

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 საფუძველები, 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 სემენტისა 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.

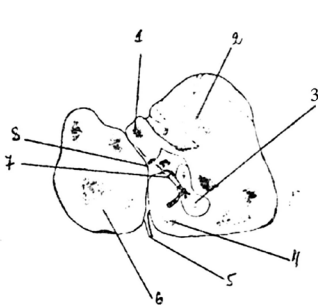
წილოვანი პორტული ტრაქტების დროებითი დახშობის ტექნიკა.

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-

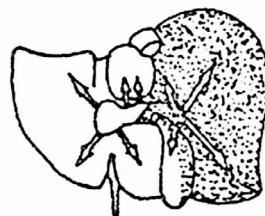
მოქცევის შეწყვეტამდე ბლოკირებულ წილში, სისხლის მიმოქცევა წყდება მარჯვენა კლასიკურ წილსა და ნაღვლის ბუშტის ფოსოს ნაწილში. კონტროლი - ღვიძლის გამოთიშული ნაწილის გაფერმკრთალება.

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 ბოქიმური 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 сакарტველო, 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.