

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 საზი უნდა გაეხვას 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.

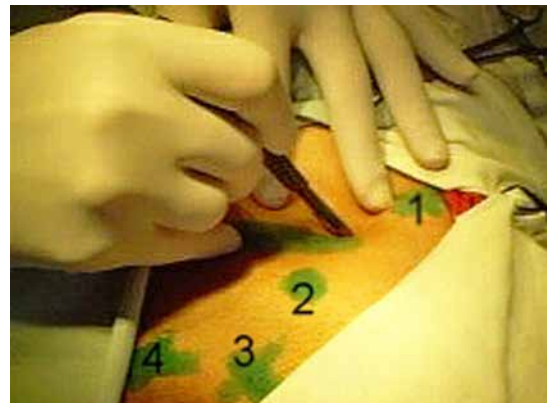
ოპერაციის ტექნიკა

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 შეივსება ირიბი და განივი კუნთები ითიშება ქსოვილთა განცალკევების კლასიკური ბლავი 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

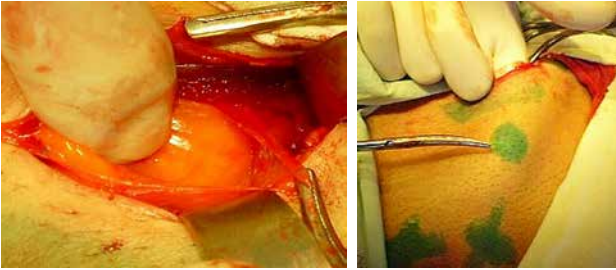
პირველი ანატომიური ორიენტირები - ქვედა ეპიგასტრალური სისხლძარღვები და საზარდულის შიდა რგოლი (სურათი 3).

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 ბლავი 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



სურათი 4. ლენტისებრი რეტრაქტორები



სურათი 5. პრეპერიტონული დისექცია

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

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 5სმ; გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის ბოჭკოების სწორი კუნთის წინა კალთაზე ჩაზრდის ზოლიდან პუპარტის იოგის კიდემდე 5სმ.

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 მაჩვენებელმა 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 პრქტიკულად 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