MOKSLINĖ-PRAKTINĖ KONFERENCIJA

CHIRURGO PASIEKIMAI IR BENDRADARBIAVIMAS. KAIP SUDERINTI?

Santraukos

BIRŽELIO 7 D. | ŠIAULIŲ ARENA

LCHA
LIETUVOS CHIRURGŲ ASOCIACIJA

UŽDARA IZOLIUOTA SKYDLIAUKĖS TRAUMA

Autoriai: Patricija Kutkevičiūtė[1], prof. Albertas Daukša[1]
[1]Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno Klinikos

Įvadas. Skydliaukės sužalojimas dėl uždaros kaklo traumos yra labai retas, dažniausiai pasitaiko pacientams, turintiems strumą [1, 2]. Kaklo skausmas ar sunkumas ryjant gali būti vieninteliai paciento simptomai, tačiau taip pat gali prasidėti kraujavimas, susiformuoti hematomos [1].

Atvejo aptarimas. 65 metų vyras, sergantis CD, atvyko į Skubios pagalbos skyrių po avarijos, kurios metu diržas prispaudė kaklą. Skundėsi balso užkimimu, skausmu, sunkumu ryjant seiles. Atlikus kaklo kompiuterinę tomografiją stebėta hematoma su aktyvia ekstravazacija. Pacientas intubuotas, atlikta angiografija, embolizuotos a.thyroidea superior et inferior dex. Esant masyviai kaklo hematomai, pacientas buvo du kartus operuotas, hematoma atverta, išplauta, tačiau aktyvaus kraujavimo nestebėta, įvestas drenas, paimta skydliaukės biopsija. Septintą gydymo parą pacientas mirė. Skydliaukės patologinės histologijos atsakymas - skydliaukės audiniai persunkti krauju, be kitos skydliaukės patologijos.

Diskusija. Nors kaklo traumos yra gana dažnos, skydliaukės sužalojimas jų metu yra labai retas, įprastai nutinkantis pacientams, turintiems strumą [1]. Dažniausiai pacientai kaklo traumas patiria avarijų metu [3]. Mūsų atveju pacientas kaklą susižeidė avarijos metu, tačiau, priešingai nei aprašoma literatūroje, jam buvo sužalota iki tol sveika skydliaukė. Diagnozei patikslinti tikslinga atlikti kaklo ultragarsinį tyrimą ar kompiuterinę tomografiją [4]. Mūsų atveju pacientui buvo atlikti abu šie tyrimai. Jeigu pacientas hemodinamiškai stabilus ir neturi anksčiau diagnozuotos skydliaukės patologijos – tikslinga taikyti konservatyvų gydymą, pacientą stebėti [5]. Mūsų atveju pacientui buvo taikytas operacinis gydymas, tačiau jis išeičių nepagerino.

Išvados. Uždaros izoliuotos skydliaukės traumos atveju, jeigu nėra užspausta trachėja ir pacientas hemodinamiškai stabilus – operacinis gydymas yra vengtinas, dėl per didelės aplinkinių struktūrų pažeidimo rizikos. Esant aktyviam kraujavimui tikslinga taikyti minimaliai invazines procedūras, stebėjimą.

Literatūra:

1. Delikoukos S, Mantzos F. Thyroid storm induced by blunt thyroid gland trauma. Am Surg. 2007;73:1247–9.
2. Ahnen T, von Ahnen M, Wirth U, Zhorzel S, Kober E, Habbel C, et al. Traumatic thyroid rupture:Case report and review of the literature. Wien Med Wochenschr. 2014;164:239–44.
3. Ahrens J, Juttner B, Heidt S, Scheinichen D, Przemeck M. Thyroid gland rupture: a rare case of respiratory distress. J Emerg Med. 2012;43:41–3.
4. Sow YL, Aziz NA, Ng KL. Thyroid rupture secondary to blunt neck trauma. Am J Emerg Med. 2013;31:760.e3–5.
5. Heizmann O., Schmid R., Oertli D. Blunt injury to the thyroid gland: proposed classification and treatment algorithm. J. Trauma. 2006;61(4):1012–1015.

STOROSIOS ŽARNOS VĖŽIO CHIRURGINIO GYDYMO REZULTATAI

Autoriai

Agnė Šikarskė

Chirurgijos klinika, Lietuvos Sveikatos Mokslų Universiteto ligoninė Kauno klinikos, Kaunas, Lietuva

Doc.Henrikas Paužas

Chirurgijos klinika, Lietuvos Sveikatos Mokslų Universiteto ligoninė Kauno klinikos, Kaunas, Lietuva

Įžanga

Storosios žarnos navikai yra vieni iš dažniausiai diagnozuojamų piktybinių navikų visose ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse. 2020 metais pasaulyje nustatyta 1,9 milijonų naujų kolorektinio vėžio atvejų, prognozuojama, jog 2040 metais šis skaičius išaugs iki 3,1 milijonų naujų atvejų per metus [1]. Nepaisant gerų sisteminio ir spindulinio gydymo rezultatų, chirurginis gydymas išlieka pagrindiniu gydant storosios žarnos vėžį [2]. Užsienio literatūroje dažnai lyginami skirtingi operacinio gydymo metodai ir komplikacijos kilusios po storosios žarnos vėžio operacijų [3,4]. Pastebime panašias tendencijas ir Lietuvoje, matome, kad išlieka didelis pooperacinių komplikacijų skaičius, būtent šiuo tiriamuoju darbu norime išsiaiškinti rizikos veiksnius galinčius leisti prognozuoti pooperacinių komplikacijų išsivystymą.

Tikslas

Išanalizuoti 2023 metais LSMUL KK Chirurgijos klinikoje dėl storosios žarnos vėžio operuotų pacientų chirurginio gydymo rezultatus. Išsiaiškinti rizikos veiksnius prognozuojančius pooperacinių komplikacijų ir jungties nesandarumo išsivystymą.

Metodai

Atliktas retrospektyvinis tyrimas, į tyrimą įtraukti pacientai sergantys gaubtinės arba tiesiosios žarnos vėžiu, kuriems 2023 metais LSMUL KK buvo atlikta rezekcinio tipo storosios žarnos operacija, viso į tyrimą įtraukti 277 pacientai. Surinkti duomenys tokie kaip amžius, lytis, ūgis, svoris, ligos diagnozė, gretutinės ligos, neoadjuvantinis gydymas, operacijos skubumas, operacijos tipas, operacijos trukmė, pooperacinės komplikacijos, lovadienių skaičius, pakartotinis stacionarizavimas ir jo priežastys. Surinkti duomenys išanalizuoti naudojant IBM SPSS statistics 29.0 programą.

Rezultatai

2023 metais LSMUL KK buvo atliktos 277 storosios žarnos rezekcinės operacijos, dėl tiesiosios 96 (34,7%) ar gaubtinės 181 (65,3%) žarnos vėžio. Imtį sudarė 145 (52,3%) moterys ir 132 (47,7%) vyrai. Pacientų amžiaus vidurkis 67,57 ± 11,756 metai. Laparoskopiškai atliktos 79 (28,5%) operacijos, atvirai 198 (71,5)%. Viso išsivystė 63 (22,7%) pooperacinės komplikacijos, iš jų 15 (8,2%) jungties nesandarumai. Jungties nesandarumo ir pooperacinių komplikacijų išsivystymo šansų santykis buvo skaičiuojamas naudojant vieno kintamojo ir daugiaveiksnę dvinarę logistinę regresiją. Atlikus vieno kintamojo dvinarę logistinę regresinę analizę, nustatyta jog, jungties nesandarumo išsivystymo šansus didina šie faktoriai: jaunesnis amžius (0,922, 0,879 – 0,966, p<0,001), tiesiosios žarnos navikas (6,091, 2,026 – 18,316, p=0,001), taikytas neoadjuvantinis gydymas (4,308, 1,202 – 15,443, p=0,025) ir ilgesnė operacijos trukmė (1,009, 1,002 – 1,016, p=0,009). Atlikus daugiaveiksnę dvinarę logistinę regresiją paaiškėjo, jog nepriklausomi faktoriai didinantys šansą išsivystyti jungties nesandarumui yra jaunesnis amžius (0,934, 0,883 – 0,987, p=0,016) ir tiesiosios žarnos navikas (4,287, 1,159 – 15,860, p=0,029). Identiškai atlikus skaičiavimus nustatėme, jog pooperacinių komplikacijų išsivystymo šansus

didina paciento jaunesnis amžius (0,970, 0,947 – 0,993, p=0,011), daugiau statistiškai reikšmingų duomenų negauta, arti statistiškai reikšmingo rezultato nustatyta jog skubi operacija (2,058, 0,979 – 4,329, p=0,057) galėtų didinti šansą išsivystyti pooperacinėm komplikacijom. Atlikus daugiaveiksnę dvinarę logistinę regresiją paaiškėjo jog jaunesnis paciento amžius (0,971, 0,948 – 0994, p=0,016) yra nepriklausomas rizikos veiksnys didinantis šansus išsivystyti pooperacinėm komplikacijom.

Literatūros sąrašas

1. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. Transl Oncol. 2021 Oct;14(10):101174. doi: 10.1016/j.tranon.2021.101174. Epub 2021 Jul 6. PMID: 34243011; PMCID: PMC8273208.
2. Chiu CC, Lin WL, Shi HY, Huang CC, Chen JJ, Su SB, Lai CC, Chao CM, Tsao CJ, Chen SH, Wang JJ. Comparison of Oncologic Outcomes in Laparoscopic versus Open Surgery for Non-Metastatic Colorectal Cancer: Personal Experience in a Single Institution. J Clin Med. 2019 Jun 19;8(6):875. doi: 10.3390/jcm8060875. PMID: 31248135; PMCID: PMC6616913.
3. Matsuda T, Yamashita K, Hasegawa H, Oshikiri T, Hosono M, Higashino N, Yamamoto M, Matsuda Y, Kanaji S, Nakamura T, Suzuki S, Sumi Y, Kakeji Y. Recent updates in the surgical treatment of colorectal cancer. Ann Gastroenterol Surg. 2018 Feb 15;2(2):129-136. doi: 10.1002/ags3.12061. PMID: 29863145; PMCID: PMC5881369.
4. Ribeiro U Jr, Tayar DO, Ribeiro RA, Andrade P, Junqueira SM Jr. Laparoscopic vs open colorectal surgery: Economic and clinical outcomes in the Brazilian healthcare. Medicine (Baltimore). 2020 Oct 16;99(42):e22718. doi: 10.1097/MD.0000000000022718. PMID: 33080727; PMCID: PMC7572007.

INTRAOPERACINĮ HEMODINAMINĮ NESTABILUMĄ LEMIANTYS VEIKSNIAI FEOCHROMOCITOMŲ PAŠALINIMO OPERACIJOSE

Martynas Baltušis, Kristijonas Jasaitis, Albertas Daukša

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Įžanga

Feochromocitoma diagnozuojama 1 iš 125 000 žmonių (1). Pagrindinis feochromocitomų gydymo būdas yra chirurginis pašalinimas. Feochromocitomų operacijos laikomos didelės rizikos chirurginėmis procedūromis, reikalaujančiomis patyrusios chirurgų ir anesteziologų komandos (2), kadangi pagrindinė šių operacijų problema – pacientų intraoperacinis hemodinaminis nestabilumas (3), kuris apibrėžiamas kaip sistolinio arterinio kraujo spaudimo (sAKS) pakilimas ≥160 mmHg bei skirta vazoaktyvi medžiaga (vazopresorius ar vazodilatatorius) (4). Siekiant išvengti hemodinaminio nestabilumo rekomenduojama iki operacijos pacientus ruošti skiriant adrenoreceptorių blokatorius: dažniausiai pirmo pasirinkimo vaistai yra α adrenoblokatoriai (skiriant 7 – 14 dienų iki operacijos), tačiau vis dar nėra tikslių rekomendacijų, koks ruošimas efektyviausias ir kokie yra svarbiausi intraoperacinį hemodinaminį nestabilumą lemiantys veiksniai (5).

Tikslas

Nustatyti veiksnius, lemiančius intraoperacinį hemodinaminį nestabilumą feochromocitomų šalinimo operacijų metu.

Metodai

Tyrimo objektas — LSMUL KK Chirurgijos klinikos pacientai, kuriems 2012 – 2024 m. pašalintos feochromocitomos. Iš stacionarinių ligos istorijų retrospektyviai rinkti duomenys: pacientų amžius, lytis, kūno masės indeksas (KMI), ASA klasė, naviko dydis, priešoperacinis vidutinis arterinis kraujo spaudimas (operacijos dieną), priešoperaciniam paruošimui skirti vaistai (α ir/arba β blokatoriai), jų skyrimo trukmė (dienomis), maksimalios dozės, nutraukimo prieš operaciją faktas ir trukmė (dienomis), metanefrinų ir normetanefrinų koncentracijos kraujo plazmoje prieš operaciją, maksimalūs sistolinis (sAKS), diastolinis (dAKS) ir vidutinis (MAP) arterinis kraujo spaudimas operacijos metu bei vazopresorių ir/arba vazodilatatorių skyrimo faktas, operacijos prieiga (laparoskopinė ar atvira), operacijos trukmė, konversijos faktas ir priežastys, naviko piktybiškumas. Gauti duomenys apdoroti naudojant Microsoft Excel ir SPSS programas. Tiriamojo požymio reikšmių proporcijos dviejose grupėse lygintos naudojant χ^2 požymių homogeniškumo kriterijų, skirstiniai dviejose populiacijose (duomenims neatitinkant normalumo sąlygos) lyginti naudojant neparamentrinį *Mann-Whitney U* testą. Statistiškai reikšmingais laikyti tie atvejai, kai patikimumo lygmuo $p < 0,05$.

Rezultatai

Surinkti 74 pacientų ligos istorijų duomenys, iš jų 31 (41,9 %) vyras, 43 (58,1 %) moterys. 4 pacientai (5,4%) nebuvo ruošti (negavo nei α, nei β blokatorių iki operacijos), 15 (20,3%) gavo tik α blokatorių, 5 (6,8%) tik β blokatorių, 50 (67,6%) abu. Nerasta reikšmingų sąsajų tarp maksimalaus sAKS, dAKS, MAP, hemodinaminio nestabilumo operacijos metu ir to, ar priešoperaciniam paruošimui skirti α, ar β blokatoriai, ar abu. Taip pat hemodinaminio nestabilumo atsiradimas nepriklausė nuo maksimalios šių vaistų dozės, skyrimo trukmės (dienomis), nutraukimo prieš operaciją. Operacijos metu vazopresorių skirta 20 (27,03%) pacientų, o vazodilatatorių 24 (32,43%) pacientams. Hemodinaminis nestabilumas fiksuotas 26 pacientams (35,14%). Jis dažniau fiksuotas operuojant atviru būdu (χ^2=4,385, p=0,036), taip pat dažniau esant piktybinei feochromocitomai (χ^2=7,472, p=0,006), esant didesniam navikui (p=0,024), ilgesnei operacijai (p=0,024) ir didesnei priešoperacinei

kraujo plazmos metanefrino koncentracijai (p<0,001). Intraoperacinio hemodinaminio nestabilumo atsiradimas nepriklausė nuo pacientų amžiaus, lyties, KMI, ASA klasės, normetanefrino priešoperacinės koncentracijos kraujo plazmoje, priešoperacinio MAP.

Literatūros sąrašas

1. Aygun N, Uludag M. Pheochromocytoma and Paraganglioma: From Epidemiology to Clinical Findings. The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital. 2020;54(2):159.

2. https://www-uptodate-com./treatment-of-pheochromocytoma-in-adults

3. Senne M, Wichmann D, Pindur P, Grasshoff C, Mueller S. Hemodynamic Instability during Surgery for Pheochromocytoma: A Retrospective Cohort Analysis. J Clin Med. 2022 Dec 1;11(24).

4. Pisarska-Adamczyk M, Zawadzka K, Więckowski K, Przęczek K, Major P, Wysocki M, et al. Risk factors for hemodynamic instability during laparoscopic pheochromocytoma resection: a retrospective cohort study. Gland Surg. 2021

5. Lenders JWM, Duh QY, Eisenhofer G, Gimenez-Roqueplo AP, Grebe SKG, Murad MH, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: An endocrine society clinical practice guideline. Vol. 99, Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. Endocrine Society; 2014. p. 1915–42.

IŠEMIJOS-REPERFUZIJOS ĮTAKA TULŽIES LATAKŲ EPITELIO MITOCHONDRIJŲ FUNKCIJAI

Vaidotas Marcinkevičius[1], Danielius Umbrasas[2], Arvydas Strazdauskas[2], Vytautas Simanaitis[1], Sonata Trumbeckaitė[3], Antanas Gulbinas[4], Rasa Banienė[2], Tomas Vanagas[1]

1) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas, Chirurgijos klinika
2) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas, Biochemijos katedra
3) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Farmacijos fakultetas, Farmakognozijos katedra
4) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas, Virškinimo sistemos tyrimų institutas

Įžanga

Išemijos-reperfuzijos trauma (IRT) – paradoksinė ląstelių disfunkcija ir žūtis po kraujotakos atstatymo išeminiuose audiniuose, susijusi su adenozino trifosfato (ATP) metabolizmu pasikeitus energijos poreikiams [1]. Kvėpavimo grandinėje mitochondrijos yra pagrindinės energijos tiekėjos, užtikrinančios tarpląstelinius signalus ir elektrocheminį vientisumą. Išemija sutrikdo mitochondrijų metabolizmą, sumažėjus ląstelės energijai kaupiasi sukcinatas. Reperfuzijos metu reaktyviosios deguonies atmainos atpalaiduojamos iš I-ojo kvėpavimo komplekso, inicijuojama IRT kaskada [2]. Transplantacijos sėkmė priklauso nuo hepatocitų bei tulžies latakų epitelio ląstelių mitochondrijų funkcijos, kurią atspindi kvėpavimo kontrolė: kvėpavimo greičio, priklausomo nuo adenozino difosfato (ADP), padidėjimas [3]. IRT fenomenas turi esminę įtaką biliarinių komplikacijų - jungties nesandarumo ir striktūrų - išsivystymui po kepenų transplantacijų. Biliarinės komplikacijos, kurių dažnis siekia 18%, sąlygoja reikšmingą pacientų sergamumą ir mirštamumą, jų valdymui pasitelkiamos endoskopinės, minimaliai intervencinės ir chirurginės procedūros [4,5].

Tikslai

Palyginti po kepenų transplantacijų pašalintų tulžies pūslių (Tx) IRT sąlygotą ir kontrolinės grupės išemijos nepatyrusių tulžies pūslių (K) epitelio mitochondrijų pažaidą pagal kvėpavimo greičius. Įvertinti pacientų amžiaus, lydinčios patologijos, tulžies latakų uždegiminių pakitimų įtaką mitochondrijų funkcijai.

Metodai

Tx grupėje cholecistektomija atlikta implantavus donorines kepenis, K grupėje - pankreatoduodeninės rezekcijos metu. Tulžies pūslių gleivinės mitochondrijos ištirtos panaudojant I-ojo mitochondrijų kvėpavimo grandinės komplekso substratus glutamatą ir malatą (gm) ir II-ojo komplekso – sukcinatą (s). Išmatuoti kvėpavimo greičiai: V2 (nuo vidinės membranos laidumo protonams priklausomas, su ATP sinteze nesusijęs kvėpavimas), V3 (su ATP gamyba susijęs kvėpavimas), V4 (su ATP nešiklio slopikliu karboksiatraktilozidu (cat)) bei Vdnp (atskirtas kvėpavimas naudojant skyriklį dinitrofenolį (dnp) su substratais). Citochromas c (CytC) naudotas išorinės membranos pažeidimo nustatymui. Natrio azidu (IV-ojo komplekso slopikliu) išmatuotas nuo mitochondrijų nepriklausomas deguonies naudojimas. Apskaičiuoti mitochondrijų kokybę atspindintys dydžiai: citochromo c efektas (CytCEff), kvėpavimo kontrolės indeksas (RCI). Ranginiai duomenys pateikti medianomis su didžiausiomis ir mažiausiomis reikšmėmis (Med (Min–Max)), palyginti pagal Mano-Vitnio kriterijų. K grupėje pagal kvėpavimo greičių medianas išskirti du pogrupiai – geresnės (G) ir blogesnės (B) mitochondrijų funkcijos – kuriuose palygintas amžius, bendrojo tulžies latako (BTL) stentavimo dažnis, tulžies mikrobiologinio tyrimo rezultatai, Amerikos anesteziologų draugijos (ASA) klasė. Nominalieji duomenys palyginti Fišerio ir Chi-Kvadrato testais. Statistinio reikšmingumo lygmuo - 0.05.

Rezultatai

Tx grupėje ištirta 17, K grupėje – 14 tulžies pūslių. I-ajame komplekse reikšmingai didesni kvėpavimo greičiai K grupėje nustatyti pagal du parametrus: V3 (Tx 11.79 (4.48-30.81); K 18.55 (5.45–58.08), p=0.047) ir RCI (Tx 1.14 (0.83-2.5); K 1.46 (1.17-3.28), p=0.007). Kiti greičiai - V3gms, VCytC, V4cat, Vdnp - statistiškai reikšmingai nesiskyrė. II-ajame komplekse reikšmingai didesni kvėpavimo greičiai K grupėje nustatyti pagal penkis parametrus: V3 (Tx (23.1 (5.98-86.56); K 52.87 (13.95-132.2), p=0.022), VCytC (Tx 26.77 (6.12-89.78); K 60.76 (16.77-189.48), p=0.024), V4cat (Tx 12.64 (6.93-46.76); K 25.77 (8.6-131.27), p=0.045), Vdnp (Tx 27.63 (5.66-87.05); K 57.16 (19.89-185.83), p=0.045), RCI (Tx 1.47 (0.94-2.37); K 2.12 (1.3-3.33), p=0.016). V2 ir CytCEff tiek I-ajame, tiek II-ajame kompleksuose statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Išoriniai faktoriai įtakos tyrimui neturėjo – I-ajame (p=0.225) ir II-ajame (p=0.143) kompleksuose natrio azidas Tx ir K grupėse nesiskyrė.

K pogrupiuose (G=B=7) amžius (G 67 (45-87) metai; B 70 (57-79) metų, p=0.902), ASA klasė (G (II–2; III-3; IV-2); B (III-6; IV-1), p=0.189), BTL stentavimo dažnis (visi atlikti dėl piktybinės striktūros; G 5; B 4, p=0.5), teigiamo tulžies pasėlio dažnis (G 6; B 4, p=0.28) reikšmingai nesiskyrė.

Išvados

1) IRT sąlygoja reikšmingą tulžies latakų epitelio mitochondrijų pažaidą.
2) Kiti veiksniai (amžius, lydinti patologija, uždegiminiai pakitimai) reikšmingos įtakos mitochondrijų funkcijai neturi.

Literatūros sąrašas

1. Cowled P, Fitridge R. Pathophysiology of Reperfusion Injury. Mechanisms of Vascular Disease: A Reference Book for Vascular Specialists. 2011 Jan 1;331–50.
2. Panconesi R, Widmer J, Carvalho MF, Eden J, Dondossola D, Dutkowski P, et al. Mitochondria and ischemia reperfusion injury. Curr Opin Organ Transplant. 2022 Oct 1;27(5):434–45.
3. Brand MD, Nicholls DG. Assessing mitochondrial dysfunction in cells. Biochem J. 2011 Apr 15;435(2):297–312.
4. de Vries Y, von Meijenfeldt FA, Porte RJ. Post-transplant cholangiopathy: Classification, pathogenesis, and preventive strategies. Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease. 2018 Apr 1;1864(4):1507–15.
5. Khuroo MS, Ashgar H Al, Khuroo NS, Khan MQ, Khalaf HA, Al-Sebayel M, et al. Biliary disease after liver transplantation: the experience of the King Faisal Specialist Hospital and Research Center, Riyadh. J Gastroenterol Hepatol. 2005; 20(2):217–28.

DAUGIADALYKĖ ROBOTINĖS CHIRGURGIJOS PLĖTRA SANTAROS KLINIKOSE – PIRMŲJŲ 100 OPERACIJŲ PATIRTIS

Tomas Poškus 1,2, Augustas Poškus 2, Albertas Čekauskas 1,2, Marius Kryžauskas 1,2, Arnas Bakavičius 1,2 Vilnius Rudaitis 1,2, Linas Andreika 1,2, Arūnas Želvys 1,2, Tomas Januškevičius 1,2, Žymantas Jagelavičius 1,2, Vytautas Jovaišas 1,2, Feliksas Jankevičius 1,2

1 - Vilniaus Universiteto ligoninės Santaros klinikos

2 - Vilniaus Universiteto Medicinos fakultetas

Vilniaus Universiteto ligoninės Santaros klinikų operacinėje įdiegta robotinės chirurgijos sistema VERSIUS (CMR).

Šio pranešimo **tikslas** – apžvelgti pirmųjų 100 operacijų patirtį ir rezultatus

Pacientai ir metodai

Nuo 2023 06 mėn iki 2024 05 mėnesio Santaros klinikose keturiose specialybėse – urologijoje, pilvo chirurgijoje, akušerijoje-ginekologijoje ir krūtinės chirurgijoje robotinės chirurgijos operacijos buvo atliekamos parinktiems pacientams. Buvo įvertinti intraoperaciniai rezultatai, ir galimai su robotine chirurgija susijusios komplikacijos.

Rezultatai

Per 11 mėnesių keturių specialybių gydytojų buvo atlikta 111 operacijų. Urologai atliko 63 operacijas: 60 prostatektomijų, 2 nefrektomijas, 1 nefrektomija, atliekant transplantaciją iš giminingo donoro. Pilvo chirurgai atlikto 24 operacijas: 8 dešiniosios hemikolektomijos, 4 tiesiosios žarnos rezekcijos, 2 riestinės žarnos rezekcijos, 1 rektopeksija tinkleliu, 3 kepenų cistų fenestracijos, 3 cholecistektomijos ir 2 kirkšninių išvaržų operacijas. Ginekologai atliko 13 operacijų: 5 histerektomijos, iš jų 2 – dėl piktybinių navikų su limfadenktomija, 4 - kiaušidžių cistų operacijas ir 4 salpingoovarektomijos operacijas. Krūtinės chirurgai atliko 11 operacijų: tarpuplaučio navikų ir darinių šalinimą 8 pacientams, 3 – krūtinplėvės ertmės navikų ir plaučių navikų šalinimą.

Šios operacijos apėmė tiek ankstyvąjį personalo mokymosi laikotarpį, tiek ir laikotarpį po robotinės sistemos visiško įdiegimo, kai personalui buvo leista savarnakiškai, be mentorių priežiūros, operuoti. Operacijų metu intraoperacinių komplikacijų ir komplikacijų susijusių su robotinės įrangos naudojimu neturėjo. Visas operacijas pavyko baigti, kaip suplanuota, konversijų į laparoskopinę ir/ar atvirą chirurgiją nebuvo. Mirties atvejų po robotinės chirurgijos nebuvo.

Išvados

Versius robotinė sistema sėkmingai įdiegta Santaros klinikų keturiose specialybėse, ir ypač plačiai naudojama urologijos ir pilvo chirurgijos srityse. Papildomo apmokėjimo robotinei chirurgijai nebuvimas neleidžia sistemos naudoti plačiau.