

ISSN 1392-0995, ISSN 1648-9942 (online)  
LIETUVOS CHIRURGIJA  
*Lithuanian Surgery*  
2005, 3(2), p. 156-161

Mokslinė praktinė konferencija

# Sąauginis žarnų nepraeinamumas: šiuolaikinė diagnostika ir gydymas. Chirurginės slaugos naujovės

---

*Pranešimų santrauka*

---

Vilniaus universitetas  
Lietuvos chirurgų asociacija  
Klaipėdos chirurgų draugija

---

*Palanga, 2005 m. birželio 3-4 d.*

## 1

### Sąauginio žarnų nepraeinamumo gydymo rezultatai Klaipėdos jūrininkų ligoninėje

Artūras Razbadauskas, Vaidotas Sinkevičius,  
Bronislovas Stanislovaitis

*Klaipėdos universitetas  
Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas  
Klaipėdos jūrininkų ligoninė  
El. paštas: rarturas@takas.lt*

**Įvadas / tikslas.** Pilvo ertmės sąaugos – viena dažniausių mechaninio žarnų nepraeinamumo priežasčių.

Sąauginis žarnų nepraeinamumas – gyvybei grėsminga patologija, komplikuojanti pacientų būklę po, atrodytų, sėkmingų abdominalinių, ginekologinių, angiochirurginių ar urologinių pilvo ertmės organų operacijų, dažnai reikalaujanti skubaus pakartotinio chirurginio gydymo. Retesnis, bet ne mažiau reikšmingas neįatrogeninis, arba pirminis, sąauginis žarnų nepraeinamumas. Nors mirštamumas nuo šios patologijos labai sumažėjo, tačiau diagnostika ir gydymo taktikos pasirinkimas išlieka aktualus praktinės chirurgijos klausimas. Darbo tikslas – įvertinti 11 metų sąauginio žarnų nepraeinamumo chirurginio gydymo Klaipėdos jūrininkų ligoninėje (KJL) rezultatus.

**Metodas.** Retrospektyvi pacientų, gydytų 1993–2004 m. KJL, ligos istorijų analizė.

**Rezultatai.** Per 11 metų (1993–2004 m.) KJL operuoti 156 ligoniai, sergantys mechaniniu žarnų nepraeinamumu. Dėl sąauginio žarnų nepraeinamumo konservatyviai gydyti 134, operuoti 78 ligoniai: 29 vyrai ir 49 moterys. Operuotų pacientų amžius – nuo 19 iki 89 metų; 40 dirbančių pacientų, 1 studentas, 8 bedarbiai, 19 pensininkų, du I grupės ir 14 II grupės invalidų. Išoperuoti 63 ligoniai dėl pooperacinio ir 15 – dėl pirminio sąauginio žarnų nepraeinamumo. Pakartotinai gydyta 11 ligonių, iš jų trims anksčiau nepraeinamumas buvo regresavęs gydant konservatyviai, trims atlikta relaparotomija. Atlikta 60 laparotomijų, iš jų 7 plonųjų žarnų rezekcijos (1 dėl perforacijos), 1 apeinamoji ileoileoanastomozė, 2 didžiosios taukinės rezekcijos, 1 ileorafija dėl perforacijos, 1 jejunostomija dėl gastrostazės, 3 hernioplastikos, 1 apendektomija, 1 abscesotomija. Atliktos 23 laparoskopinės operacijos, iš jų trys kaip diagnostinės ir viena dėl žarnos perforacijos užbaigtos laparotomija. Visi pacientai operuoti bendrinės intubacinės neįatros sąlygomis. Perioperacinės komplikacijos: 2 kartus pažeista klubinė žarna. Pooperacinių komplikacijų buvo 13: pneumonija – 6; pneumotoraksas – 1, hidrotoraksas – 1; operacinės žaizdos infiltratas – 1; užsitęsusi gastrostazė ir žarnyno parezė – 3 (1 relaparotomija), recidyvas po 7 metų – 1, mirčių – 0.

**Išvados.** Vyravo pooperacinis sąauginis žarnų nepraeinamumas, 4,2 karto dažnesnis nei pirminis. Nuo sąauginio žarnų ne-

praeinamumo 1,7 karto dažniau operuotos moterys nei vyrai. 3,2 karto dažniau buvo pasirinkta laparotominė adheziolizė, tačiau operuojant laparoskopiniu būdu gerokai trumpesnis pooperacinės hospitalizacijos laikas ir nebuvo pooperacinio laikotarpio komplikacijų.

## 2

### Pilvo ertmės pūlinių gydymas perkutaniniu drenavimu

Alfредas Radziminьkas, Artūras Razbadauskas,  
Mindaugas Paserbskis

*Klaipėdos jūrininkų ligoninės Chirurgijos klinika  
Klaipėdos universitetas*

**Įžanga / tikslas.** Pilvo ertmės pūliniai (PEP) – gana dažna chirurginė patologija, sukelianti diagnostikos sunkumų ir pasižyminti gydymo ypatumais. Mūsų darbo tikslas – įvertinti minimaliai intervencinių operacijų galimybes gydant šią patologiją. Darbe apžvelgti literatūros duomenys ir Klaipėdos jūrininkų ligoninės 8 metų patirtis.

**Ligoniai ir metodai.** Klaipėdos jūrininkų ligoninės Abdominalinės chirurgijos skyriuje 1996–2004 m. gydyti 45 ligoniai, sergantys PEP. Ši liga buvo diagnozuota remiantis anamneze, medicininės apžiūros, vidaus organų echoskopijos, kompiuterinės tomografijos, laboratorinių tyrimų duomenimis. PEP susidarė 19 pacientų po atvirų chirurginių arba laparoskopinių operacijų. Progresuojant ūminėms chirurginėms pilvo ligoms, PEP susidarė 26 ligoniams.

**Rezultatai.** Atliktos 57 operacijos, kontroliuojamos echoskopu (2 punkcijos, 55 drenavimai). Moterų buvo 24, vyrų – 21. Pacientų amžiaus vidurkis – 55,2 metų. Iki operacijos ligoniai sirgo vidutiniškai 23,5 paros. Vidutinis drenuoto darinio skersmuo – 78 mm, pašalinta 415 ml pūlingo skysčio. Bakteriologinio tyrimo duomenimis, mikrobai išaugo 35 pasėliuose (77,8%). Vidutinė drenavimo trukmė – 20,1 paros. Stacionarinio gydymo vidutinė trukmė – 29,5 paros. Perkutaninio drenavimo operacijomis pavyko pagydyti 91,1% ligonių. Mirė viena ligonė (2,2%). Pūlinio ertmės nepavyko drenuoti vienam ligoniui. Du ligoniai vėliau operuoti dėl nepakankamo drenavimo – atliktos atviros chirurginės operacijos. Pasireiškė keturios komplikacijos (8,9%): trims pacientams drenas migravo iš pūlinio ertmės, todėl buvo atliktos pakartotinės perkutaninio drenavimo operacijos, vienam ligoniui drenavimo metu pažeista storoji žarna (peritonito nebuvo). Vienam ligoniui (2,2%) punkcijos metu rasta infekuotų negyvybingų kasos audinių, taigi buvo atlikta atvira nekrektomija. Ligonis pasveiko.

**Išvada.** Minimaliai invazinės operacijos – pirmo pasirinkimo būdas gydant ligonius, sergančius pilvo ertmės pūliniais.

## 3

**Ūminio sąauginio žarnų nepraeinamumo gydymo patirtis  
Klaipėdos ligoninėje**

F. Grigalaukas, A. Šlepavičius

*Klaipėdos ligoninė, Liepojos g. 41, Klaipėda*

**Įvadas / tikslas.** Ūminis sąauginis žarnų nepraeinamumas priklauso sunkiausioms pilvo ertmės chirurginėms ligoms. Ja serga 2,5–3,5% visų chirurgijos skyriaus ligonių. Pooperacinis mirštamumas, daugumos autorių duomenimis, siekia 7%. Darbo tikslas – išanalizuoti Klaipėdos ligoninės Pirmo chirurgijos bei Pilvo ir endokrininės chirurgijos skyriuose gydyto ūminio sąauginio žarnų nepraeinamumo diagnostikos ir gydymo klausimus.

**Rezultatai.** 2003–2004 metais nuo sąauginio žarnų nepraeinamumo buvo gydyta 140 ligonių: 83 (59,3%) moterys ir 57 (40,7%) vyrai. Konservatyviai gydyta 90 (64,3%) ligonių, vidutinė gulėjimo trukmė 2,65 d. Operuota 50 (35,7%) ligonių. Operacijos laikas nuo hospitalizacijos: 2 val. – 4 (8%), 2–6 val. – 13 (26%), 6–12 val. – 13 (26%), 12–24 val. – 6 (12%), daugiau kaip 24 val. – 14 (28%). Atliktos operacijos: adheziolizė 35 (70%), laparoskopinė adheziolizė 4 (8%), plonosios žarnos rezekcija 10 (20%), ileotransversoanastomozė 1 (2%). Pooperacinės komplikacijos: žaizdos infekcija 4 (8%), aklosios žarnos fistulė 1 (2%), pneumonija 1 (2%). Operuotų ligonių vidutinė gulėjimo trukmė – 12,8 dienos. Mirė viena ligonė, praėjus 26 val. po adheziolizės, pasireiškus kvėpavimo nepakankamumui dėl plaučių vėžio progresavimo.

**Išvados.** Konservatyvius gydymas išlieka vienu iš pagrindinių sąauginio nepraeinamumo gydymo metodų. Jis turėtų būti taikomas ypač tiems ligoniams, kurie jau buvo operuoti po keletą kartų praityje dėl nepraeinamumo. Operaciniu būdu gydant sąauginį nepraeinamumą vis didesnė reikšmė teks minimalios invazijos chirurgijai.

## 4

**Slaugytojos vaidmuo užtikrinant  
chirurginių pacientų saugumą**

Natalja Istomina

*Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto  
Reabilitacijos ir slaugos katedra  
H. Manto, 84, LT-92294, Klaipėda  
El. paštas: natalja.istomina@ku.lt*

**Įvadas / tikslas.** Pacientų saugumas – vienas iš labiausiai tyrinėjamų objektų įvairiose pasaulio šalyse. Atlikti tarptautiniai biomedicinos ir slaugos tyrimai rodo, kad nepageidaujami įvykiai arba prasti sveikatos priežiūros paslaugų rezultatai yra tipiški ir bendri. Slaugytoja atlieka ypač svarbų vaidmenį garantuojant

pacientų saugumą, kadangi būtent ji būna su pacientu dvidešimt keturias valandas per parą. Pranešimo tikslas – įvertinti slaugytojos vaidmenį užtikrinant chirurginių pacientų saugumą.

**Metodai.** Atlikta struktūrinė literatūros apžvalga, vykdant naujausių straipsnių paiešką duomenų bazėse *Medline* ir *Blackwell-Synergy* pagal šiuos reikšminius žodžius: pacientų saugumas (*patient safety*), slaugos klaidos (*nursing errors*), nepageidaujamas įvykis (*adverse event*), chirurginis pacientas (*surgical patient*).

**Rezultatai.** Literatūroje, nagrinėjančioje pacientų saugumą, nurodomi tokie nepageidaujami įvykiai: pacientų kritimai, pragulos, vaistų vartojimo klaidos, hospitalinės infekcijos, gydymo klaidos ir mirtingumas. Klaidų gali pasitaikyti bet kuriuo chirurginio paciento sveikatos priežiūros etapu: nuo diagnozės iki gydymo bei slaugos ir prevencinės priežiūros. Tai gali būti transfuzijų ir vaistų vartojimo klaidos, netinkamos vietos chirurginės intervencijos ir sužalojimai operacijos metu, prevencinės savižudybės, hospitalinės ar kitos infekcijos, kritimai, nudegimai, pragulos, klaidingos identifikacijos ir t. t. Slaugos mokslininkai mano, kad vaistų skyrimo klaidos, hospitalinės infekcijos, pacientų kritimai ir pragulos yra tiesiogiai susiję su slaugytojų praktiku atsakomybe už pacientų saugumą.

**Išvados.** Analizuojant chirurginių pacientų saugumą, susiduriama su tokiais pagrindinėmis problemomis: slaugytojai nesugeba tinkamai atpažinti klaidų ir nepageidaujamų įvykių; nesukurta vienoda klaidų valdymo (registravimo, kaupimo, analizės ir prevencijos) sistema, dažnai dėl klaidų apkaltinami slaugytojai, tačiau atsakomybė turi tekti visiems sveikatos priežiūros specialistams, teikiančioms paslaugas: gydytojams, slaugytojams, farmacininkams ir kt.

## 5

**Minimaliai invazinė adenomektomija  
ir intraoperacinis parathormono matavimas  
gydant pirminį hiperparatiroidizmą**

A. Šlepavičius

*Klaipėdos ligoninė, Liepojos g. 41, Klaipėda  
El. paštas: algisle@takas.lt*

**Įvadas.** Ilgą laiką tradicinė Kocherio pjūvio operacija su visų prieskydinių liaukų identifikavimu buvo pirminio hiperparatiroidizmo (pHPT) „auksinio standarto“ operacija. Atsiradus ir išobulėjus priešoperacinio pataloginių liaukų vietos nustatymo metodams ir galimybei matuoti intraoperacinį parathormoną (iPTH), atvertas kelias minimaliai invazinei prieskydinių liaukų chirurgijai.

**Metodai.** Ligoniams, kuriems prieš operaciją atlikus kaklo ultragarsinį, kompiuterinės tomografijos, magnetinio branduolinių rezonanso tyrimus ar sestambio skenografiją nustatyta pa-

tologinė prieskydinės liaukos vieta, buvo operuoti minimaliai invaziniu būdu atliekant intraoperacinį iPTH matavimą. Ligoniams, kuriems bent dviem minėtais tyrimais nebuvo nustatyta adenomos vieta, buvo operuoti tradiciniu Kocherio pjūviu su intraoperaciniu iPTH matavimu. Operacija laikoma sėkminga, jei 10 min. po adenomos pašalinimo iPTH sumažėja daugiau nei 50% pradinio lygio (paėmus kraują prieš pjūvį). Jei nemažėja, ieškoma antra adenoma ir šalinama. Jei randama pirminė prieskydinių liaukų hiperplazija, pašalinamos trys ir pusė liaukos. Sumažėjus iPTH daugiau nei 50% ir gavus patvirtinantį patologo histologo atsakymą, operacija laikoma sėkminga.

**Rezultatai.** Klaipėdos ligoninės Pilvo ir endokrininės chirurgijos skyriuje nuo 2002 01 01 iki 2005 01 01 operuoti 38 ligoniai, sergantys pHPT. Aštuoniolikai ligonių buvo atlikta minimaliai invazinė paratiroidektomija su intraoperaciniu iPTH matavimu. Trims ligoniams, kuriems iPTH nesumažėjo daugiau nei 50%, buvo atlikta konversija į tradicinę Kocherio operaciją. Dviem ligoniams rasta antra adenoma ir vienam – hiperplazija.

**Išvada.** Tiems ligoniams, kuriems prieš operaciją nustatoma nesveikos liaukos vieta, galima sėkmingai atlikti adenomektomiją su intraoperaciniu iPTH matavimu minimalios invazijos būdu.

## 6

### Sąaugų sukelta žarnyno obstrukcija: 10 metų gydymo patirtis

Sigitas Tamulis, Edmundas Gaidamonis

*V Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė,  
Šiltnamių g. 29, Vilnius  
El. paštas: sigis.tamulis@one.lt*

**Įvadas / tikslai.** Skubių pilvo chirurginių ligų sąrašė žarnyno sąaugos su obstrukcija neužima vienos iš pagrindinių pozicijų, tačiau savo problemos aktualumu, diagnostikos ir gydymo taktikos ypatumais ši liga neabejotinai pirmauja. Naujų diagnostikos ir gydymo priemonių bei metodikų atsiradimas paskatino konservatyviau pažvelgti į sąauginio nepraeinamumo problemą. Daugiau ligonių pavyksta išgydyti konservatyviomis priemonėmis, išvengiant operacijų, o kartu ir padidėjusios naujų sąaugų susidarymo rizikos. Kita vertus, nemotyvuotas operacijos delsimas gali lemti negrįžtamus patomorfoloģinius žarnos sienos pokyčius ir su tuo susijusias komplikacijas – perforaciją, sepsines komplikacijas, mitybos sutrikimus. Šio darbo tikslas – įvertinti mūsų gydytos žarnų sąaugų sukeltos obstrukcijos rezultatus, dinamiką, tendencijas ir nustatyti veiksnius, lemiančius pasirinktą gydymo taktiką, pooperacines komplikacijas ir mirštamumą.

**Metodai.** Nagrinėtos 1996–2005 metais VGPUL dėl sąaugų sukeltos žarnyno obstrukcijos gydytų ligonių ligos istorijos, nau-

dota kompiuterinė duomenų bazė. Vertinta: amžius, lytis, operacijos apimtis, pooperacines komplikacijos ir gydymo baigtis. Darbo pobūdis – retrospektyvusis.

**Rezultatai.** Per 1996 01 01–2005 03 30 laikotarpį VGPUL nuo šios ligos buvo gydyti 1594 ligoniai. Trys penktadaliai ligonių buvo moterys. Vidutinis ligonių amžius – 52,2 metų ir svyravo nuo 15 iki 94 metų. Konservatyviai pavyko išgydyti 1137 ligonius (71%). Operuoti 457 ligoniai (29%). Konservatyvus gydymas visais atvejais buvo pradėdamas nuo intraveninių kristaloidų tirpalų infuzijų, dietos ribojimo, nazogastrinio zondavimo ir klizmų. Pagrindinė diagnostikos priemonė po detalios medicininės apžiūros buvo priekinė pilvo rentgenografija, laboratoriniai klinikiniai kraujo tyrimai. Rentgenokonstrastinis tyrimas su bario sulfatu dėl obstrukcijos pasunkėjimo grėsmės atliktas tik pavieniais atvejais, o rentgenokonstrastinis tyrimas su gastrografinu – tik epizodiškai. Ultragarinis tyrimas naudotas kaip papildomas diagnostikos ir gydymo dinamikos vertinimo metodas. Laisvo skysčio kiekio didėjimas pilvaplėvės ertmėje buvo vertinamas kaip neveiksmingo konservatyvaus gydymo rodiklis. Be to, svarbiais šio gydymo nesėkmės rodikliais buvo laikomi blogėjantys fizinio tyrimo duomenys, didėjanti leukocitozė ir neigiama rentgenologinė dinamika. Adheziolizė – sąaugų pašalinimas – buvo privaloma visų operacijų dėl sąauginio nepraeinamumo sąlyga. Plonosios žarnos intubacija ir dekompresija enterodekompresiniu zonu buvo atlikta 156 ligoniams (34,6%). Plonosios žarnos rezekcija dėl patologinių morfoloģinių žarnos sienos pokyčių atlikta 53 ligoniams (11,6%). Po operacijos mirė 22 ligoniai (4,8%). Pagrindinė mirties priežastis kraujotakos ir kvėpavimo sistemų nepakankamumas. Keturi ligoniai (0,9%) mirė nuo sepsinių komplikacijų, susijusių su morfoloģiniais žarnos sienos pokyčiais. Palyginus mirštamumą ligonių be rezekcijos ir su rezekcija, be enterodekompresijos ir su enterodekompresija, galima teigti, kad jis mažesnis ligonių, kuriems rezekcija nebuvo atlikta (4,4%, palyginti su 7,5%) ir po enterodekompresijos (3,8%, palyginti su 5,3%).

**Išvados.** Dėl žarnyno sąaugų sukeltos obstrukcijos teko operuoti 29% ligonių. Pagrindinės diagnostikos priemonės yra detalus fizinis, radiologinis ir ultragarinis ištyrimas tiek gydymo pradžioje, tiek vėliau – vertinat gydymo efektyvumą. Pagrindiniai neveiksmingo konservatyvaus gydymo kriterijai yra blogėjantys fizinio, laboratorinio, rentgenologinio ir ultragarinio tyrimo duomenys. Operacinė enterodekompresija sumažina pooperacinių komplikacijų riziką ir mirštamumą.

### Pooperacinis enterodrenažas: principai ir slaugos veiksmai

Povilas Plevokas, Aldona Mikaliūkštienė,  
Audrius Gradauskas

*Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas*

Operacinė zondinė uždara enterodekompresija, operuojant ūminį žarnų nepraeinamumą, palengvina operatoriui atlikti operacinius veiksmus pilvo ertmėje ir lengvai ją užsiūti. Baigiant operaciją iškyla problema, ar po enterodekompresijos palikti plonojoje žarnoje zondą, kad po operacijos ją drenuotų (atlikti pooperacinį enterodrenažą), ar ištraukti jį.

Su kaupę daugiametę patirtį (per 750 enterointubacijų ir 450 pooperacinių enterodrenažų), pastebėjome šias pooperacinio enterodrenažo atlikimo priežastis ir siūlome tokius slaugos veiksmus:

- Po operacijos plonosios žarnos ir skrandžio sekrecija sunormalėja anksčiau negu jos judra (motorika), todėl pirmomis paromis po operacijos iškyla turinio susitvenkimo virškinamojo trakto kanale ir žarnyno kompresijos pavojus.
- Plonosios žarnos judra po operacijos sunormalėja esant neužleistam *ileus* po 2–3 parų, o užleistam (su žarnos pareze) – po 4–5 parų.
- Atliekant pooperacinį enterodrenažą būtina drenuoti ir skrandį, abu zondus (žarnų ir skrandžio) išvesti pro **vieną nosies landą**, o kitą palikti laisvam kvėpavimui.
- Privalu tikrinti abiejų zondų pralaidumą ir aktyviai kas 3–4 valandas išsiurbti turinį iš plonosios žarnos ir skrandžio; negalima zondų palikti pasyviai (savaiminiam) turinio ištekėjimui.
- Veikiant abiem zondams, galima atlikti gastrolavažą – duoti gerti skysčio (pvz., karštos arbatos) ir išsiurbti turinį iš skrandžio; tai veiksminga profilaktikos priemonė, padedanti išvengti viršutinių kvėpavimo takų ir viršutinės virškinamojo trakto dalies komplikacijų.
- Būtina nuolatinė nosies landų LOR slauga.
- Pirmą parą po operacijos reikia 20–30 cm patraukti išorėn enterodekompresinį zondą, kad jis nepersilenktų ir būtų drenuojamas susitvenkęs žarnos turinys („balutė“) virš perforacinės zondo dalies.
- Enterodekompresinio zondo ištraukimo (ekstubacijos) klausimas sprendžiamas *ex concilio* (“ištraukus jau neįkiši”).
- Enterokstubacija atliekama etapais.
- Slaugytojus būtina iš anksto pagal planą supažindinti su pooperacinio enterodrenažo slaugos veiksmais ir priemonėmis.

### Plonosios žarnos operacinė intubacija: teigiami ir neigiami aspektai

Povilas Plevokas, Audrius Gradauskas,  
Aldona Mikaliūkštienė

*Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas*

Plonosios žarnos zondinė intubacija operacijos metu – operacinė enterointubacija, kaip ir kiekviena chirurginė intervencija, turi pranašumų ir trūkumų. Apžvelgę apie 2000 operacinių enterointubacijų, atliktų Lietuvos ligoninėse, pateikiame šiuos teiginius.

#### Pranašumai:

- Pirmasis operatoriaus veiksmas, kai pro laparotominį pjūvį išsiverčia išsipūtusios žarnų kilpos (ypač plonosios žarnos), yra zondinė enterodekompresija; ji padeda lengvai atlikti šias manipuliacijas pilvo ertmėje: *ileus* kliūtis pašalinimą, adheziolizę, įstrigusios žarnų kilpos ištraukimą, gangrenavusios žarnos rezekciją, pirminę ar apeinamąją anastomomę ir kt.
- Po enterodekompresijos, kai žarnų kilpos yra subliūskusios, operatoriui lengva užsiūti laparotominį pjūvį.
- Uždara zondinė enterodekompresija nesudaro sąlygų infekuoti pilvo ertmę.
- Palikus po operacijos enterodekompresinį zondą, galima atlikti pooperacinį enterodrenažą iki žarnyno judros susinorminimo.

Nesant galimybių operacijos metu atlikti uždara zondinę enterodekompresiją, chirurgui tenka ištuštinti plonąją žarną kitais būdais: a) pro enterotomą, b) pro rezekuojamą žarnos spindį „į kibirą“, c) „melžiant“ plonosios žarnos turinį į skrandį ar plonąją žarną. Blogiausiu atveju tenka užsiūti laparotominį pjūvį paliekant suspaustas žarnų kilpas pilvo ertmėje. Literatūros duomenimis, plonosios žarnos spindžio atvėrimas padidina pooperacinį mirštamumą ir sąauginės ligos pavojų.

#### Trūkumai:

- Operacinės zondinės enterodekompresijos komplikacijos: skrandžio gleivinės pažeidimas ir kraujavimas; zondo susisukimas skrandyje iki susidarant mazgui dėl per didelio zondo ilgio skrandyje; tuščiosios žarnos ties Treico raiščiu pažeidimas, kai *flexura duodenojejunalis* yra smailaus kampo.
- Pooperacinio enterodrenažo komplikacijos – viršutinių kvėpavimo takų uždegimas (rinitas, nazofaringitas, laringitas).
- Enterokstubacijos komplikacijos: viršutinės virškinamojo kanalo dalies užteršimas fekaliniu turiniu, vienkartinu būdu ištraukiant iš plonosios žarnos enterodekompresinį zondą; sunki arba neįmanoma enterodekompresinio zon-

do ekstubacija, kai susidaro ūmios ir agresyvios sąaugos tarp žarnų kilpų (fibroplastinis peritonitas), todėl tenka atlikti laparotomiją.

**Enterointubacijos komplikacijų profilaktika:**

1. Enterointubaciją turi atlikti chirurgas, susipažinęs su gydymo ypatumais ir priemonėmis (ED zondais); informacija šia tema yra internete: <http://www.dema.mf.vu.lt> ir leidinyje: Povilas Plevokas, Saulius Plevokas, Aldona Mikaliūkštienė. Enterodekompresija, VU leidykla, 2002.
2. Enterointubaciją reikia atlikti švelniai palpuojant virškinamojo kanalo sienelę, derinant chirurgo veiksmus su anesteziologu; atkėlus *colon transversus*, reikia *ad oculum* įvertinti *flexura duodenojejunalis* būklę ir jeigu jos kampas smailus, atlikti operacinę korekciją; zondo viršūnės prastūmimo pro *flexura duodenojejunalis* metodika yra pa-vaizduota pirmiau minėtame internetiniame tinklapyje ir leidinyje.
3. LOR higieninė slauga ir ankstyvas gėrimas (gastrolavažas) leidžia išvengti viršutinių kvėpavimo takų komplikacijų.
4. Gresiant fibroplastiniam peritonitui, pirmą parą po operacijos reikia patraukti zondą išorėn 40–50 cm, antrą parą – iki 1 m (viduje lieka 150 cm zondo ilgio) ir nelaikyti zondo ne ilgiau kaip tris paras.
5. Enterodekompresinio zondo ekstubaciją reikia atlikti etapais: kas 1–2 val. patraukti išorėn po 50 cm zondo, duodant ligoniui išgerti keletą gurkšnių skysčio, kad fekalinės priemaišos nusiplautų nuo distalinės zondo dalies.