

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დააფუძვლათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 30 სექტემბრის № 313/თ ბრძანებით

# წელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

# წელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

## პროტოკოლი

### 1. წელის ტკივილის დეფინიცია

წელის ტკივილი ეწოდება ტკივილს, რომელიც შეიგრძნობა წელის არეში და შესაძლებელია განვითარდეს ამ მიდამოში ხერხემლის, კუნთების, ნერვების, ან სხვა სტრუქტურების დაზიანების შედეგად. ტკივილი ასევე შესაძლებელია ირადირებდეს სხვა ანატომიური არეებიდან, როგორცაა მაგალითად, ზურგის ზედა ან შუა ნაწილი, საზარდულის თიაქარი, ან სათესლეებისა და საკვერცხეების პათოლოგია. ტკივილი შესაძლებელია იყოს სხვადასხვა ხასიათის, მაგალითად ყრუ ან გამჭოლი და თან ახლდეს დაბუყებისა და წვის შეგრძნება.

### 2. სადიაგნოზო კრიტერიუმები

ცხრილი №1

სადიაგნოზო კრიტერიუმები	ინტერპრეტაცია
ანამნეზი	სპეციფიკური პათოლოგიის რისკი
წონის აუხსნელი დაკლება, ერთთვიანი მკურნალობის შემდეგ გაუმჯობესების არარსებობა, 50 წელზე მეტი ასაკი, ანამნეზში კიბო (კანის არამელანომური სიმსივნეების გარდა).	ავთვისებრივი სიმსივნე
მძიმე ნევროლოგიური დეფიციტის არსებობა ან მისი პროგრესირება, მათ შორის, მოტორული დეფიციტი, განავლის შეუკავებლობა და შარდის ბუშტის დისფუნქცია.	რამის კუდის სინდრომი
ხანდაზმული ასაკი, ოსტეოპოროზის ანამნეზი და სტეროიდების მოხმარება.	მალის კომპრესიული მოტეხილობა
ახალგაზრდა ასაკი, დილის შებოჭილობა, ვარჯიშის შედეგად მდგომარეობის გაუმჯობესება, ტკივილი დუნდულოების არეში და წელის ტკივილის გამო დამის მეორე ნახევარში გამოვლინდება.	მანკილოზებელი სპონდილიტი
პაციენტები წელისა და ფეხის ტკივილით, იშიახის ტიპური ანამნეზით (წელისა და ფეხის ტკივილი ლუმბალური ნერვული ფესვის საინერვაციო ზონაში ტიპური გავრცელებით), ლასეგის ან „ჯვარედინი“ ლასეგის დადებითი ტესტი	მალთაშუა დისკის თიაქარი
ფსევდოკოჭლობა ქვემო კიდურში ირადირებული ტკივილით, სიმპტომების ცვლილება დადმართში სიარულის დროს, ჯდომისას ტკივილის შემსუბუქება, 65 წელზე მეტი ასაკი	სპინალური სტენოზი
დეპრესია, დაავადებასთან ბრძოლის პასიური სტრატეგია, სამუშაოთი დაუკმაყოფილებლობა, უუნარობის უფრო მაღალი დონე, შრომისუუნარობის კომპენსაციის გართულება ან სომატიზაცია	წელის ტკივილის გამოსავლის არასასურველი პროგნოზი

ცხელება ინტრავენური მედიკამენტების გამოყენება მწვავე ინფექცია	ვერტებრალური ინფექცია
<b>ფიზიკალური მონაცემები</b>	<b>რისკ-ფაქტორების თანაარსებობისას ადასტურებს დიაგნოზს</b>
მუხლის რეფლექსისა და ძალის (L4 ნერვული ფესვი), ტერფის პირველი თითისა და ტერფის დორსალური ფლექსიის (L5 ნერვული ფესვი), ტერფის პლანტარული ფლექსიისა და მუხლქვეშა რეფლექსის (S1 ნერვული ფესვი), აგრეთვე სენსორული სიმპტომების დაღვევა	მაღალია შესაბამისი ნერვული ფესვის დაზიანების ალბათობა
დადებითი ლასეგის „ჯვარედინი“ ტესტი	მაღალია მალთაშუა დისკოს თიაქრის ალბათობა
ვერტებრალური ან არავერტებრალური მოტეხილობები	მაღალია ოსტეოპოროზისა და ძალის კომპრესიული მოტეხილობის ალბათობა
სხეულის ტემპერატურის მომატება, მწვავე ინფექციის კლინიკური ნიშნები, საინექციო ინტრავენური მედიკამენტების გამოყენების ობიექტური მტკიცებულება	მაღალია ვერტებრალური ინფექციის ალბათობა
ნევროლოგიური ნიშნების არარსებობა, პანკრეატიტის, ნეფროლითიაზის, აორტის ანევრიზმასა ან სისტემურ პათოლოგიაზე, მაგალითად ენდოკარდიტსა ან ვირუსულ სინდრომებზე მიმანიშნებელი სიმპტომები	მაღალია ექსტრავერტებრალური მიზეზის ალბათობა
<b>გამოკვლევა</b>	<b>ადასტურებს დიაგნოზს</b>
ედს	ედს-ის მომატება სიმსივნის ან ინფექციის სასარგებლოდ მეტყველებს
ედს და/ან C-რეაქტიული ცილა	მომატების შემთხვევაში სავარაუდოა ვერტებრალური ინფექცია
ხერხემლის გავა-წელის ნაწილის რენტგენოგრაფია	შესაძლებელია ოსტეოპოროზის დიაგნოზის დადასტურება ძალის კომპრესიული მოტეხილობის აღმოჩენის გზით
ედს და/ან C-რეაქტიული ცილა, HLA -827, მენჯის წინა-უკანა რენტგენოგრაფიული კვლევა	ცვლილებების შემთხვევაში სავარაუდოა მანკილოზებელი სპონდილიტი
ხერხემლის მრტ-კვლევა, ელექტრომიოგრაფიასა და ნერვის გამტარებლობის სიჩქარესთან ერთად	ცვლილებების შემთხვევაში ისმება სპინალური სტენოზის დიაგნოზი
ხერხემლის მრტ ან რენტგენოგრაფია	სპციფიკური ცვლილებების შემთხვევაში – სიმსივნე

### 3. სიმპტომები და ნიშნები

- წარმოდგენილი სიმპტომები და ნიშნები განპირობებულია წელის ტკივილის გამომწვევი მიზეზით. დისკოგენური ტკივილის დროს ტიპიურ შემთხვევაში პაციენტი აღნიშავს მაპროვოცირებელ ფაქტორს, რომლის დროსაც ადგილი ჰქონდა უეცარ, ძალდატანებით მოხრას და/ან როტაციის მომენტს. თუმცა, ზოგჯერ ადგილი აქვს სიმპტომების სპონტანურ განვითარებას;
- ტკივილი, ჩვეულებრივ, ლოკალიზებულია წელის ქვედა არესა და დუნდულოებში, შესაძლებელია ირადირებდეს გულმკერდის ქვედა და/ან წელის ზედა სეგმენტებში, მუცელში, ფერდებში, საზარდულში, გენიტალიებში, ბარძაყებში, მუხლებში, ტერფებსა და ტერფის თითებში;
- კლასიკური დისკოგენური ტკივილის გამწვავება ხდება ისეთი აქტივობებით, რომელიც ზრდის დატვირთვას დისკზე, მაგალითად ჯდომა, წამოდგომა,

დილას გაღვიძება, წელში მოხრა, ვიბრაცია, (მაგალითად მანქანის მართვის დროს), ხველა, სიცილი და ვალსალვას სინჯი;

- სიმპტომების შემსუბუქება ხდება გვერდზე წოლისას ფეხების მოხრით მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში, პოზიციის ხშირი ცვლილებითა და ფიზიკური აქტიურობით;
- ტკივილის ირადიაცია ქვემო კიდურში იშვიათად ტიპური სიმპტომია ლასეგის დადებით სიმპტომთან ერთად;
- სიმპტომების დამძიმება დაღმართში სიარულისა (ფსევდოკოჭლობა) და ფეხზე დგომის ფონზე, ხოლო მისი შემსუბუქება ჯდომის დროს დამახასიათებელია სპინალური სტენოზისათვის;
- დილის შებოჭილობა, ტკივილის გამო გაღვიძება ღამის მეორე ნახევარში და სიმპტომების შემსუბუქება ვარჯიშის ფონზე მაანკილოზებელი სპონდილიტისათვისაა დამახასიათებელი;
- აუხსნელი კლება წონაში, მკურნალობის ფონზე დადებითი დინამიკის არარსებობა და ანამნეზში კიბოს ფაქტი წელის ტკივილთან ერთად ნეოპლაზიასთანაა ასოცირებული;
- ცხელება, მწვავე ინფექციის ნიშნები და ანამნეზში ინტრავენური მედიკამენტების გამოყენება ვერტებრალურ ინფექციაზე გვაფიქრებინებს;
- შარდის ბუშტის სფინქტერის ფუნქციის მოშლა, სენსორული დაღვევები ქვედა კიდურებში, უნაგირისებრი ანესთეზია რაშის კუდის სინდრომის სადიაგნოსტიკო ნიშანია;
- ანამნეზში ოსტეოპოროზის რისკ-ფაქტორები სიმადლეში კლებასა და კიფოზთან ერთად წელის ტკივილის შემთხვევაში მალის კომპრესიული მოტეხილობის მაღალ ალბათობაზე მიუთითებს;
- ნევროლოგიური სიმპტომების არარსებობის ფონზე წელის ტკივილი შესაძლებელია განპირობებული იყოს ისეთი ექსტრავერტებრალური მიზეზებით, როგორცა პანკრეატიტი, მუცლის აორტის ანევრიზმა, ნეფროლითიაზი და ა.შ.

#### **4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები**

- წელის ტკივილის სპეციფიკური დიაგნოზი ანამნეზს, ფიზიკურ გასინჯვასა და დიაგნოსტიკურ ტესტებს ემყარება;

- პაციენტებში არასპეციფიკური წელის ტკივილით არ არის რეკომენდებული გამოსახვითი კვლევის ან სხვა დიაგნოსტიკური ტესტების რუტინული გამოყენება;
- თუკი წინასწარი შეფასების საფუძველზე პაციენტს აღენიშნება წელის მალის კომპრესიული მოტეხილობის მაღალი რისკი, როგორცაა ოსტეოპოროზი, ან სტეროიდებით თერაპიის ანამნეზი, რეკომენდებულია რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა;

**ცხრილი №2.**

**ხერხემლის რადიოგრაფიის ჩატარების AHRQ-ს კრიტერიუმები პაციენტებში წელის ტკივილით**

<b>შესაძლო მოტეხილობა</b>
სერიოზული ტრამვა
მცირე ტრამვა >50 წ.-ზე პაციენტებში
კორტიკოსტეროიდების ხანგრძლივი მოხმარება
ოსტეოპოროზი
ასაკი >70 წ.-ზე
<b>შესაძლო სიმსივნე ან ინფექცია</b>
ასაკი >50 წ.-ზე
ასაკი <20 წ.-ზე
სიმსივნის ანამნეზი
გადატანილი ბაქტერიული ინფექცია
ინტრავენური მედიკამენტების მოხმარება
იმუნოსუპრესია
ტკივილი წოლისას
ღამის ტკივილი

- მრტ-სა და კტ-ზე სასწრაფო გაგზავნა რეკომენდებულია პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ მძიმე ან პროგრესირებადი ნევროლოგიური დეფიციტი, ან მათი საწყისი შეფასების საფუძველზე საეჭვოა სერიოზული თანმხლები პათოლოგიის არსებობა, როგორცაა, მაგალითად, ვერტებრალური ინფექცია, რაშის კუდის სინდრომი, ან სიმსივნე, რომელიც იწვევს ზურგის ტვინის კომპრესიას, რადგანაც დიაგნოზისა და მკურნალობის გაჭიანურება ასოცირებულია დაავადების უარეს გამოსავალთან;
- პერსისტენტული წელის ტკივილისა და რადიკულოპათიის ან სპინალური სტენოზის ნიშნებისა და სიმპტომების მქონე პაციენტების შეფასების მიზნით რეკომენდებულია მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვა (სასურველია) ან კომპიუტერული ტომოგრაფია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი ისინი წარმოადგენენ ქირურგიული ჩარევის ან სტეროიდების ეპიდურული ინექციის

პოტენციურ კანდიდატებს; ასეთი პაციენტები საკონსულტაციოდ უნდა გაიგზავნონ სპეციალისტთან;

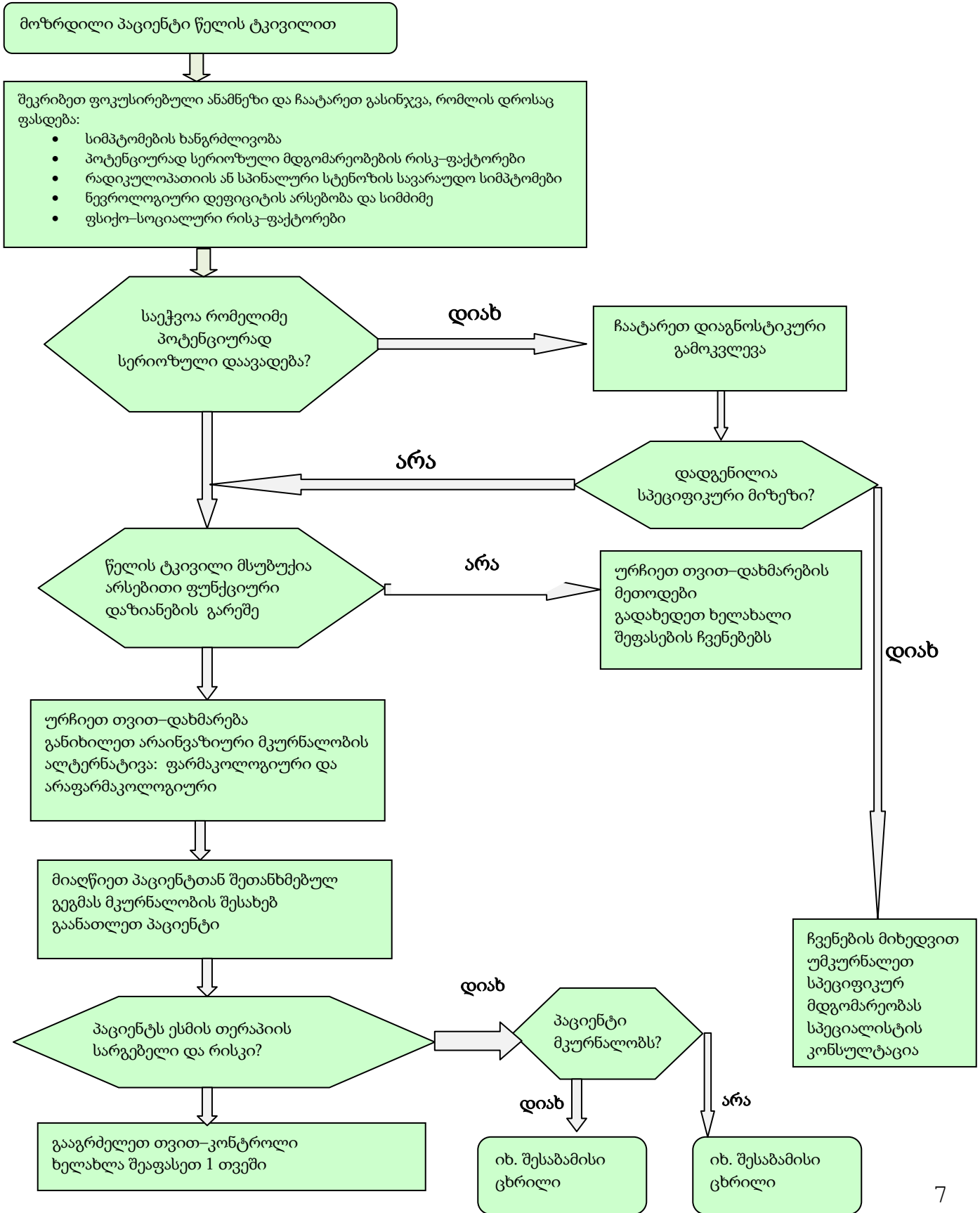
- პაციენტებში ეჭვით ავთვისებიან ნეოპლაზიაზე ან ვერტებრალურ ინფექციაზე მიზანშეწონილია ერთთროციტების დალექვის სიჩქარის განსაზღვრა;
- ედს და/ან C-რეაქტიული ცილა რეკომენდებულია პაციენტებში, რომელთა წინასწარი შეფასების საფუძველზეც სავარაუდოა ვერტებრალური ინფექცია ან მანკილოზებელი სპონდილიტი;
- ჩვეულებრივ, გადაწყვეტილება სპეციალისტის კონსულტაციის თაობაზე ინდივიდუალურად უნდა იქნეს მიღებული პაციენტის სიმპტომებისა და შეფასების შედეგებზე დაყრდნობით. ასევე, გათვალისწინებული უნდა იქნეს ოჯახის ექიმის გამოცდილება, ტრენინგების ხარისხი და შესაბამისი სპეციალისტის ხელმისაწვდომობა;
- ქირურგიული ან სხვა ინვაზიური ჩარევის თაობაზე გადაწყვეტილება, არასპეციფიკური წელის ტკივილის შემთხვევაში, მიღებული უნდა იქნეს 3 თვიდან (მინიმუმ) – 2 წლამდე ვადაში, არაქირურგიული მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში;
- არასპეციფიკური წელის ტკივილის შემთხვევაში, როდესაც კონსერვატიული თერაპია არაეფექტურია, გადაწყვეტილება მკურნალობის ქირურგიული ან სხვა ინვაზიური მეთოდის გამოყენების შესახებ მიღებული უნდა იქნეს 3 თვიდან (მინიმუმ) 2 წლამდე ვადაში.

### ცხრილი №3

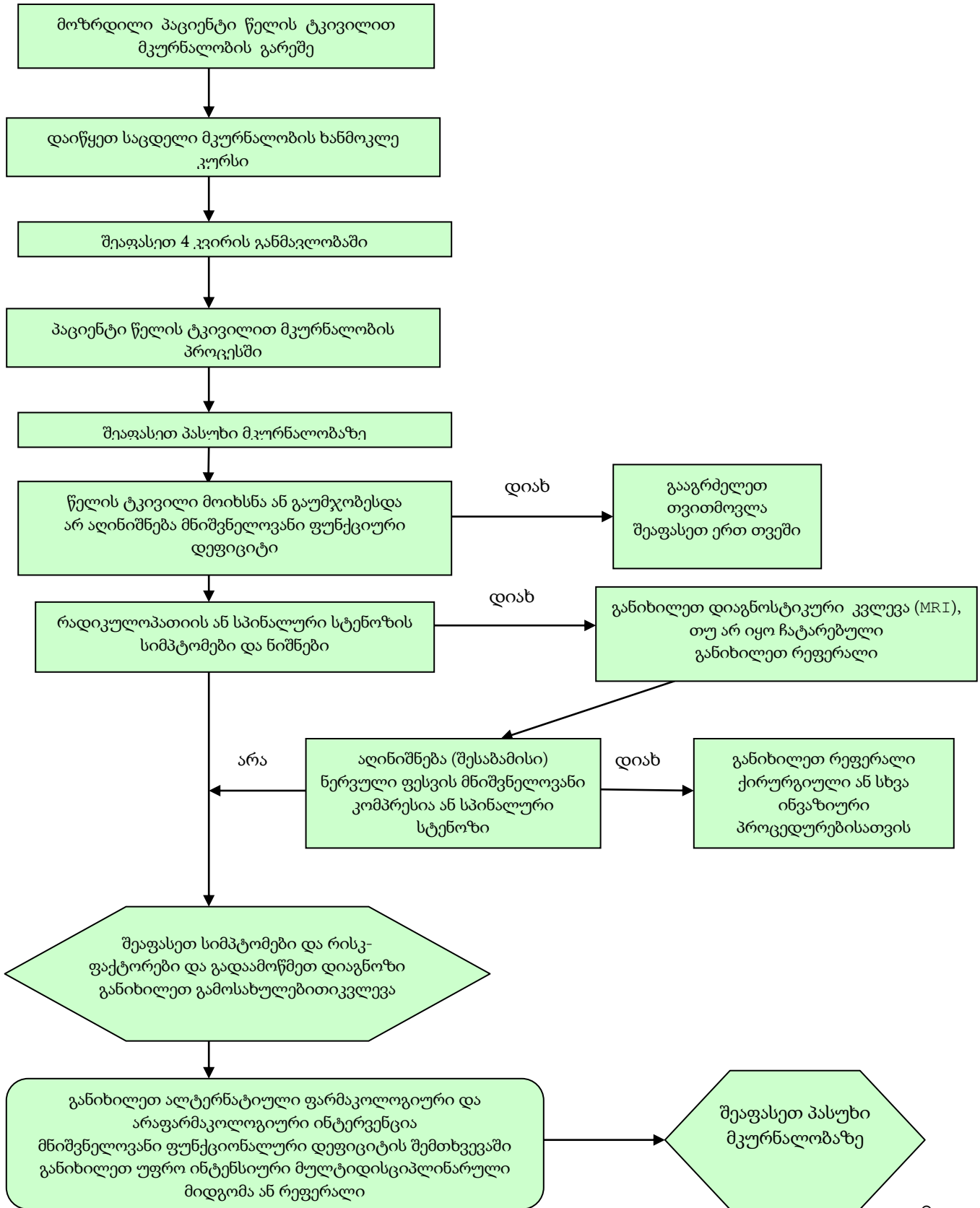
#### რეკომენდაცია რეფერალთან დაკავშირებით

რაშის კუდის სინდრომი (სპინქტერების დისფუნქცია, ბილატერალური მოტორული დეფიციტი, უნაგირისებური ანესთეზია)	დაუყოვნებელი რეფერალი
სავარაუდოა ზურგის ტვინის სერიოზული პათოლოგია, მნიშვნელოვანი/პროგრესირებადი ნევროლოგიური დეფიციტი	ურგენტული რეფერალი
4-6 კვირიანი კონსერვატიული მკურნალობის ფონზე, პერსისტირებადი ფესვობრივი სიმპტომები, რადიკულოპათია	დროული რეფერალი
სავარაუდო ანთებითი დაავადება	დროული რეფერალი
არასპეციფიკური წელის ტკივილი, რომელიც გრძელდება 3 თვის განმავლობაში და აუარესებს პაციენტის სიცოცხლის ხარისხს	დროული რეფერალი, განიხილეთ მულტიდისციპლინარული გუნდის მიერ მართვის შესაძლებლობა.

# წელის ტკივილის საწყისი შეფასების ალგორითმი



## წელის ტკივილის მართვის ალგორითმი





## 5. მკურნალობა

- პირველად ჯანდაცვაში წელის ტკივილის მართვისას განიხილული უნდა იქნეს დამტკიცებული ეფექტურობის მქონე მედიკამენტების გამოყენების შესაძლებლობა, პაციენტის განათლებასა და თვითკონტროლთან ერთად;
- პაციენტებში წელის ტკივილით გაითვალისწინეთ დადასტურებული სარგებელის მქონე მედიკამენტური თერაპიის გამოყენების შესაძლებლობა არამედიკამენტურ და თვითკონტროლის მეთოდებთან ერთად;
- მკურნალობის დაწყებამდე შეაფასეთ ბაზისური ტკივილის სიმძიმე და ფუნქციური დეფიციტის ხარისხი, მედიკამენტის გამოყენების პოტენციური რისკი და სარგებელი, ხანგრძლივი მკურნალობის ეფექტურობის შედარებითი შემცირებისა და უსაფრთხოების მონაცემები;
- პაციენტებში წელის ტკივილით, აცეტამინოფენი და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები ითვლება არჩევის პირველი რიგის მედიკამენტებად. იმ შემთხვევაში, თუ მარტივი ანალგეზია არაეფექტურია, გაითვალისწინეთ შემდეგი ვარიანტები:
  - მწვავე წელის ტკივილის დროს, განიხილეთ მოკლევადიანი დამატებითი მკურნალობის შესაძლებლობა: არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტისა და აცეტამინოფენის, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტისა და ოპიატების, ბენზოდიაზეპინების ან მიორელაქსანტების კომბინირება;
  - ქრონიკული წელის ტკივილის შემთხვევაში პირველი რიგის მედიკამენტებისა და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების ან ბენზოდიაზეპინების კომბინირება.
- გაითვალისწინეთ დადასტურებული სარგებელის მქონე არაფარმაკოლოგიური თერაპიის დამატების შესაძლებლობა:
  - სპინალური მანიპულაციები – მწვავე წელის ტკივილის დროს;
  - ინტენსიური ინტერდისციპლინარული რეაბილიტაცია, სამკურნალო ვარჯიში, აკუპუნქტურა, მასაჟი, სპინალური მანიპულაციები, იოგა, შემეცნებით-ქვევითი თერაპია, ან პროგრესული რელაქსაცია – ქვემწვავე და ქრონიკული წელის ტკივილის დროს.
- გამოსავალზე შესაძლო გავლენის გათვალისწინებით, ანგარიში გაუწიეთ პაციენტის მოლოდინს არაფარმაკოლოგიურ მკურნალობასთან დაკავშირებით.

რეკომენდაციები ინტერვენციებთან დაკავშირებით

	წელის ტკივილი	მწვავე < 4 კვირაზე	ქვემწვავე ან ქონიკული
თვითმკვლელობა	ურჩიეთ პაციენტს, დარჩეს აქტიური	*	*
	მიაწოდეთ ინფორმაცია, ნაბეჭდი მასალა	*	*
	გამოიყენოს სითბური პროცედურები	*	
ფარმაკოლოგიური მკურნალობა	აცეტამინოფენი	*	*
	არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები	*	*
	მიორელაქსანტები	*	
	ანტიდეპრესანტები (TCA)		*
	ბენზოდიაზეპინები	*	*
	ტრამადოლი, ოპიოიდები	*	*
არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა	სპინალური მანიპულაციები	*	*
	ვარჯიში		*
	მასაჟი		*
	აკუპუნქტურა		*
	იოგა		*
	შემეცნებით-ქცევითი თერაპია		*
	პროგრესული რელაქსაცია		*
	ინტენსიური ინტერდისციპლინარული რეაბილიტაცია		*
<p>ინტერვენციის მხარდასაჭერად არსებობს II-III B დონის მტკიცებულება (სულ მცირე, საკმარისი მტკიცებულება ზომიერი სარგებელის, ან მცირე სარგებელის, მაგრამ მნიშვნელოვანი ზიანის, ფასისა და დამატებითი ხარჯების არარსებობის შესახებ). არ არსებობს I A დონის მტკიცებულება (მნიშვნელოვანი სარგებელის დამადასტურებელი კარგი ხარისხის მტკიცებულება) ინტერვენციის გაუტარებლობის შესახებ.</p>			

ინტერვენციები წელის მწვავე ტკივილის დროს*	ინტერვენციები წელის ქრონიკული ტკივილის დროს
აცეტამინოფენი	აცეტამინოფენი
ასას** მედიკამენტები	აკუპუნქტურა
ჩონჩხ-კუნთოვანი რელაქსანტები	ფსიქოლოგიური თერაპია (შემეცნებით ქცევითი თერაპია და პროგრესული რელაქსაცია)
ზედაპირული სითბო	ვარჯიში
აქტიურობის შენარჩუნება	ინტერდისციპლინარული რეაბილიტაცია
ბენზოდიაზეპინები	ას მედიკამენტები
ოპიოიდები ან ტრამადოლი	სპინალური მანიპულაციები
თვითმოვლის საგანმანათლებლო ბუკლეტები	ოპიოიდები ან ტრამადოლი
მცენარეული მედიკამენტები	მოკლე ინდივიდუალური საგანმანათლებლო პროგრამა
სპინალური მანიპულაციები	ბენზოდიაზეპინები
წოლითი რეჟიმი	მასაჟი
ვარჯიში	იოგა
სისტემური კორტიკოსტეროიდები	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
ასპირინი	ანტიეპილეფსიური მედიკამენტები
აკუპუნქტურა	წელის ტკივილის სკოლა
წელის ტკივილის სკოლა	მყარი ლეიბი
ინტერფერენციული მკურნალობა	დაჭიმვა
დაბალი სიხშირის ლაზერი	ასპირინი
წელის სარტყელი	ბიოფიდბეკი
მასაჟი	ინტერფერენციული თერაპია
სამუშაოს მოდიფიცირება	დაბალი სიხშირის ლაზერი
მოკლეტალღოვანი დიათერმია	წელის სარტყელი
ნერვის ტრანსკუტანეული ელექტრული სტიმულაცია	მოკლეტალღოვანი დიათერმია
ზედაპირულად ცივის დადება	ჩონჩხ-კუნთოვანი რელაქსანტები
* მწვავე წელის ტკივილი: ტკივილის ხანგრძლივობა < 4 კვირაზე	ნერვის ტრანსკუტანეული ელექტრული სტიმულაცია
**ასას: ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული	ულტრასონოგრაფია

## 6. მეთვალყურეობა

- პაციენტებში წელის ტკივილით რეკომენდებულია განმეორებითი შეფასება 1 თვის შემდეგ, ხოლო რეციდივების პრევენციის მიზნით ერთი წლისა და ორი წლის შემდეგ;
- პაციენტებში ქრონიკული წელის ტკივილით სასურველია ფსიქო-სოციალური რისკ ფაქტორების განმეორებითი შეფასება წელიწადში ერთხელ და შესაბამისი რჩევა-დარიგების მიცემა.

## 7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

„წელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“.

## 8. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ცხრილი №6

### ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური</b>		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი თერაპევტი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	
ფიზიოთერაპევტი	ვარჯიშის ადეკვატური რეჟიმის შერჩევა	
ნევროპათოლოგი	მძიმე ნევროლოგიური დეფიციტის მქონე პაციენტთა შეფასება მრტ-კვლევაზე გადაწყვეტილების მიღება გართულებული და გახანგრძლივებული შემთხვევების კონსულტირება ნეიროქირურგის კონსულტაციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება	
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება (მ.შ. ანამნეზი, სიმადლე და სხეულის მასის ინდექსი) ვარჯიშისა და სხვა რისკ-ფაქტორების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	გაიდლაინისა და პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>		
სასწორი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია ედს-ის, C-რეაქტიული ცილის განსასაზღვრი რეაქტივებით	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
წელის ტკივილის თაობაზე პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
რენტგენოგრაფიული აპარატი	დიაგნოზის დადასტურება	მიმართვა სადიაგნოსტიკო ცენტრში
ნევროლოგიური ჩაქუჩი	რეფლექსების გამოკვლევა	სავალდებულო