

KLİNİK MÜŞAHİDƏLƏR

SPONTAN İNTESTİNAL PERFORASIYA

Quliyev N.C., Ağayev G .X., Cəfərova T.S.

K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu

Spontan İntestinal perforasiya [SİP] vaxtından əvvəl doğulan uşaqların həyatının ilk 1-2 həftəsində, tipik olaraq qəflətən baş verən və cərrahi müdaxilə tələb edən ağır qastrointestinal xəstəliyidir. SİP fərqli bir klinik vəziyyətdir və Nekrotik enterokolit [NEK] nəticəsində yaranan perforasiya ilə müqayisədə proqnozu daha yaxşıdır. Bu məqalədə yenidoğulanlarda NEK nəticəsində yaranan intestinal perforasiya ilə spontan intestinal perforasiyanın patogenetik, klinik, diaqnostik və proqnostik olaraq bir –birindən fərqli olduğu göstərilir.

Açar sözlər: spontan intestinal perforasiya, nekrotik enterokolit, vaxtından əvvəl doğulma.

Nekrotik enterokolitə [NEK] bənzər klinik formalardan biri olaraq SİP haqqında 1980-cı illərin sonundan etibarən ədəbiyyat mənbələrində məlumatlar qeyd olunmuşdur [1,2]. Hazırkı dövrdə isə SİP klinik və histoloji nöqtəyi -nəzərdən NEK-dən tamamilə fərqlənən sərbəst xəstəlik qrupu olaraq qəbul olunur [3,4]. Klinik müşahidəni təqdim etməkdə məqsədimiz SİP-nin NEK-ə oxşar olmasına baxmayaraq, etiologiyası, patogenezi və gedişatı ilə NEK-dən fərqlənən xəstəlik olduğunu göstərməkdir.

Klinik müşahidə. Xəstə X. [stasionar xəstənin tibbi kartası №99] ağırlaşmış mama-lıq-ginekoloji anamnezinə malik hamilə qadından hestasiya yaşı 31 həftə, bədən kütləsi 1800 qram olaraq təbii yolla doğulmuşdur. Apqar şkalası ilə 4/6 balla qiymətləndirilmişdir. Doğum evində “Doğuş asfiksiyası, Vaxtından əvvəl doğulmuş az çəkili uşaq” diaqnozu müəyyən edilmişdir. Küvez rejimində olmuş, nazal oksigen dəstəyi almışdır. Qidalandırılmamış, parenteral qidalanma, müvafiq antibakterial terapiya təyin olunmuşdur. Vəziyyətində müsbət dinamika qeyd olunmadığına görə həyatının 4-cü günündə müayinə və müalicə məqsədilə K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutuna köçürülmüşdür. Daxil olarkən ağırlaşmış mama-lıq-ginekoloji anamnezi olan anadan vaxtından əvvəl [hestasiya yaşı 31 həftə]1800 qr. bədən kütləsi ilə ağır asfiksiyada doğulan, qəbul olunarkən bədən kütləsi 1500 qr.olan 4 günlük körpənin vəziyyətinin ağırlığı morfo-funksional yetkinsizlik vətənəffüs çatışmazlığı ilə əlaqədər idi. Körpə küvez rejimində

saxlanılmış, nazal kanyul ilə oksigen dəstəyi almışdır. Minimal enteral qidalandırılmış, hissəvi parenteral qidalanma təyin olunmuş, anti-bakterial terapiya davam etdirilmişdir. Qarnı yumşaq olmuş, mədə möhtəviyyatı təmiz olmuşdur, nəcis ifrazı sərbəst, nəcisdə qan izləri olmamışdır.

Qəbul olunarkən aparılan müayinələr və nəticələri: Qanın ümumi analizi: Hb 102qr/l, Er $3.42 \times 10^{12}/l$, Ley $6.8 \times 10^9/l$, EÇS :12mm/s, Çub 4%, Seq 44%, Eoz 4%, Lim 46%, Mon 2%. Suxarevə görə laxtalanma müddəti : baş 2. son 5 dəq. Dükəyə görə qanaxma:1dəq.

Qanın biokimyəvi müayinəsi: Ümumi bilirubin 230mkmol/l, Şəkər 4,2 mmol/l, Ca 1.99mmol/l, K 3.9 mmol/l, Na 139mmol/l, Albumin 37q/l. Rentgenoloji müayinə: Bronx-ağciyər şəkli güclənib. Qarın boşluğunun icmal rentgen müayinəsində sərbəst hava qeyd olunmur. Bağırsağ ilgəklərində səviyyə-lər aşkar olunmur. İlkin müayinənin nəticələrinə və klinik vəziyyətinə əsaslanaraq xəstəyə ilkin olaraq “Vaxtından əvvəl doğulmuş az çəkili uşaq. Tənəffüs pozğunluğu sindromu. Baş beyinə qansızma. Funksional oval dəlik” diaqnozu qoyulmuşdur. Müalicənin üçüncü günündə xəstənin vəziyyətində qəflətən ağırlaşma qeyd olunmuşdur. Tənəffüs çatışmazlığı əlamətləri artmış, taxipnoe, dispnoe, perioral sianoz müşahidə olunmuşdur. Qarnı gərgin, köp olmuş, nazoqastral zond ilə öd qarışıq möhtəviyyat xaric olunmuşdur. Qarın boşluğunun təkrar rentgenoloji müayinəsi nəticəsində qarın boşluğunda sərbəst hava müəyyən edilmişdir. Həmin gün xəstəyə “NEK, Perforasiya, Peritonit” diaqnozu ilə

laparotomiya əməliyyatı icra olunmuşdur. Əməliyyatın gedişində mühüm qeydlər isə belə olmuşdur: Köndələn çənbər bağırsaqlarda dalaq əyriliyi səviyəsində 0,3-0,4mm ölçüsündə perforativ dəlik aşkarlandı. Dəlik 4/0 vikrillə közəndi. Nazik və yoğun bağırsağın digər sahələrində dəyisiklik qeyd olunmadığına görə közənmiş nahiyə qarının sol yan nahiyəsində kəsik aparılaraq ekstraperitonizasiya icra olundu. Əməliyyatın adı "Laparotomiya. Köndələn çənbər bağırsağın fokal perforativ dəliyinə közənməsi və ekstraperitonizasiyası".

Xəstə əməliyyatdan sonra 10 gün reanimasiya şöbəsində parenteral qidalanmada müalicəsi davam etdirilib. 10-cu günündən enteral qidalandırılmağa başlanılıb. Əməliyyatdan 20 gün sonra uşaq sağalma ilə kafi vəziyyətdə sahə pediatrının nəzarətində evə yazılmışdır. Tərəfimizdən təqdim olunan klinik müşahidəyə ilkin olaraq NEK diaqnozu qoyulmuşdur. Lakin xəstədə klinik və diaqnostik meyarların fərqliliyini nəzərə alıb araşdırmalar apardıq. Əldə etdiyimiz yeni elmi biliklər əsasında patologiyayı SİP kimi qiymətləndirdik.

Müzakirə. SİP NEK-ə oxşar şəkildə əksərən az çəkili və ekstremal az çəkili uşaqlarda qeydə alınır. Az çəkili uşaqlarda rastgəlmə tezliyi 2-3%, ekstremal az çəkili uşaqlarda isə təxminən 5%-dir. Hestasiya yaşı 25-30 həftə arası, doğularkən bədən kütləsi 650-1500 qr. olan yenidoğulanlar yüksək risk qrupuna aid edilir [4-9].

Vaxtından əvvəl doğulma əsas risk faktoru kimi qəbul olunsada, ağırlaşmış hamiləlik-mamalıq anamnezinə malik analardan vaxtında doğulan uşaqlar da risk qrupuna aid olunur [5]. Digər risk faktorları isə postnatal dövrdə yenidoğulanlarda indometasinin, qlükokortikoidlərin istifadəsi, açıq Botal axarı, qan köçürmə və mübadilə qan dəyişmə əməliyyatları göstərilir [6-10].

NEK-də olduğu kimi, SİP də daha çox gastrointestinal sistemin distal ileum hissəsində qeydə alınır. Lakin histoloji müayinədə NEK-dən fərqli olaraq SİP-də bağırsağın selikli qişası normaldır və iltihab əlamətləri yoxdur. Submukoza nazikləşmiş, əzələ qatında isə aseptik, fokal, hemorragik nekroz sahələri qeyd olunur. Perforasiyadan proksimal və distal hissədə isə bağırsaqların sahələri normaldır [4-9].

NEK kimi SİP-ində patogenezi müasir dövrdə tam aydın deyil. Perforasiya sahəsində əzələ qatının nazikləşməsi və onun yerli defektinin patogenezi ilə əlaqəli olub olmasının hələ də öz təsdiqini tapmamışdır [4-12].

NEK və SİP müşahidə olunan xəstə qruplarında aparılan elmi tədqiqat işlərində qan plazması və bağırsaqlar toxumasında immun regulasiya zülallarının ekspresiyası araşdırılmış və müəyyən edilmişdir ki, iltihab genlərinin ekspresiyası, angiogenezi prosesi, toxuma bərpası və apoptoz müqayisə edilən qruplarda tam fəqli olmuşdur [9-12]. Belə ki, İnterleykin-6, angiopoetin -2, soluble-interleykin-1 reseptor və soluble-urokinaz plazminogen aktivator reseptor NEK qrupunda əhəmiyyətli dərəcədə yüksək qeyd olunmuşdur [13]. İmmun sistemdəki bu fərqli regulasiya mexanizmi NEK ilə SİP-nin klinik və patomorfoloji fərqliliyini izah edə bilər.

Müəyyən edilmişdir ki, SİP adətən postnatal ilk həftədə enteral qidalanmadan asılı olmayaraq, NEK isə postnatal 7-10 gündə adətən enteral qidalanma başlandıqdan sonra müşahidə olunur.

Müayinə zamanı SİP-də NEK-dən fərqli olaraq qarın köpü ilə yanaşı çox zaman qarının ön divarında tünd göy çalarlı rəng dəyişkənliyi qeyd olunur. Bu rəng dəyişkənliyi qasıq nahiyəsinə və oğlan uşaqlarında skrotuma da yayıla bilər. Metabolik asidoz, hipotenziv vəziyyət, qanın ümumi analizində leykositoz SİP nin digər klinik-laborator əlamətləridir. NEK-dən fərqli olaraq SİP-də trombositopeniya, hiperkalimiya, hiponatrimiya qeyd olunmur [3-14].

SİP-də xəstəliyin gedişi NEK-dən fərqli olaraq BELL təsnifatında olan mərhələlərə uyğun gəlmir. Perforasiya tipik olaraq qəflətən baş verir, uşağın vəziyyəti birdən-birə ağırlaşır və rentgenoloji müayinədə pnevmo-peritonium görüntüsü ilə diaqnoz təsdiq olunur. Bundan əlavə NEK-in radioloji əlamətləri olan pnevmatozis intestinalis SİP-də yoxdur, portal venada qaz qeyd olunmur. Bəzi müəlliflərə görə SİP xəstələrdə hətta təkrari rentgenoqramalarda bağırsaqlarda uzun müddət qaz görünməyə də bilər [4, 16-18].

SİP-də müalicə cərrahi müdaxilədir. Cərrahi müdaxilədə laparotomiyaya və əsasən də ilkin peritoneal drenaja [PPD] üstünlük verilir [4,6-8]. Klinik müşahidənin təhlilinə nəzər

yetirsək aydın olur ki, uşaq vaxtından əvvəl, az çəki ilə, ağırlaşmış mamalıq anamnezli hamiləlikdən, asfiksiyada doğulmuşdur. Perforasiya postnatal ilk həftədə, enteral qidalanma ilə əlaqəsi olmadan baş vermişdir. Perforasiyadan əvvəlki rentgenoloji müayinələrdə bağırsaqlarda hava, maye səviyyələri, pnevmatozis intestinalis qeyd olunmur və xəstəliyin gedişi klinik olaraqda BELL təsnifatındakı mərhələlərə uyğun gəlir. Laborator müayinələrdə elektrolitlər- Na^+ , K^+ miqdarı norma daxilində olmuş, qanın ümumi analizində trombositopeniya qeyd olunmamışdır. Əsas olaraq da laparotomiya zamanı perforasiyadan proksimal və distal hissələrdəki bağır-

saq toxuması sağlam qeyd olunmuşdur. Xəstəyə vaxtında və düzgün müdaxilə nəticəsində proses sağalma ilə nəticələnmiş xəstənin həyatını xilas etmək mümkün olmuşdur.

Beləliklə, klinik müşahidəmiz və ədəbiyyat icmalı SİP- in NEK- ə oxşar olmasına baxmayaraq etiologiyası, patogenezi və gedişi ilə NEK- dən fərqlənən patoloji vəziyyət olduğunu göstərir. Proqnoza gəldikdə isə NEK nəticəsində yaranan perforasiya ilə müqayisədə SİP- də ölüm faizi daha azdır. Diaqnostik meyarların vaxtında və düzgün qiymətləndirilməsi xəstələrin sağ qalma faizində yüksəlmə əldə olunması və ölüm faizinin azalması ilə nəticələnmə bilər.

ƏDƏBİYYAT:

1.Yee WH, Soraisham AS, Shah V.S, Aziz. K, Yoon W, Lee S.K Canadian Neonatal Network. Pediatrics 2012; 129: e 298-304.

2.Trarrado X, Castanon M, Thio M, Valderas J.M, Carcia Aparicio L. Morales L, Eur J, Pediatr Surg 2005; 15: 88-94.

3. Ahmad Jetal: Risk factors for spontaneous intestinal perforation. Pediatric Medicine Journal 2008; 2: 11-15. Gomella T.L. ed. Lange Neonatology [6 th ed] NewYork The McGraw Hill Companies Inc 2009; 590-596.

4.Rayyan M, Myatchin J, Naulaers G J Matern Fetal Neonatal Med 2017;1.

5.Козлов Ю.А. , Новожилов В.А., Тимофеев А.Д. Российский вестник 2016 том 6 №4.

6. Wadhawan R, Oh W, Vohr BR, et al. Spontaneous intestinal perforation in extremely low birth weight infants who develop spontaneous intestinal perforation. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2013; 98: F127.

7. Gordon PV, Young ML, Marshall DD. Focal small bowel perforation in extremely low birth weight infants . J Perinatal 2001; 21: 156.

8.Kelleher J, Salas A.A. Bhat R. Prophylactic indomethacin and intestinal perforation in extremely low birth weight infants. Pediatrics 2014;134: e 1369

9.Neu J, Walker W A , N Engl J The risk of focal small bowel perforation in extremely low birth weight infants Med 2011. 364 255-264.

10. Stark AR, Carlo WA, Tyson JE, National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. N. Engl J Med 2001; 344: 95.

11. Wadhawan R, Oh W, Vohr BR Fetal Neonatal Ed 2012 98: F 127.

12.Paquette L, Friedlich P, Ramanathan R, Seri I. J Perinatal 2006; 26: 486.

13.Holland AJ, Comment on Kubota ; focal intestinal perforation in extremely –low –birth –weight neonates Pediatr Surg Int 2008; 24: 387.

14. Stocker M .Berger TM .06 asp accessed on 22-01-2015.

15.Baird R, Puligandla PS, St. Vil D The role of laparotomy for intestinal perforation in very low birth weight infants . J Pediatr Surg Int 2006; 41: 1522.

16.Blakely ML, Gupta H, Lally KP. Semin Perinatal 2008; 32: 122.

17.Cass DL, Brandt ML, Patel DL Peritoneal drainage as definitive treatment for neonates with isolated intestinal perforation . J Pediatr Surg 2000; 35: 1531.

18.Khan RA. Mahajan JK, Rao KLN Afr. J Pediatr Surg. 2011.8:249-51

SUMMARY

SPONTANEOUS İNTESTİNAL PERFORATION

Guliyev N.J. , Aghayev G.Kh., Jafarova T. S.

Scientific-Research Institute of Pediatrics named after K.Y.Farajova

Key words: *spontaneous intestinal perforation, necrotizing enterocolitis, premature infant.*

Spontaneous Intestinal Perforation (SIP) is one of severe gastrointestinal disorders usually occurring without a defined prodrome in premature infants in the first 1-2 weeks of life which requires surgical intervention. SIP is a distinct clinical entity and has better outcome than neonates with intestinal perforation secondary to Necrotizing Enterocolitis (NEC). This article presents the clinical, diagnostic and prognostic differences of SIP and NEC.