

ეპილექსიური სტატუსის მართვა

პრობოკოლი
გალაუდებელი დახმარების აქიზისათვის

1. განმარტება

ეპილექსიური სტატუსი (ლათ. „epileptic state“) ეპილექსიის ყველაზე მნიშვნელოვანი, სიცოცხლისათვის საშიში გართულებაა და აღენიშნება ეპილექსიით დაავადებულთა 5-10%-ს, სტატუსის მქონე პაციენტების 20%-ში მოსალოდნელია ტეტანური გამოსავალი.

სტატუსის დროს ეპილექსიური შეტევების მიმდინარეობა გახანგრძლივებულია (30 წთ-ზე მეტი), ან ვითარდება ისეთი თანმიმდებრობით, რომელთა შორის ინტერვალებში გულყრის შედეგად დარღვეული ნევროლოგიური ფუნქციების სრული აღდგენა ვერ ესწრება.

განარჩევნენ ეპილექსიური სტატუსის ორ ძირითად ჯგუფს: **ყრუნჩხვითი** და **არაყრუნჩხვითი გულყრების სტატუსი**.

ეპილექსიური სტატუსის აბაგორიზი

1. გენერალიზებული ყრუნჩხვითი გულყრების სტატუსი;
2. არაყრუნჩხვითი გულყრების სტატუსი (აბსანსები, რთული პარციალური გულყრები);
3. ფოკალური, მარტივი პარციალური გულყრების სტატუსი.

ეპილექსიური სტატუსის ყველაზე ხშირი ვარიანტია (80-85%) გენერალიზებული ტონურ-კლონურ ყრუნჩხვითი გულყრების სტატუსი.

გენერალიზებულ ტონურ-კლონურ ყრუნჩხვითა სტატუსი ნერვული სისტემის დაზიანების მძლავრი ფაქტორია, რომელიც შემდგომში ვლინდება ნევროლოგიური ან კოგნიციური ფუნქციების დარღვევებით. დარღვევების სიმძიმე პირდაპირ კორელაციაშია სტატუსის ხანგრძლივობასთან.

2. დიაგნოსტიკა

პირველ რიგში, საჭიროა, ყრუნჩხვითი და არაყრუნჩხვითი ეპილექსიური სტატუსის დიფერენცირება არაეპილექსიური მდგომარეობებისაგან.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

მდგომარეობები, რომლებსგანაც უნდა განვასხვავოთ ყრუნჩხვითი (კონვულსიური) სტატუსი	მდგომარეობები, რომლებსგანაც უნდა განვასხვავოთ არაკონვულსიური სტატუსი
<ul style="list-style-type: none">• მოძრაობითი დაავადებები• ფსევდოგულყრების სტატუსი• ტეტანუსი• ავთვისებიანი ჰიპერთერმია• ავთვისებიანი ნეიროლექსიური სინდრომი• დეცერებრაციული სპაზმები	<ul style="list-style-type: none">• ფსევდოგულყრების სტატუსი• დისოციაციური მდგომარეობები• ფუგა• პანიკური შეტევა• ჰიპერვენტილაცია, შფოთვა• მწვავე კონფუზიური მდგომარეობა მეტაბოლური ენცეფალოპათიების დროს• ტრანზიტორული გლობალური ამნეზია• ვერტებრობაზილარული შაკიკი

ეპილევსიური გულყრების სტატუსისგან აღნიშნული მდგომარეობების დიფერენცირება ხშირად რთულია. ამიტომ, თუ გულყრა გრძელდება 10-წთ-ზე მეტხანს, პაციენტი გადაყვანილ უნდა იქნას გადაუდებელი დახმარების ცენტრში, რათა თავიდან იქნას აცილებული ეპილევსიური სტატუსის არაკეთილსაიმედო გამოსავალი.

3. ჩრუნჩხვითი ეპილევსიური სტატუსის მართვითი და მართვა

სტატუსის მართვის ამოცანები

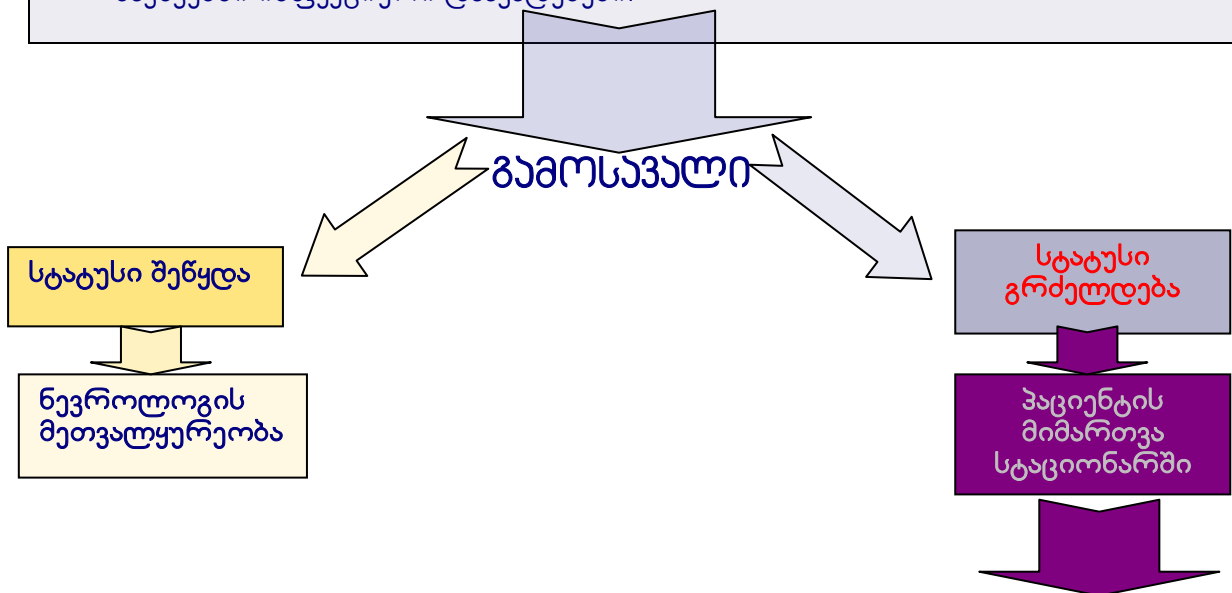
1. სასიცოცხლო ფუნქციების დაუყოვნებელი და ხანგრძლივი სტაბილიზაცია;
2. ნეირონული დაცვა (სტატუსის შეწყვეტა);
3. სტატუსის მიზეზისა და ხელშემწყობი ფაქტორების მკურნალობა (მენინგიტი და სხვ.);
4. სტატუსის სამედიცინო გართულებათა პრევენცია (ასპირაცია, დისემინირებული ინტრავასკულური ქოაგულაცია, თირკმლის უკმარისობა).

I ეტაპი ⇒ სტატუსის დაწყებიდან 0-20 წთ

გადაუდებელი ღონისძიებები ადგილზე

პირველადი ჯანდაცვა-სასწრაფო დახმარების ბრიგადა

- სასუნთქი გზების განვლადობის შემოწმება;
- პაციენტის უსაფრთხო პოზიის უზრუნველყოფა;
- სასიცოცხლო ფუნქციების სტაბილიზაცია და კონტროლი (სუნთქვის სიხშირე, პულსი, არტერიული წნევა, ეკგ, ოქსიჰემომეტრია, ინტრავენური ჯატეტერი და სხვ.);
- სწრაფი ზოგადი და ნევროლოგიური გასინჯვა – დიაგნოზის დაზუსტება;
- **ღიაზეპამის ინტრავენური ინექცია:**
დოზა: 0,2-0,4 მგ/კგ
ინექციის სიჩქარე: 1-2 მგ/წთ.
- მაპროვოცირებელი ფაქტორის დადგენა: ანტიკონვულსანტის შეწყვეტა, მენინგიტი, ენცეფალიტი, ქალა-ტვინის ტრავმა, ცერებრული ინფარქტი, თავის ტვინის სიმსივნე, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების აბსტინენციის სინდრომი, მეტაბოლური დარღვევები, მენინგოენცეფალიტი, ინტრაკრანიალური ჰემორაჯია, ბავშვებში ინფექციური დაავადებები.



