

Vilniaus universitetas  
Medicinos fakultetas



# STUDENTŲ MOKSLINĖS VEIKLOS TINKLO LXXVI KONFERENCIJA



Vilnius, 2024 m. gegužės 13–17 d.

## **PRANEŠIMŲ TEZĖS**

Leidinį sudarė

VU MF Mokslo ir inovacijų skyriaus

inovacijų specialistas Kristijonas PUTEIKIS ir

administratorė Rima DAUNORAVIČIENĖ



VILNIAUS  
UNIVERSITETO  
LEIDYKLA

2024

## Mokslo komitetas:

doc. dr. Valdemaras Jotautas  
dr. Diana Bužinskienė  
prof. dr. Violeta Kvedarienė  
prof. dr. (HP) Saulius Vosylius  
prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas  
Indrė Sakalauskaitė  
Laura Lukavičiūtė  
dr. Agnė Abraitienė  
doc. dr. Jūratė Pečeliūnienė  
prof. dr. Vaiva Hendrixson  
doc. dr. Ieva Stundienė  
prof. dr. Eglė Preikšaitienė  
doc. dr. Birutė Zablockienė  
prof. dr. Pranas Šerpytis  
Artūras Mackevičius

dr. Žymantas Jagelavičius  
doc. dr. Agnė Kirkliauskienė  
prof. dr. Marius Miglinas  
Žilvinas Chomanskis  
doc. dr. Kristina Ryliškienė  
prof. dr. Vilma Brukienė  
doc. dr. Saulius Galgauskas  
Andrius Žučenka  
doc. dr. Birutė Brasiūnienė  
doc. dr. Jaunius Kurtinaitis  
prof. dr. Eugenijus Lesinskas  
doc. dr. Goda Vaitkevičienė  
prof. dr. Alvydas Navickas  
doc. dr. Rima Viliūnienė  
prof. dr. (HP) Edvardas Danila

prof. dr. Nomedą Rima Valevičienė  
Teresė Palšytė  
doc. dr. Vytautas Tutkus  
doc. dr. Danutė Povilėnaitė  
dr. Viktorija Andrejevaitė  
prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius  
dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė  
doc. dr. Jurgita Stasiūnienė  
dr. Arnas Bakavičius  
prof. dr. Gilvydas Verkauskas  
prof. dr. Sigitą Lesinskienė  
doc. dr. Marija Jakubauskienė  
prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė

## Organizacinis komitetas:

Kristina Marcinkevičiūtė  
Viktorija Rakovskaitė  
Austėja Grudytė  
Justina Semenkovaitė  
Matas Žekonis  
Rokas Žekonis  
Milvydė Marija Tamutytė  
Augustė Senulytė  
Miglė Miglinaitė  
Rokas Bartuška  
Damian Luka Mialkowskyj  
Karina Mickevičiūtė  
Jovita Patricija Druta  
Emilija Šauklytė

Austėja Račytė  
Tadas Abartis  
Mindaugas Smetaninas  
Rafal Sinkevič  
Gerda Šlažaitė  
Kamilė Čeponytė  
Einis Novičenko  
Benas Matuzevičius  
Gabriela Šimkonytė  
Ieva Ruzgytė  
Milda Mikalonytė  
gyd. rez. Valentinas Kūgis  
gyd. rez. Gabrielė Bielinytė  
Vėjas Vytautas Jokubynas

Deivilė Kvaraciejūtė  
Julija Pargaliauskaitė  
Paulius Montvila  
Rūta Bleifertaitė  
Alicija Šavareikaitė  
Julija Kondrotaitė  
Gediminas Gumbis  
Joana Leščevskaja  
Gabrielė Bajoraitė  
Augustinas Stasiūnas  
Odeta Aliukonytė  
Robertas Basijokas  
Elvin Francišek Bogdzevič

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2024

© Vilniaus universitetas, 2024

## SKRANDŽIO GASTROINTESTINALINIO STROMOS NAVIKO EKSCIZIJA ATLIEKANT KAIRIAJĄ TORAKOTOMIJĄ: KLINIKINIS ATVEJIS IR LITERATŪROS APŽVALGA

**Darbo autorė.** Gytė GUŽAUSKAITĖ, IV kursas.

**Darbo vadovas.** Prof. dr. Virgilijus BEIŠA, VUL SK Abdominalinės chirurgijos centras.

**Darbo tikslas.** Išnagrinėti skrandžio gastrointestinalinio stromos naviko, kuris buvo šalinamas atliekant kairiąją torakotomiją, klinikinį atvejį bei išnagrinėti literatūrą susijusią su skirtingais gastrointestinalinio stromos naviko ekscizijos būdais.

**Darbo metodika.** Klinikinio atvejo analizė; mokslinės literatūros analizė naudojant PubMed ir ScienceDirect duomenų bazines.

**Įvadas.** Gastrointestinaliniai stromos navikai (toliau – GIST) yra dažniausiai pasitaikantys mezenchiminiai virškinamojo trakto navikai, sudarantys 1 – 2 proc. visų virškinamojo trakto vėžių. Dažniausia GIST lokalizacija – skrandis (50 – 70 proc.), kiek rečiau GIST aptinkamas plonajame žarnyne (25 – 35 proc.), storajame žarnyne (5 – 10 proc.) ir rečiausiai stemplėje (< 5 proc.). Terminai „gerybinis“, „piktybinis“ negali būti naudojami GIST apibūdinti, nes šio naviko biologinis elgesys yra labai įvairus. Navikai, kurie yra mažesni nei 2 cm dydžio yra stebimi. Kai navikas yra didesnis nei 2 cm dydžio ir nesant GIST metastazių, taikomas gydymas – naviko rezekcija sveikų audinių ribose. Jeigu GIST šalinimui yra kontraindikacijų, gali būti skiriamas imatinibas. Pagrindiniai naviko rezekcijos būdai: endoskopinis, laparoskopinis ir laparotominis. Literatūroje yra aprašomi reti atvejai, kur dėl hiatinės išvaržos, skrandžiui patekus į krūtinės ląstą, skrandžio ir stemplės GIST yra operuojami kombinuotai atliekant laparotomiją ir torakotomiją.

**Atvejo aprašymas.** 65 metų vyras atvežtas į priėmimo skyrių dėl bendro silpnumo ir pykinimo, po kurio du kartus vėmė kraujo krešuliais. Videoezofagogastro-duodenoskopijos metu rastas GIST su nedidele opa ir trombuota kraujagysle. Buvo atlikta endoskopinė hemostazė klipavimo būdu. Kraujo tyrimuose nustatyta anemija (hemoglobino koncentracija 95 g/l (norma 128 – 160 g/l)), todėl buvo taikyta eritrocitų masės transfuzija. Anamnezėje 2 cm skrandžio darinys buvo rastas 2021 m., pasirinkta stebėjimo taktika. Dinamikoje darinys didėjo (2023 m. darinio dydis – 3 cm). Taigi po šio kraujavimo epizodo buvo nuspręsta, jog atsistačius hemoglobino koncentracijai bus atliekamas operacinis gydymas – GIST ekscizija sveikų audinių ribose. Tačiau iš anamnezės žinoma, kad pacientui pilvo srityje buvo atlikta daug operacijų. 2000 m. dėl bulbus duodenum stenozės atlikta operacija gastrojejunostomija. Po operacijos susidarė išorinės kasos fistulės. 2002 m. dėl ūminio pankreatito atlikta laparotomija,

nekrektomija. Operacijos metu buvo pažeista blužnis, dėl ko teko atlikti splenektomiją. Po operacijos atliktos 6 revizijos. Taip pat po operacijos susiformavo nusileidžiančiosios žarnos fistulė, buvo atliktos dvi relaparatomijos. 2003 m. buvo atlikta laparotomija dėl išsiplėtusio kasos latako, po operacijos susiformavo skersinės storosios žarnos fistulė. Apskritai nuo 2002 iki 2004 m. pacientas dėl ūminio pankreatito operuotas apie 12 kartų. Pacientui 2002 – 2008 m. vis formuodavosi pilvo abscesai, dėl kurių buvo atliekamos punkcijos. Taip pat dažnai šlapiuodavo iš kasos fistulių, paskutinis šlapiavimas stebėtas prieš keletą metų. Šiuo metu stebimos daugybinės išvaržos pilvo sienoje. Taigi dėl pilvo sienoje esančių išvaržų ir po buvusių daugybinių operacijų tikintis gausių sąaugų pilvo ertmėje buvo nuspręsta, jog operuoti pacientą dėl GIST laparotominiu pjūviu yra rizikinga, nes yra didelė tikimybė pažeisti žarnyną. Todėl buvo nuspręsta GIST pašalinti atliekant kairiąją torakotomiją. Krūtinės ląstai atverti pjūvis buvo atliktas VI tarpšonkauliniame tarpe. Atidalintos sąaugos tarp kairiojo plaučio ir diafragmos, atlikta diafragmotomija. Tuomet buvo atidalintos sąaugos tarp diafragmos ir skrandžio dugno. Mobilizavus skrandžio dugną buvo čiuopiamas 4 cm navikas skrandžio sienelėje. Atlikta gastrotomija ir naviko ekscizija sveikų audinių ribose. Skrandžio sienelė susiūta, krūtinės ląsta drenuojama vienu drenu. Pooperacinė paciento būklė stabili.

**Išvados.** Diagnozavus skrandžio GIST pirmo pasirinkimo gydymas – naviko rezekcija sveikų audinių ribose jį šalinant endoskopiškai, laparoskopškai arba atliekant laparotominį pjūvį. Tačiau esant tam tikroms aplinkybėms skrandžio GIST galima pašalinti atliekant torakotomiją. Tai yra retai pasirenkama gydymo taktika, kuri nėra plačiai aprašoma literatūroje. Tačiau reikėtų nepamiršti šio operacijos atlikimo būdo, ypač tada, kai dėl didelės rizikos negalima GIST pašalinti operuojant per pilvo sieną.

**Raktažodžiai.** Gastrointestinalinis stromos navikas; skrandžio GIST; torakotomija.