

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 და მეთოდი, 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.

ბავშვთა ასაკში ინვაგინაციის ყველაზე ხშირი ფორმა ილეოცეკალური ინვაგინაციაა, რაც, ავტორთა მონაცემებით, 95% აღწევს. წერილი ნაწლავის მონაკვეთების ერთი-მეორეში ჩანერგვა მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში გვხვდება.

მოზრდილებში თანაფარდობა განსხვავებულია. ჩვენს მასალაზე ინვაგინაციის 11 შემთხვევიდან ილეოცეკალური ინვაგინაცია აღენიშნა 5-ს. წერილი ნაწლავის წერილ ნაწლავში ინვაგინაცია იყო 4-ჯერ, წერილი ნაწლავის ინვაგინაცია ბრაუნის შერთულში 1-ჯერ და ერთ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა ინვაგინაციის ძალზე იშვიათ ფორმას - მეკელის დივერტიკულის ინვაგინაციას წერილ ნაწლავში: ანთებითად შეცვლილი დივერტიკული (ცეკუმიდან 80-90 სმ დაცილებით) ჩაბრუნებული იყო წერილი ნაწლავის სანათურში, ამ არეში მოწებებული იყო წერილი ნაწლავის მარჯულები ერთ-ერთის შემოგრებით. გაკეთდა სინექიოლიზი და თეძოს ნაწლავის რეზექცია დივერტიკულთან ერთად.

აღნიშნულის გარდა, წინა წლებში ნაწლავთა ინვაგინაციით გატარებულ ავადმყოფთაგან ინტერესს იწვევს ორი შემთხვევა, სადაც წერილი ნაწლავის ინვაგინაცია განვითარდა პეიტც-ეგერსის სინდრომის ფონზე.

პირველი შემთხვევა შეეხება ქალს, რომელიც 27 წლის მანძილზე 3-ჯერ იყო ნაოპერაციევი ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის გამო. სამივე შემთხვევა შეეხებოდა წერილი ნაწლავის მრავლობით პოლიპოზს, რომელიც ინვაგინაციის მიზეზი გახდა. პირველი ორი ოპერაციული ჩარევა წერილი ნაწლავის რეზექციით დამთავრდა, მესამე ჩარევა შემოიფარგლა დეზინვანაციით და ორი ენტეროტომიული განაკვეთიდან ფეხზე არსებული 7 პოლიპის ამოკვეთით.

მეორე შემთხვევა შეეხება ახალგაზრდა ვაჟს, რომელიც ნაოპერაციევი იყო ნაწლავთა გაუვალობის დიაგნოზით. სასწრაფო ოპერაციული ჩარევისას აღმოჩნდა წერილი ნაწლავის ინვაგინაცია, რომლის მიზეზი იყო წერილ ნაწლავში არსებული ერთ-ერთი პოლიპი. მოკლე მონაკვეთზე მრავლობითი პოლიპების არსებობის გამო მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეულ ნაწლავის სეგმენტის რეზექცია. მასთან ერთად სანათურიდან რამდენიმე პოლიპი ამოიკვეთა. ორივე ავადმყოფს აღენიშნებოდა პეიტც-ეგერსის სინდრომისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნები.

ასაკთან დაკავშირებით განსხვავებაა ნაწლავის ინვაგინაციის ეტიოლოგიასა და პათოგენეზშიც. პირველი წლის ბავშვებში ინვაგინაციის რისკ-ფაქტორს პერისტალტიკის დისკოორდინაცია, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციური დარღვევები წარმოადგენს. მ.რ. როკიცკისა და ვ.ი. მოროზოვის (1988) მონაცემებით, 2-2,5 წლამდე ბავშვებში ცეკუმისა და თეძოს ნაწლავის დიამეტრებს შორის დიდი სხვაობაა. ამავე დროს გამოხატულია ბაუჰინის სარქველის უკმარისობაც, რაც, წერილი ნაწლავის დისკინეზიის გამო, ინვაგინაციის წამყვანი ფაქტორია ბავშვებში. ამ ასაკში ნაწლავის ესა თუ ის ორგანული ცვლილება მხოლოდ 5-7%-ში გვხვდება.

საკუთარი მასალის ანალიზის შემდეგ რ. კუტუბიძე და თანაავტორები (2003) იმ დასკვნამდე მივიდ-

ნენ, რომ ბავშვებში ინვაგინაციის მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ენტეროვირუსული ინფექცია ბაუჰინის სარქველის უმნიშვნელობისა და თეძოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის ლიმფური ფოლიკულების ჰიპერპლაზიის ფონზე.

მოზრდილებში, დიდ უმრავლეს შემთხვევაში, ინვაგინაციის მიზეზია ნაწლავში არსებული პათოლოგია, უხშირესად პოლიპის სახით. ინვაგინაციის მიზეზი შეიძლება იყოს, აგრეთვე, კეთილ- და ავთვისებიანი სიმსივნე (ლეიომიომა, მიქსომა, ფიბრომა და ა.შ.), ნაწლავის კედლის ჰერმია, დივერტიკული. მეკელის დივერტიკულის ნაწლავში ინვაგინაციის მორფოლოგიური შესწავლისას დადგენილი იყო მის ფუძეში ცირკულური კუნთოვანი შრის განუვითარებლობა. ჩვენს მასალაზე ინვაგინაციის მიზეზთა შორის ჭარბობდა ნაწლავთა სანათურში პოლიპის არსებობა, ერთ შემთხვევაში ილეოცეკალური ინვაგინაციის მიზეზი იყო ცეკუმის სიმსივნე, ერთშიც - წერილი ნაწლავის სიმსივნე.

ავტორთა მონაცემებით, პირველი წლის ბავშვებში ნაწლავის ინვაგინაციას ახასიათებს ტიპური კლინიკური სურათი კლასიკური ტრიადის სახით — მოვლითი ტკივილი მუცელში, ელასტიური მოცულობითი წარმონაქმნი მუცლის მარჯვენა ნახევარში, სისხლი განავალში. ამ ნიშნებიდან წამყვანია მოცულობითი წარმონაქმნის გამოვლენა. ასეთი კლინიკური სურათი იმდენად დამახასიათებელია, რომ სტაციონარის პირობებში ნაწლავის ინვაგინაციის დიაგნოზი შემთხვევათა 95%-ში ისმება, ბავშვთა ქირურგების მონაცემებით, ნაწლავის ინვაგინაციის კლინიკური სურათი 1 წელზე უფროს ბავშვებში მნიშვნელოვნად განსხვავდება 1 წლამდე ბავშვებში განვითარებული ინვაგინაციის კლინიკური სურათისაგან (ი.ბ. იუდინი და თანაავტ. 1995). კლინიკური სურათის სხვაობა კიდევ უფრო შესამჩნევია ხდება მოზრდილებში - მოვლითი ტკივილი ნაკლებად იქცევა ყურადღებას, განავალში სისხლი იშვიათად ვლინდება.

მოზრდილებში ინვაგინაციის ძირითადი ნიშანია სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნის არსებობა მუცლის ღრუში, თუმცა ეს ნიშანიც ზოგჯერ დიაგნოზური შეცდომის მიზეზი ხდება.

ა.პ. გრიდნევის აზრით (1952), რომელიც ქ. ბორჯომის საავადმყოფოში ინვაგინაციით გატარებული 16 ავადმყოფის მკურნალობის ანალიზს ეფუძნება, სწორედ სიმსივნური წარმონაქმნის და მასთან დაკავშირებული თეძოს ნაწლავის ტერმინალური მონაკვეთის გამოვლენა მცოცავი პალპაციით დიაგნოზის დაზუსტების საშუალებას იძლევა.

დაავადების კლინიკური სურათის გამოხატულება და სიმძიმე ბევრად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რომელი პროცესი ჭარბობს — ობტურაცია თუ სტრანგულაცია. იმის გამო, რომ სისხლის მიმოქცევის პირობებში ნეკროზს განიცდის ინვაგინატის შიგნითა ცილინდრის კედელი, პერიტონიტი მოგვიანებით ვითარდება.

დიაგნოზის ვერიფიკაციის მიზნით ბავშვთა ასაკში, როგორც წესი, მიმართავენ პნევმოკოლონოსკო-

პიას, რომელიც დიაგნოზის დაზუსტების პარალელურად სარწმუნოდ განასხვავებს ილეოცეკალური ინვაგინაციის ორ სახეს – ცეკო-ცეკალურს და ილეო-ცეკალურს, რასაც მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ტაქტიკის ასარჩევად.

ინვაგინაციის მკურნალობა ბავშვთა ასაკში ძირითადად კონსერვატიულია და პნევმოირიგოსკოპიით ხორციელდება. ბოლო დროს, საჭიროების შემთხვევაში, პნევმოირიგოსკოპიას აუღლებენ ლაპაროსკოპიას. ბავშვებში მკურნალობის კონსერვატიულ მეთოდს მიმართავენ მიუხედავად ინვაგინაციის ხანდაზმულობისა, ინვაგინაციის სიდიდისა, ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმისა. კონსერვატიული მკურნალობის ერთადერთ წინააღმდეგჩვენებად მიჩნეულია პერიტონიტის არსებობა.

მოზრდილებში, იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ნაწლავთა მწვავე გაუფალობის დროს ინვაგინაციის დიაგნოზი დადგენილია, მკურნალობა ოპერაციულია. ჩვენ შემთხვევებში ოპერაციული ჩარევა მხოლოდ 2-ჯერ შემოიფარგლა დეზინვაგინაციით, ყველა დანარჩენ შემთხვევაში საჭირო გახდა ნაწლავის რეზექციის ჩატარება, მათ შორის 5 ავადმყოფს გაუკეთდა მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია, ილეოტრანსვერზოანასტომოზის ფორმირებით.

ლიტერატურა:

1. კუტუბიძე რ., ბუაძე მ., ადამაშვილი მ. ინვაგინაციის ენდოსკოპური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. სამხრეთ კავკასიის ქირურგთა XIV ყრილობა. თბილისი, ტ.2, 2003, 105-106;
2. Антошкина Э.П., Бойко М.В. Осложнения и исходы консервативного и оперативного лечения инвагинаций кишок у детей. Клинич. Хирургия, 1990, 6, 8-9;
3. Беляев М.К. Особенности инвагинаций кишечника у детей старше года. Хирургия, 2003, 4, 47-50;
4. Горбунов В.Н., Столярчук В.В., Инвагинационная тонкокишечная непроходимость, как осложнение синдрома Пейтца-Еггерса. Сов. медицина, 1990, 5, 117-118;
5. Гриднев А.П. К распознаванию инвагинации кишок у взрослых. Хирургия, 1952, 4, 41-46
6. Рокицкий М.Р., Морозов В.Н. К вопросу об этиологии и патогенеза инвагинации кишечника у детей. Клинич. хирургия, 1986, 6, 18-21

L. Ahmeteli, L. Saginashvili, Z. Dzeladze

BOWEL INVAGINATION IN ADULTS

TSMU, Department of Surgical Diseases

11 cases of bowel invagination identified for 10-year period of study (1998-2007) are discussed. This makes up 24% out of the total acute ileal obstruction cases (458 patients). Different forms of invagination are observed: ileocecal (5 cases), small bowel into small bowel (4 cases), jejunal invagination into Brown anastomosis (1 case). The most common cause of invagination was a polyp in the small bowel. In one case invagination was caused by hematoma in the wall of the small bowel (probably as a result of blunt

abdominal trauma). In addition, two cases of formerly developed invagination with underlying Peuts-Jeghers syndrome are discussed in the work. One of the patients underwent operation for bowel invagination three times. In two cases desinvagination technique was used, the rest necessitated bowel resection. Among them 5 patients underwent right-sided hemicolectomy with ileotransversoanastomosis.

ადეიშვილი-ანდლუაძე ლ., მახარაძე რ., იმნაძე ნ., ნიჟარაძე ნ.

ქრომატოგრაფიული მეთოდების გამოყენება კლოფელინის ფარმაკოკინეტიკის და მეტაბოლიზმის შესწავლაში (ლიტერატურის მიმოხილვა)

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ფაკულტეტი

სამკურნალო საშუალებათა სისუფთავის და სტაბილურობის შესაფასებად, მათი ფარმაკოკინეტიკის და მეტაბოლიზმის შესასწავლად, აგრეთვე სასამართლო ქიმიური ექსპერტიზის ჩასატარებლად ფართოდ გამოყენება ქრომატოგრაფიული მეთოდების მთელი სპექტრი: თხელფენოვანი ქრომატოგრაფია (თფქ), გაზური ქრომატოგრაფია (გქ), მაღალეფექტური სითხოვანი ქრომატოგრაფია (მესქ) და მას-სპექტრის (მს) შეთავსება გქ-თან (გქ-მს) და მესქ-თან (მესქ-მს).

მოცემულ მიმოხილვაში ჩატარებულია ჰიპოტენზიური პრეპარატების კლოფელინის (კლონიდინის), რომელიც აგრეთვე, გამოიყენება როგორც ტკივილ-გამაყუჩებელი საშუალება მიოკარდიუმის ინფარქტის და ოპერაციების შემდგომ პერიოდში [2,5], ფარმაკოკინეტიკის და მეტაბოლიზმის შესწავლისათვის ქრომატოგრაფიული მეთოდების გამოყენებისას გამოცდილების განზოგადების მცდელობა.

კლოფელინით მონამუღების დიდი უმრავლესობა კრიმინალური ხასიათისაა [1,4]. კლოფელინით მონამუღების სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება გარკვეულ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული, რაც უმეტეს შემთხვევაში განპირობებულია დაზარალებულის შარდში და სისხლის პლაზმაში მისი ძალიან მცირე რაოდენობის (5 გ/მლ დონეზე) აღმოჩენის აუცილებლობასთან. უფრო რთულია კლოფელინის აღმოჩენა, როდესაც მისი შემცველობა თერაპიული დოზების (10-2000მგ/მლ) ფარგლებშია.

ქრომატოგრაფიული მეთოდები გამოყენებულია კლოფელინის განსაზღვრისათვის წამლის ფორმებში, ბიოლოგიურ ობიექტებში, აგრეთვე იმ ნივთმტკიცებათა ანალიზში რომელმაც გამოიწვია მონამუღა:

- შემუშავებულია კლოფელინის განსაზღვრის გაზურ ქრომატოგრაფიული მეთოდი [4] ალიან იონიზაციური დეტექტორით (გქ-აიდ), რომელიც გამოყენებული იქნა ნივთმტკიცებების (ამპულები, ტაბლე-