

შემთხვევის აღწერა

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

წვრილი ნაწლავის სიმსივნე გართულებული სისხლდენით (შემთხვევა პრაქტიკიდან)

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

აბდომინალურ ურგენტულ ქირურგიაში ერთერთი ურთულესი პრობლემა გასტროინტესტინური სისხლდენაა. მნიშვნელოვანია სწორად შეაფასო მკურნალობის ტაქტიკა ავადმყოფის საწოლთან ყოველ კონკრეტულ ასეთ შემთხვევაში, ერთი მხრივ, არ დაუკარგო პაციენტს შანსი შეჩერდეს სისხლდენა მხოლოდ კონსერვატიული ღონისძიებებით და, მეორე მხრივ, დროულად გადაწყვიტო საკითხი სასწრაფო ოპერაციული ჩარევის ა უცილებლობი შესახებ ისე, რომ არ დაგვიანდეს ეფექტური, ოპერაციული მკურნალობა. ამ პრობლემის გადაწყვეტა მით უფრო რთულია, თუ საქმე ეხება უცნობი ეტიოლოგიის სისხლდენას, როცა დაუდგენელია სისხლმდენი პათოლოგიური პროცესის რაობა და ლოკალიზაცია (სისხლდენის შემთხვევათა 5 – 10%)(11). სისხლდენა ხშირია წვრილი ნაწლავის სიმსივნეების დროს, რომლებიც საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სიმსივნეთა შორის 1%-ში გვხვდება (1.2.12). გასტროინტესტინური სისხლდენების 5% სწორედ წვრილი ნაწლავიდან ვითარდება (3). სისხლისდენით გართულებული ასეთი სიმსივნეების დიაგნოსტიკა რთულია. ენდოსკოპიური კვლევისა თვი ს წვრილი ნაწლავი ს რეგიონი ითვლება, როგორც “კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ბნელი კონტინენტი” (3). კვლევის სხვა მეთოდები, მათ შორის კომპიუტერული ტომოგრაფიაც, წვრილი ნაწლავის სიმსივნეთა, მითუმეტეს მათი სისხლისდენით გართულების დიაგნოსტიკაში, მაინცადამაინც ეფექტური ვერ არის. შედარებით ეფექტურ მეთოდად ითვლება რენტგენოლოგიური მეთოდი, როდესაც საკონტრასტო ნივთიერება პირდაპირ ზონდიდან შეჰყავთ წვრილ ნაწლავში და იკვლევენ პასაჟს (1.2.4)- ზონდირებადი ენტეროგრაფია. აგრეთვე, მნიშვნელოვანია ანგიოგრაფიის, კაფსულით ენდოსკოპიისა და სცინტიგრაფიის მეთოდებით კვლევა, მაგრამ პროფუზული სისხლისდენისას მათი ჩატარებისათვის დრო აღარ რჩება. არაიშვიათად დიაგნოსტიკის საკითხს ართულებს ის გარემოებაც, რომ ჩატარებული ენდოსკოპიური კვლევით, ხშირად კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში, ვლინდება ეროზიული გასტროდუოდენიტი ან, შესაძლოა, წყლულიც, რომლებიც შეიძლება ჩაითვალოს, როგორც სისხლდენის მიზეზი, კვლევის მომენტისათვის შეჩერებული სისხლდენით (ფორესტის სკალით F II-III), ხოლო სისხლდენის ძირითადი გამომწვევი მიზეზი ყურადღების გარეშე რჩება (4). მოგვიანებით, განმეორებითი სისხლდენის გამო, სასიცოცხლო ჩვენებით, ჩატარებული ოპერაციისას აღმოჩნდება წვრილი ნაწლავის სიმსივნე, რომელიც ყოფილა სისხლდენის მიზეზი. დიაგნოზი - წვრილი ნაწლავის სიმსივნე, გართულებული პროფუზული გასტროინტესტინური სისხლდენით - ძირითადად, ისმება ინტრაოპერაციულად. წვრილი ნაწლავის

