

ბ ა ვ შ ვ თ ა ნ ე ვ რ ო ლ ო გ ი ა

ცენტრალური ნერვული სისტემის ნერვული უჯრედები რეგენერაციას არ განიცდიან, ამიტომაც მათი დაცვა და შენარჩუნება ძალიან მნიშვნელოვანია. საერთოდ, ნევროლოგიურ დაავადებაზე ექვის დროს ბავშვები გამოცდილ პედიატრთან უნდა გაიგზავნონ შეფასებისათვის, გარდა იმ შემთხვევისა, ოროდესაც დარწმუნებულნი ვართ, რომ პრობლემა არასერიოზული და ხანმოკლეა.

სიმპტომები, რომლებიც საჭიროებენ პედიატრთან მიმართვას:

სასწრაფო (იმავე დღეს)

- ცნობიერების დონის მნიშვნელოვანი დაქვეითება;
- გახანგრძლივებული კონვულსიის (>10 წთ) პირველი შემთხვევა
- დამბლა;
- ატაქსია.

არასასწრაფო (ორი კვირის განმავლობაში)

- განმეორებითი, ხანმოკლე კონვულსიები;
- ძლიერი/ხანგრძლივი თავის ტკივილები;
- განვითარების უნარ-ჩვევების რეგრესი.

კონვულსიები (კრუნჩხვები)

კონვულსია (კრუნჩხვა) შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზით. ეს არის სიმპტომი, რომელიც დიდი ყურადღებით უნდა შეფასდეს, რათა დადგინდეს ფონური დაავადება, რომელმაც გამოიწვია კრუნჩხვა. მნიშვნელოვანია, ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ ეპილეფსიური და არაეპილეფსიური ხასიათის კრუნჩხვები. დიაგნოსტიკისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია თვითმხილველის ზუსტი შეფასება, რომელიც რაც შეიძლება სწრაფად უნდა იქნას მოძიებული და ჩანიშნული.

ფებრილური კრუნჩხვები

ფებრილური კონვულსია გვხვდება 6 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვების დაახლოებით 5%-ში, როგორც იდიოსინკრაზიული რეაქცია მაღალ ტემპერატურაზე. კრუნჩხვების უმეტესობა არის ხანმოკლე (<5 წუთი), გენერალიზებული, ტონურ-კლონური გულყრა, რომელიც იშვიათად შეიძლება განმეორდეს, იგივე ფებრილურ ეპიზოდში, 24 საათის განმავლობაში. ბავშვთა დაახლოებით 33%-ს, გარკვეული დროის შემდეგ უმეორდება ფებრილური კრუნჩხვა. არსებობს კონვულსიებისადმი ოჯახური მიდრეკილება (მემკვიდრული განწყობა), მაღალი მაჩვენებლით (80%) მონოზიგოტურ ტყუპებში.

მართვა: ყველა შემთხვევაში მშობლებს უნდა ვურჩიოთ, რომ ტემპერატურის დასაწევად გამოიყენონ პარაცეტამოლი, გაგრილების მიზნით ბავშვს ზედმეტი ტანსაცმელი გახადონ, გრილი (არა ცივი) ღრუბელით ნაზად დაზილონ და მისცენ სითხეები.

12 თვემდე ასაკის ახალშობილები სასწრაფოდ უნდა გაიგზავნონ საავადმყოფოში მენინგიტის გამოსარიცხად.

საავადმყოფოში გაგზავნა არ არის აუცილებელი, თუ:

- ბავშვი ნევროლოგიური გასინჯვით ნორმაშია;
- 1 წელზე მეტი ასაკისაა;
- ტემპერატურამ დაიკლო;
- ტემპერატურის გამომწვევი მიზეზი გარკვეულია;
- მშობლები უმკლავდებიან პრობლემას.

მედიკამენტები:

ფებრილური კრუნჩხვის შემდეგ პროფილაქტიკური ანტიკონვულსიური მედიკამენტების დანიშვნა მიზანშეწონილი არ არის. განმეორებითი ფებრილური კონვულსიების შემთხვევაში ჩნდება კომპლექსური ან პროლონგირებული კონვულსიების განვითარების რისკი; თუ ფებრილური კრუნჩხვა 5 წუთზე მეტ ხანს გაგრძელდა, მშობლებს შეიძლება ვურჩიოთ მისცენ ბავშვს რექტალური დიაზეპამი.

პროგნოზი კეთილსაიმედოა გარდა ქვემოთჩამოთვლილი შემთხვევებისა:

- გახანგრძლივებული კონვულსია (>30 წუთი);
- კომპლექსური კონვულსია (ფოკალური ან მრავლობითი);
- ეპილექსიის ოჯახური ანამნეზი (პირველი რიგის ნათესავები);
- ასაკი <1 წელზე.

ამ ბავშვებში შემდგომი ფებრილური კონვულსიების განვითარების რისკი მომატებულია. თუ ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორებიდან ორი ან მეტი სახეზეა, ეპილექსიის რისკი დაახლოებით 10%-ს შეადგენს. გახანგრძლივებული ფებრილური კრუნჩხვის შემდეგ შეიძლება გაჩნდეს შუა ტემპორალური სკლეროზი და გამოიწვიოს საფეთქლის წილის ეპილექსია.

შემთხვევათა უმეტესობაში მშობლები უნდა დავარწმუნოთ იმაში, რომ არ არსებობს ფებრილური კონვულსიის შორეული შედეგები. ფებრილური კრუნჩხვა უკიდურესად შემაშინებელი განცდაა, კრუნჩხვების პირველი ეპიზოდის დროს მშობლების უმეტესობა ფიქრობს, რომ ბავშვი იღუპება. შესაბამისად მათ ესაჭიროებათ ექიმის/ექთნის მხრიდან გარკვეული დროის დათმობა და თანაგრძნობა.

რეფლექსური ანოქსიური გულყრები

ეს არის ხანმოკლე, ტონურ-კლონური გულყრები, რომელიც იშვიათად ჩნდება ხოლმე სუნთქვის შეკავების შეტევის შედეგად – გულის მუშაობის დროებითი შეწყვეტის განმავლობაში ტვინის ჰიპოქსია/იშემიის გამო. ეს ხდება ვაგუსის მომატებული ტონუსის გამო. ამ ტიპის გულყრა შეიძლება დიაგნოსტიკური მიზნით ხელოვნურად გამოვიწვიოთ თვალეზზე ხელების დაჭერით, ეკგ-ისა და ეეგ-ის აუცილებელი კონტროლის ქვეშ. ატროპინით მკურნალობამ შეიძლება კარგი შედეგი მოგვცეს. რეფლექსური ანოქსიური გულყრები ყოველთვის კეთილთვისებიანია. აუცილებელია სუნთქვის შეკავების შეტევების თავიდან აცილება ქცევის მოდიფიკაციის გზით. საჭიროა მშობლებისთვის ახსნა-განმარტების მიცემა.

დიფერენციალური დიაგნოზი

ზოგიერთმა შეტევითმა მოვლენამ შეიძლება მოგვცეს ეპილექსიური კრუნჩხვის იმიტაცია და იგი აუცილებლად უნდა გამოვრიცხოთ.

კონვულსიური ეპიზოდების შესაძლო არა-ეპილექსიური მიზეზები

- ტიკები
- სინკოპე
- სუნთქვის შეკავების შეტევები
- კარდიოგენური კოლაფსი
- თავბრუსხვევა
- ფანტაზიები
- გრატიფიკაცია\ქცევითი ფენომენი
- სანდიფერის სინდრომი (უცარი თავის მოძრაობები გასტრო-ეზოფაგული რეფლუქსის გამო ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებში).

ეპილეფსიური გულყრები

ბავშვთა ასაკის ეპილეფსიური გულყრების გამარტივებული კლასიფიკაცია:

პარციალური (ფოკალური)

- მარტივი _ პირველადი სიმპტომები (მოტორული, სენსორული)
- კომპლექსური - ფსიქომოტორული
- ნაწილობრივ პროგრესირებადი მეორადი გენერალიზაციისაკენ

გენერალიზებული

- აბსანსი (Absence)
 - ტიპური (მცირე გულყრა - Petite mal)
 - ატიპური
- მიოკლონური
 - ტონურ-კლონური (დიდი გულყრა - Grand mal)
- ატონიური

შერეული

არაკლასიფიცირებული

ეპილეფსიას ახასიათებს განმეორებით (შებრუნებით) ხასიათის გულყრები, რომლებიც გამოწვეულია ნევროლოგიური ან მეტაბოლური დარღვევებით. ერთჯერადი გულყრის დროს ეპილეფსიის დიაგნოზის დასმა სწორი არ არის. ეპილეფსია საკმაოდ ხშირი დაავადებაა და მოზრდილი მოსახლეობის 200 ადამიანიდან ერთს აღენიშნება. იგი მთლიანად შეთავსებადია ნორმალური ცხოვრების სტილთან.

გენერალიზებული ეპილეფსია

ეპილეფსიის დროს ცერებრული განმუხტვები წარმოიქმნება ორივე ჰემისფეროში და სიმპტომებიც შესაბამისად ბილატერალურია.

- **ტონურ-კლონური/გენერალიზებული (დიდი) ეპილეფსია - Grand mal**

ეპილეფსიის შემთხვევების, დაახლოებით 80%, დიდი ტონურ-კლონური ტიპისაა. მისთვის დამახასიათებელი კლონური ფაზის განმავლობაში სიმეტრიულ ბიძგებს განიცდის სხეულის სხვადასხვა ნაწილები: მკლავები, ფეხები, სახე (ნებისმიერი თანმიმდევრობით ან ერთდროულად). კრუნჩხვები, ჩვეულებრივ, რამდენიმე წუთში წყდება, რის შემდეგაც იწყება ძილის ფაზა, რომელიც რამდენიმე საათს გრძელდება. გამოღვიძებიდან 24 საათის განმავლობაში ბავშვი, ჩვეულებრივ, თავს ცუდად გრძნობს. იშვიათად აღინიშნება ნარჩენი ნევროლოგიური მოვლენები: მაგალითად: მეტყველების შეფერხება, წონასწორობის დარღვევა, კიდურის დამბლა ან პარესთეზია (ტოდის დამბლა), რომლებიც 2-5 დღის განმავლობაში გაივლის. დიაგნოზი ისმება ზუსტი ანამნეზის საფუძველზე, ევგ ყოველთვის აუცილებელი არ არის.

მკურნალობა: მედიკამენტების დანიშვნა მიზანშეწონილია დიაგნოზის დამტკიცების ანუ განმეორებითი კონვულსიის შემდეგ. **პირველი რიგის** პრეპარატებია ნატრიუმის ვალპროატი (sodium valproate) და კარბამაზეპინი (carbamazepine). Phenobarbitone-ი და phenytoin-ი გვერდითი ეფექტების გამო პირველი რიგის კატეგორიაში აღარ შედიან. უმჯობესია მონოთერაპიის ჩატარება. საჭიროა თითოეული პრეპარატის ტიტრაციის ჩატარება გულყრის კონტროლისა და გვერდითი ეფექტის მაქსიმალური დონის გათვალისწინებით. თუ კონტროლს ვერ მივაღწევთ ერთი მედიკამენტით, შეიძლება დავამატოთ სხვა.

მეორე რიგის პრეპარატებს კი წარმოადგენს: phenyton, phenobarbitone, topiramate, vigabatrin, lamotrigine და gabapentin-ი. მათი გამოყენება შესაძლებელია როგორც ცალკე, ასევე კომბინაციაში. მკურნალობის საფუძველზე შეიძლება ვერ მივაღწიოთ გულყრების სრულ შეწყვეტას და ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება უკეთესიც იყოს – გადაჭარბებულ გვერდით ეფექტებს სჯობია იშვიათი გულყრები. ეს სტრატეგია დაწვრილებით უნდა განვიხილოთ მშობელთან და ბავშვთან ერთად.

ეპილეფსიის სამკურნალო ახალი მედიკამენტების გამოჩენა სწრაფი ტემპით ხდება. არსებობს ახალი თაობის მაღალეფექტური და მცირე გვერდითი ეფექტების მქონე პრეპარატები.

- **აბსანსი (Absence) - მცირე ეპილეფსია**

ამ ტიპის ეპილეფსია შემთხვევათა დაახლოებით 2%-ში გვხვდება, ყველაზე ხშირად 5-დან 12 წლის ასაკის გოგონებში. მშობლების მიერ დაავადება ხშირად შეუმჩნეველი რჩება და პირველი ვინც ამას ამჩნევს არის მასწავლებელი ან სხვა პირი, რომელიც ბავშვის განვითარებას თვალყურს ადევნებს. შეტევების განმავლობაში ბავშვი გონებას არ კარგავს, მაგრამ თვალები გაშტერებული, ქუთუთოები კი მთრთოლვარე აქვს. შეტევები ხანმოკლეა, გრძელდება 5-15 წამი (იშვიათად 30 წამამდე), მაგრამ ამ პერიოდის განმავლობაში ბავშვი გარშემოს აღქმას კარგავს. იმ შემთხვევაში თუ შეტევები ხშირად ვითარდება, სკოლაში სწავლა სარისკო ხდება. დიაგნოზის ისმება დამახასიათებელი აღწერილობისა და Eეგ-ის მონაცემების საფუძველზე, რომელიც დამახასიათებელ ცვლილებებს გვიჩვენებს: რეგულარული, წამში 3, ტალღოვანი და კონუსისებრი ანომალია. კლინიკური შეტევები ზოგჯერ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერვენტილაციამ (სულ ცოტა 2 წუთის ხანგრძლივობის), რაც შეიძლება გამოყენებული იქნას როგორც დიაგნოსტიკური ტესტი.

მკურნალობა: ნატრიუმის ვალპროატი (sodium valproate) ან ethosuximide ჩვეულებრივ ძალიან ეფექტურია.

პროგნოზი: ტიპური (მცირე) აბსანსის შეტევები ჩვეულებრივ მოზარდობის ასაკში ქრება, მაგრამ შემთხვევათა 50%-ში დიდი ეპილეფსია ვითარდება.

- **მიოკლონური გულყრები**

მიოკლონური კრუნჩხვა არის კუნთის უეცარი, უნებლიე შეკუმშვა, შეგრძნების დაკარგვის გარეშე (იზოლირებული მიოკლონური სპაზმი ჩამინებისას ჩვეულებრივი მოვლენაა).

ბავშვთა ასაკის მიოკლონური ეპილეფსია

ეპილეფსიის აღნიშნული ტიპი ძირითადად გვხვდება 3 ½ წლის ბავშვებში და მას ხშირად წინ უძღვის ტონურ-კლონური გულყრები. წინასწარ არავითარი გამაფრთხილებელი შეგრძნება არ აღენიშნება. სპაზმი შეიძლება იმდენად ძლიერი იყოს, რომ გამოიწვიოს ბავშვის უეცარი დაცემა (თავდაცვითი რეაქციების გარეშე). თუ ბავშვი მაგიდასთან ახლოს იმყოფება, შეიძლება სერიოზული დაზიანება მიიღოს. პოსტ-იქტალური ფაზა არ აღინიშნება და ბავშვი ჩვეულებრივად გრძნობს თავს, თუ დაცემისას დაზიანება არ მიიღო. სპაზმი შეიძლება განვითარდეს, როგორც უეცარი რეაქცია ხმაურზე, შეხებაზე ან მოციმციმე სინათლეზე. ელექტროენცეფალოგრამა შეცვლილია, ვლინდება ატიპური ტალღები და კონუსები, ზოგჯერ ფოტომგრძობელობასთან ერთად.

შეიძლება ფონური დაავადება არ არსებობდეს, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევას თან ახლავს ტვინის დეგენერაციული დაავადება და ახასიათებს პროგრესირებადი ნევროლოგიური სიმპტომები. იდიოპათიური შემთხვევები, ჩვეულებრივ, კეთილთვისებიანია და კარგად ექვემდებარება ნატრიუმის ვალპროატით მკურნალობას. რეფრაქტორული ხასიათის გულყრების შემთხვევაში შეიძლება საჭირო გახდეს მეორე რიგის პრეპარატების გამოყენება, როგორცაა: nitrazepam, clonazepam, vigabatrin ან lamotrigine.

ლენოქს-გასტოს სინდრომი (Lennox-Gastaut syndrome)

ეს სინდრომი, ჩვეულებრივ, დაკავშირებულია ცერებრალურ დარღვევებთან და ამის შედეგად განვითარებულ ათვისების პრობლემებთან. შეტევებს ახასიათებს პოლიმორფულობა: მცირე გულყრები და მიოკლონური სპაზმები, თავის ქნევა ან ჩამოვარდნა, შეიძლება ეს ნიშნები ცალკე-ცალკე ან კომბინირებული იყოს. შეტევები შეიძლება იყოს ძალიან ხშირად. ეგეგ-ზე ჩანს დიფუზური ნელი, კონუსისებრი ტალღები. მკურნალობა მეტად რთულია (შესაძლებელია დაინიშნოს lamotrigin, benzooliazepine და სტეროიდები). კეტოგენური დიეტა შეიძლება გამოყენებული იქნას, როგორც უკანასკნელი საშუალება.

ჩვილთა ასაკის (ინფანტილური) სპაზმები - **Salaam**-ის შეტევები

ინფანტილური სპაზმები 3-დან 18 თვემდე ასაკის დაახლოებით 5000 ბავშვიდან ერთს აღნიშნება. შემთხვევათა 70% ვლინდება სიცოცხლის პირველი 6 თვის განმავლობაში. შეტევები წამიერია. ტიპურ შემთხვევაში ხდება ტანის მოხრა და ზედა კიდურების იდაყვის სახსარში მოხრა ან გაშლა (რაც მოგვაგონებს აღმოსავლურ მისალმებას, ამიტომ ეწოდება შალაამ-ი). ბავშვმა, ამავე დროს, შეიძლება წამოიტიროს, სახე დამანჭოს ან გაიცინოს. ხშირად შეტევები ზედიზედ მეორდება ერთი წუთის განმავლობაში და ასეთი ეპიზოდები შეიძლება დღის განმავლობაში ბევრჯერ განმეორდეს. ყველაზე ხშირი დიაგნოსტიკური შეცდომაა ჩვილთა ასაკის კოლიკა. ყველა შემთხვევა სასწრაფოდ უნდა იქნას გაგზავნილი პედიატრთან, რადგან ადრეულმა მკურნალობამ შეიძლება ცოტაოდენ გააუმჯობესოს ძალიან ცუდი პროგნოზი. ბავშვების უმეტესობას უვლინდება განვითარების რეგრესი. ეგეგ-ზე აღინიშნება ამ პათოლოგიისათვის სპეციფიური სურათი - ჰიპსარიტმია (hypsarrhythmia). ტრიადა: სპაზმები, განვითარების რეგრესი (ოლიგოფრენია) და ჰიპსარიტმია ცნობილია როგორც West-ის სინდრომი.

მკურნალობა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება ადრე ACTH (ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის) ინექციებით 6 კვირის განმავლობაში ან vigabatrin-ით, რასაც უნდა მოჰყვეს ბენზოდიაცეპინები ან ნატრიუმის ვალპროატი.

შემთხვევათა დაახლოებით ნახევარში, ეტიოლოგიური მიზეზის იდენტიფიკაცია ვერ ხერხდება, დაავადების დაწყებამდე ბავშვი ნორმალურად ვითარდებოდა, დაავადება კრიპტოგენურია. ასეთ შემთხვევაში პროგნოზი უფრო კეთილსაიმედოა და დაახლოებით 50% გამოჯანმრთელდება. მეორე ნახევარს კი შეიძლება ნევროლოგიური ანომალია გამოუვლინდეს ანამნეზის ან გამოკვლევების საფუძველზე (სიმპტომატურად). ამ ჯგუფში პროგნოზი ცუდია: დაახლოებით 75%-ს ექნება ათვისების სირთულეები, ხოლო 10%-ი კი დაიღუპება. ხშირი შედეგია მყარი ეპილეფსიის (დიდი გულყრა და Lennox-Gastaut-ის სინდრომი) ჩამოყალიბება.

- **ეპილეფსიური სტატუსი**

ეს არის კონვულსია ან კონვულსიათა სერია, რომელიც 30 წუთზე მეტხანს გრძელდება, ამ პერიოდში ცნობიერების აღდგენის გარეშე. აღნიშნულ მდგომარეობას ესაჭიროება სასწრაფო მკურნალობა, რადგანაც მდგომარეობის გახანგრძლივებამ შეიძლება გამოიწვიოს ტვინის შეშუპება, ინტრაკრანიალური წნევის მატება და აქედან გამომდინარე ჰიპოქსია, რომელიც ნეირონების დაღუპვას გამოიწვევს.

პირველი გადაუდებელ დახმარების აღმოჩენისას, პირველ რიგში, ავადმყოფი უნდა მოვაცილოთ პოტენციურ საშიშროებას (მაგ: ცეცხლი), უზრუნველყოთ სასუნთქი გზების განვლადობა და მივაწოდოთ ჟანგბადი. ერთადერთი მედიკამენტი, რომელიც პირველად ჯანდაცვაში შეიძლება გამოვიყენოთ, არის რექტალურად მისაღები თხევადი დიაზეპამი. იგი სწრაფად შეიწოვება და შემთხვევათა 80%-ში ეფექტურია. მისი მიცემა შეუძლიათ მშობლებსაც. თუ რექტალური დიაზეპამი ხელმისაწვდომი არ არის, მაშინ ბავშვი

სასწრაფოდ უნდა იქნას გადაყვანილი სტაციონარში, სადაც არჩევის პრეპარატს წარმოადგენს ინტრავენური დიაზეპამი. შემთხვევათა დაახლოებით 10%-ში ეპილეფსიური სტატუსის მოხსნა ვერ ხერხდება რექტალური ან ინტრავენური დიაზეპამით. ამ შემთხვევაში ალტერნატიული პრეპარატებია რექტალური ან ინტრამუსკულარული პარალდეჰიდი (paraldehyde), ინტრავენური ფენიტოინი (phenytoin) და chlormethiazole-ის ან lignocaine-ის ინტრავენური ინფუზია. თუ ზემოთაღნიშნულმა პრეპარატებმა ეფექტი არ მოგვცა 60-90 წუთის განმავლობაში, უნდა მივმართოთ თიოპენტონით (thiopentone)-ით ზოგად ანესთეზიას და კუნთების პარალიზებას. ეპილეფსიური სტატუსის დროს თავის ტვინის მეტაბოლიზმის ტემპი ძალიან მაღალია და საკვებზე მოთხოვნილება დაკმაყოფილებული უნდა იქნას ნეირონების შეუქცევადი დაზიანების თავიდან ასაცილებლად.

პარციალური ეპილეფსია - საფეთქლის წილის ეპილეფსია (პარციალური კომპლექსური გულყრები/ ფსიქომოტორული ეპილეფსია) ეპილეფსიის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა ბავშვებში და შეადგენს ეპილეფსიის ყველა შემთხვევის დაახლოებით 20%-ს. დაავადება იწყება დაახლოებით 5-6 წლის ასაკში, შეტევები შეიძლება გაგრძელდეს მოზრდილობის ასაკშიც.

კლინიკური ნიშნები შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სრულიად სხვადასხვა ხასიათის შეგრძნებებს, ჰალუცინაციების (ყნოსვითი, გემოვნებითი, სმენითი ან მხედველობითი, უცნაური ემოციური შეგრძნებები: "djà vu" და "jamais vu"), სისუსტისა და თავბრუსხვევის ჩათვლით. აღნიშნული შეტევები ხშირად ძალიან შემაშინებელია. საფეთქლის წილის ეპილეფსიის დროს, დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს ბავშვების აუხსნელ ქცევით დარღვევებთან და ღამის კოშმარებთან. მოტორული ავტომატიზმი ვლინდება განმეორებითი მოძრაობების სახით, რომლებიც შეიძლება ნაწილობრივ გამიზნული იყოს, მაგ: ჩაცმა, ტუჩების წკლაპუნნი ან ხელების დაბანა.

ეეგ გვიჩვენებს ანომალურ განმუხტვებს საფეთქლის სხვადასხვა უბანში. მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევამ შეიძლება აჩვენოს კეროვანი ცვლილებები შუა ტემპორალური სკლეროზის ჩათვლით, რაც გახანგრძლივებულ ფებრილურ კონვულსიებს მოჰყვება.

მკურნალობა: კარბამაზეპინი (Garbamazepine) პირველი რიგის არჩევის პრეპარატს წარმოადგენს, ხოლო Lamotrigine - მეორეს. დადგენილი კერის ქირურგიული გზით მოცილებამ შეიძლება კარგი შედეგი მოგვცეს.

პროგნოზი: დაავადებულთა დაახლოებით ერთი მესამედი გამოჯანმრთელდება ბავშვობის ასაკში, მეორე მესამედს უგრძელდება ეპილეფსია (საფეთქლის წილის ეპილეფსია და დიდი გულყრა), მაგრამ გონებრივად ნორმალურნი არიან და კიდევ ერთ მესამედს აღენიშნება ათვისების პრობლემები. ცუდი პროგნოზის საფუძველს იძლევა ეპილეფსიის დაწყება 2 წლის ასაკამდე და ხშირი გულყრები (დღეში ერთზე მეტი).

- **პარციალური გულყრები მარტივი (ელემენტარული) სიმპტომებით**

მარტივი პარციალური გულყრების დროს გონების დაკარგვა არ ხდება.

თუ პროცესში ჩართულია ქერქის მოტორული უბნები, მაშინ სხეულის შესაბამის ნაწილში წარმოიქმნება უნილატერალური ბიძგები. ჯექსონის ტიპის გულყრის დროს ადგილი აქვს ე.წ. "მარშს", რომელიც ჩვეულებრივ ცერიდან ან თითებიდან იწყება, ზემოთ მხრისაკენ ვრცელდება და შემდეგ მოიცავს სხეულის ნახევარს, ხოლო როდესაც ეპილეფსიური კერა ქერქის სენსორულ უბანშია - წარმოიქმნება არანორმალური ტემპერატურული შეგრძნებები, პარესთეზიები და დაბუჟება. არსებობს კიდევ მრავალი სხვა ლოკალიზაციის კერები: მაგ: კეფის წილში ეპილეფსიურმა კერამ შეიძლება გამოიწვიოს მხედველობითი ფენომენი, ხოლო ჰიპოკამპუსში კი - სიცილის შეტევები.

მკურნალობა: პირველი არჩევის პრეპარატია კარბამაზეპინი, შემდეგ ფენიტოინი და ნატრიუმის ვალპროატი.

პარციალური გულყრები მეორადი გენერალიზაციით

კეროვანი ეპილეფსია შეიძლება თავის ტვინის გვერდით მდებარე ნაწილებზეც გავრცელდეს, რაც იწვევს გენერალიზებულ, დიდი გულყრის წარმოქმნას. მკურნალობა - კარბამაზეპინით ან ნატრიუმის ვალპროატით, ცალ-ცალკე ან კომბინაციაში.

- **კეთილთვისებიანი კეროვანი (Rolandic) ეპილეფსია**

შედარებით ხშირი ფორმაა (ეპილეფსიის შემთხვევათა დაახლოებით 10%-ში გვხვდება). 7-10 წლის ასაკისათვის იწყება და უფრო ხშირად ბიჭებში გვხვდება. გულყრები ძირითადად ძილის პერიოდში ვითარდება და მოიცავს კიდურის ფოკალურ ბიძგებს და ხანდახან თავისა და თვალის საპირისპირო მხარეს მიტრიალებას. შეიძლება განვითარდეს ანომალური შეგრძნებები, განსაკუთრებით ენისა და პირის. გონების დაკარგვა არ ხდება, ბავშვი აცნობიერებს ირგვლივ მყოფებს, მაგრამ საპასუხო რეაქციას ვერ ავლენს.

ამ ფორმას ახასიათებს დადებითი ოჯახური ანამნეზი. პროგნოზი ძალიან კარგია, 75%-ში სრული გამოჯანმრთელება 5 წლის განმავლობაში და 100%-ში მოზრდილობის ასაკამდე.

- **პარციალური (მცირე) ეპილეფსიური სტატუსი (epilepsia partialis continua).**

მოიცავს კიდურის, სახის ან ენის მცირე განმეორებით ბიძგებს, რომლებსაც ხშირად თან ახლავს გაურკვეველი მეტყველება და დეზორიენტაცია. ზოგჯერ დაავადების ნიშნები სუსტად არის გამოხატული და დაავადება ვლინდება მხოლოდ საპასუხო რეაქციის დაქვეითებით. პროგნოზი ცუდია და მკურნალობის მიზანი, ისევე როგორც დიდი ეპილეფსიური სტატუსის დროს, არის დაავადებაზე კონტროლის შენარჩუნება. დადგენილი ცერებრულ კერის შემთხვევაში, შესაძლებელია ქირურგიული მკურნალობა. ასევე შეიძლება ნაჩვენები იყოს ჰემისფერექტომიის ჩატარება.

ანტიეპილეფსიური მედიკამენტები

ყველა ანტიეპილეფსიურ მედიკამენტს გააჩნია გვერდითი ეფექტები, რის გამოც საჭირო ხდება დოზის ლიმიტირება. მიზანს წარმოადგენს მინიმალური დოზით გულყრებზე საუკეთესო კონტროლის მიღწევა. ხშირად კომპრომისი გარდაუვალია. მონოთერაპიის ჩატარება ყოველთვის უმჯობესია, რადგანაც მას მინიმუმამდე დაჰყავს გვერდითი ეფექტებისა და მედიკამენტების ურთიერთქმედების რისკი.

ანტიეპილეფსიური მედიკამენტების უმეტესობა ცნს-ის ინჰიბირებას ახდენენ, ასე რომ ძილიანობა და გონებრივი რეაქციების შენელება, თითქმის ყოველთვის, გამოხატული გვერდით ეფექტებია, ისევე როგორც გულისრევა და კანზე გამონაყარი.

ანტიეპილეფსიური მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები

მედიკამენტი	ჩვენება	გვერდითი დ ეფექტი
Carbamazepine	გენერალიზებული \ პარ- ციალური ეპილეფსია	თავბრუსხვევა, ატაქსია, დიპლოპია, სიწითლე.
Sodium valproate	გენ.\ პარც.\ მოიკლონური ეპილეფსია	ანორექსია, თმის ცვენა, წონაში მატება, ტრემორი, იშვიათად ღვიძლის უკმარისობა.
Phenobarbitone	გენ.\ პარც.ეპ. ბავშვობის ასაკში	ქცევის შეცვლა (აგრესია, ჰიპერაქტიურობა) ძილის დაღრვევები.
Phenyton	გენ.\პარც.ეპ. (დღესდღეობით იშვიათად გამოიყენება)	ატაქსია, ღრძილების ჰიპერტროფია, თმიანობა, აკნე, ნისტაგმი.
Nitrazepam	მოიკლონური ეპ. ინფანტი- ლური სპაზმები	სედაცია, ატაქსია.
Clonazepam \ Clobazam	მოიკლონური ეპ. (ყველა ეპ. დროს მეორე რიგის)	ქცევის შეცვლა, სისუსტე, ჰიპერსალივაცია
Ethosuximide	მცირე \მოიკლონური ეპ	გულისრევა, თავის ტკივილი
Lamotrigine	ლენოქს \ გასტაუტის სინდრომი (ყველა ეპ. დროს მეორე რიგის)	გაციების მსგავსი ავადყოფობა. მატულობს ვალპროატის და კარბამაზეპინის დონეები ტრანზიტორული სიწითლე.
Vigabatrin	გენ.\ პარც. ეპ. ინფანტილური სპაზმები	გალიზიანებადობა, თავბრუსხვევა. იშვიათად მხედველობის ველის დეფექტი.

თავის ტკივილი

თავის ტკივილი ბავშვებში უფრო ხშირია, ვიდრე ჩვენ გვგონია. ხშირია დადებითი ოჯახური ანამნეზი, და არა მარტო შაკიკის შემთხვევაში.

სამედიცინო შეფასება:

ანამნეზი:

თავის ტკივილის მახასიათებლები. შვების გრძნობა ანალგეზიური პრეპარატების მიღების შედეგად მიგვითითებს თავის ტკივილის კეთილთვისებიანობაზე. ხოლო თავის ტკივილი გაღვიძებისას ან დაცემინებისას შესაძლოა თავის ტვინის სიმსივნით იყოს გამოწვეული.

დაავადების ისტორია: ნევროლოგიური დაავადებები, თავის ტრავმების ჩათვლით.

ოჯახური ანამნეზი: შაკიკი

სოციალური ანამნეზი: წარმატება სკოლაში, განცდები პირადი პრობლემების, ოჯახის ან მეგობრების გამო.

გასინჯვა

- ნევროლოგიური, თვალის ფსკერის ჩათვლით;
- ყურების, ცხვირის და ყელის;
- კბილების;
- სისხლის წნევის;
- ზოგადი (მუცლის და გულმკერდის).

დამაბვის თავის ტკივილი

დამაბვის თავის ტკივილი ყველაზე ხშირად სკოლის ასაკის ბავშვებში გვხვდება, რომლებსაც აკადემიურ მიღწევებთან ან პირად ურთიერთობებთან დაკავშირებით, ემოციური სტრესი აღენიშნებათ. თავის ტკივილი ხშირად დიფუზურია, შუახაზოვანი, იშვიათად ცალმხრივი. ხშირად წარმოიქმნება ისეთ რეგულარულ სტრესულ მდგომარეობასთან დაკავშირებით, როგორცაა სკოლა. ტკივილი შეიძლება იყოს ძალიან ძლიერი და არ იხსნებოდეს მარტივი ანალგეტიკების მიღების შემდეგ. აუცილებელია, სკოლისათვის მიმართვის გაკეთება სპეციალური ცნობის სახით აღნიშნულ პრობლემასთან დაკავშირებით, მით უმეტეს თუ ბავშვი უარს ამბობს სკოლაში სიარულზე.

მკურნალობა:თუ გასინჯვისას ნორმალური შედეგები მივიღეთ, პოტენციური სტრესის ფაქტორის განხილვის შემდეგ, მკურნალობა მიმდინარეობს დამშვიდების სახით. ბავშვი ერთი თვის შემდეგ, კვლავ უნდა იქნას შეფასებული ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, სკოლის ექიმის ან ექთნის მიერ. თუ პრობლემა კვლავ რჩება ან აღმოვაჩინთ სერიოზულ ემოციურ ფაქტორებს, შესაძლებელია ბავშვი საკონსულტაციოდ გაიგზავნოს ოჯახის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდში.

შაკიკი

შაკიკი ბავშვთა დაახლოებით 5%-ს აღენიშნება. 75%-ს კი აქვს დადებითი ოჯახური ანამნეზი. კლასიკურად იგი წარმოდგენილია უნილატერალური, პულსაციური, მწვავე თავის ტკივილით. ტკივილი შეიძლება დაიწყოს თვალბუდეებიდან და გავრცელდეს გარეთა მიმართულებით.

თანმხლები სიმპტომები

- თავბრუსხვევა;
- გულისრევა და ღებინება;
- მხედველობითი ფენომენი დ დაბინდულობა, მოციმციმე სინათლე, ვარსკვლავები, სკოტომები, ფოტოფობია;
- მუცლის ტკივილი;

- ჰემიპლეგია და ეს ძალიან შემაშფოთებელი სიმპტომია და შეიძლება მონაცვლეობდეს ერთი მხრიდან მეორეზე (ბავშვებში ნაკლებად გვხვდება);
- ატაქსია, თავბრუსხვევა და ვიზუალური ანომალიები ჩნდება ბაზილარული არტერიის შაკიკის დროს, რომელიც ასევე იშვიათია ბავშვთა ასაკში.

მკურნალობა:

- სიმპტომატური: ბევრი ბავშვი შვებას ნახულობს მშვიდ, ბნელ ოთახში დასვენებით.
- მედიკამენტები:
 - მარტივი ანალგეტიკები (უმჯობესია ხსნადი) თავიდანვე უნდა დაინიშნოს მაქსიმალური დოზით.
 - პროფილაქტიკური მკურნალობა, მაგ: pizotifen ან propranolol ხშირი და შემაწუხებელი შეტევების შემთხვევაში. ამ მედიკამენტების გამოყენებას აზრი არა აქვს იმ შემთხვევაში თუ შეტევები კვირაში ერთზე ნაკლებია.
 - სიმპტომური მკურნალობისთვის - 5HT აგონისტები. მაგ: naratriptan-ი ხშირად უფრო ეფექტურია ვიდრე ergotamine. ამ მედიკამენტების მნიშვნელოვანი მახასიათებელი ის არის, რომ თუ ისინი ეფექტურნი არიან, მაშინ ისმება შაკიკის დიაგნოზი. თუმცა ბავშვებში ორივე პრეპარატი ფრთხილად უნდა გამოვიყენოთ და 12 წლამდე სპეციალისტის მხარდაჭერის გარეშე არ უნდა დავნიშნოთ.

დიეტა - ზოგიერთი ბავშვი ალერგიულია ისეთი საკვებისადმი როგორცაა, მაგ: შოკოლადი, კვერცხი, ძროხის რძე, გლუტენი, ყველი და საკვების დანამატები. თუ ანამნეზით ამ კავშირის დადგენა ხერხდება, დიეტოლოგის დახმარებით შეიძლება ვცადოთ გამორიცხვითი ტიპის დიეტა.

თავის ტკივილი

ხშირი მიზეზები:

- ფებრილური დაავადება;
- სინუსიტი;
- შაკიკი;
- დამაბულობასტრესი;
- მენინგიტი/ენცეფალიტი.

სხვა მიზეზები:

- სპასტიკური კისერმრუდობა (Torticollis);
- თავის ტრავმა;
- თავის ტვინის სიმსივნე/აბსცესი/ცისტა;
- კეთილთვისებიანი ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია;
- სუბარაქნოიდალური ჰემორაგია;
- ტვინშიდა ჰემორაგია;
- ძლიერი ჰიპერტენზია;
- კბილის ტკივილი;
- საფეთქელ-ყბის სახსრის ტკივილი.

ანამნეზი - ეძებეთ მომატებული ინტრაკრანიალური წნევის სიმპტომები.

- ხანგრძლივობა, ლოკალიზაცია, დღის პერიოდი, თანმხლები სიმპტომები, ახლავს თუ არა ღებინება, სიხშირე.
- მაპროვოცირებელი ფაქტორები, მაგ: შაკიკი საკვების \ სასმელის შედეგად.
- თუ შესაძლებელია, გამოვიკვლიოთ ემოციური \ ოჯახური ასპექტები დამაბულობის და სტრესის გამოსარიცხად.
- შევამოწმოთ მენინგიტზე/კურპურული გამონაყარი (purpuric rash).

მართვა

- მწვავე ფებრილური დაავადება - ტემპერატურის კონტროლი და თუ საჭიროა ანტიბიოტიკები;
- ეჭვი მენინგიტზე - სტაციონარში გაგზავნა;
- შაკიკი \ დამაბულობა \ სტრესი;
 - გამოიყენეთ თავის ტკივილის დღიური და მიეცით ახსნა-განმარტება.
 - საკვების გამორიცხვა, მაგ: შოკოლადი, ყველი.
 - მარტივი ანალგეტიკები.
 - შესაძლო პროფილაქტიკური მკურნალობა, მაგ: pizotifen- ით.

თავის ტრავმა

განვითარებულ ქვეყნებში, თავის დაზიანებები ქუჩაში უბედური შემთხვევების გამო ბავშვთა სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენს. სამწუხაროდ, განვითარებადი ქვეყნებიც ამ მაჩვენებლით თანდათან ეწევიან განვითარებულ ქვეყნებს. 16 წლამდე თავის შეფარდებითი ზომა თანდათან მცირდება, ასე რომ პატარა ბავშვის თავი განსაკუთრებით რისკის წინაშეა. დაცემისას, ხშირად პირველად თავის დარტყმა ხდება.

შეფასება - ანამნეზი:

- რა სიმაღლიდან მოხდა დაცემა;
- წინა მდგომარეობები, რასაც შეიძლება გამოეწვია დაცემა, მაგ: ეპილევსია, ცერებრალური დამბლა, სისხლდენა;
- დაცემისას საგნის ზედაპირის ხარისხი;
- ნევროლოგიური სტატუსი უშუალოდ დაცემის შემდეგ, აღინიშნებოდა თუ არა გრძნობის დაკარგვა, გულყრები, გულის რევა, ატაქსია;
- როგორ მოხდა შემთხვევა.

გასინჯვა:

- გასინჯეთ თავი, ხომ არ არის შესიება, სილურჯე, ღია ჭრილობა, მოტეხილობა, ასევე წინა ყიფლიანდი მცირე ასაკის ბავშვებში, გაზომეთ თავის გარშემოწერილობა;
- ჩახედეთ ყურებში, ცხვირში და ხომ არ არის სისხლდენა ან ცერებროსპინალური სითხის გამოჟონვა.

სტაციონარში გაგზავნის ჩვენებებია:

- ეჭვი თავის ქალის მოტეხილობაზე;
- ცნობიერების შეცვლა;
- კეროვანი ნევროლოგიური ცვლილებები;
- გულყრები;
- შეუჩერებელი (პერსისტიული) გულისრევა;
- სოციალური მიზეზები: ჰყავს თუ არა ბავშვს მომვლელი, რომელსაც შეუძლია სათანადო ყურადღება მიაქციოს მას;
- ეჭვი, რომ დაზიანების მიზეზი არ არის უბედური შემთხვევა.

თუ არცერთ ზემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევას ადგილი არა აქვს, ბავშვი შეგვიძლია გავუშვათ სახლში და მომვლელებს ავუხსნათ თუ როგორ მიაქციონ ყურადღება მომატებული ინტრაკრანიალური ნიშნების გამოჩენას. ასევე აუცილებელია, ბავშვის გაღვიძება ყოველ ორ საათში ერთხელ, მომდევნო 12 საათის განმავლობაში.

თავის მძიმე ტრავმების მართვა

შეიძლება საჭირო იყოს პირველი გადაუდებელი დახმარების გაწევა, რაც გულისხმობს სასუნთქი გზების განთავისუფლებას (გაწმენდას) და საჭიროების შემთხვევაში კარდიო-პულმონალური რეანიმაციის ჩატარებას. თუ შესაძლებელია, უნდა გამოვიძახოთ გადაუდებელი დახმარების გუნდი. ასევე თუ აღჭურვილობა ხელმისაწვდომია, უნდა დავდგათ ინტრავენური სისტემა – ტრავმული შოკის სამკურნალოდ. საავადმყოფოში ტრანსპორტირებამდე ხერხემალი და ნებისმიერი მოტეხილი კიდური ფიქსირებული უნდა იყოს. გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ბავშვი უნდა ნახოს ტრავმატოლოგმა ან პედიატრმა.

მკურნალობა შეიძლება მოიცავდეს:

- პლაზმის და სისხლის ტრანსფუზიას;
- ვენტილაციას და შესაძლოა ჰიპერვენტილაციას pCO_2 -ის და ინტრაკრანიალური წნევის შესამცირებლად;
- ანტიეპილეფსიურ მკურნალობას;
- ანტიბიოტიკებს (თავის ქალის მოტეხილობის შემთხვევაში);
- ინტრაკრანიალური წნევის მონიტორინგს კლინიკურად ან წნევის გამზომის საშუალებით;

მოტეხილობის ან ინტრაკრანიალური სისხლდენაზე ექვსის შემთხვევაში საჭიროა თავის ქალის რენტგენოგრაფია ან CT/IMR. თუ კლინიკური სურათი უარესდება, იმის მიუხედავად არის თუ არა ქალას მოტეხილობა, ნეიროქირურგის კონსულტაცია საჭირო.

პროგნოზი - თავის სერიოზული დაზიანების შემდეგ ბავშვები, ხშირად, გამოჯანმრთელდებიან ხოლმე. პროგნოზის განმსაზღვრელი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორებია გონების დაკარგვის და ამნეზიის ხანგრძლივობა. მომავალში ეპილეფსიის განვითარების რისკი დაახლოებით 6%-ია. აქედან შემთხვევათა 50%-ში დაავადება ვლინდება დაზიანებიდან 12 თვის განმავლობაში.

ინტრაკრანიალური ჰემორაგია

სუბდურული ჰემორაგია

სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს ტვინის არაქნოიდურ და რბილ გარსებს შორის არსებული სუსტი კორტიკალური ვენების მთლიანობის დარღვევისას, პირდაპირი ან ზეწოლითი დაზიანების შემთხვევაში. სუბდურული ჰემორაგია შეიძლება გავითარდეს ნებისმიერ ასაკში, მათ შორის ახალშობილებშიც, სამშობიარო ტრავმის შედეგად. უფრო მოზრდილ ბავშვებში კი მას იწვევს თავის ტრავმული ან არატრავმული დაზიანება. ეს უკანასკნელი ხშირად ნჯღრევის შედეგია და ამ დროს სისხლჩაქცევები ბადურაშიც აღინიშნება.

ქრონიკული სუბდურული ჰემორაგია ყალიბდება მაშინ, როდესაც არ ტარდება მკურნალობა. ის იწვევს ინტრაკრანიალური წნევის მყარ მომატებას, რადგან არ ხდება ჰემატომის სრული გაწოვა. ქრონიკული სუბდურული ჰემორაგია თავის არა-ტრავმული დაზიანების ან ბაქტერიული მენინგიტის მეტად მნიშვნელოვანი გართულებაა და ვლინდება გაღიზიანებადობის, განვითარების შეფერხების და კეროვანი ნევროლოგიური ცვლილებების სახით. თუ შესაძლებელია უნდა გაკეთდეს CT და MRI სკანირება დადებითი პასუხის შემთხვევაში საჭიროა ნეიროქირურგის კონსულტაცია შესაძლო დრენირების შესახებ.

მცირე ასაკის ბავშვებში დიაგნოსტიკური/თერაპიული დრენირების გაკეთება შესაძლებელია წინა ყიფლიბანდის შუახაზიდან 1-2 სმ-ით დაშორებით ლატელარული ნაკერებიდან, ნემსის ფრთხილი შეყვანით.

ექსტრადურალური ჰემორაგია

ამ ტიპის ჰემორაგია ბავშვებში იშვიათად გვხვდება და ვითარდება თავის ტვინის მაგარი გარსის ვენების მთლიანობის დარღვევის გამო. თავის ქალის მოტეხილობა შეიძლება არ იყოს. სისხლი ნელ-ნელა მოჟონავს და იწვევს თანდათანობით სხვადასხვა სიმპტომების - თავის ტკივილის, ძილიანობის, გაღიზიანებადობის, გულისრევის განვითარებას. ზოგჯერ კი, ადგილი აქვს გულყრებს და კრანიალური ნერვის დაზიანების ნიშნებს.

მართვა: თავის ტვინის სკანირება და გადაუდებელი ნეიროქირურგიული ჩარევა.

მომატებული ინტრაკრანიალური წნევა

შეიძლება გამოვლინდეს მწვავედ: გულისრევით, კრანიალური ნერვის დამბლით, ცნობიერების შეცვლით და ახალშობილებში წინა ყიფლიბანდის დაჭიმულობით. გამომწვევი მიზეზებია ჰიდროცეფალია და ზეწოლის გამომწვევი წარმონაქმნები: სიმსივნე და აბსცესი. ინტრაკრანიალური წნევის ქრონიკული მომატების გამოვლინება არასპეციფიკურია., აღინიშნება თავის ტკივილი, გულისრევა, დიპლოპია და დაბინდული მხედველობა. ყველაზე ხშირი მიზეზებია: შუა ყურის ან სხვა ინფექციები, თავის მსუბუქი ტრავმები, სტეროიდების მოხსნა, ვიტამინ A-ით ინტოქსიკაცია და ტეტრაციკლინით მკურნალობა.

ინფექციები

ბაქტერიული მენინგიტი - მენინგიტის გამომწვევები:

ახალშობილებში:

- B ჯგუფის სტრეპტოკოკი;
- E – Coli (ნაწლავის ჩხირი);
- იშვიათად - *Listeria monocytogenes*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Klebsiella*.

2 წლამდე ასაკის ბავშვებში:

- *Neisseria meningitidis*
- B ტიპის სეროტიპი 70%-ში
- C ტიპის სეროტიპი 25%-ში
- *Haemophilus influenzae* - B ტიპი (იშვიათია Hib იმუნოზაციის დანერგვის შემდეგ).
- *Streptococcus pneumoniae*.

2 წლის ზევით ასაკის ბავშვებში:

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Neisseria meningitidis*
- იშვიათად - *Staphylococcus aureus*.

მენინგიტი შეიძლება გამოიწვიოს მიკროორგანიზმებმა, რომლებიც ნებისმიერი პირველადი კერიდან ჩვეულებრივ სისხლის ნაკადით ვრცელდებიან. იშვიათად, მენინგიტი შეიძლება განვითარდეს მომიჯნავე სტრუქტურებიდან პირდაპირი ბაქტერიული ინვაზიით, მაგ: მასტოიდიტიდან, ოსტეომიელიტიდან, მოტეხილი თავის ქალიდან, ანატომიური დეფექტიდან (მაგ: დერმალური სინუსი, *spina bifida*) ან იატროგენული მიზეზით (მაგ: ნეიროქირურგია, ლუმბალური პუნქცია ან პარაკუჭების შუნტირება).

მენინგიტი შეიძლება გამოიწვიოს ყველა მიკროორგანიზმმა, თუ იგი ცნს-ში მოხვდება, რადგან აქ დაცვითი მექანიზმების სუსტია და ინფექცია სწრაფად ვრცელდება. თავის ტვინის ძირითადი დამცველი სტრუქტურაა ჰემატოენცეფალური ბარიერი, რომელიც ჩვეულებრივ აკავებს და არ ატარებს მიკრობებს, ისევე როგორც მრავალ მსხვილ-მოლეკულურ ნივთიერებას (მედიკამენტების ჩათვლით).

კლინიკური მახასიათებლები: მენინგიტის კლასიკური ნიშნები

- ტემპერატურა;
- თავის ტკივილი;
- გაღიზიანებადობა;
- ცნობიერების შეცვლა;
- ფოტოფობია;
- გულისრევა;
- კისრის კუნთების რიგიდულობა;
- გამონაყარი.

გასინჯვისას ბავშვი თავს ცუდად გრძნობს გაღიზიანებული და მოუსვენარია. თუ ამავე დროს აღინიშნება კისრის კუნთების რიგიდობა, კერნიგის (ბარძაყის და მუხლის სახსარში მოხრილი ფეხის გაშლისას აღინიშნება მტკივნეულობა) და ბრუძინსკის (კისრის მოხრასთან ერთად იხრება ბარძაყის და მუხლის სახსრები) დადებითი ნიშნები – მენინგიტზე უნდა ვიფიქროთ. ამასთან ერთად მაკულური ან პეტექიური გამონაყარის არსებობა კი პათოგნომურ ნიშანს წარმოადგენს.

მენინგიტის დიაგნოსტიკა ჩვილებში - ჩვილ ბავშვებში მენინგიტის კლასიკური ნიშნები შეიძლება არ იყოს გამოხატული. სიმპტომები ხშირად არასპეციფიკურია: გამოხატულია ტემპერატურა, ძილიანობა, კვების გართულება და მაღალი ტონალობის ტირილი. გასინჯვისას კარდინალურ ნევროლოგიურ კლინიკურ ნიშანს წარმოადგენს გამოხერხილი ან დაჭიმული ყიფლიბანდი. ახალშობილთა მენინგიტის დიაგნოსტიკა კლინიკურად კიდევ უფრო რთულია, ვიდრე ჩვილი ბავშვების. მისი ნიშნებია მოუსვენრობა, აპნოეს და ბრადიკარდიის შეტევები, ჰიპოთერმია და სიყვითლე. ახალშობილებში ლუმბალური

პუნქციის გაკეთება მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს ინფექციის რუტინული სკრინინგისათვის.

მართვა: ბაქტერიულ მენინგიტზე ეჭვი იმ რამდენიმე მდგომარეობიდან ერთერთია, როდესაც პირველადი სასწრაფო დახმარების ჩატარება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ხდება. ამ შემთხვევაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა უნდა გააკეთოს ბენზილპენიცილინის ინექცია ინტრავენურად და სასწრაფოდ გადაგზავნოს ბავშვი სტაციონარის პედიატრიულ განყოფილებაში. სტაციონარში მისვლისთანავე კეთდება პენიცილინი ინტრავენურად (თუ იგი მანამდე არ იყო გაკეთებული). შემდგომი მართვისთვის ბავშვს ესაჭიროება გამოცდილი პედიატრის მიერ შეფასება.

გართულებები:

ადრეული — კრუნჩხვები, ტვინის შეშუპება, სუბდურული გაჟონვა, სისხლჩაქცევა თირკმელზედა ჯირკვლებში

გვიანი - სიყრუე _ ნეიროსენსორული ტიპის. ყველას, ვინც გადაიტანს მენინგიტს, უნდა ჩაუტარდეს სმენის ტესტი; ეპილეფსია _ დაახლოებით 5%-ში; ცერებრალური დამბლა - დაახლოებით 2%-ში; ათვისების სირთულეები _ დაახლოებით 2%-ში; კანის ნეკროზის განვითარება იმ ადგილებში სადაც ვრცელი პურპურული გამონაყარი იყო. შეიძლება საჭირო გახდეს ტრანსპლანტაცია. იშვიათად საჭირო ხდება თითების ან კიდურების ამპუტაცია.

პრევენცია - პირველადი

- 1992 წლიდან Hib იმუნიზაციამ მნიშვნელოვნად შეამცირა Heamaphilus-ით გამოწვეული მენინგიტის სიხშირე.
- C ჯგუფის მენინგოკოკური ვაქცინა გამოჩნდა 1999 წელს. ფაქტიურად არ არსებობს B ჯგუფის საწინააღმდეგო ვაქცინა, რომელიც მენინგოკოკური ინფექციის შემთხვევათა 60%-ს იწვევს.
- პნევმოკოკური ვაქცინა რეკომენდირებულია მხოლოდ მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის (ნამგლისებურ უჯრედოვანი დაავადება, სპლენექტომია, ნეფროზული სინდრომი).

მეორადი - ინფექციური დაავადებების კონტროლის ცენტრის ადგილობრივი კონსულტანტი სასწრაფოდ ინფორმირებული უნდა იქნას მენინგიტის შემთხვევის შესახებ. კონტაქტში მყოფ პირთა მკურნალობა წარმოებს რიფამპინით, რომელიც ეფექტურია მენინგოკოკის და ჰემოფილუსის წინააღმდეგ. თუ სპეციფიკური მენინგოკოკური სეროტიპისათვის არსებობს ვაქცინა, მაშინ იმუნიზაცია უნდა ჩაუტარდეს ოჯახის წევრებს და კონტაქტში მყოფ პირებს (მაგ. საბავშვო ბაღი, სკოლა). ეს ძალიან მნიშვნელოვანია დაავადების ეპიდემიის დროს.

ვირუსული (ასეპტიური) მენინგიტი

სიმპტომები ბაქტერიული მენინგიტის მსგავსია, მაგრამ ნაკლებად მძიმე. პროცესი ჩვეულებრივ მენინგოენცეფალიტურია და მოსდევს ეგზანთემატოზურ დაავადებებს.

დიაგნოზის დასმა ხდება ლუმბალური პუნქციის მეშვეობით, რომელიც გვიჩვენებს საშუალო რაოდენობით სისხლს თეთრი უჯრედებით, ძირითადად, ლიმფოციტებით. დათესვით ბაქტერიები არ ჩანს, მაგრამ ვირუსების დანახვა შესაძლებელია ელექტრონული მიკროსკოპით. დაავადების მწვავე და კონვალესცენტურ პერიოდში სეროლოგიური ანალიზი გვიჩვენებს ვირუსული ანტისხეულების მომატებულ ტიტრს.

ეტიოლოგიური მკურნალობა არ არსებობს. პაციენტს უტარდება სიმპტომატური მკურნალობა: წოლითი რეჟიმი, ანალგეტიკები და საჭიროების შემთხვევაში ინტრავენურად სითხეები. პროგნოზი ძალიან კარგია.

ინვაზიური ენცეფალიტი

ამ ტიპის ენცეფალიტი ჩნდება მაშინ, როდესაც მიკრობი პირდაპირ აზიანებს ტვინის ქსოვილს და მისი ნახვა შესაძლებელია ბიოფსიურ მასალაში. უჯრედები დაშლილია და ადგილობრივად გამონატულია შესიება და ანთებითი პროცესი. ანთება ვრცელდება ტვინის გარსებზეც, რაც მენინგეალურ ნიშნებს იწვევს (მენინგო-ენცეფალიტი).

პოსტ-ინფექციური ენცეფალიტი

ამ ტიპის ენცეფალიტი გამოწვეულია იმუნური რეაქციით ინფექციურ დაავადებაზე (ან იშვიათად ვაქცინაციაზე). ტვინის ბიოფსია ან აუტოფსია გვიჩვენებს პერივასკულურ ანთებას და დემიელინიზაციის არეებს.

კლინიკური ნიშნები:ძილიანობა, ცნობიერების მსუბუქი შეცვლა, კონფუზიასა და დელირიუმთან ერთად – შეიძლება სწრაფად პროგრესირდეს კომაში; **აგრეთვე**, თავის ტკივილი; კონვულსიები (კეროვანი გულყრები მეტყველებს ჰერპესულ ენცეფალიტზე); კრანიალური ნერვის პათოლოგია; მოტორული დარღვევები; ატაქსია (განსაკუთრებით ჩუტყვავილასთან დაკავშირებული მენინგიტის დროს).

