

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 №01-174/ო ბრძანებით

## ფებრილური გულყრის დიაგნოსტიკა და მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი  
(პროტოკოლი)

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ფებრილური გულყრის 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 .....	5
8. რეკომენდაციები.....	5
დეფინიცია.....	5
მარტივი ფებრილური გულყრის მახასიათებლები .....	5
რთული ფებრილური გულყრის მახასიათებლები.....	5
მორეციდივე ფებრილური გულყრები.....	6
ეპილეფსიის განვითარების რისკ-ფაქტორები: .....	6
კლინიკური სიმპტომატიკა .....	6
გამოკვლევის გეგმა .....	7
ლუმბალური პუნქცია .....	7
ლუმბალური პუნქციის (ლპ) უკუჩვენებებია.....	7
მკურნალობის სქემა .....	8
ქრონიკული პრევენციული თერაპია.....	9
ფებრილურ გულყრებთან დაკავშირებით მშობლების განათლებისას აუცილებელია. ....	9
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	11
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	11
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	11
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	11
ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	11
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	13
14. პროტოკოლის ავტორები .....	13

1. პროტოკოლის დასახელება: ფებრილური გულყრის დიაგნოსტიკა და მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
ფებრილური გულყრა	R56.0
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
პედიატრის კონსულტაცია	K01
ლუმბალური პუნქცია	LH17
ეეგ /არ არის რეკომენდირებული პირველი მარტივი ფებრილური გულყრის დროს/	F02
კტ, მრგ /პროლონგირებული რთული ფებრილური გულყრების დროს, ლუმბალური პუნქციის წინ ამ პროცედურის ჩატარების წინააღმდეგჩვენების არსებობის შემთხვევაში/	TTA01 XAV-01
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
სისხლის ანალიზი შაქარზე	LB.12.1
სისხლის ანალიზი ელექტროლიტებზე	LB.27
ცილა, ციტოზი ლიქვორში	LQ.2.2. LQ.3.1.
ლიქვორის ბაქტერიოლოგია	LBAC-10
გლუკოზის განსაზღვრა ლიქვორში	LQ.2.7.1

### 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინებისა და ლიტერატურული მონაცემების შეჯერების საფუძველზე:

1. Medical Services Commission. Febrile seizures. Victoria (BC): British Columbia Medical Services Commission; Febrile seizures, 2010 Sep 17 p;
2. Subcommittee on Febrile Seizures, American Academy of Pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. Pediatrics. 2011 Feb;127(2):389-94..
3. American Academy of Pediatrics. Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures. Pediatrics 2008;121(6):1281-6.
4. Capovilla G, Mastrangelo M, Romeo A, Vigevano F. Recommendations for the management of “febrile seizures”: ad hoc Task Force of LICE Guidelines Commission. Epilepsia 2009;50 (Suppl 1):2
5. Colin Kennedy;\_Principles and Practice of Child Neurology in Infancy;\_United Kingdom. 2012 Mac Keith Press; pp.229-232.

ავტორთა ჯგუფს პროტოკოლში ცვლილება არ შეუტანია, ის წარმოდგენილია ორიგინალური გაიდლაინების ბაზაზე.

### 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ქვეყანაში ფებრილური გულყრების თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტების შესატყვისი დიაგნოსტიკისა და მართვის მეთოდოლოგიის დანერგვის ხელშეწყობა.

### 5. სამიზნე ჯგუფი

ერთი თვიდან 6 წლამდე ასაკის პედიატრიული პაციენტები, ცნს-ს ინფექციის არარსებობის შემთხვევებში, ცხელების ფონზე განვითარებული გულყრებით.

### 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია: ბავშვთა ნევროლოგებისთვის, ამბულატორიასა და სტაციონარში დასაქმებული პედიატრებისთვის, ოჯახის ექიმებისთვის, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმებისთვის, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტებისთვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პათოლოგიური მდგომარეობის სიხშირიდან გამომდინარე, პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ყველა ეტაპზე პაციენტის მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### ➤ დეფინიცია

ფებრილური გულყრა განისაზღვრება, როგორც 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში ხშირი მაგრამ მოულოდნელი პათოლოგია, რომელსაც, ჩვეულებრივ, კარგი პროგნოზი და მომავალში განმეორებითი განვითარების დაბალი რისკი ახასიათებს. აშშ-ს ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის მიერ ფებრილური გულყრების კრიტერიუმებად მიჩნეულია:

- გულყრა, რომელიც თან ახლავს ფებრილურ დაავადებას ერთ თვეზე მეტი, უხშირესად, 6 თვიდან 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში;
- გამორიცხულია ცნს ინფექციის არსებობა;
- პაციენტის ანამნეზში არ არის აფებრილური გულყრის ეპიზოდი.

ფებრილური გულყრები იყოფა **მარტივ** და **რთულ** გულყრებად. ასეთი დაყოფა მნიშვნელოვანია მათი შემდგომი მართვის თვალსაზრისით.

### ➤ მარტივი ფებრილური გულყრის მახასიათებლები:

- ხანმოკლე მიმდინარეობა (ხანგრძლივობა < 15 წთ);
- არაფოკალური გენერალიზებული ეპიზოდი;
- იზოლირებული შეტევა (გულყრის ერთი ეპიზოდი 24 სთ-ში, ან ფებრილური დაავადების ერთი პერიოდის განმავლობაში);
- განვითარების ასაკი - 6 თვიდან 6 წლამდე.

### ➤ რთული ფებრილური გულყრის მახასიათებლები:

- ფოკალური გულყრა;
- მიმდინარეობა - პროლონგირებული (გრძელდება 15 წთ-ზე მეტ ხანს);
- განმეორებადი (ვითარდება ერთ გულყრაზე მეტი 24 სთ-ის ან ფებრილური დაავადების ერთი პერიოდის განმავლობაში);
- აღმოცენდება  $38,5^{\circ}\text{C}$ -ზე დაბალ ტემპერატურაზე; გულყრის შემდგომ აღინიშნება ნევროლოგიური დეფიციტი

ფებრილურ გულყრათა დაახლოებით 30% რთულია.

- **პირველი ფებრილური გულყრის ეპიზოდის განვითარების რისკ-ფაქტორებია:**
  - მაღალი ტემპერატურა;
  - ანამნეზში პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი ფებრილური გულყრით;
  - განვითარებაში ჩამორჩენა;

➤ **მორეციდივე ფებრილური გულყრები**

ფებრილური გულყრების მქონე ბავშვთა დაახლოებით ერთ მესამედში ფებრილური გულყრები მორეციდივეა. ზოგადად, ფებრილური გულყრის განმეორების რისკი - 33%-ია; პაციენტთა 9%-ს უვითარდება სამი და მეტი ფებრილური გულყრა. 16%-ში ფებრილური გულყრის განმეორება ხდება პირველ 24 საათში, ხოლო 75%-ში იგი მეორდება მომდევნო ერთი წლის განმავლობაში.

მარტივი და რთული ფებრილური გულყრების განმეორების რისკი ერთნაირია.

➤ **ეპილექსიის განვითარების რისკ-ფაქტორები:**

- განვითარების შეფერხების არსებობა გულყრის პირველ ეპიზოდამდე;
- ეპილექსიის ოჯახური ანამნეზი;
- პირველ ეპიზოდადვე რთული ფებრილური გულყრა.

ეპილექსიის განვითარების რისკი მარტივი ფებრილური გულყრის შემთხვევაში 5%-ზე ნაკლებია; ტყუპებში შეადგენს 10-20%-ს. რისკი მატულობს, თუ მშობლებს ანამნეზში აღენიშნებათ ფებრილური გულყრის ეპიზოდი.

➤ **კლინიკური სიმპტომატიკა**

ფებრილური გულყრის სიმპტომოკომპლექსიდან ყველაზე ხშირი გამოვლინებებია:

- ცხელება (37.8 °C ან მეტი);
- გულყრა ფებრილურ პერიოდში (ობიექტურად ვერიფიცირებული ან ანამნეზში);
- საერთო სისუსტე (განსაკუთრებით გულყრის შემდეგ);
- კუნთების ტკივილი;
- თავის ტკივილი, ან თავბრუსხვევა (აუცილებელი არ არის).

ფებრილური გულყრა, ჩვეულებრივ, ვითარდება ფებრილური დაავადების მიმდინარეობის ადრეულ ეტაპზე, ხშირად, როგორც დაავადების პირველი სიმპტომი. გულყრა, შესაძლოა, განვითარდეს ნებისმიერი ტიპის და ხარისხის ცხელების ფონზე. გულყრათა ყველაზე მეტად გავრცელებული ტიპია ტონურ-კლონური, თუმცა, შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს მხოლოდ ტონური კომპონენტის, ან მხოლოდ კლონური კომპონენტის განვითარებას, ტონური დაჭიმვის გარეშე.

გულყრის ხანგრძლივობა, უხშირესად არ აღემატება 5-6 წთ-ს. გულყრათა მხოლოდ 8% გრძელდება 15 წთ-ზე დიდხანს.

### ➤ გამოკვლევის გეგმა

მარტივი ფებრილური გულყრის გამო სპეციალისტთან მიმართულ პაციენტთა უმრავლესობას არ ესაჭიროება ლაბორატორიული გამოკვლევები და ცნს-ის რადიოლოგიური გამოკვლევები (კტ, მრტ). სტანდარტული ეეგ კვლევა, ასევე, ნაკლებინფორმატულია. თუ ხანმოკლე პოსტიქტური (გულყრის შემდგომი) მდგომარეობის შემდეგ სწრაფად მოხდა ცნობიერების აღდგენა, რამდენიმე საათიანი დაკვირვების შემდგომ შესაძლებელია პაციენტის სახლში გაშვება.

გამონაკლისს წარმოადგენენ 18 თვეზე ნაკლები ასაკის ჩვილები. მრავალი ექსპერტის აზრით, ამ ასაკობრივ ჯგუფში აუცილებელია თავ-ზურგ-ტვინის სითხის კვლევა.

### ➤ ლუმბალური პუნქცია

ფებრილური გულყრის მქონე ბავშვებს შორის მენინგიტის არსებობა დასტურდება შემთხვევათა 2%-5%-ში. ამერიკის პედიატრიული აკადემიის მიერ ფებრილური გულყრის არსებობისას ლუმბალური პუნქციის ჩატარება რეკომენდებულია:

- ფებრილური გულყრის მქონე 18 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში;
- პირველი რთული ფებრილური გულყრის დროს;
- მყარი ლეთარგიის დროს;
- კლინიკაში შემოსვლამდე დაწყებული ანტიბიოტიკოთერაპიის შემთხვევაში.

12-დან 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში აუცილებელია დაწვრილებითი ნევროლოგიური გასინჯვა, ვინაიდან მენინგეალური სიმპტომატიკა შესაძლოა ძლიერ სუსტად იყოს გამოხატული.

თუ ბავშვის ასაკი 18 თვეს აღემატება და არ არის გამოხატული საექვო ნევროლოგიური ნიშნები, ლუმბალური პუნქციის წარმოება აუცილებელი არ არის. 18 თვეზე უფროსი ასაკის ბავშვებში განვითარებული ფებრილური გულყრების შემთხვევაში, ნეიროინფექციაზე ეჭვის არსებობისას, ლუმბალური პუნქციის საჭიროებასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილება მიღებულ უნდა იქნას პროტოკოლის „ცხელება და ნევროლოგიური ნიშნები“ შესაბამისად.

### ➤ ლუმბალური პუნქციის (ლპ) უკუჩვენებებია:

- ცნობიერების პროგრესული დათრგუნვა (გლაზგოს შკალით <13);
- სეპტიცემიური შოკის ნიშნები;
- მენინგოკოკური ინფექციის კლინიკური ნიშნები;
- მომატებული ქალასშიდა წნევის ნიშნები;
- ფოკალური ნევროლოგიური ნიშნები, განსაკუთრებით ახალი ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომატიკის გამოვლენა;
- ფოკალური გულყრები;

- შეგუბება თვალის ფსკერზე.

ლპ-ის უკუჩვენებების არსებობისას, იმ შემთხვევაში, თუ მისი ჩატარება აუცილებელია, პროცედურის წინ მოწოდებულია:

- თავის ტვინის კვლევა კომპიუტერული ტომოგრაფიით (კტ) ან მაგნიტო-რეზონანსული გამოსახვით (მრგ);
- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შრატის ელექტროლიტების, კალციუმის, ფოსფორის, მაგნიუმის განსაზღვრა;
- სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა.

6 თვეზე უფროსი ასაკის ბავშვისთვის ამ კვლევებს ლიმიტირებული ღირებულება გააჩნია; ყურადღება მიმართული უნდა იყოს ძირითადი დაავადებისა და ინფექციის წყაროს იდენტიფიკაციაზე.

**ასევე ლიმიტირებული ღირებულებისაა კტ და მრგ კვლევები**, რადგან მრგ არ არის ნაჩვენები მარტივი ფებრილური გულყრის დროს, ხოლო პროლონგირებული ან ფოკალური ფებრილური გულყრის შემთხვევაში, მრგ კვლევის ღირებულება სადავოა. **ელექტროენცეფალოგრაფია (ეეგ)** - ეეგ მონაცემები, შესაძლოა, აბნორმული იყოს რთული ფებრილური გულყრების ფებრილური გულყრების ოჯახური ისტორიისა და წინმსწრები ნეიროგანვითარებითი პათოლოგიის არსებობის შემთხვევებში. არ არსებობს სარწმუნო ინფორმაცია ეეგ მონაცემების საფუძველზე ეპილეფსიის განვითარების შესაძლებლობის პროგნოზირების შესახებ.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში როგორც რთული, ისე მარტივი ფებრილური გულყრის განვითარება გაცილებით უფრო ხშირია ნეირო- და/ან მეტაბოლური პათოლოგიების არსებობის დროს. ამიტომ ჩვილებში მიზანშეწონილია, რომ კლინიცისტმა გაითვალისწინოს შემდეგი გამოკვლევების ჩატარების აუცილებლობა: შრატის ელექტროლიტები, ლუმბარული პუნქცია, კტ ან მრგ და სტაციონარში 24 საათით დაყოვნება. ეს გადაწყვეტილება შეიძლება ინდივიდუალურად იყოს მოდიფიცირებული კლინიკური შემთხვევისა და მკურნალი ექიმის ექსპერტიზის შესაბამისად.

### ➤ მკურნალობის სქემა

- **უშუალოდ გულყრის დროს** - ფებრილურ გულყრათა უმრავლესობა ხანმოკლეა და მათი ხანგრძლივობა არ აღემატება 5 წუთს. ასეთ შემთხვევებში მკურნალობა საჭირო არ არის. გულყრის 5 წუთზე მეტი ხანგრძლივობის შემთხვევაში გამოიყენება რექტალური დიაზეპამი დოზით - 0,5 მგ/კგ/, პროცედურის წარმოება შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებშიც, ოჯახის ექიმის ან მშობლის მიერ სათანადო ტრენირების გავლის შემდეგ. რექტალური დიაზეპამი, ასევე, გამოიყენება მორეციდივე ფებრილური გულყრების მქონე ბავშვებში მაღალი ცხელების დროს,



როდესაც ფებრილური გულყრის განვითარების შანსი მაღალია, ან ბავშვი იმყოფება სამედიცინო დაწესებულებიდან მოშორებით.

- **ჰოსპიტალურ პირობებში** მკურნალობა მიმართულია გულყრის კუპირებისაკენ. მიუხედავად იმისა, რომ ფებრილურ გულყრებს გართულებები იშვიათად ახასიათებთ, არ უნდა დაგვავიწყდეს ასპირაციის რისკი. ჰოსპიტალში ძირითადად გამოიყენება ინტრავენური დიაზეპამი /0.5მგ/კგ, შეეყვანის სიჩქარე 5 მგ/წთ/ ან რექტალური დიაზეპამი /0,5 მგ/კგ/, მიდაზოლამი /0.2-0.3მგ/კგ, ინექცია შესაძლოა გაკეთდეს დღეში ორჯერ, მინიმუმ 4 საათიანი ინტერვალით. თუ გულყრა იღებს სტატუსურ მიმდინარეობას, გამოიყენება კრუნჩხვითი სტატუსის მკურნალობის პროტოკოლი.
- **ცხელების საწინააღმდეგოდ** გამოიყენება ანტიპირეტული საშუალებები, თუმცა მორეციდივე ფებრილური გულყრის პრევენციისთვის ეს პრეპარატები არაეფექტურია. ასეთ შემთხვევებში, მორეციდივე ფებრილური გულყრების დროს, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნას ორალური დიაზეპამი - დოზით /0.4-0.5 მგ/კგ/დღ, ან რექტალური დიაზეპამი /0.5მგ/კგ/.ინექცია სესაძლოა გაკეთდეს დღეში ორჯერ, მინიმუმ 4 საათიანი ინტერვალით.

#### ➤ ქრონიკული პრევენციული თერაპია

ფებრილური გულყრების დროს ქრონიკული პრევენციული თერაპია იშვიათადაა საჭირო. ქრონიკული პრევენციული თერაპიის საკითხი, შესაძლოა, განხილულ იქნეს ხშირად მორეციდივე რთული ფებრილური გულყრების არსებობის შემთხვევაში. ამასთან, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ქრონიკული პრევენციული თერაპია ფებრილურ გულყრათა განვითარების სიხშირეს ამცირებს, მაგრამ არ არსებობს მტკიცებულებები იმის სასარგებლოდ, რომ ფებრილურ გულყრათა პრევენცია ამცირებს ეპილეფსიის შესაძლო განვითარების რისკს.

ქრონიკული პრევენციული თერაპიის მიზნით გამოიყენება შემდეგი პრეპარატები:

- ფენობარბიტალი, დღიური დოზით 3–5 მგ/კგ/დღ;
- ვალპროატის მჟავა, დღიური დოზით - 20–30 მგ/კგ/დღ;
- კარბამაზეპინი, დღიური დოზით -10–20 მგ/კგ/დღ.

უნდა აღინიშნოს, რომ ამ მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები იმდენად აღემატება მათ ეფექტს, რომ ამერიკის პედიატრთა აკადემია მიზანშეწონილად არ მიიჩნევს მათ გამოყენებას (2009).

#### ➤ ფებრილურ გულყრებთან დაკავშირებით მშობლების განათლებისას აუცილებელია:

- მშობლებს მიეწოდოთ მაქსიმალური ინფორმაცია ფებრილური გულყრების ასაკთან დამოკიდებულებისა და სიხშირის შესახებ. განემარტოთ, რომ ფებრილური გულყრა არ

იწვევს ტვინის დაზიანებას, რომ ეს სამედიცინო მდგომარეობა ეპილეფსია კი არ არის, არამედ კეთილთვისებიანი ასაკდამოკიდებული პათოლოგიაა, რომელიც, როგორც წესი, კარგი პროგნოზითა და გამოსავლით ხასიათდება.

- მშობლებს უნდა ავუხსნათ, თუ როდის და რა შემთხვევაშია საჭირო მკურნალობის დაწყება ანტიეპილეფსიური საშუალებებით და განმარტოთ ანტიეპილეფსიური წამლების გვერდითი ეფექტებიც. აუცილებელია, კარგად გავათვითცნობიეროთ იმის შესახებ, რომ ანტიეპილეფსიური საშუალებები ამცირებენ ფებრილური გულყრების განვითარების სიხშირეს და არ მოქმედებენ მომავალში ეპილეფსიის განვითარების რისკზე.
- სპეციალისტი კარგად უნდა დარწმუნდეს, რომ სიცხის დაწვევის პროცედურებთან დაკავშირებული ყველა ინსტრუქცია მშობელმა /მეურვემ/ სწორად გაიგო.
- აუცილებელია, მშობელს ვასწავლოთ და განუმარტოთ, თუ როგორ უნდა მოიქცეს ფებრილური გულყრის განვითარების შემთხვევაში:

1. შეინარჩუნოს სიმშვიდე და არ ჩავარდეს პანიკაში;
2. ბავშვი დააწვინოს გვერდზე, რათა თავიდან აიცილოს/ავიცილოთ ნერწყვის ან პირნაღები (ღებინების შემთხვევაში) მასების ასპირაცია;
3. არ ეცადოს ბავშვს ძალით გააღებინოს პირი;
4. თვალი ადევნოს გულყრის ხანგრძლივობას;
5. ბავშვს არ მისცეს რაიმე მედიკამენტი პერორალურად;
6. თუ შეტევის ხანგრძლივობა აჭარბებს 3 წთ–ს, გამოიყენოს რექტალური დიაზეპამი /0,5 მგ/კგ/ და დაელოდოს მის ეფექტს (დიაზეპამის რექტალური გამოყენებისას მისი კონცენტრაცია სათანადო დონეს აღწევს დაახლოებით 3 წუთში);
7. ყოველი შეტევის დროს დაუკავშირდეს ექიმს.

სამედიცინო ინტერვენცია საჭიროა თუ:

1. შეტევის ხანგრძლივობა აღემატება 5 წუთს.
2. სახეზეა ფოკალური გულყრა ან შეტევა მეორდება.
3. ცნობიერების შეცვლა პროლონგირებულია.

**პროგნოზი:** უკანასკნელი ოცდახუთწლიანი დაკვირვების საფუძველზე ფებრილური გულყრები ფასდება, როგორც კეთილთვისებიანი პათოლოგია, რომელიც არ არის ასოცირებული ტვინის რაიმე არსებით დაზიანებასთან. ფებრილური გულყრების მქონე ბავშვთა მხოლოდ მცირე პროცენტს უვითარდება შემდგომში ეპილეფსია. დადგენილია, რომ ფებრილურ გულყრათა პრევენცია შესაძლებელია ანტიეპილეფსიური მედიკამენტებით, თუმცა, ანტიკონვულსური თერაპია ვერ ცვლის შემდგომში ეპილეფსიის განვითარების რისკს.

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენება ხელს შეუწყობს ბავშვთა ასაკში ფებრილური გულყრის დიაგნოსტიკისა და მართვის გაუმჯობესებას და შეამცირებს გართულებებით მიმდინარე შემთხვევებს.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ შემთხვევაში მოხდა/ მოხდება აღნიშნული პათოლოგიის სწორი დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მართვა;
- პაციენტების რა %-ს ჩაუტარდა რეკომენდებული ინტერვენცია მითითებულ ვადებში;
- პაციენტების რა %-ში მოხერხდა სასურველი კლინიკური გამოსავლის მიღწევა.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 2 წლის შემდეგ.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №1.

**ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი**

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური ვინც უნდა მონაწილეობდეს პროტოკოლის დანერგვაში	რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
სპეციალობა: ნევროლოგი/ბავშვთა ნევროლოგი, პედიატრი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სასურველი

მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
<p>ლაბორატორია</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სისხლის საერთო ანალიზი</li> <li>• პედიატრის კონსულტაცია</li> <li>• სისხლის ანალიზი შაქარზე</li> <li>• სისხლის ანალიზი ელექტროლიტებზე</li> <li>• ეეგ</li> </ul> <p>ლუმბალური პუნქცია (ლპ) /ცილა, ციტოზი, ლიქვორის ბაქტერიოლოგია/</p> <p>კტ, მრტ</p>	<p>რუტინული კვლევა</p> <p>არ არის რეკომენდირებული პირველი მარტივი ფებრილური გულყრის დროს;</p> <p>ამერიკის პედიატრიული აკადემიის მიერ ლპ რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ფებრილური გულყრის მქონე 18 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში;</li> <li>• პირველი რთული ფებრილური გულყრის დროს;</li> <li>• მყარი ლეთარგიის დროს;</li> <li>• კლინიკაში შემოსვლამდე უკვე დაწყებული ანტიბიოტიკოთერაპიის შემთხვევაში;</li> </ul> <p>გახანგრძლივებული რთული ფებრილური გულყრის დროს, ლუმბალური პუნქციის წინ, ლპ-ს ჩატარების წინააღმდეგჩვენების შემთხვევაში.</p>	<p>სავალდებულო</p> <p>სასურველი</p> <p>სასურველი</p>
<p>სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა</p> <p>კლინიკური, ბიოქიური ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორია ეეგ ლაბორატორია</p> <p>კტ, მრტ</p>	<p>დიაგნოზის დადასტურება რისკის შეფასება მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვ.</p>	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე ([www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge)).
2. პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.
3. პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

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

**თამარ სამხარაძე** - მედიცინის დოქტორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი, თ. გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფსიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის წევრი;

**თამარ ყიფიანი** - მედიცინის დოქტორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი, თ. გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფსიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის წევრი;

**ივანე ბოკერია** - ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი.