

საქმე №-----

საქმე №3/577-19



გადაწყვეტილება

საქართველოს სახელით

შესავალი ნაწილი

4 მარტი, 2020 წ.

ქ. თბილისი

თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგია

მოსამართლე ნინო ბუაჩიძე
სხდომის მდივანი ელენე არდაზიშვილი

მოსარჩელე - მ-----ი

წარმომადგენელი - მ-----ე

მოპასუხე - საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭო

წარმომადგენელი - ნ-----ე

მესამე პირი - თ-----ი

დავის საგანი - ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის ბათილად ცნობა, ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემის დავალება

აღწერილობითი ნაწილი

1. სასარჩელო მოთხოვნა

1.1. ბათილად იქნეს ცნობილი პროფესიული განვითარების საბჭოს 2018 წლის 6 დეკემბრის №- სხდომის ოქმით მიღებული გადაწყვეტილება ექიმ თ-----ისათვის სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ვადის 2 თვით შეჩერების თაობაზე;

1.2. დაევალოს პროფესიული განვითარების საბჭოს გამოსცეს ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი ექიმ თ-----ისათვის სახელმწიფო სერთიფიკატის გაუქმების თაობაზე;

2. მოპასუხის პოზიცია

2.1. მოპასუხე - პროფესიული განვითარების საბჭოს წარმომადგენელმა სარჩელი არ ცნო და მის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმა მოითხოვა.

3. მესამე პირის პოზიცია

3.1. მესამე პირმა - თ-----მა სარჩელს მხარი არ დაუჭირა.

4. დადგენილი ფაქტობრივი გარემოებები

4.1. პაციენტმა ლ-----ემ (38 წლის), 10.12.15 წ. შპს „ლ-----ში“ (ამბულატორიულად) ჩაიტარა მუცლის ღრუს ორგანოების ექოსკოპიური კვლევა ნაღვლის ბუშტში გამოისახა 11 მმ დიამეტრის კონკრემენტი წვრილი აკუსტიკური ჩრდილით, ფსკერზე გამოისახა სქელი ნალექის 4,5 მმ-იანი ფენა. ნაღვლის ბუშტში ისახება ქოლესტეროზის უ/ბ სურათი. მარჯვენა თირკმელში, ზედა ფიალაში კონკრემენტი დიამეტრით 11 მმ).

11.12.15 წ. 09:52 სთ.-ზე პაციენტმა (თვითდინებით) მიმართა შპს სამედიცინო ცენტრ „ლ-----ს“. ER-ის ექიმის მ-----ის (სახ. სერტ. „ანესთეზიოლოგია-რეანიმატოლოგია“; „კრიტიკული მედიცინა“) ჩანაწერით: „უჩივის ტკივილს მუცლის არეში, განსაკუთრებით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, გულისრევას, ღებინებას. წინასწარი დიაგნოზი: „მუცლის ტკივილი“. 11.12.15 წ. 09:55 სთ. გამოძახებულ იქნა ქირურგი - ა-----ა დაისვა წინასწარი დიაგნოზი: „მწ. კალკულოზური ქოლეცისტიტი“. იმავე დღეს ჩაუტარდა კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევები, მათ შორის მუცლის ღრუს ექოსკოპია დასკვნა: სურათი შეესაბამება მწვავე კალკულოზურ ქოლეცისტიტს, ნაღვლის ბუშტის კეროვან ქოლესტეროზს, უმნიშვნელო ქრონიკულ ღვიძლგარეთა ქოლანგიტს დრენაჟის ფუნქციის დარღვევების გარეშე, პანკრეასის უმნიშვნელო რეაქტიულ შეშუპებას, ორმხრივ უმნიშვნელო ქრონიკული პიელიტს მიკროლიტებით, მარჯვენა თირკმლის კონკრემენტს. ჰიპერტროფიული გასტრიტის, კუჭის ჰიპერსეკრეციის ირიბი უ/ბ ნიშნები. “

11.12.15 წ. 11:00 სთ.-ზე კონსულტირებულ იქნა ქირურგ თ-----ის მიერ. დაისვა დიაგნოზი: „მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი“ და პაციენტი გადაყვანილ იქნა ქირურგიულ განყოფილებაში ოპერაციული მკურნალობისათვის.

ოპერაციის პროტოკოლის მიხედვით, პაციენტს 11.12.15 წ. 15:25 სთ-17:10 სთ.

ზოგადი ენდოტრაქეული ნარკოზის ქვეშ (ანესთეზიოლოგი ნ-----ი, სახ. სერგ. „ანესთეზიოლოგია“) ქირურგ თ-----ის მიერ ჩაუტარდა ოპერაცია „ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომია, დრენირება“. ინტრაოპერაციული დიაგნოზი: „მწვავე კალკულოზური ქოლეცისტიტი“. ოპერაციული მასალა-ნაღვლის ბუშტი გაიგზავნა ჰისტოპათოლოგიურ გამოკვლევაზე (დიაგნოზი: „მწვავე ქოლეცისტიტი“). პაციენტი 11.12.15 წ. 17:30 სთ. გადაყვანილ იქნა რეანიმაციულ განყოფილებაში. 18:30 სთ-ზე ჩაუტარდა ექსტუბაცია და 11.12.15 წ. 19:30 სთ. გადაყვანილ იქნა ქირურგიულ განყოფილებაში. 11.12.15 წ. 22:00 სთ-13.12.15 წ. 17:30 სთ-მდე პერიოდში, პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. მუცელი სუნთქვით აქტში მონაწილეობს. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები არ ვლინდება. დრენაჟიდან ნაღვლოვან-ჰემორაგიული გამონადენი 200 მლ-400 მლ-მდე.

13.12.15 წ. პაციენტს 18:45 სთ-ზე ჩაუტარდა მუცლის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია. „ამ ეტაპზე მუცლის ღრუში ისახება თავისუფალი სითხე საშუალოზე მეტი ოდენობით. ნაღვლის ბუშტის სარეცელის მიდამოში ისახება თავისუფალი სითხე მცირე რაოდენობით შემოფარგლულად“. ქირურგ - თ-----ის მიერ გადაწყდა ოპერაციული ჩარევა.

13.12.15 წ. 19:40 სთ-21:10 სთ. ზოგადი ნარკოზით ჩაუტარდა ოპერაცია „მუცლის ღრუს რევიზია და სანაცია“. ოპერაციის ოქმის მიხედვით: „მუცლის ღრუში ისახება ჰემორაგიულ ნაღვლოვანი სითხე 150 მლ ოდენობით, რაც ევაკუირებულ იქნა. დადგინდა სითხის ჟონვადობის მიზეზიც, რომელიც მოდის ნაღვლის ბუშტის სარეცელიდან. სხვა პათოლოგიური ცვლილება არ ვლინდება. ნაღვლის ბუშტის სარეცელი დამუშავდა ელექტროკოაგულაციით. ღვიძლის სარეცელი გაიკერა ვიკრილის კვანძოვანი ნაკერით. ჩაიდგა დრენაჟი დუგლასის ფოსოში“ (ოპერატორი: თ-----ი).

13.12.15წ.-17.12.15წ. „...პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა სტაბილურია... დრენაჟიდან გამოიყოფა 200-300 მლ-მდე ნაღვლოვან-სეროზული გამონადენი.

20.12.15 წ. პაციენტს ჩაუტარდა მუცლის ღრუს ექოსკოპიური გამოკვლევა. „მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხე ისახება დუგლასის ფოსოში და ელენთის ქვედა კიდესთან“. კონსულტირებულია თ-----ის მიერ. გადაწყდა რელაპაროტომია.

20.12.15 წ. (21:15 სთ-00:25 სთ) ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ პაციენტს ჩაუტარდა ოპერაცია „მუცლის ღრუს სანაცია, დრენირება“. „მუცლის ღრუში ისახება სეროზულ-ნაღვლოვანი შემღვრეული ხასიათის სითხე დაახლოებით 500მლ ოდენობით, რომელიც ევაკუირებულ იქნა. წვრილი და მსხვილი ნაწლავის მარყუქები ჰიპერემიული, ზომიერად გადაბერილი. რევიზიით დადგინდა აგრეთვე ნაღვლის ჟონვადობა ნაღვლის ბუშტის სარეცელიდან მცირე რაოდენობით, აღნიშნული მიდამო იმბიბირებული, ანთებადად შეუცვლელი.

ინტრაოპერაციული დიაგნოზი: „მწვავე ნღვლოვან-ჩირქოვანი პერიტონიტი“. ოპერაციის მსვლელობისას მოხდა მუცლის ღრუს რევიზია, სანაცია, დრენირება. ნაღვლის ბუშტის სარეცელი დამუშავდა ელექტროკოაგულაციით. ღვიძლის სარეცელი გაიკერა ვიკრილის კვანძოვანი ნაკერებით. ქოლედოქუსში ჩაიდგა კერის დრენაჟი. ვინსლოვის არხში ჩაიდგა დრენაჟი. სარეცელთან მიტანილ იქნა ტამპონი. აგრეთვე, ჩაიდგა დრენაჟები ორივე ლატერალურ ღარებში და დუგლასის ფოსოში. სეროზულ-ნარვლოვანი შემღვრეული ხასიათის სითხე გაიგზავნა გამოკვლევაზე“ (შედეგი მიღებულ იქნა 24.12.15 წ., სადაც ფიქსირდება, რომ მუცლის ღრუდან აღებული სითხე იყო ნაღვლოვან-ჩირქოვანი; გრამ (-) ჩხირები ორი სახეობის; სოკო (+); *Pseudomonas aeruginosa*-101, *E. Col*-103. *C. Albicans*/10'). პაციენტი გადაყვანილ იქნა რეანიმაციულ განყოფილებაში.

21.12.15 წ. პაციენტს ჩაუტარდა შემდეგი გამოკვლევები: კრეატინინი, საერთო ცილა, ალბუმინი (ჰიპოალბუმინემია); ბილირუბინი პირდაპირი (მომატებული); LDH ლაქტადეჰიდროგენაზა-4249.0 (ნორმა-230-860); GGT-121.5; ALT-2579.9; ALP-312.54; AST 4128.7. სსა. 21.12.15 წ. ჩაუტარდა ინფექციონისტ თ-----ის (სახ. სერტ: „ინფექციური სნეულებები“) კონსულტაცია. „საფიქრებელია ტრანსამინაზების მომატების მიზეზი იყოს დისცირკულაციული ჰეპატიტი. დანიშნულება: „თიენამი, ჰეპამერცი, ამიბაკი.

21.12.15 წ. 9:00 სთ. ლ-----ის (სახ. სერტ: „კრიტიკული მედიცინა“) ჩანაწერის მიხედვით: „ზოგადი მდგომარეობა რჩება მძიმე. დრენაჟებიდან 100მლ გამონადენი, კერის დრენაჟიდან უმნიშვნელო გამონადენი. უ/ბ კვლევით: „ჰიპოგასტრიუმის მიდამოში ისახება თავისუფალი სითხე 5-10 მლ მოცულობით. მარცხენა ლატერალური არხის ქვედა სეგმენტში თავისუფალი სითხე 30-40 მლ მოცულობით. ელენტის გარშემო-თავისუფალი სითხე 250 300მლ. ღვიძლქვეშა სივრცის პროექციაში თავისუფალი სითხე დაბეჭდვით არ აღენიშნება“.

21.12.15 წ. 14:00 სთ. „პაციენტ ლ-----ის ზოგადი მდგომარეობისა და მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავების მიზნით შედგა კონსილიუმი, მონაწილეოდნენ: პროფ. ფ-----ი, პროფ. თ-----ი, დ-----ე, ა-----ი „... ვინსლოვის ხვრელთან არსებულ დრენაჟიდან გამონადენი ჰემორაგიულ-ნაღვლოვანი (50-60მლ). სხვა დრენაჟიდან გამონადენი არ აღინიშნება. ჩატარდა კონტრასტული ქოლანგიოგრაფია - კერის დრენაჟიდან. 12-გოჯა ნაწლავში კონტრასტის გადასვლა თავისუფალი, პროქსიმალურად შეზღუდულია. იგეგმება „კერის დრენაჟის“ ამოღება, არსებული მკურნალობის რეჟიმის გაგრძელება, დინამიკაში დაკვირვება. შემდგომ პერიოდში მკურნალობის ტაქტიკა განისაზღვროს სუბიექტური, ობიექტური და კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე“.

21.12.15 წ. 17:00 სთ-დან 22.12.15 წ. 17 სთ-მდე. ლ-----ის ჩანაწერით: „ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე. ჟანგბადი ეძლევა სველი წესით. ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლის მარჯვენა ნახევარში. დრენაჟებიდან მცირე გამონადენი, ვინსლოვთან მდებარე დრენაჟიდან მცირე ნაღვლოვანი გამონადენი. C რეაქტიული ცილა 297, ჰიპოალბუმინემია, ალფა ამილაზა 192,84, ALT 2084.7, AST 2473.4. იმიპენემი, ამიბაკი, ზანტაკი, დუფალაკი, ვიკასოლი, სანდოსტატინი, გლუკოზა, ვიტ. B1/B6, რეამბერინი, ვიტ C, გლუკოზა, ესენციალი, ალბუმინი, ნაკლოფენი, კალიუმი, ა.გ.), ერით. მასა, დიმედროლი, ცერუკალი, ბისაკოდილის სანთელი. 22.12.15 წ. პაციენტს ჩაუტარდა მ/ღ ულტრაბერითი კვლევა. (..მარჯვენა თირკმელსა და ღვიძლს შორის ისახება თავისუფალი სითხე 12-15 მლ ოდენობით). 22.12.15 წ-28.12.15 წ 12:00 სთ ლ-----ის და თ-----ის ჩანაწერით: „ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა...სუნთქვა ტარდება ორივე მხარეს თანაბრად, ქვედა წილებში შესუსტებული..დრენაჟები ფუნქციონირებს. შემდგომი მკურნალობის გაგრძელების მიზნით გადაყვანილია ქირურგიულ განყოფილებაში.“ უტარდება შემდეგი მკურნალობა: იმიპენემი, სანდოსტატინი, ცერუკალი, რეამბერინი, ფლუკონაზოლი.

28.12.15 წ. (12:10 სთ)-30.12.15 წ. (14:00 სთ.) თ-----ის ჩანაწერის მიხედვით: „ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი, ჩივილებს არ წარმოადგენს, ღებულობს საკვებს, დეფეკაცია ადექვატური. ობ: T/A 110/70mmHg, P-79, კანი და ხილული ლორწოვანი ფიზიოლოგიური ფერის. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები არ ვლინდება, გაკეთდა შეხვევა, ჭრილობა სუფთა, დრენაჟებიდან 140-160მლ ნაღვლოვანი გამონაჟონი. პაციენტი ეწერება ბინაზე თავისი დაჟინებული მოთხოვნით, მიეცა რეკომენდაცია, რომ მკურნალობა გაგრძელდეს ამბულატორიულად, ქირურგის კონსულტაცია“.

11.01.16 წ. პაციენტს შპს „ლ-----ში“ ჩატარებული აქვს მუცლის ღრუს MRT კვლევა (.....ინტრაპარენტულად V,VI სეგმენტის დონეზე, ისახება არასწორი კონტურის, მკვეთრად ჰიპერინტენსიური უბანი. მრ. დიაგნოსტიკაც შეესაბამება სითხოვან წარმონაქმნს. აღნიშნულის მიმდებარედ პორტული შეშუპება VII, VIII, V, VI სეგმენტის დონეზე. V სეგმენტის დონეზე სანაღვლე სადინრები დეფორმირებულია. აღინიშნება ღვიძლის მარჯვენა და საერთო სანაღვლე სადინრის ცისტური დილატაცია. ქოლედოქი სუპრაპანკრეატული სეგმენტის დონეზე, დაახლოებით 2 სმ სიგრძეზე არ დიფერენცირდება. აღნიშნულ დონეზე ისახება სადრენაჟე მილი, მუცლის ღრუში ვლინდება ორი სადრენაჟე მილი. ღვიძლის ვისცერული ზედაპირის მიმდებარედ, ცხიმოვანი ქსოვილი შეშუპებულია. ...სუბდიაფრაგმულად და ღვიძლის ქვემო კიდის მიმდებარედ, ვიზუალიზდება უმნიშვნელო რაოდენობით სითხოვანი გამონაჟონი. წინა კედელზე არსებული ნაწიბურის მიდამოში, ისახება შემოფარგლული, სითხოვანი უბანი 2.7სმ“).

მტკიცებულება, რომელსაც ეყრდნობა სასამართლო:

- სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაცია (ტ. 2, ს.ფ. 241-ტ.3, ს.ფ. 1-99);
- ულტრაბგერითი კვლევები (ტ. 3, ს.ფ. 100-102);
- MRT კვლევა (ტ. 4, ს.ფ. 133);

4.2. **II ეპიზოდი.** 17.01.16 წ. პაციენტი ლ-----ე სსდპ მიერ მიყვანილ იქნა შპს „ნ-----ში“. მოთავსებულ იქნა ქირურგიულ განყოფილებაში. დიაგნოზი: „ქირურგიული ჩარევის გართულება დაუზუსტებელი“. 17.01.2016 წ. 18:00 სთ. პაციენტი კონსულტირებულია მორიგე ქირურგის მიერ (ბ-----ე, სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“), რომლის ჩანაწერის თანახმად: „ავადმყოფი უჩივის ზოგად საერთო სისუსტეს, ჰექტიურ ცხელებას 39°C-მდე, გულისრევას, პირის სიმშრალეს, პირღებინებას, სიარულის გაძნელებას, სამი დღის წინ აღენიშნა ჰექტიური ცხელება. ობიექტურად: კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები მოყვითალო ელფერის, მივარდნილია, ადინამიურია, თუმცა ადექვატურია. ნაზოგასტრალური ზონდი ფუნქციონირებს, ტურგორი დაქვეითებულია. P-108, T/A-130/70mm.hg, ენა მშრალი ნადებით. მუცელი: სურბაციით მტკივნეულია განსაკუთრებით მარჯვენა ნახევარი. მუცლის ღრუში მყოფი დრენაჟები (ადრე დაახლოებით 1 ლიტრამდე ნალვლი მოდიოდა, ახლა შეწყვეტილია) არ ფუნქციონირებენ. ღვიძლი გამოდის 4-5 სმ-ით ნეკნთა რკალიდან, ელენთა არ ისინჯება. დაიწყო ანტიბიოტიკოთერაპია, დაკვირვება დინამიკაში. მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევით: „ვლინდება მკვეთრად გადაბერილი ნაწლავთა მარყუჟები, აირებით და შიგთავსით, რაც ტექნიკურად აძნელებს კვლევის მიმდინარეობას... V, VI, VII, VIII სეგმენტებში ვლინდება მკვეთრი ინფილტრაცია, რის ფონზეც ვლინდება - VII-VIII სეგმენტში არასწორი კონტურების და შერეული ექოსტრუქტურის რამდენიმე უბანი ზომით 40X32 მმ, 19X13 მმ. ღვიძლშიდა და ღვიძლგარეთა სანალვლე გზების ვიზუალიზაცია ვერ ხერხდება ინფილტრაციის ფონზე. მუცლის ღრუში ფიქსირდება მცირე რაოდენობით გამონაჟონი.“

კლინიკური დიაგნოზი: „სისტემური ანთების პასუხის სინდრომი დაუზუსტებელი K65.9“; „ნალვლის სადინრის დახშობა - K.83.1“. 17.01.16 წ. 23:16 სთ-დან, 18.01.2016 წ. 00:45 სთ-მდე პერიოდში, პაციენტი, შპს „ემერჯენსი სერვისის“ მიერ, გადაყვანილია სს „კ-----ში“

მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის ჩასატარებლად, რომლის დასკვნის თანახმადაც: „მე-5 სეგმენტის პროექციაზე მედიალურად-კონფლუენსის დონეზე ვლინდება შემოფარგლული, სითხური შიგთავსის მქონე უბანი (ბილომა? აბსცესი?), პერიფოკალური არშიით.... პერიფოკალური არშიის მქონე უბანი ასევე ვლინდება V-VI სეგმენტის პროექციაზე; საფიქრებელია აღწერილი უბნების ვიწრო ყელით ერთმანეთთან კავშირი; ქოლედოქი ისახება მხოლოდ ინტრაპანკრეატიკულად, ექსტრაპანკრეატიკულად 2,6 სმ სიგრძეზე არ ვიზუალიზირდება; სარეცლის

საპროექციოდ ვლინდება პოსტოპერაციული ინფილტრაციული ცვლილებები; მუცლის მარჯვენა ნახევარში ისახება 2 სადრენაჟე მილი, რომელთა ბოლო ისახება ღვიძლის ქვედა კიდესთან, მიმდებარედ ისახება მცირე ოდენობით გამონაჟონი..... მუცლის წინა კედელზე ისახება შემოფარგლული სითხური უბანი. რეკომენდირებულია ქირურგის კონსულტაცია (რადიოლოგი ვ----- -ა „სახ. სერტ. „რადიოლოგია“).

18.01.16 წ. 01:45 სთ. მორიგე ქირურგის ბ-----ის და კლინიკის დირექტორ ა-----ის (სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“, „ონკოლოგია“) ჩანაწერის მიხედვით: „აქტიური ქირურგიული ქმედებისგან თავია შეკავებული. უმჯობესია ექოსკოპიურად სანალვლე გზების გარე დრენირება. დაკვირვება დინამიკაში“. მკურნალობა გაგრძელდეს რეანიმაციულ განყოფილებაში. ავადმყოფი შემდგომი მკურნალობის მიზნით გადადის ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში“. დაწყებულია ანტიბიოტიკო ტერაპია, დეზინტოქსიკაციური თერაპია.

18.01.16 წ. 17:30 სთ. მორიგე რეანიმატოლოგის ჩანაწერის თანახმად: „კლინიკო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების საფუძველზე ავადმყოფი საჭიროებს ინვაზიურ ჩარევას, რის გამოც გამოძახებული იქნა კატასტროფის ბრიგადა და ავადმყოფი გადაყვანილ იქნა მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკაში, პროფესორ მ-----ის ჩანაწერის თანახმად: „მრტ კვლევით ვლინდება. მსუბუქად გამოხატული ბილიარული ჰიპერტენზია (განპირობებული ღვიძლის საერთო-სადინრის პროქსიმალურ ნაწილში არსებული, სავარაუდოდ ბილომით განვითარებული სტრიქტურა). ჩატარდა ულტრაბგერითი კვლევა - ღვიძლშიდა სანალვლე გზები მცირედ დილატირებული. პაციენტს ესაჭიროება მადრენირებელი ჩარევა, „მარჯვენამხრივი ქოლანგიოსტომია ულტრაბგერით-რენტგენოლოგიური კონტროლით. მანიპულაციის დროს გართულებას ადგილი არჰქონია“. პაციენტი გადადის გამომგზავნ კლინიკის რეანიმაციულ განყოფილებაში კატასტროფის ბრიგადის მიერ.

18.01.16 წ.-21.01.16 წ. 19:00-23:30 სთ. პაციენტი იმყოფება რეანიმაციულ განყოფილებაში. „მუცლის ღრუში არსებული დრენაჟები ფუნქციონირებს. ჰემოდინამიკა სტაბილური, HR-80, T/A-125/85mmHg, SPO2-99%. გარე სანალვლე გზების დრენირებით მიღებულია 300მლ-მდე ნალველი. დანიშნულება: რინგერი, ფიზ. ხს, გლუკოზა, KCl, MgSO₄, კლექსანი, ცეფტა.

21.01.16 წ. პაციენტი შემდგომი მკურნალობისათვის ზ/ქირურგთან შეთანხმებით გადადის პალატაში.

21.01.16 წ-25.01.16 წ. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა დინამიკაში, ობიექტურად T-37.20C, P-88, T/A-130/70mmHg. ნაზო-გასტრალური ზონდი ფუნქციონირებს, სანალვლე გზებში მყოფი დრენაჟიდან 800მლ-მდე ღია

ფერის წაღველია, შარდვა კათეტერით გადასხმის ადექვატურია.

25.01.16 წ. პაციენტს ჩაუტარდა მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა. „მუცლის ღრუში გამოხატულია კეროვანი ცვლილებები: მე-4 სეგმენტში ისახება დაბალი ექოგენობის მქონე უბანი დიამეტრით 36მმ, მის გარშემო პარენქიმის ექოგენობა მომატებული. აბსცესის უ/ბ სურათი. დინამიკაში შემცირებულია ზომაში. ქოლედოქის ვიზუალიზაცია ვერ ხერხდება.(ე-----ა, სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“; სუბსპეციალობა „გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია“). გამოძახებულია ინფექციონისტი.

26.01.16 წ. 16:00 სთ. ინფექციონისტის ნ-----ის (სახ. სერტ. „შინაგანი მედიცინა“; „ინფექციური სნეულებანი“ კონსულტაცია. „პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, სიმძიმე განპირობებულია როგორც ძირითადი დაავადებით, ისე მზარდი ენდოტოქსიური ინტოქსიკაციით. MRT კვლევით (11.01.16 წ.) ღვიძლში დადასტურდა რამოდენიმე სითხოვანი უბანი (ბილომა, აბსცესი). სუბდიაფრაგმულად სითხოვანი გამონადენი. აღნიშნული პათოლოგიის ფონზე პაციენტს უტარდა მარჯვენამხრივი ქოლანგიოსტომია სადაც შეყვანილი იქნა სადრენაჟე მილი, რის შემდგომ მოხდა საერთო სადინრის დიამეტრის შემცირება, ღვიძლში სითხოვანი წარმონაქმნის ზომაში შემცირება, მიუხედავად დრენირებისა პაციენტს კვლავ ეწყება მაღალი ცხელება შემცივნებით, ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცელში. ლაბ: ყურადსაღებია ლეიკოციტოზი 12.0; ნეიტროფილოზი; ზომიერი ანემია; ზომიერი ტრანსამინაზემია; მომატებული ტუტეფოსფატაზა; GGT, საჭიროებს დინამიკაში MRT კვლევას, სრულყოფილი დრენირების ვერიფიკაციისა და შემდგომი ტაქტიკისათვის, ასევე, ანტიმიკრობული თერაპიის კორეგირებას. დანიშნულება: მერონემი 12x3 + ვანკომიცინი 1.2x2. ინფექციონისტის დინამიკაში მეთვალყურეობა.“

27-28.01.2016წ. 12:00სთ.პაციენტი იმყოფება ქირურგიულ განყოფილებაში მკურნალი ექიმის (ბ-----ე, სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“) ჩანაწერის თანახმად: „პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმისაა, ობიექტურად: T-38.2°C, P-102, T/A-130/70mmHg. სანაღვლე გზებში მყოფი დრენაჟიდან 800 მლ-მდე ნაღველია, ორივე დრენაჟები პერიოდულად ირეცხება ანტისეპტიკური ხსნარებით, შარდვა გადასხმის ადექვატური.

29.01.16 წ. პაციენტს ჩაუტარდა ანტეგრადული ქოლანგიოგრაფია. „ანტეგრადულად დრენაჟიდან შეყვანილი საკონტრასტო ნივთიერება ავსებს მარჯვენა ღვიძლშიდა სადინრებს, დილატაცია გამოხატული არ რის. მარცხენა ღვიძლშიდა და ღვიძლგარე სადინრები არ კონტრასტირდება, ამ ფონზე, ღვიძლის საერთო სადინრის პროექციაზე ისახება 2X1.5 სმ-მდე ზომის საკონტრასტო ნივთიერების დეპო. მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხე არ

აღენიშნება, ორივე პლევრის ღრუ თავისუფალი“. კ-----ა (სახ. სერტ. „სამედიცინო რადიოლოგია“).

2901.16 წ.-31.01.16 წ. პაციენტი იმყოფება ქირურგიულ განყოფილებაში. მკურნალი ექიმის (ბ-----ე, სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“) ჩანაწერის თანახმად: „პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა შედარებით გაუმჯობესდა დინამიკაში, რაც გამოიხატა ტემპერატურული რეაქციის კლებაში, ლეიკოციტოზის კლებაში, ობიექტურად კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები მკრთალი მოყვითალო ელფერის, ნაზო-გასტრალური ზონდი ფუნქციონირებს, ენა სველია, მტკივნეულია მარჯვენა ფერდქვეშა არე, პერიტონეალური სიმპტომატიკა არაა გამოხატული, სანაღვლე გზებში მყოფი დრენაჟიდან 600 მლ-მდე ნაღველია, რომლის ნაწილს იღებს per-OS, თავისით ჰქონდა კუჭის მოქმედება ჩვეულებრივი ელფერის განავლოვანი მასებით, შარდი ღია ჩალისფერი, მკურნალობა ძირითადი დანიშნულებით“. გამოცხებულია ინფექციონისტი, გრძელდება მონიტორინგი“.

01.02.16 წ. 16:00 სთ. ინფექციონისტის ნ-----ის (სახ. სერტ. „შინაგანი მედიცინა“, „ინფექციური სნეულებანი“) კონსულტაცია: „დინამიკაში პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა არსებითად არ შეცვლილა, რჩება მიძიმე, სიმძიმე განპირობებულია მზარდი ენდოტოქსიური ინტიქსიკაციით. 26.01.2016 წ. ჩატარებული კონსულტაციის შემდგომ მკურნალ ექიმთან შეთანხმებით მოხდა ანტიბაქტერიულ საშუალებათა კორექცია (მერონემი 1.0x3 + ვანკომიცინი 1.2x2), რის ფონზეც თანდათანობით მოხდა მცირე გაუმჯობესება დინამიკაში: ცხელება გამონელდა სუბფებრილურ ციფრებამდე, თუმცა დღეს კვლავ აღენიშნა ძლიერი შემცივნება, ტემპერატურის მატება 39.5°C-მდე. გასინჯვით ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები, სუნთქვითი პარამეტრები - N. ფილტვებში ორმხრივ შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა მეტად მარჯვნივ, სადაც მეექვსე მეშვიდე ნეკნის ქვემოთ სუნთქვა ძლიერ სუსტდება ამავე მხარეს ექსპურსია ვერ კერიფიცირდება. მუცლის მხრივ გასინჯვით დინამიკაში ცვლილება არ ვლინდება. ჰემოგრამაზე მნიშვნელოვანი პათოლოგიური ცვლილება არ ფიქსირდება, ბიოქიმიური კვლევით მაღალი ტრანსამინაზებია (ALT-340.3, AST-329.3, ტუტე ფოსფატაზა 245.7, GGT-346.6). ექოსკოპიურად („ღვიძლში მე-4 სეგმენტში ისახება დაბალი იქოგენობის მქონე უბანი, დიამეტრით 37x 40 მმ, მის გარშემო პარენქიმის ექოგენობა მომატებული. ქოლედოქის ვიზუალი ვერ ხერხდება. აბსცესის სურათი“ /რადიოლოგი ე-----/ ასევე მრავლობითი კერები (სავარაუდოდ ჩირქოვანი გენეზის, სანაღვლე სადინრის მიმდებარედ. ზემო აღნიშნული სიმპტომ-კომპლექსის გათვალისწინებით სახეზეა ღვიძლის, მრავლობითი აბსცესები უდიდესი მე-4 სეგმენტში, რაც მოითხოვს სასწრაფო დრენირებას, ანტიბაქტერიული რეჟიმი გრძელდება იგივე სქემით, ინფექციონისტის მონიტორინგი - საჭიროებისამებრ“.

02.02.16 წ.-03.02.16 წ. პაციენტი იმყოფება ქირურგიულ განყოფილებაში.

მკურნალი ექიმის (ბ-----ე, სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“) ჩანაწერის თანახმად: „პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა დინამიკაში, T-Inax-37.6°C-მდე, შემცივნების ეპიზოდები არ ქონია, ობიექტურად კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ჩვეულებრივი ელფერის, ნაზო გასტრალური ზონდი ამოღებულია, T-37.4°C; P-96; T/A-130/70mmhg; მუცელი პალპაციით მტკივნეულია მარჯვენა ფერდქვეშ არე, ღვიძლი 3-4 სმ-ით გამოდის ნეკნთა რკალიდან, ელენთა არ ისინჯება, გარე დრენაჟიდან 450 მლ-მდე ნალველია, მუცლის ღრუში მყოფი დრენაჟიდან 200 მლ-მდე ნალველნარევი შიგთავსია. უგრძელდება მკურნალობა. ქონდა კუჭის მოქმედება ჩვეულებრივი ფერის განავლით, per os იღებს ნალველს.“

03.02.16 წ. 12:00 სთ. პაციენტი იმყოფება ქირურგიულ განყოფილებაში. მკურნალი ექიმის (ბ-----ე, სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“) ჩანაწერის თანახმად: „პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა დინამიკაში, T-max-37.3°C მორიგეობის განმავლობაში, ობიექტურად კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ჩვეულებრივი ელფერის, ენა სველია, მუცელი პალპაციით ყრუდ მტკივნეულია მარჯვენა ფერდქვეშ არე. პერიტონეალური სიმპტომატიკა არაა გამოხატული. მუცლის ღრუში მყოფი დრენაჟიდან 150მლ-მდე ნალველნარევი ექსუდატი, გარე დრენირებული დრენაჟიდან 400 მლ-მდე ნალველი. პაციენტი 03.02.16 წ. 12:00 სთ-ზე ეწერება კლინიკიდან შესაბამისი დანიშნულება-რჩევით, ბინაზე ამბულატორიულ მკურნალობაზე, მდგომარეობის დასტაბილურების შემდეგ გეგმიურად შესასრულებელი იქნება რეკონსტრუქციული ოპერაცია.“ დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზი: „სისტემური ანთების პასუხის სინდრომი დაუზუსტებელი-K65.9“; „ნალვლის სადინრის დახშობა - K.83.1“ ძირითადი დაავადების გართულებ: „ღვიძლის აბსცესი K-75.0“. გაცემულ იქნა ფორმა 100. რეკომენდაცია: ამბულატორიული მკურნალობა, პერიოდულად ინფექციონისტის კონტროლი, შესაბამისი ანალიზების დინამიკაში კონტროლით.

03.02.16 წ-დან 28.03.16 წ-მდე პერიოდში, სამედიცინო დაწესებულებისათვის პაციენტის მიმართვა არ ფიქსირდება.

28.03.16 წ. რადიოლოგ მ-----ის ჩანაწერით: „18.01.16 წ. ჩატარებული აქვს მარჯვენამხრივი ქოლანგიოსტომია. ამჟამად მოგვმართა კათეტერის უფუნქციობის გამო. დღე-ღამეში ნალვლის დებეტი შეადგენს 250მლ. ამჟამად ესაჭიროება კათეტერის გამოცვლა. არსებული კათეტერი გამოიცვალა რენტგენოკონტრასტული კათეტერით. გართულებას ადგილი არ ჰქონია“.

30.03.16 წ. პაციენტს შპს „ნ-----“ საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალსში, ჩაუტარდა მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა. რადიოლოგ ე-----ს ჩანაწერით: „ღვიძლში კეროვანი ცვლილებები არ აღენიშნება. ინტრაჰეპატურად, მარჯვნივ სადინარში ისახება ქოლანგიოსტომიის კათეტერი. ღვიზლშიდა და ღვიძლგარეთა სანალვლე გზების არ არის დილატირებული.“

ქოლედოხუსის ვიზუალიზაცია ვერ ხერხდება, მუცლას ღრუში თავისუფალი სითხე არ აღენიშნება“.

III ეპიზოდი. 11.04.16 წ. პაციენტმა კვლავ მომართა კლინიკას ამბულატორიულად. პაციენტი კონსულტირებულია პროფ. ა-----ის (სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“, „ონკოლოგია“) მიერ. მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის, პერიოდული შემცივნებებით, ვერ ღებულობს თავისუფლად perros ნაღველს, დაიგეგმა ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია, ქოლანგიოგრაფია.“

ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია: „საყლაპავი გამავალი. კარდი მთლიანად არ იხურება. კუჭში საშუალო რაოდენობით ლორწო. კუჭის ლორწოვანი ანტრალურ ნაწილში ჰიპერემიული. ლატერალურ კედელზე წყლულოვანი დეფექტი 0,8 სმ. დიამეტრის, ფიბრინით დაფარული, 12-გოჯა ნაწლავის დიდი დვრილი პათოლოგიის გარეშე. ნაღველი არ შემოდის. დასკვნა: 12-გოჯა ნაწლავის ბოლქვის წყლული. ბულბიტი. ანტრალური გასტრიტი. კარდიის უკმარისობა“ (ექიმი გო-----ი სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“, სუბსპეციალობა „ენდოსკოპია“).

ანტეგრადული ქოლანგიოგრაფია: „მიმოხილვით რენტგენოსკოპიაზე დრენაჟის მილიდან შეყვანილი საკონტრასტო ნივთიერება ავსებს მარჯვენა ღვიძლშიდა სადინრებს, დილატაცია გამოხატული არ რის. მარცხენა ღვიძლშიდა და ღვიძლგარე სადინრები არ კონტრასტირდება, ამ ფონზე, ღვიძლის საერთო სადინრის პროექციაზე ისახება 2X1.5 სმ-მდე ზომის საკონტრასტო ნივთიერების დეპო.“ (კ-----ა სახ. სერტ. „სამედიცინო რადიოლოგია“) დიაგნოზი: K83.9 სანაღვლე გზების ავადმყოფობები.

11.04.16 წ-დან 17.06.16 წ-მდე პერიოდში, სამედიცინო დაწესებულებისათვის პაციენტის მიმართვა არ ფიქსირდება.

IV ეპიზოდი. 17.06.16 წ.ს 19:15 სთ-ზე პაციენტი ლ-----ე კვლავ მოთავსებულ იქნა შპს „ნ-----ის“ ემერჯენსის განყოფილებაში (სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი №-----) კონსულტირებულია პროფ. ა-----ის მიერ. ითხოვს რეკონსტრუქციული ოპერაციის წარმოებას. ჩაუტარდა კლინიკო-დიაგნოსტიკური გამოკვლევები. მუცლის ღრუს ექოსკოპია (გამოკვლევის ამ მომენტისათვის მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხე არ ისახება“). 18.06.16 წ. გაეწერა კლინიკიდან. კლინიკური დიაგნოზი: „აბდომინალური კოლიკა“. დანიშნულება: დიეტა, გასტროენტეროლოგის, ქირურგის მეთვალყურეობა. ტკივილის დროს ბუსკოპანი 2 ტაბლეტი per-0s, ნექსიუმში 40მგ 1 ტაბლეტი 1-ჯერ უზმოზე 10 დღე.“ 20.06.2016 წ. ჩატარებულია კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, ელექტროლიტური ბალანსის მაჩვენებლის განსაზღვრა სისხლში (Na, K, Ca+).

V ეპიზოდი. 06.07.2016 წ. ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათში #2----- კვლავ ფიქსირდება პაციენტის ვიზიტი. პაციენტი კონსულტირებულია პროფ. ა-----ის სახ. სერტ. „ზოგადი ქირურგია“, „ონკოლოგია“) მიერ. გამოტანილია დიაგნოზი: „K83.9 - სანაღვლე გზების სხვა ავადმყოფობები, დაუზუსტებელი“. ჩაუტარდა კლინიკო-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები და გადაწყდა რეკონსტრუქციულ აღდგენით ოპერაცია სანაღვლე გზებზე. „ოპერაციული მკურნალობის _ ჩვენებას წარმოადგენს სანაღვლე გზების დაუზუსტებელი დაზოზობა, განსაკუთრებით მარცხენა სადინრის, ქოლანგიტი, ნაღვლის მიღების გაძნელება. ოპერაციული მკურნალობის მიზანია ტექნიკური შესაძლებლობით ჩამოყალიბდეს ჰეპატიკო-იუნო ანასტომოზი, ნაღვლის საერთო სადინრის ან კონფლუენსის დონეზე. ოპერაციის გეგმა: „ლაპარატომია, სინექიოლიზისი, სანაღვლე გზების შიდა დრენირება“.

08.07.16 წ. პაციენტს ზოგადი ენდოტრაქეალური ნარკოზით, ა-----ის მიერ ჩაუტარდა ოპერაცია. ოპერაციის ხანგრძლივობამ შეადგინა 9 საათი და 35 წუთი (08.07.2016 წ. 15:40 სთ. – 09.07.2016 წ. 00:40 სთ). „ლაპარატომიის შემდეგ ეტაპობრივად დაწყებულ იქნა ზემოაღნიშნული კონგლომერატის დაშლა. გამოყოფილი იქნა: კუჭი, თორმეტგოჯა, ტრავერზუმი, წვრილი ნაწლავი. იდენტიფიცირებულ იქნა ღვიძლ-თორმეტგოჯას იოგი, რომლის დაშლაც პარქტიკულად შეუძლებელია, მიუხედავად არაერთგზის მცდელობისა და ინტრაოპერაციულად ჩატარებული ქოლანგიოგრაფიისა, საერთო სანაღვლე სადინრის, ან მისი მარჯვენა და მარცხენა ტოტის იდენტიფიცირება ვერ მოხერხდა. შესაბამისად შეიცვალა დაგეგმილი მასშტაბი და ოპერაცია შემოიფარგლა პერიტონეუმის ღრუს დრენაჟით. მუცლის ღრუში ჩაიდგა ორი დღენაჟი, რომლებიც მიტანილია ერთი ღვიძლის კართან, მეორე ღვიძლის მარჯვენა წილის ქვემო ზედაპირთან. ორივე გამოტანილია მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. ჰემოსტაზი სრული.

ინტრაოპერაციული დიაგნოზი: „სანაღვლე გზების სხვა ავადმყოფობები, დაუზუსტებელი (K83.9); ამოკვეთილი მაკროპრეპარატი (1 მკვრივი ფრაგმენტი ზომით 1x0.9x0.9 სმ), გაგზავნა ჰისტოპათოლოგიურ გამოკვლევაზე (ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: „საკვლევი მასალა წარმოდგენილია ფიბროზულ შემადგენელი ქსოვილით, რომლის სისქეში ალავ აღინიშნება ნერვული ბოჭკოებისთვის დამახასიათებელი სტრუქტურები“). პაციენტი გადაყვანილია რეანიმაციულ განყოფილებაში.

09.07.16-13.07.16 წ. 09:00ს თ. რეანიმატოლოგის ჩანაწერის თანახმად: „მორიგეობის განმავლობაში პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმე, ჰემოდინამიკური პარამეტრები სტაბილური, T/A-130/87mmHg. HR-97 RR-21, SPO-99%, მიეწოდება ჟანგბადი სველი წესით. დრენაჟები ფუნქციონირებს. შარდვა კათეტერით, დიურეზი მიღებული სითხის ადექვატური.

13.07.2016 წ. 14:40 სთ-დან 16:20 სთ-მდე პერიოდში, პაციენტი გადაყვანილ იქნა, შპს „მ-----ი“, მ-----ის ჩანაწერით: „პაციენტს, ქოლესტეროლმის შემდეგ, გამოეხატა სიყვითლე. მრტ კვლევით: ვლინდებოდა მსუბუქად გამოხატული ბილიარული ჰიპერტენზია (განპირობებული, ღვიძლის საერთო სადინრის პროქსიმალურ ნაწილში არსებული პრობლემით სავარაუდოა სტრიქტურა ბილომის ფორმირებით“) ჩაუტარდა მარჯვენამხრივი ქოლანგიოსტომია ულტრაბგერით-რენტგენოლოგიური კონტროლით. გაუტკივარება ადგილობრივი. „ვაიერის საშუალებით კათეტერის რეპოზიცია ვერ მოხერხდა, რის გამოც ქოლანგიოსტომია შესრულდა სრული მოცულობით. სადინრის გავლით, ჩაყენებული იქნას CH დიამეტრის მადრენირებელი კათეტერი, რომლის ბოლოც დაფიქსირდა ზემოაღნიშნულ კოლექციაში. შესრულდა ფისტულოგრაფია - ივსება მთელი ბილიარული ხე. მანიპულაციის დროს გართულებას ადგილი არჰქონია“. პაციენტი გადადის გამომგზავნი კლინიკის რეანიმაციულ განყოფილებაში.

14.07.16 წ. მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია: „მუცლის ღრუს ორგანოების სრულყოფილად დათვალიერება ტექნიკურად ვერ ხერხდება. ღვიძლში მარჯვენა წილის ქვედა კიდესთან ისახება თავისუფალი სითხე მოცულობით 140-150 მლ-მდე...“ პაციენტი გადაყვანილი იქნა 15.07.16 წ. კვლავ მაღალი სამედიცინო ტენოლოგიების ცენტრში, სანაღლე გზების დრენირებისათვის. შემოწმდა კათეტერის ფუნქციონირება, რაიმე ჩარევა აღარ ჩატარებია და კვლავ გადავიდა რეანიმაციულ განყოფილებაში.

15.07.16 წ.-18.07.16 წ. პაციენტის მდგომარეობა სტაბილურია. „...სანაღვლე გზებში ჩადგმული დრენაჟები ფუნქციონირებს. 18.07.16 წ. ავადმყოფი გადადის ზ/ქ განყოფილებაში.

22.07.16 წ. 16:00 სთ. პაციენტი მკურნალი ექიმის (ა-----ი სახ. სერტ. „ონკოლოგია“) ჩანაწერის თანახმად: „პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი, ენა სველი, მუცელი რბილი, პალპაციით უმტკივნეულო, ნაწლავთა პერისტალტიკა გამოხატული, მუცელი სუნთქვაში მონაწილეობს თანაბრად, ჩაუტარდა შეხვევა, დრენაჟებიდან უმნიშვნელო სეროზულ-ჰემორაგიული გამონადენი, შარდვა და დეფეკაცია თავისუფალი, ჭრილობა ხორცდება პირველადი დაჭიმვით, პაციენტი გაეწერა აბულატორიულ მკურნალობაზე.“

მტკიცებულება, რომელსაც ეყრდნობა სასამართლო:

- სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაცია (ტ. 2, ს.ფ. 14-240);

4.3. ლ-----ე 10.09.16 წ. ხვდება ს-----ი“, მუცლის ღრუსა და მეტაბოლიზმის დეპარტამენტის, რეანიმაციულ

განყოფილებაში. „აქვს ძლიერი ტკივილები მუცლის არეში, რომლის კუპირებაც ვერ ხერხდება. იწონის 39 კილოს, პირველ ოპერაციამდე იწონიდა 68 კილოს. შარდი არის მუქი ფერის, აქვს მაღალი ტემპერატურა. ჩაუტარდა გამოკვლევები. დაისვა დიაგნოზი: „მწვავე ქრონიკული ნეფრიტი; ღვიძლის ციტოლიზი და ქოლესტაზი“. „სამი დრენაჟი, რომელიც აქვს მუცლის ღრუში, არის უმოქმედო. დაიწყო ანტიბიოტიკებით მკურნალობა.

16.09.2016 წ. განხორციელდა სანალვლე გზების მრტ კვლევა. ჩანს სანალვლე გზების გადაკვეთის გაუჩინარება. ქსოვილის დანაკარგი საკმაოდ მნიშვნელოვანია. მარცხენა წილი მნიშვნელოვნად ჰიპერტროფულია და ღვიძლის მარჯვენა მხარე არის ძალიან ატროფირებული. ყველაზე მარტივი იქნება გაფართოებული მარჯვენამხრივი ჰეპატექტომია 4 და 1 სეგმენტებში მარცხენა წილის არხის ან არხების მარყუჟების შექმნის მიზნით. დადგინდა სანალვლე გზების გაფართოება ღვიძლის შიგნით, ორივე წილში გადაკვეთის ადგილის თავზე, გადაბმის დონეზე არ იკვეთება არავითარი დაბრკოლება. მთავარი სანალვლე გზა არ არის გადიდებული. აღმოჩენილია ქოლანგიტური განვითარება გაურკვეველი მიზეზის გამო. დადასტურებულია მარჯვენა კარის ვენის თრომბოზი, პაციენტს არ შეუძლია იკვებოს პერორალური გზით. იგი იკვებება მხოლოდ ინტრავენური გზით. შემდეგ აღინიშნა სისხლდენა ღვიძლის მეექვსე სეგმენტიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში შემომავალი დრენაჟიდან, რომლის ბოლო განთავსებულია მეექვსე სეგმენტში. სისხლდენა გამოიწვია ამ დრენაჟის ამოღებამ, რაც ენდოსკოპის კონტროლის ქვეშ განხორციელდა. ქირურგმა მოახერხა დრენაჟის ამოღება და სისხლდენის კუპირება. პაციენტი თავს უკეთ გრძნობს სისხლის გადასხმის შემდეგ. ყველაზე მარტივი იქნება გაფართოებული მარჯვენამხრივი ჰეპატექტომია 4 და 1 სეგმენტებში მარცხენა წილის არხის ან არხების მარყუჟების შექმნის მიზნით. 04.10.2016 წ. ჩატარდა ოპერაცია: „მარჯვენამხრივი გაფართოებული ჰეპატექტომია, მე-4 და პირველ სეგმენტებში, Y ფორმის მარყუჟის შექმნა ღვიძლის მარცხენა სადინარზე პროქსიმალური ანტრო-დუოდენექტომია, გასტრო-ენტერო-ანასტომოზი მარყუჟის ფენიდან აღმავალი მიმართულებით, საკვები იეიუნოსტომია“. ოპერაციის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა პროგრესულად მძიმდება, ვითარდება ნაწლავური ფისტულა, პერორალური კვება ვერ ხერხდება, ვითარდება პერიტონიტი და მიუხედავად ჩატარებული კონსერვატიული თუ ქირურგული ჩარევისა (ლაპაროსტომის ფორმირება), 29.11.16 წელს დაფიქსირდა ბიოლოგიური სკვდილი.

მტკიცებულება, რომელსაც ეყრდნობა სასამართლო:

- სამედიცინო დოკუმენტაცია (ტ. 6, 7)

4.4. რეცენზენტთა შეფასებებით: 1. „შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ საქმე გვაქვს ლაპაროსკოპიისას მომხდარ სანალვლე სადინრის დაზიანებასთან“;

2. უმჯობესი იქნებოდა მეორე (13.12.15წ.) და მესამე (20.12.15წ.) ოპერაციებს

შორის ინტერვალში შესრულებულიყო. მაგნიტურ-რეზონანსული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია, რომელიც ასეთ შემთხვევებში ითვლება პირველად არჩევის პროცედურად, რათა ან დადასტურებულიყო სანალვლე გზების ინტაქტურობა ან აღმოჩენილიყო დაზიანების კერა, რათა შემდგომ მიზანმიმართულად წარმართულიყო მკურნალობა“;

3. „მიზანშეწონილი იქნებოდა ნაღვლგანტვირთვის მიზნით, მესამე ოპერაციამდე ენდოსკოპიური პაპილოსფინქტეროტომიის წარმოება, რა დროსაც შესაძლებელი იქნებოდა რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიის წარმოება, მით უფრო იმ სიტუაციაში, თუკი მრტ კვლევის ჩატარება ვერ ხერხდებოდა, იმ შემთხვევაში კი თუ დადგინდებოდა, რომ საქმე გვაქვს სანალვლე სადინრის რაიმე სახის შევიწროებასთან (ვთქვათ, კლიპსი ან ლიგატურა), მისაღები იქნებოდა ტრანსკუტანური ქოლანგიოსტომიის შესრულება და შესაძლებელი იქნებოდა სანალვლე სადინრის დაზიანებული უბნის სტენტირება“;

4. „არაა დასაბუთებული ქოლედექტომიისა და კერის დრენაჟის (20.12.15წ. ოპერაციის ოქმი) ჩადგმის ჩვენება. ყველა ექოლოგიურ კვლევაში, ქოლედოქის დიამეტრი მოცემულია 2-3 მმ; ასეთ შემთხვევაში ტექნიკურად ძნელადაა წარმოსადგენი, კერის დრენაჟის ადექვატურად მთავსება ქოლედოქში“;

5. „კონსილიუმის გადაწყვეტილებით, დაიგეგმა (მესამე ოპერაციიდან ანუ კერის დრენაჟის ჩადგმიდან მეორე დღესვე) კერის დრენაჟის ამოღება. რა გახდა მისი ამოღების მიზეზი ისტორიით ვერ ირკვევა“;

6. „გაურკვეველია, როდის იქნა ამოღებული კერის დრენაჟი, რამდენი და სად ჩადგმული დრენაჟებით ტოვებს პაციენტი დაწესებულებას“;

7. „არცერთი ოპერაციის ოქმში არაა აღწერილი ქოლედოქი, მისი ზომა, გვაქვს თუ არა საქმე რაიმე ფორმით დაზიანებასთან“;

8. „გაუგებარია ნაღვლის ბუშტის სარეცელთან მიტანილი ტამპონის როლი“;

სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ხარვეზები: 11.12.15 წ. შესრულდა სასწრაფო ოპერაცია: „ლაპარასკოპიული ქოლედისტექტომია, დრენირება“, რაც არ შეესაბამება სატიტულო გვერდზე დაფიქსირებულს „ლაპაროტომია“; 20.12.15 წ. შესრულებული ოპერაციის პროტოკოლის ტექსტში დაფიქსირებულია სეროზულ-ნაღვლოვანი ხასიათის სითხის არსებობა, თუმცა დიაგნოზში გამოტანილია ნაღვლოვან-ჩირქოვანი პერიტონიტი; „პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა“ არასრულყოფილია. არ ფიქსირდება ოპერაციის სახეობა, ამასთან, არ არის აღნიშნული თუ რა ინტრაოპერაციული სირთულეები და ინტრა თუ პოსტოპერაციული გართულებებია მოსალოდნელი; სატიტულო ფურცელზე კლინიკურ დიაგნოზში არ არის ნახსენები პერიტონიტი, ხოლო

დასკვნით დიაგნოზში გამოტანილია „მწვავე პერიტონიტი“; „როგორც კლინიკურ, ასევე დასკვნით დიაგნოზებში გამოტანილია ნაღვლის ბუშტის ემპიემა, მაშინ როდესაც ემპიემა არაა ნახსენები და არც აღწერილი ისტორიის წარმოების არცერთ ეტაპზე“; თანხმლები დაავადებების გრაფაში არ ფიქსირდება ექოლოგიურად დადასტურებული მარჯვენა თირკმლის კენჭის არსებობა; სტაციონარულ მკურნალობის გაგრძელებაზე უარი (11.12.15წ 30.12.15წ) არ არის დადასტურებული პაციენტის ხელმოწერით, რითაც დარღვეულია კანონი „საექიმო საქმიანობის“ შესახებ 46-ე მუხლის მოთხოვნა.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 74-ე მუხლის შესაბამისად, პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე, დაისვა შპს „ლ-----ის“ ექიმის, თ-----ის (სერტ. „ზოგადი ქირურგია“) პროფესიული პასუხისგებლობის საკითხი.

მტკიცებულება, რომელსაც ეყრდნობა სასამართლო:

- რეცენზია (ტ. 1, 138-152);

4.5. პროფესიული განვითარების საბჭოს 2018 წლის 6 დეკემბრის №- სხდომის ოქმით მიღებული გადაწყვეტილებით ექიმ თ-----ის სახელმწიფო სერთიფიკატის მოქმედების ვადა შეუჩერდა 2 თვით.

მტკიცებულება, რომელსაც ეყრდნობა სასამართლო:

- პროფესიული განვითარების საბჭოს 2018 წლის 6 დეკემბრის №- სხდომის ოქმი (ტ. 1, ს.ფ. 87-107);

სამოტივაციო ნაწილი

5. შემაჯამებელი სასამართლო დასკვნა

მხარეთა ახსნა-განმარტებების მოსმენის, სარჩელის ფაქტობრივი და სამართლებრივი საფუძვლიანობის შემოწმებისა და საქმეში არსებულ მტკიცებულებათა სამართლებრივი შეფასების შედეგად, სასამართლო მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ სარჩელი უსაფუძვლოა და არ უნდა დაკმაყოფილდეს.

6. კანონები, რომლებითაც სასამართლომ იხელმძღვანელა

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსი, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი, საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონი.

7. სამართლებრივი შეფასება

7.1 საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის 22-ე მუხლის

პირველი ნაწილის თანახმად, სარჩელი შეიძლება აღიძრას ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის ბათილად ცნობის მოთხოვნით.

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის მეორე მუხლის პირველი ნაწილის „დ“ ქვეპუნქტის თანახმად, ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტად ჩაითვლება ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ ადმინისტრაციული კანონმდებლობის საფუძველზე გამოცემული სამართლებრივი აქტი, რომელიც აწესებს, ცვლის, წყვეტს ან ადასტურებს პირის ან პირთა შეზღუდული წრის უფლებებსა და მოვალეობებს. ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტად ჩაითვლება აგრეთვე ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება მის უფლებამოსილებას მიკუთვნებული საკითხის დაკმაყოფილებაზე განმცხადებლისათვის უარის თქმის შესახებ, ასევე ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ გამოცემული ან დადასტურებული დოკუმენტი, რომელსაც შეიძლება მოჰყვეს სამართლებრივი შედეგი.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, მოსარჩელის მიერ სადავოდ ქცეული აქტი ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტია. შესაბამისად, დავის განხილვისას უნდა შემოწმდეს მისი შესაბამისობა საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით დადგენილი აქტის გამოცემის მომწესრიგებელ შესაბამის ნორმებთან.

7.2. საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 96-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, ადმინისტრაციული ორგანო ვალდებულია ადმინისტრაციული წარმოებისას გამოიკვლიოს საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე ყველა გარემოება და გადაწყვეტილება მიიღოს ამ გარემოებათა შეფასებისა და ურთიერთშეჯერების საფუძველზე. ამავე ნორმის მე-2 ნაწილის თანახმად, დაუშვებელია, ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემას საფუძვლად დაედოს ისეთი გარემოება ან ფაქტი, რომელიც კანონით დადგენილი წესით არ არის გამოკვლეული ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ.

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 103-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, თუ კანონით სხვა რამ არ არის დადგენილი, კოლეგიურ ორგანოში ადმინისტრაციული წარმოება მიმდინარეობს ამ კოდექსის VI თავით დადგენილი წესის შესაბამისად და ამ თავში აღნიშნული დებულებების გათვალისწინებით.

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 95-ე მუხლის პირველი და მე-2 ნაწილების თანახმად, ადმინისტრაციული ორგანო უფლებამოსილია ადმინისტრაციულ წარმოებაში ჩააბას დაინტერესებული მხარე მისი მოთხოვნის საფუძველზე, ხოლო კანონით განსაზღვრულ შემთხვევაში ვალდებულია უზრუნველყოს მისი მონაწილეობა ადმინისტრაციულ

წარმოებაში. ადმინისტრაციული ორგანო ვალდებულია ადმინისტრაციული წარმოების დაწყების შესახებ აცნობოს დაინტერესებულ მხარეს, თუ ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით შეიძლება გაუარესდეს მისი სამართლებრივი მდგომარეობა, და უზრუნველყოს მისი მონაწილეობა ადმინისტრაციულ წარმოებაში.

საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის 81-ე მუხლის თანახმად, ამ კანონით გათვალისწინებული დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის პროფესიული პასუხისმგებლობის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს საბჭო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 15 აგვისტოს №01-9/6 ბრძანებით დამტკიცებული „პროფესიული განვითარების საბჭოს“ დებულების მე-2 მუხლის „ღ“ ქვეპუნქტის თანახმად, განიხილავს სამედიცინო პერსონალის საქმიანობასთან დაკავშირებულ განცხადება-საჩივრებს, სააგენტოს მიერ შესწავლილი მასალების საფუძველზე იღებს გადაწყვეტილებას პროფესიული პასუხისმგებლობის თაობაზე.

საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის 85-ე მუხლის თანახმად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა განცხადებაში ან საჩივარში მითითებულ გარემოებებზე წერილობით უნდა გასცეს პასუხი, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა საბჭო გადაწყვეტს, რომ საკმარისია ზეპირი პასუხი. პასუხში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა გარკვევით უნდა აღნიშნოს, ეთანხმება თუ უარყოფს განცხადებაში ან საჩივარში მითითებულ გარემოებებს, აგრეთვე დაასაბუთოს თავისი შეხედულება და წარადგინოს გამამართლებელი გარემოებები. ამავე კანონის 86-ე მუხლის თანახმად, თუ საბჭო მიიჩნევს, რომ საკითხის გადასაწყვეტად საჭიროა ექსპერტიზა, მას უფლება აქვს მიიღოს განმარტებები შესაბამისი პირებისაგან, მიუხედავად მათი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. ექსპერტიზის ჩამტარებელი პირისათვის ანაზღაურების საკითხი გადაწყდება საბჭოსა და ექსპერტს შორის დადებული ხელშეკრულებით. შესაბამის საექიმო სპეციალობის ექიმთა პროფესიულ ასოციაციას, მოპასუხის თანხმობის შემთხვევაში ან მისი მოთხოვნით, უფლება აქვს მონაწილეობა მიიღოს განცხადების ან საჩივრის განხილვასა და გადაწყვეტილების გამოტანაში.

დადგენილია, რომ პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ საკითხის განხილვისას დაცული იქნა როგორც ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის ისე საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული პროცედურა. ექიმ თ-----ს ჩამოერთვა ახსნა-განმარტება, საბჭომ ასევე მოიპოვა რეცენზია; რეცენზიის თანახმად: 1. „შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ საქმე გვაქვს ლაპაროსკოპიისას მომხდარ სანალვლე სადინრის დაზიანებასთან“; 2. უმჯობესი იქნებოდა მეორე (13.12.15 წ.) და მესამე (20.12.15 წ.) ოპერაციებს

შორის ინტერვალში შესრულებულიყო. მაგნიტურ-რეზონანსული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია, რომელიც ასეთ შემთხვევებში ითვლება პირველად არჩევის პროცედურად, რათა ან დადასტურებულიყო სანაღვლე გზების ინტაქტურობა ან აღმოჩენილიყო დაზიანების კერა, რათა შემდგომ მიზანმიმართულად წარმართულიყო მკურნალობა“; 3. „მიზანშეწონილი იქნებოდა ნაღვლგანტვირთვის მიზნით, მესამე ოპერაციამდე ენდოსკოპიური პაპილოსფინქტეროტომიის წარმოება, რა დროსაც შესაძლებელი იქნებოდა რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიის წარმოება, მით უფრო იმ სიტუაციაში, თუკი მრტ კვლევის ჩატარება ვერ ხერხდებოდა, იმ შემთხვევაში კი თუ დადგინდებოდა, რომ საქმე გვაქვს სანაღვლე სადინრის რაიმე სახის შევიწროებასთან (ვთქვათ კლიპსი ან ლიგატურა), მისაღები იქნებოდა ტრანსკუტანური ქოლანგიოსტომის შესრულება და სულიშესაძლებელი იქნებოდა სანაღვლე სადინრის დაზიანებული უბნის სტენტირება; 4. „არაა დასაბუთებული ქოლედექტომიისა და კერის დრენაჟის (20.12.15წ ოპერაციის ოქმი) ჩადგმის ჩვენება. ყველა ექოლოგიურ კვლევაში, ქოლედოქის დიამეტრი მოცემულია 2-3 მმ. ასეთ შემთხვევაში ტექნიკურად ძნელადაა წარმოსადგენი, კერის დრენაჟის ადექვატურად მთავსება ქოლედოქში“; 5. „კონსილიუმის გადაწყვეტილებით, დაიგეგმა (მესამე ოპერაციიდან ანუ კერის დრენაჟის ჩადგმიდან მეორე დღესვე) კერის დრენაჟის ამოღება. რა გახდა მისი ამოღების მიზეზი ისტორიით ვერ ირკვევა“; 6. „გაურკვეველია, როდის იქნა ამოღებული კერის დრენაჟი, რამდენი და სად ჩადგმული დრენაჟებით ტოვებს პაციენტი დაწესებულებას“; 7. „არცერთი ოპერაციის ოქმში არაა აღწერილი ქოლედოქი, მისი ზომა, გვაქვს თუ არა საქმე რაიმე ფორმით დაზიანებასთან“; 8. „გაუგებარია ნაღვლის ბუშტის სარეცელთან მიტანილი ტამპონის როლი“; რეცენზიაში აღწერილ იქნა ასევე სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ხარვეზები.

დადგენილია, რომ საკითხის განხილვისას მოსმენილ იქნა როგორც თავად ექიმის, ისე რეცენზენტისა და სპეციალისტის მოსაზრებები.

სასამართლო აღნიშნავს, რომ ჩატარებული ადმინისტრაციული წარმოების შედეგად პროფესიული განვითარების საბჭომ 2018 წლის 6 დეკემბრის №-სხდომის ოქმით მიიღო გადაწყვეტილება პაციენტის მკურნალობის პროცესში მონაწილე ექიმს შეჩერებოდა სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება, ვინაიდან სახეზე იყო მკურნალობისას დაშვებული შეცდომა, ასევე ფიქსირდებოდა დარღვევა-ნაკლოვანებები სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების თვალსაზრისით.

საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის 73-ე მუხლის თანახმად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის პროფესიული პასუხისმგებლობა არის პაციენტის გამოკვლევასთან, მოვლასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური

ნორმების დარღვევისათვის გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. ამავე კანონის 74-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტების თანახმად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის გათვალისწინებულია პროფესიული პასუხისმგებლობის შემდეგი სახეები: სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება; ამავე კანონის 76-ე მუხლის თანახმად, სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება არის სახელმწიფო სერტიფიკატით ნებადართული დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დროებითი აკრძალვა. ამავე კანონის 77-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის თანახმად, სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერების საფუძველია მისი მფლობელის მიერ სახელმწიფო სერტიფიკატით განსაზღვრული პირობების ან სახელმწიფო სერტიფიკატით ნებადართული დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობისათვის საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების დარღვევა. ამავე მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება შეიძლება შეჩერდეს არა უმეტეს 6 თვისა.

სასამართლო თავდაპირველად აღნიშნავს, რომ პროფესიული განვითარების საბჭოს 2018 წლის 6 დეკემბრის №- სხდომის ოქმით მიღებული გადაწყვეტილება თ-----ის სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერების თაობაზე, ასევე შეესაბამება საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის 77-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის მოთხოვნებს, ვინაიდან ჩატარებული ადმინისტრაციული წარმოების შედეგად დადგენილი დარღვევა-ნაკლოვანებები იძლეოდა სწორედ ამგვარი სახდელის შეფარდების შესაძლებლობას.

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლის „ო“ ქვეპუნქტის თანახმად, მცდარი სამედიცინო ქმედება არის ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა. ამავე კანონის 50-ე მუხლის თანახმად, მცდარი სამედიცინო ქმედებისათვის ექიმი პასუხს აგებს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

სასამართლო ვერ გაიზიარებს მოსარჩელის მოსაზრებას თ-----ისათვის სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერების ნაწილში სახდელის სახესთან მიმართებით და აღნიშნავს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ჟ“ ქვეპუნქტის თანახმად, პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა არის გვამის გაკვეთა სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმის მიერ სიკვდილის მიზეზის ან/და დაავადების დიაგნოზის დადგენის, სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით. ამავე კანონის 153-ე მუხლის თანახმად, პათოლოგიურ-ანატომიურ გაკვეთას ახორციელებს სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმი სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც

ფლობს სათანადო საქმიანობის ლიცენზიას. გაკვეთა აუცილებელია, თუ არის ეჭვი განსაკუთრებით საშიში ინფექციით გამოწვეულ სიკვდილზე. ყველა სხვა შემთხვევაში პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა ხორციელდება რელიგიური ან სხვა მოტივების, აგრეთვე გარდაცვლილის მიერ სიცოცხლეში გაცხადებული ნების გათვალისწინებით, ან მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით. აღნიშნულიდან გამომდინარე, უდავოა, რომ სიკვდილის უშუალო მიზეზად სამედიცინო შეცდომის დადგენის ერთადერთი საშუალება პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა გვევლინება, რაც მოცემულ შემთხვევაში არ ჩატარებულა. გარდა ამისა, წარმოდგენილი დოკუმენტაციით, მათ შორის საფრანგეთის რენის კლინიკაში ჩატარებული სამედიცინო დამხმარების ამსახველი დოკუმენტაციით, უტყუარად შეუძლებელია დადგინდეს ის ფაქტი, რომ ლ-----ის ჯანმრთელობის მდგომარეობის იმგვარი გაუარესების მიზეზი, რასაც შედეგად მისი გადაცვალება მოჰყვა, უშუალოდ თ-----ის მიერ ჩატარებული ოპერაციული ჩარევის შედეგია.

მოპასუხე ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ საკითხის გადაწყვეტისას დადასტურებულად იქნა მიჩნეული ის გარემოება, რომ სახეზე იყო სამედიცინო მანიპულაციების დროს დაშვებული რიგი შეცდომები (სადინარის შესაძლო დაზიანება, არასწორი დრენირება და სხვ.), თუმცა მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი ექიმის მიერ ჩატარებულ მანიპულაციებისა და დამდგარ შედეგს შორის პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთის გარეშე ვერ დადგინდებოდა. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ვინაიდან სახეზე იყო ექიმის მიერ სახელმწიფო სერტიფიკატით ნებადართული დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობისათვის საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების დარღვევა, პროფესიული განვითარების საბჭოს 2018 წლის 6 დეკემბრის №- სხდომის ოქმით მიღებული გადაწყვეტილება თ-----ისათვის სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერების ნაწილში შეესაბამება ადმინისტრაციული წარმოებისას გამოკვლეულ გარემოებების სამართლებრივ შეფასებას.

7.3. საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის 32-ე მუხლის პირველი ნაწილის შესაბამისად, ამ კოდექსის 22-ე მუხლში აღნიშნულ სარჩელთან დაკავშირებით სასამართლო უფლებამოსილია გამოიტანოს გადაწყვეტილება ადმინისტრაციული აქტის ბათილად ცნობის შესახებ თუ ადმინისტრაციული აქტი ეწინააღმდეგება კანონს და ის პირდაპირ და უშუალო (ინდივიდუალურ) ზიანს აყენებს მოსარჩელის კანონიერ უფლებას, ან ინტერესს ან უკანონოდ ზღუდავს მას.

სასამართლო აღნიშნავს, რომ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის ბათილად ცნობის საფუძვლები მოცემულია საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 60¹ მუხლით. აღნიშნული ნორმის პირველი ნაწილის თანახმად, ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი ბათილია, თუ იგი ეწინააღმდეგება კანონს, ან არსებითად დარღვეულია მისი მომზადებისა ან

გამოცემის კანონმდებლობით დადგენილი სხვა მოთხოვნები. ამავე მუხლის მე-2 ნაწილის თანახმად ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის მომზადების ან გამოცემის წესის არსებით დარღვევად ჩითვლება ადმინისტრაციულ სამართლებრივი აქტის გამოცემა ამ კოდექსის 32-ე ან 34-ე მუხლით გათვალისწინებული წესის დარღვევით ჩატარებულ სხდომაზე ან კანონით გათვალისწინებული ადმინისტრაციული სახის დარღვევით, ანდა კანონის ისეთი დარღვევა, რომლის არარსებობის შემთხვევაში მოცემულ საქმეზე მიღებული იქნებოდა სხვაგვარი გადაწყვეტილება.

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 53-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, წერილობითი ფორმით გამოცემული ინდივიდუალური-ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი უნდა შეიცავდეს წერილობით დასაბუთებას; ამავე მუხლის მე-4 ნაწილის შესაბამისად, თუ ადმინისტრაციული ორგანო ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემისას მოქმედებდა დისკრეციული უფლებამოსილების ფარგლებში, წერილობით დასაბუთებაში მიეთითება ყველა ის ფაქტობრივი გარემოება, რომელსაც არსებითი მნიშვნელობა ჰქონდა ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემისას.

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის მე-2 მუხლის პირველი ნაწილის „ლ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, დისკრეციულ უფლებამოსილებას წარმოადგენს უფლებამოსილება, რომელიც ადმინისტრაციულ ორგანოს ან თანამდებობის პირს ანიჭებს თავისუფლებას საჯარო და კერძო ინტერესების დაცვის საფუძველზე კანონმდებლობის შესაბამისი რამდენიმე გადაწყვეტილებიდან შეარჩიოს ყველაზე მისაღები გადაწყვეტილება. ხოლო ამავე კოდექსის მე-6-მე-7 მუხლებით განისაზღვრება დისკრეციული უფლებამოსილების განხორციელების წესი და პირობები. სასამართლო განმარტავს, რომ ადმინისტრაციული ორგანოს დისკრეციულ უფლებამოსილებასთან გვაქვს საქმე, როდესაც სამართლის ნორმის ფაქტობრივი შემადგენლობისა და ფაქტის შესაბამისობის დადგენის შემთხვევაში, მას რჩება შესაძლებლობა, აირჩიოს მისაღები ღონისძიება. ასეთ შემთხვევაში კანონი ერთ კონკრეტულ სამართლებრივ შედეგს არ განსაზღვრავს, არამედ ადმინისტრაციულ ორგანოს ანიჭებს უფლებამოსილებას, თვითონ განსაზღვროს სამართლებრივი შედეგები, იმდენად, რამდენადაც ორ ან რამდენიმე შესაძლო სამართლებრივ შედეგს ადგენს და აძლევს ორგანოს შესაძლებლობას, აირჩიოს ყველაზე მისაღები საშუალება. სასამართლო აღნიშნავს, რომ ადმინისტრაციული ორგანოს დისკრეციულმა უფლებამოსილებამ შეიძლება მოიცვას ადმინისტრაციული ორგანოს არჩევანის შესაძლებლობა - კონკრეტულ შემთხვევაში განახორციელოს თუ არა რაიმე ღონისძიება ან მისაღები ღონისძიებებიდან რომელი გამოიყენოს.

საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის 77-ე მუხლის მე-2 პუნქტის

თანახმად, სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება შეიძლება შეჩერდეს არა უმეტეს 6 თვისა. ამდენად, კანონმდებლობა ადმინისტრაციულ ორგანოს ანიჭებს შესაძლებლობას ექიმის მიერ საექიმო საქმიანობისათვის საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების დარღვევის ჩადენის დადასტურების პირობებში, დადგენილი დარღვევის შესაბამისად განსაზღვროს სახდელის სახე და ოდენობა კანონით დადგენილ ფარგლებში. აღნიშნული წარმოადგენს ადმინისტრაციული ორგანოს დისკრეციულ უფლებამოსილებას, რაც აუცილებლად საჭიროებს სათანადო დასაბუთებას.

„დისკრეციული უფლებამოსილების ფარგლებში გადაწყვეტილების მიღება ავალდებულებს სანქციის შემფარდებელ ორგანოს გაითვალისწინოს დისკრეციული უფლებამოსილების გამოყენების წესები. პასუხისმგებლობის დაკისრებისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მისი პროპორციულობა და თანაზომიერება, პასუხისმგებლობის შემამსუბუქებელი გარემოებანი, მისი შეფარდებამდე დარღვევის არ არსებობა, გადაცდომის სიმძიმე, პიროვნება, რაც საბოლოო ჯამში განაპირობებს პროფესიული პასუხისმგებლობის გამოყენებული სახის ადექვატურობას. დისკრეციული უფლებამოსილების ფარგლებში გადაწყვეტილების მიღება ავალდებულებდა ადმინისტრაციულ ორგანოს საჯარო და კერძო ინტერესების დაცვის საფუძველზე კანონმდებლობის შესაბამისად რამდენიმე გადაწყვეტილებიდან შეერჩია ყველაზე მისაღები. პროფესიული პასუხისმგებლობის ალტერნატიული ზომის არსებობა მიუთითებს უფრო მკაცრი სახის პასუხისმგებლობის გამოყენების შესაძლებლობას იმ შემთხვევაში, თუ ნაკლებად მკაცრი სახის სანქცია ვერ უზრუნველყოფს სახდელის მიზნის მიღწევის შესაძლებლობას. მცდარი საექიმო ქმედება არის შემთხვევითი, იურიდიული მნიშვნელობის მქონე, ემპირიული მოვლენა, რომლის დადგენა ხდება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში. საკასაციო პალატა თვლის, რომ ყველა დამდგარი არასასურველი შედეგი ვერ იქნება მიჩნეული მცდარი სამედიცინო ქმედების რეზულტატად. სამედიცინო შეცდომად განიხილება მხოლოდ ისეთი არასწორი ქმედება, რომელიც მიყენებულ ზიანთან უშუალო მიზეზობრივ კავშირში იმყოფება..... საკასაციო სასამართლო აღნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურების გაწევა ობიექტურად შეიცავს ზიანის მიყენების შესაძლებლობას. ამდენად, სამედიცინო სფეროს მუშაკის საქმიანობა შეიცავს გარკვეულ რისკებს, დაკავშირებულს მკურნალობის პროცესში დაშვებულ შეცდომასთან. საექიმო შეცდომის განვრცობითი განმარტება, საექიმო ქმედების მცდარად მიჩნევა მხოლოდ მკურნალობის არასასურველი შედეგის მიხედვით გამოიწვევს ვითარებას, როდესაც მკურნალობის დადებითი შედეგის მიღწევაში ყველანაირი ხელისშემშლელი ფაქტორები (კერძოდ, მედიცინის თანამედროვე განვითარების საფუძველზე კვლევის მეთოდების არასრულყოფილება, სამედიცინო დისკრეციის ფარგლებში მიღებული ნებისმიერი გადაწყვეტილება, გამართლებული სამედიცინო რისკის გაწევა, ჯანდაცვის ორგანიზაციული, ეკონომიური სირთულეები) წარმოუშობს ექიმებს უსაფუძვლო

ვალდებულებებს“ (სუს-ის ბს-229-226 (კ-14) 11.12.2014 წ.განჩინება).

