

აზმაიფარაშვილი გ., თომაძე გ.,
მეგრელაძე ა., გვაზავა ა.

**წვრილი ნაწლავის სუბტოტალური რეზექცია
ნაწლავთა მეზენტერიულ სისხლქარღვთა
მწვავე გაუვალობის დროს (შემთხვევის
აღწერა)**

თსსუ, ძირუბაგის დეპარტამენტი

მეზენტერულ სისხლქარღვთა თრომბოზები და ემბოლიები ურგენტული ქირურგიის ერთ-ერთი ყველაზე საშიში დაავადებებია, რომლებიც 80%-მდე ლეტალობით ხასიათდება [1, 2].

მეზენტერულ სისხლქარღვთა თრომბოზები და ემბოლიები შედარებით იშვიათია - სასწრაფო ჩვენებებით საავადმყოფოში მოხვედრილ 1500-2000 ავადმყოფზე ერთი შემთხვევა ფიქსირდება. მეზენტერულ სისხლქარღვთა თრომბოზები 5-ჯერ უფრო იშვიათია, ვიდრე ემბოლიები. ამასთან, თრომბოზები შეიძლება იყოს არტერიის ან ვენის, ან ვენის და არტერიისა - ერთდროულად [1, 3, 4]. ეს დაავადება საკმაოდ მძიმედ მიმდინარეობს. მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ დაავადებებში, რომელთა ფონზეც მეზენტერული სისხლქარღვების თრომბოემბოლია წარმოიქმნება, სიხშირით პირველ ად-

გილზე ათეროსკლეროზია, მეორეზე - სიმსივნე და მესამეზე - გულის მანკები, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ღვიძლისა და პორტული სისტემის თრომბოზასკულური დაზიანებები. ჯორჯლის სისხლძარღვების ემბოლიები მხოლოდ ასაკოვან ადამიანთა ხვედრი არ არის, ამ დაავადებით ხშირად საშუალო ასაკის ადამიანებიც ავადდებიან [3, 5, 6, 8].

ნაწლავების სისხლის მიმოქცევის სხვადასხვაგვარი დარღვევის თავისებურება განსაზღვრავს მეზენტერულ სისხლძარღვთა თრომბოემბოლიების კლინიკური ფორმების მრავალფეროვნებას, ამიტომ მეზენტერული სისხლძარღვების თრომბოემბოლიების დიაგნოსტიკა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს [7, 8, 9, 10]. ამ დაავადების დროს უფრო ხშირად ზიანდება ჯორჯლის ზედა (90%) და იშვიათად - ქვედა (10%) არტერია (4, 9, 11).

მეზენტერული სისხლძარღვების თრომბოზების და ემბოლიების პოსტოპერაციული ლეტალობა თითქმის 80%-ს შეადგენს, რაც გამონეულთა არა მხოლოდ დიაგნოსტიკის სირთულთა და ოპერაციის სიმძიმით, არამედ იმ ძირითადი დაავადების არსებობით, რომელმაც გამოიწვია მეზენტერული სისხლძარღვების მწვავე დარღვევა [2, 12, 13].

წარმოგიდგენთ შემთხვევას: პაციენტი ქალი, 68 წლის, გადმოყვანილი იყო კარდიოქირურგიის დეპარტამენტში კარდიოქირურგიის კონსულტაციის საფუძველზე. შემოვიდა თვითდინებით 19.12.19-ში. შემოსვლისას უჩიოდა ტკივილს რეტროსტერნალურად მცირე ფიზიკურ დატვირთვაზე, ირადიაციით მარცხენა ბეჭში. ანამნეზით - 30 წელია აქვს არტერიული ჰიპერტენზია (max-180/100 mmHg). ბოლო ერთი წლის განმავლობაში პაციენტს აღენიშნებოდა ტკივილი რეტროსტერნალურად, ირადიაციით მარცხენა ბეჭში, რომელიც ეხსნებოდა მოსვენებულ მდგომარეობაში გადასვლისას. რეგულარული მკურნალობა არ ჩატარებია. კლინიკაში ჩატარებული კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევებით: კარდიოგრაფიულად - რითმი სინუსური, ვოლტაჟი - საშუალო, ყველა განხრავში - ST-ს 2 მმ დეპრესია. გულის ულტრაბგერითი კვლევით: მარცხენა წინაგულისა და მარჯვენა ღრუების მსუბუქი დილატაცია, სისტოლური ფუნქცია - ნორმა, EF - 55%, რეგიონული კუმშვადობა - ნორმა. დიასტოლური დისფუნქცია - გაუარესებული, ძგიდის ზომიერი ჰიპერტროფია. სარქველოვანი აპარატი - პათოლოგიური ნაკადების გარეშე, აორტის ზომები - ნორმის ფარგლებში, ზომიერი მიტრალური და ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია, ნწევა ფილტვის არტერიაში - ზომიერად მომატებული, აორტის ხერხელის ზომიერი სტენოზი, პერიკარდიუმის ღრუ - ნორმა.

19.12.19-ში ჩატარებული სელექციური კორონაროგრაფიით დადგინდა: მარცხენა კორონარული არტერიის ღერო ცვლილებების გარეშე, იყოფა ორ ტოტად. წინა დაღმავალი, შემომხვევი და შუამდებარე არტერიები. წინა დაღმავალი არტერია - პროქსიმალურად 90%-ით და დისტალურად 99%-ით სტენოზირებულია. დიაგნალური ტოტი სტენოზის გარეშე. შემომხვევი არტერია შუა მესამედში დიფუზურად დაზიანებულია და ფიქსირდება ბიფურკაციული (Medina-1-1-1) 80%-იანი სტენოზი. მარჯვენა კორონარულ-

ლი არტერია პროქსიმალურად ოკლუზირებულია და ივსება რეტროგრადულად კონტრასტრალური ქსელიდან. კონსულტირებული იქნა კარდიოქირურგის მიერ და ერჩია კორონარული არტერიების შუნტირება სასწრაფო დაუყოვნებელ რეჟიმში. ავადმყოფი გადაყვანილ იქნა კარდიოქირურგიულ დაპარტამენტში აყვანილ იქნა მონიტორულ მეთვალყურეობაზე და დაწყებულ იქნა წინასაოპერაციო კვლევები.

20.12.19-ში ჩატარდა კორონარული არტერიების შუნტირება და აორტის სარქველის პროტეზირება ბიოლოგიური სარქველით.

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი იმყოფებოდა რენანიმაციულ განყოფილებაში ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციაზე, იყო კონტაქტური.

20.12.19-ში ნაზოგასტრული ზონდიდან დაფიქსირდა ყავის ნალექის მსგავსი გამონადენი კუჭიდან. კონსულტირებული იქნა ზოგადი ქირურგის მიერ. გაუკეთდა ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია. ნანახი იქნა ჰიპერტროფიული გასტრიტი, ეროზიული ბუღბიტი და არასისხლმდენი ნახეთქი საყლაპავის დისტალური ნაწილზე. დაენიშნა სათანადო მედიკამენტური ჰემოსტაზური მკურნალობა (ტრანესტატი, დიცინონი, ვიკასოლი).

21.12.19-ში დაფიქსირდა დიფუზური სისხლდენა რბილი ქსოვილებიდან, რის გამოც ჩატარდა რეთორაკოტომია, ჭრილობის რევიზია. სისხლდენა აღინიშნებოდა გულის პერანგიდან. გაკეთდა ჰემოსტაზი. უტარდებოდა ზოგადი ქირურგის ყოველდღიური კონსულტაცია. რენანიმაციაში პოსტოპერაციულ პერიოდში ყურადღებას იპყრობდა მაღალი ALT, AST და კრეატინინის მაღალი მაჩვენებლები.

24.12.19-ში შეიბერა მუცელი, თუმცა, ტკივილი არ ჰქონია. ნაზოგასტრული ზონდიდან აღინიშნა კუჭის შეგუბებითი შიგთავსის არსებობა. მუცელი პალპაციით იყო რბილი, უმტკივნეულო. პერიტონული სიმპტომები არ აღენიშნებოდა. ჰქონდა ნაწლავების მოქმედება ოყნის და სტიმულაციის შემდეგ. ქირურგის კონსულტაციის შემდეგ გრძელდებოდა ნაწლავთა მედიკამენტური მკურნალობა და დინამიკაში დაკვირვება.

25.12.19-ში ქირურგის კონსულტაციით: პაციენტს მუცლის ტკივილი არ აღენიშნებოდა. მუცელი კვლავ შებერილი რჩებოდა, პერიტონეული გაღიზიანების ნიშნები, შხეფის ხმა არ იყო. დაენიშნა მუცლის ღრუს კომპიუტერული კვლევა პერორალური კონტრასტით, რაც ჩატარდა 26.12.19-ს. კუჭის სანათური რამდენადმე გადაბერილი იყო; პერორალურად მიღებული საკონტრასტო ნივთიერება დაახლოებით 3 სთ-ის შემდეგ ფიქსირდებოდა თორმეტგოჯა ნაწლავის დისტალურად; მლივი ნაწლავის კედლის კონტური რამდენადმე გასადავებული, ხოლო სანათურები რამდენადმე გადაბერილი იყო; ვლინდებოდა სითხე ჰაერის პორიზონტალური დონით; მარცხნივ - მლივი ნაწლავის მარყუჟი ლოკალურად დეფორმული იყო, სანათურში ვლინდებოდა შიგთავსი; კედლის შიგნითა კონტურს შორის ფიქსირდებოდა ჰაერი, ვინრო ზოლის სახით. ჯორჯლის არტერიის თრომბოზის გამოსარიცხად რეკომენდებული იყო კტ-ანგიოგრაფია.

26.12.19-დან, ნეფროლოგის კონსულტაციის საფუძველზე, თირკმლის მწვავე უკმარისობის გამო

დანებულ იქნა თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია. მიუხედავად ამისა, ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმდება.

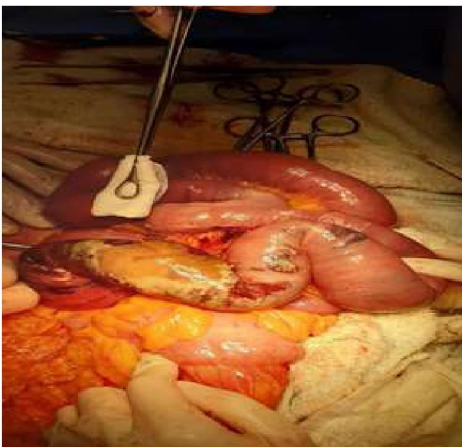
27.12.19 გაკეთდა მუცლის ღრუს კომპიუტერული კვლევა ინტრავენური კონტრასტირებით: მლივი ნაწლავის სანათური იყო გადაბერილი; ვლინდებოდა სითხე პორიზონტალური დონით-წინა კვლევასთან შედარებით აღნიშნული ცვლილებები მომატებული იყო; მაცხნივ მლივი ნაწლავის მარყუჟი ლოკალურად დეფორმული რჩებოდა, სანათურში ვლინდებოდა შიგთავსი; კედლის შიგნითა კონტურს შორის ფიქსირდებოდა ჰაერი, ვინრო ზოლის სახით; მიმდებარე ცხიმოვანი ქსოვილი გასქელებული იყო; ვლინდებოდა სითხოვანი გამონაჟონი; საკონტრასტო ნივთიერება სრულად ავსებდა ჯორჯლის ზემო არტერიის მაგისტრალური ტოტის სანათურს; ხოლო ზემოთ აღწერილ დონეზე მლივი ნაწლავის კედელთან ჯორჯლის არტერიის წვრილი ტოტების კონტრასტირებული სანათურები არ ფიქსირდებოდა.

27.12.19-ში ჩატარდა ქირურგის კონსულტაცია. ნაზოგასტრული ზონდიდან აღინიშნებოდა განავლოვანი შიგთავსის გამოყოფა. მუცელი შებერილი იყო, უმტკივნეულო. პერიტონული გალიზიანების ნიშნები არ ვლინდებოდა. ზოგადი მდგომარეობა უფრო დამძიმებული იყო. გამოიხატა ნაწლავთა გაუვალობის და ინტოქსიკაციის სურათი. შეთავაზებულ იქნა ოპერაციული მკურნალობა, რაზეც პატრონებმა უარი განაცხადეს.

28.12.19-ში გამოიხატა პერიტონეული სიმპტომატიკა, სეპტიური მდგომარეობა (პროკალციტონინი - 35,0). შეთავაზებულ ოპერაციაზე პატრონებმა კვლავ უარი განაცხადეს.

28.12.19-ში კვლავ შეთავაზებული იქნა ოპერაციული მკურნალობა. ამჯერად პატრონები დათანხმდნენ ოპერაციულ მკურნალობას.

28.12.19-ში ავადმყოფი გადაყვანილ იქნა ზოგადქირურგიულ კლინიკაში და სასიცოცხლო ჩვენებით გაკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. გაკეთდა განაკვეთი შუა ხაზზე. მუცლის ღრუში აღინიშნა მღვრიე გამოწინადენი. მლივი ნაწლავი, ტრეციის იოგიდან 20სმ-იდან თითქმის თქმის ნაწლავის შუამდე, იყო ნეკროზული, გადაბერილი. ნეკროზი უფრო დისტალურად იყო გამოსატული (სურათი №1).



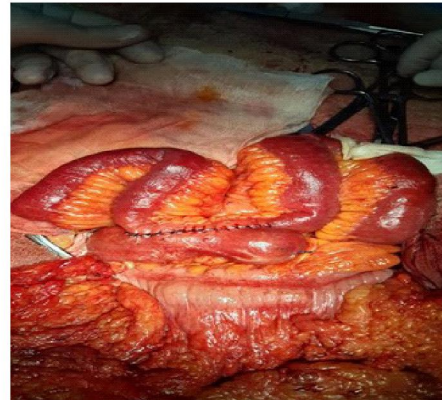
სურ. №1.

სახეზე იყო წვრილი ნაწლავის სისხლძარღვთა თრომბოზთან (სავარაუდოდ, ინტრავენური კტ მონაცემებით, ვენურ თრომბოზთან). გაკეთდა წვრილი ნაწლავის სუბტოტალური რეზექცია (2მ-ზე მეტი) საღვარგლებში (სურათი №2).



სურ. №2.

ტრეციის იოგიდან მლივი ნაწლავი დარჩა 10-12სმ. გაკეთდა მაილის ტიპის ოპერაცია. დაედო ანასტომოზი "გვერდი-გვერდში" განმტვირთავი ენტეროსტომით (სურათი №3), ჩატარდა მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება.



სურ. №3.

ავადმყოფი გადაყვანილი იქნა რეანიმაციაში. მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა. მოიხსნა ინტოქსიკაციის კლინიკა. ჰემოდინამიკა დასტაბილურდა, მონესრიგდა დიურეზი. სტომის ფერი იყო ვარდისფერი, პერისტალტიკა - აქტიური. პაციენტი გაენერა კლინიკიდან მე-8 დღეს, გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში, კარდიოქირურგის და ქირურგის მეთვალყურეობის ქვეშ. მიეცა რეკომენდაცია რეკონსტრუქციულ ოპერაციაზე 2 თვის შემდეგ.

ლიტერატურა:

1. Алексеев Т.В., Мовчан К.Н., Безносков А.И. и др. Пути оптимизации лечения больных с мезентериальным тромбозом в муниципальных учреждениях здраво-охранения малых городов и сельской местности // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -2010. - № 2. -С. 92-95.

2. Vantini I., Benini L., Bonfante F. et al. Survival rate and prognostic factors in patients with intestinal failure // Dig. Liver Dis. -2004. - V. 36. N 1. -P. 46-55.

3. Тарасенко С.В., Леонченко С.В., Зацаринный В.В. и др. Случай хирургически радикальной операции при тромбозе начального отдела верхней брыжеечной артерии // Вестник

хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - № 11. -С. 87–88.

4. Park W.M., Gloviczki P., Cherry K.J. et al. Contemporary management of acute mesenteric ischemia factors associated with survival // *J. Vasc.Surg.* 2002. - V.35, 3. -P. 445-452.

5. Бокерия Л.А., Аракелян В.С., Алекян Б.Г. и др. Отдаленные результаты хирургической и эндоваскулярной реваскуляризации при хронической ишемии органов пищеварения // *Анналы хирургии.* -2011. -№ 2. -С. 47-53.

6. Баранская Е.К., Шульпекова Ю.О. Принципы ведения пациентов с синдромом короткого кишечника // *Русский медицинский журнал: независимое издание для практикующих врачей.* “ 2010. -Т. 18. -№ 13. “ С. 789–794.

7. Harnik I.G., Brandt L.J. Mesenteric venous thrombosis. *Vasc Med.* 2010;15:407–418.

8. Белов Д.В., Гарбузенко Д.В. Факторы риска развития острой мезентериальной ишемии после кардиохирургических // *Современные проблемы науки и образования.* - 2018. - № 3.;

9. Хрипун А.И. Диагностика острой окклюзии верхней брыжеечной артерии / А.И. Хрипун, С.Н. Шурыгин, А.Д. Прямиков и др. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* - 2009. - № 10. -С. 56-60.

10. Singal A.K., Kamath P.S., Tefferi A. Mesenteric venous thrombosis. *Mayo Clin Proc Mayo Clin.* 2013;88:285–294.

11. Бойко В.В. Этиопатогенез и клиника острого нарушения мезентериального кровотока / В.В. Бойко, И.В. Криворотько, В.Г. Грома и др. // *Харківська хірургічна школа.* -2013. - № 3(60). - С. 1215.

12. Acosta S., Alhadad A., Svensson P., Ekberg O. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. *Br J Surg.* 2008;95:1245–1251.

13. Garcia D.A. Patients with stable, therapeutic INR values should remain on warfarin. *J Thromb Thrombolysis.* 2013;35:336–338.

using oral and intravenous contrast. An emergency laparotomy was performed, segmental thrombosis of the small intestine was confirmed. More than two meters of small bowel resection was performed. 10 cm of terminal ileum was left on Treitz side. A Maudley type operation was performed.

In spite of the patient's very heavy general condition, after adequate treatment, his condition improved and was discharged from the clinic under the supervision of a surgeon.

Azmaiparashvili G., Tomadze G., Megreladze A., Gvazava A.

SMALL INTESTINE SUBTOTAL RESECTION DUE TO MESENTERIC THROMBOSIS (CASE REPORT)

TSMU, SURGERY DEPARTMENT

The paper presents heavy clinical case of mesenteric vascular thrombosis with subtotal segmental necrosis of the small intestine. The patient was transferred from cardiac surgery clinic in critical condition, where he underwent coronary artery bypass and a prosthetic valve replacement with a biological valve.

The postoperative period was complicated by bleeding from the wound and gastroduodenal bleeding. Rethoracotomy and hemostasis has been performed. After rethoracotomy the patient developed acute abdomen due to mesenteric vascular thrombosis.

Initially the acute abdominal clinic was not obvious. The diagnosis was made by abdominal computed tomography