

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 №01-173/ა ბრძანებით

შაკიკის მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: შაკიკის მართვა	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
დეფინიცია.....	4
შაკიკის კლასიფიკაცია	5
შაკიკი აურით.....	5
შაკიკი აურის გარეშე.....	6
გართულებული შაკიკი	6
შაკიკის ვარიანტები	7
სხვადასხვაგვარი თავის ტკივილი	7
დიაგნოზი, დიფერენციული დიაგნოზი	8
გამოკვლევების სქემა.....	10
მკურნალობა.....	11
ფარმაკოლოგიური თერაპია.....	12
პრევენციული თერაპია.....	13
ფარმაკოლოგიური თერაპია.....	14
ხშირად გამოყენებადი პრევენციული მედიკაცია.....	16
დანართი №1 თავის ტკივილების სიხშირის შეფასება და მკურნალობა შაკიკის დროს	17
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	18
10. აუდიტის კრიტერიუმები	18
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	18
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	18
ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	18
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	19
14. პროტოკოლის ავტორები	20

1. პროტოკოლის დასახელება: შაკიკის მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
შაკიკი	G43-G44
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ელექტონეცეფალოგრაფია (ეეგ)	F02
თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ)	TTA01
თავის ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ)	XAV-01
ლუმბალური პუნქცია	LH 17
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	LB6
ლიქვორში ცილა, ციტოზი	LQ.2.2. LQ.3.1
ლიქვორის ბაქტერიოლოგია	LBAC_-10
ლიქვორში შაქარი	LQ.2.7.1

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

1. Headaches in young people and adults, NICE (National Institute for Health and Care Excellence) guideline, August 2013.
2. D. Lewis, MD; S. Ashwal, MD; A. Hershey, MD; D. Hirtz, MD; M. Yonker, MD; S. Silberstein, MD; MD CONSULT; Practice Parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents; Neurology - Volume 63, Issue 12 (December 2004) - Report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society.

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

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია გაუმჯობესდეს ბავშვთა ასაკის პოპულაციაში თავის ტკივილის მართვა, მოხდეს სხვადასხვა სახის თავის ტკივილის დიფერენცირება, დიაგნოსტიკა, აგრეთვე შაკიკის და სხვა ტიპის თავის ტკივილის თანამედროვე, მსოფლიოში აპრობირებული მკურნალობის მეთოდების დანერგვა.

5.სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პედიატრიული ასაკის პოპულაციას თავის ტკივილით.

6.ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია: პედიატრებისთვის, ოჯახის ექიმებისთვის, ბავშვთა ნევროლოგებისთვის/ნევროლოგებისთვის, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის/გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტებისთვის.

7.სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

❖ დეფინიცია

შაკიკი წარმოადგენს მწვავე მორეციდივე თავის ტკივილის კლასიკურ მაგალითს. პათოლოგია ხასიათდება თავის ტკივილის მწვავე, ეპიზოდური, პერიოდული, მოპულსირე პაროქსიზმული შეტევებით, რომლებიც ერთმანეთისგან გამოყოფილნი არიან ტკივილისგან თავისუფალი პერიოდებით და ასოცირებულნი არიან გულის რევასთან, ღებინებასთან, ფონო და ფოტოფობიასთან, ძილის ძლიერ მოთხოვნილებასთან.

- შემთხვევათა 50%-ში შაკიკის შეტევები იწყება 20 წლამდე ასაკში;
- 10 წელზე უფრო პატარა ასაკის ბავშვებში თავის ტკივილის უმრავლესობა მიგრენოზულია;
- ოჯახური ისტორია დადებითია შემთხვევათა 70-90%-ში. პათოლოგია უფრო ხშირია ქალებში;

- შაკიკის ეპიზოდები ხშირად პროვოცირებულია ტრიგერული ფენომენებით, როგორცაა აღელვება, სისუსტე, თავის ტრავმა, სტრესი, ვარჯიში, მოგზაურობა, მენჯის, დიეტა. საკვები, რომელსაც შეუძლია შაკიკის შეტევის პროვოცირება არის შოკოლადი, შებოლილი საკვები, ნიტრიტების, მონოსოდიუმ გლუტამატის შემცველი საკვები.

➤ **შაკიკის კლასიფიკაცია** ეფუძნება თავის ტკივილის საერთაშორისო კლასიფიკაციას:

- შაკიკი აურით (კლასიკური შაკიკი);
- შაკიკი აურის გარეშე;
- გართულებული შაკიკი (ოფთალმოპლეგიური, ჰემიპლეგიური, ბაზილარული არტერიის, კონფუზიური შაკიკი);

- შაკიკის ვარიანტები (ციკლური ღებინება, პაროქსიზმული ვერტიგო, პაროქსიზმული ტორტიკოლისი).

➤ **შაკიკი აურით**, რომელიც ადრე იწოდებოდა, როგორც კლასიკური შაკიკი, უფრო ხშირია ბავშვებსა და ყმაწვილებში მოზრდილებთან შედარებით. იგი პედიატრიულ პაციენტთა 15%-ში გვხვდება. თავის ტკივილის შეტევას წინ უძღვის აურა, რომელიც უფრო ხშირად არის ვიზუალური, ნაკლებად ხშირად სომატოსენსორული და ავტონომიური.

შაკიკი აურით შეიძლება გამოხატული იყოს შემდეგი სახით:

- **ვიზუალური აურა** ყველაზე უფრო ხშირად წარმოდგენილია წაშლილი მხედველობით, მნათი, ფერადი წერტილებით, სკოტომით, მოძრავი სინათლეებით და Fortification Spectra-თი;
- **სომატოსენსორული პათოლოგია** შესაძლოა მოიცავდეს მეტყველების დარღვევას, ფოკალურ მოტორულ სისუსტეს, ფოკალურ სენსორულ ცვლილებებს;
- **ავტონომიური აურა** ხასიათდება სხეულის ნაწილების დეფორმული აღქმით (როგორც ალისა სასწაულების ქვეყანაში სინდრომის დროს), სისუსტით, სიფერმკრთალობით, აგზნებადობით;
- **აურის ხანგრძლივობა ვარიაბელურია**, ჩვეულებრივ გრძელდება 20 წთ-მდე. თუ აურა ლატერალიზებულია, თავის ტკივილი საწინააღმდეგო მხარეს ვითარდება;
- **ტკივილი უხშირესად ძლიერია**, მოპულსირე ხასიათის. შესაძლოა, იყოს უნილატერალური, თუმცა ბავშვებში იგი უფრო ხშირად ბილატერალურია ფრონტალური ან ტემპორალური ლოკალიზაციით. ბავშვს აქვს წყნარ, ბნელ

ადგილას განმარტოვების სურვილი ძილის მოთხოვნილება. შესაძლოა, აღენიშნოს მადის დაკარგვა, მუცლის ტკივილი, გულის რევა, ღებინება. ძილი ბავშვს აძლევს შვებას. ეპიზოდები უფრო ხშირად თვეში 1-3-ჯერ ვითარდება და გრძელდება 2-6 სთ. ბავშვის ზრდასთან ერთად შეტევები ხშირდება და მძიმდება. შეტევის ხასიათი შეტევიდან შეტევამდე შესაძლოა შეიცვალოს.

- **შაკიკი აურის გარეშე** წარმოადგენს შაკიკის ყველაზე მეტად გავრცელებულ ფორმას ბავშვებსა და ყმაწვილებში.
- **გართულებული შაკიკი** წარმოადგენს შაკიკის შეტევას ასოცირებულს გარდამავალ ნევროლოგიურ დარღვევებთან. პაციენტთა უმრავლესობა გამოჯანმრთელდება სრულიად, თუმცა იშვიათად ნევროლოგიური ნარჩენი მოვლენები ინფარქტის განვითარებითაა განპირობებული. გართულებული შაკიკის დროს, როგორც წესი საჭიროა ეეგ, მრტ ანგიოგრაფიით.

გართულებული შაკიკი შეიძლება გამოხატული იყოს შემდეგი ფორმით:

- **ოფთალმოპლეგიური შაკიკი** წარმოადგენს ორბიტალური ტკივილის და მესამე წყვილი ნერვის სრული დამბლის ან პარეზის ასოციაციას. კლინიკურ სურათს მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მწვავე პერიოდში სტეროიდებით მკურნალობა;
- **ჰემიპლეგიური შაკიკი** წარმოადგენს თავის ტკივილის და ჰემიპარეზის ასოციაციას;
- **ბაზილარული არტერიის შაკიკი** ვითარდება ბაზილარული არტერიის და მისი ტოტების საირიგაციო ზონების გარდამავალი დისფუნქციის შედეგად. ინიციალური სიმპტომი შესაძლოა იყოს ვიზუალური პათოლოგია, რაც წარმოდგენილია ტუნელისებური მხედველობით. სხვა სიმპტომატიკა ვარიანტებურია, შესაძლოა, იყოს უნილატერალური, მოიცავდეს პარესთეზიებს, გულის რევას, ვერტიგოს, დიზართრიას, გაბრუებას, ჰემიპარეზს, კვადრიპარეზს და ცნობიერების დათრგუნვას. ეპიზოდი ჩვეულებრივ ასოცირებულია თავის ტკივილთან, რომელიც შესაძლოა, წინ უსწრებდეს, თან ახლდეს ან მოსდევდეს ნევროლოგიური დეფიციტის განვითარებას.
- **კონფუზიური შაკიკის** დიაგნოზი ჩვეულებრივ რეტროსპექტულად ისმება. იგი უფრო ხშირია ყმაწვილებში. პაციენტს უვითარდება გარდამავალი კონფუზია, აჟიტირება, რევეპტული და ექსპრესიული აფაზია. მდგომარეობა სწორდება 4-6 სთ-ში. პაციენტს შესაძლოა, ჰქონდეს კონფუზიური შეტევები თავის ტკივილის შეტევებისგან დამოუკიდებლად. ეეგ შეტევის დროს ნელტალღოვანია. მრტ ნორმალურია. ამ დროს საჭიროა ჩატარდეს სრული კვლევა ტოქსიური ენცეფალოპათიის გამორიცხვის მიზნით.

➤ **შაკიკის ვარიანტები**

- **პაროქსიზმული ვერტიგო** ჩვეულებრივ ვითარდება ბავშვებში 2-დან 5 წლის ასაკამდე. ეპიზოდი ვითარდება უეცრად და ხანმოკლეა. ბავშვი ჰგავს შეშინებულს, ვერ იცავს წონასწორობას, მაგრამ არ კარგავს გონებას. შესაძლოა, ინახოს ნისტაგმი. სიმპტომები გრძელდება რამდენიმე წუთის განმავლობაში. გამოჯანმრთელება დგება უეცრად. შესაძლოა, საჭირო გახდეს მრტ ანგიოგრაფიით.
- **პაროქსიზმული ტორტიკოლისი** იშვიათი პათოლოგიაა, რომელიც მოიცავს თავის იძულებით მიტრიალებას გვერდით. თავის იძულებითი პოზა ასოცირებულია თავის ტკივილთან, გულის რევასთან, ღებინებასთან. ეპიზოდი შესაძლოა გაგრძელდეს რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე.
- **ციკლური ღებინება** წარმოადგენს ციკლურ ღებინებას ან პერიოდულ შეტევებს აუხსნელი აბდომინალური ტკივილით, ღებინებით. ღებინება შესაძლოა, იყოს იმდენად შეუპოვარი, რომ ძლიერი დეჰიდრატაციის გამო საჭირო გახდეს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციაც კი. თავის ტკივილი შესაძლოა იყოს სახეზე ან არ იყოს.

➤ **სხვადასხვაგვარი თავის ტკივილი**

კლასტერული თავის ტკივილი: ტიპურად დღის განმავლობაში ვითარდება თავის ტკივილის 2-10 შეტევა, თითოეული მათგანი გრძელდება 10 წთ-დან 3 სთ-მდე. შეტევის საშუალო ხანგრძლივობა 45 წთ-ია. შესაძლოა შეტევა განვითარდეს ღამის განმავლობაში (REM ძილის დროს), რაც პაციენტს აღვიძებს. ტკივილი ხასიათდება ძლიერი ინტენსივობით, ჩვეულებრივ უნილატერალურია და არ იცვლის მხარეობას. იგი ლოკალიზებულია თვალბუდის არეში და ასოცირებულია იფსილატერალურ ლაკრიმაციასთან, რინორეასთან. შესაძლოა, განვითარდეს იფსილატერალური ფტოზი ან მიოზი. პაციენტს ძლიერი ტკივილი არ აძლევს დაწოლის საშუალებას. გამოყოფენ ეპიზოდურ და ქრონიკულ კლასტერულ თავის ტკივილს.

ინდომეტაცინზე რესპონსიული თავის ტკივილი: ტკივილის ეს ტიპი ხასიათდება ინდომეტაცინზე რესპონსიულობით. იგი განსხვავდება შაკიკისგან და კუნთოვანი კონტრაქციის თავის ტკივილისგან. ტკივილი არის ძლიერი და უნილატერალური.

დამაბულობის თავის ტკივილი: ტკივილის ეს ტიპი დაკავშირებულია დამაბულობასთან - ხველის, სირბილის, ცურვის, სექსუალური აქტივობის ჩათვლით.

ციკლური შაკიკი: ეს არის შაკიკის ფორმა, რომელიც ვითარდება ციკლურად. იგი პედიატრიულ პოპულაციაში იშვიათად გვხვდება. იგი, ასევე, იწოდება, როგორც

კლასტერული შაკივი. თავის ტკივილის ციკლი არის 2-დან 20 ირამდე ხანგრძლივობის/საშუალოდ 6 კვირა/. ციკლის დროს მიგრენოზული თავის ტკივილი ვითარდება ყოველდღე ან კვირაში რამდენჯერმე.

ქრონიკული პაროქსიზმული ჰემიკრანია: ქრონიკული პაროქსიზმული ჰემიკრანია ხასიათდება დღის განმავლობაში მრავლობითი შეტევებით, რომელთა ხანგრძლივობა 5-დან 30 წთ-მდეა, ტკივილი არის უნილატერალური. ტკივილი უმეტესად ლოკალიზებულია შუბლის ან თვალის არეში. იგი შესაძლოა გამოწვეული იყოს თავის უეცარი მოძრაობით.

Hemikrania Comtinua: ეს არის თავის ტკივილის იშვიათი ფორმა, რომელიც არის რესპონსიული ინდომეტაცინის მიმართ, ხასიათდება ძლიერი არაპაროქსიზმული მყარი ჰემიკრანიით, ლოკალიზაციით შუბლის არეში და ასოციაციით გულის რევასთან. ავტონომიური სიმპტომატიკის არსებობას ადგილი არ აქვს. პაციენტთა უმრავლესობა ქალია და ოჯახური ანამნეზი შაკივის შესახებ, როგორც წესი უარყოფითია.

➤ დიაგნოზი, დიფერენციული დიაგნოზი

ხშირი შემაწუხებელი თავის ტკივილის დროს პაციენტი ოჯახის ექიმის/პედიატრის მიერ აუცილებლად უნდა გაიგზავნოს ნევროლოგთან/ბავშვთა ნევროლოგთან.

დიაგნოზის ფორმულირებისთვის საჭირო სპეციფიური კითხვები წარმოდგენილია ქვემოთ:

- გაქვთ თუ არა ერთი თუ სხვადასხვა ტიპის თავის ტკივილი?
- როდის დაგეწყით თავის ტკივილები?
- როგორ იწყება თავის ტკივილი?
- უარესდება თუ არა თავის ტკივილი დროთა განმავლობაში თუ რჩება ერთ დონეზე?
- რამდენად ხშირია შეტევები?
- როგორია ტკივილის ხანგრძლივობა?
- ვითარდება თუ არა შეტევები რაიმე სპეციფიური გარემოებების დროს ან რაიმე განსაზღვრულ დროს?
- არის თუ არა შეტევები წინსწრებული რაიმე გამაფრთხილებელი ნიშნებით?
- როგორია ტკივილის ხარისხი?
- აქვს თუ არა ადგილი ტკივილის შეტევის დროს რაიმე ასოცირებულ ნიშნებს (გულის რევა, ღებინება)?
- წყვეტთ თუ არა დაწყებულ მოქმედებას ტკივილის დროს?
- გაქვთ თუ არა სიმპტომები ტკივილის შეტევებს შორის (სისუსტე, ატაქსია)?
- გაქვთ თუ არა რაიმე ქრონიკული სამედიცინო პრობლემა?
- გშველით თუ არა რაიმე მედიკაცია ტკივილის დროს?

- აუარესებს თუ არა რაიმე სპეციფიური აქტივობა ტკვილს?
- იღებთ თუ არა რაიმე წამალს რეგულარულად?
- აქვს თუ არა თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს თავის ტკვილები?
- რას უკავშირებთ თავის ტკვილების დაწყებას?

დიაგნოზის ფორმულირებისთვის საჭირო სხვა დამატებითი კითხვები, სიმპტომები და ნიშნები:

- დამატებითი კითხვები დაკავშირებული უნდა იყოს ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიისთვის დამახასიათებელი ნიშნების, ან რაიმე პროგრესირებადი ნევროლოგიური სიმპტომატიკის არსებობასთან;
- სტანდარტული პედიატრიული ისტორია, რომელიც ეხება ორსულობას, მშობიარობას, ბავშვის ზრდა -განვითარებას, აკადემიურ მოსწრებას, ქცევას, გადატანილ სერიოზულ დაავადებებს, გადატანილ ენცეფალოპათიას, მედიკაციას, ალერგიას, მეტად მნიშვნელოვანია;
- პრობლემები, როგორცაა ჰიპერტენზია, სინუსების ქრონიკული დაავადება, მორეციდივე აბდომინალური დაავადება, ემოციური პრობლემები და სხვა. ქრონიკული სამედიცინო პრობლემები, ასევე, მნიშვნელოვანია თავის ტკვილის პრობლემაში გასარკვევად;
- ყურადღება უნდა მიექცეს თავის ტკვილის სიძლიერეს, ტკვილის შეტევათა ხანდაზმულობას, ქრონიკული თავის ტკვილის პატერნის ცვლილებებს, ტკვილის ლოკალიზაციას, აღვიძებს თუ არა პაციენტს თავის ტკვილი, დღის რომელ ნახევარში ვითარდება იგი, ასევე ტკვილის ასოციაციას ნევროლოგიურ სიმპტომატიკასთან;
- ოჯახური ისტორია მეტად მნიშვნელოვანია შაკიკის დიაგნოზისთვის;
- ფიზიკური კვლევით ყურადღება უნდა გამახვილდეს ყველა იმ პათოლოგიაზე, რომელიც შესაძლოა კავშირში იყოს თავის ტკვილთან;
- შაკიკის ან კუნთოვანი დამაბულობის თავის ტკვილის დროს ნევროლოგიური სტატუსი ნორმალურია;
- სიცხის არსებობა მიგვანიშნებს ინფექციური პროცესის არსებობაზე;
- არტერიული სისხლის წნევის გაზომვა აუცილებელია ყველა პაციენტში;

- კანის კვლევა სტრებიზე, პეტეკიებზე, რძიანი ყავის მსგავსი ლაქების არსებობაზე აუცილებელია ისეთი დაავადებების გამორიცხვის მიზნით, როგორცაა ნეიროფიბრომატოზი, კუშინგის სინდრომი და სხვა;
- სინუსების და ოქსიპიტალური არეების პალპაცია აუცილებელია, რათა დადგინდეს არის თუ არა ქსოვილები ადგილობრივად მგრძნობიარე. უნდა გამოირიცხოს ტემპორომანდიბულარული არის დისფუნქცია.

მნიშვნელოვანია შაკიკის დიფერენციული დიაგნოზი მთელ რიგ დაავადებებთან, როგორცაა:

- ეპილეფსია;
- თანდაყოლილი მალფორმაცია;
- ნეიროინფექცია, ნეოპლაზმა;
- დეგენერაციული ვასკულარული დაავადებები და სხვ.

➤ **გამოკვლევების სქემა**

- **სისხლის საერთო ანალიზი:** სხვა რუტინული ლაბორატორიული კვლევების ჩათვლით შაკიკის დროს ლიმიტირებული ღირებულებისაა;
- შესაძლოა, საჭირო გახდეს ისეთი გამოკვლევების ჩატარება როგორცაა: კარბონ მონოქსიდის, თირეოიდინის, პირუვატის, ამინომჟავების, ანტიკარდიოლიპინის ანტისხეულების და კოაგულაციური სისტემის კვლევა;
- **ეეგ** ლიმიტირებული ღირებულებისაა. თუ ეეგ-ზე წარმოდგენილია ფოკალური შენელება, საჭიროა, ჩატარდეს ნეიროვიზუალიზაციური კვლევა სტრუქტურული პათოლოგიის გამორიცხვის მიზნით;
- **ნეიროვიზუალიზაციური კვლევა** ყოველთვის საჭირო არ არის, განსაკუთრებით ტიპური შაკიკის დროს. ქალას რენტგენოგრაფია, რადიოიზოტოპური სკენირება, პოზიტრონულ ემისიური ტომოგრაფია, არტერიოგრაფია, დოპლერული კვლევა იშვიათადაა საჭირო. **მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ)** კტ-სთან შედარებით კვლევის უფრო ზუსტი და ინფორმატიული მეთოდია.
- **მრტ ანგიოგრაფიით** კეთდება:

- ✓ გართულებული შაკიკის დროს;
- ✓ ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომატიკის,

ასევე, ისეთ დაავადებებზე ეჭვის დროს როგორცაა:

- ✓ თანდაყოლილი მალფორმაცია;
 - ✓ კრანიალური ინფექცია და მათი შედეგები, ნეოპლაზმა;
 - ✓ დეგენერაციული და ვასკულარული პათოლოგია.
- **ლუმბალური პუნქცია (ლპ)** გაკეთება საჭირო ხდება ნეიროინფექციის არსებობაზე ეჭვის შემთხვევაში. მოცულობითი პროცესის არსებობაზე ეჭვის დროს ლპ უკუნაჩვენებია ჰერნიაციის განვითარების რისკის გამო. ასეთ სიტუაციაში ლპ ჩატარებამდე საჭიროა ნეიროვიზუალიზაცია.
 - **ფსიქოლოგიური ტესტირება** შესაძლოა სასარგებლო იყოს პაციენტებში შაკიკით, ქრონიკული პროგრესირებადი თავის ტკივილის დროს, იმ შემთხვევაში, თუ თავის ტკივილი ასოცირებულია ცნობილ სტრესულ გარემოებებთან, როგორცაა პრობლემები ოჯახში, სკოლაში და სხვ. ამ დროს ნაჩვენებია ფსიქო-განათლებითი ტესტირება, IQ ჩათვლით.

➤ მკურნალობა

შაკიკის არაფარმაკოლოგიური თერაპია მოიცავს:

- ტრიგერული ფაქტორების ელიმინაცია;
- რელაქსაციურ ტექნიკას;
- დიეტის ტრიგერული როლის შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობს, თუმცა ითვლება, რომ ისეთი პროდუქტები, როგორცაა მონოსოდიუმ გლუტამატი, ნიტრიტები, კოფეინი, შესაძლოა, იდენტიფიცირებულ იქნენ როგორც ტრიგერული ფაქტორები და გარკვეული დროით მათი დიეტიდან ელიმინაცია, შესაძლოა, მიზანშეწონილი იყოს (შებოლილი ყველი, შოკოლადი, ძმარი, მარინადი, არაჟანი, იოგურტი, თხილი, მიწის თხილის კარაქი, ცხელი ახალი პური, ფუნთუშა, ნებისმიერი საკვები, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს მონოსოდიუმის გლუტამატს, ხახვი, კონსერვები, ციტრუსები (არა უმეტეს 1 ფორთოხლისა დღეში), ბანანი (არა უმეტეს 1/2 ბანანისა დღეში), პიცა, მაგარი ჩაი, ყავა, ძეხვეული, ასპარტამი, მჟავე კომბოსტო).

- სტიმულატორები (რიტალინი), ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები, ასევე, შესაძლოა ასოცირებულნი იყვნენ ხშირ თავის ტკივილთან და მათი ელიმინაცია მედიკაციიდან შესაძლოა საჭირო გახდეს;
- რელაქსაციური ტრენინგები წარმატებულია 9 წლის ასაკის ზევით ბავშვებში.

➤ ფარმაკოლოგიური თერაპია

მკურნალობა შეტევის დროს: შაკიკის შეტევის სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკაცია შესაძლოა, გაიყოს ორ დიდ კატეგორიად: შაკიკისთვის სპეციფიურ და არასპეციფიურ თერაპიად.

შაკიკის მწვავე არასპეციფიური მკურნალობის დროს გამოყენებადი მედიკაცია

მედიკამენტი	სავარაუდო დოზა
აცეტამინოფენი	15 მგ/კგ მაქსიმუმ 1000 მგ
არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები: იბუპროფენი ნაპროქსენი	20 მგ/კგ მაქსიმუმ 800 მგ 2,5-5 მგ/კგ მაქსიმუმ 400 მგ
კოდეინი	0,5-1 მგ/კგ მაქსიმუმ 60 მგ

შაკიკის მწვავე (აბორტული) მკურნალობის დროს გამოყენებადი სპეციფიური მედიკაცია

მედიკამენტი	დოზირება
სუმატრიპტანი /იმიგრანი/	ინექცია 1-6 მგ კანქვეშ ნაზალური სპრეი 5-10-20 მგ, გამეორება შესაძლოა 2 სთ-ში ტაბლეტი 25 მგ, 50 მგ, 100 მგ ერთჯერადი დოზა, (სადღელამისო არ აღემატება 300მგ-ს)
ელეტრიპტანი (რელპაქსი)	ტაბლეტი 20 მგ, 40 მგ
ერგოტამინი/DHE 45/	ინექცია 0,25-0,5მგ კანქვეშ ან კუნთში 6-9 წელი- 0,1მგ, 12-16 წელი – 0,5მგ. ნაზალური სპრეი

- 6 წლის ასაკამდე ხშირად იყენებენ აცეტამინოფენს, არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს. თუ შეტევა ასოცირებულია ლებინებასთან, ანტიემეტურ საშუალებათა გამოყენება სავსებით წარმატებულია (პრომეტაზინის ჰიდროქლორიდი) ორალურ მედიკაციამდე 15 წთ-ით ადრე. უფრო მოზრდილ

ბავშვებში იყენებენ აცეტამინოფენს, არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს (იპობრუფენი), იზომეტაპტენის პრეპარატებს (მიდრინი), და ბუტალბიტალის შემცველ ანალგეტიკებს.

- 15 წლამდე ასაკის ბავშვებში უნდა მოვერიდოთ ასპირინის გამოყენებას რეის სინდრომის განვითარების საშიშროების გამო.
- უფრო ძლიერი და ინტენსიური შეტევის დროს სწრაფი დასაწყისით და გულის რევით მიმართავენ მედიკამენტების მიღებას პარენტერალური, ნაზალური ან რექტალური გზით.
- მწვავე, ძლიერი შეტევის დროს, შესაძლოა, სავსებით წარმატებული იყოს დიჰიდროერგოტამინის (6 წლის და ზევით ასაკის ბავშვებში) და სუმატრიპტანის (12 წლის და ზევით ასაკის ბავშვებში) პარენტერალური გამოყენება. დიჰიდროერგოტამინი გამოიყენება ინტრავენურად, ინტრამუსკულარულად და სუბკუტანურად დოზირება 6-9 წელი - 0,1მგ, 12-16 წელი – 0,5მგ. იმიტრექსი (სუმატრიპტანი) – 0,06 მგ/კგ. მაქსიმალური დოზა 6 მგ. კლინიკური ეფექტურობა მაქსიმალურად ვლინდება 2 სთ-ში 72%-ში. ტკივილის განმეორებას შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს 6%-ში 18 წლამდე ასაკის ბავშვებში. დიჰიდროერგოტამინის და სუმატრიპტანის ნაზალური ფორმები წარმატებით გამოიყენება მოზრდილებში, მაგრამ ბავშვებში მათი გამოყენება შესწავლის პროცესშია.

➤ პრევენციული თერაპია

შაკიკის პრევენციული თერაპიის მიზანს წარმოადგენს თავის ტკივილის სიმძიმის და სიხშირის შემცირება, ცხოვრების ხარისხის და აბორტული თერაპიის ხარისხის გაუმჯობესება.

პრევენციულ თერაპიაზე ვფიქრობთ თუ სახეზეა:

- მორეციდივე თავის ტკივილი, რომელიც მნიშვნელოვნად მოქმედებს პაციენტის ყოველდღიურ აქტივობაზე;
- ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების ხშირი გამოყენება და თუ აბორტული თერაპიის ეფექტურობა არადამაკმაყოფილებელია;
- ძლიერ ხშირი შეტევები, თუმცა, როგორც წესი არ არსებობს თავის განმავლობაში შეტევათა ზუსტი რაოდენობა, როდესაც მოწოდებულია ქრონიკულ პრევენციულ თერაპიაზე გადასვლა;

- პაციენტის სურვილი;
- თავის ტკივილები მნიშვნელოვანი ნევროლოგიური სიმპტომებით (მაგ. ჰემიპლეგიური შაკიკი).

ქრონიკული პრევენციული თერაპიის დროს

- აუცილებელია პაციენტის სრულყოფილი ინფორმირება დაავადების პროგნოზთან დაკავშირებით, და, ასევე, რეალისტური წარმოდგენის შექმნა მკურნალობის ეფექტურობის შესახებ შაკიკის პროფილაქტიკური თერაპიის დროს;
- პაციენტს უნდა ვურჩიოთ, რომ მკურნალობა დავიწყოთ ერთი მედიკამენტის გამოყენებით დოზის თანდათანობით ზრდით მაქსიმალურ ეფექტურ თერაპიულ დოზამდე. ამასთან, აუცილებელია პაციენტის ინფორმირება იმასთან დაკავშირებით, რომ მკურნალობის ეფექტის მისაღებად საჭიროა არანაკლებ ორი კვირა;
- მედიკამენტის შეცვლაზე ან კომბინირებულ მკურნალობაზე უნდა ვიფიქროთ მხოლოდ მას შემდეგ, რაც დავრწმუნდებით ამ პრეპარატის არაეფექტურობაში. თუ პირველი რიგის პრეპარატი არაეფექტურია, უმჯობესია ვცადოთ სხვა კლასის მედიკამენტის გამოყენება. ამასთან, პრეპარატის შერჩევას აუცილებელია, გავითვალისწინოთ არა მარტო მისი ეფექტურობა, არამედ მისთვის დამახასიათებელი გვერდითი ეფექტებიც.

არაფარმაკოლოგიური თერაპია მოიცავს ძილის ჰიგიენას, დიეტას, ვარჯიშს.

➤ ფარმაკოლოგიური თერაპია

- **ანტიჰისტამინური პრეპარატები – ციპროჰექტადინი** – ანტიჰისტამინური პრეპარატი ანტისეროტონინერგული მოქმედებით. ის გამოიყენება პატარა ასაკის ბავშვებში (10 წლამდე). საწყისი დოზაა 0,25 მგ/კგ/დღეში, ორ ან სამ მიღებაზე, ან 2 მგ/დღეში. მკურნალობა იწყება პატარა დოზით, დოზის თანდათანობით ზრდით, მაქსიმალურ ასატან დოზამდე. შესაძლოა, დაინიშნოს დღეში ერთხელ საღამოს. დოზაზე დამოკიდებული გვერდითი ეფექტებია: მადის მატება, წონაში მატება, სედაცია.
- **ბეტა-ბლოკატორები:** დიდი წარმატებით გამოიყენება პროპრანოლოლი. ეფექტური დოზაა 2-4 მგ/კგ/დღეში. მაქსიმალური დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 4

მგ/კგ/დღეში. ბეტა-ბლოკატორთა ერთ-ერთი ხშირი გვერდითი ეფექტი – ბრონქოსპაზმის განვითარება, რაც მეტად საყურადღებოა ასთმით დაავადებულ პაციენტებში, ზღუდავს მათ თავისუფლად გამოყენებას ბავშვთა ასაკში. სხვა გვერდითი ეფექტები, ასევე, ხშირია და მოიცავენ ბრადიკარდიას, ჰიპოტენზიას, გულის რევას, სისუსტეს, დეპრესიას, წონაში მატებას.

- **ანტიდეპრესანტები:** ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები მეტად ეფექტურნი არიან იმ პაციენტებში, რომელთაც კომორბიდული მდგომარეობის სახით აღენიშნებათ ინსომნია, შფოთვა ან დეპრესია. ეფექტურია, როგორც ნორტიპტილინი, ასევე ამიტრიპტილინი. საწყისი დოზაა 0,1-0,2მგ/კგ (ჩვეულებრივ 10-25 მგ) დოზის შემდგომი ზრდით კვირაში 0,5-1 მგ/კგ-ით (ჩვეულებრივ 50-70 მგ). ამის ზევით გვერდითი ეფექტების გამო, დოზის შემდგომი მატება ლიმიტირებულია. ამ ჯგუფის პრეპარატების მოქმედების გავრცელებული გვერდითი ეფექტებია - პირის სიმშრალე, მადის მატება, ძილიანობა, შარდის შეკავება, შეკრულობა, ტაქიკარდია, ჰიპოტენზია, მიდრეკილება კრუნჩხვების განვითარებისკენ და მანიაკალური ეპიზოდების განვითარებაც კი ბიპოლარულ პაციენტებში. 50 მგ/დღ-ზე მაღალი დოზის გამოყენებისას მეტად მნიშვნელოვანია ეკგ კვლევა პოტენციური არითმოგენიური ეფექტების მონიტორინგში.

- კალციუმის არხების ბლოკატორებიდან გამოიყენება ვერაპამილი.
- ანტიკონვულსანტები:

ვალპროატის მჟავა პრეპარატის საწყისი დოზაა 5-10 მგ/კგ/დღეში. დოზა შესაძლოა გაიზარდოს 15-20 მგ/კგ-მდე დღეში. შესაძლებელია, პრეპარატი დაინიშნოს დღეში ერთხელაც კი.

ტოპირამატი საკმაოდ კარგი არჩევის პრეპარატია ჭარბი წონის მქონე პაციენტებში, ვინაიდან მისი მოქმედების გვერდითი ეფექტს წარმოადგენს უმადობა. საწყისი დოზაა 1-2 მგ/კგ (15-25 მგ), დოზის ზრდა შესაძლებელია კვირაში ერთხელ 15-25 მგ-ით სასურველ დოზამდე. დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 200 მგ-ს.

✓ ალტერნატიული საშუალებები

- შაკიკის სამკურნალო სხვა პრეპარატებია კალციუმის არხების ბლოკატორები, სელექტიური სეროტონინის ინჰიბიტორები, გაბაპენტინი, ზონიზამიდი, ტიზანიდინი.
- მოზრდილ პაციენტებში კარგადაა შესწავლილი ფრონტალურ და კისრის უკანა კუნთებში ბოტულინის ტოქსინის ინექციების ეფექტურობა. მკურნალობის ეს მეთოდი გვერდითი ეფექტების სიმცირით გამოირჩევა, თუმცა პედიატრიულ

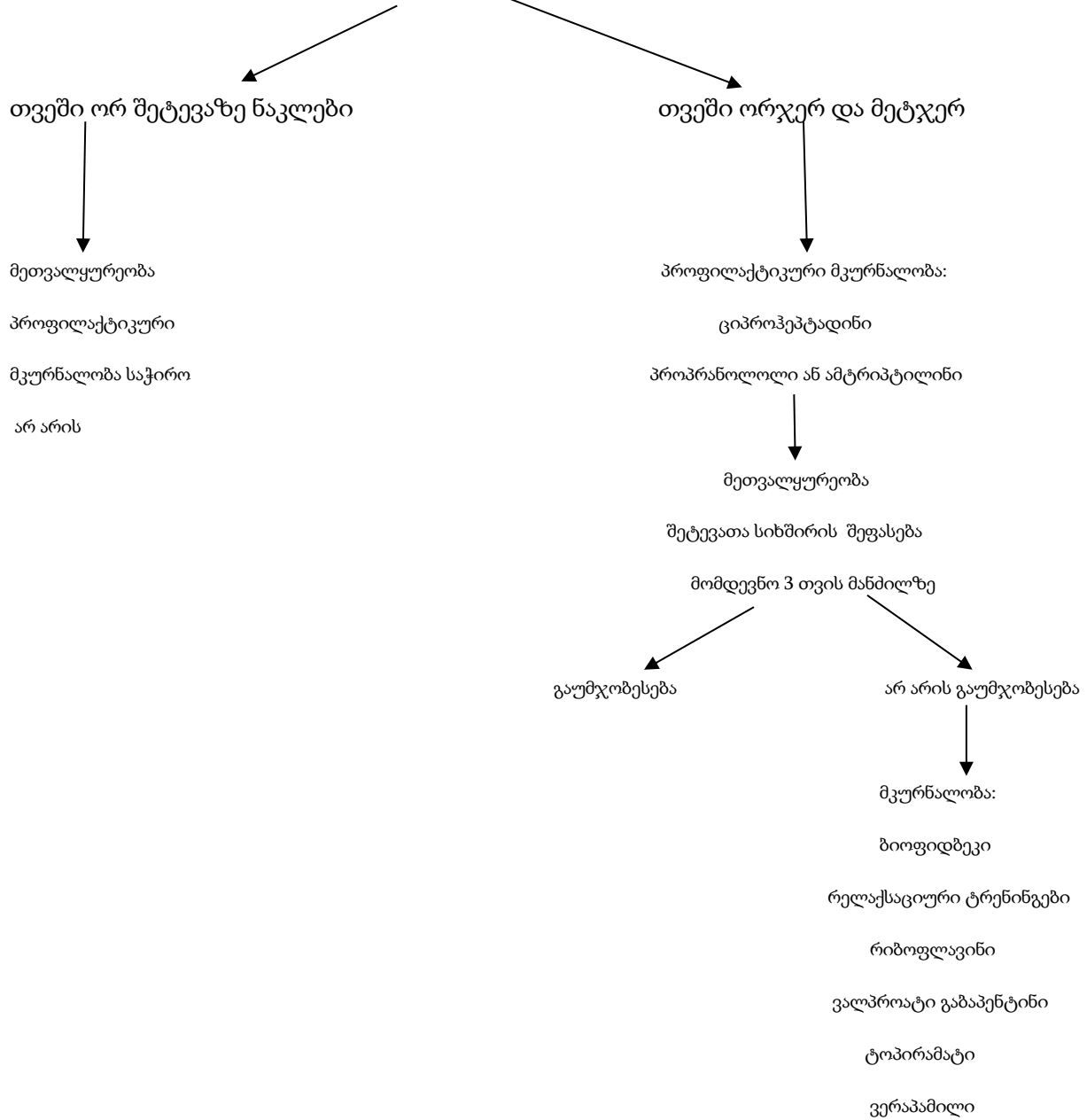
პოპულაციაში მისი გამოყენება არასასურველად ითვლება თავის ტკივილის დროს.

