

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

გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე

№8

რეცენზირებადი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

თბილისი, 2020

გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე

რეცენზირებადი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

გამოიცემა 2016 წლიდან წელიწადში ორჯერ

ჟურნალი რეფერირებულია „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
ნ.ფრუიძე

სარედაქციო საბჭო:

დ.აბულაძე	ნ.ლომიძე, თსსუ
მ.აბაშიანი (ჩეხეთი)	კ.მარდალაშვილი, თსსუ
გ.ახალაძე (რუსეთი)	ბ.მოსიძე, თსსუ
ზ.ბახუტაშვილი	გ.ნემსაძე
რ.გრუსინერი (აშშ)	ზ.ორჯონიძე, თსსუ
გ.დათუაშვილი, თსსუ	ა.რეკორდარე (იტალია)
ზ.ვადაჭკორია, თსსუ	მ.ტატიშვილი
მ.ზიმლიცკი, თსსუ	კ.ქუნთელია, თსსუ
გ.თომაძე, თსსუ (თავმჯდომარე)	კ.ყიფიანი, თსსუ
ბ.იაშვილი	ბ.ჩაკვაძე
მ.კილაძე, თსსუ	თ.ჩხვიჭავაძე
დ.კორძია, თსსუ	რ.ხეცურიანი, თსსუ
ი.კობახიძე, თსსუ	შ.ჯაფარიძე, თსსუ
ი.კუზანოვი, თსსუ	

დამფუძნებლები:

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

გამომცემელი:

საქართველოს გრ.მუხაძის ქირურგთა ასოციაცია

სპონსორი:

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

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

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

რედაქციის მისამართი: თბილისი, 0179, ჭავჭავაძის 33ბ, „პრემიუმ მედსერვისი“
www.surgery.edu.ge | 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

© საქართველოს გრ.მუხაძის ქირურგთა ასოციაცია

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

GURAM TATISHVILI BULLETIN OF GEORGIA SURGERY

№8

Peer-reviewed Scientific-Practical Journal

Tbilisi, 2020

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

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

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

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

Editorial board:

Abuladze D.	Kordzaia D., TSU
Adamec M. (Czech)	Kuntelia K., TSMU
Akhaladze G. (Russia)	Kuzanov I., TSMU
Bakhutashvili Z.	Lomidze N., TSMU
Chakvetadze B.	Mardaleishvili K., TSMU
Chkhikvadze T.	Mosidze B., TSMU
Datuashvili G., TSMU	Nemsadze G.
Gruessner R. (USA)	Orjonikidze Z., TSMU
Iashvili B.	Recordare A. (Italy)
Japaridze S., TSMU	Tatishvili M.
Khetsuriani R., TSMU	Tomadze G., TSMU (Chairman)
Kiladze M., TSU	Vadachkoria Z., TSMU
Kipiani K., TSMU	Zimlitski M., TSMU
Kokhraidze I., 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
www.surgery.edu.ge | geosurgery@gmail.com

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

Copies: 500

UDC (უკვ)617(051)(479.22)ს-323

ISSN 2449-2221

© Gr.Mukhadze Georgian Association of Surgeons

სარჩევი

რედაქტორის წინასიტყვაობა	6
ზოგადი შიშველების კათედრა — 100 წელი <i>ილია ჭანუყვაძე</i>	7
მუცლის ტიპიური სალიაგნოსტიკო გამოწვევები გალაუფებულ შიშველებში (კლინიკური რეკომენდაციები) <i>დავით ჯიქია, თამაზ ჩხიკვაძე, ვასილ არჩვაძე</i>	17
მწვავე აკნეციტი მართვა მოზრდილი ასაკის პაციენტებში კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაილდანი) <i>გელა არაბიძე, ვია დათუაშვილი, ვია თომაძე, მერაბ კილაძე, ნოდარ ლომიძე, ბაადურ მოსიძე, თამაზ ჩხიკვაძე, ნიკოლოზ ფრუიძე, ბორის ჩაკვეტაძე, დავით ჯიქია</i>	30
მწვავე კალკულუზური ქოლესისტიტის დიაგნოზი და ოპერაციული მკურნალობა COVID-19-ის მქონე პაციენტის შემთხვევაში (კლინიკური შემთხვევა) <i>ვასილ აბულაძე, ლია გოლიაძე, ნანა დიდიძე, თინათინ კიკვაძე</i>	52
ELECTIVE SURGICAL PROCEDURES IN ONCOLOGICAL PATIENTS DURING THE COVID-19 OUTBREAK. THE COVID-FREE TRIAL <i>Alfonso Recordare, Giovanni Pirozzolo, Rubina Palumbo, Lucrezia D'Alimonte, Alice Albanese, Andrea Barelli, Sandro Panese, Maurizio Rizzo</i>	57
PRIMARY LEIOMYOSARCOMA OF THE BONE (CASE REPORT) <i>Mikheil Zimlitski, Giorgi Zimlitski, Grigol.Bregadze, Giorgi Loria</i>	61
„პირით-პირში“ ორმაგად ინვაზიონიზებული პანკრეატო-ივიუნონასტრომოზი ტრანსანასტრომული სტენტირებით და პანკრეატის სალიაგნოსტიკო მართვა <i>მერაბ კილაძე, მალხაზ მიზანდარი, ოთარ კეპულაძე</i>	66
პროფესორი აპაი ბერიძე — იუბილე <i>რამაზ სურმანიძე, როსტომ ცხვედიანი</i>	69
პროფესორ მერაბ კილაძის მახსენება <i>თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი მ.კილაძის სახ. საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ასოციაცია</i>	72
ავტორის სამახსოვრო	75

CONTENTS

AUTHOR'S PREAMBLE	6
„100 YEARS OF THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY“ <i>Iliia Chanukvadze</i>	7
DIAGNOSTIC CHALLENGES OF ABDOMINAL PAIN IN EMERGENCY SURGERY (CLINICAL RECOMMENDATIONS) <i>David Jikia, Tamaz Chkikvadze, Vasil Archvadze</i>	17
MANAGEMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN ADULT PATIENTS NATIONAL RECOMMENDATION FOR CLINICAL PRACTICE (GUIDELINE) <i>Gela Arabidze, Gia Datuashvili, Gia Tomadze, Merab Kiladze, Nodar Lomidze, Baadur Mosidze, Tamaz Chkikvadze, Nikoloz Pruidze, Boris Chakvetadze, David Jikia</i>	30
DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH COVID-19 (CLINICAL CASE) <i>Vasil Abuladze 1, Lia Goladze2, Nana Dididze3, Tinatin Kikvadze4</i>	52
ELECTIVE SURGICAL PROCEDURES IN ONCOLOGICAL PATIENTS DURING THE COVID-19 OUTBREAK. THE COVID-FREE TRIAL <i>Alfonso Recordare, Giovanni Pirozzolo, Rubina Palumbo, Lucrezia D'Alimonte, Alice Albanese, Andrea Barelli, Sandro Panese, Maurizio Rizzo</i>	57
PRIMARY LEIOMYOSARCOMA OF THE BONE (CASE REPORT) <i>Mikheil Zimlitski, Giorgi Zimlitski, Grigol.Bregadze, Giorgi Loria</i>	61
DOUBLE-INDUCED PANCREATO-JEJUNOANASTOMOSIS IN THE "MOUTH-TO-MOUTH" WITH TRANSANASTOMIC STENTING AND OUTSIDE THE PANCREATIC DUCT BY DRAINAGE <i>Merab Kiladze, Malkhaz Mizandari, Otar Kepuladze</i>	66
PROFESSOR AKAKI BERIDZE – JUBILEE <i>Ramaz Surmanidze, Rostom Tskhvediani</i>	69
PROFESSOR MERAB KILADZE – MEMOIR <i>Tbilisi State Medical University M.kiladze Georgian Association of Minimally Invasive Surgeons</i>	72
AUTHOR'S COMMEMORATIVE	75

რედაქტორის წინასიტყვაობა

მოგესალმებით კოლეგებო!

წარმოგიდგენთ „გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“ მერვე ნომერს. ჟურნალის ნომერი შედარებით დავიანებით მომზადდა სხვადასხვა ობიექტური გარემოებების გამო. მათ შორის ყურადღება მიიღო გავამახვილო ავტორთა დაბალ აქტივობაზე. დღეს ჩვენი ჟურნალი თავისი არსებობის ახალ ეტაპზე გადადის, მიმდინარეობს მისი რეგისტრაცია „Scopus“-ის მონაცემთა ბაზაში – რეცენზირებადი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალის სტატუსიდან (ამჟამად იგი რეფერირდება ადგილობრივად) მოხდება მისთვის საერთაშორისო რეფერირებადი ჟურნალის სტატუსის მინიჭება, რაც მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იქნება „საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“ განვითარებისათვის. მაგრამ ამ პროცესებს აბრკოლებს მიმოხილვითი, სამეცნიერო-პრაქტიკული, კვლევითი თუ სხვა ტიპის ნაშრომების მკვეთრი დეფიციტი. მხოლოდ თქვენი, საქართველოს ქირურგიული საზოგადოების წევრების, ავტორების, მკითხველების აქტიურობაზე დამოკიდებული ამ მნიშვნელოვანი წამოწყების მომავალი და პროგრესი.

მერვე ნომერში წარმოგიდგენთ საქართველოს გრ. მუხაძის ასოციაციის მიერ შემუშავებულ მწვავე აპენდიციტის მართვის ახალ, თანამედროვე საერთაშორისო გაიდლაინებზე დაფუძნებულ კლინიკურ რეკომენდაციებს (გაიდლაინს). ჩვენს მიერ წარმოდგენილი გაიდლაინი ფუძნდება რამდენიმე საერთაშორისო და ქართულ წყაროს. გაიდლაინის შემუშავების პროცესში განხორციელდა სხვადასხვა გაიდლაინების შეჯერება, თარგმნა, შემდგომ ადაპტაცია და ექსპერტიზა დარგის წამყვანი სპეციალისტების მიერ. გაიდლაინების ძირითადი დებულებები განხილული იყო საქართველოს გრიგოლ მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის 2018 21 სექტემბრის საერთაშორისო კონგრესზე, რომელიც ჩატარდა გადაუდებელ ქირურგთა მსოფლიო ასოციაციის წარმომადგენლებთან ერთად. ადაპტირებისას მიღებულ იქნა კონსენსუსი საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის 2019 წლის სექტემბრის სხდომაზე. ამის გარდა, განხორციელდა გაიდლაინის ძირითადი რეკომენდაციების შედარება და მოდერნიზაცია გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოების (WSWS) იერუსალიმის გაიდლაინის 2020 წლის განახლებებთან (Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines).

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ზოგადი ქირურგიის დაპერატამენტს (კათედრას) 2019 წელს შეუსრულდა დაარსებიდან 100 წელი. სწორედ ამ მნიშვნელოვან თარიღს მიეძღვნა „საქართველოს გრ. მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის“ ერთ-ერთი ბოლო სხდომა, სადაც საზოგადოების წინაშე მოხსენებით წარსდგა ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი ილია ჭანუყვაძე. ფართო საზოგადოებას, მკითხველს წარმოუდგენთ ამ მეტად საინტერესო მოხსენებას.

ჩვენი ჟურნალი გვერდს ვერ აუვლიდა დღეს მსოფლიოში მიმდინარე პროცესებს, კორონავირუსულ პანდემიას და იმ გამოწვევებს, რომლებიც გაჩნდა ამ ინფექციის პირობებში. ასეთმა მასშტაბურმა აფეთქებამ შეცვალა მრავალი კლინიკის ფუნქციონალი და მთლიანად სისტემური მიდგომები. „მან გვაიძულა შეგვეცვალა არა მარტო ის, რასაც ჩვენ ვაკეთებდით, არამედ ისიც როგორ ვაკეთებდით“ (Dr. Giulio Mari, Desio Hospital in Desio). მთელს მსოფლიოში კადრების და გამოცდილების მწვავე დეფიციტის პირობებში წარმოიშვა ქირურგიული განყოფილებების რეორგანიზების, კადრების გადანაწილების და გადამზადების აუცილებლობა. კორონავირუსული ინფექციის პირობებში ქირურგიული აქტივობა მოითხოვს გარკვეული სპეციფიკური გადაწყვეტილებების მიღებას და ქმედებების განხორციელებას (მაგ.: კოვიდინფიცირებული პაციენტის ოპერირების გადაწყვეტილების მიღება, საოპერაციო ბლოკის შერჩევა და მომზადება, ანესთეზიის ტიპის შერჩევა და პაციენტის მომზადება, ოპერაციაში მონაწილე პერსონალის ტრენინგება, ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების შერჩევა და გამოყენება და სხვ.). ნომერში წარმოგიდგენთ ჩვენი კოლეგების გამოცდილებას Covid-19-ის მქონე პაციენტის შემთხვევაში, რომელსაც სასწრაფო ჩვენებით ჩაუტარდა ქოლესისტექტომია. შემთხვევა საინტერესო და მნიშვნელოვანია, რადგან მისი რეტროსპექტული ანალიზისას კარგად ჩანს კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური სამსახურების ეფექტური თანამშრომლობის შედეგი.

ნომერში ასევე წარმოდგენილია იტალიელი კოლეგების შრომა „ელექტიური ქირურგიული პროცედურები ონკოლოგიურ პაციენტებში COVID-19-ის აფეთქების პერიოდში“. პანდემიის პირობებში სამედიცინო ცენტრებში გაჩნდა სამედიცინო პერსონალის და პაციენტების დაინფიცირების მაღალი რისკი, სწორედ ამ კონკრეტულმა გარემოებამ წარმოშვა დებატები: როგორ შეგვიძლია ვიმოქმედოთ სამედიცინო ცენტრების პარადოქსული შიდა საფრთხის გასაკონტროლებლად როგორც პაციენტების, ისე ჯანდაცვის მუშაკებისთვის? სწორედ ამ კითხვაზე არსებული პასუხებს განიხილავენ იტალიელი კოლეგები და გვიზიარებენ თავის გამოცდილებასა და მიგნებებს.

2019 წლის 21-23 ოქტომბერს არაბთა გაერთიანებულ საემიროებში, დუბაიში გაიმართა გლობალური კონფერენცია — „ქირურგია და ანესთეზია“. კონფერენციაზე მოხსენებით წარსდგა პროფესორი მერაბ არჩილის ძე კილაძე. ნაშრომმა მიღო საუკეთესო შეფასებები. წარმოგიდგენთ ამ ინოვაციური მეთოდის აღწერილობას, ასევე უცხოელი კოლეგების გამოხმაურებებსა და შეფასებებს.

„საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“ მერვე ნომერში ქირურგიული საზოგადოება, მ.კილაძის სახ. საქართველოს მცირე ინვაზიური ქირურგთა ასოციაცია მოიგონებს რჩეულ მამულიშვილს, ლაპაროსკოპული ქირურგიის ერთ-ერთ ფუძემდებელს პროფესორ მერაბ მიხეილის ძე კილაძეს. უფალმა ნათელი დაუმკვიდროს მის სულს იქ, სადაც მართალნი განისვენებენ.

„გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნეს“
მთავარი რედაქტორი დავით ჯიქია



ზოგადი ქირურგიის კათედრა

100

წელი

სურათი 1. პროფესორი გრიგოლ მუხაძე

„ქირურგია ხელოვნებათაგან ყველაზე კეთილშობილია“

აბუ ალი იბნ სინა

წინათქმა

ზოგად ქირურგიას, როგორც დისციპლინას, განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში. ეს განპირობებულია, უპირველეს ყოვლისა, საგნის არსით, რომელიც მოიცავს დიდ ინფორმაციულ ბლოკს და წარმოადგენს საინტეგრაციო საფეხურს საბაზისო დისციპლინებსა და კლინიკურ დისციპლინებს შორის. იგი სცილდება საკუთრივ ქირურგიის ფარგლებს და მოიცავს ყველა საექიმო დარგისთვის სასარგებლო და აუცილებელ ინფორმაციას. ზოგადი ქირურგიის კურსის ძირითადი მიზანი სტუდენტთა მიერ ქირურგიულ ავადმყოფთა გამოკვლევის, სემიოტიკისა და ოპერაციული მკურნალობის საფუძვლების გაცნობაა, საიდანაც გამომდინარეობს საგნის ამოცანები, რომელთა საფუძვლიანი ცოდნის გარეშე, უბრალოდ შეუძლებელია შემდგომი, არა მარტო ქირურგიული, არამედ ყველა სხვა კლინიკური დისციპლინის შესწავლა.

სწორედ ამიტომ მოიცავს ზოგადი ქირურგია ისეთ თავებს, როგორებიცაა: ასეპტიკა და ანტიასეპტიკა, გაუტიკვარება, რენიმაციული ღონისძიებები, სისხლის დენა და ჰემოსტაზის მეთოდები, სისხლისა და მისი შემცველი ხსნარების გადასხმა, ქირურგიული ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდები, ქირურგიული ოპერაციის სახეები, ეტაპები, ოპერაციისწინა და შემდგომი პერიოდები და სხვ.

ფაქტიურად, ყველა ქირურგიული დისციპლინის თეორიული საფუძველი და ბალავარი სწორედ ზოგადი ქირურგიაა. ამიტომაც არ იყო შემთხვევითი გრ. მუხაძის გადაწყვეტილება, 100 წლის წინ ორგანიზება გაეწია ქირურგიულ დისციპლინათა შორის უპირველესის, ზოგადი ქირურგიის კათედრის დაარსებისთვის. ქართული მეცნიერული ქირურგიის წინამძღოლმა კარგად იცოდა, რომ ზოგადი ქირურგია ფუნდამენტური და მაინტეგრირებელია ყველა სხვა ქირურგიული დისციპლინისათვის და უზრუნველყო ამ საბაზისო საგნიდან ქირურგიული მიმართულებების ჩამოყალიბება. გრ. მუხაძე წინ მიუძღვის ქართული ქირურგიის ბრწყინვალე შვიდეულს. ჩვენ დღეს მათ, როგორც ქირურგიული სკოლის ჩამომყალიბებელ მასწავლებლებს ვისხენებთ. ამ რვა პიროვნებას ერთმანეთთან ქირურგიის თავგანწირული სიყვარული და ზოგადი ქირურგიის კათედრა აკავშირებს, რომელსაც სხვადასხვა დროს ხელმძღვანელობდნენ და ამ წუთიერი სოფელიდან სამარადჟამოდ სახელმწიფოქილინი სამუდამო სასუფეველს შეუერთდნენ.

*თსუ ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი,
პროფესორი ილია ჭანუყვაძე*

შესავალი

რუსეთის იმპერიაში წარმოებულმა რევოლუციებმა საქართველოსთვის გარკვეული პოზიტიური შედეგები მოიტანა:

- საქართველო, რომელიც რუსეთის იმპერიის წიაღში თბილისის და ქუთაისის გუბერნიებად იგულისხმებოდა, დამოუკიდებელი რესპუბლიკა გახდა.
- საქმის წარმოება სახელმწიფო ორგანიზაციებში (დაწესებულებებში) საყოველთაოდ ქართული გახდა.

- ფრთა შეესხა ქართველთა ოცნებას და საწავლო პროცესები ქართულად წარიმართა.
- საქართველოსკენ მასიურად დაიწყო დინება ინტელიგენციამ, რომელიც გაფანტული იყო რუსეთის იმპერიის სხვადასხვა ადგილებში და არა მარტო რუსეთში, არამედ ევროპის ქვეყნებშიც. ამან განაპირობა, რომ ქართული საზოგადოების თითქმის ყველა ფენაში უკვე არსებული მძლავრი იდეა, უმაღლესი სასწავლებლის შექმნისა, საბოლოოდ განხორციელებულიყო.

უნივერსიტეტის დაარსება და სამკურნალო ფაკულტეტის იღვა

1918 წელს ქართული უნივერსიტეტის დაარსებისთანავე გათვალისწინებული იყო უნივერსიტეტში სამკურნალო ფაკულტეტის გახსნა. სამკურნალო ფაკულტეტის გახსნას იმ წელს საბუნებისმეტყველო ფაკულტეტმა დაასწრო, რადგანაც სამკურნალო ფაკულტეტის ორგანიზაცია გარდა შესაფერისი სამეცნიერო ძალებისა, რომელთა გამონახვა შესაძლებელი იყო საქართველოს ფარგლებს გარეთ მყოფ ქართველ მეცნიერთა შორის და თვით საქართველოშიც, მოითხოვდა საორგანიზაციო დროს, ამასთანავე სასწავლო და სამეცნიერო დამხმარე დაწესებულებების შექმნას.

სამკურნალო ფაკულტეტის დაუყოვნებლად შექმნის აზრი პოპულარული იყო და აქტიურად ტრიალებდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში და საქართველოს მაშინდელ საკანონმდებლო ორგანოებში. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოება ამ მიზნისათვის ფულის შეგროვებასაც კი შეუდგა.

1918 წლის თებერვალში, საქართველოს ეროვნული საბჭოს (პარლამენტის) სამკურნალო სექციამ მიმართა უცხოეთში მყოფ ქართველ პროფესორებს, დოცენტებს და მეცნიერ-ხელმძღვანელებს გაზაფხულისთვის ტიფლისში დაბრუნების შესახებ, სადაც უნდა გამართულიყო სხდომა და დაისმებოდა უნივერსიტეტში სამკურნალო ფაკულტეტის დაარსების საკითხი.

უნივერსიტეტის პროფესორთა საბჭო სამკურნალო ფაკულტეტის დაარსებას უახლოეს ამოცანად თვლიდა. 1918 წლის 8 მარტს, საბჭოს სხდომაზე, თხოვნით მიმართეს ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას, შეგროვილი თანხით შეეძინათ საფრანგეთის მისიიდან (სამედიცინო) სამკურნალო წიგნთსაცავი და რენტგენის მოწყობილობა.

სამკურნალო ფაკულტეტის დაარსების საკითხი მზადდებოდა უნივერსიტეტის ყველა ხელმძღვანელ და მაშინდელი რესპუბლიკის სახელმწიფო წრეებშიც.

უნივერსიტეტის პროფესორთა საბჭო, რომელიც შეიკრიბა 1918 წლის 2 მაისს დიდი სიფრთხილით მიუდგა ამ საკითხს.

საბჭოს თავის შემადგენლობაში არ ჰყავდა საექიმო განათლების პირები, ამიტომ გადაწყდა, რომ იმ ეტაპზე გახსნილიყო საბუნებისმეტყველო-სამათემტიკო ფაკულტეტი, საბჭო შევსებულიყო მედიკოსი პროფესორებით, რაც უზრუნველყოფდა სამკურნალო ფაკულტეტის შექმნის შესაძლებლობას.

ამ საქმის ორგანიზებაში დახმარება უნდა გაეწია ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას.

ამ გადაწყვეტილებიდან თვენახევრის შემდეგ 17 ივლისს უნივერსიტეტის საბჭომ დაადგინა, სექტემბერშივე გახსნილიყო სამკურნალო ფაკულტეტი.

1918 წლის 19 ივნისს შედგა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების სხდომა სპირიდონ ვირსალაძის თავმჯდომარეობით და უნივერსიტეტის მიმართვის თანახმად უნივერსიტეტის გამგეობაში წარმომადგენლებად აირჩიეს მედიცინის დოქტორები: ივანე თიკანაძე, სპირიდონ ვირსალაძე, გრიგოლ მუხაძე.

1918 წლის 25 ივნისს შედგა უნივერსიტეტის პროფესორთა საბჭოს სხდომა, უკვე სამი ექიმის მონაწილეობით.

სხდომა დაადგინა: „დაუყოვნებლივ იქნას მიღებული ზომები სამკურნალო ფაკულტეტის სექტემბრიდან გახსნისათვის და ფაკულტეტის საჭიროებისათვის მიწინეულ იქნეს სავადმყოფოები“.

ამ საქმის მოგვარება დაევალა გამგეობის წევრებისგან და ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების წარმომადგენლობიდან შემდგარ კომისიას.

სამკურნალო ფაკულტეტი

1918 წლის 18 აგვისტოს სხდომაში საფუძველი ჩაუყარა ფაკულტეტის პირველ მეცნიერ-ხელმძღვანელთა კადრს და მატერიალურ ტექნიკური ზაზის შექმნას:

- ადამიანის ნორმალური ანატომიის კათედრის გამგედ და პროფესორად აირჩიეს ხარკოვის უნივერსიტეტის პროზექტორი ალექსანდრე ნათიშვილი.
- ცხოველთა ფიზიოლოგიის კათედრის პროფესორად – ხარკოვის უნივერსიტეტის პრივატ-დოცენტი ვარლამ მოსეშვილი.

ალდრა შეამდგომლობა მინისტრთა საბჭოს წინაშე, რომ ფაკულტეტის საჭიროებისთვის სხვადასხვა უწყე-



სურათი 2. პროფესორი სპირიდონ ვირსალაძე



სურათი 3. პროფესორი ივანე თიკანაძე

ბების საავადმყოფოები და ლაბორატორიები აუცილებელად დაკავშირებულიყო უნივერსიტეტთან.

უნდა ითქვას, რომ მაშინდელი ხელისუფლება ამ მიმართვას მზადყოფნით შეხვდა და პასუხისმგებლობით მოეკიდა.

ფაკულტეტის გართობა და პირველი მიღება

1918 წლის სექტემბრიდან 1919 წლის აპრილამდე საბუნებისმეტყველო-სამათემატიკო და სამკურნალო ფაკულტეტები ერთიანი იყო, ყავდა ერთი პრეზიდიუმი, ყველა საკითხი, ეხებოდა იგი საბუნებისმეტყველოს თუ სამკურნალოს, წყდებოდა გართიანებულ სხდომებზე.

იმთავითვე გამოვლინდა სამკურნალო ფაკულტეტზე სწავლების მსურველთა დიდი ლტოლვა, ამიტომ პირველივე სხდომაზე, რომელსაც თავმჯდომარეობდა დამსახურებული პროფესორი პეტრე მელიქიშვილი (18 წლის 20 ოქტომბერი) განისაზღვრა მისაღებ სტუდენტთა რიცხვი და შეიქმნა საკონკურსო პირობები.

ზოგადი ჰირურგიის კათედრის შექმნა

1919 წლის 10 იანვარს მესამე კურსის სტუდენტთა კლინიკური სწავლებით უზრუნველყოფისათვის ფაკულტეტის საბჭომ აირჩია:

- მეანობის კათედრის გამგედ და პროფესორად ივანე თიკანაძე,
- დიაგნოსტიკის კათედრის გამგედ და პროფესორად თავრიდის უნივერსიტეტის პროფესორი ალექსანდრე ალადაშვილი,
- კერძო პათოლოგიისა და თერაპიის კათედრის გამგედ და პროფესორად სპირიდონ ვირსალაძე,
- ქირურგიული პათოლოგიის კათედრის გამგედ და პროფესორად მედიცინის დოქტორი გრიგოლ მუხაძე.

სწორედ ეს დღე ითვლება „ზოგადი ქირურგიის კათედრის“ დაარსების თარიღად!

ზოგადი ჰირურგიის კათედრა

თავდაპირველად მას ეწოდა „ქირურგიული პათოლოგიის კათედრა“. შემდეგ – „ზოგადი ქირურგიული პათოლოგიის კათედრა პროპედევტიკული კლინიკით“.

მოგვიანებით, 1928 წლის ბოლოს, ნიკოლოზ კახიანის კათედრის გამგეობის ვადაში მას ეწოდა „ზოგადი ქირურგიის კათედრა“.

ამრიგად, ზოგადი ქირურგიის კათედრა პროპედევტიკული კლინიკით დაარსდა 1919 წელს და განთავსდა „წმინდა მიქაელის“ საავადმყოფოში.

1922 წლიდან კათედრა გადაიტანეს „ამიერკავკასიის რკინისგზების“ საავადმყოფოში.

კათედრის პირველი გაგზავნა – გრიგოლ მუხაძე

ბატონი გრიგოლი კათედრას ხელმძღვანელობდა 1919 წლის 10 იანვრიდან 1921 წლის მაისამდე, როდესაც იგი გახდა ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის გამგე.

ფაქტიურად, იგი აყალიბებდა და განაგებდა ყველა ქირურგიულ მიმართულებას და არა მარტო ქირურგიულს.



სურათი 4. პროფესორი გრიგოლ მუხაძე

მაგალითად, ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგედ ყოფნის პერიოდში, უნივერსიტეტის საბჭო „გადაწყვეტილებით ანდობს პროფესორ მუხაძეს ზოგადი პათოლოგიის კათედრის მოწყობას, ფაკულტეტისათვის კლინიკური ქირურგიული ბაზების ორგანიზაციას და მოწყობას, კანისა და ვენერიული კლინიკის მოწყობას“.

1921 წლის იანვარში იგი შეუდგა ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის ორგანიზებას. იმავე წელს დაარსდა ყელის, ყურისა და ცხვირის სნეულებათა დოცენტურა, რომელსაც, როგორც გამგე, თავად უძღვებოდა, მედიცინის დოქტორ ასპისოვთან ერთად. ამავე დროს, არჩეული იყო ფაკულტეტის დეკანად.

ზოგადი ქირურგიის კათედრის დაარსებით, აკად. გრ. მუხაძემ საუკუნის წინ ჩაუყარა საფუძველი ქირურგიული მიმართულებების ცალკე დარგებად ჩამოყალიბებას; ამ მიზნით თავისი პირველი თაობის მოწაფეები გაამწესა: უროლოგიაში – ალექსანდრე წულუკიძე, ონკოლოგიაში – კონსტანტინე ვეფხვაძე, ტრავმატოლოგიაში – მიხეილ ცხაკაია, ქირურგიულ სტომატოლოგიაში – ალექსანდრე ედიბერიძე.

შეუძლებელია, ამომწურავად ისაუბრო გრ.მუხაძის ტიტანურ ღვაწლზე საქართველოში ქირურგიული საქმიანობის განვითარებაში. წარმოგიდგინთ მხოლოდ საკითხებს, რაშიც ზურგს მიმაგრებს აკადემიკოს მ. კომახიძის და ალ. ჩაჩანიძის ბიოგრაფიული ნაშრომი გრ. მუხაძის შესახებ:

- გრ.მუხაძე საქართველოს ბუნებისმეტყველთა და ექიმთა საზოგადოების ერთ-ერთი ორგანიზატორი;
- გრ.მუხაძე თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის ერთ-ერთი ორგანიზატორი;
- გრ. მუხაძე და სამხედრო-საველე ქირურგია;
- გრ. მუხაძე მსოფლიო ომებში;
- გრ.მუხაძე ზოგადი ქირურგიის კათედრის ფუნდამენტიდან ახალი ქირურგიული განშტოებებისა და მოსაზღვრე დისციპლინების ფუძემდებელი;
- გრ.მუხაძე საქართველოს ქირურგიული საზოგადოების და ამიერკავკასიის ქირურგთა ყრილობების მოწვევისა და ჩატარების ორგანიზატორი;



სურათი 5. პროფესორი ნიკოლოზ კახიანი

- გრ.მუხაძე სისხლის გადასხმის საქმის და სამსახურის ორგანიზატორი (ჰემატოლოგიისა და ტრანსფუზოლოგიის ინსტიტუტის დაარსება);
- გრ.მუხაძე რესპუბლიკის ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტის დირექტორი;
- გრ.მუხაძე სსრკ სამედიცინო აკადემიასა და საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიაში;
- გრ.მუხაძის მოწაფეები და მისი მეთოდი ახალგაზრდების შერჩევასა და შემდგომ წამყვან ქირურგებად ჩამოყალიბებაში;
- გრ.მუხაძე კერძო ქირურგიის სახელმძღვანელოს ავტორი და გამოცემის ხელმძღვანელი;
- გრ.მუხაძის სამეცნიერო მემკვიდრეობა და გამოუქვეყნებელი შრომები;
- გრ.მუხაძის ხელმძღვანელობით შესრულებული დისერტაციები.

პროფესორი ნიკოლოზ კახიანი

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის ხელმძღვანელად პროფესორ მუხაძის არჩევის შემდეგ, 1921 წლის 23 მაისს, ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგედ, მუხაძის რეკომენდაციით, საფაკულტეტო საბჭოს სხდომაზე, არჩეული იყო პროფესორი ნიკოლოზ კახიანი. საზოგადოებისთვის უკვე ცნობილი, მრავალმხრივი ტალანტით დაჯილდოვებული პიროვნება;

1928 წლის საუნივერსიტეტო ჩანაწერებით პროფესორ კახიანთან კათედრის უფროსი ასისტენტია: მედიცინის დოქტორი კონსტანტინე დავითის ძე ერისთავი; უმცროსი ასისტენტი: ეფრემ ფარნაოზის ძე ზაქარაია; ორდინატორები: ექიმები ალექსანდრე სოლომონის ძე ოსიძე (1925 წლიდან), სერგი ივლიანეს ძე ჩახუნაშვილი (1926 წლიდან), ეგნატე ყაის ძე ფიფია (1927 წლიდან) და მიხეილ იოსების ძე ტყავაძე.

კათედრას აქვს აუდიტორია, ლაბორატორია და 40 კლინიკური საწოლი. კათედრასთან შესრულებულია 23 სამეცნიერო შრომა.

გიმნაზიაში ნ. კახიანის თანაკლასელი იყო, მომავალში ცნობილი რეჟისორი, ევგენი ვახტანგოვი, რომელიც დიდ მომავალს ელოდა მისგანსახელოვნებო ასპარეზზე.

ნ.კახიანი ვლადიკავკაზში „ქართველთა შორის წერა-კითხვის გამავრცელებელი საზოგადოების“ წევრი იყო და ქართველ მოსწავლეებს რუსულ ენასა და მათემატიკაში ამეცადინებდა.

ნიკოლოზ კახიანმა 1910 წელს დაამთავრა ოდესის უნივერსიტეტი და ოთხი წელი იმუშავა იქვე ანატომიის კათედრაზე. იგი რამდენიმეჯერ მიავლინეს ქაიროში ბალნამირების ეგვიპტური წესის შესასწავლად.

შემდეგ მუშაობდა ეკატერინოსლავის უნივერსიტეტში ანატომიის კათედრის გამგედ.

1919 წელს გადმოვიდა თბილისის ახლად დაარსებულ უნივერსიტეტში, ჯერ ჰისტოლოგიის, შემდეგ კი –



სურათი 6. ზოგადი ქირურგიის კათედრის შემადგენლობა და პროფესორი ნიკოლოზ კახიანი

ტოპოგრაფიული ანატომიისა და ოპერატიული ქირურგიის კათედრის გამგედ;

1921 წლიდან სიცოცხლის ბოლომდე განაგებდა სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიული პათოლოგიის კათედრას პროპედევტიკული კლინიკით.

კლინიკა იმ დროს მინიმალური ინვენტარითაც არ იყო აღჭურვილი, კოლექტივმა ნ. კახიანის თაოსნობით სერიოზული და წარმატებული მუშაობა გაწავალა.

კახიანმა საქართველოში დანერგა კუჭის რეზექცია წყლულოვანი დაავადების დროს, ტვინის დანამატზე მიდგომის და მისი ამოკვეთის, თირკმლისა და თირკმელზედა ჯირკვლის რეზექციის, ტუბერკულოზით დაზიანებული თირკმლის სისხლის ძარღვების გადაკვანძვის, თავის ქალას ტრეპანაციის, გულის ჭრილობების გაკერვისა და სხვა ურთულესი ოპერაციები.

ნ.კახიანის კალამს ეკუთვნის მრავალი სამეცნიერო ნაშრომი და სახელმძღვანელო. იგი განსაკუთრებით ზრუნავდა ქართული სამედიცინო ტერმინოლოგიის სრულყოფისათვის.

გრ. მუხაძესა და ა. მაჭავარიანთან ერთად საფუძველი ჩაუყარა საქართველოში მეცნიერული და კლინიკური ქირურგიის განვითარებას

კონსტანტინე ერისთავი წერდა: „ნიკოლოზ კახიანს ყველაფერი ჰქონდა იმისათვის, რომ ახალგაზრდობის და ხალხის ყურადღება მიეპყრო. გარეგნულად ის ძალზე ლამაზი იყო. მოპყრობა კულტურული და რბილი ჰქონდა. ანატომიის კარგი ცოდნა ხელს უწყობდა ზედმიწევნით რთული ოპერაციების გაკეთებაში. ჩვენ ძალზედ შესმატებულად ვმუშაობდით ერთად, მისი სიცოცხლის უკანასკნელ დღემდე“.

ეფრემ ზაქარაიას აზრით: „გრიგოლ მუხაძემ და ნიკოლოზ კახიანმა ისეთივე რენესანსი მოუწყვეს ქართული ქირურგიას, როგორც მიქელანჯელომ, ჯოტომ, ტინტორეტომ, სანდრო ბოტიჩელიმ და ლეონარდომ იტალიურ ხელოვნებას“.

ნიკოლოზ კახიანი სრულიად ახალგაზრდა, 44 წლის ასაკში გარდაიცვალა.

პროფესორი კონსტანტინე ერისთავი

ნიკოლოზ კახიანის გარდაცვალების შემდეგ, 1928 წლიდან 1941 წლამდე, კათედრას ხელმძღვანელობდა კონსტანტინე ერისთავი.

კ.ერისთავმა თავის დაარსებულ „კლინიკური და ექსპერიმენტული ქირურგიის ინსტიტუტში“ თავი მოუყარა უნიჭიერეს ახალგაზრდა კადრებს. მოწაფეებთან და მოწვეულ პრაქტიკოს მეცნიერებთან ერთად დანერგა გულის, სისხლძარღვების, ფილტვების, საყლაპავი მილის, თავის ტვინის ოპერაციები და ქირურგიის ინსტიტუტში დაარსა შესაბამისი განყოფილებები. მასვე მიუძღვის დიდი წვლილი საქართველოში ტრავმატოლოგიისა და ონკოლოგიის განვითარების საქმეში. მასვე ეკუთვნის მრავალი სამეცნიერო ნაშრომი ქირურგიის, მორფოლოგიის, ონკოლოგიისა და მედიცინის ისტორიის აქტუალურ საკითხებზე.

მისი მოღვაწეობის პერიოდში საქართველოს სამედიცინო სფეროში, არ დაწყებულა ახალი საქმე, რომლის ინიციატორი, ორგანიზატორი ან აქტიური მონაწილე კონსტანტინე ერისთავი არ ყოფილიყო.



სურათი 7. ცენტრში ნიკოლოზ კახიანი მეუღლესთან ქალბატონ ტერეზასთან ერთად. სურათი გადაღებულია კახიანების საგვარეულო სახლის ეზოში სოფელ როკითში, სადაც ბატონი ნიკოლოზი ზაფხულობით თანამშრომლებთან ერთად ჩადიოდა და ქირურგიულ ოპერაციებს ატარებდა. კახიანების საოჯახო არქივი. მოგვაწოდა პროფესორ ზაზა კახიანის ქალიშვილმა ქალბატონმა დარეჯანმა.

სამედიცინო ინსტიტუტის დირექტორად მისი დანიშვნიდან სულ რაღაც 3-4 დღეში დიდი სამამულო ომი დაიწყო. დაავალეს, ოთხკურსგავლილი ყველა სტუდენტი ვაჟი ფრონტზე, რიგითი მებრძოლის სტატუსით, გასაწვევად მოემზადებინა. ამ ამბავმა იგი საგონებელში ჩააგდო, თუმცა პირველი მსოფლიო ომის საკუთარი გამოცდილება მოიშველია. იცოდა, რომ ოთხწლიანი სასწავლო კურსის დასრულების შემდეგ, სტუდენტებს შესაბამისი ცნობის წარდგენის შემთხვევაში, უფლება მიეცემოდათ არა ჯარისკაცებად, არამედ ფრონტის და ზურგის ჰოსპიტლებში ექიმებად ემუშავათ. მან გამოიყენა ეს ინფორმაცია და მობილიზება გაუწია ინსტიტუტის ყველა თანამშრომელს ცნობების სასწრაფოდ დასაბეჭდად. 3 დღეში სტუდენტების წასაყვანად ეშელონი ჩამოდგა. ინსტიტუტის დირექტორმა მოასწრო და დანიშნულების ადგილას, კომისარიატებში, მიიტანა დაბეჭდილი ცნობები. ამის წყალობით ყველა ოთხკურსგავლილი სტუდენტი, ჯარისკაცის სტატუსის ნაცვლად ექიმებად გაიწვიეს.



სურათი 8. პროფესორი კონსტანტინე ერისთავი



სურათი 9. პროფესორი კონსტანტინე ერისთავი

ზოგადი ქირურგიის კათედრის შემდეგ, კ. ერისთავი განაგებდა საფაკულტეტო ქირურგიის (1941–1950), ხოლო შემდეგ ჰოსპიტალური ქირურგიის (1949–1960) კათედრებს.

პროფესორი ევრემ ზაქარაია

1941 წლიდან კათედრის გამგედ აირჩიეს ევრემ ზაქარაია.

პროფესორ ევრემ ზაქარაიას შესახებ ორი მონოგრაფია არსებობს: 1984 წელს პროფესორ თინა სირიას და 1996 წელს თინა სირიასა და ზაზა კახიანის ავტორობით გამოცემული.

პროფესორმა ნიკოლოზ საპუჯკომ, მას ახალგაზრდობაშივე, დიდი მომავალი უწინასწარმეტყველა და საფაკულტეტო ქირურგიული კლინიკის ორდინატორად დატოვა. განზრახული ჰქონდა, მომავალში მისთვის კათედრაც ჩაებარებინა. მაგრამ დაიწყო პირველი მსოფლიო ომი და ბატონი ევრემი ფრონტზე წავიდა. იგი მოწინავე ხაზზე მუშაობდა სამხედრო ექიმად, არაერთი მეომარი გადაარჩინა სიკვდილს და საბრძოლო დამსახურებისა და სიმამაცისთვის სამჯერ მიიღო წმინდა გიორგის ჯვარი.

1915 წელს გერმანელებმა ალყა შემოარტყეს ჰოსპიტალს და ევრემი ტყვედ ჩავარდა. ტყვეობაშიც იგი ექიმად მუშაობდა. ტყვე რუსი ჯარისკაცის გამოსარჩელების და გადარჩენისთვის კარცერშიც მოხვდა, ეს ამბავი გახმაურდა. ნიკოლოზ მეორემ მამაცი ექიმი წმინდა გიორგის მეოთხე ჯვრითა და წმინდა ანას ორდენით დააჯილდოვა.

1921 წელს ე. ზაქარაია საქართველოში დაბრუნდა. რამდენიმე თვე მშობლიურ რაიონს ემსახურებოდა. მერე თბილისში, თსუ-ს პროპედევტიკულ-ქირურგიულ კლინიკაში მიიღეს ასისტენტად.

რვა წელი ნ. კახიანთან ერთად იმუშავა. მისი დაკრძალვის დღეს, როცა პროცესიამ რკინიგზის საავადმყოფოს ჩაუარა, ევრემმა, როგორც ერთერთმა მემკვიდრემ, აივნიდან ანგარიში ჩააბარა ნიკოლოზ კახიანს, ისეთი ფორმით, როგორც ეს დილის კონფერენციაზე ხდება.

მისი თანამედროვეების გადმოცემით იგი უზადლო ქირურგი, ფენომენური ნიჭის პატრონი და ბრწყინვალე ორატორი იყო. ლექციის გადაცემის დროს უყვარდა



სურათი 10. პროფესორი ევრემ ზაქარაია

მაგალითების ილუსტრირება სურათებით, ცხრილებით, რენტგენოგრამებით და პაციენტებით. თუ საჭიროდ მიიჩნევდა, დაფაზეც დახატავდა ხოლმე – ხატვაც ეხერხებოდა. იხსენებენ, ოპერაციას კი არ აკეთებდა – თითქოს ხელოვნების ნიმუშს ქმნიდაო.

იყო მხატვრული ლიტერატურის ჩინებული მცოდნე. ზეპირად იცოდა „ვეფხისტყაოსანი“, ადგილები შექსპირის ტრაგედიებიდან, სხვადასხვა პოეტის ლექსები. ლექციის დროს, თუ აუდიტორიას დალღას და ყურადღების მოდუნებას შეატყობდა, ისე ჩაურთავდა თხრობაში მხატვრულ ნაწარმოებს, როგორც ლექციის ბუნებრივ გაგრძელებას.

მის ბინაში იმართებოდა ლიტერატურული საღამოები, სადაც მწერლები და მეცნიერები იკრიბებოდნენ.

ევრემ ზაქარაიას ნაშრომები ეხება ტეტანუსის მკურნალობის, ართროპლასტიკის, სწორი ნაწლავისა და მუცლის ღრუს ქირურგიის საკითხებს.

მუცლის ღრუს გარდა მალალ დონეზე ატარებდა გულმკერდის, ნეიროქირურგიულ, ონკოლოგიურ, ორთოპედიულ და ტრავმატოლოგიურ ოპერაციებს. საბჭოთა კავშირში პირველმა მან გააკეთა ოპერაცია კრონის დაავადების გამო, 1937 წელს თბილისში.

იყო საზოგადო მოღვაწე, აქვეყნებდა ნარკვევებს კოლხეთის ჭაობების ამოშრობის თაობაზე.

გარდაიცვალა 1946 წლის 18 დეკემბერს. 57 წლის ასაკში. გარდაცვალებამდე რამდენიმე საათით ადრე, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის სხდომაზე, ევრემ ზაქარაია აკადემიის წევრ-კორესპონდენტად აირჩიეს.

პროფესორი ლავით იოსელიანი

ევრემ ზაქარაიას გარდაცვალების შემდეგ 1947 წლის იანვარში ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგედ აირჩიეს პროფესორი ლავით იოსელიანი.

1934 წლიდან იგი ხელმძღვანელობდა თბილისის სასწრაფო დახმარების საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებას, რომლის ბაზაზეც ამოქმედდა სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა.

დ. იოსელიანს უკვე ჰქონდა მდიდარი სასწავლო-პედაგოგიური გამოცდილება ოპერაციული ქირურგიისა და



სურათი 11. პროფესორი ეფრემ ზაქარაია სამხედრო სამსახურში



სურათი 12. პროფესორი დავით იოსელიანი

ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრაზე მოღვაწეობით. კერძოდ, 1919 წლიდან იყო ოპერაციული ქირურგიისა და ტოპოგრაფიული ანატომიის ასისტიენტი ნ.კახიანთან, რომელიც იმ პერიოდში განაგებდა კათედრას.

1934 წლიდან იყო ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის ტოპოგრაფიული ანატომიისა და ოპერაციული ქირურგიის დოცენტურის გამგე.

1937 წელს აირჩიეს ოპერაციული ქირურგიისა და ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრის გამგედ სამედიცინო ინსტიტუტში. ამავე წელს მიენიჭა პროფესორის წოდება.

თანამშრომლებს ოჯახის წევრებივით პატრონობდა და მფარველობდა, ასე იგონებდა მას ვლადიმერ ბურაკოვსკი, რომელმაც ახალგაზრდობის გარკვეული წლები ზოგადი ქირურგიის კლინიკურ ბაზაზე გაატარა.

დიდი ავტორიტეტით და სიყვარულით სარგებლობდა არამარტოსაქართველოში, მის გარეთაც. ჰქონდა საქმიანი ურთიერთობები: ჯვანელიძესთან, შევკუნენეკოსთან, იუდინთან, ბაკულევთან, კუპრიანოვთან, ვიშნევსკისთან, პეტროვთან, როზანოვთან, არაპოვთან, ტობჩიბაშევთან. ამ კავშირებს იყენებდა სამეცნიერო და კლინიკური საქმიანობაში ახალგაზრდობის წინ წასაწევად.

პროფესორი დავით იოსელიანი 21 წელი განაგებდა კათედრას. გარდაიცვალა 1968 წელს. როცა ჩვენ, ზოგადი ქირურგიის სწავლა დავიწყეთ, პირველი ლექცია მიხეილ ჩაჩავამ ჩავგიტარა, საოცარი სიყვარულით და ცრემლებით მოიგონა მასწავლებელი და უფროსი მეგობარი.

პროფესორი მიხეილ ჩაჩავა

1968 წლიდან ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგე პროფესორი მიხეილ ჩაჩავა.

საზოგადოების ფართო წრეებისათვის კარგადაა ცნობილი მიხეილ ჩაჩავას პიროვნება მისი ღვაწლი პრაქტიკულ ქირურგიაში, მეცნიერებასა და პედაგოგიკაში.

იგი იყო წარმატებული ზოგადი ქირურგი: მუცლის ღრუს ურგენტული და გეგმიური ქირურგია, გულმკერდის და გულსისხლძარღვთა ქირურგია, ძვალ-სახსართა ქირურგია, პროქტოლოგია, ქირურგიული ფტიზიატრია და

დამწვრობა. ფლობდა ღვთისაგან მინიჭებულ იღბალს და წარმატებულ ქირურგიულ ნოვაციებს ყველა ჩამოთვლილ სფეროში.

ჩვენი თაობის სტუდენტობას გვახსოვს მისი ლექციები - გასაგებად, მარტივად გადმოსცემდა თემას, უმეტესად ცოცხალი დემონსტრაციებით. იხსენებდა შემთხვევებს საკუთარი პრაქტიკიდან.

ერთერთ ლექციაზე შემოიყვანა პაციენტი, რომელსაც ვირხოვის ჯირკვალი აღმოუჩინა მარცხენა ლავიწზედა ფოსოში, წინ ვიჯექი და ხელით გამასინჯა წარმონაქნი. მითხრა, რასაც ხელით გასინჯავ არასოდეს დაგავიწყდებაო.

ვესწრებოდით მის მიერ ჩატარებულ ოპერაციებს. შეგვიმჩნევია, გადაშლილი ანატომიური ატლასი ედო მალალ სკამზე, ოპერაციის მსვლელობას შეაჩერებდა, ატლასს ჩახედავდა და ოპერაციას უბრუნდებოდა გაგონილი მქონდა, რომ გარკვეული პერიოდი ოპერაციული ქირურგიისა და ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრაზე მოღვაწეობდა, გამიკვირდა ანატომიას ახლა ეცნობათქო. წლების შემდეგ და ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრის ასპირანტი გავხდი მივხდი ამას დიდი პასუხისმგებლობის გრძნობა აკეთებინებდა, ატლასის ნორმალურ სურათს ადარებდა პათოლოგიაში ჩაფლულ ანატომიურ წარმონაქმნებს. ამოწმებდა, არაფერი გამორჩენოდა.

ბატონი მიხეილი ხშირად მონაწილეობდა ქირურგთა საერთაშორისო კონგრესებში, უღებდნენ უცხოური კლინიკების კარებს, 1960 წელს ხანგრძლივი ვადით მიიწვიეს ინგლისში, სადაც საჩვენებელი ოპერაციაც კი ჩაატარა.

მიხეილ ჩაჩავამ ეპოქა შექმნა და იგი ერთერთი ბრწყინვალე ვარსკვლავია იმ თანავარსკვლავედში, რასაც მისი წინამორბედნი წარმოადგენდნენ.

უმაღლესი საწვავლებლების მაშინდელი კანონმდებლობით 72 წლის ასაკში 1974 წელს, კათედრის მეცნიერ-კონსულტანტად გადაიყვანეს.

გარდაიცვალა 1983 წლის 14 ივნისს.

მიხეილ ჩაჩავას დროს (1971 წელს) კათედრაზე მუშაობდნენ პროფესორები: მარიამ კვიციანი (1927), ლეონიდე დვალი (1967). დოცენტი: ანატოლი ტოგონიძე



სურათი 13. პროფესორი მიხეილ ჩაჩავა

(1949). ასისტენტები: ქეთევან უზნაძე (1959), პარმენ კახიძე (1967), გრიგოლ კუზანოვი (1967), გურამ მაგლობლიშვილი (1968), ვახტანგ მეტრეველი (1968).

პროფესორი ბიორბი ბოჭორიშვილი

1974 წლიდან 1981 წლამდე კათედრას განაგებდა პროფესორი გიორგი ბოჭორიშვილი.

გრიგოლ მუხაძის მოწაფეთა მეორე თაობის გამორჩეული პიროვნება. თბილისის სახელმწიფო ინსტიტუტის კურსდამთავრებული. ინსტიტუტის დამთავრებისთანავე 1941 წელს ფრონტზე გაიწვიეს, სადაც დაკარგა ქვემო კიდური ბარძაყის დონეზე. თვითონვე მოახერხა ჰემოსტაზი ბარძაყის არტერიის დახშობით.

ძლიერი პიროვნება, შეუდრეკელი, ენერგიული. ბრწყინვალე ქირურგი და პედაგოგი, შთამბეჭდავი ლექციებით.

იყო წარმატებული ტრავმატოლოგი. ხშირად, ლექციებზე აწარმოებდა ქირურგიული მანიპულაციების დემონსტრირებას.



სურათი 14. პროფესორები მიხეილ ჩაჩავა და გიორგი ბოჭორიშვილი

მსცოვანი პროფესორი, ქირურგიის პატრიარქი ბატონი გოგი კაკოიშვილი ასე იგონებს პროფესორ ბოჭორიშვილს: „გრიგოლ მუხაძის, დიდი და საყვარელი მოწაფე – ბატონი გოგი (გიორგი) ბოჭორიშვილი – მრავალმხრივი ქირურგი, მეცნიერი და პედაგოგი იყო მისი აღზრდილია ქართველ ექიმთა არაერთი თაობა. იგი უყურადღებოდ არ ტოვებდა საქართველოს არც ერთ კუთხეს და ადგილზე უწევდა დახმარებას პაციენტებს, და გვერდში ედგა რაიონული საავადმყოფოების ქირურგებს, რომელთა უმრავლესობის ქირურგებად ჩამოყალიბების საქმეში ბატონ გოგი ბოჭორიშვილს დიდი ღვაწლი მიუძღვის“.

ბატონი გიორგი მეტად პროდუქტიული მეცნიერი და პედაგოგი იყო. 18 წიგნის ავტორი, რომელთაგან 4 ზოგადი ქირურგიის სახელმძღვანელოა, მათ შორის პრაქტიკული მეცადინეობისათვის განკუთვნილი. ამ წიგნებით მან დიდი სამსახური გაუწია ზოგადი ქირურგიის საგანს.

ერთ-ერთმა პირველმა დანერგა საქართველოში თრომბოემბოლიური დაავადების აქტიური მკურნალობის მეთოდი. განსაკუთრებული ინტერესით შეისწავლიდა ურგენტულ ქირურგიას, სისხლძარღვთა ქირურგიას, დამწვრობასა და მოტეხილობას.

1981 წლიდან გადავიდა ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრის პროფესორად.

რამდენიმე თვის წინ საქართველოს გრ. მუხაძის ქირურგთა ასოციაციამ სპეციალური სხდომა მიუძღვნა და ღირსეულად აღნიშნა ბატონი გოგის დაბადების 100 წლისთავი.

გიორგი ბოჭორიშვილის პერიოდში კათედრაზე მოღვაწეობდნენ პროფესორები: ლეონიდე დვალი, ვახტანგ მეტრეველი, ქეთევან უზნაძე. დოცენტი: ანატოლი ტოგონიძე. ასისტენტები: პარმენ კახიძე, გიორგი კუზანოვი, ოთარ თევდორაძე. უფროსი ლაბორანტი ავთანდილ სალინაძე.

პროფესორი ბივი გონჯილაშვილი

1981 წლიდან 1999 წლამდე ზოგადი ქირურგიის კათედრის გამგე ბატონი გივი გონჯილაშვილია.

კათედრის გამგედ მის მოსვლას მნიშვნელოვანი დროით უსწრებდა წინ საზოგადოებაში მისი, ქირურგიულ სარბიელზე მოპოვებული ავტორიტეტი და ცნობადობა.

თსსი-ის 1956 წელს დამთავრების შემდეგ გაიარა კლინიკური ორდინატურა მიხეილ ჩაჩავასთან, რის შემდეგაც დამოუკიდებელად გადაეშვა პრაქტიკულ საქმიანობაში, ჯერ აფხაზეთში, სადაც უკვე აწარმოებდა მაშინდელი დროისათვის ქირურგიული ტექნიკის მაღალ პილოტაჟად მიჩნეულ ოპერაციას – კუჭის რეზექციას. მას იყენებდა, როგორც გემიური ავადმყოფების სამკურნალოდ, ასევე ურგენტულ შემთხვევებში.

გორში, განსაკუთრებულად გაითქვა სახელი, როგორც გულსხმიერმა დასტაქარმა, რომელიც არ უშინდებოდა წინააღმდეგობას, ტაქტიკიანად და ჰუმანურად გადალახავდა მას.

გამბედაობა და ბრძოლის უნარი ყოველთვის ჭარბად ჰქონდა, მაგრამ იღბალიც არ ლალატობდა.

დისერტაციის დაცვის შემდეგ, სამი წელი, საფაკულტეტო ქირურგიის კათედრაზე მოღვაწეობდა პროფესორ ეგნატე ფიფიასთან. ბატონი ეგნატე გამორჩეულად



სურათი 15. პროფესორი გოგი ბოჭორიშვილი



სურათი 16. პროფესორი გივი გონჯილაშვილი

აფასებდა გონჯილაშვილის შესაძლებლობებს, იმდენად რომ, როცა მის ვაჟიშვილს პროფესორ ვახტანგ ფიფიას აპენდიციტიმა შემოუტია გივის დაავალა ოპერაციის წარმოება.

1972 წლიდან ბატონი გივი სისხლის გადასხმის ინსტიტუტის ქირურგიულ სამსახურს ხელმძღვანელობს. აქ, მისი საქმიანობის სფეროს დაემატა ქირურგიის უმძიმესი მიმართულება პორტული ჰიპერტენზია, ამ პერიოდში აქტიურად თანამშრომლობდა პროფესორ პაციორასთან და კიმ ცაცანიდთან მოსკოვის პორტული ჰიპერტენზიის ცენტრში.

ჰქონდა ორიგინალური ნოვაციები. მაგალითად ღვიძლის, უკანა სეგმენტებით, გადანაცვლება რეტროპერიტონულ სივრცეში პორტა-კავალური ანსტომოზების შექმნის მიზნით, ეს მეთოდი დაინერგა მოსკოვის პორტული ჰიპერტენზიის ცენტრში.

ბატონი გივი ვრიგოლ მუხაძის სკოლის მესამე თაობად თვლიდა თავს. უშუალო მასწავლებლებად მიხილ ჩაჩავა და ეგნატე ფიფია ეამყებოდა.

ბატონი გივი თვითნაბადი, ღვთისგან ხელდასხმული ბედნიერი ქირურგი იყო.

ბედნიერი იყო პირად ცხოვრებაშიც. ოჯახი ქალბატონ დეზი ჩაგანავასთან შექმნა და მასთან ერთად მამულს სამი სასიქადულო შვილი აღზარდა, რომელთაც ქართული საზოგადოება კარგად იცნობს.

პოეზიის მოყვარული, თვითონ პოეტური სულის მქონე, ვაჟა-ფშაველას აღმერთებდა განსაკუთრებით უყვარდა ვაჟას ლექსი „ვედრება“, ქირურგის სული ტრიალებს ამ ლექსშიო მეტყოდა.

გასულ წელს თებერვალში 90 წლის გივი გონჯილაშვილი შვილების და შვილიშვილების გარემოცვაში მიიცვალა, შეუერთდა მის წინამორბედ დასტაქართა, მასწავლებელთა ბრწყინვალე თანავარსკვლავედს.

პროფესორ გონჯილაშვილის დროს კათედრაზე სხვადასხვა დროს მოღვაწეობდნენ პროფესორები: ლეონიდე დვალი, ვახტანგ მეტრეველი, ქეთევან უზნაძე, გურამ მაგლობლიშვილი, ნუგზარ ტოგონიძე, თამაზ ჩხიკვაძე. დოცენტები: გიორგი კუზანოვი, ოთარ თევდორაძე, ილია ჭანუყვაძე. ასისტენტები: ვასილ არჩვაძე, გია ბარამიძე, იოსებ მაგლობლიშვილი. უფროსი ლაბორანტი ავთანდილ სალინაძე.

პროფესორი თამაზ ჩხიკვაძე

1999 წლიდან 15 წლის განმავლობაში კათედრას, რომელსაც შემდგომ დაერქვა ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი, უძღვებოდა პროფესორი თამაზ ჩხიკვაძე, მან პირველმა დანერგა კლინიკაში ექსტრაკორპორალური დეტოქსიკაციის მეთოდი - ჰემოსორბცია და გაწოვადი საკერი მასალის ამიცელონის გამოყენება. მისი რედაქტორობით და მონაწილეობით კათედრის წევრებმა გამოსცეს „ზოგადი ქირურგიის“ სახელმძღვანელო.

კათედრა დღეს

ყოველწლიურად 1000 სტუდენტი გაივლის ორ სემესტრიან სასწავლო კურსს.

ამჟამად, 320 უცხოენოვანი, 21 რუსულენოვანი, 110 საზოგადოებრივი მედიცინის და 520 მედიცინის ფაკულტეტის სტუდენტი გადის ფუნდამენტური საგნის „ზოგადი ქირურგიის კურსს“.

კათედრაზე ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში შესრულებულია 21 სამეცნიერო შრომა, რომელთაგან 4 უცხოეთის პრესტიჟულ ჟურნალებშია გამოქვეყნებული, ერთი მონოგრაფია ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამოიცა 2016 წელს. კათედრის თანამშრომლები მოღვაწეობენ რესპუბლიკურ და უცხოური ჟურნალების სარედაქციო კოლეგიებში. თავის დროს კათედრის ახლანდელი თანამშრომლების მიერ საქართველოში პირველად დაინერგა მკერდის ლიმფური სადინრის დრენირების მეთოდი, ენტირალური კვების ორგინალური მეთოდი, საზარდულის თიაქარკვეთის ნოვაციები. კათედრის თანამშრომელი აწარმოებდა სხივური ტრავმით გამოწვეული დაავადებების მეცნიერულ კვლევასა და მკურნალობას. ამჟამად, საბჭოზე დამტკიცებულია და მუშავდება ექსპერიმენტული კვლევის სამი სადოქტორო დისერტაცია.

დღეს დეპარტამენტი განთავსებულია რესპუბლიკური საავადმყოფოს ბაზაზე და თვითონ არ არის კლინიკის სტრუქტურაში. იმედი გვაქვს, რომ ეს დროებითი მდგომარეობაა.

მინდა აღვნიშნო უანგარო დახმარება რაც დეპარტამენტს გაუწია პროფესორმა გია ნემსაძემ. უკვე მეოთხე წელია მის ბაზას ვიყენებთ კლინიკური სწავლებისათვის,



სურათი 17. ზოგადი ქირურგიის კათედრა (1997). პროფესორები: გივი გონჯილაშვილი, თამაზ ჩხიკვაძე, გურამ მგალობლიშვილი; დოცენტები; დავით ხაზარაძე, ვასილ არჩვაძე; კათედრის ლაბორანტი დავით ჯიქია; ორდინატორი მამუკა გონჯილაშვილი. განყოფილების გამგეები: ზურაბ თურმანიძე, კახა ჭუბაბრია; კლინიკის ექიმები: მალალო ლორთქიფანიძე, მანანა არაბიძე, ჯამბულ ბარბაქაძე, თეიმურაზ კანდელაკი, თამილა სუმბაძე, ვაჟა ლორია, ნიკა გოჩაშვილი, გიორგი უთურგაშვილი, გიორგი თურმანიძე.

იგი სასწავლო პროცესშიცაა ჩართული და ლექციებსაც უკითხავს სტუდენტთა გარკვეულ კატეგორიას.

ასევე, მადლიერებას გამოვხატავ უნივერსიტეტის საპატიო პროფესორის ელგუჯა გოცირიძის მიმართ,

ლუდუშაურის სახელობის კლინიკაში ჩვენი სტუდენტებისთვის პრაქტიკული მეცადინეობის პირობების შექმნისათვის. ასეთივე მადლიერებით მოვიხსენიებ თბილისი სიტი მედიკალის და პინეოს კლინიკებს.



სურათი 18. ზოგადი ქირურგიის კათედრა დღეს (თსსუ ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი, 2018); პროფესორი ილია ჭანუყვაძე, ასოცირებული პროფესორი ვასილ არჩვაძე, ასისტენტ-პროფესორები: ნანა ხოტენაშვილი, დავით ჯიქია, სასწავლო ნაწილის ხელმძღვანელი: როსტომ ცხვედიანი; მოწვეული პროფესორები: გიორგი კაკოიშვილი, დავით ხაზარაძე, მოწვეული პედაგოგები: გია თაბერძე, გიორგი მერაბიშვილი, თეა ზურაბიშვილი.

მუცლის ტკივილის სადიაგნოსტიკო გამოწვევები გადაუდებელ ქირურგიაში (კლინიკური რეკომენდაციები)

დავით ჯიქია¹, თამაზ ჩხიკვაძე², ვასილ არჩვაძე¹

¹თსუ ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი, ²შპს ალ. ალადაშვილის სახელობის კლინიკა

პასუხისმგებელი პირი: დავით ჯიქია, d.jiqia@tsmu.edu

რეზიუმე | მუცლის ტკივილი დღესაც კრიტიკული მედიცინის სადიაგნოსტიკო გამოწვევად რჩება. მუცლის ტკივილი გადაუდებელი მომართვების 5-10%-ს შედგენს. აქედან, ამბულატორულად გაწერილ პაციენტთა 25%-ში და სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტთა 35-40%-ში დიაგნოზი არადიფერენცირებულია. დიფერენციალური დიაგნოზის არეალი ძალზე ფართო და მრავალფეროვანია, მოიცავს ინტრააბდომინურ და ექსტრა-აბდომინურ ქირურგიულ თუ არაქირურგიულ პათოლოგიებს. ასოცირებული სიმპტომები ხშირად მოკლებულია სპეციფიკურობას. ნაშრომში წარმოდგენილია მუცლის ტკივილის კლასიფიცირების სხვადასხვა ვარიანტები და მათი გამოყენების მნიშვნელობა მუცლის ტკივილის დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში. ასევე, ყურადღება გამახვილებულია ანამნეზის შეკრების მნიშვნელობაზე და ანალგეზიის საკითხებზე გადაუდებელი დახმარების დანაყოფებში. მოცემულია ფიზიკალური კვლევის ალგორითმი. ვფიქრობთ, ნაშრომი საინტერესო იქნება გადაუდებელი დახმარების ექიმებისათვის, ქირურგებისთვის სტუდენტებისათვის.

საკვანძო სიტყვები: მუცლის ტკივილი, გადაუდებელი ქირურგია, მუცლის ტკივილის დიფერენციალური დიაგნოზი

ღეჟინიცია

ცხრილი 1. დაავადებით მოცული კლინიკური ფგომარეობები

მუცლის ტკივილი დღესაც კრიტიკული მედიცინის სადიაგნოსტიკო გამოწვევად რჩება. მუცლის ტკივილი გადაუდებელი მომართვების 5-10%-ს შედგენს. აქედან, ამბულატორულად გაწერილ პაციენტთა 25%-ში და სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტთა 35-40%-ში დიაგნოზი არადიფერენცირებულია.

დიფერენციალური დიაგნოზის არეალი ძალზე ფართო და მრავალფეროვანია, მოიცავს ინტრააბდომინურ და ექსტრააბდომინურ ქირურგიულ თუ არაქირურგიულ პათოლოგიებს. ასოცირებული სიმპტომები ხშირად მოკლებულია სპეციფიკურობას.

განსაკუთრებულ ჯგუფს განეკუთვნება ხანდაზმული, იმუნოკომპრომეტირებული, რეპროდუქციული ასაკის ქალი პაციენტები, ასევე თანმხლები (მაგ.: შაქრიანი დიაბეტი) და სისტემური დაავადებების მქონე პაციენტები. ასეთ შემთხვევებში ხშირია არასპეციფიკური ჩივილები, ატიპური სიმპტომები და მიმდინარეობა, რაც დაგვიანებულ დიაგნოსტიკას განაპირობებს.

მუცლის ტკივილის კლასიფიკაცია და დიფერენციალური დიაგნოზი

მუცლის ტკივილს მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა ICD 10 კლასიფიკატორში; დაავადებით მოცული კლინიკური მდგომარეობები წარმოდგენილია ცხრილში 1.

წარმოშობის მიხედვით მუცლის ტკივილი შესაძლოა იყოს ინტრააბდომინური, ექსტრააბდომინური, მეტაბოლური ან ნეიროგენული (სქემა 1).

დასახელება	კოდი
ნოზოლოგია, მდგომარეობა	ICD 10
მწვავე მუცელი	R10.0
ტკივილი ლოკალიზებული მუცლის ზემო ნაწილში	R10.1
მუცლის სხვა ქვედა ნაწილებში ლოკალიზებული ტკივილი	R10.3
სხვა და დაზუსტებული ტკივილი მუცლის არეში	R10.4
მუცლის რიგილობა (დაჭიმულობა)	R19.3

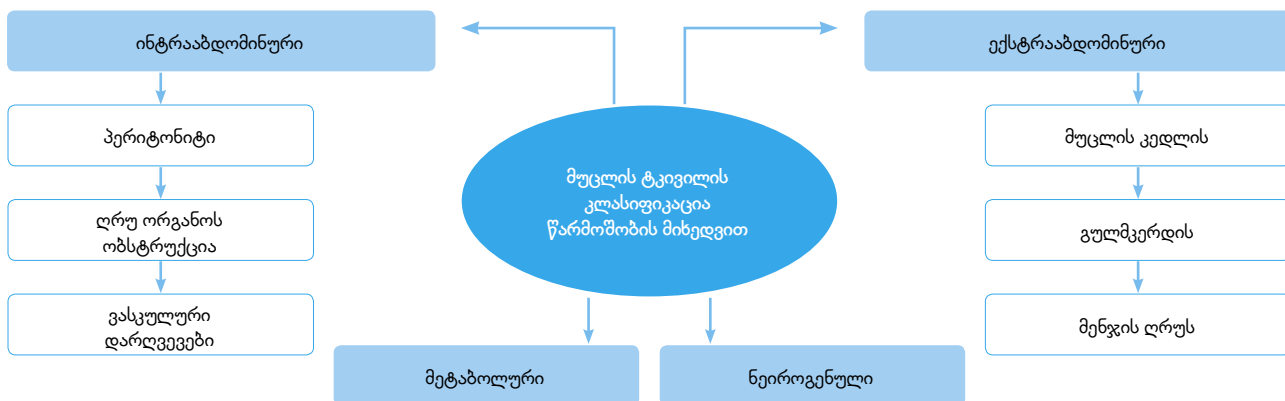
მუცლის ტკივილი ტიპის მიხედვით შეიძლება იყოს ვისცერული, სომატური, ანგიოგენური ან ირადირებული (სქემა 2)

ტკივილი დაზიანებული ქსოვილის რეცეპტორების აგზნების შედეგია; არსებობს რეცეპტორების ორი ჯგუფი: - ვისცერული პოლიმოდალური რეცეპტორები, რომელთა სუსტი გალიზიანება იძლევა ინფორმაციას ორგანოს მდგომარეობის შესახებ, ძლიერი გალიზიანება კი – ტკივილის შეგრძნებას;

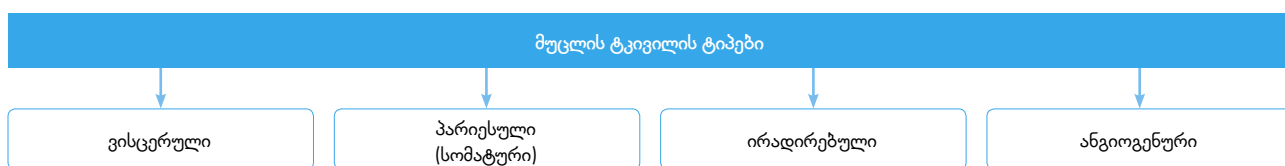
- სომატური ტკივილის მექანორეცეპტორები (ნოციცეპტორები), რომელთაც აქვთ მგრძნობელობის მაღალი ზღურბლი და მათი სტიმულაცია იწვევს ტკივილს.

შესაბამისად, განარჩევენ ტკივილის შემდეგ სახეებს: ვისცერული – წარმოიქმნება უშუალოდ დაზიანებულ ორგანოში (სურათი 1), აქვს მძიმე ხასიათი და ჩვეულებრივ თან ახლავს ოფლდენა, გულისრევა, პირღებინება, კანის მკვეთრი სიფერმკრთალე. ასეთი ტკივილი შესაძლებელია

სქემა 1. მუცლის ტკივილის კლასიფიკაცია წარმოშობის მიხედვით



სქემა 2. მუცლის ტკივილის ტიპები

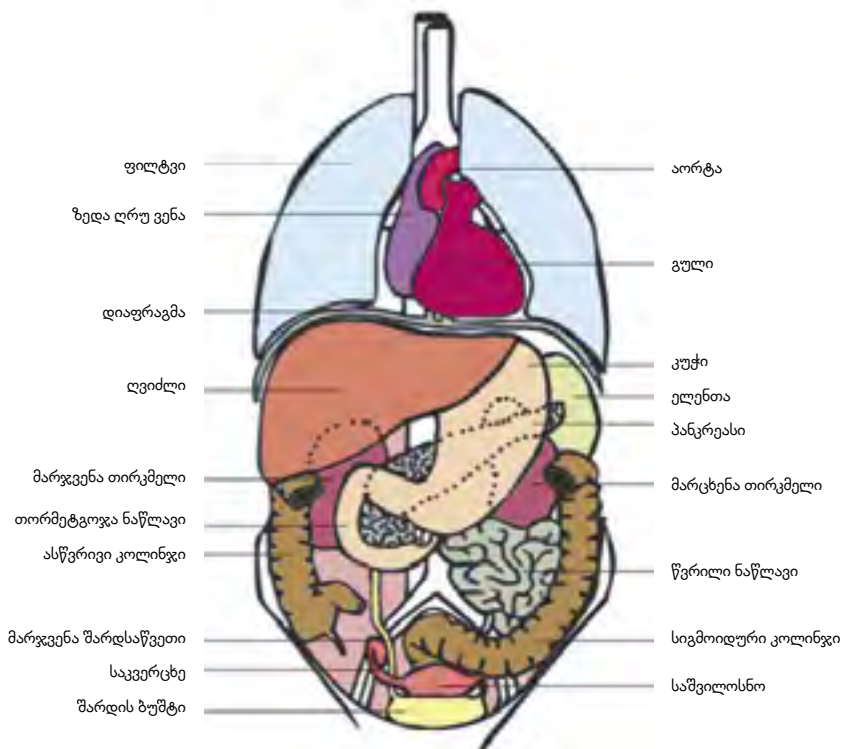


ლოკალიზდეს (მიგვანიშნოს პაციენტმა) ეპიგასტრიუმში, ჭიპის მიდამოში ან ბოქვენის სიმფიზს ზემოთ.

სომატური რეცეპტორებით მდიდარია პერიტონეუმი (ასეთ ტკივილს ხშირად პარიესულსაც უწოდებენ), ბადექონი, ისინი გვხვდება სანაღვლე გზებსა და შარდსაწვეთებშიც. ამ სახის ტკივილი გამოირჩევა მაღალი ინტენსივობით და პაციენტი კარგად მიგვანიშნებს მის ლოკალიზაციას.

არეკლილი ტკივილი მუცლის ღრუში წარმოიქმნება დაზიანებული ორგანოს ძალზე ძლიერი გაღიზიანებისას და აღინიშნება თავის ტვინის, ტვინის გარსების დაავადებების და სხვა შინაგანი ორგანოების პათოლოგიებისას.

პირობითად გამოყოფენ მუცლის ტკივილის ორ მიზეზს: მუცლის ღრუს ორგანოების შებერვა (ვისცერული ტკივილი) და პერიტონეუმის გაღიზიანება (პარიესული ტკივილი).

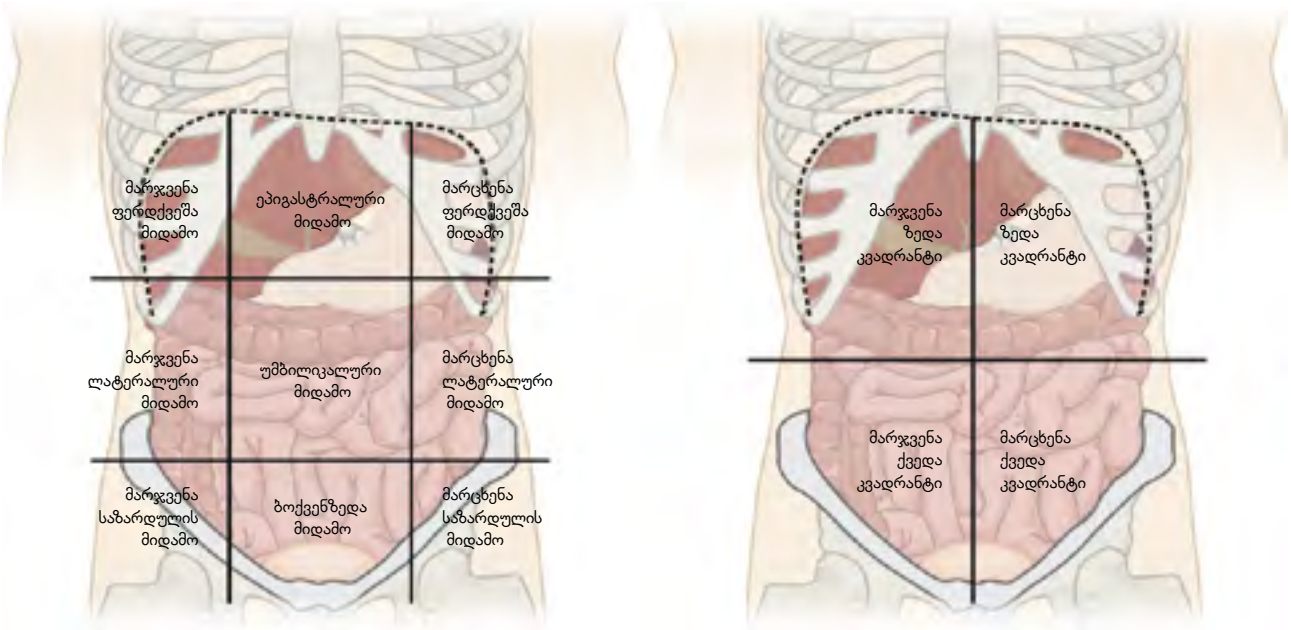


სურათი 1. მუცლის ტკივილის გამომწვევი ვისცერული ორგანოები

მუცლის წინა კედლის ტოპოგრაფიული დაყოფა

კლინიკურ პრაქტიკაში, განსაკუთრებით გადაუდებელი დახმარების დანაყოფებში, მეტად მნიშვნელოვანია, მუცლის ტკივილის ტოპოგრაფიის შეფასება. ტკივილის ტიპის, ლოკალიზაციის და ტოპოგრაფიის მიხედვით შესაძლებელია წარნატებული დიფერენციული დიაგნოსტიკის გატარება.

მიღებულია მუცლის წინა კედლის და, შესაბამისად, მუცლის ღრუს დაყოფა ნახევრებად, კვადრანტებად და მიდამოებად (იხ. სურათი 2).
სადიაგნოსტიკო ალგორითმში მეტად მნიშვნელოვანია მუცლის ტკივილის მიზეზების კლასიფიცირება რეგიონული განაწილების პრინციპების მიხედვით (ცხრილი 2).



სურათი 2. მუცლის წინა კედლის დაყოფის ვარიანტები

ცხრილი 2. მუცლის ტკივილის მიზეზების კლასიფიკაცია მუცლის რეგიონების მიხედვით

ეპიგასტრიუმი	
გული	<ul style="list-style-type: none"> • მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი; • პერიკარდიტი.
საყლაპავი, კუჭი, ნაწლავები	<ul style="list-style-type: none"> • ეზოფაგიტი; • გასტრიტი; • კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული; • კუჭის კიბო; • დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი და მისი გართულებები; • საყლაპავის პერფორაცია (ბურჰავეს სინდრომი); • კარდის ახალაზია.
პანკრეასი	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე პანკრეატიტი; • კუჭქვეშა ჯირკვლის სიმსივნეები.
სხვა მიზეზი	<ul style="list-style-type: none"> • აპენდიციტი (კოხერის სიმპტომი აპენდიციტის დებიუტში). • მცერდის ძვლის მოტეხილობა; • ტიტცეს სინდრომი (ნეკნების ხრტილოვანი ნაწილის დეგენერაციულ-ანთებითი ცალმხრივი დაავადება).
მარჯვენა ფერდქვეშა და ლატერალური მიდამო	
ფილტვები, გულმკერდის ყაფაზი	<ul style="list-style-type: none"> • პნევმონია (ქვედა წილები); • ფილტვის აბსცესი; • პლევრიტი;
პულმონური ემბოლიზმი, გულმკერდის ყაფაზის დაუეყოლები, ნეკნების მოტეხილობა;	<ul style="list-style-type: none"> • გასტრიტი; • კუჭის წყლული; • კუჭის წყლულის პერფორაცია; • კუჭის მწვავე გაგანიერება.
პანკრეასი	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე პანკრეატიტი • პანკრეასის თავის სიმსივნეები.
მარჯვენა თირკმელი	<ul style="list-style-type: none"> • შარდკენჭოვანი დაავადება; • პიელონეფრიტი; • თირკმლის ყვავი.
გული	<ul style="list-style-type: none"> • მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი; • სტენოკარდია; • პერიკარდიტი.
ნაწლავები	<ul style="list-style-type: none"> • აპენდიციტი აპენდიქსის ლვიძქვეშა მდებარეობისას; • განივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევრი სიმსივნეები.
ლვიძლი	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე ჰეპატიტი (ნებისმიერი ეტიოლოგიის); • ჰეპატომეგალია (ნებისმიერი ეტიოლოგიის); • სეკესტრული კრიზი სისხლის ლვიძლში დეპონირებით (ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია); • ლვიძლის სიმსივნეები (კეთილ- და ავთვისებიანი);

ცხრილი 2-ის გაგრძელება შემდეგ გვერდზე

ცხრილი 2-ის გაგრძელება (დასაწყისი წინა გვერდზე)

<ul style="list-style-type: none"> • ღვიძლის აბსცესი; • ღვიძლის ტრავმა.
სანაღველე გზები
<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე ქოლეცისტიტი; • ნაღვლოვანი კოლიკა; • ქრონიკული ქოლეცისტიტი; • სანაღველე გზების დისკინეზია; • ნაღველ-კენჭოვანი დაავადება.
თორმეტგოჯა ნაწლავი
<ul style="list-style-type: none"> • თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამწვავება; • მწვავე დუოდენიტი; • თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია.
სხვა მიზეზები
<ul style="list-style-type: none"> • სუბდიაფრაგმული აბსცესი; • მუცლის კედლის ტრავმა; • ჰერპეს ზოსტერი; • ღვიძლქვეშა აბსცესი.

მარცხენა ფერდქვეშა და ლატერალური მიდამო
ფილტვები, გულმკერდის ყაფაზი
<ul style="list-style-type: none"> • პნევმონია (ქვედა წილები); • ფილტვის აბსცესი; • პლევრიტი; • პულმონური ემბოლიზმი, გულმკერდის ყაფაზის დაუჭილობები, ნეკნების მოტეხილობა; • გასტრიტი; • კუჭის წყლული; • კუჭის წყლულის პერფორაცია; • კუჭის სიმსივნეები (კეთილ- და ავთვისებიანი)
პანკრეასი
<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე პანკრეატიტი • პანკრეასის კუდის სიმსივნეები; • პანკრეასის კისტა და ფსევდოკისტა.
მარცხენა თირკმელი
<ul style="list-style-type: none"> • შარდკენჭოვანი დაავადება; • პიელონეფრიტი; • თირკმლის ქვალაი.
გული
<ul style="list-style-type: none"> • მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი; • სტენოკარდია; • პერიკარდიტი.
ნაწლავები
<ul style="list-style-type: none"> • განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევრის სიმსივნეები.
სხვა მიზეზები
<ul style="list-style-type: none"> • სუბდიაფრაგმული აბსცესი; • მუცლის კედლის ტრავმა; • ჰერპეს ზოსტერი; • ელენთის დაზიანება

მუცლის ცენტრალური არე (პერიუმბილიკალური)
პანკრეასი
<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე პანკრეატიტი; • კუჭქვეშა ჯირკვლის სიმსივნეები
ნაწლავები
<ul style="list-style-type: none"> • ნაწლავთა ობსტრუქცია; • მეზენტერული იშემია (არტერიული ემბოლიზმი (50%), არტერიული თრომბოზი (15%), არაკლუზიური მეზენტერული იშემია (20%) და ვენური თრომბოზი (15%)), ნაწლავის ინფარქტი (ადრეული ეტაპი);

<ul style="list-style-type: none"> • მუცლის აორტის ანევრიზმა (განშრევა, გასკდომა); • დივერტიკულიტი (წვრილი და მსხვილი ნაწლავის); • გასტროენტერიტი; • დიდი ბადექონის შემოგრება.
სხვა მიზეზები
<ul style="list-style-type: none"> • ენდოკრინული დაავადებები (შაქრიანი დიაბეტი, თირეოტოქსიკოზი და სხვ.); • ურემია და სხვა მეტაბოლური დარღვევა; • ლეიკოზი; • ტკივილის კრიზი – ნამგლისებურეფრედოვანი ანემია; • თიაქრები: ჭიპის, პოსტოპერაციული, თეთრი ხაზის, პარაუმბილიკალური.

მარჯვენა თეძოს ფოსო
ქალის სასქესო ორგანოები
<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე სალპინგიტი; • პიოსალპინქსი; • ექტოპური (საშვილოსნოს გარე) ორსულობა; • საკვერცხის კისტის შემოგრება; • ენდომეტრიოზი; • ოვულაციური ტკივილი.
სისხლძარღვები
<ul style="list-style-type: none"> • თეძოს არტერიის ანევრიზმა
ნაწლავები
<ul style="list-style-type: none"> • პელვიორექტული პარაპროქტიტი; • ბრმა ნაწლავის პერფორაცია (ახალწარმონაქმნი, უცხო სხეული, დივერტიკულიტი); • აპენდიციტი; • მწვავე მეზოადენიტი; • ტერმინალური ილეიტი (კრონის დაავადება); • მეკელის დივერტიკული მწვავე ანთება; • ტიფლიტი (ნეიტროპენიისას); • კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის „მიფარებული“ პერფორაცია.
სხვა მიზეზები
<ul style="list-style-type: none"> • საზარდულის თიაქრის ჩაჭედვა; • სპიგელის თიაქარი; • შარდკენჭოვანი დაავადება; • ფსოას აბსცესი; • ჰერპეს ზოსტერი; • პოსტოპერაციული გენტრალური თიაქარი.

მარცხენა თეძოს ფოსო
ქალის სასქესო ორგანოები
<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე სალპინგიტი; • პიოსალპინქსი; • ექტოპური (საშვილოსნოს გარე) ორსულობა; • საკვერცხის კისტის შემოგრება; • ენდომეტრიოზი.
სისხლძარღვები
<ul style="list-style-type: none"> • თეძოს არტერიის ანევრიზმა
ნაწლავები
<ul style="list-style-type: none"> • პელვიორექტული პარაპროქტიტი; • განივი კოლინჯის მარცხენა ნახევრის დივერტიკულიტი; • დაღმავალი კოლინჯის პერფორაცია (ახალწარმონაქმნი, უცხო სხეული); • დოლიქოსიგმა.
სხვა მიზეზები
<ul style="list-style-type: none"> • საზარდულის თიაქრის ჩაჭედვა; • სპიგელის თიაქარი; • შარდკენჭოვანი დაავადება; • ფსოას აბსცესი; • ჰერპეს ზოსტერი; • კოლინჯის ციცვის შემოგრება

მუცლის ტკივილის დიფერენციალური დიაგნოზი (ცხრილი 3)

სიცოცხლისათვის საშიში გადაუდებელი მდგომარეობები:

1. მუცლის აორტის ანევრიზმა (მაა)

მუცლის აორტის მაქსიმალური დიამეტრი ნორმაში შეადგენს დაახლოებით 3სმ-ს. ამდენად, 3სმ-ზე მეტად გაგანიერებული აორტა ითვლება პათოლოგიად.

აორტის ანევრიზმა 22%-ში უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, 78%-ში კი ვლინდება ირიბი კლინიკური ნიშნებით;

აორტის ანევრიზმის გასკდომისათვის დამახასიათებელია სიმპტომების ტრიადა: ტკივილი მუცელსა და წელის არეში, კოლაფსი, მოპულსირე წარმონაქმნის არსებობა მუცლის ღრუში.

ატიპური მიმდინარეობის გამო შემთხვევათა 30%-ში შესაძლებელია დიაგნოსტიკური შეცდომა.

რეტროპერიტონული გასკდომისას – ტკივილი მუცლის ხასიათისაა, მისი ხასიათი და ირადიაცია დამოკიდებულია რეტროპერიტონული ჰემატომის ლოკალიზაციასა და მოცულობაზე; ტკივილის ხარისხი არ შეესაბამება მუცლის წინა კედლის მხრივ გამოვლენილ სიმპტომებს, რომლებიც ძალზე ზომიერია; მნიშვნელოვანი სიმპტომია მოპულსირე წარმონაქმნის აღმოჩენა მუცლის ღრუში (სადიაგნოსტიკო ღირებულება 70-80%); სისხლდენა (თუკი იგი გამოხატულია) გადამწყვეტია მაა-ს გასკდომის კლინიკური დიაგნოზის დადგენაში (ჰიპოტენზია, კოლაფსი ცნობიერების მოშლით) და 20%-ში გვხვდება. სხვა შემთხვევაში შინაგანი სისხლდენის გამოვლინებები ზომიერადაა გამოხატული.

ინტრააბდომინური გასკდომისას სახეზეა ძალზე მძიმე კლინიკური გამოვლინებები: შინაგანი სისხლდენის მზარდი სურათი და ჰემორაგიული შოკი. მუცელი შეზერილია, დიფუზურად მტკივნეულია და შროტინბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია. პერკუტორულად – თავისუფალი სითხის არსებობა ღრუში. ელვისებური მიმდინარეობის გამო სიკვდილი დგება ძალზე სწრაფად.

მაა-ს ქვემო ღრუ ვენაში გახსნისას ავადმყოფი უჩივის სისუსტეს, ქოშინს, გულისცემის გაძლიერებას. ლოკალურად ტკივილია მუცლისა და წელის არეში, ისინჯება მოპულსირე წარმონაქმნი მუცლის ღრუში და მის საპროექციოდ სისტოლურ-დიასტოლური შუილის არსებობა. ეს სიმპტომები ვლინდება თანდათან, მაგრამ მკვეთრად პროგრესირებს და ყალიბდება მძიმე გულის უკმარისობა.

მაა-ს თორმეტგოჯა ნაწლავში გახსნისას ვლინდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან პროფუზული სისხლდენა: უცარი კოლაფსი, ჰემატემეზისი, მელენა ან დეფეკაცია მუქი შინდისფერი თხიერი მასებით. ამ სიმპტომოკომპლექსისას დიფერენცირება ძალზე რთულია.

მაა-ს რისკი განსაკუთრებით მაღალია 60 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში, ვისაც ანამნეზში აღენიშნება ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები, ჰიპერტენზია, ნიკოტინდამოკიდებულება, აქეთ ოჯახური ანამნეზი.

2. მეზენტერული იშემია

მწვავე მეზენტერული იშემია შეიძლება დიფერენცირდეს 4 ჯგუფად: არტერიული ემბოლიზმი (50%),

არტერიული თრომბოზი (15%), არაინკლუზიური მეზენტერული იშემია (20%) და ვენური თრომბოზი (15%). მეზენტერული იშემია მაღალი ლეტალობით ხასიათდება, თუმცა გართულებულია მისი ურგენტულად დიაგნოსტიკა.

მწვავე მეზენტერული იშემიისას სწრაფად ვლინდება მწვავე პერიუმბილიკალური აბდომინური ტკივილი, რომელიც არ შეესაბამება ფიზიკალური კვლევისას გამოვლენილ ნიშნებს; ხშირად, აღნიშნულს თან ერთვის მრავალჯერადი გულისრევა და პირღებინება. მაღალი რისკის პაციენტებში უცარი ტკივილი, ასოცირებული პერიტონეუმის გალიზიანების სხვა ნიშნებთან და ჰიპერპერისტალტიკასთან წარმოადგენს ეჭვის საფუძველს.

მეზენტერული იშემიის განვითარების რისკ-ფაქტორებია: ხანდაზმული ასაკი, ათეროსკლეროზი, გულის დაბალი წუთმოცულობა, კარდიალური არითმიები (მაგ.: წინაგულთა ფიბრილაცია), გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი და მუცლის ღრუში არსებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი.

3. პერფორაცია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რომელიმე სეგმენტში

გასტროინტესტინურ პერფორაციათა შორის ყველაზე ხშირი მიზეზი კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციაა. პერფორაციით შეიძლება გართულდეს მწვავე აპენდიციტი, დიფერტიკულიტი, ნაწლავის კედლის იშემია, ტოქსიკური მეგაკოლონი.

კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია ხასიათდება ტკივილის ძალზე მწვავე დასაწყისით (ხანჯლის ჩაცემის მაგვარი ტკივილი), აქვს წყლულოვანი ანამნეზი, გამოხატულია მუცლის წინა კედლის კუნთების რიგიდობა (დეფანსი), პერკუტორულად აღინიშნება ლვიძლის მოყრუების საზღვრების გაქრობა და რენტგენოლოგიურად ვიზუალიზდება ნამგლისებრი კონფიგურაციის თავისუფალი აირი სუბდიფრაგმულად მარჯვნივ.

წყლულოვანი ანამნეზი არ არის პაციენტებში, ვისთანაც პერფორაციის მიზეზი ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებებია.

რაც უფრო ხანდაზმულია პერფორაცია (მაგ.: 24 სთ-ზე გვიან დიაგნოსტირებული), მით მაღალია ლეტალობა.

საჭიროა გამოირიცხოს საყლაპავის სპონტანური გაგლეჯვის სინდრომი (ბურჰავის სინდრომი), რომელიც ხასიათდება სლოკინით, მწვავე პროგრესირებადი ტკივილით გულმკერდსა და ეპიგასტრიუმში, გულისრევის შეგრძნებით.

4. წვრილი ნაწლავის მწვავე ობსტრუქცია

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის მიზეზთა შორის უპირატესს წვრილი ნაწლავის ობსტრუქცია წარმოადგენს. სტრანგულაციის დროს 36 საათამდე ვადაში წარმოებული ოპერაციებისას სიკვდილობა 8%-ს აღწევს, 36 საათის შემდეგ კი – 25%-ს.

წვრილი ნაწლავის ობსტრუქციის ყველაზე ხშირი სიმპტომებია: მუცლის შეზერვა, გულისრევა და პირღებინება (მრავალჯერადი), მოვლითი, სპასტიკური ხასიათის ტკივილები მუცლის ღრუში, აირთა გამოყოფის არ არსებობა.

წერილი ნაწლავის პროქსიმალური ობსტრუქციისას გულისრევა და პირღებინება უფრო ადრე და მწვავედ იწყება დისტალურ ობსტრუქციასთან შედარებით. მუცლის შებერვა კი უფრო ნაკლებად არის გამოხატული.

5. მსხვილი ნაწლავის მწვავე გაუვალობა (ვოლველუსი და სტრანგულაცია)

პაციენტთა უმრავლესობაში ცეკუმის ან მისი ჯორჯლის შემოგრების სიმპტომები წერილი ნაწლავის ობსტრუქციის სიმპტომების ანალოგიურია. გამოხატულია მუცლის ტკივილი, გულისრევა და პირღებინება, დეფეკაცია არ არის. ტკივილს უჩვეულოდ მყარი ხასიათი აქვს და თან ახლავს კოლიკის კომპონენტი. მუცელი უმრავლეს შემთხვევაში დიფუზურად შებერილია; ცხელება, პერიტონიტის ნიშნები და ჰიპოტენზია ნაწლავის კედლის კვდომაზე მიუთითებს.

ცეკუმის შემოგრების რისკ-ფაქტორებია: გადატანილი ოპერაციები მუცლის ღრუს ორგანოებზე, შეხორცებების არსებობა, ქრონიკული ყაზხოზია; ცეკუმის ვოლველუსით გაპირობებული სიკვდილობა 12-17%-ს, ხანდაზმულ პაციენტებში კი – 65%-ს აღწევს.

ვოლველუსის უპირატესი მიზეზი სიგმური ნაწლავია; ამ დროს გამოხატულია მუცლის ტკივილი, მუცლის დაჭიმულობა, დეფეკაცია და აირთა სვლა არ არის. პირღებინება ნაკლებად ვლინდება. ტკივილი მეტად მწვავეა და თან ახლავს კოლიკის კომპონენტი. მუცელი დიფუზურად შებერილია, გამოხატულია ტიმპანიტი.

სიგმის ვოლველუსის ან სტრანგულაციის რისკ-ფაქტორებია: გადატანილი ოპერაციები მუცლის ღრუს ორგანოებზე, შეხორცებების არსებობა, საფალარათო საშუალებების, ტრანკვილიზატორების, ანტიქოლინერგული საშუალებების, განგლიობლოკატორების და პარკინსონიზმის სამკურნალო პრეპარატების ჭარბი გამოყენება.

6. საშვილოსნოს გარე ორსულობა

რეპროდუქციული ასაკის ნებისმიერი ქალის შემთხვევაში, რომელიც მომართავს კლინიკას ჩივილით ტკივილის არსებობაზე მუცელში აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ საშვილოსნოს გარე (ეკტოპიური) ორსულობა.

ყველა ასეთ პაციენტს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეს ადამიანის ქორიონული გონადროტროპინის ტესტი.

რისკ-ფაქტორები: მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები, გადატანილი ტუბულოური ორსულობა, გადატანილი ოპერაცია კვერცხსავალებზე, ენდომეტრიოზის ანამნეზი ან ინტრაუტერინული იმპლანტი.

ეკტოპიური ორსულობა კლასიკურად სიმპტომთა ტრიადით – ამენორეა, მუცლის ტკივილი და ვაგინალური სისხლდენა – ვლინდება. პაციენტთა 30%-ში ვაგინალური სისხლდენა არ არის.

ფიზიკალური კვლევა ხშირად არაინფორმატიულია.

დიაგნოზი დასტურდება ტრანსვაგინალური ულტრა-სონოგრაფიით და/ან ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის ტესტით.

7. პლაცენტის ნაადრევი ამრევება

პლაცენტის ნაადრევი ამრევება კლასიკურად შემდეგი სიმპტომოკომპლექსით ვლინდება: სისხლდენა საშოდან, ძლიერი ტკივილი მუცლის და/ან წელის არეში და საშვილოსნოს შეკუმშვა (გამკვრივება, რიგიდობა, მტკივნეულობა).

სიმპტომები და მიმდინარეობა დამოკიდებულია სისხლდენის ინტენსივობაზე. მცირე ზომის რეტროპლაცენტარული ჰემატომა შეიძლება კლინიკურად არც გამოვლინდეს. ვაგინალური სისხლდენა კორელაციაში არ არის სისხლის დანაკარგთან.

პლაცენტის მწვავე ამრევება ($\geq 50\%$ -ზე) ძალზე მაღალი რისკია როგორც დედის, ისე ნაყოფისათვის; მოსალოდნელი გართულებაა დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედეგების სინდრომი.

პლაცენტის ნაადრევი ამრევება შემთხვევათა 10-20%-ში ვლინდება ნაადრევი მშობიარობით და არა ვაგინალური სისხლდენით. ამდენად მცირე ვაგინალური სისხლდენაც კი თანდართული მუცლის ტკივილთან და საშვილოსნოს რიგიდობასთან დედის და ნაყოფის შეფასების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს.

მიზეზები: ჰიპერტენზია (44%), ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზის მძიმე ფორმა, თირკმლების დაავადებები, საშვილოსნოს ანთებითი და დისტროფიული ცვლილებები, პლაცენტის დეგენერაციული ცვლილებები (დაგვიანებული ორსულობა, ჰიპოვიტამინოზები), საშვილოსნოს გადაჭიმვა (წყალუბობა, მრავალნაყოფიანობა, დიდი ზომის ნაყოფი), კოკაინის, ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარება, ტრავმა, დედის ხანდაზმული ასაკი.

8. მიოკარდიუმის ინფარქტი

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ატიპური მიმდინარეობა ყველაზე ხშირია 65 წელზე მეტი ასაკის ქალებში.

ატიპურ შემთხვევათა დაახლოებით ერთ მესამედში აბდომინური ტკივილი მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გამოხატულებაა.

გავრცელებული მდგომარეობები:

გასტრო-ინტესტინური

1. მწვავე აპენდიციტი

მწვავე აპენდიციტის კლასიკური, ადრეული სიმპტომები და ნიშნები ხშირად არასპეციფიკურია და შეიძლება გასინჯვით არ გამოვლინდეს.

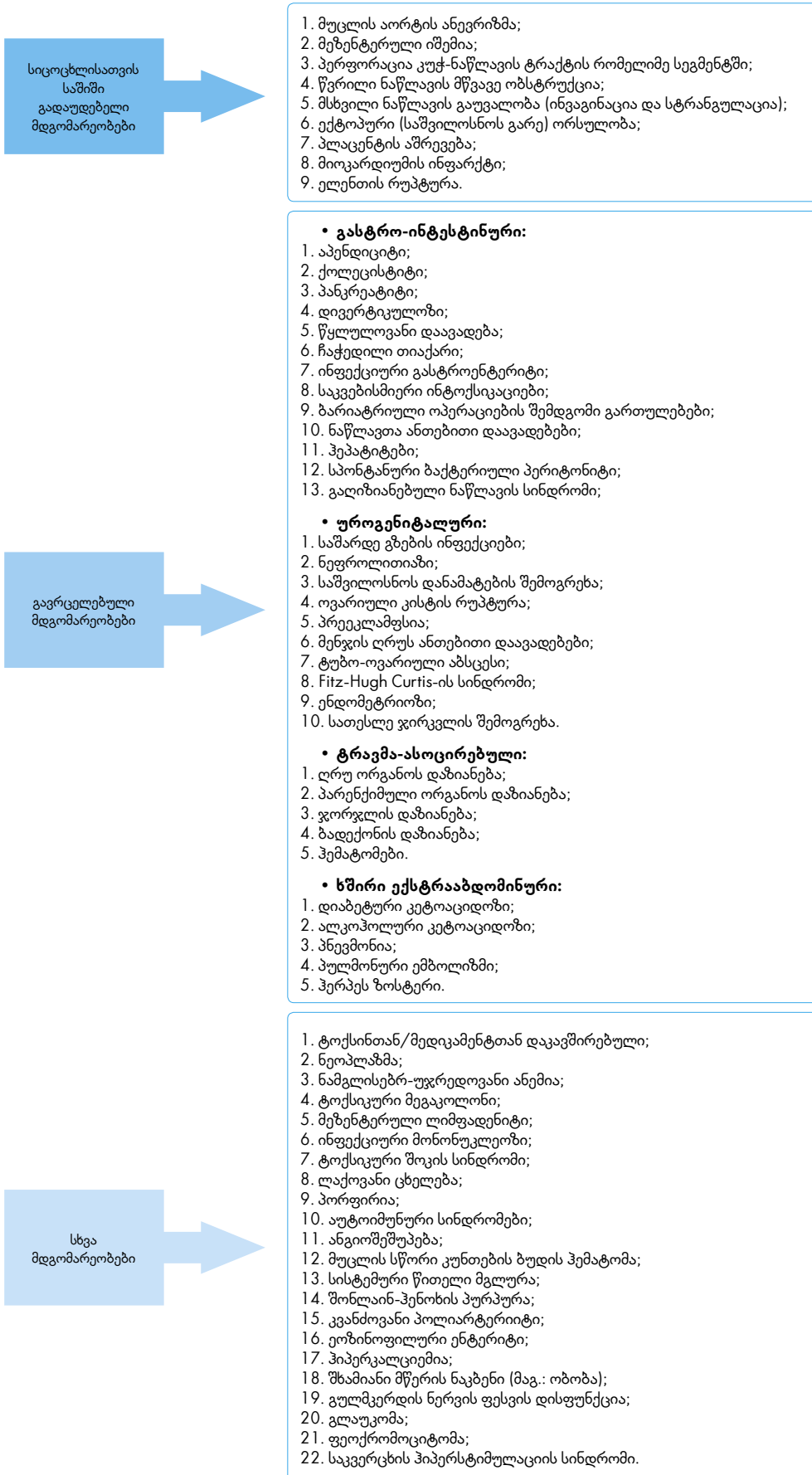
შეიძლება გამოვლინდეს უმადობა გაურკვეველი ხასიათის პერიუმბილიკალურ დისკომფორტთან ერთად, რასაც შემდგომ თან ერთვის ტკივილი მარჯვენა ქვედა კვადრანტის არეში. ასე ვლინდება წინა ან მენჯის მდებარეობის აპენდიქსის ანთება.

რეტროცეკალური აპენდიციტი პერიტონიტის კეროვანი ნიშნების გარეშე მიმდინარეობს.

აპენდიქსის მენჯის მდებარეობისას შესაძლებელია გამოვლინდეს სიმპტომები საშარდე გზების მხრივ ან დიარეა.

ხანდაზმულ პაციენტებში აპენდიციტი ხშირად უსიმპტომოდ და ატიპურად მიმდინარეობს, რის გამოც

ცხრილი 3. მუცლის ტკივილის კლასიფიკაცია მდგომარეობის სიმძიმის და ნოზოლოგიების მიხედვით



სიკვდილობა აღნიშნული ასაკის პაციენტებში 70%-ს აღწევს.

ორსულებში აპენდიციტი აბდომინური ოპერაციების ყველაზე ხშირი საშვილოსნოსგარე მიზეზია.

2. მწვავე ქოლეცისტიტი

მწვავე ქოლეცისტიტის დროს ტკივილი ძირითადად ლოკალიზებულია მარჯვენა ზედა კვადრანტში ან ეპიგასტრიუმის არეში.

ტკივილი ხშირად ირადირებს მხრის ან ზურგის მიმართულებით; ტკივილი არის მოვლითი ხასიათის და მწვავე.

ტკივილთან ასოცირებულია გულისრევა, პირღებინება და ანორექსია. ცხიმოვანი საკვების მიღება ტკივილის გამოვლენამდე 1 ან მეტი საათით ადრე. ხშირად გამოხატულია ციბ-ცხელება, ტაქიკარდია, პალპაციით – მტკივნეული მარჯვენა ზედა კვადრანტი. შეიძლება გამოხატული იყოს მერვის ნიშანი, თუმცა მისი სადიაგნოსტიკო ღირებულება მცირეა ხანდაზმულ პაციენტებში.

3. მწვავე პანკრეატიტი

მწვავე პანკრეატიტი უმრავლეს შემთხვევაში ვლინდება მწვავე ტკივილით მუცლის ზედა ნახევარში. ტკივილს აქვს მოვლითი ხასიათი და ლოკალიზდება მარჯვენა ზედა კვადრანტში, შუა ეპიგასტრულ არესა და მარცხნივ დიფუზურად. ხშირია სარტყლისებრი ხასიათის ტკივილი. მისი ინტენსივობა პიკს გამოვლენიდან 10-20 წუთში აღწევს, მაგრამ შესაძლებელია რამდენიმე დღე შენარჩუნდეს. ხშირია გულისრევა და პირღებინება.

ფიზიკალური ნიშნები მეტად მრავალფეროვანია: ზოგჯერ ეპიგასტრიუმში უმტკივნეულო ან სუსტად დაინტერესებულია, ზოგჯერ კი ვლინდება მუცლის შებერვა და დაჭიმულობა ზედა ნახევარში. შესაძლებელია განვითარდეს შოკური მდგომარეობა და კომა.

4. დივერტიკულოზი

დივერტიკულოზის სიმპტომატიკა დამოკიდებულია ანთების ხარისხზე; მარცხენა ქვედა კვადრანტში ლოკალიზებული ტკივილი ყველაზე გავრცელებული ჩივილია. პაციენტთა უმრავლესობა წარსულში აღნიშნავს ამ ლოკალიზაციის და ასეთი ტიპის ტკივილის ერთ ან რამდენიმე ეპიზოდს.

ტკივილს ხშირად თან ახლავს გულისრევა, პირღებინება და/ან ნაწლავური დისკომფორტი.

დივერტიკულიტის და მისი გართულებების (პერფორაცია, ობსტრუქცია, ჰემორაგია) მაღალი რისკი აქვთ ხანდაზმულ პაციენტებს.

5. პეპტიკური წყლული (კუჭი და თორმეტგოჯა ნაწლავი)

წყლულოვანი დაავადება კლასიკურად შეიძლება გამოვლინდეს ტკივილით ეპიგასტრიუმში, საკვების მონელების დარღვევით და გასტრო-ეზოფაგური და/ან დუოდენო-გასტრალური რეფლუქსის სიმპტომებით. არც ერთი ხსენებული ნიშანი არ არის სენსიტიური და სპეციფიკური.

ჩივილების არ არსებობის შემთხვევაში ფიზიკალური კვლევა არაინფორმატიულია.

დიაგნოზი დასტურდება ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიით.

პეპტიკური წყლულის გართულებებია სისხლდენა და პერფორაცია. პეპტიკური წყლულის გართულებების შემდგომი სიკვდილობა ძალზე მაღალია გერიატრიულ პოპულაციაში, განსაკუთრებით, თუ დიაგნოსტიკა არ მოხდა 24 საათის და მეტი დროის მანძილზე.

6. ჩაჭედილი თიაქარი

საზარდულის თიაქარი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა და ხშირად მხოლოდ მუცლის ქვედა ნახევარში მცირედი დისკომფორტით ვლინდება, თუმცა შეიძლება გართულდეს ჩაჭედვით.

საზარდულის და პოსტოპერაციული თიაქრების ჩაჭედვა ყველაზე ხშირია ხანდაზმულ პაციენტებში. ჩაჭედვას თან ახლავს მწვავე, გაუსაძლისი ტკივილი და პაციენტს ესაჭიროება დაუყოვნებელი ქირურგიული ჩარევა.

7. ინფექციური გასტროენტერიტი

ინფექციური გასტროენტერიტი გამოირჩევა გამომწვევთა მრავალფეროვნებით (ვირუსული, ბაქტერიული, პარაზიტული, ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ასოცირებული).

გასტროენტერიტებისას მუცლის ტკივილზე მეტად პრიორიტეტული სიმპტომებია ცხელება, დიარეა და/ან პირღებინება.

8. საკვებისმიერი ინტოქსიკაციები

საკვებისმიერი ინტოქსიკაცია ტიპურად ვლინდება გულისრევის, პირღებინების, ცხელების, მუცლის ტკივილისა და დიარეის კომბინაციით.

ამ შემთხვევაში მუცლის ტკივილთან შედარებით წამყვანი სიმპტომებია პირღებინება და დიარეა.

სიმპტომები შეიძლება გამოვლინდეს დაბინძურებული საკვების მიღებიდან ნებისმიერ ვადაში (ერთი ან რამდენიმე საათი, რამდენიმე დღე).

9. ბარიატრიული (წონაში დაკლების) ოპერაციების შემდგომი გართულებები

ასეთი ოპერაციების შემდგომ გართულებები შეიძლება გამოვლინდეს კვირების ან წლების შემდეგ და მუცლის ტკივილი გამოხატული იყოს როგორც ერთ-ერთი სიმპტომი.

სტანდარტული პოსტოპერაციული გართულებების (მაგ.: ნაწლავის ობსტრუქცია) გარდა შესაძლებელია განვითარდეს:

- კუჭის შუნტირების შემდეგ (Roux-en-Y შემოვლითი ანასტომოზი): კუჭის ტაკვის გაგანიერება, შერთულის სტენოზი, მარგინალური (პეპტიკური, ანასტომოზის) წყლული.
- კუჭის ბანდაჟირების შემდეგ: გასავლის ობსტრუქცია, პორტის ინფექცია, რგოლის მიგრაცია კუჭში, მანჟეტის მოძრაობით გაპირობებული ობსტრუქცია ან კუჭის პროქსიმალური ნაწილის (მცირე კუჭის) გაგანიერება.
- გრძივი (სახელოსებრი) გასტრექტომიის შემდეგ: კუჭის გასავლის ობსტრუქცია, კუჭის მთლიანობის დარღვევა.

10. ნაწლავის ანთებითი დაავადებები

ნაწლავის ანთებითი დაავადებები ხასიათდება ტკივილით, შეიძლება გართულდეს სისხლდენით, პერფორაციით, გაუფალობით, ხვრელმილების და აბსცესის ჩამოყალიბებით, შესაძლოა ტოქსიკური მეგაკოლონის განვითარება.

11. ჰეპატიტები

ჰეპატიტები ეტიოლოგიის მრავალფეროვნებით გამოირჩევა, მათ შორის ინფექციური აგენტები (ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი, პარაზიტული), საყურადღებოა ტოქსინები, მედიკამენტები, ქიმიური საშუალებები, ასევე იმუნოლოგიური დარღვევები.

12. სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტი

გულისხმობს ასციტური სითხის ბაქტერიულ ინფიცირებას. როგორც წესი ხილული წყარო არ არსებობს.

იგი ვლინდება ციროზის ფონზე განვითარებული ასციტის მქონე პაციენტთა თითქმის მეოთხედში და მაღალი სიკვდილობით ხასიათდება.

13. გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი

გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის დიაგნოსტიკა შეუძლებელია გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში. ამ დიაგნოზის დადგენა მოიცავს პაციენტის მონიტორინგს სამ თვიდან ერთ წლამდე პერიოდში.

ამ დროს მუცლის ტკივილი ასოცირებულია დეფეკაციის სიხშირისა და განავლის კონსისტენციის ცვლილებებთან.

ურო-გენიტალური

1. საშარდე ტრაქტის ინფექციები

საშარდე ტრაქტის ქვედა სეგმენტის ინფექციებს თანახლავს – დისკომფორტი ან ტკივილი ბოქვენს ზემოთ, სახეზეა შარდვის სიხშირისა და სისწრაფის ცვლილებები ან დიზურიული მოვლენები.

ცხელება (>38°C), ტკივილი წელის არეში, კოსტოვერტებრული მტკივნეულობა, გულისრევა და პირღებინება ტრაქტის ზედა სეგმენტის ინფექციაზე მიუთითებს, რაც უფრო აგრესიული სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარების ჩვენებაა.

2. ნეფროლითიაზი

ნეფროლითიაზი შეიძლება მიმდინარეობდეს მუცლის მწვავე ტკივილით.

ტკივილს ხშირად აქვს კოლკის ხასიათი, ირადირებს წელის მიდამოსკენ ან საზარდულისაკენ.

ჰემატურია გამოხატულია 70-90%-ში.

3. საშვილოსნოს დანამატების (ან საკვერცხის კისტის) შემოგრება

დანამატების ან საკვერცხის კისტების შემოგრებისას ვლინდება უეცარი მწვავე ტკივილი მუცლის არეში, რომელთანაც შეიძლება ასოცირებული იყოს გულისრევა და პირღებინება.

ადნექსალური შემოგრება გადაუდებელი გინეკოლოგიური დახმარების ჩვენებაა.

4. საკვერცხის კისტის გახეთქვა

ოვარიული კისტების რუპტურა შეიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ ან უეცრად გამოვლინდეს უნილათერალური მწვავე ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში.

ტკივილი ხშირად იწყება ფიზიკური დატვირთვისას (მაგ.: ვარჯიში, სქესობრივი აქტი) და შეიძლება თანახლდეს მცირეოდენი სისხლდენა საშოდან.

5. პრეეკლამსია

იგი, როგორც წესი, ვლინდება ორსულობის გვიან პერიოდში და ხასიათდება ტრიალით: ჰიპერტენზია, პროტეინურია და შეშუპება.

ღვიძლის დაზიანება გამოვლინდება ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში.

6. მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები

მენჯის ღრუს ანთებით დაავადებებს მიეკუთვნება გენიტალური ტრაქტის ზედა სეგმენტის მწვავე ინფექციური დაავადებები; ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში წამყვანი სიმპტომია. იგი ძლიერდება სქესობრივი აქტის ან ვიზრაციული მოძრაობებისას და შეიძლება იყოს ერთადერთი ნიშანი.

ტკივილი როგორც წესი ბილათერალურია, მაგრამ შეიძლება სუსტად იყოს გამოხატული.

მცირე სისხლიანი ან პათოლოგიური გამონადენი საშოდან, ურთერიტი და მაღალი ტემპერატურა შეიძლება იყოს მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების გამოვლინება, თუმცა ეს სიმპტომები მცირედ ინფორმატულია და არ არის სპეციფიკური.

7. ტუბო-ოვარიული აბსცესი

ხშირად ასოცირებულია მენჯის ღრუს სხვა ანთებით დაავადებებთან.

დიაგნოსტიკაში უპირატესობა ენიჭება ულტრასონოგრაფიას.

დადასტურებული აბსცესი საჭიროებს დრენირებას.

8. Fitz-Hugh Curtis-ის სინდრომი

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების მქონე პაციენტთა 10%-ს უვითარდება მწვავე პერიჰეპატიტი – Fitz-Hugh Curtis-ის სინდრომი.

გამოხატულია ტკივილი და პალპაციით მტკივნეულობა მარჯვენა ზედა კვადრანტში.

ხშირად იგი მწვავე ქოლესისტიტის, პნემონიის ან პულმონური ემბოლიზმის სურათის იმიტაციას იძლევა.

9. ენდომეტრიოზი

ენდომეტრიოზის დროს მიმდინარე ანთებამ შეიძლება განაპირობოს ტკივილი მუცელში (მენჯის ღრუში), რომელიც ხშირად ქრონიკულია და მწვავედება მენსტრუაციის ან ოვულაციისას.

ტკივილთან ერთად გამოხატულია დისმენორეა, უნაყოფობა, დისპარეუნია (მტკივნეული სქესობრივი აქტი).

10. სათესლე ჯირკვლის შემოგრება

ტკივილი იწყება მწვავედ, ფიზიკური დატვირთვისას. გასინჯვით ვლინდება განივად მდებარე სათესლე ჯირკვალი, ქვეითდება კრემასტერული რეფლექსი.

6 საათამდე ვადაში განხორციელებული ჩარევებისას მკურნალობა წარმატებულია 80%-ში, 6 საათის შემდეგ კი – სათესლე ჯირკვლის გადარჩენის შანსი 20%-მდე ეცემა.

ტრავმა-ასოცირებული

1. მუცლის ღია ტრავმა

ღია ტრავმებს ეკუთვნის ჭრილობები (მჭრელი, მჩხვ-ლექტავი, ცეცხლსასროლი და სხვა იარაღით მიღებული).

ჭრილობა შეიძლება იყოს ღრუში შემავალი და არა-შემავალი. უკანასკნელის შემთხვევაში დაზიანებულია კანი კანქვეშა ქსოვილი, კუნთები.

შემავალი ჭრილობისას შესაძლებელია დაზიანებული იყოს პარენქიმული და/ან ღრუ ორგანოები, ბადექონი, ჯორჯალი.

მუცლის ღია ტრავმები გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევის ჩვენებაა.

2. მუცლის დახურული ტრავმა

დახურულ ტრავმებს მიეკუთვნება მუცლის წინა კედლის დაჟეჟილობები, კუნთების და ღრუში მდებარე პარენქიმული, ღრუ ორგანოების, ჯორჯლის და ბადექონის დაზიანებები.

ტრავმის შემდგომ პერიოდში მუცელში ტკივილისას აუცილებელია ულტრასონოგრაფიის ჩატარება, რომლის დროსაც შესაძლებელია თავისუფალი სითხის არსებობის გამოვლენა, პარენქიმული ორგანოს დაზიანების ვიზუალიზაცია.

ტრავმასთან ასოცირებული მუცლის ტკივილისას რეკომენდებულია, დაუყოვნებლივ, ქირურგის კონსულტაცია.

ხშირი ექსტრააბდომინური

1. დიაბეტური კეტოაციდოზი

გადაუდებელი მდგომარეობა, რომელიც ვითარდება ინსულინის აბსოლუტური (როგორც წესი) ან შედარებითი (ძალზე იშვიათად) დეფიციტის ფონზე, ხასიათდება ჰიპერგლიკემიით, მეტაბოლური აციდოზით და ელექტროლიტური დარღვევებით; გამოხატულია I ტიპის დიაბეტის მქონე პაციენტების დაახლოებით 3%-ში. ღრმა კეტოაციდოზის გამოვლინებაა კეტოაციდური კომა.

რისკ-ფაქტორებია: არადიაგნოსტირებული ან გვიან გამოვლენილი შაქრიანი დიაბეტი, არაადეკვატური ინსულინოთერაპია, თანმხლები მწვავე დაავადებები და ტრავმები, წინამორბედი დეჰიდრატაცია, ორსულობა გართულებული ადრეული ტოქსიკოზით.

დიაბეტური კეტოაციდოზის დროს შესაძლებელია მუცლის მწვავე ტკივილი და პირღებინება.

2. ალკოჰოლური კეტოაციდოზი

ალკოჰოლიზმის და შიმშილის მეტაბოლური გართულება, რომელიც ხასიათდება ჰიპერკეტონემიით და

ანიონური დარღვევებით, მეტაბოლური აციდოზით მნიშვნელოვანი ჰიპერგლიკემიის გარეშე.

ალკოჰოლური კეტოაციდოზის მქონე პაციენტთა 75%-ში გამოხატულია ინტენსიური გულსრევა, პირღებინება და მუცლის ტკივილი.

3. პნევმონია

პნევმონიის მრავალფეროვან სიმპტომებსა და ნიშნებს შორის შეიძლება იყოს: გულსრევა, პირღებინება, დიარეა, წონაში კლება, ანორექსია და მუცლის ტკივილი.

მუცლის ტკივილი ვითარდება პლევრის გაღიზიანებით, რაც განპირობებულია ბაზილარული ინფილტრაციით.

ტკივილს აქვს გამოხატული მკვეთრი ხასიათი, უარესდება ხველის ან ღრმა ჩასუნთქვისას.

4. პულმონური ემბოლიზმი

შეიძლება გამოხატული იყოს არსპეციფიკური სიმპტომებითა და ნიშნებით, მათ შორის ტკივილი მუცლის ზედა ნახევარში, ტკივილი მხრის არეში.

მუცლის ტკივილის განვითარებას ორი მექანიზმი აქვს: პირველი, დიაფრაგმული პლევრის გაღიზიანება, რაც განპირობებებს ილუსს ან მწვავე მარჯვენამხრივი პარკუჭოვანი უკმარისობის ფონზე განვითარებული ლეიქოსის მწვავე შეგუბება.

მუცლის ტკივილი არ ითვლება პულმონური ემბოლიზმის სპეციფიკურ ნიშნად.

5. ჰერპეს ზოსტერი

ჰერპეს ზოსტერი ანუ სარტყლისებრი ლიქენი ლატენტური varicella zoster-ის ვირუსით განპირობებული ინფექციის რეაქტივაციაა.

იგი ვლინდება გამონაყარის სახით სხეულის სხვადასხვა არეში; გამონაყარი მტკივნეულია, მის გაჩენას წინ უძღვის წვა, ჩხვლეტის შეგრძნება და ქავილი. სახეზეა სისუსტე, მოთენთილობა, თავის ტკივილი, ტემპერატურის მომატება.

ჩამოთვლილ სიმპტომებს შეიძლება თან დაერთოს მუცლის ტკივილი, რომელმაც შეიძლება გამონაყარის გამოვლინებამდე მუცლის მწვავე პათოლოგიის სიმულაცია მოგვცეს ან შესაძლებელია, მუცლის ტკივილი განვითარდეს გამონაყარის გაჩენიდან რამდენიმე დღის ან კვირის შემდეგ. წარმოადგენს პარენქიმული, ღრუ ორგანოების, ჯორჯლის და ბადექონის დაზიანებები.

მუცლის ტკივილის დიაგნოსტიკა

მუცლის ტკივილის დიაგნოსტიკაში წამყვანი როლი ენიჭება ანამნეზური მონაცემების შედროვნებას, ტკივილის მახასიათებლების ადეკვატურ მოძიებას, მათი ურთიერთკავშირის გამოვლენასა და ინტერპრეტირებას.

კლინიკურ პრაქტიკაში ანამნეზური, ობიექტური და კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემების მასივის დამუშავებისას მნიშვნელოვანია, ასევე, მუცლის ტკივილის მაღალი რისკის კრიტერიუმების თანამიმდევრული შეფასება და მიღებული შედეგების სამკურნალო ტაქტიკურ ალგორითმში გათვალისწინება. ამ მიზნით მოწოდებულია რისკის განსაზღვრის სხვადასხვა კრიტერიუმი (იხ. ცხრილი 4).

ანამნეზი
<ul style="list-style-type: none"> • 65 წელზე მეტი ასაკი; • იმუნოკომპრომიტირებული (მაგ.: აივ, გლუკოკორტიკოიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა); • ალკოჰოლიზმი (მაგ.: ჰეპატიტის, ციროზის, პანკრეატიტის რისკი); • გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (მაგ.: გულის ომეიური დაავადება, ჰიპერტენზია და სხვ.); • მნიშვნელოვანი თანმზღები დაავადებები (მაგ.: ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.); • ადრე ჩატარებული ქირურგიული ოპერაცია ან ბოლო პერიოდში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტთან დაკავშირებული ინსტრუმენტული ჩარევა (ობსტრუქციის და პერფორაციის მაღალი რისკი); • ორსულობის ადრეული ვადები (საშვილოსნოს გარე ორსულობის რისკი).
ტკივილის მახასიათებლები
<ul style="list-style-type: none"> • უცაბედი ტკივილი; • მაქსიმალური ინტენსივობა დაწყებისთანავე; • ტკივილს ახლავს გულისრევა და პირღებინება; • 48 საათზე ნაკლები ხანგრძლივობის მუდმივი ტკივილი.
ფიზიკალური გასინჯვის მონაცემები
<ul style="list-style-type: none"> • დაჭიმული ან რიგიდული მუცელი; • მუცლის წინა კედლის კუნთების უნებლიე დაცვითი დაჭიმვა; • შოკის ნიშნები.

სქემა 3.

მუცლის ტკივილის დროს მეტად მნიშვნელოვანია ტკივილის ზუსტი დახასიათება:

- ტკივილის ლოკალიზაცია (მაგ.: რომელიმე კვადრანტი ან ნახევარი ან რეგიონი);
- ტკივილის ირადიაციის დაზუსტება (მაგ.: მხრის, ბეჭის, საზარდულის ან სხვა მიმართულება);
- დასაწყისი (მაგ.: უცაბედი ან თანდათანობითი, დაწყების დრო);
- ხანგრძლივობა (მაგ.: რამდენიმე საათი ან კვირა);
- ხასიათი (მაგ.: მუდმივი ან წყვეტილი, ყრუ ან მკვეთრი, ჭვალი და სხვ.);
- მაპროვოცირებელი ფაქტორები (მაგ.: ტკივილი ძლიერდება ღრმა ჩასუნთქვისას ან მოძრაობისას);
- შემამსუბუქებელი ფაქტორები (მაგ.: ტკივილი მცირდება საკვების მიღების შემდეგ ან გარკვეულ პოზაში);
- ქალებში აუცილებელია მენსტრუალური ანამნეზის დაზუსტება;
- ტკივილთან ასოცირებული სიმპტომების (მაგ.: გულისრევა და პირღებინება, დიარეა, მელენა, მტკივნეული შარდვა, ქოშინი, გონების დაკარგვის ეპიზოდი და სხვ.) დაზუსტება.



ლაბორატორიული კვლევები:

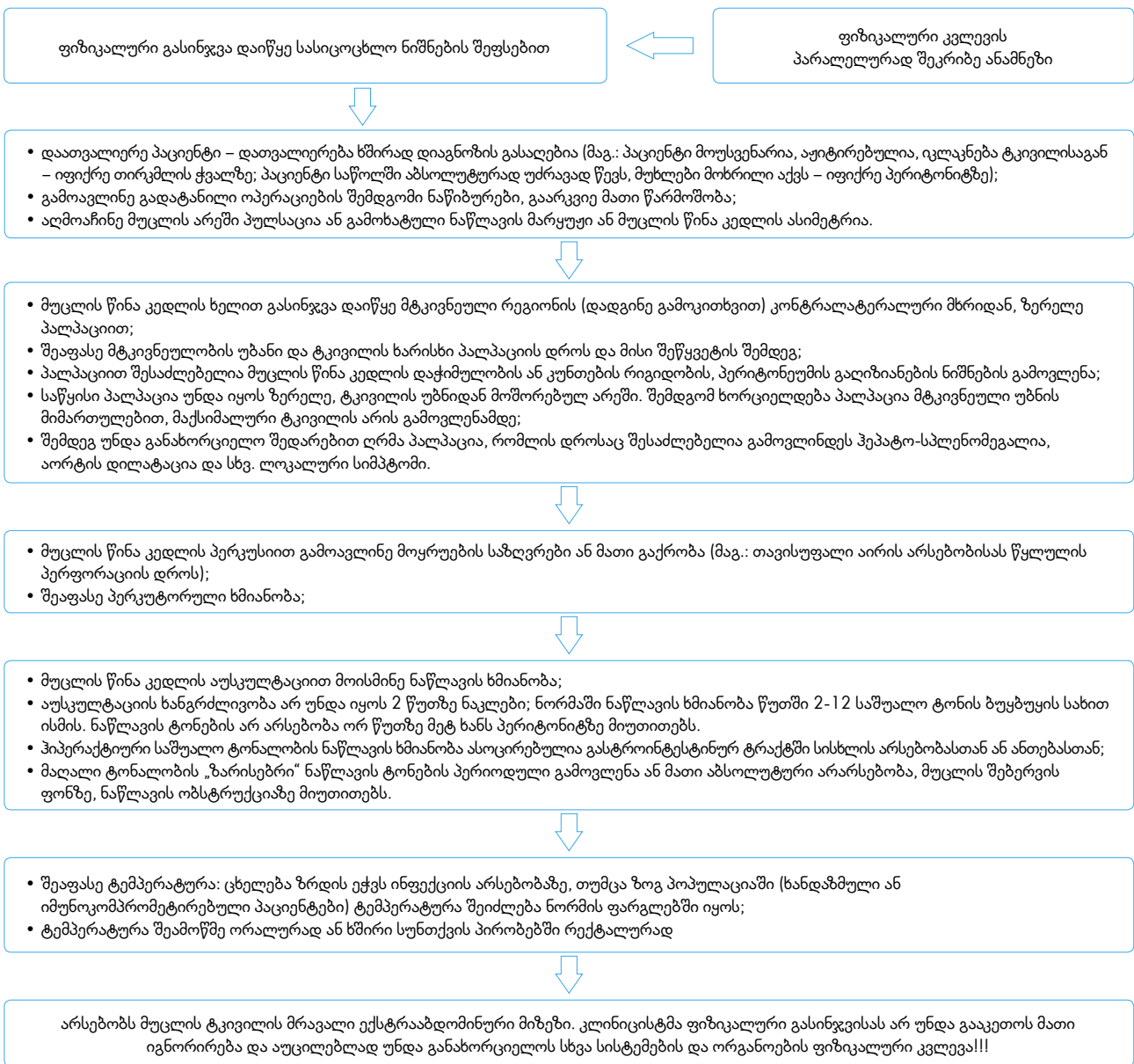
- სისხლის საერთო ანალიზი;
 - ჰემატოკრიტის განსაზღვრა სისხლში;
 - გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში;
 - ადამიანის ქორონიული გონადოტროპინის ტესტი;
 - ლიპაზას განსაზღვრა სისხლში.
- ამბულატორიაში გახანგრძლივებული მონიტორინგის პირობებში აუცილებელია დამატებით შემდეგი ლაბორატორიული მონაცემების შეფასება:
- კოაგულოგრამა;
 - საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდების (INR) განსაზღვრა;

- ფიბრინის დეგრადაციის პროდუქტების განსაზღვრა (D დიმერი);
- ალანინამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში;
- ასპარტატამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში;
- ელექტროლიტური ბალანსის მაჩვენებლების განსაზღვრა სისხლში (Na, K, Cl);
- კალციუმის განსაზღვრა სისხლში;
- საერთო ცილის განსაზღვრა სისხლის შრატში;
- ალბუმინის განსაზღვრა სისხლის შრატში;
- შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში;
- კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში;
- ლაქტატის განსაზღვრა სისხლში, სისხლის პლაზმაში;
- არტერიული სისხლის აირების განსაზღვრა;
- შარდის საერთო ანალიზი და სხვა საჭიროებისამებრ.

სალიაგნოსტიკო-ინსტრუმენტული კვლევები

რენტგენოლოგიური კვლევა (მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია). რუტინულად

სქემა 4. ფიზიკალური კვლევის ალგორითმი მუცლის ტკივილის დროს



არ კეთდება. მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური კვლევა ინფორმატიულია მუცლის ტკივილის მიზეზების ვიწრო სპექტრისას: ნაწლავის ობსტრუქცია ან პერფორაცია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში ან რენტგენოკონტრასტული უცხო სხეულის არსებობა. თუმცა ამ შემთხვევებშიც მისი ინფორმატიულობა 70-75%-ს არ აღემატება.

ულტრასონოგრაფია. მას რამდენიმე მნიშვნელოვანი უპირატესობა აქვს: მისი ჩატარება შესაძლებელია სწრაფად, პაციენტის საწოლთან, იგი უსაფრთხოა ორსულთათვის. ულტრასონოგრაფია არის პირველი რიგის კვლევა მუცლის აორტის ანევრიზმზე ან ბილიარული ტრაქტის დაავადებებზე ექვსის დროს. იგი ინფორმატიულია მრავალი პათოლოგიური პროცესის დროს. მაგ.: ექტოპური ორსულობა, ჰემოპერიტონეუმი, თირკმლის ქვალი, პანკრეატიტი, ვენური თრომბოზი და სხვ.

კომპიუტერული ტომოგრაფია (ტარდება ნეგატიური ან არადაამაჯერებელი ულტრასონოგრაფიის შემდეგ). იგი

წარმოადგენს არჩევის კვლევას არადიფერენცირებული მუცლის ტკივილის დროს. მისი ინფორმატიულობა „მწვავე მუცლის“ დიაგნოზის მქონე შემთხვევებში 90%-ს, ხანდაზმულ პაციენტებში – 75%-ს, ურგენტული ქირურგიული მდგომარეობებისას კი 85%-ს აღწევს.

ანგიოგრაფია. ინფორმატიულია და მიზანშეწონილია მისი გამოყენება მეზენტერული იშემიის დიაგნოსტიკისას, თუმცა მას არანაირი როლი არ აქვს მუცლის აორტის ანევრიზმის სასწრაფო შეფასებაში.

ანაღვანი

მუცლის ტკივილის შემთხვევაში დამკვიდრებულია შეხედულება, რომ ანაღვანია ხელს უშლის მუცლის ტკივილის შეფასებას და დიაგნოზის დაზუსტებას. მრავალი რანდომიზებული კვლევის საფუძველზე ეს მოსაზრება მალალი სანდოობით უარყოფილია.

გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში პაციენტები, რომელთაც აქვთ მუცლის ტკივილი და მიმდინარეობს ტკივილის მიზეზების დიფერენცირება, უნდა იღებდნენ ადეკვატურ ანალგეზიურ მკურნალობას.

ანალგეტიკების (მათ შორის ოპიოიდების) გამოყენების მიზანია ტკივილის მართვად დონემდე შემცირება და პაციენტის მართვა „თანამშრომლურ“ რეჟიმში, რათა მან ხელი შეუწყოს ექიმს მუცლის გასინჯვისას.

ანალგეზიის მიზანი არ არის ტკივილის სრული აღმოფხვრა და პაციენტის ნახევრადმძინარე მდგომარეობაში გადაყვანა.

მართვის საფრთხეების თავიდან აცილების გზები

აუცილებელია ხანდაზმულ პაციენტებში მწვავე პროცესის აშკარა ნიშნების არ არსებობისას მუცლის ტკივილის ფრთხილი, ადეკვატური და დროული შეფასება.

აუცილებელია მუცლის ტკივილისას მაღალი რისკის კრიტერიუმების შეფასება.

დაუშვებელია ლაბორატორიული კვლევების შედეგების ბრმა ნდობა და ღრმა რწმენა. აუცილებელია მაღალი

რისკის პაციენტებში, უცნობი ეტიოლოგიის ტკივილისას პაციენტის განმეორებითი გასინჯვა და კვლევა (სქემა 4).

პაციენტის შიდა ან გარე რეფერალი

პაციენტის მდგომარეობის შედარებით სტაბილიზაციის შემდეგ, დიაგნოზის ვერიფიკაციის ან მის გარეშე ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს და განახორციელოს შიდა ან გარე რეფერალი.

პაციენტს და/ან მის ნათესავეებს (თანმხლებ პირებს) უნდა მიეცეს სათანადო ახსნა-განმარტება მუცლის ტკივილის მიზეზების და/ან სტაციონარული მკურნალობის აუცილებლობის შესახებ.

ჩვენს მიერ წარმოდგენილი რეკომენდაციები განკუთვნილია გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ექიმებისათვის და ქირურგებისათვის.

რეკომენდაციები შეეხება 18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ ტკივილი მუცლის არეში და მათი გამოყენება უნდა მოხდეს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში.

ლიტერატურა:

References:

1. Penner R.M., Majumdar S.R., *Diagnostic approach to abdominal pain in adults, 2013, UpToDate;*
2. Fishman M.B., Aronson M.D., *Differential diagnosis of abdominal pain in adults, 2013, UpToDate;*
3. Kendall J.L., Moreira M.E., *Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department, 2013, UpToDate;*
4. Fishman M.B., Aronson M.D., *History and physical examination in adults with abdominal pain, 2013, UpToDate;*
5. Manterola C., Vial M., Moraga J., Astudillo P. *Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 19 January 2011, https://doi.org/10.1002/14651858.CD005660.pub3;*
6. Thomas SH., Silen W., Cheema F. et al, *Effects of Morphine Analgesia on Diagnostic Accuracy in Emergency Department Patients With Abdominal Pain: A Prospective, Randomized Trial, PMID: 12517545, DOI: 10.1016/s1072-7515(02)01480-1.*
7. Yamamoto W., Kono H., Maekawa M., Fukui T. *The Relationship Between Abdominal Pain Regions and Specific Diseases: An Epidemiologic Approach to Clinical Practice, 1997 Mar; 7(1):27-32.PMID: 9127570, DOI: 10.2188/jea.7.27.*
8. Nyhus LM., Vitello JM., Condon RE. *Abdominal Pain: A Guide to Rapid Diagnosis. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut (Найхус Л.М., Вителло Д.М., Конден Р.Э. „Боль в Животе“, Бинном, Москва), 2000.*
9. Betaneli A.M. *Clinical Aspects of Acute Surgical Abdominal Disease (Бетанели А.М. Клинические аспекты острой хирургической болезни живота. Санкт-Петербург, ФарМАКлин), 2002.*

DIAGNOSTIC CHALLENGES OF ABDOMINAL PAIN IN EMERGENCY SURGERY (CLINICAL RECOMMENDATIONS)

David Jikia¹, Tamaz Chkikvadze², Vasil Archvadze¹

¹Surgery Department, Tbilisi State Medical University, ²Alexandre Aladashvili Clinic

Contact person: David Jikia, d.jikia@tsmu.edu

Resume

Abdominal pain still remains a diagnostic challenge in critical medicine. Abdominal pain accounts for 5-10% of emergency adjustments. Of these, in 25% of outpatients and 35-40% of inpatients, the diagnosis is undifferentiated.

The area of differential diagnosis is very wide and varied, including intra-abdominal and extra-abdominal surgical or non-surgical pathologies. Associated symptoms are often devoid of specificity.

The paper presents different options for classifying abdominal pain and the importance of their use in the differential diagnosis of abdominal pain. Also, the focus is on the importance of anamnesis gathering and analgesia issues in emergency departments. An algorithm for physical research is given.

We think the paper will be of interest to emergency physicians, surgeons, and students.

Key words: abdominal pain, urgent surgery, differential diagnosis of abdominal pain

მწვავე აპენდიციტის მართვა მოზრდილი ასაკის პაციენტებში კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი)

გელა არაბიძე¹, გია დათუაშვილი², გია თომაძე³, მერაბ კილაძე⁴, ნოდარ ლომიძე⁵, ბაადურ მოსიძე⁶, თამაზ ჩხიკვაძე⁷, ნიკოლოზ ფრუიძე⁸, ბორის ჩაკვეტაძე⁹, დავით ჯიქია¹⁰

¹შპს კლინიკა „ვიტამედი“, კლინიკური დირექტორი, თსსუ პროფესორი; ²თსსუ ქირურგიის №1 დეპარტამენტი, ასოცირებული პროფესორი; ³თსსუ ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი, სმმა აკადემიკოსი; ⁴თსსუ მედიცინის ფაკულტეტის კლინიკური ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი; ⁵თსსუ ქირურგიის №1 დეპარტამენტის პროფესორი, ლუდლუშაურის სახ. ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის პირველი მოადგილე. სმმა აკადემიის აკადემიკოსი; ⁶თსსუ ქირურგიის №2 დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი; ⁷შპს „ალ.ალადაშვილის სახელობის კლინიკა“, კლინიკური დირექტორი, პროფესორი; ⁸საქართველოს უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლის ქირურგიული დეპარტამენტის პროფესორი; ⁹წმ. ნიკოლოზის სახ. ქირურგიული ცენტრის სამედიცინო დირექტორი, პროფესორი; ¹⁰თსსუ ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი, ასისტენტ-პროფესორი.

პასუხისმგებელი პირი: დავით ჯიქია, d.jiqia@tsmu.edu

რეზიუმე

მწვავე აპენდიციტი მუცლის მწვავე ტკივილის ერთ-ერთი უხშირესი მიზეზი და გადაუდებელ აბდომინურ ქირურგიაში ოპერაციული ჩარევის ყველაზე ხშირი ჩვენებაა მსოფლიოში. იგი შეიძლება პროგრესირდეს პერფორაციასა და პერიტონიტამდე, რომლებიც ასოცირებულია მძიმე გართულებებთან და სიკვდილობასთან. მწვავე აპენდიციტი გამოირჩევა კლინიკური გამოვლინებებისა და მიმდინარეობის მრავალფეროვნებით, რაც განაპირობებს დიფერენციალური დიაგნოზის სირთულეს. მსოფლიოს მასშტაბით კვლავ საკამათო რჩება გამოსახულებითი კვლევების - ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტური რეზონანსი - როლი მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში. მწვავე აპენდიციტის ქირურგიულ მკურნალობაში მოხდა პარადიგმის გადნაცვლება ღია აპენდექტომიიდან ლაპაროსკოპული აპენდექტომიისკენ როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში. ბოლო ათწლეულში, გაურთულებელ შემთხვევებში, ქირურგიული ჩარევის ალტერნატივად მოწოდებულია არაოპერაციული მკურნალობა ანტიბიოტიკებით. მრავალი გაიდლაინის არსებობის მიუხედავად დრემდე არ გამოქვეყნებულა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკისა და მართვის ყოვლისმომცველი კლინიკური რეკომენდაციები. გამონაკლისს არც საქართველო წარმოადგენს. აქედან გამომდინარე, საქართველოს გრიგოლ მუხაძის ქირურგთა ასოციაციამ მიიღო გადაწყვეტილება ჩამოეყალიბებინა ახალი, თანამედროვე საერთაშორისო გაიდლაინებზე დაფუძნებული კლინიკური რეკომენდაციების შედარებით სრულფასოვანი, მოცულობითი გაიდლაინი. ჩვენს მიერ წარმოდგენილი გაიდლაინი ეფუძნება რამდენიმე საერთაშორისო და ქართულ წყაროს. გაიდლაინის შემუშავების პროცესში განხორციელდა სხვადასხვა გაიდლაინების შეჯერება, თარგმნა, შემდგომ ადაპტაცია და ექსპერტიზა დარგის წამყვანი სპეციალისტების მიერ. გაიდლაინის ძირითადი დებულებები განხილული იყო საქართველოს გრიგოლ მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის 2018 21 სექტემბრის საერთაშორისო კონგრესზე, რომელიც ჩატარდა გადაუდებელ ქირურგთა მსოფლიო ასოციაციის წარმომადგენლებთან ერთად. ადაპტირების შემდეგ მიღებულ იქნა კონსენსუსი საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის 2019 წლის სექტემბრის სხდომაზე. ამის გარდა, განხორციელდა გაიდლაინის ძირითადი რეკომენდაციების შედარება და მოდერნიზაცია გადაუდებელი ქირურგიის მსოფლიო საზოგადოების (WSWS) იერუსალიმის გაიდლაინის 2020 წლის განახლებებთან (Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines). წარმოდგენილ ნაშრომში შეჯამებულია რეკომენდაციები და საბაზისო დებულებები შემდეგ საკითხებზე: 1. ქულებით შეფასების ინსტრუმენტების კლინიკური და სადიაგნოსტიკო ეფექტურობა; 2. მწვავე აპენდიციტის ძირითადი სიმპტომები და მათი მნიშვნელობა დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში; 3. გამოსახულებითი კვლევების სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში; 4. გაურთულებელი აპენდიციტის არაოპერაციული მკურნალობა; 5. აპენდექტომიის ვადები და სტაციონარში დაყოფნა; 6. ქირურგიული მკურნალობა; 7. აპენდიციტის ინტრაოპერაციული შეფასება; 8. გაურთულებელი აპენდიციტის მკურნალობა; 9. წინასაოპერაციო და ოპერაციის შემდგომი ანტიბიოტიკოთერაპია; 10. აპენდიციტი განსაკუთრებულ ჯგუფებში: ორსულთა აპენდიციტი, მწვავე აპენდიციტი ბავშვებში, ხანდაზმულებში და იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში. გაიდლაინის რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვა ხელს შეუწყობს მწვავე აპენდიციტის სწორ და დროულ გამოვლენას, შესაბამისად, დროულ ოპერაციულ მკურნალობას, რაც შეამცირებს არასაჭირო დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებთან დაკავშირებულ ხარჯებს, ჩვენების გარეშე წარმოებული აპენდექტომიების რიცხვს და უზრუნველყოფს მკურნალობის შედეგების ოპტიმიზაციას.

საკვანძო სიტყვები: მწვავე აპენდიციტი, გაიდლაინი, ალვარადოს ქულა, არაოპერაციული მართვა, ანტიბიოტიკები, გაურთულებელი აპენდიციტი, აპენდექტომია, ლაპაროსკოპული აპენდექტომია

გაიდლაინის სარჩევი

№	სათაური	გვერდი
1	გაიდლაინის დასახელება	32
2	დაავადებით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	32
3	გაიდლაინის მიზანი	32
4	გაიდლაინის სამიზნე ჯგუფი	32
5	ვისთვის არის გაიდლაინი განკუთვნილი	32
6	სამედიცინო დაწესებულებაში გაიდლაინის გამოყენების პირობები	32
7	რეკომენდაციები	33
7.1	დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია	33
7.2	ეპიდემიოლოგია	33
7.3	ეტიოპათოგენები	33
7.4	მწვავე აპენდიციტის კლასიფიკაცია	34
7.5	კლინიკური სურათი	35
7.6	ფიზიკალური კვლევა	35
7.7	ლაბორატორიული კვლევები	35
7.8	გამოსახულებითი კვლევები	35
7.9	დიფერენციული დიაგნოზი	36
7.10	მწვავე აპენდიციტის მართვა	36
7.11	მწვავე აპენდიციტის საპროგნოზო კრიტერიუმები	37
7.12	ოპერაციის ალტერნატივა	37
7.13	წინასაოპერაციო მართვა და მომზადება ოპერაციისათვის	37
7.14	მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა	38
7.15	აპენდექტომია ღია მიდგომით	38
7.16	ლაპაროსკოპული აპენდექტომია	40
7.17	მწვავე აპენდიციტის ოპერაციის შემდგომი ანტიბიოტიკოთერაპია	42
7.18	აპენდიციტის კლინიკური ტიპები	42
7.19	მწვავე აპენდიციტის გართულებები	43
7.20	მწვავე აპენდიციტი პაციენტთა განსაკუთრებულ ჯგუფებში	43
7.21	პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია	46
7.22	პაციენტის გაწერა	46
8	მოსალოდნელი შედეგები	46
9	აუდიტის კრიტერიუმები	46
10	გაიდლაინის გადახედვის ვადები	47
11	გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო	47
12	გაიდლაინის შემუშავების მეთოდოლოგია	47
13	გაიდლაინის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	47
14	გამოყენებული შემოკლებები	47
15	ლიტერატურა	48
16	გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი	49
17	მტკიცებულების დონე და ხარისხი	49

1. გაილღაინის დასახელება:

მწვავე აპენდიციტის მართვა მოზრდილი ასაკის პაციენტებში.

2. დაავადებით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები შესაბამისი კლასიფიკატორების მიხედვით მოცემულია ცხრილში №1.

3. გაილღაინის მიზანი

გაილღაინის მიზანია მწვავე აპენდიციტის დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესება, ასევე, უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და პაციენტებისთვის.

4. გაილღაინის სამიზნე ჯგუფი

გაილღაინის რეკომენდაციები შეეხება ორივე სქესის მოზრდილი ასაკის პაციენტებს (>18 წელი) მწვავე, არატრავმული აბდომინური ტკივილით.

ასევე, მეტად მნიშვნელოვანია და დამატებით განიხილება მწვავე აპენდიციტის მიმდინარეობის და მართვის თავისებურებები ორსულებში, ბავშვთა და მოხუცებულთა ასაკში.

5. ვისთვის არის გაილღაინი განკუთვნილი

გაილღაინი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურსა და საავადმყოფოში მომუშავე სხვადასხვა სპეციალობის ექიმებისთვის, კერძოდ, ზოგადი ქირურგების, გადაუდებელი მედიცინის ექიმებისა და ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებისთვის (კრიტიკული მედიცინის ექიმ სპეციალისტებისთვის), ასევე, ოჯახის ექიმების, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმების, ექთნების, რეზიდენტებისა და ჯანდაცვის მენეჯერებისთვის.

6. სამედიცინო დაწესებულებაში გაილღაინის გამოყენების პირობები

გაილღაინი გამოიყენება საავადმყოფოს მიმღებ განყოფილებაში ან გადაუდებელი მედიცინის ერთეულში (ER), საოპერაციო ბლოკსა და ქირურგიულ განყოფილებაში, პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის მომენტიდან დაწყებული ჰოსპიტალიზაციის პერიოდის.

პირველადი ჯანდაცვისა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დონეზე მომსახურების გაწევისას უზრუნველყოფილი უნდა იყოს მწვავე, აბდომინური ტკივილის მქონე პაციენტების დროული დიაგნოსტიკა და რეფერალი შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ სტაციონარულ დაწესებულებაში.

ცხრილი 1. დაავადებით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

	დასახელება	კოდი
2.1	ნოზოლოგია, მდგომარეობა	ICD10
	მწვავე აპენდიციტი	K35
	• მწვავე აპენდიციტი გენერალიზებული პერიტონიტით	K35.2
	• მწვავე აპენდიციტი ლოკალიზებული პერიტონიტით	K35.3
	• მწვავე აპენდიციტი სხვა და დაუზუსტებელი	K35.8
2.2	ჩარევები, მანიპულაციები, ინსტრუმენტული კვლევა	NCSP
	აპენდექტომია	JESA00
	აპენდექტომია ლაპაროსკოპული მეთოდით	JESA01
	აპენდექტომია დრენირებასთან ერთად	JESA10
	პერიფერიულ ან ცენტრალურ ვენაში კათეტერის შეყვანა (საჭიროებისამებრ)	PHXA
	ელექტროკარდიოგრაფია	FXF0
	მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	KHDE1A
	მუცლის ღრუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კონტრასტის გარეშე	JXDA3A
	მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
	მუცლის ღრუს მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა	JXDG3B
	ზოგადი ბალანსირებული ანესთეზია	WAA408
	სხვა ზოგადი ანესთეზია	WAA419
2.3	ლაბორატორია	LAB TESTS
	სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
	შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
	C-რეაქტიული ცილის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.7.9.1
საერთო ბილირუბინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.10.1.1	

7. რეკომენდაციები

7.1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

აპენდიციტი (ლათ. Appendicitis, ინგლ. Appendicitis) – მსხვილი ნაწლავის ქიაცელა დანამატის (აპენდიქსის) ანთეზა [1, 2, 3, 4].

მწვავე აპენდიციტი მუცლის მწვავე ტკივილის ერთ-ერთი უზშირესი მიზეზი და გადაუდებელ აბდომინურ ქირურგიაში ოპერაციული ჩარევის ყველაზე ხშირი ჩვენებაა მსოფლიოში. იგი შეიძლება პროგრესირდეს პერფორაციასა და პერიტონიტამდე, რომლებიც ასოცირებულია მძიმე გართულებებთან და სიკვდილობასთან [1].

მწვავე აპენდიციტი გამოირჩევა კლინიკური გამოვლინებებისა და მიმდინარეობის მრავალფეროვნებით, რაც განაპირობებს დიფერენციული დიაგნოზის სირთულეს.

მწვავე აპენდიციტის ქირურგიულ მკურნალობაში მოხდა პარადიგმის გადანაცვლება ღია აპენდექტომიიდან ლაპაროსკოპული აპენდექტომიისკენ როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში. ბოლო ათწლეულში, გაურთულებელ შემთხვევებში, ქირურგიული ჩარევის ალტერნატივად მოწოდებულია არაოპერაციული მკურნალობა ანტიბიოტიკებით [5, 6].

7.2. ეპიდემიოლოგია

აშშ-ში ყოველწლიურად რეგისტრირდება მწვავე აპენდიციტის 250 000 შემთხვევა, რომელიც საერთო ჯამში 1 მილიონ საწოლ-დღეს შეადგენს. მწვავე აპენდიციტით ავადობა 1940 წლიდან სტაბილურად მცირდება, მიმდინარე ავადობის მაჩვენებელი შეადგენს 10 შემთხვევა 100 000 მოსახლეზე; აშშ-ში აპენდიციტით ავადობის მაჩვენებელი დღესდღეობით 7%-ს აღწევს [40].

კვლევებით გამოვლენილია ერთგვარი ოჯახური წინასწარგანწყობა. აზიისა და აფრიკის ქვეყნებში ამ გეოგრაფიული რაიონების მაცხოვრებელთა შორის მწვავე აპენდიციტით ავადობა შედარებით დაბალია, რაც სავარაუდოდ მათი კვებითი რაციონის და ჩვევების შედეგია.

მოზარდებში და ახალგაზრდა ასაკში მამაკაცები შედარებით უფრო ხშირად ავადდებიან – 3:2-თან; მოზრდილებში აპენდიციტით ავადობის მაჩვენებელი მამაკაცების თანაფარდობით ქალებთან არის 1.4:1 [1, 7, 8], აპენდექტომიების სიხშირე კი თითქმის თანაბარია ორივე ჯგუფში [40].

აპენდიციტით ავადობა თანდათან იმატებს დაბადებიდან და პიკს აღწევს 10-დან 30 წლამდე ასაკში, შემდეგ კი გერიატრიულ ასაკში თანდათან მცირდება [7, 40].

2015-2017 წლებში საქართველოში მწვავე აპენდიციტის გამო ჩატარებული ოპერაციების საერთო მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილში №2 [9, 10, 11].

7.3 ეტიოპათოგენები

7.3.1. ანატომია

ჭიანჭლავი (ლათ. Appendix vermiformis) მდებარეობს ბრმა ნაწლავის ფუძეზე ტენიების შეერთების არეში. აპენდიქსი ბრმა ნაწლავის ჭეშმარიტი დივერტიკულია, მისი კედელი მსხვილი ნაწლავის კედლის ყველა შრეს (ლორწოვანი, ლორწქვეშა, კუნთოვანი /გასწვრივი და ცირკულარული/ და სეროზული) მოიცავს. აპენდიქსის

ცხრილი №2. საქართველოში მწვავე აპენდიციტის გამო ჩატარებული ოპერაციების საერთო მონაცემები (2015-2017წწ)

წელი	2015	2016	2017
მწვავე აპენდიციტის გამო ჩატარებული ოპერაციების საერთო რაოდენობა	7852	8394	8856
გარდაიცვალა	5 (0,1%)	1	7 (0,1%)

სანათური ბრმა ნაწლავის სანათურში იხსნება, საპირის-პირო ბოლო კი ბრმად სრულდება.

მისი სიგრძე მერყეობს 2,5-დან 15სმ-მდე, ნორმაში მისი დიამეტრი 4-6მმ-ია [3, 12].

აპენდიქსის ლორწოვან და ლორწქვეშა შრეებში უზგადაა წარმოდგენილი მსხვილი ლიმფური ფოლიკულები და ფოლიკულათშორისი ლიმფოიდური ქსოვილი (სწორედ ამით განსხვავდება აპენდიქსის კედელი ბრმა ნაწლავის კედლისაგან). ლიმფოიდურმა ჰიპერპლაზიამ შეიძლება სანათურის ობსტრუქცია და შედეგად აპენდიციტი გამოიწვიოს; ასაკთან ერთად ეს ლიმფოიდური ქსოვილი ატროფირდება [13, 14].

7.3.2. სისხლმომარაგება

აპენდიქსი განლაგებულია ინტრაპერიტონულად და ჩვეულებრივ აქვს კარგად გამოხატული ჯორჯალი (მეზო-აპენდიქსი), რომელშიც განლაგებულია სისხლძარღვები და ნერვები. A. appendicularis-ი a. ileocolica-ს ტერმინალური ტოტია, მეზოაპენდიქსში ჩაფლულია მთელს სიგრძეზე და აპენდიქსის მწვერვალთან სრულდება [3, 12, 13].

7.3.3. ანატომიური მდებარეობა

აპენდიქსის ფუძის განლაგება ცეკუმთან მიმართებაში უმეტესწილად უცვლელია, თუმცა მწვერვალს შესაძლებელია სხვადასხვა პოზიცია ჰქონდეს: რეტრორექტული, სუბცეკური, პრეილეური, რეტროილეური და მენჯისკენა, ასევე რეტროცეკური ინტრაპერიტონული და რეტროცეკური რეტროპერიტონული. მწვერვალის პოზიციის ამ ნორმალურმა ვარიაციებმა შეიძლება გაართულოს დიაგნოსტიკა. კლინიკური გამოვლინებები ხშირად სავარაუდო პოზიციის შესაბამისია [12, 13, 14].

7.3.4. ეტიოპათოგენები

აპენდიციტი გულისხმობს ქიაცელა ნაწლავის კედლის ანთეზას, რასაც მოჰყვება ლოკალური იშემია, პერფორაცია, თანამდევ აპენდიკულური ინფილტრატი აბსცესის გარეშე ან შემოფარგლული აბსცესით თუ დიფუზური პერიტონიტის განვითარებით.

აპენდიციტის ძირითად მიზეზად აპენდიკულური გაუვალობა (სანათურსშიდა წნევის მატება) ითვლება. აპენდიკულური გაუვალობის მიზეზი შეიძლება გახდეს კოპროლითები, კონკრემენტები, ლიმფოიდური ჰიპერპლაზია, ინფექციური პროცესი, კეთილთვისებიანი თუ ავთვისებიანი სიმსივნეები [3, 15, 16, 17].

კოპროლითები მარტივი აპენდიციტის შემთხვევათა 40%-ის მიზეზია, არაპერფორირებული განგრენული აპენდიციტის შემთხვევათა – 65%-ის და პერფორირებული აპენდიციტის შემთხვევათა – 90%-ის [19, 20, 21].

სანათურის ობსტრუქცია იწვევს მის გაგანიერებასა და ინტრამურული წნევის მატებას, შედეგად ვითარდება აპენდიქსის კედლის მცირე ყალიბრის სისხლძარღვების ოკლუზია, თრომბოზი და ლიმფოსტაზი. ხდება ვისცერული აფერენტული ნერვული ბოჭკოების გაჯირჯევა და ვლინდება მუცლის ეპიგასტრული (კოხერის სიმპტომი) ან პერიუმბილიკური ტკივილი (კუმელის სიმპტომი). ტკივილის საბოლოო ლოკალიზება ვლინდება მას შემდეგ, რაც ანთებით პროცესში მიმდებარე პარიეტული პერიტონეუმი ჩაერთვება [22].

სანათურის ობსტრუქციის მექანიზმი ვარირებს ასაკის მიხედვით. ახალგაზრდა ასაკში უპირატესად გამოხატულია ლიმფოიდური ჰიპერპლაზია ინფექციის გამო; ხანდაზმულ პაციენტებში კი უფრო ხშირია სანათურის დაზიანება ფიბროზის გამო, კოპროლითებითა და ნეოპლაზიით (კარცინოიდი, ადენოკარცინომა ან მუკოცელე). პარაზიტული ობსტრუქცია დასაშვებია ნებისმიერ ასაკში [3, 14, 19, 22].

დაზიანებულ აპენდიქსში ადრეულ სტადიებზე ქარბობს ანაერობული, შემდგომ კი ვლინდება შერეული ფლორა. განგრენული და პერფორირებული აპენდიციტისას ყველაზე გავრცელებული მიკროორგანიზმებია: E. coli, Peptostreptococcus, Bacteroides fragilis და Pseudomonas species [3, 7, 22].

პროცესის პროგრესირებისას ხდება სანათურისში და ბაქტერიების ინვაზია აპენდიქსის კედელში, რასაც მოსდევს ნეიტროფილური ინფილტრაცია, ექსუდატის დაგროვება და ფიბროპურულენტური რეაქცია, შესაბამისად ხდება მიმდებარე პერიტონეუმის გალიზიანება და ვლინდება ტკივილი [22].

არსებობს მტკიცებულებები მწვავე აპენდიციტის ზოგიერთი შემთხვევის ნეიროიმუნური ეტიოლოგიის თაობაზე, თუმცა ეს საკითხი ჯერ კიდევ კვლევის პროცესშია [22].

7.4. მწვავე აპენდიციტის კლასიფიკაცია

არსებობს მწვავე აპენდიციტის რამდენიმე კლასიფიკაცია:

7.4.1. აპენდიციტის სიმძიმის ხარისხის მიხედვით (გარსტი და თანაავტ., 2013)[23];

- I ხარისხი – ანთებითი;
- II ხარისხი – განგრენული;
- III ხარისხი – პერფორირებული ლოკალურად თავისუფალი სითხით;
- IV ხარისხი – პერფორირებული რეგიონული აბსცესით;
- V ხარისხი – პერფორირებული დიფუზური პერიტონიტით.

7.4.2. აპენდიციტის სიმძიმის ხარისხის მიხედვით (საველივე და პეტუხოვი, 2009) [24]

- აპენდიციტი;
- კატარული;
- ფლეგმონური;
- განგრენული;
- გართულებები:
- აპენდიკულური ინფილტრატი;
- პერფორაცია;

- ჩირქოვანი პერიტონიტი, მუცლის ღრუს აბსცესები (პერიაპენდიკულური, მენჯის, ნაწლავთშორისი, სუბდიაფრაგმული);
- რეტროპერიტონული ფლეგმონა;
- პილფლებიტი;
- სეფსისი.

7.4.3. აპენდიციტის სიმძიმის ხარისხის მიხედვით (კუმეი და სიმპსონი, 2007) [25]

მარტივი აპენდიციტი – ანთებითი აპენდიქსი განგრენის, პერფორაციის ან აპენდიქსის ირგვლივმდებარე აბსცესის გარეშე;

გართულებული აპენდიციტი – განგრენული ან პერფორირებული აპენდიქსი ან პერიაპენდიკულური აბსცესის არსებობა;

ნეგატიური აპენდიციტი – ამ ტერმინით აღიწერება აპენდიციტზე ეჭვის გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ ჰისტომორფოლოგიურად ნორმალური აპენდიქსი.

7.4.4. მწვავე აპენდიციტის ინტრაოპერაციული კლასიფიკაცია (გომესის ინტრაოპერაციული შეფასების შკალა) [26]

- 0 ხარისხი (ნორმალური შესახედაობა),
- 1 (სიწითლე და შეშუპება),
- 2 (ფიბრინი),
- 3A (სეგმენტური ნეკროზი),
- 3B (ფუძის ნეკროზი),
- 4A (აბსცესი),
- 4B (რეგიონული პერიტონიტი),
- 5 (დიფუზური პერიტონიტი).

7.4.5. მწვავე აპენდიციტის მორფოლოგიური კლასიფიკაცია

- მარტივი (ე.წ. კატარული);
- ზედაპირული;
- დესტრუქციული;
- ფლეგმონური;
- აპოსტემატოზური;
- ფლეგმონურ-წყლულოვანი;
- განგრენული;
- პერფორაციული.

სვანკის და სხვ. სისტემურ მიმოხილვაში აღინიშნა აპენდექტომიის შემდეგ ქირურგიული ნიმუშების ჰისტოპათოლოგიური კვლევების შედეგად მოულოდნელი აღმოჩენების შემთხვევები: 0.5% – კეთილ თვისებიანი 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 [27]. არ არსებობს მწვავე აპენდიციტის ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის ვალიდური სისტემა და არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა ამ საკითხზე.

სტრონგის და სხვ. მიერ, 5 ცენტრის 3138 პაციენტზე, ჩატარებულ მულტიცენტრულ კოჰორტულ კვლევაში, 12,5% შემთხვევაში დაფიქსირდა აზრთა სხვაობა ქი-

რურგსა და პათოლოგანატომს შორის (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 [28].

7.5. კლინიკური სურათი

მწვავე აპენდიციტის კლინიკური სურათი აღიწერება შემდეგი კლასიკური სიმპტომებით: ტკივილი მარჯვენა ქვედა კვადრანტში, ანორექსია, გულისრევა და პირღებინება [29, 30, 31, 32].

მუცლის ტკივილი მწვავე აპენდიციტის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია. კლასიკურად დაავადების საწყის ეტაპზე ტკივილი ვლინდება ეპიგასტრიუმში (კოხერის სიმპტომი) ან პერიუმბილიკურად (კუმელის სიმპტომი), გარკვეული პერიოდის შემდეგ კი მიგრირებს მარჯვენა ქვედა კვადრანტში. მიუხედავად იმისა, რომ ადგილმონაცვლე ტკივილის სიმპტომი კლასიკური ნიშანია, იგი პაციენტთა მხოლოდ 50-60%-ში გვხვდება [29, 31].

გულისრევა და პირღებინება ვლინდება, უპირატესად, ტკივილის დაწყების შემდეგ და პირღებინება ხშირად ერთჯერადია.

ცხელება, უმეტესწილად, დაავადების განვითარების მოგვიანებით სტადიებზე ვლინდება.

პაციენტთა დიდ ნაწილში საწყისი სიმპტომები შეიძლება იყოს ატიპური და არასპეციფიკური: დისპეპსია; მეტეორიზმი; ნაწლავის ყურყური (ჰიპერპერისტალტიკა); დიარეა; საერთო სისუსტე [29, 30].

აპენდიციტის სიმპტომები ხშირად დამოკიდებულია აპენდიქსის მწვერვალის მდებარეობაზე: მაგ., წინა მდებარეობისას ტკივილი გამოხატულია ქვედა მარჯვენა კვადრანტში, რეტროცეკალური მდებარეობისას კი სახეზეა ყრუ ტკივილი მთელს მუცელში; თუ მწვერვალი მიმართულია მცირე მენჯისაკენ გამოხატულია დიზურიული მოვლენები, განშირებული შარდვა ან ტენეზმები და დიარეა.

7.6. ფიზიკალური კვლევა

ლიტერატურაში აღწერილია მწვავე აპენდიციტის რამდენიმე ათეული სიმპტომი, თუმცა ფიზიკალური კვლევისას (პალპაციისას, პერკუსიისას) ძირითადად აღიწერება შემდეგი სიმპტომები [2, 4, 7, 24, 29, 30]:

კოხერის (ვოლკოვიჩის) სიმპტომი: საკუთრივ ეპიგასტრიუმში წარმოქმნილი ტკივილი რამოდენიმე საათის შემდეგ გადაინაცვლებს მარჯვენა თეძოს ფოსოში;

კუმელის სიმპტომი: პერიუმბილიკურად წარმოქმნილი ტკივილი რამოდენიმე საათის შემდეგ გადაინაცვლებს მარჯვენა თეძოს ფოსოში;

რაზდოლსკის სიმპტომი: მუცლის წინა კედლის პერკუსიისას ვლინდება მტკივნეულობა მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში;

ბარტომიე-მიხელსონის სიმპტომი: მტკივნეულობა ბრმა ნაწლავის პალპაციისას, რომელიც ძლიერდება პაციენტის მარცხენა გვერდზე წოლისას;

დელაფუას სიმპტომი (ტრიადა): ტკივილი, კუნთების რიგიდობა და კანის ჰიპერესთეზია ქვედა მარჯვენა კვადრანტში;

როვზინგის სიმპტომი: მარცხენა თეძოს ფოსოს პალპაციისას და იმავდროულად დასწვრივ კოლინჯზე ზეწოლისას გამოხატულია მტკივნეულობა ილეოცეკალურ არეში;

ფსოას (ობრაზცოვის) სიმპტომი: ტკივილი მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში პაციენტის გაშლილი ფეხის პასიური აწევისას (გამოხატულია აპენდიქსის მწვერვალის რეტროცეკალური მდებარეობისას);

სიტკოვსკი-ორტენერის სიმპტომი: პაციენტის მარცხენა გვერდზე წოლისას ვლინდება ტკივილი მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში;

მაკბერნის (McBurney's) სიმპტომი: პალპაციისას მტკივნეული წერტილი, რომელიც მდებარეობს ჭიპისა და თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტიან შემარტებული ხაზის ლატერალური და შუა მესამედების საზღვარზე.

დანფის (Dunphy's) სიმპტომი: ტკივილის გაძლიერება მარჯვენა ქვედა კვადრანტში ხველების დროს.

7.7. ლაბორატორიული კვლევები

მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი – ლეიკოციტების რაოდენობა >10 000 უჯრედი/მკლ;

პაციენტთა დაახლოებით 80%-ს ლეიკოციტოზთან ერთად აღენიშნება მარცხნივ გადახრა (ლეიკოციტების უმწიფარი ნეიტროფილების და ნეიტროფილების საერთო რიცხვის მომატება) [31, 32, 40];

თეთრი სისხლის პარამეტრების მომატების სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა მწვავე აპენდიციტისას შესაბამისად 80% და 55%-ია;

მწვავე აპენდიციტისას ლეიკოციტოზი შეიძლება გამოხატული არ იყოს დაავადების ძალზე ადრეულ ეტაპზე.

შრატის ბილირუბინის ზომიერი მომატება (საერთო ბილირუბინი >1,0მგ/დლ) შესაძლებელია გამოვიყენოთ აპენდიკულური პერფორაციის მარკერად (სენსიტიურობა 70%, სპეციფიკურობა 86%) [31, 32].

7.8. გამოსახულებითი კვლევები

ულტრასონოგრაფია – დეტალური ულტრაბგერითი კვლევისას დგინდება აპენდიქსის დიამეტრის 6მმ-ზე მეტი მომატება.

მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია – მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიები „აპენდიციტის“ დიაგნოზის დასადგენად, როგორც წესი, უსარგებლოა. თუმცა არსებობს რამდენიმე რენტგენოგრაფიული მონაცემი, რომლებიც შეიძლება კავშირში იყოს მწვავე აპენდიციტთან:

- აპენდიკოლითი მუცლის ღრუს მარჯვენა ქვედა კვადრანტშია;
- მუცლის ღრუს მარჯვენა ქვედა კვადრანტთან ლოკალიზებული ილეუსის სურათი;
- ფსოას ჩრდილის გაქრობა;
- თავისუფალი აირის არსებობა (ზოგჯერ);
- ცეკუმის კონტურის დეფორმაცია;

- მუცლის ღრუს მარჯვენა ქვედა კვადრანტის რბილი ქსოვილების სიმკვრივის მომატება.

კომპიუტერული ტომოგრაფია – სტანდარტული აბდომინური კტ კვლევისას (პერორალური კონტრასტით ან მის გარეშე) მწვავე აპენდიციტზე მიუთითებს:

- აპენდიქსის დიამეტრის მომატება – >6მმ-ზე სანათურის ოკლუზიის ფონზე;
- აპენდიქსის კედლის სისქის მომატება – >2მმ-ზე;
- პერიაპენდიკულური ცხიმოვანი ქსოვილის სიჭრელე (ზონარისებრი, ანთებითი ინფილტრაციის გამო);
- აპენდიკოლითი (აპენდიქსის სანათურის კოპროლითით ობსტრუქცია, გამოხატულია პაციენტთა 25%-ში).

მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია – დამხმარე კვლევაა ორსულობის დროს მწვავე აბდომინური და მენჯისმხრივი ტკივილის სადიფერენციაციოდ. აპენდიქსი ნორმაში ვიზუალდება 6მმ ან ნაკლები დიამეტრის მილაკოვანი სტრუქტურის სახით, რომელიც სავსეა ჰაერით და/ან პერორალური საკონტრასტო ნივთიერებით. სითხით სავსე გაგანიერებული აპენდიქსი (დიამეტრი >7მმ-ზე) ითვლება ანომალურად და ადასტურებს დიაგნოზს; თუმცა აპენდიქსის 6-7მმ დიამეტრი – არადადამაჯერებელი ნიშანია [7, 32, 33, 34].

7.9. დიფერენციული დიაგნოზი

- მწვავე გასტრიტი;
- კვებითი ტოქსიკოინფექციები;
- კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება (წყლულის პერფორაციის ჩათვლით);
- მწვავე ქოლეცისტიტი;
- ნალველ-კენჭოვანი დაავადება;
- მწვავე პანკრეატიტი;
- მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულიტი;
- მეკელის დივერტიკულიტი;
- მწვავე ილიეტი;
- კრონის დაავადება;
- გინეკოლოგიური და სამენარო მდგომარეობები;
- ტუბო-ოვარიული აბსცესი;
- მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები;
- საკვერცხის კისტის რუპტურა;
- ოფულაციასთან დაკავშირებული ტკივილები (mitelschmerz);
- საკვერცხის და ფალოპის მილის შემოგრება;
- ენდომეტრიოზი;
- საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაციის სინდრომი;
- ეკტოპური ორსულობა;
- მწვავე ენდომეტრიტი.
- უროლოგიური მდგომარეობები;
- თირკმლის ქვავი;
- სათესლე ბაგირაკის შემოგრება;
- ეპიდიდმიტი;
- სათესლე ჯირკვლის დანამატის შემოგრება [7, 32, 33, 34].

7.10. მწვავე აპენდიციტის მართვა

მწვავე აპენდიციტის მართვის უპირატესი ამოცანა ადრეული დიაგნოსტიკა და დროული ქირურგიული ჩარევაა.

ზემოხსენებული მიზნის მიღწევა საკმაოდ რთულია იმის გამო, რომ პაციენტთა უმრავლესობა დაგვიანებით მიმართავს სამედიცინო დახმარებას დახშირად აპენდიციტის დიაგნოზის დადასტურება გართულებულია.

ქირურგთა ნაწილი ზოგჯერ აგრესიულ ტაქტიკას იყენებს და ნეგატიური აპენდექტომიების რიცხვი 15%-ს აღემატება; თუმცა შესაძლებელია გამოსახულებითმა კვლევებმა მნიშვნელოვნად შეამციროს (<10%) ნეგატიურ აპენდექტომიების რიცხვი [33, 34, 35].

მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი შემთხვევათა უმრავლესობაში დგინდება ანამნეზური და კლინიკური მონაცემებით; დიაგნოზი დასტურდება ლაბორატორიულად და/ან გამოსახულებითი კვლევებით;

გამოცდილ კლინიკისტს მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დადგენა გამოსახულებითი კვლევების გარეშეც შეუძლია (სადიაგნოსტიკო სიზუსტე აღწევს 75-90%-ს და დამოკიდებულია ქირურგის გამოცდილებაზე).

ზოგჯერ დიაგნოზის დასადგენად აუცილებელია სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია; ეს მეთოდი მეტად ეფექტურია ქალებში მწვავე აპენდიციტის სადიაგნოსტიკოდ (ასეთ შემთხვევათა 20% გინეკოლოგიური პათოლოგიაა); სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია ტარდება იმ გათვლით, რომ საჭიროებისას შესაძლებელია მისი გაგრძელება ოპერაციული ლაპაროსკოპიის სახით. მიუხედავად ამისა, სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია ინვაზიური პროცედურაა და მას ახლავს საოპერაციო და ანესთეზიოლოგიური რისკები.

მუცლის არეში მწვავე ტკივილის მქონე ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს დეტალური გასინჯვა, მათ შორის რექტალური კვლევა თითოთ;

ქალების შემთხვევაში საჭირო ხდება, ხოლმე, მცირე მენჯის ორგანოების კვლევა; რეპროდუქციული ასაკის ქალებში შესაძლებელია, საჭირო გახდეს ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის ტესტი, გინეკოლოგის კონსულტაცია.

დებულება 1. აპენდიციტზე საექვო პაციენტებში, რეკომენდებულია ინდივიდუალური მიდგომა, დაავადების ალბათობის, პაციენტის სქესის და ასაკის გათვალისწინებით (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 2. გამოსახულებითი კვლევის საჭიროება განისაზღვრება რისკის სტრატეგიციერებასთან, როგორცაა აპენდიციტის ანთებითი პასუხის ან ალვარადოს ქულათა შკალების მაჩვენებლებით (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 3. პოსპიტალიზებულ, დაბალი რისკის პაციენტებში, რომლებსაც კლინიკური ან ქულებით განმეორებითი შეფასებისას არ აღენიშნებათ გაუმჯობესება, აპენდიციტი შეიძლება დადგინდეს ან გამოირიცხოს მუცლის ღრუს კტ-ის საშუალებით (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 4. საშუალო რისკის კლასიფიცირება საშუალებას იძლევა გამოვავლინოთ ის პაციენტები, რომელთათვისაც შესაძლოა სასარგებლო იყოს დაკვირვება დინამიკაში და სისტემური გამოსახულებითი კვლევები (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 5. მაღალი რისკის 60 წლამდე ასაკის პაციენტები შესაძლოა არ საჭიროებდნენ წინასაოპერაციო გამოსახულებითი კვლევებს (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 6. ულტრასონოგრაფიული შეფასების სტანდარტულ ობ-ან სამსაფეხურიან თანამიმდევრულ პოზიციონირებას შეუძლია სიზუსტის გაზრდა (EL 3, GoR B) [7].

დებულება 7. MRI რეკომენდებულია ორსულ პაციენტებში, რომლებთანაც საეჭვოა აპენდიციტი, თუ ეს რესურსი ხელმისაწვდომია (EL 2, GoR B) [7].

7.11. მწვავე აპენდიციტის საპროგნოზო კრიტერიუმები

დღეს გავრცელებულია მწვავე აპენდიციტის საპროგნოზო ალგორითმის შვალა (ცხრილი №3), რომელიც კლინიკურ ნიშნებსა და ლაბორატორიულ მონაცემებს ეფუძნება.

ალგორითმის შვალა მარტივია და ეკონომიური. თუმცა, ზოგიერთი კლინიკისტი მას საორიენტაციო ინსტრუმენტად იყენებს, სადიაგნოსტიკო ალგორითმში დამატებითი კვლევების ჩასართავად.

დებულება 8. ალგორითმის ქულა (ზღვრული ქულით <5) საკმარისად სენსიტიურია, რომ გამორიცხოს მწვავე აპენდიციტი (EL 1, GoR A) [7].

დებულება 9. ალგორითმის ქულა არ არის საკმარისად სპეციფიკური მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დასადასტურებლად (EL 1, GoR A) [7].

დებულება 10. იდეალური (მაღალი სენსიტიურობის და სპეციფიკურობის), კლინიკურად გამოყენებადი სადიაგნოსტიკო ქულათა სისტემა /კლინიკური პრინციპი დღემდე არ არსებობს. ეს სფერო კვლავ საჭიროებს მომავალ კვლევას (EL 1, GoR B) [7].

7.12. ოპერაციის ალტერნატივა

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

საეჭვო კლინიკური სურათისას ან ინსტრუმენტული კვლევის არადადამაჯერებელი შედეგისას, ან თუ პაციენტი თავს იკავებს ოპერაციული მკურნალობისაგან ან თუ სახეზეა სერიოზული თანმხლები სამედიცინო პრობ-

ლემები, შესაძლებელია ჯერ ჩატარდეს მკურნალობა ანტიბიოტიკებით [7, 34].

საინტერესოა, მაგრამ კარგად არ არის შესწავლილი გაურთულებელი აპენდიციტის სპონტანური განკურნების საკითხი [7, 34].

დებულება 11. ანტიბიოტიკოთერაპია შეიძლება წარმატებული იყოს გაურთულებელი აპენდიციტის მქონე ზოგიერთ პაციენტში, რომლებსაც სურთ ოპერაციის თავიდან აცილება და ვისთვის მისაღებია 38%-იანი რეციდივის რისკი (EL 1, GoR A) [7].

დებულება 12. თანამედროვე მტკიცებულებები მხარს უჭერს საწყისად ინტრავენურ ანტიბიოტიკებს პერორალურ ანტიბიოტიკებზე შემდგომი გადასვლით (EL2, GoR B) [7].

დებულება 13. ნორმალური კვლევების პასუხებისა და სიმპტომების მქონე პაციენტებს სავარაუდოდ არ ექნებათ აპენდიციტი, მაგრამ უთანხმოების შემთხვევაში: [7]

- ოპერაციამდე რეკომენდებულია მრავალმხრივი გამოსახულებითი კვლევები;
- ლაპაროსკოპია არის ქირურგიული მკურნალობის არჩევის მეთოდი;
- ამჟამად ჩვეულებრივი მიდგომის ეფექტურობის მტკიცებულებები არადადამაჯერებელია და მათ საფუძველზე შეუძლებელია ამ მიდგომის რეკომენდირება (EL2,GoR B) [7].

7.13. წინასაოპერაციო მართვა და მომზადება ოპერაციისათვის

მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტების წინასაოპერაციო მართვა გულისხმობს ადეკვატურ ინტრავენურ ჰიდრატაციას და ქირურგიულ პროფილაქტიკურ ანტიბიოტიკოთერაპიას [7, 34, 35].

ქირურგიული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა მეტად მნიშვნელოვანია აპენდექტომიის შემდგომ ჭრილობის ინფექციის და ინტრააბდომინური აბსცესების განვითარების თავიდან ასაცილებლად; აპენდექსის ფლორა

ცხრილი №3. მწვავე აპენდიციტის სადიაგნოსტიკო ალგორითმის შვალის სისტემა

ალგორითმის შეფასების სისტემა (MANTRELS) მწვავე აპენდიციტის სადიაგნოსტიკოდ (Alvarado Scoring for Diagnosis of Acute Appendicitis)		
მონაცემები	MANTRELS	ქულა
ტკივილის მიგრაცია (კოხერის სიმპტომი)	Migration of pain	1
უმაღობა	Anorexia	1
გულისრევა და/ან პირღებინება (ხშირად ერთჯერადია)	Nausea and/or vomiting	1
მტკივნეულობა მარჯვენა ქვედა კვადრანტში	Tenderness in right lower quadrant	2
შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი ლოკალურად, მარჯვენა თქოს ფოსოში	Rebound Tenderness in right lower quadrant	1
ტემპერატურის მომატება (>37.50C)	Elevated temperature	1
ლეიკოციტოზი (>10x109/ლ)	Leukocytosis	2
ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა (ნეიტროფილები >75%)	Shift of white blood cell count to the left	1
სულ		10

ქულა	განმარტება
0-3	აპენდიციტის დაბალი რისკი – მწვავე აპენდიციტი ნაკლებ სავარაუდოა
4-6	მწვავე აპენდიციტი დასაშვებია, საჭიროა დაცვირება დინამიკაში, განმეორებითი გასინჯვა
7-8	აპენდიციტის მაღალი რისკი – მამაკაცებში 7-8 ქულა აპენდექტომიის ჩვენებაა
9-10	სახეზეა მწვავე აპენდიციტი, აუცილებელია სასწრაფო ქირურგიული მკურნალობა

ცხრილი №4. აპენდიციტიზმ ანთიბიოტიკის პასუხის შეფასების სისტემა

აპენდიციტის ანთიბიოტიკის რეაქციის შკალა (Appendicitis Inflammatory Response Score – AIR)	
მონაცემები	ქულა
პირღებინება	1
მტკივნეულობა მარჯვენა თეძოს ფოსოში	1
შროტკინის სიმპტომი სუსტად დადებითი	1
შროტკინის სიმპტომი საშუალო სიძლიერის	2
შროტკინის სიმპტომი მკვეთრად დადებითი	3
ტემპერატურა $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$	1
ლეიკოციტოზი 10.0–დან 14.9–მდე $\times 10^9/\text{ლ}$	1
ლეიკოციტოზი $\geq 15.0 \times 10^9/\text{ლ}$	2
ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ნეიტროფილები – 70-84%	1
ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ნეიტროფილები $\geq 85\%$	2
C რეაქტიული ცილა (CRP) – 10-49 გ/ლ	1
C რეაქტიული ცილა (CRP) – ≥ 50 გ/ლ	2
სულ	12

ქულა	განმარტება
0-4	აპენდიციტის დაბალი რისკი
5-8	აპენდიციტის საშუალო რისკი
≥ 9	აპენდიციტის მაღალი რისკი

მსხვილი ნაწლავის ფლორის ანალოგიურია და წარმოდგენილია გრამუარყოფითი აერობებითა და ანაერობებით.

მწვავე აპენდიციტის შემთხვევაში ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა უნდა განხორციელდეს ოპერაციის დაწყებამდე (განაკვეთის გატარებამდე) 1 საათის ინტერვალში [7, 34, 35].

არაპერფორირებული აპენდიციტის შემთხვევაში ქირურგიული ჩრილობის საპროფილაქტიკოდ ანტიბიოტიკის წინასაოპერაციო 1 დოზა ადეკვატურია. რეკომენდებულია ცხრილი №5-ში მოცემული სქემები;

პერფორირებული აპენდიციტისას უნდა დავიწყოთ ადრეული ანტიბაქტერიული თერაპია და ეს გულისხმობს გრამ-უარყოფითი ჩხირებისა და ანაერობების მიმართ აქტიური ფართო სპექტრის ემპირიულ თერაპიას – იხ. ცხრილი №6. სასურველია ანტიბიოტიკების გამოყენება გაგრძელდეს ინფექციის კლინიკური ნიშნების სრულ ალაგებამდე, ჩვეულებრივ 5-7 დღე.

წინასაოპერაციო მომზადება მოიცავს შემდეგ მანიპულაციებს:

- საოპერაციო ველის ჰიგიენა და გაპარსვა (კანის მთლიანობის დარღვევის გარეშე) უშუალოდ ოპერაციის წინ;
- კუჭის დეკომპრესია (ოროგასტრული ან ნაზოგასტრული ინტუბაცია);
- შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია ფოლდის კათეტერით (აუცილებელია ლაპაროსკოპული მიდგომისას, ღია წესის დროს – საჭიროებისამებრ) ან შარდის ბუშტის დაცლა უნდა მოხდეს ბუნებრივად პაციენტის უშუალოდ საოპერაციო დარბაზში შეყვანის წინ;
- თრომბოემბოლური გართულებების პროფილაქტიკა;
- თანმხლები დაავადებების სიმპტომური კორექცია.

დებულება 14. სტაციონარში ოპერაციის ხანმოკლე დაყოვნება, 12/24 საათამდე, უსაფრთხოა გაურთულებელი მწვავე აპენდიციტის დროს და არ ზრდის გართულებებს ან/და პერფორაციის მაჩვენებლებს (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 15. ოპერაცია გაურთულებელი აპენდიციტისთვის შეიძლება დაიგეგმოს შესაძლო მინიმალური დაყოვნებით, როდესაც ეს შესაძლებელია (პაციენტის კომფორტი და ა.შ.) (EL 2, GoR B) [7].

7.14. მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა

მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა შემთხვევათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში ქირურგიულია და აპენდექტომია დღესაც მკურნალობის ოქროს სტანდარტია [4, 7, 24, 34, 35].

აპენდექტომია ხორციელდება ლაპაროსკოპულად ან ღია წესით.

7.15. აპენდექტომია ღია მიდგომით

აპენდექტომიის რეკომენდებული უნივერსალური მეთოდი.

ჩვენება:

- მწვავე აპენდიციტი, დადასტურებული (სასწრაფო);
- აპენდიკულური ინფილტრატის შემდგომი მდგომარეობა (გეგმიური).

უკუჩვენება:

- მწვავე აპენდიციტის გამო აპენდექტომიის უკუჩვენებაა პაციენტის აგონალური მდგომარეობა;
- მკვრივი ინფილტრატი;
- დიფუზური პერიტონიტი (მძიმე სეფსისი, სეპტიკური შოკის ნიშნები, მუცლის ღრუს ერთმომენტური სანაცის შეუძლებლობა).

გაუტკივარება: ზოგადი ბალანსირებული ანესთეზია.

ცხრილი №5. ძირუბიშული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა არაპერფორირებული მწვავე აპენდიციტისას

ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის სქემა	რეკომენდებული დოზა (მოზრდილები)	განმეორებითი შეყვანის პერიოდი, პირველი შეყვანიდან (სთ)
პირველი რიგის პრეპარატები		
პენიცილინები		
ამპიცილინ-სულბაქტამი	3 გ ი.ვ. (ამპიცილინი 2 გ/სულბაქტამი 1 გ)	2
პირველი თაობის ცეფალოსპორინი + მეტრონიდაზოლი		
ცეფაზოლინი +	2 გ ი.ვ., თუ წონა < 120	4
	3 გ ი.ვ., თუ წონა ≥ 120	4
მეტრონიდაზოლი	500 მგ ი.ვ.	არა
ალტერნატიული პრეპარატები ბეტა-ლექტამებზე ალერგიისას		
კლინდამიცინი + ამინოგლიკოზიდი ან ფტორქინოლონი		
კლინდამიცინი +	900 მგ ი.ვ.	6
ან ციპროფლოქსაცინი	400 მგ ი.ვ.	არა
ან ლევოფლოქსაცინი	500 მგ ი.ვ.	არა
ან მოქსიფლოქსაცინი	400 მგ ი.ვ.	არა
ან გენტამიცინი	5 მგ/კგ (ერთჯერადი დოზა ეფუძნება ფაქტიურ წონას)	არა

ცხრილი №6. ძირუბიშული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა პერფორირებული მწვავე აპენდიციტისას (გრამ-უარყოფითი და ანაერობული კაითობენები)

ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპიის სქემა	რეკომენდებული დოზა (მოზრდილები)	შეყვანის ჯერადობა (ინტერვალი ორ შეყვანას შორის) (სთ)
პირველი რიგის პრეპარატები		
მონოთერაპია ბეტა-ლექტამებით/ბეტა-დაქტამასა ინჰიბიტორებით		
ამპიცილინ-სულბაქტამი	3 გ ი.ვ. (ამპიცილინი 2 გ/სულბაქტამი 1 გ)	6სთ-ში ერთხელ
პიპერაცილინ-ტაზობაქტამი	3.375 გ ან 4.5 გ ი.ვ.	6სთ-ში ერთხელ
კომბინირებული თერაპია: მესამე თაობის ცეფალოსპორინი + მეტრონიდაზოლი		
ცეფტრიასონი +	1 გ ი.ვ.	24სთ-ში ერთხელ
	2 გ ი.ვ. (კოაგულაზა-ნეგატიური სტაფილოკოკური ინფექცია)	12სთ-ში ერთხელ
მეტრონიდაზოლი	500 მგ ი.ვ.	8სთ-ში ერთხელ
ალტერნატიული ემპირიული სქემები		
კომბინირებული თერაპია: ფტორქინოლონი + მეტრონიდაზოლი		
ციპროფლოქსაცინი	400 მგ ი.ვ.	12სთ-ში ერთხელ
ან ლევოფლოქსაცინი +	500 ან 750 მგ ი.ვ.	24სთ-ში ერთხელ
მეტრონიდაზოლი	500 მგ ი.ვ.	8სთ-ში ერთხელ
მონოთერაპია კარბაპენემებით		
იმიპენემ-ცილასტატინი	500 მგ ი.ვ.	6სთ-ში ერთხელ
ან მეროპენემი	1 გ ი.ვ.	8სთ-ში ერთხელ

ზოგადი ანესთეზიის ინდუქციის შემდეგ, აუცილებელია პაციენტის მუცლის განმეორებითი ღრმა პალპაცია (აპენდიკულური ინფილტრატის ან სხვა ნიშნების გამოვლენა);

საოპერაციო მიდგომა: უპირატესად გამოიყენება მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში მაკ-ბერნის (ვოლკოვიჩ-დიაკონოვის) განაკვეთი. ზოგიერთი ქირურგი იყენებს პარარექტალურ (ლენანდერის) ან განივ (ვინკელმანის) განაკვეთებს, თუმცა გაცილებით მოსახერხებელი და რეკომენდებულია პირველი მიდგომა.

მაკ-ბერნის ირიბი განაკვეთი: სიგრძე 6-10 სმ, მაკ-ბერნის წერტილზე გავლით, თეძოს წინა ზედა წვეტის და ჭიბის შემადგენელი წარმოსახვითი ხაზის პერპენდიკულარულად გარეთა და შუა მესამედების საზღვარზე. განაკვეთის ერთი მესამედი აღნიშნულ ხაზს ზემოთ, ორი მესამედი კი ამ ხაზს ქვემოთ უნდა გატარდეს. განაკვეთის სიგრძემ უნდა უზრუნველყოს ფართო მიდგომა, ქსოვილების კავებით მეტისმეტი გაჭიმვა იწვევს მათ ტრავმირებას და ზრდის ქროლოზის დაჩირქების რისკს.

მუცლის ღრუს რევიზია, აპენდიქსის მობილიზაცია: მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ უნდა განხორციელდეს რევიზია, მოიძებნოს და განაკვეთში ამოტანილ იქნას ცეკუმი ჭიკაძე და დანამატთან ერთად. აპენდიქსის ვიზუალიზაციის (ზოგჯერ აუცილებელია ცეკუმი და დანამატის გამოთავისუფლება ნაზი ან მკვრივი შეხორცებებისაგან) შემდეგ ახორციელებენ მეზოაპენდიქსში გამავალი არტერიის ლიგირებას.

აპენდექტომია: ხორციელდება ანტიგრაფული ან რეტროგრადული წესით.

ანტიგრაფული აპენდექტომია. მობილიზაციის შემდეგ აპენდიქსს იჭერენ ვერტიკალურად, ფუძეზე ადებენ ლიგატურას გაწოვადი საკერი მასალის გამოყენებით, ბრმა ნაწლავზე აპენდიქსის ფუძიდან 1-1,5სმ მოშორებით ადებენ სერო-მუსკულურ ქისისებრ ნაკერს. ფუძის ლიგატურის დისტალურად (0,5სმ) ადებენ კობერის მომჭერს. აპენდიქსს გადაკვეთენ ლიგატურასა და მომჭერს შორის, დარჩენილ ტაკვს ამუშავებენ ანტისეპტიკური ხსნარით და გაშიშვლებულ ლორწოვანს ელექტროკაუტერით და ჩაყურსავენ ქისისებრ ნაკერში. დამატებით იყენებენ Z-ისებრ ნაკერს.

რეტროგრადული აპენდექტომია. ხორციელდება, თუ შეუძლებელია აპენდიქსის ამოტანა ჭრილობაში (ჭიკაძე და დანამატის რეტროცეკალური პოზიცია ან მკვრივი შეხორცებები ირგვლივმდებარე ორგანოებთან და ქსოვილებთან. დანამატის გამოყოფის წინ აუცილებელია მუცლის ღრუს შემოფარგვლა სტერილური საფენებით. ნაწლავის ჭრილობასთან მაქსიმალური მოზიდვის შემდეგ ახორციელებენ მიდგომას ფუძესთან (ორიენტირი არის ტენიების შეერთების ადგილი), ჩლუნგი და ბასრი წესით ათავისუფლებენ შეხორცებებისაგან და ფუძეზე ადებენ მომჭერებს, მათ შორის გადაკვეთენ, პროქსიმალურს ადებენ ლიგატურას გაწოვადი საკერი მასალის გამოყენებით. ტაკვს ამუშავებენ სტანდარტულად და ჩაყურსავენ ქისისებრ ნაკერში. დისტალურ ნაწილს ასევე ამუშავებენ ანტისეპტიკური ხსნარით და შემდეგ ეტაპობრივად გადაკვეთენ მეზოაპენდიქსს, გამოყოფენ მწვერვალს. რეკომენდებულია მეზოაპენდიქსის ჯორჯალი გადაიკვანძოს გამკერი ლიგატურით. ოპერაციის დასრულება ანტიგრაფული მსგავსია.

ჰემოსტაზის კონტროლი: აპენდექტომიის დასრულების შემდეგ ცეკუმს აბრუნებენ მუცლის ღრუში და ახორციელებენ ჰემოსტაზის კონტროლს.

მუცლის ღრუს დრენირების ჩვენება:

- პერფორირებული აპენდიქსი ლოკალურად თავისუფალი სითხით;
- პერფორირებული აპენდიქსი რეგიონული აბსცესით;
- პერფორირებული აპენდიქსი დიფუზური პერიტონიტი.
- არადამაჯერებელი ჰემოსტაზი.

მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირების ჩვენება:

- გავრცობილი პერიტონიტი.

მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირებისა და ლაპაროსკოპიის ფორმირების ჩვენება:

- გავრცობილი ჩირქოვან-ფიბრინული და განავლოვანი პერიტონიტი

ოპერაციის დასრულება: არაპერფორირებული აპენდიციტისას მუცლის ღრუ იხურება ყრუდ შრეობრივად. პერფორირებული აპენდიციტისას აუცილებელი ხდება მუცლის ღრუს დრენირება.

მორფოლოგიური კვლევა: აუცილებელია აპენდიქსის ჰისტომორფოლოგიურ კვლევა.

ბაქტერიოლოგიური კვლევა: აუცილებელია მუცლის ღრუში არსებული გამონაჟონის ან აბსცესის შიგთავის ბაქტერიოლოგიური კვლევა.

გართულებები:

- მუცლის ღრუს მხრივ: სისხლდენა მუცლის ღრუში ჯორჯალის ტაკვიდან, ინფექციური გართულებები მუცლის ღრუში (ინფილტრატები, აბსცესები, პერიტონიტი), ხვრელმილები, პოსტოპერაციული ნაწლავთა შეხორცებითი, გაუვალობა, პილფლემიტი (კარის ვენის სიტემის სეპტიკური თრომბოზი);
- საოპერაციო ჭრილობის მხრივ: სისხლდენა პოსტოპერაციული ჭრილობიდან, ჭრილობის ინფექციური გართულებები, პოსტოპერაციული თიაქრები;
- ზოგადი: თრომბოემბოლური გართულებები, პნევმონია.

7.16. ლაპაროსკოპული აპენდექტომია

აპენდექტომიის შესრულების მინიმალურად ინვაზიური რეკომენდებული მეთოდი იმ ქირურგიულ სტაციონარებში, სადაც არსებობს შესაბამისი ტექნიკური აღჭურვილობა და შესაბამისი მომზადების ქირურგები.

ჩვენება:

- მწვავე აპენდიციტი, დადასტურებული;
- პაციენტები, რომლებთანაც შეუძლებელია მწვავე აპენდიციტის გამორიცხვა, დინამიკური დაკვირვებითაც კი. სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპიით დასტურდება დიაგნოზი და გრძელდება ლაპაროსკოპული აპენდექტომია (ტექნიკურად შესრულების ალბათობა 70%);
- რეპროდუქციული ასაკის ქალები, როცა კლინიკურად შეუძლებელია მწვავე აპენდიციტის და მწვავე გინეკოლოგიურ პათოლოგიის დიფერენცირება;
- პაციენტები, რომლებთანაც მცირე ინვაზიური ჩარევა ამცირებს პოსტოპერაციული გართულებების განვითარების რისკს (მაგ.: შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.);
- პაციენტები, რომელთაც სურთ აპენდექტომია ლაპაროსკოპული მეთოდით და არ არის ლაპაროსკოპული აპენდექტომიის უკუჩვენება.

უკუჩვენება:

ზოგადი

- დაავადებები და მდგომარეობები, რომელთა დროს პნევმოპერიტონეუმის შექმნა და ზოგადი გაუტკივარება ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციით უფრო სახიფათოა, ვიდრე საკუთრივ აპენდექტომია;
- ორსულობის გვიანი ვადები;
- მძიმე დარღვევები შემაღლებულ სისტემაში; ადგილობრივი
- მკვრივი აპენდიკულური ინფილტრატი;
- პერიაპენდიკულური აბსცესი;
- დიფუზური პერიტონიტის შორსწასული ფორმა, ერთიანი კონგლომერატის, მკვრივი ფიბროზული

შესორცებების და მრავლობითი ნაწლავთშორისი აბსცესების არსებობა.

გაუტიკვარება: ზოგადი ბალანსირებული ანესთეზია.

ტიქნიკური აღჭურვილობა: ლაპაროსკოპული აპენდექტომიის ჩასატარებლად აუცილებელია ენდოვიდეოქირურგიული კომპლექსი: ლაპაროსკოპი, ვიდეოკამერა, ვიდეომონიტორი, სინათლის წყარო, ინსუფლაციური, ელექტროქირურგიული აპარატი.

პაციენტის პოზიცია: წევს ზურგზე, ტრენდლენბურგის პოზიციაში საოპერაციო მაგიდის დახრით მარცხნივ (პოზიციის ცვლილება ხორციელდება ოპერატორის მითითებით).

საოპერაციო ბრიგადის შემადგენლობა და პოზიცია: ოპერატორი, ასისტენტი, საოპერაციო ექთანი; ოპერატორი დგას პაციენტის მარცხნივ და მანიპულირებს ორივე ხელით. ასისტენტი მანიპულირებს ვიდეოკამერით და შეიძლება იდგეს როგორც პაციენტის მარცხნივ, ასევე მარჯვნივ. საოპერაციო ექთანი დგას პაციენტის მარცხნივ ხელსაწყოების მაგიდასთან ერთად. ენდოვიდეოქირურგიული კომპლექსი მონიტორთან ერთად განლაგებულია პაციენტის მარჯვნივ, მის ფეხებთან.

ოპერაციის ეტაპები:

1. პნევმოპერიტონეუმის შექმნა;
2. ლაპაროსკოპული რევიზია – ილევოცეკალური მიდამო, მცირე მენჯის ღრუ;
3. გადაწყვეტილების მიღება;
4. ლაპაროსკოპული აპენდექტომია
 - აპენდიქსის ტრაქცია;
 - ჯორჯლის გადაკვეთა;
 - ქიაყელა ნაწლავის ტაკვის დამუშავება (ლიგატურული, ჩაყურსვით, აპარატული);
 - აპენდიქსის მოცილება (ღრუდან);
 - საკონტროლო რევიზია, სანაცია, მუცლის ღრუს დრენირება (ჩვენების შესაბამისად);
5. ოპერაციის დასრულება.

მორფოლოგიური კვლევა: აუცილებელია აპენდიქსის ჰისტომორფოლოგიური კვლევა.

ბაქტერიოლოგიური კვლევა: აუცილებელია მუცლის ღრუში არსებული გამონაჟონის ან აბსცესის შიგთავსის ბაქტერიოლოგიური კვლევა.

გართულებები:

ოპერაციის მსვლელობაში: პნევმოპერიტონეუმთან ასოცირებული გართულებები – ჰიპოქსემია, ჰიპერკაპნია, ჰიპოტენზია, გულის რითმის დარღვევები, ბრადიკარდია, აეროვანი ემბოლია, კანქვეშა ემფიზემა, მუცლის წინა კედლის პათოლოგიური აზრევა, პნევმოთორაქსი, პნევმომედიასტინუმი, პნევმოთორაქსი.

ლაპაროსკოპული მიდგომის გართულებები – მუცლის წინა კედლის სისხლძარღვების დაზიანება, შინაგანი ორგანოების დაზიანება, მსხვილი რეტროპერიტონეული სისხლძარღვების დაზიანება.

ლაპაროსკოპული აპენდექტომიის სპეციფიკური გართულებები – სისხლდენა აპენდიქსის ჯორჯლიდან, ლიგატურის ჩამოცურება აპენდიქსის ტაკვიდან, ლიგატურით ქიაყელა დანამატის გადაკვეთა.

ელექტროქირურგიული გართულებები – დაბალი სიხშირის დენით დაზიანება, ქსოვილთა დამწვრობა.

პოსტოპერაციული: ინტრააბდომინური – ინტრააბდომინური სისხლდენა, ინფექციური გართულებები (ინ-

ფილტრატები, აბსცესები, პერიტონიტი), ქრილობის ინფექციური გართულებები, პოსტოპერაციული თიაქრები, მწვავე აპენდიციტის რეციდივი (აპენდიქსის შედარებით დიდი ტაკვის (2-3სმ) მწვავე ანთება.

ექსტრააბდომინური – თრომბოემბოლური გართულებები, პნევმონია.

დებულება 16. ლაპაროსკოპული აპენდექტომია უნდა წარმოადგენდეს პირველ არჩევანს, როდესაც ხელმისაწვდომია ლაპაროსკოპული აღჭურვილობა და უნარები, რადგანაც აქვს აშკარა უპირატესობები: ნაკლები ტკივილი, ქირურგიული ქრილობის ინფექციის დაბალი სიხშირე, სტაციონარში დაყოვნების ნაკლები ვადები, სამუშაოზე უფრო ადრე დაბრუნება და შედარებით ნაკლები საერთო ხარჯები (EL 1, GoR A) [7].

დებულება 17. ლაპაროსკოპია გვთავაზობს აშკარა უპირატესობებს და ის უნდა ავირჩიოთ ქარბწონიან პაციენტებში, ხანდაზმულ პაციენტებში და პაციენტებში თანმხლები დაავადებებით (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 18. ლაპაროსკოპია შესაძლებელი და უსაფრთხოა ახალგაზრდა მამაკაც პაციენტებში, თუმცა აშკარა უპირატესობასთ პაციენტებში წარმოდგენილი არ არის (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 19. ლაპაროსკოპია არ უნდა ჩაითვალოს აპენდექტომიის პირველ არჩევანად, ღია აპენდექტომიასთან შედარებით, ორსულ პაციენტებში (EL 1, GoR B) [7].

დებულება 20. არ დადასტურებულა ლაპაროსკოპული აპენდექტომიის მნიშვნელოვანი სარგებელი ბავშვებში, მაგრამ ის ამცირებს სტაციონარში დაყოვნების ვადებს და საერთო ავადობის მაჩვენებლებს (EL 1, GoR A) [7].

დებულება 21. გართულებული აპენდიციტის დროს გამოცდილი ხელებით ჩატარებული ლაპაროსკოპია უფრო სასარგებლო და ხარჯთ-ეფექტურია, ვიდრე ღია ოპერაციას (EL 3, GoR B) [7].

დებულება 22. გართულებული აპენდიციტის დროს პერიტონულ ირიგაციას არ გააჩნია რაიმე უპირატესობა, მხოლოდ ამოქაჩვასთან შედარებით (EL2, GoR B) [7].

დებულება 23. არ არსებობს კლინიკური სხვაობა გამოსავლის (სტაციონარში დაყოვნების ვადები და გართულების მაჩვენებლები) თვალსაზრისით ჯორჯლის დისექციის აღწერილ ტექნიკებს შორის გამოსავლის, LOS და გართულებების მაჩვენებლების მხრივ ჯორჯლის დისექციის აღწერილი ტექნიკებს შორის (მონოპოლარული ან ბიპოლარული ელექტროკოაგულაცია, ლითონის კლიფსები, ენდომარყუფები, ლიგაშუა, პარმონიული სკალპელი და ა.შ.) (EL3, GoR B) [7].

დებულება 24. მონო- და ბიპოლარული ელექტროკოაგულაცია ყველაზე ხარჯ-ეფექტური ტექნიკებია, მიუხედავად იმისა, რომ საჭიროებენ მეტ გამოცდილებას და ტექნიკურ უნარებს პოტენციური გართულებების (მაგ. სისხლდენა) და თერმული დაზიანებების თავიდან ასაცილებლად (EL3, GoR B) [7].

დებულება 25. არ არსებობს ენდოსტეპლერის გამოყენების კლინიკური უპირატესობა ენდომარყუფებთან შედარებით ტაკვის დასახურად მოზრდილებში და ბავშვებშიც (EL 1, GoR A) [7].

დებულება 26. ენდომარყუფებს შეიძლება მიენიჭოს უპირატესობა ხარჯების შესამცირებლად, როდესაც ხელმისაწვდომია შესაბამისი უნარები/გამოცდილება (EL 3, GoR B) [7].

დებულება 27. არ არსებობს ტაკვის ინვერსიის უპირატესობა მარტივ ლიგირებასთან შედარებით, არც ღია და არც ლაპაროსკოპული ოპერაციისას (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 28. დრენაჟები არ არის რეკომენდებული გართულებული აპენდიციტის დროს პედატრიულ პაციენტებში (EL3, GoR B) [7].

დებულება 29. მოზრდილ პაციენტებში, პერფორირებული აპენდიციტის და აბსცესის/პერიტონიტის გამო ჩატარებული აპენდექტომიის შემდეგ დრენაჟები გამოყენებული უნდა იყოს გონივრული სიფრთხილით, რადგანაც არ არსებობს მნიშვნელოვანი მტკიცებულება ლიტერატურაში. არ დაამტკიცდა, რომ დრენაჟები სასარგებლოა რაიმე მხრივ ინტრააბდომინური აბსცესის საპროფილაქტიკოდ, და როგორც ჩანს, ამასთან არის ასოცირებული საავადმყოფოდან გვიან გაწერა (EL1, GoR A) [7].

დებულება 30. კანის დაყოვნებული პირველადი დახურვა, როგორც ჩანს, არ არის სასარგებლო ქირურგიული ჭრილობის ინფექციის (SSI) რისკის შემცირების და სტაციონარში დაყოვნების გაზრდის მხრივ ღია აპენდექტომიებისას დაბინძურებული ჭრილობების გამო (EL1, GoR A) [7].

7.17. მწვავე აპენდიციტის ოპერაციის შემდგომი ანტიბიოტიკოთერაპია

დებულება 31. მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტებში პრე-ოპერაციულად ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები ყოველთვის რეკომენდებულია (EL 1, GoR A) [7].

დებულება 32. გაუთულებელი აპენდიციტის მქონე პაციენტებისთვის, პოსტ-ოპერაციულად ანტიბიოტიკები რეკომენდებული არ არის (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 33. გართულებული მწვავე აპენდიციტის მქონე პაციენტებში, პოსტოპერაციულად ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები ყოველთვის რეკომენდებულია (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 34. მიუხედავად იმისა, რომ ანტიმიკრობული მკურნალობის შეწყვეტა უნდა ემყარებოდეს კლინიკურ და ლაბორატორიულ კრიტერიუმებს, როგორცაა ცხელბა და ლეიკოციტოზი, მოზრდილ პაციენტებში ზოგადად რეკომენდებულია 3-5 დღიანი პერიოდი (EL 2, GoR B) [7].

7.18. აპენდიციტის კლინიკური ტიპები და მათი მართვა

7.18.1. არაპერფორირებული აპენდიციტი

არაპერფორირებული აპენდიციტისას როგორც ღია, ასევე ლაპაროსკოპული წესით ოპერირებულთა უმრავლესობის მკურნალობის ამბულატორულ რეჟიმზე გაწერა ოპერაციიდან 24-48სთ-ში ხდება.

დიეტა: ოპერაციიდან 24 საათის განმავლობაში სამკურნალო დიეტა №0ა; თხიერი და უელესმაგვარი საკვები; 24სთ-ის შემდეგ სამკურნალო დიეტა №№1ა და 1ბ (ქირურგიული).

არაპერფორირებული აპენდიციტის შემდეგ ანტიბიოტიკები პოსტოპერაციულ პერიოდში არ გამოიყენება.

ჭრილობის კონტროლი, ტუალეტი. კანის ნაკერების მოხსნა ოპერაციიდან 7-8 დღეს.

7.18.2. პერფორირებული აპენდიციტი

პერფორირებული აპენდიციტისას ოპერირებულთა უმრავლესობის მკურნალობის ამბულატორულ რეჟიმზე გაწერა ოპერაციიდან 5-7 დღეში ხდება.

ასეთ შემთხვევებში ხშირია პოსტოპერაციული პერიოდის ნაწლავთა პარეზი. რეკომენდებულია დიეტა:

სამკურნალო დიეტა №0ა (24-48სთ); შემდეგ სამკურნალო დიეტა №№1ა და 1ბ (ქირურგიული).

პერფორირებული აპენდიციტისას ნაწვენებია ადრეული ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია, იხ. ცხრილი №6.

პერფორირებული აპენდიციტისას ანორექსიის, პირლემინების და ცხელებასთან ასოცირებული დეჰიდრატაციის გამო მნიშვნელოვანია წყალ-მარილოვანი სტატუსის შეფასება, რაც წინასაოპერაციო მომზადების მნიშვნელოვანი კომპონენტია და აუცილებელია ამ საკითხების ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გათვალისწინება.

ჭრილობის კონტროლი, ტუალეტი. კანის ნაკერების მოხსნა ოპერაციიდან 7-8 დღეს.

7.18.3. აპენდიკულური ინფილტრატი

აპენდიკულური ინფილტრატის გამოვლენისას რეკომენდებულია შემდეგი ქირურგიული ტაქტიკა:

ფაშარი ინფილტრატი – აპენდექტომია მარჯვენა თეძოს ფოსოს დრენირებით (დრენაჟი გამოტანილი უნდა იყოს დამატებითი განაკვეთიდან); ადეკვატური ადრეული ანტიბიოტიკოთერაპია. სიმპტომური მკურნალობა.

მკვრივი ინფილტრატი გავრცელებული პერიტონიტის ნიშნების გარეშე – კონსერვატული თერაპია (ანტიბიოტიკოთერაპია, სიმპტომური მკურნალობა).

მკვრივი ინფილტრატი გავრცელებულ პერიტონიტთან ერთად გადავადებული აპენდექტომია – შემოფარგვლა თავისუფალი მუცლის ღრუსაგან და გარეგანი დრენირება დამატებითი განაკვეთიდან, სავარაუდო ყველაზე დაბალი წერტილიდან. ადეკვატური ადრეული ანტიბიოტიკოთერაპია (ბაქტერიების მგრძობელობის განსაზღვრა აუცილებელი პირობაა). სიმპტომური მკურნალობა.

გადავადებული აპენდექტომია (გეგმიური) რეკომენდებულია აპენდიკულური ინფილტრატის კონსერვატული კუპირებიდან 2-6 თვის შემდეგ.

დებულება 35. პერიაპენდიკულური აბსცესის პერკუტანური დრენაჟი, თუ ხელმისაწვდომია, ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ერთად წარმოადგენს გართულებული აპენდიციტის მკურნალობის თანამედროვე მეთოდს (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 36. აპენდიკულური ინფილტრატით გართულებული (აბსცესის გარეშე ან აბსცესით) აპენდიციტის არაოპერაციული მართვა პირველი რიგის გონივრული მკურნალობის მეთოდია (EL1, GoR A) [7].

დებულება 37. აპენდიკულური ინფილტრატით გართულებული (აბსცესის გარეშე ან აბსცესით) აპენდიციტის ოპერაციული მართვა არაოპერაციული მართვის უსაფრთხო ალტერნატივაა, თუ ტარდება გამოცდილი პერსონალის მიერ (EL 2, GoR B) [7].

დებულება 38. ინტენვალური (გადავადებული აპენდიკულარული ინფილტრატის დროს) აპენდექტომია არ არის რუტინულად რეკომენდირებული როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში (EL1, GoR A) [7].

დებულება 39. ინტენვალური აპენდექტომია რეკომენდებულია რეციდივის სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის (EL 2, GoRB) [7].

დებულება 40. მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი უნდა ჩატარდეს პაციენტებში, რომლებსაც აპენდიციტის გამო უმკურნალებს არა-ოპერაციულად, თუ მათი ასაკი 40 წელზე მეტია (EL 3, GoR C) [7].

7.19. მწვავე აპენდიციტის გართულებები აპენდექტომიის შემდგომ

აპენდექტომიის შემდგომ პერიოდში ყველაზე ხშირი გართულებაა ინფექცია (საოპერაციო ჭრილობის ინფექცია ან ინტრააბდომინური აბსცესები). ორივე ტიპის გართულება უპირატესად პერფორირებული აპენდიციტის შედეგია. როგორც წესი, არაპერფორირებული აპენდიციტისას ეს გართულებები ძალზე იშვიათია. ამ გართულებების საპროფილაქტიკოდ მნიშვნელოვანია მუცლის ღრუს გულმოდგინე სანაცია და ადოკვატური ადრეული ანტიბიოტიკოთერაპია.

- სისხლდენა ჭრილობიდან ან მუცლის ღრუში;
- ნაწლავთა მწვავე პოსტოპერაციული გაუვალობა;
- ევენტრაცია;
- სერომა;
- ლიგატურული ფისტულა.

7.20. მწვავე აპენდიციტი პაციენტთა განსაკუთრებულ ჯგუფებში

7.20.1. ნეგატიური (ნორმალური) აპენდიციტი

მწვავე აპენდიციტზე ეჭვის გამო წარმოებულ ლაპაროტომიათა 15%-ში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი არ დასტურდება, განსაკუთრებით ისეთ ჯგუფებში, როგორებიცაა ჩვილები, ხანდაზმული პაციენტები და რეპროდუქციული ასაკის ქალები.

თანამედროვე გამოსახულებითი კვლევების (უბკტ, მრტ) გამოყენება 10%-ით ამცირებს ნეგატიური აპენდექტომიების რიცხვს.

შეუცვლელი აპენდიქსის აღმოჩენისას ეძებენ სხვა მიზეზი, მათ შორის: ტერმინალური ილეიტი, ბრმა ან სიგმოიდური ნაწლავის დივერტიკულიტი ან კოლინჯის პერფორირებული კარცინომა, მეკელის დივერტიკულიტი, მებენტერული ადენიტი ან საშვილოსნოს, საკვერცხეების თუ ფალოპიუსის მილების პათოლოგია ქალებში. საჭიროებისას, მუცლის ღრუს (მარცხენა ნახევრის) სრულფასოვანი რევიზიისთვის, შესაძლებელია მარჯვენა ქვედა კვადრანტში არსებული განაკვეთის მედიალური მიმართულებით გაფართოვება.

ხშირად ვიზუალურად შეუცვლელი აპენდიქსის ოპერაციის შემდგომი მორფოლოგიური კვლევით დასტურდება ინტრამურული ან სეროზული ანთება. ამდენად, ვიზუალურად შეუცვლელი აპენდიქსი უნდა მოცილდეს.

სტრონგის და სხვ. 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, ჰისტოპათოლოგიური შეფასებისას, ქირურგის მიერ ნორმალურად შეფასებული აპენდიქსების 27,8%-ში გამოვლინდა პათოლოგია, ხოლო მაკროსკოპულად ანთებადი აპენდიქსის 9,6% იყო 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 ოპერა-

ციისას აპენდექტომიას [28]. მიკროსკოპული აპენდიციტის ადრეული ან/და მსუბუქი ფორმების კლინიკური მნიშვნელობა კი დღემდე გაურკვეველია.

გომესის და სხვ. 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. მონაცემები შედარდა ამოკვეთილი აპენდიქსის ბიოქიმიურ-ჰისტოლოგიურ კვლევის შედეგებს. ლაპაროსკოპული შეფასების სისტემის სენსიტიურობა, სპეციფიკა და სიზუსტე იყო 63, 83.3, და 80.1%. ყველაზე მეტი მცდარი შეფასება იყო ნორმალური შესახედაობის ან ჰიპერემიული აპენდიციტებისას [26].

დებულება 41. მოულოდნელი აღმოჩენების სიხშირე აპენდექტომიის ნიმუშებში დაბალია, მაგრამ მხოლოდ ინტრაოპერაციული დიაგნოზი არასაკმარისია მოულოდნელი დაავადების იდენტიფიცირებისათვის. თანამედროვე ხელმისაწვდომი მტკიცებულებებიდან ოპციულბელია რუტინული ჰისტოპათოლოგია [EL 2, GoR B][7].

დებულება 42. არ არსებობს საერთაშორისოდ აღიარებული მწვავე აპენდიციტის ჰისტოლოგიური კლასიფიკაცია და ამ საკითხზე არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა [EL 4, GoR C] [7].

დებულება 43. ქირურგის მაკროსკოპული შეფასება მწვავე აპენდიციტის ადრეული ხარისხის შესახებ არაზუსტია [EL 2, GoR B] [7].

დებულება 44. თუ ქირურგიული ოპერაციის მსვლელობისას აპენდიქსი გამოიყურება „ნორმალურად“ და სხვა დაავადება არ არის აღმოჩენილი სიმპტომურ პაციენტებში რეკომენდებულია აპენდექტომიის წარმოება [EL 4, GoR C] [7].

დებულება 45. ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ მწვავე აპენდიციტის ხარისხობრივი შეფასების სისტემის გამოყენებას, რომელიც ეფუძნება კლინიკურ, გამოსახულებითი კვლევების და ოპერაციის მონაცემებს, რაც პაციენტების ერთგვაროვანი ჯგუფების იდენტიფიცირების, დაავადების მართვის ოპტიმალური ხარისხის შერჩევის და მკურნალობის მეთოდების შედარების საშუალებას იძლევა [EL 2, GoR B] [7].

7.20.2. მწვავე აპენდიციტი ხანდაზმულ პაციენტებში

65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში მუცლის მწვავე ტკივილის ერთ-ერთი გავრცელებული მიზეზი არის მწვავე აპენდიციტი (1 შემთხვევა 2000 მოსახლეზე);

ამ ჯგუფში მწვავე აპენდიციტის მიმდინარეობას გარკვეული თავისებურებები აქვს: ნაკლები ინტენსივობით ვლინდება ანთებითი რეაქცია, ანამნეზი და ფიზიკალური კვლევა ნაკლებინფორმატიულია. ამის გამო, აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში ხშირია დაგვიანებული მიმართვა ან სამედიცინო დახმარების გადავადება, რაც თავის მხრივ აპენდიქსის პერფორაციის მაღალი მაჩვენებლის განმაპირობებელი ფაქტორია.

ამ პაციენტებს აქვთ მძიმე კომორბიდული ფონი გულის, ფილტვების და თირკმელების მხრივ, რაც მაღალი სიკვდილიანობის წინაპირობაა.

ამ ასაკობრივ ჯგუფში ხშირია აპენდიციტის სიმულირებით მიმდინარე დაავადებები: მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულიტი, ახალწარმონაქმნები და სხვ.; მწვავე

აპენდიციტის იმიტაცია შეიძლება იყოს სიგმოიდური ნაწლავის დაავადებები მეგასიგმის (რაც არც თუ ისე იშვიათია) დროს, მისი მარჯვენამხრივი პოზიციისას;

65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში როგორც პერფორირებული, ისე არაპერფორირებული აპენდიციტისას რეკომენდებულია (ტექნიკური შესაძლებლობის ფარგლებში) ლაპაროსკოპული აპენდექტომია. იგი ამცირებს პოსტოპერაციული გართულებების რიცხვს, ჰოსპიტალიზაციის ვადებს და სიკვდილიანობას.

7.20.3. მწვავე აპენდიციტი იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში

ქირურგიულ პრაქტიკაში სულ უფრო ხშირია იმუნოკომპრომეტირებული (აუტოიმუნური დაავადების გამო სუპრესიული თერაპიის ფონი, ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, აივ ინფექცია) პაციენტების მომართვა; დაქვეითებული იმუნური სტატუსის მქონე პირებში აბდომინურ ტკივილს შეიძლება მრავალი მიზეზი ჰქონდეს, თუმცა მწვავე აპენდიციტი ერთ-ერთი საყურადღებო პრობლემაა.

იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში მეტია ქირურგიული ინფექციის განვითარების რისკი, მათი საპასუხო რეაქცია მეტად სუსტია და შედეგად, ხშირად აპენდიციტის ტიპური ნიშნები და სიმპტომები არ ვლინდება. გასინჯვისას შესაძლებელია მხოლოდ ლოკალური ზომიერი ტკივილის გამოვლენა. ასეთ შემთხვევებში ხშირად ნაკლებინფორმაციულია კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევებიც.

დიფერენციალურ დიაგნოზში ჩართული უნდა იყოს ოპორტუნისტული (მიკობაქტერიული), ვირუსული (ციტომეგალოვირუსი) და სოკოვანი ინფექციები, მეორეული ავთვისებიანი სიმსივნეები (ლიმფომა და კაპოშის სარკომა) და ტიფლიტი. სადიფერენციაციო დაავადებათა დიდი სპექტრის გამო, ხშირად ხდება მწვავე აპენდიციტის დაგვიანებული ვერიფიკაცია, რაც ზრდის პერფორაციის რისკს.

პაციენტების ამ პოპულაციაში განსაკუთრებით ინფორმაციულია კტ კვლევა, მიღებული მონაცემები არა მარტო აპენდიციტის დადასტურების, არამედ სხვა დაავადებების გამორიცხვის ან დადასტურების საშუალებას იძლევა.

ამ ჯგუფში, მწვავე აპენდიციტზე მაღალი ალბათობის ეჭვის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ქირურგიული ჩარევა, რადგან იმუნოდეფიციტის მქონე პაციენტებში ამ ჩარევის რაიმე კონკრეტული, აბსოლუტური უკუჩვენება არ არის.

7.20.4. მწვავე აპენდიციტი ბავშვებში

მწვავე აპენდიციტი ბავშვებში მუცლის ღრუს ორგანოების გადაუდებელი ჩარევების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მიზეზია. წარმატების საწინდარი ადრეული დიაგნოსტიკა და დროული აპენდექტომიაა.

მწვავე აპენდიციტი გაცილებით ხშირია უფროსი ასაკის ბავშვებში და მოზარდებში, ვიდრე მცირეწლოვან ბავშვებში და კლინიკური გამოვლინებები და მიმდინარეობაც მობრდილთა აპენდიციტის ანალოგიურია.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში აპენდიქსის ძაბრის ფორმა აქვს, რაც თითქმის შეუძლებელს ხდის მისი სანატორის ობსტრუქციას.

აპენდიქსის ლიმფური ფოლიკულები და ფოლიკულათ-შორისი ლიმფოიდური ქსოვილი თავის მაქსიმალურ ზომას მოზარდობის ასაკში აღწევს და სწორედ ამ პერიოდშია აპენდიციტით ავადობის პიკი.

ჩვილებში და მცირეწლოვან ბავშვებში (<5 წელზე) მწვავე აპენდიციტის დასაწყისი ხშირად შეუმჩნეველია მშობლებისათვის. ამ ჯგუფში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დადასტურება ასოცირებულია სირთულეებთან, რადგან საკუთრივ გამოვლინებებიც ხშირად არასპეციფიკურია. ბავშვსთვის ძნელია პირველადი ტკივილის ლოკალიზაციის და ხასიათის აღწერა, რთულია გასინჯვისას ადეკვატური პასუხების მიღებაც. შესაბამისად, დაავადების დაწყებიდან მის დიაგნოსტიკაზე გადის გარკვეული პერიოდი, რაც დაავადების ელვისებურად განვითარების ასოციაციას ქმნის.

ლაბორატორიული და გამოსახულებითი კვლევები (უბგ და კტ ან მრტ) ძალზე სასარგებლოა ამ ჯგუფში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დასადასტურებლად ან გამოსარიცხად.

მცირეწლოვან ბავშვებში დაავადების საწყის ეტაპზე ზოგადი სიმპტომატიკა ჭარბობს ადგილობრივს. მაღალ ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით ხშირია მრავალჯერადი პირღებინება, სხეულის მაღალი ტემპერატურა, დეფეკაცია თხიერი მასებით (ეს გამოვლინებებიც მეტად ინდივიდუალურია). როგორც წესი, პირღებინება დაავადების დაწყებიდან 12-16სთ-ში იწყება. ტემპერატურა ფებრილურია. დიარეა ვლინდება შემთხვევათა 25%-ში. 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში ეს სიმპტომები შეიძლება მრავალ პათოლოგიასთან იყოს ასოცირებული, ამიტომაც შესაძლოა დაგვიანდეს აპენდიციტის დიაგნოზის დასმა.

ფიზიკალური კვლევა – ბავშვთა აპენდიციტის სადიაგნოსტიკო გასაღები მუცლის გულმოდგინე კვლევაა. ამისთვის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ბავშვის სიმშვიდე და თანამშრომლური რეჟიმი. ექიმმა უნდა შეძლოს ბავშვის ნდობის მოპოვება, რასაც ხშირად დიდი მოთმინება სჭირდება. სასურველია გასინჯვა ბავშვსთვის მოსახერხებელ პოზიციაში განხორციელდეს.

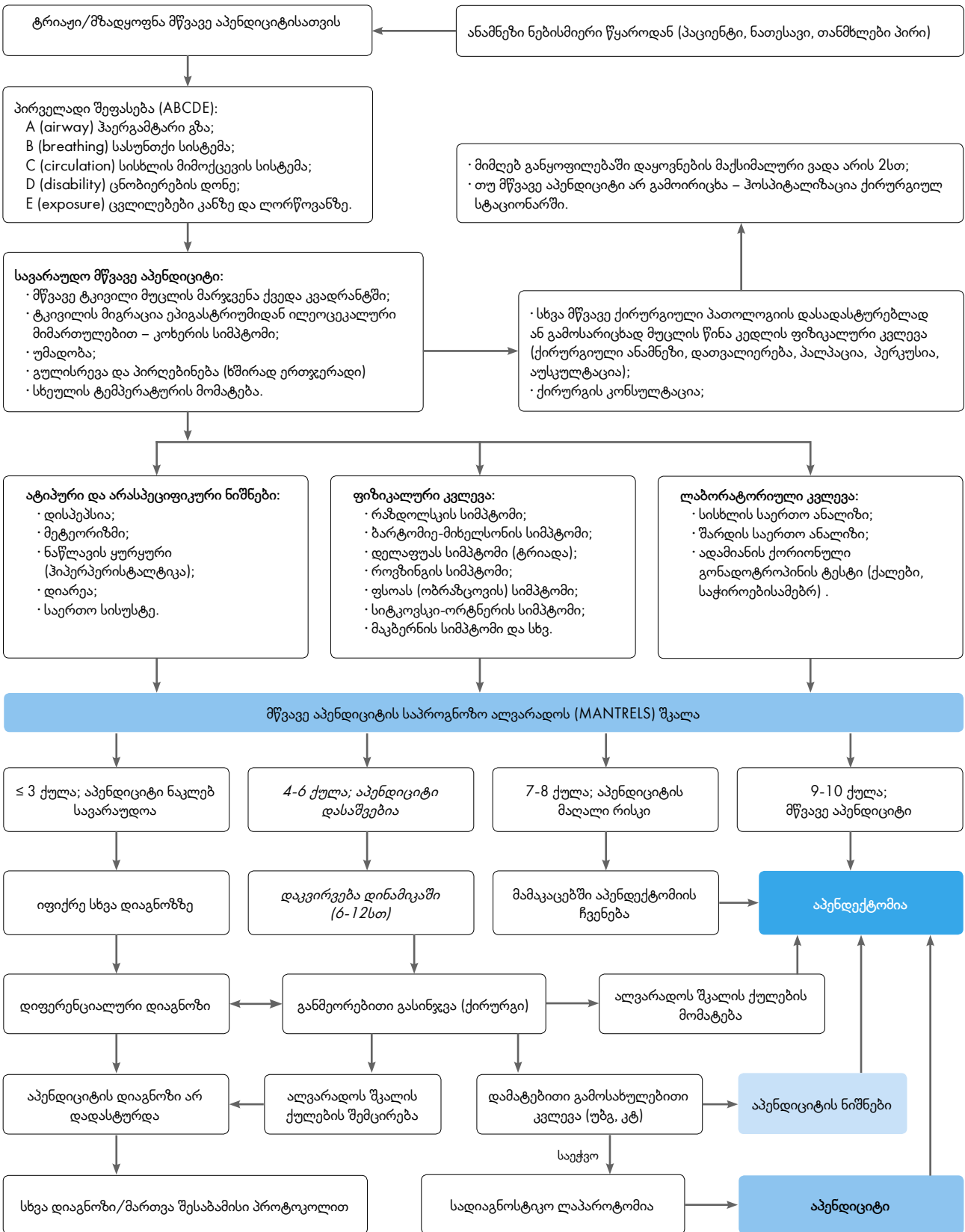
ტკივილის მართვა – ზოგჯერ ტკივილის გამო შეუძლებელია მუცლის წინა კედლის პალპაცია; რეკომენდებულია მუცლის ტკივილის (აპენდიციტზე ეჭვის დროსაც) შესაბამისი გაუტკივარება, საჭიროებისას ოპიოიდების ინტრავენური შეყვანა. წარსულში, მწვავე აპენდიციტზე ეჭვისას ტკივილის გაყუჩება დაუშვებლად მიაჩნდათ მცდარი მოსაზრების გამო, რომ ტკივილის კონტროლი (მართვა) შენიღბავს მწვავე აპენდიციტის სიმპტომებს. მაღალი სანოდობის კვლევებში დადასტურებულია, რომ ტკივილის მართვა თანამშრომლურ დონემდე (ოპიოიდების ინტრავენურად გამოყენების შემთხვევაშიც კი – 0,1მგ/კგ) მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს „აპენდიციტის“ დიაგნოზზე.

რეკომენდებული ლაბორატორიული კვლევები:

- ლეიკოციტების რაოდენობის განსაზღვრა (WBC);
- ნეიტროფილების აბსოლუტური რიცხვი (ANC);
- C-რეაქტიული ცილა (CRP);
- შარდის საერთო ანალიზი.

განგრენის ან პერფორაციის დამადასტურებელი ნიშნების გარეშე აპენდიციტს განსაზღვრავენ როგორც ადრეულ აპენდიციტს. ადრეული აპენდიციტის დიაგნოზი

მწვავე აპენდიციტის წინასაოპერაციო მართვის ალგორითმი (1)



ცხრილი 7. აპენდიციტის საპრობნოზო კლინიკური სკალა

აპენდიციტის პედატრიული სკალა (PAS: pediatric appendicitis score)	
მონაცემები	ქულა
უმადობა	1
გულისრევა და/ან პირღებინება	1
ტკივილის მიგრაცია (კობერის სიმპტომი)	1
ტიმპერატურის მომატება (>38°C)	1
ტკივილი ხველის, პერკუსიის ან ხტომისას	2
მტკივნეულობა მარჯვენა ქვედა კვადრანტში	2
ლეიკოციტოზი (>10x10 ⁹ /ლ)	1
ნეიტროფილები (ასევე ჩხირბირთვიანი ფორმები) >7500 უჯრედი/მკლ	1
სულ	10

ქულა	განმარტება
0-2	აპენდიციტის დაბალი რისკი
3-6	აპენდიციტის საშუალო რისკი
7-10	აპენდიციტის მაღალი რისკი

ოპერაციული მკურნალობის და პაციენტის საოპერაციოდ მომზადების ჩვენებაა.

7.20.5. მწვავე აპენდიციტი ორსულებში:

ორსულობის პერიოდში ყველაზე ხშირი ზოგადქირურგიული პრობლემა არის მწვავე აპენდიციტი.

კლინიკური გამოვლინებები კლასიკურია, თუმცა აუცილებელია შემდეგი საკითხების აღნიშვნა: ქვედა მარჯვენა კვადრანტში ტკივილი ტიპურია ორსულთა უმრავლესობაში, ორსულობის ვადის მიუხედავად. თუმცა ორსულობის ბოლოსაკენ ტკივილი შეიძლება გამოხატული იყოს შუახაზზე ან მარჯვენა ფერდქვეშ.

ზომიერი ლეიკოციტოზი ნორმალური მოვლენაა ორსულებში. ლეიკოციტების აბსოლუტური მაჩვენებელი მესამე ტრიმესტრში აღწევს 16 900/მკლ და 29 000/მკლ მშობიარობისას. ამდენად ამ პერიოდში ლეიკოციტოზი არ შეიძლება ჩაითვალოს აპენდიციტის ნიშნად.

მწვავე აპენდიციტზე ეჭვი ორსულობის პერიოდში, ეფუძნება შემდეგ კლინიკურ ნიშნებს: ტკივილი მუცელში, მისი მიგრირება მარჯვენა ქვედა კვადრანტში და იქვე პალპატორულად მტკივნეულობა, გულისრევა/პირღებინება, ცხელება და ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით.

არაკლასიკური კლინიკური სურათისას, განსაკუთრებით, ორსულობის ბოლო პერიოდში ინფორმაციული გამოსახულებითი კვლევები. ვიზუალიზაციის ძირითადი მიზანია ქირურგიული ინტერვენციის დაყოვნების ვადის შემცირება სადიაგნოსტიკო გაურკვევლობის შემთხვევაში და პირიქით, ნეგატიური აპენდექტომიების გამო-რიცხვა.

ვიზუალიზაცია: რეკომენდებულია საფეხურებრივი კომპრესიული ულტრასონოგრაფია. აპენდიციტი დიაგნოსტირდება, თუ ვიზუალდება ბრმა დაბოლოებული მილისებრი სტრუქტურა, რომლის დიამეტრი >რმმ-ზე;

თუ კლინიკური მონაცემები და უსგ შედეგები არა-დამაჯერებელია, ან რეკომენდებულია მრტ (ტიქნიკური შესაძლებლობის ფარგლებში).

კომპიუტერული ტომოგრაფიის გამოყენების საკითხი განსჯის საგანია.

კლინიკური მონაცემებითა და გამოსახულებითი კვლევებით დადასტურებულ შემთხვევებში რეკომენდებულია

დროული, არაუგვიანეს 24სთ, ჩარევა. ოპერაციის გადავადება ზრდის პერფორაციის რისკს.

შედარებით ნათელი დიაგნოზისას რეკომენდებულია განივი განაკვეთი, მაქსიმალურად მტკივნეულ წერტილზე გავლით. გაურკვეველი დიაგნოზისას, რეკომენდებულია ქვედა შუა ვერტიკალური ლაპაროტომია.

7.21. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია

მწვავე აპენდიციტი გადაუდებელი სამედიცინო მდგომარეობაა და დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ შესაძლებლობისამებრ აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

პაციენტს და/ან მის ნათესავებს (თანმხლებ პირებს) უნდა მიეცეს სათანადო ახსნა-განმარტება მწვავე აპენდიციტის მიზეზების და სტაციონარული მკურნალობის აუცილებლობის შესახებ.

ჰოსპიტალიზაციის დრო უნდა იყოს მინიმალური.

7.22. პაციენტის გაწერა

პაციენტის გამოჯანმრთელების და/ან მდგომარეობის შედარებითი სტაბილიზაციის შემდეგ ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს პაციენტის გაწერის საკითხი.

პაციენტს და/ან მის ნათესავებს (თანმხლებ პირებს) უნდა მიეცეს სათანადო ახსნა-განმარტება მწვავე აპენდიციტის მიმდინარეობის თავისებურებების და რისკების შესახებ; ასევე უნდა მიეცეს კვებითი და სხვა აუცილებელი რეკომენდაციები.

8. მოსალოდნელი შედეგები

გაილანინის რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვა ხელს შეუწყობს მწვავე აპენდიციტის სწორ და დროულ გამოვლენას, შესაბამისად, დროულ ოპერაციულ მკურნალობას, რაც შეამცირებს არასაჭირო დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებთან დაკავშირებულ ხარჯებს, ჩვენების გარეშე წარმოებული აპენდექტომიების რიცხვს და უზრუნველყოფს მკურნალობის შედეგების ოპტიმიზაციას.

9. აუდიტის კრიტერიუმები

რამდენ დაწესებულებაში (%) არის დანერგილი აღნიშნული გაილანინი?

რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა რეკომენდებული ინტერვენცია მითითებულ ვადებში?

რამდენ პაციენტთან (%) მოხერხდა სასურველი კლინიკური გამოსავლის მიღწევა?

ჯანდაცვის პირველადი რგოლის, მიმღები განყოფილებისა და სტაციონარის რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული გაიდლაინის მიხედვით?

10. გაიდლაინის გადახედვის ვადაები

გაიდლაინის გადახედვა და განახლება სასურველია განხორციელდეს 2 წლის ვადაში.

11. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინის წყაროს წარმოადგენს სხვადასხვა ქვეყნების და საერთაშორისო ორგანიზაციების გაიდლაინები, პროტოკოლები, მულტიცენტრული რანდომიზებული კვლევები, დარგის აღიარებული ძირითადი სახელმძღვანელოები (იხ. გამოყენებული ლიტერატურა).

12. გაიდლაინის შემუშავების მეთოდოლოგია

გაიდლაინი შემუშავებულია საქართველოს გრიგოლ მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის მიერ, 2019 წელს.

გაიდლაინის შემუშავების პროცესში განხორციელდა სხვადასხვა გაიდლაინების შეჯერება, თარგმნა, შემდგომ ადაპტაცია და ექსპერტიზა დარგის წამყვანი სპეციალისტების მიმართ.

გაიდლაინების ძირითადი დებულებები განხილული იყო საქართველოს გრიგოლ მუხაძის ქირურგთა ასოციაციის 2018-21 სექტემბრის საერთაშორისო კონგრესზე,

რომელიც ჩატარდა გადაუდებელ ქირურგთა მსოფლიო ასოციაციის წარმომადგენლებთან ერთად. ადაპტირების მიღებულ იქნა კონსენსუსი საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის 2019 წლის სექტემბრის სხდომაზე.

გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფს ორიგინალური და საბაზისო გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია.

13. გაიდლაინის დანერგვისათვის საჭირო რესურსი

გაიდლაინის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები მოცემულია ცხრილში №8.

14. გამოყენებული შემოკლებები

- ICD 10 – დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია მე-10 გადახედვა (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision);
- NCSP – ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკატორი (Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO) Classification of Surgical Procedures)
- SSI – ქირურგიული ჭრილობის ინფექცია (Surgical Site Infection);
- LoE ან EL – მტკიცებულების დონე (Levels of Evidence);
- GoR – რეკომენდაციების ხარისხი (Grade of Recommendation);
- LOS – დაყოვნების ვადა (Length of stay);
- უბგ – ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- კტ – კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- მრტ – მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია.

ცხრილი 8. გაიდლაინის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები

ადამიანური რესურსი		
სპეციალობა	ფუნქცია-ვალდებულებები და ცოდნა	რამდენად სავალდებულოა რესურსი
ექიმი: ზოგადი ქირურგია; კრიტიკული და გადაუდებელი მედიცინა; ან/და ანესთეზიოლოგია-რეანიმატოლოგია; შინაგანი სნეულებები;	პირველადი კლინიკური შეფასება, წინასწარი დიაგნოზის დადგენა, პრევენციული და სამკურნალო ღონისძიებების გატარება, მიმდინარე მონიტორინგი, გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობასთან ან რეფერალთან დაკავშირებით.	სავალდებულო
ექთანი	ადეკვატური ასისტირება, ტრიაჟი მონაწილეობა, საპასპორტო მონაცემების და ანამნეზის დეტალების რეგისტრაცია. დამაკმაყოფილებელი მანიპულაციური უნარ-ჩვევები, რისკის პროფილის შეფასება, რისკ-ფაქტორების, არამედდამენტური მკურნალობის, პრევენციის და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება.	სავალდებულო
მენეჯერი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვის მონიტორინგი; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი (გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში)		
პულსოქსიმეტრი	მონიტორინგი	სავალდებულო
ელექტროკარდიოგრაფი	მონიტორინგი	სავალდებულო
სფიგმო-მანომეტრი (ტონომეტრი)	მონიტორინგი	სავალდებულო
თერმომეტრი	მონიტორინგი	სავალდებულო
ჟანგბადის მიწოდების სისტემა (ინდივიდუალური ან ცენტრალიზებული)	მონიტორინგი	სავალდებულო
ლაბორატორია	მონიტორინგი	სავალდებულო

ცხრილი 8-ის გავრცელება შემდეგ გვერდზე

პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი (სტაციონარი)		
ულტრასონოგრაფია	დიაგნოსტიკა	სავალდებულო
რენტგენოლოგია	დიაგნოსტიკა	სავალდებულო
კომპიუტერული ტომოგრაფია	დიაგნოსტიკა	სასურველი
მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია	დიაგნოსტიკა	სასურველი
ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია	დიაგნოსტიკა	სავალდებულო
ლაბორატორია	დიაგნოსტიკა, მონიტორინგი	სავალდებულო
ლაპაროსკოპული ტექნიკა	მკურნალობა	სასურველი

15. 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. Williams GR. *Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance.* Ann Surg 1983; 197:495.
3. Fitz, RH. *Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment.* Am J Med Sci 1886; 92:321.
4. Jaffe, BM, Berger, DH. *The Appendix.* In: Schwartz Principles of Surgery, 8th ed, Schwartz, SI, Brunicaudi, CF (Ed), McGraw-Hill Health Pub. Division, New York 2005.
5. 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.
6. Andersson RE, Petzold MG. *Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: a systematic review and meta-analysis.* Ann Surg. 2007;246(5):741-8.
7. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. *World Journal of Emergency Surgery* 2016; 11:34
8. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. *The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States.* Am J Epidemiol 1990; 132:910.
9. Statistical Reference "Health Care", Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia, Georgia (სტატისტიკური ცნობარი "ჯანმრთელობის დაცვა", საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველო), 2015;
10. Statistical Reference "Health Care", Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia, Georgia (სტატისტიკური ცნობარი "ჯანმრთელობის დაცვა", საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველო), 2016;
11. Statistical Reference "Health Care", Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia, Georgia (სტატისტიკური ცნობარი "ჯანმრთელობის დაცვა", საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველო), 2017;
12. Buschard K, Kjaeldgaard A. *Investigation and analysis of the position, fixation, length and embryology of the vermiform appendix.* Acta Chir Scand 1973;
13. Mulholland, MW, Lillemoe, KD, Doherty, GM, et al. *Greenfield's Surgery, 4th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA 2005.*
14. Kumar, V, Abbas, AK, Fausto, N. *Robbins and Cotran: Pathologic Basis of Disease, 7th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia, PA 2007.*
15. Birnbaum BA, Wilson SR. *Appendicitis at the millennium.* Radiology 2000; 215:337.
16. Burkitt DP. *The aetiology of appendicitis.* Br J Surg 1971; 58:695.
17. Butler C. *Surgical pathology of acute appendicitis.* Hum Pathol 1981; 12:870.
18. Miranda R, Johnston AD, O'leary JP. *Incidental appendectomy: frequency of pathologic abnormalities.* Am Surg 1980; 46:355.
19. Armbjornsson E, Bengmark S. *Obstruction of the appendix lumen in relation to pathogenesis of acute appendicitis.* Acta Chir Scand 1983; 149:789.
20. Nitecki S, Karmeli R, Sarr MG. *Appendiceal calculi and fecaliths as indications for appendectomy.* Surg Gynecol Obstet 1990; 171:185.
21. Jones BA, Demetriades D, Segal I, Burkitt DP. *The prevalence of appendiceal fecaliths in patients with and without appendicitis. A comparative study from Canada and South Africa.* Ann Surg 1985; 202:80.
22. Wesson D.E., *Acute appendicitis in children: Clinical manifestations and diagnosis, Sept. 2014; ob. <www.UpToDate.com>.*
23. Garst GC, Moore EE, Banerjee MN, Leopold DK, Burlew CC, Bensard DD, Biffl WL, Barnett CC, Johnson JL, Sauaia A. *Acute appendicitis: a disease severity score for the acute care surgeon.* J Trauma Acute Care Surg. 2013;74(1):32-6.
24. Савельев, В. С. *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости [Текст] / В. С. Савельев, В. А. Петухов, Б. Д. Савчук; под общ. ред. В. С. Савельева. - М.: Изд. «МИА (Медицинское информационное агентство)», 2014. - 640 с.*
25. Humes D.J., Simpson J., *Acute appendicitis,* BMJ, 2006, 333: 530-534.
26. 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.
27. 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.
28. 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.

29. Lee SL, Walsh AJ, Ho HS. Computed tomography and ultrasonography do not improve and may delay the diagnosis and treatment of acute appendicitis. Arch Surg 2001; 136:556.

30. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA, et al. Helical CT technique for the diagnosis of appendicitis: prospective evaluation of a focused appendix CT examination. Radiology 1997; 202:139.

31. Martin R.F., Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis, Sept. 2014; [nb.<www.UpToDate.com>](http://www.UpToDate.com).

32. Martin R.F., Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation, Sept. 2014; [nb.<www.UpToDate.com>](http://www.UpToDate.com).

33. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Oct. 2000;

34. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis. Jan.2010; Guideline on diagnosis and treatment of acute appendicitis. 2010 (Ned Tij Gen).

35. Smink D., Soybel D.I., Acute appendicitis in adults: Management, Sept. 2014; [nb.<www.UpToDate.com>](http://www.UpToDate.com).

36. Wesson D.E., Acute appendicitis in children: Clinical manifestations and diagnosis, Sept. 2014; [nb.<www.UpToDate.com>](http://www.UpToDate.com).

37. Taylor G.A., Wesson D.E., Acute appendicitis in children: Diagnostic imaging, Sept. 2014; [nb.<www.UpToDate.com>](http://www.UpToDate.com).

38. Wesson D.E., Acute appendicitis in children: Management, Sept. 2014; [nb.<www.UpToDate.com>](http://www.UpToDate.com).

39. Barth W.H., Goldberg J.E., Acute appendicitis in pregnancy, Sept. 2014; [nb.<www.UpToDate.com>](http://www.UpToDate.com).

40. Craig S., Appendicitis. Jul 23, 2018, <https://emedicine.medscape.com>.

41. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. Di Saverio et al. World Journal of Emergency Surgery (2020) 15:27. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>

42. kiladze m., Kherodinashvili G., Goderdzishvili V., Management of Acute Appendicitis in Adults, State Standard for Disease Management (Protocol), (მ. კილაძე, გ. ხეროდინაშვილი, ვ.გოდერძიშვილი, მწვავე აპენდიციტის მართვა მოზრდილებში, დაავადების მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)), 2014;

43. Jikia D., Acute Appendicitis, Clinical Standard for Disease Management (Protocol), Geohospitals Ltd., Tbilisi, (დ.ჯიქია, მწვავე აპენდიციტი, დაავადების მართვის კლინიკური სტანდარტი (პროტოკოლი), შპს „ჯეოჰოსპიტალს“, თბილისი), 2014.

16. გაილანინის ავტორთა ჯგუფი (რედაქტორი, კოლეგები, რევენუენტები/ შესაქმნები)

- ავტორთა კოლექტივი:
- გ. არაბიძე,
 - გ. დათუაშვილი,
 - გ. თომაძე,
 - მ. კილაძე,
 - ნ. ლომიძე,
 - ბ. მოსიძე,
 - თ. ჩხიკვაძე,
 - ნ. ფრუიძე,
 - ბ. ჩაკვეტაძე,
 - დ. ჯიქია

17. მტკიცებულებების ღონე ლა ხარისხი

- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence (LoE) and the Grade of Recommendation (GoR) <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
- Levels of Evidence (LoE) <https://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>

Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998. Updated by Jeremy Howick March 2009.

Levels of Evidence (LoE) and the Grade of Recommendation (GoR)

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs	SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR* validated in different populations	SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR* with 1b studies from different clinical centres	SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies	SR (with homogeneity*) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval)	Individual inception cohort study with > 80% follow-up; CDR* validated in a single population	Validating** cohort study with good*** reference standards; or CDR* tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up****	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none§	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts**	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses*****
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies	SR (with homogeneity*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity*) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity*) of 2b and better studies	SR (with homogeneity*) of Level >2 economic studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR* or validated on split-sample§§§ only	Exploratory** cohort study with good*** reference standards; CDR* after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases	Retrospective cohort study, or poor follow-up	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies	"Outcomes" Research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies		SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study, or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations.
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies§§)	Case-series (and poor quality prognostic cohort studies***)	Case-control study, poor or non-independent reference standard	Case-series or superseded reference standards	Analysis with no sensitivity analysis
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on economic theory or "first principles"

Grades of Recommendation (GoR)

A	consistent level 1 studies
B	consistent level 2 or 3 studies or extrapolations from level 1 studies
C	level 4 studies or extrapolations from level 2 or 3 studies
D	level 5 evidence or troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level

MANAGEMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN ADULT PATIENTS NATIONAL RECOMMENDATION FOR CLINICAL PRACTICE (GUIDELINE)

Gela Arabidze¹, Gia Datuashvili², Gia Tomadze³, Merab Kiladze⁴, Nodar Lomidze⁵,
Baadur Mosidze⁶, Tamaz Chkikvadze⁷, Nikoloz Pruidze⁸, Boris Chakvetadze⁹, David Jikia¹⁰

¹"Vitamed" clinic, Clinical Director, Professor of TSMU; ²TSMU, # 1 Department of Surgery, Associate Professor; ³TSMU, Head of Surgery Department, Professor, AMSG Academician; ⁴TSU, Faculty of Medicine, Head of the Department of Clinical Surgery, Professor; ⁵TSMU, #1 Department of Surgery, Professor, Deputy Director of the Gudushauri National Center, AMSG Academician; ⁶TSMU, Head of the #2 Department of Surgery, Professor; ⁷"Al. Aladashvili Clinic", Clinical Director, Professor; ⁸University of Georgia (Tbilisi), Surgery Department of the Medical School, Professor; ⁹Medical Director of "St. Nicholas Surgical Center, Professor; ¹⁰TSMU, Department of General Surgery, Assistant Professor.

Contact person: David Jikia, d.jikia@tsmu.edu

Resume

Acute appendicitis is one of the most common reasons of severe abdominal pain and is the most common indication for surgical intervention in emergency abdominal surgery. It can progress to perforation and peritonitis associated with severe complications and death.

Acute appendicitis is characterized by a variety of clinical manifestations and course, leading to the difficulty of differential diagnosis.

The role of imaging studies (Ultrasound, CT, MRI) in the diagnosis of acute appendicitis remains controversial around the world.

In the surgical treatment of acute appendicitis, the paradigm shifted from open appendectomy to laparoscopic appendectomy in both adults and children. In the last decade, in uncomplicated cases, non-surgical treatment with antibiotics has been provided as an alternative to surgical intervention.

Despite the existence of many guidelines, comprehensive clinical recommendations for the diagnosis and management of acute appendicitis have not yet been published.

Georgia isn't exception. Therefore, the Georgian Association of Surgeons of Grigol Mukhadze has decided to develop a relatively complete, voluminous guideline of clinical recommendations based on new, modern international guidelines. The guideline presented by us is based on several international and Georgian sources. In the process of developing the guideline, various guidelines were agreed upon, translated, further adapted and examined by leading specialists in the field.

The main provisions of the guidelines were discussed at the International Congress of Surgeons of Georgia Grigol Mukhadze 2018 on September 21, 2018, which was held together with the representatives of the World Association of Emergency Surgeons. The adaptation was adopted at the September 2019 meeting of the Georgian Surgeons Association. In addition, the main guidelines for guidelines were compared and modernized with the World Emergency Surgery Society (WSWS) with the updated version of the Jerusalem Guideline 2020 (Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines).

The present paper summarizes the recommendations and basic provisions on the following issues: 1. Clinical and diagnostic effectiveness of score assessment tools; 2. The main symptoms of acute appendicitis and their importance in differential diagnosis; 3. Sensitivity and specificity of imaging studies in the diagnosis of acute appendicitis; 4. Non-surgical treatment of uncomplicated appendicitis; 5. Deadlines for appendectomy and hospital stay; 6. Surgical treatment; 7. Intraoperative evaluation of appendicitis; 8. Treatment of complicated appendicitis; 9. Preoperative and postoperative antibiotic therapy; 10. Appendicitis in special groups: appendicitis in pregnant women, acute appendicitis in children, the elderly and immunocompromised individuals.

The implementation of guideline recommendations in practice will help to identify acute and timely appendicitis, therefore, timely surgical treatment, which will reduce the costs associated with unnecessary diagnostic tests, the number of appendectomies performed without evidence and provide optimization of treatment outcomes.

Key words: Acute Appendicitis, Guidelines, Consensus Conference, Alvarado Score, Appendicitis Diagnosis Score, Non-operative Management, Antibiotics, Complicated Appendicitis, Appendectomy, Laparoscopic Appendectomy

მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტის ღიაგნოზი და ოპერაციული მკურნალობა COVID-19-ის მქონე პაციენტის შემთხვევაში (კლინიკური შემთხვევა)

ვასილ აბულაძე¹, ლია გოლიაძე², ნანა დიდიძე³, თინათინ კიკვაძე⁴

შპს აკადემიკოს ვახტანგ ბოჭორიშვილის კლინიკა, ¹ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ²ინფექციურ სნეულებათა დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ³ეპიდემიოლოგი, ⁴ზოგადი ქირურგი

პასუხისმგებელი პირი: თინათინ კიკვაძე, tinatinkivadze@gmail.com

რეზიუმე წარმოგიდგინთ COVID-19-ის მქონე პაციენტის შემთხვევას, რომელსაც სტაციონარული მკურნალობის პერიოდში განუვითარდა მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი. პაციენტი - 39 წლის მამაკაცი; ინფექციური დაავადებების განყოფილებაში მკურნალობდა COVID-19 ღიაგნოზით 04.04.2020-დან 08.05.2020-მდე. სტაციონარული მკურნალობის 25-ე დღეს (29.04.2020) გადაუდებელი ჩვენების გამო - მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი - პაციენტს ჩაუტარდა ოპერაცია (ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომია). ოპერაციის შემდგომი პერიოდი წარიმართა გართულებების გარეშე. 08.05.2020 პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან გამოჯანმრთელებულ მდგომარეობაში.

საკვანძო სიტყვები: COVID-19, მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი, ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომია

წარმოგიდგინთ პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიას, რომელსაც COVID-19 ღიაგნოზით მკურნალობის პერიოდში, გადაუდებელი ჩვენებით, ჩაუტარდა ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომია.

შემთხვევა საინტერესო და მნიშვნელოვანია, რადგან მისი რეტროსპექტული ანალიზისას კარგად ჩანს კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური სამსახურების ეფექტური თანამშრომლობის შედეგი. ამასთან, გვინდა გაგიზიაროთ გადაუდებელი ქირურგიული დაავადებების მართვის ჩვენი კლინიკური გამოცდილება კორონავირუსული ინფექციის ფონზე.

შემთხვევის აღწერა

09.04.2020 წელს კლინიკაში შემოვიდა 38 წლის მამაკაცი ჩივილებით: ცხელება, მშრალი ხველა, ყელის სიმშრალე, ყნოსვის და გემოვნების დაკარგვა, საერთო სისუსტე.

ანამნეზი: დაავადება დაეწყო 04.05.2020-ში სუბფებრილური ცხელებით, უმადობით. ბინაზე იღებდა სიმპტომურ საშუალებებს. საყურადღებო იყო, რომ პაციენტის ოჯახის წევრებს (ძმას - 03.04.2020-ში და დედას - 05.04.2020-ში) დაუდასტურდათ COVID-19-ის ღიაგნოზი. ეპიდემიოლოგიური ანამნეზის გათვალისწინებით, ეჭვი იქნა მიტანილი კორონავირუსული ინფექციის არსებობაზე. პაციენტი მოთავსდა ინფექციურ სნეულებათა ბოქსირებულ დეპარტამენტში.

პაციენტს ჩაუტარდა ბიოლოგიური მასალის (ცხვირ-ხახის ნაცხი) პჯრ მეთოდით კვლევა. შედეგი: ახალი კორონავირუსის (nCoV) პჯრ რეალურ დროში - დადებითი SARS-CoV-2-ზე.

დაიგეგმა კვლევების გაღრმავება და მკურნალობა არსებული პროტოკოლის შესაბამისად.

ლაბორატორია და გამოსახულებითი კვლევები

09.04.2020.

სისხლის საერთო ანალიზი: ლეიკოციტი - $6,7 \times 10^9$ /ლ, ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილი - 3%, ლიმფოციტი - 30%, მონოციტი - 19%; „C“ რეაქტიული ცილა - 8.9მგ/ლ, კრეატინინი სისხლში - 97,2მკმოლ/ლ.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით ინფილტრაციული ცვლილებები არ გამოვლინდა.

10.04.2020.

ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ალატ - 16ერთ/ლ, ასატ - 22ერთ/ლ; ლაქტატი პლასმაში - 0.99მმოლ/ლ, ლაქტატდეჰიდროგენაზა - 3.1მკკატ/ლ; კოაგულოგრამა: ფიბრინოგენი - 2.91გ/ლ, INR - 1.01, D-დიმერი - 0.40მკგ/მლ/ფე; ვენური გაზები და ელექტროლიტები: pH - 7,32, K - 4.02მმოლ/ლ, Na - 143მმოლ/ლ; ფერიტინი - 195.96 ნგ/მლ; ტროპონინი I - 0.0036ნგ/მლ.

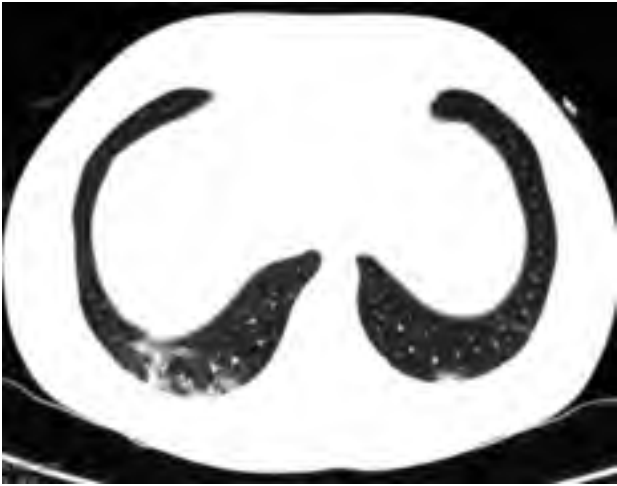
გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფიით გულმკერდის ღრუს ორგანოების საყურადღებო პათოლოგია არ გამოვლინდა.

მუცლის ღრუს ულტრასონოგრაფიით: ნაღვლის ბუშტში მცირე რაოდენობით ბილიარული ნალექი და მრავლობითი კონკრემენტები, ნაღვლის ბუშტის კედელი - 3,5მმ. ნაღვლის საერთო სადინარი - 6მმ (სურათი 2).

17.04.20.

გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფიით: ორივე ფილტვის ქვედა წილებში, ცენტრალური და უპირატესად პერიფერიული მდებარეობით ისახებოდა ე.წ. „დაბურული მინის“ ტიპის ინფილტრაციული ცვლილებები, ინფილტრაციული უბნები ისახებოდა, ასევე, მარჯვნივ ზედა წილში.

დადგინდა ორმხრივი პნევმონიის ღიაგნოზი (სურათი № 1, 2, 3, 4).



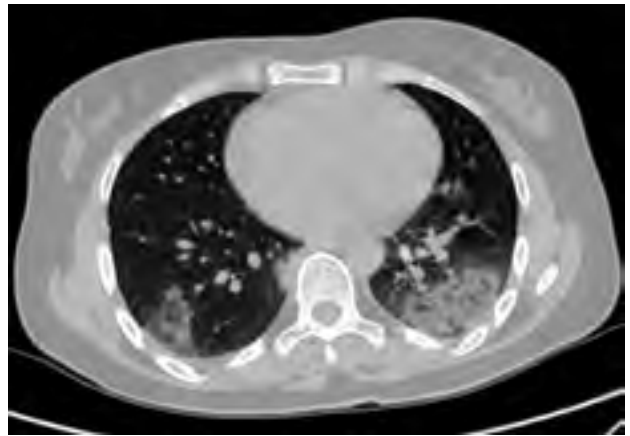
სურათი 1.



სურათი 2.



სურათი 3.



სურათი 4.

24.04.2020.

საკონტროლო გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფიით: მარცხენა ფილტვის მესამე სეგმენტში, მეტად პერიფერიულზე, ასევე, ორივე ფილტვის ქვედა წილებში ცენტრალური და უპირატესად პერიფერიული მდებარეობით არსებული ინფილტრაციული უბნები ზომიერად მცირედ შემცირებულია.

25.04.2020.

ღვიძლის ფუნქციური სინჯები; ალატ - 58ერთ/ლ, ასატ - 25ერთ/ლ; სისხლის საერთო ანალიზის მაჩვენებლები: ნორმის ფარგლებში; კოაგულოგრამა: D-დიმერი - 0.27 მკგ/მლ/ფე; PT-14,2წმ, INR - 1,05, PI-92%, aPTT - 37,6 წმ.

27.04.2020.

დაახლოებით 18:00-ზე პაციენტს დაეწყო ყრუ ხასიათის ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ირადიაციით მარჯვენა ბეჭქვეშე. დინამიკაში ტკივილის ინტენსივობამ მკვეთრად იმატა.

28.04.2020-ში 09:00სთ-ზე ჩატარდა ზოგადი ქირურგის კონსულტაცია.

ობიექტური შეფასებით: მუცელი ოვალური ფორმის სიმეტრიული, მცირედ შებერილი, პალპაციით მტკივნეული და დაჭიმული მარჯვენა ფერდქვეშა არე, კერის,

მერფის, ორტნერის სიმპტომები დადებითი, შროტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი სუსტად დადებითი აღნიშნულ მიდამოში.

ჩატარდა საკონტროლო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები; დამატებით მკურნალობაში ჩართულ იქნა სპაზმოლიტიკები; გაგრძელდა დაკვირვება დინამიკაში.

28.04.2020-ში ჩატარებული კვლევებით სისხლის საერთო ანალიზში აღინიშნა ლეიკოციტოზი ფორმულის მარცხნივ გადახრით: ლეიკოციტები - $12,17 \times 10^9$ /ლ, ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილები - 7%, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი: ალატ - 772ერთ/ლ, ასატ - 489ერთ/ლ, პანკრეასული ამილაზა - 38,2ერთ/ლ, საერთო ბილირუბინი - 2,6მკმოლ/ლ, პირდაპირი ბილირუბინი - 5.0მკმოლ/ლ; კოაგულოგრამა: PT - 12.3წმ, INR - 1,12, PI - 84%, aPTT - 33,3წმ.

29.04.2020.

ჩატარდა ზოგადი ქირურგის განმეორებითი კონსულტაცია და მუცლის ღრუს ულტრასონოგრაფია დინამიკაში (სურათი 5, 6), ინახა: ნაღვლის ბუშტის კედლის განშრევა, პერივებრიკულურად მცირე რაოდენობით თავისუფალი სითხე. ობიექტურად: მუცელი ოვალური ფორმის, სიმეტრიული, მცირედ შებერილი, პალპაციით

მტკივნეული და დაჭიმული მარჯვენა ფერდქვეშა არეში; კერის, მერფის, ორტნერის სიმპტომები დადებითი, შროტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი მკვეთრად დადებითი აღნიშნულ მიდამოში.

გადაწყდა სასწრაფო ჩვენებით ოპერაციული მკურნალობა.

პაციენტი მომზადდა საოპერაციოდ.

კლინიკის ეპიდემიოლოგიური სამსახურის მიერ განხორციელდა საოპერაციო ბლოკის და სამედიცინო პერსონალის მომზადება (ტრენინგი).

ეპიდემიოლოგიური სამსახურის ტაქტიკა

ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელმა მიაწოდა ინფორმაცია ეპიდემიოლოგიურ სამსახურს: კოვიდინფიცირებული პაციენტი (სტაციონარული მკურნალობის/მეთვალყურეობის მე-20 დღე) საჭიროებს გადაუდებელ ოპერაციულ მკურნალობას, რაც განაპირობებდა ეპიდემიოლოგიური კუთხით ოპერაციის დაგეგმვის აუცილებლობას.

ამოცანები:

- ოპერაციის წარმატებით შესრულება.
- COVID-19-თან და ოპერაციასთან არსებული რისკების მინიმიზება.
- პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა.
- ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების შერჩევა რისკის შეფასების საფუძველზე და ქირურგიულ გუნდთან ერთად უსაფრთხოების კულტურის ჩამოყალიბება.

რისკები:

- ოპერაციამდე გატარებული დღეების რაოდენობა (დაყოვნების ხანგრძლივობა) ზრდიდა შიდაჰოსპიტალური ინფექციის განვითარების რისკს.
- თანმდევი ინფექცია (SARS-CoV-2) და კორონავირუსული ინფექციით გამოწვეული ორმხრივი პნევმონია, რომელიც ვლინდება ალვეოლებში ოქსიგენაციური სტრესით, მკვეთრად ზრდიდა პოსტოპერაციულ პერიოდის გართულებების რისკს.

ეპიდემიოლოგიური სტრატეგიის ეტაპები:

საოპერაციო დარბაზის შერჩევა: შეირჩა საოპერაციო დარბაზი კლინიკის ყვითელ ზონაში, მისი მდებარეობა საშუალებას იძლეოდა მინიმუმამდე შემცირებულიყო პოლიპროფილური კლინიკის ნაკადების და ზონების ერთმანეთთან გადაკვეთის რისკი.

გათვალისწინებული იყო, ასევე, მთელი რიგი გარემო ფაქტორები და ოპერაციის მახასიათებლები.

ქირურგიულ გუნდთან ჩატარდა ტრენინგი: იდს-ის ჩაცმა-გახდის პროცედურის თანმიმდევრობა.

რესპირატორის მორგების ტესტი.

ორმაგი მოქმედების სადებინფექციო ხსნარით დამუშავებული, სათანადო ვენტილაციით უზრუნველყოფილი დარბაზის წინასაოპერაციო ერთეულში მოხდა ინდივიდუალური აღჭურვილობის, ზედაპირების და ხელის სადებინფექციო ხსნარების მარაგის შექმნა.

საოპერაციო დარბაზში ყველა მოძრავი აპარატურა შეიფუთა პოლიეთილენის მასალით.

აღნიშნულ არეში დაიშვება მხოლოდ უფლებამოსილი ტრენირებული პერსონალი.

ქირურგიული ბრიგადის წინასაოპერაციო მომზადება:

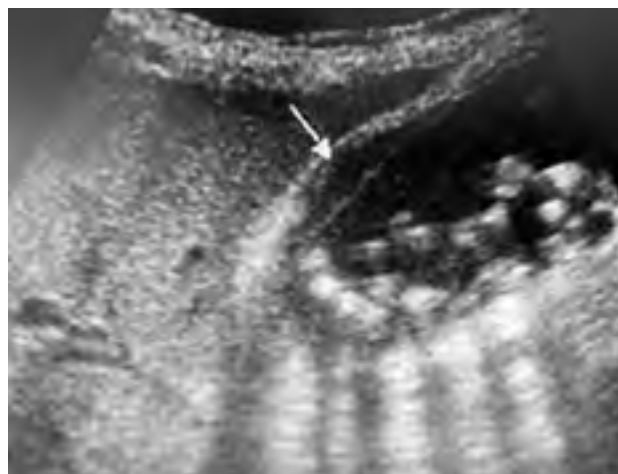
ქირურგიული ბრიგადის მომზადება განხორციელდა ეტაპობრივად:

- სპეციალური საოპერაციო ფორმის ჩაცმა (ბამბის ნაჭრისგან შეკერილი უნიფორმა, ქირურგიული ქუდი, დახურული სუფთა ფეხსაცმელი);
- წინასაოპერაციო ხელეების დაბანა;
- ხელეების დამუშავება ანტისეპტიკური ხსნარით;
- პირველი სტერილური ხელთათმანის მორგება.
- სრული ეკიპირება (ეკიპირების დროს ხდება დახმარება ამ ზონაში დაშვებული უფლებამოსილი პერსონალის მიერ);
- ხელეების დამუშავება ანტისეპტიკური ხსნარით;
- N95 რესპირატორის მორგება, შემოწმება, ვაკუუმში დამცავი სათვალის დამაგრება და დარეგულირება, თავზე ჩაჩის დახურვა.

ქირურგიული ბრიგადის ყველა წევრმა წინასაოპერაციო მომზადების ეტაპი გაიარა იდენტურად.



სურათი 5. ნაღვლის ბუშტის კედლის განშრევა, პერივეზიკულურად მცირე რაოდენობით თავისუფალი სითხე.



სურათი 6. ნაღვლის ბუშტის კედლის განშრევა, პერივეზიკულურად მცირე რაოდენობით თავისუფალი სითხე.

საოპერაციო დარბაზში:

პირველად წინასაოპერაციოდ მომზადებული შედის საოპერაციო ექთანი და იქცევა გაწერილი წესების შესაბამისად.

მას სტერილურ ხალათს ეკიპირებაზე აცმევს ექთნის დამხმარე. საოპერაციო ექთანი ამოწმებს სტერილურ ინსტრუმენტებს და მასალას.

დარბაზში შედის ექიმი-ანესთეზიოლოგი და ანესთეზიოლოგიური სამსახურის ექთანი. სწორედ მათი რისკი შეფასდა ყველაზე მაღალ რისკად ოპერაციის მსვლელობის პერიოდში. ტრექალური ინტუბაციის და ექსტუბაციის, როგორც აეროზოლწარმოქმნელი პროცედურის, დროს ემპირიული დაცვისთვის დამატებით შეიკერა პოლიეთილენის წყალმდევე მასალისგან თავზე ჩამოსაცმელი კაპიუშონი.

საოპერაციოში მეორე კარებიდან შეყავთ რესპირატორით აღჭურვილი, მომზადებული პაციენტი.

პაციენტთან რჩება მხოლოდ ანესთეზიოლოგიური სამსახური.

იხურება საოპერაციო დარბაზის ორივე კარები.

პაციენტის დაძინების შემდეგ ანესთეზიის ექთანი პაციენტს აფარებს სტერილურ ზეწარს და ტოვებს დარბაზს ანესთეზიოლოგთან ერთად.

დარბაზში ირთვება ანტიბაქტერიული კვარცის ნათურა 15 წუთით.

ამის შემდეგ დარბაზში შედიან ოპერაციაში მონაწილე პირები: საოპერაციო ექთანი იცმევს ახალ სტერილურ ხალათს, აცმევს ქირურგებს საოპერაციო სტერილურ ხალათებს, ასევე ყველა მათგანი ირგებს 2-2 სტერილურ ხელთათმანს.

ოპერატორი და ასისტენტი აფარებენ პაციენტს სტერილურ ზეწარს.

ოპერაციის მსვლელობის დროს საოპერაციოში შესვლა სასტიკად აკრძალულია.

ოპერაციის შემდგომ ქირურგები გამოდიან საოპერაციოს ნაწილობრივ შეზღუდულ არეში, სადაც განთავსებული იყო ინფექციური ნარჩენების ურნები დარბაზის კედლის მოსაზღვრე მხარეს.

განხორციელდა ინდივიდუალური დაცვის აღჭურვილობის მოშორება დადგენილი თანმიმდევრობით!

ძალიან ფრთხილად!

ყოველი ერთეულის მოშორების შემდეგ განხორციელდა გაფრქვევითი დეზინფექცია აღჭურვილობაზე და საბოლოოდ ხელის დეზინფექცია.

ამის შემდეგ, პერსონალი გადაადგილდება მოპირდაპირე კედელთან განთავსებულ თაროსთან, სადაც ახალი იდს-ს მარაგია. პერსონალი იმოსება ახალი ხალათით, პირბადით, ჩაჩით და ტოვებს ზონას.

გადაადგილდება გარდამავალი არით მწვანე ზონაში.

პაციენტის გამოღვიძებისთვის კვლავ ჩაიკეტა საოპერაციო დარბაზი.

მას შემდეგ, რაც საოპერაციო დარბაზიდან გამოვიდა დანარჩენი პერსონალი, ანესთეზიოლოგი კვლავ აღიჭურვა დამატებითი დაცვის საშუალებებით და ექსტუბირებული პაციენტი ექთნის დახმარებით გადააწვინა სადეზინფექციო ხსნარით დამუშავებულ გადასადგილებელ მაგიდაზე.

პაციენტი გაყვანილი იყო ნაწილობრივი შეზღუდვის არეში, რომელიც უკვე დატოვებს ქირურგებმა და საოპერაციო ექთანმა, დარბაზში კარები ჩაიკეტა, ჩაირთო კვარცის ნათურა.

პაციენტს გაუკეთდა რესპირატორი და COVID-ის განყოფილების პერსონალმა გადაიყვანა თავის პალატაში, წითელ ზონაში.

მოხდა გავლილი გზის, საოპერაციო დარბაზიდან ბოქსირებულ პალატამდე, გაფრქვევითი დეზინფექცია.

ანესთეზიოლოგიური სამსახური დადგენილი წესის შესაბამისად იშორებს იდს-ს საოპერაციოს ნაწილობრივ შეზღუდულ არეში და იქცევა ქირურგების მსგავსად.

ოპერაციის დასრულების შემდეგ, საოპერაციოშივე, მოხდა საშიში ინფექციური ნარჩენების თავმოყრა სპეციალურ თავდახურულ კონტეინერში, განხორციელდა კონტეინერის დამუშავება გაფრქვევითი დეზინფექციით და ნარჩენი გადაიყარა შესაბამისი წესით.

დარბაზის სხივური (ულტრაიისფერი) დამუშავების შემდეგ განხორციელდა ოპერაციის შემდგომი მიმდინარე და საბოლოო დალაგება დეზინფექციით.

ყველა პროცესს აკონტროლებდა საოპერაციო ექთანი, რომელიც პასუხისმგებელი იყო შესრულების ხარისხზე.

შედეგი:

29.04.2020, 13:20-15:20სთ; ზოგადი ანესთეზიით (ტრაქეის ინტუბაცია შესრულდა ვიდეოლარინგოსკოპით) შესრულდა ლაპარასკოპიული ქოლესისტექტომია.

ოპერაცია წარიმართა გართულებების გარეშე.

პაციენტი ექსტუბირებული იყო საოპერაციო ბლოკში, რის შემდეგ გადაყვანილი იყო ინფექციურ სნეულებათა ბოქსირებულ პალატაში.

ანტიბაქტერიული მკურნალობა: ცეფტრიასონ/მეტრონიდაზოლის კომბინაცია.

ანტიკოაგულაციური თერაპია: მიმდინარეობდა პოსპიტალიზაციის მომენტიდან; პოსტოპერაციულად გაგრძელდა ოპერაციის დასრულებიდან 5 სთ-ის შემდეგ.

პოსტოპერაციულ პერიოდში მიმდინარეობდა კლინიკო-ლაბორატორიული მონიტორინგი.

30.05.2020.

სისხლის საერთო ანალიზი: ლეიკოციტები - $8.79 \times 10^9 / \text{ლ}$, ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილები - 4%;

კოაგულოგრამა: ფიბრინოგენის კონცენტრაცია - 4.87 გ/ლ , PT - 14.5წმ, INR - 0.95, PI - 109%, aPTT - 21.7წმ.

D-დიმერის კონცენტრაციის რაოდენობრივი განსაზღვრა - 1.62მკგ/მლ/ფე.

01.05.2020.

გულმკერდის საკონტროლო კომპიუტერული ტომოგრაფია: ფილტვებში ე.წ. „დაბურული მინის“ ტიპის ინფილტრაციული ცვლილებები აღარ ვიზუალიზდება. ზედაწილებში გამოისახა ნაზისუბპლევრული ფიბროზები. ორივე ფილტვის ქვედა წილებში დიფუზურად ისახება ტლანქი ფიბროზულ-ინფილტრაციული ცვლილებები.

მიღებული კტ მონაცემები, წინამორბედ კვლევასთან შედარებით, შეფასდა როგორც დადებითი დინამიკა.

02.05.2020.

პაციენტის პოსტოპერაციული მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი. პაციენტს ჩივილები არ აქვს.

ნაღვლის ბუშტის სარეცელთან მიტანილი დრენაჟიდან აღინიშნება დაახლოებით 30მლ სეროზულ-ჰემორაგიული გამონადენი; დრენაჟი ამოღებულ იქნა.

პერისტალტიკა აქტიური. პასაჟი ნორმალური. ოპერაციიდან მეორე დღეს დაწყებულ იქნა კვება.

პაციენტის მდგომარეობა ჩატარებული კომპლექსური მკურნალობის ფონზე გაუმჯობესდა. ტემპერატურის მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში. ხველა შეწყდა, აღსდგა ყნოსვა და გემოვნება, თვითშეგრძენა გაუმჯობესდა.

კლინიკო-ლაბორტორიული კვლევებით დადებითი დინამიკა. სისხლის საერთო ანალიზი: ლეიკოციტი - 5.87×10^9 /ლ; ნეიტროფილი - 57.10%, ლიმფოციტი - 31.5%, მონოციტი - 10.7%, ედსი - 32მმ/სთ; CRP - 3.4მგ/ლ; ალბატ - 68ერთ/ლ; ასატ - 31ერთ/ლ; კრეატინინი - 68.2 მკმოლ/ლ; LDH - 3.04მკკატ/ლ. კოაგულოგრამა: ფიბრინოგენი - 3.13გ/ლ, INR - 1.09, D-დიმერი - 0.1350მკგ/მლ/ფე; ელექტროლიტები - ნორმის ფარგლებში (K - 4.06მმოლ/ლ, Na - 144მმოლ/ლ). ფერიტინი - 251.69ნგ/მლ.

გულმკერდის კტ კვლევით, წინა კვლევასთან შედარებით, დინამიკა დადებითი: ორივე ფილტვის პარენქიმაში ისახება სუბპლევრული ფიბროზები.

ჰოსპიტალიზაციიდან 14 დღის შემდეგ დაწყებულ იქნა ცხვირ-ნახის ნაცხის პჯრ კვლევა, ყოველ 3-4 დღეში

ერთხელ (24.04.2020; 28.04.2020; 02.05.2020; 04.05.2020 – SARS-CoV2 - პოზიტიური). 07.05.2020 და 08.05.2020, 24 საათიანი ინტერვალით, ორჯერ, ცხვირ-ნახის ნაცხის პჯრ კვლევით SARS-CoV2 - უარყოფითი, რის საფუძველზეც, არსებული პროტოკოლის შესაბამისად, პაციენტი ჩაითვალა გამოჯანმრთელებულად.

08.05.2020 პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან გამოჯანმრთელებულ მდგომარეობაში.

მედპერსონალის სკრინინგი

მოქმედი პროტოკოლის შესაბამისად მონაწილე პერსონალს უტარდებოდა ცხვირ-ნახის ნაცხის პჯრ კვლევა SARS-CoV2-ზე. ოპერაციის შემდგომ ჩატარებული კვლევებით მონაწილე სამედიცინო პერსონალის დაინფიცირება არ დაფიქსირებულა.

მადლობა

ავტორები გამოხატავენ მადლიერებას ზემოთაღწერილი შემთხვევის მართვაში მონაწილე პერსონალის მიმართ: თამარ სოკოლოვა (ინფექციონისტი), თამარ სვანიძე (რადიოლოგი), მაია მშვილდაძე (ანესთეზიოლოგი), ეკა კოწოწაშვილი (ანესთეზიოლოგის ექთანი), თამარ ჩოჩიშვილი (საოპერაციოს ექთანი), სოფო კიკვაძე (ანესთეზიის უმცროსი ექიმი), ქეთევან წერეთელი (საოპერაციოს ექთნის დამხმარე).

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH COVID-19 (CLINICAL CASE)

Vasil Abuladze¹, Lia Goliadze², Nana Dididze³, Tinatin Kikvadze⁴

VB Clinic, ¹Head of General Surgery Department, ²Head of Infectious Diseases Department, ³Epidemiologist, ⁴General Surgeon

Contact person: Tinatin Kikvadze, tinatinkikvadze@gmail.com

Resume | We present the case of a patient with COVID-19 who developed acute calculous cholecystitis during inpatient treatment. Patient - 39 years old man; He was treated in the Department of Infectious Diseases with a diagnosis of COVID-19 from 04.04.2020 to 08.05.2020. On the 25th day of inpatient treatment (29.04.2020) due to urgent indications - acute calculous cholecystitis - the patient underwent surgery (laparoscopic cholecystectomy). The postoperative period proceeded without complications. 08.05.2020 The patient was discharged from the clinic in a state of recovery.

Key words: COVID-19, acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy

ELECTIVE SURGICAL PROCEDURES IN ONCOLOGICAL PATIENTS DURING THE COVID-19 OUTBREAK. THE COVID-FREE TRIAL

Alfonso Recordare¹, Giovanni Pirozzolo¹, Rubina Palumbo¹, Lucrezia D'Alimonte¹, Alice Albanese¹, Andrea Barelli², Sandro Panese², Maurizio Rizzo¹

¹Department of Surgery, ²Department of Infectious Diseases - Ospedale dell'Angelo, Venezia-Mestre

Contact person: Alfonso Recordare, arecordare@ulss.tv.it

Resume

The rapid spread of COVID-19 in Europe and in the rest of the world has put a strain on healthcare facilities. From the beginning of epidemic, hospitals have become the epicentre of both treatment and dissemination of the virus (1-3). Healthcare personnel, as well as patients, developed the infection inside the hospitals, and this particular circumstance reopened the debate: how can we take action to control the paradoxical intrinsic dangerousness of health centres, for both patients and healthcare workers (4)?

The Covid-free area is an innovative concept. Currently, hospital is divided into "Covid" and "no-Covid" areas. But the so called "no-Covid" areas are uncertain: the presence or absence of infected patient and healthcare personnel is not clearly determined, so it is not possible to consider them as "Covid Free". Our aim is to create totally clean areas, named "COVID FREE" accessible only to authorized healthcare personnel (through a filter zone) and only to patients after quarantine. Accordingly, Covid Free operating theatres should be prepared. All these areas should have dedicated and safe elevators and paths. Trained operators will guarantee patients isolation during all the steps.

To continue surgical activities is essential even during the current pandemic. To establish a clear surgical strategy during the Covid-19 pandemic would help to increase the resilience of the Sanitary System and to guarantee the best therapy throughout the continuum of care.

Key words: COVID-19, "Covid" and "no-Covid" areas, Covid Free areas, Covid-free trial

BACKGROUND

The rapid spread of COVID-19 in Europe and in the rest of the world has put a strain on healthcare facilities. From the beginning of epidemic, hospitals have become the epicentre of both treatment and dissemination of the virus (1-3). Healthcare personnel, as well as patients, developed the infection inside the hospitals, and this particular circumstance reopened the debate: how can we take action to control the paradoxical intrinsic dangerousness of health centres, for both patients and healthcare workers (4)?

At the same time, Intensive Care Units have reached a saturation point, which means there is an insufficient supply of beds to monitor patients in the postoperative period. That is why in most cases elective surgical procedures have been reduced or, at worst, cancelled (5-13). On the other hand, surgical procedures, both diagnostic and therapeutic, have been cut off to avoid the contamination of operating theatres and the infection of the healthcare personnel, due to the high probability of respiratory transmission. It is also widely known that the risk of spreading is higher in operative theatres, because the microbiological status of the patient is unknown in many instances, there is a large number of operators involved and mechanical ventilation is often needed.

However, outcome of oncological patients depends from timely procedures, as WHO outline in: "COVID-19: operational guidance for maintaining essential health

services during an outbreak" (14). These procedures cannot be delayed, but the safe management of oncological patients is still under discussion.

At the moment, guidelines and protocols have been issued to minimize the risk of Covid-19 transmission (7, 9-10). These include radiological investigations and/or nasopharyngeal swabs to identify the infection in symptomatic or asymptomatic patients (9, 11, 13-17). While in emergency conditions the need of a rapid intervention focus the attention on the risk of healthcare personnel, in elective procedures it is the patient who has to be kept under surveillance, to avoid a hidden infection that can lead to potential fatal complications – and this is particularly true for the oncological patient who was treated with neoadjuvant therapy.

Unfortunately, laboratory or instrumental investigations which could predict confidently the absence of infection are not available at present, especially in asymptomatic patients (18).

Up to know quarantine remains the most effective measure to prevent the spread of infection. The quarantine was first introduced in 1468 by the Senate of the Serenissima Venetian Republic as an official action of Public Health (19). The absence of Covid-19 infection is assessed after a 15-days period of household isolation, calculated on the maximum length of the period of incubation (16, 22).

On the basis of previous findings, we designed a protocol of a 14-days long self-isolation for candidates to

surgical interventions, and this period would start right after the completion of pre-operative investigations. During the isolation, patients should be monitored actively by a trained team, as it happens for people in household quarantine, and they should comply with the pre-operative prescriptions displayed by ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) guidelines.

According to our protocol, a swab test for CoVID-19 (conducting Reverse Real-Time PCR) should be performed 72-36 hours before the procedure and the patient should be admitted in a new area called COVID FREE. The Covid-free area is an innovative concept. Currently, hospital is divided into "Covid" and "no-Covid" areas. But the so called "no-Covid" areas are uncertain: the presence or absence of infected patient and healthcare personnel is not clearly determined, so it is not possible to consider them as "Covid Free". Our aim is to create totally clean areas, named "COVID FREE" accessible only to authorized healthcare personnel (through a filter zone) and only to patients after quarantine. Accordingly, Covid Free operating theatres should be prepared. All these areas should have dedicated and safe elevators and paths. Trained operators will guarantee patients isolation during all the steps.

During hospitalization, isolated patients will stay in touch with their family and loved ones using media devices.

The persistence of CoVID-19 negativity should be verified during the postoperative period and monitored until a month after the intervention.

The trial includes a control group composed of patients who could not comply the household isolation for technical reasons, so they should have only the swab done. These patients, without any symptom suggesting a CoVID-19 infection, should be admitted in ordinary wards (not in the Covid Free). Some other hospitals are willing to take part in this study as a control group.

Also, patients undergoing emergency procedures will form a third group that could help us to evaluate the virus spread in this specific population.

Patients should perform also an anti-CoVID-19 antibody test. Serum samples should be preserved for further analysis, while the clinical meaning of this test is not yet validated (circolare del Ministro della Sanità 11715, April 3rd 2020). In the meantime, positive patients with negative swab test should observe the quarantine. Data would be recorded for study purposes, because – as soon as the significance of the test would be defined – the serological test could be a source of significant bias in evaluating the differences between the groups in exam (20, 21).

METHODS

Trial Name: Covid Free Oncology – Venice Protocol

Model of the study: Not randomized, prospective, multicenter clinical trial

Aim: to control the COVID-19 pandemic: Quarantine + Covid RT-PCR for SARS-CoV2 Swab vs Covid RT-PCR for SARS-CoV2 Swab, in elective oncologic surgical procedures.

The study compares two groups of patients undergoing surgical oncological intervention of any surgical speciality.

The aim of the study is to evaluate which way is the most effective to find and control the COVID-19 pandemic in patients undergoing elective surgical interventions that could not be postponed.

Emergency interventions would be included in a third group, in order to evaluate virus dissemination in patients who did not have any screening test done. These patients should perform a nasopharyngeal swab (analysed through RT-PCR for SARS-CoV2) and an abdominal-chest CT scan, when appropriate.

Eligibility criteria: patients undergoing elective or urgent surgical interventions, who have never resulted positive to RT-PCR test for SARS-CoV-2 or radiological investigations or respiratory symptoms consistent with Covid-19.

Members of the treatment group should have an adequate compliance with the 14-days household self-isolation.

The study involves three different groups:

Treatment group: Quarantine (14 days) and swab 72-36 hours before hospitalization. Serology sample collection.

Control group: Patients who could not comply with the quarantine. Swab 72-36 hours before hospitalization. Serology sample collection.

Emergency Surgery: RT-PCR for SARS-CoV2 swab at the moment of the hospitalization. Serology sample collection. Abdominal-chest CT if recommended (clinical situation and/or fever or other symptoms suggesting COVID-19).

Pre-hospitalization management (only treatment group):

- *Quarantine (14 days isolation, on trust):* patients should stay separated from other family members, with the prohibition of leaving the house, the utilization of dedicated bathrooms and other domestic areas arranged in order to avoid contacts, following DISP (Dipartimento di Prevenzione di Sanita Pubblica) issues.

- *Pre-operative work-out:* patients should receive recommendations for daily training (especially respiratory), based on ERAS guidelines.

Follow up:

patients should be monitored through telemedicine, measuring body temperature, body weight and other parameters, according to their pathology.

Intra hospital management:

The 2 groups should be divided into a "Covid Free" ward and a "not Covid Free" ward.

Treatment group members should be recovered in "Covid Free" ward. Both wards should be provided with PPE (Personal Protective Equipment), with the same rules in effect for Haematology ward. Data should be collected systematically, focusing on surgical outcome and complications onset, especially if respiratory. Patients, even if asymptomatic, should perform: chest X-ray in the 2nd postoperative day, RT-PCR for SARS-CoV2 swab in the 6th postoperative day, eventually repeated at the moment of discharge if hospitalization continues beyond the 8th postoperative day.

Patients at risk of postoperative readmission should continue the household isolation, until they would be assessed as clinically recovered from the intervention.

Primary Outcome Measure: incidence of Covid-19 infection in the three groups (patients who develop the disease during the quarantine – drop off, patients who become positive during the preoperative period, patients who become positive in the postoperative period).

Secondary Outcome Measures: percentage of postoperative complications in both groups, especially respiratory, rate of postoperative survival in both groups.

CONCLUSIONS

To continue surgical activities is essential even during the current pandemic. Teams and facilities need to be flex-

ible in order to adapt to the rapidly evolving situation, in both clinical and organizational ways. To establish a clear surgical strategy during the Covid-19 pandemic would help to increase the resilience of the Sanitary System and to guarantee the best therapy throughout the continuum of care. At the moment, the quarantine and the separation into NOT COVID FREE and COVID FREE areas represent the most innovative and safe strategies to prevent Covid-19 infection, according to the current rules of social distancing outside the hospital. This protocol ensures the patient the best therapeutical standard for his specific pathology, be it laparoscopy, thoracoscopy or robotic approach.

REFERENCES:

1. JJ. Cavallo, DA Donoho, HP Forman. Hospital Capacity and Operations in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic—Planning for the Nth Patient JAMA health forum March 17, 2020
2. Halpern NA, Pastores SM. Critical care medicine beds, use, occupancy, and costs in the United States: a methodological review. *Crit Care Med.* 2015;43(11):2452-2459. doi:10.1097/CCM.0000000000001227
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020. doi:10.1001/jama.2020.2648
4. Wang J, Zhou M, Liu F. Exploring the reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect.* 2020. doi:10.1016/j.jhin.2020.03.002
5. Iacobucci G. Covid-19: all non-urgent elective surgery is suspended for at least three months in England. *BMJ.* 2020;368:m1106. Published 2020 Mar 18. doi:10.1136/bmj.m1106
6. Iacobucci G. Covid-19: GP surgeries close for two weeks after staff test positive. *BMJ.* 2020;368:m936. Published 2020 Mar 6. doi:10.1136/bmj.m936
7. Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anaesth.* 2020
8. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. M.H. Zheng, L. Boni, A. Fingerhut. *Annals of Surgery* 03/2020
9. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. *JAMA.* 2020. doi:10.1001/jama.2020.4031
10. COVID-19 Outbreak and Surgical Practice: Unexpected Fatality in Perioperative Period. A. Aliminian, S. Safari, A. Razeghian-Jahromi et al. . *Annals of Surgery* 03/2020
11. Badia JM, Rubio-Perez I, Arias Diaz J, Guirao Garriga X, Serrablo A, Jover Navalón JM. Surgical protocol for confirmed or suspected cases of Ebola and other highly transmissible diseases. *Cir Esp.* 2016 Jan;94(1):11-5.
12. Managing COVID-19 in Surgical Systems. M. Brindle, A. Gawande. *Annals of Surgery* 03/2020
13. Surgical Care and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). American College of Surgeons <https://www.facs.org/about-acs/covid-19/information-for-surgeons>
14. <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>
15. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020. doi:10.1056/NEJMoa2002032
16. Toner E, Waldhorn R. What US Hospitals should do now to prepare for a COVID-19 pandemic. Published February 27, 2020. Accessed March 13, 2020. <http://www.centerforhealthsecurity.org/cbn/2020/cbnreport-02272020>.
17. Wang CJ, Ng CY, Brook RH. Response to COVID-19 in Taiwan: big data analytics, new technology, and proactive testing. *JAMA.* 2020. doi:10.1001/jama.2020.3151.
18. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/early-investigations>
19. McNeil WH, La peste nella storia. Epidemie, morbi e contagio dall'antichità all'età contemporanea.
20. Shanmugaraj B, Siri wattananon K, Wangkanont K, Phoolcharoen W. Perspectives on monoclonal antibody therapy as potential therapeutic intervention for Coronavirus disease-19 (COVID-19). *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2020;38(1):10–18. doi:10.12932/AP-200220-0773
21. Li Z, Yi Y, Luo X, et al. Development and Clinical Application of A Rapid IgM-IgG Combined Antibody Test for SARS-CoV-2 Infection Diagnosis [published online ahead of print, 2020 Feb 27]. *J Med Virol.* 2020;10.1002/jmv.25727. doi:10.1002/jmv.25727
22. Laurer SA, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application, *Ann Intern Med.* doi:10.7326/M20-0504

ელექტიური ქირურგიული პროცედურები ონკოლოგიურ პაციენტებში COVID-19-ის ავითქმების პერიოდში. COVID-თავისუფალი კვლევა

ალფონსო რეკორდარე¹, ჯოვანი პიროცოლო¹, რუბინა პალუმბო¹, ლუკრეცია დალიმონტი¹, ალისა ალბანეზე¹, ანდრეა ბარელი², სანდრო პანეზე², მაურიციო რიცო¹

¹ქირურგიის დეპარტამენტი, ²ინფექციურ დაავადებათა დეპარტამენტი - დელ'ანჯელოს ჰოსპიტალი, ვენეცია-მესტრე, იტალია

პასუხისმგებელი პირი: ალფონსო რეკორდარე, arecordare@ulss.tv.it

რეზიუმე | COVID-19-ის სწრაფმა გავრცელებამ ევროპასა და დანარჩენ მსოფლიოში მკვეთრად გაზარდა სამედიცინო დაწესებულებების დატვირთვა. ეპიდემიის დაწყებიდან საავადმყოფოები იქცა როგორც მკურნალობის, ასევე ვირუსის გავრცელების ეპიცენტრად (1-3). სამედიცინო პერსონალს და პაციენტებს ინფექცია განუვითარდათ კლინიკებში და ამ კონკრეტულმა გარემომებამ განაახლა დებატები: როგორ შეგვიძლია ვიმოქმედოთ სამედიცინო ცენტრების პარადოქსული შიდა საფრთხის გასაკონტროლებლად როგორც პაციენტების, ისე ჯანდაცვის მუშაკებისთვის (4)? COVID-თავისუფალი სივრცე ინოვაციური კონცეფციაა. ამჟამად საავადმყოფო დაყოფილია „კოვიდის“ და „არა-კოვიდ“ სივრცეებად. ე.წ. „არა-კოვიდ“ არეებთან მიმართებაში არსებობს გაურკვევლობა: იქ დაუდგენელია პაციენტების და სამედიცინო პერსონალის ინფიცირების საკითხი, ამიტომაც შეუძლებელია მათი, როგორც „Covid Free“ (covid-თავისუფალი) განხილვა. ჩვენი მიზანია, შევქმნათ სრულიად სუფთა სივრცეები, სახელწოდებით "COVID-თავისუფალი", სადაც დაიშვება მხოლოდ ავტორიზებული პერსონალი (ფილტრის ზონის გავლით) და მხოლოდ პაციენტებისთვის, კარანტინის შემდგომ პერიოდში. შესაბამისად, უნდა მომზადდეს Covid Free საოპერაციო დარბაზები. ყველა ამ სივრცეს უნდა ჰქონდეს საკუთარი და უსაფრთხო ლიფტები და დერეფნები. ტრენინგული ოპერატორები გარანტირებულნი უნდა იყვნენ არიან პაციენტთა იზოლაციით ყველა ეტაპზე. ქირურგიული მოქმედებების გაგრძელება აუცილებელია მიმდინარე პანდემიის დროსაც კი. Covid-19-ის პანდემიის დროს, მკაფიო ქირურგიული სტრატეგიის დამკვიდრება ხელს შეუწყობს სანიტარული სისტემის მდგრადობის ზრდას და იქნება მაღალი ხარისხის მკურნალობის გარანტია სამედიცინო მომსახურების პერიოდში.

საკვანძო სიტყვები: COVID-19, კოვიდ და არა-კოვიდ სივრცეები, COVID-თავისუფალი, Covid-free კვლევა

PRIMARY LEIOMYOSARCOMA OF THE BONE (CASE REPORT)

Mikheil Zimlitski, George Zimlitski, Grigol Bregadze, George Loria

Department of orthopedics, MediClubGeorgia, Tbilisi, Georgia

Contact person: George Loria, gio.loria@yahoo.com

Resume | The paper presents a rare clinical case of bone leiomyosarcoma (musculoskeletal system malignant neoplasm) surgical treatment performed by a group of authors. Described is a contemporary method of surgical treatment (reconstruction of the proximal tibia with onco prosthesis) of this lesion with its complications and outcomes. It describes the correct management of this disease and the need of multidisciplinary approach.

Key words: leiomyosarcoma, malignant bone tumor, chemotherapy

INTRODUCTION

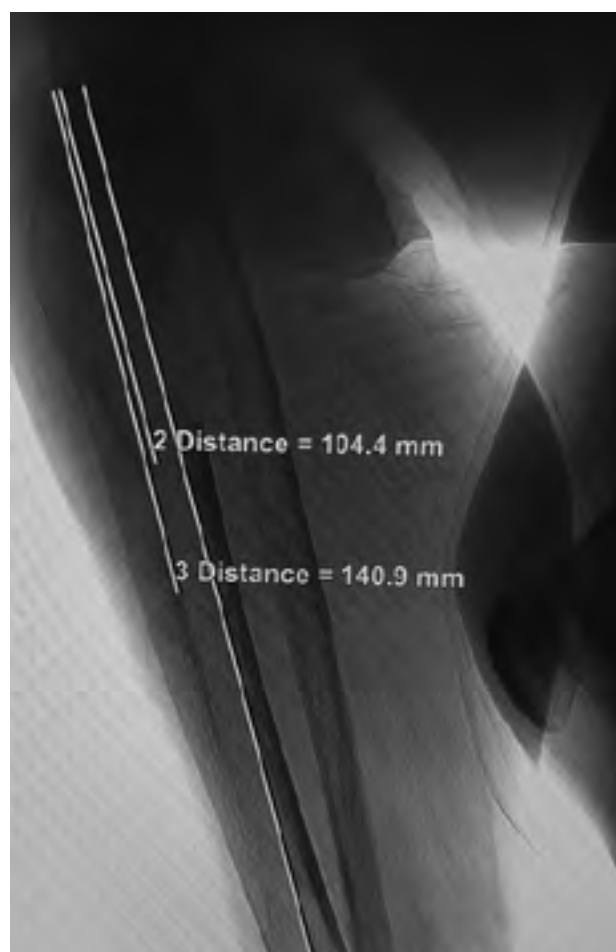
Leiomyosarcoma of bone is a very rare primary malignant bone tumor affecting a predominantly older population, accounting for <0.7% of all primary malignant bone tumor. They were first described in 1965 by Evans and Sanerkin [1] in the proximal tibia of a 73-year-old man and have since been slowly accepted in published data as a unique classification described in the literature by series of small case studies. Little is known about the biology and clinical behavior of bone LMS due to its extreme rarity. No data are available about chemotherapy in neoadjuvant, adjuvant, or advanced settings. Surgery with a curative intent is the cornerstone of treatment of localized disease. Further research is needed to identify more effective therapies.

CASE REPORT

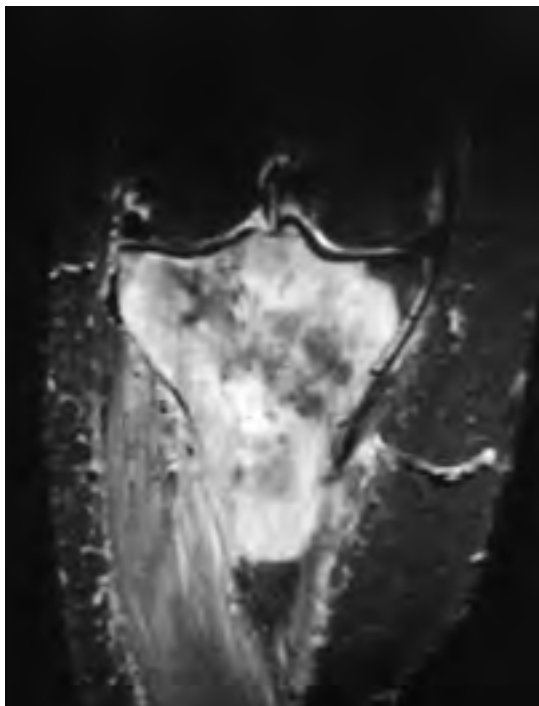
Patient 67 year old woman. Complains of progressive pain and restriction of motion in her right knee for 9 months. His past medical history was positive for diabetes mellitus treated with oral hypoglycemic agents. There was no history of smoking or alcohol consumption. On x-ray the solitary osteolytic lesion with focal cortical destruction in the right proximal tibia. The formation gradually increased in size with a worsening of the pain. A subsequent MRI scan of the right tibia showed the presence of osteolytic lesions with a focal cortical destruction possibly correlated to pathologic fracture. The lesion was located predominantly in the medullary cavity and presented a soft tissue extension from the bone with indistinct tumor margins. The patient could not weight bear on the right lower extremity and had a severe Varus deformity.

The patient was evaluated at our Institute by an Multidisciplinary Team, composed of an orthopedist, an oncologist, a radiologist, a pathologist. The morphology and immunohistochemistry studies revealed the primary

leiomyosarcoma of the bone. The biopsy was performed on the line of future surgical incision, which revealed the presence of spindle cells with positive reaction for SMA and desmin at immunohistochemical analysis, without the



Picture 1. X-ray the solitary osteolytic lesion with focal cortical destruction in the right proximal tibia



Picture 2. MRI scan of the right tibia

presence of cartilage or bone matrix. These results were consistent with a high-grade malignant LMS arising from the bone. The multidisciplinary team reviewed the patient clinical condition, the radiographic imaging, and the results of the biopsy, suggesting surgery of the bone LMS. Subsequently, the patient underwent surgery for removing the bone lesion and reconstruction of the proximal tibia with modular silver coated proximal tibia prosthesis.

After Adequate preoperative planning surgical team decided the length and extent of resection (the maximum

tumor dimensions may be either intramedullary, periosteal or in terms of the associated soft tissue component). Both, the magnetic resonance imaging (MRI) and the plain radiograph were carefully evaluated. A 2-3 cm marrow margin as calculated on the T1-weighted MRI image was considered an adequate resection margin.

The antero medial surgical approach was performed for easier access to the popliteal vessels, fibula and medial gastrocnemius muscle. The biopsy tract was removed with skin and specimen to avoid local recurrences. The patellar tendon was sectioned proximal to its attachment on the tibia during resection. The popliteus muscle remains on the specimen due to oncologic margins. The vascular bundle was dissected and distal perfusion was controlled during whole surgery to avoid vascular complications. The tibio fibular joint was free from tumor so fibular resection was not performed. Prior to this the lateral popliteal nerve was carefully dissected free to prevent injury to it.

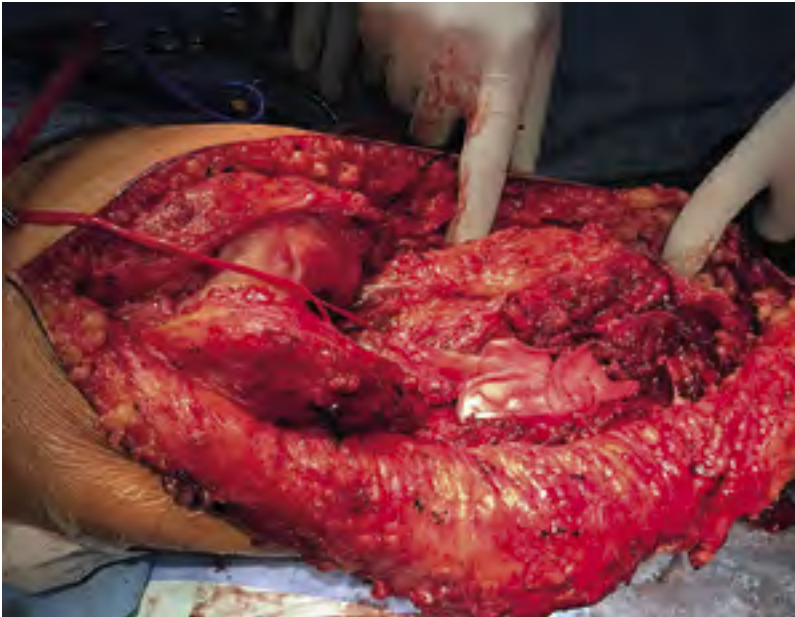
We use elective medial gastrocnemius flap in proximal tibial resections. The flap is preferably dissected out after resecting the proximal tibia but prior to implanting the prosthesis. This is technically easier than after the prosthesis is implanted. Care must be taken not to carry the dissection too far proximally to avoid injury to the vascular pedicle of the medial gastrocnemius muscle (the medial sural artery, the main pedicle of the medial gastrocnemius muscle, arises off the popliteal artery 1-2 cm below the joint line). The muscle flap is brought forward anteriorly to cover the prosthesis. It serves the dual purpose of providing a layer of muscle cover to the subcutaneous prosthesis and also providing a biological anchorage to the patellar tendon which is sutured to it with absorbable sutures. In certain situations where excess skin may need to be excised at the time of resection (because of an improper biopsy), the gastrocnemius muscle flap also serves as a good



Picture 3. The antero medial surgical approach



Picture 4. The stage of mobilization and excision



Picture 5. The stage of mobilization and excision



Picture 6. Excised bone tumor

bed for a split thickness graft if primary skin closure is not possible. In current case there was no need to use skin flap, the wound was closed with primary sutures. Postoperative care was similar as the primary knee replacement. No prolonged antibiotics were used. Patient received low molecular heparin for 5 weeks and the Brace in full extension was used for 6 weeks to allow the patella tendon healing to the gastrocnemius flap. After 6 weeks the knee flexion was started by CPM machine. No local recurrence on 9 months postoperatively.

DISCUSSION:

Bone lesions are primary diagnosed by X-ray. The most common symptoms are pain, swelling, and, occasionally, a palpable mass. The bone tumors have a predilection to age and location. In about 15% of cases, patients present with a pathological fracture. In elder patients >50 years the most common bone tumors are: Multiple myeloma, Metastasis, Chondrosarcoma. Major differential diagnoses

of the leiomyosarcoma of bone are metastatic carcinoma of unknown primary origin, lymphoma, and osteosclerotic myeloma. It is important to differentiate between leiomyoma and leiomyosarcoma especially when a previous history of benign leiomyoma exists [10] so the the bone biopsy and tumor grading is mandatory. Adelani et al., (2009) [1] found the median age affected to be 47 years, with a range from 9 to 87 years, while the median age in our series was 46, ranging from 9 to 88 years. Generally, it is felt that there is an equal distribution between the sexes for primary leiomyosarcomas [2, 5, 6] Many of the case series published have reflected a poor prognosis, although no one has successfully stratified the risk according to stage/grade. Antonescu et al. produced the largest series to our knowledge [2], presenting 33 patients with primary leiomyosarcoma between 1977 and 1996. They had an average follow-up period of 30 months and found no significant differences in disease free of overall survival rates between low- and high-grade tumors. In that series, only 21% had neoadjuvant chemotherapy, and there was no clear difference in survival between those treated with chemotherapy and those without. More recently, Rekhi et al. [8] presented a series of 8 cases, none of whom had chemotherapy. All the patients went on to develop metastases within 12 months following the original diagnosis leading the authors to conclude that it was a dismal condition to have. The most important prognostic factors associated with a decrease in survival were age >40 years, size >8cm, the presence of a pathological fracture, amputation, involved margins, and a poor response to preoperative chemotherapy.[7, 11]



Picture 7. მიღებული მასალა ჰისტომორფოლოგიური კვლევისთვის

CONCLUSION:

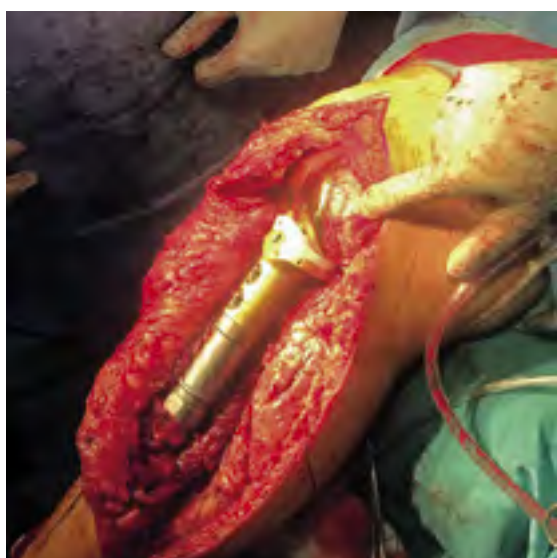
Clinical features of primary bone LMS and relevant prognostic factors are not well defined due to the few available data obtained mostly from retrospective analy-



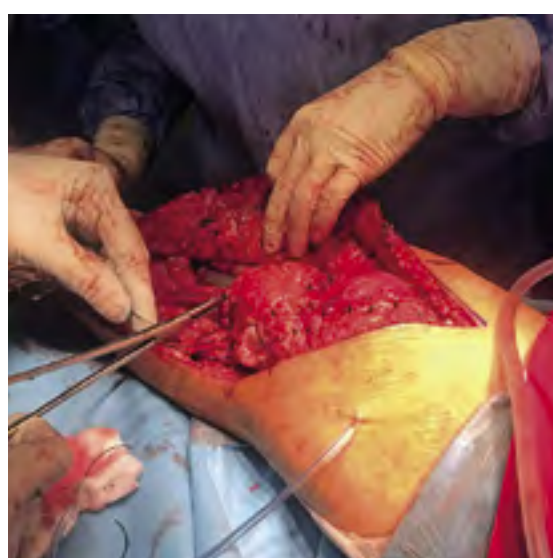
Picture 8. Stages of prosthesis implantation



Picture 10. Completion of surgery



Picture 9. Stages of prosthesis implantation



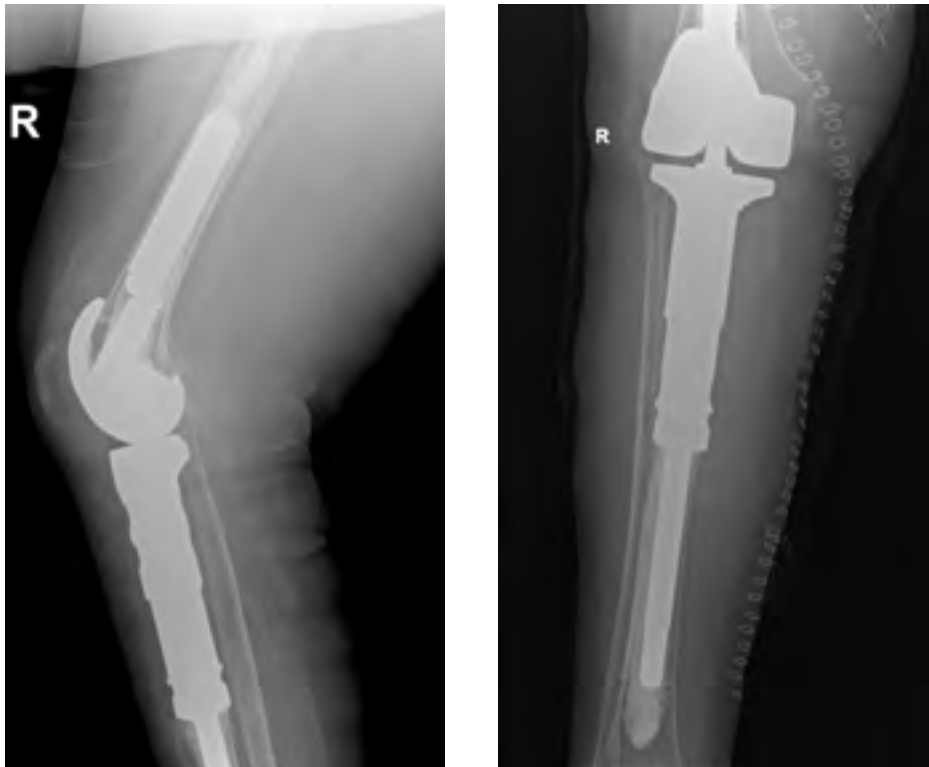
Picture 11. Completion of surgery

ses, case reports, and small case series. Surgical excision with wide margins remains the gold standard for curative management, amputation usually being reserved for tumors surrounding the neurovascular bundle, or with extensive soft tissue involvement. The role of adjuvant and neo-adjuvant treatments in localized primary bone LMS and their effect on a long-term prognosis is still unclear.

Due to the rarity of this disease, treatment of bone LMS remains highly personalized. [3] Brewer et al. have shown that prognosis is based on the stage of diagnosis; with Enneking stages 1b or 2a cases achieving 100% survival, stage 2b tumours having a 60% survival at 5 years and 43% survival at 10 and 15 years.

References:

1. M. A. Adelani, S. J. Schultenover, G. E. Holt, and J. M. M. Cates, "Primary leiomyosarcoma of extragnathic bone: clinicopathologic features and reevaluation of prognosis," *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, vol. 133, no. 9, pp. 1448–1456, 2009. [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
2. C. R. Antonescu, R. A. Erlandson, and A. G. Huvos, "Primary leiomyosarcoma of bone: a clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural study of 33 patients and a literature review," *American Journal of Surgical Pathology*, vol. 21, no. 11, pp. 1281–1294, 1997. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
3. Brewer P, Sumathi V, Grimer RJ, Carter SR, Tillman RM, Abudu A, et al. Primary leiomyosarcoma of bone: analysis of prognosis. *Sarcoma*. 2012;2012:636849. doi: 10.1155/2012/636849. [PubMed: 22550421]
4. Evans DM, Sanerkin NG. Primary leiomyosarcoma of bone. *J Pathol Bacteriol*. 1965;90(1):348-50. [PubMed: 5843955]



Picture 12. Control X-ray

5. T. Goto, T. Ishida, N. Motoi et al., "Primary leiomyosarcoma of the femur," *Journal of Orthopaedic Science*, vol. 7, no. 2, pp. 267–273, 2002. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at PubMed](#) · [View at Scopus](#)
6. S. Hannachi, R. Khattech, R. Dhoubib et al., "[Primary bone leiomyosarcoma. Anatomico-clinical, immunohistochemical, and ultrastructural study]," *Revue de Chirurgie Orthopedique et Reparatrice de l'Appareil Moteur*, vol. 85, no. 8, pp. 865–870, 1999. [View at Google Scholar](#)
7. Pakos EE, Grimer RJ, Peake D, et al. The 'other' bone sarcomas: prognostic factors and outcomes of spindle cell sarcomas of bone. *J Bone Joint Surg Br* 2011;93:1271–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. B. Rekhi, A. Kaur, A. Puri, S. Desai, and N. A. Jambhekar, "Primary leiomyosarcoma of bone—a clinicopathologic study of 8 uncommon cases with immunohistochemical analysis and clinical outcomes," *Annals of Diagnostic Pathology*, vol. 15, no. 3, pp. 147–156, 2011. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at PubMed](#)
9. Stout AP, Lattes R. *Tumors of the Soft Tissues. Atlas of Tumor Pathology, Second Series, Fascicle 1*. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1967. [[Google Scholar](#)]
10. Yang Y, Ma L, Li L, Liu H. Primary leiomyosarcoma of the spine: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(9). e6227. doi: 10.1097/MD.0000000000006227. [[PubMed: 28248883](#)].

ძვლის პირველადი ლეიომიოსარკომა (უმეტხვევის ალფრია)

მიხეილ ზიმლიცკი, გიორგი ზიმლიცკი, გრიგოლ ბრეგაძე, გიორგი ლორია

ორთოპედის დეპარტამენტი, მედიკლაბჯორჯია, თბილისი, საქართველო

პასუხისმგებელი პირი: გიორგი ლორია, gio.loria@yahoo.com

რეზიუმე ავტორთა ჯგუფის მიერ წარმოდგენილია ლეიომიოსარკომის (ძვალ სახსროვანი სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნე) ძალზედ იშვიათი ოპერაციული მკურნალობის შემთხვევა. სტატიკაში აღწერილია პათოლოგიის ოპერაციული მკურნალობის თანამედროვე მეთოდი - წვივის პროქსიმალური სეგმენტის ონკოპროთეზირება, თანამედვი სირთულეებითა და გამოსავლით. აღწერილია ამ დაავადების სწორი მენეჯმენტი და მულტიდისციპლინური მიდგომის აუცილებლობები.

საკვანძო სიტყვები: ლეიომიოსარკომა, ძვლის სიმსივნე, ქიმიოთერაპია

„პირით-პირში“ ორმაგად ინვაზინირებული პანკრეატო-იეიუნოანასტომოზი ტრანსანასტომოზური სტენტირებით და პანკრეასის სადინრის გარეთა დრენირებით

მერაბ კილაძე¹, მალხაზ მიზანდარი², ოთარ კეპულაძე³

¹ თსუ მედიცინის ფაკულტეტის კლინიკური ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი;

² თსსუ პროფესორი, კლინიკა „ნიუ ჰოსპიტალს“-ის დიაგნოსტიკური და რადიოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; ³ კლინიკა „კარაპს მედლაინი“, ზოგადი ქირურგია.

პასუხისმგებელი პირი: მერაბ კილაძე, kiladzemerabi@gmail.com

საკვანძო სიტყვები: პანკრეატო-იეიუნოანასტომოზი, პანკრეატოდუდენალური რეზექცია, გარეთა დრენირება

პანკრეატო-იეიუნოანასტომოზის ფორმირების მეთოდი

პანკრეატოდუდენალური რეზექცია დღევანდელ დღემდე რჩება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ყველაზე რთულ, ინვაზიურ და მძიმე ოპერაციულ ჩარევად, რომელიც ხასიათდება პოსტოპერაციული გართულებების და ლეტალობის მაღალი მაჩვენებლებით, რაც შესაბამისად შეადგენს 40-50% და საშუალოდ 5% საუკეთესო შემთხვევაში. მიუხედავად ამისა, პანკრეასის თავის და პერიამპულარული ზონის ავთვისებიანი რეზექტაბელური სიმსივნეების დროს ეს ოპერაცია რჩება არჩევის მეთოდად და მიიჩნევა, რომ ის იძლევა მკურნალობის და განკურნების ერთადერთ და საუკეთესო შანსს. მიუხედავად მოწოდებული მრავალი ფარმაკოლოგიური და ტექნიკური მეთოდისა ყველაზე სერიოზულ და მნიშვნელოვან გადაუჭრელ პრობლემას წარმოადგენს ოპერაციის შემდგომი პანკრეასის ფისტულა (10-30%), რომელიც როგორც წესი ვითარდება პანკრეასის ანასტომოზის ნაკერების უკმარისობის და სხვადასხვა ტექნიკური პრობლემების შემდეგ.

წარმოებული პანკრეატოდუდენალური რეზექციის შემდეგ იწყება რეკონსტრუქციის ეტაპი, რომელიც გულისხმობს შემდეგი ანასტომოზების: პანკრეატო-იეიუნოსტომიის, ჰეპატოკოიუნოსტომიის და დუოდენო - ან გასტროიეუნოსტომიის ფორმირებას. ოპერაციული ჩარევის მსვლელობისას ყველაზე მნიშვნელოვანი და საპასუხისმგებლო მომენტი არის პანკრეატოიეუნოსტომიის ფორმირება, რომელიც წარმოადგენს ოპერაციის „აქტილესის ქუსლს“ და რომელიც მოიცავს გადაკვეთილი მლივი ნაწლავის და კუჭუკანა ჯირკვლის ტაკვს შორის ორმაგად ინვაზინირებული ანასტომოზის ფორმირებას ტრანსპანკრეასული ნაკერების დადებით და ტრანსანასტომოზური სტენტის გატარებით, რომელიც ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ასრულებს პანკრეასის სადინრის გარეთა დრენირების ფუნქციას.

მეთოდის აღწერილობა

გამოგონება განეკუთვნება მედიცინის დარგს, კერძოდ კი, ქირურგიას და მიზანშეწონილია მისი გამოყენება

ჰეპატო-პანკრეატო-ბილიარულ ზონაში წარმოებული ოპერაციების დროს.

გამოგონების მიზანს წარმოადგენს პანკრეატო-იეიუნოანასტომოზის ნაკერების უკმარისობის და მასთან დაკავშირებული გართულებათა რიცხვის შემცირება და პროფილაქტიკა.

ცნობილია და მოწოდებულია პანკრეატო-იეიუნოანასტომოზის ფორმირების 80 მეტი სხვადასხვა მეთოდიკა და მოდიფიკაცია, რაც მიუთითებს პრობლემის სირთულეზე და აქტუალობაზე და ასევე სათანადო „ოქროს სტანდარტის“ არარსებობაზე. დღესდღეობით ყველაზე ხშირად გამოიყენება შემდეგი მეთოდიკები: სადინარი-ლორწოვანთან და ინვაზინირებული პანკრეატოიეიუნო-და პანკრეატოიეიუნოანასტომოზების წარმოება „პირით-პირში“ და „პირი-გვერდში“ ფორმირებით.

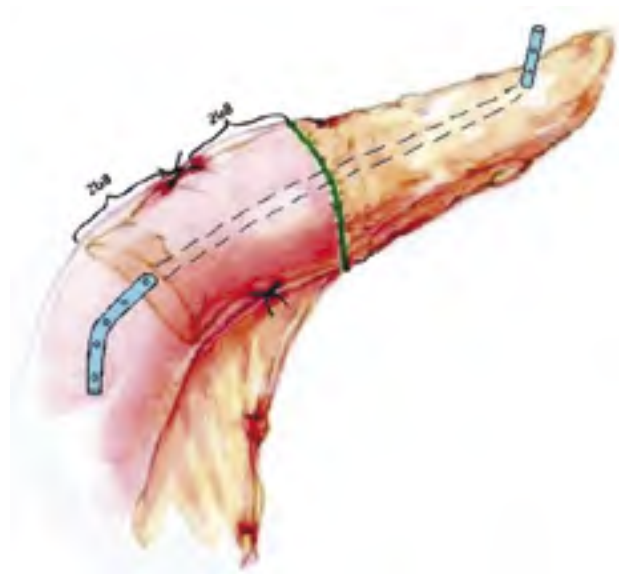
გამოგონების არსი არის ის, რომ აღნიშნული მეთოდიკის გამოყენებით შესაძლებელია პანკრეატო-იეიუნოანასტომოზის ორმაგი საიმედო ინვაზინირება ტრანსანასტომოზური სტენტირებით პანკრეასის სადინრის გარეთა დრენირებით.

წარმოდგენილი პანკრეატოიეიუნოანასტომოზის ფორმირება, რომელიც წარმოდგენილია სურათი 1-4, ხორციელდება შემდეგნაირად:

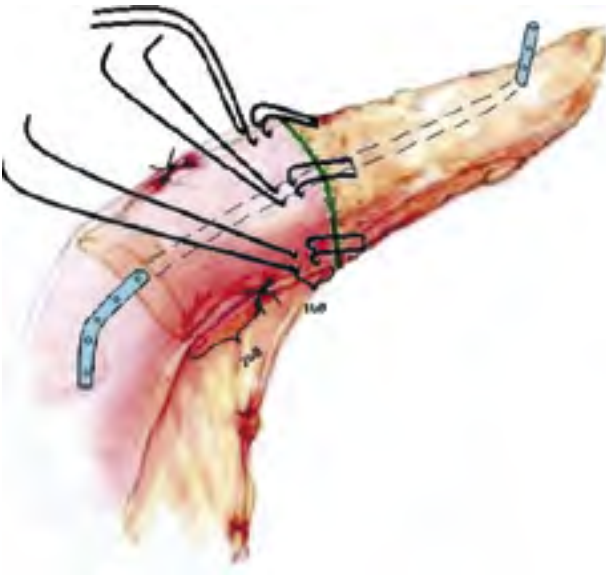
პანკრეასის ტაკვის და მლივი ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილის სათანადო მობილიზების შემდეგ (როგორც წესი 4-5 სმ მანძილზე) და პანკრეასის სადინრის სანათურიდან სადრენაჟე მილის ნაწლავის სანათურში (ტრანსანასტომოზურად) გადატარების შემდეგ ხორციელდება 1 ინვაზინაცია 3/0 ატრავმული გაწოვადი ძაფით ნემსის მარჯვენა გვერდიდან პირველი ნაკერის „გარედან შიგნით“ გატარებით გადაკვეთილი ნაწლავის კიდიდან 2 სმ მოშორებით. შემდეგ ვახორციელებთ ტრანსპანკრეასულად „წ“-მაგვარი ნაკერის დადებას პანკრეასის ანალოგიურ გვერდით მხარეზე ასევე გადაკვეთილი კიდიდან 2 სმ მოშორებით და ნემსის დაბლუნებით და გატარებით ნაწლავის სანათურიდან გარეთ პირველი ჩხვლეტის გვერდით. ანალოგიურ პროცედურას ვატარებთ მარცხენა გვერდით მხარეზეც (სურათი 1).



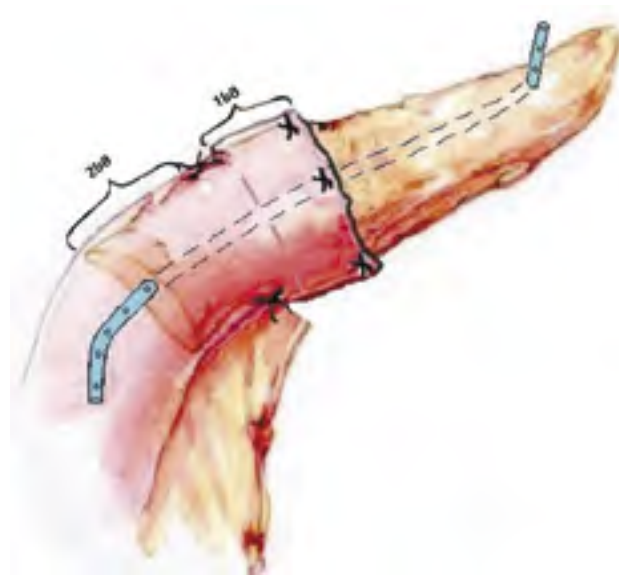
სურათი 1. (I) ინვაგინაციის ნაკერების გატარების სქემატური გამოსახულება



სურათი 2. (I) ინვაგინაციის დასრულებული სახე



სურათი 3. (II) ინვაგინაციის ნაკერების გატარების სქემატური გამოსახულება



სურათი 4. (II) ორმაგად ინვაგინირებული პანკრეატოეუნანასტომოზის დასრულებული სახე

აღნიშნული ნაკერების ერთდროული მოჭიმვის შემდეგ პანკრეასის ტაკვი ადვილად ჩაცურდება ნაწლავის სანათურში და ძაფების გაკვანძის შემდეგ ხდება კუჭუკანა ჯირკვლის ქსოვილის და ნაწლავის კედელს შორის ერთმანეთთან კარგი ფიქსაცია და ადაპტაცია. ამის შედეგად პანკრეასის ტაკვი ინვაგინირებულია (ჩაყურსულია) ნაწლავის სანათურში დააახლოებით 4 სმ მანძილზე (სურათი 2).

ინვაგინაციის II ეტაპისთვის ნაწლავის კიდიდან 1 სმ მოშორებით ასევე ორივე გვერდზე და შუაში (წინა და უკანა ზედაპირზე) ვადებთ 4 „ს“-მაგვარ ნაკერებს ტრანსპანკრეასული გატარებით, რომელთა გაკვანძის და ნაწლავის კედლის ჩაბრუნების შემდეგ ვღებულობთ 1 სმ კუნთოვან-სეროზულ მანუეტს, რომელიც ცირკუ-

ლარულად სეროზული გარსით მჭიდროდ და მტკიცედ ეკვრის პანკრეასის ქსოვილს (სურათი 3-4).

ამრიგად, წარმოდგენილი ანასტომოზი არის ორმაგად ინვაგინირებულ „პირით პირში“ ტრანსანასტომოზური სტენტირებით და პანკრეასის სადინრის გარეთა დრენირებით წარმოებული პანკრეატოეუნანასტომოზი, რომელსაც გააჩნია შემდეგი უპირატესობები:

- არის მარტივი წარმოებისთვის
- არის ჰერმეტიული და შესაბამისად უსაფრთხო
- მისი წარმოებისთვის საჭიროა დროის მცირე მონაკვეთი (10-12 წთ.)
- შეიძლება გამოყენება პრაქტიკულად ყველა სიტუაციაში
- ხასიათდება ქსოვილების მინიმალური ტრავმატიზაციით (სულ 6 ნაკერი და 1 შრე)

- უზრუნველყოფილია პანკრეასის წველის თავისუფალი პასაჟი

გამოგონების პრაქტიკული შედეგია ანასტომოზის ტექნიკური პროცესის გამარტივება, მისი წარმოებისთვის დროის შემცირება და ანასტომოზის საიმედოობის გაზრდა. ასევე დადებითი შედეგია ის, რომ გამოიყენება ნაკერების (სულ 6 ნაკერი) და შრეების (1 შრე) მინიმალური რაოდენობა, ხორციელდება შრეების კარ-

გი ადაპტაცია და შესაბამისად ანასტომოზის კარგი პერმეტულობა და ასევე უზრუნველყოფილია პანკრეასის წველის თავისუფალი პასაჟი ტრანსანასტომოზური სტენტის მეშვეობით, რომლის ჩაყენება ხდება პანკრეასის სადინარში პერკუტანურად ოპერაციის წინა პერიოდში.


მეთოდი აპრობირებულია კლინიკურ პრაქტიკაში და რეკომენდებულია მისი ფართო გამოყენება ჰეპატო-პანკრეატო-ბილიარულ ზონაში ოპერაციების დროს.

2019 წლის 21-23 ოქტომბერს არაბთა გაერთიანებულ საემიროებში, დუბაიში გაიმართა გლობალური კონფერენცია — „ქირურგია და ანესთეზია“. კონფერენციაზე მოხსენებით წარსდგა პროფესორი მერაბ კილაძე. ნაშრომმა მიიღო საუკეთესო შეფასებები, რომელთა ნაწილსაც აქვე წარმოგიდგენთ.

HELIOS Klinikum Berlin-Buch

The authors of this paper show a very interesting and innovative concept to reduce leakage rate by draining the pancreatic duct externally, thus avoiding contact of the aggressive secretion. So, even in the situation of a minor leakage, the aggressive enzymes do not endanger the anastomosis. The authors evaluated the data very systematically and show a successful implementation of this technique in their operative routine with very promising results.

Taking in considerations the many variations to perform an anastomosis, this seems to be a very good adoption to improve outcome in pancreatic surgery. To publish these data is a great contribution to the surgical community.


Prof. Dr. Martin Strik
Chair of Surgery



პროფესორი აკაკი ბერიძე

80

იუბილე



ჩემი მეგობარი - აკაკი ბერიძე

როგორ უნდა ვისაუბრო ადამიანზე, რომელთანაც ყოველდღიური მეგობრული და საქმიანი ურთიერთობები მაქვს და ეს ურთიერთობა მგონი მთელი 80 წლის მანძილზე გრძელდება.

აკაკის ღირსეული წინაპრები ჰყავდა. დიდზე დიდმა ბაბუამ ლომან-ეფენდი ქარცივაძემ განათლება სტამბოლში მიიღო, იქვე დარჩა, გახდა პროფესორი და თვითნაბადი ნიჭის წყალობით სულთნის კარზე მრჩევლის და მასწავლებლის მოვალეობასაც ასრულებდა. ყველაფრით უზრუნველყოფილმა სწავლულმა, განსაცდელში მყოფ სამშობლოს მოაშურა, ათეულ ათასობით მუჰაჯირი უკან მოაბრუნა და თავადაც საქართველოში დარჩა.

აკაკის მეორე დიდი ბაბუა ზემო აჭარის მოსამართლე, გაჭირვებულთა გამკითხავი და სამართლიანობისთვის მებრძოლი ნური ბერიძე, ასევე წიგნიერი და საზოგადო მოღვაწე გახლდათ.

აკაკის ბაბუა ნურსედინ ბერიძე ჭეშმარიტი სახალხო მოღვაწე მამაჩემთან ერთად ჩაება საზოგადოებრივ საქმიანობაში, ისინი მეგობრობდნენ კიდეც; სწორედ მამისგან გავიგე ამ ოჯახის სასიკეთო საქმეებში და აქედან მოდის ჩვენი ახლობლობაც.

აკაკის მამა ზემო აჭარაში კავშირგაბმულობის ერთ-ერთი დამფუძნებელი და მზრუნველი ჩემთან ერთად ეწეოდა ახლადგახსნილი შუახევის რაიონის განვითარების საქმეს.

სწორედ ამ დროს გამოჩნდა აკაკი. როგორც უნიჭიერესი მოსწავლე, ნაკითხი, მეოცნებე, მრავალმხრივ

განვითარებული ახალგაზრდა. იგი მედიცინის მწვერვალებს არათუ დაეუფლა, მან ეს დარგი თავდავიწყებით შეიყვარა, საკუთარი წვლილი შეიტანა მის სამეცნიერო საგანძურში, გაიჩინა მაღლიერ პაციენტთა დიდი არმია, რომელსაც ასევე თავდავიწყებით უყვართ და პატივს სცემენ თავის მკურნალს, ოქროსხელება დასტაქარს და გადამრჩენელს.

შემთხვევით არაა, რომ მასზე, როგორც მთავარ ქირურგზე, არჩევანი გააკეთეს ამ დარგში დიდი ტრადიციების მქონე მხარეში.

სამოქალაქო მედიცინის ჩასახვისთანავე აჭარას (მაშინდელ ბათუმის ოლქს) საუკეთესო ქირურგები დაებედა. აქ მოღვაწეობდნენ: კონდრატე მხეიძე, ბესარიონ ფროლოვი, ვალერიან მაქაცარიას, ვარლამ გიორგაძე, ავნი დიასამიძე, დიოდოტ ხარიტიდი... როცა ავადმყოფის გადარჩენაზე მიდგებოდა საქმე, ხშირად გაიგონებდით ხოლმე: „მაქაცარიასთან მყავდა,“ „გიორგაძემ გააკეთა ოპერაცია,“ „ხარიტიდთან წავიყვანე,“ „ავნიმ გადაარჩინა“ და ა.შ. ყველა მათგანი ვირტუოზულად ფლობდა დასტაქარის ხელოვნებას და სწორედ ამით გაითქვეს სახელი მთელს დასავლეთ საქართველოში, მათს ავტორიტეტს ბევრი რამ შემატა წინამორბედი ქირურგების დაფასებამ, პატივით მოხსენიებამ და მათი სახელის დიდებით შემოსვამ.

ჩემთვის საამაყოა, რომ ვალერიან მაქაცარიადან მოყოლებული, ასაკობრივი სხვაობის მიუხედავად, ქირურგთა ყველა თაობას და მათ წინამძღოლებს ვიცნობდი, მქონდა საქმიანი და მეგობრული ურთიერთობები.

გამორჩეული ადგილი აკავი ბერიძემ დაიკავა, რომელთანაც საქმიანი კავშირი მეგობრობაში გადაიზარდა. 1975 წელი იყო, როცა ქართული ქირურგიის მაშინდელმა მამამთავარმა, მ.კომახიძემ დაძლია ყოველგვარი შინაური და გარე ზემოქმედებები და ავნი დიასამიძის გარდაცვალების შემდეგ, აჭარაში პირველ ქირურგად რეკომენდაცია სწორედ აკაკი ბერიძეს გაუწია. მე მაშინ საკურორტო სფეროს განვაგებდი, მაგრამ ბატონმა მამამ სატელეფონო საუბრის დროს მთხოვა მხარი დამეჭირა მისი კანდიდატურისთვის. უარს როგორ ვიტყოდი, რადგანაც ვიცნობდი კაკოს, როგორც შუახნის რაიონის მთავარ ექიმს, უკვე საკმაო სახელის მქონე ქირურგსა და ოპერატორს.

ორი წლის შემდეგ ჩვენი გზებიც შეიყარა, მე სათავეში აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს ჩავუდექი, რაშიც დიდი როლი ჩვენმა საერთო მეგობარმა, აჭარის მაშინდელმა ლიდერმა ვახტანგ პაპუნძიმ შეასრულა. კაკო მთავარი ქირურგი და კოლეგიის წევრი გახდა, მაგრამ ეს არ მომხდარა მხოლოდ ჩვენი პირადი ურთიერთობებით. ამ დროს მოსახლეობა კვლავინდებურად და იმედიანად ამბობდა: „თუ დამეჭირდა ავადმყოფს კაკოსთან მივიყვან და ის გადამირჩენს.“ ამაზე კარგ რეკომენდაციას მინისტრი ვერავისგან მიიღებდა.

წარსულში შექმნილი ტრადიცია ახალი სულის შთაბერვას, თანამედროვე მეთოდების დანერგვას, ფორმითა და შინაარსით განახლებას საჭიროებდა. ეს კარგად ესმოდა მთავარ ქირურგს; ამოქმედდა ნაცნობებისა და დაუსწრებლად გაცნობილთა წრე მთელს საბჭოთა კავშირში. დღე არ გავიდოდა, რომ ახალი მეთოდის დანერგვაზე და ახალი სპეციალისტის ჩამოყვანაზე არ

გვემსჯელა. სიახლეებზე დახარბებულები ვჩქარობდით, თითქმის არავის მიღებაზე უარს არ ვამბობდით. ასეთ დროს შესაძლოა, შემთხვევითი პირიც შემოგეპაროს და სანანებელი გაგიხდეს, მაგრამ ჩვენი იმედები ყველა სპეციალისტმა გაამართლა და დღეს თუ აჭარის მედიცინა ქვეყანაში არავის ჩამორჩება, ეს იმდროინდელმა გაბედულმა და ზოგჯერ რისკის მქონე გადაწყვეტილებებმაც განაპირობა.

ადგილი არ იყო ქალაქის პირველ საავადმყოფოში, 30 წლის წინათ გახსნილი და დიდებული სპეციალისტებით დაკომპლექტებული თერაპიული განყოფილების დახურვა და მის ნაცვლად ტრავმატოლოგიური და ნეიროქირურგიული განყოფილებების, აგრეთვე სადღელამისო ტრავმატუნქტის გახსნა. ტრავმატოლოგიური განყოფილება გაიხსნა ქობულეთშიც. რესპუბლიკურ საავადმყოფოს შეემატა პროქტოლოგიური და რენანიმაციის განყოფილებები, ენდოსკოპიური, ჰემოდიალიზის ცენტრები, პირველ საავადმყოფოს - რეფლექსოთერაპიის კაბინეტი, მესამე საავადმყოფოს - სისხლძარღვთა ქირურგიის, ტუბერკულოზურ საავადმყოფოს - გულმკერდის ქირურგიის განყოფილებები.

აღარაფერს ვამბობ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალ მეთოდებზე, რაც უშუალოდ უკავშირდება აკაკი ბერიძის სახელს და რამაც აჭარის ქირურგიას სრულიად ახალი შინაარსი შესძინა.

ალბათ, ასაკობრივმა განსხვავებამაც განაპირობა: შუახნის რაიონის სამედიცინო სამსახურს ჯერ მე ვხელმძღვანელობდი, რამდენიმე წლის შემდეგ ეს მოვალეობა კაკოს დაეკისრა, სამინისტროშიც ის მოვიდა ხელმძღვანელად, თანაც ისეთ დროს, როცა ქვეყანა განვითარების ახალ, საზაზრო ეკონომიკის რელსებზე გადიოდა. დაიწყო რეფორმები, რაც ძალზე მტკივნეულად წარიმართა, რადგანაც მან დიდი დარტყმა მიაყენა მოსახლეობას - სამედიცინო დახმარება ფასიანი გახდა. ჯანდაცვის ხელმძღვანელთათვის ეს იყო ურთულესი პერიოდი. აკაკი ბერიძის სასახელოდ უნდა ითქვას, რომ მან შეძლო მთელი სამედიცინო კოლექტივის დარაზმვა და მოსახლეობის წინაშე წამოჭრილი სიძნელეების მაქსიმალურად შემსუბუქება.

თავისი წინამორბედების მიერ დანერგილი ტრადიციებიდან ყველაზე მეტად შესამჩნევი იყო ახალგაზრდა კადრების შერჩევა, დაოსტატება და დაწინაურება. მათ აკაკი თვითონ კარნახობდა მომავალ სამეცნიერო შრომას, ეხმარებოდა კლინიკური და ლიტერატურული მასალების შეგროვებაში, სამეცნიერო კონფერენციებში მონაწილეობასა და შრომების გამოქვეყნებაში. მისი ხელმძღვანელობით მრავალი ქირურგი დაოსტატდა, მრავალმა დაიცვა სამეცნიერო ხარისხი, მრავალს გაეხსნა სამეცნიერო საქმიანობის გაფართოების ასპარეზი, ჩატარდა არაერთი საერთაშორისო, რესპუბლიკურთშორისი და ადგილობრივი სამეცნიერო კონფერენციები.

ნოვატორი დასტაქარი ახლაც ახალგაზრდულად ეჭიდება მედიცინის რთულ საქმეს და არცაა გასაკვირი, რომ ბოლო 45 წელი აჭარის ქირურგია აკაკი ბერიძის სახელთანაა გაიგივებული.

ალბათ განგებამ ასე ინება და ამ ასაკშიც ჩვენ ერთმანეთს ველარ ვშორდებით, ვცდილობთ კვლავ

გამოვანახოთ საერთო, ხალხისთვის სასარგებლო საქმე. აკაკი განაგრძობს თავის პროფესიულ წინსვლას, მეც ხშირად ვსაჭიროებ მკურნალის ხელს, მადლობა ღმერთს ოპერაცია არ მჭირდება, მაგრამ ყველა უნდომობაზე კაკოს ვაწუხებ და მისი მეშვეობით ვდგები საიმედო გზაზე.

საერთო საქმე ხანდაზმულობაშიც გამოვანახეთ. აჭარის ექიმთა საზოგადოებას, რომელიც თავისი დაარსების 123 წელს ითვლის, ნიჰილიზმმა შეახო მსახვრალი ხელი, ბოლო ათი წლის მანძილზე შეაჩერა არსებობა.

ჩვენ შემოვივრიბედ ახალგაზრდა, საკმაოდ ცნობილი აქტივისტები და დღეს აჭარის ექიმთა გაერთიანებული სამეცნიერო საზოგადოება მთელი ენერჯით განაგრძობს მრავალფეროვან საქმიანობას. თქვენი მონა-მორჩილი ამ საზოგადოების თავმჯდომარეა, ხოლო თანათავმჯდომარეობის საპატიო მოვალეობას აკაკი ბერიძე ასრულებს. ჩვენს ტანდემს, შეთანხმებულ საქმიანობას სარგებელი მოაქვს ჩვენი ექიმების და პაციენტებისთვის.

*რამაზ სურმანიძე
12 ნოემბერი, 2019 წ.*

ქირურგი, მეცნიერი, ორგანიზატორი...კაკი!

როცა აკაკი ბერიძეზე რაღაცის თქმა დავაპირე, სიტყვა რამდენჯერმე დავეწერე და გადავეწერე. არც ერთი არ მომეწონა და ყველა დავხიე: ძნელი ყოფილა ღირსეულ კაცზე შესაფერისი სიტყვის თქმა. არც ეს მომწონს, მაგრამ რა ვქნა, უკეთესი მე ვერ მოვიფიქრე.

ბატონი აკაკის და ჩემი ნაცნობობა ნახევარ საუკუნეს ითვლის და იმ დროიდან იწყება, როცა მე, მეხუთე კურსის სტუდენტმა ჰოსპიტალური ქირურგიის კათედრაზე ფეხი შევდგი. იმ დროს ამ კათედრაზე 7 პროფესორი, 2 დოცენტი, 10 მმდ, 11 მმკ (რომელთაგან სამს სადოქტორო დისერტაცია მზად ჰქონდა და დაცვის რიგს ელოდებოდა) მოღვაწეობდა! ახალგაზრდობას ხომ ნუ იტყვი! ისეთმა ნიჭიერმა ახალგაზრდებმა მოიარეს თავი, რომ... მაგრამ წერილ არს: „მრავალ არიან რჩეულნი, ცოტანი გამორჩეულნი“. ასეთი გამორჩეული იყო თავისი თავმდაბლობით, ნიჭით, ინტელექტითა და შრომისმოყვარეობით ბატონი კაკო. სწორედ ამიტომ მან უმაღვე დაიმსახურა ჩვენი სიყვარული და პატივცემა და

ჩვენთვის მისაბამ პიროვნებად იქცა. ასპირანტურაში სწავლის პერიოდშივე დაასრულა საკანდიდატო დისერტაცია და მალე მმკ-ის სამეცნიერო ხარისხიც მოიპოვა.

სულ მალე ახალგაზრდა ქირურგი დიდი გამოწვევის წინაშე დადგა: ამ კუთხის საამაყო შვილმა, ჩვენმა საყვარელმა მასწავლებელმა, აკადემიკოსმა მამია კომახიძემ მოაზროვნე და ხელმადლიანი ქირურგის ავნი დიასამიძის გარდაცვალების შემდეგ, ამ ადგილზე აკაკი ბერიძე წარადგინა!

აკაკი ბერიძე ფუტკარივით შრომობდა, დიდი პროფესიული, ორგანიზატორული და სამეცნიერო ნიჭი გამოავლინა და აჭარაში ის სახელი დაიმკვიდრა, რაც სულკურთხეულმა გრიგოლ მუხაძემ ქართულ ქირურგიაში, დიას, კაკო ბერიძე აჭარის გრიგოლ მუხაძეა!

სხვაა? სხვას ჩემზე უკეთ მისი თანატოლი კოლეგები და მოსწავლეები იტყვიან, მე კი დაბადებიდან 80 წლის იუბილეს ჩვენი სასიქადულო ფრიდონ ხალვაშის სტრიქონებით მივულოცავ:

რის სიბერე, შუბლი გახსენ, გულს დარდი არ დაანახო,
სიჭაბუკე იალაღზე გაგიშვია საბალახოდ,
ჰგავხარ მწიფე შემოდგომას, გული ტაბლად გაგიშლია,
წლები დასახარჯავი გაქვს, ჯერ სიბერე რას მირქვია!

*როსტომ ცხვედიანი, ქირურგი.
2019 წლის გიორგობისთვის 14.*



პროფესორ მერაბ კილაძის გახსენება

ხსოვნა

სამი წელი გავიდა მას შემდეგ, რაც მაღლიერი სამედიცინო ინტელიგენცია, სამეგობრო, სანათესაო და ოჯახი ღრმა გულისტკივილით გამოეთხოვა ჩვენი დროის რჩეულ მამულიშვილს, ლაპაროსკოპული ქირურგიის ერთ-ერთ ფუძემდებელს პროფესორ მერაბ კილაძეს.

მერაბ მიხეილის ძე კილაძე, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახლმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველოს მცირე ინვაზიურ ქირურგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, დაიბადა 1959 წ. 2 ივნისს ქ. ჭიათურაში.

ქ. ჭიათურის მე-3 საშუალო სკოლის წარჩინებით დამთავრების შემდეგ 1977-1984 წელს სწავლას აგრძელებს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში.

1985 წელს იწყება მერაბ კილაძის საექიმო მოღვაწეობა – ინიშნება ჭიათურის საავადმყოფოს ქირურგიის თანამდებობაზე, სადაც სამი წლის განმავლობაში უდიდესი გამოცდილება მიიღო გამოჩენილი ქართველი დასაქვარის, ბატონი გოგი კვიციანი ხელმძღვანელობით.

1988 – 1990 წწ. კ.ერისთავის სახ. თბილისის კლინიკური და ექსპერიმენტული ქირურგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში გაიარა კლინიკური ორდინატურის ორწლიანი კურსი ზოგად ქირურგიაში.

1991 წლიდან მისი საექიმო და სამეცნიერო აქტივობა უკავშირდება ქ. თბილისის პირველი კლინიკური საავადმყოფოს თორაკო-აბდომინურ განყოფილებას, რომელსაც ხელმძღვანელობდა გამოჩენილი ქართველი ქირურგი და საზოგადო მოღვაწე, აკადემიკოსი ზურაბ ცხაკაია.

1994 წ. მერაბმა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამეცნიერო საბჭოს სხდომაზე დაიცვა დისერტაცია თემაზე „ექსტრაკორპორული დეტოქსიკაცია და იმუნოკორექცია ბილიარული სისტემის ჩირქოვან-სეპტიური დაავადების კომპლექსურ მკურნალობაში“ და მიენიჭა მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხი. იმავე წელს დანიშნულ იქნა საქართველოს სამედიცინო აკადემიის თორაკო-აბდომინური ქირურგიის კათედრის ასისტენტად.

ამ ეტაპზე მერაბ კილაძე დიდ დროს უთმობს ქირურგიის ახალი მიმართულებას ლაპაროსკოპულ ქირურგიას და

აქტიურად მონაწილეობს ლაპაროსკოპული ქირურგიის პირველ საერთაშორისო კონფერენციებში. კერძოდ:

- 1995 წელს თბილისის #2 სამკურნალო კომბინატში, რომელიც ორგანიზებული იყო პროფ. ა. ჭანიშვილის, ყაზანის უნივერსიტეტის ქირურგიული კათედრის გამგის ე. სიგალის და ენდოქირურგიული აპარატურის მწარმოებელი რუსული ფირმის „ენდომედიუმის“ მიერ.

- 1996 წ. თბილისის #1 სამკურნალო კომბინატში რომელიც ჩატარდა საქართველოს ჯანმრთელობის სამინისტროს, ქართული ნავთობკომპანიის GIOC (გია ჭანტურია), ქ. ატლანტის Atlanta Baptist Medical Center-ის (პროფესორი ჯორჯ ლუკასი, ქირურგი პლატონ ესართია), ქ. მოდენის Sant'Augustino Hospital-ის (პროფესორი ჯან-ლუიჯი მელიტი) და რეჯიო ემილიას Sant'Sebastian Hospital-ის (პროფ. მარო მენინო) ორგანიზებით.

კონფერენციის მსვლელობაში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ინიციატივით შემუშავდა მცირე ინვზიური ქირურგიის განვითარების მრავალწლიანი პროექტი, ბაზად შეირჩა ქ. თბილისის თორაკო-აბდომინური კლინიკა, რომლის ხელმძღვანელი იყო აკადემიკოსი ზურაბ ცხაკაია.

1997 წელს მ. კილაძე, აკად. ზ. ცხაკაიას ხელმძღვანელობით, ექიმების მცირე ჯგუფთან ერთად მიემგზავრება ჯერ აშშ-ში, სადაც Atlanta Baptist Medical Center-ში ლაპაროსკოპული ქირურგიის ბაზისურ, ხოლო შემდგომ იტალიაში San'Augustino Hospital-ში ლაპაროსკოპული ქირურგიის გაძლიერებულ კურსებს გადის.

1998 წელს მას შემდეგ, რაც თორაკო-აბდომინური კლინიკის ერთი საოპერაციო ალიქურვა თანამედროვე ენდოსკოპური ტექნიკით, აკად. ზ. ცხაკაიას და მ. კილაძის მიერ შესრულდა პირველი ლაპაროსკოპული ოპერაცია ქოლეცისტექტომია. აღსანიშნავია, რომ საწყის ეტაპზე შერჩეული პაციენტების აბსოლუტური უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებდა ოპერაციის ტრადიციულ - ღია მეთოდს, ვინაიდან იმ პერიოდში საქართველოში გარკვეული ობიექტიური თუ სუბიექტიური მიზეზთა გამო ლაპაროსკოპული ქირურგიის ე.წ. „უსისხლო ოპერაციების“ მიმართ ნეგატიური განწყობა იყო, როგორც ქირურგთა, ასევე საზოგადოების მნიშვნელოვან ნაწილში. სწორედ მერაბის, როგორც ახალგაზრდა უნიჭიერესი ქირურგის პოპულარობამ „დაძრა მატარებელი“ - პირველი სამი ოპერაცია შესრულდა მერაბის პაციენტებზე.

1998 წელს მერაბი დაჯილდოვდა გრიგოლ მუხაძის სამახსოვრო მედლით სამამულო ქირურგიის განვითარებაში შეტანილი წვლილისათვის.

საქართველოში მცირე ინვზიური ქირურგიის პოპულარიზაციის მიზნით ბატონმა მერაბმა 1999 წელს ქ. ქუთაისის რესპუბლიკური, საავადმყოფოს ბაზაზე ორგანიზება გაუკეთა პირველ რეგიონულ სამეცნიერო პრაქტიკულ სემინარს ლაპაროსკოპიულ ქირურგიაში. კონფერენციის მსვლელობისას ჩატარდა 6 საჩვენებელი ლაპაროსკოპული ქოლეცისტექტომია.

2000 წელს ბეირუთში შედგა ევროპის ხმელთაშუა ზღვის და ახლოაღმოსავლეთის ქვეყნების ლაპაროსკოპული ქირურგიის ასოციაციის პირველ კონგრესი, სადაც მ. კილაძე აირჩიეს ასოციაციის გამგეობის წევრად.

2001 წელს მერაბ კილაძე საქართველოს თორაკო-აბდომინური კათედრის დოცენტად იქნა არჩეუ-

ლი. 2002 წელს საქართველოში პირველმა დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია ლაპაროსკოპიულ ქირურგიის მიმართულებით: „ნალველკენჭოვანი დაავადებების ქირურგიული მკურანლობის ოპტიმიზება ლაპაროსკოპიული და ტრადიციული მეთოდებით“ და შემდგომ თანმიმდევრულად ინიშნება საქართველოს სამედიცინო აკადემიის თორაკო-აბდომინური ქირურგიის კათედრის კონტრაქტორ პროფესორად (2002), თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის თორაკო-აბდომინური კათედრის ასოცირებულ პროფესორად (2008), თსსუ-ის I ქირურგიული დეპარტამენტის კერძო ქირურგიის NI მიმართულების პროფესორად (2013).

მერაბ კილაძის, ჯანლუიჯ მელიტის და პლატონ ესართიას უცვლელი კოორდინირებით აკად. ზ. ცხაკაიას სახ. თორაკო-აბდომინური კლინიკის ბაზაზე 1997-2005 წწ. ჩატარდა 7 საერთაშორისო სიმპოზიუმი ლაპაროსკოპულ ქირურგიაში, რომლის მსვლელობაში მონაწილეობდა 35 ქირურგი და 28 საშუალო მედპერსონალი მსოფლიოს შვიდი ქვეყნიდან.

სიმპოზიუმების მსვლელობაში შესრულდა 18 ტიპის 205 საჩვენებელი ოპერაცია და გაკეთდა 45 ვიდეო პრეზენტაცია.

2005 წელს პროფესორი მ. კილაძე ინიშნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტად ზოგად ქირურგიაში.

2007 წელს ქვეყანაში ლაპაროსკოპული ქირურგიის პოპულარიზაციის მიზნით პროფ. მ. კილაძის თაოსნობით დაფუძნდა საქართველოს მცირე ინვზიურ ქირურგთა ასოციაცია, რომლის უცვლელი პრეზიდენტი მერაბი იყო. 2008 წლის 2-4 ოქტომბერს ქ. თბილისში ჩატარდა ასოციაციის პირველი კონგრესი, რომელიც მერაბის ინიციატივით მიემდგვნა ლაპაროსკოპული ქირურგიის ფუძემდებლის ფილიპ მიურეს ხსოვნას. კონგრესის მუშაობაში მონაწილეობდა რამოდენიმე ასეული პრაქტიკოსი ექიმი საქართველოს ყველა კუთხიდან. გაკეთდა 103 მოხსენება და ვიდეოპრეზენტაცია, რაც აისახა შესაბამის შრომათა კრებულში. პრაქტიკულად, ეს გახლდათ საქართველოში პირველი საერთაშორისო სტანდარტებით ჩატარებული მედიკოსთა სამეცნიერო კონფერენცია და პროფესორ მერაბ კილაძის დიდი გამარჯვება.

2011-2012წწ მერაბი ქ. თბილისის შპს „ამტელ ჰოსპიტალ პირველი კლინიკურის“ თორაკო-აბდომინური ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელია.

1991-2012წწ თორაკო-აბდომინურ კლინიკაში შესრულებული აქვს 10000-ზე მეტი ღია და ლაპაროსკოპული ოპერაცია, მათ შორის საქართველოში პირველად ლაპაროსკოპული: 2003 წელს ღვიძლის სეგმენტური რეზექცია; 2005 წელს კუჭის ფუნდოპლიკაცია ნისენის მეთოდით; 2007 წელს სპლენექტომია; 2007 წელს მარცხენამხრივი ადრენალექტომია; 2007 წელს მუცლის ღრუს და რეტროპერიტონული სივრცის ლიმფადენექტომიები; 2007 წელს საყლაპავის აქლავიის კორეგირება, სერომიოტომია; 2010 წელს მარჯვენამხრივი ადრენალექტომია.

მერაბ კილაძის ხელმძღვანელობით 2001-2012წწ თორაკო-აბდომინური კლინიკის ქირურგთა მონაწილეო-

ბით ლაპაროსკოპული ქირურგია დაინერგა ქ. თბილისის თერთმეტ და ქ. თელავის ერთ კლინიკაში.

2012 წელს ლაპაროსკოპული ქირურგიის განვითარებაში შეტანილი მნიშვნელოვანი წვლილისთვის საქართველოს პრეზიდენტის მიერ პროფესორი მერაბ კილაძე ჯილდოვდება ღირსების ორდენით.

2013 წელს მერაბ კილაძის თაოსნობით და თანაავტორობით გამოიცა პირველი ქართულენოვანი სახელმძღვანელო ლაპაროსკოპულ ქირურგიაში. წიგნი დამტკიცებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სასწავლო სახელმძღვანელოდ.

2014 წლის 21-24 სექტემბერს ქ. თბილისში ჩატარდა საქართველოს მცირე ინვაზიურ ქირურგია ასოციაციის მეორე და ხმელთაშუა ზღვის და ახლო აღმოსავლეთის ქვეყნების ენდოსკოპისტ ქირურგთა ასოციაციის მე-14 კონგრესი. კონგრესის მსვლელობაში ქართველი ქირურგების გარდა მონაწილეობდა 45 უცხოელი დელეგატი მსოფლიოს 8 ქვეყნიდან. კონგრესის დირექტორი გახლდათ პროფესორი მერაბ კილაძე.

2012 წელს მერაბ კილაძემ კლინიკა „კარაპს მედლაინის“ ზოგადი და მინი ინვაზიური ქირურგიის დეპარტამენტი დაარსა და მას ხელმძღვანელობდა სიცოცხლის ბოლომდე. პროფესორი მერაბ კილაძე წელიწადში 25 სახეობის დაახლოებით 1500 ოპერაციას ასრულებდა, გარდაცვალებამდე ერთი საათით ადრე მერაბს ეს სტატისტიკური მონაცემი მისმა მოწაფეებმა მიაწოდეს.

მერაბის გარდაცვალების შემდეგ „კარაპს მედლაინში“ ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტს მისი სახელი მიენიჭა,

სადაც პროფესორ მერაბ კილაძის საქმიანობას მის მიერ აღზრდილი ქირურგთა უძლიერესი გუნდი წარმატებით განაგრძობს.

ნიშანდობლივია, რომ გარდაცვალებამდე მცირე ხნით ადრე 9 ოქტომბერს ჭიათურის მუნიციპალიტეტის საკრებულომ ქ.ჭიათურის „საპატიო მოქალაქის“, ხოლო 21 ოქტომბერს ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგამ „საუკუნის ექიმის“ წოდება მიანიჭეს.

პროფესორი მერაბ კილაძე გარდა პრაქტიკულ-პედაგოგიური მუშაობისა, მნიშვნელოვან სამეცნიერო საქმიანობას ეწეოდა, იგი გახლავთ ერთი მონოგრაფიის, 108 სამეცნიერო სტატიის ავტორი, მრავალი საერთაშორისო სამეცნიერო საზოგადოების წევრი, რამდენიმე ათეული სამეცნიერო კონგრესის თუ კონფერენციის მონაწილე.

2017 წლის 2-3 ივნისს თბილისში ჩატარდა მ. კილაძის სახ. საქართველოს მცირე ინვაზიური ქირურგთა ასოციაციის რიგით მე-3 სამეცნიერო კონფერენცია „ლაპაროსკოპული ქირურგია საქართველოში - აწმყოდან მომავლისკენ“, რომელიც მიეძღვნა პროფესორ მერაბ მიხელის ძე კილაძის ნათელ ხსოვნას.

2019 წლის 29 მაისს, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში „მ. კილაძის საქართველოს მცირე ინვაზიურ ქირურგთა ასოციაციის“ თანაორგანიზებით გაიმართა საქართველოს გამოჩენილი სამედიცინო მოღვაწის, ლაპაროსკოპული ქირურგიის ერთ-ერთი ფუძემდებლის, პროფესორ მერაბ კილაძის დაბადებიდან 60 წლის საიუბილეო საღამო. ღონისძიებაზე გაიმართა ბიოგრაფიული წიგნის „მერაბ კილაძე“ პრეზენტაცია.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
მ.კილაძის სახ. საქართველოს მცირე ინვაზიური
ქირურგთა ასოციაცია

ავტორის სამახსოვრო

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

„გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის 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 an total quantity of pages.
 - In text, in round brackets shall be pointed out an author's corresponding p, according the reference list.
11. The editorial team keep the right to correct an article. Working on text and summing is done in accordance with the copyright original.
12. It is not allowed to submit an article published in other publications.
13. In case of violating the mentioned rules, articles are not reviewed.

Editorial team of "Guram Tatishvili Bulletin of Georgia Surgery"