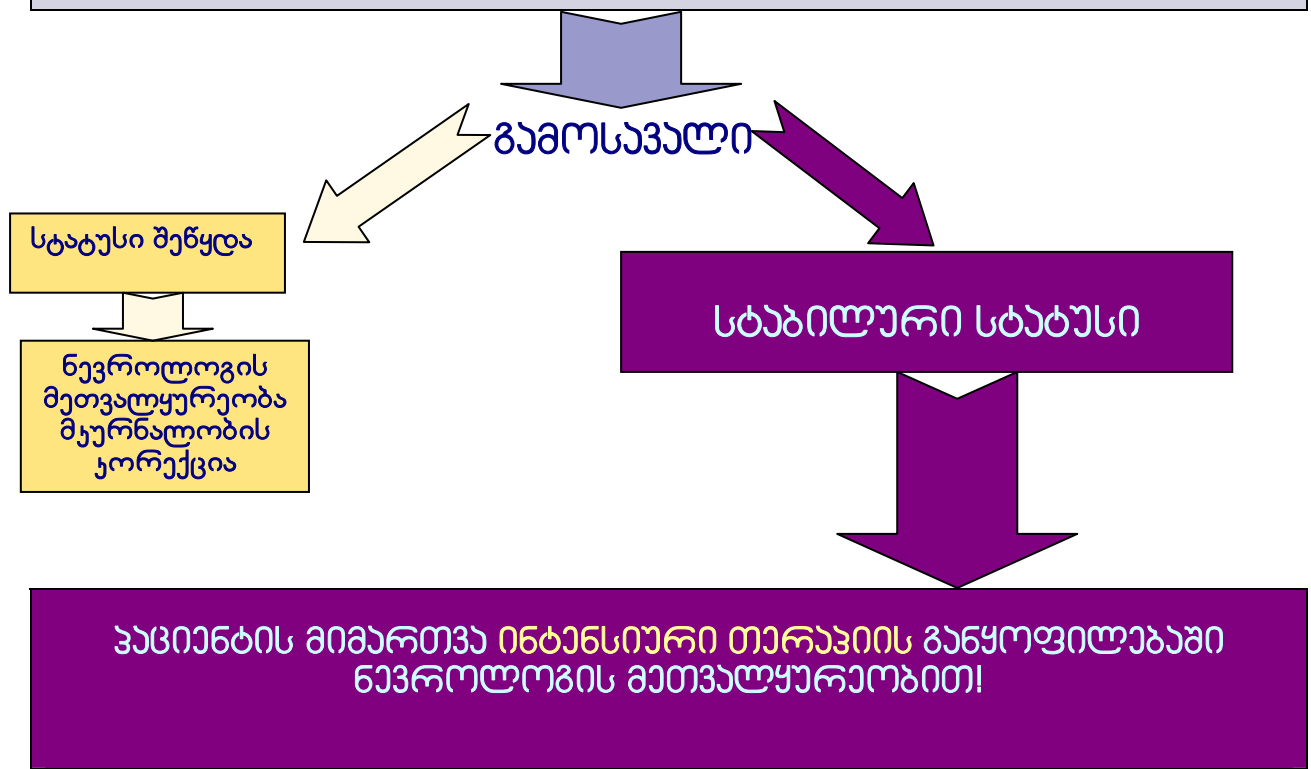
II ეტაპი ⇒ სტატუსის დაწვევიდან 20-30 წთ

გადაუღებელი მედიკამენტური თერაპია ჰოსპიტალის პირობებში

ეპილეფსიური სტატუსის დადგენისთანავე მიმღების ექიმმა უნდა გამოიძახოს ნევროლოგი, რომელიც მოქმედებს ავადმყოფის მდგომარეობის შესაბამისად.

ეტაპობრივი ქმედებები

1. დიაზეპამის ინტრავენური ინექცია;
(სტატუსის ეუპირება შეიძლება დაიწყოს ბარბიტურატებით ან ფენიტოინითაც)
დოზა: 0,2-0,4 მგ/კგ
ინფუზიის სიჩქარე: 1-2 მგ/წუთში
ერთ ჯერზე დიაზეპამის მაქსიმალური საინექციო რაოდენობა: 10 მგ.
განმეორებითი ინექციის შესაძლებლობა: პირველიდან 15 წთ-ის შემდეგ;
შემდგომი ინექციის შესაძლებლობა: სუნთქვისა და არტერიული წნევის კონტროლის ფონზე, წინა ინექციიდან 15 წთ-ში.
დიაზეპამის შერევა სხვა გამსხნელთან ან წამალთან არ შეიძლება (თუ ინსტრუქციაში არაა მითითებული).
2. განმეორებითი შეყვანის აუცილებლობა: როდესაც გულყრები 10 წუთზე მეტხანს გრძელდება.



III ეტაპი → სტატუსის დაწყებიდან 30-60 წთ

„სტაბილური სტატუსი“

ინტენსიური თერაპიის პარამეტრები:

1. ფენიტოინის ინტრავენური ინფუზია ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად;
ინფუზიის სიჩქარე: 50 მგ/წთ, არტერიული წნევისა და
ქარდიოგრამის კონტროლი;
საბოლოო დოზა: 18-20 მგ/კგ;

ფრთხილად! ფენიტოინის მაღალი დოზები იწვევს გულყრების პროვოცირებას!

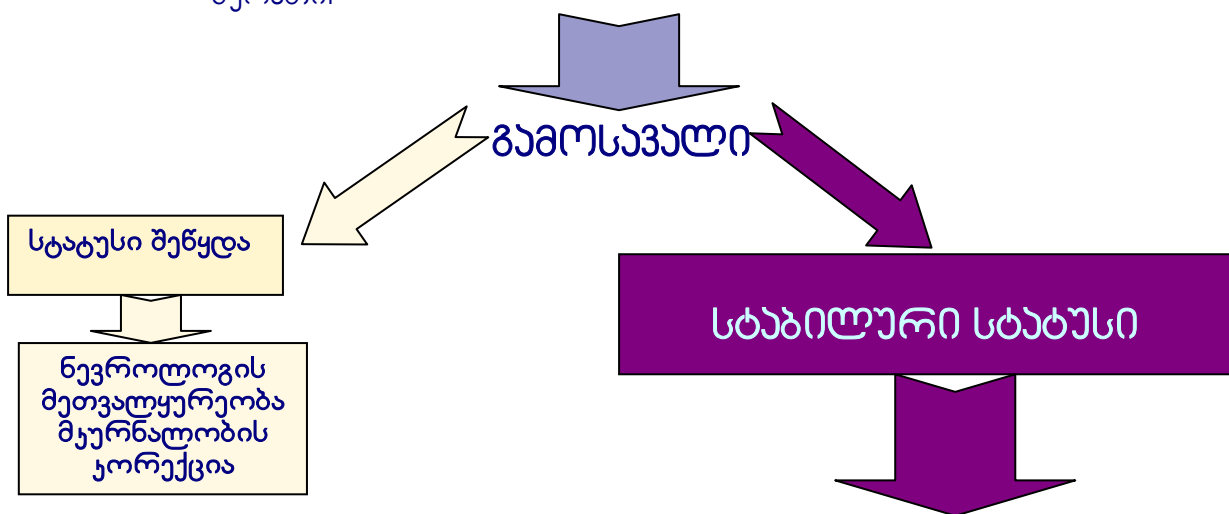
2. ფენობარბიტალის ინტრავენური ინფუზია ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად;
ინფუზიის სიჩქარე: 100 მგ/წთ, სუნთქვის რიტმისა და
არტერიული წნევის კონტროლი;
საბოლოო დოზა: 10-20 მგ/კგ;

კალამფსის შემთხვევაში:

მაგნეზიის სულფატის ინტრავენური ინფუზია, 2-4 გრამი, 20 წთ-ის ინტერვალით.

გადაუღებელი გამოწვევები:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- შარდში ტვიძლის ფუნქციების განსაზღვრა;
- სისხლში ანტიკონველსანტის კონცენტრაციის განსაზღვრა;
- სისხლში გლუკოზის, ქალციუმის, მაგნიუმის დონის განსაზღვრა;
- თირკმლის ფუნქციების განსაზღვრა;
- სხვა ანალიზების წარმოების აუცილებლობას განსაზღვრავს კლინიკური სურათი.



პაციენტის მიმართვა რანდომიზირებულ განყოფილებაში ნევროლოგის მეთვალყურეობით!

IV ეტაპი → სტატუსის დაფიქსირება 60-90 წმ

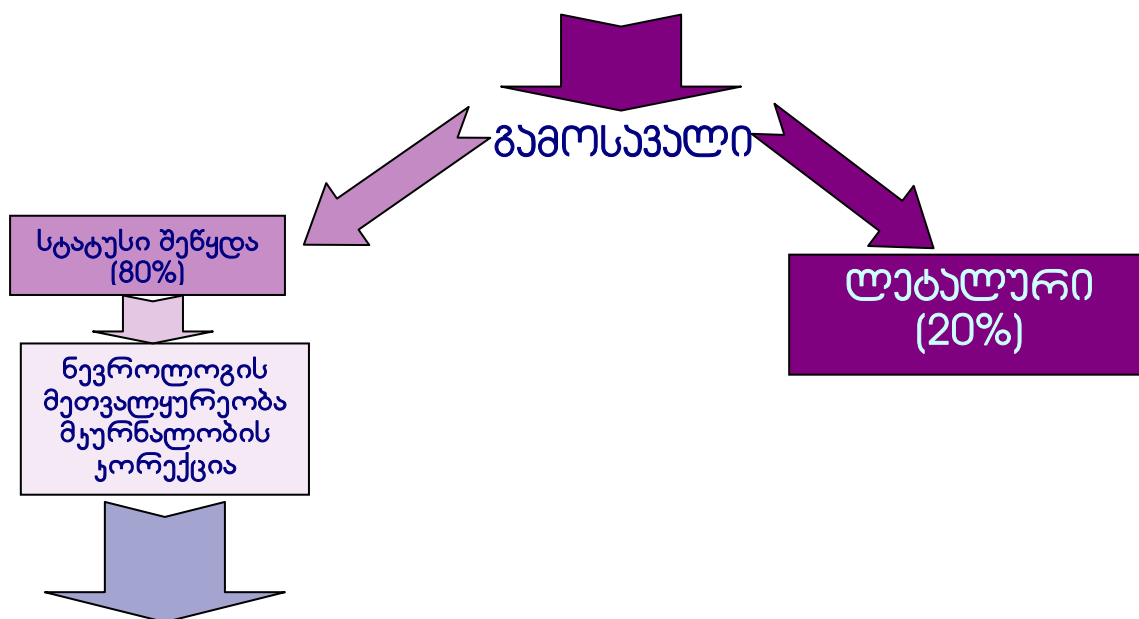
„რეფრაქტორული სტატუსი“

თერაპიის ვარიანტები:

1. ინტუბაციური ნარჩოვი თიოქანტალით
2. ინტუბაციური ნარჩოვი ჰეპტოზარბიტალით

გადაუღებელი გამოკვლევები

- თავის ტვინის კტ ან ბმრ გამოკვლევების ჩატარება;
- ეეგ-მონიტორინგი.



1. სუპრავიზორი ნევროლოგის მიერ დაყოვებლივ უნდა დაიწყოს ან აღდგას რაციონალური ანტიბიოტიკური თერაპია;
2. ვაცინაცია გაურალთობა უნდა გააგრძელდეს ზოგად ნევროლოგიურ განყოფილებაში;
3. უნდა დადგინდეს სტატუსის გამომწვევი მიზეზი და დაიწყოს მისი აღმოფხვრა;

4. რეაბილიტაცია და დახვეწება

პაციენტის მეთვალყურეობა უნდა აწარმოოს ნევროლოგმა ზოგადი სქემებით.

5. გაიდლაინი, რომელსაც აყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

„ეპილექსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“ ნაციონალური გაიდლაინი, სრული ვერსია.

მომზადებულია „ეპილექსიის კონტროლისა და პრევენციის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის“ მიერ, 2007 წ.