

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 პლაზმაში - 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; ფერითინი - 195.96 ნგ/მლ; ტროპონინი I - 0.0036ნგ/მლ.

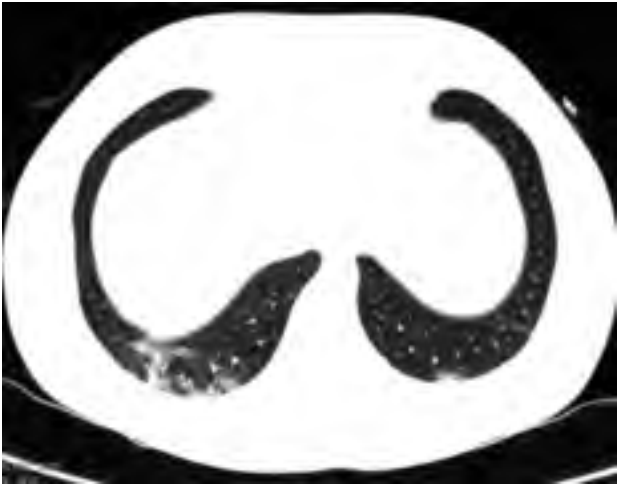
გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფიით გულმკერდის ღრუს ორგანოების საყურადღებო პათოლოგია არ გამოვლინდა.

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.

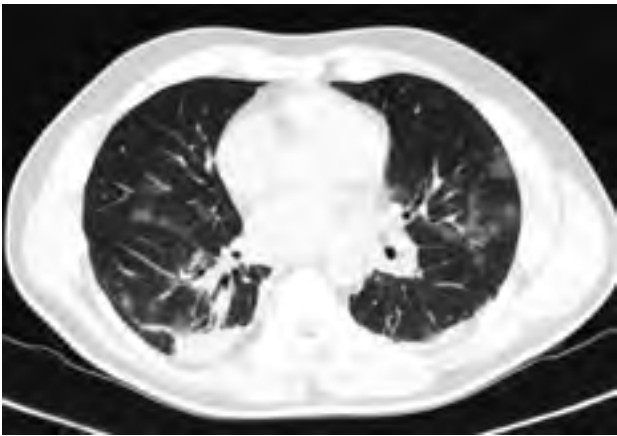
დადგინდა ორმხრივი პნევმონიის ღიაგნოზი (სურათი № 1, 2, 3, 4).



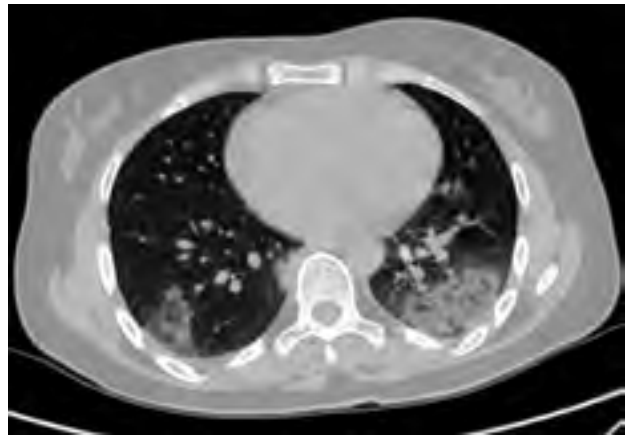
სურათი 1.



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

საოპერაციო დარბაზში ყველა მოძრავი აპარატურა შეიფუთა პოლიეთილენის მასალით.

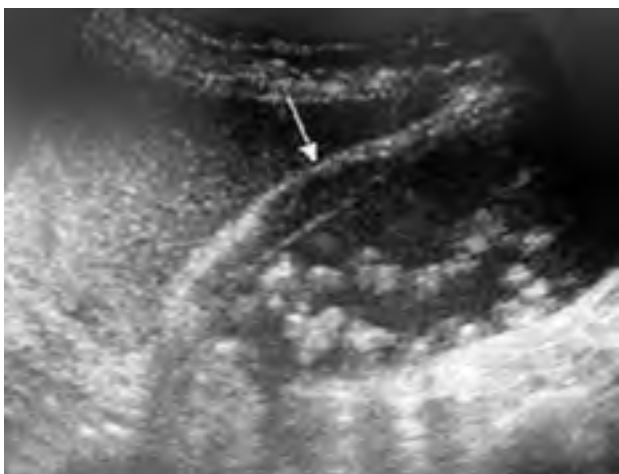
აღნიშნულ არეში დაიშვება მხოლოდ უფლებამოსილი ტრენირებული პერსონალი.

ქირურგიული ბრიგადის წინასაოპერაციო მომზადება:

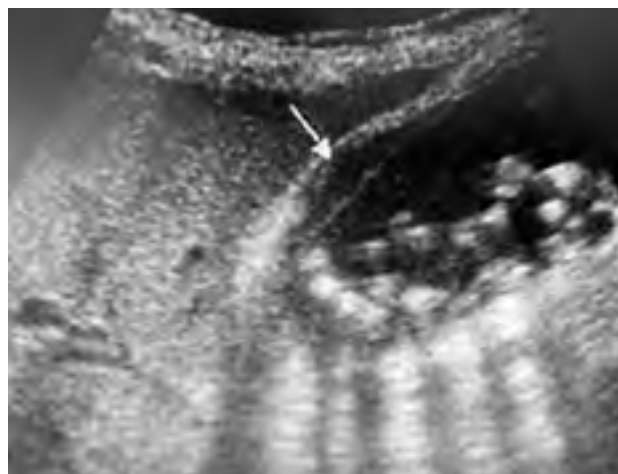
ქირურგიული ბრიგადის მომზადება განხორციელდა ეტაპობრივად:

- 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 ჰოსპიტალიზაციის 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 - 4.87გ/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