

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

ეპილექსიის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ეპილეფსიის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე	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
ანტიკონვულსიური მკურნალობის მართვა პირველად ჯანდაცვაში	7
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	9
10. აუდიტის კრიტერიუმები	9
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	10
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	10
ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	10
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	11
14. პროტოკოლის ავტორები	11
15. დანართები.....	12
დანართი №1. ეპილეფსიის მქონე პაციენტის მკურნალობისადმი მორჩილების შესაფასებელი კითხვარი	12
დანართი №2. დეპრესიის სკრინინგ-კითხვარი ეპილეფსიის მქონე პაციენტებისთვის (NDDI-E).....	13
გამოყენებული ლიტერატურა	13

1. პროტოკოლის დასახელება: ეპილეფსიის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10/ ICPC-2
ეპილეფსია	G40/ X85
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ამბულატორიული ვიზიტი ნევროლოგთან	ZZZA90
ელექტროენცეფალოგრაფია (EEG), ღვიძილის	AAFE00
ელექტროენცეფალოგრაფია (EEG) ძილის დეპრივაციით	AAFE04
სხვა ფსიქოლოგიური გამოკვლევა/ნეიროფსიქოლოგიური სკრინინგი	AAF899
თავის ტვინის მაგნიტო-რეზონანსული ტომოგრაფია (MRI)	AADG1A
ლაბორატორიული გამოკვლევებისთვის ნიმუშის აღება, სისხლში ანტიკონვულსანტის კონცენტრაციის განსაზღვრა	WZAA00
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	კოდი მოქმედი კლასიფიკაციის მიხედვით
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში	BL.12.1
ალანინამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა	BL.11.2.2
ასპარტატამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა	BL.11.2.1
4. პაციენტის განათლება ჯანმრთელობის საკითხებში	ICPC-2
პაციენტის გათვითცნობიერება ეპილეფსიის სამედიცინო და ფსიქო-სოციალურ საკითხებში	N45

ძირითადი განმარტებები

ეპილეფსია (ICD-10 - G40) - თავის ტვინის ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც შეიძლება დაიწყოს ნებისმიერ ასაკში. მსოფლიოში აქტიური ეპილეფსიის გავრცელების საშუალო მაჩვენებელია 10 დაავადებული ყოველ 1000-ზე (10/1000), საქართველოში 8,8/1000. ავადობა ყველაზე ხშირია ბავშვებში, მოზარდებში და ხანდაზმულებში.

ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, ეპილეფსიის მქონე ადამიანებში მნიშვნელოვნად უფრო მაღალია ტრავმატიზმისა და სიკვდილობის, განსაკუთრებით, უეცარი სიკვდილის მაჩვენებლები, რაც საგრძნობლად იზრდება დაავადების არასწორი მართვის პირობებში.

ეპილეფსიური გულყრა - ეპილეფსიის 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, ეპილეფსიის გარდა სხვა დაავადებებისთვისაცაა დამახასიათებელი.

ეპილეფსიის დიაგნოსტიკა რთული პროცესია, რომელიც უნდა განხორციელდეს პროფილურ დაწესებულებაში მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ. სპეციალიზებულ ცენტრში, შემთხვევათა 70-75%-ში, ეპილეფსიის მულტიდისციპლინური დიაგნოსტიკა,

შესაძლებელია, ამბულატორიულ პირობებში შესაბამისი გაიდლაინებისა და პროტოკოლების გამოყენებით; დანარჩენ შემთხვევებში, დიაგნოსტიკური სირთულეების გამო, საჭიროა ხანგრძლივი დაკვირვება ამბულატორიულ ან სტაციონარის პირობებში.

ეპილექსიის სინდრომოლოგიური დიაგნოსტიკისა და კრუნჩხვის საწინააღმდეგო ადეკვატური პრეპარატების დანიშნვის შემდეგ, პაციენტის მეთვალყურეობა, დანიშნული წამლის კლინიკური ეფექტურობისა და გვერდითი ეფექტების აღნუსხვა, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებს შორის ეპილექსიის სტიგმის ხარისხის ცვლილებაზე დაკვირვება მიმდინარეობს პჯდ-დონეზე, ოჯახის ექიმისა და ნევროლოგის/ბავშვთა ნევროლოგის მეთვალყურეობით. ეპილექსიის მიმდინარეობის გადამოწმება, გარკვეული პერიოდულობით, ხორციელდება პროფილურ დაწესებულებაში.

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

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

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

პროტოკოლის ერთ-ერთ მთავარ კომპონენტს წარმოადგენს ჯანდაცვის პირველ და მეორე დონეზე, ამბულატორიულ პირობებში, დაავადების მკურნალობისა და მეორეული პრევენციის, კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატების გვერდითი ეფექტების, პაციენტის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერისა და ეპილექსიის სტიგმის მართვა დაავადების მულტიდისციპლინური დიაგნოსტიკის შემდგომ ეტაპზე შესაბამისი ვალიდური კითხვარების მეშვეობით.

აღნიშნული კითხვარების ქართული ვარიანტების ვალიდაცია განხორციელდა 2009 წელს, საქართველოში ეპილექსიის სადემონსტრაციო პროექტის მიმდინარეობის პროცესში, ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტის (ნნი) ეპილექსიის ცენტრის ბაზაზე.

კითხვარი საკმაოდ ადვილი შესავსებია და არ მოითხოვს მნიშვნელოვანი დროის დანახარჯს შესაბამისად ტრენინგული სპეციალისტებისა და სათანადო კომპეტენციის ნევროლოგების მხრიდან (5-7 წთ).

4. პროტოკოლის მიზანი

ძირითადი მიზანი: ეპილექსიის ეფექტური მკურნალობის ხელშეწყობა.

პჯდ-დონეზე (ოჯახის ექიმი, ნევროლოგი/ბავშვთა ნევროლოგი):

- ანტიეპილექსიური მკურნალობის ადეკვატური მართვა;
- ფარმაკო-რეზისტენტული ეპილექსიების რაოდენობის შემცირება;
- კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატების გვერდითი მოვლენების (ფიზიკური, ფსიქიკური და კოგნიტური ფუნქციების დარღვევები) დროული გამოვლენა;

- მკურნალობის მიმდინარეობის პროცესში გამოვლენილი პრობლემების დროული და ადეკვატური შეფასება, აუცილებელი და სწორი ქმედებების დიფერენცირება - განხორციელება;
- გულყრების დინამიკაზე დაკვირვება, გულყრების რეციდივის შემთხვევაში, შესაძლო მიზეზების გამოვლენა;
- ეპილევსიით დაავადებულთა შორის ტრავმატიზმის, სიკვდილობისა და უეცარი სიკვდილის შემთხვევების შემცირება;
- ეპილევსიის ავადობისა და ეპილევსიის მიზეზით უნარშეზღუდულობის მაჩვენებლების შემცირება;
- ეპილევსიით დაავადებულთა შორის ფსიქიკური პრობლემების დროული გამოვლენა;
- ეპილევსიის სტიგმის შემცირება და დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;
- მკურნალობის ხარჯების შემცირება;
- ეპილევსიის ეკონომიკური ტვირთის შემცირება პაციენტის, მისი ოჯახის, სახელმწიფოსა და საზოგადოებისთვის.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ყველა ასაკის ბენეფიციარს, რომლებსაც ეროვნული გაიდლაინის („ეპილევსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“) მიხედვით დადასტურებული აქვთ ეპილევსიის დიაგნოზი, დანიშნული აქვთ ეპილევსიური გულყრების საწინააღმდეგო პრეპარატები და მკურნალობას აგრძელებენ საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

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

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ოჯახის ექიმისა და ნევროლოგის/ბავშვთა ნევროლოგის მიერ, როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ პირობებში:

- ა) თუ პაციენტს დადასტურებული აქვს ეპილევსიის დიაგნოზი სახელმწიფო გაიდლაინის „ეპილევსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“ მიხედვით,
- ბ) თუ დანიშნული აქვს გულყრების საწინააღმდეგო ადეკვატური პრეპარატი/პრეპარატები და გააჩნია მკურნალობის ინდივიდუალური რეჟიმის სქემები.

8. რეკომენდაციები

პაციენტის პირველი ვიზიტი ნევროლოგთან/ბავშვთა ნევროლოგთან (საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით) ეპილევსიის დიაგნოზის დადასტურებისა და შესაბამისი მკურნალობის დანიშვნის შემდეგ.

ბენეფიციარს დადასტურებული აქვს ეპილევსიის დიაგნოზი/ეპილევსიური სინდრომი, დანიშნულია ეპილევსიური გულყრების საწინააღმდეგო პრეპარატი/პრეპარატები სათანადო სქემებით.

ნევროლოგი გულდასმით უნდა გაეცნოს პროფილურ დაწესებულებაში წარმოებული კვლევების შედეგებს, დასკვნებსა და რეკომენდაციებს.

აღნიშნულის საფუძველზე, ეპილეფსიის მქონე პაციენტისთვის ადგენს ინდივიდუალურ სამოქმედო გრაფიკს, რომლის მიხედვითაც ოჯახის ექიმი და ნევროლოგი/ზავშვთა ნევროლოგი აწარმოებენ პაციენტზე დაკვირვებას, გეგმიურ კვლევებსა და კონსულტაციებს.

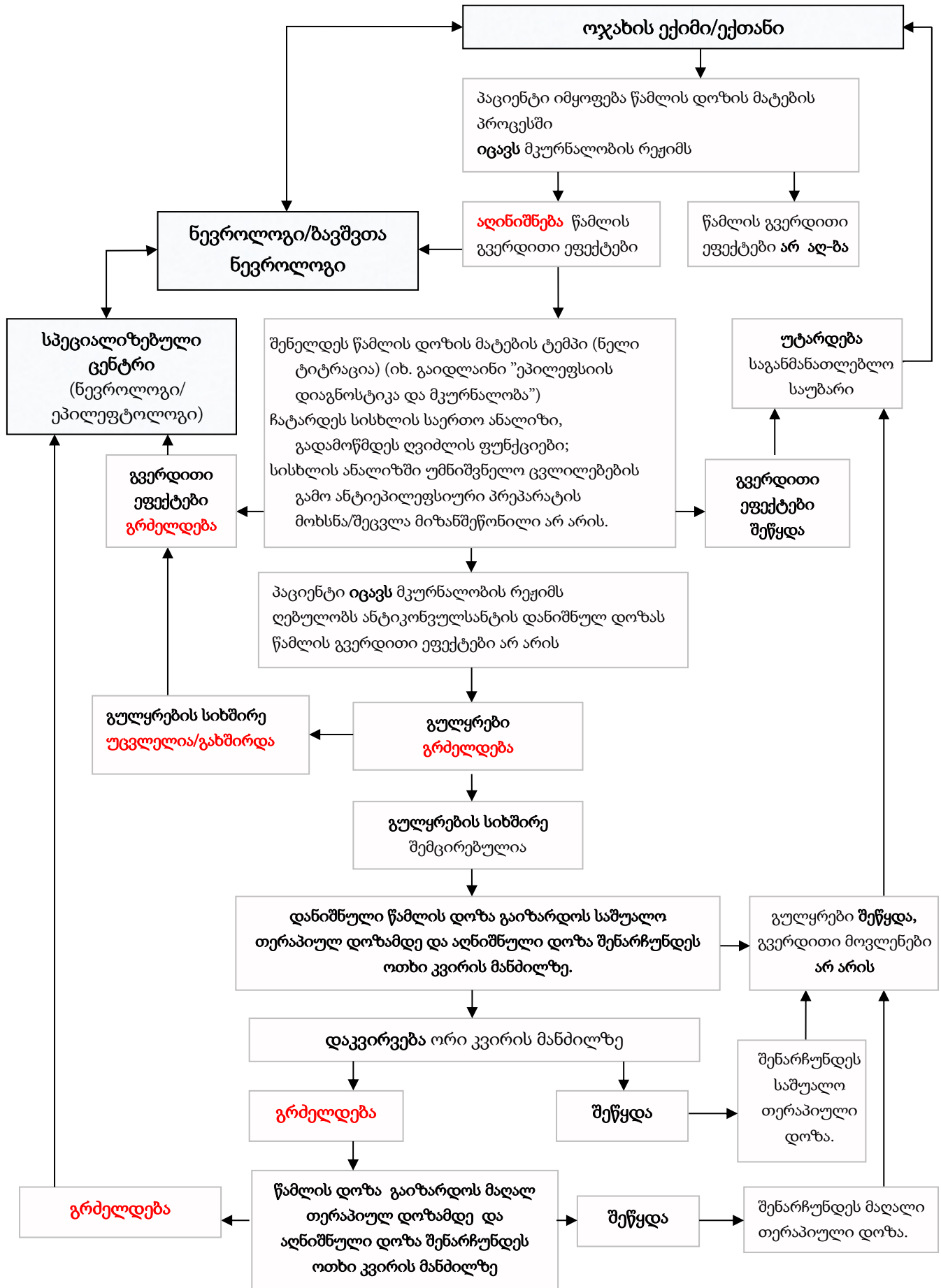
აღნიშნული მკურნალობის ფონზე ეპილეფსიური გულყრები კუპირებულია

პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს გეგმიური კონსულტაციები და კვლევები შემდეგი პერიოდულობით

ქმედება	წელიწადში (-ჯერ)
მკურნალობის პირველი წელი	
ნევროლოგის/ზავშვთა ნევროლოგის/კონსულტაცია	2
სტანდარტული ეეგ-გამოკვლევა	2
სისხლში ანტიკონვულსანტის კონცენტრაციის (აკ) განსაზღვრა	2
სისხლის საერთო ანალიზი	2
სისხლში ღვიძლის ფუნქციების (ALT, AST, GGT) განსაზღვრა	2
შარდის საერთო ანალიზი	2
ეკგ-კვლევა	1
კოგნიტური ფუნქციების შეფასება	1
ფსიქიკური დარღვევების სკრინინგი	1
თავის ტვინის მრგ-კვლევა ეპილეფსიის პროტოკოლით	1
მკურნალობის შემდგომი წლები	
ნევროლოგის/ზავშვთა ნევროლოგის კონსულტაცია	1
სტანდარტული ეეგ-გამოკვლევა	1
სისხლში აკ-ის კონცენტრაციის განსაზღვრა	1
სისხლის საერთო ანალიზი	1
სისხლში ღვიძლის ფუნქციების (ALT, AST, GGT) განსაზღვრა	1
შარდის საერთო ანალიზი	1
ეკგ-კვლევა	1
კოგნიტური ფუნქციების შეფასება	1
ფსიქიკური დარღვევების სკრინინგი	1

პჯდ დონეზე ეპილეფსიის მქონე პაციენტის მეურვეობას ერთდროულად აწარმოებენ ოჯახის ექიმი/ექთანა და ნევროლოგი/ზავშვთა ნევროლოგი, სათანადო კომპეტენციების ფარგლებში (იხ. ანტიკონვულსიური მკურნალობის მართვა პირველად ჯანდაცვაში - სამოქმედო ალგორითმი).

ანტიკონვულსიური მკურნალობის მართვა პირველად ჯანდაცვაში
ოჯახის ექიმისა და ნევროლოგის/ზავშვთა ნევროლოგის სამოქმედო ალგორითმი



ეპილეფსიის მკურნალობის ეფექტურობა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული პაციენტის მიერ დანიშნული მკურნალობის რეჟიმის შესრულების სისწორეზე.

ზოგ შემთხვევაში პაციენტი ნებით თუ უნებლიედ არღვევს მკურნალობის რეჟიმს, ავიწყდება წამლის მიღება, დებულობს არასწორი რეჟიმით ან საერთოდ წყვეტს მკურნალობას სხვადასხვა მიზეზის გამო. აღნიშნული ფაქტორები მნიშვნელოვნად აქვეითებს მკურნალობის ეფექტურობას და ხელს უშლის გულყრების კონტროლს.

