

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 სოკოვანი ინფექციები (მიკოზები)

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სოკოვანი ინფექციები (მიკოზები).....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1. ორალური კანდიდოზი	4
8.2. ჰისტოპლაზმოზი	8
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	8
10. აუდიტის კრიტერიუმები	8
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	8
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	9
ცხრილი№1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	9
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე.....	10
14. პროტოკოლის ავტორები	11
15. გამოყენებული ლიტერატურა	11

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სოკოვანი ინფექციები (მიკოზები)

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სოკოვანი ინფექციები (მიკოზები): - ორალური კანდიდოზი (კანდიდოზური სტომატიტი) - ჰისტოპლაზმოზი	B37.0 (ICD10, I კლასი) B39 (ICD10, I 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;
- Clinical Practice Guideline for the Management of candidiasis:2016 Update by the Infectious Diseases Society of America, 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 მოწოდება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სოკოვანი ინფექციით გამოწვეული დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისთვის.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, ვისაც აღენიშნება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სოკოვანი ინფექციით გამოწვეული დაავადებები: კანდიდოზი, ჰისტოპლაზმოზი.

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. ორალური კანდიდოზი (კანდიდოზური სტომატიტი) - რძიანა, მონილიაზი, ოიდიომიკოზი, სოორმიკოზი, ზედაპირული ბლასტომიკოზი, ლევუროზი - Oral candidosis

ფართოდ გავრცელებული სოკოვანი დაავადებაა. გამომწვევია Candida-ს გვარის საფუარის მაგვარი სოკო, იგი არ წამოქმნის სპორებს, ფართოდაა გავრცელებული ბუნებაში, განსაკუთრებით კარგად მრავლდება შაქრის მაღალი შემცველობის მქონე პროდუქტებში. შემთხვევათა 50-70%-ში იქცევა როგორც პირის ღრუს საპროფიტი. ვითარდება 2 გზით:

- ინფიცირება ხდება კანდიდოზით დაავადებული პირისაგან;
- სოკოსთვის ხელშემწყობი ფაქტორების ზემოქმედებით საკუთარი პირობით პათოგენური ფლორა გადადის პათოგენურში.

გავრცელება

უმეტესად ავადდებიან პირები, რომელთაც დაქვეითებული აქვთ ორგანიზმის დამცველობითი ფუნქციები. კერძოდ:

- ახალშობილები – სუსტი იმუნიტეტის გამო (რძიანა);
- ხანდაზმულები – იმუნოდეფიციტის გამო;
- აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულები;
- პირები, რომელთაც აქვთ მძიმე ფონური დაავადებები (ტუბერკულოზი, ჰიპოთირეოზი, თირკმელზედა ჯირკვლის დისფუნქცია და სხვა);
- ონკოლოგიური პაციენტები;
- შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულები;
- პირები, რომელთაც აღენიშნებათ ხანგრძლივად მიმდინარე ავიტამინოზები (განსაკუთრებით - B ჯგუფის);
- პაციენტები, რომლებიც იტარებენ არარაციონალურ და ხანგრძლივ ანტიბიოტიკოთერაპიას;

- პირები, რომლებიც იღებენ იმუნო სუპრესორულ პრეპარატებს (ორალური კონტრაცეპტივები, ციტოსტატიკები, კორტიკოსტეროიდები).

ლოკალიზაცია

კანდიდოზის დროს შეიძლება დაზიანდეს პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერი უბანი, ყველაზე ხშირად კი – ენა, სასა და ტუჩის კუთხეები.

ფორმები:

1. მწვავე ფსევდო მემბრანული კანდიდოზი, რძიანა - Candidosis acute - soor;
2. მწვავე ატროფიული კანდიდოზი - Candidosis acute atropica;
3. ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი - Candidosis chronica atrophica;
4. ქრონიკული ჰიპერპლასტიური კანდიდოზი - Candidosis chrinica hyperplastica.

დაზიანების სიღრმის მიხედვით გამოყოფენ ზედაპირულ და ღრმა კანდიდოზს. **გავრცელების მიხედვით** – კეროვანს და გენერალიზებულს. **ლოკალიზაციის მიხედვით** განირჩევა სოკოვანი სტომატიტი, გლოსიტი, ჰეილიტი, პალატინიტი, ანგულიტი.

ყველა ფორმის კანდიდოზის საერთო ნიშანი თეთრი ხაჭოსებრი ნადებია.

მწვავე ფსევდო მემბრანული კანდიდოზის დროს შეუცვლელ ან ჰიპერემიულ ლორწოვანზე აღინიშნება თეთრი, წერტილოვანი ნადები. ისინი ზოგჯერ ერთდება და ქმნის მოთეთრო, ხაჭოსებრ აპკს, რომლის მოცილება საკმაოდ ადვილია. ამ უბანში აღინიშნება ლორწოვანის ჰიპერემიული, სადა ან ეროზიული ზედაპირი.

მწვავე ატროფიული კანდიდოზის დროს ლორწოვანი ალისფერი წითელია. უმეტესად არ აღინიშნება ნადების არსებობა, მაგრამ თუ იგი შენარჩუნებულია, ისიც ღრმა ნაოჭებში. ნერწყვი ბლანტია და ქაფიანი ან გამოხატულია ქსეროსტომია. ზოგჯერ ტუჩის წითელი ყაეთანი სქელი ქერქითაა დაფარული.

ქრონიკული ჰიპერტროფიული კანდიდოზის დროს ჰიპერემიულ ლორწოვან გარსზე დიდი ზომის თეთრი ლაქები და პაპულებია. ისინი ხშირად ერწყმის ერთმანეთს და წარმოიქმნება ბალთები. ბალთა ხანდახან სქელდება და იღებს მოყვითალო ფერს. აფხეკის დროს ნადები ლორწოვან გარსს ნაწილობრივ სცილდება. აღინიშნება ლორწოვანის სიმშრალე, ნერწყვი ბლანტი და ქაფიანია. ენა ზიანდება რომბისებრი გლოსიტისთვის დამახასიათებელ უბანზე, სადაც აღინიშნება დვრილების ჰიპერპლაზია.

ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი უმეტესად დუნედ მიმდინარეობს. ხშირად ზიანდება საპროთეზო ველი და ვითარდება ე.წ. *პროთეზული სტომატიტი*. უმეტესად ამ ცვლილებებს თანერთვის პროთეზით გამოწვეული ლორწოვანი გარსის ტრავმა ან პლასტმასზე გამოხატული ალერგიული რეაქცია. ამ ნოზოლოგიის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ორთოპედიული და ორთოდონტიური

კონსტრუქციების ქვეშ ლორწოვანის ცუდ ჰიგიენურ მდგომარეობას. პროთეზული სტომატიტისთვის დამახასიათებელია ტრიადა:

- პროთეზის ქვეშ მაგარი სასის დაზიანება (ჰიპერემია, ეროზია, ხშირად პაპილომატოზი);
- კანდიდოზური გლოსიტი (ჰიპერემია, დვრილების ატროფია, პაპილომატოზი);
- კანდიდოზური ანგულიტი.

კლინიკურად კ ა ნ დ ი დ ო ზ უ რ ი ა ნ გ უ ლ ი ტ ი ს ა თ ვ ი ს დამახასიათებელია ღრმა ნახეთქები პირის კუთხეებში, თეთრი ნადები. ნახეთქი მშრალია ან აღინიშნება მცირედი ექსუდაცია, ასევე, თხელი ქერქების და ქერცლების არსებობა. მაცერაციისა და ტრავმების გამო ანგულიტი მიმდინარეობს ხანგრძლივად.

კ ა ნ დ ი დ ო ზ უ რ ი ჰ ე ი ლ ი ტ ი ტუჩის წითელი ქობის მიკოზური ანთებაა. ახასიათებს ჰიპერემია და შეშუპება, რომლის ზედაპირზე ვითარდება თეთრი ქერცლი.

დიაგნოსტიკა

კანდიდოზის დროს დიაგნოზი დგინდება კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემებით, კერძოდ, უზმოდ პირის ღრუს ნაცხის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევითა და ნადების მიკროსკოპიით. ანაფხეკში აღინიშნება დიდი რაოდენობით Candida-ს გვარის სოკოს უჯრედები და ფსევდომიცელიები.

მკურნალობის გეგმა:

ორალური კანდიდოზი, უმეტეს შემთხვევაში, მეორადი დაავადებაა. ამდენად, ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში მკურნალობა ინდივიდუალურია და გულისხმობს:

- ეტიოტროპულ თერაპიას;
- ფონური დაავადების გამოვლენას და მკურნალობას;
- ვიტამინოთერაპიას (ვიტამინები B და C ჯგუფის);
- პირის ღრუს სანაცხას;
- დიეტოთერაპიას (ნახშირწყლების შეზღუდვა, ვიტამინებითა და ცილებით მდიდარი პროდუქტების მიღება).

მკურნალობის შემდეგ აუცილებელია მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში, ანტიფუნგალური პრეპარატებით კურსის გამეორება 10-14 დღის განმავლობაში.

ადგილობრივი

- ადგილობრივი სოკოსაწინააღმდეგო პრეპარატები: 1%-იანი ნისტატინის, 5%-იანი ლევორინის, 1%-იანი დეკამინის, მიკოპტეტინის, 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;

- ტუტოვანი სავლებები: 2-4%-იანი სოდის, ნატრიუმის ტეტრაბორატის, ბორის მჟავას სავლებები დღეში 3-4-ჯერ;
- ანტიეპტიკური საშუალებები აპლიკაციებისა და სავლებების სახით;
- ჰალოგენები და ჰალოგენის შემცველი პრეპარატები: 0,02-0,05-0,06%-ანი ქლორჰექსიდინი და მისი შემცველი სავლებები (Lacalut active, Corsodyl, Trachisan, MediDent, Parodontax, Parodontax exstra);
- იოდის პრეპარატები: 1%-იანი იოდინოლი, ლუგოლი;
- ანილინის საღებავები: 1%-იანი მეთილენის ლურჯის წყალხსნარი და 1%-იანი ბრილიანტის მწვანეს წყალხსნარი ტურის კუთხეების დასამუშავებლად;
- ადგილობრივად მოქმედი იმუნომოდულატორები: იმუდონი - 2-2 აბი საწუწნად დღეში 4-ჯერ; მწვანე ფარი - 1-2 აბი საწუწნად დღეში 3-ჯერ; ლიზობაქტი - 2 აბი საწუწნად დღეში 3-ჯერ, 10-14 დღე.

ზოგადი

- სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატები:
 - პოლიენის რიგის ანტიბიოტიკები: ნისტატინი და ლევორინი – 500000 ED 1 აბი დღეში 3-4-ჯერ საწუწნად ან დასაღეჭად; მიკოსტატინის ორალური სუსპენზია და ფუნისტატინი - 4-6 მლ 3-4-ჯერ დღეში; მიკოჰეპტინი – 0,25 გრ 3-ჯერ დღეში; ამფოტერიცინ B-ს ორალურ სუსპენზია - 5 მლ დღეში 3-ჯერ, მკურნალობის კურსი 10-14 დღე.
 - იმიდაზოლის რიგის პრეპარატები: კეტოკონაზოლი (ნიზორალი) – 1-2 აბი დღეში ერთხელ; ეკონაზოლი – აეროზოლი მისაფრქვევად დღეში 1-3-ჯერ; მიკონაზოლი – დოზირება დიკოვზის 1/2 4-ჯერ დღეში.
 - ტრიაზოლინის რიგის პრეპარატები: იტრაკონაზოლი (ორუნგალი) – 100 მგ დღეში ერთხელ 7-14 დღე; ფლუკონაზოლი (დიფლუკანი) – 100-150 მგ დღეში ერთხელ 3 დღე.
 - სხვა ჯგუფის ანტიფუნგალური პრეპარატები: ტერბინაფინი (ლამიზილი) - 250 მგ დღეში ერთხელ 7-14 დღე; ტენონიტროზოლი (ატრიკან - 250) – 1 აბი დღეში 2-ჯერ, 4 დღე; ნიფურატელი (მაკმირორი) - 1 აბი დღეში 3-ჯერ 7 დღე.
- ვიტამინოთერაპია: პოლივიტამინები, B და C ჯგუფის ვიტამინები.
- კალციუმის შემცველი პრეპარატები (ზოგად გამამაგრებელი და ჰიპოსენსიბილიზაციური ეფექტის გამო) – კალციუმის გლუკონატი, კალციუმის გლიცერო ფოსფატი, კალციუმის ლაქტატი – 0,5გ 3-ჯერ დღეში 1 თვის განმავლობაში.
- ანტიჰისტამინური პრეპარატები: პიპოლფენი – 0,025გ 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 ჯერდღეში; სემპრექსი 1 აბი 3-ჯერ დღეში.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა. მძიმე ფორმის იმუნოდეფიციტების დროს დაავადებამ შეიძლება მიიღოს გენერალიზებული ხასიათი.

ეს მნიშვნელოვანია!

- ორალური კანდიდოზი ითვლება პრედიამეტურ ნიშნად. ხშირად პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება ამ დაავადების პირველი კლინიკური სიმპტომაა;
- ახალგაზრდა, ჯანმრთელ პირებში მწვავე ფორმის ორალური კანდიდოზის დროს აუცილებელია მათი გამოკვლევა აივ ინფექცია/შიდსზე.

8.2. ჰისტოპლაზმოზი

იწვევს *Histoplasma capsulatum*-ი, რომელიც ბუდობს ძველ სახლებსა და ძველ წიგნებში. პირის ღრუს ლორწოვანი იფარება მრავლობითი, მტკივნეული წყლულებით და კვანძოვანი გრანულებით. ზიანდება სასა, ენა, ლოყის, ღრძილის და ტუჩის ლორწოვანი. დიაგნოზი ისმება ჰისტოლოგიური პრეპარატით, ჰემატოქსილინ-ეოზინით შეღებვისას კარგად ჩანს ჰისტოპლაზმები მკვეთრად გამოხატული ღია ფერის არშიით.

მკურნალობა:

ეფექტურია იტრაკონაზოლით, კეტოკონაზოლით ან ამფოტერიცინი-B-თი.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვიზუალური, მიკრობიოლოგიური, ფუნქციური მდგომარეობის ნორმალიზება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სოკოვანი ინფექციების (მიკოზების) მკურნალობა აღნიშნული პროტოკოლით?
- მკურნალობის დასრულებიდან რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა მონიტორინგი?
- რამდენ პაციენტში (%) აღინიშნა რეციდივი ან უშედეგო მკურნალობა?
- რამდენ პაციენტში (%) მოხდა სასურველი შედეგის მიღწევა?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის ცვლილება მოხდება წყარო-გაიდლაინის რეკომენდაციის განახლების შესაბამისად.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

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

ცხრილი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რესურსების გამოყენების მიზანი	
ექიმი-სტომატოლოგი	აფასებს კლინიკურ მდგომარეობას, სახავს გამოკვლევის გეგმას, არსებული რეზერვიდან ირჩევს მოცემული, ინდივიდური პაციენტისათვის მკურნალობის მეთოდებს, ადგენს ხარჯთაღრიცხვას, ახდენს სამკურნალო საშუალებების, მედიკამენტების სელექციას და მათი გამოყენების ჩვენებებს ცალკეულ შემთხვევებში ინდივიდურად. ატარებს მკურნალობას და აფასებს მიღებულ შედეგებზე დაკვირვებას სხვადასხვა ვადაში. ადგენს პაციენტის განმეორებითი და საკონტროლო ვიზიტების ვადებს. აწარმოებს აუცილებელ სამედიცინო დოკუმენტაციას.	სავალდებულო
უმცროსი ექიმი / ექთანი	ექიმის ასისტირება, მკურნალობის პროცესში ჩართულობა, ყველა საჭირო მედიკამენტი, საშუალებითა და მოწყობილობით ექიმის სამუშაო უზნის უზრუნველყოფა. პაციენტებზე მუდმივი ზრუნვის განხორციელება და მათთან მუდმივი კომუნიკაცია.	სავალდებულო
რეგისტრატორი/ ადმინისტრატორი	კლინიკაში პაციენტთა მომართვის რეგულირება, ექიმის შერჩევა, სამედიცინო დოკუმენტაციის - პაციენტის ამბულატორიული ბარათის გახსნა და მათი საპასპორტო და სხვა მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მოძიება და დაფიქსირება. პაციენტთა სარეგისტრაციო ჟურნალის წარმოება.	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
მატერიალურ- ტექნიკური რისკის შეფასების სქემა	ჯანდაცვის პერსონალი ვალდებულია, პაციენტს აცნობოს იმ რისკების, შესაძლო გართულებებისა და გვერდითი რეაქციების შესახებ, რაც საანესთეზიო	სავალდებულო

	ნივთიერების გამოყენებას შეიძლება მოყვეს. ამასთანავე, პაციენტს უნდა განემარტოს, რა სახის გართულება შეიძლება მოყვეს ექიმის დანიშნულების არასათანადოდ შესრულებას, რაც თავის მხრივ პაციენტს მოტივირებულს ხდის, რომ გაითვალისწინოს ექიმის თითოეული რეკომენდაცია, შეასრულოს იგი და ყოველთვის გამოცხადდეს ექიმთან ვიზიტზე.	
ლაბორატორიული გამოკვლევები (სისხლის საერთო ანალიზი, ბიოქიმიური გამოკვლევა, ციტოლოგია)	აღნიშნული ძირითადი და დამხმარე სადიაგნოსტიკო საშუალებები ეხმარება ექიმს საბოლოო დიაგნოზის დასმაში, მკურნალობის პროცესში და შედეგის გაკონტროლებაში.	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება ვერბალურად, მარტივი და გასაგები ენით, ასევე, თვალსაჩინოებისთვის კლინიკური შემთხვევების ფოტომასალისა და საგანმანათლებლო-შემეცნებითი ბროშურებისგამოყენება.	სასურველი

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სოკოვანი ინფექციების (მიკოზების) პროტოკოლი არ უნდა შეიცვალოს სხვადასხვა სტომატოლოგიურ დაწესებულებაზე „მორგების“ მიზნით. სტომატოლოგიურმა კლინიკებმა მეთოდურად და ეტაპურად უნდა გააუმჯობესონ მკურნალობის ხარისხი თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვით, პროტოკოლის შესაბამისად.

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

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

14. პროტოკოლის ავტორები

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

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

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

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

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

15. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Clinical Practice Guideline for the Management of candidiasis:2016 Update by the Infectious Diseases Society of America,
<http://m.cid.oxfordjournals.org/content/early/2015/12/15/cid.civ933.full.pdf>
2. G. Laskaris, Color Atlas of Oral Diseases, third edition, Stuttgart-New York, 2003., 454 p.
3. G. Laskaris, C. Scully, Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases, 2005, 347 p.
4. K. Bork, W. Burgdorf, N. Hoede, Mundschleimhaut-und Lippenkrankheiten, 2011, 436 p.
5. G. Laskaris, Treatment of Oral Diseases, 2006. 300 p.
6. Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ, 2005. 184 с.
7. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык - „зеркало“ организма, 2000. 407с.
8. Самцов А.В., Белоусова И.Э., Буллезные дерматозы, 2012. 142 с.
9. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И., Заболевания слизистой оболочки полости рта, 2001. 271 с.
10. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М., клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ, 2008.191 с.
11. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ., პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები 2012, 282გვ.