

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2015 წლის 6 აგვისტოს №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 29 ივლისის №01-175/ო ბრძანებით

იდოპათიური გენერალიზებული ეპილექსიური სინდრომების დიაგნოსტიკა და მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: იდიოპათიური გენერალიზებული ეპილეფსიური სინდრომების დიაგნოსტიკა და მართვა	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	4
4. პროტოკოლის მიზანი	4
5. სამიზნე ჯგუფი	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები	5
ბავშვობის აბსანს ეპილეფსია (ბაე)	5
იუვენილური აბსანს ეპილეფსია (იაე)	6
იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსია (იმე)	6
გამოღვიძების დიდი გულყრები (grand mal)/ეპილეფსია მხოლოდ გენერალიზებული ტონურ-კლონური (კრუნჩხვითი) გულყრებით/	7
დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები გენერალიზებული ეპილეფსიური სინდრომებისათვის	7
ანტიეპილეფსიური თერაპია:	8
ცხრილი №1 ანტიეპილეფსიური თერაპია	11
9. მოსალოდნელი შედეგები	12
10. აუდიტის კრიტერიუმები	12
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	12
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	12
ცხრილი №2 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	12
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე	13
14. პროტოკოლის ავტორები	14

1. პროტოკოლის დასახელება: იდიოპათიური გენერალიზებული ეპილექსიური სინდრომების დიაგნოსტიკა და მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
<p>იდიოპათიური გენერალიზებული ეპილექსიური სინდრომები:</p> <p>1. ბავშვობის აბსანს ეპილექსია (პიკნოლექსია)</p> <p>2. იუვენილური აბსანს ეპილექსია.</p> <p>3. იუვენილური მიოკლონიური ეპილექსია.</p> <p>4. გამოვლიძების დიდი გულყრები (grand mal)/ეპილექსია მხოლოდ გენერალიზებული ტონურ კლონიური (კრუნჩხვითი) გულყრებით</p>	G 40.3
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ეეგ (სტანდარტული)	AAFE00; AAFE04
ვიდეო ეეგ (ხანგრძლივი - ძილი/ღვიძილი)	AAFE30
თავის ტვინის მაგნიტურ რეზონანსული კვლევა	AADG1A
პედიატრის კონსულტაცია	K-01
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ALT	BL5.6
AST	BL.11.2.1
ტუტე ფოსფატაზა	BL.11.2.2
მედიკამენტის კონცენტრაციის განსაზღვრა სისხლში	K-01

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია ქვემოთ ჩამოთვლილი ლიტერატურის და გაიდლაინების (NICE clinical guideline) დამუშავებისა და ადაპტირების საფუძველზე:

გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი:

1. NICE clinical guideline 137 Issued: January 2012. The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. www.nice.org.uk/cg137.
2. ეპილექსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა - კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაცია (გაიდლაინი) დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 21 დეკემბრის №357 ბრძანებით (მეორე გადახედვა წარმოებულია 2016 წელს).

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია გულყრის დროული და სწორი ამოცნობა, შესაბამისი კვლევების ჩატარება, დიაგნოსტიკა, ანტიკონვულსური თერაპიის შერჩევა და დაავადების ადეკვატური მართვა.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 18 წლამდე ასაკის ბავშვებს, ეჭვით ეპილექსიური გულყრის არსებობაზე.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის რგოლში დასაქმებული პედიატრების/ოჯახის ექიმებისათვის, ასევე, სტაციონარში დასაქმებული პედიატრებისათვის (გულყრაზე ეჭვის მიტანისა და ნევროლოგთან/ბავშვთა ნევროლოგთან მიმართვის მიზნით) და ბავშვთა ნევროლოგებისათვის/ნევროლოგებისათვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება უნდა დაიწყოს ბავშვთა ნევროლოგის/ნევროლოგის დონეზე, ოჯახის ექიმის ან პედიატრის მიერ, ეპილექსიური გულყრის არსებობაზე ეჭვით პაციენტის რეფერირების შემდეგ. პროტოკოლის გამოყენება შეუძლია ბავშვთა ნევროლოგს/ნევროლოგს, რომელსაც გააჩნია ეპილექსიის დიაგნოსტიკისა და მართვის გამოცდილება. კვლევისა და დიაგნოსტიკის ეტაპი უნდა ჩატარდეს ნევროლოგიურ დეპარტამენტში სტაციონარულად, ასევე, შესაძლებელია ამბულატორიულად ან დღის სტაციონარის პირობებში (დამოკიდებულია გულყრის სიხშირეზე), შემდგომი მონიტორინგით ბავშვთა ნევროლოგის/ნევროლოგის ან ოჯახის ექიმის დონეზე, დღის სტაციონარში ან ამბულატორიულად.

8. რეკომენდაციები

იდუპატიური გენერალიზებული ეპილეფსიური სინდრომები აერთიანებს ეპილეფსიურ სინდრომებს, რომელთაც ახასიათებთ გულყრის შემდეგი ტიპები: გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრები, აბსანსები, მიოკლონური შეტევები ან მათი კომბინაცია.

იდუპატიურ ეპილეფსიურ სინდრომებს მიეკუთვნება შემთხვევები, რომელთა საფუძველი არ არის თავის ტვინის სტრუქტურული დაზიანება და როდესაც პაციენტს არ აქვს რაიმე სხვა ნევროლოგიური სიმპტომები.

იდუპატიურ ეპილეფსიური სინდრომებს მიეკუთვნება:

- ბავშვობის აბსანს ეპილეფსია (პიკნოლექსია);
- იუვენილური აბსანს ეპილეფსია;
- იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსია;
- გამოვლიძების დიდი გულყრები (grand mal)/ეპილეფსია მხოლოდ გენერალიზებული ტონურ-კლონური (კრუნჩხვითი) გულყრებით.

❖ ბავშვობის აბსანს ეპილეფსია (ბაე)

იდუპატიური გენერალიზებული ეპილეფსიის ასაკზე დამოკიდებული ფორმაა, რომლის ძირითად ნიშანს ტიპური აბსანსი წარმოადგენს. სინდრომის კლინიკური გამოვლენა აღინიშნება 4-დან 10 წლამდე ასაკში, პიკით 5-7 წლისთვის.

აბსანსის კლინიკური გამოხატულებაა - ცნობიერების ხანმოკლე შეცვლა/გამოთიშვა, გარინდება, მზერის ფიქსაცია, მოქმედების უეცარი შეწყვეტა. ბავშვი არ რეაგირებს მიმართვაზე, ან ვლინდება დაგვიანებული პასუხი, ზოგჯერ გარინდებას თან ახლავს ქუთუთოების ხამხამი, ან მარტივი ავტომატიზმი, ან ავტონომიური ნიშნები.

ბავშვობის აბსანს ეპილეფსია - დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

- დასაწყისი 4-დან 10 წლამდე ასაკში, პიკით 5-7 წელზე;
- ნორმალური გონებრივი განვითარება და ნევროლოგიური სტატუსი;
- შეტევა არის ხანმოკლე (4-20წმ) და ხშირი (დღეში რამდენიმე ათეული) ტიპური აბსანსი, ცნობიერების უეცარი და ღრმა შეცვლით. ხშირია ავტომატიზმები;
- პათოგნომური/ტიპური იქტური პატერნი-ეგზე მაღალამპლიტუდიანი გენერალიზებული პიკ-ტალღოვანი კომპლექსები, უმეტესად ერთი ან ორი პიკით კომპლექსში) რეგულარული სიხშირით 3-5/წმ-ში;
- ეგ ფონი ანუ ინტერიქტული მონაცემები ნორმალური;

მაპროვოცირებელი ფაქტორი-ჰიპერვენტილაცია.

❖ იუვენილური აბსანს ეპილეფსია (იაე)

იდიოპათიური გენერალიზებული ეპილეფსიის ასაკდამოკიდებული ფორმაა, რომელიც ვლინდება 9-13 წლის ასაკში. ამ სინდრომის ძირითად ნიშანს წარმოადგენს აბსანსი (რომლის სიხშირე მნიშვნელოვნად ნაკლებია, ვიდრე ბაე-ს დროს) და, ასევე, გენერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრები.

იაე-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

- მთავარი კლინიკური ნიშანია აბსანსი ცნობიერების ღრმა შეცვლით;
- პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება გენერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრა;
- პაციენტთა 1/5-ს შეიძლება ჰქონდეს მიოკლონიები, თუმცა მათი ინტენსივობა და ცირკადულობა ბევრად სუსტია და განსხვავდება იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელი შეტევებისაგან;
- შეტევის ანუ იქტური ეგ წარმოდგენილია შედარებით სწრაფი 3,5-4ჰც/წმ სიხშირის პოლი-პიკ-ტალღოვანი კომპლექსებით. შეტევის ხანგრძლივობა >4წმ-ზე, ხშირად თანხლებულია ავტომატიზმებით;

მაპროვოცირებელი ფაქტორი: ჰიპერვენტილაცია.

❖ იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსია (იმე)

აღნიშნული სინდრომი ვლინდება მოზარდობის ანუ იუვენილურ ასაკში (ძირითადად 10-18 წწ). და ახასიათებს მიოკლონური შეტევები: უეცარი, ერთეული, ზოგჯერ განმეორებითი, ხანმოკლე ბილატერალური, არარეგულარული ბიძგები, უმეტესად ზედა კიდურებში. შეტევები ვითარდება ძირითადად ნათელი ცნობიერების ფონზე.

შეტევები უმეტესად ვლინდება დილის საათებში, გამოღვიძების შემდეგ. ძლიერი მიოკლონიის დროს, შესაძლებელია, საგნის ხელიდან ვარდნა. ამ სინდრომს ხშირად თან ახლავს გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრები, იშვიათია აბსანსები.

მთავარ მაპროვოცირებელ ფაქტორს წარმოადგენს ძილის დეპრივაცია (უძილობა).

იმე-ს დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

- მიოკლონური ბიძგები მეტად დილის საათებში, გამოღვიძებისას, თუმცა შესაძლოა მათი განვითარება დღის განმავლობაში;
- მიოკლონური შეტევები ვლინდება ძირითადად ნათელი ცნობიერების ფონზე;
- გულყრის შესაძლო სახეები: მიოკლონია; გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრა; აბსანსი;
- ნორმალური გონებრივი განვითარება;
- პაციენტთა 17-49% პირველი რიგის ნათესავებში ეპილეფსიის არსებობა.

მაპროვოცირებელი ფაქტორები: ძილის დეპრივაცია, ალკოჰოლი, სტრესი.

❖ **გამოღვიძების დიდი გულყრები (grand mal)/ეპილეფსია მხოლოდ გენერალიზებული ტონურ-კლონური (კრუნჩხვითი) გულყრებით/(ILAE კლასიფიკაცია 1989; 2001; 2010)**

ეს მდგომარეობა ხასიათდება უპირატესად გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრებით. გამოვლენის ასაკია – 12-18 წ, 10-25 წელი ასაკის შუალედში. კაცებში ოდნავ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში (მამრ/მდედრ–55/45%)

შეტევის განვითარების მიხედვით გამოყოფენ:

1. გამოღვიძების გულყრებს;
2. ძილის შეტევებს;
3. ე.წ. შემთხვევით, ნებისმიერ დროს განვითარებულ შეტევებს.
 - ე.წ. გამოღვიძების გულყრა მეტად ვლინდება გამოღვიძებისთანავე ან გამოღვიძებიდან 1, 2 საათის განმავლობაში ან/იშვიათად საღამოს, მოსვენებულ მდგომარეობაში.
 - გენერალიზებული ტონური კლონური გულყრა დღის ან ღამის ძილში ძირითადად ვითარდება ჩამინებიდან 1,2 საათის განმავლობაში ან გამოღვიძებამდე 1,2 საათით ადრე.
 - შემთხვევათა 1/3 ში ე.წ. შემთხვევითი (რანდომული) გენერალიზებული გულყრები შეიძლება გამოვლინდეს დღის ნებისმიერ დროს.
 - იშვიათად ამ სინდრომს შეიძლება ახლდეს მიოკლონია ან აბსანსი.

მაპროვოცირებული ფაქტორები: ძილის დეპრივაცია; ალკოჰოლი; ძალისმიერი, უეცარი გამოღვიძება; ფოტოსენსიტივობა აღენიშნება პაციენტთა 13-28%-ს.

დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

- გენერალიზებული გულყრები დაკავშირებულია გამოღვიძებასთან ან ვითარდება ძილში;
- შეტევათა შორის პერიოდში ეეგ-ზე 50%-ში პიკი და პოლიპიკ ტალღოვანი კომპლექსების (3-4ჰც) ბილატერალური აღმოცენება 3-8 წმ ხანგრძლივობით (70% როდესაც არის მიოკლონიები და აბსანსები);
- გონებრივი განვითარება და ნევროლოგიური სტატუსი ძირითადად ნორმალურია;
- თავის ტვინის მაგნიტურ რეზონანსული კვლევით პათოლოგია არ ვლინდება.

➤ **დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები გენერალიზებული ეპილეფსიური სინდრომებისათვის**

- სტანდარტული ვიდეო ეეგ პროვოკაციული მეთოდებით (დიაგნოსტიკისთვის);
- განმეორებითი ვიდეო ეეგ (ძილი/ღვიძილი) დინამიკაში მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად;
- ნეიროფიზიოლოგიური რუტინულად არ არის მიზანშეწონილი. კვლევა რეკომენდებულია გულყრის ფორმულაში ან ეეგ მონაცემებში არსებული საექვო ფოკალური ნიშნების ან ანამნეზში უპირატესად ძილის გულყრების არსებობისას;
- სისხლის საერთო ანალიზი;

- ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (მკურნალობის შერჩევისა და მედიკამენტის შემდგომი მონიტორინგისათვის);
- მედიკამენტის კონცენტრაციის განსაზღვრა სისხლში არაეფექტური ანტიკონვულსიური მკურნალობისა და პრეპარატის გვერდითი ეფექტების რისკის შესაფასებლად, კლინიკური რეციდივის შემთხვევაში, მედიკამენტის არარეგულარულ მიღებაზე ეჭვის დროს.

➤ **ანტიეპილეფსიური თერაპია:**

1. ბავშვობის აბსანს ეპილეფსია

I რიგის მედიკამენტები:

ეთოსუქსიმიდი 20მგ/კგ/დღეში;

ვალპროატი 20-30 მგ/კგ/დღეში;

ლამოტრიჯინი 4,5-7,5მგ/კგ/დღეში (მნიშვნელოვანია სხვა ანტიეპილეფსიურ მედიკამენტებთან კომბინაცია).

II რიგის მედიკამენტები:

ლევეტირაცეტამი 10-40მგ/კგ/დღეში;

ტოპირამატი 5-9 მგ/კგ/დღეში;

კლონაზეპამი 0,01-0,03- 0,05- მგ/კგ/დღეში; 10 წ. ნაკლები და 30კგ ნაკლები წონის ბავშვებში; >10 წ. და 30 კგ - 1,5 მგ/დღეში;

კლობაზამი 0,25-1მგ/კგ/დღეში;

ზონიზამიდი 100-400მგ/დღეში.

მკურნალობის ხანგრძლივობა: სრული რემისიის შემთხვევაში 2 წლის შემდეგ, შესაძლებელია, მკურნალობის შეწყვეტა.

პროგნოზი: ადეკვატური თერაპიის პირობებში პროგნოზი უმეტესად კეთილსაიმედოა. დაახლოებით 90%-ში ხდება გულყრების სრული შეწყვეტა.

განახლების ალბათობა - გენერალიზებული გულყრების არსებობა ზრდის შეტევათა განმეორებისა ან განახლების ალბათობას.

2. იუვენილური აბსანს ეპილეფსია:

I რიგის მედიკამენტები:

ეთოსუქსიმიდი 20მგ/კგ/დღეში (მხოლოდ აბსანსების შემთხვევაში);

ლამოტრიჯინი 4,5-7,5 მგ/კგ/დღეში (მნიშვნელოვანია სხვა ანტიეპილეფსიურ მედიკამენტებთან კომბინაცია);

ვალპროატი 20-30 მგ/კგ/დღეში (გასათვალისწინებელია ვალპროატის ტერატოგენული მოქმედება).

II ალტერნატივას წარმოადგენენ:

კლობაზამი 0,25-1მგ/კგ/დღეში;

კლონაზეპამი 0,01- 0,03- 0,05-მგ/კგ/დღეში;

ლევეტირაცეტამი 10- 40 მგ/კგ/დღეში;

ტოპირამატი 5-9 მგ/კგ/დღეში;

ზონიზამიდი 100-400 მგ /დღეში.

მკურნალობის ხანგრძლივობა: რემისიის შემთხვევაში 3-5 წელი, შემდგომ ნელი ტემპით მედიკამენტის დოზის შემცირება, კლინიკური მეთვალყურეობის და ევგ კონტროლის საფუძველზე მკურნალობის მოხსნის გადაწყვეტა, აუცილებელია პაციენტთან გულყრის განმეორების ალბათობის განხილვა.

პროგნოზი: იუვენილური აბსანს ეპილეფსიის შემთხვევაში, ადეკვატური თერაპიის პირობებში, პროგნოზი უმეტესად კეთილსაიმედოა. თუმცა რემისიის შემდეგაც შეტევათა განახლების რისკი საკმაოდ მაღალია. რისკს ზრდის ანამნეზში გენერალიზებული გულყრისა და ევგ -ზე პაროქსიზმული აქტივობის არსებობა თერაპიის პერიოდში.

3. იუვენილური მიოკლონიური ეპილეფსია:

მნიშვნელოვანია რეჟიმის დაცვა

I რიგის მედიკამენტები:

ვალპროატი 20-30 მგ/კგ/დღეში;

ლევეტირაცეტამი 10-40 მგ/კგ/დღეში;

ლამოტრიჯინი 4,5-7,5 მგ/კგ/დღეში (ზოგიერთ შემთხვევაში მედიკამენტი იწვევს მიოკლონიების გახშირებას);

ტოპირამატი 1-5-9 მგ/კგ/დღეში (შესაძლოა კომბინაცია).

II რიგის მედიკამენტები:

კლობაზამი 0,25-1მგ/კგ/დღეში;

კლონაზეპამი 0,03-0,05-0,25 მგ/კგ/დღეში;

ზონიზამიდი -100-400 მგ/დღეში.

მკურნალობის ხანგრძლივობა: რემისიის შემთხვევაში 3-5 წელი, შემდგომ ნელი ტემპით მედიკამენტის დოზის შემცირება, კლინიკური მეთვალყურეობის და ევგ კონტროლის საფუძველზე მკურნალობის მოხსნის გადაწყვეტა, აუცილებელია პაციენტთან გულყრის განმეორების ალბათობის განხილვა.

პროგნოზი: იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსიის დროს, ადეკვატური თერაპიის პირობებში, პროგნოზი უმეტესად კეთილსაიმედოა. თუმცა, გულყრების განმეორება ან განახლება მიღებული რემისიის შემდეგაც მოსალოდნელია.

გულყრის განახლების რისკს ზრდის რეჟიმის დარღვევა; ეეგ-ზე პაროქსიზმული აქტივობის შენარჩუნება.

აბსანსებისა და მიოკლონიის შემთხვევაში არ არის რეკომენდებული: კარბამაზეპინი, ოქსკარბაზეპინი, გაბაპენტინი, ფენიტონინი, ვიგაბატრინი.

4. გამოღვიძების დიდი გულყრები (grand mal)/ეპილეფსია მხოლოდ გენერალიზებული ტონურ - კლონური (კრუნჩხვითი) გულყრებით მართვა: ამ სინდრომის შემთხვევაში, ძალიან მნიშვნელოვანია რეჟიმის დაცვა (ასევე, ახლობლების გაფრთხილება შესაძლო გულყრის შესახებ).

I რიგის პრეპარატები მედიკამენტები:

ვალპროატი 20-30 მგ/კგ/დღეში (მომატებული დოზის გამოყენება, ღამის მიღებაზე, რეჟიმის დარღვევის შემთხვევებში) (Panayiotopoulos 2010);

კარბამაზეპინი 10-20მგ/კგ/დღეში;

ლამოტრიჯინი 4,5-7,5 მგ/კგ/დღეში;

ოქსკარბაზეპინი 10-20-55 მგ/კგ/დღეში.

II რიგის მედიკამენტები:

ლევეტირაცეტამი 10-40 მგ/კგ/დღეში;

ვალპროატი 20-30 მგ/კგ/დღეში;

ტოპირამატი 5 მგ/კგ/დღეში;

კლონაზეპამი 0,03-0,05-0,25 მგ/კგ/დღეში;

კლობაზამი 0,25-1მგ/კგ/დღეში (ან მათი კომბინაცია).

მკურნალობა ხანგრძლივია. **პროგნოზი არ არის დაზუსტებული:** შესაძლოა, მსუბუქი ფორმიდან მძიმე ფორმამდე. მსუბუქი - იშვიათი გულყრები, მძიმე - იგულისხმება ხშირი და დროში გახანგრძლივებული გულყრები.

გამოღვიძების **გენერალიზებულ ტონურ-კლონურ (კრუნჩხვით) გულყრებს (გ.ტ.კლ. გულყრებს) 2 წლიანი რემისიის შემთხვევაშიც კი, მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ, განახლების მაღალი რისკი (83%)**ახასიათებს.

ცხრილი №1 ანტიეპილეფსიური თერაპია

ეპილეფსიური სინდრომი	I რიგის არჩევანი	II რიგის არჩევანი	მედიკამენტები, რომელთა გამოყენება იწვევს გულყრათა გამწვავებას
იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსია	ვალპროატი ლევეტირაცეტამი; ლამოტრიჯინი; ტოპირამატი	კლობაზამი; კლონაზეპამი; ზონიზამიდი	კარბამაზეპინი; ოქსკარბაზეპინი გაბაპენტინი; ფენიტონი;
ბავშვობის აბსანს ეპილეფსია	ეთოსუქსიმინი; ვალპროატი; ლამოტრიჯინი	კლობაზამი; კლონაზეპამი; ტოპირამატი; ლევეტირაცეტამი; ზონიზამიდი	კარბამაზეპინი; <u>ოქსკარბაზეპინი</u> გაბაპენტინი; ფენიტონი; ვიგაბატრინი
იუვენილური აბსანს ეპილეფსია	ვალპროატი; ეთოსუქსიმინი ლამოტრიჯინი;	კლობაზამი; კლონაზეპამი; ტოპირამატი; ლევეტირაცეტამი	კარბამაზეპინი; ოქსკარბაზეპინი გაბაპენტინი;
ეპილეფსია გენერალიზებული ტონურ კლონური გულყრებით// გამოღვიძების დიდი გულყრები	ვალპროატი ლამოტრიჯინი; კარბამაზეპინი; ოქსკარბაზეპინი	კლობაზამი ლევეტირაცეტამი ტოპირამატი;	

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება ბავშვთა პოპულაციაში იდიოპათიური გენერალიზებული ეპილექსიური სინდრომების დიაგნოსტიკა, მოხდება მათი დროული და სწორი დიფერენცირება და მართვა. დაინერგება მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ შემთხვევაში იყო სწორად დასმული სინდრომული დიაგნოზი?
- რამდენად სწორად არის შერჩეული ანტიკონვულსური მედიკამენტი ადეკვატური დოზით?
- რა ვადაში მოხდა გულყრების შეწყვეტა - კლინიკური რემისია?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 3 წლის შემდეგ.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №2.

ცხრილი №2 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
პირველადი რგოლში მომუშავე ოჯახის ექიმი	ჯანდაცვის კლინიკური არსებობაზე. სპეციალისტთან მიმართვა	სავალდებულო
სტაციონარში პედიატრი	მომუშავე სინდრომული დიაგნოზის დადასტურება, ეტიოლოგიური ფაქტორის კვლევა. ადეკვატური მედიკამენტური მკურნალობის შერჩევა, ჩატარება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ბავშვთა ნევროლოგი/ნევროლოგი, რომელსაც ეპილექსიის გამოცდილება და მიღებული აქვს წრთვანა დიაგნოსტიკასა და მართვის საკითხებში	გააჩნია მართვის ეპილექსიის დიაგნოსტიკასა და მართვის საკითხებში	
ექთანი	მანიპულაციის ჩატარება	სავალდებულო

რეგისტრატორი	პაციენტის რეგისტრაცია, საკონტაქტო მონაცემების უზრუნველყოფა	სასურველი
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკები: პჯდ-რგოლის დონეზე მაღალია გულყრების დაგვიანებული ამოცნობის, დიაგნოსტიკური შეცდომებისა და არაადეკვატური ანტიეპილეფსიური პრეპარატების დანიშვნის შემთხვევები (50%-მდე), რაც ზრდის დაავადების არასასურველი გამოსავლის რისკს. ამიტომ, სასურველია, სინდრომოლოგიური დიაგნოსტიკა ყველა, ან არაეფექტური მკურნალობის შემთხვევებში მოხდეს მაღალპროფილურ დაწესებულებაში, ხოლო შემდგომი მართვა ეფექტურად განხორციელდეს პჯდ-დონეზე.	სავალდებულო
ლაბორატორია საერთო, შარდის ანალიზის და ჩასატარებლად	სისხლის საერთო ა.შ. ეგეგ მონიტორინგი ეფექტურობის შესაფასებლად. სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური მუშაობის შეფასებლად სისხლის პლაზმაში ანტიკონვულსანტის კონცენტრაციის განსაზღვრა.	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	სტანდარტული ეეგ; ვიდეო-ეეგ; თ.ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა(საჭიროების შემთხვევაში)	სავალდებულო სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

- პროტოკოლის დაბეჭდვა და გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში (შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში);
- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge);
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

14. პროტოკოლის ავტორები

ნანა ტატიშვილი - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის დ. ტვილდიანის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის (სბნნა) პრეზიდენტი, თ. გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფსიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის პრეზიდენტი, მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ნეირომეცნიერების დეპარტამენტის უფროსი;

თამარ ყიფიანი - მედიცინის დოქტორი, ბავშვთა ნევროლოგი, მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის (სბნნა) გენ. მდივანი, თ. გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფსიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის წევრი;

გოჩა ჩიქვინიძე - მედიცინის დოქტორი, სბნნა წევრი, ბავშვთა ნევროლოგი, ციციშვილის სახელობის პედიატრიული კლინიკა;

სოფო ტატიშვილი - მედიცინის დოქტორი, ბავშვთა ნევროლოგი, სბნნა წევრი, ნეიროგანვითარების ცენტრი;

მზია ქავთარაძე - სბნნა წევრი, ბავშვთა ნევროლოგი, მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო.