



საძილე არტერიების ანევრიზმები

1. პროტოკოლის დასახელება

საძილე არტერიების ანევრიზმების მკურნალობა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

საძილე არტერიების ანევრიზმების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

	დასახელება	კოდი
1	კლინიკური მდგომარეობის დასახელება საძილე ანევრიზმების არტერიები	 I72.0
2	ჩარევის დასახელება	PASB20 PASB21 PASB22 PASG20 PASG21
3	ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	კოდი მოქმედი კლასიფიკაციის მიხედვით

3. პროტოკოლი დაფუძნებულია სამედიცინო სპეციალისტების ევროპული გაერთიანების (**UEMS - Union Européenne des Médecins Spécialistes**) და ევროპის სისხლმარღვთა ქირურგთა ასოციაციის მიერ (**ESVS**) 2007 წელს გამოცემული სახელმძღვანელოზე –

1. Vascular Surgery (c.d. Liapis, K. Balzek,, F. Beneditti-Valentini, J, Fernandes e Fernandes)

4. პროტოკოლის მიზანია საძილე არტერიების ანევრიზმებისა და მათი გართულებების პრევენცია და თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლისაგან დაცვა

5. პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ახალგაზრდა, მოზრდილ და ხანშიშესული ასაკის პაციენტებს რომელთაც აქვთ სხვადასხვა მიზეზით ჩამოყალიბებული ექსტრაკრანიალური საძილე არტერიების ანევრიზმები.

6. პროტოკოლი განკუთვნილია ანგიოლოგებისა და სისხლმარღვთა ქირურგებისთვის, ხოლო ზოგადი პრაქტიკისა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებს ამ პროტოკოლის სახით ეძლევათ საშუალება იცოდნენ დაავადების დიაგნოსტიკა, პირველადი დახმარების გაწევა



7. პროტოკოლის გამოყენება უნდა მოხდეს სპეციალიზებული დაწესებულების ქვეგანყოფილებაში (ამბულატორია, მიმღები, საოპერაციო, პალატა)

8. რეკომენდაციები:

8.1 საძილე ატერიების ანევრიზმის დეფინიცია მოიცავს 50%-ით და მეტითსაძილე არტერიის დიამეტრის მატებას.

ექსტრაკრანიალური საძილე არტერიების ანევრიზმები იშვიათია და წარმოადგენს ყველა პერიფერიული ანევრიზმის 1-4%-ს და შეადგენს ყველა კაროტიდული ოპერაციის 0,5-2%-ს. ანევრიზმის ძირითადი ლოკალიზაციაა შიგნითა და საერთო საძილე არტერია და მხოლოდ 2%-ში – გარეთა საძილე არტერია

8.2 ითვლებოდა, რომ საძილე არტერიების ანევრიზმების ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა სიფილისი და ირგვლივმდებარე ქსოვილების და ორგანოების (ხორხი, ყური) ანთებითი პროცესი ან ტრავმა. ხოლო კვლევებით დადგინდა, რომ ამ პათოლოგიის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს ათეროსკლეროზი, მანამდე შესრულებული საძილე არტერიის რეკონსტრუქცია (ძირითადად ხელოვნური სინთეტიკური მასალის ან აუტოვენით პლასტიკით) და ტრავმა.

– ათეროსკლეროზი არის საძილე არტერიების ნევრიზმების 70%-ში მიზეზი და უვითარდება ხანშიშესულ პაციენტებს ჰიპერტონული დაავადებით და თანმხლები სხვა არტერიული სისტემის მაკოლუზირებელი ან ანევრიზმატული დაზიანებით. მისი ლოკალიზაცია ძირითადად საძილე არტერიის ბუფურკაციის დონეზეა.

– საძილე არტერიების ნევრიზმების მეორე ძირითადი მიზეზი არის კისრის მიდამოს დახურული ან ღია ტრავმა. სიხშირის მიხედვით შემდგომი მიზეზი არის ინფექცია

სხვა შესაძლო მიზეზებია:

ფიბრომუსკულარული დისპლაზია

შემაერთებელქსოვილოვანი დაზიანებები (სისტემური დაავადება)

სისტემური ანთებითი ვასკულოპათიები

მარფანის სინდრომი

ბენჩეტის დაავადება

კვანძოვანი პერიარტერიტი

დასხივებისშემდგომი მდგომარეობა

8.3 სიმპტომატიკა

ექსტრაკრანიალური საძილე არტერიების ნევრიზმის სიმპტომები დამოკიდებულია მის ლოკალიზაციაზე, ზომასა და ეთიოლოგიაზე. შესაძლოა იყოს ტომრისებური ან თითისტარისებური



_ ანევერიზმები ძირითადად ასიმპტომურია. ახსიათებს მოპულსირე წარმონაქმნის არსებობა კისრის არეში, შუილი. მან შეიძლება გამოიწვიოს სიმპტომები, გამოწვეული ირგვლივმდებარე ქსოვილებზე ზეწოლით ან თავის ტვინის ემბოლიზაციით

_ ნევროლოგიური სიმპტომატიკა შესაძლებელია გამოიხატოს თავის ტვინის ტრანზიტორული იშემიით ან თავის ტვინის იშემიური ინსულტით

_ ირგვლივმდებარე ქსოვილებზე ზეწოლა – ძირითადი გამოვლინებაა ტკივილის ფენომენი, აგრეთვე შესაძლებელია გამოიწვიოს ზეწოლა ხორხზე, საყლაპავზე, ენა-ხახის ნერვზე ან სიმპატიკურ ნერვებზე (ჰორნერის სინდრომი), აგრეთვე კრანიალური ნერვების დისფუნქცია (II, III, IV, V და VI წყვილი ნერვები).

8.4 გართულებები:

_ ცერებრული ემბოლიზაცია – თავის ტვინის ტრანზიტორული იშემია ან თავის ტვინის ინსულტი

_ გასკდომით გამოწვეული სისხლდენა. თუ ანევერიზმა გასკდა ან ხახაში, ან პირის ღრუში, სისხლდენა მასიურია და შესაძლებელია გამოიწვიოს ლეტალური გამოსავალი.

8.5 დიაგნოსტიკა

_ ფერადი ექოდუპლექსკანირება – ყველაზე გავრცელებული სადიაგნოსტიკო მეთოდია, მაგრამ აქვს შეზღუდვა – თუ პაციენტს აქვს მოკლე კისერი, ან ანევერიზმა არის ლოკალიზებული შიგნითა საძილე არტერიის დისტალურ ნაწილში

_ კომპიუტერული ტომოგრაფია ანგიოგრაფიის რეჟიმში

_ მაგნიტურ-რეზონანსული ანგიოგრაფია

_ არტერიოგრაფია ორ პროექციაში, რომელიც გვამლევს ინფორმციას ანევერიზმის ფორმისა და თანმხლები მასტენოზირებელი დაზიანების შესახებ.

8.6 მკურნალობა

_ კონსერვატიული მკურნალობა – შეეხება მცირე ზომის ანევერიზმებს - ე სარის ანტიკოაგულაციური თერაპია და მოითხოვს მუდმივ ულტრასონოგრაფიულ დაკვირვებას

_ ქირურგიული მკურნალობა – ანევერიზმების კორექციის ძირითადი მეთოდია – ანევერიზმს რეზექცია და შიგნითა საძილე არტერიის პროთეზირება აუტოვენით ან სინთეტიური პროთეზით.

_ იშვიათად გამოყენებადი მეთოდია – საძილე არტერიის ლიგირება – როდესაც რეკონსტრუქციული ოპერაცია შეუძლებელია (შემთხვევების 10%-ში) – ლოკალური გავრცელებული ინფექციის გამო ან მაღალი რისკის პაციენტებში.

_ ენდოვასკულარული ტექნიკა – სტენტირება ან ემბოლიზაცია – გამოიყენება როდესაც ანევერიზმა დიდ მანძილზე ვრცელდება დისტალურად ან საძილე არტერიაზე უკვე ჩატარებულია რეკონსტრუქციული ოპერაცია

საძილე არტერიების ანევერიზმების რეკონსტრუქციული ოპერაციების გამოსავალი:

- სიკვდილიანობის რისკი – 1,2%



- ინსულტის რისკი – 6%

- თანმხლები დაავადებით გამოწვეული საერთო სიკვდილიანობა – 7,2%

1. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენებით საძილე არტერიის ანევრიზმის დროს გაუმჯობესდება პაციენტების ცხოვრების ხარისხი, შემცირდება ინვალიდიზაცია, დაუბრუნდებათ შრომისუნარიანობა. საგრძნობლად შემცირდება სიკვდილიანობა და ინვალიდიზაცია, რომელიც გამოწვეულია იმ გართულებებით, რომლებიც თან ახლავს საძილე არტერიის ანევრიზმას.

1. აუდიტის კრიტერიუმები

1. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მოხდება იმ შემთხვევაში, თუ მიღებული იქნება ახალი საერთაშორისო გაიდლაინები.

1. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

დანართი N2

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ადამიანური რესურსი	ფუნქციების მნიშვნელობა	შენიშვნა
ორი სისხლძარღვთაქირურგი ანგიოლოგი ინტერვენციონისტი რადიოლოგი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა ქირურგიული მკურნალობის ჩვენება რეკონსტრუქციული ოპერაციების ჩატარება ენდოვასკულარული ჩარევების წარმოება კარდიოლოგიური რისკების შეფასება გაუტკივარების წარმოება	სავალდებულოა
ნევროპათოლოგი ანესთეზიოლოგი	პაციენტების მართვა ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში პაციენტების რეაბილიტაცია	



რენიმატოლოგი		
ექთანი	ექიმისდანიშნულებებისშესრულება პაციენტებისმომზადებაოპერაციისთვის/პროცედურებისათვის საციცოცხლოპარამეტრების (TA, t°, P) აღრიცხვა ექიმისდახმარებამკურნალობისყველაეტაპზე	სავალდებულოა
რეგისტრატურა	პაციენტებისაღრიცხვა პაციენტებისგამომახები სუზრუნველყოფაპოსტოპერაციულპერიოდში	სავალდებულოა
მენეჯერი-ადმინისტრატორი	პროტოკოლისდანიერგვისხელშეწყობა გაწეულიმომსახურებისფინანსურიადრიცხვა, აქნალიზი, სტატისტიკა, სადაზღვევოკომპანიებთანურთიერთობა	სავალდებულოა
მატერიალურ ტექნიკურირესურსი		
ლაბორატორია,	არსებულილაბორატორიულიკვლევებისსაშუალებით შეფასდებაპაციენტისმდგომ, რისკ-ფაქტორები მოხდებაკორექციაარსებულიგადახრების	სავალდებულოა
სადიაგნოსტიკოალჭურვილობა:	დიაგნოზისდადასტურება რისკებისშეფასება პაციენტისმართვაოპერაციისდროს	სავალდებულოა
ექოდუპლექსკანერი ანგიოგრაფიული ლაბორატორია რენტგენი ე-კ-ბ თავის ტვინის ინტრაოპერაციული მონიტორინგის სისტემა სანარკოზე დახელოვნურივენტილაციის აპარატი	დაპოსტოპერაციულპერიოდში გადაწყვეტილებისმიღება	
პაციენტისსაგანმანათლებლო მასალები	პაციენტისინფორმირებადაავადებისშესახებ პრევენციისგზები	სასურველია