- პრევენციის მიზნით გამოიყენება რიბოფლავინი. პატარა ასაკის პაციენტებში (6 წლამდე ასაკის) სადღეღამისო დოზაა 100მგ, 6-8 წლის ასაკში 200 მგ დღეში, 8-13 წლის ასაკში 300მგ, 13 წლიდან 400 მგ-მდე. პრეპარატი ხასიათდება მკვეთრი სუნით და გემოთი. მისი გამოყენებისას, შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს შარდის ფერის შეცვლას მკვეთრ ყვითელ ფერამდე. სტრესის შემამცირებელი მეთოდები, როგორცაა ბიოფიდბეკის იოგა, სტრესის მენეჯმენტის სპეციალისტის კონსულტაცია, ასევე, შესაძლოა განხილულ იქნეს, როგორც ფარმაკოლოგიური თერაპიის დამხმარე საშუალებები.

➤ ხშირად გამოყენებადი პრევენციული მედიკაცია:

მედიკამენტი	ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტები	ყველაზე ეფექტურია, როცა სახეზეა
ციპროჰექტადინი	სედაცია, წონაში მატება	პატარა ასაკი
ამიტრიპტილინი ნორტიპტილინი	თვლემა, პირის სიმშრალე, ორთოსტადიული ჰიპოტენზია	ინსომნია, დეპრესია
პროპრანოლონი	ბრონქოსპაზმი, ბტრადიკარდია, ჰიპოტენზია, თავბრუს, სისუსტე	ასთმის დროს უკუნაჩვენებია
ვალპროატის მჟავა	გულის რევა, წონაში მატება სისუსტე, ტრემორი, ალოპეცია	ეპილეფსია, ბიპოლარული პათოლოგია
ტოპირამატი	პარესთეზიები, სისუსტე, წონაში კლება, კონცენტრაციის სირთულე	ეპილეფსია, სიმსუქნე

დანართი №1 თავის ტკივილების სიხშირის შეფასება და მკურნალობა შაკიკის დროს
თავის ტკივილების სიხშირის შეფასება შაკიკის დროს



9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება ბავშვთა პოპულაციაში სხვადასხვა სახის თავის ტკივილის დიაგნოსტიკა, მოხდება მათი დროული და სწორი დიფერენცირება, ასევე, კვლევის საჭირო მეთოდების ადეკვატურად გამოყენება, დაინერგება მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

კრიტერიუმები, რომლებითაც უნდა შეფასდეს მოსალოდნელი კლინიკური გამოსავალი და მომსახურების პროცესის გაუმჯობესება:

- პაციენტების რა %-ს ჩაუტარდა რეკომენდებული ინტერვენცია მითითებულ ვადებში;
- პაციენტების რა %-ში მოხერხდა სასურველი კლინიკური გამოსავლის მიღწევა;
- როგორი იყო შაკიკის და სხვა ტიპის თავის ტკივილის მკურნალობის გრძელვადიანი შედეგები.

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 რესურსი	რა მიზნით ხდება ამ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის/გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტი, ოჯახის ექიმი, ბავშვთა ნევროლოგი/ნევროლოგი, პედიატრი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	მაგ. რისკის პროფილის შეფასება რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური	სავალდებულო

	მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	
რეგისტრატორი	მაგ. მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	მაგ. პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზი	რუტინული კვლევა	სავალდებულო ან სასურველი
სადიაგნოსტიკო ტტ კტ ტტ მრტ ლპ	დიაგნოზის დადასტურება რისკის შეფასება მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვ.	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- 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 (სზნნა) 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;

მაია გაბუნია - მედიცინის დოქტორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი.