

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2017 წლის 10 მარტის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 10 მაისის №01-95/ო ბრძანებით

## ალერგიული სტომატიტები

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი  
(პროტოკოლი)

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ალერგიული სტომატიტები .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	3
4. პროტოკოლის მიზანი .....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1. ანაფილაქსიური შოკი.....	4
8.2. კვინკეს შეშუპება .....	6
8.3. წამლისმიერი ალერგია.....	7
8.4. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა .....	10
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	14
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	14
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	14
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	14
ცხრილი№1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	14
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე.....	16
14. პროტოკოლის ავტორები .....	16
15. გამოყენებული ლიტერატურა .....	17

## 1. პროტოკოლის დასახელება: ალერგიული სტომატიტები

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
<b>ალერგიული სტომატიტები:</b> - ანაფილაქსიური შოკი - კვინკეს შეშუპება - წამლისმიერი ალერგია - მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა	K12.1 (T88), ICD10 XIX კლასი K12.1 (T78.3), ICD10 XIX კლასი K12.1 (T88), ICD10 XIX კლასი K12.1 (L51), ICD10 XII კლასი
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
პირის ღრუს მარტივი შემოწმება რევიზია	SAFA01
პირის ღრუს სპეციალური შემოწმება	SAFA04

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი ეყრდნობა შემდეგ გაიდლაინებსა და კლასიფიკაციას:

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) პაროდონტის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10) - 2016/17;
- Clinician's Guide - Treatment of Common Oral Conditions American Academy of Oral Medicine, 2009;
- World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Probiotics, 2015;
- BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema 2015;
- 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management

of anaphylaxis.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს საფუძვლად აღებული გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია, გარდა რამდენიმე რეკომენდაციისა, რომელთა მოდიფიცირება განხორციელდა ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებით.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება ალერგიული სტომატიტების: ანაფილაქსიური შოკის, კვინკეს შეშუპების, წამლისმიერი ალერგიის, მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის კლინიკის, დიაგნოსტიკის, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესახებ.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, ვისაც აღნიშნებაალერგიული სტომატიტები: ანაფილაქსიური შოკი, კვინკეს შეშუპება, წამლისმიერი ალერგია, მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმი-სტომატოლოგებისთვის, სპეციალობით-თერაპიული სტომატოლოგია, ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, ჯანდაცვის სხვა პერსონალისათვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება სტომატოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში (მათ შორის, სტომატოლოგიური კლინიკა, სტომატოლოგიური კაბინეტი) პაციენტის მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### 8.1. ანაფილაქსიური შოკი (Choc anaphylacticus)

წარმოადგენს მკვეთრად გამოხატულ ალერგიულ რეაქციას, ვითარდება უეცრად, რამდენიმე წუთის განმავლობაში.

#### *ეტიოლოგიური ფაქტორები*

ანაფილაქსიური შოკის მიზეზი შეიძლება გახდეს ვაქცინა, შრატი, ნებისმიერი მედიკამენტი; ასევე, მწერების ნაკბენი. ორგანიზმში მოხვედრის გზები სხვადასხვაა: პერორალური, ვენური, ექსტრაგირებული კბილის ალვეოლიდან და ა.შ.

#### *სუბიექტური მონაცემები*

პაციენტი უჩივის:

- სუნთქვის გაძნელებას;
- გულისრევის შეგრძნებას;
- თავის ტკივილს;
- პულსაციის შეგრძნებას თავის არეში;
- იშვიათად, ხმაურს ყურებში და ტკივილს მკერდის უკან.

#### *ობიექტური მონაცემები*

როდესაც ანაფილაქსიური შოკი ვითარდება ალერგენის ორგანიზმში მოხვედრიდან 5-10 წუთში, კლინიკური სურათი მძიმეა. აღინიშნება კოლაფსი, ცნობიერების დაკარგვა, კრუნჩხვები. შესაძლოა - ლეტალური გამოსავალი.

შედარებით მსუბუქი შოკის დროს შეინიშნება: სუნთქვის გაძნელება, პაციენტი ფორიაქობს, ასხამს ცივი ოფლი, კარგავს გონებას, შესაძლოა უნებლიე დეფეკაცია და შარდვა. კანის საფარი ჰიპერემიულია, წნევა დაქვეითებული. შესაძლებელია გულისრევის შეგრძნება და პირღებინება. შეშუპებას თან ახლავს ასფიქსია და დისფაგია, იშვიათად - კვინკეს შეშუპება და გამონაყარი კანზე. შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი.

### **დიაგნოსტიკა**

დიაგნოზი ისმება სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე.

### **მკურნალობა**

ანაფილაქსიური შოკის მკურნალობა მყისიერად უნდა დაიწყოს და იგი გულისხმობს:

- ალერგენის შეწოვის შემცირებას;
- არტერიული წნევის ნორმალიზებას;
- სპაზმის მოხსნას;
- ასფიქსიის პროფილაქტიკას.

პირველი დონის ძიებაა 0,5-1 მლ 0,1%-იანი ადრენალინის შეყვანა და ყინულის მოთავსება ალერგენის შეღწევის უბანში.

მკურნალობის შემდგომი წარმართვა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმესა და კლინიკურ ნიშნებზე:

პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით:

- 0,5-1 მლ 0,1%-იანი ადრენალინი კანქვეშ;
- 30-60 მლ პრედნიზოლონი, ან 125 მლ ჰიდროკორტიზონი ინტრავენურად;
- კოლაფსის მოსახსნელად - 2 მლ 10%-იანი კოფეინი და კორდიამინი კანქვეშ;
- ბრონქოსპაზმის მოსახსნელად - 10 მლ 2,4% ეუფილინი ინტრავენურად;
- ანტიჰისტამინური პრეპარატები ჰემოდინამიკის გაუმჯობესების შემდეგ (შეიძლება გამოიწვიონ არტერიული წნევის დაცემა): 2მლ 1%-იანი დიმედროლი, 2 მლ 2,5%-იანი პიპოლფენი, 2 მლ 2%-იანი სუპრასტინი, 0,1%-იანი 2 მლ ტავეგილი და სხვა ინტრავენურად;
- კრუნჩხვების დროს შეიძლება ანტიშოკური და ნეიროლეპტიკური მოქმედების პრეპარატები (სედუქსენი, დროპერიდოლი და სხვა).

აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

### **პროგნოზი**

დროული და ადეკვატური ჩარევისას - კეთილსაიმედოა. მისი არარსებობისას, შესაძლებელია, ლეტალური გამოსავალი.

## ***ეს მნიშვნელოვანია!***

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, სტომატოლოგიური კაბინეტის აფთიაქში აუცილებლად უნდა იყოს: ერთჯერადი შპრიცები, ადრენალინი, მეზატონი, კორდიამინი, კოფეინი, კორტიკოსტეროიდები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები.

## **8.2. კვინკეს შეშუპება (Oedema angioneuroticum Quinke)**

წარმოადგენს ელვისებურ ალერგიულ რეაქციას. იგი ხშირად ჭინჭრის ციებასთან ერთად ვითარდება. საშიშროებას წარმოადგენს ხახის შეშუპება, რომელიც ვითარდება შემთხვევათა 25%-ში.

### ***ლოკალიზაცია***

შუპდება ტუჩები, ენა, პირის ღრუს ლორწოვანი, ქუთუთოები, სახის სხვა ნაწილები. ხორხის შეშუპების დროს ვითარდება ბრონქოსპაზმი.

### ***ეტიოლოგიური ფაქტორები***

კვინკეს შეშუპება ვითარდება კვებითი, მედიკამენტოზური და სხვა ალერგენების მოქმედების საპასუხოდ.

კვინკეს ანგიონევროზულ შეშუპებას და ჭინჭრის ციებას აქვთ საერთო პათოგენეზი: ჰისტამინისა და სხვა ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების გამოთავისუფლებას ორგანიზმში მოჰყვება კაპილარების გაფართოება, მათი განვლადობის გაზრდა და შემაერთებელ ქსოვილში დიდი რაოდენობით ექსუდატის დაგროვება.

### ***სუბიექტური მონაცემები***

პაციენტი უჩივის:

- საერთო დისკომფორტს;
- ტუჩების, ენის, სახის სხვა ნაწილების შეშუპებას;
- ხორხის შეშუპების დროს სუნთქვის გაძნელებას;
- ქავილის შეგრძნებას.

### ***ობიექტური მონაცემები***

დაავადება იწყება ელვისებურად. შუპდება ტუჩები, ენა, სახის სხვა ნაწილები. შეშუპებას თან ახლავს ქავილი. შეშუპებული უბანი პალპაციით უმტკივნეულოა, აღინიშნება კრეპიტაცია. ხორხის შეშუპების დროს გაძნელებულია სუნთქვა, სახეზე პაციენტს დაჰკრავს მოლურჯო ელფერი.

შესაძლებელია დაავადების რეციდივი.

### ***დიაგნოსტიკა***

დიაგნოზი ისმება სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე.

## **მკურნალობა**

მკურნალობის პირველი საფეხურია ალერგენტთან კონტაქტის შეწყვეტა. ხორხის შეშუპების დროს ტარდება ყველა ის ღონისძიება, რაც მოწოდებულია ანაფილაქსიური შოკის დროს. სხვა შემთხვევაში პაციენტს ენიშნება:

- ანტიჰისტამინური პრეპარატები peros: სუპრასტინი, ფენკაროლი, 1 აბი 2-3-ჯერ დღეში; ზირტეკი, ერიუსი, კლარიტინი - 1 აბი დღეში ერთხელ; ტელფასტი - 1 აბი 2-ჯერ დღეში; სემპრექსი 1 აბი 3-ჯერ დღეში და სხვა;
- ასკორუტინი - სისხლძარღვების განვლადობის დასაქვეითებლად.

ადგილობრივად, აპლიკაციების სახით გამოიყენება კორტიკოსტეროიდები: პრედნიზოლონის, ჰიდროკორტიზონის აცეტატის, პოლკორტოლონის, კლოვეიტის, გიოქსიზონის და სხვა მალამოები.

## **პროფილაქტიკა**

დაავადების რეციდივის გამოსარიცხად აუცილებელია აიკრძალოს კონტაქტი დაავადების გამომწვევ ალერგენტთან.

## **პროგნოზი**

დროული მკურნალობისას სასიკეთოა. მისი არარსებობისას გამოსავალიშეიძლება ლეტალური იყოს.

## **8.3. წამლისმიერი ალერგია, მედიკამენტური ალერგია (Allergia medicamentosa)**

საკმაოდ ხშირად ვლინდება პირის ღრუში. აღნიშნული განპირობებულია იმით, რომ პირის ღრუ ხშირად ალერგენტთან პირველი კონტაქტის უბანია. ალერგიული რეაქციის ტიპი განისაზღვრება, ერთი მხრივ, ანტიგენის და, მეორეს მხრივ, ორგანიზმის რეაქტიულობით. მედიკამენტური თერაპია 6-25% შემთხვევაში რთულდება ალერგიული რეაქციით. ყველაზე ხშირად ალერგიულ რეაქციას იძლევა: ანტიბიოტიკები (პენიცილინის ჯგუფის, ტეტრაციკლინი, სტრეპტომიცინი), სულფანილამიდური პრეპარატები, ანალგეტიკები, იოდი, ბრომიდები, ტრანკვილიზატორები და სხვა.

## **ლოკალიზაცია**

პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით პირის ღრუში განიხილება ალერგიული გინგივიტი, გლოსიტი, პალატინიტი, სტომატიტი, ჰეილიტი. პირის ღრუში ალერგიული რეაქციის გამოხატულების ტიპი შეიძლება იყოს კატარული ან კატარულ-ჰემორაგიული, ეროზიული ან წყლულოვან-ნეკროზული.

## **ფორმები**

წამლისმიერი ალერგიული სტომატიტები, თავის მხრივ, იყოფა:

- კატარულ;
- კატარულ-ჰემორაგიულ;

- ეროზიულ;
- ეროზიულ-ნეკროზულ ფორმებად.

პირის ღრუში შეიძლება განვითარდეს ღრძილების მედიკამენტური ჰიპერტროფია, მედიკამენტური წყლულოვანი სტომატიტი, ერითემა, მელანომა (პიგმენტაცია) და წამლისმიერი დისქრომია.

### **ეტოლოგიური ფაქტორები**

პირის ღრუში ალერგიის გამომწვევი შეიძლება იყოს: ამაღლამის ბჟენის არსებობა, პროტეზები, სხვადასხვა მეტალისგან დამზადებული გვირგვინები, აკრილის პლასტმასა, კოსმეტიკური და ჰიგიენური საშუალებები, ნებისმიერი სამკურნალწამლო საშუალების პერორალურად მიღება და ა.შ.

### **სუბიექტური მონაცემები**

კ ა ტ ა რ უ ლ ი და კ ა ტ ა რ უ ლ – ჰ ე მ ო რ ა გ ი უ ლ ი სტომატიტების დროს პაციენტები უჩივიან:

- პირის ღრუს წვას;
- ქავილს;
- სიმშრალეს;
- უმნიშვნელო ტკივილს საკვების მიღებისას.

ე რ ო ზ ი უ ლ ი ფორმის დროს აღინიშნება:

- მტკივნეული ეროზიები;
- მეტყველებისა და საკვების მიღების გაძნელება.

წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ – ნ ე კ რ ო ზ უ ლ ი მედიკამენტური სტომატიტის დროს პაციენტები უჩივიან:

- ძლიერ ტკივილს პირის გაღებისას, ყლაპვისას, მეტყველების დროს;
- მაღალ ტემპერატურას.

### **ობიექტური მონაცემები**

მედიკამენტური ალერგიის დროს პრეპარატის მიღებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ ლორწოვანზე ჩნდება ერითემატოზული ლაქები. მათ ცენტრში შეიძლება გაჩნდეს მცირე ზომის ბუშტუკი სეროზული შიგთავსით, რომელიც შემდგომ ეროზიად იქცევა.

პრეპარატის განმეორებითი მიღება იწვევს რეციდივის განვითარებას პირის ღრუში.

კ ა ტ ა რ უ ლ ი და კ ა ტ ა რ უ ლ – ჰ ე მ ო რ ა გ ი უ ლ ი სტომატიტების (გინგივიტის, გლოსიტის) დროს ლორწოვანი გარსი წითელია, მცირედ შეშუპებული. მისი მთლიანობა არ არის დარღვეული. გლოსიტის დროს ენის გვერდითი კიდეები შეშუპებული და ჰიპერემიულია. ენაზე და ლოყის ლორწოვანზე (კბილების შეთანასოვრების ხაზზე) აღინიშნება კბილების ანაბეჭდები. ენის საგემოვნო დვრილები ჰიპერტროფული ან ატროფიულია (გაკრიალებული



ენა). შესაძლებელია ჰემორაგიული გამონაყარი და ენანთემები მაგარ და რბილ სასაზე. პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა, როგორც წესი, დამაკმაყოფილებელია.

პირის ღრუს ლორწოვანის გარსის ე რ ო ზ ი უ ლ ი დაზიანებისას აღინიშნება ტუჩების, ლოყების, ენის გვერდითი კიდეების, მაგარი სასის ლორწოვანის მთლიანობის დარღვევა. ეროზიები სხვადასხვა ზომისაა. ისინი ზოგჯერ ერთდებიან, იფარებიან ფიბრინოზული ნადებით. ენა შეიძლება იყოს შელესილი და შეშუპებული. კბილთაშორის დვრილები შეიძლება იყოს შეშუპებული, შეწითლებული და შეხებისას ადვილად სისხლმდენი. ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლები - გადიდებული და მტიკვნიული. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დარღვეულია, აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, სისუსტე, მადის დაქვეითება.

წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ - ნ ე კ რ ო ზ უ ლ ი მედიკამენტური სტომატიტის დროს მაგარ სასაზე, ენაზე, ლოყის ლორწოვანზე აღინიშნება ნეკროზული, მონაცრისფერო-თეთრი ფერის, ნადებით დაფარული წყლულები. დაავადება ზოგჯერ იღებს დიფუზურ ხასიათს. პროცესში ერთვება სასის ნუშურებიც, ხახის უკანა კედელი და მთელი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა. აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის მომატება, საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება.

### **დიაგნოსტიკა**

წამლისმიერი ალერგიის დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს. მნიშვნელოვანია სრულფასოვანი ანამნეზი – როდის მოხდა პირის ღრუს ახალი ჰიგეიური საშუალებების (კბილის პასტა, გელი) გამოყენება, რა სამკურნალწამლო პრეპარატები მიიღო პაციენტმა ბოლო 5-7 დღის განმავლობაში. სისხლის კლინიკურ ანალიზში წამლისმიერი ალერგიის დროს აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი, ეოზინოფილია (ზოგ შემთხვევაში), ედს-ის მომატება.

### **მკურნალობა**

ადგილობრივი მკურნალობა გულისხმობს:

- საჭიროებისას, ლორწოვანი გარსის გაუტკივარება: ბენზოკაინის 4%-იანი ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი, ლიგნოკაინისჟელე, დიპლენ-დენტას ლიდოკაინით გაჟღენთილი ფირფიტები და სხვა;
- ლორწოვანის დამუშავება სუსტი ანტისეპტიკებით: 0,06%-იანი ქლორპექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანიმეთილენის ლურჯის წყალხსნარი, 0,25%-იან ჰიდროპერიტის ხსნარი, 0,025%-იანი ეტაკრიდინი, 0,025%-იანი დეკამეტოქსინის წყალხსნარი, 0,1%-იანი სანგვინიტრინის ლინიმენტი და სხვა;
- ეროზიებისა და წყლულების ზედაპირიდან ნეკროზული მასების მოსაშორებლად მათი დამუშავება პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი,ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა, ტერილიტინი, კარიპაზინი და სხვა;
- რეპარაციული რეგენერაციის მასტიმულირებელი თერაპია: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ-დენტას სოლკოსერილით გაჟღენთილი ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე,აქტოვეგინის 20%-იანი თვალის ჟელე, ქაცვის ზეთი,

ხონსურიდი, A და E ვიტამინების ზეთოვანი ხსნარები, ასკილის ზეთი, კაროტოლინი, ოლაზოლი, დიბუნოლი და სხვა;

- ადგილობრივი იმუნიტეტის ასამაღლებელი თერაპია: იმუდონი - 2-2 აბი საწუწნად დღეში 4-ჯერ, მწვანე ფარი - 1-2 აბი საწუწნად დღეში 3-ჯერ, ლიზობაქტი - 2 აბი საწუწნად დღეში 3-ჯერ (10-14 დღე).

#### **ზოგადი მკურნალობა მოიცავს:**

- მადესენსიბილიზებელი თერაპია: პიპოლფენი – 0,025 გრ 2-3-ჯერ დღეში. დიაზოლინი, სუპრასტინი, ტავეგოლი, ფენკაროლი – 1 აბი 2-3-ჯერ დღეში; კლარიტინი, ალერფასტი, ერიუსი - 1 აბი ერთხელ დღეში; ტელფასტი - 1 აბი 2-ჯერ დღეში; სემპრექსი 1 აბი 3-ჯერ დღეში და სხვა;
- არასპეციფიკური, ჰიპომასენსიბილიზებელი თერაპიის მიზნით - კალციუმის პრეპარატების: კალციუმის - ქლორიდი, გლიცეროფოსფატი, გლუკონატი და სხვა - გამოყენებას;
- საჭიროების შემთხვევაში, დეზინტოქსიკაციისთვის 0,9%-იანი ნატრიუმის ჰიპოქლორიდის, რინგერის, 5%-იანი გლუკოზის ხსნარის და სხვა გადასხმა;
- მძიმე შემთხვევებში კორტიკოსტეროიდული პრეპარატების (პრედნიზოლონი 30-80 მგ, დექსამეტაზონი 4-6 მგ, ტრიამცინოლონი, 10-12 მგ) გამოყენებას მიღებული სქემებით;
- დ ი ე ტ ო თ ე რ ა პ ი ა მიმართული უნდა იყოს ალერგიული რეაქციის დათრგუნვისკენ. ამ მიზნით ინიშნება დიდი რაოდენობით ტუტოვანი სასმელი, C ვიტამინით მდიდარი წვენები, ბოსტნეულის კერძები. პაციენტებს ეკრძალებათ მწარე, ცხარე, ნიგვზიანი საკვებისა და ციტრუსის, სპირტიანი სასმელების მიღება.

#### **პროფილაქტიკა**

მედიკამენტური ალერგიის პროფილაქტიკა, უპირველესად, გულისხმობს სხვადასხვა პრეპარატზე დაწვრილებითი ალერგიული ანამნეზის შეკრებას (განსაკუთრებით - ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდები). იმ პირებთან მიმართებით, ვისაც წარსულში აღენიშნებოდა ალერგიული რეაქციები, ექიმმა განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს ახალი სამკურნალწამლო ნივთიერების დანიშვნისას.

#### **პროგნოზი**

ადეკვატური მკურნალობის შემდეგ კეთილსაიმედოა.

### **8.4. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა, პოლიმორფული ექსუდაციური ერითემა (Erythema exudativum multiforme)**

პირის ღრუს ლორწოვანის და კანის ანთებადი დაავადებაა, გამოხატული პოლიმორფიზმით (ლაქა, ბუბტუკი, ეროზია, წყლული, აფთა, ქერქი და სხვა.), ხასიათდება ციკლური მიმდინარეობით და რეციდივებით. დაავადება ინფექციურ-ალერგიული ხასიათისაა. უმეტეს შემთხვევაში გვხვდება 30 წლამდე ასაკის პირებში. ძალიან იშვიათად ავადდებიან ბავშვები და მოხუცები.

## **ლოკალიზაცია**

ზიანდება სახის, კისრის, წინამხრის, ხელის გულების, მუხლის და იდაყვის სახსრების, წვივის მიდამოს კანი, ტუჩის (უმეტესად - ქვედა ტუჩი), ლოყის, ენის ლორწოვანი; რბილი სასა და ცხვირ-ხახა. შესაძლებელია, დაზიანდეს გენიტალიები, ცხვირის ლორწოვანი და თვალის კონიუნქტივა.

განიჩრევა დაავადების ორი ფორმა:

- ინფექციურ-ალერგიული (დაკავშირებულია ორგანიზმის სტაფილოკოკებით, ჰერპესის ვირუსით, ანტიგენებით სენსიბილიზაციასთან), რომლის უმძიმესი გამოხატულებაა სტივენ-ჯონსონის სინდრომი;
- ტოქსიკო-ალერგიული ფორმა - ჰიპერერგიული რეაქციაა სხვადასხვა სამკურნალო პრეპარატის მიმართ (სულფანილამიდები, აცეტილსალიცილის მჟავა, პიროზოლონის წარმომადგენლები, ანტიბიოტიკები), ამ ფორმის უმძიმესი გამოხატულებაა ლეიელის სინდრომი.

## **ეტიოლოგიური ფაქტორები**

დღემდე ამ დაავადების ეტიოლოგია საბოლოოდ დადგენილი არ არის, თუმცა, ექსუდაციური ერთეუმის ძირითად მიზეზად ინფექციურ-ალერგიული და ტოქსიკო-ალერგიული რეაქციები ითვლება. დაავადების სეზონური ხასიათი, ხანმოკლე შეტევების მონაცვლეობა, სპონტანური რეგრესია, ზოგჯერ - ანამნეზის არარსებობისას, მიგვანიშნებს იმაზე, რომ მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერთეუმის საფუძველს არა მხოლოდ ალერგიული მექანიზმები შეადგენს და აქედან გამომდინარე, იგი არ მიეკუთვნება „წმინდა“ ალერგიულ დაავადებებს.

## **სუბიექტური მონაცემები**

პაციენტი უჩივის:

- საერთო სისუსტეს;
- თავის ტკივილს;
- ართრალგიას და მიალგიას;
- მტკივნეული ეროზიების არსებობას;
- მეტყველებისა და საკვების მიღების გაძნელებას.

## **ობიექტური მონაცემები**

ინფექციური - ალერგიული იწყება მწვავედ. პაციენტს აღენიშნება მაღალი ტემპერატურა (38-39°C), სახსრების, კუნთების, ყელის ტკივილი. რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებული და პალპაციით მტკივნეულია. 1-2 დღის შემდეგ ხელის მტევანზე, წინამხარზე, მუხლებზე, იშვიათად სახის კანსა და ყელზე ჩნდება მოლურჯო-მოწითალო ლაქები - ეს კოკარდებია: ამოწეული კანის ზედაპირიდან, ცენტრში კი ჩაღრმავებული. შემდეგ კოკარდის ცენტრში შეიძლება გაჩნდეს სეროზული ან ჰემორაგიული შიგთავსის მქონე სუბეპიდერმული ბუშტუკები.

ინფექციურ-ალერგიული ფორმის დროს პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანებები აღენიშნება პაციენტთა 30%-ს. ყველაზე ხშირად ზიანდება ტუჩის, ლოყის, პირის ღრუს ფსკერის, ენის, რბილი სასის ლორწოვანი გარსი. პირველად პირის ღრუში ჩნდება ერთემა, შემუპება, სუბეპითელური ბუშტუკები, რომლებიც მალე სკდება და ლორწოვანზე ჩნდება მტკივნეული, ფიბროზული ნადებით დაფარული ეროზიები. ზოგიერთ ადგილზე ნარჩუნდება მოთეთრო-რუხი ფერის, გახეთქილი ბუშტუკის კიდეები, რომლებიც პინცეტით გამოწევისას არ შრევდება (ნიკოლსკის უარყოფითისიმპტომი). ეროზიების ნაწილი ერწყმის ერთმანეთს და ყალიბდება ლორწოვანის დეფექტი. პაციენტს უჭირს საკვების მიღება და მეტყველება. ტუჩის წითელ ყაეთანზე ეროზიები იფარება სისხლიანი ქერქებით. გამწვავების პერიოდი გრძელდება 2-4 კვირა, ეროზიები ეპითელიზდება 7-12 დღის განმავლობაში, ნაწიბურის გარეშე. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერთემის ამ ფორმას ახასიათებს სეზონურობა (გაზაფხული, შემოდგომა), ხშირია გადაცივების ფონზე.

ტოქსიკო-ალერგიული ფორმა დაკავშირებულია რომელიმე მედიკამენტის მიღებასთან, ან მათთან კონტაქტთან. არ ახასიათებს სეზონურობა, რეციდივების სიხშირე დამოკიდებულია ალერგენტთან კონტაქტის სიხშირეზე. პირის ღრუ ზიანდება 100% შემთხვევაში. ცვლილებები ლორწოვანზე ისეთივეა, როგორც ინფექციურ-ალერგიული ფორმისას, მხოლოდ მეტადაა გამოხატული: ეპითელიუმში აღინიშნება ნეკროზი, შემაერთებელქსოვილოვან შრეში – მკვეთრად გამოხატული შემუპება და ბუშტუკების ჩამოყალიბება. რეციდივებს აქვს ფიქსირებული ხასიათი: დაზიანება ვითარდება ერთსა და იმავე ადგილას.

### **დიაგნოსტიკა**

ემყარება კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონაცემებს:

- სისხლის საერთო ანალიზში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ედს-ის მომატება;
- დაზიანებული უბნების ციტოლოგიური კვლევისას - თავისუფალი მაკროფაგების არსებობა, ეოზინოფილების და ლიმფოციტების რიცხვის მატება;
- ლეიკოციტოლიზის რეაქციის დროს სხვადასხვა ალერგენებისადმი (სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი) აკანტოლიზური უჯრედები არ აღინიშნება.

### **მკურნალობა**

მკურნალობის **ზოგადი** პრინციპები გულისხმობს:

- მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერთემის მძიმე ფორმების შემთხვევაში - სტივენ-ჯონსონის, ლეიელის სინდრომის დროს - აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია;
- ქრონიკული ინფექციური კერების გამოვლენა და მკურნალობა (როგორც წესი, პერიოდონტიტის მაგრანულირებელი ფორმები, ქრონიკული ტონზილიტი, ოტიტი და ჰაიმორიტი);

- სამკურნალწამლო პრეპარატის (მიზეზობრივი) გამოვლენა და მათი გამოყენების შეწყვეტა.

**ადგილობრივი მკურნალობა გულისხმობს:**

- გამაუტკივარებელი საშუალებების: ბენზოკაინის 4%-იანი ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი, ლიგნოკაინის ჟელე, დიპლენ-დენტას ლიდოკაინით გაჟღენთილი ფირფიტები და სხვა, გამოყენებას;
- სუსტი ანტიეპტკებით: 0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1,0%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანიმეთილენის ლურჯის წყალხსნარი, 0,25%-იანი ჰიდროპერიტის ხსნარი, 0,025%-იანი ეტაკრიდინი, 0,025%-იანი დეკამეტოქსინის წყალხსნარი, 0,1%-იანი სანგვინიტრინის ლინიმენტი და სხვა, ლორწოვანის დამუშავებას;
- ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებით: ხოლისალი, მუნდიზალ-გელი აპლიკაციას;
- ეროზიებზე ნეკროზული მასების არსებობისას პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა, ტერილიტინი, კარიპაზინი და სხვა, მათ დამუშავებას;
- კორტიკოსტეროიდების: პრედნიზოლონის, ჰიდროკორტიზონის აცეტატის, პოლკორტოლონის, კლოვეიტის, გიოქსიზონის და სხვა მალამოების, აპლიკაციას;
- რეპარაციული რეგენერაციის მასტიმულირებელი პრეპარატების: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ-დენტას სოლკოსერილით გაჟღენთილი ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, აქტოვეგინის 20%-იანი თვალის ჟელე, ქაცვის ზეთი, ხონსურიდი, A და E ვიტამინები, ასკილის ზეთი, კაროტოლინი, ოლაზოლი, დიბუნოლი და სხვა, აპლიკაცია;
- პირის ღრუს ადგილობრივი, არასპეციფიკური რეაქტიულობის ასამაღლებლად: ლიზობაქტი 2 აბი 4-ჯერ დღეში და იმუდონი 6-8 აბი დღე-ღამეში 10-14 დღის განმავლობაში.

**ზოგადი მკურნალობის სქემაში უნდა ჩაირთოს:**

- არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები: ნატრიუმის სალიცილატი - 0,5-1,0გრ 4-ჯერ დღეში;
- ანტიჰისტამინური პრეპარატები: პიპოლფენი - 0,025 გრ 2-3-ჯერ დღეში. დიაზოლინი, სუპრასტინი, ტავეგილი, ფენკაროლი - 1 აბი 2-3-ჯერ დღეში; კლარიტინი, ალერფასტი, ერიუსი - 1 აბი ერთხელ დღეში; ტელფასტი - 1 აბი 2-ჯერ დღეში; სემპრექსი - 1 აბი 3-ჯერ დღეში და სხვა;
- კორტიკოსტეროიდები (პრედნიზოლონი, ტრიაამცინოლონი, დექსამეტაზონი) შესაბამისი სქემის მიხედვით;
- ვიტამინოთერაპია: B და C ჯგუფის ვიტამინები;
- დეზინტოქსიკაციური თერაპია: ინტრავენურად - 30% ნატრიუმის თიოსულფატის, ჰემოდეზის, რინგერის გადასხმა.

## პროგნოზი

სასიკეთოა. შესაძლებელია რეციდივი.

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვიზუალური, ფუნქციური მდგომარეობის ნორმალიზება.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა ალერგიული სტომატიტების მკურნალობა აღნიშნული პროტოკოლით?
- მკურნალობის დასრულებიდან რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მონიტორინგი?
- რამდენ პაციენტში (%) აღინიშნა ელვისებური ალერგიული რეაქცია, რეციდივი ან უშედეგო მკურნალობა?
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა სასურველი შედეგის მიღწევა?

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის ცვლილება მოხდება წყარო-გაიდლაინის რეკომენდაციის განახლების შესაბამისად.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №1.

ცხრილი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რესურსების გამოყენების მიზანი	
ექიმი-სტომატოლოგი	აფასებს კლინიკურ მდგომარეობას, სახავს გამოკვლევის გეგმას, არსებული რეზერვიდან ირჩევს მოცემული, ინდივიდური პაციენტისათვის მკურნალობის მეთოდებს, ადგენს ხარჯთაღრიცხვას, ახდენს სამკურნალო საშუალებების, მედიკამენტების სელექციას და მათი გამოყენების ჩვენებებს ცალკეულ შემთხვევებში ინდივიდურად. ატარებს მკურნალობას და აფასებს მიღებულ შედეგებზე დაკვირვებას სხვადასხვა ვადაში. ადგენს პაციენტის განმეორებითი და საკონტროლო	სავალდებულო

	ვიზიტების ვადებს. აწარმოებს აუცილებელ სამედიცინო დოკუმენტაციას.	
უმცროსი ექიმი/ექთანა	ექიმის ასისტირება, მკურნალობის პროცესში ჩართულობა, ყველა საჭირო მედიკამენტით, საშუალებითა და მოწყობილობით ექიმის სამუშაო უბნის უზრუნველყოფა. პაციენტებზე მუდმივი ზრუნვის განხორციელება და მათთან მუდმივი კომუნიკაცია.	სავალდებულო
რეგისტრატორი/ ადმინისტრატორი	კლინიკაში პაციენტთა მომართვის რეგულირება, ექიმის შერჩევა, სამედიცინო დოკუმენტაციის - პაციენტის ამბულატორიული ბარათის გახსნა და მათი საპასპორტო და სხვა მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მოძიება და დაფიქსირება. პაციენტთა სარეგისტრაციო ჟურნალის წარმოება.	სავალდებულო
<b>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი</b>		
მატერიალურ-ტექნიკური რისკის შეფასების სქემა	ჯანდაცვის პერსონალი ვალდებულია პაციენტს აცნობოს იმ რისკების, შესაძლო გართულებებისა და გვერდითი რეაქციების შესახებ, რაც საანესთეზიო ნივთიერების გამოყენებას შეიძლება მოყვეს. ამასთანავე, პაციენტს უნდა განემარტოს, რა სახის გართულება შეიძლება მოყვეს ექიმის დანიშნულების არასათანადოდ შესრულებას, რაც თავის მხრივ პაციენტს მოტივირებულს ხდის, რომ გაითვალისწინოს ექიმის თითოეული რეკომენდაცია, შეასრულოს იგი და ყოველთვის გამოცხადდეს ექიმთან ვიზიტზე.	სავალდებულო
ლაბორატორიული გამოკვლევები (სისხლის საერთო ანალიზი, ბიოქიმიური გამოკვლევა, ციტოლოგია)	აღნიშნული ძირითადი და დამხმარე სადიაგნოსტიკო საშუალებები ეხმარება ექიმს საბოლოო დიაგნოზის დასმაში მკურნალობის პროცესში და შედეგის გაკონტროლებაში.	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება ვერბალურად, მარტივი და გასაგები ენით, ასევე, თვალსაჩინოებისთვის კლინიკური შემთხვევების ფოტომასალისა და საგანმანათლებლო-შემეცნებითი ბროშურების გამოყენება.	სასურველი

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

აღერგიული სტომატიტების პროტოკოლი არ უნდა შეიცვალოს სხვადასხვა სტომატოლოგიურ დაწესებულებაზე „მორგების“ მიზნით. სტომატოლოგიურმა კლინიკებმა მეთოდურად და ეტაპურად უნდა გააუმჯობესონ მკურნალობის ხარისხი თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვით, პროტოკოლის შესაბამისად.

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე ([www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge));
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

სსიპ - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტიკისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის თანამშრომლები:

**მანანა ივერიელი** - დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი;

**ნინო აბაშიძე** - დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი;

**ხატია გოგიშვილი** - დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის წევრი, მედიცინის დოქტორი;

**თეა ჯანჯალაშვილი** - საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის წევრი, ექიმი-სტომატოლოგი.



## 15. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Clinician's Guide - Treatment of Common Oral Conditions American Academy of Oral Medicine 2009  
[http://c2-  
preview.prosites.com/128825/wy/docs/Clinician's Guide to Treatment of Common Oral Conditions.  
pdf](http://c2-preview.prosites.com/128825/wy/docs/Clinician's_Guide_to_Treatment_of_Common_Oral_Conditions.pdf)
2. World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Probiotics, 2015  
<http://download.springer.com/static/pdf/337/art%253A10.1186%252Fs40413-015-0055-2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fwaojournal.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs40413-015-0055-2&token2=exp=1484853246~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F337%2Fart%25253A10.1186%25252Fs40413-015-0055-2.pdf~hmac=04c8b47aae464264abf4654dd7aacb386e0b5861f5fa124f79df96ad8d4210db>
3. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema 2015  
[http://www.bsaci.org/ literature\\_134237/Urticaria Angioedema Guideline](http://www.bsaci.org/literature_134237/Urticaria_Angioedema_Guideline)
4. 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis  
[http://www.bsaci.org/guidelines/wao\\_anaphylaxis\\_guideline\\_2012.pdf](http://www.bsaci.org/guidelines/wao_anaphylaxis_guideline_2012.pdf)
5. G. Laskaris, Color Atlas of Oral Diseases, third edition, Stuttgart-New York, 2003., 454 p.
6. G. Laskaris, C. Scully, Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases, 2005, 347 p.
7. K. Bork, W. Burgdorf, N. Hoede, Mundschleimhaut-und Lippenkrankheiten, 2011, 436 p.
8. G. Laskaris, Treatment of Oral Diseases, 2006. 300 p.
9. Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ, 2005. 184 с.
10. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык - „зеркало“ организма, 2000. 407с.
11. Самцов А.В., Белоусова И.Э., Буллёзные дерматозы, 2012. 142 с.
12. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И., Заболевания слизистой оболочки полости рта, 2001. 271 с.
13. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М., клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ, 2008. 191 с.
14. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ., პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები 2012, 282 გვ.