

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas

A decorative graphic consisting of four triangles: a solid black triangle pointing up at the top center, a solid grey triangle pointing down at the top right, a solid grey triangle pointing left at the middle left, and a solid grey triangle pointing right at the middle right.

**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXV
KONFERENCIJA**

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
Prof. dr. Vaiva Hendrixson
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė
Dr. Diana Bužinskienė
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
Doc. dr. Saulius Galgauskas
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas
Doc. dr. Valdemaras Jotautas
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė
Prof. dr. Marius Miglinas
Doc. dr. Birutė Zablockienė
Inga Kisielienė
Prof. dr. Violeta Kvedarienė
Dr. Žymantas Jagelavičius
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila
Doc. dr. Kristina Ryliškienė
Dr. Gunaras Terbetas
Prof. dr. Alvydas Navickas
Doc. dr. Rima Viliūnienė
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis
Doc. dr. Vytautas Tutkus
Dr. Danutė Povilėnaitė
Doc. dr. Sigita Burokienė
Dr. Agnė Abraitienė
Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė
Rafal Sinkevič
Gintarė Zarembaitė
Alicija Krasavceva
Karina Mickevičiūtė
Jogailė Gudaitė
Emilis Gegeckas
Auksė Ramaškevičiūtė
Tautvydas Petkus
Kristina Marcinkevičiūtė
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lissauskaitė
Rosita Reivytytė
Kamilė Čeponytė
Šarūnas Raudonis
Monika Rimdeikaitė
Inga Česnavičiūtė
Tadas Abartis
Rūta Bleifertaitė
Kristijonas Puteikis
Saulius Ročka
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė
Augustė Lapinskaitė
Emilis Šostak
Gratas Šepetyš
Gediminas Gumbis
Erika Ališauskienė
Indrė Urbaitė
Miglė Vilniškytė
Urtė Smailytė
Gabriela Šimkonytė
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

MAKROSKOPIŠKAI NEPAKITUSI KIRMĖLINĖ ATAUGA DIAGNOSTINĖS LAPAROSKOPIJOS METU – ŠALINTI AR PALIKTI? ŠTAI KUR KLAUSIMAS. LITERATŪROS APŽVALGA

Darbo autorė. Silvija BUBULYTĖ (V kursas).

Darbo vadovas. Dr. Bronius BUCKUS, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Gastroenterologijos, nefrourologijos ir chirurgijos klinika.

Darbo tikslas. Įvertinti literatūroje pateikiamas diagnostinės laparoskopijos metu makroskopiškai nepakitusios kirmėlinės ataugos šalinimo indikacijas.

Darbo metodika. Literatūros apžvalga atlikta naudojantis „PubMed“, „ResearchGate“, „Google Scholar“ medicinos duomenų bazėmis. Paieškai naudoti raktiniai žodžiai: „negative appendectomy“, „macroscopically normal appendix“, „ūminio apendicito diagnostika“. Išanalizuota 10 mokslinių straipsnių, parašytų 2013-2023 metais.

Rezultatai. Viena dažniausių ūminio pilvo priežasčių yra ūminis apendicitas. Pirmo pasirinkimo gydymo metodas yra laparoskopinė apendektomija. Ūminio apendicito diagnozė nustatoma remiantis klinikiniais simptomais, laboratoriniais bei instrumentiniais tyrimais. Esant neaiškiai diagnozei, tačiau išliekant ūminio apendicito įtarimui, atliekama diagnostinė laparoskopija. Operacijos metu gali būti randama makroskopiškai nepakitusi kirmėlinė atauga – normalaus dydžio, be uždegiminių pakitimų. Diagnostinės laparoskopijos metu palikta in situ vizualiai nepakitusi kirmėlinė atauga gali būti pakartotinio atvykimo į skubios pagalbos skyrių ir hospitalizacijos priežastimi, pasikartojus skausmams ar išsivysčius ūminiam apendicitui. Ar indikuotina šalinti kirmėlinę ataugą nesant makroskopinių uždegiminių pakitimų, apžiūrėjus pilvaplėvės ertmę diagnostinės laparoskopijos metu ir neradus kitos patologijos, galinčios sukelti pilvo skausmus, bendro sutarimo nėra. Nepakitusios kirmėlinės ataugos pašalinimo dažnis pasaulyje varijuoja tarp 8,6% ir 32,8%.

Wagner ir kitų autorių tyrimo metu buvo nustatyta, jog priešoperaciniu laikotarpiu, naudojant kompiuterinę tomografiją, galima tiksliau atrinkti pacientus, kuriems indikuotinas operacinis gydymas ir tokiu būdu sumažinti nepakitusių kirmėlinių ataugų pašalinimo dažnį nuo 32,4% iki 7,14%.

Qin ir kitų autorių atlikto tyrimo metu buvo analizuojami chirurgų sugebėjimai vizualiai įvertinti kirmėlinės ataugos pakitimus. Histologinių tyrimų ir gydytojų vertinimo rezultatai nesutapo 9,1% atvejų ir parodė vidutinį vertintojų patikimumą. Tartaglia ir kitų autorių atliktame tyrime buvo nuspręsta pašalinti visas kirmėlines ataugas, įtariant ūminio apendicito diagnozę. Nustatyta, kad tik 24% (39 iš 164) operacijos metu makroskopiškai sveikai chirurgams atrodžiusių kirmėlinių ataugų buvo be histologinių

pakitimų. Dauguma atvejų buvo nustatyta uždegiminė infiltracija, skleroatrofiniai ar neoplastiniai pakitimai.

Priimant sprendimą, ar šalinti vizualiai nepakitusią kirmėlinę ataugą, reikia įvertinti ir galimų komplikacijų riziką. Allaway ir kitų autorių atliktame tyrime nustatyta, jog sergamumo rodikliai tiek nepakitusios kirmėlinės ataugos šalinimo, tiek nekomplikuoto apendicito atveju nesiskyrė 6,3 % ir 6,9%.

Dalyje nagrinėtos literatūros buvo vertinamos išeitys, paliekant makroskopiškai nepakitusią kirmėlinę ataugą, esant ūminiam skausminiam sindromui. Lee ir kitų autorių atliktame tyrime buvo įtraukta 120 pacientų, iš kurių 16 (13,33%) buvo atlikta pakartotinė diagnostinė laparoskopija, 13 (10,8%) – apendektomija ir tik 6 (4,17%) iš jų buvo histologiškai patvirtinta ūminio apendicito diagnozė. Sørensen ir kitų autorių atliktame tyrime nurodyta, kad po diagnostinės laparoskopijos neatliekant apendektomijos pakartotinai hospitalizuoti 56 (20,7%) iš 272 pacientų. Iš jų 18 buvo pašalintos kirmėlinės ataugos (12 pacientų jau prieš operaciją kartu su chirurgu buvo priėmę sprendimą, kad pašalins kirmėlinę ataugą, neatsižvelgiant į makroskopinį jos vaizdą). Teigiama histologinė diagnozė buvo nustatyta vos 1 pacientui.

Remiantis 2009 metų SAGES Amerikos chirurgų gairėmis, sprendimas pašalinti makroskopiškai nepakitusią kirmėlinę ataugą turėtų būti svarstomas kiekvienu klinikišku atveju individualiai. 2016 metų EAES Europos gairėse rekomenduojama įtariant ūminį apendicitą atlikti apendektomiją net ir nematant kirmėlinės ataugos pokyčių. Tokia pati rekomendacija ir 2020 metų Jeruzalės gairėse, tačiau visų rekomendacijų lygmuo yra silpnas.

Anksti diagnozuotos neoplazijos, klaidingai makroskopiškai chirurgo interpretuoti kirmėlinės ataugos pakitimai bei ūminio apendicito ir jo galimų komplikacijų prevencija – tai keli privalumai pašalinant kirmėlinę ataugą, esant neaiškios etiologijos ūminiam dešinio apatinio kvadranto skausmui. Kita vertus, palikus kirmėlinę ataugą in situ, tiek pacientų pakartotinė hospitalizacija, tiek histologiškai patvirtinto ūminio apendicito diagnozė – labai reta.

Išvados. Tarptautinėse gairėse rekomenduojama šalinti makroskopiškai nepakitusią kirmėlinę ataugą visais diagnostinės laparoskopijos atvejais, taip išvengiant žmogiškųjų klaidų, atliekant komplikacijų prevenciją ir paliekant galimybę anksti diagnozuoti neoplastinius pakitimus. Tikslinga atlikti daugiau populiacinių tyrimų makroskopiškai nepakitusios kirmėlinės ataugos šalinimo indikacijoms nustatyti.

Raktažodžiai. Apendektomija; makroskopiškai normali kirmėlinė atauga.