

საქართველოს აკად. გრ. მუხამძის სახელობის შირურგთა
სამეცნიერო საზოგადოება

საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია

საქართველოს შირურგიის მაცნე

№ 3

მთავარი რედაქტორი
პროფესორი გურამ ტატიშვილი

თბილისი, 2016

საქართველოს ქირურგიის მაცნე

სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი
ყოველკვარტალური გამოცემა
გამოცემა 2016 წლიდან

მთავარი რედაქტორი და სარედაქციო საბჭოს თავმჯდომარე
პროფესორი გურამ ტატიშვილი

სარედაქციო საბჭო

დ. აბულაძე, ა.ალექსიძე, ზ.ბახუტაშვილი, ა.ბერიძე, რ.გაგუა, გ.გიორგობიანი, გ.დათუაშვილი, მ.დვალი, ზ.ვადაჭკორია, ფრ.თოდუა, გ.თომაძე, გ.ინგოროყვა, მ.კილაძე, მ.კილაძე, დ.კორძია, ი.კობრეიძე, ი.კუმანოვი, გ.ლობჯანიძე, ნ.ლომიძე, ლ.მანაგძე, კ.მარდალეიშვილი, მ.მიზანდარი, ბ.მოსიძე, გ.ნემსაძე, ზ.ორჯონიკიძე, კ.ქუნთელია, კ.ყიფიანი, ბ.ჩაკვეტაძე, თ. ჩართლანი, ვ.ჩაჩიბაია, გ.ჩიქობავა, თ.ჩხიკვაძე, ზ.ხელაძე, რ.ხეცურიანი, შ.ჯაფარიძე, ფ.ჯინარლი, დ.ჯიქია.

პასუხისმგებელი რედაქტორი

დავით ჯიქია

სარედაქციო კოლეგია

ვ.არჩვაძე, გ.კინწურაშვილი, რ.ახალაია, ნ.ხმალაძე, მ.ერემეიშვილი, დ.ხაზარაძე, ვ.თედორაძე, ლ.სილოგავა (პასუხისმგებელი მდივანი).

ჟურნალში შექმნა თანამედროვე ქირურგიის და მომიჯნავე დარგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობის კვლევების შედეგები, მათი კლინიკური და თეორიული ასპექტები, ახალი ტექნოლოგიები, სამედიცინო განათლების პრობლემები, შემთხვევები კლინიკური პრაქტიკიდან, ქირურგიის ისტორიის გამორჩეული მოვლენები, საქართველოს ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების ქრონიკა და სხვა აქტუალური საკითხები.

დამფუძნებლები

საქართველოს აკად. გრ. მუხაძის სახელობის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება.
საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია

სპონსორები

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
შ.პ.ს. „ივერმედი“
სამედიცინო ცენტრი „ლანცეტი“

რედაქციის აზრი შეიძლება არ ემთხვეოდეს ავტორთა მოსაზრებას. ყველა უფლება ავტორებისაგან მასალების მიღების შემდეგ ეკუთვნის ჟურნალ „საქართველოს ქირურგიის მაცნე“-ს რედაქციას. რედაქცია პასუხს არ აგებს სარეკლამო მასალების შინაარსზე. ჟურნალში გამოქვეყნებული მასალების სრული ან ნაწილობრივი აღწარმოება ან გამრავლება, მეთოდის მიუხედავად, დასაშვებია მხოლოდ გამომცემელის წერილობითი ნებართვით.

რედაქციის მისამართი: თბილისი, ჭავჭავაძის გამზ. 60

ტირაჟი: 700

UDC(უაკ)617(051)(479.22)ს-323

ISSN 2449-2221

ავტორის სამახსოვრო

ჟურნალ „საქართველოს ძირუბგის მაცნეში“ სტატიის წარმოდგენის წესები:

1. სტატია წარმოდგენილი უნდა იყოს ნაბეჭდი სახით, ორ ეგზემპლარად, ქართულ ენაზე და მას უნდა ახლდეს სტატიის ელექტრონული ვერსია ელექტრონულ მატარებელზე (CD, DVD, ფლეშ მესსიერება).
2. ნაბეჭდი ვერსია წარმოდგენილი უნდა იყოს სტანდარტული ფურცლის (A4) ერთ გვერდზე, 2,5 სმ სიგანის მარცხენა, 2-2სმ ზედა და ქვედა და 1,5სმ მარჯვენა ველების დაცვით. სტრიქონებს შორის ინტერვალი 1,5.
3. სტატია აკრეფილი უნდა იყოს MS Word-ში Sylfaen უნიკოდ შრიფტით, როგორც ქართული ძირითადი ტექსტი, ისე ქართული და ინგლისური რეზიუმე. შრიფტის ზომა უნდა იყოს 11.
4. წარმოდგენილი სტატიის მოცულობა არ უნდა იყოს 7 გვერდზე ნაკლები და 20 გვერდზე მეტი ცხრილების, დიაგრამების, საილუსტრაციო მასალის, ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ჩათვლით.
5. სტატია უნდა მოიცავდეს შემდეგ ნაკვეთურებს: საკითხის აქტუალობა, კვლევის მიზანი, საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები, მიღებული შედეგები და მათი განსჯა.
6. ექსპერიმენტული კვლევების შედეგების წარმოდგენისას, აუცილებელია, მიეთითოს და აღიწეროს საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).
7. სტატიას უნდა ახლდეს რეზიუმე ქართულ და ინგლისურ ენებზე. რეზიუმეს მოცულობა უნდა იყოს არანაკლებ 130 და არაუმეტეს 250 სიტყვა. აუცილებელია ინგლისურენოვან რეზიუმეს ახლდეს: სათაური, ავტორების გვარები ინიციალებით, წარმომდგენი დაწესებულების ან ავტორთა სამუშაო დაწესებულებების მითითებით (ავტორის კაშირი დაწესებულებასთან რამდენიმე ავტორის და დაწესებულების შემთხვევაში უნდა განმარტებული იყოს ციფრით). რეზიუმე უნდა მოიცავდეს შემდეგ ნაკვეთურებს (რომლებიც გამოყოფილი იქნება ტექსტში): მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; საკვანძო სიტყვები (key words).
8. სტატიის ილუსტრირების წესები:
 - ცხრილები წარმოდგენილი უნდა იყოს ნაბეჭდი და ელექტრონული სახით (და არა რომელიმე გამოსახულების ფორმატით – მაგ., jpg, tiff, pdf). ცხრილი აწყობილი უნდა იყოს MS Word-ის ან MS Excell-ის ფორმატში, შეიძლება ჩართული იყოს ტექსტი ან წარმოდგენილი იყოს ცალკე ფაილის სახით, ამ შემთხვევაში ფაილს უნდა ერქვას სახელი: ცხრილი №...; ყველა ციფრული, შემავარდნის და პროცენტული მონაცემები უნდა შესაბამისად ტექსტში მოყვანილს.
 - დიაგრამები უნდა იყოს დასათაურებული, დანომრილი და ტექსტში შესაბამის ადგილზე მითითებული. დიაგრამები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს როგორც MS Word-ის ან MS Excell-ის ფორმატში, ისე jpg, tiff, pdf ფორმატებში. დიაგრამების წარწერები შესრულებული უნდა იყოს ქართულ ენაზე.
 - ფოტოსურათები, სურათები, ნახაზები უნდა იყოს წარმოდგენილი კონტრასტული ფაილის სახით, jpg, tiff, pdf ფორმატში, დასათაურებული, დანომრილი და ტექსტში შესაბამის ადგილზე მითითებული. ამოხსნის ხარისხი არანაკლებ 200dpi.
 - რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოდგენით პოზიტიური გამოსახულებით jpg, tiff, pdf ფორმატში, დასათაურებული, დანომრილი და ტექსტში შესაბამის ადგილზე მითითებული. ამოხსნის ხარისხი არანაკლებ 200dpi.
 - მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების შეღებვის ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.
9. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალებს თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.
10. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით).
 - ბიბლიოგრაფიული სია დალაგებული უნდა იყოს ანბანური წყობით;
 - მიეთითება ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები).
 - მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში მრგვალ ფრჩხილებში უნდა მიეთითოს ავტორის შესაბამისი №, ლიტერატურის სიის მიხედვით.
11. რედაქცია ითვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.
12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემაში.
13. აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

„საქართველოს ძირუბგის მაცნეს“ რედაქცია

სარჩევი
CONTENTS

ავტორის სამახსოვრო.....	3
ჟურნალ „საქართველოს ქირურგიის მაცნეში“ სტატიის წარმოდგენის წესები:.....	3
ღვიძლის პარენქიმის დისექციის ახალი საშუალება, გ.ახალაძე, ე.ვრებიონკინი.....	5
ბავშვებში ღვიძლის გადანერგვის ექვსწლიანი გამოცდილება, დიმიტრი ახალაძე.....	9
კრიტიკული დამწვრობების აღდგენითი ქირურგიული მკურნალობისა და ინტენსიური თერაპიის ძირითადი პრინციპები ბ.იაშვილი, გ.ქაშიბაძე, ლ.იაშვილი, ი.ბელიკოვი.....	19
დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიქრისა და გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქს დაავადების ლაპაროსკოპიული ქირურგიული მკურნალობა, მ.კილაძე დ.ელგანდაშვილი ო.კეპულაძე.....	25
საზარდულის თიქრების მცირე-ინვაზიური პრეპერიტონული პლასტიკა Ugahary-ის მეთოდით თ. ჩართოლანი, პ. ჩაფიძე, ჯ. ფხალაძე.....	29
საძილე არტერიების რეკონსტრუქციული ქირურგია თავისა და კისრის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებების მქონე პაციენტებში, კ.ყიფიანი, კ.მარდალეიშვილი, დ.ღვინიაშვილი, ვ.არგანაშვილი, ლ.კალმახელიძე, ლ.რამიშვილი, ზ.დაბრუნდაშვილი, დ.ბახტურიძე, ლ.ბახტაძე.....	33
კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის შორეული შედეგები, ზ.ხელაძე, ზ.ხელაძე.....	39
ასაკობრივი სათვალე და ლაზერი, პროფ.მ.დვალი; ნ.შარაბაძეშვილი; ლ.ჟორჯიკაშვილი.....	43
წყლულოვანი დეკომპენსირებული პილოროდუოდენალური სტენოზის ლაპაროსკოპიული მკურნალობა (კლინიკური დაკვირვება), ლ. წამალაძე, მ. დემეტრაშვილი, მ. ალხანაიძე.....	47
პათოლოგიური სიმსუქნის ქირურგიული მკურნალობის დროს ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკის გამოყენების 25 წლიანი გამოცდილება, ბ. ჩაკვეტაძე.....	51
ნაღვლის საერთო სადინარის აღენომა და მისი ქირურგიული მკურნალობა ლ.ლაგვილავა, გ.მამამთავრიშვილი, შ.ზაგანია, გ.ფიჩხაია.....	55
ღვიძლის წილოვანი პორტული ტრაქტების დროებითი დახშობა ორგანოდან სისხლდენასთან ბრძოლის მიზნით და მეთოდის კლინიკური გამოყენების შედეგები, პროფესორი მ. ჩომახაშვილი, ასოც. პროფესორი ო. ცეცხლაძე, ასოც. პროფესორი ნ.ზოსიძე, ასისტენტი მ.გოგოტიშვილი.....	58
რატომ უნდა წაიკითხოთ ეს წიგნი ყველა ექიმმა (ფრიდონ თოდუა).....	63
ალექსანდრე მაჭავარიანი.....	67
გერმანე ახალაძე.....	69
გურამ გვასალია.....	71
სერგო დადვანის ნათელ ხსოვნას.....	72
A new method of liver transaction, G. Akhaladze, E. Grebenkin.....	5
LIVER TRANSPLANTATION IN CHILDREN: SIX-YEAR EXPERIENCE ANALYSIS, D. Akhaladze.....	9
Key Principles of Restoration Surgical Treatment and Intensive Therapy of Critical Burn Injuries, B. Iashvili, G. Kashibadze, L. Iashvili, I. Belikov.....	19
HIATAL HERNIA AND GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE - LAPAROSCOPIC TREATMENT, M.M. Kiladze, D. Elgandashvili, O. Kepuladze.....	25
The minimally invasive preperitoneal plastical surgery of inguinal Hernias by Ugahary method, T. Chartolani, P. Chapidze, J. Pخالadze.....	29
Reconstructive surgery of carotid arteries in patients with head or neck cancer, K. Khipiani ¹ , K. Mardaleishvili ² , D. Ghviniasvili ² , V. Arganashvili ¹ , L.kalmakhelidze ² , L. Ramishvili ² , Z. Dabrundashvili ² , D. Bakhturidze ² , L. Bakhtadze ²	33
Long-term results of treatment of critical patients, Z. Kheladze, Zv. Kheladze, N.Kajaia, T. Mazmishvili.....	39
adult glases and laser, m. dvali, n. sharazadishvili, I. ZHORZHAKASHVILI.....	43
Laparoscopic tretment of an ulcerous decompensated duodenal stenosis (case report), L. TAMALAI DZE, Z. DEMETRASHVILI, Z. ALKHANAI DZE.....	47
25-year Experience of Applying Horizontal Gastroplasty during Surgical Treatment of Pathological Obesity, B. Chakvetadze.....	51
Common Bile Duct Adenoma and its Surgical Treatment, L. Lagvilava, G. Mamamtavrisvili, Sh. Dzagania, G. Pichkhaia.....	55
Lobar hepatic portal tract temporary obstruction in order to fight internal organ bleeding and the results of clinical use of the method, Professor G. Chomakhashvili, Assoc. Professor O. Tsetskhladze, Assoc. N.zosidze professor, assistant M.gogotishvili.....	58

ღვიძლის პარენქიმის დისექციის ახალი საშუალება

ბ.ახალაძე, ე.გრებენკინი

რენტგენორადიოლოგიის რუსეთის სამეცნიერო ცენტრი

A NEW METHOD OF LIVER TRANSACTION

G. AKHALADZE, E. GREBENKIN

THE RUSSIAN SCIENTIFIC CENTER ROENTGENOLOGY AND RADIOLOGY

რეზიუმე

მიზანი: ჩვენი კვლევის მიზანი არის ღვიძლის პარენქიმის დისექციის ახალი მეთოდის ეფექტურობის დადგენა.

მასალა და მეთოდები: მეთოდის არსი შემდგომში მდგომარეობს: ჩვეულებრივი ქირურგიული დამჭერით რომელიც შეერთებულია რადიო სისხლის გენერატორთან, ხდება ღვიძლის პარენქიმის გაჭყლეტა და კოაგულაცია, ამავე ხელსაწყოს საშუალებით მიწოდებული ფიზიოლოგიური ხსნარით ირიგაციის პირობებში.

შესწავლილია ღვიძლის 56 რეზექციის შედეგები. ავადმყოფები დაყოფილია 3 ჯგუფად. ძირითად ჯგუფში შევიდა 22 ავადმყოფი, რომლებსაც ჩაუტარდათ რეზექცია აღწერილი მეთოდით. პირველ საკონტროლო ჯგუფში 19 ავადმყოფს ღვიძლის რეზექცია ჩაუტარდა ბიპოლარული კოაგულაციის გამოყენებით, ხოლო მეორე საკონტროლო ჯგუფში (15 რეზექცია) – ჰარმონიკული სკალპელით. სისხლის დანაკარგმა ძირითად ჯგუფში შეადგინა $598,14 \pm 145,76$ მლ, ბიპოლარული კოაგულაციის ჯგუფში – $786 \pm 212,09$ მლ, ხოლო ჰარმონიკული სკალპელის ჯგუფში – $1614,17 \pm 637,21$ მლ, სხვაობები სარწმუნოა ($p=0.008$). ოპერაციის ხანგრძლივობა ძირითად ჯგუფში იყო $297,34 \pm 22,12$ წთ, კოაგულაციის ჯგუფში – $357,42 \pm 32,45$ წთ და ჰარმონიკული სკალპელის ჯგუფში – $394,26 \pm 47,53$ წთ. სხვაობა არ აღმოჩნდა სარწმუნო ($p=0.1$).

დასკვნა: ამგვარად, ღვიძლის პარენქიმის დისექციის წარმოდგენილი მეთოდი იძლევა ოპერაციის ხანგრძლივობისა და სისხლის დანაკარგის სარწმუნო შემცირებას აფერენტული სისხლისმიმოქცევის შეწყვეტის გარეშე. სისხლის დანაკარგის შემცირება, განსაკუთრებით პარენქიმის დიდი ფართობის დისექციის დროს იძლევა სეგმენტექტომიებისა და მეზოჰეპატექტომიების უფრო ხშირად შესრულების საშუალებას, რაც ზრდის რეზექტაბელური ავადმყოფების ხვედრით წილს და ზოგადად აუმჯობესებს ღვიძლის სიმსივნეებით დაავადებული ავადმყოფების ქირურგიული მკურნალობის შედეგებს.

საკვანძო სიტყვები: ღვიძლის რეზექცია, ღვიძლის კიბო, ღვიძლის მეტასტაზები, სეგმენტური ჰეპატექტომია, მეზოჰეპატექტომია.

შესავალი. ღვიძლის თანამედროვე ქირურგიაში თვალსაჩინოდ იკვეთება მოფუნქციონირე პარენქიმის მიმართ დამზოგველი დამოკიდებულებისა და ინტრა-ოპერაციული სისხლის დანაკარგის შემცირების ტენდენცია. ასეთ მოთხოვნებს აკმაყოფილებს ღვიძლის პარენქიმის შემანარჩუნებელი, სეგმენტურ ანატომიაზე ორიენტირებული, რეზექციები [1,2]. სეგმენტურ ანატომიაზე ორიენტირებული რეზექცია დარჩენილი ღვიძლის საკმარისი მოცულობის შენარჩუნების, სიმსივნის ღვიძლის ერთ ანატომიურ ზონაში გავრცელების ონკოლოგიური და სისხლძარღვთა არქიტექტონიკის დამოგვის პრინციპების დაცვის საშუალებას იძლევა, რაც, აუცილებლობისას, არ ზღუდავს განმეორებითი ოპერაციის შესრულების შესაძლებლობას [1].

ასეთი ტიპის ოპერაციების უარყოფით მხარეა ღვიძლის რეზექციის შედეგად ბიპოლარული მეთოდი არის ჩვეულებრივი დამჭერის საშუალებით პარენქიმის გაჭყლეტა (Conventional clamp-crushing liver resection – CCLR).

Summary

Aim: To study the effectiveness of the method, consisting of crushing the liver parenchyma by mean of clamp connected to a generator of high-frequency current while performing the sodium chloride solution irrigation of dissection line.

Material and Methods: We investigated the results of 56 liver resections. Patients were divided into 3 groups. The study group included 22 resections performed using the tested method. The first control group consisted of 19 resections performed using bipolar coagulation, the second group consisted of 15 resections performed by means of the harmonic scalpel.

Results: Blood loss in the study group came to $627,011 \pm 161,894$ ml, in the group of coagulation – $811 \text{ ml} \pm 225,088$, and the group of harmonic scalpel – $1652,29 \pm 624,507$ ml, differences are significant ($p = 0.008$). The average duration of surgery in the group of the developed method lasted $301,67 \pm 26,084$ min, in the group of coagulation – $360,15 \pm 29,316$ min and harmonic scalpel group – $386,14 \pm 40,409$ min. No significant difference is obtained ($p = 0.104$).

Conclusion: The developed method of dissection is a promising, will reduce the time of intervention, as well as significantly reduces the level of blood loss without any need in portal trunk occlusion. Reduction of blood loss, even when a large area of parenchyma dissection allows wider use segmental hepatectomy, which in turn increases the resectable patients number resulting in improved outcomes.

Key words: liver resection, a division of the parenchyma of the liver, liver cancer, liver metastases, segmental hepatectomy, mesohepatectomy.

რი გადაკვანძვის სირთულესთან ერთად იწვევს სისხლის დანაკარგის მნიშვნელოვან ზრდას [3]. მაგალითად, სიმსივნის ცენტრალური ლოკალიზაციის დროს ლოგიკურად ადეკვატური ოპერაცია არის ცენტრალური რეზექცია (ან მეზოჰეპატექტომია). ამ ოპერაციისას ღვიძლის პარენქიმის ჭრილობის ზედაპირი, ღვიძლის გაფართოებული რეზექციასთან შედარებით, 1,5–2-ჯერ მატულობს, ხოლო მკვებავი სისხლძარღვების წინასწარი გადაკვანძვა ტექნიკურ სირთულესთანაა დაკავშირებული [3].

ძირითადი ბერკეტი, რომლის გამოყენებამაც შეიძლება შეამციროს სისხლის დანაკარგი, არის პარენქიმის დისექციის მინიმალურად ტრავმული მეთოდის არჩევა [2].

ღვიძლის პარენქიმის დისექციის ერთერთი პირველი და დღემდე ყველაზე გავრცელებული მეთოდი არის ჩვეულებრივი დამჭერის საშუალებით პარენქიმის გაჭყლეტა (Conventional clamp-crushing liver resection – CCLR).

Lin-მა და თანაავტორებმა (1974) ეს მეთოდი შემოგვთავაზეს, ცნობილი ვიეტნამელი ქირურგის T.T.Tung-ის (1939) [4,5] მიერ მოწოდებული, დიგიტოკლაზის ნაცვლად. დამჭერის საშუალებით დისექციის უდაო უპირატესობაა მისი ნებისმიერ ადგილზე, განსაკუთრებული ალტურვილობის უქონლობის პირობებში შესრულების შესაძლებლობა, პარენქიმის ზედაპირული (1მმ სიღრმის) ნეკროზი და დიდი სისწრაფე [2].

დამჭერით ჭყლეტის მეთოდის გავრცელებას ხელს უშლის მხოლოდ ერთი ფაქტორი – სისხლის დიდი დანაკარგი – ლიტერატურის მონაცემებით, საშუალოდ 1600-3800მლ, რაც მნიშვნელოვნად ამძიმებს ავადმყოფის მდგომარეობას პოსტოპერაციულ პერიოდში, საჭირო ხდება ჰემოტრანსფუზია, უარესდება მკურნალობის უახლოესი და შორეული შედეგები [6, 7]. სისხლის დანაკარგის შესამცირებლად იყენებენ ღვიძლის სისხლძარღვოვან იზოლაციას [8], რაც იძლევა სისხლის დანაკარგის 500მლ-მდე შემცირებას, სამაგიეროდ იზრდება ღვიძლის იშემიური დაზიანების რისკი.

პარენქიმის გაჭყლეტასთან ერთად ენერგეტიკული ზემოქმედების დამატების სახით მოგვევლინა LIGASURE-ის (ელექტროკოაგულაცია) და HARMONIC-ის (ულტრაბგერითი ზემოქმედება) დანადგარები. ჩამოთვლილი მეთოდების ნაკლად, ხელსაწყოთა მაღალ ღირებულებასთან ერთად, შეიძლება ჩაითვალოს ისევ და ისევ სისხლის დიდი დანაკარგი და ღვიძლის რეზექციის დროს სისხლძარღვოვანი იზოლაციის აუცილებლობა [9, 10, 11].

ტრანსპლანტოლოგიური ტექნოლოგიების დანერგვასთან ერთად, ნათესაური დონორის უსფრთხოების გამო, შეიქმნა სისხლის მინიმალური დანაკარგისა და ტრანსპლანტატის იშემიის (სისხლძარღვთა იზოლაციის) გარეშე აღების აუცილებლობა. ტრანსპლანტოლოგიაში ფართოდ გამოიყენება ღვიძლის პარენქიმის დამზოგველი დისექცია მონო- და ბიპოლარული კოაგულაციის საშუალებით ფიზიოლოგიური ხსნარით განაკვეთის ირიგაციის პირობებში. ეს მეთოდი, რეზექციის სისხლის დანაკარგის გარეშე შესრულების საშუალებას იძლევა, თუმცა იზრდება ოპერაციის ხანგრძლივობა.

ამგვარად, სეგმენტურ ანატომიაზე ორიენტირებული ღვიძლის ქირურგიის თანამედროვე ტენდენცია გვაიძულებს მაქსიმალურად შევამციროთ სისხლის დანაკარგი ცირკულაციიდან ღვიძლის გამოთიშვის გარეშე. ასეთ პირობებში წარმოიშობა დისექციის ახალი მეთოდების ძიების აუცილებლობა.

ავადმყოფები და მეთოდები. ჩვენს მიერ შემუშავებული მეთოდი მოიცავს პარენქიმის გაჭყლეტას ბილო-

რის დამჭერის საშუალებით, რომელიც შეერთებულია მაღალი ენერგიის რადიოტალღების გენერატორთან და ახორციელებს ქსოვილის კოაგულაციას, და ამავე დროს ხდება ამ არის ფიზიოლოგიური ხსნარით ირიგაცია, ხელსაწყოში ჩამონტაჟებული მილის საშუალებით (მეთოდზე გაცემულია რუსეთის ფედერაციის პატენტი №153859). სურ. 1.

ჩვენი ინსტრუმენტის საშუალებით ღვიძლის დისექციისას სისხლდენის ინტენსივობა არ საჭიროებს ორგანოს სისხლისმიმოქცევის შეწყვეტას და შესაძლებელი ხდება 3მმ-მდე ყალიბრის სისხლძარღვთა კოაგულაცია ლიგირების გარეშე (სურ. 2). ბრანშები გამოიყენება სისხლძარღვთა გამოყოფის მიზნითაც, როგორც დისექტორი.

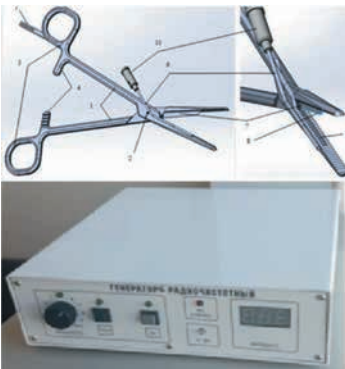
შესწავლილია 2014-2016 წლებში შესრულებული 52 პაციენტის ღვიძლის 56 რეზექციის შედეგები. 2 ავადმყოფს გაუკეთდა 2, 1-ს კი – 3 რეზექცია (კოლორექტული კიბოს მეტასტაზების პროგრესირების გამო) (სურ. 3).

ჩატარებული ოპერაციების მოცულობა და სიმსივნეთა სახეები წარმოდგენილია ცხრილებში 1 და 2.

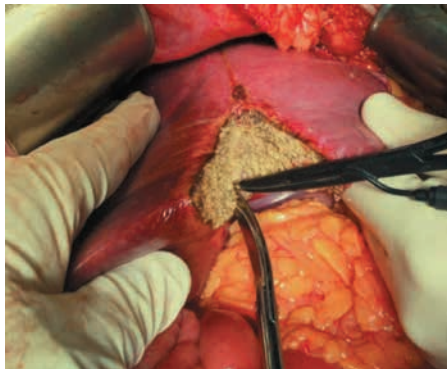
როგორც მე-2 ცხრილიდან ჩანს, რეზექციების უმეტესობა ღვიძლის სეგმენტურ ანატომიაზე იყო ორიენტირებული. ჰემიჰეპატექტომიებსა და გაფართოებულ ჰემიჰეპატექტომიებს მხოლოდ ღვიძლის მასიური სიმსივნეების შემთხვევაში მივმართავთ, როდესაც საღი პარენქიმის შენარჩუნება შეუძლებელია მისი მკვებავი სისხლძარღვების ან მადრენირებელი ვენის სიმსივნეში ჩართვის გამო. ღვიძლის ცენტრალური ნაწილის სიმსივნეებისას უპირატესობას ვანიჭებთ ცენტრალურ რეზექციებს (მეზოჰეპატექტომიებს) ლატერალური სეგმენტების შენარჩუნებით.

ჩვენი მეთოდით ღვიძლის რეზექცია შესრულდა 22 ავადმყოფში (ძირითადი ჯგუფი). საკონტროლო ჯგუფების სახით გამოვყავით 2 დამატებითი ჯგუფი. პირველ საკონტროლო ჯგუფში შევიდა ბიპოლარული კოაგულაციით შესრულებული 19 ღვიძლის რეზექცია; მეორეში – 15 Johnson & Johnson-ის ფირმის ჰარმონიკული სკალპელით შესრულებული რეზექცია. ოპერაციების მოცულობა შესადარებელ ჯგუფებში სარწმუნოდ არ განსხვავდებოდა. შევისწვლეთ ოპერაციის ხანგრძლივობა, დაკარგული სისხლის მოცულობა და ოპერაციის შემდგომი გართულებები Clavien-Dindo-ს კლასიფიკაციის მიხედვით.

შედეგები. ყველაზე დიდი სისხლის დანაკარგი აღმოჩნდა ჰარმონიკული სკალპელის ჯგუფში და შეადგინა 1614,17±637,21მლ. ბიპოლარული კოაგულაციის ჯგუფში სისხლის საშუალო დანაკარგი აღწევდა – 786±212,09მლ. ყველაზე ნაკლები სისხლის დანაკარგი მივიღეთ ძირითად ჯგუფში, 598,14±145,76მლ (სხვაობა სარწმუნოა,



სურათი 1. რადიოსიზირული გენერატორი (ჩვენი დანადგარი).



სურათი 2. მაკვენამხრივი ჰემიჰეპატექტომის დროს პარენქიმის დისექციის პროცესი.



სურათი 3. მე-8 სეგმენტის რეზექცია, სეგმენტის მკვებავ სისხლძარღვთა გამოყოფა.

ცხრილი 1. სიმსივნეები, რომელთა გამოც ჩატარდა ღვიძლის რეზექცია

მორფოლოგია	n
კოლორექტული კიბოს მეტასტაზები	38
ღვიძლის პირველადი (ჰეპატოცელულური და ქოლანგიოცელულური) კიბო	8
არაკოლორექტული კიბოს მეტასტაზები	4
კეთილთვისებიანი სიმსივნეები	2

$p=0.008$) და უმეტესწილად არ აღემატებოდა 500მლ-ს. განსაკუთრებულად აღსანიშნავია, რომ სარეზექციო წილის ან სეგმენტის სისხლძარღვთა წინასწარი ლიგირებისას სისხლის დანაკარგი მცირდებოდა 50-200მლ-მდე.

ოპერაციის ხანგრძლივობის შეფასებისას ყველაზე დიდი დრო დასჭირდა ჰარმონიკული სკალპელით ღვიძლის პარენქიმის დისექციას ($394,26 \pm 47.53$ წთ); ბიპოლარული კოაგულაციის ჯგუფში ოპერაციის ხანგრძლივობამ $357,42 \pm 32,45$ წთ, ხოლო ძირითად ჯგუფში – $297,34 \pm 22,12$ წთ. სხვაობა სარწმუნო არ არის ($p=0.1$), მაგრამ ძირითად ჯგუფში შეინიშნება ამ პარამეტრის შემცირების აშკარა ტენდენცია. მე-3 ცხრილში წარმოდგენილია გამოკვლევის შედეგები.

ლეტალობით დასრულდა 3 (5.4%) შემთხვევა. ერთი ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი იყო ღვიძლის ვენებიდან არაკონტროლირებადი სისხლდენა; მეორე შემთხვევაში ელექტროლიტური დარღვევები პანკრეასის დისტალური რეზექციისა და ღვიძლის მარჯვენამხრივი გაფართოებული ჰემიჰეპატექტომიის შემდეგ; მესამეში – მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, სიმულტანტური მრავლობითი ატიპური რეზექციებისა და მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომიის შემდეგ. ლეტალობის ყველა შემთხვევა ეკუთვნის ჰარმონიკული სკალპელის ჯგუფს.

არალეტალური გართულებები განვითარდა 6 (10,7%)

შემთხვევაში, 5 – 3A ხარისხის (კონსერვატულად დაძლეული ბილიარული ჩაქცევები), 1 - 3B ხარისხის (ენდოსკოპიური სტენტირებით დაძლეული ბილიარული ჩაქცევა).

განხილვა. ღვიძლის გაფართოებული რეზექციებისაკენ მიმართული, ხანგრძლივ პერიოდში გაბატონებული, მისწრაფება დღეს იცვლება პარენქიმის დამზოგველი სეგმენტურ ანატომიაზე ორიენტირებული მიდგომით. ამის მიზეზი ღვიძლის მოფუნქციონირე პარენქიმის შეძლებისდაგვარად მეტი მოცულობის შენარჩუნების აუცილებლობაა, მეტასტაზების ბილობალური გავრცელებისა და ხშირად განმეორებითი ოპერაციების საჭიროების პირობებში. ასეთი სახის სეგმენტექტომიებისათვის დამახასიათებელია ღვიძლის ტრილობის დიდი ზედაპირი. გარდა ამისა, ზოგიერთი სეგმენტექტომიის დროს სეგმენტის აფერენტული და ეფერენტული სისხლძარღვები განლაგებულია ორგანოს სიღრმეში და მისი გადაკვანძვა შესაძლებელი ხდება მხოლოდ პარენქიმის ღრმა დისექციის შემდეგ. აღნიშნული პირობა საგრძნობლად ზრდის ოპერაციის დროს სისხლის დანაკარგს და ხშირად იძულებულს ხდის ქირურგს მიმართოს პრინციპის წესით ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოვის გადაჭრას, რაც უარყოფითად მოქმედებს ღვიძლის, ხშირად ქიმიოთერაპიით, სტეატოზითა, ვირუსული ჰეპატიტითა და ციროზით ისედაც დამიანებულ პარენქიმაზე, და წარმოადგენს ოპერაციის შემდგომი ღვიძლის უკმარისობის წინაპირობას.

ღვიძლის პარენქიმის დამზოგველი სეგმენტურ ანატომიაზე ორიენტირებული რეზექცია მოითხოვს ავადმყოფის სკრუპულოზურ წინასაოპერაციო გამოკვლევას, ქირურგის მიერ კონკრეტული ავადმყოფის ღვიძლის სისხლძარღვთა ანატომიური თავისებურებების შესწავლასა და ოპერაციის დეტალების დაგეგმვას (კტ და მრტ, ულტრაბგერითი გამოკვლევებით საოპერაციო რუქის შედგენა); საკუთრივ რეზექციის დროს კი, ინტრაოპერაციული ულტრაბგერითი გამოკვლევის საშუალებით,

ცხრილი 2. ღვიძლის შესრულებული რეზექციების მოცულობა

ოპერაცია	n
მრავლობითი ატიპური რეზექცია (+2 აბლაცია)	6
I სეგმენტის რეზექცია (+1 ქვედა ღრუ ვენის რეზექციით)	3
IVb სეგმენტის რეზექცია	3 (1-ლაპაროსკოპიული)
V სეგმენტის რეზექცია	4
VI სეგმენტის რეზექცია	3 (1-ლაპაროსკოპიული)
VIII სეგმენტის რეზექცია	6 (1-ლაპაროსკოპიული)
VII სეგმენტის რეზექცია	4
III სეგმენტის რეზექცია	1
VI+VII ბისეგმენტექტომია	1
II+III ბისეგმენტექტომია	2 (1-ლაპაროსკოპიული)
მარჯვენამხრივი ჰემიჰეპატექტომია	8
მარჯვენამხრივი გაფართოებული ჰემიჰეპატექტომია	4
მეზოჰეპატექტომია (I + ფილტვის ატიპური რეზექცია)	5
მარჯვენამხრივი ჰემიჰეპატექტომია+ I სეგმენტის რეზექცია	1
მარჯვენამხრივი ჰემიჰეპატექტომია+ II სეგმენტის რეზექცია	1
მარცხენამხრივი ჰემიჰეპატექტომია	2
მარცხენამხრივი ჰემიჰეპატექტომია+ VIII სეგმენტის რეზექცია + VI სეგმენტის აბლაცია	1
მარცხენამხრივი ჰემიჰეპატექტომია+ VII სეგმენტის რეზექცია	1
სულ	56 (4-ლაპაროსკოპიული)

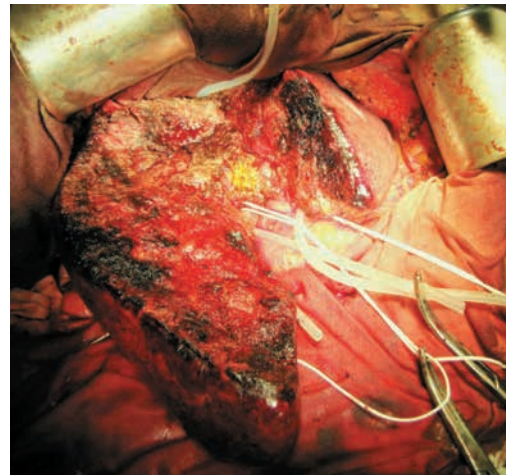
ცხრილი 3: სისხლის დანაკარგი, ოპერაციის ხანგრძლივობა და გართულებები შესადარებელ ჯგუფებში

ჯგუფები	n	სისხლის დანაკარგი (მლ)	ოპერაციის ხანგრძლივობა (წთ)	გართულებები (Clavien-Dindo)
ჰარმონიკული სკალპელი	115	1614,17 ± 637,21	394,26 ± 47,53	5 ხარისხი – 2
ბიპოლარული კოაგულაცია	119	786 ± 212,09	357,42 ± 32,45	3A ხარისხი – 2
ჩვენი მეთოდი	222	598,14 ± 145,76	297,34 ± 22,12	3A ხარისხი – 3 3B ხარისხი – 1
p=		0.008	0.104	

ზუსტად განისაზღვრება მნიშვნელოვან სისხლდარღვ-
თა და სიმსივნის პროექცია. წარმატებული რეზექციის
ერთერთ პირობად ითვლება პარენქიმის დისექციის
სწორი მეთოდის არჩევა. ეს უკანასკნელი იძლევა სის-
ხლის დანაკარგის შემცირების, დროის ეკონომიის და
გართულებების თავიდან აცილების საშუალებას.

ღვიძლის დისექციის, ჩვენს მიერ შემუშავებულ, მე-
თოდს შესწავლილ სხვა მეთოდებთან შედარებით, ახა-
სიათებს კარგი ჰემოსტაზი მცირე ზომის სისხლდარღვთა
გადაკვანძვის აუცილებლობის გარეშე, ორგანოს შენა-
რჩუნებული სისხლისმიმოქცევის პირობებში მუშაობის
შესაძლებლობა. ინსტრუმენტის ტექნიკური უბრალოება,
უნივერსალობა და დისექციის კარგი სიჩქარე, ღვიძლის
რთული რეზექციების კარგი შედეგით შესრულების სა-
შუალებას იძლევა. ღვიძლის სეგმენტურ ანატომიაზე
ორიენტირებული ქირურგიის თვალსაჩინო მაგალითია
მეზოჰეპატექტომიები. ჩვენს მიერ გაანალიზებული 5
ასეთი ოპერაციის სისხლის საშუალო დანაკარგი იყო
1180±342,7მლ-ს, ოპერაციის საშუალო ხანგრძლივობა
394±82,4წთ, ლეტალური გამოსავლის გარეშე და ნაღ-
ვლის ჩაქცევის მხოლოდ ერთი გართულებით (სურ. 4).

ჩვენი მეთოდის ნაკლად ისევე, როგორც ენერგე-
ტიკული ზემოქმედების მეთოდების ნაკლად, პირობი-
თად შეიძლება ჩაითალოს სანაღვლე გზების ფარული
თერმული დაზიანება, რაც ნაღვლის ჩაქცევის მიზეზი
ხდება. ძირითად ჯგუში ნაღვლჩაქცევათა სიხშირემ 20%
შეადგინა, რაც ზოგადად არ აღემატება ამ გართულების
სიხშირეს ღვიძლის რეზექციების შემდეგ. ნაღვლჩაქ-
ცევის სიხშირის შესამცირებლად ჩვენ დავავიწროვეთ
ინსტრუმენტის აქტიური ბრანშების სიგანე, გავზარდეთ
სითხის მიწოდების სიჩქარე და აღარ ვამუშავებთ ჩვენი
მეთოდით ღვიძლის ქსოვილის მაგისტრალურ სანაღვლე
სადინრებთან ახლოს ღვიძლის კარში. ბოლო დროს პა-
რენქიმის დისექციისას წინასწარ ვიყენებთ ულტრაბე-



სურათი 4. პარენქიმის ტრილობის ზედაპირი მეზოჰეპატექტო-
მიის შემდეგ.

რით კავიტაციას SONOCA 300 (Söring)-ის გამოყენებით,
რაც აშიშვლებს სისხლდარღვებსა და სანაღვლე სადინა-
რებს და იძლევა მათი დიფერენცირებული ლიგირებისა
და კოაგულაციის საშუალებას. შესაბამისად ამცირებს
ნაღვჩაქცევების სიხშირეს.

დასკვნა. მიღებული შედეგები გვარწმუნებს, რომ
ღვიძლის პარენქიმის ჭყლეტის მეთოდის შეთავსება მა-
ლალი ინერგიის წყაროს საშუალებით კოაგულაციასა და
ზემოქმედების არის ფიზიოლოგიური ხსნარით ირიგაცი-
ასთან ამცირებს ოპერაციის ხანგრძლივობას, სისხლის
დანაკარგსა და გართულებების სიხშირეს. ეს უპირატე-
სობები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ღვიძლის პა-
რენქიმის დიდი ფართობის დისექციისას, რაც იძლევა
სეგმენტურ ანატომიაზე ორიენტირებული რეზექციების
შესრულებისა და შედეგების გაუმჯობესების საშუალებას.

ლიტერატურა:

References:

1. Von Heesen M, Schuld J, Sperling J, Grünhage F, Lammert F, Richter S, Schilling MK, Kollmar O. Parenchyma-preserving hepatic resection for colorectal liver metastases. *Langenbecks Arch Surg*, 2012; 397(3), 383-395. doi: 10.1007/s00423-011-0872-x
2. Gurusamy KS, Pamecha V, Sharma D, Davidson BR. Techniques for liver parenchymal transection in liver resection. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009; 21(1). doi: 10.1002/14651858.CD006880.pub2
3. Lee SY. Central hepatectomy for centrally located malignant liver tumors: A systematic review. *World J Hepatol*, 2014; 6(5), 347-357. doi: 10.4254/wjh.v6.i5.347
4. Lin T.Y. A simplified technique for hepatic resection: the crush method. *Ann Surg*, 1974;180: 285-290.
5. Tung T.T. Veineuse du Foie et se Applications aux Resections Hepatiques. Hanoi; 1939.
6. Edward C.S., Sheung T.F., Chung-Mau L. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma. *Ann Surg*; 1955, 22(3): 291-298.
7. Fan S.T., Lo C.M., Liu C.L., Lam C.M., Yuen W.K., Yeung C., Wong J. Hepatectomy for Hepatoceflular Carcinoma: Toward Zero hospital deaths. *Ann Surg*. 1999; 3: 322-330.
8. Arnoieili J.P. Brodsky J. Reduction of transfusion requirments during major hepatic resection for metastatic disease. *Surgery*. 1999; 125: 166-173.
9. Guo R., Feng X., Xiao S., Yan J., Xia F., Ma K., Li X. Short- and long-term outcomes of hepatectomy with or without radiofrequency-assist for the treatment of hepatocellular carcinomas: a retrospective comparative cohort study. *Biosci Trends*. 2015; 9(1): 65-72. doi: 10.5582/bst.2014.01142
10. Hanyong S., Wanyee L., Siyuan F.A. Prospective randomized controlled trial: comparison of two different methods of hepatectomy. *Eur J Surg Oncol*.2015;41(2): 243-248. doi: 10.1016/j.ejso.2014.10.057
11. Guo J.Y., Li D.W., et all. Outcomes of simple saline-coupled bipolar electrocautery for hepatic resection. *World J Gastroentero*. 2014;20(26): 8638-8645. doi: 10.3748/wjg.v20.i26.8638

ბავშვებში ღვიძლის გადანერგვის ექვსწლიანი გამოცდილება

დიმიტრი ახალაძე

ვ.ი. შუმაკოვის სახელობის ტრანსპლანტოლოგიისა და ხელოვნური ორგანოების სამეცნიერო ფედერალური ცენტრი, მოსკოვი, რუსეთის ფედერაცია

LIVER TRANSPLANTATION IN CHILDREN: SIX-YEAR EXPERIENCE ANALYSIS

D. AKHALADZE

V.I. Shumakov Federal Research Center of Transplantology and Artificial Organs of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

რეზიუმე

ბოლო ათწლეულებია მსოფლიოში შეინიშნება ბავშვებში ღვიძლის გადანერგვის მნიშვნელოვანი პროგრესი. შესაძლებელი გახდა ძლიერ მცირე წონის რეციპიენტების ოპერირება, მათთვის სისხლის შეუთავსებელი ჯგუფის ცოცხალი მონათესავე დონორისაგან ღვიძლის ფრანგმენტის ტრანსპლანტაცია და მასთან ერთად პანკრეასისა და თირკმლის ერთდროული გადანერგვა. წარმოდგენილი შრომის მიზანია 6 წლის განმავლობაში ვ.ი. შუმაკოვის სახელობის ტრანსპლანტოლოგიისა და ხელოვნური ორგანოების სამეცნიერო ფედერალური ცენტრში (რუსეთი) ბავშვებში ღვიძლის გადანერგვის დაგროვილი გამოცდილების შეფასება. 2008 წლის მაისიდან 2014 წლის ივნისამდე 3 თვიდან 17 წლამდე ასაკისა და 4-დან 32 კგ-მდე წონის 297 ბავშვს ჩაუტარდა 304 ღვიძლის გადანერგვა. შესრულდა მარცხენა ლატერალური სექტორის 241 ტრანსპლანტაცია (მათ შორის 1 – თირკმელთან ერთად), მარჯვენა წილის 40 გადანერგვა (მათ შორის 1 – თირკმელთან ერთად), გარდა ამისა, გარდაცვლილი დონორისაგან მთელი ღვიძლის 9 ტრანსპლანტაცია (1 შემთხვევაში პანკრეასთან ერთად) და 6 სპლიტ-ტრანსპლანტაცია (4 – მარცხენა ლატერალური წილისა და 2 – გაფართოებული მარჯვენა წილის). 41 შემთხვევაში ტრანსპლანტატი აღებულია ABO შეუთავსებელი დონორისაგან. რეტროსპექტიულად წარმოდგენილია ქირურგიული საკითხებისა და შედეგების შეფასება. ადრეული ლეტალობა შეადგენს 8,1%, 1 წლიანი შედეგიანობა – 86,4%, 5 წლიანი – 78,8%-ს. გამოკვლევის შედეგი ადასტურებს ბავშვთა კონტინგენტისათვის ტრანსპლანტაციის ამ მიმართულების პერსპექტიულობას და მოითხოვს შემდგომ განვითარებასა და სამედიცინო (და აგრეთვე მთელ) საზოგადოებაში პოპულარიზაციას.

Summary

Introduction. Over the past few decades in Russia and other countries there has been significant progress in the development of liver transplantation in children. It became possible to operate recipients with very low body mass, to perform transplant from cadaveric and living donors with incompatible blood type, as well as to perform single-step transplantation of liver with kidney or pancreas in patients with combined diseases. **Aim:** to investigate the 6-year experience of liver transplantation in children in V.I. Shumakov Federal Research Center of Transplantology and Artificial Organs. **Materials and methods.** From May 2008 to June 2014 304 liver transplants were performed in 297 children aged from 3 months to 17 years with body mass 4 to 32 kg. 241 living donor liver left lateral section transplants (including 2 in conjunction with kidney), 8 left lobe (including 1 in conjunction with kidney), 40 right lobe liver transplants (including 1 in conjunction with kidney), and 9 cadaveric whole liver transplants (including 1 case of simultaneous liver and pancreas transplantation) and 6 split liver transplants (4 – split left lateral section transplantations and 2 extended right lobe liver grafts) were achieved. 41 of these patients received a graft from ABO – incompatible donors. **Results.** A retrospective evaluation of surgical technique and analysis of results were carried out. Early mortality was 8.1%, 1-year survival rate – 86.4%, 5-year survival rate – 78.8%. **Conclusion.** These results suggest the prospects of this procedure for pediatric transplantation and require further investigation and promotion approaches in medical and social public.

შესავალი

S.Raia-სა (1988) და R.Strong-ის (1989) [13] მიერ ბავშვებში ღვიძლის მარცხენა ლატერალური წილის გადანერგვის პირველი მცდელობის შემდეგ და C.Broelsch-ის [6] მიერ ამ დარგის განვითარებაში ჩადებული დიდი ღვაწლის შედეგად ეს ქირურგიული ოპერაცია ექსპერიმენტულიდან ბავშვებში ღვიძლის ტერმინალური ავადმყოფობების მკურნალობის ოქროს სტანდარტად იქცა. გასული წლების განმავლობაში ქირურგიული ტექნიკისა და იმუნოლოგიური პროტოკოლების სრულყოფამ მკურნალობის ეს მეთოდი მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში რუტინულ დონემდე მიიყვანა. პროფილურ კლინიკაში დროულმა მიმართვამ, ბავშვთა ოპერაციამდელი მომზადების სტრატეგიის გაუმჯობესებამ, ნუტრიციულმა

დახმარებამ, მედიკამენტური მკურნალობის მზარდმა გამოცდილებამ შესაძლებელი გახდა ღვიძლის ტრანსპლანტაციის შედეგების გაუმჯობესება და მისი შესრულება ABO სისტემაში შეუთავსებლობის შემთხვევაშიც კი [3,14]. დღეს ბავშვებში ღვიძლის ტრანსპლანტაციის წლიური შედეგიანობა, სხვადასხვა მონაცემების მიხედვით, 80-90%-ს აღემატება [4,11]. მნიშვნელოვანი მიღწევების მიუხედავად, დღემდე აქტუალურია ბავშვების ღვიძლის გადანერგვაზე დროული გაგზავნისა და ოპერაციის შემდგომი გართულებების საკითხები. პირველი საკითხი უშუალოდაა დაკავშირებული კასის ოპერაციის – პორტო-ენტეროსტომიის შედეგების შესწავლასა და ამ ოპერაციის ჩვენებების შეზღუდვასთან; ხოლო მეორე – გვიბიძგებს ტრანსპლანტოლოგიაში ქირურგიული,

ინფექციური და იმუნოლოგიური გართულებების საწინააღმდეგო ახალი საშუალებების ძიებისაკენ [8,9,15]. ვ.ი. შუმაკოვის სახელობის ტრანსპლანტოლოგიისა და ხელოვნური ორგანოების სამეცნიერო ფედერალურ ცენტრს აქვს რუსეთში პედიატრიულ პრაქტიკაში ღვიძლის გადანერგვის ყველაზე დიდი გამოცდილება და ჩვენი პუბლიკაცია მოიცავს მის ანალიზსა და დასახული პერსპექტივების ჩამოყალიბების მიზანს.

ავადმყოფები და მეთოდები

2008 წლის მაისიდან 2014 წლის ივნისამდე 297 ბავშვს ჩაუტარდა 304 ღვიძლის გადანერგვა. 3 თვიდან 17 წლამდე ასაკისა და 4-დან 32კგ-მდე წონის 139 ბიჭსა და 165 გოგოს. შესრულდა მარცხენა ლატერალური სექტორის 241 ტრანსპლანტაცია (მათ შორის 1 – თირკმელთან ერთად), მარჯვენა წილის 40 გადანერგვა (მათ შორის 1 – თირკმელთან ერთად), გარდა ამისა გარდაცვლილი დონორისაგან მთელი ღვიძლის 9 ტრანსპლანტაცია (1 შემთხვევაში – პანკრეასთან ერთად) და 6 სპლიტ-ტრანსპლანტაცია (4 – მარცხენა ლატერალური წილისა და 2 – გაფართოებული მარჯვენა წილის) (ცხრილი 1).

ღვიძლის ტრანსპლანტატის არჩევას პირველ რიგში ვითვალისწინებდით რეციპიენტის სხეულის წონას. 15კგ-ზე ნაკლები წონის ბავშვების ფიზიოლოგიურ მოთხოვნებს სრულიად აკმაყოფილებდა მარცხენა ლატერალური წილის გადანერგვა. 15კგ-ზე მეტი წონის ბავშვებს ვუნერგავდით მარჯვენა ან მარცხენა წილს. არჩევანს განსაზღვრავდა დონორის ღვიძლის წილების მასის შეფარდება მისი უსაფრთხოების თვალსაზრისით. ობიექტური კრიტერიუმის როლს ასრულებდა GRWR კოეფიციენტი (Graft/Recipient Weight Ratio) [6].

$GRWR = \frac{\text{ტრანსპლანტატის მასა (კგ)}}{\text{რეციპიენტის მასა (კგ)}} \times 100$, რომელიც მსოფლიოში მიღებული გამოცდილებით არ უნდა იყოს 0,8-ზე ნაკლები [1]. ავადმყოფთა წარმოდგენილ სერიაში ეს კოეფიციენტი მარცხენა ლატერალური სექტორისათვის მერყეობდა 2-სა და 6-ს შორის, მარჯვენა წილის გადანერგვისას შეადგენდა 0,8–3,5, მარცხენა წილისათვის – 1,6–2,9 და მთელი ღვიძლისათვის – 2,0.

ღვიძლის გადანერგვის ჩვენებები

ღვიძლის გადანერგვის ჩვენებას შეადგენდა მისი დიფუზური ავადმყოფობების ტერმინალური სტადია, ფულ-

მინანტური უკმარისობა და სიმსივნეები (ცხრილი 2).

წინასაოპერაციო მომზადება

ყველა ავადმყოფის გამოკვლევა ოპერაციის წინ ლაბორატორიული (სისხლის საერთო, გაფართოებული ბიოქიმიური, კოაგულოგრამა და ვირუსოლოგიური დაცა.შ.) ანალიზი და ინსტრუმენტული (ეკგ, ექოკარდიოგრაფია, მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ეზოფაგოგასტროსკოპია, ღვიძლის სისხლძარღვთა ანატომიის ვარიანტების კომპიუტერულ ტომოგრაფიული შესწავლა) კვლევის ალგორითმის მიხედვით წარმოებდა. ტრანსპლანტაციისათვის მომზადება გულისხმობდა ნუტრიციულ დახმარებას, ცილოვან და წყალ-ელექტროლიტური სტატუსის კორექციას, ინფექციის კერების, ჩვენების შესაბამისად, სანაცის. მარცხენა ლატერალური სექტორის გადანერგვის 7 და გარდაცვლილი დონორისაგან მთელი ღვიძლის გადანერგვის 2 პოტენციურ კანდიდატს მაღალი ბილირუბინემიის ფონზე განვითარებული ღვიძლის-მიერი ენცეფალოპათიის გამო ჩაუტარდა ალბუმინური დიალიზის (MARS) 1-4 სეანსი. გამოხატული ჰეპატორენალური სინდრომის გამო 2 ავადმყოფს ტრანსპლანტაციამდე 2-7 დღის განმავლობაში უტარდებოდა ვენო-ვენური ჰემოდიაფილტრაცია.

განსაკუთრებულ ყურადღებას ვაქცევდით სისხლის ჯგუფის შეუთავსებელი დონორისაგან ღვიძლის გადანერვისათვის ავადმყოფთა მომზადებას. აღნიშნულ პერიოდში ჩატარდა 41 ABO შეუთავსებელი ტრანსპლანტაცია; მათ შორის 30 პაციენტს ჰქონდა ბუნებრივი (≤1:8) და იმუნური (≤1:4) ჯგუფის სპეციფიური ანტისხეულების დაბალი ტიტრი და არ ესაჭიროებოდა განსაკუთრებული მომზადება; 11 ბავშვს აღენიშნებოდა ანტისხეულების მაღალი ტიტრი, რაც მოითხოვდა პლაზმაფერეზის 1-7 სეანსის ჩატარებას, ხოლო 4 მათგანს ტრანსპლანტაციამდე 2 კვირით ადრე დასჭირდა რიტუქსიმაბით თერაპია.

იმუნოსუპრესიული თერაპია

იმუნოსუპრესიის პროტოკოლი მოიცავდა ყველა ოპერირებული ავადმყოფისათვის მონოკლონური ანტისხეულების ინდუქციას, გლუკოკორტიკოიდულ თერაპიას (დოზის თანდათან დაქვეითებით ტრანსპლანტაციიდან პირველი წლის განმავლობაში, ან მოგვიანებით, სრულ გაუქმებამდე), კალცინევერინის ინჰიბიტორებსა

ცხრილი 1. გამოყენებული ღვიძლის ტრანსპლანტატების ტიპები

ტრანსპლანტატი	n
ნათესაური ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორი	239
ნათესაური ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორი + ნათესაური თირკმელი	2
ნათესაური ღვიძლის მარცხენა წილი	7
ნათესაური ღვიძლის მარცხენა წილი + ნათესაური თირკმელი	1
ნათესაური ღვიძლის მარჯვენა წილი	39
ნათესაური ღვიძლის მარჯვენა წილი + ნათესაური თირკმელი	1
მთელი გვამური ღვიძლი	8
მთელი გვამური ღვიძლი + პანკრეასი	1
ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორი (სპლიტ-ტრანსპლანტაცია)	4
გაფართოებული მარჯვენა წილის ტრანსპლანტატი (S I, IV–VIII) (სპლიტ-ტრანსპლანტაცია)	2
სულ	304

ცხრილი 2. ღვიძლის დაავადებების ნოზოლოგიური ფორმები

დაავადება	n
ღვიძლის ციროზით გართულებული სანაღვლე გზების ატრეზია	139
ღვიძლის ციროზით გართულებული სანაღვლე გზების ჰიპოპლაზია (არასინდრომული)	16
ღვიძლის ციროზით გართულებული ალაჯილის ავადმყოფობა	15
ღვიძლის ციროზით გართულებული პროგრესირებადი ოჯახური ღვიძლშიდა ქოლესტაზი (1,2,3 ტიპები)/+ ჰეპატოცელულარული კარცინომა	32
კაროლის ავადმყოფობა	24
პირველადი მასკლეროზირებული ქოლანგიტი	1
ღვიძლის ციროზით გართულებული აუტოიმუნური ჰეპატიტი	28
ღვიძლის ციროზით გართულებული α1- ანტიტრიფსინის დეფიციტი	3
კრიგლერ-ნაიარის სინდრომის I ტიპი	1
კრიგლერ-ნაიარის სინდრომის II ტიპი	2
პირველადი ჰიპეროქსალურია	1
ვილსონის ავადმყოფობა	6
გირკეს ავადმყოფობა	1
ღვიძლის ციროზით გართულებული ბადდ-ქიარის სინდრომი	1
კარის ვენის განვითარების ანომალია	2
ჰეპატობლასტომა	2
ღვიძლის ჰამარტომა	1
ჰეპატოცელულარული კარცინომა	1
ალვეოკოკოზი	1
ღვიძლის ფულმინანტური უკმარისობა	3
ღვიძლის ფიბროზი + თირკმლების პოლიკისტოზი	3
დაუდგენელი ეტიოლოგიის ღვიძლის ციროზი	12
ტრანსპლანტატის მეორადი ბილიარული ციროზი	6
ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის ზესწრაფი მოცილება	1
ტრანსპლანტატის ქრონიკული დისფუნქცია	2
სულ	304

და მიკოფენოლის მუავის პრეპარატებს (ჩვენების მიხედვით). ავადმყოფთა უმრავლესობა იღებდა ტაკროლიმუსს. ვილსონის ავადმყოფობით დაავადებულებს (n=6) ვუნიშნავდით ციკლოსპორინ A-ს. მესამე კომპონენტს (მიკოფენოლის მუავის პრეპარატებს) ვუნიშნავდით ყველა ავადმყოფს, გვამური გადანერგვის შემდეგ და რეციპიენტებს, რომლებსაც ნათესაური გადანერგვის შემდეგ დაემართათ შეუთავსებლობის კრიზი, ასევე კალცინევირინის დაბალი კონცენტრაციის შენარჩუნების უცილებლობის შემთხვევაში. ღვიძლის სიმსივნის გამო ოპერირებულ ავადმყოფებს იმუნოსუპრესიული თერაპიის დამატებითი კომპონენტის სახით ტრანსპლანტაციიდან 30 დღის შემდეგ ვუნიშნავდით ევეროლიმუსს.

შედეგები

ნაოპერაციებ ბავშვებს შორის 128-ს ტრანსპლანტაციამდე ჰქონდა ბილიარული ატრეზია, არასინდრომული ჰიპოპლაზია და ალაჯილის სინდრომი. უმეტესობას (117) გადატანილი ჰქონდა კასაის პორტო-ენტეროსტომა 1-დან 8 თვემდე ასაკში. ყოველ მათგანს დაუდგინდა ღვიძლის ციროზი. ბილიარულ ატრეზიას ხშირად თანსდევდა სისხლძარღვთა განვითარების ისეთი ანომალიები, როგორებიცაა ქვედა ღრუ ვენის რეტროჰეპატუ-

რი ნაწილის არ არსებობა (n=8), კარის ვენის ჰიპოპლაზია (n=24) ან თრომბოზი (n=4). გარდა ამისა, დიაგნოსტირებული იყო გულის მანკები: ღია ოვალური ხვრელი (9), წინა გულთა შუადგიდის (2) და პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი (1), ფილტვის არტერიის სარქველის სტენოზი (8), ფილტვის ვენების ნაწილობრივი ანომალური დრენაჟი (1). 1 შემთხვევაში ბავშვს, რომელსაც ჰქონდა ღვიძლგარეთა ბილიარული ატრეზია და წინაგულთაშუა და პარკუჭთა შუა ძგიდეების დეფექტი, გართულებული ფილტვის ჰიპერტენზიით 1,6 წლის ასაკში პირველ ეტაპად ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის პირობებში გაუკეთდა დეფექტების პლასტიკა, ხოლო მეორე ეტაპად, 2,5 წლის ასაკში, ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის ტრანსპლანტაცია.

ალაჯილის სინდრომს 98%-ში ახასიათებდა ღვიძლის არტერიის ჰიპოპლაზია და თანმხლები გულის მანკები: ფილტვის არტერიის სტენოზი (n=7), აორტის სარქველის სტენოზი (n=1), პარკუჭთა შუა ძგიდის დეფექტი (n=2) დადის ემბრიოგენების სხვა სტიმულები. ამ სტატიაში შესული მანკები არ საჭიროებდნენ ქირურგიულ კორექციას. მხოლოდ ერთ ავადმყოფს დასჭირდა ღვიძლის ტრანსპლანტაციის წინ ფილტვის არტერიის

სტენოზის ბალონური დილატაცია.

4 ავადმყოფს, კაროლის ავადმყოფობისა და თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალური სტადიის გამო, ერთდროულად გადაენერგა ღვიძლი და თირკმელი, 3 ავადმყოფს ტრანსპლანტაციამდე ჩაუტარდა თირკმლის შენაცვლებითი თერაპია: 2 - პერიტონეალური და 1 - ჰემოდიალიზი. მეოთხე ავადმყოფს ოპერაცია ჩაუტარდა დიალიზამდე პერიოდში. ამ ბავშვებში ჩატარებული ოპერაციები წარმოდგენილია ცხრილ 3-ში.

15 წლის ერთ ავადმყოფს, რომელსაც აუტომუნური ჰეპატიტი და პირველი ტიპის შაქრიანი დიაბეტი, გაურთულდა ღვიძლის ციროზით, ერთდროულად გადაე-

ცხრილი 3. ტრანსპლანტატების კომბინაციების ვარიანტები

პაციენტი/ასაკი	ტრანსპლანტატი		დონორი
პაციენტი ს., 12 წლის	ღვიძლის მარჯვენაწილი	მარჯვენა თირკმელი	დედა
პაციენტი უ., 8 წლის	ღვიძლის მარცხენა წილი	მარცხენა თირკმელი	დედა
პაციენტი ბ., 3 წლის	მარცხენა ლატ. საქტორი	მარცხენა თირკმელი	დედა
პაციენტი ტ., 6 წლის	მარცხენა ლატ. საქტორი	მარცხენა თირკმელი	დედა

ნერგა ღვიძლი და პანკრეასი დაღუპული დონორისაგან.

ღვიძლის ორთოტოპიული ტრანსპლანტაცია

რეციპიენტს ჰეპატექტომია უტარდებოდა მიღებული მეთოდით ქვედა ღრუ ვენის რეტროჰეპატური ნაწილის შენარჩუნებით (ნახატი 1). ბავშვებში ეს ოპერაცია განსაკუთრებით ძნელი შესასრულებელია, რადგანაც მათ ჩვეულებრივ გადატანილი აქვთ 1 ან რამოდენიმე ქირურგიული ჩარევა მუცლის ღრუზე [2] და გამოხატულია შეხორცებითი პროცესი, განსაკუთრებით ღვიძლის კარში და ასევე ციროზთან დაკავშირებული პორტული ჰიპერტენზიითა და კოაგულოპათიით. იმპლანტაციის თანმიმდევრობა არ გამოირჩეოდა ჩვეულებრივად მიღებული პროტოკოლისაგან და გულისხმობდა ჰეპატიკო-კავალურ რეკონსტრუქციას (ტრანსპლანტაციის სახეობის შესაბამისად), პორტულ და შემდეგ არტერიულ რეგვასკულარიზაციას და ბილიარულ რეკონსტრუქციას.

ქვედა ღრუ ვენის რეტროჰეპატური ნაწილის უარსებობის 8 შემთხვევაში ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის იმპლანტაციისათვის ჰეპატიკო-კავალური

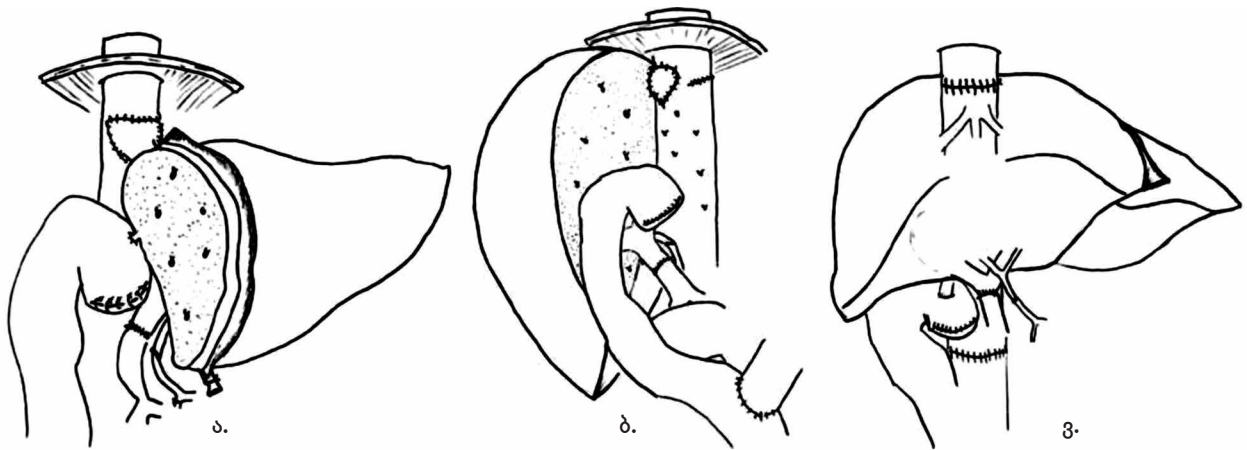
ანასტომოზს ვადებდით დონორის მარცხენა ლატერალური სექტორის მარცხენა ვენასა და მოცილებული ღვიძლის ვენების სანათურს შორის. არც ერთ შემთხვევაში არ გამოგვიყენებია პროთეზი.

კარის ვენის ჰიპოპლაზიის 24 შემთხვევიდან, ვენის სიგრძის დეფიციტის დასაძლევად ანასტომოზის ფორმირებისას მხოლოდ 1 შემთხვევაში გამოვიყენეთ ვენური აუტოტრანსპლანტატი ნათესავი დონორის ჯორჯლის ქვედა ვენიდან. კარის ვენის თრომბოზისას (n=4) ყველა შემთხვევაში თრომბექტომიის შემდეგ მოვახერხეთ საკუთარი ვენის გამოყენება. 13 ბავშვს კარის ვენის ზედმეტად მცირე სანათურთან დაკავშირებით ანასტომოზი

დაედო ჯორჯლის ზედა და ელენთის ვენების შეერთების ზონაში.

არტერიული რეკონსტრუქცია 282 შემთხვევაში სრულდებოდა განუწყვეტელი ნაკერით, ხოლო როდესაც მისი დიამეტრი 2 მმ-ზე ნაკლები იყო (სიგრძეზე გაკვეთით ვზრდიდით სანათურს) - ვიყენებდით კვანძოვან ნაკერს. არტერიული რეკონსტრუქცია განსაკუთრებით რთული იყო ალაცილის სინდრომით დაავადებულ პაციენტებში. 15-და 12 შემთხვევაში რეციპიენტებს აღენიშნებოდათ ღვიძლის არტერიის ჰიპოპლაზია.

ბილიარული რეკონსტრუქცია ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის ტრანსპლანტაციის შემთხვევაში სრულდებოდა 1-დან 3-მდე ჰეპატიკო-იგიუნო ანასტომოზის დადებით მღვივი ნაწლავის რუს წესით იზოლირებულ და კოლინჯის უკან გატარებულ მარყუჟთან. წინა ოპერაციისას რუს წესით ფორმირებული ნაწლავის მარყუჟი ჩვენს მირ გამოყენებული იყო 44 შემთხვევაში. დანარჩენ 73 შემთხვევაში კი იგი მოცილებული იქნა ნაწლავთა შორის ანასტომოზთან ერთად. ამ მარყუჟის



სურათი 1. ღვიძლის ტრანსპლანტაციის სქემები: ა - მარცხენა ლატერალური სექტორი; ბ - მარჯვენა წილი; გ - მთლიანი

მოცილების ჩვენებად ვთვლიდით მის არასაკმარის სიგრძეს, ან საეჭვო სიცოცხლისუნარიანობას შეხორცებებიდან გამოყოფის შემდეგ. მარჯვენა წილის გადანერგვის 36 შემთხვევაში ბილიარული შერთული შესრულებული იყო ნაღვლის საერთო სადინართან პირით-პირში ან ჰეპატიკო-იეიუნო ანასტომოზის სახით - 4 შემთხვევაში.

გარდაცვლილი დონორისაგან მთელი ღვიძლის იმპლანტაციის 8 შემთხვევაში შევასრულეთ ბილიო-ბილიარული და 1 შემთხვევაში ბილიო-დიგესტიური ანასტომოზი (ცხრილი 4).

ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ტრანსპლანტატის მასა (გვამური მთლიანი ღვიძლის ჩათვლით) მნიშვნე-

ცხრილი 4. ბილიარული რეკონსტრუქციის ტიპები

ტრანსპლანტატი	ჰეპატიკო-იეიუნოსტომა	1 სადინარი	2 სადინარი	3 სადინარი	ჰეპატიკო-ჰეპატიკო ანასტომოზი
მარცხენა ლატ. სექტორი	245	91	142	12	—
მარჯვენა წილი	6	7	21	8	36
მარცხენა წილი	8	7	1	—	—
მთლიანი ღვიძლი	1	—	—	—	8
სულ	260	105	264	20	44

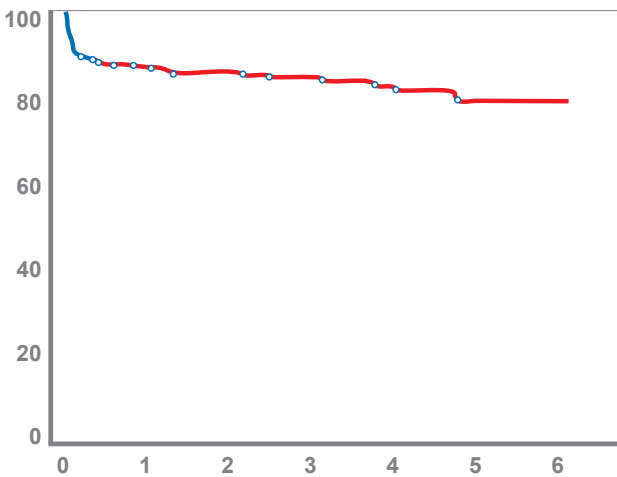
ლოვნად აღემატებოდა კონკრეტული პაციენტისათვის აუცილებლად საჭიროდ ღვიძლის მასას, მუცლის წინაკედლის დახურვა არ იწვევდა ტრანსპლანტატზე მექანიკურ ზეწოლას და მისი ფუნქციის შეზღუდვას.

ოპერაციის შემდგომი დაკვირვების ვადა გრძელდებოდა 2 თვიდან 6 თვემდე. ადრეული (30 დღემდე) ლეტალობა შეადგენს 8,1%, 1-წლიანი შედეგიანობა - 86,4%, ხოლო 5-წლიანი - 78,8% (ნახატი 2).

მიზან შეწონილად ვთვლით წარმოვადგინოთ ყველაზე ხშირი გართულებები და მდგომარეობები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობაზე.

მწვავე მოცილება

ჩვენს დაკვირვებაში მოცილების კრიზი შეგვხვდა პაციენტთა 7,2% ოპერაციიდან 6 წლიდან 4 თვემდე



ნახატი 2. ღვიძლის ტრანსპლანტაციის შემდგომი აქტუარული შედეგანობა

ვადებში. მეთილპრედნიზოლონით პულს-თერაპიის დადებით შედეგს მივაღწიეთ ყველა შემთხვევაში. დაკვირვების პერიოდში სტეროიდ რეზისტენტულ მოცილების კრიზს არ შევხვდებოდით. სტეროიდების დოზის დაქვეითებისას მწვავე მოცილების კრიზის შემთხვევაში ვუნიშნავდით მიკოფენოლის მჟავას იმუნოსუპრესიის მესამე კომპონენტის სახით.

ერთი 6 თვის ბავშვს დაემართა გემწვავე მოცილება ოპერაციიდან პირველ დღეს, რომელსაც თან ახლდა ტრანსპლანტატის მთელი სისხლძარღვოვანი სისტემის თრომბოზი. შესრულებული იქნა ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის რეტრანსპლანტაცია სისხლის ჯგუფით შეუთავსებელი დედისაგან.

ქირურგიული გართულებები

ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის ტრანსპლანტაციის 3 შემთხვევაში შევამჩნიეთ კარის ვენის სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა ტრანსპლანტატის ფუნქციის მნიშვნელოვანი დარღვევისა და პორტული ჰიპერტენზიის ნიშნების პროგრესირების გარეშე. 14 დღის განმავლობაში ანტიკოაგულანტური თერაპიის შედეგად კარის ვენის სისხლის მიმოქცევა აღსდგა. 9 (3,09%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა არტერიული ანასტომოზის თრომბოზი მარცხენა ლატერალური სექტორის რევასკულარიზაციის შემდეგ. 7-ს წარმატებით ჩაუტარდა არტერიული ანასტომოზის რეკონსტრუქცია. 2 ავადმყოფს არტერიული რეკონსტრუქციიდან მე-2 დამე-4 დღეს განმეორებით დაემართა ტრანსპლანტატის არტერიის თრომბოზი. განმეორებითი რეკონსტრუქცია ტექნიკურად შესაძლებელად არ იქნა მიჩნეული. ჩატარდა კონსერვატიული თერაპია (პერმანენტული ანტიკოაგულანტური, ანტიაგრეგატული და სისხლძარღვთა გამაფართოებელი თერაპია კოაგულოგრამის კონტროლის ქვეშ). შემდგომში ერთ ერთ ავადმყოფს წარმატებით ჩაუტარდა ცოცხალი ნათესაური ღვიძლის რეტრანსპლანტაცია. მეორე 6 თვის ავადმყოფსაც ვამზადებდით რეტრანსპლანტაციისათვის, მაგრამ მ ღვიძლის აბსცესების ფონზე განვითარდა ბაქტერიემია და ბავშვი დაიღუპა.

სხვა ქირურგიული გართულებები, რომლების გამოც საჭირო გახდა განმეორებითი ოპერაციები, წარმოდგენილია ცხრილში 5.

ბილიარული გართულებები

ბილიარული გართულებები შემდეგ პედიატრიულ პრაქტიკაში სხვადასხვა ავტორების თანახმად [9,11] ვითარდება ღვიძლის ტრანსპლანტაციის შემთხვევათა თითქმის მესამედში. ადრეული ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ბილიარული მიზეზი შეიძლება იყოს ღვიძლის

ცხრილი 5. ქირურგიული გართულებები როგორც განმეორებითი ოპერაციის ჩვენება

გართულება	n
სისხლდენა მუცლის ღრუში	8
წვრილი ნაწლავის პერფორაცია	11
მსხვილი ნაწლავის პერფორაცია	2
ნაწლავთა გაუვალობა	2
ბილიო-დიგესტიური ანასტომოზის უკმარისობა	2
ჰეპატიკო-იგიუნოანასტომოზის სტრიქტურა	3
ჰეპატიკო-ჰეპატიკო ანასტომოზის სტრიქტურა	16
ნაწლავთა შორისი ანასტომოზის უკმარისობა	1
რეციდიული სისხლდენა საყლაპავის ვარიკოზულად გაფართოებული ვენებიდან	1

ჭრილობის ზედაპირიან ბილიო-დიგესტიური ანასტომოზის უკმარისობა [5] და მისი დრენირება წარმატებით შეიძლება მცირე ინვაზიური მეთოდების გამოყენებით. ჩვენს მიერ ოპერირებულ 62 ბავშვებში ნაღვლის ფისტულა დამოუკიდებლად დაიხურა.

ჩვენი დაკვირვებით ბილიარული გართულებების სიხშირე 27,3% შეადგენს. ანასტომოზის სტრიქტურა ჩამოუყალიბდა 19 (6,3%) პაციენტს, უფრო ხშირად მარჯვენა ან მარცხენა წილის ტრანსპლანტაციის შორეულ პერიოდში, როდესაც უმეტეს შემთხვევაში ნაღვლის დრენირება განხორციელდა პაციენტის საკუთარი სადინარის გამოყენებით. რეკონსტრუქციული ოპერაცია შესრულდა 12 (40%) პაციენტს, პერკუტანული დრენირება - 2-ს. 4-ს ანასტომოზის ზონაში ენდოსკოპიურად წარმატებით ჩაედგა სტენტი. მთლიანი ღვიძლის გადანერგვის შემთხვევაში ჰეპატიკო-იგიუნო ანასტომოზის სტრიქტურის შემთხვევა არ გვქონია.

ბავშვებში ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის ტრანსპლანტაციის შემდეგ უფრო ხშირად ვხვდებით ნაღვლის არასრულ გარეთა ფისტულას, რომელიც ოპერაციიდან სხვადასხვა ვადაში თავისთავად იხურებოდა. 2013 წლის ივნისის შემდეგ ვიყენებთ ანასტომოზის ფორმირების მოდიფიცირებულ მეთოდებს, რის შედეგადაც ბილიარული გართულებების სიხშირე მკვეთრად შემცირდა (3,6%-მდე).

ინფექციური გართულებები

ცნობილია, რომ ბაქტერიული ჰოსპიტალური ინფექცია განსაკუთრებულად საშიშია ტრანსპლანტაციიდან 2 კვირის განმავლობაში, ხოლო ოპორტუნისტული ინფექცია აქტუალური ხდება უფრო მოგვიანებით ვადებში [12]. ბაქტერიული სეფსისი გრამ-უარყოფითი ფლორის უპირატესობით ოპერაციის შემდეგ აღენიშნებოდა 19 ავადმყოფს, რაც 14 შემთხვევაში მიკროორგანიზმების ფლორის მგრძობელობის გათვალისწინებით ანტიბაქტერიული მკურნალობის კორექციის ფონზე იმუნოსუპრესიის მოხსნის, იმუნოგლობულინებით მკურნალობის დანიშნით და ჩვენების დროს, ექსტრაკორპორული დეტოქსიკაციის სეანსების ჩატარების შედეგად გაჯანსაღებით დამთავრდა; 5 ავადმყოფი მოკვდა პოლიორგანული უკმარისობის პროგრესირების ფონზე. 9 შემთხვევაში სეფსისის მიზეზი იყო ერთი-ან ორმხრივი პოლისეგმენტური პნევმონია, 10-ში - სხვადასხვა მიზეზით განვითარებული აბდომინური სეფსისი. უკანასკნე-

ლის გამო ტარდებოდა 1-6 განმეორებითი ოპერაცია. გრამ-დადებითი სეპტიცემია წარმატებით კუპირებული იქნა 8 ბავშვში, ისევე როგორც სოკოვანი სეფსისი, რომელსაც შევხვდით 2 პაციენტში.

ტრანსპლანტაციის შემდეგ ციტომეგალოვირუსული ინფექციის პროფილაქტიკა უმეტეს შემთხვევაში იძლეოდა ამ ინფექციის მანიფესტაციის თავიდან აცილების საშუალებას. ყველა ავადმყოფს ადრეულ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ვუნიშნავდით განციკლოვირს პროფილაქტიკურ დოზებში შემდგომში ვანგენციკოვერის პერორალურ მიღებაზე გადაყვანით 3 თვის ვადით. მიუხედავად ამისა 2 ბავშვს განუვითარდა CMV -პნევმონია, 6 - კი - CMV-ჰეპატიტი. მკურნალობის ჩატარებულმა კურსის შედეგად მივალწიეთ პროცესის რეგრესსა და ვირუსის რეპლიკაციის რეგრესს. 1 ავადმყოფს განუვითარდა CMV სინდრომი, ასევე წარმატებით კუპირებული ვირუსის საწინააღმდეგო კონსერვატული თერაპიით.

პოსტ-ტრანსპლანტაციური ლიმფოპროლიფერაციული სინდრომი

ტრანსპლანტაციის შემდგომი ლიმფოპროლიფერაცია უხშირესად დაკავშირებულია ეპსტეინ-ბარის ვირუს რეპლიკაციასთან [10]. გამოკვლეული ავადმყოფებიდან ლიმფოპროლიფერაცია გამოვლინდა 12 შემთხვევაში ტრანსპლანტაციიდან 1-5 წლის ვადაში. იმუნოსუპრესიული თერაპია მოეხსნა ყველა მათგანს: 5 ბავშვს უტარდებოდა პულს-თერაპია გლუკოკორტიკოიდებით, ხოლო 1 შემთხვევაში 4 წლის პაციენტს უეფექტობის გამო დაენიშნა მკურნალობა რიტუქსიმაბით. ყველა შემთხვევაში მივალწიეთ მკურნალობის დადებით ეფექტს მოცილების კრიზის აქტივაციის გარეშე.

განხილვა

მცირე წონის ბავშვებში ღვიძლის ტრანსპლანტაციის ისტორია ადასტურებს დონორის შესაფერისი ზომის ორგანოს მოძებნის სირთულეს, მაშინ როდესაც პატარა ტრანსპლანტატების ერთადერთ წყაროს წარმოადგენენ გარდაცვლილი ბავშვები. შემდგომში ე.წ. reduced size მეთოდებზე მნიშვნელოვნად შეამსუბუქა იმ ბავშვების ბედ-იღბალი, რომლებიც მომლოდინელთა სიაში იმყოფებიან: ღვიძლის გადანერგვის პოტენციური რეციპიენტებს შორის ლეტალობა ბავშვებში 10-ჯერ აღემატება ასეთივე მაჩვენებელს მოზრდილებში [6]. რუსეთის ფედერაციაში ტრანსპლანტაციული ოპერაციების სა-

ხელმწიფოფინანსირების პირობებში, მას შემდეგ, რაც მარცხენა ლატერალური სექტორის გადანერგვა ხელმისაწვდომი გახდა სხეულის მცირე მასის ბავშვებისათვის [2], ტრანსპლანტაციის პრობლემა იქცა ოპერაციის ჩვენების დროული დასმა და ჯანმრთელი ნათესავური პოტენციური დონორის მოძებნა. ეს პრობლემა ძირითადად სოციალურ და ორგანიზაციულ ხასიათს ატარებს და დამოკიდებულია ოჯახის ცხოვრების პირობებზე, ტრანსპლანტაციის ჩამტარებელი კლინიკის არსებობაზე, მის ინტელექტუალურსა და მატერიალურ შესაძლებლობებზე.

კონკრეტული ავადმყოფების ანალიზის შემდეგ შესაძლებელია დარწმუნებით ითქვას, რომ ღვიძლის გადანერგვის რეალური ჩვენებები თანდაყოლილი ქოლესტაზური ჰეპატიტების პირობებში დაბადებიდან უკვე მე-3 თვეს ყალიბდება. ამ ბავშვთა მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკა და ტრანსპლანტაციის ჩატარების ვადები დამოკიდებულია ჩვენებათა იმპერატიულობაზე: ღვიძლის სინთეზური ფუნქციის დაქვეითებაზე, პორტული ჰიპერტენზიის ზრდაზე, სიყვითლის ინტენსივობაზე, ბავშვის განვითარების დაბრკოლებაზე და ღვიძლის დიფუზური დაზიანების ფონზე განვითარებული ჰეპატოცელულარული კარცინომის არსებობაზე. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ბავშვთა ქირურგების თავდაუზოგავი მცდელობები, როგორც გაუადვილონ ბავშვს სიცოცხლე კასაის ოპერაციის ან სხვა ჩარევების საშუალებით მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში იძლევა „რემისიას“ სიყვითლის ინტენსივობის დაქვეითების სახით. უმეტეს შემთხვევაში ასეთი ოპერაციები მხოლოდ ართულეზურ შემდგომში გარდაუვალ ტრანსპლანტაციას. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ კასაის პორტო-ენტეროსტომიის შესრულება მიზანშეწონილია მხოლოდ 3 თვის ასაკამდე სანალვლე გზების ატრეზიის დასაბუთებულ შემთხვევებში. ჩვენს პრაქტიკაში გვხვდებიან ბავშვები, რომლებსაც კასაის ოპერაცია გაუკეთეს 1-დან 8 თვის ასაკში და არა ატრეზიის, არამედ ალავილის სინდრომის, ბაილერის ავადმყოფობისა და ღვიძლის სხვა ქოლესტატიური ავადმყოფობების გამო. გადატანილი კასაის და გართულებების გამო შესრულებული კიდევ სხვა განმეორებითი ოპერაციები, მნიშვნელოვნად ართულეზურ გადანერგვის დროს ჰეპატექტომიის მძლავრი შეხორცებების გამო და ამძიმებენ ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობას. გარდა ამისა, უმეტეს შემთხვევებში რუს წესით გამოყოფილ მლივი ნაწლავის მარყუჟი არასაკმარისი სიგრძისაა შემდგომი ჰეპატიკო-იგიუნოსტომიისათვის და საჭირო ხდება მისი რეგეცია, რაც კიდევ უფრო ამოკლებს მის სიგრძეს. ამასთან დაკავშირებით იქმნება ღვიძლის ქოლესტატიური დაზიანებების დროს მცირე ასაკის ბავშვებში კასაის ოპერაციის ჩვენებების მკვეთრი შეზღუდვის აუცილებლობა.

ნათესაური და გვამური ტრანსპლანტაციების გამოყენების ქირურგიული შესაძლებლობების განვითარებამ ხელი შეუწყო ტრანსპლანტაციის მასასთან შეფარდებით რეციპიენტის სხეულის უკიდურესად დასაშვები მცირე მასაზე არსებული შეზღუდვების შემცირების ტენდენციას. დაგროვილი და წარმოდგენილი გამოცდილების გათვალისწინებით შესაძლებელი გახდა ღვიძლის ტრა-

ნსპლანტაცია ჩვილი ასაკის 5კგ-მდე მასის ბავშვებშიც. ასეთ პატარა რეციპიენტებში ჩნდება საჭიროება, რომ დონორი დიდი ყურადღებით შეირჩეს არა მარტო ღვიძლის პარენქიმის ხარისხის, ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის აფერენტული და ეფერენტული სისხლის მიმოქცევის ანატომიური თავისებურებების, არამედ ღვიძლის მომავალი ტრანსპლანტატის ზომის გათვალისწინებითაც. მსოფლიო პრაქტიკაში იხმარება ტრანსპლანტაციის ზომის რედუქციისა და მუცლის წინა კედლის პლასტიკის სხვა და სხვა მეთოდები. ჩვენ ჯერ-ჯერობით მხოლოდ ერთ შემთხვევაში მივმართეთ მუცლის წინა კედლის პლასტიკას.

ჩვენი გამოცდილების თანახმად შეიძლება ითქვას, რომ 300 გ-იანი ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის გამოყენება 5 კგ მასის პაციენტში (როდესაც GRWR = 6,0) სრულიად რეალურია და არ იწვევს მუცლის წინა კედლის დახურვის შემდეგ ტრანსპლანტატის კომპრესიასა და ვენტილაციის მნიშვნელოვან დარღვევას, რომლების გამოც შეუძლებელი იქნებოდა ავადმყოფის სტანდარტულ ვადაში დამოუკიდებელ სუნთქვაზე გადაყვანა.

რაც შეეხება მიღებულ მაჩვენებლებს, რომლებიც ახასიათებენ ღვიძლის ტრანსპლანტაციის დონეს კონკრეტული პროგრამის ფარგლებში - სისხლძარღვოვან, კერძოდ არტერიულ თრომბოზებს და ბილიარულ გართულებებს - შეიძლება ითქვას, რომ ჩვენი მაჩვენებლები შეესაბამება მსოფლიოში მიღებულ პარამეტრებს. ამავე დროს ბილიარული გართულებების (ფისტულები, სტრიქტურები) ანალიზმა გვაჩვენა, რომა უცილებელია გადამოწმდეს რეციპიენტის საკუთარი ღვიძლის საერთო სადინარის გამოყენების ჩვენებები განსაკუთრებით იმ დროს, როდესაც არსებობს ტრანსპლანტაციის ერთზე მეტი სანალვლე სადინარი. ბილიო-დიგესტიური ანასტომოზის ფორმირება, ასეთ შემთხვევაში, უფრო გამართლებული ჩანს.

როგორც ზევით აღინიშნა, ღვიძლის მარცხენა ლატერალური სექტორის ტრანსპლანტაციის შემდეგ ნალვლის ფისტულების სიხშირე საკმაოდ მაღალია, მაგრამ გამოცდილებამ გვაჩვენა, რომ ნალვლის ადექვატური დრენირების პირობებში ნალვლის ფისტულის ფორმირება და მომავალში მისი სპონტანური დახურვა სრულიად გამართლებული და ნაკლებად ტრავმულია ავადმყოფისათვის, ვიდრე განმეორებითი ქირურგიული ჩარევა.

განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია ერთი ცოცხალი დონორისაგან ღვიძლისა და თირკმლის ერთდროული გადანერგვის გამოცდილება. ეს შემთხვევები ადასტურებს მსგავსი ოპერაციის შესაძლებლობასა და დონორისათვის უსაფრთხოებას და კარგ შედეგებს რეციპიენტისათვის ქირურგიული ჩარევის დროულად ჩატარებისა და თირკმლის ადექვატური ჩანაცვლებითი თერაპიის პირობებში.

დასკვნა

პედიატრიულ პრაქტიკაში ღვიძლის ტრანსპლანტაცია რეკომენდირებულია როგორც ბავშვებში ღვიძლის დიფუზური ავადმყოფობებისა და არარეგულარული კეროვანი დაზიანებების მკურნალობის საიმედო ქი-

რურგიული მეთოდი. დღეს შესაძლებელია ვუშველოთ ჩვილ ბავშვებსაც კი ტრანსპლანტოლოგთან დროული მიმართვისა და მშობელთა მოტივაციის შემთხვევაში, რომ იბრძოლონ ბავშვის სიცოცხლისათვის და ამის მაგვირად არ დაგვემონ შემდეგი ორსულობა. ნებისმიერი

ასაკის ბავშვისათვის ღვიძლის ტრანსპლანტაციის დაგვემონ დღეს სრულიად რეალურია და ამ საქმის სახელმწიფოფინანსირება საქართველოს ეროვნული ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში დიდი ღვაწლი იქნებოდა.

ლიტერატურა:

References:

1. ГотьеСВ, АхаладзеДГ. Технические аспекты сосудистой реконструкции при трансплантации левого латерального сектора печени взрослого донора в педиатрической практике. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2012; XIV, № 1: 86–94.
2. Gautier SV, Akhaladze DG. Tekhnicheskie aspekty sosudistoïrekonstruktsii pri transplantatsii levogo lateral'nogo sektora pečeni v zroslogo donora v pediatricheskoï praktike. Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov = Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs. 2012; XIV, No1: 86–94.
3. ГотьеСВ, КонстантиновБА, ЦирульниковаОМ. Трансплантацияпечени. 2008; 73–74. Gautier SV, Konstantinov BA, Tsirul'nikova OM. Transplantatsiyapecheni. 2008; 73–74.
4. ЦирульниковаИЕ, ШевченкоОП. АВО-несовместимаятрансплантацияпечениу детей: анализмировогоопыта. Вестниктрансплантологиииискусственныхорганов. 2012; XIV, № 4: 115–123. Tsirul'nikova IE, Shevchenko OP. ABO-nesovmestimaya transplantatsiya pečeni u detei : analiz mirovogo opyta. Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov = Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs. 2012; XIV, No4: 115–123.
5. Arnon R, Annunziato R, Schilsky M et al. Liver transplantation for children with Wilson disease: comparison of outcomes between children and adults. Clin Transplant. 2011; 25 (1): 52–60.
6. Bhatnagar V, Dhawan A, Haider C, Muiesan P, Rela M, Mowat AP et al. The incidence and management of biliary complications following liver transplantation in children. Transpl International. 1995; 8: 388–391.
7. Broelsch C, Neuhaus P, Burdelski M et al. Orthotopic transplantation of hepatic segments in infants with biliary atresia. Langenbecks Arch Chir (Suppl). 1984; 105.
8. Chui AK, Rao AR, Island ER, Lau WY. Critical graft size and functional recovery in living donor liver transplantation. Transplant Proc. 2004; 36 (8): 2277–2278.
9. Deen JL, Blumberg DA. Infectious disease considerations in pediatric organ transplantation. Semin. Pediatr. Surg. 1993; 2: 218–234.
10. Kling K, Lau H, Colombani P. Biliary complications of living related pediatric liver transplant patients. Pediatr. Transpl. 2004; 8:178–184.
11. Morgan G, Superina RA. Lymphoproliferative disease after paediatric liver transplantation. J. Pediatr Surg. 1994; 29:1192–1196.
12. Muiesan P, Vergani D, Mieli-Vergani G. Liver transplantation in children. J Hepatology. 2007; 46: 340–348.
13. Rubin RH. Prevention of infection in the liver transplant recipient. Liver Transplantation Surg. 1996; 2: 89–98.
14. Strong RW, Lunch SV, Ong TH. Successful liver transplantation from living donor to her son. N. Engl. S. Med. 1990; 322: 1505–1507.
15. Tsirulnikova IE, Gautier SV, Poptsov VN, Tsirulnikova OM, Shevchenko OP. ABO incompatible pediatric liver transplantation: experience of a single center. Abstracts of the 2014 Joint International Congress of ILTS, ELITA & LICAGE. London, June 4–7, 2014. Liver Transplantation. June 2014; 20, № 6 (1): 209.
16. Vilca Melendez H, Vougas V, Muiesan P, Andreani P, VerganiM, Rela M et al. Bowel perforation after paediatric orthotopic liver transplantation. Transpl. Int. 1998; 11: 301–304.
17. АхаладзеДГ. Реваскуляризациятрансплантаталевоголатеральногосекторапечениу детей: дис. ...канд. мед. наук. 2013: 41–46. Akhaladze DG. Revaskulyarizatsiya transplantata levogo lateral'nogo sektora pečeni u detei : dis. ... kand. med. nauk. 2013: 41–46.

თბილისის სახელმწიფო საუნივერსიტეტო უნივერსიტეტი
პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY
THE FIRST UNIVERSITY CLINIC



2015 წლის 25 მარტს გაიხსნა და დღეს სრული დატვირთვით ფუნქციონირებს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მრავალპროფილიანი მაღალტექნოლოგიური პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, რომლის მთავარი პრიორიტეტია სამკურნალო საქმიანობის მაღალი სტანდარტების პირობებში მომავალი ექიმების სრულყოფილი განათლება და მათ მიერ პრაქტიკული უნარ - ჩვევების დაუფლების უზრუნველყოფა.

თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა უნიკალურია ქართული უმაღლესი სამედიცინო განათლების ისტორიაში. კომფორტულ პალატებში გაშლილია 185 საწოლი. აქ შენობის ფართის თითოეული მეტრი მაქსიმალურადაა გამოყენებული, თითქმის, ყველა სპეციალობის პაციენტთა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობისთვის ოპტიმალური პირობების შესაქმნელად და შემდეგ ყოველივე ამის ეფექტური გამოყენებისათვის სასწავლო პროცესში. პედაგოგიური პროცესის ყველა მიმართულებას აქვს თვალსაჩინოებებით და აუდიო და ვიდეო აპარატურით აღჭურვილი სასწავლო ოთახები, რომლებიც აკმაყოფილებს ევროპის უმაღლესი სასწავლებლების სტანდარტებს.

პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში თავმოყრილია, თითქმის, ყველა ქირურგიული სპეციალობა: ზოგადი ქირურგია,





სისხლძარღვთა ქირურგია, უროლოგია, ტრავმატოლოგია, პროქტოლოგია, მამოლოგია, ყბა - სახის ქირურგია, ნეიროქირურგია, თვალის სნეულებანი, ყელ - ყურ - ცხვირის სნეულებანი, გინეკოლოგია და სხვა. ასევე სრულად არის წარმოდგენილი მედიცინის თერაპიული სპექტრი და სამედიცინო რეაბილიტაციისა და სპორტული მედიცინის მიმართულება.

განსაკუთრებით ყურადსაღებია სადიაგნოსტიკო მიმართულების მაღალი დონე, კლინიკაში ფუნქციონირებს რადიოლოგიური დეპარტამენტი სხივური მედიცინის ფართე სერვისებით. ეს ქვედანაყოფი, ისევე როგორც ლაბორატორიული

სამსახური აღჭურვილია ულტრათანამედროვე აპარატურით.

დიაგნოსტიკური მიმართულება მუშაობს სადელეამისო რეჟიმში და დღეში ასრულებს 300-ზე მეტ კვლევას. ამ კლინიკაში მოღვაწე ყველა პედაგოგს სამეცნიერო მუშაობისათვის შექმნილი აქვს სათანადო პირობები.

პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა დაკომპლექტებულია, ქვეყნის წამყვანი მაღალკვალიფიციური სპეციალისტებით, აქ მოღვაწეობენ მედიცინის სხვადასხვა სფეროს თვალსაჩინო წარმომადგენლები, ცნობილი მეცნიერები და პედაგოგები პროფესორები: ნ. ლომიძე, მ. დვალი, დ. ქოჩიაშვილი, თ. აბულაძე, ო. ურუშაძე, მ. ჯაში და ბევრი სხვა.



რაც მთავარია აქ ყველაფერი ზემოთ ნახსენები ემსახურება ერთ დიდ მიზანს ავადმყოფის სრულყოფილ მკურნალობას და ამის საფუძველზე ექიმთა კვალიფიციური კადრების აღზრდას.

შეუძლებელია ერთ სარეკლამო ჩართვაში აისახოს თბილისის სახლემწიფო სამედიცინო პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ქირურგიული პროფილის მრავარიცხოვანი კლინიკური მიმართულებების მოღვაწეობის ფართომასშტაბიანი არეალი. ჟურნალის მომდევნო ნომრებში პერიოდულად გამოქვეყნდება სარეკლამო მასალა მათი საქმიანობის შესახებ.



მისამართი: თბილისი გუდამაყრის ქუჩა N 4
 თ.ს.ს.უ. პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა
 ცხელი ხაზი: 2-61-01-01
 ელ;ფოსტა: WWW.TSMUCLINIC.GE

კრიტიკული დამწვრობების აღდგენითი ჰირურგიული მკურნალობისა და ინტენსიური თერაპიის ძირითადი პრინციპები

ბ.იაშვილი, გ.ქაშიბაძე, ლ.იაშვილი, ი.ბელიკოვი

ს.ხეჩინაშვილის საუნივერსიტეტო კლინიკა, ბ.იაშვილის სახელობის თერმულ დაზიანებათა და პლასტიკური ქირურგიის ცენტრი.

KEY PRINCIPLES OF RESTORATION SURGICAL TREATMENT AND INTENSIVE THERAPY OF CRITICAL BURN INJURIES

B. IASHVILI, G. KASHIBADZE, L. IASHVILI, I. BELIKOV
S. Khechinashvili University Clinic, B. Iashvili Center for Thermal Injuries and Plastic Surgery

რეზიუმე

კრიტიკული დიდი ფართის დამწვრობებისას დაავადება ურთულეს პათოფიზიოლოგიურ პროცესებთანაა დაკავშირებული. პათოგენეზში ერთიანად შერწყმულია ჰემოსტაზური, იმუნოლოგიური, ჰორმონალური, ჰემოდინამიკური, რეოლოგიური, ნივთიერებათა ცვლის, ტოქსიური, ინფექციური და მთელ რიგ სხვა პროცესები, რაც ძირითადად სიკვდილის მიზეზი ხდება. დამწვრობითი დაავადების სიმძიმე პირდაპირპროპორციულადაა დამოკიდებული თერმული დაზიანების სიღრმეზე და მის ფართობზე, ამავე დროს, საკმაოდ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ასაკსა და დაზიანების ლოკალიზაციას. ჩვენი ცენტრის მრავალწლიანი კლინიკური დაკვირვებისა და გამოცდილების საფუძველზე, მიზნად დავისახეთ წარმოგვედგინა ინტენსიური თერაპიისა და აღდგენითი ქირურგიული მკურნალობის ძირითადი პრინციპები. მხოლოდ ამ ორი სამკურნალო მიმართულების სწორად წარმართულ თერაპიას შეუძლია გარკვეულ შემთხვევებში სიცოცხლესთან შეუთავსებლობის ზღვარზე მყოფი უმძიმესი ავადმყოფების გადარჩენა. დამწვრობით დაავადებას ახასიათებს ფაზობრივი მიმდინარეობა: დამწვრობითი შოკი (რეანიმაციული ფაზა), მწვავე ტოქსემია, ინფექციასთან დაკავშირებული პრობლემები.

Summary

Critical large area burn injuries is associated with the extremely complicated pathological physiological processes and pathogenesis includes simultaneously haemostatic, immunological, hormonal, hemodynamic, rheological, metabolic, toxic, infectious and many other processes, becoming, in many cases, the cause of death. Severity of the burn injury is proportional to the depth and area of thermal damage, at the same time, age and localization of the injury are of great significance. Years of clinical observations and gained experience at our clinic are intended to represent key principles of intensive therapy and restoration surgical treatment. Only adequately provided treatment in these two medical directions are able, in certain cases, save the patients at with the most severe injuries, at the verge of the damages incompatible with the life. Burn injuries are characterized with staged course: burn shock, resuscitation stage, acute toxemia, problems related to infections. Regarding the above, our Center extensively practices intensive therapy and skin cover restoration surgical treatment methods.

შესავალი

დამწვრობითი დაავადების კომპლექსური მკურნალობის პინციპები საწყისი პერიოდიდანვე მოითხოვს ინტენსიური და ქირურგიული მკურნალობის სწორად წარმართვასა და დიფერენცირებულ მიდგომას.

დამწვრობითი დაავადების 15 აუცილებელი კომპონენტია:

1. ჰემოდინამიკის, სუნთქვის, დიურეზის, ძირითადი კლინიკური და ბიოქიმიური მონაცემების, ჰემოსტაზის მონიტორინგი;
2. დამწვრობითი შოკის საწინააღმდეგო დროული და ადეკვატური მკურნალობა;
3. ანალგეზიისა და ფსიქო-ემოციური სიმშვიდის უზრუნველყოფა;
4. ჰომეოსტაზის გადაუდებელი და გახანგრძლივებული პროცესების ადაპტაციის შენარჩუნება;
5. ჰემოდინამიკის დარღვევების პროფილაქტიკა და კორექცია, ინოტროპული მხარდაჭერა;
6. მიკროცირკულაციისა და ჰემოსტაზური ჰომეოსტაზის პროფილაქტიკა და კორექცია;
7. ჟანგბადოვანი ცვლის აუცილებელი შენარჩუნება;
8. წყალ-მარილოვანი და მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის პროფილაქტიკა და კორექცია;

9. თირკმლების, ღვიძლისა და სხვა ორგანოების ფუნქციონალური მდგომარეობის შენარჩუნება;
10. ინტოქსიკაციისა და ენდოტოქსემიის წინააღმდეგ ბრძოლა;
11. ნაწლავებიდან მიკრობთა ტრანსლოკაციის პროფილაქტიკა; ადრეული ენტერალური კვება;
12. მეტაბოლური დარღვევების, ენერგო დანაკარგების და პლასტიკური მასალის შევსების პროფილაქტიკა და მკურნალობა;
13. დამწვრობითი ტრილობითი ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლა და მისი გენერალიზაციის პროფილაქტიკა;
14. იმუნო მოდულარული და იმუნომაკორიგებელი თერაპია;
15. დაკარგული კანის საფარველის აღსადგენად, მკურნალობის აქტიური, ქირურგიული ტექტიკა.

თერმული დაზიანებების დროს განსაკუთრებული ყურადღება მახვილდება ღრმა დაზიანების ფართზე, ვინაიდან თერმული დაზიანების საწყისი პერიოდშივე იგეგმება ღრმა ნეკროზული ქსოვილის ნაადრევი ან ადრეული ნეკროტომიის ან ნეკრექტომიის წარმოება ერთდროული კანის საფარველის ტრანსპლანტაციური აღდგენით. ოპერაციული მკურნალობა მოიცავს მთელ

რიგ სხვადასხვა მეთოდებს, რომლებიც ემსახურებიან კანის საფარველის აღდგენას და მასთან დაკავშირებულ სიცოცხლის შენარჩუნების პროგნოზირებას, დარღვეული ფუნქციებისა და კოსმეტიკური პრობლემის გამოსწორებას. დაზიანების სიღრმე განაპირობებს ნეკრექტომიის სახეობას (იგულისხმება ტანგენციალური, კან-ცხიმოვანი, კან-ფასციალური, კან-კუნთოვანი და სხვ). სხეულის სეგმენტური ნაწილები (კიდურები, ფალანგები ყურის ნიჟარები, ცხვირი, გენიტალები) მუმიფიცირებული და მე-4 ხარისხის დამწვრობის დროს ნეკრექტომიის ტიპის ამპუტაციებს ექვემდებარებიან.

ეტაპობრივი კანის ტრანსპლანტაციების დროს დამწვრობითი ჭრილობების სატრანსპლანტაციოდ მომზადება მეტად მნიშვნელოვანი საკითხია და მასზე მეტწილად დამოკიდებული ტრანსპლანტატის ქვემდებარე ქსოვილოვან ფუძესთან მიხორცების ეფექტურობის საკითხი. კანის ტრანსპლანტაცია შეიძლება წარიმართოს სხვადასხვა სახის დამწვრობით ჭრილობაზე. იგულისხმება: ადრეული ნეკრექტომიის შედეგად შექმნილი სატრანსპლანტაციო ჭრილობის ფუძოვანი ზედაპირი, ფასციალური, კუნთოვანი, კან-ცხიმოვანი ძვლოვანი და დამწვრობი ჭრილობის შედეგად წარმოქმნილი გრანულაციური ზედაპირი. ყველა აღნიშნულ შემთხვევაში ტრანსპლანტატის მიხორცების საკითხი იმაზე დამოკიდებული, თუ რა ქსოვილოვან ფუძეზე ხდება მისი გადანერგვა. ნეკროზული ქსოვილის ნაადრევი ამოკვეთის შემდეგ შექმნილი საღქსოვილოვანი ფუძე იდეალურად ითვლება ტრანსპლანტატის მიხორცებისათვის. მაღალი ეფექტურობით ხასიათდება ფასციალური, კუნთოვანი ზედაპირი; ნაკლებ ეფექტურია კან-ცხიმოვანი ტრანსპლანტაცია ცხიმოვან ქსოვილში სისხლძარღვოვანი ქსელის ნაკლოვანების გამო. გრანულაციური ჭრილობის მზადყოფნა ფასდება კლინიკური, ვიზუალური და მისი ზედაპირის ციტობაქტერიოლოგიური მონაცემების საფუძველზე. ვიზუალური მონაცემების მიხედვით მნიშვნელოვანია:

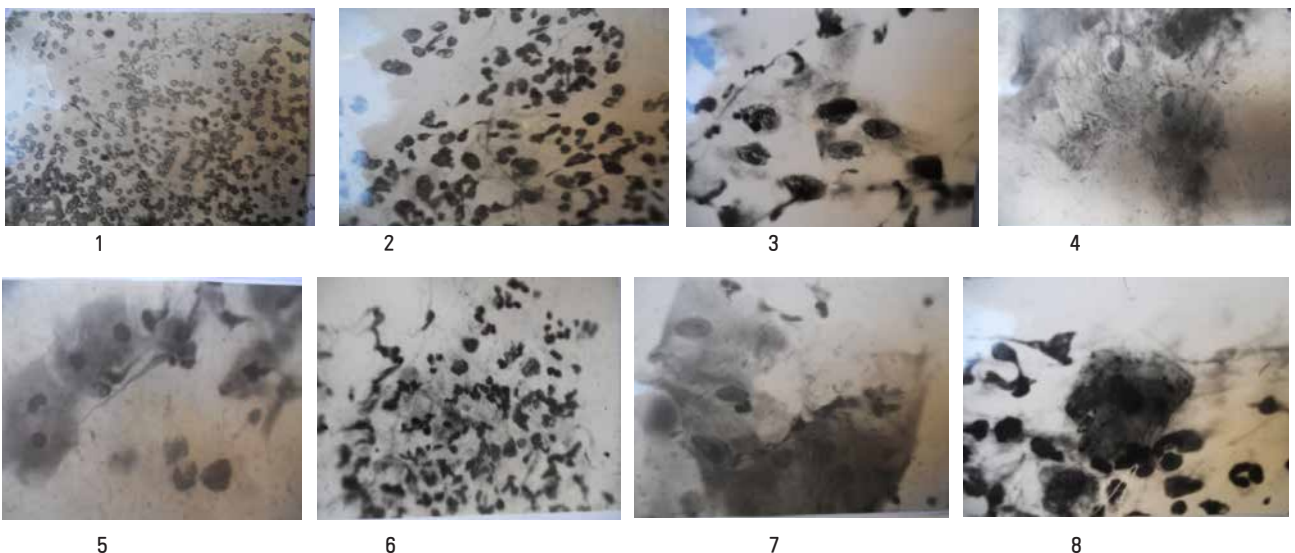
1. საღი წითელი ფერის წვრილმარცვლოვანი გრანულაცია;
2. გრანულაციის მაღალი ადგეზივობა;
3. გრანულაციაზე დოლბანდის ბურთულის მიწებების

4. ხარისხი;
4. გრანულაციურ ზედაპირზე ნაკლებად გამოხატულ ექსუდაცია;

ზემაღნიშნულთან ერთად უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ციტობაქტერიოლოგიურ მონაცემებს. ციტოლოგიური ანაბეჭდების მიკროსკოპული შესწავლისას ყურადღება ექცევა:

- ფორმიანი ელემენტების შემცველობას მის რაოდენობასა და ფორმას;
- მიკროორგანიზმების რაოდენობას;
- ნეიტროფილების, მონოციტების, ლიმფოციტების, პოლიბლასტების რაოდენობას;
- პოლიბლასტების გამოჩენასთან ერთად, მათ პროტოპლაზმაში მიკროორგანიზმების შთანთქმას;
- ფაგოციტების აქტიურობას;
- მაკროფაგების გამოჩენას;
- ეპითელიური უჯრედების გამოვლენას;
- დამწვრობის ზედაპირზე არსებული ექსუდატის უჯრედებისა და მიკროფლორას შორის ურთიერთდაძაბულობას.

უმრავლეს შემთხვევაში დამწვრობის ზედაპირზე არსებულ ექსუდატში ჭარბობენ პოლიმორფული-რთვინი ნეიტროფილები. მათი რაოდენობა მერყეობს იმისდა მიხედვით, თუ დამწვრობითი ჭრილობის მიმდინარეობის ფაზა რა პროცესში იმყოფება. სიღრმეების მიღების საწყის პერიოდში ციტოლოგიურ ანაბეჭდებში სისხლის ფორმიანი ელემენტებისა და მიკრობების მცირე რაოდენობა აღინიშნება. ანთებითი პროცესის განვითარებასთან ერთად იზრდება მიკრობთა რაოდენობა. დამწვრობით ჭრილობაში ინფექციის განვითარების ფონზე ციტოანაბეჭდები წარმოდგენილია ძირითადად ლეიკოციტებით რომელთა შორის იშვიათად ჩანან მაფაგიციტირებელი უჯრედები. ნეიტროფილებთან ერთად გვხვდება ერთეული ლიმფოციტები და მონოციტები, მცირე რაოდენობით ჰისტოციტები. ჭრილობის მიმდინარეობის ამ ფაზაში პროფიბრობლასტების, ფიბრობლასტებისა და დიფერენცირებული უჯრედების არსებობა სრულიად არ აღინიშნება. შემდგომში ჭრილობაში რეპარაციული პროცესები იწყება და ჭრილობის ზედაპირი ტრანსპლანტაციისა და ეპითელიზა-



სურათი 1. დამწვრობის ციტოანაბეჭდის დინამიკა, მიკროფოტოგრაფიები.



სურათი 2. პაციენტი 20წ. ალით დამწვრობა, 84% (65% IIIb-IV ხარისხი), IIIa-IIIb-IV ხარისხი სასუნთქი გზების დამწვრობა IF=215

ციისათვის მზადყოფნის პერიოდშია. ციტოლოგიური სურათი ამ დროს წარმოდგენილია მაფაგოციტრეზული უჯრედების გააქტიურებითა და მიკრობების შესაბამისი კლებით. საგრძნობლად მატულობს ჰისტიოციტების რაოდენობა – ახალგაზრდა პოლიბლასტების სახით, რომელთა რაოდენობა მნიშვნელოვან მატებას აღწევს. ისინი შემდგომში ფორმას იცვლიან და გააქტივებული ფაგოციტების მქონე მაკროფაგების სახით გვევლინებიან. ე.წ. „მეჩინკოვის მაკროფაგები“ დიდი მრგვალი უჯრედებია ოვალური ბირთვითა და ბაზოფილური ვაკუოლიზირებული პროტოპლაზმით. ვაკუოლებში შეიძლება ჩანდეს შთანთქმული მიკრობები, ნეიტროფილები, ერთროციტები და მონელების სხვადასხვა სტადიაში მყოფი სხვა უჯრედები.

მაკროფაგების გამოჩენა ექსუდატში საიმედო ნიშნად ითვლება და ჭრილობის ინფექციის წინააღმდეგ ორგანიზმის აქტიური ბრძოლის მაჩვენებელია. ჩვენი გამოცდილების საფუძველზე დაყრდნობით თამამად შეიძლება ვთქვათ, რომ დამწვრობის ციტოანაბეჭდის სურათი უმრავლეს შემთხვევაში დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის სურათს ემთხვევა. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ ნაჩვენებია №1 სურათი, სადაც თანმიმდევრობითაა წარმოდგენილი მიკროფოტოები.

ჩვენ წარმოვადგენთ კრიტიკული დამწვრობის შემთხვევებს, როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებსა და ხანდაზმულებში, რომელთა თერმული დაზიანების სიღრმე და ფართი არაკეთილსაიმედო პროგნოზის მანიშნებელია.

ამის მიუხედავად, ყველა მათგანის ჩაუტარდა კომპლექსური მკურნალობა და შემთხვევები წარმატებით დასრულდა. საყურადღებოა, რომ თერმული დაზიანების დროს არსებობს მთელი რიგი პრობლემები, რომლებიც დაკავშირებულია მის ლოკალიზაციასთან, გამომწვევ ეტიოლოგიურ ფაქტორთან, კანისა და მის ქვეშ მდებარე ქსოვილების შრეობრივ დაზიანებასთან. ამ მიმართულებით განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს: სახე, თავის ქალა, მტევნები, წვრილ და მსხვილსახსროვანი არეები და გენიტალიები. ჩამოთვლილი ლოკალური არეების დამწვრობები ხში-



სურათი 3. ბავშვი 9 წ. ალით დამწვრობა 75 % IIIa – III ბ ხარისხი. (60 III ბ .) % სასუნთქი გზების დამწვრობა – IF = 19

რად თან ახლავს დიდი ფართის დაზიანებებს. თუმცა ბოგვერ იგი შეიძლება ტრავმის მიღების მექანიზმიდან გამომდინარე წარმოდგენილი იყოს იზოლირებულად. აღნიშნული პრობლემები ითვალისწინებს დაავადების მწვავე პერიოდშივე აღდგენითი რეკონსტრუქციული პლასტიკის დაწყებას.

ამ მხრივ წარმოდგენილია გარკვეული შემთხვევები სურათები 2, 3, 4, 5.

მტევნების ღრმა დაზიანებისას, უმრავლეს შემთხვევაში კეთდება ნაადრევი ტანგენციალური ნეკრექტომია



სურათი 4. პაც. 50 წ. ალით დამწვრობა 74% (63 IIIb-IV %) IIIa-IIIb-IV ხარისხი. IF=21. სასუნთქი გზების დამწვრობა



სურათი 5. ბავშვი 2 წ. 4 თვის. 74 % III – III აბ ხარისხი (56% IIIბ) - IF – 211



ოპერაციამდე ჩატარებული ოპერაცია



ოპერაციის შემდგომი შედეგი

სურათი 6. მტევნების ღრმა დაზიანებები.

ერთდროული აუტოპლასტიკით (იხილეთ სურათები). ასეთი ტიპის ნაადრევი ტანგენციალური ნეკროქტომია და ერთდროული აუტოპლასტიკის წარმოება მტევნის ფუქციის მთლიანი აღდგენის საშუალებას იძლევა.

სახის არეში მიღებული დამწვრობა უხშირესად წარმოდგენილია დიდი ფართის თერმულ დამწვრობასთან ერთად, რომელსაც ტრავმის მიღების მექანიზმის მიხედვით გარკვეულ შემთხვევაში თან ახლავს სასუნთქი გზების დაზიანება და სხვადასხვა სისტემურ – ორგანული მოშლილობები. აღნიშნულთან დაკავშირებით აღდგენითი ქირურგიული მკურნალობა ყოველ ინდივიდუალურ შემთხვევაში დიფერენცირებულ მიდგომას საჭიროებს. იგულისხმება ასაკი ლოკალური ფუნქციური მოშლილობები, თანმხლები დაავადებები და სხვა. კლინიკის მასალის მიხედვით ნაჩვენებია სახის არეში წარმოებული აღდგენითი ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევები სურათი 7.

წარმოდგენილი მასალა ასახავს თერმული ტრავმის მრავალმხრივობას და მის სპეციფიურობას, რაც განაპირობებს ინტენსიურ თერაპიისა და აღდგენითი ქირურგიული მკურნალობის ერთდროულ წარმართვას აუცილებლობას, აღნიშნულის გარეშე კრიტიკული დამწვრობების დროს დადებითი შედეგის მიღწევა შეუძლებელია.



ოპერაციამდე ჩატარებული ოპერაცია



ოპერაციამდე ჩატარებული ოპერაცია



ოპერაციამდე

კლინიკური გამოჯანმრთელების შემდეგ



ოპერაციამდე



პოსტოპერაციული პერიოდი

სურათი 7. სახის არეში დამწვრობები ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ.

დეტრალექსი 1000 მგ

დიოსმინი 900 მგ + ჰესჰეილინი 100 მგ

ვლ სიმპტომები:

ტკივილი¹



სიმძიმე¹



წვა¹

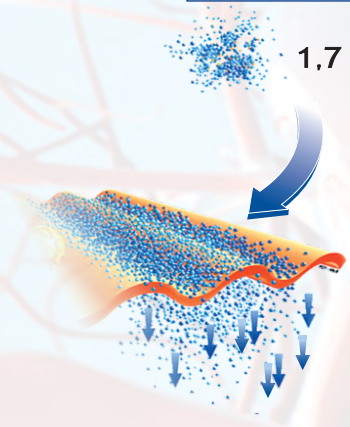


შეშუპება¹



- უნიკალური მიკრონიზებული ფორმა²

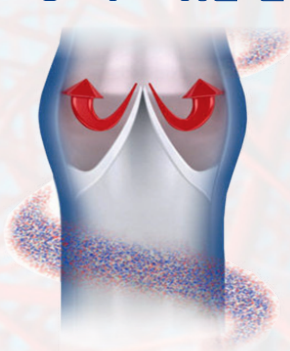
დეტრალექსი



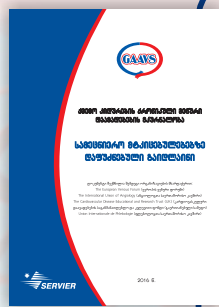
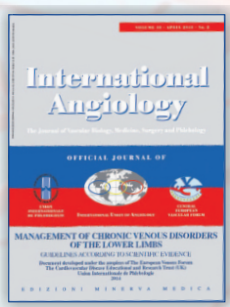
1,7 მიკრონი

უკეთესი აბსორბცია 72%

მიღებიდან 1 სთ-ში ვენის ტონუსის ცვლილება³



30%-ით მეტი ეფექტურობა არამიკრონიზებულ დიოსმინთან შედარებით⁴



რეკომენდაციათა უმაღლესი დონე ქრონიკული ვენური დაავადების ნებისმიერ სტადიაზე საერთაშორისო და ნაციონალურ გაიდლაინებში

1B

ერთადერთი ვენოტონური პრეპარატი რეკომენდებული ვენური წყლულების მკურნალობისთვის⁵⁻⁶

- ტკივილის ინტენსივობისა და ჰემატომების რისკის შემცირება პოსტოპერაციულ პერიოდში

ახალი ფორმა:

- + უფრო სწრაფი
- + უფრო ეფექტური
- + უსაფრთხო



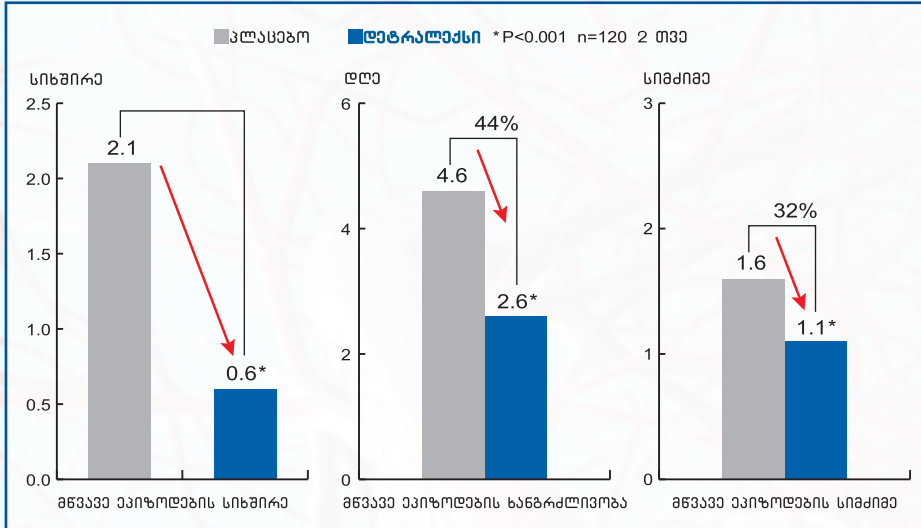
კასიინების გაზრდილი დაბეჭობა

1. worldwide results of the RELIEF study, Angiology, 2002;53:245-256. 2. Pascarella L, Lulic D, Penn AH, et al. Mechanisms in experimental venous valve failure and their modification by Daflon 500 mg. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;35:102-110. 3. Amiel R, BarbeM. Pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy of Daflon 500 mg. Phlebology. 1992;(suppl 2):41-44. 4. Cospit int. Angiol 1989(suppl 4):61-65 5. Nicolaides A et al. Int Angiol.2014;33(2):126-139. 6. ქვემო კიდურების ქრონიკული ვენური დაავადების მკურნალობა: სამეცნიერო მკაცრებულებზე დაფუძნებული გაიდლაინი. 2016 წ.

დეტრალექსი 1000 მგ

დიოსმინი 900 მგ + ჰესპერდინი 100 მგ

- მწვავე ჰემოროიდული დაავადების სიმპტომების სწრაფი და ეფექტური შემსუბუქება
- ტკივილის სწრაფი რადუქსია ჰემოროიდოპროფილის შემდგომ



- ქრონიკული ჰემოროიდული დაავადების სიმპტომების შემსუბუქება, გამწვავებების სისხირობისა და სიმძიმის მნიშვნელოვანი შემსუბუქება⁷

- დოზირების განახლებული რეჟიმი - უფრო მარტივი და მოსახერხებელი



მწვავე ჰემოროიდული დაავადება



3 ტაბლეტი 4 დღის მანძილზე



2 ტაბლეტი 3 დღის მანძილზე



1 ტაბლეტი მინიმუმ 2 თვის მანძილზე

ქრონიკული ჰემოროიდული დაავადება

- მაღალი ეფექტი და უსაფრთხოება ორსულობის დროს (II ტრიმესტრიდან მშობიარობამდე)

დეტრალექსი 1000 მგ:

შემადგენლობა: მიკრონიზებული დაწმენდილი ფლავონოიდური ფრაქცია, 90% დიოსმინის (900მგ) და 10% ჰესპერდინის (100მგ) თანაფარდობით. სამკურნალო ფორმა: გარსით დაფარული ტაბლეტები. ტაბლეტის გაყოფა არ შეიძლება. ჩვენება: ვენოლიმფური სისტემის უკმარისობისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების მკურნალობა, როგორცაა:

- სიმძიმის შეგრძნება ქვედა კიდურებში;
- ტკივილი;
- "დაღლილი" ფეხების სინდრომი დღის საათებში.

შედეგად მკურნალობა ეპისოდურად დაკომპლექსებული ფუნქციონალური სიმპტომების მკურნალობა. უკუჩვენებები: აქტიური სუბსტანციის ან პრეპარატის სხვა კომპონენტების მიმართ პიკერმორფობილი. გვერდითი მოვლენები: დიარეა, დისპეპსია, გულისრევა, დაბნელება. მიღების ფორმა და დოზირება: ქრონიკული ვენური დაავადებისას: აკიანი გარსით დაფარული 1 ტაბლეტი დღეში, უმჯობესია დილით, ჭამის დროს. მწვავე ჰემოროიდული შეტევების დროს: აკიანი გარსით დაფარული 3 ტაბლეტი დღეში, 4 დღის განმავლობაში, (1 დღეა, 1 საღამოს) დროს და 1 საღამოს), შემდეგ 2 ტაბლეტი დღეში 3 დღის განმავლობაში.

7. Godeberge P. Daflon 500 mg is significantly more effective than placebo in the treatment of hemorrhoids. Phlebology. 1992;7(suppl 2):61-63.



დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქრისა და გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქს დაავადების ლაპაროსკოპიული ქირურგიული მკურნალობა

მ.კილაძე დ.ელგანდაშვილი ო.კეპულაძე

თბილისი „თორაკოაბდომინური“ კლინიკა
კლინიკა „კარაპს მედლაინი“

HIATAL HERNIA AND GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE - LAPAROSCOPIC TREATMENT

M.M. KILADZE, D. ELGANDASHVILI, O. KEPULADZE

Tbilisi Thoracoabdominal Clinic,
Caraps medline clinic

რეზიუმე

2005-2015 წწ. ჩვენს კლინიკებში (თორაკოაბდომინური კლინიკა და კარაპს მედლაინი) შესრულდა 315 ლაპაროსკოპიული ფუნდოპლიკაცია. გამოყენებულ იქნა როგორც ნისენის მეთოდი თავისი მოდიფიკაციებით (თავისუფალი ნისენი, კლასიკური ნისენი და ნისენ-როზეტი), ასევე ფუნდოპლიკაციის ტუპესა და დორის მეთოდები. ლაპაროსკოპიული ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებები იყო:

315 შემთხვევიდან ქალი იყო - 184, მამაკაცი - 131. ასაკი მერყეობდა 24 წლიდან 81 წლამდე. 315 წარმოებული ოპერაციიდან 217 შემთხვევაში გაკეთდა თავისუფალი ნისენის ფუნდოპლიკაცია, 34 -ში გაკეთდა ნისენ-როზეტის მოდიფიკაცია, 5-ში კლასიკური ნისენი, ნაწილობრივი ფუნდოპლიკაცია ტუპეს წესით გაკეთდა 35 შემთხვევაში, ხოლო წინა ფუნდოპლესია დორის წესით - 12 შემთხვევაში. გერდი საყლაპავის თიაქრის გარეშე - 17 შემთხვევაში. 298 შემთხვევაში დიაფრაგმის ფეხების გაკერვისთვის გამოყენებულ იქნა 1-4 კვანძოვანი ნაკერი. საყლაპავის თიაქრის გარეშე - 17 შემთხვევაში გაკეთდა მხოლოდ თავისუფალი ნისენის ფუნდოპლიკაცია. სიმულტანური ოპერაცია გაკეთდა - ფუნდოპლიკაცია და ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომია - 32 შემთხვევაში, ფუნდოპლიკაცია და ჭიბის თიაქარპლასტიკა - 11 შემთხვევაში. ოპერაციის შემდგომი მუცლის ზედა ნაწილის შეხორცებებთან ერთად გაკეთდა ლაპაროსკოპიული ფუნდოპლიკაცია 29 შემთხვევაში. 4 შემთხვევაში (სხვა კლინიკაში ჩატარებული ოპერაცია) გაკეთდა რეფუნდოპლაკაცია.

დასკვნა:

- გემოთ აღნიშნული დაავადებების ლაპაროსკოპიული ქირურგიული მეთოდით მკურნალობა წარმოადგენს არჩევის მეთოდს.
- თავისუფალი ნისენის ფუნდოპლიკაცია სხვა მეთოდებთან შედარებით მოწოდებულია „ოქროს სტანდარტად“ მსოფლიო მასშტაბით, რაც დასტურდება ჩვენს მიერ მიღებული შედეგებითაც.
- ლაპაროსკოპიული ფუნდოპლიკაციის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით, ჩვენი შედეგების ანალიზიდან გამომდინარე, სრულყოფილი ან კარგი შედეგი მიღწეულ იქნა 94.4%-ში.

შესავალი:

2005 – 2015 წწ-ში ჩვენს კლინიკებში შესრულებულია 315 ოპერაცია ლაპაროსკოპიული მეთოდით ამ პათოლოგიების დროს. დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი და გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქს დაავადება საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა მსოფლიოში.[1, 5, 6, 8]. მას შემდეგ რაც ფრანგმა ქირურგმა B.Dallemagne პირველმა შეასრულა ლაპაროსკოპი-

Summary

laparoscopic fundoplication was performed by us during 2005-2015yy in „Thoracoabdominal“ clinic and „Caraps Medline“ had been done 315 operations – laparoscopic fundoplications by various modifications. Were used as Nissen Method with its modifications (Floppy Nissen, Classic Nissen and Nissen Rosset), as well as „Toupet“ and „Dor“ methods of fundoplication. Diagnosis was made by anamnesis, esophagogastroduodenoscopy, esophageal mucosal possible biopsy, esophagus and stomach X-ray contrast polipositional examination and 24-Hour Esophageal PH Test. From 315 cases were 184 – female, 131 – male. Age ranged from 24 to 81. In 217 cases was done Floppy Nissen Fundoplication, 34 cases – Nissen-Rosset modification, 5 cases – Classic Nissen. Toupet method Partial Fundoplication was done in 35 cases and anterior Fundopexia – Dor method – was done in 12 cases. Without Hernia GERD was done in 17 cases. Simultaneously with fundoplications the laparoscopic cholecystectomy was done in 32 cases and with umbilical hernia – 11 cases. Because of the adhesions left after previous operations, in the upper half of stomach were done laparoscopic fundoplication in 29 cases, due to disease recurrences operated at other clinics were done corrections in 4 cases. Generally laparoscopic surgical method during the treatment of the mentioned disease represents the method of selection. This very method is approved worldwide and its effectiveness is also proved also due to our results. Floppy Nissen Fundoplication method represents “Gold Standard” because of more effectiveness comparing to other modifications. Using various methods of laparoscopic fundoplication, due to the analysis of our results, the perfect positive result was achieved in 94.4% (per cent).

ული ფუნდოპლიკაცია, ძალიან მოკლე პერიოდში ამ დაავადებათა ქირურგიულ მკურნალობაში ლაპაროსკოპიული მეთოდი გახდა ძალიან ეფექტური. [3, 6, 7].

საყლაპავის თიაქარი და გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქს დაავადება დედამიწის მოსახლეობის დაახლოებით 10%-ს აღენიშნება ამა თუ იმ ფორმით. აქედან 1/5 საჭიროებს აუცილებელ ოპერაციულ მკურნალობას; მათ შორის ბარეტის სინდრომის მქონე პაციენტები

ცხრილი 1

ლაპაროსკოპული მეთოდი	რაოდენობა	%	შენიშვნა
თავისუფალი ნისენის ფუნდოპლიკაცია	217	70.1	
ნისენ-როზეტის ფუნდოპლიკაცია	34	12.2	
კლასიკური ნისენი ფუნდოპლიკაცია	5	1.5	
ტუპეს ფუნდოპლიკაცია	35	12.1	
წინა ფუნდოპექსია დორ-ის წესით	12	4.1	
ქალი	184	58.4	
კაცი	131	41.6	
ასაკი	24-81		საშუალო 52

დაავადების მძიმე ფორმებით (10-15%), საყლაპავის სტრიქტურები (4-12%), ეროზიული-პეპტიური წყლულები (2-7%), ფარული სისხლდენები (2%) და სხვა. [1, 4, 6].

ჩვენი შრომის მიზანია ამ დაავადებების ლაპაროსკოპული ქირურგიული მკურნალობის შედეგისა და მისი ეფექტურობის ჩვენება. პაციენტების 80%-ს რომლებსაც აწუხებს რეფლუქს ეზოფაგიტი აღენიშნებათ საყლაპავის თიაქარი და ამ შემთხვევებში ოპერაციული მკურნალობის მიზანი არა მხოლოდ თიაქრის ლიკვიდაციაა, არამედ ასევე კარდიალური სპინქტერის ანტირეფლუქსური ფუნქციის აღდგენა.

2005-2015 წწ. ჩვენს კლინიკებში (თორაკოაბდომინური კლინიკა და კარაპს მედლაინი) შესრულდა 315 ლაპაროსკოპული ფუნდოპლიკაცია. გამოყენებულ იქნა როგორც ნისენის მეთოდი თავისი მოდიფიკაციებით (თავისუფალი ნისენი, კლასიკური ნისენი და ნისენ-როზეტი), ასევე ფუნდოპლიკაციის ტუპესა და დორის მეთოდები. ლაპაროსკოპული ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებები იყო:

- მცირე და დიდი ზიმის თიაქრები
- რეფლუქს-ეზოფაგიტი (არაეფექტური კონსერვატული მკურნალობა)
- ეროზიული ეზოფაგიტი

- ბარეტის სინდრომი
- ატიპური სიმპტომების შემთხვევები (ასთმა, ხშირი ხველა, ტკივილი გულმკერდია არეში, რეგურგიტაცია) და ამავდროულად 24 საათიანი PH მონიტორინგის შედეგები, რომელიც აზუსტებს გასტრო-ეზოფაგალურ რეფლუქსის ხარისხს.

დაავადების დიაგნოსტიკა ხდებოდა: ანამნეზური მონაცემებით, ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიური კვლევით საყლაპავის ლორწოვანის შესაძლო ბიოფსიით, საყლაპავისა და კუჭის რენტგენოლოგიური პოლიპოზიციური კვლევითა და 24 PH მეტრიით.

315 შემთხვევიდან ქალი იყო - 184, მამაკაცი - 131. ასაკი მერყეობდა 24 წლიდან 81 წლამდე. 315 წარმოებულ ოპერაციიდან 217 შემთხვევაში გაკეთდა თავისუფალი ნისენის ფუნდოპლიკაცია, 34 -ში გაკეთდა ნისენ-როზეტის მოდიფიკაცია, 5-ში კლასიკური ნისენი, ნაწილობრივი ფუნდოპლიკაცია ტუპეს წესით გაკეთდა 35 შემთხვევაში, ხოლო წინა ფუნდოპექსია დორ-ის წესით - 12 შემთხვევაში. გერდი საყლაპავის თიაქრის გარეშე - 17 შემთხვევაში. 298 შემთხვევაში დიაფრაგმის ფეხების გაკერვისთვის გამოყენებულ იქნა 1-4 კვანძოვანი ნაკერი. საყლაპავის თიაქრის გარეშე - 17 შემთხვევაში გაკეთდა მხოლოდ თავისუფალი ნისენის ფუნდოპლი-

ცხრილი 2

რეზულტატი	N	საშუალო%	შენიშვნა
საწოლდღე	1-3	2	
ოპერაციის ხანგრძლივობა	25-150	50 წთ	
ინტრაოპერაციული გართულება	0		
გადასვლა ღია მეთოდზე	0		
სიკვდილიანობა	0		
საუკეთესო ან კარგი შედეგი	294	94.4%	
გვიანი პოსტოპერაციული გართულებები	21	6.6%	მკურნალობა
დაავადების რეციდივი	1		რეფუნდოპლიკაცია
ნაწილობრივი რეციდივი	1		მედიკამენტოზური
სტენოზი გამოწვეული კუჭის მანჟეტით	4		კუჭის მანჟეტის დაშლა
სტენოზი გამოწვეული შეხორცებებით	1		სინექიოლიზისი
დისფაგია	4		ბალონური დილატაცია

კაცია. სიმულტანური ოპერაცია გაკეთდა - ფუნდოპლიკაცია და ლაპაროსკოპული ქოლეცისტექტომია - 32 შემთხვევაში, ფუნდოპლიკაცია და ჭიბის თიაქარპლასტიკა - 11 შემთხვევაში. ოპერაციის შემდგომი მუცლის ზედა ნაწილის შეხორცებებთან ერთად გაკეთდა ლაპაროსკოპული ფუნდოპლიკაცია 29 შემთხვევაში. 4 შემთხვევაში (სხვა კლინიკაში ჩატარებული ოპერაცია) გაკეთდა რეფუნდოპლაკაცია.

დისკუსია და შედეგები

ოპერაციის ხანგრძლივობა 25-190 წთ, საშუალოდ - 50 წთ, საშუალო ჰოსპიტალიზაციის პერიოდი - 2 დღე, სიკვდილიანობა - 0, კონვერსია ღია ოპერაციაზე - 0, ინტრაოპერაციული გართულებები (კუჭის, საყლაპავისა, პლევრისა და ელენთის დაზინება, სისხლდენა) - 0. 4 შემთხვევაში პოსტოპერაციულ პერიოდში აღინიშნა კანქვეშა ემფიზემა კისრისა და სახის არეში. 7 შემთხვევაში - მცირე ზომის კანქვეშა ემფიზემა, ყველა შემთხვევაში ემფიზემა ალაგდა ქირურგიული ჩარევის გარეშე. პოსტოპერაციული გართულებებიდან აღსანიშნავია დისფაგიის 9 შემთხვევა, რომლებიც გამოწვეული იყო კუჭის მანჟეტის მოჭერის ან შეხორცებითი დეფორმაციის გამო. 5 შემთხვევაში, 3-9 თვის ინტერვალით გაკეთდა რელაპაროსკოპია. 3 შემთხვევაში გაკეთდა კუჭის მანჟეტის გახსნა 1 შემთხვევაში სინექიოლიზისი. დანარჩენ შემთხვევაში დისფაგია მოიხსნა ბალონური დილატაციის საშუალებით. 1 შემთხვევაში აღინიშნა ემოფაგიალური თიაქრის რაცედივი, ამ შემთხვევაში გაკეთდა რელაპაროსკოპია დადებითი რეზულტატით. 1 შემთხვევაში კუჭისა და კუჭის მანჟეტის ნაწილობრივი პროლაფსი, რომელიც არ საჭიროებდა ოპერაციულ მკურნალობას, გამოხატული მსუბუქი ჩივილები ალაგდა მედიკამენტოზური მკურნალობის შედეგად.

მხოლოდ 15 პაციენტს ოპერაციული მკურნალობიდან 1-3 თვის განმავლობაში აღინიშნებოდა მსუბუქი დისფაგია, რომელიც თავისივე გამოსწორდა და 9 პაციენტი მსუბუქი რეფლუქსით, რომლებსაც პერიოდულად ესაჭიროება ანტიაციდური მკურნალობა.

ჩვენი და მსოფლიოს წამყვანი კლინიკების შედეგების საშუალებით შეიძლება ვიმსჯეოთ რომ აღნიშნული დაავადებების მკურნალობაში ლაპაროსკოპული ქირურგიული მეთოდი არის საუკეთესო მეთოდი. ჩვენი დაკვირვებით, თავისუფალი ნისენის ფუნდოპლიკაციის შემდგომ თითქმის არ გვქონია სერიოზული პოსტოპერაციული გართულებები, მაგრამ ნისენ-როზეტის ფუნდოპლიკაციის შემდგომ 34 შემთხვევიდან 5 შემთხვევაში საჭირო გახდა კუჭის მანჟეტის გაკვეთა და ტუპეს მეთოდში გადაყვანა, რის შემდგომაც აღინიშნა დადებითი ეფექტი.

გართულებული შემთხვევებიდან აღსანიშნავია გვიან პოსტოპერაციულ პერიოდში გამოხატული მყარი ჩივილები - ჩვენ გვყავს ასეთი 5 პაციენტი, ერთი - ნაწილობრივი რეციდივით და ოთხი - მუდმივი მსუბუქი რეფლუქსით. ჩვენ აგრეთვე უნდა გამოვყოთ 6 პაციენტი რომლებსაც დასჭირდათ განმეორებითი ოპერაცია, 4 შემთხვევაში კუჭის მანჟეტის გადაჭრა, 1 შემთხვევაში სინექიოლიზისი და 1-ში რეფუნდოპლიკაცია. ამგვარად 315 შემთხვევიდან 11 შემთხვევა შეიძლება ჩაითვალოს არაეფექტურ (რეოპერაცია 6 შემთხვევა), რომელმაც შეადგინა 3.5%, ხოლო 10 შემთხვევაში გამოვლენილ იყო ფუნქციური სხვადასხვა ხასიათის ჩივილი, რომელთა გამო ხშირად სჭირდებოდათ მედიკამენტური დახმარება - 3.1%, დანარჩენი 304 ოპერაციის შედეგი იყო სრულყოფილი ან კარგი 94.4 %.

ლიტერატურა:

References:

1. KilaZe m.m., CarTolani T., abulaZe d. _ laparoskopuli qirurgia, _ Tbilisi 2013. _ 432gv.
2. Chen Z., Thompson SK., Jamieson GG., Devitt PG., Game PA., Watson DI. Anterior 180-degree partial fundoplication : a 16 year experience with 548 patients. J Am Coll Surg 2011; 212: pp. 827-834.
3. Engstrom C., Cai W., Irvine T., Devitt P.G., Thompson S.K. Twenty years of experience with laparoscopic antireflux surgery. British Journal of Surgery 2012, 99: pp. 1415-1422.
4. Kiladze M., Abuladze D., Pipia G., Pkhaladze J., Elgandashvili D., Chartolani T. Laparoscopic Surgery For Hiatal Hernia And Gastroesophageal Reflux Disease. Abstracts Of The First Georgian-Israel International Congress On Actual Aspects Of Surgery: "New Horizons Of Scientific - Practical Relations." Tbilisi- Batumi, May 21-26, 2007. pp 57-58.
5. Kiladze M., Abuladze D., Pipia G., Elgandashvili D., Kepuladze O. Laparoscopic Surgical Treatment of Gastroesophageal Junction Surgical Pathologies. 13th Annual Conference of European Society of Surgery. Tbilisi, 27-28 November 2009, p. 140.
6. Varela JE., Hinojosa MW., Nguyen NT. Laparoscopic improves perioperative outcomes of antireflux surgery at US academic centers. Am J Surg. 2008; 196 (6): pp 989-993.
7. Wang W., Huang MT., Wei PL., Lee WJ. laparoscopic antireflux surgery for the elderly: a surgical and quality-of-life study. Surg Today. 2008; 38 (4): pp. 305-310.
8. Wijnhoven BPL., Lally CJ., Kelly JJ., Myers JC., Watson DI. Use of antireflux medication after antireflux surgery. Journal Gastrointest Surg 2008; 12: pp. 510-517.
9. Wykypiel H., Hugl B., Gadenstaetter M., Bonatti H., Bodner J., Wetscher GJ. Laparoscopic parical posterior (Toupet) fundoplication improves esophageal bolus propagation on scintigraphy. Surg Endosc. 2008; 22 (8): pp. 1845-1851.
10. Yang H., Watson DI., Lally CJ., Devitt PG., Game PA., Jamieson GG. Randomized trial of division versus nondivision of the short gastric vessels during Laparoscopic Nissen fundoplication : 10-year outcomes. Am Surg 2008; 247: pp. 38-42.

დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი

თბილისი, მარიჯანის ქ. 25, ☎ : 2 186 186; 2 186 187; usde@gol.ge

Facebook: დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი



David Tatishvili Medical Center



დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრში ფუნქციონირებს 24 საათიანი მრავალპროფილური ქირურგიული სტაციონარი.



ქირურგიის სხვადასხვა მიმართულებით მოღვაწე მალაქვალიფიციური სპეციალისტების გუნდი ქეთევან ქვრივიშვილის ხელმძღვანელობით ატარებს მრავალი სახის ოპერაციებს, როგორც ღია წესით, ასევე ლაპარასკოპიული მეთოდით.

სამედიცინო ცენტრის საოპერაციო დარბაზები და პოსტოპერაციული ინტენსიური თერაპიის პალატები აღჭურვილია ზოგადქირურგიული და ნაკლებად ინვაზიური ოპერაციული ჩარევებისათვის საჭირო უახლესი ტექნოლოგიებით, თანამედროვე ლაპარასკოპიული ნაკრებით, ინტრაოპერაციული რენტგენოლოგიური აპარატურით.



ქირურგიული სამსახურის შეზღოვში განვითარების მიმართულებით 2016 წელს გაიხსნება დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრის ახალი ქირურგიული კლინიკა.

საზარდულის თიაქრების მცირე-ინვაზიური პრეპერიტონული პლასტიკა Ugahary-ის მეთოდით

თ. ჩართლანი, პ. ჩაჟიძე, ჯ. ფხალაძე

შპს „ამტალ-ჰოსპიტალ პირველი კლინიკური“

THE MINIMALLY INVASIVE PREPERITONIAL PLASTICAL SURGERY OF INGUINAL HERNIAS BY UGAHARY METHOD

T. CHARTOLANI, P. CHAPIDZE, J. PXALADZE

LTD “1-st Clinical Amhtal-hospital”

რეზიუმე

პრეფასციული პროთეზირებადი პლასტიკა ლიხტენშტეინის წესით, მისი უნივერსალურობის, შედარებით დაბალი თვითღირებულებისა და ოპერაციის შესრულების ტექნიკური სიმარტივის გამო, დამსახურებულად გადაიქცა საზარდულის თიაქრების მკურნალობის ყველაზე პოპულარულ მეთოდად. თუმცა თანამედროვე ქირურგიაში საზარდულის თიაქრების მკურნალობისთვის ფართოდ გამოიყენება, როგორც ქსოვილოვანი პლასტიკის, ასევე პრეპერიტონული პროთეზირებადი პლასტიკის ღია და ლაპაროსკოპული მეთოდები.

ნიდერლანდელი ქირურგის F. Ugahary-ის მიერ 1998 წელს მოწოდებული იყო საზარდულის თიაქარპლასტიკის მცირე-ინვაზიური მეთოდი. ავტორის მიზანს წარმოადგენდა, შეექმნა საზარდულის თიაქრების ლაპაროსკოპული კორეგირების ალტერნატიული - ღია მიდგომის მცირე ინვაზიური მეთოდი.

მეთოდი ნაკლებად არის აღწერილი ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში. კერძოდ, მწირედაა მოცემული ოპერაციის შესრულების ტექნიკური და ტექნიკური ასპექტები. საკუთარი გარკვეული პრაქტიკული გამოცდილების საფუძველზე მიზანშეწონილად მივიჩნიეთ Ugahary-ის მეთოდის პოპულარიზაცია. ნაშრომში დეტალურადაა აღწერილია ოპერაციის შესრულების ტექნიკური ასპექტები და რეტროსპექტულად არის გაანალიზებული მკურნალობის ახლო და შორეული შედეგები.

შესავალი. თიაქარპლასტიკის ძირითადი პრინციპის პლასტიკა ქსოვილების დაჭიმვის გარეშე აღიარებამ, სრულყოფილი საპროთეზე მასალის შექმნამ, ღია და ლაპაროსკოპული პროთეზირებადი თიაქარპლასტიკის მეთოდების დანერგვამ თითქმის მთლიანად გამოდევნა თიაქრების მკურნალობის ტრადიციული მეთოდები.

პრეფასციული პროთეზირებადი პლასტიკა ლიხტენშტეინის წესით მისი უნივერსალურობის, შედარებით დაბალი თვითღირებულებისა და ოპერაციის შესრულების ტექნიკური სიმარტივის გამო, დამსახურებულად გადაიქცა საზარდულის თიაქრების მკურნალობის ყველაზე პოპულარულ ოპერაციად.

თუმცა თანამედროვე ქირურგიაში ფართოდ გამოიყენება, როგორც საზარდულის უკანა კედლის ქსოვილოვანი პლასტიკა, ასევე პრეპერიტონული პროთეზირებადი პლასტიკის ღია და ლაპაროსკოპული მეთოდები. (ცხრილი 1).

თუ გასული საუკუნის 90-იან წლებამდე თემის

Summary

Tension-free Lichtenstein technique of inguinal hernia prefascial prosthesis plastical procedure has become the most popular method due to its universality, low cost and technical simplicity of the operation. The method combines many advantages, such as simplicity, effectiveness, safety, comfortable postoperative course with easily controlled pain, rapid return to unrestricted activities, an impressively low recurrence rate and high patient satisfaction .

In the present time surgery both methods- the tissue Shouldice plastical approach (which remains the gold standard of pure tissue repair of groin hernias) and preperitoneal prosthetic plastical by open or laparoscopic techniques are commonly used.

In 1998 a new less invasive method of groin hernioplasty was provided by a Netherlands surgeon F. Ugahary. The goal of the author was to develop a minimally invasive open technique of groin hernia repair as an alternative to the laparoscopic approach.

The mentioned method is rarely described in the available literature. Particularly, tactical and technical aspects of the operation are poorly provided. Based upon our practical experience we came up to a decision to popularize Ugahary's method. In the given work, are described the details of technical aspects of Ugahary's method in combination with the a retrospective analysis of close and remote results of the repair of groin hernias.

ექუთალობა გამოიხატებოდა მხოლოდ თიაქრების ქირურგიული მკურნალობის შემდგომ დაავადების რეციდივის მაღალ მაჩვენებლებში - დღეისთვის წინა პლანზე წამოიწია „ურეციდივო“ თიაქარპლასტიკის ფონზე, გართულებების და პაციენტთა მედიკო-სოციალური რეაბილიტაციის ვადების რადიკალურად შემცირების საკითხებმა.

ლაპაროსკოპული თიაქარპლასტიკის გამოყენებამ მკვეთრად შეამცირა პოსტოპერაციული გართულებების რაოდენობა და პაციენტთა სრული მედიკო-სოციალური რეაბილიტაციის ვადები.

ნიდერლანდელი ქირურგის F.Ugahary-ის მიერ 1998 წელს მოწოდებული იყო საზარდულის თიაქრების ლაპაროსკოპული კორეგირების ალტერნატიული - ღია მიდგომის მცირე ინვაზიური მეთოდი. მეთოდი, რომელიც ლიტერატურაში მოიხსენიება, როგორც ირიბი-მრუდ-ხაზოვანი განაკვეთით საზარდულის თიაქრების პრეპერიტონული პლასტიკა (Preperitoneal grid-iron hernia repair for groin hernia), მცირე ინვაზიურობის ხარისხით

	I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი	IV ჯგუფი	V ჯგუფი
მეთოდი	Shouldice	Lichtenstein	Trabucco Rutkow-Robbins PHS Gore-absorbal Plug	Rives Stoppa Ugahary Kugel	TAPP TEP
მიდგომა	ღია				ლაპარასკოპული
იმპლანტანტი	არა	ბადე			
იმპლანტანტის ლოკალიზაცია	-	პრესფასციალური	კომბინირებული	პრეპერიტონული	

ცხრილი 1. საზარდულის თიაქრების მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები.

უტოლდება ენდოსკოპურ თიაქარპლასტიკის მეთოდებს. ამასთან ერთად ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ოპერაციის შესრულება შესაძლებელია სპინალური ანესთეზიით და არ მოითხოვს ძვირადღირებული აპარატურის ან ინსტრუმენტების გამოყენებას.

ოპერაციის არსია, მუცლის გვერდითი კედლის მცირე ზომის განაკვეთიდან პრეპერიტონულ სივრცეში ბადის დიდი ნაჭრის ფიქსაციის გარეშე განთავსებით, ინგინურ-ფემორული არეს გამაგრება.

კლასიკური ტრანსინგინალური პრეპერიტონული პლასტიკისგან (TIPP - რივესის მეთოდის მოდიფიკაცია) განსხვავებით, არ ხდება საზარდულის რგოლების და მათ შორის განთავსებული განივი ფასციის მონაკვეთის დისექცია, რაც განაპირობებს მეთოდის მცირე ინვაზიურობის მაღალ ხარისხს.

შრომის მიზანი: მეთოდი ნაკლებად არის აღწერილი ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში. კერძოდ, მწირედაა მოცემული ოპერაციის შესრულების ტექნიკური და ტექნიკური ასპექტები. საკუთარი გარკვეული პრაქტიკული გამოცდილების საფუძველზე მიზანშეწონილად მივიჩინეთ Ugahary-ის მეთოდის პოპულარიზაცია. ნაშრომში დეტალურადაა აღწერილი ოპერაციის შესრულების ტექნიკური ასპექტები და რეტროსპექტულად გავანალიზეთ მკურნალობის ახლო და შორეული შედეგები.

მასალა და მეთოდები: შპს „ამტალ-ჰოსპიტალ პირველი კლინიკური“ 2008 - 2015 წლებში შესრულდა 15 თიაქარპლასტიკა Ugahary-ის მეთოდით. კორეგირებული იყო საზარდულის 12 ირიბი და 3 სწორი პირველადი თიაქარი.

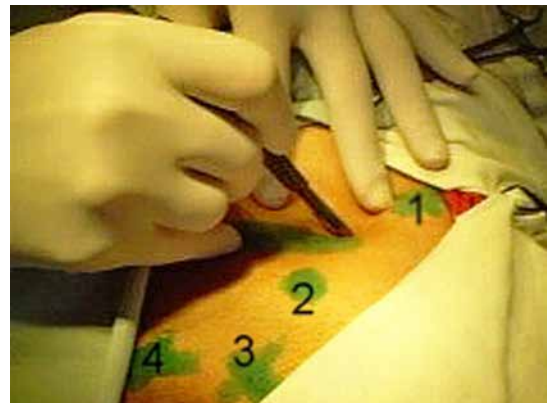
ოპერაციის ტექნიკა

მიდგომის ეტაპი: განივი მიმართულების განაკვეთი, სიგრძით 3-4 სმ, ტარდება საზარდულის შიდა რგოლის საპროექციო არედან 2-3 სმ-ით ზემოთ (სურათი 1).

იკვეთება კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, ჭრილობა ღრმავდება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზმდე. ეს უკანასკნელი იკვეთება განივი მიმართულებით, რის შემდეგ შეგნითა ირიბი და განივი კუნთები ითიშება ქსოვილთა განცალკევების კლასიკური ბლავვი წესით (სურათი 2).

მუცლის კედლის გვერდითი კუნთების დისექციის შემდეგ, ჭრილობის პერიმეტრზე მობილიზდება განივი ფასცია და მასზე კეთდება განივი მიმართულების 2-3სმ-იანი განაკვეთი.

საიმპლანტაციო ფართის ფორმირება. პრეპერიტონული დისექცია იწყება საჩვენებელი თითით - პირველ რიგში პალპატორულად იდენტიფიცირდება



სურათი 1. განაკვეთის ლოკალიზაცია: 1. თეძოს წინა ზედა წვეტი; 2. საზარდულის შიდა რგოლის საპროექციო არე (ს/ა); 3.საზარდულის გარეთა რგოლის ს/ა; 4. ბოქვენის ბორცვის ს/ა.



სურათი 2. მუცლის გვერდითი კედლის დისექციის ეტაპები

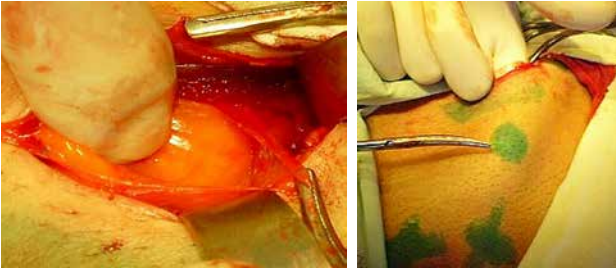
პირველი ანატომიური ორიენტირები - ქვედა ეპიგასტრალური სისხლძარღვები და საზარდულის შიდა რგოლი (სურათი 3).

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ განივი ფასციის კორექტულ დისექცია და ზემოთ აღნიშნული ანატომიური სტრუქტურების ზუსტ იდენტიფიკაცია გადამწყვეტი წინაპირობაა ადეკვატური საიმპლანტაციო ფართის ფორმირებისთვის.

ეპიგასტრული სისხლძარღვები არ შრევდება განივი ფასციისგან, ვინაიდან მათ გააჩნიათ საკმარისი ელასტიურობა და შესაძლებელია მათი უსაფრთხო ტრაქცია წინა მედიალური მიმართულებით.

პრეპერიტონული სივრცის ბლავვი დისექცია წარმოებს ლენტისმაგვარი რეტრაქტორებით (Ribbon Retractors) და საჩვენებელი თითით (სურათი 4,5)

პრეპერიტონუმის დისექციის ლატერალური მიმართულება მოიცავს საზარდულის იოგს და თეძო-სუკის



სურათი 3. განივი ფასციის დაისექცა

კუნთს. თიაქრის პარკი დეფექტის პერიმეტრზე ცალკეედება მიმდებარე ქსოვილებისგან და საზარდულის არხიდან ინვაგინირდება პრეპერიტონულ სივრცეში. ინგვინო-ფემორული არეში პრეპერიტონული დისექცია სასურველია შესრულდეს შეძლებისდაგვარად ღრმად: მედიალურად - D.Deferens-ის მენჯის ნაწილის, ხოლო ლატერალურად - ტესტიკულარული სისხლძარღვების გაყოლებით.

საბოლოოდ დისექციის დისტალური მიმართულება მოიცავს ბოქვენის ბორცვს, კუპერის იოგს და ბარძაყის ხვრელის პერიმეტრს, სულ მცირე 2-3 სმ-ის გადაცდომით. ოპერაციის კლასიკური ვარიანტი, რომელიც არ მოითხოვს სათესლე ბაგირაკის ელემენტების განცალკევებას მენჯის კედლისგან, გამოვიყენეთ სწორი თიაქრების კორეგირებისას.

ირიბი თიაქრების შემთხვევაში ვახდენდით თიაქრის პარკის განცალკევებას ბაგირაკის ელემენტებისგან და შემდგომ ამ უკანასკნელის ლატერალიზაციას მენჯის კედლისგან (სურათი 6).

ჩვენი აზრით სათესლე ბაგირაკის მობილიზაცია და შემდგომ მისი გატარება იმპლანტანტზე ფორმირებულ



სურათი 4. ლენტისებრი რეტრაქტორები



სურათი 5. პრეპერიტონული დისექცია

ხვრელში აადვილებს ბადის სიმეტრიულ გაშლას პრეპერიტონულ სივრცეში და ამავდროულად განაპირობებს ბადის ფიქსაციას.

პრეპერიტონული დისექციის მედიალური და პროქსიმალური მიმართულება მოიცავს ჰასელბახის სამკუთხედს და მუცლის სწორი და განივი კუნთების მონაკვეთებს თედოს წინა ზედა წვეტიის დონემდე.

ბადის ფორმირება: საიმპლანტაციო ბადე ფორმირდება საზარდულის არხის ზომების საშუალო მაჩვენებლის მიხედვით. ჩვენ ვყვრდნობდით Ermanno E Trabucco მონაცემებს, რომელიც ეფუძნება საზარდულის პირველადი თიაქრების კორეგირების 800 შემთხვევის ანალიზს: თედოს წინ წვეტიდან ბოქვენის ბორცვამდე 12 სმ; თედოს წინა წვეტიდან საზარდულის შიდა რგოლამდე 7 სმ; საზარდულის შიდა რგოლიდან ბოქვენის ბორცვამდე 5 სმ; გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის ბოჭკოების სწორი კუნთის წინა კალთაზე ჩაზრდის ზოლიდან პუპარტის იოგის კიდემდე 5 სმ.

ამ მონაცემების საფუძველზე გამოიყენება მაღალ მოლეკულური პოლიმერებისგან დამზადებული ე.წ მძიმე ან ნახევრად გაწოვადი ბადეები ზომით 12X15 სმ-



სურათი 6. სათესლე ბაგირაკის მობილიზაციის ეტაპები

ზე. თუმცა ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებდით "მძიმე" პროლენის ბადეებს, ვინაიდან ამ ტიპის ბადეებს აქვთ მეტი რიგიდულობა, რაც თავის მხრივ აადვილებს მათ გაშლას პრეპერიტონულ სივრცეში.

თიაქარპლასტიკის ეტაპი: სრული ჰემოსტაზის ფონზე და საკმარისი პრეპერიტონული სივრცის შექმნის შემდეგ, იწყება პლასტიკის ეტაპი. ბადის ფუძეს ეძლევა ოვალური კონფიგურაცია, მისი მედიალური კალთა იჭრება და ბადის ცენტრალურ ნაწილში ფუძიდან 10 სმ-ის დაცილებით ფორმირდება სათესლე ბაგირაკის გამტარი რგოლი. თესლის გამომტანი სადინარი და ტესტიკულარული სისხლძარღვები ტარდება იმპლანტანტზე ფორმირებულ რგოლში და ბადის ჩაჭრილი კალთა იკერება. პირველ რიგში, იშლება იმპლანტანტის ლატერალური კალთა, რომელიც თავსდება საზარდულის იოგის უკან და მოიცავს თედო-სუკის კუნთს. მედიალური კალთა იშლება სწორი და განივი კუნთების უკან,

რის შემდეგ ბადის დისტალური კალთა ეფარება ბოქვენის ბორცვს, კუპერის იოგს და ბარძაყის ხვრელს (სურათი 7). ჭრილობა იხურება ყრუდ შრეების მიხედვით.

იმ შემთხვევებში, როდესაც არ ვახდენდით სათესლე ბაგირაკის ლატერალიზაციის მენჯის კედლისგან, იმპლანტანტის მიგრირების პრევენციის მიზნით პრეპერიტონულ სივრცეში განთავსებულ იმპლანტანტს ვადებდით U-ს მაგვარი ნაკერს, რომელიც მოგვიანებით ეკერებოდა გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზს (სურათი 8).

შედეგები: ოპერაციის ხანგრძლივობა მერყეობდა 55 - 80 წთ - მდე. კონვერსიას ლიხტენშტეინის მეთოდზე ადგილი არ ჰქონია. პაციენტთა სტაციონარში დაყოვნების საშუალო მაჩვენებელი შეადგინა 1 დღე. ოპერაციის შემდგომი 1-8 საათის განმავლობაში აღნიშნებოდა უმნიშვნელო ხასიათის ტკივილი მეტად ჭრილობის არეში. ინტრა და პოსტოპერაციულ გართულებებს ადგილი არ ჰქონია. დაკვირვების 1-8 წლიან პერიოდში



სურათი 7. იმპლანტანტის ფორმირების და განთავსების ეტაპები



სურათი 8. იმპლანტანტის ფიქსირების ეტაპები

დაავადების რეციდივი არ განვითარებულა.

განსჯა. Ugahary-ის ოპერაციის შესრულებისას უპირატესობა ენიჭება პერიდურალურ ანესთეზიას. პოსტოპერაციული ტკივილი პრეტიკულად არ აღინიშნება და მსგავსად თიაქარპლასტიკის ენდოსკოპური მეთოდებისა, პაციენტთა სტაციონარში დაყოვნების დრო მერყეობს რამდენიმე საათიდან 1 დღემდე. Ugahary-ის მეთოდის გამოყენების პირველივე სერიებმა დაადასტურა მეთოდის ჭეშმარიტად მცირე ინვაზიურობა. მნიშვნელოვანი კოსმეტიური ეფექტის ფონზე, მკვეთრად შეცირდა პაციენტთა მედიკო-სოციალური რეაბილიტაციის ვადები. დაავადების რეციდივის დაბალ მაჩვენებელთან ერთად, აღსანიშნავია პოსტოპერაციული გართულებების მცირე რაოდენობა, რომელთა უმრავლესობა უმნიშვნელო ხასიათისაა (L.M. Veenendaal et al, 2004; R. K. Simmermacher et al 2000). F. Ugahary-ის (2004) მონაცემებით, 1995-2001 წლებში შესრულებული 1492 ოპერაციის შემდეგ, აღინიშნა დაავადების რეციდივის 22 შემთხვევა (1,5%) და საერთო გართულებების (ძირითადად ჭრილობის სერომები და ჰემატომები) 19 შემთხვევა (1,2%). L.M. Veenendaal -ის (2004) მონაცემებით, 2001-2003 წლებში ამ მეთოდით კორეგირებული იყო საზარდულის 300 თიაქრი, მათ შორის, 37 (12,3%) ბილატერალური, 31 (10,3%) სკროტალური თიაქარი, 18 (6%) ბარდაყის თიაქარი და 19 (6,3%) რეციდიული თიაქარი.

მსგავსად ლაპაროსკოპული თიაქარპლასტიკებისა,

ლიტერატურა:

References:

1. Trabucco EE. The office hernioplasty and the Trabucco repair Ann It Chir 1993; 44:127-149.
2. Ugahary F , Simmermacher RKJ. Groin hernia repair via a gridiron incision: An alternative technique for preperitoneal mesh insertion. Hernia 1998; 2:123-125.
3. Ugahary F. . The gridiron hernioplasty. Abdominal Wall Hernias: Bendavid R, Abrahamson J, Arregui M et al, Eds. Springer-Verlag, New York, 2001; p 407.
4. Veenendaal L M, , De Borst, Davids P, Clevers G.J.

დიდი ზომის თიაქრების შემთხვევაში, როდესაც ვერ ხერხდება საზარდულის არხიდან თიაქრის პარკის ინვაგირება, კეთდება თიაქრის პარკის ცირკულარული დისექცია საზარდულის შიდა რგოლის დონეზე "ნარჩენი" პარკის საზარდულის არხში დატოვებით.

Ugahary-ის ოპერაცია უნივერსალურია და გამოიყენება ნებისმიერი სახის ინგვინურ-ფემორული დეფექტების ლიკვიდირების მიზნით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ოპერაცია რთული შესასრულებელია, ვინაიდან ოპერაციის გარკვეული ეტაპები მოიცავს ე.წ. "წარმოსახვითი ქირურგიის" (Image Surgery) ელემენტებს და მოითხოვს ინგვინო-ფემორული არის "უკანა-წინა" ანატომიის" ღრმა ცოდნას.

მეთოდის გამოყენების უკუჩვენებად შეიძლება ჩაითვალოს მორბილული სიმსუქნე (ჩვენს მიერ ოპერირებულ პაციენტთა სხეულის მასის ინდექსის მერყეობდა 18-დან 24-მდე) და მუცლის ქვემო ნახევარში გადატანული მუცელკვეთა - ფაინშტეინის ან მაკ-ბურნეის განაკვეთით.

დასკვნა: საზარდულის თიაქრების პრეპერიტონული პლასტიკა Ugahary-ის მეთოდით მცირე ინვაზიურობის ხარისხით უტოლდება ენდოსკოპურ თიაქარპლასტიკის მეთოდებს და ქირურგიის სათანადო კვალიფიკაციის შემთხვევაში შეიძლება ჩაითვალოს საზარდულის თიაქრების მკურნალობის არჩევის მეთოდად.

5. Simmermacher RKJ, Van Duyn EB, Clevers GJ, et al. Preperitoneal mesh in groin hernia surgery. A randomized clinical trial emphasizing the surgical aspects of preperitoneal placement via a laparoscopic (TEP) or Gridiron (Ugahary) approach. Hernia 2000 ; 4:296-298.

საძილე არტერიების რეკონსტრუქციული ქირურგია თავისა და კისრის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებების მქონე პაციენტებში

კ.ყიფიანი¹, კ.მარდალეიშვილი², დ.ღვინიაშვილი², ვ.არგანაშვილი¹, ლ.კალმახელიძე², ლ.რამიშვილი², ზ.დაბრუნდაშვილი², დ.ბახტურიძე², ლ.ბახტაძე²

¹ ნ.ბოხუას სახ. სისხლძარღვთა და გულის დაავადებათა ცენტრი

² მარდალეიშვილის ონკოლოგიური ცენტრი

RECONSTRUCTIVE SURGERY OF CAROTID ARTERIES IN PATIENTS WITH HEAD OR NECK CANCER

K. KHIPIANI¹, K. MARDALEISHVILI², D. GHVINIASHVILI², V. ARGANASHVILI¹, L.KALMAKHELIDZE², L. RAMISHVILI², Z. DABRUNDASHVILI², D. BAKHTURIDZE², L. BAKHTADZE²

¹Bokhua Center of vascular and heart Diseases

²Mardaleishvili Oncology Center

რეზიუმე

კვლევის მიზანი: საძილე არტერიების რეკონსტრუქციული ოპერაციების როლი, ინტრაოპერაციული იშემიური ინსულტის განვითარების პრევენციაში.

მასალა და მეთოდები: ხორხის, ყბაყურა ჯირკვლის და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს საძილე არტერიების და საუღლე ვენების მეტასტაზური დაზიანებების გამო 2008 -2013წლებში შესრულდა 36 ოპერაცია. აქედან 16 (44.4%) საძილე არტერიების რეკონსტრუქცია.

შედეგები: პერიოპერაციული გართულებები ნევროლოგიური სისტემის მხრივ, თავის ტვინის ინსულტი ან გარდაშვალა ტრანზიტორული იშემიური შეტევა არ აღენიშნებოდა არცერთ პაციენტს. 2 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელმა ყველა პაციენტში შეადგინა 47,2%. შიგნითა საძილე არტერიის რეკონსტრუქციის შემთხვევაში 2 წლის შემდეგ ცოცხალი იყო 6 (37,5%) პაციენტი 16-დან. ყველა მათგანთან გამავალი იყო რეკონსტრუქციული საძილე არტერიები და არცერთ შემთხვევაში არ გამოვლენილა არტერიის ჰემოდინამიურად მნიშვნელოვანი მასტენოზირებული დაზიანებები.

დასკვნა: თავისა და კისრის ლოკალიზაციის სიმსივნეების ადგილობრივად გავრცელებული რეგიონული მეტასტაზების მქონე პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ ინვაზია საერთო და/ან შიგნითა საძილე არტერიაში ქირურგიული ოპერაცია მასშტაბით: ქსოვილებისა და ორგანოების ბლოკის მოცილება სიმსივნურ წარმონაქმნთან ერთად და საძილე არტერიების რეკონსტრუქცია (რეზექცია პროთეზირება) წარმოადგენს მკურნალობის ერთადერთ შესაძლო რადიკალურ მეთოდს. ასეთი ტიპის ოპერაციების წარმატების საწინდარია ონკო და სისხლძარღვთა ქირურგიის გუნდური მუშაობა. აღნიშნული მეთოდი შესაძლებლობას გვაძლევს მივაღწიოთ 2 წლიან სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელს 40%-მდე შემთხვევაში და თავიდან ავიცილოთ ინტრა-ოპერაციული ინსულტი და პაციენტთა მძიმე ინვალიდობა. შიგნითა საძილე არტერის პროთეზირების არჩევს მეთოდი უნდა იყოს მისი რეკონსტრუქცია აუტოვენით (დიდი საჩინო ვენა).

აქტუალობა: ონკოლოგიური დაავადებების მათ შორის კისრის მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეების მაჩვენებლების მატება წარმოადგენს XXI საუკუნის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას. თავისა და კისრის სიმსივნეების მკურნალობის კომპლექსური და კომბინირებული მეთოდების გამოყენებით შესაძლებელია 5 წლიანი გამოჯანმრთელების 50% მაჩვენებლის მიღწევა. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ასეთი პაციენტების მიმართვიანობა სპეციალიზირებულ ონკოლოგი-

Summary

Goal of the study was to analyse complex surgical interventions performed by oncologists and angiologists and to define the role of carotid arteries reconstructive surgery in prevention of intraoperation ischemic stroke.

Material and methods. In 2008-2013, overall 36 joint surgical operations were performed in Bokhua Center of Cardiovascular Diseases and Mardaleishvili Oncology Center due to metastatic invasion of carotid arteries and jugular veins in patients with cancers of parotid gland or oral mucosa. In 16 (44.4%) cases reconstruction of carotid arteries were fulfilled.

Results. There were no perioperative cases of neurological complications, stroke or transient ischemic attacks. 2 year survival was reached in 17 (47.2%) out from 36 patients. Among the patients who underwent internal carotid artery reconstruction, 6 (37.5%) patients survived out from 16. In all cases reconstructed carotids were functional and there was no considerable arterial stenosis.

Conclusion. For patients having head or neck cancer with locally grown regional metastases and invasion in common and/or internal carotid arteries the only feasible radical surgery is: resection of tissue and organic block with tumor, and reconstruction of carotid arteries (resection and grafting). This is the only radical method that gives opportunity to treat primary condition, as well as to prevent development of ischemic stroke. Successful operation must be performed by the team of onco- and vascular surgeons. Above mentioned method allows to achieve 2 year survival in nearly 40% of cases, and avoid intraoperative stroke and severe disability. The method of choice for internal carotid artery grafting may be reconstruction by autovein (vena saphena magna), since these operations have high risk of skin necrosis and infections in postoperative wound, though autovein is relatively resistant to infections, rather than PTFE explant.

ურ კლინიკებში 70-80% შემთხვევაში არის დაავადების III-IV სტადიაზე, როდესაც რეგიონალური მეტასტაზების გამო გარდაცვალების ერთ-ერთ მიზეზს წარმოადგენს მათი ინვაზია საძილე არტერიებში, რაც თავის მხრივ განაპირობებს რადიკალური ოპერაციებისგან თავის შეკავების მთავარ მიზეზს, ვინაიდან ზემოთ აღნიშნული არტერიების რეზექცია მათი ერთმომენტური რეკონსტრუქციის გარეშე შემთხვევათა 45% - ში იწვევს ისეთ ნევროლოგიურ გართულებებს როგორც არის: თავის

ტვინის სხვადასხვა სიმიძის ინსულტი და კომა, ხოლო 20-25%-ში მთავრდება ლეტალობით. (1,2). მეტასტაზური პროცესის საერთო და შიგნითა საძილე არტერიაზე გავრცელების დროს, რომელიც გვხვდება შემთხვევათა 5-10%-ში მკურნალობის ერთადერთ მისაღებ მეთოდს წარმოადგენს კომბინირებული ქირურგიული მკურნალობა, სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა და საძილე არტერიების რეკონსტრუქციული ქირურგია. მხოლოდ ასეთი ტიპის ოპერაციები წარმოადგენს პაციენტის გამოჯანმრთელების და იშემიური ინსულტის გავითარების პრევენციის საშუალებას. (3,4) აღსანიშნავია, რომ მსგავსი ტიპის ოპერაციების მსოფლიო გამოცდილება არ არის დიდი და მოიცავს ძირითადად ინდივიდუალური კლინიკების გამოცდილებას, რომელთა რაოდენობა არ აღემატება რამოდენიმე ათეულ ან ხშირ შემთხვევაში რამოდენიმე ერთეულ შემთხვევას, შესაბამისად არ არსებობს ასეთი პაციენტების ქირურგიული მკურნალობის და მართვის აპრობირებული ერთიანი პრინციპები (5,6).

კვლევის მიზანი: იყო ონკო და სისხლძარღვთა ქირურგების მიერ ერთობლივად შესრულებული ოპერაციების ანალიზი. საძილე არტერიების რეკონსტრუქციული ოპერაციების როლი, ინტრაოპერაციული იშემიური ინსულტის განვითარების პრევენციაში.

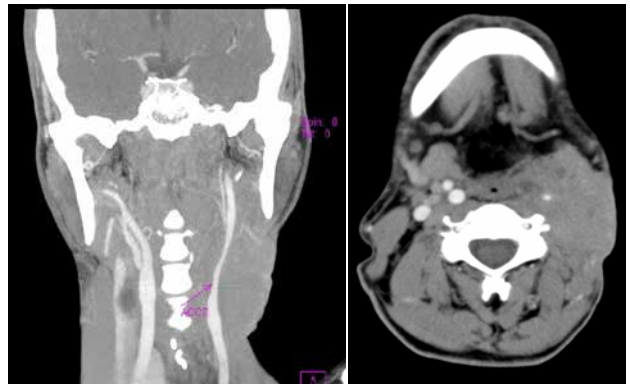
მასალა და მეთოდები: ხორხის, ყბაყურა ჯირკვლის და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს საძილე არტერიების და საულლე ვენების მეტასტაზური დაზიანებების გამო 2008-2013წლებში ნ.ბოხუას სახ. სისხლძარღვთა და გულის დაავადებათა ცენტრში და მარდალეიშვილის ონკოლოგიურ ცენტრში სისხლძარღვთა და ონკო ქირურგების მიერ ერთობლივად შესრულებული იქნა 36 ოპერაცია.

34 პაციენტი იყო მამაკაცი 2 ქალი. ასაკი მერყეობდა 45 დან 75 წლამდე. 22 (61.1%) შემთხვევაში პირველადი კერა ლოკალიზდებოდა ხორხში 12 (33.3%) შემთხვევაში პირის ღრუში, ხოლო 2(5,5%) შემთხვევაში ყბაყურა ჯირკვალში. ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა მეტასტაზით შიგნითა საულლე ვენის ინვაზია და მისი ობლიტერაცია, ასევე საძილე არტერიების ექსტრავაზალური კომპრესია მეტასტაზის და საძილე არტერიების კედლების მჭიდრო კავშირი, მათ შორის გამყოფი ცხიმოვანი შრის არსებობის გარეშე.

პაციენტების შეფასება ოპერაციამდე ხდებოდა კომპიუტერული ტომოგრაფიით ანგიოგრაფიულ რეჟიმში, საძილე არტერიების ულტრასონოგრაფიული და ტრანსკრანიალური დოპლეროგრაფიული კვლევებით. ანგიოგრაფიულ რეჟიმში იძლეოდა საშუალებას ზუსტად შეფასებულიყო მეტასტაზური პროცესის გავრცელება საძილე არტერიებთან და შიგნითა საულლე ვენასთან მიმართებაში. (სურ 1.2.)

საძილე არტერიების ულტრასონოგრაფიული და ტრანსკრანიალური დოპლეროგრაფიული კვლევებით ხდებოდა ჰემოდინამიური პარამეტრების განსაზღვრა და შესაბამისად პერიოპერაციული რისკის შეფასება, შესაძლო იშემიური ინსულტის განვითარების მხრივ.

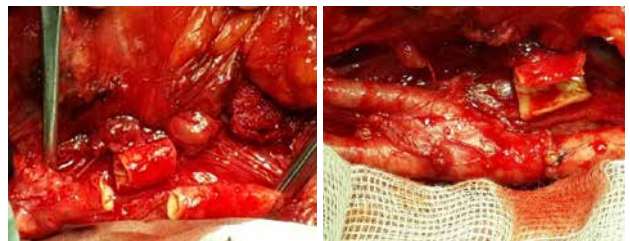
36 ოპერაციიდან 16 (44.4%) პაციენტში შესრულდა საძილე არტერიების რეკონსტრუქცია. 15 შემთხვევაში შესრულებული იქნა კრაილის ტიპის ოპერაცია და



სურათი 1.2. საძილე არტერიების ექსტრავაზალური კომპრესია, შიგნითა საულლე ვენის ინვაზია და ობსტრუქცია.



სურათი 3.4. სიმსივნური ქსოვილის ინვაზია საერთო საძილე არტერიის კედელში



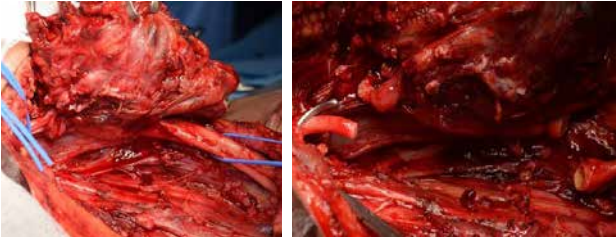
სურათი 5.6. საერთო საძილე არტერიის რეგექცია, რეკონსტრუქცია ანასტომოზირება ბოლო-ბოლოში

შიგნითა საძილე არტერიის რეკონსტრუქცია, პროთეზირება.

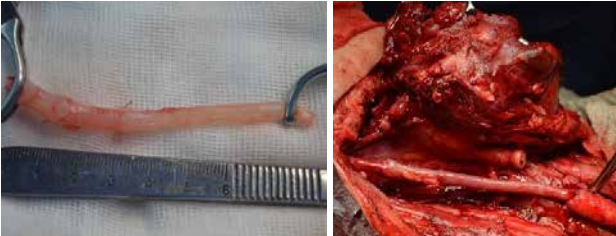
1 შემთხვევაში კრაილის ტიპის ოპერაციასთან ერთად შესრულებული იქნა საერთო საძილე არტერიის რეკონსტრუქცია, ანასტომოზირება ბოლო-ბოლოში(სურ-3.4.5.6.)

ყველა დანარჩენ შემთხვევაში -20 (55,6%)პაციენტში ტექნიკური სიძნელეებით მოხერხდა შიგნითა საძილე არტერიის გამოყოფა სიმსივნური კონგლომერატისგან და არ გახდა საჭირო რეკონსტრუქციული ოპერაციის შესრულება. ოპერაციები სრულდებოდა სიმსივნური წარმონაქმნის ამოკვეთით გარეთა საძილე არტერიის და შიგნითა საულლე ვენის რეგექციით.

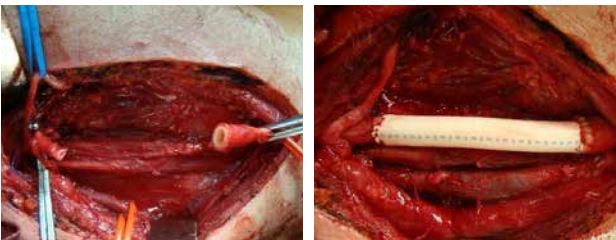
საძილე არტერიების რეკონსტრუქციის საკითხი წყდებოდა უშუალოდ ინტრაოპერაციულად , არტერიის კედელში სიმსივნის ინვაზიის შემთხვევაში ხორციელდებოდა მისი რეგექცია სიმსივნურ ქსოვილთან ერთად და პროთეზირება, ხოლო იმ შემთხვევაში რო-



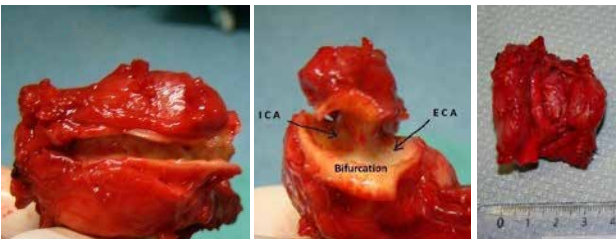
სურათი 7. 8. შიგნითა საძილე არტერიის რეზექცია.



სურათი 9.10. შიგნითა საძილე არტერიის რეკონსტრუქცია, პროთეზირება აუტოვენით.



სურათი 11.12. შიგნითა საძილე არტერიის რეზექცია, პროთეზირება PTFE-8mm. პროთეზით



სურათი 13.14.15. პრეპარატი, რეზეცირებული კაროტიდული ბიფურკაცია სიმსივნესთან ერთად.

დესაც შესაძლებელი იყო სიმსივნური კონგლომერატის გამოყოფა არტერიიდან ადვენტიციის დაზიანების გარეშე ითვლებოდა რომ პროცესი არტერიის კედელზე არ ვრცელდებოდა და შესაბამისად არ სრულდებოდა არტერიების რეკონსტრუქცია. უნდა აღინიშნოს, რომ სიმსივნური წარონაქმნით ექსტრავაზალური კომპრესიის ხარისხის მიუხედავად არცერთ შემთხვევაში არ გამოვლენილა სიმსივნის ინვაზია არტერიის სანათურში და პროცესი ყოველთვის მოიცავდა მხოლოდ არტერიის ადვენტიციას და მედლიალურ შრეს და პირიქით ყოველთვის აღინიშნებოდა შინითა საულლე ვენის სანათურის ობლიტერაცია სიმსივნური ქსოვილით ან სიმსივნური თრომბით.

შიგნითა საძილე ატერიის პროთეზირებისთვის 13- (86.6%) შემთხვევაში გამოყენებული იქნა აუტოვენა (დიდი საჩინო ვენა) (სურ-7.8.9.10) და 2 (13.3%) შემთხვევაში სინთეტიური ექსპლანტანტი PTFE-8მმ დიამეტრის პროთეზი (სურ-11.12.13.14.15)

უპირატესობა ენიჭებოდა აუტოვენას მასზე ინფექციური პროცესის გავრცელების დაბალი ალბათობის გამო. თავის ტვინის დაცვა საძილე არტერიების გადაკეტვის დროს ხორცილედებოდა სისტემური არტერიული ჰიპერტენზიით და ინტრავენური ჰეპარინიზაციით. საძილე არტერიების გადაკეტვის დრო მერყეობდა 10-დან 25 წუთამდე, ოპერაციის ხანგრძლივობა 2 -დან 5საათამდე. აღსანიშნავია, რომ უმეტეს შემთხვევაში პაციენტებს ჩატარებული ჰქონდათ სხივური თერაპიის კურსი რადიკალური პროგრამით, რის გამოც გამოხატული იყო პარაარტერიული ცხიმოვანი შალითის გადაგვარება ფიბროზულ ქსოვილად, რაც ქმნიდა ტექნიკურ სიძნელეებს ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონის გამოყოფის დროს და ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენდა ოპერაციის გახანგრძლივების მიზეზს.

შედეგები: პრედოპერაციული გართულებები ნევროლოგიური სისტემის მხრივ, თავის ტვინის ინსულტი, ან გარდამავალი ტრანზიტორული იშემიური შეტევა არ აღენიშნებოდა არცერთ პაციენტს.

2 (5.5%) შემთხვევაში მოხდა პოსტოპერაციული ჭრილობის მიდამოში კანის ნეკროზი და ჭრილობის ინფიცირება. რის ფონზეც ერთ პაციენტთან, რომელთანაც პროთეზირება შესრულებული იყო PTFE 8მმ-ანი პროთეზით განვითარდა ეროზიული სისხლდენა ანასტომოზის მიდამოდან ოპერაციიდან მე-16 დღეს და სასიცოცხლო ჩვენებით შესრულდა ინფიცირებული პროთეზის ამოკვეთა, შიგნითა საძილე ატერიის რეზექცია და ლიგირება. პაციენტთან რაიმე ტიპის ნევროლოგიური დეფიციტი არ გამოვლენილა. მეორე პაციენტთან ეტაპობრივად სრულდებოდა ნეკრექტომია და ჭრილობა შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით.

ოპერაციიდან 1 წლის შემდეგ ცოცხალი იყო 26 პაციენტი, (72,2%) მათგან 6-ს დადგენილი ჰქონდა დაავადების ადგილობრივი რეციდივი, ხოლო 4-ს სორეული მეტასტაზების არსებობა.

2 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელმა ყველა პაციენტში ერთად შეადგინა (47,2%) 17 პაციენტი 36 დან . ხოლო შიგნითა საძილე არტერიის რეკონსტრუქციის შემთხვევაში 2 წლის შემდეგ ცოცხალი იყო 6 (37,5%) პაციენტი 16 დან. ყველა მათგანთან გამავალი იყო რეკონსტრუქციული საძილე არტერიები და არცერთ შემთხვევაში არ გამოვლენილა არტერიის ჰემოდინამიურად მნიშვნელოვანი მასტენობირებელი დაზიანებები.

დასკვნა: თავისა და კისრის ლოკალიზაციის სიმსივნეების ადგილობრივად გავრცელებული რეგიონული მეტასტაზების მქონე პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ ინვაზია საერთო და/ან შიგნითა საძილე არტერიაში ქირურგიული ოპერაცია მასშტაბით: ქსოვილებისა და ორგანოების ბლოკის მოცილება სიმსივნურ წარმონაქმნთან ერთად და საძილე არტერიების რეკონსტრუქცია, (რეზექცია პროთეზირება) წარმოადგენს მკურნალობის ერთადერთ შესაძლო რადიკალურ მეთოდს, რომლის დროსაც შესაძლებელია როგორც ძირითადი დაავადების მკურნალობა ასევე იშემიური ინსულტის განვითარების პრევენცია. ასეთი ტიპის ოპერაციების წარმატებით განხორციელებისთვის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ონკო და სისხლძარღვთა ქირურგიების გუნდური მუშაობა.

აღნიშნული მეთოდი შესაძლებლობას გვაძლევს მიღწეულ იქნას 2 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი 40%- მდე შემთხვევაში და თავიდან იქნას აცილებული ინტრაოპერაციული ინსულტი და პაციენტთა მძიმე ინვალიდობა. ჩვენი აზრით, ეს მაჩვენებელი საკმაოდ კარგია იმის გათვალისწინებით, რომ საქმე გვაქვს პრაქტიკულად ინკურაბელური პაციენტების კონტიგენტთან.

შეგნითა საძილე არტერის პროთეზირებისთვის არჩევის მეთოდს უნდა წარმოადგენდეს მისი რეკონსტრუქცია აუტოვენით, (დიდი საჩინო ვენა) ვინაიდან აღნიშნული ოპერაციები მიეკუთვნება პოსტოპერაციუ-

ლი ტრილობის მიდამოში კანის ნეკროზის და ინფექციური პროცესის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფს და აუტოვენა, PTFE ექსპლანტანტთან შედარებით ხასიათდება შედარებით ოფრო მაღალი რემისტენტობით ინფექციისადმი.

ჩვენი დაკვირვება გვაძლევს საფუძელს გამოვთქვით მოსაზრება, რომ სიმსივნურ ქსოვილს არ ახასიათებს არტერიის სანათურში ინვაზია და ექსტრავაზალური კომპრესიის ხარისხის მიუხედავად პროცესი ვრცელდება მხოლოდ არტერიის ადვენტიციაზე და შედიალურ შრეზე.

