

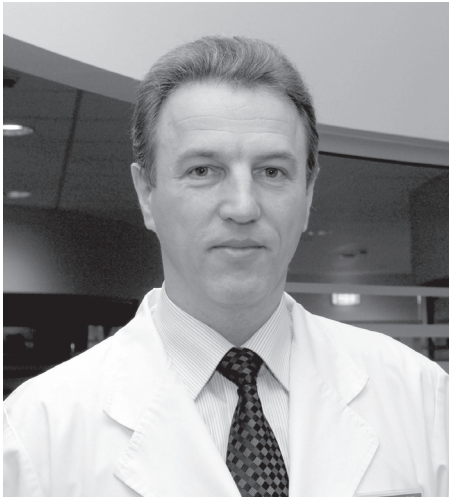
ISSN 1392-0995, ISSN 1648-9942 (online)
LIETUVOS CHIRURGIJA
Lithuanian Surgery
2007, 5(2), p. 176-187

Lietuvos chirurgų asociacijos suvažiavimas

Trauma ir infekcija chirurgijoje

Pranešimų santraukos

Vilnius, 2007 m. birželio 1 d.



Gerb. kolegos,

Lietuvos chirurgų asociacijos valdyba maloniai kviečia visus šalies chirurgus dalyvauti po ilgos pertraukos organizuojamame mūsų naujai atkurtos asociacijos suvažiavime Vilniuje.

Suvažiavimo tema yra plati ir aktuali, todėl viliamės, kad aktyviai dalyvausite ir diskutuosite diagnostikos bei gydymo klausimais. Taip pat tarsimės, kaip Lietuvos chirurgų asociacija turi atstovauti visų mūsų interesams. Tai svarbūs klausimai, taigi tikimės aktyvaus Jūsų bendradarbiavimo.

Iki pasimatymo „Forum Palace“ rūmuose.

Pagarbiai

*Lietuvos chirurgų asociacijos Prezidentas
prof. K. Strupas*

Organizacinis komitetas:

*V. Abalikšta
G. Brimas
V. Panava
J. Stanaitis
K. Strupas
V. Valiukėnas*

Mokslinis komitetas:

*R. Lunevičius
J. Pundzius
A. Razbadauskas
K. Strupas
D. Venskutonis*

Lietuvos chirurgų suvažiavimas

PROGRAMA

2007-06-01, Vilnius

- 10.00–10.15 ATIDARYMAS
K. Strupas, J. Pundzius
- TRAUMA CHIRURGIJOJE. I posėdis
R. Lunevičius, Vilnius; D. Venskutonis, Kaunas; V. Abalikšta, Šiauliai
- 10.15–11.00 Kasos ir dvylikapirštės žarnos sužalojimai, prof. A. LEPPÄNIEMI, *Suomija*
- 11.00–11.30 Endoskopinių jatrogeninių sužalojimų diagnostika ir gydymas, prof. A. MONTORI, *Italija*
- 11.30–11.40 Krūtinės ir pilvo trauma Pasvalio ligoninėje 1995–2005 m., R. PETRULIS
- 11.40–11.50 Blužnies sužalojimai dėl uždaros pilvo traumos, T. ABALIKŠTA
- 11.50–12.00 Atviri plonosios žarnos sužalojimai, E. GAIDAMONIS
- 12.00–12.10 Šautiniai krūtinės ir pilvo sužalojimai Panevėžio apskrities ligoninės 1991–2006 m. duomenimis, K. ŠILKUS
- 12.10–12.20 Urogenitalinės sistemos traumos Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje, M. MANIKAS
- 12.20–12.30 Tulžies latakų sužalojimai atliekant laparoskopinę cholecistektomiją, L. URBANAVIČIUS
- 12.30–12.40 Tiesiosios žarnos trauma, R. ŽEMAITAITIENĖ
- 12.40–12.50 Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų darbuotojų incidentų atvejai 2003–2006 m. ir priemonės jų išvengti, A. MACIJAIŠKIENĖ
- 12.50–13.00 Mechaninių siuvimo aparatų naujovės, R. BAGDONAS
- 13.00–14.00 *Pietų pertrauka*
- INFEKCIJA CHIRURGIJOJE, II posėdis
A. Gradauskas, Vilnius; A. Razbadauskas, Klaipėda; V. Panava, Panevėžys
- 14.00–14.30 Siūlių nesandarumo po laparoskopinių storosios žarnos operacijų diagnostikos ir gydymo strategija, prof. R. BITTNER, *Vokietija*
- 14.30–15.00 Pilvo suspaudimo sindromas, prof. R. van HEE, *Belgija*
- 15.00–15.10 Pelviorektinio paraproktito diagnostika ir gydymas, D. RUSTEIKIENĖ
- 15.10–15.20 Rutininių klinikinių tyrimų vertė prognozuojant kasos nekrozės antrinio infekavimosi riziką, Ž. DAMBRAUSKAS
- 15.20–15.30 Infekuoto ūminio nekrozinio pankreatito gydymas, A. ŠILEIKIS
- 15.30–15.40 Manheimo peritonito indekso vertė prognozuojant difuzinio peritonito gydymo baigtį, A. OSTAPENKO
- 15.40–15.50 Pilvo ertmės pūlinių gydymas perkutaniniu drenavimu, A. RADZIMINSKAS
- 15.50–16.00 Kepenų abscesų gydymo patirtis, G. BRIMAS
- 16.00–16.10 Diabetinės pėdos gydymo patirtis Vilniaus miesto universitetinės ligoninės chirurgijos klinikoje, V. PETRĖTIS
- 16.10–16.20 Centrininių veninių kateterių infekuotumo hospitaline infekcija tyrimas, A. GULBINAS
- 16.20–16.25 Didelės raiškos televizija vaizdo endoskopijoje, A. SIMONAITIS
- 16.25–17.00 *Kavos pertrauka*
- ATASKAITINIS-RINKIMINIS SUSIRINKIMAS
J. Pundzius, Kaunas; G. Brimas, Vilnius
- 17.00–17.10 Lietuvos chirurgų asociacijos prezidento ataskaita, K. STRUPAS
- 17.10–17.20 Lietuvos chirurgų asociacijos išdininko ataskaita, V. VALIUKĖNAS
- 17.20–17.30 Lietuvos chirurgų asociacijos revizijos pranešimas, A. ŠLEPAVIČIUS
- 17.30–18.00 Rinkimai, G. BRIMAS
- 18.00–21.00 *Koncertas ir vakaronė*

*Gdytojai rezidentai, gydytojai internai
ir medicinos studentai, pateikę pažymėjimus,
dalyvauja suvažiavime nemokamai*

1

Kepenų abscesų gydymas: Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų 2002–2006 metų patirtis

Gintautas Brimas, Vilma Brimienė, Marius Paškonis,
Jonas Jurgaitis, Vitalis Sokolovas, Kęstutis Strupas

*Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų,
Pilvo chirurgijos centras*

Įvadas. Kepenų abscesai yra aktuali chirurgijos problema. Literatūros duomenimis, mirtingumas nuo šios patologijos siekia 6–14%. Kepenų abscesams gydyti naudojamos įvairios priemonės – konservatyvios (antibiotikų terapija), minimaliai invazinės (punkcijos ir drenavimas, kontroliuojami ultragarsu ar kompiuterine tomografija), operacinės (drenavimas, kepenų rezekcijos), tačiau nėra visuotinai patvirtinto šios ligos gydymo algoritmo.

Ligoniai ir metodai. 2002–2006 m. VUL Santariškių klinikose gydyti 68 ligoniai – 26 (38%) vyrai ir 42 (62%) moterys, kuriems buvo diagnozuoti kepenų abscesai. 49 (72%) pacientams jie buvo pavieniai, 19 (28%) – dauginiai. Ligonių amžiaus vidurkis buvo 57 metai (nuo 32 iki 94 metų). Visiems kepenų absceso diagnozė buvo patvirtinta atlikus diagnostines punkcijas, kontroliuojamas ultragarsu. Aspiruota medžiaga iširta bakteriologiškai, taikyta sisteminė antibiotikų terapija. 32 pacientai, kurių kepenų abscesai buvo mažesni nei 5 cm, buvo pradėti gydyti punkcijomis bei antibiotikų injekcijomis į absceso ertmę, kiti 36 – pūlinio drenavimu, kontroliuojamu ultragarsu, arba operacijos metu. Kepenų abscesų priežastys: pūlinis cholangitas – 16 (23,5%), supūliavęs alveokokas – 5 (7,5%), supūliavusios echinokokinės cistos – 3 (4,5%), amebiniai abscesai – 2 (3%), supūliavusios kepenų cistos – 8 (11,8%), nekrozinis pankreatitas, komplikavęs sepsiu, – 3 (4,5%), kitų lokalizacijų navikų metastazių supūliavusi nekrozė – 3 (4,5%), kepenų cholangiokarcinoma, komplikuota pūliniu cholangitu – 2 (3%), perforacinis ūminis cholecistitas – 1 (1,5%), supūliavusi kepenų hematoma po cholecistektomijos – 1 (1,5%), dešinės vartų venos ir kepenų arterijos embolizacija – 1 (1,5%), supūliavusi cistadenoma – 1 (1,5%), būklė po radiodažninės termodestrukcijos dėl kepenų pseudotumoro – 1 (1,5%). Absceso priežastis nenustatyta 21 (31%) ligoniui.

Rezultatai. Iš 32 pacientų, kurių gydymas buvo pradėtas ultragarsu kontroliuojamomis abscesų punkcijomis bei antibiotikų injekcijomis, pasveiko 28 (87,5%). Vidutinis punkcijų skaičius buvo 3,8 (nuo 1 iki 8). Kitiems 4 ligoniams abscesus teko drenuoti: dviem – kontroliuojant ultragarsu, dviem – operacijos metu. 36 pacientams, kurių kepenų pūliniai buvo didesni nei 5 cm, buvo iš karto pasirinktas abscesų drenavimas: dviem – operacijos metu ir 34 – kontroliuojant ultragarsu. Pastarųjų grupės 28 (82,4%) ligoniai pasveiko, vidutinis drenavimo laikas buvo 24 dienos (nuo 14 iki 64 dienų), vienam ligoniui prireikė pakartotinio drenavimo kontroliuojant ultragarsu dėl absceso recidyvo, o 6 (17,7%) pacientus teko operuoti. Iš visų 68 ligonių, sirgusių kepenų abscesais, mirė du (2,9%).

2

Vėlyvos kraujagyslių protezų infekcijos tyrimas

Rolandas Dagilaitis, Vytautas Triponis,
Justinas Burkauskas

*Vilniaus universiteto Širdies ir kraujagyslių ligų klinikos
Kraujagyslių chirurgijos centras
El. paštas: rolandas.dagilaitis@santa.lt*

Įvadas. Kraujagyslių protezo infekcija – viena iš sunkiausių komplikacijų po rekonstrukcinių aortos ir arterijų operacijų.

Metodai. Išanalizuoti duomenys 62 ligonių, kurie 1999–2001 ir 2003–2005 metais buvo gydomi nuo vėlyvos kraujagyslių protezo infekcijos Vilniaus universiteto Kraujagyslių chirurgijos centre. Proceso vietai nustatyti buvo atliekama angiografija, dvigubo skenavimo tyrimas ir fistulografija.

Rezultatai. Dėl galūnės ischemijos, kai užsikimšo supūliavęs protezas, atvyko 20, dėl absceso ir fistulės – 35, dėl kraujavimo – 7 ligoniai. Supūliavimo laikas po operacijos buvo: iki 2 mėnesių – 14, po 2–6 mėnesių – 20, 7–12 mėnesių – 8, 13–24 mėnesių – 9, daugiau nei po 24 mėnesių – 11 ligonių. Dažniausias mikroorganizmas, išaugęs iš paselio nuo infekuoto kraujagyslių protezo, buvo penicilinui atsparus *St. aureus* (54,8%). Šis mikrobas visada buvo jautrus vankomicinui, fuzidino rūgščiai ir rifampicinui.

Pakartotinės arterijų rekonstrukcinės operacijos atliktos 21 ligoniui, neatliktos – 41 ligoniui. Iš 21 ligonių, kuriems buvo atliktos rekonstrukcinės operacijos, 16-os galūnės buvo išsaugotos. Trys ligoniai mirė po amputacijos, kuri atlikta dėl to, kad rekonstrukcinė operacija nepagerino kraujotakos.

Įvados. Abscesas ir (arba) fistulė buvo dažniausi (56,4%) klinikiniai vėlyvo protezo supūliavimo simptomai. *St. aureus* yra dažniausias mikroorganizmas (55% pacientų), išaugęs iš paselio nuo infekuoto kraujagyslių protezo. Šis mikrobas visada buvo jautrus vankomicinui, fuzidino rūgščiai ir ceftriaksonui. Jautrumas penicilinui – tik 9,4%. Kraujagyslių protezų infekcijos gydymo rezultatai buvo geresni tuomet, kai atlikta pakartotinė galūnės revaskuliarizacija, apšuntuojant infekuotas sritis. Tyrimų duomenys yra panašūs: vyraujantis sukėlėjas daugiau nei 50% atveju buvo *St. aureus*. Jo jautrumas antibiotikams nepakito. Papildomos rekonstrukcinės operacijos darytos 1/3 pacientų. Mirčių skaičius, abiejų tyrimų duomenimis, neviršija 15%.

3

Rutininių klinikinių tyrimų vertė prognozuojant kasos nekrozės antrinio infekavimosi riziką

Žilvinas Dambrauskas¹, Antanas Gulbinas¹,
Juozas Pundzius², Giedrius Barauskas²

¹Kauno medicinos universiteto Biomedicininų tyrimų institutas

²Chirurgijos klinika

El. paštas: zilvinas.dambrauskas@gmail.com

Įvadas / tikslas. Bendras mirštamumas sergant ūminiu pankreatitu yra apie 10–15%. Apie 80% mirčių sergant ūminiu pankreatitu yra susiję su įvairiomis infekcinėmis komplikacijomis. Ultragarso kontroliuojama punkcija plona adata (UG-PPA) yra pirmo pasirinkimo tyrimas siekiant patvirtinti infekuotą kasos nekrozę, tačiau ši intervencija kaip ir daugelis kitų invazinių procedūrų didina antrinių infekcinių komplikacijų riziką. Vis dar nesutariama, kada yra optimalus laikas atlikti UG-PPA. Darbo tikslas buvo įvertinti rutininių klinikinių tyrimų vertę prognozuojant kasos nekrozės infekavimosi riziką, optimizuoti pacientų atranką UG-PPA ir šios intervencijos atlikimo laiką.

Metodika. Atlikome perspektyvų 90 ligonių, sirgusių nekrozinio ūminiu pankreatitu, klinikinį tyrimą. Kad nustatytume skirtumus ligonių, kurių kasos nekrozė sterili ir infekuota, naudojant diskriminantinės analizės metodą. Šiuo tikslu naudojome 52 iš eilės gydytų pacientų duomenis. Laboratorinių tyrimų kritinės vertės buvo nustatytos ROC kreivių analizės būdu. Kasos nekrozės infekavimosi rizika apskaičiuota pasitelkiant logistinės regresijos modelį. Klinikinė šios diagnostinės sistemos vertė buvo patikrinta perspektyviajai 38-ųjų iš eilės gydytų nuo ūminio nekrozinio pankreatito grupei.

Rezultatai. Diskriminantinė analizė parodė, jog CRB koncentracija ir leukocitų kiekis periferiniame kraujyje yra statistiškai reikšmingi žymenys, galintys padėti atskirti ligonius, kurių kasos nekrozė infekuota ir sterili. Laboratorinių tyrimų kritinės vertės yra CRB > 81 mg/l ir leukocitų > 13 × 10⁹/l. Prognozuojama infekuotos kasos nekrozės išsivystymo rizika yra 96,5%, jei CRB koncentracija ir leukocitų kiekis periferiniame kraujyje po trečios ligos savaitės viršija nustatytas kritines reikšmes.

Išvados. Rutininiai laboratoriniai tyrimai gali padėti nustatyti galimą kasos nekrozės infekciją, taip pat optimizuoti pacientų atranką UG-PPA ir šios intervencijos atlikimo laiką.

4

Parenterinė antibiotikų profilaktika sergant ūminiu nekrozinio pankreatitu: metaanalizė

Žilvinas Dambrauskas¹, Antanas Gulbinas¹,
Juozas Pundzius², Giedrius Barauskas²

¹Kauno medicinos universiteto Biomedicininų tyrimų institutas

²Chirurgijos klinika

El. paštas: zilvinas.dambrauskas@gmail.com

Įvadas. Ūminis pankreatitas yra grėsminga būklė, bendras mirštamumas nuo šios ligos yra apie 10–15%. Apie 80% mirčių

sergant ūminiu pankreatitu yra susiję su įvairiomis infekcinėmis komplikacijomis, todėl šiuo metu yra plačiai diskutuojama, ar profilaktiškai skiriami antibiotikai turi įtakos infekcinių komplikacijų dažniui ir ligos baigtims.

Metodai. Mes atlikome išsamią duomenų apie profilaktinio antibiotikų vartojimo vertę gydant ūminį pankreatitą paiešką PubMed sistemoje. Statistinei analizei buvo naudoti tik straipsniai, išleisti anglų kalba nuo 1990 metų sausio iki 2006 metų gegužės. Remdamiesi atsitiktinių veiksnių modeliu, atlikome šių publikacijų metaanalizę.

Rezultatai. Pagal šią paieškos strategiją buvo atrinkti 692 straipsniai, kuriuose analizuojami įvairūs antibakterinių vaistų vartojimo gydant ūminį pankreatitą aspektai. Buvo atrinktos 97 publikacijos, kuriose aprašomi įvairūs klinikiniai tyrimai, o iš jų – 10 straipsnių, kuriuose aprašomi atsitiktinių imčių klinikiniai tyrimai, vertinantys profilaktinį ūminio nekrozinio pankreatito gydymą antibiotikais. Atsitiktinių veiksnių modeliu buvo atlikta šių publikacijų metaanalizė, siekiant gauti moksliniais įrodymais pagrįstą įvertinimą, kiek profilaktinis antibiotikų vartojimas mažina infekuotos kasos nekrozės ir sepsio išsivystymo dažnį, chirurginio gydymo poreikį bei bendrą mirštamumą.

Išvados. Pacientams, sergantiems ūminiu nekrozinio pankreatitu, turėtų būti profilaktiškai skiriama efektyvių parenterinių antibiotikų (pvz., karbapenemų), nes jie mažina infekuotos kasos nekrozės, sepsio ir operacinio gydymo dažnį. Tačiau ši sisteminė analizė taip pat parodė, kad turi būti atliekami nauji atsitiktinių imčių kontroliuojami klinikiniai tyrimai, siekiant geriau įvertinti profilaktinio gydymo antibiotikais vertę ir nustatyti tikslias indikacijas vartoti antibakterinių vaistų gydant ūminį nekrozinį pankreatitą.

5

Atviri plonosios žarnos sužalojimai

Edmundas Vladas Gaidamonis, Sigitas Tamulis,
Juozas Stanaitis, Tomas Saladis, Raimundas Lunevičius

Vilniaus universiteto Gastroenterologijos,
nefrourologijos ir chirurgijos klinika, Bendrosios chirurgijos centras,
VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė
El. paštas: egaidamonis@one.lt

Tikslas. Įvertinti atvirus plonosios žarnos sužalojimus patyrusių ligonių gydymo rezultatus, nustatyti veiksnius, lemiančius pooperacines komplikacijas ir mirštamumą.

Metodai. Darbo pobūdis – retrospektyvus. Vertinta traumų patyrusių ligonių kraujotakos būklės, operacinės rizikos laipsnio pagal ASA, organo sužalojimo laipsnio pagal AAST OIS ir pilvo ertmės organų sužalojimų apimties PATI pagal AAST įtaka komplikacijų atsiradimui ir mirštamumui.

Rezultatai. Nestabili kraujo apytaka, IV–V laipsnio operacinė rizika, IV–V laipsnio plonosios žarnos sužalojimai, abdomi-

nalinės traumos indeksas didesnis kaip 25, nulėmė didesnę komplikacijų dažnį ir mirštamumą.

Išvados. Nestabili kraujotaka, operacinės rizikos laipsnis pagal ASA, plonosios žarnos sužalojimo laipsnis pagal AAST OIS ir penetruojančios pilvo traumos indeksas PATI pagal AAST yra statistiškai reikšmingi pooperacinių komplikacijų ir mirštamumo vertinimo rodikliai.

6

Šlaplės intubacija dėl visiško šlaplės plyšimo ištikus traumai: klinikinis atvejis

Andrius Gaižauskas, Sergejus Gaižauskas, Juozas Stanaitis

*Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės
Bendrosios chirurgijos centro Urologijos skyrius
El. paštas: gaižauskas@yahoo.com*

Įvadas. Dauguma traumų patyrusių vilniečių gydomi Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje. Neretai į priėmimo skyrių atvykusiems pacientams nustatomi kelių kūno sričių sužalojimai. Šlaplės plyšimas yra reta urogenitalinės sistemos trauma. Patyrus šį sužalojimą, dažnai diagnozuojama ir gretutinių organų trauma (dubens kaulų lūžimas, tarpvietės sumušimas arba žaizda).

Metodas. Supažindinama su klinikinio atveju, kuriuo norima parodyti, kad esant visiškam šlaplės plyšimui ir ūmiam šlapimo susilaikymui, galima atkurti šlaplės vientisumą endourologiniu būdu.

Klinikinis atvejis. Į Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės priėmimo skyrių greitosios medicinos pagalbos atvežtas 33 metų statybininkas, kritęs iš 4 metrų aukščio. Reanimacijos palatoje ligoniui diagnozuotas dubens kaulų lūžimas, visiškas šlaplės plyšimas ir ūmus šlapimo susilaikymas. Skubos tvarka atlikta troakarinė epicistostomija. Po dviejų parų ligonis operuotas. Operacijos metu dviem cistoskopais pavyko intubuoti šlaplę ir paliktas silikoninis *Foley* kateteris. Po 30 parų pašalinus kateterį, ligonis šlapinasi pats.

Išvados. Esant visiškam šlaplės plyšimui, be žaizdos ir masyvios hematomos tarpvietėje, rekomenduojama intubuoti šlaplę, vėliau palikti silikoninį kateterį 25–30 parų. Tai minimaliai invazyvus chirurginis gydymo būdas, sukeliantis mažesnę komplikacijų pavojų ir pagreitinantis paciento sveikimą.

7

Centrinių venų kateterių infekuotumo hospitaline infekcija tyrimas

Antanas Gulbinas¹, Giedrius Barauskas²

¹*Kauno medicinos universiteto Biomedicininų tyrimų institutas*

²*Chirurgijos klinika*

El. paštas: gulbanta@gmail.com

Įvadas / tikslas. Dažna ligoninės infekcijų priežastis – bakteremija, sepsis, susijęs su intravaskuliniais kateteriais. Kateterinė

infekcija didina sergamumą, pailgina gydymo trukmę stacionare. Darbo tikslas – nustatyti centrinių venų (CV) kateterių infekuotumo ligoninės infekcija veiksnius.

Metodai. Atliktas perspektyvusis 3 mėnesių tyrimas. Iširta 30 CV kateterių. Ištraukus kateterį, pagal aseptikos reikalavimus buvo atkerpama ~5 cm ilgio kateterio distalinė dalis ir perkeliama į sterilų užsukamą indą. Tiriamoji medžiaga laboratorijai pristatoma per 2 val. nuo jos paėmimo, nustatomi CV kateterius infekuojantys mikroorganizmai, jie identifikuojami ir iširiamas jautrumas antimikrobiniais vaistams. Infekuotais laikėme kateterius, kurių pasėlio atsakyme buvo nurodyta >15 kolonijas formuojančių vienetų (KFV).

Rezultatai. Iš 30 procedūrų 23 (76,7%) atliktos operacinėje, kitos 6 (20%) – intensyviosios terapijos skyriuje ir 1 (3,3%) – kitoje ligoninėje. *V. jugularis interna* kateterizuota 22 (73,3%) atvejais, *v. subclavia* – 8 (26,7%). Nustatyta, kad 10 (33,3%) kateterių buvo infekuoti ligoninės mikroorganizmais: aštuoni – plazmos nekoaguliuojančiais stafilokokais, atspariais ampicilinui, ir iš jų 5 atspariais oksacilinui, vienas – *Enterococcus spp.*, jautriu vankomicinui, ir vienas – *S. aureus*, atspariu oksacilinui ir jautriu vankomicinui. Kateterio laikymo trukmė statistiškai reikšmingai skyrėsi ($p = 0,019$) infekuotų ir neinfekuotų ligoninės infekcija kateterių grupėse (*Mann–Whitney* testas). ROC analize nustatėme, kad kateterio laikymo kritinė riba, didinanti kateterio infekavimo ligoninės infekcija riziką, yra 11 parų. Logistinė regresija padėjo išsiaiškinti, kad kateterio laikymo trukmė buvo nepriklausomas kateterių infekavimosi veiksnys, o laikant kateterį daugiau kaip 11 dienų infekavimosi rizika padidėja 27 kartus ($\exp B = 27,231$, (95% PI 1,493–496,513), $p = 0,026$).

Išvada. Centrinių venų kateterių infekavimasis atspariais mikroorganizmais priklauso nuo kateterio laikymo trukmės.

8

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų 2003–2006 m. darbuotojų incidentai, susiję su biologiniais skysčiais, ir priemonės jų išvengti

A. Macijauskienė

*VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės
Santariškių klinikų Infekcijų kontrolės skyrius*

Įvadas. Milijonai sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų kasdien susiduria su rizika užsikrėsti krauju, kitais kūno skysčiais plintančiais patogenais ir susirgti sunkiomis nepagydomomis profesinėmis ligomis: virusiniu hepatitu B, virusiniu hepatitu C, AIDS ir kt. Norint tinkamai įvertinti galimų užsikrėtimų riziką, užtikrinti darbuotojų saugą, planuoti ir organizuoti galimas prevencijos priemones, būtina rinkti informaciją apie visus darbuotojų kontakto su krauju ar / ir kitais biologiniais kūno skysčiais atvejus.

Metodai. VšĮ VUL Santariškių klinikose (toliau VšĮ VUL SK) sukurta incidentų registracijos ir poekspozicinės profilakti-

kos sistema. Visais incidentų atvejais nukentėję darbuotojai buvo apklausti naudojant „Nukentėjusio darbuotojo apklausos formą“. Surinkti duomenys suvesti į kompiuterį ir apdoroti statistine kompiuterine programa EPI INFO (6.04 versija).

Rezultatai. VšĮ VUL SK 2003 m. buvo registruoti 26 incidentų atvejai, 2004 m. – 44, 2005 m. – 50, 2006 m. – 54. Daugiausia incidentų registravo Širdies chirurgijos, Pilvo chirurgijos ir Anesteziologijos, intensyvosios terapijos ir skausmo centrų darbuotojai. Visais metais daugiausia incidentų įvyko operacinėse, procedūrų kabinetuose (Tarptautinio medicinos saugos centro Virdžinijos universitete duomenimis¹, daugiausia incidentų įvyksta palatose, ne operacinėse). Daugiausia incidentų 2003–2006 m. pranešė gydytojai (nuo 48,0% iki 72,4% atvejų); slaugytojų pranešimai sudarė 24,2–50% praneštų incidentų atvejų (tais pačiais duomenimis¹, daugiausia incidentų darbo metu įvyksta slaugytojams).

Nagrinėjant incidentus pagal nukentėjusių nuo virusinio hepatito B (toliau VHB) sukėlėjo darbuotojų imuniteto lygį po VšĮ VUL SK atlikto aktyvios imunoprolifaktikos kurso, paaiškėjo, kad dauguma darbuotojų iki incidento buvo paskiepyti ar pradėti skiepyti nuo VHB: 2003 m. – 74%, 2006 m. – 55,6% bendro incidentuose dalyvavusių darbuotojų skaičiaus. 26–44,4% atvejų darbuotojai nebuvo skiepyti nuo VHB dėl įvairių priežasčių: prieš incidentą sirgo VHB, alergiški serumams, nutraukti skiepiai patiems darbuotojams atsiskius skiepytis ir t. t.

Nagrinėjant duomenis apie incidentuose dalyvavusius pacientus (atvejai, kai buvo žinomas pacientas) paaiškėjo, jog rizika darbuotojams užsikrėsti VHC buvo iki 20%; 2004 m. vienu atveju – rizika užsikrėsti ŽIV.

Nagrinėjant 2003–2006 m. incidentų priežastis paaiškėjo, kad dauguma darbuotojų atvejį vertino kaip nelaimingą atsitikimą, kurio sunku ar neįmanoma išvengti, kiti buvo sužaloti dėl kitų darbuotojų kaltės, dėl skubėjimo ir didelio darbo intensyvumo. Analizuojant darbuotojų susižalojimų aštriais objektais anketas paaiškėjo, kad dažniausiai per incidentus darbuotojams buvo sužeistos rankos – iki 96% atvejų; pradruta viena pirštinių pora – iki 89,6% atvejų, sužeidimas vertinamas kaip gilus (pjūvis, profuzinis kraujavimas) iki 12,5 % atvejų. Dažniausiai (iki 78,2%) darbuotojus sužalojusi darbo priemonė buvo adata.

Išvada. Gauti duomenys apie VšĮ VUL SK incidentus 2003–2006 m. (4,4–5,6 atvejo 100 lovų per metus) neatkleidžia tikros situacijos ligoninėje; pranešama tik apie sunkesnius susižeidimus arba didelę riziką užsikrėsti virusiniu hepatitu ir t. t. (literatūros duomenimis^{1,2}, susižalojimai adata, aštriais objektais siekia 19–31 atvejį 100 lovų per metus, atsižvelgiant į ligoninės profilį ir teikiamų paslaugų lygį), todėl ypatingas dėmesys turi būti skiriamas darbuotojų saugai: pirštinių ir kitų

asmens saugos priemonių kokybei; procedūroms, kurių metu daugiausia susižalojama; medicinos prietaisų (instrumentų ir kt.) ergonomikai ir kokybei; darbuotojai privalo dėvėti dvigubas (ar indikatorines) pirštines.

¹ Advances in Exposure Prevention, vol. 7, no. 4, 2005. EpiNet Report.

² Lars PS. Naver and Finn Gottrup The Department of Gastrointestinal Surgery and Copenhagen Wound Healing Center Bispebjerg University Hospital Copenhagen, Denmark. Eur J Surg 2000; 166: 293–295.

9

Urogenitalinės sistemos traumas, gydytos Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje

Martynas Manikas, Andrius Gaižauskas,
Sergejus Gaižauskas, Deimantas Šukys, Juozas Stanaitis

*Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės
Bendrosios chirurgijos centro Urologijos skyrius
El. paštas: martismm@gmail.com*

Įvadas. Surinkti ir analizuoti Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje dėl įvairios lokalizacijos urogenitalinės sistemos traumas gydytų 2003–2006 m. ligonių duomenys.

Metodai. Retrospektyviai surinkti 64 ligos istorijų duomenys. Suskirstytos ir analizuotos traumas pagal atskirus organų pažeidimus, pobūdį, lytį ir amžių. Daugiausia dėmesio buvo kreipiama į diagnostikos metodus ir gydymo taktiką.

Rezultatai. Tirti 64 ligoniai, bendras amžiaus vidurkis – 44 metai (nuo 18 iki 83 metų), vyrai sudarė 79%. Dažniausios traumų priežastys: eismo įvykis – 20%, kritimas iš aukščio – 15%, sumušimas – 11%. Operuota 44% ligonių. Politraumas patyrė 30% ligonių. Inkstų traumas diagnozuotos 55% ligonių; inksto sumušimas – 34%, inksto plyšimas – 66%, iš kurių vienas sužalojimas buvo šautinis. Konservatyviai gydyta 80%, operuoti 7 ligoniai, iš jų keturiems atliktos nefrektomijos, dviem – inksto susiuvimo operacijos, vienam – inksto rezekcija. Echoskopinis tyrimas atliktas visiems ligoniams. Gydytas vienas šlapimtakio sužalojimas po ginekologinės operacijos, ligonei atliktas šlapimtakio stentavimas ir nefrostomija. Šlapimo pūslės traumas sudarė 14%, iš jų 89% – šlapimo pūslės plyšimas. Visi ligoniai operuoti, vienam atvejui prevezikinė hematoma gydyta konservatyviai. Nustatyta 17% šlaplės trauminių pažeidimų, iš jų 63% – visiškas šlaplės plyšimas. Operuoti 7 ligoniai: penkiems atlikta epicistostomija, vienam – uretroskopija ir kateterizavimas, vienam – atvira operacija. Lyties organų traumas sudarė 11%. Jos ištiko 7 ligonius: dviem buvo sužalota varpa, trim – kapšelis ir trim – sėklidės. Operacijos atliktos 75% pacientų.

Išvados. Gydytų dėl urogenitalinės sistemos traumas 30% ligonių turėjo ir kitų kūno sričių sužalojimų. Dažniausios inkstų

traumos (55%), iš jų 80% gydomos konservatyviai. Esant izoliuotoms urogenitalinės sistemos traumoms ar politraumoms, gydymo taktika išlieka ta pati. Echoskopinis tyrimas atliekamas 94% ligonių. Tai informatyvus diagnostikos metodas. Kiti rentgenologiniai tyrimai atliekami tik jei situacija neaiški. Jie papildo kitus tyrimus nustatant galutinę diagnozę.

10

Endoscopic and surgical management of abdominal iatrogenic lesions

Alberto Montori

Rome University "La Sapienza", Italy

Times and concepts have changed consequently we, as Surgeons, and Endoscopists, have modified our attitude and techniques in treating G.I. diseases and management of iatrogenic lesions.

What is the Endoscopist? He is a Specialist with extensive training in preventing, diagnosing and treating endoscopically some G.I. disorders. What is the Abdominal Surgeon? He is a Surgical Specialist with extensive training in the management of surgical diseases of G.I. tract.

Nowadays the prevention, diagnosis and treatment of digestive pathology may require the expertise and care of many Disciplines (multidisciplinary approach). Since its introduction into clinical practice, diagnostic and therapeutic fiberoptic endoscopy and later, electronic flexible endoscopy, has been associated to surgery in the management of some G.I. patients. In particular, intraoperative endoscopy has been used to solve diagnostic issues which could emerge during an operation. In the early days, surgery was used to recover any trouble from endoscopy or interventional radiology (esophageal, gastric, duodenal and colonic perforations; severe haemorrhages; biliary duct injuries; acute pancreatitis;), we soon learned that some complications of surgery could be effectively treated by endoscopy or interventional Rx (anastomotic leaks and /or strictures; laparoscopic biliary, vascular and visceral injuries). In fact the success of ERCP and related interventional procedures (ES, NB drain, Stents) has reduced the role of open surgery in the early and late management of biliary injuries. ERCP should be preferred to PTC. Combined radio-endoscopic approach is often usefull (in treating common bile duct transection) and seems to be promising according to our experience (need for long term follow-up). So doing there is not need for epatico-jejunosomy. Once diagnosis is made simultaneous treatment is possible in the majority of cases. Even in Minimally Invasive Surgery and in Endoluminal therapeutic endoscopy are risks and complications!

The educational programmes and training are imperative!

11

Chirurginės stafilokokinės infekcijos pavojai

Dainius Morkūnas, Audra Juzėnienė, Anželika Veršiniņa

Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė
El. paštas: mork.dainius@yahoo.com

Pastaraisiais metais stafilokokinė infekcija stacionaruose, o ypač MRSA infekcija, išlieka opi problema. Nustačius MRSA infekciją stacionare, būtina speciali ligonių priežiūra, papildomos higienos priemonės, papildoma rankų plovimo ir dezinfekcijos procedūrų kontrolė. Patvirtinus MRSA infekciją turi būti skirtas ir atitinkamas ilgalaikis gydymas antibiotikais (vankomicinu), kuris mūsų sąlygomis yra gana brangus. Todėl daug dėmesio turi būti skiriama tam, kad išvengtume MRSA paplitimo stacionare. Didesnę dalį infekcijos stacionare sudaro *S. aureus* (VGPUL duomenimis, apie 22%). Stafilokokų gentį sudaro 32 stafilokokų rūšys. Pagrindinė tarpurūšinė skiriamoji savybė yra koaguliazės gamyba, kuria pasižymi keturi šios genties atstovai, vienas iš pagrindinių yra *S. aureus*. Pagal antibiotikų veikimą visus *S. aureus* galima suskirstyti į keturias grupes: penicilinui jautrūs, meticilinui jautrūs (MSSA), meticilinui atsparūs (MRSA), glikopeptidams vidutiniškai jautrūs (GISSA). VGPUL duomenimis, per 2006 metus skyriuose išskirti 955 *S. aureus* atvejai, iš kurių MRSA sudarė 30%. Chirurgijos skyriuose per 2006 metus *S. aureus* infekcijų registruota 89, iš kurių MRSA sudarė 22%. MRSA paplitimas stacionare gali būti siejamas su *S. aureus* nešiojimu kvėpavimo takuose ar ant odos, su ligonio migracija stacionare, *S. aureus* ir kitų stafilokokų gebėjimu vystyti atsparumą įvairiems antibiotikams ir kt. Japonijoje ir JAV jau yra užfiksuoti glikopeptidams jautrūs *S. aureus*, nuo 1989 metų pradėti registruoti vankomicinui atsparūs enterokokai, be to, nustatyta, kad VRSA yra kilęs iš MRSA. Šie faktai dar kartą įrodo *S. aureus* intensyvų evoliucionavimo procesą ir jo sugebėjimą prisitaikyti prie naujų sąlygų. Šiuo metu VGPUL yra taikomas atitinkamas epidmiologinis režimas pacientams, turintiems MRSA infekciją, griežtai kontroliuojamas personalas dėl MRSA nešiojimo.

12

Manheimo peritonito indekso vertė prognozuojant difuzinio peritonito gydymo baigtį

Anatolij Ostapenko, Mindaugas Žiukas, Valmontas Valiukėnas, Kęstutis Strupas

Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Pilvo chirurgijos centras

Įvadas / tikslai. Atlikome retrospektyvų tyrimą, kuriuo siekėme išanalizuoti Manheimo peritonito indekso (MPI) praktinę vertę prognozuojant difuzinio peritonito artimąsias išėitis. Siekėme nustatyti ribinę (prognoziškai reikšmingą) MPI vertę

pacientų, kuriems diagnozuotas difuzinis peritonitas, populiacijoje. Savo darbe taip pat analizavome, kiek prognoziškai reikšmingi yra įvairūs veiksniai, pagal kuriuos nustatoma MPI vertė, nagrinėjome galimybes padidinti MPI praktinę vertę.

Ligoniai ir metodai. Tiriamąją grupę sudarė visi 175 ligoniniai, gydyti VUL SK Pilvo chirurgijos centre nuo difuzinio peritonito 2004–2006 metais. Iš jų 110 (62,9%) buvo vyrai, 65 (37,1%) – moterys. Tiriamojoje grupėje difuzinio peritonito priežastis (pirminio proceso lokalizacija) buvo: skrandžio ir/arba dvylikapirštės žarnos prakiurusi opa – 62 (35,4%), storosios žarnos patologija – 45 (25,7%), mezenterinių kraujagyslių trombozė – 23 (13,1%), prakiurusi kirmėlinė atauga – 21 (12%), kitos plonosios žarnos ligos – 13 (7,4%), urogenitalinės sistemos patologija – 11 (6,3%). Apskaičiuotas MPI pasiskirstė tarp 10 ir 43 balų, vidurkis – 24,62, mediana – 25, moda – 16. Visi tiriamosios grupės ligoniniai buvo operuoti: vieną kartą – 107 (61,1%), du kartus – 36 (20,6%), tris kartus – 19 (10,9%), keturis kartus – 4 (2,3%), penkis kartus – 6 (3,4%), šešis kartus – 2 (1,1%), devynis kartus – 1 (0,6%). Iš tiriamosios grupės narių 47 (26,86%) ligoniniai mirė, 128 (73,14%) pasveiko arba buvo perkelti toliau gydyti į kitas gydymo įstaigas.

Rezultatai. Duomenų statistinė analizė atlikta SPSS 9.0 programa. Atsižvelgdami į tai, kad analizuojami duomenys yra kategoriniai (binominiai), korelacijų statistiniam reikšmingumui vertinti pasirinkome Pearsono χ^2 (chi kvadratu) testą. Didėjanti MPI vertė statistiškai reikšmingai koreliuoja su didesniu mirštamumu ($\chi^2 = 81$). Ribinė MPI vertė, kurią pasiekus ar viršijus mirštamumas viršija 50%, yra 27 ($\chi^2 = 42,99$). Atsižvelgiant į šią kritinę ribą, MPI jautrumas prognozuojant letalią baigtį yra 54,45%, specifiškumas – 90,7%. Nėra statistiškai reikšmingo ryšio tarp paciento lyties ir difuzinio peritonito baigties ($\chi^2 = 0,037$). Statistiškai reikšmingas ryšys sieja difuzinio peritonito priežasties (pirminio proceso lokalizaciją) ir difuzinio peritonito baigtį. Pacientų, kuriems difuzinis peritonitas atsirado dėl mezenterinių kraujagyslių trombozės ir storosios žarnos ligų, mirštamumas yra didesnis nei kitų pacientų ($\chi^2 = 35,13$). Yra statistiškai reikšmingas ryšys tarp chirurginių intervencijų skaičiaus ir difuzinio peritonito baigties. Augant operacijų skaičiui, mirštamumas didėja ($\chi^2 = 7,53$). Ribinis intervencijų skaičius, kurį pasiekus pacientų, sergančių difuziniu peritonitu, mirštamumas perkopia 50%, yra keturios operacijos ($\chi^2 = 2,66$).

Išvados. MPI yra vertingas difuzinio peritonito gydymo prognozės rodiklis. Nustatyti svarbūs veiksniai, didinantys MPI reikšmę ir letalumo riziką: a) pakartotinių operacijų skaičius >3; b) peritonito priežastys – mezenterinių kraujagyslių trombozė arba storosios žarnos plyšimas; c) MPI > 27.

Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Chirurgijos klinikos patirtis gydant diabetinę pėdą

Vilius Petrėtis, Audrius Gradauskas, Jonas Činčikas

*Vilniaus miesto universitetinė ligoninė, Vilniaus universitetas
El. paštas: VIP.VILIUS@YAHOO.COM*

Išvadas. Beveik pusei cukraligės ligonių pirmąsyk diabeto diagnozė nustatoma, hospitalizavus dėl diabetinės pėdos sindromo. Diabetinės pėdos sindromas – pagrindinė sergančių cukralige ligonių hospitalizavimo ir amputacijų priežastis. Tai galūnių pažeidimas, kurio baigtis priklauso nuo apatinės galūnės kraujotakos būklės, infekcijos ir pažeidimo lygio.

Ligoniai ir metodai. Retrospektyviai analizuotos 1995–2006 m. visų dėl diabetinės pėdos sindromo hospitalizuotų pacientų ligos istorijos. Iš viso per šį laikotarpį VMUL Chirurgijos klinikoje gydyta 619 pacientų. Diabetinė pėda klasifikuota į neuropatinio, neuroischeminio ir mišriojo tipo. Diabetinė pėda klasifikuota ir pagal diabetinės pėdos klasifikavimo sistemas: 1) Wagnerio, 2) S(AD) SAD ir 3) Simple Staging System.

Rezultatai. Vidutinis pacientų amžius – 64 metai. Vyrų ir moterų santykis yra 1 su 1,2, II tipo cukrinis diabetas nustatytas 85% atvejų, I tipo – 15% ligonių. Vidutinė diabeto trukmė iki hospitalizavimo – 13 metų, o vidutinė hospitalizavimo trukmė – 38 dienos (pacientai, sergantys osteomielitu, vidutiniškai gydomi 50 dienų). Net 72% diabetinių žaizdų yra infekuotos. Diabetinės pėdos žaizdose vyrauja polimikrobinė flora, daugiausia – gramteigiami aerobai (63%). Dažniausias jų – auksinis stafilokokas. Mažai žalojanti chirurginė operacija (incizijos, nekrectomijos, pirštų amputacijos) atlikta 55% pacientų, labai žalojanti chirurginė operacija (aukštos amputacijos) – 35% pacientų. Mirė 7% hospitalizuotų pacientų.

Išvados. Diabetinės pėdos komplikacijos diagnozuojamos per vėlai. Daugiau kaip trečdalis pacientų gydyti kartotinai, todėl šiuos ligonius būtina nuolat stebėti ir laiku gydyti. Diabetinės pėdos olose vyrauja polimikrobinė flora. Dažniausias infekcijos sukėlėjas – stafilokokas. Diabetinės pėdos sindromo gydymas ilgalaikis. Vidutinė hospitalizavimo trukmė – 38 dienos. Ilgiausiai ir sunkiausiai gydomas pėdos kaulų osteomielitas.

Pelviorektinio paraproktito diagnostika ir gydymas

Donata Antanina Rusteikienė, Rima Žemaitaitienė,
Antanas Norvaišis

*Vilniaus miesto universitetinės ligoninės
3-iasis abdominalinės chirurgijos skyrius
El. paštas: donce@vmlt*

Išvadas / tikslas. Pelviorektinis paraproktitas – sudėtinga ir reta ūminio paraproktito forma. Literatūros duomenimis, ji nu-

statoma 1,6–7% visų ūminių paraproktitu sergančių ligonių. Darbo tikslas – išnagrinėti pelviorektinio paraproktito gydymo Vilniaus miesto universitetinės ligoninės 3-iosios abdominalinės chirurgijos skyriuje rezultatus.

Metodas. Atlikta 1992–2006 m. 19 ligonių, sirgusių ūminiu pelviorektiniu paraproktitu, gydymo rezultatų retrospektyvi analizė.

Rezultatai. Pelviorektinis paraproktitas diagnozuotas 19 (1,7%) iš 1098 ligonių, sirgusių ūminiu paraproktitu. Sirgimo laikas iki patenkant į stacionarą – nuo 2 dienų iki 1 mėn. Visiems 19 ligonių skubiai atliktos incizijos, nekroktomijos, drenavimas, 1 atveju – diagnostinė laparotomija. Pakartotinės operacijos dėl plintančių pūlinių darytos 10 (52,6%) iš 19 ligonių. Iš jų 2 kartus operuoti 5 (26,3%) ligoniai, 3 kartus – 2 (10,5%) ligoniai, 4 kartus – 1 (5,2%), 5 kartus – 1 (5,2%), 6 kartus – 1 (5,2%) ligonis. Jiems darytos pakartotinės incizijos, nekroktomijos ir drenavimas, 2 atvejais – laparotomijos, 1 atveju – drenuotas peritoninės dubens ertmės pūlinys bei paravezikinė flegmona, 1 atveju suformuota kolostoma. Autodermoplastika pooperaciniu laikotarpiu atlikta vienam ligoniui, vienai ligonei užsiūta pūlinio suardyta šlaunies arterija. Visi ligoniai pagal mikroorganizmų jautrumą gydyti antibiotikais. Pūlių pasėliuose vienas mikroorganizmas išaugo 10 ligonių (*E. coli* 80%), polimorfinė flora – 8 ligoniams. Iš 19 gydytų nuo pelviorektinio paraproktito ligonių mirė 4 (21%), iš jų trys sirgo cukriniu diabetu. Mirties priežastys: sepsio komplikacijos – 3, masyvi plaučių arterijos tromboembolija – 1.

Išvados. Pelviorektinis paraproktitas yra reta, sunkiai ir pavėluotai diagnozuojama ūminio paraproktito forma. Esant neaiškios kilmės karščiavimui reikia įtarti pelviorektinį paraproktitą. Pagrindinis pelviorektinio paraproktito gydymo principas – aktyvi operacinė taktika.

15

Infekuoto ūminio nekrozinio pankreatito gydymas

Audrius Šileikis, Elena Zdanytė, Saulius Jurevičius,
Virgilijus Beiša, Kęstutis Strupas

VUL Santariškių klinikų Pilvo chirurgijos centras
El. paštas: audrius.sileikis@santa.lt

Įvadas. Ūminis pankreatitas – tai liga, pasižyminti sunkiai prognozuojama klinicine eiga ir dideliu mirštamumu. Viena iš pagrindinių mirštamumo priežasčių – kasos nekrozės infekcija. Todėl šio pranešimo tikslas – pateikti sukauptą kasos nekrozės infekcijos gydymo patirtį.

Metodai. Retrospektyviuoju metodu išnagrinėta 176 ligonių, 2002–2006 m. gydytų nuo nekrozinio pankreatito, medicininė dokumentacija. Ūminis pankreatitas buvo diagnozuojamas remiantis klinika, instrumentiniais tyrimais ir amilazės kiekiu padidėjimu kraujyje. Sunkumo laipsniui nustatyti naudotasi Atlantos kliniki-

ne klasifikacija. Kasos nekrozei patvirtinti būdavo atliekama kasos KT su intraveniniu kontrastavimu. Dėl kasos nekrozės infekcijos ligoniai operuoti tais atvejais, kai ji būdavo patvirtinama bakteriologiškai. Operuojant ligonius būdavo atliekamos nekroktomijos, paskui toliau taikytas atviras ar uždaras plovimo būdas.

Rezultatai. Daugumai gydytų ligonių kasos nekrozė neviršijo 30% kasos dydžio (69%). Lyginant kasos nekrozės infekcijos dažnį su kasos nekrozės dydžiu nustatyta, kad juo didesnis nekrozės dydis, juo dažnesnė infekcija. Palyginus operacijų būdus konstatuota, kad ligoniams po nekroktomijos ir vėliau taikyto uždaro plovimo žarninių fistulių buvo mažiau ir pooperacinio gydymosi trukmė trumpesnė nei ligonių, kuriems buvo taikytas atviras plovimo būdas. Optimalus nekroktomijos ir vėliau taikyto uždaro plovimo laikas – šešta savaitė nuo ligos pradžios. Anksčiau atlikus nekroktomiją ir pritaikius uždarą plovimą, išlieka didelė pakartotinės operacijos tikimybė. Nuo pūlinių komplikacijų mirė 5 (2,8%) ligoniai.

Išvados. Norint išvengti sunkaus ūminio pankreatito sukeltamų komplikacijų, nuo kurių ligonis gali mirti, būtina laiku jas diagnozuoti ir tinkamai gydyti. Diagnozavus kasos nekrozę, rekomenduojama infekcijos profilaktikai skirti antibiotikų. Išsivysčius kasos nekrozės infekcijai, būtina nekroktomija ir jei įmanoma – uždaras plovimas.

16

Šautiniai krūtinės ir pilvo sužalojimai Panevėžio apskrities ligoninės 1991–2006 m. duomenimis

Kęstutis Šilkus, Vitalis Panava, Povilas Kuprys

Panevėžio apskrities ligoninė
El. paštas: kestas58@elekta.lt

Pradiniu Lietuvos Respublikos atkūrimo laikotarpiu visoje šalyje, taip pat ir Panevėžyje, buvo nemažai šautinių sužalojimų. Nors dabar kriminalinių šautinių sužalojimų sumažėjo, dar pasitaiko ir atsitiktinių buitinių šautinių sužalojimų. Norime pasidalyti Panevėžio ligoninės patirtimi 1991–2006 m. gydant sužalojimus, padarytus koviniais, medžiokliniais ir kitais šaunamaisiais ginklais.

17

Atviri gaubtinės žarnos sužalojimai

Sigitas Tamulis, Edmundas Vladas Gaidamonis, Juozas Stanaitis, Tomas Saladis, Raimundas Lunevičius

Vilniaus universiteto Gastroenterologijos, nefrourologijos
ir chirurgijos klinika, Bendrosios chirurgijos centras,
VŠĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė
El. paštas: sigis.tamulis@gmail.com

Tikslas. Išskirti ir įvertinti pagrindinius veiksnius, lemiančius pacientų, patyrusių atvirus storosios žarnos sužalojimus pooperacines komplikacijas ir mirštamumą.

Metodai. Remiantis medicinine dokumentacija, ištirti atvirus trauminius storosios žarnos sužalojimus patyrusių ligonių gydymo rezultatus, pagrindinius operacijų būdus, pooperacines komplikacijas ir mirštamumą. Šiame darbe išskirti ir įvertinti galimi pooperacinių komplikacijų rizikos veiksniai – amžius, traumos pobūdis, laikas nuo traumos iki operacijos, kraujotakos stabilumas, sužalojimo laipsnis (pagal OIS), sužalojimo vieta, gretutiniai pilvo ertmės organų sužalojimai, pilvo traumos indeksas (PTI), laisvo kraujo kiekis pilvaplovės ertmėje ir operacijos apimtis.

Rezultatai. Ligonį amžius per 60 metų, operacijos uždelsimas daugiau kaip 24 val., šokas ir kartu nestabili hemodinamika, II–V laipsnio storosios žarnos sužalojimas, gretutinių pilvo ertmės organų sužeidimai ir pilvo traumos indekso vertė, didesnė nei 25, akivaizdžiai padidino pooperacinių komplikacijų dažnį ir mirštamumą.

Išvados. Po diversinės stomos suformavimo II–III laipsnio storosios žarnos sužalojimų atvejais, kai ATI neviršijo 25, pooperacinių komplikacijų skaičius buvo didesnis, palyginti su operacijomis, kai buvo apsiribojama vien pirminiu užsiuvimu. Kompleksiškai įvertinus trauminius storosios žarnos sužalojimus patyrusių ligonių būklę, laiku imantis priemonių nuo šoko, stabilizavus hemodinamiką, sutrumpinus ikioperacinį laikotarpį iki 6 val., pasirinkus lygiavertį traumai operacijos būdą, būtų galima smarkiai sumažinti pooperacinių komplikacijų dažnį ir mirštamumą.

18

Kasos traumas atvejais

Tomas Vaitoška, Algimantas Stašinskas, Juozas Stanaitis

*Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė
Šiltnamių g. 29. LT-04130 Vilnius
El. paštas: basha@inbox.ru*

Įvadas. Kasos trauma – reta patologija. Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje nuo įkūrimo iki 2006 m. gruodžio 31 d. iš viso dėl kasos sužalojimo buvo operuota 19 ligonių (17 vyrų ir 2 moterys), kuriems operacijos metu kasos pažeidimas užsiūtas arba atliktos didesnės apimties operacijos. Pagal traumos pobūdį vyrauja smurtiniai sužalojimai: durtiniai – 8, pilvo sumušimai – 4, šautiniai – 3, kritimo iš aukščio – 2 ir pilvo suspaudimo – 2 atvejai. Visi ligoniai operuoti pirmą hospitalizacijos parą. Pasveiko 17, mirė 2 ligoniai nuo hemoraginio šoko. Hospitalizacijos trukmė – 1–80 parų. Daugiausia buvo pirmo ir antro laipsnių kasos traumų. Pateikiamas trečio laipsnio kasos kūno plyšimo atvejis.

Klinikinis atvejis. Ligonis buvo hospitalizuotas dėl pilvo sumušimo. Jis stebėtas. Vystantis peritonitui ligonis operuotas. Atlikta vidurinė viršutinė laparotomija. Operacijos metu rastas skersinis kasos plyšimas dešiniau aortos virš viršutinės mezenterinės venos. Proksimalinis kasos segmentas užsiūtas, distalinis – sujungtas su tuščiąja žarna (Y tipo anostomoze). Pilvo ertmė dre-

nuota keturiais drenais. Laikotarpis po operacijos buvo sklandus.

Išvados. Izoliuotos kasos traumas galima tikėtis tik jeigu buvo suspaustas pilvas. Be kasos traumos, dažnai kartu yra storosios ar plonosios žarnų sužalojimas, ir tai pailgina hospitalizacijos laiką. Kasos trauma visiems ligoniams diagnozuota operacijos metu. Nors kasos trauma buvo sunki, ryžtingas ir laiku pasirinktas operacinis gydymas padėjo ligoniui sėkmingai išgyti.

19

Krūtų pūliniai

Danguolė Vildaitė, Tatjana Pukėnienė

*Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė
Bendrosios chirurgijos centro Ginekologijos skyrius
Šiltnamių g. 29, LT-04130, Vilnius*

Tikslas. Išaiškinti ir panagrinėti moterų krūtų pūlinių priežastis, diagnostiką, sukėlėjus, gydymo aspektus.

Metodika. Atlikta 146 ligonių, operuotų dėl krūtų pūlinių, retrospektyvi analizė, naudojantis specialiai sukurta anketa. Tirta pūlinių priežasčių struktūra, kokie mikroorganizmai išaugo bakteriologiniuose pasėliuose, kokiems antibiotikams jautrūs sukėlėjai. Įvertinti diagnostikos metodai, biopsijos duomenų atsakymai.

Rezultatai. Nuo 2000 m. sausio 1 d. iki 2006 m. gruodžio 31 d. Bendrosios chirurgijos klinikos Ginekologijos skyriuje dėl krūtų pūlinių operuotos 146 ligonės. 86 (58,9%) ligonėms pūliniai susidarė po gimdymo (I grupė), 60 ligonių (41,1%) pūlinių atsiradimas nebuvo siejamas su gimdymu ar maitinimu (II grupė). Pirmos grupės ligonių amžius svyravo nuo 19 iki 41 metų, antros – nuo 16 iki 70 metų. Pirmos grupės 62,7% ligonių pūliniai susiformavo po pirmo gimdymo ir 76,7% – pirmais dviem mėnesiais po gimdymo. Antros grupės 22 pacientės iš 60 (36,7%) konsultuotos ir tirtos iki operacijos VU Onkologijos institute. Krūtų pūliniai buvo diferencijuojami nuo piktybinių ir ikivėžinių ligų. Diagnozei patvirtinti buvo atliekamas ultragarsinis krūtų tyrimas ir darinio punkcija. Pirmos grupės 80 (93%) ligonių bakteriologiniuose pasėliuose išaugo *Staphylococcus aureus*, dažniausiai jautrus oksacilinui, cefazolinui, ampicilinui su sulbaktamu, kai kuriais atvejais gentamicinui. Trijuose pasėliuose išaugo *S. epidermidis*, viename – *Streptococcus a haemolyticus*, dviejuose bakterijos neišaugo. Antros grupės 20 pasėlių išaugo *S. aureus*, 20 – *S. epidermidis*, 4 – *Bacteroides spp.*, 1 – *E. coli*, 1 – *Proteus m.*, 4 – kiti stafilokokai. Antros grupės 44 ligonėms (73,3%) atvėrus pūlinį, buvo paimta audinio histologiniam tyrimui. Tik vienai ligonei buvo diagnozuota krūties karcinoma.

Išvada. Vienas dažniausių krūtų pūlinių sukėlėjų yra *S. aureus*. Krūtų pūliniai, ypač nesusiję su gimdymu, turi būti diferencijuojami nuo krūtų ligų, atliekant ultragarsinį tyrimą, punkciją ir biopsiją.

Tiesiosios žarnos trauma

Rima Žemaitaitienė, Donata Antanina Rusteikienė,
Antanas Norvaišis, Žygintas Genys, Audrius Gradauskas

*Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Chirurgijos klinika
El. paštas: zemrima@yahoo.com*

Tikslas. Tiesiosios žarnos traumų diagnostikos, gydymo taktikos ir baigčių analizė.

Metodas. Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje nuo 1992 m. iki 2007 m. kovo gydytų 35 ligoniai, kuriems buvo tiesiosios žarnos sužeidimas (22 ligoniai) ir svetimkūnis (13 ligonių), ligos istorijų ir ambulatorinių kortelių retrospektyvi analizė.

Rezultatai. Šešiams ligoniams svetimkūniai ištraukti ambulatoriškai, septyni ligoniai hospitalizuoti, iš jų vienam atlikta laparotomija, svetimkūnis ištrauktas atvėrus žarnos spindį, suformuota kolostoma. Dažniausi tiesiosios žarnos sužeidimų mechanizmai: kritimas ant išsikišusių daiktų – 11 (50%), medicininės procedūros – 7 (31,8%) (klizmos – 4, endoskopiniai tyrimai – 2, retrogradinė irigoskopija – 1). Iš 22 ligonių keturi

(18,2%) buvo intraperitoninis tiesiosios žarnos sužalojimas. Jiems atlikta laparotomija, užsiūtos žarnos trauminės žaizdos, suformuota kolostoma, atlikta tarpvietės žaizdų revizija ir drenavimas. Ekstraperitoninis sužalojimas buvo 18 (81,8%) ligonių. Izoliuotas tiesiosios žarnos sužalojimas buvo 10 ligonių, drauge ir kitų organų pažeidimas – aštuoniems (šlapimo pūslė – 3, makštis – 3, mažojo dubens audiniai ir kaulai – 2). Operuoti 15 (83,3%) iš 18-os ligonių. Visiems atlikta išangės srities žaizdų revizija, drenavimas, 6 (40%) susiūtas sužalotas raukas. Šešiams (40%) atlikta laparotomija, suformuota kolostoma, trims iš jų užsiūta sužalota šlapimo pūslė, suformuota epicistostoma. Kiaurinių ekstraperitoninių sužeidimų atvejais esant galimybei iš tarpvietės žaizdos pusės užsiūtas tiesiosios žarnos sienos defektas.

Rezultatai. Po operacijos vienam ligoniui kraujavo iš tiesiosios žarnos žaizdos, nesiūtos operacijos metu. Kraujavimas sustojo gydant konservatyviai. Mirė 2 ligoniai. Mirties priežastys: retroperitoninė flegmona ir sepsis – 1, gretutinės ligos – 1.

Išvada. Tiesiosios žarnos trauma yra sunkus kūno sužalojimas. Svarbu laiku hospitalizuoti ir skubiai atlikti chirurginę operaciją, siekiant išvengti pooperacinių komplikacijų.