

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

გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე

№2(6)

რეცენზირებადი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

თბილისი, 2018

გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე

რეცენზირებადი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

გამოიცემა 2016 წლიდან წელიწადში ორჯერ

ჟურნალი რეგულირებულია „ქართულ რეფერატულ ჟურნალში“

www.techinformi.ge (საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი, ინსტიტუტი ტექნიკურმა)

მთავარი რედაქტორი: დავით ჯიქია, თსსუ

სარედაქციო კოლეგია: გ.არაბიძე
ვ.არჩვაძე, თსსუ
ლ.სილოგავა
კ.ფრუიძე

სარედაქციო საბჭო:

დ.აბულაძე	ნ.ლომძე, თსსუ
მ.აბაშვილი (ჩხეიძე)	ლ.მანაგაძე
გ.ახალაძე (რუსეთი)	კ.მარდალაშვილი, თსსუ
ზ.ბახუტაშვილი	ბ.მოსიძე, თსსუ
რ.გრუსნერი (აშშ)	გ.ნემსაძე
გ.დათუაშვილი, თსსუ	ზ.ორჯონიკიძე, თსსუ
ზ.ვადაჭკორია, თსსუ	ა.რეკორდარე (იტალია)
გ.თომაძე, თსსუ (თავმჯდომარე)	მ.ტატიშვილი
ბ.იაშვილი	კ.ქუნთელია, თსსუ
მ.კილაძე, თსსუ	კ.ყიფიანი, თსსუ
დ.კორძაია, თსსუ	ბ.ჩაკვაძე
ი.კობხრიძე, თსსუ	თ.ჩხიკვაძე
ი.კუზანოვი, თსსუ	რ.ხეცურიანი, თსსუ
გ.ლობჯანიძე, თსსუ	შ.ჯაფარიძე, 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 შეუძლება 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 ჟურნალს „გ.ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“ რედაქციას. რედაქცია პასუხს არ აგებს სარეკლამო მასალების შინაარსზე. ჟურნალში გამოქვეყნებული მასალების სრული ან ნაწილობრივი აღწარმოება ან გამრავლება, მეტოდის 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

№2(6)

Peer-reviewed Scientific-Practical Journal

Tbilisi, 2018

GURAM TATISHVILI BULLETIN OF GEORGIA SURGERY

Peer-reviewed Scientific-Practical Journal

Published since 2016, twice a year

The journal is reviewed in Georgian Abstracts Journal

www.techinformi.ge (Institute Techinformi of the Georgian Technical University)

Editor-in-chief: | Jikia D., TSMU

Editorial team: | Arabidze G.
Archvadze V., TSMU
Pruidze K.
Silogava L.

Editorial board:	Abuladze D. Adamec M. (Czech) Akhaladze G. (Russia) Bakhutashvili 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 Recordare A. (Italy) 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 (უკუ)617(051)(479.22)ს-323
ISSN 2449-2221

სარჩევი

რედაქტორის წინასიტყვაობა	6
საერთაშორისო კონფერენცია — „უზგენტული აბდომინური ქირურგია – პრაქტიკიდან გაიდლინამდე“	7
გადაუღებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოების მფუძვეთველი დიპლომატიის და მკურნალობის იერუსალიმის რეკომენდაციები	9
კონფერენციის აბსტრაქტები	39
ჰეპატო-პანკრეატოლუოდენექტომია მარჯვენა მხრივ ჰემიკოლექტომიასთან ერთად ნაღვლის ბუშტის მაღალფორენსირებული ბრტყელუჯრედოვანი ადენოკარცინომის დროს (კლინიკური შემთხვევა) <i>ა.რეკორდარი, რ.პალუმბო, გ.მენეგეტი, მ.რიზო</i>	44
სისტემური წითელი მგლურას ორი შემთხვევა, რომელიც იძლეოდა მფუძვეთველი კლინიკური სურათის <i>გ.თომაძე, ა.მეგრელაძე, გ.აზმაიპარაშვილი, გ.დანელია</i>	52
მუცლის სწორი კუნთისა და მენჯის ღრუს სპონტანური გიგანტური ჰემატომის იშვიათი შემთხვევა <i>ბ.ირემაშვილი, ნ.ლომძე, ლ.რატიაი, გ.ნემსაძე, ლ.ახმეტელი, ლ.საგინაშვილი, ნ.გოგოხია</i>	54
რენოვასკულური დაავადება - თირკმლის არტერიის მფუძვეთველი თრომბოზი (კლინიკური შემთხვევა) <i>ი.ფოფხაძე, ზ.ლოლაძე, ზ.ნონიკაშვილი, ვ.კვაჭახელიძე, თ.ლაზიშვილი</i>	59
მირონცხეული დასტაქარი – ოთარ ბურჯანაძის მოგონება <i>რ.ცხედიანი</i>	62
ერთი წყვილის ისტორია პაციენტის ჩანაწერები <i>მ.ბუწაშვილი</i>	67
ავტორის სამახსოვრო	75

CONTENTS

AUTHOR'S PREAMBLE	6
INTERNATIONAL CONFERENCE — “EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY – FROM PRACTICE TO GUIDELINES”	7
TRANSLATION OF WSES JERUSALEM GUIDELINES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS	9
ABSTRACTS OF CONFERENCE	39
HEPATO-PANCREATIC DUODENECTOMY WITH RIGHT HEMICOCELEMA DURING HIGH-GRADE DIFFERENTIATED SQUAMOUS ADENOCARCINOMA OF THE GALLBLADDER: CLINICAL CASE <i>Recordare A., Palumbo R., Meneghetti G., Rizzo M.</i>	44
TWO CASES OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS MIMICKING ACUTE ABDOMEN <i>Tomadze G., Megreladze A., Azmaiparashvili G., Danelia G.</i>	52
A RARE CASE OF SPONTANEOUS GIANT RECTUS SHEATH AND INTRA PELVIC HEMATOMA <i>Iremashvili B., Lomidze N., Ratiani L., Nemsadze G., Akhmeteli L., Saginashvili L., Gogokhia N.</i>	54
RENOVASCULAR DISEASE- RENAL ARTERY THROMBOSIS <i>Pokhadze I., Loladze Z., NonikaShvili Z., Kvakhajlidze V., Lazishvili T.</i>	59
OTAR BURJANADZE'S MEMOIR <i>Tskhvediani R.</i>	62
THE HISTORY OF ONE COUPLE PATIENT'S NOTES <i>Butsashvili M.</i>	67
AUTHOR'S COMMEMORATIVE	75

რედაქტორის წინასიტყვაობა

„მთავარი სიცოცხლეში – ადამიანებისათვის მუდამ მადლის ქმნაა. თუ არ ძალგის აკეთო დიდი სიკეთე, ეცადე მცირედი მაინც შეძლო.“

„ქირურგისთვის არ უნდა იყოს „შემთხვევა“, მხოლოდ ცოცხალი, გატანჯული ადამიანი.“

წმინდა ლუკა განმანათლებელი (ვალენტინ ფელიქსის ძე ვოინო-იასენიცი)
არქიეპისკოპოსი, ქირურგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი,
ღვთისმეტყველების დოქტორი, სასულიერო მწერალი, ფილოსოფოსი

საქართველოს გრ. მუხაძის ქირურგთა ასოციაცია და გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე წარმოგიდგენთ მორიგ ნომერს.

მოგესხნებათ, მტკიცებითი მედიცინა არის კონკრეტული პაციენტის მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისას თანამედროვე მედიცინის მეტად სანდო გამოცდილების გაცნობიერებული, ეჭვის საფუძველს მოკლებული, მიზნობრივი გამოყენება.

საეჭიშო ტაქტიკა, რომელიც ეფუძნება მტკიცებითი მედიცინის პრინციპებს, გულისხმობს ექიმის საკუთარი წარმოდგენების და სისტემური კვლევების საფუძველზე ჩამოყალიბებული კოლეგების ერთმნიშვნელოვანი გამოცდილების გაერთიანებას.

2018 წლის 20 ოქტომბერს საქართველოს გრიგოლ მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის და გადაუდებელ ქირურგთა მსოფლიო საზოგადოების თაოსნობით და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მხარდაჭერით ჩატარდა საერთაშორისო კონფერენცია ურგენტული აბდომინური ქირურგიის საკითხებზე. კონფერენციაზე წარმოდგენილი და განხილული იყო რამდენიმე მეტად მნიშვნელოვანი, ურგენტულ აბდომინურ ქირურგიაში ყველაზე გავრცელებული ნოზოლოგიების მართვის პრაქტიკული რეკომენდაციები.

„საქართველოს ქირურგიის მაცნე“ დიდ ყურადღებას უთმობს მტკიცებითი მედიცინის პრინციპების დანერგვას ქართულ ქირურგიულ საზოგადოებაში და მსოფლიოს ქირურგთა გამოცდილების და დამკვიდრებული რეკომენდაციების მიწოდებას. მოცემულ ნომერში წარმოდგენილია „გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოების მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის იერუსალიმის რეკომენდაციების“ ორიგინალური ვერსიის სრული თარგმანი. პრაქტიკული რეკომენდაციები 8 ძირითად საკითხად არის დაყოფილი და მნიშვნელოვანი ღირებულების დებულებებითაა წარმოდგენილი. თითოეულ დებულებას გააჩნია მტკიცებულებების მაღალი დონე და რეკომენდაციების ხარისხი.

ამას გარდა, ნომერში წარმოდგენილია რამდენიმე მეტად საინტერესო კლინიკური შემთხვევის აღწერა და განხილვა, რაც მეტად მრავალფეროვანს ხდის წარმოდგენილ ნომერს.

მოგესხნებათ, საქართველოს გრიგოლ მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის სხდომა, რომელიც ჩატარდა 2018 წლის 16 ნოემბერს, მიეძღვნა ბატონი ოთარ ბურჯანაძის ხსოვნას. ნომერში წარმოდგენილია ბატონი როსტომ ცხვედიანის გამოსვლა ამ საღამოზე.

და ბოლოს, უდავოა, რომ „საეჭიშო ხელოვნების“ განუყოფელი ნაწილია ექიმების შემოქმედება, ექიმთა ძიებანი ისტორიაში, ლიტერატურაში, სახვით ხელოვნებაში, ფილოსოფიაში და სხვა მიმართულებით. საკმარისია, გავიხსენოთ რამდენიმე მათგანი: ავიცენა, დანტე ალიგიერი, ფრანსუა რაბლე, არტურ კონან დოილი, ანტონ ჩეხოვი, მიხეილ ბულგაკოვი, ვალენტინ ვოინო-იასენიცი, ჩვენი თანამედროვე ამერიკელი ქირურგი რიჩარდ სელცერი და მრავალი სხვა. რედაქციას აქვს სურვილი განავითაროს რუბრიკა: „სამედიცინო ნოველა“. ნომერში წარმოგიდგენთ, ჩვენი კოლეგის, ექიმ-ინფექციონისტის პროფესორ მაია ბუწაშვილის ორ სამედიცინო ნოველას. იმედს ვიტოვებ, რომ შემდეგ ნომრებში ეს რუბრიკა დაეთმოთ ქირურგთა შემოქმედებასაც.

პატივისცემით,

„გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“
მთავარი რედაქტორი დავით ჯიქია



2018 წლის 20 ოქტომბერს საქართველოს გრიგოლ მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის და გადაუდებელ ქირურგთა მსოფლიო საზოგადოების თაოსნობით და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მხარდაჭერით ჩატარდა საერთაშორისო კონფერენცია ურგენტული აბდომინური ქირურგიის საკითხებზე

საქართველოს გრ. მუხაძის ქირურგთა ასოციაცია
გადაუდებელ ქირურგთა მსოფლიო ასოციაცია
საქართველოს ვისცერული ქირურგიის ასოციაცია
საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

„ურგენტული აბდომინური ქირურგია - პრაქტიკიდან გაიდლაინამდე“

2018 წლის 20 ოქტომბერი

Gr.Mukhadze Georgian Association of Surgeons
World Society of Emergency Surgeons (WSES)
Georgian Association of Visceral Surgery
Georgian Academy of Medical Sciences
Tbilisi State Medical University

“EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY – FROM PRACTICE TO GUIDELINES”

October 20, 2018



ბადრი ვადაჭორიას ფოტო



ჰანს ჯ. შლიტი



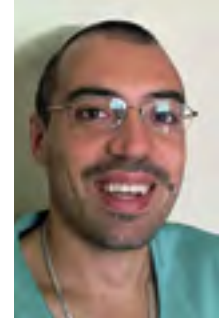
ფაუსტო კატენა



ლუკა ანსალონი



ალფონსო რეკორდარე



ფედერიკო კოკოლინი

პროგრამა

09:00-09:30 რეგისტრაცია (თსუ რექტორატის პირველი სართულის აუდიტორია)

09:30-10:00 კონფერენციის გახსნა

10:00 I პლენარული სესია

თავმჯდომარეები: პროფ. ფაუსტო კატენა, პროფ. ბაადურ მოსიძე, მედ. დოქტორი ალფონსო რეკორდარე

10:00-10:20 მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკის და მართვის რეკომენდაციები

მედიცინის დოქტორი ლუკა ანსალონი (იტალია)

10:20-10:30 თანამომხსენებელი: პროფ. მერაბ კილაძე

10:30-10:45 განხილვა

10:45-11:05 წვრილი ნაწლავის შეზოგულობითი გაუვალობა პროფესორი ფაუსტო კატენა (იტალია)

11:05-11:15 თანამომხსენებელი: პროფ. ბაადურ მოსიძე

11:15-11:30 განხილვა

11:30-11:50 ღია მუცელი

მედიცინის დოქტორი ფედერიკო კოკოლინი (იტალია)

11:50-12:00 თანამომხსენებელი: პროფ. ნოდარ ლომიძე

12:00-12:15 განხილვა

12:15-12:35 ღრმა ვენების თრომბოზის პროფილაქტიკა ქირურგიულ პრაქტიკაში.

პროფ. მამუკა ბოკუჩავა.

12:35-13:15 შესვენება

13:15 II პლენარული სესია

თავმჯდომარეები: ფედერიკო კოკოლინი, ნოდარ ლომიძე, ლუკა ანსალონი

13:15-13:35 მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

მედიცინის დოქტორი ლუკა ანსალონი (იტალია)

13:35-13:45 თანამომხსენებელი: პროფ. გია დათუაშვილი

13:45-14:00 განხილვა

14:00-14:20 ღვიძლის ტრავმული დაზიანებები

პროფ. ჰანს შლიტი (გერმანია)

14:30-14:50 ინტრა აბდომინური ინფექციების დიაგნოსტიკა და მართვა

მედიცინის დოქტორი ალფონსო რეკორდარე (იტალია)

14:50-15:00 თანამომხსენებელი: პროფ. თამაზ ჩხიკვაძე

15:00-15:15 განხილვა

15:15-15:25 აბდომინური ოპერაციების შემდგომი ტკივილის მართვის თანამედროვე სტანდარტები

პროფ. გია თომაძე

AGENDA

09:00-09:30 Registration (Administrative building of Tbilisi State Medical University, 1st floor)

09:30-10:00 Opening ceremony

10:00 I Plenary Session

Chairs: Prof. Fausto Catena, Prof. Baadur Mosidze, Prof. Alfonso Recordare

10:00-10:20 Guidelines for diagnosis and management of acute appendicitis

Luca Ansaloni, World Society of Emergency Surgeons (Italy)

10:20-10:30 Prof. Merab Kiladze, FICS, FACS (Georgia)

10:30-10:45 Discussion

10:45-11:05 Guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction

Fausto Catena, World Society of Emergency Surgeons (Italy)

11:05-11:15 Prof. Baadur Mosidze, FACS (Georgia)

11:15-11:30 Discussion

11:30-11:50 Open Abdomen Guidelines. Presented by

Federico Coccolini, World Society of Emergency Surgeons (Italy)

11:50-12:00 Prof. Nodar Lomidze (Georgia)

12:00-12:15 Discussion

12:15-12:35 Prevention of DVT in Surgery

Prof. Mamuka Bokuchava (Georgia).

12:35-13:15: Lunch

13:15 2nd Plenary Session

Chairs: Federico Coccolini, Nodar Lomidze, Luca Ansaloni

13:15-13:35 Guidelines for diagnosis and management of Acute cholecystitis

Luca Ansaloni World Society of Emergency Surgeons (Italy);

13:35-13:45 Prof. Gia Datuashvili (Georgia);

13:45-14:00 Discussion

14:00-14:20 Management Strategies for Blunt Liver Truma

Prof. Hans J. Schlitt (Germany)

14:20-14:30 Discussion

14:30-14:50 Guidelines for diagnosis and management of Intra Abdominal Infection

Prof. Alfonso Recordare (Italy)

14:50-15:00 Prof. Tamaz Chkhikvadze (Georgia);

15:00-15:15 Discussion

15:15-15:25 Current Standards of Postoperative Abdominal Pain Management

Prof. Gia Tomadze (Georgia)

გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოების მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის იერუსალიმის რეკომენდაციები

TRANSLATION OF WSES JERUSALEM GUIDELINES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS

Salomone Di Saverio^{1*}, Arianna Birindelli², Micheal D. Kelly³, Fausto Catena⁴, Dieter G. Weber⁵, Massimo Sartelli⁶, Michael Sugrue⁷, Mark De Moya⁸, Carlos Augusto Gomes⁹, Aneel Bhangu¹⁰, Ferdinando Agresta¹¹, Ernest E. Moore¹², Kjetil Soreide¹³, Ewen Griffiths¹⁴, Steve De Castro¹⁵, Jeffry Kashuk¹⁶, Yoram Kluger¹⁷, Ari Leppaniemi¹⁸, Luca Ansaloni¹⁹, Manne andersson²⁰, Federico Coccolini¹⁹, Raul Coimbra²¹, Kurinchi S. Gurusamy²², Fabio Cesare Campanile²³, Walter Biffl²⁴, Osvaldo Chiara²⁵, Fred Moore²⁶, Andrew B. Peitzman²⁷, Gustavo P. Fraga²⁸, David Costa²⁹, Ronald V. Maier³⁰, Sandro Rizoli³¹, Zsolt J Balogh³², Cino Bendinelli³², Roberto Cirocchi³³, Valeria Tonini², Alice Piccinini³⁴, Gregorio Tugnoli³⁴, Elio Jovine³⁵, Roberto Persiani³⁶, Antonio Biondi³⁷, Thomas Scalea³⁸, Philip Stahel¹², Rao Ivatury³⁹, George Velmahos⁴⁰ and Roland Andersson²⁰

რეზიუმე მწვავე აპენდიციტი მუცლის მწვავე ტკივილის ერთერთ ყველაზე ხშირი მიზეზია. მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკა რთულია; კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების სხვადასხვა კომბინაცია ლაბორატორიულ მონაცემებთან ერთად გამოიყენება რამდენიმე შეფასების სისტემაში, რომლებიც მოუთხოვენ მწვავე აპენდიციტის ალბათობაზე და შემდგომი მართვის შესაძლო მეთოდებზე. მსოფლიოს მასშტაბით კვლავ საკამათო რჩება გამოსახულებითი კვლევების – ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტური რეზონანსი – როლი მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში, სხვადასხვა ვითარებაში. დღემდე არ გამოქვეყნებულა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკისა და მართვის ყოვლისმომცველი კლინიკური რეკომენდაციები. 2015 წლის ივლისში, WSES მე-3 მსოფლიო კონგრესის დროს, რომელიც ჩატარდა იერუსალიმში (ისრაელი), ექსპერტთა რვა ჯგუფმა, მათ შორის საორგანიზაციო კომიტეტმა, სამეცნიერო კომიტეტმა და სამეცნიერო სამდივნომ, რომლებიც მონაწილეობდნენ კონსენსუსის კონფერენციაში, წარმოადგინეს რამდენიმე დებულება მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკისა და მართვის შესახებ, რომლებიც შემუშავდა წინასწარ დასმული რვა ძირითადი კითხვის საფუძველზე. შემდეგ მოხდა კენჭისყრა თითოეულ დებულებასთან დაკავშირებით, მოხდა შეუთანხმებელი დებულებების მოდიფიცირება და ისინი საბოლოო კენჭისყრით დამტკიცდა კონსენსუსის კონფერენციის მონაწილეებისა და შემდგომ თანააგებთა საბჭოს მიერ. წინამდებარე ნაშრომში შეჯამებულია დასკვნითი რეკომენდაციების დებულებები თითოეულ შემდეგ საკითხზე: 1) კლინიკური ქულებით შეფასების სისტემების სადიაგნოსტიკო ეფექტურობა, 2) გამოსახულებითი კვლევების როლი, 3) გაურთულებელი აპენდიციტის არაოპერაციული მკურნალობა, 4) აპენდექტომიის ვადები და სტაციონარში დაყოვნება, 5) ქირურგიული მკურნალობა, 6) აპენდიციტის ინტრაოპერაციული ხარისხობრივი შეფასების ქულათა სისტემები და მათი კლინიკური სარგებელი, 7) გართულებული აპენდიციტის ქირურგიული მკურნალობა: აბსცესი ან ფლეგმონა, 8) პრე-ოპერაციული და პოსტოპერაციული ანტიბიოტიკები.

Resume Acute appendicitis (AA) is among the most common cause of acute abdominal pain. Diagnosis of AA is challenging; a variable combination of clinical signs and symptoms has been used together with laboratory findings in several scoring systems proposed for suggesting the probability of AA and the possible subsequent management pathway. The role of imaging in the diagnosis of AA is still debated, with variable use of US, CT and MRI in different settings worldwide. Up to date, comprehensive clinical guidelines for diagnosis and management of AA have never been issued. In July 2015, during the 3rd World Congress of the WSES, held in Jerusalem (Israel), a panel of experts including an Organizational Committee and Scientific Committee and Scientific Secretariat, participated to a Consensus Conference where eight panelists presented a number of statements developed for each of the eight main questions about diagnosis and management of AA. The statements were then voted, eventually modified and finally approved by the participants to The Consensus Conference and lately by the board of co-authors. The current paper is reporting the definitive Guidelines Statements on each of the following topics: 1) Diagnostic efficiency of clinical scoring systems, 2) Role of Imaging, 3) Non-operative treatment for uncomplicated appendicitis, 4) Timing of appendectomy and in-hospital delay, 5) Surgical treatment 6) Scoring systems for intra-operative grading of appendicitis and their clinical usefulness 7) Non-surgical treatment for complicated appendicitis: abscess or phlegmon 8) Pre-operative and post-operative antibiotics.

საკვანძო სიტყვები: მწვავე აპენდიციტი, რეკომენდაციები, კონსენსუსის კონფერენცია, ალვარადოს ქულა, აპენდიციტის სადიაგნოსტიკო შკალა, არაოპერაციული მართვა, ანტიბიოტიკები, გაურთულებელი აპენდიციტი, აპენდექტომია, ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია, ფლეგმონა, აპენდიკულარული აბსცესი

Keywords: Acute Appendicitis, Guidelines, Consensus Conference, Alvarado Score, Appendicitis diagnosis score, Non-operative management, Antibiotics, Complicated appendicitis, Appendectomy, Laparoscopic appendectomy, Phlegmon, Appendiceal abscess

საუზმეპელი

მწვავე აპენდიციტი მუცლის მწვავე ტკივილის ხშირი მიზეზია, იგი შეიძლება პროგრესირდეს პერფორაციასა და პერიტონიტამდე, რომლებიც ასოცირებულია მძიმე გართულებებთან და სიკვდილობასთან. სიცოცხლის განმავლობაში აპენდიციტის რისკი მამაკაცებში აღწევს 8.6%-ს, ქალებში კი – 6.7%-ს; თუმცა აპენდექტომიის საჭიროების რისკი გაცილებით დაბალია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში (12% 23%-თან შედარებით), მისი აუცილებლობა ყველაზე ხშირად 10-დან 30 წლამდე ასაკში დგება, მამაკაცების ქალებთან დაახლოებით 1.4:1 თანაფარდობით [1]. მწვავე აპენდიციტის შესახებ მრავალრიცხოვანი კვლევების მიუხედავად გადაუჭრელი რჩება მრავალი საკითხი, ეტიოლოგიისა და მკურნალობის ჩათვლით. მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი არის ანამნეზის, ლაბორატორიულ გამოკვლევებთან ერთად ფიზიკალური კვლევის, დამატებით სელექტიური ფოკუსირებული ვიზუალიზაციის ერთობლიობა. ისინი შესაძლებელია გამოყენებული იყოს შეფასების ქულათა სისტემებთან ერთად. მწვავე აპენდიციტის სარწმუნო პროგნოზისთვის შემოთავაზებულია კლინიკური ქულეების სხვადასხვა სისტემა, თუმცა არცერთი მათგანი არ არის საყოველთაოდ აღიარებული. სადიაგნოსტიკო გამოსახულებითი კვლევები (ულტრაბგერა (უბგ), კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ) ან მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ)) არის, კიდევ ერთი, მნიშვნელოვანი საკამათო საკითხი.

მწვავე აპენდიციტის ქირურგიულმა მკურნალობაში მოხდა პარადიგმის გადანაცვლება ღია აპენდექტომიიდან ლაპაროსკოპული აპენდექტომიისკენ როგორც მოზრდილებში, ასევე პედიატრიულ შემთხვევებში. ბოლო ათწლეულში, გაურთულებელ შემთხვევებში, ქირურგიულ ჩარევის ალტერნატივად მოწოდებული იყო არაოპერაციული მკურნალობა ანტიბიოტიკებით [2], მაშინ როცა არაოპერაციული მკურნალობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა ფლეგმონით ან აბსცესით გართულებული აპენდიციტის მკურნალობაში [3]. კიდევ ერთი, მნიშვნელოვანი საკამათო საკითხი მართვის პროცესში არის აპენდექტომიის ვადები და სტაციონარში დაყოვნების უსაფრთხოება. გარდა ამისა, განიხილება რეკომენდაციები ქირურგიული მკურნალობის ტიპის და პოსტოპერაციული მართვის შესახებ, მათ შორის ანტიბიოტიკოთერაპიის საკითხები.

ამ მიზეზებით გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოებამ (WSES) გადაწყვიტა კონსენსუსის კონფერენციის მოწვევა ამ თემის შესასწავლად და საკუთარი სახელმძღვანელო რეკომენდაციების ჩამოსაყალიბებლად მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ.

ბასალა და მეთოდები: საორგანიზაციო მოდელი

2013 წლის აგვისტოში, გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოების მეორე მსოფლიო კონგრესის საორგანიზაციო საბჭომ, მისი პრეზიდენტის ხელმძღვანელობით, ორგანიზება გაუწია კონსენსუსის კონფერენციას მწვავე აპენდიციტის შესახებ WSES-ის რეკომენდაციების შემუშავების მიზნით. პრეზიდენტმა

საზოგადოების წევრი ექსპერტების წრიდან სამეცნიერო სამდივნოში აირჩია ოთხი წევრი, საორგანიზაციო კომიტეტში – რვა წევრი და სამეცნიერო კომიტეტში – რვა წევრი. შემუშავდა რვა ძირითადი კითხვა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხის ირგვლივ, ლიტერატურის მიზანმიმართული ანალიზის და შემდგომი განხილვისთვის (ცხრილი 1). სამეცნიერო სამდივნოს ხელმძღვანელობით, ამ საკითხების ირგვლივ ბიბლიოგრაფიული საძიებო სამუშაოები ჩატარდა 2015 წლის აპრილამდე, დროის და ენის შეზღუდვის გარეშე. ელექტრონული ძიებისთვის გამოყენებული საკვანძო სიტყვები წარმოდგენილია ცხრილში №1. დამატებით, ლიტერატურის მანუალური ძიებნა ხორციელდებოდა ზემოთხსენებული რვა კითხვის ანალიზში მონაწილე სამუშაო ჯგუფების თითოეული წევრის მიერ. კონსენსუსის კონფერენციის ჩატარებამდე თითოეულ ძირითად კითხვასთან მიმართებაში მომზადდა რამდენიმე დებულება, ასევე მტკიცებულებების დონე (LoE) და რეკომენდაციების ხარისხი (GoR). მტკიცებულებების დონის და რეკომენდაციების ხარისხის შესაფასებლად გამოყენებული იყო 2011 წლის ოქსფორდის კლასიფიკაცია. შემდეგ, წინასწარი დებულებები და მათი მტკიცებულებები განსახილველად წარედგინა კონსენსუსის კონფერენციის ყველა მონაწილეს და WSES-ის საბჭოს წევრებს ელ-ფოსტით, კონფერენციის დაწყებამდე. საჭიროების შემთხვევაში, მოდიფიცირება ხორციელდებოდა უკუკავშირის საფუძველზე.

მწვავე აპენდიციტის კონსენსუსის კონფერენცია გაიმართა იერუსალიმში, ისრაელში, 2015 წლის 6 ივლისს, WSES მე-3 მსოფლიო კონგრესის მსვლელობისას. კონსენსუსის კონფერენციის პირველ ნაწილში, თითოეული ჯგუფის წევრმა (S. Di Savarrio, M.D. Kelly, D. Weber, F. Catena, M. Sugrue, M. Sartelli, M. De Moya, C.A. Gomes) წარმოადგინა ცალკეული დებულება მტკიცებულებების დონესთან, რეკომენდაციების ხარისხთან და თითოეული დებულების დამადასტურებელ ლიტერატურასთან ერთად. შემდეგ თითოეული დებულების დასამტკიცებლად ჩატარდა კენჭისყრა დამსწრე აუდიტორიის მონაწილეობით, „ეთანხმება“ ან „არ ეთანხმება“ საფუძველზე, ხმის მიცემის ელექტრონული სისტემის საშუალებით. შეთანხმების შემთხვევაში პროცენტული მაჩვენებელი დაფიქსირდა დაუყოვნებლივ; 30%-ზე მეტი „არ დათანხმების“ შემთხვევაში დისკუსიის შემდეგ მოხდა დებულების მოდიფიცირება. უფრო მეტიც, ყველა შემთხვევაში, თითოეული დებულების შესახებ დაფიქსირდა კომენტარები. კონსენსუსის კონფერენციის მეორე ნაწილის დაწყებამდე პრეზიდენტმა, საორგანიზაციო კომიტეტის, სამეცნიერო კომიტეტის და სამეცნიერო სამდივნოს წარმომადგენლებმა კონსენსუსის კონფერენციის პირველი სესიის დასკვნების შესაბამისად დებულებებში შეიტანეს ცვლილებები. შემდეგ განახლებული დებულებები კვლავ წარუდგინეს აუდიტორიას. კონსენსუსის კონფერენციის დროს, პირველი სესიის შედეგების საფუძველზე, შემუშავდა მწვავე აპენდიციტის მკურნალობის კომპლექსური ალგორითმი (ნახ. 1) და დასამტკიცებლად ჩატარდა კენჭისყრა. საბოლოო დებულებები, აგრეთვე მათი LoE და GoR, ხელმისაწვდომია დანართში. ყველა

ცხრილი 1. მწვავე აპენდიციტის შესახებ კონსენსუსის კონფერენციის განვითარებისათვის გამოყენებული საკვანძო კითხვები და საკვანძო სიტყვები

საკვანძო კითხვები	საკვანძო სიტყვები
1. კლინიკური სკრინინგული სისტემების სადიაგნოსტიკო ეფექტურობა კლინიკური სკრინინგული სისტემების სადიაგნოსტიკო ეფექტურობა და მათი როლი აპენდიციტზე საექსპლუატაციო პაციენტების მართვაში – შესაძლებელია თუ არა მათზე დაყრდნობა სტრუქტურირებული მართვისას?	დერივაცია ან კლინიკური ან საპროგნოზო ან გადაწყვეტილება და წესი ან ალგორითმი ან ინსტრუმენტი ან მოდელი ან ქულა ან ინდიკატორი ან ვალიდაცია ან კრიტერიუმები და აპენდიციტი
2. გამოსახულებითი კვლევების როლი რუტინული თუ სელექტიური გამოსახულებითი კვლევა? კტ თუ უბგ თუ ორივე? რა თანმიმდევრობით?	დიაგნოზი ან გამოსახულებითი კვლევა და სელექტიური ან რუტინული და ულტრაბგერა ან კომპიუტერული და ტომოგრაფია ან უბგ ან კტ ან მრტ და მოზრდილი ან ბავშვი ან ორსული და აპენდიციტი
3. გაურთულებელი აპენდიციტის არაოპერაციული მკურნალობა. რა არის აპენდიციტის ბუნებრივი ანამნეზი? შეიძლება აპენდიციტის საკითხის გადაწყვეტა მკურნალობის გარეშე? რამდენად ხშირია ის?	გაურთულებელი და აპენდიციტი და პათოგენეზი ან ანტიბიოტიკები ან არაოპერაციული ან კონსერვატიული ან სპონტანური და გადაწყვეტა ან თვითმკურნალობა და მკურნალობა ან მართვა
4. აპენდექტომიის დროითი ჩარჩოები და სტაციონარში დაყოვნება ზრდის თუ არა სტაციონარში დაყოვნება გართულების ან პერფორაციის შემთხვევათა სიხშირეს? არის თუ არა უსაფრთხო აპენდექტომიის გადავადება? აპენდექტომიის დროითი ჩარჩოები	აპენდექტომია და დაყოვნება ან პერფორაცია ან გართულება ან ინდიკატორი ან კრიტერიუმები და აპენდიციტი
5. ქირურგიული მკურნალობა • ღია ოპერაცია თუ ლაპაროსკოპიული? • ლავაჟი თი ჩირქის ასპირაცია? • დრენაჟები? • ტაკვის ლიგირება თუ ინვაგინაცია? • ჭრილობის პირველადი თუ მეორადი დახურვა?	ქირურგია ან ოპერაციული ან ლაპაროსკოპია ან ღია ან მკურნალობა ან მართვა და ხანდაზმული ან თანმხლები დაავადებები ან ჭარბწონიანი ან ბავშვი ან ორსული და გართულებული ან პერფორირებული ან აბსცესი და ლავაჟი ან ასპირაცია ან ამოქაჩვა ან დრენირება ან მეზოაპენდიქსი ან დახურვა ან მონოპოლარული ან ბიპოლარული ან სტეპლერი ან ენდომარკუჟი ან ტაკვი ან ინვაგინაცია ან ლიგირება და აპენდიციტი
6. აპენდიციტის ინტრაოპერაციული ქულათა შეფასების სისტემები და მათი კლინიკური სარგებლობა რა არის აპენდიციტისთვის კლინიკურად მნიშვნელოვანი ჰისტოპათოლოგიური კრიტერიუმები? მცირე ანთებითი ცვლილებები, ადრეული აპენდიციტი, კატარალური აპენდიციტი. გამოყენებული კრიტერიუმები გავლენას იქონიებს ნეგატიური აპენდექტომიის პროპორციაზე, და ასევე დიაგნოსტიკის ეფექტურობის შეფასებაზე.	ინტრაოპერაციული და ხარისხი ან ქულა ან ინდიკატორი ან კრიტერიუმები და ჰისტოპათოლოგია ან მკროსკოპული და დიაგნოზი ან ქირურგი და გამოცდილება და აპენდიციტი
7. გართულებული აპენდიციტის არაოპერაციული მკურნალობა: აბსცესი ან ფლეგმონა პერკუტანული დრენაჟის როლი და დაყოვნებული აპენდექტომია თუ დაუყოვნებელი ოპერაცია.	აბსცესი ან ფლეგმონა და დრენირება ან პერკუტანური ან ინტერვალური და აპენდექტომია და კონსერვატიული ან არაქირურგიული და მკურნალობა ან მართვა და გართულებული და აპენდიციტი
8. პრეოპერაციული და პოსტოპერაციული ანტიბიოტიკები უნდა ჩატარდეს თუ არა პრეოპერაციული პროფილაქტიკა ანტიბიოტიკებით? რომელი ანტიბიოტიკებით? როდის უნდა მიეცეს პოსტოპერაციული ანტიბიოტიკები? რომელი ანტიბიოტიკებით? რა ხანგრძლივობით?	ანტიბიოტიკი ან ანტიმიკრობული ან ინჟექცია ან პროფილაქტიკა ან თერაპია ან მკურნალობა და აპენდექტომია ან ქირურგია და დრო ან დღე ან ინტერვალი ან ხანგრძლივობა და გართულებული ან გაურთულებელი და ინტრავენური ან პერორალური და აპენდიციტი

დებულება წარმოდგენილია ქვემდებარე თავში, რომელიც დაყოფილია რვა კითხვის მიხედვით, შესაბამის განსჯასთან და დამადასტურებელ მტკიცებულებებთან ერთად.

შედეგები

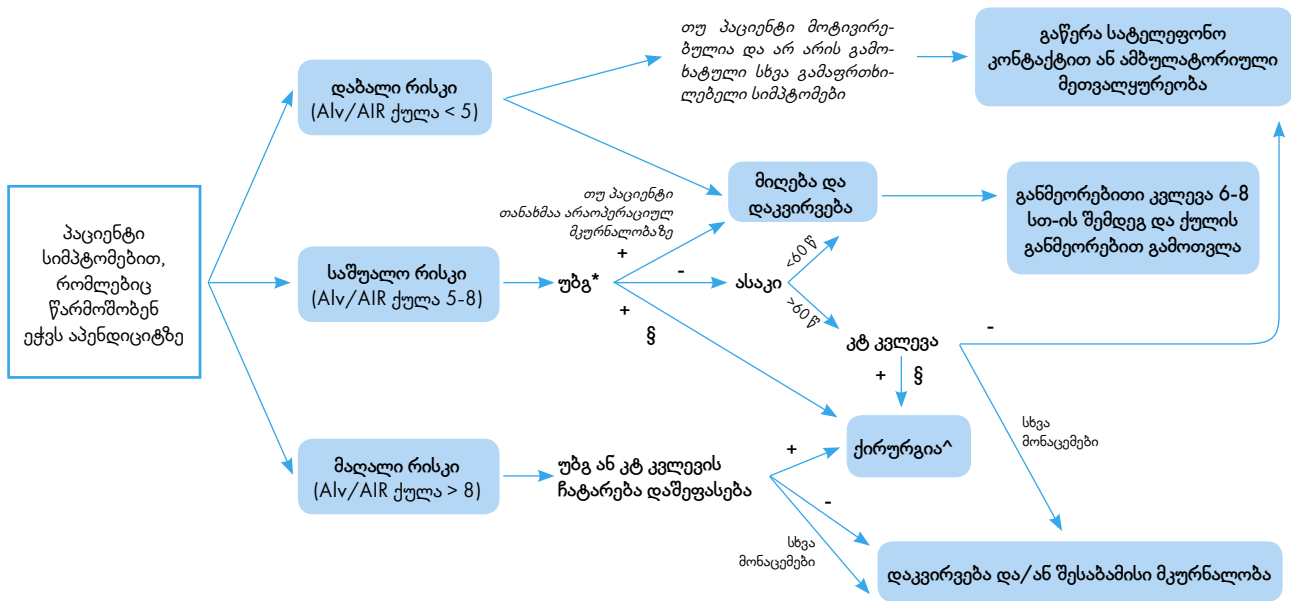
კლინიკური ქულათა სისტემების სადიაგნოსტიკო ეფექტურობა

კლინიკური ქულათა სისტემების სადიაგნოსტიკო ეფექტურობა და მათი როლი საექსპლუატაციო აპენდიციტის

მქონე პაციენტების მართვაში – შეიძლება თუ არა მათი გამოყენება სტრუქტურული მართვისთვის საფუძვლად? (იერუსალიმის კონსენსუსის კონფერენციის სპიკერი დოქტორი დ. გ. ვებერი)

შემუშავებულია მრავალი სადიაგნოსტიკო ქულათა სისტემა, იმის კლინიკური ალბათობის დასადგენად აქვს თუ არა პაციენტს მწვავე აპენდიციტი. ქულათა ეს სისტემები, როგორც წესი, მოიცავს ანამნეზის და ფიზიკულური კვლევის კლინიკურ თავისებურებებს და ასევე, ლაბორატორიულ პარამეტრებს. ყველაზე

სამუშაო 1. მწვავე აპენდიციტზე სამედიცინო პაციენტების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის WSES-ის პრაქტიკული ალგორითმი



* თუ შესაძლებელია გამოიყენეთ უბიძგა და სამსაფეხურიანი უბიძგა-ს სტანდარტული შაბლონები; განიხილეთ კტ კვლევის რუტინული გამოყენება საშუალო რისკის პაციენტებისათვის; განიხილეთ შემდგომი გამოსახულებითი კვლევების (უბიძგა ან კტ) რისკის/სარგებელის გულმოდგინედ შეფასების შემდეგ დაბალი რისკის ჯგუფში.

თუ დაკვირვების და განმეორებითი შეფასების შემდეგ გაუმჯობესება არ არის, განიხილეთ კტ-ს გამოყენების საჭიროება.

§ განიხილეთ არაოპერაციული მდგომარეობის მართვა თანამშრომლებთან და დამკვეთების და მაღალი ანესთეზიოლოგიური რისკის პაციენტებში.

[^] ოპერაცია - გადაუდებელი აპენდექტომია. უბიძგა ან კტ კვლევებით აბსცესის ან ფლევმონის აღმოჩენის შემთხვევაში, განიხილეთ ტრანსკუტანური დრენირება, თუ ხელმისაწვდომია ინტერვენციული რადიოლოგია.

ცხრილი 1. ყველაზე პოპულარული და დამტკიცებული კლინიკური შკალების შედარება მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში

	ალვარადოს შკალა ^ა	AIR შკალა ^ბ	PAS შკალა ^გ	RIPASA შკალა ^დ	AAS შკალა ^ე
ლეზინება		1			
გულისრევა ან ლეზინება	1		1	1	
ანორექსია	1		1	1	
ტკივილი მარჯვენა თეძოს ფოსოში	2	1		0.5	2
ტკივილის მიგრაცია მარჯვენა თეძოს ფოსოსკენ	1		1	0.5	2
როვზინგის ნიშანი				2	
მარჯვენა თეძოს ფოსოს მგრძნობელობა			2	1	
ქალები >50 წ. ასაკის ან მამაკაცები (ნებისმიერი ასაკის)					3
ქალები <50 წ. ასაკის					1
შროტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი ან კუნთების რიგიდობა/დაზოგვა	1			1+2	
მსუბუქი		1			2
საშუალო		2			4
ძლიერი		3			4
სხეულის ტემპერატურა					
> 37.5 °C	1		1		
> 38.5 °C		1			

> 37 – <39 °C				1	
ლეიკოციტების რაოდენობა					
> 10.0 x 10 ⁹ /ლ	2		1	1	
10.0–14.9 x 10 ⁹ /ლ		1			
≥ 15.0 x 10 ⁹ /ლ		2			
≥ .2 და <10.9 x 10 ⁹ /ლ					1
≥ 10.9 და <14.0 x 10 ⁹ /ლ					2
≥ 14.0 x 10 ⁹ /ლ					3
ლეიკოციტოზის გადახრა	1				
პოლიმორფულ-ბირთვიანი ლეიკოციტები					
70–84 %		1			
≥ 75 %			1		
≥ 85 %		2			
≥ 62 % და < 75 %					2
≥ 75 % და < 83 %					3
≥ 83 %					4
CRP (C-რეაქტიული ცილა) კონცენტრაცია					
10–49 მგ/ლ		1			
≥ 50მგ/ლ		2			
სიმპტომები <24 სთ და CRP (C-რეაქტიული ცილა) კონცენტრაცია					
≥ 4 და <11 მგ/ლ					2
≥ 11 და <25 მგ/ლ					3
≥ 25 და <83 მგ/ლ					5
≥ 83 მგ/ლ					1
სიმპტომები >24 სთ და CRP (C-რეაქტიული ცილა) კონცენტრაცია					
≥ 12 და <53 მგ/ლ					2
≥ 53 და <152 მგ/ლ					2
≥ 152 მგ/ლ					1
ტკივილი ხველის/ხტუნვის/პერკუსიის დროს			2		
სქესი					
მამრობითი				1	
მდედრობითი				0.5	
ასაკი					
<40 წელი				1	
≥40 წელი				0.5	
სიმპტომების ხანგრძლივობა					
<48 სთ				1	
>48 სთ				0.5	
ნეგატიური შარდის ანალიზი				1	
მთლიანი ქულა	10	12	10	16.5	23

- a. ალვარადოს შკალა: 0-4 ქულა = აპენდიციტი სავარაუდოდ არ არის, 5-6 ქულა = თანაბარი ალბათობა, 7-8 ქულა = სავარაუდოდ აპენდიციტია, 9-10 ქულა = მაღალი ალბათობით აპენდიციტი
- b. „მწვავე აპენდიციტის პასუხის“ შკალა (AIR): 0-4 ქულა = დაბალი ალბათობა, 5-8 ქულა = განუსაზღვრელი ჯგუფი, 9-12 ქულა = მაღალი ალბათობა [161]
- c. „პედიატრიული აპენდიციტის შკალა“ (PAS): ≥6 = აპენდიციტი, ≤5 = დაკვირვება
- d. „რაჯა ისტერი პენიგირან ანაკ სალუქას აპენდიციტის შკალა“ (RIPASA)
- e. „მოზრდილთა აპენდიციტის შკალა“ (AAS): დაბალი რისკი (0-10 ქულა), შუალედური რისკი (11-15 ქულა), მაღალი რისკი (≥16 ქულა).

პოპულარულია და ვალიდურ მონაცემებს მოიცავს ალვარადოს შეფასების შკალა (ასევე ცნობილია, როგორც MANTRELS შკალა) [4], „აპენდიციტის პედიატრიული შკალა“ (PAS) [5], „აპენდიციტის ანთებითი პასუხის შკალა“ (AIR) [6], „რაჯა ისტერი პენგირან ანაკ სალექის აპენდიციტის შკალა (RIPASA – Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis score) [7] და, ბოლო დროს მოწოდებული „მოზრდილთა აპენდიციტის შკალა“ (AAS) [8]. ამ კლინიკურ შკალების შედარება მოცემულია მე-2 ცხრილში. დღესდღეობით, კლინიკურ სიტუაციებში, ყველაზე ხშირად გამოიყენება ალვარადოს და AIR შკალები. პირველადი მონაცემები, რომელთა საფუძველზეც შექმნილია შეფასების ეს შკალები, ძირითადად მიღებულია რეტროსპექტული და პროსპექტული ჯვარედინ-სექციური კვლევებიდან და წარმოადგენს მეორე ან მესამე დონის მტკიცებულებებს.

ბოლო პერიოდში იყო მცდელობა, გამოსახულებითი კვლევების შედეგები გამოყენებულიყო სადიაგნოსტიკო ქულათა სისტემებში. Atema et al. [9] აღწერეს სისტემა, რომელიც წარმატებით განასხვავებს გართულებულ მწვავე აპენდიციტს გაურთულებელისაგან, 94.7%-იანი უარყოფითი საპროგნოზო მაჩვენებელით (გართულებული დაავადების მქონე პაციენტების სწორად იდენტიფიკაციით). სადიაგნოსტიკო ქულათა სისტემა, რომელიც აერთიანებს გამოსახულებით კვლევებსა და მწვავე აპენდიციტის პირველად კლინიკურ დიაგნოზს ჯერ არ არის შემუშავებული [10].

ალვარადოს შკალაარის ყველაზე კარგად შესწავლილი შეფასების სისტემა (თუმცა ამ განაცხადზე მოქმედებს დრო; ალვარადოს შკალა გამოიყენება გაცილებით უფრო დიდი ხანია, ვიდრე ზოგიერთი ახალი სისტემა, მაგ. AAS). მისი ვალიდურობა შეჯამებულია ბოლო პერიოდის მეტა-ანალიზით [11], რომელიც მოიცავდა 5960 პაციენტს 29 კვლევაში. Ohle et al. თანახმად, შეფასების სისტემის ეფექტურობა დამოკიდებულია ზღვრულ მნიშვნელობაზე: კლინიკური ზღვრული ქულა თუ ხუთზე ნაკლებია – „გამორიცხავს“ აპენდიციტს 99%-იანი სენსიტიურობით (95% სანდოობის ინტერვალით 97-99%) და 43% სპეციფიკურობით (36 – 51%), თუ ზღვრული ქულა შვიდზე ნაკლებია სენსიტიურობა არის 82% (76 – 86%) და სპეციფიკურობა 81% (76-85%), რაც სავარაუდოდ არასაკმარისია, რომ დადასტუროს ან გამორიცხოს ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობა. ცალკეული ვალიდური კვლევები ზოგჯერ აფიქსირებენ უფრო დაბალ სენსიტიურობას და ეჭვქვეშ აყენებენ ალვარადოს შკალის შესაძლებლობას, რომ იგი საიმედოდ გამორიცხავს აპენდიციტს ხუთზე ნაკლები ზღვრული ქულისას [12, 13]. თუმცა ამ ეჭვებს არ ამართლებს არსებული მონაცემების გაერთიანებული მეტა-ანალიზი [11].

„აპენდიციტის ანთებითი პასუხის“ (AIR) შკალა შემოთავაზებულია 2008 წელს ანდერსონის [6] მიერ და ეფუძნება 8 ცვლადს, C-რეაქტიული ცილის (CRP) ჩათვლით. AIR შკალამ ალვარადოს შკალასთან შედარებით აჩვენა უკეთესი გარჩევადობის შესაძლებლობა ROC-მრუდის არეალში 0.97 – 0.92-თან შედარებით, პროგრესირებადი აპენდიციტისათვის ($p = 0.0027$) და 0.93 – 0.88-თან შედარებით, ყველა

აპენდიციტისთვის ($p = 0.0007$). ამ შკალის მიხედვით იდენტიფიცირებული იყო ორი ზღვრული წერტილი სამი სადიაგნოსტიკო ტესტ-ზონის მისაღებად: ქულა <4 (დაბალი ალბათობა) აპენდიციტისთვის აქვს მაღალი სენსიტიურობა (0.96) და შეიძლება გამოყენებული იყოს აპენდიციტის გამოსარიცხად; ქულა ხუთსა და რვას შორის განსაზღვრავს საშუალო ალბათობის პაციენტებს, რომლებიც საჭიროებენ დაკვირვებას და შემდგომ გამოკვლევებს; >8 -ზე ქულას (მაღალი ალბათობა) აპენდიციტისთვის მაღალი სპეციფიკურობა (0.99) აქვს და შეიძლება გამოყენებული იყოს აპენდიციტის დიაგნოზის დასადაგნად. AIR შკალის ვალიდურობა დადასტურდა გარედანაც (ROC AIR 0.96 ალვარადოსთან 0.82-თან შედარებით, $p < 0.001$) [14], განსაკუთრებით მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში, სადაც აღინიშნა უფრო მაღალი სპეციფიკურობა და პოზიტიური საპროგნოზო მნიშვნელობა ალვარადოს ქულასთან შედარებით (97% – 76%-თან, $p < 0.05$ და 88% – 65%-თან, $p < 0.05$, შესაბამისად) [15]. AIR შკალამ გამოავლინა სარგებელი ჰოსპიტალიზაციის გადაწყვეტილების მიღებისას, სადიაგნოსტიკო გამოსახულებითი კვლევების გამოყენების ოპტიმიზაციასთან და ნეგატიური კვლევების თავიდან აცილებასთან დაკავშირებით [16].

სადიაგნოსტიკო შეფასების სისტემები განსხვავებულია მუშაობს ზრდასრულ და პედიატრიულ პაციენტებში. ფაქტურად, პრაქტიკულ დონეზე, ზოგიერთი საპროგნოზო ცვლადის გამოყენება შეიძლება იყოს რთული (მაგ., ჩვილ ბავშვებში მიგრაციული ტკივილის აღწერა). პედიატრიული პაციენტის განმარტება არ იყო სტანდარტიზებული კვლევებში ან მკაფიოდ განსაზღვრული მეტა-ანალიზში. კიდევ ერთ სისტემურ მიმოხილვაში შედარებულია ალვარადოს შკალა „აპენდიციტის პედიატრიულ შკალასთან“, პირველი მათგანის სასარგებლოდ [17].

სხვადასხვა დერივაციისა და ვალიდაციის კვლევებში, რომლებიც შეისწავლიდნენ სხვადასხვა სადიაგნოსტიკო ქულათა სისტემას, პრობლემად მიიჩნეოდნენ სხვადასხვა მეთოდოლოგიურ ნაკლოვანებებს. პირველ რიგში, ხშირია საპროგნოზო ცვლადების არასაკმარისი განმარტება, პრედიქტული ცვლადების აღწარმოების შეფასების არარსებობა [18], დაბრმავების არარსებობა და არასაკმარისი ხარისხი [19]. მეორეც, რაც შეეხება მონაწილეებს, ეს კვლევები ხშირად მოიცავდა მხოლოდ იმ პაციენტებს, ვისაც შემდგომ გაუკეთდა აპენდექტომია და ამ მიზეზით პოტენციურად მცირდებოდა ცნობები ცრუ ნეგატივებზე. ასეთი კვლევები ნაკლებ სანდოა, რადგან შკალა გამოყენებული უნდა იყოს აპენდიციტზე საეჭვო პაციენტებში, ყველა სხვა სადიაგნოსტიკო კვლევების ან სელექციის ჩატარებამდე. მესამეც, არსებობს დიდი ცვალებადობა საკვლევი პოპულაციების აპენდიციტის დონეში (დიაპაზონით, დაახლოებით, 10-80%); დაავადების სიმძიმის მაღალი მაჩვენებლის კვლევებმა უნდა აჩვენონ სადიაგნოსტიკო ქულათა სისტემების უფრო მაღალი სპეციფიკურობა. სამწუხაროდ, ამ მრავალი ფაქტორის გამო, სადიაგნოსტიკო კვლევები, რომლებიც გამოიყენება აღწერილი სადიაგნოსტიკო შკალების მისაღებად და შესაფასებლად, ხასიათდები-

ბა მნიშვნელოვანი არაერთგვაროვნებით. ეს პეტეროგენულობა, განსხვავება სამკურნალო სისტემებში და ფუნდამენტური დემოგრაფიული განსხვავებები სამკურნალო კოჰორტებში, ექვექვემდებარება ამ კლინიკური კვლევების პირდაპირ გამოყენებას სხვა კლინიკურ შემთხვევებში.

არ არსებობს მონაცემები, რომ გამოქვეყნებული სადიაგნოსტიკო შკალები აუმჯობესებს კლინიკურ გამოსავლის მაჩვენებლებს (მაგ., სტაციონარში დაყოვნება, პერფორაციის სიხშირე, ნეგატიური აპენდექტომიების რაოდენობა).

არ ჩატარებულა მწვავე აპენდიციტის კლინიკური დიაგნოზის სადიაგნოსტიკო შეფასების სისტემების გამოყენების ღირებულებითი ანალიზი.

სადიაგნოსტიკო შკალების სენსიტიურობა და სპეციფიურობა უკუპროპორციულ კავშირშია. სპეციფიურობის ხარჯზე ქულათა სისტემაში შეიძლება შეიძლება განისაზღვროს საკმარისად სენსიტიური ზღვრული ქულა დაავადების გამოსარიცხად (მაგ. ალვარადოს ქულა <5). თუმცა, არცერთ თანამედროვე სადიაგნოსტიკო შკალას არ შეუძლია მიაღწიოს საკმარის სპეციფიურობას, რათა აბსოლუტურად სარწმუნოდ დაედასტუროთ, რომელ პაციენტს ესაჭიროება აპენდექტომია.

დებულება 1.1. ალვარადოს შკალა (ზღვრული ქულით <5) საკმარისად სენსიტიურია, რომ გამოირიცხოს მწვავე აპენდიციტი [EL 1, GoR A].

დებულება 1.2. ალვარადოს შკალა არ არის საკმარისად სპეციფიკური მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დასადასტურებლად [EL 1, GoR A].

დებულება 1.3. იდეალური (მაღალი სენსიტიურობა და სპეციფიურობა), კლინიკურად გამოყენებადი, სადიაგნოსტიკო შკალა/კლინიკური წესი ჯერაც არ არსებობს. ეს მომავალი კვლევის არეალად რჩება [EL 1, GoR B].

რა ღირებულებისაა კლინიკური და ლაბორატორიული კვლევების შედეგები აპენდიციტზე საექსპო პაციენტებში?

გადაწყვეტილება ჩაუტარდეს აპენდიციტზე საექსპო პაციენტს დამატებითი გამოსახულებითი კვლევები, ძირითადად, ეფუძნება პაციენტის ჩივილებს, ფიზიკალური კვლევის მონაცემებთან ერთად. თუმცა კლინიკურად, ჩივილები იშვიათად არის ტიპური და ხშირია სადიაგნოსტიკო შეცდომები. ხაზი უნდა გაესვას, რომ გულმოდგინე კლინიკური შეფასება დიაგნოსტიკის განუყოფელი ნაწილია, შეკრებილ კლინიკურ ინფორმაციასა და დამატებით ლაბორატორიულ კვლევებთან ერთად. ანდერსონის მიმოხილვამ [20] წარმოაჩინა, რომ ანამნეზის და კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევების თითოეულ ელემენტს აქვს სუსტი განმასხვავებელი და საპროგნოზო შესაძლებლობა. თუმცა, კლინიკური დიაგნოზი წარმოადგენს ყველა წყაროდან მიღებული ინფორმაციის სინთეზს და მაღალი განმასხვავებელი და საპროგნოზო ხარისხი მიიღწევა ცვლადების კომბინაციაში შედარებითი მნიშვნელობების ზუსტი შეფასებით. თუ ლაბორატორიულად ვლინდება ანთების ორი ან მეტი მაჩვენებლის ნორმალური მნიშვნელობები,

აპენდიციტი ნაკლებად სავარაუდოა. პირიქით, მაღალი ალბათობით აპენდიციტია, თუ ანთების ორი ან მეტი მაჩვენებლის მნიშვნელობები მომატებულია [21].

ანთებითი რეაქციის ლაბორატორიული ტესტები, პერიტონეუმის გალიზიანების და ტკივილის მიგრაციის კლინიკური აღწერილობა არის ყველაზე ძლიერი დისკრიმინატორები და უნდა იყოს ჩართული აპენდიციტზე საექსპო პაციენტების სადიაგნოსტიკო შეფასებაში.

გამოსახულებითი კვლევების როლი

რომელია გამოსახულებითი კვლევების ოპტიმალური მეთოდი მწვავე აპენდიციტზე საექსპო პაციენტებისათვის? რუტინული თუ სელექციური გამოსახულებითი კვლევები? კტ თუ უბგ თუ ორივე? რა თანმიმდევრობით? (სპიკერი იერუსალიმის კონფერენციაზე დოქტორი მ. სუგრუე)

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი დგინდება კლინიკური ანამნეზისა და ფიზიკალური გამოკვლევის საშუალებით, ტიპური სიმპტომები და ლაბორატორიული მონაცემები შეიძლება არ აღინიშნებოდეს პაციენტების 20-33%-ში და, თუ ისინი არსებობენ, შეიძლება იყოს სხვა მდგომარეობების მსგავსი, განსაკუთრებით ადრეულ ეტაპზე [22, 23]; დიაგნოსტიკა, შეიძლება, განსაკუთრებით რთული იყოს ბავშვებში, ხანდაზმულ პაციენტებში, ორსულ და შევიწროვების ასაკის ქალებში.

მიუხედავად იმისა, რომ რამდენიმე წინა კვლევამ გამოავლინა დისკრიმინანტული ფაქტორები მწვავე აპენდიციტისა და მენჯის ანთებითი დაავადებების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში შევიწროვების ასაკის ქალებში [24-29], გამოსახულებითი ტექნოლოგიები, როგორებიცაა უბგ, კტ ან მრტ შეიძლება საჭირო გახდეს ნეგატიური აპენდექტომიის სიხშირის შესამცირებლად, ამჟამად არსებული მტკიცებულების დაბალი დონით. [30, 31]. ზოგჯერ გარკვეული როლი ენიჭება სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპიას, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ქალ პაციენტებში [32].

50 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში დივერტიკულოზი უკიდურესად გავრცელებულია აშშ-სა და ევროპაში (მოსახლეობის დაახლოებით 8.5%) [33]. მარჯვენამხრივი დივერტიკული უფრო ხშირად გვხვდება ახალგაზრდა პაციენტებში, ვიდრე მარცხენამხრივი დივერტიკული, და რადგანაც პაციენტები არიან ახალგაზრდები და უჩივიან ტკივილს მარჯვენა ქვედა კვადრანტში, ხშირად ფიქრობენ, რომ მათ აქვთ მწვავე აპენდიციტი; ძნელია სოლიტარული ბრმა ნაწლავის დივერტიკულოზის დიფერენცირება მწვავე აპენდიციტისგან. ბრმა ნაწლავის დივერტიკულოზის მქონე პაციენტების 70%-ზე მეტს ჩაუტარდა ოპერაცია წინასაოპერაციო დიაგნოზით მწვავე აპენდიციტი. ამას გარდა, სელექციური ფოკუსირებული გამოსახულებითი კვლევა შეიძლება გამოყენებული იყოს დადებითი აპენდექტომიის რიცხვის მატებისათვის და იგი მიზნად ისახავს დახმარებას ალტერნატიული დაავადებების დიაგნოსტიკაში, რომლებიც შეიძლება არ საჭიროებდნენ ოპერაციას (მაგ. ბადექონის ინფარქტი, ბრმა ნაწლავის სოლიტარული დივერტიკული და

აპენდიქსის ბადექონის შემოგრება). მიუხედავად ამისა, დიაგნოსტიკის დაყოვნება 24 საათზე მეტი დროით ზრდის პერფორაციის რისკს [34].

ვიზუალიზაციის სტრატეგიის არჩევის რეკომენდაციას მნიშვნელოვანია პაციენტის ასაკი და პოტენციური დასხივების ზემოქმედება. მიუხედავად იმისა, რომ საჭიროა რისკი-სარგებელის თანაფარდობის ბალანსის გულმოდგინე შეფასება, განსაკუთრებით ახალგაზრდა პაციენტებსა და რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, აღმოჩნდა, რომ კომპიუტერული ტომოგრაფიის რუტინული გამოყენება კავშირშია აპენდექტომიის უფრო დაბალ სიხშირესთან [35]. უფრო მეტიც, არსებობს სულ უფრო მეტი მტკიცებულება, რომ მწვავე აპენდიციტის სპონტანური განკურნება ხშირია, და გამოსახულებითმა კვლევამ შეიძლება განაპირობოს ამ მდგომარეობის კეთილთვისებიანი ფორმების უფრო მეტად გამოვლენა [36].

კტ-ის ბავშვებში გამოყენების სიხშირის მატებისა და დასხივებაზე დაფუძნებული გამოსახულებითი კვლევების პრობლემების გამო, „კიბოს ეროვნული ინსტიტუტი“ და „ამერიკის პედიატრიული ქირურგიული ასოციაცია“ იძლევა არასხივური გამოსახულებითი კვლევების გამოყენების რეკომენდაციას, როგორცაა უბგ, როცა ეს შესაძლებელია [37]. ამჟამად, ჩრდილოეთ ამერიკაში იმ ბავშვების 50%-ზე მეტს, რომლებსაც გაუკეთდათ აპენდექტომია, ჩაუტარდათ რადიაციაზე ბაზირებული გამოსახულებითი კვლევა [38]. ეს მაჩვენებელი ძალიან მაღალია [39] და რისკზე დაფუძნებული შესაბამისი მიდგომა სენსიტიურია, განსაკუთრებით ბავშვებში. პაციენტების უნივერსალური ვიზუალიზაცია კტ-ით, რესურსების ხარჯვის გარდა, არ არის ჯანმრთელობის რისკს მოკლებული. დადგინდა, რომ უნივერსალური ვიზუალიზაციის სარგებელმა 12 არასასურველი აპენდექტომიის თავიდან აცილების მიზნით შეიძლება გამოიწვიოს ერთი დამატებითი სიკვდილი სიმსივნის გამო [40].

აპენდიციტზე საექსო ორსულ ქალებში დადებითი უბგ არ საჭიროებს შემდგომ დამადასტურებელ ტესტს. თუმცა, აპენდიქსის უბგ-ს არაეფექტურობისას რეკომენდებულია მრტ, მაღალი სადიაგნოსტიკო მაჩვენებლისა და სიზუსტის გამო [41-43].

ამ რესურსის ხელმისაწვდომობის სიტუაციებში, მრტ ასევე შეიძლება ჩაითვალოს პედიატრიული აპენდიციტის ვიზუალიზაციის საშუალებად, რადგანაც ის არის არასხივური გამოსახულებითი კვლევა და პოტენციურად ღირებულია ნეგატიური ულტრაბგერითი შედეგის დროს.

გამოსახულებითი კვლევა არსებითად მნიშვნელოვანია აპენდიციტის შედეგების ოპტიმიზაციისთვის, არა მხოლოდ როგორც ადრეული სადიაგნოსტიკო დამხმარე საშუალება, არამედ ნეგატიური აპენდექტომიის სიხშირის პოტენციურად შემამცირებელიც. შესაბამისი გამოსახულებითი კვლევების, ანამნეზის, ფიზიკალური გამოკვლევის და ლაბორატორიული ტესტების კომბინაცია ამ საკითხში ძალიან მნიშვნელოვანია [8, 19, 44-49].

ინოვაციური შკალების გამოყენებით კლინიკურ და ვიზუალიზაციურ მონაცემებთან ერთად, პაციენტების 95%-ს სწორად დაუდგინდათ გაურთულებელი

აპენდიციტის დიაგნოზი [9]. სორეიდმა, ბოლო პერიოდში, PubMed-ში ჩატარებული ძიებისას ტერმინ „აპენდიციტის“ ქვეშ აღმოაჩინა 20 000-ზე მეტი სტატია, მაგრამ მათ შორის რამდენიმე – რანდომიზებული კვლევა, განსაკუთრებით, გამოსახულებითი კვლევების კუთხით, რომელთა შედეგი გამოხატული იყო მტკიცებულების ცვლადი დონით [50]. ფართო ვარიაცია ვიზუალიზაციურ მაჩვენებლებში, დაბალია, მაგ., კტ-ს ჩატარების სიხშირე დიდ ბრიტანეთში – 12%, აშშ-ში კი – 95%, რაც მიუთითებს პრაქტიკული გაიდლაინების საჭიროებაზე [51]. ავსტრალიელი პაციენტების მხოლოდ 25%-ს ჩაუტარდა გამოსახულებითი კვლევა [52].

ქირურგს აქვს პასუხისმგებლობა, წარმართოს თითოეული შემთხვევა საუკეთესოდ, სამი შესაძლებლობის ფარგლებში: საავადმყოფოდან გაწერა, ჰოსპიტალიზაცია დაკვირვების მიზნით, ქირურგიული მკურნალობა. პაციენტის ინდივიდუალურად მართვის მხრივ მნიშვნელოვანია აპენდიციტის ალბათობის შეფასება გამოსახულებითი კვლევების წინ: დაბალი რისკის მქონე პაციენტები შეიძლება გაწერონ შესაბამისი უსაფრთხოების გეგმით, მაღალი რისკის პაციენტებს კი სავარაუდოდ დასჭირდებათ უფრო მაღალი ხარისხის ადრეული შეფასება დროული ქირურგიული ჩარევის მიზნით და არა სადიაგნოსტიკო ვიზუალიზაცია [16]. ვიზუალიზაციის დაგეგმვისათვის შეიძლება გამოყენებული იყოს შკალები [49, 53].

ჰოსპიტალიზებულ, დაბალი რისკის პაციენტებში, ვის შემთხვევაშიც განიხილება ოპერაცია, აპენდიციტი შესაძლებელია დადგინდეს ან გამოირიცხოს მუცლის ღრუს კტ-ით.

ზოგადად, უარყოფითი კტ საშუალებას იძლევა, პაციენტი გაეწეროს შესაბამისი ხანმოკლე ამბულატორიული დაკვირვების შემდეგ. [16].

საშუალო რისკის კლასიფიკაცია განსაზღვრავს პაციენტებს, რომლებსაც სავარაუდოდ შეუძლიათ ისარგებლონ დაკვირვებით და სისტემური სადიაგნოსტიკო ვიზუალიზაციით. საშუალო რისკის ჯგუფში მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა იქნება პირველი რიგის გამოსახულებითი კვლევა. დადებითი ულტრაბგერითი სურათის შედეგად ჩატარდება აპენდექტომია და ნეგატიური ტესტის შემთხვევაში კი – კტ ან შემდგომი კლინიკური დაკვირვება. პირობითი კტ სტრატეგია, სადაც კტ ტარდება უარყოფითი უბგ-ს შემდეგ, ამცირებს კომპიუტერული ტომოგრაფიების რაოდენობას 50%-ით და შესაბამისად განსაზღვრავს იმდენივე რაოდენობის აპენდიციტიან პაციენტს, რამდენსაც დაუყოვნებელი კტ სტრატეგია. თუმცა, რუტინული კტ ვიზუალიზაცია უფრო მეტ ცრუ დადებით შემთხვევას იძლევა [9, 54]. ზოგადად სენსიტიურობა და სპეციფიურობა უბგ-სა და კტ-სთვის არის 58-76, 95 და 99, 84%, შესაბამისად [9, 55]. სერიული უბგ-ს ჩატარებამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიზუსტე და შეამციროს ჩატარებული კომპიუტერული ტომოგრაფიების რაოდენობა. [56].

ქულებით მაღალი რისკის მქონე პაციენტებს შეიძლება არ დასჭირდეთ გამოსახულებითი კვლევა გარკვეული სიტუაციებში, თუმცა დასავლეთის ქვეყნებში, ასეთ პაციენტებში, უბგ ან კტ ოპერაციამდე რუტინულად ტარდება [16].

ულტრაბგერითი კვლევის პროტოკოლის სტანდარტული ფორმების არსებობამ შესაძლოა გაზარდოს სიზუსტე [40]. სენსიტიურობისა და სპეციფიურობის ოპტიმიზაციისთვის სამსაფეხურიანი თანმიმდევრული პოზიციონირება ან საწოლში ეტაპობრივი ზეწოლა შეიძლება სასარგებლო იყოს [55], რადიოლოგიური განყოფილებისგან განსხვავებით. უბგ-ს გამოყენებას არ აქვს 1/2 დონის მტკიცებულება [57], ინტრავენური კონტრასტის რუტინულ გამოყენებას კტ-ის სიზუსტის გასაძლიერებლად [58] და არც დოზის შემცირების ტექნიკების როლი ნათელი არ არის.

შედეგები, რომლებიც მიუთითებს აპენდიციტზე, არის: კედლის გასქელება, არაკუმშვადი სანათური, რ მმ-ზე მეტი დიამეტრი, სანათურში გაზები არარსებობა, აპენდიკოლითები, ჰიპერექოგენული პერიაპენდიკულარული ცხიმი, სითხის გროვა, რაც შეესაბამება აბსცესს, ლოკალური დილატაცია და ჰიპოპერისტალტიკა, თავისუფალი სითხე და ლიმფადენოპათია [40]. როგორც ჩანს, ყველაზე სენსიტიური ნიშანია არაკუმშვადი აპენდიქსი, რომელიც დიამეტრით 6 მმ-ზე მეტია (98%-მდე სენსიტიურობა), თუმცა ზოგიერთ ცენტრში იყენებენ 7 მმ-ს, სპეციფიურობის გასაზრდელად [59]. ზემოთქმულიდან ჩანს, რომ ულტრაბგერა ჩამორჩება კტ-ს სენსიტიურობით და მისი უარყოფითი საპროგნოზო მნიშვნელობით აპენდიციტისთვის და შეიძლება არ იყოს სასარგებლო აპენდიციტის გამოსარიცხად [60]. მით უფრო, თუ აპენდიქსი არ ყოფილა საერთოდ ვიზუალიზებული. ასევე, ცრუ ნეგატივები უფრო სავარაუდოა იმ პაციენტებში, ვისაც აქვს აპენდიქსის რუპტურა. გასაკვირია, მაგრამ მაღალი BMI-ს პოტენციური გვერდითი ეფექტი უბგ-ს სიზუსტეზე ნათელი არ არის [61].

მრტ უბგ-ს ანალოგიურობა კტ-ს გამოყენებასთან შედარებით პერფორირებული აპენდიციტის იდენტიფიცირებაში. თუმცა, ორივე სტრატეგიით, არასწორად ხდება დაახლოებით ნახევარი პერფორირებული აპენდიციტის, როგორც მარტივი აპენდიციტის, მქონე პაციენტების იდენტიფიცირება [62]. ქულათა სისტემები ხელს უწყობს კატეგორიზაციას, აპენდიციტი მარტივია თუ რთული, და გვაჩვენებს, რომ ვიზუალიზაცია ვერ ჩაანაცვლებს კლინიკურ გამოკვლევას. და ბოლოს, გამოსახულებითი კვლევა შეიძლება ჩატარებულია არა რადიოლოგების მიერ, რადიოლოგიური განყოფილებების მიღმა შედეგები ვარიანტურია [63].

აპენდიციტის დიაგნოსტიკის შესახებ აშშ-სა და ევროკავშირის შეხედულებების შედარება

ამერიკის შეერთებულ შტატებში მწვავე აპენდიციტი იშვიათად დიაგნოსტირდება ანამნეზით/ფიზიკალური გამოკვლევით. სამწუხაროდ, ამ პაციენტთა უმეტესი ნაწილი აშშ-ში გასინჯულია გადაუდებელი მიმღების ექიმების მიერ და კვლევები შეკვეთილია ქირურგის გამოძახებამდე. მოზრდილებში, იშვიათად, რომ არ იყოს ჩატარებული კტ, გამზდარი მამაკაცების გარდა (ასევე იშვიათია აშშ-ში). ულტრაბგერითი გამოკვლევა ბავშვებში თითქმის ყოველთვის ტარდება. აშშ-ში,

ლოჯისტიკური და იურიდიული საკითხები, სამწუხაროდ, გავლენას ახდენენ გადაწყვეტილების მიღებაზე.

ევროკავშირის ქვეყნებსა და აშშ-ს ჯანდაცვის, ჯანდაცვის ტექნოლოგიების და სტანდარტებისადმი მსგავსი მიდგომების მიუხედავად, ისინი ძალიან განსხვავებული ჯანდაცვის სისტემებია, თავისებური განსხვავებებით აპენდიციტის მართვის სტრატეგიებში. ერთერთი ასპექტი, რომელიც ხაზს უსვამს ამას, არის ოპერაციის წინა ვიზუალიზაციის სადიაგნოსტიკო სტრატეგია. ევროკავშირში მხოლოდ პაციენტების დაახლოებით 12,9%-ს უტარდება ოპერაციის წინა კტ კვლევა [51]; რომელიც, როგორც წესი, შემონახულია ხანდაზმული პაციენტებისთვის, სადაც შეიძლება იყოს კიბო, ან ატიპური ან დაგვიანებული ნიშნების არსებობისას ან იმ პირთათვის, ვისაც აქვს საეჭვო აპენდიკულარული მასები ან აბსცესები. ახალგაზრდა მამაკაცები, ტიპური ანამნეზით და გამოკვლევის შედეგებით, იგზავნიან პირდაპირ საოპერაციოში, ყოველგვარი გამოსახულებითი კვლევის გარეშე. ქალებს უტარდებათ მუცლის ღრუს და მენჯის ულტრაბგერა და გაურკვევლობისას კი – ლაპაროსკოპია. ალბათ ამ სტრატეგიის გამო, ბრიტანეთში ნეგატიური აპენდექტომიის მაჩვენებელი დაახლოებით 20%-ია [64]; ეს აშშ-სგან განსხვავებულია. მაგალითად, 3540 აპენდექტომიის ფორმის ანალიზმა „ქირურგიული მკურნალობისა და შედეგების შეფასების პროგრამაში“ (SCOAP) ვაშინგტონის შტატში დაადასტურა, რომ პაციენტების 86%-ს ჩაუტარდა ოპერაციისწინა ვიზუალიზაცია და აქედან 91%-ს ჩაუტარდა კტ [65]. გარდა ამისა, დიდი ბრიტანეთში, აპენდექტომია მიღებულია, როგორც სასწავლო ოპერაცია, რომელსაც უპირატესად მიმღების ექიმები ატარებენ დამოუკიდებლად. ბრიტანეთის ბოლო აუდიტით, 2867 აპენდექტომიიდან 87% ჩატარდა რეზიდენტების მიერ და 72% ჩატარდა მეთვალყურეობის გარეშე [66].

ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია კი კეთდება, განსაკუთრებით, დიდ განყოფილებებში, დღისით როცა კონსულტანტი იმყოფება საოპერაციოში, მაგრამ საერთო ჯამში შემთხვევების 33,7% ტარდება ღია პროცედურის სახით.

დებულება 2.1. აპენდიციტზე საეჭვო პაციენტებში, რეკომენდებულია მორგებული ინდივიდუალიზებული მიდგომა, რომელიც დამოკიდებულია დაავადების ალბათობაზე, პაციენტის სქესსა და ასაკზე (EL 2, GoR B).

დებულება 2.2. გამოსახულებითი კვლევა კავშირში უნდა იყოს რისკის სტრატეგიკაციასთან, მაგალითად AIR ან ალვარადოს შკალა (EL 2, GoR B).

დებულება 2.3. პოსპიტალიზებულ დაბალი რისკის პაციენტებში, რომლებსაც კლინიკურად და შკალით განმეორებითი შეფასებისას არ აღენიშნებათ გაუმჯობესება, აპენდიციტი შეიძლება დადასტურდეს ან გამოირიცხოს მუცლის ღრუს კტ-ის გზით (EL 2, GoR B).

დებულება 2.4. საშუალო რისკის ჯგუფში იდენტიფიცირდება პაციენტები, რომლებთანაც სავარაუდოდ გაგრძელდება დაკვირვება და თანმიმდევრული სადიაგნოსტიკო ვიზუალიზაცია (EL 2, GoR B).

დებულება 2.5. მაღალი რისკის პაციენტებს (60 წლამდე ასაკი) შეიძლება არ დასჭირდეთ ოპერაციის წინა გამოსახულებითი კვლევა (EL 2, GoR B).

დებულება 2.6. ულტრაბგერითი კვლევის პროტოკოლის სტანდარტული ფორმების არსებობამ და უბე სამსაფეხურიანმა სეკვენციურმა პოზიციონირებამ შეიძლება გაზარდოს სიზუსტე (EL 3, GoR B).

დებულება 2.7. მრტ რეკომენდირებულია ორსულ პაციენტებში ეჭვით აპენდიციტზე, თუ ეს რესურსი ხელმისაწვდომია (EL 2, GoR B).

გაურთულებალი აპენდიციტის არაოპერაციული მკურნალობა

რა არის აპენდიციტის ბუნებრივი ანამნეზი? შეიძლება აპენდიციტის განკურნება მკურნალობის გარეშე? რამდენად ხშირია ის? (სპიკერი იერუსალიმის კონფერენციაზე დოქტორი ფ. კატენა)

აპენდიციტის ბუნებრივი ანამნეზის გამშუქებელი ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური კვლევების ანალიზი ჩატარდა 2007 წელს ანდერსონის მიერ, რომელმაც აჩვენა, რომ გაურთულებელი აპენდიციტის მქონე პაციენტების მხოლოდ ნაწილთან მოხდება აპენდიციტის პროგრესირება პერფორაციამდე და სპონტანური განკურნება შესაძლოა ხშირად [36]. ასევე, ბოლო დროს „ლანცეტში“ გამოქვეყნებულმა მიმოხილვამ გააანალიზა აპენდიციტის ბუნებრივი ანამნეზი და განაჩნა ნორმალური აპენდიქსი, გაურთულებელი აპენდიციტი და გართულებული აპენდიციტი, მათი მკეროსკოპური და მიკეროსკოპული იერსახისა და კლინიკური შესაბამისობის მიხედვით. რეალურად, დაკავშირებულია თუ არა ეს აპენდიციტის ბუნებრივ ანამნეზთან ჯერ კიდევ უცნობია; თუმცა, ავტორების მიხედვით, შეიძლება იყოს აპენდიციტის ორი განსხვავებული ფორმა: პირველი არის მსუბუქი მარტივი აპენდიციტი, რომელიც რეაგირებს ანტიბიოტიკებზე ან შესაძლოა თვითშემოფარგლულიც იყოს, ხოლო მეორე კი, როგორც ჩანს, მიდის პერფორაციამდე, სანამ პაციენტი აღწევს საავადმყოფომდე. მიუხედავად იმისა, რომ სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალია, პოსტოპერაციული გართულებები გართულებული დაავადებისას ხშირია [67].

გაურთულებელი აპენდიციტის არაოპერაციული მკურნალობის როლის გასაშუქებლად, 2012 წელს ვარადჰანმა და სხვ. ჩატარეს მეტა-ანალიზი, რომელიც მოიცავდა ოთხ რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას, სულ 900 პაციენტით (470-ს უმკურნალეს ანტიბიოტიკებით, 430-ს ჩაუტარდა აპენდექტომია): ანტიბიოტიკოთერაპია დაკავშირებული იყო 63%-იან წარმატების მაჩვენებელთან 1 წლის განმავლობაში და უფრო დაბალ გართულების მაჩვენებელთან ფარდობითი რისკის 31%-ით შემცირებით აპენდექტომიასთან შედარებით (RR 0.69, I² = 0%, P = 0.004). უფრო მეტიც, რისკის შემცირება უფრო რელევანტური აღმოჩნდა (39%, RR 0.61, I² = 0%, P = 0.02), როცა გამოირიცხა ჯვარედინი კვლევები ანტიბიოტიკითა და ქირურგიულად ნამკურნალე პაციენტებს შორის. ანალიზმა ვერ აღმოაჩინა მნიშვნელოვანი განსხვავებები მკურნალობის ეფექტურობის, სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის ან გართულებული აპენდიციტის განვითარების რისკის მხრივ [2].

ობსერვაციულ კვლევაში NOTA (მწვავე აპენდიციტის არაოპერაციული მკურნალობა) აპენდიციტზე საეჭვო 159 პაციენტს უმკურნალეს ანტიბიოტიკებით [საშუალო AIR ქულა იყო 4.9 და საშუალო ალვარადოს ქულა იყო 6.2 (დიაპაზონი 3-9) [68]], შემდგომი დაკვირვების ორწლიანი პერიოდით. პაციენტების სტაციონარში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა იყო 0,4 დღე და საბიულეტინო პერიოდის საშუალო ხანგრძლივობა იყო 5.8 დღე. მოკლევადიან პერიოდში (7 დღე) წარმატებული იყო 11.9%. გრძელვადიანი პერიოდის შემდეგ რეციდივი განვითარდა 22 პაციენტთან (13.8%), არაოპერაციული მკურნალობა წარმატებული იყო 14 შემთხვევაში [69].

ბოლო დროს, სვენსონისა და სხვ. მიერ ჩატარებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა მოიცავდა 50 პედიატრიულ პაციენტს (24 ანტიბიოტიკოთერაპია, 26 აპენდექტომია) 92%-იანი წარმატებით არაოპერაციულ ჯგუფში. თუმცა 8% მოკლევადიანი უშედეგობა (ორი პაციენტი – ერთი გართულებული აპენდიციტით და ერთი ჯორჯლის ლიმფადენიტი) და 38% გრძელვადიანი (12 თვე) უშედეგობა დაფიქსირდა არაოპერაციულ ჯგუფში (ერთი მწვავე აპენდიციტი, ექვსი პაციენტი მორეციდივე მუცლის ტკივილით, მაგრამ აპენდიციტის ჰისტოპათოლოგიური მტკიცებულებების გარეშე, ერთი მშობლის სურვილით) [70].

APPAC (ანტიბიოტიკური თერაპია აპენდექტომიის საპირწონედ გაურთულებელი მწვავე აპენდიციტის სამკურნალოდ) გამოქვეყნდა JAMA-ში 2015 წელს, მოიცავდა 350 პაციენტს კტ-თ დადასტურებული გაურთულებელი აპენდიციტით (257 ანტიბიოტიკოთერაპია, 273 აპენდექტომია). 1 წლიანი რეციდივის მაჩვენებელი და აპენდექტომია დაფიქსირდა ანტიბიოტიკის ჯგუფში 27%-ში. ყველა რანდომიზებული პაციენტის ანალიზით გამოვლინდა განსხვავება მკურნალობის ეფექტურობის მხრივ ჯგუფებში -27.0% (95% CI, -31.6%-დან -22.4%-მდე) (P = 89). ავტორებმა დაასკვნეს, რომ ანტიბიოტიკებით მკურნალობა არ აკმაყოფილებს არანაკლები ეფექტურობის წინასწარ განსაზღვრულ კრიტერიუმს აპენდექტომიასთან შედარებით [71].

ბოლო დროს ფლუმის მიერ, „New Engl J Med“-ში, გამოქვეყნებულ მიმოხილვაში განცხადებულია, რომ აპენდექტომია უნდა ჩაითვალოს გაურთულებელი აპენდიციტის პირველი რიგის მკურნალობად და მიეცეს მისი რეკომენდაცია პაციენტს.

ორაზროვანი კლინიკური სურათის ან ორაზროვანი გამოსახულებითი კვლევის შედეგის მქონე პაციენტებს ან ვისაც აქვს ძლიერი სურვილი თავიდან აირიდოს ოპერაცია ან სერიოზული თანმხლები სამედიცინო პრობლემები, გონივრულია ჯერ ჩაუტარდეთ მკურნალობა ანტიბიოტიკებით [72].

თუმცა, საინტერესო, მაგრამ ჯერ კიდევ კარგად შეუსწავლელი თემაა გაურთულებელი აპენდიციტის სპონტანური განკურნების როლი. ფაქტიურად, ანტიბიოტიკებით მკურნალობის ეფექტი შეიძლება დამოკიდებული იქნას მოსალოდნელი მართვის შედეგად სპონტანურ გამოჯანმრთელებაზე [47].

დებულება 3.1. ანტიბიოტიკოთერაპია შეიძლება წარმატებული იყოს გაურთულებელი აპენდიციტის

მქონე ზოგიერთ პაციენტთან, ვისაც სურს ოპერაციის თავიდან აცილება და ვისთვის მისაღებია 38%-იანი რეციდივის რისკი (EL 1, GoR A).

დებულება 3.2. თანამედროვე მტკიცებულებები მხარს უჭერს საწყის ინტრავენურ ანტიბიოტიკებს პერორალურ ანტიბიოტიკებზე შემდგომი გადასვლით (EL 2, GoR B).

დებულება 3.3. პაციენტებს, გამოკვლევების ნორმალური შედეგებითა და სიმპტომებით, სავარაუდოდ არ ექნებათ აპენდიციტი, მაგრამ თუ ამის დასაბუთება შეუძლებელია:

- ოპერაციამდე რეკომენდებულია ერთმომენტიანი გამოსახულებითი კვლევა;
- ლაპაროსკოპია არის არჩევის ქირურგიული მიდგომა;
- მტკიცებულებები არაადეკვატურია და ამჟამად მათ საფუძველზე ვერ მოხდება რუტინული მიდგომის რეკომენდაცია (EL 2 GoR B).

აპენდექტომიის პაღები და დაყოვნება სტაციონარში

ზრდის თუ არა სტაციონარში დაყოვნება გართულებების ან პერფორაციის შემთხვევათა სიხშირეს? არის თუ არა უსაფრთხო აპენდექტომიის დაყოვნება? აპენდექტომიის ვადები. (სპიკერი იერუსალიმის კონფერენციაზე დოქტორი მ.დ. კელი)

ინტრააბდომინური მწვავე ქირურგიული მდგომარეობების უმეტესობის მართვის პრინციპები ვითარდებოდა მნიშვნელოვანი დროის განმავლობაში და ამჟამად მრავალი მათგანის მართვა ხორციელდება გადაუდებელი ოპერაციის გარეშე. 1880-იან წლების შემდეგ, როდესაც ფიტცმა და მაკბურნიმ აღწერეს გადაუდებელი აპენდექტომია, ის იქცა საეჭვო აპენდიციტის მკურნალობის სტრანდარტად. ის ეფუძნება აპენდიციტის ტრადიციულ მოდელს, სადაც საწყისი ობსტრუქცია იწვევს ანთებას და ინფექციას და ოპერაციის დაყოვნება იწვევს კედლის მზარდ დაჭიმულობას იშემიით, ნეკროზით და პერფორაციით. ეს პათოფიზიოლოგია ალბათ არ შეესაბამება აპენდიციტის ყველა შემთხვევას, როგორც ქვემოთაა განხილული, და გადაუდებელი ოპერაცია ყოველთვის საჭირო არ არის.

აპენდექტომიის დაყოვნება შეიძლება საჭირო გახდეს რამდენიმე მიზეზით, მათ შორის: ანტიბიოტიკებით კონსერვატული მკურნალობის მცდელობა, სადიაგნოსტიკო კვლევები კლინიკური დიაგნოზის დასადასტურებლად ან უსაფრთხო მომსახურების გაწევის და რესურსების ეფექტური გამოყენების უზრუნველყოფის მიზნით, რადგან ყველა საავადმყოფო არ არის დაკომპლექტებული ან აღჭურვილი საოპერაციოს 24 საათიანი ხელმისაწვდომობით. როგორც არ უნდა იყოს დაყოვნების მიზეზი, რეალური საკითხი იმაში მდგომარეობს, გამოიწვევს თუ არა ის მეტ გართულებებს: არსებობს მრავალი კვლევა, რომელიც შეისწავლის სტაციონარში დაყოვნების საკითხს და შეიძლება იყოს მიღებული არაპირდაპირი მტკიცებულებები ანტიბიოტიკების ოპერაციასთან შედარების რანდომიზებული კვლევებიდან, თუმცა დაპირისპირება გრძელდება.

ბოლო გამოცემებში აღინიშნა ნეგატიური აპენდექტომიის 27%-იანი მაჩვენებელი და ავტორები ამართლებენ ოპერაციის დაბალ ზღურბლს იმ განაცხადით, რომ ის აგვარიდებს პერფორაციას [73].

სხვები არ ეთანხმებიან და მიიჩნევენ, რომ ოპერაციის დაყოვნება არ უქმნის პაციენტს რისკს და შეიძლება პრაქტიკულად გაუმჯობესონ პაციენტის გამოსავალი [74]. ამჟამად პრაქტიკაში არსებული მრავალფეროვნება, როგორც ჩანს, გამოწვეულია მაღალი დონის მტკიცებულებების ნაკლებობით, თუმცა ეს ცვლილებების დასაწყისია. აღსანიშნავია, რომ პერფორაციის საფრთხე შესაძლოა გადაჭარბებულად არის შეფასებული და ნეგატიური კვლევები არ არის კეთილსაიმედო [36].

კონსერვატული მენეჯმენტი ამცირებს ნეგატიური გამოკვლევების რაოდენობას და ზოგავს გარკვეული რაოდენობის პაციენტს აპენდიციტის გამო ჩატარებული არასაჭირო ოპერაციისგან.

ანდერსონმა აჩვენა, რომ ეს იწვევს პერფორაციების უფრო მაღალ პროპორციას ნაოპერაციებ პაციენტებში, მაგრამ პერფორაციების რაოდენობა არ იზრდება. ამიტომ, პერფორაციის მაჩვენებელი, არ უნდა იქნას გამოყენებული როგორც საეჭვო აპენდიციტის მქონე პაციენტების მართვის ხარისხის საზომი [36]. მან ასევე აღნიშნა, რომ პერფორაციების წილის ზრდა, დროთა განმავლობაში, ტრადიციული მოდელის შესაბამისად, პერფორაციების რაოდენობის ზრდით და ძირითადად, არაპერფორირებული აპენდიციტის განკურნების გამო, ალტერნატიული მოდელის მიხედვით შერჩევით აიხსნება. მეორე მოდელის მიხედვით, მხოლოდ რამდენიმე პერფორაციის თავიდან აცილება შესაძლებელია პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ დაჩქარებული ოპერაციის შედეგად. არც ეს მოდელები არ შეიძლება იქნას დადასტურებული, მაგრამ მეორე მოდელი უფრო შეესაბამება არსებულ მონაცემებს [36].

ანალოგიურად, სხვებმა აღმოაჩინეს, რომ არაპერფორირებული და პერფორირებული აპენდიციტისათვის ტენდენციები რადიკალურად განსხვავდება და ნაკლებ სავარაუდოა, რომ პერფორირებული აპენდიციტი არის უბრალოდ აპენდიციტის პროგრესირება, რომელიც გამოწვეულია მკურნალობის გადავადებით [75].

არსებობს ერთი დაწესებულების ფარგლებში ჩატარებული მრავალი რეტროსპექტული მიმოხილვა წინააღმდეგობრივი შედეგებით.

ტიეისერამ და სხვ. გამოავლინეს მხოლოდ საოპერაციო ჭრილობის ინფექციის მაჩვენებლების ზრდა. მათ შეისწავლეს 8 წლის განმავლობაში აპენდიციტით ჰოსპიტალიზირებული 4529 პაციენტი; 4108 (91%) პაციენტს ჩაუტარდა აპენდექტომია, მათგან 942 (23%) ჰქონდა პერფორაცია. არსებობდა სამი დამოუკიდებელი პერფორაციის პრედიქტორი: ასაკი >55 წელი, ლეიოციტების რაოდენობა >16000 და მდებარეობითი სექსი, მაგრამ აპენდექტომიის დაყოვნება არ იყო დაკავშირებული პერფორაციის უფრო მაღალ მაჩვენებელთან [76]. თუმცა, დიტილომ და სხვებმა აღმოაჩინეს, რომ პაციენტთან და ჰოსპიტალთან ასოცირებული ოპერაციის გაზრდილი ინტერვალი კავშირში იყო პათოლოგიის შორსწასულ ფორმებთან, თუმცა

პაციენტის დაგვიანებული მომართვიანობა იყო უფრო მნიშვნელოვანი. შორსწასული პათოლოგიის რისკი იზრდებოდა დროსთან ერთად და ის კავშირში იყო სტაციონარში უფრო ხანგრძლივ დაყოვნებასთან, ანტიბიოტიკოთერაპიასთან და პოსტოპერაციულ გართულებებთან [77].

ფართო რეტროსპექტულ კოჰორტულ კვლევაში 32 782 პაციენტთა შორის, რომლებსაც ჩაუტარდათ აპენდექტომია მწვავე აპენდიციტის გამო (ხელმისაწვდომია „ამერიკის ქირურგთა კოლეჯის ეროვნული ხარისხის გაუმჯობესების პროგრამის“ საშუალებით), 75%-ს ოპერაცია ჩაუტარდა 6 საათის ვადაში, 15%-ს 6–12 საათი დაყოვნებით და 10%-ს 12 სთ-ზე მეტი დაყოვნებით (საშუალოდ 26.07 სთ (SD 132.62)). პაციენტების მახასიათებლები მსგავსი იყო სამივე ჯგუფში. არ აღმოჩნდა კლინიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება გამოსავლის მაჩვენებლებში, მათ შორის საერთო ავადობის და სერიოზული ავადობის ან სიკვდილობის მხრივ. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ შედეგები არ იცვლებოდა, როდესაც დაავადების სიმძიმე გამოირიცხებოდა მოდელიდან, ე.ი. არ არსებობდა კავშირი ქირურგიულ მიღების დროსა და აპენდექტომიის შემდეგ უარყოფით შედეგებს შორის [78].

ბუშმა და სხვ. ჩაატარეს პროსპექტული მულტიცენტრული დაკვირვებითი კვლევა საკითხზე, აქვს თუ არა უარყოფითი გავლენა სტაციონარში დაყოვნებას აპენდექტომიის შემდგომ გამოსავალზე. 12 საათზე მეტი ვადით სტაციონარში დაყოვნება, 65 წელზე მეტი ასაკი, ჰოსპიტალიზაცია სამუშაო საათებში და თანმხლები დაავადების არსებობა – თითოეული არის პერფორაციის დამოუკიდებელი რიკ-ფაქტორი. პერფორაცია ასოცირებული იყო განმეორებითი ჩარევის უფრო მაღალ მაჩვენებელთან და სტაციონარში ყოფნის ხანგრძლივობის ზრდასთან. მათ დაასკვნეს, რომ ხანდაზმულ პაციენტებში, თანმხლები დაავადებით, და საეჭვო აპენდიციტით, უნდა ვერიდოთ აპენდექტომიის დაყოვნებას 12 საათზე მეტი დროით [79].

როგორც ჩანს, მტკიცებულებები ურთიერთგამომრიცხავია, მაგრამ ბოლო დროს ხელმისაწვდომი გახდა უფრო მაღალი დონის მტკიცებულება ბჰანგუს და სხვ. მიერ ჩატარებულ კვლევაში. ეს იყო პროსპექტული, მულტიცენტრული კოჰორტული კვლევა მწვავე აპენდიციტის მქონე 2510 პაციენტზე, რომელთაგანაც 812 (32.4%)-ს ჰქონდა რთული მაჩვენებლები. მათ აღმოაჩინეს, რომ ოპერაციის დრო არ იყო დაკავშირებული რთული აპენდიციტის რისკთან. 12-24 საათისთვის, შანსების კოეფიციენტი (ან) იყო 0.98 ($P = 0.869$), 24-48 სთ ან 0.88 ($P = 0.329$) და 48 + საათები ან 0.82 ($P = 0.317$). 48 საათის შემდეგ, პოსტოპერაციული ჭრილობის ინფექციის და 30 დღიანი არასასურველი მოვლენების რისკი გაიზარდა [დამუშავებული ან 2.24 ($P = 0.039$) და 1.71 ($P = 0.024$) შესაბამისად]. მათ, ასევე ჩაატარეს 11 არარანდომიზებული კვლევის მეტა-ანალიზი (8858 პაციენტი), რომელმაც აჩვენა, რომ ჰოსპიტალიზაციიდან 12-დან 24 საათამდე დაყოვნებით არ გაიზარდა რთული აპენდიციტის რისკი (ან 0.97, $P = 0.750$) [34].

ზოგიერთ იურისდიქციაში, სამუშაო საათების შემდეგ ოპერაცია შემოიფარგლება (განსაკუთრებით ლამით ოპერაცია) სიცოცხლის ან კიდურისათვის სახიფათო მდგომარეობებით, რადგანაც ყველა საავადმყოფო არ არის დაკომპლექტებული ან აღჭურვილი უსაფრთხო 24-საათიანი საოპერაციოს ხელმისაწვდომობით. გარდა ამისა, განსაკუთრებით სახელმწიფოს დაფინანსებულ ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც ყველა ხარჯები უნდა ეფუძნებოდეს მტკიცებულებებს, ძნელია გამართლდეს სამუშაო საათების შემდეგ ოპერაცია გაურთულებელი აპენდიციტისთვის.

ამჟამად არსებობს აპენდიციტისთვის საწყისი ან-ტიბიოტიკოთერაპიის მრავალი რანდომიზებული კვლევა. ისინი არ არის შემუშავებული ოპერაციის და-საყოვნებლად, არამედ იძლევიან არაპირდაპირ მტკიცებულებას თავისი უსაფრთხოების შესახებ პაციენტებში გაურთულებელი აპენდიციტით [2, 71, 80].

ზოგადად, 1 დონის მტკიცებულების არარსებობის შემთხვევაში, საკითხზე, არის თუ არა სტაციონარში დაყოვნება უსაფრთხო და არ არის დაკავშირებული უფრო მეტ პერფორაციებთან, სარწმუნო პასუხის გაცემა არ შეიძლება. რაც შეიძლება ითქვას, რომ ხშირ შემთხვევაში გაურთულებელი აპენდიციტის გადაუდებელი ოპერაცია არ არის აუცილებელი და 12-24 საათამდე ხანმოკლე დაყოვნება სავარაუდოდ არ არის დაკავშირებული უფრო ცუდ გამოსავალთან. თუმცა დაყოვნება უნდა იქნეს მინიმუმამდე შემცირებული, როცა ეს შესაძლებელია, ტკივილის შესამსუშუქებლად, სწრაფი რეაბილიტაციისა და ხარჯების შემცირების მიზნით.

დებულება 4.1. სტაციონარში ოპერაციის ხანმოკლე დაყოვნება, 12/24 საათამდე, უსაფრთხოა გაურთულებელი მწვავე აპენდიციტის დროს და არ ზრდის გართულებებს ან/და პერფორაციის მაჩვენებლებს (EL 2, GoR B).

დებულება 4.2. გაურთულებელი აპენდიციტის ოპერაცია შეიძლება დაიგეგმოს შესაძლო მინიმალური დაყოვნებით, თუ ეს შესაძლებელია (პაციენტის კომფორტი და ა.შ.) (EL 2, GoR B).

ქირურგიული გეგმვა

- ღია თუ ლაპაროსკოპიული?
- ლავაჟი თუ ჩირქის ასპირაცია?
- მეზოპენდექსის დისექცია: ენდოკლიპი, ენდომარყუი, ელექტროკოაგულაცია, ჰარმონიული სკალპელი თუ ლიგასური?
- ტაკვის დახურვა: სტეპლერი თუ ენდომარყუი? ლიგირება თუ ტაკვის ინვაგინაცია?
- დრენაჟები?
- ჭრილობის პირველადი თუ მეორადი დახურვა?

(სპიკერი იერუსალიმის კონფერენციაზე დოქტორი ს. დი სავერიო)

უახლესი მეტა-ანალიზი იტყობინება, რომ ლაპაროსკოპიული მიდგომა აპენდიციტის დროს ხშირად ასოცირდება უფრო ხანგრძლივ საოპერაციო დროსთან

და უფრო მაღალ ხარჯებთან, მაგრამ ის იწვევს ნაკლებ პოსტოპერაციულ ტკივილს, სტაციონარში ნაკლებ დაყოვნებას და უფრო ადრეულ დაბრუნებას სამუშაოსა და ფიზიკურ აქტივობასთან [81] და, აქედან გამომდინარე, საავადმყოფოსა და სოციალური ხარჯების შემცირებას [82]. გაუმჯობესებულ კოსმეტიკურ ეფექტს, მნიშვნელოვნად ნაკლებ გართულებებს ჭრილობის ინფექციის მხრივ. აღინიშნებოდა ინტრააბდომინური ინფექციის უფრო მაღალი სიხშირის ტენდენცია და შეინიშნებოდა ორგანოს სივრცის კოდექცია [83], თუმცა ეს ეფექტი როგორც ჩანს, შემცირდა ან აღმოიფხვრა უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში [84], და უფრო უახლესი რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების თანახმად, სავარაუდოდ, დაკავშირებულია ქირურგიის კომპეტენტურობასთან [85].

საუერლანდის და სხვათა თანახმად, ჭრილობის ინფექციები ნაკლებად სავარაუდოა ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის შემდეგ ღია აპენდექტომიასთან შედარებით (ან 0.43; CI 0.34 - 0.54), ტკივილი ოპერაციიდან 1 დღეში ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის შემდეგ შემცირდა 8 მმ-ით (CI 5 - 11 მმ) 100 მმ-იან ვიზუალურ ანალოგურ სკალაზე, სტაციონარში დაყოვნება შემცირდა 1.1 დღით (CI 0.7 - 1.5), დაბრუნება ნორმალურ საქმიანობასთან, სამუშაოსთან და სპორტთან მოხდა უფრო ადრე ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის შემდეგ, ღია აპენდექტომიასთან შედარებით შედარებით. თუმცა, როგორც ვთქვით, ინტრააბდომინური ინფექციების შემთხვევების სიხშირე იზრდება (ან 1.87; CI 1.19 - 2.93). გარდა ამისა, ოპერაციის დრო 10 წუთით (CI 6 - 15) უფრო ხანგრძლივია და უფრო ძვირია. ჩართული იქნა შვიდი კვლევა ბაგეშვებზე, მაგრამ შედეგები არ ჩანს ბევრად განსხვავებული მოზრდილებთან შედარებით. სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია ამცირებს ნეგატიური აპენდექტომიის რისკს, მაგრამ ეს ეფექტი აშკარა იყო ფერტილურ ქალებში (RR 0.20; CI 0.11-0.34), არასელექციურ მოზრდილებთან შედარებით. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ კლინიკურ სიტუაციაში, სადაც ხელმისაწვდომია კომპეტენტური ქირურგი და აღჭურვილობა, სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია და ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია (ან კომბინაციაში ან ცალ-ცალკე), როგორც ჩანს, უამრავი უპირატესობა აქვს ლაპაროსკოპიულ აპენდექტომიას ღია აპენდექტომიასთან შედარებით [83].

ჯასჩინსკის და სხვ. მიერ ჩატარებული მიმოხილვა მოიცავდა 9 სისტემურ მიმოხილვას. ოპერაციის ხანგრძლივობა განხილული იყო რვა მიმოხილვაში, და იყო 7.6-დან 18.3 წთ-მდე, უფრო ხანმოკლე ღია მიდგომისას და ინტრააბდომინური აბსცესის რისკი იყო უფრო მაღალი ლაპაროსკოპიული ქირურგიისას, ექვსი მეტა-ანალიზიდან ნახევარის მიხედვით. ლაპაროსკოპულმა მიდგომამ შეამცირა სტაციონარში დაყოვნება 0.16 დან 1.13 დღემდე, რვა მეტა-ანალიზიდან შვიდის მიხედვით, ტკივილის ქულები პირველ პოსტოპერაციულ დღეს იყო უფრო დაბალი ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის შემდეგ სამი მიმოხილვიდან ორის მიხედვით, და ჭრილობის ინფექციის გამოვლენა ყველა მიმოხილვაში ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის შემდეგ იყო უფრო

დაბალი. ერთმა მიმოხილვამ არ აჩვენა არავითარი განსხვავება სიკვდილობის მხრივ [86].

მიუხედავად იმისა, რომ ლაპაროსკოპიული ძალიან სასარგებლოა, განსაკუთრებით სადიაგნოსტიკო სამუშაოების სახით ფერტილურ ქალებში, ის ასევე შეიძლება გამოყენებული იყოს მამაკაც პაციენტებში, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ჯგუფში ღია აპენდექტომიის უპირატესობები არ არის ნათლად დემონსტრირებული [87].

უახლესი მონაცემთა ბაზების კვლევებმა, 250 000-ზე მეტ 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტზე აჩვენა უკეთესი კლინიკური გამოსავალი ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიისას ღია აპენდექტომიასთან შედარებით [88], სტაციონარში დაყოვნების, სიკვდილობის და საერთო ავადობის მხრივ. 65 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტები, პაციენტები თანმხლები დაავადებებით [89] და რთული აპენდიციტით [90] უფრო მეტ სარგებელს მიიღებენ ლაპაროსკოპიული მიდგომით, განსაკუთრებით, საავადმყოფოს ხარჯების და შემცირებული სტაციონარში დაყოვნების თვალსაზრისით, და ასევე, პოსტოპერაციული სიკვდილიანობის და საერთო ავადობის შემცირების მხრივ [91].

პროსპექტული და რეტროსპექტული მეტა-ანალიზური კვლევებით ასევე დაფიქსირდა ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის უპირატესობა და ღია აპენდექტომიასთან შედარებით ჭარბწონიან (BMI >30) პაციენტებში [92]. დასარიმ და სხვებმა აღმოაჩინეს იგივე დამაიმედებელი შედეგები ბოლო პერიოდის სისტემურ მიმოხილვაშიც [93].

მტკიცებულებების მიუხედავად, რომლებიც მიიჩნევენ ლაპაროსკოპიულ აპენდექტომიას უსაფრთხოდ ორსულობის დროს [94], უპირატესობები უმნიშვნელოა (ნაკლები ტკივილი, ნაკლები ინფექციები, ნაკლები ნაადრევი მშობიაროებები) ნაყოფის დაკარგვის რისკთან შედარებით; უფრო ახალი მონაცემების შედარებითი კვლევების EL 2 მიმოხილვებიდან (599 ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია 2816 ღია აპენდექტომიასთან შედარებით) გამოვლინდა ნაყოფის დაკარგვის რისკის ზრდა ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის დროს, მნიშვნელოვანი უპირატესობების გარეშე [95]; მონაცემთა შესწავლა აპენდიციტის მქონე 859 ორსულ ქალზე ადასტურებს უკეთეს გამოსავალს მათთვის, ვისაც ჩაუტარდა ოპერაცია არა-ოპერაციულ მართვასთან შედარებით, მაგრამ ვერ აღმოაჩინა რაიმე განსხვავება დედათა გართულებების მხრივ ლაპაროსკოპიულ აპენდექტომიასა და ღია აპენდექტომიას შორის [96]. თუმცა ნაყოფის მხრივი მოვლენები უცნობია, ლაპაროსკოპიულმა აპენდექტომიამ ამცირებს ორსული პაციენტების საოპერაციოში დაყოვნებას, სტაციონარში დაყოვნების ვადებს და გართულებებს და ბოლო პერიოდში იმატა ჩატარების სიხშირემ. პერფორაციის შემთხვევებშიც კი ლაპაროსკოპია, როგორც ჩანს, უსაფრთხოა ორსული პაციენტებისათვის [97]. დასასრულს, ამჟამად არ არსებობს ძლიერი მტკიცებულება აპენდექტომიის უპირატესი, ღია თუ ლაპაროსკოპიული მეთოდის შესახებ, ორსულობის დროს ნაყოფის ან დედის უსაფრთხოების თვალსაზრისით. თუმცა, დაბალი ხარისხის მტკიცებულებები გვიჩვენებს, რომ ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია

ორსულობის დროს შეიძლება დაკავშირებული იყოს ნაყოფის დაკარგვის მაღალი მაჩვენებლებთან [98]. ლიტერატურაში აშკარად არ არის შეფასებული, ამ კონკრეტულ სიტუაციაში, დადებით და უარყოფით მხარეებს შორის ბალანსი, მიდგომის არჩევანი უნდა გააკეთოს მკურნალმა ქირურგმა, პაციენტიდან ამ საკითხის სრულყოფილად განხილვის შემდეგ, მას შემდეგ, რაც შეაფასებს ლაპაროსკოპიის უპირატესობას ნაყოფის დაკარგვის თეორიულ რისკთან შედარებით და გაითვალისწინებს ორსულობისას ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის დადებით და უარყოფით მხარეებს შორის ბალანსის განმსაზღვრელი ლიტერატურის ნაკლებობას.

ბოლო პერიოდის სისტემურმა მიმოხილვამ, ბავშვებში 100 000-ზე მეტ აპენდექტომიის ანალიზისას, გამოავლინა, რომ ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია გართულებული მწვავე აპენდიციტის დროს დაკავშირებულია სტაციონარში დაყოვნების ვადების შემცირებასთან (შეწონილი საშუალო განსხვავება 0-1.18; 95% CI 0 - 1.61-0.74; $P < 0.05$), მაგრამ ფართო პოსტოპერაციული ავადობის ეკვივალენტურობა ჩვეულებრივ მიდგომასთან შედარებით. მეორეს მხრივ, გართულებული მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში, თუმცა მცირდება საერთო ავადობა (დაბალანსებული შანსების თანაფარდობა $[P_{\text{ან}}] = 0.53$; $P < 0.05$), ჭრილობის ინფექციები ($P_{\text{ან}} = 0.42$; $P < 0.05$), სტაციონარში დაყოვნების ვადები ($WMD = -0.67$; $P < 0.05$) და ნაწლავური ობსტრუქციის ეპიზოდები ($P_{\text{ან}} = 0.8$; $P < 0.05$), ლაპაროსკოპიულ ჯგუფში გაიზარდა ინტრააბდომინალური აბსცესის რისკი [99].

გართულებული აპენდიციტის დროს შესაძლებელია ლაპაროსკოპიული მიდგომა გამოცდილი ქირურგის მიერ [100], მნიშვნელოვანი უპირატესობებით, მათ შორისაა: უფრო ნაკლები ზოგადი გართულებები, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი, წვრილი ნაწლავის ობსტრუქციის სიხშირე, საოპერაციო ჭრილობის ინფექციები (მცირე უპირატესობა კლავიენის კრიტერიუმების მიხედვით) და სწრაფი გამოჯანმრთელება [89, 101, 102]. რაც შეეხება ხარჯებს, ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია გართულებული აპენდიციტის დროს შეიძლება შესრულდეს დაბალი ღირებულების აღჭურვილობით, რაც ღია ოპერაციასთან შედარებით საერთო ხარჯების მნიშვნელოვნად შემცირების საშუალებას იძლევა [103].

დებულება 5.1.1. ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია უნდა იყოს პირველი არჩევანი, როდესაც ხელმისაწვდომია ლაპაროსკოპიული აღჭურვილობა და უნარები, რადგანაც ის იძლევა აშკარა უპირატესობებს ნაკლები ტკივილის, ქირურგიული ჭრილობის ინფექციის სიხშირის, სტაციონარში დაყოვნების ვადების, სამუშაოზე უფრო ადრე დაბრუნების და საერთო ხარჯების მხრივ (EL 1, GoR A).

დებულება 5.1.2. ლაპაროსკოპია იძლევა აშკარა უპირატესობებს და ის უნდა ავირჩიოთ ქარბწონიან, ხანდაზმულ და თანშელები დაავადებებიც მქონე პაციენტებში (EL 2, GoR B).

დებულება 5.1.3. ლაპაროსკოპია შესაძლებელი და უსაფრთხოა ახალგაზრდა მამაკაც პაციენტებში, თუმცა ასეთ პაციენტებში აშკარა უპირატესობა არ არის დემონსტრირებული (EL 2, GoR B).

დებულება 5.1.4. ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია არ უნდა ჩაითვალოს პირველ არჩევანად ღია აპენდექტომიასთან შედარებით ორსულ პაციენტებში (EL 2, GoR B).

დებულება 5.1.5. არ დაფიქსირებულა ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის მნიშვნელოვანი სარგებელი ბავშვებში, მაგრამ ის ამცირებს სტაციონარში დაყოვნების ვადებს და საერთო ავადობას (EL 2, GoR B).

დებულება 5.1.6. გამოცდილი ხელებით ჩატარებული ლაპაროსკოპია უფრო სასარგებლო და ხარჯთეფექტურია, ვიდრე ღია ოპერაცია გართულებული აპენდიციტისათვის (EL 2, GoR B).

პერიტონეალური ლავაჟი და ასპირაცია დაბალი ძალის კვლევის მიერ ჩაითვადა საზიანოდ, მაგრამ ეს დასკვნები ეფუძნება დაბალმოცულობით ლავაჟის შედეგებს და შემთხვევათა მცირე რაოდენობას [104]; საბოლოო დასკვნის გამოტანა არ შეიძლება მიუხედავად იმისა, რომ LE 2 კვლევამ ბავშვებში [105] არ აჩვენა უპირატესობა ინტრააბდომინური აბსცესების (>500 მლ) მხრივ, მიუხედავად იმისა, რომ საჭიროა 6-8ლ ბაქტერიული დატვირთვის მნიშვნელოვნად შესამცირებლად [106].

პერიტონეუმის ირიგაცია არის ტრადიციული პრაქტიკა ლოკალური ან დიფუზური პერიტონიტის დროს და ითვლება მიზანშეწონილად. თუმცა, გასული ათწლეულების განმავლობაში ღია და უკანასკნელ წლებში ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის შესახებ, მრავალი კამათობდა ირიგაციის ეფექტურობის შესახებ. უფრო უახლესმა რეტროსპექტიულმა [104] და რეტროსპექტიულმა კონტროლირებადმა კვლევებმა ლაპაროსკოპიული ან ღია აპენდექტომიის დროს ინტრააბდომინური აბსცესის საპროფილაქტიკოდ ირიგაციის რაიმე უპირატესობა არ გამოავლინა. პირიქით, ირიგაცია, როგორც წესი, ზრდის ოპერაციის საერთო ხანგრძლივობას [105]. მიუხედავად ამისა, შეიძლება აღინიშნოს უმნიშვნელო ტენდენცია, რომ შესაძლებელია დრენაჟის დატოვება, თუ არ გამოიყენება ირიგაცია (52% ჯგუფის ამოქაჩვის ჯგუფში – 40% ირიგაციის ჯგუფში). ამას გარდა, ირიგაციის რაოდენობის და ხარისხის მიხედვით პრაქტიკა მკვეთრად განსხვავებულია, მიზანშეწონილია, ვერიდოთ უხვ ირიგაციას, ყველა კვადრანტიდან ჩირქის გულდასმით ევაკუაციამდე და მცირე მოცულობით ფიზიოლოგიური ხსნარით სანაციის შემდეგ განმეორებით საქციათ, რათა თავიდან ავიცილოთ ინფექციის დიფუზური გავრცელება თავისუფალ მუცლის ღრუში, და რასაკვირველია, აუცილებელია საირიგაციო სითხის მაქსიმალური ამოქაჩვა [108].

დებულება 5.2. პერტონეალურ ირიგაციას არ გააჩნია რაიმე უპირატესობა მხოლოდ ამოქაჩვასთან შედარებით გართულებული აპენდიციტის დროს (EL 2, GoR B).

აღწერილია გამარტივებული და ხარჯთეფექტური ტექნიკები ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიისათვის [109]. გამოიყენება ორი ენდომარყუი ან ენდოკლიფსები მცირე რაოდენობა, რომლებიც მართლაც სასარგებლო აღმოჩნდა მოძრავი ცეკუმის შემთხვევაში, და თავიდან გვაცილებს დამატებითი პორტის საჭიროებას. გარდა ამისა, თავიდან აცილებულია დიათერმიის პოტენციური რისკები, შესაძლებელია აპენდიკულარული არტერიის ლიგირება პირდაპირი ვიზუალიზაციით და კვამლი არ

წარმოქმნება [110]. კლიფსების შემთხვევაში, არა-აბსორბირებადი უცხო სხეული რჩება პერიტონიუმის ღრუში და შეიძლება დაცურდეს ან მოძვრეს. უფრო მეტიც, ის მოითხოვს მეტ გამოცდილებას, განსაკუთრებით სისხლდენის რისკის მქონე ანთებადი აპენდიქსის შემთხვევაში [111-113].

ანთებითი და შეშუპებული მეზოაპენდიქსის შემთხვევაში შემოთავაზებულია LigaSure™-ის გამოყენება, განსაკუთრებით კი განგრენოზული ქსოვილის შემთხვევაში [112, 113]. სტაციონარში ყოფნის და გართულებების მაჩვენებლები არ განსხვავდებოდა მნიშვნელოვნად ენდოკლიფსისა და LigaSure™-ს შორის. მეორეს მხრივ, მნიშვნელოვანი განსხვავებებია ოპერაციის დროის და ღია წესზე გადასვლის მაჩვენებლებს შორის [111]. პოტენციური უპირატესობის მიუხედავად, LigaSure™ წარმოადგენს მაღალი ღირებულების ვარიანტს და შეიძლება ლოგიკური იყოს ენდოკლიფსის გამოყენება, თუ მეზოაპენდიქსი არ არის შეშუპებული [111-113]. დიამიანტისმა და სხვებმა შეადარეს LigaSure™ და „ჰარმონიული სკალპელი“ მონოპოლარული ელექტროკოაგულაციით და ბიპოლარული კოაგულაციით: პირველმა ორმა გამოიწვია უფრო მინიმალური თერმული დაზიანება მიმდებარე ქსოვილის მიმართ სხვა ტექნიკებთან შედარებით [114]. მონოპოლარულ ელექტროკოაგულაციას, ენდოკლიფსსა და ჰარმონიულ სკალპელს შორის არ აღმოჩნდა

კლინიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები ოპერაციის დროის მხრივ. სამივე მეთოდმა აჩვენა გართულებების მისაღები მაჩვენებლები. რადგან მონოპოლარული ელექტროკოაგულაცია არ მოითხოვს რაიმე დამატებით ინსტრუმენტებს, ის შეიძლება ყველაზე ხარჯ-ეფექტური მეთოდი იყოს მეზოაპენდიქსის დისექციისას ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის დროს [115]. თუმცა, კვამლის ევაკუაციის საჭიროებამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს პნევმოპერიტონეუმზე [111].

დებულება 5.3.1. არ არსებობს კლინიკური განსხვავება გამოსავლის, სტაციონარში დაყოვნების ვადების და გართულებების მაჩვენებლების მხრივ ჯორჯლის დისექციის აღწერილი ტექნიკებს შორის (მონოპოლარული ელექტროკოაგულაცია, ბიპოლარული ენერგია, ლითონის კლიფსები, ენდომარყუები, LigaSure™, ჰარმონიული სკალპელი და ა.შ.) (EL 2, GoR B).

დებულება 5.3.2. მონოპოლარული ელექტროკოაგულაცია და ბიპოლარული ენერგია ყველაზე ხარჯ-ეფექტური ტექნიკებია, თუნდაც მეტი გამოცდილება და ტექნიკური უნარები არის საჭირო პოტენციური გართულებების (მაგ. სისხლდენა) და თერმული დაზიანებების თავიდან ასაცილებლად (EL 2, GoR B).

რაც შეეხება აპენდიქსის ტაკვის დახურვას, სტებლერის ამცირებს ოპერაციის დროს და ზედაპირული ჭრილობის ინფექციებს [116], მაგრამ უფრო მაღალი ხარჯების (6-დან 12-ჯერ) და ინტრააბდომინური აბსცესების განვითარების მხრივ მნიშვნელოვანი განსხვავებების არ არსებობის გამო მიზანშეწონილია უპირატესობა მიეცეს მარყუპით დახურვას. პერფორირებული აპენდიციტის დროს აპენდიკულური ტაკვის დასახურად ენდომარყუების ან სტებლერის გამოყენება შემდგომ კვლევებს საჭიროებს [118].

ტაკვის დახურვა შეიძლება ფართოდ განსხვავდებოდეს პრაქტიკაში და მასთან დაკავშირებული ხარჯები შეიძლება იყოს მნიშვნელოვანი. ადრე ჩატარებულმა კვლევებმა თავდაპირველად დაადგინა ენდოსტებლერების რუტინული გამოყენების უპირატესობა გართულებების და ოპერაციის დროის თვალსაზრისით, [116], მაგრამ უკანასკნელ წლებში ჩატარებულმა კვლევებმა არაერთხელ გამოავლინა, რომ არ არსებობს განსხვავებები ინტრა- ან პოსტოპერაციული გართულებების სიხშირის მხრივ ენდოსტებლერით ან ენდომარყუებით ტაკვის დახურვის თვალსაზრისით [119]. მართალია, ოპერაციის დროები შესაძლოა უფრო ხანგრძლივი იყოს (მაგრამ ეს ალბათ მიკერძოებაა, კვლევის მრუდის მიხედვით) [120], ოპერაციული ხარჯები უცვლელად და მნიშვნელოვნად უფრო დაბალი იყო ენდომარყუების გამოყენებისას [103, 121]. მეტა-ანალიზმა დაადასტურა, რომ ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიისას აპენდიკულური ტაკვის დასახურად ენდომარყუის გამოყენებას უფრო მეტი დრო სჭირდება ვიდრე „Endo GIA“-ს გამოყენებით, მაგრამ ორივე შემთხვევაში სტაციონარში დაყოვნების ვადები, ინტრაოპერაციული გართულებების მაჩვენებლები და ინტრააბდომინური აბსცესების სიხშირე ერთნაირია [122]. ენდომარყუები, მინიმუმ, ისეთივე უსაფრთხო და ეფექტური იყო, როგორც ენდოსტებლერი პედიატრიულ პოპულაციაშიც, ტაკვის უკმარისობის გარეშე, ასევე ქირურგიული ჭრილობის ინფექციის და ინტრააბდომინური აბსცესის მაჩვენებლების განსხვავებების გარეშე არაპერფორირებული აპენდიციტის ჯგუფში, ხოლო პერფორირებული აპენდიციტისთვის, სავარაუდოდ ენდომარყუები იყო უფრო უსაფრთხო, ვიდრე ენდოსტებლერი (ინტრააბდომინური აბსცესის მაჩვენებელი 12.7% 50%-თან შედარებით, რისკის კოეფიციენტი – 7.09) [123].

ბევრ კვლევაში შედარდა მარტივი ლიგირება და ტაკვის ინვერსია და მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ იყო აღმოჩენილი [103, 124-127].

დებულება 5.4.1. არ არსებობს ენდოსტებლერის გამოყენების კლინიკური უპირატესობა ენდომარყუებთან შედარებით ტაკვის დასახურად მოზრდილებში და ბავშვებშიც (EL 1, GoR A)

დებულება 5.4.2. ენდომარყუებს შეიძლება მიენიჭოს უპირატესობა ხარჯების შესამცირებლად, როდესაც ხელმისაწვდომია შესაბამისი უნარები/გამოცდილება (EL 3, GoR B).

დებულება 5.4.3. არ არსებობს ტაკვის ინვერსიის უპირატესობა მარტივ ლიგირებასთან შედარებით, არც ღია და არც ლაპაროსკოპიული ოპერაციის დროს (EL 2, GoR B).

რუტინული დრენირების სარგებელი არ დამტკიცდა, გენერალიზებული პერიტონიტის გარდა, და, როგორც ჩანს, ის იწვევს უფრო მეტ გართულებებს, ზრდის სტაციონარში დაყოვნების და ტრანზიტორული გამოჯანმრთელების დროს [128], იმ გავრცელებული აზრის მიუხედავად, რომ ნარჩენი სითხის ასპირაცია პერიტონეალური ლავაჟის შემდეგ ოპერაციიდან 24 საათის განმავლობაში შეიძლება შეამციროს ინტრააბდომინური აბსცესის, თუკი ლავაჟი იყო არასრულფასოვანი [118].

ინტრააბდომინალურად დრენაჟების დატოვების პრაქტიკა, ფართოდ გამოიყენება ასევე გართულებული/პერფორირებული აპენდიციტის დროს. ძირითადად, პედიატრიული გამოცდილებიდან ჩანს, რომ დრენირების და ირიგაციის გამოყენება ასოცირებულია ოპერაციის დროის და სტაციონარში დაყოვნების ვადების მნიშვნელოვან ზრდასთან პოსტოპერაციული ინფექციური გართულებების შემცირების გარეშე (ამის ნაცვლად სახეზეა ჭრილობის ინფექციის და პირლიაობის, ინტრააბდომინური აბსცესების მატების და პოსტოპერაციული გაუვალობის გახანგრძლივების უმნიშვნელო ტენდენცია) [107].

წინამორბედ კვლევებში, პერფორირებული აპენდიციტის მქონე ბავშვებში, აღინიშნა ქირურგიული ჭრილობის ინფექციის და ინტრააბდომინური აბსცესების უფრო მნიშვნელოვნად დაბალი სიხშირე და უკეთესი პოსტოპერაციული მიმდინარეობა ჯგუფში პერიტონული დრენირების გარეშე [129].

2016 წელს ჩენგისა და სხვ. მიერ ჩატარებული მეტ-ანალიზი მოიცავდა ხუთ კვლევას, გართულებული აპენდიციტის მქონე 453 პაციენტის მონაწილეობით, რომლებიც რანდომიზებული იყვნენ დრენირების ჯგუფში ($n = 228$) და არადრენირების ჯგუფში ($n = 225$) გადაუდებელი ღია აპენდექტომიის შემდეგ, და ვერ გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები ორ ჯგუფს შორის ინტრაპერიტონული აბსცესების სიხშირის ან ჭრილობის ინფექციის მხრივ. სტაციონარში დაყოვნება უფრო ხანგრძლივი იყო დრენირების ჯგუფში არადრენირების ჯგუფთან შედარებით (MD 2.04 დღე; 95% CI 1.46 - 2.62) (სტაციონარში საშუალო დაყოვნების 34.4%-იანი ზრდა) [96].

დებულება 5.5.1. დრენაჟები არ არის რეკომენდებული გართულებული აპენდიციტის დროს პედიატრიულ პაციენტებში (EL3, GoR B).

დებულება 5.5.2. მოზრდილ პაციენტებში, პერფორირებული აპენდიციტის და აბსცესის/პერიტონიტის გამო ჩატარებული აპენდექტომიის შემდეგ დრენაჟები გამოყენებული უნდა იყოს გონივრული სიფრთხილით, რადგანაც ლიტერატურაში არ არსებობს მნიშვნელოვანი მტკიცებულება. არ დაამტკიცდა, რომ რაიმე მხრივ დრენაჟები სასარგებლოა ინტრააბდომინური აბსცესის საპროფილაქტიკოდ და, როგორც ჩანს, დაკავშირებულია საავადმყოფოდან გვიან გაწერასთან (EL1, GoR A).

უახლეს მეტ-ანალიზში, რომელიც იკვლევდა დაბინძურებული აბდომინური ოპერაციების დროს ჭრილობის გადავადებული პირველადი დახურვის უპირატესობებს პირველად დახურვასთან შედარებით, გადავადებული პირველადი დახურვა ჰქონდა ასოცირებული იყო სტაციონარში დაყოვნების უფრო მეტ ვადებთან პირველად დახურვასთან შედარებით (1.6 დღე, 95% CI: 1.41, 1.79). ორმა მეტ-ანალიზმა ვერ დაამტკიცა კანის გადავადებული პირველადი დახურვის უპირატესობა ქირურგიული ჭრილობის ინფექციის მნიშვნელოვნად შემცირების მხრივ (შანსების თანაფარდობა 0.65; 95% CI, 0.25-1.64; $P = .36$) [64] (რისკის კოეფიციენტი 0.89; 95% CI: 0.46, 1.73) [130]. მსგავსი შედეგი იქნა მიღებული პედიატრიულ პოპულაციაშიც [131]. გარდა ამისა, არ არსებობს

მტკიცებულება რაიმე მოკლევადიანი ან გრძელვადიანი უპირატესობის შესახებ არასამეანო ოპერაციების დროს პერიტონეუმის დახურვის შესახებ [132].

დებულება 5.6. ღია აპენდექტომიისას დაბინძურებული/ბინძური ჭრილობების შემთხვევაში კანის გადავადებული პირველადი დახურვა, როგორც ჩანს, არ არის სარგებლის მომტანი ქირურგიული ჭრილობის ინფექციის რისკის შემცირების მიზნით და სტაციონარში დაყოვნების ვადების მატების გამო (EL 1, GoR A).

აპენდიციტის ინტრაოპერაციული შეფასების სკრინინგული სისტემები და მათი კლინიკური სარგებელი

როგორია აპენდიციტის კლინიკური შეფასების ჰისტოპათოლოგიური კრიტერიუმები? უმნიშვნელო ანთებითი ცვლილებები, ადრეული აპენდიციტი, კატარული აპენდიციტი. კრიტერიუმები, რომლებსაც გამოიყენებთ, გავლენას მოახდენენ ნეგატიური აპენდექტომიის წილზე და სადიაგნოსტიკო მაჩვენებლების შეფასებაზე. (სპიკერი იერუსალიმის კონსენსუსის კონფერენციაზე დოქტორი კ. ა. გომესი)

სენაკის და სხვ. სისტემურ მიმოხილვაში აღინიშნა აპენდექტომიის შემდეგ ქირურგიული ნიმუშების ჰისტოპათოლოგიური კვლევების შედეგად მოულოდნელი აღმოჩენების შემთხვევები: 0.5% – კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, 0.2% – ავთვისებიანი სიმსივნეები, 0-19% – პარაზიტული ინფექცია, 0% – ენდომეტრიოზი და 0-11% – გრანულომატოზი. გამოვლენილი ავთვისებიანი სიმსივნეების, პარაზიტული ინფექციის და გრანულომატოზის მქონე პაციენტთა უმეტესობას ჩაუტარდა დამატებითი კვლევები ან მკურნალობა [133].

მოულოდნელი აღმოჩენების გარდა, არ არსებობს მწვავე აპენდიციტის ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის ვალიდური სისტემა და არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა ამ საკითხზე. კარრის ნაშრომში შემოთავაზებულია ძირითადი და კლასიკური, მაგრამ პრაქტიკული დასკვნები მწვავე აპენდიციტის ჰისტოლოგიური დიაგნოზის შესახებ. ავტორმა შეაფასა დაავადების სამი მნიშვნელოვანი ასპექტი: აპენდიქსის მაკროსკოპული შესახედაობა, მიკროსკოპული დასკვნები და კლინიკური მნიშვნელობა. ყველაზე მნიშვნელოვანი კონცეფცია მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში არის ტრანსმურული ანთება. „ენდოაპენდიციტი“ არის ჰისტოლოგიური დასკვნა, მაგრამ მისი კლინიკური მნიშვნელობა არ არის ნათელი. ტერმინი „პერიაპენდიციტი“ ნიშნავს ანთებას აპენდიქსის გარეთ და მისი ყველაზე ხშირი მიზეზი გინეკოლოგიური დარღვევებია, როგორიცაა სალპინგიტი და პელვიოპერიტონიტი [134].

ამოკვეთის ჩვენების საკითხი „ნორმალური შესახედაობის“ აპენდიქსის შემთხვევაში კვლავაც საკამათოა და არსებობს ურთიერთსაწინააღმდეგო კვლევები, რომლებიც გვიჩვენებს აპენდექტომიის დადებით და უარყოფით მხარეებს. გრიმესის და სხვ. მიერ ჩატარებული რეტროსპექტული კვლევის მიხედვით, რომელიც მოიცავდა 203 აპენდექტომიას, ნორმალური ჰისტოლოგიის დროს, აპენდიკულური ფეკალიტები შეიძლება

იყოს თედოს მარჯვენა ფოსოში ტკივილის მიზეზი აშკარა აპენდიკულური ანთების არარსებობის პირობებში. ამ კვლევაში, ლაპაროსკოპიით ნორმალური შესახედაობის აპენდიქსის რუტინული ამოკვეთის პოლიტიკა, ნებისმიერი სხვა აშკარა პათოლოგიის არარსებობის შემთხვევაში, ეფექტური იყო, მორეციდივე სიმპტომების მხრივ ფეკალითების შემთხვევებში [135]. ვან დენ ბროეკის და სხვ. ჩატარებული კვლევით გამოტანილი იქნა დასკვნა, რომ ნორმალური შესახედაობის აპენდიქსის ადგილზე დატოვება უსაფრთხოა საექსპო აპენდიციტის გამო ჩატარებული სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპიის დროს, მაშინაც კი, თუ ლაპაროსკოპიით სხვა დიაგნოზი ვერ დადგინდა [136]. მეორეს მხრივ, ფილიპის და სხვების ჩატარებულ რეტროსპექტული კვლევის მიხედვით, ნორმალური შესახედაობის აპენდიქსების თითქმის ერთი მესამედი ჰისტოლოგიურად ანთებადი. ამ მიზეზით ავტორები იძლევიან ნორმალური შესახედაობის აპენდიქსის ამოკვეთის რეკომენდაციას, თუ სხვა პათოლოგია არ არის [137]. ბოლო დროს, ლიიმ და სხვ. შეადარეს ანთებითად შეცვლილი ან ანთებითად შეუცვლელი აპენდიქსის ამოკვეთის შემდგომი პოსტოპერაციული გართულებები და ვერ აღმოაჩინეს განსხვავება ორ ჯგუფს შორის. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ თედოს მარჯვენა ფოსოს ტკივილის გამო ლაპაროსკოპიის დროს ნეგატიური აპენდექტომია რუტინულად არ უნდა ჩატარდეს [138]. სტრონგის და სხვ. მიერ ჩატარდა აპენდექტომიის მულტიცენტრული აუდიტი და 496 ნიმუშიდან 138 (27.8%), რომელიც ჩაითვალია ნორმალურად ოპერატორი-ქირურგის მიერ, ჰისტოპათოლოგიური შეფასებით აღმოჩნდა ანთებადი [139].

2013 წელს ჰამინგამ და სხვ. სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპიის დროს აპენდიქსის შეფასების მიზნით, ერთ-ცენტრიანი პროსპექტული საპილოტე კვლევით (134 პაციენტი), შემოგვთავაზეს LAPP (Laparoscopic APPendicitis) შკალა (ექვსი კრიტერიუმი), სადაც აღინიშნა მაღალი პოზიტიური და უარყოფითი პრედიქტორი მნიშვნელობები, 99 და 100%, შესაბამისად. თუმცა, ეს შკალა ჯერ კიდევ საჭიროებს ვალიდაციას მულტიცენტრული კვლევის საშუალებით [140].

2014 წელს ასევე AAST-ს მიერ შემოთავაზებული იქნა სისტემა გადაუდებელი ზოგად ქირურგიული დაავადებების სიმძიმის შესაფასებლად რამდენიმე კრიტერიუმის საფუძველზე, რომლებიც მოიცავს კლინიკურ, ვიზუალურ, ენდოსკოპიურ, ინტრაოპერაციულ და პათოლოგიური კვლევის დასკვნებს, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რვა ხშირი მდგომარეობისთვის, მწვავე აპენდიციტის ჩათვლით, I (მსუბუქი) V ხარისხამდე (მძიმე) [141].

სტრონგის და სხვ. მიერ ბოლო პერიოდში ჩატარებულ მულტიცენტრულ კოჰორტულ კვლევაში, 3138 პაციენტის მონაწილეობით, ხუთი ცენტრიდან, მთლიანობაში აზრთა სხვაობა ქირურგსა და პათოლოგანატომს შორის დაფიქსირდა 12,5% შემთხვევაში (საშუალო საიმედოობა, k 0,571). კერძოდ, ქირურგის მიერ ნორმალურად შეფასებული აპენდიქსების 27,8%-ში გამოვლინდა პათოლოგია ჰისტოპათოლოგიური შეფასების დროს, ხოლო მაკროსკოპულად ანთებადი აპენდიქსის 9,6% კი – ნორმალური. საინტერესოა,

რომ ქირურგის გამოცდილებას გავლენა არა აქვს განსხვავების მაჩვენებელზე. ამ დასკვნების საფუძველზე სავარაუდოა, რომ ქირურგის თვალსაზრისი აპენდიქსის ინტრაოპერაციული მაკროსკოპული შესახედაობის შესახებ არ არის ზუსტი, არ უმჯობესდება დროთა განმავლობაში და ამიტომაც იგი მხარს უჭერს ოპერაციის დროს აპენდექტომიას [139]. მიუხედავად ამისა, მაკროსკოპული აპენდიციტის ეს ადრეული ან/და მსუბუქი ფორმების კლინიკური მნიშვნელობა დღემდე გაურკვეველია.

გომესის და სხვ. მიერ ჩატარებული პროსპექტული კვლევა მოიცავდა 186 პაციენტს, სავარაუდო მწვავე აპენდიციტით, რომლებსაც სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპიით აპენდიციტის დადასტურებისას ჩაუტარდათ აპენდექტომია ან სხვა ინტრააბდომინური დაავადების არ არსებობისას ნორმალური შესახედაობის აპენდიქსის ამოკვეთა. ქირურგი აპენდიქსს აფასებდა ვიზუალურად: 0 ხარისხი (ნორმალური შესახედაობა), 1 (სიწითლე და შეშუპება), 2 (ფიბრინი), 3A (სეგმენტური ნეკროზი), 3B (ფუძის ნეკროზი), 4A (აბსცესი), 4B (რეგიონული პერიტონიტი) და 5 (დიფუზური პერიტონიტი). შემდეგ, ეს შედარდა ამოკვეთილი აპენდიქსის ბიოქიმიურ-ჰისტოლოგიურ შეფასებას. ლაპაროსკოპიული შეფასების სისტემის სენსიტიურობა, სპეციფიკა და სიზუსტე იყო 63, 83.3, და 80.1%, შესაბამისად და წარმოდგენილი ზომიერი კონკორდაცია [$k = 0.39$ (სანდოობის 95% ინტერვალი, 0.23-0.55)]. ბიოქიმიურ-ჰისტოლოგიური დიაგნოზი შეიცვალა 48 (25.8%) პაციენტისთვის, რომლებიც ქირურგების მიერ შეფასდა ლაპაროსკოპიის დროს. ყველაზე მეტი მცდარი შეფასება იყო 0 და 1 ხარისხების აპენდიციტებისას [142]. გომესის ინტრაოპერაციული შეფასების შკალას შეუძლია განასხვავოს გართულებული აპენდიციტი გაურთულებელი შემთხვევებისაგან, ის ექსტერნად დამტკიცდა [103] და შეიძლება, ასევე, სასარგებლო იყოს პოსტოპერაციული მართვისა (მაგ., ანტიბიოტიკების გამოყენება, ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობა, სტაციონარში დაყოვნების ვადები) და მკურნალობის შედეგების შედარებისათვის [143].

დებულება 6.1. მოულოდნელი აღმოჩენების სიხშირე აპენდექტომიის ნიმუშებში დაბალია, მაგრამ მხოლოდ ინტრაოპერაციული დიაგნოზი არასაკმარისია მოულოდნელი დაავადების იდენტიფიცირებისათვის. თანამედროვე ხელმისაწვდომი მტკიცებულებებიდან აუცილებელია რუტინული ჰისტოპათოლოგია (EL 2, GoR B).

დებულება 6.2. არ არსებობს მწვავე აპენდიციტის ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის დამტკიცებული სისტემა და ამ საკითხზე არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა. (EL 4, GoR C)

დებულება 6.3. ქირურგის მაკროსკოპული შეფასება მწვავე აპენდიციტის ადრეული ხარისხის შესახებ არაზუსტია (EL 2, GoRB).

დებულება 6.4. თუ აპენდიქსი გამოიყურება „ნორმალურად“ ქირურგიული ოპერაციის დროს და სიმპტომურ პაციენტთან სხვა დაავადება არ არის აღმოჩენილი, ჩვენ ნებისმიერ შემთხვევაში ამოკვეთის რეკომენდაციას ვიძლევი (EL 4, GoR C).

დებულება 6.5. ჩვენ გირჩევთ მიიღოთ ხარისხობრივი შეფასების სისტემა მწვავე აპენდიციტისთვის, რო-

მელიც დამყარებულია კლინიკურ, ვიზუალურ და ოპერაციულ დასკვნებზე, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია პაციენტების პომოგენური ჯგუფების იდენტიფიცირება, დაავადებების ოპტიმალური მართვა და სამკურნალო მეთოდების შედარება [EL 2, GoR B].

გართულებული აპენდიციტის არაქირურგიული მკურნალობა: აბსცესი ან ფლევმონა

პერკუტანური დრენაჟის როლი და გადავადებული თუ დაუყოვნებლივი აპენდექტომია. (სპიკერი იერუსალიმის კონსენსუსის კონფერენციაზე დოქტორი მ. დე მოია)

აბსცესით ან ფლევმონით გართულებული აპენდიციტის კონსერვატიული მკურნალობის შესახებ სიმბოლისის და სხვ. მიერ ჩატარებულ მეტა-ანალიზი არის კვლევა უმაღლესი დონის მტკიცებულებით, რომელიც გამოქვეყნდა 2010 წელს. ის მოიცავდა 17 კვლევას (16 არარანდომიზებული რეტროსპექტული და ერთი არარანდომიზებული პროსპექტული), სულ 1572 პაციენტი (847-ს ჩაუტარდა მკურნალობა კონსერვატიულად და 725-ს აპენდექტომიით). მონაცემებით გამოვლინდა, რომ კონსერვატიული მკურნალობა დაკავშირებულია მნიშვნელოვნად ნაკლებ ზოგად გართულებებთან (ჭრილობის ინფექციები, მუცლის/მენჯის აბსცესები, გაუვალობა/ნაწლავის ობსტრუქცია და განმეორებითი ოპერაციები) დაუყოვნებლივ აპენდექტომიასთან შედარებით. არ აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი განსხვავება პირველი ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის, სტაციონარში დაყოვნების საერთო მაჩვენებლის და ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობის მხრივ [144].

მეორეს მხრივ, მენტულას და სხვ. მიერ ჩატარებული ბოლო პერიოდის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევით შედარდა აპენდიკულური აბსცესის მქონე 60 პაციენტის მკურნალობის შედეგები, რომლებსაც უმკურნალებს ან დაუყოვნებლივ ლაპაროსკოპიული ოპერაციით (30 პაციენტი) ან კონსერვატიულად (30 პაციენტი). შედეგებმა აჩვენა, რომ არ არსებობდა განსხვავება ორ ჯგუფს შორის სტაციონარში ყოფნის მხრივ. ლაპაროსკოპიის ჯგუფში იყო გაცილებით ნაკლები დაუგეგმავი რეჰოსპიტალიზაცია (3% 27%-თან შედარებით, $P = 0.026$), მაშინაც კი, თუ ამ ჯგუფს ჰქონდა ნაწლავის რეზექციის 10%-იანი რისკი და არასრული აპენდექტომიის 13%-იანი რისკი. კონსერვატიული თერაპიის ჯგუფს დასჭირდა მეტი დამატებითი ჩარევა (ოპერაცია ან პერკუტანული დრენაჟი) (30% 7%-თან შედარებით, $P = 0.042$). ღია ოპერაცია საჭირო გახდა სამი პაციენტისათვის (10%) ლაპაროსკოპიულ ჯგუფში და ოთხი პაციენტისათვის (13%) კონსერვატიულ ჯგუფში. გართულებების გარეშე გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი იყო 90% ლაპაროსკოპიულ ჯგუფში კონსერვატიული ჯგუფის 50%-თან შედარებით ($P = 0.002$). ამ მონაცემების საფუძველზე გაკეთდა დასკვნა, რომ რამდენიმე ფაქტორი მხარს უჭერს აპენდიკულური აბსცესის მქონე პაციენტებში დაუყოვნებლივ ოპერაციის ჩატარებას [145]. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია, როგორც პირველი რიგის მიდგომა, არის არაოპერაციული მართვის +/-

პერკუტანული დრენაჟის მარტივი და უსაფრთხო ალტერნატივა მხოლოდ ლაპაროსკოპიაში სპეციფიკური გამოცდილების და განვითარებული უნარ-ჩვევების არსებობისას [146].

ანდერსონის და სხვ. მიერ ჩატარებული სისტემური მიმოხილვის და მეტა-ანალიზის თანახმად, რომელიც მოიცავდა 61 კვლევას (ძირითადად რეტროსპექტულ კვლევებს, სამ რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას), დაუყოვნებელი ოპერაცია დაკავშირებული იყო უფრო მაღალ ავადობასთან კონსერვატიულ მკურნალობასთან შედარებით (რისკის კოეფიციენტი 3.3; CI: 1.9-5.6; $P < 0.001$), ხოლო აპენდიკულური აბსცესის ან ფლევმონის არაქირურგიული მკურნალობა პაციენტთა 90%-ზე მეტში აღმოჩნდა წარმატებული, რეციდივის საერთო რისკით 7.4% (CI: 3.7-11.1) და აბსცესის დროს პერკუტანული დრენაჟის გამოყენების შემთხვევების მხოლოდ 19.7% იყო წარმატებული. სხვა ერთცენტრული კვლევებით, რომლებიც მოიცავდა გართულებული აპენდიციტის შემთხვევებს, დაფიქსირდა რეციდივის უფრო მაღალი მაჩვენებელი არაქირურგიული მკურნალობის შემდეგ, კერძოდ, 14% - რეციდივი 2 წლის შემდეგ, [69], 27% - 2 თვის ფარგლებში [145], 38%-მდე - 12 თვის შემდეგ [70]. რეციდივის ამ საკმაოდ მაღალი ალბათობის თავიდან აცილების მიზნით, ზოგი ავტორი რეკომენდაციას აძლევს რუტინულ ელექტიურ გადავადებულ აპენდექტომიას შემდგომი კონსერვატიული მართვით. თუმცა, ეს პროცედურა დაკავშირებულია პაციენტებში 12.4% -იან ავადობასთან (CI 0.3-24.5) [3]. ჰალის და სხვების მიერ ჩატარებული სისტემური მიმოხილვა მოიცავდა სამ რეტროსპექტულ კვლევას მთლიანად აპენდიკულარული ინფილტრატის მქონე ბავშვებში არაქირურგიული მკურნალობის 127 შემთხვევაზე: წარმატებული არაოპერაციული მკურნალობის შემდეგ აპენდიციტის რეციდივის რისკი აღმოჩნდა 20.5% (95% სანდოობის ინტერვალი [CI], 14.3% -28.4%). თუმცა, ეს ნიშნავს რომ ბავშვების 80%-ს შეიძლება არ სჭირდებოდეს გადავადებული აპენდექტომია. გარდა ამისა, შედეგებმა აჩვენა, 0.9%-ში კარცინოიდული სიმსივნე (95% CI, 0.5-1.8) და 3.4%-ში გართულებები გადავადებული აპენდექტომიის შემდეგ (95% CI, 2.2-5.1). საერთო ჯამში, დაფიქსირებული გართულებები მოიცავდა: ჭრილობის ინფექციას, გახანგრძლივებული პოსტოპერაციული გაუვალობა, ჰემატომის ფორმირება და წვრილი ნაწლავის ობსტრუქცია, მაგრამ თითოეული ცალკეული გართულების მაჩვენებელი განსაზღვრული არ ყოფილა [147].

წარმატებული კონსერვატიული მართვის შემდეგ, ავადობის მაღალი მაჩვენებლის გამო, გადავადებული აპენდექტომიის რუტინული ჩვენება გამართლებულია მხოლოდ მოპერსისტირე ან მორეციდივე სიმპტომების შემთხვევაში და თავიდან უნდა იქნას აცილებული ასიმპტომურ პაციენტებში [148]. ზოგიერთი ავტორის იძლევა რუტინულ გადავადებული აპენდექტომიის რეკომენდაციას, არა რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით, არამედ აპენდიკულური ნეოპლაზიის გამოსარიცხად. კარპენტერის და სხვ. მიერ ჩატარებულ რეტროსპექტულ კვლევაში, რომელიც მოიცავდა მწვავე

აპენდიციტის მქონე 315 პაციენტს, 24 პაციენტიდან 18-ს გართულებული აპენდიციტით (მთლიანი სერიის 7.6%), რომლებსაც მკურნალობდნენ კონსერვატიულად, ჩაუტარდა გადავადებული აპენდექტომია. ნეოპლაზმების სისწორე მნიშვნელოვნად მაღალი იყო პაციენტებში, რომლებსაც ჩაუტარდათ გადავადებული აპენდექტომია დაუყოვნებლივი აპენდექტომიის ჯგუფთან შედარებით (ხუთი პაციენტი (28%) სამ პაციენტთან (1%) შედარებით, $P < 0.0001$). აპენდიქსის ან მსხვილი ნაწლავის ნეოპლაზმები უნდა გამოიკვლიონ მწავავე აპენდიციტის არაოპერაციული მართვის შემდეგ, განსაკუთრებით 40 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში [149].

დებულება 7.1. პერიაპენდიკულური აბსცესის პერკუტანური დრენირება, თუ ხელმისაწვდომია, წარმოადგენს გართულებული აპენდიციტის სათანადო მკურნალობას ანტიბიოტიკების დამატებით (EL 2, GoR B).

დებულება 7.27. ფლეგონით ან აბსცესით გართულებული აპენდიციტის არაოპერაციული მართვა არის პირველი რიგის გონივრული მკურნალობა (EL 1, GoR A).

დებულება 7.3. ფლეგონით ან აბსცესით გართულებული აპენდიციტის ოპერაციული მართვა არის არაოპერაციული მართვის უსაფრთხო ალტერნატივა, თუ ტარდება გამოცდილი პერსონალის მიერ (EL 2, GoR B).

დებულება 7.4. გადავადებული აპენდექტომია რუტინულად არ არის რეკომენდებული როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში (EL 1, GoR A).

დებულება 7.5. გადავადებული აპენდექტომია რეკომენდებულია რეციდივის სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის (EL 2, GoR B).

დებულება 7.6. პაციენტებს, რომლებსაც აპენდიციტის გამო უმკურნალეს არაოპერაციულად, თუ მათი ასაკი 40 წელზე მეტია, უნდა ჩაუტარდეს მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი (EL 3, GoR C).

პროფილაქტიკური და კოსტოპერაციული ანტიბიოტიკები

უნდა ჩატარდეს თუ არა ოპერაციის წინ ანტიბიოტიკებით პროფილაქტიკა? რომელი ანტიბიოტიკით? როდის უნდა მიეცეს პოსტოპერაციულად ანტიბიოტიკები? რომელი ანტიბიოტიკი? რა ხანგრძლივობით? (სპიკერი იერუსალიმის კონსენსუსი კონფერენციაზე დოქტორი მ. სარტელი)

ბოლო წლებში ანტიბიოტიკების გამოყენება პაციენტებში, რომლებსაც ჩაუტარდათ აპენდექტომია, გახდა საკამათო [150, 151].

2005 წელს კოხრენის მეტა-ანალიზმა მხარი დაუჭირა, რომ ოპერაციის წინ გამოყენებული ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები ეფექტურია და ამცირებენ ჭრილობის ინფექციას და აბსცესებს. რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებით და კონტროლირებადი კლინიკური კვლევებით ჩატარდა ანალიზი, რომელშიც ნებისმიერი ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმი იყო შედარებული პლაცებოსთან, საეჭვო აპენდიციტის მქონე პაციენტებში, რომლებსაც ჩაუტარდათ აპენდექტომია. ამ მიმოხილვაში შევიდა ორმოცდახუთი კვლევა, რომლებშიც მონაწილეობდა 9576 პაციენტი. ანტიბიოტიკები აღემატებოდა პლაცებოს ჭრილობის ინფექციის პრევენციისა და ინტრააბდომინალური აბსცესის

პროფილაქტიკის მხრივ და არ აღინიშნებოდა აშკარა განსხვავება ამოკვეთილი აპენდიქსის მახასიათებლების მხრივ [152].

2005 წელს გამოქვეყნდა რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა არაპერფორირებული აპენდიციტის მქონე 15-70 წლის ასაკის 269 პაციენტზე, რომლებსაც ჩაუტარდათ ღია აპენდექტომია. 92 პაციენტმა მიიღო ერთჯერადი დოზა ოპერაციის წინ (ჯგუფი A), 94 პაციენტმა მიიღო სამი დოზა (ჯგუფი B) და 83 პაციენტმა მიიღო 5 დღე ოპერაციის შემდეგ (ჯგუფი C) ცეფუროქსიმის და მეტრონიდაზოლის კომბინაცია. პოსტოპერაციული ინფექციური გართულებების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა ჯგუფებს შორის (A – 6.5%, B – 6.4%, C – 3.6%). ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობას არ ჰქონდა მნიშვნელოვანი გავლენა სტაციონარში დაყოვნების ვადებზე. ანტიბიოტიკების გამოყენებასთან ასოცირებული გართულებები მნიშვნელოვნად ხშირი იყო 5 დღიან პერიოპერაციულ ანტიბიოტიკოთერაპიის ჯგუფში (C) ერთდობიან ანტიბიოტიკის ჯგუფთან (A) შედარებით ($P = 0.048$) [153].

ზოგიერთმა პროსპექტულმა კვლევამ აჩვენა, რომ პერფორირებული აპენდიციტის მქონე პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეს პოსტოპერაციულად ანტიბიოტიკით მკურნალობა [154, 155]. არაპოსპიტალური აპენდიციტის გამომწვევი ძირითადი პათოგენებია Enterobacteriaceae, Streptococcus სახეობები და ანაერობები (განსაკუთრებით B. fragilis) [156].

2013 წელს გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოებამ გამოაქვეყნა ინტრააბდომინალური ინფექციების მართვის თავისი რეკომენდაციები, სადაც სტრატეგიზირებულია ანტიმიკრობული რეჟიმი პაციენტის მდგომარეობის (სეფსისი Vs. მძიმე სეფსისი და სეპტიური შოკი), სავარაუდო გამომწვევი პათოგენების და რისკ-ფაქტორების მიხედვით, რომლებიც მიუთითებს რეზისტენტობის ძირითად მოდელზე [157].

მრავალ კვლევაში შედარებული იყო ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმების ხანგრძლივობა პერფორირებული აპენდიციტისთვის და გამოიკვთა ვარიაციები მკურნალობის ხანგრძლივობის მხრივ [154, 155, 158].

2000 წელს ტელიორმა და სხვ. გამოაქვეყნეს პროსპექტული კვლევა, სადაც შედარებული იყო მინიმუმ 5-დღიანი ი.ვ. ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმი მინიმალური ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე რეჟიმთან. ინფექციური გართულებები არ იყო სტატისტიკურად განსხვავებული ორივე ჯგუფში. საშუალო სტაციონარში ყოფნა ასევე არ იყო სტატისტიკურად განსხვავებული ორივე ჯგუფს შორის. კვლევამ აჩვენა, გართულებული აპენდიციტის მქონე პაციენტებში ანტიმიკრობული რეჟიმი მინიმალური ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე არ ზრდის ავადობას. უფრო მეტიც, პროტოკოლის მკურნალობის რეჟიმმა, ინტრავენური ანტიბიოტიკის საჭიროების გარეშე, განაპირობა ი.ვ. ანტიბიოტიკების ხარჯის შემცირება, თუმცა სტაციონარში დაყოვნება მნიშვნელოვნად არ შემცირებულა [159].

ბოლო დროს, პროსპექტულმა რანდომიზებულმა კვლევამ ინტრააბდომინალური ინფექციური გართუ-

ლებების მქონე 518 პაციენტზე, რომელიც ასევე მოიცავდა გართულებულ აპენდიციტს, გაიარა ადეკვატური წყაროების კონტროლი და შედეგებმა აჩვენა, რომ გამოსავალი ფიქსირებული ხანგრძლივობის ანტი-ბიოტიკოთერაპიის შემდეგ (დაახლოებით 4 დღე) იყო ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივი კურსის (დაახლოებით 8 დღე, ფიზიოლოგიური პათოლოგიის ალაგებად) შემდეგ მსგავსი [160].

მიუხედავად იმისა, რომ ანტიმიკრობული მკურნალობის შეწყვეტა უნდა ემყარებოდეს კლინიკურ და ლაბორატორიულ კრიტერიუმებს, 3-5 დღიანი პერიოდი მოზრდილი პაციენტებისთვის ზოგადად საკმარისია გართულებული მწვავე აპენდიციტის სამკურნალოდ.

დებულება 8.1. ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტებისთვის ოპერაციის წინ ყოველთვის რეკომენდებულია (EL 1, GoR A).

დებულება 8.2. გაურთულებელი აპენდიციტის მქონე პაციენტებისთვის, პოსტოპერაციულად ანტი-ბიოტიკები რეკომენდებული არ არის (EL 2, GoR B).

დებულება 8.3. გართულებული მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტებისთვის, პოსტოპერაციულად ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები ყოველთვის რეკომენდებულია (EL 2, GoR B).

დებულება 8.4. მიუხედავად იმისა, რომ ანტიმიკრობული მკურნალობის შეწყვეტა უნდა ემყარებოდეს კლინიკურ და ლაბორატორიულ კრიტერიუმებს, როგორცაა ცხელდება და ლეიკოციტოზი, მოზრდილ პაციენტებში ზოგადად რეკომენდებულია 3-5 დღიანი პერიოდი (EL 2, GoR B).

დასკვნები

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკის და მართვის თანამედროვე მტკიცებულებებზე დამყარებული რეკომენდაციები არის ჩვენი საუკეთესო ცოდნა და წარმოადგენს პირველ საერთაშორისო ყოვლისმომცველ კლინიკურ გაიდლაინს.

WSES-ის მე-3 მსოფლიო კონგრესზე, რომელიც ჩატარდა იერუსალიმში (ისრაელი), 2015 წლის ივლისში, ექსპერტთა პანელმა, მათ შორის „საორგანიზაციო კომიტეტმა“, „სამეცნიერო კომიტეტმა“ და „სამეცნიერო სამდივნომ“ მონაწილეობა მიიღეს კონსენსუსის კონფერენციაში, სადაც რვა პანელისტმა (SDS, MDK, FC, DW, MiSu, MaSa, MDM, CAG) წარმოადგინა რიგი დადგენილებები, რომლებიც შემუშავდა თითოეულ რვა მთავარ საკითხზე მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკისა და მართვის შესახებ (დანართი). შემდეგ დადგენილებებს ეყარა კენჭი, საბოლოოდ იქნა მოდიფიცირებული და საბოლოოდ დამტკიცებული კონსენსუსის კონფერენციის მონაწილეების მიერ და შემდგომში თანავტორთა საბჭოს მიერ. წინამდებარე ნაშრომი წარმოადგენს საბოლოო გაიდლაინის დებულებებს და კლინიკურ რეკომენდაციებს თითოეული შემდეგ საკითხზე: 1) კლინიკური ქულებით შეფასების სისტემების სადიაგნოსტიკო ეფექტურობა, 2) გამოსახულებითი კვლევების როლი, 3) გაურთულებელი აპენდიციტის არაოპერაციული მკურნალობა, 4) აპენდექტომიის ვადები და სტაციონარში დაყოვნება, 5) ქირურგიული მკურნალობა, 6) აპენდიციტის ინტრაოპერაციული ხარისხობრივი შეფასების ქულათა სისტემები და

მათი კლინიკური სარგებელი, 7) გართულებული აპენდიციტის ქირურგიული მკურნალობა: აბსცესი ან ფლევმონა, 8) პრე-ოპერაციული და პოსტოპერაციული ანტიბიოტიკები.

საბოლოოდ, ალვარადოს ქულა (ზღვრული ქულით <5) საკმარისად სენსიტიურია მწვავე აპენდიციტის გამოსარიცხად, თუმცა იდეალური (მაღალი სენსიტიურობის და სპეციფიკურობის), კლინიკურად ეფექტური, სადიაგნოსტიკო შკალა/კლინიკური წესი კვლავაც მიუღწეველია. გამოსახულებითი კვლევა დაკავშირებული უნდა იყოს რისკის სტრატეგიკაციასთან, როგორცაა AIR ან ალვარადოს შკალა, დაბალი რისკის მქონე პოსტიტალიზებულ პაციენტებს, ვისაც არ აღენიშნება გაუმჯობესება კლინიკურად ან ქულის მიხედვით, განმეორებით შეფასებისას, შეიძლება აპენდიციტის დიაგნოზი შეიძლება დადასტურდეს ან გამოირიცხოს მუცლის ღრუს კტი-ით, მაღალი რისკის და ახალგაზრდა პაციენტებში წინასაოპერაციო გამოსახულებითი კვლევის თავიდან აცილება შესაძლებელია, მრტ რეკომენდებულია აპენდიციტზე საეჭვო ორსულ პაციენტებში. რაც შეეხება მწვავე აპენდიციტის არაოპერაციულ მკურნალობას, ანტიბიოტიკოთერაპია შეიძლება იყოს შედეგიანი სელექტიური პაციენტებისათვის გაურთულებელი აპენდიციტით, რომლებსაც სურთ თავიდან აიცილონ ოპერაცია და მათთვის მისაღებია რეციდივის 38%-იანი რისკი. აპენდექტომიის ჩატარების ვადებზე მიმდინარეობს ფართო კამათი და ჩვენი რეკომენდაცია: საავადმყოფოში ოპერაციის დაყოვნება 12/24 საათამდე უსაფრთხოა გაურთულებელი მწვავე აპენდიციტის დროს, და არ ზრდის გართულებებს ან/და პერფორაციას მაჩვენებლებს, თუმცა ოპერაცია გაურთულებელი აპენდიციტის დროს უნდა დაიგეგმოს შესაძლო მინიმალური დაყოვნებით, თუ ეს შესაძლებელია. ქირურგიული მკურნალობის ანალიზის დროს, ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია უნდა წარმოადგენდეს პირველ არჩევანს, იქ სადაც ლაპაროსკოპიული აღჭურვილობა და უნარები ხელმისაწვდომია, ვინაიდან ის უზრუნველყოფს ამკარა უპირატესობას ნაკლებად ტკივილის, ქირურგიული ჭრილობის ინფექციის უფრო დაბალი სიხშირის, სტაციონარში დაყოვნების შემცირების მხრივ, ასევე სამუშაოზე ადრე დაბრუნების და საერთო დანახარჯების მხრივ. კერძოდ, ლაპაროსკოპია ამკარად უპირატესი და სასურველია ჭარბწონიან, ხანდაზმულ და თანმხლები დაავადებების მქონე პაციენტებში. გამოცდილი პერსონალისათვის ლაპაროსკოპია უფრო ხელსაყრელი და ხარჯ-ეფექტურია, ვიდრე ოპერაცია გართულებული აპენდიციტის დროს. ლაპაროსკოპია არ უნდა ჩაითვალოს პირველ არჩევანად ღია აპენდექტომიასთან შედარებით ორსულ პაციენტებში. ბავშვებში არ დაფიქსირებულა ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის არც ერთი მნიშვნელოვანი სარგებელი, მაგრამ ის ამცირებს სტაციონარში დაყოვნებას და საერთო ავადობას. აპენდექტომიის ტექნიკური საკითხების გაანალიზებით, პერიტონეუმის ირიგაციას არ აქვს რაიმე უპირატესობა მხოლოდ ამოქაჩვასთან შედარებით გართულებული აპენდიციტის დროს; არ არსებობს

კლინიკური განსხვავებები გამოსავლის, სტაციონარში დაყოვნების ვადების და გართულებების მაჩვენებლების მხრივ ჯორჯიის დისექციის აღწერილ სხვადასხვა ტექნიკებს შორის (მონოპოლარული ელექტროკოაგულაცია, ბიპოლარული ენერგია, ლითონის კლიპები, ენდომარყულები, ლიგასურა, ჰარმონიული სკალპელი და ა.შ.). არ არსებობს ენდოსტეპლერის გამოყენების კლინიკური უპირატესობები ენდომარყულებთან შედარებით, ტაკვის დასახურად როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში, მაგრამ ენდომარყულებს შეიძლება მიეცეთ უპირატესობა ხარჯების შესამცირებლად, როდესაც ხელმისაწვდომია სათანადო უნარები/გამოცდილება.

და ბოლოს, დრენაჟები არ არის რეკომენდებული გართულებული აპენდიციტის დროს პედატრიულ პაციენტებში; მოზრდილ პაციენტებში, დრენაჟი პერფორირებული აპენდიციტის და აბსცესის/პერიტონიტის დროს ჩატარებული აპენდექტომიის შემდეგ გამოყენებული უნდა იყოს გონივრული სიფრთხილით, რადგანაც არ არსებობს სათანადო მტკიცებულება ლიტერატურაში. არ დადასტურდა დრენაჟების რაიმე ეფექტურობა ინტრააბდომინური აბსცესების პროფილაქტიკისთვის და, როგორც ჩანს, ეს უკავშირდება საავადმყოფოდან გვიან გაწერას.

ღია აპენდექტომიებისას, დაბინძურებული ჭრილობებით, კანის გადავადებული პირველადი დახურვა როგორც ჩანს, არ არის სასარგებლო ქირურგიული ჭრილობის ინფექციის რისკის შესამცირებლად და ზრდის სტაციონარში დაყოვნების ვადებს. სიმპტომურ პაციენტის შემთხვევაში ოპერაციის დროს „ნორმალური“ შესახედაობის აპენდიქსის აღმოჩენისას სხვა დაავადების გამოვლენის გარეშე, ჩვენ ვიძლევიტ მისი ამოკვეთის რეკომენდაციას. პერი-აპენდიკულური აბსცესის პერკუტანური დრენაჟი, თუ ხელმისაწვდომია, წარმოადგენს სათანადო მკურნალობას ანტიბიოტიკებთან ერთად. არაოპერაციული მართვა არის გონივრული პირველი რიგის მკურნალობა ფლეგმონით ან აბსცესით გართულებული აპენდიციტისათვის. ფლეგმონით ან აბსცესით გართულებული აპენდიციტის ოპერაციული მართვა შეიძლება იყოს არაოპერაციული მართვის უსაფრთხო ალტერნატივა, მხოლოდ გამოცდილი პერსონალის მიერ. გადავადებული აპენდექტომია არ არის რუტინულად რეკომენდებული მოზრდილებსა და ბავშვებში, მაგრამ შეიძლება რეკომენდებული იყოს რეციდივის სიმპტომების მქონე პაციენტებისათვის. მნიშვნელოვანია

მსხვილი ნაწლავის სკრინინგის რეკომენდაცია 40 წელზე მეტი ასაკის არაოპერაციულად ნამკურნალე პაციენტებში. საბოლოოდ, მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტებისათვის პრეოპერაციულად რეკომენდებულია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, გაურთულებული აპენდიციტის მქონე პაციენტებისთვის პოსტოპერაციულად ანტიბიოტიკები არ არის რეკომენდებული, ხოლო გართულებული მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში პოსტოპერაციულად ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები ყოველთვის რეკომენდებულია, როგორც წესი, 3-5 დღის განმავლობაში.

პანელის თითოეული მონაწილის მიერ წარმოდგენილ ყოველ ზემოაღნიშნულ დებულებაზე კონსენსუსის

მიღწევის შემდეგ (იხ. დანართი) იერუსალიმის კონსენსუსის კონფერენციის მონაწილეებმა და სამეცნიერო კომიტეტის წევრებმა, შეიმუშავეს და გააზიარეს WSES მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკისა და მართვის ალგორითმი რომელიც მოცემულია ნახ. 1-ზე.

აბრევიატურები

AA, acute appendicitis; AAS score, Adult Appendicitis Score; AIR, Appendicitis Inflammatory Response Score; AS, Alvarado Score; ASA, American Society of Anaesthesiology; CC, Consensus Conference; CCT, Controlled Clinical Trials; CT, computed tomography; GoR, grade of recommendation; IAA, Intra-abdominal abscess; LA, Laparoscopic Appendectomy; LoE or EL, level of evidence; LOS, length of stay; MRI, magnetic resonance imaging; OA, open appendectomy; OC, Organization Committee; OR, odds ratio; POR, pooled odds ratio; RCT, randomised controlled trials; RIPASA score, Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis; SC, Scientific Committee; SD, standard deviation; SS, Scientific Secretariat; SSI, surgical site infection; US, ultrasound; WSES, World Society of Emergency Surgery; RIF, right iliac fossa

გაფორმება

Not applicable.

ფინანსება

No authors received any funding resource. The paper received a WSES Institutional waiver for this publication.

მონაცემების და დამხმარე მასალების ხელმისაწვდომობა

There are no individual author data that reach the criteria for availability.

ავტორების წვლილი

The WSES president was supported by the Scientific Secretariat in establishing the timetable of the CC and choosing the eight plus eight experts who were asked to participate respectively to Organization Committee and Scientific Committee: the Organization Committee had the task to support the Scientific Secretariat in building the framework for the Consensus and to support the Scientific Committee for the strict scientific part; the Scientific Committee

had the assignment to select the literature and to elaborate, in co-working to Scientific Secretariat and Organization Committee, the statements. The Scientific Secretariat supported the WSES President, establishing the agenda, choosing the working tools and finally collaborating with Organization Committee and Scientific Secretariat. Consequently each question was assigned to one team consisting of one member of Organization Committee, one member of Scientific Committee and one member of Scientific Secretariat (each member of Scientific Secretariat covered two questions). Each team

		LE	GoR	დებულებები
1	კლინიკური ქულათა სისტემების სადიაგნოსტიკო ეფექტურობა			
1.1.		1	A	ალვარადოს შკალა (ზღვრული ქულით ≤ 5) საკმარისად სენსიტიურია, რომ გამოირიცხოს მწვავე აპენდიციტი
1.2.		1	A	ალვარადოს შკალა არ არის საკმარისად სპეციფიკური მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დასადასტურებლად
1.3.		1	B	იდეალური (მაღალი სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა), კლინიკურად გამოყენებადი, სადიაგნოსტიკო შკალა/კლინიკური წესი ჯერაც არ არსებობს. ეს მომავალი კვლევის არეალად რჩება
2	ვიზუალიზაციური კვლევების როლი			
2.1.		2	B	აპენდიციტზე საეჭვო პაციენტებში, რეკომენდებულია მორგებული ინდივიდუალიზებული მიდგომა, რაც დამოკიდებულია დაავადების ალბათობაზე, პაციენტის სქესსა და ასაკზე
2.2.		2	B	ვიზუალიზაცია უნდა უკავშირდებოდეს რისკის სტრატეგიკაციას, როგორცაა AIR ან ალვარადოს ქულა.
2.3.		2	B	ჰოსპიტალიზირებული დაბალი რისკის მქონე პაციენტებში, რომლებსაც არ აღენიშნებათ კლინიკურად და ქულით ხელახალი შეფასებით გაუმჯობესება, შეიძლება დადგინდეს ან გამოირიცხოს აპენდიციტი მუცლის ღრუს CT-ის საშუალებით.
2.4.		2	B	საშუალო რისკის კლასიფიკაციით იდენტიფიცირებული პაციენტები, რომლებიც სავარაუდოდ ისარგებლებენ დაკვირვებით და სისტემური დიაგნოსტიკური ვიზუალიზაციით.
2.5.		2	B	მაღალი რისკის მქონე პაციენტებს (60 წლამდე ასაკის) შეიძლება არ დასჭირდეთ წინა-ოპერაციული ვიზუალიზაცია
2.6.		3	B	US ულტრაბგერის სტანდარტული ანგარიშგების შეზღუდვებმა და დაულტრაბგერითმა სამ-საფეხურიანმა სეკვენციურმა პოზიციონირებამ შეიძლება გააძლიეროს სიზუსტე.
2.7.		2	B	MRI რეკომენდირებულია ორსულ პაციენტებში საეჭვო აპენდიციტით, თუ ეს რესურსი ხელმისაწვდომია.
3	გაურთულებელი აპენდიციტის არა-ოპერაციული მკურნალობა			
3.1.		1	A	ანტიბიოტიკოთერაპია შეიძლება წარმატებული იყოს ზოგიერთ პაციენტში გაურთულებელი აპენდიციტით, ვისაც სურს ოპერაციის თავიდან აცილება და ვისთვის მისაღებია 38%-იანი რეციდივის რისკი
3.2.		2	B	თანამედროვე მტკიცებულებები მხარს უჭერს საწყისად ინტრავენურად ანტიბიოტიკებს პერორალურ ანტიბიოტიკებზე შემდგომი გადასვლით.
3.3.		2	B	ნორმალური გამოკვლევების პასუხებისა და სიმპტომების მქონე პაციენტებს სავარაუდოდ არ ექნებათ აპენდიციტი აქვთ, მაგრამ ვერ გადაწყდება შემდეგით: • ჯვარედინ-სექციური ვიზუალიზაცია რეკომენდებულია ოპერაციამდე • ლაპაროსკოპია არის არჩევანის ქირურგიული მიდგომა • მტკიცებულებები არაადექვატურია და ამჟამად მათ საფუძველზე ვერ მოხდება რუტინული მიდგომის რეკომენდაცია
4	აპენდექტომიის დროითი ჩარჩოები და დაყოვნება სტაციონარში			
4.1.		2	B	ხანმოკლე, სტაციონარში ოპერაციის დაყოვნება 12/24 საათამდე უსაფრთხოა გაურთულებელი მწვავე აპენდიციტის დროს და არ ზრდის გართულებებს ან / და პერფორაციის მაჩვენებლებს.
4.2.		2	B	ოპერაცია გაურთულებელი აპენდიციტისთვის შეიძლება დაიგეგმოს შემდეგი შესაძლო მინიმალური დაყოვნებით როდესაც ეს შესაძლებელია (პაციენტის კომფორტი და ა.შ.).
5	ქირურგიული მკურნალობა			

5.1.1.		1	A	ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია უნდა წარმოადგენდეს პირველ არჩევანს, როდესაც ხელმისაწვდომია ლაპაროსკოპიული აღჭურვილობა და უნარები, რადგანაც ის გვთავაზობს აშკარა უპირატესობებს ნაკლები ტკივილის, SSI- ის სიხშირის, LOS, სამუშაოზე უფრო ადრე დაბრუნების და საერთო ხარჯების მხრივ.
5.1.2.		2	B	ლაპაროსკოპია გვთავაზობს აშკარა უპირატესობებს და ის უნდა ავირჩიოთ ჭარბწონიან პაციენტებში, ხანდაზმულ პაციენტებში და პაციენტებში თანმხლები დაავადებებით.
5.1.3.		2	B	ლაპაროსკოპია შესაძლებელი და უსაფრთხოა ახალგაზრდა მამაკაც პაციენტებში, თუმცა აშკარა უპირატესობა არ არის დემონსტრირებული ასეთ პაციენტებში.
5.1.4.		1	B	ვანად აპენდექტომიის ღია აპენდექტომიასთან შედარებით ორსულ პაციენტებში.
5.1.5.		1	A	არ დაფიქსირებულა ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის მნიშვნელოვანი სარგებლობები ბავშვებში, მაგრამ ის ამცირებს სტაციონარში ყოფნას და საერთო ავადობას.
5.1.6.		3	B	გამოცდილი ხელებით ჩატარებული ლაპაროსკოპია უფრო სასარგებლო და ხარჯთ- ეფექტურია, ვიდრე ღია ოპერაცია გართულებული აპენდიციტისათვის.
5.2.		2	B	პეროტონეალურ ირიგაციას არ გააჩნია რაიმე უპირატესობა მხოლოდ ამოქაჩვასთან შედარებით გართულებული აპენდიციტის დროს.
5.3.1.		3	B	არ არსებობს კლინიკური განსხვავებები გამოსავლების , LOS და გართულებების მაჩვენებლების მხრივ ჯორჯლის დისექციის აღწერილი ტექნიკებს შორის (მონოპოლარული ელექტროკოაგულაცია, ბიპოლარული ენერგია, ლითონის კლიფსები, ენდომარყულები, ლიგასურა, ჰარმონიული სკალპელი და ა.შ.).
5.3.2.		3	B	მონოპოლარული ელექტროკოაგულაცია და ბიპოლარული ენერგია ყველაზე ხარჯ-ეფექტური ტექნიკებია, თუნდაც მეტი გამოცდილება და ტექნიკური უნარები იყოს საჭირო პოტენციური გართულებების (მაგ. სისხლდენა) და თერმული დაზიანებების თავიდან ასაცილებლად.
5.4.1.		1	A	არ არსებობს ენდოსტეპლერის გამოყენების კლინიკური უპირატესობა ენდომარყულებთან შედარებით ტაკვის დასახურად მოზრდილებში და ბავშვებშიც.
5.4.2.		3	B	ენდომარყულებს შეიძლება მიენიჭოს უპირატესობა ხარჯების შესამცირებლად, როდესაც ხელმისაწვდომია შესაბამისი უნარები / გამოცდილება
5.4.3.		2	B	არ არსებობს ტაკვის ინვერსიის უპირატესობა მარტივ ლიგირებასთან შედარებით, არც ღია და არც ლაპაროსკოპიული ოპერაციის დროს.
5.5.1.		3	B	დრენაჟები არ არის რეკომენდებული გართულებული აპენდიციტის დროს პედიატრიულ პაციენტებში.
5.5.2.		1	A	მოზრდილ პაციენტებში, პერფორირებული აპენდიციტის და აბსცესის / პერიტონიტის გამო ჩატარებული აპენდექტომიის შემდეგ დრენაჟები უნდა იქნას გამოყენებული გონივრული სიფრთხილით, რადგანაც არ არსებობს მნიშვნელოვანი მტკიცებულება ლიტერატურაში. არ დაამტკიცდა, რომ დრენაჟები სასარგებლოა რაიმე მხრივ ინტრააბდომინალური აბსცესის პროფილაქტიკისთვის, და როგორც ჩანს, დაკავშირებულია საავადმყოფოდან გვიან გაწერასთან.
5.6.		1	A	კანის დაყოვნებული პირველადი დახურვა, როგორც ჩანს, არ არის სასარგებლო SSI- ის რისკის შემცირების და LOS- ის გაზრდის მხრივ ღია აპენდექტომიებისას დაბინძურებული ჭრილობებით.
6	ქულათა სისტემები აპენდიციტის ინტრა-ოპერაციული შეფასებისა და მათი კლინიკური სარგებლობისათვის			
6.1.		2	B	მოულოდნელი აღმოჩენების სიხშირე აპენდექტომიის ნიმუშებში დაბალია, მაგრამ მხოლოდ ინტრა-ოპერაციული დიაგნოზი არასაკმარისია მოულოდნელი დაავადების იდენტიფიცირებისათვის. თანამედროვე ხელმისაწვდომი მტკიცებულებებიდან აუცილებელია რუტინული ჰისტოპათოლოგია.

6.2.		4	C	არ არსებობს დამტკიცებული სისტემა მწვავე აპენდიციტის ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციისათვის და ამ საკითხზე არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა.
6.3.		2	B	ქირურგის მკროსკოპული შეფასება მწვავე აპენდიციტის ადრეული ხარისხის შესახებ არაზუსტია.
6.4.		4	C	თუ დანართი გამოიყურება „ნორმალურად“ ქირურგიული ოპერაციის დროს და სხვა დაავადება არ არის აღმოჩენილი სიმპტომურ პაციენტში, ჩვენ ვიძლევიტ ნებისმიერი შემთხვევაში ამოკვეთის რეკომენდაციას.
6.5.		2	B	ჩვენ გირჩევთ მიიღოთ ხარისხობრივი შეფასების სისტემა მწვავე აპენდიციტისთვის, რომელიც დამყარებულია კლინიკურ, ვიზუალიზაციურ და ოპერაციულ დასკვნებზე, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია პაციენტების პროგნოზური ჯგუფების იდენტიფიცირება, ოპტიმალური ხარისხის დაავადებების მართვის განსაზღვრა დამკურნალობის მეთოდების შედარება.
7	გართულებული აპენდიციტის არა-ქირურგიული მკურნალობა: აბსცესი ან ფლეგმონა			
7.1.		2	B	პერიაპენდიკულარული აბსცესის პერკუტანური დრენაჟი, თუ ხელმისაწვდომია, წარმოადგენს გართულებული აპენდიციტის სათანადო მკურნალობას ანტიბიოტიკებზე დამატებით.
7.2.		1	A	არა- ოპერაციული მართვა წარმოადგენს გონივრულ პირველი რიგის მკურნალობას ფლეგონით ან აბსცესით გართულებული აპენდიციტისათვის.
7.3.		2	B	ფლეგონით ან აბსცესით გართულებული მწვავე აპენდიციტის ოპერაციული მართვა წარმოადგენს არა-ოპერაციული მართვის უსაფრთხო ალტერნატივას, თუ ტარდება გამოცდილი პერსონალის მიერ.
7.4.		1	A	ინტერვალური აპენდექტომია არ არის რუტინულად რეკომენდირებული როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში.
7.5.		2	B	ინტერვალური აპენდექტომია რეკომენდებულია რეციდივის სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის.
7.6.		3	C	მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი უნდა ჩატარდეს პაციენტებში, რომლებსაც აპენდიციტის გამო უმკურნალებს არა-ოპერაციულად, თუ მათი ასაკი 40 წელზე მეტია
8	პრეოპერაციული და პოსტოპერაციული ანტიბიოტიკები			
8.1.		1	A	მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტებში პრე-ოპერაციულად ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები ყოველთვის რეკომენდირებულია.
8.2.		2	B	გაურთულებელი აპენდიციტის მქონე პაციენტებისთვის, პოსტ-ოპერაციულად ანტიბიოტიკები რეკომენდებული არ არის
8.3.		2	B	გართულებული მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტებში, პოსტოპერაციულად ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები ყოველთვის რეკომენდირებულია.
8.4.		2	B	მიუხედავად იმისა, რომ ანტიმიკრობული მკურნალობის შეწყვეტა უნდა ემყარებოდეს კლინიკურ და ლაბორატორიულ კრიტერიუმებს, როგორცაა ცხლეება და ლეიკოციტოზი, მოზრდილ პაციენტებში ზოგადად რეკომენდებულია 3-5 დღიანი პერიოდი

reviewed, selected and analyzed the literature, wrote and proposed the statement's drafts for one of the eight questions. WSES board reviewed the draft and made critical appraisals. All the statements were discussed and approved during the 3rd WSES World Congress, held in Jerusalem on 6th July 2015. The manuscript was further reviewed by Scientific Secretariat, Organization Committee and Scientific Committee according to congress comments and was then approved by the WSES board. SDS, AB, MDK, FC, DW, MiSu, CAG, MDM, MaSa, RA: conception, design and coordination of the study; data

acquisition, analysis and interpretation; draft the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

ინფორმაცია ავტორთა შესახებ

Component of the teams for the Consensus Conference and the WSES Guidelines Development

President: Salomone Di Saverio

Scientific Secretariat members: Salomone Di Saverio, Arianna Birindelli, Dieter Weber, Michael Denis Kelly, Fausto Catena, Massimo Sartelli

Organization Committee members: Salomone Di Saverio, Fausto Catena, Micheal D. Kelly, Dieter Weber,

Federico Coccolini, Massimo Sartelli, Luca Ansaloni, Ernest E Moore, Jeffry Kashuk, Yoram Kluger

Scientific Committee members: Salomone Di Saverio, Dieter Weber, Michael Denis Kelly, Michael Sugrue, Fausto Catena, Arianna Birindelli, Aneel Bhangu, Kjetil Soreide, Ferdinando Agresta, Marc De Moya, Massimo Sartelli, Carlos Augusto Gomes, Ewen Griffiths, Steve De Castro, Osvaldo Chiara, Fabio Cesare Campanile, Walt Biffi, George Velmahos, Raul Coimbra, Ari Leppaniemi, Ernest E Moore, Roland Andersson.

ინტერესთა კონფლიქტი

The authors declare that they have no competing interests.

თანხმობა პუბლიკაციაზე

Not applicable.

ეთიკური საკითხები და თანხმობა მონაწილეობაზე

Not applicable.

ავტორთა სამუშაო აღზილები

¹Emergency and Trauma Surgery – Maggiore Hospital, AUSL, Bologna, Italy. ²S. Orsola Malpighi University Hospital – University of Bologna, Bologna, Italy. ³Locum Surgeon, Acute Surgical Unit, Canberra Hospital, Canberra, ACT, Australia. ⁴Emergency and Trauma Surgery Department, Maggiore Hospital of Parma, Parma, Italy. ⁵Trauma and General Surgeon Royal Perth Hospital & The University of Western Australia, Perth, Australia. ⁶Macerata Hospital, Macerata, Italy. ⁷Letterkenny Hospital, Donnegal, Ireland. ⁸Harvard Medical School -Massachusetts General Hospital, Boston, USA. ⁹Department of Surgery Hospital Universitario, Universidade General de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brazil. ¹⁰Academic Department of Surgery, University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, Edgabaston, Birmingham, UK. ¹¹General Surgery, Civil Hospital - ULSS19, Veneto, Adria, RO, Italy. ¹²Denver Health System – Denver Health Medical Center, Denver,

USA. ¹³Department of Gastrointestinal Surgery, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway. ¹⁴University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, UK. ¹⁵Department of Surgery, OLVG, Amsterdam, The Netherlands. ¹⁶Department of Surgery, University of Jerusalem, Jerusalem, Israel. ¹⁷Division of General Surgery, Rambam Health Care Campus, Haifa, Israel. ¹⁸Abdominal Center, University of Helsinki, Helsinki, Finland. ¹⁹General Surgery I, Papa Giovanni XXIII Hospital, Bergamo, Italy. ²⁰Department of Surgery, Linköping University, Linköping, Sweden. ²¹UCSD Health System-Hillcrest Campus Department of Surgery Chief Division of Trauma, Surgical Critical Care, Burns, and Acute Care Surgery, San Diego, CA, USA. ²²Royal Free Campus, University College London, London, UK. ²³Department of Surgery, San Giovanni Decollato Andosilla Hospital, Viterbo, Italy. ²⁴Queen's Medical Center, University of Hawaii, Honolulu, HI, USA. ²⁵Niguarda Hospital, Milan, Italy. ²⁶University of Florida, Gainesville, USA. ²⁷Department of Surgery, University of Pittsburgh School of Medicine, UPMC-Presbyterian, Pittsburgh, USA. ²⁸Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - Unicamp, Campinas, SP, Brazil. ²⁹Alicante, Spain. ³⁰Department of Surgery, University of Washington, Harborview Medical Center, Seattle, WA, USA. ³¹St. Michael Hospital, Toronto, Canada. ³²Department of Traumatology, John Hunter Hospital and University of Newcastle, Newcastle, NSW, Australia. ³³Department of Surgery, Terni Hospital, University of Perugia, Terni, Italy. ³⁴Trauma Surgery Unit - Maggiore Hospital AUSL, Bologna, Italy. ³⁵Department of Surgery, Maggiore Hospital Di Saverio et al. World Journal of Emergency Surgery (2016) 11:34 AUSL, Bologna, Italy. ³⁶Catholic University, A. Gemelli University Hospital, Rome, Italy. ³⁷Department of Surgery, University of Catania, Catania, Italy. ³⁸R. Adams Cowley Trauma Center, Baltimore, MD, USA. ³⁹Professor Emeritus Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA. ⁴⁰Harvard Medical School - Chief of Trauma, Emergency Surgery, and Surgical Critical Care, Massachusetts General Hospital, Boston, USA.

Received: 15 June 2016

Accepted: 6 July 2016

ლიტერატურა:

References:

1. Addiss DG, et al. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol.* 1990;132(5):910–25.
2. Varadhan KK, Neal KR, Lobo DN. Safety and efficacy of antibiotics compared with appendectomy for treatment of uncomplicated acute appendicitis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2012;344, e2156.
3. Andersson RE, Petzold MG. Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2007;246(5): 741–8.
4. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med.* 1986;15(5):557–64.
5. Samuel M. Pediatric appendicitis score. *J Pediatr Surg.* 2002;37(6):877–81.
6. Andersson M, Andersson RE. The appendicitis inflammatory response score: a tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado score. *World J Surg.* 2008;32(8):1843–9.
7. Chong CF, et al. Development of the RIPASA score: a new appendicitis scoring system for the diagnosis of acute appendicitis. *Singapore Med J.* 2010;51(3):220–5.
8. Sammalkorpi HE, Mentula P, Leppaniemi A. A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis—a prospective study. *BMC Gastroenterol.* 2014;14:114.

9. Atema JJ, et al. Scoring system to distinguish uncomplicated from complicated acute appendicitis. *Br J Surg.* 2015;102(8):979–90.
10. Debnath J, et al. Alvarado score: is it time to develop a clinical-pathological-radiological scoring system for diagnosing acute appendicitis? *Am J Emerg Med.* 2015;33(6):839–40.
11. Ohle R, et al. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Med.* 2011;9:139.
12. McKay R, Shepherd J. The use of the clinical scoring system by Alvarado in the decision to perform computed tomography for acute appendicitis in the ED. *Am J Emerg Med.* 2007;25(5):489–93.
13. Gwynn LK. The diagnosis of acute appendicitis: clinical assessment versus computed tomography evaluation. *J Emerg Med.* 2001;21(2):119–23.
14. de Castro SM, et al. Evaluation of the appendicitis inflammatory response score for patients with acute appendicitis. *World J Surg.* 2012;36(7):1540–5.
15. Kollar D, et al. Predicting acute appendicitis? A comparison of the Alvarado score, the Appendicitis Inflammatory Response Score and clinical assessment. *World J Surg.* 2015;39(1):104–9.
16. Scott AJ, et al. Risk stratification by the Appendicitis Inflammatory Response score to guide decision-making in patients with suspected appendicitis. *Br J Surg.* 2015;102(5):563–72.
17. Ebell MH, Shinholler J. What are the most clinically useful cutoffs for the Alvarado and Pediatric Appendicitis Scores? A systematic review. *Ann Emerg Med.* 2014;64(4):365–72. e2.
18. Kharbada AB, et al. Interrater reliability of clinical findings in children with possible appendicitis. *Pediatrics.* 2012;129(4):695–700.
19. Kulik DM, Uleryk EM, Maguire JL. Does this child have appendicitis? A systematic review of clinical prediction rules for children with acute abdominal pain. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(1):95–104.
20. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg.* 2004;91(1):28–37.
21. Hallan S, Asberg A. The accuracy of C-reactive protein in diagnosing acute appendicitis—a meta-analysis. *Scand J Clin Lab Invest.* 1997;57(5): 373–80.
22. Velanovich V, Satava R. Balancing the normal appendectomy rate with the perforated appendicitis rate: implications for quality assurance. *Am Surg.* 1992;58(4):264–9.
23. Kirkil C, et al. Appendicitis scores may be useful in reducing the costs of treatment for right lower quadrant pain. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2013;19(1):13–9.
24. Bongard F, Landers DV, Lewis F. Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease. A prospective analysis. *Am J Surg.* 1985;150(1): 90–6.
25. Webster DP, et al. Differentiating acute appendicitis from pelvic inflammatory disease in women of childbearing age. *Am J Emerg Med.* 1993;11(6):569–72.
26. Arnbjornsson E. Varying frequency of acute appendicitis in different phases of the menstrual cycle. *Surg Gynecol Obstet.* 1982;155(5):709–11.
27. Rothrock SG, et al. Misdiagnosis of appendicitis in nonpregnant women of childbearing age. *J Emerg Med.* 1995;13(1):1–8.
28. Dahlberg DL, et al. Differential diagnosis of abdominal pain in women of childbearing age. Appendicitis or pelvic inflammatory disease? *Adv Nurse Pract.* 2004;12(1):40–5. quiz 45–6.
29. Morishita K, et al. Clinical prediction rule to distinguish pelvic inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. *Am J Emerg Med.* 2007;25(2):152–7.
30. Albiston E. The role of radiological imaging in the diagnosis of acute appendicitis. *Can J Gastroenterol.* 2002;16(7):451–63.
31. Smith MP, et al. ACR Appropriateness Criteria(R) Right Lower Quadrant Pain—Suspected Appendicitis. *Ultrasound Q.* 2015;31(2):85–91.
32. Gaitan HG, et al. Laparoscopy for the management of acute lower abdominal pain in women of childbearing age. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;5, CD007683.
33. Peery AF, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology.* 2012;143(5):1179–87 e1–3.
34. United Kingdom National Surgical Research C, Bhangu A. Bhangu, Safety of short, in-hospital delays before surgery for acute appendicitis: multicentre cohort study, systematic review, and meta-analysis. *Ann Surg.* 2014;259(5):894–903.
35. Krajewski S, et al. Impact of computed tomography of the abdomen on clinical outcomes in patients with acute right lower quadrant pain: a meta-analysis. *Can J Surg.* 2011;54(1):43–53.
36. Andersson RE. The natural history and traditional management of appendicitis revisited: spontaneous resolution and predominance of prehospital perforations imply that a correct diagnosis is more important than an early diagnosis. *World J Surg.* 2007;31(1):86–92.
37. Kotagal M, et al. Use and accuracy of diagnostic imaging in the evaluation of pediatric appendicitis. *J Pediatr Surg.* 2015;50(4):642–6.
38. Kotagal M, et al. Improving ultrasound quality to reduce computed tomography use in pediatric appendicitis: the Safe and Sound campaign. *Am J Surg.* 2015;209(5):896–900. discussion 900.
39. Kim ME, et al. Performance of CT examinations in children with suspected acute appendicitis in the community setting: a need for more education. *AJR Am J Roentgenol.* 2015;204(4):857–60.
40. Nielsen JW, et al. Reducing computed tomography scans for appendicitis by introduction of a standardized and validated ultrasonography report template. *J Pediatr Surg.* 2015;50(1):144–8.
41. Freeland M, et al. Diagnosis of appendicitis in pregnancy. *Am J Surg.* 2009; 198(6):753–8.
42. Spalluto LB, et al. MR imaging evaluation of abdominal pain during pregnancy: appendicitis and other nonobstetric causes. *Radiographics.* 2012;32(2):317–34.
43. Theilen LH, et al. Utility of magnetic resonance imaging for suspected appendicitis in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol.*

- 2015;212(3): 345 e1–6.
44. Heineman J. Towards evidence based emergency medicine: Best BETs from the Manchester Royal Infirmary. BET 1: An evaluation of the Alvarado score as a diagnostic tool for appendicitis in children. *Emerg Med J.* 2012;29(12): 1013–4.
 45. Trout AT, Sanchez R, Ladino-Torres MF. Reevaluating the sonographic criteria for acute appendicitis in children: a review of the literature and a retrospective analysis of 246 cases. *Acad Radiol.* 2012;19(11):1382–94.
 46. Dingemann J, Ure B. Imaging and the use of scores for the diagnosis of appendicitis in children. *Eur J Pediatr Surg.* 2012;22(3):195–200.
 47. Andersson RE. Short and long-term mortality after appendectomy in Sweden 1987 to 2006. Influence of appendectomy diagnosis, sex, age, co-morbidity, surgical method, hospital volume, and time period. A national population-based cohort study. *World J Surg.* 2013;37(5):974–81.
 48. Omari AH, et al. Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation. *World J Emerg Surg.* 2014;9(1):6.
 49. Jones RP, et al. Journal Club: the Alvarado score as a method for reducing the number of CT studies when appendiceal ultrasound fails to visualize the appendix in adults. *AJR Am J Roentgenol.* 2015;204(3):519–26.
 50. Soreide K. The research conundrum of acute appendicitis. *Br J Surg.* 2015; 102(10):1151–2.
 51. National Surgical Research, C. Multicentre observational study of performance variation in provision and outcome of emergency appendectomy. *Br J Surg.* 2013;100(9):1240–52.
 52. Brockman SF, et al. Does an Acute Surgical Model increase the rate of negative appendectomy or perforated appendicitis? *ANZ J Surg.* 2013; 83(10):744–7.
 53. Tan WJ, et al. Alvarado score: a guide to computed tomography utilization in appendicitis. *ANZ J Surg.* 2013;83(10):748–52.
 54. Poortman P, et al. Improving diagnosis of acute appendicitis: results of a diagnostic pathway with standard use of ultrasonography followed by selective use of CT. *J Am Coll Surg.* 2009;208(3):434–41.
 55. Chang ST, Jeffrey RB, Olcott EW. Three-step sequential positioning algorithm during sonographic evaluation for appendicitis increases appendiceal visualization rate and reduces CT use. *AJR Am J Roentgenol.* 2014;203(5):1006–12.
 56. Schuh S, et al. Properties of serial ultrasound clinical diagnostic pathway in suspected appendicitis and related computed tomography use. *Acad Emerg Med.* 2015;22(4):406–14.
 57. Mallin M, et al. Diagnosis of appendicitis by bedside ultrasound in the ED. *Am J Emerg Med.* 2015;33(3):430–2.
 58. Kepner AM, Bacasnot JV, Stahlman BA. Intravenous contrast alone vs intravenous and oral contrast computed tomography for the diagnosis of appendicitis in adult ED patients. *Am J Emerg Med.* 2012;30(9):1765–73.
 59. Kessler N, et al. Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings. *Radiology.* 2004;230(2):472–8.
 60. Terasawa T, et al. Systematic review: computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. *Ann Intern Med.* 2004;141(7):537–46.
 61. Koseekriniramol V, Kaewlai R. Abdominal wall thickness is not useful to predict appendix visualization on sonography in adult patients with suspected appendicitis. *J Clin Ultrasound.* 2015;43(5):269–76.
 62. Leeuwenburgh MM, et al. Accuracy of MRI compared with ultrasound imaging and selective use of CT to discriminate simple from perforated appendicitis. *Br J Surg.* 2014;101(1):e147–55.
 63. Carroll PJ, et al. Surgeon-performed ultrasound at the bedside for the detection of appendicitis and gallstones: systematic review and meta-analysis. *Am J Surg.* 2013;205(1):102–8.
 64. Bhangu A, et al. Systemic review and meta-analysis of randomized clinical trials comparing primary vs delayed primary skin closure in contaminated and dirty abdominal incisions. *JAMA Surg.* 2013;148(8):779–86.
 65. Collaborative S, et al. Negative appendectomy and imaging accuracy in the Washington State Surgical Care and Outcomes Assessment Program. *Ann Surg.* 2008;248(4):557–63.
 66. Singh P, et al. Safety assessment of resident grade and supervision level during emergency appendectomy: analysis of a multicenter, prospective study. *Surgery.* 2014;156(1):28–38.
 67. Bhangu A, et al. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet.* 2015;386(10000):1278–87.
 68. Di Saverio S, Piccinini BA, Catena F, Biscardi A, Tugnoli G. How reliable is Alvarado score and its subgroups in ruling out acute appendicitis and suggesting the opportunity of nonoperative management or surgery? *Annals of Surgery.* 2016. June 8, 2016 published ahead of print.
 69. Di Saverio S, et al. The NOTA Study (Non Operative Treatment for Acute Appendicitis): prospective study on the efficacy and safety of antibiotics (amoxicillin and clavulanic acid) for treating patients with right lower quadrant abdominal pain and long-term follow-up of conservatively treated suspected appendicitis. *Ann Surg.* 2014;260(1):109–17.
 70. Svensson JF, et al. Nonoperative treatment with antibiotics versus surgery for acute nonperforated appendicitis in children: a pilot randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2015;261(1):67–71.
 71. Salminen P, et al. Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2015;313(23):2340–8.
 72. Flum DR. Clinical practice. Acute appendicitis—appendectomy or the "antibiotics first" strategy. *N Engl J Med.* 2015;372(20):1937–43.
 73. Teo AT, et al. Institutional review of patients presenting with suspected appendicitis. *ANZ J Surg.* 2015;85(6):420–4.
 74. Stahlfeld K, et al. Is acute appendicitis a surgical emergency? *Am Surg.* 2007; 73(6):626–9. discussion 629–30.
 75. Livingston EH, et al. Disconnect between incidence of nonperforated and perforated appendicitis: implications for pathophysiology and management. *Ann Surg.* 2007;245(6):886–92.
 76. Teixeira PG, et al. Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections. *Ann Surg.* 2012; 256(3):538–43.

77. Ditillo MF, Dziura JD, Rabinovici R. Is it safe to delay appendectomy in adults with acute appendicitis? *Ann Surg.* 2006;244(5):656–60.
78. Ingraham AM, et al. Effect of delay to operation on outcomes in adults with acute appendicitis. *Arch Surg.* 2010;145(9):886–92.
79. Busch M, et al. In-hospital delay increases the risk of perforation in adults with appendicitis. *World J Surg.* 2011;35(7):1626–33.
80. Ansaloni L, et al. Surgery versus conservative antibiotic treatment in acute appendicitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Dig Surg.* 2011;28(3):210–21.
81. Liu Z, et al. Laparoscopy or not: a meta-analysis of the surgical effects of laparoscopic versus open appendectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010;20(6):362–70.
82. Wei B, et al. Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis: a metaanalysis. *Surg Endosc.* 2011;25(4):1199–208.
83. Sauerland S, Jaschinski T, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 10, CD001546.
84. Li X, et al. Laparoscopic versus conventional appendectomy—a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Gastroenterol.* 2010;10:129.
85. Wei HB, et al. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized comparison. *Surg Endosc.* 2010;24(2):266–9.
86. Jaschinski T, et al. Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. *BMC Gastroenterol.* 2015;15:48.
87. Tzovaras G, et al. Laparoscopic versus open appendectomy in men: a prospective randomized trial. *Surg Endosc.* 2010;24(12):2987–92.
88. Ward NT, Ramamoorthy SL, Chang DC, Parsons JK. Laparoscopic appendectomy is safer than open appendectomy in an elderly population. *JSLS.* 2014;18(3):e2014. doi:10.4293/JSLS.2014.00322.
89. Yeh CC, et al. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis is more favorable for patients with comorbidities, the elderly, and those with complicated appendicitis: a nationwide population-based study. *Surg Endosc.* 2011;25(9):2932–42.
90. Tiwari MM, et al. Comparison of outcomes of laparoscopic and open appendectomy in management of uncomplicated and complicated appendicitis. *Ann Surg.* 2011;254(6):927–32.
91. Southgate E, et al. Laparoscopic vs open appendectomy in older patients. *Arch Surg.* 2012;147(6):557–62.
92. Ciarrocchi A, Amicucci G. Laparoscopic versus open appendectomy in obese patients: A meta-analysis of prospective and retrospective studies. *J Minim Access Surg.* 2014;10(1):4–9.
93. Dasari BV, et al. Laparoscopic appendectomy in obese is associated with improvements in clinical outcome: systematic review. *Int J Surg.* 2015;13: 250–6.
94. Jackson H, et al. Diagnosis and laparoscopic treatment of surgical diseases during pregnancy: an evidence-based review. *Surg Endosc.* 2008;22(9):1917–27.
95. Wilasrusmee C, et al. Systematic review and meta-analysis of safety of laparoscopic versus open appendectomy for suspected appendicitis in pregnancy. *Br J Surg.* 2012;99(11):1470–8.
96. Cheng HT, et al. Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy in pregnancy: a population-based analysis of maternal outcome. *Surg Endosc.* 2015;29(6):1394–9.
97. Cox TC, et al. Laparoscopic appendectomy and cholecystectomy versus open: a study in 1999 pregnant patients. *Surg Endosc.* 2016;30(2):593–602.
98. Walker HG, et al. Laparoscopic appendectomy in pregnancy: a systematic review of the published evidence. *Int J Surg.* 2014;12(11):1235–41.
99. Markar SR, et al. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated and uncomplicated appendicitis in children. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(10): 1993–2004.
100. Wang CC, et al. Outcome comparison between laparoscopic and open appendectomy: evidence from a nationwide population-based study. *PLoS One.* 2013;8(7), e68662.
101. Masoomi H, et al. Comparison of outcomes of laparoscopic versus open appendectomy in adults: data from the Nationwide Inpatient Sample (NIS), 2006–2008. *J Gastrointest Surg.* 2011;15(12):2226–31.
102. Isaksson K, et al. Long-term follow-up for adhesive small bowel obstruction after open versus laparoscopic surgery for suspected appendicitis. *Ann Surg.* 2014;259(6):1173–7.
103. Di Saverio S, et al. A cost-effective technique for laparoscopic appendectomy: outcomes and costs of a case-control prospective single-operator study of 112 unselected consecutive cases of complicated acute appendicitis. *J Am Coll Surg.* 2014;218(3):e51–65.
104. Moore CB, et al. Does use of intraoperative irrigation with open or laparoscopic appendectomy reduce post-operative intra-abdominal abscess? *Am Surg.* 2011;77(1):78–80.
105. St Peter SD, et al. Irrigation versus suction alone during laparoscopic appendectomy for perforated appendicitis: a prospective randomized trial. *Ann Surg.* 2012;256(4):581–5.
106. Ohno Y, Furui J, Kanematsu T. Treatment strategy when using intraoperative peritoneal lavage for perforated appendicitis in children: a preliminary report. *Pediatr Surg Int.* 2004;20(7):534–7.
107. Akkoyun I, Tuna AT. Advantages of abandoning abdominal cavity irrigation and drainage in operations performed on children with perforated appendicitis. *J Pediatr Surg.* 2012;47(10):1886–90.
108. Schein M, Rogers P, Assalia A. Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery: an Unconventional Book. 3rd ed. Springer; 2010. p. 456.
109. Motson RW, Kelly MD. Simplified technique for laparoscopic appendectomy. *ANZ J Surg.* 2002;72(4):294–5.
110. Naguib N. Simple technique for laparoscopic appendectomy to ensure safe division of the mesoappendix. *Scand J Surg.* 2014;103(1):73–4.

111. Aydogan F, et al. A comparison of the adverse reactions associated with isosulfan blue versus methylene blue dye in sentinel lymph node biopsy for breast cancer. *Am J Surg.* 2008;195(2):277-8.
112. Yang HR, et al. Laparoscopic appendectomy using the LigaSure Vessel Sealing System. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2005;15(4):353-6.
113. Sucullu I, et al. The effects of LigaSure on the laparoscopic management of acute appendicitis: "LigaSure assisted laparoscopic appendectomy". *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009;19(4):333-5.
114. Diamantis T, et al. Comparison of monopolar electrocoagulation, bipolar electrocoagulation, Ultracision, and Ligasure. *Surg Today.* 2006;36(10):908-13.
115. Lee JS, Hong TH. Comparison of various methods of mesoappendix dissection in laparoscopic appendectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2014;24(1):28-31.
116. Kazemier G, et al. Securing the appendiceal stump in laparoscopic appendectomy: evidence for routine stapling? *Surg Endosc.* 2006;20(9):1473-6.
117. Sahm M, et al. Current analysis of endoloops in appendiceal stump closure. *Surg Endosc.* 2011;25(1):124-9.
118. Lin HF, Lai HS, Lai IR. Laparoscopic treatment of perforated appendicitis. *World J Gastroenterol.* 2014;20(39):14338-47.
119. Swank HA, et al. Endostapler or endoloops for securing the appendiceal stump in laparoscopic appendectomy: a retrospective cohort study. *Surg Endosc.* 2014;28(2):576-83.
120. Lukish J, et al. Laparoscopic appendectomy in children: use of the endoloop vs the endostapler. *Arch Surg.* 2007;142(1):58-61. discussion 62.
121. Rakic M, et al. Analysis of endoloops and endostaples for closing the appendiceal stump during laparoscopic appendectomy. *Surg Today.* 2014; 44(9):1716-22.
122. Sajid MS, et al. Use of endo-GIA versus endo-loop for securing the appendicular stump in laparoscopic appendectomy: a systematic review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009;19(1):11-5.
123. Safavi A, Langer M, Skarsgard ED. Endoloop versus endostapler closure of the appendiceal stump in pediatric laparoscopic appendectomy. *Can J Surg.* 2012;55(1):37-40.
124. Street D, et al. Simple ligation vs stump inversion in appendectomy. *Arch Surg.* 1988;123(6):689-90.
125. Niemineva K. The pioneer of operative gynecology in Finland. *Nord Med.* 1970;84(46):1449-52.
126. Lavonius MI, et al. Simple ligation vs stump inversion in appendectomy. *Ann Chir Gynaecol.* 1996;85(3):222-4.
127. van der Graaf YOH. Simple ligation better than invagination of the appendix stump; a prospective randomized study. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1992; 136(31):1525.
128. Allemann P, et al. Prevention of infectious complications after laparoscopic appendectomy for complicated acute appendicitis—the role of routine abdominal drainage. *Langenbecks Arch Surg.* 2011; 396(1):63-8.
129. Narci A, et al. Is peritoneal drainage necessary in childhood perforated appendicitis?—a comparative study. *J Pediatr Surg.* 2007;42(11):1864-8.
130. Siribumrungwong B, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of delayed primary wound closure in contaminated abdominal wounds. *World J Emerg Surg.* 2014;9(1):49.
131. Henry MC, Moss RL. Primary versus delayed wound closure in complicated appendicitis: an international systematic review and meta-analysis. *Pediatr Surg Int.* 2005;21(8):625-30.
132. Gurusamy KS, Cassar Delia E, Davidson BR. Peritoneal closure versus no peritoneal closure for patients undergoing non-obstetric abdominal operations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7, CD010424.
133. Swank HA, et al. Is routine histopathological examination of appendectomy specimens useful? A systematic review of the literature. *Colorectal Dis.* 2011; 13(11):1214-21.
134. Carr NJ. The pathology of acute appendicitis. *Ann Diagn Pathol.* 2000;4(1):46-58.
135. Grimes C, et al. Appendiceal faecaliths are associated with right iliac fossa pain. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92(1):61-4.
136. van den Broek WT, et al. A normal appendix found during diagnostic laparoscopy should not be removed. *Br J Surg.* 2001;88(2):251-4.
137. Phillips AW, Jones AE, Sargen K. Should the macroscopically normal appendix be removed during laparoscopy for acute right iliac fossa pain when no other explanatory pathology is found? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009;19(5):392-4.
138. Lee M, et al. The morbidity of negative appendectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* 2014;96(7):517-20.
139. Strong S, et al. How good are surgeons at identifying appendicitis? Results from a multi-centre cohort study. *Int J Surg.* 2015;15:107-12.
140. Hamminga JT, et al. Evaluation of the appendix during diagnostic laparoscopy, the laparoscopic appendicitis score: a pilot study. *Surg Endosc.* 2013;27(5):1594-600.
141. Shafi S, et al. Measuring anatomic severity of disease in emergency general surgery. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014;76(3):884-7.
142. Gomes CA, et al. Laparoscopy grading system of acute appendicitis: new insight for future trials. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2012; 22(5):463-6.
143. Gomes CA, et al. Lessons learned with laparoscopic management of complicated grades of acute appendicitis. *J Clin Med Res.* 2014;6(4): 261-6.
144. Simillis C, et al. A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendectomy for complicated appendicitis (abscess or phlegmon). *Surgery.* 2010;147(6):818-29.
145. Mentula P, Sammalkorpi H, Leppaniemi A. Laparoscopic Surgery or Conservative Treatment for Appendiceal Abscess in Adults? A Randomized Controlled Trial. *Ann Surg.* 2015;262(2):237-42.
146. Weber DG, Di Saverio S. Letter to the Editor: Laparoscopic Surgery or Conservative Treatment for Appendiceal Abscess in Adults? *Ann Surg.* 2015.[Epub ahead of print].

147. Hall NJ, et al. Is interval appendicectomy justified after successful nonoperative treatment of an appendix mass in children? A systematic review. *J Pediatr Surg.* 2011;46(4):767–71.
148. Deakin DE, Ahmed I. Interval appendicectomy after resolution of adult inflammatory appendix mass—is it necessary? *Surgeon.* 2007;5(1):45–50.
149. Carpenter SG, et al. Increased risk of neoplasm in appendicitis treated with interval appendectomy: single-institution experience and literature review. *Am Surg.* 2012;78(3):339–43.
150. Sartelli M, et al. 2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg.* 2013;8(1):3.
151. Daskalakis K, Juhlin C, Pahlman L. The use of pre- or postoperative antibiotics in surgery for appendicitis: a systematic review. *Scand J Surg.* 2014;103(1):14–20.
152. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;3, CD001439.
153. Mui LM, et al. Optimum duration of prophylactic antibiotics in acute non-perforated appendicitis. *ANZ J Surg.* 2005;75(6):425–8.
154. Allo MD, et al. Ticarcillin/clavulanate versus imipenem/cilistatin for the treatment of infections associated with gangrenous and perforated appendicitis. *Am Surg.* 1999;65(2):99–104.
155. Hopkins JA, Wilson SE, Bobey DG. Adjunctive antimicrobial therapy for complicated appendicitis: bacterial overkill by combination therapy. *World J Surg.* 1994;18(6):933–8.
156. Sartelli M, et al. Complicated intra-abdominal infections worldwide: the definitive data of the CIAOW Study. *World J Emerg Surg.* 2014;9:37.
157. Sartelli M, et al. Antimicrobial management of intra-abdominal infections: literature's guidelines. *World J Gastroenterol.* 2012;18(9):865–71.
158. Berne TV, et al. Meropenem versus tobramycin with clindamycin in the antibiotic management of patients with advanced appendicitis. *J Am Coll Surg.* 1996;182(5):403–7.
159. Taylor E, et al. Complicated appendicitis: is there a minimum intravenous antibiotic requirement? A prospective randomized trial. *Am Surg.* 2000;66(9): 887–90.
160. Sawyer RG, et al. Trial of short-course antimicrobial therapy for intraabdominal infection. *N Engl J Med.* 2015;372(21):1996–2005.
161. SMM de Castro, CUnlu, EP Steller, et al. Evaluation of the Appendicitis Inflammatory Response Score for Patients with Acute Appendicitis. *World J Surg.* 2012;36:1540–1545.

LAPAROSCOPIC AND OPEN REPAIR OF PERFORATED DUODENAL ULCER

Stepanyan S.A., Petrosyan A.A., Mkrtchyan M.H., Papazyan K.T.,
Hakobyan V.M., Hovhannisyanyan H.S.

YSMU, Department of Surgery 1, Institut of Surgery "Mikaelyan", Republic Medical Centre "Armenia"

Introduction. Perforation is a dangerous complication of peptic ulcer disease and requires immediate surgical intervention in most of the cases.

Perforation occurs in 2-10% cases of peptic ulcer disease with high risk of mortality, especially in the elderly. The mortality rate of PUD perforations reaches up to 10-40%. Seventy percent of deaths in patients with PUD are attributed to perforation, in-hospital mortality rates vary from 5-24%. Emergency operation is the treatment of choice for perforated duodenal ulcer. Simple closure with or without omental patch is the most common and favored emergency procedure in many centers. In last decades laparoscopic repair of duodenal perforation is widely used in many clinics of USA, Western Europe and Asia with encouraging results

Materials and methods. In this study we include the results of treatment of 85 patients operated for a perforated duodenal ulcer during last 7 (2010-2017) years in RMC "Armenia", Clinic of Surgery. Those were patients with Boey score 0 and 1. Pre-operative workup included plain X-ray of abdomen and chest, computed tomography (CT) of abdomen, and esophagogastroduodenoscopy in selected cases. All the patients had symptoms of peritonitis. After the diagnosis of a perforated ulcer the treatment was stratified according to the severity of the disease. The Boey score, used for evaluation of the severity of the disease, is based on the available information of the following three criteria: shock at admission (systolic blood pressure < 90 mm Hg), severe medical illness (ASA III-V), and delayed presentation (duration of symptoms > 24 h). For this scoring system, the patient is given one point for each positive criterion, with possible scores

of 0-3. 51 (Boey 0 - 26, Boey 1 - 25) patients were operated by laparoscopy and 34 (Boey 0 - 9, Boey 1 - 25 patients) patients by laparotomy.

Results. In the laparoscopy groups the average duration of the operation was significantly shorter than in laparotomy groups: in Boey 0 group - 90 (45-130) min vs. 115 (60-160) min ($p = 0.023$), Boey 1 group - 100 (50-140) min vs. 135 (80-210) min ($p < 0.001$), respectively. In Boey 0 group there were 4 patients with postoperative complications (laparoscopy - 2 (7.7%), laparotomy - 2 (25%)), Boey 1 group - 8 patients (laparoscopy - 3 (12%), laparotomy - 5 (20%)). There was one fatal outcome in the laparotomy group with Boey score 1 (cardiovascular and pulmonary complications). Leak from the suture line developed in 3 cases of laparoscopy group (1 in the Boey 0 group and 2 in the Boey 1 group). All cases were managed conservatively by nasogastric tube aspiration and subhepatic drainage for 7 days. None of the patients required reoperation. All cases of suture leak occurred during the learning curve. 1 patient with Boey score 0 from laparotomy group was operated due to stenosis of pyloric region. Other complications were pulmonary and wound infection (Boey 1 laparotomy), and were treated conservatively. Duration of hospitalization was significantly shorter in laparoscopic than in open procedures: Boey 0 - laparoscopy 4.7 days (3-12) vs. laparotomy 10.1 (6-25) ($p < 0.001$), Boey 1 - laparoscopy 5.2 days (3-14) vs. laparotomy 9.8 (7-20) ($p < 0.001$).

Conclusion. The Boey scoring system is simple and acceptable for selection of patients with perforated duodenal ulcer for laparoscopic operation.

Key words: peptic ulcer, ulcer perforation, Boey score, laparoscopy.

ROLE OF ULTRASOUND IN DIAGNOSIS OF INFRINGED HERNIAS OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Khondkaryan K.V., Mirzoyan S.S., Arustamyan L.V., Mirzoyan S.H., Shekunts G.V.,
Mirzoyan L.S., Baghdasaryan M.Kh.

Department of General Surgery, MC "Surb Grigor Lusavorich", Department of General and Thoracic Surgery, Department of Radiodiagnostics, YSMU after Mkhitar Heratsi, Yerevan, Armenia

The results of treatment of infringed, especially recurrent and repeated recurrent hernias depend on timely and accurate diagnosis. Therefore, before the surgical intervention it is necessary in addition to determining the size of the anterior abdominal wall, the external parameters of protrusion, the nature of the contents of the hernia bag, etc., to clarify the morphofunctional state of the anterior abdominal wall, as well as all those anatomical structures, the tissues of which can be used in the execution of hernioplasty.

In order to clarify the size of the anterior abdominal wall and the external parameters of the protrusion, the condition and func-

tion of the abdominal wall and to select the method of surgical treatment, we have carried out an ultrasound examination of the anterior abdominal wall before surgery and in the postoperative period in 228 patients with ventral hernias.

The obtained results confirmed that ultrasound examination of the anterior abdominal wall is an accessible, non-invasive and highly informative method in diagnosis of abdominal hernia. It can become a key diagnostic method, on the basis of which it is possible to determine the size and localization of hernia's defect with a high degree of certainty, to make an idea of the contents of the hernia bag, to establish anatomical and functional state

of the anterior abdominal wall, clearly determine the width and thickness of direct abdominal muscles, as well as all those anatomical structures, the tissues of which are used in performance

of hernioplasty. Ultrasound examination assisted in the planning of the term, access for intervention, the determination of the appearance and the choice of the method of operation.

Key words: ultrasound, hernioplasty, infringed hernia

IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Stepanyan S.A., Safaryan H.H., Mesropyan R.N., Yeghiazaryan H.H., Aleksanyan A.Yu., Melqonyan F.F., Aqshelyan S.A.

Department of General surgery, MC "Surb Grigor Lusavorich", Department of General and Thoracic Surgery, Department of Radiodiagnostics, YSMU after Mkhitar Heratsi, Yerevan, Armenia

Diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction also nowadays continues to be one of the actual problems of surgery. Clinical symptoms of this disease are relatively late indefinable into the clinical complex, which in some cases causes delays in surgical intervention and its unsuccessful outcome. Postsurgical lethality level remains high.

A complex of medical and preventive measures began to be carried out in all 267 patients with suspicion of intestinal obstruction in the reception room. Diagnostic algorithm in case of intestinal obstruction includes: a carefully collected anamnesis, an examination of the patient, an urgent dynamic ultrasound examination, a radiography of the abdominal organs, the dynamics of Barium passage in the gastrointestinal tract. In case of suspicion of large intestinal obstruction patients were irrigoscopy and colonoscopy.

It has been established that ultrasound examination allows to assess the effectiveness of conservative therapy in short period of time and to predict the further course of the disease. Sensitivity of ultrasound method of research in patients with suspicion of intestinal obstruction was 86%, specificity-95%, accuracy-88.8%.

The analysis of obtained data shows that the application of the algorithm developed by us in case of intestinal obstruction allowed to detect pathology quite efficiently, at a high technical level and timely. Determination of the range of diagnostic capabilities of ultrasound examination, development of indications for its dynamic implementation and introduction into daily clinical practice improves the results of treatment of this heavy contingent of patients.

Key words: acute intestinal obstruction, ultrasound, radiography, irrigoscopy and colonoscopy

LAPAROSCOPY AND ANTIADHESIVE BARRIERS IN TREATMENT AND PREVENTION OF ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Mirzoyan S.S., Khondkaryan K.V., Mirzoyan S.H., Baghdasaryan M.Kh., Arustamyan L.V., Mirzoyan L.S., Shekunts G.V.

YSMU, Department of Surgery 1, Institut of Surgery "Mikaelyan", Republic Medical Centre "Armenia"

Introduction. Acute adhesive small bowel obstruction is a serious problem in emergency surgery and often requires repeated surgical interventions. Acute adhesive obstruction constitutes up to 50-60% of all cases of acute mechanical intestinal obstruction. This condition requires the choice of more sparing interventions. Laparoscopic adhesiolysis in a number of cases is effective and safe method of surgical treatment of adhesive intestinal obstruction. There are reports of laparoscopic resolution of acute adhesive small bowel obstruction in 80-90% of cases.

Materials and methods. In the Clinic of Surgery of the Republican Medical Center "Armenia" 96 laparoscopic interventions were performed for acute adhesive small bowel obstruction in period from April 2009 to May 2017.

Men were 55, women - 41, the average age was 49.9 ± 13.3 (18-76 years). Among the previous surgical procedures appendectomy, gynecological surgery were reported most frequently. Average duration of history of intestinal obstruction was 28.4 ± 14.8 (8-76) hours.

Preoperative examination included X-ray of the abdomen, contrast radiography of the gastrointestinal tract, ultrasonography of the abdomen, esophagogastroduodenoscopy, CT scan. For preoperative preparation of the patients nasogastric intubation by probe and gastric lavage, bladder catheterization, analgesia with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and infusion therapy were performed.

Laparoscopic procedures were performed using laparoscopic set of "Karl Storz" company (Tuttlingen, Germany). The first trocar was placed by open method (Hassony's technique) in the area most distant from the scar, mostly in the left mesogastric region.

Inspection of the abdominal cavity was done by the 450 telescope to assess the state of adhesions, intestinal loops. Under direct vision two 5mm trocars were introduced into the peritoneal cavity so that they could make a triangle with the trocar of telescope. Intestine was inspected with the help of atraumatic clamps, starting from collapsed loops, usually from the ileocecal junction. After adhesiolysis follow antiadhesive local barriers are

used: "Adept" – in 25 cases, "Seprafilm" – in 20 cases, "Protescal" – in 12 cases, "Mezogel" – in 10 cases.

Results. In 33 patients obturative and in 63 patients strangulative types of obstruction were found intraoperatively. Diagnostic laparoscopy allowed to evaluate the nature of adhesions, condition of bowels, to determine the location and nature of obstruction. In 84 cases procedure was completed laparoscopically, in 12 cases conversion performed due to dense adhesions in the abdominal cavity.

Big importance has the type of access of previous intervention, the best conditions for laparoscopic surgery are created in

wounds of limited area of the abdominal wall, especially after appendectomy and gynecological interventions

One lethal outcome were observed. There were no cases of recurrence of intestinal obstruction. No side effects were observed after use of antiadhesive means.

Conclusion. The laparoscopy is a possible method of examination for adhesive postoperative small bowel obstruction, and laparoscopic adhesiolysis can be successfully used in the treatment of this disease. In addition to minimally invasive interventions, to reduce the risk of postoperative recurrence of adhesion formation and adhesive bowel obstruction, antiadhesive barrier means should be applied.

Key words: acute small bowel obstruction, abdominal adhesive disease, laparoscopy, laparoscopic adhesiolysis, antiadhesive barriers

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTIC PROCESS IN CASE OF ABDOMINAL TRAUMA

Mirzoyan S.S., Mirzoyan S.H., Khondkaryan K.V., Baghdasaryan M.Kh., Arustamyan L.V.,
Mirzoyan L.S., Shekunts G.V.

Department of General surgery, MC "Surb Grigor Lusavorich", Department of General and Thoracic Surgery, Department of Radiodiagnostics, YSMU after Mkhitar Heratsi, Yerevan, Armenia

Abdominal trauma has a special place among all surgical diseases. Despite the fact that the specific weight of abdominal trauma does not exceed 20%, the vast majority of deaths occur because of this trauma.

When entering a medical institution most of the injured have combined injuries and are in a state of shock or unconsciousness, which undoubtedly, complicates the examination.

One of the reserves of improvement of outcomes of treatment of injured with cotrauma of stomach is the maximal early recognition of damages of organs of an abdominal cavity. In such conditions, the role of radiodiagnostic methods is increasing.

The analysis of results of the survey 353 injured showed that 187 had an abdominal trauma. We diagnosed damage of intraperitoneal and retroperitoneal organs with application of proposed algorithms of radiation examination in 184 (98.4%).

The algorithm developed by us is built not only on the principle "from simple to complex", but also on principle from the main to the secondary. The algorithm has flexibility depending on the clinical situation. Thus, it includes dynamic ultrasound examination, which allowed to increase the informativeness of the radiative examination to 98%. The ultrasound examination is the most rational method of screening and diagnosis in case of any pathology concerning abdominal organs and retroperitoneal space. The advantage of ultrasound examination of abdomen is the possibility of carrying it out at the bed of the injured, and the greatest value is the possibility of dynamic observation of the patient.

The optimal organization of work starting from reception to diagnostic and medical departments allows to provide timely and effective examination of injured.

Key words: Abdominal trauma, radiation examination, dynamic ultrasound examination

EFFICACY OF SURGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH MALIGNANT BOWEL OBSTRUCTION USING DIFFERENT DECOMPRESSION STRATEGIES

Mirijanyan A.A., Mirijanyan M.M., Grigoryan K.H.

Department of Surgery N4, YSMU

Introduction. For decades the nasogastric decompression has been used as the most effective strategy in the treatment of patients with acute bowel obstruction [1]. The decompression efficacy of these tubes is compromised by the short length decreasing the suctioning ability. Nasointestinal decompression and application of nasointestinal tubes was implemented into clinical practice in 1930s. Some clinical trials have confirmed the efficacy of nasointestinal tubes in treating adhesive small bowel obstructions [2]. A recent study showed a controversial results: efficacy after nasogastric intervention was not less efficient compared to applied nasointestinal decompression [3]. Technology advances continue to question the efficacy of described strategies. Hydro-

philic silicon triple-lumen tube used for intestinal decompression was introduced in 2003. In later years variety of modifications were introduced and applied in clinical practice [4]. In our study we attempted to compare the decompression efficacy between the modern ileus tube and the nasogastric tube used for decompression in patients with malignant bowel obstruction.

Methods: A total of 94 patients with intestinal obstruction treated from October 2008 to May 2015 were included in this study. There was no significant difference between the two groups with regard to clinical characteristics and laboratory variables documented on admission, including age, sex, abdominal symptoms, and laboratory indexes such as CBC, ESR, CRP,

level of electrolytes in plasma ($P > 0.05$). The endoscopically inserted intestinal tube was used for gastrointestinal decompression in 49 patients and nasogastric tube was applied in 45 patients. The therapeutic efficacy of applied strategies was compared between the two groups using Chi-squared test.

Results: Compared with the strategy applying nasogastric tubes, the group of patients treated with intestinal tube showed significantly shorter time for surgical rehabilitation (4.8 ± 2.2 d vs 9.6 ± 4.8 d). Significant difference was registered in laboratory

test results ($P < 0.01$). In the group treated with nasointestinal decompression, the output of drainage on the first day and the length of hospital stay were significantly shorter compared to the group treated with nasogastric decompression strategy ($P < 0.05$).

Conclusion: Nasointestinal tube can be used for malignant bowel obstruction. Endoscopic insertion of modern nasointestinal tube is convenient and does not worthy to be promoted despite the potential risks.

Key words: malignant bowel obstruction, decompression, Nasointestinal tube

THE RARE CASE OF SYGMOID COLON CANCER, COMPLICATED BY ANAEROBE FLEGMONE FORMATION IN LEFT LOWER LIMB-FEMORAL AND HIP INTERMUSCULAR AND SUBFASCIAL SPACES

Vardanyan A.S., M.D., Ph.D., Aleksanyan A.B., Chobanyan S.M., Khachatryan A.E.

Chair of surgical diseases N3 YSMU, department of general and thoracic surgery "EREBOUNI" MC

73% of patients with colon cancer, specially sigmoid and caecal origin, coming to the hospital with some complications, which has influence on outcome of disorder. Spread of the tumor on neighbor organs as well as pericancerous inflammation and perforation are very common. Sometimes few complications can be seen in one patient. In special literature we couldn't find data about invasion of colon cancer to the retroperitoneal space with subsequent flegmone formation in the hip and femur. That's why this case is very interesting.

Caucasian women, 51 y.o, admitted to the ICU of "EREBOUNI" MC in severe condition complaining of pain in abdomen, left femur and hip, swelling of left inferior limb, nausea, vomiting, absence of stool in past 5 days. She suffered from constipation with blood in stool during last 5 years. Instrumental investigations (ultrasonography, X-ray, contrast-enhanced CT scan, colonos-

copy) revealed perforation of sigmoid cancer to the retroperitoneal space with pelvic, femoral and hip anaerobe inflammation. After laboratory investigations and preoperative treatment patient has been operated-midline laparotomy, Hartman's procedure, sanation and draining of abdominal cavity, wide-open incisions and fasciotomies, necrectomies and wound debridement in left femoral and hip regions. After 5 days relaparotomy with abdominal lavage and drainage performed. Reoperation on left femur and hip also performed. Antibacterial treatment, desintoxication, hyperbaric treatment as well as "Armenicum" topically as a wound healing methods has been used during 7 days (seen in pictures). Nevertheless sepsis developed and patient died on 20-th postop day. Thus perforation of colon cancer with anaerobe flegmone formation in the inferior limb is very rare and casuistic complication, which can have fatal outcome.

Key words: sigmoid colon cancer, anaerobe flegmone, antibacterial treatment, "Armenicum" topically

THE TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS WITH MINIMALLY-INVASIVE SURGICAL INTERVENTIONS

Barseghyan H.A.¹, Voskanyan A.A.², Harutyunyan H.V.¹

¹YSMU, Department of General Surgery, ²YSMU, Department of Endoscopic and Endocrine Surgery

The management of acute pancreatitis has been controversial over the past decades, varying between a conservative medical approach on the one hand and an aggressive surgical approach on the other [1-2]. Most episodes of acute pancreatitis (80%) are mild and self limiting, subsiding spontaneously within 3-5 days. Patients with mild pancreatitis respond well to medical treatment, requiring little more than intravenous fluid resuscitation and analgesia [3]. In contrast, severe pancreatitis is defined as pancreatitis associated with organ failure and/or local complications such as necrosis, abscess formation, or pseudocysts [4]. Open necrosectomy, the standard surgical treatment of infected pancreatic necrosis (IPN), presents a high rate of postoperative complications and an associated mortality of 20-60%.

Results of applying minimally invasive methods in the course of treatment of patients diagnosed with pancreatitis have been analyzed. 2007 to 2017 the Astgik MC received and provided treatment to 450 patients suffering from acute pancreatitis. In 117 cases it was a destructive form. Of 117 patients 65% (76) had sterile pancreonecrosis, and 35% (41) – infected pancreonecrosis. We used minimally invasive surgical technologies to treat suppurative complications caused by the destructive pancreatitis: endoscopic papillotomy (EPT), percutaneous puncture of affluxes, drainage of pus pockets and retroperitoneal phlegmons. Minimally invasive surgery allows decreasing the overall acute pancreatitis mortality rate to 8%, and the mortality rate for its destructive forms – to 15.3%.

Key words: pancreatitis, endoscopic papillotomy, ultrasound and CT-controlled drainage

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN POLYTRAUMA PATIENTS

Sarukhanyan H.V., Minasyan A.H., Arazyan D.R., Alexanyan A.B.

Department of Surgery N° 3 of YSMU, Erebouni MC, Yerevan, Republic of Armenia

The aim of the study is to analysis the complications that occur during the postoperative period, the reoperations and the mortality rate in polytrauma patients.

Actuality: The recent decades are characterized by a significant increase in injuries, high levels of complications, mortality and disability. Characteristic features are simultaneous injuries of several anatomical regions, presence of mutual severity syndrome, deep metabolic disorders in all organism systems.

Material and Methods: 512 patients with polytrauma were admitted Erebuni Medical Center and were examined from 2003 to 2017. They have operated with urgent indications. The "Damage Control" principle has not been applied for them (was not indicated). Of these, 431 (84.2%) were male, 81 (15.8%) were female. Accordingly, they were divided into two groups: 67 (13%) patients with postoperative complications, who underwent relaparotomy (basic group) and 445 (87%) without abdominal complications (control group). The age of the patients was decided. The severity of all patients was assessed with ISS scale at the time of admission. The severity of the condition in traumatic disease was assessed with APACHE II scale. The severity of peritonitis was assessed with PIA II scale. The abdominal complications were: peritonitis-14,9%, abscess-7,5%, recurrent intraabdominal bleeding-9%, abdominal compartment syndrome-16,4%, evisceration-6%, pancreonecrosis-4.5%, second-

ary bowel necrosis-6%, mesenteric thrombosis-6%, stress ulcer bleeding-4,5%, bowel stitches/anastomotic insufficiency-12%, acute intestinal obstruction-13,4%. During the reoperation in 18 patients (26.8%) laparostomy has accomplished, in 27 (40.3%) entero- or colostomy has formatted (17- loop, 10- terminal).

The results: The analysis of the study showed approximately similar age ratio in both groups: $37,7 \pm 16,6$ vs $35,7 \pm 13,7$. The comparison of ISS in both groups was $32,4 \pm 10,3$ vs $31,3 \pm 10,2$. APACHE II in the basic group was higher: $20,2 \pm 6,5$ vs $16,4 \pm 5,9$. In the basic group the first operation was predominantly related to two or more intraabdominal organs injury – 35,3% vs 21,4%. The frequency of traumatic peritonitis was high in the basic group: 26,2% vs 18,8%, and their severity, according to the PIA II scale, $-0,21 \pm 1,4$ vs $-0,075 \pm 0,98$. In the basic group diaphragmatic injuries (8,3% vs 3,8%) and retroperitoneal extended hematomas also was higher (31,4% vs 17,2%). The mortality ratio in basic and control groups was 31,2% vs 18,3%.

Conclusion: Multiple injuries in the abdominal cavity, intestinal repair or anastomosis, extensive and severe peritonitis, diaphragmatic injury, and extensive retroperitoneal hematomas increase the postoperative complications mortality. Finishing the relaparotomy with laparostomy and enterostomy formation can decrease mortality rate.

Key words: polytrauma, postoperative complications, relaparotomy

ჰეპატო-პანკრეატოდუოდენექტომია მარჯვენამხრივ ჰემიკოლექტომიასთან ერთად ნაღვლის ბუშტის მაღალდიფერენცირებული ბრტყელუჯრედოვანი ადენოკარცინომის დროს (კლინიკური შემთხვევა)

რეკორდარე ა., პალუმბო რ., მენეგეტი გ., რიზო მ.

ონკოლოგიისა და გადაუდებელი ქირურგიის დეპარტამენტი, დელ ანგელოს ჰოსპიტალი, ვენეცია (მესტრე), იტალია

HEPATO-PANCREATODUODENECTOMY WITH RIGHT HEMICOLECTOMY DURING HIGH-GRADE DIFFERENTIATED SQUAMOUS ADENOCARCINOMA OF THE GALLBLADDER: CLINICAL CASE

Recordare A., Palumbo R., Meneghetti G., Rizzo M.

Department Of Oncology and Emergency Surgery Angel Mestre Hospital, Italy

რეზიუმე ნაღვლის ბუშტის მაღალდიფერენცირებული ბრტყელუჯრედოვანი ადენოკარცინომის დროს რადიკალური ქირურგია სასარგებლოა პაციენტისათვის. ზოგიერთი სიმსივნე საჭიროებს კომპლექსურ პროცედურებს ნულოვანი რეზექციის (R0 რეზექცია) მისაღწევად. ქირურგიული მიდგომისა და ტექნიკის განსაზღვრა დამოკიდებულია ორგანოში სიმსივნის გავრცელებაზე. გამოცდილების ნაკლებობის გამო ჯერ კიდევ საკამათოდ რჩება აგრესიული ქირურგიის როლი ნაღვლის ბუშტის მაღალდიფერენცირებული ადენოკარცინომის დროს.

კლინიკური შემთხვევა, რომელსაც შესახებაც გვქმნება საუბარი, წარმოადგენს 60 წლის მამაკაცს ნაღვლის ბუშტის ჰეპატოცელულური სიმსივნით, რომელიც ინვადირებული იყო ღვიძლში, საერთო სანაღვლე სადინარში, პანკრეასის თავში, მარჯვენა კოლინჯში. შესრულდა ვენტრალური ჰეპატექტომია, პანკრეატოდუოდენექტომია მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომიასთან ერთად, მიღწეული იყო ნულოვანი რეზექცია (R0). პაციენტი ცოცხალია და თავს კარგად გრძნობს. ოპერაციიდან გასულია 3 თვე. ქირურგიის ჩვენებები და ოპერაციის სტრატეგია განხილულია ქვემოთ.

დასკვნა: აგრესიული ქირურგია რომელიც მოიცავს ვასკულარულ და მულტივიცერულ რეზექციას ზრდის ავადობისა და სიკვდილობის რისკს. ქირურგიისთვის პაციენტების სიფრთხილით შერჩევა, საპროგნოზო ფაქტორების გათვალისწინება, მნიშვნელოვანია ქირურგიული ჩარევის როლის განსაზღვრად და უშედეგო ჩარევის თავიდან ასაცილებლად.

Resume Radical surgery is useful for patients with high-grade differentiated squamous adenocarcinoma in the gallbladder. Some tumors require complex procedures in order to achieve zero resection (R0 resection). Determining surgical approach and techniques depends on the spread of tumors in the organ. The role of aggressive surgery still remains to be controversial because of lack of experience - during high-grade differentiated adenocarcinoma of the gallbladder.

The clinical case that we will talk about is a 60-year-old man with hepatocellular cancer of the gallbladder invaded into the liver, in the common bile duct, head of the pancreas, right colon. Ventral hepatectomy, pancreaticoduodenectomy and right hemicolectomy were performed by zero resection (R0). The patient is alive and well. 3 months have expired since the operation. Surgery indications and operational strategy are discussed below.

Conclusion: Aggressive surgery involving vascular and multivisceral resection increases the risk of morbidity and mortality. Treatment of patients with caution, taking into consideration the predictive factors, is important to determine the role of surgical intervention and to avoid futile intervention.

საკვანძო სიტყვები: ნაღვლის ბუშტი კიბო. მულტივიცერული რეზექცია, ჰეპატო პანკრეატოდუოდენექტომია.

ნაღვლის ბუშტის მაღალდიფერენცირებული ბრტყელუჯრედოვანი ადენოკარცინომა.

Keywords: gallbladder cancer. Multivisceral resection. Hepato-pancreatic duodenectomy, high-grade differentiated squamous adenocarcinoma of the gallbladder.

შესავალი

ნაღვლის ბუშტის მაღალდიფერენცირებული კიბო, როგორც ცნობილია, დაკავშირებულია ძალიან ცუდ პროგნოზთან, წინასწარ შერჩეულ პაციენტებში ოპერაციულმა ჩარევამ, რომელიც ნულოვანი რეზექციით სრულდება, შესაძლებელია, გაზარდოს სიცოცხლის უნარიანობა მაშინ, როცა პაციენტს ჯერ კიდევ არ აქვს განვითარებული დისტანციური მეტასტაზები. აღსა-

ნიშნავია, რომ აღნიშნული სიმსივნე ძალიან ხშირად აზიანებს ღვიძლს, მის გარშემო არსებულ ორგანოებს, რაც თავის მხრივ საჭიროს ხდის რადიკალური ქირურგიული მიდგომის შესრულებას, რომელსაც თან ახლავს ღვიძლის რეზექცია სამკურნალო ჩვენებით.

წარმოდგენილ სტატიაში აღწერილია 60 წლის მამაკაცის შემთხვევა, რომელსაც დიაგნოსტირებული ჰქონდა ნაღვლის ბუშტის კიბო ინფილტრაციით ღვიძლში,

ნაღვლის საერთო სადინარში, პანკრეასის თავში და მარჯვენა კოლინჯში. ჩატარებული ქირურგიის ჩვენება, ქირურგიული სტრატეგია განხილულია ქვემოთ.

კლინიკური შემთხვევა

60 წლის მამაკაცი, ჰოსპიტალიზირებული იყო ჩვენს ქირურგიულ დეპარტამენტში. ანამნეზში აღნიშნავდა ცხელებას, რომელიც დაეწყო ერთი თვით ადრე. წონაში კლებას დაახლოებით 10 კილოგრამი 6 თვის მანძილზე, ღებინება და სიყვითლე (ჰიპოქოლური განავალი და ჰიპერქრომული შარდი). მუცლის პალპაციისას გამოვლინდა დიდი ზომის მტკივნეული მასა მარჯვენა ზედა კვანძრატში. ულტრასონოგრაფიულმა კვლევამ აჩვენა ნაღვლის ბუშტის მოცულობითი წარმონაქმნი, რომელიც მოიცავდა მიმდებარე ორგანოებს. ჩატარებული იქნა სისხლის ლაბორატორიული კვლევები (AST – 41 U/L, ALT – 50 U/L, GGT – 216 U/L, ALP – 569 U/L, საერთო ბილირუბინი – 14.5 mg/dL, INR – 1.53, ამილაზა – 20 U/L, PCR – 9.1 mg/dL, პროკალციტონინი – 0.37 mcg/L) და სიმსივნის მარკერები: CEA – 2.5 mcg/L, CA (კარბოჰიდრატის ანტიგენი) 19.9 - 27.5 U/mL.

ტოტალური კონტრასტული კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევით დადგინდა (სურ.1ა-ბ) ნაღვლის ბუშტის ნეოპლაზია ლვიძლის დაზიანებით S4, S5, S6 დონეზე, თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანება, პანკრეასის თავის დაზიანება, კოლინჯის მარჯვენა ნაკეცის დაზიანება, რომელიც აწვებოდა ქვემო ღრუ ვენას და კარის ვენას, ნაღვლის საერთო სადინარი იყო ინფილტრირებული, ინტრაჰეპატური ბილიარული სისტემა გადიდებული, ქვემო ღრუ ვენისა და მეზენტერულ ფესვთან ახლოს გადიდებული იყო ლიმფური კვანძები, მცირე რაოდენობით სითხე აღინიშნებოდა მუცლის ღრუში. პანკრეასის სადინარი არ იყო დილატირებული.

არტერიულ ფაზაში, რომელიც საშუალებას იძლევა, უფრო კარგად შეფასებულიყო ლვიძლის მარჯვენა და მარცხენა წილები, ეჭვი მივიტანეთ ლვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის ინფილტრაციამ (სურ.2).

თორმეტგოჯა ნაწლავის ენდოსკოპიური გამოკვლევისას გამოვლინდა პილორული სტენოზი. შესაბამისად, შეუძლებელი იყო ენდოსკოპური რეტროგრადული ქოლანგიო-პანკრეატოგრაფიის (ERCP) განხორციელება, სწორედ ამიტომ, ნაღვლის ბუშტის სადინარის დეკომპრესიის მიზნით, ჩაიდგა ტრანსჰეპატური დრენაჟი (სურ. 3ბ).

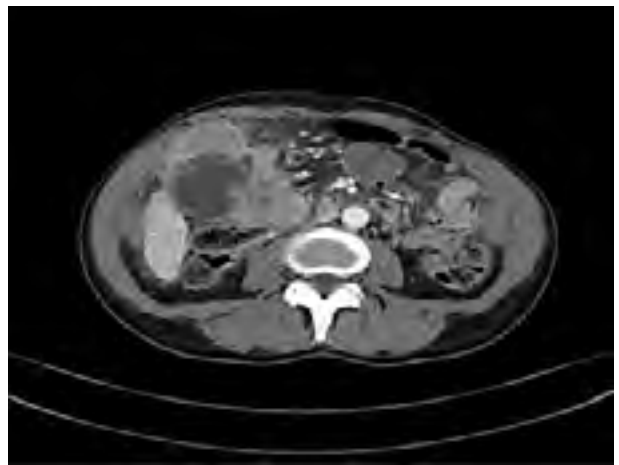
ქოლანგიოგრაფიამ აჩვენა, რომ ნაღვლის საერთო სადინარის სტენოზის შემდეგ იყო შეწყვეტებული, შესაბამისად ჩაიდგა გარეგანი და შინაგანი ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ბილიარული დრენაჟი (სურ. 3ა).

საბოლოოდ, არსებული წარმონაქმნის ბიოფსიით დადგინდა ნაღვლის ბუშტის კიბო.

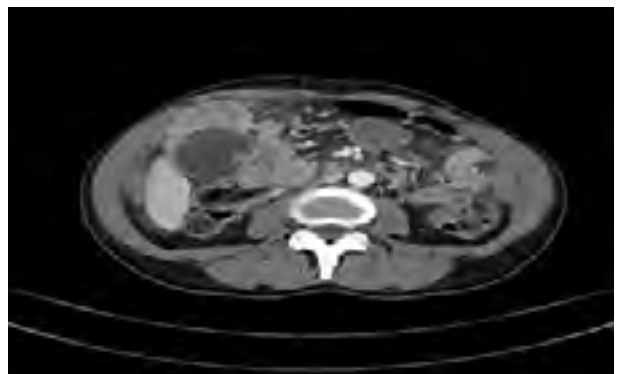
ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატური ბილიარული დრენაჟიდან გამოიყოფოდა ბილირუბინი (მაქს. – 14,5მგ/დლ, პრე-ოპერაციულად – 5,8მგ/დლ), საკვების პერორალური მიღების გაძნელების გამო, სარკოპენიის თავიდან აცილების მიზნით, პაციენტი გადაყვანილ იქნა სრულ პარენტერალურ კვებაზე.



სურათი 1ა. ნაღვლის ბუშტის ნეოპლაზია ლვიძლის დაზიანებით S4, S5, S6 დონეზე. ტოტალური კონტრასტული კტ



სურათი 1ბ. ნაღვლის ბუშტის ნეოპლაზია სხვადასხვა ორგანოების დაზიანებით. ტოტალური კონტრასტული კტ

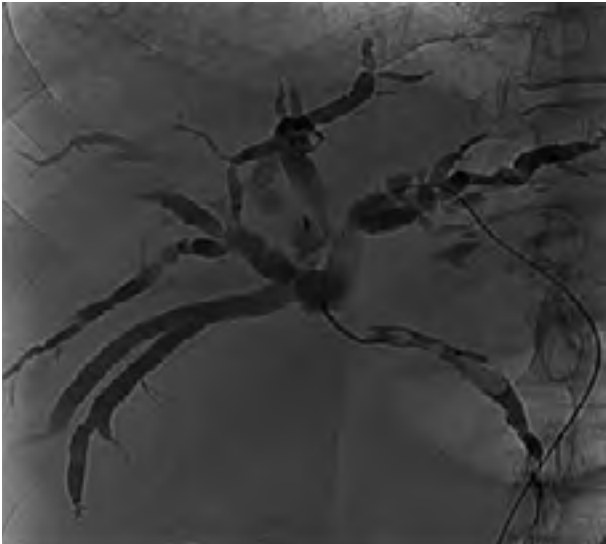


სურათი 2. ლვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის ინფილტრაცია. არტერიული ფაზა, ტოტალური კონტრასტული კტ

პაციენტის ასაკის გათვალისწინებით, საქმლის მომწველელი ტრაქტის ზედა ნაწილის ოკლუზიური სიმპტომების გამო, მულტიდისციპლინარული განხილვების შედეგად, შეთავაზებული იქნა ქირურგიული ინტერვენცია.

ქირურგიული პროცედურა

ლაპარატომია შესრულდა მარჯვენა სუბკოსტალური განაკვეთით მუცლის შუახაზამდე. პერიეტალური პერიტონეუმი, რომელიც შენებში იყო სიმსივნესთან ამოკვეთა (სურ. 4).



სურათი 3ა. გარეგანი და შინაგანი ტრანსკუტანული ტრანსჰეპატული ბილიარული დრენაჟი



სურათი 3ბ. ნაღლის ბუშტის დეკომპრესია ტრანსჰეპატული დრენაჟით

პერიტონეალური გავრცელება, ღვიძლის და პერიორტული ლიმფური კვანძების მეტასტაზები გამოირიცხა. კვანძებში მეტასტაზები გამოირიცხა თვალთ დათვალიერებით, აღებულ იქნა ასციტური სითხე ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის, რომელშიც ვერ ინახა ავთვისებიანი უჯრედები. სიმსივნის პირდაპირი ინტეგრაცია მარცხენა ღვიძლში პალპაციით ასევე გამოირიცხა. ღვიძლის კარის უკან, ვინსლოვის ხვრელში, მარცხნიდან მარჯვნივ, მოცულობითი წარმონაქმნის შემოსასაზღვრად გატარდა მარყუჟი (სურ. 5).

დადასტურდა პირდაპირი ინფილტრაცია მეზოკოლონის მარჯვენა განივ ნაწილსა და ღვიძლის ნაკვეთთან. შეფასდა ქვემო ღრუ ვენა თირკმლის ვენამდე – სისხლძარღვები არ იყო ინფილტრირებული და გადაწყდა ჰეპატო-პანკრეატოდუდენექტომია, მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია და კუჭის რეზექცია.

სიმსივნე ამოკვეთილი იქნა მეზენტერიუმის მარჯვენა მხრიდან, ზედა მეზენტერული სისხლძარღვების აქსისის გასწვრივ. ზედა მეზენტერული ვენა შემოიფარგლა, გაკეთდა მეზენტერიუმისა და ბადეჟონის სექციონირება

სტანდარტულად, მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომიის შესამისად (სურ. 6).

გასწვრივი კოლინჯი და ტერმინალური ილეუმი გაიყო. მღივი ნაწლავიც გაიყო ტრეიცის იოგამდე 10-20 სანტიმეტრის დაშორებით. ჩვენ არ მიგვიმართავს გაფართოებული ლიმფადენექტომისთვის ზედა მეზენტერული არტერიის გასწვრივ, თუმცა მღივი ნაწლავის არტერია შენარჩუნდა. მღივი ნაწლავის ზედა ნაწილი და თორმეტგოჯა ნაწლავი შეერთდა მეზენტერული სისხლძარღვების ზედა ნაწილში, საოპერაციო არის მარჯვენა მხარეს. პანკრეასის ნერვული წნული გატარდა პანკრეასის კაუჭისებრ მორჩში და ზედა მეზენტერული არტერია ნაბიჯ ნაბიჯ გაიყო გვერდითა კიდედთან.

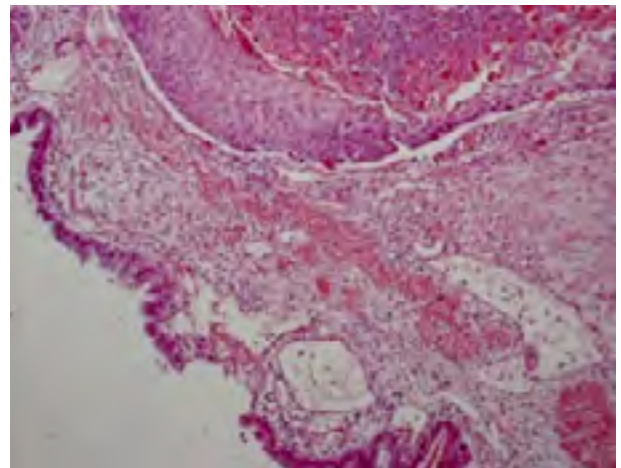
მუცელი გაიკვეთა სტანდარტული კუჭის რეზექციისთვის და ასევე პანკრეასის თავის ექსპოზიციისთვის (სურ. 7).

ღვიძლის საერთო არტერია ამოიკვეთა გასტროდუოდენურ არტერიამდე, რომელიც ლიგირდა და გაიყო (სურ. 8).

ამის შემდეგ, პანკრეასის ყელი ქირურგიული დანით გაიკვეთა, ჰემოსტაზის მიღწევის შემდეგ, პანკრეასის საერთო სადინარში ჩაიდგა დრენაჟი. ზუსტად ამ პროცედურის შემდეგ პანკრეატოდუდენექტომია დასრულდა. ზედა მეზენტერული ვენა გამოიყო პანკრეასის ყელთან ახლოს ქვემო ნაწილში.

ლიმფური კვანძების გაწმენდა გრძელდებოდა ზედა მიმართულებით. პორტული ვენა, ღვიძლის საერთო არტერია შემოისაზღვრა და დამაგრდა (სურ. 9).

მას შემდეგ, რაც სრულად კონტროლდებოდა ღვიძლში შემავალი სისხლის ნაკადი, ვენტრალური ჰეპატექტომიის პროცედურა დაიწყო პრინგლის მანევრით (PRINGE MANEUVER), შემდეგ მრგვალი იოგის გამოყოფით ღვიძლის კარის ქვეშ სანაღვლე სადინართან შეერთების გზით. მარცხენა პორტული ვენის გასწვრივ, მისი ჭიპის ნაწილის მარჯვენა მხარეს, S4a იყოფა S4 და S4b ტოტებად. ღვიძლის კარი, ჰილარული ფირფიტა და მარჯვენა წინა პორტული ტოტი (pedicle) ნაწილობრივ გამოიყო. მარჯვენა წინა პორტული პედიკულის და S5-ის რამდენიმე ტოტი გაიყო 1 სმ-ზე და მეტ ქირურგიულ კუთხედ ინტრაჰეპატული სიმსივნის შესაბამისად.



სურათი 4. სიმსივნესთან შეხებაში მყოფი პერიტონეალური პერიტონიუმის ჰისტომორფოლოგია

ღვიძლის ვენტრალურ ზედაპირზე განხორციელდა ღვიძლის ამოკვეთა, 1სმ კუთხის ჩათვლით. ღვიძლის შუამდებარე ვენა გაიყო ღვიძლის ტრანზექციის დონეზე. ბოლოს, S6 რამდენიმე ტოტის გაყოფა მოხდა მარჯვენა უკანა პორტალურ ტოტის შესანარჩუნებლად. ვენტრალური ჰეპატექტომიის დასრულების შემდეგ, S4 და S4b ტოტები, ჭიპის ფირფიტის მარჯვენა ნაწილი, კარის ფირფიტა და მარჯვენა წინა ტოტი გამოიყო. როცა ღვიძლის ტრანზექცია დასრულდა ღვიძლის სადინარი წრიულად გამოიყო და გაიკვეთა (სურ. 10). სიმსივნე ამოიკვეთა (სურ.11). ღვიძლის სადინარი გადაიჭრა პორტული ბიფურკაციის მარჯვენა მხარეს (სურ 12).

საბოლოოდ, პანკრეასის, ღვიძლშიდა ნაღვლის სადინარის და მუცლის ღრუს რეკონსტრუქცია განხორციელდა რუქსენის ტექნიკით. ჩვენ ჩვეულებრივ შევასრულეთ ბლუმგარტის ანასტომოზი (სურ. 13).

ორშრიანი გათიშვით, დუოდენო-იეიუნალური შერთულის დონეზე, შესრულდა პანკრეასის ინვაგინაცია მლივ ნაწლავში, როგორც ზემოთაც ავღწერეთ, პორტული ვენის ზედა მესამედში აღინიშნა ვენის კედლის გათხელება და შემდგომში ინფლიტრაციის თავიდან აცილების მიზნით, ამოიკვეთა მისი გათხელებული წინა კედელი (სურ. 14).

ოპერაციის მსვლელობის დროს, ასევე, აღებული იქნა საბიოფსიე მასალა ღვიძლის არტერიის ადვენტიციური შრიდან. სხვა ლოკალიზაციის სიმსივნე აღმოჩენილი არ იქნა და შესაბამისად პროცედურის დასრულების ბოლოს შესრულდა ნულოვანი (R0) რეზექცია.

ოპერაცია გაგრძელდა 12 საათი და 40 წუთი, დაკარგული სისხლის რაოდენობა ოპერაციის მსვლელობისას იყო 680 მლ, ოპერაციის დროს გადასხმული იყო 2 პაკეტი ერითროციტული მასა.

პაციენტმა ინტენსიური მოვლის პალატაში გაატარა 24 საათი, რის შემდეგაც გადაყვანილი იქნა პალატაში. მან დამოუკიდებლად კვება დაიწყო ოპერაციიდან მე-4 დღეს, თუმცა ტოტალური პარენტერალური კვება გაგრძელდა ოპერაციიდან მე-10 დღემდე. მუდმივად ისაზღვრებოდა ამილაზის დონე დრენაჟიდან გამონადენში, რაც ოპერაციიდან მე-5 დღეს უკვე დაუბრუნდა ნორმალურ მაჩვენებელს, რის შემდეგაც მუცლის ღრუდან ამოღებულ იქნა დრენაჟები.

ოპერაციიდან მე-8 დღეს პაციენტს აღნიშნა რექტალური სისხლდენა, რამაც ჰემოგლობინის შემცირება გამოიწვია. საპროფილაქტიკო ენოქსაპარინით მკურნალობა შეჩერდა და რამდენიმე დღეში სისხლდენა მთლიანად შეწყდა. პაციენტი არ საჭიროებდა დამატებით ტრანფუზიის.

ოპერაციის მსვლელობის დროს აღებულმა საბიოფსიე მასალების კვლევამ დაადასტურა ნაღვლის ბუშტის ბრტყელუჯრედოვანი ადენოკარცინომა T4N1M0, სტადია III [8].

განხილვა

როგორც ცნობილია, ნაღვლის ბუშტის კიბოს აქვს საკმაოდ ცუდი პროგნოზი, სიმსივნური წარმონაქმნის რეზექცია კი იძლევა სიცოცხლის გახანგრძლივების ალბათობას. გაფართოებული ოპერაცია ნულოვანი რეზექციით (R0) დაშვებულია მანამ, სანამ დაფიქ-



სურათი 5. მობილიზებული მოცულობითი წარმონაქმნი



სურათი 6. მეზენტერიუმისა და ბადექონის სექციონირება

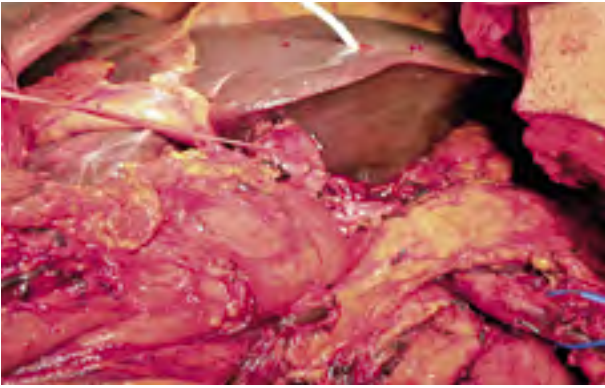


სურათი 7. პანკრეასის თავის ექსპოზიცია



სურათი 8. ღვიძლის საერთო არტერიის გადაკვეთა გასტროდუოდენურ არტერიამდე

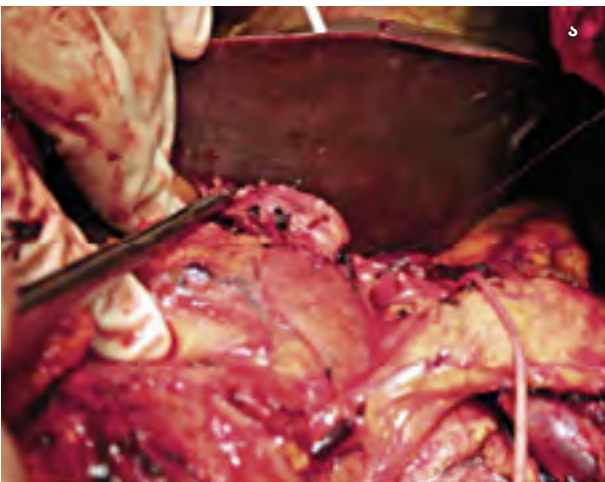
სირდება დისტანციური მეტასტაზი. ნაღვლის ბუშტის მაღალდიფერენცირებული კიბოს დროს ხშირად გვხვდება ღვიძლის დაზიანება, დგება იმის საჭიროება, რომ ღვიძლის რეზექციაც მოხდეს რადიკალური მიდგომით და მაქსიმალური დაზოგვით. აღნიშნული პროცედურის განხორციელება შესაძლებელია პაციენტებთან, ვისაც აქვთ ნაღვლის ბუშტის სიმსივნე ღვიძლის მეტასტა-



სურათი 9. პორტული ვენის და ღვიძლის საერთო არტერიის მოზილზაცია



სურათი 10. ღვიძლის სადინარის მოზილზაცია და გადაკვეთა



სურათი 11. ა. სიმსივნის ამოკვეთა. ბ. ამოკვეთილი სიმსივნე

ზისა და ღვიძლის არტერიაში ინვაზიის გარეშე. გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ მიუხედავად ამისა სიკვდილობის რისკი მაინც მაღალი რჩება. თუ კიბოს მოცულობა აქვს ღვიძლის გარეთა ნაღვლის სადინარი და პანკრეასის თავი, მაშინ ნულოვანი რეზექციის მისაღწევად საჭირო ხდება საკმაოდ გაფართოებული ქირურგიული პროცედურის წარმოება, ჰეპატექტომია პანკრეატოდუოდენექტომიასთან ერთად.

პირველად აღნიშნული ოპერაცია განხორციელდა 1980 წელს, Takasaki ის მიერ, რამდენიმე იაპონელი ქირურგი და ასევე რამდენიმე დასავლელი ქირურგი იყენებს აღნიშნულ პროცედურას ბილიარული სისტემის კიბოს სამკურნალოდ. მიუხედავად იმისა, რომ გამოცდილებით, ჰეპატო-პანკრეატოდუოდენექტომიის ყველაზე ხშირი გართულებებია ღვიძლის უკმარისობა და სიკვდილი, ამ პროცედურის სარგებელი სიცოცხლის შენარჩუნების გათვალისწინებით კარგად უნდა შეფასდეს.

აღნიშნული ქირურგიული ტექნიკის გაუმჯობესებამ, პაციენტის პერიოპერაციული მართვამ, რომელიც მოიცავს პორტული ვენის ემბოლიზაციას – ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში, მნიშვნელოვნად შეამცირა ჰეპატოპანკრეატოდუოდენექტომიის შემდეგ სიკვდილის რიცხვი. თუმცა დღემდე, სიკვდილობის რისკი 5%-დან 19%-მდე მერყეობს.

შესაბამისად, თუ გავითვალისწინებთ, რომ პაციენტების რიცხვი დაბალია, ხოლო პროცედურის შემდეგ სიკვდილობის პროცენტი მაღალი, დღემდე საკამათო რჩება მკურნალობაში ამ ქირურგიული მეთოდის ჩართვა, სიცოცხლის გახანგრძლივების სარგებლის მიუხედავად.

ზემოთ განხილულ შემთხვევაში, ნაღვლის ბუშტის კიბო ინფილტრირებული იყო ღვიძლში, პანკრეასის თავში, მარჯვენა კოლინჯში და პორტულ ვენაში. ქირურგიული სტრატეგიის დაგეგმვისას წინასწარ შეფასდა ძალიან ბევრი მნიშვნელოვანი ასპექტი: ბილიარული დრენაჟის პრეოპერაციული საჭიროება, განისაზღვრა ქირურგიული მიდგომა, დაიგეგმა ჰეპატექტომიის წარმოება ლიმფადენექტომიასთან ერთად, განისაზღვრა პანკრეატოდუოდენექტომიის ტიპი და პორტული ვენის რეკონსტრუქცია იმისათვის, რომ მიღწეულიყო ნულოვანი რეზექცია.

პრეოპერაციული შეფასება

მოსალოდნელი შედეგების შეფასებისას ქირურგი მიზანია შესაძლებელ მინიმუმადე დაიყვანოს ისეთი მდგომარეობები, რაც გაზრდის თვითონ ქირურგიული პროცედურის არასახარბიელო გართულებების განვითარების რისკს. კვების ცუდი სტატუსის, სიყვითლის და ქოლანგიტის მკურნალობა უნდა მოხდეს ქირურგიულ პროცედურამდე.

მიუხედავად იმისა, რომ საკვების მიღება გაძნელებულია კუჭის ანტრუმში ინფილტრაციის გამო, სრული პარენტერალური კვებაა საჭირო. ნაღვლის სადინარის გარეთა-შიგნითა კანქვეშა დრენაჟი უნდა ჩადგეს სამი მიზეზის გამო: პირველი – ქოლანგიტის სამკურნალოდ, მეორე – ბილირუბინის მაღალი დონის შესამცირებლად და მესამე – სიყვითლის შესამცირებ-

ლად. ქოლანგიოგრამა ასევე საკმაოდ მნიშვნელოვანია სანაღვლე სადინრის პროქსიმალური რეზექციის შესაფასებლად.

ბიოფსია კეთდება სიმსივნის ბუნების დეტალურად შეფასებისთვის. ჩვენს შემთხვევაში ჰისტოპათოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა.

ნაღვლის ბუშტის სიმსივნეებში ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა 1.1-3.7% პროცენტს შეადგენს. საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა უფრო ცუდი პროგნოზით ხასიათდება, ვიდრე ადენოკარცინომა, შესაძლებელია, ამის მიზეზი იყოს მისი ქემორეზისტენტობაც. ბოლო მიმოხილვების შესაბამისად [13], შესწავლილი იყო 121 შემთხვევა, სადაც ჰისტოლოგიურად ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის სუბტიპი იყო იდენტური. 121 შემთხვევიდან 73 შემთხვევაში ნულოვანი რეზექციის შემდეგ სისიცხლის ხანგრძლივობა გაიზარდა და საშუალოდ ეს დრო იყო 74 თვე (95%, CI: 7.0-143.8, $P < 0.001$). შევადაროთ ასევე იმ პაციენტებს, ვისაც ჩაუტარდათ R1 რეზექცია და R2 რეზექცია, როცა პაციენტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა იყო 4.9 თვე (95%, CI: 3.7-6.1.) მონაცემების დამუშავებისას გამოვლინდა ასევე, რომ არ არსებობს მნიშვნელოვანი კორელაცია პროგნოზს და კლინიკო-პათოლოგიურ ბუნებას შორის. ასევე, არ არის კორელაცია პაციენტის სქესს, ასაკს, რასას, ქოლელითიასს, სიმსივნის ზომას, პათოლოგიურ სტადიას, სიმსივნის სტადიას, ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზებს, TNM სტადიას, ადიუვანტურ თერაპიას ($P > 0.05$) შორის. აღნიშნული მონაცემები გვაძლევდა იმის საფუძველს, რომ ჩვენს შემთხვევაშიც, დარწმუნებული ვყოფილიყავით ოპერაციის სარგებლობაში. ჩვენს შემთხვევაშიც ეს მონაცემები შეესაბამებოდა აღნიშნული ოპერაციის შესაძლო სარგებელს.

ქირურგიული სტრატეგია

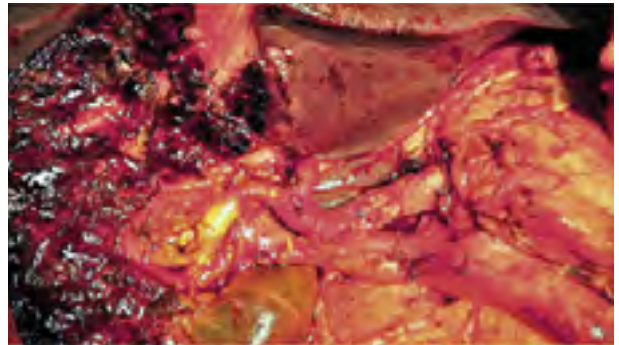
ნაღვლის ბუშტის კიბოს დროს ჰეპატო-პანკრეატოდუოდენექტომიას აქვს რამდენიმე ვარიანტი და დამოკიდებულია ჰეპატექტომიისა და პანკრეატოდუოდენექტომიის ტიპებზე.

ჰეპატექტომია შესაძლებელია, განხორციელდეს სხვადასხვაგვარად. ძირითადი ჰეპატექტომია კეთდება, თუ პორტული ტოტები არის ინფილტრირებული, თუმცა ეს პროცედურა პოსტოპერაციულად ზრდის სიკვდილის რისკს. ძირითადი ჰეპატექტომია, თავის მხრივ, არ არის გადარჩენის პრედიქტორი, იმ შემთხვევაში, თუ ჩატარებული რეზექცია გვაძლევს იმის კრიტერიუმს, რომ ჩვენ შედეგად მივიღოთ ნულოვანი რეზექცია, ამ შემთხვევაში მივმართავთ უფრო დამზოგველ მიდგომას. სტანდარტულ ჰეპატექტომიაში ერთიანდება S4a (ლვიძლის ქვედა 4 სეგმენტი) და S5 რეზექცია, S4a5 რეზექცია, S356 რეზექცია კეთდება მაშინ, როცა ჩართულია ჭიპის ნაწილიც. ამ მიდგომას ეწოდება ვენტრალური ჰეპატექტომია, როცა ლვიძლის კარის ვენტრალურად ამოიკვეთება ლვიძლის პარენქიმა.

ჩვენს პაციენტის შემთხვევაში ჰეპატექტომია ჩატარდა იმის გათვალისწინებით, თუ როგორ კავშირში იყო სიმსივნური წარმონაქმნი ინტრაჰეპატულ პორტულ



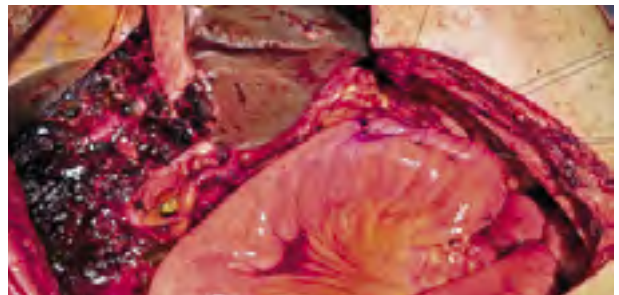
სურათი 12. ლვიძლის სადინრის გადაკვეთა პორტული ბიფურკაციის მარჯვენა მხარეს



სურათი 13. პანკრეასის ლვიძლში და ნაღვლის სადინრის და ბუცის ღრუს რეკონსტრუქცია რუქსენის ტექნიკით



სურათი 14. ბლუმგარტის ანასტომოზი



სურათი 15. დუოდენო-იეუნალური შერთულის დონეზე პანკრეასის ინვაზიაცია მღვივ ნაწლავში

ტოტებთან. სწორედ ამაზე დაყრდნობით დაიგეგმა S4a5 წილების რეზექცია.

ჰეპატო-პანკრეატოდუოდენექტომია, როგორც წესი, იწყება იმ სისხლძარღვების დისექციით, რო-

მელიც კვებას ღვიძლის დარჩენილ ნაწილს. ღვიძლის მარცხენა არტერია დისექცირდა ღვიძლის შესასვლელ ადგილამდე და მარცხენა პორტული ვენა გამოთავისუფლდა ღვიძლის კარიდან, რამაც საშუალება მოგვცა, შეფასებულიყო სიმსივნის ინვაზიის ხარისხი სადინარში და მისი ინფილტრაცია მარჯვენა ღვიძლის არტერიაში. როგორც ვიცით ეს საფეხურები უმნიშვნელოვანესია ნულოვანი რეზექციის წარმოებისთვის, რეკომენდებულია მომზადების ეტაპის შესრულება, რაც შეიძლება ადრე. ჩვენს შემთხვევაში, ეს არე მიუდგომელი აღმოჩნდა სიმსივნის მოცულობის გამო. სწორედ ამიტომ, ღვიძლის კარის სისხლძაღვების ინფილტრაცია გამოირიცხა ხელით პალპაციისა და ინტრაოპერაციული ულტრასონოგრაფიით. ამან განაპირობა ოპერაციის შემდეგი საფუხურის გადადება, ჯერ შესრულდა პანკრეასის ყელის გაყოფა, ღვიძლის კარის და მასის გადატანა მუცლის მარჯვენა მხარეს.

უმნიშვნელოვანესია, ღვიძლის არტერიის ინვაზიის შეფასება, განსაკუთრებით მარჯვენა ტოტის. ღვიძლის არტერიის ინვაზია დამოუკიდებელ ფაქტორად ითვლება. ზოგადად, ასეთი პაციენტების გადარჩენის რისკის შეფასებისას მათ მიაკუთვნებენ ჯგუფს, სადაც წინასწარი პროგნოზის გაკეთება შეუძლებელია.

კოზაიაშის და მისი გუნდის წევრებს [11], სხვადასხვა რეპორტებში, ღვიძლის არტერიის ინვაზია გადამწყვეტ პროგნოზული ფაქტორად აქვთ მიჩნეული. ეს შედეგები ცხადყოფს შემდეგს: პაციენტებმა, ვისაც აქვთ სიმსივნის ინვაზია ღვიძლის არტერიაში, რადიოლოგიური მტკიცებულებით, არ უნდა გაიკეთონ ოპერაცია. სამწუხაროდ, ასეთი ინვაზიის პროგნოზული შეფასება ძალიან რთულია. ჩვენს შემთხვევაში, ღვიძლის არტერიის დამზიანებას ვვარაუდობდით შესაბამისი სადიაგნოსტიკო კვლევების საფუძველზე, თუმცა ოპერაციის მსვლელობისას მოხერხდა ღვიძლის არტერიის მარჯვენა ტოტის დისექცია, გაყინვით სექციონირებისთვის აღებულ იქნა არტერიის ადვენტიციური შრე, რომელზეც არ დადასტურდა ინფილტრაცია.

ჰეპატოდუოდენური იოგის ინვაზიის გარდა, ღვიძლის კიბოს მქონე პაციენტებში, ცუდი პროგნოზის კიდევ ერთ ძლიერ მაჩვენებელად ითვლება მეტასტაზების არსებობა ლიმფური კვანძებში. ზოგიერთი ავტორის

აზრით, რეგიონული ლიმფური კვანძის მეტასტაზის მქონე პაციენტების პროგნოზი უმჯობესდება ლიმფური კვანძის დისექციის შედეგად. რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების გავრცელება არ უნდა ჩაითვალოს ქირურგიული ჩარევის უკუჩვენებად.

რაც შეეხება პორტული ვენის ინფილტრაციას, გადარჩენის სიხშირე იმ პაციენტებში, ვისაც ჩაუტარდათ კარის ვენის რეზექცია, პროგნოზი უკეთესია იმათთან შედარებით, ვისაც არ ჩაუტარდა აღნიშნული პროცედურა. ჩვენს შემთხვევაში მაკროსკოპული შეფასების შედეგად ინფილტრაციის ეჭვის გამო ჩატარდა პორტული ვენის ვენტრალური ნაწილის რეზექცია. ჰისტოლოგიური კვლევებზე დადასტურდა სისხლძარღვის ინფილტრაცია.

ნაღვლის ბუშტის კიბოს დროს გემციტაინით ადიუვანტური თერაპიის ან ქიმიოთერაპიის ჩატარების შემთხვევაში, გადარჩენის ალბათობა უფრო მეტია არანამკურნალე პაციენტებთან შედარებით.

დასკვნა

ჰეპატოპანკრეატოდუოდენექტომია შეიძლება ჩაითვალოს ნაღვლის ბუშტის მაღალდიფერენცირებული კიბოს მკურნალობის მეთოდად, განსაკუთრებით, წინასწარ შერჩეულ პაციენტებში, ვისაც ჯერ კიდევ არ აქვთ განვითარებული ღვიძლის მეტასტაზები ან ღვიძლის არტერიებში სიმსივნის ინვაზია.

მიუხედავად ამისა, N2-ის შემთხვევაშიც ქირურგიული ჩარევა გამორიცხული არ არის. ბოლო წლების განმავლობაში ნაღვლის ბუშტის კიბოს შემთხვევებში TNM კლასიფიკაციის შესაბამისად T3 და T4 დამზიანებისას რეზექცია ტარდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მიღწევადია ნულოვანი რეზექცია და გამოსავლებიც უკეთესია. აგრესიული ქირურგია ვასკულარული და მულტიფიცერული რეზექციით შესაძლებელია განხორციელდეს და არ იყოს დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილობის გაზრდილ რისკთან.

მიუხედავად ამისა, ასეთი რადიკალური რეზექციის შემდეგ, რამდენად სარგებელიანი აღმოჩნდება იგი პაციენტისთვის უნდა გაანალიზდეს ახლო მომავალში, რადგან აგრესიული ქირურგიული ოპერაციის გრძელვადიანი სარგებელი ჯერ-ჯერობით გაურკვეველია.

ლიტერატურა:

References:

1. Adsay NV, Bagci P, Tajiri T, Oliva I, Ohike N, Balci S, Gonzalez RS, Basturk O, Jang KT, Roa JC. Pathologic staging of pancreatic, ampullary, biliary, and gallbladder cancers: pitfalls and practical limitations of the current AJCC/UICC TNM staging system and opportunities for improvement. *Semin Diagn Pathol.* 2012 Aug;29(3):127-41. doi: 10.1053/j.semdp.2012.08.010.
2. D'Angelica M, Martin RC, 2nd, Jarnagin WR, Fong Y, DeMatteo RP, Blumgart LH. Major hepatectomy with simultaneous pancreatotomy for advanced hepatobiliary cancer. *J Am Coll Surg.* 2004; 198:570-6.
3. Fong Y, Wagman L, Gonen M, Crawford J, Reed W, Swanson R et al. Evidence-based gallbladder cancer staging: changing cancer staging by analysis of data from the National Cancer Database. *Ann Surg* 2006; 243: 767-771.
4. Fukami Y, Ebata T, Yokoyama Y, Igami T, Sugawara G, Takahashi Y et al. Diagnostic ability of MDCT to assess right hepatic arterial invasion by perihilar cholangiocarcinoma with left-sided predominance. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2012; 19: 179-186.
5. Gold DG, Miller RC, Haddock MG, Gunderson LL, Quevedo F, Donohue JH et al. Adjuvant therapy for gallbladder carcinoma: the Mayo Clinic experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009; 75:150-155
6. Hirono S, Tani M, Kawai M, Ina S, Uchiyama K, Yamaue H. Indication of hepatopancreatoduodenectomy for biliary tract cancer. *World J Surg.* 2006;30:567-73; discussion 574-565.

7. Hemming AW, Magliocca JF, Fujita S, Kayler LK, Hochwald S, Zendejas I, et al. Combined resection of the liver and pancreas for malignancy. *J Am Coll Surg*. 2010;210:808–14, 814–806.
8. Jensen EH, Abraham A, Jarosek S, Habermann EB, Al-Refaie WB, Vickers SA et al. Lymph node evaluation is associated with improved survival after surgery for early stage gallbladder cancer. *Surgery* 2009; 146: 706–711
9. Kondo S, Nimura Y, Kamiya J, Nagino M, Kanai M, Uesaka K, Yuasa N, Sano T, Hayakawa N: Five-year survivors after aggressive surgery for stage IV gallbladder cancer. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2001;8(6):511–7
10. Kondo S, Nimura Y, Hayakawa N, Kamiya J, Nagino M, Uesaka K: Extensive surgery for carcinoma of the gallbladder. *Br J Surg* 2002; 89:179–184.
11. Kondo S, Nimura Y, Kamiya J, Nagino M, Kanai M, Uesaka K et al. Mode of tumor spread and surgical strategy in gallbladder carcinoma. *Langenbecks Arch Surg* 2002; 387: 222–228, 418–422
12. Kondo S, Nimura Y, Kamiya J, Nagino M, Kanai M, Uesaka K, Hayakawa N: Mode of tumor spread and surgical strategy in gallbladder carcinoma. *Langenbeck Arch Surg* 2002;387:222–228.
13. Kawarada Y, Das BC, Taoka H: Anatomy of the hepatic hilar area: the plate system. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000; 7: 580– 586.
14. Kaneoka Y, Yamaguchi A, Isogai M, Kumada T. Survival benefit of hepatopancreatoduodenectomy for cholangiocarcinoma in comparison to hepatectomy or pancreatoduodenectomy. *World J Surg*. 2010;34:2662–70.
15. Kobayashi A, Oda T, Fukunaga K, Sasaki R, Ohkohchi N. Invasion of the hepatic artery is a crucial predictor of poor outcomes in gallbladder carcinoma. *World J Surg* 2012; 36: 645–650.
16. Kondo S, Takada T, Miyazaki M, Miyakawa S, Tsukada K, Nagino M et al. Guidelines for the management of biliary tract and ampullary carcinomas: surgical treatment. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2008; 15: 41–54.
17. Kondo S, Nimura Y, Hayakawa N, Kamiya J, Nagino M, Uesaka K. Regional and para-aortic lymphadenectomy in radical surgery for advanced gallbladder carcinoma. *Br J Surg* 2000; 87: 418–422.
18. Miyagawa S, Makuuchi M, Kawasaki S, Hayashi K, Harada H, Kitamura H, et al. Outcome of major hepatectomy with pancreatoduodenectomy for advanced biliary malignancies. *World J Surg*. 1996;20:77–80.
19. Murakami Y, Uemura K, Sudo T, Hayashidani Y, Hashimoto Y, Nakamura H et al. Adjuvant gemcitabine plus S-1 chemotherapy improves survival after aggressive surgical resection for advanced biliary carcinoma. *Ann Surg* 2009; 250: 950–956.
20. Nimura Y, Hayakawa N, Kamiya J, Maeda S, Kondo S, Yasui A, et al. Hepatopancreatoduodenectomy for advanced carcinoma of the biliary tract. *Hepatogastroenterology*. 1991;38:170–5.
21. Nakamura S, Nishiyama R, Yokoi Y, Serizawa A, Nishiwaki Y, Konno H, et al. Hepatopancreatoduodenectomy for advanced gall- bladder carcinoma. *Arch Surg*. 1994;129:625–9.
22. Nakamura S, Suzuki S, Konno H, Baba S, Muro H: Ten-year survival after hepatectomy for advanced gallbladder carcinoma: report of two cases. *Surgery* 1995; 117:232–234
23. Noji T, Kondo S, Hirano S, Tanaka E, Ambo Y, Kawarada Y, Morikawa T: CT evaluation of paraaortic lymph node metastasis in patients with biliary cancer. *J Gastroenterol* 2005;40:739–743.
24. RECORDARE A MORETTI R, MENEGHETTI G, CIMINO F, BAIANO L, FIUMARA F, ROMANO M, PIROZZOLO G, RIZZO M. A technical refinement of the pancreaticojejunostomy after pancreatoduodenectomy (PD): the pancreas encompassing jejunal anastomosis (PEJA). *Ann Pancreat Cancer* 2018;1:AB047.
25. Sasaki E, Nagino M, Ebata T, Oda K, Arai T, Nishio H et al. Immunohistochemically demonstrated lymph node micrometastasis and prognosis in patients with gallbladder carcinoma. *Ann Surg* 2006; 244: 99–105.
26. Sakamoto Y, Nara S, Kishi Y, Esaki M, Shimada K, Kokudo N et al. Is extended hemihepatectomy plus pancreaticoduodenectomy justified for advanced bile duct cancer and gallbladder cancer? *Surgery* 2013; 153: 794–800.
27. Tsukada K, Yoshida K, Aono T, Koyama S, Shirai Y, Uchida K, et al. Major hepatectomy and pancreatoduodenectomy for advanced carcinoma of the biliary tract. *Br J Surg*. 1994;81:108–10.
28. Tomoki Ebata, Yukihiro Yokoyama, Tsuyoshi Igami, Gen Sugawara, Takashi Mizuno, Masato Nagino Review of hepatopancreatoduodenectomy for biliary cancer: an extended radical approach of Japanese origin *J Hepatobiliary Pancreat Sci*.2014 Aug;21(8):550-5. doi: 10.1002/jhbp.80. Epub 2014 Jan27
29. Takasaki K, Kobayashi S, Mutoh H, Akimoto S, Toda K, Asado S, et al. Our experiences (5 cases) of extended right lobectomy combined with pancreato-duodenectomy for the carcinoma of the gallbladder (in Japanese). *Tan to Sui*. 1980;1:923–32.
30. Tsukada K, Kurosaki I, Uchida K, Shirai Y, Oohashi Y, Yokoyama N et al. Lymph node spread from carcinoma of the gallbladder. *Cancer* 1997; 80: 661–667.
31. Wakai T, Shirai Y, Tsuchiya Y, Nomura T, Akazawa K, Hatakeyama K. Combined major hepatectomy and pancreaticoduodenectomy for locally advanced biliary carcinoma: long-term results. *World J Surg*. 2008; 32:1067–74.
32. Xiao-Ping Z, Jie-Yu W, Yao-Ying J, Gang C, Wei-Jia M, Zhen- Bo F Clinicopathological features and survival of gallbladder squamous cell carcinoma: analysis of 121 cases *Int J Clin Exp Pathol* 2018;11(7):3208-3221
33. Yamaguchi R, Nagino M, Oda K, Kamiya J, Uesaka K, Nimura Y. Perineural invasion has a negative impact on survival of patients with gallbladder carcinoma. *Br J Surg* 2002; 89: 1130–1136.
34. Y. Yamamoto, T. Sugiura, R. Ashida, Y. Okamura, T. Ito and K. Uesaka Indications for major hepatectomy and combined procedures for advanced gallbladder cancer *Br J Surg*. 2017 Feb;104(3):257-266. doi: 10.1002/bjs.10401. Epub 2016 Nov 16.
35. Yoshimi F, Asato Y, Amemiya R, Shioyama Y, Itabashi M. Comparison between pancreatoduodenectomy and hepatopancreatoduodenectomy for bile duct cancer. *Hepatogastroenterology*. 2001; 48:994–8.

სისტემური წითელი მგლურას ორი შემთხვევა, რომელიც იძლეოდა მწვავე მუცლის კლინიკურ სურათს

თომაძე გ.¹, მეგრელაძე ა.¹, აზმაიპარაშვილი გ.¹, დანელია გ.²

¹თსუ, ქირურგიის დეპარტამენტი N2, ²გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი

TWO CASES OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS MIMICKING ACUTE ABDOMEN

Tomadze G.¹, Megreladze A.¹, Azmaiparashvili G.¹, Danelia G.²

¹Surgery Department N2, TSMU, ²Center of Emergency Surgery and Traumatology

რეზიუმე სისტემური წითელი მგლურა აუტოიმუნური ეტიოლოგიის ქრონიკული მულტიორგანული პათოლოგიაა. დაავადების პათოგენეზში მნიშვნელოვანი კომპონენტია ე.წ. „ლუპუს ვასკულიტი“, რომლის ერთ-ერთი გამოვლინება შეიძლება იყოს მეზენტერული ვასკულიტი. აღნიშნულის გამო სისტემური წითელი მგლურას დროს საკმაოდ ხშირია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანება. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით მუცლის ტკივილი გვხვდება სისტემური წითელი მგლურით დაავადებულ პაციენტთა 22-50%-ში, მის მიზეზად პოლისეროზიტი და ნაწლავის შეშუპებაა მიჩნეული. ნაშრომში წარმოდგენილია სისტემური წითელი მგლურას დროს გამოვლინებული აბდომინალგიის ორი შემთხვევა. შემთხვევების და ლიტერატურის ანალიზი აჩვენებს, თუ რამდენად საშიშია არასწორი დიაგნოსტიკა სისტემური წითელი მგლურას დროს განვითარებული აბდომინალგიის შემთხვევაში. აქედან გამომდინარე, ჩვენს მიერ აღწერილი ორი შემთხვევა საინტერესო და ყურადსაღებია იმ მხრივ, რომ ზოგად ქირურგებს უნდა ახსოვდეთ სისტემური წითელი მგლურა, როგორც მწვავე მუცლის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზი.

Resume Systemic lupus erythematosus is a chronic polyorgan disease of autoimmune origin. Gastrointestinal symptoms are common in this category of patients and is due to so called “lupus vasculitis”, which can develop ischemic damage of intestine including intestinal infarction and perforation. In the presented article two cases of Systemic Lupus Erythematosus mimicking acute surgical abdomen successfully treated conservatively are described. In the first case, the patient was a 22-year-old white female with 3-year-anamnesis of SLE. She admitted emergency department of the Center of Emergency Surgery and traumatology complaining on very severe cramping abdominal pain which had been started 12 hours before admission to the clinic, fatigue, unexplained low grade fever. Inspection revealed a “butterfly” rash on the face, hair loss, abdominal pain and tenderness. WBC was normal. Treatment was conservative, including steroids, spasmolytic and antibiotics. In the second case, the patient was a 50-year-old white female with 30 years of SLE anamnesis treated periodically with steroids (5mg per day). WBS was 22600. Neutrophils – 84%. Patient was treated with opioid painkillers, antibiotics, spasmolytic cocktail infusion. Discharged under observation of GP. The presented cases show that SLE can present with acute abdomen and should be included in the wide range of the differential diagnosis of acute abdomen.

საკვანძო სიტყვები: აბდომინალგია, ლუპუს პერიტონიტი, სისტემური წითელი მგლურა, მწვავე მუცელი

Keywords: Abdominal pain, lupus peritonitis, SLE acute surgical abdomen

შესავალი

სისტემური წითელი მგლურა აუტოიმუნური ეტიოლოგიის ქრონიკული მულტიორგანული პათოლოგიაა, რომელიც ძირითადად რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ვლინდება (1, 2).

დაავადების პათოგენეზში მნიშვნელოვანი კომპონენტია ე.წ. „ლუპუს ვასკულიტი“, რომლის ერთ-ერთი გამოვლინება შეიძლება იყოს მეზენტერული ვასკულიტი. აღნიშნულის გამო სისტემური წითელი მგლურას დროს საკმაოდ ხშირია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანება. პაციენტები უჩივიან უმადობას, დისპეპსიურ მოვლენებს, ყლაპვის გაძნელებას. ლუპუს ვასკულიტის ფონზე განვითარებულმა მეზენტერულმა ვასკულიტმა შესაძლოა ჩამოაყალიბოს მწვავე მუცლის კლინიკური სურათი (2).

ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით მუცლის ტკივილი გვხვდება სისტემური წითელი მგლურით დაავადებულ პაციენტთა 22-50%-ში, მის მიზეზად პოლისეროზიტი და ნაწლავის შეშუპებაა მიჩნეული (3,4).

წარმოგიდგენთ მუცლის ტკივილით მიმდინარე სისტემური წითელი მგლურას ორი შემთხვევას, რომელიც იძლეოდა მწვავე მუცლის სიმულაციას.

შემთხვევების აღწერა

1 შემთხვევა

პაციენტი ქალი, 22 წლის, შემოვიდა კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ჩვილებით ტკივილზე მუცლის არეში, რომელიც დაეწყო 12 საათის წინ, სუბფებრილურ ტემპერატურაზე, საერთო სისუსტეზე,

წონის კლებაზე. სახეზე, ყვრიმალის ძვლების მიმდებარედ, გამოხატული იყო „პეპლის მსგავსი“ გამონაყარი. სამი წელი მკურნალობდა სისტემური წითელი მგლურას დიაგნოზით. ობიექტურად: პულსი 90', რითმული, ჰემოდინამიკა სტაბილური, მუცელი შებერილი არ იყო, მონაწილეობდა სუნთქვაში. გასინჯვით დიფუზური მტკივნეულობა მთელი მუცლის არეში, პერიტონეული სიმპტომატიკა სუსტად გამოხატული, პერისტალტიკა მოისმინებოდა, ლეიკოციტები არ იყო მომატებული ($8 \times 10^9/\text{ლ}$). მსგავს ტკივილს ანამნეზში არ აღნიშნავდა. დღის სტაციონარის პირობებში პაციენტს ჩაუტარდა ინფუზიური, სპაზმოლიზური და ტკივილდამაყუჩებელი მკურნალობა, რის ფონზეც მდგომარეობა გაუმჯობესდა და პაციენტი გაეწერა ამბულატორიულ მკურნალობაზე თერაპევტის მეთვალყურეობის ქვეშ.

// შემთხვევა

მეორე შემთხვევაში პაციენტი, 50 წლის ქალი, სისტემური წითელი მგლურას 30-წლიანი ანამნეზით. პერიოდულად მკურნალობდა სტეროიდებით (დღეში 5 მგ). ამ შემთხვევაში სახეზე იყო მაღალი ლეიკოციტოზი ($22.6 \times 10^9/\text{ლ}$) ნეიტროფილოზით (84%). მუცელი არ იყო შებერილი, თუმცა აღინიშნებოდა დიფუზური ტკივილი და მტკივნეულობა მთელ მუცელში, უპირატესად ჭიპის ირგვლივ. პერისტალტიკა მოისმინებოდა, შროტკინის სიმპტომი სუსტად დადებოდა. მუცლის ღრუს ექოსკოპიით გამოვლინდა მცირე რაოდენობის სითხე მუცლის ღრუში. სხვა პათოლოგია ვერ იხილეს. მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფიული კვლევით – ნაწლავთა ზომიერი პნევმატიზაცია კოლიტის ფიალებისა და თავისუფალი ჰაერის გარეშე. ვინაიდან მსგავსი ტკივილი პაციენტს ბოლო 3 წლის განმავლობაში რამდენიმეჯერ ჰქონდა და ადვილად ხერხდებოდა მისი კუპირება მედიკამენტოზურად, გადაწყდა კონსერვატიული მკურნალობა. ტკივილი კუპირებული იყო სტეროიდული თერაპიის ფონზე ოპიატების, ანტიბიოტიკებისა და სპაზმოლიზური კოქტეილის გამოყენებით. პაციენტი გაეწერა ამბულატორიულ მკურნალობაზე ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ.

ბანსჯა

სისტემური წითელი მგლურას ფონზე გავითარებული აბდომინალგია ხშირად „ლუპუს პერიტონიტად“ მოიხსენიება.

ლიტერატურა:

References:

1. Chee MM, Madhok R. Systemic lupus erythematosus. *BMJ Best Practice*, 2018
2. ჭოხონელიძე ი., სისტემური წითელი მგლურა. http://dntunion.ge/sites/default/files/2007_3.pdf
3. Al-Hakeem MS(1), McMillen MA. Evaluation of abdominal pain in systemic lupus erythematosus. *Am J Surg*. 1998 Sep; 176(3):291-4.
4. Lee CK1, Ahn MS, Lee EY, Shin JH, Cho YS, Ha HK, Yoo B, Moon HB. Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: focus on lupus enteritis (gastrointestinal vasculitis). *Ann Rheum Dis*. 2002 Jun; 61(6):547-50.
5. Wakiyama S1, Yoshimura K, Shimada M, Sugimachi K. Lupus peritonitis mimicking acute surgical abdomen in a patient with systemic lupus erythematosus: report of a case. *Surg Today*. 1996; 26(9):715-8.
6. Papa MZ, Shiloni E, McDonald HD (1986) Total colonic necrosis — a catastrophic complication of systemic lupus erythematosus. *Dis Colon Rectum* 29:576-578
7. Zizic TM, Classen JN, Stevens MB (1982) Acute abdominal complications of systemic lupus erythematosus and polyarteritis nodosa. *Am J Med* 73:525-531

ნიება. მეორადი ბაქტერიული პერიტონიტისგან (მწვავე აპენდიციტი, ვასკულიტით გამოწვეული ნაწლავის იშემია, ნაწლავის პერფორაცია) „ლუპუს პერიტონიტის“ დიფერენციული დიაგნოსტიკის სირთულიდან, გამომდინარე, ზოგი ავტორი რეკომენდაციას უწევს სადიაგნოსტიკო ლაპაროტომიას (5). მსგავსი ტაქტიკის შედეგად აღწერილია არაბაქტერიული პერიტონიტი, ასციტი და შემუშავებული წვრილი ნაწლავი. პოსტოპერაციულ პერიოდში ტკივილის განმეორებისას ავტორებმა მიმართეს სტეროიდებით პულსთერაპიას დამაკმაყოფილებელი შედეგით.

აუცილებელია დეტალური დიფერენციული დიაგნოსტიკა ყველა შესაძლებელი მეთოდის გამოყენებით, რადგან სისტემური წითელი მგლურას დროს აღწერილია ისეთი სერიოზული ქირურგიული გართულება, როგორცაა დიფუზური იშემიური კოლიტით განპირობებული ნაწლავის ნეკროზი, რაც გახდა გადაუდებელი ლაპაროტომიისა და კოლექტომიის მიზეზი (6).

ლიტერატურაში მოწოდებულია სადიაგნოსტიკო ლაპაროტომიის 11 შემთხვევის ანალიზი სისტემური წითელი მგლურას დიაგნოზის მქონე 15 პაციენტში (73%), ვისაც აწუხებდა მუცლის ტკივილი (8). ნაოპერაციები 11 პაციენტიდან 9 შემთხვევაში იხსნა ინტრააბდომინური არტერიტი, ხოლო ორ შემთხვევაში – პოლისეროიტი. მწვავე მუცლის 5 შემთხვევაში აღინიშნა მეზენტერული არტერიტით გამოწვეული ნაწლავის დიდი იშემიური სეგმენტები, რომელიც თავის მხრივ გახდა ნაწლავის ინფარქტისა და პერფორაციის მიზეზი (7).

დასკვნა

ამრიგად, ლიტერატურის ზემოაღწერილი ანალიზი აჩვენებს, თუ რამდენად საშიშია არასწორი დიაგნოსტიკა სისტემური წითელი მგლურას დროს განვითარებული აბდომინალგიის შემთხვევაში. აქედან გამომდინარე ჩვენს მიერ აღწერილი ორი შემთხვევა საინტერესო და ყურადსაღებია იმ თვალსაზრისით, რომ აუცილებელია სისტემური წითელი მგლურას გათვალისწინება მწვავე მუცლის გამომწვევი მიზეზების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში.

მუცლის სწორი კუნთისა და მენჯის ღრუს სპონტანური გიგანტური ჰემატომის იშვიათი შემთხვევა

ირემაშვილი ბ., ლომიძე ნ., რატიანი ლ., ნემსაძე გ., ახმეტელი ლ., საგინაშვილი ლ., გოგოხია ნ.
თსსუ ქირურგიის N1 დეპარტამენტი, თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

A RARE CASE OF SPONTANEOUS GIANT RECTUS SHEATH AND INTRA PELVIC HEMATOMA

Iremashvili B., Lomidze N., Ratiani L., Nemsadze G., Akhmeteli L., Saginashvili L., Gogokhia N.

Department of Surgery N1 of TSMU, First University clinic of TSMU

რეზიუმე

სპონტანური სისხლდენები ვარფარინ-თერაპიის ყველაზე ვერაგი გვერდითი ეფექტია, რომელიც ჩვეულებრივ ასოცირებულია კოაგულაციური სისტემის არაადეკვატურ კონტროლთან. შრომაში განხილულია მუცლის სწორი კუნთის ვარფარინ-ინდუცირებული სპონტანური ჰემატომის შემთხვევა. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია მოხდა მუცლის ქვედა ნახევარში არსებული სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნისა და მწვავე ტკივილის გამო. გულის დაავადების გამო პაციენტი იმყოფებოდა ვარფარინ-თერაპიაზე, დოზით 5მგ/დღეში, INR-ის კონტროლის გარეშე. კომპიუტერული ტომოგრაფიით გამოვლინდა მარცხენა სწორი კუნთის გიგანტური ჰემატომა ზომით 17,5x13,7x6,0 სმ³. ჰოსპიტალიზაციიდან ორი დღის შემდეგ ჰემატომა გადანაწილდა პრეპერიტონეულად და გავრცელდა პრეპერიტონეულ სივრცეში. გამოყენებული იყო ორეტაპიანი ტაქტიკა. პირველი – ინტენსიური კონსერვატიული ღონისძიებებით მიღწეულ იქნა სრული ჰემოსტაზი და ჰემატომის მონაცემების გაუმჯობესება. მეორე – ქირურგიული ჩარევა.

დასკვნა: მუცლის სწორი კუნთისა და მენჯის ღრუს სპონტანური ჰემატომების დიაგნოსტიკაში ანგიოკონტრასტული კომპიუტერულ ტომოგრაფია საუკეთესო მეთოდია. ჰემატომის ასეპტიკურობის მიუხედავად, გამოვლინდა ჰემატომის ზოგიერთი მაჩვენებლის ნორმიდან მკვეთრი გადახრა. მუცლის სწორი კუნთის III ხარისხის ჰემატომის შემთხვევაშიც, თუ არ არის აქტიური სისხლდენა მუცლის ღრუში, მიზანშეწონილია ორეტაპიანი სამკურნალო ტაქტიკა: I – კონსერვატიული ღონისძიებები ჰემოსტაზის მისაღწევად, მეორე – ოპერაციული ჩარევა ჰემატომის ლიკვიდაციის მიზნით.

Resume

Spontaneous bleeding is one of the most common adverse effects of Warfarin that are usually associated with inadequate control of anticoagulation. A case of grade III spontaneous rectus sheath hematoma caused by Warfarin intake is presented. A sixty-year-old female patient was admitted to the emergency department with large, palpable swelling and severe pain in the lower abdomen, started 48 hours back. She was on Warfarin therapy due to heart disease and she was taking it 5mg/day for the last 5 month without any control of INR. Ultrasonography findings failed to determine genesis of pathological formation. CT revealed the diagnosis of giant left rectus sheath hematoma (RSH) 17,5x13,7x6,0 cm in size. In two days after admission the RSH has suddenly expanded into the pelvic retroperitoneum ["Spatium Retzii"] like grade III. Two-stage treatment was carried out: in the beginning, hemostasis and improvement of laboratory data were achieved with the help of intensive conservative therapy. After stabilization of the general condition of the patient and preparation for surgery, a second stage of treatment - surgery was performed.

As a conclusion CT scan is the best method for diagnosis and differentiation of rectus sheath and pelvic region hematomas. Though the hematoma is aseptic, significant changes in laboratory data can be noted due to resorption process of hematoma. If no bleeding into abdominal cavity, even in case of the grade III RSH two stage treatment is required. At the first stage, conservative actions must be performed to achieve full hemostasis, followed by the second stage, which is surgical intervention to remove the hematoma.

საკვანძო სიტყვები: ვარფარინ-ინდუცირებული სისხლდენა, მუცლის სწორი კუნთი, გიგანტური ჰემატომა,
Keywords: warfarin-induced bleeding, rectus abdominis muscle, giant hematoma

შესავალი

მუცლის სწორი კუნთისა და მენჯის ღრუს სპონტანური ჰემატომა მუცლის მწვავე ტკივილის იშვიათი მიზეზია [13, 18]. სპონტანური ჰემატომის განვითარებას საფუძვლად უდევს მუცლის სწორი კუნთების ან/და ეპიგასტრული სისხლძარღვების დაზიანებით გამოწვეული ჰემორაგია და სისხლის დაგროვება სწორი კუნთის ბუდეში. ეს არის იშვიათი გართულება, რომლის მიზეზი, ლიტერატურაში აღწერილი შემთხვევების მიხედვით,

შეიძლება იყოს: ორსულობა, სისხლძარღვთა დაზიანებით მიმდინარე კოლაგენოზები, ანტიკოაგულანტები და სხვ. [11, 13, 15, 18].

სხვებზე ჰემატომები შესაძლოა განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში. ისინი უზშირესად მუცლის ქვედა ნახევარშია აღწერილი. მუცლის სწორი კუნთის ბუდეში ნახევარკალოვანი ხაზის (Linea arcuata) ზემოთ განვითარებულ ჰემატომებს ინტენსიური სისხლდენები არ ახასიათებთ, რადგან სწორი კუნთის ბუდე ერთგვარ

კომპრესიას ახდენს სისხლდენის წყაროზე. სხენებული ხაზის ქვემოთ კი სისხლდენა შედარებით ვერაგია და შეიძლება გავრცელდეს შარდის ბუშტის წინა სივრცეში (Spatium Retzii).

სისხლდენის კლინიკური გამოვლინება იწყება უეცარი მწვავე ტკივილით მუცელში, რომელიც თანდათან იმატებს. ძლიერი სისხლდენების დროს შესაძლოა გამოხატული იყოს ჰემორაგიული შოკის სურათიც.

ფიზიკალური კვლევით ყურადღებას იპყრობს მუცლის პალპატორული მტკივნეულობა, კუნთების დაჭიმულობა, ტემპერატურის მატება. სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგის დროს აღნიშნულს ემატება ჰიპოვოლემიის ნიშნებიც: სიფერმკრთალები, ტაქიკარდია. მოცულობითი წარმონაქმნი ზოგჯერ შესაძლოა არც ისინჯებოდეს. თუ სისხლდენა სწორი კუნთის ბუდის ზედა სართულშია, სიმსივნური წარმონაქმნი შესაბამის მხარესაა ლოკალიზებული. ქვედა სართულში კი ის ორივე მხარეს შეიძლება გამოიხატოს.

მუცლის კედლის ჰემატომის დიფერენცირება მუცლის ღრუს სიმსივნისგან ფიზიკალური კვლევით საკმაოდ გაძნელებულია. სპონტანური ჰემატომა შესაძლოა აღქმული იყოს როგორც მწვავე მუცელი. ამიტომ მართებულ დიაგნოსტიკას დიდი მნიშვნელობა აქვს ნეგატიური ლაპაროტომიის თავიდან ასაცილებლად [13].

ლაბორატორიული კვლევებიდან ყურადღებას იპყრობს ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტისა და ერითროციტების ნაკლებობა, INR-ის და C რეაქტიული ცილის დონის მატება [11]. ასევე საყურადღებოა, ამა თუ იმ ხარისხით, გამოხატული ლეიკოციტოზი [11, 10], რომელმაც შესაძლოა მიაღწიოს საკმაოდ მაღალ ციფრებს – $30,9 \times 10^9/\text{ლ}$ [10].

ინსტრუმენტული კვლევებიდან მნიშვნელოვანია ულტრასონოგრაფია. ხოლო ანგიოკონტრასტულ რეჟიმში ჩატარებული კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებს კი დიაგნოსტიკისთვის გადამწყვეტ როლს ანიჭებენ [6, 11, 12, 13].

1996 წელს Berna-ს და თანაავტორთა მიერ მოწოდებული იქნა სწორი კუნთის ჰემატომების კლასიფიკაცია კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებზე დაყრდნობით. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით არსებობს სამი ხარისხის – I, II, III ჰემატომები [2].

I ხარისხი – კუნთის სისქეში არსებულ ჰემატომა კუნთის ზომაში შესამჩნევი მომატებით.

II ხარისხი – ინტრამუსკულურ სისხლჩაქცევასთან ერთად სახეზეა სისხლი კუნთსა და განივ ფასციას შორის.

III ხარისხი – სისხლჩაქცევას შეიძლება ჰქონდეს ან არ ჰქონდეს ზემოხსენებული კავშირი კუნთის მასივთან. სამაგიეროდ, ჰემატომა, ამ დროს ლოკალიზებულია, სწორ კუნთსა და განივ ფასციას შორის და განივი ფასციიდან ვრცელდება პრეპერიტონეულად და პრეპერეიტონეულ სივრცეში [2, 8].

სწორი კუნთის ჰემატომის მკურნალობა დამოკიდებულია მის მდებარეობასა და სისხლდენის ინტენსივობაზე. მუცლის ზედა სართულში მდებარე მცირე ჰემატომების სამკურნალოდ ძირითადად კონსერვატიული ღონისძიებებია მოწოდებული [11, 13, 15]. ქვედა სართულის ინტენსიური სისხლდენების დროს

შესაძლოა, სასიცოცხლო ჩვენებით, საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევაც.

სხვა ეტიოლოგიის სპონტანური ჰემატომებისგან განსხვავებით, თავისი არაპროგნოზირებადი თავისებურებების გამო, ვარფარინ-ინდუცირებული სპონტანური ჰემატომების მართვა გარკვეულ სირთულეებთან არის დაკავშირებული. ამ დროს ნაადრევი ქირურგიული აქტივობა საკმაოდ დიდ რისკებს შეიცავს და ორგანიზმის დარღვეული კოაგულაციური უნარის ფონზე ჩატარებული ოპერაცია შესაძლოა თავად გახდეს სისხლდენის გააქტიურებისა და ფატალური შედეგის მიზეზი. სისხლდენის ფონზე ჩატარებული ქირურგიული ჩარევების გამო სიკვდილიანობა საკმაოდ მაღალია [13]. ზოგი ავტორის მონაცემით ის 9-13%-მდე აღწევს [4, 18]. სწორი პათოგენეზური მკურნალობის ჩასატარებლად, უპირველესად, მნიშვნელოვანია ამ პრეპარატის მოქმედების მექანიზმის ცოდნა.

კუმარინისგან წარმოებული არაპირდაპირი მოქმედების პერორალური ანტიკოაგულანტები თრომბოზული და თრომბოემბოლური გართულებების პროფილაქტიკაში აღიარებულია „ოქროს სტანდარტის“ პრეპარატებად [17]. მათი წარმომადგენელი ვარფარინი მსოფლიოში ყველაზე ხშირად დანიშნადი პრეპარატების ათეულში შედის [5]. ვარფარინი იწვევს ვიტამინ K-ს რედუქტაზას ინჰიბირებას, რითაც თრგუნავს შედეგების II, VII, IX და X პლაზმური ფაქტორების სინთეზს [5, 6, 16].

არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს სწორედ სისხლის შედეგების დაქვეითებული უნარით განპირობებული სხვადასხვა სიმძიმის ჰემორაგიული სინდრომები [5], რომელთა სიხშირე 9.0–26,5%-ს აღწევს. მათ შორის სიცოცხლისთვის საშიში გართულებების რაოდენობა კი 0,3–4,2%-ს შეადგენს [7, 9].

გართულებათა სიხშირე დამოკიდებულია ანტიკოაგულაციურ ინტენსივობაზე, რომელიც INR-ით აისახება [1, 4, 6, 10, 12]. სისხლდენების უმეტესობა უკავშირდება პაციენტების მიერ INR-ის არასათანადო კონტროლს. თუმცა ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს სისხლდენების წინ INR-ის უმიზეზო მომატებაზე და პირიქით, სისხლდენის განვითარების შემთხვევებზე ნორმალური INR-ის ფონზეც [10, 13]. ამ დროს სისხლდენის რეალური მიზეზის დადგენა მხოლოდ პაციენტების გარკვეულ ნაწილში არის შესაძლებელი [9, 14].

აღნიშნულ თავისებურებათა გამო ვარფარინ-ინდუცირებული ჰემატომები კვლავ აქტუალურ პრობლემად რჩება. გამომდინარე აქედან, ამ გართულებათა ცალკეული შემთხვევის დეტალური შესწავლა და ანალიზი ცხადია, ხელს შეუწყობს პათოლოგიის სადიაგნოზო-სამკურნალო ღონისძიებათა სწორი ტაქტიკის შემუშავებას.

შრომის მიზანს წარმოადგენს მუცლის მარცხენა სწორი კუნთის ბუდისა და მენჯის სპონტანური გიგანტური ჰემატომის იშვიათი შემთხვევის დემონსტრირება.

შემთხვევის აღწერა

60 წლის, მდებარეობითი სქესის პაციენტი მოთავსდა თსსუ პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში, სასწრაფო წესით, მუცლის არეში არსებული მწვავე ტკივილის

გამო. ანამნეზური მონაცემებით გაირკვა: 10 წელია დადგენილი ჰქონდა არტერიული ჰიპერტენზია [110 - III (ESC/ESH)], აორტის სარქელის ნაკლოვანება [135.1], პაროქსიზმულ-რეკურენტული ფორმის წინაგულთა ციმციმი და თრთოლვა [148]. მკურნალობდა კარდიოლოგის მიერ დანიშნული ვარფარინით - 5მგ დღეში, რომელსაც უკანასკნელი ხუთი თვეა იღებდა INR-ის კონტროლის გარეშე.

ჰოსპიტალიზაციამდე დაახლოებით 48 საათით ადრე ტუალეტში გაჭინთვის დროს უეცრად დაეწყო ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში. ტკივილის ინტენსივობამ თანდათან იმატა და მიიღო მუდმივი ხასიათი. შემდეგ კი თან დაერთო: საერთო სისუსტე, პირის სიმშრალე, ცივი ოფლი, სუნთქვის გაძნელება და დიდი ზომის სიმსივნური წარმონაქმნის გაჩენა მუცლის ქვედა ნახევარში. ბინაზე, საკუთარი გადაწყვეტილებით, იღებდა ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს. ზოგადი მდგომარეობის თანდათანობით გაუარესებისა და მუცელში გაუსაძლისი ტკივილის გამო იძულებული გახდა გამოეძახა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური, რომელმაც მოახდინა მისი ტრანსპორტირება კლინიკაში.

ობიექტური მონაცემები

პაციენტი ქმედუნარიანი, კონტაქტური და ადეკვატური. ჰიპერსტენიური კონსტიტუციის. ჭარბცხიმიანი, განსაკუთრებით მუცლის არეში. ჰაბიტუსი შეწუხებული. ჰიპოდინამიური. საწოლში მდებარეობა პასიური. მოძრაობა და სწორად წოლა მუცელში ტკივილს უძლიერებდა. წინ მოხრილი მდებარეობა კი - უმცირებდა. კანის საფარველი მშრალი. ანემიური. სახეზე ოდნავ ციანოზური ელფერი. $T=36,9^{\circ}\text{C}$, $P=76'$, რითმული, საშუალო ავსების და დაჭიმულობის, $T/A - 150/80\text{მმ. ვწყ.სვ.}$, $R - 24'$, გულმკერდის ტიპის, ზერელე. ფილტვებზე ორივე მხარეს ვეზიკულური სუნთქვა. ენა მომშრალი. მუცელი დიდი ზომის. შებერილი. სუნთქვით აქტიური დაზოგვით მონაწილე. პალპაციით ჭიპის დონიდან ქვემოთ, ბოქვენამდე, ისინჯებოდა სადა ზედაპირის, მომკვრივო კონსისტენციის, ფიქსირებული, ძლიერ მტკივნეული სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი ზომით $18 \times 14 \text{სმ-ზე}$. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშანი უარყოფითი. Per rectum: დიგიტალური გასინჯვის მონაცემები პათოლოგიის გარეშე, ნაწლავების მოქმედება ყაბზობის გამო გაძნელებული, შარდვა თავისუფალი, შარდი ნორმული შეფერილობის.

ჰემოგრამაში: $\text{RBC} - 4,05 \times 10^{12}/\text{ლ}$, $\text{HGB} - 13,8 \text{ გ/დლ}$, $\text{WBC} - 12,1 \times 10^9/\text{ლ}$, $\text{HCT} - 41,5\%$, $\text{INR} - 5,4$.

მუცლის ღრუს ულტრასონოგრაფიით: ჰიპოგასტრიუმში, შარდის ბუშტის წინ და მარცხნივ ინახა ოვალური ფორმის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის და კონტურების მქონე წარმონაქმნი ზომით $10,4 \times 5,2 \times 8,5 \text{სმ}$.

ულტრასონოგრაფიული კვლევით მიღებული მონაცემების საფუძველზე მოცულობითი წარმონაქმნის ზუსტი გენეზისა და ლოკალიზაციის განსაზღვრა ვერ მოხერხდა. საჭირო გახდა კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება ანგიოკონტრასტულ რეჟიმში. აღნიშნული კვლევით მარცხენა სწორი კუნთის ბუდეში ჭიპიდან ბოქვენამდე გამოვლინდა დიდი ზომის ჰემატომა

ზომით $17,5 \times 13,7 \times 6,0 \text{ სმ}$ [სურ. 1, 2]. ჰემატომის კაუდალურად გამოისახა საკონტრასტო ნივთიერების უმნიშვნელო ექსტრავაზაცია, რომელიც თავისუფალ მუცლის ღრუში არ გრცელდებოდა.

კვლევის პროცესში აქტიური სისხლდენის არ არსებობის გამო ჰემატომის გამომწვევი წყაროს ზუსტი დადგენა შეუძლებელი შეიქნა. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა იყო საშუალო სიმძიმის. ჰოსპიტალიზებული იქნა ქირურგიული დეპარტამენტის ინტენსიური თერაპიის პალატაში. კონსულტირებული იყო კარდიოლოგის, ანგიოლოგისა, ჰემატოლოგის მიერ. ვინაიდან ვარფარინის უკონტროლო მიღებით გამოწვეული მკვეთრი ჰიპოკოაგულაციის ფონზე [INR - 5,4] ქირურგიული ჩარევა პაციენტისთვის ძალზედ დიდ რისკს წარმოადგენდა, ხოლო აქტიურ სისხლდენას იმ მომენტისთვის ადგილი არ ჰქონდა, დაიგეგმა ორეტაპიანი სამკურნალო ტაქტიკა. პირველ ეტაპზე: კონსერვატიული მკურნალობა, რაც მიზნად ისახავდა შედეგების სისტემის კორექციას და ჰემოსტაზს კონსერვატიული საშუალებებით. მეორე ეტაპზე კი განსაზღვრული იყო ოპერაციული ჩარევა ჰემატომის ლიკვიდაციის მიზნით.

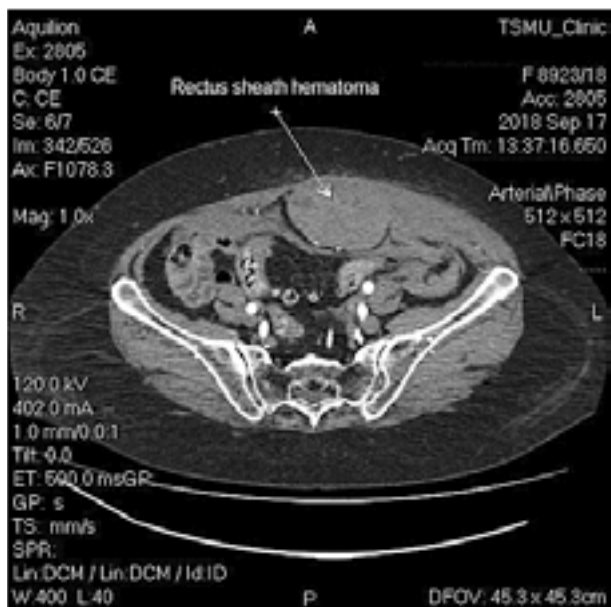
უპირველეს ყოვლისა, მოიხსნა ვარფარინი. დაწყებული იქნა კონსერვატიული ღონისძიებები, რომელთაგან სისხლდენის კუპირებისთვის გამოყენებული იყო მკაცრი წოლითი რეჟიმი, ლოკალური ჰიპოთერმია, ანტიფიბრინოლიზური და კოაგულაციის მაკორეგირებელი საშუალებები - K ვიტამინი, კრიოპლაზმა. გრძელდებოდა მეთვალყურეობა დინამიკაში, ჰემოგრამის ლაბორატორიული და ჰემატომის ინსტრუმენტული კონტროლი.

ორდღიანი სტაბილური დინამიკის ფონზე, უეცრად, პაციენტის მიერ მკაცრი წოლითი რეჟიმის დარღვევის გამო, საპირფარეოში გასვლის დროს, მისი ზოგადი მდგომარეობა მკვეთრად დამძიმდა. გამოისახა ჰემორაგიული შოკის სურათი, ტაქიკარდია და არტერიული წნევის კლების ტენდენცია. მდგომარეობის დასტაბილების ფონზე განმეორებით ჩატარებული კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებით აღმოჩნდა, რომ ჰემატომამ მცირე მონაკვეთზე გაარღვია განივი ფასცია, გადანაწილდა პრეპერიტონეულად და გავრცელდა მენჯის ღრუს მიმართულებით პრევეზიკულურ სივრცეში - III ხარისხის ტიპით [სურ. 3, 4].

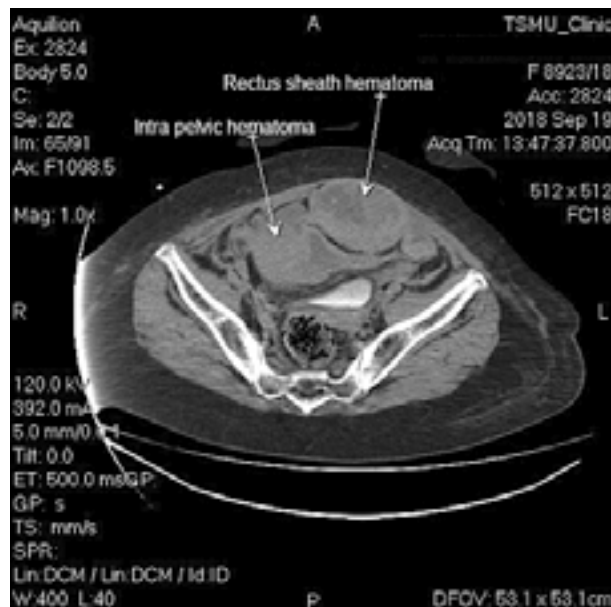
პირველი და განმეორებით ჩატარებული CT კვლევის მონაცემების ურთიერთშედარებით კარგად ჩანს, სწორი კუნთის ბუდის ჰემატომის სიგრძივ ზომაში მოკლება და მისი გადანაწილება პრეპერიტონეულად და პრევეზიკულურ სივრცეში.

დინამიკაში გაუარესდა ჰემოგრამის მონაცემებიც: $\text{RBC} - 2,96 \times 10^{12}/\text{ლ}$, $\text{HGB} - 10,1 \text{ გ/დლ}$, $\text{WBC} - 31,8 \times 10^9/\text{ლ}$, $\text{HCT} - 30,5\%$, $\text{INR} - 4,3$, $\text{AST} - 1304,1 \text{ მკმოლ/ლ}$, $\text{ALT} - 1075 \text{ მკმოლ/ლ}$, კრეატინინი - $146,9 \text{ კმოლ/ლ}$, საერთო ბილირუბინი $30,2$.

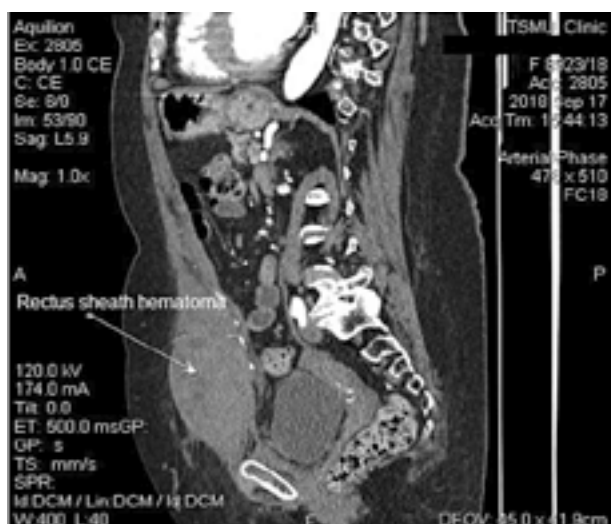
ასეთი გართულების მიუხედავად, ვინაიდან არ იყო ჰემატომის ექსტრავაზაცია მუცლის ღრუში, მკურნალობის დაგეგმილი ორეტაპიანი ტაქტიკა არ შეცვლილა. პათოლოგიის მართვა გაგრძელდა რეანიმაციის განყოფილებაში, სადაც ჩატარებული



სურათი 1. მარცხენა სწორი კუნთის ბუდეში არსებული ჰემატომა. კტ კონტრასტული კვლევა



სურათი 3. ჰემატომაში პრეპერეიტონიული განაწილება და გავრცელება პრეპერეიტონიულ სივრცეში. კტ კონტრასტული კვლევა



სურათი 2. ჰემატომის კაუდალურად საკონტრასტო ნივთიერების უმნიშვნელო ექსტრაავაზია. კტ კონტრასტული კვლევა. საგიტალური ქრილი



სურათი 1. ჰემატომაში პრეპერეიტონიული განაწილება და გავრცელება პრეპერეიტონიულ სივრცეში. კტ კონტრასტული კვლევა. საგიტალური ქრილი

ინტენსიური კონსერვატიული ღონისძიებებით მიღწეული იქნა ჰემოგრამის მონაცემების კორექცია და სრული ჰემოსტაზი.

პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და სტაბილიზაციის ფონზე, ჰოსპიტალიზაციიდან მერვე დღეს, ზოგადი გაუტკივარების ფონზე, მკურნალობის მეორე ეტაპად ჩატარდა ქირურგიული ჩარევა: ჰემატომის ლიკვიდაცია, დრენირება. ჩარევა განხორციელდა ექსტრაპერეიტონულად. ოპერაციის მსვლელობისას ევაკუირებული იყო ჰემატომის ასეპტიკური შიგთავსი: ლიზირებული სისხლი და 460 გ სისხლის კოაგულები. პოსტოპერაციულ პერიოდში უტარდებოდა შეხვევები. საკონტროლო ულტრასონოგრაფიით დადასტურდა ჰემატომების სრული ლიკვიდაცია.

პაციენტი გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში გაეწერა კლინიკიდან ამბულატორიულად ქირურგისა და კარდიოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის გასაგრძელებლად. მიეცა სათანადო რჩევა-დარიგება. ჭრილობა შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით, ყოველგვარი სეპტიკური გართულების გარეშე.

დასკვნა

ამრიგად, სადემონსტრაციო შემთხვევაში აღწერილი მონაცემები მიუთითებს:

- მუცლის სწორი კუნთის სპონტანური ჰემატომების ზუსტი ტოპოგრაფიის – მათი გავრცელების მასშტაბების, საზღვრების და ორგანოებთან შესაძლო კავშირის

დასადგენად გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ანგიოკონტრასტულ კომპიუტერულ ტომოგრაფიას.

- მიუხედავად ჰემატომის ასეპტიკურობისა, გამოვლინდა ჰემოგრამის ზოგიერთი მაჩვენებლის ნორმიდან მკვეთრი გადახრა, რაც განპირობებული უნდა ყოფილიყო ჰემატომის რეზორბციით გამოწვეული ტოქსიური ეფექტით.

- მუცლის სწორი კუნთის დიდი მოცულობის ვარფარინ-ინდუცირებული ჰემატომების შემთხვევაში, თუ ადგილი

არა აქვს ჰემატომის გარღვევას და გავრცელებას მუცლის ღრუში, მიზანშეწონილია მკურნალობის ორეტაპიანი ტაქტიკის გამოყენება. პირველ ეტაპზე, წამყვანი კონსერვატიული ღონისძიებებია, რომელთა საშუალებით შესაძლებელია სრული ჰემოსტაზისა და ჰემოგრამის კორექციის მიღწევა და პაციენტის წინასაოპერაციო მომზადება. მეორე ეტაპზე კი – ოპერაციული ჩარევა ჰემატომის ლიკვიდაციის მიზნით.

ლიტერატურა:

References:

1. Ansell J., Hirsh J., Hylek E. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American collage of chest physicians' evidence based clinical practice guidelines (8th edition). 2008 Chest 133: 160S-198S.
2. Berna JD, Garcia-Medina V, Guirao J, Garcia-Medina J: Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. *Abdomen Imaging* 1996, 21:62-64.
3. Da A., Ozcan T., Trkmeno lu O., Colak T., Karaca K., Canbaz H., Dirlik M., Sar bay R. "Spontaneous rectus sheath hematoma in patients on anticoagulation therapy". *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2011 May; 17(3):210-4.
4. Gomes T., Mamdani MM., Holbrook AM., et al. "Rates of hemorrhage during warfarin therapy for atrial fibrillation". *CMAJ* 2013; 185:E121.
5. Kandegedara Ruwana Munasinghe, Gallage Chandima Amarasena, Naomali Lalani Amarasena, Jagath Indranath Parakrama Herath and Harshana Dilan Samarasinghe. "Abdominal Wall and Intra Pelvic Hematoma Presenting as Abdominal Pain after Short Course of Antibiotics in Patients on Long Term Warfarin Therapy". *Cardiovascular Pharmacology. an open access journal.* 2016, volume 5, 170, Issue 1 • 1000170.
6. Keeling D., Baglin T., Tait C., Watson H., Perry D., et al. "Guidelines on oral anticoagulation with warfarin" - fourth edition. *Br J Haematol.* 2011. 154: 311-324.
7. Levine M.N., Raskob G., Landefeld S., Kearon C. «Hemorrhagic complication of anticoagulant treatment» *Chest* 2001 Jan; 119(1 Suppl):108S-121S.
8. Masanori Shimodaira, Tomohiro Kitano, Minoru Kibata and Kumiko Shirahata. An oblique muscle hematoma as a rare cause of severe abdominal pain: a case report Shimodaira et al. *BMC Research Notes* 2013, 6:18.
9. Mhairi Copland, Walker I.D., Campbell R. Oral Anticoagulation and Hemorrhagic Complications in an Elderly Population With Atrial Fibrillation. // *Arch Inter Med.* 2001, Vol. 161 N17, 24.
10. Mustafa Volkan Demir, Tuba zt rk Demir, Selcuk Yaylaci, Ahmet Bilal Genc "Spontaneous abdominal hemorrhage due to warfarin treatment". *CASE REPORT Year : 2016 Volume : 3 Issue : 4 Page : 298-300.*
11. Nurdan ERG N, M.D., Arif Alper EV^K, M.D., C. James HOLLIMAN, M.D., Metin MAN^SALI, M.D., Feyzullah ^NAN, M.D., Tahsin SARISOY, M.D. "Conservative treatment of giant abdominal wall hematoma *Turkish Journal of Trauma*". 2004; 10(2) :141-144.
12. Palareti G. "Direct oral anticoagulants and bleeding risk (in comparison to vitamin K antagonists and heparins), and the treatment of bleeding". *Semin Hematol* 2014; 51:102.
13. Selin Kapan, Ahmet N Turhan, Halil Alis, Mustafa U Kalayci, Sinan Hatipoglu, Hakan Yigitbas and Ersan Aygun. Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, Department of General Surgery, Istanbul, Turkey. „Rectus sheath hematoma: three case reports". *Journal of Medical Case Reports* 2008, 2:22. doi:10.1186/1752-1947-2-22.
14. Schulman S. Duration of oral anticoagulant treatment following deep vein thrombosis – the longer? the better? *J. Tromb.Hae-most.*, 2001, Abstract: P2233.
15. Takahisa Fujikawa, Masahide Kawato, Akira Tanaka. Spontaneous rectus sheath haematoma caused by warfarin-induced overanticoagulation. *BMJ Case Reports* 2011; doi:10.1136/bcr.07.2011.4533
16. Варфарин (Warfarin Nycomed) https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_14472.htm
17. РЛС >Библиотека > Книги > Регистр лекарственных средств России РЛС Пациент 2003. - Москва, Регистр Лекарственных Средств России, 2002. >Часть 3. Мир лекарств > Глава 3.6. Средства, влияющие на кровь и процессы кроветворения 3.6.2.Антикоагулянты. https://www.rlsnet.ru/books_book_id_2_page_172.htm.
18. Шарафисламов И.Ф., Ключкин И.В., Ключкина Ю.А., Михайлова О.Н., Бадретдинова А.Р., "Спонтанная гематома передней брюшной стенки в клиник неотложной хирургии. сонографические аспекты". *Вестник современной клинической медицины.* 2018. Т. 11, вып. 5. – С.149–153. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).149-153.

რენოვასკულური დაავადება - თირკმლის არტერიის მწვავე თრომბოზი (კლინიკური შემთხვევა)

ფოფხაძე ი., ლოლაძე ზ., ნონიკაშვილი ზ., კვაჭახელიძე ვ., ლაზიშვილი თ.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

RENOVASCULAR DISEASE - RENAL ARTERY THROMBOSIS

Popkhadze I., Loladze Z., Nonikashvili Z., Kvachakhelidze V., Lazishvili T.

THE FIRST UNIVERSITY CLINIC OF TSMU

რეზიუმე ვაზორენალური ჰიპერტენზია, რომელიც ძირითადად განპირობებულია თირკმლის არტერიების დაზიანებით, აღენიშნება ჰიპერტენზიით დაავადებულთა 3-5%-ს. წარმოდგენილია შემთხვევა: 70 წლის მამაკაცი ჩივილებით: ძლიერ, მუდმივი ხასიათის ტკივილზე მუცლის არეში, მარცხენა ფერდქვეშ ირიდაციით. ტკივილები დაეწყო ჰოსპიტალიზაციამდე 12-24 საათით ადრე, რასაც თან დაერთო მაღალი არტერიული წნევა. მდგრადი არტერიული წნევა 230/110მმ.ვწყ. სვ. მუცელი რბილი, პალპაციით მგრძნობიარე. ბიმანუალური განისჯვით მარცხენა მხარეს პასტერნაკის სიმპტომი დადებითი. ტკივილის კუპირება ვერ ხერხდება. პაციენტი შეფასდა უროლოგის და სისხლძარღვთა ქირურგის მიერ, ეჭვი მიტანილი იყო მარცხენა თირკმლის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლაზე. მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია, ანგიოგრაფიული რეჟიმი: გამოხატული იყო იშემიის კტ სურათი. განხორციელდა ბალონური ანგიოპლასტიკა კარგი ანგიოგრაფიული შედეგით, მაგისტრალური სისხლის ნაკადის აღდგენით თირკმლის არტერიაში, დისტალური სეგმენტის რეკანალიზაცია ვერ მოხერხდა. პაციენტს ინტერვენციასთან კომბინაციაში ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა ანტიაგრეგანტებით და ანტიკოაგულანტებით. შორეულ პერიოდში საკონტროლო კვლევით: არტერიული ფაზა თირკმლის არტერიაში სრულად დამაკმაყოფილებელი. კრეატინინის და შარდოვანას მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში. პაციენტი ჩივილებს არ წარმოადგენდა.

Resume Vasorenal hypertension, which is the main condition after arterial damage of kidney, is the cause of 3-5% cases of hypertension. The case is presented: A 70-year-old man complained of severe constant pain in the abdomen, irradiating to the left pelvic area with resistant Blood pressure 230/110. According to anamnesis, the above-mentioned pain started in the evening before admission. similar pain was never experienced before. A bimanual examination revealed the Pasternacki sign positive on the left side. The pain cannot be revealed. On the CT angiogram of abdomen and pelvis, on the left kidney parenchyma contrast does not strengthen. It is evident that we are dealing with ischemia on CT picture. The patient's assessment was carried out by the urologist and vascular surgeon. The left kidney has been diagnosed with acute blood supply restriction. In order to restore blood circulation of the left kidney it was decided to perform angioplasty of the kidney. The balloon angioplasty was performed with good angiographic results, renewal of blood flow to the kidneys. In the artery, the distal segment could not be recanalized. The patient was on conservative therapy as well, with antithrombotic and anti-coagulants. In the distant period of control research: the arterial phase is fully satisfactory in the kidney arteries. Creatinine and urea indicators within the norm. The patient was not complaining.

საკვანძო სიტყვები: ვაზორენალური ჰიპერტენზია, თირკმლის არტერიების თრომბოზი, ბალონური ანგიოპლასტიკა
Keywords: Vasorenal hypertension, Renal Artery Thrombosis, balloon angioplasty

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მოსახლეობის 10%-ს აქვს არტერიული წნევის მატება. მათგან 20-25%-ს აღენიშნებათ სიმპტომური ჰიპერტენზია. ვაზორენალური ჰიპერტენზია, რომელიც ძირითადად განპირობებულია თირკმლის არტერიების დაზიანებით, აღენიშნება ჰიპერტენზიით დაავადებულთა 3-5%-ს.

სიმპტომური ჰიპერტენზიის მიზეზებია:

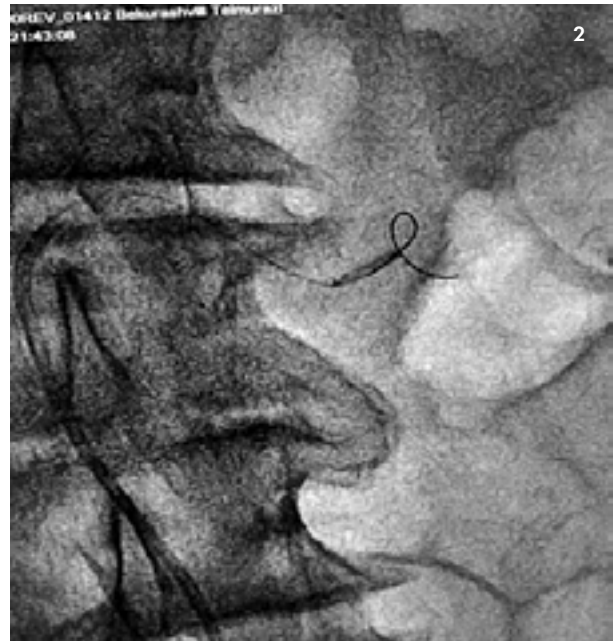
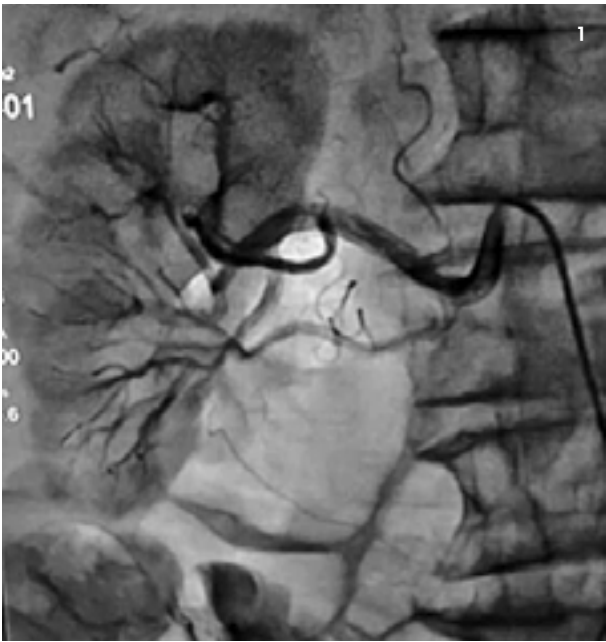
1. თირკმლის პათოლოგიები – გლომერულონეფრიტი, პიელონეფრიტი, თირკმლის დაზიანება კოლაგენოზის დროს, ტუბერკულოზი, ჰიდრონეფროზი;

2. აორტის და მისი ტოტების დაზიანებები – აორტის კოარქტაცია, არასპეციფიკური აორტიტი, ვაზორენალური ჰიპერტენზია, ბრაქიოცეფალური არტერიების დაზიანება;

3. თირკმელზედა ჯირკვლის პათოლოგიები – ფეიქრო-მოციტომა, კუშინგის დაავადება, კონის დაავადება;

4. ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებები.

თირკმლის არტერიების დაზიანება შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. შეძენილ პათოლოგიათა ჯგუფიდან ვაზორენალური ჰიპერტენზიის უმთავრეს მიზეზია თირკმლის არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანება (80%) – პათოლოგიური პროცესი აზიანებს თირკმლის არტერიის პროქსიმალურ ნაწილს. სიხშირით მეორე მიზეზია ფიბროზულკუნთოვანი დისპლაზია



სურათი 1-2. მარცხენა თირკმლის პარენქიმის კონტრასტული გაძლიერება არ ვლინდება. მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კტ ანგიოგრაფიული კვლევა

(15%) (თანდაყოლილი დაავადება) – პათოლოგია ლოკალიზებულია თირკმლის არტერიის შუა ნაწილში.

ვაზორენალური ჰიპერტენზიის დროს მაღალი დიასტოლური წნევა განპირობებულია გოლდბლატის მექანიზმით. ჰიპერტროფიული იუქსტამედიალური უჯრედებით ხდება რენინის გადაჭარბებული გამოყოფა. იგი მოქმედებს ლვიძლიდან გამოყოფილ ანგიოტენზინოგენზე და გარდაქმნის მას ანგიოტენზინოგენ I-ად, რომელზეც მოქმედებს ანგიოტენზინ მაკონვერტირებული ფერმენტი და გარდაქმნის მას ანგიოტენზინ II-ად. უკანასკნელს აქვს ვაზოკონსტრიქციული თვისებები და არტერიული წნევის მატებას თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქზე ზემოქმედებით, ალდოსტერონის ჭარბი გამოყოფით და ორგანიზმში Na^+ რეტენციით იწვევს.

თირკმლის არტერიის სტენოზის სიმპტომები გვიან ეტაპზე ვლინდება. ხშირად იგი შემთხვევითი აღმოჩენაა, სხვა მიზნით ჩატარებული კვლევების შედეგების შეფასებისას. პაციენტებს ხშირად აწუხებთ თავის ტკივილი, წამოხურება და სიმძიმის შეგრძნება თავში, ყურებში შუილი, მხედველობის გაუარესება, ყრუ ტკივილი გულის არეში, ზოგჯერ სტენოკარდიული შეტევები, ტკივილი წელის არეში, ზედა და ქვედა კიდურებში.

არტერიული წნევა მომატებულია სტაბილურად: სისტოლური >160 მმ.ვწყ.სვ., ზოგჯერ კი – 200-240მმ.ვწყ.სვ.-ს ფარგლებში, ხოლო დიასტოლური წნევის მაჩვენებელი ყოველთვის >100 მმ.ვწყ.სვ.-ზე. მნიშვნელოვან სადიაგნოსტიკო ტესტად უშედეგო კონსერვატიული თერაპია. ზოგჯერ გამოხატულია მაღალი არტერიული კრიზები, რაც განაპირობებს თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლას და გულის მარცხენა პარკუჭის გადატვირთვას. თირკმლის არტერიის სტენოზის ფონზე შეიძლება განვითარდეს თირკმლის არტერიის თრომბოზი ან ემბოლია, რასაც მოჰყვება თირკმლის ინფარქტი შემდეგი სიმპტომატიკით: უეცარი ტკივილი წელის არეში, ჰემატურია, ტემპერატურა, ჰიპერტენზია.

ვაზორენალური ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკაში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზს და კლინიკურ კვლევას.

სადღეისოდ თირკმლის არტერიების სტენოზის სადიაგნოსტიკო ძირითად მეთოდად ითვლება დუპლექს-სონოგრაფია. თირკმლის ფუნქციის გამოკვლევის მიზნით გამოიყენება, აგრეთვე, ფუნქციური სცინტიგრაფია. თირკმლის არტერიების ვიზუალიზაციის ოქროს სტანდარტად მიჩნეულია ანგიოგრაფია, რომელიც თირკმლის არტერიის შევიწროების ადგილის და ხარისხის დადგენის საშუალებას იძლევა.

კლინიკური შემთხვევა

2018 წლის სექტემბერში თსსუ პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში ჰოსპიტალიზებული იყო 70 წლის მამაკაცი ჩივილებით: ძლიერ, მუდმივი ხასიათის ტკივილები მუცლის არეში, მარცხენა ფერდქვეშ ირიდაციით.

ანამნეზი: ტკივილები დაეწყო ჰოსპიტალიზაციამდე 12-24 საათით ადრე, რასაც თან დაერთო მაღალი არტერიული წნევა. გადმოცემით, წარსულში მსგავსი ტკივილები არ ჰქონია.

ობიექტურად: მდგრადი არტერიული წნევა 230/110მმ.ვწყ.სვ., პულსი 88', არითმიული. ენა სველი, ყლაპვა თავისუფალი, მუცელი რბილი, პალპაციით მგრძნობიარე. ბიმანუალური განისჯვით მარცხენა მხარეს პასტერნაკის სიმპტომი დადებითი. ტკივილის კუპირება ვერ ხერხდება.

პაციენტი შეფასდა უროლოგის და სისხლძარღვთა ქირურგის მიერ, ეჭვი მიტანილი იყო მარცხენა თირკმელის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლაზე.

ინსტრუმენტული კვლევა:

- ექოლოგიურად: მარცხენა თირკმლის კორტიკო-მედულური დიფერენციაცია შენახული, ზომა 15მმ, ფორმა შეუცვლელი.
- მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია, ანგიოგრაფიული რეჟიმი: მარცხენი



სურათი 3-4. საკონტროლო ანგიოგრაფია. მარცხენა არტერიის შუასეგმენტის ჰემოდინამიკური კრიტიკული სტენოზი

თირკმლის პარენქიმის უდიდეს ნაწილში კონტრასტული გაძლიერება არ გამოვლინდა, გამოხატული იყო იშემიის კტ სურათი.

მკურნალობა

მარცხენა თირკმელში სისხლის მიმოქცევის აღდგენის მიზნით გადაწყდა თირკმლის არტერიის ანგიოპლასტიკა. პაციენტი გადაყვანილ იქნა ინტერვენციის კატაბში.

ულტრაბგერის კონტროლით, სელდინგერის ნემსით, განხორციელდა მარჯვენა ბარძაყის საერთო არტერიის პუნქცია, რეტროგრადული მიმართულებით შეყვანილი იყო მიმმართველი გამტარი 0,35 და ინტრადუსერი 6Fr.

საკონტროლო ანგიოგრაფიაზე დაფიქსირდა მარცხენა არტერიის შუა სეგმენტის ჰემოდინამიკური კრიტიკული სტენოზი, დისტალური სეგმენტის ოკლუზია, ჰიდროფილური მიმმართველი გამტარი 0,35 გატარდა თირკმლის არტერიის 2/3-ის დისტალურად. აღნიშნულ არტერიაში გატარდა მიმმართველი 0,14. განხორციელდა ბალონური ანგიოპლასტიკა 2x10მმ ბალონით, კარგი ანგიოგრაფიული შედეგით, მაგისტრალური სისხლის ნაკადის აღდგენით თირკმლის არტერიაში, დისტალური სეგმენტის რეკანალიზაცია ვერ მოხერხდა. პაციენტს ინტერვენციასთან კომბინაციაში ჩაუტარდა კონსერვატიული მკურნალობა ანტიაგრეგანტებით და ანტიკოაგულანტებით.

ინტერვენციის დასრულებისთანავე პაციენტს აღენიშნა წნევის მაჩვენებლის დაქვეითება – 160/90მმ. ვწყ.სვ.-მდე. მოხერხდა ტკივილის კუპირება.

სტაციონარში დაყოვნების პერიოდში, აღინიშნა დადებითი დინამიკა, დასტაბილურდა და სამიზნე მაჩვენებელს მიუახლოვდა როგორც სისტოლური, ასევე დიასტოლური წნევა – 140/80მმ.ვწყ.სვ. სტაციონარიდან გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში, ჩივილებს არ წარმოადგენდა.

საკონტროლო დუპლექსკანირება ჩატარდა ანგიოპლასტიკიდან მე-14, 30-ე, მე-60, 120-ე, 160-ე დღეებში. არტერიული ფაზა თირკმლის არტერიაში სრულად დამაკმაყოფილებელი. კრეატინინის და შარდოვანას მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში. პაციენტი ჩივილებს არ წარმოადგენდა.

დასკვნა:

წარმოდგენილი კლინიკური შემთხვევის სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ტაქტიკა უნდა ჩაითვალოს წარმატებულად – კლინიკაში პაციენტის მომართვიდან უმოკლეს ვადებში შესაძლებელი გახდა რთული დიაგნოზის ვერიფიცირება, მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება სამკურნალო ტაქტიკის შესახებ და ჩატარდა ადეკვატური, თანამედროვე ინტერვენცია: თირკმლის არტერიის ანგიოპლასტიკა და თრომბასპირაცია.

ლიტერატურა:

Literature:

1. Rutherford's Vascular Surgery, Saunders, 8 edition, May 5, 2014, 784 p.
2. Merck Manual of Diagnosis and Therapy, Merck; 20 edition, April 17, 2018, 3530 p. (Peripheral Arterial Disease; Chronic Venous Insufficiency and Postphlebotic Syndrome; Deep Venous Thrombosis (DVT); Superficial Venous Thrombosis; Varicose Veins).
3. Practical Phlebology: Venous Ultrasound, Joseph Zygmunt, Olivier Pichot, Tracie Dauplaise, CRC Press; June 25, 2013, 192p.
4. Vascular Surgery (European Manual of Medicine) by Christos D. Liapis, Klaus Balzer, et al., Springer; 2007 edition, Dec 19, 2006, 674 p.

მირონცხეშვილი დასტაქარი

როსტომ ცხვედიანი, ქირურგი

გამოსვლა ოთარ ბურჯანაძის ხსოვნის საღამოზე

ამ დარბაზში მსხდომთაგან ხელოვნების ეს უბადლო ნიმუში, უმრავლესობას ნანახი აქვს, მაგრამ ცოტა ვინმემ თუ იცის, რომ მასში ქალბატონი მარიკას უძვირფასესი მეუღლის უდიდეს სიყვარულთან ერთად, მისი ტიტანური შრომაცაა ჩადებული: ჯერ მარიკას საკუთარი ხელით შესრულებული ესკიზი, შემდეგ ოთარის მეგობრის ნოდარ კაკაბაძის თხოვნით შესანიშნავი მხატვარ-არქიტექტორის ოთარ ლითანიშვილის მიერ ესკიზის პროფესიული დახვეწა, ძაძით მოსილი ქ-ნი მარიკას ჩასვლა ჯერ ქუთაისში, შემდეგ წყალტუბოში, მარმარილოს კარიერებზე მისვლა; შემდეგ ახალი პრობლემა, - თეთრი ხალათის ე.წ. „დრაპირებისათვის“ კიევში ჩასვლა, ძეგლის შექმნის პროცესში ელგუჯა ამაშუკელის შემთხვევით (თუ უფლის ნებით?!) გავლა და ოთარის მარჯვენა ხელის ქვეშ სიცოცხლის ქართული სიმბოლოს - მზის გამოსახულების ამოტვიფვრა, დაბოლოს ამ შესანიშნავი ძეგლის შექმნისათვის ქ-ნი მარიკას სამადლობელ სიტყვებზე ოთარ ლითანიშვილის პასუხი „მე ნუ მიხდით მადლობას, ეს ყველაფერი თქვენი გაკეთებულია“.

ვაშა, ქალბატონ მარიკას! მეუღლის სიყვარულისა და ერთგულების სიმბოლოს! მე თქვენ მხოლოდ ნინო ჭავჭავაძეს თუ შეგადარებთ, ქ-ნო მარიკა! უფალმა დაგლოცოთ! ნაგრაში გიმრავლოთ და გიბედნიეროთ!

მერამდენედ მოვდივარ, ამ დღის სევდას ნაჩვევი,
აქ საფლავის ლოდია, დასტაქარის მარჯვენით...

თამაზ ებანოიძე
მათემატიკოსი, პოეტი
ოთარის მეგობარი, პაციენტი.



სურათი 1. ოთარ ბურჯანაძე ოპერაციის წინ

ქალბატონებო და ბატონებო!

ცოტა შორიდან დავიწყებ, მაგრამ გეცდები სათქმელს თავი დროულად მოვუყარო, ლოგიკური მსჯელობისა და ლაკონური მეტყველების ნიჭით დაჯილდოვებულ ადამიანთა ხვედრია, ცოტა ილაპარაკონ და ბევრი თქვან, რამდენად მოვახერხებ, არ ვიცი.

როცა ქალბატონმა მარიკამ დამირეკა და მითხრა, ოთარზე წიგნი გამოვიდა და მინდა გადმოგცო, პირველი ელდა-სიხარულის შემდეგ, გავიფიქრე რით დავიმსახურე-მეთქი. შემდეგ გამახსენდა, რომ ჩვენ საერთო მეგობარ ლეილა გეგეშიძესთან ხშირად მითქვამს, წაუკითხავი და თაროზე შემოდებული წიგნები, უპატრონო, გავერანებულ საფლავებს მაგონებს-მეთქი და გავიფიქრე, ლეილა ეტყოდა, არუქე, აუცილებლად წაიკითხავსო. კითხვა ხელში აღებისთანავე დავიწყე, რადგან ვიცოდი ძალიან დიდი კაცის ხსოვნას ვეხებოდი. წაკითხვიდან რამდენიმე ხანში აღმეძრა კითხვა, მაინც ვინ იყო ბატონი ოთარ ბურჯანაძე. ამ დროს ტელეფონის ზარი, ისევ ქალბატონი მარიკა, მეუბნება, ტელეფონით თუ იტყვი რამეს ჩემს ოთარზეო? წიგნისა და ოთარის პიროვნული სიდიადის გავლენის ქვეშ ვიყავი და თანხმობა განვაცხადე, იმ გურულივით, ჯერ რომ ესვრის და მერე უმიზნებს, - ვიფიქრე ამ დიდ ადამიანზე კარგის თქმას რა უნდა-მეთქი, დავიწყე ფიქრი და დილეგის წინაშე აღმოვჩნდი, ძალზედ ძნელი ყოფილა დიდ კაცზე შესაფერისი სიტყვის მოძებნა.

ისევ ფიქრი: ვინ იყო, ვინ იყო, ვინ იყო...არა, როგორ არვიცი ვინ იყო: პიროვნება, მოქალაქე, მირონცხეშვილი დასტაქარი, პედაგოგი, ნოვატორი, ორგანიზატორი,



სურათი 2. ქირურგის თვალები. „Правда“-ს კონკურსში გამარჯვებული მ.თათარაშვილის ფოტო

ლიდერი; კარგი შვილი, კარგი მეუღლე, კარგი მამა, კარგი ძმა, მეგობარი, კოლეგა და რა ვიცი კიდევ რამდენი კარგი და კარგი! ტიტანი იყო, დიახ, დიდი ტიტანი! სოლოლაკში გაზრდილმა ვაჟკაცმა ღირსების ფასიც ზედმიწევნით იცოდა და ე.წ. „ქუჩის აკადემიაც“, მაგრამ კაცური გზიდან არასოდეს გადაუხვევია, არც სახელისთვის დაუწყია მათხოვრობა, რადგან მტკიცედ სწამდა, -სახელი სიკვდილსა ჰგავს, როცა საჭიროა, თვითონ მოგაკითხავს.

2018 წლის 30 მაისს „იბერიის“ ტელეარხით გამოვედი და დიდი წვალებითა და ჯახბრით რაღაცის თქმა მოვახერხე, მაგრამ როცა თქვენს წინაშე გამოსვლა მთხოვა ქალბატონმა მარიკამ, კიდევ უფრო დიდი ტანჯვა გადავიტანე, რადგან მიხვდი, რომ თქვენს წინაშე სიტყვის თქმა გაცილებით მეტი პასუხისმგებლობაა, ვიდრე ტელევიზიით გამოსვლა.

ქალბატონებო და ბატონებო! სანამ ვინმე შემაჩერებდეს და მეტყოდეს შენი განცდები შენთვის შეინახეო, მანამ დავიწყებ. ჩემი გამოსვლის მიზანი არ არის დღეს ბატონო ოთარზე ყველაფერი ვთქვა, რადგან როცა ყველაფრის თქმას მოინდომებ, არაფერი არ გამოგდის. ჩემი სტუდენტებისთვის ხშირად მითქვამს, ლექციის მიზანი არ არის საგანი შეგასწავლოთ, მიზანია თქვენში საგნისადმი ინტერესი აღძვრა-მეთქი. ოთარ ბურჯანაძეს სამედიცინო საზოგადოების ინტერესები არ აკლია, მაგრამ მე ჩემსას ვეცდები. განსაკუთრებით ახალგაზრდა მედიკებს მინდა მოვახსენო (დიახ, მოვახსენო ჩვენს ხვალისდელ დღეს), ვინ იყო ბატონი ოთარი და ვინ უნდა გაიხადონ ცხოვრების მაგალითად.

თამაზ ბუთხუზს აქვს ერთი ასეთი ფრაზა: რა ბედნიერია ადამიანი, თუ ის მართლა ადამიანია (მე დავამატე: რა უბედურია ადამიანი, თუ ის ადამიანი არ არის). ოთარ ბურჯანაძე პროფესორი, -ქირურგისა და კაცობის პროფესორი, დიდი ოთარი... ყველაზე მზრუნველი, ყველას მოიმედე, თვითონ სანთელივით იწვოდა და სხვებს გზას უნათებდა. მისმა მოსწავლეებმა დამასწრეს, რომ იგი ამართლებდა თავის გვარს და ყველა გარშემო მყოფს ბურჯად ედგაო, -ლია მწითური.

სრულქმნილი ადამიანი არ არსებობს, მაგრამ თუ ვინმე სრულქმნილებისაკენ მსრბოლი და მასთან მიახლოებულია, ეს ბატონი ოთარ ბურჯანაძეა. მასზე შექმნილმა წიგნმა ჩემი გონება დაიპყრო და ახლა

მეშინია, წიგნზე მეტი არ ვილაპარაკო ვიდრე თვით ოთარზე, ორი მოცემულობის ტყვეობაში ვიმყოფები.

ოთარ ბურჯანაძე 1923 წლის 26 აგვისტოს დაიბადა, მშობლები ღირსეული პიროვნებები იყვნენ. ნატალია ბუაჩიძე და იროდიონ ბურჯანაძე შეხმატკბილებული ოჯახის სიმბოლო იყო. სამი შვილი შეეძინათ. იროდიონსაც მიძიმე ბავშობა ჰქონდა გადატანილი. 13 წლისას დედა გარდაეცვალა, მამის გარდაცვალების შემდეგ სამი უმცროსი და-ძმების პატრონობა დომენტის უფროსმა შვილმა (პირველი ქორწინებიდან) სერგომ აიღო თავის თავზე. სერგო ბათუმში მუშაობდა. და-ძმებიც ბათუმში წაიყვანა. იროდიონმა ტრპზონში სამშენებლო ტექნიკუმი დაამთავრა. შემდგომ იგი სხვადასხვა თანამდებებზე მუშაობდა და აღმასკომის თავმჯდომარეც კი გახდა, მაგრამ ხალხთან ლოიალური დამოკიდებულების გამო, ამ თანამდებობას მოაშორეს, მაგრამ როგორც საჭირო პიროვნება, სულ ვერ დათმეს და თბილისში გადმოიყვანეს სამეურნეო სამმართველოში. ბუნებრივია ოჯახიც თბილისში გადმოსახლდა. 1929 წლის პირველ სექტემბერს იროდიონი დაგვიანებული აპენდექტომიის მსხვერპლი შეიქნა. მამინ იგი 33 წლის იყო, ხოლო და-ძმებში უფროსი ოთარი მხოლოდ 6-ის და ბარაქალა ქალბატონი ნატალია ბუაჩიძის ქალობას და მთელს სანათესაოს, ბუაჩიძეებსა და ბურჯანაძეებს,



სურათი 3. მარიამ ლორთქიფანიძე საოპერაციოში. „Медицинская газета“-ს კონკურსში გამარჯვებული მ.თათარაშვილის ფოტო.



სურათი 4. ბატონი ოთარი ოპერაციაზე

რომ მათი მეშვეობით, სამივე შვილი, ოთარი, რუსუდანი და ირაკლი ღირსეულ მოქალაქეებად აღიზარდნენ და სამივემ უმაღლესი განათლება მიიღო. ბარემ აქვე ითქვას, ცნობილი ფილოსოფოსი და სიკვდილამდე ფილოსოფიის ინსტიტუტი ღირექტორი ბატონი თამაზ ბუაჩიძეც თავს მამიდის აღზრდილად თვლიდა.

ნათქვამია, ჩვენ მამაკაცები ვართ ისეთები, როგორიც ჩვენს მეუღლეებს წარმოვუდგენივართ. ქრისტიანული მრწამსით, ცოლ-ქმარი ერთი არსია, თუ უფრო ჩავუღრმავდებით, ვინ იცის, იქნებ ცოლ-ქმრის სულიერი ერთობა უფრო ადრე იწყება, ვიდრე მათი შეხვედრა და ფიზიკური გაერთიანება! და თუ ეს დასაშვებია, მაშინ იქნებ ბატონი ოთარი ქალბატონი მარიკას გვერდით დგომას და მხარდაჭერას, ქვეშეცნეულად მანამდეც კი გრძნობდა, სანამ ერთმანეთს შეხვდებოდნენ (მიუწვდომელნი არიან გზანი შენი უფალო) და ეს ბატონ ოთარს სულიერად ამაღლებდა და ფიზიკურად აძლიერებდა.

და თუ ეს ასე არ არის, მაშინ რატომ მოხდა, რომ მათ 1966 წლის ოქტომბერში სვეტიცხოველში, იმდროისათვის არქიმანდრიტის რანგში მყოფმა, დღეს უწმინდესმა და უნეტარესმა ილია მეორემ დასწერათ ჯვარი.

შემდეგ ბედნიერების 9 წელი და მოწმენდილ ცაზე მების გავარდნა და ქალბატონი სოფიო კვაჭაძის ცრემლით სავსე ამოძახილი: მარიკა ბედნიერი იყო შენთან 9 წლის განმავლობაში, გმადლობ შვილო, ოთარ, ჩემი შვილის სიყვარულისა და პატივისცემასთვის.

ისევ ერთი გადახვევა. რაჭაში ერთი პოეტი კაცი ცხოვრობდა-გიგა სხირტლაძე, დათუნიკა სხირტლაძის მამა, სხვათა შორის „ტაში ბიჭო გიორგუნა“ მამა-შვილი სხირტლაძეების ერთობლივი ნაწარმოებია. ბატონ გიგას ერთი ასეთი სტროფი აქვს: „კარგს კარგი უნდა დაურჩეს, რისთვის გააჩენს ავსაო, ალალი კაცის გაჩენა, მზის ამოსვლასა ჰგავსაო“. ასეთები არიან გიორგი და სოფიო ბურჯანაძეები. ერთია სადარდებელი, რომ გიორგი და სოფიოც ვერ აცდნენ მამის ბედს,-ისევე ნაადრევად დაობლდნენ, როგორც ბატონი ოთარი: გიორგი ოთარის ასაკში, სოფიოც სულ ჩვილი.

გიორგის საექიმო მოღვაწეობის დასაწყისი საქართველოს დიდი უბედურების წლებს დაემთხვა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მაინც შეძლო ღირსეული დასტაქარი გამხდარიყო და შესაბამისი განათლება მიეღო გერმანიისა და ამერიკის კლინიკებში, რაშიაც ძალიან უწყობდა ხელს ინგლისური, გერმანული და რუსული ენების ზედმიწევნით დახვეწილად ცოდნა. ის დღესაც წარმატებით აგრძელებს საექიმო მოღვაწეობას, ამავე დროს თავის სულიერი საზრდოს, დედა-ეკლესიის წიაღში ეძიებს,- წესიერი კაცი, კარგი ექიმი და ქრისტიანული საქმეების მიმდევარია.

სოფიოს დიდი სილამაზე და მოდელის გარეგნობა იმთავითვე იპყრობდა სათანადო ყურადღებას, გასული საუკუნის 90-იანი წლების დასაწყისში ქართული კულტურის დღეებზე პარიზშიაც კი იყო გაგზავნილი რამდენიმე ქართველ ლამაზმანთან ერთად, იქედან დაბრუნების შემდეგ ამ სასახელო გოგონებმა სამოდელო სააგენტო-სკოლა „შარმი“ გახსნეს. ახლა საყვარელ და წარმატებულ საქმიანობას სამშობლოში აგრძელებს. ჰყავს შესანიშნავი მეუღლე და ორი შვილი.

სკოლის მეგობრებისაგან თავისთავად, სპონტანურად ჩამოყალიბდა ე.წ. „ხუთობა“: ოთარ ბურჯანაძე, მელბარ გაგუა-შემდგომში მგუ-ს პროფესორი(რომელიც მოსკოვში გადასვლის შემდეგ მისმა ძმამ ოთარმა ჩაანაცვლა), შოთა კაციტაძე-მეტალურგი, სპი-ს დოცენტი. კუკური ჩიტორელიძე, ბიოლოგი, სსი-ს დოცენტი და ნოდარ კაკაბაძე მსოფლიო დონის გერმანისტი, კათედრის გამგე. მათზე სასაუბროდ ერთი საღამო არ იკმარებს, იმაზე კი ნამდვილად მინდა შევჩერდე, მეფე-პოეტის სანახავად მისული ბიჭები გალაკტიონს ბინის გასაძარცვად მისული ქურდები რომ ეგონა. ამ ეჭვის გასაფანტავად ირაკლი ნანეიშვილმა ქუჩაშივე, გალაკტიონის სახლთან პოლ ვერნერის ფრანგულად დეკლამირება დაიწყო: „ქანცვაწყვეტილი გარიჟრაჟი მინდვრებს დააფრქევს“... გალაკტიონისთვის ცხადი გახდა, რომ საქმე არა მძარცველებთან, არამედ ჩვენს ხვალისდელ დღესთან, პოეზიაზე უზომოდ შეყვარებულ, განათლებულ ახალგაზრდებთან ჰქონდა (ქურდები ვერლენს ორიგინალში მაშინაც ვერ კითხულობდნენ). მან თავი უკან გადააგდო და ფრანგულადვე განაგრძო: „მელანქოლიას ჩამავალ მზეთა“.

ბატონმა ოთარმა მე-14-ე სკოლა წარჩინებით დაამთავრა და იმავე წელს სამედიცინო უნივერსიტეტში ჩაირიცხა. ნიჭიერმა და ბევრთმა სტუდენტმა იმთავითვე მიიპყრო პროფესორ-მასწავლებელთა ყურადღება. სტალინური სტიპენდიანტი, სტუდენტთა სამეცნიერო საბჭოს თავმჯდომარე, ინსტიტუტის წარმატებით დამთავრების შემდეგ პირველი წარმატებული პროფესიული ნაბიჯები. 30 წლის ასაკში მ.მ.კ. და უკვე სახელგანთქმული დასტაქარია, წარმატებები, ახლობლების და კოლეგების დიდი სიყვარული; შურზე მალა მდგომი დასტაქარი. მარტო იმის გახსენება რად ღირს, რომ მამა-შვილმა, სახელგანთქმულმა ქირურგებმა, დავით (იმ დროისათვის ზოგადი ქირურგიის კათ. გამგე) და გიგლა იოსელიანებმა (ქირ. ინსტ-ტის დირექტორის მოადგილე სამკ. დარგში) სოფიკო იოსელიანის ოპერაცია ბატონ ოთარს მიანდეს.

ყველა მისი წარმატების ჩამოთვლას დღევანდელი საღამო არც ეყოფა. ერთი კი ნამდვილად უნდა ითქვას. მედიცინის ისტორიის დიდი ცოდნით ვერ დავიკვებნი, მაგრამ რამდენადაც ჩემთვის ცნობილია, ქართველი ქირურგების პროფესიული დაოსტატება ძირითადად საბჭოთა კავშირის წარმატებულ ქირურგიულ კლინიკებში ხდებოდა და არცთუ ურიგოდ. მაგრამ საზღვარგარეთ ქირ. დაოსტატების ფუფუნებაზე მხოლოდ ცნობილი და „პატრონიანი“ რუსი ქირურგები თუ იოცნებებდნენ. ბატონი ოთარის ნიჭმა და მონდომებამ ეს რკინის ფარდაც დასძლია: 1960 წელს ქირურგიის ინსტიტუტს ეწვია ცნობილი სლოვაკი ქირურგი, მსოფლიოში კარდიოქირურგის ერთ-ერთი პიონერი კოროლ შიშკა, რომელმაც ოთარ ბურჯანაძის მონაწილეობით რამოდენიმე საჩვენებელი ოპერაცია გააკეთა, ახალგაზრდა ქირურგმა მისი მოწონება დაიმსახურა და კოროლ შიშკამ ოთარი თავისთან მიიწვია. ბატონი ოთარის სასახლოდ უნდა ითქვას, რომ კოროლ შიშკამ ბრატისლავაშივე მიანდო ოპერაციები მშრალ გულზე. და, აი 1962 წელი. საქართველოში პირველად გაკეთდა

ოპერაცია ე.წ. მშრალ გულზე! ამ დროს ბატონი ოთარი მხოლოდ 39 წლის იყო!

ასევე ქართული მედიცინის ისტორია გვერდს ვერ აუვლის ქ-ონ მარა (მარიამ) მაჩაბელისა და ბატონი ოთარ ბურჯანაძის ღვაწლს თრომბოპემორაგიული სინდრომის თეორიული საფუძვლების შექმნასა და ღრმა გაანალიზების შემდეგ, მის მკურნალობაში ჰეპარინის ჩართვას. ამის შემდეგ საქართველოში პირველად კარდიოლოგიური და მსოფლიოში პირველად ფილტვზე ოპერაციის წინ ჰეპარინის გამოყენებას, რაზედაც საკავშირო ჯანდაცვის მინისტრმა ბორის პეტროვსკიმ ბატონ ოთარს ნახევრად სყვედურის კილოზე უთხრა: „ოპერაციის წინ ანტილოაგულანტის გამოყენება როგორ გარისკეთ, ფილტვი ხომ სისხძარღვებით სავსე ღრუბელია“, ცოტა ხნის შემდეგ კი მადლობის ტელეგრამა მოსკოვიდან.

ასევე სერიოზულ ყურადღებას იმსახურებს ორი უმნიშვნელოვანესი გამოგონება: ორგანიზმის გასაციებელ-გამათბობელი აპარატი (1957წ) და თანაავტორებთან ერთად შექმნილი ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის აპარატი (1960წ). ამ სერიოზული გამოგონებების და საერთოდ ტექნიკური მიღწევების გარეშე მედიცინის აღმასვლა ყოვლად წარმოუგენელია. რაოდენ მომგებიანია, რომ აპარატს ქმნის ექიმთა ჯგუფი, რა თქმა უნდა ინჟინრების მონაწილეობით. და ეს ხდება კარდიოქირურგიის განვითარების გარიჟრაჟზე, დაახლ. 7-10 წლით ადრე ბერნარის მიერ მსოფლიოში გულის პირველ გადანერგვამდე.

ბატონი ოთარი საერთოდ დიდი ზოგადი განათლებით და კერძოდ მედიცინის ღრმა ცოდნით გამოირჩეოდა. სხვსგვარად როგორ უნდა აიხსნას მისი მრავალპროფილური მოღვაწეობა და ყველა სფეროში გრანდიოზული მიღწევები. იწყებს ზოგადი ქირურგიით, 30 წლის ასაკში უკვე ჩამოყალიბებული ქირურგი იცავს საკანდიდატო დისერტაციას სისხძარღვთა



სურათი 5. ცენტრში აკადემიკოსები ვ. ბურაკოვსკი და მ. ჩაჩავა, პროფესორები გ. ხუნდაძე, ო. ბურჯანაძე, ნ. ბოხუა, რ. ბურჯანაძე, გ. იოსელიანი, შ. მაჭავარიანი. მოსკოვი, 1971 წ.

პათოლოგიაზე, წარმატებულად აგრძელებს მუშაობას და ხდება საქართველოში კარდიოქირურგიის პიონერი და 1966 წელს იცავს სადოქტორო დისერტაციას ფილტვების ქირურგიაში! ძალიან ბევრი ხომ არ არის ერთი კაცისათვის, თანაც ამ დროს ის მხოლოდ 43 წლისა!

რამდენი წარმატება, რამდენი გამოგონება, რამდენი მადლობა და სიყვარული. მაგრამ ბოლოს სიკვდილსაც გაახსენდა, რომ ეს სულით და ხორციით უნაკლო კაციც სიკვდილის შვილი იყო და ადრე ყველა მის მიერ სიკვდილის ხელიდან გამოგლეჯილი სიცოცხლეების გამო, ნაადრევად წაგვართვა უიმედოთა და სასოწარკვეთილთა მოიმედე მალაზნებრივი დასტაქარი.

ბატონი ოთარი რომ უფლის რჩეული დასტაქარი იყო ამის ნათელი დასტურიც ინებეთ: ქართული მედიცინის დიდი მოამაგის კონსტანტინე ერისთავის ქალიშვილი, ქალბატონი მარიკა „ლეჩკომბინატში“ მოათავსეს მუცლის ტკივილის გამო. რამოდენიმე საათის გაურკვეველი დიაგნოზის შემდეგ ქ-ნმა მარიკამ მოითხოვა მის გასასინჯად ოთარ ბურჯანაძე მიეწვიათ, ოთარი დაუყონებლივ მივიდა. დადგინდა, რომ საქმე მწვავე აპენდიციტთან გვექონდა, ოღონდ გართულებული იყო პერიტონიტით. ოთარმა ქ-ონ მარიკას მიმართა: „შენი სურვილით, ვისაც მეტყვი, ვისაც ხელს დაადებ, ნებისმიერ ქირურგს აქ გავაჩენო“. „ოთარ, შენ აქა ხარ და მე სხვა მოვიწვიო? არავინ სხვა. შენ გენდობი“. ეს იყო ბატონი ოთარის უკანასკნელი ოპერაცია, ამის შემდეგ მას სკალპელი ხელში აღარ აუღია!

როცა ბატონი ოთარზე მოგონებებს ვკითხულობდი, ეს მოგონებები იმდენად დამახასიათებელი იყო ავტორისათვის, რომ მათი უმრავლესობის ამოცნობა არ გამჭირვებია: „კაცი, რომელსაცნ ლაქა არ მოსცხებია“-მ. ჩაჩავა, „მეტად მიაბიტი და მიმნდობი, ადვილად გულგასატეხი და ზედმეტად კეთილშობილი“-ალ. ბეთანელი, „მეტეორივით ჩაიქროლა“-ზაზა კახიანი, „ქირურგიის კლასიკოსი“-ლაური მანაგაძე, „როგორ სჭირდებოდა მაშინაც და ახლაც ასეთი პროფესიონალი ქვეყანას“-გურამ რეხილაძე, „მასთან მუშაობა საამაყო იყო“-ცისანა კვირკველია, „ეს მისი ხელოვნება იყო, ასე მხოლოდ მას შეეძლო“-გურამ თევზაძე, „გენიალურმა რემბრანდტმა ექიმ ვან ტულპს მხატვრული ტილო მიუძღვნა რომელსაც ექიმ ვან ტულპის ანატომიის გაკვეთილი ჰქვია. რემბრანდტი რომ ცოცხალი ყოფილიყო, ოთარ ბურჯანაძის ოპერაციას დახატავდა“ დ. ხაზარაძე. განსაკუთრებით გულში ჩამწვდომია „ოთარის ბიჭების“ მოგონებები დიდ მასწავლებელსა და დიდ მეგობარზე, ასევე ძალზე ძნელია ღრმა განცდების გარეშე წაიკითხო ბავშვობის და ახალგაზრდობის წლების მეგობრების მოგონებები.

ბატონი ოთარს არც გარდაცვალების შემდეგ დაჰკლებია ოჯახის, ახლობლებისა და კოლეგების ყურადღება: ყოველ 26 აგვისტოს-დაბადების დღეს და 25 სექტემბერს- გარდაცვალების დღეს, მისი საფლავი ყვავილებით ივსება, 1983 წელს ბატონი



სურათი 6. ოთარ ბურჯანაძე საოპერაციოში

ოთარის დაბადებიდან 60წლის იუბილეს მიეძღვნა ქირურგიული საზოგადოების სხდომა, რომელიც მისთვის დამახასიათებელი მჭერმეტყველებით წარმართა შესანიშნავმა ქირურგმა და დიდი ორატორული ხელოვნების ნიჭით დაჯილდოებულმა ადამიანმა ზაზა კახიანმა. 1990 წელს სახელმწიფო პრემია, 2012წ გადაცემა ტელეარხზე „ერთსულოვნება“, 2015წ სატელევიზიო არხზე „ობიექტივი“- ქრისტეს აღდგომის დღეებში კიდევ ერთხელ ოთარის დიდი ღვაწლის გახსენება ქართული ქირურგიის წინაშე. 2015 წლის 6 მაისს საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიაში გაიმართა წიგნის „ოთარ ბურჯანაძე“ პრეზენტაცია. და ბოლოს, 2018 წლის 30 მაისს მეც შეძლებისდაგვარად ვისაუბრე ტელევიზია „იბერიის“ ეთერში ამ დიდი კაცის შესახებ.

ქალბატონებო და ბატონებო! ვგრძნობ თავი მოგაბეზრეთ, მგონი დროსაც გადავაცილე, ერთადერთი გამართლება მაქვს-დიდ კაცზე ვსაუბრობდი! ბატონი ოთარს, მიუხედავად ახალგაზრდული ასაკისა ტიტულები და რეგალიები, ისევე როგორც ხალხის სიყვარული არ დაჰკლებია, ბევრ ტახტზე მჯდარა ოთარ ბურჯანაძე, მაგრამ რაკი ერთხელ დაჯდა იმ ყველასათვის სანატრელ ტახტზე, რასაც კაცობის უმაღლესი ტახტი ჰქვია, ამ ტახტიდან არასდროს ჩამოვარდნილა, მართალი კაცი იყო, მართალი გზით იარა და უფალს შევსთხოვ დაუმკვიდროს სადუფეველი იქ, სადაც მართალნი განისვენებენ! ამინ!

გრიგოლ მუხაძის საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის სხდომა
6 ნოემბერი 2018 წ.

ერთი წყვილის ისტორია

მ.ბუჭაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ლუკა

რა შუაშია არ ვიცი, მაგრამ რატომღაც ამეკვიატა ერთი ჩვენი ნაცნობის ისტორია და მინდა მოგიყვებო. C ჰეპატიტის მქონე წყვილზეა, მაგრამ ჩემთვის ეს ის ისტორიაა, რომელიც მახსენდება, როცა რამე სერიოზული პრობლემა მაქვს და ვწუწუნებ. მაშინვე შემრცხვება ხოლმე და ვფიქრობ, რომ ადამიანის შესაძლებლობა ამოუწურავია და ნებისყოფა თუ გეყოფა, ყველაზე ტრაგიკული ეპიზოდების შემდეგაც შეიძლება წელში გაიმართო.

ლუკამ ნარკოტიკების მოხმარება 21 წლის ასაკიდან დაიწყო. როგორც ხდება ხოლმე, მშობლებმა ყველა ღონე იხმარეს, რომ თავი დაენებებინა. ექიმებიდან დაწყებული მკითხავეებით დამთავრებული, ყველას შველას თხოვდნენ, მაგრამ მიზანს ვერ მიაღწიეს და ექვსწლიანი მცდელობის შემდეგ მათი გზები გაიყარა. არ მახსოვს, მშობლებმა დაუკეტეს სახლის კარი, თუ თვითონ გადაწყვიტა, აღარ მოესმინა ამდენი შეგონება და ცალკე ცხოვრება მოესინჯა.

ნინა

ერთ დღესაც მის ოცდაათობმეტწლიან ერთგვროვან ცხოვრებაში, რომელსაც მხოლოდ ნარკოტიკი ახალისებდა, გაჩნდა სინათლე, სახელად ნინა.

ნინა ერთი მშვენიერი გარეგნობის მქონე და სრულიად გულუბრყვილო, იდეალებზე აღზრდილი გოგო იყო, ლუკაზე 12 წლით უმცროსი. ლუკას გარეგნობამ და ძველბიჭურმა მიხვრა-მოხვრამ მაშინვე მარტივად მოხიზლა და არც კი დაფიქრებულა, ისე გაჰყვა ცოლად. სათქმელად ადვილია, მაგრამ ამას წინ უდიდესი სკანდალი უძღოდა მის ოჯახში ჟანრიდან „მაგ მორფინისტს ჩემს შვილს ხელში არ ჩაუვადებ“. მაგრამ მშობლები ვიღას ახსოვდა, გოგო ისეთი შეყვარებული იყო.

თავიდან თითქოს ყველაფერი კარგად მიდიოდა. ცოტა ხანში ნინა მიხვდა, რომ იდეალები გვერდზე უნდა გადაედო და რეალობას თვალზე ჩახედო, რომელიც არც თუ ისეთი ადვილი იყო. ლუკას ძველბიჭურმა იმიჯმაც თითქოს ის რომანტიკული ელფერი დაკარგა. რამდენჯერმე თავისი ოცნების მზეჭაბუკი ისეთ მდგომარეობაში ნახა, რომ გული ჩაწყვეტაზე ჰქონდა.

ნინა პატარა და უზრუნველი გოგოდან მალე ცხოვრებით დამძიმებულ, მუდმივად სტრესში მყოფ ნევროზულ ქალად გადაიქცა. ჩხუბი და დავიდარაბაც ხშირად ისმოდა მათი სახლიდან. ერთი-ორჯერ მყარი გადაწყვეტილებაც მიიღო, მიეტოვებინა და მშობლებთან დაბრუნებულიყო, მაგრამ, როგორც ხდება ხოლმე, ლუკა „გამოსწორების“ ისეთ მყარ პირობას იძლეოდა ხოლმე, რომ ნინაც უჯერებდა. ერთხელ, ნინამ საბოლოოდ რომ გადაწყვიტა სახლიდან წასვლა. ლუკა ავად გახდა. ხელი

გაუწითლდა, გავარვარებული ჰქონდა და საშინლად სტიკოდა. მერე სიცხემაც აუწია და ძალიან ცუდად იყო. ექიმმა თქვა, რბილი ქსოვილების ინჟექციააო. თან სისხლძარღვსაც რაღაც უჭირდა თურმე. მოკლედ, ძლივს დააყენეს ფეხზე.

მიტოვება რომ ვერ შეძლო, გადაწყვიტა, საყვარელი ქმრისთვის ეშველა და მცდელობა ჰქონდა, მისთვის ჩამოეშორებინა მეგობრები, რომლებსაც ლუკას უნებისყოფობას აბრალებდა.

არაფერი გამოვიდა.

სიახლე

ერთ დღეს მათ ცხოვრებაში ისეთი სხივი შემოიჭრა, რომ დროებით ყველა პრობლემა, უთანხმოება და დარდი უკან მოიტოვა. ორივე სრულ აღმაფრენას განიცდიდა და სიხარულით გული ამოვარდნაზე ჰქონდათ. ნინა ორსულად იყო და მალე მშობლები გახდებოდნენ.

ლუკა მაქსიმალურად ცდილობდა ხელი შეეწყო ორსული ნინასთვის, სახლშიც დროზე ბრუნდებოდა, ეხმარებოდა. ნინა ბედნიერების მწვერვალზე იყო და უკვე იმედიც გაუჩნდა, რომ ლუკამ ნარკოტიკებზეც უარი თქვა. შეიძლება რაღაც პერიოდში ასეც იყო. სრულიად ფხიზლად გამოიყურებოდა. ის ორ-სამ დღიანი დაკარგვებიც აღარ ხდებოდა, ადრე ყველაზე მეტად რომ ავიჟებდა ნინას.

ნინას და ლუკას C ჰეპატიტის დიაგნოზი

სხვადასხვა ანალიზი გაუკეთეს ნინას და უთხრეს, C ჰეპატიტი გაქვსო. რა თქმა უნდა, ვერაფერი გაიგო, ეს რას ნიშნავდა. მერე ისევ აუღეს სისხლი და სადღაც გაგზავნეს რაღაც სხვა ანალიზისთვის. იქიდან მოსული პასუხი ხელში მიაჩრჩეს ისე, რომ ნორმალურად არავის აუხსნია, რა ხდებოდა. დაბნეული ნინა მივიდა კლინიკაში და ექიმს შეხვდა.

იქ აუხსნეს, რომ C ჰეპატიტის აქტიური ფორმა აქვს და მკურნალობა სჭირდება, მაგრამ როგორც აღმოჩნდა, ორსულების მკურნალობა არ შეიძლება და მშობიარობის შემდეგ დაუწყებენ მკურნალობას.

ლუკა არ ასვენებდა, ათას კითხვას უსვამდა სახლში დაბრუნებულ ნინას. მთავარი კითხვა, რაც ორივეს აწვალებდა, ბავშვს რამე ხომ არ ემუქრებაო. ნინამაც კითხა ეს ექიმს, მაგრამ ბოლომდე ვერ გაიგო, რა უთხრეს, ეტყობა, ძალიან ნერვიულობდა. მეორე დღეს ლუკაც გაყვა კლინიკაში, რომ ექიმისთვის უფრო დაწვრილებით გამოეკითხა, რა ხდებოდა ნინას თავს.

„მუცელი ხომ არ მოეშლება?“ ხმის კანკალით იკითხა ლუკამ და არაო, ექიმმა დაუფიქრებლად რომ უპასუხა, გულიდან ლოდი მოეხსნა. „ბავშვზე ვირუსი შეიძლება გადავიდეს, მაგრამ ამის რისკი დაბალია“, უთხრეს კლინიკაში. წინა დღეს მეზობელმა ექიმმა კომპეტენტური

სახით ამცნო, აუცილებლად საკეისრო უნდა გაიკეთოსო. ლუკამ ეს რომ ახსენა, განუმარტეს, რომ C ჰეპატიტის მქონე ორსულებს საკეისროს აუცილებლობა არა აქვთ და ჩვეულებრივ მშობიარობენ.

მოკლედ, ცოტათი დამწვიდნენ, რომ ბავშვს მაღალი რისკი არ ჰქონდა. ეს საკითხი რომ მეტ-ნაკლებად გაარკვიეს, ნინას ახალი კითხვა გაუჩნდა, რომლის ხმამაღლა გაჟღერებისაც კი ეშინოდა. თვალების ფახურით უყურებდა ხან ექიმს, ხან ლუკას და თითქოს მის გულში იჯდაო, ექიმმა მის კითხვას უპასუხა: „სქესობრივი გზით გადაცემის რისკი არსებობს. ძალიან დაბალია, მაგრამ მაინც არსებობს... ამიტომ თქვენც უნდა გამოგიგვიკვლიოთ“, მიმართა ლუკას.

„ჩემი თავი ჯანდაბას, ესენი მყავდნენ კარგად“, ჩაილაპარაკა ლუკამ, მაგრამ მექანიკურად გამოართვა ექიმს მიმართვა და ანალიზის გასაკეთებლად გაეშურა.

სწრაფი ტესტი გაუკეთეს, მართლაც სწრაფი აღმოჩნდა, 15 წუთში პასუხიც მოახსენეს... „აღმოჩნდა“... ალბათ ცოტა ხნის წინ გულს გაუხეთქავდა ეს ამბავი, მაგრამ ამ ბოლო დღეებში იმდენი ინერვიულა ნინაზე და ბავშვზე, ეს ახალი ამბავი სრულიად უემოციოდ მიიღო.

„ბავშვის დაბადებას ხომ მოვესწრები“, ვითომ იხუმრა დაძაბული ხმით.

შემდგომი ანალიზებისთვის უკვე ვენიდან გახდა სისხლის აღება საჭირო. ეს უკვე აღარ მოეწონა ლუკას. მისთვის ვენიდან სისხლის აღება ერთი დიდი ისტორია იყო. მის ვენებთან მუშაობა ასე ადვილი არ იყო, იშვიათი ექთანის ახერხებდა ამას. ამასწინათ თვითონ აიღო სისხლი, სადღაც ილლიდან.

თუმცა ექთანი ვირტუოზი აღმოჩნდა და უპრობლემოდ აუღო სისხლი. ლუკას გაცეცხა პასუხად მიუგო: „აქ სულ თქვენნაირები დადიან და მიჩვეული ვარ“.

ნინასთვის არ უნდოდა თქმა, რომ თვითონაც აღმოაჩნდა ვირუსი, მაგრამ რეგისტრატორის ნათქვამიდან, ბარემ ერთად იქნება თქვენი და თქვენი მეუღლის პასუხებიო, ყველაფერს მიხვდა ნინა და ფეხქვეშ მიწა გამოეცალა, მაგრამ თავს შემოუძახა, ბავშვისთვის ნერვიულობა არ შეიძლებაო.

როგორც პასუხებზე მისულს აუხსნეს, ნინას ჯანმრთელობის მდგომარეობა კარგი იყო, სავარაუდოდ დიდი ხანი არ იყო, რაც ჰეპატიტი ჰქონდა.

ლუკასთან კი სიტუაცია სულ სხვანაირი აღმოჩნდა: ლეიქმის დაზიანების მეოთხე ხარისხიო, უთხრა ექიმმა და ციროზის დიაგნოზიც ახსენა. ამ სიტყვამ ნინას მეხი დასცა, აღარაფერი ესმოდა. ლუკამ მშვიდად მოისმინა განაჩენი და იმედით ჩაეჭიდა ექიმის სიტყვებს: „თქვენ შანსი გაქვთ გაიუმჯობესოთ ჯანმრთელობა, თუ დაგვიჯერებთ, იმკურნალებთ და შესაბამის რეჟიმს დაიცავთ“.

ორივეს მესამე გენოტიპი აღმოაჩნდა. თითქოს ახლა ამას მნიშვნელობა არ ჰქონდა, მაგრამ ლუკას მაინც ეს შეკითხვა უტრიალებდა თავში: „ჩემგამ ხომ არ გადაედო?“

ბოლოს გაბედა და ექიმს ჰკითხა და მოისმინა პასუხი, რომლის მოსმენა ყველაზე ნაკლებად უნდოდა: „რადგან ორივეს ერთი და იგივე ტიპის ვირუსი გაქვთ, შესაძლებელია, ასეც იყოს“.

ლუკას გონებაში ყველაფერი დღესავით ნათელი იყო. ისედაც სულ ეჭვობდა, რომ C ჰეპატიტი ექნებოდა,

რადგან მის მეგობრებს შორის ვირუსი უმრავლესობას აღმოაჩნდა. ამასწინათ ქუჩაში შეხვდა ერთ-ერთს და ლუკას შესჩივლა: „ვერ არის ჩემი საქმე კარგად, მუცელში წყალი გაქვსო, მითხრეს. დროზე არ მივედი და რა ვიცი, ეხლა რა იქნება“.

თქმაც არ უნდოდა, ისეთი ფერი ედო სახეზე, რაღაც მომწვანო-მოყვითალო. ლუკას თვალიდან არ შორდებოდა თავისი მეგობრის ჩაცვნილი ლოყები, გამხდარი, უსიცოცხლო მკლავები და უზარმაზარი მუცელი.

მიუხედავად იმისა, რომ ლუკას ბევრჯერ ურჩიეს, არც ერთხელ არ ჩაუტარებია გამოკვლევა და ახლა ამისთვის საკუთარ თავს წყევლიდა:

„დროზე რომ გამეგო, ნინასაც არ დავლუპავდი“, წრეზე ტრიალებდა ეს ფრაზა მის გონებაში.

როგორც ადრეც იცოდნენ, ნინას მკურნალობა ამ ეტაპზე არ დაენიშნა, რადგან ორსულებისთვის C ჰეპატიტის წამლები არ შეიძლებაო. ლუკას კი უთხრეს: „აუცილებლად უნდა იმკურნალოთ, თორემ თქვენი მდგომარეობა თანდათან გაუარესდება“.

ლუკამ ნინას განუცხადა, ბავშვი რომ დაიბადება, მერე ერთად ვიმკურნალოთო. ნინას ბევრი არაფერი გაეგებოდა მედიცინაში, მაგრამ იმას კი ნამდვილად მიხვდა, რომ ლუკას საქმე კარგად არ იყო და მკურნალობა აუცილებლად სჭირდებოდა. მომდევნო რამდენიმე დღე დაულალავად ეხვეწებოდა, კლინიკაში დაბრუნდი და მკურნალობა დაიწყეო, მაგრამ ვერაფერს გახდა.

მარიამი

შემდეგი თვეები ბავშვის მოლოდინში გაილია. მოამზადეს ოთახი, საწოლი, სათამაშოები. ნანატრი დღეც დადგა და უსაყვარელი, ჯანმრთელი გოგო დაიბადა. მარიამი დაარქვეს და ორივე მეცხრე ცაზე იყო.

მეზობელმა ექიმმა უთხრა, ძუძუს ნუ მისცემ, ვირუსი გადაედებაო. არადა, ნინასთვის ექიმს ნათქვამი ჰქონდა, ძუძუთი კვება არ არის პრობლემაო. მაინც ძალიან ნერვიულობდა მეზობლის ნათქვამზე და კიდევ ერთხელ დაურეკა ექიმს. იმან დაუდასტურა, რომ C ჰეპატიტის გამო ბავშვის ძუძუდან მოცილება არ იყო საჭირო. ხოდა, მარიამიც დაულალავად ქაჩავდა დედიკოს რძეს და ორივენი ძალიან ბედნიერები იყვნენ.

ლუკა მუშაობდა, საღამოს დროზე ბრუნდებოდა სახლში და თითქოს ყველაფერი კარგად იყო. ნინამ რამდენჯერმე გაახსენა, რომ კლინიკაში მისასვლელი იყო და მკურნალობა ჰქონდა დასაწყები, მაგრამ ლუკას თვითონ არაფერი აწუხებდა და ყოველ ჯერზე შემდეგი კვირისთვის გადადების გადაწყვეტილებამდე მიდიოდა.

მარიამი რამდენიმე დღეში ოთხი თვის ხდებოდა. ბოლო ხანებში ნინას ეჭვი გაუჩნდა, რომ ლუკა ისე ფხიზლად აღარ გამოიყურებოდა და იმის წარმოდგენაზეც კი, რომ ძველი დრო შეიძლება დაბრუნებულიყო, გული ეკუმშებოდა. თუმცა ბავშვს იმდენი ყურადღება ჰქონდა, ფიქრის დროც აღარ რჩებოდა.

ბავშვზე ორივე ნერვიულობდა, C ჰეპატიტი ხომ არ გადაედოო. როგორც აუხსნეს, ჩვეულებრივი ანალიზი ამ ასაკში ბავშვებს არ უტარდება, რადგან როცა დედას C ჰეპატიტის ვირუსი აქვს, ეს ბავშვის სისხლშიც ჩანს და

სინამდვილეში არ ნიშნავს, რომ ბავშვი ინფიცირებულია. გაარკვევს, რომ რაღაც ძვირადღირებული ანალიზი არსებობს, რომელიც უშუალოდ ვირუსს განსაზღვრავს სისხლში და მხოლოდ ეს ანალიზი დაადგენს, ბავშვს აქვს თუ არა C ჰეპატიტი.

ფული არც ისე ბევრი ჰქონდათ, მაგრამ ლუკა მარიამისთვის ფულს კი არა, სიცოცხლესაც უყოყმანოდ გასცემდა. კლინიკაში სასიამოვნო სიურპრიზი დახვდათ, ეს ანალიზიც უფასოდ გაუკეთეს.

ხუთი დღის შემდეგ კიდევ ერთი ბედნიერი დღე დადგა მათ ცხოვრებაში. მარიამის ანალიზის შედეგმა აჩვენა, რომ ვირუსი არ ჰქონდა და ჯანმრთელი იყო.

გულიდან ორივეს ლოდი მოეხსნა, რომელსაც, როგორც მიხვდნენ, მთელი ეს თვეები გამუდმებით ატარებდნენ.

მარიამის ავადმყოფობა

მარიამი ავად გახდა. მაღალი სიცხე ჰქონდა. ეს პირველი შემთხვევა იყო და ნინა სასოწარკვეთილებაში ჩავარდა. მაშინვე ლუკას დაურეკა, მაგრამ ტელეფონს არ პასუხობდა.

თერმომეტრი ისეთ ციფრებს უჩვენებდა, დახედვა აღარ უნდოდა. სასწრაფო გამოიძახა, რაღაც ნემსი გაუკეთეს, ცოტა ხნით დაუწია ტემპერატურამ, მაგრამ მხოლოდ ცოტა ხნით...

ტაქსი გამოიძახა და ექიმთან წაიყვანა. საშიში არაფერიაო, დაამშვიდა ექიმმა. სიცხის დამწვევი დაუნიშნა.

მთელი ღამე თვალი არ მოუხუჭავს. ეგონა, თუ დაიძინებდა, ბავშვი ცუდად გახდებოდა. ლუკას ტელეფონი გამორთული ჰქონდა, ზუსტად ისე, როგორც მაშინ, რამდენიმე დღით რომ იკარგებოდა ხოლმე. ნინა ახლაც, როგორც მაშინ, ყველაზე უბედურ ადამიანად გრძნობდა თავს. დიდი ხანი, ასე აღარ ხდებოდა და ნინასაც უკვე სჯეროდა, რომ ეს კომპარული დღეები წარსულს ჩაბარდა. თურმე ასე არ იყო...

მეორე დღემაც ასე ჩაიარა. თერმომეტრი ხომ არ გაფუჭდაო, ერთ მომენტში ესეც გაიფიქრა ნინამ, მაგრამ მარიამის წამოწითლებულ თვალებს და ლოყებს რომ შეხედავდა ხოლმე, ხვდებოდა, რომ თერმომეტრს არაფერი ჭირდა. სიცხის დამწვევი სულ ცოტა ხნით იძლეოდა შვებას.

მეორე ღამეც გაათენა. იშვიათად, საწოლთან ჩამოშვდარს, ჩათვლემდა ხოლმე და ელდანაკრავივით იღვიძებდა, რამდენჯერმე აიღო ტელეფონი, დედამისთან დარეკვას აპირებდა, მაგრამ რომ წარმოიდგენდა, რომ პირველივე ირონიული შეკითხვა იქნებოდა: „სად არის შენი ძვირფასი ქმარი?“, დარეკვის სურვილი ეკარგებოდა.

მესამე დღე დადგა. ექიმი მობილურს არ პასუხობდა. თერმომეტრი ისევ გულს უხეთქავდა.

მარიამს გვერდზე მიუწვა, გულზე მიიხუტა და ცოტას დავიძინებო, იფიქრა. თვალები რომ გაახილა, ფანჯრიდან უკვე სიბნელე იჭყიტებოდა. „ნეტა რამდენ ხანს მეძინა?“, გაიფიქრა და მარიამს დახედა. ბავშვს ტუჩები მოლურჯო ჰქონდა, ხელები ყინულივით ცივი. ერთი საშინლად დაიკვილა ნინამ, მარიამი მთელი ძალით შეანჯღრია. ისევ სამარისებური სიჩუმე...

კარებს ეცა და გააღო, ვინმეს დავუძახებო, მაგრამ შემდეგ ვეღარ მოიფიქრა, რა უნდა ექნა. მერე მოტირალდა და კარადამდე ისე მილასლასდა, ნორმალურად ვეღარ აღიქვამდა, გარშემო რა ხდებოდა. მექანიკურად დგამდა ნაბიჯებს. გონებაში წამოუტივტივდა, რომ ზედა უჯრაში ტაბლეტები იდო. როცა ლუკამ გადაწყვიტა, რომ ძველ ცხოვრებას ჩამოშორებოდა, ამ ტაბლეტების სმა დაიწყო. ერთხელ დაინახა ნინამ და რას აკეთებო, რომ უკივლა, დამიჯერე, ჯობია ეს ტაბლეტები დავლიოო, აუხსნა ლუკამ.

პატარა პარკი მექანიკურად გადმოიღო და ასევე მექანიკურად ჩაიყარა თეთრი ტაბლეტები პირში. არც კი დაუთვლია, რამდენი იყო.

ნელ-ნელა მოდუნდა, მარიამის უსიცოცხლო სახეც ბუნდოვანი გახდა, ისევე როგორც გარშემო ყველაფერი...

ცივმაიატაკმაერთმომენტშიგამოაფხიზლა, გონებაში თითქოს რაღაც მექანიზმი ჩაირთო და ზარივით დარეკა, სასწრაფო უნდა გამოვიძახოო. ტელეფონი ისეთი მძიმე ერგვნებოდა, ძლივს ამოაძრო ხალათის ჯიბიდან. ტუჩებს ვეღარ ამოძრავებდა, ოპერატორს ძლივს გააგებინა: „ბავშვი, უნდა გადაარჩინოთ, ტუჩები ლურჯი აქვს, მგონი არ სუნთქავს“. მისამართს რომ კარნახობდა, თან წამოდგომა სცადა, ვერ შეძლო, ტელეფონი ხელიდან გაუვარდა...

საავადმყოფო

ლუკა შუშის ტიხრის იქით პატარა საწოლს თვალს არ აშორებდა. უკვე მესამე დღე იყო, რაც ექიმები და ექთნები უმეორებდნენ, წადით, დაისვენეთ, შეგატყობინებთ რამე თუ იქნება საჭიროო, მაგრამ ფეხს არ იცვლიდა. ლუკას მეგობარი ნიკა და მისი ცოლი ელენე ცდილობდნენ, მარტო არ დაეტოვებინათ. ელენეს უთხრა, როცა გვერდზე არ ვყავდი, მაშინ დავიღუპე სამუდამოდ და ამას აღარასოდეს გავიმეორებო.

ნინას უკანასკნელ გზაზე აცილებდნენ, მაგრამ ლუკა იქ არ იყო, ისევ ისე გაუნძრევლად იდგა და შუშის ტიხრის იქით მდგომ პატარა საწოლს უყურებდა, სადაც მარიამი იწვა, რაღაც მიღებზე მიერთებული. ლუკას ლოყებზე ცრემლები თავისით, ღაპა-ღუპით ჩამოსდიოდა...

ნინას დაკრძალვაზე ბანალური ფრაზა გაისმა: „მე ჩემი შვილი ოთხი წლის წინ დაგვკარგე, იმ არაკაცს რომ გაეკიდა“.

ძალიან შემზარავად ჟღერდა ეს სიტყვები... ზოგჯერ სიკვდილიც არ არის საკმარისი მიტევებისათვის.

ლუკა და მარიამი

ლუკას მარიამის გასეირნების უფლება მისცეს. ლუკას თავისი დაბადება არ ახსოვდა, მაგრამ ამ დღეს რომ თავიდან დაიბადა, ამაში დარწმუნებული იყო.

ლუკა და მარიამი ერთი წლის შემდეგ ნინას საფლავეზე სულ ცოცხალი ყვავილები იდო. ხშირად საყვედურობდა ნინა, ყვავილებს არ მჩუქნიო. „კარგირა, ვერ ვიტან ამ კონებით სიარულს, ბუზბუნებდა ლუკა. ახლა აღარ ეხამუშებოდა ყვავილებით სიარული.

მარიამი უკვე თავისი ფეხით, გულმოდგინედ ხელჩაკიდებული მიყვებოდა გვერდზე, ზოგჯერ საფლავის გარშემოც სასაცილოდ, ბაჯბაჯით დარბოდა,

მაგრამ ჯერ ძალიან პატარა იყო იმისთვის, რომ გაეგო, სად იყო და რატომ მიყავდა მამას იქ ასე ხშირად. სამაგიეროდ ლუკამ და ნინამ იცოდნენ, რომ ამის შემდეგ ყველაფერი ისე იქნებოდა, ნინას რომ უნდოდა, ოღონდ ნინას გარეშე...

ლუკა სულ უფო ხშირად ფიქრობდა კლინიკაში მისვლაზე. ჯანმრთელობა ახლა ისე ჭირდებოდა, როგორც არასდროს. მარიამისთვის დედაც უნდა ყოფილიყო და მამაც.

ლუკა და მარიამი სამი წლის შემდეგ

მარიამი ისევ ისე ხელჩაკიდებული მიყვებოდა მამას ნინას საფლავეზე, მაგრამ უკვე იცოდა, რომ სურათზე

დედა იყო. ნინასთვის ახალი ამბავი ჰქონდათ მოსაყოლი. ლუკა ისევ იყო კლინიკაში. მკურნალობის დამთავრების შემდეგ პერიოდულად საკონტროლო გამოკვლევებს იტარებდა. ბოლო ვიზიტზე ექიმმა უთხრა: “თქვენ სასწაული შეძელით, ადამიანის მოტივაციას ყველაფერი შეუძლია...თითქოს სხვა ადამიანის გამოკვლევების პასუხები მიჭირავს, ასე გააგრძელებთ”.

ეტყობა, თუ გადაწყვეტ, თავიდან დაწყება ყოველთვის შეიძლება... თუმცა ზოგჯერ ყველაზე ძვირფასი, რაც გაგაჩნდა, უკან აღარ ბრუნდება... დასასრული.

პაციენტის ჩანაწერები

2 თებერვალი

24 წლის ისე გავხდი, ამდენი არ მინერვიულია. ჩემი პრინციპი სულ იყო, ჯანსაღად მეცხოვრა და აი, რა ჯილდო მივიღე ამისთვის... ნარკოტიკს ვინ ჩივის, თამბაქოც კი არ მომიწევია ჩემს სიცოცხლეში... ალკოჰოლს ფაქტიურად არ ვეკარები და ჩემი მეგობრები მოსაწყენ ადამიანს მეძახიან... ნეტა ეს ოპერაცია რომ არ გამეკეთებინა, რა იქნებოდა? თავში ხომ აზრადაც არ მომივიდოდა ამ ანალიზის გაკეთება და ვინ იცის, როდის გავიგებდი, რომ C ჰეპატიტი მაქვს... ჩემი აპენდიციტი ვიღას ახსოვდა, რომ გვითხრეს, „C ჰეპატიტი ამოუვარდაო“...

ჩემს რამდენიმე ნაცნობზე მაქვს გაგონილი, C ჰეპატიტი აქვსო, ეს თემა ჩემთვის ისეთი შორეული იყო, რომ არც კი ვიწუხებდი ხოლმე თავს, ნორმალურად გამეანალიზებინა ამ ადამიანების შესახებ მოსმენილი ამბები. ახლა ვცდილობ დეტალები გავიხსენო. შორეული კი ძირითადად იმიტომ მეჩვენებოდა, რომ როგორც ჩვეულებრივ გვგონია ხოლმე, მეც მეგონა, რომ C ჰეპატიტი მხოლოდ ნარკომანების დაავადებაა და ჩემნაირ „წესიერ“ ადამიანებთან საერთო არაფერი აქვს.

მთელი ღამე ათასი კითხვა მომდის თავში, მერე ვდგები, ინტერნეტში ვეძებ და კიდევ უფრო ვიზნევი... მე მგონი, ტყუილად ვიმტვრევ თავს ამ შეკითხვებით, ჯობია, ხვალ რომ კლინიკაში მივალ, იქ გავარკვიო... ამ ინტერნეტში იმდენი ერთმანეთის გამომრიცხავი ინფორმაცია დევს, თავი ამტკივდა და ბევრი ვერაფერი გავიგე...

3 თებერვალი

როგორც ჩვენთან ხდება, ოჯახმა გაიკითხვა-გამოიკითხა და მომიძებნეს „კაი ექიმი“. ცოტა მეცინება ამ ყველაფერზე და ნიჰილისტურად ვფიქრობ, ექიმს რა მნიშვნელობა აქვს, ჩემთვის ყველაფერი მაინც დამთავრებულია-მეთქი. დედაჩემმა ჩამწერა ამ ექიმთან. კლინიკაში ჩუმად დავრეკე და ვიზიტის თარიღი

შევცვალე. არც კი ვიცი, ამას რატომ ვაკეთებ. ალბათ იმის მოსმენის შემეშინდა, რასაც მეტყვიან...

15 თებერვალი

ბოლოსდაბოლოს მივალწი კლინიკამდე ვიზიტის ორჯერ გადადების შემდეგ... რეგისტრატორს სპეციალურად ხაზგასმით ვუთხარი, C ჰეპატიტი აღმომაჩნდა და ექიმთან ვარ ჩაწერილი-მეთქი, მეგონა, გაკვირვებული და ეჭვის თვალთ დამიწყებდა თვალყურებას. თუმცა საერთოდ არ გაუმახვილებია ყურადღება, ფაქტიურად არც შემოუხედავს ნორმალურად, ისე გამიშვა ექიმის კაბინეტში... ცოტა ამოვისუნთქე...

ექიმთან რომ შევედი ჩემი სკრინინგის პასუხით, ისევ მეგონა, რომ გაცხელები და კრიტიკული თვალეები გაუხდებოდა, ამ ახალგაზრდა გოგოს C ჰეპატიტი საიდან აქვსო, მაგრამ ასე სრულეებითაც არ მოხდა. სრულიად მარტივად გადავიდა საქმეზე, თითქოს მეთქვას, რომ სურდო მქონდა, ამანაც გამაკვირვა, მაგრამ კიდევ ერთხელ მომეშვა გულზე. მინდოდა, ძალიან კარგად და ზუსტად გამეგო ყველაფერი ჩემი დაავადების შესახებ, რომელიც კატასტროფად მეჩვენებოდა და ამიტომ ვცდილობდი, ექიმის ყველა სიტყვა ბოლომდე გამეაზრებინა და დამემახსოვრებინა. ერთ მომენტში ვინანე კიდევ, დედაჩემი რომ არ გამოვიყოლე, ის უფრო კარგად დაიმახსოვრებდა ყველაფერს, მაგრამ ეს დღეებია ისეთ ფორიაქშია და ისე ქოთქოთებს, მაგის ემოციების თავი აქ აღარ მქონდა.

მე მგონი ექიმთან დაკავშირებით გამიმართლა. გულისხმიერი ჩანს და სამედიცინო ტერმინებით არ გამაბრუა. თანაც, ისეთი არ არის, ერთი სული რომ აქვთ, როდის მოგიმორებენ თავიდან და მშრალ პასუხებს იძლევიან.

იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც C ჰეპატიტი აქვთ და ექიმის კაბინეტიდან სრულ გაურკვევლობაში გამოდიან და კითხვებზე პასუხებს ვერ იღებენ ან გაუგებრად უხსნიან, ჩვენს, ანუ პაციენტებისთვის გასაგებ ენაზე მოვყვები, რაც ამისხნა ექიმმა:

მოკლედ, თუ სწორად გავიგე, C ჰეპატიტზე სკრინინგი ყოფილა პირველადი გამოკვლევა, რომელიც მე ჩამიტარეს და ეს ანალიზი არკვევს, ჩვენს ორგანიზმში ოდესმე ყოფილა თუ არა C ჰეპატიტის ვირუსი. ამის მეტს ეს ე.წ. სკრინინგი ვერაფერს გვეუბნება. ექიმმა კიდევ ერთი ცოტა უცნაური სიტყვა იხმარა - ანტისხეულები. მოკლედ, სკრინინგი თურმე აღმოაჩენს, გვაქვს თუ არა ანტისხეულები, ანუ ჩვენს სისხლში არსებული რაღაც ნაწილაკები, რომლებიც ჩნდება, თუ ეს ვირუსი მოხვდება სისხლში. ანუ ეს თვითონ ვირუსის ანალიზი არ ყოფილა.

ამის შემდეგ თურმე უნდა გაირკვეს, ჩემმა იმუნიტეტმა ხომ არ მოახერხა და განდევნა ეს ვირუსი, ანუ ჩემით, მკურნალობის გარეშე ხომ არ გამოვჯანმრთელდი. ამის შანსი თურმე 20%-ია. რა ილბიანია ის ხალხი, ვისაც ასეთი ყოჩალი იმუნიტეტი აქვს! თანაც თურმე ასეთ ადამიანებს ეს სკრინინგი როცა არ უნდა ჩაუტარო, მაინც დადებითი იქნება, ანუ აღმოჩნდება ანტისხეულები, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ავად არიან C ჰეპატიტით. ექიმმა მკითხა, ჩუტყვავილა ხომ არ გადაგიტანია ბავშვობაშიო. კი-მეთქი, ვუთხარი, ხოდა, ჩუტყვავილას ანტისხეულებიც გექნება სისხლშიო.

მოკლედ, მგონი გავიგე ამ ეტაპზე, მაგრამ თქვენ გაგაგებინეთ თუ ვერა, ეგ ალარ ვიცი.

ახლა გზაგასაყარზე ვყოფილვარ. თუ გამიმართლა, დღევანდელი ანალიზი უარყოფითი გამოვა და მკურნალობაც არ დამჭირდება. თუმცა ეს პირველადი ანალიზი სულ დადებითი მექნება თურმე, თუმცა რას დავეძებ...

ვენიდან ამიღეს სისხლი და წინ ნერვიულობის 5 დღე მაქვს, სანამ პასუხს მეტყვიან...

20 თებერვალი

ამჯერად ვიზიტის გადადების გარეშე გამოვცხადდი კლინიკაში. ექიმი სანამ შემოვიდოდა, კინალამ გული წამივიდა მოლოდინით, რა იქნება, ახლა მაინც მიტხრან, თავისუფალი ხარ ჩვენგან, კარგად არის საქმეო...

ასე არ მოხდა. ჩემი ვირუსი მრავლდება და მკურნალობა მჭირდება. იმაზე ნაკლებად განვიცადე, ვიდრე მეგონა. ექიმმა გამიმარტივა საქმე და ისევ ისე გულდასმით და გასაგებად ამიხსნა, შემდეგში რა მელოდა.

ჩემი ვირუსის რაოდენობა დაუთვლიათ და რომ დავხედე, გულზე შემომეყარა, იმდენი ნულეები ეწერა. მილიონერი ვყოფილვარ-მეთქი, უკბილოდ ვცადე ხუმრობა. ექიმი მიხვდა, ნულეებმა რომ შემაშინა და ამ ციფრს ყურადღებას ნუ მიაქცევთო, დამამშვიდა. ვირუსის რაოდენობა თურმე არ არის კავშირში იმასთან, რამდენად ცუდია ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

ახლა თურმე უნდა გაირკვეს, ამ ჩემმა ვირუსმა რისი გაფუჭება მოასწრო, რამდენად დამიზიანა ღვიძლი, საერთოდ, როგორია ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

გარდა ამისა, ამ დასაწყევ ვირუსს კიდევ რაღაც ჯიშები ჰქონია და გენოტიპებს ეძახიან. დღევანდელი ანალიზით ამასაც გაიგებენ. კიდევ რაღაც ანალიზებია ჩემი ჯანმრთელობის შესამოწმებლად. მოკლედ, ნელ-ნელა საინტერესოც კი ხდება ეს ყველაფერი.

26 თებერვალი

დამირეკეს და მიტხრეს, კლინიკაში უნდა მოხვიდეთ და რაღაც ფიბროსკანი უნდა გაიკეთოთო. ჯერ შევიცხადე, შემდეგ გამახსენდა, რომ ექიმმა გამაფრთხილა, შეიძლება ერთი დამატებითი გამოკვლევა დაგვჭირდეს და ფიბროსკანი ჰქვიაო. ბედს დავმორჩილდი და მივედი ფიბროსკანის გასაკეთებლად, რომლითაც დადგინდა, რომ ჩემი ღვიძლის დაზიანება არ არის მაღალი. რაღაც პოზიტიური ამბავი მაინც გავიგე მთელს ამ დავიდარაბაში.

ექიმთან შევედი და ჩემი ანალიზების პასუხები დამახვედრა. ცალ-ცალკე გავიარეთ ყველა პასუხი. ზოგი რამე გავიგე, ზოგი მთლად კარგად ვერა. გავიგე, რომ მესამე გენოტიპი მაქვს და ორი წამალი უნდა დამინიშნონ სამი თვე. გავიგე ასევე, რომ უნდა გამიკეთონ აცრა, რომ B ჰეპატიტი არ დამემართოს. მე გავაპროტესტე, ბავშვობაში ყველაფერზე ვარ აცრილი-მეთქი. ექიმმა ამიხსნა, რომ თურმე ჩემს ბავშვობაში ამ აცრას მასიურად არ აკეთებდნენ საქართველოში.

როგორც ჩემს თავს ვატყობ, ბევრად უფრო დამშვიდებული ვარ. ზოგადად, გარკვეულობა სიმშვიდეს მანიჭებს. ახლა მკაფიოდ მაქვს ჩამოყალიბებული ჩემი სიტუაცია, კერძოდ, ვიცი, რომ ღვიძლი არ მაქვს შავ დღეში, სამი თვის განმავლობაში უნდა დავლიო რაღაც წამლები და 95%-ზე მეტი შანსი მაქვს, რომ სრულად განვიკურნო. მოკლედ, არც თუ ისე ცუდად არის საქმე.

ჩემი ანალიზების პასუხები და სამედიცინო დასკვა (ფორმა 100-ს რომ ეძახიან) გამომატანეს, რომ ჩავაბარო ჯანდაცვის სამინისტროში და ჩემთვის გამოიყოს შესაბამისი წამლები.

27 თებერვალი

დოკუმენტების ჩაბარებას დღეს თავი ვერ მოვაბი და მაგიდაზე მიდევს. დედაჩემთან მისი მეგობარია მოსული და რა თქმა უნდა, დღის თემა მე და ჩემი C ჰეპატიტი ვართ. ვერ ვიტან, ამაზე რომ მსჯელობენ და ავკრძალე კიდევ, მაგრამ არ მემორჩილებიან ოჯახში. მოკლედ, როგორც ჩვენს ქვეყანაში არაერთხელ ხდება, დედაჩემის მეგობარმა სრულიად კომპეტენტური სახით დეტალურად გამოიკითხა ჩემი ანალიზების პასუხები და დანიშნულება. არადა, მედიცინასთან საერთო არაფერი აქვს. უიო, შეჰკივლა, ეს წამლები არ გაიკაროო. მიუხედავად იმისა, რომ ვიცოდი, მის შეკვივლებას რეალობასთან საერთო არაფერი ექნებოდა, გულმა მაინც რეჩხი მიყო და ინტერესით შევაჩერდი იმის მოლოდინში, რას იტყოდა. დედაჩემი უკვე მოსასულიერებელი იყო თავისი კომპეტენტური დაქალის ვერდიქტის მოლოდინში.

ჩვენი ოჯახის მეგობარმა მოხსნა გუდას პირი და შემდეგი ამბები მოგვახსენა სრულიად დაბეჯითებით (რა თქმა უნდა ეს მოკლე შინაარსია, თორემ თვითონ ამ ყველაფრის მხატვრულად გადმოცემას მთელი საათი მოანდომა): ეს არის ექსპერიმენტული წამლები, ქართველებს გამოსაცდელ ვირთხებად გვიყენებს ამერიკა, ეს წამლები იწვევს დეპრესიას, ჯანმრთელობას ანგრევს და ა.შ.

ძალიან მინდოდა ჩემი თავი დამერწმუნებინა, რომ ეს არ იყო ინფორმაციის სანდო წყარო, რომ ჩემი ექიმი პროფესიონალის და მაღალი კომპეტენციის მქონე სპეციალისტის შთაბეჭდილებას ახდენდა და მისთვის უნდა დამეფერებინა და არა დედაჩემის ჭორიკანა მეგობრისთვის, მაგრამ მეც ადამიანი ვარ და რაციონალურმა აზროვნებამ მილაღატა.

მოკლედ, საოჯახო კონსილიუმის გადაწყვეტილებას დავემორჩილე და ეს ჩემი გამზადებული დოკუმენტები არ ჩავაბარე სამინისტროში, სანამ ჭეშმარიტება ბოლომდე არ გაირკვეოდა. ოღონდ ჯერ კარგად წარმოდგენილი არ მაქვს, როგორ უნდა გაირკვეს.

28 თებერვალი

როგორც ადრე ვწერდი, ინტერნეტმა სულ ამიბნია თავება, ახლობლებში და მეგობრებში გაკითხვამაც დაგვაბნია. მათ შორის ორი ძირითადი ჯგუფი გამოვყავი: ერთი, რომლის წევრები ან მათი ნაცნობები ძალიან კმაყოფილები იყვნენ ამ პროგრამით, ანუ განიკურნენ და მედიკამენტით მშვენივრად აიტანეს და მეორე, რომელიც ჩემსავით სრულიად უსაფუძვლოდ და ჭორებს აყოლილი არ იტარებს მკურნალობას.

25 აპრილი

ამ ჭოჭმანში ორიოდ თვეც გასულა და მე ვფიქრობ, ეს სრულიად უაზრო ორი თვე იყო. იმედი მაქვს, სხვებიც არ გაიმეორებენ ჩემს შეცდომას. რეალურად ამ ორმა თვემ ჩემს ფიქრებს მეტი გარკვეულობა სრულებით არ შესძინა, ხოლო მე ძილი და მოსვენება დამირღვია ერთი და იგივეს ფიქრში.

ბოლოს ისეთი ამბავი გავიგე, რომელმაც საბოლოოდ გადამაწყვეტინა კლინიკაში მისვლა. მამაჩემის მეგობარი ლეიძლის ციროზით გარდაიცვალა. C ჰეპატიტი ჰქონია. უკვე 15 წელია, რაც დიაგნოზი სცოდნია. ადრე უთქვამთ, ინტერფერონით იმკურნალო და უარი უთქვამს, მაგ წამალს ვერ გავიკეთებო. თანაც ეტყობა ეძვირა, თურმე 10,000 დოლარამდე უფლებოდა მთელი კურსი. შემდეგ ამ ახალი პროგრამით მკურნალობაზეც ყოფილა მსჯელობა და გაჯიუტებულა, არაფერი მაწუხებს და აუტკივარი თავი რატომ ავიტკივო... როცა შეაწუხა, უკვე გვიანი იყო, ისე სწრაფად წავიდა ყველაფერი... პირიდან სისხლდენა დაწყებია (ლეიძლის ციროზმა იცის თურმე). ცოლი თავს იკლავს, ეს რადამემართა, როგორ არ დავაძალე გამოკვლევაო. ექიმს ადრე გაუფრთხილებია, გასტროსკოპია უნდა გაიკეთო (ზონდის გადაყლაპვას რომ ეძახიან), რომ ვნახოთ, სისხლდენის რისკი ხომ არ გაქვსო. აუტეხია ერთი ამბავი, მე მაგ სამინელებას არ გავიკეთებო. სამწუხაროდ, შედეგმაც არ დააყოვნა.

რეანიმაციაში მოხვდა, ცოტა ხნით გამოვიდა მდგომარეობიდან, მაგრამ თანდათან უკან-უკან წავიდა მისი საქმე... ბოლოს უკვე მეხსიერებაც ებინდებოდა, ახლობლებს ვერ ცნობდა. ამ ციროზს სცოდნია ბოლოსკენ ასე, ენცეფალოპათია არისო, ექიმებს უთქვამთ.

ძალიან ტრაგიკულია ეს ყველაფერი. ათასი კომპარი წარმოვიდგინე.

მაინც რა უცნაურია ადამიანის ბუნება. მედია, ექიმები, ყველა ერთხმად გიმტკიცებს, რომ C ჰეპატიტს სიმპტომები არა აქვს, რომ წამალი, რომელიც 80,000

დოლარი ღირს (ამ ციფრის წარმოთქმისაც კი მეშინია), უფასოა, რომ უამრავ დაწესებულებაში შეგიძლია მიხვიდე და გამოკვლევა ჩაიტარო. იმის მაგიერ, რომ ეს ყველაფერი მიიღო, როგორც საუკეთესო შანსი შენი ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად, იწყებ არასწორ ადგილებზე გაკითხვა-გამოკითხვას, ხვალისთვის გადადებას იმის, რისი გაკეთებაც დღეს შეგიძლია; უარის თქმას იმაზე, რაც სინამდვილეში შენს სასიცოცხლოდ კეთდება.

გადის წლები და როცა უკვე ძალა გეცლება, ცუდად ხარ, სახზე ფერი არ გადევს და ხედები, რომ უკან-უკან მიდის შენი საქმე, მიდიხარ იმ ექიმთან, რომელმაც წლების წინ გითხრა, უნდა იმკურნალოო და შენ არ დაუჯერე. ახლა კი შეყურებ უმწეო თვალებით და შველას სთხოვ. ექიმს, რა თქმა უნდა, მორალური და იურიდიული უფლება არა აქვს გითხრას ის, რასაც აუცილებლად გაივლებს გულში, აქამდე სად იყავი შე დალოცვილო... მერე ცდილობს, დაგეხმაროს, იწყებს მკურნალობას და თვითონაც და შენც სკეპტიციზმ-ნარევი იმედით ელოდებით შედეგს, რომელიც სხვადასხვანაირი შეიძლება დადგეს... არადა, ცოტა ხნის წინ, ეს ყველაფერი ბევრად უფრო ადვილი იქნებოდა... ეჰ, დროს ვერ დააბრუნებ.

15 ივნისი

მამაჩემის მეგობრის სიკვდილმა მეც და ჩემს ოჯახსაც ისევ მწვავედ გაახსენა ჩემი C ჰეპატიტის თემა. ჩვენი ღრმა რწმენა იმის შესახებ, რომ მკურნალობა არ უნდა დამეწყო, რადგან "წამლები ჯანმრთელობას ანგრევს, ფსიქიკაზე მოქმედებს" და მსგავსი აზრებდა, ცოტა შეირყა და ისევ დავიწყეთ ფიქრი იმაზე, ხომ არ ჯობია მკურნალობის დაწყება.

ოჯახში ერთი იდეა გაჩნდა: ჩემი დის მეგობარი გერმანიაში მუშაობს ექიმად. თუ უცხოეთში მუშაობს, რა თქმა უნდა, უფრო სანდოდ და კვალიფიციურად გვეჩვენება (თუნდაც საერთოდ არ იყოს შესაბამისი სფეროს სპეციალისტი და ანესთეზიოლოგად მუშაობდეს), ვიდრე ძალიან მდიდარი ბიოგრაფიული მონაცემების, იგივე უცხოეთში მიღებული განათლების მქონე ქართველი ექიმი. თუმცა ესეც გასაგებია, ზოგჯერ ისეთ უცნაურობებს გაიგებ აქაურ ჯანდაცვის სერვისებზე. ძალიან სამწუხაროა, რომ ჩვენთან პაციენტს და მის ახლობლებს თავიანთი ძალებით უწევთ დიაგნოზის და დანიშნული მედიკამენტების კონტროლი და ბრმად ვერ ენდობიან ექიმებს. რას იზამ, ეს არის ჩვენი რეალობა და ამის ობიექტური საფუძველი პაციენტებს აქვთ.

მოკლედ, გადავწყვიტეთ, მისთვის გვეკითხა რჩევა C ჰეპატიტის მკურნალობასთან დაკავშირებით. გაუფგავნეთ ჩემი გამოკვლევების პასუხები და დანიშნულება. მანაც იქ ვილაც თავის კოლეგა გასტროენტეროლოგს აჩვენა და გვამცნო, რომ წამლები უნდა მივიღო, უსაფრთხოა და განვიკურნები. იმ გერმანელ გასტროენტეროლოგს გავკვირვებია, ეგ წამლები ძალიან ძვირია და საქართველოში როგორ მკურნალობენო.

ესეც ასე. საერთაშორისო დონეზე გამართული სჯაბაასის შემდეგ ჩემი დოკუმენტები ჩავაბარე ჯანდაცვის სამინისტროს, რომ წამალი გამოყონ ჩემთვის და დავიწყო მკურნალობა.

დედაჩემმა რომ გაიგო, შეიძლება ერთი თვე დაავადანდეს მკურნალობის დაწყებას, საშინლად აღშფოთდა (ვითომ მანამდე ჩვენ თვითონ არ დავკარგეთ ამდენი დრო) და დაიწყო მცდელობა სამინისტროში ნაცნობების მოძებნის და პროცესების დაჩქარების მიმართულებით.

5 ივლისი

კლინიკაში ამიხსნეს, რომ ერთი პაციენტის გამო სამინისტროს კომისია ცალკე არ ივრება, არავითარი დამატებითი მცდელობა და ნაცნობების ჩართვა არ არის საჭირო, როგორც კი კომისია შეიკრიბება, ყველა შესული განაცხადის განხილვა მოხდება.

ჩვენ, რა თქმა უნდა არ დავიჯერეთ და შევეუდეით მცდელობებს. როგორც ჩვენთან ხდება, ვილაყები შეგვპირდნენ, ვილაყებმა მოგვატყუეს კომისია გაფრთხილებულია და დააჩქარებენო. ამასობაში დაგვირეკეს კიდევაც, თქვენი მედიკამენტი კლინიკაშია და მოზრდნით მკურნალობის დასაწყებადო.

უნდა გამოვტყუდე, ბევრჯერ მქონია აღშფოთების მომენტები ჩვენს საავადმყოფოებში სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებით, მაგრამ ამ პროგრამის ფარგლებში ყველა სერვისი კლინიკიდან დაწყებული სამინისტროთი დამთავრებული ძალიან ოპერატიული და ეფექტური მომეჩვენა. ნამდვილად არ ველოდი.

21 ივლისი

დღეს დიდი დღეა, მკურნალობას ვიწყებ. ჩემი ვიზიტი 12 საათზეა და მე ექვსზე გამეღვიძა, ველარ ვისვენებ.

გამაფრთხილეს, რომ დღეს იქვე, კლინიკაში უნდა დავლიო პირველი ტაბლეტი. გული მისკდება, ცუდად რომ გავხდებო? თავბრუ რომ დამეხვეს? გული რომ წამივიდეს? რომ მალეზინოს?...სამსახურში ალბათ ველარ მივალ, საერთოდაც, შევძლებ მუშაობას? უი, მაგაზე აქამდე არ მიფიქრია; რა მეშველება, სამი თვით შევბუღება ვინ მომცემს?..

მინდა, ექიმს დავურეკო და ვკითხო ეს ყველაფერი, მაგრამ რომ მასხენდება, რამდენი პაციენტი ჰყავს, მერიდება. ვითმინე, ვითმინე და დავურეკე. ჯერ არ მიპასუხა, მაგრამ არ მოვეშვი და რეკვა გავაგრძელე. ბოლოს მიპასუხა, მაგრამ კითხვების დასმა რომ დავიწყე, მკითხა, ვიზიტი როდის გაქვით და რომ გაიგო, დღეს, რამდენიმე საათში ვიყავი კლინიკაში დაბარებული, ცოტა გაღიზიანებული ტონით მიპასუხა, დღევანდელ ვიზიტზე ყველა ამ საკითხს გავივლითო. ძალიან გავბრაზდი, ენა გაუცვდება, კიდევ ერთხელ რომ გამიმეოროს? მერე ობიექტურობამ მძლია და მივხვდი, რა დღეში უნდა იყოს ეს ადამიანი, თუ ყველა ჩემსავით მოითხოვს მისგან ჯერ ტელეფონით ჩაუტაროს ახსნა-განმარტება და მერე იგივე პირადად გაუმეოროს.

კლინიკაში ვარ. წამლის მისაღებად რომელიდაც ოთახში უნდა შევიდე, თუმცა დაკავებულია, სხვა პაციენტი იქ. მოუთმენლობა მიტანს. რეგისტრატორს ცოტა უკმეხად მივმართე, ახლა ხომ მე ვარ ჩაწერილი-მეთქი. არც იმას გადმოსვლია პირიდან თავლი, ცოტა მოითმინეთო, შემოიღრინა.

ბოლოს შევედი ოთახში, სადაც მაშინვე შევნიშნე, რომ კამერა ეკიდა და იქ მყოფ თეთრხალათიან ქალს

გკითხე, ეს აქ რისთვის არის-მეთქი. როგორც ამიხსნეს, მედიკამენტის ღირებულებიდან გამომდინარე, უსაფრთხოების ზომები უკიდურესად მკაცრად არის დაცული, რომ არ მოხდეს პრეპარატის გაყიდვა, მაგალითად, უცხო ქვეყნის მოქალაქეებზე.

ჩემს თვალწინ გახსნეს ჯადოსნური თეთრი ფლაკონი, რომელშიც დევს წამალი, რომლის თითო ტაბლეტი თურმე უფრო ძვირი ღირს, ვიდრე თავისივე წონა ოქრო. ეს ამასწინათ სადღაც წავიკითხე და ძალიან დიდი შთაბეჭდილება მოახდინა ჩემზე.

ჩემს თვალწინ დათვალეს და ერთი ტაბლეტი იქვე დამალევინეს. რა უცნაურია, ჩვენი გონება როგორ გვმართვას, ჯერ მგონი ტაბლეტი საყლაპავს მიუყვებოდა დინჯად, კუჭშიც კი არ იყო ჩასული და მე უკვე მეჩვენებოდა, რომ თავბრუ მეხვევა და სადაცაა გული უნდა წამივიდეს. იმ ქალბატონს, წამალი რომ მომცა, სასაცილოდაც არ ეყო ჩემი ეს მდგომარეობა და საქმიანად გააგრძელა საორგანიზაციო ამბებზე ლაპარაკი. გამაცნო გრაფიკი, როდის უნდა მოვიდე ხოლმე ვიზიტებზე, როცა წამლების მარაგებს შემივსებენ, ანალიზებს გამიკეთებენ და ექიმს შემახვედრებენ.

გარდა ამ ჯადოსნური ფლაკონისა, კიდევ მომცეს რომელიღაც წამლის, რიბავირინი რომ ჰქვია, უამრავი ტაბლეტი, რომელიც უნდა მივიღო. გულს მიხეთქავს მათი შეხედვაც კი. ეს ზუსტად ის ტაბლეტებია, რომლებზეც განსაკუთრებით ბევრი მითქმა-მოთქმაა - „დეპრესიას იწვევს“, „ადამიანები ცუდად ხდებიან“, „ორგანიზმს ანგრევს“ და სხვ.

ექიმთან ვიზიტზე მინდოდა დამესვა ყველა კითხვა, რაც თავში მიტრიალებდა, მაგრამ ძალიან დავიბენი და უმრავლესობა ვერ გავიხსენე. ექიმს ვუთხარი, რომ წამლის მიღებისთანავე ცუდად ვიგრძენი თავი და რა თქმა უნდა მითხრა, რომ ეს ფსიქოლოგიური იყო და წამლის გვერდით მოვლენასთან საერთო არაფერი ჰქონდა.

მერე რიბავირინზე გკითხე, მართლა ასე დამემართებოდა თუ არა. ამიხსნა, რომ დეპრესიას ზოგიერთ შემთხვევაში ინტერფერონი იწვევდა და ამიტომ C ჰეპატიტის ნებისმიერ მკურნალობასთან ასოცირდებო. დამამშვიდა, არაფერი საშიში არ მოხდება წამლის მიღების დროს, ანალიზებს გავიკეთებთ ხოლმე და თუ რამე პრობლემა იქნება, შესაბამისად ვიმოქმედებთო და რა ვიცი, კიდევ ბევრი დამამშვიდებელი რამე მითხრა.

მოკლედ, ცოტა დამშვიდებული წამოვედი.

სალამოს რიბავირინის დაღვევის დროც მოვიდა და ვგრძნობდი, ხელი როგორ მიკანკალებდა, წყალს რომ ვაყოლებდი. თითქოს დალაგებული ფსიქიკა მაქვს, ზედმეტად ემოციურიც არ ვარ, თავი თანამედროვე, განათლებულ ადამიანად მიმაჩნია და რა უბედურებაა, ვილაყ ქუჩაში გამგლელებს რატომ ვუჯერებ, რა მანერვიულებს? ჩემს თავზე ვბრაზდები, მაგრამ ემოციებს ვერ ვთოკავ.

ესხედვართ მთელი ოჯახი და ველოდებით, რა მოხდება. შუალამეც მოვიდა და არაფერი არ მომხდარა. გვერდიდან რომ ვინმეს შეეხედა, ძალიან სასაცილოები ვიყავით.

ცოცხალი ვარ, კარგად ვარ, ვიძინებო.

22 ივლისი

ცოცხალმა და საღ-სალამათმა გავიღვიძე, თავზე დედაჩემი მედგა და დამყურებდა.

წამლის დღევანდელი დოზები უფრო მშვიდად მივიღე და ისევ არაფერი დამმართნია.

სალამოს დედაჩემის ჭორიკანა დაქალის ვიზიტი გვექონდა მკურნალობის მონიტორინგისთვის. „მაინც აძლევთ ბავშვს ამ ქიმიას ხომ?“, გაუწყრა დედაჩემს უკიდურესად უკმაყოფილო ტონით, რომ მისმა შეგონებებმა არ გაჭრა და „ბავშვმა“, ანუ 24 წლის ქალმა ამ საშინელი წამლების სმა დაიწყო. თითქოს დადარაჯებული იყო, რომ თავი შეუძლოდ მეგრძნო და მერე ნიშანი მოეგო, ხომ გაფრთხილებდითო. მოკლედ, უკმაყოფილომ დაგვტოვა.

ექიმმა გამაფრთხილა, ბევრი წყალი უნდა დალიოო და მეც დღეს მთელი დღეა ვიჭყიბები წყლის სმით.

დღევანდელი დღეც ისე დაღამდა, არაფერი დამმართნია. დედაჩემი იასაულივით მადგას თავზე და გარეთ არ მიშვებს მგონი დღეს დარწმუნდა, რომ ეს წამლები საერთოდ არაფერს მიშავებს და ხვალ ჩემი შინაპატიმრობა დასრულდება.

30 ივლისი

ერთი კვირა გავიდა და თავს შესანიშნავად ვგრძნობ. თუ არ ჩავთვლით იმას, რომ იშვიათად თავი მტკიცა, თუმცა ადრეც მტკიოდა ზოგჯერ, მაგრამ ახლა განსაკუთრებით ვამახვილებ ყურადღებას და ცხადია, წამალს ვუკავშირებ. ერთადერთი ის მტანჯავს, წყლის სმა რომ მაქვს მისჯილი, თუმცა ამასაც ვერცევი ნელ-ნელა.

ამ საკითხის გარშემო მუდმივად ვეცნობი ინტერნეტში რაც ჭაჭანებს. ძალიან გაენათლდი.

15 სექტემბერი

კარგა ხანია ჩემს დღიურს არ მივჯდომივარ. პრინციპში ჩემი მკურნალობის პროცესში განსაკუთრებული არაფერი ხდება. პერიოდულად (ორ კვირაში ერთხელ) ვცხადდები კლინიკაში. მგონი მივეჩვიე კიდევაც იქაურობას. ზოგჯერ ანალიზებსაც მიკეთებენ. მკურნალობის პროცესი ნორმალურად მიმდინარეობს. ექიმი ამბობს, მკურნალობა ამ ეტაპზე შედეგიანიაო. ერთ თვეში ვირუსი უკვე ნული მქონდა. ძალიან კარგი შეგრძნებაა, არც მაშინ მიგრძნია მისი არსებობა ჩემს ორგანიზმში, როცა მილიონები მქონდა, მაგრამ მაინც ისეთი განცდა გამიჩნდა, თითქოს რაღაცისგან განვთავისუფლდი.

მიუხედავად იმისა, რომ ექიმისგან ეს უკვე მოსმენილი მქონდა, როგორც ტიპურ პაციენტს ჩვევია, მაინც ვკითხე:

„რადგან ვირუსი ნული მაქვს, რატომ არ მიწვევთ მკურნალობას?“

მივიღე პასუხი, რომელიც ისედაც ვიცოდი:

„ახლა რომ შეწყდეს თქვენი მკურნალობა, ვირუსი ისევ დაიწყებს გამრავლებას. მკურნალობა აუცილებლად უნდა მივიყვანოთ ბოლომდე, რომ ვირუსი სრულად აღმოიფხვრას თქვენი ორგანიზმიდან“.

რას ვიზამ, კიდევ ერთი უსუსური გაფრთხილების შემდეგ მორჩილად გავაგრძელე მკურნალობა.

13 ოქტომბერი

დღეს ძალიან კარგ განწყობზე გამეღვიძა. ჩემი მკურნალობის ბოლო დღეა. დღეს კლინიკაში მივდივარ, რომ ეს ჩემი წამლის ბოლო ცარიელი ბოთლი ჩავაბარო (ასეთი წესი აქვს ამ პროგრამას - წამლის ყველა დაცლილ ბოთლს კლინიკას ვაბარებ) და რაც მთავარია, ახალი ბოთლი აღარ ავიღო! რა ბედნიერებაა!

კლინიკიდან რომ გამოვედი, ზურგიდან თითქოს უზარმაზარი ტვირთი მქონდა მოცილებული, მაგრამ ჯერ ბოლომდე ბედნიერი ვერ ვიქნები. სამი თვის შემდეგ საბოლოო ანალიზი უნდა გამიკეთონ და შემდეგ გაირკვევა, ბოლომდე განვიკურნე თუ არა. ალბათ ეს სამთვიანი ლოდინი საშინელი იქნება...

07 იანვარი

მალე ჩემი საბოლოო ანალიზის დღე დადგება და ვხვდები, რაც უფრო მეტად ახლოვდება ეს დღე, მით მეტად მაქვს დაჭიმული ნერვები.

დღეს შობაა და ალბათ ერთადერთი დღე ამ ბოლო პერიოდის განმავლობაში, C ჰეპატიტი რომ არ მანალვლებს. როგორ ყოველთვის, საოცრად ამალღებული და ოპტიმიზმით სავსე განწყობა მაქვს.

20 იანვარი

კლინიკაში გამოვცხადდი. სისხლი ჩავაბარე. ექიმს ვკითხე ის, რაც ისედაც ვიცოდი: „ახლა რომ ვირუსი აღმომაჩნდეს, როგორ უნდა მოვიქცე?“

„თავიდან გიმკურნალეთ სხვა პრეპარატებით, მაგრამ მშვიდად იყავით, არ დაგჭირდებათ“, მიპასუხა ექიმმა. მეც დავმშვიდდი.

25 იანვარი

„გილოცავთ, ვირუსი არ აღმოგაჩნდათ“, ინდიფერენტულად მამცნეს რეგისტრატურაში.

„ხალხო, ამაზე უკეთესი კიდევ რა გითქვამთ ცხოვრებაში, ასე მშვიდად რომ წარმოთქვამთ?!“, მინდოდა მეყვირა სიხარულისგან გულისწასვლამდე მისულს, მაგრამ არ მიყვირია.

ექიმს შეგუარე. მანაც მომილოცა, რამდენიმე რჩევა-დარიგება მომცა და დამემშვიდობა.

გასრულდა ესე ამბავი. არ მჯერა, თითქოს ზურუსში ვარ. რა უცნაური შეგრძნებაა, როცა იცი, რომ რაღაც ბოროტი ვირუსი, რომელიც ჩემს ორგანიზმში უნებართვოდ ბინადრობდა, გავაძევე და ახლა სრულიად ჯანმრთელმა შემიძლია განვაგრძო ცხოვრება!

სიხარულის, მაღლიერების და ოპტიმიზმის გრძნობათა ნაზავს რა ქვია, ხომ არ იცით? აი, ეგ ნაზავი გრძნობა მაქვს დაუფლებული.

დასასრული.

ავტორის სამაქსიმო

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 მემორიაზე).
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, 2-2 სმ ზედა და ქვედა და 1,5 სმ 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, გაუტკივარების 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., jpg, 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, შემავსებელი 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 jpg, tiff, pdf ფორმატებში. დიაგრამების წარწერები შესრულებული უნდა იყოს სტატიის ენაზე.
 - ფოტოსურათები, სურათები, ნახაზები უნდა იყოს წარმოდგენილი კონტრასტული ფაილის სახით, jpg, tiff, pdf ფორმატში, დასათაურებული, დანომრილი და ტექსტში შესაბამის ადგილზე მითითებული. ამოხსნის ხარისხი არანაკლებ 200dpi.
 - რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით jpg, 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 შეღებვის 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 მრგვალი 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 მაცნეში“ 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 and 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"