

ღვიძლის ღიდი და გიგანტური ექინოკოკური კისტის მკურნალობის უსასაზღვრო

ბუჭა არჩვაძე, გიორგი საბაშვილი, ილია ჭანუყვაძე, დავით ჯიქია

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი

პასუხისმგებელი პირი: გიორგი საბაშვილი, g.sabashvili1@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2022.10.58-60>

რეზიუმე ავტორების მიერ შემოთავაზებული და კლინიკაშია დანერგულია ღვიძლის ღიდი და გიგანტური ექინოკოკოზის კისტის მკურნალობის მეთოდი, რომლის არსიც მდგომარეობს ექინოკოკოზის ღვიძლიდან ამოღების შემდეგ კისტის ღრუს შევსებით, ადგილობრივი ქსოვილებისგან შექმნილი ორი ძირითადი ნაფლეთით. ოპერაცია ჩატარდა 20 ავადმყოფს ღიდი და გიგანტური ექინოკოკოზის კისტის დიაგნოზით. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შესწავლილ იქნა კისტის „ნარჩენი ღრუს“ შევსების რეპარაციული პროცესების მიმდინარეობის დინამიკა კისტის ღრუში ჩაყენებული დრენაჟებიდან გამონადენის მიხედვით. დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ აღნიშნული მეთოდით ნაოპერაციები ავადმყოფების რეაბილიტაციის პერიოდი ძირითადად მიმდინარეობს გართულების გარეშე, რაც იძლევა მათი სავადმყოფოდან გაწერის საშუალებას რ დღის განმავლობაში, ხოლო მკურნალობის პროცესის დასრულება კი არ აღემატება სამ კვირას. მეთოდი გამოირჩევა მინიმალური გართულებებით. ლეტალური შემთხვევას ადგილი არ ჰქონია.

საკვანძო სიტყვები: ღვიძლის ექინოკოკოზი, გიგანტური ექინოკოკური კისტა

ღვიძლის ექინოკოკოზი საკმაოდ გავრცელებული პარაზიტული დაავადებაა [1, 2], რომლის დიაგნოსტიკა დაავადების ადრეულ სტადიაზე გართულებულია მისი უსიმპტომო მიმდინარეობის გამო [5, 6]. ამით აიხსნება ღიდი კისტების განვითარების შემთხვევები. არსებობს ექინოკოკური კისტის მკურნალობის ორი ძირითადი მეთოდი – ღია და დახურული. პირველი მათგანი გამოირჩევა რეციდივების განვითარების სიხშირით, მეორე კი გართულებათა მაღალი მაჩვენებლებით, რაც ზღუდავს მის ფართო გამოყენებას [3, 4, 7]. ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, ცხადია, რომ ღვიძლის ექინოკოკური კისტის მკურნალობასთან დაკავშირებით ქირურგები განსხვავებული აზრისანი არიან, როგორც ტაქტიკური, ასევე ტექნიკური მიდგომის მხრივ, თუმცა არჩევით მეთოდად მაინც რჩება ორგანოს დამზოგავი ოპერაცია: ექინოკოკექტომია და კისტის „ნარჩენი ღრუს“ შემცივება.

მიზანი

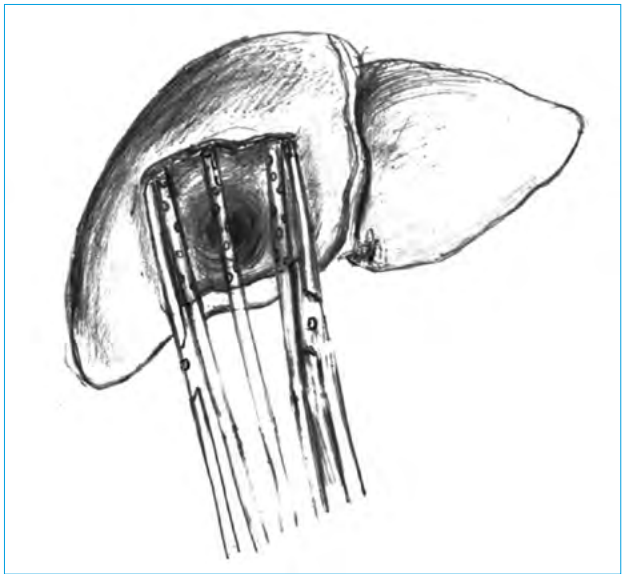
ჩვენ მიზნად დავისახეთ, ექინოკოკექტომიის წარმოების შემდეგ კისტის „ნარჩენი ღრუს“ შევსება საკუთარი ქსოვილების ხარჯზე.

კვლევის მასალა და მეთოდი

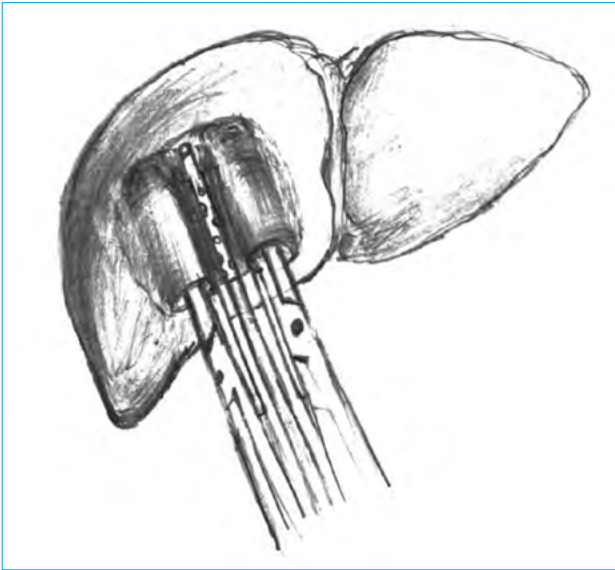
კვლევის მასალა მოიცავს ორივე სქესის 20 ავადმყოფის დაავადების ისტორიას, რომლებსაც ოპერაცია გაუკეთდათ ღიდი და გიგანტური ექინოკოკური კისტის გამო. გამოკვლეული ავადმყოფების ასაკი იყო 15-დან 80 წლამდე. ყოველ ავადმყოფს, კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევების გარდა, ჩატარდათ ექოსკოპიური და კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევები. კისტები განლაგებული იყო ძირითადად მარჯვენა წილში, ერთი შემთხვევის გარდა, როდესაც გიგანტური კისტა მოიცავდა მთლიანად ღვიძლის მარცხენა წილის ყველა სეგმენტს.

კისტის მოცულობის შეფასებისას ჩვენ ვიყენებდით ორ კრიტერიუმს: 1. კისტის ორმხრივ განზომილებას და 2. მასში არსებული შიგთავსის რაოდენობას. ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ღიდი კისტის დიამეტრი დაახლოებით 13-15სმ-ია და მისი შიგთავსი 1000-1200მლ-მდე. რაც შეეხება გიგანტურ კისტას, მისი დიამეტრი იქნება 15 სმ-ზე მეტი და შიგთავსი - 1200მლ-ზე მეტი.

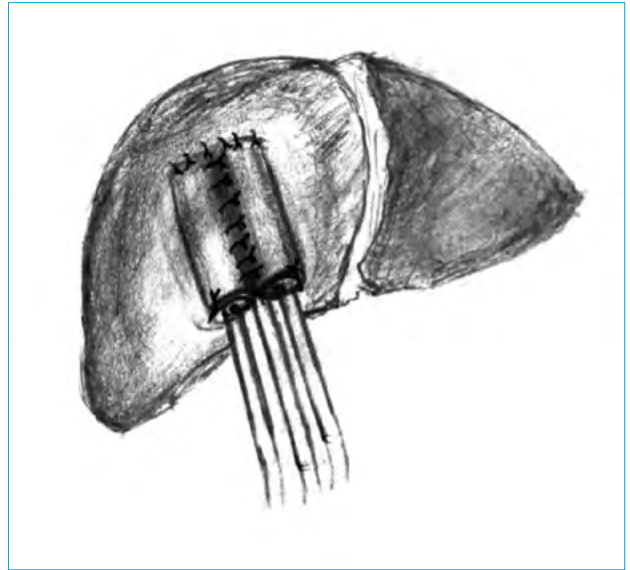
ღვიძლის მობილიზების შემდეგ წარმოებს კისტის პუნქცია, შიგთავსის ევაკუირება, კისტის გაკვეთა და მისგან ქიტინის გარსის ამოღება. ქიტინის გარსის ამოღების შემდეგ ვახდენთ კისტის ღრუს სანაცის და ფიბროზული გარსის თერმულ დამუშავებას ელექტრო-



სურათი 1. კისტის წინა კედელზე დადებული ორი სწორი დამჭერი



სურათი 2. ნაფლეთებით წარმოქმნილი ორი ხვეული



სურათი 3. ნაფლეთები ერთმანეთს უკავშირდება კეტგუტის წყვეტილი ნაკერით

კოაგულატორით. მომდევნო ეტაპზე ხდება კისტის ღრუს ამოსუფთავება და კედლების გლიცერინის 80%-იანი ხსნარით დამუშავება. კისტის ღრუს სათანადო დამუშავების შემდეგ იწყება ოპერაციის მეორე ეტაპი, რომელიც მდგომარეობს შემდეგში: კისტის წინა კედელზე დიაფრაგმის მიმართულებით ედება ორი სწორი დამჭერი (ნახ.1), რომელთა შორის ელექტროდანიტ წარმოებს კისტის წინა კედლის გაკვეთა. კედლის გაკვეთის შემდეგ წარმოიქმნება ორი ნაფლეთი. იმისათვის, რომ ეს ნაფლეთები გავხადოთ მოძრავი, აუცილებელია დამჭერის მწვერვალებიდან მარჯვნივ და მარცხნივ განივი მიმართულებით დამატებითი განაკვეთების გატარება ელექტროდანიტ. ოპერაციის შემდეგი ეტაპის დაწყებამდე, ნაფლეთის კიდეებთან დამჭერების პარალელურად კეტგუტის ძაფით ფიქსირდება 5.0მმ-იანი დიამეტრის პოლიეთილენის დრენაჟები ნახვრეტებით. გარდა ამისა, კისტის ღრუში ნაფლეთებს შორის თავსდება მესამე შუალედური დრენაჟი. დრენაჟების დაფიქსირების შემდეგ მარჯვენა ნაფლეთის კიდეზე დადებულ დამჭერს ვატრიალებთ საათის ისრის მიმართულებით, ხოლო მარცხენას - საწინააღმდეგო მიმართულებით, მათი მოძრაობა კი ერთმანეთისკენ არის მიმართული. დამჭერის მოძრაობით ხორციელდება

ნაფლეთების დახვევა დამჭერების ირგვლივ. ამგვარი მოძრაობით წარმოიქმნება ორი ხვეული. როდესაც დამჭერები შეწყვეტენ მოძრაობას, ხვეულების შექმნა დამთავრებულია (ნახ. 2). ხვეულების შექმნისთვის საჭიროა ნაფლეთის ზოგჯერ 180 გრადუსით, ზოგჯერ 360 გრადუსით დახვევა. როდესაც ნაფლეთების დახვევა დასრულდება, დამჭერების ურთიერთმიახლოებით კისტის ღრუ ამოივსება, რის შემდეგაც ნაფლეთები ერთმანეთს უკავშირდება კეტგუტის წყვეტილი ნაკერით (ნახ. 3) კისტის ღრუს დახურვის პლასტიკური ეტაპის დასრულება დამჭერების კისტის ღრუდან გამოდრობით და სამივე დრენაჟის გარეთ კანზე გამოტანით და დაფიქსირებით.

მიღებული შედეგები და მათი განსჯა

როგორც ზემოთ უკვე ითქვა, აღნიშნული მეთოდით ოპერაცია ჩაუტარდა 20 ავადმყოფს. ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო კისტის ღრუში რეპარაციული პროცესების მიმდინარეობის დინამიკა, ღრუში ჩაყენებული სამივე დრენაჟიდან გამონადენის რაოდენობის მიხედვით.

დაკვირვებამ გვიჩვენა, რომ დრენაჟებიდან გამონადენის რაოდენობა კავშირშია კისტის ღრუს მოცულობასთან, განსაკუთრებით 1-3 დღის განმავლობაში, რაც

ცხრილი 1: ოპერაციის შემდგომ პერიოდში დრენაჟებიდან გამონადენის შემცირების დინამიკა დრენების მიხედვით

№	ავადმყოფების რაოდენობა	კისტის ღრუს მოცულობა	ღრუდან გამონადენი სითხის რაოდენობა დინამიკაში (მლ)					
			I დღე	II დღე	III დღე	IV დღე	V დღე	VI დღე გაწერის წინ
1	1	25X20	400	300	250	200	120	70
2	4	22X20	400-300	350-250	260-200	180-120	100-80	50
3	6	20X18	350-300	320-280	200-180	180-100	100-70	60
4	5	18X16	300-300	360-240	180-170	170-100	100-70	50
5	2	15X15	280-270	260-220	270-100	160-80	100-50	40
6	2	14X13	280-260	280-200	250-150	150-120	90-80	40

ნაკლებად შეიმჩნევა მე-5-6 დღეს (ცხრილი 1). ყოველივე ეს კი კავშირშია ნაფლეთებს შორის რეპარაციული პროცესების გააქტიურებასთან. ზოგადად დრენაჟებიდან გამონადენის შემცირების ტენდენცია სახეზეა ყველა შემთხვევაში.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი ძირითადად მიმდინარეობდა მშვიდად, ორ ავადმყოფს განუვითარდა მარჯვენამხრივი ექსუდაციური პლევრიტი, რაც კავშირში იყო ღიაფრავის ტრავმასთან კისტის მობილიზების დროს. ამ ავადმყოფებს ჩაუტარდათ სათანადო სიმპტომური მკურნალობა და მე-10 დღეს დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაეწერნენ კლინიკიდან. დანარჩენი ავადმყოფების საწოლზე დაყოვნებამ შეადგინა 6 დღე. გაწერის შემდეგ ავადმყოფები განაგრძობდნენ ამბულატორიულ მკურნალობას მანამ, სანამ ღვიძლიდან არ იქნა

ამოღებული სამივე დღენაჟი. მიმდინარეობს გაწერილი ავადმყოფების შორეული შედეგების შესწავლა.

დასკვნა

1. ღვიძლის დიდი და გიგანტური ექინოკოკოზის კისტის არსებობა არ წარმოადგენს იშვიათობას და გამოწვეულია დაავადების, ხშირ შემთხვევაში, უსიმპტომო მიმდინარეობით.

2. ღვიძლის დიდი და გიგანტური კისტის მკურნალობის ჩვენს მიერ შემოთავაზებული მეთოდი არსებულთაგან სრულიად განსხვავებული და ნაკლებად ტრავმულია.

3. როგორც მიღებული შედეგებიდან ჩანს, ოპერაციის გამოყენებით შესაძლებელია გართულებების და რეაბილიტაციის პერიოდის მკვეთრი შემცირება.

ლიტერატურა:

References:

1. Абдулаев А.Г. Мовчун А.А. Агаев Р.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков. *Хирургия* 2005. 2.38-42.
2. Ахедов И.Г. Резидуальные фиброзные образования после эхинококтомии и их клиническое значение. *Вести хир.* 2006. 1656 27-33.
3. Заривчакский М.Ф. Пирожников О.Ю. Гаврилов О.В. Мугатаров И.Н. Принципы лечения непаразитарных кист печени // *Вестн. хир.* 2006. №4. с.31-33.
4. Мусаев А.С. Фатякова А.С. и др. Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза. *Хирургия* 2015. № 6 ст. 77-79.
5. Allas M., Arac M. Serarsion Y. et all. Medical treatment multiple cerebral hydatid cyst disease // *J. Neurosurg sci* 2010; 54; 2; 79-82.
6. Reyes M.M. Taramona C. Saure-Mendosam et all. Disease awareness and knowledge in caregivers of children who had Surgery for cystic hydatid diseas in Lima Peru// *Тrop int health* 2010; 75,12; 1532-1536.
7. Paghet K.J. Ruppert W. Konsouris P. Sichere erweiterere rachteseitige Hemihepatectomie durch anatomische preparation kontrollierte hypotension and kompression des wigaretum hepatoduodenall. *chirurg* 1984; 55:9:579-583.

THE TREATMENT OF LARGE AND GIANT HEPATIC HYDATIDS

[Bucha Archvadze], Giorgi Sabashvili, Ilia Chanukvadze, David Jikia

Department of General Surgery of Tbilisi State Medical University

Contact person: Giorgi Sabashvili, g.sabashvili1@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.58-60>

Resume

The authors have proposed and adopted in clinic a method of treatment of large and giant hydatid cysts of the liver. After dissection of the cyst the method provides for filling-up of the cyst cavity with two major flaps created from the adjacent tissues. The method has been used in 20 cases with the patients diagnosed with large and giant hydatid cysts of the liver. In the postoperative period the dynamics of regeneration processes after the filling of the residual cyst cavity were studied according to the discharge from the drains inserted in the cyst cavity. The observations have shown that period of rehabilitation of the patients operated with the mentioned method was generally going on without complications, allowing discharge of patients from hospital within 6 days, while the process of outpatient follow-up care didn't exceed three weeks. The method is distinguished by minimum number of complications and not a single case of lethality.

Key words: Hepatic echinococcosis, giant echinococcal cyst