

შემთხვევის აღწერა

თომაძე გ., მეგრელაძე ა., აზმაიფარაშვილი გ., სესიტაშვილი თ., დანელია გ.

ვენტრალურ თიაქარში ღვიძლის ჩაჭედვის იშვიათი შემთხვევა

თსსუ, ქირურგიის №2 დეპარტამენტი; შპს “გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი”

მდგომარეობა, როცა თიაქრის შიგთავსს ღვიძლი წარმოადგენს, იშვიათი ქირურგიული პათოლოგიაა. ამ მდგომარეობის აღსაწერად ლიტერატურაში გამოყენებულია ტერმინი “ღვიძლის ჰერნიაცია”, რომელიც გულისხმობს ღვიძლის შესვლას თიაქრის პარკში. აღწერილ შემთხვევათა უმრავლესობაში ღვიძლის ჰერნიაცია ხდება შიდა თიაქრების დროს, კერძოდ, ნაყოფებში დიაფრაგმის განუვითარებლობისას ან დიაფრაგმის შიგნითა თიაქრებში [1,2]. გაცილებით იშვიათია თიაქრის ჩაჭედვა პოსტოპერაციულ ვენტრალურ თიაქრებში [3,4].

სტატიაში წარმოდგენილია შემთხვევა, როცა ადგილი ჰქონდა ღვიძლის ჩაჭედვას არანაოპერაციებ ვენტრალურ თიაქარში.

პაციენტი ც.ა. (ისტორიის №2148), ქალი, 85 წლის შემოვიდა ჩვენს კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ჩვილებით ძლიერ ტკივილზე მთელი მუცლის არეში, გულისრევაზე, ღებინებაზე. გასინჯვით აღენიშნებოდა სიმსივნური წარმონაქმნი მუცლის წინა ზედაპირზე, რომელიც იყო მკვრივი, უძრავი, მტკივნეული. წარმონაქმნი გამოსული იყო მუცლის წინა კედელზე არსებული თიაქრის დეფექტიდან და არ ბრუნდებოდა მუცლის ღრუში.

ავადმყოფის გადმოცემით, დაახლოებით 20 წელია რაც ჰქონდა თიაქარი მუცლის წინა კედელზე მეზოგასტრიუმის არეში, რომელმაც თანდათან მოიმატა ზომაში, პერიოდულად აღენიშნებოდა ტკივილი თიაქრის არეში. ერთი თვის წინ ჰქონდა თიაქრის ჩაჭედვის ეპიზოდიც, თუმცა პაციენტმა თიაქარი ჩაისწორა მუცლის ღრუში. თიაქრის ფიქსაციის მიზნით ატარებდა პოსტოპერაციულ ბანდაჟს.

კლინიკაში მომართვამდე 4 სთ-ით ადრე ავადმყოფს მოულოდნელად დაეწყო ძლიერი ტკივილი თიაქრის არეში, რომელსაც თან დაერთო გულისრევა, ღებინება, თიაქარი ჩაეჭედა. ავადმყოფმა, მცდელობის მიუხედავად, თიაქარი ვერ ჩაიბრუნა მუცლის ღრუში. ტკივილები მკვეთრად გაძლიერდა, შეებერა მუცელი. ყოველივე ამის გამო მოყვანილ იქნა ჩვენს კლინიკაში.

ობიექტურად: მუცელი ოვალური ფორმის, ასიმეტრიული, სუნთქვით აქტში მონაწილეობს შეზღუდვით, შეებერილი, პალპაციით რბილი, მკვეთრად მტკივნეულია ეპიმეზოგასტრიუმის არე, სადაც აღინიშნება თიაქრის გამობერილობა ზომით 10X12სმ-ზე, პალპაციით მკვრივი, ძლიერ მტკივნეული, არ ბრუნდება მუცლის ღრუში, მფარავი კანი შეუცვლელი.

მუცლის ღრუს ექოსკოპიურმა გამოკვლევამ გამოავლინა, რომ თიაქარში ჩაჭედილი იყო ღვიძლის მარცხენა წილი.

ზოგადი გაუტკივარების ფონზე გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია, რომლის დროსაც ინახა დიდი ზიმის თეთრი ხაზის თიაქარი. პარკის გახსნისას მიღებული 100 მლ-მდე სეროჰემორაგიული გამონადენი. დადგინდა, რომ ჩაჭედილი იყო ღვიძლის მეოთხე სეგმენტი და წვრილი ნაწლავის ერთი მარყუჭი. ღვიძლის ჩაჭედილი ნაწილი და ნაწლავის მარყუჭი იყო შინდისფერი. გაიხსნა მომჭერი რგოლი, წვრილმა ნაწლავმა აღიდგინა ფერი. მომჭერი რგოლის გახსნისთანავე ღვიძლი ჩაბრუნდა მუცლის ღრუში. ღვიძლის მეოთხე სეგმენტზე აღინიშნებოდა სადემარკაციო ნაჭდევი (იხ. სურათი № 1). ღვიძლიც და ნაწლავის მარყუჭიც მიჩნეული იქნა სიცოცხლისუნარიანად. მოიკვეთა თიაქრის პარკი. გაკეთდა ჰერნიოპლასტიკა საპეჯკოს წესით. პოსტოპერაციულ პერიოდში ღვიძლის ფუნქციების მხრივ გადახრას ადგილი არ ჰქონია. პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან ოპერაციიდან მე-5 დღეს დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ღვიძლის ჩაჭედვა თიაქარში არის იშვიათი შემთხვევა, რომელიც ძირითადად დაკავშირებულია ან დიაფრაგმის თანდაყოლილ განუვითარებლობასთან, ან მის ტრავმასთან ან მუცლის არეში ოპერაციულ ჩარევასთან. მათი დიაგნოსტიკა გართულებულია იშვიათობიდან გამომდინარე, თუმცა გარეთა თიაქარში ღვიძლის ჩაჭედვისას მისი წინასაოპერაციო დიაგნოსტიკა ულტრაბგერითი გამოკვლევით პრობლემას არ წარმოადგენს.

Sheer-მა და თანაავტორებმა 2004 წელს აღწერეს ღვიძლის ორთოტოპული ტრანსპლანტაციის შემდგომ მისი პოსტოპერაციულ თიაქარში ჩაჭედვის ერთი შემთხვევა[5]. პაციენტი (45 წლის ქალი) უჩიოდა მუცლის არეში ტკივილს და შებერილობას. დიაგნოზი დადგინდა კომპიუტერული ტომოგრაფიით, რამაც გამოავლინა ჰეპატომეგალია, ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია და მისი ჩაჭედვა მუცლის კედლის პოსტოპერაციულ დეფექტში.

Abci და თანაავტორთა მიერ 2005 წელს აღწერილია შემთხვევა, როცა 73 წლის ქალს ქოლევცისტექტომიიდან 6 წლის შემდეგ და გაუვალობიდან 4 წლის შემდეგ სუბკოსტალურად არსებულ თიაქარში ჩაეჭედა ღვიძლი[6]. პაციენტი აღნიშნავდა ბოლო 6 თვის განმავლობაში ტკივილს მუცლის მარჯვენა ზემო ნაწილში, ღებინებას, სუნთქვის გაძნელებას. ფიზიკალური გამოკვლევებით აღნიშნა სუბკოსტალურად არსებულ პოსტოპერაციულ ნაწიბურზე 3X3 სმზე ზომის გამკვრივებული უბანი, რომელიც არ ბრუნდებოდა მუცლის ღრუში. CT- კვლევამ დაადგინა ღვიძლის მარცხენა წილის მედიალური ნაწილის არსებობა, რომელიც იყო ჩაჭედილი.

Shanbhogue და თანაავტორებმა 2009 წელს აღწერეს შემთხვევა, როცა 48 წლის ქალს კორონარებზე სტერნოტომიული მიდგომით ჩატარებული ოპერაციიდან 2 წლის შემდეგ აღნიშნა ღვიძლის მარცხენა წილის ჩაჭედვა ეპიგასტრიუმში ჩამოყალიბებული მუცლის წინა კედლის თიაქარში[7]. პაციენტი 3 კვირის განმავლობაში უჩიოდა დისკომფორტსა და გამობერილობას ეპიგასტრიუმის მიდამოში. კომპიუტერულ ტომოგრაფიულმა კვლევამ დაუდგინა ღვიძლის მარცხენა წილის ჩაჭედვა ეპიგასტრიუმის არეში არსებულ პოსტოპერაციულ მუცლის კედლის დეფექტში.

Salemis და თანაავტორთა მიერ 2007 წელს აღწერილი იქნა ღვიძლის მარჯვენა წილის ჩაჭედვის შემთხვევა მარჯვენა წელის არეში, Losanoff და თანაავტორთა მიერ 2004 წელს - ღვიძლის ჩაჭედვა ნევნთაშუა სივრცეში, ხოლო Adeonigbagbe და თანაავტორთა მიერ 2000 წელს - ღვიძლის ჩაჭედვა მუცლის სწორ კუნთში [8-10].

განსაკუთრებით საინტერესოა Rodríguez-Hermosa და თანაავტორთა მიერ 2008 წელს აღწერილი შემთხვევა, როცა 67 წლის ქალს მსხვილ ნაწლავთან ჩაზრდილი საკვერცხის სიმსივნის გამო ფორმირებული სტომის პარასტომურ თიაქარში ჩაეჭედა ღვიძლი, როს გამოც პაციენტს განუვითარდა ჩაჭედილი სეგმენტის ნეკროზი და დასჭირდა ღვიძლის ჩაჭედილი ნაწილის რეზექცია[11].

Bairagi A და თანაავტორთა მიერ 2010 წელს აღწერილია პოსტტრავმულ დიაფრაგმის დეფექტში ღვიძლის მარჯვენა წილისა და მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევრის ჰერნიაცია [12].

ჩვენს მიერ წარმოდგენილი შემთხვევა საინტერესოა რამდენიმე მოსაზრებით:

1. ღვიძლის ჰერნიაცია მოხდა, არა ლიტერატურაში უფრო ხშირად აღწერილ, შიგნითა თიაქარში, არამედ გარეთა თიაქარში;
2. პაციენტი არ იყო ადრე ნაოპერაციები და, შესაბამისად, არ ჰქონდა დიდი პოსტოპერაციული თიაქარი. თიაქარი იყო პირველადი.
3. დროული დიაგნოსტიკის წყალობით პაციენტი გადარჩა ღვიძლის ჩაჭედილი სეგმენტის ნეკროზსა და, შესაბამისად, მის რეზექციას.
4. დიაგნოსტიკის მიზნით გამოყენებული იქნა კომპიუტერულ და პოზიტრონ ემისიურ ტომოგრაფიასთან შედარებით, ნაკლებად ძვირი მეთოდი – მუცლის ღრუს ექოსკოპია.



ლიტერატურა:

1. Mullassery D, Ba'ath ME, Jesudason EC, Losty PD. Value of liver herniation in prediction of outcome in fetal congenital diaphragmatic hernia: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010 May;35(5):609-14.

2. Laaksonen E, Silvasti S, Hakala T: Right-sided Bochlek hernia in an adult: a case report. *J Med Case Reports* 2009; 3:9291.
3. Katsutoshi Sato, Kazumasa Orihashi, Yoshiharu Hamanaka, Norimasa Mitsui, Shinji Hirai, Naru Chatani and Takashi Nishisaka. Post-traumatic diaphragmatic herniation of the liver, examined by positron emission tomography: case report. *World Journal of Emergency Surgery* 2011, 6:30 doi:10.1186/1749-7922-6-30.
4. Carlos M Nuno-Guzman, Jose Arroniz-Jauregui, Ismael Espejo, Jesus Valle-Gonzalez, Hernan Butus, Alejandro Molina-Romo and Rodrigo I Orranti-Ortega Nuno-Guzman et al. Left hepatic lobe herniation through an incisional anterior abdominal wall hernia and right adrenal myelolipoma: a case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports* 2012; 6:4.
5. Sheer TA, Runyon BA: Recurrent massive steatosis with liver herniation following transplantation. *Liver Transpl* 2004; 10:1324- 1325.
6. Abci I, Karabulut Z, Lakadamyali H, Eldem HQ: Incarceration of the left hepatic lobe in incisional hernia: a case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2005; 11:169171.
7. Shanbhogue A, Fasih N: Hepatobiliary and pancreatic: herniation of the liver. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24:170.
8. Salemis NS, Nisotakis K, Gourgiotis A, Tsohataridis E: Segmental liver incarceration through a recurrent incisional lumbar hernia. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2007; 6:442-444.
9. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW: Recurrent intercostal herniation of the liver. *Ann Thorac Surg* 2004; 77:699-701.
10. Adeonigbagbe O, Ali K, Bradnock H: Herniation of the liver through the rectus muscle presenting as persistent abdominal pain. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:1841-1842.
11. Rodríguez-Hermosa JI, Ruiz-Feliú B, Roig-García J, Gironès-Vilà J, Planellas-Giné P, Ortuño-Muro P, CodinaCazador A: **Hepatic evisceration after cholecystectomy in a superobese patient.** *Obes Surg* 2008, 18:1653 1655.
12. Bairagi A, Moodley SR, Hardcastle TC, Muckart DJ: Blunt rupture of the right hemidiaphragm with herniation of the right colon and right lobe of the liver. *J Emerg Trauma Shock* 2010; 3:70- 72.

case report

Tomadze G., Megreladze A., Azmaiparashvili G., Sesitashvili T., Danelia G.

THE RARE CASE OF LIVER INCARCERATION IN VENTRAL HERNIA

TSMU, SURGERY DEPARTMENT #2; CENTER OF EMERGENCY SURGERY AND TRAUMATOLOGY LTD

The rare case of herniated liver incarceration is described. 85 years old woman admitted in emergency department of general surgery clinic was complaining of severe abdominal pain in the right upper quadrant. Ventral hernia developed in patient 20 years ago. The pain started 4 hours before admission to the clinic. Abdominal ultrasound revealed hernia in the hernial sac. X-ray revealed signs of intestinal ileus. Patient was operated

urgently under the general anesthesia. Was found incarceration of the left lobe of the liver and of a loop of small intestine. After dissection of hernia ring liver and incarcerated loop of small intestine became normal. No need for resection. Hernioplasty by Sapezhko was performed. Patient discharged without complications. The presented case is interesting because of rarity.