ლიტერატურა:

References:

1. 1. Resection and replacement of the carotid artery in metastatic head and neck cancer: literature review and case report. Zs. Németh, Gy. Dömötör, M. Tálos, J. Barabás, M. Ujvári, Gy. Szabó International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 32, Issue 6, Pages 645-650
2. 2. The Impact of Surgery in the Management of the Head and Neck Carcinoma Involving the Carotid Artery .Manzoor NF1, Russell JO, Bricker A, Koyfman S, Scharpf J, Burkey B, Khan MJ. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Nov;139(11):1219-25
3. 3. Resection of the internal carotid artery and replacement with greater saphenous vein: a safe procedure for en bloc cancer resections with carotid involvement. Wright JG, Nicholson R, Schuller DE, Smead WL. J Vasc Surg. 1996 May;23(5):775-80; discussion 781-2
5. 5. Carotid artery resection and reconstruction with superficial femoral artery transplantation: Yoann Pons*1, Elsa Ukkola-Pons2, Philippe Clément1, Bernard Baranger3 and Claude Conessa1 Head & Neck Oncology Published: 17 June 2009
6. 6. Carotid resection and reconstruction associated with treatment of head and neck cancer Teresa R. Kroeker, MD, and John C. O'Brien, MD Proc (Bayl Univ Med Cent). 2011 Oct; 24(4): 295–298.
7. 7. Carotid Artery Sacrifice and Reconstruction in the Setting of Advanced Head and Neck Cancer. Mourad M1, Saman M2, Stroman D2, Lee T3, Ducic Y4 Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Aug;153(2):225–30. doi: 10.1177/0194599815586719. Epub 2015 Jun 2.
8. 8. Carotid Stenting for Radiation-Induced Extracranial Carotid Artery Occlusive Disease. Departments of Surgery, *Radiology, and †Neurosurgery, University of Hong Kong Medical Centre, Queen Mary Hospital, Hong Kong, China. J ENDOVASC THER 2004;11:53–59

ანტიკოაგულანტი, რომელსაც შეგიძლიათ ენდოთ

ფრაქსიპარინი

კალციუმის ნადროპარინი

- **ფრაქსიპარინი** – ერთადერთი ღმკ, რომელიც დადასტურებულად ამცირებს სიკვდილობას ოპერირებულ პაციენტებში^{1,2}
- **ფრაქსიპარინი** – ერთადერთი ღმკ, რომელიც დადასტურებულად ამცირებს ღვთ-ს აფკ-თან შედარებით³
- **ფრაქსიპარინი** – სისხლდენების განვითარების დაბალი რისკი⁴
- **ფრაქსიპარინი** – მასიური სისხლდენების განვითარების უფრო დაბალი რისკი ენოქსაპარინთან შედარებით⁵
- **ფრაქსიპარინი** (კალციუმის ნადროპარინი) - უკეთესი ამტანობა სხვა ღმკ-თან შედარებით⁶

პრეპარატ ფრაქსიპარინის სამედიცინო გამოყენების მოკლე ინსტრუქცია*

ხარისხობრივი და რაოდენობრივი შიშაღმანალობა: ფრაქსიპარინი – კალციუმის ნადროპარინის საინექციო ხსნარი 9500 ანტი-Xa სე ნინასნარ შევსებული მზა შპრიცებისა (0.3მლ, 0.4მლ, 0.6მლ, 0.8მლ) და მულტი დოზირების ფლაკონის (5მლ) სახით.

დანიშნვის ჩვენება: თრომბოემბოლიური გართულებების პროფილაქტიკა ზოგად და ორთოპედიულ ქირურგიულ პაციენტებში; ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ჰოსპიტალიზებული არაქირურგიული პაციენტების მაღალი თრომბოემბოლიური რისკით (სუნთქვის უკმარისობა და/ან რესპირაციული ინფექციები და/ან გულის უკმარისობა); თრომბოემბოლიური გართულებების მკურნალობა; სისხლის შედედების პროფილაქტიკა ჰემოდიალიზის დროს.

მიღების გზები და დოზირება: მკურნალობის პროცესში არ შეიძლება კალციუმის ნადროპარინის გამოყენება სხვა დმკ-თან მონაცვლეობით. კალციუმის ნადროპარინი კუნთში არ კეთდება. კანქვეშა ინექციის ჩვეული ადგილია მუცლის კედლის მარჯვენა ან მარცხენა ლატერალური მიდამო, ასევე ალტერნატიულად შეიძლება გაკეთდეს ბარძაყზეც. ნემსი კეთდება პერპენდიკულარულად ხელით ნამონეულ კანის ნაკეცში. არ არის რეკომენდებული ინექციამდე შპრიციდან ჰაერის ბუშტის გამოდევნა. არ შეიძლება ინექციის ადგილის დაზიანება. თრომბოემბოლიური პათოლოგიების პროფილაქტიკა ზოგად ქირურგიაში: ფრაქსიპარინის რეკომენდებული დოზაა 0.3 მლ (2850 ანტი-Xa სე). ინექცია კეთდება კანქვეშა ქირურგიულ ჩარევამდე 2-4 საათით ადრე, შემდგომში ყოველდღიურად დღეში ერთხელ. მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს სულ მცირე 7 დღე და რისკის არსებობის მთელი პერიოდის განმავლობაში. ორთოპედიული ქირურგია: საწყისი დოზა მიიღება ოპერაციამდე 12 საათით ადრე და მეორე – ოპერაციის დასრულებიდან 12 საათის შემდეგ. მკურნალობის მინიმალური ხანგრძლივობაა 10 დღე. ინტენსიური თერაპია: დოზირება ხდება წონის გათვალისწინებით და მკურნალობა გრძელდება თრომბოემბოლიის რისკის მთელ პერიოდში.

უპრევენება: ჰიპერმგრძობელობა ნადროპარინის ან ნადროპარინის საინექციო ფორმის ნებისმიერი კომპონენტის მიმართ; ანამნეზში ნადროპარინთან დაკავშირებული თრომბოციტოპენია; აქტიური სისხლდენა ან ჰემორაგიის გაზრდილი რისკი, დაკავშირებული ჰემოსტაზის პათოლოგიასთან; ჰემორაგიული ინსულტი, მწვავე ინფექციური ენდოკარდიტი; თირკმლის მძიმე უკმარისობა; ნადროპარინი არ არის რეკომენდებული ბავშვებსა და მოზარდებში.

თირკმლის დაზიანება: არ საჭიროებს დოზის კორექციას თირკმლის მსუბუქი უკმარისობის დროს. თირკმლის საშუალო და მძიმე დაზიანებისას რეკომენდებულია ნადროპარინის დოზის შემცირება.

სიფრთხილის ზომები: თრომბოციტოპენია; ღვიძლის უკმარისობა; მძიმე არტერიული ჰიპერტენზია; ანამნეზში ნეფროლოგანი დაავადებისა ან სხვა ორგანული დაზიანების არსებობა სისხლდენით; ქორიო-რეტინული სისხლძარღვების პათოლოგია; ლატექსზე ალერგია

ურთიერთქმედება სხვა პრეპარატებთან: ნადროპარინი სიფრთხილით გამოიყენება პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ორალურ ანტიკოაგულანტებს, სისტემურ გლუკოკორტიკოსტეროიდებს და დექსტრანებს.

ორსულობა და ლაქტაცია: ორსულებში ფრაქსიპარინის გამოყენება ხდება მხოლოდ პაციენტის რისკი - სარგებელთან თანაფარდობის შეფასების მიხედვით. შეზღუდულია მონაცემები ნადროპარინის დედის რძეში ექსკრეციის შესახებ. ამდენად, ლაქტაციის პერიოდში ნადროპარინის გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

გვარდითი მოვლანები: ხშირი: სხვადასხვა ლოკალიზაციის ჰემორაგიული მანიფესტაციები. იშვიათი: თრომბოციტოპენია; ინექციის ადგილას კალცინოზი.

ჰიპერდოზირება: ჰიპერდოზირების ძირითად კლინიკურ ნიშანს სისხლდენა წარმოადგენს. მხოლოდ სერიოზულ შემთხვევებში განიხილება პროტამინ სულფატის გამოყენების საკითხი.

სარეგისტრაციო მონაცემები: 0,3მლ ნინასნარ შევსებული მზა შპრიცი - 016101, 0,4მლ - 016102, 0,6მლ-016103, 0,8მლ-016104, მულტიდოზა ფლაკონი-016206.

***პრეპარატის გამოყენების წინ იხილეთ ფრაქსიპარინის სამედიცინო გამოყენების სრული ინსტრუქცია**

გვერდითი მოვლენებისა ან დამატებითი ინფორმაციისთვის მიმართეთ:

შპს “QUADRIUM PHARMHOUSE”

თბილისი, ცაგარელის ქუჩა #70, 0194, ბინა #2

ტელ: +995 32 2348856, +995 595 555224

დმკ: დაბალმოლეკულური ჰეპარინი

ღმთ: ღრმა ვენების თრომბოზი

აფკ: არაფრაქციული ჰეპარინი

ფათმ: ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია

შპს „ფარმკაპიტალი“

ASPENHEALTHCARE ოფიციალური პარტნიორი

საქართველო, თბილისი, 0179,

ატენის ქუჩა 6/8

ტელ: +995 599176895; +995 591119944

კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის შორეული შედეგები

8.ხელაძე, 83.ხელაძე

საქართველოს კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი.

LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF CRITICAL PATIENTS

Z. KHELADZE, ZV. KHELADZE, N.KAJAIA, T. MAZMISHVILI

Georgian Institute of Critical Care Medicine

რეზიუმე

შესწავლილია საქართველოს კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტში 2005–2015 წლებში მყოფი 1800 კრიტიკული ავადმყოფის მკურნალობის შორეული შედეგები.

კლინიკიდან გაწერის ერთი წლის თავზე გარდაცვლილი იყო 22 (1,2%) პიროვნება, ხოლო 1778 (98,8%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად შენახული 903 (50,2 %) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 561 (31,2%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო, თავის თავის მოვლა არ შეეძლო და უმწეო მდგომარეობაში იყო 314 (17,4%) ადამიანი. კლინიკიდან გაწერის ხუთი წლის თავზე გარდაცვლილი იყო კიდევ 219 (12,7%) პიროვნება, ხოლო 1559 (86,6%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად შენახული 649 (36,5%) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 510 (28,3%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო, თავის თავის მოვლა არ შეეძლო და უმწეო მდგომარეობაში იყო 390 (21,7%) ადამიანი. კლინიკიდან გაწერის ათი წლის თავზე კი გარდაცვლილი იყო კიდევ 293 (16,3%) პიროვნება. ასე რომ 1266 (70,3%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად შენახული 412 (22,9%) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 482 (26,7%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო, თავის თავის მოვლა არ შეეძლო და უმწეო მდგომარეობაში იყო 372 (20,7%) ადამიანი.

ეს მონაცემები ერთგვარ ოპტიმიზმს ბადებს კრიტიკული მედიცინისადმი, რადგანაც ამგვარი სერვისის არ არსებობის შემთხვევაში ყოველი მათგანი ჯერ კიდევ კრიტიკულ მდგომარეობაში ყოფნისას იყო განწირული დასალუპავად.

ძირითადი სიტყვები: შორეული შედეგები, მკურნალობა, კრიტიკული პაციენტები, ინვალიდობა, მძიმე ინვალიდობა.

შესავალი

კრიტიკული მედიცინა თანამედროვე მედიცინის ძვირადღირებული დარგია. კრიტიკული მედიცინის ერთი საწოლ-დღის ღირებულება აშშ-ში 4000–6000 აშშ დოლარს, ევროკავშირის ქვეყნებში –3000–3500 აშშ დოლარს, ხოლო საქართველოსა და განვითარებად ქვეყნებში 300–1000 აშშ დოლარს შეადგენს [1]. ამასთან კრიტიკული მედიცინის პროდუქტი კოლექტიური შრომის შედეგია და ეს პროცესი მოიცავს კრიტიკულ ავადმყოფთა სასიცოცხლო ფუნქციების უწყვეტ მონიტორინგსა და მკურნალობას [2, 3]. ამის გამო მხოლოდ ერთი კრიტიკული ავადმყოფის მკურნალობის პროცესში აუცილებლად საჭიროა კრიტიკული მედიცინის სამსახურის მთელი კოლექტივის მონაწილეობა. მათ გარდა მკურნალობაში ჩართულნი უნდა იყვნენ ქირურგები, ნევროპათოლოგები, ეპიდემიოლოგები, ფიზიოლოგები, რადიოლოგები, ინჟინრები, მენეჯერები და სხვა

Summary

Here are studied long-term results of 1800 critical patients who were treated in Critical Care Medicine Institute of Georgia in 2005–2015.

After a year of discharge from the clinic 22 of them died (1,2%), from 1778 patients who survived 903 (17,4) had preserved an ability of work completely. 561 (31,2%) of those patients remained disabled but could take care of themselves without help. 314 (17,4) of those persons were a severe invalids and not able to take care of themselves independently. After discharge from the clinic at the 5th anniversary 219 (12,7%) of patients died. From 1559 (86,6%) who were alive 649 (36,5%) had the complete ability of work. 510 (28,3%) were disabled but independent to take care of themselves. 39 (21,7%) of them were severe invalids and they could not help themselves. After 10 years of clinical discharge 293 (16,3%) were died. From 1266 (70,3%) ability of work was preserved in 412 (22,9%) of them, were disabled but with the ability to take care of themselves-482 (26,7%), 372 (20,7%)—severe invalids without an independent abilities.

This information generates some kind of optimism towards Critical Care Medicine, because without the service all of them would be in critical care condition and sacrificed for death. Besides, such information enables to plan the process of critical care patient's treatment, expanse finances adequately, improve management service and after determination of a prognosis problems related to working process will be easily solved.

Key Words: Long-term results, treatment, critical patients invalids, severe invalids.

პროფესიის წარმომადგენლები [4]. ამგვარი პირობების მიუხედავად სხვადასხვა ქვეყნების კლინიკებში უშუალოდ მკურნალობის პროცესის დროს კრიტიკულ ავადმყოფთა მესამედი კვდება [5], მაშინ როდესაც კრიტიკული მედიცინის სერვისის არ არსებობის შემთხვევაში ყოველი კრიტიკული ავადმყოფი იყო განწირული სასიკვდილოდ. თუმცა ეს მაჩვენებელი უშუალოდ კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის პროცესს გულისხმობს და არ მოიცავს კრიტიკულ ავადმყოფთა ლეტალობისა და შრომის უნარიანობის შესახებ უფრო შორეულ მონაცემებს. ამგვარი ინფორმაციის ცოდნა კი საჭიროა კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის პროცესის ოპტიმალურად დაგეგმვის, ფინანსების ყაირათიანად ხარჯვის, მენეჯმენტის სრულყოფის, მკურნალობის შედეგების პროგნოზირების და სამუშაო პროცესთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების დროულად მოგვარების მიზნით. აქედან გამომდინარე აღნიშნული

შრომის მიზანია კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის შორეული შედეგების შესწავლა.

მასალა და მეთოდები

შესწავლილია 1800 (100%) კრიტიკული ავადმყოფი. ისინი 2005-2015 წლებში მკურნალებდნენ საქართველოს კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტ მათ შორის ქალი იყო 798,0 (44,3%) და კაცი 1002,0 (55,7%) პიროვნება. სოფელში. ცხოვრობდა 863 (47,9%), ხოლო ქალაქში-937 (52,1%) პაციენტი. ავადმყოფთა ასაკი მერყობდა 18 წლიდან 101 წლამდე. მათ შორის 50 წლამდე იყო 209 (11,6%), 51-70 წლამდე 542,0 (30,1%), ხოლო 70 წელზე მეტის 1049 (58,3%) ადამიანი.ამ ავადმყოფებში კლინიკაში ყოფნის დროს კრიტიკული მდგომარეობა 554,0(30.8%) შემთხვევაში გამოწვეული იყო სუნთქვის მწვავე უკმარისობით, 211,0 (11.8%) შემთხვევაში რეგისტრირებული იყო ჰემორაგიული ინსულტი და 202,0 (11.2%) შემთხვევაში იშემიური ინსულტი, 188,0 (10,5%) ავადმყოფს ჰქონდა გულის მწვავე უკმარისობა, 177,0 (9,8%) პაციენტს - ენდოტოქსიური შოკი, 110,0 (6.1%) - სეფსისი, 88,0 (4.9%) - მძიმე ტრავმები, 86,0 (4,8%) - ჰიპოვოლემიური შოკი, ხოლო 51,0 (2,8%) ავადმყოფი მოწამლული იყო სხვადასხვა სახის შხამებით,ამას გარდა კრიტიკული მდგომარეობა ასოცირებული იყო 51,0 (2.8%) შემთხვევაში ღვიძლის უკმარისობასთან და 49,0 (2,7%) შემთხვევაში თირკმლების უკმარისობასთან, ხოლო 33 (1,8%) შემთხვევაში სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა გამოწვეული იყო ეპილეფსიური სტატუსით, დიაბეტური კომით, მენინგოენცეფალიტით და სხვა მიზეზებით. ამ ავადმყოფთა უმრავლესობას თანმხლები დაავადებების სახით აღენიშნებოდა ჰიპერტონული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, გულის უკმარისობა, ფილტვების ობსტრუქციული დაავადება და ქრონიკული პროფილის სხვა დაავადებები. კლინიკაში მათი მკურნალობა წარმოებდა ხელოვნური სუნთქვის, წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის კორექციის, ენტერალური და პარენტერალური კვების, ანტიბაქტერიული თერაპიის, შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებების, იმუნომოდულაციის, ჰემოდალიზის, პლაზმაფერეზის, ძვლის ტვინის ელექტროსტიმულაცი-

ის და სხვა ღონისძიებების სახით. ამ ავადმყოფებიდან ზოგადქირურგიული პროფილის ოპერაცია ჩატარდა 61.0 (3.4%) პაციენტს, ნეიროქირურგიული - 51.0 (2.8%), უროლოგიური - 49,0 (2,7%) და ტრავმატოლოგიური - 37,0 (2,1%) პაციენტს. ავადმყოფთა ამ კონტიგენტში შესწავლილი იყო ლეტალობის, შრომისუნარიანობისა და ინვალიდობის მაჩვენებლები კლინიკიდან გაწერიდან 1, 5 და 10 წლის შემდეგ (ცხრილი 1, დიაგრამა 1).

შედეგები და განსჯა

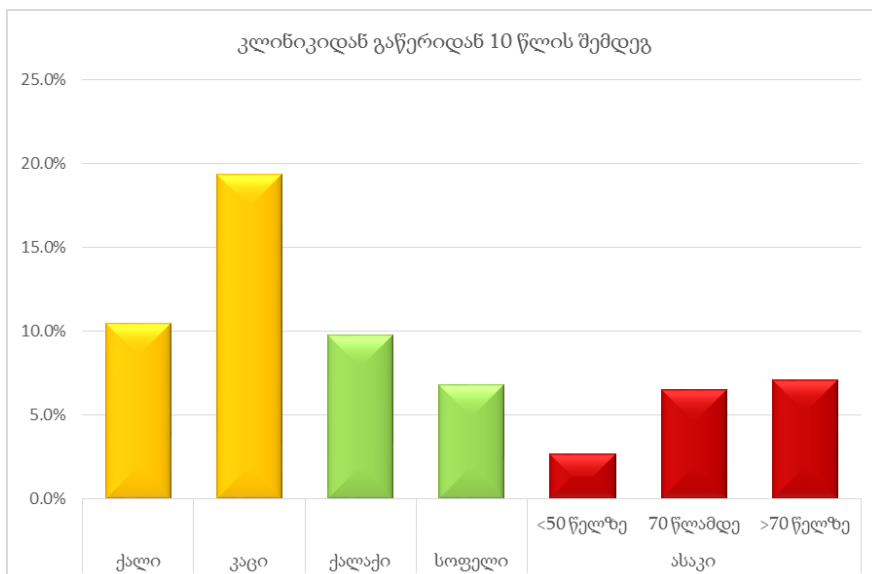
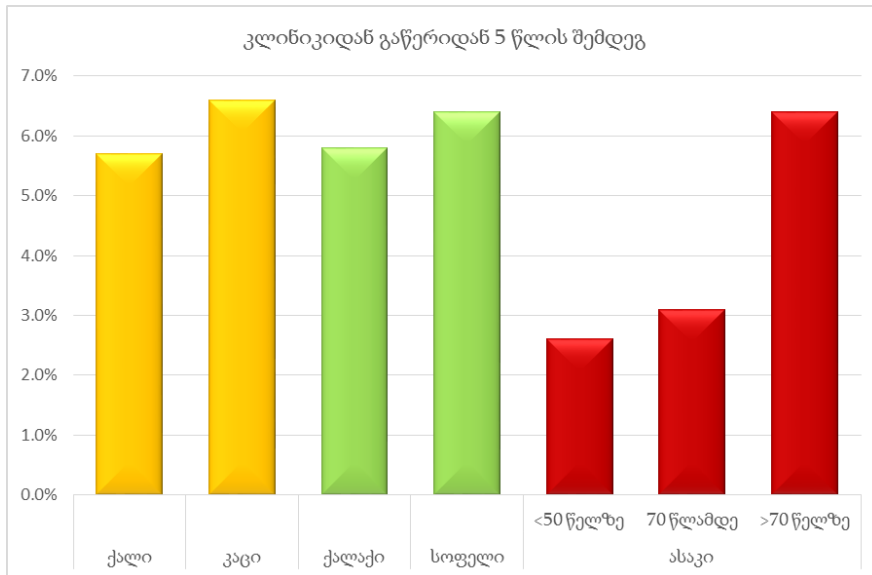
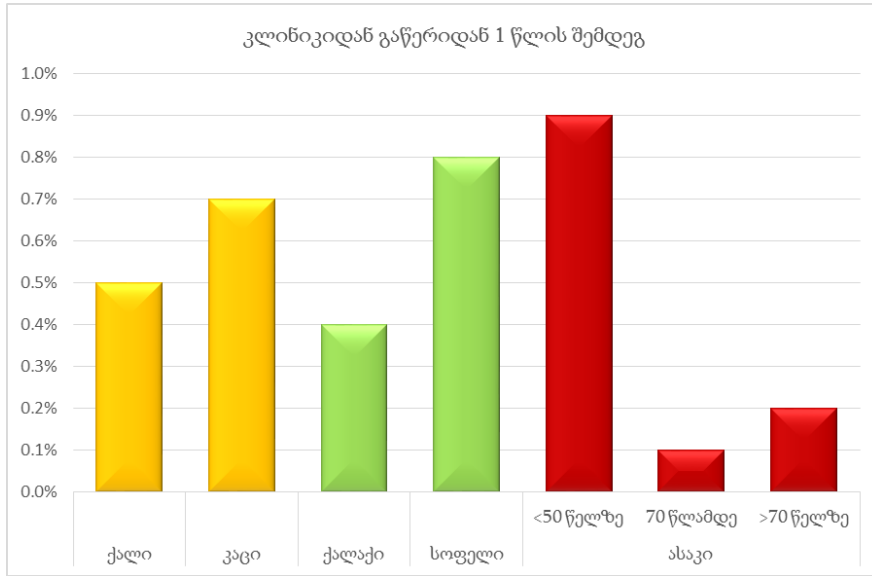
კლინიკიდან გაწერის ერთი წლის თავზე გარდაცვლილი აღმოჩნდა 22 ადამიანი. რაც კლინიკიდან გაწერილ 1800 (100,0%) ავადმყოფის 1,2% შეადგენს. მათ შორის ქალი იყო 9 (0,5%), კაცი -13 (0,7%). ქალაქის მაცხოვრებელი იყო 8 (0,4%), სოფლის მცხოვრები იყო - 14 (0,8%), პიროვნება. 50 წლამდე ასაკის იყო - 16 (0.9%), 70 წლამდე ასაკის - 2 (0,1%), ხოლო 70 წლის ასაკზე მეტის - 4 (0,2%) სუბიექტი, მათ შორის კლინიკაში ყოფნის დროს ჰემორაგიული ინსულტი ჰქონდა 10 (0,6%), იშემიური ინსულტი - 4 (0,2%) ადამიანს. ენდოტოქსიური შოკი აღენიშნებოდა - 5 (0,3%), სეფსისი -1 (0,1%), ხოლო ღვიძლის უკმარისობა - 2 (0,1%) მათგანს.

კლინიკიდან გაწერის ხუთი წლის თავზე გარდაცვლილი აღმოჩნდა 219 (12,2%) ადამიანი. მათ შორის შორის ქალი იყო 101 (5,7%), კაცი - 118 (6,6%). ქალაქში ცხოვრობდა 104 (5,8%), სოფელში -115 (6,4%) ადამიანი. 50 წლამდე ასაკის იყო - 47 (2,6%), 70 წლამდე ასაკის - 56 (3,1%), ხოლო 70 წლის ასაკზე მეტის - 161 (6,4%) პიროვნება, მათ შორის კლინიკაში ყოფნის დროს სუნთქვის მწვავე უკმარისობა ჰქონდა - 19 (1,1%), ჰემორაგიული ინსულტი - 73 (4,1%), იშემიური ინსულტი - 23 (1,3 %) ადამიანს,ხოლო გულის მწვავე უკმარისობა - 13 (0,7%), ენდოტოქსიური შოკი - 19 (1,1%), მძიმე სეფსისი - 5 (0,3%), ტრავმები - 7 (0,4%), ჰიპოვოლემიური შოკი - 21 (1,2%), მოწამვლა - 2 (0,1%), ღვიძლის უკმარისობა - 31 (1,7%) და თირკმლების უკმარისობა -6(0,3%)ადამიანს, კლინიკიდან გაწერის ათი წლის თავზე გარდაცვლილი აღმოჩნდა 293 (16,3%) ადამიანი. მათ შორის ქალი იყო - 189 (10,5%), კაცი - 104 (5,8%), ქალაქის მაცხოვრებელი იყო 116 (6,4%). სოფლის მაცხოვრებელი -

ცხრილი 1. კლინიკური მასალის დახასიათება. კლინიკიდან გაწერის შემდეგ გარდაცვლილ პირთა ძირითადი ჯგუფები

№	კლინიკიდან გაწერის ვადები	ქალი	კაცი	ქალაქი	სოფელი	ასაკი			სულ
						<50 წელზე	70 წლამდე	>70 წელზე	
1	1 წელი	9	13	8	14	16	2	4	22
		0.5%	0.7%	0.4%	0.8%	0.9%	0.1%	0.2%	1.2%
2	5 წელი	101	118	104	115	47	56	116	219
		5.7%	6.6%	5.8%	6.4%	2.6%	3.1%	6.4%	12.2%
3	10 წელი	189	104	177	116	59	117	127	293
		10.5%	19.4%	9.8%	6.8%	2.7%	6.5%	7.1%	16.3%

დიაგრამა 1. კლინიკური მასალის დახასიათება



177 (9,8%), 50 წლამდე ასაკის იყო 49 (2,7%), 70 წლამდე ასაკის – 117 (6,5%), ხოლო 70 წლის ასაკზე მეტის – 127 (7,1%) ადამიანი. მათ შორის კლინიკაში ყოფნის დროს სუნთქვის მწვავე უკმარისობა ჰქონდა 34 (1,8%) ადამიანს, ხოლო ჰემორაგიული ინსულტი – 75 (5,4%), იშემიური ინსულტი – 47 (2,4%). გულის მწვავე უკმარისობა – 36 (2,0%), ენდოტოქსიური შოკი – 31 (1,7%), მძიმე სეფსისი – 29 (1,7%), ტრავმები – 19 (1,1%), ჰიპოვოლემიური შოკი – 9 (0,5%) და მოწამვლა – 13 (0,7%) ადამიანს, ცოცხლად დარჩენილ 1778 (98,8%) პირს შორის კლინიკიდან გაწერის ერთი წლის თავზე შრომისუნარიანობა სრულად ჰქონდა შენახული 903 (50,2 %) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 561 (31,2%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო და თავის თავის მოვლა არ შეეძლო 314 (17,4%) სუბიექტს. ასევე კლინიკიდან გაწერის ხუთი წლის თავზე 1559 (86,6%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად ჰქონდა შენახული 649 (36,5%) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 510 (28,3%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო და თავის თავის მოვლა არ შეეძლო 390 (21,7%) სუბიექტს. კლინიკიდან გაწერის ათი წლის თავზე კი 1266 (70,3%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად ჰქონდა შენახული 412 (22,9%) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 482 (26,7%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო და

თავის თავის მოვლა არ შეეძლო 372 (20,7%) სუბიექტს. ასე რომ კლინიკში მკურნალობიდან ათი წლის თავზე ყველაზე მეტი რაოდენობით გარდაცვლილი აღმოჩნდა ჰემორაგიული ინსულტის (74,9%) და ღვიძლის უკმარისობის (64,7%) მქონე პაციენტები. დაახლოებით თანაბარი რაოდენობით იყო იშემიური ინსულტის (30,1%), გულის მწვავე უკმარისობის (31,4%), ენდოტოქსიური შოკის (31,3%), სეფსისის (29,5%), ჰიპოვოლემიური შოკის (34,8%), მძიმე ტრავმების (29,5%) და მოწამვლების (29,4%) დიაგნოზის მქონე გარდაცვლილ პაციენტთა რაოდენობა. მათთან შედარებით მცირე იყო თირკმლების (12,2%) და სუნთქვის (9,6%) მწვავე უკმარისობის მქონე ავადმყოფთა სიკვდილის შემთხვევები.

დასკვნა: კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის შორეული შედეგები ერთგვარ ოპტიმიზმს სახავს კრიტიკული მედიცინისადმი. კლინიკიდან გაწერის ერთი წლის თავზე გარდაცვლილი იყო 22 (1,2%) პიროვნება, ხოლო 1778 (98,8%) ცოცხლად დარჩენილთა შორის შრომისუნარიანობა სრულად ჰქონდა შენახული 903 (50,2 %) ადამიანს, ინვალიდი იყო, მაგრამ თავისთავის მოვლა შეეძლო 561 (31,2%) პიროვნებას, ხოლო მძიმე ინვალიდი იყო 314 (17,4%) ადამიანი. ამგვარი სერვიზის არ არსებობის შემთხვევაში თითოეული მათგანი ჯერ კიდევ კრიტიკულ მდგომარეობაში ყოფნის დროს იყო განწირული დასალუპავად.

ლიტერატურა:

References:

1. ზ.ხელაძე - “კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინა”, თბილისი, 2007, -714გვ.
2. ზ.ხელაძე, ზ.ხელაძე - “კრიტიკული მედიცინა”, თბილისი, წიგნი პირველი, 2016, -415გვ.
3. ზ.ხელაძე, ზ.ხელაძე - “კრიტიკული მედიცინა”, თბილისი, წიგნი მეორე, 2016, -412გვ.
4. Z.Kheladze, Zv.Kheladze – „Critical Care Medicine Hand Book“, Tbilisi, 2014, -465pp.
5. Y.Sakr and other – “Being Overweight Is Associated With Greater Survival in ICU Patients: Results From the Intensive Care Over Nations Audit” - “Critical care medicine”, 12/2015; 43(12):2623-32

ასაკობრივი სათვალე და ლაზერი

პროფ.მ.დვალი; ნ.შარაზადიშვილი; ლ.ჯორჯიკაშვილი

თვალის კლინიკა „ახალი მზერა“

ADULT GLASES AND LASER

M. DVALI, N. SHARAZADISHVILI, L. ZHORZHAKASHVILI

Eye Clinic “Akhali Mzera”

რეზიუმე

პრესბიოპია, ანუ ასაკობრივი შორსმხედველობა, დღესდღეობით მსოფლიოში დაახლოებით ერთ მილიარდ ადამიანს აღენიშნება. პრესბიოპიის ფართოდ გავრცელების გათვალისწინებით დიდი ყურადღება ექცევა ამ უკანასკნელის ქირურგიული კორექციის თანამედროვე საშუალებების დანერგვას. დღესდღეობით კორექციის სხვადასხვა მეთოდების არსებობა, როგორცაა რეფრაქციული მიზნით გამჭვირვალე ან ნაწილობრივ გამჭვირვალე ბროლის ულტრაბგერითი ფაკომულსიფიკაცია ხელოვნური ბროლის იმპლანტაციით, რქოვანა გარსში ინტრასტრომალური იმპლანტების მოთავსება და Minimonovision LASIK, პაციენტს საშუალებას აძლევს აირჩიოს მისთვის სასურველი ჩარევის სახე საკუთარი მოთხოვნების გათვალისწინებით. აღნიშნული ლიტერატურული მიმოხილვის მიზანია მოგაწოდოთ ინფორმაცია თითოეული მათგანის შესახებ.

პრესბიოპია (ბერძნ. „presbys“ – მოხუცი და „ops“ – მხედველობა), ანუ ასაკობრივი შორსმხედველობა, არის აკომოდაციის ფიზიოლოგიური შესუსტება ხანშიშესულ ასაკში. პრესბიოპია გამოწვეულია თვალში არსებული ბროლის სტრუქტურის გამკვირვების გამო მისი ელასტიურობის დაქვეითებით, რის გამოც მკაფიო მხედველობის უახლოესი წერტილი თანდათან შორდება თვალს და აკომოდაციის მოცულობა მცირდება.

40–45 წლის ასაკიდან მკაფიო მხედველობის უახლოესი წერტილი თვალიდან თანდათან შორდება და აკომოდაციის ნარჩენი მარაგით ხანგრძლივი მუშაობა ახლო მანძილზე გაძნელებულია. რამდენიმე წუთის შემდეგ, მაგალითად კითხვისას, მხედველობა იწილება, ასოები ირევა, შეიგრძნობა უსიამოვნო გეწოლა თვალებში და ტკივილი. პრესბიოპია ადამიანი ახლო მანძილზე სამუშაოდ იძულებულია ატაროს ე.წ ასაკობრივი საკითხავი სათვალე ან კონტაქტური ლინზა.

პრესბიოპიული სათვალის შერჩევას მნიშვნელოვანია პროფესიის გათვალისწინება, რადგან სამუშაო მანძილი სხვადასხვა საქმიანობის მქონე ადამიანებისათვის თვალიდან სხვადასხვა მანძილითაა დაშორებული. ამასთანავე, პრესბიოპიის საკორექციო მინების დანიშვნისას აუცილებელია შორ მანძილზე არსებული მხედვე-

Summary

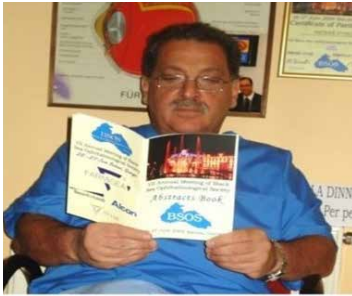
Presbyopia is a ubiquitous visual disability of the aging eye, affecting an estimated 1 billion people globally. Given the prevalence, an increasing emphasis has been placed on the development of novel treatments for the surgical correction of presbyopia. In fact, more than half a dozen modalities are available, or in development, for the refractive surgeon to choose from depending on the patient's needs. Worldwide, corneal inlays, presbyopia-correcting intraocular lenses (PCIOLs), Minimonovision LASIK are available for this emerging subspecialty. The purpose of this review is to provide an overview of the surgical procedures and related devices currently in use or in development for the treatment of presbyopia.

ლობითი რეფრაქციის გათვალისწინება. რა გასაკვირიც არ უნდა იყოს პრესბიოპიის კორექციისთვის პრესბიოპიის კორექციისთვის პირველი ბიფოკალური სათვალე შექმნა აშშ პრეზიდენტმა ბენჯამინ ფრანკლინმა. 1784 წელს მან თავის მეგობარს მისწერა, თუ როგორი გახარებული იყო „ორმაგი სათვალის“ გამოგონებით, რომლითაც შესაძლებელი იყო საგნების კარგად დანახვა როგორც შორ, ისე ახლო მანძილზე. ბიფოკალური სათვალეს აქვს ორი განსხვავებული ოპტიკური ძალა, რომლის გამოყენებაც შეიძლება პრესბიოპიებში, ვისაც იმავდროულად ესაჭიროებათ მიოპიის, ჰიპეროპიის ან ასტიგმატიზმის კორექცია.

დღეს მსოფლიოში დაახლოებით 1 მილიარდამდე ადამიანს აღენიშნება პრესბიოპია. ბოლო ათწლეულების განმავლობაში მოსახლების სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდამ და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებამ წამოჭრა საჭიროება იმისა, რომ ადამიანს სურს ცხოვრების მეორე ნახევარი გაატაროს უსათვალოდ და ამავე დროს კარგად ხედავდეს როგორც შორ, ისე ახლო მანძილზე. სწორედ ეს აღმოჩნდა გამოწვევა რეფრაქციულ ქირურგიაში მომუშავე ექიმებისათვის, რათა შემუშავდეს და ფართოდ დაინერგოს პრესბიოპიის კორექციის ქირურგიული საშუალებები.

არსებობს პრესბიოპიის ქირურგიული კორექციის სხვა-





პროფ. მერაბ დვალი საკითხავ სათვალეში ლაზერულ კორექციამდე და მის შემდეგ.

დასხვა მიდგომა: რქოვანისმიერი, ბროლისმიერი და კომბინირებული. ოპერაციული ჩარევის სახე განისაზღვრება ინდივიდუალურად, თითოეული პაციენტის პროფესიონალი და მოთხოვნების გათვალისწინებით, ქირურგთან ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე.

ბროლისმიერი მიდგომა გულისხმობს რეფრაქციული მიზნით გამჭვირვალე ან ნაწილობრივ გამჭვირვალე ბროლის ულტრაბგერით ფაკომულსიფიკაციას და „პრემიუმ“ ხელოვნური ბროლის იმპლანტაციას. გამოიყენება სხვადასხვა მოდელისა და ოპტიკური ძალის ხელოვნური ბროლი პაციენტის პროფესიონალი და მოთხოვნის გათვალისწინებით.

კლინიკა „ახალ მზერაში“ გამოიყენება მაღალი ხარისხის, სხვადასხვა მოდელის ხელოვნური ბროლები: 1) ასფერული მონოფოკალური ინტრაოკულარული ლინზა, რომლითაც შესაძლებელია მიღწეულ იქნას მაღალი ხარისხის მხედველობა უსათვალოდ შორ ან ახლო მანძილზე; 2) ტორიული ლინზა – დამატებით ასწორებს ასტიგმატიზმს; 3) მულტიფოკალური ხელოვნური ბროლი რომელიც ხშირად უზრუნველყოფს მაღალ მხედველობას ერთდროულად როგორც ახლო, ასევე შუალედურ და შორ მანძილზე; 4) ფსევდოაკომოდაციური მონოფოკალური ლინზით მისი თვალში მინიმალური გადაადგილებით ხდება მხედველობის აღდგენა უსათვალოდ შორ და საშუალო მანძილზე (ნაკლებად ახლო მანძილზე).

პრესბიოპიის კორექცია რქოვანისმიერი მიდგომის დროს შესაძლებელია ან ამ უკანასკნელის ფორმის შეცვლით ექსიმერული ლაზერის საშუალებით ან მის სისქეში იმპლანტების მოთავსებით. რქოვანას ინტრასტრომალური იმპლანტების საშუალებით ხდება მხედველობის გაუმჯობესება ახლო მანძილზე. არსებობს სხვადასხვა ტიპის იმპლანტები: Kamra-ს იმპლანტების გამოყენება დაფუძნებულია სტენოპიური ხვრელის პრინციპზე, რომ გაიზარდოს მკაფიო მხედველობის (ფოკუსური) სიღრმე; Raindrop-ის იმპლანტებით მიიღწევა რქოვანა გარ-

სის მულტიფოკალურობა მისი ფორმის შეცვლის გზით; Flexivue Microlens-ის საშუალებით მიიღწევა მხედველობის გაუმჯობესება რქოვანაში ლინზის მოთავსებით.

თვალის კლინიკა „ახალ მზერაში“ 1999 წლიდან დღემდე 10.000-ზე მეტ პაციენტს ჩაუტარდა მხედველობის ლაზერული კორექცია Lasik-ის მეთოდით, მათ შორის პრესბიოპიის კორექცია მოხდა 850 პაციენტთან. ლაზერული ქირურგიის მეთოდი Lasik დღეს ოქროს სტანდარტად არის მიჩნეული. იგი ფართოდ დაწერგილი და ხშირად გამოყენებადი უსაფრთხო პროცედურაა. ლაზერული პროცედურა სავსებით უმტკივნეულოა, 30-50 წამი გრძელდება და სრულიად უვნებელია როგორც თვალის ქსოვილების, ასევე მთლიანად ორგანიზმისათვის. აღნიშნული ლაზერული მეთოდიკა, როგორც წესი, ერთჯერადია და შედეგები უმეტეს შემთხვევებში სტაბილური რჩება მრავალი წელი.

ექსიმერლაზერული კორექციით შესაძლებელია ასაკობრივი სათვალის მოხსნაც ანუ – პრესბიოპიის კორექცია. ეს მეთოდი ითვალისწინებს ე.წ. „მინიმონოვიზონის“ (minimonovision) პრინციპის გამოყენებას, რომლის დროსაც ერთი (წამყვანი) თვალის კორექცია ხდება შორისთვის, ხოლო მეორე თვალის ახლოსთვის. ამრიგად პაციენტს ორივე თვალით ყურებისას არც შორს და არც ახლო მანძილზე მხედველობისთვის სათვალე არ სჭირდება.

დასკვნა: პრესბიოპიის კორექციის ქირურგიული მეთოდები სწრაფად ვითარდება და შესაბამისად ახალი შესაძლებლობები და მიღწევები ჩნდება რეფრაქციულ ქირურგიაში. აღნიშნული ინოვაციების დაწერგვა და თითოეული მათგანის მექანიზმისა და დიზაინის შესწავლა საშუალებას აძლევს რეფრაქციულ ქირურგს, რომ მიღწეულ იქნას საუკეთესო შედეგი თითოეული პაციენტის პროფესიული საჭიროებისა და მოთხოვნის გათვალისწინებით.

ლიტერატურა:

References:

1. მ. დვალი - „თვალის სნეულებანი“, სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და მაძიებლებისათვის;
2. ნ. ბერაძე, ლ. ჩიქოვანი - „თვალის სნეულებანი“, 1987წ, 135-137
3. ა. ალექსიძე - „მხედველობის ორგანოს დაავადებათა დიფერენციალური დიაგნოსტიკა“, 1997წ.
4. Alió JL, Amparo F, Ortiz D, et al. Corneal multifocality with excimer laser for presbyopia correction. Curr Opin Ophthalmol. 2009;20:264-271
5. Avitabile T, Marano F. Multifocal intra-ocular lenses. Curr Opin Ophthalmol. 2001;12:12-16
6. George O. Waring IV, MD and Duncan E. Berry, BA – Advances in the Surgical Correction of Presbyopia, Int Ophthalmol Clin. 2013;53(1):129-152
7. Gooi P, Ahmed IK. Review of presbyopic IOLs: multifocal and accommodating IOLs. Int Ophthalmol Clin. 2012;52:41-50
8. McLeod SD, Portney V, Ting A. A dual optic accommodating foldable intraocular lens. Br J Ophthalmol. 2003;87:1083-1085
9. Pallikaris IG, Bouzoukis DI, Kymionis GD, et al. Visual outcomes and safety of a small diameter intrastromal refractive inlay for the corneal compensation of presbyopia. J Refract Surg. 2012;28:168-173
10. Schneider J, Henderson BA. Categories of advanced technology IOLs: overview. IntOphthalmol Clin. 2012;52:1-10
11. Tomita M, Tomomi K, Waring GO, et al. Simultaneous corneal inlay implantation and laser in situ keratomileusis for presbyopia in patients with hyperopia, myopia, or emmetropia: six-month results. J Cataract Refract Surg. 2012;38:495-506
12. Torricelli AA, Junior JB, Santhiago MR, Bechara SJ. Surgical management of presbyopia. Clin Ophthalmol. 2012;6:1459-66

ელისაბედ ბლექველის ჰოსპიტალი

ჰოსპიტალი გაიხსნა 2014 წელს თბილისში. მისი დარსების იდეა ეკუთვნის ექიმ ხათუნა ჩიხლაძეს თანაგუნდელებთან ერთად. ჰოსპიტალს 2016 წელს მიენიჭა ISO 9001:2008-ის სერთიფიკატი.

დღეისათვის კლინიკა პაციენტებს სთავაზობს სრულ ამბულატორიულ, სტაციონარულ და ლაბორატორიული მომსახურების ფართო სპექტრს, ის ჩართულია საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში.

კლინიკაში ფუნქციონირებს გადაუდებელი დახმარების, ინტენსიური, კარდიოლოგიური, რენიმაციული, ქირურგიული დეპარტამენტები. პაციენტებს კლინიკა სთავაზობს 24 სთ-ან ლაბორატორიულ და სხვა სახის დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებს, რენტგენოლოგიური კვლევას, ულტრასონოგრაფიას. კომპიუტერული ტომოგრაფიას.

ჰოსპიტალი დაკომპლექტებულია უცხოეთში სტაჟირებული მაღალკვალიფიცირებული ექიმებითა და მედ-პერსონალით, აქ დასაქმებულია 232 ადამიანი. ჰოსპიტალის მისიაა ბრუნვა პაციენტების ჯანმრთელობაზე, მათთვის პროფესიონალთა გუნდის მიერ მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარების მიწოდება.”

ემერჯენსი: 24საათის განმავლობაში განყოფილება უზრუნველყოფს პაციენტისათვის სრული დიაგნოსტიკური სერვისის მიწოდებას - ლაბორატორია, რენტგენოლოგიური კვლევა, ულტრაბგერითი კვლევა, კომპიუტერული ტომოგრაფია, თერაპევტის, კარდიოლოგის, ქირურგის, ნევროლოგის, რენიმატოლოგის და სხვა სპეციალისტების კონსულტაციას.

ქირურგიული დეპარტამენტი:

ჰოსპიტალში ტარდება სხვადასხვა ტიპისა და სირთულის ოპერაციები, როგორც ღია, ასევე ლაპარასკოპიული მეთოდის გამოყენებით.

ქირურგიული საოპერაციო აღჭურვილია უახლესი ენდოვიდეოქირურგიული აპარატურით.

ექიმთა კონფერენცია

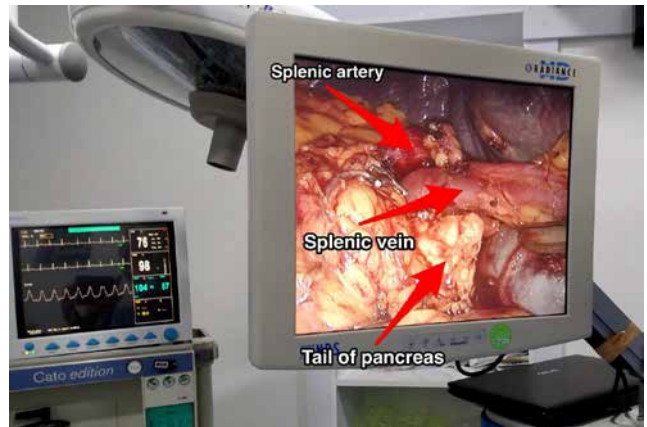


ჰოსპიტალში ხორციელდება შემდეგი სახის ლაპარასკოპიული ოპერაციები:

ქოლეცისტექტომია, აპენდექტომია, თიაქარპლასტიკა, გასტრექტომია, ულცერორაფია, ადჰეზიოლიზისი, წვრილი ნაწლავის რეზექცია, მარჯვენამხრივი და მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია, სიგმოიდექტომია, სპლენექტომია, დვიდლის ექინოკოკექტომია, თორაკოსკოპიული პლევრექტომია, ემპიემის თორაკოსკოპიული ევაკუაცია, ფილტვის

თორაკოსკოპიული ატიპიური რეზექცია, ბარიატრიული ქირურგია. ტუბექტომია, საკვერცხის რეზექცია.

კარდიოქირურგიული და ინტენსიური კარდიოლოგიის დეპარტამენტი: აღჭურვილია უახლესი თანამედროვე ტიპის აპარატურით ყველა სირთულის ოპერაციას ატარებს გერმანიაში მოღვაწე კარდიოქირურგი პროფესორი ალექსანდრე გამრეკელი. ამბულატორიულად ტარდება: კორონაროგრაფია, კორონარული ანგიოპლასტიკა, ექოკარდიოგრაფია, 24 საათიანი ეკგ მონიტორინგი ჰოლტერის მეთოდით, ფიზიკური დატვირთვის ტესტი ტრედმილი, ელექტროკარდიოგრაფია.



ზოგადი რეანიმაციის დეპარტამენტი დაკომპლექტებულია მაღალკვალიფიციური და გამოცდილი ექიმი-რეანიმატოლოგებითა და ანესთეზიოლოგებით. მედპერსონალი მზადაა მიიღოს და მართოს ნებისმიერი სირთულის პაციენტი. განყოფილება აღჭურვილია უახლესი სამედიცინო აპარატურითა და ინვენტარით.



რეანიმაციის განყოფილება

წყლულოვანი დეკომპენსირებული პილოროდუოდენალური სტენოზის ლაპაროსკოპიული მკურნალობა (კლინიკური დაკვირვება)

ლ. ნამალაიძე, ზ. დემეტრაშვილი, ზ. ალხანაიძე

საქართველოს კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF AN ULCEROUS DECOMPENSATED DUODENAL STENOSIS (CASE REPORT)

L. TAMALAI DZE, Z. DEMETRASHVILI, Z. ALKHANAI DZE
ELIZABETH BLACKWELL HOSPITAL

რეზიუმე

პილოროდუოდენალური სტენოზი კუჭის ქრონიკული წყლულოვანი დაავადების ერთ-ერთი გართულებაა. იგი კლინიკურად ვლინდება შემდეგნაირად: ეპიგასტრიუმის არეში და მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში სიმძიმის შეგრძნება და ტკივილი, გულძმარვა, ბოყინი, გულისრევა, პირღებინება საკვების მიღების შემდეგ, საერთო სისუსტე, წონაში კლება. სტენოზის დიაგნოსტიკა ხორციელდება ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიით, კუჭის რენტგენოკონტრასტული კვლევით, CT. დიაგნოსტიკური დეკომპენსირებული წყლულოვანი სტენოზი წარმოადგენს ჩვენებსას ოპერაციული მკურნალობისათვის. ქირურგიული ინტერვენციის არსი მდგომარეობს შემდეგში: იკვეთება წყლულის/სტენოზის ზონა შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით, ქირურგიული გზით სცილდება გასტრინის მაპროდუცირებელი უჯრედები ანტრუმთან ერთად, აღდგება საკვების შეუფერხებელი პასაჟი საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში. ლაპაროსკოპიული დისტალური გასტრექტომია წარმოადგენს პილოროდუოდენალური სტენოზების მკურნალობაში შერჩევის მეთოდს, რომლის დროსაც შესაძლებელია ნაკლები ქირურგიული აგრესიითა და მეტად დამზოგველი მცირე ინვაზიური ტექნოლოგიების გამოყენებით, ადექვატური ქირურგიული მკურნალობის წარმოება და კეთილსაიმედო გამოსავლის მიღწევა, რაც წარმოადგენდა ამოსავალ წერტილს კონკრეტული კლინიკური შემთხვევისათვის.

გასული ათწლეულების განმავლობაში კუჭის და თორმეტკოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებების და მათი გართულებების კონსერვატიული და ქირურგიული მკურნალობის რიგი საკითხები განახლდა და შეიცვალა ფარმაკოლოგიის და ქირურგიული ტექნოლოგიების განვითარებასთან ერთად. ქირურგიულმა მენეჯმენტმა პეპტიური წყლულოვანი დაავადების მკურნალობაში განიცადა რიგი მეთამორფოზების პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების გამოჩენის შემდეგ. ასევე დიდი როლი ითამაშა *Helicobacter pylori*-ს როლის აღმოჩენამ კუჭის პათოლოგიების განვითარებაში. მაშინ როდესაც სულ ცოტა ხნის წინ კუჭის რეზექციები წარმოადგენდა რუტინას წყლულოვანი დაავადების მკურნალობაში, დღესდღეობით იშვიათობას წარმოადგენს. პაციენტების უმეტესობა იტარებს 6 კვირიან წყლულის საწინააღმდეგო და ერადიკაციულ თერაპიას. ეს მოდიფიცირებული მკურნალობა დიდ უმეტესობაში ეფექტურია. პირველი რიგის მკურნალობა წარმოადგენილია პროტონის პომპის ინჰიბიტორებით, ხოლო

Summary

Indications for partial gastrectomies are: gastric ulcer, early carcinoma and carcinoma of antrum. Although elective ulcer surgery has strongly decreased in the decade of potent antisecretory drugs, the frequency of operations for complicated ulcers has remained relatively stable. The classic indications for partial gastric resections in ulcer surgery are perforation, bleeding, obstruction and peptic stenosis.

Laparoscopic approaches to the stomach are becoming increasingly common. Although much of this push comes from bariatric surgery, there has been significant crossover into other disease processes as well. Gastric resections can be divided into four major subsets: local/wedge, proximal, distal, and total gastrectomy. Laparoscopic distal gastrectomies consist of the removal of the distal portion of the stomach using minimally invasive surgical techniques. Newer techniques incorporating endoscopic approaches are minimizing the invasiveness of gastric procedures. Laparoscopic interventions are minimizing length of stay and maximizing return to work, the morbidity of gastric procedures has been diminished.

ქირურგია შემონახულია წყლულოვანი დაავადების გართულებებისათვის, როგორებიცაა პენეტრაცია და/ან პერფორაცია, პეპტიური სტენოზი, კონსერვატიული და ენდოსკოპიური თერაპიის მიმართ რეფრაქტორული სისხლდენა.

გასულ საუკუნეში დისტალური გასტრექტომიის ჩვენებსას წარმოადგენდა პეპტიური წყლულოვანი დაავადება (პრეპილორული, პილორული, პოსტპილორული). წყლულოვანი დეფექტის და მუავის მაპროდუცირებელი პარიეტალური უჯრედების მოცილება ხდებოდა ქირურგიული გზით. დღესდღეობით ქირურგიული მკურნალობის ერთ-ერთ ჩვენებსას წარმოადგენს 3 თვიანი კონსერვატიული თერაპიის მიმართ რეზისტენტული წყლულოვანი დაავადება, ასევე სისხლდენა ან პერფორაცია მკურნალობის პერიოდში. ასევე ოქროს სტანდარტად რჩება წყლულოვანი დაავადების მოგვიანებითი გართულებების, როგორებიცაა წყლულოვანი პეპტიური სტენოზი ან მალიგნიზაცია, ქირურგიული მკურნალობა.

ქირურგიული მკურნალობის სახის შერჩევა დამოკიდებულია ჩვენებებზე. ტიპური ულცეროზაფია შეიძლება ჩატარდეს პილორუსის არხის ან 12 გნ. წყლულის პერფორაციის დროს. სტაბილურ პაციენტებში პილორუსის არხის წყლულის პერფორაციის დროს ადგილობრივი პერიტონიტით შეიძლება შესრულდეს ანტრუმექტომია ვაგოტიმიასთან ერთად. ვაგოტიმია და პილოროპლასტიკა ხორციელდება 12 გნ. ან პილორუსის არხის წყლულიდან სისხლდენის დროს. კუჭის წყლულის პერფორაციის ხორციელდება წყლულოვანი დეფექტის სოლისებური ამოკვეთა ჯანსაღი ქსოვილების ფარგლებში მალიგნიზაციის თავიდან ასაცილებლად. დისტალური გასტრექტომია ხორციელდება ქრონიკული წყლულოვანი დაავადების გამო განვითარებული პილოროდუოდენალური სტენოზების დროს.

იქიდან გამომდინარე თუ რა მოცულობით ხდება კუჭის რეზექცია უნდა შეირჩეს ოპტიმალური რეკონსტრუქციის სახე. როდესაც სრულდება ანტრუმექტომია რეკონსტრუქცია შეიძლება როგორც წესი დასრულდეს ბილროთი I მოდიფიკაციით ანასტომოზის ზონაში დაჭიმვის გარეშე. ხოლო თუ სხეულის ნაწილია რეზექციებული მიუხედავად კოხერის მანევრისა შესაძლებელია ვერ მოხერხდეს გასტროდუოდენალური ანასტომოზის ფორმირება ბილროთი I მოდიფიკაციით დაჭიმვის გარეშე ანასტომოზის ზონაში. რეკონსტრუქციის ტიპის განმსაზღვრელი შეიძლება გახდეს წყლულოვანი სტენოზის და დეფორმაციის დაბალი მდებარეობა, წყლულის პენეტრაცია პანკრეასის თავში, ასევე 12 გნ. თავისუფალი და ჯანსაღი კიდეების არარსებობა, რომლის დროსაც შეუძლებელი ხდება რეკონსტრუქციის ბილროთი I მოდიფიკაციით წარმოება.

კუჭის ქირურგიაში ლაპაროსკოპიული ტექნოლოგიების ჩართულობა ატარებს სულ უფრო და უფრო მზარდ ხასიათს. ეს ეხება არა მარტო ბარიატრიულ ქირურგიას, ასევე სხვადასხვა დაავადებების და პათოლოგიური პროცესების მკურნალობას. თანამედროვე ტექნოლოგიები და მცირე ინვაზიური მიდგომები მიმართულია პაციენტებისთვის ნაკლები ტრავმის მიყენებისაკენ კუჭზე ოპერაციების დროს, რაც გამოიხატება ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაციითა და ჩვეულ ცხოვრების რეჟიმის დროულად დაბრუნებაში. კუჭის რეზექცია ხორციელდება სხვადასხვა დიაგნოზების დროს. მიუხედავად დაავადებისა კუჭის რეზექციები იყოფა 4 ძირითად ჯგუფად: ლოკალური/სოლისებური, პროქსიმალური, დისტალური და ტოტალური.

ყურადღებას შევაჩერებთ დისტალურ გასტრექტომიაზე. ეს უკანასკნელი შეიძლება შესრულდეს წყლულოვანი დაავადების, კეთილთვისებიანი მოცულობითი წარმონაქმნების და ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს. დისტალური გასტრექტომიის ვარიანტურობა განპირობებულია რეკონსტრუქციის სახეების მრავალფეროვნებით. პროცედურა შეიძლება დასრულდეს გასტროდუოდენოსტომიით (ბილროთი I მოდიფიკაცია), მარყუჟოვანი გასტროენუნოსტომიით (ბილროთი II მოდიფიკაცია), ან Roux-en-Y რეკონსტრუქცია. ბილროთი I მოდიფიკაცია წარმოადგენს რეკონსტრუქციის ყველაზე ანატომიურ სახეს, თუ მისი შესრულება ტექნიკურად შესაძლებელია, ისე რომ შერთულის ზონაში არ იყოს დაჭიმვა - წინააღმდეგ შემთხვევაში რეკომე-

ნდირებულია სხვა სახის რეკონსტრუქციის წარმოება. გასტროდუოდენალური ანასტომოზის უარყოფითი მხარეა ნაღვლის რეფლუქსი კუჭში და რეფლუქს-გასტრიტის განვითარება რომელიც შეიძლება გახდეს მიზეზი მოგვიანებით კუჭის ტაკვის კიბოს განვითარების. ბილროთი II მოდიფიკაციით ანასტომოზები საკმაოდ მარტივად შესასრულებელია და ანასტომოზების ზონაში პრაქტიკულად არ არის დაჭიმულობა. ნაღვლოვანი რეფლუქსი გასტრიტის და ეზოფაგიტის პრაქტიკულად თავიდან აცილება ხერხდება მარყუჟოვანი გასტროენუნოსტომიის დროს ბრაუნის შერთულის ფორმირებით ან Roux-en-Y რეკონსტრუქციით, რომლებსაც ასევე თავის მხრივ აქვს რიგი მოგვიანებითი გართულებები, როგორცაა მაგ. დემპინგ-სინდრომი. რეკონსტრუქციის ამა თუ იმ სახეს ქირურგი ირჩევს კონკრეტული სიტუაციიდან გამომდინარე ზემოთ აღნიშნული ფაქტორების გათვალისწინებით.

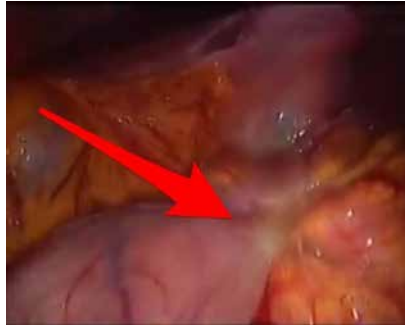
პაციენტმა გა. მამაკაცი, 44 წლის, მომართა ჩვენს კლინიკას ჩივილებით ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში და მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, გულძმარვა, ბოყინი, გულისრევა, პირღებინება საკვების მიღების შემდეგ, საერთო სისუსტე, წონაში კლება. პაციენტის გადმოცემით აღნიშნული ჩივილები აწუხებს დაახლოებით 1 წელია. ბოლო 2 თვის განმავლობაში ჩივილებმა მკვეთრად იმატა. ანამნეზში დაახლოებით 20 წლის წინ დადგენილი აქვს 12 გნ. წყლულოვანი დაავადება - იტარებდა მკურნალობას. პაციენტს მიეცა რეკომენდაცია ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიაზე, სადაც ნანახი იხნა პილოროდუოდენალური დეკომპენსირებული წყლულოვანი სტენოზი. შეთავაზებული იქნა სასწრაფო-დაყოვნებული წესით ოპერაციული მკურნალობა. სათანადო წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ, რაც გულისხმობდა ჰიპოვოლემიისა და ელექტროლიტური დისბალანსის კორექციას, კუჭის შიგთავსის ევაკუაციას და ლავაჟს ნაზოგასტრალური მილის მეშვეობით. ასევე პაციენტს ჩაუტარდა პროფილაქტიკური ანტიბაქტერიული წინასაოპერაციო თერაპია გასტროსტამის გამო (კუჭის შიგთავსში სავარაუდო მაღალი ბაქტერიული აქტივობა). პაციენტთან გადაწყდა ლაპაროსკოპიული დისტალური გასტრექტომიის წარმოება. ზოგადი კომბინირებული ანესთეზიით, პაციენტის მდებარეობით ზურგზე საოპერაციო მაგიდაზე გაშლილი ხელებით გვერდებზე დაედო პნევმოპერიტონეუმი ვერეშის ნემსის მეშვეობით 12-13 მმ წყლის სვეტი (სურათი1).

ჩაიდგა 10 მმ ტროაკარი პარაუმბილიკალურად, 5 მმ ტროაკარი - მარჯვენა მეზოგასტრიუმში, 12 მმ ტროაკარი - მარცხენა მეზოგასტრიუმში, 5 მმ ტროაკარი - მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში (სურათი1). პაციენტი ოპერაციის განმავლობაში იმყოფება რევერს ტრენდელბურგის პოზიციაში, გარდა იმ ეტაპისა, როცა ხორციელდება ტრეიციის იოგის იდენტიფიცირება რეკონსტრუქციის დასაწყისში. ღვიძლის ტრექცია ხორციელდება მრგვალი იოგის ლიფტინგით ლიგატურით და ეპიგასტრიუმის მიდამოში დაფიქსირებით (სურათი1). ოპერაციის დროს გამოიყენება 10 მმ 30 ოპტიკა. რევიზიით ნანახი იქნა დილატირებული კუჭი და იდენტიფიცირებული იქნა პილოროდუოდენალური სტენოზი დეფორმაციით (სურათი2).

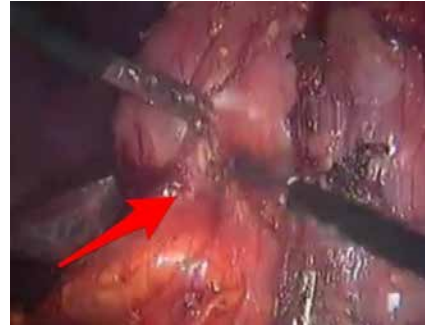
დაწყებული იქნა მობილიზაცია Enseal-ის მეშვეო-



სურათი 1



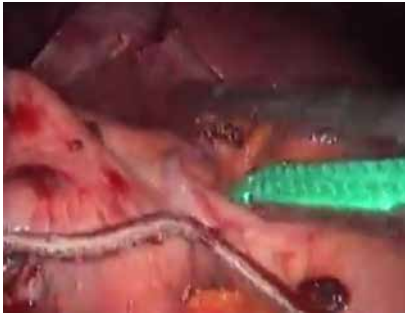
სურათი 2



სურათი 3



სურათი 4



სურათი 5



სურათი 6



სურათი 7



სურათი 8

ბით დიდ სიმრუდეზე ანტრუმის და სხეულის საზღვრიდან დისტალურად მარჯვნივ 12 გ.ნ.-ის მიმართულებით, სადაც დაკლიპირდა და გადაიკვეთა gastroepiploic dextrae სისხლძარღვები. ასევე მობილიზებული იქნა მცირე სიმრუდე სტენოზის ზონამდე a. gastrica dextrae-ს კლიპირებით და გადაკვეთით. 12 გ.ნ. პირველი პორცია იმყოფება მჭიდრო შეხორცებებში და რიგიდულ ფიბროზულ-ინფილტრაციულ პროცესში პანკრეასის თავთან (სურათი 3).

ტექნიკური სირთულეებით მოხერხდა 12 გ.ნ კედლების მობილიზაცია სტენოზის დისტალურად (გამოყოფის დროს დაირღვა 12 გ.ნ. მთლიანობა-შიგთავსი ასპირირებული იქნა ელექტროსაქაჩით), გასტროდუოდენალური არტერიის იდენტიფიკაციით და შენარჩუნებით. 12 გ.ნ. გადაიკვეთა სტენოზის დისტალურად პილორუსიდან დაახლოებით 1,5-2 სმ-ში, ტაკვის კედლები აღებული იქნა ლიგატურებზე და მექანიკური ენდოსკოპიური საკერავი აპარატით Echelon 60მმ ლურჯი კარტრიჯით 3,5 მმ ყრუდ დაიხურა (სურათი 4).

ამის შემდეგ გადაიკვეთა კუჭი ანტრალურ ნაწილში მექანიკური ენდოსკოპიური საკერავი აპარატით Echelon 60მმ მწვანე კარტრიჯებით 4,1 მმ (სურათი 5).

პრეპარატი მოთავსებულია ენდობეგში. მაგიდის

პოზიციის ცვლილების შემდეგ (ტრენდელბურგი) იდენტიფიცირებული იქნა ტრეიცის იოგი და განივი კოლინჯის წინიდან ante colica წვრილი ნაწლავის მარჯვნივ 25-30 სმ-ში იოგიდან რამოდენიმე ლიგატურით დაფიქსირებულია კუჭის წინა კედელზე ante gastrica და მონოპოლარული ელექტროდის მეშვეობით ფორმირებულია კუჭზე და წვრილ ნაწლავზე აპერტურები მექანიკური საკერავი აპარატის ბრანშებისათვის. მექანიკური ენდოსკოპიური საკერავი აპარატით Echelon 60მმ ლურჯი კარტრიჯით 3,5 მმ განხორციელდა გასტროენტერო ანასტომოზის ფორმირება (სურათი 6)

აპერტურები დაიხურა ორი რიგი ერთეული კვანძოვანი ნაკერებით (სურათი 7).

ანასტომოზის ჰერმეტიულობა შემოწმდა ნაზოგასტრალური ზონიდან მეთილენის ლურჯის შეყვანით კუჭის გაბერვამდე (დაახლოებით 700მლ). მუცლის ღრუში დატოვებულია ერთი დრენაჟი ანასტომოზის მიდამოში, რომელიც გამოტანილია მარჯვენა მეზოგასტრიუმში 5 მმ ტროაკარის დგომის ადგილას. სუბრაუმბილიკალურად შუა ხაზზე წარმოებულია დაახლოებით 5სმ სიგრძის ვერტიკალური განაკვეთი, საიდანაც ამოღებულია პრეპარატი. წვრილი ნაწლავის მარჯვნივ ექსტერიორიზაციის შემდეგ აღნიშნული განაკვეთიდან

განხორციელდა ენტეროენტერო ანასტომოზის ფორმირება (ბრაუნის შერთული). ჭრილობა დაიხურა შრეობრივად (სურათი 8).

პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდი მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე. დრენაჟი ამოღებულია და დაწყებულია კვება თხიერი საკვებით ოპერაციიდან II დღეს. პაციენტი დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაეწერა ბინაზე ოპერაციიდან III დღეს. განმეორებითუ კონსულტაცია - ოპერაციიდან 2 თვის შემდეგ, ჩივილებს არ წარმოადგენს, აღენიშნა წონაში მატება დაახლოებით 11 კგ. ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი: კუჭის ქრონიკული წყლულოვანი დაავადება.

დასკვნა:

აღნიშნული კლინიკური შემთხვევა საინტერესოა იმით, რომ:

- 1) ლაპაროსკოპიული ტექნოლოგიების გამოყენებით განხორციელდა პილოროდუოდენალური სტე-

ნოზის რადიკალური ოპერაციული მკურნალობა, რამაც თავის მხრივ განაპირობა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში მიღებული საკვების შეუფერხებელი პასაჟი და ტკივილის ფაქტორის მოცილება ეპიგასტრიუმში და მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში.

- 2) განხორციელდა რეკონსტრუქცია მარყუჟოვანი გასტროიუნოსტომიით და ბრაუნის შერთულის ფორმირებით (ბილროთი II მოდიფიკაცია), რომელსაც თავის მხრივ გააჩნია რიგი უპირატესობები - არ ვითარდება ნაღვლოვანი მოგვიანებითი რეფლუქს-ზოფაგითი ბილროთი I მოდიფიკაციისგან განსხვავებით და პრაქტიკულად მინიმუმამდეა დასული კუჭის ტაკვის კიბოს განვითარების შესაძლებლობა.
- 3) პაციენტს ფაქტიურად არ აღენიშნებოდა ტკივილი პოსტოპერაციულ პერიოდში და ოპერაციიდან III დღეს გაეწერა ბინაზე დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ლიტერატურა:

References:

- 1) Chan DC, Fan YM, Lin CK et al. Roux-en-Y struction after distal gastrectomy to reduce en after terogastric refluxand Helicobacter pylori infec- tion JGastrointest Surg 2007;11(12): 1732-40
- 2) Csendes A. Burgos AM, Smok G, et al. Latest re- sults (12-21 years) of a prospective random zed comparing Billroth II and Roux-enY anastomosis after a partial gastrectomy plus vagotomy in patients with duodenal ulcers. An Surg 2009; 249(2): 189-94
- 3) 3)Griffiths JM. The features and course of bile vomiting following gastric surgery. Br J Surg 1974;61 (8) 617-22
- 4) Gudmand-Hoyer E, Kallehauge HE, Fenger HJ The apomorphine test II. Experimental studies n peptic ulcer patients. Scand Gastroenterol 1968 306 654-8.
- 5) Haglund UH, Jansson RL Lindhagen JG, e Primary Roux-Y gastrojejunostomy versus troduodenostomy after antrectomy and selec vagotomy, Am Surg 1990;159(6):546-9
- 6) Hirao M, Kurokawa Y Fujitani et al. Random ized controlled trial of Roux-en-Y versus rho aped-Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer. World J Surg 2009.33 290-5.
- 7) Hoya Y, Mitsumori N, Yanaga K. The advantages and disadvantages of a Roux-en-Y reconstruc- tion after a distal gastrectomy for gastric can- cer. Sur Today 2009;39 (8:647-51
- 8) Ishikawa Kitayama Kaizaki S, et al. Prospec tive randomized trial comparing Billroth and Roux-en-Y procedures after distal gast rectomy for gastric carcinoma. World j Surg 2005;29(11):1415-20.discussion20.
- 9) Kojima K. Yamada H.Inokuchi M. et compar ison of Roux-en-Yand Billroth-1 reconstruction after laparoscopy- assisted distal gastrectomy Ann Surg 2008 247(6:962-7.
- 10) Noh SM. Improvement of the Roux limb function using a new type of uncut Roux limb. Am Surg2000;180(1) 37-40
- 11) Nunobe S. Okaro A, Sasako M, et al. Billroth versus Roux-en-Y reconstructions: a quality oflife survey at 5 years, Int J Clin Oncol 200 12(6) 433-9
- 12) Skellenger ME, Jordan PH Jr. Complications vagotomy and pyloroplasty. North Am 1983;63(6) 1167-80.

პათოლოგიური სიმსუქნის ქირურგიული მკურნალობის დროს ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკის გამოყენების 25 წლიანი გამოცდილება

ბ. ჩაკვეტაძე

ს.ს. „წმ. ნიკოლოზის სახელობის ქირურგიული და ონკოლოგიური ცენტრი“ ქ. ქუთაისი

25-YEAR EXPERIENCE OF APPLYING HORIZONTAL GASTROPLASTY DURING SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGICAL OBESITY

B. CHAKVETADZE

JSC “St. Nikoloz Surgical and Oncological Center” city Kutaisi

რეზიუმე

ალიმენტარულ კონსტიტუციონალური სიმსუქნის ქირურგიული მკურნალობა არის ძალზე აქტუალური, რადგან ჩვენ ქვეყანაში და უცხოეთში სიმსუქნით დაავადებულია 40% მეტი მოსახლეობა. თანმხლები დაავადებების მაღალი სიხშირე და ნაადრევი სიკვდილიანობის დიდი რისკი განსაკუთრებულად პაციენტებში III-IV ხარისხის სიმსუქნით, შრომის უნარიანობის დაქვეითება და ცხოვრების დაბალი ხარისხი, კონსერვატიული თერაპიის არაეფექტიანობა აიძულებს ავადმყოფებს მიმართონ ქირურგიებს.

25 წლიანი გამოცდილებიდან გამომდინარე, ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკა (მცირე კუჭის ფორმირება) ხაზოვანი ლავსანის პროთეზის გამოყენებით არის მაღალეფექტური და უსაფრთხო ავადმყოფთა ამ მძიმე კონტიგენტში. ამ მეთოდის გამოყენება აუმჯობესებს მკურნალობის შედეგებს.

აღნიშნული მეთოდი ეფუძნება დიდ გამოცდილებას (321 პაციენტს) და წარმოაჩენს, რომ წონაში კლებასთან ერთად ხდება თანმხლები დაავადებების რეგრესი და უმჯობესდება ცხოვრების ხარისხი.

სიმსუქნის პრობლემამ უკანასკნელ წლებში სოციალური მნიშვნელობა შეიძინა, რაც აიხსნება ამ დაავადების სიხშირის ზრდით. ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, განვითარებულ ქვეყნებში მოზრდილი მოსახლეობის დაახლოებით 20% – 50%-ს აღენიშნება სხეულის ტარბი წონა. აქედან 6% დაავადებულია სიმსუქნის უკიდურესი ხარისხით. სხეულის ტარბ მასას თან ერთვის ისეთი მძიმე დაავადებები, როგორც ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, პოლიარტრიტი, ღვიძლის ცხიმოვანი დისტროფია და სხვა. გარდაუვალია შრომისუნარიანობის დაკარგვა, ინვალიდობა (Марков В. К., 1991; Benjamin S. B., 1998; Mason E. E., 1992; H. M. Кузин с соавт., 1998; N. Scopinaro, 1998; H. M. Кузин, С. А. Дадвани, 1999 და სხვანი).

უკიდურესი ხარისხის სიმსუქნის კონსერვატიული მკურნალობისათვის მრავალი სხვადასხვა მეთოდი გამოყენებული, მაგრამ მათ აქვთ დროებითი ეფექტი, ბევრი პაციენტი ახერხებს სხეულის მასის შემცირებას 15–20 კგ-ით და მეტით, მაგრამ ერთ თვეში, ან უფრო ადრეც, ისინი კვლავ იბრუნებენ პირვანდელ წონას. ავადმყოფთა ამ მეტად მძიმე კონტიგენტისათვის ქირურგიული მკურნალობა რჩება ერთადერთ გზად მათი სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად, რაც უმრავლეს შემთხვევაში უზრუნველყოფს მათ დაბრუნებას ცხოვრების ჯანსაღი წესისაკენ (Mason E., 1992; Van-Nastrand D. M., 1994; და სხვა).

Summary

Surgery method of nutritional – constitutional obesity is very common, because in our country and abroad over 40% of the population are suffering with obesity.

The greater risk of premature death, high incidence of other diseases, lost productivity, inefficiency of conservative therapy, makes the patients with III-IV (the third – the fourth) degree of obesity to contact the surgeons.

25 years of experience we offer highly effective method by minimally safe – horizontal stomach surgery (forming a small stomach) with linear Lavsan prosthesis. In obese patients that method is very experienced and effective, which improves treatment results.

The proposed method is based on big experience in the operation (32 patients) we managed to show a regress of related disease and improvement of life quality.

მსოფლიოში პათოლოგიური სიმსუქნის მკურნალობისათვის გამოიყენება და მუშავდება სხვადასხვა სახის ქირურგიული მეთოდები. კერძოდ, 1953 წ. V. Henri Ksonma ჩაატარა წვრილი ნაწლავის დიდი ნაწილის რეზექცია.

60–70 წლებში პოპულარული ოპერაცია ეიუნო-ლეოშუნტირება ქირურგთა დიდმა ნაწილმა დატოვა ოპერაციის შემდგომი გართულებების სიხშირის მაღალი მაჩვენებლების გამო, რომელთა პროგნოზირება პრაქტიკულად შეუძლებელია.

კუჭის შუნტირება (ყველაზე პოპულარული აშშ) გამოიყენება 1966 წლიდან (E. Mason და C. Ito). აღნიშნულმა ოპერაციამ ჰპოვა განვითარება 1977 წლიდან პრაქტიკაში საკერი აპარატების დანერგვის შემდეგ.

ვერტიკალური გასტროპლასტიკა, რომელიც გამოიყენება 1980 წლიდან (E. Mason), იკავებს მე-2 ადგილს აშშ-ში და არის არჩევის ოპერაცია კანადაში, საბერძნეთში, ისრაელში, ავსტრალიაში და ახალ ზელანდიაში და კეთდება სხვადასხვა მოდიფიკაციით.

1993 წლიდან რესტრუქციული ოპერაციებს შორის პოპულარობა მოიპოვა კუჭის ბანდაჟირებამ სილიკონის მანჟეტის გამოყენებით, მანჟეტის დიამეტრის რეგულირებით. აღნიშნულ მეთოდს საფუძველი ჩაუყარა L. Kuzmak (1986 წ.) და შემდგომში ოპერაციების ჩატარება მოხერხდა ლაპარასკოპიული ტექნიკის გამოყენებით, ამ შემთხვევაში გამოიყენება ორი ტიპის მანჟეტი: Swedish adjustable gastric band (P. Forsell) და Lap Band.

ამ პერიოდისათვის ევროპაში ჩატარებულია 6000–მდე ასეთი ოპერაცია. ლაპარასკოპიული ოპერაციები წარმატებით გამოიყენება სხვა ბარიატრიული ოპერაციების დროს: ვერტიკალური და ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკების მცირე კუჭის ფორმირების და სხვა ტიპის ოპერაციების დროს.

კომბინირებულ ოპერაციებში ყველაზე ხშირად იყენებენ ბილიოპანკრეატიულ შუნტირებას (N. Scopinaro, 1976), სხვადასხვა მოდიფიცირებით (duodenal switch).

მეოცე საუკუნის დასრულებისას მსოფლიოში გაკეთებულია 1500000 ბარიატრიული ოპერაცია, საიდანაც 1000000 აშშ (N. Scopinaro, 1978).

ჩვენ ცენტრს აქვს 25 წლიანი გამოცდილება ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკის (მცირე კუჭის ფორმირების) გამოყენების პათოლოგიური სიმსუქნის მკურნალობის დროს.

1989 წლის იანვრიდან 2016 წლის მაისამდე ცენტრში 321 პაციენტს ჩაუტარდა მცირე კუჭის ფორმირება (მკვ) ხაზოვანი სინთეტიკური ლავსანის #12 პროთეზის გამოყენებით. ქალების რიცხვი სჭარბობდა მამაკაცების რიცხვს (263 და 58). დაავადებულთა აბსოლუტური უმრავლესობა (92,45) განეკუთვნებოდა მოსახლეობის ყველაზე უფრო შრომისუნარიან ნაწილს, 18–დან 50 წლამდე ასაკს. მიღებული კლასიფიკაციის მიხედვით 80–ს (24,9%) დაუდგინდა სისმსუქნის III ხარისხი, ხოლო 241 (75%) – IV ხარისხი. ავადმყოფთა საშუალო სხეულის მასა მერყეობდა 91–დან 190 კგ–მდე და შეადგენდა საშუალოდ 140,5±1,9 კგ., პაციენტთა საშუალო სიმაღლემ შეადგინა 160,5±2.5 სმ და ვარირებდა 150–დან 192 სმ–მდე.

სხეულის მასის ჭარბი ოდენობა (სმტ) მერყეობდა 54,15%–დან 205,3%–მდე და საშუალოდ შეადგენდა 129,05±2.8%.

ოპერაციამდე ავადმყოფთა უმრავლესობას გამოუვლინდა სხვადასხვა თანმხლები დაავადებები, რომლებიც ამძიმებდნენ ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობას და ზრდიან უშუალო გართულებების რისკს: 73,6% – არტერიული ჰიპერტონია, 53,7% – მადეფორმირებელი ოსტეოართროზი, 34,7% – საკვებრცხეების დისფუნქცია, 30,5% ნაღვლკენჭოვანი დაავადება, 15,7% პიკვიკის სინდრომი, 10,6% შაქრიანი დიაბეტი, 10,1% ქრონიკული ბრონქიტი, 9,25% – ვენების ვარიკოზი, 6,94% – ვენტრალური თიაქარი.

შორეულ პერიოდში გამოკვლევა ჩაუტარეთ 247 პაციენტს ოპერაციის შემდგომ მე–6, მე–12, მე–18, 24–ე და 36–ე თვეებში.

ლიპიდური ცვლის მდგომარეობას გამოწმებით ქოლესტერინის და მისი ფრაქციების განსაზღვრით.

შესწავლილია აგრეთვე ღვიძლის მორფოლოგიური ცვლილებები, ოპერაციის დროს 52 ავადმყოფს ჩაუტარდა ღვიძლის ბიოფსია, რომელმაც უჩვენა სხვა და სხვა ხარისხის დისტროფიული ცვლილებები ცხიმოვანი ჰეპატოზის სახით.

ყველაზე რთულია საოპერაციო ავადმყოფთა შერჩევას ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა გამოვლენა, ამიტომ ოპერაციამდე ყველა პაციენტი ფსიქიატრის მიერ უნდა იყოს კონსულტირებული.

აკს–ით წინასაოპერაციო მომზადებას გააჩნია ზოგიერთი თავისებურებანი, რომლებიც დაკავშირებულია კან–ცხიმოვანი ნაკვეთების არსებობასთან, აგრეთვე თანმხლებ დაავადებებთან (არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, პიკვიკის სინდრომი), რომლებსაც

შეუძლიათ გაზარდონ ოპერაციის შემდგომი გართულებების რიცხვი.

კანის მაცერაცია და დერმატიტის მოვლენები მოითხოვს ადგილობრივ მკურნალობას. ოპერაციამდე 4–5 დღით ადრე ავადმყოფი ყოველდღიურად ორჯერ იღებს ცხელ შხაპს საბნით, უტარდება ანტისეპტიკური ხსნარით ცხიმოვანი ნაოჭების გულმოდგინედ დამუშავება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ბაქტერიული ინფექციის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით 48–72 საათის განმავლობაში ოპერაციამდე ავადმყოფს ენტერალურად ვუნიშნავთ მეტრონიდაზოლის 0,5 გ. ყოველ 8 საათში და ოპერაციამდე 1 საათით ადრე I–III თაობის ცეფალოსპორინებს 2,0 გრ. ოდენობით ინტრავენურად.

სასურველია ოპერაციამდე ჩატარდეს სამკურნალო ფიზკულტურისა და სუნთქვის ვარჯიშების ინდივიდუალური კურსი. ქრონიკული ბრონქიტის არსებობის შემთხვევაში დადებით შედეგს იძლევა ბრონქო–ლითიკების, მუკო და სეკრეტოლითიკების დანიშვნა. შედეგების დაგვირად უნდა ავარიდოთ თავი შარდმდენი პრეპარატების დანიშვნას, ხოლო მათი მიღების შემთხვევაში აუცილებელია 7 დღით ადრე ოპერაციამდე შეწყდეს მათი მოხმარება. არ ვუზღუდავთ პაციენტებს სითხის მიღებას, რომ არ გაიზარდოს თრომბოემბოლიის რისკი.

ანესთეზიის სირთულეები დაკავშირებულია სიმსუქნის ხარისხთან, უნდა გავითვალისწინოთ შემდეგი მომენტები:

1. ანესთეტიკების ხარჯვა იზრდება მისი ცხიმოვან ქსოვილებში დეპონირების ხარჯზე;
2. ინტუბაციის სირთულეები;
3. ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის სირთულეები;
4. ჰიპოვენტილაციის საშიშროება ოპერაციის შემდგომ უახლოეს პერიოდში;

გაუტკივარების დროს უნდა გადაწყდეს ტექნიკური ხასიათის რამდენიმე პრობლემა: საოპერაციო მაგიდაზე ავადმყოფის თავის ნაწილის წამოწევა 30–60°-ით და ქვედა კიდურების დაწევით, პერიფერიული ვენის პუნქცია ან ლავიწქეშა ვენის კათეტერიზაცია. სამ შემთხვევაში ავადმყოფებს დასჭირდებათ ტრაქეის ინტუბაცია ფიბრობრონქოსკოპის საშუალებით, ვიყენებთ რა მას ინტუბაციური მილის გამტარებლის როლში.

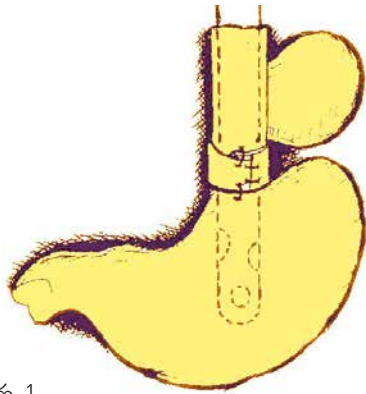
ოპერაციის დროს ინფუზიის მოცულობა შეადგენს 2000–3000 მლ.

ოპერაცია მცირე კუჭის ფორმირება (ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკა) ტარდება ჩვენს კლინიკაში ტრადიციულად მიღებული მეთოდით (ნ. მ. კუზინი, ვ. კ. მარკოვი, 2000). აღნიშნული ოპერაცია ჰქმნის რეგულარულ კუჭის პროქსიმალურ ნაწილში (სურ. 1) რომლის მოცულობა შეადგენს 20–25 მლ. ხოლო შეთულია (ხვრელის) დიამეტრი ან უნდა აღემატებოდეს 15 მმ–ს.

ოპერაციის შემდგომი გართულებების ხასიათზე მონაცემები წარმოდგენილია №1 ცხრილში:

ჰოპიზონტალური გასტროპლასტიკის დადებითი ეფექტი არის ოპერაციიდან პირველი წლის განმავლობაში მყარი და მნიშვნელოვანი წონის კლება და მისი სტაბილიზაცია შორეულ პერიოდში (5–9 წ.) რეციდივის თავიდან აცილების აუცილებელი პირობა არის კვების რეჟიმის მკაცრად დაცვა და მცირე რაოდენობით ბალანსირებული საკვების მიღება ზომიერი ფიზიკური დატვირთვისას.

321 პაციენტს ჩაუტარდა ოპერაცია – ჰორიზონტალ–



სურ. 1.

ლური გასტროპლასტიკა, მათგან გართულებები განუვითარდა 41 (12,7%). ეს პაციენტები დაიყო 2 ჯგუფად (ცხრილი 1): 85 პაციენტი, რომელთაც ჩაუტარდათ ოპერაცია 1989 წლიდან 1991 წლის ჩათვლით, II ჯგუფი – 236 პაციენტი, რომლებსაც ოპერაცია ჩაუტარდათ 1992 წლიდან დღემდე. ცხრილიდან ჩანს, რომ გართულებების შორის ყველაზე ხშირია ჭრილობის დაჩირქება – 17 (5,29%), შერთულის შეშუპება – 12 (3,73%), პერიტონიტი – 1(0,3%), ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია – 1(0,3%), პნევმონია და სხვა – 11 (2,18%). პოსტოპერაციულმა ლეტალობამ შეადგინა 3(0,9%). ერთი ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზი იყო პერიტონიტი მიკროპერფორაციის გამო, მეორეს – ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია, ხოლო მესამე – მწვავე სუნთქვითი უკმარისობა.

სეპტიკური გართულებების პროფილაქტიკის მეთოდების ძიებამ მოგვცა საშუალება არსებითად შეგვემცირებინა გართულებათა რიცხვი და გავვეუმჯობესებინა მკურნალობის შედეგები.

კერძოდ, გასტროსტაში ოპერაციის შემდგომ ადრეულ პერიოდში განუვითარდა 12 (3,73%) ავადმყოფს. ოპერაციის ტექნიკის სრულყოფამ აღნიშნული გართულება შეამცირა 7,05%-დან 2,54%-მდე. კუჭში ჩადგმული ირგვლივ ხვრელის დიამეტრის ნიშანდების შემდეგ ზონდი მაშინვე ამოგვაქვს კუჭის სანათურიდან რითაც ვამცირებთ კუჭის კედლის იშემიას და ლორწოვანი გარსიდან სისხლისდენებს. ოპერაციის შემდგომ პირველი დღე-ღამის ბოლოს ჩვენ ნებას ვრთავთ ავადმყოფს დალიონ უგაზო სასმელი წყალი 30 მლ. ერთი საათის განმავლობაში.

ოპერაციის შემდგომ ნერვულ-რეფლექსური პირღებინების შემთხვევაში ვნიშნავთ ფსიქოტროპულ პრეპარატებს და 2-3 დღეში მდგომარეობა უმჯობესდება.

ოპერაციის შემდგომ შორეულ პერიოდში 15(4,7%) ავადმყოფებს დაუდგინდათ ოპერაციის შემდგომი თიაქარი, 4(1,24%) ლავსანის ლენტის (რგოლის) მიერ კუჭის კედლის ნაწოლები, რომელიც ძირითადად ჩნდება ოპერაციის შემდგომ პირველი წლის განმავლობაში.

ცხრილი 1. ოპერაციის შემდგომი ადრეული გართულებების ხასიათი

გართულება	I ჯგუფის 85 პაციენტი		II ჯგუფის 236 პაციენტი		სულ 321 პაციენტი	
	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%
ჭრილობის დაჩირქება	10	11,74	7	2,96	17	5,29
ხვრელის შეშუპება –გასტროსტაში	6	7,05	6	2,54	12	3,73
პერიტონიტი	1	1,17	-	-	1	0,3
ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია	1	1,17	-	-	1	0,3
პნევმონია და სხვა	7	8,23	4	1,69	11	2,18

ოპერაციის შემდგომ ფსიქიკური დაავადებების წარმოქმნასთან დაკავშირებით, შესაბამისად 1,5 და 4 თვის შემდეგ სამ ავადმყოფს კუჭიდან მოვხსენით ლავსანის ლენტი (გართულების გარეშე).

ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკის ტექნიკის დახვეწამ საშალება მოგვცა უკანასკნელ 15 წლის განმავლობაში მთლიანად გამოგვერიცხა გართულებათა რიცხვიდან პერიტონიტი და მთელი მცდელობა მიმართულია ჩირქოვან-სეპტიურ და თრომბოემბოლიურ გართულებათა პროფილაქტიკის მეთოდების დამუშავებისაკენ. ასეთი მიდგომა ხელს უწყობს კიდევ უფრო შემცირდეს ოპერაციის რისკი.

პათოლოგიური სიმსუქნის მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების ერთ-ერთი ძირითადი კრიტერიუმია სხეულის მასის შემცირება. ექვსი თვიდან 10 წლამდე შერეულ ვადებში გამოკვლეულია 187 ავადმყოფი (26 მამაკაცი და 161 ქალი). კარგი და საუკეთესო შედეგები მიღებულია ავადმყოფთა 73,6 – 80,9%-ში, დამაკმაყოფილებელია – 9,5–14,5%-ში, არადამაკმაყოფილებელი ავადმყოფთა 9,5–11,89%. ჩვენს მიერ ჩატარებულმა გამოკვლევებმა დაგვანახა, რომ აკს–ით დაავადებულებში სხეულის კლების ხარისხი მნიშვნელოვან წილად განპირობებულია შერთულის (ხვრელის) დიამეტრით კუჭის პროქსიმალურ და დისტალურ ნაწილებს შორის, მისი დიამეტრი არ უნდა აღემატებოდეს 15 მმ-ს.

გამოკვლევებმა ასევე გვიჩვენა, რომ ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკის შემდგომ შორეულ ვადებში ხდება ფილტვების სასუნთქი ფუნქციის ნორმალიზება. გახდომის ფონზე უკვე 6 თვის განმავლობაში ხდება სუნთქვის სრული კომპენსაცია (მცირდება ქოშინი და ჰიპოქსიის ნიშნები). სხეულის მასის დაკლებასთან ერთად აღინიშნება ფილტვების ვენტილაციური მაჩვენებლების გაუმჯობესება.

ჩვენს მიერ მიღებულმა ზოგად კლინიკურმა მონაცემებმა დამაჯერებლად დაგვანახა, რომ ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკის შემდგომ გახდომა გულსისხლძარღვთა სისტემის მუშაობაზე ახდენს დადებით გავლენას, არტერიულ ჰიპერტენზიას ოპერაციის შემდგომ ყველა პაციენტთან ჰქონდა კლების ტენდენცია. თუ ოპერაციამდე არტერიული ჰიპერტენზია დაუდგინდა ავადმყოფთა 80,2%, ოპერაციიდან 6 თვის შემდეგ არტერიული ჰიპერტენზია აღმოაჩნდა მხოლოდ ავადმყოფთა 17,5%.

ოპერაციის წინ, ოპერაციის შემდეგ და დაკვირვების მთელ პერიოდში არცერთ ავადმყოფს არ ჰქონდა გამოხატული ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების ცვლილებები. ეს არის გამოწვეული ავადმყოფის ორგანიზმის კომპენსატორული რეაქციით ოპერაციამდე პაციენტებს (16,7%) ჰქონდათ პიკვიკის სინდრომი, ქრონიკული ჰიპოქსიის მოვლენებით. ყოველივე ამას მივყავართ

ცხრილი 2. სისხლის მაჩვენებლები ოპერაციამდე და ოპერ. შემდეგ (M±m)

მაჩვენებლები	ოპერაციამდე	(n=143)		
		6 თვე ოპერაციის შემდეგ (n=49)	1 წელი (n=87)	2 წელი (n=45)
ჰემოგლობინი გ/ლ	145±1,9	132±1,3	136±1,7	132±1,4
Ht, %	46,3±0,1	44,2±0,3	44,7±0,4	45,1±0,1
ერიტროციტები	5,3±0,1	4,8±0,02	4,9±0,03	4,8±0,2
ფერადი მაჩვენებელი	0,84±0,05	0,76±0,01	0,82±0,02	0,80±0,02
ლეიკოციტები	7,1±0,9	6,2±0,7	5,8±0,4	5,7±0,3
ედრ	22,4±4,7	11,6±1,4	13,01±2,1	14,9±1,9

ცხრილი 3. ბიოქიმიური მაჩვენებლები ოპერაციის წინ და შემდეგ (M±m)

სისხლის მაჩვენებლები	ოპერაციამდე (n=143)	ოპერაციის შემდეგ			
		6 თვე ოპერაციის შემდეგ (n=49)	1 წელი (n=87)	2 წელი (n=45)	3 წელი (n=23)
საერთო ცილა გ/ლ	76±0,1	78±2,1	74±3,1	79±0,7	77±0,2
ალბუმინი მ/ლ	36,1±0,8	45,2±0,2	45,4±0,4	44,5±0,8	46,1±0,4
ე/გ კოეფიციენტი	0,75±0,19	0,77±0,17	0,77±0,17	0,96±0,34	0,78±0,16
გლობულინი შედ. %	52,8±2,3	51,7±2,9	51,7±2,9	48,9±3,3	52,6±3,9
საერთო ბილირუბინი მკმოლი/ლ	11,9±2,4	11,8±6,7	11,8±6,7	11,3±2,1	11,8±1,9
პირდაპირი ბილირუბინი მკმოლი/ლ	3,7±0,1	3,6±0,8	3,6±0,8	3,5±0,3	3,8±0,1
პროთრომბინი %	95,0±3,4	93,4±1,4	93,4±1,4	90,3±1,5	91,0±0,6

კომპენსატორულ ერთრემიასთან და ჰემოგლობინის მაღალ მაჩვენებელთან. თანმხლები დაავადებები (ქოლესტიტი, პოლიართრიტი და სხვა) ღვიძლის დაზიანებასთან ერთად (სტეატოზი, სტეატოჰეპატიტი) იწვევს ედრის მომატებას და ლეიკოციტოზს ნორმის ზედა ზღვრამდე (ცხრილი 2).

პაციენტის წონაში კლების შედეგად და სასიცოცხლო ორგანოების ფუნქციის ნორმალიზების შემდეგ, ჰემატოლოგიური მაჩვენებლები უბრუნდებიან ნორმას. ანალოგიურად ცვლილებები ეხება სისხლში ბიოქიმიურ მაჩვენებლებს (ცხრილი 3).

როგორც გვიჩვენებს ცხრილი 3, ოპერაციის შემდეგ ყველა ბიოქიმიური მაჩვენებლები უბრუნდებიან ნორმას და ამ მაჩვენებელს ინარჩუნებენ 3 წლის განმავლობაში.

ჩვენ კლინიკაში 1998 წლიდან დაიწყო დანერგვა სიმსუქნის ქირურგიული მკურნალობის ახალმა პერ-

სპექტიულმა მეთოდმა – ლაპარასკოპიული ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკა მართვადი სილიკონის Kuzmak-ს ბანდაჟის გამოყენებით. გაკეთებულია 24 ოპერაცია ლაპარასკოპიული მიდგომით გართულებების გარეშე. შედეგები აღნიშნული ოპერაციის შემდეგ არის ჩვენი შემდგომი კვლევების თემა.

აქედან გამომდინარე, ოპერაცია ჰორიზონტალური გასტროპლასტიკა არის პათოლოგიური სიმსუქნით დაავადებულ პაციენტთა ქირურგიული მკურნალობის ეფექტური მეთოდი, რომელსაც ახასიათებს მინიმალური რისკი და ტრავმატიზმი, ფიზიოლოგიურია და მიჰყავს ავადმყოფები სხეულის მასის მყარ და გამობატულ კლებასთან, ხდება სხეულის მასის თანდათანობით კლება, რაც განაპირობებს შრომისუნარიანობის აღდგენას, თანმხლები დაავადებების გადასვლას იოლ ფორმებში ან მათ სრულ ლიკვიდაციას.

ლიტერატურა:

References:

1. Кузин Н.М., Чакветадзе Б.Н. Современный подход к профилактике и лечению ренних постоперационных осложнений больных крайними степенями алиментарно – конституционального ожирения после операции формирования малого желудка. Georgian Medical News #4, 2001. стр. 38-40.
2. Чакветадзе Б. Опыт исследования операции формирования малого желудка у больных с патологическим ожирением. Georgian Medical News, 2001. стр. 41-44.
3. Н. М. Кузин, М. С. Леонтьева, А. С. Горбунов, Опыт 551 операции горизонтальной гастропластики у больных с патологическим ожирением. Материали 1-го Росииского симпозиума. Москва, 1-2 декабря 1999г.
4. M. L. Cossu, G. S. Touolo, E. Sais, M. Ruggiu. Universiti, Sassari, Itali. Biliopaucveatik auastomisis for parcial gastric rezection. Material for 1 Russian cimpozium Moscow 1-2 december, 1999 p. 45.
5. M. Fried. Laporoscopic Gastric Band Material for Russian cimpozium for Mopscow 1-2 december. 199; p. 48.

სანაღვლე სადინარის Cr. მცირე ზომის სიმსივნეები ხშირად ხანგრძლივი დროის მანძილზე გამოკვლევებით არ ვლინდებიან და მათი დადგენა შესაძლებელი ხდება მხოლოდ ინტრაოპერაციულად კალკულოზური ქოლესისტიტის ან daavadebis mogvianebiT periodSi უცნობი ეტიოლოგიის სიყვითლის გამო წარმოებული ოპერაციების დროს ქოლედოქტომიის ან ქოლედოქოსკოპიის საშუალებით. დიაგნოზის ვერიფიცირება ხდება ბიოფსიური მასალის მორფოლოგიური კვლევით.

აღნიშნულთან დაკავშირებით ჩვენი აზრით არ არის ინტერესს მოკლებული ჩვენ მიერ წარმოდგენილი კლინიკური შემთხვევა.

აგ-ფი ზ.გ. 68 წლის . ავადმყოფობის ისტორია #10837, შემოვიდა ქირურგიის ეროვნულ ცენტრში 20.09.2015წ. თვითდინებით ჩივილებით ყრუ, არაგამოხატულ ტკივილზე მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, პერიოდულად გულისრევის შეგრძნებაზე, კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების გაყვითლებაზე, ზოგად საერთო სისუსტეზე, შრომისუნარიანობის დაქვეითებაზე. კლინიკაში შემოსვლისას ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები სუბიქტერული, პერიფერიული ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული არ არის. სხეულის ტემპერატურა ნორმალური, ჰემოდინამიკური პარამეტრები სტაბილური. ენა სველი , პალპაციით მუცელი რბილი, სუსტად მტკივნეული მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ღვიძლის კიდე ნეკნთა რკალს არ სცილდება, ფორმირებული აქვს მარჯვენამხრივი კან-ღვიძლგავლითი ქოლანგიოსტომა, შემდგომი ბიოფსიით, თუმცა მასალის სიმცირიდან გამომდინარე მორფოლოგიური კვლევა ვერ ჩატარდა. ნაღვლის დებიტი დღეში 800–900მლ. სისხლის საერთო ანალიზში არსებითი სახის ცვლილებები არ არის. საერთო ბილირუბინი–46 მკმოლ/ლ, პირდაპირი– 40 მკმოლ/ლ; AST-117 ერთ/ლ; ALT-258 ერთ/ლ; ონკო მარკერები ნორმის ფარგლებში, ტუტე ფოსფატაზის კონცენტრაცია–122 ერთ/ლ; გამაგლუტამილტრანსპეპტიდაზა–298 ერთ/ლ; საერთო ცილა 57 გ/ლ;

ანამნეზური მონაცემებით ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში დაეწყო 3 თვის წინ. ანიშნულთან დაკავშირებით ჩაიტარა ექოსკოპიური გამოკვლევა, თუმცა პათოლოგიური სახის ცვლილებები ჰეპატო-ბილიო-პანკრეატული სისტემის ორგანოთა მხრიდან გამოვლენილი არ იყო. ტკივილის დაწყებიდან დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ გაუჩნდა სიყვითლე მზარდი ტენდენციით. საერთო ბილირუბინის მაჩვენებელმა მიაღწია 211,7 მკმოლ/ლ. სიყვითლის

მიზეზის დადგენის მიზნით ჩაიტარა მუცლის ღრუს კ.ტ. კვლევა კონტრასტირებით, ასევე მუცლის ღრუს მაგნიტურ – რეზონანსული ტომოგრაფია. მიღებული მონაცემებით ღვიძლი ზომაში მომატებული არ არის, ღვიძლშიდა სანაღვლე სადინარები დიფუზურად დილატირებული, ნაღვლის ბუშტი ზომებში მომატებული, დეფორმირებული, ნაკვეთ ყელის არეში, ღრუში ბილიარული ნალექით. ბუშტის სადინარი დილატირებული. ღვიძლის საერთო და ნაღვლის ბუშტის სადინარების შერთვის მიდამოში ქოლედოქუსის სანათური არ ვიზუალიზდება, აღნიშნულ უბანზე სადინარის კედლები გასქელებულია. ჰეპატოქოლედოქი დილატირებულია 2 სმ-მდე, დაბრკოლებიდან დისტალურ მონაკვეთზე

ნაღვლის საერთო სადინარი ნორმალური დიამეტრის. დასკვნა: ბილიარული ჰიპერტენზია, სანაღვლე სადინარების პროქსიმალური ბლოკი. არ არის გამორიცხული მალიგნიზაციის პროცესის, ქოლანგიოკარცინომის არსებობა.

ბილიარული ჰიპერტენზიის და ქოლესტაზის მოხსნის მიზნით, წინასაოპერაციო მომზადებისთვის, პაციენტს 22.07.2015წ ჩაუტარდა მარჯვენამხრივი პერკუტანური ჰეპატო-ქოლანგიოსტომა ულტრაბგერით-რენტგენოლოგიური კონტროლით შემდგომი ფისტულოგრაფიით. მადრენირებელი კათეტერი მოთავსდა ქოლედოქუსის პროქსიმალურ სეგმენტში. პირველივე წუთებში მიღებული იყო 200 მლ. მომწვანო ფერის ნალღველი, კონტრასტი შეივსო მთელი ბილიარული ხე. ბლოკი გამოვლინდა ქოლედოქის შუა მესამედის დონეზე. ასპირაციით კონტრასტი პრაქტიკულად სრულად მიიღება უკან. ასევე ჩატარებულ იყო ორმაგი (რეტროგრადული და ანტეგრადული) ქოლანგიოგრაფია. ქოლედოქის შუა მესამედში გამოვლინდა (კონტრასტის წყვეტა) ავსების დეფექტით ზომით 1,0 სმ მანძილზე. სურ. 1

გემოალნიშნული დიაგნოსტიკური გამოკვლევებით მიღებული მონაცემების გათვალისწინებით, წინასაოპერაციო დიაგნოზით – ბილიარული ჰიპერტენზია, ობტურაციული სიყვითლე, ნაღვლის საერთო სადინარის Cr. 21.09.2015წ. ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ ჩატარდა ოპერაცია. ინტრაოპერაციული რევიზიით კონფლუენსიდან 2 სმ-ში, აღინიშნება 1,0 სმ სიგრძის მონაკვეთზე ნაღვლის საერთო სადინარის გამკვრივებული უბანი, კედლების გასქელებით. დაბრკოლების დისტალურად სადინარის დიამეტრი ნორმალური. ნაღვლის ბუშტი ზომებში მომატებული, მისი სადინარი დილატირებული, კონკრემენტებს არ შეიცავს. პერიპორტულად გადიდებულია ერთეული ლიმფური ჯირკვლები. პანკრეასი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე. გაკეთდა ქოლესისტექტომია. ნაღვლის საერთო სადინ-



სურათი 1. რეტროგრადული და ანტეგრადული ქოლანგიოგრაფია. ნაღვლის საერთო სადინარის ბლოკი შუა მესამედის დონეზე გამოწვეული სიმსივნური წარმონაქმნით (ადენომა).

რის მობილიზაციის შემდეგ წარმოებულ იყო ნაღვლის საერთო სადინრის 2,5 სმ-ის სიგრძის მონაკვეთის რეზექცია ინტრაპანკრეატული ნაწილის ჩათვლით სალიქსოვილების ფარგლებში. ღვიძლშიდა სადინრებიდან აღინიშნა ნაღვლის გამოდინება თავისუფლად. მღვივი ნაწლავის მარყუჟის მობილიზაციის შემდეგ ფორმირებული იყო ჰეპატიკოიუნონასტომოზი რუ-ს წესით გამოთიშული ნაწლავის მარყუჟთან №4 ატრავმატული გაწოვადი მონოფილამინტური კვანძოვანი ნაკერებით ერთ სართულად, ენტერო-ენტეროსტომია. პერკუტანეული ჰეპატო-ქოლანგიოსტომიური დრენაჟი გამოიცვალა და გატარდა მღვივი ნაწლავის სანათურში 10სმ-ის სიგრძეზე. პათოლოგიური პროცესის სავარაუდო ონკოლოგიური გენეზის გათვალისწინებით გაკეთდა ასევე ლიმფოდისექცია და დიდი ბადექონის რეზექცია. ვინსლოვის სივრცეში და მცირე მენჯის ღრუში ჩაიდგა დრენაჟები.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა სადად, გართულებების გარეშე, პოსტოპერაციული ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმულობით. გაწერისას სიყვითლე არ აღინიშნება, საერთო ბილირუბინის მაჩვენებელი 18,2 მკმოლ/ლ. სისხლის ანალიზი ნორმის ფარგლებში. ჰეპატო-ქოლანგიოსტომიდან ნაღვლოვანი გამონადენი 24 სთ-ში 250-300მლ. რაოდენობით. ფისტულოგრაფიით ბილიოდიგესტიური შერთული გამავალი. რეზეცირებული პრეპარატის მორფოლოგიური გამოკვლევით მოცულობით წარმო-

ნაქმში აღინიშნება ჯირკვლების გამრავლება ფიბროზული სტრომის ფონზე, ეპითელიუმის კარგად გამოხატული პროლიფერაციით, ზოგიერთ უბანში ჯირკვლების ეპითელიუმის სკრატიფიკაციის დარღვევით, რიგი ჯირკვალი ცისტოზურად გაგანიერებულია, აღნიშნული სურათი შეესაბამება ჯირკვლოვან ადენომას, ეპითელიუმის მძიმე დისპლაზიის კერებით. პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში ამბულატორიულ მკურნალობაზე. კან -ღვიძლ გავლით ქოლანგიოსტომის დრენაჟი დატოვებული იქნა ბილიოდიგესტიური შერთულის უკმარისობისა და სტრიქტურის განვითარების პროფილაქტიკის მიზნით.

განხილული კლინიკური მაგალითის ანალიზიდან უნდა ითქვას, რომ სანაღვლე სადინრების კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროული გამოვლენა და დიაგნოზის ვერიფიცირება წინასაოპერაციო პერიოდში უკიდურესად რთულია. მათი დიფერენციალური დიაგნოზი ავთვისებიან სიმსივნეებთან შესაძლებელია მხოლოდ ინტრაოპერაციულად მიღებული მასალის მორფოლოგიური კვლევით. ოპერაციის ჩვენებას უპირეტესად წარმოადგენს გართულებული შემთხვევები, რაც ვლინდება მიმდინარე ბილიარული ჰიპერტენზიით და სიყვითლით, ასევე მალიგნიზაციის საშიშროება. ოპერაციული ჩარევის სახე და მოცულობა უნდა განისაზღვროს სიმსივნური პროცესის ლოკალიზაციის, მისი გავრცელების და ინტრაოპერაციული მასალის ექსპრეს-ბიოფსიის მონაცემების გათვალისწინებით.

ლიტერატურა:

References:

- 1) Harshfield DL, Teplick SK, Stanton M, Tunuguntla K, et. ell.; Obstructing villous adenoma and papillary adenomatosis of the bile ducts AJR Am JRoentgenol 1990; 154: 1217-8;
- 2) Buckley JG, Salimi Z. Villous adenoma of the common bile duct. Abdom Imaging 1993; 18: 245-6;
- 3) Ritu Aparajita, Dhanwant Gomez, Caroline S Verbeke, et. ell. Papillary Adenoma of the Distal Common Bile Duct Associated with a synchronous Carcinoma of the Peri-Ampullary Duodenum. Journal of Pancreas vol.9 №2. P.212-2015. (2008)
- 4) М.И. Кузин.2002г хирургические болезни Москва2002г

ღვიძლის წილკვანი პორტული ტრაქტების დროებითი დახშობა ორგანოდან სისხლდენასთან ბრძოლის მიზნით და მეთოდის კლინიკური გამოყენების შედეგები

გ. ჩომახაშვილი, ო. ტყეხლაძე, ნ. ზოსიძე, მ. გოგოტიშვილი

ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

LOBAR HEPATIC PORTAL TRACT TEMPORARY OBSTRUCTION IN ORDER TO FIGHT INTERNAL ORGAN BLEEDING AND THE RESULTS OF CLINICAL USE OF THE METHOD

G. CHOMAKHASHVILI, O. TSETSKHLADZE, N.ZOSIDZE, M.GOGOTISHVILI

Shota Rustaveli State University

რეზიუმე

დღეისათვის ღვიძლიდან სისხლდენასთან ბრძოლის არსებულ მეთოდებთან განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ღვიძლის ერთი ანატომიური წილის სისხლმომარაგებიდან დროებითი გამოთიშვის მეთოდი შესაბამისი წილკვანი პორტული ტრაქტის დროებითი დახშობით. ჩატარებულია ანატომიური და კლინიკური კვლევა.

მორფოლოგიური კვლევის საფუძველზე შემუშავებულია მარჯვენა და მარცხენა წილკვანი პორტული კომპლექსების დროებითი დახშობის ანატომიურად დასაბუთებული მეთოდიკა, ხოლო კლინიკური კვლევისას კი - გაკეთდა დასკვნა, რომ ღვიძლის წილკვანი პორტული კომპლექსების დროებითი დახშობა სისხლდენასთან ბრძოლის უბრალო, საიმედო და ეფექტური მეთოდია.

ქირურგიული ჰეპატოლოგია დღესაც რჩება ქირურგიის შემადგენელ სპეციალურ ნაწილად, რომელიც ხელმისაწვდომია მხოლოდ ქირურგთა ვიწრო წრისათვის [2]. ცნობილია, რომ ავადმყოფთა რაოდენობა ღვიძლის სხვადასხვა დაავადებით, რომლებიც ქირურგიულ მკურნალობას საჭიროებენ [1], მნიშვნელოვნად აჭარბებს იმ ოპერაციულ ჩარევათა რაოდენობას, რომლებსაც ღვიძლის დაავადებული პაციენტები ღებულობენ [10, 11]. ასეთი ჩამორჩენის ძირითად მიზეზად ითვლება საკითხები, რომლებიც დიდი ხნის განმავლობაში აწუხებს ქირურგიულ საზოგადოებას, მათ შორის შესაძლებელია გამოვყოთ: ღვიძლიდან სისხლდენა [5,6], შეგუბება კარის ვენის სისტემაში და ოპერაციისათვის საჭირო დროის სიმცირე. ამიტომ ყოველი ახალი მეთოდი, რომელიც ღვიძლზე ოპერაციებისას აგვაცილებს ჩამოთვლილ გართულებებს, მნიშვნელოვანი სამეცნიერო-პრაქტიკული დატვირთვის მატარებელია [4].

დღეისათვის არსებულ მეთოდებთან [3, 7, 8] ჩვენი აზრით, განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ღვიძლის ერთი ანატომიური წილის სისხლმომარაგებიდან დროებითი გამოთიშვის მეთოდი შესაბამისი წილკვანი პორტული ტრაქტის დროებითი დახშობით [5, 6]. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ტოპოგრაფიული ანატომიისა და ოპერაციული ქირურგიის კათედრაზე, თავის დროზე, პროფესორ შ.ს. თოიძის ხელმძღვანელობით შესწავლილ იქნა მეთოდის ექსპერიმენტული და მორფოლოგიური საფუძვლები, რამაც საშუალება მოგვცა საქართველოს ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრში კლინიკურად დაგვეჩვენა აღნიშნული

Summary

The authors believe that today among existing liver bleeding prevention methods one deserves special attention. It is temporary obstruction of anatomical portion from blood supply by temporary obstruction of lobar portal tract. In order to once again inform surgeons about the existence of the method and its importance, the authors have decided to publish this article again. They conducted anatomical and clinical research. Based on morphological research, anatomically proved methodology of temporary obstruction of right and left lobar portal complexes has been developed. During clinical trials – they came to the conclusion that temporary obstruction of liver lobar portal complexes is simple, reliable and effective method against liver bleeding.

მეთოდი, რომელიც ზემოდ ჩამოთვლილი გართულებების პროფილაქტიკის საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს [4, 11]. ამიტომაც, აღნიშნული სტატიის გამოქვეყნებით კიდევ ერთხელ გვინდა შევასხენოთ ქირურგიულ საზოგადოებას მეთოდის არსებობისა და მისი მნიშვნელობის შესახებ.

მასალა და მეთოდიკა. აღნიშნული საკითხის შესწავლის მიზნით გამოკვლეულ იქნა 17-92 წლის ორივე სქესის 223 გვამის ღვიძლი, რომლებსაც გვამიდან ამოკვეთის შემდეგ უტარდებოდათ გაზომვა (განივი ღარის სიგრძე, სიგანე და სიღრმე), ჩახატვა და ხდებოდა მათი ფოტოგრაფირება. მიღებული მონაცემები მუშავდებოდა ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით. ღვიძლის ქირურგიული ანატომიის ზოგიერთი საკითხის შესწავლა-დაზუსტების მიზნით გამოყენებულ იქნა ორივე სქესის (28 ქალი და 52 კაცი) გვამის ღვიძლის 80 პრეპარატი, რომელთაგან 39-ის შესახებ მონაცემები აღებულია in situ. I სემენტი და კარის ფირფიტასა და ღვიძლის პარენქიმას შორის არსებული მცირე პორტული კომპლექსების გამძლეობა შევისწავლეთ 23 ღვიძლის ორგანოკომპლექსზე და 10 გვამზე ჩატარებულია ექსპერიმენტი შემუშავებული მეთოდის შემოწმებისა და დაზუსტების მიზნით. მასალის შესწავლის მეთოდების სრული ჩამონათვალი მოყვანილია №1 ცხრილში. გვამურ მასალაზე კვლევა წარმოებდა იმ წლებში, როდესაც გვამის ან მისი ნაწილების გამოყენება სამეცნიერო მიზნით კანონით დაშვებული იყო.

ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრის აბდომინალური ონკოლოგიის განყოფილებაში ზემოდ დასახელებული მეთოდი ღვიძლზე ოპერაციებისას გამოყენებულ

ცხრილი 1. გამოკვლევის მეთოდები და პრეპარატების რაოდენობა

გამოკვლევის მეთოდები	პრეპარატების რაოდენობა
კოროზია და ნახევრად კოროზიული პრეპარატების პრეპარირება	80
ჰისტოლოგიური და ჰისტოტოპოგრაფიული მეთოდები	60
ექსპერიმენტი გვამებსა და იზოლირებულ პრეპარატებზე	40
I სეგმენტის პორტულ ტრაქტთა მექანიკური თვისებების	23
ღვიძლის კარისა და ნაღვლის ბუშტის ფოსოს შემაერთებელი ქსოვილის პრეპარირება	20
სულ	223

იქნა 24 ავადმყოფზე. მათ შორის: 4 - ღვიძლის პირველადი კიბო, 8 - მეორადი დაზიანება, 3 - ჰემანგიომა, 3 - ექინოკოკოზი, 3 - ღვიძლის ციროზი და 3 - პოლიკისტოზი. ღვიძლის მეორადი ავთვისებიანი დაზიანების მიზეზი 4 შემთხვევაში იყო კუჭის კიბო, 3 - ში ნაღვლის ბუშტის კიბო, ხოლო ერთ შემთხვევაში კი - სწორი ნაწლავის. აღნიშნული 24 ავადმყოფიდან მამაკაცი იყო 10, ქალი კი - 14. ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 24-დან 78 წლის ფარგლებში.

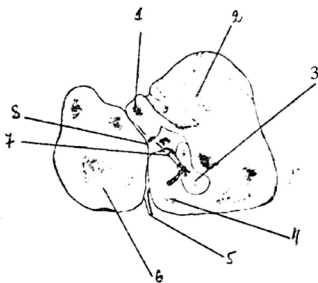
წილოვანი პორტული ტრაქტების დროებითი დახშობის ტექნიკა.

მარჯვენა წილოვანი პორტული ტრაქტის დროებითი დახშობა ხდება შემდეგნაირად: ზედა შუა ლაპაროტომიის შემდეგ ღვიძლის ქვედა კიდეს გადასწევნ ზევით და მიაღწევნ ღვიძლის კარს. ნაღვლის ბუშტის ყელის მარცხენა კიდეს ააშორებენ ღვიძლის ვისცერული ზედაპირიდან და გადასწევნ მარჯვნივ. ღვიძლის კვადრატული წილის მარჯვენა ნახევარში გაკვეთენ პერიტონეუმს და კარის ფირფიტას. ამ უკანასკნელს ააცილებენ ბლაგვი წესით, პორტული ტრაქტის საწყისი მესამედის ზევით ღვიძლის კუდიანი წილის კუდიანი მორჩის წინა კიდის მიმართულებით. თითოთი გასინჯავენ მას კუდიანი მორჩის წინ და გაკვეთავენ აქ პერიტონეუმსა და კარის ფირფიტას. შემდეგ მიკულიჩის მომჭერს ატარებენ ღვიძლის პარენქიმასა და კარის ფირფიტას შორის. ინსტრუმენტის ბრანშებით იკავებენ რეზინის ფილთას ან 3-4 მმ-ის დიამეტრის რეზინის ან პოლიეთილენის მილს და საწინააღმდეგო მოძრაობით გაატარებენ მას გამოყოფილი წილოვანი პორტული ტრაქტის ზევით. აღნიშნული მანიპულაციების დასრულების შემდეგ ტურნიკეტს უჭერენ მარჯვენა წილოვანი პორტული ტრაქტის ირგვლივ სისხლის მი-

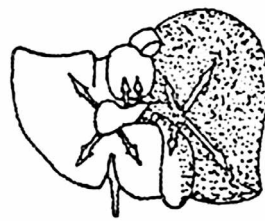
მოქცევის შეწყვეტამდე ბლოკირებულ წილში, სისხლის მიმოქცევა წყდება მარჯვენა კლასიკურ წილსა და ნაღვლის ბუშტის ფოსოს ნაწილში. კონტროლი - ღვიძლის გამოთიშული ნაწილის გაფერმკრთალება.

მარცხენა წილოვანი პორტული ტრაქტის დროებითი დახშობა ხდება შემდეგნაირად. მუცლის ღრუ იხსნება ზედა შუა ლაპაროტომიით. ღვიძლის ქვედა კიდეს გადასწევნ ზევით, ხსნიან მცირე ბადექონს და შეაღწევნ ბადექონის აბგაში. მარცხენა პორტული ტრაქტის ექსტრაკაფსულარულ გადაჭერას იწყებენ ღვიძლის კვადრატული წილის უკანა კიდის მარჯვენა ნახევარში, სადაც გაკვეთავენ პერიტონეუმსა და კარის ფირფიტას. ამ უკანასკნელს ბლაგვი წესით ააცილებენ პორტული ტრაქტის შუა მესამედის ზევით ვენოზური ღარის წინა კიდის მიმართულებით. შემდეგ მიკულიჩის მომჭერს ატარებენ ღვიძლის პარენქიმასა და კარის ფირფიტას შორის. თითოთი გასინჯავენ ინსტრუმენტს ვენოზური ღარის წინ და გაკვეთავენ აქ პერიტონეუმსა და კარის ფირფიტას. ინსტრუმენტის ბრანშებით იკავებენ რეზინის ფილთას ან 3-4 მმ-ის დიამეტრის რეზინის ან პოლიეთილენის მილს და საწინააღმდეგო მიმართულებით მოძრაობით გაატარებენ მას გამოყოფილი წილოვანი პორტული ტრაქტის ზევით. აღნიშნული მანიპულაციების დასრულების შემდეგ ტურნიკეტს უჭერენ მარცხენა წილოვანი პორტული ტრაქტის ირგვლივ სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტამდე ბლოკირებულ წილში, სისხლის მიმოქცევა წყდება მარცხენა კლასიკურ წილს, კვადრატული წილის ნაწილსა და ნაღვლის ბუშტის ფოსოს ნაწილში. კონტროლი - ღვიძლის გამოთიშული ნაწილის გაფერმკრთალება.

დაავადებები, რომელთა დროსაც ჩატარდა შესაბამისი ოპერაცია მოყვანილია №2 ცხრილში. დიაგნოზის



სურათი 1. ტურნიკატის გატარება მარჯვენა წილოვანი პორტული ტრაქტის ზევით
1. კუდიანი წილი; 2. მარჯვენა წილი; 3. ნაღვლის ბუშტი; 4. კვადრატული წილი; 5. ღვიძლის მრგვალი იოგი; 6. ღვიძლის მარცხენა წილი; 7. ტურნიკეტი მარჯვენა წილოვანი პორტული ტრაქტის ირგვლივ; 8. მარჯვენა წილოვანი პორტული ტრაქტი



სურათი 3. ტურნიკატის გატარება მარცხენა წილოვანი პორტული ტრაქტის ზევით
1. კუდიანი წილი; 2. მარჯვენა წილი; 3. ნაღვლის ბუშტი; 4. კვადრატული წილი; 5. ღვიძლის მრგვალი იოგი; 6. ღვიძლის მარცხენა წილი; 7. ტურნიკეტი მარცხენა წილოვანი პორტული ტრაქტის ირგვლივ; 8. მარცხენა წილოვანი პორტული ტრაქტი



სურათი 2. სისხლი მიმოქცევიდან გამოთიშული ღვიძლის მარჯვენა კლასიკური წილი და ნაღვლის ბუშტის ფოსოს მარჯვენა ნახევარი



სურათი 4. სისხლი მიმოქცევიდან გამოთიშული ღვიძლის მარცხენა კლასიკური წილი და კვადრატული წილი და ნაღვლის ბუშტის ფოსოს ნაწილი

ცხრილი 2. დაავადებები და გამოყენებული ქირურგიული ჩარევის მეთოდები

ჩარევის სახე	ანატომიური რეზექციები						ატიპიური რეზექციები
	მარცხენამხრივი კავალური რეზექციები	მარჯვენამხრივი ლატერალური ლობექტომია	მარჯვენამხრივი პარამედიალური ლობექტომია	სეგმენტექტომიები (1,2,3)	კიდიითი რეზექციები	სოლისებრი რეზექციები	სულ
პირველადი კიბო	3			1 (1)			4 (1)
მეორადი კიბო	3 (1)	1	1 (1)	1	1	1	8 (2)
ჰემანგიომა	2					1	3
პოლიკისტოზი	2				1		3
ეპინოკოკოზი	1	1				1	3
ციროზი	1					2	3
სულ	12 (1)	2	1 (1)	2 (1)	2	5	24 (3)

შენიშვნა: ფრჩხილებში ნაჩვენებია ლეტალობით დასრულებული ი შემთხვევების რაოდენობა

დაზუსტების მიზნით ავადმყოფებს ჩაუტარდათ: მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია, პნევმონტგენოგრაფია, ღვიძლის სკანირება, ტრანსუზმბილიკალური პორტოჰეპატოგრაფია, პორტოგრაფია და ქოლანგიოგრაფია, ლაპაროსკოპია, ღვიძლის ბიოფსია, ასევე ლაბორატორიული კვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, კოაგულოგრამა, სისხლის ბოქსიმიური გამოკვლევა. კვლევის აღნიშნულ მეთოდთა კომპლექსურმა გამოყენებამ საშუალება მოგვცა დაგვედგინა სწორი ტოპიკური დიაგნოზი, გადაგვეწყვიტა საკითხი ოპერაბელურობის შესახებ და შეგვეჩინა ქირურგიული ჩარევის მეთოდი.

ჩატარებულია ანატომიური და ატიპიური რეზექციები. მარცხენა პორტული ტრაქტის დროებით დახშობას მივმართეთ 17 შემთხვევაში, ხოლო მარჯვენა პორტული ტრაქტისას კი - 7 შემთხვევაში. აბსოლუტურად ყველა შემთხვევაში გამონაკლისის გარდა ღვიძლის კარის მიდამოში მანიპულაციების დაწყებამდე დროებით იხშობოდა ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოჯი. ერთი ანატომიური წილის სისხლმომარაგებიდან დროებითი გათიშვის

ხანგრძლივობამ 4 ავადმყოფში 8 წუთი შეადგინა, 8-ში - 10-12 წთ, 9-ში - 15-25 წთ, 2-ში - 28-30 წთ და ერთ პაციენტში 43 წთ.

მარჯვენა და მარცხენა პორტული კომპლექსების დრებით დახშობას მივმართავდით, როგორც ქირურგიული ჩარევის დროს წარმოქმნილი პროფუზული სისხლდენისას, ისე ტექნიკური სირთულეების არსებობის დროს მოსალოდნელი სისხლდენის პროფილაქტიკის მიზნით.

აღნიშნული მეთოდით ნაოპერაციები 24 ავადმყოფთაგან ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მე-5, მე-6 და 23-ე დღეს გარდაიცვალა 3 ავადმყოფი, რომელთა გარდაცვალების მიზეზი არცერთ შემთხვევაში არ იყო დაკავშირებული ჩვენს მიერ შემუშავებულ პორტული კომპლექსების დროებითი დახშობის მეთოდთან.

მიღებული შედეგების ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელია გაკეთდეს შემდეგი დასკვნა, რომ ღვიძლის წილოვანი პორტული კომპლექსების დროებითი დახშობა სისხლდენასთან ბრძოლის უბრალო, საიმედო და ეფექტური მეთოდია.

ლიტერატურა:

References:

1. Альперович Б.И. - Резекции печени при опухолях. Онкология 1986, №1, 98-102
2. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. - Нестандартные ситуации при операциях на печени желчных путях М.: Медицина 1987, с 334.
3. Гальперин Э.И., Карагулин Э.И., Мочалов А.М. - Опыт анатомических и атипичных резекции печени. Хирургия 1987, №3, с.56-62
4. Израелашвили М.Ш., Комов Д.В. - Опухоли печени. Тбилиси „Ганატლეба“ 1990, с 350
5. Тоидзе Ш.С, Израелашвили М.Ш. - Выключение афферентных сосудов одной половине печени. В кн: операции на печени временно выключенной из кровоснабжения в условиях искусственного кровоснабжения. Тбилиси, Сабчота საქართველო, 1983, с. 24-43.
6. Тоидзе Ш.С, Израелашвили М.Ш. - Метод временного выключения афферентных сосудов одной половине печени. Методические рекомендации. Тбилиси, с. 14, 1984
7. Умбрумянц О.А. - Обработка сосудов и желчных протоков в воротах печени. Вестник хирургии 1967, №6, с.52-57,
8. Островерхов Г.Е., Зателкин В.Д. - Хирургическая анатомия печени и желчных путей. В кн. Хирургическая анатомия живота. Под редакцией А.Н. Максименкова. Л. Медицина 1972, с. 305-360.
9. Чомахашвили З.Д. - Временное пережатие долевых комплексов с целью борьбы с кровотечением при операциях на печени. - дисс. на соискание ученой степени кандидата мед. наук. 1989
10. Kawarada Y., Ueahara S., Noda M., et al - Nonhepatocyststic malignant mixed tumor primary in the liver. Report two cases. Cancer, 1985, 55.8., 1790-1798.
11. Steele G., Jr., Osteen R.T., Wilson R.E. et al. Patterne failure after surgical cure of large liver tumors. A change in proximate cause of death and need for effective systemic adjuvant therapy. - Amer. J. Surg. 1984, 147.4 - 554-559.

კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი საქართველოში ერთ-ერთი მსხვილი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური სამეცნიერო დაწესებულებაა, რომლის დამაარსებელი და ხელმძღვანელი გახლავთ საექვეყნოდ ცნობილი მეცნიერი, აკადემიკოსი ფრიდონ თოდუა. მიმდინარე წელს შესრულდა მისი დაფუძნების 15 წელი.

ინსტიტუტი აღჭურვილია უახლესი ულტრათანამედროვე სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო აპარატურით, რომელიც განახლების პერმანენტულ რეჟიმშია. ამ მიზნით ინსტიტუტს გაფორმებული აქვს ხელშეკრულებები სამედიცინო აპარატურის მწარმოებელ მსოფლიოს ყველა წამყვან ფირმასთან.

ისტორიისათვის ამ შედარებით ხანმოკლე პერიოდში ინსტიტუტში დაარსდა მედიცინის წამყვანი დარგების: რადიოლოგიის, ქირურგიის, შინაგანი მედიცინის და დიაგნოსტიკის თითქმის ყველა მიმართულების სპეციალიზირებული 32 განყოფილება, სადაც პაციენტთა კვლევა და მკურნალობა ხორციელდება მსოფლიოს წამყვანი კლინიკების დონეზე.

ინსტიტუტის სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობა ხორციელდება საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნულ აკადემიასთან მჭიდრო თანამშრომლობით. ბატონი ფრიდონ თოდუა გახლავთ ამ აკადემიის ბიოლოგიის და მედიცინის განყოფილების ხელმძღვანელი.

ინსტიტუტში ჩატარებული სამეცნიერო კვლევის შედეგები აისახა 3000-ზე მეტ გამოქვეყნებულ ნაშრომსა და მონოგრაფიაში. ინსტიტუტში სისტემატურად ტარდება დარგობრივი სამეცნიერო კონფერენციები



აკადემიკოსი ფრიდონ თოდუა უახლოეს თანამშემწეებთან ერთად: მედიცინის დოქტორები ნინო ჯღამაძე და ნინო თოდუა



და სიმპოზიუმები. უკვე ჩატარდა საქართველოს რადიოლოგთა 4 კონგრესი (1997, 2003, 2010 და 2015 წლებში), რომლებიც თავისი თემატიკით და მნიშვნელობით უტოლდებოდნენ საერთაშორისო კონგრესებს, რადგან მათში მონაწილეობდა მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყნის წამყვანი რადიოლოგი.

ეს სარეკლამო ჩართვა ეძღვნება რადიოლოგიის და ქირურგიის მხოლოდ ორ მიმართულებას.

დღეს ინსტიტუტის პრაქტიკული და სამეცნიერო მუშაობის პრიორიტეტია ონკოლოგია ამ სიტყვის ყველაზე ფართე გაგებით. აქ პაციენტებს შეუძლიათ

ჩაიტარონ კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის სრული სპექტრი: ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია, ჰორმონოთერაპია, იმუნოთერაპია, რადიოთერაპია და ბოლოს მაღალკვალიფიციური ონკოქირურგიული მკურნალობა. დიდი ყურადღება ეთმობა დაავადების ადრეული გამოვლენის, სკრინინგის, ამ მიზნით მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკის მეთოდების გამოყენებას.

რადიაციული ონკოლოგიის დეპარტამენტი (ხელმძღვანელი მედიცინის დოქტორი მ. ბარამია) აღჭურვილია ორი უახლესი ამაჩქარებლით. მასში ინტეგრირებულია სპეციალური კომპიუტერული ტომოგრაფი 3D გამოსახულების მიღებისა და მკურნალობის ტექნოლოგიების სინქრონიზაციით და ავადმყოფს უტარდება ზუსტ გამოსახულებაზე დაფუძნებული სხივური თერაპია. დიდი სიზუსტით ხდება ჯანმრთელი ორგანოებისა და ქსოვილების დაცვა, ხოლო დაზიანებული უბნის დასხივება უმოკლეს დროში. ზუსტად კონტროლირდება დასხივების პარამეტრების სიზუსტე.

ამ დეპარტამენტში კიდევ ბევრი სიახლეა და ახლო მომავალში მიიღებენ უახლესი ტექნოლოგიებით აღჭურვილ აპარატურას.

თოროკო-აბდომინალური ქირურგიის განყოფილება (ხელმძღვანელი მედიცინის დოქტორი თ. გუგეშაშვილი) აღჭურვილია თანამედროვე ქირურგიული აპარატურით და ინსტრუმენტებით: შტორცის ფირმის უახლესი თაობის ლაპარასკოპული ნაკრებით, ულტრაბგერითი სკალპელით, მონოპოლარული რადიოსიხშირული აბლაციის აპარატით, ინტრაოპერაციული რენტგენოლოგიური და ექსკოპიური აპარატურით და სხვ.



აქ მსოფლიოს წამყვან კლინიკებში სტაჟირებული მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების მიერ გულმკერდის და მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადებების დროს ზუსტად განსაზღვრული ჩვენებების პირობებში ულტრათანამედროვე ტექნოლოგიებით კეთდება მაქსიმალურად დამზოგავი, რადიკალური ოპერაციული ჩარევების ფართე სპექტრი.

რაცენზია ახალ წიგნზე

რატომ უნდა წაიკითხოს ეს წიგნი ყველა ექიმმა



“ქვეყანა ტაძარი კი არაა, საცა კაცი უნდა ლოცულობდეს, არამედ სახელოსნოა, საცა უნდა ირჯებოდეს და მუშაობდეს” (ილია)

გაუკვირდა, მაგრამ კაბინეტში შემეყვანა,.... პირდაპირ ვუთხარი, თქვენთან მუშაობა მინდა - მეთქი. მახსოვს სათვალე მოიხსნა და ისე გამომხედა, რაღაცეები გამომკითხა, მერე მითხრა, ბებიაჩემი რაჭველი იყო, ჯოხაძის ქალიო. მოკლედ, ვთხოვე, უფლება მოეცა, როცა საშუალება მექნებოდა ქირურგიის ინსტიტუტში პრაქტიკაზე მევლო, დამთანხმდა და... ასე ნელ - ნელა დავიწყე... ჯერ სანიტარი ვიყავი: ხან ავადმყოფები დამყავდა, საოპერაციოში ვეხმარებოდი. ეტყობა, მაკვირდებოდა ერთხელაც ვიშენესკიმ მკითხა, არ გინდა, საერთოდ მოსკოვში გადმოხვიდე და ჩემთან იმუშაო? როგორ არ მინდა -მეთქი და მოსკოვში გადავედი...”

ეს ვიშენესკი კი იყო აკადემიკოსი მამამისის სახელობის, ანუ ვიშენესკის სახელობის ქირურგიის ინსტიტუტის დირექტორი თვითონაც აკადემიკოსი, სამედიცინო სამსახურის გენერალ პოლკოვნიკი და საბჭოთა არმიის მთავარი ქირურგი.

ვინც კარგად გაეცნობა ამ წიგნს ნახავს რომ ფრიდონ თოდუამ გაიარა ვიშენესკის ინსტიტუტში ექიმისა და მეცნიერის ყველა საფეხური და ბოლოს იყო საბჭოთა კავშირში პირველი კომპიუტერული ტომოგრაფიის განყოფილების ხელმძღვანელი. მან მოსკოვში 1988 წელს მიიღო იმ დროის ქვეყნის ყველაზე მაღალ

2016 წლის მეორე ნახევარში გამოვიდა წიგნი დამაინტრიგებელი სთაურით **“სამშობლოს გრძობა გასაკვირველი”** და უჩვეულო ფორმატით, სადაც დავფრილებით არის წარმოდგენილი აკადემიკოს ფრიდონ თოდუას ცხოვრების სხვადასხვა პერიოდი, მისი პუბლიკაციები პერიოდულ პრესაში, სხვადასხვა დროს გაცემული ინტერვიუები, მისი ცხოვრების ღირსშესანიშნავი მოვლენები, სიძნელები და ზოგიერთი შეცდომის გულახდილი აღიარებაც. ასევე საიუბილეო თუ მაღალი ჯილდოების აღსანიშნავად მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხიდან მიღებული მილოცვები და ბევრი სხვაც რაზეც ქვემოთ გვექნება საუბარი.

ბატონ ფრიდონ თოდუას არ სჭირდება ქართულ და უცხოურ სამედიცინო და არა მარტო სამედიცინო საზოგადოების წინაშე წარდგენა, რადგან ის დღეს მსოფლიოში აღიარებული მედიკოსი, მეცნიერი და საზოგადო მოღვაწეა. მაგრამ როდესაც გაეცნობით ზემოთაღნიშნულ წიგნს სასიამოვნოდ აღმოაჩენთ ბატონი ფრიდონის პიროვნულ, საზოგადოებრივ თუ პროფესიონალურ ბევრ ისეთ ახალ მახასიათებელს, რომელზედაც მკითხველს წარმოდგენაც არა ჰქონდა.

უაღრესად რთული ამოსაცნობია ფრიდონ თოდუას ფენომენი. როგორ დაიწყო ამ ადამიანმა ჩამოყალიბება ცხოვრების ადრეულ ეტაპზე თუ, როგორ აიდგა ბატონმა ფრიდონმა ფეხი მედიცინასა და მეცნიერებაში, ყველაზე კარგად, ალბათ, ბატონი ფრიდონის სიტყვებიდან იქნება ნათელი: **“მეექვსე კურსზე რომ გადავედი, მოსკოვში წავიდი, ვიშენესკის მისაღებაში დავჯექი და ლოდინი დავუწყე, უცებ, კაბინეტიდან გამოვიდა და მკითხა, ვის ელოდებით, მივუგე, თქვენ - მეთქი,**



ჯილდო "საბჭოთა კავშირის სახელმწიფო პრემიის ლაურეანტი" წოდება. მას მოსკოვში ყველაფერი ჰქონდა ბინა, პრესტიჟული სამსახური, ბევრი სახელმწიფო ჯილდო, დიდი კავშირები და პერსპექტივა. მიუხედავად ამისა, როდესაც მას შესთავაზეს სამუშაოდ თბილისში გადასვლა ის, არც შეყოყმანებულა ისე მიატოვა მოსკოვში "საათივით აწყობილი საქმე" და სამშობლოში დაბრუნდა, რაც დაემთხვა ჩვენს ქვეყანაში მიმდინარე დიდ გეოპოლიტიკურ ცვლილებებს, რასაც თითქოს, ხელი უნდა შეეშალა მის სამშობლოში დაბრუნებას და მეცნიერული იდეების განხორციელებას.

მაგრამ, ალბათ, ფრიდონ თოდუას პიროვნულმა ღირსებამ, შრომის უნარმა, ენერგიულობამ და, რაც მთავარია დასახული მიზნისადმი ფანატიკურმა ერთგულებამ გამოიღო შედეგი და დამოუკიდებელმა საქართველომ მიიღო იმ დროისთვის უნიკალური მეტალტექნოლოგიური, სამკურნალო და სამეცნიერო კვლევითი დაწესებულება. ფრიდონმა ყველაფერი ნულიდან დაიწყო და იყო პერიოდი, როცა ექიმის გარდა ის იყო მშენებელიც, სამეურნეო მუშაკიც, ბუღალტერიც და ადმინისტრატორიც.

ქვეყანაში ჯერ კიდევ სამოქალაქო ომის და ურთულესი პოლიტიკური სიტუაციის პირობებში ფრიდონ თოდუას ჰქონდა სწორი ეკონომიკური გათვლები. აი რას წერდა ის ჯერ კიდევ 1992 წ. "ჩვენი მოგების 50% მიდის ინსტიტუტის ბიუჯეტში, 10% ადმინისტრაციის ხარჯებია, 30% ეძლევა უშაუალოდ ექიმს, რომელიც მკურნალობს ავადმყოფს და 10% მომსახურე და ტექნიკურ პერსონალს." (გვ. 33) სწორედ უნივერსიტეტის ბიუჯეტში დაგროვილი 50 პროცენტი გახდა არსებული სამეცნიერო და კლინიკური გიგანტის შექმნის საფუძველი, ხოლო ექიმებისთვის გადახდილმა 30% - მაკი გარკვეულწილად განაპირობა სამედიცინო პერსონალის უმაღლესი დონე.

საქმისადმი ასეთი მიდგომის შედეგი გახლავთ სწორედ ის, რომ დღეს საქართველოში ფუნქციონირებს საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მაღალტექნოლოგიური, მსოფლიოს სამეცნიერო წრეებში აღიარებული კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი.

ყურადღაღებია, ბატონი ფრიდონის ნააზრევი თანამედროვე მედიცინის განვითარებაზე, ჯერ კიდევ 1997 წელს მიცემულ ინტერვიუში სწერდა: "ქვეყანაში ამჟამად არსებულ რთულ ეკონომიკურ ვითარებაში აუცილებელია, რომ სამეცნიერო - კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორები და კლინიკის მთავარი ექიმები ადგილზე მეტ ინიციატივასა და პასუხისმგებლობას იჩენდნენ. ამისათვის მათ უნდა მიენიჭოთ მოქმედების მეტი თავისუფლება და ავტონომია, ყველამ თავად უნდა გაარკვიოს, კონკრეტულ სიტუაციაში არსებობის როგორი ფორმაა, ოპტიმალური და მისაღები როგორც მისთვის, ისე პაციენტებისათვის. ხელმძღვანელებმა უნდა შეცვალონ თავიანთი თანამდებობის მიმართ დამოკიდებულება. ახალი ცხოვრება ახლებურ აზროვნებას მოითხოვს. სამედიცინო დაწესებულება კონკურენტუნარიანი უნდა იყოს. საჭიროა შრომა და ბრძოლა გადარჩენისათვის. მზამზარეულს არავინ არაფერს მოგართმევს." (გვ.630)

ბატონი ფრიდონის მუშაობის პრინციპზე მეტყველებს მისი ნააზრევი, რომელიც მოცემულია წიგნის 53 - ე

გვ.-ზე: "კონკურენცია მხოლოდ სარგებლობის მომტანი უნდა იყოს. ბედნიერი კაცი ვიქნებოდი, რაც უფრო მეტი ძლიერი და კარგი სამედიცინო დაწესებულება გვექნება საქართველოში. ავადმყოფი წავა იქ, სადაც უკეთესი პირობები იქნება. ექიმები, ასეთ შემთხვევაში, შეეცდებიან საკუთარ თავზე მეტი იმუშაონ. მეტად დაფასდება შრომა, ცოდნა, ინიციატივა... ის, რაც სარგებლობას მოუტანს ავადმყოფს."

ბატონი ფრიდონ თოდუას, როგორც ექიმისა და მეცნიერის უმთავრესი მახასიათებლებია: მაღალი ერუდიცია და პროფესიონალიზმი, ფართო ჰორიზონტი, კრიტიკული აზროვნება, შრომის დისციპლინა და მეცნიერული კეთილსინდისიერება. ხატოვნად რომ ვთქვათ, მედიკოსის შრომა, მართლაც შეგვიძლია შევადაროთ ნამდვილ ბრძოლას სიცოცხლის დამკვიდრებისთვის ბატონ ფრიდონის სიტყვებია: "ამ ბრძოლაში ჩვენი პროფესიული ბედნიერება მოვალეობაა - სიცოცხლე შევუნარჩუნოთ ავადმყოფს. ამიტომ არის, რომ ექიმი მოწოდებულია მხოლოდ სხვისი ბედნიერებისათვის. სწორედ ეს გახლავთ ის მძიმე ჯვარი, რომელიც ჩვენი პროფესიის მანძილზე უნდა იტვირთოს."

ალსანიშნავია, ასევე, ფრიდონ თოდუას შესანიშნავი ნააზრევი წიგნის 174 - ე გვ. -ზე: "ამქვეყნად ადამიანისთვის უძვირფასესი განძი სიცოცხლე და ჯანმრთელობაა. ყოველდღიური ყოფითი თუ სულიერი პრობლემებით დატვირთულ მოკვდავს ერყვება ჯანმრთელობა. თუ არა ექიმს, სხვას ვის ძალუძს გაუსანგძღვოს სიცოცხლე? აქედან განსაჯეთ - ექიმობა რაოდენ საპასუხისმგებლო პროფესიაა, ხანგძლივი სწავლის გარდა რამდენ უძილო ღამეს ნებისყოფას, შრომას, და ნიჭს მოითხოვს მკურნალისაგან. ყველზე სრულყოფილი ტექნიკაც კი არარობაა მოაზროვნე, კვალიფიციური ექიმის გარეშე..."

უაღრესად დიდ ინტერესს იწვევს ამ წიგნის ის ადგილები, სადაც ბატონი ფრიდონი გამოთქვამს თავის მოსაზრებას, არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ იმ პრობლემებზე, რომელიც აწუხებს ქართველ, აფხაზ და ოს ხალხს. მისთვის როგორც ტემპარტი ქართველისთვის უაღრესად მნიშვნელოვანია ქვეყნის გამთლიანების საკითხი. წიგნში ბევრგან შეგხვდება ბატონი ფრიდონის ობიექტური ნააზრევი ქვეყნის ამ უმნიშვნელოვანეს პრობლემაზე. მაგალითად გვ. 320 ბატონი ფრიდონ თოდუა 2005 წელს ინტერვიუში გაბედულად საუბრობს ქართულ - ოსურ ურთიერთობების საკითხზე. იმ პერიოდის ხელისუფლების უხეშ შეცდომებზე: "ჩვენ უნდა შევქმნათ გარემო ურთიერთობებისათვისამისთვის კი სწორი ნაბიჯებია საჭირო, მე გეკითხებით, რატომ დახურეს ერგენტის ბაზარი?"

კორესპონდენტის პასუხი - კონტრაბანდის აღმოსაფხვრელად.

ფრიდონ თოდუა - კონტრაბანდის აღმოსაფხვრელად? როგორც ქართველებისათვის ისე ოსებისათვის აჯობებდა, რომ ნორმალური პირობები შეგვექმნა, რომ იქ ადამიანებს წესიერად ემუშავათ. ეს შეცდომა უნდა აღიარონ და ბოდიში მოუხადონ ქართველ და ოს ხალხს იმიტომ, რომ მათ მოუფიქრებელი პოლიტიკა გაატარეს."

ჩემი როგორც რეცეზენტის ყურადღება მიიპყრო გვ. 609 - ზე ფრიდონ თოდუას გულახდილობამ, პირდაპირობამ და ობიექტურობამ ზოგიერთ საზოგადო-



ფრიდონ თოდუას პიროვნული ღირსების და ქართული საზოგადოების წინაშე მისი ღვაწლის ყველაზე დიდი აღიარება იყო მისი დაჯილდოება საქართველოს ეკლესიის უმაღლესი ჯილდოთი წმინდა გიორგის ოქროს ორდენით.

ებრივად თუ პოლიტიკურად საჩოთირო საკითხებზე. კორესპონდენტი ეკითხება - ბატონო ფრიდონ კომპარტიის გჯერათ? პასუხი - "კომპარტიის შიგნით რა ხდებოდა არ ვიცოდი მაგრამ ქვეყნის სიძლიერეს ვხედავდი მაგალითად კოსმოსში ადამიანი პირველად საბჭოთა კავშირიდან გაფრინდა, ჯარიც ძლიერი იყო და ვეებერთელა პატრიოტიზმიც არსებობდა ანუ ქვეყანაც გვიყვარდა... ჩემი სამშობლო მაშინაც და ესხლაც საქართველოა... უმაღლესი განათლება თბილისში მივიღე მოსკოვში კი იმიტომ წავიდი, რომ მეტი მესწავლა და ეს ცოდნა ჩემი სამშობლოსათვის მომეხმარა."

კორესპონდენტი: - "სტალინზე რა აზრის ხართ?"
 ფრიდონ თოდუა: - **"სტალინი დიდი ქართველი იყო"**
 კორესპონდენტი: - "დიდი გენიოსი და ბოროტი ქართველი" ფრიდონ თოდუა: **"ამას ისტორია შეაფასებს... ისე ბერიაზე თავის დროზე ათას რამეს წერდნენ ახლა კი ამბობენ გენია იყო."**

2005 წელს ასეთი გაბედული გამოსვლები პრესაში, რბილად რომ ვთქვათ, სახიფათო იყო.

ასევე საინტერესოა გამონათქვამი, მის წიგნში გვ. 610 - ზე: "კი ბატონო, კომპარტიის წევრი ვიყავი, მაგრამ ის წყობა დაიშალა და არცერთ პარტიაში შესვლაზე არ მიფიქრია მაშინაც კომპარტიის წევრი იმიტომ გავხდი, რომ სხვა მენტალიტეტი არსებობდა და სხვანაირად საზღვარგარეთ სასწავლებლად ვერ წავიდოდი."

ბატონმა ფრიდონმა თავის ცხოვრების წესით, კეთილშობილებით, უანგარობითა და ადამიანის მიმართ გამორჩეულად კეთილი განწყობილების გამო ფართო საზოგადოების სიყვარული და პატივისცემა დაიმსახურა. წიგნში მრავლადაა მისი მაღლიერი პაციენტების თუ მეგობრების სამადლობელი სტრიქონები მოვიყვან მხოლოდ ერთს გვ. 325 - ზე:

"მადლობელი ვარ, ბატონო ფრიდონ, მართლ ჩემი იმქვეყნიური გზიდან მობრუნებისათვის კი არა, მადლობელი ვარ, ქართველ ერს რომ ჰყავხართ. მადლობელი ვარ, ქართველობას (და არა მხოლოდ ქართველობას) ეს თანამედროვე უნიკალური ტექნიკით აღჭურვილი კლინიკა და მაღალპროფესიონალი კოლექტივი რომ აჩუქეთ. გვარავდეთ ღმერთი!"

ქართული მედიცინის ბევრ სპეციალობათა შორის თანამედროვე რადიოლოგია განსაკუთრებით მაღალ დონეზე განვითარებული, როგორც ტექნიკური აღჭურვილობის კუთხით, ისე მაღალი დონის კვალიფიციური კადრებით. ყოველივე ამან ბატონ ფრიდონს საშუალება მისცა ჩაეტარებინა თბილისში საქართველოს რადიოლოგთა ოთხი კონგრესი მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყნის წამყვანი რადიოლოგების მონაწილეობით. ამ წიგნში არის ამომწურავი ინფორმაცია ყველა, ოთხივე კონგრესზე.

ბატონი ფრიდონი გამოირჩევა გულისხმიერებითა და განსაკუთრებული ყურადღებით თავისი კოლეგების, თანამშრომლების მიმართ ყოველთვის ობიექტურად აფასებს მათ ნაღვაწს და ამ წიგნშიც ბევრგან შევხვდებით მის უაღრესად თბილ წერილებსა და გამონათქვამებს თავის კოლეგებზე: **"პროფესორ რეზო ვეფხვაძის მსგავს გამორჩეულ ადამიანებზე ზოგადი სიტყვებით საუბარი ძნელია. საერთოდ ვთვლი, რომ როდესაც ცხოვრებაში გვეძლევა საშუალება გვქონდეს**

კონტაქტი ასეთ პიროვნებასთან, ნამდვილი ბედნიერებაა. ბედნიერი ვარ, რომ ჩემი ცხოვრების რაღაც მონაკვეთი განსაკუთრებული ნიჭისა და ნათელი გონების მქონე ადამიანთან ბატონ რეზო ვეფხვაძესთან, მჭიდრო საქმიან, კოლეგიალურ და მეგობრულ ურთიერთობაში გავატარე." (გვ. 639)

ერთი საჟურნალო რეცენზიის ფორმატში შეუძლებელია ამ ფართომასშტაბიან წიგნში მოცემული ყველა ინფორმაციის გაანალიზება, მაგრამ გვერდს ვერ აუვლით წიგნის 114 გვერდზე ასახულ ფრიდონ თოდუას ერთ სამამულიშვილო წამოწყებას. ეს ეხება, თითქოს, მედიცინისთვის და ფრიდონ თოდუასთვის უცხო პრობლემას სოფლის მეურნეობას და კერძოდ საქართველოში ჩაის კულტურის გადარჩენას. საფუძვლიანი ეკონომიკური გათვლების შემდეგ ბატონი ფრიდონის ინიციატივით მისმა ინსტიტუტმა შეიძინა იმ დროის ერთი შეხედვით ნაკლებად პერსპექტიული ნარაზენის მეურნეობის აქციათა 40 პროცენტი ინსტიტუტმა მეურნეობის აქციების შეძენით ფაქტიურად დააფინანსა ნარაზენის მეორნეობა, რამაც იმოქმედა ისე როგორც მძიმე შოკში მყოფი ავადმყოფისათვის სისხლის გადასხმამ. ფეხზე დადგა მეურნეობა, რეგიონში აღორძინდა ჩაის კულტურა, ხოლო შემდგომში იქიდან განხორციელებულმა რეინვესტიციამ თავისი როლი ითამაშა ინსტიტუტის სასიკეთოდ.

წიგნში მრავლად გვხვდება ადგილები, რომლებიც სრულად ასახავენ აკადემიკოს ფრიდონ თოდუას ინტერესების ფართო სპექტრს როგორც კლინიკური მედიცინის აწმყოსა თუ მომავალზე, ისე მისი სათაყვანელები სამშობლოს გამთლიანებაზე, ქვეყნის ეკონომიკურ გაძლიერებაზე და სხვა საზოგადოებრივად საჭირობო საკითხებზე. ვფიქრობ, მართებული იქნება თუ ამ წიგნზე რეცენზიას დავამთავრებ თვით ბატონ ფრიდონის ნააზრევით ცოტა ხნით ადრე წიგნის გამოცემამდე 2016 წლის 9 ივნისს: **"ეხლა როგორც არასოდეს საჭიროა პრინციპულობა, საკუთარი სიმართლის გატანის უნარი, ბრძოლის ჟინი. მე არ ვგულისხმობ დარგინისეულ ბრძოლას გადარჩენისათვის და ჯუნგლის კანონებს ღმერთმა დამიფაროს, მაგრამ თუ ადამიანში არ არის მეტრძოლი სული მისთვის შეუძლებელია მიზნის მიღწევა... ქვეყნის გამთლიანების პერსპექტივა რეალური გახდება მხოლოდ და მხოლოდ მაღალ ღირებულებებზე დაფუძნებულ და ძლიერი ეკონომიკის მქონე სახელმწიფოში, სადაც ცხოვრება ყველასთვის ერთნაირად მიმზიდველია."** (გვ. 618 - 620)

როცა აკადემიკოს ფრიდონ თოდუას ამ წიგნს გავცვანი გადავწყვიტე რეცენზიისათვის წამემძღვარებინა ქართველი ერის სულიერი მოძღვრის დიდი ილიას ერთი ბრძნული შეგონება.

მკითხველი უთუოდ დამეთანხმება, რომ ბატონი ფრიდონი ღირსეულად დადის დიდი ილიას ნაკვალევზე და არ აკლებს მშობლიურ ქვეყანას გარჯასა და შრომას.

აი, რატომ უნდა წაიკითხოს ეს წიგნი ყველა ექიმმა და ყველა მოაზროვნე ქართველმა.

პროფესორი გურამ ტატიშვილი

ქართული ქირურგიის სათავეებთან



ალექსანდრე მაჭავარიანი

გამოჩენილი ქართველი დასტაქარი, ქართული მეცნიერული და პრაქტიკული ქირურგიის ერთ-ერთი ფუძემდებელი, შესანიშნავი ქირურგიული სკოლის შემქმნელი, ბრწყინვალე პედაგოგი, უზადო მოქალაქე, რაფინირებული ინტელიგენტი და მრავალმხრივ განათლებული პიროვნება ალექსანდრე გიორგის ძე მაჭავარიანი დაიბადა 1884 წლის 17 თებერვალს ულამაზეს ქალაქ ბათუმში, ცნობილი იურისტის გიორგი დავითის ძე მაჭავარიანის და ეკატერინე ნიკოლოზის ასულ შოთაძის ოჯახში.

8 წლის ასაკში იგი მიაბარეს ქუთაისის კლასიკურ გიმნაზიაში, რომელიც მან წარმატებით – ვერცხლის მედლით დაამთავრა და იმავე წელს ჩაირიცხა ნოვოროსისისკის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე, ხოლო შემდეგ სწავლა განაგრძო პეტერბურგის სამხედრო სამედიცინო აკადემიაში. სათნო გარეგნობის, უნიჭიერესმა, შრომისმოყვარე, განათლებულმა და შესანიშნავად აღზრდილმა ქართველმა ახალგაზრდამ თავიდანვე მიიპყრო აკადემიის პროფესორ-მასწავლებელთა, მათ შორის დიდი რუსი ქირურგის, აკადემიკოს ნ.ა. ველიამინოვის ყურადღება, რომელმაც პერსპექტიულ ახალგაზრდას მუშაობა თავის კლინიკაში შესთავაზა. 1910 წელს აკადემიის პირველი ხარისხის დიპლომით დამთავრების შემდეგ იმავე კლინიკის ორდინატორი გახდა.

1911 წელს აკადემიკოს ნ.ა. ველიამინოვის განკარგულებით ა.გ. მაჭავარიანი სათავეში ჩაუდგა სამეცნიერო-სამედიცინო ექსპედიციას, რომელსაც უნდა შეესწავლა მთიან სვანეთში ჩიყვის გავრცელება და შესაძლებლობის ფარგლებში დაედგინა ამ დაავადების აღმოცენების ხელშემწყობი მიზეზები. ექსპედიციის მიერ შეკრებილ ინფორმაციას მნიშვნელოვანი სამეცნიერო და პრაქტიკული ღირებულება ჰქონდა. პეტერბურგში დაბრუნების შემდეგ ალექსანდრე მაჭავარიანი აქვეყნებს რამდენიმე სამეცნიერო ნაშრომს: 1. „ცვლილებები სისხლში ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებისას“, 2. „ჩიყვის ენდემია სვანეთში ადგილმდებარეობის გათვალისწინებით და წყლის თავისებურებიდან გამომდინა-

რე“, 3. „სისხლის წებოვნება, შედედება და სისხლის ბოგიერთი სხვა ჰემატოლოგიური მონაცემები ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების დროს“. ეს უკანასკნელი სტატიი შემდგომში წარდგენილი იყო სადოქტორო დისერტაციის სახით, რომელიც ბატონმა ალექსანდრემ 1914 წელს პეტერბურგში წარმატებით დაიცვა.

აკადემიკოსმა ნ.ა. ველიამინოვმა ალექსანდრე მაჭავარიანს „მედიცინის ტემპარატი რაინდი“ უწოდა.

პირველი მსოფლიო ომის დაწყებისთანავე ალექსანდრე მაჭავარიანი მიემგზავრება ფრონტზე. იგი მუშაობდა ვარშავის სხვადასხვა ჰოსპიტალში, შემდეგ ფრონტის სხვადასხვა უბანზე ასრულებდა ქირურგ ინსტრუქტორის მოვალეობას, ბოლოს კი დაინიშნა არმიის ელიტარული ნაწილის მთავარ ქირურგად.

ომის დამთავრების შემდეგ ალ. მაჭავარიანი ბრუნდება სამშობლოში და ინიშნება ამიერკავკასიის სამხედრო ჰოსპიტალის ქირურგ-კონსულტანტად.

თბილისის უნივერსიტეტის გახსნის პირველსავე დღეს პროფესორი ალ. მაჭავარიანი არჩეულ იქნა ტოპოგრაფიული ანატომიის და ოპერაციული ქირურგიის კათედრის გამგედ, რომელიც მან შემდეგ გადასცა ეკატერინოსლავიდან დაბრუნებულ პროფესორ ნიკოლოზ კახიანს, ხოლო თავად 1919 წლიდან სიცოცხლის ბოლომდე საფაკულტეტო ქირურგიის კათედრას ხელმძღვანელობდა.

1918 წელს ალ. მაჭავარიანი დაოჯახდა. მისი რჩეული გახდა კეთილშობილი, ნიჭიერებით ცნობილი ქალბატონი ეკატერინე ლევანის ასული ჯანდიერი, რომელიც იყო იყო სამაგალითო მეუღლე და სამი ვაჟის მზრუნველი დედა, მათ შორის ორი ტყუპის. უფროსი ვაჟი დავითი, მეორე მსოფლიო ომის მონაწილე, გამოჩენილი მამაცობისა და გმირობისთვის დაჯილდოებული იყო არაერთი ორდენითა და მედლით. ტყუპი ძმები მამის კვალს გაჰყვნენ. ლევანმა აირჩია ოფთალმოლოგია და შემდგომში გახდა რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფოს ოფთალმოლოგიური განყოფილების გამგე. მეორე ტყუპისცალი, გიორგი მაჭავარიანი – მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის საფაკულტეტო ქირურგიის კათედრის დოცენტი, მაღალი დონის ქირურგი-პროფესიონალი, გულისხმიერი პედაგოგი და სამაგალითო მოქალაქე.

პროფესორ ალ. მაჭავარიანის საფაკულტეტო ქირურგიის კათედრაზე მოღვაწეობის პერიოდში კლინიკაში გაიხსნა უროლოგიური, ტრავმატოლოგიური და ნეიროქირურგიული განყოფილებები.

1938 წელს პირველად საქართველოში, პროფესორ ალექსანდრე მაჭავარიანის კლინიკის ბაზაზე და მისი უშუალო თაოსნობით გაიხსნა 20 საწოლზე გათვლილი ნეიროქირურგიული განყოფილება, რომელსაც სათავეში ჩაუდგა ახალგაზრდა დოცენტი კ.პ. ჩიქოვანი.

ახლად გახსნილ განყოფილებაში პროფ. ალექსანდრე მაჭავარიანის უშუალო მონაწილეობით გაკეთდა თანამედროვე კრიტერიუმებითაც ისეთი რთული ოპერაციები, როგორცაა ჰიპოფიზის სიმსივნის ამოკვეთა,

ქალას უკანა ფოსოს გახსნა ავთვისებიანი სიმსივნის გამო და პირველად საქართველოში მრავლობითი პარასავიტალური მენინგიომების მოცილება ავადმყოფის განკურნებით.

პროფესორი ალ. მაჭავარიანი იყო შესანიშნავი პედაგოგი და ლექტორი. ზოგადი და პროფესიონალური ბრწყინვალე განათლება, გადმოცემის მშვიდი და დამაჯერებელი მანერა, სალექციო თემის სიღრმისეული ცოდნა და შესანიშნავი, ღვთით ბოძებული ორატორული ნიჭი განუმეორებელ ხიბლს მატებდა მის ლექციებს. აუდიტორია ყოველთვის სავსე იყო მსმენელებით.

პროფესორ ალ. მაჭავარიანის ლექციები ითლებოდა ჭეშმარიტი პედაგოგიკის ეტალონად. მეტად საინტერესო სანახაობას წარმოადგენდა პროფესორ ალექსანდრე მაჭავარიანის შემოვლა კლინიკაში სტუდენტებთან ერთად, როდესაც იგი ტრადიციულად პასიურ მაცურებლად მყოფ მომავალ ექიმებს ავადმყოფის გამოკვლევის აქტიურ მონაწილეებად აქცევდა. შემდეგ პროფ. ალ. მაჭავარიანი დაასახელებდა ორ ან სამ სავარაუდო დიაგნოზს და სტუდენტს უნდა აერჩია მისი ვარაუდით ერთი სწორი დიაგნოზი და არჩევანის ჭეშმარიტება დაესაბუთებინა ლოგიკური მსჯელობით. სწორი პასუხის შემთხვევაში სტუდენტს ეძლეოდა უფლება მიეღო ოპერაციაში მონაწილეობა მესამე ან მეორე ასისტენტის სტატუსით.

დიდი დამსახურება მიუძღვის პროფ. ალ. მაჭავარიანს ქირურგიის ქართულენოვანი სახელმძღვანელოების შექმნაში, რომლის მწვავე დეფიციტი იგრძნობოდა უნივერსიტეტის დაარსების გარკვეულ პერიოდში. 1927 წელს პროფ. ალ. მაჭავარიანის მიერ გამოქვეყნებული აბდომინური ქირურგიის ორტომეულმა დიდი დახმარება გაუწია არა მარტო სტუდენტებს, არამედ საექიმო ასპარეზზე გამოსულ ახალგაზრდა ექიმებსაც. სახელმძღვანელოში განსაკუთრებით კარგადაა გაშუქებული საკმაოდ მდიდარი კლინიკური მასალა, რომელიც ეხება აპენდიციტის პრობლემებს. პროფ. ალ. მაჭავარიანმა ერთ-ერთმა პირველმა ქართველ ქირურგთა შორის მხარი დაუჭირა მწვავე აპენდიციტის ქირურგიული მკურნალობის პროპაგანდას.

პროფესორი ალ. მაჭავარიანი დიდ მზრუნველობას იჩენდა ავადმყოფების მიმართ. როგორც წესი, ის დროის ნებისმიერ მონაკვეთში ნახულობდა ნაოპერაციებ და მძიმე ავადმყოფებს. ზოგჯერ ის მოულოდნელად გამოჩნდებოდა კლინიკაში ღამის პირველ ან ორ საათზე.

ავადმყოფები ენდობოდნენ მას, სჯეროდათ მისი „მსუბუქი ხელის“, მოხიბლული იყვნენ მისი ყურადღებით და გულსხმიერებით. აქედან გამომდინარე არაა გასაკვირი მისი მაღალი ქირურგიული აქტივობა.

თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის საფაკულტეტო ქირურგიის არქივის მასალების თანახმად, პროფესორ ალ. მაჭავარიანის კათედრის გამგეობის პერიოდში (დაახლოებით 20 წელი) კლინიკაში შესრულებულია 20 787 ოპერაცია, მათ შორის ბატონი ალექსანდრეს მიერ შესრულებულია 10 000-ზე მეტი. წითელი ჯვრის საავადმყოფოში, სადაც ალ. მაჭავარიანი შეთავსებით განყოფილების გამგე იყო, მის მიერ შესრულებულია 3000 ოპერაცია. ამავე დროს, მას ხშირად იწვევდნენ რთულ

ოპერაციებზე სამხედრო ჰოსპიტალში და მთელ რიგ კერძო კლინიკებში, რომლებიც 20-იან წლებში ფუნქციონირებდა თბილისში.

1934 წელს პროფ. ალ. მაჭავარიანმა და ცნობილმა თერაპევტმა ა.ს. ალადაშვილმა თბილისში, ქალაქის II კლინიკური საავადმყოფოს ბაზაზე დააფუძნეს სასწრაფო დახმარების განოფილება, რომელიც გადაკეთდა სასწრაფო დახმარების დამოუკიდებელ საავადმყოფოდ. აღნიშნულ სტაციონარს წლების მანძილზე ხელმძღვანელობდა პროფესორი ალ. მაჭავარიანი.

პარალელურად ბატონი ალექსანდრე აქტიურად იყო ჩართული საზოგადოებრივ საქმიანობაში. 1924-1935 წლებში პროფესორი ალ. მაჭავარიანი საქართველოს ექიმთა საზოგადოების ქირურგიული სექციის თავმჯდომარე იყო და 1925, 1935 წლებში ამიერკავკასიის ქირურგთა ყრილობების საორგანიზაციო კომიტეტის წევრი. 1937 წელს იგი დაინიშნა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის კომისრიის მოადგილედ. ამავე პერიოდში იყო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის წარმატებული დირექტორი. 1931 წელს ბატონი ალექსანდრე აირჩიეს ამიერკავკასიის, ხოლო 1934 წელს საქართველოს აღმასრულებელი კომიტეტის წევრად.

1937 წელს პროფესორი ალ. მაჭავარიანი არჩეულ იქნა საბჭოთა კავშირის უმაღლესი საბჭოს დეპუტატად.

ბატონ ალექსანდრეს მეგობრული ურთიერთობა ჰქონდა დიდ ქართველ მოღვაწეებთან: ივანე ჯავახიშვილი, პეტრე მელიქიშვილი, ზაქარია ფალიაშვილი, კონსტანტინე მარჯანიშვილი, ქეთევან მაღალაშვილი, გრიგოლ მუხაძე, ნიკოლოზ კახიანი, ალექსანდრე ნათიშვილი, ალექსანდრე ალადაშვილი და სხვ.

ბატონი ალექსანდრე იყო მუსიკის დიდი თაყვანისმცემელი, ჭეშმარიტი მელომანი.

ქართული ქირურგიის დიდი მოღვაწე, სამშობლოს წინაშე ვალმოხდილი ალექსანდრე გიორგის ძე მაჭავარიანი 1941 წლის 22 აპრილს, 57 წლის ასაკში გარდაიცვალა მოსკოვში, ავთვისებიანი შორსწასული სიმსივნის გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ. დიდი მეცნიერის, ბრწყინვალე ქირურგის და პედაგოგის, ჭეშმარიტი სახალხო მკურნალის გარდაცვალების გამო ნეკროლოგები გამოქვეყნდება რესპუბლიკურ პრესაში, სამედიცინო ჟურნალებში, მოსკოვის და ლენინგრადის პრესაში.

დაბოლოს, მინდა ჩემი მოკრძალებული ნარკვევი დავამთავრო პროფესორ ალექსანდრე მაჭავარიანის ღირსეული მოწაფის, პროფესორ ეფრემ ზაქარაიას სიტყვებით: „ალექსანდრე მაჭავარიანი, გრიგოლ მუხაძე და ნიკოლოზ კახიანი მოგვევლინენ იმ სამ ვეშაპად, რომელთა ზურგზე ძევს ახალგაზრდა, მაგრამ მძაფრად განვითარებადი ქართული ქირურგია. სწორედ ისინი გახდნენ მამოძრავებელი ძალა ქართული ქირურგიის რენესანსისა. მათ სკალპელს, რომელსაც მართავდა ბრწყინვალე ძლიერი გონება, ჰქონდა იგივე მნიშვნელობა ქართული აკადემიური ქირურგიის განვითარებისათვის, რაც მიქელანჯელოს საჭრეთელს, ლეონარდო დავინჩის და ტიცინის ფუნჯს იტალიური რენესანსისთვის“.

პროფესორი დ. ხაზარაძე

კვალი ნათელი

გერმანე ახალაძე

პროფესორი გერმანე ახალაძე იყო საქართველოში მეცნიერული ქირურგიის ფუძემდებლის გრიგოლ მუხაძის მოწაფეთა ბრწყინვალე თანავარსკვლავედის ერთ – ერთი წევრი. მან ეგნატე ფიფიას, მიხეილ ჩაჩავას, მემედ კომახიძის, დავით მამათავრიშვილის და სხვებთან ერთად ბევრი რამ გააკეთა დიდი მასწავლებლის საქმის უკვდავსაყოფად, რაც ქართული კლინიკური და მეცნიერული ქირურგიის კიდევ უფრო მაღალ დონეზე განვითარებაში გამოიხატა.

ამ წელს დაბადებიდან 110 წელი შეუსრულდა. იგი დაიბადა 1906 წლის 1 ივლისს ჩოხატაურის რაიონის სოფელ ნაკადულში. გერმანე იყო მერვე შვილი. მამამ სიკვდილის წინ უფროს შვილებს დაუბარა გერმანესგან ექიმი გაზარდეთო და მათაც აუსრულეს მამას ანდერძი.

გერმანემ 1931 წელს დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი. გრიგოლ მუხაძის ხელმძღვანელობით გაიარა კლინიკური ორდინატურის 3 – წლიანი კურსი და მისივე რჩევით (ეს გ. მუხაძის დაუწერელი კანონი იყო) წავიდა სამუშაოდ ყაზბეგის რაიონში, სადაც მის ჩასვლამდე მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება იყო ფერშალის დონეზე. ყაზბეგში მან პირველი ოპერაცია შეასრულა ღვიძლის ექინოკოკოზის გამო.

გრიგოლ მუხაძე საქართველოს რეგიონებში გაგზავნილ თავის მოწაფეებს უყურადღებოდ არ სტოვებდა და პერიოდულად აგზავნიდა მოსკოვის და სხვა დიდი ქალაქების ქირურგიულ ცენტრებში კვალიფიკაციის ასამაღლებლად. ამ პერიოდში გერმანე ახალაძე სხვადასხვა დროს იყო სტაჟირებაზე იუსტინე ჯანელიძის, სერგეი იუდინის და ბორის პეტროვის კლინიკებში, ხოლო ყაზბეგში მას გრიგოლ მუხაძესთან ერთად დიდი რუსი ქირურგი სერგეი იუდინი სტუმრობდა. ყაზბეგში გერმანე ახალაძემ მნიშვნელოვანი პრაქტიკული გამოცდილება მიიღო. მის არსენალში იყო გარდა ზოგადი ქირურგიულია, უროლოგიური, ტრავმატოლოგიური, გინეკოლოგიური, ნეიროქირურგიული, და სხვა ოპერაციები.

დადგა დრო და გრიგოლ მუხაძემ მოწაფე, რომელმაც გაამართლა ყაზბეგში მასწავლებლის იმედები გაიხმო თბილისში და ჩარიცხა ასპირანტურაში. 1937 – 1939 წლებში გერმანე ახალაძე იყო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის ასპირანტი, ხოლო მედიცინის მეცნიერებათა კანდადატის სამეცნიერო ხარისხზე დისერტაციის დაცვის შემდეგ 1940 წელს არჩეულ იქნა პედიატრიული ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის ასისტენტად. აქ ის მუშაობდა პროფ. ეგნატე ფიფიას ხელმძღვანელობით. 1941 – 1946 წლებში ბატონი გერმანე იყო დიდი სამამულიო ომის ყველაზე მძიმე უბნებზე და თავგანწირვით იღწვოდა როგორც სამხედრო ექიმი. თავდაპირველად იყო ქერჩის წინა ხაზის საველე ჰოსპიტლის მთავარი ქირურგი. უმძიმეს პირობებში თავდაუზოგავად შრომობდა საოპერაციო



და უკანასკნელმა დატოვა ალყაშემორტყმული ქერჩი. ამის შემდეგ იყო უკრაინის მე – 2 ფრონტის ერთ – ერთი არმიის წამყვანი ქირურგი. დიდი სამამულიო ომის დამთავრების შემდეგ, ის გადაიყვანეს შორეულ აღმოსავლეთში, კერძოდ მანჯურიაში, ისევ არმიის წამყვან ქირურგად.

სამშობლოს წინაშე დიდი დამსახურებისათვის დაჯილდოვებული იყო საბრძოლო ორდენებითა და მედელები მიღებული ჰქონდა უმაღლესი მთავრსარდლობის 22 მადლობა.

გერმანე ახალაძე თბილისში დაბრუნდა 1946 წელს და მალევე გააგრძელა კლინიკური, სამეცნიერო და პედაგოგიური მუშაობა იმავე კათედრაზე, საიდანაც ის გაიწვიეს ფრონტზე. აქ მან რამდენიმე ათეული წელი იმუშავა დიდი ქართველი ქირურგის პროფესორ მიხეილ ჩაჩავას გვერდით ჯერ როგორც კათედრის ასისტენტმა, შემდეგ დოცენტმა, ხოლო 1961 წელს მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის სამეცნიერო ხარისხის მოპოვების შემდეგ არჩეული იყო კათედრის პროფესორად. მისი უკანასკნელი სამუშაო ადგილი იყო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის ქირურგიული კათედრა სუბორდინატორებისათვის.

პროფესორი გერმანე ახალაძე იყო გამოცდილი კლინიცისტი, გამოჩენილი ქირურგი, ფართოდ ერუდირებული პედაგოგი, ახალგაზრდა სპეციალისტების მეგობარი და აღმზრდელი, რომელმაც დიდი ღვაწლი დასდო ქირურგთა კვალიფიკაციური კადრების მომზადების საქმეს მან ნახევარ საუკუნეზე მეტი გაატარა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში პედაგოგიურ სარბიელზე. ის სხვადასხვა გარემოებათა გამო არ ყოფილა კათედრის გამგე, რათა შეექმნა საკუთარი ქირურგიული სკოლა, მაგრამ ბევრი წარმატებული ქი-



1954 წელი. პროფესორები მიხეილ ჩაჩავა და გერმანე ახალაძე კლინიკის ახალგაზრდა ექიმთა გარემოცვაში, საიდანაც ექიმი გივი გონჯელაშვილი, სუბორდინატორები ზურაბ ცხაკაია და გურამ ტატიშვილი მომავალში ჩამოყალიბდნენ ქირურგიული კათედრის გამგეებად და ღირსეულად გააგრძელეს მასწავლებლების გზა.

რურგი მიიჩნევს მას თავის ერთ - ერთ მასწავლებლად. ეს არც თუ იშვიათი მოვლენაა და ხვედრია მრავალი აღიარებული მოღვაწისა, თუნდაც პროფესორი ილია დავითაია, აკადემიკოს ეგნატე ფიფიას მარჯვენა ხელი, დიდებული ქირურგი და ბრწყინვალე პედაგოგი.

ალსანიშნავია გერმანე ახალაძის როგორც მეცნიერისა და მკვლევარის ნაღვაწი. ის იყო სამოცდაათზე მეტი სამეცნიერო შრომის და ნ მონოგრაფიის ავტორი. მისი საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაციები ეხებოდა ოპერაციული შოკის საკითხებს, რაც იმ დროს იყო უაღრესად აქტუალური. მისი სამეცნიერო შრომათა უმრავლესობა მიძღვნილი იყო მუცლის ღრუსა და მუცლის ტრამვის ქირურგიას, გაუტკივარებას, ფარისებრი ჯირკვლის, ბრუცელაზის ქირურგიულ მკურნალობას, სამხედრო - სავლელე ქირურგიის პირად გამოცდილებას და სხვა.

ბატონი გერმანე იყო საქართველოს გრ. მუხაძის სახელობის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების აქტიური წევრი. მისი ყოველი გამოსვლა გავრცელებული იყო დიდ პირადი პრაქტიკული და მეცნიერული გამოცდილებით.

პროფესორმა გერმანე ახალაძემ ქართულ საზოგა-

დობას დაუტოვა შესანიშნავი ოჯახი. მას ყავდა ბრძენი და კეთილშობილი მეუღლე - ქალბატონი თამარი და ერთმანეთზე ღირსეული შვილები. მისი სათაყვანებელი ქალიშვილები ოჯახისშვილობას, სათნოებას და კეთილშობილებას ასხივებენ. რაოდენ სასიხარულო და ნიშანდობლივია რომ მისმა შვილმა გურამმა და შვილიშვილმა დიმიტრმა ღირსეულად გააგრძელეს მამის ტრადიციები. გურამ გერმანეს ძე ახალაძე დღეს საქვეყნოდ აღიარებული სპეციალისტია ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ქირურგიაში. შვილიშვილი დიმიტრი კი უკვე მედიცინის დოქტორია და ბავშვებში ღვიძლის გადანერგვის საქმეში ცნობილი სპეციალისტი.

სამშობლოს წინაშე ვალმოხდელი ექიმის, ცნობილი ქირურგის, მეცნიერის და პედაგოგის პროფესორ გერმანე ახალაძის ხსოვნას სათუთად ინახავენ მისი მოწაფეები და მადლიერი პაციენტების ოჯახები.

**თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
საქართველოს გრ. მუხაძის სახელობის ქირურგთა
სამეცნიერო საზოგადოება**

ბახსენება

გურამ გვასალია

ამ ცოტა ხნის წინ გარდაიცვალა ცნობილი ქართველი ქირურგი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი გურამ გვასალია.

გურამ გვასალიამ 1969 წ. წარჩინებით დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტი.

1969-1972 წლებში იყო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის ასპირანტი.

1973-წლიდან გარდაცვალებამდე მან ღირსეულად გაიარა კლინიკის, მეცნიერის და პედაგოგის ყველა ეტაპი. გამოირჩეოდა ხელმძღვანელის და ორგანიზატორის უნარ ჩვევებით.

1990-1994 წლებში იყო კათედრის დოცენტი, ხოლო 1994 წლიდან კათედრის პროფესორი.

1986-1989 წლებში პარალელურად ითავსებდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ინტერნატურისა და საწარმოო პრაქტიკის დეკანის მოადგილის თანამდებობას.

1989-1994 წლებში იყო საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარი ქირურგის თანამდებობაზე.

1989-1996 წლებში საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო პროგრამების მართვის დეპარტამენტის უფროსია.

1996-2000 წლებში რესპუბლიკის ცენტრალური საადამიანოვანო ერთ-ერთი კლინიკის ხელმძღვანელი.

2006-2007 წლებში იმყოფებოდა საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო ჰოსპიტალის დირექტორის და მთავარი ქირურგის თანამდებობაზე დიდი ღვაწლი დასდო ქართველ მეზობლებს ქირურგიული მკურნალობის საქმეში, განსაკუთრებით 2008 წლის მოვლენების დროს.

1994-2006 წლებში თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიის დეპარტამენტის ქირურგიულ სნეულებათა მიმართულების პროფესორი.

2006 წ. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიის დეპარტამენტის N 1 ქირურგიულ სნეულებათა მიმართულების ასოცირებული პროფესორი.

როგორც სტუდენტობის, ისე ასპირანტურაში სწავლის დროს გამოირჩეოდა მიზანდასახულობით, მუყაითობით, აქტიურად მონაწილეობდა ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების და კონფერენციების მუშაობაში. უკვე იმ წლებში მას ჰქონდა 10-ზე მეტი მნიშვნელოვანი სამეცნიერო შრომა.

გურამ გვასალიამ 1974 წელს დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია „ზოგიერთი ბიოქიმიური ცვლილებები შინაგან ორგანოთა ფუნქციური მდგომარეობა ნაწლავის გარეთა ფისტულების დროს და მათი მკურნალობა“ 1990 წელს მიენიჭა დოცენტის წოდება.

1992 წელს იცავს სადოქტორო დისერტაციას თემა-



ზე „დიფუზური პერიტონიტი და პერიტონეული სეფსისი“ დიაგნოსტიკა და მკურნალობის კრიტერიუმების სტრუქტურული ციტოქიმიური დასაბუთება“ და 1994 წელს მიენიჭა პროფესორის წოდება.

ის წარმატებით ათავსებდა პედაგოგიურ და კლინიკურ საქმიანობას სამეცნიერო მუშაობასთან, მუდამ იყო ახლის ძიებაში, ხშირად აქვეყნებდა სამეცნიერო სტატიებს ქვეყნის და უცხოურ სამეცნიერო ჟურნალებში, ღებულობდა მონაწილეობას რუსეთისა და უცხოეთის სამეცნიერო კონფერენციებზე მოსკოვი, ა.შ. შტატებში და ა. შ. არის 3 სადოქტორო დისერტაციის კონსულტანტი, 1 საკანდიდატო დისერტაციის ხელმძღვანელი, იყო თსსუ ხარისხის მიმნიჭებელი სამეცნიერო საბჭოს წევრი.

გურამ გვასალია ბუნებით იყო ნოვატორი და დღენიადაც ახლისკენ მისწრაფოდა. 1985 წელს, მან გამოაქვეყნა დიდი მეცნიერული ღირებულების მონოგრაფია „ჩირქოვანი ქირურგიის აქტუალური საკითხები“, ხოლო 1991 და 2004 წლებში გამოსულა სახელმძღვანელო „სადიაგნოზო და სამკურნალო მანიპულაციები“ აგრეთვე 3 მეთოდური რეკომენდაცია ქირურგიაში.

2006 წლიდან გარდაცვალებამდე გურამ გვასალია მუშაობდა თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიული დეპარტამენტის ასოცირებულ პროფესორად, ხოლო პრაქტიკულ მოღვაწეობას ეწეოდა აკადნ. ყიფშიძის სახელობის ცენტრალურ საუნივერსიტეტო კლინიკაში.

პროფესორი გურამ გვასალიას გარდაცვალება დიდი დანაკლისია როგორც მისი ოჯახისათვის ისე კოლექტივისათვის სადაც ის მოღვაწეობდა და მთლიანად საქართველოს სამედიცინო საზოგადოებისათვის.

ქართული ქირურგიის ისტორიაში ის დარჩება როგორც ნოვატორი ქირურგი, მეცნიერი და პედაგოგი.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
საქართველოს გრ. მუხაძის სახ. ქირურგთა
სამეცნიერო საზოგადოება.

ქვეყნის გარეთ მოღვაწე ქართველი ჭირურები

სერგო დადვანის ნათელ ხსოვნას

2006 წლის 6 აგვისტოს 50 წლის ასაკში უეცრად გარდაიცვალა მოსკოვის ი. მ. სეჩენოვის სახ. სამედიცინო აკადემიის პრორექტორი, ნ. ნ. ბურდენკოს სახ. ფაკულტეტური ქირურგიის კათედრის გამგე, რუსეთის სამედიცინო აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი, რუსეთის ფედერაციის დამსახურებული ექიმი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი სერგო ანტიმოზის ძე დადვანი.

სერგო დადვანი დაიბადა საქართველოში, სვანეთში, 1950 წლის 28 სექტემბერს. 17 წლის ასაკში ის წარმატებით აბარებს და ხდება მოსკოვის ი.მ. სეჩენოვის სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტი, ჩაირიცხა სამკურნალო ფაკულტეტზე, რომელთანაც იქნება დაკავშირებული მთლიანად მისი შემდგომი მოღვაწეობა.

ხოლო როგორც ქირურგის ჩამოყალიბება და ხელოვნება დაიწყო 1974 წ. ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ ნ.ნ. ბურდენკოს სახელობის ფაკულტეტური ქირურგიის კლინიკაში, რომელსაც წარსულში ხელმძღვანელობდნენ ქირურგიის ისეთი კორიფეები, როგორც იყვნენ ნ.ნ. ბურდენკო, ნ.ნ. ელანსკი, მ. ი. კუზინი. სერგო ანტიმოზის ძე დადვანმა დაიწყო მუშაობა კლინიკურ ორდინატორად ზოგად ქირურგიულ, თორაკალურ და სისხლძარღვთა განყოფილებებში, საფუძვლიანად აითვისა ქირურგიული ოპერაციების ფართო სპექტრი გულ-მკერდის და მუცლის ღრუში, მაგისტრალურ არტერიებზე მათ შორის გულ-მკერდის და მუცლის აორტაზე. მან 1983 წელს წარმატებით დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია თემაზე – „მიკროცირკულაციის როგორც კრიტერიუმში ქვედა კიდურების არტერიების მათბლიტირებული დაავადების მკურნალობის დროს“.

1985 წლიდან ბატონი სერგო თანმიმდევრულად იკავებს თანამდებობებს უფროსი მეცნიერ-მუშაკის და კათედრის დოცენტის.

1994 წელს სადოქტორო დისერტაციის დაცვის შემდეგ თემაზე „მუცლის ღრუს პროგრამული ეტაპური გამორეცხვა გავრცელებული პერიტონიტის ქირურგიულ მკურნალობაში გართულებული პოლიორგანული უკმარისობით“ და მას მიენიჭა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის სამეცნიერო ხარისხი.

1995 წლიდან ს.ა. დადვანი – პროფესორი, ხოლო 1997 წლიდან – მოსკოვის სამედიცინო აკადემიის პრორექტორი, სამედიცინო აკადემიის კლინიკური ცენტრის დირექტორი აერთიანებს 4000 საწოლს და რომელიც განლაგებულია მოსკოვის დიდ პიროგოვის ქუჩაზე.

1998 წლიდან ის არჩეულია ნ.ნ. ბურდენკოს სახ. ფაკულტეტური ქირურგიის კათედრის გამგედ. კვლავ განაგრძობდა აქტიურად და ნაყოფიერად ოპერაციების, მეცნიერული მუშაობის და კვლევების განვითარებას. მისი ხელმძღვანელობით კლინიკაში შეიქმნა ახალი მიმართულებები.

– მცირე ინვაზიური ქირურგიის განყოფილება; ფართო გამოყენება მიიღო ლაპაროსკოპიული და თორაკოსკოპიულმა ოპერაციებმა, მაგისტრალური სისხლძარღვების სტენტირება და სხვა თანამედროვე მეთოდებმა. უზარმაზარია ს. ა. დადვანის ღვაწლი პირავოვკაზე სამკურნალო დაწესებულებების უპრეცედენტო მოდერნიზაციაში, დიაგნოსტიკური და ლაბორატორი-



ული სამსახურების თანამედროვე აპარატურით აღჭურვაში, რომელმაც მოსკოვის სამედიცინო აკადემიის კლინიკური ცენტრი დააყენა ევროპის საუკეთესო ცენტრების გვერდით.

ს.ა. დადვანს გააჩნდა ყველა თვისებები, რაც ახასიათებს დიდ ექიმს და ადამიანს, მეგობარს: მაღალი კულტურა, ინტელიგენტობა, პროფესიონალიზმი, ერთგულება მეცნიერების და ქირურგიის მიმართ. მზად იყო ნებისმიერ დროს დახმარებისათვის, ადამიანებთან და განსაკუთრებით ქართველებთან ძალიან თბილი და მეგობრული დამოკიდებულებით. მისი ხელმძღვანელობით დაცულია 4 სადოქტორო და 9 საკანდიდატო დისერტაცია. მის მიერ გამოქვეყნებულია 200 სამეცნიერო ნაშრომი, 8 მონოგრაფია.

ს.ა. დადვანი იყო ანგიოლოგთა საერთაშორისო კავშირის, ქირურგთა საერთაშორისო საზოგადოების წევრი.

ს.ა. დადვანი დაულალავად, ადამიანის შესაძლებლობის ზღვარზე მუშაობდა. ის იყო საერთაშორისო კლასის სპორტის ოსტატი წლების მანძილზე ავტორალიზში, საკავშირო ნაკრების წევრი.

სერგო ანტიმოზის ძე დადვანის ნაყოფიერი მეცნიერული და პრაქტიკული მოღვაწეობა ღირსეულად იყო შეფასებული სახელმწიფო ჯილდოებით, რომელთა შორის იყო ორდენი „დამსახურება სამშობლოს წინაშე – II ხარისხის“. ის იყო ერთგული მეგობარი, არა მარტო ხელმძღვანელი, უბრალოდ კარგი ადამიანი, რომელსაც ძალიან ბევრი გააკეთა თავისი თანამშრომლებისათვის და მეგობრებისათვის, თანამემამულეებისათვის. ძალიან ახალგაზრდა, 50 წლის ასაკში წავიდა ამ ქვეყნიდან, მაგრამ მისი ნათელი ხსოვნა მუდამ დარჩება მის კოლეგებში და პაციენტებში, ადამიანებში, რომლებიც მას ახლოს იცნობდნენ.

საქართველოს გრ. მუხაძის სახელობის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება