

## საყლაპავის ხვრელის დიაფრაგმული თიაქრის მკურნალობის პროთეზირებადი ჰერნიოპლასტიკა

თ. გვენთაძე, მ. კილაძე, გ. ხეროდინაშვილი

ო.ღუდუშაურის სახელობის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში

### HIATAL HERNIA PROSTETIC HERNIOPLASTY

GVENETADZE T, KILADZE M, KHERODINASHVILI G

O. Gudushaury National Medical Centre

#### რეზიუმე

ჩვენს მიერ 2010-2014 წლებში შესრულებული იქნა 12 პროთეზირებადი ჰერნიოპლასტიკა დიაფრაგმული თიაქრის დროს ღია წესით, ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ, ლაპაროტომიული მიდგომით. ქალი იყო-9, მამაკაცი-3. ასაკი მერყეობდა 37 წლიდან 65 წლამდე.

**დასკვნა:** ლიტერატურული მონაცემებით, დროთა განმავლობაში დადგინდა, რომ ის გართულებები, რომლებიც დიაფრაგმის ხვრელის ბადით თიაქარპლასტიკას მოსდევდა – საყლაპავის ეროზიები, სტრიქტურა, იყო გამოწვეული უფრო მეტად ოპერაციების ტექნიკური წუნით, ვიდრე ბადის, როგორც უცხო სხეულის გამოყენებით. პროთეზირებადი ჰერნიოპლასტიკა აღნიშნული პათოლოგიის დროს 3%მდე ამცირებს რეკიდვის მაჩვენებლებს, რეაბილიტაციის დროს და აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს.

ჩვენი მცირე გამოცდილება ცხადყოფს აღნიშნული პათოლოგიის დროს პროთეზირებადი ჰერნიოპლასტიკის შესრულების უსაფრთხოებას იმ შემთხვევაში თუ დაცული იქნება ბადის ფიქსირების ჩვენს მიერ მოწოდებული წესი.

#### Summary

Reporting in Georgia about introduction of prosthetic hernioplasty method in treatment of hiatal hernia, sharing our vision and experience of mesh fixation.

**Materials and methods:** In cases of hiatal hernia, 12 prosthetic hernioplasties were performed by open method, without general anesthesia, by laparotomic approach in 2010-2014. There were 9 females and 3 males. The age ranged from 37 to 65 years.

**Conclusion:** According to the literature data, in course of time, it was determined that the complications following hiatal hernia prosthetic hernioplasty – esophageal erosions, stricture, were caused more by technical failure of the surgeries than using the mesh as debride. Prosthetic hernioplasty during the mentioned pathology reduces the recurrence rates and rehabilitation period down to 3% and improves the quality of life.

Our little experience reveals the safety of hernioplasty during the mentioned pathology in case the mesh fixation will be followed in accordance with the method provided by us.

**აქტუალობა:** პოსტსაბტოთა სივრცის ქვეყნებში საყლაპავის ხვრელის დიაფრაგმის თიაქრის მკურნალობა კვლავ აქტუალურია, ვინაიდან აღნიშნული პათოლოგიის დროს არ არსებობს ერთიანი აზრი ბადის გამოყენების შესახებ. დასავლეთის ქვეყნებში ეს საკითხი გადაწყვეტილია ბადის სასარგებლოდ. მიუხედავად იმისა, რომ ბადის გარეშე წარმოებული დიაფრაგმის ხვრელის თიაქარპლასტიკებს ახლდა რეკიდვის მაღალი მაჩვენებლები – 15-35%, ბევრი ქირურგი ბადით პლასტიკას მაინც სკეპტიკურად უყურებდა, იმის გამო, რომ პოსტოპერაციულად აღინიშნებოდა საყლაპავის სტრიქტურა, ეროზიები კუჭის არეში და წყლულოვანი დაავადებები. აღნიშნულ გართულებებს მიაწერენ ბადის თვისებას.

90-იან წლებში და შემდგომ გამოჩნდა უფრო დახვეწილი ბადეები – ნახევრადგაწოვადი, გაწოვადი და ბიოლოგიური, რამაც ხელი შეუწყო საყლაპავის ხვრელის დიაფრაგმული თიაქრის პროთეზირებადი ჰერნიოპლასტიკის განვითარებას.

საქართველოში არსებობს აღნიშნული პათოლოგიის ღია წესით და ბადის გარეშე მკურნალობის დიდი გამოცდილება. ბოლო პერიოდში სრულდება ოპერაციები ლაპაროსკოპიულად ბადის გარეშე.

ჩვენს ქვეყანაში, „ჯონსონ & ჯონსონის“ ფირმის მიერ შემოტანილ იქნა ისეთი ბადეები, როგორც არის „Ultrapro“ და „Proceed“, რამაც ხელი შეუწყო პროთე-

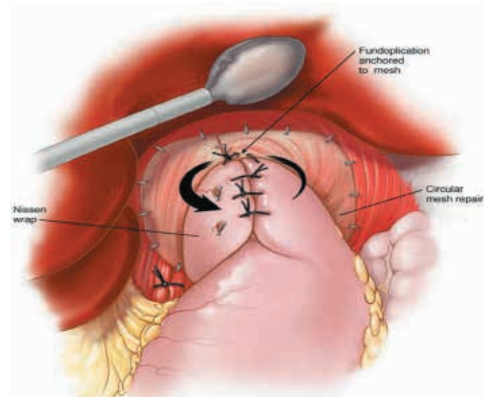
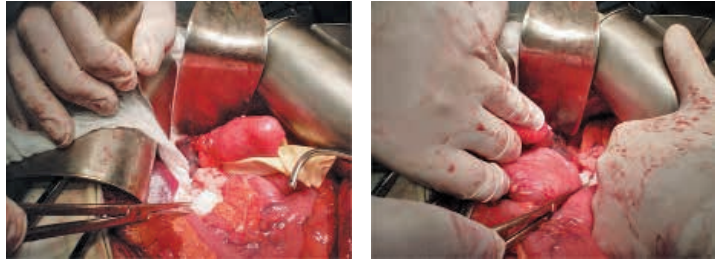
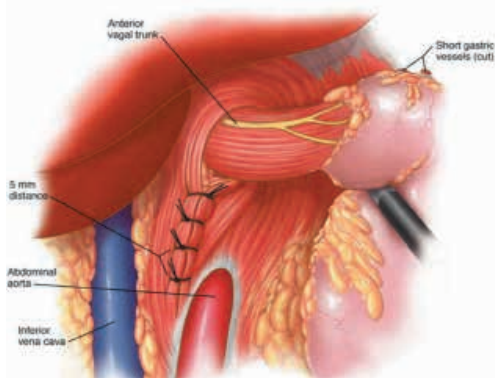
ზირებადი ჰერნიოპლასტიკის დანერგვას ღია წესით.

საქართველოში, აკად. ო.ღუდუშაურის სახელობის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში 2010 წლის, აპრილში პირველად თ. გვენთაძის მიერ შესრულდა დიაფრაგმული თიაქრის პროთეზირებადი ჰერნიოპლასტიკა ღია წესით.

**მიზანი:** საქართველოში საყლაპავის ხვრელის დიაფრაგმალური თიაქრის მკურნალობაში პროთეზირებადი ჰერნიოპლასტიკის მეთოდის დანერგვის შეტყობინება, ბადის ფიქსირების ჩვენი ხედვის და გამოცდილების გაზიარება.

**მასალა და მეთოდი:** ჩვენს მიერ 2010-2014 წლებში შესრულებული იქნა 12 პროთეზირებადი ჰერნიოპლასტიკა დიაფრაგმული თიაქრის დროს ღია წესით, ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ, ლაპაროტომიული მიდგომით. ქალი იყო-9, მამაკაცი-3. ასაკი მერყეობდა 37 წლიდან 65 წლამდე. დაცულ იქნა არსებული მეთოდიკა:





1. საყლაპავის და კუჭის გამოყოფა ჰიამშიდან
  2. მათი ჩამოტანა მუცლის ღრუში
  3. კრურორაფია.
  4. ბადის მოდელირება
- ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ ასიმეტრიულ - უფორმის ბადეს.
5. ბადის ფიქსაცია
- ბადე ფიქსირდება ისე, რომ დაიფაროს კრურორაფიის ნაკერები და ლატერალური და მედიალური ასპექტები, რაც მთავარია, ბადე არ უნდა ეხებოდეს საყლაპავს.
- ამის შემდეგ აუცილებლად კეთდება ფუნდოპლიკაცია როზენ-ნისანის წესით.

**შედეგები:** ჩვენი დაკვირვება არ აღემატება 3 წელს. ყველა პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდი მიმდინარეობდა გართულების გარეშე. პაციენტები ამ ეტაპზე თავს კარგად გრძობენ, სრულიად დაუბრუნდათ შრომისუნარიანობა, გაუუმჯობესდათ სიცოცხლის ხარისხი.

პაციენტებს ოპერაციიდან 6-8 თვის შემდეგ ჩატარდათ რენდგენოლოგიური კვლევა, რომლის მიხედვითაც თიაქრის რეციდივი არ დაფიქსირებულა.

**დასკვნა:** ლიტერატურული მონაცემებით, დროთა განმავლობაში დადგინდა, რომ ის გართულებები, რომლებიც დიაფრაგმის ხვრელის ბადით თიაქარპლასტიკას მოსდევდა – საყლაპავის ეროზიები, სტრიქტურა, იყო გამოწვეული უფრო მეტად ოპერაციების ტექნიკური წუნით, ვიდრე ბადის, როგორც უცხო სხეულის გამოყენებით. პროტეგირებადი ჰერნიოპლასტიკა აღნიშნული პათოლოგიის დროს 3%მდე ამცირებს რეციდივის მაჩვენებლებს, რეაბილიტაციის დროს და აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს.

ჩვენი მცირე გამოცდილება ცხადყოფს აღნიშნული პათოლოგიის დროს პროტეგირებადი ჰერნიოპლასტიკის შესრულების უსაფრთხოებას იმ შემთხვევაში თუ დაცული იქნება ბადის ფიქსირების ჩვენს მიერ მოწოდებული წესი.

**ლიტერატურა:**

**References:**

1. Antoniou SA, Antoniou GA, Pointner R, Grandrath FA. Regarding „Laparoscopic Repair of Large Hiatal Hernia Without Prosthetic Reinforcement: Late Results and Relevance of Anterior Gastropexy” J Gastrointest Surg. 2011 May 15
2. Aye RW, Rehse D, Blitz M, Kraemer SJ, Hill LD. The Hill antireflux repair at 5 institutions over 25 years. Am J Surg. 2011 May;201(5):597-602.
3. Champion JK, Rock D laparoscopic mesh cruroplasty for large paraesophageal hernias. Surg Endosc. 2003 April; 17(4):551-3. Epub 2003 Feb 17.
4. Inaba K, Sakurai Y, Isogaki J, Komori Y, Uyama I. Laparoscopic repair of hiatal hernia with mesenterioaxial volvulus of the stomach. World J Gastroenterol. 2011 Apr 21;17(15):2054-7.
5. Szold A and B. Sagie Laparoscopic Mesh repair of Diaphragmatic Hernias advances on parietal Repair: „Guideline in Surgery” Prague, April 30, 2004
6. Zhong T, Janis JE, Ahmad J, Hofer SO. Outcomes after abdominal wall reconstruction using acellular dermal matrix: A systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011 May 28
7. Zhu JC, Becerril G, Marasovic K, Ing AJ, Falk GL. Laparoscopic repair of large hiatal hernia: impact on dyspnoea. Surg Endosc. 2011 Jun 3.