

რა ხდება რეგიონების ქირურგიულ სამსახურში?

საქართველოს აკად. გრ. მუხაძის სახელობის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება აქტიურად არის დაკავებული ქვეყნის რეგიონებში ქირურგიული სამსახურის მდგომარეობის შესწავლით. ამ მხრივ ნაყოფიერი იყო საზოგადოების რეგიონალური ფილიალების შექმნა. ქუთაისში, ბათუმში და ზუგდიდში ქირურგიული სამსახური თანამედროვე დონეზეა და მაღალკვალიფიციური კადრებითაა დაკომპლექტებული. ქვეყნის ბევრ რეგიონს მეტი ყურადღება და დახმარება სჭირდება, მაგრამ აქაც არის იმედის მომცემი და საყურადღებო გამოწვევები.

საზოგადოების მორიგ სხდომაზე პროფესორმა გიორგი გიორგობიანი გააკეთა საინტერესო მოხსენება გიგანტური ვენტრალური თიაქრების ქირურგიული მკურნალობის საკითხზე. კამათში სხვებთან ერთად მონაწილეობა მიიღო იმ დროს ჩემთვის უცნობმა ქირურგმა გივი ლობჯანიძემ, რომელმაც სხდომის დამთავრების შემდეგ გადმომაგა ამ პრობლემის ირგვლივ მათ დაწესებულებაში არსებული კლინიკური მასალის კვალიფიციურად შესრულებული ანალიზი.

აღმოჩნდა, რომ ლაგოდეხის ქირურგიული პროფილის სამედიცინო ცენტრში „კელაპტარი“ მისი ხელმძღვანელობით ნაყოფიერად მუშაობს ენთუზიასტ ქირურგთა ჯგუფი, რომელიც სისტემატურად ეცნობა დარგის თანამედროვე მიღწევებს, უახლეს ლიტერატურას, პერიოდულად იმაღლებს პროფესიონალურ დონეს, სისტემატურად ესწრებიან ჩვენი საზოგადოების ყველა სხდომას და აქტიურ მონაწილეობას იღებენ დისკუსიებში.

ჩვენი ჟურნალის სარედაქციო საბჭო და რედკოლეგია ვთავაზობთ ამ კოლექტივში შესრულებულ ნაშრომს და ვიმედოვნებთ, რომ კვლავაც გვექნება ქვეყნის რეგიონებიდან საინტერესო და საყურადღებო მასალის გამოქვეყნების საშუალება.

პროფესორი გურამ ტატიშვილი

ვენტრალური თიაქარპლასტიკა რივეს-სტოპას მეთოდით

ბ.ლობჯანიძე, კ.ტიგინაშვილი, შ.ლობჯანიძე, ლ.ქიმაძე, შ.მუფარაშვილი, ი.თენოშვილი.

ლაგოდეხის ზოგადქირურგიული კლინიკა შ.პ.ს „კელაპტარი“

METHOD OF VENTRAL HERNIOPLASTY RIVES-STOPPAS

LOBZHANIDZE G, TIGINASHVILI K, LOBZHANIDZE SH, KIMADZE L, KUPHARASHVILI SH, TENOSHVILI I

Lagodekhi General Surgery Clinic, ltd „KELAPTARI“

რეზიუმე:

მუცლის კედლის თიაქრების მკურნალობა კვლავ აქტუალური პრობლემაა, რეციდივის მაღალი პროცენტის და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლის გამო.

რივეს-სტოპას sublay მეთოდით ალოპლასტიკა მუცლის შუა ხაზის პირველადი და ინციზიური თიაქრების მკურნალობის ერთ-ერთი ყველაზე საიმედო მეთოდია.

საკვანძო სიტყვები: ვენტრალური თიაქარპლასტიკა.

Summary

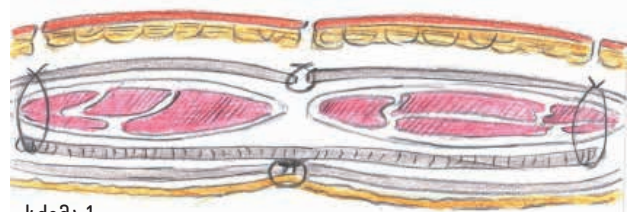
Despite of many methods of surgical treatment of ventral hernia are provided till today, treatment of ventral hernia still remains as topical issue due to high recurrence and quite high mortality rates.

The method is considered to be the most reliable method of ventral hernioplasty Rives-Stoppas sublay the middle line of the primary and incision hernia treatment.

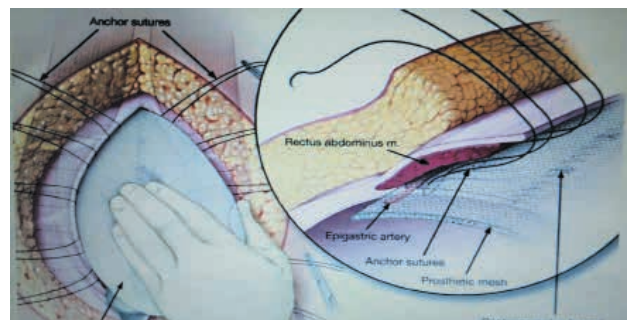
Key words: ventral hernioplasty, sublay

რივეს-სტოპას მეთოდი გულისხმობს, თიაქრის პარკის გამოყოფის და დაპუშავების შემდეგ, სწორი კუნთების მედიალური კიდის გასწვრივ უკანა ან წინა ფასციომიოტომიას, კუნთების განცალკევებას უკანა აპონევროზული კალთისაგან, L. arcuata-ს ქვევით კი - პერიტონეუმისაგან, უკანა აპონევროზული კალთების ერთმანეთთან გაკერვას ცალკე ან პერიტონეუმთან ერთად. თუ დეფექტის სიდიდის გამო უკანა კალთების გაკერვა ვერ ხერხდება, მუცლის ღრუ იხურება თიაქრის პარკის ქსოვილების გამოყენებით. გაკერილი უკანა კალთის წინ (უკანა კალთასა და სწორ კუნთებს შორის) საჭირო ზომის ბადის განთავსების შემდეგ, მის ფიქსაციას ვახდენთ გარშემოწერილობაზე კიდებებიდან 1 - 1.5 სანტიმეტრის დაშორებით U-ს მაგვარი ნაკერის გატარებით, რომლის ორივე ბოლო ცალ-ცალკე გამოგვაქვს მუცლის წინა კედელზე გატარებული მცირე ზომის ერთ სანტიმეტრამდე განაკვეთში, აქვე გაკვანძვის შემდეგ კვანძს ჩავაგვრებთ კანქვეშ პრეფასციურად. საფიქსაციო ნაკერს 5 სანტიმეტრის ინტერვალით ვადებთ. შესაძლებლობის შემთხვევაში სწორი კუნთების წინა კალთები ეკერება ერთმანეთს, თუ ეს შეუძლებელია ცალკე კვანძოვანი ნაკერებით ფიქსირდება ბადესთან (ისევე როგორც უკანა კალთები, თუ მათი ერთმანეთთან გაკერვა წინა ეტაპზე ვერ მოხერხდა). აქტიურ დრენაჟს ან დრენაჟებს ვათავსებთ ბადის წინ ძირითადად 48-72 საათით. აპონევროზული კალთების, გასაკერად ვიყენებთ პოლიპროპილენის გაუწოვად ძაფს. ხოლო ბადის საფიქსაციო ტრანსფასციური ნაკერებისთვის-პოლიამიდის გაუწოვად ძაფს 3-4 ჩაკვანძვით (იხ. სქემები).

ლაგოდეხის ზოგადქირურგიული კლინიკა შ.პ.ს „კელაპტარი“ 2011 წლიდან 2015 წლის ჩათვლით ვენტრალური თიაქრების მქონე პაციენტებში ჩატარდა თიაქარპლასტიკის ოპერაციები რივეს-სტოპას მეთოდით. სულ გაუკეთდა 26 პაციენტს. აქედან ქალი იყო 11, მამაკაცი - 15. არაინციზიური ვენტრალური თიაქარი ჰქონდა 6 პაციენტს,



სქემა 1



სქემა 2



სურათი 1. პაციენტი გ. ნ.



სურათი 2. პაციენტი გ. ლ.

ინციზიური 20 პაციენტს (მათ შორის რეციდიული იყო 4). ინციზიური (არარეციდიული) თიაქრების დროს პირველადი ჩარევები იყო შემდეგი: ქოლეცისტექტომია ღია წესით – ზედა შუა ლაპაროტომიით – 4; ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომია – 2; ჭიბის თიაქარპლასტიკა და შემდგომ შუა ლაპარატომია გაუვალობის გამო – 1; მუცლის ბლავგი ტრავმის გამო წარმოებული ლაპაროტომია – 2; გასტროდუოდენური წყლულის პერფორაციის გამო – ზედა შუა ლაპარატომია – 1; ჭიბის არაპროთეზირებადი თიაქარპლასტიკა – 1; თეთრი ხაზის თიაქრის გამო ბადით on lay პლასტიკა – 1; თორაკოლაპაროტომია შემავალი ჭრილობის გამო – 1; ჰემიკოლექტომია შუა ლაპაროტომიით – 1; საშვილოსნოს ამპუტაციის შემდგომი – 1; ასაკი ქალებში იყო 48 წლიდან 71 წლამდე, მამაკაცებში – 32-დან 71 წლამდე.

რივეს-სტოპას კლასიკური მეთოდით პლასტიკა გაუკეთდა 19 პაციენტს, არაკლასიკური მეთოდით – 6 პაციენტს. მათ შორის დამატებითი პრეფასციური პლასტიკა (on lay) ჩაუტარდა 3 პაციენტს.

ბადის ზომა იყო 10X10სმ-დან 25X30სმ-მდე (ძირითადად გამოიყენებოდა ეთიკონის ფირმის ultrapro ნახევრადგაწოვადი ბადე, ხოლო რამდენჯერმე გამოყენებული იქნა grena-ს ფირმის მსუბუქი პოლიპროპილენის ბადე. ბადის ფიქსაცია ხდებოდა კანგავლითი ტრანსფასციური ნაკერებით კვანძის კანქვეშ ჩაყურსვით, 4-5 სმ ინტერვალით, ბადის კიდიდან 1-1,5 სმ ალებით).

დრენირება ხდებოდა აქტიური დრენაჟით. დრენაჟის ამოღებას ვახდენდით ძირითადად მე-3 დღეს.

გართულებებიდან აღსანიშნავია სერომების გაჩენა. მათი ლიკვიდაცია ხდებოდა ჩხვლეტა ასპირაციით ან ზონდით. ერთი შემთხვევაში შემოფარგლული სერომის ინფიცირება დაფიქსირდა ოპერაციიდან 3 თვის შემდეგ. ჩატარდა ინფიცირებული სერომის გაკვეთა, დრენირება (იხ. სურ. 1). პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი რეციდივი არ გამოვლენილა.

წარმოგიდგინთ შემთხვევას: პაციენტი ლ. გ. ავადმყოფს ჩვენს სტაციონარში 04.11.2011წ გაუკეთდა ოპერაცია დიდი ზომის ვენტრალური ინციზიური თიაქარის (ეპიმეზოგასტრიუმში) გამო. მანამდე ავადმყოფი ჩვენთანვე იყო ნაოპერაციები მწვავე ქოლეცისტიტის და მექანიკური სიცივითლის დიაგნოზით. ჩაუტარდა პლასტიკა ultrapro ბადის Sublay ჩაკერებით რივეს-სტოპას კლასიკური წესით, გარ-

თულდა ბადის ირგვლივ ჩამოყალიბებული ჰემატომის ინფიცირებით, გამონადენის გახანგრძლივებით, რის გამოც, მოხდა ჭრილობის რევიზია, გაიხსნა სწორი კუნთების წინა მედიალური კალთების განუწყვეტელი ნაკერი და ჰემატომის ზონაში ბადე სიგრძივად გაიკვეთა, ბადესა და სწორი კუნთების უკანა მედიალურ კალთებს შორის ამოსუფთავდა ჰემატომა, ჭრილობის გასუფთავების შემდეგ მეორადად ცალკე გაიკერა ბადის ჩაჭრილი ნაწილი პოლიპროპილენის განუწყვეტელი ნაკერით, ცალკე კანი სწორი კუნთის წინა ბუდის მედიალური კალთებით კვანძოვანი ნაკერებით. ამჟამად შუა ხაზზე კანის ტლანქი მოყავისფერო ჩაწეული ნაწიბურია, რეციდივი არ არის (იხ. სურ. 2).

ავადმყოფს აღენიშნება მეორე ინციზიური თიაქარი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში – ძველი სადრენაჟო ჭრილობის ნაწიბურის მიდამოში ვენტრალური თიაქარკვეთის პლასტიკის ზონის ლატერალურად და მასთან კავშირში არ არის.

აღნიშნულის გათვალისწინებით ცვლილებები იქნა შეტანილი წარმოდგენილ ანალიზში.

შედეგები და განხილვა: მემოთაღნიშნული მეთოდით თიაქარპლასტიკის დროს იმპლანტანტი თავსდება სწორი კუნთების და მისი უკანა ბუდის კალთებს შორის ან პრეპერიტონეულად. ძირითადად გამოიყენებოდა ეთიკონის ფირმის ultrapro ნახევრადგაწოვადი წელვადი (UML), ან იშვიათად Greina-ს ფირმის მსუბუქი პოლიპროპილენის წელვადი ბადე (LMA). ზოგჯერ სწორი კუნთის ლატერალური ფასციოტომიით ბადის გაშლა-განთავსება გრძელდებოდა in lay მეთოდით, რიგ შემთხვევაში დამატებითი პლასტიკისთვის გამოყენებული იყო on lay მეთოდიც.

მეზოგასტრიუმთან ახლოს განლაგებული თიაქრების შემთხვევაში აუცილებლად ხდებოდა ჭიბის მიდამოს ჩართვაც პლასტიკის ზონაში.

ჩვენი დაკვირვებით ტკივილი მნიშვნელოვანია უშუალოდ პოსტოპერაციულ პერიოდში და ოპერაციიდან პირველი ორი დღე, რაზეც განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს წინასაოპერაციო ინფორმირების დროს.

დასკვნა: მიგვაჩნია, რომ რივეს-სტოპას წესით sublay პლასტიკა დღევანდელ დღეს ყველაზე საიმედო მეთოდი მუცლის შუა ხაზის პირველადი და ინციზიური თიაქრების სამკურნალოდ.

ლიტერატურა:

References:

1. ჩართოლანი თ. ღია და ლაპაროსკოპული პოთეზირებადი თიაქარპლასტიკა, 2009
2. Егиев В.Н. Лядов К.В. Воскресенский П.К. Атлас олеративной хирургии грыж, 2003;
3. IncisionalHernia. Authors: Feliciano Crovella, Giovanni Bartone, Landino Fei, Book 2008;
4. Outcomes of the Rives–Stoppa technique in incisional hernia repair: ten years of experienceA. Yaghoobi Notash J. Seied Farsh

5. H. Ahmadi AmoliJ. Salimi M. Mamarabadi, November 2006;
5. Modified Rives–Stoppa technique for repair of complex incisional hernias in 59 patients. Maman D¹, Greenwald D, Kreniske J, Royston A, Powers S, Bauer J. 2012 Feb;
6. Rives–Stoppa procedure for repair of large incisional hernias: experience with 57 patients.
7. Bauer JJ¹, Harris MT, Gorfine SR, KreeI I. 2002 Sep;