

მცირე ზომის კიბოს და ეროზიების შემთხვევაში. ამიტომ, მნიშვნელოვანია ამ ორი მეთოდის შეთავსება.

დანარჩენი არაინვაზიური მეთოდები - უს, კტ, ბმრტ ნაჩვენებია მხოლოდ განსაკუთრებულ რთული პროცესების ვერიფიკაციისათვის.

მთლიანობაში სკრინინგული პროგრამის ღონისძიებების ძვირადღირებულებამ და მასიური პროფილაქტიკური ღონისძიებების სირთულეებმა განსაზღვრა რისკ-ჯგუფების ჩამოყალიბების აუცილებლობა სამი ძირითადი ფენომენის გათვალისწინებით — ასაკი, კლინიკური ნიშნები, სავარაუდოდ დატვირთული ოჯახური გენეზი და მათი ტესტირება ჩვენების მიხედვით, რაც მოსახლეობისთვის ნაკლებად ღირებული და შედარებით მისაწვდომ ღონისძიებებად იქნება მიჩნეული.

ჩატარებულმა სამუშაოებმა ნათლად დაგვანახა ცალკეული ტესტის ინფორმაციულობა და გამოყენების ადექვატურობა, განსაკუთრებით მასობრივი ტესტირება ფარულ სისხლდენაზე და ენდოსკოპიური სკრინინგი. ამიტომ კიბოს პროფილაქტიკის ძირითად ელემენტს წარმოადგენს სწორედ უსიმპტომოდ მიმდინარე კიბოსწინა და სხვა ქრონიკული პროცესების დადგენა ამ მეთოდების გამოყენებით.

სკრინინგის შედეგების მტკიცებულება აუცილებლად შედარებული უნდა იყოს საკონტროლო მონაცემებთან და დადასტურებული ჰისტოპათოლოგიური კვლევით.

ლიტერატურა:

1. Butt J.H., Lennard-Jones J.E., Richie J.K. A practical approach to the risk of cancer in inflammatory bowel disease: reassure, watch, or act? // *Med. Clin. North Amer.* – 1980. -Vol. 64. -P.1203-1220.
2. Imperiale T., Wagner D., Lin Ch. et al. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *New Engl. J. Med.*, 2000, 343, 3:169.
3. Liberman D., Weiss D., Bond J. et al. use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *New Eng. J. Med.*, 2000, 343, 3:1.
4. Marks R.D., Hall G., Veerapalli R. et al. Fecal occult blood testing. *Gastroenterol.*, 1997, 112,4 4:A28.
5. Mandel J.S., Bond J.H., Church T.R. et al. Reducing mortality from fecal occult blood // *New Engl. J. Med.* - 1993. – Vol. 328 – P. 1365-1371.
6. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. functional bowel disorders and Functional abdominal pain // *Gut.* – 1999. – vol.45, suppl.2.-p.43-47.

Abuladze T., Gogiashvili L., Turiashvili N., Kvashilava L., Chachanidze N., Kukulava N.

PRIORITIES OF SCREENING IN EARLY DIAGNOSTICS OF COLORECTAL PATHOLOGY

Proctology Division of TSMU Surgery Department, Tbilisi Iashvili Proctologic Centre, Natishvili Experimental Morphology Institute of National Scientific Academy, Young Medical Servants, Residents and TSMU Student Group

The early diagnostic unified algorithm and screenings represent an issue in current coloproctology. The mass-scale prophylaxis examinations play the most important role in early diagnostics of colon pathology today.

The purpose of our research was to evaluate the efficacy of various screening tests on correctly chosen diagnostic algorithmic grounds in early diagnostics of colorectal pathology.

The modern screening tests used were as follows:

1. specific questionnaires on the quality of living;
2. tests on occult hemorrhages;
3. finger revision and sygmoidoscopy;
4. colonoscopy;
5. endobiopic histology;
6. Irrigoscopy (irrigography)
7. bacteriologic examinations;
8. various non-invasive examinations;

The screening testing was performed on 572 subjects, divided into 3 groups.

The several important points need to be mentioned: priorities in aged group (over 50), the so called “nonsymptomatic group” were detailed questionnaires and active propagation of occult hemorrhage testing revealing 58 positive cases. Comprehensiveness of each testing and their adequate application is essential. Endoscopic screenings, in particular, helped in early diagnostics of numerous neoplasms and differentiation of tumors (e.g. colorectal cancer) or functional colopathies.

ანჯვერელი ლ., გვენეტაძე ზ., დანელია თ.

ცხვირის ანატომიური რეკონსტრუქციისა და ესთეტიკური კორექციის ერთმომენტური მეთოდი, როგორც პროლაპსის გადაწყვეტის ოპტიმალური გზა

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიული სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის დეპარტამენტი

ცხვირის შეძენილი დეფორმაციის უზშირეს მიზეზს ტრავმული დაზიანება წარმოადგენს. შედარებით იშვიათად ცხვირის დეფორმაციები ან დეფექტები შეიძლება განვითარდეს ანთებითი ან სიმსივნური პროცესების შედეგადაც. ცხვირის შეძენილი დეფორმაციები, გამომდინარე მიყენებული ძალის სიდიდიდან და მიმართულებიდან, შეიძლება დაიყოს ხუთ ძირითად ჯგუფად:

ა) დეფორმაცია, გამონეწეული მსხლისებური შესავლის კიდეებისა და ცხვირის ძვალ-ხრტილოვანი ჩონჩხის დაზიანებით, რის შედეგადაც გარეთა ცხვირი არის გაბრტყელებული ან გადანაცვლებული ცხვირის ღრუს მიმართულებით.

ბ) დეფორმაცია, გამონეწეული ცხვირის ძვლოვანი ჩონჩხის დაზიანებით, რის გამოც ცხვირის ზურგის, ძვლოვანი ნაწილი ჩავარდნილია, ხოლო ხრტილოვანი ნაწილი გადანაცვლებულია ზევით.

გ) დეფორმაცია, გამონეწეული ცხვირის ჩონჩხის ხრტილოვანი ნაწილის დაზიანებით, რის შედეგადაც ცხვირის ზურგის ძვლოვანი ნაწილი გამოიყურება ნორმალურად, ხოლო ხრტილოვანი ჩავარდნილია და გადანაცვლებულია ცხვირის ღრუს მიმართულებით.

დ) დეფორმაცია, გამონეწეული ცხვირის ძვალ-ხრტილოვანი ჩონჩხის ცალმხრივი დაზიანებით, რის გამოც ცხვირის შესაბამისი ნახევარი გადანაცვლებულია ცხვირის ღრუს მიმართულებით.

ე) დეფორმაცია, გამონეწეული გვერდიდან მიყენებული ტრავმით, ცხვირის ძვალ-ხრტილოვანი ჩონჩხის დაზიანებით და გადანაცვლებით ტრავმის საპირისპირო მხარეს (ცენტრის დარღვევა).

იმდენად, რამდენადაც ცხვირი წარმოადგენს სახის ცენტრალურ ორგანოს, მისი ფორმის უმნიშვნელო ცვლილებაც კი არღვევს სახის ინდივიდუალობას. ვინაიდან ცხვირის შეძენილი დეფორმაციების უხშირეს შემთხვევებში ადგილი აქვს კოსმეტიკური და ფუნქციური ხასიათის დარღვევებს, იქმნება ორგანოს როგორც ანატომიური რეკონსტრუქციის, ისე კოსმეტიკური კორექციის აუცილებლობა. ჩვეულებრივ, ცხვირის შეძენილი დეფორმაციების რთული შემთხვევების დროს ქირურგები ირჩევენ ოპერაციული მკურნალობის ორეტაპიან მეთოდს: ისინი თავდაპირველად მიმართავენ ორგანოს ანატომიურ რეკონსტრუქციას, რაც უზრუნველყოფს ცხვირით სუნთქვის აღდგენას და ფორმის მეტ-ნაკლებ კორექციას (ანატომიური რინოპლასტიკა), ხოლო შემდეგ, ნარჩენი დეფორმაციის გათვალისწინებით - მის ესთეტიკურ კორექციას (კოსმეტიკური რინოპლასტიკა).

