

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2016 წლის 22 ნოემბრის №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 26 ივნისის №01-147/ო ბრძანებით

არტერიული იშემიური ინსულტის მართვა ბავშვთა ასაკში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: არტერიული იშემიური ინსულტის მართვა ბავშვთა ასაკში ..3	
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები3	
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია 4	
4. პროტოკოლის მიზანი..... 4	
5. სამიზნე ჯგუფი 4	
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი 4	
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები 5	
8. რეკომენდაციები..... 5	
არტერიული იშემიური ინსულტის დიაგნოზი და მართვა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში 7	
9. მოსალოდნელი შედეგები 11	
10. აუდიტის კრიტერიუმები 11	
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები 12	
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი 12	
ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი 12	
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე..... 13	
14. პროტოკოლის ავტორები 14	

1. პროტოკოლის დასახელება: არტერიული იშემიური ინსულტის მართვა ბავშვთა ასაკში

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
თავის ტვინის სისხლძარღვანი სინდრომები ცერებროვასკულური ავადმყოფობების დროს (160-167)	G46*
თავის ტვინის შუა არტერიის სინდრომი (166.0+)	G46.0*
თავის ტვინის წინა არტერიის სინდრომი (166.1+)	G46.1*
თავის ტვინის უკანა არტერიის სინდრომი (166.2+)	G46.2*
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ელექტროკარდიოსკოპია (ტრანსეზოფაგალური, ტრანსთორაკალური)	FXDE1A
ელექტროკარდიოგრაფია	FXF000
თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	AADD1A
თავის ტვინის ბირთვულმაგნიტურ რეზონანსური ტომოგრაფია	AADG1A
ოქსიგენოთერაპია	GDDD1A
პულსის დათვლა	GX
პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია	FXF110
სითხეების ინფუზია	ZXXX20
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	კოდი მოქმედი კლასიფიკაციის მიხედვით
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
კოაგულოგრამა	CG.7
შრატისმირი რკინა	BL.14.5
ღვიძლის ფუნქციური სინჯები	BL5.6; BL.11.2.1; BL.11.2.2
ანტირომბინ III	CG.3.1.1
ჰეპარინ კოფაქტორი II	CG.3.1.2
პლაზმინოგენი	CG4.2.2
პროტეინ C , პროტეინ S	CG.3.1.4, CG.3.1.5
ფაქტორი VIII, ფაქტორი XII	CG.2.2.5

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინებისა და რეკომენდაციების საფუძველზე:

- Vijeya Ganesan, Kling Chong et al (November 2004). *Stroke in childhood Clinical guidelines for diagnosis, management and rehabilitation. Clinical Effectiveness Prepared by the Paediatric Stroke Working Group, Clinical Effectiveness & Evaluation Unit ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS.*
- Sara Ciccone, Michela Cappella, and Caterina Borgna-Pignatti (May 2011). *Ischemic Stroke in Infants and Children: Practical Management in Emergency. Department of Clinical and Experimental Medicine-Pediatrics, University of Ferrara, SAGE- Hindawi Access to Research Stroke Research and Treatment Volume 2011, Article ID 736965, 8 pages doi:10.4061/2011/736965*
- *Ichord, Janna M. Journeycake, Ulrike Nowak-Göttl et al. Goldenberg, Rebecca N. Antithrombotic Therapy in Neonates and Children: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141; e737S-e801S DOI 10.1378/chest.11-2308*
- *The online version of this article, along with updated information and services can be found online on the World Wide Web at:
http://chestjournal.chestpubs.org/content/141/2_suppl/e737S.full.html*

ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფი ეფუძნება ორიგინალური გაიდლაინების რეკომენდაციებს და რაიმე ცვლილება ორიგინალური გაიდლაინების რეკომენდაციებში არ შეუტანია.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია, რომ მოხდეს პაციენტების დროული დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მართვა, რომელიც ხელს შეუწყობს უნარშეზღუდულობისა და სიკვდილობის შემცირებას, მინიმუმამდე დაიყვანს იშემიური ინსულტის განმეორების რისკს.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 2 თვიდან 18 წლამდე ასაკის პაციენტებს.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია: სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმებისთვის, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტებისთვის, პედიატრებისთვის, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის/გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტებისთვის, ბავშვთა ნევროლოგების/ნევროლოგებისთვის, ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგიის სპეციალისტებისთვის, კარდიოლოგებისთვის, ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგიის

სპეციალისტებისთვის, ჰემატოლოგია/ტრანსფუზიოლოგიის, ბავშვთა ჰემატოლოგია/ტრანსფუზიოლოგიის სპეციალისტებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) განმარტებით **ინსულტი** არის კლინიკური სინდრომი, რომელიც ხასიათდება სისხლძარღვოვანი წარმოშობის ფოკალური ან დიფუზური ნევროლოგიური დეფიციტით, რომლის ხანგრძლივობაც აღემატება 24სთ-ს.

არტერიული იშემიური ინსულტი არის მწვავედ განვითარებული ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტი, რომელიც ნეიროვიზუალიზაციით არტერიის საირიგაციო ზონაში იშემიურ კერას შეესაბამება და გრძელდება 24 სთ-ზე მეტი.

❖ კლინიკური ნიშნები

- ჩვილებში: გულყრა, ცნობიერების შეცვლა, ძლიერი ჭირვეულობა;
- ბავშვებში: მოტორული დეფიციტი, უზშირესად ჰემიპარეზის სახით, ჰემიანოპია, აფაზია, ატაქსია, მგრძნობელობის ან წონასწორობის დარღვევა, ნისტაგმი, ოპისტოტონუსი, სუნთქვის რითმის დარღვევა, ტრემორი, თავის ტკივილი, ღებინება.

❖ ანამნეზი

- ნამგლისებრუჯრედული ანემია;
- თანდაყოლილი გულის დაავადებები;
- თავის და კისრის ტრავმა (ასოცირებულია არტერიების დისექციასთან და ჰემორაგიასთან);
- გადატანილი ინფექციური დაავადებები (მაგ: ჩუტყვავილა);
- ვასკულიტი;
- ჰემატოლოგიური დაავადებები;
- კოაგულოპათიები;

➤ დიაგნოსტიკა.

ყველა პაციენტი აღნიშნული ჩივილით უნდა მოხვდეს გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში.

პირველ 24 საათში ყველა პაციენტს ესაჭიროება:

- გადაუდებელი ნეიროვიზუალიზაცია კომპიუტერული ტომოგრაფიის სახით, რათა გამოირიცხოს ან დადასტურდეს ჰემორაგიული ინსულტი ან სხვა პარენქიმული მოცულობითი წარმონაქმნი;
- კომპიუტერული ტომოგრაფიით ტვინის იშემიური დაზიანების დიაგნოსტიკა პირველი 12 სთ-ის განმავლობაში შეუძლებელია;
- თავის ტვინის ბირთვულ -მაგნიტურ -რეზონანსური ტომოგრაფია ითვლება ოქროს სტანდარტად იშემიური ინსულტის დადასტურების მიზნით და ხასიათდება მაღალი სენსიტიურობითა და სპეციფიურობით;
- ახალი ნევროლოგიური დეფიციტი, ბავშვებში ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემიით, შესაძლებელია, განპირობებული იყოს ინსულტის განვითარებით;
- პაციენტში, საექვო იშემიურ ინსულტით ანგიოგრაფიის რეჟიმში უნდა დათვალიერდეს ცერვიკალური და პროქსიმალური ინტრაკრანიალური არტერიები;
- დისექციის გამორიცხვის მიზნით, ცერვიკალური სისხლძარღვების ანგიოგრაფია უნდა გაკეთდეს იშემიური ინსულტის კლინიკური მანიფესტაციიდან პირველ 48სთ - ში;
- თუ ტვინის დაზიანება მიაწინებს ვენური თრომბოზის არსებობაზე, რეკომენდებულია გაკეთდეს მაგნიტურ რეზონანსური ვენოგრაფია;
- პირველი რიგის სხვა სადიაგნოსტიკო ტესტებს მიეკუთვნება: სისხლის საერთო ანალიზი შრატისმიერი რკინა, PT, APTT , ანტინუკლეარული ანტისხეულები.

მეორე რიგის კვლევებს მიეკუთვნება (ინსულტის განვითარებიდან 48 სთ-ის შემდეგ):

- ეკგ, ტრანსთორაკალური და ტრანსეზოფაგალური გულის ექოკარდიოგრაფია;
- პაციენტებში, საექვო ექსტრაკრანიალური არტერიების დისექციით, ვასკულიტით, მოია მოიას სინდრომით, რეკომენდებულია სელექტიური ანგიოგრაფიის ჩატარება;
- ყველა პაციენტი, არტერიული იშემიური ინსულტით, უნდა იქნას გამოკვლეული თანდაყოლილ კოაგულაციურ დეფექტებზე, რომელშიც იგულისხმება პროტეინ C,

პროტეინ S თანდაყოლილი დეფიციტი, მომატებული პლაზმის ჰომოცისტეინი, ფაქტორ V ლეიდენის დეფიციტი, პროთრომბინ G20210A და MTHFR TT677 მუტაცია და ანტიფოსფოლიპიდური ანტისხეულების კონცენტრაცია;

- ანტირომბინ III, რეპარინ კოფაქტორი II, პლაზმინოგენი, ვილბრანდის ანტიგენი, ფაქტორი VIII, ფაქტორი XII განსაზღვრა;
- საჭიროების მიხედვით სკრინინგი მეტაბოლურ დაავადებებზე (მიტოქონდრიული დაავადებები, მაგ: MELAS), ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსსა და ვარიცელა ზოსტერზე.

არტერიული იშემიური ინსულტის დიაგნოზი და მართვა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში

❖ შემანარჩუნებელი თერაპია

- გადაუდებელ დეპარტამენტში პირველ რიგში უნდა შეფასდეს პაციენტის სასიცოცხლო ფუნქციები;
- ინფექციის, გულყრის, ცხელების დროული და აგრესიული მკურნალობა, ნორმოვოლემიის და ნორმოგლიკემიის პარამეტრების შენარჩუნება;
- პირველი 24 საათის განმავლობაში სისხლში ჟანგბადის გაჯერება უნდა შენარჩუნდეს >95%;
- საჭიროების მიხედვით ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიის მედიკამენტური ან ქირურგიული მკურნალობა.

❖ ანტიკოაგულაციური და ანტიაგრეგაციული მკურნალობა

- დღემდე არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა იშემიური ინსულტის დროს, ანტიკოაგულაციური თუ ანტიაგრეგაციული მკურნალობის გამოყენებაზე;
- ანტიკოაგულაციური თერაპია გამოიყენება არაფრაქცირებული ჰეპარინისა და დაბალმოლეკულური ჰეპარინის სახით;
- ანტიკოაგულაციური თერაპია ნაჩვენებია ბავშვებში ექსტრაკრანიალური არტერიების დისექციითა და კარდიოემბოლური მიზეზით გამოწვეული

იშემიური ინსულტის დროს;

- ჰეპარინის გამოყენება, შესაძლებელია, ინსულტის გამეორების მაღალი რისკისა და ჰემორაგიის განვითარების დაბალი რისკის მქონე პაციენტებში;
- არტერიული იშემიური ინსულტის მკურნალობის პირველ ეტაპზე ჩვილებსა და ბავშვებში დაბალმოლეკულური ჰეპარინი, დოზით 1მგ/კგ ყოველ 12სთ-ში ერთხელ ითვლება უსაფრთხო დოზად;
- მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია, გამოირიცხოს ჰემორაგიული ინსულტის არსებობა;
- დაბალმოლეკულური ჰეპარინის გამოყენებას გააჩნია გარკვეული სახის უპირატესობა არაფრაქცირებული ჰეპარინისა და პერორალური ანტიკოაგულაციური მედიკამენტის გამოყენებასთან შედარებით: თრომბოციტოპენიის განვითარების დაბალი რისკი, ნაკლები გვერდითი ეფექტები ხანგრძლივი გამოყენების დროს, დაბალი ფასი, ასევე, მისი გამოყენება შესაძლებელია კანქვეშა ინექციის სახით და გააჩნია პროგნოზირებადი ასაკდამოკიდებული ფარმაკოკინეტიკა, რის გამოც პაციენტებს ნაკლებად ესაჭიროებათ მონიტორინგი;
- ენოქსაპარინი დოზით: 1მგ/კგ კანქვეშა ინექციის სახით >2თვის ასაკობრივ ჯგუფსა და 1,5მგ/კგ <2თვის ასაკობრივ ჯგუფში;
- პაციენტებში კარდიალური ემბოლიითა და არტერიების დისექციით მკურნალობის ხანგრძლიობა არ აღემატება 3-6 თვეს;
- ავტორთა უმრავლესობა ეთანხმება დაავადების მწვავე ფაზაში ანტიაგრეგაციული მედიკამენტით მკურნალობის დაწყებას, მას შემდეგ, რაც გამოირიცხება არტერიების დისექცია ან ინსულტის კარდიოემბოლური ეტიოლოგია;
- ასპირინი სტანდარტული დოზით 1-5მგ/კგ/დღ. მკურნალობის ხანგრძლივობა 3-5 წელი;
- ასპირინით მკურნალობის დაწყების მიზანია იშემიური ინსულტის განმეორების რისკის შემცირება;
- ყველა მშობელი ინფორმირებული უნდა იყოს რეიეს სინდრომის განვითარების რისკის არსებობაზე;

- კლოპიდოგრელი დოზით 1მგ/კგ/დღ ასპირინის გამოყენების ალტერნატივაა;
- ქსოვილოვანი პლაზმინოგენის აქტივატორის გამოყენება დღეს არსებული კვლევებით არ არის რეკომენდებული;
- პაციენტებში ნამგლისებრუჯრედული ანემიითა და არტერიული იშემიური ინსულტით, საჭიროა ურგენტული, სისხლის ჩანაცვლებითი ტრანსფუზია, რომელიც შეამცირებს S ჰემოგლობინს <30% და გაზრდის ჰემოგლობინის კონცენტრაციას (10-12.5 გ/დღ -მდე).

არტერიული იშემიური ინსულტის დიაგნოზი და მართვა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში

მანიფესტაცია

ჩვილებში

ბავშვებში

გულყრა	ჰემიპარეზი
ცნობიერების შეცვლა	მოძრაობითი აშლილობა
ძლიერი ჭირვეულობა	სენსორული დეფიციტი
მეტყველების დეფიციტი	მხედველობის დეფიციტი

შემანარჩუნებელი თერაპია

<ul style="list-style-type: none">• ცირკულაცია, სასუნთქი გზები, სუნთქვა, გარემოს უსაფრთხოება (CABD)• გულყრის, ინფექციის, ცხელებისა და ინტრაკრანიული ჰიპერტენზიის მართვა	<ul style="list-style-type: none">• საჭიროა სისხლში გლუკოზის ნორმალური კონცენტრაციის შექმნა და ნორმოვოლემიის შენარჩუნება• ოქსიგენოთერაპია, ინსულტიდან პირველი 24 სთ-ის განმავლობაში შეინარჩუნე სისხლში SO₂ >95%
--	--

გააღრმავე კვლევები შესაბამისი მიმართულებით თუ ანამნეზში არის:

<ul style="list-style-type: none">• ნამგლისებუჯრედული ანემია ან სისხლის სხვა ნაცნობი დაავადება;• თანდაყოლილი გულის მანკი;• ტრავმა;• მიმდინარე ინფექცია;• ვასკულიტი.

ფიზიკური შეფასება:

<ul style="list-style-type: none">• ვიტალური ფუნქციების მონიტორინგი;• ფიზიკური განვითარების შეფასება;• ნევროლოგიური სტატუსის შეფასება.
--

კომპიუტერული ტომოგრაფია	სისხლის საერთო ანალიზი
ბირთვულ - მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია	კოაგულოგრამა
მრ ანგიოგრაფია	რკინის შემცველობა სისხლში
	ერითროციტების დალექვის სიჩქარე

სხვა გამოკვლევებს მიეკუთვნება:

- ეკგ;
- გულის ულტრაბგერითი კვლევა;
- ექსტრაკრანიალური ცირკულაციის ულტრაბგერითი კვლევა.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენება არტერიული იშემიური ინსულტის ადეკვატური დიაგნოსტიკისა და მართვის პირობებში ხელს შეუწყობს ბავშვებში ადრეული და გვიანი გართულებების შემცირებას და პრევენციას, შეამცირებს უნარშეზღუდულობის ხარისხს და სიკვდილობას.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

კრიტერიუმები, რომლითაც შესაძლებელია, შეფასდეს მოსალოდნელი კლინიკური გამოსავალი და მომსახურების პროცესის გაუმჯობესება, შესაძლებელია იყოს:

- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა არტერიული იშემიური ინსულტის მართვა აღნიშნული პროტოკოლით;
- პაციენტების რა პროცენტს ჩაუტარდა მითითებული სადიაგნოსტიკო ტესტები;
- პაციენტების რა პროცენტს ჩაუტარდა მითითებული მკურნალობა;
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა გართულებების ჩამოყალიბება მკურნალობის მიუხედავად;
- პაციენტების რა პროცენტში იქნა მიღწეული სასურველი გამოსავალი.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 2 წლის შემდეგ.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

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

ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი	რა მიზნით ხდება ამ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმები, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტები, პედიატრები, ბავშვთა ნევროლოგი/ნევროლოგი, ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგიის სპეციალისტები, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის/გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტები, კარდიოლოგები, ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგიის სპეციალისტები, ჰემატოლოგია/ტრანსფუზიოლოგიის, ბავშვთა ჰემატოლოგია/ტრანსფუზიოლოგიის სპეციალისტები.	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება	სავალდებულო
ექთანი	მაგ. რისკის პროფილის შეფასება, რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციის და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	სავალდებულო

რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამომახების უზრუნველყოფა.	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია ჰემატოლოგიური კვლევების ჩასატარებლად	დიაგნოზის დადასტურება, შემდგომი მონიტორინგი	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება, მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვ.	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- პროტოკოლის 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 პერსონალისთვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

14. პროტოკოლის ავტორები

ნანა ტატიშვილი - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის დ. ტვილდიანის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის (სბნნა) პრეზიდენტი, თ. გელაძის სახ. საქართველოს ეპილეფსიის წინააღმდეგ ბრძოლის ლიგის პრეზიდენტი, მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ნეირომეცნიერების დეპარტამენტის უფროსი;

თეონა შათირიშვილი - მედიცინის დოქტორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაცია;

ნატალია მუჩაიძე - მედიცინის დოქტორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაცია;

თათა სამხარაძე - მედიცინის დოქტორი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაცია;

თათია აფრასიძე - დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის დოქტორანტი, ა. ლაჭყევიანის სახ. საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაცია.