

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 ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებები

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი  
(პროტოკოლი)

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებები.....	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. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებები.....	4
8.1.1. მექანიკური ტრავმა (მწვავე, ქრონიკული, პროთეზული სტომატიტი, ჩვეული კბეჩა).....	4
8.1.2. ფიზიკური ტრავმა .....	8
8.1.3. ქიმიური ტრავმა .....	12
8.1.4. ლეიკოპლაკია.....	14
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	16
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	16
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	16
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	16
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: პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებები

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
<p>პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებები:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- მექანიკური ტრავმა (მწვავე, ქრონიკული, პროთეზული სტომატიტი, ჩვეული კბეჩა)</li> <li>- ფიზიკური ტრავმა</li> <li>- ქიმიური ტრავმა</li> <li>- ორალური ლეიკოპლაკია</li> </ul>	<p>K12.1(S00.5) ICD10, XIX კლასი                      K12.1(T28.0) ICD10, XIX კლასი                      K12.1(T28.5) ICD10, XIX კლასი                      K13.2, ICD10, XI კლასი</p>
<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;
- Clinical practice guidelines by ESMO Guidelines Committee– Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, 2015;
- Oral Leukoplakia Management Guidelines, BMJ Publishing Group LTD 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 მწვავე და ქრონიკული მექანიკური ტრავმით გამოწვეული სტომატიტების, პროთეზული სტომატიტის, ფიზიკური და ქიმიური ტრავმით გამოწვეული სტომატიტების, ლეიკოპლაკიის შესახებ.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, ვისაც აღენიშნება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა, ტრავმული აგენტით გამოწვეული დაზიანებები: მექანიკური ტრავმული სტომატიტი, პროთეზული სტომატიტი, ფიზიკური ტრავმით (თერმული დამწვრობა, სხივური სტომატიტი, გალვანოზი) გამოწვეული სტომატიტები, ლეიკოპლაკია.

## 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. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებები

გარეგანი გამლიზიანებელის ზემოქმედებით გამოწვეული პირის ღრუს ტრავმული დაზიანებები კლინიკურ-მორფოლოგიური ცვლილებების მიხედვით დიფერენცირდება:

- მექანიკურ (მწვავე და ქრონიკული);
- ფიზიკურ (თერმული და სხივური);
- ქიმიურ ტრავმებად.

#### 8.1.1. მექანიკური ტრავმა (Trauma mechanicum)

მექანიკური ტრავმა შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული. *მწვავე მექანიკური ტრავმა (Trauma mechanicum acutum)* არც ისე ხშირი დაზიანებაა, რომელიც პირის ღრუში ვითარდება უეცარი ჩაკბეჩის, დარტყმის, ან უცხო საგნებით მიყენებული ტრავმის შედეგად.

## **ლოკალიზაცია**

ყველაზე ხშირად ზიანდება ენის, ტუჩების და ლოყების ლორწოვანი.

## **ეტიოლოგიური ფაქტორები**

დაზიანების გამომწვევი შეიძლება იყოს კარიესული კბილის ან გვირგვინის ბასრი კიდე, ორთოპედიული ან ორთოდონტული კონსტრუქციები, ასევე, უცხო სხეული.

## **სუბიექტური მონაცემები**

პაციენტი უჩივის ტკივილს, დისკომფორტს ჭამის დროს.

## **ობიექტური მონაცემები**

მწვავე ტრავმის დროს პირის ღრუში შეიძლება განვითარდეს ჰემატომა, ექსკორიაცია, ეროზია ან წყლული. ტრავმის შედეგად შეიძლება ეპითელიუმის მთლიანობა არ დაირღვეს და ქსოვილის შიგნით ჩამოყალიბდეს სისხლჩაქცევა - ჰემატომა. თუ ეპითელიუმის მთლიანობა ირღვევა - ვითარდება ეროზია ან წყლული ინფილტრაციით. მათი მეორადი ინფიცირებისას ლორწოვანზე წარმოქმნილი წყლული დიდხანს შენარჩუნდება.

## **დიაგნოსტიკა**

დიაგნოზი დაისმება სწორად შეკრებილი ანამნეზითა და კლინიკური სურათით.

## **მკურნალობა**

მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია დაზიანების სიდიდესა და სიღრმეზე. ჰემატომები და სხვა ზედაპირული დაზიანებები (ექსკორიაცია, ეროზია) შედარებით მალე (1-3 დღე-ღამე) შუმდება. მკურნალობის გეგმა გულისხმობს:

- საჭიროების შემთხვევაში ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების გამოყენებას: 4%-იანი ბენზოკაინის ჟელე, 10-20%-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი და სხვა;
- სისხლდენისას: 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, ან 5%-იანი ამინოკაპრონის მჟავა;
- ანტისეპტიკურ დამუშავებას: კალიუმის პერმანგანატი 1:5000 და 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 0,25% ქლორამინი, 0,06% ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი და სხვა;
- კერატოპლასტიური საშუალებების გამოყენებას: 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, დიბუნოლი და სხვა;
- ანტისეპტიკების შემცველი სავლებების - Trachisan, Octenidol, Lacalut active, Corsodyl, MediDent, Parodontax, Parodontax extra, Tantum Verde, Listerine; Eludril – და სხვა გამოყენებას.

ღრმა ჭრილობების დროს, ზოგჯერ, საჭირო ხდება ნაკერის დადება.

## **პროფილაქტიკა**

პირის ღრუს სანაცია. კარიესული კბილების დაბჟენა, არასრულფასოვანი ზეცვლების, ორთოპედიული და ორთოდონტიული კონსტრუქციების შეცვლა, კბილებისა და გვირგვინების ბასრი კიდეების დაგლუვება-გაპრიალება. პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

*ქრონიკული მექანიკური ტრავმა (Trauma mechanicum chronicum)* პირის ღრუს ლორწოვანის საკმაოდ ხშირი დაზიანებაა. ვითარდება კბილების დაკარგვის, მათი გადანაცვლებისა და მაგარი ქსოვილების ცვეთით გამოწვეული თანკბილვის სიმძლის დადაბლების დროს.

## **ლოკალიზაცია**

დეკუბიტალური წყლული უმეტესად ლოკალიზდება ენაზე, ტუჩებზე, კბილთა შეთანასოვნების ხაზზე, პროთეზული სარეცელის მიდამოში.

პროთეზული სტომატიტი ვითარდება საპროთეზო ველზე, უფრო ხშირად - ზედა ყბაზე.

## **ეტიოლოგიური ფაქტორები**

ქრონიკული მექანიკური ტრავმის მიზეზი შეიძლება გახდეს: კარიესული კბილის ბასრი კიდე, კბილების პათოლოგიური ცვეთა, რამდენიმე კბილის ადენტიით გამოწვეული თანკბილვის დარღვევა, უხარისხოდ დამზადებული ორთოპედიული და ორთოდონტიული კონსტრუქციები, კბილის ქვა, მავნე ჩვევები (ლოყის, ტუჩის, ენის კბეჩა და წოვა) და სხვა.

პროთეზული სტომატიტი მექანიკური (პროთეზის ზედაპირი), ქიმიური (პროთეზის პლასტმასა) და ინფექციური (Candida-ს გვარის სოკო) ფაქტორებითაა გამოწვეული.

ლორწოვანის ჩვეული კბეჩა უფრო ხშირად დამახასიათებელია ახალგაზრდა ასაკის ნევრასთენიური პიროვნებებისთვის. ამ დროს დაზიანება ძირითადად ლოკალიზებულია ლოყის ლორწოვანზე, კბილთა მწკრივის შეთანასოვნების ხაზზე, ტუჩის კუთხეებში.

## **სუბიექტური მონაცემები**

ქრონიკული მექანიკური ტრავმის დროს პაციენტი უჩივის:

- ტკივილს;
- უხერხულობის შეგრძნებას;
- დისკომფორტს;
- შეშუპებას.

## **ობიექტური მონაცემები**

ლორწოვანზე ქრონიკული მექანიკური ტრავმის ზემოქმედებამ შეიძლება გამოიწვიოს:

- კატარული მოვლენები (შეშუპება, ჰიპერემია);
- მისი მთლიანობის დარღვევა (ეროზია, წყლული);

- პროლიფერაციული ცვლილებები (დრძილის დვრილის ჰიპერტროფია, პაპილომატოზი);
- გარქოვანება (ლეიკოპლაკია).

შესაძლებელია ყველა ამ ნიშნის კომბინაცია.

ქრონიკული მექანიკური ტრავმის შედეგად ყველაზე ხშირად ვითარდება კატარული ანთება: შეშუპება, ჰიპერემია ინფილტრაციით და პროლიფერაცია. ამ ცვლილებების გამოვლინება დამოკიდებულია გამაღიზიანებელი ფაქტორის მოქმედების ძალასა და ხანგრძლივობაზე. ამასთან, პროცესს შეიძლება თან დაერთოს ექსუდაცია: ექსუდატი ჯერ სეროზულია, შემდეგ – ჩირქოვანი.

ქრონიკული მექანიკური ტრავმის შედეგად ვითარდება შეგუბებითი ჰიპერემია, ეროზია, ხოლო შემდეგ შეიძლება ჩამოყალიბდეს წყლული, რომელსაც დეკუბიტალური წყლული ეწოდება. როგორც წესი, იგი ერთეულია, მტკივნეული, შემოსაზღვრული ინფილტრაციით. მისი ფსკერი დაფარულია ფიბრინული ნადებით. რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები შეიძლება იყოს გადიდებული და პალპაციით მტკივნეული. ქრონიკული მექანიკური ტრავმის გამომწვევი აგენტის ხანგრძლივი ზემოქმედებისას წყლულის კიდეები და ფუძე მკვრივდება, შესაძლებელია მალიგნიზაცია.

მოსახსნელი პროთეზებით გამოწვეულ პირის ღრუს ლორწოვანის გაღიზიანებას პროთეზული სტომატიტი ეწოდება. უხარისხოდ დამზადებული ორთოპედიული კონსტრუქციის ხანგრძლივად ხმარება ხშირად იწვევს ლორწოვანის დიფუზურ ჰიპერემიას. მას შემდეგ მოსდევს პაპილომატოზური ჰიპერპლაზია – ლორწოვანი წვრილმარცვლოვანი, ხაოიანი, მკვეთრად წითელი ფერის ხდება. ალვეოლური კიდეები რბილდება და ხდება მოძრავი - „ჩამოკიდებული“. ვითარდება „პროთეზული გრანულომა“ – „წილობრივი ფიბრომა“. არცთუ იშვიათად, ვითარდება ანგულარული ჰელიტი.

ლორწოვანის ჩვეული კბეჩა (pathomimia mu cozae oris) მავნე ჩვევის (ლოყის, ენის და ტუჩის კბეჩის, ან წოვის) შედეგია. ამ დროს ლორწოვანი იღებს უჩვეულო შესახედაობას: ზედაპირი გაჯირჯვებულია, თეთრი და მაცერირებული. დაზიანება ლაქის ან უსწორმასწორო დიდი უბნის ფორმისაა. არათანაბრად „შეჭმული“ ლორწოვანის გამო მას ფოჩიანი შესახედაობა აქვს, თითქოს „ჩრჩილმა შეჭამა.“ ჩვეულებრივ, დაზიანება პაციენტს არ აწუხებს, თუმცა იშვიათად შეიძლება განვითარდეს ეროზია.

### **დიაგნოსტიკა**

დიაგნოზი ისმება კლინიკური მონაცემების და სწორად შეკრებილი ანამნეზის საფუძველზე. დეკუბიტალური წყლულის დროს ციტოლოგიური გამოკვლევა აზუსტებს დიაგნოზს.

### **მკურნალობა**

ქრონიკული მექანიკური ტრავმის მკურნალობა, უპირველესად, გულისხმობს გამაღიზიანებელი ფაქტორის მოშორებას, უხარისხო ორთოპედიული და ორთოდონტული კონსტრუქციების მოხსნას. პაციენტს ეძლევა რეკომენდაცია რაციონალურ პროთეზირებაზე. საჭიროების შემთხვევაში იცვლება უხარისხოდ დამზადებული ბჟენები. აუცილებელია

პირის ღრუს სანაცია და პროფესიული ჰიგიენა. პაციენტი უნდა გათავისუფლდეს მავნე ჩვევებისგან.

ქრონიკული ტრავმით განპირობებული წყლულოვან-ეროზიული დაზიანების მკურნალობის სქემა ასეთია:

- პირის ღრუს სანაცია;
- ტრავმული ფაქტორების მოხსნა;
- საჭიროების შემთხვევაში - ლორწოვანის გაუტკივარება (4%-იანი ბენზოკაინის ჟელე, 10-20%-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი და სხვა);
- ანტისეპტიკური დამუშავება (0,05-0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის და ბრილიანტის მწვანის წყალხსნარი, სანგვირიტრინი და სხვა);
- ნეკროზული ან ფიბროზული ნადების არსებობისას პროტეოლიზური ფერმენტების გამოყენება (ტრიპსინი, ქიმოტრიფსინი, რიბონუკლეაზა, დეზოქსირიბონუკლეაზა, კარიპაზინი);
- კერატოპლასტიკური საშუალებების აპლიკაცია (სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ-დენტას სოლკოსერილის ფირფიტები, მუნდიზალ-გელი, აქტოვეგინის 20%-იანი თვალის ჟელე, ქაცვის ზეთი, ხონსურიდი, A და E ვიტამინები, ასკილის ზეთი, კაროტოლინი, ოლაზოლი, დიბუნოლი და სხვა).
- ადგილობრივი იმუნიტეტის გამაძლიერებელი თერაპია: იმუდონი - 2-2 აბი საწუწნად დღეში 4-ჯერ, ლიზობაქტი - 2 აბი საწუწნად დღეში 3-ჯერ, მწვანე ფარი - 1-2 აბი საწუწნად დღეში 3-ჯერ 10-14 დღე;
- ანტისეპტიკური სავლებების დანიშვნა (Octenidol, Lactalut active, Corsodyl, Trachisan, MediDent, Parodontax, Parodontax extra, Tantum Verde, Listerine; Eludril – და სხვა).

პროთეზური სტომატიტის დროს აუცილებელია ორთოპედიული კონსტრუქციის კორექცია ან შეცვლა (რაციონალური პროთეზირება), ასევე, თანდართული სოკოვანი ფლორისას ანტიფუნგალური პრეპარატების გამოყენება.

პროთეზული გრანულომის მკურნალობა ქირურგიულია, შემდეგ კი აუცილებელია კერატოპლასტიკური საშუალებების აპლიკაცია.

### **პროფილაქტიკა**

პირის ღრუს სანაცია და რაციონალური პროთეზირება. მავნე ჩვევების აღმოფხვრა. პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

### **8.1.2. ფიზიკური ტრავმა (Trauma physicum)**

პირის ღრუს ლორწოვანის საკმაოდ ხშირი დაზიანებაა, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- პირის ღრუს თერმული დაზიანებით (მაღალი და დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედება),



- ელექტრული დენის ზემოქმედებით (დამწვრობა, გაღვანოზი),
- დიდი დოზის მაიონიზირებელი გამოსხივების ლოკალური ზემოქმედებით (სხივური დაზიანება).

თ ე რ მ უ ლ ი დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ა შეიძლება განვითარდეს ლორწოვანის ნებისმიერ უბანზე, უფრო ხშირად - სასასა და ენაზე.

ე ლ ე ქ ტ რ უ ლ ი ტ რ ა ვ მ ა, უმეტესად, ვითარდება ენის წვერზე, მის გვერდით კიდეზე ან ქვედა ზედაპირზე, შედარებით იშვიათად - ლოყებზე, ტუჩებზე და სასის ლორწოვანზე.

ს ხ ი ვ უ რ ი დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ი ს ა ს, პირველ რიგში, კლინიკური ნიშნები ვითარდება პირის ღრუს გაურქოვანებელი ეპითელიუმის მიდამოში (ლოყის, რბილი სასის, პირის ღრუს ფსკერის ეპითელიუმი). დასხივებისადმი განსაკუთრებით მგრძობიარეა რბილი სასის ლორწოვანი.

**ეტიოლოგიური ფაქტორები**

თ ე რ მ უ ლ ი დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ა წარმოიქმნება პირის ღრუს ლორწოვანზე მაღალი ან დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით. იგი შეიძლება გამოიწვიოს ძალიან ცხელმა საკვებმა, ორთქლმა, ცეცხლმა, ცხელმა ჰაერმა, ცხელმა საგანმა.

ე ლ ე ქ ტ რ უ ლ ი ტ რ ა ვ მ ა ხშირად ელექტრული მკურნალობის (ელექტროფორეზი) შედეგია, ან დაკავშირებულია პირის ღრუში გაღვანოზის მოვლენასთან.

გაღვანოზი პირის ღრუში სხვადასხვა მეტალის არსებობისას რეგისტრირებული ელექტროპოტენციალის (მიკროდენების) წარმოქმნაა და გულისხმობს ადგილობრივი და ზოგადი ხასიათის პათოლოგიურ ცვლილებებს, რომლებიც ყალიბდება პირის ღრუში სხვადასხვა მეტალის ელექტროქიმიური ურთიერთობის შედეგად. ამ დროს პირის ღრუში გროვდება ელექტროპოტენციალი, ანუ ელექტრობის მეტალიდან პირის ღრუს სითხეში გადაცემა. მეტალური გვირგვინების, ან ვერცხლის ამალგამის ბჟენების და სარჩილის მიდამოში პერიოდულად გროვდება ელექტრული პოტენციალი, რომელიც შემდეგ განიმუხტება.

ს ხ ი ვ უ რ ი დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ა ხშირად ვითარდება თავ-კისრის არეში სხივური თერაპიის შედეგად.

**სუბიექტური მონაცემები**

თ ე რ მ უ ლ ი დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ი ს დროს პაციენტი უჩივის:

- ტკივილს;
- წვას;
- ჰიპერემიას;
- ლორწოვანის მაცერაციას და ხორკლიანობას.

გ ა ლ ვ ა ნ ო ზ ი ს დროს პაციენტი უჩივის:

- პირის ღრუში მეტალის გემოს;
- გემოვნების გაუკუღმართებას;
- ენის წვას;
- ჩხვლეტის შეგრძნებას;
- ტკივილს;
- ჰიპო- ან ჰიპერსალივაციას;
- თავის ტკივილს;
- სისუსტეს;
- ადვილად გაღიზიანებადობას.

ეს ნიშნები უფრო მეტად გამოხატულია დილით.

### **ობიექტური მონაცემები**

თ ე რ მ უ ლ დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ა ს მოსდევს კატარაული სტომატიტის ჩამოყალიბება, რომელსაც თან ახლავს ჰიპერემია და ლორწოვანის მაცერაცია. შესაძლებელია, აღინიშნოს ბუმტუკები, ან ჩამოყალიბდეს ეროზია და წყლული.

გ ა ლ ვ ა ნ ო ზ ი ს კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია მიკროდენების ძალაზე, მისი ზემოქმედების დროზე, პირის ღრუს ქსოვილების ინდივიდუალურ მგრძობელობაზე. ამ დროს აღინიშნება კატარული ან წყლულოვან-ეროზიული დაზიანება. დაზიანებული უბნები მკვეთრად გამოირჩევა მის გარშემო შეუცვლელი ლორწოვანი გარსისაგან.

პირის ღრუ სხვადასხვაგვარად რეაგირებს დ ა ს ხ ი ვ ე ბ ა ზ ე. თავდაპირველად დაზიანების კლინიკური ნიშნები გაურქოვანებელ ეპითელიუმზე წარმოიქმნება და ღრმავდება დასხივების დოზის მატებასთან ერთად. სასაზე ყალიბდება რადიომუკოზიტი და ეპითელიუმი შემდგომში გარქოვანებას არ განიცდის. პირის ღრუს ლორწოვანის იმ უბნებში, რომლებიც ნორმის ფარგლებში გარქოვანებული ეპითელიუმითაა დაფარული, წარმოიქმნება მხოლოდ ეპითელიუმის ლოკალური დესკვამაცია ან ერთეული ეროზიები. შემდგომში პროცესში ერთვება სანერწყვე ჯირკვლები. მათი ეპითელიუმი, ასევე, მგრძობიარეა დასხივებისადმი. რამდენიმე დღის შემდეგ ვითარდება ჰიპოსალივაცია, რომელიც ორი კვირის შემდეგ იცვლება ქსეროსტომიით. აღინიშნება ენის გვერდითი კიდისა და წვერის მდგრადი ჰიპერემია და ატროფია.

### **დიაგნოსტიკა**

გალვანოზის დიაგნოზი ისმება შემდეგი 5 მაჩვენებლის არსებობისას:

- პირის ღრუში მეტალის გემო;
- სუბიექტური სიმპტომები მეტად გამოხატულია დილას და გრძელდება მთელი დღის განმავლობაში;
- პირის ღრუში ორი და მეტი მეტალის არსებობა;
- სხვადასხვა მეტალს შორის ელექტრული პოტენციალის განსაზღვრა (რეგისტრაცია);

- მეტალური ბჟენების და კონსტრუქციების პირის ღრუდან მოშორების შემდეგ პაციენტის შეგრძნებები უმჯობესდება.

### **მკურნალობა**

თ ე რ მ უ ლ ი დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ი ს დროს საჭიროა:

- საანესთეზიო საშუალებების (10-20%-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი, 2-4%-იანი პირომეკაინი, 4%-იანი ბენზოკაინის ჟელე) აპლიკაცია;
- დაზიანების უბნის დამუშავება სუსტი ანტისეპტიკური საშუალებებით (0,05-0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის წყალხსნარი, სანგვირიტრინი და სხვა);
- კერატოპლასტიკური საშუალებების (სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, ქაცვის, მიხაკის, ასკილის ზეთები და სხვა) აპლიკაცია.

გ ა ლ ვ ა ნ ო ზ ი ს დროს აუცილებელია:

- მიზეზის მოცილება (მეტალის ბჟენები, გვირგვინები, სარჩილი);
- ანტისეპტიკური დამუშავება;
- ანთების საწინააღმდეგო ფიტოთერაპიული საშუალებების (გვირილის, კალენდულის, მწვანე ჩაის, ჭინჭრის ნაყენის) ირიგაცია;
- დაზიანების უბანის დამუშავება უნითიოლის 5% ხსნარით;
- კერატოპლასტიკური საშუალებების გამოყენება.

ს ხ ი ვ უ რ ი რ ე ა ქ ც ი ი ს გამოვლენისთანავე, საჭიროების შემთხვევაში, იყენებენ ადგილობრივ საანესთეზიო საშუალებებს. პირის ღრუ მუშავდება:

- სუსტი ანტისეპტიკური საშუალებებით;
- პროტეოლიზური ფერმენტებით;
- კერატოპლასტიკური საშუალებებით.

ამ პერიოდში უკუნაჩვენებია კბილების ექსტრაქცია, პაროდონტური ჯიბეების კიურეტაჟი, კბილების დაბჟენის დროს მინანქრის ქიმიური გრავირებისათვის გამოყენებული ნივთიერებების ხმარება, სხივური ეფექტით გამყარებადი ბჟენებით მუშაობა (უმჯობესია მინაიონომერული ცემენტები).

მნიშვნელოვანია, რომ შემდგომშიც ქრონიკული გენერალიზებული პაროდონტიტის მკურნალობა დაიგეგმოს პაროდონტული ჯიბეების მიკრობული ფლორის მგრძნობელობის, პირის ღრუს და ორგანიზმის ზოგადი იმუნიტეტის და თანმხლები სომატური დაავადებების გათვალისწინებით.

### **პროფილაქტიკა**

გ ა ლ ვ ა ნ ო ზ ი ს პროფილაქტიკისათვის დაუშვებელია პირის ღრუში სხვადასხვა მეტალის ბჟენის, გვირგვინისა და სარჩილის ერთდროული არსებობა.

ს ხ ი ვ უ რ ი რ ე ა ქ ც ი ი ს პროფილაქტიკისათვის საჭიროა:

- მანიპულაციამდე 3-5 დღით ადრე მორყეული და დაშლილი კბილების ექსტრაქცია;
- ღრძილქვეშა და ღრძილზედა ქვების მოშორება (პაროდონტალური ჯიბეების კიურეტაჟი);
- კარიესული კბილების დაბჟენა;
- მეტალური პროთეზების და ამაღლამის ბჟენების შეცვლა.

პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

### 8.1.3. ქიმიური ტრავმა (Trauma chymicum)

წარმოიქმნება პირის ლორწოვანზე სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერების ზემოქმედების შედეგად. შეიძლება დაზიანდეს პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერი უბანი.

#### *ფორმები*

ქიმიური ტრავმა შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული.

#### *ეტიოლოგიური ფაქტორები*

მ წ ვ ა ვ ე ქ ი მ ი უ რ ი ტრავმის მიზეზი შეიძლება გახდეს კონცენტრირებული ტუტეების, მჟავების მოხვედრა პირის ღრუს ლორწოვანზე. ასევე, კბილთმკურნალობის დროს გამოყენებული ნივთიერებების (სპირტი, იოდის სპირტხსნარი, ვერცხლის ნიტრატი, რეზორცინ-ფორმალინის ნარევი ან პასტა, დარიშხანოვანი მჟავის პასტა, ფენოლი და სხვა) მოხვედრა პირის ღრუს ლორწოვანზე. პრაქტიკაში გვხვდება ლორწოვანის ქიმიური დამწვრობა ასპირინის, ანალგინის, სხვადასხვა ნაყენის პირის ღრუზე ზემოქმედების შედეგად.

ქ რ ო ნ ი კ უ ლ ი ქ ი მ ი უ რ ი დამწვრობა შეიძლება გამოიწვიოს მოსახსნელი პროთეზის არასრულად პოლიმერიზებულმა პლასტმასამ (მონომერის ზემოქმედება ლორწოვანზე).

#### *სუბიექტური მონაცემები*

ქიმიური ტრავმის დროს პაციენტები უჩივიან:

- წვას, ჩხვლეტას, სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილს;
- ლორწოვანის გარეგნული შეხედულების ცვლილებას.

#### *ობიექტური მონაცემები*

მ წ ვ ა ვ ე ქ ი მ ი უ რ ი ტრავმის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია დამაზიანებელი აგენტის რაოდენობაზე, სახეობასა და ზემოქმედების ხანგრძლივობაზე.

მ ჟ ა ვ ი თ დ ა მ წ ვ რ ო ბ ა იწვევს კოაგულაციური ნეკროზის ჩამოყალიბებას. ჰიპერემიულ ლორწოვანზე წარმოიქმნება მკვრივი, მუქი ფერის აპკი.

ტ უ ტ ე ე ბ ი თ დ ა მ წ ვ რ ო ბ ა ხასიათდება კოლიკვაციური ნეკროზის ჩამოყალიბებით. ამ დროს აპკი არ წარმოიქმნება. ტუტეების ზემოქმედება გაცილებით ღრმაა, ვიდრე მჟავებით

გამოწვეული ნეკროზი. ნეკროზული ქსოვილების მოცილების შემდეგ ლორწოვანზე რჩება მეტად მტკივნეული და ხანგრძლივად შეხორცებადი უბანი.

მჟავებითა და ტუტეებით დამწვრობის შედეგად ნეკროზული მასების მოშორების შემდეგ შიშვლდება წყლულოვან-ეროზიული ზედაპირი.

ქ რ ო ნ ი კ უ ლ ი ქ ი მ ი უ რ ი ტრავმა კლინიკურად შეიძლება მრავალნაირად გამოვლინდეს: კატარული ანთება, წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი, კერატოზი, ლეიკოპლაკია.

### **დიაგნოსტიკა**

ქიმიური ტრავმის დიაგნოზი დგინდება ანამნეზის და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე.

### **მკურნალობა**

აუცილებელია:

- რაც შეიძლება დროულად მოიხსნას ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედება პირის ღრუს ლორწოვანზე;
- სუსტი გამანეიტრალებელი მოქმედების საკვლებების გამოყენება: მჟავებით დამწვრობის დროს - საპნიანი წყალი, 0,1%-იანი ნიშადურის ხსნარი (15 წვეთი ჩ.ჭ. წყალზე); ტუტეების განეიტრალება ხდება 0,5%-იანი ძმარმჟავის, ან ლიმონმჟავის ხსნარით, 0,1%-იანი ქლორწყალბადმჟავის ხსნარით (10 წვეთი 1 ჩ.ჭ. წყალზე); 30%-იანი ვერცხლის ნიტრატით დამწვრობისას - ჰიპერტონული ხსნარი (3-5%-იანი ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარი), ან ლუგოლის ხსნარი; ფენოლით დამწვრობის დროს პირის ღრუს ლორწოვანი მუშავდება 50%-იანი ეთილის სპირტით, ან აზუსალათინის ზეთით; დარიშხანოვანი მჟავით დამწვრობის დროს - რომელიმე ანტიდოტით (ლუგოლის ხსნარი, 1%-იანი იოდინოლის ხსნარი, 5%-იანი უნითიოლის ხსნარი, 30%-იანი ნატრიუმის თიოსულფატის ხსნარი) ან კეთდება იოდოფორმის და დამწვარი მაგნეზიის შეფრქვევა;
- ქიმიური დამწვრობის შემდგომი მკურნალობა მწვავე, არასპეციფიკური ანთების მკურნალობის პრინციპებით ხორციელდება: A და E ვიტამინი, მეთილურაცილის მალამო, 0,5%-იანი პრედნიზოლონის მალამო, 1,0%-იანი ჰიდროკორტიზონის მალამო;
- წყლულოვან-ეროზიული დაზიანებებისას გამოიყენება კერატოპლასტიკური საშუალებები: 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, დიბუნოლი და სხვა.

### **პროფილაქტიკა**

ძლიერმოქმედი მჟავებისა და ტუტეების გამოყენების გამორიცხვა პირის ღრუს ლორწოვანზე.

პროგნოზი - დროული, სწორი დიაგნოზის შემთხვევაში - სასიკეთო.

#### 8.1.4. ლეიკოპლაკია (Leucoplacia)

ლორწოვანი გარსის ქრონიკული ანთებადი დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს მფარავი ეპითელიუმის პათოლოგიური გარქოვანება, რაც, თავის მხრივ, საპასუხო რეაქციაა ქრონიკულ ეგზოგენურ გამღიზიანებელზე.

ლეიკოპლაკია ფაკულტატური კიბოსწინარე დაავადებაა, მალიგნიზაციის მაღალი პროცენტით (სხვადასხვა ფორმის დროს შემთხვევათა 15-75%). ლეიკოპლაკია 30 წლის ასაკს მერე ვითარდება. ამასთან, 40-50 წლის მამაკაცებში 7-10-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ქალებში.

##### **ლოკალიზაცია**

უმეტესად ვითარდება ტუჩის კუთხეებში, ლოყის ლორწოვანზე კბილის შეთანასოვნების ადგილას, ენაზე, პირის ღრუს ფსკერზე.

##### **ფორმები**

- ბრტყელი (ტიპური, მარტივი) – Leucoplakia plana;
- ვერუკოზული (თმიანი) – Leucoplakia verrucosa;
- ეროზიულ-წყლულოვანი – Leucoplakia ulcerosa;
- რბილი (პაშკოვის) – Leucoplakia mollis;
- მწვევლების (ტაპინერის) ლეიკოპლაკია – Leucoplakia nicotinic Tappeiner.

##### **ეტიოლოგიური ფაქტორები**

ლეიკოპლაკიის განვითარებაში ძირითადი როლი ადგილობრივ გამაღიზიანებელ ფაქტორებს ეკუთვნის, კერძოდ, მწვევლობა, ძალიან ცხელი და ცხარე საკვები, თამბაქოს დეჰვა, მაღალ კონცენტრირებული სპირტი ან სასმელი, არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ფაქტორები (სიცივე, ძლიერი ინსოლაცია), ხანგრძლივად მოქმედი მექანიკური ტრავმა (კბილთა დგომის ანომალია, არასრულფასოვანი ბჟენები და ორთოპედიული კონსტრუქციები) და სხვა.

##### **სუბიექტური მონაცემები**

როგორც წესი, პაციენტებს გამოხატული ჩივილები არ აღენიშნებათ. შეიძლება უჩიოდნენ:

- ლორწოვანის ხაოიანობას (ვერუკოზული ან წყლულოვანი ფორმის დროს);
- პირის ღრუს სიმშრალეს და წვას (ტაპინერის, მწვევლთა ლეიკოპლაკიის დროს).

##### **ობიექტური მონაცემები**

ლეიკოპლაკიის ბრტყელი ფორმის დროს კლინიკურად აღინიშნება თეთრი ფერის, შემოსაზღვრული, უსწორმასწორო ფორმის, ბრტყელი, ტყავისებური უბანი, რომელიც

ლორწოვანის დონეზეა ლოკალიზებული. მარტივი ლეიკოპლაკია ლოყის ლორწოვანზე უმეტესად სამკუთხა ფორმისაა, რომლის ფუძე მიმართულია ტუჩის კუთხისკენ, ხოლო მწვერვალი-კბილთა შეთანასოვნების ხაზისაკენ რეტრომოლარული სივრცის მიმართულებით. ენის გვერდით კიდეზე მას აქვს წაგრძელებული ფორმა, ხოლო მაგარ სასაზე-ნალისებური.

მარტივი ლეიკოპლაკია შეიძლება წლების მანძილზე შენარჩუნდეს ან გარდაიქმნას ვერუკოზულ ფორმად.

ვერუკოზული ფორმის დროს ლეიკოპლაკია ამოწეულია ლორწოვანიდან და მკვეთრად განსხვავდება ფერით (რძის ფერი თეთრიდა ნყვითლამდე) ირგვლივ მდებარე ქსოვილებისაგან. იგი გვხვდება ბალთის სახით, რომელსაც აქვს არასწორი ფორმა, ხორკლიანი ზედაპირი და მკვეთრი კიდეები (ბალთისებრი ფორმა) ან მკვრივი თეთრი მეჭეჭების მაგვარი წარმონაქმნების (მეჭეჭოვანი ფორმა) სახით.

ეროზიული - წყლულიოვანი ფორმა წარმოიქმნება მარტივი ან ვერუკოზული ფორმის ლეიკოპლაკიის ტრავმირებისას. ვითარდება ნახეთქები და ეროზიები.

მწვევლთა (ტაპეინერის) ლეიკოპლაკიის დროს რბილ და მაგარ სასაზე აღინიშნება მორუხო-თეთრი ფერის თანაბარ ზომიერად გარქოვანებული უბანი, ცალკეული, წითელი ფერის, წვრილი ჩანართებით (სასის წვრილი სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინრები).

რბილი (პაშკოვის) ლეიკოპლაკიის დროს აღინიშნება თეთრი ფერის, ლორწოვანიდან მცირედ წამოწეული უბანი, რომლის ზედაპირული შრე ადვილად შორდება ფითხით. ირგვლივ და ქვემდებარე ლორწოვანი ხილული ცვლილებების გარეშეა.

### **დიაგნოსტიკა**

ძირითადად, დგინდება ანამნეზის და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე და ზუსტდება ციტოლოგიური გამოკვლევით.

### **მკურნალობა**

#### **ადგილობრივი**

- სიგარეტის მოწევის, ცხარე და ცხელი საკვების აკრძალვა;
- პირის ღრუს სანაცია (მატრავმირებელი და გამაღიზიანებელი ფაქტორების მოხსნა);
- რაციონალური პროთეზირება;
- ბრტყელი ფორმის დროს - კერატოპლასტიური საშუალებების აპლიკაცია: A და E ვიტამინის ზეთოვანი ხსნარის, 10%-იანი დიბუნოლის ლინიმენტი, კაროტოლინის და ქაცვის ზეთები, სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, აქტოვეგინის თვალის ჟელე და სხვა;
- ფოტო დინამიური თერაპია;

- ვერუკოზული და ეროზიული ფორმებისას - ტოტალური ამოკვეთა ჯანსაღი ქსოვილის ფარგლებში (რადიო სკალპელის გამოყენება, ლაზერული აბლაცია), კრიოდესტრუქცია, ლაზერული დესტრუქცია;
- დისპანსერული დაკვირვება.

#### **ზოგადი**

- ბრტყელი ფორმის დროს Per os: აევიტი, პირიდოქსინი და სხვა პოლივიტამინი 1 თვის განმავლობაში.

**პროგნოზი** დროული მკურნალობისას კეთილსაიმედოა.

პირის ღრუს ფსკერზე ან ენის ფუძეზე ლოკალიზაციის შემთხვევაში - რადიკალური მკურნალობის არ არსებობისას შესაძლებელია მალიგნიზაცია.

#### **ეს მნიშვნელოვანია!**

ლეიკოპლაკიის ვერუკოზული და ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმები მიეკუთვნება ფაკულტატურ კიბოსწინარე დაავადებებს, მალიგნიზაციის მაღალი ალბათობით (45-75%).

## **9. მოსალოდნელი შედეგები**

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვიზუალური, ფუნქციური მდგომარეობის ნორმალიზება.

## **10. აუდიტის კრიტერიუმები**

- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებების პრევენცია და მკურნალობა აღნიშნული პროტოკოლით?
- მკურნალობის დასრულებიდან 1 თვეში რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მონიტორინგი?
- რამდენი 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
<b>ადამიანური</b>	<b>რესურსების გამოყენების მიზანი</b>	
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 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
<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	სავალდებულო

	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 ბროშურების გამოყენება.	სასურველია

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებების პროტოკოლი არ უნდა შეიცვალოს სხვადასხვა სტომატოლოგიურ დაწესებულებებზე „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 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. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, 2015, <http://annonc.oxfordjournals.org>
2. Oral Leukoplakia Management Guidelines <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/621.pdf>
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](http://c2-preview.prosites.com/128825/wy/docs/Clinician's_Guide_to_Treatment_of_Common_Oral_Conditions.pdf)
4. G. Laskaris, Color Atlas of Oral Diseases, third edition, Stuttgart-New York, 2003., 454 p.
5. G. Laskaris, C. Scully, Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases, 2005, 347 p.
6. K. Bork, W. Burgdorf, N. Hoede, Mundschleimhaut-und Lippenkrankheiten, 2011, 436 p.
7. G. Laskaris, Treatment of Oral Diseases, 2006. 300 p.
8. Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ, 2005. 184 с.
9. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык - „зеркало“ организма, 2000. 407с.
10. Самцов А.В., Белоусова И.Э., Буллёзные дерматозы, 2012. 142 с.
11. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И., Заболевания слизистой оболочки полости рта, 2001. 271 с.
12. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М., клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ, 2008. 191 с.
13. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ., პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები 2012, 282გვ.