გამომდინარე ჩვენი ბოლო სამი წლის დაკვირვებებიდან (14 კლინიკური შემთხვევა) ვთვლით, რომ ცხვირის შეძენილი დეფორმაციების დროს პრობლემის გადანაცვლების ყველაზე მოკლე და ეფექტური გზა არის ცხვირის ანატომიური რეკონსტრუქციისა და ესთეტიკური კორექციის ერთმომენტური მეთოდი.

ჩვენს მიერ ოპერირებული 14 ავადმყოფიდან 1 ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ცხვირის დეფორმაციის 1-ე ჯგუფს, 6 - 2-ე ჯგუფს, 4 - 3-ე ჯგუფს, 0 - 4-ე ჯგუფს და 3 - 5-ე ჯგუფს.

თითოეულ კლინიკურ შემთხვევაში, დეფორმაციის ხასიათიდან გამომდინარე, ვადგენდით ოპერაციული ჩარევის გეგმას. ოპერაციას ვატარებდით ენდოტრაქეალური ნარკოზით.

ცხვირის დეფორმაციის ყველაზე რთული შემთხვევა (4-ე ჯგუფი), როგორც აღვნიშნეთ, გამოვლინდა მხოლოდ ერთ კლინიკურ შემთხვევაში. საქმე შეეხე-

ბოდა სატრანსპორტო ტრავმას. ვინაიდან ავადმყოფის მდგომარეობა იყო მძიმე, მისი ტრანსპორტირება რაიონული კლინიკიდან მოხერხდა მხოლოდ მეთერთმეტე დღეს. ავადმყოფს ჰქონდა ცხვირის ძვლების, ძვლოვანი ძგიდის და ზედა ყბის ცხვირის მორჩების მრავლობითი მოტეხილობა, რის გამოც ცხვირის ზურგი იყო გაბრტყელებული და რამდენადმე გადანაცვლებული ცხვირის ღრუს მიმართულებით. დეფორმაციას განიცდიდა ცხვირის ხრტილოვანი ჩონჩხიც. კერძოდ, სამკუთხა ხრტილები მოცილებული იყო როგორც ცხვირის ძვლოვანი ჩონჩხიდან, ისე ცხვირის ძგიდის ხრტილოვანი ნაწილიდან. ერთმანეთისგან იყო გათიშული აგრეთვე დიდი ფრთისებური ხრტილების მუხლებიც, რის გამოც ცხვირის მწვერვალი იყო გაორებული. ამიტომ გადანყდა ერთმომენტური ოპერაციული ჩარევით გადანყვეტილიყო როგორც ფუნქციური, ისე კოსმეტიკური ხასიათის პრობლემები. მიუხედავად იმისა, რომ შეხორცებითი პროცესი იყო დაწყებული, ენდო- ეგზონაზალური მიდგომით მოხერხდა ცხვირის ძვლოვანი ფრაგმენტების რეპოზიცია, აღდგა ცხვირის ზურგის სიმაღლე და დროებით, წინა ტამპონადის საშუალებით დაფიქსირდა სწორ დგომაში. შემდეგ ორივე მხარეს გატარდა ენდონაზალური განაკვეთები ცხვირის ფრთებზე და ძგიდეზე, ლორწოვანისა და კანის საზღვარზე. აღნიშნული განაკვეთების წინა კიდეები შეერთდა ცხვირის ძგიდის ქვედა კიდეზე გატარებული განაკვეთით. აშრევდა რბილი ქსოვილები ცხვირის ზურგზე ერთი მთლიანი ნაფლეთის სახით და მობილიზდა ზევით. დაირღვა ახლადწარმოქმნილი შემაერთებული ქსოვილი ცხვირის დეფორმირებულ ხრტილებსა და ძვლოვან ფრაგმენტებს შორის. სამკუთხა ხრტილები გადანაცვლდა და დაფიქსირდა სწორ პოზიციაში, ერთის მხრივ, ცხვირის რეპონირებული ძვლების პერიოსტეუმთან, ხოლო მეორეს მხრივ - ცხვირის ძგიდესთან, კერძოდ, ოთხკუთხა ხრტილის წინა კიდე-ესთან. ერთმანეთისაგან გათიშული დიდი ფრთისებური ხრტილების მუხლები ასევე მობილიზდა და დაფიქსირდა სწორ მდებარეობაში როგორც ერთმანეთთან, ისე სამკუთხა ხრტილების ქვედა კიდეებთან. ამდენად, აღმოიფხვრა ცხვირის მწვერვალის გაორება. ეგზონაზალურად, ორივე მხრიდან ერთდროული ზენოლით შეიკუმშა ცხვირის ფუძე. ვინაიდან ადგილი ჰქონდა მსხლისებური შესავლის კიდეების დაზიანებას, ცხვირის ფუძის შეკუმშვის შემდეგ შეიქმნა მონატეხი ფრაგმენტების სწორ დგომაში იმობილიზაციის პრობლემა. აღნიშნულის გამო პირველ ეტაპზე მონატეხი ფრაგმენტების იმობილიზაცია მოხდა ცხვირის ფუძეზე გატარებული II-ს მაგვარი მავთულოვანი ნაკერით, რომლის საშუალებითაც ცხვირის ზურგის ორივე მხარეს დაფიქსირდა მამოდელირებელი მორგებები. ოპერაცია დასრულდა ფრაგმენტების ენდონაზალური იმობილიზაციით, ანტისეპტიკურ მალამოში დასველებული ფილტებით, რომლებიც გატარდა II-ს მაგვარი ნაკერის ზევით. ოპერაციიდან 10 დღის

შემდეგ მოიხსნა II-ს მაგვარი ნაკერი და ცხვირის შემდგომი მოდელირება გაგრძელდა ენდო- ეგზონაზალური მიდგომით, ანტისპეტიკური ფილტვებისა და თაბაშირის მამოდელირებელი ნახვევის გამოყენებით. ამდენად, ერთმომენტიანი ოპერაციული ჩარევით ერთდროულად გადაიჭრა ორივე პრობლემა - ცხვირის ფუნქციისა და ესთეტიკური ფორმის აღდგენა.

როგორც აღინიშნა, ჩვენს მიერ ოპერირებული ექვსი ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ცხვირის დეფორმაციის ბ ჯგუფს. აქედან ოთხ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა საყოფაცხოვრებო, ერთ შემთხვევაში - სპორტულ და ერთ შემთხვევაში - სატრანსპორტო ტრავმას. ექვსივე შემთხვევაში აღინიშნებოდა ცხვირის ზურგის ძვლოვანი ნაწილის ჩავარდნა, რაც გამონეწული იყო ცხვირის ზურგის ძვლებისა და ცხვირის ძვლოვანი ძვლის მოტეხილობით. ამასთან, აღინიშნებოდა ცხვირის ხრტილოვანი ნაწილის დეფორმაცია, ვინაიდან ცხვირის ზურგის ჩავარდნის გამო ეს უკანასკნელი განიცდიდა გადანაცვლებას რამდენადმე ზევით. აღნიშნული ჯგუფის ავადმყოფებში ყველაზე დიდ სირთულეს რეკონსტრუქციული რინოპლასტიკის დროს წარმოადგენს ცხვირის დაბალი (უნაგირისებური) ზურგის აღდგენა. როდესაც ამ თვალსაზრისით დეფორმაცია უმნიშვნელოა, შესაძლოა საკმარისი აღმოჩნდეს ცხვირის ძვლების ცენტრალური და გვერდითი ოსტეოტომიის ჩატარება ძვლის ოპერაციულ კორექციასთან ერთად და ძვლოვანი ფრაგმენტების სწორ მდგომარეობაში იმობილიზაცია. ცხვირის ზურგის მნიშვნელოვანი ჩავარდნის დროს, გარდა ცენტრალური და გვერდითი ოსტეოტომიისა და ძვლის ოპერაციული კორექციისა, აუცილებელია ქსოვილოვანი დეფიციტის შევსებაც. ჩვენს მიერ ბ ჯგუფის 6 პაციენტიდან, 4 შემთხვევაში ცხვირის დაბალი ზურგის კორექციის მიზნით გამოყენებული იქნა აუტოხრტილი, ხოლო 2 შემთხვევაში - ტიტანის ბადისებური ფირფიტა. ჩვეულებრივ, ასეთი დეფორმაციების დროს აუტოტრანსპლანტატად გამოიყენება ნეკნის ძვალხრტილოვანი ფრაგმენტი. სიახლეს ჩვენს შემთხვევაში წარმოადგენდა ის, რომ აუტოტრანსპლანტატად ვიყენებდით ცხვირის ძვლის დეფორმირებული ოთხკუთხა ხრტილიდან აღებულ ფრაგმენტს, რომელსაც გამოვყოფდით ორივე მხრიდან სუბმუკოზურად და რეზექციის შემდეგ ძვლის ლორწოვანი გარსის მთლიანობას აღადგენდით ატრავმული ნაკერებით. ამის შემდეგ კლასიკური მეთოდით ტარდებოდა ცხვირის ძვლების შუა და გვერდითი ოსტეოტომია და ცხვირის ფუძის შეკუმშვა, რითაც ერთდროულად ვაღწევდით ცხვირის ზურგის ამაღლებას. ცხვირის ზურგის მოდელირება ნორმამდე ანუ ნარჩენი დეფორმაციის აღმოფხვრა ხდებოდა ძვიდიდან აღებული აუტოხრტილის ფორმირებით და შეტანით დეფორმაციის უბანში. აუტოხრტილი შეიძლება ფიქსირებული იქნას თაბაშირის მამოდელირებელი ნახვევით ან ნაკერით (ამ უკანასკნელის შემთხვევაში აუცილებელი ხდება დამატებითი განაკვეთის გატარება ძვლის ფუძეზე და რბილი

