

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

პირის ღრუს ლორწოვანის მორეციდივე აფთები

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუს ლორწოვანის მორეციდივე აფთები	3
2. პროტოკოლით მოცული 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. რეკომენდაციები.....	4
8.1. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი	4
8.2. ბედნარის (Bednar) აფთები	7
8.3. ბეხჩეტის სინდრომი	7
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	7
10. აუდიტის კრიტერიუმები	7
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	7
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	8
ცხრილი№1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	8
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე.....	9
14. პროტოკოლის ავტორები	10
15. გამოყენებული ლიტერატურა	10

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუს ლორწოვანის მორეციდივე აფთები

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
პირის ღრუს ლორწოვანის მორეციდივე აფთები: - ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი - ბედნარის აფთები - ბეხჩეტის დაავადება	K12.0 (ICD10, XI კლასი) K12.0 (ICD10, XI კლასი) M35.2 (ICD10, XIII კლასი)
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
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;
- Guideline for the Diagnosis and Treatment of Recurrent Aphthous Stomatitis for Dental Practitioners, 2015.

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 მოწოდება პირის ღრუს ლორწოვანის მორეციდივე აფთებით გამოწვეული დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის თვალსაზრისით.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, ვისაც აღენიშნება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მორეციდივე აფთები: ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი, ბედნარის აფთები, ბეხჩეტის დაავადება.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

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

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

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

8. რეკომენდაციები

8.1. ქრონიკული მორეციდივე ავთოზური სტომატიტი

ლორწოვანი გარსის ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა. ტერმინი „ავთა“, რომელსაც ჯერ კიდევ ჰიპოკრატე იყენებდა, აღნიშნავს ლორწოვანის დეფექტს. ავთები - მტკივნეული, მომრგვალო ან ოვალური ფორმის ეროზიებია, რომელთა ზომა არ აღემატება ოსპის მარცვალს, თუმცა ზოგჯერ აღინიშნება დიდი ზომის ე. წ. სეტონის ავთებიც. ავთის ჩამოყალიბება იწყება ლორწოვანის შეწითლებით, შემუპებით, ანთებადი ინფილტრატის ჩამოყალიბებით, სადაც მალევე ვითარდება ეპითელიუმის ნაწილობრივი ან მთლიანი ნეკროზი, რომელიც შემდეგ ფიბრინული ნადებით იფარება; ეროზია შემოსაზღვრულია ანთებადი, ჰიპერემიული ყაეთნით. ავთები პირის ღრუში რამდენიმე დღიდან ორ-კვირამდე ჩერდება; შეხორცება მიმდინარეობს, როგორც წესი, ნაწიბურის წარმოქმნის გარეშე. გვხვდება სამი კლინიკური გამოვლინება:

- მცირე ზომის ავთები;
- დიდი ზომის ავთები;
- ჰერპეტიფორმული ავთები.

ავთის დახასიათება:

- ეპითელიუმის ზედაპირული დეფექტია;
- პალპაციისას მტკივნეული;
- თავსდება ჰიპერემიული ლაქისფონზე;
- მრგვალი ან ოვალური ფორმისაა;
- დაფარულია მონაცრისფერო-თეთრი, მკვრივი ფიბრინული ნადებით, რომელიც არ სცილდება აფხევისას;
- ყოველთვის ახასიათებს რეციდივი;
- ყველაზე ხშირად გვხვდება: ტუჩების, ლოყების, ენის გვერდითი ზედაპირების, გარდამავალი ნაოჭის ლორწოვანზე;
- მუშდება საშუალოდ 8-10 დღეში.

მორეციდივე აფთების მაპროგნოზირებელი ფაქტორები:

საკვები პროდუქტები

- ნიგოზი, თხილი;
- შოკოლადი;
- პომიდორი, ტომატი;
- ცხარე პროდუქტები, ალკოჰოლი, ციტრუსები, ფინიკი, ყავა, ყველი.

მექანიკური დაზიანებები

- ლორწოვანის ჩაკბეჩა;
- კბილის ბასრი კიდეები;
- ცუდად მორგებულ რთველებზე;
- სტომატოლოგიური ინსტრუმენტებიდან მიღებული ტრავმა.

მენსტრუაცია;

სტრესი და კონფლიქტური სიტუაციები;

ასოცირებული დაავადებები (ბეხჩეტის, კრონის დაავადებები, წყლულოვანი კოლიტი, გლუტენშემცველი საკვები პროდუქტების აუტანლობა, აივ ინფექცია/შიდსი; B₁₂ ფოლიუმის მკავის, რკინის დეფიციტი; ციკლური ნეიტროპენია).

მცირე ზომის მორეციდივე აფთები პაციენტების 80%-ში გვხვდება, 8-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე დაავადების სხვა ფორმები. მათი ლოკალიზაცია უმეტესად პირის ღრუს წინა ნაწილშია, უფრო ზუსტად კი ტუჩის, ლოყების, ენის კიდის და მისი ვენტრალური ნაწილის გაურქოვანებელ ლორწოვანზე. იქ, სადაც ლორწოვანი შეერთებულია ქვეშე მდებარე ქსოვილებთან და ნაკლებად მოძრავია (სასის, ღრძილების ლორწოვანი) მცირე აფთები გვხვდება იშვიათად. მათი ზომები 2-10 მმ-ია, აქვთ მომრგვალო ფორმა; გარდამავალ ნაოჭთან აფთას შეიძლება ოვალური ან ნაპრალისებური ფორმა ქონდეს. როგორც წესი, ერთდროულად, ერთი გამწვავებისას ჩნდება დაახლოებით 5 აფთა. მცირე ზომის აფთები შუშდება ორი კვირის განმავლობაში (უფრო ხშირად 5-10 დღის განმავლობაში).

დიდი ზომის მორეციდივე აფთები გვხვდება პაციენტების 10-20% შემთხვევაში, გაცილებით უფრო ღრმაა, მათი ზომები აღწევს 5-30 მმ-ს. ლორწოვანის წყლულები მტკივნეულია, აქვთ თავიდან რბილი, მოგვიანებით კი მკვრივი კიდეები. დიდი ზომის აფთები, ასევე, წარმოიქმნება გარქოვანებელი ლორწოვანის უბნებში (ღრძილები, სასა). წყლულები მალე იფარება მკვრივი, სქელი, ნაცრისფერი ან მომწვანო-ნაცრისფერი ფსევდომემბრანით. გარკვეული დროის შემდეგ მემბრანა შორდება და კარგად გამოჩნდება ღრმა დაწყლულებული დეფექტი, რომელთა მოშუშება რამდენიმე კვირიდან სამ-თვემდე გრძელდება. ზოგიერთ შემთხვევაში მოშუშების შემდეგ რჩება ნაწიბური.

ჰერპეტიფორმული აფთები (Cooke-ს აფთები) - მორეციდივე აფთების ერთ-ერთი ფორმაა. გვხვდება იშვიათად, დიდი რაოდენობით (100-მდე), 1-2 მმ-ის ზომისაა, მტკივნეულია, განლაგებულია ჰერპეტიფორმულად, ენის გვერდით კიდეებზე, ბუმბუკის სტადია

პრაქტიკულად არასოდეს არ ფიქსირდება, განსხვავებით ჰერპესული გინგივოსტომატიტისგან, სადაც ეს შესაძლებელია. ასევე, არ აღინიშნება ანტისხეულების ტიტრის მომატება მარტივი ჰერპესის ვირუსის მიმართ.

მორეციდივე აფთები, მათ შორის, ჰერპეტიფორმული ვარიანტიც, არასოდეს არ ერთიანდება, მაშინ, როდესაც მარტივი ჰერპესის კერები ხშირად აქტიურად ერთიანდებიან და მათი კლინიკა იწყება მრავლობითი ბუშტუკების წარმოქმნით - რაც არასოდეს არ შეიმჩნევა მორეციდივე აფთების შემთხვევაში.

მორეციდივე აფთების დიაგნოსტიკა ემყარება ზემოთ აღწერილ კლინიკურ სიმპტომებსა და დაავადების მიმდინარეობას. ამასთან, ჰისტოლოგიური გამოკვლევა ამ შემთხვევაში საჭიროებას არ წარმოადგენს.

მორეციდივე აფთების თერაპიისა და მისი პროფილაქტიკის მიზნები შემდეგია:

- ტკივილის შემცირება;
- აფთების პირის ღრუში არსებობის ვადის შემცირება;
- რემისიის გახანგრძლივება.

პირის ღრუში აფთების არსებობის შემამცირებელი საშუალებები:

1. ბეტამეტაზონის მალამო.
2. ტრიამცინოლონის მალამო (მალამო Volon).
3. ადგილობრივი თერაპია ტეტრაციკლინით (300 მგ დოქსიციკლინი + 30 მლ დისტილირებული წყალი – პირის ღრუში გამოსავლებად, დღეში 4-ჯერ).
4. 2,5-5% ტეტრაციკლინის სიროპი და 50 მგ ტრიამცინოლონის კომპლექსური გამოსავლები.
5. რეპარაციული რეგენერაციის მასტიმულირებელი თერაპია - სოლკოსერის დენტალური ადჰეზიური პასტა.
6. ადგილობრივი იმუნიტეტის ასამაღლებლად: იმუდონის ან ლიზობაქტის საწუწნი აბები.
7. ადგილობრივად - კორტიკოსტეროიდული მალამოების (ტრიამცინოლონის, კლოვეიტის, დერმოვეიტის) გამოყენება.
8. მადესენსიბილიზებელი თერაპია: ტავეგილი, კლარიტინი, ერიუსი, ტელფასტი და ა. შ.
9. ზოგადი საშუალებები: ტრანკვილიზატორები, მსუბუქი სედაციური საშუალებები.

აფთების წარმოშობის პროფილაქტიკა:

თუ პაციენტებს ახალი აფთები გამოსდით პირის ღრუში რაიმე საკვებთან (თხილი, შოკოლადი, კვერცხი, გლუტენ შემცველი საკვები პროდუქტები და ა. შ.) დაკავშირებით, სასურველია, პაციენტმა ჩაიტაროს კონსულტაცია ალერგოლოგ-იმუნოლოგთან; თუ კი ანამნეზში აღინიშნება მორეციდივე აფთების წარმოქმნა, შიშებთან, ნევროზულ და

ფსიქიკურ დატვირთვასთან დაკავშირებით, სასურველია, პაციენტმა კონსულტაცია გაიაროს ნევროლოგთან ან ფსიქიატრთან.

ძირითადი, ფონოვანი დაავადების მკურნალობა ხშირად მეტად ეფექტურია მორეციდივე აფთების პროფილაქტიკისათვის.

8.2. ბედნარის (Bednar) აფთები

შესაძლებელია, წამოიქმნას პირის ღრუში ჩვილ ასაკში; მიზეზი ხდება ლორწოვანის გახეხვა ან ტრავმა საწოვართ, თითის წოვის შედეგად. ასეთი აფთები უმეტესად მომრგვალო ან პეპლის ფორმისაა და მიზეზის მოხსნისთანავე სპონტანურად შუშდება.

8.3. ბეხჩეტის სინდრომი (Behcet Syndrome)

ქრონიკული დაავადებაა, სტომატო-ოფთალმო-გენიტალური სინდრომი. 3-5-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში - ძირითადად სიცოცხლის მესამე ათეულში. ეტიოლოგია უცნობია. 80%-შემთხვევაში პაციენტებს დაზიანებული აქვთ კანის საფარიც; აღინიშნება ფოლიკულური პუსტულები სხეულზე, კიდურებზე, საზარდულში, ანუ იმ ადგილებში, სადაც მექანიკური გაღიზიანება მეტია. ქვედა კიდურებზე შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს კვანძოვანი ერითემა და ღრმა ვასკულიტები.

ადგილობრივი თერაპია წარმართება ზუსტად ისეთივე გეგმით, როგორც მორეციდივე აფთების შემთხვევაში. ზოგადი თერაპია უნდა წარმართოს ალერგოლოგ-იმუნოლოგთან ან დერმატო-ვენეროლოგთან ან რევმატოლოგთან ერთად, კომპლექსურად.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვიზუალური, ფუნქციური მდგომარეობის ნორმალიზება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა პირის ღრუს ლორწოვანის მორეციდივე აფთების მკურნალობა აღნიშნული პროტოკოლით?
- მკურნალობის დასრულებიდან რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მონიტორინგი?
- რამდენ პაციენტში (%) აღინიშნა 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 ვიზიტების ვადებს. აწარმოებს აუცილებელ სამედიცინო დოკუმენტაციას.	სავალდებულო
უმცროსი ექიმი / ექთანი	ექიმის ასისტირება, მკურნალობის პროცესში ჩართულობა, ყველა საჭირო მედიკამენტი, საშუალებითა და მოწყობილობით ექიმის სამუშაო უზნის 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
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
მატერიალურ-ტექნიკური რისკის შეფასების სქემა	ჯანდაცვის პერსონალი ვალდებულია, პაციენტს აცნობოს იმ რისკების, შესაძლო გართულებებისა და გვერდითი რეაქციების შესახებ, რაც საანესთეზიო	სავალდებულო

	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.	
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 ბროშურებისგამოყენება.	სასურველი

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პირის ღრუს ლორწოვანის მორეციდივე აფთების 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);
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

14. პროტოკოლის ავტორები

სსიპ - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა 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. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Recurrent Aphthous Stomatitis for Dental Practitioners, 2015
<https://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC4441245/>
2. G. Laskaris, Color Atlas of Oral Diseases, third edition, Stuttgart-New York, 2003., 454 p.
3. G. Laskaris, C. Scully, Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases, 2005, 347 p.
4. K. Bork, W. Burgdorf, N. Hoede, Mundschleimhaut-und Lippenkrankheiten, 2011, 436 p.
5. G. Laskaris, Treatment of Oral Diseases, 2006. 300 p.
6. Брусенина Н. Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ, 2005. 184 с.
7. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык - „зеркало“ организма, 2000. 407с.
8. Самцов А.В., Белоусова И.Э., Буллёзные дерматозы, 2012. 142 с.
9. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И., Заболевания слизистой оболочки полости рта, 2001. 271 с.
10. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М., клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ, 2008. 191 с.
11. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ., პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები 2012, 282 გვ.