სასამართლო აღნიშნავს, რომ გადაცდომის შეფასების ნაწილში ადმინისტრაციული ორგანო სარგებლობს ფართო დისკრეციით და მას ეძლევა შესაძლებლობა საქმის ყოველმხრივი, სრული და ობიექტური შესწავლის შედეგად, შინაგანი რწმენის საფუძველზე, განსაზღვროს გადაცდომის ხარისხი. სახდელის დაკისრებისა და გადაცდომის შეფასების პროცესში, მხედველობაში იღებს მის პროპორციულობას და თანაზომიერებას, პასუხისმგებლობის შემამსუბუქებელ გარემოებებს, სამართალდარღვევის სიმძიმეს, სამართალდარღვევის ჩამდენის პიროვნებას, რაც საბოლოო ჯამში განაპირობებს გამოყენებული სანქციის ადეკვატურობას. სახდელის შეფარდებისა და შეფასების პროცესში, მით უფრო, დისკრეციული უფლებამოსილების ფარგლების გამოყენებისას, ყოველთვის ხდება სახდელის მიზნის გათვალისწინება. სასამართლოს მოსაზრებით, ყოველი კონკრეტული საქმის განხილვის პროცესში, ადმინისტრაციული ორგანო ვალდებულია, გაითვალისწინოს არსებული სიტუაციის თავისებურება, გადაცდომის ხასიათი და სახდელის შეფარდებისას იხელმძღვანელოს თანაზომიერების პრინციპით, რაც გამოიხატება კანონით დაცულ ინტერესებს შორის ბალანსის დადგენაში.

სასამართლოს მიაჩნია, რომ მოცემულ შემთხვევაში ადგილი არ აქვს საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის მე-60¹ მუხლით გათვალისწინებულ კანონის დარღვევას. შესაბამისად, არ არსებობს პროფესიული განვითარების საბჭოს 2018 წლის 6 დეკემბრის №- სხდომის ოქმით მიღებული გადაწყვეტილების ბათილად ცნობის სამართლებრივი საფუძველი.

7.4. საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის 33-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, თუ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემაზე უარი კანონს ეწინააღმდეგება ან დარღვეულია მისი გამოცემის ვადა და ეს პირდაპირ და უშუალო (ინდივიდუალურ) ზიანს აყენებს მოსარჩელის კანონიერ უფლებას ან ინტერესს, სასამართლო ამ კოდექსის 23-ე მუხლში აღნიშნულ სარჩელთან დაკავშირებით გამოიტანს გადაწყვეტილებას, რომლითაც ადმინისტრაციულ ორგანოს ავალებს, გამოსცეს ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი. მხარის მოთხოვნით სასამართლო ადგენს ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემის ვადას.

მოსარჩელე ითხოვს მოპასუხეს დაევალოს გამოსცეს ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი ექიმ თ-----ისათვის სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმების თაობაზე;

საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის 79-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტის თანახმად, სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმების

საფუძველია სახელმწიფო სერტიფიკატის მფლობელის მიერ ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესების სისტემატური ან ერთჯერადი მძიმე დარღვევა, თუ ამ უკანასკნელს მოჰყვა პაციენტის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გაუარესება ან სიკვდილი ანდა პაციენტისათვის მატერიალური ზიანის მიყენება.

სასამართლო ყურადღებას ამახვილებს იმ ფაქტზე, რომ, როგორც რეცენზენტის, ისე სპეციალისტის მიერ დადასტურებულ იქნა, რომ მწვავე ქოლერისტიკის დროს ნაღვლის ბუშტის ამოკვეთა რეკომენდებულია. ამ ოპერაციას ქოლერისტიკტომიას უწოდებენ, ხოლო ოპერაციული მეთოდებია ლაპარასკოპიული ქოლერისტიკტომია და ღია ქოლერისტიკტომია, რომლებიც გამართლებულია მწვავე ქოლერისტიკის დროს. შერჩევა ხდება ექიმისა და პაციენტის შეთანხმებით. რეცენზენტმა სასამართლო სხდომაზე ასევე განმარტა, რომ მე-2 და მე-3 ოპერაციებს შორის, როდესაც ნაღვლის დენა განმეორდა, MRT კვლევით შესაძლოა აღმოჩენილიყო დაზიანების კერა, რაც ექიმს მისცემდა შესაძლებლობას ნაღველი შემოფარგლულიყო და გარეთ გამოსულიყო. რაც შეეხება თ-----ის მიერ განხორციელებულ საექიმო ჩარევებს, როგორც სპეციალისტის, ისე რეცენზენტის განმარტებით დადგინდა შემდეგი: საერთო ჯამში ოპერაციული ჩარევა (სამი ოპერაცია) შესრულებულ იქნა არსებითი ხარვეზების გარეშე. ქოლერისტიკტომიის შემდეგ პაციენტის დრენაჟით გაწერა დასაშვებია, ვინაიდან შემდგომი მკურნალობა ასევე ატარებს აღდგენით ხასიათს (ფისტულის ჩამოყალიბება, რეკონსტრუქცია), რასაც გარკვეული დრო სჭირდება. გარდა ამისა, სპეციალისტმა ნოდარ ლომიძემ ყურადღება გაამახვილა იმ ფაქტზე, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციის ჩანაწერების მიხედვით 28.12.2015 წ. პაციენტის მდგომარეობა აღწერილია დამაკმაყოფილებლად. მანვე ასევე აღნიშნა, რომ ქოლერისტიკტომიის დროს სანაღვლე გზების დაზიანების ფაქტები ცნობილია როგორც პრაქტიკით, ისე მოცემულია თეორიაში. სპეციალისტმა ასევე განმარტა, რომ სანაღვლე გზების დაზიანების შემდეგ მისი რეკონსტრუქცია მოითხოვს კომპლექსური ქმედებების განხორციელებას და დროში გაწერილი პროცესია. რეკონსტრუქციის წარმატებით ჩატარება დამოკიდებულია როგორც სწორ მკურნალობაზე, ისე - ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე. სპეციალისტს ადმინისტრაციული წარმოებისას გამართულ სხდომაზე გამოთქმული აქვს ვარაუდი, რომ შესაძლოა არსებობდა მძიმე პათოლოგია როგორიცაა, - მასკლეროზირებული ქოლანგიტი. რაც შეეხება მოსარჩელის ვარაუდს, რომ ავადმყოფს შპს ლ-----იდან გაწერისას ჰქონდა პერიტონიტი, რაც არ იქნა მხედველობაში მიღებული ექიმის მიერ, სპეციალისტმა უარყო ამგვარი შესაძლებლობის არსებობა, თავად პერიტონიტის პროგრესირების მახასიათებლების გათვალისწინებით.

სასამართლო აღნიშნავს, რომ სასამართლოში დავის განხილვისას მოსმენილ იქნა როგორც რეცენზენტის, ისე სპეციალისტის განმარტებები, რომლებიც

ეფუძნება საქმეში არსებული მტკიცებულებების პროფესიულ შეფასებას. მიუხედავად იმისა, რომ სპეციალისტების მიერ დაფიქსირებულია საექიმო საქმიანობის განხორციელებისას დაშვებული შეცდომა, უტყუარად იმ ფაქტის დადასტურება, რომ სწორედ ამ შეცდომას (სანაღვლე გზის დაზიანება ოპერაციისას) ან შემდგომ მკურნალობას შედეგად პაციენტის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გაუარესება ან სიკვდილი მოჰყვა, არც სპეციალისტების მიერ და არც საქმეში დაცული დოკუმენტაციით დადასტურებულა. საფრანგეთის რენის კლინიკის ჩანაწერებიც შეიცავს მხოლოდ ვარაუდს ჩატარებული ქოლევისტექტომიისას შესაძლო დაზიანების არსებობაზე, რაც უტყუარად ვერ იქნება მიჩნეული შემდგომში განვითარებული გართულებების მიზეზად.

სასამართლოს მოსაზრებით, ის ფაქტი, რომ ლ-----ეს შპს ლ-----იდან გაწერის შემდეგ ჩატარებული აქვს არაერთი ოპერაცია და სამედიცინო ჩარევა, რამაც ვერც ერთ შემთხვევაში დადებითი შედეგი ვერ გამოიღო, იძლევა იმ ვარაუდის დადასტურების შესაძლებლობას, რომ პაციენტის ჯანმრთელობის გართულება მისი ორგანიზმის მდგომარეობის შედეგია. სასამართლო მიიჩნევს, რომ პაციენტი ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ საჭიროებდა განგრძობად აღდგენით მკურნალობას, რომლის წარმატებით ჩატარება, მეტწილად, დამოკიდებულია ორგანიზმის საერთო მდგომარეობაზე.

სასამართლო მიიჩნევს, რომ თ-----ის მიერ განხორციელებულ საექიმო ქმედებებში სამედიცინო სტანდარტების მძიმე დარღვევა არ ფიქსირდება; შესაბამისად, თ-----ის მიერ განხორციელებულ საექიმო ქმედებებსა და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას ან სიკვდილს შორის კავშირი დადგენილი არ არის.

სასამართლო მიიჩნევს, რომ ვინაიდან არ არის დადასტურებული გასაჩივრებული აქტის მომზადება-გამოცემის წესის არსებითი დარღვევის ფაქტი, ამასთან, საქმის განხილვისას არ დადასტურებულა რაიმე ისეთი გარემოება, რაც ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილების კანონშეუსაბამობას, ან სხვაგვარი გადაწყვეტილების (მაგ.: სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება) მიღების შესაძლებლობას შექმნიდა, სასარჩელო მოთხოვნა ახალი ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემის დავალების თაობაზე, უსაფუძვლოა და არ უნდა დაკმაყოფილდეს.

8. საპროცესო ხარჯები

საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 55-ე მუხლის მე-2 ნაწილის თანახმად, სარჩელზე უარის თქმისას სასამართლოს მიერ გაწეული ხარჯები გადახდება მოსარჩელეს სახელმწიფო ბიუჯეტის სასარგებლოდ.

სარეზოლუციო ნაწილი

სასამართლომ იხელმძღვანელა საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის პირველი მუხლით, მე-2, 22-ე, 23-ე, 32-ე, 33-ე, მუხლებით და საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 55-ე, 242-244-ე, 248-249-ე, 257-ე, 369-ე მუხლებით და

გ ა დ ა წ ყ ვ ი ტ ა:

1. მ-----ის სარჩელი არ დაკმაყოფილდეს;
2. სარჩელზე გადახდილი სახელმწიფო ბაჟი დარჩეს უცვლელად;
3. გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს დასაბუთებული გადაწყვეტილების მხარეთათვის გადაცემის მომენტიდან 14 (თოთხმეტი) დღის ვადაში თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის მეშვეობით (მდებარე: ქ.თბილისი, დავით აღმაშენებლის ხეივანი №64) თბილისის სააპელაციო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა პალატაში (მდებარე: ქ.თბილისი, გრიგოლ რობაქიძის გამზ. №-ა).

მოსამართლე

ნინო ბუაჩიძე