

ISSN 1392-0995, ISSN 1648-9942 (online)

LIETUVOS CHIRURGIJA

Lithuanian Surgery

2005, 3(2), p. 137-155

Penktasis Lietuvos koloproktologų draugijos suvažiavimas

Pranešimų santrauka

Lietuvos koloproktologų draugija

Vilnius, 2005 m. gegužės 5-6 d.



Gerbiami kolegos

Labai džiugu pasveikinti visus penktojo, jubiliejinio Lietuvos koloproktologų draugijos suvažiavimo, vyksiančio 2005 metų gegužės 5–6 dienomis Vilniuje, dalyvius. Neatsitiktinai šio suvažiavimo vieta yra pati Vilniaus širdis, Gedimino prospekte esantis NOVOTEL VILNIUS viešbutis. Galima tikėtis, jog pavasarinis Vilniaus oras prisidės ir prie puikios visų nuotaikos, darbingos renginio atmosferos.

Nemaža laiko prabėgo nuo pirmojo mūsų draugijos suvažiavimo, kuris vyko Kaune 1993 metų rugsėjo 23–24 dienomis. Malonu žvelgiant atgal matyti didelį ir vaisingą prof. Vytauto Zyko (LKD prezidentas 1993–2002) indėlį į šios draugijos raidą. Svarbu ne tik metai, bet ir nepaprastai greita mūsų nedidelės šalies plėtra, kuri neabejotinai susijusi ir su mūsų specialybės gydytojų gyvenimu. Juk iš pradžių tarsi nebuvo nieko, o šiandien jau turime koloproktologijos specialybės gydytojo sertifikavimą, koloproktologijos poskyrius įvairiuose miestuose, vis daugiau šia specialybe kryptingai besidominčių gydytojų. Mūsų draugija, ko gero, tapo aktyviausia medicinos draugija Lietuvoje tarptautinių seminarų bei kitokio pobūdžio renginių gausa.

Tiek Lietuvos integracija į Europos Sąjungą, tiek vis spartesnis informacijos srautas ir būtinybė ją keistis į mūsų suvažiavimą sutraukė daug svečių iš užsienio šalių: Danijos, Švedijos, Suomijos, Vokietijos, Didžiosios Britanijos, Vengrijos, Slovakijos, Kroatijos, Rusijos ir net Šri Lankos.

Senas persų posakis „Pendore nik, goftore nik, kerdore nik“, reiškiantis „Galvok gerai, sakyk gerai, daryk gerai“, buvo mano trejų metų prezidentavimo nuostata. Viliuosi, ši nuostata ir toliau lydės mūsų draugijos veiklą.

*Pagarbiai –
dr. Narimantas Evaldas Samalavičius,
Lietuvos koloproktologų draugijos prezidentas*

1

Ultrasonography versus CT and MRI imaging in colorectal disease

Lucas Greiner, MD

Wuppertal/Germany

E-mail: lgreiner@wuppertal.beli-os-kliniken.de

Looking into the abdomen is possible not only by endoscopy, but even better by means of ultrasonography. Multiplane sectional imaging in realtime fashion with a resolution capacity not achievable by any other imaging modality, combined with a maximum of ease in application and in learning – all this makes clinical ultrasonography the method of primary choice in addition to physical examination. This is true in routine cases of any abdominal disorder and in gastrointestinal emergencies of all kinds even the more. All data of the patient’s history can be integrated at once. Moreover, clinical realtime ultrasonography is safe (no irradiation hazard) and uniquely cost-effective, repeatable even as a bedside method, and without any waiting list.

The enormous amount of immediate information rendered by clinical ultrasonography in a given patient has become an indispensable tool for the active internist and gastroenterologist not only in Europe.

In routine workup of patients, the ultrasound insight into the abdomen depicts easily normal and pathological anatomy, including realtime information concerning the normal or hindered flow of liquids, and indicating the source of and the reason for localized pain, masses, or impaired organ functions.

One can simply see the outer margins and dimensions of the parenchymatous organs (liver, pancreas, kidneys, spleen, and lymphnodes) as well as their internal structure (“echopattern”) with respect to normal appearance or either diffuse or localized (focal) pathology. In addition, all fluid-containing structures in the abdomen are simply visualized by ultrasound: bile juice or urine-containing bladders and vessels such as intra- and extrahepatic bile ducts, the gallbladder, or the ureter and the urinary bladder; blood-containing vessels of all types; and the pancreatic juice-containing main pancreatic duct as well as pathological fluid collections such as ascites, pleural effusions, empyema, or abscess formations. Even the intestinal structures of the terminal esophagus, stomach, small and large intestine are good targets for ultrasound examination and evaluation of their peristalsis, contents, and wall structures.

The beneficial role of clinical ultrasonography becomes especially prominent in the workup of patients with colorectal disease or benign of malignant origin. This holds especially true once a comparison is made between the different sectional imaging modalities – ultrasound (US), computed tomography (CT),

and magnetic resonance imaging (MRI), – a comparison with respect to the ease of application, resolution quality, dynamic criteria, and the overall cost-effectiveness. The results of such a comparison are summarized in Table.

Table. Comparison of ultrasonography, CT and MRI

	US	CT	MRI
Plane	multiple	mono	duo/tri
Resolution	Mm	0.5 cm	cm
Zoom	++	(+)	(+)
Realtime	+	∅	∅
Motility	+++	∅	∅
Elasticity	+++	∅	∅
Perfusion	+++	++	+
Intervention	+++	+	+
Ease	+++	+ - ∅	+ - ∅
Information load	+++	++	++
Cost-effectiveness	++++	+	(+)

So, in my opinion, every modern physician – even the visceral surgeon – should not only be able to look with one eye merely – the endoscope – into the abdomen. He must be able to make use of the other – and sometimes more teaching – eye as well, which is ultrasonography.

And don’t say it is too difficult to learn – this is not true, every medical doctor can learn ultrasonography; don’t say it is too time-consuming – this will reimburse rapidly (as it is true from the economic viewpoint, too); don’t say that CT scanning or MRI are better – this is as a rule not the case in most patients (see Table 1); don’t say these other imaging modalities are less user-dependent – this is false, too.

Clinical ultrasonography is indispensable for quick decision-making in the next diagnostic and therapeutic steps needed in a given patient. They will benefit markedly from the ease, safety, repeatability and diagnostic value of the ultrasound way to look into the abdomen with a clinician’s responsibility and integrative understanding. Just do it.

2

Laparoskopinė storosios žarnos vėžio chirurgija: VUL SK Pilvo chirurgijos centro pirmoji patirtis

Kęstutis Strupas, Paulius Žeromskas, Eligijus Poškus

Įvadas / tikslas. Pasaulyje pirmosios laparoskopinės storosios žarnos operacijos padarytos 1991 m. Šis būdas vis plačiau naudojamas gydant storosios žarnos vėžį dėl pakankamo radikalumo, mažos operacinės traumos, trumpos pooperacinės reabilita-

cijos. Pirmoji videoasistuojamoji storosios žarnos rezekcija VUL SK pilvo chirurgijos centre buvo padaryta 2003 10 03. Darbo tikslas – pasidalyti pirmąją patirtimi.

Ligoniai ir metodai. Operacijoms buvo atrinkti 6 pacientai endoskopiškai diagnozavus ir histologiškai patvirtinus riestinės (gaubtinės) ir tiesiosios žarnos naviką. Amžiaus vidurkis – $70,6 \pm 8$ metų (60–76 m). Operuoti keturi vyrai ir dvi moterys. KOLONOSKOPISKAI navikas buvo $32,2 \pm 18,2$ cm (14–60 cm) gylyje.

Rezultatai. Vienam pacientui padaryta konversija (16,7%). Operacijos metu rastas lienalinio kampo T4 perforavęs navikas. Keturiems pacientams sėkmingai padaryta videoasistuojamoji riestinės žarnos rezekcija suformuojant descendorektostomą, vienam – priekinė tiesiosios žarnos rezekcija. Vienam pacientui kitą parą daryta relaparotomija dėl difuzinio kraujavimo iš visų operacinių žaizdų (ligonis sirgo lėtine mieloleukemija ir krešumo rodikliai buvo blogi). Dviem atvejais reikėjo intraoperacinės kolonoskopijos tumoro lokalizacijai nustatyti (1,2 cm skersmens, T1; 3 cm skersmens, Tis). Prevencinė ileostoma nedaryta, nes oro mėginiai buvo neigiami. Navikas pašalintas vidutiniškai per $8,3 \pm 3,7$ cm (5–12 cm) mini laparotominių pjūvių. Dviem pacientams anastomozė suformuota ranka, keturiems – aparatu. Operacijos trukmė – vidutiniškai 216 ± 74 min (135–330 min). Pirmas pasituštėjimas – trečią ir ketvirtą pooperacinę parą. Po operacijos ligoniai buvo ligoninėje 7 ± 2 dienos (5–9). Po konversijos ir laparotomijos ligoniai stacionare gulėjo vidutiniškai 13 dienų. Pooperacinių komplikacijų nebuvo.

Išvados. Laparoskopinės storosios žarnos operacijos – nauja ir pažangi metodika Lietuvoje. Po laparoskopinių storosios žarnos operacijų pacientai trumpiau gydomi stacionare. Laparoskopinėms storosios žarnos operacijoms būtina tiksli priešoperacinė diagnostika ir atidi ligonių atranka.

3

Storosios žarnos išplovimas operuojant obstrukcinį žarnų nepereinamumą, sukeltą kairės gaubtinės žarnos dalies ar tiesiosios žarnos vėžio

Narimantas Evaldas Samalavičius, Tomas Poškus,
Loreta Lapinaitė, Antanas Vaitkus, Gintautas Radžiūnas,
Romanas Kęstutis Drąsutis

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo
III abdominalinės chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyris*

Tikslas. Išnagrinėti chirurgijos skyriuje 1996 02–2005 02 taikyto storosios žarnos išplovimo ir pirminės žarnos jungties formavimo dėl kairės storosios žarnos dalies ar tiesiosios žarnos obstrukcijos sukulto žarnų nepereinamumo rezultatus.

Ligoniai ir metodai. Nuo 1996 m. vasario iki 2005 m. vasario operuota 16 ligonių dėl sigmoidinės gaubtinės (11), gaubti-

nės nusileidžiančiosios (1) ir tiesiosios žarnos (4) vėžio sukulto žarnų nepereinamumo. Operacijos metu jiems buvo atliktas storosios žarnos išplovimas, atitinkamos žarnos dalies rezekcija ir pirminė jungtis. Visiems taikyta standartinė metodika storajai žarnai išplauti: pašalinus kirmėlinę ataugą, per jos bigę į akląją žarną buvo įkišamas Folley kateteris; mobilizavus blužninį linkį ir nusileidžiančiąją gaubtinės žarnos dalį iki nepereinamumą sukėlusio auglio, žarna buvo atskiriama ties distaline rezekcijos riba, nuleidžiama pacientui iš kairės už operacinio lauko ribų ir aukščiau auglio įkišus į žarną standų gofruotą vamzdelį išplaunama iki švaraus vandens 10–15 litrų fiziologinio tirpalo. Operuoti 13 vyrų ir 3 moterys, amžius – 34–84 metai, vidurkis – 66 metai. Storosios žarnos vėžio stadija pagal TNM klasifikaciją 4 atvejais buvo II, 10 atvejų – III ir 4–IV. Septyniems ligoniams buvo atlikta sigmos rezekcija, vienam – paliatyvi priekinės tiesiosios žarnos rezekcija, dviem – visišką mezorektalinę eksciziją su Turnbull ileostomija, vienam – dalinė mezorektalinę eksciziją, penkiems – kairė hemikolektomija. Žarnos jungtis suformuota mechaniniu žarnos siuvimo aparatu (3) ar pavienėmis vieno aukšto 2.0 vikriolo siūlėmis (13).

Rezultatai. Po operacijos nė vienas ligonis nemirė. Pooperacinė eiga komplikavosi 3 (18,7%) pacientams. Vienam pacientui 7-ą parą po sigmoidinės gaubtinės žarnos rezekcijos pasirodė žarnų turinys ir susiformavo infiltratas pagal dreną, įkišto į Duglaso ertmę ir išvesto kairėje pašonėje, eiga; taikant antibakterinę terapiją ir aktyvų siurbimą pro dreną, ligonis pasveiko be operacijos. Kitam ligoniui po operacijos atsirado sąauginio žarnų nepereinamumo klinika, ir jis buvo pakartotinai operuotas dėl pilvo ertmės infiltrato, suformuojant apeinamąją jejunotransversinę jungtį. Vienam ligoniui supūliavo žaizda. Hospitalizacijos trukmė buvo 10–34 paros, vidutiniškai 17 parų. Dviem ligoniams iš 14 buvo sudaryta prevencinė ileostoma, nors obstrukcijos požymių nebuvo. Abiem šios stomos sėkmingai likviduotos praėjus 3 mėnesius po operacijos.

Išvados. Storosios žarnos išplovimas operacijos metu, jei yra obstrukcinis žarnų nepereinamumas, sukeltas kairės gaubtinės žarnos dalies ar tiesiosios žarnos vėžio, yra saugi metodika, todėl siūloma kaip alternatyva kelių etapų operacijai.

4

The impact of surgical techniques on the outcome of complicated Crohn's disease

Á. Balogh MD, PhD, DSc, FACS

Szeged University, Medical Faculty, Department of Surgery

Author gives an overview of 98 cases of complicated Crohn's disease operated on in a 10-year period at the Surgical Department of the Szeged University. 125 surgical interventions were performed for the treatment of these patients. Of the operations, 65% were primary and 35% repeated interventions. These op-

erations were a kind of resective procedures in 88%, and only 8% of them were stricturoplasties. Their results prove that the preference of resective procedures for the surgical treatment of complicated Crohn's disease is a correct strategy, because: 1) stricturoplasty is justified in cases of isolated short segment chronic fibrotic stenosis, which occurs only in 6–8% of all cases, 2) there is no "aggressive subtype" of Morbus Crohn resulting in a frequent incidence of short bowel syndrome due to repeated resections, 3) the incidence of on-site cancer after stricturoplasties is 8%, 4) reoperations after stricturoplasties are difficult and show a rather high complication and mortality rate, 5) the reoperation-free period after stricturoplasty is much shorter than the one after resective intervention, 6) the real indication for stricturoplasty in our material has been 8%, and 7) no case of short bowel syndrome occurred.

5

Tiesiosios žarnos iškritimo gydymas

Tomas Poškus, Narimantas Evaldas Samalavičius, Loreta Lapinaitė, Romanas Kęstutis Drašutis

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Centro filialo III pilvo chirurgijos skyrius*

Įvadas / tikslas. Tiesiosios žarnos iškritimui gydyti siūlomos įvairios operacijos. Pagrindiniai pasirinkimo kriterijai – pilvo ar tarpvietės operacija, recidyvų skaičius, funkciniai rezultatai, operacijos saugumas.

Darbo tikslas – įvertinti ankstyvuosius tiesiosios žarnos iškritimo gydymo rezultatus.

Ligoniai ir metodai. 1999–2004 metais Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo Chirurgijos skyriuje dėl tiesiosios žarnos iškritimo gydyta 18 ligonių – 12 moterų ir 6 vyrai. Ligonų amžius – 19–94 metai. Šešiolika ligonių operuota dėl pirminio tiesiosios žarnos iškritimo, 2 – dėl iškritimo recidyvo. Atlikta 12 tarpvietės operacijų: 11 – *Delorme* būdu ir 1 – *Altemeier* būdu. Šešios operacijos buvo intraabdominalinės: 1 – laparoskopinė rektosakropeksija, 5 – ventralinės rekto(kolpo)sakropeksijos mersileno tinkleliu.

Rezultatai. Stebėjimo laikotarpiu nustatytas vienas iškritimo recidyvas praėjus 1,5 metų po *Delorme* operacijos, ligonė buvo operuota pakartotinai ir padaryta operacija *Altemeier* būdu. Pooperacinis laikotarpis be komplikacijų visiems, išskyrus vieną ligonį, kuriam po laparoskopinės operacijos buvo ūmus šlapimo susilaikymas, kuris gydytas šlapimo pūslės kateterizavimu, ligonis pasveiko ir išrašytas namo.

Išvada. Mūsų pasirinkta tiesiosios žarnos iškritimo gydymo taktika yra saugi ir veiksminga.

6

Ligonų, operuotų nuo žarnų piktybinių navikų, sveikatą gražinamasis gydymas sanatorijoje

V. Mitalienė¹, A. Mituzaitė¹,
L. Patinskienė¹, R. Garalevičius²

¹Birštono „Tulpės“ sanatorija; ²Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centras

Įvadas. Storosios žarnos vėžys yra labiausiai paplitęs iš visų virškinimo trakto navikų. Daugiau kaip pusė navikų būna tiesiojoje ar riestinėje žarnoje, apie ketvirtadalis – dešiniojoje storosios žarnos dalyje. Klinika priklauso nuo naviko lokalizacijos, jo morfologinės struktūros, išplitimo. Nustačius storosios žarnos vėžio diagnozę, kiekvienu atveju reikia nuspręsti, ar naviką galima išoperuoti, kadangi vienintelis radikalus gydymas – chirurginis, šalinant naviką ir žarnos dalį, turinčią bendrą su juo kraujotaką, pasaitą ir drenuojančius limfos takus. Todėl dažniausiai tenka atlikti kolektomiją: dešiniąją – kai yra aklosios, kylančiosios gaubtinės žarnos dalies, dešiniojo kampo navikas; kairiąją – tai yra nusileidžiančiosios ir viršutinės riestinės gaubtinės žarnos dalies, kairiojo kampo navikas. Kai kurių naviko lokalizacijų atvejais atliekama segmentinė žarnos rezekcija. Praėjus kelioms dienoms po operacijos, jei pooperacinis laikotarpis sklandus, ligoniai gali būti siunčiami tęsti gydymą sanatorijoje.

Tikslas. Apibūdinti, kokie onkologiniai ligoniai ir po kokių žarnų operacijų siunčiami sveikatą gražinamajam gydymui į sanatoriją, kokiais metodais jie čia gydomi ir kokių gydymo rezultatų pasiekiami.

Ligoniai ir metodai. Retrospektyviai analizei atrinkome 53 ligos istorijas pacientų, kurie 2004 metais buvo operuoti nuo žarnų piktybinių navikų ir paskui nusiųsti gydytis į Birštono „Tulpės“ sanatoriją. Nagrinėjome šių ligonių amžių, lytį, diagnozę, atliktą pilvo operaciją, sanatorijoje skiriamo gydymo būdus ir jų veiksmingumą.

Rezultatai. Pagal ligos istorijų duomenis, iš analizuojamų 53 asmenų 29 (55%) buvo moterys ir 24 (45%) vyrai. Didžioji dauguma – 40 (75%) – buvo 50–80 metų amžiaus. Prieš operaciją 18 (34%) ligonių buvo diagnozuotas riestinės žarnos vėžys, 13 (24,3%) – kylančiosios gaubtinės žarnos dalies vėžys, 10 (19%) – aklosios žarnos vėžys, 5 (9,4%) – skersinės gaubtinės žarnos dalies vėžys, 4 (7,6%) – nusileidžiančiosios gaubtinės žarnos dalies vėžys, 3 (5,7%) – kairiojo kampo vėžys. 25 (47%) ligoniams atlikta dešinioji kolektomija, 13 (24,3%) – riestinės žarnos rezekcija, 12 (23%) – kairioji kolektomija, 3 (5,7%) – skersinės žarnos rezekcija.

Septintą–dešimtą dieną po operacijos ligoniams atvykus į sanatoriją, diferencijuotai buvo skiriamas gydymo kompleksas, kurį sudarė gydymas dieta, farmakoterapija, fitoterapija, kineziterapija, gydomasis masažas, psichoterapija, operacinės žaizdos priežiūra. Gydymo dieta tiksliai buvo šie: pakankamas kaloringumas,

baltyimų, vitaminų kiekio padidėjimas, augalinių skaidulų, saldaus pieno produktų, žalių nevirtų daržovių ir vaisių kiekio sumažinimas, įvairių kruopų košių, avižų nuoviro vartojimas. Vaistai būdavo skiriami esant indikacijų, saikingai. Fizinio aktyvumo ir raumenų tonuso grąžinimui ligoniams skirta gydomoji fizinė kultūra ir masažas. Ypatingas dėmesys buvo kreipiamas į paremiamąją ir pozityviąją psichoterapiją, kuri ligoniams padidino viltį, pasitikėjimą savimi, skatino bendrauti su aplinkiniais. Sanatorijoje operacines žaizdas ligoniams užgydavo pirminiu būdu, prireikus žaizdų priežiūra ir gijimo klausimais konsultuodavo sanatorijos koloproktologas. Informaciją ligoniams aktualiais klausimais suteikdavo sanatorijos socialinis darbuotojas. Įvairiapusiškas gydymas ir gera priežiūra pagerino ligonių savijautą, nuotaiką, jie priaugo svorio, sumažėjo anemizacija.

Išvados. Sveikata grąžinamajam gydymui po operacijos į sanatoriją siunčiami onkologiniai ligoniai yra vyresnio amžiaus, dažniausiai sergantys riestinės ir kylančiosios gaubtinės žarnos vėžiu. Jiems paprastai būna atliktos dešinioji arba kairioji kolektomijos, žarnų rezekcija. Po gydymo sanatorijoje ligonių sveikatos būklė pagerėdavo, ligos ir operacijos sutrikdytos jų organizmo funkcijos atsitaisydavo greičiau.

7

Ne pofekcinis ir pofekcinis dirgliosios žarnos sindromas

R. Garalevičius, I. Trečiokaitė, I. Vaišnorienė

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centras*

Įvadas. Infekcijos ir uždegimo reikšmei sergant funkcinėmis žarnų ligomis pastaraisiais metais skiriama daug dėmesio. Net ir neženklaus žarnos uždegimas gali keisti jos motorinę ir sensorinę funkcijas. Psychoneurozinė predispozicija taip pat modifikuoja žarnos sensomotoriką.

Dirgliosios žarnos sindromas patogeneziskai gali turėti ryšį su ankstesne žarnų infekcija arba jo neturėti, t. y. būti pofekciniu arba ne pofekciniu.

Tikslas. Išanalizuoti ne pofekcinio dirgliosios žarnos sindromo (NPI-DŽS) ir pofekcinio dirgliosios žarnos sindromo (PI-DŽS) klinikos ir diagnostikos ypatumus.

Ligoniai ir metodai. Santariškių klinikų stacionare 28 mėnu tirtiems ligoniams buvo diagnozuotas NPI-DŽS, 32 – somatinės virškinimo ligos (SVL), t. y. opaligė, gastritas, kolitas, hepatitas, pankreatitas. Kitą tiriamųjų grupę sudarė atlikę retrospektyvią 286 ligonių, kuriems buvo diagnozuotas dirgliosios žarnos sindromas (DŽS), ligos istorijas; pagal jų duomenis turėjome pagrindo įtarti, jog šie ligoniai sirgo PI-DŽS.

NPI-DŽS ir SVL sirgusiems ligoniams nustatytus simptomus vienodiniame sugrupuodami į skausmo, skrandžio dispepsijos,

žarnų dispepsijos ir neurozinį sindromus. Jų intensyvumą vertinome balais. Šių grupių ligoniams dar tyrėme neurovegetacinius rodiklius – sensomotorinės reakcijos į šviesą ir garsą latentinius periodus (SMRLP) ir vegetacinį rodiklį (VR) pagal Kerdio sukurtą metodiką. Patologinių sindromų intensyvumas ir neurovegetaciniai rodikliai buvo nustatomi ir įvertinami prieš stacionarinį gydymą ir po jo. Iš tolesnei analizei atrinktų 66 pacientų ligos istorijų išrinkome ir įvertinome duomenis apie ligonio nurodytą buvusią žarnų infekciją, nustatytus endoskopinius, patologinius histologinius, žarnų mikrofloros ir kitus pokyčius.

Rezultatai. NPI-DŽS ir SVL grupių daugumai ligonių skausmo, dispepsijos ir neurozinio sindromų intensyvumas po gydymo sumažėjo, labiau tiems, kurie vartojo vaistus, slopinančius spazmus (otilonijaus bromidą) ir nerimą (alprazolamą). Daugelio ligonių neurovegetacinių rodiklių buvo teigiama dinamika.

PI-DŽS sirgusiųjų klinikiniai duomenys parodė, jog 19 (6,6%) tiriamųjų DŽS pradžią siejo su ūmine žarnų infekcija – bakterine, pirmuonių, grybų, maisto toksikoinfekcija. Ne visų ligonių, kuriems atlikta kolonoskopija, storosios žarnos gleivinė rasta nepakitusi. Kartais buvo matoma paburkusi, paraudusi gleivinė, hipermijos židiniai, polipai, divertikulai ir kitokie pokyčiai. Dalies bioptatų, paimtų iš storosios žarnos gleivinės, mikroskopija parodė įvairaus pobūdžio infiltraciją – mono- ir polimorfonuklearinę, limfoplazmocitinę ir kitokią. Atliekant bakteriologinius išmatų tyrimus rasta nemažai disbiozinių ir kitokių žarnų mikrofloros pokyčių. Fekalijų pasėliuose augo įvairūs patogeninių mikroorganizmų štamai: klostridijos, klebsielės, pseudomonos, ir kiti, taip pat *Candida* grybai, *Blastocystis hominis*, *Lambliia intestinalis* ir pan.

Išvados. Funkcinei žarnų patologijai priklausantį dirgliosios žarnos sindromą galima ir reikia skirstyti į NPI-DŽS ir PI-DŽS tipus. Jiems abiem būdingas visceralinis hipersensityvumas, intencinės motorikos disfunkcija, nerimo, depresijos simptomai. PI-DŽS atveju galimas įvairių simptomų bei sutrikimų atsiradimo ir išlikimo ryšys su anksčiau persirgta ūmine žarnų infekcija ir esamais neženkliais storosios žarnos sienos pataloginiais struktūriniais bei žarnų turinio disbioziniais pokyčiais. Į visa tai svarbu atsižvelgti diagnozuojant ir gydant dirgliosios žarnos sindromą.

8

Parasimpatinės nervų sistemos morfologijos ir aktyvumo svarba divertikuliozės patogenezėje

Žilvinas Saladžinskas, Dainius Pauza, Olegas Deduchovas

Kauno medicinos universiteto klinikos, KMU Anatomijos institutas

Įvadas. Pastaraisiais metais atliekami klinikiniai ir laboratoriniai tyrimai įrodo cholinerginio aktyvumo sutrikdymo svarbą divertikuliozės vystymuisi, tačiau šių procesų mechanizmas dar neaiškus.

Tikslas. Ištirti parasimpatinės nervų sistemos ir lygiųjų raumenų vaidmenį divertikuliozės patogenezėje.

Metodas. Preparatai buvo paimti iš dvidešimties pacientų pašalintos storosios žarnos. Preparatą sudarė apie 10 cm ilgio fragmentas, rezekuotas 10–15 cm atstumu nuo rektosigminės jungties. Ligoniai buvo operuoti nuo neobstrukcinių navikų, arba divertikuliozės. Į tyrimą nebuvo įtraukti divertikulitų, uždegiminių žarnų ligų, pagalbinės radioterapijos atvejai. Per 1–3 val. preparatai buvo paruošti ir fiksuoti paraformaldehido tirpale 2 val. 4 °C temperatūroje. Vėliau preparatai buvo dažomi acetilcholinesterazės išryškavimo metodu. Makropreparatai buvo fotografuojami ir, naudojantis *Image Tool* programa, analizuojamas parasimpatinis nervinis tinklas, jo struktūra ir tankis tam tikrame plote vienetu. Paimti mikropreparatai elektroniniam mikroskopiniam tyrimui. Duomenys apdorojami naudojant SPSS paketą. Reikšmingu laikomas skirtumas, kaip $p < 0,05$.

Rezultatai. Eksperimentas vykdomas. Gauti pirmieji normalios ir divertikuliozės pažeistos žarnos tyrimo duomenys.

9

Dinaminės defekografijos rezultatai

N. Nepomniaščaja¹, D. Rutkauskaitė¹,

J. Dementavičienė¹, P. Žeromskas²

¹ *Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Radiologijos centras,* ² *VUL SK Pilvo chirurgijos klinika*

Tikslas. Įvertinti darbo rezultatus ir pasidalyti pirmą patirtimi tiriant ligonius, kuriems yra tuštinimosi sutrikimų. Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Radiologijos centre nuo 2003 m. ligoniams, įtarus obstrukcinę defekaciją, atliekami dinaminės defekografijos tyrimai.

Ligoniai ir metodai. 2003–2004 m. tirta 116 ligonių (103 moterų, 26–81 metų, ir 13 vyrų, 46–69 metų). Fluoroskopijai, fluorografijai ir dinaminei fluorografijai naudoti skaitmeniniai rentgenodiagnostikos aparatai ICONOS 200. Ligoniai buvo ruošiami kaip įprastiniam kontrastiniam storosios žarnos tyrimui. Gulimoje padėtyje retrogradiškai kontrastuota tiesioji žarna Bario sulfato suspensija, suleidžiant 0,2–0,5 l kontrastinės medžiagos ir kontroliuojant procedūrą fluoroskopu. Ligoniu gulint, sėdint ir stovint padaromos dviejų krypčių nusitaikomos tiesiosios žarnos fluorogramos ramybės metu, stanginant ir tuštinantis, o tuštinimosi metu – dinaminė fluorografija.

Rezultatai. Tirtiems ligoniams diagnozuotos šios ligos: 90 ligonių – rektocelės, 7 – tiesiosios žarnos vidinis iškritimas, 3 – tiesiosios žarnos vienos sienos gleivinės vidinis prolapsas, 37 – tarpvietės nusileidimas, 23 – sigmoidocelės, 13 – dolichosigmos, 6 – riestinės žarnos divertikuliozė, 2 – rektosigminio kampe navikai. Keli patologiniai pokyčiai rasti 69 ligoniams. Dešimčiai ligonių patologijos nebuvo.

Išvados. Dinaminė defekografija – informatyvus rentgenologinis tyrimas, padedantis diagnozuoti funkcinis tarpvietės ir distalinės storosios žarnos dalies sutrikimus. Kliniškai įtarta obstrukcinė defekacija rentgenologiškai patvirtinta 91,4% pacientų. Daugumai pacientų diagnozuoti keli tarpvietės ir distalinės storosios žarnos dalies patologiniai sutrikimai. Tiriant pacientus būtina glaudžiai bendradarbiauti radiologams ir chirurgams.

10

Rektocelės transanalinė korekcija

Narimantas Evaldas Samalavičius, Tomas Poškus,

Loreta Lapinaitė, Antanas Vaitkus,

Gintautas Radžiūnas, Romanas Kęstutis Drąsutis

Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo III abdominalinės chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyris

Tikslas. Įvertinti transanalinės operacijos patirtį gydant rektocelę.

Ligoniai ir metodai. 2001 01–2005 01 chirurgijos skyriuje operuota 11 moterų, sergančių rektocelėmis. Joms buvo atlikta transanalinė korekcija. Jų amžius buvo 51–76 metai, vidurkis – 60 metų. Visos ligonės skundėsi pasunkėjusia defekacija, kuri palengvėja spaudžiant makšties priekinę sieną pirštu, pilnumu tiesiojoje žarnoje, nevisiško pasituštinimo jausmu, pilnumu tarpvietės srityje. Diagnozė patvirtinta digitalinio tyrimo metu ir defekografija. Visoms ligonėms prieš operaciją atlikta rektoskopija ir retrogradinė irigoskopija. Visoms daryta tipinė transanalinė korekcija: šalinant tiesios žarnos priekinės sienos gleivinę virš rektocelės ir gofruojant tiesiąją žarną atkuriamas rektovaginalinės fascijos bei tiesiosios žarnos sienos vientisumas.

Rezultatai. Pooperacinė eiga buvo sklandi visoms 11 operuotų ligonių. Hospitalizacijos trukmė – 3–8 paros, vidutinė – 4 paros. Praėjus dviem mėnesiams po operacijos visos ligonės apklaustos – obstrukcinės defekacijos simptomai išnyko, operaciją ligonės vertino gerai ir labai gerai.

Išvados. Transanalinė rektocelės korekcija buvo saugi ir funkciškai sėkminga gydant rektocelėmis sergančias ligones. Ji gali būti sėkmingai taikoma daliai atrinktų ligonių, turinčių šią patologiją.

11

Modern surgery in Crohn's disease

Gunnar Olaison, M.D., Ph.D.

Colorectal Surgery Unit, University Hospital, Linköping, Sweden

Medical maintenance treatment and limited resections, major treatment principles in Crohn's disease. Crohn's disease is truly chronic gastrointestinal illness. There is no causal treatment and neither medicine nor surgery provide cure. The

aim of all treatments is palliation, reducing the symptomatic load in a life-long perspective. While medicine and surgery are complementary treatments, limited surgery and medical maintenance treatment have emerged as major treatment concepts.

Indications for surgery are complications as stenosis, perforation or fistula. The most common indication for surgery is a symptomatic disease in spite of optimized medical maintenance treatment. In this situation, most patients have developed complications such as tight stenosis, perforations with abscesses, internal or external fistula, and escalated medical therapy is of no gain. In limited ileocaecal disease, primary surgical treatment by resection may be preferable; at diagnosis most patients have stenosis, and longterm results after a primary resection are good.

Patients in need of surgery should be early identified and prepared by normalizing their physiology before an operation. Complications are more common after abdominal surgery for Crohn's disease than after similar abdominal surgery. The major reason is the simple fact that patients come to operation because they are diseased. Established risk factors are a chronic systemic inflammation, abscess, fistula, corticosteroid treatment and malnutrition, all contributing to an impaired healing capacity with risks for anastomotic leaks. Immunosuppression with thioguanines as azathioprine or 6-mercaptopurine are also implicated as factors for impaired healing. Available information on new drugs as Infliximab (Remicade) is limited.

An intimate collaboration between gastroenterologists and surgeons is essential. Both need an understanding of what both medicine and surgery may do. Patients in need of surgery should be early identified before they have deteriorated, risking malnutrition and heavy steroid treatment. Immunosuppressive treatment should not be instituted on patients with complications as symptomatic stenosis, perforations and fistula. These complications should first be corrected by surgery.

The indications for surgery are often established first when the patient carries several risk factors. They are often able to reverse them by bowel rest. Nasogastric enteral feeding using formula diets has advantages compared to TPN and is almost as efficient as steroids to induce remission. The patient may be treated while at home. A treatment period of 6–8 weeks improves nutritional status, the intestinal and systemic inflammation may be reduced and steroids may be weaned off. Some patients do not tolerate a nasogastric sond or requires a longer period of treatment. Formula diets may then be given via percutaneous gastrostomy.

When patients at risk for impaired healing are operated on, they should have bowel ends exteriorized in a temporary stoma instead of an anastomosis. Some cases cannot be reversed from a state with several risk factors, or an operation is

emergent and cannot be postponed. In these cases anastomosis in the abdomen should be avoided. After a resection both bowel ends may be brought out in a common stoma. This facilitates the later reconstruction, which is done after a period when the patient is restituted, often 3 to 6 months. This operation may easily be done without a formal laparotomy, which means a minor operation for the patient, rendering a short hospital stay.

Limited resections of both the small bowel and the colon. Wide or limited resection is of no importance for need of repeated resections because of recurrent disease. Neither is microscopic residual inflammation of importance, and there is no need for frozen sections to histology at operation. Resection of macroscopically diseased intestine without margins is the major principle. Several centers have advocated that the whole colon should be resected also when only a segment is diseased. It has been proven that a limited resection of the colon does not increase recurrence rate or need of repeated resection, and similar principles should be applied when operating colonic disease as a small bowel disease. Patients do better after a segmental resection of the colon than after a colectomy. They have less symptoms, less diarrhea and an unaffected continence.

In a limited small bowel disease, i.e. less than 40 cm:s diseased bowel, the macroscopically diseased intestine is resected. In an extensive Crohn's disease, only stenotic parts are resected. In order to avoid wide resections stricturoplasties are considered when feasible. In Crohn's colitis similar principles are applied, and only macroscopically diseased intestine should be resected; stricturoplasties should not be used in the colon. Crohn's colitis has similar risks for cancer as ulcerative colitis, and strictures in Crohn's colitis should be resected.

Anal Crohn's disease should be treated by a moderately active attitude to surgery. Anal Crohn's disease occurs in 8–30% of the patients. The most feared are perianal abscess, fistula and anal stenosis. The attitude to surgery should be moderately active. Abscesses should be drained. When operating fistulas sphincters should not be cut. A few fistulas may be healed by lay-open or advancement flaps and the remaining may be efficiently drained by a chronic seton ligature. If perianal inflammation persists after drainage and seton, immunosuppression by thioguanines or Infliximab may further palliate. Using these approaches, only 2 of 42 patients (5%) treated for fistula over a 15 year period had a proctectomy and a permanent stoma.

Present treatment means that nine of ten patients live in remission or with only mild symptoms. Almost 400 patients surveilled at the University Hospital have been evaluated with a formalized index evaluating symptoms. Two patients operated on in the seventies had a short bowel syndrome necessitating parenteral support. Seventy percent were in clinical remission and twenty percent had mild symptoms. Patients in clinical

remission had a quality of life comparable to a population-based control group.

When surgery and medicine are integrated and used as complementary treatments, the majority of patients may live in clinical remission or with only minor symptoms. The risk of developing a short bowel syndrome is, with present treatment, almost abolished. The risk of having a permanent stoma is minimized and patients will live with a preserved anorectal function.

12

The evaluation of lymphatic spread and its significance for rectal cancer patients

I.V. Pravosudov, I.I. Aliev

*Petrov Research Institute of Oncology, St. Petersburg,
Russian Federation*

Aim. To indicate the incidence of lymph node involvement and to determine risk factors for it.

Methods. 281 patients with rectal cancer were admitted in this study. They all were treated by surgery without preoperative chemo- and radiotherapy. Data on tumor location, stage, morphology and follow-up were examined.

Results. The risk of lymph node involvement was 39%. There were no statistical differences in terms of gender and tumor location ($p > 0.005$). The risk was higher in patients under 40 years than in older age (63.6% vs. 36.6%) as the former suffered from poor differentiated tumors as compared with well differentiated tumors (50.0% vs. 18.7%) and tumor with the depth of invasion of T4 as compared with T1 (46.2% vs. 2.1%). A 5-year survival rate for N0 patients was 61.0%, for N1 – 47.0% and N2 – 17.0%.

Conclusions. The most significant factors for lymph node involvement were as follows: age, depth of invasion, grade of tumor differentiation. Important predictive factors for rectal cancer patients are the number of metastatic lymph nodes as well as their distribution along the regional arteries.

13

The burden of adhesions in colorectal surgery and a new solution for its prevention

Jyrki Kössi, M.D.

*Department Chief for Research and Education
Department of Surgery, Päijät-Häme Central Hospital,
Lahti, Finland*

Adhesions start with an injury, i.e. some sort of trauma. Surgery is one of the ways of traumatising the abdominal cavity.

The injury, together with some bleeding and inflammation, leads to the deposition of fibrin. Then one of the two events happens, depending on whether fibrinolysis occurs or not: either the adhesions disappear completely with perfect healing, or fibrous adhesions develop.

Minimising the problem. There are certain measures that can be taken during surgery to try and help prevent adhesions forming. These include maintaining a good blood supply, trying to minimise infection by not spilling the bowel content, using a careful handling technique, avoiding the tissues drying out by keeping them well lubricated, not using too much diathermy, and avoiding the use of materials with fibres. Despite these measures, adhesions are an almost inevitable consequence after major abdominal surgery. The SCAR study emphasised the particularly high risk of adhesion-related disease after colorectal surgery¹. The total costs of adhesion-related intestinal obstruction per year in a district hospital serving roughly 450 000 inhabitants was highest after colorectal surgery². The rate of reoperative surgery after initial colorectal surgery is high, with associated complications such as inadvertent enterotomy^{2,3}. Thus, there is a clear need for an effective, safe and cost-effective anti-adhesion agent to reduce the formation of adhesions in colorectal surgery.

Many regimens have been used with variable success to prevent adhesions. Icodextrin (Adept®) is a new and novel anti-adhesion agent for reducing adhesion formation. It is an easy-to-use, non-viscous solution of 4% icodextrin, which can be used as an irrigant and instilled both in laparoscopy and laparotomy. Unlike saline, Adept has the ability to remain in the peritoneal cavity over four or five days post-op. It works by hydroflotation, i.e. by the volume of fluid keeping the loops of bowel and other organs apart during this critical period when adhesions form. Adept has a very extensive safety profile, having been used in over 40,000 surgery patients, and has been shown to effectively reduce the extent, severity and incidence of adhesions^{4,5,6}. Although the final value of icodextrin in preventing adhesions after colorectal surgery has not been fully evaluated, it has been shown to be very promising.

References

1. Parker MC, Ellis H, Moran BJ et al. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 822–30.
2. Kössi JAO, Salminen PTP, Laato MK. *World J Surg* 2004; 28: 666–670.
3. Coleman MG, McLain AD, Moran BJ. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1297–9.
4. Van der Krabben AA, Dijkstra FR, Nieuwenhuijzen M et al. *Br J Surg* 2000; 87: 467–71.
5. Hosie K et al. *Drug Delivery* 2001; 8: 9–12.
6. diZerega GS et al. *Human Reprod* 2002; 17: 1031–8.

14

Muciną produkuojanti išangės kanalo liaukų karcinoma
(klinikinis atvejis)

Linus Venclauskas, Žilvinas Saladžinskas, Algimantas
Tamelis, Dainius Pavalkis

*Kauno medicinos universiteto klinikų
Chirurgijos klinika*

Tikslas. Pranešimo tikslas yra supažindinti su retu klinikišku atveju ir tiesiosios žarnos išangės fistulė kurio priežastis buvo išangės kanalo liaukų karcinoma.

Klinikinis atvejis. Ligonis operuotas nuo tiesiosios žarnos ir išangės fistulės. Anamnezės duomenimis, ligonis 5 kartus operuotas pasireiškus recidyviniam ūminiam paraproktitui. Paskutinė operacija atlikta prieš 3 mėnesius, po jos susiformavo fistulė. Atlikus fistulektomiją buvo paimtos fistulės kanalo nuograndos histologiniam tyrimui. Atsakymas: muciną produkuojanti adenokarcinoma G2. Atlikus dubens KT, endoskopinį tyrimą, pokyčių nerasta. Ligonis operuotas, atlikta tiesiosios žarnos ekstirpacija. Histologinio tyrimo išvada: išangės kanalo liaukų muciną produkuojanti adenokarcinoma pT2 N0 L0 V0 R0, G2. Aštuntą pooperacinę parą ligonis išrašytas į namus ir 3 mėnesius bus stebimas. Adjuvantinė chemoterapija netaikyta.

Išvada. Jei yra ilgai trunkanti ir recidyvinė tiesiosios žarnos ir išangės fistulė ar išangės pūlinys, būtina paimti fistulės nuograndų ar pūlinio turinio histologiniam tyrimui.

15

Anorektinių fistulių atsinaujinimo rizikos veiksniai

Algimantas Tamelis, Žilvinas Saladžinskas,
Igor Toker, Diana Zuikytė

Kauno medicinos universiteto Chirurgijos klinika

Tikslas. Įvertinti anorektinę fistulę turinčių ligonių gydymo 1998–2002 m. KMUK Chirurgijos klinikoje rezultatus; nustatyti recidyvų bei išangės raukų nepakankamumo dažnį, recidyvų ir išangės raukų nepakankamumo priklausomybę nuo rizikos veiksnių.

Metodai. Atlikta retrospektyvi 1998–2002 m. KMUK Chirurgijos klinikoje nuo anorektinės fistulės gydytų ligonių duomenų analizė ir prospektyvi ligonių apklausa anketiniu būdu (paštu ar telefonu). Statistinė duomenų analizė atlikta programų paketu *SPSS 10.0 for Windows*.

Rezultatai. 1998–2002 m. KMUK Chirurgijos klinikoje nuo anorektinės fistulės gydyti 176 ligoniai. Išsami duomenų analizė

atlikta 125 ligonių – 51 moters (40,8%) ir 74 vyrų (59,2%). Ligonų amžiaus vidurkis – 49 metai. Vidutinė ligos trukmė – 27 mėn. Pirminė anorektinė fistulė diagnozuota – 64 ligoniams (51,2%), recidyvinė – 61 (48,8%). Operacijos metu intasfinkterinis fistulės kanalas identifikuotas 51 (40,8%) atveju, transsfinkterinis – 49 (39,2%), ekstrasfinkterinis – 25 (20%). Vidinės fistulės angos lokalizacija 25 (20%) atvejais buvo priekinė, 12 (9,6%) – šoninė, 80 (64%) – užpakalinė ir 8 (6,4%) – neidentifikuota. Vidinės angos operacijos: 43 (34,4%) – fistulotomija, 53 (42,4%) – fistulektomija, 3 (2,4%) – laisva ligatūra, 7 (5,6%) – elastinė ligatūra, 19 (15,2%) – vidinės angos plastika.

Vėlyvieji rezultatai vertinti vidutiniškai po 36 mėn. Visiškai pasveiko 70 (56%) ligonių. Anorektinė fistulė atsinaujino 35 (28%) ligoniams, o išangės raukų nepakankamumas pasireiškė 35 (28%) ligoniams (vidutiniškai 1,7 balo pagal *Wexner* išmatų nelaiškymo skalę).

Statistinė analizė parodė, kad statistiškai reikšmingi anorektinės fistulės recidyvo rizikos veiksniai yra recidyvinė fistulė, ekstrasfinkterinis fistulės kanalas.

Statistiškai reikšmingų išangės raukų nepakankamumo rizikos veiksnių nerasta. Ši komplikacija buvo dažnesnė ligoniams, kurie buvo vyresni kaip 65 metų, taip pat jei fistulės kanalas ekstrasfinkterinis, operuojamos recidyvinės fistulės ir atliekama fistulektomija.

Išvados. Vėlyvieji anorektinių fistulių gydymo rezultatai yra nepatenkinami. Recidyvų dažnis didesnis atliekant vidinės fistulės angos plastiką, operuojant recidyvines fistules, taip pat tuo atveju, kai fistulės kanalas yra ekstrasfinkterinis. Statistiškai reikšmingų išangės sfinkterių nepakankamumo rizikos veiksnių nustatyta.

16

Išangės raukų funkcijos įvertinimas po anorektinės fistulės gydymo ligatūriniu būdu

D. A. Rusteikienė, R. Žemaitaitienė, A. Norvaišis

*Vilniaus miesto universitetinės ligoninės
Chirurgijos klinikos III abdominalinės chirurgijos skyrius*

Įvadas / tikslas. Transsfinkterinių ir ekstrasfinkterinių anorektinių fistulių populiariausias gydymo būdas yra fistulotomija su pjaunamąja ligatūra. Po šios operacijos įvairaus laipsnio raukų, funkcijos sutrikimas literatūroje skelbiamais duomenimis, pasitaiko nuo 0% iki 63% atvejų. Darbo tikslas – anketinės apklausos būdu įvertinti Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Chirurgijos klinikoje 2001–2002 m. gydytų nuo ūminio ir lėtinio paraproktito pjaunamąja ligatūra ligonių vėlyvų gydymo rezultatus, atsi-

žvelgiant į išangės raukų funkcijos pokyčius ir jų įtaką gyvenimo kokybei.

Metodas. Atlikta retrospektyvi 2001–2002 m. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės III abdominalinės chirurgijos skyriuje nuo ūminių anorektinių abscesų ir lėtinių anorektinių fistulių gydyto 121 ligonio, kuriam operacijos metu rastos transsfinkterinės – 113 (93,4%), ekstrasfinkterinės – 8(6,6%) fistulės, ligos istorijų analizė. Anketinės apklausos būdu įvertinti ligatūrinio metodu gydytų ligonių vėlyvi rezultatai, atsižvelgiant į Klivleno išmatų nelaikymo klasifikaciją (CCIS), praėjus 8–32 mėn. po operacijos. Ligoniai vertino savo dujų ir išmatų sulaikymo funkciją, lygindami ją su buvusiais iki operacijos.

Rezultatai. Iš 121 ligonio 100-ūi (82,6%) taikytas fistulotomijos su pjaunamąja ligatūra metodas (ūminiai paraproktitai – 83, lėtiniai – 17), 96 iš jų išsiųstos anketos. Gauti 49 (51%) atsakymai. Iš atsakiusiųjų 26 (53,1%) ligoniai raukų funkcija nesiskundė (CCIS 0 balų – puiki kontinencija), iš jų 21 vyras (nuo 21 iki 64 m., amžiaus vidurkis 45,3 m.), 5 moterys (nuo 40 iki 73 m., amžiaus vidurkis 57,7 m.).

Kiti 23 (46,9%) turėjo skundų, iš jų 17 vyrų (nuo 34 iki 71 m., amžiaus vidurkis – 53,8 m.), 6 moterys (nuo 25 iki 73 m., amžiaus vidurkis 43,6 m.).

Gera kontinencija (CCIS 1–7 balai) buvo 19 (38,7%) ligonių, iš jų 14 vyrų, 5 moterų. Vidutinė inkontinencija (CCIS 8–14 balų) konstatuota 2 (4,1%) ligoniams (2 vyrams).

Sunki inkontinencija (CCIS 15–20 balų) konstatuota 2 (4,1%) ligoniams (1 vyrui ir 1 moteriai). Šios 44 m. amžiaus moters, operuotos nuo užpakalinės transsfinkterinės fistulės, objektyvūs apžiūros duomenys neatitiko subjektyvių anketoje parašytų skundų. Apžiūros metu jai konstatuota gera kontinencija.

Visiškos inkontinencijos (CCIS 21 balas) atvejų nebuvo.

Anketų duomenimis, palyginome gydymo priekine ir užpakaline pjaunamąja ligatūra rezultatus. Priekinė ligatūra naudota 21 atveju, užpakalinė – 28 atvejais. Įvairaus laipsnio raukų funkcijos sutrikimus nurodė 8 (38,1%) ligoniai, kuriems uždėta priekinė ligatūra ir 15 (53,6%) – užpakalinė ligatūra.

Išvados. Ligtūrinis sfinkterių nuoseklus perpjovimo metodas yra radikalus būdas gydyti transsfinkterinę ar ekstrasfinkterinę anorektinę fistulę tiek ūminio, tiek lėtinio pūlinio atveju, atitinkamai reguliuojant ligatūros išsipjovimo laiką. Ligtūros padėtis raukų funkcijai didesnės įtakos neturi. Subklinikinis raukų funkcijos silpnumas gali pasitaikyti daliai kliniškai sveikų žmonių, ypač vyresnių. Būtina kruopščiai surinkti anamnezę, siekiant išsiaiškinti raukų silpnumo požymius iki operacijos. Mūsų chirurgijos klinikoje ligtūrinio metodu operuotų ligonių anketų duomenimis, vidutinė ir sunki inkontinencija pagal CCIS yra 8,2%.

Nekrozinis fascitas: ischiorektinių abscesų komplikacija

D. A. Rusteikienė, R. Žemaitaitienė, A. Norvaišis

*Vilniaus miesto universitetinės ligoninės
Chirurgijos klinikos III abdominalinės chirurgijos skyrius*

Įvadas / tikslas. Nekrozinis fascitas – greitai progresuojantis, giliosiomis fascijomis plintantis pūlinis procesas, kuriam būdinga antrinė poodinių audinių nekrozė, dažnos sepsinės komplikacijos ir letali baigtis (nuo 7% iki 75%). Darbo tikslas – išnagrinėti nekrozinio fascito atvejus, pasitaikiusius Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje 1993–2004 metais.

Metodas. Atlikta retrospektyvi 17 ligonių, gydytų nuo nekrozinio fascito 1993–2004 m. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės III abdominalinės chirurgijos skyriuje, ligos istorijų analizė.

Rezultatai. Iš 17 ligonių, gydytų nuo nekrozinio fascito, vyrų buvo 13 (76,5%), moterų – 4 (23,5%). Ligonių amžius – nuo 41 iki 74 m. Amžiaus vidurkis – 56,3 metų. Žaizdų pasėliuose išaugo *E. coli*, *Bacteroides spp.*, *Proteus*, *Enterococcus*, *Klebsiella*, *Peptostreptococcus*, *Pseudomonas aeruginosa* ir kt. Visiems ligoniams buvo taikytas neatidėliotinas kombinuotas adekvatus gydymas: hemodinamikos stabilizavimas, intraveninė antibiotikų terapija, chirurginis gydymas (incizijos, nekrektomijos, drenavimas), hiperbarinė oksigenacija (9 (52,9%) ligoniams). Kolostoma buvo suformuota tik 2 (11,8%) ligoniams esant aukštai suprasfinkterinei tiesiosios žarnos sienos perforacinei angai. Dviem (11,8%) ligoniams suformuotos episcistostomos, 4 (23,5%) ligoniams dėl plačių defektų darytos plastinės odos operacijos. Poodinė krepitacija nustatyta 4 (23,5%) ligoniams, 2 (50%) iš jų mirė. Cukriniu diabetu sirgo 5 (29,4%) ligoniai, 2(40%) iš jų mirė.

Iš visų gydytų 17 ligonių mirė 5 (29,4%). Mirusių ligonių nekrozinio fascito pūliniai buvo išplitę atitinkamai 5%, 19%, 19,5%, 24% 25% viso kūno paviršiaus. Vienas ligonis, kurio nekrozinio fascito išplitimas buvo 5%, mirė nuo širdies ir plaučių nepakankamumo po dviejų anksčiau persirgtų miokardo infarktų. Kiti 4 ligoniai mirė nuo sepsinių komplikacijų, kai nekrozinio fascito išplitimas buvo > 19,5%.

Išvados. Nekrozinis fascitas – neįprasta ir sunki ischiorektinio pūlinio komplikacija, kuri dažnai baigiasi mirtimi. Liga sunkiai diagnozuojama jos pradžioje, todėl išplitusio giliosiomis fascijomis pūlinio proceso gydymas turi būti kompleksinis ir adekvatus, dalyvaujant chirurgams, klinikiniams biologams, endokrinologams, reanimatologams, terapeutams.

18

Ketvirto laipsnio hemorojaus ambulatorinis gydymas

Pranas Šniuolis

2-as chirurgijos skyrius, Onkologijos departamentas
Klaipėdos ligoninė, Liepojos g. 41, LT-92288
Diagnostikos ir gydymo centras „Medikana“, S. Daukanto g. 22
El. pastas: psniuolis@hotmail.com

Tikslas. Išnagrinėti ambulatorinio IV laipsnio hemorojaus gydymo pranašumus ir trūkumus.

Ligoniai ir metodai. Paprastai IV laipsnio hemorojus gydomas stacionare, atliekama tradicinė hemoroidektomija, tačiau tai daugumai pacientų yra nepriimtina; vieni iš viso į ligoninę nenori gultis, kiti neturi sveikatos draudimo ir jiems yra daug pigiau gydytis ambulatoriškai. Atsižvelgiant į paciento pageidavimus, ligos eigą (trombinis ar uždegiminis hemorojus), buvo taikoma vienmomentė ar dvimomentė hemoroidektomija. Iš viso 1999–2004 m. buvo gydytas 31 ligonis, iš jų 21 vyras ir 10 moterų. Trombinis hemorojus buvo 15-ai vyrų ir 6-ioms moterims, uždegiminis – 3-ims vyrams ir 2-iem moterims, kitiems pacientams – iškritęs, kraujuojantis su ryškiu skausminiu sindromu. Visiems ligoniams, sergantiems trombinium hemorojumi, buvo taikytas dvietaapis gydymo būdas; pirmiausia buvo atlikta trombuotų hemorojinių mazgų ekscizija, po keturių savaitių – gydymas guminių žiedų ligatūromis (*Barron* operacija); vakuuminium modifikuotu ligatoriumi 2 cm virš dantytosios linijos uždėtos trys ligatūros įprastoje padėtyje: kairėje šoninėje, dešinėje priekinėje, dešinėje užpakalinėje. Visiems pacientams buvo taikoma vietinė nejautra; atliktas analinis blokas vartojant 0,25% lidokaino tirpalą, lokaliai gleivinė tepta pagamintu 3% lidokaino tepalu ir į veną suleista *Lornoxicam* (Xefo). Su pacientais buvo bendraujama mobiliuoju telefonu, interneto ryšiu, jie kas savaitę (po ekscizijos) lankydavosi medicinos centre ar ligoninės koloproktologijos kabinete. Jei hemorojus uždegiminis arba ryškus kraujavimas ir skausminis sindromas, pirmiausia buvo atliekama *Barron* operacija ir po keturių savaitių ji pakartota, kartu atliekant išorinių hemorojinių mazgų eksciziją.

Rezultatai. Ilgiau kaip savaitę trunkantis skausminis sindromas, kuriam slopinti prirėkė stipresnių analgetikų (tramadolio ar kt.), buvo 10 (31%) ligonių, pasunkėjęs skausmingas tuštinimasis – 12 (25,8%) ligonių, ilgas žaizdų gijimas – 5 (6,2%) ligoniams, išplėsa susidarė 1 (3,1) ligoniui, didelis kraujavimas uždėjęs ligatūras, dėl kurio prirėkė hospitalizuoti, buvo 1 (3,1%) ligoniui (pacientas vartojo aspiriną, nors buvo apie tai perspėtas). Tokių komplikacijų kaip išmatų nelaikymas, šlapinimosi sutrikimai, analinės striktūros, fistulių susidarymas ar sepsis nebuvo.

Išvados. Plačiai taikomi įvairūs I–III laipsnio hemorojaus gydymo metodai: *Barron* operacija, injekcinė skleroterapija, infra-raudonoji fotokoaguliacija, bipolinė koaguliacija, ultragarso dop-

lerio nukreipiamoji hemorojinių arterijų ligacija. Šie metodai ambulatorijos praktikoje yra nepakankami, kad gautume gerą gydymo efektą, o gydant IV laipsnio hemorojų, jie yra neveiksmingi. Mūsų praktikoje taikomas dviejų metodų derinys yra saugus ir geras, ekonomiškai naudingas, ligoniai jaučia mažiau diskomforto nei gydant įprastai. Siūlytume jį plačiai naudoti Lietuvoje.

19

**Milligano-Morgano hemoroidektomijos:
Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Centro filialo 15 metų 252 atvejų patirtis**

Žymantas Jagelavičius, Narimantas Evaldas Samalavičius,
Tomas Poškus, Liudvikas Kervys,
Romanas Kęstutis Drašutis

Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo
III Pilvo chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyris

Tikslas. Retrospektyviai išnagrinėti Milligano–Morgano hemoroidektomijų patirtį, įvertinti vėlyuosius rezultatus.

Ligoniai ir metodai. Išnagrinėtos 270 ligonių, 1985–1999 m. VUL „SK“ CF operuotų nuo hemorojaus, ligos istorijos. Iš jų 252 operuoti Milligano–Morgano metodu. Registruotas ligonių amžius, lytis, ikioperacinis sirgimo laikas, hospitalizacijos trukmė, hemorojaus laipsnis. II^o hemorojumi sirgo 20 (7,9%), III^o – 185 (73,4%), IV^o – 47 (18,7%) ligoniai. Bendrinė nejautra taikyta 144 (57,1%), spinalinė – 64 (25,4%), vietinė – 44 (17,5%) ligoniams. Siekiant įvertinti vėlyvus rezultatus, 2001 10–2002 10 laikotarpiu visi ligoniai buvo apklausti paštu ar telefonu pagal iš anksto paruoštą klausimyną. Į klausimus atsakė 150 (59,5%) ligonių.

Rezultatai. Iš 252 ligonių pooperacinė eiga komplikavosi 16 (6,3%) ligonių: devyniems (3,6%) – šlapinimosi sutrikimu, septyniems (2,8%) – kraujavimu; trys ligoniai operuoti pakartotinais. Išangės sritis sugijo per 2–16 (vidutiniškai per 4, 6) savaitių. Iš 150 apklaustųjų vėlyvuojų laikotarpiu pakartotinais nuo recidyvo operuoti trys (2,0%) ligoniai. Jie operacinį gydymą įvertino: labai gerai – 69 (46,0%), gerai – 68 (45,3%), patenkinamai – 12 (8,0%), blogai – vienas (0,7%) ligonis. Sutrikusia išangės raukų funkcija skundėsi 25 (16,7%) ligoniai, ją vertinome pagal Klivlendo išmatų nelaikymo klasifikaciją: 1 balas – vienas (0,7%) ligonis, 2 balai – trys (2%), 3 balai – šeši (4%), 4 balai – šeši (4%), 5 balai – nebuvo, 6 balai – trys (2,0%), 7 balai – nebuvo, 8 balai – du (1,3%), 9 balai – nebuvo, 10 balų – vienas (0,7%).

Išvados. Hemoroidektomija Milligano–Morgano būdu, mūsų duomenimis, yra saugi ir veiksminga. Dauguma ligonių chirurginiu gydymu buvo patenkinti. Tačiau nereikia pamiršti, kad nors ir nedidelei daliai ligonių galimas išangės raukų funkcijos sutrikimas.

20

Longo, arba mechaninės siūlės, hemoroidektomija

Narimantas Evaldas Samalavičius, Tomas Poškus,
Žymantas Jagelavičius, Loreta Lapinaitė,
Antanas Vaitkus, Gintautas Radžiūnas,
Romanas Kęstutis Drąsutis

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo
III abdominalinės chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyris*

Tikslas. Įvertinti Longo, arba mechaninės siūlės, hemoroidektomijos, atliktos chirurgijos skyriaus koloproktologijos poskyrio ligoniams per ketverius metus (2001 12–2005 01), rezultatus.

Ligoniai ir metodai. Per ketverius metus Longo hemoroidektomija atlikta 29 ligoniams, sirgusiems III laipsnio (26) ir IV laipsnio (3) hemorojumi. Naudotas vienkartinis *Johnson and Johnson PPH* mechaninės siūlės aparatas su pagalbinu komplektu. Iš 29 ligonių 15 buvo moterų ir 14 vyrų. Ligonų amžius – 32–80 metų, vidurkis – 54 metai.

Rezultatai. Pooperacinė eiga buvo sklandi visais atvejais. Hospitalizacija truko nuo 2 iki 12 parų, vidurkis – 4 paros. Ligoniai, apklausti praėjus dviem savaitėms po operacijos, teigė, kad prieš operaciją buvę simptomai išnyko ir visi sugrįžo prie įprastinės gyvenimo veiklos.

Išvados. Mūsų duomenimis, Longo hemoroidektomija yra saugi ir efektyvi operacija III ir IV laipsnio hemorojui gydyti. Tollesnė analizė leis įvertinti vėlyvus šios operacijos rezultatus.

21

Konservatyviai gydymas išangės ligos

Natalja Zaks

„Zakmeda“, privati praktika, Vilnius

Tikslas. Supažindinti su konservatyviai gydomomis išangės ligomis.

Metodas. Atlikta retrospektyvi gydymo rezultatų analizė, paskartotinai apžiūrint pacientus, gydytus konservatyviai ir kriochirurgijos aparatu. Rezultatai palyginti su literatūros duomenimis. Aptariamos ligos, nepasitaikiusios autoriaus praktikoje.

Rezultatai. Vertinti 15 pacientų, gydytų konservatyviai ir kriochirurgijos aparatu, rezultatai. Trys ligoniai gydyti nuo *Condylomata acuminata* kriodestrukcijos metodu. Konservatyviai gydyti du – nuo eritrazmos, trys – nuo analinės kontaktinės alerginės egzemos, du – nuo *Herpes zoster*, penki – nuo kandidamikozės.

Literatūros duomenimis, pacientų, sergančių *Condylomata acuminata*, gydymas brangiais farmakologiniais preparatais trun-

ka apie 4 savaites, o Europoje retai naudojamu kriodestrukcijos metodu du pacientai buvo pagydyti po dviejų, o vienas pacientas – po trijų procedūrų.

Pacientų, gydytų konservatyviai, sveikimo terminai nesiskiria nuo aprašytų literatūroje.

Išvados. Taikant kriodestrukcijos metodą *Condylomata acuminata* gydyti, pasiekiami daug geresni rezultatai, nei naudojant paplitusius Europoje konservatyvius gydymo metodus. Pacientų gydymo konservatyviais metodais rezultatai nesiskiria nuo aprašytų literatūroje. Nepaisant pranašumų, kriodestrukcijos metodu negali būti gydoma daugelis išangės ligų.

22

Išangės niežulio gydymas 1% metileno mėlynojo injekcija į perianalinės srities odą

Narimantas Evaldas Samalavičius, Tomas Poškus

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo
III pilvo chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyris*

Tikslas. Įvertinti pirmuosius išangės niežulio gydymo 1% metileno mėlynojo tirpalo injekcija į perianalinės srities odą rezultatus.

Ligoniai ir metodai. 2004 09–2005 02 laikotarpiu nuo išangės niežulio gydyti 4 ligoniai 1% metileno mėlynojo 10–15 ml injekcija į odą. Visi prieš tai gydyti įvairiais hormoniniais preparatais, jiems buvo skirtas gydymas nuo grybų, erkių ir kirmėlių. Visiems atlikta proktoskopija, atmesta kita anorektinė patologija, galinti lemti išangės niežulį. Ligos anamnezė – mažiausiai vieneri metai. Ligoniams aseptinėmis sąlygomis operacinėje atlikta minėta intraderminė injekcija 1 g *ceftriaxone* ir 1500 mg *metronidazoli* priedangoje. Gydyti 2 vyrai ir 2 moterys, amžius – 29–63 metai, vidurkis 52 metai. Vidutinė hospitalizacijos trukmė – 3 dienos.

Rezultatai. Visais keturiais atvejais komplikacijų nebuvo. Išangės niežulys išnyko iš karto suleidus metileno mėlio. Vidutiniškai 4 savaites išangės sritis buvo nejautri ir paburkusi. Po 4 savaičių išangės srities jautrumas buvo normalus, niežulio nebuvo.

Išvados. 1 procento metileno mėlynojo injekcija į perianalinės srities odą yra saugus ir veiksmingas metodas idiopatiniam išangės niežuliui gydyti.

23

Išangės įplėšos gydymas lacidipinu

Tomas Poškus¹, Narimantas Evaldas Samalavičius¹,
Gintautas Radžiūnas¹, Arvydas Burneikis²,
Algirdas Stanislovas Zaskevičius³, Paulius Žeromskas⁴,
Vladas Butkus⁵

¹Vilniaus universitetinės ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialas;
²Panevėžio ligoninė; ³Vilniaus Šeškinės poliklinika; ⁴Vilniaus
universitetinė ligoninė „Santariškių klinikos“; ⁵Švenčionių ligoninė

Įvadas / tikslas. Veiksmingiausias išangės įplėšos gydymas – šoninės sfinkterotomijos operacija. Tačiau po operacijos 25% operuotųjų gali atsirasti dalinio išmatų nelaikymo reiškiniai. Todėl plačiai įdiegta medikamentinė sfinkterotomija – priemonė, mažinančios vidinio išangės rauko tonusą. Šių priemonių veiksmingumas mažesnis negu operacinio gydymo, tačiau dalis jas vartojančių žmonių išvengia chirurginės operacijos. Vis dėlto tokias priemones vartoti nepatogu – paprastai reikia tepti išangės sritį 2–3 kartus per parą. Būtų patogiaus išgydyti išangės įplėšą vartojant medikamentą 1 kartą per dieną tabletės pavidalu. Darbo tikslas – įvertinti kalcio kanalų blokatoriaus lacidipino efektyvumą gydant išangės įplėšą.

Ligoniai ir metodai. 2004 01–04 šeši Lietuvos koloproktologai ligoniams, sergantiems išangės įplėša, pasiūlė vartoti lacidipiną po 6 mg 1 kartą per dieną. Paciento apžiūros metu buvo užpildyta anketa, kurioje buvo surinkti duomenys apie ligos simptomus, trukmę ir buvusį gydymą, taip pat objektyvaus ištyrimo duomenys. Po 4 savaičių vaisto vartojimo pacientų buvo prašoma įvertinti gydymo veiksmingumą ir paštu gražinti anketa.

Rezultatai. Tyrimui buvo užregistruoti 43 pacientai. Tinkamai užpildytas anketas gražino 18, t. y. 41%. Jie sudarė tiriamąją grupę, joje – 13 moterų, 5 vyrai. 17 ligonių vargino skausmas, 16 – kraujavimas, 6 – kiti simptomai (niežulys, peršėjimas, gleivių pasirodymas). 13 ligonių buvo gydyti anksčiau, dviem buvo darytos invazinės procedūros dėl įplėšos (prideginimas ir spiritonovokaino blokada); du buvo gydyti kitomis vidinių išangės rauką atpalaiduojančiomis priemonėmis (nitratų ir nifedipino tepalais). Ligos trukmė – nuo 1 savaitės iki 15 metų, mediana – 1 metai. Visiems ligoniams buvo viena įplėša.

Paskirto gydymo laikėsi 17 ligonių, 1 ligonė gydymą nutraukė dėl šalutinio veikimo po 3 savaičių. Šalutinį vaisto poveikį jautė 9 ligoniai. Juos vargino šie simptomai: galvos skausmai – 3, veido raudonis ir kaitimas – 3, mieguistumas – 2, širdies plakimas – 2, kraujospūdžio kritimas pavartojus alkoholio – 1 ligonį.

Skasmas išnyko 7, labai sumažėjo 2, šiek tiek sumažėjo 3, nepakito 5 ligoniams. Kraujavimas išnyko 6, labai sumažėjo 3, šiek tiek sumažėjo 4, nepakito 2 ligoniams. Gydymą labai gerai įvertino 3, gerai – 6, patenkinamai – 3, nepatenkinamai – 6 ligoniai. Iš

7 ligonių, kuriuos po gydymo apžiūrėjo gydytojas, dviem įplėša buvo užgijusi, trims – sumažėjusi, dviem – nepakitusi.

Išvada. Gydymas kalcio kanalų blokatoriumi lacidipinu yra mažiau veiksmingas negu operacija, jis pasižymi šalutiniu poveikiu, tačiau tai – alternatyva chirurginiam gydymui ar vietiniu būdu vartojamiems vidinių išangės rauką atpalaiduojantiems vaistams.

24

Išangės ir tiesiosios žarnos manometrijos klinikinė vertė ir reikšmė

Linas Venclauskas, Žilvinas Saladžinskas,
Algimantas Tamelis, Dainius Pavalkis

*Kauno medicinos universiteto klinikos
Chirurgijos klinika*

Įvadas / tikslas. Išangės ir tiesiosios žarnos manometrija yra svarbus fiziologinis tyrimas, sergant tam tikromis tiesiosios žarnos ir tarpvietės ligomis. Mes siekėme išanalizuoti pacientų išangės ir tiesiosios žarnos manometrijos duomenis sergant kai kuriomis tiesiosios žarnos ir tarpvietės ligomis.

Ligoniai. 380 pacientų atlikta išangės tiesiosios ir žarnos manometrija ir išanalizuoti jos duomenys. Pacientai sirgo tiesiosios žarnos vėžiu, vidurių užkietėjimu, išmatų nelaikymu, lėtine išangės įplėša ir kitomis ligomis.

Rezultatai. Didžiausi pokyčiai – sergančiųjų išmatų nelaikymu ir lėtine išangės įplėša. Išmatų nelaikymo atvejais gautas statistiškai reikšmingas mažas išangės kanalo tonusas ramybės metu – 30,29±11,65 mm Hg (p < 0,001). Esant išangės įplėšai, gautas statistiškai reikšmingas didelis išangės kanalo tonusas ramybės metu – 103,34±23,23 mm Hg (p < 0,002). Išanalizavus duomenis pastebėta, kad pacientams, po tiesiosios žarnos operacijų nesiskundžiantiems išmatų nelaikymu, sumažėja išangės raukų tonusas. Sergant kitomis ligomis, išangės ir tiesiosios žarnos pokyčiai yra nedideli.

Išvados. Išangės ir tiesiosios žarnos manometrija yra svarbus fiziologinis tyrimas, padedantis atskirti kai kurių ligų priežastis, parinkti gydymo taktiką, įvertinti gydymo veiksmingumą.

25

Išangės ir tiesiosios žarnos sklaidos ydų gydymo patirtis

Robertas Bagdzevičius, Sigitas Rinkevičius

KMUK Vaikų chirurgijos klinika

Įvadas / tikslas. Išangės ir tiesiosios žarnos sklaidos ydos – palyginti reta patologija, pasitaikanti vienam iš 4000–5000 naujagimių. „Gydant įgimtas sklaidos ydas, pavykusi operacija ne visuomet garantuoja gerus gydymo rezultatus. Anorektinių ano-

malijų atveju, net ir tuomet, kai išangė rekonstruota puikiai, tuštinimosi sutrikimus nulemia storosios žarnos motorikos, tiesiosios žarnos ir išangės jutimų bei sfinkterių veiklos pokyčiai“ (A. Peña 1990).

Mes siekėme įvertinti išangės ir tiesiosios žarnos sklaidos ydų operacinio gydymo KMUK Vaikų chirurgijos klinikoje 11 metų patirtį.

Ligoniai ir metodai. Retrospektyviai išanalizuotos ligonių su išangės ir tiesiosios žarnos sklaidos ydomis, gydytų KMUK Vaikų chirurgijos klinikoje 1994–2004 m., ligos istorijos. Nuo 1994 m. vadovaujамės A. Peña 1982 m. pasiūlyta ir pasaulyje pripažinta šių ligonių tyrimo ir gydymo metodika. Gydyti 35 ligoniai: 16 mergaičių ir 19 berniukų. Dvidešimt šešių vaikų vėlyvieji gydymo rezultatai įvertinti praėjus 6 mėn. – 11 m. po operacijos.

Rezultatai. Remiantis 1984 m. *Wingspread* klasifikacija aukštos sklaidos ydos nustatytos 5 berniukams, tarpinės – 4 mergaitėms ir 6 berniukams, žemos – 7 mergaitėms ir 8 berniukams, kloakos formos sklaidos ydos – 4 mergaitėms. Gretutinės sklaidos ydos diagnozuotos 14 vaikų: širdies ydos – 6, šlapimo organų sklaidos ydos – 3, Dauno liga – 2, plonosios žarnos atrezija – 1, storosios žarnos agenezija – 1, ausies landos atrezija – 1. Aukštos, tarpinės ir kloakos formos išangės ir tiesiosios žarnos sklaidos ydos gydytos trijų etapų operacijomis. Pirmu etapu 17 vaikų pirmą antrą parą po gimimo suformuotos kolostomos, dviem – ileostomos. Viena mergaitė mirė 10 parą po kolostomijos operacijos dėl širdies ydos, kita išvyko į kardiouchirurgijos centrą. Kitiems 13 vaikų, sulaukusių 1,5–2 mėn. amžiaus, antru etapu atlikta užpakalinė sagitalinė anorektoplastika, o mergaitėms su kloakos formos sklaidos ydomis, sulaukusioms 3–8 mėn. amžiaus, – anorektovaginoretroplastikos operacijos. Trečiu etapu visiems vaikams praėjus 1,5–2 mėn. po antros operacijos likviduotos klostomos ar ileostomos. 7 vaikams su žemomis išangės atrezijos formomis 1–2 parą po gimimo atliktos anoplastikos operacijos. Ankstyvų pooperacinių komplikacijų buvo 10 vaikų: operacinės žaizdos infekcija – 5, šlapimo susilaikymas – 2, sąauginis žarnų nepraeinamumas – 1, NEK su žarnos perforacija – 1, peritonitas (po ileostomijos operacijos) – 1. Išangės stenozė 8 vaikams buvo gydoma nuosekliu stenožuojančio žiedo ištempimu (Hegaro plėtikliais). Vienam vaikui tiesiosios žarnos stenozė buvo gydoma stenožuojančio žiedo ištempimu endoskopiniais pneumatiniiais plėtikliais. Įvertinus vėlyvuosius gydymo rezultatus nustatyta, jog normaliai tuštinosi 44% vaikų su žemomis sklaidos ydomis ir 35% vaikų su aukštomis, tarpinėmis ir kloakos formos sklaidos ydomis, išmatų nelaikė atitinkamai 0% ir 29% vaikų, vidurių užkietėjimas vargino 56% ir 35% vaikų.

Išvados. Išangės ir tiesiosios žarnos sklaidos ydų gydymo rezultatai priklauso nuo ydos formos, gretutinių sklaidos ydų ir operacijos sėkmės. Vaikams su išangės ir tiesiosios žarnos sklaidos

ydomis būtina ilgalaikė ir nuosekli pooperacinė reabilitacija ugdant ir palaikant tuštinimosi įgūdžius, gydant išryškėjusius tuštinimosi sutrikimus.

26

Sphincter-saving procedures in the treatment of low-sided carcinomas of the rectum

Prospective study – a set of 476 patients

J. Korček

Section of the Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, Faculty Hospital Nitra; Nitra, Slovak Republic

In the period from 1 January 1987 to 30 June 2004, 1216 patients with carcinomas of the colon and rectum were operated on at the Surgical Clinic Faculty Hospital Nitra. In this period were performed 476 sphincter-saving operating performances (SSOP) for low-sided carcinomas of the rectum. Author mentions indications for SSOP in the surgical treatment of low-sided carcinomas of the rectum, diagnostic algorithm, the system of preoperative arrangements of the patients, the decisive phase of the operative performance and the system of the post-operative follow-up in this set of patients.

In the period from 1 May 1999 to 30 June 2004, a group of 102 patients with low-sided carcinomas of the rectum was operated on after hyperfractionated preoperative radiotherapy. Radical surgery was performed for all patients. SSOP was performed to 89% of patients. For 11% of patients abdominoperineal excision of the rectum was performed. Author indicated SSOP to patients with low-sided carcinomas of the rectum in the middle or low third of the rectum in stages T2–T3 after hyperfractionated preoperative radiotherapy. In stage T2, N0-1, M0-1 hyperfractionated preoperative radiotherapy of 20 Gy and in stage T3, N0-1, M0-1 hyperfractionated preoperative radiotherapy of 40 Gy were applied.

In a set of 91 patients after preoperative hyperfractionated radiotherapy, over SSOP, recorded author in the set of the patients after low anterior resection of the rectum, 3.2 % of local recurrences and two leaks of coloanal anastomoses (2.2%). Preoperative radiotherapy did not increase the number of perioperative complications. The study showed a higher rate of free recurrence time in the analysed group of patients. Preoperative radiotherapy improved the results of low-sided rectal cancer treatment.

Ultrasound-guided radiofrequency ablation of malignant liver tumors

Flemming Moesgaard and Bjørn Skjoldbye

Department of Surgical Gastroenterology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Denmark

Curative treatment of primary liver cancer as well as liver metastases require surgery. The liver is an organ commonly involved by metastases, and a substantial number of patients are non-resectable due to multiple lesions involving both liver lobes. Patients with hepatocellular carcinoma are frequently non-operable due to impaired liver function.

In patients with focal malignant liver lesions, radiofrequency ablation (RFA) is a minimal invasive alternative to resection, which may be performed percutaneously, laparoscopically or during laparotomy under ultrasound (US) guidance.

Non-resectable malignant liver lesions may be successfully treated with RFA provided no extra-hepatic malignancy is present. In our institution we perform US-guided RFA with regards to the following criteria:

1. Hepatic resection is not feasible
2. The number of metastases should be less than 6
3. The diameter should generally not exceed 5 cm
4. Extra-hepatic malignancy should be excluded.

RFA is performed by inserting a RF-needle US-guided into the tumor. When the tip of the needle is placed correctly, nine tines are deployed from the hollow core of the needle penetrating the tumor. Each of the tines acts as an electrode heating the surrounding tissue to more than 65 °C inducing tumor necrosis. More than 80% of the patients will achieve complete tumor destruction following RFA. The rates of complications are low and postoperative mortality rare. The expected 3-year survival rate is about 35%, but depends on the number and size of metastases. The RFA may be repeated in the case of recurrence or if new lesions appear at the follow-up five weeks after the RFA procedure. Follow-up is performed with tests including tumor markers, CT and US-guided biopsy.

Conclusions. Radiofrequency ablation (RFA) of malignant tumors is a promising procedure. RFA should be offered to patients with non-resectable liver tumors when it is technically possible. In patients with multiple metastases chemotherapy is the only possible treatment. RFA has relatively few complications, requires only a short hospital stay, and is cheaper than other treatments. Besides, RFA can be used to debulk liver tumors after chemotherapy.

Dvejų metų patirtis gydant tiesiosios žarnos navikus transanalinės endoskopinės mikrochirurgijos būdu

Valdemaras Jotautas, Kęstutis Strupas,
Eligijus Poškus, Dmitrijus Šeininas

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Pilvo chirurgijos centras, Santariškių g. 2, Vilnius
El. paštas: valdemaras.jotautas@cablenet.lt*

Įvadas / tikslas. Transanalinė endoskopinė mikrochirurgija (TEM) – tai mažai invazyvios chirurgijos sritis. Šiuo būdu radikaliai šalinami tiesiosios žarnos gerybiniai ir piktybiniai navikai. Darbo tikslas – įvertinti pirmąją 2 metų patirtį Lietuvoje, gydant tiesiosios žarnos navikus transanaline endoskopine mikrochirurgija Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ (VULSK) Pilvo chirurgijos centre.

Ligonai ir metodai. Operacijoms buvo parenkami ligoniai, sergantys tiesiosios žarnos adenomomis ir nedidelio rizikos laipsnio piktybiniais navikais: T1 stadijos, geros ir vidutinės diferenciacijos, be invazijos į limfagysles ir kraujagysles. Naviko stadija prieš operaciją buvo nustatoma atliekant transanalinę endoskopią ir rektoskopiją su dauginėmis makrobiopsijomis.

Operacijos atliktos *Richard Wolf* firmos operaciniu rektoskopo su trijų matmenų šešiskart vaizdą didinančia optine sistema pagal prof. G. Buesso išstobulintą TEM techniką.

Rezultatai. Operuoti 47 ligoniai: 24 vyrai, 23 moterys. Amžiaus vidurkis – 64,5 ± 12,8 metų. Daugiausia navikų rasta viršutiniame tiesiosios žarnos trečdalyje – 31 (64,6%), užpakalinėje sienoje – 16 (33,3%). Navikų dydžio vidurkis 3,4 ± 1,4 cm (svyravo nuo 1 cm iki 7 cm). Iš viso pašalinti 25 (52,1%) vėžiniai navikai ir 23 (47,9%) adenomos. Priešoperacinės ir galutinės klinikinės diagnozės nesutapo 15 (31,3%) atvejų. Atlikus 43 pašalintų navikų, kurių priešoperacinė diagnozė buvo tubuloviliozinė adenoma, galutinį histologinį ištyrimą, rasta 10 Ca (23,3%): 8 CaTis ir 2 CaT1. Visų šių navikų skersmuo svyravo nuo 2 iki 7 cm. 1 CaTis po operacijos rasta CaT1, 1 CaTis – CaT2 ir 2 CaT1 – CaT2. Atliktos 43 (89,6%) radikali operacijos R0, 5 (10,6%) – abejotino pilnumo RX. Operacijų trukmės vidurkis 1 val. 25 min. ± 44 min. (svyravo nuo 30 min. iki 3 val.). Visų operacijų metu kraujo netekimas buvo minimalus – iki 20 ml. Pasitaikė viena intraoperacinė (2,1%) ir viena pooperacinė komplikacija (2,1%). Vidutinė hospitalizacijos trukmė – 3,9 ± 0,8 dienos. Trims ligoniams po CaT2 pašalinimo taikyta adjuvantinė radioterapija. Stebėta 20 ligonių, praėjus 3–17 mėn. po operacijų: 14 – po vėžinio naviko, 6 – po adenomos pašalinimo. Vertinti ligonio skundai, išmatų laikymas, atlikti digitaliniai tyrimai, RRS. Ligoniams, operuotiems nuo vėžinio naviko, papildomai buvo atliekami CEA ir Ca 19-9 tyrimai, pilvo organų

sonoskopija, transanalinė endosonoskopija, RRS metu atliekamos dauginės makrobiopsijos iš operacinio rando srities. Diagnozuotas 1 tubuloviliozinės adenomos recidyvas (2,1%). Kitų komplikacijų nekonstatuota.

Išvados. Transanalinė endoskopinė mikrochirurgija išplėtė tiesiosios žarnos navikų vietinės ekscizijos operacijų ribas. Lietuvoje VUL SK yra vienintelė klinika, kurioje atliekama TEM. Mūsų ankstyvieji TEM rezultatai, gydant tiesiosios žarnos adenomas ir mažos rizikos T1 vėžį, yra džiuginantys. Mažas komplikacijų ir recidyvų procentas šioje grupėje teikia daug vilčių. T2 vėžio gydymo TEM kartu su adjuvantine radioterapija patirtis ribota, tačiau rezultatai drąsinantys. Akivaizdu kad, galutinėms išvadoms pateikti reikia randomizuotų kontroliuojamų tyrimų rezultatų.

29

Vienmomentė tiesiosios žarnos ekscizija ir radikali retropubinė prostatektomija: klinikinis atvejis ir literatūros apžvalga

D. Kaniušas, Ž. Saladžinskas, J. Žumbakys
Kauno medicinos universiteto Onkologijos ligoninė

Išvadas. Prostatos karcinoma – dažniausias vyrų vėžys. Kolo-rectiniu vėžiu sergantiems vyrams yra didesnė tikimybė susirgti prostatos vėžiu. Nors literatūros duomenimis, atliekant PSA tyrimą pacientams prieš tiesiosios žarnos operaciją, prostatos karcinoma gali būti nustatyta iki 15% atvejų, vienmomentė tiesiosios žarnos ekscizijos ir radikali prostatektomijos operacija yra atliekama retai. Literatūroje aprašyta vienuolika tiesiosios žarnos ir prostatos *en bloc* pašalinimo operacijų dėl išplitusio tiesiosios žarnos vėžio ir trys vienmomentės tiesiosios žarnos ekscizijos ir radikali prostatektomijos operacijos dėl skirtingų lokalizacijų vėžio.

Atvejis. 69 metų pacientą tiriant dėl šlapinimosi sutrikimo, nustatyta PSA 5,9 ng/ml ir tiesiosios žarnos karcinoma. Po neoadjuvantinio spindulinio gydymo atlikus prostatos biopsiją, diagnozuota sinchroninė prostatos karcinoma. Pacientui atlikta vienmomentė tiesiosios žarnos ekscizija ir radikali retropubinė prostatektomija. Pooperacinis laikotarpis sklandus. Po 3 mėnesių paciento šlapimo sulaikymas patenkinamas.

Išvados. Planuojant vyrams atlikti tiesiosios žarnos rezekcinę operaciją, rekomenduojamas ir PSA tyrimas. Nustčius sinchroninį operuotiną prostatos vėžį, galima vienmomentė radikali tiesiosios žarnos ir prostatos operacija.

30

Pirminė anastomozė gydant storosios žarnos kairės pusės vėžio sukeltą nepraeinamumą

Eligijus Poškus¹, Kęstutis Strupas¹,
Eugenijus Stratilatovas², Narimantas Evaldas Samalavičius³,
Algimantas Stašinskas⁴

¹*Vilniaus universiteto ligoninė „Santariškių klinika“;* ²*Vilniaus universiteto Onkologijos institutas;* ³*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinika“ Centro filialas;* ⁴*Vilniaus universitetinė greitosios pagalbos ligoninė*

Išvadas / tikslas. Storosios žarnos kairės pusės vėžio (SŽKPV) sukeltas žarnų nepraeinamumas yra aktuali chirurgijos problema. Komplikacijų skaičius gali siekti iki 40%. Didelis komplikacijų rizikos veiksnys yra daugiaetapės operacijos. Optimalaus gydymo būdo pasirinkimas yra problema ir chirurgui, ir ligoniui, nes daugiaetapės operacijos didina komplikacijų skaičių. Darbo tikslas – vienaetapių operacijų, atliktų Vilniaus mieste 1996–2004 m. dėl SŽKPV sukulto nepraeinamumo, retrospektyvi analizė ir VUL SK atliekamo prospektyvaus tyrimo, kai žarna operacijos metu neplaunama/plaunama, pirmųjų rezultatų įvertinimas.

Rezultatai. 1996–2004 m. Vilniaus miesto ligoninėse operuoti 74 ligoniai, kuriems dėl SŽKPV sukulto nepraeinamumo atlikta pirminė anastomozė. Aštuoniems piktybinis navikas buvo kairiajame storosios žarnos linkyje, 9 – nusileidžiančioje storosios žarnos dalyje, 37 – riestinėje žarnoje, 8 – žarnos rektosigmoidinėje dalyje ir 12 – tiesiojoje žarnoje. Tolimos metastazės ir IV ligos stadija nustatyta 19 (25,7%) ligonių. Pooperacinių komplikacijų pasireiškė 18 (24,3%) ligonių. Anastomozės siūlės nepakankamumas buvo 5 (6,7%) ligoniams. Iš 20 ligonių, kuriems buvo rezekuota dalis kairiosios storosios žarnos pusės ir tiesioji žarna, siūlė nelaikė 3 (15%) ligoniams, o iš kitų 54 ligonių – tik dviem (3,7%). Mirė 3 ligoniai (4,05%). Visiems mirusiems anastomozės siūlių nepakankamumo nebuvo. 60 (81%) ligonių buvo atliktas intraoperacinis žarnų plovimas, o 14 (19%) žarnos neplautos. Pastariesiems buvo 3 (21,4%) komplikacijos. Anastomozės siūlės nepakankamumo nepasitaikė.

Išvados. Vienaetapė operacija esant SŽKPV sukeltam nepraeinamumui yra saugi. Kadangi siūlės dažniau nelaiko (15%), kai navikas yra tiesiojoje žarnoje, nepraeinamumui likviduoti iki operacijos reikėtų naudoti ir kitas mechanines rekanalizacijos priemones. Pirminė jungtis, atlikta žarnos neišplovus, o tik išvalius, nedidina komplikacijų skaičiaus.

31

Protekcinės ileostomijos operacijos variantas

Evaldas Pagojus

Klaipėdos ligoninė

Įvadas. Naudojant šiuolaikinius žarnų turinio rinktuvus, pvz., „Convatec“, galima supaprastinti ileostomijos operaciją. Įprasta ileostomos formavimo operacija (kai į išorę ištraukiama klubinės žarnos kilpa, kuri fiksuojama siūlėmis arba po ja pakišta mentele, atveriamas išverčiant į išorę gleivinę, kuri taip pat fiksuojama siūlėmis) nėra aseptinė, neužtikrina galimo įsmukimo (ar pasmukimo) ir žarnos turinio patekimo į distalinę nuo stomos žarnų dalį. Nepatogus pats operacijos atlikimas. Išsikišusi žarnos kilpa trukdo pacientui ir traumuoja pati.

Metodas. 3–4 cm pjūviu (priklauso nuo pilvo sienos ir žarnos pasaito storio) atveriamas pilvaplėvės ertmė, ištraukiama klubinės žarnos kilpa. Žarna perrišama storu siūlu, jos sienos laisvoji dalis prisiuvama prie pjūvio odos kraštų atskiramis siūlėmis arba ištisine. Perrištoji vieta lieka distaliniame odos pjūvio krašte. Tokiu būdu suformuojame plokščią odos defektą, dengiamą žarnos sienelę. Po 12–24 valandų užkljuojama dviejų dalių rinktuvo plokštelė (iškirpus joje atitinkamos formos angą), atveriamas žarnos spindis ir uždedama keičiamoji rinktuvo dalis.

Rezultatai. Nuo 1992 metų atlikome 217 tokių operacijų. Komplikacijų, susijusių su šiuo operacijos būdu, nebuvo. Stomos likvidavimo operacija atliekama pašalinant pilvo sienoje esančią žarnos dalį, užsiuvant žarnos galus, tarpžarninę jungtį atliekant šonu į šoną.

Įsvada. Siūloma ileostomijos operacija yra atliekama paprasčiau, greičiau ir aseptiškai, operacija saugesnė, patogesnė pacientui.

32

Prevenicinė ileostoma storosios žarnos chirurgijoje

Linas Kervys, Narimantas Evaldas Samalavičius,
Tomas Poškus, Žymantas Jagelavičius, Loreta Lapinaitė,
Antanas Vaitkus, Gintautas Radžiūnas,
Romanas Kęstutis Drąsutis

*Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Centro filialo III abdominalinės chirurgijos skyriaus
Koloproktologijos poskyris*

Tikslas. Įvertinti prevenicinės ileostomos saugumą ir patikimumą storosios žarnos chirurgijoje.

Ligoniai ir metodai. Nuo 1997 01 01 iki 2003 12 31 Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo III pilvo chirurgijos skyriuje buvo operuoti 46 ligoniai; jiems suformuota, o vėliau likviduota prevenicinė *Turnbull* ileostoma.

Operacijų, po kurių buvo suformuotos prevenicinės ileostomos, priežastys: tiesiosios žarnos vėžys – 30 (65,2%); opinis kolitas – 7 (15,2%); šeiminė adenominė polipozė – 7 (15,2%); tiesiosios žarnos viliozinė adenoma – 2 (4,4%).

Operacijos, po kurių suformuotos prevenicinės ileostomos: totalinė mezorektinė ekscizija – 26 (54,2%); rekonstrukcinė proktokolektomija – 16 (33,4%); dalinė mezorektinė ekscizija – 4 (8,2%); subtotalinė kolektomija – 2 (4,2%).

Iš operuotų ligonių 27 (58,7%) buvo vyrai ir 19 (41,3%) moterų. Jauniausias pacientas buvo 19 metų, vyriausias – 79 metų. Operuotų ligonių amžiaus vidurkis – 54,9 metų. Ileostomos funkcionavimo trukmė buvo nuo 1 iki 8 mėnesių (ileostomą rekomenduojama panaikinti 6–12 sav. po jos suformavimo).

Rezultatai. Po prevenicinės ileostomos suformavimo *Turnbull* būdu komplikacijų nebuvo, tačiau po jos okliuzijos komplikacijos pasireiškė 4 (8,8%) ligoniams: dviem ligoniams (4,4%) supūliavo žaizda ir dviem (4,4%) po operacijos buvo žarnų nepraeinamumo epizodas. Visi išgydyti konservatyviai.

Įsvada. *Turnbull* kilpinė ileostoma yra lengvai suformuojama, patikima ir saugi prevenicinė stoma storosios žarnos chirurgijoje.

33

Kolostomos panaikinimo problemos

Eligijus Poškus, Anatolijus Ostapenko,
Valdemaras Jotautas, Paulius Žeromskas,
S. Mikalauskas, A.Tamošiūnas

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

Įvadas / tikslas. Kolostomos suformavimas – ligonį fiziškai ir psichologiškai traumuojanti operacija. Žarnyno vientisumo atkūrimas – sudėtinga, turinti daug komplikacijų operacija, atgrasi ligoniams. Todėl iki 40% ligonių jai nesiryžta. Mūsų darbo tikslas – išanalizuoti kolostomų likvidavimo operacijų, atliktų 1991–2004 m. Vilniaus universiteto ligoninėje „Santariškių klinikos“, komplikacijas, jų priežastis.

Metodas. Statistinė retrospektyvi analizė.

Rezultatai. Šiuo laikotarpiu 88 ligoniams atkurtas storosios žarnos vientisumas. Vidutinis ligonių amžius 56,7 m. (min. 23 m., max. 86 m.). Tarp jų buvo 34 (38,6%) moterys ir 54 (61,4%) vyrai. Vienvamzdė kolostoma buvo 69 (78,4%) ligoniams, dvivamzdė – 19 (21,6%) ligonių. Jų suformavimo priežastys: komplikuotas vėžys – 43 (49%) ligoniams, trauma – 22 (25%), divertikulitas – 5 (5,7%), uždegiminės žarnyno ligos – 5 (5,7%), kitos – 13 (14,6%) ligonių. Visos kolostomos buvo suformuotos pirmu daugiaetapiu gydymo etapu. Žarnyno vientisumas atkurtas vidutiniškai po 7,7 mėn., jei kolostoma vien-

vamzdė – po 8,0 mėn., o jei dvivamzdė – po 6,8 mėn. Po vienavamzdės kolostomos likvidavimo 24 (35%) ligoniams buvo komplikacijų (22 chirurginės: 3 ligoniams nelaikė anastomozės siūlės, 9 – pūliavo operacinės žaizdos, 2 – susiformavo pilvo ertmės pūliniai, 3 – infiltratai, 2 – buvo pažeista šlapimo pūslė, 1 – laiku nepastebėtas klubinės žarnos pažeidimas, 1 – pooperacinis žarnų nepraeinamumas, 1 – mezenterinių kraujagyslių trombozė; 2 terapinės – pooperacinė pneumonija). Po operacijų 3 (4,3%) ligoniai mirė. Dar 3 ligoniams, atlikus laparotomiją, dėl nepakankamo ikioperacinio ištyrimo vientisumas nebuvo atkurtas. Po dvivamzdės kolostomos likvidavimo 1 (5,3%) ligoniui pasireiškė žarnos siūlės nepakankamumas. Kitų komplikacijų nebuvo.

Išvados. Storosios žarnos vientisumas po kolostomų suformavimo atkuriamas vėlai – tik po 7,7 mėn. Po vienavamzdės kolostomos likvidavimo būna daug komplikacijų, todėl indikacijos jas atlikti turi būti griežtos. Ikioperacinis ligonio ištyrimas prieš atkuriant žarnyno vientisumą turi būti atidus. Tai padėtų išvengti komplikacijų. Vienetapės komplikuoto storosios žarnos vėžio operacijos mažina kolostomų skaičių.

34

Rekonstrukcinė proktokolektomija

Narimantas Evaldas Samalavičius, Tomas Poškus, Loreta Lapinaitė, Antanas Vaitkus, Romanas Kęstutis Drąsutis

Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo III abdominalinės chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyris

Tikslas. Išanalizuoti rekonstrukcinės proktokolektomijos, atliekamos Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filiale, rezultatus.

Ligoniai ir metodai. Pirmoji rekonstrukcinė proktokolektomija mūsų chirurgijos skyriuje atlikta 1996 metais. 1996–2005 metais, t. y. per 9 metus, atliktos 23 rekonstrukcinės proktokolektomijos. Operuota 14 vyrų ir 9 moterys, amžius – 17–67 metai, vidurkis – 35 metai. Septyni ligoniai sirgo opiniu kolitu (iš jų vienas ir tiesiosios žarnos vėžiu, III st.) ir 15 – šeimine adenomine polipoze (iš jų 7 ligoniai – tiesiosios žarnos vėžiu: 4 – II st., 3 – III st.). Opiniu kolitu sergantiems ligoniams operacija atlikta trim ar dviem etapais, o sergantiems šeimine adenomine polipoze – dviem. Daugeliu atvejų tiesiosios žarnos bigei užverti ir „J“ formos klubinės žarnos rezervuarui suformuoti buvo naudojami automatinio siuvimo aparatai; 11 atvejų klubinės žarnos rezervuaro ir išangės jungtis suformuota žiediniu automatinio siuvimo aparatu, o kitais 12 atvejų, atlikus eversiją ir mukozektomiją iki dantytosios linijos, jungtis suformuota rankine siūle.

Rezultatai. Vidutinė hospitalizacijos trukmė – 19 dienų (nuo 11 iki 35 d.). Operacijos truko nuo 4 val. iki 7,5 val., vidutiniškai 6 valandas. Septynių ligonių (30,4%) pooperacinė eiga komplikavosi: vienam buvo sąauginio žarnų nepraeinamumo epizodas (pasveiko gydomas konservatyviai), vienam – kairės kojos giliųjų venų trombozė ir vienam – dešinės blauzdos pozicinio užspaudimo sindromas (operuotas, atliktos fasciotomijos), vienam – jungties nepakankamumas (drenuota *per anus*), vienam – susilaikė šlapimas, vienam – susidarė pilvo ertmės pūlinys (pioovaras – abscesotomija), vienam supūliavo žaizda (atverta). Tik 2 (8,7%) ligoniai dėl komplikacijų (pozicinio užspaudimo sindromo ir pilvo ertmės pūlinio) hospitalizacijos metu operuoti dar kartą.

Išvados. Mūsų duomenimis, rekonstrukcinė proktokolektomija buvo saugi operacija, rezultatai geri. Atliekant rekonstrukcinę proktokolektomiją šeimine adenomine polipoze sergantiems ligoniams, būtina pašalinti visą tiesiosios žarnos gleivinę iki dantytosios linijos.