

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 ცვლილებები დერმატოზების დროს

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები დერმატოზების დროს.....	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. პემფიგუსი -ჭეშმარიტი (აკანტოლიზური) ბუშტუკი (Pemphigus vulgaris)	4
8.2. პემფიგოიდი, ბულოზური პემფიგოიდი, არაკანტოლიზური ბუშტუკი (Pemphigoid) ...	7
8.3. წითელი ბრტყელი ლიქენი (Lichenruber planus)	8
8.4. სისტემური წითელი მგლურა (Lupus erythematodes).....	12
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	15
10. აუდიტის კრიტერიუმები	15
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	15
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	15
ცხრილი№1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	15
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე.....	17
14. პროტოკოლის ავტორები	17
15. გამოყენებული ლიტერატურა	18

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები დერმატოზების დროს

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
<p>პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები დერმატოზების დროს:</p> <ul style="list-style-type: none"> - პემფიგუსი - პემფიგოიდი - წითელი ბრტყელი ლიქენი - სისტემური წითელი მგლურა 	<p>K12.1 (L10.0) ICD10, XII კლასი K12.1 (L12.0) ICD10, XII კლასი K12.1 (L43) ICD10, XII კლასი K12.1 (M32) ICD10, XIII კლასი</p>
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;
- Clinician’s Guide - Treatment of Common Oral Conditions American Academy of Oral Medicine, 2009;
- Systemic Lupus Erythematosus - BMJPublishingGroupLtd, 2016;
- Diagnosis and Treatment of Lichen Planus - American Academy of Family Physicians 2011;
- British Association of Dermatologists’ guidelines for the management of bullous pemphigoid 2012;
- Pemphigus. S2 Guideline for diagnosis and treatment –guided by the European Dermatology Forum (EDF) incooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) European Academy of Dermatology and Venereology, 2014.

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 ლორწოვან გარსზე დერმატოზების: პემფიგუსის, პემფიგოიდის, წითელი ბრტყელი ლიქენის, სისტემური წითელი მგლურას კლინიკის, დიაგნოსტიკის, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესახებ.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, ვისაც აღენიშნება შემდეგი დერმატოზების გამოვლინება პირის ღრუში: პემფიგუსი, პემფიგოიდი, წითელი ბრტყელი ლიქენი, სისტემური წითელი მგლურა.

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. პემფიგუსი -ჭეშმარიტი (აკანტოლიზური) ბუშტუკი (Pemphigus vulgaris)

ქრონიკული დერმატოზია, აუტოიმუნური დაავადებაა, რომელსაც კანზე და ლორწოვანზე ანთების არარსებობისას ახასიათებს ეპითელიუმის დაზიანება, ეპიდერმული, აკანტოლიზური ბუშტუკების წარმოქმნა.

პემფიგუსი გვხვდება უმეტესად 40 წლის ზევით ორივე სქესის ადამიანებში. ბავშვები ავადდებიან მალე იშვიათად.

ლოკალიზაცია

პირის ღრუსა და ხახის ლორწოვანი ყოველთვისაა პროცესში ჩართული და დიდხანს შეიძლება წარმოადგენდეს ამ დაავადების ერთადერთ გამოვლინებას. კანზე დაზიანება ლოკალიზებულია მუცელზე, ზურგსა და შორისის მიდამოში.

ფორმები

განასხვავებენ ჭეშმარიტი (აკანტოლიზური ბუშტუკის) 4 კლინიკურ ფორმას:

- ვულგარული;

- ვეგეტირებული;
- ფოთლისებური;
- სეზონური (ერიტემატოზული ანუ სენირ-აშერის სინდრომი).

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ეტიოლოგია უცნობია. ითვლება, რომ ორგანიზმისთვის უცხო ხდება ეპიდემიის ეკლისებური შრის უჯრედშორისი ნივთიერება, რასაც მოსდევს ეპითელიუმის შიგნით სუბეპითელური ბუმტუკების ჩამოყალიბება.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- ტკივილს მეტყველებისა და საკვების მიღების დროს;
- ცუდ სუნს პირის ღრუდან;
- ხმის ჩახლეჩას;
- ჰიპერსალივაციას.

ობიექტური მონაცემები

პირის ღრუში ბუმტუკებს, როგორც წესი, ვერც პაციენტი და ვერც ექიმი ვერ ხედავს, ვინაიდან ისინი წარმოქმნისთანავე სკდება. მათ ადგილას ვითარდება მრგვალი ან ოვალური, აღისფერი-წითელი ფერის „შიშველი“ ეროზიები და პირის ღრუში შეიმჩნევა სქელი („ცხიმიანი“) აპკები (გამსკდარი ბუმტუკების ლორწოვანი შრე). ასეთი ეპითელის ზედაპირული შრე ადვილად სცილდება ეროზიულ ზედაპირს (ნიკოლსკის დადებითი სიმიტი). ეროზიები ტუჩებზე მუქი-მოყვითალო ფერის ჰემორაგიული ქერქებით იფარება. პროცესი ხშირად ვრცელდება ტუჩების მიმდებარედ, ნიკაპსა და ნიკაპის კანზე.

პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა: ქვეითდება მადა, აღინიშნება უძილობა, ციებ-ცხელება, გულისრევა, ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაცია.

თვალთ შეუცვლელ კანზე აღინიშნება 0,5-5 სმ ზომის, რბილი თავსახურით დაფარული ბუმტუკები გამჭვირვალე ან მღვრიე შიგთავსით. ჯანმრთელი კანი ბუმტუკის გარშემო ადვილად განიცდის აშრევებას (ნიკოლსკის დადებითი სიმპტომი).

დიაგნოსტიკა

პემფიგუსის დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონაცემებს:

- კლინიკური მონაცემები - ნიკოლსკის დადებითი სიმპტომი;
- ეროზიის ზედაპირიდან აღებულ ციტოლოგიურ მასალაში აღმოჩნდება აკანტოლიზური უჯრედები, ანუ ტცანკის უჯრედები.

მკურნალობა

ადგილობრივი მკურნალობა მიმართულია მეორადი ინფექციის, ტკივილის კუპირებისა და ეპითელიზაციის სტიმულაციისკენ. ინიშნება:

- 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);
- მეორადი დაინფიცირების თავიდან ასაცილებლად:
 - ადგილობრივად მოქმედი ანტიბიოტიკები: 1%-იანი ტეტრაციკლინის და დიტეტრაციკლინის თვალის მალამო, 1%-იანი ერითრომიცინის და ამბროცილის მალამოები, დიპლენ დენტას ფირფიტები და სხვა;
 - ფაგები: სტრეპტოფაგი, სტაფილოფაგი, კოლიფაგი, პიოფაგი და ინტესტიფაგი აპლიკაციის სახით;
 - კომბინირებული ანტიმიკრობული პრეპარატები: მეტროჟილ-დენტას, ლინგეზინის, პაროდუმის მალამოები აპლიკაციის სახით;
 - ადგილობრივი სოკოსაწინააღმდეგო პრეპარატები: 1%-იანი ნისტატინის, 5%-იანი ლევორინის, 1%-იანი დეკამინის, მიკოჰეპტინის, ლამიზილის მალამოები; ასევე, 1%-იანი იფენეკის და მაკმირორის მალამო დღეში 3-4-ჯერ. ნისტატინის, ფუნისტატინის, ამფოტერიცინ B-ს და პიმაფუცინის ორალური სუსპენზიები აპლიკაციის სახით, 10-20 წუთი და სხვა;
- ნეკროზული ან ფიბროზული ნადების არსებობისას პროტეოლიზური ფერმენტების გამოყენება (ტრიპსინი, ქიმოტრიფსინი, რიბონუკლეაზა, დეზოქსირიბონუკლეაზა, კარიპაზინი);
- კორტიკოსტეროიდული მალამოები (პრედნიზოლონი, ჰიდროკორტიზონის აცეტატი, პოლკორტოლონი, კლოვეიტი, დერმოვეიტი, ფლუცინარი, ოქსიკორტი, ფტოროკორტი და სხვ.);
- მაკრობიოციტული 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 ამამაღლებელი 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;
- ანტისეპტიკური საველებების დანიშვნა (Lacalut active, Corsodyl, Trachisan, MediDent, Parodontax, Parodontax extra, Octenidol, Tantum Verde, Listerine; Eludril – და სხვა).

ზოგადი მკურნალობა უნდა წარიმართოს კომპლექსურად დერმატო-ვენეროლოგთან ერთად:

- კორტიკოსტეროიდული პრეპარატები ინიშნება შესაბამისი სქემით. როგორც წესი, მკურნალობა ხანგრძლივია, იწყება დარტყმითი დოზებით (40-80 მლ პრედნიზოლონი, ან 8-10 მლ დექსამეტაზონი დღე-ღამეში 15 დღის განმავლობაში);

- არასტეროიდული, ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები (ნატრიუმის სალიცილატი 0,5-1 გრ 4-ჯერ დღეში);
- ანტიჰისტამინური საშუალებები (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);
- ინტოქსიკაციის მოსახსნელად: ნატრიუმის თიოსულფატი, ჰემოდეზი, ფიზიოლოგიური ხსნარი, რინგერი და სხვა;
- ვიტამინოთერაპია: პოლივიტამინები, B და C ჯგუფის ვიტამინები.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისას. ცუდია - მკურნალობის არარსებობისას.

8.2. პემფიგოიდი, ბულოზური პემფიგოიდი, არააკანტოლიზური ბუშტუკი (Pemphigoid)

ამ ჯგუფის დაავადებებს მიეკუთვნება:

- ლევერის ბულოზური პემფიგოიდი (საკუთრივ არააკანტოლიზური პემფიგუსი);
- ლორტა-ჟაკობის ბულოზური დერმატიტი (ნაწიბუროვანი პემფიგოიდი, თვალის პემფიგუსი);
- პირის ღრუს ლორწოვანის კეთილთვისებიანი არააკანტოლიზური პემფიგუსი.

უმეტეს შემთხვევაში ავადდებიან 60 წლის ასაკს ზევით ადამიანები.

ლოკალიზაცია

ბუშტუკების პირველადი გამოვლენა ხდება კიდურების და სხეულის კანზე, 50% შემთხვევაში - პირის ღრუს ლორწოვანზე, ძირითადად ღრძილებზე, სასაზე და ლოყის ლორწოვანზე.

ეტიოლოგიური ფაქტორები უცნობია.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის პირის ღრუს ლორწოვანზე მკვეთრად მტკივნეული ეროზიების არსებობას. უხერხულობას მეტყველებისა და საკვების მიღების დროს.

ობიექტური მონაცემები

ჰიპერემიულ და შეშუპებულ ლორწოვანზე ვითარდება ბუშტუკები. როგორც წესი, ისინი მრგვალი ფორმისაა, 3-10 მმ-ის დიამეტრის, სეროზული შიგთავსით, ზოგჯერ სისხლმდენი. ბუშტუკებს აქვთ მკვრივი სახურავი, რომლებიც დიდხანს არ სკდება. ნიკოლსკის სიმპტომი უარყოფითია.

კანზე აღინიშნება ბუშტების და ქერქის არსებობა. იშვიათად შეიმჩნევა სუბეპითელური აშრეების დადებითი სიმპტომი. თვეებისა და წლების განმავლობაში მიმდინარე, ბულოზური პემფიგოიდისთვის დამახასიათებელია ხშირი რემისიები.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემებით. ნიკოლსკის სიმპტომი უარყოფითია. ნაცხ-ანაბეჭდებში აკანტოლიზური უჯრედები არ აღინიშნება.

მკურნალობა

ადგილობრივი იგივეა, რაც პემფიგუსის დროს.

ზოგადი მკურნალობა სიმპტომურია: ანტიჰისტამინური პრეპარატები, კერატოპლასტიური საშუალებები, C და P ვიტამინები.

პროგნოზი სასიკეთოა. მიმდინარეობა კეთილთვისებიანი, არ იწვევს რაიმე გართულებას.

8.3. წითელი ბრტყელი ლიქენი (Lichenruber planus)

ქრონიკული დაავადებაა. უმეტესად ავადდება 40-60 წლის ქალები, ძალზედ იშვიათად - ბავშვები.

ლოკალიზაცია

პირის ღრუში ლოკალიზაციისას ზიანდება ლოყის, ენის, ტუჩის ლორწოვანი გარსი, როგორც წესი, სიმეტრიულად (ტიპიური ფორმა), ცენტრალური საჭრელების მიდამოში - ღრძილები (ატოპიური ფორმა), რეტრომოდლარულ სივრცეში (ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმა), შეიძლება დაზიანდეს მაგარი და რბილი სასა (ინფილტრაციული და ბულოზური ფორმა), ხახის რკალი (ბულოზური ფორმა).

კანზე დაზიანება ძირითადად ვითარდება წინამხარზე და მუხლებთან.

კანისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანებები ერთდროულად შემთხვევათა 45%-შია.

ფორმები

განასხვავებენ წითელი ბრტყელი ლიქენის შემდეგ ფორმებს:

- ტიპიური;
- ჰიპერკერატოზული;
- ექსუდაციურ-ჰიპერემიული;
- ეროზიულ-წყლულოვანი;
- ბულოზური;
- ატოპიური.

ყველა კლინიკური ფორმა შეიძლება ტრანსფორმირდეს ერთიდან მეორეში.

ექთნოლოგიური ფაქტორები

ითვლება, რომ წითელ ბრტყელ ლიქენს აქვს აუტოიმუნური წარმოშობა, ხშირად ვითარდება ესტროგენების დეფიციტის ფონზე. ყოველთვის ახლავს ფსიქოემოციური ფონი – სტრესი; შესაძლებელია, შეუღლებული იყოს შაქრიან დიაბეტთან და ჰიპერტონულ დაავადებასთან (გრინშპანის სინდრომი).

სუბიექტური მონაცემები

უმეტეს შემთხვევაში, ახასიათებს უსიმპტომო მიმდინარეობა. ზოგჯერ აღინიშნება:

- ლორწოვანის ხაოიანობა (ტიპიური, ჰიპერკერატოზული ფორმები);
- პირის ღრუს ლორწოვანის დაჭიმულობა (ტიპიური, ჰიპერკერატოზული ფორმები);
- წვა პირის ღრუში (ექსუდაციურ-ჰიპერემიული, ატიპიური ფორმები);
- მტკივნეულობა (ეროზიულ-წყლულოვანი, ბულოზური, ინფილტრაციული ფორმები);
- მეტყველებისა და საკვების მიღების გაძნელება (ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმა).

ობიექტური მონაცემები

ტიპიური ფორმა გვხვდება შემთხვევათა 45%-ში. პირის ღრუში ჯანმრთელ ლორწოვანზე განირჩევა თეთრი-სადაფისებრი ან მორუხო-თეთრი ფერის 1-2 მილიმეტრი დიამეტრის მქონე წვრილი პაპულები, რომლებიც ქმნიან არშიისებრ, მაქმანისებრ, ჭირხლისებრ მოხატულობას. ეს უიკჰემის ბადეა. პაპულები მცირედ წამოწეულია ლორწოვანიდან და აძლევს მას ხორკლიან შესახედაობას.

ჰიპერკერატოზული ფორმა გვხვდება შედარებით იშვიათად. ამ დროს მკვეთრად გამოხატულია ჰიპერკერატოზი. პაპულები ერთდებიან და წარმოქმნიან თეთრი ფერის, მკვეთრი მოხაზულობის მქონე გარქოვანებულ ბალთებს, რომელიც წამოწეულია ლორწოვანიდან. მათ გარშემო დაავადების ტიპიური ფორმისთვის დამახასიათებელი მაქმანისებრი სურათია. დაზიანება ძირითადად ლოკალიზებულია ლოყის ლორწოვანსა და ენის ზურგზე.

ექსუდაციურ – ჰიპერემიული ფორმა გვხვდება შემთხვევათა 25%-ში. მისთვის დამახასიათებელია ტიპიური პაპულები ანთებად, ალისფერ-წითელ, ჰიპერემიულ ლორწოვანზე. მკვეთრად გამოხატული ანთების დროს პაპულები კარგავს სიმკვეთრეს და ზოგჯერ მთლიანად ქრება. შეშუპებისა და ჰიპერემიის შემცირებასთან ერთად მაქმანისებრი სურათი კვლავ იკვეთება.

ეროზიულ – წყლულოვანი ფორმა გვხვდება შემთხვევათა 23%-ში. ლოყის ლორწოვანზე, რეტრომოლარულ სივრცეში, ენაზე აღინიშნება ეროზიები, ზოგჯერ წყლულები, რომელთაც გარს აკრავს ჰიპერემიული და შეშუპებული უბნები მაქმანისებრი არშიით (დამახასიათებელი დაავადების ტიპიური ფორმისთვის). ეროზია შეიძლება იყოს ერთეული ან მრავლობითი, უსწორმასწორო ფორმის, დაფარული ფიბროზული ნადებით.

წყლულებიც უსწორმასწორო, წაგრძელებული ფორმისაა, არარის ღრმა, დაფარულია ნეკროზული ნადებით. მათი პალპაცია მტკივნეულია. ზოგჯერ რეგიონალური ლიმფური კვანძები გადიდებული და პალპაციით მტკივნეულია. პაციენტს უჭირს მეტყველება და საკვების მიღება. დაავადება მიმდინარეობს მძიმედ და ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას.

ბ უ ლ ო ზ უ რ ი ფორმა შედარებით იშვიათია და გვხვდება შემთხვევათა 3%-ში. ხასიათდება ტიპური მაქმანისებრი სურათის ფონზე მკვრივი თავსახურიანი, სეროზული ან ჰემორაგიული შიგთავსის მქონე ბუშტუკების არსებობით. მათი ზომა მერყეობს 1-დან 10 მმ-მდე. ბუშტუკი მალე სკდება და ყალიბდება ეროზია, რომელიც ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმისაგან განსხვავებით, სწრაფად ეპითელიზდება. დაზიანება ძირითადად ლოკალიზებულია ენის დორსალურ და გვერდით ზედაპირებზე, სასაზე, ხახის რკალზე, იშვიათად ღრძილებზე.

ა ტ ი პ ი უ რ ი ფორმა გვხვდება შემთხვევათა 4%-ში. დაზიანება ძირითადად ლოკალიზებულია ზედა ტუჩსა და ზედა ყბის ღრძილების მიდამოში. როგორც წესი, ზედა ტუჩის ცენტრალურ ნაწილში, სიმეტრიულად აღინიშნება ორი შემოსაზღვრული ჰიპერემიის უბანი. შეშუპების და ინფილტრაციის გამო ეს უბანი მცირედ წამოწეულია ირგვლივ მდებარე ქსოვილებიდან და დაფარულია შემღვრეული ეპითელიუმით. ცენტრალური საჭრელების მიდამოში ღრძილები შეშუპებული და ჰიპერემიულია.

წითელი ბრტყელი ლიქენის დროს კანზე აღინიშნება მოლურჯო-წითელი, ცვილისებური სიპრიალის, ბრტყელი, 0,2-1მმ დიამეტრის მქონე პაპულები.

კლინიკური სურათის დამამძიმებელი ფაქტორებია:

- ტრავმა;
- გალვანიზმი;
- კანდიდოზი;
- შაქრიანი დიაბეტი;
- ჰიპერტონული დაავადება;
- კვების ტიპი.

წითელი ბრტყელი ლიქენის **დიაგნოსტიკა** ემყარება:

- კლინიკურ მონაცემებს;
- პირის ღრუს ლორწოვანის სრულფასოვან ინსპექციას (ლოყების რეტრომოლარული უბნები, სიმეტრიულობა);
- კანის მდგომარეობას.

მკურნალობის თანმიმდევრობა ასეთია:

1. მატრავმირებელი ფაქტორების მოხსნა (კბილების ბასრი კიდეები, არარაციონალურად დამზადებული პროთეზების და ორთოდონტიული კონსტრუქციების შეცვლა. პირის ღრუში სხვადასხვა მეტალის არსებობის, გალვანოზის აღმოფხვრა).

2. პროფესიული ჰიგიენა.
3. ქრონიკული ინფექციის კერების მკურნალობა (პერიოდონტიტი, პაროდონტიტი).
4. პირის ღრუს სანაცია.
5. სისხლში შაქრის და ესტროგენების განსაზღვრა.

ადგილობრივი

ექსუდაციურ-ჰიპერემიული, ატიპიური, ეროზიულ-წყლულოვანი და ბულოზური ფორმების დროს:

- გამაუტკივარებელი საშუალებები: 1%-იანი პირომეკაინის ხსნარი, 5%-იანი პირომეკაინ-მეთილურაცხლის მალამო, 10%-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი, 4%-იანი ბენზოკაინის ჟელეს აპლიკაცია;
- მეორადი ინფექციისაგან თავის დასაცავად ანტისეპტიკებით ლორწოვანის 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;
- კერატოპლასტიური 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;
- კორკიტოსტეროიდული მალამოების აპლიკაცია: პრედნიზოლონი, ჰიდროკორტიზონის აცეტატი, პოლკორტოლონი, კლოვეიტი, ფლუცინარი, ოქსიკორტი, ფტოროკორტი და სხვა;
- ადგილობრივი იმუნიტეტის ამამაღლებელი 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;
- ანტისეპტიკური საველებების დანიშვნა: Lacalut active, Corsodyl, Trachisan, MediDent, Parodontax, Parodontax exstra, Octenidol, Tantum Verde, Listerine; Eludril - და სხვა.

ზოგადი მკურნალობა უნდა წარიმართოს კომპლექსურად დერმატოლოგთან ერთად და მოიცავს:

- ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს: 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;
- ფსიქოტროპული თერაპია: სედაციური საშუალებები (ვალერიანი), ტრანკვილიზატორები (სედუქსენი, ფენაზეპამი), ანტიდეპრესანტები (აზაფენი, ამიტრიპტილინი) მცირე დოზებით, ხანგრძლივად;
- ანტიმალარიული პრეპარატები: 0,25 გრ დელაგილი 1-2-ჯერ დღეში 4-6 კვირა, ჰინგამინი, რეზოქინი;

- მძიმე ფორმის ეროზიული, ბულოზური, ინფილტრაციული ფორმების დროს კორტიკოსტეროიდული პრეპარატები შესაბამისი სქემით.

დაავადების ტიპური ფორმის დროს მკურნალობა მიზანშეწონილია შემოიფარგლოს პირის ღრუს სანაცით, ადგილობრივი მატრავმირებელი ფაქტორების მოშორებით და პოლივიტამინების დანიშვნით. პაციენტს აუცილებლად უნდა განემარტოს დაავადების უსაფრთხოება.

პროფილაქტიკა

წითელი ბრტყელი ლიქენის რეციდივების პროფილაქტიკისთვის უმნიშვნელოვანესია ორგანიზმისთვის სომატური დაავადებისა და ნერვული სისტემის დარღვევების მკურნალობა. რემისიის პერიოდში რეკომენდებულია ვიტამინოთერაპიის კურსის ჩატარება. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დიეტას, სიგარეტის მოწვევის აკრძალვასა და პირის ღრუს სანაციას.

პროგნოზი სასიკეთოა.

ეს მნიშვნელოვანია!

ეროზიულ-წყლულოვანი და ჰიპერკერატოზული ფორმები ფაკულტატური კიბოსწინარე დაავადებებია.

8.4. სისტემური წითელი მგლურა (Lupus erythematoses)

აუტოიმუნური დაავადებაა. უმეტესად ავადმყოფობენ 20-40 წლის ასაკის ქალები.

ლოკალიზაცია

- სახის კანი (ლოყის და ცხვირის ზედაპირის სიმეტრიული დაზიანებანი - „პეპელა“);
- ტუჩის წითელი ყაეთანი (უმეტესად - ქვედა ტუჩი);
- პირის ღრუს ლორწოვანი (უმეტესად ლოყის, რეტრომოდლარული უბნები).

შესაძლებელია ტუჩის წითელი ყაეთნის იზოლირებული დაზიანება მაშინ, როდესაც პირის ღრუს ლორწოვანის იზოლირებული დაზიანებები პრაქტიკულად არ აღინიშნება.

ფორმები

წითელი მგლურა მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება იყოს:

- მწვავე (სისტემური);
- ქრონიკული (დისკოიდური, შემოსაზღვრული);
- ტიპური;
- კლინიკურად - ატროფიის გარეშე გამოხატული;
- ეროზიულ-წყლულოვანი;
- ღრმა (ირგანგა-კაპოშის).

ექოლოგიური ფაქტორები

წითელი მგლურა მიეკუთვნება აუტოიმუნურ დაავადებებს, რომლის დროსაც ვითარდება სენსიბილიზაცია ინფექციური და სხვა აგენტების მიმართ. მაპროვოცირებელ ფაქტორად შეიძლება იქცეს რომელიმე ქრონიკული ინფექცია ან კანის ჰიპერმგრძობელობა სიცივესა და ულტრაიისფერ გამოსხივებაზე.

სუბიექტური მონაცემები

ზოგჯერ პაციენტს ჩივილები შეიძლება არ ჰქონდეს (დრმა ფორმა). ჩივილების არსებობისას აღინიშნება:

- ტუჩებისა და პირის ღრუს ლორწოვანის სიმშრალე;
- პირის ღრუს ლორწოვანის დაჭიმულობისა და წვის შეგრძნება;
- ტკივილი საკვების მიღების დროს.

ობიექტური მონაცემები

წითელი მგლურას კლინიკური მიმდინარეობა ხასიათდება შემდეგი სამი ნიშნით: ერთემმა, ჰიპერკერატოზი და ატროფია. აღნიშნული ნიშნები ახასიათებს დაავადების ყველა ფორმას.

წითელი მგლურას განვითარების სტადიებია:

- ერთემული (ანთებადი);
- ყაეთნის წარმოქმნის;
- ნაწიბურის ჩამოყალიბების.

ერთემული სტადია: ვითარდება მკვეთრად შემოსაზღვრული მოვარდისფრო-წითელი ფერის, ანთებადი, მრგვალი ან ოვალური ფორმის ლაქები, რომლებიც ნელა იზრდება პერიფერიაზე და ერწყმის ერთმანეთს.

ყაეთნის წარმოქმნის სტადია: შემუშებისა და ჰიპერემიის გამო დაზიანების უბნები მკვრივდება და ყალიბდება მცირედ აწეული კიდე, რომელიც წითელი ფერისაა და ბეჭედივით გარს აკრავს ფინჯნის ფორმის დაზიანებას.

ნაწიბურის ჩამოყალიბების სტადია: ბალთის გარშემო ანთებითი უბნები მალე ქრება. დაზიანების შეხორცების შემდეგ პირის ღრუს ლორწოვანზე ყალიბდება ატროფიული ნაწიბური.

წითელი მგლურას მწვავე ფორმის დროს სისტემურად ზიანდება მთელი ორგანიზმი. აღინიშნება ართრიტი, ენდოკარდიტი, პლევრიტი, ნეფრიტი. დაავადების ქრონიკული ფორმისას ზიანდება სახის კანი („პეპელა“ კანზე), ყურის ნიჟარები, თავის თმიანი ნაწილი, ხშირად ტუჩის წითელი ყაეთანი. პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანებანი ყოველთვის შეჯვარებულია სახის კანის დამახასიათებელ ცვლილებებთან. აღინიშნება დაავადების ოთხი კლინიკური ფორმა:

ტიპური ფორმის დროს ტუჩის წითელი ყაეთანი ინფილტრირებულია მკვრივი კიდეებით. აღნიშნება მუქი წითელი ან მოლურჯო ფერის, ოვალური ან ლენტისებრი ფორმის ცალკეული უბნები. პროცესი გრძელდება თვეები, ზოგჯერ წლები და მთავრდება ატროფიული ნაწიბურის ჩამოყალიბებით.

კლინიკურად - ატროფიის გარეშე გამოხატული ფორმის დროს აღინიშნება ტუჩის წითელი ყაეთანის მცირედი ინფილტრაცია და ტელეანგიექტაზია.

ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმისას - ტუჩების მნიშვნელოვანი ინფილტრაცია და ერთემა. ამასთან, ვითარდება ნახეთქი, ეროზია და წყლული, რომლის ირგვლივ გამოხატულია ჰიპერკერატოზი.

ღრმა (ირგანგა-კაპოშის) ფორმის დროს ტუჩის წითელ ყაეთანზე აღინიშნება კვანძოვანი წარმონაქმნი, რომლის ზედაპირზე გამოხატულია ერთემა და ჰიპერკერატოზი.

ტუჩის წითელი ყაეთნის იზოლირებული დაზიანება ყველაზე ძნელი სადიაგნოსტიკო კლინიკური შემთხვევაა. საჭიროა, ყურადღება მიექცეს დაავადების სეზონურობას: დაავადება იწყება და მწვავედება გაზაფხულ-ზაფხულის პერიოდში.

წითელი მგლურას **დიაგნოსტიკა** ემყარება პირის ღრუს ლორწოვანის და კანის მდგომარეობის შეფასებას. ლორწოვანის დაზიანება ყოველთვის შეუღლებულია სახის კანის დამახასიათებელ ცვლილებებთან. ასევე, ყურადღება უნდა მიექცეს სეზონურობას - დაავადების დაწყება და გამწვავებები გაზაფხულ-შემოდგომის პერიოდს ემთხვევა.

მკურნალობა უნდა წარიმართოს კომპლექსურად დერმატოლოგთან ერთად.

ადგილობრივი მკურნალობა სიმპტომურია და გულისხმობს გამაუტკივარებელი ხსნარებისა და ჟელებების, ანტისეპტიკების, კორტიკოსტეროიდული მალამოების, მაეპითელიზებელი საშუალებების გამოყენებას.

ზოგადი იგივეა, რაც წითელი ბრტყელი ლიქენის დროს.

პროფილაქტიკა

აუცილებელია პაციენტების დისპანსერიზაცია. რეციდივების თავიდან ასაცილებლად უმნიშვნელოვანესია ოდონტოგენური ინფექციების აღმოფხვრა და პირის ღრუს სანაცია. გაზაფხულ-ზაფხულის პერიოდში რეკომენდებულია თავის დაცვა მზის სხივების პირდაპირი მოქმედებისა და გადახურებისაგან. მაქსიმალურად უნდა შემცირდეს კოსმეტიკური საშუალებების გამოყენება. ამ პერიოდში მგლურას კერები უნდა დაიფაროს ფოტოდამცავი მალამოებით.

პროგნოზი, დროული მკურნალობის შემთხვევაში, კეთილსაიმედოა.

ეს მნიშვნელოვანია!

მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში წითელი მგლურას არსებულმა კერებმა შესაძლებელია, განიცადოს მალიგნიზაცია.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვიზუალური, ფუნქციური მდგომარეობის ნორმალიზება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა დერმატოზების 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/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
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

პროტოკოლი - „პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები დერმატოზების დროს“ 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. 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
2. Systemic Lupus Erythematosus - BMJPublishingGroupLtd2016
<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/103.pdf>
3. Diagnosis and Treatment of Lichen Planus - American Academy of Family Physicians 2011
<http://www.aafp.org/afp/2011/0701/p53.pdf>
4. Guideline on the Diagnosis and Treatment of Autoimmune bullous diseases - Pemphigoid
Developed by the Guideline Subcommittee of the European Dermatology Forum
[file:///C:/Users/AdminUnident/Downloads/Guideline-on-the-diagnosis-and-treatment-of-autoimmune-bullous-diseases-Pemphigoid-S2%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/AdminUnident/Downloads/Guideline-on-the-diagnosis-and-treatment-of-autoimmune-bullous-diseases-Pemphigoid-S2%20(3).pdf)
5. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of bullous pemphigoid 2012
http://www.bad.org.uk/library-media%5Cdocuments%5CBullous_pemphigoid_2012.pdf
6. Pemphigus. S2 Guideline for diagnosis and treatment –guided by the European Dermatology Forum (EDF) incooperation with the European Academy of Dermatologyand Venereology (EADV) - European Academy of Dermatology and Venereology, 2014
<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/jdv.12772/asset/jdv12772.pdf?v=1&t=iy411tbn&s=7d5a8876dba9271d073a9f710e8a4684eba8fd80>
7. G. Laskaris, Color Atlas of Oral Diseases, third edition, Stuttgart-New York, 2003., 454 p.
8. G. Laskaris, C. Scully, Periodontal Manifestatons 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., Буллёзные 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.