

აზმაიფარაშვილი გ., თომაძე გ., მეგრელაძე ა.

მოკლე ნაწლავის სინდრომის იშვიათი შემთხვევა

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

მოკლე ნაწლავის სინდრომი არის ნაწლავთა ქრონიკული აშლილობის სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც უვითარდებათ ავადმყოფებს წვრილი ნაწლავის დიდი ნაწილის ქირურგიული ამოკვეთის ან გადამუშავების და შეწოვის პროცესებიდან წვრილი ნაწლავის გამოთიშვისას, ნაწლავთაშორისი ფისტულების წარმოქმნის ან წვრილი ნაწლავის ზედა სართულსა და მსხვილ ნაწლავთაშორის ანასტომოზის არსებობის შემთხვევაში. საჭმლის გადამუშავების ფიზიოლოგიური პროცესის დარღვევის შედეგად ვითარდება მძიმე კლინიკური სიმპტომები, გამოხატული გადამუშავების (მალდიგესტია), შეწოვის (მალაბსორბცია) დარღვევით, ტროფოლოგიური უკმარისობით, პათოლოგიურ პროცესებში სხვა ორგანოებისა და სისტემების ჩათრევით (1,2,3,8,9).

მოკლე ნაწლავის სინდრომის გავრცელების შეფასება რთულია, ვინაიდან არ ხდება მათი რეგისტრირება სამედიცინო სტატისტიკით. ზოგიერთი შეფასებით, ევროპულ ქვეყნებში მძიმე ფორმების გავრცელების სიხშირე შეადგენს 1,8-2-ს 1 მილიონ ადამიანზე (2,3,4).

მოკლე ნაწლავის სინდრომის დროს ავადმყოფთა მდგომარეობის სიმძიმეს განსაზღვრავს შემდეგი მნიშვნელოვანი ფაქტორები:

რეზექციის მოცულობა: ა) ნაწილობრივი რეზექცია, როდესაც ამოკვეთილი ნაწლავის სიგრძე 100 სმზე ნაკლებია; ბ) ფართო რეზექცია - ამოკვეთილია 100 სმ-ზე მეტი; გ) მოკლე ნაწლავის შენარჩუნებული ნაწილი 100 სმ-ზე ნაკლებია. წვრილი ნაწლავის ნაწილობრივი რეზექციის დროს დაავადებების მიმდინარეობა სუბკლინიკურია. წვრილი ნაწლავის ფართო რეზექციამ შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე პოსტრეზექციული დარღვევები. მოკლე ნაწლავი არ იძლევა არსებობის საშუალებას კვების დარღვევის მუდმივი მედიკამენტური მკურნალობის გარეშე. ამ დროს საჭიროა პარენტერალური და სპეციალური ენტერალური კვება და ხანგრძლივი ან მუდმივი ინფუზიური თერაპიით სტაციონარული მკურნალობის ხშირი კურსები.

ლოკალიზაციის მიხედვით გაირჩევა: ა) პროქსიმალური, და ბ) დისტალური.

პროქსიმალური რეზექციული სინდრომი ვითარდება წვრილი ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილის ამოკვეთის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ საკვების დიდი

ნაწილი შეიწოვება წვრილ ნაწლავში, დიარეა და მეტაბოლური დარღვევები ამ ტიპის ოპერაციების დროს ნაკლებადაა გამოხატული. ამ დროს კომპესატორულ ფუნქციას თავის თავზე იღებს თემოს ნაწლავი.

დისტალური რეზექციული სინდრომი ნიშნავს თემოს ნაწლავის ნაწილის რეზექციას, სადაც ხდება B12 ვიტამინისა და ნაღვლის მჟავების შეწოვა. თუ ჯანმრთელი ადამიანის ნაღვლის მჟავების 95% შეიწოვება და მხოლოდ 5% იკარგება განავალში, თემოს ნაწლავის რეზექციის დროს ნაღვლის მჟავების ფეკალური დანაკარგები გაცილებით იზრდება. წვრილ ნაწლავში არააბსორბირებული ნაღვლის მჟავები მსხვილ ნაწლავში აფერხებს შეწოვას და აძლიერებს წყლისა და ელექტროლიტების სეკრეციას, რაც იწვევს სითხოვან დიარეას. დისტალური რეზექცია უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე პროქსიმალური.

ფართო დისტალური რეზექციის დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ილეოცეკალური სარქველის შენარჩუნებას. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფებს მნიშვნელოვნად უხანგრძლივდებათ ქიმუსის წვრილ ნაწლავის დარჩენილ ნაწილთან გადაადგილება და შეხება. თანდათანობით ვითარდება ადაპტაციური მექანიზმები, რომელიც ხელს უწყობს წვრილი ნაწლავის დარჩენილი სეგმენტით შეწოვის უნარს. ილეოტრანსვერზოანასტომოზის დადებისა და ილეოცეკალური სარქველის გამოთიშვისას მკვეთრად ჩქარდება ნაწლავური შიგთავსის ტრანზიტი, იქმნება წვრილი ნაწლავის ბაქტერიული მოთესვის პირობები. თემოს ნაწლავის ფართო რეზექციისას ილეოტრანსვერზოანასტომოზის დადების დროს დაავადების მიმდინარეობის დამამძიმებელ გარემოებად გვევლინება ბრმა ნაწლავის შენარჩუნება, რომელიც ქმნის ბრმა ჯიბეს, რასაც, ასევე, მივყავართ წვრილი ნაწლავის ბაქტერიულ პროლიფერაციამდე. ნაწლავური ბაქტერიების ზემოქმედებით წვრილი ნაწლავის პროქსიმალურ ადგილებში დეკონიუგაციური პროცესების გაძლიერების შედეგად წარმოიქმნება თავისუფალი ნაღვლის მჟავები, რომლებიც აზიანებენ ლორწოვან გარსს. ამასთან, კონიუგირებული ნაღვლის მჟავის კონცენტრაცია, რომელიც მონაწილეობს ლიპიდების შეწოვაში, მცირდება. ლორწოვანი გარსის დაზიანებას თან ახლავს მისი ენზიმური აქტიურობის დაქვეითება და ყველა საკვები ნივთიერების შეწოვის დარღვევა. შედეგად ხდება ნაწლავური შიგთავსის ოსმოლურობის აწევა არააბსორბირებული ნუტრიენტების დაგროვების ხარჯზე.

ავადმყოფობის მიმდინარეობისას გამოყოფენ სამ კლინიკურ პერიოდს:

1) პოსტოპერაციული პერიოდი 2 თვის განმავლობაში ხასიათდება მაღალი დიარეით, რასაც თან ახლავს ნატრიუმის, ქლორიდების, კალიუმის, მაგნიუმის, ბიკარბონატების დაკარგვა; მძიმე მეტაბოლური დარღვევები; ცილოვანი, ვიტამინების, წყლისა და ელექტროლიტების ბალანსის დარღვევა.

2) ოპერაციის შემდგომ პირველ წელს ხდება საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის თანდათანობითი ადაპტაცია: თანდათანობით ხდება ორგანიზმის დარღვეული ფუნქციების აღდგენა. თუმცა ნარჩუნდება ვიტამინური და სხეულის მასის დეფიციტი, ასევე - ანემია.

3) მესამე პერიოდი ხასიათდება მდგომარეობის სტაბილურობით. ამ დროს იკვეთება ნაღველსა და შარდში კენჭებისა და კუჭის წყლულის წარმოქმნის საშიშროება. ნებისმიერმა სხვა დაავადებამ, სტრესულმა სიტუაციამ, დიეტის დარღვევამ შეიძლება გამოიწვიოს დიარეის გამწვავება და შეწოვის დარღვევის სინდრომი.

პაციენტის მკურნალობა და რეაბილიტაცია ნაწლავის ფართო რეზექციის შემდეგ საკმაოდ რთულ ამოცანას წარმოადგენს. წვრილი ნაწლავის სინდრომით პაციენტების მკურნალობის მთავარი ამოცანაა, უზრუნველვყოთ ორგანიზმის მოთხოვნილება წყლით, ელექტროლიტებითა და კვებით. ამასთან, შეძლებისდაგვარად, უპირატესობა ენიჭება ორალურ ენტერალურ კვებას პარენტერალურთან შედარებით. უფრო რთული ფორმების დროს (როდესაც წვრილი ნაწლავი 50 სმ-ზე ნაკლებია) სასიცოცხლო და აუცილებელია სრული პარენტერალური კვება და რეჰიდრატაცია. წვრილი ნაწლავის შედარებით დიდი ნაწილისა და მსხვილი ნაწლავის პასაჟის შენარჩუნებისას (მსხვილი და წვრილი ნაწლავის ანასტომოზი) კვებითი რეჟიმი და სითხის მიღება ბუნებრივს უახლოვდება (1,4,5,6,7).

მეზენტერიალურ სისხლძარღვთა თრომბოზებისა და ნაწლავთა სიმსივნეების დროს ნაწლავთა ფართო რეზექციები უფრო ხშირია.

წარმოგიდგინო ჩვენი კლინიკის შემთხვევა: ავადმყოფი ა. ქ., 59 წლის მამაკაცი, ისტორიის 1369. შემოვიდა კლინიკაში 26. 01. 2015 წელს. უჩიოდა სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობას მუცლის არეში, ძლიერ საერთო სისუსტეს, წონაში დაკლებას, მუცლის შებერვას, დეფეკაციის გამწვავებას, უმადობას. 5-6 თვეა, რაც ავადაა. ბოლო ერთი თვის განმავლობაში ზემოაღნიშნულმა სიმპტომებმა მოიმატა. კლინიკაში შემოსვლამდე ავადმყოფს გაუკეთდა მუცლის ღრუს კომპიუტერული კვლევა და ექოსკოპია, კოლონოსკოპია ბიოფსიით, გულმკერდის რენტგენოგრაფია. დადგინდა მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის ნაკეცის დიდი ზომის ადენოკარცინომა, რომელიც იწვევდა ნაწილობრივ გაუვალობას. მუცლის წინა კედელზე, მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ვიზუალიზირდებოდა და პალპირდებოდა მკვრივი, ნაკლებად მოძრავი, ბავშვის თავის ოდენობის სიმსივნური წარმონაქმნი. გამოხატული იყო სიმსივნური ინტოქსიკაციის და ანემიის კლინიკო-ლაბორატორიული სურათი (კახექსია, კანის სიფერმკრთალე).

სათანადო მომზადების შემდეგ (ელექტროლიტური ხსნარები, ამინომჟავების კომპლექსი, ფორტრანსით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მომზადება), გაუკეთდა ოპერაცია ენდოტრაქეალური ნარკოზით, განაკვეთით შუა ხაზზე. აღმოჩნდა მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის ნაკეცის დიდი ზომის სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც ჩაზრდილი იყო კუჭის დიდ სიმრუდეზე, პანკრეასში, რეტროპერიტონეალურ სივრცეში, განივი კოლინჯის და წვრილი ნაწლავის ჯორჯალში, ტრეიცის იოგში. მასზე ინტიმურად იყო მიხორცებული წვრილი ნაწლავის მარყუჟების უდიდესი ნაწილი. რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული იყო. ღვიძლში მეტასტაზები არ აღინიშნებოდა. გადაწყდა, რომ გაკეთებულიყო რადიკალური ოპერაცია, რომელიც დიდ რისკთან იყო დაკავშირებული. გაკეთდა მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია დიდ ბადექონთან ერთად ლიმფოდისექციით. ვინაიდან სიმსივნურ წარმონაქმნზე მიხორცებული იყო წვრილი ნაწლავების მარყუჟების დიდი ნაწილი თავის ჯორჯლიანად, საჭირო შეიქმნა გაკეთებულიყო წვრილი ნაწლავების სუბტოტალური რეზექცია. ყველაფერი ერთ ბლოკად იქნა ამოღებული. წვრილი ნაწლავი (მლივი) ტრეიცის იოგიდან დარჩა 80 სმ. გაკეთდა იუენოტრანსვერზოანასტომოზი “გვერდი-გვერდში“. მუცლის ღრუს სანაციადრენირება.

პოსტოპერაციული პერიოდი - საშუალო სიმძიმის. მიმდინარეობდა აქტიური პარენტერალური კვება (ანტიბიოტიკები, ელექტროლიტური ხსნარები, გლუკოზა, ვიტამინები, ამინომჟავები, კომპლექსი-ცელემინი, ცელეპიდი, ალბუმინი, გაყინული პლაზმა, ერთროციტული მასა და სხვ). მე-6 დღეს მიეცა საკვები ბულიონის სახით. მე-7 დღეს აღდგა დეფეკაცია. ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმვით. გაეწერა მე-11 დღეს გაჯანსაღებულ მდგომარეობაში. პათომორფოლოგიური გამოკვლევა: გამოსაკვლევია მასალა: რეზეცირებული წვრილი და მსხვილი ნაწლავის მარჯვენა ნახევარი დიდი ბადექონთან ერთად ერთ ბლოკად

ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის ნაკეცის კუთხის მიდამოში კედლის მთელ სისქეში ლორწოვან, კუნთოვან, სეროზულ გარსებში და ირგვლივ მდებარე ცხიმოვან ქსოვილში აღინიშნება ჰიპერქრომული ბირთვების მქონე ატიპური უჯრედების ალვეოლურ-სოლიდური პროლიფერატები ვრცელი ნეკროზებით. სიმსივნის ჰორიზონტალური გავრცელებაა 10 სმ. სამ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში და ცალკე წარმოდგენილ ცხიმოვან ქსოვილში არსებულ ლიმფურ კვანძში აღინიშნება დაბალი დიფერენციაციის ადენოკარცინომის მეტასტაზი. რეზექციის პროქსიმალური და დისტალური ხაზები თავისუფალია სიმსივნური უჯრედებისგან. აპენდიქსის (6, 5X5სმ) ლორწოვან გარსში აღინიშნება ლიმფო - ლეიკოციტური ინფილტრატები, ჰიპერემია სტაზები, ექსტრავაზატები, ლორწქვეშა შრეში ფიბროზი, ლიპომატოზი. ბადექონის ცხიმოვან შემადგენელ

ქსოვილში (17X5X1 სმ) ჰიპერემია, სტაზი, სიმსივნური უჯრედები არ აღინიშნება. დასკვნა: მსხვილი ნაწლავის ღვიძლის ნაკეცის კუთხის დაბალი დიფერენციაციის ადენოკარცინომა (ICD0-code 8140/3.Grade 3). რეგიონულ ოთხ ლიმფურ კვანძში დაბალი დიფერენციაციის ადენოკარცინომის მეტასტაზი (PT3N2 MxR0. Grade3).

პოსტოპერაციულ პერიოდში ავადმყოფმა ჩაიტარა ქიპიოთერაპიის კურსი. გასინჯულ იქნა ოპერაციიდან ერთ თვეში და ათი თვის შემდეგ. მოიმატა წონაში. ჩიველები არა აქვს. აქვს კარგი მადა. დეფეკაცია 2-3 ჯერ დღეში. იკვებება ხშირად, ღამის საათებშიც. ამ ხნის განმავლობაში არ დასჭირვებია პარენტერალური კვება. აგრძელებს თავის შრომით საქმიანობას.

ამ შემთხვევიდან შეიძლება გავაკეთოდ დასკვნა, რომ გამართლებული იყო ამ ეტაპზე რადიკალური ოპერაცია (არსებული გარკვეული ინტრაოპერაციული რისკის ჩათვლით). ჩატარდა ნაწლავების ფართო რეზექცია. დარჩა მხოლოდ მღივი ნაწლავის 80 სმ, განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევარი, დასწვრივი კოლინჯი, სიგმური და სწორი ნაწლავი. მიუხედავად ასეთი ხარისხის მოკლე ნაწლავის სინდრომისა, ადეკვატური მკურნალობის შედეგად მოხერხდა ორგანიზმის მიერ კომპენსაციური მექანიზმების ჩართვა და ჰომეოსტაზის შენარჩუნება.

ლიტერატურა:

1. Баранская Е. К., Шульпекова Ю. О. Принципы ведения пациентов с синдромом короткого кишечника// Русский медицинский журнал : независимое издание для практикующих врачей. 2010. - Том 18, N 13. - С. 789-794.
2. Крумс Л.М., Сабельникова Е.А. Синдром короткой тонкой кишки: актуальные вопросы патогенеза, клиники и лечения // Consilium medicum. 2002. № 2. С. 27-29.
3. Соломенцева Т.А. Синдром короткой кишки: тактика врача-гастроэнтеролога // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2009. № 5. — С. 50-55.
4. Богомолов Б. П. Редкие клинические синдромы, протекающие с диареей. — 1997. — № 11. — С. 16-18.
5. Sherwood, Lauralee (2006). *Fundamentals of physiology: a human perspective* (Third ed.). Florence, KY: Cengage Learning. p. 768.
6. Solomon et al. (2002) *Biology Sixth Edition*, Brooks-Cole/Thomson Learning
7. Townsend et al. (2004) *Sabiston Textbook of Surgery*, Elsevier
8. Thomson A, Drozdowski L, Iordache C, Thomson B, Vermeire S, Clandinin M, Wild G (2003). "Small bowel review: Normal physiology, part 1.". *Dig Dis Sci* **48** (8): 1546–64.

9. Gura KM, Duggan CP, Collier SB, et al. (2006). "Reversal of parenteral nutrition-associated liver disease in two infants with short bowel syndrome using parenteral fish oil: implications for future management". *Pediatrics* **118** (1): e197–201

Azmaiparashvili G., Tomadze G., Megreladze A.

RARE CASE OF SHORT BOWEL SYNDROME

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

Short bowel syndrome is characterized by malabsorption following extensive resection of the small bowel. It may occur after resection of more than 50% and is certain after resection of more than 70% of the small intestine, or if less than 100 cm of small bowel remains.

Successful postoperative management of short bowel syndrome has been discussed. Patient was operated because of cancer of hepatic flexure of large bowel with invasion in stomach, pancreas, retroperitoneal space, mesentery of small bowel. Right sided colectomy and excessive resection of small bowel with lymphodissection was performed and only 80 cm of small bowel was left together with the left part of the colon. Ileotransversoanastomosis was performed. After the adequate course of chemotherapy and partial parenteral nutrition patient's general condition became satisfactory. Patient started to gain weight. Adequate postoperative treatment determined postoperative period without surgical and nutritional complication.