ოჯახის ექიმმა დროულად უნდა აღმოაჩინოს თერაპიული მკურნალობის ხელშემშლელი და პაციენტის მკურნალობისადმი მორჩილების პრობლემები, ადეკვატურად შეაფასოს მათი სიმძიმის ხარისხი, სამედიცინო მომსახურების ამავე დონეზე იმოქმედოს მოწოდებული სქემების მიხედვით ან საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტი მიმართოს ნევროლოგთან (იხ. დანართი 1).

დაავადებასთან ასოცირებული ფსიქიკური და ფსიქოლოგიური პრობლემები, ძირითადად, შფოთვა და დეპრესია, მნიშვნელოვნად აქვეითებს დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხს. ბოლოდროინდელი კვლევებით დასტურდება, რომ ეპილეფსიის დროს საკმაოდ ხშირია დეპრესია (30%) და სუიციდის შემთხვევები, განსაკუთრებით, ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებში. ეპილეფსიის დროს დეპრესიის განვითარება მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული როგორც გულყრის გამომწვევ ნეიროქიმიურ, ნეიროფიზიოლოგიურ და სტრუქტურულ ცვლილებებთან, ისე თვით დაავადებასთან ასოცირებულ ფსიქო-სოციალურ პრობლემებთან და მკურნალობასთან. ეპილეფსიის მქონე პირებში დეპრესიის დროული გამოვლენა და მკურნალობა კი უშუალოდ უზრუნველყოფს სუიციდის პრევენციას.

ამიტომ, პჯდ- და ნევროლოგის დონეზე, აუცილებელია, ეპილეფსიის მქონე პაციენტს, დეპრესიის სკრინინგის მიზნით, პჯდ-ექიმმა ან ნევროლოგმა შეავსებინოს სკრინინგ-კითხვარი და ქულათა ჯამის მიხედვით იმოქმედოს მოწოდებული სქემებით (იხ. დანართი №2).

მეხსიერების პრობლემები - ეპილეფსიის მქონე ბავშვებსა და მოზრდილებს, ანტიკონვულსიური მკურნალობის ფონზე, შესაძლოა, ჰქონდეთ მეხსიერების პრობლემები, რაც ხელს უშლის სწავლასა და ყოველდღიურ სამსახურებრივ თუ საზოგადოებრივ აქტივობაში და აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს. ეპილეფსიის მქონე პაციენტებში მეხსიერების პრობლემების გამომწვევი მიზეზები მულტიფაქტორულია, რომელთა დიფერენცირება და დიაგნოსტიკა რთულია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ამიტომ, როდესაც პაციენტი/მშობელი წარმოადგენს ჩვილებს მეხსიერების პრობლემებზე ან დასწავლის სირთულეებზე, ოჯახის ექიმმა, ნევროლოგმა/ბავშვთა ნევროლოგმა იგი უნდა მიმართოს სპეციალიზებულ ცენტრში კოგნიტური ფუნქციების ფუნქციობის შეფასების მიზნით.

ეპილეფსიის სტიგმა - ეპილეფსია ერთ-ერთი ყველაზე მასტიგმატიზებული მდგომარეობაა, რომელიც საზოგადოებაში აღიქმება „სამარცხვინო“ და უნარშემზღუდავ დაავადებად, რის გამოც პაციენტების უმრავლესობა მალავს საკუთარ მდგომარეობას. დაავადების გამჟღავნების შიშით გამოწვეული მუდმივი სტრესი იწვევს შფოთვასა და ემოციურ პრობლემებს, რაც ხშირად ხდება პაციენტის მხრიდან მკურნალობისადმი დაუმორჩილებლობისა და რეჟიმის დარღვევის საბაბი.

ეპილექსიის სტიგმა დაავადების განუყოფელი ნაწილია, რომელიც მნიშვნელოვნად აქვეითებს მკურნალობის ეფექტურობას. სტიგმის ხარისხს განსაზღვრავს ოჯახისა და საზოგადოების განწყობები და შეხედულებები დაავადებისა და დაავადებულის მიმართ, რომელიც, ძირითადად, გავრცელებულ ცრურწმენებსა და არასწორ შეხედულებებს ეყრდნობა. ამიტომ, მკურნალობის ეფექტურობის მისაღწევად სამედიცინო საკითხებთან ერთად, აუცილებელია დაავადების ფსიქო-სოციალური პრობლემების ადეკვატური მართვა და ეპილექსიის სტიგმის წინააღმდეგ ბრძოლა.

საზოგადოებრივი ცნობიერებიდან საუკუნეების მანძილზე ფესვგამდგარი არასწორი შეხედულებების აღმოფხვრა და ადეკვატური ცნობიერების დამკვიდრება საკმაოდ რთული პროცესია, რომელიც უნდა ხორციელდებოდეს მასიურად, ჯანდაცვის ყველა დონეზე.

ოჯახის ექიმის/ექთნის მხრიდან, აუცილებელია, პაციენტისა და მისი ოჯახის გათვითცნობიერება ეპილექსიის საკითხებში, პერიოდული საუბრები და ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა, პრობლემური საკითხების გამოვლენა და სათანადო კომპეტენციის ფარგლებში მათი აღკვეცა. საჭიროების შემთხვევაში კი პაციენტის მიმართვა სამედიცინო მომსახურების შესაბამის დონეზე.

9. მოსალოდნელი შედეგები

აღნიშნული პროტოკოლის დანერგვა პჯდ-დონეზე ხელს შეუწყობს ანტიეპილექსიური მკურნალობის ადეკვატურ მართვას, სამკურნალო პრეპარატების გვერდითი მოვლენების დროულ გამოვლენას, მკურნალობის პროცესში გამოვლენილი პრობლემების დროულ, ადეკვატურ შეფასებას, გულყრების რეციდივის შემთხვევაში შესაძლო მიზეზების გამოვლენას და ჯანდაცვის პირველივე დონეზე აუცილებელი ქმედებების ადეკვატურ განხორციელებას.

პროტოკოლით მოწოდებული ქმედებების განხორციელება მნიშვნელოვნად შეამცირებს ფარმაკორეზისტენტული ეპილექსიების რაოდენობას, დაავადებულთა შორის ტრავმატიზმის, სიკვდილობისა და უეცარი სიკვდილის შემთხვევებს, დაავადებულთა შორის დეპრესიისა და სუიციდის შემთხვევების რაოდენობას, ეპილექსიის ავადობასა და უნარშეზღუდულობის მაჩვენებლებს, მკურნალობის ხარჯებს, ეპილექსიის ეკონომიკურ ტვირთს პაციენტის, მისი ოჯახის, სახელმწიფოსა და საზოგადოებისთვის.

გააუმჯობესებს მკურნალობისადმი პაციენტის მორჩილებას, შეამცირებს სტიგმის ხარისხს, რაც ხელს შეუწყობს ეპილექსიის მკურნალობის ეფექტურობას და დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებას გააჩნია აღნიშნული პროტოკოლი (%)?
- რამდენი დაწესებულება იყენებს აღნიშნულ პროტოკოლს (%)?
- ოჯახის ექიმებისა და ნევროლოგების/ბავშვთა ნევროლოგების რა რაოდენობას შეუძლია აღნიშნული პროტოკოლით სარგებლობა (%)?
- ოჯახის ექიმებისა და ნევროლოგების/ბავშვთა ნევროლოგების რა რაოდენობას აქვს გავლილი სპეციალური ტრენინგება აღნიშნული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის მიზნით (%)?

- რამდენ ბენეფიციარს აქვს ჩატარებული კვლევა აღნიშნული პროტოკოლით (n=..., ბენეფიციარების .. %)?
- 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 (ოჯახის ექიმი, მოზრდილთა/ბავშვთა ბევროლოგი) 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 ოჯახის ექიმი	მოწოდებული სქემების მიხედვით მეთვალყურეობას უწევს პაციენტის სამედიცინო და ფსიქო-სოციალურ მდგომარეობას, მკურნალობის რეჟიმს, პაციენტის მკურნალობისადმი მორჩილებას. ავლენს პრობლემურ საკითხებს და სათანადო სქემების მიხედვით პრობლემებს გადაჭრის ადგილზე ან პაციენტს მიმართავს ნევროლოგთან. ათვითცნობიერებს პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს ეპილეფსიის სამედიცინო და ფსიქო-სოციალურ საკითხებში.	აუცილებელია
ნევროლოგი/ბავშვთა ნევროლოგი	მეთვალყურეობს ანტიეპილეფსიური მედიკამენტებით მკურნალობას, ახდენს წამლის დოზის კორექციას, აკვირდება წამლის გვერდით ეფექტებს და სათანადო სქემებით ახორციელებს მათ აღმოფხვრას. საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს	აუცილებელია

	მიმართავს დაწესებულებაში.	სპეციალიზებულ	
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	კომპიუტერული მნიშვნელოვანია ფორმირების, დაწესებულებასთან კავშირის, ეფექტური სწრაფი შედეგების სწრაფი რეაგირების მიზნით.	უზრუნველყოფა მონაცემთა ბაზების სპეციალიზირებულ აქტიური ურთიერთ-გეგმიური კვლევების კონტროლის, ინფორმაციის და ხარისხიანი დამუშავების შეფასებისა და ხარვეზებზე	მნიშვნელოვანია

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

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

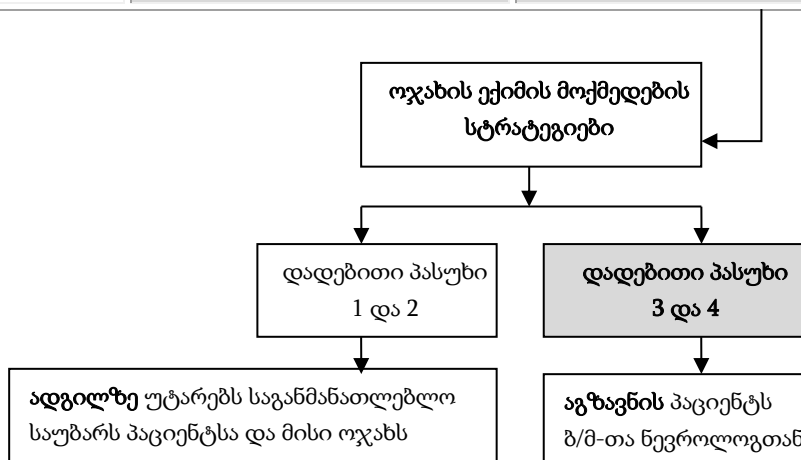
ქეთევან სილაგაძე - ექიმი-ფსიქიატრი, ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტი, თ. გელაძის სახელობის საქართველოს ეპილეფსიასთან ბრძოლის ლიგის წევრი, ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ლიგის წევრი; ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ბიუროს წევრი.

15. დანართები

დანართი №1

ეპილეფსიის მქონე პაციენტის მკურნალობისადმი მორჩილების შესაფასებელი კითხვარი
(ავსებს ოჯახის ექიმი/ექთანაი)

ქმედება	პასუხი	შემოხაზეთ სწორი პასუხის შესაბამისი ციფრი
პაციენტის მკურნალობისადმი მორჩილება	ემორჩილება	1
	ცუდად ემორჩილება	2
	არ ემორჩილება	3
გვერდითი მოვლენები	არა	1
	სუსტი	2
	ზომიერი	3
	მძიმე	4
მედიკამენტის ზეგავლენა პაციენტის სწავლასა და ყოველდღიურ აქტივობაზე	არ ზემოქმედებს	1
	ზემოქმედებს	2
	მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს	3
მკურნალობის შედეგი - პაციენტის სუბიექტური შეფასებით	ძალიან კარგი	1
	კარგი	2
	უცვლელი	3
	უარესი	4
მკურნალობის შედეგი ექიმის შეფასებით	ძალიან კარგი	1
	კარგი	2
	უცვლელი	3
	უარესი	4
ობიექტური შეფასება	ძალიან კარგი	1
	კარგი	2
	უცვლელი	3
	უარესი	4



დეპრესიის სკრინინგ-კითხვარი ეპილეფსიის მქონე მოზრდილი პაციენტებისთვის (NDDI-E)

(კითხვარს ავსებს ეპილეფსიის მქონე პირი)

გთხოვთ, გულდასმით წაიკითხოთ გრაფაში მოცემული ფრაზები და ოთხი სავარაუდო პასუხიდან შემოხაზოთ ერთ-ერთი თქვენთვის ყველაზე მისაღები პასუხი					
№	ფრაზა	პასუხი			
		ყოველთვის ან ხშირად	ზოგჯერ	იშვიათად	არასდროს
1	ყველაფერს დიდი ძალისხმევა და ზრმობა სჭირდება	4	3	2	1
2	ვერაფერს ვაკეთებ სწორად	4	3	2	1
3	თავს დამნაშავედ ვგრძნობ	4	3	2	1
4	ჯობს მოვკვდე	4	3	2	1
5	იმედგაცრუებული ვარ	4	3	2	1
6	მიჭირს სიამოვნების მიღება	4	3	2	1
	ქულათა ჯამი				

პჯდ-ეპიემის/ნევროლოგის სტრატეგიები კითხვარის ქულათა ჯამის მიხედვით

ქულათა ჯამი	მდგომარეობის სიმძიმის ხარისხი	ქმედება
≤12 ქულა	დეპრესია არ ვლინდება	დაკვირვება ბინაზე/ამბულატორიულ პირობებში
13-15 ქულა	შესაძლოა დეპრესიის არსებობა	ჩატარდეს დამატებითი ტესტირება ბევის შკალით, შედეგის მიხედვით შეფასდეს ფსიქიატრის კონსულტაციის აუცილებლობა
15<	ვლინდება დეპრესია	აუცილებელია ფსიქიატრის კონსულტაცია

კითხვარი რეკომენდებულია ეპილეფსიის საერთაშორისო ლიგის „ეპილეფსიის ფსიქიკური პრობლემების შემსწავლელი კომისიის“ მიერ; ადაპტირებულია ნევროლოგიისა და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტის ეპილეფსიის კონტროლისა და პრევენციის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის ბაზაზე.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Krumholz A., Wiebe S., Gronshet G.S., Gloss D. S., et all. Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society;
2. Mainio A., Alamäki K., Karvonen K., Hakko H., et al. Depression and suicide in epileptic victims: A population-based study of suicide victims during the years 1988–2002 in northern Finland. Epilepsy Behav. 2007; 11(3):389-393.
3. Micoulaud-Franchi JA, Lagarde S, Barkate G, Dufournet B, Besancon C, Trébuchon-Da Fonseca A, Gavaret M, Bartolomei F, Bonini F, McGonigal A. Rapid detection of generalized

- anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample. *Epilepsy Behav.* 2016 Apr; 57(Pt A):211-6. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.02.015.
4. Margrove K, Mensah S, Thapar A, Kerr M. Depression screening for patients with epilepsy in a primary care setting using the Patient Health Questionnaire-2 and the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2011 Aug;21(4):387-90. doi:10.1016/j.yebeh.2011.05.026.
 5. de Oliveira GN, Lessa JM, Gonçalves AP, Portela EJ, Sander JW, Teixeira AL. Screening for depression in people with epilepsy: comparative study among neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E), hospital anxiety and depression scale depression subscale (HADS-D), and Beck depression inventory (BDI). *Epilepsy Behav.* 2014 May;34:50-4. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.03.003.
 6. WHO, Fact sheet N°999; October, 2012.
[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/;](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/)
 7. de Souza EA, Salgado PC. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2006;8(1):232-8.;