მართვა - თუ ეჭვი გვაქვს ჰერპესულ ინფექციაზე, სასწრაფოდ უნდა დაიწყოს ანტივირუსული მკურნალობა აციკლოვირით.

ენცეფალოპათია

ეს ტერმინი გამოიყენება, მაშინ როდესაც ტვინის დაავადება ინფექციური აგენტით არ არის გამოწვეული; კლინიკური ნიშნები ისეთივეა, რაც ენცეფალიტის დროს; დიაგნოზის დასმა ხდება ანამნეზით და გამოკვლევის საფუძველზე გამომწვევის იდენტიფიკაციის შედეგად;

მართვა: ფონური დაავადების მკურნალობა და ნევროლოგიური მდგომარეობის სიმპტომური მკურნალობა, სათანადო გადაწყვეტილების მიღებამდე.

ნერვ-კუნთოვანი დაავადებები

მოტორული ფუნქცია შეიძლება დაზიანდეს ნებისმიერ წერტილში გამტარი გზის გასწვრივ, დაწყებული თავის ტვინის ქერქიდან, (მაგ: ენცეფალოპათია, ენცეფალიტი), აღმავალი ნეირონის დონეზე თავის ან ზურგის ტვინის ფარგლებში (მაგ: ტრავმა, სისხლმარღვოვანი დაავადებები), ზურგის ტვინის წინა რქის უჯრედები (ზურგის კუნთოვანი ატროფია), დაღმავალი მოტორული ნეირონი (პერიფერიული ნეიროპათია), ნეირომუსკულარული სეერტების წერტილსი (მიასთენია) და ბოლოს, კუნთებში (კუნთოვანი დისტროფია და მიოპათია). შესუსტებული მგრძნობელობა შეიძლება გამოიწვიოს თავის ტვინის, ზურგის ტვინის ან პერიფერიული ნერვების დაზიანებამ.

გილიან-ბარის (Guillain-Barre) სინდრომი

გილიან-ბარის სინდრომი პოლინეიროპათიის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. იგი ვითარდება მწვავე ვირუსული ინფექციის გადატანიდან რამდენიმე დღის შემდეგ ან იშვიათად იმუნოზაციის შემდეგ, როგორც იმუნური რეაქცია.

კლინიკური ნიშნები:ინფექცია ანამნეზში; თავდაპირველად მგრძნობელობის დაკარგვა ხელის მტევნებში და ტერფებში; შემდეგ, გამოხატული პროგრესული სისუსტე, რომელიც ჩვეულებრივ ფეხებიდან იწყება და აღის ზემოთ მკლავებისაკენ, ტორსისაკენ და კრანიალური ნერვებისაკენ (სახის დამბლა შემთხვევათა 50%-ში ვითარდება); სასუნთქი კუნთები ზიანდება შემთხვევათა 20%-ში; ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დაზიანება – წამოწითლება, ოფლიანობა და სფინქტერის კონტროლის უნარის დაკარგვა.

მკურნალობა:სიმპტომური - საექთნო მოვლა, ფიზიოთერაპია, საჭიროების შემთხვევაში სასუნთქი გზების ვენტილაცია.

პროგნოზი:გამოჯანმრთელება იწყება 1-3 კვირის შემდეგ, ხოლო სრულიად გაჯანსაღება ხდება 2-12 თვის განმავლობაში.

მემკვიდრული მოტორული და სენსორული ნეიროპათიები - ეს არის თანდაყოლილ ნეიროპათიათა ჯგუფი, რომელიც მემკვიდრეობით გადაიცემა აუტოსომურ-დომინანტური ან რეცესიული გზით. ეს პათოლოგიები უპირატესად მოტორული არიან და ხშირად ხანგრძლივი კუნთოვანი დისბალანსის გამო პოზიციური (პოზის) ანომალიები აღინიშნება.

სხვა მემკვიდრული ნეიროპათიები:

სენსორული ნეიროპათია - ძირითადად დისტალურია დ იწვევს უმტკივნეულო წყლულების განვითარებას;

ოჯახური დისავტონომია - გადაეცემა რეცესიულად. ძირითადად გვხვდება ებრაულ ოჯახებში. პროცესი მოიცავს ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემას, რაც იწვევს თერმორეგულაციის დარღვევას, ჰიპოტენზიას და ტირილის დროს ცრემლების გაქრობას. ვლინდება ჩვილობის ასაკში კვების პრობლემებით. დიაგნოზი ისმევა გლუვი ენის, ტკივილის შეგრძნების დაქვეითების და თვალის პათოლოგიების საფუძველზე. პროგნოზი ცუდია.

ტოქსიკური ნეიროპათიები - პერიფერიული ნერვები შეიძლება დაზიანდეს მედიკამენტებით (ნიტროფურანტიონი, ფენიტინი, იზონიაზიდი, ვინკრისტინი), ინსექტიციდებით (ორგანოფოსფატებით), ინდუსტრიული ქიმიური ნივთიერებებით (მაგ: აკრილამიდი, ტრიქლორეთანი) და მძიმე ლითონებით (მაგ: ტყვია, დარიშხანი, ვერცხლისწყალი).

სახის (ბელის) დამბლა

- სახის ნერვის ქვედა მოტორული ნეირონის დამბლა;
- ხშირად დაკავშირებულია ზედა სასუნთქი გზების ინფექციასთან;
- იწყება ტკივილით სახის ან ყურის მიდამოში;
- შემდეგ მოჰყვება სახის სისუსტე (პირი დევიაციას განიცდის საპირისპირო მხარეს);
- თუ პაციენტი ნანახი იქნა პირველი 72 საათის განმავლობაში, დანიშნეთ ორალური კორტიკოსტეროიდები 2 კვირის განმავლობაში;
- აუხვიეთ თვალი, თუ რქოვანას მგრძობელობა დაზიანებულია;
- გამოჯანმრთელდება 3 თვის განმავლობაში
- შეამოწმეთ სისხლის წნევა, რადგანაც ბელის დამბლა შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჰიპერტენზიასთან.

მხრის წნულის დაზიანებები

ამ დაზიანებათა ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზი სამშობიარო ტრავმაა, რომელიც დღესდღეობით იშვიათია. მხრის წნულის დაზიანება (C5, 6, 7, T1 ნერვთა ფესვები) შეიძლება გამოწვეული იყოს ძლიერი გამოქაჩვით მშობიარობის პროცესში, მენჯით წინმდებარეობის დროს, როდესაც თავი იჭედება, ან თავის წინმდებარეობის დროს, როდესაც ტანის გამოსვლა გართულებულია. ნერვის ფესვების დაზიანება ხდება სიმსივნის ან ჰემატომის ზეწოლისაგან (ამ დროს გამოჯანმრთელება შესაძლებელია) ან იშვიათად, გაგლეჯის გამო (ამ შემთხვევაში გამოჯანმრთელება საეჭვოა). მხრის წნულის დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს მოგვიანებით მიღებულმა ტრავმამაც.

მიასტენია - მოტორულ დაბოლოებებში ხდება აცეტილქოლინის რეცეპტორების ბლოკირება იმუნოგლობულინის აუტოანტისხეულებით და აქედან გამომდინარე,

რეცეპტორები ვეღარ იღებენ იმპულსებს ქვედა მოტორული ნეირონის დეპოლარიზებული დაბოლოებებიდან.

ნეიროდეგენერაციული დაავადებები - იშვიათი, მაგრამ მნიშვნელოვანი პათოლოგიებია, რომლებიც პროგრესულ მოშლილობებს იწვევენ. ესენია: დემენცია, ეპილეფსია, სიბრმავე და მოტორული პრობლემები. ჩვეულებრივ გადაცემა ხდება აუტოსომურ-რეცესიული გზით. ამიტომ, დიაგნოზის დადგენა და გენეტიკური კონსულტაცია აუცილებელია. მდგომარეობა შეუჩერებლად უარესდება და ხშირად შედეგები ძალიან მძიმეა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც რამდენიმე ოჯახის წევრია დაავადებული. დაავადებულებს სჭირდებათ განსაკუთრებული მოვლა, აუცილებელია ყურადღების გამახვილება ავადმყოფი ბავშვის და-მმებზე.