

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 Semenkovaite
Matas Žekonis
Rokas Žekonis
Milvydė Marija Tamutyte
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

DISEKVILIBRIUMO SINDROMAS. KLINIKINIS ATVEJIS IR LITERATŪROS APŽVALGA

Darbo autorė. Eva NAKTINYTĖ, IV kursas.

Darbo vadovas. Dr. Diana SUKACKIENĖ, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Gastroenterologijos, nefrourologijos ir chirurgijos klinika.

Darbo tikslas. Aprašyti komplikuatą ūminio inkstų pažeidimo gydymo atvejį, kuomet pasireiškia disekvilibrumo sindromas, bei pristatyti literatūros apžvalgą.

Darbo metodika. Literatūros analizė atlikta PubMed duomenų bazėje, įtraukiant 2014 – 2024 m. atliktus tyrimus, aprašytus anglų kalba. Gavus VUL SK administracijos sutikimą išnagrinėtas klinikinis atvejis.

Atvejo aprašymas. 43 m. moteris GMP pristatyta į VUL SK priėmimo – skubios pagalbos skyrių dėl bendro silpnumo, pykinimo ir vėmimo. Iš gyvenimo anamnezės – tiesiosios žarnos karcinoma st. IV cT3N1M1, metastazės plautyje, pilvaplėvėje, kryžkaulyje, kepenyse, stuburo slanksteliuose. Liga aktyviai gydoma 5–Fluorouracil ir Oxaliplatinum chemoterapija. Priėmimo skyriuje pacientė adekvačios anamnezės neišsako. Pacientės vyras patikslino, jog po prieš 4 dienas buvusios chemoterapijos pacientę nuolat pykina, ji vemia. Stebėti epizodai, kai moteris nustodavo reaguoti į aplinką, kalbėti, taip pat pacientė buvo 5–10 min praradusi sąmonę. Atliktuose laboratoriniuose tyrimuose: neryškus hemoglobino sumažėjimas, Hb 112 g/l (norma 117–145 g/l), ženkli trombocitopenija, PLT 62 ´ 109/L (norma 140–450), šlapalo koncentracijos kraujo serume padidėjimas – 40 mmol/l (norma 2,5–7,5 mmol/l), kreatinino koncentracijos kraujo serume padidėjimas – 852 µmol/l (norma 49–90 µmol/l), CRB 33 mg/l (norma ≤ 5 mg/l), hiperkalemija – 5,7 mmol/l (norma 3,8–5,3 mmol/l), hiponatremija – 132 mmol/l (norma 134–145 mmol/l), padidėję kepenų fermentai AST, ŠF, GGT. Pilvo ultragarsiniame tyrime – difuziniai inkstų parenchimos pakitimai. Galvos KT – pataloginis židiny (≈27 mm) kairiajame pusrutulyje su išreikšta perifokaline edema, reikšminga vidurio struktūrų dislokacija (≈7 mm). Po neurologo ir neurochirurgo konsultacijos pacientė hospitalizuota į Nefrologijos skyrių ūminio inkstų pažeidimo gydymui – hemodializė, sol. Dexamethasoni 8 mg i/v, sol. NaCl 0,9 proc. 500 ml i/v. Hemodializės metu pacientei pasikartojo du traukulių epizodai. Po antrojo priepuolio moteris tapo nebeprizadinama ir įtariant smegenų strigimą pacientė perkelta į II RITS. Atlikta skubi galvos KT – lyginant su prieš dializę daryta KT, įtariamą pakraujavimą į židinį, dinamikoje padidėjo perifokalinė ir generalizuota smegenų edema, atsirado subfalcinio ir transtentorinio strigimo požymiai. Gydytojo neurochirurgo įvertinimu pacientės būklė labai sunki, GKS 4 balai (A1K1M2), chirurginės intervencijos ligos eigos ir prognozės nepagerintų. Sąmonės būklės pablogėjimas galimai lemtas perifokalinės edemos ryškėjimo po hemodializės. Toliau taikytas gydymas – oksigenoterapija,

DPV, sedacija, infuzoterapija, maksimaliai galima osmoterapija pagal inkstų funkcijos rodiklius, vazopresoriai, miorelaksantai, išorinis šildymas, steroidai. Tą pačią dieną pacientės būklė išlieka labai sunki, nesusiduoja, GKS 3 balai (A1K1M1). Praėjus kelioms valandoms, atlikus cerebrinę angiografiją – galvos smegenų kraujotakos nerasta. Konstatuota smegenų mirtis.

Rezultatai. Disekvilibravimo sindromas – tai klinikinis neurologinių simptomų ir požymių pasireiškimas dializės metu arba netrukus po jos. Greita uremijos ir kraujo hiperosmoliariškumo korekcija pakaitine inkstų terapija sukelia smegenų edemą, padidėjusį intrakranijinį spaudimą ir su tuo susijusią neurologinę simptomatiką. Dažniausiai šio sindromo pasireiškimas aprašomas kartu su hemodialize, tačiau gali pasireikšti ir pacientams, kuriems atliekama nuolatinė pakaitinė inkstų terapija (*angl. CRRT*). Iki šiol nebuvo aprašyto disekvilibravimo sindromo, susijusio su peritonine dialize. Viena iš šio sindromo prevencijos priemonių yra rizikos veiksnių atpažinimas. Pažeidžiamesni yra pacientai, kurie dializuojami pirmą kartą. Taip pat didesnę riziką lemia labai jaunas ar vyresnis amžius, labai sunki uremija, hipernatremija, hiperglikemija, pasikeitęs dializės režimas, hiponatremija, kepenų encefalopatija. Tarp rizikos veiksnių yra buvusios ar esamos neurologinės ligos, taip pat ligos, didinančios kraujo-smegenų barjero praeinamumą. Kitos prevencijos priemonės – išvengti dializės metu susidarančio osmosinio gradiento. Tai galima padaryti taikant tris strategijas: 1) sumažinti klirensą, kad lėčiau mažėtų plazmos osmoliariškumas, 2) pailginti laiką, per kurį atliekamas klirensas ir 3) dializės metu didinti kraujo plazmos osmoliariškumą, leidžiant kitas osmotiškas medžiagas, pvz.: natrį ar manitolį.

Išvados. Disekvilibravimo sindromas yra susijęs su pacientų mirtinumu, todėl labai svarbus rizikos veiksnių įvertinimas, prevencinės priemonės, ankstyvas sindromo atpažinimas ir skubus gydymas.

Raktažodžiai. Disekvilibravimo sindromas; pakaitinė inkstų terapija; hemodializė.