

*მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად*

*დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის N01-150/ო ბრძანებით*

## საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის მკურნალობა მოზრდილთა ასაკში

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის მკურნალობა მოზრდილთა ასაკში.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია.....	7
8.2. ეპიდემიოლოგია.....	7
8.3. ეტიოპათოგენეზი (მოკლე შეჯამება).....	7
8.4. ჩაჭედილი თიაქარის კლინიკური სიმპტომატიკა.....	8
8.5. კვლევის გეგმა.....	8
8.6. დაავადების დიაგნოზი.....	8
8.7. მკურნალობის სქემა.....	9
8.8. გართულებები.....	12
8.9. გაუტკივარება.....	13
8.10. რეაბილიტაცია.....	13
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	13
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	13
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	14
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	14
13. პროტოკოლის ავტორები.....	15

## ალგორითმი და ცხრილი

ალგორითმი N1. საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის მკურნალობა.....	6
ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	14

## 1. პროტოკოლის დასახელება: საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის მკურნალობა მოზრდილთა ასაკში

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
ორმხრივი საზარდულის თიაქარი, გაუვალობით განგრენის გარეშე	K40.0
ორმხრივი საზარდულის თიაქარი, განგრენით	K40.1
ცალმხრივი ან დაუზუსტებელი საზარდულის თიაქარი გაუვალობით განგრენის გარეშე	K40.3
ცალმხრივი ან დაუზუსტებელი საზარდულის თიაქარი, განგრენით	K40.4
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
ჩაჭედილი თიაქარის აღდგენითი ოპერაციები	JASD10
ჩაჭედილი თიაქარის აღდგენითი ოპერაციები ლაპარასკოპიული მეთოდით	JASD11
ჩაჭედილი თიაქარის აღდგენითი ოპერაცია საპროთეზო მასალის გამოყენებით	JASD30
ლუმბალური ეპიდურალური ანესთეზია	WAA306
სპინალური ანესთეზია	WAA320
ზოგადი ანესთეზია	WAA4
შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია	KCXX20
მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
ელექტროკარდიოგრაფია	FXF000
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
სისხლის სხვა გამოკვლევები	BL.5
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL.12.1
საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდების (INR) განსაზღვრა INR: International normalized ratio	CG.6
ელექტროლიტური ბალანსის მაჩვენებლების განსაზღვრა სისხლში	BL.14
მინერალური ცვლის მაჩვენებლების განსაზღვრა სისხლში	BL.15

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

M. P. Simons, T. Aufenacker, M. Bay-Nielsen, J. L. Bouillot, G. Campanelli, J. Conze, D. de Lange, R. Fortelny, T. Heikkinen, A. Kingsnorth, J. Kukleta, S. Morales-Conde, P. Nordin, V. Schumpelick, S. Smedberg, M. Smietanski, G. Weber, and M. Miserez (2009): *European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients*. *Hernia* 13(4) 343-403

დამატებითი ლიტერატურა:

J. Rosenberg, Th. Bisgaard, H. Kehlet, P. Wara, T. Asmussen, P. Juul, L. Strand, F. Heidemann Andersen & Morten Bay-Nielsen (2010): *Danish Hernia Database recommendations for the management of inguinal and femoral hernia in adults*. *Dan Med Bull* 2011;58:(2):C4243

Rutkow IM (1998) *Epidemiologic, economic, and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990s*. *Surg Clin North Am* 78:941-951; v-vi.

Memon MA, Cooper NJ, Memon B, Memon MI, Abrams KR (2003) *Meta-analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic inguinal hernia repair*. *Br J Surg* 90:1479-1492.

Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM (1989): *The tension-free hernioplasty*. Am J Surg 157:188–193.

Kingsnorth AN, Porter CS, Bennett DH, Walker AJ, Hyland ME, Sodergren S (2000): *Lichtenstein patch or Perfix plug-and-patch in inguinal hernia: a prospective double-blind randomized controlled trial of short-term outcome*. Surgery 127:276–283.

Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, McCarthy M Jr, Neumayer LA, Barkun JS, Hoehn JL, Murphy JT, Sarosi GA Jr, Syme WC, Thompson JS, Wang J, Jonasson O (2006): *Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial*. JAMA 295:285–292.

ბ) ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციებში ცვლილებები შეტანილი არ არის.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ზოგად ქირურგიაში, საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება მოზრდილთა ასაკის პაციენტებს საზარდულის თიაქართ.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ქირურგიული სერვისის მიმწოდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში, ასევე, პირველადო ჯანდაცვის რგოლში დასაქმებული ზოგადი ქირურგებისა და ოჯახის ექიმებისთვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში, ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში, სადაც მიეწოდება ქირურგიული სერვისები.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მომართვისთანავე და/ან ჰოსპიტალიზაციისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი არის საზარდულის მიდამოში მდებარე თიაქარი, რომელიც არ ბრუნდება მუცლის ღრუში და როდესაც სახეზეა თიაქარის შიგთავსის სისხლმომარაგების მოშლა და/ან გაუვალობის სიმპტომები.

საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი (ჩაჭედვის სიმპტომები და/ან გაუვალობით) წარმოადგენს სასწრაფო ოპერაციის ჩვენებას.

ფიზიკალური გამოკვლევით შეუძლებელია საზარდულის თიაქარის პარკში ჩაჭედილი შიგთავსის სიცოცხლისუნარიანობის შეფასება.

საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის დროს თიაქარის პარკის გახსნა და შიგთავსის დათვალეირება უნდა მოხდეს კონსტრიქციული რგოლის გაკვეთამდე.

საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის დროს ჩაჭედვის ლიკვიდაციის შემდგომ თიაქარპლასტიკის არჩევითი მეთოდია დაჭიმვისაგან თავისუფალი პლასტიკა სინთეზური ბადის გამოყენებით – ლიხტენშტეინის მეთოდით.

საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის დროს ჩაჭედვის ლიკვიდაციის შემდგომ ქსოვილების ინფიცირების მაღალი რისკის შემთხვევაში შესაძლოა გამოყენებულ იქნას თიაქარპლასტიკა საკუთარი ქსოვილებით – შოულდაისის მეთოდით.

დაუშვებელია საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის ხელის დაჭერით ჩაბრუნება (ცრუ ჩასწორების რისკი).

თუ საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი სპონტანურად ჩაბრუნდა ავადმყოფის სტაციონარში მოთავსების დროს, საჭიროა სტაციონარში ავადმყოფის მდგომარეობაზე (პერიტონეალური მოვლენები!) დინამიკაში დაკვირვება 24 საათის განმავლობაში.

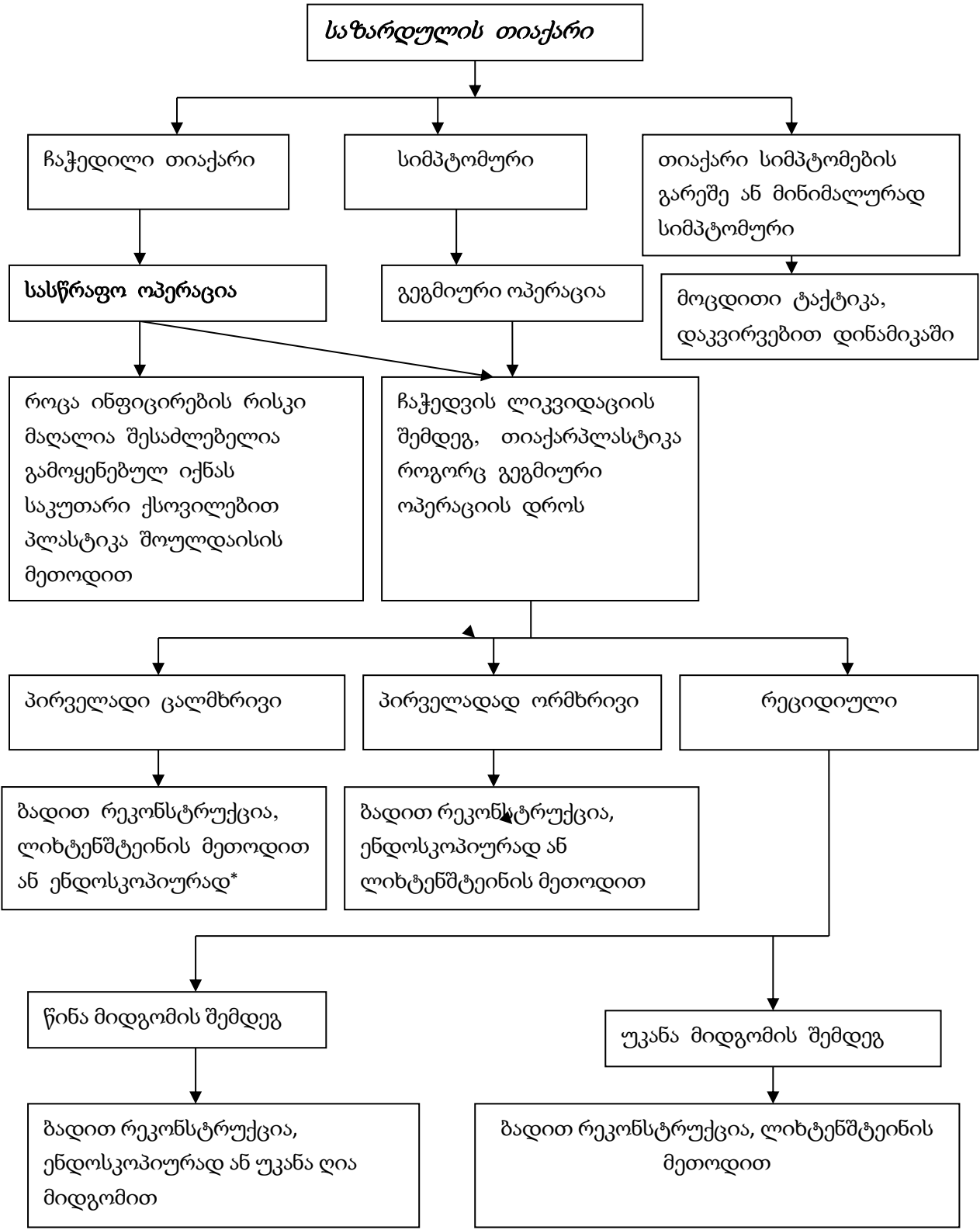
თუ საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი სპონტანურად ჩაბრუნდა, საოპერაციოში (ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ) უნდა განხორციელდეს ლაპარატომია და იმ ორგანოს რევიზია, რომელიც იყო ჩაჭედილი.

ქალებში საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის დროს არ უნდა გამოგვრჩეს ბარძაყის თიაქარის არსებობა.

პოსტოპერაციულ პერიოდში საზარდულის მიდამოში ფორმირებული ჰემატომის ევაკუაცია უნდა მოხდეს ე.წ. „კანის დაჭიმვის სიმპტომის“ გამოჩენისთანავე.

თიაქარპლასტიკის შემდგომი სერომის ასპირაცია არ არის რეკომენდირებული (იზრდება ინფიცირების რისკი).

ალგორითმი N1. საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის მკურნალობა



\*ენდოსკოპიური მკურნალობა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ სათანადო გამოცდილების შემთხვევაში (უმჯობესია სრული ეხტრაპერიტონეალური TEP ვიდრე ტრანსაბდომინური პრეპერიტონეალური TAPP მიდგომა).

### 8.1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი – (**hernia inguinalis incarcerata**) - თიაქარის შიგთავსის ჩაჭედვა საზარდულის თიაქარის კარში, რასაც მოყვება თიაქარის პარკში მოთავსებული ორგანოების სისხლმომარაგების დარღვევა და განგრენა.

**ლოკალიზაცია:** საზარდულის მიდამო.

**წარმოშობის ხასიათის მიხედვით:** პირველადი და რეციდიული თიაქარი.

**კლინიკური კლასიფიკაციით გამოყოფენ:**

1. ელასტიური ჩაჭედვა;
2. განავლოვანი ჩაჭედვა;
3. რეტროგრადული ჩაჭედვა;
4. კედლისმიერი (რიხტერის ტიპი) ჩაჭედვა;
5. კომბინირებული ჩაჭედვა.

**თიაქარის პარკში ჩაჭედილი შიგთავსის მიხედვით:** შიგთავსის ნეკროზით, გაუვალობით ან მის გარეშე. შეგთავსის ნეკროზის გარეშე, გაუვალობით ან მის გარეშე.

2009წ. ევროპის ჰერნიოლოგთა საზოგადოებამ (European Hernia Society-EHS). დაამტკიცა შედარებით გამარტივებული კლასიფიკაცია, რომელიც იხმარება საზარდულის თიაქარების დროს.

		Primary პირველადი	Recurrent რეციდიული		
	0	1	2	3	X
L-ლატერალური					
M-მედიალური					

*L (lateral)- ირიბი თიაქარი. M (medial)- პირდაპირი თიაქარი.*

*Primary- პირველადი. Recurrent- რეციდიული თიაქარი.*

ციფრებით ისაზღვრება თიაქარის კარის ზომა: 0=თიაქარი არ აღინიშნება, 1= >1.5 სმ , 2= >3 სმ , 3= >3 სმ.

### 8.2. ეპიდემიოლოგია

საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი მეტად გავრცელებული ურგენტული პრობლემაა და გვხვდება მოსახლეობის 5-8%-ში, რაც მწვავე აპენდიციტისა და ქოლეცისტიტის შემდეგ ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა. ხოლო ყველა სახის თიაქარებიდან საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარი გვხვდება 50-65%, რაც აგრეთვე საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია.

### 8.3. ეტიოპათოგენეზი (მოკლე შეჯამება)

დაავადების გამომწვევები: სუბიექტის კონსტიტუციური თავისებურებები, მემკვიდრეობითი მიდრეკილება თიაქარების წარმოშობისადმი, სხეულის აგებულების თავისებურებანი, სქესი, ასაკი, სიმსუქნის ხარისხი, სხეულის მასის დაქვეითებისადმი მიდრეკილება, მუცლის კედლის ტრავმა, მუცლის კედლის მაინერვირებელი ნერვების გადაკვეთა. ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებენ მუცლის შიდა წნევის მომატებას. მათ მიეკუთვნება: სიმძიმის აწევა, მძიმე ფიზიკური შრომა, ორსულობა, მშობიარობა, ყაზობა, შარდვის გამწელება, ხანგრძლივი და ხშირი ხველა. თიაქარის ჩაჭედვაში მთავარ როლს თამაშობს მუცელშიდა წნევის უეცარი

მომატება, ამ დროს ხდება თიაქარის კარის ხანმოკლე დაჭიმვა და მუცლის ღრუს ორგანოების გადასვლა დაბალი წნევის ზონაში - თიაქარის პარკში.

#### 8.4. ჩაჭედული თიაქარის კლინიკური სიმპტომატიკა

##### ა) სიმპტომების ჩამონათვალი

ადგილობრივი სიმპტომები:

- მკვეთრად და უეცრად განვითარებული ტკივილი ჩაჭედვის მიდამოში.
- თიაქარის შესწორების შეუძლებლობა.
- მტკივნეულობა პალპაციისას.
- თიაქარის მოცულობაში მატება, დაჭიმულობა და გამკვრივება. ხველის ფენომენის დროს ბიძგის ტალღის არარსებობა.

ზოგადი სიმპტომები:

- ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის კლინიკა.
- ანთებითი სინდრომი (ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ლეიკოციტარული ფორმულის მარცხნივ გადახრა).
- ცვლილებები გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის მხრივ, ტაქიკარდია, ინტოკსიკაციის სინდრომი ანთების და ნეკროზის ხარჯზე.

##### ბ) დაავადების გართულებები

- ჩაჭედული ორგანოს ნეკროზი;
- ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა;
- პერიტონიტი;
- თიაქარის პარკის ფლევმონა.

#### 8.5. კვლევის გეგმა

- ანამნეზი (ჩივილები);
- კლინიკური და მანუალური გასინჯვის მონაცემები;
- ლაბორატორიული კვლევა: სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფი და რეზუსი. შარდის საერთო ანალიზი, კოაგულოგრამა (INR), ეკგ და სხვა. ლაბორატორიული კვლევების ჩატარების საკითხი გადაწყდეს კლინიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით;
- თუ დიაგნოზის დასმა გარკვეული მოსაზრების გამო იწვევს ეჭვს, შესაძლებელია გამოყენებული იქნას დამატებითი კვლევის მეთოდები: მუცლის ღრუს და თიაქარის რენტგენოლოგიური კვლევა, ექოსკოპია და/ან კომპიუტერული ტომოგრაფია.

#### 8.6. დაავადების დიაგნოზი

##### ა) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

- ანამნეზი.
- ტკივილის სინდრომი.
- ჩაჭედვის ლოკალური კლინიკური და მანუალური გასინჯვის მონაცემები.
- ანთებითი სინდრომი.
- საზარდულის ჩაჭედული თიაქარი ლოკალიზდება საზარდულის იოგის ზემოთ.



- ხშირად მხოლოდ ფიზიკალური მონაცემები (საზარდულის მიდამოში მკვრივ-ელასტიური მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნი, ხველითი ბიძგის ფენომენი უარყოფითი) საკმარისია საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის დიაგნოზის დასადგენად.
- დიაგნოზის დასასმელად გასათვალისწინებელია ზემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური სიმპტომები.
- კლინიკური სიმპტომები იცვლება იმის მიხედვით, თუ რომელი ორგანო განიცდის ჩაჭედვას. მაგალითად: წვრილი ან მსხვილი ნაწლავის ჩაჭედვისას გამოხატულია ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის კლინიკა, შარდის ბუშტის ჩაჭედვისას დიზურიული მოვლენები და ა.შ.
- დასაწყის სტადიაში სისხლის საერთო ანალიზი შესაძლოა არაინფორმატიული იყოს, ხოლო უკვე ანთებითი რეაქციის განვითარებისას გამოხატულია ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა.
- დიაგნოზის დასმისას გარკვეული მოსაზრების გამო ექვის შემთხვევაში, შესაძლებელია გამოყენებული იქნას დამატებითი კვლევის მეთოდები: მუცლის ღრუს და თიაქარის რენტგენოლოგიური კვლევა, ექოსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია.

## **ბ) დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ პათოლოგიებთან**

- ბარძაყის ჩაჭედილი თიაქარი;
- შეუსწორებად საზარდულის თიაქარი;
- კოპროსტაზი;
- საზარდულის მიდამოს ლიმფადენიტი;
- საზარდულის მიდამოს ფლეგმონა;
- საზარდულის მიდამოს ლიმფური ჯირკვლების სიმსივნური ან მეტასტაზური დაზიანება;
- სათესლე ჯირკვლის წყალმანკი;
- სათესლე ჯირკვლის შემოგრება;
- ვარიკოცელე;
- ფუნიკოცელე;
- ორქოეპიდდიმიტი;
- საშვილოსნოს მრგვალი იოგის ცისტა;
- ლიპომა;
- ჩამოწვეთილი ჩირქროვა (აბსცესუს ცონგესტიუს),
- ტუბერკულოზური სპონდილიტის დროს;
- პერიტონიტი;
- ბარძაყის საერთო არტერიის ანევრიზმა.

## **8.7. მკურნალობის სქემა**

### **ა) ანტიბიოტიკებით პრევენცია**

- თიაქარის ჩაჭედვის შემთხვევაში, როგორც ლოკალურად, აგრეთვე სისტემურად ინფექციის აღმოცენების რისკი საკმაოდ მაღალია და დამოკიდებულია ჩაჭედვის ხანგრძლივობაზე, ორგანოზე რომელიც განიცდის ჩაჭედვას, მის სიცოცხლისუნარიანობაზე და გართულებაზე.
- ქირურგიული ტექნიკა, ჰემოსტაზი და პოსტოპერაციული მოვლა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ჭრილობის ინფიცირების თავიდან აცილებაში.
- ინტრაოპერაციული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა გულისხმობს ანტიბიოტიკის პირველი დოზის შეყვანას კანის განაკვეთის გატარებამდე.

- წამლის შეყვანის ვადებს განსაზღვრავს გამოყენებული პრეპარატის ფარმაკოდინამიკა და ნახევარდაშლის პერიოდი, ანუ განაკვეთის გატარების მომენტისათვის ქსოვილებში ანტიბიოტიკის კონცენტრაცია უნდა იყოს ოპტიმალური. პენიცილინებისათვის ეს პერიოდი არანაკლებ 45 წუთია ვენაში და 1 საათი კუნთებში შეყვანისას; ცეფალოსპორინებისათვის შესაბამისად 1 სთ და 2 სთ.
- რეკომენდაებულია ინტრაოპერაციულად მეორე დოზის შეყვანა. თუ ოპერაციის ხანგრძლივობა აღემატება ანტიბიოტიკის ნახევარდაშლის პერიოდს.
- ინფექციის მაღალი რისკის არარსებობისას ოპერაციის შემდეგ ანტიბიოტიკების შეყვანა აღარ ამცირებს დაჩირქების ვადებს.
- მნიშვნელობა აქვს პათოლოგიის ხასიათს. თუკი არ არის ღრუ ორგანოს შიგთავსით ინფიცირების მაღალი რისკი (შედარებით სუფთა ოპერაციები), საკმარისია ნახევრადსინთეზური ან ინჰიბიტორდაციული პენიცილინები, I-II თაობის ცეფალოსპორინები. დაბინძურებული ოპერაციების (უმართავი ინფიცირების) დროს III თაობის ცეფალოსპორინები ანტიანაერობულ პრეპარატებთან ერთად. სინთეზური პროთეზის იმპლანტაცია საჭიროებს ანტიბაქტერიული პროფილაქტიკის მოცულობის გაფართოებას (1-2-3 დღე).

## **ბ) ქირურგიული მკურნალობა**

- საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია.
- ჩაჭედილი თიაქარი საჭიროებს სასწრაფო ოპერაციულ მკურნალობას.
- თიაქარის პარკის გახსნისას არსებობს ჭრილობის ინფიცირების საფრთხე, ამიტომ ჩაჭედილი თიაქარის ოპერაციისას ჭრილობის ინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია არამართო კანისა და კანქვეშა ქსოვილების იზოლირება, არამედ დამატებით თიაქარის პარკის იზოლირება (შემოფარგვლა) მისი გახსნის წინ.
- ჩაჭედილი თიაქარის პარკის გახსნა და შიგთავსის დათვალიერება აუცილებლად უნდა მოხდეს კონსტრუქციული რგოლის გაკვეთამდე;
- თიაქარის პარკში ნაწლავის ორი მარყუჟის აღმოჩენის შემთხვევაში (ჭიანაწლავის მსგავსი ჩაჭედილი ნაწლავი) უნდა განხორციელდეს მუცლის ღრუში მდებარე მესამე მარყუჟის ექსპოზიცია და რევიზია;
- ჩაჭედილი, გართულებული თიაქარის (ჩაჭედილი ორგანოს ნეკროზი, თიაქარის პარკის ფლევმონა ან გავრცელებული პერიტონიტი) შემთხვევაში:

1) ჩაჭედილი ორგანოს ნეკროზის დროს კეთდება ჰერნიოლაპაროტომია, ჩაჭედილი ორგანოს რეზექცია საღი ქსოვილების ფარგლებში და შემდგომ შესაბამისი რეკონსტრუქციული ოპერაცია.

2) თიაქარის პარკის ფლევმონის დროს მუცლის ღრუს დაინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით ოპერაცია იწყება შუა ლაპაროტომიით. მუცლის ღრუში თიაქარის რგოლის შიგნით მდებარე წვრილი ნაწლავის სიცოცხლისუნარიანი მარყუჟის დისტალური და პროქსიმალური ბოლოები იკვეთება, შემდგომში შერთულის ფორმირებით. დარჩენილი ნაწლავის ტაკვები იკერება ყრუდ. მუცლის ღრუ იხურება. შემდგომ იხსნება თიაქარის ფლევმონა, იკვეთება თიაქარის რგოლი და ხდება რეზექცირებული ნეკროზული ნაწლავის მოცილება, შემდგომი საზარდულის ჭრილობის სანაცხით და დრენირებით. საზარდულის ჭრილობაში არსებული ინფექციის ლიკვიდაციის შემდგომ, კეთდება გეგმიური წესით თიაქარპლასტიკა.

3) გავრცელებული პერიტონიტით გამოწვეული საზარდულის თიაქარის ჩაჭედვისას ოპერაცია იწყება შუა ლაპაროტომიით. კეთდება პერიტონიტის და ჩაჭედილი თიაქარის მიზეზის ლიკვიდაცია. მუცლის ღრუს დახურვა, ხოლო თიაქარპლასტიკა იგეგმება ავადმყოფის გამოჯანმრთელობის შემდგომ.

საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის დროს, ჩაჭედვის მიზეზების ლიკვიდაციის შემდეგ, ოპერაციული მკურნალობის არჩევის მეთოდად ითვლება: თიაქარპლასტიკა ბადის გამოყენებით, დაუჭიმავი მეთოდით – ლიხტენშტეინის წესით (აუცილებელია, რომ ბადემ გადაფაროს ბოქვენის ბორცვი მედიალურად სულ მცირე 2-2.5 სმ), რომელიც მიჩნეულია ოქროს სტანდარტად.

4) ქირურგიული ტექნიკა თიაქარპლასტიკის დროს:

კანის განაკვეთი ტარდება საზარდულის მიდამოში პუპარტის იოგის ზემოთ და მის პარალელურად. კანის განაკვეთი უნდა იყოს საკმარისი იმისთვის, რომ კარგად გამოჩნდეს ბოქვენის ბორცვი და სწორი კუნთის ბუდე. ხორციელდება ზედაპირული ვენების გადაკვანძვა. თიაქარის პარკი გამოიყოფა და იხსნება კონსტრიქციული რგოლის გახსნამდე. ხორციელდება თიაქარის პარკის შიგთავსის დათვალიერება. შიგთავსის სიცოცხლის უნარიანობაში დარწმუნების შემდეგ შიგთავსი ბრუნდება მუცლის ღრუში. თიაქარის პარკზე ყელის არეში ედება ლიგატურა და იკვეთება. იხსნება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი სრულად (უნდა შენარჩუნდეს თემო-საზარდულის ნერვი დაუზიანებლად). ხორციელდება სათესლე ბაგირაკის გამოყოფა და რეზინის თასმით ზემოთ აწევა. მიუდგებით საზარდულის არხის უკანა კედელს. კრემასტერი ამოიკვეთება მხოლოდ მაშინ თუ ის განიცდის მნიშვნელოვან ჰიპერტროფიას. სწორი თიაქარის შემთხვევაში თუ ეს აუცილებელია ხდება საზარდულის არხის უკანა კედლის გამაგრება უწყვეტი ნაკერით, ისე რომ ნორმამდე შევიწროვდეს საზარდულის არხის ღრმა რგოლი. მოერიდეთ არსებული ნერვების დაზიანებას, მაგრამ თუ უკვე სახეზეა ნერვის დაზიანება ან ნერვი ხელს უშლის ბადის განთავსებას, ნერვი დაყოვნების გარეშე უნდა იქნას ამოკვეთილი. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ილიო-ჰიპოგასტრულ ნერვს. იგი შესაძლოა მოექცეს ბადის ქვემოთ, მაგრამ თავიდან უნდა იქნას აცილებული ბადის კიდესთან მისი კონტაქტი. გამოიყენეთ პოლიპროპილენის ბადე ზომით 6X11 სმ. ხშირად საჭიროა ბადის მოდელირება. ბადემ 2 სმ-ით უნდა გადაფაროს ბოქვენის ბორცვი. ბადის ქვემო კიდე ფიქსირდება 2/0 ან 3/0 პოლიპროპილენის უწყვეტი ნაკერით. ნაკერი იწყება ბოქვენის ბორცვიდან 2სმ-ით მედიოკრანიულად, სწორი კუნთის ლატერალური კიდიდან და გრძელდება პუპარტის იოგზე, საზარდულის არხის ღრმა რგოლამდე. ბადე იკვეთება მის ქვემო 1/3 ნაწილზე გასწვრივ სათესლე ბაგირაკის მედიალურად, ისე, რომ სათესლე ბაგირაკი მოექცეს ბადის ორ ფრთას შორის. ბადემ უნდა გადაფაროს საზარდულის არხის ღრმა რგოლი ლატერალურად. შემდეგ ბადის ზედა ფრთა გადმოიკვეცება ქვედა ფრთაზე და ფიქსირდება ნაკერით. ბადის ზედა კიდე ფიქსირდება რამდენიმე კვანძოვანი ნაკერით შიგნითა ირიბი კუნთის აპონევროზზე. (არ უნდა დაზიანდეს ილიოჰიპოგასტრული ნერვის კუნთშიდა სეგმენტი, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ ნერვი არ მოყვეს ნაკერში). შემდეგ ჭრილობა იხურება ისე, როგორც შოულდაისის მეთოდის დროს. ქალებში უნდა ეცადოთ შეინარჩუნოთ მრგვალი იოგი და თემო-საზარდულის ნერვი, ისევე როგორც ეს ხდება მამაკაცებში. ქალებში თუ ხდება ორივე სტრუქტურის გადაკვეთა, მაშინ არ არის საჭირო ბადის ჩაჭრა და ფრთების შექმნა.

ინფიცირების ხარისხის შესაბამისად უნდა გადაწყდეს ბადის გამოყენების საკითხი (ბადის გამოყენება შესაძლოა მაშინაც როდესაც ხდება ნეკროზულად შეცვლილი პარკის შიგთავსის

რეზექცია და შესაბამისი რეკონსტრუქცია და არ აღინიშნება აბსცესი, ფლეგმონა ან პერიტონიტი). ქსოვილების ინფიცირების შედარებით მაღალი ხარისხის დროს, თიაქარპლასტიკის განხორციელების გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში, საზარდულის არხის უკანა კედლის პლასტიკა უნდა განხორციელდეს შოლდაისის მეთოდით (შპოულდიცე), რომელიც არის არჩევითი ე.წ აუტოპლასტიკურ მეთოდებს შორის და მდგომარეობს შემდეგში: კანის განაკვეთი ტარდება საზარდულის მიდამოში პუპარტის იოგის ზემოთ და პარალელურად. ხორციელდება ზედაპირული ვენების ლიგირება და გადაკვეთა. თიაქარის პარკი გამოიყოფა და იხსნება კონსტრიქციული რგოლის გახსნამდე. ხორციელდება თიაქარის პარკის შიგთავსის დათვალეირება. შიგთავსის სიცოცხლის უნარიანობაში დარწმუნების შემდეგ შიგთავსი ბრუნდება მუცლის ღრუში. თიაქარის პარკზე ყელის არეში ედება ლიგატურა და იკვეთება. იხსნება სრულად გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი (არ უნდა დაზიანდეს თემო-საზარდულის ნერვი). ხორციელდება სათესლე ბაგირაკის გამოყოფა და აწევა რეზინის თასით. მივუდგებით საზარდულის არხის უკანა კედელს. ხორციელდება კრემასტერის გადაკვეთა საზარდულის არხის ღრმა რგოლთან. (უნდა შენარჩუნდეს გენიტალური ნერვი). ხორციელდება თიაქარის პარკის გამოყოფა, იხსნება განივი ფასცია სალი ქსოვილების ფარგლებში, ისე, რომ განაკვეთის სიგრძე საკმარისი იყოს რეკონსტრუქციისათვის. რეკონსტრუქცია ხორციელდება პოლიპროპილენის 3/0 ან 2/0 ნაკერით. ნაკერი იწყება მედიალურად. ერთმანეთს ეკერება განივი ფასცია (ტომსონის იოგი შერწყმული მყესი და შერწყმული მყესის წინა მხარე) ნაკერი გრძელდება ღრმა რგოლამდე და ხდება მისი შევიწოება იმ დონემდე, რომ მასში თავისუფლად გადიოდეს სათესლე ბაგირაკი. შემდეგ უწყვეტი ნაკერი ბრუნდება უკან მედიალურად, ისე რომ ნაკერში აღებული იყოს კრემასტერის ტაკვი და მიეკეროს ის პუპარტის იოგის ქვედა კიდე. ნაკერთა მესამე რიგი იწყება ლატერალურად და ხდება შერწყმული მყესის საზარდულის იოგზე დაფიქსირება. შოულდაისის ორგინალური ოპერაცია გულისხმობს ერთი და იგივე სიბრტყეში ოთხი შრის შექმნას. იკერება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზი, ისე რომ არ შევიწროვდეს საზარდულის არხის ზედაპირული რგოლი. იკერება სკარპას ფასცია, იხურება კანი.

5) ჩაჭედილი თიაქარის ენდოსკოპიური მკურნალობისას, ოპერაცია კეთდება სრული ექსტრაპერიტონული მიდგომით, რომელიც წარმოადგენს არჩევით მეთოდს საზარდულის თიაქარის ენდოსკოპიურ მკურნალობაში. აუცილებელია სათანადო გამოცდილების ქონა! ენდოსკოპიური ჩარევის დროს გამოყენებული ბადის ზომა უნდა იყოს სულ მცირე 10X15 სმ.

## 8.8. გართულებები

**ოპერაციის დროს შესაძლოა განვითარდეს შემდეგი გართულებები:**

- ✓ სათესლე ბაგირაკის დაზიანება;
- ✓ შინაგანი ორგანოების დაზიანება;
- ✓ ბარძაყის სისხლძარღვების დაზიანება;
- ✓ თემო-მუცლის ნერვის დაზიანება;
- ✓ თემო-საზარდულის ნერვის დაზიანება;
- ✓ სასქესო-ბარძაყის ნერვის დაზიანება;
- ✓ ბარძაყის კანის ლატერალური ნერვის დაზიანება.

**ოპერაციის შემდგომ შესაძლოა განვითარდეს შემდეგი გართულებები:**

- ✓ ჭრილობის დაჩირქება;
- ✓ ჰემატომა, სერომა;

- ✓ ოპერაციის შემდგომი ორქიტი;
- ✓ ნერვის დაზიანება;
- ✓ ქრონიკული ტკივილი.
- ✓ მუცლის ღრუში ოპერაციის გართულებები:
  - შეხორცებითი გაუვალობა;
  - ნაკერების ნაკლებობა;
  - პერიტონიტი.
- ✓ პოსტოპერაციულ პერიოდში ფორმირებული ჰემატომის ევაკუაცია უნდა მოხდეს ე.წ. „კანის დაჭიმვის სიმპტომის“ გამოჩენისთანავე;
- ✓ სერომის ასპირაცია არ არის რეკომენდირებული (იზრდება ინფიცირების რისკი).

### 8.9. გაუტკივარება

- საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის ოპერაციული მკურნალობა ხორციელდება ზოგადი ანესთეზიით.
- დასაშვებია რეგიონული (ეპიდურული, სპინალური) ანესთეზია.

### 8.10. რეაბილიტაცია

ავადმყოფის ნაადრევი გააქტიურება; დროებითი შრომისუნარობის ხანგრძლივობა სტაციონარიდან გაწერის შემდგომ განისაზღვრება ჩატარებული ოპერაციული ჩარევის მიხედვით.

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის რეკომენდაციების გამოყენების საფუძველზე მოსალოდნელია საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარების მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესება, ასევე რეციდივის, გართულებების, საწოლ დღეების რაოდენობის შემცირება, სწრაფი რეაბილიტაცია და შესაბამისად ადრეული სოციალური აქტივაცია.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

აუდიტისთვის საჭირო ინფორმაციის მისაღებად საჭიროა:

1. როგორ იმოქმედა დაავადების გამოსავალზე აღნიშნული პროტოკოლის დანერგვამ.
2. რამდენმა ავადმყოფმა მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარით.
3. მონიტორინგის წარმოება თუ რა ვადებში მოხდა ავადმყოფის სტაციონარიდან გაწერა და რეაბილიტაციამდელი პერიოდი.
4. საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის შემთხვევაში, ოპერაციამდე დახარჯული დრო (ოპერაციამდელი პერიოდი) და კვლევის ხარჯები.
5. რამდენი ავადმყოფის მართვა განხორციელდა განყოფილებაში ან კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში.
6. რა გართულებები განვითარდა ოპერაციის დროს და პოსტოპერაციულ პერიოდში.
7. ოპერაციის დროს და პოსტოპერაციულ პერიოდში განვითარებული გართულებებიდან გამომდინარე, რამდენად გახანგრძლივდა სტაციონარული თუ ამბულატორიული მკურნალობა და რეაბილიტაციის პერიოდი.

8. პროტოკოლით ჩატარებული მკურნალობის შემდგომ რამდენ პაციენტს განუვითარდა რეციდივი და ოპერაციიდან რამდენ ხანში.
9. რამდენ პაციენტს დასჭირდა განმეორებითი ოპერაცია.
10. მკურნალობის ხარჯთეფექტურობა გაურთულებელ და გართულებულ პაციენტებში.
11. მონიტორინგი ქირურგიული ჩარევიდან ერთი წლის განმავლობაში.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის განახლების და გადასინჯვის ვადა 2 წელი.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში N1.

### ცხრილი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსი</b>	<b>რესურსის გამოყენების მიზანი</b>	
ამბულატორიის ქირურგი ან ემერჯენსის ექიმი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება	სავალდებულო
ზოგადი ქირურგი	მკურნალობის ჩასატარებლად	სავალდებულო
საოპერაციოს ექთანი	მკურნალობის ჩასატარებლად	სავალდებულო
სტაციონარის ექთანი	მკურნალობის ჩასატარებლად	სავალდებულო
ანესთეზიოლოგი	მკურნალობის ჩასატარებლად	სავალდებულო
რენიმატოლოგი	მკურნალობის ჩასატარებლად	საჭიროებისას
თერაპევტი	კონსულტაციის მიზნით	საჭიროებისას
რედიოლოგი	კონსულტაციის მიზნით	საჭიროებისას
სხვადასხვა სპეციალისტები	კონსულტაციის მიზნით	საჭიროებისას
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი საჭიროებისას	საჭიროებისას
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	საჭიროებისას
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>		
ლაბორატორიული მომსახურება	_სისხლის საერთო ანალიზი	სავალდებულო
	-შარდის საერთო ანალიზი	სავალდებულო
	-სისხლის ჯგუფისა და რეზუს ფაქტორის დადგენა.	სავალდებულოა
	-სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციის განსაზღვრა	საჭიროებისას
	-INRგანსაზღვრა	საჭიროებისას
	-ელექტროლიტების განსაზღვრა სისხლში	საჭიროებისას
	-მინერალური ცვლის განსაზღვრა სისხლში	საჭიროებისას
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	ულტრასონოგრაფია	საჭიროებისას
	-კომპიუტერული ტომოგრაფია	საჭიროებისას
	-ეკგ	საჭიროებისას
	-შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია	საჭიროებისას
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	საგანმანათლებლო ლექციები	სასურველი
	პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა	სავალდებულო

### 13. პროტოკოლის ავტორები

**ნოდარ ლომიძე** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიულ სნეულებათა მიმართულების პროფესორი.

**გიორგი გიორგობიანი** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ურგენტული ქირურგიის მიმართულების პროფესორი.

**ბადურ მოსიძე** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კერძო ქირურგიის N2 მიმართულების პროფესორი.