

სანაღვლე სადინარის Cr. მცირე ზომის სიმსივნეები ხშირად ხანგრძლივი დროის მანძილზე გამოკვლევებით არ ვლინდებიან და მათი დადგენა შესაძლებელი ხდება მხოლოდ ინტრაოპერაციულად კალკულოზური ქოლესისტიტის ან daavadebis mogvianebiT periodSi უცნობი ეტიოლოგიის სიყვითლის გამო წარმოებული ოპერაციების დროს ქოლედოქტომიის ან ქოლედოქოსკოპიის საშუალებით. დიაგნოზის ვერიფიცირება ხდება ბიოფსიური მასალის მორფოლოგიური კვლევით.

აღნიშნულთან დაკავშირებით ჩვენი აზრით არ არის ინტერესს მოკლებული ჩვენ მიერ წარმოდგენილი კლინიკური შემთხვევა.

ავ—ფი ჯ.გ. 68 წლის . ავადმყოფობის ისტორია #10837, შემოვიდა ქირურგიის ეროვნულ ცენტრში 20.09.2015წ. თვითდინებით ჩივილებით ყრუ, არაგამოხატულ ტკივილზე მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, პერიოდულად გულისრევის შეგრძნებაზე, კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების გაყვითლებაზე, ზოგად საერთო სისუსტეზე, შრომისუნარიანობის დაქვეითებაზე. კლინიკაში შემოსვლისას ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები სუბიქტერული, პერიფერიული ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული არ არის. სხეულის ტემპერატურა ნორმალური, ჰემოდინამიკური პარამეტრები სტაბილური. ენა სველი , პალპაციით მუცელი რბილი, სუსტად მტკივნეული მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ღვიძლის კიდე ნეკნთა რკალს არ სცილდება, ფორმირებული აქვს მარჯვენამხრივი კან-ღვიძლგავლითი ქოლანგიოსტომა, შემდგომი ბიოფსიით, თუმცა მასალის სიმცირიდან გამომდინარე მორფოლოგიური კვლევა ვერ ჩატარდა. ნაღვლის დებიტი დღეში 800–900მლ. სისხლის საერთო ანალიზში არსებითი სახის ცვლილებები არ არის. საერთო ბილირუბინი–46 მკმოლ/ლ, პირდაპირი– 40 მკმოლ/ლ; AST-117 ერთ/ლ; ALT-258 ერთ/ლ; ონკო მარკერები ნორმის ფარგლებში, ტუტე ფოსფატაზის კონცენტრაცია–122 ერთ/ლ; გამაგლუტამილტრანსპეპტიდაზა–298 ერთ/ლ; საერთო ცილა 57 გ/ლ;

ანამნეზური მონაცემებით ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში დაეწყო 3 თვის წინ. ანიშნულთან დაკავშირებით ჩაიტარა ექოსკოპიური გამოკვლევა, თუმცა პათოლოგიური სახის ცვლილებები ჰეპატო-ბილიო-პანკრეატული სისტემის ორგანოთა მხრიდან გამოვლენილი არ იყო. ტკივილის დაწყებიდან დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ გაუჩნდა სიყვითლე მზარდი ტენდენციით. საერთო ბილირუბინის მაჩვენებელმა მიაღწია 211,7 მკმოლ/ლ. სიყვითლის

მიზეზის დადგენის მიზნით ჩაიტარა მუცლის ღრუს კ.ტ. კვლევა კონტრასტირებით, ასევე მუცლის ღრუს მაგნიტურ – რეზონანსული ტომოგრაფია. მიღებული მონაცემებით ღვიძლი ზომაში მომატებული არ არის, ღვიძლშიდა სანაღვლე სადინარები დიფუზურად დილატირებული, ნაღვლის ბუშტი ზომებში მომატებული, დეფორმირებული, ნაკვეთ ყელის არეში, ღრუში ბილიარული ნალექით. ბუშტის სადინარი დილატირებული. ღვიძლის საერთო და ნაღვლის ბუშტის სადინარების შერთვის მიდამოში ქოლედოქუსის სანათური არ ვიზუალიზდება, აღნიშნულ უბანზე სადინარის კედლები გასქელებულია. ჰეპატოქოლედოქი დილატირებულია 2 სმ-მდე, დაბრკოლებიდან დისტალურ მონაკვეთზე

