

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

## მწვავე აპენდიციტის მართვა მოზრდილებში

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: მწვავე აპენდიციტის მართვა მოზრდილებში.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 დაავადების/ნოზოლოგიის/სიდრომის განმარტება.....	4
8.2 სიმპტომები და ნიშნები (დამადასტურებელი, გამომრიცხავი).....	5
8.3 დიაგნოსტიკური ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები .....	5
8.4 დიფერენციალური დიაგნოსტიკა .....	6
8.5 წინასაოპერაციო მომზადება .....	6
8.6 მკურნალობა .....	6
8.7 პოსტოპერაციული მართვა .....	7
8.8 მწვავე აპენდიციტის გართულებები.....	7
8.9 აპენდექტომიის შემდგომი გართულებები .....	8
9. მოსალოდნელი შედეგები .....	8
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	8
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	8
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	8
ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	9
13. პროტოკოლის ავტორები.....	9

1. პროტოკოლის დასახელება: მწვავე აპენდიციტის მართვა მოზრდილებში
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
მწვავე აპენდიციტი გენერალიზებული პერიტონიტით	K35.2
მწვავე აპენდიციტი ლოკალიზებული პერიტონიტით	K35.3
მწვავე აპენდიციტი სხვა და დაუზუსტებელი	K35.8
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
აპენდექტომია ღია წესით	JESA00
აპენდექტომია ლაპაროსკოპიული წესით	JESA01
აპენდექტომია დრენირებასთან ერთად	JESA10
სხვა ოპერაცია ბრმა ნაწლავზე	JESW96
სხვა ლაპაროსკოპიული ოპერაცია ბრმა ნაწლავზე	JESW97
ნაზოგასტრალური ზონდის ჩადგმა	JDXX00
კუჭის ამორეცხვა	JDXX30
ადგილობრივი ანესთეზია	WAA1
ზოგადი ანესთეზია	WAA4
მუცლის ღრუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კონტრასტის გარეშე	JXDA3A
მუცლია ან მენჯის ორგანოების ტომოგრაფია	JXDA3H
მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია	KCXX20
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა	IM.10.1.2
ABO სისტემის განსაზღვრა (A1,A2,A3,B)	IM.10.1.1
კოაგულოგრამა	CG.7
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევები	PM

### 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

- ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების საფუძველზე:
- Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Oct. 2000;
  - 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).
- ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს საფუძვლად აღებული გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია.

### 4. პროტოკოლის მიზანი

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

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ორივე სქესის მოზრდილი ასაკის პაციენტებს (>18 წელი), რომლებიც კლინიკის მიმღებ განყოფილებას მიმართავენ მწვავე, არატრავმული აბდომინური ტკივილით.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურსა და საავადმყოფოს მიმღებ განყოფილებაში 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.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება საავადმყოფოს მიმღებ განყოფილებაში ან გადაუდებელი მედიცინის ერთეულში (ER), საოპერაციო ბლოკსა და ქირურგიულ განყოფილებაში.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის მომენტიდან და გრძელდება ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში.

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

## 8. რეკომენდაციები

### 8.1 დაავადების/ნოზოლოგიის/სიდრომის განმარტება

აპენდიციტი ჭიაყელა დანამატის მწვავე ანთებაა. მწვავე აპენდიციტი ყველაზე ხშირი ქირურგიული პათოლოგიაა, გვხვდება 35%-40%-ში, რომელსაც ძირითადად იწვევს ჭიაყელა დანამატის სანათურის დახშობა განავლოვანი ქვებით, იშვიათად, ჰელმინთებითა და უცხო სხეულით.

#### აპენდიციტის ძირითადი ფორმები

1. გაურთულებელი აპენდიციტი:

- კატარული აპენდიციტი;
- ფლეგმონური აპენდიციტი;
- განგრენული აპენდიციტი.

2. გართულებული აპენდიციტი:

- პერფორირებული აპენდიციტი ადგილობრივი ან გავრცელებული პერიტონიტით;
- აპენდიკულური ინფილტრატი.

## 8.2 სიმპტომები და ნიშნები (დამადასტურებელი, გამომრიცხავი)

დაავადებას აქვს დამახასიათებელი დასაწყისი — ეპიგასტრიუმის არეში ზომიერი ინტენსივობის ტკივილის წარმოშობა, რომელიც 1-12 საათის შემდეგ ჩამოდის მარჯვენა თემოს ფოსოში, სადაც ის ლოკალიზდება და რჩება მუდმივად (კოხერის სიმპტომი). ტკივილი შეიძლება დაიწყოს მთელ მუცელში, თან ერთვოდეს გულისრევა, იშვიათად ერთჯერადი პირღებინება, შემდგომი ლოკალიზაციით მარჯვენა თემოს ფოსოს ან ჭიპის არეში. ასევე, შეიძლება დაიწყოს და დარჩეს მუდმივად მარჯვენა თემოს ფოსოში ირადიაციის გარეშე. ინტოქსიკაციის ზოგადი ნიშნები (ჰიპერთერმია, პირღებინების გახშირება, ტაქიკარდია, მშრალი ენა, შარდის რაოდენობის შემცირება), რომელიც არ არის გამოხატული დაავადების დასაწყისში, ჭიკაყვლა ნაწლავში ანთებითი პროცესის და პერიტონიტის განვითარებასთან ერთად გამოვლინდება.

## 8.3 დიაგნოსტიკური ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

სხეულის ტემპერატურის და არტერიული წნევის გაზომვა:

- დახედვით: ენა მშრალი, ტაქიკარდია;
- მუცლის ღრუს აუსკულტაცია, პერკუსია, პალპაცია.

მარჯვენა თემოს ფოსოს მიდამოს პალპაციით ვლინდება კუნთების დაჭიმულობა და მკვეთრი მტკივნეულობა, აღინიშნება პერიტონეუმის გაღიზიანების დადებითი სიმპტომები (შროტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი, ვოსკრესენსკის სიმპტომი). ტკივილი, როგორც წესი, ძლიერდება ავადმყოფის მარცხენა გვერდზე წოლისას (სიტკოვსკის სიმპტომი), ტკივილი ძლიერდება პალპაციის დროს. ჭიანაწლავის რეტროცეკალურად მდებარეობის დროს ხშირად აღინიშნება ტკივილის გაძლიერება გასწორებული ფეხის ზევით აწევის დროს (ობრაზცოვის სიმპტომი). მტკივნეულობა აღინიშნება, აგრეთვე ილიოცეკალურ არეში პალპაციის დროს, როცა ავადმყოფი მარცხენა გვერდზე წევს (ბართომიე-მიხელსონის სიმპტომი). „როზვინგის სიმპტომს“ იკვლევთ შემდეგნაირად: მარცხენა ხელით აწევით სიგმოიდურ ნაწლავს, ხოლო მარჯვენა ხელით ახდენთ მოკლე ბიძგს ბრმა ნაწლავის მიმართულეობით. ამ დროს ნაწლავის შერყევის ტალღით ხდება ანთებადად შეცვლილი დანამატის შერხევა, რაც იწვევს ტკივილს.

- თითოთ რექტუმის გასინჯვა (სწორი ნაწლავიდან და სამოსმხრივი (ქალებში) გამოკვლევით აღინიშნება მენჯის მარჯვენა კედლის მტკივნეულობა);
- ლაბორატორიული კვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი (გამოხატული ლეიკოციტოზი), სისხლის ჯგუფი, რეზუს-ფაქტორი, შარდის საერთო ანალიზი;
- ინსტრუმენტული კვლევები: მუცლის ღრუს ექოსკოპია (საჭიროების შემთხვევაში, მუცლის ღრუს კონტრასტული CT სკანირება და რენტგენოგრაფია);
- თერაპევტის და ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის კონსულტაცია, ქალების შემთხვევაში - გინეკოლოგის კონსულტაცია (ჩვენების მიხედვით);
- პაციენტის დაყოვნება მიმღებ განყოფილებაში – 2 საათი. თუ მწვავე აპენდიციტი არ გამოირიცხა – ჰოსპიტალიზაცია ქირურგიულ განყოფილებაში;
- თუ მწვავე აპენდიციტი არ გამოირიცხა 6 საათის განმავლობაში (დაკვირვების მაქსიმალური ვადა 12 საათი) – დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპია ან მაკ-ბურნეის ლაპაროტომია.

## 8.4 დიფერენციალური დიაგნოსტიკა

- მეზენტერიული ლიმფადენიტი;
- კრონის დაავადება;
- მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები;
- საკვერცხის აპოპლექსია (ან საკვერცხის სხვა პათოლოგია);
- შარდ-კენჭოვანი დაავადებები;
- დივერტიკულიტი;
- მწვავე გასტრიტი და გასტროენტერიტი;
- მწვავე პანკრეატიტი;
- მწვავე ქოლეცისტიტი.

## 8.5 წინასაოპერაციო მომზადება

- შარდის ბუშტის დეკომპრესია;
- კუჭის დეკომპრესია (საჭიროების დროს);
- საოპერაციო ველის ჰიგიენა;
- ანტიბიოტიკოთერაპია (ამოქსიცილინი 1,2 გ ი/ვ);
- თრომბოემბოლიური გართულებების პროფილაქტიკა (პაციენტების ადრეული აქტივიზაცია; ქვედა კიდურების ელასტიური კომპრესია; კლექსანი 20 მგ ან ფრაქსიპარინი 0,3 მლ 1x კანქვეშ);
- სიმპტომური თერაპია გართულებების შემთხვევაში.

## 8.6 მკურნალობა

მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა ხდება მხოლოდ ოპერაციული ჩარევით - ღია ან ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია.

ოპერაციული ტაქტიკა ღია აპენდექტომიის დროს:

- გაუტკივარება - ზოგადი ბალანსირებული და რეგიონული (არჩევითია);
- ოპერაციული მიდგომა - ირიბი განაკვეთი (მაკ-ბურნეი) მარჯვენა თემოს ფოსოს არეში;
- აპენდიქსის მობილიზაცია და აპენდექტომია (რეტროგრადული ან ანტეგრადული);
- ტაკვზე ედება გაწოვადი ლიგატურა და ბრუნდება „ქისისებრ“ და „Z“-ის მაგვარ ნაკერებში;
- თემოს ნაწლავის დისტალური ნაწილის (70–80 სმ) დამატებითი რევიზია მეკელის დივერტიკულის ან მეზადენიტის გამოსარიცხად;
- ჰემოსტაზის კონტროლი;
- გაურთულებელ შემთხვევაში, მუცელი იხურება ყრუდ;

- მოკვეთილი ჭიაყელა დანამატი დიაგნოზის ვერიფიცირებისთვის იგზავნება ჰისტოპათოლოგიურ გამოკვლევაზე;
- გამონადენი და აბსცესის შიგთავსი იგზავნება ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევაზე.

ლაპარასკოპიული აპენდექტომიის დროს ტაკვის დახურვა ხდება ლიგატურული მეთოდით, საკერი აპარატით ან კლიფსით.

**მუცლის ღრუს დრენირების ჩვენებები:**

- აპენდიქსის პერფორაცია;
- ჩირქოვანი ადგილობრივი პერიტონიტი;
- არადამაჯერებელი ჰემოსტაზი.

**მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირების ჩვენება:**

- გავრცობილი პერიტონიტი.

**მუცლის ღრუს სანაცია-დრენირებისა და ლაპაროსტომის ფორმირების ჩვენება:**

- გავრცობილი ჩირქოვან-ფიბრინული და განავლოვანი პერიტონიტი.

**8.7 პოსტოპერაციული მართვა**

- დიეტა (პირველი 24 საათი – შიმშილი, შემდეგ – მაგიდა №1);
- ფიზიკური რეჟიმი - პირველი დღე წოლითი რეჟიმი შემდგომი ადრეული აქტივიზაციით. ჰოსპიტალიზაციის საშუალო პერიოდი გართულებების გარეშე - 2 დღე. პოსტოპერაციული ნაკერები მოხსენით ოპერაციიდან მე-7 დღეს;
- დეზინტოქსიკაციური ინფუზური თერაპია;
- ანტიბიოტიკოთერაპია: გაურთულებელის ფორმის დროს პრევენციული ანტიბიოტიკოთერაპია (ცეფალოსპორინები - II, ან ამინოპენიცილინები), პერიტონიტის დროს ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების კომბინაცია (ცეფალოსპორინები - III, IV + ამინოგლიკოზიდები + მეტრონიდაზოლი) სისხლის საერთო ანალიზის ნორმალიზაციამდე;
- სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისიტემის ნორმალიზაცია;
- თრომბოემბოლიური გართულებების პროფილაქტიკა (იხილეთ ზემოთ).

**8.8 მწვავე აპენდიციტის გართულებები**

- აპენდიკულური ინფილტრატი - თუ პროცესი შემოფარგლულია მარჯვენა თემოს ფოსოს არეში, პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები ვლინდება მხოლოდ ლოკალურად, არ არის ჰექტიური ტემპერატურა შემცივნებით, იწყება კონსერვატული მკურნალობა, რომლის ძირითადი კომპონენტია ანტიბიოტიკოთერაპია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების კომბინაციის გამოყენებით; თუ ხდება ინფილტრატის გაწოვა კონსერვატიული თერაპიის ფონზე, კეთდება გეგმიური აპენდექტომია 6 თვის შემდეგ, ხოლო გართულების შემთხვევაში, რაც მოიცავს ინფილტრატის აბსცედირებას, ნაჩვენებია ქირურგიული ჩარევა, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში მოიცავს მხოლოდ აბსცესის დრენირებას და ირგვლივ

ტამპონირებას, მუცლის ღრუს შემოფარგვის მიზნით. ამგვარი ჩარევის შემთხვევაში, აპენდექტომიის წარმოება აუცილებლობას არ წარმოადგენს;

- ადგილობრივი აბსცესი (ნაწლავთშორისი, მცირე მენჯის, სუბდიაფრაგმული);
- გავრცობილი ჩირქოვანი პეროტონიტი;
- კარის ვენის სეპტიკური თრომბოფლებიტი (პილევლებიტი).

## 8.9 აპენდექტომიის შემდგომი გართულებები

- ტაკვის უკმარისობის გამო განვითარებული პერიტონიტი;
- ნაწლავთშორისი აბსცესები;
- ჭრილობიდან ან მუცლის ღრუში სისხლდენა;
- პოსტოპერაციული ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა;
- ჭრილობის გართულება (დაჩირქება, ევენტრაცია, სერომა, ლიგატურული ფისტულა, ინფილტრატი).

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის 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.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებაში (%) არის დანერგილი აღნიშნული პროტოკოლი?
- 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 პროტოკოლის მიხედვით?

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება სასურველია განხორციელდეს 2 წლის ვადაში.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები მოცემულია ცხრილში N1.



## ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური</b>	<b>რესურსის გამოყენების მიზანი</b>	
ოჯახის ექიმი, გადაუდებელი მედიცინის ექიმი, ზოგადი ქირურგი, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური და ქირურგიული მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	სისხლის აღება ლაბორატორიული გამოკვლევისთვის, რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობისა და პრევენციის თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	პაციენტების რეგისტრაცია და გამოძახების უზრუნველყოფა.	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
<b>რისკის შეფასების სქემა</b>	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>		
ლაბორატორია: სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფის და რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა, კოაგულოგრამა	დიაგნოსტიკის მიზნით	სავალდებულო ან სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: რენტგენი, ულტრაბგერა, ეკგ, კტ, ფხვ აპარატი	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება, ჩვენების შემთხვევაში, რეფერალის უზრუნველყოფა, მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვ.	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

### 13. პროტოკოლის ავტორები

**მერაბ კილაძე** – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სრული პროფესორი; ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის ქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; კლინიკა „გიდმედის“ ქირურგიული სექტორის ხელმძღვანელი; ევროპის, აშშ-ის და საერთაშორისო ქირურგთა ასოციაციების წევრი; საქართველოს ქირურგთა ასოციაციის გამგეობის წევრი.

**გიორგი ხეროდინაშვილი** – მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის ქირურგიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი.

**ვახტანგ გოდერძიშვილი** – მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის ქირურგიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი.