

პოსტოპერაციული ვენტრალური თიაქრის მკურნალობა თიაქრის ზომის და
ლოკალიზაციის გათვალისწინებით

¹ემზარ დიასამიძე, დოქტორანტი,

²ელგუჯა არდია ასოცირებული პროფესორი

¹თამაზ გვენეტაძე, პროფესორი

¹საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის უნივერსიტეტი

²თბილისის სამედიცინო აკადემია

DOI: <https://doi.org/10.52340/spectri.2024.10.01.01>

აბსტრაქტი

ვენტრალური თიაქრის აღდგენა ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ქირურგიული პროცედურაა მთელ მსოფლიოში;

კვლევის მიზანია ჩვენს მიერ ჩატარებული ვენტრალური თიაქრების ოპერაციების განხილვა.

მასალა და მეთოდები: კვლევაში მონაწილეობდა 96 პაციენტი (2015-2022 წწ) პოსტოპერაციული ვენტრალური თიაქრის დიაგნოზით, მათგან მამაკაცი იყო - 32 ქალი - 64, ასაკი 30-70 წ. პაციენტები ლოკალიზაციის მიხედვით განაწილდნენ შემდეგნაირად: ჭიპის ზემოთ 42 (M1 და M2), ჭიპის ქვემოთ 54 (M4 და M5); ჭიპის ზემოთ შემთხვევები უხშირესად გვხვდებოდა მამაკაცებში 26 (61.9%), ქალებში 16 (38.1%), ჭიპის ქვემოთ კი ქალებში 48(88.9%), მამაკაცი 6 (11.1%).

შედეგები: ვენტრალური თიაქრების სიხშირე ზომის მიხედვით ჩვენს მასალაში შემდეგნაირად გადანაწილდა: მცირე ზომის 16 W1(16.7%), საშუალო 31 W2(32.3%) დიდი ზომის და გიგანტური 49 W3(51%).

პაციენტების დაყოვნებამ სტაციონარში შეადგინა: მცირე ზომის თიაქრების დროს 2დღე ხოლო საშუალო ზომის თიაქრის დროს 3-4 დღე, დიდი ზომის და გიგანტური თიაქრების დროს 4-6 დღე.

ამბულატორიული მეთვალყურეობა უტარდებოდა ყველა პაციენტს 1 წლიდან 5 წლამდე პერიოდში.

გართულებები აღენიშნა 9 (9.4%) რეციდივი 1 (1.04%) შემთხვევა (გიგანტური პოსტოპერაციული ვენტრალური თიაქარი კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნის ოპერაციის შემდგომ თანმხლები ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით, შაქრიანი დიაბეტი, გიდ). სერომა 6 (6.25%) შემთხვევა. W2 2(33.3%), W3 4 (66.7%) ჭიპის ქვემოთ მდებარე დიდი ზომის და გიგანტური ვენტრალური თიაქრის დროს, როცა გამოყენებული იყო On Lay ტექნიკა. მათ შორის 1 (1.04%) პაციენტს ჩაუტარდა განმეორებითი ოპერაცია პროთეზის ამოღების გარეშე, როცა გამოყენებულ იყო In Lay ტექნიკა. ყველა სხვა შემთხვევა დასრულდა პუნქციური წესით სერომის ევაკუაციით. დაჩირქება 2 (2.1%) შემთხვევა, აქედან 1(3.4%) Sub Lay ტექნიკის შემდგომ და 1 (2.1%) On Lay ტექნიკის შემდგომ (თანმხლები შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2). ამ შემთხვევაში საჭირო გახდა განმეორებითი ოპერაცია და საპროთეზო მასალის ამოღება).

დასკვნები:

- მცირე ზომის თიაქრების დროს, პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში ნაწარმოებია ოპერაცია Sub lay (ოქროს სტანდარტი) ტექნიკის გამოყენებით;
- ჭიპის ზემოთ ლოკალიზებული საშუალო თიაქრების შემთხვევაში უხშირესად შესაძლებელია Sub Lay ტექნიკის გამოყენება
- დიდი და გიგანტური ზომის თიაქრების დროს კუნთოვან-აპონევროზული შრის მნიშვნელოვანი „რღვევის გარეშე“ შეუძლებელია Sub lay ტექნიკით თიაქრის პლასტიკა, ამიტომ უხშირესად გამოყენებულია On lay და უფრო იშვიათად In lay ტექნიკით პლასტიკა

საკვანძო სიტყვები: ვენტრალური თიაქარი, ოპერაციული მკურნალობა

Postoperative ventral hernia treatment considering hernia size and localization

¹Emzar Diasamidze, PhD student,

²Elguja Ardia Associate Professor

¹Tamaz Gvenetadze, Professor

¹David Agmashenebeli University of Georgia

²Tbilisi Medical Academy

Abstract

Ventral hernia repair is one of the most common surgical procedures worldwide;

The aim of the study is to review the ventral hernia operations performed by us.

Material and Methods: The study included 96 patients (2015-2022) with a diagnosis of postoperative ventral hernia, of whom 32 were men and 64 were women, aged 30-70 years. Patients were distributed according to localization as follows: above the umbilicus 42 (M1 and M2), below the umbilicus 54 (M4 and M5); Cases above the umbilicus were most common in men (26 (61.9%), women (16 (38.1%)), below the umbilicus in women (48 (88.9%), men (6 (11.1%)).

Results: The frequency of ventral hernias was distributed according to size in our material as follows: small 16 W1 (16.7%), medium 31 W2 (32.3%), large and giant 49 W3 (51%).

The length of stay of patients in the hospital was: 2 days for small hernias, 3-4 days for medium hernias, and 4-6 days for large and giant hernias.

Outpatient follow-up was performed for all patients from 1 to 5 years.

Complications were noted in 9 (9.4%) cases, recurrence in 1 (1.04%) case (giant postoperative ventral hernia after surgery for malignant tumor of the colon with concomitant chronic obstructive pulmonary disease, diabetes mellitus, GID). Seroma in 6 (6.25%) cases. W2 2 (33.3%), W3 4 (66.7%) in cases of large and giant ventral hernia below the navel, when the On Lay technique was used. Among them, 1 (1.04%) patient underwent repeated surgery without removal of the prosthesis, when the In Lay technique

was used. All other cases ended with puncture-based evacuation of the seroma. Suppuration in 2 (2.1%) cases, of which 1 (3.4%) after the Sub Lay technique and 1 (2.1%) after the On Lay technique (comorbid diabetes mellitus type 2). In this case, repeated surgery and removal of the prosthetic material were necessary.

Conclusions:

- In the case of small hernias, the operation is performed using the Sub lay (gold standard) technique in almost all cases;
- In the case of medium hernias localized above the umbilicus, the Sub Lay technique is most often possible
- In the case of large and giant hernias, hernia repair using the Sub lay technique is impossible without significant “rupture” of the muscular-aponeurotic layer, therefore, On lay and, less frequently, In lay technique repair is most often used

Keywords: ventral hernia, surgical treatment.

ვენტრალური თიაქრის აღდგენა ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ქირურგიული პროცედურაა მთელ მსოფლიოში[1];

ინციზიური თიაქრები შეადგენს მუცლის წინა კედლის ყველა თიაქრების 15-20%-ს[2]

ყოველწლიურად ტარდება 350,000 დან 500,000 ვენტრალური თიაქრის აღდგენის ოპერაცია ამერიკაში[3]. ინციზიური ვენტრალური თიაქარი ვითარდება ოპერირებული პაციენტების 4-15%-ში[4].

მიუხედავად მკურნალობის მეთოდთა მრავალფეროვნებისა, გამოყენებულ საპროთეზო მასალის ხარისხის და ხელმისაწვდომობის გაზრდისა, მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების ფართოდ დანერგვისა კვლავ არასახარბიელოდ მაღალი რჩება რეციდივის (14%) და გართულებათა (12.4%) შემთხვევები. [5]

ინციდენტობა განაკვეთის დახურვისა და მასალის გათვალისწინებით შეადგენს 9,8-11.1%-ს [6].

ჩვენი კვლევის მიზანია ჩვენს მიერ ჩატარებული ვენტრალური თიაქრების ოპერაციების განხილვა.

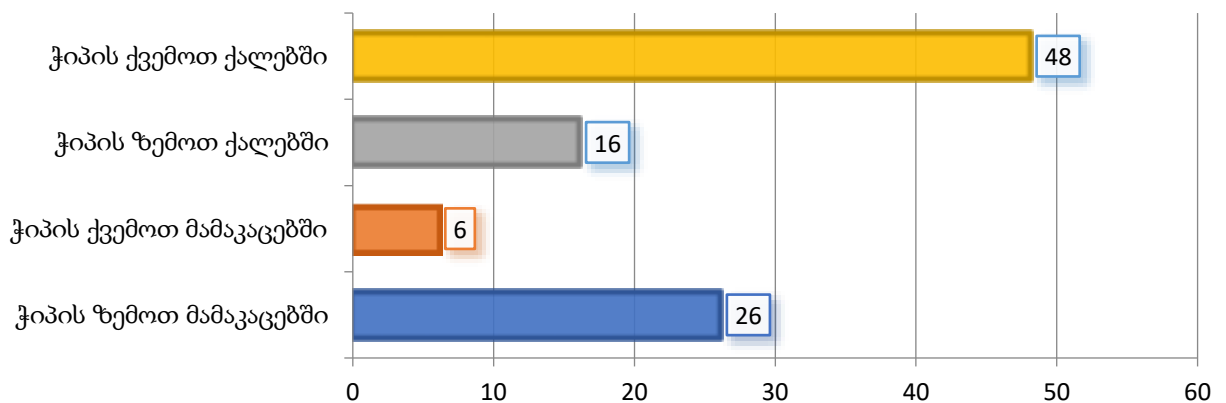
მასალა და მეთოდები:

კვლევაში მონაწილეობდა 96 პაციენტი (2015-2022 წწ) პოსტოპერაციული ვენტრალური თიაქრის დიაგნოზით, მათგან მამაკაცი იყო - 32 ქალი - 64, ასაკი 30-70 წ. თიაქრის კლასიფიკაცია მოვახდინეთ [7]-ს მიხედვით.

პაციენტები ლოკალიზაციის მიხედვით განაწილდნენ შემდეგნაირად: ჭიპის ზემოთ 42 (M1 და M2), ჭიპის ქვემოთ 54 (M4 და M5); ჭიპის ზემოთ შემთხვევები უხშირესად გვხვდებოდა მამაკაცებში 26 (61.9%), ქალებში 16 (38.1%), ჭიპის ქვემოთ კი ქალებში 48(88.9%), მამაკაცი 6 (11.1%) (დიაგრამა1).

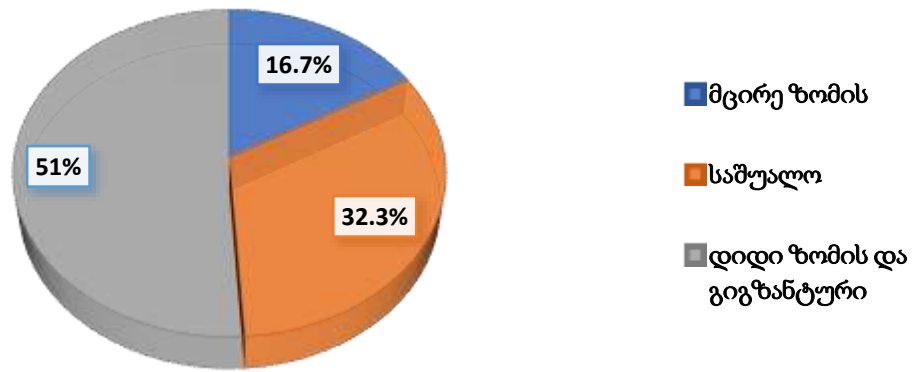
•

ლოკალიზაციის განაწილება სქესის მიხედვით



დიაგრამა 1

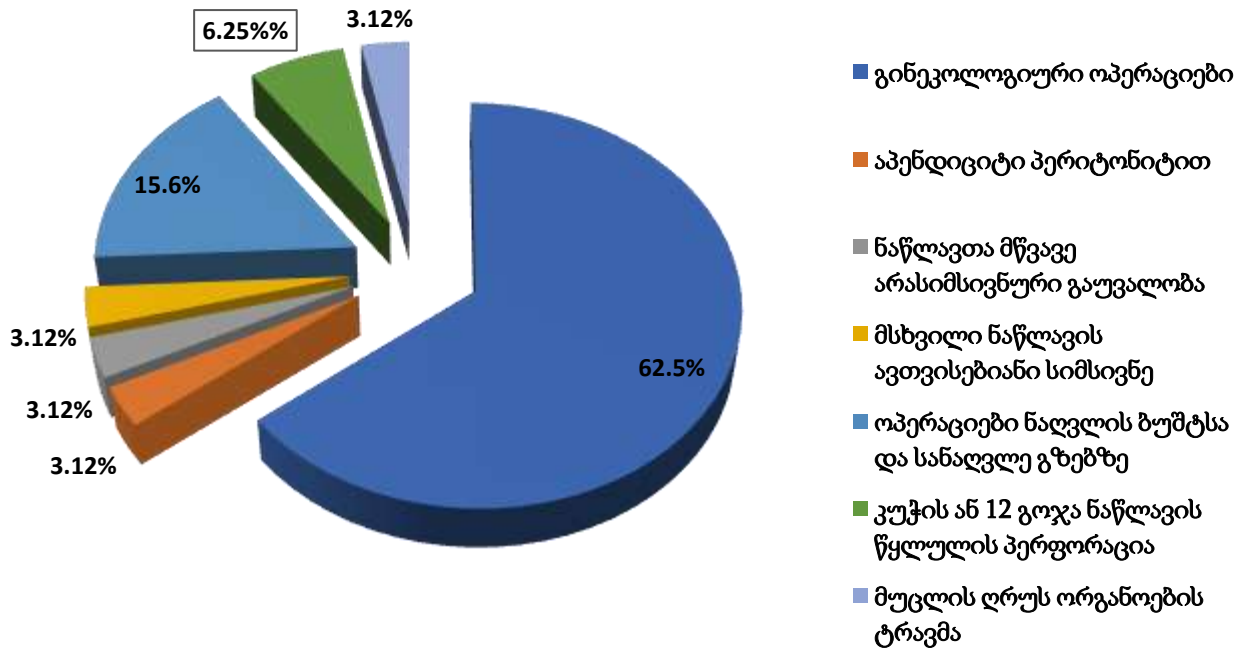
შედეგები: ვენტრალური თიაქრების სიხშირე ზომის მიხედვით ჩვენს მასალაში შემდეგნაირად გადანაწილდა: მცირე ზომის 16 W1(16.7%), საშუალო 31 W2(32.3%) დიდი ზომის და გიგანტური 49 W3(51%).



დიაგრამა 2

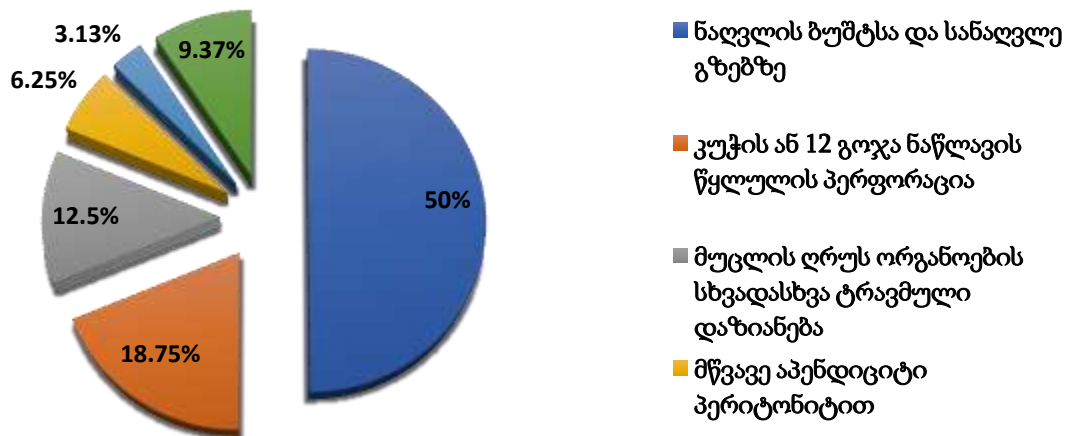
ქალებში ოპერაციების უმრავლესობა მოდიოდა გინეკოლოგიურ ოპერაციებზე 40 შემთხვევა (62.5%), აპენდიციტი პერიტონიტით 2 (3.12%), ნაწლავთა მწვავე არასიმსივნური გაუვალობა 2 (3.12%), მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნე 4 (6.25%), ოპერაციები ნაღვლის ბუშტსა და სანაღვლე გზებზე -10 (15.6%), კუჭის ან 12 გოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია -4 (6.25%), მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმა - 2(3.12%) (3,4)(დიაგრამა 3)

პირველადი ოპერაციების სტატისტიკა ქალებში



დიაგრამა 3

პირველადი ოპერაციების სტატისტიკა მამაკაცებში



დიაგრამა 4

კაცებში ოპერაციული ჩარევა შემდეგნაირად განაწილდა: ოპერაციები ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზებზე 16(50%), კუჭის ან 12 გოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია 6 (18.75%), მუცლის ღრუს ორგანოების სხვადასხვა ტრავმული დაზიანება 4(12.5%), მწვავე აპენდიციტი პერიტონიტით 2 (6.25%), ნაწლავთა მწვავე არასიმსივნური გაუვალობა 1(3.13%), მსხვილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნე 3 (9.37%)(დიაგრამა 4).

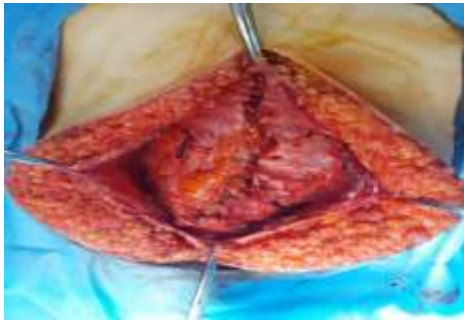
ჭიპის ზემოთ ლოკალიზებული მცირე ზომის W1 თიაქრების დროს ყველა შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა Sub lay” ტექნიკა - 6 შემთხვევა (100%)(სურ.1).



სურ. 1. მცირე ზომის ჭიპისზედა თიაქარი (Sub lay)

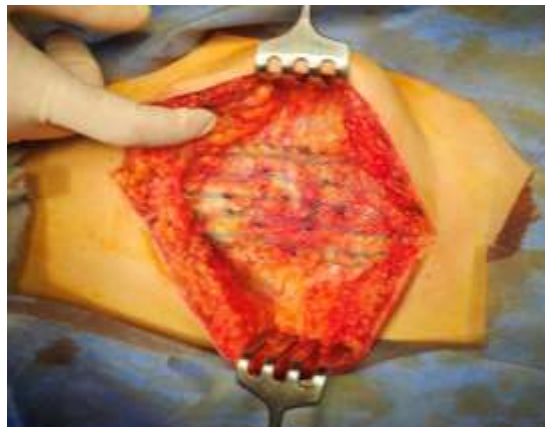
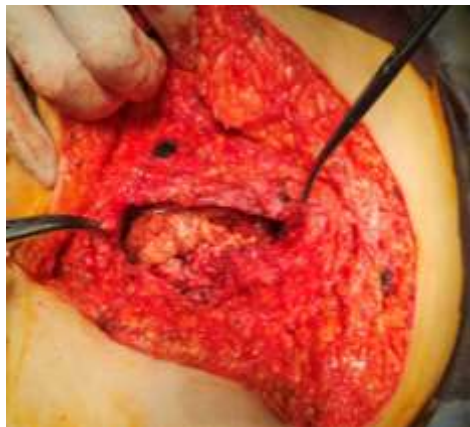
საშუალო და დიდი ზომის თიაქრების დროს ვითვალისწინებდით როგორც თიაქრის დეფექტის ზომას, ასევე ლოკალიზაციას და მიმდებარე ქსოვილების მდგომარეობას. კუნთების დიასტაზის გამოხატულებას.

ჭიპის ზემოთ ლოკალიზებული საშუალო ზომის W2 15 თიაქრების შემთხვევაში, თუ შესაძლებელი იყო საპროთეზო მასალის სრულად დაფარვა, ვაწარმოებდით პლასტიკას “Sub lay” ტექნიკის გამოყენებით 13 (86.6%) (სურ.2).



სურ.2. საშუალო ზომის ჭიპისზედა თიაქარი (Sub lay)

ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ შეუძლებელი იყო საპროტეზო მასალის სრულად დაფარვა, ვაწარმოებდით ოპერაციას “ On lay” 1 (6.7%) ან “In lay”-1 (6.7%) ტექნიკის გამოყენებით(სურ. 3).



სურ.3. საშუალო ზომის ჭიპისზედა თიაქარი (On lay)

ჭიპის ზემოთ ლოკალიზებული დიდი ზომის და გიგანტური W3 თიაქრების 4(19%) შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა “In lay” ტექნიკა, ოღონდ ნახევრად გაწოვადი საპროტეზო მასალის გამოყენებით (სურ. 4).

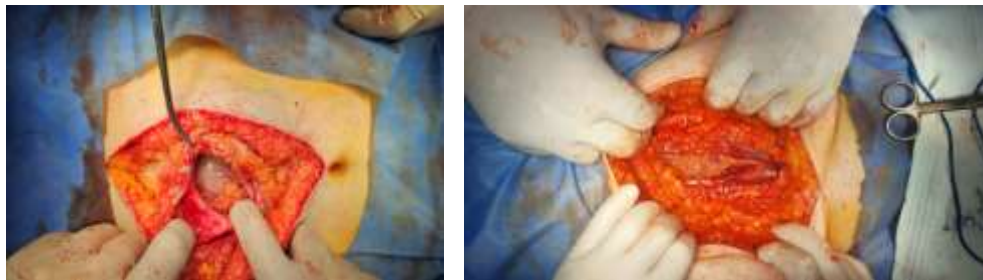


სურ.4.

დიდი ზომის ჭიპისზედა თიაქრის აღდგენის ეტაპები (On lay)

17 (81%) შემთხვევაში კი გამოყენებულ იქნა “On lay” ტექნიკა

ჭიპის ქვემოთ ლოკალიზებული მცირე ზომის W1 თიაქრების 10 (18.5%) ყველა შემთხვევაში გამოყენებულ იყო “Sub lay” ტექნიკა(სურ. 5).



სურ.5. მცირე ზომის ჭიპისქვედა თიაქრარი (Sub lay)

საშუალო ზომის თიაქრების შემთხვევაში W2 16 (29.6%): 12 (75%) შემთხვევაში გამოყენებული ” “On lay” ტექნიკა (განუწოვადი და ნახევრადგაწოვადი საპროტეზო მასალის გამოყენებით), 4 (25%) შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა “In lay” ტექნიკა ნახევრად გაწოვადი საპროტეზო მასალის გამოყენებით (სურ. 6).



სურ. 6.საშუალო ზომის ჭიპის ქვედა თიაქარი (On lay; ნახევრადგაწოვადი ბადე)

ჭიპის ქვემოთ ლოკალიზებული დიდი ზომის და გიგანტური W3 28 (51.9%) თიაქრების შემთხვევაში: 22 (78.6%) შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა “On lay” ტექნიკა, 6 (21.4%) შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა “In lay” ტექნიკა ნახევრად გაწოვადი და განუწოვადი საპროტეზო მასალის გამოყენებით (სურ. 7).



სურ.. 7. დიდი ზომის თიაქარი ჭიპის ქვემოთ (On Lay)

პაციენტების დაყოვნებამ სტაციონარში შეადგინა: მცირე ზომის თიაქრების დროს 2დღე ხოლო საშუალო ზომის თიაქრის დროს 3-4 დღე, დიდი ზომის და გიგანტური თიაქრების დროს 4-6 დღე.

ამბულატორიული მეთვალყურეობა უტარდებოდა ყველა პაციენტს 1 წლიდან 5 წლამდე პერიოდში.

1 პაციენტი დღემდე რჩება მეთვალყურეობის ქვეშ, რომელსაც ჩატარებული აქვს ოპერაცია ჭიპის ქვემოთ გიგანტური თიაქრის გამო ოპერაცია On Lay ტექნიკის გამოყენებით განუწოვადი საპროტეზო მასალით. მიუხედავად განმეორებით ჩატარებული ოპერაციის დროს პროტეზის ევაკუაციისა, დღემდე აღენიშნება პაციენტს სერომა და ხორცის ნახარში მსგავსი გამონადენი. გრძელდება სითხის პუნქციური წესით ევაკუაცია

ყველა ოპერაცია ჩატარდა ზოგადი ბალანსირებული ანესთეზიის ქვეშ.

გართულებები აღენიშნა 9 (9.4%) რეციდივი 1 (1.04%) შემთხვევა (გიგანტური პოსტოპერაციული ვენტრალური თიაქარი კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნის ოპერაციის შედგომ თანმხლები ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით, შაქრიანი დიაბეტი, გიდ). სერომა 6 (6.25%) შემთხვევა. W2 2(33.3%), W3 4 (66.7%) ჭიპის ქვემოთ მდებარე დიდი ზომის და გიგანტური ვენტრალური თიაქრის დროს, როცა გამოყენებული იყო On Lay ტექნიკა. მათ შორის 1 (1.04%)

პაციენტს ჩაუტარდა განმეორებითი ოპერაცია პროთეზის ამოღების გარეშე, როცა გამოყენებულ იყო In Lay ტექნიკა. ყველა სხვა შემთხვევა დასრულდა პუნქციური წესით სერომის ევაკუაციით. დაჩირქება 2 (2.1%) შემთხვევა, აქედან 1(3.4%) Sub Lay ტექნიკის შემდგომ და 1 (2.1%) On Lay ტექნიკის შემდგომ (თანმხლები შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2). ამ შემთხვევაში საჭირო გახდა განმეორებითი ოპერაცია და საპროთეზო მასალის ამოღება).

დასკვნები:

- მცირე ზომის თიაქრების დროს, პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში ნაწარმოებია ოპერაცია Sub lay (ოქროს სტანდარტი) ტექნიკის გამოყენებით;
- ჭიპის ზემოთ ლოკალიზებული საშუალო თიაქრების შემთხვევაში უხშირესად შესაძლებელია Sub Lay ტექნიკის გამოყენება
- დიდი და გიგანტური ზომის თიაქრების დროს კუნთოვან-აპონევროზული შრის მნიშვნელოვანი „რღვევის გარეშე“ შეუძლებელია Sub lay ტექნიკით თიაქრის პლასტიკა, ამიტომ უხშირესად გამოყენებულია On lay და უფრო იშვიათად In lay ტექნიკით პლასტიკა

ლიტერატურა

1. Lindmark M, Löwenmark T, Strigård K, Gunnarsson U. Ventral hernia repair with concurrent intra-abdominal surgery: Results from an eleven-year population-based cohort in Sweden. The American Journal of Surgery. 2023 Sep 1;226(3):360-4.
2. Gillies M, Anthony L, Al-Roubaie A, Rockliff A, Phong J. Trends in incisional and ventral hernia repair: a population analysis from 2001 to 2021. Cureus. 2023 Mar;15(3).
3. Nho RL, Mege D, Ouaïssi M, Sielezneff I, Sastre B. Incidence and prevention of ventral incisional hernia. Journal of visceral surgery. 2012 Oct 1;149(5):e3-14.

4. Sabiston DC. Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice.1986
5. Singhal V, Szeto P, VanderMeer TJ, Cagir B. Ventral hernia repair: outcomes change with long-term follow-up. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2012 Jul;16(3):373.
6. Nho RL, Mege D, Ouaïssi M, Sielezneff I, Sastre B. Incidence and prevention of ventral incisional hernia. Journal of visceral surgery. 2012 Oct 1;149(5):e3-14.
7. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala E, Dietz UA, Eker HH, El Nakadi I, Hauters P, Hidalgo Pascual M. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. hernia. 2009 Aug;13:407-14.
8. Oodit R. HIG (SA) Guidelines for the management of ventral hernias. South African Journal of Surgery. 2016 Nov 1;54(4):1-32.
9. Katawazai A, Wallin G, Sandblom G. Long-term reoperation rate following primary ventral hernia repair: a register-based study. Hernia. 2022 Dec;26(6):1551-9.
10. van Veenendaal N, Poelman MM, van den Heuvel B, Dwars BJ, Schreurs WH, Stoot JH, Bonjer HJ. Patient-reported outcomes after incisional hernia repair. Hernia. 2021 Dec;25:1677-84.