

DOI: <https://doi.org/10.36719/2663-4619/89/305-309>

Aytən Ağamaliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
ayten.agamaliyeva@gmail.com

Lalə Ağabəyli

Azərbaycan Tibb Universiteti
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
lala.aghabayli@yahoo.com

Hicran Əsgərova

Azərbaycan Tibb Universiteti
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Dr_jijiko@mail.ru

Zərqələm Öməröva

Azərbaycan Tibb Universiteti
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
a-ayten@yandex.ru

Fatma İsmayılova

Azərbaycan Tibb Universiteti
ismayilova_fatma@mail.ru

NAZİK BAĞIRSAQ DİVERTİKULYUZUNUN RADIODİAQNOSTİKASI

Xülasə

Nazik bağırsağın divertikulyozu nadir və diaqnozu çətin qoyulan patologiya olub, bağırsaq divarı boyu birdən artıq kisəşəkilli qabarmalar – divertikullar ilə xarakterizə olunur. Adətən bu patologiya simptomuz keçir, ilk klinik təzahürlər isə artıq ağırlaşmaların inkişafını göstərir. Nazik bağırsağın divertikulyozunun diaqnozunda aparıcı yeri radioloji müayinə metodları tutur: ultrasəs müayinə, barium ilə kontrastlı enteroqrafiya, kompyuter tomoqrafiya və ya maqnit rezonans tomoqrafiya. Təqdim olunan məqalədə adı keçən metodların nazik bağırsaq divertikulyozunun və ağırlaşmalarının diaqnostikasında rolu, ayrı-ayrı müayinələrdə izlənən radioloji əlamətlər qeyd olunmuşdur. Həmçinin bir xəstə üzərində aparılmış kliniki müşahidənin nəticələri yuxarıda adı keçən metodların diaqnostik dəyərini göstərmək məqsədi ilə təqdim edilmişdir.

***Açar sözlər:** nazik bağırsaq divertikulozu, barium passajlı enteroqrafiya, maqnit rezonans tomoqrafiya, ultrasəs müayinəsi, kompyuter tomoqrafiya*

Aytan Aghamaliyeva

Azerbaijan Medical University
Doctor of Philosophy in Medicine
ayten.agamaliyeva@gmail.com

Lala Aghabayli

Azerbaijan Medical University
Doctor of Philosophy in Medicine
lala.aghabayli@yahoo.com

Hijran Asgarova

Azerbaijan Medical University
Doctor of Philosophy in Medicine
dr_jijiko@mail.ru

Zargalam Omarova

Azerbaijan Medical University
Doctor of Philosophy in Medicine
a-ayten@yandex.ru

Fatma İsmayilova

Azerbaijan Medical University
ismayilova_fatma@mail.ru

Radiology of small intestine diverticulosis

Abstract

Diverticulosis of the small intestine is a rare and difficult to diagnose pathology, characterized by multiple small swellings – diverticula along the intestinal wall. Usually, this pathology passes without symptoms, and the first clinical manifestations already indicate the development of complications. The diagnosis of diverticulosis of the small intestine are radiological examination methods: ultrasound examination, barium contrast enterography, computed tomography or magnetic resonance tomography. In the presented article, the role of the mentioned methods in the diagnosis of small intestinal diverticulosis and its complications, as well as the radiological signs are mentioned. Also, the results of a clinical case study are presented in order to show the diagnostic value of the mentioned methods.

