

ღვიძლის მარჯვენა ლობექტომია კავერნოზული ჰემანგიომის გამო

გ. გვახარია, ს. დანდურიშვილი, მ. კილაძე, დ. ქარცივაძე

შ.პ.ს. ს. ხეჩინაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკა

THE LIVER RIGHT LOBECTOMY CAUSED BY CAVERNOUS HEMANGIOMA

G. GVAKHARIA, S. DANDURISHVILI, M. KILADZE, D. KARTSIVADZE

S. Khechinashvili University Clinic

რეზიუმე

ღვიძლის ყველა კეთილთვისებიანი წარმონაქმნს შორის ყველაზე მნიშვნელოვანი და საყურადღებო კავერნოზული ჰემანგიომაა. ჰემანგიომის სპონტანური რუბტურა იშვიათი, მაგრამ ძალზე დრამატული გართულებაა, რომელიც შეიძლება იყოს ფიზიკური შრომის, მშობიარობის ან სხვა მიზეზების შედეგი. ღვიძლის გაფართოვებული რეზექცია გახდა ღვიძლის პირველადი, მეტასტაზური სიმსივნეების და რიგი კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების პირველადი მკურნალობის მეთოდი.

ღვიძლში კეთილთვისებიანი ახალწარმონაქმნები მეტად მრავალფეროვანია. ზოგიერთი მათგანი ექვემდებარება რეზექციას, სხვები – არა. კლინიკისტები ვალდებული ვართ სკურპულოზურად გავერკვიოთ წარმონაქმნის ტიპში, რომელიც აზიანებს ღვიძლს და სრულყოფილად გამოვიყენოთ დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ყველა მეთოდი. (1, 2)

დაავადების სინშირიდან გამომდინარე, ღვიძლის კეთილთვისებიანი წარმონაქმნებს შორის, რომელიც იპყრობს ქირურგიების ყურადღებას, ყველაზე მნიშვნელოვანი და საყურადღებო, კავერნოზული ჰემანგიომაა. იგი ფიქსირდება ყველა აუტოფსიის დაახლოებით 2%-ში. (2) ჰემანგიომის კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია სიმსივნის ზომამზე, პარენქიმის დაზიანებაზე. ზოგჯერ სიმსივნე აღწევს გიგანტურ ზომებს და ეშვება მცირე მენჯში. ზოგჯერ აწვება ღვიძლს და დაბლა სწევს მას. ჰემანგიომა ხასიათდება ნელი ზრდით, რის გამოც პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა დიდი ხნის განმავლობაში დამაკმაყოფილებელია. (1, 2) ჰემანგიომის სპონტანური რუბტურა იშვიათი, მაგრამ ძალზე დრამატული გართულებაა, რომელიც შეიძლება იყოს ფიზიკური შრომის, მშობიარობის ან სხვა მიზეზების შედეგი. (1)

არსებობს ღვიძლის გაფართოვებული რეზექციის ოთხი ტიპი:

1. ღვიძლის მარჯვენა ლობექტომია.
2. ღვიძლის მარცხენა ლობექტომია.
3. ღვიძლის მარჯვენა ტრისეგმენტექტომია.
4. ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სეგმენტექტომია. (1)

თანამედროვე ქირურგიულ ჰეპატოლოგიაში პოსტოპერაციული ლეტალობის შემცირების გამო, აშშ-ს მონაცემებით იგი ვარირებს 3,2%-დან – 0,8%-მდე (სხვადასხვა კლინიკის მონაცემებით), ღვიძლის გაფართოვებული რეზექცია გახდა ღვიძლის პირველადი, მეტასტაზური სიმსივნეების და რიგი კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების მკურნალობის არჩევის მეთოდი. (1, 2)

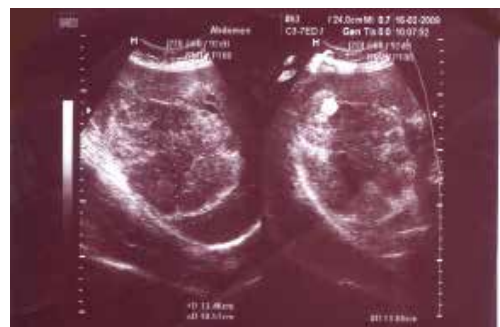
გვირდა წარმოგიდგინოთ შემთხვევა, რომელიც თავისი კლინიკური დიაგნოზით, დაავადების განვითარების დრამატიზმით და არაორდინალური ოპერაციული მკურნალობის ტაქტიკით შესაძლებელია ყურადღებას

Summary

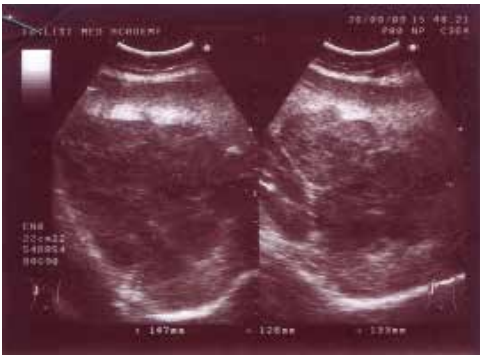
Among all nonmalignant tumors of liver, the most important and interesting could be cavernous hemangioma. Spontaneous rupture of hemangioma happens quite rarely. They could be mainly caused by physical activities, maternity or other reasons. Liver wide resection has become the main step of the treatment of liver primary, metastatic and some kind of non-malignant tumors.

იმსახურებს.

ავადმყოფი ბ., 37 წლის, მომართა ჩვენს კლინიკას 2009 წელს ჩივილებით: ტკივილებით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, რომელიც გაუძლიერდა ბოლო 1,5 თვის განმავლობაში, სიმძიმის შეგრძნებით, დისპეფსიური მოვლენების გაძლიერებით, საერთო სისუსტით. 1,5 წლის წინ ორსულობის დროს ჩაუტარდა გეგმიური ულტრასონოგრაფიული კვლევა, რომლის დროსაც, სრულიად შემთხვევით, დაუდგინდა, ღვიძლის მარჯვენა წილზე ძალზე დიდი ზომის 135x105x116მმ. წარმონაქმნი (სურათი 1), რომელიც ვერიფიცირებული იქნა როგორც ღვიძლის ჰემანგიომა. ვინაიდან ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ჰემანგიომის სპონტანური რუბტურის რისკი მაღალი იყო, პაციენტს შეეთავაზა საკეისრო კვეთა. ოპერაცია გართულდა გინეკოლოგიური სეფსისით, რის შემდეგაც პაციენტის გადმოცემით ჩივილები კიდევ უფრო გაუმძაფრდა. ჩვენს კლინიკაში ამბულატორიული მომართვისას პაციენტს ჩაუტარდა განმეორებითი ექოლოკაციური კვლევა (სურათი 2), რომლის დროსაც დაფიქსირდა ჰემანგიომის ზომების მკვეთრი მატება – 150x126x130მმ. ჩაუტარდა CT კვლევა, სადაც დაფიქსირდა, რომ გიგანტური ჰემანგიომა მოიცავს V-VIII სეგმენტებს (სურათი 3, 4). ვინაიდან ჰემანგიომა ძალზე დიდ ზომებს აღწევდა და ბოლო 2 თვის განმავლობაში გამოიხატა ზრდის ტენდენცია მკვეთრი ალგიური სინდრომის თანდართვით, რაც ყველაფერი ქმნიდა სპონტანური რუბტურის დიდ საშიშროებას, პაციენტს შეეთავაზა ოპერაციული მკურნალობა.



სურათი 1.



სურათი 2.



სურათი 3.



სურათი 4



სურათი 5



სურათი 6

სათანადო მომზადების შემდეგ 18.12.2009 წ. წარმოებულ იქნა ოპერაცია. ღვიძლის მობილიზაციის დროს დრამატულად მოხდა ჰემანგიომის გასკდომა, რომლის დროსაც ერთ მომენტად, დროის მცირე მონაკვეთში, დაიკარგა ძალზე დიდი რაოდენობით სისხლი. ჰემანგიომის რუბტურის ადგილას მიტანილ იქნა 3 დიდი პირსახოცი, კომპრესიული ჰემოსტაზისთვის. ჰემოტრანსფუზიოლოგიური სამსახურის მიერ ერთრომასისა და კრიოპლაზმის ტრანსფუზიის მეშვეობით მოხერხდა მდგომარეობის მეტნაკლები სტაბილიზაცია. გადაწყდა ამ ეტაპზე ოპერაციის შეჩერება, პირსახოცების დატოვება მუცლის ღრუში, საოპერაციო ჭრილობის გაკერვა სიტუაციური ნაკერებით და ავადმყოფის გადაყვანა საოპერაციოდან ანგიოგრაფიულ კვლევაზე. თუ ცელიაკოგრაფიაზე დაფიქსირდებოდა კონტრასტის ღვიძლშიადა არტერიებსგარე ექსტრავაზაცია, რაც ნაკლებადსავარაუდო იყო, იქვე მოხდებოდა სისხლძარღვის (არტერიის) პლომბირება, შესაბამისი მომზადების შემდგომ რელაპაროტომიის და მარჯვენა ლობექტომიის წარმოება. უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში – 72 საათიანი აქტიური მოცდა – ჰომეოსტაზის მაქსიმალური კორექციებით ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში და შემდგომი ოპერაციის წარმოება. ანგიოგრაფიულ კვლევაზე ექსტრავაზაცია არ დაფიქსირებულა (სურათი 5, მარჯვენა ლატერალურ ღარში მოჩანს პირსახოცები), რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს სიმსივნის ვენოზურ გენეზს.

21.XII.2009 წ. წარმოებულ იქნა განმეორებითი ოპერაცია, რელაპაროტომია- ღვიძლის მარჯვენა ლობექტომია. ოპერაცია სრულდებოდა „ Harmonic Scalpel“

– ის მეშვეობით. დიდი ყალიბის ტრიადებს დამატებით ვკერავდით ვიკრილის კვანძოვანი ნაკერებით. ღვიძლ-თორმეტგოჯას იოგი პერიოდულად გადაჭერილი იყო. ოპერაციის მსვლელობისას დაიკარგა დაახლოებით 2 ლ. სისხლი, რომლის შევსებაც ხდებოდა ინტრაოპერაციულად პერმანენტული ჰემოტრანსფუზიით. ოპერაციის ბოლოს ღვიძლთან მიტანილ იქნა ორი მეტრიანი ტამპონი, ტამპონების ქვევით ვინსლოვის ხვრელთან და ლატერალურ ღარში პოლივინილის ორი დრენაჟი.

პოსტოპერაციული პერიოდი მიმდინარეობდა ჰემოტრანსფუზიული თერაპიის ფონზე, ესხმებოდა კრისტალოიდები, უკეთდებოდა ტკივილგამაყუჩებლები, H2 ბლოკერები, დაბალმოლეკულური ანტიკოაგულანტები (ფრაქსიპარინი 0,4), ცილოვანი პრეპარატები, კრიოპლაზმა. ანტიბაქტერიული თერაპია წარმოდგენილი იყო როცეფინით. ლაბორატორიული მაჩვენებლები დღეების მიხედვით გამოიყურებოდა შემდეგნაირად:

პათომორფოლოგიური დიაგნოზი: ღვიძლის მულტინოდულური კავერნოზული ჰემანგიომა ნეკროზის უბნებით, ქრონიკული ინფილტრაციულ-პროლიფერაციული ანთებით და ფიბროზის რეგიონით. საკონტროლო CT კვლევაზე აღინიშნება სტაბილური მდგომარეობა, მოჩანს რეზექციის ზონა (სურათი 6). პაციენტი ჰოსპიტალიზაციიდან მე 14-ე დღეს გაეწერა ბინაზე. Wrilobis Sexorceba pirveladi daWimviT. 1 წლის შემდეგ თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობს, 2 წლის შემდეგ საკონტროლო რადიოლოგიურ კვლევაზე სიმსივნის რეციდივი არ ფიქსირდება.

ლიტერატურა:

References:

1. On Call Surgery – Gregg A. Adams, Stephen D. Bresnick, – 2nd ed. 2001.
2. Textbook Of Surgery – David C. Sabiston Jr., H. Kim Lyerly. 1992.