

ირემაშვილი ბ., ლომიძე ნ., ახმეტელი ლ., საგინაშვილი ლ., მანიჟაშვილი ზ.

ცრუ მწვავე მუცლის იშვიათი შემთხვევა

თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა მიმართულება; ქირურგიის 11 დეპარტამენტი

თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური კვლევის მეთოდების დანერგვის მიუხედავად, მწვავე და ცრუ მწვავე მუცელს შორის დიფერენციული დიაგნოსტიკის სირთულეები ყოველთვის იყო და კვლავ რჩება ურგენტული აბდომინური ქირურგიის აქტუალურ პრობლემად.

ცრუ მწვავე მუცელი, ანუ ფსევდოაბდომინური სინდრომი, წარმოადგენს ერთ-ერთ მეტად მნიშვნელოვან სინდრომს, რომლის სწორ დიაგნოსტიკაზე, არცთუ იშვიათად, დამოკიდებულია პაციენტის ბედი განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ურგენტული ოპერაციული ჩვენების განსაზღვრა, ავადმყოფის ისედაც მძიმე მდგომარეობის გამო, ატარებს სასიცოცხლო ხასიათს და არასწორი ზედმეტი ქირურგიული ჩარევა შესაძლოა ავადმყოფისთვის საბედისწერო აღმოჩნდეს (5,9).

ცრუ მწვავე მუცელი წარმოადგენს ზოგად ცნებას და აერთიანებს სხვადასხვა ორგანოთა და სისტემების ისეთ დაავადებებსა და პათოლოგიურ მდგომარეობებს, რომლებიც გვევლინება მწვავე მუცლის მსგავსი კლინიკური სურათით. ასეთი მდგომარეობის განმაპირობებელ მიზეზთა სპექტრი ძალზედ ფართოა და თითოეული მათგანის როლიც ლიტერატურაში სხვადასხვა სიხშირითაა წარმოდგენილი. ცრუ მწვავე მუცლის გამომწვევი დაავადებებიდან ერთერთ უიშვიათეს მიზეზს წარმოადგენს “ჰერპეს ზოსტერი” (1-9).

“ჰერპეს ზოსტერი”, ანუ “სარტყელისებრი ლიქენი” ჩუტყვავილას განმეორებითი გამოვლინებაა. დაავადება შესაძლოა ჩუტყვავილას გადატანიდან მრავალი წლის შემდეგაც კი განვითარდეს. ჩუტყვავილას გამომწვევი, ვარიცელა ზოსტერის ვირუსი (ჩუტყვავილას ვირუსი), დაავადების გადატანის შემდეგ ხერხემლის გვერდით განლაგებულ ნერვულ განგლიებსა და წნულებში ინერგება და იქ წლობით, ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში რჩება პასიურ, მთვლემარე მდგომარეობაში. მაგრამ ზოგჯერ აქტიურდება და სარტყელისებრ ლიქენს იწვევს. ვირუსის გააქტიურების უშუალო მიზეზი უცნობია. ხელშემწყობ ფაქტორებად მიიჩნევენ იმუნოსუპრესიას, ემოციურ სტრესს, რადიაციას, გაციებას, მოხუცებულთა ასაკსა და სხვ. გამონაყარის გაჩენამდე რამდენიმე დღით ადრე ვითარდება ნერვული პარესთეზია, ტკივილი, ქავილი და წვის შეგრძნება. გამონაყარის უხშირესი და დამახასიათებელი ლოკალიზაციაა გულმკერდის, ზურგის და სახის მიდამო. კანზე გამონაყარი წარმოდგენილია წითელ ფონზე ჯგუფებად დალაგებული ბუმტუკებით. გამონაყარი თითქმის ყოველთვის ცალმხრივია და, ჩვეულებრივ, არ კვეთს შუა ხაზს (1,2,9). მძიმე შემთხვევებში ვითარდება კანის ნეკროზი და ჰემორაგიული ელემენტები. გამონაყარს ხშირად თან ახლავს ლიმფადენოპათია. “ჰერპეს ზოსტერი” გადამდები დაავადებაა. განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც გადატანილი არა აქვს ჩუტყვავილა.

”ჰერპეს ზოსტერით” გამოწვეული ცრუ მწვავე მუცლის სურათი უმეტესად ნაწლავურ მწვავე ქირურგიულ პათოლოგიებს ემსგავსება (3,4,5,6,7). სადემონსტრაციო მასალა წარმოადგენს ცრუ მწვავე მუცლის იშვიათ შემთხვევას გამოწვეულს ”ჰერპეს ზოსტერით”. 2017 წლის 15 სექტემბერს 16:50 სთ-ზე თსსუ-ის პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების 112-ის მიერ, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ჰოსპიტალიზებულ იქნა 85 წლის ქალი დიაგნოზით: “მუცლის ტკივილი” (ისტ. N 8200/17).

პაციენტი უჩიოდა: დიფუზურ ტკივილს მუცლის არეში, მუცლის შებერილობას, პირის სიმშრალეს, გულისრევას, საერთო სისუსტეს, აირებისა და ნაწლავის შიგთავსის გამოყოფის შეფერხებას. ავადმყოფის გადმოცემით, დაავადება დაეწყო კლინიკაში შემოსვლამდე სამი დღით ადრე, ეპიგასტრიუმში ხანგამომშვებითი ყრუ ტკივილით, რომელიც უკანასკნელი 24 საათის განმავლობაში გაძლიერდა, მიიღო მუდმივი ხასიათი; შემდგომში გავრცელდა მთელ მუცელზე და თან დაერთო ზემოხსენებული სხვა ჩივილები. ანამნეზური მონაცემებიდან ყურადღებას იპყრობდა, ასევე, მოციმციმე არითმია და ქრონიკული ყაზხობა. ობიექტურად: ნორმოსთენული კონსტიტუციის; საშუალო სიმაღლის; კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ნორმის ფარგლებში; კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი საშუალოდ გამოხატული; საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე; პერიფერიული ლიმფური კვანძები გადიდებული არ იყო; $t-36,80\text{ }^{\circ}\text{C}$; $P-90'$ - არითმული, არათანაბარი ავსების და დაჭიმულობის (მომდევნი დღეებში პაროქსიზმის შეტევით); $T/A -148/72\text{ mm Hg}$; $R-19'$; სუნთქვა ზერელე, გულმკერდის ტიპის, ჟანგბადის გარეშე $SpO_2 -97\%$; ფილტვების აუსკულტაციით - ორივე მხარეს ვეზიკულური სუნთქვა; ენა მშრალი; მუცელი შებერილი, სუნთქვით აქტში დაზოგვით მონაწილე; აუსკულტაციით - მკვეთრად შესუსტებული ნაწლავთა პერისტალტიკური ხმიანობა; მუცელი პალპაციით დიფუზურად ძლიერ მტკივნეული; *Per rectum* დიგიტალური გასინჯვით: სფინქტერი მოდუნებული, ამპულა ცარიელი, ხელთათმანზე ნორმული შეფერილობის შიგთავსის კვალი. ჰემოგრამაში: სისხლის საერთო ანალიზი ნორმის ფარგლებში; $D-DIMER - 4030\text{ }\mu\text{g/L}$ (15.09.2017წ 17:25). მუცლის ღრუს რენტგენოსკოპიით და ექოსკოპიით ნაწლავები მკვეთრად გადაბერილი აირებით.

პაციენტის კლინიკური სურათის, ანამნეზში მოციმციმე არითმიისა და წინასწარი კვლევის მონაცემების გათვალისწინებით ეჭვი იქნა მიტანილი მწვავე მუცლის არსებობაზე, რაც სავარაუდოდ შესაძლოა გამოწვეული ყოფილიყო მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოზითა და ნაწლავთა გაუვალობით.

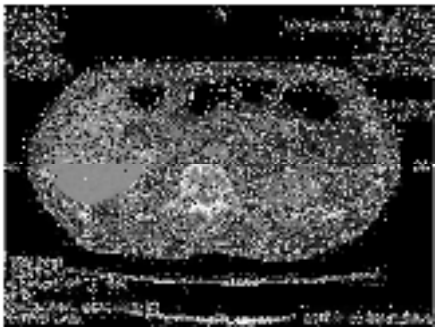
პაციენტი ჰოსპიტალიზებულ იქნა ქირურგიულ დეპარტამენტში. გაგრძელდა შემდგომი სადიაგნოზო-სამკურნალო და სიმპტომური ღონისძიებები. განხორციელდა დაკვირვება დინამიკაში.

ელექტროლიტური და სითხის ბალანსის კორექციის, სპაზმოლიზური თერაპიისა და ნაწლავთა პერისტალტიკის სტიმულაციის შემდეგ, ავადმყოფი ჭარბად გავიდა აირებზე და ჰქონდა მცირე რაოდენობით ნაწლავების მოქმედებაც. მუცელი რამდენადმე დაეშვა, თუმცა ზომიერი, მუდმივი, დიფუზური ტკივილი მაინც რჩებოდა

სათანადო მომზადების შემდეგ ანგიოგრაფიულ რეჟიმში და ნაწლავის კონტრასტირებით ჩატარდა მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია. მეტეორიზმის გარდა, მუცლის ღრუს ორგანოთა მხრივ, რაიმე მნიშვნელოვანი პათოლოგია არ გამოვლინდა (სურ. 1, 2 და 3).



სურ. 1



სურ. 2



სურ. 3

ჰოსპიტალიზაციიდან მესამე დღეს პაციენტს მარცხენა მხარეს, წელის, ღუნდულოსა და საზარდულის არეში განუვითარდა გამონაყარი (სურ.:4,5,6,7) წითელ ფონზე ჯგუფებად განლაგებული სითხის შემცველი წვრილი ბუშტუკებით.



სურ. 4



სურ. 5



სურ. 6



სურ. 7

ექვი იქნა მიტანილი "ჰერპეს ზოსტერის" არსებობაზე, რაც ინფექციონისტისა და ნევროპათოლოგის მიერ იქნა დადასტურებული.

ქირურგიული პათოლოგია გამოირიცხა. პაციენტს დაეწყო ანტივირუსული მკურნალობა და გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში გაეწერა კლინიკიდან, ამულატორიულად ინფექციონისტისა და ნევროპათოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, შემდგომი სადიაგნოზო-სამკურნალო ღონისძიებების გასაგრძელებლად.

ამგვარად, "ჰერპეს ზოსტერის" გასტროინტესტინური გართულებები ძალზედ იშვიათია, თუმცა მათი დროული ამოცნობა საშუალებას გვაძლევს თავიდან ავიცილოთ არასაჭირო მკურნალობა და ოპერაციაც კი.

ლიტერატურა:

1. D. R. Tribble, P. Church, and J. N. Frame, “Gastrointestinal visceral motor complications of dermatomal herpes zoster: report of two cases and review,” *Clinical Infectious Diseases*, vol. 17, no. 3, pp. 431–436, 1993. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
2. D. A. Edelman, F. Antaki, M. D. Basson, W. A. Salwen, S. A. Gruber, and J. E. Losanoff, “Ogilvie syndrome and herpes zoster: case report and review of the literature,” *Journal of Emergency Medicine*, vol. 39, no. 5, pp. 696–700, 2010. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
3. Eung-Don Kim, Byung-Gil Kang, Jung Hyun Kim, Misun Roh, and Dae Hyun Jo. Abdominal distention and constipation followed by herpes zoster infection. *Korean J Anesthesiol*. 2013 Dec; 65(6 Suppl): S143–S144.
4. G. Rodrigues, L. Kannaiyan, M. Gopasetty, S. Rao, and R. Shenoy, “Colonic pseudo-obstruction due to herpes zoster,” *Indian Journal of Gastroenterology*, vol. 21, no. 5, pp. 203–204, 2002. View at Google Scholar · View at Scopus .
5. Irfan Masood, Zain Majid, Waqas Rind, Aisha Zia, Haris Riaz, and Sajjad Raza. Case Report Herpes Zoster-Induced Ogilvie’s Syndrome. *Case Reports in Surgery Volume 2015 (2015)*, Article ID 563659, 4 pages.
6. M. Batke and M. S. Cappell, “Adynamic ileus and acute colonic pseudo-obstruction,” *Medical Clinics of North America*, vol. 92, no. 3, pp. 649–670, 2008. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
7. P. Herath and S. A. Gunawardana, “Acute colonic pseudo- obstruction associated with varicella zoster infection and acyclovir therapy,” *The Ceylon Medical Journal*, vol. 42, no. 1, pp. 36–37, 1997. View at Google Scholar · View at Scopus
8. R. Wyburn-Mason, “Visceral lesions in herpes zoster,” *British Medical Journal*, vol. 1, pp. 678–681, 1957. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
9. Su-Rong Zhou and Chuan-Yu Liu A case report of abdominal distention caused by herpes zoster *World J Gastroenterol*. 2012 Sep 7; 18(33): 4627–4628

Case Report

Iremashvili B., Lomidze N., Akhmeteli L., Saginashvili L., Manijashvili Z.

A RARE CASE OF FALSE ACUTE ABDOMEN

TSMU, DIRECTION OF SURGICAL DISEASES, DEPARTMENT OF SURGERY N1

We present a rare case of false acute abdomen caused by herpes zoster.

An 85-year-old female was admitted with signs and symptoms of bowel obstruction including diffuse abdominal pain, nausea, vomiting, bloating and not passing gas for 3 days.

On examination the patient was afebrile, hemodynamically stable, physical examination revealed arrhythmia, profound abdominal distention. Abdomen was tense, painful, with tympanic percussion and sluggish bowel sounds. A preliminary diagnosis of an acute abdomen was made, the cause of which, due to atrial fibrillation in history, could be thrombosis of the mesenteric vessels and bowel obstruction. An abdominal computed tomography scan revealed only intestinal distention. Pneumoperitoneum, ascites or occlusion of mesenteric vessels were absented.

Conservative treatment was started. On the third day a painful skin rash and bull appeared in the lumbar, inguinal and gluteal region. Was diagnosed the herpes zoster. The patient was treated successfully by conservative management and antiviral therapy.

In conclusion, gastrointestinal complications from herpes zoster infection are very rare. However, recognition of this complication may help to avoid unnecessary conservative treatment and even surgery.