

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

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

# კონტაქტური დერმატიტის

## მართვა

### პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: კონტაქტური დერმატიტის მართვა .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 კონტაქტური დერმატიტის სახეები.....	4
8.2 კონტაქტური დერმატიტის კლინიკური გამოვლინებები .....	5
8.3 გამომწვევი მიზეზები და რისკ ფაქტორები .....	5
8.4 დიაგნოსტიკა.....	6
8.5 კონტაქტური დერმატიტის მკურნალობა და პროფილაქტიკა .....	10
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	12
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	12
11. პროტოკოლის გადასინჯვის ვადები .....	13
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	13
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	14
14. პროტოკოლის ავტორები .....	14

## ცხრილები

ცხრილი №1. აპლიკაციური სინჯის შეფასება.....	7
ცხრილი №2. პანელებში შემავალი ალერგენების ჩამონათვალი.....	9
ცხრილი №3. გაიდლაინებისა და კლინიკური რეკომენდაციების ხარისხის და მათი იმპლემენტაციის შეფასების კითხვარი .....	12
ცხრილი №4. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	13

## 1. პროტოკოლის დასახელება: კონტაქტური დერმატიტის მართვა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
ალერგიული კონტაქტური დერმატიტი	L23
მარტივი გამაღიზიანებელი (irritant) კონტაქტური დერმატიტი	L24
კონტაქტური დერმატიტი, დაუზუსტებელი	L25
ფოტოკონტაქტური დერმატიტი (breloque-dermatiti)	L56.2
კანის დიაგნოსტიკური და მგრძობელობითი სინჯები	Z01.5
<b>2. პირველადი ჯანდაცვის კლასიფიკატორი</b>	<b>ICPC</b>
გაგზავნა ექიმთან/სპაციალისტთან/კლინიკაში/საავადმყოფოში	S67
თერაპიული კონსულტაცია/მოსმენა	S58
დაკვირვება/განათლება (ჯანმრთელობის საკითხებში)/რჩევა/დიეტა	S45
გარკვევა/დისკუსია პაციენტის მიმართვის მიზეზთან/მოთხოვნილებასთან დაკავშირებით	S48
<b>3. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
კანის სინჯი	QXXX80
სისხლის სინჯის აღება ერთი ან რამდენიმე ლაბორატორიული ანალიზისთვის	XXXB00
სისხლის წნევის გაზომვა	FXF100

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

საინფორმაციო რესურსები მოპოვებულია ელექტრონულ მონაცემთა ბაზებში – PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) და Ovid (<http://www.gateway.ovid.com/>).

ძირითადი წყაროები:

- Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. British association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Br. J Dermatol. 2009 May; 160 (5): 946-54 [6 references] PubMed;
- Nichobon PJ, Llewellyn D. Occupational contact dermatitis and urticaria. London (UK): British Occupational Health Research Foundation; 2010. 53 p. [120 references];
- Valerie A. Palda, Dave Davis, Joanne Goldman. A guide to the Canadian Medical Association Handbook on Clinical Practice Guidelines; 2007; CMAJ. November 6, 2007. 177-10.

გამოყენებულია კლინიკური პრაქტიკის სტანდარტები, რომლებიც შექმნილია National Guideline Clearinghouse-ის მიერ (US Department of Health & Human Services, [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)). ამ ორგანიზაციის მიერ გაიდლაინების შექმნისა და მათი ხარისხის შეფასების პროცესში გამოყენებულია თანამედროვე საექსპერტო სისტემები: CONSORT; QUORUM; AGREE; GRADE; SIGN; SORT; ADAPTE, რაც, თავის მხრივ, უზრუნველყოფს მაღალი მტკიცებითი დონის რეკომენდაციებს.

პროტოკოლში გათვალისწინებულია ადგილობრივი სპეციფიკა (ფარმაცევტული ბაზარი, ზოგიერთ ძვირად ღირებულ დიაგნოსტიკურ კვლევაზე შეზღუდული ხელმისაწვდომობა ქვეყანაში).

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია:

- კონტაქტური დერმატიტით დაავადებული მოზრდილი და ბავშვთა ასაკის პაციენტების მკურნალობის გაუმჯობესება;
- კონტაქტური დერმატიტის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება მედიკამენტების ოპტიმალური გამოყენებით;
- პაციენტებისა და/ან მათი მშობლების განათლების ხელშეწყობის გზით, დაავადების მართვის პროცესში ჩართულ პირებს შორის კომუნიკაციის გაუმჯობესება;
- პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების ზუსტი და დროული შეფასება;
- დაავადების გამწვავების შემთხვევაში, მართვის სტრატეგიის გაუმჯობესება.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ნებისმიერი ასაკის პაციენტს, დადასტურებული ან საექვო კონტაქტური დერმატიტით.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ოჯახის ექიმებისთვის, დერმატო-ვენეროლოგებისთვის, ალერგოლოგ-იმუნოლოგებისთვის, პედიატრებისთვის, ექიმის ასისტენტებისა და ექთნებისთვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში. პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### 8.1 კონტაქტური დერმატიტის სახეები