სიმსივნეების 2/3 - ავთვისებიანია, ხოლო 1/3 - კეთილთვისებიანი (4). უმეტესად, ისინი ლოკალიზებული არიან ან ტრეციის იოგთან ახლოს ან წვრილი ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში (3). ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება ადენოკარცინომები (35-50%), კარცინოიდები (20-40%), ლიმფომები (14%), სარკომები (1113%) (8. 9). ადენოკარცინომები გვხვდება უფრო ხშირად თორმეტგოჯა ნაწლავსა და მლივი ნაწლავის დასაწყისში, ხოლო ლიმფომები და სარკომები უფრო ხშირად - წვრილი ნაწლავის ტერმინალურ ნაწილში (9.10)

წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნის სახეებია:

- ადენოკარცინომა,
- ლორწოვანი ადენოკარცინომა,
- ბეჭდისებრუჯრედოვანი ადენოკარცინომა,
- არადიფერენცირებული და არაკლასიფიცი- რებული კიბო (1)

სიმსივნის ზრდა შეიძლება იყოს ენდოფიტური და ეგზოფიტური. წვრილი ნაწლავის სიმსივნეების გართულებებს წარმოადგენენ: ნაწლავთა გაუვალობა ან სისხლდენა (1. 4). სი სხლდენათა 5% გასტროი ნტესტინურია (5.6.7).

მოვიყვანთ შემთხვევას პრაქტიკიდან:

პაციენტი - მამაკაცი 81 წლის, შემოვიდა კლინი- კაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა ჩივილებით: ძლიერი საერთო სისუსტე, გონების დაკარგვა, მელენა თხიერი განავლით. აღენიშნებოდა არასტაბილური ჰემოდინამიკა (100/60-80/40 mmHg), გარეგნულად ანემიური, ერითროციტები- RBC- $1,70 \times 10^{12}$ ლ, ჰემოგლობინი-52გ/ლ.

ანამნეზიდან საყურადღებო იყო: სამი დღის წინ გაეწერა სხვა კლინიკიდან, სადაც ერთი კვირა მკურნალობდა დიაგნოზით: თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება გართულებული სისხლდენით. სისხლდენა შეჩერებულ იქნა კონსერვატიული მკურნალობით. კლინიკიდან გამოეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში. თუმცა მეორე დღიდან, ანუ ჩვენ- თან შემოსვლის წინა დღეს, კვლავ ჰქონდა არტერიული წნევის ვარდნა, მელენა, იმ დღეს ექიმს არ მიმართა, ხოლო მეორე დღეს, საერთო მდგომარეობის კიდევ უფრო გაუარესების გამო, მოთავსდა ჩვენს კლინიკაში. სასწრაფოდ დაწყებულ იქნა ინტენსიური თერაპია. ჰემოდინამიკა გაუმჯობესდა. გასტროფიბროსკოპიით დადასტურდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, საიდანაც გასინჯვის მომენტში სისხლი აღარ მოდიოდა. ნიშანდობლივია, რომ კვლევის დროს თორმეტგოჯა ნაწლავში და კუჭში იყო ყავისნალექისებური მასა, რომლითაც დაფარული იყო წყლულის ზედაპირიც. ჩაითვალა, რომ სისხლდენა შეჩერებულია და წყლული დაფარულია “ფიბრინით” (ფორესტის კლასიფიკაციით FIII). შეფასდა მდგომარეობა, როგორც შეჩერებული სისხლდენა, პოსტჰემორაგიული ძლიერი ანემია და გაუგრძელდა კონსერვატიული მკურნალობა. 14 სთის შემდეგ, ანუ მეორე დღეს, კვლავ აღენიშნა თხიერი კუპრის ფერი განავალი, ისევ არტერიული წნევის ვარდნა. განმეორებით გაკეთდა გასტროსკოპია, წინა კვლევისას ნანახი წყლულიდან სისხლდენა კვლავ არ აღინიშნებოდა, სისხლდენის სხვა მიზეზი ენდოსკოპიურად ნანახი ვერ იქნა. დაისვა დიაგნოზი - უცნობი ეტიოლოგიის გასტროინტესტინური პროფუზული სისხლდენა და, სასიცოცხლო ჩვენებით, შეთავაზებული იქნა ოპერაციული მკურნალობა მაღალი

რისკის ქვეშ. ამავდროულად ანგარიშგასაწევია, რომ პაციენტის მდგომარეობა უკიდურესად მძიმე იყო. სი მძიმე მეს განა პირობებდა პოსტჰემორა გიული ძლიერი ანემია, ზოგადი ათეროსკლეროზი კარდიოსკლეროზით, გულის უკმარისობის მოვლენები. პაციენტის ახლობლებმა უარი განაცხადეს ოპერაციაზე. გაუგრძელდა აქტიური ჰემოსტაზური, სისხლისა და სისხლის შემცვლელელების გადასხმა, და სხვა სიმპტომური თერაპია, რის ფონზეც სისხლდენა თითქოს შეჩერდა, მაგრამ 24 სთ-ის შემდეგ კვლავ აღენიშნა პროფუზული სისხლდენა მანიფესტირებული ისევე თხიერი მელენით, ისევე არტერიული წნევის ვარდნით, წითელი სისხლის მაჩვენებლები კატასტროფულა დ და ეცა: ერი თროცი ტები - RBC1,03x10¹² ლ, ჰემოგლობინი-38გ/ლ. ამჟამად შეთავაზებულ ოპერაციულ მკურნალობაზე პაციენტის ახლობლებმა თანხმობა განაცხადეს და, სასიცოცხლო ჩვენებით, სასწრაფო წესით ჩაუტარდა ოპერაცია. აღმოჩნდა: მლივ ნაწლავზე ტრეციდან 30 სმ-ში წვრილი ნაწლავის სიმსივნე, მრავლობითი კვანძებით, ეგზოფიტური ზრდით. კვანძები ზომით 2.0x2.0სმ-ზე და 4.0x4.0სმ-ზე. მის მიმდებარედ, ჯორჯალში ორისამი გადიდებული ლიმფური ჯირკვალი. შავი ფერის შიგთავსი, ყველაზე მკვეთრი ფერის, იწყებოდა სწორედ სიმსივნის ადგილიდან და გრძელდებოდა მის დისტალურად, თუმცა მცირე რაოდენობით ამოდიოდა თორმეტგოჯა ნაწლავში ც. შესრულდა : წვრილი ნაწლავის რეზექცია ჯორჯალში არსებულ ლიმფურ კვანძებთან ერთად, შერთული პირით-პირში, დიდი ბადექონის ამპუტაცია. ჩაიდგა მელორიებოტის დეკომპრესიული ზონდი. მაკროპრეპარატი, განაკვეთზე დაწყებული, ლორწოვანის დეფექტით, ხორკლიანი – სანათურში ახალი სისხლით, გაიზავნა ჰისტომორფოლოგიურ გამოკვლევაზე. ოპერა ცი ს შემდგომი პერიოდი რეა ნი მა ცი ულ განყოფილებაში წარიმართა მძიმედ, მაგრამ დადებითი დინამიკით. სამი დღის შემდეგ ავადმყოფი გადა- ყვანილი იქნა განყოფილებაში. ოპერაციიდან მე-12 დღეს გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში. მორფოლოგიური კვლევის პასუხი: წვრილი ნაწლავის ნეიროენდოკრინული კარცინომა, მეტასტაზებით წვრილი ნაწლავის საკუთარი ჯორჯლის ოთხ ლიმფურ კვანძში. ავადმყოფი შემდგომი მეთვალყურეობისათვის დაბარებული იყო 6 თვის შემდეგ. გასტროინტესტინური სისხლდენის დროს წარმოებული ოპერაციული მკურნალობისას უნდა გვახსოვდეს, რომ არსებობს უცნობი ეტიოლოგიის გასტროინტესტინური სისხლდენა (შემთხვევათა 5%). მაშინაც კი, როდესაც ენდოსკოპიურად ნანახია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული (F III), შესაძლოა სისხლისდენის მიზეზი სხვაგან იყოს. ოპერაციის მსვლელობის დროსაც კი არის შემთხვევები, როდესაც სისხლდენის მიზეზს ვერ ვპოულობთ. კარგად უნდა დათვალა იერდეს წვრილი ნაწლავი, და მოიძებნოს ნაწლავში “სისხლის ნაკვალევი”. მნიშვნელოვან დახმარებას გაგვიწევს ინტრაოპერაციული ენდოსკოპიაც, რომლითაც შეიძლება ინახოს სისხლდენა ან, თუნდაც, გამოირიცხოს სისხლდენის არსებობა რომელიმე კონკრეტული რეგიონიდან.

ლიტერატურა:

1. Рак тонкой кишки. <http://www.gastroscan.ru/patient/disease/13/cancer-intestine/>
2. Опухоль тонкой кишки. <http://www.eurolab.ua/digestive-disorders/3502/3503/29325/>
3. Katz LB The role of surgery in occult gastrointestinal bleeding. *Semin Gastrointest Dis* 1999;10:78-81.
4. А. Курьгина, Ю. Стойко, С. Багненко Острые тонкокишечные кровотечения. <https://medactiv.ru/ygastro/gastro-010021.shtml>
5. John R. Saltzman, MD, FACG, and Anne C. Travis, MD, MSc, FACG, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA – Updated February 2009. Updated December and S. Tilson, MD, Gastroenterology Consultants of Greater Lowell, North Chelmsford, MA – Published June 2004 .
6. Schwartz GD, Barkin JS Small bowel tumours. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006;16:267-75.
7. Kornbluth A, Waye JD. Small bowel tumours: Yield of enteroscopy. *Gut* 1991;32:763-65.
8. Matta E, Chinea B, et al Malignant tumours of the small intestine. *J Clin Gastroenterol* 2003;37:372-80.
9. Neugut AI, Jacobson JS, Suh S, et al. The epidemiology of cancer of the small bowel. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999;7:243-51.
10. Modlin IM, Sandor A. An analysis of 8305 cases of carcinoid tumor. *Cancer* 1997;79:813-29.
11. Желудочно - кишечное кровотечение неясной этиологии. <http://lekmed.ru/info/diagnoz/zheludочно-kishechnoe-krovotechenie-neyasnoyetiologii.html>
12. Фирсова Л.Д., Машарова А.А., Бордин Д.С., Янова О.Б. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки // - М: Планида. - 2011. - 52 С..

Case Report

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

SMALL BOWEL TUMOR COMPLICATED WITH BLEEDING

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

Gastro-intestinal bleeding in abdominal emergency surgery is one of the difficult problems, mainly when the reason and localization of bleeding site is unknown. More difficult is when the bleeding is from small bowel (5-10% of all GI bleedings). The difficulty is determined by fact, that evaluation of small bowel by endoscopy is impossible and

therefore it is named as “dark continent of the GI tract”. In majority of cases the diagnosis of bleeding from small bowel is made intraoperatively.

We describe one case of bleeding from small bowel: 81year- old man, who admitted to our emergency department because of profuse GI bleeding. Endoscopic evaluation didn't reveal any reason of bleeding, therefore patient was operated urgently. During the operation small bowel tumor complicated with bleeding has been found. Small bowel resection with primary anastomosis performed. Patient was discharged on 5th postoperative day without complications. Histology revealed neuro-endocrine carcinoma.

According to the literature the reason of GI bleeding is unknown in 5% of cases. Therefore we should suspect small bowel, as bleeding site, even if patient has ulcer in stomach or duodenum which doesn't bleed.