

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (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 28 ივლისის №01-170/ო ბრძანებით

თავის ტვინის დახურული მცირე ტრავმის

(ტვინის შერყევის) დიაგნოსტიკა და

მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: თავის ტვინის დახურული მცირე ტრავმის (ტვინის შერყევის) დიაგნოსტიკა და 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.....	5
8. რეკომენდაციები	5
ადაპტირებული გლაზგოს კომის სკალა (გკს) ბავშვებისთვის	5
ამომრიცხავი კრიტერიუმები	6
სიმპტომები და ნიშნები	7
დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები.....	8
სპეციალისტთა კონსულტაციები	9
მცირე ტრავმების მართვა.....	9
ცხრილი №1. გართულების ალბათობა.....	10
მინიმალური ტრავმის მართვის რეკომენდაციები.....	10
დანართი №1 მინიმალური დახურული თავის ტრავმის მართვა	11
დანართი №2 მსუბუქი დახურული თავის ტრავმის მართვა	13
საშუალო ტრავმის მართვის რეკომენდაციები.....	13
დანართი №3 საშუალო დახურული თავის ტრავმის მართვა	14
მკურნალობა	14
რეაბილიტაცია და დაკვირვება:.....	16
9. მოსალოდნელი შედეგები	18
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	18
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	18
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	18
ცხრილი № 2 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	19
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	20
14. პროტოკოლის ავტორები.....	20

1. პროტოკოლის დასახელება: თავის ტვინის დახურული მცირე ტრავმის (ტვინის შერყევის) დიაგნოსტიკა და მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
თავის ტვინის დახურული მცირე ტრავმა - ტვინის შერყევა, „მსუბუქი“, „საშუალო“, „მინიმალური“, „ტრივიალური“ თავის ტრავმები	S06.0
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
პერიფერიული ვენის კათეტერი	PHXA 38
თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	AADD1A
თავის ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია	AADG1A
თავის ქალას რენტგენოგრაფია	AADA1A
ოფთალმოსკოპია	CKX00
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	LB.6
მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა და ელექტროლიტები	LB.27
პლაზმის გლუკოზა	LB.12.1

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

1. Head injury. Triage, assessment, investigation and early management of head injury in children, young people and adults, London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014 Jan. 63 p. (Clinical guideline; no. 176).

2. M.Halsted, K.Walter, Council on sports Medicine and Fitness, Clinical Report-Sport Related Concussion in children and Adolescents, Pediatrics, 2010, vol.126, N.3, pp 595-617.

3. Clinical Practice Guideline, Dep. Of Veteran Affairs, Management of Concussion/Mild Traumatic brain Injury, 2009, 112p..

4. Schutzman S., Barnes P., Duhaime AC, et Al. Evaluation and Management of Children Younger Than Two Years with Apparently Minor Head Trauma, Proposed Guidelines, Pediatrics, 2001, v.107, 983-993.

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

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მთავარ მიზანს წარმოადგენს ინტრაკრანიალური ჰემატომის განვითარების რეალური რისკის მქონე პაციენტების გამოყოფა ამ მხრივ დაბალი რისკის პაციენტებისგან. ასევე, იმ დაზიანებების დროული ამოცნობა და დიაგნოსტიკა, რომლებიც შესაძლოა გახდეს პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების მიზეზი და მოითხოვს ნეიროქირურგიულ ჩარევას. აღნიშნული გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვით შესაძლოა, მიღწეულ იქნას მაქსიმალურად კეთილსაიმედო გამოსავლი თავის მსუბუქი ტრავმების დროს, მოხდეს ადრეული და გვიანი გართულებების პრევენცია, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლისა და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირება, მკურნალობის ხარჯთეფექტურობის შემცირება.

5. სამიზნე ჯგუფი

სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ 0 – 18 წლის ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვები.

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება: ნევროლოგიური თვალსაზრისით, ჯანმრთელ ბავშვს, თავის მსუბუქი დახურული ტრავმით, გასინჯვისას ფოკალური ნევროლოგიური პათოლოგიის გარეშე, (ფუნდოსკოპიური მონაცემების ჩათვლით) და ქალას მოტეხილობის ნიშნების გარეშე (მაგ. ჰემოტიმპანუმი, Battle-ს სიმპტომი, პალპებრალური დეპრესია), ასევე, ჩვილს, რომელიც ფხიზელია თავის ტრავმის შემდეგ, ან ფხიზელდება ხმაურზე ან შეხებაზე.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია: სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმებისთვის, ასევე, ოჯახის ექიმებისთვის, პედიატრებისათვის, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტებისთვის/გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტებისთვის, ბავშვთა ნევროლოგების/ნევროლოგებისა და ნეიროქირურგებისთვის, რომლებიც დასაქმებულნი არიან პირველად ჯანდაცვის რგოლსა და სტაციონარში.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

მსუბუქი ტრავმების დიფერენცირებული მართვის გამარტივების მიზნით ბოლო წლებში, ტრადიციული კლასიფიკაციებისა და გლაზგოს კომის სკალის (გკს) მონაცემების შეჯერების საფუძველზე, ფართოდ გამოიყენება მცირე ტრავმის ცნება, როგორც ტვინის შერყევის სინონიმი. ორივე მათგანი, შესაძლოა, განიმარტოს, როგორც ნევროლოგიური ფუნქციისა და მენტალური სტატუსის დარღვევა, რომელიც განვითარდა გონების კარგით ან მის გარეშე მიმდინარე თავის ტრავმის შემდეგ.

ახალი კლასიფიკაციით გამოყოფენ თავის მინიმალურ, მსუბუქ და საშუალო მცირე ტრავმებს. (ავტ. Stein & Spettell 1995)

- მინიმალური მცირე ტრავმის კრიტერიუმები: არ ყოფილა გონების კარგვა ან ამნეზია; გკს=15; ნორმალური მეხსიერება და სიფხიზლე
- მსუბუქი მცირე ტრავმის კრიტერიუმები: გკს= 13 – 15 ქულა; გკს 14 ან 15 + ხანმოკლე გონების კარგვა (<5წთ-ზე), ამნეზია მომხდარზე ან დარღვეული მეხსიერება თუ სიფხიზლე
- საშუალო მცირე ტრავმის კრიტერიუმები: გკს 9 - 12 ქულა; გახანგრძლივებული (\geq 5წთ-ზე) გონების კარგვა; გკს 9 - 13 ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტით.

ადაპტირებული გლაზგოს კომის სკალა (გკს) ბავშვებისთვის

	ქულა	ასაკი >1წელზე	ასაკი < 1 წელზე
თვალის გახელა	4 3 2 1	სპონტანური ვერბალურ ბრძანებზე ტკივილზე პასუხი არ არის	იგივე ხმოვან სტიმულზე იგივე იგივე

მოტორული პასუხი	6	ვერბალურ ბრძანებაზე		სპონტანური მოძრაობები
	5	ახდენს ტკვილის ლოკალიზებას		იგივე
	4	იცილებს მტკივნეულ გამლიზიანებელს		იგივე
	3	ანომალური ფლექსია ტკვილზე		იგივე
	2	ანომალური ექსტენზია ტკვილზე		იგივე
	1	პასუხი არ არის		იგივე
		ასაკი > 5წ	ასაკი 2 - 5 წელი	ასაკი 0 – 23 თვე
ვერბალური პასუხი	5	ორიენტირებული მეტყველება	ასაკის შესაბამისი სიტყვები, ფრაზები	ღულუნი, ტიტინი
	4	კონფუზიური მეტყველება	შეუსაბამო სიტყვები	ტირის, მაგრამ შესაძლოა დამშვიდება
	3	შეუსაბამო სიტყვები	გამუდმებული ტირილი/ყვირილი ტკვილზე	იგივე
	2	კვნესა ტკვილზე	იგივე	იგივე
	1	პასუხი არ არის	იგივე	იგივე

❖ ამომრიცხავი კრიტერიუმები

ალკოჰოლისა და სხვადასხვა წამლის მოქმედება, მეტაბოლური და ენდოკრინული დისფუნქციები, დემენცია ან სხვა ინტრაკრანიალური სიმპტომები შეიძლება იწვევდეს თავის მცირე ტრავმის მსგავს სიმპტომატიკას. დიაგნოზს გამორიცხავს:

- შოკი;
- ჰიპოქსია;
- ნარკოტიკული ნივთიერებების გამოყენება;
- ალკოჰოლის მოხმარება;
- ზურგის ტვინის კისრის სეგმენტის დაზიანება;
- გულყრა;
- გახანგრძლივებული QT ინტერვალის სინდრომი;
- ჰიპოთერმია;
- ჰიპოგლიკემია.

❖ სიმპტომები და ნიშნები

დეფინიციის თანახმად, პაციენტი თავის მცირე ტრავმული დაზიანებით არის ფხიზელი, მიუხედავად იმისა, რომ ასოცირებულმა დაზიანებებმა და ენდოტრაქეალურმა ინტუბაციამ, შესაძლოა, ხელი შეგვიშალოს ნევროლოგიურ გამოკვლევაში. როგორც წესი, ანამნეზში აღნიშნავენ თავის ტრავმას შესაძლო გონების კარგვით ან ტვინის შერყევის სხვა ნიშნებით, როგორცაა დროებითი გარდამავალი კონფუზია ან ამნეზია მომხდარზე. პირველი ერთი საათის განმავლობაში, შესაძლოა, განვითარდეს პოსტტრავმული გულყრები. გასინჯვით შესაძლოა აღმოვაჩინოთ თავის დაზიანების გარეგანი ნიშნები (შეშუპება, ლაცერაცია - ნახეთქი ჭრილობა, დაჟეჟილობა, სისხლნაჟღენთი) და ტვინის შერყევის ნარჩენი ეფექტი:

- მოდუნება;
- ძილიანობა;
- კონფუზია (უაზრო მზერა, ვერბალური და მოტორული პასუხის შენელება)
- დეზორიენტაცია;
- მეხსიერებისა დეფიციტი (რეტროგრადული ამნეზია, ანტეროგრადული ამნეზია);
- ყურადღების კონცენტრაციის უნარის შესუსტება;
- არაადეკვატური ემოციები;
- თავის ტკივილი;
- თავბრუ;
- ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომები (იშვიათად ვლინდება ინტრაკრანიალური დაზიანების გარეშე).

ტვინის შერყევის მოგვიანებითი ნიშნებია:

- თავის ტკივილი;
- სიცარიელის შეგრძნება თავში;
- უყურადღებობა;
- მეხსიერების დარღვევა;
- შრომისუნარიანობის დაქვეითება;
- გაღიზიანებადობა;
- სუსტად გამოხატული ფრუსტრაცია;
- ფოტოფობია/ფონოფობია;
- შესუსტებული ვიზუალური ფოკუსი;
- ტინიტუსი;
- დეპრესია;
- ძილის დარღვევა.

❖ დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები

ა) პირველ 4 სთ-ში:

1. პედიატრის კონსულტაცია, საჭიროების შემთხვევაში, ბავშვთა ნევროლოგის/ნევროლოგის/ნეიროქირურგის კონსულტაცია.
2. ჩვენების არსებობისას კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ).
3. თუ კტ კვლევა ვერ ხერხდება: თავის ქალას რენტგენოგრაფია (2 პროექცია).

ბ) პირველ 24 სთ-ში:

1. პედიატრის კონსულტაცია, საჭიროების შემთხვევაში, ბავშვთა ნევროლოგის/ნევროლოგის/ნეიროქირურგის კონსულტაცია.
2. ჩვენების არსებობისას, თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ).
3. თუ კტ კვლევა ვერ ხერხდება, თავის ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ) ან თავის ქალას რენტგენოგრაფია (2 პროექცია).

გ) პირველ 3 დღეში:

1. პედიატრის კონსულტაცია, საჭიროების შემთხვევაში, ბავშვთა ნევროლოგის/ნევროლოგის/ნეიროქირურგის კონსულტაცია.
2. ჩვენების არსებობისას კომპიუტერული ტომოგრაფია ან თავის ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ) (ქალას რენტგენოგრაფია, თუკი ეს ორი კვლევა ხელმისაწვდომი არ არის).

კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ) – თავის მწვავე ტრავმების მართვაში არჩევის თვალსაზრისით პირველი რიგის გამოკვლევად მიჩნეულია კტ კვლევა, ვინაიდან იგი არის ყველაზე სწრაფი და სენსიტიური ტესტი ინტრაკრანიალური ჰემორაგიების (განსაკუთრებით სუბარაქნოიდული ჰემორაგიის) აღმოსაჩენად. დღესდღეობით, მთელი რიგი გამოკვლევებით ნაჩვენებია მისი, როგორც დამახარისხებელი კვლევის მაღალი ღირებულება და გამოყენების უსაფრთხოება ნევროლოგიურად ნორმალურ და კლინიკურად სტაბილურ პაციენტებში თავის მსუბუქი ტრავმების დროს. მცირე ტრავმების დროს ჰემორაგიის აღმოსაჩენად კტ უნდა ჩატარდეს ტრავმიდან მინიმუმ 2 საათის შემდეგ.

მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ) – თუ კტ-სკანირება არ არის ხელმისაწვდომი, ამერიკის ნევროლოგთა აკადემიის სუბკომიტეტის კონსენსუს რეკომენდაციით, მრტ ითვლება მისაღებ არჩევანად გონების კარგით მიმდინარე მცირე დახურული თავის ტრავმის შეფასებაში. ზოგადად, მრტ უფრო ინფორმატიულია არაჰემორაგიული დაზიანებების არსებობის აღმოსაჩენად.

ინტრაკრანიული სისხლჩაქცევების შემთხვევაშიც მისი სენსიტივობა მაღალია, მაგრამ იგი უფრო ძვირი და, რაც მნიშვნელოვანია, ხანგრძლივი გამოკვლევის მეთოდია. აღნიშნულმა შეიძლება ხელი შეუშალოს ავადმყოფის მონიტორინგს. მცირე ტრავმების დროს ჰემორაგიების აღმოსაჩენად მრტ ინფორმატიული ხდება ტრავმიდან 6 საათის შემდეგ.

ქალას რენტგენოგრაფია – ბოლო პერიოდში გამოიყენება მხოლოდ შეზღუდულ სიტუაციებში. იგი მისაღები არჩევანია იმ შემთხვევებში, როცა კტ-სკანირება არ არის ხელმისაწვდომი; როცა ეჭვია ქალას დეპრესიულ მოტეხილობაზე პაციენტებში რბილი ქსოვილების ვრცელი ჰემატომით, რის გამოც რთულდება პალპაცია ქალას დეპრესიული მოტეხილობის აღმოსაჩენად; როცა ეჭვია ძალადობაზე და საჭიროა აღნიშნულის დოკუმენტირებული დადასტურება სამედიცინო, იურიდიული თუ სამართლებრივი თვალსაზრისით.

❖ სპეციალისტთა კონსულტაციები

- პედიატრი;
- ნევროლოგი/ბავშვთა ნევროლოგი;
- ნეიროქირურგი;
- ოფთალმოლოგი;
- სხვა.

❖ მცირე ტრავმების მართვა

ინიციალური შეფასება და განმეორებითი შეფასებები არის გასაღები იმ პაციენტთა მართვაში, რომლებსაც თავის მცირე ტრავმული დაზიანება აქვთ მიღებული. დიაგნოზის დასმისას მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ მსუბუქ დაზიანებად შეფასებული მდგომარეობა შეიძლება შეიცავდეს ინტრაკრანიული ჰემატომის განვითარებისა და პაციენტის მდგომარეობის შემდგომი გაუარესების რისკს. ამიტომ, თავის მცირე ტრავმების მართვაში ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხია ინტრაკრანიული ჰემატომის განვითარების მხრივ რეალური რისკის მქონე პაციენტების გამოყოფა ამ მხრივ დაბალი რისკის მქონე პაციენტებისგან. თავის მსუბუქი დაზიანებისას ჰემატომის განვითარების ალბათობა სხვადასხვა პაციენტში სხვადასხვაა. ცხრილი №1 გვიჩვენებს გართულების სიხშირის მნიშვნელოვან განსხვავებას სხვადასხვა სიმძიმის მცირე ტრავმის შემთხვევაში.

ცხრილი №1 გართულების ალბათობა (Stein & Ross 1992)

მცირე ტრავმის კატეგორია	ჰემატომის განვითარების რისკი	ჩაქირურგიული დაზიანების რისკი
მინიმალური	თითქმის არ არის	თითქმის არ არის
მსუბუქი	2,5%	12,5%
საშუალო	8%	32%

❖ მინიმალური ტრავმის მართვის რეკომენდაციები:

- პაციენტი დაკვირვების მიზნით თავსდება გადაუდებელი დახმარების ერთეულში;
- მისი მდგომარეობა ფასდება 1-2 საათში ბავშვთა ნევროლოგის/ნევროლოგის და/ან პედიატრის მიერ;
- სტაბილური მდგომარეობის შენარჩუნებისას ეწერება ბინაზე, ყოველგვარი რადიოლოგიური კვლევის გარეშე;
- შემდგომი დაკვირვება გრძელდება ბინაზე მშობლის ან პაციენტის ნათესავის/პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის მიერ გაწერის წინ ექიმის მიერ მიცემული წერილობითი ინსტრუქციის მიხედვით;

ყურადღებით დააკვირდით ბავშვს პირველი 24 (48/72 სთ -ის) განმავლობაში გააღვიძეთ (გამოაფხიზლეთ) ბავშვი ყოველ 2 სთ-ში;

- გამოიძახეთ ექიმი ან დაუყოვნებლად წაიყვანეთ ბავშვი საავადმყოფოში თუკი განვითარდა ერთ-ერთი მდგომარეობა: მზარდი თავის ტკივილი;
- ხშირი ლებინება;
- აგზნება/მილიანობა;
- უჩვეულო ქცევა;
- დეზორიენტაცია ან კონფუზია;
- სისუსტე რომელიმე კიდურში;
- არათანაბარი გუგები;
- გულყრა;
- გამოღვიძების გამწვანება ან კომა.

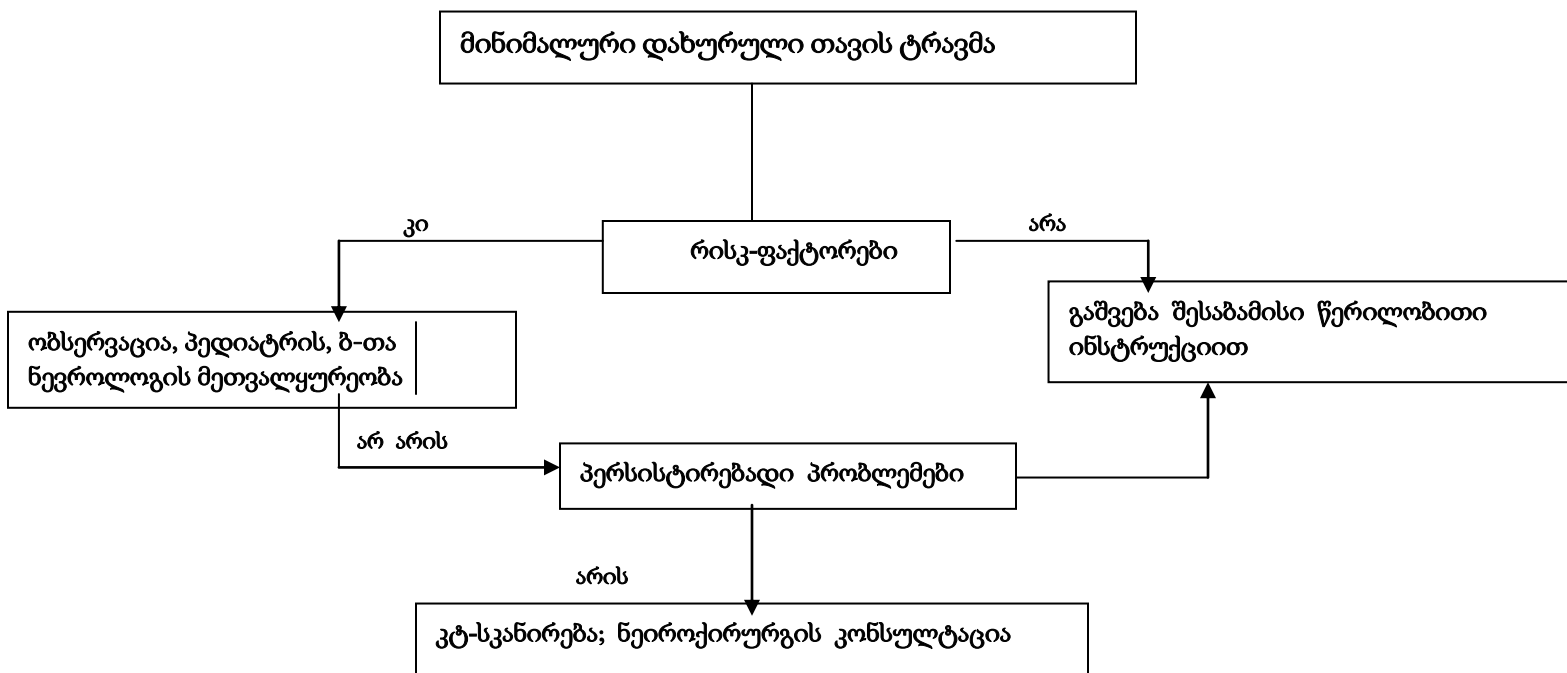
ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების არსებობისას საჭიროა:

- ა) პირველ 4 საათში – თავის ტვინის კტ., ბავშვთა ნევროლოგის/ნევროლოგის, საჭიროებისას, ნეიროქირურგის კონსულტაცია;
- ბ) პირველ 24 საათში – იგივე;
- გ) პირველ 3 დღეში – იგივე.

მინიმალური ტრავმის დროს, კტ კვლევის ჩატარება და სტაციონირება (12-48 სთ-ში) საჭიროა, როდესაც სახეზეა:

- ექსტრაკრანიალური დაზიანებები, რომლებიც მოითხოვენ ჰოსპიტალიზაციას;
- 2 წელზე ნაკლები ასაკი + გულისრევა, ღებინება. ძლიერი თავის ტკივილი;
- არასაიმედო ტრანსპორტირება საავადმყოფოდან და ეჭვი არასაიმედო დაკვირვებაზე სახლში;
- თერაპიული ანტიკოაგულაცია ან სამედიცინო მდგომარეობა მომატებული რისკით (მაგ. ჰემოფილია, ვენტრიკულო-პერიტონეალური შუნტი);
- ალკოჰოლური ან წამლისმიერი ინტოქსიკაცია
- თავის ქალას გამოკვეთილი დეპრესიული მოტეხილობა;
- ერთი და მეტი გულყრა;
- ეჭვი ბავშვზე განხორციელებულ ძალადობაზე;
- პერსისტირებადი ან განმეორებითი თავის ტკივილი;
- გულისრევა ან ღებინება;
- ენობრივი ბარიერი.

დანართი №1 მინიმალური დახურული თავის ტრავმის მართვა



❖ მსუბუქი ტრავმის მართვის რეკომენდაციები

მსუბუქი ტრავმების შემთხვევაში სიტუაცია არ არის მარტივი, რადგან მწვავე გართულებების შედარებით დაბალი რისკის მიუხედავად (2,5%), ამოუცნობი ჰემატომის შედეგი, შესაძლოა, იყოს იმდენად მძიმე, რომ უმჯობესია დამატებითი სკრინინგის ჩატარება. აღნიშნულში იგულისხმება, როგორც **ობსერვაცია** (გადაუდებელი დახმარების ერთეულში, სტაციონარში), ასევე, სამედიცინო ნეიროვიზუალიზაცია (კტ/მრტ/Ri გრაფია).

კტ კვლევის ჩვენებებია (პირველ 4 – 24 სთ-ში / 3დღეში):

- გონების კარგვა;
- შეცვლილი მენტალური სტატუსი ან კონფუზია;
- გლაზგოს კომის სკალის ქულები (გკს) 13 - 14;
- ქალას გამოკვეთილი დეპრესიული მოტეხილობა;
- ხშირი ღებინება;
- ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტი;
- ჩვილები დაჭიმული ყიფლიბანდით და/ან ღია ნაკერებით;
- გულყრები;
- გამჭოლი /პენეტრაციული ტრავმა.

პაციენტი ნორმალური კტ-თი, შესაძლოა, უსაფრთხოდ გაეწეროს ბინაზე ადეკვატური დაკვირვებით. თუ კტ ავლენს პათოლოგიას, მიდგომა დამოკიდებულია ამ პათოლოგიაზე და, საჭიროების მიხედვით, ტარდება ექიმი-სპეციალისტების კონსულტაცია (ბავშვთა ნევროლოგი/ნევროლოგი, ნეიროქირურგი და სხვ).

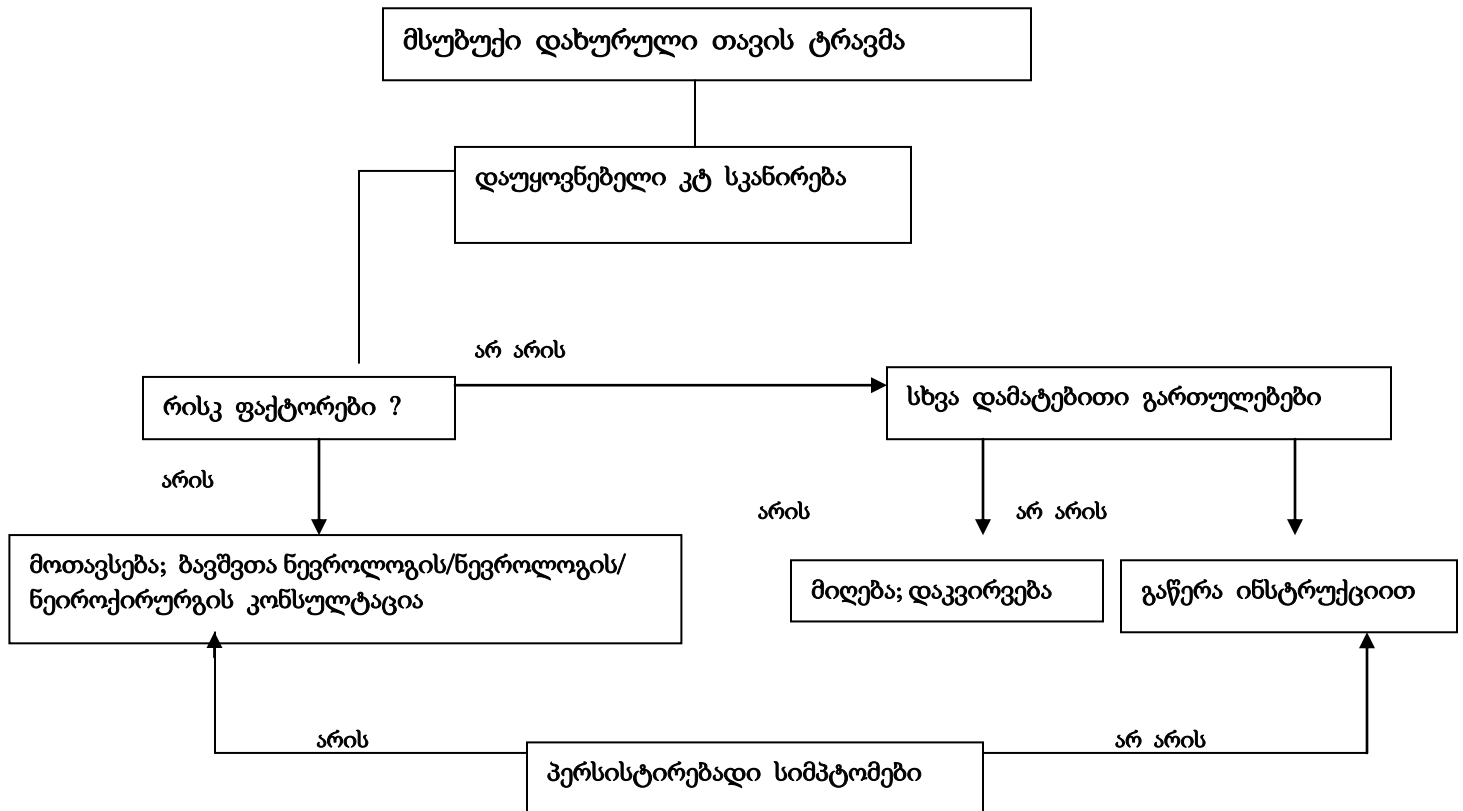
როცა კტ არ კეთდება, ტრავმიდან პირველ დღეებში ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესების რისკის არსებობის გამო, ბინაზე დაკვირვება, შესაბამისი წერილობითი ინსტრუქციის მიხედვით, მშობელმა ან პაციენტის ნათესავმა/პაციენტის კანონიერმა წარმომადგენელმა უნდა აწარმოოს არა 24 საათი, არამედ ტრავმიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში.

სამედიცინო ობსერვაციის ხანგრძლივობა 12 - 48 საათია. თუმცა, უკანასკნელი რეკომენდაციებით, ობსერვაცია მცირე ტრავმის დროს უნდა ხდებოდეს 24 საათი მაინც (ამერიკის ნევროლოგთა აკადემიის (ანა) სუბკომიტეტის კონსენსუსის რეკომენდაცია) და ის შეიძლება მიმდინარეობდეს სხვადასხვა ადგილას.

მომვლელის მიერ დაკვირვება ბინაზე < კომპიუტერული კვლევა < ექიმის დაკვირვება

იმ პაციენტებში, რომლებიც გკს-ით ფასდებიან 15 ქულით, კტ-სკანირების რაოდენობა შეიძლება შევზღუდოთ.

დანართი №2 მსუბუქი დახურული თავის ტრავმის მართვა



❖ საშუალო ტრავმის მართვის რეკომენდაციები

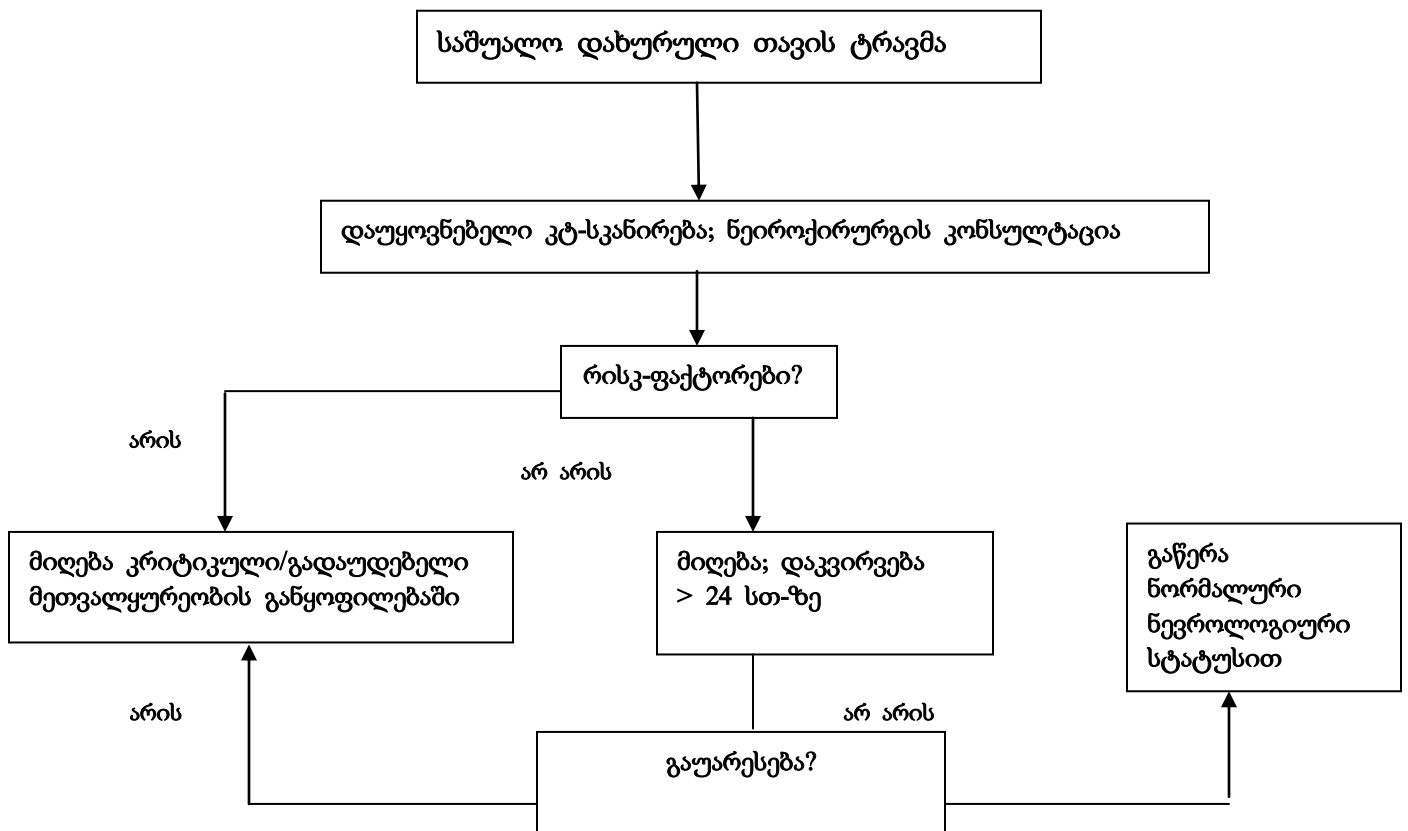
პაციენტებს თავის საშუალო მცირე ტრავმით უნდა ჩაუტარდეთ ჰოსპიტალიზაცია, ურგენტული კტ კვლევა, ნეიროქირურგის კონსულტაცია, სხვა კონსულტაციები საჭიროების მიხედვით.

ამოცანას წარმოადგენს იმ დაზიანებების დროული ამოცნობა და დიაგნოსტიკა, რომლებიც მოითხოვს ნეიროქირურგიულ ჩარევას და შესაძლოა გახდეს პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების მიზეზი.

პაციენტთა ამ კატეგორიის 40%-ს აღენიშნება აბნორმალური კტ; 8% საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევს და 20%-ზე მეტი მიძიმდება და ვითარდება კომა.

თუ ექსტრაკრანიალური დაზიანებების გამო პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა, ხოლო კტ ავლენს ინტრაკრანიალ დაზიანებებს, მნიშვნელოვანია ინტრაკრანიალური წნევის მონიტორინგის საკითხი.

დანართი №3 საშუალო დახურული თავის ტრავმის მართვა



❖ მკურნალობა

✓ მინიმალური ტრავმის მკურნალობა:

ა) I ალტერნატივა - დაკვირვება. მედიკამენტური მკურნალობა არ არის საჭირო;

ბ) II ალტერნატივა:

- იბუპროფენი 1- 5 ტაბ;
- დიაზეპამი (ტაბ) 1- 2ტაბ;
- დიაზეპამი (ამპ) 1-3.

მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობაა 0 – 2 დღე, თუმცა მკურნალობის ხანგრძლივობა განისაზღვრება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ინდივიდუალურად, პაციენტის მდგომარეობისა და ჩივილების სიმძიმის მიხედვით.

✓ მსუბუქი ტრავმის მკურნალობა

ა) I ალტერნატივა - დაკვირვება._მედიკამენტური მკურნალობა, შესაძლოა, საჭირო არ იყოს;

ბ) II ალტერნატივა:

- იბუპროფენი 1 -5 ტაბ;
- ტორადოლი 1 -3 ამპ;
- ფუროსემიდი/დიაკარბი 1 – 5 ტაბ;
- დიაზეპამი (ტაბ) 1 – 5 ტაბ;
- დიაზეპამი (ამპ) 1 – 3;
- დრამინა 1 – 5 ტაბ;
- ეტოკლოპრამიდი (დოპროკინი) 1 – 5 ტაბ;
- რინგერი 1 – 2 ფლაკ.

მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობაა 3 - 7 დღე, თუმცა მკურნალობის ხანგრძლივობა განისაზღვრება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ინდივიდუალურად, პაციენტის მდგომარეობისა და ჩივილების სიმძიმის მიხედვით.

✓ საშუალო ტრავმის მკურნალობა

ა) I ალტერნატივა

ბ) II ალტერნატივა

- იბუპროფენი 1 -10 ტაბ;
- ტორადოლი 1- 3 ამპ;
- ფუროსემიდი/დიაკარბი 1 -10 ტაბ;
- დიაზეპამი 1 – 5 ტაბ;
- დიაზეპამი (ამპ) 1 – 5;
- დრამინა 1 – 5 ტაბ;
- ეტოკლოპრამიდი (დოპროკინი) 1 – 5 ტაბ;

- რინგერი 1 – 5 ფლაკ;
- მანიტოლი 10 % 1 - 2 ფლაკ.

მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობაა 5-14 დღე, თუმცა მკურნალობის ხანგრძლივობა განისაზღვრება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ინდივიდუალურად, პაციენტის მდგომარეობისა და ჩივილების სიმძიმის მიხედვით.

❖ რეაბილიტაცია და დაკვირვება:

სტაციონარიდან გაწერის ზოგადი რეკომენდაციები:

I რეკომენდაცია: ბავშვის სტაბილური მდგომარეობა კლინიკაში. ნორმალური აქტივობა, პასუხები, ორიენტაცია დროსა თუ ადგილში, ოჯახში შესაბამისი პირობების არსებობა მისი რეკონვალესცენციისათვის.

II რეკომენდაცია: მეთვალყურე პირის შესაბამისი განათლება და უნარი, შეაფასოს ტვინის დისფუნქციის პროგრესირების ნიშნები და, საჭიროების დროს, გამოიძახოს ექიმი ან დააბრუნოს ბავშვი გადაუდებელი დახმარების ერთეულში.

III რეკომენდაცია: პირველადი რგოლის ექიმის (პედიატრი, ოჯახის ექიმი, ბავშვთა ნევროლოგი/ნევროლოგი) თანხმობა მართვის გადაწყვეტილებზე.

დღეისათვის მიღებულია, რომ იმ პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია, რომელთა კტ არის ნორმალური, უნდა შეწყდეს.

მონიტორინგის სამიზნეები: პაციენტების ეფექტური მონიტორირებისათვის რისკ ფაქტორები კლასიფიცირებულია დაბალი, საშუალო და მაღალი რისკის ჯგუფებად.

✓ დაბალი რისკის ნიშნებად ითვლება:

- სიმპტომთა არარსებობა;
- მსუბუქი ხასიათის თავის ტკივილი ან თავის ტკივილის არარსებობა;
- იშვიათი ლებინება (3 ეპიზოდზე მცირე);
- გლაზგოს კომის სკალით (გკს) 15 ქულა, გარდამავალი გონების კარგვა - წამები;
- ქალას რბილი ქსოვილის შედარებით მსუბუქი დაზიანება: სისხლნაჟღენთი, დაჟეჟილობა, დალურჯება.

✓ **საშუალო რისკის ნიშნები:**

- გონების კარგვა 1 წთ-ზე მეტი დროით;
- პროგრესირებადი ლეთარგია;
- პროგრესირებადი თავის ტკივილი;
- ხშირი ღებინება (3 ეპიზოდზე მეტი) ან ღებინების ასოცირება სხვა სიმპტომებთან;
- პოსტტრავმული ამნეზია;
- პოსტტრავმული გულყრები მრავლობითი ტრავმები;
- სახის სერიოზული დაზიანება;
- შესაძლო პენეტრაციული დაზიანება ან დეპრესიული ქალას მოტეხილობა;
- შესაძლო ძალადობა ბავშვზე;
- ნეონატალური ან ადრეული ასაკი (2 წელზე ნაკლები);
- გკს 13 – 14 ქულა.

✓ **მაღალი რისკის ნიშნები**

- გკს 12 და მათი შემცირება 2 ერთეულით, რაც არ არის გამოწვეული წამლებით, ცერებრული პერფუზიის დაქვეითებით ან მეტაბოლური ფაქტორებით
- ფოკალური ნევროლოგიური ნიშნები
- ქალას პენეტრაციული დაზიანება
- ქალას გამოხატული დეპრესიული მოტეხილობა
- ქალას კომბინირებული მოტეხილობები

დაბალი რისკის ბავშვები არ საჭიროებენ კვლევებს და იგზავნიან ბინაზე მეთვალყურეობის ქვეშ;

საშუალო რისკის ბავშვები მოითხოვენ მეთვალყურეობას ER-ში, ექიმის მიერ, ობსერვაციას და შესაძლო შემდგომ ჰოსპიტალიზაციას;

მაღალი რისკის ბავშვებს ესაჭიროებათ ჰოსპიტალიზაცია და ნეიროქირურგის მეთვალყურეობა. კტ სკანირება ამ დროს სავალდებულოა. ინტენსიური თერაპია და კარდიორესპირატორული სტაბილიზაციის ღონისძიებები უნდა დაიწყოს დაუყოვნებლივ.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვით გაუმჯობესდება და დიფერენცირებული გახდება თავის მსუბუქი ტრავმების მართვა, გადაწყდება მსუბუქი ტრავმების სიცოცხლისათვის საშიში გართულებების (ინტრაკრანიალური ჰემორაგიების) ამოცნობისა და დროული შეფასების საკითხი, რაც გაუმჯობესებს გამოსავალს და შეამცირებს სიკვდილობისა თუ სხვადასხვა ხარისხის უნარშეზღუდულობის მაჩვენებელს, შემცირდება გაუმართლებელი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი და სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა. ყოველივე ეს დადებითად აისახება მსუბუქი ტრავმების მართვის ხარისხზე, გამოსავალსა და ხარჯთეფექტურობაზე.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

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

- რამდენმა პაციენტმა მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას მწვავე თავის ტვინის ტრავმით;
- ამათგან რამდენია თავის ტვინის მცირე ტრავმების წილი;
- ჩატარებული კტ, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის, თავის ტვინის Ro-გრაფიის რაოდენობა;
- ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი.

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 №2.

ცხრილი №2 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
პედიატრი/ოჯახის ექიმი, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმი, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტი/გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტი, ნევროლოგი/ბავშვთა ნევროლოგი, ნეიროქირურგი, ოფთალმოლოგი	პრეჰოსპიტალური პაციენტის მართვა სტაციონარული პაციენტის მართვა	სავალდებულოა შესაძლებელია შესაძლებელია შესაძლებელია შესაძლებელია შესაძლებელია შესაძლებელია
ექთანი	მანიპულაციის ჩატარება	შესაძლებელია
რეგისტრატორი	პაციენტის აღრიცხვა სადაზღვეო კომპანიასთან ურთიერთობა	სავალდებულოა
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის უზრუნველყოფა და მეთვალყურეობა	სასურველია
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის შეფასება	სასურველია
ლაბორატორიული კვლევები		
ინსტრუმენტული კვლევები	თავის ტვინის კტ (თავის ტვინის მრტ ქალას რენტგენოგრაფია)	სავალდებულო ჩვენების მიხედვით
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	აუცილებელია

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, დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, თ. გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის პრეზიდენტი, მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ნეირომეცნიერების დეპარტამენტის უფროსი;

მზია ქავთარაძე - ბავშვთა ნევროლოგი, მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ნევროლოგიის მიმართულება; ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი. თ. გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის წევრი;

ზურაბ ბოკერია - ბავშვთა ნეიროქირურგი, მედიცინის დოქტორი, მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ნეირომეცნიერების დეპარტამენტის ნეიროქირურგიის მიმართულების ხელმძღვანელი; ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი;

ვლადიმერ მამაცაშვილი - ბავშვთა ნეიროქირურგი, მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ნეირომეცნიერების დეპარტამენტის ნეიროქირურგიის მიმართულება; ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი;

ნინო დიხამინჯია - ბავშვთა ნევროლოგი, მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ნევროლოგიური მიმართულება; ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი. თ.გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის წევრი;

თამარ ყიფიანი - მედიცინის დოქტორი, მ.იაშვილის სახ. ბ-თა ცენტრალური საავადმყოფო; ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის წევრი, თ. გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის წევრი.