



პერიფერიული ტრამვული

დაავადებათა მართვის ეროვნული პროტოკოლი

1. პროტოკოლის დასახელება

პერიფერიული სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანების მართვა

1. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

პერიფერიული სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანების მართვა

(დიაგნოსტიკა, ტრიაჟი, მკურნალობა)

	დასახელება	კოდი
1	პერიფერიული სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანების მართვა	კოდი ICD 10 S15 -სისხლძარღვების ტრავმა კისრის დონეზე; S25 - გულმკერდის სისხლძარღვების ტრავმა; S45 - სისხლძარღვების ტრავმა მხრის სარტყლის და მხრის დონეზე; S55 - სისხლძარღვების ტრავმა წინამხრის დონეზე; S75 - სისხლძარღვების ტრავმა მენჯ-ბარძაყის სახსრის და ბარძაყის დონეზე ; S85 - სისხლძარღვების ტრავმა წვივის დონეზე; S95 - სისხლძარღვების ტრავმა კოჭ-წვივის სახსრის და ტერფის დონეზე;
2	დაზიანებული პერიფერიული სისხლძარღვების გამოკვლევა, ლიგირება, ნაკერი, პლასტიკა	NCSP PBD - ზედა კიდურის არტერიების დიაგნოსტიკური რადიოლოგია; PDD - ინფარქტული მუცლის აორტის, თემოს არტერიებისა და ქვემო კიდურების არტერიების დიაგნოსტიკური რადიოლოგიური გამოკვლევა; PDS - ქირურგიული ჩარევა ინფარქტული მუცლის აორტაზე, თემოს არტერიებზე და ქვემო კიდურების არტერიებზე; PHD - ვენების დიაგნოსტიკური გამოკვლევები; PBS - ქირურგიული ჩარევა ზედა კიდურის



		არტერიებზე; PES - ბარძაყის არტერიაზე, მის ტოტებზე და მუხლქვეშა არტერიაზე ქირურგიული ჩარევა; PFS - ბარძაყის არტერიის წვივის არტერიებთან შუნტირების ოპერაციები და ოპერაციები მუხლქვეშა არტერიაზე; PHS - ვენების ქირურგია;
3	ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	კოდი მოქმედი კლასიფიკაციის მიხედვით

1. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია ა.შ.შ. თავდაცვის სამინისტროს თავდაცვის სამედიცინო მზადყოფნის სასწავლო ინსტიტუტის 2008 წლის განახლებული დოკუმენტის საფუძველზე. Clinical practice guidelines for vascular injury. David L. Gillespie COL, MC, USA 10th CSH Baghdad. Iraq.

ორიგინალი გაიდლაინის რეკომენდაციებში ცვლილებები არ არის შეტანილი

1. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პერიფერიული სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანების მართვის ხარისხის გაუმჯობესება, სეგმენტის ან (და) პაციენტის სიცოცხლის შენარჩუნება

1. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება: პაციენტებს პერიფერიული სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანებით

1. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი



პროტოკოლი განკუთვნილია სისხლძარღვთა ქირურგებისთვის, ხოლო ზოგადი პრაქტიკის და პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებს ამ პროტოკოლის სახით ეძლევათ საშუალება იცოდნენ პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების დიაგნოსტიკა, პირველადი დახმარების გაწევა, ტრიაჟი.

1. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება უნდა მოხდეს სპეციალიზებული დაწესებულების ქვეგანაყოფებში - მიმღები, საოპერაციო, პალატა და სხვ.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის ჰოსპიტალიზაციისთანავე

1. რეკომენდაციები

სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანება ეწოდება სისხლძარღვების ფუნქციის –გამტარებლობის მოშლას მათი ანატომიური მთლიანობის დარღვევით ან დარღვევის გარეშე, გამოწვეული გარეგანი ზემოქმედებით (უმეტეს წილად მექანიკური ფაქტორების ზემოქმედებით) იშვიათ შემთხვევაში ქიმიური (ინტრავასკულური ინექცია) ან ფიზიკური ფაქტორების ზემოქმედებით (დასხივებით გამოწვეული თრომბოზები)

1. პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების სარწმუნო (პირდაპირი) ნიშნები:

მზარდი ან (და) დაჭიმული ჰემატომა, სისტოლური ან სისტოლო–დიასტოლური შუილი (ჰემატომის ან სისხლძარღვის პროექციაზე), აქტიური სისხლდენა (გარეგანი ან შინაგანი სისხლძარღვთა დაზიანები ნიშნები), დაზიანების დონის დისტალურად გამოხატული იშემიის ნიშნები.

1. პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების საეჭვო (ირიბი) ნიშნები:

დაზიანების მდებარეობა სისხლძარღვოვანი კონის პროექციაზე, ჰიპოტენზია, (შოკის ინდექსი), სტაბილური ჰემატომა, პერიფერიაზე დაქვეითებული პულსაცია ან პულსაციის არ არსებობა, ახლოს მდებარე ნერვული სტრუქტურების დაზიანების ნიშნები.

საეჭვო ნიშნების არსებობის შემთხვევაში უნდა შესრულდეს გოჯ–მზარის (ABI) ინდექსის განსაზღვრა, დუპლექსკენირება.

ჩივილები: დაზიანების არსებობა, გარეგანი სისხლდენის ან ჰემატომის არსებობა, დაბუჟება, მოტორული დარღვევები დაზიანების დონის დისტალურად.



ანამნეზის – პირველადი გასინჯვის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ზემოთ ხსენებულ პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების პირდაპირი და ირიბი ნიშნების გამოკვეთას.

ირიბი ნიშნების გამოკვეთის დროს გამოყენებულ უნდა იქნეს გამოკვლევის ინსტრუმენტული მეთოდები (გოჯ–მხარის ინდექსი (ABI), დუპლექსკენირება, CTA).

პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა უნდა გატარდეს:

1. ლულოვანი ძვლების მოტეხილობებიდან სისხლის დანაკარგთან.
2. მენჯი ძვლების მოტეხილობებთან დაკავშირებულ სისხლის დანაკარგთან.
3. პარენქიმული ორგანოების დაზიანებასთან.
4. ქალა–ტვინის ტრავმასთან რომელი იწვევს ცენტრალურ ჰიპოტენზიას.

პერიფერიული სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანების მკურნალობის მეთოდები მხოლოდ ქირურგიულია.

პერიფერიული სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები:

1. პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების მკურნალობისას უნდა გავითვალისწინოთ კონკრეტული ავადმყოფის ზოგადი სტატუსი (პრიორიტეტი მიცემულ უნდა იქნას ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებას თუნდაც კიდურის დაკარგვის ფასად).
2. ქირურგი უნდა იყოს გაწაფული პერიფერიული სისხლძარღვთა ანატომიაში კიდურების და კისრის სისხლძარღვებთან ქირურგიული მიდგომების სწრაფი შესრულებისთვის.
3. ქირურგი უნდა იყოს მზად მოახდინოს ჩარევა როგორც ჯანმრთელ დაზიანებულ არტერიებზე ახალგაზრდებში, ასევე ასაკოვან ავადმყოფებში ქრონიკული სისხლძარღვთა დაავადებით შეცვლილ სისხლძარღვებზე.
4. სისხლდენის და ჰემატომის კონტროლი უნდა მოხდეს დაზიანების პროქსიმალურად და დისტალურად. უნდა იქნას გამოყენებული როგორც სისხლდენის შეჩერების პირველადი მეთოდები – (ზეწოლა, ლახტი, მომჭერების დადება თუ სისხლძარღვი ჩანს ჭრილობაში), ინტრაოპერაციულად სისხლდენის საბოლოო შეჩერება (ნაკერი, პლასტიკა, ლიგირება).
5. ინტრაოპერაციულად აუცილებელია დაზიანებული სისხლძარღვის ფართე ექსპლორაცია.
6. აუცილებელია ფართე ქირურგიული მიდგომის უზრუნველყოფა ანატომიური სტრუქტურების მთლიანობის აღდგენისას ქირურგის კომფორტისათვის.



7. სისხლძარღვის აღდგენის ან ლიგირების გადაწყვეტილება მიიღება ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობიდან გამომდინარე (პრიორიტეტი მიეცემა ავადმყოფის სიცოცხლის გადარჩენას).
8. არტერიის გამოყოფისთვის ოპტიმალური მეთოდია პერიადვენტიციალური ექსპლორაცია.
9. პერიფერიული სისხლძარღვთა ტრავმის დროს სიფრთხილე არის საჭირო სისტემური ანტიკოაგულაციურ მეურნალობასთან, განსაკუთრებით ავადმყოფებში მულტისისტემური დაზიანებით. (ამ შემთხვევაში შესაძლებელია ლოკალური ჰეპარინიზაცია (10:1000))
10. სისხლძარღვის აღდგენამდე შესაბამისი ზომის ფოგარტის ბალონური კათეტერით უნდა იქნას გაკონტროლებული მომტანი და წამლები მუხლის გამტარებლობა
11. ვაზოსპაზმის თავიდან აცილების მიზნით არ არის რეკომენდირებული ფოგარტის ზონდის მრავალჯერადი გატარება.
12. ჯანმრთელი დაზიანებული არტერიები მათზე ჩარევის დროს ხშირად განიცდიან ინტენსიურ სპაზმს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს პოსტოპერაციული თრომბოზები. ამის თავიდან აცილება შესაძლებელია ინტრაარტერიულად პაპავერინის ან ნიტროგლიცერინის შეყვანით, თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა იძლევა ამის საშუალებას.
13. არტერიოგრაფიის შესრულება არ არის ყოველთვის აუცილებელი და შესაძლებელი. თუმცა აუცილებელია პოსტოპერაციულად პერიფერიული პულსაციის გაუმჯობესების ან აღდგენის კონსტანტაცია და დოპლეროგრაფიის შესრულება.
14. ლიგირება არ ნიშნავს წარუმატებლობას. (რიგ შემთხვევაში ეს არის ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნების ერთადერთი გზა).
15. დეფექტის შემთხვევაში აუცილებელია ჩანაცვლება აუტოვენით ან ხელოვნური პროთეზით.
16. ვენის აღდგენა არის ფუფუნება და არა აუცილებლობა.
17. დროებითი ინტრაარტერიული შუნტები არის სისხლის მიმოქცევის აღდგენის საშუალება არასტაბილურ ავადმყოფებში.
18. გარეგანი შუნტები რომლებიც დიდი ხნით თავსდება არტერიაში როგორც წესი ითრომბება.
19. სისხლძარღვოვანი აღდგენა უნდა მოხდეს სტაბილური ჩონჩხის პირობებში.
20. აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს სისხლძარღვოვანი ანასტომოზისთვის ჯანმრთელი ქსოვილებიდან სარეცელის შექმნა.
21. ჩვენებების მიხედვით ფართედ უნდა იქნას გამოყენებული ფასციოტომია, განსაკუთრებით მუხლქვეშა რეგიონში.

ავადმყოფებში პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების აღდგენისას რისკ-ფაქტორები იყოფა ორ ჯგუფად:

1) ზოგად მდგომარეობასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები (არასტაბილური

ჰემოდინამიკა, კოაგულოპათია (დსშს),



2) ადგილობრივი ფაქტორებიდან გამომდინარე რისკ-ფაქტორები.

ყველა ავადმყოფთან უნდა შესრულდეს შემდეგი ლაბორატორიული გამოკვლევები

1) სისხლის საერთო ანალიზი (ჰემატოკრიტი, ანემია)

2) კოაგულოგრამა.

1. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენებით ავადმყოფებში პერიფერიული სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანებებით შემცირდება ინვალდიზაცია, დაუბრუნდება შრომისუნარიანობა, შემცირდება კიდურების ამპუტაციის რიცხვი, საგრძნობლად შემცირდება სიკვდილიანობა.

1. აუდიტის კრიტერიუმები

1) როგორი იყო დაზიანების ტიპი (ჭრილობა, დახურული ტრავმა, ქიმიური და სხვ.)?

2) იყო თუ არა პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების სარწმუნო ნიშნები?

3) მოხდა თუ არა სისხლდენის კონტროლი პრეოპერაციულ სტადიაზე?

4) რა სახის დიაგნოსტიკური მეთოდები იქნა გამოყენებული?

5) რა სახის ჩარევა იქნა გამოყენებული (პლასტიკა, ნაკერი, ლიგირება)?

6) პოსტოპერაციულად კონსტანტირებულ იქნა თუ არა პულსაციის აღდგენა ან გაუმჯობესება?

7) პოსტოპერაციულად ჩატარებულ იქნა თუ არა ადექვატური ანტიკოაგულაციური თერაპია?

8) მოხერხდა თუ არა დაზიანების დისტალურად არსებული სეგმენტის სიცოცხლის უნარიანობის შენარჩუნება?

1. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მიზანშეწონილია მოხდეს ხუთი წლის ვადაში.



1. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულება, სისხმარღვთა ქირურგი

1. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

მისაღები იქნება რომ პროტოკოლის რეკომენდაციები სამედიცინო დაწესებულების დონეზე, იქ არსებული რესურსისა და ტექნოლოგიების შესაბამისად შეიცვალოს.

დანართი № 2 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური [მიუთითეთ ნებისმიერი პერსონალი, ვინც პროტოკოლის დანერგვაში უნდა მონაწილეობდეს]	აღწერეთ რა მიზნით ხდება ამათუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
სისხლმარღვთაქირურგი - 1 კარდიოლოგი -1 ანესთეზიოლოგი -1 რენიმატოლოგი -1	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა ქირურგიული მკურნალობის ჩვენება რეკონსტრუქციული ოპერაციების ჩატარება ენდოვასკულარული ჩარევების წარმოება კარდიოლოგიური რისკების შეფასება გაუტკივარების წარმოება პაციენტების მართვა ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში პაციენტების რეაბილიტაცია	სავალდებულოა
რადიოლოგი (ინტერვენციული) 1 ექთანი -2	ექიმის დანიშნულებების შესრულება პაციენტების მომზადება ოპერაციისთვის/პროცედურებისათვის საციცოცხლო პარამეტრების (TA, t°, P) აღრიცხვა ექიმის დახმარება მკურნალობის ყველა ეტაპზე	სასურველია სავალდებულოა
რეგისტრატორი -1	პაციენტების აღრიცხვა	სავალდებულოა



	პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა პოსტოპერაციულ პერიოდში	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი 1	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა გაწეული მომსახურების ფინანსური აღრიცხვა, ანალიზი, სტატისტიკა, სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა	სავალდებულოა
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია, სადაც შესაძლებელია ჰომეოსტაზი ყველა პარამეტრების შეფასება	არსებული ლაბორატორიული კვლევების საშუალებით შეფასდება პაციენტის მდგომარეობა, რისკ-ფაქტორები	სავალდებულოა
ექსპრეს-ლაბორატორია	მოხდება არსებული გადახრების კორექცია	
დოპლერი ექოდუპლექსკანერი რენტგენი ე.კ.გ მონიტორი სანარკოზი და ხელოვნური ვენტილაციის აპარატი	დიაგნოზის დადასტურება რისკების შეფასება პაციენტის მართვა ოპერაციის დროს და პოსტოპერაციულ პერიოდში გადაწყვეტილების მიღება	სავალდებულო
ანგიოგრაფი კომპიუტერული ტომოგრაფი		სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი