

რაგებიტ დვრილის ცენტრში და მიმდებარედ, ორმხრივ, მეტად - მარჯვნივ. მხედველობის სიმახვილე იყო ნულის ტოლი. ნევროლოგიური გასინჯვით: სიარული შეუძლია მხოლოდ თანმხლები პირის დახმარებით (ხელკავით) სრული ამავროზის გამო. ცნობიერება - ნათელი, მეტყველება - შენახული, პაციენტი დეპრესიულია, მხედველობა - ნული (სრული ამავროზი), არჩევს მხოლოდ ფანჯრიდან სინათლის ნაკადის მიმართულებას. სკლერები ოდნავ ჰიპერემიული, ვერ აყოლებს მზერას სახის წინ მოძრავ თითს, ანუ თვალის კაკლების მოძრაობა წარმოებს მხოლოდ სიტყვიერი ბრძანებით (გაიხედეთ მარჯვნივ, გაიხედეთ მარცხნივ). აღნიშნავს სუსტი ინტენსიობის ტკივილს თვალბუდეებში გვერდით მზერისას და თვალის კაკლების პალპაციის დროს. მოძრაობები კიდურებში თანაზომიერი, რეფლექსები თანაზომიერი, მენინგეალური და პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს, მგრნობელობა და მოძრაობის კოორდინაცია შენახული. არსებული ობიექტური მონაცემების, აგრეთვე, ანამნეზის რეტროსპექტული ანალიზის საფუძველზე გამოითქვა მოსაზრება, რომ საქმე გვექონდა მეთილის სპირტით ინტოქსიკაციით განპირობებულ კლინიკურ ნიშნებთან, მათ შორის მწვავე ოპტიკურ ნევრიტთან. ინტოქსიკაცია იყო საშუალო სიმძიმის, მხედველობის ნერვების აქცენტირებული დაზიანებით. პაციენტს ინფორმაცია არყის წარმომავლობის შესახებ არ ჰქონდა, თუმცა, მოგვიანებით დაადგინა, რომ არყის გარკვეული ნაწილი მოტანილი იყო სტუმრების მიერ, იყო შექმნილი მცირე ზომის სასურსათო მაღაზიებში. აქედან გამომდინარე ნათელია, საქმე გვექონდა გაურკვეველი წარმომავლობის არაყთან, რომელიც შესაძლოა ყოფილიყო კონტრაფაქტული. ლოგიკურ ახსნას ექვემდებარება ის გარემოებაც, რომ სუფრის ნევრებიდან მხოლოდ ერთი მოინამლა: ნ.კ.-მ დალია მხოლოდ ერთი ჭიქა არაყი და მალე დატოვა ნვეულება. სხვა სტუმრებმაც სავარაუდოდ დალიეს სასმელი ამავე ბოთლიდან, მაგრამ შემდეგ მათ გააგრძელეს ალკოჰოლის მიღება სხვა ბოთლებიდანაც. უნდა ვივარაუდოთ, რომ აღნიშნულ პირველ ბოთლში იყო მეთილის სპირიტის მინარევი, სხვა დანარჩენ ბოთლებში კი იყო მხოლოდ ალკოჰოლი (ეთილის სპირტი), რომელმაც შეასრულა ანტიდოტის როლი და გაანეიტრალა პირველი ბოთლის მომწამველელი ეფექტი.

პაციენტს დაენიშნა ინტენსიური მკურნალობა (პარენტერალურად) შემდეგი პრეპარატებით: ციტიკოლინი, B-ჯგუფის ვიტამინები, ფოლიუმ-მჟავა, ლიპოის მჟავა. ჩატარდა 3 კურსი ერთი თვის მანძილზე ხანმოკლე შესვენებებით. ყოველი კურსის შედეგად მიიღწეოდა ნელი, მაგრამ სტაბილური გაუმჯობესება. მკურნალობის დაწყებიდან 5 თვის შემდეგ, პაციენტმა შეძლო მსხვილი (სათაურის) შრიფტის წაკითხვა. თვალის ფსკერზე ჰემორაგიები უკუგანვითარდა, თუმცა, ჩამოყალიბდა მხედველობის ნერვის დვრილის არასრული ატროფიის სურათი.

Samushia O.<sup>1</sup>, Beridze M.<sup>1</sup>, Karanadze N.<sup>2</sup>, Kekenadze M.<sup>1</sup>

## BLINDNESS FROM COUNTERFEIT VODKA (METHYL ALCOHOL): IS IT TREATABLE? (CASE REPORT).

<sup>1</sup>TSMU, DEPARTMENT OF PROPEDEUTICS OF NEURAL DISEASES AND TOPIC DIAGNOSTICS; <sup>2</sup>DEPARTMENT OF EYE DISEASES

Methyl alcohol (CH<sub>3</sub>-OH), the same methanol, carbinol, wood alcohol - this is a very highly toxic, colorless, volatile liquid that tastes like ethyl alcohol. Widely used in the chemical industry. The main source of methanol poisoning is counterfeit vodka, the manufacture of which uses two times cheap technical alcohol from wood, containing methyl alcohol. The reason may be both the low price of such an alcoholic drink and the deception of a vodka supplier by a dealer. The article describes the methods of treatment after the poisoning of various severity; A clinical case of poisoning with complete loss of vision has been described. After the treatment, the patient began to read in capital letters.

სახვაძე შ.<sup>1,2</sup>, ჩიკვატია ლ.<sup>1</sup>, ავაზაშვილი ნ.<sup>1</sup>

## აქილევსის მყისის გაგლეჯის მკურნალობა "V-Y"-კლასტიკით

<sup>1</sup>თსუ, ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის დეპარტამენტი; <sup>2</sup>აკად. ნ. ყიფშიძის სახ. ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა

აქილევსის მყისის გაგლეჯა წარმოადგენს ადამიანის სხეულის მყისების მთლიანობის ყველაზე ხშირ სპონტანურ დარღვევას [8]. ეს ტრავმული დაზიანება 5-6-ჯერ უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში [1,3], განსაკუთრებით - 30-დან 40 წლამდე ასაკის სპორტული დატვირთვის მქონე ადამიანებში [4,6]. აქილევსის მყისის გაგლეჯა ინვეს კოჭ-წვივის სახსრის ფუნქციის, სიარულის და, ზოგადად, ცხოვრების ხარისხის მკვეთრ გაუარესებას [8]. კონსერვატიული მკურნალობა თაბაშირის ნახვევით, მიუხედავად გართულებათა ნაკლები რისკისა, ეფექტური შეიძლება იყოს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ულტრა-სონოგრაფიულად დანამდვილებით დასტურდება გაგლეჯილი მყისის ბოლოების თავისუფალი და კარგი ადაპტაცია ტერფის მაქსიმალური პლანტარული ფლექსიის პირობებში [7]. თუმცა, წარმატებული კონსერვატიული მკურნალობის დროსაც კი მაღალია მყისის განმეორებითი გაგლეჯის ალბათობა და საკმაოდ ხშირია მყისის დაგრძელებით შეხორცება, რაც მის დისფუნქციას ინვეს [2]. ოპერაციული მკურნალობა (მყისის გაკერვა), გაცილებით უფრო ეფექტურია საიმედობის და ფუნქციური შედეგის თვალსაზრისით [5,9], მაგრამ თან ახლავს ისეთი გართულების უფრო

მაღალი სიხშირე (განსაკუთრებით - ღია წესით ოპერაციის დროს), როგორცაა კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ნეკროზი და ინფექცია, ჭრილობის შეხორცების გაძნელებით, ზოგჯერ - ამ მიზეზით, მყესის დაკარგვითაც კი [2]. როცა სახეზეა აქილევსის მყესის მნიშვნელოვანი დეფექტი, დგება მყესის მთლიანობის პლასტიკური აღდგენის აუცილებლობა. ამ თვალსაზრისით "V-Y"-პლასტიკა წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე მიღებულ მეთოდს.

მასალა და მეთოდი: 2008-2019 წწ.-ში აკად. ნ.ყიფშიძის სახ. ცენტრალურ საუნივერსიტეტო კლინიკაში V-Y" პლასტიკა აქილევსის მყესის სრული გაღლევის სამკურნალოდ გამოყენებული იყო 12 შემთხვევაში. პაციენტების დიდ უმრავლესობას (n=10) შეადგენდნენ მამაკაცები (საშუალო ასაკი - 32.5 წ.). 10 შემთხვევაში აქილევსის მყესის დაზიანება იყო დახურული, 2 შემთხვევაში - ღია. დაზიანების დიაგნოსტიკა ხორციელდებოდა კლინიკური (პალპაციურად - დეფექტის არსებობა აქილევსის მყესის არეში, ტომპსონის დადებითი ნიშანი) და ულტრასონოგრაფიული კვლევის საშუალებით.

"V-Y"-პლასტიკის გამოყენების ჩვენებას შეადგენდა: აქილევსის მყესის "დაძველებული" გაღლევა, მყესის ქსოვილის დეგენერაციით გამოწვეული დაზიანება, მყესის ახალი გაღლევა, როდესაც მყესის ბოლოების განახლების შემდეგ, ტერფის 20°-იანი პლანტარული ფლექსიის პირობებში, ვერ ხერხდებოდა მათი ადაპტაცია ერთმანეთთან.

გამოყენებული იყო სტანდარტული მედიალური დასწვრივი განაკვეთი n.suralis-ის დაზოგვით. "V"-სამკუთხედის სიმალლე განისაზღვრებოდა პრინციპით: ტერფის ნეიტრალურ პოზიციაში დგომისას (0° ფლექსია) მყესის დეფექტის სიგრძე + 2 სმ. გამოყენებული იყო Bunnell-ის ნაკერი, როგორც გაღლევილი მყესის ნაწილების ძირითადი საადაპტაციო და საფიქსაციო ნაკერი, ხოლო მყესის ბოლოები და V-დან Y-ად გარდამავალი კვეთის ადგილები დამატებით ფიქსირდებოდა კვანძოვანი ნაკერებით. გამოყენებული იყო (3-4 თვე) განოვადი ძაფები.

პოსტოპერაციულად კიდური ფიქსირდებოდა ტერფის მაქსიმალური პლანტარული ფლექსიის პირობებში, თაბაშირის ღარით 3 კვირით. შემდეგ ტერფი გადაგვყავდა ნეიტრალურ პოზიციაში და კიდური კვლავ ფიქსირდებოდა თაბაშირის ღარით 3 კვირით. 1.5 თვის შემდეგ იწყებოდა მოძრაობის დამუშავება კოჭ-წვივის სახსარში, კიდურზე დაყრდნობის უფლებას პაციენტი იღებდა 2 თვის თავზე, ხოლო მსუბუქი სპორტული დატვირთვის უფლებას - 6 თვის შემდეგ.

პაციენტებზე დაკვირვება (კლინიკურად და ულტრასონოგრაფიულად) ხორციელდებოდა 6 თვის ფარგლებში. ყველა შემთხვევაში მიღწეული იყო აქილევსის მყესის მთლიანობის სრული აღდგენა, კარგი ფუნქციური შედეგით.

2 შემთხვევაში აღინიშნა გართულება, კერძოდ, ჭრილობის შეხორცების გაძნელება კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ნეკროზით. აქედან 1 შემთხვევაში საქმე ეხებოდა აქილევსის მყესის ღია დაზიანებას რბილი ქსოვილების მნიშვნელოვანი კონტუზიით, ხოლო მეორე შემთხვევაში - მყესის ცხიმოვანი გადაგვარების ფონზე განვითარებულ დახურულ გაღლევას. ორივე

შემთხვევაში მყესის მთლიანობა და კარგი ფუნქციური შედეგი შენარჩუნებულ იქნა, თუმცა ჭრილობის მეორად შეხორცებას დასჭირდა 1,5-2 თვე.

ამრიგად, კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ "V-Y"-პლასტიკა წარმოადგენს აქილევსის მყესის გაღლევის ოპერაციული მკურნალობის ეფექტურ მეთოდს, განსაკუთრებით - მყესის მნიშვნელოვანი დეფექტის არსებობის დროს. იგი იძლევა საშუალებას, რაციონალურად და ეფექტურად იქნას გამოყენებული რბილი ქსოვილების ადგილობრივი რეზერვი მყესის მთლიანობის მყარი აღდგენისთვის, პოსტოპერაციულად მეორადი გაღლევის რისკის მინიმალიზაციით. გარკვეულ ხარვეზად, ისევე, როგორც ღია წესით სხვა პლასტიკის შემთხვევაში, შეიძლება ჩაითვალოს პოსტოპერაციულად ჭრილობის შეხორცების შეფერხების მომატებული ალბათობა.

### ლიტერატურა:

1. Aamlang MH, Zwipp H. Verletzung grosser Sehnen-Achilles-, Patellar-und Quadrizepssehne. Chirurg 1977;7:637-649.
2. Bauer GJ. Die frische Achillessehnenruptur – operative Behandlungstechniken. OP-Journal, 2015;31(03): 188-192.
3. Kellam JF, Hunter GA, McElwain JP. Clin Orthop Relat Res 1985;201:80-83.
4. Lea RB, Smith L. Non-surgical treatment of tendo achillies rupture. J Bone Joint Surg Am: 1972;54:1398-1407.
5. Moller M, Movin T, Granhed H et al. Acute rupture of tendon Achilles. A prospective randomised study of comparison between surgical and non-surgical treatment. J Bone Joint Surg Br, 2001;83:843-848.
6. Nellas ZJ, Loder BG, Wertheimer SJ: Reconstruction of an Achilles tendon defect utilizing an Achilles tendon allograft. J Foot Ankle Surg. 1996;35:144-148.
7. Pagenstert G, Leumann A, Frigg A, Valderraabano V: Acillessehnen – und Tibialis-anterior- Sehnenruptur. Orthopaede 2010;39:1135-1147.
8. Raschke MJ, Herbort M, Rosslenbroich S: Achilleessehnenrupturen. Trauma und Berufskrankheit, 2010; 12 (4): 444-452.
9. Wills CA, Washburn S, Caiozzo V, Prietto CA: Achilles tendon rupture. A review of the literature comparing surgical versus nonsurgical treatment. Clin Orthop Relat Res: 1986;207: 156-163.

Sakhvadze Sh.<sup>1,2</sup>, Chikvatia L.<sup>1</sup>, AvazaShvili N.<sup>1</sup>

### TREATMENT OF ACHILLES TENDON RUPTURE BY USE OF "V-Y" PLASTIC TECHNIQUE

<sup>1</sup>TSMU, DEPARTMENT OF TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS; <sup>2</sup>ACAD. N.KIPSHIDZE CENTRAL UNIVERSITY CLINIC

In Acad. N. Kipshidze central university Clinic, 12 patients were treated surgically, because of Achilles tendon rupture. In all cases surgery was performed by use of "V-Y" surgical technique.

Majority of patients (10 cases) were men and their average age was 32.5 years. From all patients, 10 - had closed ruptures of Achilles tendon and in two patients there were

cases of open ruptures.

Indications for surgery using “V-Y” plastic were: old ruptures of Achilles tendon, ruptures caused by degenerative changes of tendon structure, acute ruptures of tendon, in cases when it was not possible to perform end to end suturing of tendon in 20% plantar flexion of the foot.

In post operative period foot was immobilized by use of plaster cast for three weeks in maximally possible plantar flexion position. After this period foot was immobilized in neutral position, again for three weeks. Rehabilitation usually started in 1,5 month after surgery. Movements in ankle joint and partial foot bearing was allowed in two month period after surgery. Active movements and sport activities were allowed in 6 month post operatively.

Follow up period of patients continued up to 6 months and included clinical and ultrasonic observation of patients. In all cases good results of Achilles tendon healing, with satisfactory functional outcomes were achieved.

In two cases complications with wound healing were seen (necroses of skin and subcutaneous tissues). These patients due to conservative treatment achieved secondary wound healing and had satisfactory functional result.

“V-Y” plastic is an affective method of surgical treatment while ruptures of Achilles tendon mainly while ruptures with significant defects.

სახვაძე შ.<sup>1,2</sup>, ჩიკვატია ლ.<sup>1</sup>, ავაზაშვილი ნ.<sup>1</sup>

### ოსტეოსინთეზი ვოლარული LCP ფირფიტებით სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს მოტეხილობების მკურნალობისას

<sup>1</sup>თსსუ, ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის დეპარტამენტი; <sup>2</sup>აკად. ნ. ყიფიანის სახ. ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა

სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს მოტეხილობა წარმოადგენს ყველაზე ხშირ ტრავმულ დაზიანებას 50 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში [8]. 60 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს მოტეხილობები შეადგენს ყველა მოტეხილობათა 15%-ს ქალებში და 2%-ს - მამაკაცებში [10].

ვინაიდან სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს მოტეხილობა ძირითადად ხანშიშესულთა და მოხუცთა ტრავმული დაზიანებაა, ოპერაციული ჩარევის მომატებული რისკისა და გამოხატული ოსტეოპოროზის გამო, მკურნალობის ძირითად მეთოდად ათნლეულების განმავლობაში კონსერვატიული მკურნალობა ითვლებოდა, კერძოდ, ერთმომენტიანი რეპოზიცია და ფიქსაცია თაბაშირის ორმხრივი ღარიტ 6 კვირით. თუმცა, ლიტერატურის მონაცემები ცხადყოფს, რომ კონსერვატიული მკურნალობის დროს რადიოლოგიური და კლინიკური შედეგები არ კორელირებენ და, ხშირად, ფუნქციური შედეგები უარესია, ვიდრე რადიოლოგიური [1,2,5,6]. ამასთან, კონსერვატიული მკურნალობისას 1-2 კვირაში ფრაგმენტების მეორადი დისლოკაცია აღინიშნება შემთხვევათა 3-8%-ში [7].

AO-ს სტაბილურ-ფუნქციური ოსტეოსინთეზის პრინციპების შემუშავებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობის წილი. ამ თვალსაზრისით, განსაკუთრებულ გარღვევას წარმოადგენდა სტაბილური კუთხის მქონე ფირფიტების (LCP-Locking Compression Plate), განსაკუთრებით კი - ვოლარული LCP ფირფიტების დანერგვა [4,11-12]. ფირფიტით ოსტეოსინთეზის დროს გამშლელი მყესების ირიტაცია იშვიათია. პრაქტიკულად გამორიცხულია ფრაგმენტების მეორადი დისლოკაცია და ისეთი გართულება, როგორცაა რეფლექსდისტროფია, ვითარდება ძალზე იშვიათად [3,13]. LCP ფირფიტებით ოსტეოსინთეზს წამყვანი ადგილი უჭირავს სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს მოტეხილობების მკურნალობაში (80%), მათ შორის, ვოლარული მიდგომით (69%) და მხოლოდ 20%-ია ალტერნატიული მეთოდების წილი [14].

მასალა და მეთოდი: 2014-2019 წწ.-ში აკად. ნ. ყიფიანის სახ. ცენტრალურ საუნივერსიტეტო კლინიკაში ოსტეოსინთეზი ვოლარული LCP ფირფიტებით სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს მოტეხილობების დროს გამოყენებული იყო 68 პაციენტის მკურნალობისას (ქალი - 51 (75%), მამაკაცი - 17 (25%)). პაციენტების ასაკი მერყეობდა 26 წლიდან 83 წლამდე (საშუალო ასაკი - 56.6 წელი). ამასთან, პაციენტების დიდი უმრავლესობა იყო 50 წელზე მეტი ასაკის - 58 (85.2%). სხივის ძვლის დისტალური ბოლოს ექსტენზიური მოტეხილობა (კოლესის მოტეხილობა) აღენიშნებოდა 61 პაციენტს, ფლექსიური (სმიტის მოტეხილობა) - 7-ს.

AO-ს კლასიფიკაციით [9] 23A2 მოტეხილობა აღენიშნებოდა 36 პაციენტს, 23A3 მოტეხილობა - 11-ს, 23B3 მოტეხილობა - 2-ს, 23C1 მოტეხილობა - 15-ს, 23C2 მოტეხილობა - 4 პაციენტს.

ოპერაციები, უმეტეს შემთხვევაში, სრულდებოდა სასწრაფო წესით, პაციენტის კლინიკაში შემოსვლიდან 3-8 საათში (63), მხოლოდ 5 შემთხვევაში ოპერაცია გაკეთდა გეგმურად, წარუმატებელი კონსერვატიული მკურნალობის გამო (3 შემთხვევა - ფრაგმენტების პირველადი არასრულყოფილი რეპოზიცია, 2 შემთხვევა - ფრაგმენტების მეორადი ცდომა).

ოპერაციული მიდგომა ხორციელდებოდა სტანდარტული ვოლარული (რადიოპალმარული) 7-10 სმ-იანი განაკვეთით, ოსტეოსინთეზი - ინტრაოპერაციული რენტგენოკოპიული კონტროლით. ოსტეოსინთეზისთვის უხშირესად გამოყენებული იყო 3.5 მმ-იანი ფირფიტები (57), 11 შემთხვევაში - 2.4-2.7 მმ-იანი LCP ფირფიტა.

პოსტოპერაციულად იმობილიზაცია ხორციელდებოდა მოსახსნელი ორტეზით ექსტრაარტიკულური მოტეხილობების შემთხვევაში 2-3 კვირით, არტიკულური მოტეხილობების შემთხვევაში - 3-4 კვირით.

ოპერაციიდან მე-2 დღეს იწყებოდა მოძრაობის აქტიური დამუშავება თითებში და მსუბუქი დამუშავება (მოხრა-გაშლა) სხივ-მაჯის სახსარში (ჭრილობის გადახვევის დროს). სხივ-მაჯის სახსარში მოძრაობის აქტიური დამუშავება იწყებოდა ექსტრაარტიკულური მოტეხილობების შემთხვევაში 2-3 კვირის შემდეგ, არტიკულური მოტეხილობების შემთხვევაში - 4 კვირის შემდეგ.

შედეგები: ყველა პაციენტი გამოკვლეული იყო