

# ეპსლ 2017 წლის კლასიფიკაციით გულყრის ტიპების ოპერატიულად განსაზღვრის ინსტრუქციები

<sup>1</sup>რობერტ ს. ფიშერი, <sup>2</sup>ჯ. ჰელენ კროსი, <sup>3</sup>კეროლ დ' სოუზა, <sup>4</sup>ჟაკლინ ა. ფრენჩი, <sup>5</sup>შერილ რ. ჰაუტი, <sup>6</sup>ნორიმიჩი ჰიგურაში, <sup>7</sup>ედუარდ ჰირში, <sup>8</sup>ფლორ ე. იანსენი, <sup>9</sup>ლივენ ლაგე, <sup>10</sup>სოლომონ ლ. მოშე, <sup>11</sup>ჟუკა პელტოლა, <sup>12</sup>ელიან რაულ პერეზი, <sup>13</sup>ინგრიდ ე. შეფერი, <sup>14</sup>ანდრეას შულცე-ბონაგი, <sup>15</sup>ერნსტ სომერვილი, <sup>16</sup>მაიკლ სპერლინგი, <sup>17</sup>ელზა მარცია იაკუბიანი, <sup>18,19</sup>სამირ მ. ზუბერი ეპსლ კლასიფიკაციის და ტერმინოლოგიის კომისიისთვის

ეპილეფსია, 58 (4):531-542, 2017  
doi:10.1111/epi. 13671



**რობერტ ს. ფიშერი,**  
მედ. დოქტ.  
აეა-ს ყოფილი პრეზიდენტი  
და ჟურნალის ეპილეფსია  
და epilepsy.com-ის  
რედაქტორი, გულყრების  
კლასიფიკაციის სამუშაო  
ჯგუფის ხელმძღვანელი

## რეზიუმე

ეპსლ-ის მიერ შემუშავებული ეპილეფსიური გულყრების 2017 წლის კლასიფიკაციის შესავალ ნაწილზე თანდართული სტატია წარმოადგენს გზამკვლევს აღნიშნული კლასიფიკაციის სახელმძღვანელოდ. კლასიფიკაცია წარმოდგენილია ცხრილების სახით. შემოთავაზებულია სპეციფიკური ტერმინების ლექსიკონი, ძველი ტერმინების შესატყვისი ახალი ტერმინები, აბრევიატურა და მაგალითები. მოცემულია კლასიფიკაციის ზახისური და გავრცობილი ვერსიები დეტალურზე ორიენტაციით. იმის გასარკვევად, გულყრის საწყისი ფოკალურია, გენერალიზებული თუ უცნობი, წამყვანია გულყრების ძირითადი ნიშნები და სიმპტომები (სემიოლოგია). ნებისმიერი ფოკალური გულყრა შემდგომ ეტაპზე (არასავალდებულოდ) უნდა დახასიათდეს ცნობიერების დონის მიხედვით (შენახულია თუ შეცვლილი). შეცვლილი ცნობიერება გულყრის მიმდინარეობის ნებისმიერ ეტაპზე აღნიშნულ გულყრას მიაკუთვნებს ფოკალურ გულყრას შეცვლილი ცნობიერებით. ფოკალური გულყრა შემდგომში (არასავალდებულოდ) უნდა დახასიათდეს მოტორული საწყისი ნიშნებით და სიმპტომებით: ატონური, აგტონიკური, კლონური, ეპილეფსიური სპაზმები, ჰიპერკინეტიკური, მიოკლონური ან ტონური აქტივობით. გულყრა არამოტორული საწყისით, შესაძლოა, მანიფესტირდეს აგტონიკური ნიშნებით, ქცევის შეჩერებით, კოგნიტიური, ემოციური და სენსორული დისფუნქციით. გულყრის ადრეული ნიშანი განსაზღვრავს მის ტიპს, რაც შემდგომ, შესაძლოა, პროგრესირდეს და გამოვლინდეს სხვა ნიშნებით და სიმპტომებით. ფოკალური გულყრა, შესაძლოა, გადაიზარდოს ბილატერალურ ტონურ-კლონურ გულყრაში. გენერალიზებული გულყრა დასაწყისიდანვე მოიცავს თავის

ტვინის ბილატერალურ წრეებს. გენერალიზებული მოტორული გულყრების მახასიათებლებია: ატონური, კლონური, ეპილეფსიური სპაზმები, მიოკლონური, მიოკლონურ-ატონური, მიოკლონურ-ტონურ-კლონური, ტონური, ტონურ-კლონური. არამოტორული (აბსანსი) გულყრები, შესაძლოა, იყოს ტიპური და ატიპური, შეიძლება თანდართული იყოს მიოკლონური აქტივობით ან ქუთუთოების მიოკლონიით. ეპილეფსიური გულყრა უცნობი საწყისით, ნიშნების მიხედვით, შესაძლოა დაიყოს: მოტორულ, არამოტორულ, ტონურ-კლონურ შეტევადად, ეპილეფსიურ სპაზმებად, ქცევის შეჩერების შეტევადად. 2017 წლის ეპილეფსიური გულყრების კლასიფიკაციის თანდართული სახელმძღვანელო ხელს შეუწყობს ახალი სისტემის დანერგვას.

**საკვანძო სიტყვები:** კლასიფიკაცია, გულყრა, ფოკალური, გენერალიზებული, ეპილეფსია (ტაქსონომია)

მიღებულია 21 დეკემბერს, 2016; ადრეული გამოცემა 8 მარტი, 2017.

<sup>1</sup>სტენფორდის ნევროლოგიის დეპარტამენტი&ნევროლოგიური მეცნიერებები, სტენფორდი, კალიფორნია, ა.შ.შ. <sup>2</sup>ლონდონის საუნივერსიტეტო კოლეჯი - ბავშვთა ჯანმრთელობის ინსტიტუტი, გრეთ ორმონდ სტრიტ ბავშვთა ჰოსპიტალი, ლონდონი, გაერთიანებული სამეფო; <sup>3</sup>ზომბეის ეპილეფსიის საზოგადოება, მუშაი, ინდოეთი; <sup>4</sup>ნევროლოგიის დეპარტამენტი, ლანგონის სამედიცინო სკოლა, ნიუ-იორკი, ნიუ-იორკი, ა.შ.შ.; <sup>5</sup>მონტევიორის სამედიცინო ცენტრი, ალბერტ აინშტაინის სახელობის მედიცინის კოლეჯი, ბრონქსი, ნიუ-იორკი, ნიუ-იორკი, ა.შ.შ.; <sup>6</sup>პედიატრიული დეპარტამენტი, ჯიკეის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლა, ტოკიო, იაპონია; <sup>7</sup>ფრანგ რომერის განყოფილება, სტრასბურგი, საფრანგეთი; <sup>8</sup>პედიატრიული ნევროლოგიის დეპარტამენტი, რუდოლფ მაგნუსის სახ. ტვინის ცენტრი, უნივერსიტეტის სამედიცინო ცენტრი, უტრეხტი, ნიდერლანდები, <sup>9</sup>პედიატრიული ნევროლოგია, ლუვენის უნივერსიტეტის ჰოსპიტალი, ლუვენი, ბელგია; <sup>10</sup>საულ კორის ნევროლოგიის დეპარტამენტი, პედიატრიული დეპარტამენტი და დომინიკ პურპურას ნეირომეცნიერებათა დეპარტამენტი, მონტევიორის სამედიცინო ცენტრი, ბრონქსი, ნიუ-იორკი, ა.შ.შ.; <sup>11</sup>ნევროლოგიის დეპარტამენტი, ტამპერეს საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალი, ტამპერე, ფინეთი, <sup>12</sup>პედიატრიული ნეიროგაბილიტაციის განყოფილება, ლოზანა, შვეიცარია; <sup>13</sup>ფლორის ინსტიტუტი და უნივერსიტეტი, მელბურნი, ოსტინის ჯანმრთელობის და სახელმწიფო ბავშვთა ჰოსპიტალი, მელბურნი, ვიქტორია, ავსტრალია; <sup>14</sup>ეპილეფსიის ცენტრი, ფრაიბურგის უნივერსიტეტის სამედიცინო ცენტრი, ფრაიბურგი, გერმანია; <sup>15</sup>სამედიცინო ფაკულტეტი, უელსის პრინცის კლინიკური სკოლა, ახალი სამხრეთ უელსის უნივერსიტეტი, სიდნეი, ახალი სამხრეთ უელსი, ავსტრალია; <sup>16</sup>ნევროლოგიის დეპარტამენტი, ჯეფერსონის ეპილეფსიის კომპლექსური ცენტრი, ტომას ჯეფერსონის უნივერსიტეტი, ფილადელფია, პენსილვანია, ა.შ.შ.; <sup>17</sup>ნევროლოგიისა და ნეიროქირურგიის დეპარტამენტი, ეპილეფსიის კვლევის და მკურნალობის განყოფილება, სან-პაულუ, ბრაზილია; <sup>18</sup>პედიატრიულ ნეირომეცნიერებათა კვლევის ჯგუფი, ბავშვთა სახელმწიფო ჰოსპიტალი, გლაზგო, გაერთიანებული სამეფო; და <sup>19</sup>მედიცინის კოლეჯი, ვეტერინარული და სიცოცხლის შემსწავლელი მეცნიერებები, გლაზგოს უნივერსიტეტი, გლაზგო, გაერთიანებული სამეფო

მიმოწერა მისამართზე: რობერტ ფიშერი, ნევროლოგია, SNHC, ოთახი 4865, Quarry Road, Palo alto, CA 94304, ა.შ.შ., E-mail: [robert.fisher@stanford.edu](mailto:robert.fisher@stanford.edu)

გამომცემი: Wiley Periodicals,  
©2017 ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ლიგა

### საკვანძო დებულებები

- ებსლ-მ შეიმუშავა საბაზისო და გავრცობილი ეპილეფსიური გულყრის ტიპების კლასიფიკაციის განახლებული ვერსია, და დასაწყისის მიხედვით, გულყრები დაყო ფოკალურ, გენერალიზებულ ან უცნობი საწყისით.
- ფოკალური გულყრები, შემდგომში, სურვილისამებრ შეიძლება დაიყოს როგორც ფოკალურ გულყრებად შენახული ცნობიერების ფონზე და ფოკალურ გულყრებად შეცვლილი ცნობიერებით. აღნიშნულს, შესაძლოა, დაემატოს სპეციფიკური მოტორული და არამოტორული მახასიათებლების ქვედანაყოფები.
- ეპილეფსიური გულყრა გენერალიზებული საწყისით შესაძლოა იყოს მოტორული: ტონურ-კლონური, კლონური, ტონური, მიოკლონური, მიოკლონურ-ტონურ-კლონური, მიოკლონურ-ატონური, ატონური და ეპილეფსიური სპაზმი.
- ეპილეფსიური გულყრა, გენერალიზებული საწყისით, შესაძლოა, ასევე იყოს არამოტორული (აბსანსი): ტიპური აბსანსი, ატიპური აბსანსი, მიოკლონური აბსანსი ან აბსანსი ქუთუთოების მიოკლონიით.
- ეპილეფსიური გულყრების დახასიათებას ასევე ხელს უწყობს დამატებითი დესკრიპტორები და თავისუფალი ტექსტი. ძველი ტერმინების შეცვლა ახალი ტერმინებით გააუმჯობესებს ახალი ტერმინოლოგიის ათავისებას.

ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ლიგამ (ეპსლ) გამოუშვა ეპილეფსიური გულყრების კლასიფიკაციის 2017 წლის ვერსია (თანდართული მანუსკრიპტით). 1981 წლის შემდეგ მოდიფიცირებული ფორმით გამოყენებადი კლასიფიკაციის რევიზია განპირობებული იყო რამდენიმე ფაქტორით. გარკვეული გულყრის ტიპებს, მაგალითად, ტონურ გულყრებს და ეპილეფსიურ სპაზმებს, შესაძლოა, ჰქონდეთ როგორც ფოკალური, ასევე გენერალიზებული საწყისი. გულყრის საწყისის შესახებ არასრულყოფილი ცოდნა გვიბიძგებს გულყრის განთავსებაზე არაკლასიფიცირებული გულყრების ჯგუფში. ეპილეფსიური გულყრის კლასიფიკაციაში ისეთი ტერმინები როგორცაა: "დისკოგნიტური", "ფსიქიკური", "პარციალური", "მარტივი პარციალური" და "რთული პარციალური", შინაარსის შესაბამისად ვერ აღიქმება და საზოგადოებას მათ მიმართ ნაკლები მიმდებლობა აქვს. გულყრის პერიოდში პაციენტის ცნობიერების შეცვლის განსაზღვრა არაკლინიცისტებისთვის, ხშირად დამაბნეველია; გულყრის რამდენიმე მნიშვნელოვანი ტიპი არ არის შეყვანილი 1981 წლის კლასიფიკაციაში. ახალი კლასიფიკაცია ცდილობს აღნიშნული პრობლემების გადაწყვეტას და ქვემოთ მოყვანილი მასალა განგვიმართავს, თუ როგორ უნდა იქნას გამოყენებული ეპილეფსიური გულყრის ტიპების 2017 წლის კლასიფიკაცია.

### მეთოდები

ეპილეფსიური გულყრების კლასიფიკაცია იწყება ისტორიული ფაქტების გამოვლენით ან გარკვეულ სიმპტომებზე და ნიშნებზე დაკვირვებით (ზოგჯერ ამას სემიოლოგიას უწოდებენ), რომლებიც, როგორც ცნობილია, თან ახლავს გავრცელებული ფორმის გულყრებს. ძირითადი ნიშნები და სიმპტომები არ შეიძლება დაწყვილდეს გულყრის ტიპთან შესატყვისობაში, რადგან ერთი და იგივე სიმპტომი, შესაძლოა, შეგვხვდეს სხვადასხვა ტიპის გულყრის დროს. მაგალითად, ქცევის შეჩერება გვხვდება როგორც ფოკალური გულყრის დროს შეცვლილი ცნობიერებით, ისე აბსანსის შემთხვევაშიც. ტონურ-კლონურ აქტივობას, შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს საწყის ეტაპზე გენერალიზებული გულყრის შემთხვევაში, მაგრამ ასევე, შესაძლოა, მოჰყვეს ფოკალური საწყისის გულყრას. ამის საპირისპიროდ, თითოეული გულყრის ტიპი, შესაძლოა, ხასიათდებოდეს მრავალი სიმპტომით. თუ გულყრა განისაზღვრება, როგორც "გულყრა ავტომატიზმით", ვერ გავარჩევთ, ეს არის ფოკალური შეტევა ცნობიერების შეცვლით თუ აბსანსი. იმის გამო, რომ ამ ორი ტიპის გულყრას ესაჭიროება განსხვავებული მკურნალობა და გააჩნია განსხვავებული პროგნოზი, საჭიროა გულყრის ტიპის დადგენა, თუმცა, გულყრების კლასიფიცირებისთვის უშუალო დაკვირვების გარდა საჭიროა გარკვეული ინტერპრეტაცია.

გულყრის ტიპების გარჩევა შესაძლებელია დამახასიათებელი სიმპტომების მონაცვლეობის და სხვა კლინიკური დაკვირვების შედეგად. ტიპური აბსანსის შემთხვევაში ადგილი აქვს ცნობიერების უფრო სწრაფ აღდგენას, ვიდრე ცნობიერების შეცვლით მიმდინარე ფოკალური გულყრის დროს. ზოგიერთ შემთხვევაში, გულყრის ტიპის გასარჩევად, საჭიროა დამატებითი ინფორმაცია - ეეგ, მრგ და ლაბორატორიული კვლევებით. ამ შემთხვევებში გულყრის ტიპის კლასიფიკაცია შემწვევლად ერწყმის ეპილეფსიური სინდრომის დიაგნოსტიკას. ვინაიდან ჩვენ მოკლებული ვართ განსხვავებული გულყრების ფუნდამენტურ პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმებთან წვდომას, სიმპტომებისა და ნიშნების დაჯგუფებით იქმნება ოპერატიული შეხედულება იმის შესახებ, თუ ჩვენს მიერ აღნუსხული მონაცემების ერთობლიობა გულყრების რომელ ტიპთან იქნება ყველაზე მეტად მისადაგებული კონკრეტული დასახელების ჯგუფში განსათავსებლად.

აღნიშნული კლასიფიკაცია მიღებულია პრაქტიკული კლინიკური გამოყენებისთვის, თუმცა, შესაძლოა, გამოყენებული იქნას მკვლევარებისა და სხვა სპეციფიკური დანიშნულების ჯგუფების მიერაც.

### შედეგები

ეპილეფსიასთან ბრძოლის საერთაშორისო ლიგის

(ILAE) 2017 წლის გულყრების კლასიფიკაცია წარმოდგენილია საბაზისო და გაფართოებული ვერსიებით, სასურველ დონეზე დეტალიზაციის შესაძლებლობებით. საბაზისო ვერსია გავრცობილი ვერსიის მსგავსია, თუმცა, არ მოიცავს სუბკატეგორიებს.

### საბაზისო კლასიფიკაცია

პირველ სურათზე მოცემულია ბაზისური კლასიფიკაცია. ეპილეფსიური გულყრები პირველ რიგში იყოფა საწყისის მიხედვით. ეპილეფსიური გულყრა ფოკალური საწყისით განმარტებულია, როგორც შეტევა „საწყისით ერთი ჰემისფეროს შემოსაზღვრული წრეებიდან. შესაძლოა, ის იყოს შემოსაზღვრული, ან უფრო ფართოდ გავრცელებული. ეპილეფსიური გულყრა ფოკალური საწყისით, შესაძლოა, დაიწყოს სუბკორტიკულ სტრუქტურებში“. ეპილეფსიური გულყრები გენერალიზებული საწყისით განმარტებულია, როგორც „საწყისი ეტაპიდანვე ბილატერალურად დამაკავშირებელ წრეებში სწრაფად გავრცელებადი“. ეპილეფსიური გულყრა უცნობი საწყისით, შესაძლოა, დახასიათდეს მოტორული (ტონურ-კლონური) ან არამოტორული (ქცვის შეჩერების) მახასიათებლებით. დამატებითი მონაცემების მოპოვებით, შესაძლოა, უცნობი საწყისის გულყრა შემდგომში კლასიფიცირდეს როგორც ფოკალური ან გენერალიზებული. ამიტომ, „უცნობი საწყისის გულყრა“ წარმოადგენს არა ეპილეფსიური გულყრის, არამედ ჩვენი უცოდინრობის მახასიათებელს. როდესაც გულყრის ტიპი იწყება სიტყვებით: „ფოკალური“, „გენერალიზებული“ და „აბსანსი“, მაშინ სიტყვა საწყისი შესაძლოა უგულვებელყოფილი. შემდგომი კლასიფიკაცია ნებაყოფლობითია.

ფოკალური გულყრის კლასიფიკაციის შემდგომ საფეხურზე ფასდება ცნობიერების დონე. ცნობიერება განისაზღვრება, როგორც საკუთარი თავის და გარემოს აღქმის უნარი. ცნობიერების შემოწმება არის პრაგმატული სუროგატული მარკერი, რომელიც გამოიყენება იმის დასადგენად, ცნობიერების დონე დარღვეულია თუ არა. „ფოკალური გულყრა შენახული ცნობიერებით“ შემთხვევაში ცნობიერება შენახულია. ცნობიერება ეხება კონკრეტულად გულყრის დროს ცნობიერების დონეს და არა თავად გულყრის მოხდენის გაცნობიერებას. თუ შეტევის რომელიმე ეტაპზე ცნობიერება შეცვლილია, მაშინ ასეთი გულყრა მიეკუთვნება გულყრას შეცვლილი ცნობიერებით. პრაქტიკული თვალსაზრისით, ფოკალური გულყრის დროს შენახული ცნობიერებით, შეტევების შემდეგ პაციენტმა უნდა დაადასტუროს შეუცვლელი ცნობიერების არსებობა. იშვიათმა ეპილეფსიურმა გულყრებმა, შესაძლოა, გამოიწვიოს ტრანზიტორული ეპილეფსიური ამნეზია<sup>6</sup> შენარჩუნებული ცნობიერებით, მაგრამ ამ ტიპის გულყრის კლასიფიკაციისთვის აუცი-

ლებელია თვალნათელი დოკუმენტაცია შეტევის თვითმხილველისგან. შესაძლოა გამოყენებული იქნას ტერმინი „ფოკალური არაცნობიერი“; ამ შემთხვევაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს იმის აღნიშვნას, რომ ცნობიერება შესაძლოა იყოს შეცვლილი, მაგრამ არა სრულიად დაკარგული. სიტყვების წყობა მთავარი არაა; ამდენად „ფოკალური ცნობიერი გულყრა“ და „ფოკალური გულყრა შენახული ცნობიერებით“ ერთი და იგივე ფენომენია.

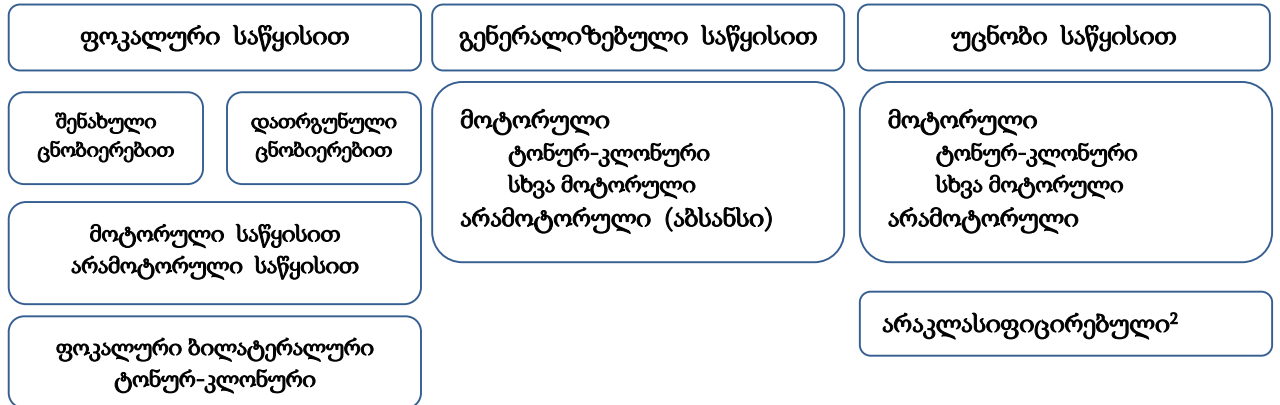
რეაგირების უნარი ცალკე კლინიკური ნიშანია და შესაძლოა ის იყოს უცვლელი ან შეცვლილი როგორც შენახული ისე შეცვლილი ცნობიერებით მიმდინარე გულყრის შემთხვევაში. მიუხედავად იმისა, რომ რეაგირების უნარი გულყრის მნიშვნელოვანი აღწერილობითი ასპექტია, ის არ არის გამოყენებული 2017 წლის კლასიფიკაციაში სპეციფიკური გულყრის ტიპების მახასიათებლად. გარდა ამისა, საბაზისო კლასიფიკაცია გულყრის მოტორული და არამოტორული საწყისის (მაგ. სენსორული) სიმპტომების კლასიფიცირების საშუალებასაც იძლევა. შემდგომი სპეციფიცირება განხილულია ქვემოთ.

მიუხედავად იმისა, რომ გულყრის ტიპი „ფოკალური ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით“ ასახავს გულყრის აქტივობის გავრცელების პატერნს და არა გულყრის უნიკალურ ტიპს, მისი სიხშირისა და მნიშვნელობის გამო იგი მიეკუთვნება სპეციალურ კატეგორიას. ფრაზა „ფოკალური ბილატერალურ-ტონურ-კლონურში გადასვლით“ ცვლის ძველ ტერმინს „მეორადად გენერალიზებული ტონურ-კლონური“. ახალ კლასიფიკაციაში „ბილატერალური“ გამოყენებულია გულყრის პროპაგაციის შესაფასებლად, ხოლო „გენერალიზებული“ - გენერალიზებული საწყისის გულყრებისთვის.

გულყრები გენერალიზებული საწყისით დაყოფილია მოტორულ და არამოტორულ (აბსანსი) გულყრებად. გენერალიზებული გულყრების კლასიფიცირებისთვის ცნობიერების დონე გამოყენებული არ არის, რადგან გენერალიზებული გულყრების უმრავლეს შემთხვევაში (თუმცა არა ყოველთვის) გულყრის დროს ცნობიერება შეცვლილია. კლასიფიკაციის გენერალური განშტოების განსაზღვრებით, მოტორული აქტივობა საწყისი ეტაპიდანვე უნდა იყოს ბილატერალური, მაგრამ ბაზისურ კლასიფიკაციაში მოტორული აქტივობის სპეციფიცირება საჭირო არ არის. იმ შემთხვევაში, როდესაც ბილატერალური მოტორული აქტივობის საწყისი ასიმეტრიულია, ძნელია განისაზღვროს, გულყრის საწყისი ფოკალურია თუ გენერალიზებული.

აბსანსი (შესაძლოა გამოვიყენოთ პრეფიქსი „გენერალიზებული საწყისი“) წარმოდგენილია აქტივობის უეცარი შეწყვეტით და ცნობიერების მყისიერი გამოთიშვით. აბსანსის ტიპის გულყრა უფრო ხშირად ვითარდება ახალგაზრდა ასაკში, ახასიათებს უეცარი დასაწყისი და დასარული, შეცვლილი ცნობიერებით მიმდინარე ფოკალური ეპილეფსიური შეტევებისგან

**ILAE 2017 გულყრის ტიპების კლასიფიკაციის საბაზისო ვერსია<sup>1</sup>**



**სურათი 1**

ეხსლ 2017 ეპილეფსიური გულყრების კლასიფიკაციის საბაზისო ვერსია. <sup>1</sup>განმარტებები, გულყრის სხვა ტიპები, და მათი დესკრიპტორები მოყვანილია თანდართულ ნაშრომსა და ტერმინთა ლექსიკონში. <sup>2</sup>როდესაც ინფორმაციის ნაკლებობის ან შეუძლებლობის გამო ვერ თავსდება აღნიშნულ კატეგორიებში.

გულყრები უცნობი საწყისით შეიძლება დაჯგუფდეს მოტორულ (ტონურ-კლონური), არამოტორულ და არაკლასიფიცირებულ გულყრებად. ტერმინი არაკლასიფიცირებული გულისხმობს როგორც გულყრებს ისეთი პატერნებით, რომლებიც არ შეესაბამება სხვა კატეგორიებს, ასევე გულყრებს, რომელთა კატეგორიზაციისთვის ინფორმაცია არასრულ-ყოფილია.

**გაფართოებული კლასიფიკაცია**

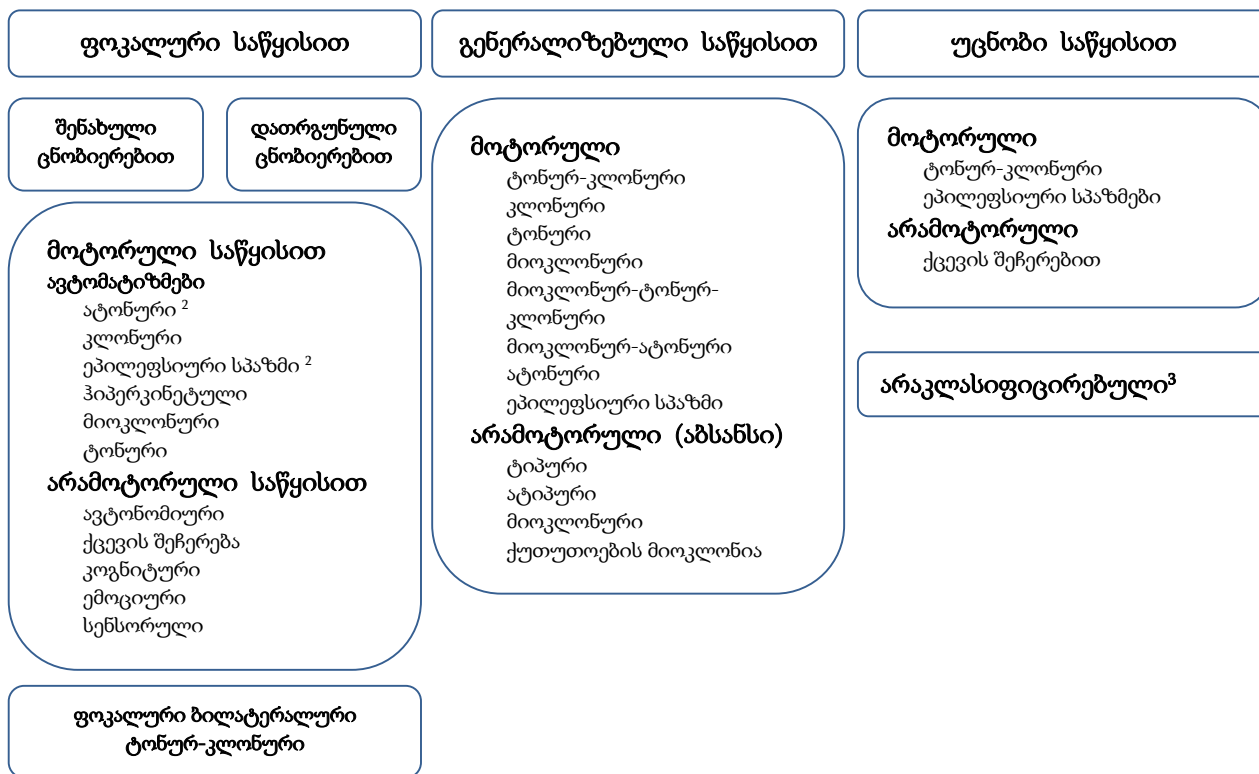
გაფართოებული კლასიფიკაცია (სურ. 2) გვთავაზობს გულყრის დასახელებების მაღალ დონეს, რომელიც აგებულია საბაზისო კლასიფიკაციის ჩარჩოზე. ფოკალური საწყისის ვერტიკალური კატეგორიზაცია არ არის იერარქიული, რადგან ეყრდნობა ცნობიერების დონის ნებაყოფლობით მონაცემებს. ფოკალური გულყრები შესაძლოა კლასიფიცირდეს ფოკალურ გულყრად შენახული ცნობიერებით (1981 წლის კლასიფიკაციის შესატყვისია „მარტივი პარციალური გულყრა“) ან ფოკალურ გულყრად შეცვლილი ცნობიერებით (1981 წლის შესატყვისი „რთული პარციალური გულყრა“). ფოკალური გულყრა შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით შემდგომ არასავალდებულოდ უნდა დაიყოს ქვემოთ მოყვანილი ტერმინის - მოტორული ან არამოტორული საწყისის დამატებით, რაც ცნობიერებისაგან დამოუკიდებლად წარმოადგენს გულყრის პირველ საწყის ნიშანს ან სიმპტომს. სხვაგვარად, ფოკალური გულყრა შესაძლოა დახასიათდეს მხოლოდ საწყისი მოტორული ან არამოტორული ნიშნებით, მაშინ, როდესაც ცნობიერების დონე არ არის ცნობილი ან ვერ ზუსტდება.

ფოკალური საწყისის გულყრების შემთხვევაში კლინიციკტმა ცნობიერების დონე უნდა განსაზღვროს

ისე, როგორც ეს მოცემულია საბაზისო ვერსიაში. გამოჰკითხეთ პაციენტს, გულყრის პროცესში აღიქვამდა თუ ვერა მიმდინარე მოვლენებს, მაშინაც კი, როდესაც გულყრის მიმდინარეობისას მას არ შეეძლო პასუხის გაცემა ან მიმართული მეტყველების გაგება; შეუძლია თუ არა რომ გაიხსენოს ის ადამიანი, რომელიც ოთახში შემოვიდა გულყრის მიმდინარეობისას? შესაძლოა, გულყრის თვითმხილველის გამოკითხვამ მოგვაწოდოს ინფორმაცია გულყრის დროს არსებული ქცევის შესახებ. მეტად მნიშვნელოვანია ცნობიერების დონის განსხვავება იქტურ და პოსტიქტურ პერიოდში, მას შემდეგ, რაც ცნობიერება სრულად აღდგება. როდესაც ცნობიერების დონის შეფასება შეუძლებელია, მაგ. ატონური გულყრის და ეპილეფსიური სპაზმების შემთხვევებში, გულყრა განისაზღვრება როგორც ფოკალური და ცნობიერების დონის მითითება აუცილებელი არ არის. ცნობიერების დონის მითითება აუცილებელია იმ შემთხვევაში, როდესაც ამ ფენომენის არსებობა გარკვეულია. „ფოკალური გულყრა შენახული ცნობიერებით“, სხვა მახასიათებლებით ან მათ გარეშე, შეესაბამება ძველ ტერმინს „მარტივი პარციალური გულყრა“, ხოლო „ფოკალური გულყრა შეცვლილი ცნობიერებით“ - ძველ ტერმინს „რთული პარციალური გულყრა“. გაფართოებული ვერსიის მიხედვით ფოკალური გულყრები, როგორც შენახული ისე შეცვლილი ცნობიერების შემთხვევებში. სურვილისამებრ, შესაძლოა, დახასიათდეს ცხრილის ფოკალური გულყრების გრაფაში მოცემული გულყრის ტიპების მიხედვით; ასევე, შესაძლებელია ცნობიერების დონის შეფასების გამოტოვება და გულყრის დახასიათება მხოლოდ მოტორული ან არამოტორული ნიშნებით, როგორც ეს მოცემულია მეორე სურათზე.

მოტორული საწყისის მქონე ფოკალური გულყრები იყოფა ატონურ (ტონუსის ფოკალური დაქვეითება), ტონურ (გახანგრძლივებული ფოკალური დაჭიმვა),

ILAE 2017 გულყრის ტიპების კლასიფიკაციის გაფართოებული ვერსია<sup>1</sup>



**სურათი 2**

ILAE 2017 წ. გულყრის ტიპების კლასიფიკაციის გაფართოებული ვერსია. აღნიშნული განმარტებები ხელს შეუწყობს გულყრის ტიპის დადგენას. ფოკალური გულყრების შემთხვევაში ცნობიერების დონის განსაზღვრა შერჩევითია. შენახული ცნობიერება გულისხმობს, რომ ფიზიკურ პირს გულყრის დროს საკუთარი თავისა და გარემოს აღქმის უნარი შენარჩუნებული აქვს იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მოძრაობა არ შეუძლია. ფოკალური გულყრა შენახული ცნობიერებით შესატყვისია ადრინდელი ტერმინისა „მარტივი პარციალური გულყრა“. ფოკალური გულყრა ცნობიერების შეცვლით შესატყვისება ადრინდელ „რთულ ფოკალურ გულყრას“ და გულყრა განეკუთვნება „ფოკალურ გულყრას შეცვლილი ცნობიერებით“ თუ ცნობიერება შეცვლილია გულყრის რომელიმე ეტაპზე. ფოკალური გულყრები შენახული და შეცვლილი ცნობიერებით, სურვილისამებრ, შესაძლოა, დახასიათდეს ქვემოთ ჩამოთვლილი ერთ-ერთი მოტორული ან არამოტორული სიმპტომით, რაც გულყრის საწყის ნიშანს წარმოადგენს. გულყრა უნდა შეფასდეს ყველაზე ადრეული მახასიათებელი ნიშნის მიხედვით, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც გულყრა წარმოდგენილია ქცევის შეჩერებით, რაც იწვევს მიმდინარე აქტივობის შეწყვეტას. გარდა ამისა, ფოკალური გულყრის დახასიათებისას, შეიძლება, არ მიეთითოს ცნობიერების დონე იმ შემთხვევაში, თუ ვერ ხერხდება მისი შეფასება და ასეთ შემთხვევაში, გულყრა კლასიფიცირდეს მხოლოდ მოტორული ან არამოტორული საწყისის მახასიათებლის მიხედვით. ატონური გულყრების და ეპილეფსიური სპაზმების შემთხვევაში ცნობიერების დონე, ჩვეულებრივ, არ ისაზღვრება. კოგნიტური გულყრა ვლინდება მეტყველების ან კოგნიტური სფეროების სხვადასხვა დარღვევებით თუ პოზიტიური ნიშნებით, როგორებიცაა „დეჟა ვუ“, ჰალუცინაციები, ილუზიები ან აღქმის დამახინჯება. ემოციური გულყრები მოიცავს მოუსვენრობას, შიშს, სიხარულს, სხვადასხვა ემოციებს, ან აფექტს სუბიექტური ემოციის გარეშე. აბსანსი ატიპურია, თუ ის წყება და სრულდება თანდათანობით, ან ტონუსის ცვლილებებით, რასაც ევგ-ზე ახლავს ატიპური ნელი გენერალიზებული პიკ-ტალღოვანი აქტივობა. გულყრა შეიძლება იყოს არაკლასიფიცირებული იმ შემთხვევაში, თუ ინფორმაცია არასრულყოფილია ან გულყრის ტიპი ვერ თავსდება ვერცერთ კატეგორიაში. <sup>1</sup>განსაზღვრებები, სხვა ტიპის გულყრები და დესკრიპტორები ჩამოთვლილია თანდართულ ცხრილებში და ლექსიკონში; <sup>2</sup>ცნობიერების დონე ჩვეულებრივ არ ისაზღვრება. <sup>3</sup>ინფორმაცია არასრულყოფილია ან გულყრის ტიპი ვერ თავსდება ვერცერთ კატეგორიაში.

კლონურ (ფოკალური რიტმული შეკრთომა), მიოკლონურ (არარეგულარული სწრაფი ფოკალური შეკრთომა) და ეპილეფსიურ სპაზმებად (ზემო კიდურების ფოკალური ფლექსია ან ექსტენზია და ტორსის ფლექსია). კლონური და მიოკლონური შეკრთომების განსხვავება გარკვეულწილად პირობითია, მაგრამ კლონური გულისხმობს გახანგრძლივებულ

რეგულარულ შემოსაზღვრულ სტერეოტიპულ შეკრთომებს, მაშინ როდესაც მიოკლონია ნაკლებ რეგულარული და სწრაფი გარბენებით ხასიათდება. განსხვავებულ ნაკლებ თვალსაჩინო ფოკალურ მოტორულ აქტივობას მიეკუთვნება ჰიპერკინეტული (პედალირება, მენჯის ტრიალი) აქტივობა და ავტომატიზმები. ავტომატიზმი წარმოადგენს

მეტნაკლებად კოორდინირებულ, არამიზანმიმართულ, განმეორებად მოტორულ აქტივობას. შეტევის თვითმხილველი უნდა გამოიკითხოს პაციენტის განმეორებად არამიზანმიმართულ მოძრაობებზე, და შეფასდეს, რამდენად შესაძლებელია, აღნიშნული შეესაბამებოდეს ნორმალურ მოძრაობას. ზოგიერთი ავტომატიზმი, მაგალითად პედალირება ან ჰიპერკინეტული აქტივობა, ხშირად თანხვედრილი სხვა მოტორულ ქცევებთან, რაც ართულებს გულყრის კლასიფიცირებას. ILAE-ს 2017 წლის კლასიფიკაციაში პედალირება განეკუთვნება ჰიპერკინეტულ გულყრას და არა ავტომატიზმს. ამასთან, ავტომატიზმები, შესაძლოა, შეგვხვდეს როგორც ფოკალური გულყრების, ისე აბსანსების შემთხვევაშიც.

ფოკალური მოტორული გულყრა ქცევის შეჩერებით - გულისხმობს მოძრაობის შეწყვეტას და რეაგირების უნარის დაკარგვას. იმის გამო, რომ ქცევის ხანმოკლე შეჩერება გვხვდება მრავალი გულყრის საწყის ეტაპზე და საკმაოდ ხშირია, რთულია მისი იდენტიფიკაცია და გულყრა ქცევის შეჩერებით განისაზღვრება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ქცევის შეჩერება გულყრის წამყვანი ნიშანია. ფოკალური ავტონომიური გულყრები წარმოდგენილია გასტროინტესტინური შეგრძნებებით, სიცხის ან სიცივის შეგრძნებით, წამოწითლებით, პილორექციით („ბატის კანი“), პალპიტაციით, სექსუალური მოთხოვნის გამძაფრებით, რესპირატორული ცვლილებებით ან სხვა ავტონომიური ნიშნებით. ფოკალური გულყრა კოგნიტური სიმპტომებით ვლინდება მეტყველების, აზროვნების ან სხვა უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციების ცვლილებებით გულყრის საწყის ეტაპზე, რომლებიც თვალსაჩინოა გულყრის მიმდინარეობის პროცესში. ფოკალური გულყრა დეჟა-ვუ, ჟამე-ვუ, ჰალუცინაციები, ილუზიები და ფორსირებული აზროვნება წარმოადგენს პათოლოგიურ კოგნიტურ ფენომენებს, თუმცა, ნაკლებად ჰარმონიულად ჟღერს, სუბიექტურია და მოწოდებული უნდა იყოს პაციენტის ან მეთვალყურის მიერ. ტერმინი „ფოკალური გულყრა კოგნიტური დარღვევით“, ისედაც დასაშვებია, რამდენადაც ეპილეფსიური გულყრა არასდროს აუმჯობესებს კოგნიტურ ფუნქციას. „ფოკალური გულყრა ემოციური სიმპტომებით“ - წარმოდგენილია ემოციური ცვლილებებით, რაც მოიცავს: შიშს, მოუსვენრობას, აჟიტაციას, გაბრაზებას, პარანოიას, სიამოვნებას, სიხარულს, ექსტაზს, სიცილს (გელასტური) ან ტირილს (დეკრისტული). ამ ფენომენებიდან ზოგიერთი სუბიექტურია და მოწოდებული უნდა იყოს პაციენტის ან მეთვალყურის მიერ. ემოციური სიმპტომები თავის თავში მოიცავს სუბიექტურ კომპონენტს, მაშინ როდესაც აფექტური ნიშნები, შესაძლოა, თან ახლდეს ან არ ახლდეს სუბიექტურ ემოციურობას. ცნობიერების შეცვლა შეტევის დროს არ გვადლევს იმის შესაძლებლობას,

გულყრა მივაკუთვნოთ ფოკალურ კოგნიტურ გულყრას, ვინაიდან ცნობიერების შეცვლა ნებისმიერი ფოკალური გულყრის შემთხვევაშია შესაძლებელი. ფოკალური სენსორული გულყრა, შესაძლოა, წარმოდგენილი იყოს სომატოსენსორული, ყნოსვითი, მხედველობითი, სმენითი, გემოვნებითი, სიციხე-სიცივის შეგრძნებით ან ვესტიბულური სიმპტომებით.

კლინიკისტმა უნდა განსაზღვროს, პაციენტს აღნიშნება ერთი ტიპის უნიფიცირებული გულყრა, რომელიც ვითარდება გულყრის პროგრესირებასთან ერთად, თუ აქვს ორი სხვადასხვა ტიპის გულყრა. ასეთი განსხვავების დადგენა ხშირად გართულებულია; თუმცა, სიმპტომების, ნიშნებისა და ეეგ-პატერნების (თუ ეს ხელმისაწვდომია) დინამიური და უწყვეტი ევოლუცია ერთი ტიპის გულყრის არსებობაზე მიუთითებს. სხვადასხვა პერიოდში სტერეოტიპული ნიშნებისა თუ სიმპტომების განმეორებადობა და სხვადასხვა ეეგ-ზე იდენტური ეეგ-პატერნების არსებობა, უნიფიცირებული გულყრის სასარგებლოდ მეტყველებს. იზოლირებული ფოკალური გულყრები ფორმულირდება მანიფესტაციის საწყისის და გულყრის პერიოდის ნებისმიერ მონაკვეთში შეცვლილი ცნობიერების არსებობის ან არარსებობის მიხედვით. ამის საპირისპიროდ, შემოფარგლული, წყვეტილი და არასტერეოტიპული შეტევები გვაფიქრებინებს ერთზე მეტი ტიპის გულყრების არსებობაზე.

განვიხილოთ შეტევა, რომელიც იწყება დე-ჟავუთი, ტუჩების განმეორებადი ცმაცუნით, ცნობიერების დაკარგვით, ფორსირებული ვერსიით მარჯვენა და მარჯვენა ხელის ტონური დაჭიმვით. ერთ-ერთი სცენარით შეტევის მყარი ევოლუცია გვაფიქრებინებს უნიფიცირებულ გულყრაზე, რომელიც შესაძლოა, კლასიფიცირებული იყოს როგორც „ფოკალური კოგნიტური გულყრა შეცვლილი ცნობიერებით“. გულყრის პროგრესირების აღსაწერად კარგი იქნებოდა დაგვემატებინა ინფორმაცია ავტომატიზმებისა და ტონური ვერსიის შესახებაც (როგორც არასავალდებულო აღწერილობა, და არა როგორც გულყრის ტიპი). მეორე სცენარის მიხედვით, კლინიკისტმა, შეტევა შეიძლება შეაფასოს როგორც გულყრა შიშის გამომეტყველებით და ცნობიერების დაკარგვით. ცნობიერების აღდგენიდან 30 წუთში პაციენტს, შენახული ცნობიერების ფონზე, უვითარდება ჩხვლეტის შეგრძნება მარჯვენა ხელში. შეტევის სიმპტომების ასეთი თანმიმდევრობა მიუთითებს ორი სხვადასხვა ფოკუსის გულყრების არსებობაზე: პირველი ფოკალური ემოციური გულყრაა ცნობიერების შეცვლით, ხოლო მეორე - ფოკალური სენსორული გულყრა შენახული ცნობიერების ფონზე.

ზოგჯერ, შეიძლება შეგვხვდეს ფოკალური გულყრა, მაგალითად, ფოკალური ტონურ-კლონური, რომლის დროსაც ვერ ხერხდება გულყრის ტიპის სპეციფიკაციის დადგენა. ასეთი შემთხვევების დროს, იმის ნაცვლად, რომ ყველა კატეგორიაში არ ყოფილიყო განთავსებული ტერმინი „სხვა“, მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება,

გამოყენებულიყო არასპეციფიკური და უფრო ფართო მნიშვნელობის ტერმინები, როგორცაა გულყრა მოტორული და არამოტორული საწყისით. გულყრისთვის ასეთი კატეგორიების მინიჭება ხორციელდება ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ვერ ხერხდება მისი განთავსება კლასიფიკაციის ვერც ერთი ტიპის გულყრაში, ან როდესაც უცნობია გულყრის განვითარების შემდეგი ეტაპები.

გენერალიზებული გულყრების კლასიფიკაცია 1981 წლის კლასიფიკაციის მსგავსია, თუმცა, დამატებულია რამდენიმე ახალი ტიპის გულყრა. გენერალიზებული გულყრების შემთხვევაში ცნობიერება, როგორც წესი, შეცვლილია, ამიტომ ასეთი ტიპის გულყრების კლასიფიცირებისას ცნობიერების დონეს აღარ აკონკრეტებენ. გულყრების მთავარი მადიფერენცირებელი კატეგორიებია „მოტორული“ და „არამოტორული“ (აბსანსი) ფენომენები.

ტერმინები „მოტორული“ და „არამოტორული“ (აბსანსი) მოწოდებულია გენერალიზებული მოტორული და არამოტორული გულყრების დასახასიათებლად, და სხვა რამის დამატება საჭირო აღარ არის. ამასთან, ტერმინები „მოტორული“ და „არამოტორული“ შესაძლოა აღარ გამოიყენოთ იმ შემთხვევაში როდესაც განსაზღვრულია გულყრის ტიპი, მაგ: „გენერალიზებული ტონური გულყრა“. სიტყვა „გენერალიზებული“ შესაძლოა აღარ ვიხმაროთ აბსანსის შემთხვევაში, ვინაიდან აბსანსი მხოლოდ გენერალიზებული გულყრაა.

ტერმინი ტონურ-კლონური დღემდე რჩება „Grand Mal“ ტიპის გულყრის გამოსახატავად, რომელიც, მიუხედავად იმისა, რომ ძველი ფრანგული ტერმინია, ხშირად გამოიყენებადი და დღესაც საკმაოდ პოპულარულია სამედიცინო წრეებში. მას შემდეგ, რაც გამოიყო ახალი ტიპის გულყრა, რომელიც ხასიათდება მიოკლონური შეკრთომებით და წინ უსწრებს ტონურ (დაჭიმვა) და კლონურ (გახანგრძლივებული რიტმული კრთომები) მოძრაობებს, ტონურ-კლონური გულყრის საწყისი ეტაპზე, ტონური ფაზის არსებობის შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია მისი დაფიქსირება. ტონურ-კლონური გულყრის კლონური ფაზის მიმდინარეობისას შეკრთომების სიხშირე რეგულარული და მიღევადია; ცნობიერება ითრგუნება შეტევის წინ ან უშუალოდ შეტევის დაწყებისთანავე, დაჭიმულობის ან შეკრთომების პროცესში. ზოგიერთ ტონურ-კლონურ გულყრას შეიძლება წინ უსწრებდეს თავის ან კიდურის ვერსიის შეგრძნება, რაც არ გამოირიცხავს გულყრის გენერალიზებულ ფორმას, ვინაიდან ბიოლოგიური პროცესები არასდროს მიმდინარეობს სრული სინქრონით. კლნიცისტმა უნდა გადაწყვიტოს, თუ რა შემთხვევაშია გულყრის საწყისი ჭეშმარიტად ფოკალური.

გენერალიზებული კლონური გულყრა იწყება,

პროგრესირებს და მთავრდება მდგრადი რიტმული კლონური კრთომებით ორმხრივ კიდურებსა და სხეულში, ასევე, ხშირად თავის, კისრის, სახისა და ტორსის მიდამოში. გენერალიზებული კლონური გულყრები შედარებით იშვიათია, ვიდრე ტონურ-კლონური; ჩვეულებრივ, გვხვდება ჩვილებში და უნდა გავარჩიოთ შეყრჟოლების შეტევისგან. გენერალიზებული კლონური გულყრები ტონურ-კლონურ გულყრებთან შედარებით იშვიათია, ჩვეულებრივ, გვხვდება ჩვილებში და საჭიროებს დიფერენცირებას ნევროტულობის ან შეყრჟოლების პაროქსიზმებთან.<sup>7</sup>

გენერალიზებული ტონური გულყრა მანიფესტირდება კიდურების ბილატერალური ტონური დაჭიმვით ან წამოწევით, კისრის ტონურ დაჭიმვასთან ერთად. კლასიფიკაცია ვარაუდობს, რომ ტონურ აქტივობას არ უნდა მოყვებოდეს კლონური შეკრთომები. ასეთი ტონური აქტივობა შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს გახანგრძლივებული არანორმალური პოზით, ექსტენზიით ან ფლექსიით, ზოგჯერ, თანდართული კიდურების ტრემორით. ტონური აქტივობა ძნელი გასარჩევია დისტონური აქტივობისგან, რომელიც განისაზღვრება აგონისტი და ანტაგონისტი კუნთების ერთდროული შეკუმშვით, რაც განაპირობებს ათეტოიდურ ან გრეხვით მოძრაობებს, რომელთა გახანგრძლივების შემთხვევაში ადგილი აქვს სხეულის აბნორმულ პოზას.

გენერალიზებული მიოკლონური გულყრა, შესაძლოა შეგვხვდეს იზოლირებულად, ან ტონურ თუ ატონურ აქტივობასთან ერთად. კლონიისგან განსხვავებით, მიოკლონიას ახასიათებს ხანმოკლე და არარეგულარულად განმეორებადი ეპიზოდები. მიოკლონია შესაძლოა იყოს ეპილეფსიური და არაეპილეფსიური ეტიოლოგიის.

გენერალიზებული მიოკლონურ-ტონურ-კლონური გულყრა იწყება რამდენიმე მიოკლონური შეკრთომით, რასაც მოსდევს ტონურ-კლონური აქტივობა. ასეთი ტიპის გულყრები ყველაზე ხშირად გვხვდება პაციენტებში იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსიით და იშვიათია სხვა გენერალიზებული დასაწყისში შეკრთომები მიოკლონურია, თუ კლონური, მაგრამ ვინაიდან მიოკლონიები იშვიათად ხასიათდება გახანგრძლივებული მიმდინარეობით, ასეთი შეტევების მიკუთვნება კლონურ გულყრებთან დაბალი ალბათობითაა შესაძლებელი.

მიოკლონურ-ატონური გულყრა წარმოდგენილია კიდურების ან სხეულის ხანმოკლე შეკრთომით, რასაც მოსდევს ჩაკეცვა ვარდნით. ასეთი ტიპის შეტევები, რასაც ადრე უწოდებდნენ მიოკლონურ-ასტატურ გულყრებს, ყველაზე ხშირია დუზის სინდრომის დროს, თუმცა, შესაძლოა შეგვხვდეს ლენოქს-გასტოსა და სხვა სინდრომების შემთხვევებშიც.

ატონური ნიშნავს ტონუსის არარსებობას. თუ გენერალიზებული ატონური შეტევის დროს ქვეითდება ფეხის ტონუსი, პაციენტი ეცემა ან დუნდულეზზე, ზოგჯერ წინ, მუხლებზე ან პირქვე. მდგომარეობიდან გამოსვლა ხდება რამდენიმე წამში. აღნიშნულის საპირისპიროდ, ტონური ან ტონურ-კლონური გულყრების დროს პაციენტი ეცემა ზურგზე.

ეპილეფსიური სპაზმები, რომელიც ადრე ცნობილი იყო „ინფანტილური სპაზმების“ სახელით და აღნიშნავდა ეპილეფსიურ სპაზმებს, მანიფესტირდება ინფანტილურ ასაკში. ეპილეფსიური სპაზმი წარმოდგენილია უეცარი ფლექსიით, ექსტენზიით ან ექტენზიისა და ფლექსიის შერეული კომპონენტით, უპირატესად პროქსიმალურ და ტორსის კუნთებში. ჩვეულებრივ აღმოცენდება კლასტერების სახით და ყველაზე ხშირად ინფანტილურ ასაკის პერიოდში.

გენერალიზებული არამოტორული გულყრის ტიპები მოიცავს აბსანსების სხვადასხვა ვარიაციებს. სამუშაო ჯგუფმა ძალაში დატოვა ტიპური და ატიპური აბსანსი, რადგან ეს ორი განსხვავებული ტიპის გულყრა ასოცირებულია სხვადასხვა ეგ მონაცემთან, ეპილეფსიურ სინდრომთან, თერაპიასთან და პროგნოზთან. 1981 წლის კლასიფიკაციის მიხედვით, რომელიც ეფუძნება მრავალრიცხოვანი ვიდეო-ეგ ჩანაწერების ანალიზს, აბსანსი შეიძლება ჩაითვალოს ატიპურად მაშინ, თუ ტონუსის ცვლილება უფრო მეტადაა გამოხატული ვიდრე ტიპური აბსანსის შემთხვევაში და არ ვლინდება აბსანსის უეცარი დასაწყისი ან დასასრული. ეგ მონაცემები, შესაძლოა, მნიშვნელოვნად დაგვეხმაროს ტიპური და ატიპური აბსანსის დიფერენცირებაში.

მიოკლონური აბსანსი წარმოდგენილია განმეორებითი მიოკლონიებით 3/წამში, რაც ვლინდება ზემო კიდურების წამიერი უნებლიე ზეაწევის მოძრაობებით, რაც თანხლებულია გენერალიზებულ პიკ-ტალღოვან აქტივობასთან 3რხ/წამში, ხანგრძლივობით 10-60 წამი. ცნობიერების შეცვლა შესაძლოა, შეუმჩნეველი იყოს. მიოკლონური აბსანსი შესაძლოა შეგვხვდეს სხვადასხვა გენეტიკური და ასევე უცნობი ეტიოლოგიის ეპილეფსიების შემთხვევებში.

ქუთუთოების მიოკლონია წარმოდგენილია ქუთუთოების მიოკლონური კრთომებით და ხშირად აქტიურდება თვალების დახუჭვით ან სინათლის ზემოქმედებით. ქუთუთოების მიოკლონია შესაძლოა კავშირში იყოს აბსანსთან, მაგრამ, შესაძლოა, წარმოდგენილი იყოს მხოლოდ მოტორული სიმპტომით, აბსანსის გარეშე, რაც ართულებს მათ კატეგორიზაციას. 2017 წლის კლასიფიკაციით ასეთი ტიპის გულყრები გაერთიანებულია არამოტორული (აბსანსი) გულყრების ჯგუფში, რაც, შესაძლოა, ალოგიკურად მოგვეჩვენოს, თუმცა, მიოკლონია ამ შემთხვევაში მოიაზრება უფრო მეტად აბსანსთან და არა არამოტორულ გულყრასთან კავშირში. აბსანსი ქუთუთოების მიოკლონიით, გულყრებით, ან ეგ-ზე

თვალების დახუჭვის ფონზე გამოვლენილი პაროქსიზმებითა და ფოტოსენსიტივობით, წარმოადგენს ჟივონის სინდრომის ტრიადას.

უცნობი საწყისის მქონე ეპილეფსიური გულყრები შესაძლოა იყოს მოტორული ან არამოტორული. კლასიფიკაციის აუცილებლობა განსაკუთრებულად საჭიროა იმ ტონურ-კლონური გულყრების შემთხვევებში, რომელთა საწყისიც გაურკვეველია. დამატებითმა ინფორმაციამ შესაძლოა მოგვეცეს გულყრის ფოკალური ან გენერალიზებული საწყისის კლასიფიცირების საშუალება. ასევე, შესაძლოა, გაურკვეველი იყოს ეპილეფსიური სპაზმები და შეტევები ქვევის შეჩერებით. ეპილეფსიური სპაზმების შემთხვევაში, შეტევის ბუნების დასადატურებლად, შესაძლოა, დაგვჭირდეს დეტალური ვიდეო-ეგ მონიტორინგი, მაგრამ ეს მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ფოკალური საწყისის შემთხვევაში, შესაძლოა, მივაგნოთ ლოკალურად არსებული განკურნებადი პათოლოგიის არსებობას. შეტევა ქვევის შეჩერებით, შესაძლოა იყოს უცნობი საწყისის ფოკალური გულყრა შეცვლილი ცნობიერებით ან აბსანსი. გულყრა შეიძლება იყოს არაკლასიფიცირებადი გულყრის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობის ან კლასიფიკაციაში, გულყრების კატეგორიების ჩამონათვალში, მისი შეუთავსებლობის მიზეზით. თუ შეტევა ნათლად არ არის შეფასებული როგორც ეპილეფსიური გულყრა, მაშინ მას არ უნდა მივანიჭოთ არაკლასიფიცირებული გულყრის კატეგორია. ასეთი განმარტება კლასიფიკაციაში შემონახულია იმ უჩვეულო შემთხვევებისთვის, რომლებიც წააგვს გარკვეული ტიპის გულყრებს, თუმცა, აღწერილობით არც ერთ კატეგორიას არ განეკუთვნება. გულყრების ნებისმიერი კლასიფიკაცია შეიცავს ცრუ-დადებითი პასუხის გარკვეულ ხარისხსაც.

კლასიფიკაციაზე მომუშავე სპეციალისტთა ჯგუფმა, გულყრების ფოკალური და გენერალიზებული საწყისის განსასაზღვრად დაადგინა 80%-იანი სარწმუნოების ხარისხი; დანარჩენ შემთხვევებში გულყრებს შეიძლება მივანიჭოთ უცნობი საწყისის კატეგორია. სარწმუნოების ეს 80%-იანი მაჩვენებელი მიღებული იყო სტატისტიკური ანალიზის საფუძველზე პირობითად შერჩეული 80%-იანი ცრუ-ნეგატიური ნიშნულის გათვალისწინებით.

### ძირითადი დესკრიპტორები

ფოკალური გულყრები ხასიათდება განსხვავებული შეგრძნებებითა და ქცევებით, რომლებიც იმდენად მრავალფეროვანია, რომ შეუძლებელია ყველა მათგანის კლასიფიცირება. სამუშაო ჯგუფმა შეადგინა გულყრების დესკრიპტორების და ქცევების სია (ცხრ. 1), თუმცა, გულყრის კლასიფიკაციისთვის მას არ გააჩნია არსებითი მნიშვნელობა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, თვითონ დესკრიპტორები არ განსაზღვრავენ გულყრების ტიპებს, თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ დესკრიპტორები უფრო „დაბალი დონის მახასიათებ-



ლებია” ვიდრე ნიშნები, მაგალითად, როგორცაა „ტონური“, რომელიც განსაზღვრავს გულყრის ტიპს, გულყრის მანიფესტაციის ნიშნების გასარკვევად, შეგვიძლია, ძირითადი დესკრიპტორები დავამატოთ გულყრის კლასიფიკაციას. ლატერალიზაცია წარმოადგენს დესკრიპტორის სპეციალურ ფორმას, მაგრამ კლინიკური პრაქტიკისთვის მეტად მნიშვნელოვანია. ამიტომ, სამუშაო ჯგუფმა გულყრის შესახებ თავისუფალი ტექსტით დეტალური აღწერილობის მნიშვნელობა, აღიარა როგორც კლასიფიკაციის დამატება.

**ლექსიკონი**

ცხრილში 2 მოცემულია ტერმინების ლექსიკონი, რომელიც გამოყენებულია აღნიშნულ და თანდართულ ნაშრომში. განსაზღვრებები უნივერსალური არაა, მაგრამ კავშირშია გულყრების შესაბამის ენობრივ ტერმინებთან. მაგალითად, სიტყვა სენსორული განმარტებულია სენსორული გულყრის ამსახველი ტერმინებით და არა

ნებისმიერი შეგრძნების გაგებით. სადაც შესაძლებელი იყო, უცვლელად იქნა გამოყენებული ILAE-ს 2001 წლის ლექსიკონში გადმოცემული განმარტებები, რათა დაცული ყოფილიყო თანმიმდევრულობა. თუმცა, ამჟამინდელ ლექსიკონში ასევე წარმდგენილია ზოგიერთი ტერმინის განახლებული ვერსიაც. ძველი ტერმინების განმარტებისთვის შესაძლებელია მიეთითოს შესაბამისი ლიტერატურა; ტერმინები, რომლის გამოყენებაც აღარაა რეკომენდებული, ამოღებულია ამჟამინდელი ტერმინების სიიდან.

**ძველი ტერმინების ახალ ტერმინებად გარდაქმნა**

ცხრილში N3 მოცემულია ძველი და პოპულარული ტერმინების ცვლილება ახალი, 2017 წლის კლასიფიკაციის ტერმინებით.

**აბრევიატურა**

ცხრილში N4 მოცემულია გულყრის ძირითადი ტიპების აბრევიატურები.

**მაგალითები**

1. ტონურ-კლონური: გამოღვიძებისას ქალბა-ტონი საწოლში მეუღლეს ნახულობს გულყრით, რომლის საწყისიც არ დაუფიქსირებია, თუმცა, აღწერს ბილატერალურ ტონურ დაჭიმვას და კლონურ კრუნჩხვებს. ეეგ და ბმრ კვლევებით პათოლოგია არ დადგინდა. ეს გულყრა უნდა კლასიფიცირდეს, როგორც უცნობი საწყისის ტონურ-კლონური. რადგან არა გვაქვს ინფორმაცია გულყრის დასაწყისი ფოკალური იყო თუ გენერალიზებული. ძველი კლასიფიკაციით ის მიეკუთვნებოდა არაკლასიფიცირებულ გულყრას.
2. ფოკალური საწყისით და ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით: პირველი შემთხვევის ალტერნატიული სცენარით, ეეგ კვლევით დგინდება მარჯვენა თხემის მკაფიო ნელტალღოვანი ფოკუსი. ბმრ კვლევით გამოვლინდა მარჯვენა თხემის კორტიკული დისპლაზია. ამ შემთხვევაში გულყრა შეიძლება კლასიფიცირდეს, როგორც ფოკალური, ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით, მიუხედავად იმისა, რომ საწყისი დაფიქსირებული არ ყოფილა, მაგრამ კვლევების მიხედვით, დიდი ალბათობით, გულყრის საწყისი ფოკალურია. ძველი კლასიფიკაციით გულყრის სახელწოდება იქნებოდა პარციალური მეორადად გენერალიზებული გულყრა.
3. აბსანსი: პაციენტს დიაგნოსტირებული აქვს უცნობი ეტიოლოგიის ლენოქს-გასტოს სინდრომი. ეეგ-ზე აღინიშნება ნელი პიკ-ტალღოვანი კომპლექსების გარბენები. გულყრების ტიპებია აბსანსი, ტონური და ფოკალური მოტორული გულყრები. აბსანსი გახანგრძლივებულია, აქვს თანდათანობითი დასაწყისი და დასასრული და ზოგჯერ მოყვება

ცხრილი 1 ეპილეფსიური გულყრის და გულყრის შემდგომი ქცევის ძირითადი დესკრიპტორები	
<b>კოგნიტური</b>	<b>აგტონიატონიზაცია</b>
აკალკულია	აგრესია
აფაზია	თვალის ხამხამი
ყურადღების დარღვევა	თავის ჩაქინდვრა
დეჟა-ვუ ან ჟამე-ვუ	მანუალური
დისოციაცია	ორო-ფაციალური
დისფაზია	პედალირება
ჰალუცინაციები	მენჯის ტრიალი
ილუზიები	პერსექვრაცია
მესხიერების დარღვევა	სირბილი ზიგზაგზე
იგნორირება	სექსუალური
ფორსირებული აზროვნება	ტანსაცმლის გახდა
რეაგირების დარღვევა	ვოკალიზაცია/მეტყველება
	სიარული
<b>ემოციური ან აფექტური</b>	<b>მოტორული</b>
აუიტაცია	დიზართრია
სიბრაზე	დისტონია
მოუსვენრობა	მოფარკავის პოზა (4 იანის პოზა)
ტირილი (დაკრისტული)	ინკოორდინაცია
შიში	ჯექსონის
სიცილი(გელასტიური)	დამბლა
პარანოია	პარეზი
სიხარული	ვერსიული
<b>ავტონომიური</b>	<b>სენსორული</b>
ასისტოლია	სმენითი
ბრადიკარდია	გემოვნებითი
ერექცია	სიციხე-სიცივის შეგრძნება
წამოწითლება	ყნოსვითი
გასტროინტესტინული	სომატოსენსორული
ჰიპერ/ჰიპოვენტილაცია	ვესტიბულური
გულისრევა ან ღებინება	მხედველობითი
სიფერმკრთალები	
გულის ფრიალი	<b>ლატერალიზაცია</b>
პილორეექცია	მარცხენა
რესპირატორული ცვლილებები	მარჯვენა
ტაქიკარდია	ბილატერალური

### გულყრების კლასიფიცირების შემაჯამებელი წესები

1. გულყრის საწყისი 80%-იანი სარწმუნოების კრიტერიუმით შეაფასეთ ფოკალურად ან გენერალიზებულად; დანარჩენ შემთხვევაში გულყრის საწყისი იქნება უცნობი;
2. ცნობიერება: ფოკალური გულყრების შემთხვევაში შეაფასეთ, საჭიროა თუ არა გულყრის დახასიათება ცნობიერების დონის მიხედვით. *ფოკალური გულყრა შენახული ცნობიერებით* შეესატყვისება ძველ *მარტივ პარციალურ გულყრას*, ხოლო *ფოკალური გულყრა შეცვლილი ცნობიერებით* - ძველ *რთულ პარციალურ გულყრას*.
3. შეცვლილი ცნობიერება ნებისმიერ მომენტში: ფოკალური გულყრა ითვლება *ფოკალურ გულყრად შეცვლილი ცნობიერებით*, თუ ცნობიერება შეცვლილია გულყრის მიმდინარეობის ნებისმიერ ეტაპზე;
4. საწყისი ნიშანი: ფოკალური გულყრის კლასიფიცირება აწარმოეთ პირველი მახასიათებელი ნიშნის მიხედვით. მხედველობაში ნუ მიიღებთ ქცევის დროებით შეჩერებას;
5. ქცევის შეჩერება: *ეპილეფსიური გულყრა ქცევის შეჩერებით* წარმოდგენილია მისი ძირითადი ნიშნით - ქცევის შეჩერებით;
6. მოტორული/არამოტორული: *ფოკალური გულყრა შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით* შემდგომში შესაძლოა დაიყოს მოტორული ან არამოტორული მახასიათებლების მიხედვით. აღნიშნულის საპირისპიროდ, ფოკალური გულყრა შეიძლება დახასიათდეს მოტორული ან არამოტორული ნიშნებით, ცნობიერების დონის განსაზღვრის გარეშე. მაგ. *ფოკალური ტონური გულყრა*
7. არასავალდებულო ტერმინები: ტერმინები მოტორული და არამოტორული შესაძლოა არ გამოვიყენოთ იმ შემთხვევაში, როდესაც გულყრის ტიპი ეჭვს არ იწვევს.
8. დამატებითი დესკრიპტორები: გულყრის საწყისი ნიშნებით კლასიფიცირების, შეგიძლიათ დაიხმაროთ დამატებითი დესკრიპტორები სხვადასხვა ნიშნებისა და სიმპტომების აღწერით თავისუფალი ტექსტის სახით, რაც არ შეცვლის გულყრის ტიპს. მაგ.: *ფოკალური ემოციური გულყრა* მარჯვენა ხელის ტონური დაჭიმვით და ჰიპერვენტილაციით.
9. ბილატერალური vs გენერალიზებული: ტერმინი „ბილატერალური“ გამოიყენეთ ტონურ-კლონური გულყრების იმ შემთხვევაში, როდესაც გულყრა გავრცელდება ორივე ჰემისფეროზე და ჰემისფეროზე და „გენერალიზებული“- როდესაც გულყრა საწყისი ეტაპიდანვე იწყება ორივე ჰემისფეროდან.

10. ატიპური აბსანსი: აბსანსი ატიპურია, თუ ახასიათებს თანდათანობითი დასაწყისი და დასასრული, უფრო მეტადაა გამოხატული ტონუსური ცვლილებები, ან ეეგ-ზე პიკ-ტალღოვანი კომპლექსების სიხშირე < 3-ზე;
11. კლონური vs მიოკლონური: კლონური მიესადაგება გახანგრძლივებულ რიტმულ შეკრთომებს, ხოლო მიოკლონია რეგულარულ ხანმოკლე შეკრთომებს;
12. ქუთუთოს მიოკლონია: აბსანსი *ქუთუთოს მიოკლონიით* მიეკუთვნება აბსანსის დროს ქუთუთოების ფორსირებულ ზემოთ მიმართულ შეკრთომებს.

ვარდნა. ამ შემთხვევაში აბსანსი მისი მახასიათებლებით, ეეგ და სინდრომული ნიშნებით, წარმოადგენს *ატიპურ აბსანსს*. ძველი კლასიფიკაციით გამოიყენებოდა მსგავსი ტერმინი.

4. ტონური: ბავშვს აღენიშნება ხანმოკლე გულყრები მარჯვენა კიდურების ტონური დაჭიმვით, რომლის დროსაც რეაგირების უნარი და ცნობიერება შენარჩუნებულია. ამ შემთხვევაში გულყრა არის *ფოკალური ტონური გულყრა შენახული ცნობიერებით*. (სიტყვები „მოტორული საწყისი“ შესაძლოა არ გამოვიყენოთ). ძველი კლასიფიკაციით გულყრა აღიწერებოდა, როგორც *ტონური*, რომელიც, შესაძლოა შეცდომით არქმულიყო როგორც გენერალიზებული გულყრა.
5. ფოკალური შეცვლილი ცნობიერებით: 25 წლის ქალბატონი აღწერს შეტევებს, რომელიც იწყება „ინტენსიური ფამილიარული მუსიკის ხმით“ 30 წამის განმავლობაში. ამ დროს მას ესმის სხვა ადამიანების საუბარი, მაგრამ ვერ აღიქვამს, რას ლაპარაკობენ. შემდგომ აღენიშნება იოლი კონფუზია და საჭიროებს „რეორიენტაციას“. გულყრა კლასიფიცირდება როგორც *ფოკალური შეცვლილი ცნობიერებით*. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტი აღიქვამს გარემოს, არ შეუძლია ინტერპრეტირება და აღენიშნება კონფუზია. ადრინდელი განსაზღვრებით იქნებოდა რთული პარციალური გულყრა.
6. ავტონომიური: 22 წლის მამაკაცს აქვს შეტევები შენახული ცნობიერების ფონზე „ბატის კანით“ ხელებზე და წამოწითლების შეგრძნებით. ეს შეტევა კლასიფიცირდება როგორც „ფოკალური არამოტორული ავტონომიური გულყრა შენახული ცნობიერებით“ ან „ფოკალურ გულყრა შენახული ცნობიერებით და ავტონომიური სიმპტომებით“. ძველი კლასიფიკაციით მისი დასახელება იქნებოდა მარტივი პარციალური ავტონომიური გულყრა.
7. ფოკალური კლონური: ერთი თვის ბავშვს აღენიშნება მარცხენა ხელის რიტმული კლონური კრთომები, რომელიც არ წყდება ხელის პოზიციის შეცვლისას.

**ცხრილი 2. ტერმინების განმარტებები**

ტერმინი	განმარტება	წყარო
აბსანსი ტიპური	უეცარი საწყისი, მიმდინარე მოქმედების შეყვეტა, გარინდება, თვალის კაკლების ხანმოკლე დევიაცია ზემოთ; ჩვეულებრივ, პაციენტი შეტევისას კითხვებზე არ პასუხობს. ხანგრძლივობა რამდენიმე წამიდან ნახევარ წუთამდე, სწრაფი აღდგენით. ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის, შეტევის დროს ეეგ-ზე ვლინდება გენერალიზებული ეპილეფტიფორმული განტვირთვა. განსაზღვრების თანახმად აბსანსი გენერალიზებული საწყისისაა. სიტყვა აბსანსი გაშტერების სინონიმი არ არის, რაც შესაძლოა ასევე შეგვხვდეს ფოკალური საწყისის გულყრის შემთხვევაში.	წყარო 12-დან ადაპტირებული
აბსანსი ატიპური	აბსანსი, რომლის დროსაც ტონუსური ცვლილებები მეტადაა გამოხატული, ვიდრე ტიპური აბსანსის დროს, ან დასაწყისი და დასასრული ისეთი უეცარი არ არის; ხშირად ეეგ-ზე წარმოდგენილია ნელი, არარეგულარული გენერალიზებული პიკ-ტალღოვანი კომპლექსები	წყარო 1 <sup>1</sup> დან ადაპტირებული
შეჩერება	იხ. ქცევის შეჩერება	ახალი
ატონური	კუნთთა ტონუსის უეცარი მოსპობა ან შესუსტება, რასაც წინ არ უძღვის მიოკლონიური ან ტონური აქტივობა; ხანგრძლივობით 1-2 წამი, რაც მოიცავს თავს, ტანს, ქვედაყბას ან კიდურს.	წყარო 12-დან ადაპტირებული
ავტომატიზმი	მეტ-ნაკლებად კოორდინირებული მოტორული აქტივობა, როცა ცნობიერება ჩვეულებრივ შეცვლილია, და შემდგომ მეტწილად (მაგრამ არა ყოველთვის) პაციენტს აღნიშნულზე ამნეზია აქვს. ხშირად წარმოდგენილია ნებითი მოძრაობით და შესაძლოა პრეიქტული მოტორული აქტივობის არამიზანმიმართულ გაგრძელებაში გადავიდეს	12
ავტონომიური გულყრა	ავტონომიური ნერვული სიტემის თვალსაჩინო ცვლილება, რაც მოიცავს კარდიოვასკულურ, გუგის, გასტრო-ინტესტინურ, სუდო-მოტორულ, ვაზო-მოტორულ და თერმო-რეგულატორულ ფუნქციებს	წყარო 12-დან ადაპტირებული
აურა	პაციენტის სუბიექტური იქტური ფენომენი, რაც წინ უძღვის გამოხატულ დაკვირვებად გულყრას (პოპულარული ტერმინი)	12
ცნობიერება	საკუთარი თავის და გარემოს აღქმა	ახალი
ბილატერალური	ორივე მხარე - მარცხენაც და მარჯვენაც, თუმცა ბილატერალური გულყრის მანიფესტირება შესაძლოა იყოს სიმეტრიული ან ასიმეტრიული	ახალი
კლონური	სიმეტრიული ან ასიმეტრიული შეკრთომა, რომელიც რეგულარულად მეორდება და მოიცავს ერთი და იგივე ჯგუფის კუნთებს	წყარო 12-დან ადაპტირებული
კოგნიტური	მიეკუთვნება აზროვნებას და უმაღლეს ფსიქიკურ ფუნქციებს, როგორცაა მეტყველება, სივრცის აღქმა, მეხსიერება და პრაქსისი. წინანდელი გამოყენებული ტერმინი იყო ფსიქიკური	ახალი
ცნობიერება	აზროვნების მდგომარეობა, რომელიც მოიცავს როგორც სუბიექტურ, ისე ობიექტურ ასპექტებს, საკუთარი თავის შემეცნებას, როგორც უნიკალურ ერთეულს, ცნობიერებას აღქმას, რეაგირების უნარს და მეხსიერებას	ახალი
დაკრისტული	ტირილის შეტევები, რაც შეიძლება ასოცირებული იყოს ან არ იყოს ემოციასთან (დარდი, მოწყენილობა)	წყარო 12-დან
დისტონური	გახანგრძლივებული შეკუმშვა როგორც აგონისტი, ისე ანტაგონისტი კუნთებისა, რაც იწვევს ათეტიდურ ან გრეხვით მოძრაობებს, რასაც მოსდევს პათოლოგიური პოზა	ადაპტირებული
ემოციური გულყრა	გულყრა, რომელიც საწყის ეტაპზე წარმოდგენილია ემოციით, როგორცაა შიში, სპონტანური სიხალისე ან ეიფორია, სიცილი (გელასტიური) ან ტირილი (დაკრისტული)	ახალი

ეპილეფსიური სპაზმი	უეცარი ფლექსია, ექსტენზია ან შერეული ექსტენზია-ფლექსია უპირატესად პროქსიმალურ და ტანის კუნთებში, უფრო გახანგრძლივებული ვიდრე მიოკლონური შეკრთომა, მაგრამ არა ისეთი ხანგრძლივი, როგორც ტონური დაჭიმვა. შესაძლოა შეგვხვდეს შემოსაზღვრული ფორმები: გრიმასა, თავის ჩაქინდვრა, თვალის კაკლების შეუმჩნეველი მოძრაობა. ეპილეფსიური სპაზმები ხშირად ვითარდება კლასტერებით. ინფანტილური სპაზმები ყველაზე ცნობილი ფორმაა, მაგრამ ეპილეფსიური სპაზმი შესაძლოა შეგვხვდეს ყველა ასაკში.	წყარო 12-დან ადაპტირებული
ეპილეფსია	თავის ტვინის დაავადება, რომელიც განისაზღვრება შემდეგი 3 მდგომარეობით:1) სულ მცირე 2 არაპროვოცირებული (ან რეფლექს) ეპილეფსიური გულყრა 24 საათზე მეტი ინტერვალით,2) ერთი არაპროვოცირებული (ან რეფლექს) ეპილეფსიური გულყრა და შემდგომში გულყრის გამეორების ისეთივე მსგავსი რისკი (არანაკლებ 60 %), როგორც ორი არაპროვოცირებული ეპილეფსიური გულყრის შემდეგ მომდევნო 10 წლის განმავლობაში; 3)ეპილეფსიური სინდრომის დიაგნოსტიკა. ეპილეფსიის დიაგნოზის მოხსნაზე საკითხი დგება იმ პაციენტებში რომელთაც დიაგნოსტიკური ჰქონდათ ასაკ-დამოკიდებული ეპილეფსიური სინდრომი და გადააბიჯეს შესაბამის ასაკს ან იმ შემთხვევებში, როდესაც ეპილეფსიური გულყრები შეწყვეტილია 10 წლის მანძილზე და ბოლო 5 წლის განმავლობაში ანტიეპილეფსიური მედიკამენტი არ მიუღია	3
ქუთუთოების მიოკლონია	ქუთუთოების შეკრთომები, სულ ცოტა 3/წამში, უხშირესად თვალის კაკლების ზემოთ დევიაციით, ჩვეულებრივ ხანგრძლივობით <10 წამზე, ხშირად გამოწვეული თვალელების დახუჭვით. ისინი შესაძლოა შეუღლებულნი იყვნენ ან არ იყვნენ ცნობიერების ხანმოკლე გამოთიშვასთან	ახალი
გულყრა მოფარიკავის პოზით	ფოკალური მოტორული გულყრა ერთი ხელის ექსტენზიით და მეორე ხელის იდაყვის და მაჯის ფლექსიით რაც მსგავსია მოფარიკავისა. ამ გულყრას ასევე ეწოდება დამატებითი მოტორული ზონის გულყრა	ახალი
4 იანის პოზის გულყრა	ზემო კიდურების ექსტენზია (ჩვეულებრივ ეპილეფსიური ზონის კონტრალატერალურად) და მეორე ხელის იდაყვში ფლექსია, რაც ჰგავს ციფრ 4-ს	ახალი
ფოკალური	დაწყება ერთი ჰემისფეროს შემოსაზღვრულ წრეებში; შესაძლოა იყოს ლოკალიზებული ან უფრო ფართოდ გავრცობადი. შესაძლოა დაიწყოს სუბკორტიკულ სტრუქტურებში	5
ფოკალური გულყრა გადასვლით ბილატერალურ ტონურ-კლონურ გულყრაში	ფოკალური საწყისის ეპილეფსიური გულყრა შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით, მოტორული ან არამოტორული საწყისით, რომელიც გადაიზრდება ბილატერალურ ტონურ-კლონურ აქტივობაში. ადრინდელი ტერმინი პარციალური, მეორადად გენერალიზებული გულყრა.	ახალი
გელასტიური	სიცილის ან ხითხითის შეტევები არაშესაბამისი ადეკვატური გარემოების გარეშე	12
გენერალიზებული	იწყება განსაზღვრულ ადგილას, სწრაფად მომცველ ბილატერალურ გავრცელებად წრეებში	5
გენერალიზებული ტონურ-კლონური	ბილატერალური სიმეტრიული, ან ზოგჯერ ასიმეტრიული ტონური შეკუმშვა და შემდგომ ბილატერალური კლონური კრუნჩხვები სომატურ კუნთებში, რაც ჩვეულებრივ ასოცირებულია ავტონომიურ ფენომენებთან და ცნობიერების დაკარგვასთან. გულყრა საწყისი ეტაპიდანვე მოიცავს ორივე ჰემისფეროს წრეებს	წყარო 5, 12-დან ადაპტირებული
ჰალუცინაცია	რთული შეგრძნებების წარმოსახვა გარეგანი სტიმულის გარეშე, რაც მოიცავს მხედველობით, სმენით, სომატოსენსორულ, ყნოსვით და/ან გემოვნებით ფენომენებს. მაგალითები:მოსაუბრე ადამიანების „მოსმენა“ და „დანახვა“	12
ქცევის შეჩერება	აქტივობის შეჩერება (პაუზა), გაშტერება, იმობილიზაცია, რაც ახასიათებს ეპილეფსიურ გულყრას ქცევის შეჩერებით	ახალი
იმობილიზაცია	იხ. აქტივობის შეჩერება	ახალი
შეცვლილი ცნობიერება	იხ. ცნობიერება, ცნობიერების შეცვლა ან დაკარგვა ნიშანია ეპილეფსიური გულყრისა შეცვლილი ცნობიერებით	ახალი
შეცვლილი ცნობიერება Consciousness	იხ. შეცვლილი ცნობიერება	ახალი

ჯექსონის გულყრა	ტრადიციული ტერმინი, რომელიც ასახავს კლონური განტვირთვების გავრცელებას სხეულში უნილატერალურად	12
მოტორული	მოიცავს მუსკულატურას ნებისმიერი ფორმით; მოტორული ფენომენი შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს კუნთის შეკუმშვის მატებით (პოზიტიური) ან კლებით (ნეგატიური), რაც აპირობებს მოძრაობის შეუძლებლობას	12
მიოკლონური	უეცარი, ხანმოკლე (ნაკლები 100 მწმ) უნებლიე, ერთეული ან მრავლობითი შეკუმშვა ან შეკუმშვები კუნთის ან სხვადასხვა ტოპოგრაფიის კუნთთა ჯგუფის (აქსიალური, კიდურის პროქსიმალური, დისტალური). მიოკლონია არის ნაკლებად რეგულარულად გამეორებადი და ნაკლებად გახანგრძლივებული, ვიდრე კლონური კრთომა	წყარო 12-დან ადაპტირებული
მიოკლონურ-ატონური	გენერალიზებული გულყრის ტიპი, მიოკლონური შეკრთომის საწყისით, რასაც მოსდევს ატონური კომპონენტი. ადრე ეწოდებოდა მიოკლონურ-ასტატური	ახალი
მიოკლონურ-კლონური	კიდურების ერთი ან რამდენიმე ბილატერალური შეკრთომა, რასაც მოყვება	მიღებულია
ტონურ-კლონური	ტონურ-კლონური გულყრა. საწყისი შეკრთომები შესაძლოა იყოს კლონური ან მიოკლონური. ამ ტიპის გულყრები წარმოადგენს იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსიის ძირითად მახასიათებელს.	წყაროდან 1
არამოტორული	ფოკალური ან გენერალიზებული გულყრის ტიპი, რომლის დროსაც მოტორული აქტივობა თვალსაჩინო არ არის	ახალი
პროპაგაცია	გულყრის აქტივობის გავრცელება ტვინის ერთი არიდან მეორეზე, ან სხვა წრეების ჩართვა	ახალი
რეაგირება	შესატყვისი რეაქცია მოძრაობით ან სიტყვიერი პასუხით ადეკვატური სტიმულის მიწოდების შემდეგ	ახალი
გულყრა	ნიშნების ან სიმპტომების გარდამავალი აღმოცენება თავის ტვინში მომატებული ნეირონული სინქრონული განტვირთვის შედეგად	4
სენსორული გულყრა	პერცეპციული გამოცდილება, რომელიც არ არის კავშირში გარე სტიმულთან	12
სპაზმი	იხ. ეპილეფსიური სპაზმი	12
ტონური	კუნთის გახანგრძლივებული მომატებული შეკუმშვა, რაც გრძელდება წამებიდან წუთებამდე	12
ტონურ-კლონური	მიმდინარეობა, როდესაც ტონურ ფაზას მოსდევს კლონური	12
არაცნობიერი	ტერმინი არაცნობიერი შესაძლოა გამოყენებული იქნას შეცვლილი ცნობიერების აღსანიშნავად	ახალი
არაკლასიფიცირებული	მიეკუთვნება გულყრების იმ ტიპს, რომელიც ვერ აღიწერება ებსლ 2017 წლის კლასიფიკაციით ან არასაკმარისი ინფორმაციის გამო, ან უჩვეულო კლინიკური ნიშნების გამო. იმ შემთხვევაში, როდესაც გულყრა არაკლასიფიცირებულია საწყისის მიხედვით, დაკვირვების შედეგად შესაძლოა მოხერხდეს მისი კლასიფიცირება	ახალი
არარეაგირებადი	შეუძლებელია შესატყვისი რეაქცია მოძრაობით ან მეტყველებით მიწოდებულ სტიმულზე	ახალი
ვერსიული	გახანგრძლივებული, ფორსირებული შეუღლებული თვალის, თავის და/ან ტანის როტაცია ან ლატერალური დევიაცია შუახაზიდან	12
<i>ახალი - ახალი განსაზღვრება, როგორც ამ სტატიაში გამოყენებული</i>		

ეგ-ზე მარჯვნივ ფრონტალურ არეში ფიქსირდება იქტური რიტმი. ასეთი ტიპის გულყრა წარმოადგენს კლინიკურ გულყრას ფოკალური მოტორული საწყისით, ან მოკლედ რომ ვთქვათ, ეს არის ფოკალური კლონური გულყრა. მაგრამ ვინაიდან ამ ასაკში ცნობიერების დონის შეფასება ვერ ხერხდება, ასეთი

გულყრის კლასიფიცირებისას ცნობიერებას ყურადღება არ უნდა მიექცეს. ძველ კლასიფიკაციაში შეუძლებელი იყო ამ ტიპის გულყრის დასახელების განსაზღვრა.

8. გულყრის გამოვლინებების თანმიმდევრობა: 75 წლის კაცს ეწყება ჩხვლეტა მარჯვენა ხელში, რომელიც,

მისივე გადმოცემით, გადაიზრდება მარჯვენა ხელის რიტმულ კრთომებში, ხანგრძლივობით 30 წამამდე. შეტევების დროს ცნობიერების დონე უცვლელია. ეს შეტევა არის ფოკალური (არამოტორული საწყისის) სენსორული გულყრა. მნიშვნელოვან დახმარებას გაგვიწევს გულყრის დამატებითი აღწერილობა, სახელდობრ ფოკალური სენსორული გულყრა სომატოსენსორული სიმპტომებით, მარჯვენა ხელის კლონურ აქტივობაში გადაზრდით. თუ სენსორული და მოტორული სიმპტომები აღმოცენდება დამოუკიდებლად, ან კლინიციუსს ექნება ამ გულყრების ორ სხვადასხვა ტიპად დიფერენცირების საბაზი (ბიფოკალური ან მულტიფოკალური), მაშინ თითოეული კომპონენტი უნდა კლასიფიცირდეს განცალკევებულ გულყრად. ძველი კლასიფიკაციით ამ გულყრას მიენიჭებოდა მარტივი პარციალური სენსომოტორული გულყრის სახელი. 2017 წლის კლასიფიკაციის უპირატესობა გამოიხატება იმაში, რომ გულყრა სპეციფიცირდება სენსორული საწყისით, რასაც კლინიკური მნიშვნელობა გააჩნია.

9. მიოკლონურ-ატონური: 4 წლის ბიჭს, დუზის სინდრომით, აღენიშნება შეტევები ხელების უნებლიე შეკრთომით, რასაც მოსდევს კუნთთა ტონუსის უეცარი დაქვეითება და ვარდნა. ამჟამად ეს გულყრა კლასიფიცირდება, როგორც მიოკლონურ-ატონური. ადრინდელი არაოფი-ციალური სახელი იყო მიოკლონურ-ასტატური.
10. მიოკლონურ-ტონურ-კლონური: 13 წლის პაციენტს, იუვენილური მიოკლონური ეპილეფსიით, აღენიშნება შეტევები, რომელიც იწყება რამდენიმე შეკრთომით, რასაც მოსდევს ოთხივე კიდურის დაჭიმვა და შემდეგ კიდურების კლონური კრთომები. ეს გულყრა წარმოადგენს მიოკლონურ-ტონურ-კლონურ გულყრას. ძველი კლასიფიკაციით ამ ტიპის გულყრის ტერმინი არ არსებობდა, თუმცა, შეგვეძლო, მისთვის გვეწოდებინა მიოკლონური ან კლონური გულყრა, რასაც მოსდევს ტონურ-კლონური გულყრა.
11. ფოკალური ეპილეფსიური სპაზმები: 14 თვის გოგონას აღენიშნება ორივე ხელის უეცარი ექსტენზია და ტანის ფლექსია 2 წამის ხანგრძლივობით. შეტევები მიმდინარეობს კლასტერების სახით. ეეგ-ზე ვლინდება ჰიფს-არითმია ბილატერალური პიკებით, მეტად გამოხატული მარცხენა თხემში. მრგ-კვლევით ვლინდება მარცხენა თხემის დისპლაზია. დისპლაზიური უბნის ამოკვეთით შეტევები შეწყდა. დამატებითი ინფორმაციით შეტევების ტიპია ფოკალური ეპილეფსიური სპაზმი, („მოტორული საწყისი“ შესაძლოა არ გამოვიყენოთ). ძველი კლასიფიკაციით ამ შეტევას ეწოდებოდა ინფანტილური სპაზმი, ფოკალურობის დამატების გარეშე. ტერმინი „ინფანტილური“ შესაძლოა ისევ გამოვიყენოთ, როდესაც სპაზმები ვითარდება ინფანტილურ ასაკში.

12. არაკლასიფიცირებული: ცნობილია, რომ 75 წლის მამაკაცს აღენიშნება ეპილეფსიური შეტევები სხეულში შინაგანი ცახცახის შეგრძნებით და კონფუზიით. სხვა ინფორმაცია უცნობია. ეეგ და ბმრ-კვლევის მონაცემები ნორმის ფარგლებშია. ასეთ შემთხვევაში შეტევა არაკლასიფიცირებულია.

## განხილვა

2017 წლის ეპილეფსიური გულყრების კლასიფიკაციის საფუძვლების და სტრუქტურის ამსახველ ნაშრომს თან ერთვის სახელმძღვანელო სტატია, რომელიც კლასიფიკაციის გამოყენების ინსტრუქციების კრებულს წარმოადგენს. თუმცა, მოცემული კლასიფიკაციით შეუძლებელია კლინიკურ პრაქტიკაში არსებული ყველა სირთულის აღმოფხვრა. მაგალითად, გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრები, მანიფესტაციის პერიოდში, თავის ვერსიის გამო, შესაძლოა, უმნიშვნელოდ ასიმეტრიული იყოს. საკითხავია, რა დონის ასიმეტრია შეიძლება მივიჩნიოთ ფოკალურ გულყრად? პასუხი ეყრდნობა ყოველი გულყრის ინდივიდურ შეფასებას. რამდენად უნდა მერყეობდეს კლინიციუსტი გულყრის საწყისის განსაზღვრის შემთხვევაში რომ მას მიანიჭოს უცნობი საწყისის კატეგორია? სამუშაო ჯგუფი გულყრის ფოკალურ ან გენერალიზებულ საწყისს სპეციალისტის მიერ 80%-იანი დარწმუნების მაჩვენებლით მიიჩნევს, მაგრამ ეს თვალსაჩინოება დროთა განმავლობაში პრაქტიკაში უდავოდ გახდება მსჯელობის საგანი.

გაურკვევლობა იმ შემთხვევაშიც, როდესაც საწყის ეტაპზე გულყრა გამოვლინდება მრავალი ნიშნით ან სიმპტომით, მაგალითად, ხელის ტონური დაჭიმვა და ავტომატიზმები. გულყრის კლასიფიცირებისას უნდა შეიჩინოს ყველაზე ადრეულ ეტაპზე გამოვლენილი სიმპტომი, მაგრამ სხვადასხვა თვითმხილველმა შეიძლება სხვადასხვა ინფორმაცია მოგვაწოდოს პირადი დაკვირვებისა და მოვლენათა საკუთარი ინტერპრეტაციის შესაბამისად. ამ ორზაროვნების თავიდან აცილება, გარკვეულწილად შესაძლებელია, თუ ცნობილია ძირითადი გულყრების ტიპური პატერნები. ქცევის შეჩერება, რასაც მოსდევს თვალბრუნების ხამხამი და თავის ჩაქინდვრა, 5 წამის გზანგრძლივობის, შემდგომ კი ცნობიერების მყისიერი აღდგენა, გვაფიქრებინებს ტიპურ აბსანსზე, თუმცა, თითოეული აღწერილი სიმპტომი სხვა ტიპის გულყრის დროსაც შეიძლება შეგვხვდეს. თუ გულყრის ტიპს დაემატება არასავალდებულო დესკრიპტორები, შესაძლებელი იქნება გულყრის ბუნების უკეთესად გადმოცემა იმ შემთხვევაშიც, თუ გულყრის დროს მრავალი სიმპტომი ფიგურირებს. მაგ. თუ შეტევების ტიპს „ფოკალური გულყრა შეცვლილი ცნობიერებითა და ემოციური სიმპტომებით“ დაემატება „სიცილის“ დესკრიპტორი, მნიშვნელოვნად გაადვილდება გულყრის ტიპის შეფასება.

**ცხრილი 3. გულყრების ძველი ტერმინების ცვლილება ახალი ტერმინებით**

ძველი ტერმინი	ახალი ტერმინი [არჩევანი] (არასავალდებულო)
<b>აბსანსი</b>	<b>(გენერალიზებული) აბსანსი</b>
აბსანსი ატიპური	(გენერალიზებული) აბსანსი, ატიპური
აბსანსი ტიპური	(გენერალიზებული) აბსანსი, ტიპური
აკინეტური	ფოკალური ქვევის შეჩერებით, გენერალიზებული აბსანსი
ასტატური	[ფოკალური/გენერალიზებული] ატონური
<b>ატონური</b>	<b>[ფოკალური/გენერალიზებული] ატონური</b>
აურა	ფოკალური შენახული ცნობიერებით
კლონური	[ფოკალური/გენერალიზებული] კლონური
<b>რთული პარციალური</b>	<b>ფოკალური შეცვლილი ცნობიერებით</b>
კონვულსია	[ფოკალური/გენერალიზებული] მოტორული [ტონურ-კლონური, ტონური, კლონური], ფოკალური, ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით
დაკრისტული	ფოკალური [შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით] ემოციური, (დაკრისტული)
დიალექტური	ფოკალური შეცვლილი ცნობიერებით
Drop Attack	[ფოკალური/გენერალიზებული] ატონური [ფოკალური/გენერალიზებული] ტონური
მოფარიკავის პოზა (ასიმეტრიული ტონური)	ფოკალური [შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით] მოტორული ტონური
4 იანის ფიგურა	ფოკალური [შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით] მოტორული ტონური
გაშტერება	ფოკალური [შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით] ქვევის შეჩერებით
გაშტერება	ფოკალური [შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით] ქვევის შეჩერებით
შუბლის წილის	ფოკალური
გელასტიური	ფოკალური [შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით] ემოციური, (გელასტიური)
<b>Grand Mal</b>	<b>გენერალიზებული ტონურ-კლონური, ფოკალური, ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით, უნებო საწყისის ტონურ-კლონური</b>
გემოვნებითი	ფოკალური [შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით] სენსორული (გემოვნებითი)
<b>ინფანტილური სპაზმი</b>	<b>[ფოკალური/გენერალიზებული/უნებო] საწყისის ეპილეფსიური სპაზმი</b>
ჯექსონის ლიმბური	ფოკალური შენახული ცნობიერებით (ჯექსონის)
დიდი მოტორული	ფოკალური შეცვლილი ცნობიერებით
მცირე მოტორული	გენერალიზებული ტონურ-კლონური, ფოკალური, ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით, ფოკალური მოტორული, გენერალიზებული მიაოკლონური
<b>მიაოკლონური</b>	<b>[ფოკალური/გენერალიზებული] მიაოკლონური</b>
ნეოკორტიკული კეფის წილის	ფოკალური შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით
თხემის წილის	ფოკალური
პარციალური	ფოკალური
<b>Petit Mal</b>	<b>აბსანსი</b>
<b>ფსიქომოტორული</b>	<b>ფოკალური შეცვლილი ცნობიერებით</b>
როლანდური	ფოკალური შენახული ცნობიერებით, ფოკალური, ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით
Salaam	[ფოკალური/გენერალიზებული/უნებო] საწყისის ეპილეფსიური სპაზმი
მეორადად გენ-ზებული ტონურ-კლონური	ფოკალური, ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით
<b>მარტივი პარციალური</b>	<b>ფოკალური შენახული ცნობიერებით</b>
დამატებითი მოტორული	ფოკალური მოტორული ტონური
სილვიური	ფოკალური მოტორული
<b>საფეთქლის წილის ტონური</b>	<b>ფოკალური შენახული/შეცვლილი ცნობიერებით [ფოკალური/გენერალიზებული] ტონური</b>
<b>ტონურ-კლონური</b>	<b>[გენერალიზებული/უნებო] საწყისის ტონურ-კლონური, ფოკალური, ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით</b>
უნცინატური	ფოკალური [შენახული ან შეცვლილი ცნობიერებით] სენსორული (ყნოსვითი)
შესატყვის შესაბამისობა არ არის ასახული რეორგანიზაციასა და სახელების ცვლილებას შორის; მნიშვნელოვანი ტერმინები გამოქვეყნებულია *ნატომიური კლასიფიკაცია ჯერ კიდევ გამოსადეგია, მაგ. ნეიროქირურგიული ჩარევასა.	

**ცხრილი 4. ყველაზე მნიშვნელოვანი გულყრის ტიპების აბრევიატურები**

ყველაზე მნიშვნელოვანი გულყრის ტიპები	აბრევიატურა
ფოკალური გულყრა შენახული ცნობიერებით	ფგმც
ფოკალური გულყრა დათრგუნული ცნ-ით	ფგდც
ფოკალური მოტორული გულყრა	ფმგ
ფოკალური არამოტორული გულყრა	ფაგ
ფოკალური ეპილეფსიური სპაზმი	ფეს
ფოკალური გულყრა ბილატერალურ ტონურ-კლონურში გადასვლით	ფგბტკ
გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრა	გტკკ
გენერალიზებული აბსანსი	გა
გენერალიზებული მოტორული გულყრა	გმგ
გენერალიზებული ეპილეფსიური სპაზმი	გეს
ტონურ-კლონური გულყრა უნებო საწყისით	ტგპუს

სხვადასხვა მოტორული ნიშნები შესაძლოა შეუღლებული იყოს როგორც ფოკალური საწყისის, ასევე გენერალიზებული საწყისის გულყრებთან, მაგრამ აღნიშნულის გამო არ შეიძლება დავასკვნათ, რომ ორივე კატეგორიის გულყრას მსგავსი პათოფიზიოლოგიური მექანიზმები გააჩნია. ფოკალურ და გენერალიზებულ ტონურ გულყრებს, შესაძლებელია, განსხვავებული მექანიზმები აქვთ, რადგან ტონურ გულყრებს ფოკალური და გენერალიზებული ტიპების დროს გააჩნიათ განსხვავებული პროგნოზის, მკურნალობაზე დამოკიდებულების, დემოგრაფიული და სხვადასხვა ეპილეფსიურ სინდრომთან ურთიერთკავშირების თავისებურებები. თვით ფოკალური ტონური აქტივობა, როგორც შეცვლილი ცნობიერებით მიმდინარე ფოკალური გულყრის შემადგენელი ნაწილი (რთული პარციალური შეტყვის დროს ამ ტიპის გულყრისთვის დამახასიათებელი გრეხვითი მოძრაობის გახსენება), შესაძლოა განსხვავდებოდეს ფოკალური ტონური გულყრისგან ლენოქს-გასტოს სინდრომის შემთხვევაში. გულყრების ახალი ტიპების გამოვლენამ მნიშვნელოვნად უნდა აამაღლოს პროფესიონალთა ცოდნის დონე ასეთი ტიპის შეტყვებისა და მათი შესაბამისი სინდრომების საკითხებში.

2017 წლის კლასიფიკაციის გამოყენებით, მნიშვნელოვნად გაიზარდა ცოდნისა და ადაპტაციის დონე ეპილეფსიის დარგში მომუშავე სპეციალისტებს შორის. დროთა განმავლობაში მიიღწევა კონსენსუსი ისეთ საკითხებზეც, თუ გარკვეულ სიმპტომებსა და ნიშნებს ყველაზე მეტად გულყრის რომელი ტიპი შეესაბამება. წარსული გამოცდილების გათვალისწინებით შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ არსებული ნაცნობი ტერმინების დროებითი გამოყენების საფუძველზე შესაძლებელი იქნება ახალი კლასიფიკაციის ეტაპობრივი ათვისება. 2017 წლის კლასიფიკაციის რეალობაში დანერგვა სავარაუდოდ გამოიწვევს ცვლილებებისადმი მოტივაციის გაზრდას.

2017 წლის გულყრების კლასიფიკაციის მიზანს წარმოადგენს კომუნიკაციის გამარტივება კლინიცისტებს, მკვლევრებსა და დამხმარე პერსონალს შორის. მომავალი ემპირიული კლასიფიკაციის შემუშავება უნდა ვივარაუდოთ იმ დროისთვის, როდესაც საკმარისი ცოდნა დაგროვდება ახალი კლასიფიკაციის შესაქმნელად და რომელიც დაეფუძნება განსხვავებული ტიპის გულყრების არსებობას.

## ლიტერატურა

1. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. From the Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1981;22:489–501.
2. Acharya JN, Wyllie E, Luders HO, et al. Seizure symptomatology in infants with localization-related epilepsy. *Neurology* 1997;48:189–196.
3. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55:475–82.
4. Fisher RS, Boas WV, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46:470–472.
5. Berg AT, Millichap JJ. The 2010 revised classification of seizures and epilepsy. *Continuum (Minneapolis)* 2013;19:571–597.
6. Felician O, Tramoni E, Bartolomei F. Transient epileptic amnesia: update on a slowly emerging epileptic syndrome. *Rev Neurol (Paris)* 2015;171:289–297.
7. Luat AF, Kamat D, Sivaswamy L. Paroxysmal nonepileptic events in infancy, childhood, and adolescence. *Pediatr Ann* 2015;44:e18–e23.
8. Wolf P, Yacubian EM, Avanzini G, et al. Juvenile myoclonic epilepsy: a system disorder of the brain. *Epilepsy Res* 2015;114:2–12.
9. Kelley SA, Kossoff EH. Doose syndrome (myoclonic-astatic epilepsy): 40 years of progress. *Dev Med Child Neurol* 2010;52:988–993.
10. Elia M, Guerrini R, Musumeci SA, et al. Myoclonic absence-like seizures and chromosome abnormality syndromes. *Epilepsia* 1998;39:660–663.
11. Striano S, Capovilla G, Sofia V, et al. Eyelid myoclonia with absences (Jeavons syndrome): a well-defined idiopathic generalized epilepsy syndrome or a spectrum of photosensitive conditions? *Epilepsia* 2009;50(Suppl. 5):15–19.
12. Blume WT, Luders HO, Mizrahi E, et al. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia* 2001;42:1212–1218.

„თ. გელაძის სახელობის საქართველოს ეპილეფსიასთან ბრძოლის ლიგა“  
ითარგმნა დავით კვერნაძისა და სოფიო კასრაძის მიერ

**Georgian Chapter of the ILAE/ILAE-Europe**  
Translators David Kvernadze and Sofia Kasradze