

საქართველოს გრ.მუხადის ქირურგთა ასოციაცია
საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე

№ 1 (5)

რეცენზირებადი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

თბილისი, 2018

გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე

რეცენზირებადი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი
გამოიცემა 2016 წლიდან წელიწადში ორჯერ

მთავარი რედაქტორი: დავით ჯიქია, თსსუ
სარედაქციო კოლეგია: გ.არაბიძე
ლ.სილოგავა
კ.ფრუიძე
გ.ხორბალაძე

სარედაქციო საბჭო:

დ.აბულაძე	ნ.ლომიძე, თსსუ
მ.აღამეცი (ჩეხეთი)	ლ.მანაგაძე
გ.ახალაძე (რუსეთი)	კ.მარდალეიშვილი, თსსუ
ზ.ბახუტაშვილი	ბ.მოსიძე, თსსუ
რ.გრუსნერი (აშშ)	გ.ნემსაძე
გ.დათუაშვილი, თსსუ	ზ.ორჯონიკიძე, თსსუ
ზ.ვადაჭკორია, თსსუ	მ.ტატიშვილი
გ.თომაძე, თსსუ (თავმჯდომარე)	კ.ქუნთელია, თსსუ
ბ.იაშვილი	კ.ყიფიანი, თსსუ
მ.კილაძე, თსსუ	ბ.ჩაკვეტაძე
დ.კორძაია, თსსუ	თ.ჩხიკვაძე
ი.კონრეიძე, თსსუ	რ.ხეცურიანი, თსსუ
ი.კუზანოვი, თსსუ	შ.ჯაფარიძე, თსსუ
გ.ლობჯანიძე, თსსუ	

დამფუძნებლები: საქართველოს გრ.მუხადის ქირურგთა ასოციაცია,
საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია,
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

გამომცემელი: საქართველოს გრ.მუხადის ქირურგთა ასოციაცია

სპონსორი: თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ჟურნალში შუქდება თანამედროვე ქირურგიის და მომიჯნავე დარგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობის კვლევების შედეგები, მათი კლინიკური და თეორიული ასპექტები, ახალი ტექნოლოგიები, სამედიცინო განათლების პრობლემები, შემთხვევები კლინიკური პრაქტიკიდან, ქირურგიის ისტორიის გამორჩეული მოვლენები, გრ.მუხადის საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის საქმიანობის ქრონიკა და სხვა აქტუალური თემები.

რედაქციის აზრი შეიძლება არ ემთხვეოდეს ავტორთა მოსაზრებას. ყველა უფლება ავტორებისგან მასალების მიღების შემდეგ ეკუთვნის ჟურნალ „გ.ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“ რედაქციას. რედაქცია პასუხს არ აგებს სარეკლამო მასალების შინაარსზე. ჟურნალში გამოქვეყნებული მასალების სრული ან ნაწილობრივი აღწარმოება ან გამრავლება, მეთოდის მიუხედავად, დასაშვებია მხოლოდ გამომცემლის წერილობითი ნებართვით.

რედაქციის მისამართი: თბილისი, 0179, ჭავჭავაძის 33ბ, „პრემიუმ მედსერვისი“
geosurgery@gmail.com

პრეპრესი და ბეჭდვა: შპს „სმარტ პრინტი“. თბილისი, 0180, ზ.ჯორჯაძის 43
kobakurtanidze@gmail.com

ტირაჟი: 500

UDC (უაკ)617(051)(479.22)ს-323
ISSN 2449-2221

Gr.Mukhadze Georgian Association of Surgeons
Academy of Medical Sciences of Georgia
Tbilisi State Medical University

GURAM TATISHVILI BULLETIN OF GEORGIA SURGERY

№ 1 (5)

Peer-reviewed Scientific-Practical Journal

Tbilisi, 2018

GURAM TATISHVILI BULLETIN OF GEORGIA SURGERY

Peer-reviewed Scientific-Practical Journal
published since 2016, twice a year

Editor-in-chief:	Jikia D., TSMU
Editorial team:	Arabidze G. Khorbaladze G. Pruidze K. Silogava L.
Editorial board:	Abuladze D. Adamec M. (Czech) Akhaldze G. (Russia) Bakhtashvili Z. Chakvetadze B. Chkhikvadze T. Datuashvili G., TSMU Gruessner R. (USA) Iashvili B. Japaridze S., TSMU Khetsuriani R., TSMU Kiladze M., TSU Kipiani K., TSMU Kokhreidze I., TSMU Kordzaia D., TSU Kuntelia K., TSMU Kuzanov I., TSMU Lobzhanidze G., TSU Lomidze N., TSMU Managadze L. Mardaleishvili K., TSMU Mosidze B., TSMU Nemsadze G. Orjonikidze Z., TSMU Tatishvili M. Tomadze G., TSMU (Chairman) Vadachkoria Z., TSMU
Founders:	Gr.Mukhadze Georgian Association of Surgeons, Academy of Medical Sciences of Georgia Tbilisi State Medical University
Publisher:	Gr.Mukhadze Georgian Association of Surgeons
Sponsor:	Tbilisi State Medical University

The results of scientific-practical researches of the modern surgery and adjacent fields, their clinical and theoretical aspects, new technologies, problems of medical education, cases from clinical practice, exceptional events of the history of surgery, chronic of the activities of Gr. Mukhadze Scientific Society of Surgeons and other actual topics, are highlighted in the journal.

The opinion of the editorial team may not coincide with the authors' consideration. All the rights from the authors after getting the materials belong to the editorial team of the journal "G. Tatishvili Bulletin of Georgia Surgery". The editorial team is not responsible for the contents of the advertising materials. Full or partial reproduction or copying of the materials published in the journal, despite of the method, is allowed only through the publisher's written permission.

Editorial office address: 33b Chavchavadze Ave., Premium Med Service, Tbilisi, 0179, Georgia
geosurgery@gmail.com

Prepress and Printing: Smart Prnt LLC. 43 Z. Jorjadze st., Tbilisi, 0180, Georgia
kobakurtanidze@gmail.com

Copies: 500

UDC (უკვ)617(051)(479.22)ს-323
ISSN 2449-2221

სარჩევი / CONTENT

ავტორის სამახსოვრო AUTHOR'S COMMEMORATIVE	6
რედაქტორის წინასიტყვაობა AUTHOR'S PREAMBLE	8
საქართველოს გრ.მუხაძის ქირურგთა ასოციაცია. წიაღსვლა ისტორიაში GR. MUKHADZE GEORGIAN ASSOCIATION OF SURGEONS. HISTORICAL MILESTONE	9
ურთიერთშეთანხმების მემორანდუმი MEMORANDUM OF UNDERSTANDING	13
გულის ჭრილობის ოპერაციული მკურნალობის საკითხისათვის *) (არქივი) К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАН СЕРДЦА (АРХИВ) ZUR IRAGE DER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG FRISCHER WUNDEN DES HERZENS (ARCHIV)	15
ქშპუს რეკონსტრუქცია ზურგის უბანიერის კუნთის კან-კუნთოვანი ნაფლეთით BREAST RECONSTRUCTION WITH THE LATISSIMUS DORSI MYOCUTANEOUS FLAP	24
ნაწოლი. დაავადების მართვის კლინიკური სტანდარტი DECUBITUS ULCER. CLINICAL GUIDELINES	31
იუბილე - პროფესორი მიხეილ ჩაჩავა JUBILEE - PROFESSOR MIKHEIL CHACHAVA	48
SALVAGE ქირურგია ფარისებრი ჯირკვლის გავრცელებული პაპილური კიბოს დროს SALVAGE SURGERY FOR PAPILLARY THYROID GLAND CANCER	49
ლიტრეს ჩაჭვლილი თიაქარი – ინტრაოპერაციული დიაგნოზი და მკურნალობა (კლინიკური შემთხვევა) LITTRE'S INCARCERATED HERNIA – INTRAOPERATIVE DIAGNOSE AND TREATMENT (CLINICAL CASE)	52
ბადის მიგრაცია ილუმინალურ რეზერვუარში (J-POUCH) პაციენტთან წყლულოვანი კოლიტის გავრცელების შემთხვევაში წარმოებული კოლექტომიის შემდგომ პერიოდში: ავადმყოფობის ისტორია და ლიტერატურის მიმოხილვა MESH MIGRATION INTO THE J-POUCH IN A PATIENT WITH POST-ULCERATIVE COLITIS COLECTOMY: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW	55
მეორეობა - პროფესორი ბუჩა არჩვაძე MEMOIR - PROFESSOR BUCHA ARCHVADZE	59

აკტორის სამასს(ოპრო)

ჟურნალ „გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნეში“ სტატიის წარმოდგენის წესები:

1. სტატია წარმოდგენილი უნდა იყოს ნაბეჭდი სახით, ორ ეგზემპლარად, ქართულ (ინგლისურ ან რუსულ) ენაზე და მას უნდა ახლდეს სტატიის ელექტრონული ვერსია ელექტრონულ მატარებელზე (CD, DVD, ფლეშ მენჯიერება).
2. წარმოდგენილი სტატიის მოცულობა არ უნდა იყოს 7 გვერდზე ნაკლები და 20 გვერდზე მეტი ცხრილების, დიაგრამების, საილუსტრაციო მასალის, ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ჩათვლით.
3. ნაბეჭდი ვერსია წარმოდგენილი უნდა იყოს სტანდარტული ფურცლის (A4) ერთ გვერდზე, 2,5 სმ სივანის მარცხენა, 2-2სმ ზედა და ქვედა და 1,5სმ მარჯვენა ველების დაცვით. სტრიქონებს შორის ინტერვალი 1,5.
4. სტატია აკრეფილი უნდა იყოს MS Word-ში Sylfaen უნიკოდ შრიფტით, როგორც ქართული ძირითადი ტექსტი, ისე ქართული და ინგლისური რეზიუმე. შრიფტის ზომა უნდა იყოს 11.
5. კვლევითი ხასიათის სტატია უნდა მოიცავდეს შემდეგ პუნქტებს: საკითხის აქტუალობა, კვლევის მიზანი, საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები, მიღებული შედეგები და მათი განსჯა.
 - შემთხვევის აღწერისას: საკითხის ზოგადი მიმოხილვა, საკუთრივ შემთხვევის აღწერა, განსჯა და დასკვნები.
6. ექსპერიმენტული კვლევების შედეგების წარმოდგენისას, აუცილებელია, მიეთითოს და აღიწეროს საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა, გაუჭვივარების ტიპი.
7. ქართულენოვან სტატიას უნდა ახლდეს რეზიუმე ქართულ და ინგლისურ ენებზე. უცხოენოვანი სტატიის შემთხვევაში - მხოლოდ ინგლისურ ენაზე. რეზიუმეს მოცულობა უნდა იყოს არანაკლებ 130 და არაუმეტეს 250 სიტყვა. აუცილებელია, ინგლისურენოვან რეზიუმეს ახლდეს: სათაური, ავტორების გვარები, ინიციალები, წარმოდგენი დაწესებულების ან ავტორთა სამუშაო დაწესებულებების მითითებით (რამდენიმე ავტორის შემთხვევაში საჭიროა მინიშნება ციფრით). რეზიუმე უნდა მოიცავდეს შემდეგ პუნქტებს (რომლებიც გამოყოფილი იქნება ტექსტში): მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; საკვანძო სიტყვები.
8. სტატიის ილუსტრირების წესები:
 - ცხრილები წარმოდგენილი უნდა იყოს ნაბეჭდი და ელექტრონული სახით (და არა რომელიმე გამოსახულების ფორმატით – მაგ., jpeg, tiff, pdf). ცხრილი აწყობილი უნდა იყოს MS Word-ის ან MS Excell-ის ფორმატში, შეიძლება ჩართული იყოს ტექსტში ან წარმოდგენილი იყოს ცალკე ფაილის სახით, ამ შემთხვევაში ფაილს უნდა ერქვას სახელი: ცხრილი №; ყველა ციფრული, შემავჯამებელი და პროცენტული მონაცემი უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.
 - დიაგრამები უნდა იყოს დასათაურებული, დანომრილი და ტექსტში შესაბამის ადგილზე მითითებული. დიაგრამები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს როგორც MS Word-ის ან MS Excell-ის ფორმატში, ისე jpeg, tiff, pdf ფორმატებში. დიაგრამების წარწერები შესრულებული უნდა იყოს სტატიის ენაზე.
 - ფოტოსურათები, სურათები, ნახაზები უნდა იყოს წარმოდგენილი კონტრასტული ფაილის სახით, jpeg, tiff, pdf ფორმატში, დასათაურებული, დანომრილი და ტექსტში შესაბამის ადგილზე მითითებული. ამოსხნის ხარისხი არანაკლებ 200dpi.
 - რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით jpeg, tiff, pdf ფორმატში, დასათაურებული, დანომრილი და ტექსტში შესაბამის ადგილზე მითითებული. გამოსახულების ხარისხი არანაკლებ 200dpi.
 - მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათლების შედეგის ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.
9. ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების დართვით, უცხოელ ავტორთა გვარები – უცხოური ტრანსკრიპციით, ინიციალების დართვით.
10. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით).
 - ბიბლიოგრაფიული სია დალაგებული უნდა იყოს ანბანური წყობით;
 - მიეთითება ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მაგალითი:
 ქართული ვარიანტი: *ჭილაძე ბ, ლომიძე ნ, ნიორაძე მ, სიდელნიკოვი ა, ტრეკოვი ი. ჩერენკოვის ეფექტის გამოყენება ბირთვული ენერგეტიკის უსაფრთხოების ასამაღლებლად. საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მოამბე. 2012;6(2):67-73.*
 ინგლისური ვარიანტი: *Author AA, Author BB, Author CC. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49-53.*
 - მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა.
 - ტექსტში მრგვალ ფრჩხილებში უნდა მიეთითოს ავტორის შესაბამისი №, ლიტერატურის სიის მიხედვით.
11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.
12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემებში.
13. აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

„გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე“ რედაქცია

AUTHOR'S COMMEMORATIVE

The rules of submitting an article to the journal "Guram Tatishvili Bulletin of Georgia Surgery":

1. An article shall be submitted in printed form, two copies, in the Georgian (English or Russian) language together with an e-version of an article on electronic media (CD, DVD, flash memory).
2. Printed version shall be on one page of a standard sheet of paper (A4), by maintaining 2,5 cm left field width, 2-2 cm upper and bottom fields and 1,5 cm right field width. Space between lines 1,5.
3. An article shall be typed in MS Word by Sylfaen Unicode font, both Georgian main text and Georgian and English reviews. Font size shall be 11.
4. Submitted material volume shall not be less than 7 pages and more than 20 pages including tables, diagrams, illustrating material, reference list and reviews (in the Georgian and English languages).
5. A research article shall include the following sections: urgency of the research, research objective, research material and applied methods, obtained results and their discussion.
6. When submitting results of experimental researches, it is mandatory to point out and describe types of experimental animals and quantity; methods of anaesthesia (in conditions of acute experiments).
7. An article in Georgian language shall be enclosed with review in the Georgian and English languages. In case of an article in foreign language – only in the English language. Volume of a review shall not be less than 130 and not more than 250 words. In the English review, it is mandatory to mention: title, authors' surnames with initials, representing institution or work institutions of authors (an author's connection with an institution in case of several authors or institutions shall be interpreted by figure). A review shall include the following sections (highlighted in text): objective, material and methods, results and conclusions; key words.
8. Rules of illustrating an article:
 - Tables shall be submitted in printed and e-form (and not in any of an image formats – e.g. jpg, tiff, pdf). A table shall be drawn up in MS Word or MS Excel formats, can be inserted in text or submitted as a separate file, in this case the file shall be named: table p...; all digital, summing and percentage data shall correspond with the ones mentioned in text.
 - Diagrams shall be titled, numbered and pointed out in corresponding place in text. Diagrams can be submitted both in MS Word or MS Excel formats, as well as in jpg, tiff, pdf formats. Diagram inscriptions shall be made in the Georgian language.
 - Photographs, pictures, drawings shall be submitted as contrast file, in jpg, tiff, pdf formats. Resolution degree not less than 200dpi.
 - Photocopies shall be submitted with positive image in jpg, tiff, pdf format, titled, numbered and pointed out in the corresponding place in text. Resolution degree not less than 200dpi.
 - In inscriptions of microphotographies, it is necessary to point out zooming degree by eyepiece or lens, dying or impregnation method of slices and note upper and lower parts of an image.
9. Authors' surnames in an article are mentioned by enclosing initials.
10. An article shall be enclosed with bibliographic list of used works (with depth of 5-8 years).
 - Bibliographic list shall be sorted by alphabetic order;
 - Authors (surname, initials, title of an article, journal name, year, journal p, the first and the last pages) are pointed out. **Example:** Author AA, Author BB, Author CC. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49-53.
 - In case of monography point out publishing year, place an total quantity of pages.
 - In text, in round brackets shall be pointed out an author's corresponding p, according the reference list.
11. The editorial team keep the right to correct an article. Working on text and summing is done in accordance with the copyright original.
12. It is not allowed to submit an article published in other publications.
13. In case of violating the mentioned rules, articles are not reviewed.

Editorial team of "Guram Tatishvili Bulletin of Georgia Surgery"

რედაქტორის წინასიტყვაობა

„ქირურგია განვითარებადი მეცნიერება და შემოქმედებითი ხელოვნებაა, უმაღლესი გამოხატულება – ჩაწვედს და შეცვალს ადამიანის ორგანიზმის ბუნებრივი პროცესები კაცობრიობის საკეთილდღეოდ; მეცნიერება – კოლექტივის (საზოგადოების) იარაღია, ხელოვნება – პირადული (ინდივიდუალური) ფენომენია. ქირურგია ადამიანის გონების (ცნობიერების) ქმნილება და გამარჯვებაა“.

*„მუცლის მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა კურსის შესავალი“
ა.ბეთანელი, მ.მაისურაძე*

ქირურგია კლინიკური მედიცინის ერთ-ერთი ძირითადი და პრაქტიკული საექიმო საქმიანობის ყველაზე აქტიური დარგია. დღეს პრაქტიკული ქირურგია მჭიდროდ არის დაკავშირებული შემოქმედებით სამეცნიერო და აკადემიურ მოღვაწეობასთან.

„ქირურგიის“ თავდაპირველი მნიშვნელობა – „ხელსაქმე“ პირდაპირ მიუთითებდა, რომ ეს „აქიომობის“ პრაქტიკული დარგი იყო, სადაც სამკურნალო ღონისძიებები ხელებით ან ხელსაწყოებით ხორციელდებოდა. ვიწრო პრაქტიკული „ხელსაქმიდან“ ქირურგია გარდაიქმნა სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობის სამედიცინო დისციპლინად, რომელიც არა მარტო შეისწავლის ქირურგიულ დაავადებებს, არამედ ქმნის და ავითარებს სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ხერხებს, მეთოდებსა და საოპერაციო ტექნიკას. იგი არ შემოიფარგლება მხოლოდ ინვაზიის ტექნიკური შესრულებით, არამედ საბუნებისმეტყველო და სამედიცინო მეცნიერებების ცოდნას მოიცავს. თანამედროვე ქირურგიის წარმატებები საბუნებისმეტყველო და ტექნიკური დარგების მიღწევებითა და პროგრესით არის განპირობებული. ქირურგია ერთდროულად მეცნიერება და ჭეშმარიტად შემოქმედებითი ხელოვნებაა, იგი ნიჭის, თაობათა მიერ დაგროვილი ცოდნისა და გამოცდილების, თეორიული, პრაქტიკული და ექსპერიმენტული საქმიანობის შეუდარებელი ნაზავია. ქირურგია არა მარტო იყენებს საბუნებისმეტყველო, ტექნიკური თუ სოციალური მეცნიერებების მიღწევებს, არამედ მათ წინაშე ახალ, ჯერ კიდევ გადაუჭრელ პრობლემებსა და საკითხებს წარმოაჩენს.

ამდენად, თანამედროვე პრაქტიკული ქირურგიის დროსთან ფენაწყობილი სვლისთვის, სასიცოცხლოდ აუცილებელია დაგროვილი ცოდნის და გამოცდილების გაზიარება, მტკიცებულებების მოძიება და წარმოჩენა, პროფესიული პრაქტიკის განვითარება, პროფესიულ ღირებულებებზე ზრუნვა.

ზემოთხსენებული მიზნები ძალზე კარგად ჰქონდა გაცნობიერებული ქართული ქირურგიის მამამთავარს აკად. გრიგოლ მუხაძეს. სწორედ მისი თაოსნობით დაფუძნდა თბილისის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციები. სხდომები რეგულარულად, თვეში ორჯერ, რიგრიგობით ტარდებოდა თბილისის ქირურგიულ კლინიკებში. დღის წესრიგში იყო საინტერესო შემთხვევების დემონსტრაციები, რომლებიც ქირურგიული დაავადებების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას ეხებოდა. წესად იყო მიღებული კლინიკების მუშაობის წლიური ანგარიშის მოსმენა. სხდომებს ესწრებოდნენ ახალგაზრდა ქირურგები, კლინიკის წამყვანი სპეციალისტები, თსი უფროსი კურსის სტუდენტები, რაიონებიდან ჩამოსული ქირურგები.

სწორედ ეს კონფერენციები ტრანსფორმირდა შემდგომ ქირურგიულ საზოგადოებად (თბილისის და საქართველოს), საქართველოს ქირურგთა ასოციაციად და გრ. მუხაძის სახელობის ქირურგთა საზოგადოებად. 2015-2016 წელს ღვაწლმოსილი ქირურგის, მეცნიერის, საზოგადო მოღვაწის და ორგანიზატორის პროფესორ გურამ ტატიშვილის თაოსნობით აღდგა და განახლებული სახით წარმოგვიდგა გრ. მუხაძის საქართველოს ქირურგთა საზოგადოება. ეს უდავოდ უზარმაზარი წინგადადგმული ნაბიჯი იყო და ამ წინსვლის ჭეშმარიტი გვირგვინი კი საზოგადოების ბეჭდვითი ორგანოს, სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალის „საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“ დაფუძნება გახდა.

2017 წელს, როგორც ყველა წინამორბედი ორგანიზაციის სამართალმემკვიდრე, პროფესორების გ.თომაძე, ბ.მოსიძე, მ.კილაძე, ნ.ლომიძე, თ.ჩხვიცაძე და სხვათა თაოსნობით დაფუძნდა გრ. მუხაძის საქართველოს ქირურგთა ასოციაცია.

ასოციაციის გამგეობის გადაწყვეტილებით ბეჭდვითი ორგანო, სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი „საქართველოს ქირურგის მაცნე“ გააგრძელებს თავის არსებობას და შეიტანს წვლილს საქართველოს ქირურგიის განვითარებაში.

მე პატივი მერგო, გავაგრძელო ჩემი დიდი წინამორბედის წამოწყება. კარგად მაქვს გაცნობიერებული ის სირთულეები, რომლებიც ასოცირებულია ასეთ პატარა ქვეყანაში, ვიწროდარგობრივი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალის გამოცემასთან არა მარტო ფინანსური, არამედ ინფორმაციული კუთხითაც.

„საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“ არსებობა და განვითარება, მისი ხარისხი დამოკიდებულია საქართველოში მოღვაწე თითოეული ქირურგის, მომიჯნავე დარგების სპეციალისტების ჩართულობასა და აქტივობაზე ჟურნალის ცხოვრებაში.

შეუძლებელია, საქართველოს მასშტაბით ვიფიქროთ მულტიდისციპლინური, რანდომული კვლევების შედეგების რეგულარულად წარმოდგენაზე ჟურნალში (მასალა მართლაც მწირია). ჩემის აზრით, აქცენტები უნდა გაკეთდეს კლინიკურ პრაქტიკულ რეკომენდაციებზე, პროტოკოლებსა და ქირურგიული ტექტიკის ალგორითმებზე. მეტად მნიშვნელოვანია კლინიკური შემთხვევების წარდგენა ქირურგთა წინაშე, მათი განხილვა და განსჯა. აუცილებელია მსოფლიოს ქირურგთა გამოცდილებისა და ქირურგიის მიღწევების და რეკომენდაციების გაზიარება თარგმანების სახით. ქირურგთა საზოგადოებაში მიმდინარე პროფესიული, ეთიკური და სხვა საჭირობოროტო საკითხების განხილვა.

მინდა მოგიწოდოთ და გთხოვოთ თანადგომა, ამ მძიმე, მეტად საპასუხისმგებლო საქმეში. მხოლოდ თქვენი პრაქტიკული და შემოქმედებითი სამეცნიერო მოღვაწეობა და ჩართულობა არის ჟურნალ „საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“ დღევანდელის, პროგრესის და აკადემიურობის გარანტი.

და ბოლოს, მინდა პატივი მივაგო ჩვენი წინამორბედების, მასწავლებლების და კოლეგების ნათელ ხსოვნას!

*„გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“
მთავარი რედაქტორი დავით ჯიქია*

საქართველოს გრ.მუხაძის ქირურგთა ასოციაცია წიაღსვლა ისტორიაში

გ.თომაძე¹

¹თსუ, ქირურგიის №2 დეპარტამენტი, პროფესორი, საქართველოს გრ. მუხაძის ქირურგთა ასოციაცია, ასოციაციის პრეზიდენტი

GR. MUKHADZE GEORGIAN ASSOCIATION OF SURGEONS HISTORICAL MILESTONES

G.Tomadze¹

¹TSMU #2 Department of Surgery, Professor, Gr. Mukhadze Georgian Association of Surgeons, President of association

რეზიუმე | ნაშრომში განხილულია გრ.მუხაძის საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის განვითარებისა და ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპები, ქრონოლოგიურად. ისტორიული წიაღსვლა იწყება 1924 წლის 12 იანვარს ქირურგიული კლინიკების კონფერენციებიდან და წარმოაჩენს იმ ეტაპებს, რომელიც განვლო ქართულმა ქირურგიულმა საზოგადოებამ 2017 წლის დეკემბრამდე - გრ. მუხაძის საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის ჩამოყალიბებამდე. აქცენტი გამაზვიებელია იმ ქირურგთა ღვაწლზე, რომლებიც აქტიურად მოღვაწეობდნენ ქართული ქირურგიის ასპარეზზე.

Resume | The paper focuses on the steps of development of the Gr.Mukhadze Georgian Surgical Association in chronological order. The story begins from January 12, 1924 with "Conferences of surgical clinics" and demonstrates the development of the Surgical Society of Surgeons until December 2017, when the Gr.Mukhadze Georgian Association of Surgeons was founded. The emphasis is on the contribution of surgeons, who were and are actively working in the field of Georgian Surgery.

საკვანძო სიტყვები: საქართველოს ქირურგთა ასოციაცია

Keywords: Georgian Association of Surgeons

საქართველოს გრ. მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის 7 ძირითადი ეტაპი:

- 1924** წლის 12 იანვარს გრიგოლ მუხაძემ (1879-1948) საფუძველი ჩაუყარა თბილისის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციებს.
- 1933** წელს თბილისის კლინიკის კონფერენციები გრ. მუხაძის ინიციატივით გადაკეთდა საქართველოს სამედიცინო საზოგადოების ქირურგთა სექციად.
- 1947** წელს გრ. მუხაძის ინიციატივით საქ. სამედიცინო საზოგადოების ქირურგთა სექცია გადაკეთდა საქართველოს ქირურგთა დამოუკიდებელ საზოგადოებად.
- 1955** წლის 18 თებერვალს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით საქართველოს ქირურგთა საზოგადოებას გამოეყო და ცალკე დაფუძნდა თბილისის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება, რომელსაც აკად. გრ. მუხაძის სახელი მიენიჭა. საქართველოს ქირურგთა საზოგადოებამ ფუნქციონირება გააგრძელა საქართველოს ქირურგთა რესპუბლიკური საზოგადოების სახით.
- 1998** წელს პროფესორ ბაადურ მოსიძის ინიციატივით შეიქმნა საქართველოს ქირურგთა ასოციაცია.
- 2015** წელს პროფესორ გურამ ტატიშვილის ინიციატივით თბილისის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება გადაკეთდა საქართველოს ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოებად.
- 2017** წელს გაერთიანდა საქართველოს გრ.მუხაძის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება და საქართველოს ქირურგთა ასოციაცია და ეწოდა გრ.მუხაძის საქართველოს ქირურგთა ასოციაცია.



ასოციაციის ისტორიული წიაღსვლა

1924 წლის 12 იანვარს პროფესორმა გრ. მუხაძემ საფუძველი ჩაუყარა თბილისის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციებს. პირველი სხდომა (12.01.1924) ჰოსპიტალური ქირურგიის კლინიკაში ჩატარდა. სხდომები რეგულარულად, თვეში ორჯერ ტარდებოდა. მათ თავმჯდომარეობდნენ იმ კლინიკის

ხელმძღვანელები, სადაც იმართებოდა სხდომა.

სხდომებს ესწრებოდნენ ახალგაზრდა ქირურგები, კლინიკის წამყვანი სპეციალისტები, თსუი უფროსი კურსის სტუდენტები, რაიონებიდან ჩამოსული ქირურგები.

დღის წესრიგში იყო კლინიკაში ჩატარებული საინტერესო შემთხვევების დემონსტრაციები, რომლებიც ქირურგიული დაავადებების დიაგნოსტიკასა



სურათი 12.

აკადემიკოსი გრიგოლ მუხაძე



სურათი 2.

პროფესორი დავით იოსელიანი



სურათი 3.

აკადემიკოსი ეგნატე ფიზია



სურათი 4.

პროფესორი დავით მამათავრიშვილი

და მკურნალობას ეხებოდა. წესად იყო მიღებული კლინიკების მუშაობის წლიური ანგარიშის მოსმენა. დაინტერესებული ქირურგებისათვის ეს თბილისის ქირურგიულ კლინიკებში შესრულებული სამუშაოს შესახებ ინფორმაციის მიწოდების და გამოცდილების გაზიარების საშუალებას წარმოადგენდა.

კონფერენციების არსებობის პირველი სამი წლის განმავლობაში ჩატარდა 19 სხდომა, მოსმენილი იყო 35 მოხსენება და 128 საინტერესო შემთხვევის დემონსტრაცია (ინფორმაცია პროფ. თ. ახმეტელის პირადი არქივიდან „აკად. გრ. მუხაძის სახელობის თბილისის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების 50 წელი“).

1933 წელს თბილისის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციები გრ. მუხაძის ინიციატივით გადაკეთდა საქართველოს სამედიცინო საზოგადოების ქირურგთა სექციად. ამ ეგიდით ჩატარდა ამიერკავკასიის ქირურგთა I (1927წ.) და II (1935წ.) ყრილობები. ქ. ერევანში დაგეგმილი მე-3 ყრილობა 1938 წელს ვერ ჩატარდა მეორე მსოფლიო ომის გამო. იგი ჩატარდა 1947 წელს.

სხვადასხვა წლებში საზოგადოების გამგეობის წევრები იყვნენ: ა. მაჭავარიანი, ნ. კახიანი, ა. წულუკიძე,

კ. ერისთავი, ი. ახმეტელი, ნ. ვესელოვბოროვი, მ. ცხაკაია, ე. თოღაძე, დ. იოსელიანი, ე. ზაქარაია, კ. ვეფხვაძე, ე. ფიზია, მ. კოკოჩაშვილი, მ. გიგოლოვი და სხვ.

1947 წელს გრ. მუხაძის ინიციატივით საქართველოს სამედიცინო საზოგადოების ქირურგთა სექცია გადაკეთდა საქართველოს ქირურგთა დამოუკიდებელ საზოგადოებად, რომელსაც 1948 წლამდე, გარდაცვალებამდე, თავმჯდომარეობდა აკადემიკოსი გრ. მუხაძე. მისი თავმჯდომარეობის პერიოდში სხდომებზე მოსმენილი იყო 300-ზე მეტი მოხსენება და 500-ზე მეტი დემონსტრაცია.

1948 წლიდან (გრ. მუხაძის გარდაცვალების შემდეგ) საქართველოს ქირურგთა საზოგადოების თავმჯდომარეები იყვნენ კონსტანტინე ერისთავი (1949-1975 წწ), მამია კომახიძე (1975-1980 წწ), გიორგი იოსელიანი (1980-2005).

1955 წლის 18 თებერვალს საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით საქართველოს ქირურგთა საზოგადოებას გამოეყო და ცალკე დაფუძნდა თბილისის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება, რომელსაც აკად. გრ. მუხაძის სახელი მიენიჭა. თავმჯდომარედ აირჩიეს თსსი ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგე პროფ. დ.გ. იოსელიანი, რომელიც თბილისის საზოგადოებას



სურათი 5.

პროფესორი ზაალ კახიანი



სურათი 6.

აკადემიკოსი კონსტანტინე ერისთავი



სურათი 7.

აკადემიკოსი მამია კომახიძე



სურათი 8.

პროფესორი თენგიზ ახმეტელი

წლები	მუხადის ქირურგიული საზოგადოების თავმჯდომარეები	ქირურგიული ასოციაციის პრეზიდენტები
1924-33 (9 წ)	პროფ. გრ. მუხაძე (თბილისის კლინიკების კონფერენციების სხდომები)	
1933-48 (15 წ)		პროფ. გრ. მუხაძე (საქ. სამედიცინო საზოგადოების ქირურგთა სექცია)
1947-48 (1წ)		პროფ. გრ. მუხაძე (საქ. ქირურგთა საზოგადოება)
1955-68 (13 წ)	პროფ. დავით იოსელიანი (გრ. მუხადის სახ. თბილისის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება)	კონსტანტინე ერისთავი (1948-73წწ), საქ. ქირურგთა საზოგადოების საპატიო თავმჯდომარე
1968-79 (11 წ)	პროფ. ეგნატე ფიფია	მამია კომახიძე (1973-80 წწ), საქ. ქირურგთა საზოგადოების თავმჯდომარე
1979-80 (0,5 წ)	პროფ. დავით მამამთავრიშვილი. საპატიო თავმჯდომარე - პროფ. მ. ჩაჩავა.	აკად. მამია კომახიძე (1973-80 წწ), საქ. ქირურგთა საზოგადოების თავმჯდომარე
1980-94 (14 წ)	პროფ. ზაალ კახიანი	1980-2005 პროფ. გიორგი იოსელიანი
1994-96 (2 წ)	პროფ. ოთარ მამამთავრიშვილი	
1996-99 (3 წ)	პროფ. ზურაბ ცხაკაია	
1999-12 (13 წ)	პროფ. თენგიზ ახმეტელი. საპატიო თავმჯდომარე - პროფ. გ. იოსელიანი	1998-2008 (10წ) პროფ. ნოდარ ლომიძე, საქ. ქირ. ასოციაციის პრეზიდენტი
2015-16 (2 წ)	პროფ. გურამ ტატიშვილი (გრ. მუხადის სახ. საქართველოს ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება)	
2016-17 (1 წ)	პროფ. მერაბ კილაძე	2008-2017 (10 წ) პროფ. ბაადურ მოსიძე, საქ. ქირ. ასოციაციის პრეზიდენტი
2018-19 (2 წ)	პროფ. გია თომაძე (საქართველოს გრ. მუხადის ქირურგთა ასოციაცია)	

თავმჯდომარეობდა 13 წელი, გარდაცვალებამდე (1968წ.).

თბილისის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების ჩამოყალიბების შემდეგ პრაქტიკულად ეს საზოგადოება ასრულებდა რესპუბლიკური საზოგადოების ფუნქციას.

კლინიკური საკითხების გარდა სხდომებზე განიხილებოდა რესპუბლიკის ჯანდაცვის ორგანიზაციული საკითხები, დაკანონდა სადისერტაციო ნაშრომების განხილვა, გამოსაქვეყნებელი სახელმძღვანელოების რეცენზირება, ხდებოდა რესპუბლიკური ყრილობების და კონფერენციების დღის წესრიგის დამტკიცება. თბილისის ქირურგთა საზოგადოებას მჭიდრო შემოქმედებითი ურთიერთობა ჰქონდა სამედიცინო დარგის სხვა საზოგადოებებთან. ტარდებოდა გაერთიანებული სხდომები ტრავმატოლოგთა, უროლოგთა, ონკოლოგთა, ტრანსფუზიოლოგთა საზოგადოებებთან, პათანატომებთან, თერაპევტებთან, კარდიოლოგებთან, პედიატრებთან და რენტგენოლოგებთან ერთად.

1968-1979 წწ თბილისის მუხადის ქირურგთა საზოგადოებას 11 წლის განმავლობაში თავმჯდომარეობდა თსსი სამკურნალო ფაკულტეტის ქირურგიულ კათედრის გამგე, აკადემიკოსი ეგნატე ფიფია (1901-1979).

1979-1980 წწ საზოგადოების თავმჯდომარე იყო პროფ. დავით მამამთავრიშვილი (1905-1980):

- 1950-1953 წწ იყო თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის რექტორი;
- 1954 წლიდან ამავე ინსტიტუტის ქირურგიის კათედრის გამგე;
- 1954-1959წწ. საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრი. პროფესორდ. მამამთავრიშვილის თავმჯდომარეობის

პერიოდში გამგეობის შემადგენლობაში იყვნენ: თ.ახმეტელი, ა.ბეთანელი, დ. ბერეჟიანი, ს. ბუაჩიძე, გ.ბოჭორიშვილი, ლ.დვალი, ა.თელია, გ.იოსელიანი, ზ.კახიანი, გ.ტატიშვილი, ნ.გრიგოლია, შ.მირაშვილი, თ.სირია, გ.ახალაძე, ზ.ცხაკაია.

1980-1994 წწ საზოგადოებას 14 წლის განმავლობაში თავმჯდომარეობდა პროფესორი ზაალ კახიანი (1927-2000).

- 1962-1972 წწ საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის პირველი მოადგილე;
- 1968 წლიდან თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის გადაუდებელი ქირურგიის კათედრის გამგე;
- საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის რექტორი.

პროფესორ ზ.კახიანის მოადგილეები საზოგადოების ხაზით იყვნენ პროფ. ა.კუტუბიძე, ა.თელია, ე.ფიფია.

1994-1996 წწ საზოგადოებას, 2 წელი, თავმჯდომარეობდა პროფესორი ოთარ მამამთავრიშვილი. მისი მოადგილეები იყვნენ თ.ახმეტელი, ს.ხუნდაძე, ო.ჩახუნაშვილი, ზ.ცხაკაია.

1996-99 წწ საზოგადოებას, 3 წელი, თავმჯდომარეობდა პროფესორი ზურაბ ცხაკაია (1930-1998).

- 1989-1998 წწ თბილისის ექიმთა დახელოვნების სახელმწიფო ინსტიტუტის ქირურგიის N2 კათედრის გამგე.

პროფესორ ზ.ცხაკაიას მოადგილეები იყვნენ თ.ახმეტელი, ნ.გრიგოლია, გ.ნაცვლიშვილი.

1999-2012 წწ საზოგადოებას 13 წელი თავმჯდომარეობდა პროფესორი თენგიზ ახმეტელი (1924-2012).



სურათი 9.

პროფესორი გურამ ტატიშვილი



სურათი 10.

პროფესორი ბაადურ მოსიძე



სურათი 11.

პროფესორი ნოდარ ლომიძე



სურათი 12.

პროფესორი მერაბ კილაძე

- თსის ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის გამგე (1983–1995).
 - ამ პერიოდში საპატიო თავმჯდომარე იყო პროფ. გ.იოსელიანი. მოადგილეები: რ.გაგუა, ნ.გრიგოლია, ბ.მოსიძე, გ.ნაცვლიშვილი.
 - „ბოლო წლებში საქართველოს ურთულესმა სოციალურ-ეკონომიკურმა მდგომარეობამ უარყოფითი დადი დაასვა საზოგადოების მუშაობას. სინანულით უნდა ვაღიაროთ, რომ ინტერესი საზოგადოებისადმი გარკვეულწილად შემცირდა და ეს ეხება როგორც რესპუბლიკის წამყვან ქირურგებს, ისე ახალგაზრდობას. იმედი უნდა ვიქონიოთ, რომ ეს მხოლოდ დროებითი მოვლენაა და ჩვეულ რიტმში ჩადგება“.
- თ.ახმეტელი, 2006 წ.

2015-2016 წწ პროფესორმა გურამ ტატიშვილმა (1929-2016) განაახლა ქირურგთა საზოგადოების მუშაობა. თბილისის სამეცნიერო საზოგადოება გადაკეთდა საქართველოს ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოებად.

- იგი იყო თსის ქირურგიის კათედრის გამგე;
- ტრავმატოლოგიის და ორთოპედიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორი;

- საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარი ქირურგი.
- 2016-2017 წწ მუხაძის ქირურგიულ საზოგადოებას ხელმძღვანელობდა პროფესორი მერაბ კილაძე.
- თსუქირურგიული დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.
- 2017 წელს გაერთიანდა საქართველოს გრ.მუხაძის ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოება და საქართველოს ქირურგთა ასოციაცია და ეწოდა გრ.მუხაძის საქართველოს ქირურგთა ასოციაცია.
- 1998-2008 წწ საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის პრეზიდენტი (10 წელი) იყო პროფესორი ნოდარ ლომიძე (1948 წ).
- თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის N1 ქირურგიული დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;
- თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ქირურგიული სამსახურის ხელმძღვანელი.
- 2008-2017 წწ საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის პრეზიდენტი (10 წელი) იყო პროფესორი ბაადურ მოსიძე (1947 წ).
- თსუ N3 ქირურგიული დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;
- მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო ცენტრის ქირურგიული სამსახურის ხელმძღვანელი.



2018 წლის 16 ივნისს, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში, საქართველოს ვისცერული ქირურგიის ასოციაციის (GSVS) მიერ, გრ.მუხაძის სახელობის საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის მხარდაჭერით, ჩატარდა კონფერენცია „კლინიკური ონკოლოგია და ქირურგია, კიბოს მკურნალობის სტრატეგია“, რომლის ფარგლებში გაფორმდა მემორანდუმი ევროპის ქირურგიული ონკოლოგიის ასოციაციასთან (European Society of Surgical Oncology – ESSO) (იხ. მემორანდუმი ორიგინალური ტექსტი).

აღნიშნული თანამშრომლობა გულისხმობს ქართველი ექიმებისათვის იმ შედეგების მიღებას, რითაც სარგებლობენ ESSO-ს პირდაპირი წევრები, იმ განსხვავებით, რომ საწევრო იქნება მნიშვნელოვნად დაბალი.

GSVS-ESSO-ს წევრებს საშუალება ექნებათ მიიღონ უფასო ელექტრონული ჟურნალი, რომლის იმპაქტ-ფაქტორი დღეისთვის არის 3.522-ს ტომსონ როიტერის მიხედვით. ბეჭდური ვერსიის შემთხვევაში საწევროს დაემატება 50 ევრო.

გარდა ამისა, წევრებს შესაძლებლობა ექნებათ მონაწილეობა მიიღონ უფასო ონლაინ კონფერენციებში. კონფერენციების ენა ინგლისურია. წევრებს საშუალება ექნებათ იხილონ ოპერაციების ონლაინ ტრანსლაციები. კონგრესებზე რეგისტრაციისას განხორციელდება ფასდაკლება მოსაკრებელზე GSVS-ESSO-ს წევრებისათვის.

მნიშვნელოვანი შეთანხმებაა, რომ 40 წლამდე (ახალგაზრდა) ქირურგებს საშუალება ეძლევათ სრული დაფინანსების პირობებში აიმაღლონ კვალიფიკაცია ESSO-სთან აფილირებულ საუნივერსიტეტო კლინიკებში (ევროპული უნივერსიტეტების უმრავლესობა).

MEMORANDUM OF UNDERSTANDING

This Memorandum of Understanding is entered into by the European Society of Surgical Oncology (ESSO), non-profit organisation registered under Belgian Law with its principal place of business at 83 avenue E. Mounier, 1200 Brussels (Belgium) and the Georgian Society for Visceral Surgeons (GSVS) with its principle place of business at Sh.Nutsubidze, Plateau IV, 23-9, 0183 Tbilisi (Georgia). WHEREAS ESSO is a membership organisation which mission is to advance the science and practice of surgical oncology for the benefit of cancer patients.

WHEREAS GSVS is a non-profit organisation whose purpose is to support general, visceral surgery and surgical oncology in science and in practice by continuing improvement of quality in surgery.

WHEREAS ESSO and GSVS desire to collaborate, interact, and foster an open exchange of ideas in order to advance their common goals;

NOW, THEREFORE, in consideration of mutual promises of the parties, the receipt and adequacy of which are acknowledged, the parties agree as follows:

1. GSVS is an affiliated society of ESSO. Affiliated membership of ESSO entitles GSVS individual members to become joint members of ESSO for a discounted annual membership fee (cf. Article 8). GSVS joint members will enjoy the standard membership benefits of ESSO, which include reduced registration rates to the ESSO Congress, courses and training programmes, op-

portunity to apply to international career development programmes (i.e. fellowship scheme, European Board of Surgery certification), access to the membership restricted area of the ESSO website and online membership directory. Joint members have a voting right at the General Assembly

2. Participation of a representative of GSVS (preferably the President, or a member of the Board) in the ESSO Membership Advisory Committee (MAC); The Membership Advisory Committee meets at the ESSO congress and otherwise interact via e-mails or teleconferences.
3. Opportunity for GSVS-ESSO joint members to apply to any ESSO Standing Committee when open for renewal.
4. Promotion of ESSO membership and activities. GSVS will promote ESSO's membership, congress and other activities via its regular communication channels (e.g. website, newsletter, social media) and at their national congress. GSVS will also provide ESSO with a free booth at their national congress.
5. GSVS to consider adopting the ESSO Core Curriculum for the specialist training in surgical oncology. The ESSO Curriculum incorporates the required domains considered to be essential in training a surgical oncologist. It can be tailored by individual countries or regions to train surgical oncologists in a way that is appropriate for practice in their local environment.
6. Organisation of ESSO- GSVS joint courses. Joint courses' proposals will be reviewed by the ESSO education

- & training committee. The proposed courses must be in line with the ESSO core curriculum, comply with current ESSO standards and shall not compete with existing ESSO courses.
7. Involvement in ESSO clinical research projects when relevant. Involvement in existing or new clinical research projects will be discussed at the level of the ESSO Clinical Research Committee and with the partner organisation(s) involved.
 8. Membership fee and membership numbers. The discounted fee for GSVS joint members of ESSO is fixed at 56 EUR. For an additional fee of 50 euros, GSVS joint members can subscribe to EJSO printed journal (EJSO-the Journal of Cancer Surgery is the official Scientific Journal of ESSO). GSVS will collect the ESSO membership fees and make a global payment to ESSO.
 9. Ownership and Intellectual property. ESSO and GSVS is each the sole owner of all right, title and interest to ESSO and GSVS's respective information, including such party's logo, trademarks, trade names, and copyrighted information, unless otherwise provided (collectively, „Intellectual Property“). This Agreement shall not effect a transfer or license of any party's Intellectual Property.
 10. Confidentiality. ESSO and GSVS, on behalf of themselves and their respective agents and employees, agree not to use or disclose at any time any confidential information of the other party or its affiliated groups or individuals, unless expressly authorized in writing and/or required by Law. Both parties acknowledge that the obligations undertaken in this Section will survive the termination or expiration of this Agreement.
 11. Terms and termination. This Agreement will commence on the date of the last signature 16.06.2018. It will be reviewed after two years, at least sixty (60) days before the date of the last signature of the present Agreement. It may be terminated without cause by either party at any time, upon sixty (60) days' advance written notice.
 12. Indemnification and Insurance. Each party agrees to indemnify and hold harmless the other and its directors, officers, agents and employees, from and against all claims, liabilities and expenses, including reasonable attorney's fees, that arise as result of the negligence or misconduct of the party, or its respective directors, officers, agents or employees. The parties shall each maintain appropriate and sufficient insurance to cover their obligations under this Agreement. This provision shall survive the expiration or termination of this Agreement.
 13. Miscellaneous. This Agreement constitutes the entire agreement between the parties, and supersedes all prior writings or oral agreements. This Agreement may be amended only by a writing setting forth the amendments and signed by both parties. Any party's waiver of, or failure to exercise, any right provided for in this Agreement, will not be deemed a waiver of any further or future right under this Agreement. This Agreement is binding on the parties, their successors and assigns, provided that no party may assign this Agreement without the consent of the other party. The captions of each paragraph of this Agreement are inserted solely for the reader's convenience and are not to be construed as part of the Agreement. This Agreement will be governed by the Laws of Belgium. All notices and inquiries hereunder will be forwarded to the parties at the addresses stated in this Agreement or as otherwise designated in writing by the parties. Neither of the parties will be liable to the other party for failure or delay in fulfilling its obligations hereunder due to causes beyond its reasonable control, including, but not limited to, acts of God, acts of civil or military authorities, strikes, floods, fires, explosions, or damages to facilities.

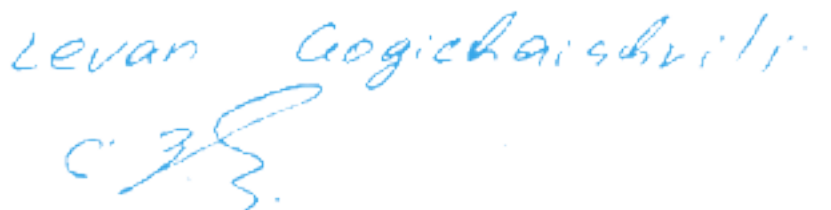
The signatures of the authorized representatives of the parties below demonstrate the parties' acceptance of the terms and conditions of this Agreement.

*For the European Society of Surgical Oncology (ESSO):
Name: Hassan Malik
Signature:
Title: ESSO Board Member and Chair of the Membership Advisory Committee*



*For the Georgian Society for Visceral Surgeons (GSVS):
Name: Levan Gogichaishvili
Signature:
Title: President of Georgian Society for Visceral Surgeons.*

Levan Gogichaishvili



Date: 16.06.18

გულის ჭრილობის ოპერაციული გპურნალობის საკითხისათვის *)

*) მოხსენდა საქ. ექიმთა საზოგადოების ქირურგიულ სექციას 1933. 11 დეკემბერს

კ. ვეფხვაძე¹

¹კლინიკის ასისტენტი, (ჰოსპ. ქირურგ. კლინიკიდან. გამგე: პროფ. გრ. მუხაძე)

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАН СЕРДЦА

Вепхвадзе К. Ф. ¹

Ассистент клиники, (Из Госпитальной Хир. Клиники Тифлисского Гос. Мед. Института. Зав. проф. Г.М. Мухадзе).

ZUR IRAGE DER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG FRISCHER WUNDEN DES HERZENS

К. Вепchwadze¹

¹Asistent der klinik, (Aus der chirurgischen hospitaalklinik des Tifliser Staulichen MEdizinischen Isntitutes leiter Prof. G. M. Muchadze)

Резюме

Автор описывает 6 случаев кардиографий, опрированных в Госпит. Хир. Клинике за 1928-1934 г., из коих 5 сл. оперировано проф. Г. М. Мухадзе, 1 – автором. Все 6 больниых – мужчины в возрасте от 18-57 лет. Причины ранения: с целью самоубийства – 1, вс целью убийств – 5. Во всех случаях раны были проникающие - правого желудочка –3, левого желудочка – 1, правого предсердия – 1, обoих желудочков одновременно – 1, огнестрельное ранение – 1, колото-резаных – 5ю Диагноз ранения сердца был поставлен во всех случаях до операции на основании излени тампонада сердца (Herzdruck), острого малокровья и местоположения наружной раны. 5 больних оперировано в первый час после ранения, а один спустя 3 1/2 часа. В 3-х случаях последовало выздоровление, 3 больних погибло – один через 28 часов после операции, двое – на операционном столе. Причины смерти: в однос случае острое малокровье, в ранение перегородки между желудочками с повреждением пучков Hiss'a; в двух случаях – тяжолое повреждение сердечной мышцы и острая анемия.

Abstraktum

Der Verfasser beschreibet 6 Fälle von kardiographie, die in der chirurgischen hospitaalklinik in den Jabren 1928-1934 operiert wurden, won denen 5 Fälle Prof. Muchadze operierte, einen Fall de verfasser. Alle 6 Kranker waren Männer im Alter von 18-57 Jabren. Die Verwundungen erfolgten in einem Fälle infolge von Selbetmord, in 5 infolge von Mord. In allen Fällen waren durch gebende Wunden: in 3 fallen des rechten Herzventrikels, in je einem Fälle des linken Herzventrikels, der rechten Vorkammer und beider Herzventrikel gleichzeitig; eine Schlusswunde, 5 Stich = u Schnittwunden. Die Diagnose der der Verwundung wurde in allen Fällen vor der Operation auf Grund der Erscheinungen der Herztamponade (Herzdruck), einer akuten Blutarmut und der Topographie der Ausserwunde gestella. 5 Kranke wurden in der ersten Stunde nach der Verwandung operiert, einer nach 3 1/2 Stunden. In 3 fallen erfolgte Genesung, 1 Kranke starb nach 28 stunden, 2 kranko starben auf dem Operationstisch. Todesurasachen: in einem Fälle akute Blutarmut und Verwundung der Scheidewand mit Beschädigung der Hiss-schen Bündel, in 2 Fällen eine schwere Herzmuskelbeschädigung undakute Anämie.

1896 წ. იტალიელმა ქირურგმა ფარინამ (Farina), ნორვეგიელმა კაპპელენმა (Cappelen) და გერმანელმა რენმა (Rhen) გულის ჭრილობის გაკერვა – cardioraphia აწარმოეს ადამიანზე – პირველმა ორმა უარყოფითი, ხოლო მესამემ დადებითი შედეგით.

გულის ქირურგიის განვითარება XIX საუკუნის დამლევიდან იწყება. მთელი რიგი ექსპერიმენტებით ცხოველებზე Block-მა საზღვარ-გარეთ (1882), Филиппов-მა რუსეთში (1885) დაასაბუთეს დაჭრილი გულის გაკერვის შესაძლებლობა.

1896 წ. იტალიელმა ქირურგმა ფარინამ (Farina), ნორვეგიელმა კაპპელენმა (Cappelen) და გერმანელმა რენმა (Rhen) გულის ჭრილობის გაკერვა – cardioraph-

ia აწარმოეს ადამიანზე – პირველმა ორმა უარყოფითი, ხოლო მესამემ დადებითი შედეგით. რუსეთში პირველად ეს ოპერაცია აწარმოვა გერცენმა (Герцен). 1902 წელს ორ ავადმყოფზე უშედეგოდ, ხოლო 1903 წ. შახოვსკოიმ (Шаховской) – დადებითი შედეგით. ამის შემდეგ სხვა დასტაქრების მიერაც წარმატებით იყო ნაწარმოები ეს ოპერაციადა cardioraphia-მთანდათანმოქალაქეობრივი უფლება მოიპოვა. მიუხედავად ამისა cardioraphia, გულის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ თავისებურების და მთელი რიგი ფაქტორების გამო, რომლებიც გულის ჭრილობის მიმდინარეობაზე უარყოფით გავლენას ახდენს, ჯერ კიდევ იშვიათ ოპერაციად ითვლება. დასტაქართა რიცხვი, რომელთაც წილად ხვდათ ამ

ოპერაციის წარმოება, მცირეა და კიდევ უფრო მცირეა იმ დასტაქართა რიცხვი, რომელთაც ეს ოპერაცია რამდენჯერმე გაუკეთებიათ. პროფ. ჯანელიძის მიერ მსოფლიოში 25 წლის განმავლობაში (1895-1921) შეკრებილია კარდიორაფიის 535 შემთხვევა. აქედან 109 ოპერაცია, ე.ი. 1/5 საბჭოთა კავშირის დასტაქრებს ეკუთვნით. 1921-28 წ. პროფ. მუხაძის მიერ საბჭოთა კავშირში დამატებით შეკრებილია კიდევ 34 შემთხვევა. ამ რიცხვში შედის აგრეთვე cardiograph-ები, რომლებიც ნაწარმოები იყო საბჭოთა საქართველოს დასტაქრების მიერ. სულ საქართველოში 1934 წლამდე გაკეთებულია 15 cardiographia, აქედან 6 შემთხვევა დამთავრდა ავადმყოფთა სიკვდილით, 9 – განკურნებით. ჰოსპიტ. ქირურგიულ კლინიკაში 1928-1934 წ. ადგილი ჰქონდა გულის ჭრილობის 6 შემთხვევას.** აქედან 2 შემთხვევა აღწერილი და გამოქვეყნებულია პროფ. მუხაძის მიერ (იხ. „ჯანსაღობის მოამბე“ №1-2, 1928 და „თან. მედ.“ №6-7, 1929). ამიტომ მე მოკლედ მოვიყვან აღნიშნულ 2 ავადმყოფის ისტორიას. ზოგიერთი დამატებებით, ხოლო უფრო დაწვრილებით შევჩერდები 4 უკანასკნელ შემთხვევაში.

აღნიშნული ოპერაციები (cardiographia) ნაწარმოები ა შემდეგი ქირურგების მიერ: ფროლოვი – 3 (1908, 1924, 1931), ვესელოვბოროვი – 1 (1910), პროფ. კახიანი 1 (1923), პროფ. ერისთავი – 2 (1923, 1927), პროფ. მუხაძე – 5 (1928, 1929, 1930, 1834), მაქაცარია – 2 (1928, 1930), ვეფხვაძე – 1 (1933).

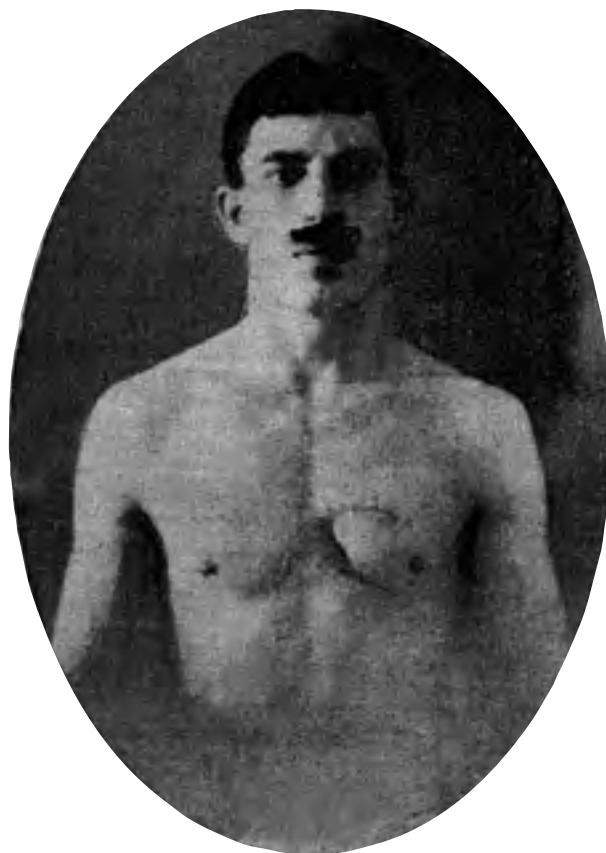
შემთხვევა I.

ავ. ს. გ. 23 წ. (ავ. ისტ. №913), უმუშევარი, მიღებულია კლინიკაში II/IV 1928. სალ. 61/2 საათზე. მარცხენა ძუძუს მიდამოში დანით მიყენებული ჭრილობის გამო. დაჭრილია 20 წუთის წინ მისივე ამხანაგის მიერ ჩხუბის დროს. მარცხენა ძუძუს 1/2 სანტ. შიგნით ნაკვეთი ჭრილობა 4 სანტ. სიგრძით. ავ. გონება დაკარგული აქვს, შფოთავს, ფერი მკრთალი, პირისახე და თითები ციანოზური, პულსი სხივის არტერიასზე არ ისინჯება, ბარძაყის არტერიასზე ისინჯება, სუსტი პულსი, არითმიული 120-130 წუთში. სუნთქვა ზერელე, გულის ტონები მოყრუებული, მოისმის მხოლოდ ერთი ტონი. მკაფიოდ გამოხატული გულის ტამპონადის და გარეთა ჭრილობის მდებარეობის მიხედვით დასმულია გულის ჭრილობის დიაგნოზი და ავ. დაჭრიდან 35 წუთის შემდეგ ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია (პროფ. მუხაძე). აღმოჩნდა პერიკარდიუმის ჭრილობა 3 სანტ. სიგრძით, ჰემოკარდიუმი (დაახლოებით 200 კბ. სანტ. ჩალვრილი სისხლი), მარჯვენა პარკუჭის შესული ჭრილობა. გულის ჭრილობაზე დაედო 4 აბრეშუმის კვანძოვანი ნაკერი, პერიკარდიუმსა და წინა მედიასტინუმში ჩადებულია ტამპონები 48 საათით. ოპერაციის შემდგომი ხანა კარგად ჩატარდა, 15/V ავ. გაეწერა განკურნებული. კლინიკიდან გაწერის შემდეგ ავ. რამოდენიმეჯერ იყო დატუსაღებული ჩხუბისა და დებოშის გამო. 1933 წ. ოქტომბერში ავ. იქნა გასინჯული ჯანსაღობის საექიმო საექსპერტო კომისიაში. ავ. უჩივის საერთო სისუსტეს, ქოშინს განსაკუთრებით აღმართზე ასვლის დროს. ობიექტურად: გულის საზღვრები გადიდებულია 1 1/2

თითის დადებით, ტონები მოყრუებული. 4-5 ნეკნთა შუა სივრცეში აღინიშნება კანის ნაწიბური, რომლიდანაც შეიგრძნობა გულის საძგერი.

შემთხვევა II.

ავ. რ. მამ, 20 წლის, ქართველი, მოსწავლე მოყვანილია კლინიკაში 8/11 1929 წ. სალ. 10 საათი და 50 წუთზე. დაჭრილია დანით გულმკერდის მარცხენა არემი მკვლელობის მიზნით. მკერდის ძვლის მარცხნივ 1 1/2 სანტ. დაშორებით მოთავსებულია ნაჩხვლეტ-ნაკვეთი ჭრილობა 3 სანტ. სიგრძით. ჭრილობიდან სისხლდენა არ აღინიშნება. გონება დაკარგული აქვს. პირიდან ღვინის სუნი ამოსდის. პერიფერიულ არტერიებზე პულსი არ ისინჯება. გულის საზღვრები გაფართოებულია ორივე მიმართულებით 1 თითის დადებით, გულის ძგერა არ ისინჯება. აუსკულტაციით მოისმის მხოლოდ ერთი ტონი, ისიც ძალზე მოყრუებული. პირი-სახე და კიდურები ციანოზური. ჭრილობის მიყენებიდან 25 წუთის შემდეგ ქლოროფორმის ნარკოზით პროფ. მუხაძის მიერ გაკეთებული ექნა სასწრაფო ოპერაცია. განაკვეთი Terrier-Reymond-ის მე-3, 4, და 5 ნეკნების დროებითი რეზექციით. მე-4 ნეკნის ხრტილი აღმოჩნდა გადაჭრილი, პლევრა დაზიანებული. პერიკარდიუმის წინა კედელზე ჭრილობა 2 1/2 სანტ. სიგრძით. ჰემოპერკარდიუმი (100 კბ. სანტ. ჩალვრილი სისხლი). აღმოჩნდა მარჯვენა პარკუჭის შესული ჭრილობა 2 სანტ. სიგრძით. გულის ფიქსაციის მიზნით

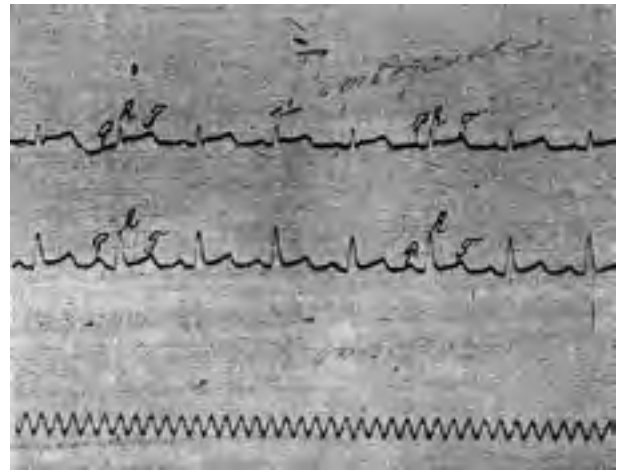


სურათი 1. ავ. კ-ძე ვ. 26 წ., რომელსაც ოპერაცია [cardiographia] გაუკეთდა 1930. 26/V. (პროფ. გ. მუხაძის მიერ). სურათი გადაღებულია 2 თვის შემდეგ.

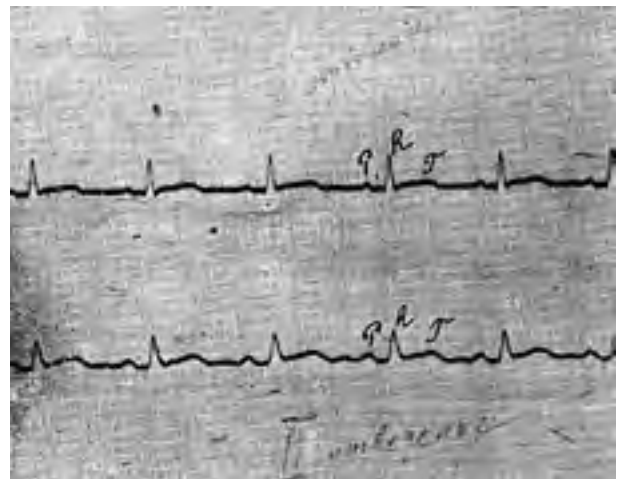
მწვერვალის არეში დადებული იქნა პროგიბორული ნაკერი, რომელმაც გულის კუნთი დააზიანა და ნანემსარ ადგილიდან დაიწყო სისხლდენა, რომლის გასაჩერებლად საჭირო შეიქმნა 4 ზერელე ნაკერის დადება, პარკუჭის ქრილობაზე დადებული იქნა 5 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი. ოპერაციის დამთავრებისას პულსი სხივის არტერიაზე 84 წუთში რითმული. პერიკარდიუმის და კანის ქრილობა გაიკერა ყრუთ. ოპერაციიდან 28 საათის შემდეგ ავ. გარდაიცვალა. გაკვეთაზე აღმოჩნდა: მარჯვენა პარკუჭის შესული ქრილობა მიიმართება მარცხნივ და შედის მარცხენა პარკუჭში. ძგიდის ქრილობის სიგრძე – 0.5 სანტ.

შემაჯავებელი III.

ავ. კ. ვ. მამაკაცი, ქართველი, მეპურე (ისტ. №1486) (სურათი 1) მოყვანილია სასწრაფოდ 26/V 1930, 9 საათზე და 30 წუთზე, გულმკერდის მარცხენა მხარეზე მკვლელობის მიზნით ხანჯლით მოყენებული ქრილობის გამო. Status praesens: ავ. მაღალი ტანის, სწორი აგებულების, საშუალო კვების. სახე მკრთალი, კიდურები ციანოზური, გონებასრულიად დაკარგული აქვს, პირიდან ღვივის სუნი ამოსდის, გულმკერდის მარცხენა მხარეზე მე-5-ს ნევნთა შუა არეში მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან აქვს ირიბი მიმართულების კანის ქრილობა სიგრძით 4 სანტ., საიდანაც მცირე რაოდენობით სდის ვენური სისხლი. პულსი სხივისა და საძილე არტერიაზე არ ისინჯება, მხოლოდ ბარძაყის არტერიაზე ისინჯება ძალზე სუსტი და არითმიული პულსი 150 წუთში, გულის მარცხენა საზღვარი გადიდებულია 2 თითის დადებით. აუსკულტაციით მოისმის მხოლოდ ერთი ტონი ძალზე მოყრუებული. გულის საძვერი არ ისინჯება, სუნთქვა ზერელე 19 წუთში. გულის ქრილობის მიდებარეობისა და მკაფიოდ გამოხატული ტამპონადის მიხედვით დასმული იქნა გულის ქრილობის დიაგნოზი და ქრილობის მიყენებიდან 1/2 საათის შემდეგ გაკეთებული იქნა სასწრაფო ოპერაცია (პროფ. ვ. მუხაძე) ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ. საოპერაციო არე დამუშავებულია Grossich-ის წესით. განაკვეთი Terrier-Reymond-ის მე-5 ნევნის ხრტილოვანი ნაწილი გადაჭრილია მკერდის ძვალთან და გადაწეულია გარეთ. შეტანილი თითით სილრემში აღმოჩენილია პერიკარდიუმის ქრილობა სიგრძით 3 სანტ. და მარჯვენა წინაგულის შესული ქრილობა სიგრძით 2 სანტ. პერიკარდიუმის ქრილობის პირები პეანის საშუალებით ამოწეულ იქნა ზევით. პერიკარდიუმის ღრუში ჩაქცეული სისხლი 150 კბ. სანტ. რაოდენობით. გულის ქრილობიდან ძლიერი სისხლის დენა დიასტოლის დროს. სასწრაფოდ დადებული იქნა გულის ქრილობაზე 3 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი. პერიკარდიუმის ღრუ ამოიწმინდა და გამოირეცხა რივანოლის ხსნარით (1:1000). ოპერაციის დამთავრებისას მაჯისცემა გამოსწორდა – 70 წუთში. ძვალ-კუნთოვანი ნაკერი მიკერებული იქნა თავის ადგილას კვანძოვანი ნაკერებით, წინა მედიასტინუმში ჩადებული იქნა ტამპონი. ოპერაციის შემდეგომი ხანა კარგად ჩატარდა. მესამე დღეს ამოღებულია ტამპონი. კანის ქრილობა დაჩირქდა, შეხორცება per secundam intentionem. მაჯა პირველი 10 დღის განმავლობაში 100-110 წუთში. სისხლის წნევა (პაშონით) 120 mm.-



სურათი 2. ავ. კ-ძის ელექტროკარდიოგრამა. გადაღებულია 1930. 29 მაისს. მაჯა 120 წ. რიტმული ავზნების გადასვლა პარკუჭებზე ცოტა აჩქარებულია (PQ=0,09-0,11). პირველ განხრაში T კბილი უშუალოდ იწყება R კბილის დამავალ ტოტის ქვედა მესამედიდან, მე-II განხრაში კი აღწევს იზოპოტენციულურ ხაზს. QRS-ბაზისი ნორმას უახლოვდება. ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, რომ დაბრკოლებული ავზნების გატარება პარკუჭების კუნთოვან სისტემაში.



სურათი 3. ავ. კ-ძის ელექტროკარდიოგრამა. გადაღებულია 1930. 28 ივნისს. მაჯა 90 წ., რიტმული. PQ=0,1". T კბილი იზოპოტენციულურ ხაზიდან, მაგრამ დასაწყისი ოდნავ რკალოვანი მოყვანილობისაა QRS-ბაზისი ნორმის მაქსიმუმ უდრის. T კბილი პირველ განხრაში მცირედ ისახება. მე-III განხრაში T კბილი თითქმის გაერთიანებულია დიასტოლურ ხაზთან. ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, ავზნების გავრცელების ოდნავი დაბრკოლება პარკუჭთა კუნთოვან სისტემაში. გულის ფუნქციონალური მდგომარეობა უფრო გაუმჯობესებულია.

80 mm. ind. 11 1/2 მე-4-5 დღეს ავ. განუვითარდა Hydropneumo-pericarditis მოვლენები, რაც რენტგენით იქნა დადასტურებული, 29/VI გაეწერა კლინიკიდან განკურნებული. კლინიკაში ყოფნის დროს რამდენჯერმე ექნა გადაღებული ელექტროკარდიოგრამა (ექ. მამალაძის მიერ) (სურათი 2,3).

ავ. კლინიკიდან გაწერამდე და შემდეგ რამდენჯერმე იქნა გასინჯული თერაპევტების მიერ: გულის მხრივ რაიმე თვალსაჩინო ცვლილებას ადგილი არ აქვს ავ. თავს კარგად გრძობს, დაუბრუნდა თავის სამუშაო. 1933 წ. 5/IV ავ. განმეორებით იქნა მიღებული კლინიკაში (ისტ. №1092) შემდეგი მოვლენებით:



სურათი 4. ავ. ლ-ი გ. 57 წ., რომელსაც ოპერაცია – cardiographia გაუკეთდა 1933 წ. 14 მაისს. (კ.ვეფხვაძის მიერ) სურათი გადაღებულია 14/VII. 1933.

ტემპერატურა 37,5-38,0, უჩივის სიარულის და მეტადრე აღმართზე ასვლის დროს ქოშინს. ნაოპერაციევ მიდამოში ნაწიბურის ქვედა ნაწილში აღინიშნება ფლუქტუაცია. ირგვლივ კანი ინფლტრირებული, შეშუპებული და შეწითლებულია. გაუკეთდა Incisio, გამოვიდა ჩირქი წინა მედიასტინუმიდან დიდი რაოდენობით, 7/IV გაშუქებული იქნა რენტგენის სხივებით: გულის საზღვრები გაგანიერებული, მისი მარცხენა კონტური შეხორცების გამო უსწორ მასწოროა, გულის მარჯვენა კონტური არ მოჩანს, პლევრის ღრუში სითხე მცირე რაოდენობით. ავ. თანდათან უკეთ გახდა, ქრილობიდან გამონაჟონი მცირე. 13/V გაეწერა ამბულატორიულ მკურნალობისთვის დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

შემთხვევა IV.

ავ. გ. ა. მამაკაცი, 33 წლის, მოსამსახურე, გერმანელი, მიღებულია კლინიკაში სასწრაფოდ 7/XII 1930 საღამოს 7 საათზე მძიმე მდგომარეობაში (ისტ. №3304). 1/2 საათის წინ თვითმკვლელობის მიზნით რევოლვერით დაუჭრია თავი.

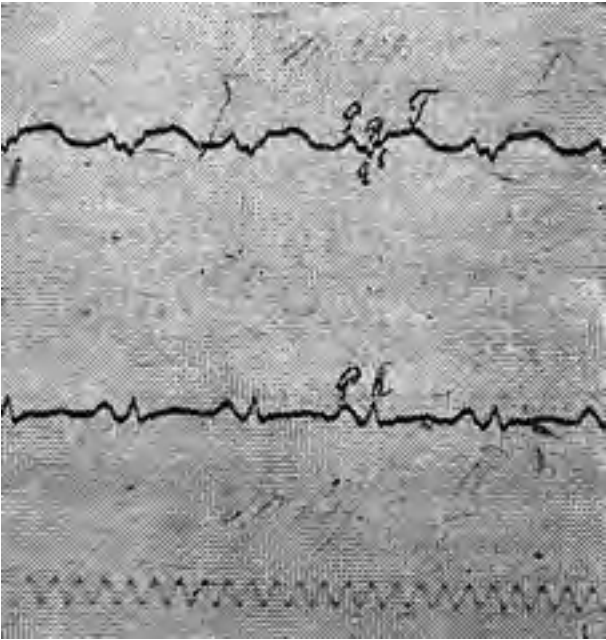
Status praesens: ავ. საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, საშუალო კვების, კანის საფარი და ლორწოვანი გარსები მკრთალი, ტუჩები და თითები ციანოზური, კიდურები გაცივებული. მავა სხივის

არტერიაზე ძაფისებური 60 წუთში., გულის ტონები ძალზე მოყრუებული ხანგამოშვებით არ ისმის, პერკუსიით გულმკერდის მარცხენა მხარეზე სრული მოყრუება. მარცხენა ძუძუს დვრილის შიგნით 2 თითის დადებით მე-5 ნეკნის დონეზე მოთავსებულია შესავალი ხვრელი. ტყვიის გასავალი ხვრელი მდებარეობს ბეჭის ხაზზე მე-7-8 ნეკნთა შუა არეში, ქრილობიდან სისხლდენა მცირე. ავ. ნახევრად უკონო მდგომარეობაში იმყოფება. ქრილობის მდებარეობის და ტამპონადის მკაფიო ნიშნების მიხედვით დასმულია გულის ქრილობის დიაგნოზი. ქრილობის მიღებიდან 45 წუთის შემდეგ ზოგადი ეთერის ნარკოზის ქვეშ ავ. სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია (პროფ. მუხაძე). საოპერაციო ველი მომზადებულია Grossich-ის წესით. განაკვეთი Terrier-Reymond-ის, გადაკვეთილი იქნა მე-4 და 5 ნეკნთა ხრტილოვანი ნაწილი პარასტერნალურ ხაზზე, რის შემდეგ ნეკნები გადაწეული იქნა გარეთ. პლევრა დაზიანებულია და ქრილობიდან ძლიერი სისხლდენა. პერიკარდიუმის წინა და გვერდითი ზედაპირზე 2 ქრილობა, რომელიც მკრატლით იქნა შეერთებული და ამგვარად გახსნილი პერიკარდიუმის ღრუ – ჰემოპერიკარდიუმი – 150კბ. სანტ. აღმოჩნდა მარცხენა პარკუჭის გაგლეჯილი ქრილობა უსწორ მასწორო კიდეებით, ქრილობიდან ვენური სისხლდენა საშუალო სიმძლავრით, სასწრაფოდ დადებული იქნა კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი, მაგრამ კუნთმა ძაფი ვერ დაიმაგრა და ყოველი ნაკერის დადებისას კუნთი იგლიჯებოდა. ქრილობის გაკერვა არ მოხერხდა. გულის მუშაობა შეჩერდა, მიუხედავად მიღებული ზომებისა (გულის მასაჟი Sol adrenalini 1:1000 – 2.0) ავ. მაგიდაზე დარჩა. გაკვეთა ნაწარმოები არ ყოფილა.

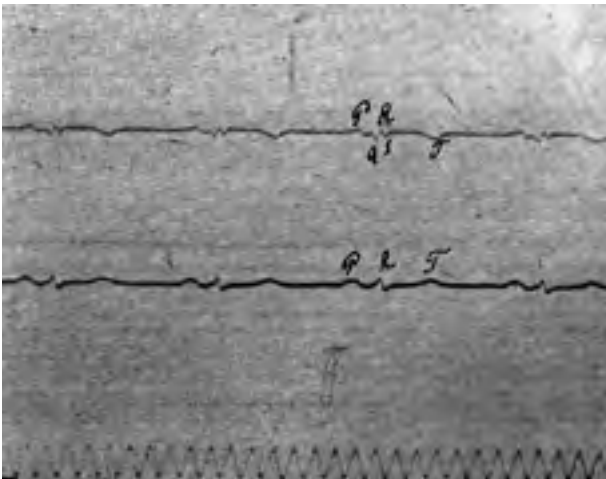
შემთხვევა V.

ავ. ლ. გ. 57 წლის, მამაკაცი, პროფესიით დურგალი, სომენი (ისტ. №1613) (სურათი 4), მოყვანილია სასწრაფოდ დახმარების ავტო მანქანით 14/V 1933 წ. ღამის 11 საათზე გულმკერდის მარცხენა მხარეზე დანით მიყენებული ქრილობის გამო, 2 საათის წინ იგი დაუჭრია ამხანაგს ბეჭუთით.

Status praesens: ავ. საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, კანის საფარი და ლორწოვანი გარსები მკრთალი ანემიური, ტუჩები და კიდურები ციანოზური, გონება დაკარგული, პირიდან ღვინის სუნი ამოსდის, მარცხენა ძუძუს ქვეშ 1 1/2 სანტ. შიგნით მე-4 ნეკნის დონეზე აქვს ირიბი მიმართულების ქრილობა 4 სანტ. სიგრძით. პულსი სხივის არტერიაზე ძაფისებური, არითმიული, ხანგამოშვებით არ ისინჯება, ასეთივე პულსისაძილედაბარძაყისარტერიაზე, სუნთქვა ზერეულე, გულის საზღვრები გადიდებულია, როგორც მარჯვნივ, ისე მარცხნივ 1 1/2 თითის დადებით. აუსკულტაციით გულის ტონებიდან მოისმინება მხოლოდ ერთი ტონი, ისიც ხანგამოშვებით და ძალზე მოყრუებული. მკაფიოდ გამოხატული გულის ტამპონადის და გარეთა ქრილობის მდებარეობის მიხედვით ჩემს მიერ დასმულია გულის ქრილობის დიაგნოზი. ქრილობის მიყენებიდან 3 1/2 საათის, ხოლო კლინიკაში მოყვანიდან 2 საათის შემდეგ ავ. გაუკეთდა ოპერაცია (კ. ვეფხვაძე). დაგვიანებით ოპერაცია გაკეთდა იმიტომ, რომ ავ. მოყვანის დროს

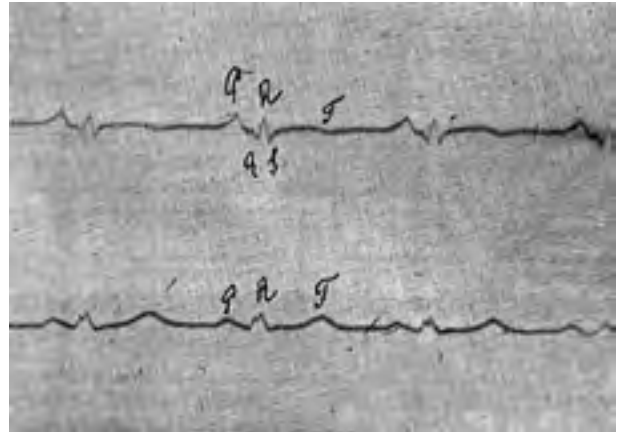


სურათი 1. ავ. ლ-ის ელექტროკარდიოგრამა, გადაღებულია 21/V 1933 წ. ოპერაციიდან მე-8 დღეს. პირველ განხრაში P კბილი შედარებით მაღალი და მახვილია, R კბილი აღნიშნულია მხოლოდ ჩანასახის სახით; T კბილი იწყება R კბილის დამავალი ტოტის დაახლოვებით შუა ადგილიდან, ისე, რომ R კბილის დამავალი ტოტი აქ წყდება, ე.ი. რჩება იზოპოტენციალური ხაზის ზემოდ. T კბილი პოზიტიურია და ძალზე ბლაგვი. QRS-ზაზისი ფართობა=0.1. II განხრაში P კბილი უფრო დიდია და შედარებით ბლაგვი, R უფრო მაღალი და მის ამავე ტოტს ემჩნევა მუდმივი წერტილიანობა. T კბილი თითქმის მთლიანად გაერთიანებულია დისტალურ ხაზთან. მე-III განხრაში R კბილის ტენდენცია გააბობისადმი უფრო მკაფიოდაა გამოხატული. ყველა განხრებში T კბილს ახასიათებს კორონარტიტი - კორონარული სისხლძარღვების თრომბოზი, რის შედეგად ავზნების გატარება პარკუჭთა კუნთოვან სისტემაში ძალზე დაქვეითებულია.



სურათი 1. ავ. ლ-ის ელექტროკარდიოგრამა, გადაღებულია 17 ივნისს 1933 წ. ვოლტაჟი ყველა განხრაში ძლიერ მცირეა. QRS-ზაზისი ისევ ფართოა. T კბილი პირველ განხრაში ნეგატიურია, დანარჩენ განხრებში კი პოზიტიური. II განხრაში R კბილს შერჩა ტენდენცია გააბობისადმი. III განხრაში იგი გააბობილია. T კბილის დასაწყისის თალიანობა ოდნავაა გამოხატული. აქაც დაგვიანებულია გულის კუნთის სისტემაში ავზნების გატარება.

საოპერაციო ოთახი და პერსონალი დაკავებული იყო მეორე სასწრაფო ოპერაციაზე. ნარკოზი ეთერის, საოპერაციო ველი მომზადდა ნაკრის წესით



სურათი 1. ავ. ლ-ის ელექტროკარდიოგრამა, გადაღებულია 24/X 1933 წ. ვოლტაჟი აქ უფრო მეტია, ვიდრე წინანდელ მრუდეებში, მაგრამ იგი მაინც მცირეა. QRS-ზაზისი ნორმის მაქსიმუმს უდრის. I განხრაში T კბილი ნეგატიურია და დასაწყისი რკალისებრ შემოდრეკილია ზემოდ. II განხრაში P კბილი ძალზე ბლაგვი და ღრმაა. R-კბილის ამავე ტოტს ემჩნევა მთლიანობის დარღვევა მესამე განხრაში R კბილი თვალსაჩინოდ გააბობილია. ამ ელექტროკარდიოგრამის მიხედვით გაძნელებულია ავზნების გატარება, როგორც წინაგულთა, ისე პარკუჭთა კუნთოვან სისტემაში.

(Brilliant-grun 1%). განაკვეთი Terrier-Reymond-ის პარასტერნალურ ხაზზე გადაიკვეთა მე-4, 5 და 6 ნეკნთა ნრტილოვანი ნაწილი და ძვალკუნთოვანი ნაფლეთი გადაწეული იქნა მარცხნისაკენ. წინა მედიასტინუმი განიცდიდა სისხლოვან იმბიბიციას. შეტანილი თითით მონახული იქნა პერიკარდიუმის წინა კედლის ჭრილობა 2 1/2 სანტ. სიგრძით, საიდანაც სდიოდა ვენური სისხლი. პერიკარდიუმის ჭრილობა გაგანიერებული იქნა მაკრატლით. პერიკარდიუმის ღრუში აღმოჩნდა ჩაღვრილი სისხლი ნაწილობრივ დაკოლტებული 100 კბ. სანტ. რაოდენობით, გულის მარჯვენა პარკუჭის შესული ჭრილობა 1 1/2 სანტ. სიგრძით, საიდანაც შადრევანივით ასხამდა სისხლი 5 სანტ. სიმაღლეზე. გულის ფიქსაცია მოხდა მარცხენა ხელით და პარკუჭის ჭრილობაზე სასწრაფოდ დადებული იქნა 2 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი, რომელიც გატარებულია ეპი და მიოკარდიუმში. მეორე ნაკერი გულის კუნთმა ვერ დაიმაგრა და კვანძის ადგილას კუნთი დაზიანდა, რამაც მოგვცა მცირედი სისხლდენა, რის გამო დამატებით დადებული იქნა კიდევ 3 კვანძოვანი ნაკერი, რის შემდეგ სისხლდენა შეწყდა და გულმა რითმულად დაიწყო მუშაობა. ამავე დროს სხივის არტერიებზე პულსი გამოსწორდა - 90 წუთში რითმული, პერიკარდიუმის ღრუ ამოწმენდილი იქნა ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებულ დოლბანდით, პერიკარდიუმის ღრუსა და წინა მედიასტინუმი ჩადებული იქნა ტამპონები 48 საათით. დანით მიყენებული ჭრილობის პირები განახლებული იქნა, დაზიანებული აღმოჩნდა მარცხენა პლევრა, რომელსაც დაედო 2 კვანძოვანი ნაკერი, კანის ჭრილობაზე 4 ნაკერი და ჩადებული იქნა ტამპონი. ოპერაციის შემდეგ მარცხენა ლავიწზედა ფოსოში და კისრის მიდამოში აღინიშნებოდა კანქვეშა ემფიზემა. ნაოპერაციევი ხანა კარგად ჩატარდა. ტემპერატურა 37.5 - 38.0, მაჯა 90-110 წუთში.

15/V დილით ავ. მაჯა 90 წუთში სუსტი ავზების და დაჭიმულობის სისხლის წნევა რივა-როჩის აპარატით:

max. 80, min – 50 mm, ავ. გადასხმული ექნა I ჯგუფის დონორისაგან ციტრატული სისხლი (ექ. თ. უვანიას მიერ) 300.0 ავადმყოფი აღმოჩნდა III ჯგუფის, მესამე დღეს ამოღებული ექნა ტამპონები, მე-6-7 დღეს მოესხნა ძაფნაკერები, ტამპონების ადგილად ქრილობა დაჩირქდა და შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით. ავ. სისხლის წნევა ეზომებოდა ყოველ დღეს რივა-როჩის აპარატით, წნევა ქანაობდა 85-95 mm. ფარგლებში, ხოლო გაწერის წინა დღეს იყო 115-75 mm. კლინიკაში ყოფნის დროს ავ. რამდენჯერმე იყო გასინჯული თერაპევტების მიერ (დოც. ყიფშიძე, ასისტ. მამალაძე და ლ. ანჯაფარიძე), რომლებიც აღნიშნავდნენ გულის ტონების მოყრუებას და ჰემოპერიკარდიუმის და ჰემოთორაქსის მოვლენებს.

16/V ავ. გაშუქებული იქნა რენტგენის სხივებით და გადაღებულია ორტოდიագრამა (პრივ. დოც. კვალიაშვილის მიერ), რამაც გვიჩვენა გულის და აორტის რკალის გაგანიერება და ადჰეზიური პლევრო-პერიკარდიტის მოვლენები (რენტგ. გამოკვ. №2184). კლინიკაში ყოფნის დროს და გაწერის შემდეგაც ავ. რამდენჯერმე ექნა გადაღებული ელექტროკარდიოგრამა (ასისტ. მამალაძის მიერ) (სურათი 5,6,7), პირველმა ორმა კარდიოგრამამ, რომელიც გადაღებული იყო 21/V და 17/VI, გვიჩვენა გულის კუნთის ფუნქციის მკვეთრი დაქვეითება, უკანასკნელი ელექტროკარდიოგრამა გადაღებულია 24/X; იგი გვიჩვენებს, რომ შედარებით წინანდელთან აქ უფრო მეტია ვოლტაჟი. T კბილი პირველ განხრაში უფრო ჩამოყალიბებულია, თუმცა იგი ნეგატიურია, გულის კუნთის ფუნქცია ოდნავ გაუმჯობესებულია.

29/VI ავ. ნაჩვენებია საქართველოს ექიმთა საზ-ების ქირურგიული სექციის სხდომაზე, ხოლო 14/VI გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში. გაწერის შემდეგ ავ. დაუბრუნდა თავის ძველ პროფესიას, თუმცა სრული დატვირთვით ვერ მუშაობს. ძალიან ეტანება მაგარ სასმელებს, ხელმოკლეობის გამო ხშირად სვამს დენატურირებულ სპირტს წყალში გაზავებულს, 1934 წ. იანვარში ავ. გადაიტანა გრიპი, თებერვალში ავად იყო სუსუნატი და მკურნალობდა ვენეროლოგიურ ინსტიტუტში, ამავე დროს ავად იყო Scabies-ით და მკურნალობდა ცენტრალურ. კლინიკ. ინსტ-ტის საიზოლაციო განყოფილებაში. ამჟამად ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს, აღნიშნავს ჩქარ დაღლილობას და ქოშინს კიბზე და აღმართზე ასვლის დროს.

შემაჯავებელი VI.

ავ. ვ. რ. მამ. სომეხი, 18 წლის მოსამსახურე (ისტ. №1324) მიღებულია კლინიკაში სასწრაფოდ 8/VI 1934 წ. ღამის 11 საათზე და 45 წუთზე, გულმკერდის არეში დანით მიყენებულ ქრილობების გამო, როგორც გამოირკვა მკვლელობის მიზნით.

Status praesens: ავ. საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, კანის საფარი ძალზე მკრთალი და ანემიური, პულსი სხივის არტერიიზე არ ისინჯება, ოდნავი პულსაცია ძალზე არიტმიული და შენელებული ისინჯება ბარძაყის არტერიიზე. გულის საზღვრების გამორკვევა არ მოხერხდა. გულის ტონებიდან

მოისმინება ხანგამოშვებით და ძალზე მოყრუებული ერთი ტონი. გულმკერდის არეში მარცხენა მხარეზე მე-3 ნეკნის დონეზე მკერდის ძვლიდან ერთი თითის დადებით აქვს ქრილობა 2 სანტ. სიგრძით სწორი კიდეებით. ამგვარივე ქრილობა მოთავსებულია მე-4-5 ნეკნთა შუა არეში ძუძუს დვრილიდან 3 თითის დაშორებით შიგნით და ოდნავ ქვემოთ, ქრილობის მდებარეობისა და გულის ტამპონადის ნიშნების მიხედვით დასმულია გულის ქრილობის დიაგნოზი და ავ. მოყვანიდან 15 წუთის შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია (პროფ. გ. მუხაძე) ზოგადი ნარკოზის (Cloroformi 10.0) ქვეშ. საოპერაციო ველი მომზადებულია Grossich-ის წესით. განაკვეთი ნაფლეთოვანი Terrier-Reymond-ით, გადაკვეთილი იქნა მე-3 ნეკნი, რომელიც რბილქსოვილოვან ნაფლეთთან ერთად გადაწეული იქნა გარეთ. გულმკერდის გახსნისას აღმოჩნდა: მარცხენა პლევრის და ფილტვის lingula-ს ქრილობა, პლევრის ღრუსა და წინა მედიასტინუმში დიდძალი ჩაღვრილი სისხლი, წინა მედიასტინუმიდან სისხლის ნაწილობრივად ამომშრალების შემდეგ გამოჩნდა პერიკარდიუმის წინა კედელი, რომლის ერთ ადგილიდან ნაკადით გადმოდიოდა სისხლი. პერიკარდიუმის გახსნის შემდეგ აღმოჩნდა გულის ორი ქრილობა, ორივე შესული (1-1.5 სანტ. სიგრძით) – ერთი მარცხენა და მეორე მარჯვენა პარკუჭზე ძლიერი სისხლდენით, რომლის ნაკადის სიმაღლე აღწევდა 8-10 სანტ. გულის ფიქსაციისათვის გულის კუნთში მარცხენა პარკუჭის არეში დადებული იქნა პროვიზორული ნაკერი, რომლის ამოწვევის დროს გულის კუნთი გაიგლიჯა, რის შემდეგ გული ამოწეული იქნა მარცხენა ხელით, რისთვისაც საჭირო გახდა IV ნეკნის რეზექცია. მარჯვენა პარკუჭის ქრილობაზე დადებული იქნა 3 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერი, მარცხენა პარკუჭის ქრილობაზე – 1 კვანძოვანი ნაკერი. პროვიზორული ნაკერის ადგილას დაზიანებულ კუნთზე დადებული იქნა აგრეთვე ერთი კვანძი. კვანძების დადების შემდეგ სისხლის დენა შეწყდა, მაგრამ განვითარდა ასფექცია და გულმა დაიწყო არარითმულად შეკუმშვა. ნაწარმოები იყო ხელოვნური სუნთქვა, გულის კუნთში შეყვანილი იქნა sol. adrenalini 1:1000-2.0 მაგრამ მიუხედავად ამ ზომებისა ავ. საოპერაციო მაგიდაზე დარჩა.

ბანსჯა

ამგვარად, კლინიკაში გატარებულია 6 ავადმყოფი, ყველანი მამაკაცები, წლოვანებით 18, 20, 23, 60 და 57 წლის. ქრილობის მიზეზი 5 მკვლელობის და 1 თვითმკვლელობის მიზნით. 5 შემთხვევაში ნახმარი იყო ცივი იარაღი – ბეზუთი და ხანჯალი, ერთ შემთხვევაში ცეცხლმსროლელი იარაღი. ჩვენი კლინიკის მასალაც ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ საოპერაციო შემთხვევებში ნაკვეთ-ნაჩხველეთი ქრილობების რიცხვი უფრო ხშირია, ვიდრე ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული ქრილობები, თუმცა სინამდვილეში, როგორც ომიანობის, ისე მშვიდობიანი ცხოვრების პირობებში ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული ქრილობა სჭარბობს. ამას თვალსაჩინოდ ადასტურებს სასექციო მასალა. ექ. მარკოვინის (Марковин) სამოსამართლო-სასექციო მასალების შედარება ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებულ ქრილობებსა და ნაჩხველ-

ნაკვეთ ქრილობებს შორის უდრის 6:1, ექ. მათიაშვილი კი, რომელმაც დაამუშავა პათოლოგ.-ანატომიური ინსტიტუტის სამოსამართლო-სასექციო მასალა, იძლევა შეფარდებას 2:1. ნაოპერაცივე შემთხვევებში კი ეს შეფარდება ნაკვეთ-ნაჩხვლეტი ქრილობების სასარგებლოდ იცვლება; პროფ. ჯანელიძის მიერ შეკრებილი მასალით ეს შეფარდება უდრის 1:4, პროფ. მუხაძის მიერ შეკრებილი მასალით კი – 1:3,5.

ქრილობების მდებარეობის მიხედვით მარჯვენა პარკუჭის დაზიანება იყო 3 (№1, 2 და 5), მარცხენა პარკუჭის – 1 (№4), მარჯვენა წინაგულის 1 (№3) და ორივე პარკუჭის ერთად 1 (№6). აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ნაოპერაცივე შემთხვევებში პროფ. ჯანელიძის მასალის მიხედვით, მარცხენა პარკუჭის ქრილობა უფრო ხშირია მარჯვენაზე, ხოლო კონსერვატიულად ჩატარებულ შემთხვევებში (ფიშერი) მარჯვენა პარკუჭის დაზიანება სჭარბობს. ამას პროფ. ჯანელიძე ხსნის იმ გარემოებით, რომ ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებულ ქრილობების უმრავლესობა მოდის თვითმკვლელებზე და უკანასკნელებს კი რევოლვერი უჭირავს მარჯვენა ხელში, ხოლო ლულა მიმართული აქვთ მარცხნისაკენ, ე.ი. მარცხენა პარკუჭისაკენ. პროფ. ჯანელიძის მასალიდან ჩვენ ვხედავთ, რომ მარცხენა პარკუჭი უფრო ხშირად ზიანდება ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული ქრილობების დროს, რაც შემდეგი ცხრილიდან ჩანს: 1)

გულის ქრილობების მდებარეობა	ნაკვეთ-ნაჩხვლეტი ქრილობის დროს	ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული ქრილობის დროს
მარცხენა პარკუჭი	167 (52.2 %)	68 (69.4 %)
მარჯვენა პარკუჭი	153 (47.9 %)	30 (30.6 %)
	320	98

¹⁾ ცხრილი ამოღებულია პროფ. ჯანელიძის მონოგრაფიიდან: *Раны сердца и их хирургическое лечение. Ленинград. 1927*

გულისა და მეზობელი ორგანოების ტოპოგრაფიული ურთიერთობის გამო, გულის განცალკევებული ქრილობა მხოლოდ 12%-ში გვხვდება. ჩვენი კლინიკის მასალით 3 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა გულის იზოლირებულ ქრილობას (№1, 2 და 3), დანარჩენ 3 შემთხვევაში გარდა გულისა დაჭრილი აღმოჩნდა პლევრა (№4 და 5), პლევრა და ფილტვი (№6). რაც შეეხება გულის ქრილობების რაოდენობას, უმეტეს შემთხვევებში ადგილი აქვს ერთეულ ქრილობებს. ჯანელიძის მასალით 402 ნაჩხვლეტ-ნაკვეთ ქრილობიდან ერთეული ქრილობა იყო ნახული 368 შემთხვევაში (91.5%), ხოლო ცეცხლმსროლელი იარაღით მიყენებული 133 შემთხვევიდან – ერთეული ქრილობები იყო 95 (71.4%). ამ მხრივ საინტერესოა ჩვენი კლინიკის მე-6 შემთხვევა, სადაც დაჭრილი აღმოჩნდა, როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა პარკუჭი და ორივე ქრილობა იყო შესული. ყველაზე მძიმე გართულებას პარკუჭთა შუა ძვლის დაზიანება წარმოადგენს, რასაც ადგილი ჰქონდა პროფ. მუხაძის ერთ შემთხვევაში (№2), სასექციო მასალის მიხედვით პარკუჭთა შუა ძვლის დაზიანება აღნიშნულია 2.4%-ში.

გულის ქრილობის სიღრმის მიხედვით არჩევენ ზერეღე, შესულს და განმგმირავ ქრილობებს, ქრილობის სიღრმის გამოსარკვევად უმთავრესად სარგებლობენ სისხლდენის სიძლიერითა და ხასიათით. შესული ქრილობის ერთ-ერთ დამარწმუნებელ ნიშნად პროფ. ჯანელიძე სთვლის ქრილობიდან სისხლის ნაკადით დენას, რომლის სიმაღლე 2-10 სანტ. და მეტს აღწევს.

ქრილობის სიღრმის გამორკვევის მიზნით ზონდით გასინჯვა, ცხადია დაუშვებლად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით ყველა 6 შემთხვევაში ქრილობები იყო შესული; სისხლის ნაკადის სიმაღლე უდრიდა 5-10 სანტ.

პროფ. ჯანელიძის მიერ შეკრებილ მასალაში გარეთა ქრილობა მდებარეობდა გულმკერდის მარცხენა მხარეზე 92.8%, მარჯვენა მხარეზე – 6.1%, შუა ხაზზე – 1%. ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევებში გარეთა ქრილობა მოთავსებული იყო გულმკერდის მარცხენა მხარეზე ძუძუს დვრილსა და მკერდის ძვალს შორის გულის პროექციის არეში.

მთავარი საკითხი, რომელსაც ოპერაციის წარმატებით ჩატარებისათვის უაღრესი მნიშვნელობა აქვს, არის გულის ქრილობის დროული გამოცნობა, სამწუხაროდ, დიაგნოზის დასმა ზოგჯერ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, რადგან გულის ქრილობის მუდმივი და აბსოლუტურად საიმედო ნიშნები არ არსებობს. უმეტეს შემთხვევაში გულის ქრილობის დიაგნოზის დასმა იჭვის მიტანის სახით ხდება. პროფ. ჯანელიძის მასალით ოპერაციამდე დიაგნოზი დასმულია მხოლოდ 45.3%-ში, იჭვი იყო მიტანილი 15.3% და არ ყოფილა დასმული – 39.2%, დაახლოებით ასეთივე ციფრებს იძლევა გესე (Гессе). ჩვენი კლინიკის გამოცდილებამ დაგვანახა, რომ გულის ქრილობის მრავალ სიმპტომებიდან, რომელიც ლიტერატურაში გვხვდება, ყველაზე საიმედო და ყურადღების ღირსია შემდეგი ტრიადა:

1) გულის ტამპონადა (Heerzdruck – გერმანელი ავტორებით), 2) მწვავე სისხლნაკლებობის ნიშნები და 3) გარეთა ქრილობის მდებარეობა. ბორჩარდტის (Borchardt) და სხვა ავტორების მიერ აღნიშნული არანორმალური შუილი და აგრეთვე წისქვილის ბორბლის ხმაურობა (Morel-Lavalle-ს ნიშანი) ჩვენს კლინიკაში გატარებულ ავადმყოფებზე არც ერთჯერ არ მოგვისმენია და ამიტომ ჩვენ სავსებით ვიზიარებთ იმ ავტორების (Constantini, Reymer, ჯანელიძე და სხვა) აზრს, რომლებიც აღნიშნულ ნიშანს რაიმე დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ აკუთვნებენ, რადგანაც ამგვარივე შუილი შეიძლება გამოწვეული იქნეს გარდა გულისა, გულმკერდისა და მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაზიანებით.

ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევებში გულის ქრილობის დიაგნოზი დასმული იყო უმთავრესად ტამპონადის და გარეთა ქრილობის მდებარეობის მიხედვით, როგორც ეს ავადმყოფთა ისტორიებშია აღნიშნული. პროფ. ჯანელიძის მასალაში ტამპონადა აღნიშნულია 69%-ში, პროფ. მუხაძის მიერ შეკრებილ მასალაში კი 70%-ში. ტამპონადის მოვლენები კლინიკურად და ექსპერიმენტულად შესწავლილია უმთავრესად გერმანელი ქირურგების Rose, Rhen, Re-

issinger) მიერ, იგი ვითარდება პერიკარდიუმის ღრუში ჩალვრილი სისხლის დაწოლით გულზე, კლინიკურად ტამპონადა გამოიხატება შემდეგ მოვლენებში: გულის ტონების მოყრუება, ზოგჯერ მოისმინება მხოლოდ ერთი ტონი, როგორც ჩვენი კლინიკის 5 შემთხვევაში (№1, 2, 3, 5, და 6), პულსი სუსტი, არითმული და ხშირად გახშირებული, ჩვენი მასალის მიხედვით პულსი სხვის არტერიზე სრულიად არ ისინჯებოდა, მაგრამ ძლიერ ისინჯებოდა არტერიული პულსი ბარდაყის და საძილე არტერიებზე 4 შემთხვევაში (№1, 2, 3, და 6), 2 დანარჩენ შემთხვევაში ძაფისებური და არითმული პულსი ისინჯებოდა აგრეთვე სხვის არტერიზე (№2 და 5). პულსის გახშირებას ადგილი ქონდა 5 შემთხვევაში (№1, 2, 3, 5, და 6), შენელებას – ერთში (№4). ფრიად დამახასიათებელ ნიშნად უნდა ჩათვალოს მწვავე სისხლნაკლებობის მოვლენები – კანის საფარის მკვეთრი სიმკრთაღე და სახის და თითების ბოლოების ერთდროული ციანოზი, რასაც ადგილი ჰქონდა თითქმის ყველა ჩვენს ავადმყოფებზე.

რაც შეეხება გარეთა ქრილობის მდებარეობას, სხვა კლინიკურ ნიშნებთან ერთად გულის ქრილობის დიაგნოზის დასმაში იგი ერთგვარ სამსახურს გვიწევს, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში მან შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც გარეთა ქრილობის მდებარეობა და ავადმყოფის მძიმე ზოგადი მდგომარეობა გულის ქრილობის არსებობას ეჭვს გარეშე სტოვებდა, მაგრამ ოპერაციის დროს გული დაჭრილი არ აღმოჩნდა (Tuffier-ის შემთხვევა) და პირიქით, ქრილობა დაშორებული ყოფილა გულიდან და ქირურგს არც კი უფიქრია გულის ქრილობაზე, მაგრამ გულის დაზიანებას ჰქონია ადგილი (Guinard-ის და სხვა შემთხვევები). შეცდომით გულის ქრილობის დიაგნოზი დასმული იყო ჩვენი კლინიკის ერთ შემთხვევაში 1931 წელს.

ავ. ლ. გ. (ავ. ისტ. №630) 24 წლ. მეეტლე მოყვანილი იყო კლინიკაში 8/III 1931 სალ. 8 საათზე და 30 წუთზე გულმკერდის მარცხენა მხარეზე დანით მიყენებული ქრილობის გამო. ობიექტურად: ავ. მძიმე მდგომარეობაშია, კანის საფარი მკრთალი, მაჯა ძალზე სუსტი – 84 წუთში, გულის ტონები არ ისმის. გულმკერდის მარცხენა მხარეზე მე-2-3 ნეკნთა შუა სივრცეში მამილარულ ხაზზე აღინიშნება ღრმა ქრილობა ირიბი მიმართულების სიგრძით 10 სანტ. მიტანილი იყო იჭვი გულის ქრილობაზე და ავ. გაუკეთდა სასწრაფოდ ოპერაცია (პროფ. მუხაძე). აღმოჩნდა მარცხენა ფილტვის ქრილობა 3-4 სანტ. სიგრძით, რომელზედაც დაედო 3 კვანძოვანი ნაკერი. გული და პერიკარდიუმი კი დაზიანებული არ ყოფილა.

სხვა დამხმარე ობიექტურ ნიშნებიდან უნდა აღინიშნოს გულის საზღვრების გადიდება, რასაც პროფ. ჯანელიძე და სხვა დასტაქრებიც ერთგვარ მნიშვნელობას აკუთვნებენ, თუმცა მოყრუების საზღვრების ზუსტად გამორკვევა ყოველთვის არ ხერხდება; ამას ხელს უშლის ერთის მხრივ ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა და მეორის მხრივ პლევრის და ფილტვის დაზიანებით გამოწვეული სხვადასხვა მოვლენები: კანქვეშა ემფიზემა, პნევმო და ჰემოთორაქსი, ჩვენი მასალით გულის მოყრუების საზღვრების გადიდება აღნიშნულია

4 შემთხვევაში (№2, 3, 4 და 5).

სუბიექტურ მოვლენებიდან აღნიშნავენ, როგორც გულის ქრილობისათვის დამახასიათებელ ნიშანს, სიმძიმის და ტკივილის გრძობას გულის მიდამოში, სიკვდილის შიშს, სუნთქვის შეზღუდვას და სხ. აღნიშნული ნიშნები ყოველთვის არ არის გამოხატული, რადგან უმეტეს შემთხვევაში დაჭრილები ან უკონო მდგომარეობაში, ან კიდევ ალკოჰოლის გავლენის ქვეშ იმყოფებიან, როგორც ამას ადგილი ჰქონდა ჩვენს 4 შემთხვევაში.

ჩვენ აღარ შევჩერდებით სხვა მრავალ ობიექტურ და სუბიექტურ ნიშნებზე, რომელთაც დამხმარე მნიშვნელობა აქვთ, მხოლოდ უნდა ვალიართ, რომ გულის ქრილობის გამოცნობაში გამოცდილი ქირურგიც შეცდომისაგან დაზღვეული არ შეიძლება იყოს, რადგანაც როგორც პროფ. ჯანელიძე აღნიშნავს გულის ქრილობის დიაგნოზის დასმა და თვით ოპერაცია ჩვეულებრივად სწარმოებს ნაჩქარევად და ქირურგი მოკლებულია საშუალებას დაჭრილებით შესისწავლოს ავადმყოფი და წინასწარ გაითვალისწინოს ოპერაციული ჩარევის გეგმა.

ამითვე აიხსნება გულის გაშიშვლების ოპერაციის მრავალი მეთოდი, რომელსაც ლიტერატურაში ვხვდებით. ჩვენს მიერ აღწერილ პირველ შემთხვევაში, როდესაც ეს ოპერაცია პირველად კეთდებოდა კლინიკაში, ნახმარია ქრილობის პროგრესიული გაგანიერება მე-4 და 5 ნეკნთა ხრტილოვანი ნაწილის რეზექციით. დანარჩენ 5 შემთხვევაში კი ნაფლეთოვანი განაკვეთი Terrier-Reymond-ის წესით. რამდენიმე ნეკნის ხრტილის გადაკვეთით და ძვალ-კუნთოვანი ნაფლეთის გარეთ გადაწევით. უკანასკნელ მე-6 შემთხვევაში იგივე განაკვეთი ერთი ნეკნის რეზექციით, მაგრამ ეს საკმარისი არ აღმოჩნდა და საჭირო შეიქმნა დამატებით კიდევ ერთი ნეკნის რეზექცია. საერთოდ კი ნაფლეთოვანი განაკვეთი, კლინიკას მიაჩნია არჩევით მეთოდად, რადგან იგი ტექნიკურადაც ადვილია და გულზე მანიპულაციებისათვის სავსებით საკმარის გასაქმს იძლევა. ერთ-ერთი სიძნელე, რომელსაც ოპერაციის დროს ვხვდებით, არის გაშიშვლებული გულის ფიქსაცია პირველი ნაკერის დადებამდე. პირველ, მეორე და უკანასკნელ შემთხვევაში გულის ფიქსაციისათვის ნახმარია პროვიზორული ნაკერი გულის კუნთზე, რაც სასურველად და მიზანშეწონილად არ შეიძლება ჩათვალოს, რადგან მეორე და მეექვსე შემთხვევაში დადებულმა ნაკერმა გულის კუნთი დაზიანა და ოპერატორი იძულებული გახდა დამატებითი ნაკერები დაედო დაზიანებულ ადგილას. ამავე მოსაზრებით მიზანშეწონილია აგრეთვე ქრილობის პირებზე პინცეტების და მომჭერ ტორსიონების დადება. პროფ. ჯანელიძე გვიჩვენებს, სადაც ეს შესაძლებელია, გულის ფიქსაცია მოვახდინოთ in situ მარცხენა ხელის თითებით და ამ მდგომარეობაში დავდოთ ნაკერები. გულის ქრილობაზე პირველი ნაკერის დადების შემდეგ ჩვეულებრივ სისხლდენა ჩერდება ან მნიშვნელოვნად მცირდება და დანარჩენი ნაკერების დადება სიძნელეს აღარ წარმოადგენს.

ზოგიერთი ქირურგები მნიშვნელობას აძლევს იმას, თუ რომელ ფაზაში უნდა დავადოთ ნაკერები. ზოგი

გვიჩვენებს ნაკერების დადებას დიასტოლის დროს, ზოგი – სისტოლის დროს. Riche-ი სამართლიანად აღნიშნავს და ჩვენმა პირადმა გამოცდილებამ დაგვარწმუნა იმაში, რომ „დასტაქრისათვის ამ ყველაზე საპასუხისმგებლო მომენტში ძნელია და შეუძლებელიც ამ ფაზების გარჩევა, მით უმეტეს, რომ გულის მუშაობა ამ დროს უმეტეს შემთხვევაში არეულია და დეორგანიზებული“. გარდა ამისა ნაპალკოვის (Напалков) მიერ ექსპერიმენტებით დამტკიცებულია, რომ ყოველ ნემსის ჩხვლეტაზე გულის კუნთი უპასუხებს სისტოლური შეკუმშვით, ისე რომ ძალა-უნებურად ნაკერების დადება სწორედ სისტოლის ფაზაში ხდება.

სადაოდ ითვლება საკითხი პერიკარდიუმის და პლევრის ტუალეტის შესახებ. პროფ. ჯანელიძის მასალის მიხედვით პერიკარდიუმის ყრუთ გაკერვის შემდეგ ოპერაციის შემდგომ გართულებათა რიცხვი ნაკლებია. ყრუთ გაკერვის შემდეგ ჩირქოვანი პერიკარდიტი აღნიშნულია 15%-ში, მაშინ როდესაც ტამპონით და დრენაჟით გატარებულ შემთხვევებიდან 3 ჯერ ნახმარი იყო ტამპონი პერიკარდიუმსა და წინა მედიასტინუმში (№1 და 5), ერთჯერ – (№3), პერიკარდიუმი ყრუთ გაიკერა, ხოლო წინა მედიასტინუმში ჩატოვებული იქნა ტამპონი ერთ შემთხვევაში (№5). ტამპონების ადგილას ქრილობის ზერეულ დაჩირქება და მეორადი დაჭიმვით შეხორცება მივიღეთ, ერთში კი (№3) – ღრმა დაჩირქება. სხვა გართულებებიდან აღსანიშნავია სეროზულ-ჰემორაგიული პლევრიტი, რომელსაც ადგილი ჰქონდა 2 შემთხვევაში.

ამრიგად, ჩვენს კლინიკაში გატარებულ 6 შემთხვევიდან განიკურნა 3, ხოლო გარდაიცვალა – 3 ავადმყოფი. სიკვდილის მიზეზი ერთ შემთხვევაში (№2) იყო პარკუჭთა შუა ძვიდის დაზიანება და მწვავე ანემია, ხოლო ორ შემთხვევაში (№4 და 6) მწვავე ანემია და გულის კუნთის ძვიდის დაზიანება.

მწვავე სისხლნაკლებობასთან საბრძოლველად ჩვენ მივმართავდით მარლის ფიზიოლოგიური ხსნარის შემხაპუნებას (300-400 კბ. სანტ.), ხოლო მე-5 შემთხვევაში ამის გარდა, ვაწარმოეთ ციტრატული სისხლის (300 კბ. სანტ.) გადასხმა კარგი შედეგით.

კარდიოგრაფიის შედეგებზე მრავალი ფაქტორი ახდენს ზეგავლენას. მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ასაკს, ქრილობის ხასიათს, მეზობელი ორგანოების დაზიანებას, დროს, რომელიც გასულია ქრილობის მიღებიდან ოპერაციამდე, დასტაქრის გამოცდილებას

და სხვა. ჩვენს კლინიკაში გატარებული ყველა ავადმყოფები, გარდა ერთისა (№5), ახალგაზრდები იყვნენ. 5 ავადმყოფს ოპერაცია გაკეთებული ექნათ პირველი საათის განმავლობაში, ხოლო მეხუთე ავადმყოფს დაჭრიდან 3 1/2 საათის შემდეგ.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ რაც დრო გადის და კარდიოგრაფიასთან დაკავშირებული სხვადასხვა საკითხები მუშავდება, ამ ოპერაციების შედეგებიც თანდათან უმჯობესდება. პროფ. ჯანელიძის სტატისტიკით, რომელიც ხუთწლეულებად და დაყოფილი, კარდიოგრაფიის შემოღებიდან პირველ ხუთწლეულში განკურნების პროცენტი 30-ს არ აღემატებოდა, შემდგომ ხუთწლეულში ეს პროცენტი თანდათან იზრდება და 1916-1921 წ. განკურნების პროცენტი 40-მდე აღის. პროფ. მუხაძის მიერ შეკრებილი მასალის მიხედვით 1921-28 წ. საბჭოთა კავშირშიაც აღნიშნულია კარდიოგრაფიის შედეგების გაუმჯობესება – განკურნების პროცენტი უდრის 62.5%-ს.

რაც შეეხება განკურნებით დამთავრებულ ჩვენს 3 შემთხვევის შორეულ შედეგებს, უნდა აღინიშნოს, რომ I ავადმყოფს დაკვირვების ხანგრძლივობა უდრის 5 წელს, II ავ. – 3 წელს, III – ავ. – 1 წელს. თუ მივიღებთ მხედველობაში, ჩვენი ავადმყოფების სუბიექტურ ჩივილს და ობიექტურ მდგომარეობას და მათ დავახარისხებთ პროფ. ჯანელიძის მიერ მოცემული ჯგუფის მიხედვით, I და II შემთხვევა შეიძლება მოვთავსოთ მე-2 ჯგუფში (კარგი შედეგი), უკანასკნელი ჩვენი შემთხვევა – კი მე-3 ჯგუფში (დამაკმაყოფილებელი შედეგი).

დასასრულ ლიტერატურული მონაცემებისა და ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით, ნებას მივცემთ ჩვენს თავს წამოვყენოთ შემდეგი დებულებანი:

1. გულის ქრილობის გამოცნობისთვის ყველაზე საიმედო კლინიკურ ნიშნებად უნდა ჩაითვალოს ტამპონადა (Herzdruck), მწვავე სისხლნაკლებობის მოვლენები და გარეთა ქრილობის მდებარეობა.

2. ჩარევის არჩევით მეთოდით, როდესაც გულის ქრილობის დიაგნოზი წინასწარ დასმულია, მიჩნეული უნდა იქნას Terrier-Reymond-ის ნაფლეთოვანი განაკვეთი 2-3 ნეკნის ხრტილოვანი ნაწილის გადაკვეთით და გარეთ გადაწევით.

3. გულის ქრილობის შედეგად განვითარებულ მწვავე სისხლნაკლებობასთან საბრძოლველად ნაჩვენებია ციტრატული სისხლის გადასხმა.

ლიტერატურა

References:

(უმთავრესი წყაროები)

Альферов – «Нов. Хир. Фрх.» №93, 1931 ერისთავი კ. «თანამედროვე მედიცინა» №2, 1929 Исерсон. «Нов. Хир. Арх.», №93 1931. Джанелидзе Ю.Ю. «Раны сердца и их хирургическое лечение». Изд. Ленинигр. Мед. журн. 1927. Козырев. «Вестн. Хир. и Погр. Обл.» №28-29. Линберг и Быковский. «Советская Хирургия» т. III вып. 1-2, 1932. Макацария В. «Нов. Хир. Арх.» №7, 1929. იგივე «Нов. Хир. Арх. №93 1931. Мамиконян «Вестн. Хир. и Погр. Обл.» т. XIV იგივე «Вестн. Хир. и Погр. Обл.» 90-91 1933. იგივე «Нов. Хир. Арх» №3 1934. Мейер Л. А. «Нов. Хир. Арх.» №93, 1931. Мухадзе Г. М. «Вестн. Хир. и Погр. Обл.» кн. 45-46. მუხაძე გრ. «ჯანსაღკომის მოამბე» №2, 3, 4, 1928. იგივე. «თანამედროვე მედიცინა» №6-7, 1929. Покровский «Нов. Хир. Арх.» №93, 1931 Труды XVII Съезда Росийск. хирургов.

ქუძუს რეკონსტრუქცია ზურგის უგანიერესი კუნთის კან-კუნთოვანი ნაფლეთით

ი. კოხრეიძე¹

¹თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, თსუ-ის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

BREAST RECONSTRUCTION WITH THE LATISSIMUS DORSI MYOCUTANEOUS FLAP

I. Kokhreidze¹

¹Tbilisi State Medical University, First University Clinic of TSMU

რეზიუმე

კან-კუნთოვანი ნაფლეთებით ქუძუს რეკონსტრუქციის ტექნიკური ასპექტების შემუშავებამ, მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა ქუძუს კიბოს ქირურგიული მკურნალობის ოპტიმიზებაში. ქუძუს რეკონსტრუქცია კარგად ვასკულარიზებული აუტოლოგიური ტრანსპლანტანტით, რომლის შემადგენლობაშია კანი, კანქვეშა ქსოვილი და კუნთი. საშუალებას იძლევა აღდგეს ოპერაციული გზით მოკვეთილი ორგანოს მოცულობა - პროგნოზირებადი, და რაც უაღრესად მნიშვნელოვანია, დამაკმაყოფილებელი კოსმეტიკური ეფექტით. ონკოლოგიური დაავადების გამო ქირურგიული გზით მოკვეთილი სარძევე ჯირკვლის რეკონსტრუქცია, მისი ჩატარების ვადების (ერთ მომენტად, გადავადებულად) და სახის (აუტოლოგიური ქსოვილები, საპროთეზო მასალა, მათი კომბინაცია) მიუხედავად დღეისთვის, ქუძუს კიბოს მკურნალობის განუყოფელ ნაწილს უნდა წარმოადგენდეს. რეკონსტრუქცია - უნდა იყოს პაციენტისათვის უსაფრთხო, არ უნდა გახდეს მნიშვნელოვანი და ხანგრძლივი პოსტოპერაციული გართულებების და ადიუვანტური მკურნალობის გადავადების მიზეზი. აღდგენით-რეკონსტრუქციული ოპერაციის ჩატარების ჩვენებებს - ინდივიდუალური, ანატომიური თავისებურებები და საკუთრივ პაციენტის სურვილი/მოთხოვნები განსაზღვრავს, ხოლო ამ მიზნით ზურგის უგანიერესი კან-კუნთოვანი ნაფლეთით ქუძუს ერთმომენტური ან გადავადებული რეკონსტრუქცია პოსტმასტექტომიური დეფექტების აღმოფხვრის და ქუძუს რეკონსტრუქციის ერთ-ერთ უსაფრთხო და მისაღებ მეთოდს წარმოადგენს.

Resume

Breast reconstruction is an important component of breast cancer management and should be a safe procedure of appropriate complexity for the patient. No significant functional deficit should ensue, rates of complications must be minimized and any subsequent delays in commencement of adjuvant therapy following immediate reconstruction should be avoided. An LD flap reconstruction is suited to patients with moderate sized breasts and symmetry is usually achieved when an inflatable prosthesis is placed beneath the myocutaneous flap (without contralateral surgery). This permits attainment of greater final volume together with a degree of ptosis, which much enhances the ultimate appearance. Reconstruction with the LD flap is now considered to be the primary procedure of choice for many patients for reasons of robustness, potential tissue bulk (with prosthesis) and low rates of complications.

საკვანძო სიტყვები: ქუძუს რეკონსტრუქცია, კან-კუნთოვანი ნაფლეთი, ძურგის უგანიერესი კუნთი

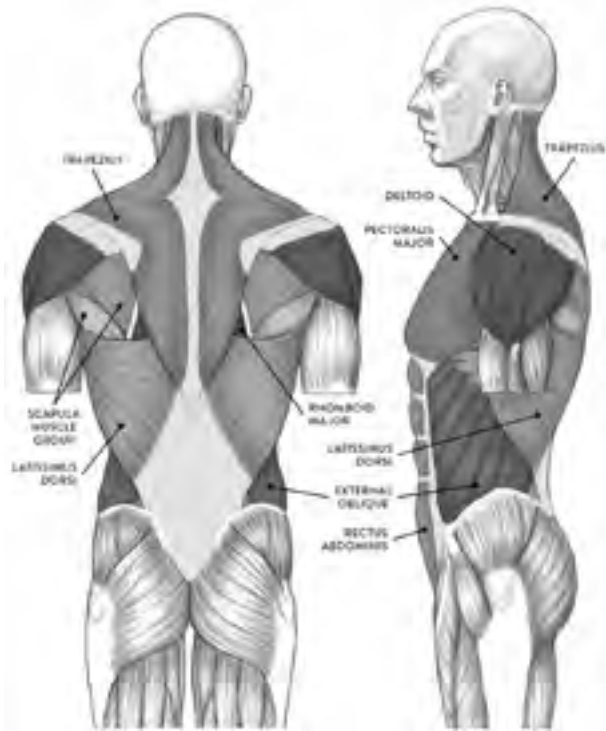
Keywords: Reconstruction of breast, musculocutaneous flap, musculus latissimus dorsi

ისტორია

კან-კუნთოვანი ნაფლეთებით ქუძუს რეკონსტრუქციამ, მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა ქუძუს კიბოს ქირურგიული მკურნალობის ოპტიმიზებაში. დასაწყისში, აღნიშნული მეთოდით ხდებოდა გულმკერდის წინა-გვერდით კედელზე წარმოშობილი დეფექტების დახურვა კარგად ვასკულარიზებული აუტოლოგიური ტრანსპლანტანტით, რომლის შემადგენლობაშია კანი, კანქვეშა ქსოვილი და კუნთი. მოგვიანებით, კან-კუნთოვანი ნაფლეთების ტრანსპორტირება რეციპიენტულ ზონაში გააჩინა შესაძლებლობა მომხდარიყო, არა მხოლოდ დეფექტის დახურვა, არამედ განხორციელებულიყო ოპერაციული გზით მოკვეთილი სარძევე ჯირკვლის (განსაკუთრებით ჰოლსტეიდის „წესით“ შესრულებული მასტექტომიის შემდგომ) მოცულობის აღდგენაც - პროგნოზირებადი, და რაც უაღრესად მნიშვნელოვანია, დამაკმაყოფილებელი კოსმეტიკური ეფექტით.

პირველად, ამ მიზნით გამოყენებულ იქნა ზურგის უგანიერესი კუნთის კან-კუნთოვანი ნაფლეთი, რომლის მობილიზების ტექნიკა 1896 წელს აღწერა იტალიელმა ქირურგმა იჯინიო ტანზინიმ (Iginio Tansini), თუმცა გამოქვეყნების შემდეგ რეკონსტრუქციის აღნიშნული მეთოდი, სამწუხაროდ, დიდი ხნით მივიწყებას მიეცა.

1976 წელს N. Olivari აქვეყნებს ზურგის უგანიერესი კან-კუნთოვანი ნაფლეთით ქუძუს აღდგენის შედეგებს და ოპერაციას წარმოადგენს პოსტმასტექტომიური რეკონსტრუქციის ახალ მეთოდად, თუმცა Maxwell-ის მიერ 1979 წელს გამოქვეყნებული სტატიიდან იგებს ი. ტანზინის შრომის შესახებ, რის შემდეგაც უპირობოდ აღიარებს პირველწყაროს პრიორიტეტს და ზურგის უგანიერესი კუნთის კან-კუნთოვანი ნაფლეთით რეკონსტრუქციული ოპერაციის რეალურ ავტორად ტანზინის ასახელებს.



სურათი 1. ზურგის უგანიერესი კუნთის ქირურგიული ანატომია

ქირურგიული ანატომია

ზურგის უგანიერესი კუნთი - m. latissimus dorsi - თითქმის მთლიანად იკავებს ზურგის ქვედა ნაწილს ბეჭის ქვედა კუთხიდან მენჯამდე. იგი ზედაპირულად მდებარეობს და მხოლოდ მისი ზედა ცენტრალური ნაწილია დაფარული ტრაპეციული კუნთით. იწყება გულმკერდის ქვედა 4-6 მალის, წელისა და გავის ყველა მალის წვეტიანი მორჩებიდან და თეძოს ძვლის ქედიდან. კუნთის დასაწყისი თითქმის მთელს სიგრძეზე გულმკერდ-წელის ფასციის გაგრძელებაა. აღნიშნული ფორფიტებიდან კუნთოვანი ბოჭკოები მიემართება გარეთ და ზევით, სადაც ზედა ბოჭკოების დონეზე თანდათან იკრიბება ერთ კონად და მტკიცე მყვოვანი დაბოლოებით უმაგრდება მხრის ძვლის მცირე ბორცვის ქედს. კუნთის ფუნქციაა მოზიდოს მხარი და აბრუნოს იგი შიგნით. კუნთი იკვებება - aa. thoracodorsalis, circumflexa humeri, intercostales. ინერვაცია - n. thoracodorsalis, რომელიც მხრის წნულის უკანა ფესვის ტოტია და მდებარეობს თორაკოდორზალური სისხლძარღვოვანი კონის მედიალურად. ზურგის უგანიერეს კუნთს აქვს ორი კიდე - ზედა, რომლითაც იგი ესაზღვრება ტრაპეციულ, დიდ მრგვალ და მათ შორის მდებარე ქედქვეშა კუნთებს და ლატერალური კიდე, რომლითაც იგი საზღვრავს ილლიის ფოსოს ლატერალურ კიდე (ილლიის შუა ხაზის დონეზე) და ამ მიდამოში იგი ფარავს წინა დაკბილულ კუნთს.

ზურგის უგანიერესი კუნთის კან-კუნთოვანი ნაფლეთით რეკონსტრუქციული პლასტიკის ჩვენებები

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ ონკოლოგიური დაავადების გამო ქირურგიული გზით მოკვეთილი სარ-

ძევე ჯირკვლის რეკონსტრუქცია, მისი ჩატარების ვადების (ერთ მომენტად, გადავადებულად) და სახის (აუტოლოგიური ქსოვილები, საპროთეზო მასალა, მათი კომბინაცია) მიუხედავად დღეისთვის, ძუძუს კიბოს მკურნალობის განუყოფელ ნაწილს უნდა წარმოადგენდეს.

რეკონსტრუქცია - უნდა იყოს პაციენტისათვის უსაფრთხო, არ უნდა გახდეს მნიშვნელოვანი და ხანგრძლივი პოსტოპერაციული გართულებების და ადიუვანტური მკურნალობის გადავადების მიზეზი.

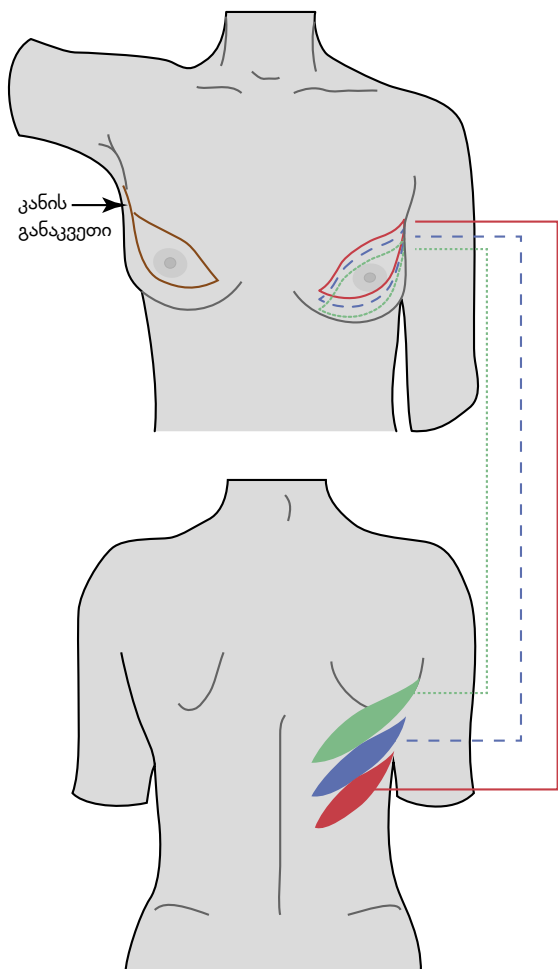
აღდგენით-რეკონსტრუქციული ოპერაციის ჩატარების ჩვენებებს - ინდივიდუალური, ანატომიური თავისებურებები და საკუთრივ პაციენტის სურვილი/ მოთხოვნები განსაზღვრავს. ძუძუს კიბოს სისტემური მკურნალობის მეთოდების სრულყოფის და ქირურგიულ ჩარევათა მინიმალიზაციის პირობებში, სულ უფრო ნაკლებია ისეთი მასშტაბური ჩარევების ჩატარების აუცილებლობა, როგორცაა რადიკალური მასტექტომია მკერდის ორივე კუნთის მოკვეთით, რაც თავის მხრივ ზურგის უგანიერესი კან-კუნთოვანი ნაფლეთით რეკონსტრუქციის აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს; აგრეთვე, იშვიათია შემთხვევები, როდესაც ჩარევის მასშტაბობიდან გამომდინარე გართულებულია პოსტოპერაციული დეფექტის პირველადი დაჭიმვით დახურვა. შესაბამისად, ზურგის უგანიერესი კუნთით ძუძუს რეკონსტრუქციის მიზანს წარმოადგენს ესთეტიკურად მისაღები შედეგის მიღწევა, რაც ხშირ შემთხვევაში მიღწევადაა, არა მარტო კუნთის ტრანსპოზიციით, არამედ აღნიშნული მეთოდისა და სხვადასხვა ხელოვნური საპროთეზო მასალის (ექსპანდერები, დეფინიტიური იმპლანტები) ერთდროული გამოყენებით.

უმნიშვნელოვანეს ფაქტორებს, რომლებიც უნდა იყოს გათვალისწინებული ზურგის უგანიერესი კან-კუნთოვანი ნაფლეთით ძუძუს რეკონსტრუქციის წინ, წარმოადგენს:

1. რეკონსტრუქციის ჩატარების ვადები - ერთ მომენტად თუ გადავადებულ რეჟიმში;
2. ანამნეზში - ჩატარებული სხივური თერაპია გულმკერდის წინა კედელზე, დასხივების სახე, ვადები, ჯამური დოზა;
3. რეციპიენტულ ზონაში კანის და კანქვეშა საფარის სისქე, პოსტმასტექტომიური ნაწიბურის მიმართულება, მისი სიგრძე, გულმკერდის წინა-გვერდითი კედლის კუნთოვანი საფარის მდგომარეობა, თორაკო-დორზალური ნერვ-სისხლძარღვოვანი კონის მთლიანობა;
4. კონტრალატერალური ძუძუს მოცულობა, მისი ფტოზის ხარისხი;
5. დონორის ზონის კან-კუნთოვანი საფარის მდგომარეობა;

ზურგის უგანიერესი კუნთის კან-კუნთოვანი ნაფლეთით, როგორც ერთმომენტიანი, ისე გადავადებული რეკონსტრუქციული ოპერაცია ნაჩვენებია ასთენიური/ნორმოსთენიური კონსტიტუციური ტიპის პაციენტებისათვის, საშუალო, ან მცირე ზომის სარძევე ჯირკვლებით გამოხატული ფტოზის გარეშე.

ოპერაცია აბსოლუტურად უკუნაჩვენებია, როდ-



სურათი 2. კანის კუნძულის მდებარეობა დონორისა და რეციპიენტულ ზონებში (სქემატურად).

საც ვლინდება ზურგის უგანიერესი კუნთის მეორადი ატროფია, რომელიც დაკავშირებულია თორაკოდორზალური სისხლძარღვების ქირურგიულ ან რადიოინდუცირებულ დაზიანებასთან; უკუჩვენებად შესაძლოა განვიხილოთ შემთხვევები, როდესაც პაციენტს ჩატარებული აქვს იფსილატერალურ მხარეს თორაკოტომია: ამ დროს, თორაკოდორზალური ნერვ-სისხლძარღვოვანი კონის ფუნქციური მდგომარეობის შეფასებისთვის გამოიყენება სხვადასხვა ფიზიკალურ-ინსტრუმენტული მეთოდები: ფიზიკური დატვირთვის ტესტი, სისხლძარღვთა გამავლობის დადგენა ულტრასონოგრაფიული დოპლერ-ანგიოგრაფიით ან ინვაზიური ანგიოგრაფიით.

პროკრატიული მარკირება

ნებისმიერი აღდგენით-რეკონსტრუქციული ოპერაციის წარმატების უმნიშვნელოვანეს შემადგენელს წარმოადგენს პროკრატიული მარკირების, გათვლებისა და გაანგარიშების ზედმიწევნით ზუსტი ჩატარება. დაუშვებელია ოპერაციის დაგეგმარება განხორცილდეს „თვალით“, უშუალოდ ოპერაციის დროს საოპერაციო მაგიდაზე, ქირურგის „დიდ გამოცდილებაზე“ დაყრდნობით და ა.შ.

პროკრატიული მარკირება ტარდება ოპერაციის წინა დღეს (ან ოპერაციის დღეს) პაციენტის მდგომარე ან მჯდომარე პოზიციაში. აუცილებელ პირობას წარმოადგენს მარკირების პროცესის ფოტო და ვიდეო გადაღება.

მარკირება ტარდება პერმანენტული, მცირე კალიბრის კალმით (ფანქრით ან მარკერით), დასაწყისში გულმკერდის წინა ზედაპირზე: საუბლე ამონაჭდევიდან მახვილისებრ მორჩამდე, სტერნალურ ხაზზე ტარდება ვერტიკალური ხაზი. მკერდ-ლავიწის შესასრების დონიდან 4სმ-ით ლატერალურად მონიშნული წერტილიდან ძუძუს თავზე გადასვლით და ქვემოთ - მუცლის წინა ზედაპირზე გაგრძელებით - მეორე ვერტიკალური ხაზი - ე.წ. ძუძუს მერიდიანი. ნახევარკალოვანი ხაზებით მონიშნება ორივე სარძევე ჯირკვლის სუბმამარული ნაოჭები. მწოლიარე მდგომარეობაში ძუძუზე ზომიერი ზეწოლით კარგად ვიზუალიზდება ორგანოს პარენქიმის საზღვრები, რომლებიც ასევე მონიშნება. ცირკუმარეოლურად უნდა მოიხაზოს ძუძუს დერილ-არეოლური კომპლექსი. აღნიშნულის შემდეგ სპეციალური სახაზავით იზომება მანძილი საუბლე ამონაჭდევიდან დერილამდე, დერილიდან - სუბმამარულ ნაოჭამდე, დერილ-არეოლური კომპლექსის დიამეტრი, დერილის პროექცია და სუბმამარული ნაოჭის სიგრძე. ანალოგიური საორიენტაციო ხაზები ტარდება ჯანმრთელ მხარეს.

ზურგზე - უმთავრეს საორიენტაციო წერტილს წარმოადგენს ბეჭის ძვლის კუთხე, რომელიც შეესაბამება ზურგის უგანიერესი კუთხის ზედა კიდე. ხერხემლის სვეტის წვეტიანი მორჩების დონეზე, ე.წ. ვერტებრულ ხაზზე მონიშნება კუნთის მედიალური კიდე, ხოლო უკანა აქსილარულ ხაზზე - ლატერალური კიდე. ქვედა კიდე პროეცირებულია თეძოს ძვლის ფრთის უკანა ზედაპირის დონეზე. უკანა აქსილარულ ხაზზე არსებული კუნთის ლატერალური კიდე, ტრანსპლანტანტის ტრანსპოზიციის შემდეგ შექმნის რეკონსტრუირებული ძუძუს ზედა-ჰორიზონტალურ კიდეს, ხოლო კუნთის მედიალური კიდე - აღდგენილი ორგანოს ქვედა კიდე.

კანის კუნძული, როგორც წესი ელიფსის ფორმისაა; მისი მიმართულება უნდა შეესაბამებოდეს რეკონსტრუქციის პირველად მიზანს: თუ სად, გულმკერდის კედლის რა დონეზე უნდა განთავსდეს იგი - ტრანსპლანტანტის საბოლოო ტრანსპოზიციის შემდეგ. კანის კუნძული მეტწილად ელიფსის ფორმისაა და აქვს ჰორიზონტალური მიმართულება, რათა ოპერაციული ჭრილობის დახურვის შემდგომ ნაწიბური დაიფაროს ძუძუს აზღუდით. მისი ზომა ვარეაბელურია და დამოკიდებულია გულმკერდის კედელზე არსებული დეფექტის ფართობზე. ოპტიმალურ ზომებად მიიჩნევა 6-8სმ-დან 14-16 სმ-მდე სიგრძის კანის კუნძული.

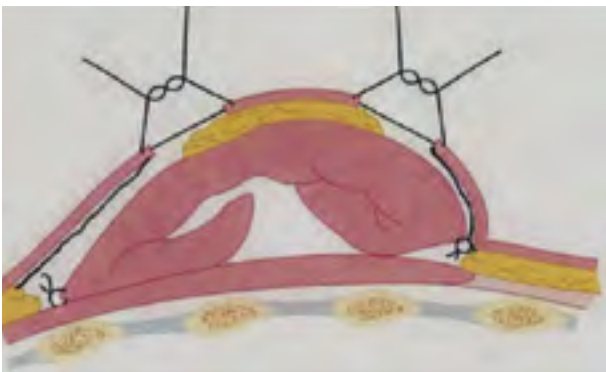
ერთმომენტიანი რეკონსტრუქცია - პროკრატიული გეგმარების პრინციპები

ტრადიციული რადიკალური მასტექტომიის გეგმისას, პერმანენტული მარკერით პარასტერნალური ხაზიდან, წინა (შუა) აქსილარულ ხაზამდე, გულმკერდის წინა კედელზე მარკირებულია ელიფსის ფორმის

ჰორიზონტალური მიმართულების მასტექტომიის განაკვეთი. ზოგ შემთხვევაში უპირეტესობა ენიჭება ირიბი მიმართულების განაკვეთებს. მნიშვნელოვანია, რომ განაკვეთი გატარდეს ისე, რომ შესაძლებელი გახდეს სუბმამარული (ინფრამამარული) ნაოჭის შენარჩუნება. ზურგზე (დონორი ზონა) კან-კუნთოვანი ნაფლეთი მარკირებული უნდა იყოს ისე, რომ ადვილად მოხდეს არამარტო პოსტმასტექტომიური დეფექტის დაფარვა, არამედ ისე, რომ კანის კუნძული რეციპიენტულ ზონაში მოთავსდეს მაქსიმალურად დაბლა. ასე, რაც უფრო დაბლაა მარკირებული კუნძული (ახლოს თეძოს ფრთასთან), მით უფრო მალაა პროცირებული კან-კუნთოვანი ნაფლეთი პოსტმასტექტომიურ რეციპიენტულ ადგილას და პირიქით.

ერთომენტიანი რეკონსტრუქცია

შესაძლებლად მიიჩნევა 3 ვარიანტი. 1) ჩატარდეს „ტრადიციული“ რადიკალური მასტექტომია, რის შემდეგაც განხორციელდება ზურგის უგანიერესი კან-კუნთოვანი ნაფლეთის ფორმირება (ამ შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის საოპერაციო მაგიდაზე ორჯერადი გადატრიალება); 2) შესრულდეს ზურგის უგანიერესი კან-კუნთოვანი ნაფლეთის ფორმირება, რის შემდეგაც პაციენტს გადავაბრუნებთ ზურგზე, ჰორიზონტალურ პოზიციაში და შევასრულებთ მასტექტომიას; 3) როგორც მასტექტომია, ისე ნაფლეთის ფორმირება შესრულდეს ერთ ეტაპად 2 ქირურგიული ბრიგადის მიერ.



სურათი 3. მობილიზებული კან-კუნთოვანი ტრანსპლანტანტის ფიქსაცია რეციპიენტულ ზონაში (სქემურად).

ერთომენტიანი რეკონსტრუქცია - ნაფლეთის ფორმირება

პაციენტის მდებარეობა საოპერაციო მაგიდაზე - გვერდზე, იფსილატერალური მხარის ზედა კიდურის სპეციალურ საყრდენზე ფიქსირებით. კანის განაკვეთი ტარდება მარკირებულ ხაზებზე. კანქვეშა დისექცია წარმოებს უშუალოდ კუნთის მფარავ ფასციასა და კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილს შორის საზღვარზე, ისე რომ კანის კუნძული მდებარეობდეს კუნთის ნაფლეთის ცენტრში. კუნთის დისექცია იწყება მისი წინა-თავისუფალი კიდიდან ზედა-მედიალური მიმართულებით. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო

მისი ქვეშემდებარე უკანა დაკბილული კუნთისაგან აწრეგებისას, რათა ეს უკანასკნელი არ „მოყვეს“ კან-კუნთოვანი ნაფლეთის შემადგენლობაში. ბეჭის კუთხის მიდამოში ზურგის უგანიერეს კუნთის ქვეშე ქირურგი ათავსებს საჩვენებელ თითს, რაც აადვილებს კუნთის ვიზუალიზაციას ირგვლივ არსებული სტრუქტურებისაგან. ხერხემლის სვეტთან, მახვილი და ბლაგვი წესით ზურგის უგანიერესი კუნთი გამოიყოფა მანდილის (ტრაპეციული) კუნთისაგან და მისი მყესოვანი ნაწილის დასაწყისში იკვეთება როგორც ხერხემლის, ისე თეძოს ფრთის ნაწილებისაგან. უმნიშვნელოვანესია ზურგის უგანიერესი კუნთის მხრის ძვალებზე მიმაგრების ადგილას, მისი მყესოვანი ნაწილის გადაკვეთა. აღნიშნული ერთის მხრივ ტრანსპლანტანტის თავისუფლად, დაჭიმვის გარეშე დიდ მანძილზე გადანაცვლების საშუალებას იძლევა, ხოლო მეორეს მხრივ აგვაცილებს პაციენტისთვის მნიშვნელოვან პოსტოპერაციულ დისკომფორტს - ილიის ფოსოში ე.წ. Bulking -ს. მყესის გადაკვეთა ხდება „ქირურგის თითზე“ ისე, რომ არ მოხდეს ქვეშემდებარე თორაკოდორზალური ნერვ-სისხლძარღვოვანი კონის დაზიანება. ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მომენტს წარმოადგენს ტრანსპლანტანტის დენერვაცია-თორაკოდორზალური ნერვის გადაკვეთა უნდა ჩატარდეს მახვილი წესით, თანამოსახელე სისხლძარღვების ვიზუალიზაციის პირობებში. აღნიშნულის შემდეგ კან-კუნთოვანი ნაფლეთს ვათავსებთ ილიის ფოსოში. დონორის ჭრილობის კანის ნაფლეთების შიდა ზედაპირი კვანძოვანი ნაკერებით ეკერება ქვეშემდებარე კუნთოვან სტრუქტურებს, რაც ამცირებს სერომის წარმოშობის რისკს. დრენაჟი თავსდება კონტრაპერტურიდან, ისე, რომ მისი მიმართულება ორიენტირებული იყოს ქვედამედიალურად. კანის ჭრილობა იკერება შრეობრივად, უწყვეტი სუბკუტანური და სუბკუტიკულური ნაკერებით. დონორის ჭრილობაზე სტერილური ნახვევის ფიქსირების შემდეგ პაციენტი რეპოზიციონირებულია საოპერაციო მაგიდაზე ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში. ნაფლეთის კუნთოვანი ნაწილის კიდეები ზედა, მედიალური და ლატერალური ნაწილები უწყვეტი ან ერთეული კვანძოვანი ნაკერებით ფიქსირდება გულმკერდის წინა-გვერდითი კედლის შემადგენლობაში არსებულ კუნთოვან სტრუქტურებს. გამონაკლისს წარმოადგენს ნაფლეთის ქვედა კიდე, რომელიც უშუალოდ ეკერება პოსტმასტექტომიური ჭრილობის ქვედა ნაფლეთის კანქვეშა ქსოვილს - ინფრამამარული ნაოჭის დონეზე. მოცულობის ადეკვატურობის მიღწევისთვის ხშირად გამოიყენება საპროთეზო მასალა - ექსპანდერებისა და დეფინიტიური იმპლანტანტების სახით, რომლებიც ფორმირებულ კუნთოვან ჯიბეში უნდა განთავსდეს. ოპერაციის ამ ეტაპზე მიზანშეწონილია საოპერაციო მაგიდის კრანიალური ნაწილის წამოწევა 45⁰-ით, კონტრალატერალურ ძუძუსთან სიმეტრიის მიღწევის შესაფასებლად. ქსოვილოვანი ექსპანდერის გამოყენების შემთხვევაში, მიზანშეწონილია მისი საინექციო-შემავსებელი დისკის ფიქსაცია მუცლის წინა კედლის კანქვეშე, თუმცა ინტეგრირებული პორტის შემცველი ექსპანდერების გამოყენებისას აღნიშნულის



სურათი 4. მობილიზებული ზურგის უგანიერესი კუნთის კან-კუნთოვანი ნაფლეთი, კანქვეშა გვირაბი.

ჩატარება დღეისათვის აღარაა საჭირო. დრენირება წარმოებს კონტრაპერტურიდან - ორი დრენაჟით: ერთი მათგანი ადრენირებს ილლიის პოსტდისექციურ სივრცეს, ხოლო მეორე თავსდება კუნთოვან ჯიბეში (იმპლანტის ან ექსპანდერის გამოყენების შემთხვევაში - მის უკან). ნაფლეთის და კანის კიდეები იკვრება უწყვეტი ორრიგიანი (ინტრადერმულ-სუბკუტიკულური) ნაკერებით.

ძუძუს გადავადებული რეკონსტრუქციის ტექნიკური დეტალები არ განსხვავდება ძუძუს ერთმომენტიანი რეკონსტრუქციისაგან, თუმცა, არსებობს გარკვეული თავისებურებები, რომელთა გათვალისწინებაც აუცილებელია. ამ მხრივ აღსანიშნავია ინფრამამარული ნაოჭის რეკონსტრუქციის, მასტექტომიის შემდგომი ნაწიბურის ამოკვეთის შემდეგ, ყველა შემაერთესოვილოვანი ჭიმისა და ტიხრის გათიშვა-ამოკვეთის აუცილებლობა. აგრეთვე უმთავრესი - თორაკოდორზალური სისხლძარღვების მთლიანობისა და გამავლობის იდენტიფიცირება, რის გამოც ოპერატორი ხშირად შემდეგ ხერხს მიმართავს: 3-4სმ სიგრძის განაკვეთით ილლიის ფოსოში იკვეთება ზედაპირული ქსოვილები, შემაერთესოვილოვანი ჭიმების პრეპარირება წარმოებს მახვილი წესით. სისხლძარღვების სველგეტირება წარმოებს დიდი სიფრთხილით, მთელს სიგრძეზე - ილლიის მაგისტრალური სისხლძარღვებიდან - თორაკოდორზალური სისხლძარღვების ბიფურკაციამდე. კაპილარული სისხლდენა კოაგულირდება, სხვა შემთხვევებში ლიგირებით ვალწევთ სრულყოფილ ჰემოსტაზს. დენერვაცია

უმჯობესია ჩატარდეს სისხლძარღვების სველგეტირების შემდეგ. ყოველივე ზემოთქმული უზრუნველყოფს ოპერაციის საბოლოო წარმატებული შედეგის მიღწევას.

ლისკუსნია

მასტექტომიის შემდგომი რეკონსტრუქციის მეთოდების მრავალრიცხოვნების მიუხედავად, ოპერაციის შედარებითი სიმარტივისა და პოსტოპერაციული გართულებების (იხ. ქვემოთ) მინიმალური სისხირის გამო, ზურგის უგანიერესი კუნთის კან-კუნთოვანი ნაფლეთით ძუძუს რეკონსტრუქცია, აღდგენით ოპერაციათა შორის ყველაზე ოპტიმალურ მეთოდს წარმოადგენს. დღეისათვის, თორაკო-დორზალური ნაფლეთით ძუძუს რეკონსტრუქცია, უფრო ხშირად, გადავადებულ რეჟიმში ტარდება, რაც თავისთავად აღნიშნულ ჩარევას მეტწილად ესთეტიკურ მნიშვნელობას ანიჭებს. ოპერაცია ამ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ძუძუს კიბოს მკურნალობის დასრულებიდან (ოპერაცია+ქიმიოთერაპია+სხივური თერაპია) არა ნაკლებ 6-8 თვის შემდეგ.

ადგილობრივად-გავრცელებული სიმსივნეების შემთხვევაში, როდესაც ნეოადიუვანტური მკურნალობის ჩატარების შემდეგ დიდია რეზიდუალური სიმსივნე ან/და როდესაც ეს უკანასკნელი ჩაზრდილია გულმკერდის წინა-გვერდითი კედლის კუნთოვან სტრუქტურებში (შესაბამისად აუცილებელია კუნთების და განსაკუთრებით მკერდის დიდი კუნთის მოკვეთა) არსებობს პოსტმასტექტომიური დეფექტის თორაკოდორზალური ნაფლეთით ერთმომენტიანი რეკონსტრუქციის აბსოლუტური ჩვენება.

როგორც, უკვე აღვნიშნეთ, ოპერაცია მაქსიმალურად დამაკმაყოფილებელ ესთეტიკურ ეფექტს ქმნის ასთენიურ ან ნორმოსთენიურ ქალებში მცირე ზომის სარძევე ჯირკვლებით, მცირედ გამოხატული ფტოზით. სხვა შემთხვევებში სიმეტრიის მიღწევისათვის საჭირო ხდება ან თორაკოდორზალური ნაფლეთისა და იმპლანტაციური რეკონსტრუქციული პლასტიკის კომბინაციის გამოყენება, ან კონტრალატერალურ ძუძუზე მასიმეტრიალიზებული ოპერაციების (ლიფტინგი, რედუქცია) ჩატარება.

იმპლანტაციისათვის გამოიყენება როგორც ქსოვილოვანი ექსპანდერები, ისე დეფინიტიური იმპლანტები; არჩევანს განაპირობებს კონტრალატერალური ძუძუს მოცულობა, ქსოვილოვანი ექსპანდერების გამოყენებისას პაციენტის ინფორმირება - ე.წ. ორჯერადი ოპერაციის (ქსოვილოვანი ექსპანდერის ჩანაცვლება დეფინიტიური იმპლანტით) რეალური პერსპექტივის შესახებ და ბოლოს, მისი მზაობა ჩაიტაროს, ან არ ჩაიტაროს რაიმე ტიპის ოპერაცია კლინიკურად ჯანმრთელ ძუძუზე.

როგორც დეფინიტიური იმპლანტის, ისე ქსოვილოვანი ექსპანდერის გამოყენების შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება ტექსტურირებულ პროთეზებს. აღსანიშნავია, რომ ქსოვილოვანი ექსპანდერის გამოყენებით შესაძლებელია თავიდან იქნეს აცილებული კონტრალატერალურ ძუძუზე მასიმეტრიალიზებული ოპერაცია (საბოლოო მოცულობა პროგნოზირებად პარამეტრს წარმოადგენს და

ექსპანდერში ინსუფლირებული სითხის მოცულობისა და ტრანსპლანტანტის მოცულობათა ჯამია). მნიშვნელოვანია აგრეთვე გათვალისწინებულ იქნეს მთავარი პირინციპი - აუცილებელია პროთეზის სრული კუნთოვანი „დაფარვა“, რაც მნიშვნელოვნად და სარწმუნოდ ამცირებს კაფსულური კონტრაქტურის წარმოშობის რისკს.

ოპერაციის წინ აუცილებელია პაციენტისთვის დეტალური ინფორმაციის მიწოდება დაგეგმილი ოპერაციის მასშტაბის, შესაძლო, მათ შორის იშვიათი, გართულებების, რეკონსტრუქციის ალტერნატიული მეთოდების შესახებ. აღნიშნული საუბარი არ უნდა იყოს ფორმალური ხასიათის და არ უნდა შემოიფარგლებოდეს სამედიცინო ჩარევებზე პაციენტის თანხმობის ფურცელში „უბრალო“ ხელმოწერით. ექიმი ვალდებულია დეტალურად აუხსნას პაციენტს დაგეგმილი ოპერაციის აუცილებლობა, ჩარევის ჩვენება - უკუჩვენებები და პაციენტისათვის გასაგებ ენაზე, მისი ფსიქიკისთვის დამზოგველად, ღრმა სამედიცინო ტერმინოლოგიაში ჩაწვდომის გარეშე, ალუწეროს ოპერაციის გარკვეული ტექნიკური ეტაპები. თუ საჭიროა, ექიმი ვალდებულია აღნიშნული საუბარი ჩაატაროს მრავალჯერადად, მანამ სანამ პაციენტი სრულად არ იქნება გარკვეული თუ რა ოპერაცია უტარდება მას. დაუშვებელია ოპერაციის ჩატარება იმ სუბიექტებისა და პაციენტებისათვის, რომლებიც ვერ, ან არ ათვისებენ იერებენ თუ რა მასშტაბის სამედიცინო ჩარევა უნდა ჩაუტარდეთ. დაუშვებელია პაციენტისათვის რაიმე ტიპის გარანტიების მიცემა, მით უფრო მაღალი ალბათობით და განსაკუთრებით მისი ესთეტიკური კმაყოფილების აბსოლუტური მიღწევის პერსპექტივით. და ბოლოს, აუცილებელია პროტოპერაციული მარკირების ფოტო და ვიდეო გადაღება.

ბართულებები

ზურგის უგანიერესი კუნთით რეკონსტრუქციის გართულებები პირობითად შესაძლოა დაგვით უშუალოდ რეკონსტრუქციულ ეტაპთან დაკავშირებულ და ზოგად გართულებებად. ზოგად გართულებებს მიეკუთვნება ალერგია, სისხლდენა, ინფექცია, სისხლის შედედების პათოლოგია და სხვა. რეკონსტრუქციასთან დაკავშირებულ გართულებებს მიეკუთვნება: სერომა, რომელიც როგორც დონორის, ისე რეციპიენტულ ზონაში წარმოშობილი სპეციფიკური და ყველაზე ხშირი გართულებაა. ამ დროს აუცილებელია დრენაჟის (დრენაჟების) შენარჩუნება მანამ, სანამ გამონადენის მოცულობა არ შემცირდება დღე-ღამის განმავლობაში 30-40 მლ მოცულობამდე. დრენაჟის ამოღების შემდეგ სერომის ფორმირების შემთხვევაში აუცილებელია სერომის ასპირაცია, რაც უმჯობესია ჩატარდეს ულტრასონოგრაფიის კონტროლით.

ნაფლეთის ნეკროზი - ნაფლეთის ტოტალური ნეკროზი იშვიათი გართულებაა და როგორც წესი ოპერაციის ტექნიკური წუნის შედეგია. მის მიზეზს წარმოადგენს ნაფლეთის მკვებავი სისხლძარღვოვანი ფენის ინტრაოპერაციული დაზიანება (ერთმომენტიანი რეკონსტრუქციისას), ან მისი თრომბოზი (რაც თავის მხრივ ძალზედ იშვიათია). ნაფლეთის სუბტოტალური



სურათი 5. თორაკო-დორზალური კან-კუნთოვანი ტრანსპლანტანტი (ვენტრალური მხარე)

ნეკროზი გვხვდება შემთხვევათა დაახლ. 5%-ში და ვლინდება ნაფლეთის დისტალურ ნაწილებში (ე.წ. „მაქსიმალური იშემიის“ ზონებში); ნაფლეთის სუბტოტალური ნეკროზის შემთხვევაში საჭირო ხდება რეოპერაცია - ნეკრექტომია ან ნაფლეთის სრული მოკვეთა იმპლანტის ამოღებით. ნაფლეთის სრული ნეკროზი - მისი მოკვეთის აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს.

საპროთეზო მასალის ან კომბინირებული რეკონსტრუქციული ტექნიკის (აუტოლოგიური ქსოვილი+კან-კუნთოვანი ტრანსპლანტანტი) გამოყენების შემთხვევაში გართულებათა სიხშირე იმატებს, რაც საკუთრივ საპროთეზო მასალის გამოყენებასთან არის ასოცირებული. ასე მაგალითად, ყველაზე ხშირია იმპლანტის მიგრირება ზედა-ლატერალური მიმართულებით, რაც ბუნებრივია არღვევს ძუძუს პროექციას. ამ გართულების თავიდან ასაცილებლად, ზოგიერთი ქირურგი ახდენს მკერდის დიდი კუნთის ლატერალური კიდისა და ტრანსპლანტანტის კუნთოვანი ნაწილის ერთმანეთთან დაფიქსირებას ერთეული კვანძოვანი ნაკერებით.

კაპსულარული კონტრაქტურა - აღნიშნული გართულების წარმოშობის რისკი შემცირდა თანამედროვე, ტექსტურირებული იმპლანტანტების გამოყენების პირობებში. რისკი მნიშვნელოვნად მცირდება მაშინაც, როდესაც საპროთეზო მასალა (ექსპანდერი ან დეფინიტიური იმპლანტი) სრულად განთავსებულია კუნთოვან „ჯიბეში“ (ზურგის უგანიერეს კუნთსა და მკერდის დიდ კუნთს შორის).

დასკვნები

1. ძუძუს კიბოს გამო ჩატარებული ოპერაცია უნდა იყოს ონკოლოგიურად ადეკვატური, ხოლო პოსტოპერაციული შედეგი ესთეტიკურად მისაღები; ონკოპლასტიკური ქირურგია ძუძუს კიბოს მკურნალობის განუყოფელ ნაწილს უნდა წარმოადგენდეს.
2. ძუძუს ონკოპლასტიკური ქირურგები უნდა ფლობდნენ ორგანოს რეკონსტრუქციის მეთოდებს, მათ შორის ქსოვილთა გადანაცვლების და ჩანაცვლების ტექნიკას როგორც საპროთეზო მასალის გამოყენებით, ისე მის გარეშე.
3. ექსპანდერ-იმპლანტებთან კომბინაციაში ზურგის უგანიერესი კან-კუნთოვანი ნაფლეთით ძუძუს ერთმომენტიანი ან გადავადებული რეკონსტრუქცია პოსტმასტექტომიური დეფექტების აღმოფხვრის და ძუძუს რეკონსტრუქციის უსაფრთხო და მისაღები მეთოდია.
4. ოპერაცია მაქსიმალურად დამაკმაყოფილებელ ესთეტიკურ ეფექტს ქმნის ასთენიურ ან ნორმოსთენიურ ქალებში მცირე ზომის სარძევე ჯირკვლებით, მცირედ გამოხატული ფტოზით.
5. საჭიროა პრეოპერაციული მარკირების, გათვლების და გაანგარიშების ზედმიწევნით დეტალურად ჩატარება.
6. ოპერაციის წინ აუცილებელია პაციენტის დეტალური ინფორმირება დაგეგმილი ოპერაციის მასშტაბთან, შესაძლებელ და მათ შორის, იშვიათ გართულებებთან, რეკონსტრუქციის ალტერნატიულ მეთოდებთან დაკავშირებით.
7. დაუშვებელია პაციენტისათვის რაიმე ტიპის გარანტიების მიცემა, მით უფრო მაღალი ალბათობით და განსაკუთრებით მისი ესთეტიკური კმაყოფილების აბსოლუტური მიღწევის პერსპექტივით.

ლიტერატურა:
References:

1. Tansini I. Nuovoprocesso di amputazione dellammella per cancro. *RiformaMedica* 1896; 3–5.
2. Olivari N. The latissimus flap. *Br J PlastSurg* 1976; 29:126–128.
3. Muhlbauer W, Olbrisch R. The latissimusdorsi reconstruction following mastectomy is as safe as myocutaneous flap for breast reconstruction. *ChirPlast* 1990; 125:1303–1308.
4. *The Breast. Comprehensive Management of Benign and Malignant Disorders* (Bland K., Copeland E. 3-d edition, 2004)
5. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast* (Hall-Findlay E., Evans G. 2011);
6. *Oncoplastic and Reconstructive Surgery of the Breast* (Rovere G., Benson J., Nava M. 2-d edition, 2011);
7. *Surgery of the Breast – Principles and Art* (Spear S., et all. 2-d edition, 2006).

ნაწოლი

დაავადების მართვის კლინიკური სტანდარტი

დ.ჯიქია,¹ თ.ჩხიკვაძე,² ი.მგალობლიშვილი,³ ვ.არჩვაძე,¹ ე.ჭუბაბრია²

¹თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ქირურგიულ დაავადებათა პროპედევტიკის დეპარტამენტი, ²შპს „ა.ალადაშვილის სახ. კლინიკა“, ³შპს „ჯეოპოსპიტალის“ მარნეულის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი.

DECUBITUS ULCER CLINICAL GUIDELINES

D.Jikia,¹ T.Chkhikvadze,² I.Mgaloblishvili,³ V.Archvadze,¹ E.Chubabria²

¹Tbilisi State Medical University, Department of Surgical Diseases Propedeutics, ²A.Aladashvili Clinic, ³Marneuli Multi-profile Medical Centre, Geohospitals

რეზიუმე კლინიკური რეკომენდაცია შეეხება პაციენტებს, რომელთაც აქვთ ნაწოლის განვითარების რისკი ან აღენიშნებათ ნაწოლი(ები); მისი გამოყენება უნდა მოხდეს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებასა და სტაციონარში, განკუთვნილია მიმღები გადაუდებელი დახმარების და სტაციონარის შესაბამისი განყოფილებების (რეანიმაციის, ინტენსიური თერაპიის, ქირურგიის, ტრავმატოლოგიის, პალიატიური მედიცინის და სხვ.) ექიმებისთვის. ასევე შესაძლებელია რეკომენდაციის შესაბამისი ფრაგმენტების გამოყენება პაციენტების, მათი მომვლელების და ზედამხედველი პირების ინფორმირებისა და საგანმანათლებლო მიზნებისათვის

Resume Clinical recommendation concerns the patients who have the risk of developing a bedsore or are noted to have bedsore(s); it should be applied in Emergency Department and in clinic, designated for physicians of Reception Emergency Department and corresponding departments (reanimation, intensive therapy, surgery, traumatology, palliative medicine and etc.) of the clinic. It is also possible to use corresponding fragments to inform and educate patients, their caretakers and supervisors.

საკვანძო სიტყვები: ნაწოლი, ზეწოლითი წყლული
Keywords: Decubitus ulcer, pressure ulcer, pressure sore, bedsore

დანიშნულება

კლინიკური რეკომენდაცია შეეხება პაციენტებს, რომელთაც აქვთ ნაწოლის განვითარების რისკი ან ნაწოლი(ები);

კლინიკური რეკომენდაცია განკუთვნილია გადაუდებელი დახმარების და სტაციონარის შესაბამისი განყოფილებების (რეანიმაციის, ინტენსიური თერაპიის, ქირურგიის, ტრავმატოლოგიის, პალიატიური მედიცინის და სხვ.) ექიმებისთვის. მისი გამოყენება უნდა მოხდეს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებასა და სტაციონარში;

კლინიკური რეკომენდაციის გამოყენება იწყება პაციენტის გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში შემოსვლისთანავე.

დეფინიცია და ძირითადი საკითხები

უწყვეტი მიმართული ზეწოლის ან დეფორმაციის შედეგად განვითარებულ ქსოვილოვან დეფექტს ნაწოლს უწოდებენ. უცხოურ ლიტერატურაში გამოიყენება რამდენიმე ძირითადი ტერმინი: „decubitus ulcer“, „pressure ulcer“, „pressure sore“, „bedsore“.

ჩვეულებრივ, ნაწოლი ძვალსა და შემაჯდამი ქსოვილის არსებული რბილი ქსოვილების ხანგრძლივი კომპრესიის შედეგია. დაზიანება ვარირებს ზედაპირული ერთეუმიდან ღრმა წყლულოვან დეფექტამდე.

რომელიც შეიძლება ძვალზეც ვრცელდებოდეს. ასეთი ტიპის წყლულების არსებობა ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას და ზრდის მკურნალობის დანახარჯებს.

ნაწოლი, მწვავე ჩვენებებით ჰოსპიტალიზებულ ან ხანგრძლივი სტაციონარული დახმარების საჭიროების მქონე პაციენტთა შორის, ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა.

ჰოსპიტალიზებულ ან „საწოლზე მიჯაჭვულ“ პაციენტთა უსაფრთხოების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ამოცანა, სწორედ, ნაწოლების პროფილაქტიკაა.

ეპიდემიოლოგია

ნაწოლით ავადობის მაჩვენებელი მერყეობს 2.3%-დან 28%-მდე. პაციენტთა უმეტესობის ასაკი აღემატება 65 წელს. ნაწოლის არსებობა 2-6-ჯერ ზრდის სიკვდილიანობის რისკს.

აშშ-ში ყოველწლიურად ხორციელდება 2.5 მლნ-ზე მეტი ნაწოლის მკურნალობა. საერთო დანახარჯი აშშ-ში 5 მილიარდი აშშ დოლარი წელიწადში. დიდ ბრიტანეთში 1.4-2.1 მილიარდი ფუნტი სტერლინგი წელიწადში.

კლინიკა და დიაგნოზი

- ნაწოლის ამოცნობა ადვილია დათვალეირებისას იერსახისა და მდებარეობის მიხედვით.
- მნიშვნელოვანია, ნაწოლი განვასხვავოთ დიაბეტური

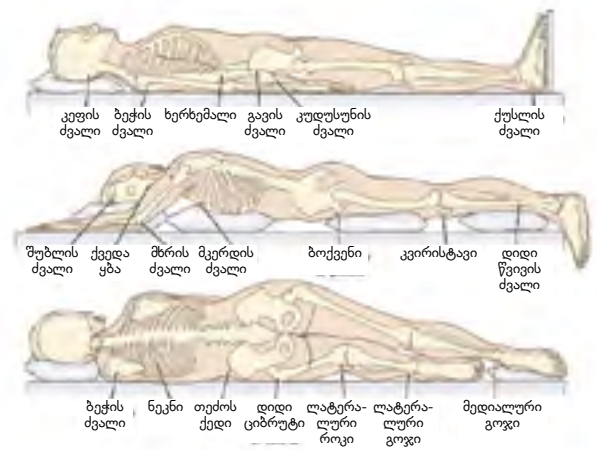
ცხრილი 1. ნაწოლის სტადირება ICD10 კლასიფიკაციის მიხედვით

ICD10	ნოზოლოგია	შენიშვნა
L89	ნაწოლი (დეკუბიტალური წყლული და ზეწოლის უბანი) (Decubitus ulcer and pressure area)	შენიშვნა: წყლული, გამოწვეული თაბაშირის ნახვევით ზეწოლით გამოწვეული წყლული Note: For multiple sites of differing stages assign only one code indicating the highest stage იგულისხმება: ნაწოლი, პლასტირის წყლული Incl.: Bedsore, Plaster ulcer არ იგულისხმება: საშვილოსნოს ყელის ნაწოლის (ტროფიული) წყლული (N86) Excl.: decubitus (trophic) ulcer of cervix (uteri) (N86)
L89.0	ნაწოლი და ზეწოლის მიდამო - I სტადია Stage I decubitus ulcer and pressure area	ნაწოლი, ზეწოლით გამოწვეული წყლული მხოლოდ ერთეულით გამოხატული. წყლული ვლინდება, როგორც განსაზღვრული უბანი მუდმივი სიწითლით (ერთეულით) ღია ფერის კანზე, მუქ კანზე შეიძლება გამოვლინდეს მუდმივი წითელი, ლურჯი ან მეწამული ელფერით, კანის მთლიანობის დარღვევის გარეშე. The ulcer appears as a defined area of persistent redness (erythema) in lightly pigmented skin, whereas in darker skin tones, the ulcer may appear with persistent red, blue or purple hues, without skin loss. Decubitus [pressure] ulcer limited to erythema only
L89.1	ნაწოლი - II სტადია Stage II decubitus ulcer	ნაწოლი [ზეწოლა]: • გახეხვით • ბუბერით • კანის ნაწილობრივი ფენის დაკარგვა ეპიდერმისის ან/და კანის ჩათვლით • კანის დაკარგვა, დაუზუსტებელი Decubitus [pressure] ulcer with: • abrasion • blister • partial thickness skin loss involving epidermis and/or dermis • skin loss NOS
L89.2	ნაწოლი - III სტადია Stage III decubitus ulcer	ნაწოლი, ზეწოლით გამოწვეული წყლული კანის მთლიანობის სრული დარღვევით, მოიცავს კანქვეშა ქსოვილის დაზიანებას ან ნეკროზს, რომელიც ფასციამდე ვრცელდება Decubitus [pressure] ulcer with full thickness skin loss involving damage or necrosis of subcutaneous tissue extending to underlying fascia
L89.3	ნაწოლი - IV სტადია Stage IV decubitus ulcer	ნაწოლი, ზეწოლით გამოწვეული წყლული კუნთების, ძვლების ან საყრდენი სტრუქტურების (მყესთა ან სასასხრე კავსულის) ნეკროზით. Decubitus [pressure] ulcer with necrosis of muscle, bone or supporting structures (ie tendon or joint capsule)
L89.9	ნაწოლი და ზეწოლის მიდამო, დაუზუსტებელი Decubitus ulcer and pressure area, unspecified	ნაწოლი [ზეწოლა] ხარისხის მითითების გარეშე Decubitus [pressure] ulcer without mention of stage

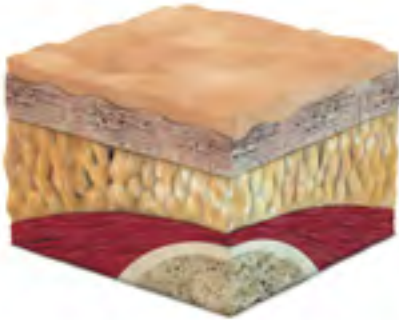
ნეიროპათიის ან არტერიული თუ ვენური უკმარისობის შედეგად განვითარებული წყლულებისაგან.

- დიფერენციალურდიაგნოზში უნდა გავითვალისწინოთ მდგომარეობები, რომელთა დროსაც ვლინდება ერთემა, მაგ., ცელულიტი. ნაწოლისაგან უნდა განვასხვავოთ ტენიანობასთან ასოცირებული ზედაპირული დაზიანებები, მაგ., მაცერაცია ძვლის საპროექციო არეში
- დაზიანებები, რომლებიც უნდა განვასხვავოთ ნაწოლისაგან:
 - დიაბეტური ნეიროპათიური წყლული. გვხვდება დიაბეტიკან პაციენტებში, რომელთაც აქვთ პერიფერიული ნეიროპათია. მისი სახასიათო ლოკალიზაციაა ქვედა კიდური, უპირატესად ტერფის თალი, მეტატარზალური ძვლების თავების საპროექციო არეში ან შარკოს დეფორმაციის არეში.
 - ვენური უკმარისობის ფონზე წყლულები ჩნდება წვივის პრეტიბიალურ არეში ან მედიალური გოჯის ზევით. ადრე მათ სტაზურ წყლულებსაც უწოდებდნენ. ასეთი ტიპის წყლული მცირედი ზედაპირული დაზიანების ფონზე ვითარდება, მაგრამ ძნელად ხორცდება და ხშირად ქრონიკული ხასიათი აქვს, ასეთი წყლულები მტკინეულია

კიდურის ელევაციის პოზიციაში.
- არტერიული წყლულები მაობლიტირებული ენდარტერიიტის შედეგად ვითარდება, როცა არტერიული ობტურაცია იწვევს ქსოვილთა ნეკროზს. ასეთი წყლულები ჩვეულებრივ ძალზე



სურათი 1. ნაწოლების განვითარების ტიპური ლოკალიზაციის არეები

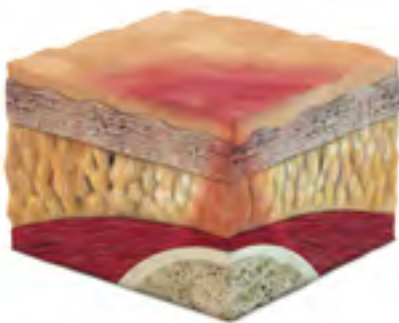


ნორმალური კანი

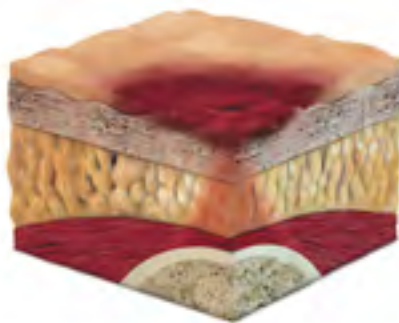
გამოყენებულია ავსტრალიის ჭრილობის მართვის ასოციაციის (The Australian Wound Management Association) მიერ მოწოდებული ილუსტრაციები

მტკივნეულია, განლაგებულია გოჯების ან სხვა ძვლოვან არეებში.

- ნაწოლების, განსაკუთრებით ქვედა კიდურების, ეტიოლოგია მულტიფაქტორულია. მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ პერიფერიული არტერიების დაავადებები.
- ნაწოლების განვითარების ტიპური ლოკალიზაციები წარმოდგენილია სურათზე 1.



I ხარისხი კანი ინტაქტურია, მდგრადი ერიითემა



II ხარისხი. კანის პარციალური დაზიანება. ზედაპირული წყლული.



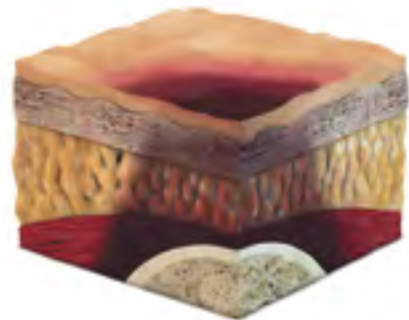
III ხარისხი. კანის სრული დაზიანება. ვიზუალდება ცხიმოვანი ქსოვილი



IV ხარისხი. კანის სრული დაზიანება. ვიზუალდება ძვალი, კუნთი ან მყესი.



დაზუსტებული. სიღრმე დაზუსტებულია, ფსკერი დაფარულია ფუფხით



სავარაუდოდ ქსოვილთა ღრმა დაზიანება

სურათი 2. ნაწოლების დახასიათება დაზიანების ხარისხის (სტადიის) შესაბამისად.

ცხრილი 2. ნაწოლების კლასიფიკაცია NPUAP-ის მიხედვით

სტადია	აღწერილობა
I	კანის მთლიანობა დარღვეული არ არის. გამოხატულია მდგრადი სიწითლე ზეწოლის მოხსნიდან 1 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ
II	ეპიდერმისის აზრევა ან კანის სხვა ზედაპირული დაზიანება, ინფექციით ან მის გარეშე.
III	ღრმა ნეკროზი. შეიძლება ჩანდეს კანქვეშა ცხიმი; დაზიანება ვრცელდება კუნთებში ინფექციით ან მის გარეშე. შესაძლოა, გამოხატული იყოს აზრევა და ტუნელირება.
IV	კანის მთელი შრის სრული დაზიანება, პროცესში ძვლის, მყესების ჩართვით, ინფექციასთან ერთად ან მის გარეშე. ხშირად სახზეა ქსოვილების აზრევა და ტუნელირება.
დაზუსტებული	ნეკროზი მოიცავს კანის ყველა შრეს, წყლულის ფსკერი დაფარულია გარქოვანებული ნეკროზული ქსოვილებით და/ან ფუფხით.
სავარაუდოდ ქსოვილთა ღრმა დაზიანება	იისფერი ან მუქი შინდისფერი კანი, შემოფარგლული უფერული არშიით, ან ჰემორაგიული შიგთავსის ბუმბულა (ბულა) ფსკერზე ზეწოლით და/ან ხახუნით დაზიანებული ქსოვილები.

კლასიფიკაცია

ნაწოლების კლასიფიკაცია მიზნად ისახავს დაზიანების ხარისხის აღწერას. კლინიკურ პრაქტიკაში გამოიყენება

რამდენიმე კლასიფიკაცია. მოსახერხებელია ნაწოლების საკონსულტაციო ნაციონალური ჯგუფის (National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP) მიერ 2007 წელს შემოთავაზებული სისტემა (იხ. ცხრილი 2).

აათოგენეზი

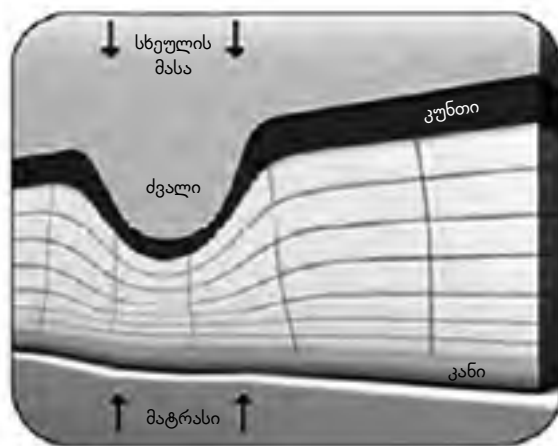
ნაწოლის განვითარება ძალზე რთული და მრავალფაქტორული პროცესია. აღსანიშნავია, რომ წყლულის ჩამოყალიბებისათვის მხოლოდ გარეგანი ზემოქმედება კანზე საკმარისი არ არის. ქსოვილთა დაზიანებაში კულმინაციური მნიშვნელობა მასპინძელ სპეციფიკურ ფაქტორებს ენიჭება.

გარეგანი ფაქტორები. კლასიკურად, ნაწოლის განვითარება 4 ძირითადი გარეგანი ფაქტორით არის განპირობებული: წნევა (ზეწოლა), მხები ძალები (წანაცვლება), ხახუნი და სისველე. ზედაპირული დაზიანებები, უპირველეს ყოვლისა, ხახუნითა და სისველით არის გამოწვეული და ხშირად არ განიხილება როგორც ნაწოლი.

წნევა (ჭყლეტა) - კრიტიკულ ზეწოლად ითვლება არტერიოლარულ წნევაზე (32მმ.ვწყ.სვ.-ზე) მეტი წნევა კანზე, რაც აფერხებს უანგბადისა და საკვები ნივთიერებების მიწოდებას ქსოვილებისათვის. ამას მოსდევს ქსოვილთა ჰიპოქსია, ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების დაგროვება და თავისუფალი რადიკალების გენერაცია. ნაწოლის განვითარების ძირითად ფაქტორად, ტრადიციულად, ითვლებოდა ჰიპოქსია, თუმცა ბოლო პერიოდში გამოიკვეთა კომპრესიული ძალებისა და დაზიანების არეში რეპერფუზიის მნიშვნელობა. ექსპერიმენტში, ორი საათიანი ზეწოლა იწვევს კუნთის შეუქცევად დაზიანებას, ლახტით ინდუცირებული იშემიის შედეგები კი - შექცევადია.

ზეწოლა ყველაზე მეტია ძვლოვანი შემადგენლების არეში, სადაც კანი ყველაზე ახლოსაა ძვლის ზედაპირთან (სურათი 2). სტანდარტულ სტაციონარულ მატრასზე მწოლიარე პაციენტს შეუძლია 150მმ.ვწყ.სვ. წნევის შექმნა; ჯდომისას, საჯდომ ბორცვებზე, 300მმ.ვწყ.სვ.-მდე წნევა ვითარდება. ძვლოვან შემადგენლებზე ზეწოლისას ძალა კონუსისებრად მოქმედებს და გაცილებით მეტად ქვეშმდებარე ქსოვილები ზიანდება, ამიტომაც ხშირად წყლულის ზომები შესაბამისობაში არ არის ღრმადმდებარე ქსოვილების დაზიანების ხარისხთან. ამდენად, კანის დაზიანება თავისი არსით „ისხერგის მწვერვალია“. 70მმ.ვწყ.სვ. წნევით ზეწოლა 2 საათის განმავლობაში შეუქცევადი ცვლილებების მიზეზი ხდება. წყლულის წარმოქმნა უფრო სწრაფად მიმდინარეობს წნევის შედარებით მაღალი მაჩვენებლებისას. წნევის თუნდაც ხანმოკლე დროით შემცირება აფერხებს ქსოვილების დაზიანებას. დაზიანება ლოკალურმა ზეწოლამ შეიძლება გამოიწვიოს მაღალი წნევის ხანმოკლე ზემოქმედებით ან დაბალი წნევის ხანგრძლივი ზემოქმედებით.

ქსოვილები განსხვავდება ბაროტრავმისადმი მგრძობელობით. ყველაზე მგრძობიარე არის კუნთები, შემდეგ კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი და შემდეგ დერმა. ამდენად, ქსოვილების ღრმა დაზიანება შეიძლება ზედაპირული დაზიანებების გარეშეც განვითარდეს. ღრმადმდებარე ქსოვილების ნეკროზული ქრილობის არსებობა ზეწოლით ინდუცირებული ტრავმის დამადასტურებელი ნიშანია.



სურათი 3. ზეწოლის სქემა ძვლოვანი შემადგენლების არეში

წანაცვლება - პაციენტის დახრილ სიბრტყეზე განთავსებისას წარმოიქმნება მხები ძალები. შედარებით ღრმადმდებარე ქსოვილები, კუნთებისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ჩათვლით, წანაცვლდება ქვედა მიმართულებით, ეპიდერმისი და დერმა კი ფიქსირებულია გარე ზედაპირთან. შედეგად ხდება, ლოკალურად, სისხლძარღვებისა და ლიმფური ძარღვების გაჭიმვა, ანგულაცია (კუთხოვანი დეფორმაცია) და ტრავმირება. თვითონ მხები ძალები დაწყლულებას არ იწვევს, მაგრამ გამოხატულია ადიტიური ეფექტი: ზეწოლა და წანაცვლება ერთად იწვევს ქსოვილების უფრო მძიმე დაზიანებას.

ხახუნი - მოიცავს წანაცვლების კომპონენტს და გულისხმობს პაციენტის მოძრაობას რაიმე ზედაპირის მიმართ. ასეთი მოძრაობა იწვევს კანის ზედაპირული შრეების დაზიანებას და აშრევებას. ხახუნი, უპირატესად, არის მეორე ხარისხის ნაწოლების მიზეზი, რადგანაც არ იწვევს ღრმადმდებარე ქსოვილების ნეკროზს. მისი როლი მესამე, მეოთხე ხარისხის ნაწოლების განვითარებაში ძალიან შეზღუდულია.

სისველე - ოფლის, განავლის ან შარდის სახით ტენს შეუძლია განაპირობოს კანის მაცერაცია და ხელი შეუწყოს ზედაპირულ დაწყლულებას. სისველის არსებობა აღრმავებს ხახუნის შედეგებს.

ნაწოლის განვითარებაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს, ასევე, დამატებითი ფაქტორები, რომლებიც ასოცირებულია პაციენტის მდგომარეობასთან. მაგ., უმოძრაობა, ინკონტინენცია, ნუტრიციული სტატუსი, ცირკულაციური ფაქტორები, ნევროლოგიური დაავადებები.

უმოდრაობა ნაწოლის განვითარების ერთ-ერთი

საკვანძო მომენტია. უმოძრაობა შეიძლება იყოს მუდმივი ან გარდამავალი.

ინკონტინენცია - შარდის შეუკავებლობა ნაწოლების განვითარების ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორთაგანია; ზოგიერთი კვლევით, ასეთ შემთხვევებში ნაწოლის განვითარების რისკი ხუთჯერ მატულობს.

ნუტრიციული დარღვევები - კვებითი სტატუსის დარღვევა ნაწოლის განვითარების რისკ-ფაქტორია. სხეულის მასის ინდექსის 25 კგ/მ²-ზე ნაკლები მაჩვენებელი ასოცირებულია ნაწოლის განვითარების მაღალ რისკთან.

კანის პერფუზია (მიკროცირკულაციის მდგომარეობა) - დღეს უდავოა კანის მიკროცირკულაციის როლი ნაწოლის განვითარებაში. ქსოვილოვანი იშემიის განმაპირობებელ ფაქტორებს მიაკუთვნებენ ჰიპოტენზიას, დეჰიდრატაციას, ვაზომოტორულ უკმარისობას, მეორეულ ვაზოკონსტრიქციას შოკის დროს, გულის უკმარისობასა და მედიკამენტებს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოების არაადეკვატური პერფუზიისას, სავსებით ნათელია, რომ კანისკენ სისხლის მიდინება მკვეთრად ქვეითდება, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ნაწოლების განვითარების რისკს.

ნევროლოგიური მდგომარეობები, როგორებიცაა დემენცია, დელირიუმი, ზურგის ტვინის ტრავმები, ნიროპათიები ნაწოლების განვითარების მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. ეს მდგომარეობები შეიძლება ასოცირებული იყოს უმოძრაობასთან, სპასტიურობასთან და კონტრაქტურებთან. მნიშვნელოვანი მომენტია მგრძობელობის მოშლა, ხშირად პაციენტები ვერ აღიქვამენ ხანგრძლივი ზეწოლის შედეგად განვითარებულ ტკივილს ან დისკომფორტს.

ნაწოლის განვითარების რისკ-ფაქტორთა რიცხვი ასზე მეტია. მათ შორის აღსანიშნავია შაქრიანი დიაბეტი, პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები, ცერებროვასკულური დაავადებები, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ქვემო კიდურების მოტეხილობები ახლო წარსულში, სეფსისი და ჰიპოტენზია.

მნიშვნელოვანი საკითხია ქსოვილთა ტოლერანტობა წნევის ზემოქმედებისადმი. ზეწოლის მიმართ სენსიტიურობა განსხვავებულია სხვადასხვა ადამიანში, რაც განპირობებულია:

ნაწოლის განვითარების განმაპირობებელი შინაგანი და გარეგანი ფაქტორების კომბინაცია უნიკალურია თითოეული პაციენტისათვის. კოლაგენის დონე ვარირებს და მისი ეფექტურობა მცირდება ასაკთან ერთად. კოლაგენი იცავს მიკროცირკულაციას, განაპირობებს უჯრედშიდა და უჯრედგარე წნევის ბალანსს. გარეგანი წნევის მატება განაპირობებს აუტორეგულაციის პროცესების ინიცირებას: იზრდება წნევა კაპილარის სანათურში, ნელდება სისხლის მიმოქცევა და ვითარდება რეაქტიული ჰიპერემია. ეს მექანიზმები უძლურია, თუ გარეგანი წნევა აღემატება ადამიანის დიასტოლურ წნევას.

ქსოვილთა რეაქცია გარეგან ძალებზე განსხვავებულია და დამოკიდებულია უამრავ ფაქტორზე. ამ მიზეზით

შეუძლებელია „წნევის უნივერსალური უსაფრთხო“ დონის შერჩევა.

გართულებები: ნაწოლებთან ასოცირებულია როგორც სამედიცინო, ისე ფსიქოსოციალური გართულებები.

სამედიცინო ხასიათის გართულებები შესაძლებელია სახიფათო იყოს პაციენტის სიცოცხლისათვის და კავშირშია მესამე-მეოთხე ხარისხის ნაწოლებთან.

ინფექცია - ყველა ნაწოლი კოლონიზებულია ბაქტერიებით. მხოლოდ კლინიკურად გამოვლენილი ინფექციისას აუცილებელია კულტურალური კვლევა შემდგომი ანტიბიოტიკოთერაპიით.

ნაწოლები შეიძლება გართულდეს ბაქტერიემიითა და სეფსისით, რაც ზრდის სიკვდილიანობას.

ნაწოლები პოტენციურ საფრთხეს წარმოადგენს სხვა ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის, როგორც რეზისტენტული მიკროორგანიზმების (მეტეცილინ-რეზისტენტული სტაფილოკოკების, ვანკომიცინ-რეზისტენტული ენტეროკოკების და მულტირეზისტენტული გრამუარყოფითი ბაცილების) რეზერვუარი.

სხვა გართულებები მეტად იშვიათია, მათ შორის აღსანიშნავია ხვრელმილები შინაგან ორგანოებთან (შარდის ბუშტისა და ნაწლავების ჩათვლით), ჰეტეროტროფული კალციფიკაცია, ქრონიკული ანთებითი რეაქციის ფონზე განვითარებული სისტემური ამილოიდოზი და ბრტყელუჯრედოვანი კიბო ხანგრძლივად შეუხორცებელი ნაწოლების მქონე პაციენტებში

ფსიქოსოციალური გართულებები ხშირად უმართებულოდ მივიწყებულია ან გადაწეულია მეორე რიგში. მაგრამ, მძიმე ნაწოლების მქონე ადამიანებს უწევთ ტკივილის მოთმენა და იტანჯებიან. არსებული ღრმა ჭრილობების მოვლა არღვევს მათ ყოველდღიურობას და პაციენტები დათრგუნულნი არიან. იცვლება მათი სასიცოცხლო სტატუსი, რასაც საბოლოო ჯამში მივყავართ სოციალურ იზოლაციამდე, დეპრესიამდე. სამწუხაროდ ფსიქოსოციალური გართულებების მოცულობა და მნიშვნელობა არაადეკვატურად ფასდება.

რისკის შეფასება

ნაწოლის რისკის შეფასებისათვის გამოიყენება რამდენიმე შკალა-ინსტრუმენტი. მათ შორის ყველა მოსახერხებელი და ფართოდ გავრცელებულია ნორტონის შკალა (იხ. ცხრილი 2), ვატერლოუს შკალა (იხ. ცხრილი 3) და ბრეიდენის შკალა (იხ. ცხრილი 4)

ნაწოლის განვითარების პრევენცია

ნაწოლი ხანდაზმული და კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების მეტად მნიშვნელოვანი პრობლემაა. იწვევს ტკივილს, აქვეითებს სიცოცხლის ხარისხს, ზრდის ჰოსპიტალში დაყოვნების ვადებს და, შესაბამისად, სამკურნალო დანახარჯებს.

ნაწოლი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მდგომარეობაა, რომელიც აღენიშნებათ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს ან იმ პირებს, რომლებიც ხანგრძლივ ინსტიტუციურ მოვლას საჭიროებენ.

- ნაწოლების განვითარების რისკი ყველაზე მაღალია

ცხრილი 3. ნაწოლის განვითარების რისკის შეფასების ნორტონის შკალა

A ფიზიკური სტატუსი		B მენტალური სტატუსი		C აქტივობა		D მოძრაობა		E ინკონტინენცია	
კარგი	4	ნათელი ცნობიერება	4	მოსიარულე	4	სრული	4	არა	4
დამაკმაყოფილებელი	3	აპათია	3	გადაადვილება სხვისი დახმარებით	3	ზომიერად შეზღუდული	3	პერიოდულად (ზოგჯერ)	3
არადამაკმაყოფილებელი	2	კონფუზია	2	ინვალიდის სავარძელზე	2	მკვეთრად შეზღუდული	2	მხოლოდ შარდის	2
ძალიან ცუდი	1	სტუპორი	1	მწოლიარე	1	უმძრაო	1	ორმაგი	1
ქულა		ქულა		ქულა		ქულა		ქულა	

* ნორტონის შკალა ფასდება შესაბამის გრაფაში მითითებული ქულებით. ჯამური ქულა შეიძლება იყოს არაუმეტეს 20-ისა და არანაკლებ 5-ისა. რაც მეტია ქულათა ჯამი, მით ნაკლებია ნაწოლის განვითარების რისკი. 16 და ნაკლები ქულა მიუთითებს, რომპაციენტი მიეკუთვნება ნაწოლის განვითარების რისკის ჯგუფს და აუცილებელია საპროფილაქტიკო ღონისძიებების მიღება.

ცხრილი 4. ნაწოლების განვითარების რისკის შეფასების შკალა WATERLOW -ს მიხედვით

პარამეტრი	მახასიათებელი	ქულა
ნაწოლების განვითარების ზოგადი რისკ-შეფასებები		
სქესი	მამრობითი	1
	მდედრობითი	2
ასაკი	14-49	1
	50-64	2
	65-74	3
	75-80	4
	81+	5
სხეულის მასის ინდექსი (BMI) წონა (კგ)/სიმაღლე (მ) ²	BMI=20-24,9 (საშუალო მაჩვენებელი)	0
	BMI=25-29,9 (ჭარბი წონა)	1
	BMI >30 (სიმსუქნე)	2
	BMI < 19 (სიგამბდრე)	3
კვება, მადა	საშუალო	0
	არასაკმარისი	1
	ზონდური	2
	მხოლოდ სითხეები	2
	ანორექსია	3
მცირე მენჯის ორგანოების ფუნქციის კონტროლი	დარღვეული არ არის	0
	შარდის ბუშტის კათეტერი ან განავლის მიმღები	0
	შარდის შეუკავებლობა	1
	განავლის შეუკავებლობა	2
	შარდის და განავლის შეუკავებლობა	3
მობილურობა (მოძრაობის უნარი)	შეუზღუდავი	0
	მოტორული აგზნება	1
	აპათიურობა	2
	შეზღუდული	3
	საწოლზე მიჯაჭვული, მაგ.: ჩონჩხოვანი დაჭიმვა	4
	ინვალიდობა, მაგ.: სავარძელზე მიჯაჭვული	5

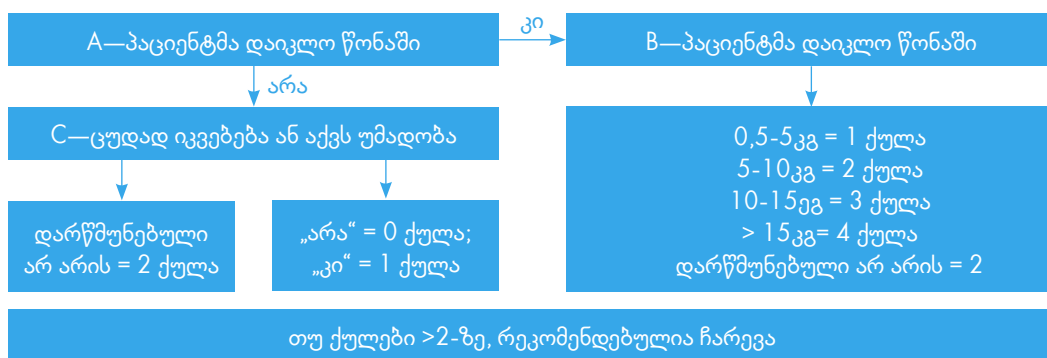
პარამეტრი	მახასიათებელი	ქულა
კანის საფარი რისკის ზონებში	ჯანმრთელი	0
	თხელი (პაპიროსის ქაღალდი)	1
	მშრალი	1
	შეშუპებული	1
	წებოვანი, ლოკალური ჰიპერთერმია	1
	ფერმკრთალი (1 ხარისხი)	2
	ლოკალური დაზიანება (2-4 ხარისხი)	3

ნაწოლებს განვითარების სპეციალური რისკ-ფაქტორები

ქსოვილოვანი მალნუტრიცია	ტერმინალური კახექსია	8
	პოლიორგანული უკმარისობა (MOF)	8
	ერთი ორგანოს (სისტემის) უკმარისობა (კარდიალური, რესპირაციული, თირკმელები)	5
	პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები	5
	ანემია (Hb < 8)	2
	მწველობა	1
	შაქრიანი დიაბეტი, გაფანტული სკლეროზი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა	4-6
ნევროლოგიური დეფიციტი	მოტორული/სენსორული	4-6
	პარაპლეგია (მაქს. 6-მდე)	4-6
	ორთოპედიული/სპინალური	5
მძიმე ქირურგიული ჩარევები ან ტრავმა	საოპერაციო მაგიდაზე დაყოვნება 2სთ-ზე მეტი*	5
	საოპერაციო მაგიდაზე დაყოვნება 8სთ-ზე მეტი*	8
მედიკამენტების მიღება	ციტოსტატიკები, სტეროიდების ხანგრძლივი/ მაღალი დოზებით მიღება, ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები	მაქს 4

* შედეგები შეიძლება შეიცვალოს 48 საათში, თუ პაციენტის გამოჯანმრთელება მიმდინარეობს ნორმალურად

სქემა 1. მალნუტრიციის სკრინინგის მეთოდი (MALNUTRITION SCREENING TOOL—MST)



ქულათა ჯამი	რისკის ხარისხი
< 10	დაბალი
10-14 (10+)	საშუალო
15-19 (15+)	მაღალი
20 და მეტი (20+)	ძალზე მაღალი

ცხრილი 5. ნაწილურ ბანკში არსებული რისკის შეფასება BRADEN-ის შაბლის მიხედვით

სენსორული	1. სრული შეზღუდვა	2. მაღალი ხარისხის შეზღუდვა	3. ნაწილობრივი შეზღუდვა	4. დარღვევები არ არის	ქულა
ზეწოლით განპირობებული დისკომფორტი და ციცილობითი რეაგირების უნარი.	არ არის რუკა (კვანძა, კრიობა, ტაბულა-მოჭიდება) ნებისმიერ მკვიცელზე გამოიზიარებულზე ცნობიერების დონის დაქვეითების ან სედაციის გამო არ არის ტაგილის შევრძენა პრაქტიკულად მიუღწეველი.	რეაგირებს მხოლოდ ტაგილებზე. დისკომფორტის შეგრძენებას ადამიანის კენჭით და უფროსი: ან შეინიშნება სენსორული დარღვევები, რომლებიც ზღუდავენ ტაგილის ან დისკომფორტის შეგრძენებას სრული ნახევარზე.	რეაგირებს ვერბალურ ბრძანებებზე, მაგრამ ყოველივე ვერბალურ ბრძანებებზე, არ არის სენსორული დარღვევები, რომლებიც ზღუდავენ ტაგილის ან დისკომფორტის შეგრძენებას ან რუკა/ქულა მასზე.	რეაგირებს ვერბალურ ბრძანებებზე, მაგრამ ყოველივე ვერბალურ ბრძანებებზე, არ არის სენსორული დარღვევები, რომლებიც ზღუდავენ ტაგილის ან დისკომფორტის შეგრძენებას ან რუკა/ქულა მასზე.	
სისველე	1. მუდმივად სველი	2. ხშირად სველი	3. პერიოდულად სველი	4. სველი იშვიათად	
კანის დატენიანების ხარისხი	კანი თითქმის ყოველთვის სველია, იფრინდება, შარდის და სხვა მიზეზით. სისველე აღინიშნება პაციენტის ნებისმიერი მოძრაობის ან გადაზიდვისას.	კანი ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის სველია. აუცილებელია თითოეული დამატებითი შეცვლა არანაკლებ დღეში ორ-სამჯერ.	კანი ზოგჯერ სველია, აუცილებელია თითოეული დამატებითი შეცვლა დღეში ერთჯერ.	კანი, ჩვეულებრივ, მშრალია. თითოეული შეცვლა ხორციელდება დადგენილი წესით.	
აქტივობა	1. მწოლიარე პაციენტი	2. მჯდომარე პაციენტი	3. პერიოდულად დადის	4. დადის ხშირად	
ფიზიკური აქტივობის ხარისხი	მჯავჭეულია საწოლზე.	სიარულის უნარი მკვეთრად შეზღუდულია ან საერთოდ არ არის. არ შეუძლია საკუთარი სხეულის მასის ტარება. საჭიროებს დახმარებას საგარბელში ან ეტლში ჩაჯდომისას.	სიარულის უნარი მკვეთრად შეზღუდულია ან საერთოდ არ არის. არ შეუძლია საკუთარი სხეულის მასის ტარება. საჭიროებს დახმარებას საგარბელში ან ეტლში ჩაჯდომისას.	ოთხიდან გადის დღეში მინიმუმ ორჯერ, ოთხში დადის ყოველ ორ საათში ერთხელ მინიმუმ სიხშირის დროს.	
მიბოლურობა	1. სრული უარობა	2. ძალიან შეზღუდულია	3. ძალიან შეზღუდულია	4. შეზღუდული არ არის	
სრული პოზიციის შეცვლა და კონტროლი უნარი	სხვის დახმარების გარეშე არ შეუძლია სხეულის ან კიდურის პოზიციის უზომოწყო შეცვლა კი.	პერიოდულად იცვლის პოზიციას, მაგრამ არ აქვს უნარი ხშირად და დამოუკიდებლად შეიცვალოს მდებარეობა.	დამოუკიდებლად ახორციელებს სხეულის მდებარეობის ხშირ, თუმცა უზომოწყო ცვლილებებს.	ხშირად და საფუძვლიანად იცვლის სხეულის პოზიციას სხვის დახმარების გარეშე.	
ნუტრიცია	1. ძალიან ცუდი	2. საკვარაულოდ არაადეკვატური	3. ადეკვატური	4. საუკეთესო	
ჩვეულებრივი კვების რაციონი	არასდროს არ ჭამს ულუფას სრულად. იშვიათად მიირთმევს ნებისმიერ შეთავაზებულ კერძს 1/3-ზე მეტს. იღებს ცოლის 2 ან ნაკლებ ულუფას (სორცი ან რძის პროდუქტები). ცუდად იღებს სითხეებს. არ მიიზარს თხიერ კვებით დანამატებს და/ან NPO (nil per os) – არაფერი პირიდან) და/ან მხოლოდ გამჭვირვალ სითხეები და ინტრავენური ინფუზია უდევს.	იშვიათად მიირთმევს ულუფას სრულად. ჩვეულებრივ შეთავაზებულის ნახევარს. მიზნარულ საკვებში პროტეინის რაოდენობა დღეში ხორცის ან რძის პროდუქტების 3 ულუფით განიზიარება. შემთხვევით შეთხვევებზე იღებს დიეტურ დანამატებს. ან არ იღებს სითხის ან ხელოვნური კვების ოპტიმალურ რაოდენობას.	ჭამს შეთავაზებულ საკვებს ნახევარზე მეტს. ცოლას მიიზარს არანაკლებ 4-ჯერ დღეში (სორცის და რძის პროდუქტები). პერიოდულად უარს ამბობს საკვებზე. მაგრამ ყოველთვის იღებს შემცველებს (დანამატებს). ან იღებს ხელოვნურ კვებას (იუნაპატებს). ან იღებს სამკურნალო კვების სქემას, რომელიც, როგორც ჩანს, აკმაყოფილებს პაციენტს ყველა დეტალურ მოთხოვნაზე.	ჭამს თითქმის ყველაფერს. არასდროს უარს არ ამბობს საკვებზე. ჩვეულებრივ იღებს 4 ან მეტი დიეტური პროდუქტის ხორცის და არასდროს ჭამს კვებებს შორის ინტერვალში. არ ითხოვს დანამატებს.	
ხახუნი და წანაცვლება	1. პრობლემა	2. პოტენციური პრობლემა	3. ხელუპოვებელი პრობლემა არ არის		
	საჭიროებს ზომიერ ან მაქსიმალურ დახმარებას გადაადგილებისას. აწევა, შეწერვით გაყვრების გარეშე, შეუძლებელია ხშირად ჩამოცურდება ქვეით საწოლში ან საგარბელში, საჭიროებს ხშირ გადაადგილებას მაქსიმალური ძალისხმევით. კუნთების სპასტიკურობა, კონტრაქტურები და შერხევა ფაქტურად მუდმივად ხახუნის მიზეზია.	გადაადგილება ძლიერ-ძლიერად, საჭიროებს მაქსიმალურ დახმარებას. გადაადგილებისას, საგარბელში, კანი ენახუნება შეწერვით, საგარბელს, ბადის ან სხვა ნივთს თუ ზედაპირს. ძირითადი დროის განმავლობაში უნარი აქვს საწოლში ან საგარბელში შეინარჩუნოს მართებული პოზიცია, თუმცა პერიოდულად ქვეით ჩამოცურდება.	დამოუკიდებლად მიიზარებს საწოლში ან საგარბელში, კუნთები საკმარისად განვითარებულია იმისათვის, რომ აიწიოს სხვის დახმარების გარეშე. მუდმივად ინარჩუნებს მართებულ პოზიციას.		

1. შეაფასე პაციენტი ექსივე კატეგორიით;
2. შეაჯამე ქულები;
3. 16 ან ნაკლები ქულა მიუთითებს ნაწოლის განვითარების რისკს;
4. რაც დაბალია ქულა, მით მაღალია რისკი;
5. შეფასება უნდა განხორციელდეს რეგულარულად.

ქულა	რისკი
15-16	დაბალი
13-14	საშუალო
12-ზე დაბალი	მაღალი

სამახსოვრო!

- ქსოვილთა დაზიანება შესაძლოა ექიმთან მომართვამდე იყოს დაწყებული.
- მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან მჯდომარე პაციენტები.
- თუ პაციენტი ეკუთვნის რისკის ერთ-ერთ კატეგორიას, აუცილებელია შესაბამისი საპროფილაქტიკო ღონისძიებების დაწყება.
- აუცილებელია პაციენტის მოვლის კარგი ტექნიკის და ადეკვატური საპროფილაქტიკო ქმედებების კომბინირება.
- ყველა ქმედება უნდა იყოს თანმიმდევრულად დოკუმენტირებული.

ინტენსიური თერაპიის დანაყოფებში მოთავსებულ კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა შორის.

- ტკივილის შემსუბუქების, ავადობის მაჩვენებლებისა და სამკურნალო დანახარჯების შემცირების მიზნით მეტად მნიშვნელოვანია ხსენებული რისკის ჯგუფის პაციენტებში საპროფილაქტიკო ღონისძიებების გატარება.

წნევის შემცირება

ნაწოლების განვითარების თავიდან აცილების უპირველესი ინსტრუმენტია წნევის (ზეწოლის ხარისხის) შემცირება, რაც შესაძლოა განხორციელდეს ორი ხერხით:

1. პაციენტის პოზიციონირება

- მწოლიარე პაციენტის რეგულარულად გადაბრუნება და რეპოზიცია.
 - გადაბრუნებებს შორის ინტერვალი საშუალოდ 2სთ;
 - განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება (რეგულარულად დათვალიერება) ნაწოლების განვითარების ტიპური ლოკალიზაციის უბნებზე (სურ. 1);
 - 1 სტადიის ნაწოლის პროგრესირების პროფილაქტიკა გულისხმობს უფრო ხშირ რეპოზიციას;
 - გადაბრუნება უნდა განხორციელდეს თანამიმდევრულად ზურგიდან ჯერ ერთ გვერდზე, შემდეგ მეორე გვერდზე;
 - რეპოზიციის მიზანია ზეწოლის ზონაში წნევის შემცირება და ნაწოლის რისკის ზონებში მიკროცირკულაციის გაუმჯობესება;
 - მნიშვნელოვანია რეპოზიცია განხორციელდეს აკურატულად, გულდასმით და წესის შესაბამისად, რათა თავიდან ავიცილოთ ხახუნი და წანაცვლებით გამოწვეული ტრავმა;
 - აუცილებელია პაციენტის რეპოზიციის დროის დოკუმენტირება.
- საწოლზე მიჯაჭვულ პირებში მნიშვნელოვანია, ასევე, სწორი პოზიციონირება. რეკომენდებულია:
 - გვერდზე წოლისას პაციენტის დახრის კუთხე უნდა შეადგენდეს 30°-ს, რათა თავიდან ავიცილოთ

შესაბამის დიდ ციბრუტზე ან სხვა ძვლოვან შემადგენლებზე პირდაპირი ზეწოლა;

- კოჭებს და მუხლებს შორის უნდა განთავსდეს ბალიში ან ღრუბელი, რათა თავიდან ავიცილოთ ზეწოლა ამ არეებში, თუკი შეზღუდულია კიდურების მოძრაობა შესაბამის სახსრებში;
- ქუსლები მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას; შესაძლებელია ბალიში მოთავსდეს წვივებს ქვეშ, ქუსლის ასაწევად, შესაძლებელია ქუსლის სპეციალური პროტექტორების გამოყენება;
- დაუშვებელია საწოლის თავის ნაწილის 30°-ზე მეტად აწევა, ჩამოცურებითა და ხახუნით გამოწვეული ტრავმის თავიდან ასცილებლად.
- სავარძელში (ეტლში) მჯდომი პაციენტები მნიშვნელოვან ზეწოლას ახორციელებენ საჯდომ ბორცვებზე;
 - აუცილებელია მათი რეპოზიციონირება, მინიმუმ საათში ერთჯერ ან წამოწევა გვერდზე გადახრით, პაციენტის დუნდულოებასა და საჯდომ ზედაპირს შორის კონტაქტის შესამცირებლად;
 - შესაძლებელია კოგნიტიურად ინტაქტური პაციენტების, რომელთაც ძალუძთ ზედა კიდურების გამოყენება, ტრენირება უფრო ხშირად იცვალონ პოზიცია;
 - შესაძლებელია შეხსენების მოწყობილობების (მობილური ტელეფონი, პლანშეტი და სხვ.) გამოყენება.
- უწყვეტი გადაბრუნება.
 - უწყვეტი გადაბრუნება ხორციელდება სპეციალური მექანიზებული საწოლის გამოყენებით;
 - თადაპირველად გამოიყენებოდა ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში სასუნთქი ფუნქციის გასაუმჯობესებლად, მაგრამ ფართო გამოყენება ჰპოვა ნაწოლების პროფილაქტიკასა და მკურნალობაში;
 - კვლევებით, ეს მეთოდი მცირედ აჩქარებს ნაწოლების შეხორცების ტემპებს. კონცეპტუალურად, წნევის მუდმივი შემცირებით მიღებული სარგებელი მუდმივი წანაცვლებით კომპენსირდება.

2. წნევის რედუქციული მოწყობილობების და ზედაპირების გამოყენება

- რეაქტიული ზედაპირები - საყრდენი ზედაპირები, ენერგოწყაროთი ან მის გარეშე, დატვირთვის გადანაწილების შესაძლებლობით ზეწოლაზე პასუხად;
- აქტიური ზედაპირები - საყრდენი ზედაპირი, ენერგოწყაროთი, დატვირთვის გადანაწილების შესაძლებლობით ზეწოლაზე პასუხად ან ზეწოლის გარეშე;
- საწოლის ინტეგრირებული სისტემა - საწოლის ჩარჩო და საყრდენი ზედაპირი წარმოადგენს ერთ ბლოკს, საყრდენი ზედაპირი ვერ ფუნქციონირებს დამოუკიდებლად;
- საყრდენი ზედაპირი ენერგოწყაროს გარეშე - ზედაპირი, რომელსაც არ სჭირდება ენერგიის გარე მოდული;
- საფენი (ლეიბი) - დამატებითი დამხმარე ზედაპირი, არსებულ ზედაპირზე დასადებად;
- მატრასი - საყრდენი ზედაპირი, რომელიც თავსდება უშუალოდ საწოლის კარკასზე.
- ნაწოლის პრევენციის მოწყობილობის შერჩევა უნდა მოხდეს ინდივიდუალურად თითოეულ შემთხვევაში, გათვალისწინებული უნდა იყოს: წყლულის განვითარების რისკის ხარისხი, გამოყენების სიმარტივე, პაციენტის მახასიათებლები, ღირებულება.
- უმეტეს შემთხვევაში მისაღებია სტატიკური მოწყობილობები ან სხვადასხვა ტიპის ლეიბები; დინამიკური საყრდენი ზედაპირების გამოყენება მიზანშეწონილია მაღალი რისკის პაციენტებში.
- მნიშვნელოვანია, რომ პრევენციული ღონისძიებები მოიცავს სპეციალიზებული ქმედებების მთელ სპექტრს და არ შემოიფარგლება მხოლოდ სპეციალური მოწყობილობების (საფენის, ლეიბის, მატრასის, საწოლის) გამოყენებით.

3. დამატებითი ღონისძიებები

პაციენტის პოზიციონირებასთან, წნევის რედუქციული მოწყობილობებისა და ზედაპირების მიზნობრივ გამოყენებასთან ერთად, შესაძლოა, სასარგებლო იყოს დამატებითი ღონისძიებები, რომლებიც უნდა გატარდეს პაციენტის მდგომარეობის ინდივიდუალური თავისებურებებიდან გამომდინარე. მათ შორის მნიშვნელოვანია:

- უძრაობის მინიმიზირება ანუ პაციენტის შესაძლებლობის ფარგლებში გააქტივება. უძრაობის მინიმალურ დონემდე შემცირება არის ნაწოლების პროფილაქტიკის ქვაკუთხედი. არსებობს რამდენიმე მიდგომა:
 - იმობილიზებულ პაციენტებში ეფექტური შეიძლება იყოს ფიზიოთერაპიული პროცედურები (ვარჯიში, მასაჟი და სხვ.);
 - მძიმე სპასტიური მდგომარეობებისას სასარგებლოა მიორელაქსანტების გამოყენება ან ნერვების ბლოკადები;
 - უძრაობის ხელშემწყობი პრეპარატების (მაგ., სედაციური საშუალებების) მინიმუმამდე შეზღუდვა;
- ინკონტინენციის მართვა - ჭარბი სისველე (განსა-

კუთრებით, შარდის და განავლის სახით) ხელს უწყობს კანის დაზიანებას.

- შემწოვი საფენების ან მოზრდილთა შემწოვი ტრუსების გამოყენება, კანის ჰიგიენურ პროცედურებთან ერთად ზოგადად საკმარისი პროფილაქტიკური ღონისძიებებია ინკონტინენციის მართვისას.
- პრეზერვატივის ტიპის ან ურთერალური კატეტერები გამოიყენება განსაკუთრებულ შემთხვევებში, ჩვენებების შესაბამისად, და უპირატესად ნაწოლების მკურნალობის პროცესში.
- ნუტრიციის შეფასება და კვება.
 - მნიშვნელოვანია ნაკვებობის შეფასება გეგმიურად და აღმოჩენილი ნაკლოვანებების დროული აღმოფხვრა.
 - ადეკვატური ნუტრიციული მხარდაჭერა არა მარტო ნაწოლების წარმოქმნის რისკს ამცირებს, არამედ ხელს უწყობს ადრეულ ეტაპზე წყლულების შეზორცებას.
 - რისკის ჯგუფის პირთა მიერ ცილის მოხმარება, თუ წინააღმდეგჩვენება არ არის, სასურველია შეადგენდეს დაახლოებით 1,2-1,5 გ/კგ-ზე ყოველდღიურად.
- კანის მოვლა - აუცილებელია კანის ყოველდღიური ინსპექცია და შეფასებების დოკუმენტირება.
 - კანის შეფასება უნდა მოიცავდეს შემდეგ კრიტერიუმებს: კანის ტემპერატურა, ფერი, ტურგორი, სინოტივე, მთლიანობა.
 - ნებისმიერი ცვლილება უნდა დაფიქსირდეს.
 - პირველადი მიზანია კანის სუფთად და მშრალად შენარჩუნება. ამავე დროს დაუშვებელია კანის გამოშრობა და აქერცვლა.
 - კანის დასუფთავება უნდა განხორციელდეს რბილი (ფაფუკი) საშუალებების გამოყენებით, რაც მინიმუმამდე დაიყვანს კანის გაღიზიანებას.
 - თავი უნდა აგარიდოთ ცხელი წყლის გამოყენებას.
 - თავი უნდა შევიკავოთ ძვლოვანი წანაზარდების მიდამოების ენერგიული მასირებისაგან.
 - გასუფთავება უნდა ხორციელდებოდეს რეგულარულად, რათა მინიმუმამდე დაიყვანოთ ჭარბი სისველით (ოფლიანობის, შარდის ან განავლის შეუკავებლობის ან ღია ან დრენირებული ჭრილობიდან არსებული გამონადენის გამო) განპირობებული დაზიანებები.
 - კანის მეტისმეტი სიმშრალე საკრალურად ქმნის ნაწოლის განვითარების მაღალ რისკს.
 - ცხიმოვანი მჟავების შემცველი ლოსიონები და საცხები ამცირებს ხახუნსა და წნევას.
- განათლება და მოვლის ხარისხი - პაციენტის მოვლის პროცესში მონაწილე არც ერთ პირს არ შეუძლია ნაწოლის განვითარების თავიდან აცილება. ნაწოლების პროფილაქტიკისათვის მნიშვნელოვანია კოორდინირებული და კომბინირებული მიდგომა.
 - მომსახურე პერსონალის სწავლება;
 - პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების განათლება (ინფორმირება) და ტრენირება;
 - ნაწოლის განვითარების და დინამიკის აღწერის დოკუმენტის სტანდარტიზირება;

- კანის ადეკვატური მოვლა;
- ადეკვატური ნუტრიციული უზრუნველყოფა;
- შესაბამისი ალტურვილობის და საშუალებების (მატრასი, ლიები, საფენები და სხვ.) გამოყენების ხელმისაწვდომობა;
- დამატებითი კონსულტაციები შესაბამისი სპეციალისტებისაგან;
- დაკვირვება დინამიკაში.

პროფილაქტიკის ეფექტურობა

პრევენციული ღონისძიებები მნიშვნელოვნად ამცირებს ნაწოლების განვითარების რისკს, მაგრამ შეუძლებელია ასეთი ტიპის წყლულების განვითარების თავიდან აცილება. განსაკუთრებით პაციენტთა ისეთ ჯგუფებში, სადაც სახეზეა კანის ცუდი პერფუზია (პერიფერიული არტერიების დაავადებები, არტერიული ჰიპოტენზია, ტერმინალური მდგომარეობა და სხვ.).

ნაწოლის მკურნალობა

- საპროფილაქტიკო ღონისძიებები აქცენტით პოზიციონირებასა და ქსოვილოვანი ზეწოლის მინიმიზირებაზე, უნდა განხორციელდეს ყველა პაციენტის შემთხვევაში, მათ შორის არსებული ნაწოლების დროსაც.
- ნებისმიერი ახლადგანვითარებული წყლულის შემთხვევაში მნიშვნელოვანია პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერება.
- ნაწოლის მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია ნაწოლის ხარისხზე და წყლულოვანი პროცესის სიმძიმეზე (ცხრილი 2).
- ნაწოლების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები შემდეგი სახით უნდა წარმოვიდგინოთ:
 - ნაწოლების საბაზისო პათოგენეზური ფაქტორების შემცირება და ელიმინაცია, წნევის დაქვეითება სწორი პოზიციონირებითა და წნევის რედუქციული მოწყობილობებისა და ზედაპირების გამოყენებით;
 - ჭრილობის ადგილობრივი მოვლის უზრუნველყოფა, რაც მოიცავს შეხვევას, ქირურგიულ დამუშავებას, ნეკრექტომიას, წყლულის მახასიათებლების შესაბამისად;
 - ადიუვანტური თერაპიის შესაძლებლობის განხილვა, მაგ., ნეგატიური წნევით თერაპია (Vac-თერაპია);
 - პაციენტის მონიტორინგი და ნაწოლ(ებ)ის დინამიკის დოკუმენტირება;
 - შესაბამისი ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა.
- 1. ფსიქოსოციალური გართულებების მოცულობა და მნიშვნელობა ზუსტად განსაზღვრული არ არის, ეს საკითხი ხშირად ყურადღების მიღმა რჩება. მაგრამ პაციენტებს ტანჯავს ტკივილი და მკვეთრად იკლებს ცხოვრების ხარისხი. წყლულის მოვლის აუცილებლობა არღვევს ყოველდღიურ რიტმს. ხშირად პაციენტებს აქვთ სირცხვილის შეგრძნება. ეს განაპირობებს ცხოვრების წესის ცვლილებას, სოციალურ იზოლაციას, დეპრესიას და ზოგადად ჯანმრთელობასთან ასოცირებულ სიცოცხლის ხარისხის დაქვეითებას.

მონიტორინგი

ყოველდღიურად აუცილებელია შემდეგი პარამეტრების შემოწმება და დოკუმენტირება:

- წყლულოვანი დეფექტის შეფასება (ცხრილი 6 და 7);
- ნახვევის მდგომარეობა (თუ არსებობს);
- წყლულის მიმდებარე ქსოვილების მდგომარეობა;
- ტკივილის არსებობა და გაუტკივარების ადეკვატურობა;
- შესაძლო გართულებების, მაგ., ინფექციის, არსებობა.

1. დოკუმენტირების პროცესის გამარტივება შესაძლებელია შესაბამისი შკალის გამოყენებით (იხ. ცხრილი 6);
2. მკურნალობის ამოცანებია: გამონადენის შემცირება, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, ადეკვატური სქემის შერჩევა და პროგნოზირება.
 - შეხორცების შეფასება - სამკურნალო პროცესი ყველაზე უკეთ შესაბამისი შკალებით ფასდება, რომლებშიც ფიქსირდება ზედაპირის ფართობი, ქსოვილთა ნეკროზის ხარისხი, გამონადენის ხასიათი, ასევე გრანულაციური ქსოვილის არსებობა. ნაწოლის დინამიკის შესაფასებლად სასარგებლო ინსტრუმენტი წყლულის სერიული ფოტოგრაფირება, თუმცა იგი სრულფასოვნად ვერ ასახავს ქსოვილების დაზიანების ხარისხს.

ტკივილის მართვა

ნაწოლების დროს მნიშვნელოვანია ადეკვატური გაუტკივარება, რამეთუ ზოგჯერ ნაწოლი მეტად მტკივნეულია. აუცილებელია ტკივილის განმაპირობებელი ლოკალური ფაქტორების, როგორცაა იშემია, ინფექცია ან ირგვლივმდებარე კანის დაჩირქება, კუპირება.

- ტკივილის საწყისი და მიმდინარე შეფასება უნდა განხორციელდეს ტკივილის შკალის გამოყენებით და უნდა იყოს დოკუმენტირებული. შეფასება მიმართული უნდა იყოს არსებული ტკივილის ტიპისა და ხარისხის გამოვლენისაკენ, რაც ადეკვატური გაუტკივარების მიღწევის საწინდარია.
- ტკივილი შეიძლება იყოს წყვეტილი, რომელიც ჭრილობის დამუშავების მომენტში ჩნდება, ან ციკლური, რომელიც ნახვევის მომენტში ჩნდება, ან მუდმივი, რომელიც ფაქტიურად უწყვეტია და კავშირშია არსებულ ნაწოლთან.
- მსუბუქი ტკივილისას გამოიყენება ორალური არა-ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლები. ოპიოიდები შეიძლება გამოყენებული იყოს საშუალო და მძიმე ხარისხის ტკივილებისას.
- მეტად აქტუალურია ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების (მაგ., ლიდოკაინი) გამოყენება. განსაკუთრებით, თუ დაგეგმილია, რაიმე ხანმოკლე პროცედურა (ნახვევის გამოცვლა ან ჭრილობის დამუშავება). დაუშვებელია მათი, როგორც ერთადერთი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალების გამოყენება.
- თუ ხელმისაწვდომია, შესაძლებელია იბუპროფენ-გამოთავისუფლებადი ქაფების გამოყენება.
- ღრმა ნაწოლების მქონე პაციენტების უმრავლესობას

ცხრილი 6. ნაწოლის შესრულების შპალა (PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING—PUSH)

კრიტერიუმი	ინსტრუქცია	ერთეულის შეფასება	ქულა
ფართობი, (სიგრძე x სიგანეზე, სმ2)	იზომება მაქსიმალური სიგრძე და სიგანე, მიღებული სიდიდეები მრავლდება ერთმანეთზე და ვიღებთ დაზიანების ფართობს	0-0	
		1 - <0.3	
		2 - 0.3-0.6	
		3 - 0.7-1.0	
		4 - 1.1-2.0	
		5 - 2.1-3.0	
		6 - 3.1-4.0	
		7 - 4.1-8.0	
		8 - 8.1-12.0	
		9 - 12.1-24.0	
		10 - >24	
ექსუდატი	ფასდება გამონადენის რაოდენობა ნახვევის მოხსნის შემდეგ	0 - არა	
		1 - მცირე	
		2 - საშუალო	
		3 - დიდი	
ქსოვილის ტიპი	ფასდება კანის აქერცვლის ან ნეკროზის არსებობა	0 - დაზურულია	
		1 - ეპითელური ქსოვილი	
		2 - გრანულაციური ქსოვილი	
		3 - თხიერი ნეკროზული შიგთავსი	
		4 - ნეკროზული ქსოვილები	
შეაჯამე ყველა მარცხენები	ჯამური ქულა		

ქულების კონტროლი დინამიკაში გამოჯანმრთელების პროცესის ინდიკატორის შესაძლებლობას იძლევა. ქულის დაქვეითება მიუთითებს გაუმჯობესებაზე, მომატება კი - ჭრილობის მდგომარეობის გაუარესებაზე.

ხშირად ესაჭიროებათ ტკივილის სისტემური კუპირება.
 - თუ ჭრილობის შეხვევისა და გასუფთავების პროცედურები ძლიერ მტკივნეულია, აუცილებელია ადეკვატური გაუტკივარება. ჭრილობის მასშტაბური ინვაზიური ქირურგიული დამუშავება უნდა განხორციელდეს საოპერაციო ბლოკში, პაციენტის სედაციის ან ზოგადი ანესთეზიის ფონზე.

ინფექციის მართვა

- ყველა ნაწოლი კოლონიზებულია ბაქტერიებით, მაგრამ მხოლოდ კლინიკურად გამოვლინებული ინფექციის დროს არის აუცილებელი კულტურალური კვლევა და ანტიბიოტიკოთერაპია.
- ნაწოლის ინფიცირების კლინიკური სიმპტომები ტიპურია, მათ შორის: ლოკალურად ტემპერატურის მომატება, ერითემა, ლოკალური მტკივნეულობა, ჩირქოვანი გამონადენი, მყაყე, პუტრიდული სუნი. ზოგჯერ ნაწოლის ინფიცირების ერთადერთი ნიშანი არის შეხორცების პროცესის შენელება (გახანგრძლივება). სისტემური გამოვლინებები, მაგ., ცხელება და ლეიკოციტოზი უმეტეს შემთხვევაში გამოხატული არ არის.
- წყლულის მიმდებარე რბილი ქსოვილებისა და ძვლის ინფექციის ხარისხი განსაზღვრავს მართვის ტაქტიკას, ამიტომაც პირობითად ნაწოლის ინფექცია შეიძლება

დავყოთ ზედაპირულად და ღრმად.

- ზედაპირული ინფექციაში იგულისხმება ლოკალიზებული ინფექცია სისტემური გამოვლინებების გარეშე და შეუხორცებელი წყლულები.
- ზედაპირული ინფექციის მართვა მოიცავს ჭრილობის ადგილობრივ მოვლას და ტოპიკური ანტიბიოტიკების გამოყენებას კოლონიზაციის შესამცირებლად (იხ. სქემა 2). ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება მკვეთრად ამცირებს წყლულის ქსოვილებში ბაქტერიების კონცენტრაციას. ამდენად მნიშვნელოვანია ჭრილობის ადეკვატური მოვლა, ქირურგიული დამუშავება და გათავისუფლება ნეკროზული ქსოვილებისაგან.

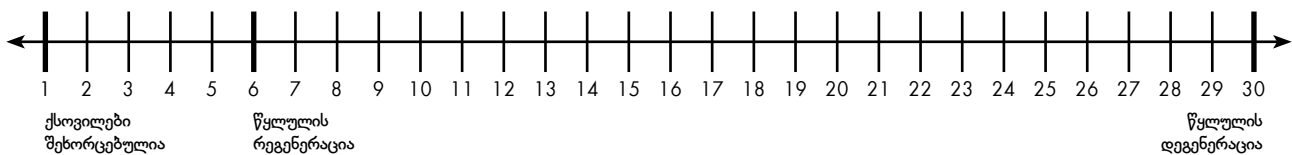
ნაწოლის მკურნალობის ძირითადი კომპონენტებია

- ნეკრექტომია;
- ნოტიო საფენების გამოყენება;
- ნუტრიციული მხარდაჭერა;
- წნევის შემცირება.
- ზოგიერთი ტოპიკური გამოყენების ანტიმიკრობული აგენტი ამცირებს ბაქტერიების რაოდენობას, ჭრილობის დაზიანების გარეშე, მათ შორისაა ვერცხლის სულფადიაზინის 1%-იანი კრემი, კომბინირებული ანტიბიოტიკების შემცველი მალამოები და პროპილენგლიკოლი.

ცხრილი 7. ნაწოლის ზეხორცების დინამიკის ინდექსის ინდექსი (PRESSURE SORE STATUS TOOL)

კრიტერიუმი	ერთეულის შეფასება	ქულა
ექსუდატის რაოდენობა	1 = არა	
	2 = უმნიშვნელო	
	3 = მცირე	
	4 = საშუალო	
	5 = დიდი რაოდენობა	
კანის ფერი ჭრილობის ირგვლივ	1 = ვარდისფერი ან ეთნიკური ჯგუფისათვის ნორმალური	
	2 = მკვეთრი წითელი და/ან შეხებისას ფერმკრთალდება	
	3 = მარმარილოსებრი ან ნაცრისფერი ელფერი ან ჰიპოპიგმენტაცია	
	4 = მუქი წითელი ან იისფერი და/ან არ ფერმკრთალდება	
	5 = შავი ან ჰიპოპიგმენტაცია	
პერიფერიული ქსოვილების შეშუპება	1 = მინიმალური შეშუპება ჭრილობის ირგვლივ	
	2 = შეშუპება დაწყულულების გარეშე, გავრცელება ჭრილობის ირგვლივ <4სმ	
	3 = შეშუპება დაწყულულების გარეშე, გავრცელება ჭრილობის ირგვლივ ≥4სმ	
	4 = დაწყულულებელი შეშუპება, გავრცელება ჭრილობის ირგვლივ <4სმ	
	5 = კრეპიტაცია და/ან დაწყულულებული შეშუპება, გავრცელება ჭრილობის ირგვლივ ≥4სმ	
პერიფერიული ქსოვილების ინდურაცია	1 = მინიმალური სიმკვრივე ჭრილობის ირგვლივ	
	2 = ჭრილობის ირგვლივ < 2სმ	
	3 = 2-4სმ ჭრილობის ირგვლივ, <50%-ზე	
	4 = 2-4სმ ჭრილობის ირგვლივ, ≥50%-ზე	
	5 = 4სმ-ზე მეტი არეალი	
გრანულაციური ქსოვილი	1 = კანი ინტაქტურია ან ჭრილობა ნაწილობრივად დაფარული	
	2 = მკვეთრი წითელი; ჭრილობის 75-100% ამოვსებულია გრანულაციური ქსოვილით და/ან გამოხატულია ჭარბი გრანულაცია	
	3 = მკვეთრი წითელი; ჭრილობის 25-75% ამოვსებულია გრანულაციური ქსოვილით	
	4 = ვარდისფერი და/ან ფერმკრთალი, ბაცი წითელი და/ან ჭრილობის დაფარვა ≤25%-ზე	
	5 = გრანულაციური ქსოვილი არ არის	
ეპითელიზაცია	1 = ჭრილობის 100% დაფარულია კანით, ზედაპირი ინტაქტური	
	2 = ჭრილობის 75-100% დაფარულია კანით და/ან ჭრილობის სარეცელში ეპითელური ქსოვილის გაფართოების ზონა მეტია 0,5სმ-ზე	
	3 = ჭრილობის 50-75% დაფარულია კანით და/ან ჭრილობის სარეცელში ეპითელური ქსოვილის გაფართოების ზონა ნაკლებია 0,5სმ-ზე	
	4 = კანით დაფარულია ჭრილობის 25-50%	
	5 = დაფარულია 25%-ზე ნაკლები ფართობი	
ჯამური ქულა		

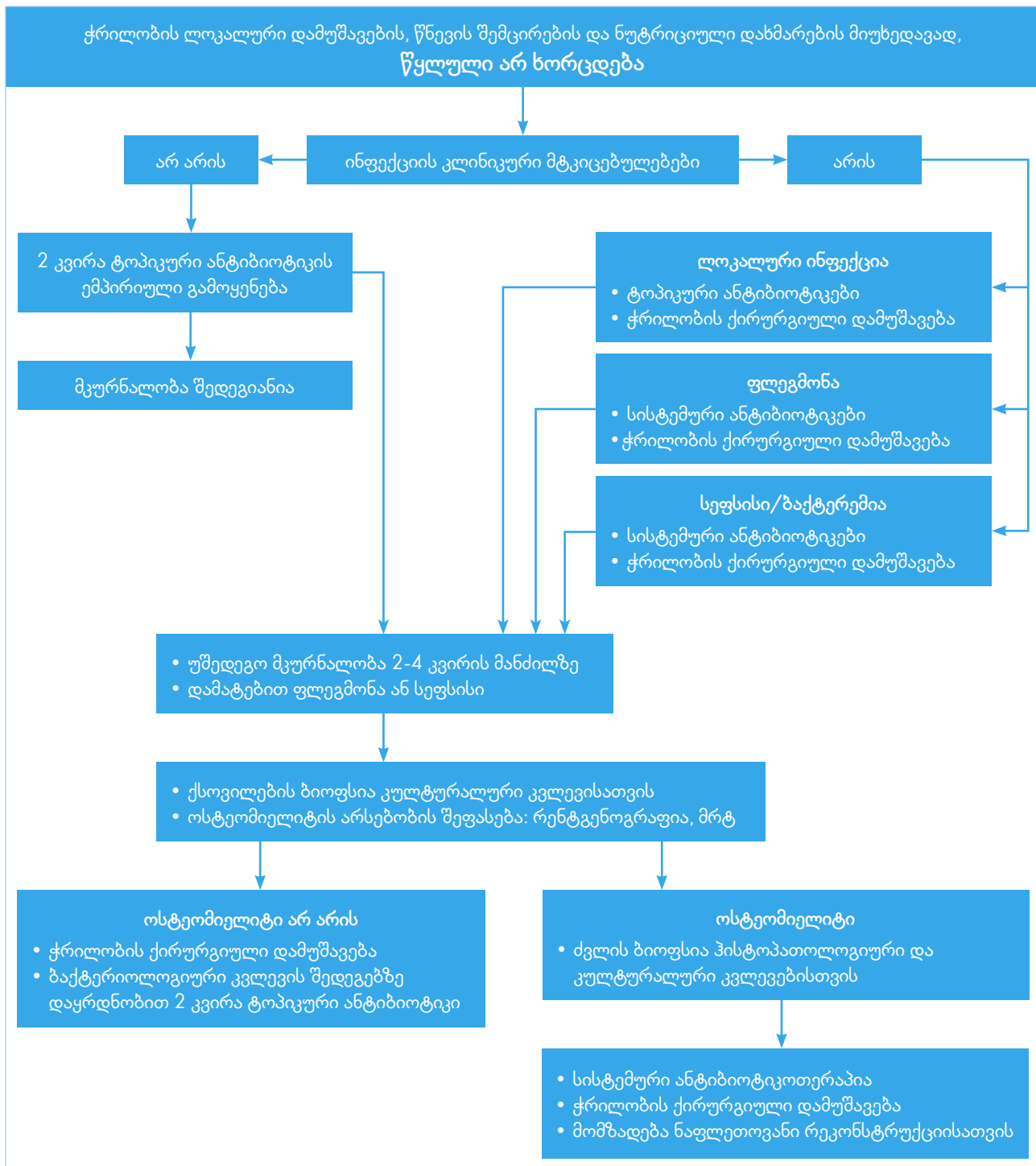
ჭრილობის შესორცების დინამიკა
 ქულის დაქვეითება მიუთითებს გაუმჯობესებაზე, მომატება კი - ჭრილობის მდგომარეობის გაუარესებაზე



- პოვიდონ-იოდის და ქლორჰექსიდინის გლუკონატის შემცველი ანტისეპტიკური საშუალებები ციტოსტატიკური მოქმედებით ხასიათდებიან ადამიანის ფიბრობლასტების მიმართ და აფერხებენ შეხორცების პროცესს. ამდენად მათი გამოყენება შეზღუდულია.
- დღეისათვის მეტად პოპულარულია ვერცხლის შემცველი ნანოტექნოლოგიებით დამზადებული შესახვევი მასალები, თუმცა მათი ეფექტურობა დღემდე სადაო საკითხია.
- ზეწოლისაგან თავისუფალი შეუხორცებელი წყლულე-

- ბის შემთხვევაში რეკომენდებულია ტოპიკური ანტიბიოტიკების 2 კვირიანი ემპირიული გამოყენება. უშედეგო მკურნალობის შემთხვევაში აუცილებელია მასალის აღება ჰისტოლოგიური და კულტურალური კვლევისათვის (იხ. სქემა 2).
- ღრმა ინფექციაში იგულისხმება ფლეგმონით გართულებული ღრმა წყლულები, ოსტეომიელიტი, ბაქტერიემია და/ან სეფსისი, და საჭიროებს სისტემურ ანტიბიოტიკულ თერაპიას.
 - ფლეგმონა (ცელულიტი) - რბილი ქსოვილების

სქემა 2. გართულებული ნაწოლის მკურნალობის ალგორითმი



ინფექცია (არ არის შემოფარგლული, არ გააჩნია პიოგენური გარსი), რომელსაც ახასიათებს ერთეულმა, ლოკალური ტემპერატურის მატება და შეშუპება. სენსორული ნეიროპათიის მქონე პაციენტებს არ აქვთ ლოკალური ტკივილი. ცხელება და ლეიკოციტოზი შეიძლება იყოს ან არ იყოს გამოხატული. თუ ფლეგმონა ვერ იქნა დროულად ამოცნობილი, შესაძლებელია პროცესში უფრო ღრმადმდებარე ქსოვილების ჩართვა. პალპაციისას რბილი ქსოვილების ფლუქტუაცია ჩირქგროვის არსებობაზე მიუთითებს.

- **ოსტეომიელიტი** - ღრმა წყლულების შემთხვევაში მნიშვნელოვანია ოსტეომიელიტის გამორიცხვა. იგი ინფიცირებული ნაწოლების ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი გართულებაა. ოსტეომიელიტზე ეჭვი ჩნდება შეუხორცებელი დეფექტებისას სისტემური ნიშნებით ან მათი გამოვლინების გარეშე. ოსტეომიელიტის დიაგნოსტიკა ხორციელდება კლინიკური სიმპტომების (ცხელება, ჩირქოვანი გამონადენი, ძვლის ექსპოზიცია და სხვ.) შეფასებით და ლაბორატორიული გამოკვლევების (ლეიკოციტოზი, ედს და სხვ.) რადიოლოგიური კვლევის (რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, მრტ), ბიოფსიის (ჰისტომორფოლოგიური და მიკრობიოლოგიური კვლევის) შედეგებზე დაყრდნობით.

- **ბაქტერიემია** - ნაწოლის მქონე პაციენტებს შეიძლება განუვითარდეთ ბაქტერიემია სეფსისის კლინიკური ნიშნებით ან მათ გარეშეც (მაგ., უცნობი ეტიოლოგიის ცხელება, ტაქეკარდია, ჰიპოტონია და/ან ფსიქიკური მდგომარეობის (მენტალური სტატუსის) გაუარესება). ბაქტერიემით /სეფსისით გართულებული ნაწოლები ასოცირებულია სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელთან (29-50%).

- ნაწოლების სხვა გართულებებს მიეკუთვნება სეპტიკური ართრიტი, ენდოკარდიტი და მენინგიტი

ინფიცირებული ნაწოლის მართვა მოიცავს:

- დრენირებას,
- სანაციას,
- ბრმა ჯიბეების (სივრცეების) ლიკვიდაციას,
- ჭრილობის შეხვევას,
- ანტიბაქტერიულ თერაპიას.
- ხშირად ინფიცირებული ნაწოლის კულტურა წარმოდგენილია ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტული (უპირატესად, ნოზოკომიური) ინფექციით. ამდენად, ნაწოლების მართვისას მნიშვნელოვანია ნოზოკომიური ინფექციის და რეზისტენტობის გათვალისწინება
- ინფექციის კონტროლი რეზისტენტული მიკროორგანიზმების გავრცელების პრევენციაში მეტად მნიშვნელოვანი როლია და აუცილებელია მისი განხორციელება არსებული პროტოკოლების შესაბამისად.

ნუტრიციული მხარდაჭერა

- ნაწოლის მქონე პაციენტებს აქვთ ქრონიკული კატაბოლური მდგომარეობა. რაციონში შემავალი

ცილების და საერთო კალორიულობის თანაფარდობის ოპტიმიზაცია, მეტად მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით მესამე მეოთხე ხარისხის წყლულებისას.

- საყუათო ნივთიერებების მოხმარების შეფასება უნდა განხორციელდეს დიეტოლოგმა. აუცილებელია ცილებისა და კალორიების, წყლის ბალანსის, შრატის ალბუმინის და/ან პრეალბუმინის, ლიმფოციტების რაოდენობის შეფასება; მნიშვნელოვანია გამოვლენილი დეფიციტის კორექტირება.
- თუკი ორალური მიღება ვერ უზრუნველყოფს კალორიების, ცილის, ვიტამინებისა და მინერალების საჭირო რაოდენობის მიღებას, შესაძლებელია (შეძლებისდაგვარად სტაციონარში) ენტერალური ან პარენტერალური კვების გამოყენება. თუმცა უპირატესობის მტკიცებულებები არ არსებობს.
- ნუტრიციული უკმარისობის არ არსებობის პირობებში საკვები დანამატების გამოყენება გამართლებული არ არის.
- C ვიტამინის და თუთიის დანამატების სახით გამოყენება აჩქარებს შეხორცებას, თუმცა კვლევებში მათი ეფექტურობა არაადაამაჯერებელია.
- წონის დაკარგვის და ცილების განლევის ფონზე იშვიათად შესაძლებელია ანაბოლური სტეროიდების გამოყენება. კლინიკურად ქრონიკული ნაწოლების მკურნალობის პროცესში ოქსანდროლონით თერაპიის ეფექტურობა არ დასტურდება.

ზეწოლის გადანაწილება

- პაციენტის პოზიციონირება, წნევის რედექციული მოწყობილობებისა და ზედაპირების მიზნობრივ გამოყენებასთან ერთად და დამატებითი პრევენციული ღონისძიებები სასარგებლოა ნაწოლების მკურნალობის პროცესშიც (იხ. ქვეთავი „ნაწოლის განვითარების პრევენცია“).

წყლულის გენეზი

- ნაწოლის წყლულოვანი დეფექტის მოვლა და მკურნალობა ხორციელდება ჭრილობების მართვის ზოგადი პრინციპების შესაბამისად და მოიცავს ჭრილობის ქირურგიულ დამუშავებას, ნეკრექტომიას, შესაბამისი ნახვევის და ფარმაკოლოგიური საშუალებების გამოყენებას დეფექტის შესახორცებლად, ჩვენებების მიხედვით.
- მკურნალობის ტაქტიკა განისაზღვრება ნაწოლის წყლულოვანი დეფექტის ხარისხის მიხედვით (იხ. ცხრილი 1, სურათი 2).
 - I ხარისხის ნაწოლის შემთხვევაში შესაძლებელია ზედაპირის დაფარვა გამჭვირვალე პროტექტორული აპკით. I ხარისხის ნაწოლი უნდა განვიხილოთ, როგორც მაღალი რისკის ფაქტორი უფრო ღრმა წყლულოვანი დაზიანების განვითარებისათვის და აუცილებელია ინტენსიური პრევენციული ღონისძიებების გატარება.
 - II ხარისხის ნაწოლის შემთხვევაში აუცილებელია ნახვევი, რომელიც ხელს შეუწყობს ჭრილობის ნოტიო გარემოს შენარჩუნებას. ასეთი დაზიანება, როგორც წესი, არ საჭიროებს ქირურგიულ დამუშავებას და

თავს ვარიდებთ ნოტიო-გამოშრობად ნახვევებს. უფრო ხშირად გამოიყენება ნახვევადოკლუზიური (მაგ., გამჭვირვალე ფირი) ან ოკლუზიური (ან ჰიდროკოლოიდები, ან ჰიდროგელები) ნახვევები, რაც ხელს შეუწყობს ნეკროზული ქსოვილების ლიზისს, ქრილობის ფსკერზე ჩვეულებრივ არსებული ფერმენტების საშუალებით. ასეთი სახვევების გამოყენება დაუშვებელია ინფექციის არსებობისას.

- III და IV ხარისხის ნაწილები, როგორც წესი, საჭიროებენ ქრილობის ქირურგიულ დამუშავებას, ნეკრექტომიას, შესაბამისი ნახვევის გამოყენებას, და, შესაძლოა, ინფექციის ტოპიკურ თუ სისტემურ მკურნალობას.
- ქრილობის ქირურგიული დამუშავება - ნეკროზული ქსოვილები, განსაკუთრებით გალხობის ეტაპზე ხელს უწყობენ, ბაქტერიების კოლონიზაციას, ზრდასა და გამრავლებას და აუარესებენ ქრილობის შეხორცების პროცესს.
- ქრილობის ქირურგიული დამუშავება თავის თავში მოიცავს ქრილობის მექანიკურ, ოპერაციულ, ფერმენტულ დამუშავებას. ქრილობის მართვა უნდა განხორციელდეს საბაზისო სტანდარტების შესაბამისად.
- მნიშვნელოვანია ნეკროზის ზონის ფართე ნეკრექტომია (მათ შორის მყარი ნეკროზული ქერქის მოცილება).
- ქუსლის მიდამოს მკვრივი, სქელი, მფარავი ნეკროზული ქერქის მოცილება რეკომენდებული არ არის (თუ არ არის ინფექციის კლინიკური ნიშნები), განსაკუთრებით დაქვეითებული პერფუზიის ფონზე, ძვლის სიახლოვის გამო.
- მცირე ფართობის ნეკროზისა და ქრილობის ზომიერი ექსუდაციისას რეკომენდებულია არაქირურგიული დამუშავება (მაგ., მექანიკური, ფერმენტული, ბიოლოგიური).
- ქრილობის ქირურგიული დამუშავება უნდა შეწყდეს ნეკროზული ქსოვილების მოცილებისთანავე, განსაკუთრებით, თუ სახეზეა ნაზი გრანულაცია.
- განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო საჯდომი ბორცვების დამუშავებისას, ისინი არის პოტენციური საყრდენი და, ინფექციური გართულებების ფონზე, შესაძლებელია საჯდომი ძვლის მოტეხილობის განვითარება საპირისპირო მხარეს. ორივე საჯდომი ბორცვის დაზიანება ზრდის შორისის მიდამოს პრობლემებს.

ნახვევი

- ნახვევის ძირითადი ფუნქციაა ქრილობის დაბინძურებისაგან დაცვა, ქრილობის შეხორცების პროცესის გაუმჯობესება ექსუდატის ევაკუაციის გზით და ფსკერის დაცვა დამატებითი ტრავმირებისაგან. ჭარბი ექსუდატი იწვევს ქრილობის კიდეების მაცერაციას, თუმცა ძლიერი გამოშრობა აფერხებს ეპითელური უჯრედების მიგრაციას (ანელეს მას).
- არსებობს მრავალი ტიპის ნახვევი (იხ. ცხრილი 8). ნახვევის ტიპის შერჩევა ხორციელდება ინდივიდუალურად, კლინიკური გამოვლინებებისა და გამოცდილების გათვალისწინებით.

- გამოიყენება აბსორბციული ნახვევები, ქრილობაში პათოლოგიური გამონადენის დაგროვების თავიდან ასაცილებლად, რომელიც იწვევს ქრილობის მაცერაციას, აინჰიბირებს უჯრედების პროლიფერაციასა და ქრილობის შეხორცებას. ჰიგროსკოპული თვისებები გააჩნიათ სხვადასხვა ქაფებსა და ალგინატებს.
- ძლიერ გამოშრობილი ქრილობების შემთხვევაში სახეზეა ქსოვილოვანი სითხის დეფიციტი, რომელიც ზრდის ფაქტორების წყაროა და ხელს უწყობს რეპითელიზაციას.
- ნაწილების შემთხვევაში ხელსაყრელია ისეთი შესახვევი მასალის გამოყენება, რომლებიც ინარჩუნებენ ქრილობის სინოტივეს, გარემომცველი საფარი ქსოვილების სიმშრალეს.
- მშრალი ქრილობებისათვის გამოიყენება იზოტონურ ხსნარის ნოტიო საფენები, გამჭვირვალე ფირები, ჰიდროკოლოიდები და ჰიდროგელები.

დამატებითი თერაპია

- ნაწილების სამკურნალოდ გამოიყენება დამატებითი თერაპიული მიდგომები: ელექტროსტიმულაცია, ნეგატიური წნევით ქრილობის თერაპია, თერაპიული ულტრაბგერის გამოყენება, ჰიპერბარული ოქსიგენაცია, ტოპიკური ოქსიგენაცია, ქრილობაში ზრდის ფაქტორების აპლიკაცია. ეს მიდგომები მეტად საინტერესოა, თუმცა მათი გამოყენების ჩვენებები საბოლოოდ ჩამოყალიბებული არ არის.
- ნეგატიური წნევით ქრილობის თერაპია (Negative pressure wound therapy - NPWT) ქრილობის შეხორცებას აუმჯობესებს სისხლის მოდინების მომატების, შემუშების შემცირების და გრანულაციური ქსოვილის ფორმირების გაზრდის ხარჯზე. თუმცა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი მტკიცებულება ამ მეთოდის სხვა ტრადიციულ მეთოდებთან შედარებით უპირატესობის შესახებ არ არსებობს. აღსანიშნავია, რომ NPWT კომფორტულია და ნაკლებად შრომატევადია.
- ჰიპერბარული ოქსიგენაცია მეტად პოპულარული მეთოდი არის, თუმცა არ არსებობს არც ერთი კვლევა, სადაც ეს მეთოდი განხილულია ნაწილების მკურნალობის ქრილში. დღეს ითვლება, რომ ჰიპერბარული ოქსიგენაცია შესაძლებელია სასარგებლო იყოს ზოგიერთი ტიპის ქრილობების სამკურნალოდ. ნაწილების სამკურნალოდ ამ მეთოდის ეფექტურობის მაღალი მტკიცებულები არ არის.
- ულტრაბგერა (კავიტაცია) ზოგჯერ გამოიყენება ნაწილების მკურნალობის სქემაში. მისი სარგებლის დამადასტურებელი მაღალი მტკიცებულება არ არსებობს.
- მუდმივი დენით ქრილობის სტიმულაცია ხელს უწყობს ფიბრობლასტების მიგრაციასა და პროლიფერაციას. თუმცა სარგებლის შესახებ მტკიცებულებები ამ შემთხვევაშიც შეზღუდულია.

ქრილობის დახურვა ქირურგიული გზით

- ნაწილების მკურნალობაში უმეტესწილად გამოი-

კატეგორია (პროდუქტი)	აღწერილობა	ჩვენება
მარტივი, დაბალი ადჰერენტულობის (მაგ.: Telfa, Cutinova Nonadherent)	ბამბა ან ვისკოზა და არაადჰერენტული საფარით, რომელიც შეიძლება იყოს პოლიეთილენი, პოლიპროპილენი ან ხელოვნური აბრეშუმი. როგორც წესი, არ შეიწოვს სისველეს.	ზედაპირული მშრალი დაზიანებები ან ქრილობები მცირე გამონადენით
პარაფინის საფენი (მაგ.: Vaseline Adaptic)	ვაზელინით გაუქვნილი დოლბანდი. როგორც წესი, არ შეიწოვს სისველეს.	ზედაპირული მშრალი დაზიანებები ან ქრილობები ექსუდაციის ფაზაში
ნახევრადგამჭოლი ადჰეზიური ფირები (მაგ.: Omiderm, Opsite, Tegaderm, Bioocclusive)	მხოლოდ პოლიურეთანის თხელი შრე (Omiderm) ან პოლიურეთანი წებოსთან ერთად (Opsite). ისინი ატარებენ აირებსა და წყლის ორთქლს, მაგრამ არა ექსუდატს, ქრილობაზე ახდენს მსუბუქად გამოშრობ მოქმედებას, გამჭვირვალეა და ქრილობის ვიზუალური კონტროლის საშუალებას იძლევა.	ქრილობები მცირე ექსუდაციით
ჰიდროგელი (მაგ.: Vigilon, Spenco Secon Skin)	დამზადებულია სახამებლისაგან, რაც წყლის მაღალი ტევადობით შთანთქმის საშუალებას იძლევა, ფორმის შეცვლის გარეშე.	ბრტყელი წყლულები ზომიერი ექსუდაციით, სასარგებლოა ფუფხით დაფარული და გამოშრობილი ზედაპირების შემთხვევაში
ჰიდროკოლოიდი (მაგ.: DuoDerm, Granuflex, Tegisorb, Biofilm)	როგორც წესი, მზადდება უელატინისა და პეკტინისაგან, რომლებიც ექსუდატთან კონტაქტისას შთანთქავენ მას და წარმოქმნიან ერთიან მყარ მასას	წყლულები საშუალო ექსუდაციით და ღრმა ან დამატებითი ჯიბების მქონე წყლულები
ალგინატები (მაგ.: Sorbsan, Kaltostat, Cutinova Cavity)	ალგინატის კალციუმის იონები ექსუდატის ნატრიუმის იონებთან კონტაქტისას წარმოქმნიან ბოჭკოვან უელეს. კალციუმის იონები მონაწილეობას იღებენ, ასევე, ჰემოკოაგულაციურ კასკადში.	წყლულები უხვი ექსუდაციით და ღრმა ან დამატებითი ჯიბების მქონე წყლულები

ყენება კონსერვატიული მიდგომები, თუმცა ზოგჯერ ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა. ოპერაციული მკურნალობის შედეგები ხშირად არადადამაკმაყოფილებელია, რეციდივი აღინიშნება 13-61% შემთხვევაში.

- ზოგ შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევა შესაძლოა სასარგებლო აღმოჩნდეს, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებთანაც ქრილობის სწრაფი დახურვა მკვეთრად გააუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს.
- ოპერაციული ჩარევის გადაწყვეტილება დამოკიდებულია პაციენტის მოთხოვნებზე, მკურნალობის მიზნებზე, რეციდივის რისკის შეფასებაზე და სისცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე.
- არსებობს ქირურგიული ჩარევის უამრავი ვარიანტი. რასაკვირველია, დეფექტის პირდაპირ გაკერვა დაუშვებელია, ამიტომაც ქირურგიული ჩარევა გულისხმობს კანის ეტაპობრივ პლასტიკას (როტაციული, კანკუნთოვანი ნაფლეთით და სხვ.). აუცილებელია წყლული თავისუფალი იყოს სიცოცხლისუნარო ქსოვილებისა და ინფექციისაგან.

- მნიშვნელოვანი საკითხებია: ნუტრიციის ოპტიმიზაცია, თამბაქოს მწველობის აკრძალვა, ჰიგიენური საკითხები (ექსკრემენტებით დაბინძურების თავიდან აცილება).
- თუმცა ქირურგიული ჩარევა დაკავშირებულია გართულებების მაღალ რისკთან ხანდაზმული ასაკის დასუსტებულ პაციენტებში და მისი ეფექტურობა მეტად საეჭვოა.

ავალობა და სიკვდილიანობა

- ნაწოლების მქონე პაციენტებში ან იმ შემთხვევებში, როდესაც წარმოიქმნება ახალი ნაწოლები, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2-3-ჯერ მეტია, ვიდრე პაციენტებში დეკუბიტალური წყლულების გარეშე.

მოსალოდნელი შედეგები

- ნაწოლის განვითარების პრევენცია, დეკუბიტური წყლულის დროული ამოცნობა, დაზიანების ხარისხის შეფასება, პაციენტების უკეთ მართვა.

ლიტერატურა:
References:

1. J. Kottner, K. Balzer, T. Dassen, S. Heinze, *Pressure Ulcers: A Critical Review of Definitions and Classifications, Ostomy Wound Management* 2009;55(9):22-29.
2. D. Beeckman, L. Schoonhoven, J. Fletcher, K. Furtado, L. Gunningberg, H. Heyman, C. Lindholm, L. Paquay, J. Verdu & T. Defloor, *EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study* *Journal of Advanced Nursing* 60(6), 682-691.
3. D. Berlowitz, *Clinical staging and management of pressure ulcers, UpToDate, Apr. 2015;*
4. D. Berlowitz, *Pressure ulcers: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and staging, Aug. 2014;*
5. D. Berlowitz, *Prevention of pressure ulcers, Aug. 2014;*
6. D. Berlowitz, *Treatment of pressure ulcers, Aug. 2014;*
7. I. Tleyjeh, D. Berlowitz, L.M. Baddour, *Infectious complications of pressure ulcers, Aug. 2014;*
8. C. Dealey and C. Lindholm, *Pressure Ulcer Classification, 2008.*



XX საუკუნის საქართველოში ქირურგიის კორიფეს - მეცნიერების დამსახურებულ მოღვაწეს, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს, პროფესორ მიხეილ ჩაჩავას, 2017 წელს დაბადებიდან 115 წელი შეუსრულდა.

პროფესორი მიხეილ ჩაჩავა

საქართველო განებივრებული იყო დიდი ქირურგებით, მაგრამ მიხეილ ჩაჩავას ქირურგიული ჩარევის დიაპაზონით ბადალი არ ყავდა. ადამიანის ორგანიზმის არცერთი ორგანო არ არსებობს, რომელსაც საჭიროების შემთხვევაში ბატონი მიხეილის ნატიფი თითები არ შეხებოდეს წარმატებული ოპერაციით.

1950 წლიდან ბატონი მიხეილი თავად იყო კათედრის გამგე და კლინიკის ხელმძღვანელი.

მისი პირველი მოწაფეები გახლდით თქვენი მონა-მორჩილი: - თინა ურუშაძე, დეზი ჩაგანავა, გურამ ტატიშვილი, გიგა ქუთათელაძე, გივი გონჯილაშვილი. მან გვაზიარა ქირურგიის დიდ ხელოვნებას, პედაგოგის დიდ პასუხისმგებლობას და მეცნიერულ კვლევას.

ქირურგთა მრავალი თაობა აღიზარდა მის აკადემიურ, არაჩვეულებრივი სასაუბრო ენით წაკითხულ ლექციებზე, მის უნიკალურ ოპერაციებზე. მასთან მუშაობა ზეიმი იყო -გაჯერებული მისი დიდი გამოცდილებით, გასხვიოსნებული მისი უბრალოებით, სითბოთი და გულისხმიერებით.

1983 წელს პროფესორ მიხეილ ჩაჩავას ცხოვრების და მოღვაწეობის ამსახველი მონათხრობი სამედიცინო გამომცემლობას ჩაბარდა გამოსაცემად, 1986 წლის გეგმაში ჩასვეს, თუმცა გამოცემა გაჭიანურდა.

1992 წელს, როცა ქვეყანას ძალზედ უჭირდა და სამედიცინო გამომცემლობას მუშაობის არავითარი პირობები არ ქონდა, დაისტამბა პროფესორ მიხეილ ჩაჩავას ქირურგიული მოღვაწეობის ამსახველი, გამომცემლობის მოთხოვნით შემჭიდროვებული ვარიანტი, შესრულებული შედარებით დაბალი ხარისხით.

მიმდინარე წლის (2017 წელი) მაისში ბატონი მიხეილის ქალიშვილის - ქალბატონი ირმა ჩაჩავას ინიციატივით და დიდი მონდომებით წიგნი გამოიცა მეორედ - უკეთესი ხარისხით და შეესებოდა მოგონებებით.

წიგნები ჩვენი გადაწყვეტილებით გადაეცემა ქირურგიულ საზოგადოებას. მისი მეორედ გამოცემის მთავარი მიზანია ქირურგთა ახალ თაობას ვამცნოთ, რომ ქართულ ქირურგიას ყავდა დიდებული წინაპარი, ბუმბერაზი ქირურგი, დიდი პიროვნება, აკადემიკოს გრიგოლ მუხაძის გამორჩეული და უბრწყინვალესი მოწაფე - პროფესორი მიხეილ ჩაჩავა, დასტაქარი, რომელიც 55 წელი იღწვოდა სიცოცხლის გადასარჩენად, დუელში იწვევდა სიკვდილს და ამარცხებდა კიდეც.

ქირურგიული საზოგადოების
საპატიო წევრი - თინა ურუშაძე
2017 წ. 25 მაისი

SALVAGE ქირურგია ფარისებრი ჯირკვლის ბავრცელბული კაპილური კიბოს დროს

ვ.კუჭავა,¹ ა.გაჩეჩილაძე,¹ დ.ნემსაძე,¹ მ.ვაშაკიძე¹

¹კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტი

SALVAGE SURGERY FOR PAPILLARY THYROID GLAND CANCER

V. Kuchava,¹ A. Gachechiladze,¹ D. Nemsadze,¹ M. Vashakidze¹

¹Institute of Clinical Oncology

რეზიუმე

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბოს ადგილობრივად გავრცელებული და მეტასტაზური ფორმების დროს Salvage ქირურგიის შესაძლებლობების გამოვლენა და შედეგების შესწავლა. კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტში 2014-2017 წლებში სხვადასხვა ლოკალიზაციის გავრცელებული და რეციდიული სიმსივნეების გამო გაკეთდა 28 ოპერაცია, რომლებიც ატარებენ Salvage ხასიათს. ჩატარებული 5 ოპერაციიდან ორ ავადმყოფს აღენიშნებოდა სიმსივნის ჩაზრდა ხორხში, მეტასტაზებით კისრის ლიმფური კვანძებში მონოლატერალურად 1 და ბილატერალურად 1. ორ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა სიმსივნის მასიურ ინვაზიას ტრაქეის 1-2 რგოლებში. კიდევ ერთ პაციენტს დაუდგინდა ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბო, მასიური ინვაზიით ტრაქეაში, მეტასტაზებით კისრის ლიმფური კვანძებში, მეტასტაზებით მკერდის ძვლის ტარსა და სხეულში, ორივე ფილტვისა და მედიასტინურ ლიმფურ კვანძებში. პროცესის შემდგომი გენერალიზაცია ოპერაციიდან 1 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა 1 პაციენტში.

Resume

The target of the research was to reveal Salvage surgery possibilities and study the results in cases of papillary thyroid gland cancer spread locally and metastatic forms. In 2014-2017, at the Institute of Clinical Oncology, 28 surgeries were performed due to various localization of spread and recurrent cancers having Salvage character. The surgeries were performed in cases of lung, thymus, esophageal, breast, chest wall, kidney, head and neck cancers. There are reviewed nonstandard surgeries in the work. Out of 5 performed surgeries, the two patients were noted to have cancer adherent in the larynx, with metastases in the neck lymph nodes 1 monolaterally and 1 bilaterally. In two cases, there was cancer mass invasion in 1-2 tracheal rings. One patient was diagnosed with papillary thyroid gland cancer, with mass invasion. 1 patient was noted to have postoperative complication in the form of secondary adhesions in the wound. Postoperative generalization within 1 year from the surgery was observed in 1 patient.

საკვანძო სიტყვები: ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბო, Salvage ქირურგია
 Keywords: papillary thyroid gland cancer, SALVAGE Surgery

შესავალი

Salvage (გადამრჩენელი) ქირურგიის დეფინიცია ბოლომდე დახვეწილი არ არის. ტერმინი პირველად გამოყენებული იყო II მსოფლიო ომის დროს და გულისხმობს სიცოცხლის გადარჩენას ნებისმიერი სახის ქირურგიული ჩარევის გზით.

დღეისათვის ქირურგიაში Salvage ოპერაციები გამოყენებულია, როგორც:

- ა) პალიატიური ქირურგია – ისეთი დაზიანებული ქსოვილების ამოკვეთა, რომელთა არსებობა საშიშროებას უქმნის სიცოცხლეს.
- ბ) კიდურთა შემანარჩუნებელი ქირურგია.
- გ) Salvage ცისტროსტატექტომია.
- დ) Salvage პროსტატექტომია.
- ე) Salvage ონკოქირურგია გულისხმობს ოპერაციების წარმოებას, როცა გამოვლენილია:
 - 1. გავრცელებული პირველადი რადიო და ქიმიოთერაპიის რეციდიული სიმსივნეები.

- 2. ადგილობრივად გავრცელებული სიმსივნეები, რომელთა გართულებული მიმდინარეობა (სისხლდენა, მასიური ნეკროზი, მეორადი ინფიცირებით) ქიმიო, რადიოთერაპიის საშუალებას არ იძლევა.
- 3. რეციდიული სიმსივნეები ოპერაციის, რადიოთერაპიის, ქიმიოთერაპიის განმეორებითი კურსების შემდეგ, როდესაც კონსერვატიული მკურნალობის რეზერვი ამოწურულია.
 - უკანასკნელი წლების განმავლობაში Salvage ონკოქირურგიაში ცალკე თავად გამოიყო გადამრჩენელი ოპერაციები:
 - ა) ძუძუს კიბოს რეციდივებისა და მეტასტაზების დროს.
 - ბ) თავისა და კისრის მიდამოს გავრცელებული სიმსივნეების დროს.
 - გ) ფილტვისა და საყლაპავის რეციდიული და გავრცელებული სიმსივნეების დროს.
 - დ) მუცლის, მცირე მენჯის და რეტროპერიტონეული სივრცის რეციდიული და გავრცელებული სიმსივნეების დროს.

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანი იყო ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბოს ადგილობრივად გავრცელებული და მეტასტაზური ფორმების დროს Salvage ქირურგიის შესაძლებლობების გამოვლენა და შედეგების შესწავლა.

მასალა და მეთოდოლოგია

კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტში 2014-2017 წლებში სხვადასხვა ლოკალიზაციის გავრცელებული და რეციდიული სიმსივნეების გამო გაკეთდა 28 ოპერაცია, რომლებიც ატარებენ Salvage ხასიათს. ოპერაციები ჩატარებულია ფილტვის, თიმუსის, საყლაპავის, ძუძუს, გულმკერდის კედლის, თირკმლის, თავისა და კისრის სიმსივნეების დროს.

ფარისებრი ჯირკვლის გავრცელებული პაპილური კიბოს დროს გაკეთებულია 5 ოპერაცია. მათი არსი ესადაგება Salvage ქირურგიის ცნებას.

ცნობილია, რომ ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბო მიეკუთვნება ქიმიო- და რადიოთერაპიისადმი რეზისტენტულ სიმსივნეთა რიგს და მათი მკურნალობის მეთოდად მიჩნეულია ოპერაცია და რადიოაქტიური იოდთერაპია. ეს უკანასკნელი ეფექტურია მხოლოდ თირეოიდექტომიის შემდგომ. ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბოს დროს შემთხვევითა უმეტესობაში შესაძლებელია რადიკალური ოპერაციის წარმოება თირეოიდექტომიის და აუცილებლობის შემთხვევაში კისრის ლიმფადენექტომიის მოცულობით, რაც დამატებითი თერაპიის გამოყენებისას, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ასაკში, უზშირესად იძლევა ხანგრძლივი გამოჯანმრთელების შანსს. შედარებით ასაკოვან პაციენტებში (46 წელი და მეტი) ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბო მიმდინარეობს შედარებით აგრესიულად, თუმცა სამკურნალო ტაქტიკა ანალოგიურია და მოითხოვს აუცილებლად თირეოიდექტომიას და მეტასტაზური კვანძების (რეგიონული თუ შორეული) შეძლებისდაგვარად მაქსიმალურად ამოკვეთას.

კვლევის შედეგები

მოცემულ კვლევაში განხილულია მხოლოდ ის ოპერაციები, რომელიც ატარებდნენ არასტანდარტულ ხასიათს. ჩატარებული 5 ოპერაციიდან ორ ავადმყოფს აღენიშნებოდა სიმსივნის ჩაზრდა ხორხში, მეტასტაზებით კისრის ლიმფური კვანძებში მონოლატერალურად 1 და ბილატერალურად 1. ორ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა სიმსივნის მასიურ ინვაზიას ტრაქეის 1-2 რგოლებში. კიდევ ერთ პაციენტს დაუდგინდა ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბო, მასიური ინვაზიით ტრაქეაში, მეტასტაზებით კისრის ლიმფური კვანძებში, მეტასტაზებით მკერდის ძვლის ტარსა და სხეულში, ორივე ფილტვსა და მედიასტინურ ლიმფურ კვანძებში.

ავადმყოფების ასაკი მერყეობდა 60-დან 71 წლამდე. ქალი იყო 4, მამაკაცი 1.

გაკეთდა შემდეგი 4 სახის ოპერაცია:

1. თირეოიდექტომია+ლარინგექტომია+ კისრის ფასციულურ-ფუტლარული ლიმფადენექტომია.
2. თირეოიდექტომია +ლარინგექტომია+ კისრის ფასციულურ-ფუტლარული ლიმფადენექტომია (კრაილის ოპერაცია).
3. თირეოიდექტომია + ლარინგექტომია + ტრაქეის რეზექცია + კისრის ფასციულურ ფუტლარული ლიმფადენექტომია.

4. თირეოიდექტომია + ტრაქეის რეზექცია + კრაილის ოპერაცია + მკერდის ძვლის ტარის და სხეულის რეზექცია 3-3 ნეკნის ხრტილოვანი ბოლოებით + მედიასტინური ლიმფადენექტომია + ფილტვის ატიპიური რეზექცია.

წარმოგიგნეთ მეოთხე კლინიკური შემთხვევა

პაციენტი ა.მ., 59 წლის, ისტ. № 859/16.

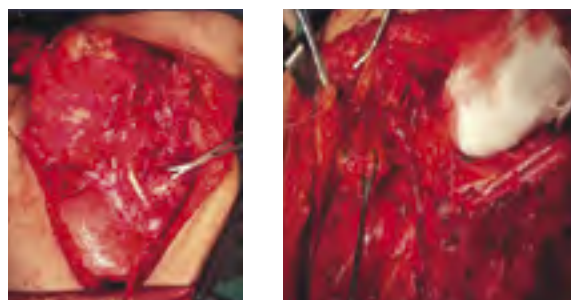
წინასაოპერაციო პერიოდში, სხვა კლინიკაში, ჩატარებული ქონდა ექსციზიური ბიოფსია. ბიოფსიური მასალის კვლევით დადგინდა ფარისებრი ჯირკვლის



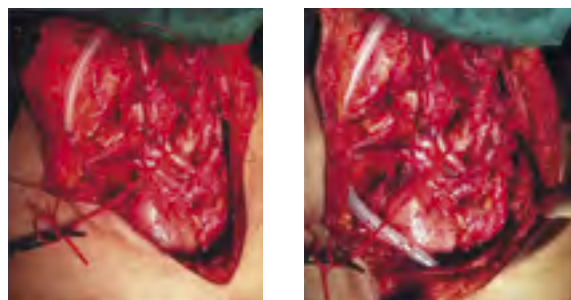
სურათი 1. ა) ოპერაციის ველი და განაკვეთის მიმართულება; ბ) ოპერაციის პირველი ეტაპი



სურათი 2. ა) დასრულებული კისრის ლიმფადენექტომია; ბ) რეზექციურული გულ-მკერდის წინა კედელი მედიასტინოტომიით



სურათი 3. შუასაყარის ლიმფადენექტომია



სურათი 4. ლიმფადენექტომიის შემდგომ დრენაჟების განლაგება



სურათი 5. ოპერაციის საბოლოო შედეგი.

საოპერაციო ველი მოიცავს კისრისა და გულმკერდის ნაწილს მკერდის ძვლის ქვედა მესამედიამდე



სურათი 6. ოპერაციის დასრულება. ტრაქეოსტომა, რომელიც გამოტანილია გულმკერდის წინა კედელზე, მკერდის ძვლის ტარისა და სხეულის არეში

პაპილური კიბო – დიაგნოზი: ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კიბო. მეტასტაზები კისრის, შუასაყარის, მარჯვენა ლავიწზედა და ლავიწქვედა მიდამოს ლიმფურ კვანძებში, მკერდის ძვალში. შუასაყარის ლიმფური კვანძების კონგლომერატის ინვაზია ტრაქეის მე-4, მე-5, მე-6 მე-7, მე-8 ხრტილოვან რგოლებში, მკერდის ძვალში. მეტასტაზები ფილტვებში.

2016 წლის 09 აგვისტოს (10:20–14:40, ოქმი № 839) ჩატარდა ოპერაცია: თირეოიდექტომია, მარჯვენამხრივი ფასციულურ-ფუტლარული ლიმფადენექტომია (მოდიფიცირებული კრაილის ლიმფადენექტომია), გულმკერდის წინა კედლის გამჭოლი რეზექცია (რეზექცირდა ლავიწის ძვლები, პირველი, მეორე და მესამე ნეკნები მედიოკლავიკულური ხაზზე ბილატერალურად, მკერდის ძვლის ტართან და სხეულთან ერთად), შუასაყარის, პარატრაქეული, პარაეზოფაგული, რეტროკავალური, ბიფურკაციის, მარჯვენა ლავიწზედა და ლავიწქვედა მიდამოს ლიმფადენექტომია. ტრაქეის მე-4, მე-5, მე-6, მე-7, მე-8 ხრტილოვანი რგოლების რეზექცია და ტრაქეოსტომის ფორმირება გულმკერდის წინა ზედაპირზე.

მორფოლოგიური კვლევა (პრეპ. №736/16 ICD-10 code 8260/3): pT4N1Mx ფარისებრი ჯირკვლის პაპილური კარცინომა. ტრაქეის ხრტილოვანი რგოლიდან გამოკვლეულ მასალაში ასევე ვლინდება პაპილური კარცინომის ჰისტოქოტრუტურა. კისრის, მარჯვენა ლავიწზედა და ლავიწქვედა, პარატრაქეალურ, ბიფურკაციის და რეტროკავალური ლიმფურ კვანძებში ვლინდება ფარისებრი-ჯირკვლის პაპილური კარცინომის მეტასტაზური დაზიანება.

ბამოსავალი

ოპერაციის შემდგომ გართულება ჭრილობაში მეორადი შეხორცებების სახით აღენიშნა 1 ავადმყოფს. პროცესის შემდგომი გენერალიზაცია ოპერაციიდან 1 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა 1 პაციენტში. დანარჩენი პაციენტები იმყოფებიან დაკვირვების ქვეშ.

ლიტერატურა:

References:

1. Goodwin WJ Jr. Salvage surgery for patients with recurrent squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract: when do the ends justify the means? *Laryngoscope*. 2000 Mar; 110(3 Pt 2 Suppl 93):1-18.
2. Wong LY, Wei WI, Lam LK, Yuen AP. Salvage of recurrent head and neck squamous cell carcinoma after primary curative surgery. *Head Neck*. 2003 Nov; 25(11):953-9.
3. Sanabria A., Kowalski L.P. et al. Salvage surgery for head and neck cancer: a plea for better definitions. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. June 2014, Volume 271, Issue 6, pp 1347–1350.
4. Dequanter D, Lothaire P, The role of salvage surgery in organ preservation strategies in advanced head and neck cancer. *B-ENT*. 2008; 4:77–80.



სურათი 7. რეზექცირებული ტრაქეა და დესტრუქციული მკერდის ძვლის ტარი სხეულთან ერთად



სურათი 8. ამოკვეთილი მასალა



სურათი 9. ამოკვეთილი კისრის ლიმფური კვანძები

ლიტრეს ჩაჭვდილი თიაქარი – ინტრაოპერაციული დიაგნოზი და მკურნალობა (კლინიკური შემთხვევა)

დ. ბუთხუზი,¹ გ. ცეცხლაძე,¹ დ. ჯიქია¹

¹ შ.პ.ს. „ჯეოჰოსპიტალს“-ის საგარეჯოს მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი

LITTRE'S INCARCERATED HERNIA – INTRAOPERATIVE DIAGNOSE AND TREATMENT (CLINICAL CASE)

D. Butkhuzi,¹ G. Tsetskhladze,¹ D. Jikia¹

¹ Sagarejo Multiprofile Medical Centre, Geohospitals

რეზიუმე ნაშრომში აღწერილია მარჯვენა საზარდულის ჩაჭვდილი თიაქრის კლინიკური შემთხვევა, სადაც ინტრაოპერაციულად დადგინდა ლიტრეს თიაქრის (თიაქრის პარკში მეკელის დივერტიკულის არსებობა) დიაგნოზი. პაციენტს ზოგადი გაუტკივარებით გაუკეთდა გადაუდებელი ოპერაცია: ჰერნიოლაპარატომია, წვრილი ნაწლავის რეზექცია მეკელის დივერტიკულის ამოკვეთით, ანასტომოზით გვერდი-გვერდში, მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირება, თიაქარპლასტიკა ატიპური მეთოდით. პაციენტი კლინიკიდან გაეწერა გართულების გარეშე, დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

Resume In the work, the clinical case of the right inguinal incarcerated hernia is described, where Littre's hernia was diagnosed intraoperatively (existence of Meckel's diverticulum in the hernial sac). By general anesthesia, the patient's emergency surgery was performed: Herniolaparotomy, small intestinal resection by excision of Meckel's diverticulum, with side-to-side anastomosis, lavage-drainage of the abdominal cavity, hernioplasty by atypical method. The patient was discharged from the clinic without complication, in satisfactory condition.

საკვანძო სიტყვები: ლიტრეს თიაქარი, მეკელის დივერტიკული, ნაწლავის რეზექცია.

Keywords: Littre's hernia, Meckel's diverticulum, bowel resection.

შესავალი

მეკელის დივერტიკული კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ყველაზე ხშირი თანდაყოლილი ანომალიაა. იგი ასოცირებულია ყვითრის სადინრის არასრულ ობლიტერაციასთან, რაც განაპირობებს წვრილი ნაწლავის ქვმარიტი დივერტიკულის ფორმირებას. მეკელის დივერტიკული ზრდასრულ პირებში ძირითადად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს (სიხშირე 0,06-3%); მისი სიხშირე მამაკაცებში 2-4-ჯერ მეტია ქალებთან შედარებით. მეკელის დივერტიკული გვხვდება სხვადასხვა ანატომიური ვარიაციით ილიოცეკალური კუთხიდან 10-დან 150სმ-მდე. ძირითადად 50-70სმ-ის მოშორებით და მდებარეობს ჯორჯლის საწინააღმდეგო მხარეს, სიგრძე მერყეობს 2-დან 10სმ-მდე. ამ ტიპის დივერტიკულის ანატომიური თავისებურებები და ემბრიოლოგია აღწერა 1809 წელს იოჰან ფრიდრიხ მეკელმა (J.F.Meckel); მეკელის დივერტიკული, შეიძლება ლაპარატომიისას შემთხვევითი აღმოჩენა გახდეს. მეკელის დივერტიკული მოზრდილ პაციენტებში რთულდება 5-17%-ში. მისი გართულებებია: გაუვალობა (14-53%), დივერტიკულიტი (12.7-53%), დაწყლულება (<4%), პერფორაცია და უცხო სხეულის (ენტეროლითი, ფიტობებოარი) ჩაჭვდა დივერტიკულში. ბავშვებში შესაძლებელია ინვაგინაცია, სისხლდენა.

მეკელის დივერტიკული შეიძლება აღმოჩენილ იქნას თიაქრის პარკში (<1%), ასეთ თიაქარს ლიტრეს თიაქარს უწოდებენ. თიაქრის პარკში დივერტიკული პირველად აღწერა ალექსის ლიტრემ (A. Littre) 1700 წელს.

წარმოგიდგინთ კლინიკურ შემთხვევას: 42 წლის მამაკაცის მარჯვენა საზარდულის ირიბ ჩაჭვდილ თიაქარში აღმოჩნდა მეკელის დივერტიკული.

შემთხვევის აღწერა

პაციენტი 42 წლის მამაკაცი, კლინიკაში მოყვანილი იყო სსდ-ის ბრიგადის მიერ. შემოსვლისას აღენიშნებოდა ტკივილი მუცელში, დაჭიმული, მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობა მარჯვენა საზარდულის არეში. პაციენტი ანამნეზში (2009 წლიდან) აღნიშნავდა მარჯვენა საზარდულის თიაქრის არსებობას, რომელიც პერიოდულად იჭედებოდა და მის შესწორებას ახდენდა ხელის ზეწოლით. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებამდე დაახლოებით 3 საათით ადრე აღენიშნა ჩვეული ჩაჭვდა, თუმცა ხელის ზეწოლით წარმონაქმნის შებრუნება მუცლის ღრუში ვერ მოახერხა, ტკივილი გაძლიერდა, რის გამოც გამოიძახა სსდ-ის ბრიგადა და მოხდა მისი ჰოსპიტალიზაცია.

პაციენტი კონსულტირებული იყო ქირურგის მიერ, დადგინდა მარჯვენა საზარდულის ჩაჭვდილი თიაქრის



სურათი 1. მეკელის დივერტიკული ანთებადი ცვლილებებითა და შეხორცებებით

დიაგნოზი. დაიგეგმა სასწრაფო ოპერაცია. შესაბამისი წინასაოპერაციო კვლევების და მომზადების შემდეგ, ზოგადი ბალანსირებული ნარკოზით გაკეთდა ოპერაცია. ოპერაციის მსვლელობა: თიაქრის პარკი გაიკვეთა, გადმოიღვარა 300-350მლ სერო-ჰემორაგიული სითხე. რევიზიით აღმოჩნდა, რომ ჩაჭედილი იყო წვრილი ნაწლავის მარყუჟები, მუქი ალუბლისფერი შეფერილობის, ჯორჯალში და ნაწლავის კედელში სისხლჩქცევებით. გაიკვეთა მომჭერი რგოლი. გათავისუფლდა თიაქრის შიგთავსი. შემდგომი რევიზიით ჩაჭედილი წვრილი ნაწლავის მარყუჟზე (ბაუგინის სარქველიდან დაახლოებით 50-70 სმ მოშორებით) აღმოჩნდა ნაწლავის კედლის შენების, სანათურთან კავშირში მყოფი, ნაწლავის სანათურის დიამეტრის განშტოება, რომელიც ბოლოვდებოდა ყრუდ. დადგინდა, რომ საქმე შეეხებოდა მეკელის დივერტიკულს, რომელიც ნაწლავის მარყუჟებთან ერთად ჩაჭედილი იყო თიაქრის პარკში (ლიტრეს თიაქარი). დივერტიკული სიგრძე 7-8სმ. მწვერვალი ნაზი შეხორცებებით უკავშირდებოდა საპირისპირო მარყუჟის ჯორჯალს. დივერტიკულის კედელში მრავლობითი სისხლჩაქცევები. გაკეთდა ჰერნიოლაპარატომია. ჩლუნგი და ბასრი წესით გაითიშა შეხორცებები დივერტიკულსა და წვრილი ნაწლავის ჯორჯალს შორის. შემდგომი რევიზიით დადგინდა, რომ დივერტიკული მდებარეობს თედოს ნაწლავის გვერდით კედელზე და მასზე გადადის წვრილი ნაწლავის ჯორჯალის მონაკვეთი. ჯორჯალის ამ უბანზეც სისხლჩაქცევები. დივერტიკულის მწვერვალზე კედელი განლეული (სურ. 1, 2). შესრულდა წვრილი ნაწლავის რეზექცია დივერტიკულის მიდამოდან პროქსიმალურად 10სმ და დისტალურად 8სმ მოშორებით. შეიქმნა წვრილი ნაწლავის ანასტომოზი გვერდით-გვერდში (სურ. 3). კონტრაპერტურულიდან დადრენირდა დუგლასის ფოსო. შემდგომი რევიზიით ინახა, რომ თიაქრის პარკის დისტალური ბოლო ვრცელდებოდა სკროტუმში და მჭიდრო კავშირშია სათესლე ჯირკვალთან. თიაქრის პარკი გამოიყო სათესლე ჯირკვლისგან, ყელის არეში დაედო ქისისებრი ნაკერი, მოიკვეთა. გაკეთდა უკანა კედლის პლასტიკა ატიპიურად. ჭრილობა გაიყვრა შრეობრივად.



სურათი 2. მობილიზებული მეკელის დივერტიკული

ოპერაცია: ჰერნიოლაპარატომია, წვრილი ნაწლავის რეზექცია მეკელის დივერტიკულის ამოკვეთით, ანასტომოზით გვერდით-გვერდში, მუცლის ღრუს სანაცია, დრენირება, თიაქარპლასტიკა ატიპიური მეთოდით.

პოსტოპერაციული პერიოდი გართულებების გარეშე. უტარდებოდა: ინფუზიური, ანალგეზიური, ანტიბაქტერიული და სიმპტომური მკურნალობა. ოპერაციიდან მეოთხე დღეს აღენიშნა ფიზიოლოგიური დეფეკაცია. ამოღებულ იქნა სადრენაჟე მილი. პაციენტი გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში გაეწერა კლინიკიდან ჰოსპიტალიზაციიდან 5 დღეში. მორფოლოგიურად დივერტიკულში გამოვლინდა მწვავე ანთებითი ცვლილებები.

ბანსჯა

მეკელის დივერტიკულის დიამეტრი და მდებარეობა არ არის პრედიკტიული ნიშნები, თუმცა სიგრძე (>2სმ) და ზოგიერთი ანატომიური მახასიათებელი, კერძოდ დივერტიკული ყელის დიამეტრი და მეზო-დივერტიკულური ჭიმების არსებობა, მნიშვნელოვნად განაპირობებს დივერტიკულის გართულებების განვითარებას.



სურათი 3. თედოს ნაწლავის რეზექცია დივერტიკულთან ერთად, ანასტომოზი გვერდით-გვერდში

ისტორიულად, ადრეულ ლიტერატურაში, სიმპტომურად გამოვლენილი დივერტიკულის მოცილება ასოცირებული იყო 5-10%-იან სიკვდილობასთან. თუმცა თანამედროვე ლიტერატურის მონაცემებით, შემთხვევით დივერტიკულექტომიასთან ასოცირებული სიკვდილობა არ აღემატება 1,2%-ს. ამდენად ავტორთა უმეტესობა თვლის, რომ სიმპტომური დივერტიკული აუცილებლად უნდა მოცილებულ იქნას ქირურგიული გზით, ამას გარდა, შემთხვევით, ლაპაროტომიისას, აღმოჩენილი პათოლოგიური დივერტიკულიც უნდა მოცილებულ იყოს.

ამდენად, ავტორთა უმრავლესობა თვლის, რომ შემთხვევით, ლაპაროტომიისას, აღმოჩენილი პათოლოგიური დივერტიკული უნდა მოცილდეს ქირურგიული გზით და, ასევე, აუცილებლად უნდა მოცილებულ იქნას სიმპტომური დივერტიკულიც.

ქირურგიული მკურნალობა შეიძლება განხორციელდეს შემდეგი მეთოდებით:

- დივერტიკულექტომია (ფართო ფუძე);
- დივერტიკულის რეზექცია, ტაკვზე ქისისებრი ნაკერი (წვრილი ფხვი);
- სოლისებრი რეზექცია;
- რეზექცია წვრილი ნაწლავის უბანთან ერთად;
- წვრილი ნაწლავის რეზექცია დივერტიკულთან ერთად, შესაბამისი შერთულით.

უსიმპტომო, შეუცვლელი დივერტიკულის ქირურგიული მკურნალობის საკითხი კი ფართო და მწვავე დისკუსიის საგანია. ავტორთა ნაწილი თვლის, რომ დივერტიკულთან ასოცირებული გართულებების განვითარების რისკი 4,2%-ია. ამდენად, შემთხვევით აღმოჩენილ, შეუცვლელ დივერტიკულს ქირურგი არ უნდა შეეხოს. თუმცა ლიტერატურაში არსებობს მონაცემები, რომ შეუცვლელი დივერტიკულის დატოვების შემდეგ, საკუთრივ დივერტიკულთან ასოცირებული გართულებები და შესაბამისად განმეორებითი ჩარევების რიცხვი აღწევს 6%-ს. ამდენად, არარეზერვებული მეკელის დივერტიკულის მომავალი გართულებების რისკი უნდა შედარდეს მეკელის დივერტიკულის პროფილაქტიკური მოცილების

შემდგომი გართულებების რისკთან. ასეთ შემთხვევებში, მეკელის დივერტიკულის მოცილების ჩვენებად შეიძლება ჩაითვალოს პაციენტების ასაკი (<40 წელზე), სქესი (მამრობითი), დივერტიკულის სიგრძე (>2სმ) და სხვა ანატომიური მახასიათებლები.

მეკელის დივერტიკული თიაქრის პარკის შიგთავსის სახით შეიძლება შეგვხვდეს საზარდულის (50%), ბარძაყის (20%), ჭიპის (20%) და სხვა ლოკალიზაციის (10%) თიაქრებისას.

პათოლოგიურად შეცვლილი მეკელის დივერტიკულის არსებობისას ლიტრეს თიაქარში ნაჩვენებია ქირურგიული რეზექცია. როგორც დივერტიკულექტომია, ისე ნაწლავის რეზექცია პირველადი შერთულით. ნაწლავის რეზექციის ჩვენებას წარმოადგენს დივერტიკულის შეშუპება, ანთებითი ცვლილებები ფუძესთან ახლოს, იშვიათ ან პერფორაცია.

ჩვენს შემთხვევაში საქმე შეეხებოდა ჩაჭედილ ლიტრეს თიაქარს, მეკელის დივერტიკული იყო ანთებად შეცვლილი, მისი მწვერვალი მკვეთრად გათხლებული, რაც გახდა ნაწლავის რეზექციის გადაწყვეტილების მიღების საფუძველი.

დასკვნა

მეკელის დივერტიკული კლინიკურად ძირითადად ვლინდება გართულებების განვითარების შემთხვევაში, უმეტესად 40-50 წლის მამაკაცებში, თუ დივერტიკულის სიგრძე აღემატება 2სმ-ს. ოპერაციის წინ მეკელის დივერტიკულის გართულების ამოცნობა ძალზე რთული და ხშირად შეუძლებელია.

ლიტრეს თიაქარი წვრილი ნაწლავის თანდაყოლილი ანომალიის, მეკელის დივერტიკულის ძალზე იშვიათი გართულებაა. დიაგნოზი ხშირად შემთხვევითია და დგინდება ინტრაოპერაციულად. გამოსატყუი მწვავე ანთებითი ცვლილებები ნაწლავის რეზექციის ჩვენებას წარმოადგენს.

უსიმპტომო მეკელის დივერტიკულის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის საკითხები კი დღემდე ფართე დისკუსიის საგანია.

ლიტერატურა:

References:

1. Gerdes C, Akkermann O, Krüger V, Gerdes A, Gerdes B.- Incarceration of Meckel's diverticulum in a left paraduodenal Treitz' hernia- World J Clin Cases. 2015 Aug 16;3(8):732-5. doi: 10.12998/wjcc.v3.i8.732 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26301234>
2. Horkoff MJ, Smyth NG, Hunter JM- A large incarcerated Meckel's diverticulum in an inguinal hernia-Int J Surg Case Rep. 2014;5(12):899-901. doi: 10.1016/j.ijscr. 2014.09.036. Epub 2014 Oct 17.- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25460431>
3. Misiak P, Piskorz L, Kutwin L, Jabło ski S, Kordiak J, Brocki M- Strangulation of a Meckel's diverticulum in a femoral hernia (Littre's hernia).- Prz Gastroenterol. 2014;9(3):172-4. doi: 10.5114/pg.2014.43580. Epub 2014 Jun 26.- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25097716>
4. Michael J, Horkoff, Nathan G. Chan Smyth, James M. Hunter- A large incarcerated Meckel's diverticulum in an inguinal hernia- Int J Surg Case Rep. 2014; 5(12): 899-901- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275813/>
5. Patrick Javid, MD, Eric M Pauli, MD. Meckel's diverticulum. <https://www.uptodate.com/contents/meckelsdiverticulum/>. 2016

ბადის მიგრაცია ილეონალურ რეზერვუარში (J-POUCH) პაციენტთან წყლულოვანი კოლიტის გამო წარმოებულ კოლექტომიის შემდგომ პერიოდში: ავადმყოფობის ისტორია და ლიტერატურის მიმოხილვა

ა.გჰანიმი,¹ ბ.სმუდი,² ჯ.მარტინესი,¹ მ.ს.მორისი,¹ ჯ.რ.პორტერფილდი¹

¹ბირმინგემის ალაბამას უნივერსიტეტის ქირურგიის დეპარტამენტი, ალაბამა, ა.შ.შ.

²ბირმინგემის ალაბამას უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლა, ალაბამა, ა.შ.შ.

MESH MIGRATION INTO THE J-POUCH IN A PATIENT WITH POST-ULCERATIVE COLITIS COLECTOMY: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Asem Ghanim,¹ Benjamin Smood,² Joseph Martinez,¹ Melanie S. Morris,¹ and John R. Porterfield¹

¹Department of Surgery, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL, USA

²School of Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL, USA

რეზიუმე | ბადით პლასტიკის უპირატესობა შედარებით ნაკლები პოსტოპერაციული ტკივილი და შრომისუნარიანობის აღდგენა შედარებით ადრეულ პერიოდში. აქედან გამომდინარე, მკურნალობის ამ მეთოდმა გაცილებით ფართე გამოყენება მოიპოვა. წარმოვადგენთ, ბადის ილეონალურ რეზერვუარში მიგრაციის პირველ შემთხვევას პაციენტთან, რომელსაც ანამნეზში არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის გამო ჩატარებული ჰქონდა კოლექტომია ილეონალური ანასტომოზის ფორმირებით და შემდგომი ვენტრალური თიაქრის ლაპაროსკოპიული პლასტიკა ბადის გამოყენებით.

Resume | Mesh repair offers advantages like lower postsurgical pain and earlier return to work. Thus, it has become a widely used treatment option. Here, we present the first case report of a mesh migration into a J-pouch in a patient with history of ulcerative colitis who underwent total abdominal colectomy with J-pouch and ileoanal anastomosis and a subsequent laparoscopic ventral hernia repair with mesh.

საკვანძო სიტყვები: ინციზიური ჰერნიოპლასტიკა, ბადის მიგრაცია ილეონალური რეზერვუარში
Keywords: Incisional hernioplasty, mesh migration in the ileoanal pouch

Correspondence should be addressed to John R. Porterfield; jporterfield@uabmc.edu, Academic Editor: Christophoros Foroulis. Copyright © 2017 Asem Ghanim et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

შესავალი

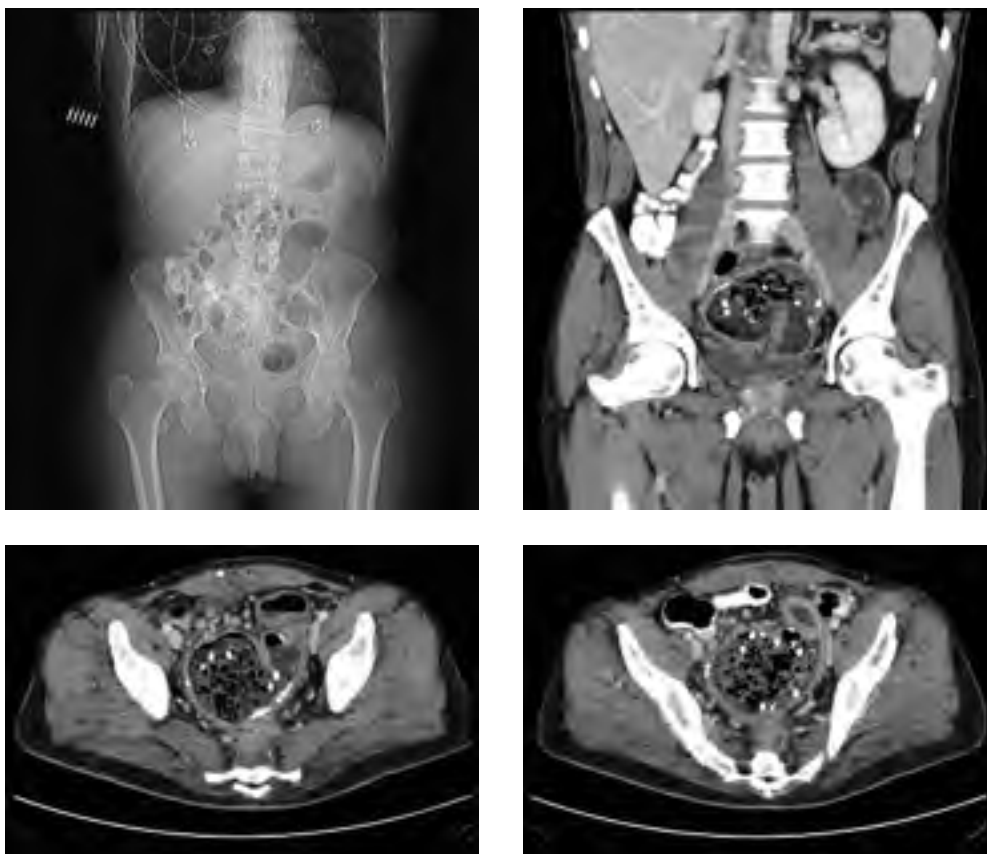
ინციზიური ვენტრალური თიაქარი ერთ-ერთ ყველაზე ხშირ გართულებად რჩება აბდომინურ ქირურგიაში [1, 2]; მისი სიხშირე 10-15%-ს აღწევს, რეციდივის კი – 20-45%-ს [1, 2]. ამდენად, ილეონალური რეზერვუარის შექმნის შემდგომ პერიოდში, მაღალია თიაქრის და შემდგომი გართულებების განვითარების რისკი.

ხშირ გართულებებს მიეკუთვნება ინფექცია, სერომა, რეციდივი ან ბადის მოცილება, თუმცა შესაძლებელია ხვრელმილების ჩამოყალიბება, ეროზიების განვითარება და ძალზე იშვიათია ბადის მიგრაცია [3-5]. მიძიმე გართულებები სათანადოდ არ ფასდება მათი დაბალი სიხშირის და ამ მიმართულებით გრძელვადიანი კვლევების არ არსებობის გამო [6]. აღწერილია ბადის მიგრაციის შედეგად განვითარებული ნაწლავთა გაუვალობის რამოდენიმე შემთხვევა [7, 8].

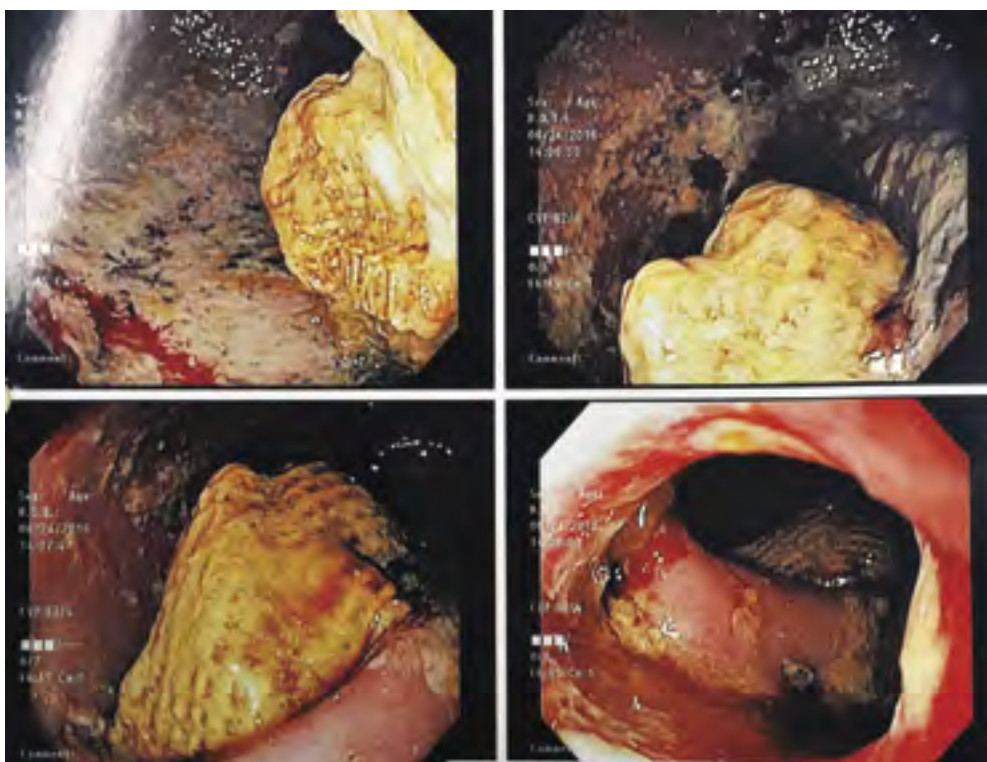
აღწერილია ბადის მიგრაცია მსხვილი ნაწლავისაკენ [9, 10], ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში, ეს არის ინციზიური ვენტრალური თიაქრის პლასტიკის შემდგომ ბადის ილეონალურ რეზერვუარში მიგრაციის პირველი დოკუმენტირებული შემთხვევის აღწერა.

შემთხვევის აღწერა

43 წლის ლათინოამერიკელი მამაკაცი – პაციენტმა მომართა გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტს ჩივილით პერიოდულ ტკივილზე ჰიპოგასტრიუმში და დიარეაზე. ანამნეზში პაციენტს ჰქონდა არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი, რის გამოც გაუკეთდა ტოტალური კოლექტომია ილეონალური რეზერვუარის ფორმირებით (2012). ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ჩამოყალიბდა ინციზიური ვენტრალური თიაქარი, რის გამოც სხვა დაწესებულებაში ჩაუტარდა ლაპა-



სურათი 1. კტ სკანირება ავლენს ილეოანალური რეზერვუარის და სწორ ნაწლავის გასქელებას და დეფორმაციას, პარარექტალური ფაშარი ქსოვილის ობლიტერაციას მეზენტერული ლიმფადენოპათიით. წვრილ ნაწლავში პროქსიმალური დილატაცია, კლოიბერის ფიალები დონეებით, რაც მიანიშნებს ნაწილობრივ ობსტრუქციასზე.



სურათი 2. კტ და სიგმოიდოსკოპია ავლენს ლორწოვანი გარსის ანთებას, დაწყულულებით. სანათურში დიდი ზომის უცხო სხეული.



სურათი 3. ილეოანალური რეზერვუარიდან ამოღებული ბადე, მასთან ერთად საფიქსაციო კლიპსები და ნაკერები. ოპერაციიდან გასულია ერთი წელი.

როსკოპიული თიაქარპლასტიკა ბადის გამოყენებით (2015).

პაციენტი თავის ტკივილს აღწერდა როგორც პერიოდულსა და გაურკვეველი ბუნების, რომელიც იწყებოდა ბოქვენზედა არეში და ვრცელდებოდა მთელს მუცელში, ნომინალურად 6/10-ზე. ტკივილი არ იყო კავშირში ცხელებასთან, გულისრევასა ან პირღებინებასთან. ასეთი ეპიზოდები აღენიშნა თიაქარპლასტიკის შემდგომ პერიოდში, თუმცა ტკივილის ინტენსივობამ იმატა ბოლო სამი კვირის განმავლობაში. მას აღენიშნებოდა ქრონიკული დიარეა სისხლის მცირე მინარევით, ქალაღებზე. ფიზიკალური კვლევით, შუა-შუა ლაპაროტომიის შემდგომი ნაწიბურის არეში, ხველისა და მცირე ფიზიკური დატვირთვისას აღენიშნებოდა გამობერილობა, რომელიც მეტად შესამჩნევი იყო ბოქვენზედა მიდამოში/ჰიპოგასტრიუმში. პაციენტის მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, გამოხატული იყო დადებითი ნაწლავთა ხმიანობა და ტაქეკარდია. სასტატო ლაბორატორიული კვლევით გამოვლინდა მსუბუქი ნორმოციტული ანემია (HGB: 10.5, WBC: 9800, PLT: 579, HCT: 32 და MCV: 70). კომპიუტერული ტომოგრაფიით (სურათი 1) გამოვლინდა ილეოანალური რეზერვუარის და სწორი ნაწლავის კედლების გასქელება და შემოგრება, რექტალური ფაშარი შემაერთებული ცხიმოვანი ქსოვილის განღვავა, მეზენტერიული ლიმფადენოპათია. პარციალური ობსტრუქციის პროქსიმალურად წვრილი ნაწლავის მარყუჟი გაგანიერებული სითხის ჰორიზონტალური დონით. ელასტიკური სიგმოიდოსკოპიით (სურათი 2) ლორწოვანი გარსი ანთებადი, დაწყლული, წებოვანი ლორწოვანი გამოჩაჟონი. ჩატარდა ბიოფსია სხვადასხვა არეებიდან. ილეოანალურ რეზერვუარში ვიზუალიზირდა დიდი ზომის უცხო სხეული. გარედან იგი წააგავდა ბადეს, შიგნითა ზედაპირის ვიზუალიზირება ვერ მოხერხდა. უცხო სხეული მაშინვე არ იქნა ამოღებული – საყოყმანო იყო მისი წარმოშობა და ზუსტი მოცულობა. პაციენტი აყვანილ იქნა საოპერაციოში და ზოგადი ანესთეზიით გაკეთდა რეზერვუარის რევიზია და უცხო სხეული ამოღებულ იქნა სრულად (სურათი 3). ობიექტი აღმოჩნდა ბადე სტეპლერის მომჭერებითა და საკერი მასალის კვანძებით. ოპერაციიდან გასული იყო ერთი წელი. პროცედურიდან მოკლე ვადაში პაციენტს მუცლის ტკივილი აულაგდა თანდათან, ნაწლავის ფუნქცია ნორმალიზდა. პოსტოპერაციული პერიოდი დამაკმაყოფილებელი. კლინიკიდან გაეწერა პროცედურიდან 2 დღის შემდეგ.

ბანსჯა

ლიტერატურის ანალიზით გამოვლინდა ბადის მიგრირების/ეროზირების 86 შემთხვევის აღწერა 79 ნაშრომში, რომლებიც გამოქვეყნდა 1990-2015 წლებში. მათ შორის, 23 ეროზირების, 24 ხერეღმილის ჩამოყალიბების, 38 მიგრირების და ერთი შემთხვა ხერეღმილის ჩამოყალიბების და მიგრირების ერთად. მიგრირების/ეროზირების არეები იყო ნაწლავები (30), შარდის ბუშტი (14), პერიტონეუმის ღრუში (8), კუჭში (7), საყლაპავში (3), მარჯვენა ქვედა ბრონქში (1), სათესლე პარკში (2), დანამატებში (1). ხერეღმილები გამოვლინდა ნაწლავსა და კანს შორის (15), ნაწლავსა და შარდის ბუშტს შორის (2), ნაწლავსა და ნაწლავის სხვა სეგმენტს შორის (1), ნაწლავსა და სკროტუმს შორის (1) და შარდის ბუშტსა და კანს შორის (1). თიაქარპლასტიკასა და გამოვლინებას შორის პერიოდმა საშუალოდ შეადგინა 48 თვე (დიაპაზონი: 2-360 თვე).

ბადის მიგრაცია განისაზღვრება, როგორც ბადის სრული გადაადგილება ორგანოში. ბადისმიერი ეროზირება განისაზღვრება, როგორც ბადის ნაწილობრივი პერფორირება ორგანოში. ხერეღმილი განისაზღვრება, როგორც ეროზირება ორ ორგანოში, რომლის გამოსობით მათ შორის ყალიბდება არხი ან ჩირქგროვის არსებობა, რომელიც აღზობს მიმდებარე ორგანოს კედელს.

ბადის გამოყენების შედეგად განვითარებული გართულებები ვლინდება მეტად მრავალფეროვანი სიმპტომატიკით, კიბოს იმიტაციამდე. თუმცა ზოგადი სიმპტომატიკა მსგავსია: ტკივილი მუცელში, გასტროინტესტინური სისხლდენა, ნაწლავთა გაუვალობა და დიარეა.

დიაფრაგმის საყლაპავის ხერეღის თიაქრების პლასტიკის შემდგომი ყველაზე ხშირი გართულება განხილულ შემთხვევებში (n=10) იყო დისლოკაცია კუჭში (70%, 7/10) დისფაგიის მოვლენებით. საზარდულის თიაქარპლასტიკის შემდგომ (n=41) ბადე ყველაზე ხშირად გადაადგილდება შარდის ბუშტისკენ (27%, 11/41), ვლინდება საზარდვების ინფექციითა და ჭეშმარიტი ჰემატურიით. ინციზიური ვენტრალური თიაქრების შემთხვევაში (n=24), ბადე ჩვეულებრივ გადაადგილდება ნაწლავებისკენ (92%, 22/24), ვლინდება ნაწლავთა გაუვალობით ან ტკივილით მუცელში. გართულების გამოვლენის დრომ შეადგინა 24, 48, და 60 თვე შესაბამისად ჰიატური, საზარდულის და ვენტრალური/ინციზიური თიაქრებისათვის. ამდენად, იმის მიუხედავად, რომ ეროზია, ხერეღმილი და მიგრაცია არის ძალზე იშვიათი გართულებები, აუცილებელია პროფესიული სიფხიზლე – ბადის მიგრაციის და სხვა მძიმე გართულებების ამოსაცნობად, ირიბი სიმპტომების გამოვლენისას.

ინტერნეტში, დამატებითი მასალის სახით, ხელმისაწვდომია ცხრილი 1 (<https://doi.org/10.1155/2017/3617476>), სადაც განხილულია 1990-2015 წლებში გამოვლენილი ბადის მიგრაციის 86 შემთხვევა. მომავალი მკვლევარებისათვის ხელმისაწვდომია ბადისა და პროცედურის ტიპი, მათი იმპლანტირების არეები, ზოგადი სიმპტომები და გართულებების გამოვლენის ვადები.

წარმოდგენილ შემთხვევაში პაციენტმა გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტს მომართა გაურკვეველი ჩივილებით ილეოანალური ანასტომოზის ფორმირების (2012 წელი) და ინციზიური ვენტრალური თიაქრის ბადით პლასტიკის (2015 წელი) შემდეგ.

ბადის მიგრაციის პერიოდი იყო 12 თვე, უფრო ხანმოკლე, ვიდრე ლიტერატურის მიმოხილვით გათვლილი მედიანა (48 თვე). საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ბადის მიგრაცია მოხდა ოპერაციიდან 1 წლის ვადაში, რომელიც პოსტოპერაციული რეზერვუარული ილეიტის ვადას ემთხვევა [11, 12]. აღსანიშნავია, რომ რეზერვუარული ილეიტი და ბადის მიგრაცია დაკავშირებულია პოსტოპერაციულ პერიოდში მიმდინარე ანთეზასთან.

პათოფიზიოლოგიური პროცესების ბუნდოვანების მიუხედავად, თვლიან, რომ ბადის მიგრაცია უცხო

სხეულთან ასოცირებული ანთების შედეგია პროთების მოცილებისა ან წანაცვლებასთან კომბინაციაში მის მიერ ქსოვილების ეროზირების შესამცირებლად [5, 13, 14]. გაურკვეველია, კავშირშია თუ არა მუცლის ღრუზე წინამორბედი ოპერაცია რეზერვუარულ ილეიტთან და ბადის მიგრაციასთან ილეოანალურ რეზერვუარში, მაგრამ საერთო პათოფიზიოლოგიური მიმართულებები ქირურგიული ჩარევების, მასალების და პოსტოპერაციული მკურნალობის მეთოდების ოპტიმიზების არეალს ქმნიან, რაც შემდგომში გააუმჯობესებს ქირურგიული დაავადებების მკურნალობის შედეგებს [15, 16]. შედეგების გაუმჯობესება დამოკიდებულია ბალანსზე დაავადების ხანგრძლივობას, უცხო სხეულზე რეაქციას, მასალის მოცულობას, ქრონიკულ ტკივილსა და რეაბილიტაციის ვადებს შორის [17].

Conflicts of Interest

The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the publication of this paper.

ლიტერატურა:

References:

1. O. Bostanci, U. O. Idiz, M. Yazar, and M. Mihmanli, "A rare complication of composite dual mesh: migration and enterocutaneous fistula formation," *Case Reports in Surgery*, vol. 2015, Article ID 293659, 3 pages, 2015. View at Publisher View at Google Scholar
2. A. Kingsnorth and K. LeBlanc, "Hernias: inguinal and incisional," *The Lancet*, vol. 362, no. 9395, pp. 1561–1571, 2003. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
3. M. T. Nguyen, R. L. Berger, S. C. Hicks et al., "Comparison of outcomes of synthetic mesh vs suture repair of elective primary ventral herniorrhaphy: a systematic review and meta-analysis," *JAMA Surgery*, vol. 149, no. 5, pp. 415–421, 2014. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
4. F. Aziz and M. Zaeemb, "Chronic abdominal pain secondary to mesh erosion into cecum following incisional hernia repair: a case report and literature review," *Journal of Clinical Medicine Research*, vol. 6, no. 2, pp. 153–155, 2014. View at Publisher View at Google Scholar
5. A. Agrawal and R. Avill, "Mesh migration following repair of inguinal hernia: a case report and review of literature," *Hernia*, vol. 10, no. 1, pp. 79–82, 2006. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
6. J. W. A. Burger, R. W. Luijendijk, W. C. J. Hop et al., "Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia," *Annals of Surgery*, vol. 240, no. 4, pp. 578–585, 2004. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
7. I. Yilmaz, D. O. Karaka, I. Succullu, Y. Ozdemir, and E. Yucel, "A rare cause of mechanical bowel obstruction: mesh migration," *Hernia*, vol. 17, no. 2, pp. 267–269, 2013. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
8. M.-J. Chen and Y.-F. Tian, "Intraperitoneal migration of a mesh plug with a small intestinal perforation: report of a case," *Surgery Today*, vol. 40, no. 6, pp. 566–568, 2010. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
9. E. C. Nelson and T. J. Vidovszky, "Composite mesh migration into the sigmoid colon following ventral hernia repair," *Hernia*, vol. 15, no. 1, pp. 101–103, 2011. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
10. S. Al-Subaie, M. Al-Haddad, W. Al-Yaqout, M. Al-Hajeri, and C. Claus, "A case of a colocutaneous fistula: a rare complication of mesh migration into the sigmoid colon after open tension-free hernia repair," *International Journal of Surgery Case Reports*, vol. 14, pp. 26–29, 2015. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
11. G. Cárdenas, R. Bravo, S. Delgado et al., "Recurrent volvular herniation of the ileal pouch: a case report and literature review," *International Journal of Colorectal Disease*, vol. 31, no. 3, pp. 749–750, 2016. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
12. E. Gorgun and F. H. Remzi, "Complications of Ileoanal Pouches," *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, vol. 17, no. 1, pp. 43–55, 2004. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
13. A. Celik, S. Kutun, C. Kockar, N. Mengi, H. Ulucanlar, and A. Cetin, "Colonoscopic removal of inguinal hernia mesh: report of a case and literature review," *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques - Part A*, vol. 15, no. 4, pp. 408–410, 2005. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
14. S. R. Yolen and E. T. Grossman, "Colonoscopic removal of a postoperative foreign body," *Journal of Clinical Gastroenterology*, vol. 11, no. 4, article 483, 1989. View at Google Scholar View at Scopus
15. E. P. Misiakos, P. Patapis, N. Zavrzas, P. Tzanetis, and A. Machairas, "Current trends in laparoscopic ventral hernia repair," *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, vol. 19, no. 3, Article ID e2015.00048, 2015. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
16. M. mieta ski, K. Bury, A. Tomaszewska, I. Lubowiecka, and C. Szymczak, "Biomechanics of the front abdominal wall as a potential factor leading to recurrence with laparoscopic ventral hernia repair," *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*, vol. 26, no. 5, pp. 1461–1467, 2012. View at Publisher View at Google Scholar View at Scopus
17. A. L. Vorst, "Evolution and advances in laparoscopic ventral and incisional hernia repair," *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, vol. 7, no. 11, pp. 293–305, 2015. View at Publisher View at Google Scholar



**ქართულმა სამედიცინო საზოგადოებამ მძიმე დანაკლისი განიცადა,
გარდაიცვალა დიდი ქართველი ქირურგი,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
ბუჭა ქიშვარდის ძე არჩვაძე**

* * *

პროფესორი ბუჭა არჩვაძე დაიბადა 1939 წლის 11 ივლისს ქ ბათუმში.

უმალესი განათლება მიიღო ქ. კემეროვოს სამედიცინო ინსტიტუტში, რომელიც მან 1972 წელს წარჩინებით, წითელ დიპლომზე დაამთავრა.

სტუდენტობის პერიოდიდან ბატონი ბუჭა განსაკუთრებულ ინტერესს იჩენდა როგორც სამეცნიერო, ასევე პრაქტიკული ქირურგიის მიმართ. კემეროვოს ქირურგიული სკოლა იმ დროისთვის რუსეთის რესპუბლიკაში ერთ-ერთ წარმატებულ სკოლად ითვლებოდა, სწორედ იქ დაეუფლა ახალგაზრდა სპეციალისტი ქირურგიული ოპერაციების ფართო სპექტრს. მან განვლო გზა რიგითი ონკოლოგიდან ქალაქის მთავარ სპეციალისტამდე.

სამშობლოში დაბრუნების შემდეგ, 1980 წლიდან მუშაობა განაგრძო საქართველოს სხვადასხვა რაიონში წამყვანი სპეციალისტის რანგში.

1989 წელს დაიცვა საკანდიდატო, ხოლო 1995 წელს სადოქტორო დისერტაციები. 2002 წელს არჩეულ იქნა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრის ასოცირებულ პროფესორად. იყო 100-ზე მეტი სამეცნიერო ნაშრომის და 2 სახელმძღვანელოს თანაავტორი, 2 მონოგრაფიის ავტორი. მის მიერ შესრულებულია 20000-ზე მეტი ქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაცია, მათ შორის 2000-ზე მეტი კუჭის რეზექცია და გასტრექტომია. მისი ხელმძღვანელობით დაცულია ოთხი საკანდიდატო და ერთი სადოქტორო დისერტაცია. დაჯილდოებულია საპატიო ნიშნის და ღირსების ორდენებით.

განსაკუთრებული დამსახურება ბატონ ბუჭას მიუძღვის მარნეულის რაიონის ქირურგიული სამსახურის გაძლიერებაში, სადაც იგი ხელმძღვანელად მოღვაწეობდა 1988 წლიდან სიცოცხლის ბოლო დღემდე. მისი ხელმძღვანელობით მარნეულის რაიონულ და შემდგომში შპს „ჯეო ჰოსპიტალის“ საავადმყოფოებში, ჩამოყალიბდა საქართველოში ერთ-ერთი ძლიერი ქირურგიული განყოფილება, სადაც წლების განმავლობაში წარმატებით სრულდებოდა ათასობით ქირურგიული ოპერაცია, მათ შორის მრავალი უნიკალური ონკოლოგიური ოპერაცია. მის მიერ აღრზილი ქირურგები დღეს დამოუკიდებლად აგრძელებენ იმ ქირურგიულ ტრადიციებს, რომელიც ბატონი ბუჭას მიერ წლების განმავლობაში იქნა მათთვის გაზიარებული და ნასწავლი.

პროფესორი ბუჭა არჩვაძე გარდაიცვალა 2018 წლის 1 ივნისს.

შპს „ჯეოჰოსპიტალის“ მარნეულის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი

* * *

პროფესორ ბუჭა არჩვაძესთან ჩემი ურთიერთობა რამდენიმე ათეული წლის წინ დაიწყო, როდესაც იგი ბოლნისის საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების გამგედ მუშაობდა. იმ ხანად ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში არსებობდა „სანავიოს“ სამსახური, რომელიც მთელი რესპუბლიკის მასშტაბით ახორციელებდა რაიონების საავადმყოფოებში მძიმე პაციენტთა კონსულტაციებს და მკურნალობას. ბოლნისის საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებას, როგორც უკვე აღვნიშნე, ხელმძღვანელობდა რუსეთიდან დაბრუნებული სრულიად ახალგაზრდა ქირურგი – ბუჭა არჩვაძე, რომელიც უკვე იმ დროისათვის აკეთებდა ურთულეს ოპერაციებს. ჩვენი პირველი შეხვედრა შედგა მძიმე პერიტონიტით გართულებული პაციენტის ოპერაციაზე. ბუჭა არჩვაძემ იმ შემთხვევაში უნარიანად და სწორედ წარმართა ქირურგიული ჩარევაც და შემდგომი მკურნალობაც. ჩვენმა ერთობლივმა ძალისხმევამ დადებითი შედეგი გამოიღო და პაციენტი გადარჩა.

მას შემდეგ ჩვენი შეხვედრები გრძელდებოდა სხვადასხვა გარემოებათა გამო. აკადემიკოს მ.კომახიძის და პროფესორ ი.მგალობლიშვილის რესპუბლიკის მთავარ ქირურგებად მოღვაწეობისას, გარკვეულ პერიოდებში მე მიწევდა რაიონების ქირურგიული სამსახურების წლიური ანგარიშების მოსმენა და წერილობით მიღება.

ბატონ ბუჭა არჩვაძის მიერ იმ პერიოდში ჩატარებული იყო უდიდესი ქირურგიული სამუშაო. იგი ყოველთვის გამოირჩეოდა მაღალი აკადემიური დონით.

როგორც სადისერტაციო საბჭოს წევრს მომიხდა ბუჭა არჩვაძის სადოქტორო დისერტაციის აქტიური ოპონირება; დისერტაცია ეხებოდა კუჭის რეზექციის თანამედროვე მეთოდების დანერგვას და გამოირჩეოდა დიდი პრაქტიკული და თეორიული მნიშვნელობით.

მინდა აღვნიშნო, რომ პროფესორი ბუჭა არჩვაძე გამოირჩეოდა მაღალი ზნეობით და მოქალაქეობრივი პასუხისმგებლობით, იყო თავისი ქვეყნის დიდი პატრიოტი; ხალასი შემართებით და პირდაპირობით ებრძოდა ყოველგვარ სიყალბესა და უსამართლობას. იყო პოეზიის, სპორტის და ხელოვნების დიდი მოყვარული, საუკეთესო მეოჯახე. მისთვის ძნელი გასაგები იყო რომელი იყო პირველი ან მეორე - ოჯახი თუ ქირურგია, რადგან მას თავდავიწყებით უყვარდა როგორც ერთი, ისე მეორე.

როგორც ქირურგი, იგი გამოირჩეოდა არაორდინალურობით. მისთვის თითქმის არ არსებობდა გამოუვალი სიტუაცია, ყველა შემთხვევაში იგი ემყარებოდა დიდ გამოცდილებას და უმრავლეს შემთხვევაში პოულობდა გამოსავალს.

ყოველთვის განსაკუთრებული პასუხისმგებლობით ეკიდებოდა პედაგოგიურ საქმიანობას. საგანგებოდ ემზადებოდა ყოველი ლექციის წინ.

ბუჭა არჩვაძე გამოირჩეოდა უაღრესი თავმდაბლობით, ადამიანებთან ურთიერთობაში ჰუმანურობითა და მაღალი მორალით.

მეგობართა წრეს დააკლდა შესანიშნავი მეგობარი, საქართველოს კი გამორჩეული, საიმედო და კარგი ქირურგი.

პროფესორი გ. კაკოიშვილი

* * *

ბუჭა....

არ მეგონა, მასზე სიტყვის თქმა თუ გამიჭირდებოდა... მიჭირს, რადგან ძნელია დიდი ქირურგის ღირსეულად შეფასება. ის არა მარტო პაციენტების, ქირურგების იმედიც იყო, რადგან იცოდი, თუ დასახმარებლად მოუხმობდი. მყისვე შენთან გაჩნდებოდა, გვერდით დაგიდგებოდა, მის გვერდით კი თავს მშვიდად გრძნობდი და ძალა და გამბედაობა გემატებოდა. საკმაოდ რთული ოპერაციები გაგვიკეთებია ერთად, მასთან მუშაობა ერთი სიამოვნება იყო: თუ ასისტენტისა ვიწვევდა საოპერაციო ველს ისე გადაგიშლიდა, რომ დამწყები ქირურგისთვისაც კი ოპერაცია ძალზე მარტივი ხდებოდა, ხოლო თუ ოპერატორი იყო, საპერაციოში ისე იდგა, როგორც ზევსი ოლიმპოზე და ყველაფერი მის ნებას და მაღლიან მარჯვენას ემორჩილებოდა.

მრავალი განწირული პაციენტი გამოგლიჯა სიკვდილს ხელიდან, მრავალჯერ გამოვიდა გამარჯვებული სიკვდილთან უღმობელ ომში და ზევრი სიცოცხლე იხსნა... თვითონაც სამი წელი ვაჟკაცურად ებრძოდა ვერაგ სენს და ერთხელ არ დაუწუწუნია. უკანასკნელად გარდაცვალებამდე ორი კვირით ადრე, 18 მაისს კვლავ საოპერაციო მაგიდასთან დადგა და კვლავ გამარჯვება.

უახლოეს მეგობრებს რამდენჯერმე გაგვიმჟღავნა თავისი უკანასკნელი სურვილი - ფუტიეტს უნდა დავიმარხო. დიდი მადლობა მის ბრწყინვალე ოჯახს ბუჭას ბოლო სურვილის შესრულებისათვის.

უკანასკნელ ომში ჯერ არავის გაუმარჯვებია - აქ ყოველთვის სიკვდილი იმარჯვებს, მაგრამ კაცი თავის ნაღვაწით ამარცხებს სიკვდილს და ამიტომ ბუჭა არჩვაძის ხსოვნა მარადიულია!

მათალი კაცი იყო, მართალი გზით იარა და უფალს შევსთხოვ, დაუმკვიდროს სასუფეველი იქ, საცა მართალნი განისვენებენ!

როსტომ ცხვედიანი, ქირურგი