

Penktasis Lietuvos minimaliai invazinės chirurgijos draugijos suvažiavimas

Pranešimų tezės

Šiauliai
2004 03 26–2004 03 27

1

Pirmoji skydliaukės ir prieskydinių liaukų videoasistuojamųjų operacijų patirtis

K. Strupas, V. Beiša, J. Baublienė

Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Pilvo chirurgijos centras, Anesteziologijos, intensyviosios terapijos
ir skausmo gydymo centras

Įvadas. Videoasistuojamąsias skydliaukės ir prieskydinių liaukų operacijas galima atlikti, kai skydliaukės skilties tūris neviršija 14 ml, nepadidėję kaklo limfmazgiai, nustatyta prieskydinės liaukos adenomos lokalizacija. Šių operacijų kontraindikacijos: lėtinio tiroidito požymiai, anksčiau buvusios kaklo operacijos, medulinis arba anaplazinis skydliaukės vėžys.

Ligoniai ir metodai. Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Pilvo chirurgijos centre 2003 m. atliktos 6 videoasistuojamosios operacijos: 5 ligoniams, kuriems buvo pavienis skydliaukės mazgas, atlikta lobistmektomija ir 1 ligoniui pašalinta prieskydinės liaukos adenoma. Operacijos technika: daromas skersinis 2 cm ilgio pjūvis kakle, po priekiniaiis kaklo raumenimis pakišami kabliai. Skydliaukės skiltis arba prieskydinės liaukos adenoma preparuojama naudojant 5 mm skersmens 30° endoskopą, P. Miccoli adaptuotus Karlo Storzo instrumentus ir ultragarsinį skalpelį. Mobilizuotas viršutinis skydliaukės skilties poliuis ištraukiamas per pjūvį į išorę. Tolesnis preparavimas išsaugant *n. laryngeus recurrens* vientisumą tęsiamas įprastiniais instrumentais.

Rezultatai. Iš 5 ligonių trims po lobistmektomijos B. Braun Memsungeno stimulatoriumi 2 mA, 2 Hz elektros srove atlikta *n. laryngeus recurrens* neurostimuliacija. Laringoskopu stebėtas normalus balso kloščių judrumas. Iš 6 ligonių dviem po videoasistuojamosios operacijos buvo laikinas balso klostės paralyžius, trukęs 2 ir 4 mėnesius. Šiems ligoniams neurostimuliacija operacijos metu nebuvo atlikta. Atlikta viena konversija dėl papildinio skydliaukės vėžio, peraugusio priekinius kaklo raumenis. Po videoasistuojamosios operacijos nė vienam ligoniui nereikėjo nuskausminamųjų vaistų. Histologinio tyrimo duomenys: iš 6 operuotų ligonių keturiems diagnozuota folikulinė skydliaukės adenoma, vienam – papildinis skydliaukės vėžys ir vienam – prieskydinės liaukos adenoma.

Išvados. Videoasistuojamosios operacijos pranašumai – mažesnis pjūvis, mažesnis skausmas po operacijos, geresni kosmetiniai rezultatai. Neurostimuliacija gali sumažinti *n. laryngeus recurrens* pažeidimų dažnį, todėl rekomenduojama įvaldant videoasistuojamųjų operacijų techniką.

2

Bronchoskopija padeda išvengti perkutaninės dilatacinės tracheostomijos komplikacijų

G. Kėkštas, A. Klimašauskas

Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Anesteziologijos, intensyviosios terapijos ir skausmo gydymo centro
Pirmasis reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrius

Tikslas. Palyginti ankstyvųjų komplikacijų dažnį atliekant perkutanines dilatacines tracheostomijas (PDT) kontroliuojant procedūros eigą bronchoskopu ir be šios kontrolės.

Metodai. Analizuotos PDT procedūros, atliktos Intensyviosios terapijos skyriuje. Ligoniai retrospektyviai suskirstyti į dvi grupes. Pirmoje grupėje PDT procedūros atliktos be kontrolės bronchoskopu (2000–2002 metais), antroje grupėje – kontroliuojant procedūros eigą bronchoskopu (2002–2003 metais). Visos procedūros atliktos naudojant *Cook Critical Care* PDT rinkinius. Buvo fiksuojamos komplikacijos, įvykusios per 24 valandas nuo procedūros pradžios.

Rezultatai. Per 36 mėnesius Intensyviosios terapijos skyriuje sėkmingai atlikta 60 PDT. Pacientai buvo intubuoti 0–17 dienų (vidutiniškai 7,9 dienos) prieš atliekant PDT. Pirmoje grupėje atliktos 29 procedūros (48,3%), antroje – 31 procedūra (51,7%). Iš viso pasitaikė 4 (6,6%) komplikacijos per 24 valandas nuo procedūros pradžios. Trys komplikacijos įvyko pirmoje grupėje (10,3%): tracheostominis vamzdelis iškistas šalia trachėjos (kitu bandymu procedūra atlikta sėkmingai); tarp stemplės ir trachėjos susidarė fistulė; pasireiškė nedidelis kraujavimas (sustojo savaime iškistus tracheostominį vamzdelį). Antroje grupėje pasitaikė viena komplikacija (3,2%) per pirmas 24 valandas (nedidelis kraujavimas).

Išvados. Straipsniai, studijos nurodo, jog komplikacijų skaičius atliekant mažai invazyvią perkutaninės dilatacinės tracheostomijos procedūrą intensyviosios terapijos ligoniams yra toks pat, o gal net mažesnis, palyginti su chirurgine tracheostomija. Mums pavyko išvengti grėsmingų ankstyvųjų komplikacijų atliekant PDT ir kontroliuojant procedūros eigą bronchoskopu. Taigi mūsų duomenys leidžia tvirtinti, jog kontrolė bronchoskopu padidina perkutaninės dilatacinės tracheostomijos saugumą ir padeda išvengti ankstyvųjų komplikacijų. Ligonius, kuriems atliekama PDT, reikia stebėti toliau siekiant išsiaiškinti vėlyvasias komplikacijas (po 24 valandų ir po 6 mėnesių).

3

Kirkšnies išvaržų operacijų perspektyvios daugiacentrės atsitiktinių imčių klinikinės studijos ankstyvieji rezultatai

K. Strupas, V. Lipnickas, A. Gradauskas, M. Kiudelis,
N. Kaselis, D. Budrys, D. Dominauskas

*Vilniaus universiteto ligoninė „Santariškių klinika“,
Vilniaus miesto universitetinė ligoninė,
Kauno medicinos universiteto klinika,
Klaipėdos miesto ligoninė*

Įvadas / tikslas. Iš visų vyrams atliekamų operacijų kirkšnies išvaržos operacija yra dažniausia. Atvirosios kirkšnies išvaržų operacijos yra saugios, laiko patikrintos, jų rezultatai geri. Laparoskopinės operacijos pradėtos taikyti palyginti neseniai, tačiau jų populiarumas sparčiai didėja, po jų ligonis greitai sugrįžta į aktyvią veiklą. Natūralu, kad nagrinėjami tiek ankstyvieji, tiek vėlyvieji operacijų rezultatai, ieškant geriausio būdo – „auksinio standarto“. Darbo tikslas ir uždaviniai – palyginti intraoperacines, ankstyvasias ir vėlyvasias pooperacines komplikacijas, įvertinti pooperacinio skausmo ir gyvenimo kokybės pokyčius pooperaciniu laikotarpiu, nustatyti recidyvų skaičių, kirkšnies išvaržas operuojant laparoskopiniu TAPP, Lichtensteino ir Shouldice būdais.

Metodai. 2003 metų sausį–gruodį atlikta pirmoji Lietuvoje daugiacentrė perspektyvi atsitiktinių imčių klinikinė studija keturiuose Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos chirurgijos centruose.

Rezultatai. Atliktos 87 hernioplastikos laparoskopiniu būdu, 85 – Lichtensteino bei 80 – Shouldice metodu. Vidutinis operacijos laparoskopiniu TAPP būdu laikas – 70 min., Lichtensteino būdu – 59,3 min., o Shouldice būdu – 53,6 min. Vidutinė pooperacinio hospitalizavimo trukmė po laparoskopinių operacijų – 2,7 dienos, o po operacijų Lichtensteino ir Shouldice būdu – 4,5 dienos. Organų sužalojimų ar kitų didesnių operacinių komplikacijų nepasitaikė nė vienoje operacijų grupėje. Pooperacinį skausmą po laparoskopinių operacijų mūsų ligoniniai pagal 10-balę skalę vertino 2,5 balo, praėjus 12 val. po operacijos, ir 1,3 balo po 48 val. Po operacijų Lichtensteino ir Shouldice būdu šie vertinimai buvo didesni – atitinkamai 3,25 ir 1,9 bei 3,9 ir 2,15 balo. Praėjus 2 sav. po laparoskopinės TAPP hernioplastikos, net 95% ligonių niekuo nesiskundė, po operacijos Lichtensteino būdu tokių ligonių buvo tik 57,4%, o po operacijos Shouldice būdu – dar mažiau (34,1%).

Išvados. Tiek laparoskopinė TAPP, tiek herniotomijos Lichtensteino ir Shouldice būdu yra vienodai saugios. Po laparoskopinės TAPP operacijos ligoniniai jaučia mažesnį skaus-

mą, trumpesnę laiką praleidžia stacionare, greičiau grįžta į aktyvų gyvenimą, bet operuojant šiuo būdu reikia bendrinės nejautros, operacija užtrunka kiek ilgiau.

4

Laparoskopinis didelių ir recidyvinių hiatinių išvaržų gydymas naudojant sintetinius tinklelius

K. Strupas, V. Valiukėnas,
A. Užkalis

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinika“
Gastroenterologijos ir pilvo chirurgijos klinika
Pilvo chirurgijos centras*

Įvadas / tikslas. Viena dažniausių komplikacijų po laparoskopinių antirefluksinių operacijų yra hiatinės išvaržos recidyvas (~10%) ir suformuotos manžetės įsmukimas į krūtinės ląstą. Pagrindinė šių komplikacijų priežastis – diafragmos kojųčių išsiskyrimas po susiuvimo tradiciniu būdu. Siekiant sumažinti recidyvų dažnį, operuojant dideles hiatinės išvaržas pradėti naudoti sintetiniai tinkleliai. Jų efektyvumas operuojant dideles, ypač recidyvines, išvaržas yra įrodytas perspektyviais randomizuotais tyrimais. Darbo tikslas – apžvelgti pastarųjų 5 metų literatūrą apie didelių (> 5 cm) ir recidyvinių hiatinių išvaržų laparoskopinį gydymą naudojant sintetinius tinklelius ir pasidalyti pirmąja patirtimi operuojant šiuos ligonius.

Metodai. 2003 metų pabaigoje VUL SK Pilvo chirurgijos centre atliktos trys laparoskopinės operacijos naudojant polipropileno tinklelį, papildant įprastinį diafragmos kojųčių susiuvimo būdą. Visi ligoniniai operuoti nuo recidyvinių išvaržų. Anamnezės duomenys – visi ligoniniai operuoti nuo gastroezofaginio reflukso ligos ir jiems atliktos fundoplikacijos Nissen-Rossetti būdu.

Rezultatai. Prieš operaciją diagnozė patvirtinta kliniškai ir atliekant stemplės rentgenologinį tyrimą, manometriją ir ezofagogastroduodenoskopiją. Visos operacijos pradėtos ir baigtos laparoskopu. Intraoperacinių komplikacijų nebuvo. Visiems ligoniams po operacijos atliktas rentgenologinis stemplės tyrimas. Ankstyvuojų (1 mėnuo) pooperaciniu laikotarpiu išvaržos recidyvo nenustatyta.

Išvados. Operuojant dideles (III ar IV tipo) ir recidyvines išvaržas rekomenduojama naudoti sintetinius tinklelius. Tai efektyvus ir saugus būdas, mažinantis hiatinių išvaržų recidyvų dažnį.

5

Patologinio nutukimo gydymo laparoskopine „mažo skrandžio“ formavimo operacija rezultatai

G. Brimas

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Pilvo chirurgijos centras*

Įvadas. Nutukimas – svarbi sveikatos ir ekonominė problema ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje. Ji dar vadinama *Global obesity* (angl. *global obesity*) epidemija. Konservatyvaus šios ligos gydymo rezultatai blogi. Bariatrinė chirurgija – veiksmingiausias patologinio nutukimo gydymo metodas, o skrandžio tūrį mažinanti operacija – „mažo skrandžio“ formavimas (MSF) laparoskopiniu būdu – atliekama dažniausiai. Literatūros duomenimis, po jos pasisiekia sumažinti 50–55% perteklinės kūno masės (%EWL – *excess weight loss*), arba 20–25% visos priešoperacinės kūno masės. Darbo tikslas – įvertinti patirtį gydant pataloginį nutukimą laparoskopine „mažo skrandžio“ formavimo operacija.

Ligoniai ir metodai. 1996–2004 metais Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Pilvo chirurgijos centre 19 ligonių MSF operacija buvo pradėta laparoskopiniu būdu. Konversija padaryta 3 (15,8%) ligoniams. Kitiems 16 pacientų (13 (81%) moterų ir 3 (19%) vyrams) operacija baigta laparoskopiskai. Vidutinis šiuo būdu operuotų ligonių amžius – 44 metai, vidutinis ūgis – 1,66 m, vidutinis svoris – 133 kg, o kūno masės indeksas (KMI) – 48,2 kg/m². Kūno masės pokyčiai po operacijos vertinti pagal perteklinės kūno masės santykinį sumažėjimą (%EWL). Normali kūno masė buvo nustatoma pagal *Metropolitan Insurance Company* lenteles, atsižvelgiant į konstitucinį tipą. Visiems ligoniams buvo padaryta laparoskopinė MSF operacija, naudojant nekintamo skersmens juostą. Rezultatai vertinti BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*) metodu. Operacijos rezultatai suskirstyti į 5 grupes: blogi, patenkinami, geri, labai geri ir puikūs.

Rezultatai. Iš 16 ligonių, kuriems operacija buvo atlikta laparoskopiniu būdu, vienai buvo komplikacija pačios operacijos metu – skrandžio sienos pažeidimas (užsiūtas ir uždėta juosta). Pooperaciniu laikotarpiu šiai ligonei komplikacijų nepasireiškė. Sepsinių komplikacijų nebuvo. Į anketas atsakė 15 ligonių (94%). Vidutinis stebėjimo po operacijos laikas sudarė 44,6 mėn. Vidutinis %EWL po operacijos buvo 62%. Vienuolika (73,3%) ligonių pagal BAROS skalę surinko daugiau kaip 5 balus (vidurkis – 6,01 balo), todėl jų gydymo rezultatas vertintas kaip labai geras; 14 (87,5 %) ligonių teigė, kad labai pagerėjo jų bendra savijauta ir (arba) gretutinių ligų klinikinė eiga. Dviejų (12,5%) ligonių operacijos rezultatas

buvo įvertintas patenkinamai (%EWL < 50); tai aiškinama techniniais operacijos atlikimo ypatumais jos įvaldymo pradžioje.

Įšvados. Laparoskopinė „mažo skrandžio“ formavimo operacija yra veiksmingas patologinio nutukimo gydymo metodas, pasižymintis mažu komplikacijų skaičiumi.

6

Prakiurusios opos gydymas laparoskopu

Č. Klimas

Kauno 2-osios klinikinės ligoninės Chirurgijos klinika

Įvadas / tikslas. Laparoskopinė chirurgija leidžia atlikti mažiau pacientą traumuojančias operacijas, pavyzdžiui, atidalyti sąaugas, užsiūti opą, pašalinti organą ar jo dalį ir kt. Laparoskopinės operacijos leidžia sutaupyti operacijos laiko, pasižymi daugeliu pooperacinio laikotarpio pranašumų: mažu skausminiu sindromu, greitesniu žarnyno veiklos susinorminimo laikotarpiu, trumpesniu stacionariu gydymu, kosmetiniu efektu ir greitu paciento fizinio pajėgumo grįžimu. Aptariamas objektas – laparoskopinis prakiurusios opos gydymas susiuvant opą ir sanuojant pilvaplėvės ertmę. Opaligės komplikacijai – prakiurusiai skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opai gydyti galima pasirinkti konservatyvų būdą, radikalią ar paliatyvią operaciją. Dažnai chirurgas siekia kelių tikslų iš karto: išgydyti esamą komplikaciją ir pačią ligą, sukėlusią šią komplikaciją. Pastaruoju metu opaligė yra sėkmingai gydoma konservatyviomis priemonėmis, todėl chirurgui pakanka gydyti tik komplikacijas. Šioje santraukoje apžvelgta pradinė laparoskopinės duodenorafijos patirtis ir ankstyvieji pooperaciniai rezultatai.

Rezultatai. Kauno 2-ojoje klinikinėje ligoninėje laparoskopinis prakiurusios opos gydymo metodas pirmą kartą panaudotas 2000 metais. Per beveik 4 metus atlikta 13 tokių operacijų (10%). Iš viso šiuo laikotarpiu gydyta 130 ligonių nuo perforacinės opaligės. Jiems atliktos 75 rezekcinės operacijos ir 39 paliatyvios. Laparoskopiskai operuotų ligonių amžius – 19–45 metai. Opinės anamnezės trukmė – 2–5 metai, „nebylios“ opos sudarė 61%, nuo perforacijos praėjęs laikas – 2–5 valandos. Diagnozė patvirtinta kliniškai ir rentgenologiškai. Visi ligoniai pasveiko. Vidutinė gulėjimo stacionare trukmė – 6 dienos.

Įšvados. Prakiurusios dvylikapirštės žarnos stormens opos užsiuvimas, atliktas laparoskopu 13 ligonių, yra veiksmingas paliatyvus komplikotos opaligės gydymo metodas, kurį gali saugiai taikyti su šia technika dirbantys chirurgai. Metodas leidžia sutrumpinti ligonio stacionarinio gydymo etapą, taupyti darbo ir medikamentų sąnaudas, labai pagerinti ligonio gyvenimo kokybę pooperaciniu laikotarpiu. Tačiau šis meto-

das turėtų būti taikomas tik selektyviai: būtina atsižvelgti į opos dydį ir pokyčius apie opą, o labiausiai – į peritonito išplitimą ir trukmę.

7

Prakiurusį dvylikapirštės žarnos opa: laparoskopinių operacijų ankstyvieji rezultatai ir rizikos veiksniai

R. Lunevičius, J. Stanaitis, M. Morkevičius

*Vilniaus universiteto Bendrosios ir kraujagyslių chirurgijos klinikos
Bendrosios chirurgijos centras*

*Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės
2-asis skubiosios pilvo chirurgijos skyrius*

Įvadas / tikslas. Atsižvelgus į laparoskopinio dvylikapirštės žarnos prakiurusios opos užsiuvimo operacijos komplikacijas, pagrįstai keliamas klausimas dėl tikslesnių atrankos kriterijų laparoskopinei duodenorafijai. Darbo tikslas – išnagrinėti ankstyvuosius laparoskopinių operacijų prakiurus dvylikapirštės žarnos opai rezultatus ir nustatyti rizikos veiksnius, turinčius įtakos komplikacijų genezei.

Ligoniai ir metodai. Tyrimo vieta – miesto savivaldybės universitetinė ligoninė. Laikotarpis – septyneri metai (1996 10–2003 10). Tiriamosios grupės sudarymo kriterijus – ketinimas ir bandymas atlikti laparoskopinę dvylikapirštės žarnos opinės kiaurymės užsiuvimo operaciją. Preliminarus tiriamasis kontingentas – 51 ligonis. Galutinei retrospektyvinei analizei atrinkti 47 ligoniai. Tirta 21 rodiklio, tarp jų prakiurimo trukmės iki operacijos, šoko, gretutinių ligų, opos dydžio, amžiaus, chirurgo įgūdžių, įvertinimo pagal J. Boey skalę, reikšmė komplikacijoms, konversijos dažniui ir gydymo ligoninėje trukmei. Vienfaktorinės analizės (Fisherio tiksluoju, t pasiskirstymo, Mann Whitney, ANOVA ir F testais) duomenys buvo tikrinami daugiafaktorinės analizės – logistinės arba linijinės regresijos – metodais.

Rezultatai. Tiriamųjų ligonių amžius – $32,0 \pm 12,4$ metai. Opos prakiurimo trukmė – $8,0 \pm 10,8$ val. Šokas nustatytas vienam (2,1%), sunki būklė pagal ASA (III–IV) – 2 ligoniams (4,3%). Laparoskopinė duodenorafija sėkmingai baigta 36 ligoniams (76,6%). Kitiems 11 ligonių (23,4%) laparoskopinė operacija buvo konvertuota. Po laparoskopinių duodenorafijų pooperacinių komplikacijų buvo 7 ligoniams (19,4%). Siūlių nesandarumas patvirtintas 4 (11,1%) ligoniams, kitos abdominalinės komplikacijos – pūlinės ir dinaminės – diagnozuotos 3 ligoniams (8,3%). Torakalinės komplikacijos (pneumonija, pneumotoraksas) nustatytos 3 (8,3%) ligoniams. Gydymo ligoninėje trukmė – $7,9 \pm 5,8$ (4–45) dienos. Mirties atvejų nebuvo. Kliniškai svarbių ikioperacinių veiksnių, kuriais remiantis būtų galima prognozuoti padidė-

jusią konversijos tikimybę, nekonstatuota. Tam reikšmingos įtakos turėjo vienintelis veiksnys – opinės kiaurymės skersmuo ≥ 4 mm ($p = 0,033$). Siūlių nelaikymo tikimybė padidėja reikšmingai, kai opos prakiurimo trukmė yra > 6 val. (ji didžiausia, kai prakiurimo trukmė ≥ 10 val.; $p < 0,0001$). Šis veiksnys turi įtakos ne tik pooperacinės pneumonijos genezei (≥ 10 val., $p = 0,026$), bet ir gydymo ligoninėje trukmei.

Išvados. Opos kiaurymės skersmuo (≥ 4 mm) turi įtakos didesniai konversijos dažniui. Nuo opos prakiurimo trukmės daug priklauso ir siūlių nesandarumas, ir pooperacinės pneumonijos genezė, ir galiausiai gydymo ligoninėje trukmė baigus laparoskopinę duodenorafiją. Nusprendus daryti laparoskopinę duodenorafiją, reikia būti ypač atsargiems.

8

Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ 2001–2003 metų patirtis, susijusi su perkutanine-endoskopine gastrostomija (PEG)

A. Užkalis, J. Umbrasas, J. Stanaitis (j)

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Gastroenterologijos ir pilvo chirurgijos klinikos*

*Pilvo chirurgijos centro Endoskopinės diagnostikos ir minimaliai
invazinės chirurgijos skyrius*

Įvadas / tikslas. Neabejotina, kad vienas pranašiausių būdų, galinčių užtikrinti pacientams ilgalaikę enterinę mitybą, nuo 1980 metų (Ponsky ir Gauderer) yra perkutaninė endoskopinė gastrostomija. Tačiau požiūris į šį enterinės mitybos būdą kinta ir nėra galutinai nusistovėjęs. Pagrindine diskusijų priežastis – gana ženklus komplikacijų skaičius (kai kurių autorių duomenimis, iki 70%). Trumpalaikiai perioperacinei enterinei mitybai ir ankstyvuojui laikotarpiu po neurologinės ligos pradžios, lėmusios disfagiją, saugiausia yra enterinė mityba per nazogastrinį ar nazojejuninį zondą, įkištą kontroliuojant procedūrą rentgenu, endoskopu ar operacijos metu. Darbo tikslas – įvertinti PEG veiksmingumą ir komplikacijų dažnį.

Metodai. 2001–2003 metais Vilniaus universiteto ligoninėje atlikta 13 PEG (11 vyrų – 84,6%, 2 moterims – 15,4%). Ligonų amžius 26–75 metai (vid. 55 m.). Du ligoniai sirgo viršutinės virškinimo trakto dalies navikais, kiti – įvairiomis neurologinėmis ligomis. Visos PEG atliktos „trauk“ (angl., *pull*) būdu, naudojant „Wilson-Cook“ ir „Flocare“ gastrostomijos rinkinius. Vertintos ankstyvos PEG komplikacijos, taip pat pagrindinės ligos baigtys, vėlyvieji rezultatai.

Rezultatai. PEG indikacijos: 11 ligonių – įvairios neurologinės būklės, lėmusios disfagiją (motorinio neurologo liga, galvos smegenų infarktas, meningoencefalitas, galvos smegenų

trauma, amiotrofinė sklerozė, smegenų auglys, 3 ligoniams – kaklo trauma, 1 ligoniui – liežuvio vėžys). Dviem ligoniams iš 14 nepavyko suformuoti planuotos PEG. Vienam iš jų dėl pilvo sąaugų po buvusios cholecistektomijos nelokaluota gastrostomos vieta, todėl atlikus gastrokopiją operacijos atsisakyta. Vienam ligoniui įvyko intraoperacinė komplikacija – nutrūko traukimo styga ir nepavyko ištraukti vamzdelio iš skrandžio pro pilvo sieną, todėl teko suformuoti atvirą gastrostomą. Kitiems 12 ligonių PEG suformuota pagal tipinę metodiką, operacijos eiga be ypatumų. Enterinė mityba pradėta po 2–24 val. (vidutiniškai po 12 val.). Ankstyvų pooperacinių komplikacijų buvo 6 ligoniams: dviem susidarė parastominiai abscesai (vienam teko atverti pilvo sienos pūlinį, kitam dar kartą suformuoti PEG), dviem skrandžio turinys ištekėjo šalia dreno atsipalaidavus fiksatoriui (užteko koreguoti fiksatoriaus padėtį), vienam ligoniui iškrito drenas iš pilvo sienos (antrą parą po operacijos, kai jau buvo perkeltas į kalėjimo ligoninę), vienam ligoniui konstatuota aspiracinė pneumonija.

Ankstyvu pooperaciniu laikotarpiu mirė du ligoniai nuo alsavimo nepakankamumo, progresuojant CNS pažeidimui dėl pagrindinės ligos. Kiti 11 (84,6%) ligonių išleisti į namus ar slaugos ligonines.

Išvados. PEG yra gana saugus metodas ilgalaikiai (rekomenduojama ilgesnei nei 4 sav.) enterinei mitybai užtikrinti. Siekiant sumažinti komplikacijų dažnį, kontroliuojant procedūrą endoskopu, pro gastrostominį vamzdelį tikslinga įkišti zondą į tuščiąją žarną (suformuoti PEG + PEJ – perkutaninę endoskopinę jejunostomą). Numatant PEG būtina atsizvelgti į ligonio konstituciją – nutukusiems ligoniams yra didelis gastrostominio vamzdelio dislokacijos bei infekcinių komplikacijų pavojus. Daug reikšmės turi ir kvalifikuota ligonio slauga pradinio laikotarpio po PEG.

9

Kasos pseudocistų endoskopinis drenavimas

E. Zdanytė, K. Strupas, A. Bubnys, A. Užkalnis

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Gastroenterologijos ir pilvo chirurgijos klinikos
Pilvo chirurgijos centras*

Įvadas / tikslas. Kasos pseudocistos komplikuoja 15–40% ūminio ir 20–40% lėtinio pankreatito atvejų. Gerėjanti diagnostika, etiopatogenetės supratimas, nauji minimaliai invaziniai gydymo metodai keičia kasos pseudocistų gydymo taktiką. Patomorfologinė pseudocistų įvairovė ir nedidelis ligonių skaičius sunkina įvairių gydymo metodų palyginimą randomizuotais tyrimais, kurių duomenys laikomi patikimiausiais. Literatūros duomenimis, minimaliai invazinių gydy-

mo metodų indikacijos ir kontraindikacijos nėra tiksliai apibrėžtos. Darbo tikslas – išnagrinėti endoskopinio kasos pseudocistų drenavimo efektyvumą, intraoperacines ir ankstyvas pooperacines komplikacijas bei jų priežastis, sudaryti ligonių atrankos endoskopinio drenavimo procedūroms algoritmą.

Metodai. Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Pilvo chirurgijos centre nuo 2000 m. spalio 1 d. iki 2003 m. lapkričio 31 d. kasos pseudocistos endoskopiškai drenuotos dvidešimt keturiems ligoniams. Registruoti ir išnagrinėti skundai, anamnezė, apžiūros, laboratorinių ir instrumentinių tyrimų duomenys, atliktos drenavimo procedūros ypatumai, intraoperacines ir ankstyvas pooperacines komplikacijos, jų gydymo būdai. Transabdominalinės ir endoskopinės sonoskopijos, kompiuterinės tomografijos, branduolinio magnetinio rezonanso tyrimais nustatyta pseudocistų padėtis skrandžio ir dvylikapirštės žarnos atžvilgiu, dydis, kamerų skaičius, skysčio tankis, sienelių storis ir pasieniniai dariniai, nekroziniai audiniai. Įvertinta šių tyrimų reikšmė kasos pseudocistų diagnostikai ir gydymo metodo parinkimui.

Atliktos dvidešimt penkios endoskopinio drenavimo procedūros 13 vyrų ir 11 moterų, kurių amžius – 20–87 (vidurkis 46,5) metai. Vienam ligoniui drenuotos dvi pseudocistos. Pseudocistų dydis 6,0–22 (vidurkis 10,9) cm, sienelių storis 2,3–8 (vidurkis 5,2) mm, tūris 160–3000 ml (vidurkis 850 ml). Pseudocistos klasifikuotos pagal D'Egidio ir Schein 1991 metais pasiūlytą klasifikaciją ir pagal etiologiją, dydį (< 5, 5–10 ir > 10 cm), lokalizaciją (kasos galvos, kūno ir uodegos, intrapankreatinės ir parapankreatinės), kliniką (simptominės, besimptomės). Endoskopiškai drenuotos simptominės ir (arba) didesnės nei 6 cm skersmens pseudocistos, turinčios bendrą sienelę su skrandžiu arba dvylikapiršte žarna. Devyniolikai ligonių pseudocistos lokalizacija, sienelės storis drenavimo vietoje, galimi skrandžio ar dvylikapirštės žarnos bei pseudocistos sienelių nesuaugimo požymiai patikslinti atlikus endoskopinę sonoskopiją. Prieš drenavimą per skrandžio arba dvylikapirštės žarnos sieną maksimalaus išorinio spaudimo srityje punkcine adata, adatinio papildomu arba elektrokoaguliaciniu zondų pseudocistos punktuotos, dalis skysčio aspiruota (bakteriologiniam, citologiniam ir alfa amilazės koncentracijos tyrimui), atliktos pseudocistogramos. Vienuolikai ligonių adatinio ir (arba) lankiniu papildomu padidinus angą suformuota endoskopinė pseudocistogastrostoma arba pseudocistoduodenostoma (įpjova), kurios ilgis – nuo 5 iki 60 (vidurkis 32,2) mm. Dešimčiai ligonių pseudocistos ertmė drenuota dvigubos „J“ formos 7 Fr storio 3–6 cm ilgio stentu, vieną galą įkišant į pseudocistą, o kitą paliekant skrandyje ar dvylikapirštėje žarnoje (transmuralinis drenavimas). Vienam ligoniui atlikta pilvosfinkterotomija ir virsungotomija. Trims

ligoniams atlikus pseudocistogastrostomiją, vienam – pseudocistoduodenostomiją, pseudocistos ertmė papildomai drenuota į išorę cistonazaliniu drenu. Drenavimo efektyvumas vertintas po 2–5 dienų sonoskopiškai išmatavus pseudocistos dydį ir (arba) liekamąjį tūrį.

Rezultatai. Septyniolikai ligonių endoskopinis drenavimas buvo veiksmingas ir pseudocistos išnyko. Dažniausia intraoperacinė komplikacija – kraujavimas iš punkcijos ar įpjovos vietos; penkiems ligoniams jis sustabdytas injekcine hemostaze arba elektrokoaguliacija, vienas ligonis skubiai operuotas. Dviem ligoniams atliekant pseudocistogastrostomiją buvo pradurta skrandžio sienelė ir patekta į laisvą pilvo ertmę, vienai ligonei ši komplikacija įvyko bandant padidinti angą ir pagerinti pseudocistos drenavimą kartotinės procedūros metu. Skubiai operuotiems dviem ligoniams konstatuota nesuaugusi pseudocistos ir skrandžio sienelė, vienam – pasirinkta netinkama drenavimo vieta.

Nepakankamas pseudocistos drenavimas buvo septyniems ligoniams. Penkiems ligoniams atliktos papildomos endoskopinės procedūros – trims padidinta įpjova, vienam įkištas antaras stentas, vienam pseudocista drenuota į išorę cistonazaliniu drenu. Du ligoniai operuoti: vienam atlikta pseudocistojenuostomija, kitam – pankreatoduodeninė rezekcija.

Įdiegus kasos pseudocistų diagnostikos ir gydymo algoritmą, sudarytą remiantis literatūros duomenimis ir pirmųjų endoskopinio drenavimo procedūrų rezultatais, pavyko sumažinti komplikacijų skaičių.

Išvados. Endoskopinis pseudocistų drenavimas – veiksminga chirurginio kasos pseudocistų gydymo alternatyva tikslinai atrinktai ligonių grupei. Kompiuterinė tomografija ir endoskopinė sonoskopija – vertingiausi tyrimai siekiant atrinkti ligonius endoskopinio drenavimo procedūrai. Kraujavimas – dažniausia intraoperacinė komplikacija, sėkmingai gydoma endoskopine hemostaze.

10

Nespecifinio pilvo skausmo ir ūminio apendicito diferencinė diagnostika

A. Maleckas, S. Grižas, S. Stirbys

*Kauno medicinos universiteto
Chirurgijos klinika*

Įvadas / tikslas. „Neigiamų“ apendektomijų dažnis svyruoja nuo 5% iki 20% ir maždaug pusę jų sudaro atvejai, kai operuota atsiradus nespecifiniam pilvo skausmui. Šio retrospektyvinio darbo tikslas – nustatyti požymius, kurie didina nespecifinio pilvo skausmo diagnozės tikimybę.

Ligoniai ir metodai. 2002 m KMU Chirurgijos klinikoje operuoti 173 ligoniai, kurių pooperacinė diagnozė – ūminis apendicitas. Dvidešimt vienam ligoniui pašalinta kirmėlinė atauga histologiškai nebuvo tirta ir šie ligoniai į tyrimą neįtraukti. Kiti 152 ligoniai suskirstyti į dvi grupes. Pirmą grupę sudarė 15 (10%) ligonių, kuriems histologinio tyrimo metu patologinių kirmėlinės ataugos pokyčių nerasta, o antrą – 137 (90%) ligoniai, kuriems ūminio apendicito diagnozė patvirtinta histologiškai. Grupių palyginimui naudotas Stjudento t testas ir chi kvadrato kriterijus. Siekiant išsiaiškinti tarpusavyje nepriklausomus požymius, atlikta logistinė regresinė analizė.

Rezultatai. Statistiškai reikšmingai daugiau moterų buvo pirmoje grupėje. Abi ligonių grupės nesiskyrė pagal amžiaus vidurkį metais – atitinkamai 31,2 (SD 17,3) ir 33,6 (SD 16,8), ir vidutinę sirgimo trukmę valandomis – atitinkamai 27,2 (SD 40,7) ir 27,4 (SD 23,7). Skirtumo tarp grupių nebuvo ir vertinant tokius simptomus kaip vėmimas ar skausmo migracija (Kocherio simptomas), tačiau lokalus raumenų tempimas ir pilvaplėvės dirginimas dešinėje klubinėje srityje buvo statistiškai reikšmingai dažnesni antroje grupėje. Vidutinė temperatūra buvo atitinkamai 37,2 °C (SD 0,5 °C) ir 37,5 °C (SD 0,7 °C), o vidutinis leukocitų skaičius kraujyje – $12,4 \times 10^9/l$ (SD $4,6 \times 10^9/l$) ir $14,7 \times 10^9/l$ (SD $4,0 \times 10^9/l$) ($p < 0,05$). Atlikus logistinę regresinę analizę išryškėjo du tarpusavyje nepriklausomi požymiai, didinantys nespecifinio pilvo skausmo tikimybę: tai moteriškoji lytis ir leukocitų skaičius $< 12,5 \times 10^9/l$. Galimybių santykis buvo atitinkamai 6,3 (95% PI 1,3–29,3) ir 3,9 (95% PI 1,2–12,3).

Išvados. Atlikus logistinę regresinę analizę nustatyti du tarpusavyje nepriklausomi požymiai, didinantys nespecifinio pilvo skausmo tikimybę: moteriškoji lytis ir leukocitų skaičius $< 12,5 \times 10^9/l$. Moteriškoji lytis didina nespecifinio pilvo skausmo tikimybę 6,3 karto, o leukocitų skaičius $< 12,5 \times 10^9/l$ – 3,9 karto.

11

Ultragarsinio tyrimo reikšmė diagnozuojant ūminį apendicitą

R. Šydeikienė, A. Grigaliūnas

*Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės
Chirurginių instrumentinių tyrimų skyrius*

Įvadas/tikslas. Mūsų darbo tikslas – panagrinėti ultragarsinio tyrimo reikšmę ūminio apendicito diferencinei diagnostikai. Ūminio apendicito diagnozę dažniausiai galima nustatyti pagal klinikinius radinius ir sėkmingai taikyti chirurginį gydymą. Tačiau apie 20–30% operacinių radinių nepatvirtina ūminio apendicito diagnozės – kirmėlinė atauga esti nepakitusi. Todėl neaiškiais diagnostikai klinikiniais atvejais ligonis

turėtų būti ištirtas nuodugniau, kad galėtume nustatyti skausmo dešiniajame apatiniame pilvo kvadrante priežastį.

Ligoniai ir metodai. Kiekvienais metais Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės Bendrosios chirurgijos centre operuojama apie 750 ligonių, kuriems diagnozuojamas ūminis apendicitas. Nuo 2000 m. iki 2003 m. pabaigos 283 ligoniams ultragarsu buvo nustatyta ūminio apendicito diagnozė. Iš jų operacinis gydymas mūsų ligoninėje taikytas 241 pacientui (85%): 112 moterų ir 129 vyrams. Ligoninių amžius – nuo 16 iki 80 metų.

Iš pradžių pilvo ertmės ir retroperitoninio tarpo organų ultragarsinis tyrimas atliekamas 3,5–5 MHz dažnio konvekcinio davikliu. Įtarus ūminį apendicitą, tyrimas tęsiamas > 7,5 MHz dažnio linijiniu davikliu, naudojant spaudimo davikliu metodą.

Ultragarsu matoma dėl uždegimo pakitusi kirmėlinė atauga – vamzdinė, aklina, be peristaltikos, koncentriškai išsidėsčiusi struktūra būdingoje kirmėlinei ataugai vietoje. Kirmėlinės ataugos sustorėjimas > 6 mm, nesuspaudžiamumas naudojant spaudimo davikliu metodą, „taikinio“ konfiguracija skersiniame pjūvyje – tai pirmieji sonoskopiniai ūminio apendicito požymiai.

Rezultatai. Iš 283 ligonių, kuriems ultragarsu nustatyta ūminio apendicito diagnozė, mūsų ligoninėje operuotas 241 ligonis (85%), o 42 ligoniams chirurginis gydymas nebuvo taikytas. Operacijos radiniai su ultragarsinio tyrimo duomenimis nesutapo 48 atvejais (20%), iš kurių 22 atvejais (9,1%) diagnozuotas katarinis apendicitas, 28 atvejais (11,6%) – kita patologija: divertikulitas, Krono liga, pūlinis adneksitas, storosios žarnos navikai ir kt.

Išvados. Pilvo dešiniojo apatinio kvadranto skausmas būdingas daugeliui ūminių ligų. Kai klinikiniai radiniai yra abejotini, turėtų būti atliekamas ultragarsinis tyrimas. Tais atvejais, kai diagnozė lieka neaiški, prireikia pilvo ir dubens kompiuterinės tomografijos.

12

Diagnostinės laparoskopijos vaidmuo diagnozuojant ir gydant ūminį apendicitą

A. Razbadauskas, V. Timinskas

Klaipėdos jūrininkų ligoninė

Įvadas / tikslas. Nors instrumentiniai ir laboratoriniai diagnostikos metodai tobulėja, diagnozuoti ūminį apendicitą prieš

operaciją išlieka sudėtinga. Medicinos literatūroje teigiama, kad dažnai atlikus apendektomiją patohistologinių kirmėlinės ataugos pokyčių nerandama. Ypač dažnai ūminis apendicitas klaidingai diagnozuojamas moterims. Darbo tikslas – įvertinti diagnostinės laparoskopijos svarbą ir vaidmenį diagnozuojant ir gydant ūminį apendicitą.

Ligoniai ir metodai. Retrospektyviai išanalizavome 110 ligonių, gydytų Klaipėdos Jūrininkų ligoninėje per pastaruosius 10 metų, ligos istorijas. Šiems ligoniams iki operacijos buvo įtariamas ūminis apendicitas. Visiems jiems buvo atlikta diagnostinė laparoskopija, atsižvelgus į anamnezę, laboratorinius, instrumentinius tyrimus ir išliekant ūminio apendicito įtarimui.

Rezultatai. Iš 110 ligonių, kuriems atlikome diagnostinę laparoskopiją, moterų buvo 68 (62%), o vyrų – 42 (38%), amžius – 15–78 metai (vidurkis 28,2 metai). Diagnostinės laparoskopijos metu ūminio apendicito diagnozė patvirtinta 62 (56%), o 58 ligoniams buvo diagnozuota kita liga. Ūminio apendicito diagnozė nepasitvirtino 10 iš 42 (24%) vyrų (jiems dažniausiai diagnozuotas ūminis mezoadenitas ir tai leido išvengti nereikalingos laparotomijos) ir 48 iš 68 (70%) moterų (šioje situacijoje dažniausiai ūminį apendicitą imitavo įvairi ginekologinė patologija).

Diagnostinės laparoskopijos metu nustačius ūminį apendicitą, dažniausiai atlikta McBurney laparotomija, o laparoskopinė apendektomija – 12 ligonių.

Operacinių ir pooperacinių komplikacijų, susijusių su diagnostine laparoskopija, išvengėme.

Išvados. Diagnostinė laparoskopija yra minimalios invazijos procedūra, leidžianti išvengti nereikalingos apendektomijos. Šį metodą reikėtų taikyti išliekant ūminio apendicito įtarimui, ypač jaunoms moterims. Diagnostinės laparoskopijos metu diagnozavus ūminį apendicitą, galimas kitas minimaliai invazinio gydymo etapas – laparoskopinė apendektomija. Jeigu klinikoje labiau priimtina McBurney laparotomija, ji gali būti tausojanti, nes prieš tai atlikus videolaparoskopiją gerai įvertinama kirmėlinės ataugos padėtis ir patologiniai pokyčiai.

13

VULSK pilvo chirurgijos centro patirtis, susijusi su laparoskopinėmis apendektomijomis

J. Umbrasas, K. Strupas

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Pilvo chirurgijos centras*

Įvadas / tikslas. Apendicitas – dažniausia ūminė chirurginė pilvo organų liga – diagnozuojama 7% Europos gyventojų.

Nors medicinos pažanga akivaizdi, apendicitas klaidingai diagnozuojamas vienam iš penkių juo susirgusių ligonių. Kita vertus, 15–40% ligonių apendektomijos metu pašalinama nepakitusi kirmėlinė atauga. Įdiegus laparoskopinę apendektomiją tebelieka neaišku, kada minimaliai invazinis būdas yra pranašesnis už atvirą apendektomiją.

Ligoniai ir metodai. Retrospektyviai išnagrinėjome visas laparoskopines apendektomijas, atliktas VULSK Pilvo chirurgijos centre 1995–2002 metais. Šiuo laikotarpiu apendektomijos atliktos 985 ligoniams, laparoskopinės apendektomijos – 76 ligoniams (7,7%). Konversijos į atvirą apendektomiją dėl ūminio destruktinio apendicito reikėjo 2 ligoniams (2,5%).

Laparoskopiškai operuota 13 vyrų ir 63 moterys. Ligonų amžius nuo 14 iki 77 metų (vid. 35 m.). Nuo lėtinio apendicito operuoti 64 ligoniai, ūminio katarinio uždegimo – 9 ligoniai, ūminio flegmoninio uždegimo – 4 ligoniai ir ūminio gangreninio – 1 ligonis. Operacija truko nuo 30 min. iki 150 min. (vid. 50 min.). Po operacijos stacionare ligoniai gydyti nuo 4 iki 8 dienų (vid. 5 d.). Pooperacinių komplikacijų pasireiškė dviem ligoniams (2,6%) – tai buvo intraabdominalinis infiltratas kirmėlinės ataugos bigės srityje; jis rezorbavosi po konservatyvaus gydymo. Kartotinių operacijų ir mirčių nebuvo. Pagal Lietuvos SAM kainyną laparoskopinė apendektomija įvertinta 463,2 Lt, o atvira apendektomija – 430,6 Lt.

Išvados. Laparoskopinė apendektomija dažniau atliekama esant lėtiniam apendicitui. Laparoskopinė apendektomija – saugi ir veiksminga operacija, leidžianti sutrumpinti ligonio gydymo stacionare laiką, sumažinti gydymo išlaidas, pagerinti ligonio gyvenimo kokybę. Laparoskopinė apendektomija turėtų būti visada atliekama lėtinio apendicito ir dažniau – ūminio apendicito atvejais.

14

Perforacinis apendicitas: ar tai atskira liga?

A. Maleckas, S. Grižas, S. Stirbys

*Kauno medicinos universiteto
Chirurgijos klinika*

Įvadas / tikslas. Perforacinis apendicitas yra susijęs su padidėjusia komplikacijų ir mirštamumo rizika. Per pastaruosius 70 metų perforacinio apendicito dažnis beveik nesikeičia ir siekia apie 20 proc. Tai leido epidemiologams daryti prielaidą, kad perforacinis ir neperforacinis apendicitas yra skirtingos ligos. Šio retrospektyvinio darbo tikslas – paanalizuoti perforacinio ir neperforacinio apendicito skirtumus.

Ligoniai ir metodai. 2002 m. KMU Chirurgijos klinikoje nuo ūminio apendicito operuoti 173 ligoniai. Į tyrimą įtrauk-

ti tik 137 ligoniai, kuriems apendicito diagnozė patvirtinta histologiniu pašalintos kirmėlinės ataugos tyrimu. Ligoniai suskirstyti į perforacinio (n = 33) ir neperforacinio (n = 104) apendicito grupes. Grupės lygintos pagal bendruosius ir ligos anamnezės duomenis, klinikinių ir laboratorinių tyrimų rezultatus. Parametriniai dydžiai lyginti naudojant Stjudento t testą, o neparametriniai – chi kvadrato kriterijų.

Rezultatai. Grupių ligoniai nesiskyrė pagal lytį, tačiau statistiškai reikšmingai vyresni buvo perforacinio apendicito grupės ligoniai – atitinkamai 41,8 m. (SD 20,6) ir 31,1 m. (SD 14,6). Vidutinė laiko trukmė valandomis nuo susirgimo iki stacionarizavimo perforacinio apendicito grupėje buvo 47,9 (SD 30,5), o neperforacinio – 20,8 (SD 16,5) (p < 0,05). Grupės nesiskyrė pagal tokius simptomus ir požymius kaip vėmimas, skausmo migracija į dešinę klubinę sritį, raumenų tempimas ar dirginimas dešinėje klubinėje srityje. Vidutinis leukocitų skaičius kraujyje ir vidutinė temperatūra buvo statistiškai reikšmingai didesni perforacinio apendicito grupėje – atitinkamai $16,2 \times 10^9/l$ (SD $4,5 \times 10^9/l$) ir $38,0^\circ C$ (SD $0,85^\circ C$), palyginti su neperforacinio apendicito grupe – atitinkamai $14,3 \times 10^9/l$ (SD $3,7 \times 10^9/l$) ir $37,4^\circ C$ (SD $0,5^\circ C$).

Išvados. Statistiškai reikšmingai ilgesnė perforacinio apendicito grupės ligonių sirgimo trukmė, didesnė leukocitozė ir didesnis karščiavimas rodo, kad perforacija yra ūminio apendicito progresavimo padarinys, bet ne atskira liga.

15

Klaipėdos jūrininkų ligoninės patirtis gydant ūminį apendicitą

B. Stanislovaitis¹, A. Razbadauskas², A. Balzarevičius¹

¹ Klaipėdos jūrininkų ligoninė
² Klaipėdos universitetas

Įvadas / tikslas. Ūminis apendicitas – dažniausia operaciniu būdu gydoma liga pilvo chirurgijoje. Nors diagnostikos priemonės vis tobulėja, sunkumų diagnozuojant ūminį apendicitą išlieka. Pasaulyje įsitvirtinant minimaliai invazinei chirurgijai, ūminio apendicito gydymo taktika taip pat kinta. Darbo tikslas – įvertinti ūminio apendicito gydymo Klaipėdos jūrininkų ligoninėje rezultatus.

Metodas. Retrospektyviai išanalizuotos ligonių, 1994–2002 metais gydytų KJL, ligos istorijos.

Rezultatai. KJL 1994–2002 m. nuo ūminio apendicito gydyti 692 ligoniai: 391 (56,5%) vyras ir 301 (43,5%) moteris. Operacija atlikta 675 ligoniams, iš jų 671 – apendektomija, 4 – tik abscesotomija. Septyniolika ligonių gydyti konservatyviai nuo ūminio infiltracinio apendicito, visi jie pasveiko. Iš viso atlikta 14 laparoskopinių apendektomijų. Laikas nuo

simptomų pradžios iki stacionarizavimo pasiskirstė taip: per 6 valandas – 120 (17,3%) ligonių, per 7–24 valandas – 321 (46,4%), daugiau nei per 24 valandas – 251 (36,3%). Visi ligoniai operuoti bendrinės intubacinės nejaunos sąlygomis. Patohistologinės ūminio apendicito formos: katarinis – 72 (10,7%), flegmoninis – 370 (55,2%), gangreninis – 185 (27,5%), gangreninis perforacinis – 44 (6,6%). Vidutinė gulėjimo stacionare trukmė – 7,13 dienos. Po operacijos 16 (2,4%) ligonių buvo komplikacijų, iš jų 1,5% sudarė žaizdos infekcija. Įvykus kraujavimui į pilvaplėvės ertmę, kartotiniškai operuoti 3 ligoniai, vienam iš jų kraujavimas sėkmingai sustabdytas laparoskopiskai. Mirštamumas – 0,1%. Mirė vienas ligonis nuo ankstyvo pooperacinio miokardo infarkto.

Išvados. Ūminio apendicito gydymo taktika išlieka dvejopa – operacinio gydymo alternatyva turėtų būti konservatyvus gydymas, jei apendicitas ūminis infiltracinis. Laparoskopinė apendektomija – saugus gydymo metodas. Jis taikytinas ypač tada, kai diagnostikai pasirenkama laparoskopija.

16

11 metų patirtis gydant perforacinį apendicitą Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje

T. Abalikšta, J. Stanaitis, A. Stašinskas, G. Verbickas

*Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė,
Vilniaus universiteto Bendrosios chirurgijos centras*

Įvadas / tikslas. Ūminio „klasikinio“ apendicito diagnostika ir gydymas – gerai suprantama ir retai diskutuojama chirurgijos tema. Vis dėlto perforacinio apendicito atveju neretai susiduriama su diagnostiniais bei gydymo sunkumais, o operuojant galima įvairi chirurginė taktika. Tyrimo tikslai: palyginti perforacinio apendicito gydymo taktiką įvairiais laikotarpiais: nuo 1991 12 01 iki 1994 12 01 (I grupė) ir nuo 1999 11 01 iki 2003 11 01 (II grupė); išsiaiškinti ligos užleistumo priežastis, diagnostinio laikotarpio trukmę ir echoskopinio tyrimo naudą, konservatyvaus bei operacinio gydymo metodų efektyvumą, palyginti komplikacijų skaičių ir bendrą gulėjimo stacionare laiką.

Ligoniai ir metodai. Retrospektyviai išanalizuotos 422 ligonių, gydytų mūsų klinikoje nuo perforacinio apendicito, ligos istorijos (206 ligos istorijos I grupėje ir 216 ligos istorijų II grupėje). Atskiri periodai lyginami todėl, kad po 1994 metų atsirado naujų gydymo galimybių, labai pasikeitė chirurginių ligų gydymas.

Rezultatai. Pirmos grupės ligoniai į gydymo įstaigą kreipėsi vidutiniškai po 50 val. nuo ligos pradžios. Diagnostinio laikotarpio trukmė – 4 val. 53 min. Echoskopinis tyrimas darytas 1,2% ligonių, iš jų 8,7% įtartas apendicitas. Antibioti-

kai paprastai skirti po operacijos (išskyrus vieną ligonį). Dažniausiai vartotas gentamicino ir penicilino grupės antibiotiko derinys. Pilvo ertmė plauta 55,3% ligonių, naudotas chlorheksidino tirpalas. 80,6% ligonių pilvo ertmė drenuota pro kontrapertūrą, 19,4% – pro žaizdą. Pūlinių komplikacijų buvo 55,9% ligonių, vidutinė gulėjimo stacionare trukmė – 12,8 paros. Mirė penki ligoniai. Antros grupės ligoniai į gydymo įstaigą kreipėsi vidutiniškai po 52 val. nuo ligos pradžios. Diagnostinio laikotarpio trukmė – 5 val. 56 min. Echoskopinis tyrimas darytas 38% ligonių, iš jų 54,9% įtartas apendicitas. 21,8% ligonių antibiotikai pradėti skirti prieš operaciją, 73,1% ligonių jie skirti operacijos metu ir 5,1% ligonių – po operacijos. Dažniausiai vartotas gentamicino ir metronidazolio derinys. Pilvo ertmė plauta 33,8% ligonių, iš jų 47,9% atvejų naudotas chlorheksidino tirpalas, 52,1% – betadino tirpalas. 68,5% ligonių pilvo ertmė drenuota pro kontrapertūrą, 31,5% – pro žaizdą. Pūlinių komplikacijų buvo 22,8% ligonių, vidutinė gulėjimo stacionare trukmė – 10,6 paros. Mirė vienas ligonis.

Išvados. Antros grupės ligoniams pūlinių komplikacijų pasitaikė daug rečiau, gulėjimo stacionare laikas sutrumpėjo dviem paromis, mirštamumas sumažėjo 5 kartus. Pagrindinė perforacinio apendicito užleistumo priežastis – pavėluotas ligonių kreipimasis į gydymo įstaigas. Echoskopinis tyrimas padeda diagnozuoti apendicitą. Antibiotikai turėtų būti pradėti skirti operacijos metu, o tam tikrais atvejais – prieš operaciją. Metronidazolio ir gentamicino derinys padeda išvengti pūlinių komplikacijų.

17

Laparoskopinė storosios žarnos chirurgija: pirmoji Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Pilvo chirurgijos centro patirtis

K. Strupas, P. Žeromskas, E. Poškus

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Gastroenterologijos ir pilvo chirurgijos klinikos
Pilvo chirurgijos centras*

Įvadas / tikslas. Pasaulyje pirmosios laparoskopinės storosios žarnos operacijos padarytos 1991 metais. Šis būdas vis plačiau naudojamas dėl pakankamo radikalumo, mažos operacinės traumos, trumpos pooperacinės reabilitacijos. Pirmoji videoasistuojamoji storosios žarnos rezekcija VUL SK Pilvo chirurgijos centre buvo atlikta 2003 m. spalio 3 dieną. Darbo tikslas – pasidalyti pirmąją patirtimi.

Ligoniai ir metodai. Operacijai buvo atrinkti 4 ligoniai (3 vyrai ir 1 moteris), kuriems endoskopiškai diagnozuotas ir histologiškai patvirtintas sigmos navikas. Amžiaus vidurkis –

70,6 ± 5,5 metų (65–76 m). Kolonoskopiškai navikas buvo 29 ± 9,6 cm (22–40 cm) gylyje.

Rezultatai. Vienam lignoniu operacijos metu radus lienalio kampo T4 prakiurusį naviką, padaryta konversija (25%). Trims lignoniams sėkmingai atlikta videoasistuojamoji sigmoidos rezekcija suformuojant descendorektostomą. Tačiau vienam lignoniu kitą parą daryta relaparotomija, nes prasidėjo difuzinis kraujavimas (ligonis sirgo lėtine mieloleukemija ir krešnumo rodikliai buvo blogi). Vienu atveju reikėjo intraoperacinės kolonoskopijos naviko lokalizacijai nustatyti (1,2 cm skersmens, T1). Prevencinė ileostoma nedaryta, nes oro mėginiai buvo neigiami. Navikas pašalintas vidutiniškai per 8,3 ± 3,7 cm (5–12 cm) laparotominį pjūvį. Operacijos trukmė – vidutiniškai 193 ± 53 min. (135–240 min.). Pirmas pasituštinimas – 3 ir 4 pooperacinę parą. Ligoniai išrašyti į namus praėjus 5–6 dienoms po operacijos. Po konversijos ir laparotomijos lignoniai stacionare gulėjo vidutiniškai 13 dienų.

Išvados. Laparoskopinė storosios žarnos operacija – nauja ir pažangi operacinė technika Lietuvoje. Po laparoskopinių storosios žarnos operacijų lignoniai trumpiau gydomi stacionare. Tačiau būtina tokių operacijų sąlyga – tiksli diagnostika prieš operaciją ir atidi lignonų atranka.

18

Tiesiosios žarnos ankstyvos karcinomos ir didelės adenomos gydymas transanalinės endoskopinės mikrochirurgijos būdu

V. Jotautas, K. Strupas, D. Šeininas

*Vilniaus universiteto lignoninės „Santariškių klinikos“
Pilvo chirurgijos centras*

Įvadas / tikslas. Transanalinė endoskopinė mikrochirurgija (TEM) – tai mažai invazyvios chirurgijos sritis, pasižyminti vietinės rezekcijos pranašumais, mažu komplikacijų skaičiumi ir minimaliais nepatogumais pacientui. TEM būdu radikaliai šalinami tiesiosios žarnos gerybiniai ir piktybiniai navikai. Operacijos metu naudojant ultragarsu sužadintą skalpelį, TEM rezultatai dar labiau pagerėja.

Darbo tikslas – įvertinti pirmąją patirtį gydant dideles adenomas ir ankstyvasias tiesiosios žarnos karcinomas Vilniaus universiteto lignoninės „Santariškių klinikos“ (VUL SK) Pilvo chirurgijos centre.

Ligoniai ir metodai. Operacijoms buvo parenkami lignoniai, sergantys tiesiosios žarnos adenomomis ir nedideliu rizikos laipsnio karcinomomis: T1 stadijos, geros ir vidutinės diferenciacijos, be invazijos į limfagysles ir kraujagysles. Naviko stadija prieš operaciją buvo nustatoma atliekant transanalinę endosonoskopiją ir rektoskopiją su dauginėmis makrobiopsijomis.

Operacijos atliktos „Richard Wolf“ firmos operaciniu rektoskopu su trijų dydžių šešiskart vaizdą didinančia optine sistema, taikant prof. G. Buesso ištobulintą TEM techniką.

Rezultatai. Operuota 13 lignonų: 8 vyrai ir 5 moterys. Amžiaus vidurkis – 68,5 ± 11,8 metų. Daugiausia navikų rasta viršutiniame tiesiosios žarnos trečdalyje – 9 (69,3%), užpakalinėje sienelėje – 7 (53,8%). Navikų dydžio vidurkis – 2,9 ± 1,4 cm (svyravo nuo 1 iki 6 cm). Iš viso buvo pašalintos 8 (61,5%) karcinomos ir 5 (38,5%) adenomos. Priešoperacinės ir galutinės klinikinės diagnozės nesutapo 3 (23,1%) atvejais. Visi šie navikai – tai didelės tubuloviliozinės adenomos (2, 5 ir 6 cm skersmens), kurias ištyrus po operacijos paaiškėjo, kad tai – intramukozinės karcinomos (patvirtinta galutiniu patohistologiniu tyrimu). Atliktos radiklios operacijos. Operacijų trukmės vidurkis – 1 val. 53 min. ± 1 val. 15 min. (svyravo nuo 30 min. iki 5 val.). Visų operacijų metu kraujo netekta minimaliai – iki 20 ml. Pasireiškė viena pooperacinė komplikacija (7,7%). Vidutinė hospitalizacijos trukmė – 6,9 ± 2,3 dienos. Analgetikų nereikėjo. Keturi lignoniai tikrinti praėjus 1–4 mėn. po operacijos: trys – po piktybinio naviko ir vienas po tubulinės adenomos pašalinimo. Vertinti lignonų skundai, kontinencija, atlikti digitaliniai tyrimai, RRS. Lignoniai niekuo nesiskundė, kontinencijos sutrikimų, kitų komplikacijų nekonstatuota.

Išvados. TEM – radikalus ir saugus tiesiosios žarnos piktybinių navikų Tis, T1 ir didelių adenomų šalinimo būdas. TEM pranašumai: minimalus skausmas po operacijos, trumpa hospitalizacija, greitas sveikimas.