

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (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

ფსორიაზის სიმძიმის შეფასების კრიტერიუმები

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ფსორიაზის სიმძიმის შეფასების კრიტერიუმები	3
2. პროტოკოლით მოცემული 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. დაავადებათა მართვის რეკომენდაციები.....	4
8.1 დაავადების დეფინიცია	4
8.2 კლასიფიკაცია	4
8.3 კლინიკური სიმპტომატიკა.....	5
8.4 დაავადების დიაგნოზი	6
8.5 რეკომენდაციები.....	6
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	7
10. აუდიტის კრიტერიუმები	8
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	8
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	8
13. დანართები.....	9
14. პროტოკოლის ავტორები	13
15. გამოყენებული ლიტერატურა.....	13

დანართები

დანართი №1. PASI- ს და სხეულის დიაგრამის გამოთვლა.....	9
დანართი №2. დაზიანებული ფართობის ინდექსი BSA (Body Surface Area).....	10
დანართი №3. დერმატოლოგიური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის ინდექსი - DLQI (Dermatology Life Quality Index).....	11
დანართი №4. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	13

1. პროტოკოლის დასახელება: ფსორიაზის სიმძიმის შეფასების კრიტერიუმები

2. პროტოკოლით მოცემული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
ფსორიაზი	L40
ვულგარული ფსორიაზი (ჩვეულებრივი)	L40.0
გენერალიზირებული პუსტულური ფსორიაზი	L40.1
გახანგრძლივებული აკროდერმატიტი	L40.2
ხელისგულის და ფეხისგულის პუსტულოზი	L40.3
წვეთისებური ფსორიაზი	L40.4
ართროპათიული ფსორიაზი	L40.5
დისტალური ფალანგთაშუა ფსორიაზული ართროპათია (L40.5)	M07.0
დამამახინჯებელი ართრიტი	M07.1
ფსორიაზული სპონდილიტი	M07.2
სხვა ფსორიაზული ართროპათიები	M07.3
იუვენილური ართრიტი იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	M09.0
სხვა ფსორიაზი	L40.8
ფსორიაზი, დაუზუსტებელი	L40.9
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სოკოს მიკროსკოპიული გამოკვლევები	MB.12
ჰემატოქსილინით და ეოზინით შეღებვა (ჰისტოლოგიური გამოკვლევა)	PM1.1.1

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია ამერიკის დერმატოლოგთა აკადემიის გაიდლაინის საფუძველზე:

Menter A, Korman J. et al., (2010). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 5- Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. American Academy of Dermatology. /www.aad.org/

ბ) პროტოკოლში, ასევე, გამოყენებულია საფრანგეთის დერმატოლოგთა ჯგუფის მიერ შედგენილი კითხვარი: Bachelez H, Bagot M, Bournerias I. (2008). Etat-Pso.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს გაიდლაინებში არსებული რეკომენდაციები არ შეუცვლია. პროტოკოლში უცვლელადაა გადმოტანილი ფსორიაზის სიმძიმის შეფასების კრიტერიუმები.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ფსორიაზის სიმძიმის ობიექტური შეფასების, მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისა და ჩატარებული მკურნალობის შეფასების საფუძველზე, ფსორიაზის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ფსორიაზით დაავადებულ ნებისმიერი ასაკის პაციენტს.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ოჯახის ექიმებისთვის, დერმატო-ვენეროლოგებისა და რევმატოლოგებისთვის, რომლებიც დასაქმებული არიან ამბულატორიული სერვისის (დერმატო-ვენეროლოგია, რევმატოლოგია) მიმწოდებელ დაწესებულებებში.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ასევე, დერმატო-ვენეროლოგიური და/ან რევმატოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში ამბულატორიულად.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. დაავადებათა მართვის რეკომენდაციები

8.1 დაავადების დეფინიცია

ფსორიაზი არის ქრონიკული, ანთებითი, მულტისისტემური დაავადება, რომელიც ძირითადად გამოვლინდება კანის, სახსრების დაზიანებით და გამოწვეულია გენეტიკური და აუტოიმუნური კომპონენტებით²³.

PASI (Psoriasis Area and Severity Index) - ფსორიაზის გავრცელებისა და სიმძიმის ინდექსი;

BSA (Body Surface Area) - დაზიანებული ფართობის ინდექსი;

DLQI (Dermatology Life Quality Index) - დერმატოლოგიური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის შეფასების ინდექსი.

8.2 კლასიფიკაცია

ფსორიაზის ფენოტიპირება დაფუძნებულია ტრადიციულად ჰისტო-მორფოლოგიურ მონაცემებზე და წარმოადგენს კლასიფიკაციის საფუძველს. განიხილავენ კლინიკურად ფსორიაზის შემდეგ ვარიანტებს:

- 1. ბალთოვანი ფსორიაზი** - გამოვლინდება ბალთებით, რომლებსაც აქვთ მკვეთრი საზღვრები, ერითემატოზული, ზომებით 1 სმ-დან და ზემოთ. ლოკალიზებულია თავის თმიან ნაწილში, გულმკერდზე, დუნდულებზე, კიდურებზე, უპირატესად გამშლელ ზედაპირებზე; ბალთები შეიძლება გაერთიანდეს დაზიანების დიდ კერებად, განსაკუთრებით ქვედა კიდურებზე და გულმკერდზე; დაფარულია ვერცხლისფერი თეთრი ქერცლით, პაციენტებს ბალთოვანი ფსორიაზით 80%-ში აღენიშნება ფსორიაზის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობა, ხოლო 20%-ს მძიმე მიმდინარეობა.
- 2. ინვერსული ფსორიაზი** - ხასიათდება დაზიანების კერების კანის ნაოჭებში ლოკალიზაციით. ქერცლი არ აღენიშნება. ხშირია ლოკალიზაცია ილიის ფოსოებში, დუნდულებს შორის ნაოჭში, სარძევე ჯირკვების ნაოჭებსა და მუხლქვეშა ფოსოებში.
- 3. ერთროდერმიული ფსორიაზი** - ვითარდება ბალთოვანი ფსორიაზისაგან მწვავედ, გენერალიზებული ერთემა აღინიშნება მთელ სხეულზე, სხვადასხვა ინტენსივობის აქერცვლით. თერმორეგულაციის დარღვევა იწვევს ჰიპოთერმიას, აღინიშნება დეჰიდრატაცია, ჩვეულებრივ არის ცხელება.
- 4. პუსტულური ფსორიაზი** - შეიძლება იყოს გენერალიზირებული ან ლოკალიზებული ფორმის. მწვავე გენერალიზირებული, ცუმბუშის ფორმა, მიმდინარეობს ცხელებით,

ერთეულ ფონზე აღინიშნება პუსტულური ელემენტები. ტიპური ფსორიაზული გამონაყარი შეიძლება უსწრებდეს ან აღინიშნებოდეს ამავე დროს, ან განვითარდეს შემდეგში. პუსტულური ფსორიაზის ლოკალური ფორმა გვხვდება ხელისა და ფეხის გულზე, ბალთოვანი ფსორიაზის თანხლებით ან მის გარეშე.

5. **წვეთოვანი ფსორიაზი** - ხასიათდება წვეთის ზომის 1-10 მმ-დე ვარდისფერი, დაფარული ქერცლით, კვანძებით. ფსორიაზის ეს ფორმა ხშირია 30 წლამდე ასაკში, ვითარდება გულმკერდზე, კიდურების პროქსიმალურ ნაწილში და გვხვდება ფსორიაზის 2%-ზე ნაკლებ შემთხვევებში. ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია გამოწვეული A ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკით ხშირად წინ უსწრებს 2-3 კვირით ადრე წვეთოვანი ფსორიაზის განვითარებას. ძირითადად ახალგაზრდა ასაკში. კვანძოვანი გამონაყარი შეიძლება იყოს ფსორიაზის პირველი გამოვლინება, ან როგორც გამწვავება ბალთოვანი ფსორიაზის.
6. **ფსორიაზული ონიქოდისტროფია** - ფრჩხილების დაზიანება აღენიშნება ფსორიაზის ყველა კლინიკური ფორმის დროს 50% შემთხვევაში ხელის თითებზე, ხოლო ფეხის თითებზე 35%-ში. კლინიკურად გამოვლინდება წერტილოვანი ჩანაჭდევებით ფრჩხილების ზედაპირზე, ფრჩხილქვეშა ჰიპერკერატოზით. ცხიმის ლაქას ნიშნით. ფსორიაზული ართრიტით დაავადებულთა 90%-ს აღენიშნებათ ფრჩხილების დაზიანება.
7. **ფსორიაზული ართრიტი** - ფსორიაზული ართრიტი არის ანთებითი ართროპათია ასოცირებული ფსორიაზთან, ფსორიაზულ ართრიტს შეიძლება უსწრებდეს, თანხმლები იყოს, ან შემდეგში განვითარდეს ფსორიაზული კვანძები ან ბალთები.

8.3 კლინიკური სიმპტომატიკა

- ფსორიაზის ლოკალიზაცია - კიდურების გამშლელ ზედაპირებზე (იდაყვები, მუხლები), გულმკერდი, თავის თმიანი ნაწილი, სასქესო ორგანოები.
- მორფოლოგიური ელემენტი- სხვადასხვა ზომის ვარდისფერი კვანძები დაფარული ვერცხლისფერი ქერცლით, რომელთაც ახასიათებთ პერიფერიული ზრდისაკენ მიდრეკილება და ბალთებად გაერთიანება.
- მოულოდნელად უხვი, მცირე ზომის კვანძების კანზე განვითარება - ცხვირ-ხახის სტრეპტოკოკული ინფექციის, ვირუსული ინფექციის, იმუნოზაციის, ანტიმალარიული პრეპარატების მიღებისა და ტრავმის შედეგად.
- ტკივილი (ერთროდერმიული ფსორიაზის, ზოგ შემთხვევაში ბალთის არეში ტრავმის დროს, ან სახსრის ტკივილი ფსორიაზული ართრიტით დაზიანებისას).
- ქავილი (განსაკუთრებით ახალი გამონაყრის განვითარებისას და წვეთოვანი ფსორიაზის დროს).
- ცხელების არ არსებობა (გარდა პუსტულური და ერთროდერმიული ფსორიაზის დროს როდესაც აღინიშნება მაღალი ცხელება).
- ფრჩხილების დისტროფია.
- შეშუპება (ფსორიაზული ართრიტის დროს).
- სიწითლე სახსრების არეში (ფსორიაზული ართრიტის დროს).
- დისტალური (როგორცაა ხელისა და ფეხის ფალანგების სახსრები, ნებისა და ტერფის სახსრები), მუხლისა და კოჭწვივის სახსრების დაზიანება.

- სახსრების ტკივილი (ფსორიაზული გამონაყრით და ფსორიაზული გამონაყრის გარეშე).
- მოძრაობის შეზღუდვა (ფსორიაზული ართრიტის დროს).²⁴

8.4 დაავადების დიაგნოზი²⁵

- აუსპიციის ფენომენი /ქერცლის მოცილებისას ვითარდება კაპილარული სისხლდენა/;
- სოკოს მიკროსკოპული გამოკვლევები /განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ხელისა და ფეხის გულის ფსორიაზის დროს/;
- ართრიტის დროს რენტგენოგრაფია;
- პათომორფოლოგიური კვლევა.

8.5 რეკომენდაციები

ფსორიაზის კლინიკური ფორმის მიმდინარეობის სიმძიმის ხარისხის დადგენის, მკურნალობის ოპტიმალური გეგმის და მისი შედეგების შეფასებისათვის აუცილებელია გამოითვალოს ფსორიაზის გავრცელებისა და სიმძიმის ინდექსი PASI (Psoriasis Area and Severity Index)^{26,27}, რომელიც არის ძირითადი ინსტრუმენტი ფსორიაზის მიმდინარეობის სიმძიმის დასადგენად, ის გამოიყენება კლინიკურ კვლევებში, იშვიათად კლინიკურ პრაქტიკაში, მაგრამ მნიშვნელოვანია სისტემატური და ბიოლოგიური პრეპარატებით მკურნალობის დანიშვნის შემთხვევაში და გამოიხატება მთლიანი რიცხვებით 0-72 მდე.

(ერთემას+დესქვამაცია+ინფილტრაცია)×დაზიანებული ფართობი × წონითი კოეფიციენტი.

ჩატარებული მკურნალობის შეფასება ხდება ინდექსი PASI-ის პროცენტული შემცირებით. ზოგადად მიღებულია PASI-50, PASI-75, PASI-90, რომელიც შეესაბამება ინდექსის 50%; 75%; 90% შემცირებას. BSA 10%-ზე ნაკლებ შემთხვევაში PASI ნაკლებ სენსიტიურია.

- PASI=10 - მსუბუქი მიმდინარეობა;
- PASI=20 – 30 საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობა;
- PASI=30 და > მძიმე მიმდინარეობა.

(PASI- სა და სხეულის დიაგრამის გამოთვლა იხ. დანართი №1.)

ფსორიაზის მიმდინარეობის სიმძიმის დადგენისათვის მნიშვნელოვანია დაზიანებული ფართობის ინდექსის BSA (Body Surface Area) განსაზღვრა. (იხ. დანართი № 2)²⁸

- ერთი ხელისგული უდრის სხეულის ზედაპირის 1%-ს;
- თავი, კისერი - 10 ხელისგული, 10%;
- ზედა კიდურები - 20 ხელისგული, 20%;
- გულმკერდი, გენიტალიუმი - 30 ხელისგული, 30%;
- ქვედა კიდურები საზარდული, დუნდულოები - 40 ხელისგული, 40%.

ფსორიაზის მიმდინარეობის სიმძიმე დაზიანებული ფართობის ინდექსით BSA (Body Surface Area):

- BSA < 5% მსუბუქი;
- 5% >BSA <10% საშუალო;

- BSA >10% მძიმე.

დერმატოლოგიური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის ინდექსი - DLQI (Dermatology Life Quality Index) არის მნიშვნელოვანი დამატებითი საშუალება ფსორიაზის დროს სათანადოდ შეფასდეს ფსორიაზის მიმდინარეობის სიმძიმე და მისი პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე ზემოქმედება, მაგრამ შეიძლება იყოს ინდექსის მაჩვენებლის შეზღუდული კორელაცია დაავადების ფაქტიურ სიმძიმესთან. (იხ. დანართი №3).²⁹

- 0 – 1 = პაციენტის ცხოვრებაზე არ ახდენს გავლენას;
- 2 – 5 = პაციენტის ცხოვრებაზე ახდენს მცირე გავლენას;
- 6 – 10 = პაციენტის ცხოვრებაზე ახდენს საშუალო გავლენას;
- 11 – 20 = პაციენტის ცხოვრებაზე ახდენს ძლიერ გავლენას;
- 21 – 30 = პაციენტის ცხოვრებაზე ახდენს უკიდურესად ძლიერ გავლენას.

პასუხი უნდა გაეცეს ყველა შეკითხვას, თუ ორზე მეტ შეკითხვაზე არ არის პასუხი ინდექსი არ არის სრულყოფილი. (იხ დანართი № 3).

ფსორიაზით დაავადებულთა მძიმე მიმდინარეობის მაჩვენებელია:

- PASI >10 ფსორიაზის გავრცელების და სიმძიმის ინდექსი;
- DLQI >10 დერმატოლოგიური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის ინდექსი;
- BSA >10% დაზიანების ფართობის ინდექსი.

დამატებით მნიშვნელოვანია ფსორიაზის მძიმე მიმდინარეობის დადგენისათვის:

- ჩატარებული მკურნალობის სპექტრი და მკურნალობისადმი რეზისტენტობა;
- ფსორიაზის კლინიკური ვარიანტები მძიმე მიმდინარეობით, (ექსუდაციური ხასიათი, ერთროდერმია, პუსტულური ფორმა);
- განსაკუთრებული ლოკალიზაცია (თავის თმიანი ნაწილი, სახე, ხელისა და ფეხის გულები, ინვერსული ფსორიაზი, ფრჩხილების დაზიანება);
- სახსრების დაზიანება-ფსორიაზული ართრიტი;
- თანმხლები პათოლოგია;
- ფსიქო-სოციალური მდგომარეობა.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია, დროულად და კორექტულად განისაზღვროს ფსორიაზის მიმდინარეობის სიმძიმის ხარისხი, შეირჩეს მკურნალობის ოპტიმალური გეგმა და შეფასდეს მკურნალობის შედეგები;

აღნიშნული დაეხმარება:

- პაციენტს - დაცული იყოს მისი ჯანმრთელობა და უფლებები;
- ექიმს - დერმატოლოგებს, რევმატოლოგებს, ოჯახის ექიმებს მისცემს საშუალებას დაავადების მართვის პროცესში მოწინავე ქვეყნებისაგან მიღებული პროფესიული

გამოცდილებების რეალიზებაში და ამასთანავე იურიდიული უფლებამოსილების სრულყოფაში;

- სახელმწიფოს - მიეცემა შესაძლებლობა ფსორიაზით დაავადებულ პაციენტთა მიმართებაში გაატაროს ჩამოყალიბებული პოლიტიკა, რომელიც ეფუძნება საერთაშორისო კრიტერიუმებსა და სტანდარტებს.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარდა სწავლება ფსორიაზის სიმძიმის შეფასების თაობაზე?
- სპეციალისტთან კონსულტაციაზე მისული ფსორიაზით დაავადებულ პაციენტთა რაოდენობა (%).
- ფსორიაზით დაავადებულ პაციენტთა რაოდენობა (%), რომელთაც ჩაუტარდათ დაავადების სიმძიმის შეფასება მკურნალობის სწორი ტაქტიკის შერჩევის მიზნით?
- შემთხვევათა რამდენ %-ში მოხდა სასურველი გამოსავლის მიღება?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა სასურველია 2 წლის ვადაში, ან მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სათანადო რეკომენდაციების განახლების შესაბამისად.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები მოცემულია დანართში №4.

13. დანართები

დანართი №1. PASI- ს და სხეულის დიაგრამის გამოთვლა

PASI (Psoriasis Area and Severity Index) ფსორიაზის გავრცელებისა და სიმძიმის ინდექსი

პაციენტის სახელი, გვარი

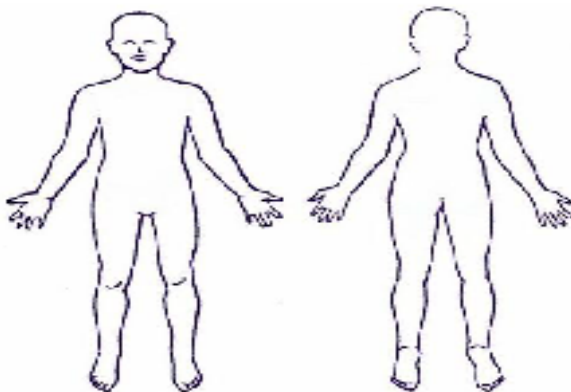
შევსების თარიღი

 / /

მისამართი, ტელეფონი

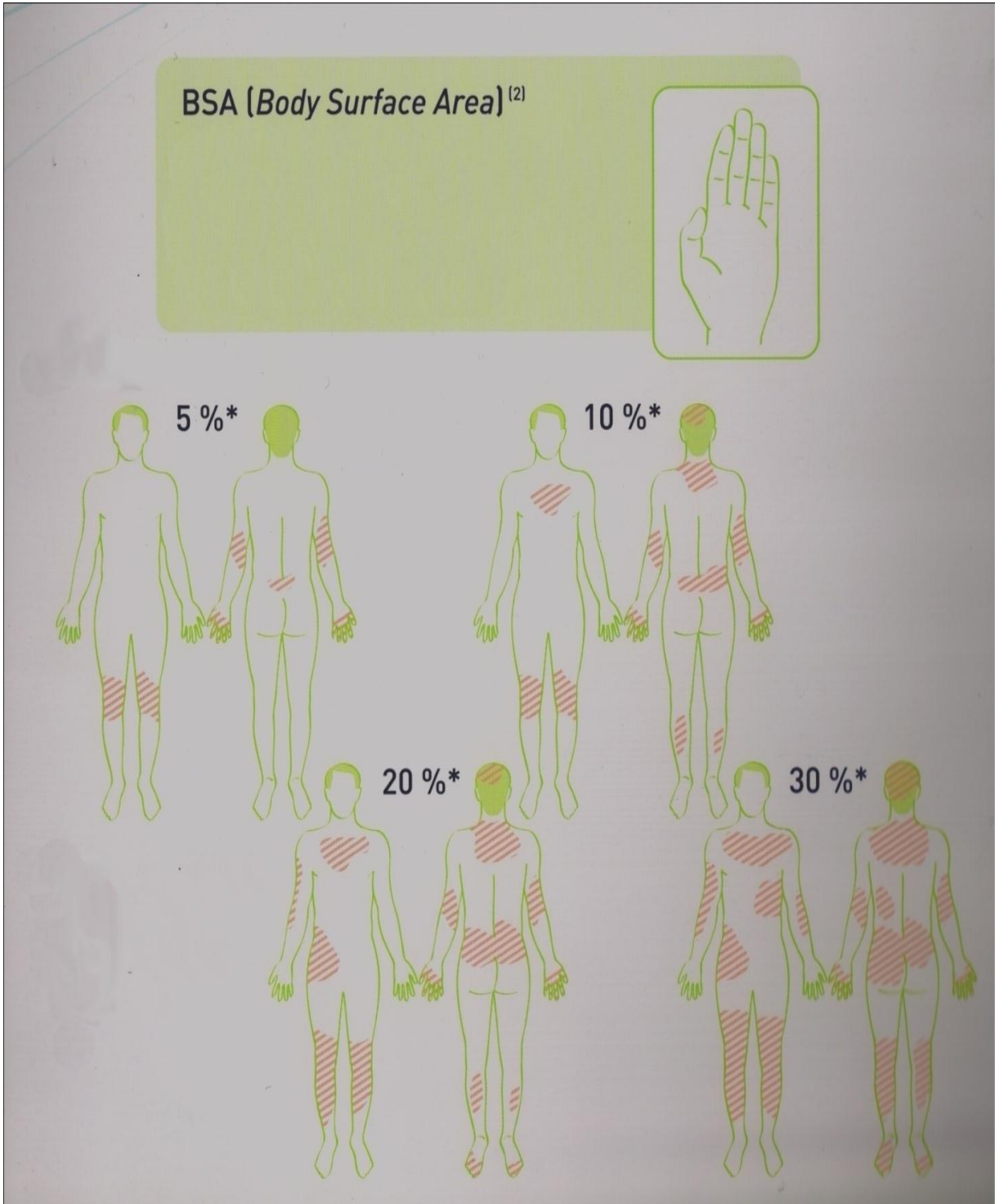
დერმატოლოგის სახელი, გვარი

მორფოლოგიური ელემენტების დაზიანება	შეფასების ქულა	სხეულის რეგიონები			
		თავი	ზედა კიდურები	ტანი	ქვედა კიდურები
ერითემა	0=არა				
ინფილტრაცია	1=მსუბუქი				
აქერცვლა	2=საშუალო				
	3=მძიმე				
	4=მალიან მძიმე				
შეკრიბეთ სამი მონაცემი, თითოეული რეგიონისთვის, რომ მივიღოთ 4 სხვადასხვა ჯამური მონაცემი		A1=	A2=	A3=	A4=
გამარავლოთ სხეულის თითოეული რეგიონისთვის მიღებული ჯამური მონაცემები სხეულის შესაბამისი რეგიონის წონის კოეფიციენტზე.					
		A1×0.1=B1	A2×0.2=B2	A3×0.3=B3	A4×0.4=B4
		B1=	B2=	B3=	B4=
სხეულის თითოეული რეგიონისთვის დაზიანების ფართობის %-ული მაჩვენებელი (თითოეული რეგიონისთვის შეფასება 0-6 ქულამდე)	0=არა 1=1-9% 2=10-29% 3=30-49% 4=50-69% 5=70-89% 6=90-100%				
სხეულის თითოეული რეგიონისთვის გამრავლეთ B1,B2,B3,B4 (0-6 ქულაზე) რომ მივიღოთ 4 ჯამური მონაცემი					
		B1× =C1	B2× =C2	B3× =C3	B4× =C4
		C1=	C2=	C3=	C4=
პაციენტის PASI-ს ქულა არის C1+ C2+ C3+ C4 ჯამი				PASI=	



გთხოვთ გააფერადოთ სხეულის დაზიანებული არეები.

დანართი №2. დაზიანებული ფართობის ინდექსი BSA (Body Surface Area)



Bachelez H, Bagot M, Bournerias I,(2008) - *Etat-Pso*

დანართი №3. დერმატოლოგიური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის ინდექსი - DLQI (Dermatology Life Quality Index)

1.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში რამდენად ძლიერ გაწუხებდათ თქვენ კანის ქავილი, აწეული მგრძობიარობა, ტკივილი ან ჩხვლეტის შეგრძნება კანზე?	ძალიან ძლიერ ძლიერ უმნიშველოდ არა	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
2.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში გიქმნიდათ თუ არა უხერხულობის და უსიამოვნების შეგრძნებას კანის მდგომარეობა?	ძალიან ძლიერ ძლიერ უმნიშველოდ არა	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
3.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში გიშლიდათ თუ არა ხელს კანის მდგომარეობა საყიდლებზე წასვლაში, სიარულში, სახლისა და ბაღის მოვლაში?	ძალიან ძლიერ ძლიერ უმნიშველოდ არა მიუღებელია	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
4.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში გიშლიდათ თუ არა ხელს კანის მდგომარეობა თქვენთვის სასურველი ტანსაცმლის ჩაცმაში?	ძალიან ძლიერ ძლიერ უმნიშველოდ არა მიუღებელია	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
5.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში რამდენად შეგიშალათ ხელი კანის მდგომარეობამ სოციალურ საქმიანობაში (რესტორანში, კინოში, კაფეში, ბარში, პარკმახერთან, ვაჭრობაში) და თავისუფალი დროის გატარებაში?	ძალიან ძლიერ ძლიერ უმნიშველოდ არა მიუღებელია	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
6.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში შეგიშალათ თუ არა ხელი კანის მდგომარეობამ დაკავებულიყავით	ძალიან ძლიერ ძლიერ	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2

	სპორტით?	უმნიშველოდ არა მიუღებელია	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
7.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში გიშლიდათ თუ არა ხელს კანის მდგომარეობა თქვენს სამუშაოსა და სწავლაში?	დიახ არა მიუღებელია	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	თუ „არა“ როგორ აისახა კანის მდგომარეობა თქვენს სამუშაოსა და სწავლაზე?	ძლიერ უმნიშველოდ არა	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
8.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში შეგიქმნათ თუ არა კანის მდგომარეობამ პრობლემები პარტნიორებთან, მეგობრებთან ან ნათესავებთან ურთიერთობაში?	ძალიან ძლიერ	<input type="checkbox"/> 3
		ძლიერ	<input type="checkbox"/> 2
		უმნიშველოდ	<input type="checkbox"/> 1
		არა	<input type="checkbox"/> 0
9.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში იყო თუ არა კანის მდგომარეობა მიზეზი სექსუალური პრობლემების წარმოშობისა?	ძალიან ძლიერ	<input type="checkbox"/> 3
		ძლიერ	<input type="checkbox"/> 2
		უმნიშველოდ	<input type="checkbox"/> 1
		არა	<input type="checkbox"/> 0
10.	ბოლო ერთი კვირის განმავლობაში შეგიქმნათ თუ არა კანის დაავადების მკურნალობამ პრობლემები (სახლში გამოიწვია არეულობა) და დროის დეფიციტი?	ძალიან ძლიერ	<input type="checkbox"/> 3
		ძლიერ	<input type="checkbox"/> 2
		უმნიშველოდ	<input type="checkbox"/> 1
		არა	<input type="checkbox"/> 0

გთხოვთ შეამოწმოთ, პასუხი გაეცა თუ არა ყველა შეკითხვას.

დანართი №4. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ოჯახის ექიმი დერმატოლოგი რევმატოლოგი	დაავადების სიმძიმის და კლინიკური მიმდინარეობის შეფასება, მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავება, მიმდინარე მეთვალყურეობა.	
ექთანი	პაციენტის ინფორმირება დაავადების შეფასების ინდექსების შესახებ. ცხოვრების სტილის რისკის პროფილის შეფასება.	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამომახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა. დანერგვაზე მეთვალყურეობა. აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	აუცილებელი

14. პროტოკოლის ავტორები

კონსტანტინე ცაგარეიშვილი - ექიმი დერმატო-ვენეროლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, ა.წერეთლის სახ. უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, იმერეთის რეგიონალური კლინიკური საავადმყოფოს დერმატო-ვენეროლოგი; საქართველოს ფსორიაზის ასოციაციის გამგეობის წევრი, საქართველოს დერმატო-ვენეროლოგთა, თბილისის დერმატო-ვენეროლოგთა ასოციაციის წევრი; საქართველოს ფოტო დერმატოლოგიისა და კანის კიბოს ასოციაციის გამგეობის წევრი.

ნინო ჩიჯავაძე - ექიმი დერმატო-ვენეროლოგი, საქართველოს ფსორიაზის ასოციაციის ხელმძღვანელი, შპს. "ცაგარეიშვილის" სამედიცინო ცენტრის დირექტორი, საქართველოს დერმატო-ვენეროლოგთა, თბილისის დერმატო-ვენეროლოგთა ასოციაციის წევრი; საქართველოს ფოტო დერმატოლოგიისა და კანის კიბოს ასოციაციის გამგეობის წევრი.

15. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Blauvelt A. T-helper 17 cells in psoriatic plaques and additional genetic links between 11-23 and psoriasis. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1064-7;
2. Boztepe G, Karaduman A, Sahin S, Hayran M, Kolemen F. The effect of maintenance narrow-band ultraviolet B therapy on the duration of remission for psoriasis: a prospective randomized clinical trial. *Int J Dermatol* 2006;45:245-50;
3. Catsarou-Catsari A, Katambus A, Theodoropoulos P. (1984) *Ophthalmological manifestations in patients with psoriasis*. In: Acta Derm Venereol (Stock).557-559;
4. Christophers E, Sterry W. (1993) *Psoriasis*. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, eds. *Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw Hill;:489-511.
5. Finlay AY, Khan GK (1994). *Dermatology life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use*. 19:210-16
<http://www.aad.org/education-and-quality-care/clinical-guidelines/current-and-upcoming-guidelines>;
6. Finlay AY. (2005). *Current severe psoriasis and the rule of tens*. 152:861-867;
7. Gelfand JM, Troxel AB, Lewis JD, Kurd SK, Shin DB, Wang X, et al. (2007) *The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study*. *Arch Dermatol*. 143(12):1493-9;
8. Gottlieb A.,Korman J.,Kenneth B. et al., (2008). *Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis*. Section 2-Psoriatic arthritis: Overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. American Academy of Dermatology
<http://www.aad.org/education-and-quality-care/clinical-guidelines/current-and-upcoming-guidelines>;

9. Gulliver W. (2008) *Long-term prognosis in patients with psoriasis*. Br J Dermatol.;159 Suppl 2:2-9;
10. Karabulut AA, Yalvac IS, Vahaboglu H, Nurozler AB, Duman S. (1999) *Conjunctival impression cytology and tear-film changes in patients with psoriasis*. Cornea.18(5):544-8;
11. Kimball AB, Gordon KB, Fakharzadeh S, Yeilding N, Szapary PO, Schenkel B, et al. (2012) *Long-term efficacy of ustekinumab in patients with moderate-to-severe psoriasis: results from the PHOENIX 1 trial through up to 3 years*. Br J Dermatol;
12. Krueger JG, Bowcock A. (2005) *Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis*. Ann Rheum Dis. 64 Suppl 2:ii30-6;
13. Larko O. Treatment of psoriasis with a new UVB-lamp. Acta Derm Venereol 1989;69:82-5;
14. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. (2009) *Topical treatments for chronic plaque psoriasis*. Cochrane Database Syst Rev. CD005028;
15. Menter A, Korman J., Elment A. et al., (2008). *Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis*. Section 3–Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. American Academy of Dermatology
<http://www.aad.org/education-and-quality-care/clinical-guidelines/current-and-upcoming-guidelines>;
16. Menter A.,Korman J.,Elment A. et al.,(2009). *Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis*. Sectio 4–Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. American Academy of Dermatology
<http://www.aad.org/education-and-quality-care/clinical-guidelines/current-and-upcoming-guidelines>;
17. Menter A, Korman J. et al.,(2010). *Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis*. Section 5- Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. American Academy of Dermatology
<http://www.aad.org/education-and-quality-care/clinical-guidelines/current-and-upcoming-guidelines>;
18. Oostveen AM, de Jager ME, van de Kerkhof PC, Donders AR, de Jong EM, Seyger MM. (2012) *The influence of treatments in daily clinical practice on the Children's Dermatology Life Quality Index in juvenile psoriasis: a longitudinal study from the Child-CAPTURE patient registry*. Br J Dermatol;
19. Pettey AA, Balkrishnan R, Rapp SR, Fleischer AB, Feldman SR. (2003) *Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: implications for clinical practice*. J Am Acad Dermatol. 49(2):271-5;
20. Pietrzak AT, Zalewska A, Chodorowska G, Krasowska D, Nockowski P, et al. (2008) *Cytokines and anticytokines in psoriasis*. Clin Chim Acta.;394(1-2):7-21;
21. Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, Axtelius B, Aparo U, Abeni D. (2006) *Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36*. Br J Dermatol. 154(5):844-9;
22. Wolk K,Haugen Hs. Xu W, Witte E Waggie K, Anderson M, et al. IL-22 and IL-20 are key mediators of the epidermal alterations in psoriasis while IL-17 and IFN-gamma are not. J mol 2009; 128:1064-7;
23. Menter A, Korman NJ, Elmant A, et al (2010) *Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis*. Section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: Case-base presentation and evidence-based conclusions p.137;
24. Meffert J,O'Connor R, et al (2012). *Psoriasis Clinical Presentation. History*
<http://emedicine.medscape.com/article/1943419-clinical>;
25. Meffert J,O'Connor R, et al (2012). *Psoriasis Workup. Lab Studies*.
<http://emedicine.medscape.com/article/1943419-workup#aw2aab6b5b2aa>;
26. Fredriksson T, Petterson U. (1978) Severe Psoriasis-oral therapy with a new retinoid. Dermatologica 157:238-44;
27. Smith CH et al. (2005) British association of dermatologists guidelines for use of biological interventions in psoriasis. Br J Dermatol 153:486-497;
28. Finlay AY. (2005). *Current severe psoriasis and the rule of tens*. 152:861-867;
29. Finlay AY, Khan GK (1994). *Dermatology life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use*. 19:210-16.