

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 20 მაისის N3 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის N01-150/ ო ბრძანებით

ჭინჭრის ციება

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ჭინჭრის ციება	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
4. პროტოკოლის მიზანი	3
5. სამიზნე ჯგუფი	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები	4
8.1 დეფინიცია	4
8.2 ურტიკარიის კლინიკური კლასიფიკაცია	4
8.3 ურტიკარიის ეტიოლოგიური ფაქტორები.....	5
8.4 კლინიკური ფორმები.....	5
8.5 სამკურნალო ღონისძიებები.....	7
9. მოსალოდნელი შედეგები	9
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	9
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	9
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	9
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე	9
14. დანართები	10
15. პროტოკოლის ავტორები.....	10

ცხრილი და დანართები

ცხრილი №1. მნიშვნელოვანი გამოკვლევები სხვადასხვა ტიპის ურტიკარიის დროს.....	7
დანართი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	10
დანართი №2. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება.....	10

1. პროტოკოლის დასახელება: ჭინჭრის ციება

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
ჭინჭრის ციება (ურტიკარია)	L50
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
კანის კლინიკური დათვალიერება	QXFX90
მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
განავლის ქიმიური და ბიოქიმიური გამოკვლევა	FA.2
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
გლუკოზა სისხლში	BL.12.1
ბილირუბინი	BL.10.1
ქოლესტერინი	BL.13.2
კრეატინინი	BL.9.3
ანტისხეულების გამოკვლევა/განსაზღვრა მცენარეული, ცხოველური, ქიმიური და წამლისმიერი წარმოშვების ანტიგენების მიმართ	IM.2

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

1. Conférence de consensus. Texte long. Prise en charge de l'urticaire chronique Texte des recommandations. Société Française de Dermatologie; Association des Enseignants d'Immunologie des Universités de Langue Française, Association Nationale de Formation Continue en Allergologie et al.
2. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. C.E.H. Grattan and F. Humphreys. British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee Department of Dermatology, Norfolk and Norwich University Hospital, St John's Institute of Dermatology, St Thomas' Hospital, London, U.K., Department of Dermatology, Warwick Hospital, Warwick, U.K.
3. EAACI/GA 2 LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria

გაიდლაინის რეკომენდაციები მისაღებია ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის პირობებისათვის.

4. პროტოკოლის მიზანი

- დაავადების რემისიის მიღწევა და დაავადების კონტროლი სამკურნალო პრეპარატების მინიმალური გამოყენებით, მინიმალური დოზებით;
- მკურნალობის გვერდითი მოვლენების შემცირება;
- ურტიკარიის მწვავე და ქრონიკული ფორმებით პაციენტთა კლინიკური მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

5. სამიზნე ჯგუფი

დაავადება გვხვდება ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში და პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ყველა ასაკის პაციენტს, რომელთაც აქვთ ურტიკარიის ნებისმიერი ფორმის გამოვლინება.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია დერმატო-ვენეროლოგებისთვის, ოჯახის ექიმებისა და ალერგოლოგებისათვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, დერმატოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ ამბულატორიულ დაწესებულებებსა და სტაციონარული დაწესებულების თერაპიული პროფილის განყოფილებებში.

8. რეკომენდაციები

8.1 დეფინიცია

ჰინჭრის ციება ერთ-ერთი ხშირი დერმატოლოგიური დაავადებაა, დამახასიათებელი პაპულური - ურტიკარული გამონაყარით, რომელიც ვითარდება დერმის ხანმოკლე შეშუპების შედეგად. აღნიშნული პრობლემით მოსახლეობის 15-20% სიცოცხლის მანძილზე ერთხელ მაინც აკითხავს დერმატოლოგს.

კრიტერიუმები

ჰინჭრის ციებისათვის დამახასიათებელია ურტიკარული - პაპულური გამონაყარი და ქავილის შეგრძნება, რომელიც შეიძლება გრძელდებოდეს რამოდენიმე კვირიდან 6 თვემდე და მეტიც - პერმანენტულად ან რეციდივებით.

ეპიდემიოლოგია

გვხვდება ნებისმიერი რასის ორივე სქესის წარმომადგენლებში, ასაკის მიუხედავად.

8.2 ურტიკარიის კლინიკური კლასიფიკაცია

- **ჩვეულებრივი ურტიკარია**
 - ✓ მწვავე (გრძელდება 6 კვირამდე);
 - ✓ ქრონიკული (6 კვირა ან მეტი ხანგრძლივობის);
 - ✓ ეპიზოდური (მწვავე-ინტერმიდიული ან მორეციდივე);
- **ფიზიკური ურტიკარია** (გამოწვეული ფიზიკური აგენტით)
 - ✓ მექანიკური (პრესული ანუ ზეწოლით გამოწვეული, სიმპტომური დერმოგრაფიზმი, ვიბრაციული ანგიოედემა);
 - ✓ თერმული (ქოლინერგული ურტიკარია, სიცივესთან კონტაქტით გამოწვეული ურტიკარია, ლოკალურად სითბოსთან კონტაქტით გამოწვეული ურტიკარია);
 - ✓ სხვა (აქვაგენური ურტიკარია, მზის ურტიკარია და ფიზიკური დატვირთვით განპირობებული ანაფილაქსია).
- **ანგიოედემა** ურტიკარული გამონაყარის გარეშე
 - ✓ იდიოპათიური;
 - ✓ წამლისგან ინდუცირებული;
 - ✓ C1 ესტერაზას ინჰიბიტორის დეფიციტით გამოწვეული.

- კონტაქტური ურტიკარია (გამოწვეული ქიმიური ნივთიერებებით და ალერგენებით).
- ურტიკარული ვასკულიტი (აუტოანტისხეულებით გამოწვეული, დგინდება კანის ბიოფსიით).
- აუტოანთებითი სინდრომები
 - ✓ თანდაყოლილი (კრიოპირინ-ასოცირებული პერიოდული სინდრომები);
 - ✓ შეძენილი (შნითცელის სინდრომი).
- პინგმენტური ურტიკარია – (პოხიერი უჯრედების მომატება კანში, შინაგანი ორგანოების დაზიანებით და მათ გარეშე – სისტემური მასტოციტოზი).

8.3 ურტიკარიის ეტიოლოგიური ფაქტორები

- იდიოპათიური (აუხსნელი წარმოშობის)
- იმუნოლოგიური
 - ✓ აუტოიმუნური (აუტოანტისხეულებით გამოწვეული);
 - ✓ ალერგიული (IgE-თი განპირობებული დაუყოვნებელი ტიპის ჰიპერმგრძობლობითი რეაქციები);
 - ✓ იმუნური კომპლექსები (ურტიკარული ვასკულიტი) კომპლემენტ-დამოკიდებული (CI ესტერაზას ინჰიბიტორის დეფიციტით გამოწვეული).
- არაიმუნოლოგიური
 - ✓ საკვებ პროდუქტებზე;
 - ✓ რადიოკონტრასტულ საშუალებებზე;
 - ✓ მწერების შხამი/ნაკბენები;
 - ✓ ინფექცია (პარაზიტების ანტიგენზე);
 - ✓ სხვადასხვა მედიკამენტზე;
 - ✓ არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებზე;
 - ✓ საყოფაცხოვრებო ქიმიურ ნივთიერებებზე.
 - ✓ ფიზიკური ფაქტორები:
 - სიცივე;
 - სითბო;
 - მზის სხივები;
 - ვიბრაცია;
 - პრესული ფაქტორი (ანუ ზეწოლით გამოწვეული).
 - ✓ ქოლინერგული;
 - ✓ სხვა მიზეზები. (მაგ., ემოცია).

8.4 კლინიკური ფორმები

- მწვავე - 6 კვირამდე (დაუყოვნებელი ტიპის ალერგიული რეაქცია).
- ქრონიკული ანუ იდიოპათიური - 6 კვირა და მეტი, რომელიც თითქმის არასოდეს არ არის განპირობებული დაუყოვნებელი ტიპის ალერგიული რეაქციით. 80-90% შემთხვევაში მიზეზი დაუდგენელია.

დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა ზუსტი ანამნეზის შეგროვება და კლინიკური გამოკვლევები, რომელიც დაავადების ფორმიდან გამომდინარე განსხვავებულია სხვადასხვა პაციენტისთვის (ცხრილი №1).

ანამნეზში გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- დაავადების ქრონოლოგია;
- მემკვიდრული და პერსონალური დაინტერესება სხვადასხვა დაავადების მიმართ (ატოპია, ურტიკარია, სხვა თერაპიული დაავადებები);
- ქრონიკული დაავადებების გამო (სხვადასხვა ენზიმები, ასპირინი ან ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები) ან შემთხვევით (კოდეინი, მორფინი) მიღებული მედიკამენტები;
- კვებითი თავისებურებები;
- კონტაქტური, პროფესიული ურტიკარიის შესახებ ინფორმაცია;
- ფიზიკური ურტიკარიის გამორიცხვა (სიმძიმე, ქავილი, ზეწოლა, სითბო, სიცივე, წყალი, მზის სხივები, ვიბრაცია);
- სტრესი (როგორც დაავადების გამწვავების წყარო);
- ზოგადი დაავადებები, რომლებმაც შესაძლებელია ურტიკარიის გამწვავება გამოიწვიოს.

დამატებითი პრევენციული ზოგადი ღონისძიებები

- მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი ისეთი ღონისძიებები, როგორცაა გადახურება, სტრესი, ალკოჰოლი, მედიკამენტები (მაგ. ასპირინი, კოდეინი).
- გათვალისწინებული უნდა იყოს ჯვარედინი რეაქციების რისკი ასპირინისა და სხვა ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების მიღებისას. (D კლასის რეკომენდაცია, მტკიცებულების III დონე).
- ასპირინ-მგრძობიარე ურტიკარიის დროს თავი უნდა შევიკავოთ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდებისაგან.
- იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ანგიოედემა ურტიკარიის გარეშე, თავი უნდა შევიკავოთ ACE ინჰიბიტორების მიღებისაგან.
- ქავილის საწინააღმდეგოდ და დამამშვიდებელი ეფექტისათვის შეიძლება გამოიყენოთ ქავილის საწინააღმდეგო გამაგრილებელი ლოსიონები, როგორცაა კალამინი და 1% მენტოლი.
- პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს ახსნა განმარტებითი საუბარი, რომ შესაძლებელია ზუსტად ვერ დადგინდეს ურტიკარიის გამომწვევი მიზეზი, მაგრამ მკურნალობა და ექიმის მითითებების შესრულება დაავადების უკეთესი გამოსავალისათვის აუცილებელია.

კლინიკური გამოკვლევები

- ნაწლავი ფლორის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა
- სისხლის საერთო ანალიზი
- სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი
- გლუკოზა სისხლში
- ბილირუბინი
- ქოლესტერინი
- კრეატინინი

- კანის ალერგიული სინჯები ქრონიკული ურტიკარიის დროს (ტესტები სითბოზე, სიცივეზე, მზის სხივებზე, პრესზე-სიმძიმეზე, წყალზე, ვიბრაციაზე, საკვებზე და მედიკამენტებზე, აეროალერგენებზე და სხვა).

ცხრილი №1. მნიშვნელოვანი გამოკვლევები სხვადასხვა ტიპის ურტიკარიის დროს

	FBC	ESR	TA/TFT	IgE	C4	კანის ბიოფსია	ფიზიკური პრობლემა
ჩვეულებრივი ურტიკარია მწვავე/ეპიზოდური	-	-	-	+	-	-	-
ჩვეულებრივი ურტიკარია ქრონიკული	+	+	+	-	-	-	-
ფიზიკური ურტიკარია ანგიოედემა	-	-	-	-	+	-	+
კონტაქტური ურტიკარია	-	-	-	+	-	-	-
ურტიკარული ვასკულიტი	+	+	-	-	+	+	-
აუტოანთებითი სინდრომი	+	+	-	-	-	-	-

FBC – სისხლის საერთო ანალიზი; ESR – ერითროციტების დაღეჟვის რეაქცია; TA - ფარისებრი ჯირკვლის ანტისხეულები; TFT - ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური ტესტი; IgE - ან კანის „პრიკ“-ტესტი; C4 - კომპლემენტის კომპონენტი, რომელიც ქლორესტერაზას ინჰიბიტორის დეფიციტის მარკერია და დამახასიათებელია ჰიპოკომპლემენტური ურტიკარული ვასკულიტისთვის

რეკომენდებული სპეციალისტების კონსულტაციები

- თერაპევტი,
- ალერგოლოგი,
- გასტროენტეროლოგი,
- ენდოკრინოლოგი (ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები).

ჰოსპიტალიზაციის ჩვენება

- კვინკეს შეშუპების დროს,
- მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში,
- ხშირი რეციდივების დროს.

8.5 სამკურნალო ღონისძიებები

- ალერგენების ელიმინაცია.
- H1 რეცეპტორების ბლოკატორები:
 - ✓ მონოთერაპია არასაძილე ეფექტის ანტიჰისტამინებით (ცეტირიზინი, დეზლორატადინი, ფექსოფენადინი, ლევოცეტირიზინი, ლორატადინი, მიზოლასტინი), რომლებიც მიიღება დღეში ერთხელ; აკრივასტინი - დღეში სამჯერ (A კლასის რეკომენდაცია).
 - ✓ ბითერაპია - დილით არასაძილე ეფექტის ანტიჰისტამინი, საღამოს, უძილობის ან ქავილის შემთხვევაში - საძილე ეფექტის ანტიჰისტამინები 4-8 კვირის განმავლობაში დაავადების სიმპტომების მიხედვით (ქლორფენამინი - 4-12 მგ, ჰიდროქსაზინი - 10-50 მგ) (C კლასის რეკომენდაცია).

- ეფექტის არარსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია ანტიჰისტამინების დოზის გაზრდა (C კლასის რეკომენდაცია), ანტიჰისტამინების დანიშვნა უნდა მოხდეს ასაკის გათვალისწინებით.
- H2 რეცეპტორების ბლოკატორები - გამოიყენება ქრონიკული ურტიკარიის დროს, მაგ. ციმეტიდინი - 800 მგ დღე-ღამეში.
 - ✓ ანტიჰისტამინები და თირკმელი - თირკმლის საშუალო ხარისხის დაზიანების დროს, როდესაც კრეატინინის დონე 10-20 მლ/წთ-შია, უკუნაჩვენებია აკრივასტინის დანიშვნა. რაც შეეხება ცეტირიზინს, ლევოცეტირიზინსა და ჰიდროქსიზინს - დოზა ნახევრდება. თირკმლის მძიმე დაზიანების შემთხვევაში, როცა კრეატინინის დონე <10მლ/წთ-ში, მათი დანიშვნისაგან თავი უნდა შევიკავოთ. სიფრთხილით ინიშნება ლორატადინი და დეზლორატადინი.
 - ✓ ღვიძლის დაზიანების დროს - ნიზოლასტინი და ალიმემაზინი უკუნაჩვენებია მათი ჰეპატოტოქსიურობის გამო. ღვიძლის მწვავე დაავადების დროს თავი უნდა შევიკავოთ ქლორფენაზინისა და ჰიდროქსიზინის დანიშვნისაგან, მათი საძილე ეფექტის გამო.
 - ✓ ორსულობა და ანტიჰისტამინები (ასევე ძუძუთი კვების დროს) - უმჯობესია ანტიჰისტამინების შეზღუდვა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, თუმცა მათი ტერატოგენული მოქმედება ადამიანებში დადგენილი არ არის. როდესაც ანტიჰისტამინების დანიშვნა გარდაუვალია, არჩევს პრეპარატია ქლორფენაზინი. (ჰიდროქსიზინი ერთადერთი ანტიჰისტამინია, რომელიც უკუნაჩვენებია ორსულობის ადრეულ სტადიაზე დიდ ბრიტანეთში, ლორატადინი და ცეტირიზინი ამერიკის საკვებისა და წამლის სააგენტოს მონაცემებით მიეკუთვნება B კატეგორიას და მათი უარყოფითი გავლენა ნაყოფზე და ორსულზე ნაპოვნი არ არის).
- ანტილეიკოტრიენები (მონტელუკასტი) – მიღება ხდება H1 რეცეპტორების ბლოკატორებთან ერთად, იშვიათად მონოთერაპიაში.
- კორტიკოსტეროიდები – ორალური ფორმით კორტიკოსტეროიდები ამოკლებენ მწვავე ურტიკარიის ხანგრძლივობას, მაგ. 50 მგ 3 დღის განმავლობაში მოზრდილებში, თუმცა ზოგ შემთხვევაში ნაკლები დოზაც ეფექტურია. პარენტერალურად კორტიკოსტეროიდები გამოიყენება ლარინგეალური შეშუპების და ანაფილაქსიური შოკის დროს. ორალური კორტიკოსტეროიდები გამოიყენება 3-4 კვირის განმავლობაში ურტიკარული ვასკულიტის შემთხვევაში და მწვავე პრესული ურტიკარიის დროს (მტკიცებულების მესამე დონე). ქრონიკული ურტიკარიის დროს, ორალური კორტიკოსტეროიდები ხანგრძლივად არ გამოიყენება (A კლასის რეკომენდაცია), გარდა იშვიათი შემთხვევებისა და ამ შემთხვევაში პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს მუდმივად ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ.
- ეპინეფრინი (მტკიცებულების მესამე დონე, A კლასის რეკომენდაცია) გამოიყენება ანაფილაქსიური რეაქციების დროს. 0,3-0,5 მლ 0, 1% ხსნარი კეთდება კანქვეშ ან კუნთში.
- ციკლოსპორინი - იმუნომოდულატორებით მკურნალობა გამოიყენება ანტიჰისტამინების უეფექტობის შემთხვევაში. (მტკიცებულების I დონე, A კლასის რეკომენდაცია).
- ანტიდეპრესანტები - ინიშნება დეპრესიული სინდრომის არსებობის შემთხვევაში (მტკიცებულების IV დონე).
- რეფერალი ფსიქოლოგთან/ფსიქიატრთან - მძიმე შემთხვევის დროს.

9. მოსალოდნელი შედეგები

- დაავადების რემისიის მიღწევა;
- დაავადების კონტროლი სამკურნალო პრეპარატებისა და ცხოვრების სტილის შერჩევით;
- მკურნალობის გვერდითი მოვლენების შემცირება;
- დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- პაციენტთა (%) რაოდენობა, რომელთა განკურნება მოხდა ურტიკარიის საწინააღმდეგო თერაპიის პირველივე კურსის ჩატარებისას და აღარ დასჭირდათ განმეორებითი თერაპია სხვა მედიკამენტებით;
- მუდმივად ამბულატორიულ კონტროლზე მყოფ პაციენტთა (%) რაოდენობა;
- პაციენტთა წერილობითი თანხმობა მკურნალობის რეჟიმისა და მედიკამენტების შესაძლო გვერდითი ეფექტების თაობაზე.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 2 წლის შემდეგ, ან შესაბამისი გაიდლაინების განახლების შესაბამისად.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის ადაპტირებისათვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ დანართში №1.

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია:

1. პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე.
2. პროტოკოლის ბეჭდური ვარიანტის გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში.
3. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ორგანიზებით პროტოკოლის ავტორთა მიერ შესაბამისი სამედიცინო პერსონალის ტრენინგება.
4. პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის მონიტორინგი დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლის სამსახურის და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი სტრუქტურების მიერ.

პროტოკოლის რეკომენდაციები არ მოითხოვს განსაკუთრებულ რესურსსა და ტექნოლოგიებს და სამედიცინო დაწესებულების დონეზე შეცვლა არ არის რეკომენდებული.

14. დანართები

დანართი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რესურსის გამოყენების მიზანი	
დერმატო-ვენეროლოგი ოჯახის ექიმი ალერგოლოგი ექიმი რადიოლოგი	კლინიკური მდგომარეობის შეფასება, ანამნეზის დაწვრილებით შეკრება, ალერგიული გამოკვლევების ჩატარება მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა	სავალდებულო
თერაპევტი გასტროენტეროლოგი ენდოკრინოლოგი	კონსულტაცია	ჩვენების მიხედვით
ექთანი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამომახების უზრუნველყოფა.	სასურველი
რეგისტრატორი	პაციენტების რეგისტრაციაში გატარება	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი, პროტოკოლის იმპლემენტაციის ხელშეწყობა, იმპლემენტაციაზე მეთვალყურეობა	სასურველი
რისკის შეფასების სქემა	აუცილებელია შეფასდეს რისკი, დაავადების სიმწვავისა და სტადიის გათვალისწინებით (კვინკეს შემუშება)	სავალდებულო
ლაბორატორია: სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად	დიაგნოსტიკის მიზნით	სავალდებულო/ სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

დანართი №2. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება

გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
არ არის მითითებული	რეკომენდაცია: შემუშავდეს თითოეული პაციენტისათვის, რომელსაც ერთხელ მაინც ჰქონია სიცოცხლეში ალერგია და/ან კვინკეს შემუშება, ცნობა/პასპორტის ფორმის - „მე ალერგიული ვარ“- სადაც იქნება მითითებული რაზეა ალერგიული და რა ფორმით, როდის ჰქონდა მსგავსი მოვლენა.	

15. პროტოკოლის ავტორები

პროტოკოლი შემუშავებულია საქართველოს დერმატო-ვენეროლოგთა ასოციაციის მიერ.

თამარ ებანოიძე - კანისა და ვენსნეულებათა სამეცნიერო კვლევითი ეროვნული ცენტრის დერმატო-ვენეროლოგი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის ჰუმანიტარული უნივერსიტეტის ასისტენტ-პროფესორი.