ნაღვლის საერთო სადინარი ნორმალური დიამეტრის. დასკვნა: ბილიარული ჰიპერტენზია, სანაღვლე სადინარების პროქსიმალური ბლოკი. არ არის გამორიცხული მალიგნიზაციის პროცესის, ქოლანგიოკარცინომის არსებობა.

ბილიარული ჰიპერტენზიის და ქოლესტაზის მოხსნის მიზნით, წინასაოპერაციო მომზადებისთვის, პაციენტს 22.07.2015წ ჩაუტარდა მარჯვენამხრივი პერკუტანური ჰეპატო-ქოლანგიოსტომა ულტრაბგერით-რენტგენოლოგიური კონტროლით შემდგომი ფისტულოგრაფიით. მადრენირებელი კათეტერი მოთავსდა ქოლედოქუსის პროქსიმალურ სეგმენტში. პირველივე წუთებში მიღებული იყო 200 მლ. მომწვანო ფერის ნალღველი, კონტრასტი შეივსო მთელი ბილიარული ხე. ბლოკი გამოვლინდა ქოლედოქის შუა მესამედის დონეზე. ასპირაციით კონტრასტი პრაქტიკულად სრულად მიიღება უკან. ასევე ჩატარებულ იყო ორმაგი (რეტროგრადული და ანტეგრადული) ქოლანგიოგრაფია. ქოლედოქის შუა მესამედში გამოვლინდა (კონტრასტის წყვეტა) ავსების დეფექტით ზომით 1,0 სმ მანძილზე. სურ. 1

გემოალნიშნული დიაგნოსტიკური გამოკვლევებით მიღებული მონაცემების გათვალისწინებით, წინასაოპერაციო დიაგნოზით – ბილიარული ჰიპერტენზია, ობტურაციული სიყვითლე, ნაღვლის საერთო სადინარის Cr. 21.09.2015წ. ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ ჩატარდა ოპერაცია. ინტრაოპერაციული რევიზიით კონფლუენსიდან 2 სმ-ში, აღინიშნება 1,0 სმ სიგრძის მონაკვეთზე ნაღვლის საერთო სადინარის გამკვრივებული უბანი, კედლების გასქელებით. დაბრკოლების დისტალურად სადინარის დიამეტრი ნორმალური. ნაღვლის ბუშტი ზომებში მომატებული, მისი სადინარი დილატირებული, კონკრემენტებს არ შეიცავს. პერიპორტულად გადიდებულია ერთეული ლიმფური ჯირკვლები. პანკრეასი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე. გაკეთდა ქოლესისტექტომია. ნაღვლის საერთო სადინ-



სურათი 1. რეტროგრადული და ანტეგრადული ქოლანგიოგრაფია. ნაღვლის საერთო სადინარის ბლოკი შუა მესამედის დონეზე გამოწვეული სიმსივნური წარმონაქმნით (ადენომა).

რის მობილიზაციის შემდეგ წარმოებულ იყო ნაღვლის საერთო სადინრის 2,5 სმ-ის სიგრძის მონაკვეთის რეზექცია ინტრაპანკრეატული ნაწილის ჩათვლით სალიქსოვილების ფარგლებში. ღვიძლშიდა სადინრებიდან აღინიშნა ნაღვლის გამოდინება თავისუფლად. მღვივი ნაწლავის მარყუჟის მობილიზაციის შემდეგ ფორმირებული იყო ჰეპატიკოიუნონასტომოზი რუ-ს წესით გამოთიშული ნაწლავის მარყუჟთან №4 ატრავმატული გაწოვადი მონოფილამინტური კვანძოვანი ნაკერებით ერთ სართულად, ენტერო-ენტეროსტომია. პერკუტანეული ჰეპატო-ქოლანგიოსტომიური დრენაჟი გამოიცვალა და გატარდა მღვივი ნაწლავის სანათურში 10სმ-ის სიგრძეზე. პათოლოგიური პროცესის სავარაუდო ონკოლოგიური გენეზის გათვალისწინებით გაკეთდა ასევე ლიმფოდისექცია და დიდი ბადექონის რეზექცია. ვინსლოვის სივრცეში და მცირე მენჯის ღრუში ჩაიდგა დრენაჟები.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა სადად, გართულებების გარეშე, პოსტოპერაციული ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმულობით. გაწერისას სიყვითლე არ აღინიშნება, საერთო ბილირუბინის მაჩვენებელი 18,2 მკმოლ/ლ. სისხლის ანალიზი ნორმის ფარგლებში. ჰეპატო-ქოლანგიოსტომიდან ნაღვლოვანი გამონადენი 24 სთ-ში 250-300მლ. რაოდენობით. ფისტულოგრაფიით ბილიოდიგესტიური შერთული გამავალი. რეზეცირებული პრეპარატის მორფოლოგიური გამოკვლევით მოცულობით წარმო-

ნაქმში აღინიშნება ჯირკვლების გამრავლება ფიბროზული სტრომის ფონზე, ეპითელიუმის კარგად გამოხატული პროლიფერაციით, ზოგიერთ უბანში ჯირკვლების ეპითელიუმის სკრატიფიკაციის დარღვევით, რიგი ჯირკვალი ცისტოზურად გაგანიერებულია, აღნიშნული სურათი შეესაბამება ჯირკვლოვან ადენომას, ეპითელიუმის მძიმე დისპლაზიის კერებით. პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში ამბულატორიულ მკურნალობაზე. კან -ღვიძლ გავლით ქოლანგიოსტომის დრენაჟი დატოვებული იქნა ბილიოდიგესტიური შერთულის უკმარისობისა და სტრიქტურის განვითარების პროფილაქტიკის მიზნით.

განხილული კლინიკური მაგალითის ანალიზიდან უნდა ითქვას, რომ სანაღვლე სადინრების კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროული გამოვლენა და დიაგნოზის ვერიფიცირება წინასაოპერაციო პერიოდში უკიდურესად რთულია. მათი დიფერენციალური დიაგნოზი ავთვისებიან სიმსივნეებთან შესაძლებელია მხოლოდ ინტრაოპერაციულად მიღებული მასალის მორფოლოგიური კვლევით. ოპერაციის ჩვენებას უპირეტესად წარმოადგენს გართულებული შემთხვევები, რაც ვლინდება მიმდინარე ბილიარული ჰიპერტენზიით და სიყვითლით, ასევე მალიგნიზაციის საშიშროება. ოპერაციული ჩარევის სახე და მოცულობა უნდა განისაზღვროს სიმსივნური პროცესის ლოკალიზაციის, მისი გავრცელების და ინტრაოპერაციული მასალის ექსპრეს-ბიოფსიის მონაცემების გათვალისწინებით.

ლიტერატურა:

References:

- 1) Harshfield DL, Teplick SK, Stanton M, Tunuguntla K, et. ell.; Obstructing villous adenoma and papillary adenomatosis of the bile ducts AJR Am JRoentgenol 1990; 154: 1217-8;
- 2) Buckley JG, Salimi Z. Villous adenoma of the common bile duct. Abdom Imaging 1993; 18: 245-6;
- 3) Ritu Aparajita, Dhanwant Gomez, Caroline S Verbeke, et. ell. Papillary Adenoma of the Distal Common Bile Duct Associated with a synchronous Carcinoma of the Peri-Ampullary Duodenum. Journal of Pancreas vol.9 №2. P.212-2015. (2008)
- 4) М.И. Кузин.2002г хирургические болезни Москва2002г