

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

ვირუსული სტომატიტები

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ვირუსული სტომატიტები.....	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. მწვავე ჰერპესული სტომატიტი.....	4
8.2. ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი.....	6
8.3. ინფექციური მონონუკლეოზი	8
8.4. შემოსარტყლული ლიქენი.....	10
8.5. გრიპის ვირუსით გამოწვეული სტომატიტი.....	11
8.6. აივ ინფექცია/შიდსი.....	12
ვირუსული სტომატიტების მკურნალობა და პროფილაქტიკა.....	15
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	16
10. აუდიტის კრიტერიუმები	16
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	17
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	17
ცხრილი№1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	17
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე.....	18
14. პროტოკოლის ავტორები	19
15. გამოყენებული ლიტერატურა	19

1. პროტოკოლის დასახელება: ვირუსული სტომატიტები

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
ვირუსული სტომატიტები: - მწვავე ჰერპესული სტომატიტი - ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი - ინფექციური მონონუკლეოზი - შემოსართყლული ლიქენი - გრიპის ვირუსით გამოწვეული სტომატიტი - აივ ინფექცია/შიდსი	B00.2 (ICD10, I კლასი) B00.2 (ICD10, I კლასი) K12.0 (B27.8) ICD10, I კლასი K12.0 (B02) ICD10, I კლასი K12.0 (J10) ICD10, X კლასი K12.0(B20) ICD10, XI 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;
- The Treatment of Herpes Simplex Infections- An Evidence-Based Review American Medical Association, 2008;
- Clinician’s Guide - Treatment of Common Oral Conditions American Academy of Oral Medicine 2009;
- Epstein-Barr Virus Infectious Mononucleosis - American Academy of Family Physicians;
- Antoviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of Influenza – U.S.; Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, 2011;
- Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents Developed by the DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC), 2016.

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 პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვირუსული დაავადებების: მწვავე და ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტის, ინფექციური მონონუკლეოზის, შემოსართყლული ლიქენის, გრიპის, შიდსის კლინიკის, დიაგნოსტიკის, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესახებ.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, ვისაც აღენიშნება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვირუსული დაავადებები: მწვავე და ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი, ინფექციური მონონუკლეოზი, შემოსართყლული ლიქენი, გრიპი, შიდსი.

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. მწვავე ჰერპესული სტომატიტი (Stomatitis herpetica acuta), პირველად ჰერპესული გინგივო-სტომატიტი, მარტივი ბუშტუკოვანი ლიქენი

გამომწვევია მარტივი ჰერპესის ვირუსი - Herpes simplex. ფორმულა - „ვირუსით პირველად დაინფიცირება“ ნიშნავს, დაინფიცირებული ხარ მთელი ცხოვრების განმავლობაში - მთლიანად ეხება მარტივი ჰერპესის ვირუსს, რომლის მატარებელი ზრდასრული მოსახლეობის 80%-ზე მეტია.

ძირითადად ავადდებიან 6 თვიდან 12 წლამდე ასაკის ბავშვები (96,0%). ასევე, ახალგაზრდები და იმუნიტეტ დაქვეითებული პირები. ინფიცირების წყარო დაავადებული, ან ვირუსმატარებელი პირია. ვირუსი ვრცელდება აირ-წვეთოვანი, კონტაქტური (მათ შორის, საყოფაცხოვრებონივთებთან კონტაქტის), ტრანსპლაცენტარული და ტრანსფუზიური გზით.

ზიანდება ლოყის, ტუჩის, ენის, ღრძილის ლორწოვანი. ჰერპესული დაზიანების „საყვარელი“ ადგილია ტუჩის წითელი ყაეთანი და მიმდებარ ეკანი, ასევე, ცხვირის ფრთა.

ფორმები

სიმძიმის მიხედვით:

- მსუბუქი;
- საშუალო;
- მძიმე.

სუბიექტური მონაცემები

- ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები: აპათია, ადინამია, თავბრუსხვევა; თავის ტკივილი, ღებინება, უმადობა, მომატებული გაღიზიანებადობა;
- დაზიანების ადგილზე წვის, ქავილის, ჩხვლეტისა და დაბუჟების შეგრძნება;
- მტკივნეული აფთების არსებობა, სისხლდენა მექანიკურ გამღიზიანებელზე;
- ტემპერატურის მომატებას 37,5⁰-39⁰-40⁰C-მდე.

ობიექტური მონაცემები

მწვავე ჰერპესული სტომატიტის განვითარების ფაზებია:

- ინკუბაციური;
- პროდრომული (კატარული);
- დაავადების განვითარების;
- დაავადების ჩაქრობის;
- კლინიკური გამოჯანმრთელების(რეკონვალესცენციის).

ინკუბაციური პერიოდი მიმდინარეობს 2-დან 8 დღემდე, ახალშობილებს იგი უგრძელდებათ 14-30 დღემდე.

პროდრომული პერიოდი - რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე. ამ დროს გამოხატულია მწვავე კატარული გინგივიტი და ყბისქვეშა მიდამოს ლიმფადენიტი.

დაავადება იწყება მწვავედ. ვიზუალურად ვლინდება ლაქა, ბუშტუკი, ბუშტი და ეროზია. დაზიანების მასშტაბი და პაციენტის სუბიექტური ჩივილები დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე.

მსუბუქი ფორმის დროს მცირედ შეშუპებული და ჰიპერემიული ლორწოვანის ნებისმიერ უბანზე აღინიშნება ერთეული ან იშვიათად - რამდენიმე (1-4) აფთის არსებობა. მსუბუქი, ან საშუალო სიმძიმის კატარული გინგივიტი, რეგიონული ლიმფადენიტი. გამონაყარი ერთჯერადია. დაავადება გრძელდება საშუალოდ 5-6 დღე, ლიმფადენიტიკი – გამოჯანმრთელების შემდეგ 7-10 დღე.

საშუალო სიმძიმის ფორმისას შემუპებულ და ალისფერ-წითელ ლორწოვანზე აღინიშნება მოყვითალო-მორუხო ფერის, ფიბროზული ნადებით დაფარული, მრავლობითი აფთები. ნადების მოშორება მტკივნეული და სისხლმდენია. აღინიშნება ჰიპერსალივაცია და რეგიონული ლიმფადენიტი. ბუმტუკების წარმოქმნა ხდება 1 ან 2 ეტაპად. ედს-ი მომატებულია, გამოხატულია ლეიკოციტოზი, ან ლეიკოპენია. დაავადების ამ ფორმის ხანგრძლივობას აშუალოდ 10-12 დღეა.

მძიმე ფორმისას შემუპებულ, ჰიპერემიულ, ლორწოვანზე აღინიშნება მრავლობითი აფთები, რომლებიც განიცდიან რეციდის. ხშირად რამდენიმე აფთა ერწყმის ერთმანეთს და ყალიბდება დანეკროზებული უბნები. ეროზიები და აფთები ლოკალიზებულია არამხოლოდ პირის ღრუს ლორწოვანზე, არამედ ნუშურებზე, ხახაზე, ტუჩებსა და მის ირგვლივ მდებარე კანზეც. პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენის დროს კატარული გინგივიტი გადადის წყლულოვან-ნეკროზულში. კანზე ბუმტუკის გასკდომის შემდეგ ყალიბდება ეროზია, რომელიც იფარება ქერქით. აღინიშნება რეგიონული ლიმფადენიტი და ჰიპერსალივაცია, ნერწყვი ბლანტია, სისხლში გამოხატულია ლეიკოპენია, ეოზინოფილია, მომატებულია ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილები და ედს-ი.

დაავადების ჩაქრობის ფაზა ხასიათდება ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებით და აფთების ეპითელიზაციით.

კლინიკური გამოჯანმრთელების შემდეგ ლორწოვანზე ნაწიბური არ რჩება.

დიაგნოსტიკა

- კლინიკური სურათით: დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზის სრულფასოვან შეკრებას და დაზიანების მორფოლოგიური ელემენტების ადეკვატურ შეფასებას;
- ციტოლოგიური გამოკვლევით: დაავადების პირველ 5-7 დღეს ეროზიიდან აღებულ ანაფხეკში ვლინდება ჰერპესული ინფექციისთვის დამახასიათებელი მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები;
- იმუნოფლორესცენციური ანალიზი: დაავადების მწვავე ფორმისას აღინიშნება Ig M, რომელიც ნარჩუნდება 3 კვირა. შემდეგ ჩნდება Ig G და ნარჩუნდება მთელი ცხოვრება;
- დაავადების პირველ დღეებში ბუმტუკის შიგთავსიდან შეიძლება გამოიყოს ჰერპეს ვირუსი;
- პოლიმერიზაციული ჯაჭვური რეაქცია (პჯრ - PCR.): ვირუსის გენომის გარკვეული ფრაგმენტის გამოვლენა.

8.2. ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი (Stomatitis herpetica chronica) მორეციდივექრონიკულიჰერპესი (Herpes chronicus recidivans)

ფართოდ გავრცელებული მეორადი ჰერპესული დაზიანებაა. ავადდებიან ნებისმიერი ასაკისა და სქესის პირები, რომლებიც ადრე ინფიცირებულნი იყვნენ მარტივი ჰერპესის ვირუსით.

ლოკალიზაცია

- ტუჩის წითელი ყაეთანი (ჰერპეს ლაბიალის);
- ცხვირის ფრთები (ჰერპესნასალის);
- პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერი უბანი: ლოყა, რბილი და მაგარი სასა, ენა, ღრძილი.

ფორმები

სიმძიმის მიხედვით:

- მსუბუქი;
- საშუალო;
- მძიმე.

ასეთი დაყოფა ეფუძნება რეციდივების სიხშირეს წელიწადში: მსუბუქი ფორმისთვის დამახასიათებელია რეციდივები წელიწადში 1-2-ჯერ, საშუალო სიმძიმისას - 3-5 ჯერ, მძიმე ფორმის დროს - 5-6-ჯერ.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ორგანიზმისთვის არახელსაყრელი ზოგადი და ადგილობრივი ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად ქვეითდება იმუნიტეტი, ლატენტურ მდგომარეობაში მყოფი მარტივი ჰერპესის ვირუსი გააქტიურდება და დაავადება მანიფესტირდება.

ზოგადი მაპროვოცირებელი ფაქტორებია:

- ორგანიზმის გადაცივება;
- ცხვირის დანამატი ღრუების ანთება;
- ინფექციური დაავადებები (გრიპი, ტუბერკულოზი, პნევმონია და სხვა);
- მწვავე და ქრონიკული დაავადებების გამწვავება;
- სტრესული მდგომარეობები (ნერვულ-ფსიქოლოგიური და ფიზიკური);
- არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ფაქტორები (რადიაციის ზემოქმედება);
- მზის სხივებით ხანგრძლივი ინსოლაცია;
- ავიტამინოზი;
- იმუნიტეტის დამაქვეითებელი პრეპარატების მიღება (კორტიკოსტეროიდები, ციტოსტატიკები და სხვა);
- ინტოქსიკაცია და სენსიბილიზაცია;
- მენსტრუაცია.

ადგილობრივი მაპროვოცირებელი ფაქტორებია:

- პირის ღრუს ლორწოვანის და პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანებები;
- პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენა;
- ლორწოვანის ტრავმა სტომატოლოგიური ჩარევის შედეგად (ინექცია, მატრიცისმოთავსებადასხვა).

სუბიექტიური მონაცემები

- ტუჩის წითელ ყაეთანზე ტკივილის, წვის, ქავილის, ჩხვლეტის, დაჭიმულობისა და უხერხულობის შეგრძნება;
- პროდრომულ პერიოდს იშვიათად, მაგრამ შეიძლება ახასიათებდეს: ზოგადი სისუსტე, ტემპერატურის მომატება, თავის ტკივილი, ლიმფური კვანძების გადიდება.

ობიექტური მონაცემები

ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტისთვის დამახასიათებელია განვითარების 5 პერიოდი:

- ინკუბაციური;
- პროდრომული;
- დაავადების განვითარების;
- ჩაქრობის;
- რეკონვალესცენციის.

დაავადების განვითარების ფაზაში ტუჩის წითელ ყაეთანზე და მიმდებარე კანზე წარმოიქმნება მრავლობითი ბუშტუკები, რომლებიც სკდება და იფარება მოყვითალო-მონაცრისფერო ქერქით. ლორწოვანის დაზიანებისას ჰიპერემიულ ზედაპირზე აღინიშნება მრავლობითი, უსწორმასწორო, დაკბილული კიდეების მქონე ეროზიები და აფთები. ისინი დაფარულია მოთეთრო-მოყვითალო ფიბრინული ნადებით, რომლის მოშორება სისხლმდენი და მტკივნეულია.

განასხვავებენ ჰერპესული ბუშტუკების განვითარების ოთხ სტადიას:

1. ჰიპერემიული უბნის წარმოქმნა მეტ-ნაკლებად გამოხატული წვით, ქავილით, ტკივილითა და ჩხვლეტის შეგრძნებით;
2. ნახევარსფეროს ფორმის გამჭვირვალე შიგთავსით ბუშტუკების ჩამოყალიბება რამდენიმე საათში. შემდეგ შიგთავსი იმღვრება. სტადია გრძელდება 4-7 დღე და მიმდინარეობს მეტ-ნაკლებად გამოხატული ადენოპათიის თანხლებით;
3. ბუშტუკის ეპიდერმისის აშრევების და შიგთავსის გამოთავისუფლების შედეგად ეროზიების, ქერქის ჩამოყალიბება. ელემენტების წარმოქმნა წყდება მე-4-მე-5 დღეს;
4. გამოჯანმრთელება დგება მე-8-მე-14 დღეს. ქერქი შრევდება და ცილდება ქვეშედად ქსოვილს. ვეზიკულური გამონაყარის მიდამოში რჩება შეწითლება, რომელიც სწრაფად გაივლის.

8.3. ინფექციური მონონუკლეოზი (Mononucleosis infectiosa), ფილატოვ-პფეიფერის დაავადება

ვირუსული ეტიოლოგიის დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ტრიადა:

- ცხელება;

- ანგინა;
- ადენოსპლენომეგალია.

ინფექციის შესასვლელ ჭიშკარს წარმოადგენს პირ-ხახა.

ავადდებიან ბავშვები და ახალგაზრდები, ხანდაზმულებში პრაქტიკულად არ აღინიშნება. დაავადება ვითარდება, უმეტესად, შემოდგომასა და გაზაფხულზე.

ლოკალიზაცია

ძირითადად ზიანდება ცხვირ-ხახა და ნაქი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია ეპშტეინ-ბარის ვირუსი, რომელიც ორგანიზმში ხვდება აირ-წვეთოვანი გზით და ვრცელდება ჰემატოგენური და ლიმფოგენური გზებით.

სუბიექტური მონაცემები

- სხეულის ტემპერატურა 39-41°C-ია და ნარჩუნდება 3-დან 20-დღემდე;
- კლებულობს თანდათან;
- საერთო სისუსტე, თავისა და კუნთების ტკივილი;
- ყლაპვისა და მეტყველების გაძნელება.

ობიექტური მონაცემები

დაავადება იწყება მწვავედ. ერთ-ერთი პირველი და მუდმივი ნიშანია პოლიადენიტი - ყველა ლიმფური კვანძის გადიდება. ყველაზე მეტად დაინტერესებულია ყბისქვეშა და კისრის უკანა ლიმფური კვანძები. ისინი ზომაში მომატებულია, მოძრავია, პალპაციით - უმტკივნეულო. ზომაში დიდდება და მკვრივდება ღვიძლი და ელენთა.

ხახა მკვეთრად ჰიპერემიულია, ზოგჯერ ციანოზური ელფერის. ნუშურები ჰიპერპლაზიური. შეიძლება განვითარდეს ანგინა (კატარული, ლაკუნური, ნეკროზული, ფოლიკულური), რომელიც მიმდინარეობს ხანგრძლივად და არ ექვემდებარება ანტიბიოტიკოთერაპიას. ვითარდება კატარული, ჰერპესული ან წყლულოვან-ნეკროზული გინგივოსტომატიტი, აღინიშნება პეტეჩიები მაგარი და რბილი სასის საზღვარსა და კანზე. ენა დაფარულია მორუხო-თეთრი ნადებით, შეშუპებულია ენის სოკოსებრი დვრილები.

პაციენტს შეშუპებული აქვს სახე, უჭირს ცხვირით სუნთქვა, შეიძლება იყოს ცხვირიდან სისხლდენაც. დაავადების პირველ დღეებში სახეზე, კიდურებსა და სხეულზე ზოგჯერ აღინიშნება პოლიმორფული როზეოლური გამონაყარი.

ჰემოგრამაში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, იზრდება ლიმფოციტების და მონოციტების რიცხვი. ჩნდება პლაზმური უჯრედები და დიდი რაოდენობით მონონუკლეარები. ეოზინოფილები პრაქტიკულად არ აღინიშნება. ერთთროციტების რაოდენობა და ჰემოგლობინი ნორმაშია, ედს-ი - მცირედ მომატებული.

დიაგნოსტიკა შესაძლებელია:

- კლინიკური სურათით;
- ჰემოგრამით;
- ვირუსის იდენტიფიცირებით.

8.4. შემოსართყლული ლიქენი (Herpes zoster), შემოსართყლული ჰერპესი

მწვავე ვირუსული დაავადებაა. უმეტესად ავადდება 40-დან 70 წლამდე ასაკის პირები. სახის კანის და პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება განპირობებულია გასერის კვანძის (ჰერპესული განგლიონიტი) და სამწვერა ნერვის მეორე და მესამე ტოტების დაზიანებით. იშვიათად, შესაძლებელია პირის ღრუს ლორწოვანის დამოუკიდებელი დაზიანება.

დაავადება ვრცელდება აირ-წვეთოვანი და კონტაქტური გზით, შესაძლებელია ინფიცირება პლაცენტური გზითაც.

ლოკალიზაცია

ახასიათებს სახის კანისა და ლორწოვანი გარსის ცალმხრივი დაზიანება, როგორც წესი, ლოკალიზებულია სამწვერა ნერვით ინერვირებულუბანზე.

ფორმები

- ვეზიკულური;
- ბულოზური;
- ჰემორაგიული;
- განგრენული.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

შემოსართყლული ლიქენის და, ასევე, ჩუტყვავილას გამომწვევია ვირუსი *Varicella zoster*. ვირუსთან პირველადი კონტაქტის შემდეგ ვითარდება ჩუტყვავილა. შემოსართყლული ლიქენი ყალიბდება მხოლოდ იმ პირებში, რომელთაც ადრე გადატანილი ჰქონდათ ჩუტყვავილა და აქვთ შესაბამისი ანტისხეულები. შემოსართყლული ჰერპესი ვითარდება ნერვულ განგლიებში, ლატენტურ მდგომარეობაში მყოფი ვირუსის აქტივაციის ან მეორადი ეგზოგენური ინფიცირების შედეგად.

ვრცელდება კონტაქტური ან აირ-წვეთოვანი გზით. ხშირად გვხვდება შემოდგომასა და ზამთარში.

სუბიექტური მონაცემები

დაავადება იწყება მწვავედ და აღინიშნება:

- საერთო სისუსტე, კანკალი, თავის ტკივილი;
- სხეულის ტემპერატურის მომატება 38-39°C-მდე;
- პირის ღრუში ჩხვლეტის, ქავილის და წვის შეგრძნება;
- სამწვერა ნერვის ტოტების გასწვრივ მწვავე, ირადირებული, ნევრალგიული ტკივილი, რომელიც ძლიერდება გამღიზიანებლის მოქმედებით.

ობიექტური მონაცემები

შემოსარტყლული ლიქენი ხასიათდება თავის ქალასა და ნეკნთაშორისი ნერვების განგლიების ანთებით, პროცესში გასერის კვანძის ჩართვით, სამწვერა ნერვის მეორე და მესამე ტოტების გაყოლებაზე ერთემატოზურ-ვეზიკულური გამონაყარით კანსა და პირის ღრუს ლორწოვანზე. დამახასიათებელი სიმპტომია - ტკივილი გამონაყარის გაჩენამდე, გამონაყარის დროს და მისი ალაგების შემდეგ. აღინიშნება რეგიონული ლიმფადენიტი.

დაავადების ინკუბაციური პერიოდი 7-14 დღეა.

ვეზიკულური ფორმა ხასიათდება შემუპებულ, ჰიპერემიულ კანზე ვეზიკულების, ხოლო ლორწოვანზე – 1-2 მმ დიამეტრის მქონე ბუშტუკების გაჩენით. ბუშტუკები ჯაჭვივით გადაბმულია ერთმანეთზე, მალე სკდება და წარმოიქმნება მტკივნეული, ფიბროზული ნადებით დაფარული ეროზიები. კანზე ვეზიკულები იფარება ქერქით, რომლის შემდგომ რჩება ლაქა, იშვიათად ყალიბდება ნაწიბური.

ბულოზური ფორმისთვის დამახასიათებელია ბუშტუკების შერწყმა, რის შედეგადაც ყალიბდება ბუშტი.

ჰემორაგიული ფორმისას ბუშტუკები სავსეა ჰემორაგიული შიგთავსით, ეროზიების შეხორცების შემდეგ რჩება ნაწიბური.

განგრენული ფორმის დროს ბუშტუკები ნეკროზდება, ვითარდება მტკივნეული წყლულები, რომლის შეხორცების შემდეგ ყალიბდება ნაწიბური.

დაავადებას, ზოგჯერ, შეიძლება თან დაერთოს მენინგიტი, ენცეფალიტი და ჰეპატიტი, გართულდეს ნევრალგიით, დაზიანებული უბნის ტროფიკის დარღვევით, ჰიპერესთეზიით, რომელიც გრძელდება რამდენიმე თვიდან რამდენიმე წლამდე.

დიაგნოსტიკა

- კლინიკური-მტკივნეული ბუშტუკების არსებობა, დაზიანების ცალმხრივობა;
- ლაბორატორიული: ციტოლოგიური - ბუშტუკის შიგთავსიდან ვირუსის და გიგანტური უჯრედების გამოყოფა. იმუნო ფლუორესცენციური და პჯრმეთოდის მონაცემები.

8.5. გრიპის ვირუსით გამოწვეული სტომატიტი

ავადდებიან ორივე სქესის ნებისმიერი ასაკის პირები. ვრცელდება აირ-წვეთოვანი გზით.

ცვლილებები, ძირითადად, ვითარდება რბილ სასაზე, ნაქზე, პირ-ხახაზე; იშვიათად - ენაზე, ლოყის ლორწოვანსა და ღრძილებზე.

ეტოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია გრიპის A, B და C ვირუსი.

სუბიექტური მონაცემები

- პირის ღრუს შიდა ღრვიდან აღინიშნება;
- ჩვილებისას სპარესთეზია და წვის შეგრძნებაა;
- ეროზიებისა და აფთების არსებობისას - ტკივილი და სისხლდენა.

ობიექტური მონაცემები

პირის ღრუს ლორწოვანზე არ აღინიშნება რაიმე კონკრეტული, სპეციფიკური დაზიანება. ხშირად ცვლილებები საერთოდ არ არის და თუ არის, გამოიხატება მკვეთრი ჰიპერემიითა და მარცვლოვანებით. აღნიშნული განპირობებულია წვრილი ლიმფური ფოლიკულების შეშუპებით და წვრილი სანერწყვე ჯირკვლების სადინრების ეპითელიუმის ჰიპერპლაზიით. დაავადების მე-2-3 დღეს შეშუპება და მარცვლოვანება ქრება და ვითარდება პეტეჩიები - ჰემორაგიული ექსუდატით სავსე მრავლობითი წვლილი ბუშტუკები. ეს ბუშტუკები მალე სკდება და ყალიბდება მტკივნეული ეროზიები და აფთები, რომლებიც იშვიათად ერწყმის ერთმანეთს. მე-6 - მე-8 დღეს ეს ცვლილებები უკვალოდ გაივლის.

ორგანიზმის დაბალი რეაქტიულობის დროს ამ ცვლილებებს შეიძლება დაერთოს მეორადი ინფექციები და ჩამოყალიბდეს ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი. ხშირად მწვადება გინგივიტი, პაროდონტიტი, ვითარდება მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტი, სამწვერა ან სახის ნერვის ნევრიტები.

ცვლილებები სისხლში შეესაბამება მწვავე ანთების სურათს.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზის მძებრა:

- ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით;
- კლინიკური სურათით;
- ლაბორატორიული კვლევებით: სისხლის საერთო ანალიზი, სეროლოგიური, ვირუსოლოგიური კვლევები, იმუნო ფლუორესცენციური დიაგნოსტიკა.

სასურველია იმუნიზაცია. გრიპით ეპიდემიის დროს პირის ღრუს ლორწოვანის წვრილ მარცვლოვანება ნაადრევი დიაგნოსტიკური ნიშანია.

8.6. აივ ინფექცია/შიდსი (HIV/AIDS), ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული ინფექცია/შემძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (Human immunodeficiency virus infection/Acquired Immune Deficiency Syndrome)

ვირუსული ეტიოლოგიის კონტაგიოზური დაავადებაა. ავადდებიან ნებისმიერი ასაკისა და სქესის ადამიანები. ვირუსის გავრცელების ერთადერთი წყარო აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებული პაციენტია დაავადების ნებისმიერ სტადიაზე. რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ:

მამაკაცები, რომლებსაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცთან (მსმ), ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, ხშირი და უცველი სქესობრივი კონტაქტის მქონე პირები, ჰემოფილით დაავადებულები, აივ-ით ინფიცირებული დედების ახალშობილები, ჯანდაცვის პერსონალი და სხვ.

აივ ინფექცია/შიდსით პაციენტებში პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებების შეხვედრის სიხშირე: კანდიდოზი – 31-91%, აივ-პაროდონტიტი – 12,5%, კაპოშის სარკომა - 4-50%, ქსეროსტომია – 19-28%, ჰერპესული დაზიანებები – 11-17%, ექსფოლიაციური ჰეილიტი – 9%, წყლულები – 7%, დესქვამაციური გლოსიტი – 6%.

1990 წელს ამსტერდამში მიღებულ იქნა აივ ინფექცია/შიდსის დროს პირის ღრუში მიმდინარე ცვლილებების კლასიფიკაცია:

I. დაზიანებები, რომლებიც მჭიდროდაა დაკავშირებული აივ ინფექცია/შიდსთან:

- კანდიდოზი (ერითემატოზური, ფსევდომემბრანული, ჰიპერპლასტიური);
- თმოვანი ლეიკოპლაკია;
- წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი;
- აივ-გინგივიტი;
- აივ-პაროდონტიტი;
- კაპოშის სარკომა;
- არაჰოჯკინის ლიმფომა.

II. დაზიანებები, რომლებიც ნაკლებადაა დაკავშირებული აივ ინფექცია/შიდსთან:

- ბაქტერიული ინფექციები;
- სანერწყვე ჯირკვლის პათოლოგიები (ქსეროსტომია, სანერწყვე ჯირკვლის ცალმხრივი ან ორმხრივი გადიდება);
- ვირუსული ინფექციები, განპირობებული ციტომეგალოვირუსით, მარტივი ჰერპესის, ადამიანის პაპილომა ან ჩუტყვავილა-ზოსტერის ვირუსებით;
- ატიპური წყლულები (ოროფარინგიული);
- თრომბოციტოპენიური პურპურა;
- ეპითელიუმის ჰიპერპლაზიის უბნები (ვულგარული მეჭეჭი);
- სიმსივნისმაგვარი დაზიანებები: ენის კიბო, ბერკიტის ქვედა ყბის ლიმფომა, ეპიდერმოიდული კარცინომა.

III. დაზიანებები, რომლებიც შეიძლება იყოს აივ ინფექცია/შიდსის დროს, მაგრამ არ არის დაკავშირებული მასთან:

- პაროდონტის ბაქტერიული ინფექციები, რომელთა გამომწვევია აქტინომიცეტები, *Enterobacter cloacae*, *Esherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycobacterium avium intracellulare*;
- მედიკამენტური ერითემა;

- ნევროლოგიური დაზიანებები;
- ოსტეომიელიტი;
- სინუსიტი;
- არაკანდიდოზური ეტიოლოგიის სოკოვანი ინფექციები (კრიპტოკოკოზი, გეოტრიხოზი, ჰისტოპლაზმოზი);
- მელანინური ჰიპერპიგმენტაცია.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

- დაავადების გამომწვევია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (Human immunodeficiency virus), რომელიც 1983 წელს აღმოაჩინეს ფრანგმა ვირუსოლოგებმა - ლუკ მონტანიემ და ფრანსუაზ ბარე-სინუსმა. განასხვავებენ ვირუსის 2 ტიპს;
- აივ ვირუსი ნაკლებად მდგრადია გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედებაზე: 56°C-ზე ილუპება 30 წუთში, მასზე დამლუპველად მოქმედებენ სადეზინფექციო საშუალებები, მზის სხივი 25°C-ზე. იგი თავის თვისებებს ინარჩუნებს 37°C-ზე 11 დღე-ღამე, ოთახის ტემპერატურაზე - 47 დღე-ღამე.

პაციენტის ჩივილები შეესაბამება იმ ნოზოლოგიის სუბიექტურ მონაცემებს, რომელიც ვლინდება იმუნოდეფიციტის გამო.

ადგილობრივი მკურნალობა სიმპტომურია და გულისხმობს იმ დაავადების ადგილობრივ მკურნალობას, რომელიც ვლინდება პირის ღრუში. ასევე, პირის ღრუს სანაცია.

შიდსის დროს სიმსივნური დაავადებების სხივური ან ქიმიოთერაპია არაეფექტურია.

პროფილაქტიკა

- სტერილიზაციისა და დეზინფექციის წესების სრულფასოვანი დაცვა;
- ყველა იმ მანიპულაციის ფრთხილად ჩატარება, რომელიც დაკავშირებულია კანისა და ლორწოვანის მთლიანობის დარღვევასთან;
- სისხლთან და ბიოლოგიურ სითხეებთან (ნერწყვი, ცრემლი და სხვა) სიფრთხილე;
- ჯანდაცვის პერსონალის მიერ რეზინის ხელთათმანების, სპეციალური სათვალეების, დამცავი ფარების, ხალათის და ჩაჩის გამოყენება;
- ჰაერის აეროზოლური დაბინძურების ასაცილებლად დაბალი ბრუნის დანადგარისა და კოფერდამის გამოყენება.

ეს მნიშვნელოვანია!

თუ პაციენტს აქვს სხვადასხვა ფორმის ორალური კანდიდოზი, თმიანი ლეიკოპლაკია, პროგრესირებადი პაროდონტიტი, ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი და ვირუსული ინფექციები, რომლებიც არ ექვემდებარებიან ადეკვატურ მკურნალობას, უნდა ჩატარდეს გამოკვლევა აივ-ზე.

ვირუსული სტომატიტების მკურნალობა და პროფილაქტიკა

მკურნალობა კომპლექსურია და გულისხმობს ეტიოტროპულ და პათოგენეზურ თერაპიას. მისი მიზანია:

- ვირუსის განეიტრალება;
- ტკივილის მოხსნა, ეროზიების ეპითელიზაციის დაჩქარება, ანთების ჩაქრობა;
- ინტოქსიკაციის მოხსნა;
- ორგანიზმის იმუნიტეტის ამაღლება.

ადგილობრივი მკურნალობა:

- საჭიროებისას ლორწოვანი გარსის გაუტკივარება: ბენზოკაინის 4%-იანი ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი, ლიგნოკაინის ჟელე, დიპლენ დენტას ლიდოკაინით გაჟღენთილი ფირფიტები და სხვა;
- ლორწოვანის დამუშავება სუსტი ანტისეპტიკებით: 0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის წყალხსნარი, 0,25%-იანი ჰიდროპერიტის ხსნარი, 0,025%-იანი ეტაკრიდინი და სხვა;
- ეროზიების და წყლულების ზედაპირიდან ნეკროზული მასების მოსაშორებლად მათი დამუშავება პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეოქსირიბონუკლეაზა, ტერილიტინი, კარიპაზინი და სხვა;
- ეტიოტროპული თერაპია - ანტივირუსული პრეპარატები: ინტერფერონის ხსნარი ან 30-50%-იანი მალამო, 1%-იანი პოლუდანის წყალხსნარი, 3%-იანი მეგოსინის, 1% ან 2%-იანი ოქსოლინის, 0,5%-იანი ბონაფტონის, 5%-იანი ზოვირაქსის, 2%-იანი ალპიზარინის, 1%-იანი ჰელეპინის, 0,5%, 0,1%, 0,05% და 3%-იანი ჰოსიპოლის, 0,5-1%-იანი თებროფენის, 0,25%, 0,5% ან 1%-იანი რიდოქსოლის, 3-5%-იანი როდოპესის, ვექტოვირის, სუპერლიზინის, ფენისტილ-პეცივირის მალამოები, ციკლოფერონის ლინიმენტი, პანავირის გელი 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 ვიტამინები, 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);
- ფიზიოთერაპია: ლაზეროთერაპია (ჰელიუმ-ნეონის ან ინფრაწითელი ლაზერი).

ზოგადი მკურნალობა:

- დიეტოთერაპია: ვიტამინებითა და ცილებით მდიდარიანტიალერგიული დიეტა, სითხით დატვირთვა. პაციენტებს ეკრძალებათ მწარე, ცხარე, ნიგვზიანი საკვებისა და ციტრუსის, სპირტიანი სასმელების მიღება;
- ეტიოტროპული თერაპია: პროდიგიოზანი - 1 მლ კუნთში ან კანქვეშ დღეში 4-7-ჯერ (3-4 ინექცია), ლევამიზოლი - 50 მგ დღე-ღამეში (კვირაში 1-2-3-ჯერ), ალპიზარინი - 1-3 აბი 3-4-ჯერ დღე-ღამეში 7-10 დღე, არბიდოლი - 0,05-0,1 გრ. დღეში 4-ჯერ 5 დღე, აციკლოვირი - 200 მგრ დღეში 5-ჯერ 5 დღე, ბონაფტონი - 0,1 გ. 3-ჯერ დღეში 5-10 დღე, რემანტადინი - 0,05 გრ 3-ჯერ დღეში 5-10 დღე, ჰელეპინი - 3 აბი დღეში 10-15 დღე, სუპერ ლიზინ + - 1 აბი დღეში 3-ჯერ 3-6 თვე, პანავირი - 5,0 მლ, 2,0 მლ და 1,0 მლ ინტრავენური ინექციები 5 დღე, ციკლოფერონი - 2-4 აბი ჭამამდე ნახევარი საათით ადრე 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 დღეს და სხვა;
- საჭიროების მიხედვით - მადესენსიბილიზებელი თერაპია: 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;
 - საჭიროების შემთხვევაში, დეზინტოქსიკაციისათვის - 0,9%-იანი ნატრიუმის ჰიპოქლორიდის ხსნარის, რინგერის, 5%-იანი, გლუკოზის ხსნარის და სხვა გადასხმა.
 - ვიტამინოთერაპია: პოლივიტამინები, B და C ჯგუფის ვიტამინები;
 - სედაციური საშუალებები და ტრანკვილიზატორები: ვალერიანის ნაყენი და სხვა;
 - სიცხის დამწვევი, ანალგეზიური და ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები დაავადების მძიმე და საშუალო ფორმის დროს: პარაცეტამოლი - 0,4 გრ 2-3-ჯერ დღეში, აცეტილსალიცილის მჟავა - 0,5 გრ 3-4-ჯერ დღეში და სხვა.

პროფილაქტიკა:

- ვირუსული ინფექციით დაავადებულთა იზოლაცია;
- ქრონიკული ინფექციის წყაროს ლიკვიდაცია;
- ვაქცინაცია.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვიზუალური, ფუნქციური მდგომარეობის ნორმალიზება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა ვირუსული სტომატიტების 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 მედიკამენტით, საშუალებითა და მოწყობილობით ექიმის სამუშაო 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 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

ვირუსული 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 ადაპტაციისთვის 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. The Treatment of Herpes Simplex Infections- An Evidence-Based Review
American Medical Association 2008

<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/414294>

3. 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

4. Epstein-Barr Virus Infectious Mononucleosis - American Academy of Family Physicians

<http://www.aafp.org/afp/2004/1001/p1279.pdf>

5. Antiviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of Influenza – U.S.

Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, 2011

<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6001.pdf>

6. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents

Developed by the DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC)

<https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>

7. G. Laskaris, Color Atlas of Oral Diseases, third edition, Stuttgart-New York, 2003., 454 p.

8. G. Laskaris, C. Scully, Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases, 2005, 347 p.

9. K. Bork, W. Burgdorf, N. Hoede, Mundschleimhaut-und Lippenkrankheiten, 2011, 436 p.

10. G. Laskaris, Treatment of Oral Diseases, 2006. 300 p.
11. Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ, 2005. 184 с.
12. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык - „зеркало“ организма, 2000. 407с.
13. Самцов А.В., Белоусова И.Э., Буллѐзные дерматозы, 2012. 142 с.
14. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И., Заболевания слизистой оболочки полости рта, 2001. 271 с.
15. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М., клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ, 2008. 191 с.
16. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ., პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები 2012, 282 გვ.