Keywords: *small intestinal diverticulosis; barium contrast enterography; magnetic resonance imaging; ultrasound examination; computed tomography*

Giriş

Nazik bağırsağ divertikulyozu-bağırsağ divarında çoxsaylı, ölçüsünə görə bir-birinə yaxın divertikulların izlənməsi olub, kişilər arasında daha çox yayılmışdır (Bayramov, 2016: 171). Quruluşuna görə divertikullar həqiqi və yalançı olur. Əgər boşluqlu orqanın divarının bütün qatları prosesə cəlb olunubsa həqiqi divertikul, əzələ və selikaltı qat prosesə qoşulmayıbsa yalançı divertikuldur. Mənşəyinə görə divertikullar anadangəlmə və qazanılma olaraq iki yerə bölünür. Həqiqi divertikullar çox vaxt anadangəlmə, yalançı divertikullar isə qazanılma olur (Parfenov, 2009: 880). Bundan başqa divertikulların pulsion və traksion formaları ayırd edilir. Pulsion divertikullar bağırsağ daxilində təzyiqin artması, traksion formaları isə bağırsağ divarının fiksasiyası nəticəsində əmələ gəlir (Parfenov, Krums, Pavlov, 2019: 4-8).

Nazik bağırsağ divertikulyozu yoğun bağırsağa nisbətən daha az izlənilir və əsasən onikibarmaq bağırsağda rast gəlinir. Acı və qalça bağırsağda isə bu patologiya çox nadir hallarda tapılır (Longo, Vernava, 1992: 381-8). Enteroklizis müayinəsində 2% hallarda, autopsiyada 0,1-1,5% müşahidə edilir (Mantas, Kykalos, Patsouras, Kouraklis, 2011: 49-53). Qalça bağırsağ divertikulyozu 26% hallarda onikibarmaq bağırsağ, 35% hallarda isə yoğun bağırsağ divertikulyozu ilə birgə izlənməmişdir (Akhrass, Yaffe, Fischer, 1997: 383-8).

Acı və ya qalça bağırsağ divertikulları qazanılmış psevdodivertikullardır. İstisna Mekkelin anadangəlmə divertikuludur (Timerbulatov, 2017). Onların ölçüsü bir neçə millimetrdən bir neçə santimetrə qədər ola bilər. Nazik bağırsağın divertikulyozunun etiopatogenezi az öyrənilmişdir. Bu patologiya əsasən nazik bağırsağın hərəkətliliyinin pozulması və orqanın mənfəzində yüksək təzyiqlə özünü göstərir (Lequet, Menahem, Alves, Fohlen, Mulliri, 2017: 253-259). Risk faktorları az lifli, çox yağlı qidalar, yaşlılar, sistemli skleroz, visseral mio və neyropatiyadır. Mekkel divertikulu ileosekal klapandan 45-90 sm məsafədə yerləşmiş olub, diametri 1-50 sm arasında dəyişə bilər. Embrional inkişafda yumurta sarısı (yolk sac) sapının natamam reduksiyası nəticəsində meydana çıxan patologiya, embrional mənşəyinə görə strukturunda müəyyən faiz hallarda mədə selikli qişası və ya mədəaltı vəzi elementləri daşıya bilər ki, sonunculara xas xora qanaxması, bədxassəli şişlər və keçməməzlik kimi ağırlaşmalar müşahidə oluna bilər (Sagar, Kumar, Shah, 2006: 501-5). Mekkel divertikulu ağırlaşmaların baş verdiyi ana qədər simptomuz davam edən patologiyadır. Əsas ağırlaşmalar pediatrik yaş qrupunda izlənilir. Qeyd etmək istərdik ki, 2 yaşına

qədər mədə-bağırsaq qanaxmalarının 50%-ə qədəri Mekkel divertikulyonunun peptik xoralarının hesabına baş verir (Lin, Huang, Bao, Zheng, Xia, & Chen, 2017).

Onikibarmaq bağırsaq divertikulyonu 50 yaşdan yuxarı şəxslərdə müşahidə olunaraq, əsasən qazanılma olur. Klinik simptomlara malik olmayan patologiya ağırlaşan zaman, divertikulit, sağ qabırğaaltı nahiyədə olub, sol kürəyə verən ağrı və ağızda pis qoxu ilə xarakterizə olunur. Çox vaxt bu əlamətlər yeməkdən bir neçə saat sonra baş verir (Longo, Vernava, 1992: 381-8). Nazik bağırsağın divertikulyonunun ağırlaşmaları divertikulit, açıq və ya gizli nazik bağırsaq qanaxması, bağırsaq obstruksiyası, nazik bağırsağın perforasiyası və malabsorbsiyadır. Sonuncu halda ishal, steatoreya, dəmir və vitamin çatışmazlığı baş verir. Malabsorbsiyanın inkişafı nazik bağırsağın hərəkiliyinin pozulması, bağırsaq möhtəviyyatının durğunluğu və nazik bağırsaqda bakterial artım ilə əlaqələndirilir.

Bu patologiyanın həm ağırlaşmamış, həm də ağırlaşmış formalarının diaqnostikası çətinidir, bu da klinik şəklin qeyri-spesifik gedişatı ilə bağlıdır. Seçim müayinə metodu rentgenoloji müayinələrdir (Transue, Hanna, Shekhani, Rohatgi, Khosa, & Johnson, 2017: 195-205). Mekkel divertikulu kontrastlı rentgen müayinəsində nazik bağırsağın selikli qişasında uzanmış üçbucaq formasında görünür. İcmal rentgenoqrafiya, ezofaqoqastroduodenoskopiya və kolonoskopiya dəqiq diaqnoz qoymağa imkan vermir, lakin oxşar simptomları olan mədə-bağırsaq traktının digər xəstəliklərini istisna etməyə kömək edir. Barium kontrastlı enteroqrafiya, kompyuter tomoqrafiya və ya maqnit rezonans tomoqrafiya müayinələri bu patologiya üçün daha informativdir. Ancaq bu üsullar həmişə ilkin mərhələdə tətbiq edilmir. Son illərdə tətbiq olunan videokapsul endoskopiya xəstəliyin diaqnostikasını müəyyən qədər asanlaşdırmışdır. Bu metod digər şüa diaqnostik üsullar effektiv olmadığından istifadə edilir.

Ultrasəs müayinəsində ağırlaşmış formalarda bağırsağın lokal qalınlaşması, bağırsaqla əlaqəsi olan hiperexogen mərkəzə malik hiporxogen struktur (divertikula məxsus sahə), divertikul ətrafında piy toxumasının exogenliyinin artması, sərbəst maye, bəzi hallarda qaz qabarcıqları izlənilir (Jeong, Hong, Hwang, Kim, Chang, 2015: 74-77). Divertikulitin kompyuter tomoqrafiyada izlənilən əlamətlərinə nazik bağırsaq divar qalınlaşması, hiperdens divar, ekstraluminal hava qabarcıqları və hava-maye səviyyəsi olan divertikul aiddir (Korneva, Rostovtsev, Nudnov, Rostovtseva, Pronkina, 2019: 54-65).

Nazik bağırsağın asimptomatik divertikulyonu cərrahi müdaxilə də daxil olmaqla müalicə tələb etmir. Xəstəyə yüksək lifli pəhriz tövsiyə oluna bilər. Həddindən artıq bakterial artım ilə əlaqəli malabsorbsiya sindromu olarsa, antibakterial və polienzimatik dərmanlar təyin olunmalıdır. Fəsadlar müşahidə olunan xəstələr isə cərrahi müdaxilə üçün xəstəxanaya yerləşdirilməlidirlər (Ferreira-Aparicio, Gutierrez-Vega, Galvez-Molina, Ontiveros-Neves, Athie-Gutierrez, Montalvo-Jave, 2012: 668-676).

Klinik nümunə

1957-ci il təvəllüdü, kişi xəstə yeməkdən 2 saat sonra epigastral nahiyədə və göbək nahiyəsində küt ağrı, şişkinlikdən, iştahının azalması, gündə 4 dəfəyə qədər ishal şikayətləri ilə klinikaya müraciət etmişdir. 2 ildir davam edən bu şikayətlər əsasında xəstənin bədən çəkisi 6 kq azalmışdır. Anamnezdə xroniki qastrit, onikibarmaq bağırsaq xorası qeyd olunur. Bu şikayətlərlə bağlı son 4 ayda xərçəng şübhəsi ilə bir sıra müayinələr aparılıb. Endoskopiya, qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsi, ağciyərlərin rentgenoqrafiyası, ümumi və biokimyəvi qan testləri, onkomarkerlər yoxlanılıb, amma əhəmiyyətli diaqnostik məlumat alınmayıb. Sigmoid bağırsaqda kolonoskopiya zamanı kiçik ölçülü divertikullar aşkar edilmişdir.

Müayinə zamanı xəstənin vəziyyəti qənaətbəxş idi. Dəri solğun çəhrayıdır. Boyu 171 sm, çəkisi 57 kq. Periferik limfa düyünləri palpasiya edilmir. Sümük-oynaq sistemi patologiyasızdır. Ağciyərlərdə vezikulyar tənəffüs eşidilir, xırıltı yoxdur. Ürək vurğusu ritmik, aydın, qan təzyiqi 130/80 mm.c.s.. Nəbz dəqiqədə 75-dir. Qarın böyüməyib, tənəffüs aktında iştirak edir. Palpasiya zamanı qarın yumşaq və ağrısızdır. Göbək bölgəsində qurultu qeyd olunur. Qaraciyər palpasiya edilmir. Ortner əlaməti mənfidir. Gündə 3-4 dəfə formalaşmamış nəcis qeyd olunur, nəcis açıq qəhvəyi rəngdədir, qan və selik yoxdur.

Beləliklə, əvvəlki tədqiqatlar xroniki ishal və çəki itkisinin səbəblərini müəyyən etməmişdir. Diaqnozu aydınlaşdırmaq üçün xəstəyə əlavə müayinə, o cümlədən nəcisdə kalprotektin miqdarının təyini, qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsi tövsiyyə olunmuşdur.

Ultrasəs müayinəsi zamanı 12 barmaq bağırsağ ilə ilaqəsi olan, diametri bəzi yerlərdə 1,2 sm-ə çatan, mədəyə söykənmiş, uzunluğu 5 sm, uzunluğu 5,0 sm-ə qədər olan anexogen sahə-divertikul izlənilir. Peristaltik dalğa keçdikdə, onikibarmaq bağırsağın mənfəzi tam yığılır, anoexogen sahənin (divertikulun) mənfəzi dəyişmir, xaotik hərəkəti izlənilir. Yoğun bağırsağın divarının qalınlığı 2-3 mm-ə qədər olub, ölçüsü 7 mm-ə qədər olan tək-tək divertikullar izlənilir. Ətraf toxumaların exogenliyi və strukturu pozulmayıb. Həmçinin xəstədə, II dərəcəli hepatosteatoz və sol böyrəkdə sadə kist qeyd olunmuşdur.

Ultrasəs müayinəsindən məlumatlarını nəzərə alaraq, barium passajlı enteroqrafiya aparıldı.

Enteroqrafiya zamanı onikibarmaq bağırsağın ənənə hissəsində qeyri-bərabər konturlu, 6×4 sm ölçüdə yuvarlaq formalı divertikul müəyyən edilir. Acı bağırsağın başlanğıcında ölçüsü 4 sm-ə qədər düzgün konturlu divertikul izlənilir. Barium passajından 1 saat sonra bütün acı bağırsağ boyu 2-3 sm-dən 5 sm-ə qədər barium qaz səviyyəsini göstərən hava-maye təbəqələnməsi olan aydın konturlu çox sayda divertikullar aşkar edilir.

2 saat 30 dəqiqədən sonra barium kontrast maddəsi onikibarmaq bağırsağın divertikulunda qalmaqdadır, digər nazik bağırsağ strukturlarında maye səviyyələri qeyd edilir. 3 saat 30 dəqiqədən sonra barium suspenziyası acı və qalça bağırsaqda saxlanılmaqdadır, kontrast artıq kor bağırsağa keçib. 6 saat 30 dəqiqədən sonra barium suspenziyası qarın boşluğunun sol yarısında bütün nazik bağırsağ boyu müxtəlif maye səviyyələri ilə vizuallaşır. Kontrast maddə kor bağırsağı dolduraraq qalxan çənbər bağırsağa keçib.

1 sutka (24 saat) sonra çəkilən rentgenoqramda kontrast maddə böyük duodenal divertikulda qalmaqdadır, nazik bağırsağ boyu barium qalıqları qeyd edilir. Yoğun bağırsağ divertikullarında da barium qalıqları vizuallaşır.

Nəticə: Nazik və yoğun bağırsaqların çoxsaylı divertikulları. 24 saatdan sonra çəkilən rentgenoqramda divertikulları tam dolduran kontrast maddə, bağırsaqların müxtəlif nahiyələrində hava-maye təbəqələnməsinin müşahidə olunması.

Klinik və laborator məlumatların təkrar yoxlanılması zamanı bağırsağ keçməməzliyi təsdiq edilməmiş və xəstəyə qarın boşluğu orqanlarının MRT müayinəsi məsləhət görülmüşdür.

MR-tomoqramlarda içərisində kontrast maddə və bağırsağ möhtəviyyəti olan onikibarmaq bağırsaqda bir divertikul, acı bağırsaqda ölçüsü 2-4 sm aralığında olan çoxsaylı divertikullar, qalça bağırsaqda ölçüsü 1,5-2,5 sm olan 2 divertikul aşkar edildi. T2-WI rejimində (T2 FS) divertikul ətrafında heç bir iltihab əlaməti müşahidə olunmadı. T2 rejimində su yükü zamanı divertikullar su ilə doldu. Böyük divertikullarda, xüsusilə onikibarmaq bağırsağ və acı bağırsağın girişində olan divertikullarda maye fonunda bağırsağ möhtəviyyəti aşkarlandı. Nəticə: İltihab əlamətləri olmayan onikibarmaq, acı və qalça bağırsaqda çoxsaylı divertikulların MR-əlamətləri.

Beləliklə, kliniki diaqnoz olaraq xəstəyə nazik və yoğun bağırsaqların divertikulyozu, malabsorbsiya sindromu müəyyən edilidi. Cərrahi müdaxilə tələb edən ağırlaşmaların olmamasını nəzərə alaraq konservativ müalicə üsulu seçildi. Nazik bağırsağ boyu çoxsaylı divertikulların olması bağırsağın rezeksiyası ehtimalını inkar edir. Malabsorbsiya sindromunu korreksiya etmək üçün sağlam qida pəhrizi, 6 gün ərzində gündə 2 dəfə 200 mq dozada faksimmin (rifaksiminin) qəbulu kursu və daimi olaraq gündə 3 dəfə Kreon 10.000 qəbulu tövsiyyə olundu.

1 ay sonra aparılan təkrari müayinədə xəstənin vəziyyəti qənaətbəxşdir. Müalicə fonunda müsbət tendensiya qeyd edilir. Nəcis gündə 1 dəfə, periodik olaraq formalaşmamış olur. Bədən çəkisi sabit saxlanılır. Qarında ağrı yoxdur.

Bu klinik nümunə, malabsorbsiya sindromunun inkişafına səbəb olan acı və qalça bağırsağın divertikulları fonunda nazik və yoğun bağırsaqların qarışıq divertikulyozunu göstərir. Xəstədə xroniki ishalın inkişafını və səbəbsiz çəki itirməsini nəzərə alaraq, ilkin diaqnostik proses bədxassəli törəmə aşkar olunmasına yönəldilib. Bununla belə, anamnezin təhlili, klinik mənzərə, qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs məlumatları, nazik və yoğun bağırsaqların barium kontrastlı

rentgenoloji müayinəsi son diaqnozu qoymağa imkan verdi və bu da, MRT müayinəsinin nəticələri ilə təsdiqləndi. Təqdim olunan klinik nümunə nazik bağırsağın divertikulyar xəstəliyinin ilkin və dəqiq diaqnostikasında müxtəlif radioloji müayinə üsullarının imkanlarını göstərdi. Barium passajı ilə aparılan rentgenoloji müayinənin aparıcı rolu nümayiş etdirildi.

Nəticə

Nazik bağırsaq divertikulozu nadir patologiyadır, lakin qeyri-spesifik kəskin və xroniki abdominal simptomları olan xəstələrdə diferensial diaqnostika zamanı bu patologiya da nəzərə alınmalıdır. Radioloji diaqnostika üsullarının doğru və vaxtında istifadə edilməsi diaqnozun düzgün qoyulmasına, müalicə taktikasının adekvat seçilməsinə kömək edir.

Ədəbiyyat

1. Bayramov, N.Y., Rüstəm, Ə.M., Zeynalov, B.M. (2016). Nazik bağırsağın cərrahi xəstəlikləri. Bakı: "Təbib", 171 s.
2. Parfenov, A.I. (2009). Enterology. Mia Publishing, 880 p.
3. Parfenov, A.I., Krums, L.M., Pavlov, M.V. (2019). Diverticula of the small intestine. Therapeutic Archives, vol. 91, No. 2, p.4-8.
4. Longo, W.E., Vernava, A.M. (1992). Clinical implications of jejunoileal diverticular disease. Dis. Colon. Rectum. 1992; 35: 381-8.
5. Mantas, D., Kykalos, S., Patsouras, D., Kouraklis, G. (2011). Small intestine diverticula: Is there anything new? World J Gastrointest Surg. 3(4): 49-53.
6. Akhrass, R., Yaffe, M.B., Fischer, C. et al. (1997). Small-bowel diverticulosis perceptions and reality. J. Am. Coll. Surg. 184 (4): 383-8.
7. Lequet, J., Menahem, B., Alves, A., Fohlen, A., Mulliri, A. (2017). Meckel's diverticulum in the adult. J Visc Surg. Sep;154(4): 253-259.
doi: 10.1016/j.jvisc Surg.2017.06.006. Epub 2017 Jul 9. PMID: 28698005.
8. Sagar, J., Kumar, V., Shah, D.K. (2006). Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med. Oct;99(10): 501-5. doi: 10.1177/014107680609901011. Erratum in: J R Soc Med. 2007 Feb;100(2):69. PMID: 17021300; PMCID: PMC1592061.
9. Lin, X.K., Huang, X.Z., Bao, X.Z., Zheng, N., Xia, Q.Z., & Chen, C.D. (2017). Clinical characteristics of Meckel diverticulum in children: A retrospective review of a 15-year single-center experience. Medicine, 96(32), e7760.
10. Transue, D.L., Hanna, T.N., Shekhani, H., Rohatgi, S., Khosa, F., & Johnson, J.O. (2017). Small bowel diverticulitis: an imaging review of an uncommon entity. Emergency radiology, 24(2): 195-205.
11. Jeong, J., Hong, S.S., Hwang, J., Kim, H.J., Chang, Y.W. (2015). Acute diverticulitis of the terminal ileum: ultrasonography and CT findings. Ultrasonography. 34(1): 74-77.
12. Korneva, Ye.P., Rostovtsev, M.V., Nudnov, N.V., Rostovtseva, T.M., Pron'kina, Ye.V. (2019). Vozmozhnosti KT v diagnostike oslozhneniy divertikuleza kishechnika (klinicheskiye nablyudeniya). Meditsinskaya vizualizatsiya. (3): 54-65.
13. Ferreira-Aparicio, F.E., Gutierrez-Vega, R., Galvez-Molina, Y., Ontiveros-Nevaros, P., Athie-Gutierrez, C., & Montalvo-Jave, E.E. (2012). Diverticular disease of the small bowel. Case reports in gastroenterology, 6(3): 668-676.

Göndərildi: 18.01.2023

Qəbul edildi: 11.03.2023