

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა 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 24 სექტემბრის № 302/თ ბრძანებით

## აკნუს მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი

(პროტოკოლი)

# აკნეს მართვა პირველად ჯანდაცვაში (პროტოკოლი)

## 1. დიაგნოზის / პრობლემის განმარტება

აკნე კანის ცხიმოვანი ჯირკვლების ანთებითი დაავადებაა, ქრონიკული დერმატოზია და ხასიათდება ღია და/ან დახურული კომედონებით, პაპულებით, პუსტულებითა და კვანძოვანი გამონაყარით.

## 2. სიმპტომები და ნიშნები

აკნე ვითარდება ტიპურ აგდებებზე – სხეულის იმ ნაწილებზე, რომელთა კანი ღილი რაოდენობით შეიცავს ცხიმოვან ჯირკვლებს. ესენია: სახე, კისერი, გულმკერდი, ზურგის ზედა ნაწილი, მხრები. აკნესთვის დამახასიათებელ დაზიანებასთან (თეთრთავიანი, შავთავიანი კომედონები და ანთებითი კერები) ერთად აღინიშნება ნაწიბურები და ჰიპერპიგმენტაცია. ჰიპერპიგმენტაცია უფრო მეტად ვლინდება მუქი ფერის კანის მქონეთა შორის.

აკნეს დროს განვითარებული გამონაყარის ტიპები:

- **არაანთებითი:**
  - თეთრი (ანუ დახურული) კომედონები (არაანთებითი ფოლიკულები, რომელთა შესავალი შეიცავს კერატინულ საცობებს და დაფარულია თხელი ეპიდერმული მემბრანით)
  - შავი (ანუ ღია) კომედონები (არაანთებითი ფოლიკულები, რომელთა შესავალი შეიცავს კერატინულ საცობებს და შავი შეფერილობა აქვს)
- **ანთებითი:**
  - პაპულები
  - პუსტულები
  - კვანძები და/ან კისტები

სიმძიმის მიხედვით განარჩევენ დაავადების შემდეგ ფორმებს:

- **მსუბუქი აკნე** – კომედონები < 20, არაანთებითი პაპულები < 15 ან დაზიანებათა რიცხვი < 30;
- **საშუალო სიმძიმის აკნე** – 15-50 პაპულა და პუსტულა კომედონებით, იშვიათი კისტები. ტოტალური დაზიანებების რიცხვი 30-125;
- **ძვირად აკნე** – პირველადი ანთებითი კვანძები და კისტები, ასევე კომედონები, პაპულები და პუსტულები, ტოტალური დაზიანებების რიცხვი >125.

### **3. ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები**

პაციენტის შეფასება ანამნეზის დეტალურად შეგროვებით იწყება. დაავადების დიაგნოსტიკა კანის დათვალიერებით ხდება.

ფიზიკური გასინჯვისას განისაზღვრება დაზიანებების ლოკალიზაცია, ტიპი (ანთებითი, არაანთებითი), ზომა (მცირე <5 მმ – პაპულები ან პუსტულები, დიდი ზომის >5 მმ – კვანძები), დაავადების შედეგები: ნაწიბურები (ატროფიული, გაერცელებული, ჰიპერტროფიული, კელიოიდი), ჰიპერპიგმენტაცია, ანთების შემდგომი ერთემა.

კვლევების ჩატარება, ჩვეულებრივ, საჭირო არა არის. მათი ჩატარების საჭიროება სხვა თანმხლები ნიშნების არსებობის შემთხვევაში დგება.

- მიკრობიოლოგიური კვლევა რუტინულად არ ტარდება; მიკრობიოლოგიური კვლევის ჩატარება ესაჭიროებათ პაციენტებს, რომელთაც აქვთ აკნეს მაგვარი გრამ-უარყოფითი ფლორით გამოწვეული ფოლიკულიტი;
- ანდროგენების დონის განსაზღვრა სისხლში რუტინულად არ ტარდება. კვლევის ჩატარება მართებულია, როდესაც პაციენტს აკნესთან ერთად ანდროგენების სიჭარბის სხვა ნიშნებიც აქვს.

#### **დერმატოლოგთან რეფერალს საჭიროებენ:**

- პაციენტები მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის აკნეთი, როდესაც ექვსთვიანი კონსერვატიული თერაპიის შემდეგ ეფექტი არ ვლინდება;
- პაციენტები, რომელთა დაავადება რეფრაქტორულია მკურნალობის მიმართ, განსაკუთრებით მძიმე აკნეს და ნაწიბურების შემთხვევაში;
- პაციენტები სისტემური იზოტრეტინოინით კურსის დანიშვნისას - ამ შემთხვევაში მკურნალობის მეთოდს ირჩევს დერმატოლოგი, მაგრამ გამომდინარე მედიკამენტის ტერატოგენული ეფექტებიდან იზოტრეტინოინით მკურნალობის დაწყებაბმდე ერთი თვით ადრე, ფერტილური ასაკის ქალებისათვის აუცილებელია კონტრაცეპტივების დანიშვნა, ამ პერიოდით პაციენტი მეთვალყურეობისათვის კვლავ უბრუნდება პჯდ-ს.

#### **პჯდ-ს დონეზე დაბრუნების კრიტერიუმები:**

- აკნეს სტაბილიზაცია;
- შერჩეულია თერაპიის გაუმჯობესებული რეჟიმი;
- დამთავრებულია სისტემური იზოტრეტინოინით მკურნალობის კურსი;
- ლაბორატორიული კვლევები (გარკვეული პერიოდულობით) სისტემური იზოტრეტინოინით მკურნალობის პროცესში.

#### **რეფერალი ენდოკრინოლოგთან:**

- სახეზეა ჰიპერანდროგენემიის ნიშნები;

#### **რეფერალი ფსიქოლოგთან**

- სახეზეა დაავადების გამო ფსიქიკის სხვადასხვა სახის დაზიანება.

#### 4. მკურნალობა

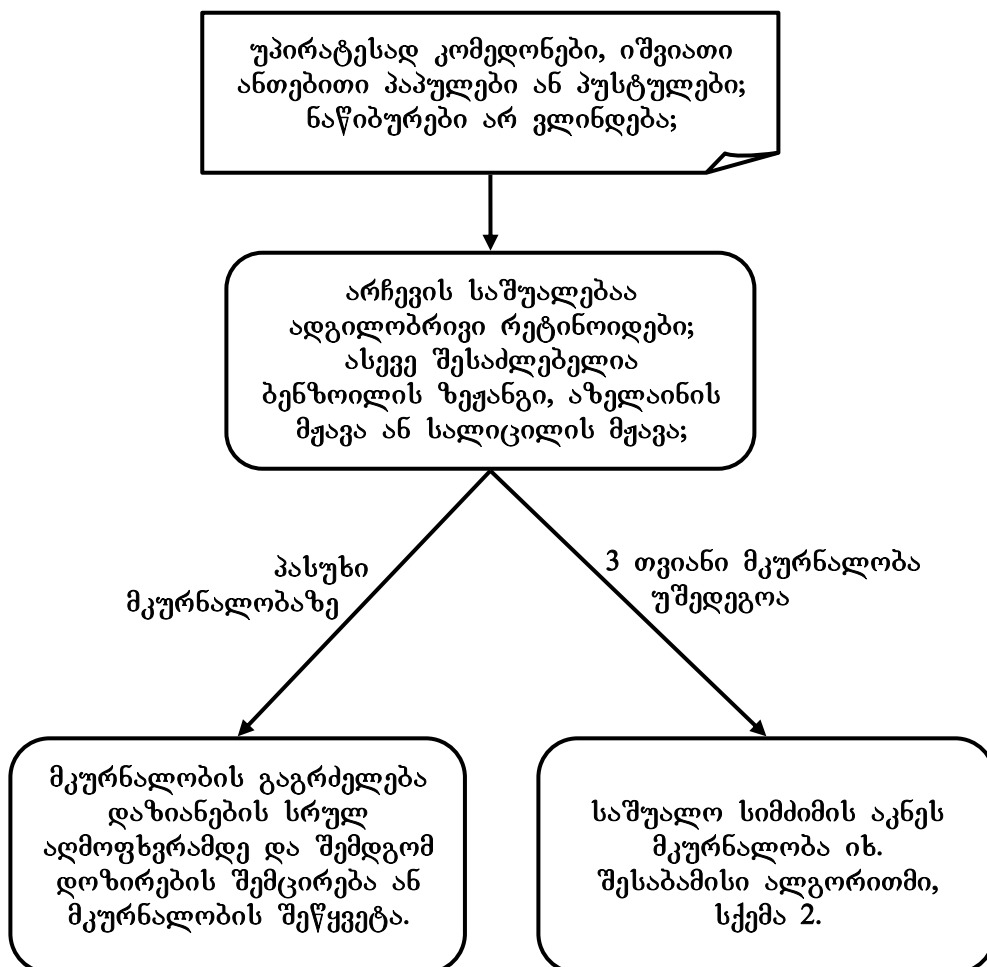
მკურნალობის მიზანია პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება, გამონაყარის კონტროლი, დისკომფორტის და ფსიქოსოციალური სტრესის შემცირება, ნაწიბურების პრევენცია.

მკურნალობის სახე (ადგილობრივი, სისტემური) დაავადების სიმძიმითა და დაზიანების ლოკალიზაციით განისაზღვრება (იხ. სქემა 1, 2, 3). ძირითადი სამკურნალო საშუალებების დოზირების რეჟიმი და გვერდითი მოვლენები იხ. ცხრილში.

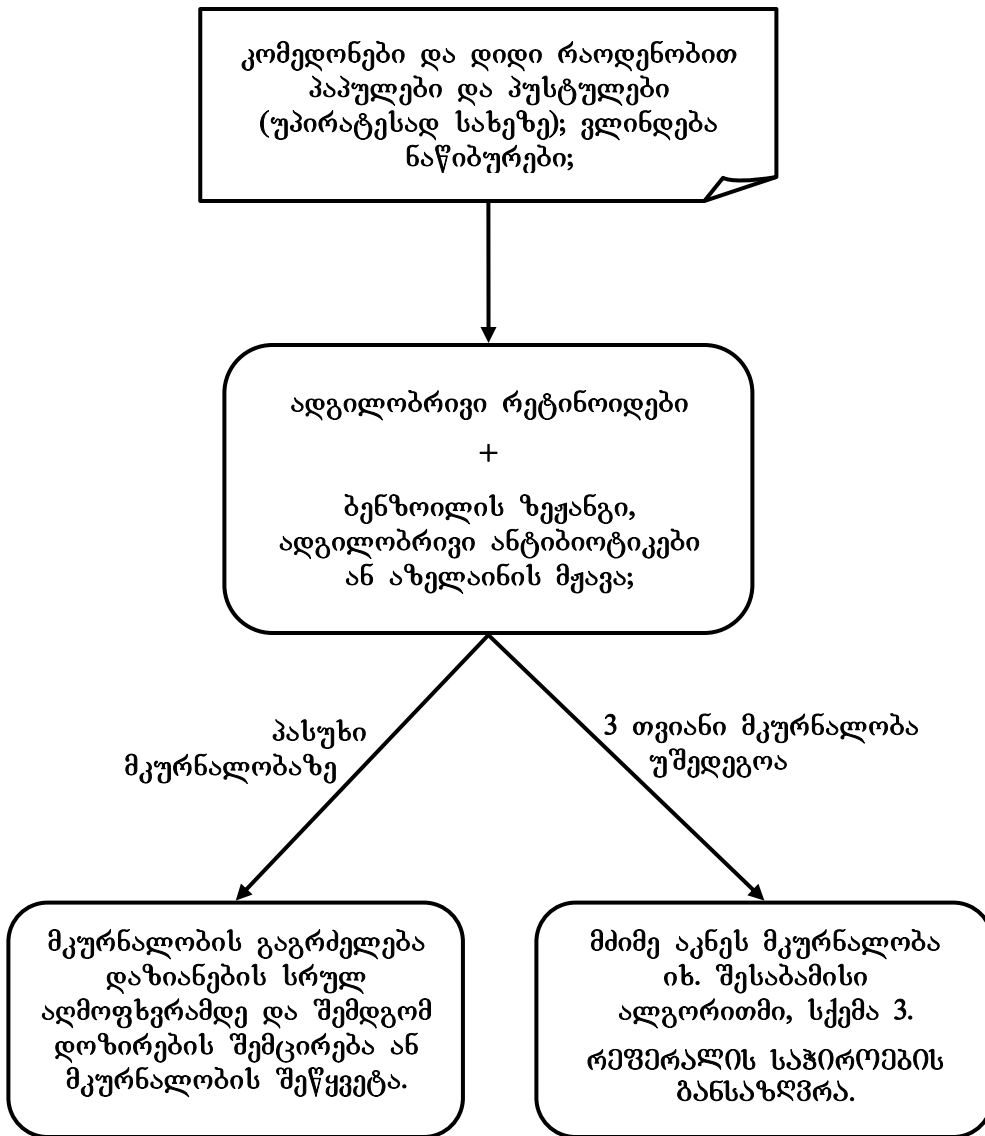
მიკროკომედონების მატურაცია 8 კვირამდე გრძელდება და აქედან გამომდინარე, ეფექტის მისაღებად მკურნალობის ხანგრძლივობა ამ პერიოდზე ნაკლები არ უნდა იყოს.

მკურნალობა დიაგნოსტიკის შემდგომ რაც შეიძლება მალე უნდა დაიწყოს და ყოველ 2-3 თვეში შეფასდეს და გადაიხედოს.

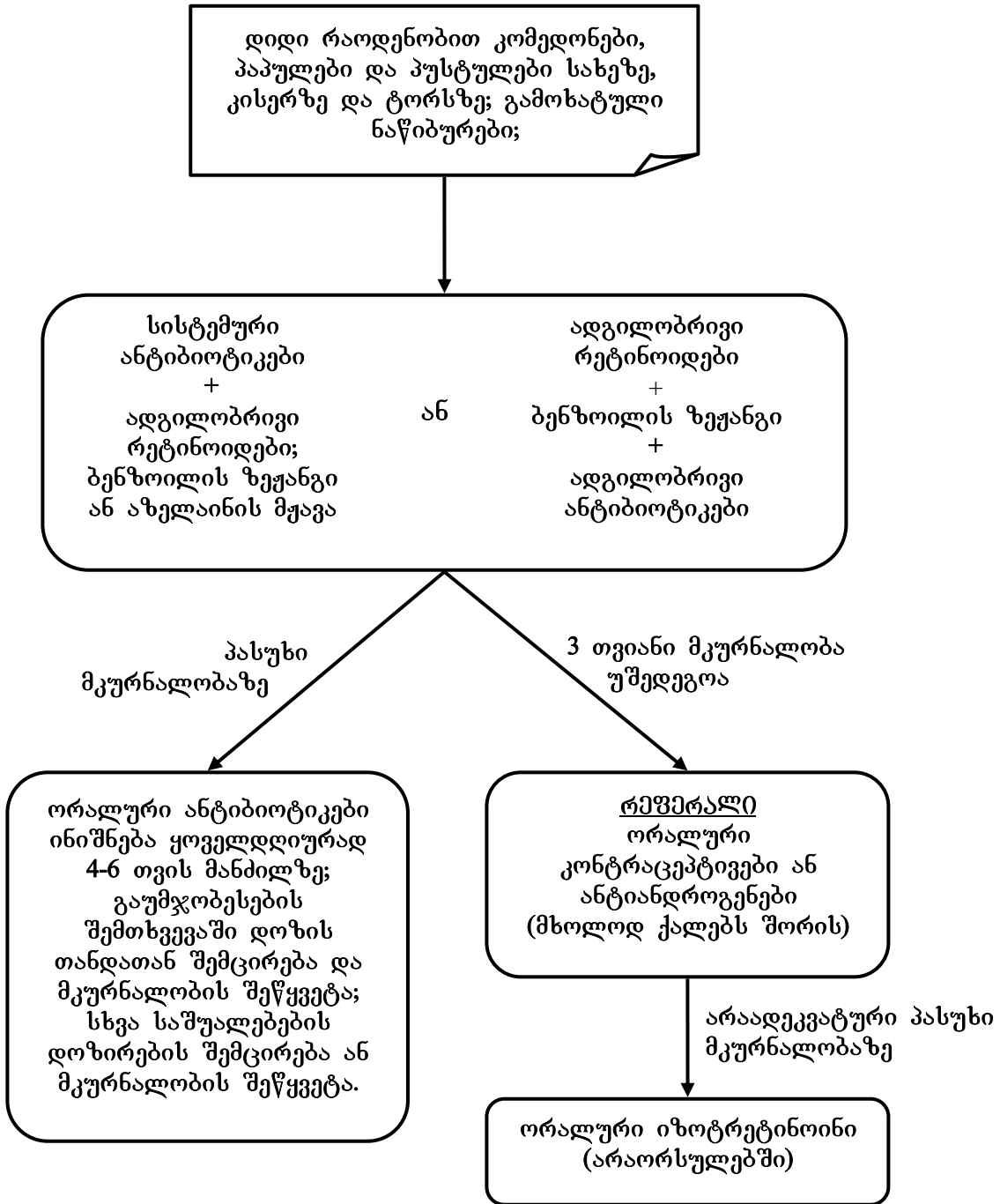
სქემა 1. მსუბუქი აკნეს მკურნალობის ალგორითმი



სქემა 2. საშუალო სიმძიმის აკნეს მკურნალობის ალგორითმი



სქემა 3. მძიმე აკნეს მკურნალობის ალგორითმი



სამკურნალო საშუალება	დოზირება	ბამოშვების ფორმა	ბზერდითი მოვლენები
<b>ადგილობრივი რეტინოიდები</b>			
<b>ტრეტინოინი* (Tretinoin)</b>	ჩვეულებრივ, დღეში ორჯერ (შეიძლება ყოველდღიური ან აუტანლობის შემთხვევაში დღეგამოშვებით გამოყენება)	0.025 % კრემი 0.01 % გელი 0.05 % კრემი 0.025 % გელი 0.1 % კრემი 0.05 % ხსნარი	ადგილობრივად კანის ირიტაცია; ფოტოსენსიტიურობა
<b>ადაკალენი* (Adapalene)</b>	ყოველდღიურად ან დღეში ორჯერ	0.1 % გელი	ადგილობრივი ირიტაცია (ტრეტინოინთან შედარებით ნაკლებად); ფოტოსენსიტიურობა
<b>ტაზაროტენი* (Tazarotene)</b>	ყოველდღიურად	0.05 % გელი 0.1 % გელი	ადგილობრივი ირიტაცია (ტრეტინოინთან შედარებით ნაკლებად); ფოტოსენსიტიურობა; უკუნაჩვენებია ორსულობის და ძუძუთი კვების დროს
<b>ბენზოილის ზეჰანგი* (Benzoyl peroxide)</b>	ყოველდღიურად ან დღეში ორჯერ	2.5, 5, და 10 % გელი, ლოსიონი 5 % ხსნარი + 3 % ერითრომიცინი 6 და 10 % გელი + გლიკოლის მჟავა	ადგილობრივი ირიტაცია; შეიძლება გამოიწვიოს კანისა და ტანსაცმლის გაუფერულება
<b>ადგილობრივი ანტიბიოტიკები</b>			
<b>მეტრონიდაზოლი (Metronidazole)</b>	დღეში ორჯერ	1 % კრემი 0.75 % გელი	

<b>კლინდამიცინი (Clindamycin)</b>	დღეში ორჯერ	10 მგ/მლ გელი 10მგ/მლ ლოსიონი 10 მგ/მ ადგილობრივად სახმარი ხსნარი	თეორიულად - ფსევდომემბრანოზული კოლიტი
<b>ერითრომიცინი (Erythromycin)</b>	დღეში ორჯერ	1.5 % ხსნარი 2 % ხსნარი 2 % გელი 2 % მაღამო 2 % კომპრესი	
<b>აზელაინის მჟავა (Azelaic acid)</b>	დღეში ორჯერ	20 % კრემი	
<b>ორალური ანტიბიოტიკები</b>			
<b>ტეტრაციკლინი (Tetracycline)</b>	500 მგ ორჯერ დღეში (ან 250 მგ ორჯერ დღეში)		უკუნაჩვენებია ორსულობის და 12 წლის ასაკამდე, რადგან შესაძლებელია გამოიწვიოს კბილების ფერის შეცვლა
<b>დოქსიციკლინი (Doxycycline)</b>	100 მგ ორჯერ დღეში		ფოტოტოქსიურობა; საყლაპავის დაწყლულება
<b>მინოციკლინი* (Minocycline)</b>	50 დან 100 მგ-მდე ორჯერ დღეში		ვერტიგო; pseudotumor; კბილების ფერის ცვლილება
<b>ერითრომიცინი (Erythromycin)</b>	250 დან 750 მგ-მდე ორჯერ დღეში		გასტროინტესტინური ჩივილები
<b>ორალური რეტინოიდი</b>			
<b>იზოტრეტინოინი (Isotretinoin)</b>	0.5 მგ/კგ, იზრდება 1 მგ/კგ-მდე, საერთო დოზა 120 დან 150 მგ/კგ-მდე არანაკლებ 20 კვირის მანძილზე		ტერატოგენობა (აბსოლუტურად უკუნაჩვენებია ორსულობისა და ძუძუთი კვების დროს); კან-კუნთოვანი გვერდითი ეფექტები; ჰიპერტრიგლიცერემია; დეპრესია; ძვლის ტვინის სუპრესია; სხვა (იხ. ტექსტში)
<b>*აღნიშნული საშუალებები საქართველოში რეგისტრირებული არა არის.</b>			



## 5. რეაბილიტაცია / მეთვალყურეობა

მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება და გეგმის გადახედვა ყოველ 2-3 თვეში უნდა მოხდეს.

- სისტემური რეტინოიდებით მკურნალობის დროს მკურნალობის დაწყებამდე და შემდგომ გარკვეული პერიოდულობით უნდა ჩატარდეს სისხლის საერთო ანალიზი, შრატის ტრიგლიცერიდების, ქოლესტერინის, ღვიძლის ფუნქციური ტესტები. ზოგადად ჯანმრთელი, ასიმპტომური პირებისთვის, რომელთაც დიაბეტის ან დისლიპიდემიის ოჯახური ანამნეზი არ აქვთ, ლაბორატორიული კვლევების ჩატარება შესაძლებელია თვეში ერთხელ; სხვა შემთხვევაში კი ყოველკვირეულად ან ორ კვირაში ერთხელ, მანამ, სანამ მაჩვენებლები რეკომენდებულ ზღვარს არ მიუახლოვდება.  
მკურნალობის შეწყვეტის ჩვენებაა მძიმე ჰიპერტრიგლიცერიდემია (მაგ. >800 მგ/დლ ან 9 მმოლ/ლ - მწვავე პანკრეატიტის განვითარების რისკის გამო) ან სხვა გამოსატყუი ლაბორატორიული ცვლილებები. იზოტრეტინოინით მკურნალობის შეწყვეტის შედეგად ჰიპერტრიგლიცერიდემიის თანდათან მოწესრიგების მიუხედავად, მაინც საჭიროა შემდგომი მეთვალყურეობა.
- სპირონოლაქტონით მკურნალობის შემთხვევაში, თერაპიის დაწყებამდე და შემდგომ, პერიოდულად უნდა განისაზღვროს სისხლში ელექტროლიტების დონე.
- ტრიმეტროპრიმ/სულფომეთოქსაზოლით მკურნალობის დროს საჭიროა სისხლის საერთო ანალიზის მონიტორინგი.
- მინოციკლინით ხანგრძლივად სისტემური მკურნალობის (1 წელზე მეტი) შემთხვევაში რეკომენდებულია ანტინუკლეარული ანტისხეულების და ღვიძლის ტრანსამინაზების განსაზღვრა.

## 6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

- „აკნეს მართვა პირველად ჯანდაცვაში“.

## 7. იმპლემენტაციისათვის საჭირო რესურსები

### *იმპლემენტაციისათვის საჭირო ადამიანური რესურსები*

**ოჯახის ექიმი** – პაციენტის შეფასება, დაავადების დიაგნოსტიკა, მედიკამენტური მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება, რეფერალის საჭიროების შეფასება, მიმდინარე მეთვალყურეობა;

**ზოგადი პრაქტიკის ექთანი** – პაციენტის განათლება;

**რეგისტრატორი** – მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა;

**მენეჯერი/ადმინისტრატორი** – გაიდლაინისა და პროტოკოლის იმპლემენტაციის ხელშეწყობა; იმპლემენტაციაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.