

*მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2015 წლის 22 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად*

*დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 14 თებერვლის №01-42/ო ბრძანებით*

## პირველი არაპროვოცირებული გულყრის მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი (პროტოკოლი)

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: პირველი არაპროვოცირებული გულყრის მართვა .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
ძირითადი განმარტებები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	4
4. პროტოკოლის მიზანი .....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	5
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	5
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	5
8. რეკომენდაციები.....	5
სამოქმედო ალგორითმი: პაციენტის მოძრაობის სქემა ოჯახის ექიმის დონიდან პროფილურ დაწესებულებამდე.....	8
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	8
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	8
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	9
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	9
ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	10
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	11
14. პროტოკოლის ავტორები .....	11
დანართი №1.....	12
გამოყენებული ლიტერატურა.....	13

1. პროტოკოლის დასახელება: პირველი არაპროვოცირებული გულყრის მართვა.

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>	<b>ICD 10/ ICPC-2-R</b>
კონვულსია/შეტევა უნებლიე პათოლოგიური მოძრაობა გონების დაკარგვა	R56/N07 R25.0, R25.1/N08 A06/R55
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
ამბულატორიული ვიზიტი ოჯახის ექიმთან	ZZZA90
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	<b>კოდი მოქმედი კლასიფიკაციის მიხედვით</b>
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში	BL.12.1
<b>4. პაციენტის განათლება ჯანმრთელობის საკითხებზე</b>	<b>ICPC2</b>
პაციენტის გათვითცნობიერება ეპილექსიის სამედიცინო და ფსიქო-სოციალურ საკითხებში	N45

### ძირითადი განმარტებები

**ეპილექსია (ICD-10 - G40.0)** - თავის ტვინის ყველაზე გავრცელებული მულტიეტოლოგიური ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში. დაავადების ბიოლოგიური საფუძველია თავის ტვინის ნეირონების ნორმალური აქტივობის დარღვევა და პათოლოგიური მოქმედების რეჟიმში გადართვა, რაც კლინიკურად ვლინდება განმეორებითი ეპილექსიური გულყრებით, ხოლო ელექტროენცეფალოგრაფიულად - სპეციფიკური პაროქსიზმული ცვლილებებით.

**ეპილექსიური გულყრა** - ეპილექსიის კარდინალური ნიშანია, რომელიც შეიძლება მიმდინარეობდეს ტონურ-კლონური კრუნჩხვებით ან მათ გარეშე. ისეთი პაროქსიზმული მოტორული ფენომენები, როგორცაა ცნობიერებისა და ქცევის უეცარი დარღვევები, შეტევითი ვეგეტატიური ცვლილებები და სხვა, ეპილექსიის გარდა სხვა დაავადებებისთვისაცაა დამახასიათებელი.

**არაპროვოცირებული გულყრა** - განისაზღვრება როგორც შეტევა, რომელიც ვითარდება გულყრის შესაძლო მაპროვოცირებელი მიზეზის არარსებობის ან ცენტრალური ნერვული სისტემის მწვავე დაზიანების პერიოდის ჩამთავრებიდან გარკვეული დროის გასვლის შემდგომ.

**არაეპილექსიური გულყრა** - დროის განსაზღვრული პერიოდით პიროვნების უეცარი და საყურადღებო ქცევითი, აღქმითი, აზრობრივი ან შეგრძნებითი ცვლილება, რომელსაც თან არ ახლავს თავის ტვინის ნეირონების არანორმალური და გადაჭარბებული განტვირთვების ამსახველი ელექტროფიზიოლოგიური ცვლილებები.

**პროფილური დაწესებულება** - ისეთი სამედიცინო ორგანიზაცია, რომელიც კონკრეტულ პათოლოგიას სამეცნიერო-პრაქტიკულ დონეზე მართავს თანამედროვე ტექნოლოგიებით.

### 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წარმოდგენილი პროტოკოლი შემუშავებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO), ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ლიგის (ILAE) და ეპილეფსიის საერთაშორისო ბიუროს (IBE) მიერ 2008-2011 წწ. საქართველოში განხორციელებული სადემონსტრაციო პროექტის („ეპილეფსიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“) ფარგლებში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) პროგრამის „ეპილეფსიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური კამპანია“ - ზედამხედველობით. პროექტის მიმდინარეობას სუპერვიზიას უწევდნენ ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტები.

პროტოკოლის ერთ-ერთ მთავარ კომპონენტს წარმოადგენს კვლევის ინსტრუმენტი (სკრინინგ კითხვარი), რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული პროტოკოლის ადაპტირებული ვარიანტია. კითხვარი, თავის მხრივ, შექმნილია „ICBERG Screening instrument“ -ის საფუძველზე და პირველად გამოყენებულ იქნა 1999წ. ჩინეთში „ეპილეფსიის სადემონსტრაციო პროექტის“ განხორციელების პროცესში (1).

სკრინინგ-კითხვარის ქართული ვარიანტის ვალიდაცია განხორციელდა 2009 წელს, საქართველოში ეპილეფსიის სადემონსტრაციო პროექტის მიმდინარეობის პროცესში, ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტის (ნნი), ეპილეფსიის ცენტრისა და ასოციაცია „ეპილეფსია და გარე სამყარო“-ს მიერ.

მონაცემთა სტატისტიკური დამუშავების შემდეგ დადგინდა, რომ კითხვარის სენსიტიურობაა 98.8%, ხოლო სპეციფიკურობა - 87.0% (2).

კითხვარი საკმაოდ ადვილი და სწრაფი შესავსებია შესაბამისად ტრენირებული და სათანადო კომპეტენციის ნევროლოგისთვის (10 წთ).

### 4. პროტოკოლის მიზანი

- ეპილეფსიური გულყრის გამოვლენის შემთხვევაში გააუმჯობესოს ეპილეფსიის სკრინინგის ხარისხი;
- გააუმჯობესოს პროფილური კვლევებისთვის პაციენტის დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის პროცესი;
- ხელი შეუწყოს დიაგნოსტიკური შეცდომების შემცირებას და გააუმჯობესოს დაავადების გამოსავალი;
- შეამციროს ეპილეფსიის ავადობისა და ეპილეფსიის მიზეზით უნარშეზღუდულობის მაჩვენებელი;
- შეამციროს ეპილეფსიის სტიგმისა და გააუმჯობესოს დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხი;
- დაზოგოს დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯები;
- შეამციროს ეკონომიკური ტვირთი პაციენტის, მისი ოჯახის, სახელმწიფოსა და საზოგადოებისთვის.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ყველა ასაკის პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება პაროქსიზმული მდგომარეობები, სავარაუდოდ, ეპილეფსიური შეტევები.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ნევროლოგებისთვის/ბავშვთა ნევროლოგებისთვის, რომლებიც სამედიცინო აქტივობას ახორციელებენ ამბულატორიული ან სტაციონარული მომსახურების პირობებში.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

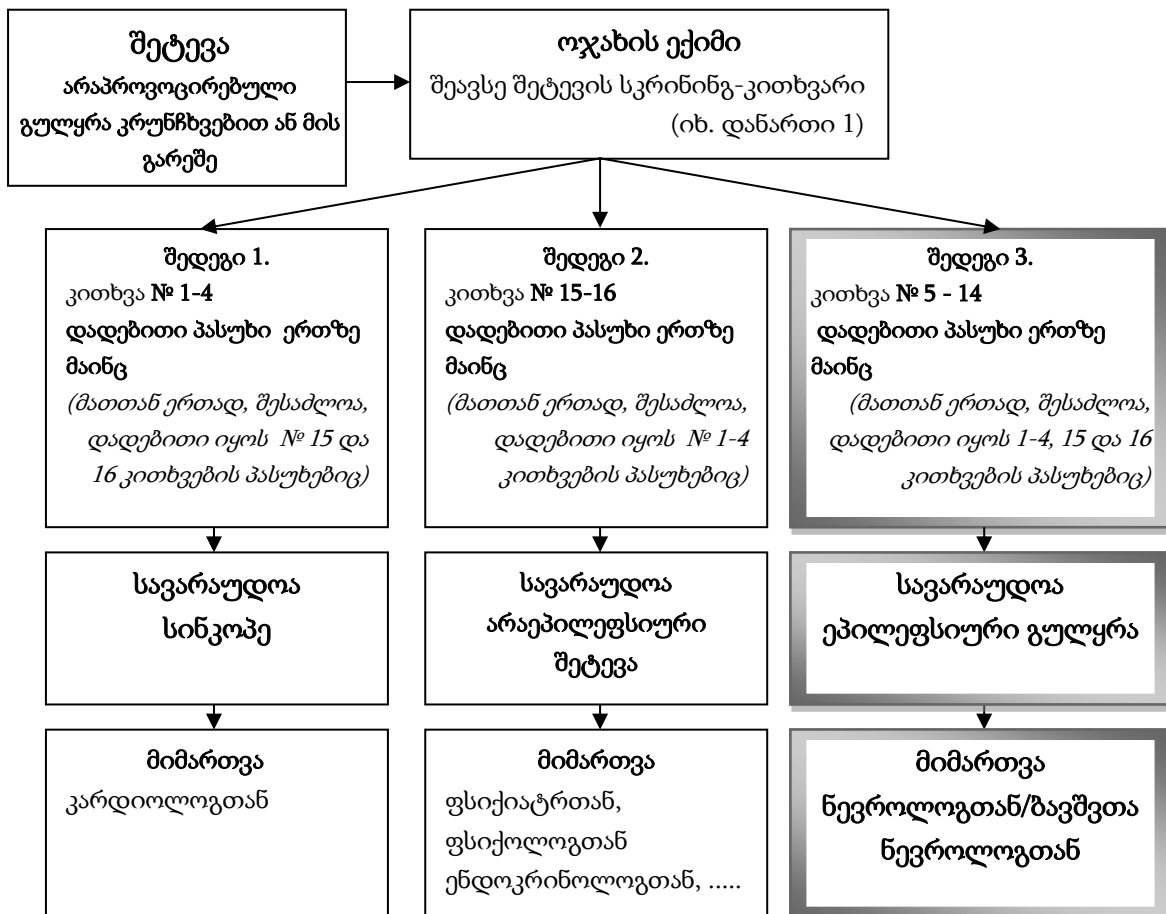
პროტოკოლი გამოიყენება ნევროლოგის/ბავშვთა ნევროლოგის მიერ, როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ პირობებში, ნევროლოგიური კონსულტაციის დაწყებამდე:

- ა) როდესაც პაციენტი წარმოადგენს ჩვილს გულყრის არსებობაზე;
- ბ) როდესაც ოჯახის ექიმი ეპილეფსიური გულყრის სკრინინგ-კითხვარის შედეგების საფუძველზე ეჭვს გამოთქვამს ეპილეფსიური გულყრის არსებობაზე და პაციენტს მიმართავს ნევროლოგთან/ბავშვთა ნევროლოგთან ეპილეფსიის სკრინინგისთვის.

## 8. რეკომენდაციები

### I. პაციენტის პირველადი ვიზიტი ოჯახის ექიმთან ჩივილით შეტევების არსებობაზე

ოჯახის ექიმი ავსებს სკრინინგ-კითხვარს (იხ. დანართი 1).



## შედეგი 1 და შედეგი 2-ის შემთხვევაში

სკრინინგის შედეგების მიხედვით ეპილეფსიური გულყრის არსებობა არ არის სავარაუდო.

ასეთ დროს ოჯახის ექიმმა პაციენტი უნდა მიმართოს სათანადო სპეციალისტთან, ან მიაწოდოს მისი მდგომარეობის შესატყვისი ინფორმაცია შემდგომი ქმედებების შესახებ.

მაგალითად:

### **სინკოპე**

(თანდათანობითი განვითარება, სიფერმკრთალე, თავბრუხვევა, მხედველობის დაბინდვა და ა.შ.)

კარდიოლოგი

### **ფსიქოგენური შეტევა**

(ფსიქო-ემოციური სტრესის ფონზე განვითარება, კიდურების არარეგულარული მოძრაობები, თვალების ნამალადევი დახუჭვა, მენჯის ქნევა ა.შ.)

ფსიქიატრი

### **ჰიპოგლიკემია**

(შეტევის განვითარება უზმოზე, ძლიერი ოფლიანობა, სიფერმკრთალე და ა.შ.)

ენდოკრინოლოგი

### **რესპირატორულ-აფექტური შეტევა** (ჩაბჟირება)

ფსიქოლოგი

### **ტრანზიტორული-იშემიური შეტევა**

(შეტევის დროს კიდურების სისუსტე ან დაბუჟება, მეტყველების გაძნელება და ა.შ.)

ნევროლოგი/ზავშვთა

ნევროლოგი

არაეპილეფსიური შეტევის უფრო ზუსტი დიფერენცირებისთვის რეკომენდებულია ეროვნული გაიდლაინის - „ეპილეფსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“ ქვეთავში - „დიფერენციული დიაგნოზი“ - მოცემული ცხრილების გამოყენება.

## შედეგი 3.

სკრინინგის შედეგების მიხედვით მდგომარეობა ფასდება როგორც „სავარაუდო ეპილეფსიური გულყრა“.

ოჯახის ექიმმა პაციენტი უნდა მიმართოს ნევროლოგთან/ზავშვთა ნევროლოგთან ნევროლოგიური კონსულტაციისა და სხვა აუცილებელი კვლევების/კონსულტაციების ჩატარების, ეპილეფსიის წინასწარი დიაგნოზის დადასტურების/უარყოფის და შემდგომი ადეკვატური ქმედებების განხორციელების მიზნით.

ნევროლოგმა/ზავშვთა ნევროლოგმა უნდა შეაგროვოს შემდეგი ინფორმაცია:

ა) რა ფორმით გამოვლინდა შეტევა?

- მიმდინარე მოქმედების შეწყვეტით;
- ახალი ქმედების დაწყებით, უმიზნო ქცევით, ბრუნით ან წრიული მოძრაობებით (მიმართულება) და სხვა.
- კრუნჩხვებით, ნერწყვდენით, ენის მოკვნეცხვით, დუჟით;
- ვოკალიზაციით, მოკლონიებით, ავტომატიზმებით და სხვ;
- სხვადასხვა შეგრძნებით (სენსორული, ფსიქიკური, ვეგეტატიური).

ბ) რის ფონზე

განვითარდა შეტევა?

- ტრავმა;
- ჰიპერთერმია, მოციმციმე შუქი, ტელევიზორი, უპილობა, შიმშილი და სხვ.;

- რაიმე დაავადება (ინფექცია, ქ.ტვ. ტრავმა, სხვა);
- ინტოქსიკაცია (კვებითი, ალკოჰოლი, ნარკოტიკები);
- ორსულობა ან მენსტრუაცია;
- სტრესი;
- სხვა.

**გ) ცნობიერების დონე  
შეტვის დროს**

- ნათელი;
- შეცვლილი;
- დათრგუნული;
- დაკარგული.

**დ) შეტვის შემდგომი  
მდგომარეობა**

- შეტვის დასასრული უეცარია თუ თანდათანობითი;
- აგზნება, დეზორიენტაცია, ძილიანობა;
- პარეზი, მეტყველების მოშლა, თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება;
- სხეულის ტემპერატურის ცვლილება;
- ტრავმული დაზიანებები.

**ე) შეტვის ხანგრძლი-  
ვობა.**

- ზუსტი ან მიახლოებითი.

ნევროლოგმა/ზავშვთა ნევროლოგმა პაციენტი უნდა გაათვითცნობიეროს, რომ აუცილებელია, სპეციფიკური კვლევების დროული ჩატარება (ეპილეფსიური გულყრის გამოვლენიდან 1-14 დღის პერიოდში), რადგან დაავადების არსებობის შემთხვევაში, ეპილეფსიის დროული დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მკურნალობა კარგი პროგნოზის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა.

**ნებისმიერი შედეგის შემთხვევაში სამედიცინო (ამბულატორიული/სტაციონარული) ისტორიაში უნდა დაფიქსირდეს:**

ა) პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის მონაცემები:

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| • წონა                | კგ                |
| • სიმაღლე             | სმ                |
| • მასის ინდექსი       | კგ/მ <sup>2</sup> |
| • არტ. წნევა          | mm/Hg             |
| • პულსი               | წთ                |
| • სუნთქვა             | წთ                |
| • სხეულის ტემპერატურა | С <sup>0</sup>    |

ბ) ნევროლოგიური სტატუსის შეფასება შესაბამისი პროტოკოლის მიხედვით;

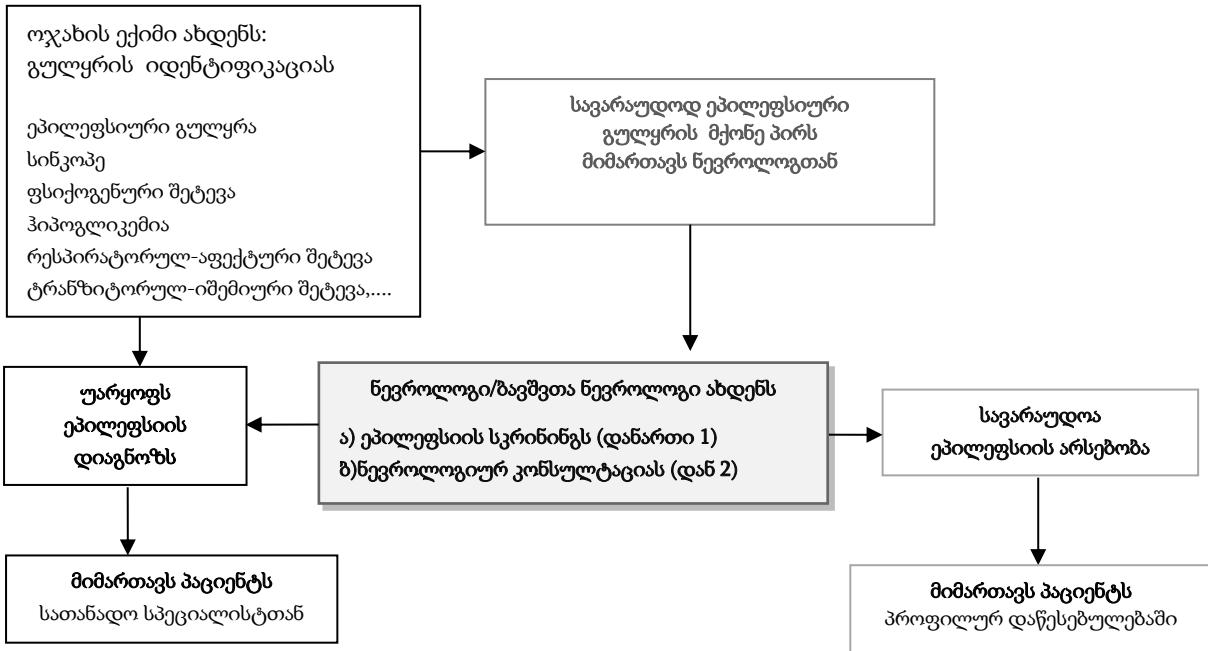
გ) უკვე არსებული კლინიკური კვლევების შედეგები (რამდენადაც ეს შესაძლებელია).

თუ სკრინინგის საფუძველზე სავარაუდოა სხვადასხვა ტიპის შეტვის არსებობა (მაგ.: როგორც ეპილეფსიური, ასევე, სინკოპალური, ან სინკოპალური და ფსიქოგენური ან სხვა შეტევების/კომორბიდული მდგომარეობების კომბინაცია და ა.შ.), ნევროლოგმა/ზავშვთა ნევროლოგმა პაციენტი უნდა მიმართოს ყველა შესაბამის სპეციალისტთან.

ამასთან, უნდა გაითვალისწინოს თითოეული მდგომარეობის პოტენციური საფრთხე ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის (მაგ.: თუ პაციენტს აღენიშნება როგორც ფსიქოგენური, ასევე, სინკოპეს შეტევები, რომლის მიზეზი, შესაძლოა, იყოს კარდიული პათოლოგია, პირველ რიგში პაციენტი მიმართული უნდა იქნას კარდიოლოგთან).

## სამოქმედო ალგორითმი: პაციენტის მოძრაობის სქემა ოჯახის ექიმის დონიდან პროფილურ დაწესებულებამდე

ნევროლოგის/ბავშვთა ნევროლოგის კომპეტენციაა ახლად მანიფესტირებული გულყრის მქონე ბენეფიციარის მიღება, ეპილექსიის წინასწარი (სავარაუდო) დიაგნოზის დადგენა და ასეთი პაციენტის მიმართვა პროფილურ დაწესებულებაში ეპილექსიის დასკვნითი დიაგნოსტიკის მიზნით.



### 9. მოსალოდნელი შედეგები

**აღნიშნული პროტოკოლის დანერგვა:**

განაპირობებს არაეპილექსიური პაროქსიზმების შემთხვევათა მნიშვნელოვანი ნაწილის ნევროლოგის/ბავშვთა ნევროლოგის დონეზე გაცხრილვას, რითაც მნიშვნელოვნად დაიზოგება შემდგომი ძვირადღირებული მულტიდისციპლინური კვლევების გაუმართლებელი ხარჯები;

შეამცირებს ეპილექსიის დიაგნოსტიკური შეცდომებისა და არაადეკვატური მკურნალობის შემთხვევებს;

განაპირობებს დაავადების დროულ, მულტიდისციპლინურ დიაგნოსტიკასა და ადეკვატურ მკურნალობას. შედეგად, პაციენტების უმრავლესობას გაუჩნდება გულყრების სრული შეწყვეტის შანსი (80%-მდე), რაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს მათი ცხოვრების ხარისხს.

შეამცირებს ეპილექსიის ეკონომიკურ ტვირთს როგორც სახელმწიფოსთვის, ისე საზოგადოებისთვის.

### 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებას გააჩნია აღნიშნული პროტოკოლი (%)?
- რამდენი დაწესებულება იყენებს აღნიშნულ პროტოკოლს (%)?



- ნევროლოგების/ბავშვთა ნევროლოგების რა რაოდენობას შეუძლია აღნიშნული პროტოკოლით სარგებლობა? (%)
- ნევროლოგების/ბავშვთა ნევროლოგების რა რაოდენობას აქვს გავლილი სპეციალური ტრენინგები აღნიშნული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის მიზნით? (%)
- რამდენ ბენეფიციარს აქვს ჩატარებული კვლევა აღნიშნული პროტოკოლით? (n=..., ბენეფიციარების .. %)
- რამდენ შემთხვევაში მოხდა ეპილექსიის დიაგნოზის დადასტურება? (%)
- გამოსავლების შეფასების მიხედვით რამდენად ეფექტურია აღნიშნული პროტოკოლის გამოყენება?

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება აუცილებელი იქნება 3 წელიწადში ერთხელ; საერთაშორისო პროფესიულ ინსტიტუტებში მიღებული მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებებისა და რეკომენდაციების შემთხვევაში, პროტოკოლში ცვლილებების შეტანა მოხდება ვადაზე ადრე.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

სამედიცინო დაწესებულების დონეზე პროტოკოლის დანერგვა არ წარმოადგენს სირთულეს, არ მოითხოვს დამატებით რესურსსა და ტექნოლოგიებს. თუმცა, აუცილებელია შესაბამისი ინტელექტუალური რესურსის (ნევროლოგი/ბავშვთა ნევროლოგი) სათანადო გადამზადება.

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

ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური (ვინც მონაწილეობს პროტოკოლის დანერგვაში)	რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
სპეციალობა  ნევროლოგი/ზავშვთა ნევროლოგი	<p>ახდენს სკრინინგ-კითხვარის შევსებას და პაციენტის ნევროლოგიურ გასინჯვას, რასაც აფიქსირებს კლინიკურ ისტორიაში.</p> <p>აფასებს კითხვარის შედეგებს, ნევროლოგიური სტატუსის მონაცემებს და გამოაქვს დასკვნა საჭიროებს თუ არა პაციენტი შემდგომ გადრმავებულ კვლევებს ეპილეფსიის დასკვნითი დიაგნოსტიკისთვის.</p>	აუცილებელია
მატერიალურ- ტექნიკური რესურსი	კომპიუტერული უზრუნველყოფა-მონაცემთა ბაზების ფორმირების, სპეციალიზირებულ დაწესებულებასთან აქტიური ურთიერთ-კავშირისა და პაციენტთა მომართვა-მიმართვის ეფექტური კონტროლის, ინფორმაციის სწრაფი და ხარისხიანი დამუშავების, შედეგების შეფასებისა და ხარვეზებზე სწრაფი რეაგირების მიზნით.	მნიშვნელოვანია
რისკის შეფასების სქემა	<p>ა) <b>დიაგნოსტიკური შეცდომის რისკი</b>-ბენეფიციარის მიერ, პროტოკოლში მოცემული შეკითხვების არასწორი გაგება და, შესაბამისად, ექიმის მიერ შეტევის არასწორი ინტერპრეტაცია;</p> <p>ბ) <b>დაინტერესების შემთხვევაში</b> (შშმპ სტატუსის მოსაპოვებლად), შესაძლოა, ბენეფიციარის მიერ ნევროლოგისათვის მიწოდებული იყოს არასწორი (ცრუ) ინფორმაცია, რაც "ცრუ დადებითი" შემთხვევების გაზრდის საშიშროებას შექმნის.</p> <p><b>რისკის მართვა</b> ნევროლოგების ტრენინგება კითხვარების სწორად შევსების სპეციფიკის გასაცნობად;</p> <p>ყველა საექვო შემთხვევაში, როდესაც ტრენირებული ნევროლოგი არ არის დარწმუნებული დიაგნოზის არსებობა-არარსებობაში, ბენეფიციარი აუცილებლად უნდა გაიგზავნოს პროფილურ დაწესებულებაში მულტიდისციპლინური დიაგნოსტიკისთვის, რითაც მინიმუმამდე შემცირდება დიაგნოსტიკური შეცდომები.</p>	სავალდებულო

<p><b>ლაბორატორიული კვლევები:</b> სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად</p>	<p>ჯანმრთელობის ზოგადი სტატუსისა და გულყრის განვითარების გამომწვევი პათოლოგიური ფიზიკური მდგომარეობის განსაზღვრის მიზნით</p>	<p>სასურველია</p>
<p><b>საგანმანათლებლო მასალები</b> პაციენტისთვის.</p>	<p>პაციენტის ინფორმირება დაავადების დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის მნიშვნელობაზე.</p>	<p>აუცილებელია</p>

### 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](http://www.moh.gov.ge));
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

**სოფიო კასრაძე** - მედიცინის აკად. დოქტორი, ნევროლოგი/ეპილეფტოლოგი, კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის ასოც. პროფესორი; ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტის სამეცნიერო დირექტორი; თ. გელაძის სახელობის საქართველოს ეპილეფსიასთან ბრძოლის ლიგის გენერალური მდივანი, ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ლიგის წევრი; ეპილეფსიის საერთაშორისო ბიუროს წევრი.

**დავით კვერნაძე** - მედიცინის აკად. დოქტორი, ნევროლოგი/ეპილეფტოლოგი, ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტის ეპილეფსიის ცენტრის ხელმძღვანელი; თ. გელაძის სახელობის საქართველოს ეპილეფსიასთან ბრძოლის ლიგის წევრი, ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ლიგის წევრი; ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ბიუროს წევრი.

**გიორგი ლომიძე** - მედიცინის აკად. დოქტორი, ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტის დირექტორი; თ. გელაძის სახელობის საქართველოს ეპილეფსიასთან ბრძოლის ლიგის წევრი, ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ლიგის წევრი; ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ბიუროს წევრი.

დაწესებულება:

**ეპილეფსიური გულყრის გამოსავლენი სკრინინგ-კითხვარი**  
(ოჯახის ექიმისთვის)

გვარი, სახელი ..... ასაკი ..... წ' დაბადების თარიღი .....  
წელი თვე რიცხვი

პირადი N..... სქესი  მამრ.  მდედრ. ეროვნება .....

განათლება ..... პროფესია ..... დასაქმება .....

საცხოვრებელი მისამართი .....  
რაიონი ქალაქი (ქუჩა, სახლის N) სოფელი

საკონტაქტო ტელეფონი ..... ელ-ფოსტა .....

გთხოვთ, მონიშნოთ პასუხი კი(✓) ან არა(✓)

კითხვა	პასუხი	
	კი	არა
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

დამატებითი ინფორმაცია .....

სავარაუდოა ეპილეფსიური გულყრის არსებობა  კი  არა

მიმართვა .....(მიუთითეთ )

მკვლევარი ..... გამოკვლევის თარიღი .....

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. Shorvon SD, Hart YM, Sander JWAS and Vanandel F (1991) Management of Epilepsy in Developing Countries: an ICBERG Manual. THE NATURE OF EPILEPSY (pp: 1 – 3). In: Shorvon, SD and Hart YM, Sander, JWA and Vanandel, F, (eds.); Royal Soc Medicine Services LTD.
  2. Krumholz A., Wiebe S., Gronshet G.S., Gloss D. S., et all. Evidence-based guideline: Management of an unprovoked first seizure in adults. Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. Neurology April 21, 2015 vol. 84 no. 16 1705-1713.
  3. Lomidze G, Kasradze S, Kvernadze D, Okujava N, Toidze O, de Boer HM, Dua T, Sander JW. The prevalence and treatment gap of epilepsy in Tbilisi, Georgia. Epilepsy Res. 2012; 98 (2-3):123-9.
-