

გოლეთიანი მ., თომაძე გ., მეგრელაძე ა., აზმაიფარაშვილი გ., იმნაძე ნ.

სხვადასხვა ქირურგიული გართულებები კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის დროს

თსსუ, ქირურგიის დეპარტამენტი 1; შშპს "გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი"

ამ ბოლო დროს ჩვენი ყურადღება მიიპყრო მუცლის ღრუს ქირურგიაში პოსტოპერაციულ პერიოდში ისეთმა გართულებებმა, როგორცაა: კუჭის, 12- გოჯა ნაწლავისა და წვრილი ნაწლავის სტრესული ხასიათის პერფორაცია და გასტროდუოდენური სისხლდენა. დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ ამ გართულებების მქონე ავადმყოფებს ოპერაციამდე ან ოპერაციის შემდეგ უტარდებოდათ მკურნალობა კორტიკოსტეროიდებთან კომბინაციაში.

ცნობილია, რომ კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობისას ორგანიზმში ვითარდება მნიშვნელოვანი მეტაბოლურ ცვლილებები, განსაკუთრებით მათი უკონტროლო და ხანგრძლივი მოხმარების დროს (1- 3). მათი დაუსაბუთებელი დანიშვნა იწვევს ჩირქოვანი პროცესის გენერალიზაციას, ჭრილობის შეხორცების გახანგრძლივებასა და გართულებებს კუჭნაწლავის ტრაქტის მხრივ (4, 5). რიგი ავტორების მონაცემებით, კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის პროცესში გართულებები გვხვდება – 48.8%-ში, მძიმე გართულებები – 7.9%-ში და ლეტალური გამოსავალი – 0.4%-ში (6, 7).

ყოველივე ამის გამო, ჩვენ ჩავატარეთ კლინიკაში (გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი) 2016-2017 წწ. შემოსულ ავადმყოფთა ანალიზი, რომელთაც ჩატარებული ჰქონდათ სხვადასხვა სახის ქირურგიული ოპერაციები და შემდგომში პოსტოპერაციული გართულებებისა და თანმხლები დაავადებების გამო, უტარდებოდათ მკურნალობა კორტიკოსტეროიდებით ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგაც.

გამოკვლევა ჩატარდა 6 ავადმყოფს, აქედან 4 მამაკაცი იყო და 2 ქალი, ასაკი მერყეობდა 42-76 წლის ფარგლებში. ოპერაციული ჩარევა ერთ შემთხვევაში განხორციელდა ბრმა ნაწლავის კიბოს გამო (მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია, ილეოტრანსვერზოსტომია, მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება); მე-2 შემთხვევაში - სიგმური ნაწლავის რეზექცია სიგმური ნაწლავის დივერტიკულოზის გამო, ტრანსვერზოსიგმოსტომია, მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება; 3 ავადმყოფს ჩატარდა ქოლეცისტექტომია მწვავე კალკულოზურ-ფლეგმონური ქოლეცისტიტის გამო ადგილობრივ პერიტონიტთან ერთად და 1 ავადმყოფს - ლაპაროტომია, სინექიოლიზი, ნაწლავთა დეკომპრესია შეხორცებითი დაავადების გამო.

ყველა ავადმყოფს პოსტოპერაციული გართულებებისა და თანმხლები დაავადებების გამო უკეთდებოდა კორტიკოსტეროიდები. პირველ შემთხვევაში, ჩატარებული კორტიკოსტეროიდული თერაპიის ფონზე (თანმხლები დაავადება: ბრონქული ასთმის გამწვავება), გართულება გამოიხატა 12-გოჯა ნაწლავის

პერფორაციაში, რომელიც დროულად ვერ იქნა ამოცნობილი, გახდა დაგვიანებული რელაპაროტომიისა და საბოლოოდ სიკვდილის მიზეზი დიფუზური პერიტონიტის გამო. 2 ავადმყოფს პოსტოპერაციული პნევმონიის გამო ჩატარებული კორტიკოსტეროიდული თერაპიის ფონზე (ანამნეზში: ორივეს აღენიშნებოდა ქრონიკული გასტრიტი) აღენიშნა გასტროდუოდენური სისხლდენა სტრესული წყლულიდან, რომელიც დადგენილ იქნა გასტროფიბროსკოპიის შედეგად. ორივე შემთხვევაში სისხლდენა კუპირებულ იქნა კონსერვატული თერაპიის შედეგად. 2 ავადმყოფს ანამნეზში არსებული პოლიართრიტის გამო ოპერაციის შემდეგაც უკეთდებოდა კორტიკოსტეროიდები, რომლის ფონზეც განუვითარდათ წვრილი ნაწლავის პერფორაცია. ორივე შემთხვევაში პერფორირებული ხვრელი იხსნებოდა ლაპაროტომიულ ჭრილობაში, სადაც ჩამოუყალიბდათ ფისტულები. აღნიშნული ფისტულები შეხორცდა კონსერვატული მკურნალობით. ერთ ავადმყოფს, ანასტომოზის უკმარისობის გამო, ჩატარებული რელაპაროტომიისა და კოლოსტომიის შემდგომ პერიოდში, კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის ფონზე, განუვითარდათ წვრილი ნაწლავის სტრესული პერფორაცია, რომელიც ლიკვიდირებულ იქნა რერელაპაროტომიის შედეგად.

როგორც ზემოაღნიშნული შემთხვევებიდან ჩანს, გართულებები კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის ფონზე, ძირითადად გამოიხატება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ. ეს ფაქტი დაკავშირებულია იმასთან, რომ კორტიკოსტეროიდების გამოყენება იწვევს კუჭის წვენის მჟავიანობის მკვეთრ მომატებას, აქვეითებს კუჭის ბარიერულ ფუნქციას, იწვევს ლორწოვანი გარსის ტროფიკის მოშლას, რაც რეგიონული სისხლის მიმოქცევის დარღვევით გამოიხატება (8, 9, 10, 11.).

სხვადასხვა ავტორების აზრით, სტეროიდული, სტრესული წყლულების პერფორაცია მიმდინარეობს ატიპურად, კერძოდ: ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლის სხვადასხვა არეში არათანაბარი და არამუდმივი ხასიათისაა, არ არის გამოხატული კუნთების რიგიდობა, არ არის გამოხატული ტაქიკარდია, პირის სიმშრალე და სხვა პერიტონეალური მოვლენები, რაც ჩვენს შემთხვევაშიც დადასტურდა (12).

ავადმყოფი ე. მეხტიევი გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრში შემოვიდა (24. 05. 2017.-ს ისტ. <sup>1</sup> 2132) დიაგნოზით: ბრმა ნაწლავის კიბო. ავადმყოფს სიმსივნური გაუვალობის გამო იმავე დღეს ჩაუტარდა ოპერაცია: ლაპაროტომია, მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია, ილეოტრანსვერზოსტომია, მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფს განუვითარდა ბრონქული ასთმის გამწვავება, რის გამოც დაენიშნა კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის კურსი. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფს ოპერაციამდეც უტარდებოდა მკურნალობა დექსამეტაზონით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდის I ნახევარი მიმდინარეობდა სადად, პერორალურად საკვები მიეცა მე-5 დღიდან, მე-6 დღიდან პაციენტს აღენიშნა დეფეკაცია ყოველდღიურად. ოპერაციიდან მე-11-ე დღეს ავადმყოფს აღენიშნა ყრუ ხასიათის ტკივილები მუცლის არეში, უპირატესად მარჯვნივ, რომელსაც მაც მალევე გაუარა. პალპატორულად - მუცელი რბილი, სუნთქვაში მონაწილეობდა, კუჭის მოქმედება ნორმალური. მე-12

დღეს ავადმყოფს კვლავ აღნიშნა ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში, ენა სველი, მუცელი რბილი, სუნთქვაში მონაწილეობდა, მუცლის პრესის დაჭიმულობა არ აღინიშნებოდა, კუჭის მოქმედება გაფორმებული განავლოვანი მასებით. ოპერაციიდან მე-13-ე დღეს, პაციენტს კვლავ დაეწყო ტკივილი მუცლის არეში, მუცელი შეებერა, პალპატორულად - ზომიერად დაჭიმული, შჩოტკინბლუმბერგის ნიშანი უარყოფითი. მიუხედავად ამისა, პაციენტს ჩაუტარდა მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა, რომლის შედეგადაც აღმოჩნდა თავისუფალი სითხე 300-400 მლ, უპირატესად მარჯვნივ, რაც გახდა დაგვიანებული რელაპაროტომიის მიზეზი. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა 12-გოჯა ნაწლავის პერფორაცია, სტრესული ხასიათის, ირგვლივ არაანთებადი, არაგახრტილებული, არაგამაგრებული კიდეებით. აღნიშნული წყლული გაიკერა, შესრულდა მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება. რელაპაროტომიიდან მე-5 დღეს აღნიშნა ნაკერის უკმარისობა, რაც გახდა რერელაპაროტომიის მიზეზი, რის შემდეგაც ავადმყოფი რენიმაციულ განყოფილებაში გარდაიცვალა.

ჩვენი და სხვა ავტორების აზრითაც, სტრესული წყლულების პათოგენეზში გარკვეულ როლს თამაშობს ავადმყოფთა ასაკი, კორტიკოსტეროიდული თერაპიის ხანგრძლივობა და დოზირება, კუჭის სეკრეციული აპარატის მდგომარეობა, ანამნეზური მონაცემები თანხმლები დაავადებების შესახებ და სხვა ფაქტორები (13.)

. დასკვნები:

1. კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის პროცესში, გართულებები ძირითადად გამოიხატება კუჭ - ნაწლავის ტრაქტის მხრივ, კერძოდ კუჭის, 12-გოჯა ნაწლავისა და წვრილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაწყლულებაში, რომელიც შემდგომში შესაძლოა გართულდეს პერფორაციით ან სისხლდენით;

2. ანამნეზური მონაცემების საფუძველზე, რომელიც დაკავშირებულია კუჭ - ნაწლავის ტრაქტის ნებისმიერ დაავადებასთან, კორტიკოსტეროიდები უნდა დაინიშნოს დიდი სიფრთხილით ან, აუცილებელ შემთხვევაში, კუჭის ბარიერული ფუნქციის დამცავ პრეპარატებთან კომბინაციაში;

3. კლინიკური სიმპტომების თითქმის არარსებობა კორტიკოსტეროიდული მკურნალობის ფონზე განვითარებული წყლულების პერფორაციის დროს, გვაიძულებს გულდასმით შევაფასოთ თითოეული ავადმყოფის უმნიშვნელო ჩივილიც კი მუცლის ტკივილის გამო და თავიდანვე დავაყენოთ საკითხი მუცლის ღრუს რენტგენოლოგიური, ულტრაბგერითი და კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევის შესახებ.

**ლიტერატურა:**

1. Oishi Y, Fu ZW, Ohnuki Y, et al. Molecular basis of the alteration in skin collagen metabolism in response to in vivo dexamethasone treatment: effects on the synthesis of collagen type I and III, collagenase and tissue inhibitors of metalloproteinases. Br J Dermatol 2002; 147: 859 – 68

2. PPolat A, Nayci A, Polat G, et al. Dexamethasone down-regulates endothelial expression of intercellular adhesion molecule and impairs the healing of bowel anastomoses. *Eur J surg* 2002; 168: 500 – 6
3. Aberra FN, Lewis JD, Hass D, et al, Corticosteroids and immunomodulators: postoperative infectious complication risk in inflammatory bowel disease patients. *Gastroenterology* 2003; 125: 320 – 7
4. Wicke C, Halliday B, Allen D, et al. Effects of steroids and retinoids on wound healing. *Arch Surg* 2000; 135: 1265 -70
5. Audrey S. Wang, M. D., Ehrin J. Armstrong, M. D., April W. Armstrong, M. D. Corticosteroids and wound healing: clinical considerations in the perioperative period *The American Journal of Surgery* 2013; 206: 410 – 417
6. (пер. с Английского Грехем Л. Хил, Кристофер Бамбач - В кн. : Гастроэнтерология 3, М. Медицина 1985 г. с. 134-148)
7. А. Я. Фищенко, С. И. Барило, В. М. Рыжановская Хирургические осложнения при кортикостероидной терапии, *Хирургия* 1980 г №11 с. 96-100)
8. Е. А. Жук, В. И. Полянский - В кн. : Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М 1972 г. вып. 5 с. 37-44
9. დ. წოტოძე აკტჰ და კორტიკოიდების გამოყენება ზოგიერთი ქირურგიული დაავადების დროს. გ. "საბჭოთა საქართველო". თბილისი 1975 წ. გვ. 17-26
10. Г. П. Макаренко, А. В. Богданов - В кн.: Свищи желудочно кишечного тракта М. Медицина 1986 г. с. 46-61
11. Surgical management of complications of steroid therapy From the Department of Surgery University of Alabama Medical Center Birmingham, Alabama Arnold G. Diethelm. M. D. 1977. mar. 185 (3) pg 251 – 263
12. Bowel perforation in steroid-treated patients Stephen G. Remine M.D. Donald C. Mcilrath M.D. From the Mayo Clinic and Mayo Foundation Rochester, Minesota 1980 oct. 192 (4) pg 581- 586
13. Steroid Induced Sigmoid Diverticular Perforation in a patient with Temporal Arteritis B. Kaya, O. Aras, O. Bat Nuriye Esen Bulat kemal Meisoglu 2012 mar. doi: 10.4137/CPath. S7924

**Goletiani M., Tomadze G., Megreladze A., Azmaiparashvili G., Imnadze N.**

## **STEROID INDUCED COMPLICATIONS IN SURGICAL PATIENTS**

**SURGERY DEPARTMENT N2, TBILISI STATE MEDICAL; CENTER OF EMERGENCY SURGERY AND TRAUMATOLOGY, LTD2**

Presented article is devoted to surgical complications in steroid treated patients after emergency abdominal surgery. We analyzed 6 patients who underwent emergency abdominal surgery where postoperative period was complicated with either stress ulcer

perforation of stomach, duodenum and small intestine or upper GI bleeding. Four patients were male, two – female, with age range 42-76. The reasons of steroid therapy were arthritis, bronchial asthma. One patient was operated due to secum cancer: operation performed – right sided colectomy with ileotransversoanastomosis. One patient was operated due to sigmoid bowel diverticulitis: operation performed – sigmoid resection with transverso-sigmoanastomosis. Three patients were operated due to destructive cholecystitis: operations performed – cholecystectomy and one patient was operated due to intestinal ileus: operation performed – sinechiolysis. Postoperative complications: perforation of acute duodenal ulcer (1 case), perforation of acute small intestine ulcer (3 cases), upper GI bleeding (2 cases). One patient died due to late relaparotomy (duodenal ulcer perforation). Four patients were treated with operation, two patients – conservatively. It was concluded that main manifestation of surgical complications of steroid treated patients are in GI tract. Main complications are severe ulcer perforation and bleeding from peptic ulcers. Steroids must be used carefully in combination with PPI.