- კანის პოლიმორფული ანთებითი დაზიანებაა, რომელსაც მწვავე ფაზაში ახასიათებს ერითემა, ქავილი, ვეზიკულიზაცია, ხოლო ქრონიკული მიმდინარეობისას - კანის აქერცვლა და დესქვამაცია.
- სიტყვები „ეგზემა“ და „დერმატიტი“ ხშირად გამოიყენება როგორც სინონიმები. კონტაქტური დერმატიტი (კდ) ვითარდება კანზე გამღიზიანებელი ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად. ამ ფაქტორთაგან ზოგი იწვევს შენელებული ტიპის იმუნურ რეაქციას (T უჯრედებით გაშუალებულს), ზოგი კი - არაიმუნურს.
- შესაბამისად, კონტაქტური დერმატიტი რამდენიმე ტიპისაა:
  - **სუბიექტური ირიტაციული** – კანის იდიოსინკრაზიული გაღიზიანება, რაც კანის წვისა და ჩხვლეტის სუბიექტური შეგრძნებით აღიქმება კონტაქტურ სუბსტანციასთან კონტაქტიდან რამდენიმე წუთში. უფრო ხშირად ის სახის მიდამოში ვითარდება და

ვიზუალურად არ ვლინდება. ასეთი ტიპის რეაქციებს ძირითადად კოსმეტიკური და მზისგან დამცავი საშუალებები იწვევს.

- **მწვავე ირიტაციული კონტაქტური დერმატიტი** – განპირობებულია ძლიერი პოტენციის კონტაქტურ სუბსტანციასთან ერთჯერადი ხანგრძლივი ან მრავალჯერადი ხანმოკლე ექსპოზიციით.
- **ქრონიკული კუმულაციურ-ირიტაციული კონტაქტური დერმატიტი** – განპირობებულია მსუბუქი პოტენციის, ხსნად ან არახსნად კონტაქტურ სუბსტანციასთან ხშირი ექსპოზიციით. მას ძირითადად იწვევს სარეცხი საშუალებები, ორგანული გამხსნელები, საპნები, მჟავები და ტუტეები, ასევე, ჰაერის დაბალი ტენიანობა, მშრალი და ცხელი ჰაერის უშუალო ზემოქმედება, საყოფაცხოვრებო და სხვადასხვა პროფესიული გამღიზიანებლები.
- **ალერგიული კონტაქტური დერმატიტი** – ვითარდება მასენსიბილიზებული სპეციფიკური ალერგენის მიმართ იმუნური რეაქციის განვითარების შედეგად.
- **ფოტოტოქსიკური, ფოტოალერგიული და ფოტოაგრაავიაციული კონტაქტური დერმატიტი** – ზოგიერთ ალერგენს ფოტოალერგენის თვისებები გააჩნია. ზოგჯერ საკმაოდ რთულია ფოტოალერგიული და ფოტოტოქსიკური რეაქციების ერთმანეთისგან დიფერენცირება.
- **სისტემური კონტაქტური დერმატიტი** – ვითარდება იმ წამლების სისტემური გზით მიღების შემდეგ, რომელთა მიმართაც პაციენტს წარსულში ადგილობრივი ზემოქმედების მომატება აღენიშნებოდა.

- ხშირად კონტაქტური დერმატიტის სხვადასხვა ტიპები ერთად ვლინდება, განსაკუთრებით, კიდურებზე. კონტაქტური დერმატიტის მიზეზის დადგენას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, რაშიც უმთავრესი ადგილი ანამნეზს ენიჭება.

## 8.2 კონტაქტური დერმატიტის კლინიკური გამოვლინებები

- კონტაქტურ დერმატიტს ახასიათებს ერთემა, ქავილი, წვის ან ტკივილის შეგრძნება, კანის ვეზიკულური ან ბულოზური დაზიანება, კანის აქერცვლა და დესქვამაცია.
- კონტაქტური დერმატიტი ზოგჯერ შეიძლება გამოვლინდეს ქეილიტის, კანის პიგმენტაციის დარღვევის, აკნეს, ლიქენის და ურტიკარიის სახითაც.

## 8.3 გამომწვევი მიზეზები და რისკ ფაქტორები

- კდ-ს შესაძლოა იწვევდეს სამკაულები, ტანსაცმელი, არომატული დანამატები, სარეცხი საშუალებები, საღებავები, ადგილობრივი მოხმარების მედიკამენტები, ასევე, კონტაქტი მზესთან, წყალთან, ცხოველებთან, პროფესიულ ან სხვა გამღიზიანებელ ფაქტორებთან.
- კდ-ის განვითარების განსაკუთრებით მაღალი რისკი აქვთ ინდუსტრიის სფეროში მომუშავე პირებს, რომლებიც საკმაოდ ხშირად სენსიბილიზებული არიან კვებითი პროდუქტებით, ინდუსტრიაში გამოყენებადი მასალებით, ტყავითა და მისი შემცველებით, ასევე, კოსმეტიკური საშუალებებით.
- ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედებით ვითარდება ფოტოკონტაქტური დერმატიტი, რომელიც უპირატესად ვლინდება სახეზე, ხელებზე, კისერზე, ასევე, ნიკაპზე და ყურების უკან. მის განვითარებას ხელს უწყობს სხვადასხვა ფისების, საღებავების, ფსორალენის, პარფიუმერიისა და მზისგან დამცავი კრემის გამოყენება. წამლებიდან კი მნიშვნელოვანია:

სულფანილამიდები, ტეტრაციკლინები, ფტორქინოლონი, ორალური კონტრაცეპტივები, თიაზიდური ჯგუფის პრეპარატები და ფენოთიაზინები (ანტიჰისტამინები და ფსიქოტროპული საშუალებები).

- კდ უფრო ხშირად ქალებსა (განსაკუთრებით, კოსმეტიკური საშუალებების მიმართ) და 40-60 წლის ასაკის ადამიანებში ვლინდება. ქავილი ამ დაავადების ერთ-ერთ ყველაზე დამახასიათებელ სიმპტომად შეიძლება ჩაითვალოს.

## 8.4 დიაგნოსტიკა

### პაციენტის გამოკვლევა

- დიაგნოსტიკა მოიცავს სამ ელემენტს: ანამნეზის შეგროვებას, კანის დათვალიერებას და აპლიკაციურ სინჯებს.
- ანამნეზზე დაყრდნობით მხოლოდ 10-20%-ში არის შესაძლებელი „დამნაშავე“ კონტაქტური აგენტის იდენტიფიცირება და მისი ელიმინაცია.
- ალერგიული კონტაქტური დერმატიტის დროს ვეზიკულები სავსეა გამჭვირვალე ტრანსუდაციული სითხით. დაავადების შემდეგ ფაზაში ვითარდება კანის ეგზემატოზური დაზიანება, ვეზიკულური გამონაყარი პაპულოზურით იცვლება, რასაც შემდგომ მოყვება კანის ექსკორიაცია. ალერგიული კონტაქტური დერმატიტის ქრონიზაციის შემთხვევაში კანის ექსკორიაციული დაზიანება და ლიქენიფიკაცია კიდევ უფრო შესამჩნევი ხდება. ამ დროს დაზიანებული უბნები კარგად არის გამოხატული, მკვეთრი გეომეტრიული ფორმებით, რაც კონტაქტური დერმატიტის დიაგნოზს აადვილებს. კონტაქტური უბნების ზუსტი განსაზღვრა მეტად მნიშვნელოვანია.
- კდ-ის დროს ყველაზე ხშირად ზიანდება პერიორბიტალური, პერიორალური, კისრის, ხელების, ილიებისა და ქვემო კიდურების მიდამოები. სწორედ ეს ადგილები (განსაკუთრებით, სახე და კისერი) ხშირად განიცდის კონტაქტური აგენტების (საპნების, შამპუნების, აეროზოლების, კოსმეტიკური საშუალებებისა და სამკაულების) ზემოქმედებას.
- ქალების 10 და მამაკაცების 4%-ს აღნიშნებათ კდ ხელებზე. უფრო მეტად ის ხელის მტევნის ზედა ზედაპირზე ვითარდება, სადაც კანი უფრო ნაზია და მეტად შეიცავს ლანგერჰანის უჯრედებს. სხეულის ამ უბნებზე შესაძლოა განვითარდეს როგორც ალერგიული, ასევე ირიტაციული კდ. ეს უკანასკნელი უფრო ხშირად ხელის თითებზე ვლინდება ვეზიკულური გამონაყრის სახით. როდესაც გამონაყარი ხელებზე იწყება და შემდგომ ვრცელდება სახისა და წინამხრების რეგიონებზე, მას შესაძლოა მოჰყვეს ფოტოსენსიბილიზაციის განვითარება.

### დიფერენციული დიაგნოზი

კდ-ის დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება ატოპიურ, დისჰიდროზულ, ნუმულარულ და სეზორეულ დერმატიტთან (განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მას ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს). აქვე უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ატოპიური დერმატიტი უფრო ხშირად ჩვილთა და ბავშვთა ადრეულ ასაკში ვლინდება, კონტაქტური კი - მოზრდილთა ასაკში. ამასთან ერთად, ატოპიური დერმატიტის დროს გამონაყარი სიმეტრიულია და ლოკალიზებულია კიდურების გამშლელ და მომხრელ ზედაპირებზე. სეზორეული დერმატიტისათვის დამახასიათებელია მსუბუქი ქავილი, მოყვითალო, ცხიმოვანი ელფერის ნადები კანზე, აქერცლილი უსწორმასწორო ფორმის ერთეულ წარბების, ნესტოების მიდამოში და თავის ქალაზე.

ნუმულარული დერმატიტისათვის დამახასიათებელია ოვალური (მონეტის ფორმის) ლაქოვანი (2-10 სმ ზომის) გამონაყარი სხეულსა და კიდურებზე. დისჰიდროზული დერმატიტი ვლინდება მრავლობითი, პატარა ზომის ვეზიკულური წარმონაქმნებით (1-2 მმ ზომის) ხელის მტევნებზე, ტერფებზე, თითების (ხელის და ფეხის) ლატერალურ ნაწილებზე. შედარებით იშვიათად კდ წააგავს ფსორიაზს, სოკოვან ინფექციას, კანის T-უჯრედულ ლიმფომას, მგლურას, პიტირიაზსა და როზაცეას.

**გამოკვლევები კდ-ის დროს**

კდ-ის დიაგნოზის დამადასტურებელ ოქროს სტანდარტად მიჩნეულია აპლიკაციური სინჯი. ამ დროს დერმატიტის გამომწვევი საექვო რეაგენტი თავსდება კანის უთმო ზედაპირზე (უმჯობესია ზურგზე, ბეჭებს შორის), სააპლიკაციო უბნის წყლით ჩამობანვის და კარგად გამრობის შემდეგ. თუ საჭირო ხდება კანის გაპარსვა, უმჯობესია ეს მოხდეს ელექტრო საპარსით (ქაფის ხმარება არ არის რეკომენდებული). სააპლიკაციო მასალა იფარება არაალერგიული საფარით და კანზე რჩება 48 საათის განმავლობაში. პაციენტმა არ უნდა ჩამოიბანოს ტესტირებული უბანი ტესტის დამთავრებამდე და არ გაიოფლიანოს კანი. ტესტის შედეგი ფასდება 48 საათის შემდეგ. ამ დროს შეფასება ტარდება საფარის მოცილებიდან 30 წუთის შემდეგ (კანის არასპეციფიკური გაღიზიანების ეფექტის თავიდან აცილების მიზნით). პირველი შეფასების შემდეგ კანი ასევე უნდა იყო დაცული დასველებისგან შეფასების მომდევნო ეტაპების განხორციელებამდე (შესაბამისად, III, IV ან VII დღეს - მოგვიანებითი რეაქციების გამოვლენის დასაფიქსირებლად). ასეთი მოგვიანებითი (მეორადი) შეფასება აუცილებელია ირიტაციული და ალერგიული კდ-ის ერთმანეთისგან სადიფერენციაციოდ. მოხუცებულ პირებში უფრო ხშირია მოგვიანებითი ალერგიული კონტაქტური რეაქციები, რის გამოც საჭიროა ტესტის შეფასება 96 საათის შემდეგ. ალერგენების 30% პირველი 48 საათის განმავლობაში უარყოფით შედეგებს იძლევა, ხოლო 96 საათის შემდეგ კი - დადებითს და პირიქით, ირიტაციული დერმატიტის დროს პირველი 48 საათის განმავლობაში გამოვლენილი დადებითი სინჯები შემდგომში - 96 საათის შემდეგ უარყოფითი ხდება.

**ცხრილი №1. აპლიკაციური სინჯის შეფასება**

აპლიკაციური სინჯის შეფასება (International Contact Dermatitis Research Group – ICDRG)		
±	მხოლოდ მსუბუქი ერიტემა	შედეგი საკამათოა
+	ერიტემა, ინფილტრაცია, შესაძლოა პაპულა	სუსტად დადებითი რეაქცია
++	ერიტემა, ინფილტრაცია, პაპულა, ვეზიკულა	მნიშვნელოვნად დადებითი რეაქცია
+++	ძლიერი ერიტემა და პაპულა, ინფილტრაცია და გაერთიანებული ვეზიკულები	ძლიერ დადებითი რეაქცია
-	ელემენტები არ ვლინდება	ტესტი უარყოფითია
IR	სხვადასხვა ტიპის ირიტაციული რეაქციები	

## ტესტირების დროს გასათვალისწინებელია ზოგიერთი პირობა

- პაციენტებს, რომლებიც ღებულობენ სტეროიდებს (პრედნიზოლონი) დღეში 20 მგ-ზე მეტი დოზით ან იტარებენ ქიმიოთერაპიას, აპლიკაციური ტესტი არ უტარდებათ, ვინაიდან ამ დროს ქვეითდება კანის რეაქტიულობა. 20 მგ-ზე დაბალი დოზის მიღების შემთხვევაში კი - მოსალოდნელი მკვეთრად დადებითი შედეგი სუსტად დადებითი ხდება.
- აპლიკაციური ტესტის ჩატარების ადგილზე ტესტის ჩატარებამდე 5-7 დღით ადრე არ უნდა იქნას გამოყენებული ადგილობრივი სტეროიდები და კალცინეურინის ინჰიბიტორები.
- სისტემური ანტიჰისტამინური საშუალებები არ მოქმედებს ტესტის შედეგზე.
- ტესტი არ უნდა ჩატარდეს მწვავე კდ-ის დროს.

## აპლიკაციური ტესტების სახეები

- ტესტის ჩატარებისთვის ალერგენის შერჩევა და ტესტის შედეგის ინტერპრეტაცია რთულია, თავად ტესტის ჩატარება კი - საკმაოდ ადვილი.
- ალერგენების შერჩევის დროს ძირითადად გამოიყენება ალერგენების სტანდარტული პანელები (წინასწარ განსაზღვრული ალერგენები, რომლებიც განსაკუთრებით ხშირად აპირობებს კდ-ს). ამ ტესტების გამოყენებისას არც თუ იშვიათად ფიქსირდება მოულოდნელი პოზიტიური შედეგები (იმ ალერგენების მიმართ, რომლებიც ანამნეზით ეჭვს არ იწვევდა), რაც ალერგენების შემადგენლობაში შემავალი საერთო დანამატების (მაგ., ალუმინის კომპონენტის, როგორც ფიქსატორის) არსებობით აიხსნება.
- კომერციული სადიაგნოსტიკო სააპლიკაციო ალერგენების შემადგენლობა სხვადასხვაა. მათგან ყველაზე სტანდარტული და ხშირად გამოყენებადი Finn chambers-ის კომპლექტ-აპლიკატორებია. ეს არის 8 მმ ზომის ალუმინის (როგორც ფიქსატორის) შემცველი აპლიკატორები. აღსანიშნავია, რომ თავდაპირველად ამ აპლიკატორებზე ალერგენი არ არის მოთავსებული და მათი ალერგენით "გააქტიურება" ტესტირების წინ ხდება. აპლიკატორის ზედაპირზე ალერგენის განთავსებით შესაძლებელი ხდება კანის კონკრეტულ ფართობზე მოქმედი ალერგენის რაოდენობის მიახლოებითი გათვლა (ანუ ტესტის მაქსიმალური სტანდარტიზაცია).
- ალერგენის შერჩევის შემდეგ იგი ვაზელინთან ერთად (შერეული 1 მმ-იან სვეტში) დაიტანება სტანდარტულ დისკზე, რომელიც, თავის მხრივ, შემდეგ თავსდება კანის ზედაპირზე. თუ ალერგენი სითხის სახითაა წარმოდგენილი, მაშინ მისი ერთი წვეთი ეწვეთება ფილტრის ქალაღზე და თავსდება კანზე. პირველ შემთხვევაში ალერგენი შეიძლება მომზადდეს წინასწარ (რამდენიმე საათით ადრე), ხოლო მეორე შემთხვევაში კი ის მზადდება უშუალოდ ტესტირების წინ (რამდენიმე წუთით ადრე).
- ტესტების რაოდენობა დამოკიდებულია საეჭვო ალერგენების რაოდენობაზე. უფრო ხშირად იყენებენ წინასწარ დამზადებულ ე.წ. რუტინული ალერგენების კომპლექტებს (პანელები). მათ TRUE (thin layer rapid use epicutaneous) პანელებს უწოდებენ და ისინი მრავალ ქვეყანაში გამოიყენება კონტაქტური ალერგიის სადიაგნოსტიკოდ. ეს პანელები შეიცავს 20-30 კონტაქტურ ალერგენს (კონტაქტური ალერგიის ყველაზე ხშირად გამომწვევს). პანელებში შემავალი ალერგენების ჩამონათვალი წარმოდგენილია ცხრილებში:



**ცხრილი №2. პანელებში შემავალი ალერგენების ჩამონათვალი**

ანტიგენი	კონტაქტის წყაროები
ნიკელის სულფატი	ბალთები, სამკაულები
ლანოლინი	კოსმეტიკა, საპნები, ადგილობრივი მედიკამენტები, დამატენიანებლები
ნეომიცინის სულფატი	ადგილობრივი ანტიბიოტიკები
კალიუმის დიქრომატი	ქრომირებული ნაკეთობანი, ცემენტი
კაინები	ბენზოკაინი, ტეტრაკაინი, დიბუკაინი
არომატიზატორები	არომატული პარფიუმერია და საყოფაცხოვრებო ქიმიკა
კანიფოლი	კოსმეტიკა, წებოები, საყოფაცხოვრებო ქიმიკა
პარაბენი (ნარევი)	მედიკამენტებსა და კოსმეტიკაში შემავალი პრეზერვატივები
პერუს ბალზამი	საკვები, კოსმეტიკა, არომატიზატორები, ადგილობრივი წამლები
ეთილენდიამინისდიჰიდროქლორიდი	ადგილობრივი მედიკამენტები, თვალის წვეთები
კობალტის ჰიდროქლორიდი	საოჯახო ჭურჭელი, საღებავები
ბუთილფენოლფორმალდეჰიდი	ქსოვილები, წყალგაუმტარი ხელთათმანები
ეპოქსიდი	წებოები
კარბა მიქსი	რეზინი, შამპუნები, სადეზინფექციო საშუალებები
შავი კაუჩუკი	შავი რეზინის პროდუქტები, თმის შავი საღებავები
იზოთიაზოლინონი	კოსმეტიკა, კანის მოვლის პროდუქტები, ადგილობრივი წამლები
კვატერნიუმი-15	კოსმეტიკა, კანის მოვლის საშუალებები
მერკაპტობენზოთიაზოლი	რეზინის ნაკეთობები, წებოები
p-ფენილენდიამინი	თმის საღებავები, კოსმეტიკა, საბეჭდი მელანი
ფორმალდეჰიდი	ქსოვილები, კოსმეტიკა
მერკაპტო მიქსი	რეზინის ნაკეთობები, ტყავის და პლასტმასის წებოები
თიმეროსალი	კონტაქტური ლინზების, კოსმეტიკის და ადგილობრივი მედიკამენტების პრეზერვატივი
თიურამი მიქსი	რეზინის ნაკეთობები, წებოები
დიაზოლიდინილ შარდოვანა	ჰიგიენური, კოსმეტიკური, კანის და თმის მოვლის საშუალებები, ცხოველების შამპუნები
იმიდაზოლიდინილ შარდოვანა	იმიდაზოლიდინილ შარდოვანა
ბუდესონიდი	საინჰალაციო და ნახალური სტეროიდები, საინჰალაციო სუსპენზიები და ფხვნილები; კრემები, ლოსიონები, მალამოები
ტიქსოკორტოლ-21-პივალატი	ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტები
ქინოლინი მიქსი	წებოვანი ბანდაჟები და სახვევები, ადგილობრივი ანტიბიოტიკები, სოკოს საწინააღმდეგო კრემები, ლოსიონები, მალამოები, შინაური ცხოველების საკვები

- ამ პანელებით შესაძლებელია ჩატარდეს ტესტირება კლინიკურად ყველაზე აქტუალური 20-30 კონტაქტური ალერგენით (ალერგენების 70%), რასაკვირველია, შესაბამისი კონტროლების გამოყენებით.
- ზოგჯერ სტანდარტულ პანელებში შემავალი ალერგენები არ არის საკმარისი, რის გამოც საჭირო ხდება დამატებითი ტესტირების ჩატარება სხვა პანელების მეშვეობით. სპეციფიკურ (დამატებითი ალერგენების შემცველ) პანელებს მიეკუთვნება: კოსმეტიკური პანელი, მექანიკოსებისა და მეწაღეებისთვის განკუთვნილი პანელები, ასევე მცენარეული და ფოტომასენსიბილიზებული ალერგენების შემცველი პანელები. ზოგიერთ ქვეყანაში შესაძლებელია პანელების წინასწარი შეკვეთა ინდივიდუალურად კონკრეტული პაციენტისთვის.

- ზოგჯერ უფრო მოსახერხებელია საექვო კონტაქტური ალერგენით პირდაპირი სინჯის ჩატარება (მაგ., კოსმეტიკური საშუალებებით, ტანსაცმლის ქსოვილით, რეზინის ხელთათმანებით და სხვა). ასეთ ტესტირებას ღია ტესტირება ეწოდება და ის სხვადასხვა სახისაა. ღია ტესტირების დროს სუბსტრატ-ალერგენი იხსნება ან სველდება წყალში ან სხვა გამხსნელში, თავსდება კანზე (მის მიერ კანის დაფარვის ფართობი არ აღემატება 5×5 სმ<sup>2</sup>), მაგრამ ზევიდან არ იფარება. ასეთი ღია ტესტირება (წარმოადგენს ტესტირების პირველ ეტაპს) რეკომენდებულია მაშინ, როდესაც ზუსტად ვერ ხერხდება სავარაუდო ალერგენის იდენტიფიცირება. ტესტის შედეგი ფასდება ისევე, როგორც ჩვეულებრივი აპლიკაციური სინჯის დროს. ამ ტესტირებისას მიღებული უარყოფითი შედეგის ღირებულება დაბალია, ვინაიდან ის ვერ გამორიცხავს ალერგიის არსებობას (შედეგი შეიძლება იყოს ცრუ-უარყოფითი), ამიტომაც ტესტირება უნდა გაგრძელდეს. ამავდროულად, უნდა გვახსოვდეს, რომ ტესტირების დროს ძლიერ კონცენტრირებული აპლიკაციური მასალის გამოყენებისას შესაძლოა განვითარდეს კანის ნეკროზი.
- არსებობს ტესტირების ნახევრად ღია მეთოდიც, რომლის დროსაც კანზე მოთავსებული აპლიკაციური მასალა იფარება ჰაერგამტარი საფარით მას შემდეგ, რაც მოხდება მისი გაშრობა. ამ მეთოდით სინჯების ჩატარება საყოფაცხოვრებო და ინდუსტრიული ალერგენ-სუბსტრატებით არის მიზანშეწონილი. სააპლიკაციო უბნის შერჩევის დროს შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ზურგი და წინამხრის მედიალური მხარე. ამ ტესტის უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ მის დროს ნაკლებად ღიზიანდება კანის დაფარული უბანი სხვა დამატებითი არასპეციფიკური გამღიზიანებლების მიერ (ვინაიდან კანი დაფარულია). ნახევრად ღია ტესტის დროს ასევე ხშირია ცრუ-უარყოფითი შედეგები, ვინაიდან ალერგენის კანში შეღწევადობა სუსტია.
- მოწოდებულია ასევე განმეორებითი ღია აპლიკაციური სინჯი, რომლის დროსაც ტარდება ტესტირება 7 დღის განმავლობაში, თანმიმდევრულად, დღეში ორჯერ. ამ სინჯის დროს დადებითი შედეგი, როგორც წესი ვლინდება 2-4 დღეში. მაგრამ თუ ამ პერიოდში შედეგი არ დაფიქსირდა, ტესტირება გრძელდება 7 დღის შემდეგაც, რომ არ გამოგვეპაროს მოგვიანებითი რეაქცია. ამ ტიპის ტესტირება უმჯობესია ჩატარდეს კანის 3 სხვადასხვა უბანზე ერთდროულად. ტესტირება წყდება პირველივე დადებითი რეაქციის გამოვლინების დროს. თუ რეაქცია ვლინდება პირველივე აპლიკაციის შემდეგ, ეს შეიძლება იყოს ცრუ რეაქცია კანის არასპეციფიკური გაღიზიანების გამო, რისი გამორიცხვაც შესაძლებელია ასეთივე ტესტის ჩატარებით საკონტროლო პირებთან და ამ გზით ცრუ რეაქციის გამორიცხვა.
- ფოტო აპლიკაციური ტესტები კეთდება ფოტოალერგიულ დერმატიტზე ეჭვის დროს და მოითხოვს რეფერალს დერმატოლოგთან, რომელიც ფლობს სპეციალურ ფოტოთერაპიულ მეთოდებს.

## 8.5 კონტაქტური დერმატიტის მკურნალობა და პროფილაქტიკა

- ალერგიული კონტაქტური დერმატიტის მკურნალობის უპირველეს პრინციპს „დამნაშავე“ ალერგენის გამოვლენა და მისი ელიმინაცია წარმოადგენს. ალერგენის იდენტიფიცირების შემდეგ პაციენტი უნდა იქნას ინფორმირებული ყველა სხვა პოტენციური პირდაპირი თუ არაპირდაპირი ალერგენის შესახებ, ვინაიდან ალერგენებს შეიცავს პაციენტისთვის გაუცნობიერებელი მრავალი პროდუქტი.

- ირიტაციული კდ-ის მართვის ძირითადი პრინციპი კანის ირიტანტებისგან დაცვაა. ყველაზე ჩვეული გამღიზიანებლებია საპნები და სადეზინფექციო საშუალებები (დეტერგენტები), ასევე, წყალიც თავისთავად ირიტანტია. პროფესიულ გარემოში შესაძლოა მნიშვნელოვანი იყოს სხვა გამღიზიანებლებიც, ისეთები, როგორცაა ზეთები, გამაციებლები, ტუტეები, მჟავები და გამხსნელები.
- როდესაც გამოვლენილი ალერგენის ან ირიტანტის ელიმინაცია შეუძლებელია, მაშინ საჭიროა მათგან თავის მაქსიმალური დაცვა შესაბამისი ტანსაცმლისა და ხელთათმანების მეშვეობით. ხელთათმანები უმჯობესია იყოს რეზინის ან პოლივინილის ქლორიდის (სინთეზური ნივთიერება) და წყალგაუმტარი, რომლის ქვეშ საჭიროა დამატებით ბამბის ხელთათმანების ჩაცმა. მნიშვნელოვანია ხელთათმანების მოხსნა რეგულარულად, რადგან გაოფლიანებამ შეიძლება დაამძიმოს არსებული დერმატიტი. არსებობს ასევე რამდენიმე მტკიცებულება იმის თაობაზე, რომ ხელთათმანებით დახშობამ შესაძლოა დააზიანოს კანის რქოვანი შრის დამცავი ბარიერი. პროფესიული თვალთახედვით საკონტაქტო აგენტების ქიმიური ბუნება და ექსპოზიციის დრო მნიშვნელოვანია ხელთათმანების ტიპის, ე.წ. „შეუღწევადი“ ხელთათმანების, შერჩევის თვალსაზრისით, რადგან მათ გააჩნია ზოგიერთი ცალკეული სუბსტანციის შეღწევის ლიმიტირებული დრო. პროტექტორულ საშუალებად შეიძლება გამოვიყენოთ ასევე სპეციალური კრემები, რომლებიც შეიცავს დიმეთიკონს (სილიკონის ზეთი) და ლიპიდური შემადგენლობის კანის დამცავი საცხები.
- ირიტაციული კდ-ისას გამღიზიანებელი აგენტის შეცვლა შესაძლოა იყოს შესაძლებელი. ყველაზე ჩვეული მაგალითია - საპნის შეცვლა.

### სიმპტომური მკურნალობა

- ალერგენის ელიმინაციის გარეშე ალერგიული კდ ქრონიკული და გენერალიზებული ხდება. სიმპტომურ მკურნალობას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. ამ დროს გამოიყენება ცივი წყლის, ფიზიოლოგიური და ბუროვის ხსნარის (1:40) საფენები. სველი ეგზემის დროს, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა კანის მოშრობა, რაც შესაძლოა განხორციელდეს კალამინის ხსნარით ან შვრიის ნაყენით. მშრალი ეგზემის დროს კომპრესები არ არის მიზანშეწონილი.
- კდ-ის დროს ადგილობრივი სტეროიდები პირველი რიგის პრეპარატებია. მათი შერჩევა უნდა მოხდეს განსაკუთრებულად (კანის დაზიანების ხასიათისა და დაზიანებული უბნის ფართობის მიხედვით). იქ, სადაც კანი სქელია და შედარებით უხეში, შეიძლება გამოყენებულ იქნას ძლიერი პოტენციის სტეროიდები. საშუალო პოტენციის სტეროიდები გამოიყენება ტანსა და კიდურებზე. კანის მშრალ და გაუხეშებულ უბნებზე უპირატესობა ენიჭება მალამო, სველ უბნებსა და სხეულის სხვადასხვა ნაკვეთებზე კი - კრემებსა და ლოსიონებს.
- მაზებისა და ძლიერი სტეროიდების გამოყენება კანის ნაზ უბნებზე (კიდურების მომხრელ ზედაპირებსა და პერიორბიტალურად) არ არის მიზანშეწონილი. სტეროიდები ავლენს მეტ ეფექტურობას, როდესაც მათი გამოყენება ხდება წინასწარ დასველებულ კანზე. სტეროიდების ხანგრძლივი გამოყენება არ არის რეკომენდებული.
- ნიკელის ელიმინაცია.
- მეორე რიგის მკურნალობა ტარდება რეფრაქტორული კდ-ის დროს. გამოიყენება ფსორალენი და ულტრაიისფერი სხივები ერთად (PUVA). ასევე, აზათიოპრინი ან

ციკლოსპორინი. ზოგიერთი ავტორი უპირატესობას ანიჭებს A-ვიტამინის ნაწარმებს - რეტინოიდებს. ამ პრეპარატების გამოყენების დროს შესაძლებელია ადგილი ქონდეს გვერდით ეფექტებს, რაც უნდა იქნეს გათვალისწინებული.

- თუ კონტაქტური დერმატიტი მოიცავს სხეულის დიდ უბანს (>20%-ზე), მაშინ უპირატესობა სისტემურ სტეროიდებს ენიჭება. ამ დროს ინიშნება პრდენიზოლონი დოზით 0.5-1მგ/კგ/დღეში, 5-7 დღის განმავლობაში. ეფექტი 12-24 საათში ვლინდება. ამის შემდეგ დოზა მცირდება 50%-ით შემდეგი 5 (ან უფრო მეტი) დღის განმავლობაში - მდგომარეობის მიხედვით. მკურნალობა შესაძლოა გაგრძელდეს 2-4 კვირა. სტეროიდის დოზის უფრო სწრაფმა შემცირებამ შესაძლოა გამოიწვიოს მდგომარეობის გაუარესება.

### კდ-ის გართულებები

კდ შესაძლოა გართულდეს იმპეტიგოთი (კანის სტაფილო- ან სტრეპტოკოკული ინფექცია), რაც ხასიათდება მდგომარეობის უეცარი გაუარესებით. თუ ინფიცირდება კანის მცირე უბანი, მაშინ საჭიროა მხოლოდ ადგილობრივი ანტიბიოტიკების გამოყენება (თავიდან ავიცილებთ ინფექციის შემდგომ გავრცელებას). ინფექციის გავრცელების შემთხვევაში საჭიროა სისტემური ანტიბიოტიკების გამოყენება.

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია დაავადების სიმძიმის, გამწვავებათა სიხშირისა და ხანგრძლივობის შემცირება, გამწვავებათა რეციდივების თავიდან აცილება და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

აუდიტის განხორციელება შესაძლებელია საერთაშორისო ორგანიზაცია ADAPTE-ის მიერ მოწოდებული გაიდლაინებისა და კლინიკური რეკომენდაციების ხარისხის და მათი იმპლემენტაციის შეფასების კითხვარით (იხ. [www.adapt.org](http://www.adapt.org)).

### ცხრილი №3. გაიდლაინებისა და კლინიკური რეკომენდაციების ხარისხის და მათი იმპლემენტაციის შეფასების კითხვარი

კითხვა	პასუხი		
	დიახ	სადაოა	არა
საერთო რეკომენდაციები მისაღებია			
რეკომენდაციების ხარისხი შესაბამისობაშია მათი შემუშავების მტკიცებულებების დონესთან და განხორციელების შედეგად მიღებულ ეფექტთან			
მოწოდებული რეკომენდაციით მიღებული სარგებელი მნიშვნელოვნად დიდია სხვა არსებულ მიდგომებთან და რეკომენდაციებთან შედარებით			
მოწოდებული რეკომენდაციები სრულ შესაბამისობაშია იმ კულტურულ და სხვა ფასეულობებთან, რა გარემოშიც ის ხორციელდება			
კითხვა	პასუხი		
საერთო რეკომენდაციები გამოყენებადია	დიახ	სადაოა	არა
რეკომენდაციით მოწოდებული ზემოქმედება გამოყენებადია პაციენტთან მიმართებაში			

რეკომენდაციით მოწოდებული ზემოქმედება/სადიაგნოსტიკო აპარატურა ხელმისაწვდომია გამოყენების თვალსაზრისით			
აუცილებლობის შემთხვევაში შესაძლებელია შესაბამისი ექსპერტიზის განხორციელება			
არსებობს იურიდიული, ნორმატიული ან სხვა სახის წინააღმდეგობები მოცემული რეკომენდაციების კლინიკაში დანერგვის თვალსაზრისით			
<b>კითხვა</b>	<b>პასუხი</b>		
<b>საერთო რეკომენდაციები ეფექტურია</b>			
რეკომენდაციით მოწოდებული ზემოქმედება ეფექტურია პირველად შედეგობრივ ცვლადებზე (ავადობა, დაავადებიაანობა, სიკვდილობა, ამბულატორიული მიმართვიანობა, კლინიკური გამოვლინებები)			
რეკომენდაციით მოწოდებული ზემოქმედება ეფექტურია მეორად შედეგობრივ ცვლადებზე (ობიექტურად გაზომვადი კლინიკური და ლაბორატორიული პარამეტრები)			
მოწოდებული რეკომენდაციების ხარჯ-ეფექტურობა და რისკ-ეფექტურობა			
	<b>კომენტარი</b>		

## 11. პროტოკოლის გადასინჯვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 3 წლის შემდეგ, ან უფრო ადრე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ახალი გაიდლაინების და რეკომენდაციების შემუშავების შესაბამისად.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკურ რესურსები მოცემულია ცხრილში №4.

### ცხრილი №4. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური</b>	<b>რესურსის გამოყენების მიზანი</b>	
ექიმი	პროტოკოლის განხორციელება, მისი აუდიტი	სავალდებულო
ექიმის ასისტენტი	პროტოკოლის განხორციელების ხელშეწყობა	სასურველი
ექთანი	პროტოკოლით განსაზღვრული ზემოქმედებების განხორციელება	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	დაწესებულებაში პროტოკოლის განხორციელების და დანერგვის ხელშეწყობა, მეთვალყურეობა, შედეგების ანალიზი	სასურველი
ექიმი ალერგოლოგი, ბავშვთა ალერგოლოგი, დერმატოლოგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო ერთ-ერთი
პედიატრი ოჯახის ექიმი	კლინიკური შეფასება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო ერთ-ერთი
ექთანი	მაგ. რისკის პროფილის შეფასებარისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური	სასურველი

	მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა	სასურველი
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სისხლის საერთო ანალიზი	სისტემური დაავადებების გამორიცხვა	სავალდებულო
კანის აპლიკაციური სინჯები	ეტიოლოგიური ფაქტორის დაზუსტება	სავალდებულო
კანის სინჯის აპლიკატორები	დიაგნოზის დადასტურება რისკის შეფასება პრევენცია	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

ნებისმიერ გაიდლაინში/პროტოკოლში წარმოდგენილი რეკომენდაციები მოითხოვს ადაპტირებას როგორც დანერგვამდე, ასევე დანერგვის შემდეგ კონკრეტულ გარემოსთან მათი იმპლემენტურობის თავისებურებებიდან გამომდინარე.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

**ალექსანდერე თელია** - საქართველოს ასთმის, ალერგიის და იმუნოლოგიის ასოციაციის პრეზიდენტი, ასთმის, ალერგიის და კლინიკური იმუნოლოგიის საუნივერსიტეტო ცენტრის ხელმძღვანელი, თსსუ ალერგოლოგიის და კლინიკური იმუნოლოგიის მიმართულების პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი;

**ქეთევან მაჭავარიანი** - საქართველოს ასთმის, ალერგიის და იმუნოლოგიის ასოციაციის წევრი, ასთმის, ალერგიის და კლინიკური იმუნოლოგიის საუნივერსიტეტო ცენტრის თანამშრომელი, თსსუ ალერგოლოგიის და კლინიკური იმუნოლოგიის მიმართულების ასისტენტ-პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი.

#### რეცენზენტები

**ლიანა ჟორჟოლიანი** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი;

**ლალი მეკოკიშვილი** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ექიმი დერმატო-ვენეროლოგი პროფესორი, თბილისის სამედიცინო აკადემიის დერმატოლოგიის დეპარტამენტის სრული პროფესორი. საქართველოს ფოტოდერმატოლოგიისა და კანის კიბოს ასოციაციის პრეზიდენტი.