

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

## მუნის მართვა

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: მუნის მართვა .....	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.....	3
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	3
8. რეკომენდაციები .....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები .....	7
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	7
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	8
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	8
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე .....	8
14. დანართები .....	8
დანართი №1. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება .....	8
დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	9
15. პროტოკოლის ავტორები.....	9

## 1. პროტოკოლის დასახელება: მუნის მართვა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
ბლერი	B86
<b>პირველადი ჯანდაცვის კლასიფიკატორი</b>	<b>ICPC 2</b>
მუნი/სხვა აკარიანოზები	S72
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
კანის კლინიკური დათვალიერება	QXFX90
დერმატოსკოპია	QXFA90
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
უმარტივესების გამოვლენა სინათლის მიკროსკოპის გამოყენებით	PR.2.1

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

Scott, GR. Chosidow, O. Scott, R. "European Guideline for the Management of Scabies". AP-HP, Créteil, France Int J STD AIDS. 2011 Jun;22(6):301-3.

ბ) რეკომენდაციები წყარო გაიდლაინიდან აღებულია უცვლელად. რეკომენდაციებში შეტანილია დამატება ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიების შესახებ საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად. კერძოდ, მუნით დაავადების ყოველი ახალი შემთხვევის დროს დაავადების კონტროლის მიზნით ექიმის მიერ შევსებული უნდა იყოს სპეციალური ფორმა და გაიგზავნოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში 3 დღის ვადაში.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია მუნის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ყველა ასაკის პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება მუნის ნიშნები/სიმპტომები ან უკვე დადგენილი აქვს მუნი.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული დერმატო-ვენეროლოგებისათვის. პროტოკოლის გამოყენება შესაძლებელია ოჯახის ექიმების მიერაც.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში. პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის ექიმთან მიმართვისთანავე. შორსმიმავალი ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიების დაგეგმვის შემთხვევაში (მაგ, დაწესებულებაში ეპიდემიის დროს), როდესაც მუნზე საეჭვო პაციენტში საჭიროა დამატებითი კვლევები, პაციენტის რეფერალი უნდა განხორციელდეს შესაბამისი მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში.

## 8. რეკომენდაციები

### ეტოლოგია

მუნის (ბლერი (Scabies)) გამომწვევი აგენტი არის *Sarcoptes scabiei*, რომელიც გადადის ადამიანიდან ადამიანზე გახანგრძლივებული, კანით კანთან კონტაქტის დროს, ასევე, ავადმყოფთან უშუალო კონტაქტით, მის მიერ დაინფიცირებული თეთრეულით, ტანსაცმლით ან პირადი მოხმარების საგნებით, სქესობრივი კავშირის გზით. მუნი უფრო ხშირია ბავშვებში. ინკუბაციის პერიოდია 7-10 დღე, რის შემდეგაც იწყება მუნის კლინიკური გამოვლინება.

მუნის ტკიპებს აქვთ უნარი გააკეთონ ხვრელები კანის რქოვანა შრეში დაახლოებით 1 საათში. ტკიპის ანტიგენი, მის ექსკრემენტებთან ერთად, იწვევს ჰიპერმგრძობლობის რეაქციას.

### დაავადების კლინიკური სიმპტომები

#### დიაგნოზის დასადგენად ყველაზე მნიშვნელოვანია დაავადების კლინიკური გამოვლინების სიმპტომები:

- მუნის ყველაზე დამახასიათებელი სიმპტომია ძლიერი ქავილი, რომელიც ძლიერდება ღამით და სითბოში. ქავილი ხშირად იწყება ინფიცირებიდან 2-6 კვირაში. რეინფექციის შემთხვევაში ქავილი ვლინდება 1-4 დღეში;
- კანის დათვალიერებით: ტკიპის ტიპური სავალი, დაკლაკნილი, მონაცრისფრო 0,5 სმ-ის სიგრძის ხაზების სახით ვლინდება იმ ადგილებში, სადაც მუნის ტკიპა აკეთებს ხვრელებს;
- მუნის ტიპური ლოკალიზაციაა: მაჯები, ხელის თითების შუა ნაოჭები და გვერდითი ზედაპირები, წელი, მუცელი და დუნდულები, იდაყვების გამშლელი ზედაპირი, ქალებში – სარძევე ჯირკვლების კანი, მამაკაცებში – გენიტალიუმის არე, ილია;
- გამონაყარი წარმოდგენილია წვრილი, ხაზოვანად დალაგებული ბუმტუკებით და კვანძებით, ეროზიებით, რომლებიც დაფარულია სისხლიანი თხელი ქერქებით. ელემენტები წყვილ-წყვილადაა განლაგებული, ხვრელები ერთმანეთისგან 0,5-1 სმ-ით არის დაშორებული. გამონაყარი უმთავრესად აღინიშნება კანის ნაზ ადგილებში;
- ჰიპერსენსიბილიზაციის რეაქციას თავის მხრივ მოჰყვება ურტიკარული პაპულების ან ნოდულების წარმოქმნა, განსაკუთრებით გენიტალიუმის არეში;
- ქავილის შედეგად ვითარდება ეგზემა და იმპეტიგო;
- ქერქოვანი მუნის კლინიკური გამოვლინება:
  - ქერქოვანი მუნი ძირითადად გვხვდება იმ პირებში, რომელთაც აქვთ იმუნოდეფიციტი, მაგ: პაციენტები ადამიანის იმუნოდეფიციტის სინდრომით (AIDS) და გახანგრძლივებული მუნის შემთხვევაში.
  - **კლინიკური ნიშნები:** ჰიპერკერატინული/ქერქიანი ლაქები, ბალთები, პაპულები და ნოდულები, ძირითადად ხელისა და ფეხის გულებზე, ასევე შეიძლება დაზიანდეს: ილია, დუნდულები და თავის თმიანი არე. აღწერილია იზოლირებული გენიტალური ლაქების შემთხვევები. ზოგჯერ ვხვდებით კანის ისეთ დაზიანებას, როგორსაც ვხვდებით ფსორიაზის და/ან ეგზემის დროს, ქატოსებრი ქერცლის მაგვარი ზედაპირით, ასევე სიწითლეს, უმთავრესად მშრალ კანზე. კანის ნიმუშების პირდაპირი

მიკროსკოპით არის შესაძლებელი, რომ დავინახოთ დიდი რაოდენობით ტკიპა და მისი კვერცხები ქერცლებში.

### **დამატებითი გამოკვლევის ჩვენება**

დამატებითი კვლევები მნიშვნელოვანია მუნზე საექვო პაციენტში, როდესაც დასაგეგმია შორსმიმავალი ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიების ჩატარება, მაგ: დაწესებულებაში ეპიდემიის დროს.

- მუნის ტკიპის ხვრელიდან სკალპელით აღებული მასალის (ეპითელიური ქსოვილის) მიკროსკოპული კვლევა კალიუმის ჰიდროქსიდით დამუშავების შემდეგ;
- გამოცდილმა ექიმმა შეიძლება მასალა მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის ნემსით, პირდაპირ „ხვრელიდან“ აიღოს;
- დერმასკოპით შესაძლებელია დავინახოთ ტკიპის მორუხო ფერის სავალი ხვრელებით.

### **მართვა**

#### **პაციენტის ინფორმირება და რჩევები:**

- პაციენტს უნდა ვურჩიოთ, რომ თავი აარიდოს მჭიდრო კონტაქტს თავისი და სქესობრივი პარტნიორის მკურნალობის დასრულებამდე (C კლასის რეკომენდაცია, მტკიცებულების IV დონე);
- პაციენტს უნდა მიეცეს დეტალურად ახსნილი/ აღწერილი, წერილობითი ინფორმაცია თავის დაავადებაზე (C კლასის რეკომენდაცია, IV დონის მტკიცებულება).

#### **ჩვენება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების რუტინულ შემოწმებაზე:**

- თავად პაციენტის, ან ყოფილი და/ან ახალი პარტნიორის მიერ ბოლო 3 თვის განმავლობაში გადატანილი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია;
- რეკომენდებულია ტესტი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსზე (HIV).

#### **თერაპიული ჩარევის ჩვენება:**

- მუნის დამახასიათებელი კლინიკური სურათის არსებობა;
- მაღალი რისკის ჯგუფი: პირები, რომელთაც ხშირი ან გახანგრძლივებული კონტაქტი აქვთ დაინფიცირებულ ადამიანთან (მაგ. ხელების მეშვეობით). მკურნალობა უნდა ჩატარდეს იმისდა მიუხედავად, არის თუ არა სიმპტომები;
- დაბალი რისკის ჯგუფი: პირები, რომელთაც არა აქვთ უშუალო კონტაქტი დაინფიცირებული ადამიანის კანთან (მაგ. თეთრეული). მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ქერქოვანი მუნის არსებობის შემთხვევაში.

#### **რეკომენდებული რეჟიმი:**

- პერმეტრინის 5%-იანი კრემი (8-14 საათში ერთჯერადად) არის ყველაზე ეფექტური და კარგად გადაიტანება, თუმცა ძვირია (მტკიცებულების Ib დონე, A კლასის რეკომენდაცია);
- ბენზილ-ბენზოატის ლოსიონი (10-დან 25%-მდე) საკმაოდ იაფი და ეფექტურია, თუმცა საჭიროებს ერთ დღეზე მეტ გამოყენებას (2 ან 3 გამოყენება). (მტკიცებულების III დონე, B კლასის რეკომენდაცია);

- ივერმექტინი - არაა ლიცენზირებული ბევრ ქვეყანაში, თუმცა შეიძლება დავუნიშნოთ პერორალურად (200 მიკროგრ/კგ) 2 კვირის განმავლობაში იმ პაციენტებს, რომლებიც 15 კგ-ზე მეტს იწონიან (მტკიცებულების Ib საფეხური, A კლასის რეკომენდაცია). ამასთან ივერმექტინი ასოცირდება სიკვდილთან, თუ დავუნიშნავთ დასუსტებულ პაციენტებში. ეს ფაქტი არ მტკიცდება ბოლო დროინდელი კვლევებით. ტოპიკური ივერმექტინის გამოყენების შესახებ კონტროლირებადი კვლევები არ არსებობს.
- პირეტრინი, ქაფზე დამზადებული პრეპარატია, გამოიყენება ზოგიერთ ქვეყანაში. ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ეს შეიძლება იყოს ისეთივე ეფექტური, როგორც პერმეტრინი (მტკიცებულების II საფეხური, B კლასის რეკომენდაცია);
- გოგირდი (6-33%) არის მუწის საწინააღმდეგო უძველესი პრეპარატი, რომელიც შედის სხვა პრეპარატების შემადგენლობაშიც. ის გამოირჩევა ეფექტურობით, არის ძალიან უსაფრთხო და იაფი, მკურნალობისთვის საჭიროა 3 დღე, იწვევს ტანსაცმლის დაბინძურებას (მტკიცებულების Ib საფეხური, A კლასის რეკომენდაცია).

### მკურნალობის დამატებითი პროცედურები:

- მკურნალობის ინსტრუქცია: პაციენტი უნდა უზრუნველყოს წერილობითი ინსტრუქციით, რომელშიც უნდა შედიოდეს მედიკამენტების მიღების წესი და რაოდენობა. ლოსიონის/კრემის მოხმარება საჭიროა მთელ კანზე, მათ შორის თავზე, ყველა ნაოქში, საზარდულში, ჭიპში, გარეთა სასქესო ორგანოებზე, ფრჩხილის ქვეშ. მოზრდილებში, რომელთაც აქვთ კლასიკური მუწი, სახეზე მკურნალობა საკამათოა. ბავშვებში მნიშვნელოვანია სახის კანის მკურნალობა (დასწავლა შეიძლება მოხდეს ძუძუთი კვების დროს). თუ პაციენტი თავად ისმევს ლოსიონს, ან კრემს, მნიშვნელოვანია, რომ ხელები არ დაიბანოს პროცედურის შემდეგ. თუ პაციენტს ლოსიონს ან კრემს უსმევს ადამიანი, რომელსაც არა აქვს მუწი, საჭიროა ერთჯერადი ხელთათმანების გამოყენება. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტმა არ იმკურნალა ექიმის მიერ დანიშნული სქემის და პრეპარატების მიხედვით, საჭიროა ჩატარდეს განმეორებითი მკურნალობა ერთი კვირის შემდეგ.
- ჰიგიენა: მკურნალობის დასრულების შემდეგ, გამოიყენეთ ახალი/სუფთა თეთრეული და ტანსაცმელი. პოტენციურად დაბინძურებული ტანსაცმელი და თეთრეული უნდა გაირეცხოს მაღალ ტემპერატურაზე (>50C°), ან უნდა ჩაიდოს პარკში, მოუკრათ თავი და გააჩეროთ 72 საათი, რადგანაც მას შემდეგ, რაც ტკიპა მოშორდება ადამიანს, დიდხანს ვეღარ ცოცხლობს.

### ფეხმძიმობა/ლექტაცია:

- პერმეტრინი, ბენზილ-ბენზოატი (2 წასმა) და გოგირდი (3 წასმა), სავსებით უსაფრთხოა ორსულობის დროს, თუმცა, ბევრი შემთხვევა აღწერილი არ არის (მტკიცებულების III დონე; B კლასის რეკომენდაცია);

### ქერქოვანი მუწის მკურნალობა:

- ადგილობრივი მკურნალობა პერმეტრინის 5%-იანი კრემით მთელს სხეულზე, თავის ჩათვლით. ეს შეიძლება კერატოლიზურ თერაპიასთან მონაცვლეობით გავაკეთოთ, მაგ: დამარბილებელი მალამო ან დაბანა. ზოგიერთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია როგორც

ადგილობრივი, ასევე პერორალური მედიკამენტების კომბინაცია, როგორცაა ივერმექტინი (მტკიცებულების III დონე, B კლასის რეკომენდაცია);

- იმის გათვალისწინებით, რომ დასნებოვნების რისკი კონტაქტით ძალიან დიდია, საჭიროა პაციენტის სრული იზოლაცია განკურნებამდე. აქტიური ეპიდემიოლოგიური ღონისძიება ყველა კონტაქტის მკურნალობის აუცილებელი უზრუნველყოფა.

### შემდგომი ჩარევები:

- აუცილებელია, პაციენტს აუხსნათ, რომ მკურნალობის შემდეგ ქავილი შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე კვირა, განსაკუთრებით ატოპიურ პირებში.
- სიმპტომური დახმარება შეიძლება მიღწეული იქნას დამარბილებლებით. განკურნების ტესტი (პირდაპირი მიკროსკოპია, კალიუმის ჰიდროქსიდის გარეშე, რათა აღმოვაჩინოთ ცოცხალი/მომრავი ტკიპები) შეიძლება ჩატარდეს განსაკუთრებით ქერქოვანი მუნის შემთხვევაში, თუმცა ხშირ შემთხვევაში არ არის გადამოწმების საჭიროება.
- იმ შემთხვევაში თუ სქესობრივ პარტნიორს სიმპტომები დაეწყო 6 კვირის განმავლობაში, საჭიროა ჩატარდეს მკურნალობა.
- პაციენტმა და მისმა პარტნიორმა საჭიროა თავი შეიკავონ სქესობრივი კონტაქტისგან მკურნალობის დასრულებამდე.

### ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიება

მუნით დაავადების ყოველი ახალი შემთხვევის დროს, დაავადების კონტროლის მიზნით, ექიმის მიერ უნდა მოხდეს სპეციალური ფორმის შევსება, რომელიც გადაიგზავნება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში 3 დღის ვადაში, რაც გათვალისწინებულია ქვეყანაში არსებული კანონმდებლობით.

## **9. მოსალოდნელი შედეგები**

პროტოკოლის გამოყენების საფუძველზე მოსალოდნელია მუნის დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ხარისხისა და შედეგების გაუმჯობესება, მკურნალობის ვადებისა და დაავადების რეციდივის შემცირება, რაც დადებითად აისახება პაციენტთა ცხოვრების ხარისხზე. პროტოკოლის დანერგვა ხელს შეუწყობს კონტაქტში მყოფ პირთა დასნებოვნებისა და დაავადების გავრცელების პრევენციას, რის შედეგადაც გაუმჯობესდება მუნით ავადობის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა ქვეყანაში.

## **10. აუდიტის კრიტერიუმები**

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

- პაციენტთა რაოდენობა (%), რომელთა განკურნება მოხდა ანტიკაბიესური თერაპიის პირველივე კურსის ჩატარების შემდეგ და აღარ დასჭირდათ განმეორებითი თერაპია რაიმე სხვა მედიკამენტით;
- პაციენტთა რამდენ პროცენტში ეცნობა 3 დღის ვადაში დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს დაავადების ახალი შემთხვევის შესახებ;

- პაციენტთა წერილობითი თანხმობა მკურნალობის რეჟიმის, მედიკამენტების გვერდითი ეფექტებისა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების (დაავადების გადადების გზების, ტანსაცმლის, თეთრეულისა და პირადი ნივთების დეზინფექციის) თაობაზე მისი კონსულტირების შესახებ.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება რეკომენდებულია საფუძვლად აღებული გაიდლაინის განახლების პარალელურად (სავარაუდოდ, 2015 წლისათვის).

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

კლინიკური მდგომარეობის მართვის განხორციელებისათვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია დანართში N2.

## 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვისთვის აუცილებელია:

1. პროტოკოლის შესახებ შესაბამისი სამედიცინო პერსონალის ინფორმირება;
2. პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის მონიტორინგი დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლის სამსახურის მიერ.

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

## 14. დანართები

### დანართი №1. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება

გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
არ არის მითითებული	რეკომენდაცია: <b>ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიება</b> მუნით დაავადების ყოველი ახალი შემთხვევის დროს დაავადების კონტროლის მიზნით ექიმის მიერ შევსებული უნდა იყოს სპეციალური ფორმა და გაიგზავნოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში 3 დღის ვადაში.	ქვეყანაში არსებული კანონი მოითხოვს დაავადების აღრიცხვას



**დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი**

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსი</b>	<b>რესურსის გამოყენების მიზანი</b>	
<b>დერმატო-ვენეროლოგი ოჯახის ექიმი</b>	მუნის კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა;	სავალდებულო
<b>დერმატო-ვენეროლოგი ექიმი-ლაბორანტი</b>	ან მასალის მიკროსკოპული დათვალიერება	სასურველი
<b>ექთანი</b>	მედიკამენტების გვერდითი ეფექტებისა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების (დაავადების გადადების გზების, ტანსაცმლის, თეთრეულისა და პირადი ნივთების დეზინფექციის თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	სავალდებულო
<b>რეგისტრატორი</b>	პაციენტების აღრიცხვა, მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა	სასურველი
<b>მენეჯერი/ადმინისტრატორი</b>	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
<b>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი</b>		
<b>კლინიკური ლაბორატორია</b>	დიაგნოსტიკის მიზნით	სასურველი
<b>სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა (მიკროსკოპი, სასაგნე მინა, სკალპელი)</b>	დიაგნოზის დადასტურება	სასურველი
<b>პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები</b>	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

**15. პროტოკოლის ავტორები**

პროტოკოლი შემუშავებულია საქართველოს დერმატო-ვენეროლოგთა ასოციაციის მიერ.

თინა ქიტუაშვილი – დერმატო-ვენეროლოგი, საქართველოს მიკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, ივ. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის და დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, კანისა და ვენსნეულებათა ეროვნული ცენტრის დირექტორი სამეცნიერო-სასწავლო დარგში.