

მეგრელაძე ა., თომაძე გ., აზმაიფარაშვილი გ., არდია ე.

წვრილი ნაწლავის პერფორაციის შემთხვევა *შემთხვევის აღწერა*
თსსუ, ქირურგიის დეპარტამენტი; შპს გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი

წვრილი ნაწლავის პერფორაცია, პერიტონიტის გამომწვევ მიზეზებს შორის ერთერთი იშვიათია და მხოლოდ 0, 1% შეადგენს (1). იგი უფრო ხშირად ემართებათ 20-40 წლის ასაკის პაციენტებს და გაცილებით ხშირია მამაკაცებში ვიდრე ქალებში (3). ლოკალიზაციის მიხედვით – უფრო ხშირად გვხვდება თემოს ნაწლავში, ვიდრე მლივ ნაწლავში. მისი დეფექტის დიამეტრი შეიძლება ცვალებადობდეს – მინიპერფორაციული, წერტილოვანი დეფექტიდან – 2სმ-იან დიამეტრამდე (3,4). შესაძლოა იყოს როგორც ერთეული, ასევე, მრავლობითი პერფორაციული ხვრელებიც (4).

მისი გამომწვევი მიზეზების სისტემატიზაცია, თანამედროვე ლიტერატურული მონაცემებით, ასე წარმოგვიდგება: პირველ რიგში ეს შეიძლება იყოს ტრავმა (1,2), როგორც დახურული, ასევე ჭრილობა; შემდეგ – ნაწლავთა სანათურის უცხო სხეულები, მათ მიერ კედლის გახვრეტა ან ნაწოლების გაჩენა შემდგომი პერფორაციით;

- როგორც სხვა დაავადებების გართულება, მაგ. ნაწლავთა გაუვალობით გამოწვეული მომტანი ნაწილის გადაბერვისას, ლოკალური სისხლის მიმოქცევის მოშლითა და ნეკროზით;

- სხვადასხვა სახის ანთებითი ან ინფექციური დაავადებებისას, მაგ: კრონის დაავადება, ტუბერკულოზი, მუცლის ტიფი, ციტომეგალოვირუსული ინფექცია, სიფილისური გუმა, ლიმფოგრანულომატოზი (2,4).

ცალკე უნდა გამოიყოს წვრილი ნაწლავის მწვავე წყლულის განვითარება და მისი პერფორაცია, როგორც მწვავე გავრცელებული პერიტონიტის გამო პოსტოპერაციული პერიოდის გართულება (5), რომელიც შეიძლება განვითარდეს: ოპერაციიდან ადრეულ პერიოდში – 1-6 სთ-ში; შედარებით მოგვიანებით – I-II დღეღამის განმავლობაში; და მოგვიანებით – 6-7 დღის შემდეგ (5). ასეთ წყლულებს მიღებულია ეწოდოს წვრილი ნაწლავის სტრესული წყლულები. მწვავე წყლულის პერფორაცია, ავტორთა ჯგუფის მიხედვით, ყველა პერიტონიტის გამო ნაოპერაციები შემთხვევების 3,5%-ში არის დიაგნოსტირებული (5).

წვრილი ნაწლავის მწვავე წყლულების გამომწვევ მიზეზთა შორის ერთერთი მნიშვნელოვანია პერიტონიტის გამო შემუშავებული და ინფილტრირებული წვრილი ნაწლავის კედლის, ნაწლავთა დეკომპრესიის მიზნით მასში ზონდის გატარებისას მიყენებული ტრავმა, რაც იწვევს ნაწლავის კედლის გასკდომას, სისხლჩაქცევებს, ხანგრძლივ პარეზსა და შებერილობას (4,5).

მწვავე გავრცელებული პერიტონიტის გამო პოსტოპერაციულ პერიოდში, წვრილი ნაწლავის მწვავე წყლულოვანი დაავადების პერფორაციით გართულებისას პერფორაციის კლასიკური სიმპტომატიკა არ არსებობს. უეცარი ტკივილის ფენომენი

უმნიშვნელოა, რიგ შემთხვევებში ტკივილი შეიძლება საერთოდ არ იყოს გამოხატული ან მას ჰქონდეს ყრუ ხასიათი (3). იშვიათად შეიძლება გამოვლინდეს სისხლდენა და დიარეა. გასინჯვით- მუცელი პერფორაციის პირველ საათებში ჩავარდნილია, მაგრამ კუნთები დაჭიმულია, შემდეგ თანდათან იწყება მუცლის შებერილობა, გულისრევა, შესაძლოა ლებინებაც. პნევმოპერიტონეუმი და შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი შეიძლება არ იყოს გამოხატული, ან თუ გამოხატულია და საქმე შეეხება პერიტონიტის გამო პოსტოპერაციულ პაციენტს, ისინი შეიძლება აღქმული იქნეს, როგორც ნარჩენი სიმპტომატიკა. უფრო ხშირ შემთხვევაში ისმება პროგრესირებადი პერიტონიტის დიაგნოზი, რის გამოც ავადმყოფს უტარდება განმეორებითი ოპერაციული მკურნალობა.

ლიტერატურაში აღწერილი და ჩვენს მიერ ანალიზირებული ავტორების მონაცემებით, მიუხედავად თანამედროვე კვლევებისა, არც ერთ შემთხვევაში არ იყო დიაგნოსტირებული ოპერაციამდე წვრილი ნაწლავის პერფორაციის დიაგნოზი (1,2,3,4,5,6). ამიტომ მოწოდებულია პერიტონიტის გამო ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პაციენტის მდგომარეობის გაუარესებისას მაქსიმალური ყურადღება და ოპტიმალური ტაქტიკის შერჩევა, შესაძლოა რელაპაროტომიის სასარგებლოთაც კი, რადგანაც ამ შემთხვევაში ყოველ დაკარგულ საათს მნიშვნელობა აქვს დაავადების კეთილი გამოსავლისთვის (3).

მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია და ითვალისწინებს: პერფორაციული დეფექტის გაკერვას, მუცლის ღრუს გულდასმით სანაციას სათანადო ანტისეპტიური ხსნარებით და ადექვატურ დრენირებას. დაზიანებული მიდამოს რეზექცია სასურველი არ არის თუ ეს არ არის აუცილებლობით განპირობებული (3).

მოვიყვანო შემთხვევას ჩვენი პრაქტიკიდან:

ავადმყოფი ს.მ, 67 წლის მამაკაცი, კლინიკაში შემოვიდა, როგორც სასწრაფო შემთხვევა. დაისვა დიაგნოზი “მწვავე მუცელი” და სასწრაფო წესით ჩაუტარდა ოპერაციული მკურნალობა. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა: მწვავე კალკულოზური, ჩირქოვანპერფორაციული ქოლეცისტიტი, უნივერსალური ჩირქოვანი პერიტონიტის 72სთ-ზე მეტი ხანგრძლივობის. ოპერაცია: ლაპაროტომია, ქოლეცისტექტომია, მუცლის ღრუს სანაცია, დრენირება.

პოსტოპერაციული პერიოდი- მძიმე, მაგრამ დიაგნოზისა და გადატანილი ოპერაციის ადექვატური. დინამიკა დადებითი: ლეიკოციტოზი შემცირდა 20,0X10⁹-დან 12,0X10⁹-მდე, დრენაჟებიდან უმნიშვნელო გამონადენი, მუცელი ჩვეული ფორმის, პალპაციით რბილი, პერისტალტიკა მოისმინება. მეოთხე დღეს დრენაჟები ამოღებულ იქნა. მეხუთე დღიდან კი პაციენტის მდგომარეობა გაუარესდა, რაც გამოიხატა შემდეგი სიმპტომატიკით: გაჩნდა ყრუ გაფანტული ტკივილი მუცლის არეში, მუცელი შეიბერა, ლეიკოციტოზი 18,0X10⁹, ექოკვლევით დასტურდებოდა მნიშვნელოვანი რაოდენობის სითხის კოლექცია მუცლის ღრუში და დრენაჟის ნამყოფი ადგილიდან ნაღვლოვანი გამონადენი. სიტუაცია შეფასდა, როგორც ქოლეცისტექტომიის შემდგომი გართულება და ნაღვლოვანი პერიტონიტი, რის 87 88 გამოც გადაწყდა რელაპაროტომიის წარმოება. ოპერაცია ის მსვლელობისას დავრწმუნდით ქოლეცისტექტომიის მიდამოდან რაიმე სახის გართულების არ

არსებობაში. თავისუფალ მუცლის ღრუში ნაღვლოვანი გამონადენი მცირე იყო, მაგრამ ყურადღება იქნა მიქცეული ამ გამონადენის მღვრიე ხასიათზე და ყურადღებით შესრულდა რევიზია, რაც გარკვეულ სირთულეებთან იყო დაკავშირებული, გადატანილი პერიტონიტის შედეგად გაჩენილი შეხორცებების და ჰიპერადჰეზიური პროცესის გამო. გაითიშა რა აღნიშნული ადჰეზიები, დიდი ბადექონისა და განივი კოლინჯის უკან აღმოჩნდა წვრილი ნაწლავის შუა დონეზე ჯორჯლის მოპირდაპირე მხარეს პერფორაციული დეფექტი დიამეტრით 0,5სმ. (სურათი 1).

კიდები შეუცვლელი დეფორმაციის და მნიშვნელოვანი ინფილტრაციის გარეშე, მის გარშემო ნაწლავთა შორის შემოფარგლული აბსცესის ჩამოყალიბებით, რომელმაც გაჟონა მუცლის ღრუში. აღნიშნული დეფექტი გაიკვრა ორსართულიანი ნაკერით. მუცლის ღრუ გულდასმით ამოირეცხა დიოქსიდინიანი და განზავებული ბეტადინიანი ხსნარით. ნაწლავთა დეკომპრესიის მიზნით გატარებულ იქნა ნაზოენტერალური მელორიებოტის ზონდი, ჩაიდგა დრენაჟები ორივე ლატერალურ ღარში და დუგლასის ფოსოში, ირიგატორი წვრილი ნაწლავის ჯორჯალში ბლოკადისა და ანტიბიოტიკებისათვის. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი წარმართა მძიმედ, მაგრამ დადებითი დინამიკით და რელაპაროტომიიდან 25-ე დღეს პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან კლინიკურად გამოჯანმრთელებულ მდგომარეობაში.

აღნიშნული შემთხვევიდან უნდა დავასკვნათ, რომ მწვავე გავრცელებული პერიტონიტის გამო წარმოებული ოპერაციის შემდგომ პერიოდში უნდა გვახსოვდეს წვრილი ნაწლავის სტრესული მწვავე წყლულების განვითარების შესაძლებლობა და მათი კლინიკური მიმდინარეობის ატიპიური ხასიათი. პოსტოპერაციულ პერიოდში პროგრესირებადი პერიტონიტის ან დადებითი დინამიკის არ არსებობა დროულად უნდა იქნეს შემჩნეული და ყველანაირად გამოკვლეული, რათა გამოირიცხოს ზემოაღწერილი ტიპის გართულებები და, თუ ეს შეუძლებელია, საკითხი გადაწყდეს დიაგნოსტიკური სანაციური რელაპაროტომიის სასარგებლოდ.



სურათი 1

ლიტერატურა:

- 1) Кригер А.Г. Ржебаев К.Э. Анлрейцев И.Л. Левин Е.М. Издание: Хирургия Год издания: 2001 Объем: 3с.. Дополнительная информация: 2002. N <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspxid=80011>
- 2) Л.Найхус, Дж.Вителло, Р.Конден. <http://lor.inventech.ru/diagn/diagnboly-0192.shtml>.
- 3) <http://surgeryzone.net/info/info-hirurgia/perforaciyatonkoj-kishki.html>
- 4) <http://lekmed.ru/info/arhivy/oshibki-v-diagnostike-ilechenii-ostryh-zabolevaniy-i-travm-zhivota-49.html>
- 5) В.А.Гольбрайх, С.С.Маскин, А.В.Бобырин, А.М.Карсанов, Т.В.Дербенцева, Д.С.Лопастейский, А.Р.Таджиева. <http://surgeryzone.net/info/info-hirurgia/os-trye-perforativnyye-yazvy-tonkoj-kishki-u-bolnyx-s-raspros-tranennym-gnojnym-peritonitom.html>
- 6) Fennerty M.B. Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient . Rationale for therapeutic benefits of acid suppression. *Care. Med.* 2002; 30: 351- 355.

Megreladze A., Tomadze G., Azmaiparashvili G., Ardia E.

SMALL BOWEL PERFORATION

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

The article is dedicated to the problem of small bowel perforation, which is a rare condition and in 0,1% of cases is the reason of acute peritonitis. The reasons of perforation are discussed. Among them is pointed possibility of perforation of stress ulcers. Case from clinical practice is presented. Patient male, operated because of diffuse peritonitis due to gangrenous cholecystitis. Relaparotomy required on the 5 postoperative day because of perforation of small bowel stress ulcer. It is concluded, that after operative treatment due to peritonitis, in case of unexplained progression of the disease possibility of small bowel perforation should be considered and treatment tactics should be directed towards relaparotomy.