

უპილეუსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ეპილეფსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის

1. დეფინიციის

ეპილეფსია – თავის ტვინის ქრონიკული ნევროლოგიური დაავადებებიდან ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მდგომარეობაა. იგი შეიძლება განუვითარდეს ნებისმიერი ასაკის, სქესისა და სოციალური ფენის ადამიანს. საქართველოში ეპილეფსიის გავრცელების მაჩვენებელია 5-6 დაავადებული ყოველ 1000 მოსახლეზე (დაახლოებით 40 000). ავადობა ყველაზე ხშირია ადრეული ბავშვობისა (3 წლამდე) და სასკოლო ასაკის (7-16 წწ) ბავშვებში.

ეპილეფსიის მართვაში პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციას წარმოადგენს დაავადების გამოვლენის, მკურნალობის პროცესის წარმართვის, მეთვალყურეობის, პროფილაქტიკისა და რეაბილიტაციის ხელშემწყობი ღონისძიებების გატარება შესაბამისი კომპეტენციის ფარგლებში;

ოჯახის ექიმი ძირითად როლს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დაავადების დროული გამოვლენის პროცესში; იგი მეთვალყურეობას უწევს ეპილეფსიით დაავადებული პირის მკურნალობის მიმდინარეობის, ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის ცვლილებათა პროცესს და სათანადო ინფორმაციას სისტემატურად აწვდის ნევროლოგს.

პაციენტის მკურნალობისა და ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის მეთვალყურეობაში **ოჯახის ექიმს** მნიშვნელოვან დახმარებას უწევს **ექიანი**, რომელიც ყველაზე ხშირად ეკონტაქტება პაციენტს, დაავადებულის შესახებ შესაბამისი კომპეტენციის ფარგლებში აგროვებს ინფორმაციას, დაავადებულს უმოწმებს მკურნალობის რეჟიმს, აღნიშნულ ინფორმაციას აწვდის ოჯახის ექიმს.

2. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

ეპილეფსიის კარდინალური ნიშანია ეპილეფსიური გულყრა. გულყრა შეიძლება იყოს კრუნჩხვითი ან არაკრუნჩხვითი.

ეპილეფსიური გულყრის ძირითადი მახასიათებლებია: პაროქსიზმულობა, განმეორებადობა, სტერეოტიპურობა.

ეპილეფსიური გულყრები მრავალნაირია და ვლინდება ტონურ-კლონური კრუნჩხვებით, ცნობიერების ხანმოკლე (5-10 წამი) დათრგუნვით, უეცარი ხანმოკლე აგზნებით ან მზერის ხანმოკლე გაშტერებით, არაადეკვატური მოქმედებით, სხვადასხვა შეგრძნებებით.

3. სიმპტომები და ნიშნები

ეპილეფსიის გამოვლენა პჯდ-დონეზე:

ეპილეფსიური გულყრების მსგავსი სიმპტომები ეპილეფსიის გარდა სხვა პაროქსიზმულ მდგომარეობებზეც ახასიათებს. ეპილეფსიური და არაეპილეფსიური შეტევების დიფერენცირებას და ეპილეფსიური გულყრების ამოცნობას კარდინალური მნიშვნელობა აქვს პაციენტის დროული

დიაგნოსტიკის, ადეკვატური მკურნალობის ეფექტურობის, ფსიქო-სოციალური სრულფასოვნების შენარჩუნებისა და სრული გამოჯანმრთელებისათვის.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ეპილევსიური და არაეპილევსიური შეტევების დიფერენცირებისათვის ეპილევსიასთან მეტროპოლი საერთაშორისო ბიუროს (IBE) მიერ მოწოდებულია სკრინინგ-კითხვარი, რომელიც ოჯახის ექიმს ეხმარება ეპილევსიის გამოვლენაში (იხ. დანართი №1)

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში, მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ, ეპილევსიის სინდრომოლოგიური დიაგნოზის შესაბამისი ანტიკონვულსიური მკურნალობის დანიშვნის შემდეგ, ნევროლოგმა თვალყური უნდა ადევნოს დაავადების მიმდინარეობას, ეპილევტოლოგთან შეთანხმებით უნდა დაგეგმოს დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული კვლევებისა და კონსულტაციების გრაფიკი და მონიტორინგისათვის გადასცეს ოჯახის ექიმს. აღნიშნულის შემდეგ პაციენტისა და მისი მკურნალობის მეთვალყურეობა უნდა აწარმოოს ოჯახის ექიმმა და ექთანმა სათანადო გრაფიკის მიხედვით.

1. გეგმიური კონსულტაციები და კვლევები კუპირებული ბულჰრების შემთხვევაში

№	ქმედება	მკურნალობის პირველი წელი	მკურნალობის შემდგომი წლები
1	ნევროლოგის კონსულტაცია	4 თვეში- 1-ჯერ	6 თვეში- 1-ჯერ
2	ეგზ-გამოკვლევა	4 თვეში- 1-ჯერ	6 თვეში- 1-ჯერ
3	ნეიროფსიქოლოგიური კვლევა	6 თვეში- 1-ჯერ	წელიწადში 1-ჯერ
4	სისხლის საერთო ანალიზი	6 თვეში- 1-ჯერ	წელიწადში 1-ჯერ
5	შარდის საერთო ანალიზი	6 თვეში- 1-ჯერ	წელიწადში 1-ჯერ
6	ღვიძლის ფუნქციების განსაზღვრა (ALT, AST, ბილირუბინი)	6 თვეში- 1-ჯერ	წელიწადში 1-ჯერ
7	სისხლში ანტიკონვულსანტის კონცენტრაციის განსაზღვრა	6 თვეში- 1-ჯერ	წელიწადში 1-ჯერ
8	სხვა კვლევები (საჭიროების მიხედვით)		

ეპილევსიის ეფექტური მართვა, ადეკვატურ მკურნალობასთან ერთად, ეპილევსიის მიმართ პაციენტისა და საზოგადოების არაადეკვატური შეხედულებებისა და დაავადებისადმი არასწორი დამოკიდებულებების მართვასაც გულისხმობს.

ეპილევსიის მკურნალობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტის წარმოდგენებს დაავადების შესახებ; არასწორი წარმოდგენები ხშირად ხდება პაციენტის მკურნალობისადმი დაუმორჩილებლობისა და მკურნალობის რეჟიმის დარღვევის მიზეზი. რეჟიმის დარღვევა კიდევ უფრო აუარესებს პაციენტის მდგომარეობას და ამტკიცებს მის რწმენას გამოჯანმრთელების შეუძლებლობის შესახებ.

ამიტომ, ოჯახის ექიმის ექთნის მიერ უნდა ხდებოდეს ეპილევსიის მიზეზით პაციენტისათვის პრობლემური საკითხების გამოვლენა და ოჯახის ექიმისათვის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება.

ოჯახის ექიმის ექიანი

- ინფორმაციას აგროვებს დაავადებულისა და მისი ოჯახური მდგომარეობის შესახებ, აწარმოებს მის მუდმივ მეთვალყურეობას და აღნიშნულ ინფორმაციას აწვდის ოჯახის ექიმს;
- მკურნალობის პროცესში ოჯახის ექიმს აქტიურად ეხმარება პაციენტის სხვადასხვა სახის სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური ხასიათის პრობლემების გამოვლენასა და კონკრეტულ საჭიროებათა განსაზღვრაში;
- დაავადებულს უმოწმებს მკურნალობის რეჟიმს და აღნიშნულ ინფორმაციას ყოველთვიურად აწვდის ოჯახის ექიმს.

ექთნის მიერ პაციენტის მკურნალობისა და ცხოვრების რეჟიმის შესახებ ინფორმაციის შეკრება შესაძლებელია ეპილეფსიასთან მებრძოლი საერთაშორისო ბიუროს (IBE) მიერ მოწოდებულია სკრინინგ-კითხვარით (იხ. დანართი 2).

5. მკურნალობის მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

ოჯახის ექიმი

- ახდენს ეპილეფსიის ყველა საეჭვო შემთხვევის გამოვლენას და დიაგნოზის დასაზუსტებლად პაციენტს მიმართავს ნევროლოგთან;
- მიმდინარე მეთვალყურეობას უწევს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში დიაგნოსტირებულ და ადეკვატურ ანტიკონვულსიურ თერაპიაზე მყოფ ეპილეფსიით დაავადებულ პირს;
- პაციენტის შესახებ ინფორმაციას 3 თვეში ერთხელ აწვდის ნევროლოგს;
- ადგენს თითოეული პაციენტის გეგმიური კონსულტაციების გრაფიკს, ათანხმებს ნევროლოგთან და აწარმოებს გამოკვლევების შესრულების მონიტორინგს შესაბამისი სქემებით.

პაციენტზე მიმდინარე მეთვალყურეობისათვის ეპილეფსიასთან მებრძოლი საერთაშორისო ბიუროს (IBE) მიერ მოწოდებულია სპეციალური სქემა, რომელსაც ავსებს ოჯახის ექიმი და შედეგების მიხედვით აწარმოებს შემდგომ ქმედებებს (იხ. დანართი 3).

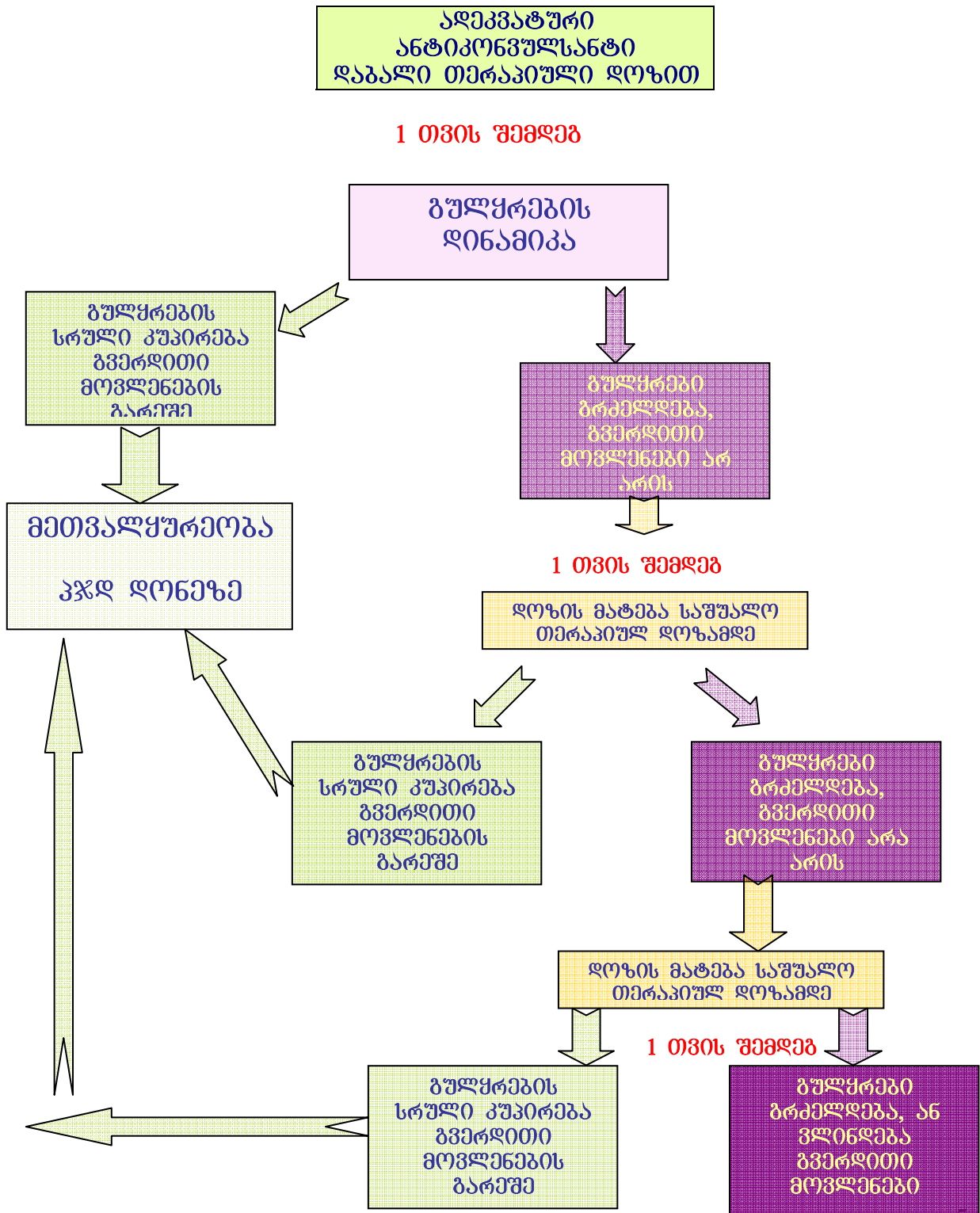
ნევროლოგი (არარეჟიმური)

- ხელმძღვანელობს გაფართოებული მეთვალყურეობის სქემებით;
- საჭიროების შემთხვევაში ახდენს ადეკვატური ანტიეპილეფსიური პრეპარატის დოზის კორექციას;
- დაავადებულის ოჯახის წევრებსა და/ან მეურვეს აწვდის სრულ ინფორმაციას პაციენტის მდგომარეობის შესახებ, ასევე იმ ღონისძიებების თაობაზე, რომლებიც უნდა გატარდეს მკურნალობის რეჟიმის დარღვევის, პრეპარატის გამოტოვების ან სხვა (გასტროინტესტინური პრობლემები, ვირუსული ინფექციები, აცრები, რესპირატორული დაავადებები) შემთხვევებში.

აქტიურად თანამშრომლობს სპეციალიზირებულ დაწესებულებასთან, საჭიროების შემთხვევაში ორგანიზებას უკეთებს რთული შემთხვევების მულტიდისციპლინურ განხილვას, მონაწილეობს საგანმანათლებლო დისკუსიებსა და კონფერენციებში ნევროლოგი ავსებს ეპილეფსიით დაავადებულების მონიტორინგის სქემას და აღნიშნულ ინფორმაციას 6 თვეში ერთხელ აწვდის სპეციალიზირებულ დაწესებულებას (იხ. დანართი 4);

ადეკვატური ანტიეპილეფსიური მეურნალობისას პრეპარატის დოზის კორექციის პროცესში ნევროლოგი ხელმძღვანელობს შემდეგი სქემით:

აქდ-ღონეზე ადეკვატური ანტიეპილეფსიური პრეპარატის დოზის კორექციის ალგორითმი





**მიმართვა სპეციალიზირებულ
დაწესებულებაში**

ეპილეფსიით დაავადებულ ბავშვებს, ანტიეპილეფსიურ მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად სწავლისა და ქცევის პრობლემები. ასეთი ჩივილების გამოვლენისთანავე პაციენტი უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში ნეიროფსიქოლოგიური გამოკვლევისათვის.

სოციალური მუშაკი არის პიროვნება, რომელიც ხელს უწყობს ეპილეფსიით გამოწვეული სოციალური პრობლემების გადაწყვეტას, ან პრობლემის სიმწვავის შემცირებას. სოციალური მუშაკი იყენებს ოჯახის ექიმის, ექთონისა და სპეციალისტის მიერ კონკრეტული პაციენტისათვის განსაზღვრული მნიშვნელოვანი ფსიქო-სოციალური საკითხის გადასაწყვეტად შემუშავებულ ფორმატს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა უზრუნველყოფს ეპილეფსიის შესახებ სამედიცინო და სოციალური ინფორმაციის მოპოვება-შეგროვებას; ახდენს ინფორმაციის სისტემატიზაციას და გეგმავს შესაბამის საზოგადოებრივ ჯანდაცვით ღონისძიებებს სხვადასხვა მიზნობრივი ჯგუფების მიხედვით, რათა შეამციროს ეპილეფსიის სტიგმის ხარისხი; რიგი პარამეტრების მისაღებად და გასაზომად აწარმოებს კვლევებს, მიღებული შედეგების საფუძველზე აკეთებს ანალიზს და შესაბამის ინფორმაციას აწვდის როგორც პუბლიკის, ისე სპეციალიზირებული (ეპილეფტოლოგიური) მომსახურების დაწესებულებებს.

6. ბაილანიანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი
– „ეპილეფსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“

ეპილეფსიური გულყრის სადიაგნოზო კითხვარი

(სკრინინგ-კითხვარი ოჯახის ექიმისათვის)

შეხვედის თარიღი

პაციენტის გვარი, სახელი, ასაკი:

მისამართი:

დადებითი პასუხის შემთხვევაში შემოხაზეთ შესაბამისი ნომერი!

№	შეკითხვა	შენიშვნა
1	დაკარგა გონება? ჰქონდა კრუნჩხვები?	
2	კრუნჩხვების დროს ჰქონდა ენის მოკნეტა, დუჟი, უნებლიე შარდვა?	
3	შეტევის შემდეგ დაიძინა?	
4	შეტევის შემდეგ სტიკოდა კუნთები, მოთენთილი იყო?	
5	დილით, გამოღვიძების შემდეგ ხომ არა აქვს უნებლიე შეკრთომები?	
6	ხომ არა აქვს ცნობიერების წამიერი გამოთიშვები?	
7	ხომ არ აღენიშნება „გაყინული მხერის“ ფონზე უნებლიე წოვითი ან ღეჭვითი მოძრაობები?	
8	ხომ არა აქვს ხანმოკლე შეტევები რომელიმე კიდურის დაჭიმვით (მოხრით, გაშლით, ზმით ან უკან გაწევით)	
9	გონება ხომ არ დაუკარგავს 20 წთ-ზე მეტხანს?	
10	გონების დაკარგვა ხომ არ უკავშირდება ემოციური სფეროს ცვლილებას?	
11	შეტევა განუვითარდა ხანგრძლივად დგომისას, უეცარი წამოდგომისას	
12	შეტევა განუვითარდა ხალხმრავალ ან ჩახუთულ გარემოში,	
13	შეტევა განუვითარდა ტკივილის, შიშის, ემოციის ფონზე, შარდვისას, ხველისას.	

თუნდაც ერთი დადებითი პასუხის შემთხვევაში

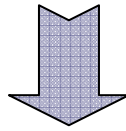
პასუხი 1-8
(შესაძლოა დადებითი 9-13 პასუხების თანარსებობაც)
სავარაუდოა ეპილეფსიური გულყრა

მხოლოდ 9-10
სავარაუდოა არაეპილეფსიური (ფსიქოგენური) გულყრის არსებობა

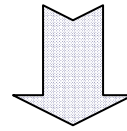
მხოლოდ 11-13
სავარაუდოა სინკოპალური შეტევების არსებობა



იზაზნება ნეპროლოგთან



იზაზნება ფსიქოლოგთან,
ფსიქიატრთან



იზაზნება კარდიოლოგთან

დანართი 2.

პაციენტის მიერ წამლის მიღების რეჟიმის შესაფასებელი კითხვარი

(ყოველთვიურად ავსებს ოჯახის ექიმის ექთანს)

1. პაციენტი ბოლო ერთი თვის განმავლობაში წამალს იღებდა:

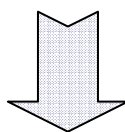
რეგულარულად

არარეგულარულად არ მიუღია 1-2-ჯერ
3-4-ჯერ
5-ჯერ და >

საერთოდ არ მიუღია

2. აღნიშნეთ მიზეზი, რის გამოც პაციენტი წამალს არარეგულარულად, ან
საერთოდ არ ღებულობდა:

№	შესაძლო მიზეზი	კი	არა	შენიშვნა
1	შეაწუხა წამლის გვერდითმა პრობლემებმა			
2	დროულად ვერ იშოვა წამალი			
3	წამალს იღებს თვითდაწესებული რეჟიმით			
4	ავიწყდება წამლის მიღება			
5	ფიქრობს, რომ წამალი არ შველის			
6	თვლის, რომ წამალი არ სჭირდება			
7	ფინანსური პრობლემა აქვს			
8	სხვა (დააკონკრეტეთ შენიშვნაში)			



აღნიშნულ ინფორმაციას ექთანს აწვდის ოჯახის ექიმს

**ეპილეუსიით დაავადებული პაციენტის მკურნალობის
პროცესის შესაფასებელი
კითხვარი**

ოჯახის ექიმისათვის

შემსების თარიღი

პაციენტის გვარი, სახელი, ასაკი:

მისამართი:

ღიაბნობი

მკურნალობის ხანგრძლივობა:

მკურნალობა (ანტიკონვულსანტი) (დღიური დოზა მგ/კგ/დღ)

. (ანტიკონვულსანტი) (დღიური დოზა მგ/კგ/დღ)

მდგომარეობა	პასუხის ვარიანტები	ჩაწერეთ პასუხის შესაბამისი ციფრი
მკურნალობისადმი პაციენტის მორჩილება	1. ემორჩილება 2. ცუდად ემორჩილება 3. არ ემორჩილება	
გვერდეთი მოვლენები	1 არა, 2 სუსტი 3 ზომიერი 4 მძიმე	
მედიკამენტის ზეგავლენა პაციენტის სწავლაზე და ყოველდღიურ აქტივობაზე	1. არ ზემოქმედებს 2. ზემოქმედებს 3. მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს	
მკურნალობის შედეგი პაციენტის შეფასებით	1. ძალიან კარგი 2. კარგი 3. უცვლელი 4. უარესი	
მკურნალობის შედეგი ექიმის შეფასებით	1. ძალიან კარგი 2. კარგი 3. უცვლელი 4. უარესი	

ობიექტური შეფასება	1. ძალიან კარგი	
	2. კარგი	
	3. უცვლელი	
	4. უარესი	

ოჯახის ექიმის სტრატეგია და ქმედება პასუხების მიხედვით

პასუხები 1 და 2

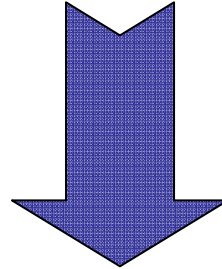


პრობლემას მუშავებს
ოჯახის ექიმი
(საგანმანათლებლო საუბარი)

პასუხები 3 და 4



პაციენტი იზავენება
ნევროლოგთან



ეპილეფსიით დაავადებულების მონიტორინგის სქემა ნევროლოგებისთვის (იხსება 6 თვეში ერთხელ)

№	გვარი, სახელი	ასაკი	„ეპილეფსიის რეგისტრში“ ინდივიდუალური კოდი	დაავადების კოდი (ICD-10)	DS-ის დადგენის თარიღი	მკურნალობის დაწყების თარიღი	აქ წამალი დოზა (მგ/დღ)	კონსულტაციები და გამოკვლევები							
								ნევროლოგის კონსულტაცია		ეგზ-გამოკვლევა		ნეიროფსიქ. კონსულტაცია		სისხლი, შარდი და სხვ	
								გეგმა	შესრულება	გეგმა	შესრულება	გეგმა	შესრულება	გეგმა	შესრულება
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															

ეპილევსიური სტატუსის მართვა გადაუდებელი დახმარების ექიმებისათვის

1. დეფინიცია

ეპილევსიური სტატუსი (ლათ. -epileptic state-) ეპილევსიის ყველაზე მნიშვნელოვანი, სიცოცხლისათვის საშიში გართულებაა და აღენიშნება ეპილევსიით დაავადებულთა 5-10%-ს. სტატუსის მქონე პაციენტების 20%-ში მოსალოდნელია ლეტალური გამოსავალი.

სტატუსის დროს ეპილევსიური შეტევების მიმდინარეობა გახანგრძლივებულია (30 წთ-ზე მეტი), ან ვითარდება ისეთი თანმიმდებრობით, რომელთა შორის ინტერვალებში გულყრის შედეგად დარღვეული ნევროლოგიური ფუნქციების სრული აღდგენა ვერ ესწრება.

განარჩევნ ეპილევსიური სტატუსის ორ ძირითად ჯგუფს: *კრუნჩხვითი* და *არაკრუნჩხვითი გულყრების სტატუსი*.

ეპილევსიური სტატუსის კატეგორიები

1. გენერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრების სტატუსი;
2. არაკრუნჩხვითი გულყრების სტატუსი (აბსანსები, რთული პარციალური გულყრები);
3. ფოკალური, მარტივი პარციალური გულყრების სტატუსი.

ეპილევსიური სტატუსის ყველაზე ხშირი ვარიანტია (80-85%) გენერალიზებული ტონურ-კლონური კრუნჩხვითი გულყრების სტატუსი.

გენერალიზებულ ტონურ-კლონურ კრუნჩხვათა სტატუსი ნერვული სისტემის დაზიანების მძლავრი ფაქტორია, რომელიც შემდგომში ვლინდება ნევროლოგიური ან კოგნიციური ფუნქციების დარღვევებით. დარღვევების სიმძიმე პირდაპირ კორელაციაშია სტატუსის ხანგრძლივობასთან.

2. დიაგნოსტიკა

პირველ რიგში, საჭიროა, კრუნჩხვითი და არაკრუნჩხვითი ეპილევსიური სტატუსის დიფერენცირება არაეპილევსიური მდგომარეობებისაგან.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

მდგომარეობები, რომლებსგანაც უნდა განვასხვავოთ პრუნჩხვითი (კონვულსიური) სტატუსი	მდგომარეობები, რომლებსგანაც უნდა განვასხვავოთ არაკონვულსიური სტატუსი
<ul style="list-style-type: none"> • მოძრაობითი დაავადებები • ფსევდოგულყრების სტატუსი • ტეტანუსი • ავთვისებიანი ჰიპერთერმია • ავთვისებიანი ნეიროლეპტიკური სინდრომი • დეცერებრაციული სპაზმები 	<ul style="list-style-type: none"> • ფსევდოგულყრების სტატუსი • დისოციაციური მდგომარეობები • ფურა • პანიკური შეტევა • ჰიპერვენტილაცია, შფოთვა • მწვავე კონფუზიური მდგომარეობა მეტაბოლური ენცეფალოპათიების დროს • ტრანზიტორული გლობალური ამნეზია • ვერტებრობაზილარული შაკიკი

ეპილეფსიური გულებების სტატუსისგან აღნიშნული მდგომარეობების დიფერენცირება ხშირად რთულია. ამიტომ, თუ გულები გრძელდება 10-წთ-ზე მეტხანს, პაციენტი გადაყვანილ უნდა იქნას გადაუდებელი დახმარების ცენტრში, რათა თავიდან იქნას აცილებული ეპილეფსიური სტატუსის არაკეთილსაიმედო გამოსავალი.

3. კრუნჩხვითი ეპილეფსიური სტატუსის მკურნალობა და მართვა

სტატუსის მართვის ამოცანები

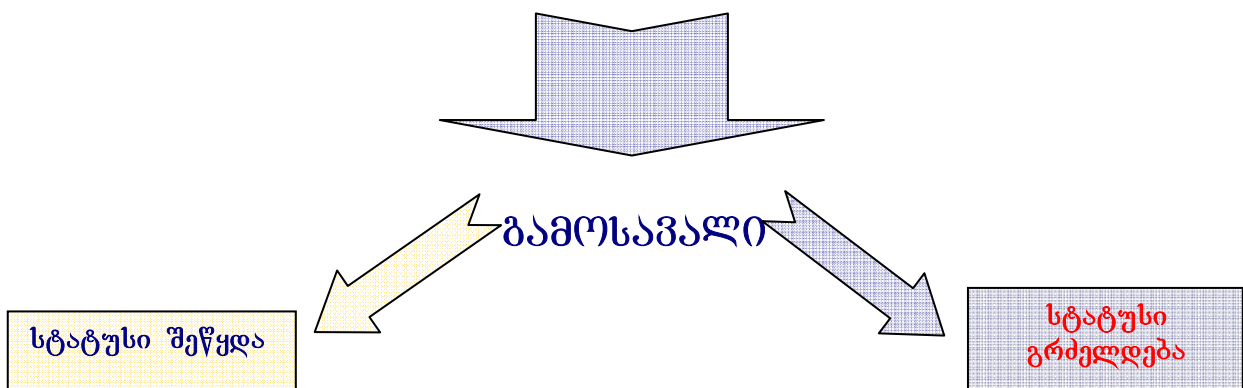
1. სასიცოცხლო ფუნქციების დაუყოვნებელი და ხანგრძლივი სტაბილიზაცია;
2. ნეირონული დაცვა (სტატუსის შეწყვეტა);
3. სტატუსის მიზეზისა და ხელშემწყობი ფაქტორების მკურნალობა (მენინგიტი და სხვ.);
4. სტატუსის სამედიცინო გართულებათა პრევენცია (ასპირაცია, დისემინირებული ინტრავასკულური კოაგულაცია, თირკმლის უკმარისობა).

I ეტაპი \Rightarrow სტატუსის დაწყებიდან **0-20 წთ**

გადაუდებელი ღონისძიებები ადგილზე

კირველადი ჰანდაცვა-სასწრაფო დახმარების პრიბადა

- სასუნთქი გზების განვლადობის შემოწმება;
- პაციენტის უსაფრთხო პოზის უზრუნველყოფა;
- სასიცოცხლო ფუნქციების სტაბილიზაცია და კონტროლი (სუნთქვის სიხშირე, პულსი, არტერიული წნევა, ეკგ, ოქსიჰემოგლობინი, ინტრავენური კატეტერი და სხვ.);
- სწრაფი ზოგადი და ნევროლოგიური გასინჯვა – დიაგნოზის დაზუსტება;
- **ღია ზეპამის ინტრავენური ინექცია:**
დოზა: 0,2-0,4 მგ/კგ
ინექციის სიჩქარე: 1-2 მგ/წთ.
- მაპროვოცირებელი ფაქტორის დადგენა: ანტიკონვულსანტის შეწყვეტა, მენინგიტი, ენცეფალიტი, ქალა-ტვინის ტრავმა, ცერებრული ინფარქტი, თავის ტვინის სიმსივნე, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების აბსტინენციის სინდრომი, მეტაბოლური დარღვევები, მენინგოენცეფალიტი, ინტრაკრანიალური ჰემორაგია, ბავშვებში ინფექციური დაავადებები.





სტატუსის დაწმობიდან 20-30 წელიწადში

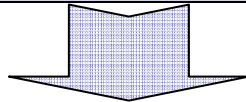


ბადაუღებელი მედიკამენტური თერაპია ჰოსპიტალის პირობებში

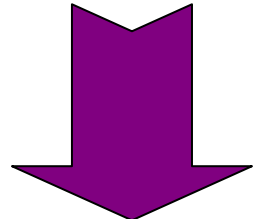
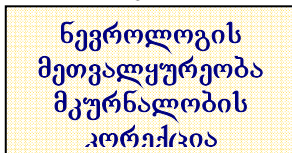
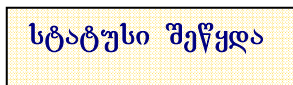
ეპილეფსიური სტატუსის დადგენისთანავე მიმდების ექიმმა უნდა გამოიძახოს ნევროლოგი, რომელიც მოქმედებს ავადმყოფის მდგომარეობის შესაბამისად.

ეტაპობრივი ქმედებები

1. დიაზეპამის ინტრავენური ინექცია:
 (სტატუსის კუპირება შეიძლება დაიწყოს ბარბიტურატებით ან ფენიტონითაც)
 დოზა: 0,2-0,4 მგ/კგ
 ინფუზიის სიჩქარე: 1-2 მგ/წუთში
 ერთ ჯერზე დიაზეპამის მაქსიმალური საინექციო რაოდენობა: 10 მგ.
 განმეორებითი ინექციის შესაძლებლობა: პირველიდან 15 წთ-ის შემდეგ;
 შემდგომი ინექციის შესაძლებლობა: სუნთქვისა და არტერიული წნევის კონტროლის ფონზე, წინა ინექციიდან 15 წთ-ში.
 დიაზეპამის შერევა სხვა გამსხნელთან ან წამალთან არ შეიძლება (თუ ინსტრუქციაში არაა მითითებული).
2. განმეორებითი შეყვანის აუცილებლობა: როდესაც გულყრები 10 წუთზე მეტხანს გრძელდება.



ბამოსაკალი



პაციენტის მიმართვა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ნევროლოგის მეთვალყურეობით!

III ეტაპი \implies სტატუსის დაწვებიდან **30-60** წთ

„სტაბილური სტატუსი“

ინტენსიური თერაპიის ვარიანტები:

1. ფენიტონინის ინტრავენური ინფუზია ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად;
ინფუზიის სიჩქარე: 50 მგ/წთ, არტერიული წნევისა და კარდიოგრამის კონტროლი;
საბოლოო დოზა: 18-20 მგ/კგ;

ფრთხილად! ფენიტონინის მაღალი დოზები იწვევს ბუფერების პროვოცირებას!

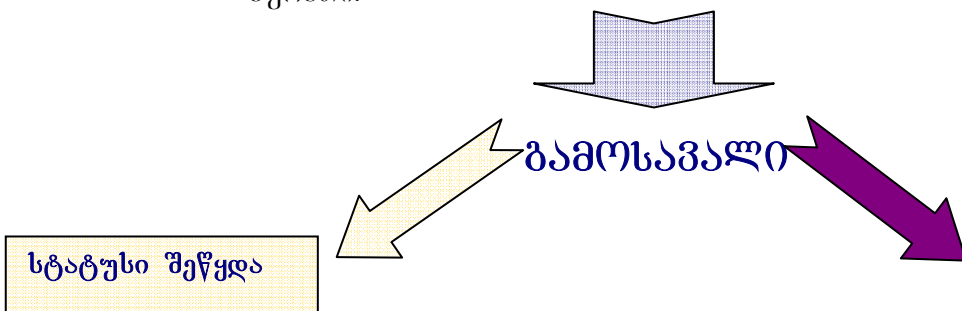
2. ფენობარბიტალის ინტრავენური ინფუზია ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად;
ინფუზიის სიჩქარე: 100 მგ/წთ, სუნთქვის რიტმისა და არტერიული წნევის კონტროლი;
საბოლოო დოზა: 10-20 მგ/კგ;

ეკლამფსიის შემთხვევაში:

მაგნეზიის სულფატის ინტრავენური ინფუზია, 2-4 გრამი, 20 წთ-ის ინტერვალით.

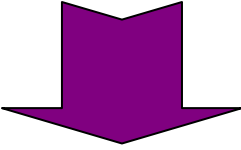
ბალაუღებელი გამოკვლევები:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- შარდში ღვიძლის ფუნქციების განსაზღვრა;
- სისხლში ანტიკონვულსანტის კონცენტრაციის განსაზღვრა;
- სისხლში გლუკოზის, კალციუმის, მაგნიუმის დონის განსაზღვრა;
- თირკმლის ფუნქციების განსაზღვრა;
- სხვა ანალიზების წარმოების აუცილებლობას განსაზღვრავს კლინიკური სურათი.



↓
ნევროლოგის
მეთვალყურეობა
მკურნალობის
კორექცია

სტაბილური სტატუსი



↔
პაციენტის მიმართვა **რმანიმაციულ** განყოფილებაში
ნევროლოგის მეთვალყურეობით!

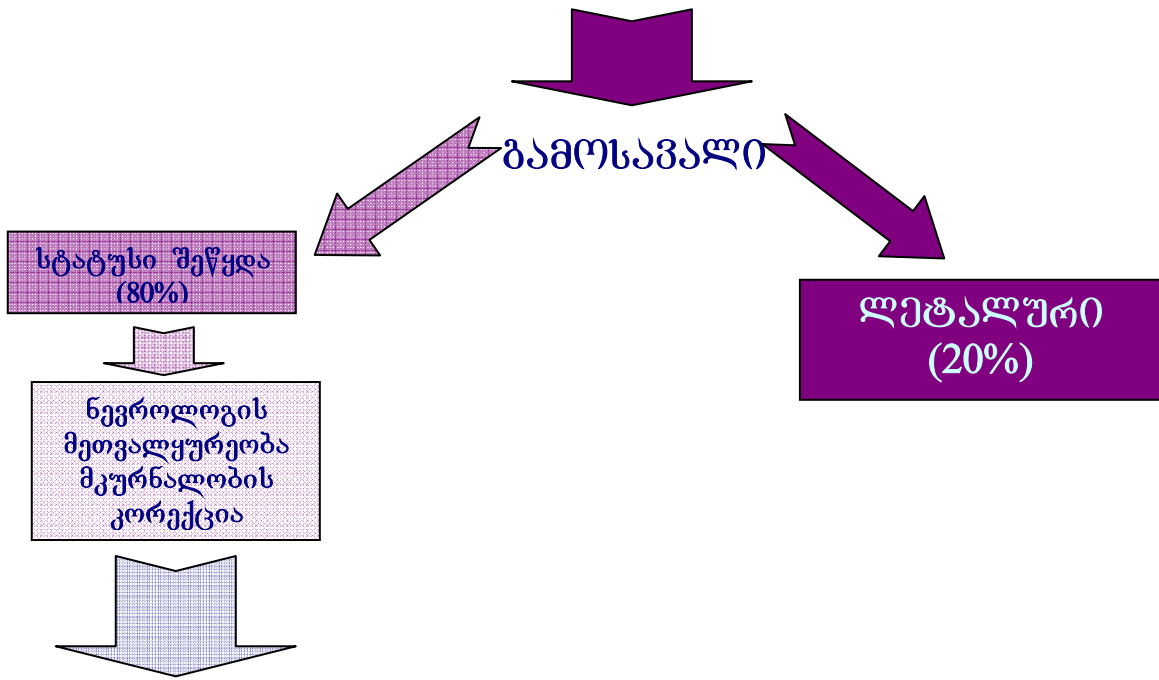
IV ეტაპი სტატუსის დაწყებიდან **60-90** წთ

„რეზერპტორული სტატუსი“

თერაპიის ვარიანტები:
1. ინტუბაციური ნარკოზი თიოპენტალით
2. ინტუბაციური ნარკოზი პენტოტარბიტალით

გადაუღებელი გამოკვლევები

- თავის ტვინის კტ ან ბმრ გამოკვლევების ჩატარება;
- ეეგ-მონიტორინგი.



1. სუპერვიზორი ნევროლოგის მიერ დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყოს ან აღდგოს რაციონალური ანტიკონვულსიური თერაპია;
2. პაციენტმა მკურნალობა უნდა გააგრძელოს ზოგად ნევროლოგიურ

ბანყოფილებაში;

3. უნდა დადგინდეს სტატუსის გამომწვევი მიზეზი და დაიწყო მისი აღმოფხვრა;

4. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

პაციენტის მეთვალყურეობა უნდა აწარმოოს ნევროლოგმა ზოგადი სქემებით.

5. ბაიფლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – „ეპილეფსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“