

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 20 მაისის N3 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 12 იანვრის N01-4/ ო ბრძანებით

## ქალა-ტვინის ტრავმების შეფასება და მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ქალა-ტვინის ტრავმების შეფასება და მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	3
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	3
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 ზოგადი მიმოხილვა.....	4
8.2 რეკომენდაციები.....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები .....	17
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	17
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	17
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	17
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	18
14. პროტოკოლის ავტორები .....	18
დანართი N1. აუდიტის მონაცემთა შეგროვების ფორმა .....	19
დანართი N2. გლაზგოს კომის შკალა მოზრდილი და პედიატრიული პაციენტებისათვის .....	20
ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	17

## 1. პროტოკოლის დასახელება: ქალა-ტვინის ტრავმების შეფასება და მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
თავის ტრავმები	S00-S09
პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი	ICPC
თავის სხვა დაზიანება	N80

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური ეფექტურობის ინსტიტუტის გაიდლაინისა და შოტლანდიის ინტერკოლეგიური ქსელის ნაციონალური კლინიკური გაიდლაინის საფუძველზე:

1. Head injury: triage, assessment, investigation and early management of head injury in infants, children and adults 2007, National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical Guideline 56.
2. Early management of patients with a head injury. National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2009.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს წყარო გაიდლაინების რეკომენდაციები არ შეუცვლია. პროტოკოლში უცვლელადაა გადმოტანილი ყველა რეკომენდაცია, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ქალა-ტვინის ტრავმების დიაგნოსტიკასა და მართვას შეეხება.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ქალა-ტვინის ტრავმების დიაგნოსტიკისა და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება მოზრდილ პაციენტებსა და ბავშვებს ქალა-ტვინის საექვო ან დადასტურებული ტრავმით.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული ოჯახის ექიმებისთვის, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტებისა და ნევროლოგებისთვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ჩატარებულ საექიმო კონსულტაციას, შეფასების მიზნით ჩატარებულ გამოკვლევებს და რეფერალის პირობებს.

## 8. რეკომენდაციები

### 8.1 ზოგადი მიმოხილვა

- მოცემულ პროტოკოლში ქალა-ტვინის ტრავმა განისაზღვრება, როგორც თავის არეში განვითარებული ნებისმიერი ტრავმა, გარდა სახის ზედაპირული ტრავმებისა. პროტოკოლში ტრავმის პირველადი გამოსავლის სახით განხილულია თავის ტვინის ან ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის კლინიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანება. თავის მხრივ, თავის ტვინის ან ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის კლინიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანება განისაზღვრება, როგორც ნებისმიერი მწვავე მდგომარეობა, რომლის დადგენაც მოხდა გამოსახვითი კვლევების, ან რისკ-ფაქტორების შეფასების საფუძველზე.
- ქალა-ტვინის ტრავმები გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისა და პრეჰოსპიტალური მომსახურებისთვის (პირველად ჯანდაცვასა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაში) მიმართვების მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს. სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე დგინდება, რომ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისთვის წლის განმავლობაში მიმართვების დაახლოებით 6,6% ქალა-ტვინის ტრავმითაა გამოწვეული, ხოლო მათგან 15%-ს ჰოსპიტალიზაცია ესაჭიროება.
- მიუხედავად იმისა, რომ ზოგადად ტრავმული შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილობა დაბალია, 45 წელს ქვემოთ ასაკში ტრავმები სიკვდილობის წამყვან მიზეზს წარმოადგენს და მათ შორის დაახლოებით 50% ქალა-ტვინის ტრავმაზე მოდის.
- ქალა-ტვინის ტრავმის გადატანის შემდეგ ჰოსპიტალიზებული მოზრდილი პაციენტების დაახლოებით ნახევარს ხანგრძლივი ფსიქოლოგიური ან ფიზიკური უნარშეზღუდულობა აღენიშნება, ხოლო მათ, ვინც გადარჩა ინტრაკრანიალური პათოლოგიით გართულებული თავის ტრავმის შემდეგ, შესაძლოა ქრონიკულად აღენიშნებოდეს ტრავმის ნარჩენი მოვლენები, განსაკუთრებით კი იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს ეფექტური სამედიცინო დახმარება დროულად არ გაეწია.
- მდგომარეობის მართვისას უნდა გავითვალისწინოთ პაციენტის საჭიროებები და შეხედულებები. ქალა-ტვინის ტრავმის მქონე პირებს აუცილებლად უნდა მიეცეთ მკურნალობის მეთოდების შესახებ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა სამედიცინო პერსონალთან ერთად.
- პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის კარგი კომუნიკაცია კრიტიკულად მნიშვნელოვანია. ეს ურთიერთობა უნდა გამყარდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული წერილობითი ინფორმაციით, რომელიც შეესაბამება პაციენტის საჭიროებებს.

### 8.2 რეკომენდაციები

#### ქალა-ტვინის ტრავმის საწყისი შეფასება

- R1. • თავის ტრავმის მქონე პაციენტთა საწყისი მართვის პრიორიტეტს უნდა წარმოადგენდეს სწრაფი და სრულყოფილი ფიზიოლოგიური რეანიმაცია. თავის მცირე ტრავმების უმრავლესობის დროს პაციენტს ცნობიერების ნორმალური დონე აღენიშნება. თუ მისი ნევროლოგიური გასინჯვის და საჭიროების შემთხვევაში

---

გამოსახვითი კვლევის შედეგები ნორმალურია, შესაძლებელია პაციენტი იმართოს ამბულატორიულად პირველი 24 საათის განმავლობაში მკაცრი სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ.

---

R2. • ნევროლოგიური გასინჯვა და ნეიროფსიქოლოგიური შეფასება უნდა განხორციელდეს კვალიფიციური პრაქტიკოსის მიერ, რათა შეფასდეს ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქცია და დადგინდეს სპეციფიკური ქცევითი თუ კოგნიტიური დეფიციტი ან დარღვევა.

---

R3. • იმ პაციენტების მდგომარეობის შეფასება და კლასიფიცირება, რომელთაც გადაიტანეს ქალა-ტვინის ტრავმა, მოზრდილისა და პედიატრიული გლაზგოს კომის შკალის (GCS) მიხედვით უნდა განხორციელდეს (იხილეთ დანართი 2). მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალმა იცოდეს გლაზგოს კომის შკალის გამოყენების ტექნიკა, რაც უნდა ემყარებოდეს შემდეგ პრინციპებს:

➤ ცალკეული პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გაცვლა-გამოცვლა და მონიტორირება გლაზგოს კომის შკალის ცალკეულ პუნქტზე პასუხს უნდა ემყარებოდეს (მაგალითად, თუ შკალის მიხედვით პაციენტს ენიჭება 13 ქულა, რაც შეადგენს თვალების გახელის 4, ვერბალური პასუხის 4 და მოტორული პასუხის 5 ქულის ჯამს, შედეგი უნდა ჩაიწეროს შემდეგი სახით **E4, V4, M5**).

➤ გლაზგოს კომის შკალის მიხედვით მიღებული შედეგის ჩაწერისას უნდა მიეთითოს, რომ ქულა ითვლება 15-დან, რის გამოც დაბნეულობის თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია მნიშვნელის დაკონკრეტება (მაგალითად, 13/15).

➤ ყველა სახის კომუნიკაციისა და ჩანაწერის დროს შკალის საერთო ქულის გარდა აუცილებელია გლაზგოს კომის შკალის ცალკეული პარამეტრების მითითება.

• გლაზგოს კომის შკალის პედიატრიული ვერსია უნდა მოიცავდეს ალტერნატიულ გრიმასის ქულას, რაც ხელს შეუწყობს იმ ბავშვების ქულის გამოთვლას, რომელთაც ჯერ არ შეუძლიათ ლაპარაკი.

---

R4. რეკომენდებულია, რომ ოჯახის ექიმებმა, თერაპევტებმა და ნევროლოგებმა გაიარონ შესაბამისი ტრენინგი, რათა მათ შეძლონ ტრავმის რისკის შეფასება სტანდარტული კრიტერიუმების მიხედვით.

## სატელეფონო კონსულტაცია ქალა-ტვინის ტრავმის დროს

R5. იმ შემთხვევაში, როცა თავის ტრავმის მქონე პაციენტის საწყისი წარდგენა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში მოხდა სატელეფონო ზარის საშუალებით, რეკომენდებულია შემდეგი ქმედებების განხორციელება:

- იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აღენიშნება 1-ლ ცხრილში ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებიდან ერთი მაინც, სატელეფონო კონსულტაციის დროს ექიმმა ან ექთანმა მას უნდა ურჩიოს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის გამოძახება ჰოსპიტალში სწრაფი ტრანსპორტირების უზრუნველყოფის მიზნით.

### ცხრილი N1. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახების ჩვენებები სატელეფონო კონსულტაციის დროს

- ცნობიერების დაკარგვა ან დარღვევა (მაგალითად, თვალების გახელილ მდგომარეობაში გაჩერების პრობლემა).
- ტრავმის შედეგად განვითარებული ნებისმიერი ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტი (რაც გამოიხატება სხეულის ცალკეული ნაწილის ან სპეციფიკური აქტივობის შეზღუდვით). ამის მაგალითია აღქმის, საუბრის, წერის ან კითხვის პრობლემები; მგრძნობელობის დაკარგვა სხეულის გარკვეულ ნაწილში; წონასწორობის დარღვევასთან დაკავშირებული პრობლემა; ზოგადი სისუსტე; მხედველობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი პრობლემა და სიარულის დარღვევა.
- ნებისმიერი ეჭვი თავის ქალას ძვლების მოტეხილობაზე ან თავის ტვინის ღია ტრავმაზე (მაგალითად, თუ სახეზეა გამჭვირვალე სითხის დენა ყურებიდან ან ცხვირიდან, ჩამავებული თვალი, რომელსაც არ ახლავს დაზიანება თვალის ირგვლივ, სისხლდენა ერთ-ერთი ან ორივე ყურიდან, ახლად განვითარებული სიყრუე ერთ-ერთ ან ორივე ყურში, სისხლჩაქცევა ერთ-ერთი ან ორივე ყურის უკან, ღია ჭრილობის ნიშნები, სკალპის ან ქალას ძვლების ხილული ტრავმა).
- ნებისმიერი გულყრა, რომელიც განვითარდა ტრავმის შემდეგ.
- ძლიერი დარტყმის შედეგად განვითარებული თავის ტრავმა (მაგალითად, ფეხით მოსიარულის შეჯახება ავტომობილთან, ავარიის შედეგად მგზავრის ავტომობილიდან გადმოტყორცნა, 1მ-ზე ან კიბის 5 საფეხურზე მეტი სიმაღლიდან ჩამოვარდნა, ყვინთვასთან დაკავშირებული უბედური შემთხვევა, დიდი სიჩქარით მოძრავი ავტომობილების შეჯახება, ავტოსატრანსპორტო შემთხვევა მანქანის ამობრუნებით, ავტომობილების ატრაქციონებთან, მოტოციკლეტების შეჯახებასთან და სხვა პოტენციურად დიდი ენერგეტიკული დარტყმის მექანიზმებთან დაკავშირებული უბედური შემთხვევები).
- ტრავმირებულ პირს ან მის ახლობლებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის გარეშე არ შეუძლიათ პაციენტის უსაფრთხოდ გადაყვანა ჰოსპიტალში (რეფერალის ნებისმიერი ჩვენების არსებობის შემთხვევაში).

სატელეფონო კონსულტაციის დროს ქალა-ტვინის ტრავმის მქონე პაციენტების გაგზავნა პირდაპირ საავადმყოფოში რეკომენდებულია მე-2 ცხრილში ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებიდან ნებისმიერის არსებობის შემთხვევაში:

**ცხრილი N2. სატელეფონო კონსულტაციის დროს ჰოსპიტალის გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში გაგზავნის კრიტერიუმები**

- ტრავმის შემდეგ განვითარებული ცნოიერების დაკარგვის ნებისმიერი ეპიზოდი, რომლიდანაც ამჟამად პაციენტი გამოსულია.
- ტრავმამდე ან მის შემდეგ განვითარებული მოვლენების ამნეზია (მეხსიერების პრობლემები). ამნეზიის შეფასება შეუძლებელი იქნება ბავშვებში, რომელთაც ჯერ არ დაუწყიათ ლაპარაკი და სავარაუდოდ შეუძლებელი იქნება 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში.
- გამუდმებული თავის ტკივილი ტრავმის შემდეგ.
- ლებინების ნებისმიერი ეპიზოდი ტრავმის შემდეგ.
- ანამნეზში თავის ქალაზე ჩატარებული ნებისმიერი ნეიროქირურგიული ჩარევა.
- ანამნეზში სისხლდენებისკენ მიდრეკილება ან კოაგულაციური დარღვევები.
- ამჟამად ანტიკოაგულაციური პრეპარატების, მაგალითად ვარფარინის ხმარება.
- მედიკამენტური ან ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის ფონი.
- 65 წლის ან მეტი ასაკი.
- ეჭვი ტრავმაზე, რომელიც არ არის გამოწვეული უბედური შემთხვევით.
- გალიზიანებადობა ან ქცევის შეცვლა (ადვილად აგზნებადობა, კონცენტრირების უნარის დაქვეითება, გარემომცველი საგნების მიმართ ინტერესის დაკარგვა) განსაკუთრებით, ჩვილებსა და უმცროსი ასაკის ბავშვებში (5 წლამდე ასაკში).
- სატელეფონო კონსულტაციის განმახორციელებელი პერსონალის ეჭვი დიაგნოზის შესახებ.

1-ლ და მე-2 ცხრილში ჩამოთვლილი ფაქტორების არარსებობის შემთხვევაში სატელეფონო კონსულტაციის დროს რეკომენდებულია პაციენტისთვის რჩევის მიცემა მიმართოს პირველადი ჯანდაცვის სამსახურს, თუ სახეზეა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორებიდან ერთ-ერთი:

- არასასურველი სოციალური ფაქტორები (მაგალითად, ტრავმირებული პირის ბინაზე მეთვალყურის არარსებობა).
- ტრავმირებულ პირს ან მის ახლობლებს უგრძელდებათ შფოთვა დიაგნოზის შესახებ.

**ქალა-ტვინის ტრავმის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში**

- R6. • პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში თავის ტრავმის მქონე პაციენტის მიმართვისას რეკომენდებულია შემდეგი:
- ანამნეზის შეკრება პაციენტის ან ტრავმის მოწმის დახმარებით;
  - გამოკითხვა ცნობიერების დარღვევის ფაქტის შესახებ;
  - ამნეზიის არსებობის დადასტურება;
  - ნებისმიერი ნევროლოგიური სიმპტომის შეფასება;
  - ობიექტური გამოკვლევა.
- R7. გადაწყვეტილება მართვის შემდგომი ტაქტიკის შესახებ უნდა ეფუძნებოდეს საწყისი შეფასების შედეგად მიღებულ მონაცემებს.
- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებმა პაციენტები, რომელთაც გადაიტანეს თავის ტრავმა, უნდა გააგზავნონ ჰოსპიტალის გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში, თუ საჭიროა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის

გამოყენებით, თუ სახეზეა მე-3 ცხრილში ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებიდან ერთ-ერთი.

**ცხრილი N3. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მიერ საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში რეფერალის კრიტერიუმები**

- საწყისი შეფასების დროს გლაზგოს კომის შკალის ქულა 15-ზე ნაკლები.
- ცნობიერების დაკარგვის ნებისმიერი ეპიზოდი, რომელიც დაკავშირებულია ტრავმასთან.
- ტრავმის შედეგად განვითარებული ნებისმიერი ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტი (აღქმის, მეტყველების, კითხვისა და წერის პრობლემები; მგრძობელობის დაქვეითება; წონასწორობის დარღვევა; ზოგადი სისუსტე; მხედველობის ცვლილება; პათოლოგიური რეფლექსები; სიარულთან დაკავშირებული პრობლემები).
- ნებისმიერი ეჭვი ქალას ძვლების მოტეხილობაზე ან ღია ტრავმაზე (მაგალითად, გამჭვირვალე სითხის დინება ყურებიდან ან ცხვირიდან, ჩაშავებული თვალი, რომელიც არ უკავშირდება თვალის ირგვლივ დაზიანებას, სისხლდენა ერთ-ერთი ან ორივე ყურიდან, ახლად განვითარებული სიყრუე ერთ-ერთ ან ორივე ყურში, ღია ტრავმის ნიშნები, სკალპის ან ქალას ძვლების ხილული ტრავმა, რომელიც ქმნის საფუძველს ეჭვისთვის).
- ტრავმამდე ან მის შემდეგ განვითარებული მოვლენების ამნეზია. ამნეზიის შეფასება შეუძლებელი იქნება ბავშვებში, რომლებიც ჯერ ვერ მეტყველებენ და სავარაუდოდ 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში.
- გამუდმებული თავის ტკივილი ტრავმის შემდეგ.
- ღებინების ნებისმიერი ეპიზოდი ტრავმის შემდეგ.
- გულყრის ნებისმიერი ეპიზოდი ტრავმის შემდეგ.
- ანამნეზში ნებისმიერი სახის ნეიროქირურგიული ჩარევა თავის ქალაზე.
- ძლიერი დარტყმის ზემოქმედებით განვითარებული თავის ტრავმა (მაგალითად: ქვეითად მოსიარულის შეჯახება ავტომობილთან, მგზავრი, რომელიც გადმოვარდა ავტომობილიდან ავარიის შედეგად, ვარდნა 1მ-ზე ან კიბის 5 საფეხურზე მეტი სიმაღლიდან, ყვინთვასთან დაკავშირებული უბედური შემთხვევა, მაღალი სიჩქარით მოძრავი მოტოციკლეტების შეჯახება, ავტომობილის გადაბრუნება ავარიის შედეგად, უბედური შემთხვევა, რომელიც უკავშირდება საავტომობილო ატრაქციონებს ან რომელიმე სხვა პოტენციურად ძლიერი დარტყმის მქონე მექანიზმებს).
- ანამნეზში მიდრეკილება სისხლდენებისკენ ან კოაგულაციური დარღვევები.
- მიმდინარე მკურნალობა ანტიკოაგულაციური პრეპარატებით, მაგალითად ისეთით, როგორცაა ვარფარინი.
- მედიკამენტური ან ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის ფონი.
- 65 წლის ან მეტი ასაკი.
- ეჭვი ტრავმაზე, რომელიც არ არის გამოწვეული უბედური შემთხვევით.

R8. მე-3 ცხრილში ჩამოთვლილი ფაქტორების არარსებობის დროს, სამედიცინო პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს რეფერალი გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში სიმძიმის ინდივიდუალური შეფასების საფუძველზე, თუ სახეზეა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორებიდან თუნდაც ერთი:

- გაღიზიანებადობა ან ქცევის ცვლილება, განსაკუთრებით, ჩვილებსა და უმცროსი ასაკის ბავშვებში (5 წლამდე ასაკში).
- თავის ხილული ტრავმა, რომელიც არ აკმაყოფილებს ზემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს, მაგრამ ჯერ კიდევ წარმოადგენს სამედიცინო პროფესიონალის ეჭვის საგანს.



- არადამაკმაყოფილებელი სოციალური ფაქტორები (მაგალითად, ტრავმირებული პირის ბინაზე მეთვალყურის არარსებობა).
- თუ ტრავმირებულ პირს ან მის ახლობლებს უგრძელდებათ ეჭვი დიაგნოზის შესახებ.

ყველა პაციენტი თავის მძიმე ტრავმით (გლაზგოს კომის შკალის ქულით GCS 8/15 ან ნაკლები) უნდა გაიგზავნოს სამკურნალოდ საავადმყოფოში, სადაც არსებობს 24 საათიანი ნეიროქირურგიული ინტენსიური თერაპიის შესაძლებლობა.

### საავადმყოფოში ტრანსპორტირება და პრეჰოსპიტალური მართვა

- R9. **ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:**
- ქალა-ტვინის ტრავმის მქონე პაციენტის საავადმყოფოში გადაყვანისას რეკომენდებულია მას თან ახლდეს კომპეტენტური მოზრდილი პირი.
  - ექიმი, რომელიც განსაზღვრავს რეფერალს, პაციენტის კლინიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე ადგენს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის საჭიროებას. თუ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის საჭიროება არ აღინიშნება, თანმხლები პირის არსებობის შემთხვევაში გადაყვანა პირადი ავტომობილის ან საზოგადოებრივი ტრანსპორტის მეშვეობით მისაღები ალტერნატივაა.
  - გამომგზავნმა ექიმმა მოსალოდნელი რეფერალის შესახებ საქმის კურსში უნდა ჩააყენოს მიმღები საავადმყოფო (ტელეფონის საშუალებით) და არა-სასწრაფო სიტუაციაში პაციენტთან ერთად დაწესებულებაში გააგზავნოს სიმპტომებისა და ნიშნების შემაჯამებელი წერილობითი ფორმა (ფორმა №100).
- 
- R10. **პრეჰოსპიტალურ მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:**
- იმ პაციენტებს, რომელთაც გადაიტანეს თავის ტრავმა, საწყისი შეფასება და მართვა უნდა ჩაუტარდეთ მკაფიო პრინციპებისა და სტანდარტული პრაქტიკის შესაბამისად, რომელიც ეყრდნობა ქვეყანაში არსებულ ეროვნულ გაიდლაინებს მოზრდილებსა და პედიატრიულ პაციენტებში ტრავმის ბაზისური და დახვეწილი რეანიმაციული ღონისძიებების შესახებ.
  - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი ტრენირებული უნდა იყოს მოზრდილი და პედიატრიული პაციენტების გლაზგოს კომის შკალის გამოყენებაში.
  - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალს უნდა უტარდებოდეს ტრეინინგი იმ ტრავმების დიაგნოსტიკაში, რომელიც არ არის გამოწვეული უბედური შემთხვევით და შესაბამისი ინფორმაცია მიაწოდოს საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების პერსონალს შესაბამისი ნიშნებისა და სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში.
  - გადაუდებელი დახმარების აღმომჩენი პერსონალისთვის პრიორიტეტული უნდა იყოს პირველ რიგში იმ დარღვევის მკურნალობა, რომელიც საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს და შემდგომი ზიანის თავიდან აცილებას.

- პაციენტები, რომელთაც გადაიტანეს თავის ტრავმა, პირდაპირ უნდა გადაიყვანონ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელსაც გააჩნია მრავლობითი ტრავმის მქონე პაციენტის რეანიმაციული, გამოსაკვლევია და მართვის შესძლებლობები. სავარაუდოდ ასეთ დაწესებულებებს მიეკუთვნება ყველა გადაუდებელი სტაციონარი და ყველა ნეიროქირურგიული ერთეული, რომელთა რესურსიც უნდა შეესაბამებოდეს პაციენტის ასაკს.
- პაციენტებს, რომელთაც გადაიტანეს თავის ტრავმა და აღენიშნებათ ნებისმიერი ქვემოთ ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორი, უნდა ჩაუტარდეთ ხერხემლის კისრის ნაწილის იმობილიზაცია:
- საწყისი შეფასებისას გლაზგოს კომის შკალის ქულა 15-ზე ნაკლები;
- კისრის ტკივილი ან დაჭიმულობა;
- ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტი;
- კიდურების პარესთეზია;
- ნებისმიერი ეჭვი ხერხემლის კისრის ნაწილის დაზიანებაზე.
- ხერხემლის კისრის ნაწილის იმობილიზაცია უნდა გაგრძელდეს მანამ სანამ რისკის სრულყოფილი შეფასება კლინიკური შეფასების (და საჭიროების შემთხვევაში გამოსახვითი კვლევების) ჩათვლით არ აჩვენებს, რომ იმობილიზაციური არტაშნის მოცილება უსაფრთხოა.
- იმ პაციენტების შემთხვევაში, რომელთა ქულაც გლაზგოს კომის შკალის მიხედვით 8 ან ნაკლებია, მიმღებ სტაციონარში უნდა განხორციელდეს დამატებითი სატელეფონო ზარი იმაში დასარწმუნებლად, რომ ადგილზე ხელმისაწვდომია შესაბამისი გამოცდილების მქონე პროფესიონალური სერვისი, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის მკურნალობას და მის მომზადებას გამოსახვითი კვლევებისთვის.
- ახლად აღმოცენებული ტკივილი ეფექტურად უნდა იმართოს, რადგანაც მას შეუძლია ინტრაკრანიალური წნევის მომატების გამოწვევა. კიდურის მოტეხილობის შემთხვევაში სასარგებლოა მისი იმობილიზაცია და არტაშნის დადება; სავსე შარდის ბუშტის კათეტერიზაციით შესაძლებელია გაღიზინებადობის შემცირება. ანალგეზია უნდა ჩატარდეს მხოლოდ ექიმის მეთვალყურეობით.

### თავის ტვინის გამოსახვით კვლევასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

- R11. დაუყოვნებლივ კომპიუტერული ტომოგრაფია უნდა ჩაუტარდეს მოზრდილ პაციენტებს თავის ტრავმით, რომელთაც აღენიშნებათ ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან ერთ-ერთი:
- თვალბის გახელა მხოლოდ ტკივილის საპასუხოდ ან რეაქციის არარსებობა (GCS 12/15 ან ნაკლები).
  - კონფუზია ან ცნობიერების დაბინდვა (GCS 13/15 ან 14/15), რომელიც არ უმჯობესდება 1 სთ და მეტი კლინიკური დაკვირვების შემდეგ ან ტრავმიდან 2 სთ-

ის განმავლობაში (მიუხედავად იმისა, არის თუ არა მედიკამენტური ან ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის ფონი).

- ქალას ფუძის ან ქალას ძვლების დეპრესიული მოტეხილობა და/ან ქალა-ტვინის საეჭვო ღია დაზიანება.
- ცნობიერების პროგრესული გაუარესება ან ახლად აღმოცენებული ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომატიკა.
- შენარჩუნებული ცნობიერების დონე (GCS 15/15) მოტეხილობის გარეშე მაგრამ სხვა ნიშნების თანაარსებობა, მაგალითად:
  - გამუდმებული ძლიერი თავის ტკივილი;
  - ლებინების ორი თანმიმდევრული ეპიზოდი.
- ანამნეზში კოაგულოპათია (მაგალითად, ვარფარინის გამოყენება) და ცნობიერების დაკარგვა, ამნეზია ან ნებისმიერი ნევროლოგიური ნიშანი.

---

R12. კომპიუტერული ტომოგრაფია ტრავმიდან 8 სთ-ის განმავლობაში უნდა ჩაუტარდეს მოზრდილ პაციენტს, რომლის მდგომარეობაც სხვა მხრივ დამაკმაყოფილებელია, მაგრამ აღენიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან ერთ-ერთი:

- ასაკი < 65 წელზე (ცნობიერების დაკარგვით ან ამნეზიით);
- სახეზეა ქალას ძვლების მოტეხილობის კლინიკური მტკიცებულება (მაგალითად, სკალპის რბილი ჰემატომა), მაგრამ არ აღინიშნება სიმპტომები, რომელთა საფუძველზეც ნაჩვენებია დაუყოვნებელი კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ნებისმიერი კრუნჩხვითი აქტივობა;
- მნიშვნელოვნად გამოხატული რეტროგრადული ამნეზია (< 30წთ).
- ტრავმის განვითარების საშიში მექანიზმი (ქვეითად მოსიარულის შეჯახება ავტომობილთან, მგზავრის გადმოსროლა ავტომობილიდან, ვარდნა მნიშვნელოვანი სიმაღლიდან) ან მნიშვნელოვანი ფიზიკური ძალადობა (მაგალითად, ბლაგვი საგნით მიყენებული ტრავმა).
- მოზრდილ პაციენტებს, რომელთა გლაზგოს კომის შკალის ქულა GCS < 15 და აღენიშნებათ კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩვენება, უნდა ჩაუტარდეთ ხერხემლის კისრის ნაწილის გამოსახვითი კვლევა.

---

R13. • დაუყოვნებელი კომპიუტერული ტომოგრაფია უნდა ჩაუტარდეს ბავშვს (< 16 წელზე), რომელსაც აღენიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთი ნიშანი:

- **GCS ≤ 13** საწყისი შეფასების დროს;
- ტრავმის მოწმის მიერ დადასტურებული ცნობიერების დაკარგვა > 5წთ-ის განმავლობაში;
- ეჭვი ქალას დეპრესიულ მოტეხილობაზე ან ღია ტრავმაზე ან ყიფლიბანდის დაჭიმულობა;
- ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტი;
- ქალას ფუძის მოტეხილობის ნებისმიერი სიმპტომი.

- R14. • კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება ტრავმიდან 8 საათის განმავლობაში აუცილებელია, თუ სახეზეა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ერთი მაინც (დაუყოვნებელი კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩვენებების გარდა):
- თავის არეში >5სმ სისხლჩაქცევის/შეშუპების/ნაფლეთი ჭრილობის არსებობის შემთხვევაში;
  - ტრავმის შემდგომ განვითარებული გულყრა ანამნეზში ეპილექსიის ან რეფლექსური ანოქსიური გულყრების გარეშე;
  - ამნეზია (ანტერო- ან რეტროგრადული), რომელიც გრძელდება >5 წთ-ის განმავლობაში;
  - კლინიკური ეჭვი თავის ტრავმაზე, რომელიც არ არის გამოწვეული უბედური შემთხვევით;
  - მნიშვნელოვანი ვარდნა;
  - 1 წლამდე ასაკი: **GCS<15** საწყისი შეფასებისას, რომელიც ჩატარდა პედიატრიულ გლაზგოს კომის შკალაში გამოცდილების მქონე სპეციალისტის მიერ.
  - ღებინების სამი ან მეტი არათანმიმდევრული ეპიზოდი;
  - პათოლოგიური მივარდნილობა (დაგვიანებული რეაქციები);
- 

- R15. • თუ ბავშვს თავის ტრავმა განუვითარდა მაღალი სიჩქარით მოძრავი სატრანსპორტო საშუალების ავარიის შედეგად და აღენიშნება ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები, კომპიუტერული ტომოგრაფია დაუყოვნებლივ უნდა ჩატარდეს.
- 

- R16. • თავის ტვინის კლინიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანების შემთხვევაში რეკომენდებული კვლევები
- თავის ტვინის კლინიკურად მნიშვნელოვანი ტრავმის დადგენის მიზნით ამჟამად პირველი რიგის დიაგნოსტიკურ გამოკვლევად კომპიუტერული ტომოგრაფიაა მიჩნეული.
- 

- R17. • უსაფრთხოების, ლოჯისტიკური და ინფრასტრუქტურული მოსაზრებებიდან გამომდინარე, ბირთვულ-მაგნიტურ რეზონანსული გამოკვლევა (MRI) ამჟამად არ არის არჩევის პირველი რიგის საშუალება ტვინის კლინიკურად მნიშვნელოვანი დაზიანების დასადგენად იმ პაციენტებში, რომელთაც გადაიტანეს თავის ტრავმა. თუმცა, ცნობილია ის ფაქტიც, რომ ზოგჯერ MRI-ის საშუალებით შესაძლებელია მნიშვნელოვანი დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება, რომელიც უკავშირდება მდგომარეობის პროგნოზს.
- 

- R18. • MRI უკუნაჩვენებია როგორც თავის, ისე კისრის ნაწილების გამოსაკვლევად მანამ, სანამ არ იარსებებს აბსოლუტური გარანტია იმისა, რომ პაციენტის სხეულში არ არის გამოკვლევასთან შეუთავსებელი რაიმე ტიპის მოწყობილობა, იმპლანტატი ან უცხო სხეული.
- 

- R19. • ქალას ძვლების რენტგენოგრაფიული კვლევის გამოყენება თავის ტვინის მნიშვნელოვანი დაზიანების დადგენის მიზნით რეკომენდებული არ არის

ნეიროქირურგთან წინასწარი შეთანხმების გარეშე. თუმცა, ის შესაძლოა სასარგებლო იყოს ჩონჩხის საკვლევად ბავშვებში, რომელთა შემთხვევაშიც საექვო ტრავმა, რომელიც არ არის გამოწვეული უბედური შემთხვევით.

- R20. • ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის გამოკვლევა
- ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის დაზიანების დიაგნოსტიკის მიზნით ამჟამად რეკომენდებული არჩევის საშუალებაა რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა, რომელიც უნდა შესრულდეს სამ პროექციაში ინტერპრეტირებისათვის საკმარისი სიმკვეთრით. თუმცა, გარკვეულ გარემოებებში უპირატესობა კომპიუტერულ ტომოგრაფიას ენიჭება.

- R21. • როგორც მინიმუმი, კტ უნდა ჩატარდეს ნებისმიერი ექვის დროს რენტგენოგრაფიული კვლევის ან კლინიკური მდგომარეობის მონაცემებზე.

- R22. • MRI ნაჩვენებია ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის დაზიანებასთან ასოცირებული ნევროლოგიური ნიშნებისა და სიმპტომების არსებობის ან სისხლძარღვების დაზიანებაზე ექვის შემთხვევაში (მაგალითად, ზურგის ტვინის გადანაცვლება, ხერხემლის მოტეხილობა განივი ხვრელის ან გვერდითი მორჩების დონეზე, უკანა ცირკულაციური სინდრომი).

- R23. • MRI-ს საშუალებით შესაძლებელია მნიშვნელოვანი დამატებითი ინფორმაციის მიღება რენტგენოგრაფიული გამოკვლევით/კტ-თი დადასტურებული ძვლოვანი სტრუქტურების ტრავმის თანმხლები რბილი ქსოვილების, იოგებისა და დისკების დაზიანების შესახებ.

- R24. • **ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის გამოკვლევასთან დაკავშირებული რკომენდაციები:**
- მოზრდილ პაციენტებს ხერხემლის კისრის ნაწილის რენტგენოგრაფიული კვლევა უნდა ჩატარდეთ დაუყოვნებლივ, თუ სახეზეა მე-4 ცხრილში ჩამოთვლილი რომელიმე ნიშანი:

<b>ცხრილი N4. ხერხემლის კისრის ნაწილის დაუყოვნებელი რენტგენოგრაფიული გამოკვლევის კრიტერიუმები (მოზრდილებში)</b>
სახეზეა კისრის ტკივილი ან დაჭიმულობა შემდეგ ნიშნებთან ერთად: <ul style="list-style-type: none"><li>• 65 წლის ან მეტი ასაკი, ტრავმის საშიში მექანიზმი (1მ-ზე ან კიბის ხუთ საფეხურზე მეტი სიმაღლიდან ვარდნა, ღერძული დატვირთვა თავზე, მაგალითად, ყვინთვა, მაღალი სიჩქარით მოძრავი ავტომობილების შეჯახება; ავტოსატრანსპორტო შემთხვევა, რომელიც დასულდა ავტომობილის ამობრუნებით; გადმოვარდნა ავტომობილიდან; საავტომობილო ატრაქციონებთან დაკავშირებული უბედური შემთხვევა, მოტოციკლეტების შეჯახება).</li><li>• დაუყოვნებლივ საჭიროა ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის დაზიანების დიაგნოზის დადასტურება (მაგალითად, ქირურგიული ჩარევის წინ).</li></ul>

- R25. • 10 წლისა და უფროსი ასაკის ბავშვებს ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის დაზიანების რენტგენოლოგიურ დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებით მოზრდილების ანალოგიური რეკომენდაციები ეხებათ.

- R26. • 10 წელზე უმცროსი ასაკის ბავშვებს უნდა ჩატარდეთ წინა/უკანა და

ლატერალური რენტგენოგრაფიული კვლევა წინა/უკანა პროექციის ფიქსაციის გარეშე.

- R27. • 10 წელზე უმცროსი ასაკის ბავშვებში ფარისებრ ჯირკვალზე მოქმედი რადიაციის მაღალი რისკის და ზოგადად მნიშვნელოვანი სპინალური დაზიანების დაბალი ალბათობის გამო ხერხემლის კისრის ნაწილის კომპიუტერული ტომოგრაფია უნდა ჩატარდეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტს აღენიშნება თავის მძიმე ტრავმა ( $GCS \leq 8$ ), თუ რენტგენოგრაფიული კვლევის ნორმალური მონაცემების მიუხედავად არსებობს მყარი ეჭვი დაზიანების შესახებ (მაგალითად, ფოკალური ნევროლოგიური ნიშნები ან პარესთეზიები კიდურებში), ან როცა რენტგენოგრაფიული კვლევის განხორციელება ტექნიკურად რთულია ან მიღებული პასუხი არაადექვატურია.

### ხანგრძლივ მართვასთან დაკავშირებული საკითხები

- R28. • ყველა პაციენტი, რომელსაც ჩაუტარდა თავის ტვინის გამოსახვითი კვლევა და/ან სტაციონარული მკურნალობა (კერძოდ, პაციენტები, რომელთაც საწყისი შეფასებისას დაუდგინდათ თავის ტვინის ტრავმის მაღალი რისკი), რუტინულად უნდა გაიგზავნონ ოჯახის ექიმთან/პირად ექიმთან საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ 1 კვირის ვადაში.

- R29. • როდესაც პაციენტს, რომელსაც ჩაუტარდა თავის ტვინის გამოსახვითი კვლევა ან სტაციონარული მკურნალობა, უგრძელდება პრობლემები, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე უნდა არსებობდეს პაციენტის გაგზავნის შესაძლებლობა შესაბამისი კვალიფიკაციის სპეციალისტთან, რომელსაც გააჩნია გამოცდილება თავის ტრავმის ნარჩენი მოვლენების შეფასებასა და მართვაში (მაგალითად, ფსიქოლოგი, ნევროლოგი, ნეიროქირურგი ან რეაბილიტაციური მედიცინის სპეციალისტი).

- R30. • ყველა პაციენტსა და მათ მომვლელებს უნდა განემარტოს თავის ტრავმის შემდგომი გრძელვადიანი სიმპტომებისა და უნარშეზღუდულობის შესაძლებლობის შესახებ და მიეწოდოთ ინფორმაცია იმ დამხმარე სამსახურებზე, რომელთაც შეიძლება მიმართონ ხანგრძლივი პრობლემების შემთხვევაში.

- R31. • საავადმყოფოდან გაწერილ პაციენტებს აუცილებელია ჰქონდეთ გაწერის სტანდარტული ფორმა, რომელიც უნდა მოიცავდეს საავადმყოფოში ჩატარებული დიაგნოსტიკური ღონისძიებებისა და მკურნალობის დეტალებს. პაციენტმა აღნიშნული ფორმა ოჯახის ექიმთან უნდა წარადგინოს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ 1 კვირის ვადაში.

### მონიტორინგი

- R32. იმ პაციენტებისთვის, რომელთა ჰოსპიტალიზაცია განხორციელდა თავის მსუბუქი ტრავმის გამო (**GCS 13-15**) სასარგებლოა ხანმოკლე, რუტინული მონიტორინგი, რომელიც უნა მოიცავდეს რჩევა-დარიგებას, განათლებას და პაციენტის

დარწმუნებას იმაში, რომ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდება.

- მონიტორინგი შესაძლებელია განხორციელდეს სატელეფონო ზარის საშუალებით;
- სატელეფონო კონტაქტი შეიძლება გამოვიყენოთ იმ პაციენტების იდენტიფიცირების მიზნით, რომელთა შემთხვევაშიც საჭიროა პირადი ვიზიტი უფრო ფართო მეთვალყურეობის განსახორციელებლად;
- სატელეფონო კონსულტაცია უნდა ჩაატაროს სამედიცინო პერსონალმა, რომელსაც გააჩნია გამოცდილება თავის ტრავმის მქონე პაციენტების მდგომარეობის ადრეულ მართვაში (მაგალითად, ექთანი სპეციალური ინტერესით, ან ოჯახის ექიმი).

---

R33. • იმ პაციენტებს, რომელთაც თავის უფრო მძიმე ტრავმა გადაიტანეს და სტაციონარში 72 სთ-მდე დაყოვნდენ, ინტენსიური რეაბილიტაციისათვის შეფასება ესაჭიროებათ.

---

R34. • ბავშვებს, რომელთაც თავის საშუალო სიმძიმის/მძიმე ტრავმა გადაიტანეს, რეაბილიტაციის საჭიროებების შეფასების მიზნით უნდა ჩაუტარდეთ მონიტორინგი სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ;

- მშობლებს უნდა განემარტოთ იმ მოსალოდნელი შესაძლო მოკლე/გრძელვადიანი სირთულეების შესახებ, რომლებიც შეიძლება აღენიშნებოდეს მათ შვილს;
- თავის ტრავმის სიმძიმის მიუხედავად ყველა ბავშვის შემთხვევაში აუცილებელია სკოლის მასწავლებლებისა და სადაც შესაძლებელია, სასკოლო სამედიცინო გუნდის ინფორმირება ტრავმის დეტალების შესახებ.

## თავის ტრავმის მქონე პაციენტის მდგომარეობის მართვის ალგორითმი

### პაციენტის მიმართვა სატელეფონო სამსახურში

- თუ პაციენტი აკმაყოფილებს რეფერალის კრიტერიუმებს, ურჩიეთ მას და მის მომვლელს გამოიძახონ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანა საავადმყოფოში ტრანსპორტირების მიზნით.
- ურჩიეთ პაციენტსა და მის მომვლელს მიმართონ ოჯახის ექიმს, თუ ის არ აკმაყოფილებს საავადმყოფოში რეფერალის კრიტერიუმებს.

### პაციენტის მიმართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

- განუმარტეთ პაციენტს და მის მომვლელს საავადმყოფოში რეფერალის საჭიროება იმ შემთხვევაში, თუ მისი მდგომარეობა აკმაყოფილებს რეფერალის კრიტერიუმებს.
- თუ პაციენტის მდგომარეობა არ აკმაყოფილებს რეფერალის კრიტერიუმებს, მას და მის ახლობლებს ურჩიეთ მიმართონ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურს სიმპტომების აღმოცენების ან გაუარესების შემთხვევაში.

### მიმართვა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის საშუალებით

- მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია ყველა იმ პროცედურის შესახებ, რომელიც მას ჩაუტარდება სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანაში.

### საავადმყოფოს მიმღები ან ფუნქციურად გადაუდებელი დახმარების განყოფილება

- პაციენტს და მის ახლობლებს აუხსენით რა გამოკვლევები ჩაუტარდება მას და რამდენ ხანს უნდა დაელოდოს შედეგებს.

### გაწერა საავადმყოფოს მიმღებიდან ან ფუნქციურად გადაუდებელი დახმარების განყოფილებიდან

- ყველა პაციენტს და მის ბინაზე მომვლელ პირს მიაწოდეთ სიტყვიერი და წერილობითი რჩევა-დარიგება.
- წახალისეთ პაციენტი რაც შეიძლება მალე მიაკითხოს საკუთარ ოჯახის ექიმს ან მიმართოს მას ტელეფონის საშუალებით ნებისმიერი საგანგაშო სიმპტომის გაჩენისას ან სხვა საეჭვო საკითხების გამო.
- პაციენტებსა და მათ მომვლელს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს სხვადასხვა ფორმით, რომელიც მორგებული იქნება მათთვის.

### რეფერალი ნეიროქირურგიულ დაწესებულებაში

- აუხსენით პაციენტს, რომ მისი გადაყვანა განხორციელდება გამოცდილი პერსონალის მიერ
- დარწმუნდით, რომ პაციენტს და მის მომვლელს ესმით გადაყვანის აუცილებლობა.

### ჰოსპიტალიზაცია

- პაციენტს და მის მომვლელს მიაწოდეთ ინფორმაცია შეფასების პროცესის შესახებ და განუმარტეთ მათ ხშირი მეთვალყურეობის საჭიროება.
- გამოყავით საკმარისი დრო განმარტებისათვის და უზრუნველყავით, რომ პაციენტი ჩართული იყოს დისკუსიაში.

### გაწერა

- ყველა პაციენტს და მის მომვლელ პირს მიაწოდეთ სიტყვიერი და წერილობითი რჩევა-დარიგება.
- წახალისეთ პაციენტი და მისი მომვლელი დროულად მიმართონ საკუთარ ოჯახის ექიმს ნებისმიერი საშიში სიმპტომის ან ეჭვის გაჩენის შემთხვევაში.
- დარწმუნდით იმაში, რომ პაციენტმა და მისმა მომვლელმა იციან ვის უნდა მიმართონ შემდგომი ინფორმირებისა და დახმარების მიზნით.
- განუმარტეთ პაციენტს და მის მომვლელს, თუ რა ფორმით უნდა განხორციელდეს მდგომარეობის მონიტორინგი (სად, ვის მიერ და როდის).
- პაციენტს და მის მომვლელს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს სხვადასხვა ფორმით, რომელიც მორგებული იქნება მათ საჭიროებებზე.

### მეთვალყურეობა

- დარწმუნდით, რომ პაციენტი და მისი მომვლელი ინფორმირებულები არიან იმის შესახებ, ვის უნდა მიმართონ შემდგომი ინფორმაციისა და დახმარებისთვის.
- აუხსენით პაციენტს, რომ შეფასება რეაბილიტაციისთვის შესაძლოა არ იყოს საჭირო იმ შემთხვევაში, თუ მათ მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის ტრავმა გადაიტანეს.
- საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს ურჩიეთ რეაბილიტაციის კურსი.



## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია თავის ტრავმების ფონზე ლეტალობის შემცირება.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

1. იმ პაციენტების %, რომელთა შემთხვევაშიც ადექვატური რეფერალი განხორციელდა სატელეფონო კონსულტაციის საფუძველზე;
2. იმ პაციენტების %, რომელთაც მდგომარეობის სიმძიმის შეფასება ჩაუტარდათ გლაზგოს კომის შკალის მიხედვით;
3. იმ პაციენტების %, რომელთა შემთხვევაშიც რეფერალი სტაციონარში განხორციელდა სტანდარტული კრიტერიუმების მიხედვით;
4. იმ პაციენტების %, რომელთა შემთხვევაშიც შეფასდა დაუყოვნებელი კომპიუტერული ტომოგრაფიის საჭიროება;
5. იმ პაციენტების %, რომლებიც დაუყოვნებელი კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩვენების შემთხვევაში 1 საათის ვადაში გაიგზავნენ შესაბამისი შესაძლებლობების მქონე დაწესებულებაში.
6. იმ პაციენტების %, რომელთა საავადმყოფოში რეფერალის შემთხვევაში შეივსო ფორმა#100 სტაციონარისთვის წინასწარი შეფასების დეტალების მითითებით.
7. იმ პაციენტების %, რომლებიც ოჯახის ექიმმა/ექთანმა მოინახულა (სატელეფონო ზარი განხორციელა) საავადმყოფოდან გამოწერის 1 კვირის ვადაში;
8. იმ პაციენტების %, რომელთაც მიეცათ რჩევა-დარიგება თავის ტრავმის შემთხვევაში მდგომარეობის მართვის არამედიკამენტური მეთოდების შესახებ;

დეტალებისთვის იხილეთ დანართი N1.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლი გადაიხედება 2 წლის ვადაში.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ ცხრილში N1.

### ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსი</b>		
ოჯახის ექიმი თერაპევტი ნევროლოგი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პაციენტის მკურნალობის ადგილის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება მიმდინარე მეთვალყურეობა	
ექთანი	თავის ტრავმის მქონე პაციენტის რისკის შეფასება;	

	რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	
რეგისტრატორი	პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა მონიტორინგისთვის.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	
<b>მატერიალურ-ტექნიკური/ორგანიზაციული რესურსი</b>		
გლაზგოს კომის მოზრდილთა და პედიატრიული შკალა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია	სისხლის საერთო ანალიზი ბიოქიმია, ელექტროლიტები	სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	რენტგენოგრაფია კომპიუტერული ტომოგრაფია მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია	სავალდებულო სპეციალიზებულ ლ სამსახურში
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

მიუთითეთ, რამდენად მისაღები იქნება რომ პროტოკოლის რეკომენდაციები სამედიცინო დაწესებულების დონეზე, იქ არსებული რესურსისა და ტექნოლოგიების შესაბამისად შეიცვალოს.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

ნატო შენგელია - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის წევრი;

თამარ გაბუნია - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის წევრი;

ირინე ქაროსანიძე - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე.

## დანართი N1. აუდიტის მონაცემთა შეგროვების ფორმა

ფორმა ივსება თითოეულ პაციენტზე

პაციენტის საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია	სქესი:	ასაკი:	ეთნიკურობა:
--------------------------------------	--------	--------	-------------

No.	N	კრიტერიუმი	დიახ	არა	გამონაკლისე ბი <sup>ა</sup>
<b>თავის ტრავმის საწყისი შეფასება და დიაგნოსტიკა</b>					
1	1.1	პაციენტის მდგომარეობის საწყისი შეფასება განხორციელდა გლაზგოს კომის შკალის მიხედვით?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ არის თუ არა შედეგი ჩაწერილი შკალის ცალკეული პარამეტრის მიხედვით	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	2.1	ჩაუტარდა თუ არა პაციენტს ნევროლოგიური გასინჯვა?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.2	შეფასდა თუ არა რეტრო- ან ანტეროგრადული ამნეზიის არსებობა?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.3	შეფასდა თუ არა საავადმყოფოში რევერალის კრიტერიუმები?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	3.1	შეფასდა თუ არა დაუყოვნებელი კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩვენებები?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ გაიგზავნა თუ არა პაციენტი 1 საათის ვადაში შესაბამისი შესაძლებლობის მქონე დაწესებულებაში	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.3.	საავადმყოფოში გაგზავნის შემთხვევაში შეივსო თუ არა ფორმა#100 ტრავმასთან დაკავშირებული დეტალების მითითებით?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>სატელეფონო კონსულტაცია</b>					
4	4.1	პაციენტის ტელეფონით მიმართვის შემთხვევაში შეფასდა თუ არა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახების საჭიროება?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ მიეცა თუ არა რჩევა პაციენტს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის გამოძახების შესახებ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>რეაბილიტაცია</b>					
5	5.1	საშუალო ან მძიმე ტრავმის შემთხვევაში შეფასდა თუ არა პაციენტის მდგომარეობა რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩასართავად?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>მონიტორინგი</b>					

No.	N	კრიტერიუმი	დიახ	არა	გამონაკლისე ბი <sup>ა</sup>
6	6.1	პაციენტს ქალა-ტვინის ტრავმით ჩაუტარდა თუ არა მონიტორინგის ვიზიტი/სატელეფონო კონსულტაცია საავადმყოფოდან გაწერის 1 კვირის ვადაში?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6.2	მიეცა თუ არა რჩევა-დარიგება რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირებასთან და მკურნალობის არამედიკამენტურ მეთოდებთან დაკავშირებით?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## დანართი N2. გლაზგოს კომის შკალა მოზრდილი და პედიატრიული პაციენტებისათვის

### გლაზგოს კომის შკალა<sup>1</sup>

თვალეების გახელა	ქულა
<ul style="list-style-type: none"> <li>• თვითნებური (მიზანმიმართული)</li> <li>• რეაქცია ხმაზე</li> <li>• რეაქცია ტკივილზე</li> <li>• რეაქცია არ აღინიშნება</li> </ul>	4 3 2 1
<b>ვერბალური (მეტყველებითი) რეაქცია</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• კითხვებზე იძლევა სწრაფ და სწორ პასუხებს (ორიენტირებულია);</li> <li>• პასუხობს აზნეულად (დეზორიენტირებულია);</li> <li>• პასუხობს არაადექვატურად;</li> <li>• წარმოთქვამს გაურკვეველ ბგერებს;</li> <li>• ვერბალური პროდუქცია არ არის</li> </ul>	5 4 3 2 1
<b>მოტორული რეაქცია</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ასრულებს ინსტრუქციას</li> <li>• ტკივილით გაღიზიანებაზე აქვს მიზანმიმართული მოძრაობა;</li> <li>• ტკივილით გაღიზიანებაზე აღენიშნება განზიდვა</li> <li>• ტკივილზე კიდურების პათოლოგიური მოხრა (დეკორტიკაცია);</li> <li>• ტკივილზე კიდურების პათოლოგიური გაშლა (დეცერებრაცია);</li> <li>• მოძრაობა არ აღინიშნება</li> </ul>	6 5 4 3 2 1

პაციენტის მდგომარეობა ფასდება ამ სამი ნიშნის მიხედვით. თითოეულ მათგანს შეესაბამება გარკვეული ქულა. უნდა მოხდეს ქულების შეჯამება.

საუკეთესო შედეგი – 15 ქულა – მიუთითებს ავადმყოფის დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაზე;

13–14 ქულა – სომნოლენცია

9 – 12 ქულა – სოპორი;

4 – 8 ქულა – კომა.

ყველაზე ცუდი შედეგი – 3 ქულა მიუთითებს ქერქის სიკვდილის რეალურ საშიშროებაზე.

**მოდულიზებული გლაზგოს კომის შკალა პედიატრიული პაციენტებისათვის<sup>2</sup>**

უფროსი ასაკის ბავშვები	1 წლამდე ასაკის ბავშვები	ქულა
<p><b><u>თვალების გახელა</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თვითნებური (მიზანმიმართული)</li> <li>• რეაქცია ხმაზე</li> <li>• რეაქცია ტკვილზე</li> <li>• რეაქცია არ აღინიშნება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თვითნებური (მიზანმიმართული)</li> <li>• რეაქცია ხმაზე</li> <li>• რეაქცია ტკვილზე რეაქცია არ აღინიშნება</li> </ul>	<p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p><b><u>ვერბალური (მეტყველებითი) რეაქცია</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• კითხვებზე იძლევა სწრაფ და სწორ პასუხებს (ორიენტირებულია);</li> <li>• პასუხობს აბნეულად (დეზორიენტირებულია);</li> <li>• პასუხობს არაადეკვატურად;</li> <li>• წარმოთქვამს გაურკვეველ ბგერებს;</li> <li>• ვერ ლაპარაკობს</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• აფიქსირებს მზერას, აყოლებს თვალებს, იცინის</li> <li>• ტირის</li> <li>• ტირის ტკვილზე</li> <li>• კვნესის ტკვილზე</li> <li>• პასუხი არ არის</li> </ul>	<p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p><b><u>მოტორული რეაქცია</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ასრულებს ინსტრუქციებს</li> <li>• მიზანმიმართული მოძრაობა ტკვილით გაღიზიანებაზე;</li> <li>• ტკვილით გაღიზიანებაზე კიდურების განზიდვა;</li> <li>• ტკვილზე კიდურების პათოლოგიური მოხრა (დეკორტიკაცია);</li> <li>• ტკვილზე კიდურების პათოლოგიური გაშლა (დეცრებრაცია);</li> <li>• მოძრაობა არ აღინიშნება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სპონტანური მოძრაობა</li> <li>• შეხებისას მოძრაობა</li> <li>• ტკვილზე ამოძრავებს კიდურს</li> <li>• ტკვილზე კიდურის პათოლოგიური მოხრა – დეკორტიკაცია</li> <li>• ტკვილზე კიდურის პათოლოგიური გაშლა – დეცრებრაცია</li> <li>• მოძრაობა არ აღინიშნება</li> </ul>	<p>6</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>

<sup>1</sup> [Meredith W, Rutledge R, Fakhry SM, et al](#); The conundrum of the Glasgow Coma Scale in intubated patients: a linear regression prediction of the Glasgow verbal score from the Glasgow eye and motor scores. J Trauma. 1998 May;44(5):839-44; discussion 844-5. [abstract]

<sup>2</sup> [Children's Coma Scale](#); (Modified Glasgow Coma Scale, Adelaide Coma Scale, Paediatric Coma Scale); As PDF.