურსს, რადგანაც მწვავე ფაზას ახასიათებს ქრონიკულში გადასვლის ტენდენცია. კონსერვატიული თერაპია უნდა

ჩატარდეს ანტიბიოტიკოთერაპიით, დეზინტოქსიკაციური, დესენსიბილიზაციური, ზოგადგამამაგრებელი, იმუნოკორექციული და ფიზიოთერაპიით.

ჯირკვლების ირიგაციისთვის იყენებენ სტაფილოკოკურ ანატოქსინს, სტაფილოკოკურ გამა-გლობულინს და პროტეოლიზურ ფერმენტებს. მკურნალობის კურსის დასრულების შემდეგ ან უკანასკნელი სენსის დროს ახორციელებენ პირის ღრუს, ცხვირ-ხახის და ქრონიკული ინფექციური კერების დეტალურ სანაცხას. განხორციელებული მკურნალობის შემდეგ საჭიროა დაავადების დისპანსერული კონტროლი.

**ქრონიკული პარენქიმატოზული პაროტიტი-**(ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტი, ქრონიკული სიალოდოქიტი, ქრონიკული ინტერსტიციალური სიალადენიტი, ქრონიკული არასპეციფიკური რეციდივული პაროტიტი). სახელწოდების მრავალფეროვნება დაკავშირებულია ანთებითი პროცესის გამოვლინების ხარისხთან, ჯირკვლის ქსოვილის დაზიანების ტიპთან და გამწვავების პერიოდულობასთან. ქრონიკული ანთებითი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს ჯირკვლის პარენქიმაში, წილთა შორის შემაერთებელ ქსოვილში ან სადინარებში.

აღნიშნული ქრონიკული ანთებითი პროცესის ეტიოლოგია ნაკლებადაა შესწავლილი, უფრო ხშირად მწვავე სიალადენიტის გამოსავალს წარმოადგენს. სანერწყვე ჯირკვლის მწვავე ანთებითი პროცესის გადასვლა ქრონიკულში ხდება მწვავე პერიოდში არაადეკვატური მკურნალობის, ორგანიზმის იმუნური რეაქტიულობის დაქვეითებისას, არასასურველი პრემორბიდული ფონის (გამოფიტვა, დასუსტება, ორგანიზმის ჰიპოთერმიისას, ჰიპოდინამიის ან ადინამიის და ა.შ.) დროს.

ინტერსტიციული პაროტიტები(სიალადენიტები) ხასიათდება დუნე მიმდინარეობით და გამწვავების პერიოდების ნელი მატებით.

პარენქიმატოზული პაროტიტები უფრო მძიმე, ძლიერი, მიმდინარეობით, უეცარი გამწვავებით, ჯირკვლის სწრაფი გადიდებით, მტკივნეულობით და ინტოქსიკაციის გამოხატული სიმპტომატიკით ხასიათდება.

სიალადენიტი შეიძლება მიმდინარეობდეს სადინარების უპირატესი დაზიანებით და აქედან მიიღო თავისი სახელწოდება-სიალოდოქიტი. დაავადების ამ ფორმის კლინიკურ

სიმპტომებს არ აქვს სხვა სიალადენიტებისგან განმასხვავებელი მკვეთრი, გარკვეულ ჩარჩოებში ჩასმული ნიშნები და დიაგნოზის დაზუსტება ხდება სიალოგრაფიის შემდეგ.

ქრონიკული პაროტიტები უფრო ხშირად ვითარდება ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლებში, ჩვეულებრივ ჯირკვალის ზიანდება ცალმხრივად, რაც წარმოადგენს ერთ-ერთ სადიფერენციაციო ნიშანს ეპიდემიური პაროტიტისგან განსხვავებით, თუმცა ზოგჯერ ვლინდება სიმეტრიული დაზიანებაც, ამ დროს პათოლოგიური პროცესი სიმეტრიულ ჯირკვალში აღწევს ფარულად და ანატომიური დარღვევები მხოლოდ სიალოგრაფიის შემდეგ ვლინდება. დაავადება უფრო ხშირია ბავშვებში 2-6 წლამდე. დაავადების დასაწყისი ნიშნები არ არის მრავალფეროვანი, ზოგჯერ ერთადერთი ჩივილია ის რომ ნერწყვს მარილის გემო აქვს. დაავადების უფრო მოგვიანებით სტადიაში გარეგანი დათვალეირებისას აღინიშნება ჯირკვლის ზომების გადიდება მკვეთრი კონტურებით, ჯირკვლის მფარავი კანის ფერი უცვლელია და კანქვეშა ქსოვილებთან არ არის შეხორცებული. პალპაციისას აღინიშნება ჯირკვლის ხორკლიანი, მკვრივი ზედაპირი, მტკივნეულობა. ჯირკვლის მასაჟით სადინარის სანათურიდან შეიძლება მივიღოთ ნერწყვი ჩირქოვანი და ფიბრინული ნარევით, ზოგჯერ მნიშვნელოვანი ოდენობით. დაავადების დიაგნოსტიკა ხდება ქრონიკული პროცესის გამწვავების პერიოდში, ამავე დროს აღინიშნება მწვავე პაროტიტის ყველა დამახასიათებელი ნიშანი, მაგრამ დაავადება ჩვეულებრივ მიმდინარეობს უფრო მსუბუქად.

ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტის გამწვავების პერიოდის კლინიკური ნიშნები ხასიათდება ბავშვის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებით, ტემპერატურის მომატებით  $38^{\circ}\text{C}$  და მეტი, ჯირკვლის მოცულობა მატულობს, მტკივნეულია. გამოხატული ანთების დროს ვლინდება ჰიპერემია და სანერწყვე ჯირკვლის მიდამოს კანის დაჭიმულობა. ჯირკვლის ჩირქოვანი დაზიანება ძალიან იშვიათია და ვლინდება დაგვიანებული დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის არ არსებობისას.

პირის ღრუს დათვალეირებით აღინიშნება ლოყის ლორწოვანის შეშუპება, გამომტანი სადინარის სანათურის გახსნა, პალპაციით ვლინდება გამომტანი სადინარის დაჭიმულობა, საიდანაც გადმოდის სქელი, წებოვანი ნერწყვი ჩირქოვანი ფირფიტების და ფიბრინის ნარევით. გამწვავების პერიოდი გრძელდება 10-14 დღე. პერიფერიული სისხლში ვლინდება მწვავე ანთების ნიშნები. შემდეგ დგება რემისია. ხშირად ვლინდება

რეციდივები, ყოველ 2-3 თვეში, თუმცა მშვიდი პერიოდი შეიძლება გაგრძელდეს 1-2 წელი. რემისიის პერიოდში შეიძლება შენარჩუნდეს ზომიერი შეშუპება და ჯირკვლის ინფილტრაცია. ქრონიკული ანთებითი პროცესის დროს ჯირკვალი ხანგრძლივად რჩება გადიდებული. რემისიის პერიოდში ჯირკვლის პალპაცია სუსტად მტკივნეულია, კონსისტენცია-მკვრივი-ელასტიურია, საზღვრები-მკვეთრი, ზედაპირი- უხეში, ხორკლიანი. სადინარების სანათური გაფართოებულია და გადმოდის სქელი ნერწყვი, ზოგჯერ კი ჩირქის წვეთები. ჯირკვლების დაზიანების ხასიათი ქრონიკული ანთებისას კარგად ჩანს სიალოგრაფიული კვლევისას, რომელიც უნდა გაკეთდეს რემისიის პერიოდში. შეყვანილი კონტრასტული ნივთიერების გავრცელების რაოდენობის და ხარისხის მიხედვით ხდება სიალოგრაფიის შეფასება, ჯირკვლის პარენქიმაში აღინიშნება მომრგვალო სივრცეები, ღრუები, რომელთა დიამეტრია 1-2 მმ, წვრილი სანათურების დაცლა(მე-4-5 რიგის), პარენქიმის ჩრდილი მკვეთრი არ არის. მთავარ გამომტან სადინარს და 1-ლი რიგის სადინარებს აქვს ნორმალური კონტურები. დაავადების ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად, შესაბამისი რენტგენოლოგიური ცვლილებები სიალოგრამაზე იზრდება: ღრუების ჩრდილის ზომები მატულობს, მე- 2-3 რიგის სადინარების სანათური ცარიელდება, 1-რიგის სადინარების ჩრდილი კი დეფორმირდება. გვიან პერიოდში სიალოგრამაზე ჯირკვლის პარენქიმაში აღინიშნება მსხვილი(5-8 მმ დიამეტრის) ღრუების ჩრდილები: ჯირკვლის წილების ჩრდილი საერთოდ არ არის, სადინარების ჩრდილები მხოლოდ ცალკეულ ნაწილებში ვიზუალიზდება, კავშირი ცალკეულ ღრუებსა და სადინარებს შორის არ არსებობს. კარგად კონტურირებული შეიძლება იყოს მთავარი სადინარი.

ქრონიკული პარენქიმატოზული გამწვავებული სიალადენიტის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ტარდება ეპიდემიურ პაროტიტთან. მათთვის საერთოა ის, რომ პარენქიმატოზული არასპეციფიკური ანთებითი პროცესი ხშირად სანერწყვე ჯირკვლის ორმხრივი დაზიანებით მიმდინარეობს, რაც ეპიდემიური პაროტიტისთვის მახასიათებელი ნიშანია. ქრონიკული პარენქიმატოზული გამწვავებული სიალადენიტის დროს ვლინდება შეშუპებული სანერწყვე ჯირკვლის ხორკლიანობა, გამომტანი სადინარების სანათურიდან გადმოდის სქელი სეკრეტი ჩირქის ან ფიბრინის ნარევით, რაც აბსოლუტურად არ არის დამახასიათებელი ეპიდემიური პაროტიტისთვის. ეპიდემიური პაროტიტის დროს ჯირკვლის ზედაპირი გლუვია,

ელასტიურია, გამომტანი სადინარიდან გადმოდის უმნიშვნელო რაოდენობით გამჭვირვალე ნერწყვი.

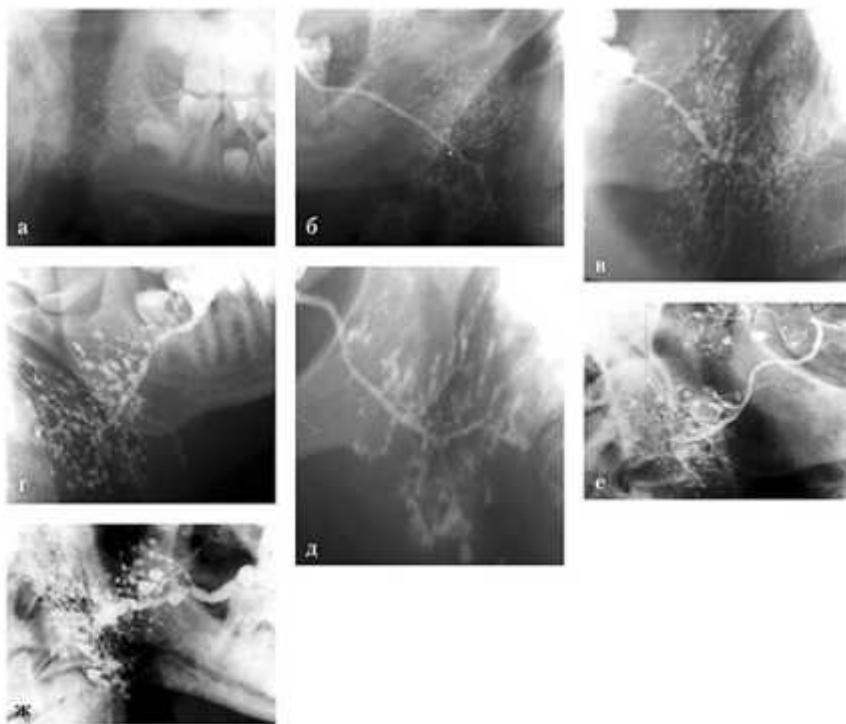
მთავარი განმასხვავებელი ნიშანი ქრონიკული გამწვავებული პარენქიმატოზული სიალადენიტისა არის რეციდიული მიმდინარეობა. გამწვავება იწყება სპონტანურად, ყოველგვარი ზოგადი სომატური დაავადების ან ოპერაციული ჩარევის გარეშე. ქრონიკული ანთებითი პროცესის დროს ჯირკვლის ზედაპირი ჩვეულებრივ ხორკლიანია, გამომტანი სადინარიდან გადმოდის სქელი გამონადენი ჩირქის ან ფიბრინის ნარევით. მწვავე პაროტიტის დროს ჯირკვლის ზედაპირი გლუვია, ქსოვილების გამოხატული ინფილტრაციით, სანათურიდან გამოიყოფა ჩირქი.

ქრონიკული გამწვავებული პარენქიმატოზული სიალადენიტის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ტარდება აბსცესებთან, ფლეგმონებთან, ლიმფადენიტებთან. დაავადების ქრონიკული ფორმის დროს ჯირკვლის ფუნქცია არ ირღვევა, გამომტანი სადინარიდან გამოიყოფა ნორმალური რაოდენობის გამჭვირვალე ნერწყვი. ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტის გამწვავებას თან ახლავს გაფართოებული გამომტანი სადინარიდან სქელი, მღვრიე, ჟელეს მავარი ნერწყვის გამოყოფა ჩირქის ან ფიბრინის ფანტელების ნარევით.

სანერწყვე ჯირკვლების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (სიალოგრაფია) კეთდება რემისიის პერიოდში. რენტგენოგრაფია ხორციელდება ორ ეტაპად: პირველი-გამოკვლევა კეთდება კონტრასტის გარეშე, რომ სანათურში კენჭის (ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადება) არსებობა გამოირიცხოს. მეორე ეტაპზე კეთდება ჯირკვლის კონტრასტული რენტგენოგრაფია. კონტრასტირებისთვის იყენებენ მსუბუქად შემთბარ 30% იოდოლიპოლს (0,3-1,25 მლ ამპულარული პრეპარატი). ნივთიერების რაოდენობა განისაზღვრება პაციენტის ასაკიდან გამომდინარე, ჯირკვალში პათოლოგიური ცვლილებების ბუნებით. ორიენტირს წარმოადგენს აგრეთვე ტკივილის შეგრძნების ზღურბლი. იოდოლიპოლი ( იოდის 3% ხსნარი ატმის ზეთში) იძლევა ჯირკვლის სანათურების მკვეთრ გამოსახულებას, გამოკვლევის შემდეგ სანათურებში შეყოვნების შემდეგ აქვს ანთების საწინააღმდეგო თერაპიული ეფექტი. კონტრასტირებისთვის შეიძლება აგრეთვე კონტრასტული წყალში ხსნადი პრეპარატების გამოყენება, მაგრამ ისინი უფრო ნაკლებად მკვეთრ გამოსახულებას იძლევიან და სწრაფად გამოიყოფიან.

ქრონიკული პაროტიტის რენტგენოლოგიური სიმპტომებია ჯირკვლის მთავარი გამომტანი სადინარის გაფართოება, 1-ლი და მე-2 რიგის სადინარების არათანაბარი გაფართოება და წყვეტილობა, მე-3 და მე-4 რიგის სადინარების ადგილას მომრგვალო ღრუების წარმოქმნა ზომით 1-4 მმ.

ჩვეულებრივ, სიალოგრამა (სურ.№57) კეთდება პირდაპირ და გვერდით პროექციაში. პარენქიმატოზული სიალადენიტის დროს სიალოგრამაზე აღინიშნება წვრილი, მრგვალი ღრუები, რომელიც სავსეა კონტრასტული ნივთიერებით. ინტერსტიციალური სიალადენიტის დროს ვლინდება ჯირკვლის სანათურების შევიწროებული ქსელები, წყვეტის გარეშე. ორი ჯირკვლის ერთდროული კვლევა საშუალებას იძლევა გამოვავლინოთ არა მარტო დაზიანების ხასიათი, არამედ ჯირკვლის სტრუქტურის შესაძლო ინდივიდუალური მახასიათებლები.



სურ. №57. სიალოგრამა-ქრონიკული პარენქიმატოზული პაროტიტი

სიალადენიტების დიაგნოსტიკისთვის რეკომენდირებულია სანერწყვე ჯირკვლის სეკრეტის ციტოლოგიური კვლევა. ბავშვებში სიალოგრაფიის გაკეთება სირთულეებთანაა დაკავშირებული და მოითხოვს განსაზღვრულ უნარს, მოხერხებულობას, ამიტომ ჯირკვლის სეკრეტის ციტომორფოლოგიურ კვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

**მკურნალობა** - ქრონიკული პარენქიმატოზული პაროტიტის მკურნალობა გამწვავების სტადიაში ხდება მკურნალობის ცნობილი მეთოდებით, რომელსაც იყენებენ მწვავე სიალადენიტის დროს. კონსერვატიულად ინიშნება პრეპარატები, რომელიც ასტიმულირებს არასპეციფიკურ დაცვას (ნატრიუმის ნუკლეინი, პენტოქსილი, პიროგენალი, გალანტამინი). ფიზიოთერაპია წარმოდგენილია: ელექტროფორეზი-კალიუმის იოდით, ფლუქტუორიზაციით, ჰიპერბარული ოქსიგენაციით. ადგილობრივად გამოიყენება: ირიგაცია თბილი ანტისეპტიკური ხსნარებით და პროტეოლიზური ფერმენტებით (ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ანტიბიოტიკი), ზეთოვანი და სპირტოვანი-ზეთოვანი საფენები. გამწვავების პერიოდში ირიგაცია კეთდება ყოველდღიურად დღეში 5-7 ჯერ, რეკონვალესცენციის პერიოდში შეიძლება პროცედურების განმეორება ყოველ 1-2 დღეში.

უახლოესმა სამკურნალო ეფექტმა არ უნდა შეუშალოს ხელი სწორად განისაზღვროს დაავადების ეტიოლოგია და პათოგენეზი, ჯირკვალში არსებული ღრმა ცვლილებები, რომელთა ლიკვიდაციისთვისაც საჭიროა აქტიური სისტემური ღონისძიებების დაგეგმვა პროფილაქტიკის მიზნით ყოველ 3-6 თვეში. გამოჯანმრთელება შეიძლება ჩაითვალოს, როცა კლინიკური სიმპტომები არ არის 2-4 წლის განმავლობაში და სიალოგრაფიული მონაცემების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება ან აღდგენა ფიქსირდება. ავადმყოფებს სჭირდებათ დისპანსერული კონტროლი.

**ქრონიკული ინტერსტიციული სიალადენიტი**-კლინიკურად ხასიათდება წილაკთაშორისი ქსოვილის ზრდის მატებით ჯირკვლის დაზიანების გარეშე. ქრონიკულ პარენქიმატოზულ პაროტიტთან შედარებით გვხვდება იშვიათად. პროცესი ხშირად ორმხრივია და ლოკალიზებულია ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლებში. ქვედა ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების დაზიანება დაავადების ამ ფორმის დროს იშვიათია, ენისქვეშა ჯირკვლების დაზიანება კი საერთოდ არ გვხვდება.

დაავადება ვითარდება ავადმყოფისთვის შეუმჩნეველად და იწყება ორივე მხარეს სანერწყვე ჯირკვლების გადიდება, ამ დროს ეს ჯირკვლები რბილია, უმტკივნეულოა, ჯირკვლის მფარავი კანის უცვლელია. გამომტანი სადინარებიდან გამოიყოფა გამჭვირვალე ნერწყვი. დაავადებისთვის დამახასიათებელია ტალღისებური მიმდინარეობა, პერიოდული გამწვავებების დროს სანერწყვე ჯირკვლების მოცულობის გაზრდა, ლატენტურ პერიოდში ჯირკვლის ზომები მცირდება, თუმცა სრული გამოჯანმრთელება არ ხდება. გამწვავების განმეორების დროს ჯირკვლების ზომა უფრო და უფრო მატულობს.

„პაროტიდული სანერწყვე ჯირკვლების პერიოდული ზრდა“- ამ მდგომარეობაში პაციენტები არიან დიდ ხანს, რემისიის პერიოდებს ცვლის გამწვავების პერიოდები. ანთებითი პროცესის გამწვავებისას უეცრად, 1-2 დღეში ერთ-ერთი ჯირკვლის ზომა მატულობს, ხდება მკვრივი და მტკივნეული. 2-3 დღის შემდეგ ანთებითი პროცესის გამწვავება ვრცელდება მეორე წყვილ ჯირკვალზეც. გამწვავების პერიოდში სანერწყვე ჯირკვლის სადინარებიდან გამონადენი მცირდება, სქელდება, ზოგიერთ ავადმყოფში გამონადენი სრულიად წყდება. სადინარიდან ჩირქოვანი გამონადენი იშვიათად გვხვდება. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გამწვავების პერიოდში არ ირღვევა.

კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ (საფენები, გამათბობელი) გამწვავების გამოვლინებები თანდათან ნელდება, ჯირკვლების შეშუპება და ინფილტრაცია მცირდება, თუმცა ჯირკვლის გადიდებული ზომები რჩება. სანათურიდან გამოიყოფა ნერწყვი, რომელიც უფრო გამჭვირვალე ხდება, რაოდენობა მატულობს, ზოგჯერ გამომტანი სადინარები იმდენად შევიწროებულია, რომ ზონდირების გაკეთებას ხელს უშლის.

გამწვავება ვლინდება პერიოდულად, წელიწადში 1-2 ჯერ, ზოგჯერ კი უფრო ხშირად, თუმცა იშვიათად აღინიშნება თანმხლები ჩირქოვანი ანთება. აბსცედირება როგორც წესი არ ვითარდება.

ამ დაავადების მრავალწლიანი მიმდინარეობისას, ავადმყოფები უჩივიან პირის სიმშრალეს, რაც აიხსნება ჯირკვლის პარენქიმის მეორადი სკლეროზირების შედეგად ნერწყვის მნიშვნელოვანი გამოყოფით. დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობისას სიალოგრაფიაზე სადინარების ნაწიბუროვანი შევიწროებები ხელს უშლის

კონტრასტული ნივთიერების შეყვანას, ხერხდება მხოლოდ მცირე რაოდენობის (0,5-0,8 მლ) იოდოლიპოლის ხსნარის შეყვანა, ჩვეულებრივ ოდენობასთან შედარებით. სიალოგრამაზე აღინიშნება შევიწროებული სადინარების თხელი, წვრილი ჩრდილები, თანაბარი კონტურებით. პარენქიმის ჩრდილი თანაბარია ყველა მიმართულებით, რაც უფრო გამოხატულია პროცესი, მით უფრო ხანგრძლივი დროა გასული დაავადების დაწყებიდან და მით უფრო ნაკლებად ინტენსიურია ეს ჩრდილი. დაავადების ძალიან ხანგრძლივი მიმდინარეობის დროს სიალოგრამაზე შეიძლება აღინიშნებოდეს სადინარების დესტრუქცია, გაფართოებები და შევიწროება, პარენქიმის ჩრდილში კი ვლინდება ავსების დეფექტები ჯირკვლის პარენქიმის სკლეროზირების ხარჯზე.

ქრონიკული ინტერსტიციული სიალადენიტის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ტარდება ქრონიკულ პარენქიმატოზულ პაროტიტთან, რომელიც გამოწვეულია სანათურში არადრენირებადი უცხო სხეულის მოხვედრით, კალკულოზურ სიალადენიტთან და ლიმფადენიტთან, ეპიდემიური პაროტიტის გამწვავების სტადიასთან, მწვავე სიალადენიტთან(პაროტიტთან), აბსცესთან და ფლეგმონასთან.

ინტერსტიციულ სიალადენიტს და ქრონიკულ პარენქიმატოზულ სიალადენიტს ახასიათებთ რამდენიმე სიმპტომის მსგავსება.მათი მიმდინარეობა ქრონიკულია და ახასიათებთ პერიოდული გამწვავება, რომელსაც თან ახლავს სანერწყვე ჯირკვლების გადიდება. ქრონიკული ინტერსტიციული სიალადენიტი ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტისგან განსხვავდება შემდეგით:ქრონიკული ინტერსტიციული სიალადენიტის დროს გადიდებულ სანერწყვე ჯირკვალს აქვს გლუვი ზედაპირი, რბილი კონსისტენცია. ჯირკვლის სადინარის მასაჟის დროს გადმოდის გამჭვირვალე ნერწყვი. ზოგჯერ ვლინდება ჯირკვლის ზომების შემცირება დროებით. ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტის დროს სანერწყვე ჯირკვალი სქელია, მკვრივია და აქვს ხორკლიანი ზედაპირი. ჯირკვლის ზომების დროებითი შემცირება არ ვლინდება. ჯირკვლის სადინარის მასაჟის დროს სანათურიდან გადმოდის ნერწყვი ჩირქის და ფიბრინის მასების ნარევით. ქრონიკული ინტერსტიციული სიალოადენიტის გამწვავებისას სანერწყვე ჯირკვალი გლუვი რჩება, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა არ უარესდება, ხოლო ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტის გამწვავებისას ჯირკვლის ზედაპირი ხორკლიანია, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უარესდება, მატულობს სხეულის ტემპერატურა. ქრონიკული

ინტერსტიციალური სიალადენიტის დროს სიალოგრამაზე აღინიშნება ჯირკვლის ყველა სადინარის შევიწროება, ხოლო ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტის დროს სიალოგრამაზე აღინიშნება მისთვის დამახასიათებელი პარენქიმის ღრუს ჩრდილები, მასში კონტრასტის დაგროვების გამო მომრგვალო კერების სახით.

ყბისქვეშა ჯირკვლის ინტერსტიციალური სიალადენიტის დიფერენციაცია საჭიროა ყბისქვეშა მიდამოს ლიმფადენიტთან, რადგანაც ამ დაავადებების დროს ლოკალიზაცია ანალოგიურია და ანთების ნიშნებსაც აქვთ თანხვედრა. პალპაციით აღინიშნება ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების ზომების მომატება და კონტურირებული ქვედაყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლები, რომელიც პალპაციით მტკივნეულია, მათი ზედაპირი გლუვია, კანი ამ წარმონაქმნების ზემოდან ჩვეულებრივი შეფერილობისაა, ავადმყოფების ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

მთავარი განმასხვავებელ ნიშანი ინტერსტიციალური ქვედაყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების სიალადენიტსა და გადიდებულ ჯირკვალს შორის არის ის, რომ ამ დროს ჯირკვალს აქვს რბილი კონსისტენცია, ხოლო გადიდებული ლიმფურ კვანძი- არის მკვრივი- ელასტიური კონსისტენციის.

ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ქრონიკული ინტერსტიციალური სიალადენიტის გამწვავებისას ჯირკვლის სადინარიდან გადმოდის მცირე ოდენობის მღვრიე ნერწყვი, ზოგჯერ ნერწყვდენა საერთოდ არ არის.

ყბისქვეშა მიდამოს ქრონიკული ლიმფადენიტის გამწვავებისას კი ყბისქვეშა ჯირკვლის გამომტანი სადინარიდან გადმოდის გამჭვირვალე ნერწყვის ნორმალური ოდენობა, რაც მიუთითებს იმაზე რომ ჯირკვლის ფუნქცია დარღვეული არ არის ლიმფადენიტების დროს.

ქრონიკული გამწვავებული ინტერსტიციალური სიალადენიტის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა აუცილებელია ეპიდემიურ პაროტიტთან, რადგანაც ინტერსტიციული სიალადენიტის დროს ანთებითი პროცესი ხშირად ლოკალიზებულია სანერწყვე ჯირკვლებში და გამწვავებისას, ისევე როგორც ეპიდემიური პაროტიტის დროსაც ვლინდება ზოგიერთი მსგავსი სიმპტომი: აღინიშნება ჯირკვლის უეცარი შეშუპება და მტკივნეულობა, ვლინდება გამონადენის შემცირება, ხშირ შემთხვევაში კი გამომტანი სადინარებიდან სრულად წყდება გამონადენი.

ქრონიკული ინტერსტიციული პაროტიტის გამწვავებისას დაზიანებული სანერწყვე ჯირკვლების ზომები მატულობს და უფრო სქელი, მკვრივი ხდება. ეპიდემიური პაროტიტი ხასიათდება სანერწყვე ჯირკვლების პირველადი დაზიანებით და ამიტომ მათ აქვთ რბილი კონსისტენცია.

ქრონიკული ინტერსტიციული პაროტიტის გამწვავებისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა ირღვევა, არ უარესდება, სადინარიდან გადმოდის მცირე რაოდენობით მღვრიე ნერწყვი. ეპიდემიურ პაროტიტს თან ახლავს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, ჯირკვლის სადინარიდან გადმოდის მცირე რაოდენობით გამჭვირვალე სეკრეტი.

ქრონიკული გამწვავებული ინტერსტიციალური სიალადენიტის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ტარდება მწვავე არსპეციფიკურ სიალადენიტთან, რადგანაც მათი კლინიკური მიმდინარეობა ხშირად ჰგავს ერთმანეთს: მწვავე დასაწყისი, სანერწყვე ჯირკვლის ზომის სწრაფი მომატება, მტკივნეულობის გაჩენა და ჯირკვლის ქსოვილის ინფილტრაცია.

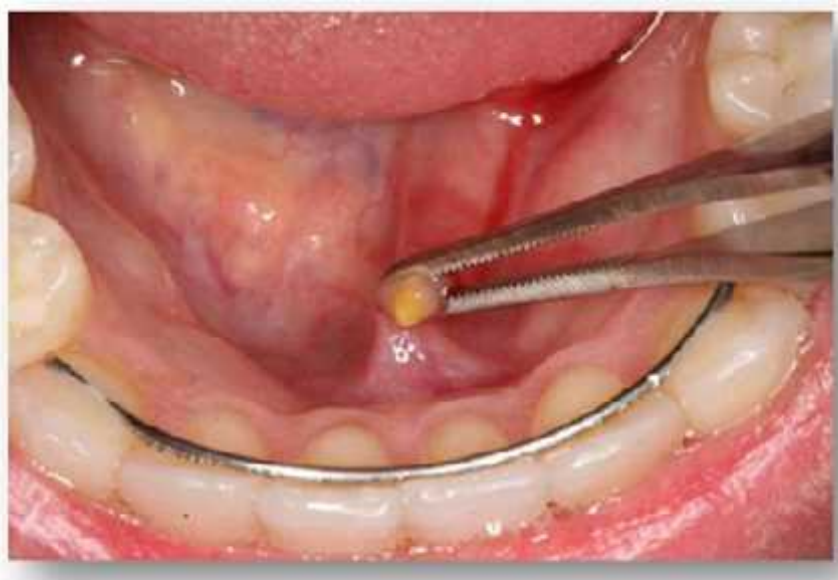
ქრონიკული გამწვავებული ინტერსტიციალური სიალადენიტის და მწვავე პაროტიტის დიფერენციალური დიაგნოსტიკისას აღინიშნება შემდეგი:

- სანერწყვე ჯირკვლების ქრონიკული ინტერსტიციალური პაროტიტი რეციდივული დაავადებაა. პროცესის გამწვავება და მისი გადასვლა მწვავე ფაზაში მიმდინარეობს დესტრუქციულად შეცვლილ ჯირკვალში. მწვავე პაროტიტის დროს ინტაქტური ჯირკვალი ზიანდება ადრევე, ხშირად ეს ხდება მძიმეზოგადი დაავადების ფონზე ან ოპერაციული ჩარევის შემდეგ. უხშირეს შემთხვევაში პროცესი ცალმხრივია, მაგრამ ზოგჯერ ზიანდება ორივე ჯირკვალი.
- ქრონიკული გამწვავებული ინტერსტიციალური პაროტიტი არ იწვევს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის დარღვევას, მიმდინარეობს სხეულის ნორმალური ტემპერატურით. მწვავე პაროტიტს თან ახლავს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის დარღვევა სხეულის ტემპერატურის მომატებით.
- ქრონიკული ინტერსტიციალური პაროტიტის გამწვავებულ ფორმას იშვიათად ახლავს ჯირკვლის ჩირქოვანი ანთება. მწვავე პაროტიტი საკმაოდ სწრაფად (2-3 დღეში) გადადის ჩირქოვანი ანთების ფორმაში.

- ქრონიკული პაროტიტის გამწვავებისას გამომტანი სადინარიდან ჩირქოვანგამონადენი იშვიათია. მწვავე პაროტიტის დროსკი გაფართოებული სადინარიდან ყოველთვის გადმოდის ჩირქოვანი მასა.

ქრონიკული გამწვავებული სიალადენიტსა და აბსცესსა და ფლეგმონას შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის საფუძველია ის ნიშნები, რომელიც დაკავშირებულია ნერწყვდენის ფუნქციის მოშლასთან. ქრონიკული გამწვავებული სიალადენიტის დროს დაზიანებული ჯირკვლის სანათურიდან გადმოდის მცირე რაოდენობით მღვრიე გამონადენი, აბსცესის და ფლეგმონის დროს კი გამონადენი ღია ფერისაა და გამოიყოფა ნორმალური ოდენობით.

**ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადება-**(კალკულოზური სიალადენიტი - სურ. № 58) ბავშვთა ასაკში იშვიათად გვხვდება, აღნიშნული პათოლოგია უფრო ხშირად გვხვდება პუბერტულ (მომწიფების) პერიოდში, თუმცა სანერწყვე ჯირკვლის კენჭები გვხვდება ახალშობილებშიც. კალკულოზური სიალადენიტი- სანერწყვე ჯირკვლის პათოლოგიებს შორის საკმაოდ გავრცელებული პათოლოგიაა.



სურ. № 58. კალკულოზური სიალადენიტი

აღნიშნული პათოლოგიის გამომწვევი მიზეზია წყალ-მარილოვანი ცვლის მოშლა, ავიტამინოზი, სანერწყვე ჯირკვლის სეკრეტის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების შეცვლა(განსაკუთრებით სეკრეტის წებოვნება). კენჭის ფორმირების მთავარი პირობაა

უცხო სხეულის (ბირთვის) თვისებები. ამ ბირთვად შეიძლება ჩაითვალოს ნერწყვის თრომბი, ანუ სასმენი(მილის) ეპითელიუმის და ლეიკოციტების უჯრედების გროვა, შეწებებული ფიბრინით, ზოგჯერ კენჭის წარმოქმნას ხელს უწყობს ჯირკვლის სადინარში მოხვედრილი უცხო სხეულები. კენჭ-წარმოქმნის ხელშემწყობი ფაქტორებია ტრავმა და სანერწყვე ჯირკვლების სადინარების ანთებითი პროცესი, ჯირკვლის სადინარებში და თვით ჯირკვალში წარმოიქმნება კონკრემენტები, რომელიც ნერწყვის მოდინებას აფერხებს, ეს იწვევს სანერწყვე სადინარების გადავსებას და გაფართოებას. ჯირკვალსა და სადინარებში იქმნება პირობები მეორადი ანთებითი პროცესის განვითარებისა. სანერწყვე ჯირკვლის კენჭები უფრო ხშირად ვითარდებიან ენისქვემა სანერწყვე ჯირკვლებში, ქვედა ყბის ქვემა ჯირკვლებშიც. კალკულოზური სიალადენიტის დროს არცთუ ისე იშვიათად გვხვდება თირკმელ-კენჭოვანი დაავადება, იშვიათად ნალვლ-კენჭოვანი დაავადება.

ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადების კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია კენჭის ლოკალიზაციაზე, პროცესის მიმდინარეობასა და ხასიათზე. აღნიშნული დაავადებისთვის დამახასიათებელია ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, ჯირკვლის მოცულობის მომატება, აღინიშნება ირგვლივ მდებარე ქსოვილების ზომიერად გავრცელებული შეშუპება, ტკივილი, რომელიც ძლიერდება საკვების მიღების დროს და მიღებამდეც. ჯირკვლის კანის საფარველის ფერი არ იცვლება, ქვედა ყბის ქვემა სანერწყვე ჯირკვლის ანთებითი პროცესის გამწვავებისას პირის გაღება შეზღუდულია, ყლაპვა მტკივნეულია. აღნიშნული სიმპტომები შეიძლება გამოვლინდეს პერიოდულად, გამწვავების პერიოდები ცვლის რემისიის პერიოდებს, რაც აიხსნება ნერწყვის დროებითი შეკავებით. როცა კენჭი დიდ ზომებს აღწევს, სრულად ახშობს სადინარის სანათურს და იწვევს მფეთქავი ხასიათის ტკივილს. ასეთ შემთხვევაში შეგუბებულ სეკრეტში ჩირქოვანი კერის ფორმირებისთვის იქმნება ხელსაყრელი პირობები, რაც გამოიხატება გაფართოებული და ჰიპერემიული სადინარებიდან ჩირქოვანი გამონადენის გადმოსვლით. ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ენისქვემა მიდამოს ან პირის ღრუს აბსცესი ან ფლეგმონა. ზოგჯერ კენჭი თავისით გადმოდის სადინარიდან სეკრეტოვან ან ჩირქოვან გამონადენთან ერთად. კენჭის სადინარში ხანგრძლივად დარჩენისას სადინარში და თვით ჯირკვალში ვითარდება ანთებითი ცვლილებები შემდგომი ნაწიბურებით. პალპაციით კენჭები კარგად პალპირებადია

პირის ღრუდან მკვრივი, მრგვალი, მტკივნეული წარმონაქმნების სახითა. სანათურის ირგვლივ ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია, ჯირკვლის სადინარი ღიაა, ჯირკვლის პალპაციისას სადინარიდან გადმოდის მღვრიე ნერწყვი ჩირქთან ერთად. ზედაპირულად განლაგებული კენჭები შეიძლება ჩანდეს ლორწოვანი გარსიდან. პალპაციას ახორციელებენ ორი თითით - ერთით პირის ღრუდან, მეორე კანის საფარველის ზედაპირიდან (სურ. № 59).



სურ. № 59. კენჭები ლორწოვანი გარსის ქვეშ

სანერწყვე ჯირკვლის კენჭები ჩვეულებრივ კარგად ჩანს რენტგენოგრაფიაზე, ზოგჯერ არასაკმარისი მინერალიზაციისას ან კენჭების არასაკმარისი ზომის დროს, კენჭები შეიძლება არ გამოჩნდნენ რენტგენოგრაფიაზე. რთულ შემთხვევებში, პროცესის რეციდივის დროს რეკომენდირებულია სიალოგრაფია. სიალოგრაფიაზე აღინიშნება ავსების დეფექტი.

ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა საჭიროა: ქრონიკულ პარენქიმატოზულ სიალადენიტთან, ლიმფადენიტთან, ლიმფური კვანძების ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზებთან ქვედა ყბის ქვეშა მიდამოში, ყბა-ენის ღარის აბსცესთან, სანერწყვე ჯირკვლის დერმოიდული კისტასა და ნეოპლაზიასთან.

ნერწყვ-კენჭოვან დაავადებასა და ქრონიკულ პარენქიმატოზულ სიალადენიტს შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის აუცილებლობა აიხსნება მათი კლინიკური გამოვლინებების თანხვედრაში. ამ ორივე დაავადების დროს სანერწყვე ჯირკვლები გადიდებულია, გასქელებულია, ხორკლიანია. ჯირკვლის მასაჟის დროს

სადინარებიდან გამოიყოფა ჩირქოვანი ნერწყვი. ორივე პროცესი შეიძლება მიმდინარეობდეს ანთებითი პროცესის პერიოდული გამწვავებებით.

ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადების განმასხვავებელი ნიშანია: სანერწყვე ჯირკვლის მოცულობის მომატება საკვების მიღების დროს და ამ დროს ნერწყვ-ჯირკვლოვანი კოლიკის განვითარება. ქრონიკული პარენქიმატოზული სიალადენიტის დროს ჯირკვლის ზომის მომატება და სანერწყვე ჯირკვლის კოლიკის განვითარება არ ვლინდება.

ნერწყვ-კენჭოვან დაავადებასა და ჯირკვლის სანათურში უცხო სხეულის მოხვედრით გამოწვეულ სიალადენიტს შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის აუცილებლობა აიხსნება მათი კლინიკური გამოვლინებების თანხვედრით. ორივე დაავადების დროს აღინიშნება სანერწყვე ჯირკვლის გადიდება და გასქელება. საკვების მიღების დროს აღინიშნება ნერწყვ-ჯირკვლოვანი კოლიკა, აღინიშნება ანთებითი პროცესის პერიოდული გამწვავება.

ნერწყვ-კენჭოვან დაავადებასა და ჯირკვლის სანათურში უცხო სხეულის მოხვედრით გამოწვეულ სიალადენიტს შორის განსხვავება ვლინდება ანამნეზის მონაცემებში. კალკულოზური სიალადენიტის დროს ავადმყოფები ჩვეულებრივ მიუთითებენ, რომ დაავადება დაეწყოთ კვების დროს ტკივილის განვითარებით, სანერწყვე ჯირკვლის გადიდებით და გასქელებით. სიალადენიტის დროს კი, რომელიც გამოწვეულია ჯირკვლის სანათურში უცხო სხეულის მოხვედრით, ავადმყოფები აღნიშნავენ, რომ ტკივილის დაწყებას, სანერწყვე ჯირკვლის გადიდებას და გასქელებას წინ უძღოდა ენისქვეშა მიდამოში ან ლოყის მიდამოში ჩხვლეტის შეგრძნება. მეორე განმასხვავებელი ნიშანი ვლინდება რენტგენოლოგიურ სურათზე. ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადების დროს სიალოგრამაზე კენჭის ლოკალიზაციის მიდამოში აღინიშნება გაფართოებული სადინარის ჩრდილი ან ჯირკვლის პარენქიმაში ღრუს ჩრდილი. ამასთან ერთად, კენჭის ჩრდილი ნაკლებად კონტრასტულია, ვიდრე შეყვანილი იოდოლიპოლისა, ან კიდევ ვლინდება ავსების დეფექტი. ჯირკვლის სანათურში უცხო სხეულის მოხვედრით გამოწვეული სიალადენიტის დროს სიალოგრამაზე ავსების დეფექტი აღინიშნება გამომტან სადინარში, იქ სადაც არის უცხო სხეული.

ერთნაირი ანატომიური ლოკალიზაცია განაპირობებს დიფერენციალური დიაგნოსტიკის აუცილებლობას ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის კალკულოზურ სიალადენიტსა ყბის ქვეშა ლიმფადენიტს ან ავთვისებიანი სიმსივნის ქვედა ყბის ქვეშა ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზს შორის. გადიდებული ქვედა ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალი და ლიმფადენიტის დროს გადიდებული ლიმფური ჯირკვალი ან ლიმფურ ჯირკვალში ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზის დროს პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაცია ერთიდაიგივე ანატომიურ მიდამოშია, დათვალიერებისას გარეგანი ნიშნები ერთნაირია და ერთნაირი მკვრივ-ელსტიკური კონსისტენცისაა.

ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადება, რომლის დროსაც კენჭის ლოკალიზაციაა ქვედა ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალი განსხვავდება ქვედა ყბის ქვეშა ლიმფადენიტის და ან ავთვისებიანი სიმსივნის ქვედაყბისქვეშა ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზისაგან იმით, რომ კალკულოზური სიალადენიტის დროს საკვების მიღებას თან ახლავს ნერწყვ-კენჭოვანი კოლიკა სანერწყვე ჯირკვლის გამკვრივებით და გადიდებით. ქვედა ყბის ქვეშა ლიმფადენიტის, ავთვისებიანი სიმსივნის ქვედაყბისქვეშა ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის დროს კი საკვების მიღება არ იწვევს ნერწყვ-კენჭოვან კოლიკას და არ ახლავს ამ სტრუქტურების გადიდება.

კალკულოზური სიალადენიტის დროს, რომლის დროსაც კენჭი ლოკალიზებულია ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვალში, სადინარიდან გამოიყოფა მცირე რაოდენობით მღვრიე ნერწყვი ან ჩირქი. ყბისქვეშა ლიმფადენიტის და ან ავთვისებიანი სიმსივნის ყბისქვეშა ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზის დროს კი სანერწყვე ჯირკვლის სადინარის სანათურიდან გამოიყოფა ნორმალური ოდენობის გამჭვირვალე ნერწყვი.

აუცილებელია ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადებით გამოწვეული ყბის ქვეშა ჯირკვლის ქრონიკული ანთების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ყბა-ენის ღარის აბსცესთან, რაც განპირობებულია ამ პროცესების კლინიკური გამოვლინებების მსგავსებით, როგორცაა სხეულის ტემპერატურის მომატება, ყბა-ენის ღარის მიდამოში და პირის ღრუს შეშუპება და ინფილტრაცია.

განსხვავება ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადებით გამოწვეულ ყბისქვეშა ჯირკვლის ქრონიკული ანთების გამწვავებასა და ყბა-ენის ღარის აბსცესს შორის განპირობებულია დაავადების დაწყებამდე არსებული პროცესების ხასიათის, ნიშნების სხვაობით.

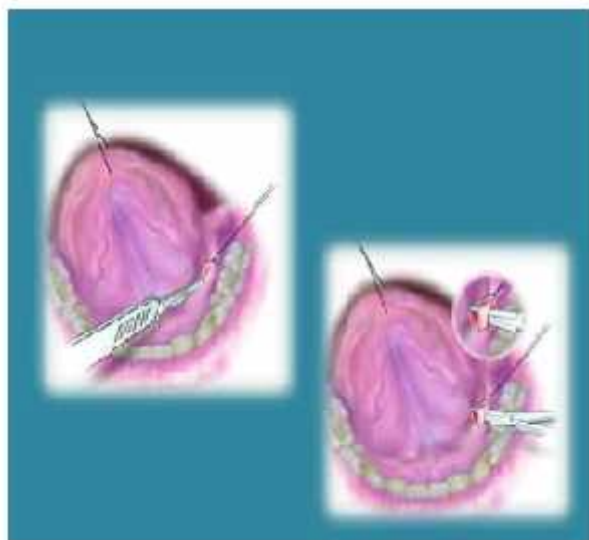
კალკულოზური სიალადენიტით გამოწვეული ყბისქვეშა ჯირკვლის ქრონიკული ანთების გამწვავებას წინ უსწრებს ნერწყვ-კენჭოვანი ხასიათის ტკივილი, რომელიც ჩნდება საკვების მიღებასთან ერთად. ყბა-ენის ღარის აბსცესის განვითარებს წინ უსწრებს ანთებითი პროცესი, ქვედა ყბის მოლარების პერიოდონტიტი, პირის ღრუს ლორწოვანის ტრავმა.

ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადებით გამოწვეულ ყბისქვეშა ჯირკვლის ქრონიკული ანთების გამწვავებისას, გამომტანი სადინარიდან გამოიყოფა მღვრიე ნერწყვი ან სადინარიდან გამონადენი საერთოდ არ არის. ყბა-ენის ღარის აბსცესის დროს ქვედა ყბის ქვეშა ჯირკვლის გამომტანი სადინარიდან გამოიყოფა გამჭვირვალე ნერწყვი.

**მკურნალობა-** ძირითადად ადგილობრივია. როცა კენჭის ლოკალიზაცია ახლოსაა სანათურთან, ინიშნება სანერწყვე ჯირკვლის მასაჟი, სითბური პროცედურები, აბაზანები, სავლები, ამ ყველაფრის შემდეგ პატარა კენჭები შეიძლება თავისით გამოიდევენოს სანათურიდან. აღნიშნული პროცედურებზე ეფექტის არ არსებობისას, კენჭის ამოღებისთვის გამოიყენება ქირურგიული მეთოდები (სურ.№ 60). რთულად და რეციდივებით მიმდინარე ნერწყვ-კენჭოვანი დაავადებისას, როცა მრავლობითი კენჭები და უხეში ცვლილებებია ჯირკვლის პარენქიმაში, ჯირკვალს აცილებენ. ჯირკვლის სადინარის სანათურიდან კენჭის ამოღების მიზნით ქირურგიული ჩარევის დროს განაკვეთს აკეთებენ პირის ღრუს ლორწოვანიდან. უფრო ხშირად კენჭი ჩალაგებულია ყბის ქვეშა ჯირკვლის სადინარში.

სურ. № 60.

კენჭის მოცილების სქემა



ქვედა ყბის ქვეშა ჯირკვლის სადინარიდან კენჭის ამოღების ოპერაციის დროს აკეთებენ ენის ნერვის ღეროვან ანესთეზიას (მანდიბულარულის სახით). ამის გარდა შეიძლება ლოკალური გაყუჩება 5% კოკაინის ხსნარის აპლიკაციით, ლიდოკაინის 10% ხსნარით. თუ კენჭი კარგად ისინჯება, ლორწოვანი გარსის განაკვეთი ტარდება პირდაპირ ზედ კენჭზე, გაკვეთამდე საჭიროა მიზანმიმართულად აბრეშუმის ძაფის გატარება(ლიგატურა)რბილი ქსოვილებიდან კენჭის უკან, სანათურისკენ რომ არ გადაინაცვლოს ზომიერი დაჭიმვით კენჭი ფიქსირდება, იკვეთება ლორწოვანი გარსი, სანათურის კედელი და კენჭს იღებენ პინცეტით.

პატარა ზომის კენჭის დროს ლორწოვან გარსზე განაკვეთს ატარებენ ზონდის კონტროლით, რომელიც გატარებულია სადინარის სანათურში. კენჭის სადინარიდან ამოღების შემდეგ ჭრილობას ჩვეულებრივ არ კერავენ, დრენაჟს არ სვამენ. ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის სადინარში კენჭის იშვიათი ლოკალიზაციის დროს, ლორწოვან გარსზე განაკვეთს ატარებენ გამჭოლად ნაკეცის მიმართულებით, ლორწოვანი გარსის ქვეშ გამოჩნდება სანერწყვე ჯირკვალი, პალპაციით განისაზღვრება კენჭის ლოკალიზაცია, ჯირკვლის შესაბამის ნაწილს გაკვეთენ, გააშრევენ და გამოცალკეების შემდეგ ჭრილობას კერავენ კეტგუტით. სადინარის სანათურის მიდამოში ვიწრო რეზინის ნაჭერს ტოვებენ დრენაჟისთვის, რომელსაც აფიქსირებენ ნაკერით 7-10 დღე. პოსტ-ოპერაციულ პერიოდში ხორციელდება ულტრაისფერი სხივებით თერაპია.

**ქრონიკული სიალოდოქიტი** - ამ ტერმინის ქვეშ იგულისხმება ყბა-ყურა სანერწყვე ჯირკვლის ან ყბის ქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის მთავარი სადინარის ან მსხვილი ჯირკვლის შიგა სადინარების პირველადი ანთებითი პროცესი. ამ დროს ავადმყოფები უჩივიან ნერწყვდენის მატებას, განსაკუთრებით ქვედა ყბის მოძრაობის დროს (საუბრისას, საკვების ღეჭვის დროს).

დათვალიერებისას გამომტანი სადინარის მიდამოში, დასაწყისი სტადიის დროს დაავადების ნიშნების გამოვლენა ჩვეულებრივ ვერ ხერხდება. ბიმანუალური პალპაციის დროს ლოყის მიდამოში ან პირის ღრუს ფსკერზე ვლინდება სადინარების გასქელება. პროცესის გამწვავების დროს სანათური პალპირდება, როგორც კომპაქტური მტკივნეული დაჭიმულობა, სადინარის სანათურიდან გამოიყოფა ლორწოვან-ჩირქოვანი ნერწყვი ან ჩირქი. ამასთან ერთად, პროცესი შეიძლება გავრცელდეს

ჯირკვლის პარენქიმაში, ამ დროს სანერწყვე ჯირკვლის მიდამოში ჩნდება ტკივილი და შეშუპება.

სიალოგრამაზე, რომელიც გაკეთდება დაავადების დასაწყის სტადიაში, ვლინდება ჯირკვლის მსხვილი სადინარების გაფართოება( 1-ლი და მე-2 რიგის) თანაბარი კონტურებით. წვრილი სადინარების გამოსახულება და ჯირკვლის ჩრდილი ჩვეულებრივ შეცვლილი არ არის.

სიალოგარამა, რომელიც გაკეთდება დაავადების გვიან სტადიებში, აღინიშნება არა მარტო ჯირკვლის მსხვილი სადინარების გაფართოება, არამედ მათი კონტურების დეფორმაცია, შევიწროება -გაფართოების მონაცვლეობით. ჯირკვლის პარენქიმის ჩრდილი სკლეროზირების გამო მის ცალკეულ ნაწილებში არათანაბარია.

**დიფერენციალური დიაგნოსტიკა** - საჭიროა ქრონიკული სიალოდოხიტის დიფერენციალური ქრონიკული სიალიადენიტთან (პარენქიმატოზული და ინტერსტიციალური), რადგანაც ამ დაავადებებს ახასიათებთ მთელი რიგი საერთო სიმპტომებისა ქრონიკულ სიალადენიტთან შედარებისას. ეს დაავადებები ყველა იწყება სანერწყვე ჯირკვლებში ყოველგვარი გარეგანი გამოვლინებების გარეშე, ნერწყვის გამოყოფა ლორწოვან მასასთან ერთად. ქრონიკული სიალადენიტის გამწვავებისას ანთებით პროცესში ხშირად ერთვება ჯირკვლის პარენქიმა, ეს იწვევს ტკივილის შეგრძნებას და შეშუპებას, რაც დამახასიათებელია ქრონიკული სიალადენიტების გამწვავებისთვის. ქრონიკული სიალადენიტისთვის დამახასიათებელია თვითნებური დიდი რაოდენობით სეკრეტის გამოყოფა ჯირკვლის სადინარიდან, სეკრეტის ევაკუაციას აადვილებს ჯირკვლის მსუბუქი მასაჟი. ქრონიკული სიალოადენიტისგან განსხვავდება იმით, რომ გამომტანი სადინარიდან სეკრეტის გამოყოფისთვის აუცილებელია ჯირკვლის მასაჟი.

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. გოგილაშვილი ქ. სამხარაძე ს. - ბავშვთა და მოზრდილთა ენდოდონტია.- თბილისი, 2017.- 544. გვ.
2. კოლესოვი ა. - ბავშვთა ასაკის სტომატოლოგია. — თბილისი, „მთაწმინდელი“, 2004. — 436 გვ.
3. ნემსაძე ო. - ქირურგიული სტომატოლოგია. — თბილისი, „დასტაქარი“, 2005 — 562 გვ.
4. შიშნიაშვილი თ. - სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა. - თბილისი, 2018. - 302 გვ.
5. წილოსანი ნ., შაქარაშვილი მ. - ადგილობრივი გაუტკივარება სტომატოლოგიაში. - თბილისი, 2013. —148 გვ.
6. . . . .- .- . . . .Человек, 2016.
7. Бойко В. – Аксиомы поведения ребёнка на приеме у стоматолога. ДентАрт. -2013, №1.- С.83-91.
8. Зеленский В.А. Мухорамов Ф.С. - Детская хирургическая стоматология и челюстно- лицевая хирургия. .: . - , 2008. – 208 с.
9. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. - Стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 2003. — 640 с.
10. . . . . — . - : „ . . . .“, 2005. – 470 с.