ქსოვილების ნაფლეთის ათიშვა ცხვირის ზურგიდან). ამდენად, აღნიშნული ჩარევით ვახდენდით როგორც ძვლის დეფორმაციის ლიკვიდაციას, ისე ცხვირის ზურგის კორექციას.

როგორც აღვნიშნეთ, ორ შემთხვევაში აუტოხრტილის ნაცვლად ცხვირის უნაგირისებური ზურგის მოდელირების მიზნით გამოყენებული იქნა ტიტანის ბადისებური ფირფიტა, რომელიც სათანადო ზომაზე გამოჭრის შემდეგ მოიხარა, მიეცა ცხვირის ზურგის ფორმა და დაფიქსირდა ცხვირის ძვლების პერიოსტუმთან.

აღნიშნული 6 კლინიკური შემთხვევიდან 2 შემთხვევაში, პაციენტის სურვილის გათვალისწინებით მოხდა ცხვირის ესთეტიკური კორექცია, კერძოდ, სიგრძეში დამოკლება ოთხკუთხა და დიდი ფრთისებური ხრტილების ქვედა კიდეების რეზექციით. ცხვირის ოპერაციის შემდგომი მოდელირება მიმდინარეობდა ტრადიციულად ენდო- ეგზონაზალური იმობილიზაციით.

ჩვენს მიერ ოპერირებული ოთხი ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ცხვირის დეფორმაციის გ ჯგუფს. ოთხივე შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა საყოფაცხოვრებო ტრავმას. ოპერაცია აღნიშნულ ჯგუფში ტექნიკურად შესრულდა შემდეგნაირად: გატარდა ენდონაზალური განაკვეთები ცხვირის ფრთებზე და ძვიდეზე და დამატებითი შემაერთებული განაკვეთი ძვლის ფუძეზე. გაითიშა რბილი ქსოვილები ცხვირის ზურგზე ნაფლეთის მობილიზაციით და ცხვირის ზურგის გაშიშვლებით. გაითიშა ფიბროზული შემაერთებული ქსოვილი ცხვირის ხრტილოვანი ძვლის წინა კიდეზე და სამკუთხა და დიდ ფრთისებურ ხრტილებს შორის. ხრტილები მობილიზდა და შეიკერა ერთმანეთთან სწორ მდგომარეობაში. ცხვირის ჩავარდნილი მწვერვალის ამაღლების მიზნით დიდი ფრთისებური ხრტილების მუხლები გადანაცვლდა ერთმანეთის მიმართულებით, დაშლირდა და დაფიქსირდა კვანძოვანი ნაკერებით. ვინაიდან ცხვირის ძვლოვანი ჩონჩხი აღნიშნულ კლინიკურ შემთხვევებში დაზიანებას ფაქტურად არ განიცდიდა, სამი პაციენტის შემთხვევაში ცენტრალური და გვერდითი ოსტეოტომია და ცხვირის ფუძის შეკუმშვა არ გვინარმოებია. ერთ შემთხვევაში, იმის გამო, რომ ავადმყოფს ჰქონდა ცხვირის ბუნებრივად ფართო ფუძე, მისი სურვილის გათვალისწინებით, ხრტილოვანი ნაწილის კორექციასთან ერთად ჩატარდა ოსტეოტომია და ფუძის შეკუმშვა.

