

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

ŪMINIO MECHANINIO ŽARNŲ NEPRAEINAMUMO ETIOLOGIJA, DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

Darbo autorė. Deivilė KVARACIEJŪTĖ, V KURSAS.

Darbo vadovas. Gyd. Gintaras VARANAUSKAS, Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė.

Darbo tikslas. Apžvelgti ūmaus mechaninio žarnų nepraeinamumo etiologiją, bei diagnostikos ir gydymo rekomendacijas.

Darbo metodika. Mokslinės literatūros paieška atlikta Medline, ClinicalKey, UpToDate medicininėse duomenų bazėse, tarptautinėje duomenų bazėje PubMed. Paieškos metu naudoti raktiniai žodžiai: *“Bowel obstruction”, “Diagnostics for bowel obstruction”, “Surgeries for bowel obstruction”*.

Rezultatai. Ūmus mechaninis žarnų nepraeinamumas – viena dažniausių abdominalinių patologijų, su kuriomis susiduriama skubiosios pagalbos skyriuje. Žarnų nepraeinamumas gali būti sukeltas mechaninių arba funkcinių priežasčių, sutrikdančių įprastą žarnų turinio slinkimą. Mechaninio nepraeinamumo priežastys gali būti intraluminalinės, kuomet yra obturuojamas žarnos spindis, tokią obstrukciją gali sukelti tulžies pūslės akmuo, muralinės, kai nepraeinamumą sukelia invaginacijos, navikai arba striktūros, išeminė ar neoplastinė, bei ekstraluminalinės, kurias sukelti gali sąaugos, išvaržos bei žarnos segmento užsisukimas.

Obstrukcija plonajame žarnyne dažnesnė, nei storajame ir sudaro 75–80 proc. žarnų nepraeinamumo atvejų. Pastebėti etiologiniai mechaninio žarnų nepraeinamumo skirtumai tarp plonojo ir storjo žarnyno: maždaug 56% plonosios žarnos nepraeinamumo atvejų priežastis yra sąaugos, kai tuo tarpu mechaninis storosios žarnos nepraeinamumas dažniausiai sukeliama išvaržų bei navikų. Ūmus mechaninis žarnų nepraeinamumas, sukeltas tulžies pūslės akmenis – reta tulžies pūslės akmenligės komplikacija, kurios dažnis yra vos 1–4 proc. visų plonosios žarnos obstrukcijos atvejų.

Ūmaus mechaninio žarnų nepraeinamumo atveju tinkamai surinkta anamnezė yra nepaprastai vertinga ir gali padėti ne tik būklės diferencinei diagnostikai, bet ir obstrukciją sukėlusios priežasties nustatymui.

Pagrindiniai simptomai yra skausmas, pykinimas ir vėmimas, pilvo pūtimas. Būklei būdingas dieglių pobūdžio skausmas. Plonosios žarnos obstrukcijos atveju vėmimas būna dažnas, gausus, su tulžies priemaiša, sumažina skausmingumą pilve.

Apžvalginis pilvo rentgenologinis tyrimas atliekamas kaip pirmo pasirinkimo pacientams su ūmiu pilvo skausmu įtariant žarnų nepraeinamumą. Tyrimu galima diagnozuoti obstrukciją, nustatyti jos vietą, bei galimą priežastį. Kompiuterinės tomografijos (KT) jautrumas diagnozuojant mechaninį žarnų nepraeinamumą siekia 75–100 proc., o specifiškumas 61–95 proc. KT su intraveniniu kontrastavimu rekomenduojama: įtariama

didelio laipsnio obstrukcija, yra kontraindikacijų peroralinio kontrasto naudojimui arba maža tikimybė, kad enterinis kontrastas pasieks kliūtis vietą. Pacientams, kuriems įtariamas dalinis nepraeinamumas, rekomenduojamas peroralinis kontrastavimas vandenyje tirpiomis, izoosmosinėmis kontrastinėmis medžiagomis. Ultragarsinis tyrimas gali būti naudojamas diagnostikai, bet paprastai skiriamas tik vaikams ir nėščiosioms.

Pacientams, kuriems įtariamas ūmus žarnų nepraeinamumas, esant stabiliai būklei, simptomų mažinimui rekomenduojama skirti antiemetikus, analgetikus bei *nil per os* režimą. Dehidratacijos ir hipovolemijos korekcijai skiriami intraveniniai skysčiai. Taip pat reikalinga virškinamojo trakto dekompresija nazogastriniu zonu, ši procedūra sumažina diskomfortą, aspiracijos bei kitų komplikacijų riziką.

Jeigu ūmaus žarnų nepraeinamumo priežastis yra riestinės žarnos užsikimimas, atliekama endoskopinė dekompresija ir detorsija. Jei endoskopinis žarnos atsukimas nepavyko arba yra komplikacijų požymių, reikalingas skubus operacinis gydymas pašalinant pažeistą žarnos segmentą. Endoskopinis gydymas gali būti naudojamas ir esant uždegiminių ligų, striktūrų bei navikų sukeltoms obstrukcijoms gydyti. Pirmuoju atveju gali būti atliekama balioninė žarnos dilatacija. Striktūroms, navikams naudojami savaime išsiplečiantys metaliniai stentai.

Ūmaus mechaninio storosios žarnos nepraeinamumo atveju chirurginis gydymas naudojamas dažniau, nei esant plonosios žarnos patologijai. Dažniausiai renkamosi iš keturių chirurginių technikų: suformuojama proksimalinė nukreipiančioji stoma, Hartmann'o procedūra, storosios žarnos rezekcija su/be stomos formavimo, subtalinė kolektomija su ileostoma arba su klubinės žarnos/ileorektaline anostomoze. Chirurginės technikos pasirinkimas priklauso ne tik nuo nepraeinamumo lokalizacijos, bet ir paciento būklės.

Išvados. Ūminio žarnų nepraeinamumo diagnostika remiasi tinkamu anamnezės ir rizikos faktorių surinkimu. Šiuo atveju klinikinis paciento ištyrimas yra svarbus, bet galutinė diagnozė nustatoma tik atlikus vaizdinius tyrimus.

Gydymo taktika pasirenkama remiantis obstrukcijos etiologija bei sunkumo laipsniu. Pacientams, kurių būklė stabili, nepraeinamumas dalinis arba nedidelio laipsnio, dažniausiai pasirenkami konservatyvūs gydymo metodai. Ligonio būklei greitai blogėjant, esant visiškai ar sunkaus laipsnio obstrukcijai, reikalingas skubus operacinis gydymas.

Raktažodžiai. *“Bowel obstruction”; “Diagnostics for bowel obstruction”; “Surgeries for bowel obstruction”.*