როგორც აღვნიშნეთ, სამი ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ცხვირის დეფორმაციის ე ჯგუფს. აქედან ორ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა საყოფაცხოვრებო, ხოლო ერთ შემთხვევაში - სატრანსპორტო ტრავმას.

აღნიშნულ ჯგუფში ცენტრალური და გვერდითი ოსტეოტომიის ჩატარებამდე მოხდა ძვალ-ხრტილოვანი ძვლის ოსტეოტომია, მისი ფუძიდან მოყოლებული, მთელ სიგრძეზე. ორ შემთხვევაში ძვლის ოსტეოტომია ჩატარდა ენდონაზალური მიდგომით, ერთ შემთხვევაში კი - ინტრაორალური მიდგომით, ენდონაზალურად ფრთებზე და ძვიდეზე ტიპური განაკვეთების გატარების შემდეგ ოთხკუთხა ხრტი-

ლის ქვედა კიდის შეჭრა ხდებოდა ქირურგიული მაკრატლის საშუალებით, ჭრილობი იდგმებოდა სატეხი და ჩაქურჩის წყვეტილი დარტყმებით ხდებოდა ძგიდის ოსტეოტომია მთელ სიგრძეზე. ამის შემდეგ ტარდებოდა შუა და გვერდითი ოსტეოტომია. რამდენადაც, ცხვირის ძგიდე და კედლები ხდებოდა მოძრავი, იქმნებოდა ცხვირის ცენტრალურად გადაწევის შესაძლებლობა, რის შემდეგაც იკერებოდა ჭრილობები და ცხვირის ძვალ-ხრტილოვანი ჩონჩხი იმოპილიზირდებოდა ენდო- ეგზონაზალური მიდგომით.

ცხვირის ძგიდის ინტრაორალური ოსტეოტომია ჩატარდა კარიბჭის მხრიდან მიდგომით. ამისთვის ზედა ცენტრალური საჭრელების პროექციაზე, კარიბჭის თაღზე გატარდა 1,5 სმ სიგრძის განაკვეთი, საიდანაც ცხვირის ძგიდის ფუძეზე შეტანილი იქნა სატეხი და ძგიდე ოსტეოტომირდა მთელ სიგრძეზე. ოპერაციის დანარჩენი ეტაპები ჩატარდა ტიპურად.

ჩვენს მიერ ოპერირებული 14 ავადმყოფიდან 11 შემთხვევაში მოხერხდა ცხვირის ფუნქციისა და ფორმის აღდგენა ნორმამდე, 2 შემთხვევაში აღინიშნა ცხვირის ფორმის ოპერაციის შემდგომი ნარჩენი დეფორმაცია, რაც გამოვლინდა სხვადასხვა ხარისხით გამოხატულ ასიმეტრიაში, 1 შემთხვევაში კი - ცალი მხრიდან სუნთქვის გაძნელება ძგიდის არასრული რეპოზიციის გამო. ზოგადად, ცხვირის დეფორმაციის ისეთი რთული შემთხვევებისთვის რომლებიც ჩვენს კლინიკურ ჯგუფში იქნა შეყვანილი, მიღებული შედეგები შეიძლება ჩაითვალოს წარმატებულად.

ამდენად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ცხვირის ტარვმული დეფორმაციების რთულ შემთხვევებში მისი ანატომიური რეკონსტრუქცია ესთეტიკურ კორექციასთან ერთად, როგორც ოპერაციული მკურნალობის ერთმომენტისა მეტოდი, წარმოადგენს პრობლემის გადაჭრის ოპტიმალურ გზას.

ლიტერატურა

1. Н.М.Александров, П.З.Аржанцев. Травмы челюстно-лицевой области. Москва.: Медицина, 1986, 193 с.
2. Н.М.Александров. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. Ленинград.: Медицина 1985, 283 с.
3. Ю.И.Бернадский. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. Киев, 1985, 239 с.
4. Ronald P. Gruber, George C. Peck, Rhinoplasty, Mosby-Year Book, 1993, p. 113.
5. E.Reichenbach, Traumatologie im Kiefer-Gesichts-Bereich, Leipzig 1969, S. 439.

Atskvereli L., Gvenetadze Z., Danelia T.

NOSE ANATOMICAL RECONSTRUCTION AND THE AESTHETIC CORRECTION WITH ONE-STEP METHOD, AS THE BEST WAY TO SOLVE THE PROBLEM

14 people with traumatic nose deformation have been observed by authors during last 3 years. Patients' cosmetic and function disorders were common.

According to the deformation of the bone-chondral skeleton, the patients were distributed into four groups. Taking the character of the deformation into consideration, the tactic of surgical intervention had been defined in advance. The operations had been carried out under the narcosis. The researchers describe the peculiarities of surgical interventions in case of different types of nose deformation.

Based on the results of the study, the authors consider the one-step surgical intervention as the most effective way to make nose anatomical reconstruction and aesthetic correction.

ახმეტელი ლ., საგინაშვილი ლ., ძნელაძე ზ.

ნანლაგთა ინვაგინაცია მოზრდილებში

თსსუ-ის ქირურგიის №1 დეპარტამენტი

ინვაგინაცია ნანლაგთა მწვავე გაუვალობის თავისებური ფორმაა, რომელიც როგორც ობტურაციის, ისე სტრანგულაციის ელემენტებს შეიცავს. გაუვალობის ეს ფორმა ბავშვთა ასაკის ხვედრია, სადაც იგი გაუვალობის საერთო რაოდენობის 70-80%-ს შეადგენს, რომელთაგან 80-90% ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებზე მოდის. თუმცა არის მონაცემები, რომ ბოლო დროს ინვაგინაციის შემთხვევები 1 წელს გადაცილებულ ბავშვებშიც გახშირდა და თითქმის 50% მიაღწია (მ.კ. ბელიაევი, 2003).

ბავშვთა ასაკში ნანლაგის ინვაგინაციის სიხშირეზე მიუთითებს თუნდაც ის ფაქტი, რომ ამ საკითხზე გამოქვეყნებულ შრომებში გახილულია ნანლაგის ინვაგინაციის ასეული შემთხვევა. მაგ. ე.პ. ანტონინა და მ.გ. ბოიკო (1990) იხილეს ნანლაგის ინვაგინაციის 726 შემთხვევა.

მოზრდილთა შორის ნანლაგის ინვაგინაცია გაცილებით იშვიათია. ცალკეულ პუბლიკაციებში ერთეული, უკეთეს შემთხვევაში ნანლაგის ინვაგინაციით განვითარებული გაუვალობის ათეული შემთხვევა აღწერილი.

ჩვენი მასალით (თსსუ ცენტრალური კლინიკა) ბოლო 10 წლის მანძილზე (1998-2007 წ.წ.) ნანლაგთა მწვავე გაუვალობის 458 შემთხვევიდან ნანლაგის ინვაგინაცია აღინიშნა მხოლოდ 11-ჯერ (2,4%), მათგან - მამაკაცი-6, ქალი-5, 30-დან 64 წლამდე.

ინვაგინაცია შეიძლება განიცადოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ყველა იმ ორგანოში, რომელსაც ჯორჯალი გააჩნია - წვრილი და მსხვილი ნაწლავი, ჭია დანამატი, მეკელის დივერტიკული.