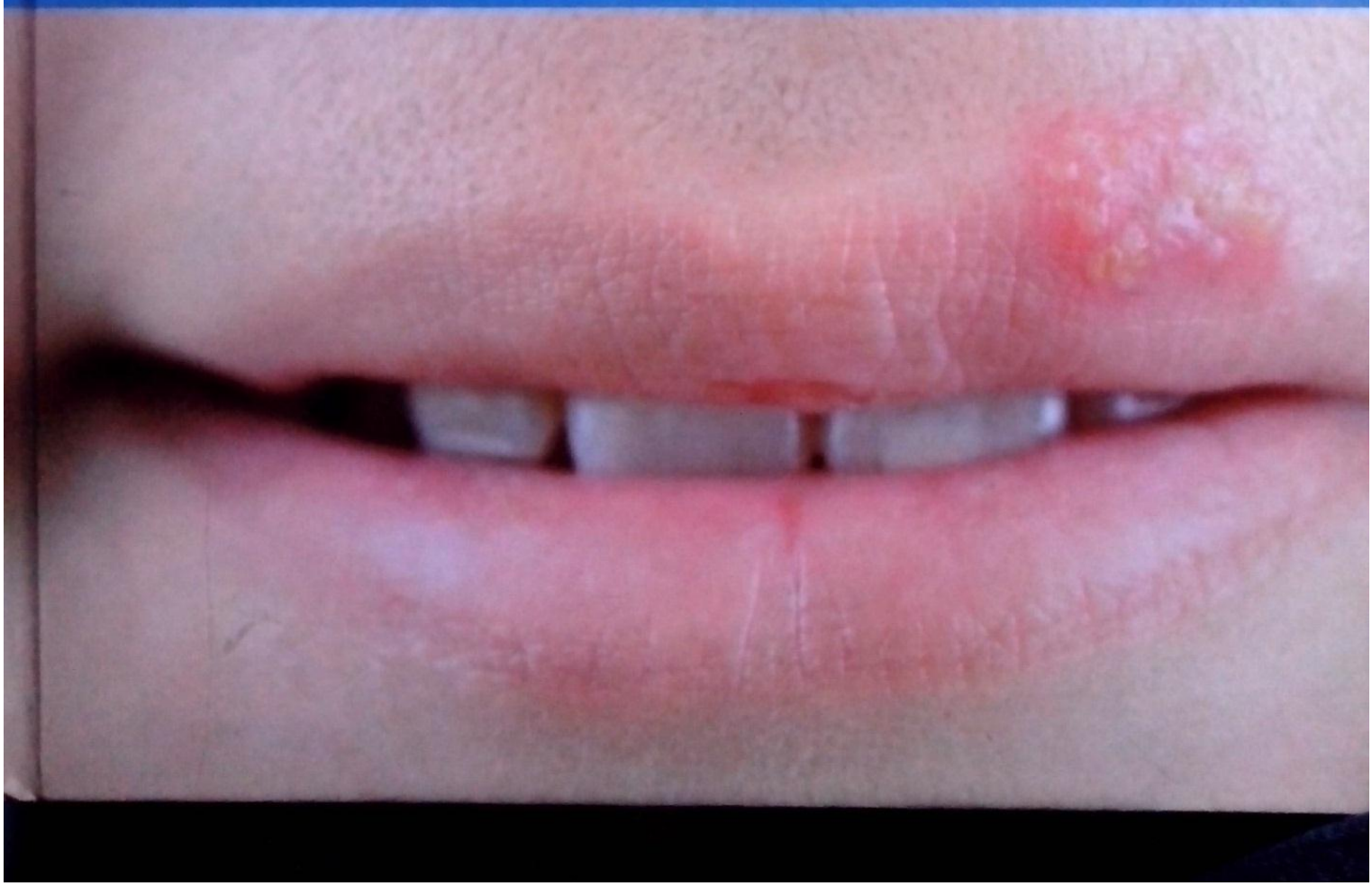
მანანა ივერიელი
ნინო აბაშიძე
ხატია გოგიშვილი
ნინო გოგებაშვილი

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები



პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები

მანანა ივერიელი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი. საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი. თსსუ-ის სტომატოლოგიური კლინიკის დირექტორი.

ნინო აბაშიძე
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი. ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი HBI-dentImplant-ის კლინიკური ხელმძღვანელი.

ხატია გოგიშვილი
მედიცინის აკადემიური დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი. ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი HBI-dentImplant-ის ექიმი-სტომატოლოგი.

ნინო გოგებაშვილი
თსსუ-ის დოქტორანტი, ექიმი-სტომატოლოგი, სტომატოლოგიური კლინიკა Davident-ის კლინიკური ხელმძღვანელი.

სახელმძღვანელოში განხილულია პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის 100-ზე მეტი დაავადება. აღწერილია მათი გავრცელება, ეტიოლოგია, მორფოლოგია, ლოკალიზაცია, კლინიკა, დიაგნოსტიკა, დიფერენციული დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პროფილაქტიკა.

ცნობილია პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის 500-ზე მეტი ნოზოლოგია, წინამდებარე ნაშრომისათვის შეირჩა ის დაავადებები, რომელთა შესწავლა განსაზღვრულია თსსუ-ის სტომატოლოგიური ფაკულტეტის პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის სამუშაო გეგმით (სილაბუსით).

სახელმძღვანელოში 305 ფერადი ფოტოა, მათი დიდი უმრავლესობა ავტორთა საკუთარი კლინიკური მასალაა. მთლიანად ნაშრომი კი მათ მრავალწლიან სამკურნალო-პრაქტიკულ მოღვაწეობას ეფუძნება.

სახელმძღვანელო განკუთვნილია სტომატოლოგიის ფაკულტეტის სტუდენტების, რეზიდენტებისა და ექიმი სტომატოლოგებისათვის. მასში სასარგებლო ინფორმაციას მოიძიებენ ასევე დერმატოლოგები, ოტორინოლარინგოლოგები და სხვა სპეციალობის ექიმები.

საავტორო უფლებები დაცულია. წიგნის ან მისი ფრაგმენტის კოპირება ან გამრავლება ნებისმიერი სახით (ელექტრონული, ფოტოგრაფიული, სკანირებული და ა. შ.) არ შეიძლება ავტორთა წერილობითი თანხმობის გარეშე. აღნიშნული ქმედება განიხილება, როგორც საავტორო უფლებების დარღვევა და ისჯება მოქმედი კანონმდებლობით.

მანანა ივერიელი
ნინო აბაშიძე
ხატია გოგიშვილი
ნინო გოგებაშვილი

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები

სახელმძღვანელო სტომატოლოგიის ფაკულტეტის სტუდენტების, რეზიდენტებისა და ექიმი სტომატოლოგებისათვის

რედაქტორი: **ნათია ნაფეტვარიძე**
დიზაინი: **ია მახათაძე**
ყდის დიზაინი: **თამუნა თათელაძე**
დაკაბადონება: **თინათინ ბერბერაშვილი**

© მანანა ივერიელი, ნინო აბაშიძე, ხატია გოგიშვილი, ნინო გოგებაშვილი, 2012

თბილისი, 2012

ISBN 978-9941-15-668-7

Manana Iverieli
Nino Abashidze
Khatia Gogishvili
Nino Gogebashvili

ORAL DISEASES
A Handbook for Students, Residents and Stomatologists

All rights reserved

Tbilisi 2012

შინაარსი

შესავალი 11

მნიშვნელოვანი რეკომენდაციები 13

თავი I

პირის ღრუს მორფოფუნქციური თავისებურებები 15

პირის ღრუს აგებულება 17

პირის ღრუს ანატომია 19

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ჰისტოლოგიური შენება 29

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სისხლმომარაგება და ინერვაცია 32

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ფუნქციები 35

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ასაკობრივი ცვლილებები 36

თავი II

პირის ღრუს მიკროფლორა 37

პირის ღრუს ბაქტერიების პათოლოგიური ფორმები 42

თავი III

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების ელემენტები 43

დაზიანების პირველადი ელემენტები 45

დაზიანების მეორეული ელემენტები 51

თავი IV

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების დროს მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები 57

თავი V

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გამოკვლევის მეთოდები 61

გამოკვლევის ძირითადი მეთოდები 63

გამოკვლევის დამხმარე მეთოდები 67

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და ტუჩის დაავადებების მქონე პაციენტთა გამოკვლევის ალგორითმი 69

თავი VI

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა კლასიფიკაცია 71

თავი VII

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებები 77

მექანიკური ტრავმა 79

მწვავე მექანიკური ტრავმა 79

ქრონიკული მექანიკური ტრავმა 81

ფიზიკური ტრავმა 85

ქიმიური ტრავმა 88

ლეიკოპლაკია 91

თავი VIII

ინფექციური დაავადებები 97

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი 99

ბაქტერიული ინფექციები 103

იმპეტიგო 103

შანკრიფორმული პიოდერმია 105

პიოგენური გრანულომა 107

დიფთერია 107

ტუბერკულოზი 109

თავი IX

ვენერიული დაავადებები 113

სიფილისი 115

გონორეული სტომატიტი 120

თავი X

მიკოზები 123

ორალური კანდიდოზი 125

თავი XI

ვირუსული სტომატიტები 131

მწვავე ჰერპესული სტომატიტი 133

ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი 137

ინფექციური მონონუკლეოზი 140

შემოსარტყლული ლიქენი 141

ჰერპანგინა 143

თურქული 144

ვეზიკულური სტომატიტი 145

შიდსი 147

მწვავე რესპირაციული ვირუსული ინფექციები 152

გრიპი 153

ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული ინფექციები 154

ვირუსული სტომატიტების მკურნალობა და პროფილაქტიკა 156

თავი XII

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ალერგიული დაავადებების დროს 159

ელვისებრი ტიპის ალერგიული რეაქციები 163

ანაფილაქსიური შოკი 164

კვინკეს ანგიონევროზული შეშუპება 165

წამლისმიერი ალერგია 166

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი 169

ბეხჩეტის სინდრომი 175

შეგრენის სინდრომი 177

მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა 178

სტივენ-ჯონსონის სინდრომი 181

ლეიელის სინდრომი 182

თავი XIII

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები დერმატოზების დროს 185

პემფიგუსი 187

პემფიგოიდი 191

წითელი ბრტყელი ლიქენი 192

წითელი მგლურა 198

თავი XIV

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ეგზოგენური ინტოქსიკაციების დროს 201

ვერცხლისწყლისმიერი სტომატიტი 203

ტყვიისმიერი სტომატიტი 205

ბისმუტისმიერი სტომატიტი 207

ოქროსმიერი სტომატიტი 208

თავი XV

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ცალკეული ორგანოსა და ორგანოთა სისტემების დაავადებების დროს 211

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების გამოვლინება პირის ღრუს ლორწოვანზე 213

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიების დროს 215

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ენდოკრინული დაავადებების დროს 217

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები სისხლის დაავადებების დროს 219

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ჰიპო- და ავიტამინოზების დროს 224

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ნერვული სისტემის დაავადებების დროს 225

თავი XVI

ენის დაავადებები 229

დესქვამაციური გლოსიტი 231

შავი „თმიანი“ ენა 233

ნაოჭიანი ენა 235

რომბისებური გლოსიტი 236

თავი XVII

ტუჩების დაავადებები – ჰეილიტები 239

საკუთრივ ჰეილიტები

ექსფოლიაციური ჰეილიტი 241

გლანდულური ჰეილიტი 243

კონტაქტური ალერგიული ჰეილიტი 245

მეტეოროლოგიური ჰეილიტი 246

აქტინიური ჰეილიტი 247

სიმპტომური ჰეილიტები

ატოპიური ჰეილიტი 248

ეგზემატური ჰეილიტი 249

პლაზმურუჯრედოვანი ჰეილიტი 250

ლიმფოედემატოზური მაკროჰეილიტი 251

ტუჩების დაავადებები, რომელსაც თან ახლავს მაკროჰეილიტი 251

ლიმფოედემატოზური მაკროჰეილიტი 251

მიშერის გრანულომატოზური ჰეილიტი 252

მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი 253

ტუჩის ქრონიკული ნახეთქი 254

თავი XVIII

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების დიფერენციული დიაგნოსტიკა 257

საგნობრივი საძიებელი 263

გამოყენებული ლიტერატურა 275

შესავალი

წიგნის დასაწერად მარტო ცოდნა და ინფორმაცია
როდია საკმარისი, დიდ წიგნს დიდი სიყვარული წერს.

თამაზ კვაჭანტირაძე

სტომატოლოგიური დაავადებები ადამიანის ორგანიზმის გავრცელებული და მრავალრიცხოვანი დაზიანებანია. მათ შორის განსაკუთრებული ადგილი პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებებს უჭირავს.

არ არსებობს ისეთი ორგანო ან ქსოვილი, სადაც ვითარდება იმაზე მეტი დაავადება, ვიდრე პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დაავადებების წარმოშობის მიზეზები, მათი განვითარების მექანიზმი და კლინიკური მიმდინარეობა საკმაოდ განსხვავებულია, ბევრი მათგანი მსგავსი ნიშნებით ხასიათდება, რაც შესაძლებლობას იძლევა გავაერთიანოთ ისინი ცალკეულ მონათესავე ჯგუფებში.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების ყველაზე ფართოდ წარმოდგენილი ჯგუფია ე.წ. **დამოუკიდებელი სტომატიტები**. მათ მიეკუთვნება ყველა ის პათოლოგია, რომლებიც უპირველესად აზიანებს მხოლოდ პირის ღრუსა და ტუჩის ლორწოვანს. ამ ტიპის სტომატიტების განვითარებას პირის ღრუს ლორწოვანზე მექანიკური, ფიზიკური ან ქიმიური ტრავმის ზემოქმედება იწვევს, ან წარმოადგენს ვირუსების, სოკოების, მიკროორგანიზმების, სხვადასხვა ალერგენების ზემოქმედების შედეგს. ბოლო წლებია განსაკუთრებით მოიმატა დამოუკიდებელი სტომატიტების შეხვედრის სიხშირემ.

სტომატიტების მეორე დიდი ჯგუფია ე.წ. **სიმპტომური სტომატიტები**, რომელთა წარმოშობა დაკავშირებულია ადამიანის ორგანიზმის ზოგად დაავადებებთან. მათ შორისაა სტომატიტები, რომელნიც დაკავშირებულნი არიან კუჭ-ნაწლავის, სისხლის, ენდოკრინული, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებთან. როგორც მრავალრიცხოვანი კლინიკური, მორფოლოგიური გამოკვლევებით დასტურდება, ორგანიზმის ნებისმიერი ორგანოს ან ორგანოთა სისტემის დაავადება ამა თუ იმ ფორმით, მაგრამ აუცილებლად, აისახება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. უფრო მეტიც, მრავალი ნოზოლოგიის დროს, პირის ღრუს ლორწოვანზე დაავადებების ნიშნები ჩნდება ბევრად უფრო ადრე, ვიდრე შესაბამის ორგანოში.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, გასაგებია, რომ სიმპტომური სტომატიტების დროული დიაგნოსტიკა, მათი კლინიკური ნიშნების ცოდნა უდავოდ მნიშვნელოვანია არა მარტო სტომატოლოგების, არამედ ზოგადი პროფილის ექიმების – თერაპევტების, ჰემატოლოგების, დერმატოლოგების, ენდოკრინოლოგებისთვისაც.

დაავადების მესამე ჯგუფს მიეკუთვნება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ის დაავადებები, რომელნიც ცალკეული **სინდრომის** შემადგენლობაშია. დღეისათვის სტომატოლოგიურ ლიტერატურაში მათი რიცხვი 300-ს აღწევს.

ამ დაავადებების წარმოშობა და განვითარება დაკავშირებულია ცალკეული ორგანოსა და ორგანოთა სისტემის დაავადებებთან და გარდა ზოგადი გამოვლინებებისა, მათ თან ახლავს პირის ღრუს ლორწოვანის რაიმე პათოლოგია: აფთები, გარქოვანება, ენის დაავადებები და

სხვა. მაგალითად: ბეხჩეტის ან მელკერსონ-როზენტალის სინდრომები ხასიათდება ტრიადით, რომელთაგანაც ერთ-ერთი აუცილებელად პირის ღრუში გამოვლინდება. ეს ნიშანი რომ არა, ზემოთქმული პათოლოგიების დიაგნოსტიკა მეტად საეჭვო იქნებოდა.

მიუხედავად ყოველივე ზემოთქმულისა და იმ ზღვა მრავალფეროვნებისა, რომელიც შეიძლება წარმოიქმნას პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, ყველა ეს პათოლოგია ემორჩილება ორგანიზმის ზოგად ბიოლოგიურ კანონებს. კერძოდ: პირის ღრუს ლორწოვანზე, ისევე, როგორც ორგანიზმის სხვა უბანში, შეიძლება შეგვხვდეს:

- ანთება (ექსუდაციური, ალტერაციული ან პროლიფერაციული ხასიათის);
- დისტროფია (პარაკერატოზის, ჰიპერკერატოზის ან დისკერატოზის სახით);
- სიმსივნური პროცესები (კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი).

წინამდებარე სახელმძღვანელო შედგენილია იმ პროგრამის, სილაბუსის მიხედვით, რომელიც დამტკიცებულია თსსუ-ს პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტში, იგი ავტორების მრავალწლიან კლინიკურ გამოცდილებას ეფუძნება.

სახელმძღვანელოს შედგენისას ძირითადად გამოყენებულია პაციენტის პირის ღრუს ფოტოები საკუთარი კლინიკური შემთხვევებიდან, ნაწილი კი ცნობილი სახელმძღვანელოებიდან არის ამოღებული.

როგორც დღემდე შექმნილი მრავალი სახელმძღვანელოს ავტორი, ჩვენც ვთვლით, რომ ვალდებულნი ვართ მადლიერებით მოვიხსენიოთ ყველა ის ადამიანი, რომელთაც ღვაწლი მიუძღვით ჩვენი, როგორც პროფესიონალების ფორმირებაში – ჩვენი პედაგოგები.

გულწრფელი მადლობა ვუთხრათ ჩვენი ოჯახის წევრებს მოთმინებისა და მხარდაჭერისათვის; კოლეგებს, რომელთა რჩევები, კონსულტაციები, წინადადებები მეტად დროული იყო სახელმძღვანელოს ცალკეული თავების შედგენისას, მათ შორის არიან თსსუ-ს ფიზიოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი ირინა კვაჭაძე; ალერგოლოგიის და კლინიკური იმუნოლოგიის მიმართულების; შიდსის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლები.

სახელმძღვანელო განკუთვნილია სტომატოლოგიის ფაკულტეტის სტუდენტებისთვის, რეზიდენტებისა და ექიმი სტომატოლოგებისათვის. თუმცა ვთვლით, რომ მასში სასარგებლო ინფორმაციას ასევე მოიძიებენ დერმატოლოგები, ოტორინოლარინგოლოგები და სხვა სპეციალობის ექიმები.

ავტორები

მნიშვნელოვანი რეკომენდაციები

არ ავნო (Noli nocere)

ჰიპოკრატე (460-377 წწ. ჩვ.წ.აღ-მდე)

ავტორები სრულად ვეთანხმებით ათენის სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორს, პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებების შესახებ საქვეყნოდ ცნობილი სახელმძღვანელოების ავტორს, George Laskaris-ს, რომელმაც ექიმისთვის მნიშვნელოვანი რეკომენდაციები ასე ჩამოაყალიბა:

- სანამ მკურნალობა დაინიშნება, აუცილებელია ზუსტი დიაგნოზის ცოდნა;
- დიაგნოზის არცოდნისას, მკურნალობა წარუმატებელია და შესაძლებელია იგი პაციენტისთვის სახიფათო აღმოჩნდეს;
- სამკურნალო საშუალებები ინიშნება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ამის აბსოლუტური ჩვენებაა. ამასთან, სწორად უნდა განისაზღვროს ამ დანიშნულების სარგებლობა და შესაძლო რისკი;
- მკურნალობის შედეგი დამოკიდებულია, ერთი მხრივ, პრეპარატების სწორ შერჩევასა და მეორე მხრივ, პაციენტის მიერ ექიმის დანიშნულების სროლფასოვან დაცვაზე;
- ექიმმა კარგად უნდა იცოდეს არჩეული პრეპარატების მოქმედების მექანიზმი, პრეპარატის ჩვენება, ურთიერთქმედება სხვა სამკურნალწამლო საშუალებებთან, გვერდითი მოვლენები, გამოშვების ფორმა და დოზირება;
- თითქმის ყველა პრეპარატს ახასიათებს გვერდითი მოქმედება სხვადასხვა ორგანოსა და ორგანოთა სისტემებზე;
- ექიმმა უნდა აირჩიოს მკურნალობის ოპტიმალური სქემა იმის გათვალისწინებით, თუ რა ფინანსური შესაძლებლობა აქვს პაციენტს;
- ახალი პრეპარატები საჭიროა დაინიშნოს დიდი სიფრთხილით;
- სხვადასხვა ორგანოს და ორგანოთა სისტემის დაავადებების პირის ღრუს ლორწოვანზე გამოვლინების შემთხვევაში, როგორც წესი, ძირითად დაავადებას მკურნალობს შესაბამისი პროფილის ექიმი. მასთან თანამშრომლობს ექიმი-სტომატოლოგი, რომელიც ეწევა ადგილობრივ მკურნალობას პირის ღრუში;
- პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ზოგიერთი დაავადების შემთხვევაში საჭირო ხდება პაციენტის ჰისპიტალიზაცია;
- მკურნალობის შედეგი, არც თუ მცირე პროცენტით, დამოკიდებულია ექიმსა და პაციენტს შორის არსებულ ურთიერთგაგებასა და ნდობაზე.

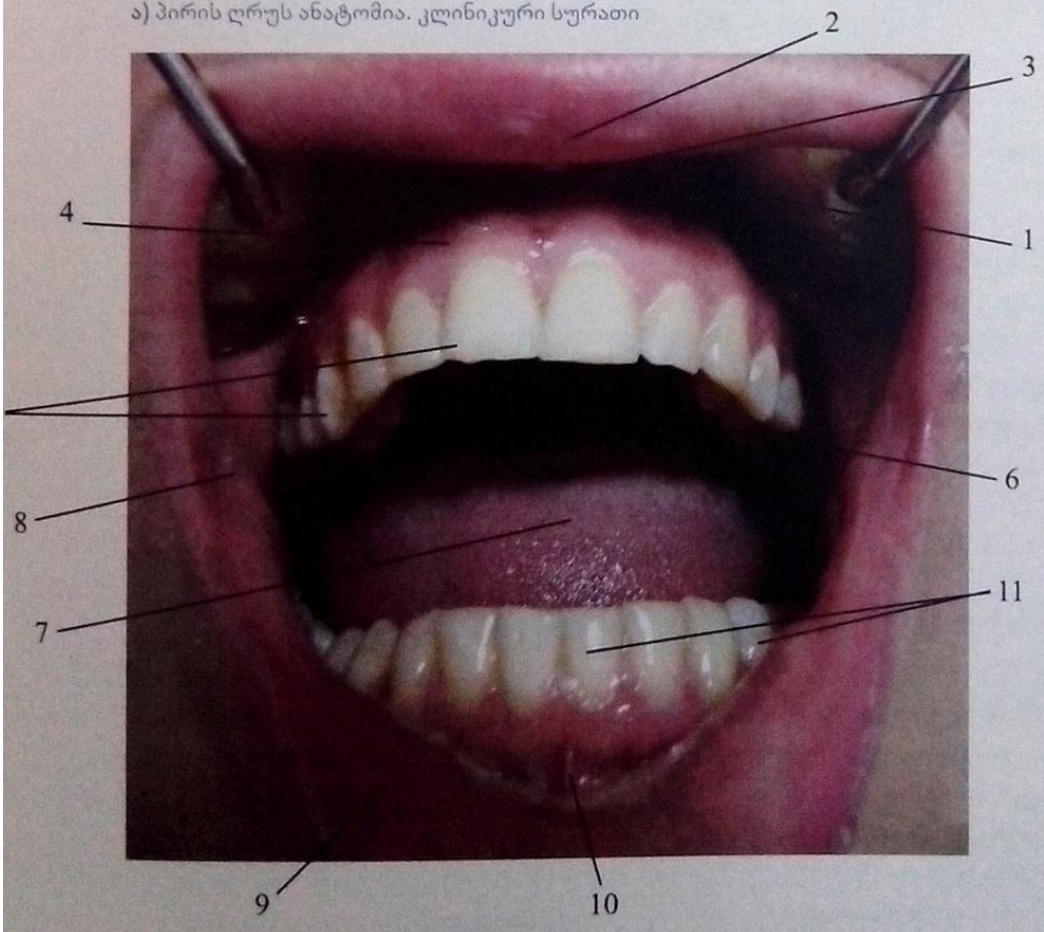
თავი I

პირის ღრუს მორფოფუნქციური თავისებურებები

პირის ღრუს აგებულება

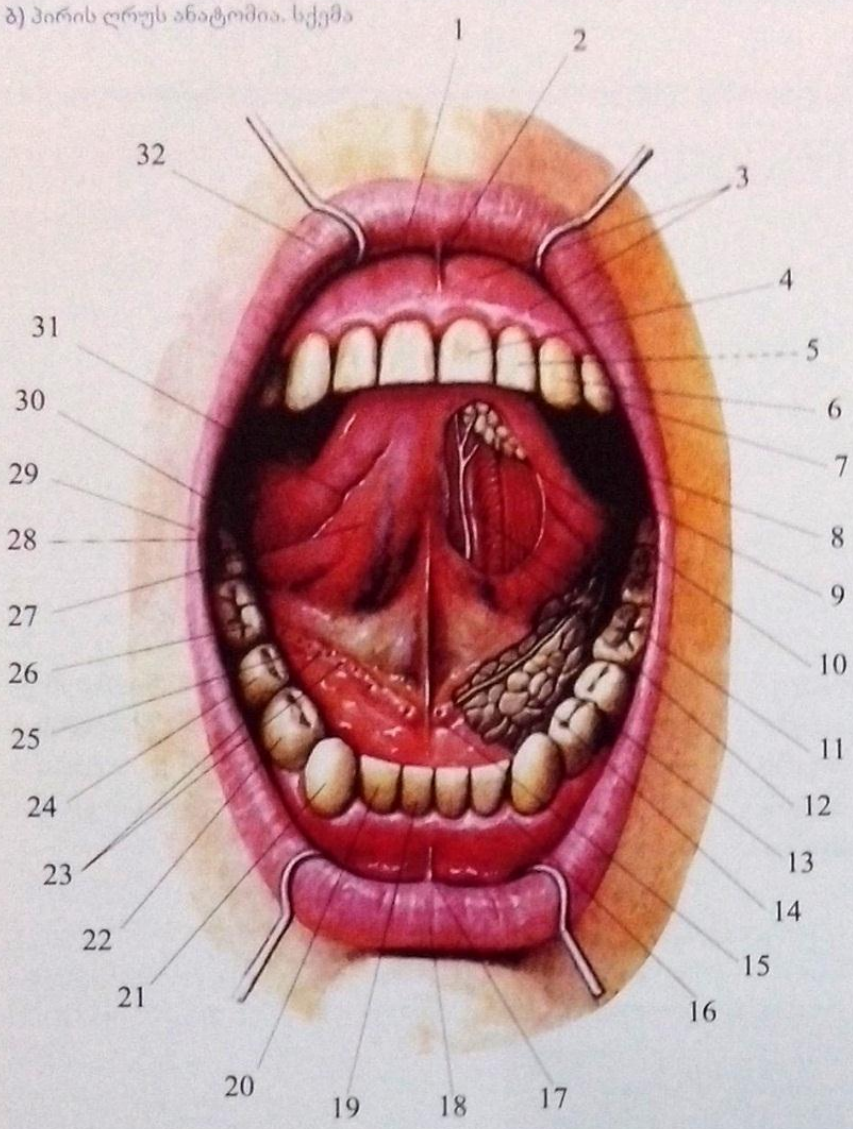
პირის ღრუ წარმოადგენს საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის საწყის ნაწილს, სადაც საკვები მექანიკურად მუშავდება, იწყება მისი ქიმიური დაშლა და საჭმლის გუნდის ფორმირება. პირის ღრუ წინიდან შემოსაზღვრულია ტუჩებითა და კბილებით, გვერდებიდან – ლოყების ზედაპირებით, უკნიდან – ხახით და საყლაპავით, ზემოდან – რბილი და მაგარი სასით, ქვევიდან კი – ენითა და ყბისქვეშა სივრცით. ეს უკანასკნელნი ქმნიან პირის ღრუს ფსკერს (სურ. 1).

ა) პირის ღრუს ანატომია. კლინიკური სურათი



1. პირის კარიბჭე
2. ზედა ტუჩი
3. ზედა ტუჩის ლაგამი
4. ღრძილები
5. ზედა ყბის კბილები
6. საკუთრივ პირის ღრუ
7. ენა
8. ტუჩის კუთხე
9. ქვედა ტუჩი
10. ქვედა ტუჩის ლაგამი
11. ქვედა ყბის კბილები

ბ) პირის ღრუს ანატომია. სქემა



1. პირის კარიბჭე
2. ზედა ტუჩის ლაგამი
3. ღრძილები
4. ზედა ცენტრალური საჭრელი
5. ზედა გვერდითი საჭრელი
6. ზედა ეშვი
7. ზედა პირველი პრემოლარი
8. საკუთრივ პირის ღრუ
9. ენის კიდე
10. ენის წინა ჯირკვლები
11. ენის ნერვი
12. ენის ქვედა გასწვრივი კუნთი
13. ყბისქვეშა ჯირკვლის სადინარი
14. ენისქვეშა ჯირკვალი
15. ენისქვეშა დვრილი
16. კბილთაშუა დვრილი
17. ქვედა ტუჩის ლაგამი
18. ქვედა ტუჩი
19. ქვედა ცენტრალური საჭრელი
20. ქვედა გვერდითი საჭრელი
21. ქვედა ეშვი
22. ქვედა პირველი პრემოლარი
23. ყბისქვეშა ჯირკვლის სადინრები
24. ქვედა მეორე პრემოლარი
25. ენისქვეშა ნაკეცი
26. ქვედა პირველი მოლარი
27. ენის ქვედა ზედაპირი
28. ქვედა მეორე მოლარი
29. ტუჩის კუთხე
30. ქვედა მესამე მოლარი
31. ფოჩიანი ნაკეცი
32. ზედა ტუჩი

სურ. 1. პირის ღრუს ანატომია (Сапин М.Р. и соавт. 2009)

პირის ღრუ შესასვლელითა და ცხვირით დაკავშირებულია გარემოსთან, ხახითა და საყლაპავით – ფილტვებთან, ყურის ღრუსთან და კუჭთან. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ იგი არის ადამიანის ორგანიზმის გარემოსთან დამაკავშირებელი ერთგვარი საზღვარი.

სწორედ პირის ღრუში ხდება საჭმლის მოკბეჩა, დაღეჭვა, პირველადი ფერმენტული დამუშავება, დარბილება, საკვები გუნდის ჩამოყალიბება და გადაყლაპვა.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი მუდმივად ნოტიოა, რაც განპირობებულია პირის ღრუში სამი წყვილი დიდი სანერწყვე ჯირკვლის – **ყბაყურა, ყბისქვეშა** და **ენისქვეშას** – გამომტანი სადინრების არსებობით. ამ ჯირკვლების მიერ გამოყოფილი სეკრეტის საშუალებით ხდება საკვების გუნდის ფორმირება და გადაყლაპვისათვის მომზადება. დიდი სანერწყვე ჯირკვლების სადინრების გარდა, პირის ღრუში იხსნება მრავალრიცხოვანი მცირე სანერწყვე ჯირკვალიც. მათი უმრავლესობა განლაგებულია ტუჩის, ლოყისა და ენის ლორწოვან გარსზე. ჯირკვლებიდან მუდმივად გამოიყოფა სეკრეტი – **ნერწყვი**. დღე-ღამის განმავლობაში სეკრეციის სიჩქარე არ არის თანაბარი და დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე. 24 საათის განმავლობაში მოზრდილ ადამიანს გამოეყოფა საშუალოდ 1500-2000 მლ ნერწყვი. ასაკის მატებასთან ერთად ხდება

სალივაციის შემცირება. უნდა აღინიშნოს, რომ მოსახლეობის 25% უჩივის გამოყოფილი ნერწყვის რაოდენობის შემცირებას (მშრალი პირის სინდრომი). ასეთი პაციენტები მიდრეკილნი არიან პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების განვითარებისაკენ.

ნერწყვის გამოყოფის შემცირებას **ჰიპოსალივაცია** ეწოდება, ხოლო ნერწყვის გამოყოფის სრულ შეწყვეტას – **ქსეროსტომია**.

ერთმანეთისაგან განასხვავებენ **ნერწყვს** – სეკრეტს, რომელიც მიიღება უშუალოდ სანერწყვე ჯირკვლების სადინრებიდან და შერეულ ნერწყვს ანუ **პირის ღრუს სითხეს**. ეს უკანასკნელი, გარდა სეკრეტისა, შეიცავს მიკროორგანიზმებს, მათი ცხოველმყოფელობის პროდუქტებს, ჩამოფცქვნილ ეპითელიუმსა და საკვების ნარჩენებს.

პირის ღრუში სითხის დამატებით წყაროს ნარმოადგენს ღრძილოვანი ნაპრალიდან გამოყოფილი **ღრძილოვანი სითხე**, რომელიც მდიდარია ფერმენტებით და დიდ როლს ასრულებს პაროდონტის დაცვით მექანიზმებში.

პირის ღრუს მრავალი ფუნქცია აქვს. მათ შორის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია **საჭმლის მომნელებელი** ფუნქცია. იგი ძირითადად განპირობებულია ნერწყვში შემავალ ფერმენტ ამილაზას არსებობით. ამილაზა საკვებში არსებულ სახამებელს შლის დექსტროზად და შემდეგ მალტოზად. ნერწყვში, ამილაზას გარდა, არის საჭმლის მომნელებელი სხვა ფერმენტები: პროტეაზა, პეპტიდაზა, მალტოზა, გლიკოზიდაზა და ა.შ. ყბაყურა ჯირკვლის მიერ გამოყოფილი ნერწყვი შეიცავს პაროტინს, რომელიც მონაწილეობს კალციუმის ცვლაში.

გარდა ამისა, ნერწყვის შემადგენლობაში შედის კომპონენტები, რომელთაც ბიოლოგიურად აქტიური თვისებები აქვთ. ასეთებია ლოზოციმი, მუცინი, იმუნოგლობულინები და სხვა. ისინი მონაწილეობენ პირის ღრუს **ადგილობრივი იმუნიტეტის** ჩამოყალიბებაში.

ნერწყვის უმნიშვნელოვანესი ფუნქცია **კბილების მინერალიზაციაა**. ეს პროცესი ხორციელდება მასში არსებული კალციუმისა და ფთორის იონებით. მათი რაოდენობა ნერწყვში ორჯერ მეტია, ვიდრე სისხლში. რაც უფრო მეტი რაოდენობით გამოიყოფა ნერწყვი, მით უფრო კარიესრეზისტენტულია კბილები.

პირის ღრუს ფიზიოლოგიასა და პათოლოგიაში განსაკუთრებული როლი შაქარსა და მის შემცველ პროდუქტებს აქვთ. შაქარი პირის ღრუში ერთვება გლიკოლიზის პროცესში და გარდაიქმნება რძემჟავად. ეს პროცესი მიმდინარეობს შაქრის მიღებიდან 3-5 წუთის განმავლობაში, რის შედეგად იმატებს რძემჟავას რაოდენობა, მაგრამ 1 საათის შემდეგ იგი კვლავ უბრუნდება ნორმას. ამ პროცესის ხშირი გამეორება კარიესის გამომწვევი ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია.

პირის ღრუში მუდმივად მიმდინარეობს **ადსორბციისა** და **დესორბციის** პროცესები. საკვებს, მიკროორგანიზმებს, წამლებს, სითხეებს აქვთ უნარი განიცადონ ადსორბცია პირის ღრუს სხვადასხვა უბანზე. ეს თვისება განსაკუთრებით კარგად აქვს გამოხატული ენის ლორწოვან გარსს, კბილის რბილ ნადებს და კბილ-ღრძილოვან ნაპრალს. სწორედ აქ ხდება საჭმლის ნაწილაკების, მიკრობული დეტრიტის დაგროვება. სხვადასხვა მჟავის მოქმედებით კი (მაგალითად ლიმონმჟავას) მიმდინარეობს ამ ნივთიერებების დესორბცია.

ნერწყვის მრავალრიცხოვან ფუნქციათა შორის ალსანიშნავია **ნივთიერებათა ცვლა** და **თვითწმენდა**. პირის ღრუს ზოგიერთი უბანი – კბილების ვესტიბულური ზედაპირები, ლოყის ლორწოვანი გარსი – კარგად ჩამოირეცხება ნერწყვით. ამასთან, პირის ღრუში არის უბნები, სადაც ეს პროცესი გაძნელებულია. ეს არის ღრძილის კიდე, კბილების ფისურები, საკონტაქტო ზედაპირები და რეტრომოლარული უბნები.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ცხადია, რომ პირის ღრუს ფუნქციებისა და აგებულების ცოდნა მნიშვნელოვანია ლორწოვანი გარსის დაავადებათა სრულფასოვანი დიაგნოსტიკისა და წარმატებული მკურნალობისათვის.

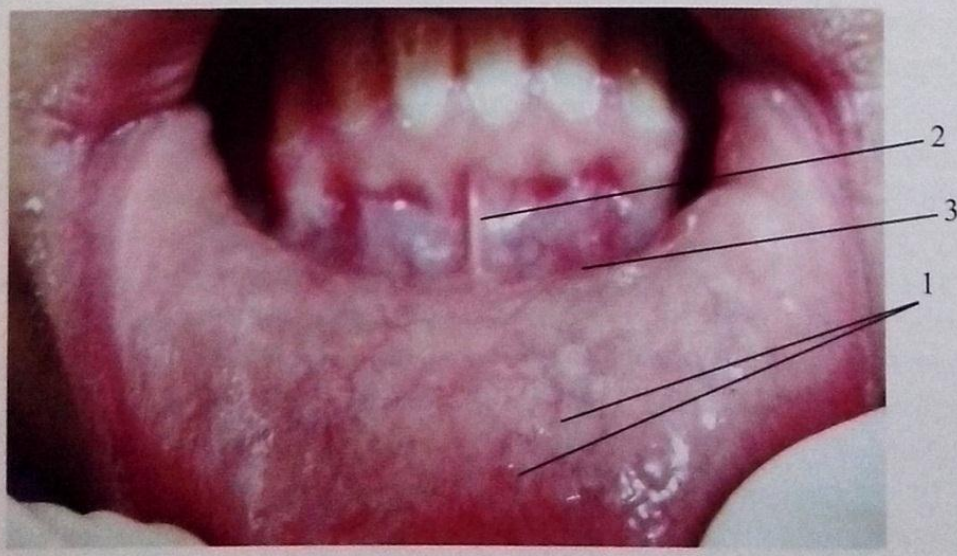
პირის ღრუს ანატომია

პირის ღრუს ცალკეული უბანი მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისაგან სტრუქტურითა და ფუნქციური თავისებურებებით. ეს გამოიხატება როგორც ანატომიური (ლორწქვეშა შრის არსებობა ან არარსებობა), ისე ჰისტოლოგიური (გარქოვანებული ან გაურქოვანებელი ეპითელიუმი) თავისებურებებით.

ტუჩები (labia oris) შედგება კუნთოვანი ქსოვილისაგან. იგი კარიბჭის მხრიდან შემოსაზღვრულია ლორწოვანის ეპითელიუმით, ხოლო გარედან – კანით (სურ. 2 და 3). მათ შორის გარდამავალ საზღვარს წარმოადგენს წითელი ყაეთანი. ადგილს, სადაც წითელი ყაეთანი გადადის ლორწოვან გარსში, ეწოდება კლეინის ზონა (ხაზი). ტუჩის ლორწოვანი გარსი არ განიცდის გარქოვანებას, ხოლო წითელ ყაეთანს კარგად განვითარებული მარცვლოვანი შრე აქვს და ახასიათებს გარქოვანება. ტუჩის კუნთოვან შრესა და ლორწოვანი გარსის საზღვარზე აღინიშნება დიდი რაოდენობით წვრილი სანერწყვე ჯირკვლები, რომლებიც განაპირობებენ ტუჩის სირბილეს. ტუჩის ლორწოვანის ეპითელიუმზე იხსნება მცირე სანერწყვე და ცხიმოვანი ჯირკვლების სადინრები. ტუჩის ლორწოვან გარსში ლორწქვეშა შრე არ არის.

1. ზედა ტუჩი
2. ქვედა ტუჩი
3. ტუჩის კუთხე
4. კლეინის ხაზი

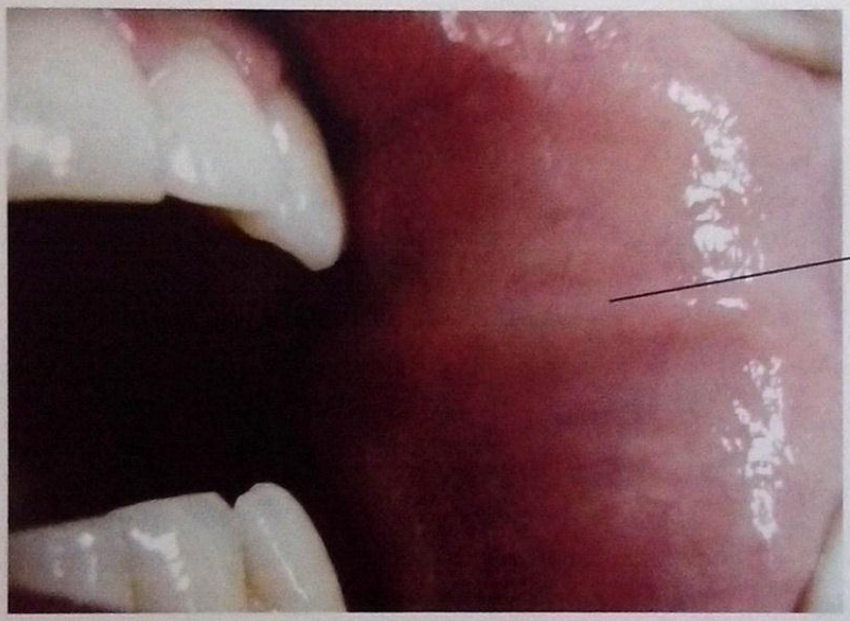
სურ. 2. ტუჩები ნორმაში



1. მცირე სანერწყვე ჯირკვლები და მათი გამომტანი სადინრები
2. ქვედა ტუჩის ლაგამი
3. გარდამავალი ნაოჭი

სურ. 3. ტუჩის ლორწოვანი გარსი. ქვედა ტუჩის შიგნითა ზედაპირი. განირჩევა მცირე სანერწყვე ჯირკვლები და მათი გამომტანი სადინრები

ლოყები (buccae) პირის ღრუს მხრიდან ამოფენილია გაურქოვანებელი ეპითელიუმით (სურ. 4). ზოგჯერ კბილთა შეთანასოვნების ხაზის გასწვრივ აღინიშნება გარქოვანების ტენდენცია. ლოყის საკუთრივ ლორწოვანი შეიცავს დიდი რაოდენობით ელასტიკურ ბოჭკოებს, ხოლო კარგად გამოხატული ლორწქვეშა ჩანაფენი – დიდი რაოდენობით წვრილ სანერწყვე და ცხიმოვან ჯირკვლებს – ე.წ. ფორდაისის ჯირკვლებს, რომელთაც ზოგჯერ აქვთ მოყვითალო მარცვლოვანი შესახედაობა და ხშირად შეცდომით მიიჩნევა პათოლოგიად (სურ. 5). ლორწქვეშა შრეში გვხვდება, აგრეთვე, ცხიმოვანი უჯრედები. ცხიმოვანი ქსოვილის სიჭარბის გამო ლოყის ლორწოვან გარსზე ზოგჯერ აღინიშნება კბილების ანაბეჭდები. ლოყების დისტალურ ნაწილში ზედა მესამე მოლარების დონეზე კარგადაა გამოხატული ე.წ. ა ც ი ნ ო ზ ური ჯ ი რ კ ვ ლ ე ბ ი. აღნიშნულ მიდამოში გარდამავალ ნაოჭზე კარგად გამოიკვეთება ზედაპირული ვენები, რომლებიც ზოგჯერ, შეცდომით, პათოლოგიად მიიჩნევა.

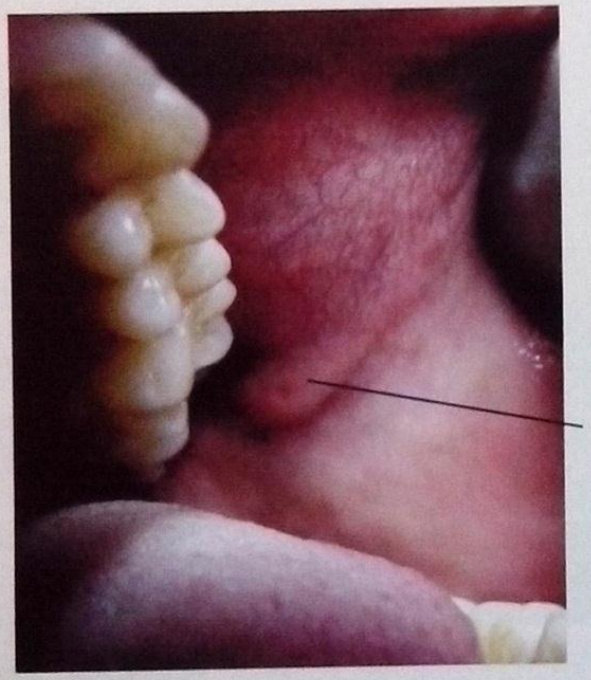


1. კბილთა შეთანასოვნების ხაზი

სურ. 4. ლოყის ლორწოვანი გარსი

სურ. 5. ფორდაისის ცხიმოვანი ჯირკვლები ლოყის ლორწოვანზე

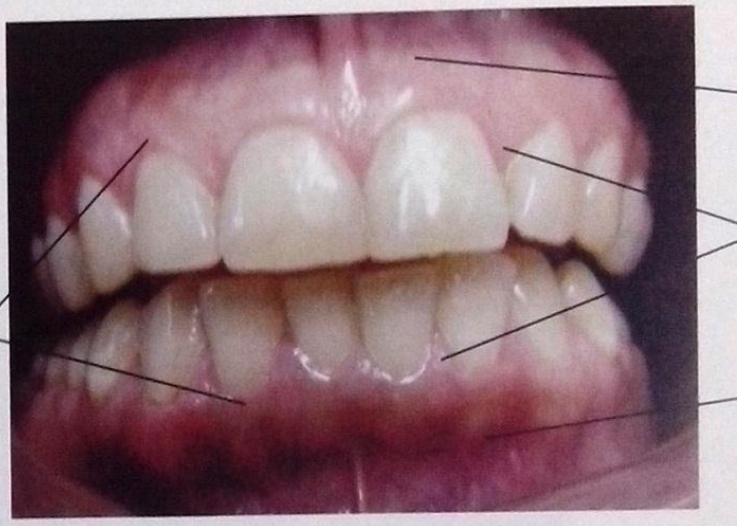
ყბაყურა ჯირკვლის სადინარი (სტენონის სადინარი) იხსნება ლოყების ლორწოვანზე ზედა პირველი ან მეორე მოლარის დონეზე. მას აქვს სამკუთხა, ვარდისფერი პაპულის სახე და იგი არ უნდა მივიჩნიოთ პათოლოგიად (სურ. 6). სადინარის გამავლობის შესამოწმებლად საჭიროა დვრილთან მშრალი ბამბის ტურუნდის მოთავსება და ქვედა ყბის ტოტის ქვევიდან ზედა მიმართულებით მასაჟი მსუბუქი ზეწოლით. თუ სადინარი გამავალია, დვრილიდან გამჭვირვალე ნერწყვი გამოიყოფა.



სურ. 6. ყბაყურა ჯირკვლის სადინარი ლოყის ლორწოვანზე, მეორე მოლარის დონეზე

ღრძილი (gingiva) წარმოადგენს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის უბანს, რომელიც ფარავს ალვეოლურ მორჩს (სურ. 7). ღრძილის ეპითელიუმი მიდრეკილია გარქვოვანებისაკენ. გამონაკლისია ღრძილოვანი ღარი (ნაპრალი), სადაც ეპითელიუმი უფრო თხელია. ღრძილის ლორწოვანს აქვს ძალიან მაღალი მიტოზური აქტივობა. აღნიშნული განპირობებულია ბაზალურ და ეკლისებურ შრეებში დიდი რაოდენობით რიბონუკლეინის მჟავის (რნმ) შემცველობით. ღრძილში ლორწქვეშა შრე არ არის და ამიტომ ლორწოვანი მჭიდროდ ეკვრის ძვლის საზრდელას.

ღრძილოვანი ღარის ეპითელიუმს უწოდებენ ღაროვანს (ნაპრალოვანს) ან სულკულარულს. ადგილს, სადაც ღრძილის ეპითელიუმი უმაგრდება მინანქარს, ეწოდება ეპითელური მიმაგრება, ხოლო ამ მიდამოში ეპითელიუმს – შემაერთებელი ეპითელიუმი. ღრძილის ღარის ეპითელიუმი გადადის შემაერთებელ ეპითელიუმში. ამ უკანასკნელს სწრაფი რეგენერაციის უნარი და ძალიან მაღალი შეღწევადობა აქვს. აღნიშნული განპირობებულია სისხლძარღვების ეპითელიუმთან ძალიან ახლო განლაგებით. ამის შედეგად ღრძილოვან ღარში წარმოიქმნება ღრძილოვანი სითხე.

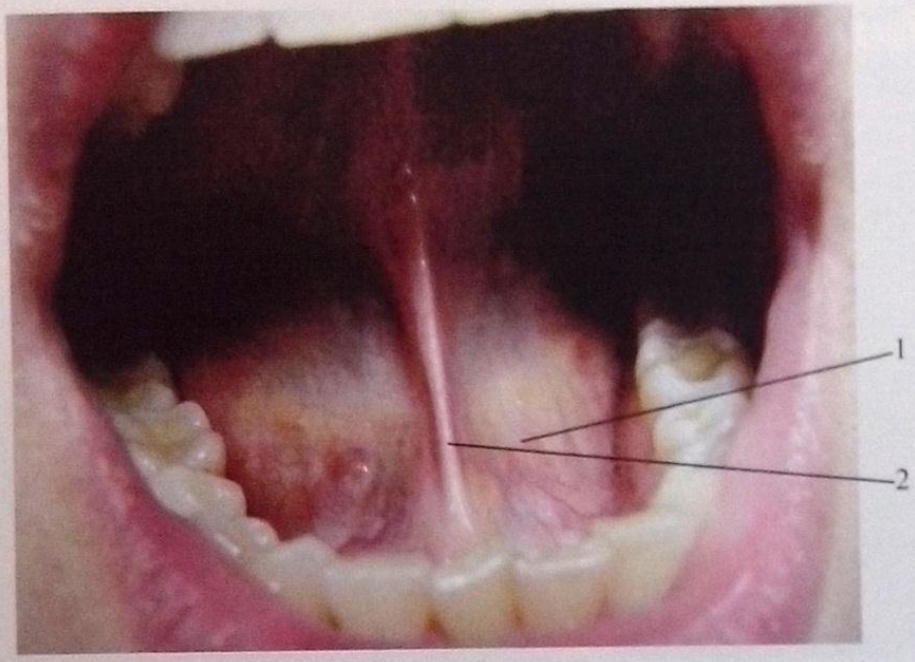


1. კბილთაშორისი დვრილი
2. მარგინალური ღრძილი
3. ალვეოლური ღრძილი

სურ. 7. ღრძილები ნორმაში

პირის ღრუს ფსკერი სივრცეა, რომელიც მდებარეობს ენის წინა ორი მესამედის ქვეშ. ის დაფარულია თხელი, ვარდისფერი გაურქოვანებელი ეპითელიუმით, რომლის ქვეშაც მოთავსებულია შემაერთებელი ქსოვილი, სანერწყვე ჯირკვლები, სისხლძარღვები და ნერვები. პირის ღრუს ფსკერს აქვს ნალისებრი ფორმა, წინიდან და ლატერალურად შემოსაზღვრულია ქვედა ყბის ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი გარსით, ხოლო უკანა საზღვარს ქმნის ენის ქვედა ზედაპირი. პირის ღრუს ფსკერის წინა ნაწილი სადა და ერთგვაროვანია, უკანა ნაწილი კი გაყოფილია ენის ლაგამით. ამ ორ ნაწილს შორის მოთავსებულია შემაღლება, რომლის ქვეშაც განთავსებულია ყბისქვეშა სანერ-

წყვე ჯირკვლის გამომტანი სადინარი (ვართონის სადინარი). ეს უკანასკნელი იხსნება ენისქვეშა დვრილში, რომელსაც აქვს პატარა პაპულის შესახედაობა. ენის ლაგამთან არსებულ შემაღლებაზე იხსნება, აგრეთვე, ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის გამომტანი სადინარი (ბართოლინის სადინარი). ზემოაღნიშნული წარმონაქმნების ქვეშ ყბა-ენისქვეშა კუნთებია (სურ. 8).



1. პირის ღრუს ფსკერი
2. ენის ლაგამი

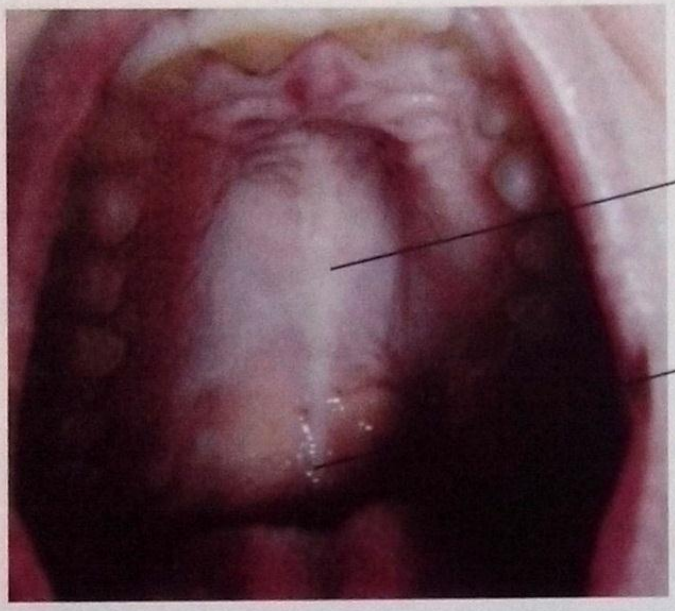
სურ. 8. პირის ღრუს ფსკერი. ენის ლაგამი

გარდამავალი ნაოჭი ამოფენილია გაურქოვანებული ეპითელიუმით. ამ უბნებში კარგადაა გამოხატული ლორწქვეშა ჩანაფენი და აღინიშნება დიდი რაოდენობით წვრილი სანერწყვე ჯირკვლები (სურ. 9).

1. ქვედა ყბის გარდამავალი ნაოჭი
2. ქვედა ტუჩის ლაგამი

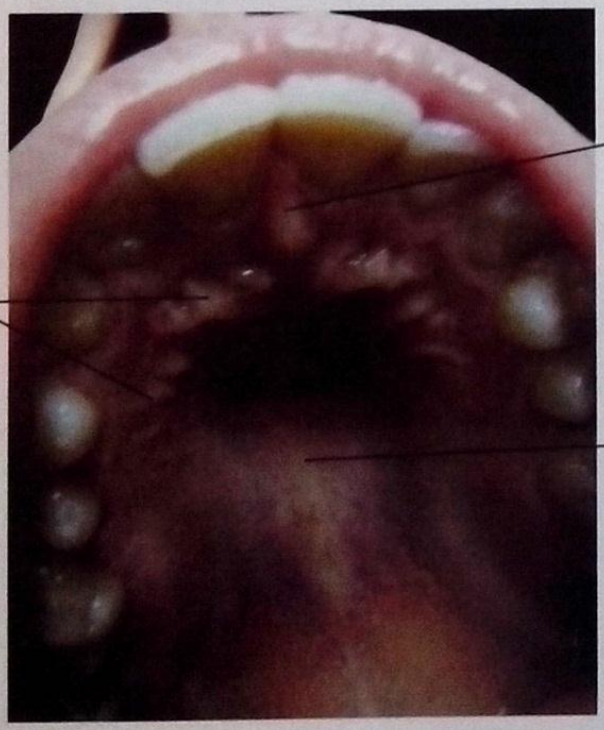
სურ. 9. ქვედა ყბის გარდამავალი ნაოჭი

რბილი სასა (palatinum molle) კუნთოვანი წარმონაქმნია, რომელიც დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი გაურქოვანებელი ეპითელიუმით (სურ. 10). ახალშობილის რბილი სასა ამოფენილია მრავალბირთვიანი მოციმციმე ეპითელიუმით. დროთა განმავლობაში იგი გარდაიქმნება მრავალბირთვიან ბრტყელ ეპითელიუმად. რბილი სასის საკუთრივ ლორწოვანი გარსი მდიდარია ელასტიკური ბოჭკოებით. ლორწქვეშა შრეში განლაგებულია მრავალრიცხოვანი წვრილი სანერწყვე ჯირკვალი.



1. მაგარი სასა
2. რბილი სასა

სურ. 10. რბილი სასა.



1. მაგარი სასის ნაოჭები
2. საჭრელი დვრილი
3. სასის ნაკერი

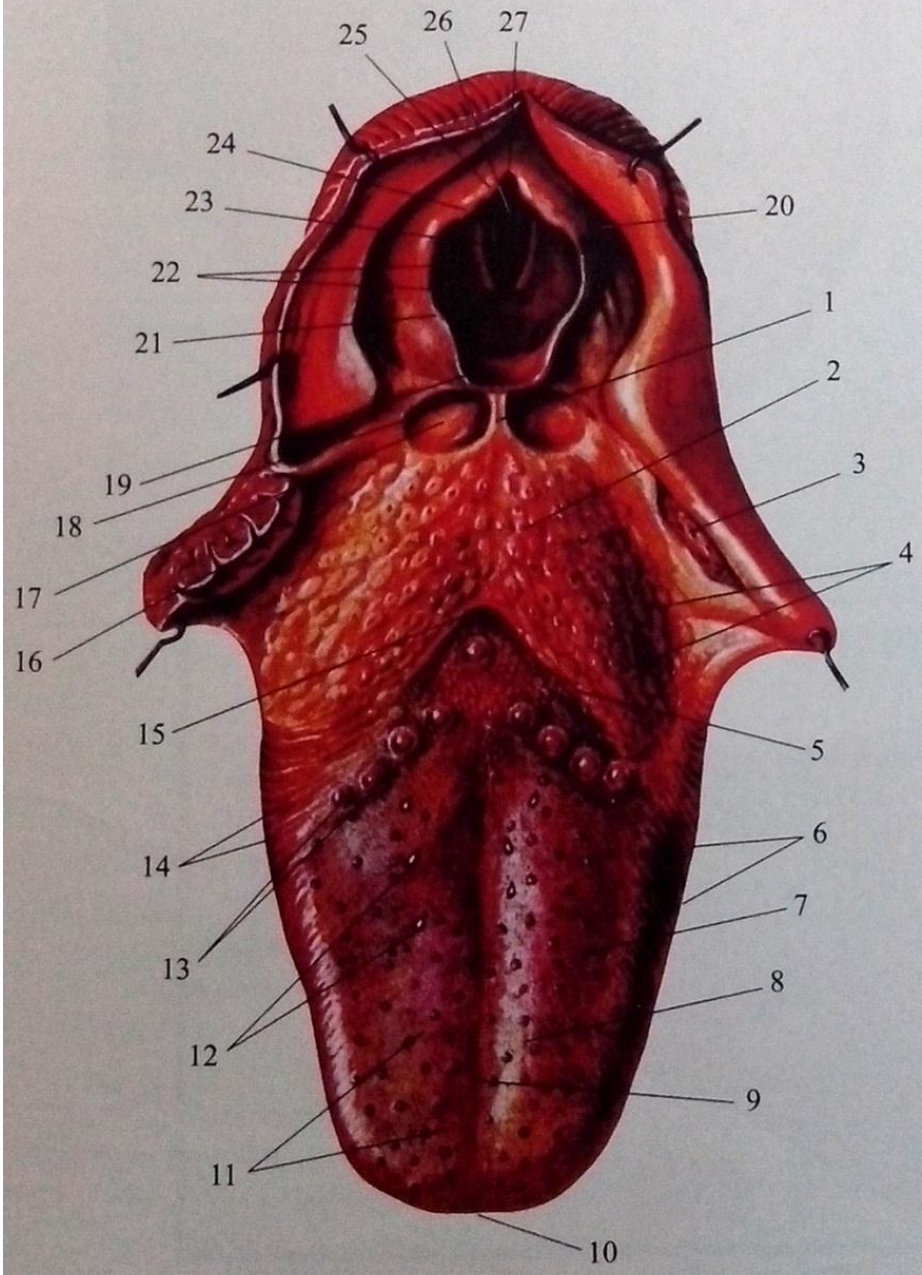
სურ. 11. მაგარი სასა. საჭრელი დვრილი

მაგარი სასა (palatinum durum) დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით, რომელსაც აქვს გარქოვანების უნარი. სასის ნაკერის მიდამოში ლორწქვეშა შრე არ არის. მაგარი სასის წინა ნაწილში ლორწქვეშა შრეში ცხიმოვანი ქსოვილია, ხოლო უკანა ნაწილში – მრავლობითი წვრილი სანერწყვე ჯირკვალი. ფრონტალური კბილების მიდამოში სასის რელიეფი წარმოდგენილია სასის ნაკერიდან სიმეტრიულად მიმართული 3-4 სასის ნაოჭით. ზედა ცენტრალური საჭრელების მიდამოში სასის შუა ხაზთან მსხლის ფორმის საჭრელი დვრილია (papilla incisiva), რომელიც შესაძლოა სხვადასხვა ზომის იყოს. დვრილის უკან, სასის ნაკერზე, შესაძლოა იყოს კარგად გამოხატული ლილვაკისებრი გამობურცულობა (torus palatini), ისიც, საჭრელი დვრილის მსგავსად, ვარირებს ზომაში (სურ. 11).

ენა (lingua) კუნთოვანი ორგანოა, რომელიც მონაწილეობს საკვების მექანიკურ დამუშავებაში, გემოვნების რეცეპციაში, ყლაპვისა და მეტყველების პროცესებში. ენა განთავსებულია პირის ღრუს ფსკერზე და მოსვენებულ მდგომარეობაში თითქმის მთლიანად ავსებს პირის ღრუს. იგი ეხება მაგარ სასას, ღრძილებს, კბილებს. ენა ოვალური ფორმისაა და შედგება:

- ენის წვერისაგან (apex linguae)
- ენის ძირისაგან (radix linguae)
- ენის სხეულისაგან (corpus linguae)
- ენის ზურგისაგან (dorsum linguae)

ენის ზურგს მთელ სიგრძეზე გასდევს ღარი (sulcus medianus linguae), რომელიც ბოლოვდება ენის ბრმა ხვრელით (foramen caecum linguae). ეს უკანასკნელი მდებარეობს ენის ძირისა და სხეულის საზღვარზე. ენა მთლიანად ლორწოვანი გარსით არის დაფარული. იგი მჭიდროდაა დაკავშირებული კუნთოვან ქსოვილთან. ენას არა აქვს ლორწქვეშა ჩანაფენი. მისი ზურგი დაფარულია არათანაბრად გარქოვანებული მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. საკუთრივ ლორწოვანი გარსი წარმოქმნის ერთგვარ ეპითელიუმით დაფარულ შემაღლებებს – ენის დვრილებს, რომლებიც განსაზღვრული თანმიმდევრობით არიან განლაგებულნი და შეიცავენ გემოვნების რეცეპტორებს (სურ. 12).



1. ენა-ხახსარქველის შუა ნაოჭი
2. ენის ფესვი
3. სასის ნუშურები
4. ენის ფოლიკულები
5. საზღვროვანი ღარი
6. ენის გვერდითი კიდე
7. ენის სხეული
8. ენის ზურგი
9. ენის შუა ღარი
10. ენის წვერი
11. ძაფისებრი დვრილები
12. სოკოსებრი დვრილები
13. შემოსაზღვრული დვრილები
14. ფოთლისებრი დვრილები
15. ენის ბრმა ხვრელი
16. სასის ნუშურები
17. ხორხსარქველის ღელე
18. ენა-ხორხსარქველის ლატერალური ნაოჭი
19. ხორხსარქველი
20. მსხლისებრი ჯიბე
21. ციცხვ-ხორხსარქველის ნაოჭი
22. ხახის კარიბჭის ნაოჭი
23. მბგერავი ნაოჭი
24. სოლისებრი ბორცვი
25. რქისებრი ბორცვი
26. ყია
27. ციცხვისებრი ამონაჭდევი

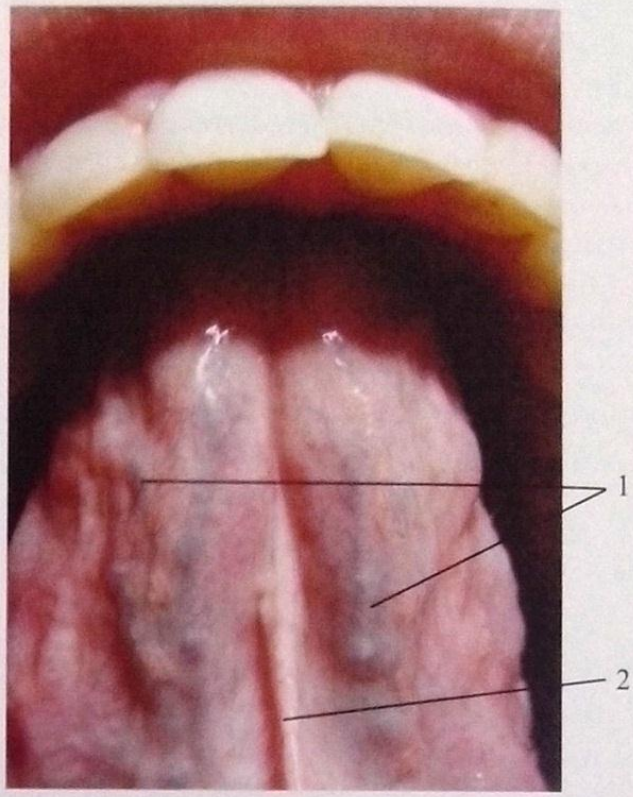
სურ. 12. ენის ანატომია (Сапин М.Р. и соавт. 2009)

ენის ქვედა ზედაპირის (ვენტრალური ზედაპირი) ლორწოვანი გარსი ძალიან თხელია, საიდანაც გამოსჭვივის ენის ვენები. ვენტრალურ ზედაპირზე საგემოვნო დვრილები არ აღინიშნება. პირის ღრუს ფსკერის ლორწოვანი გარსი, გადადის რა ენის ვენტრალურ ზედაპირზე, ქმნის ვერტიკალურ ნაოჭს – ენის ლაგამს (frenulum linguae). ენის ლაგამის გვერდებზე მცირე ზომის შემაღლებები – ენისქვეშა დვრილებია (caruncula sublingualis), სადაც ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლების სადინრები იხსნება (სურ. 13).

ენის ზურგსა და გვერდით ზედაპირებზე 4 ტიპის დვრილია (სურ. 14):

- ძაფისებრი,
- სოკოსებრი,
- შემოსაზღვრული,
- ფოთლისებრი.

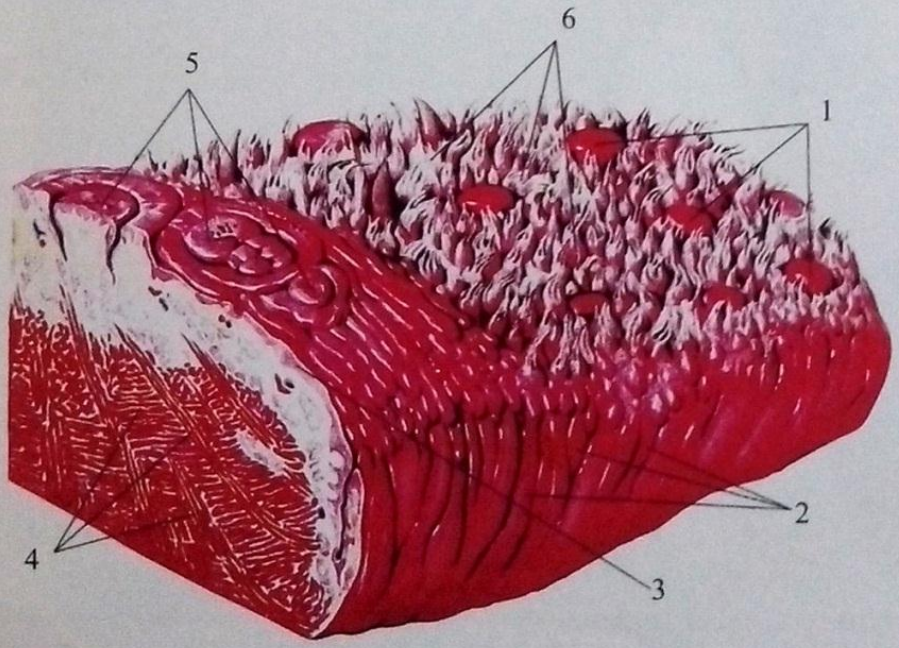
დამატებით გამოყოფენ კონუსურ და ოსპისებურ დვრილებს.



1. ენისქვეშა ვენები
2. ენის ლაგამი

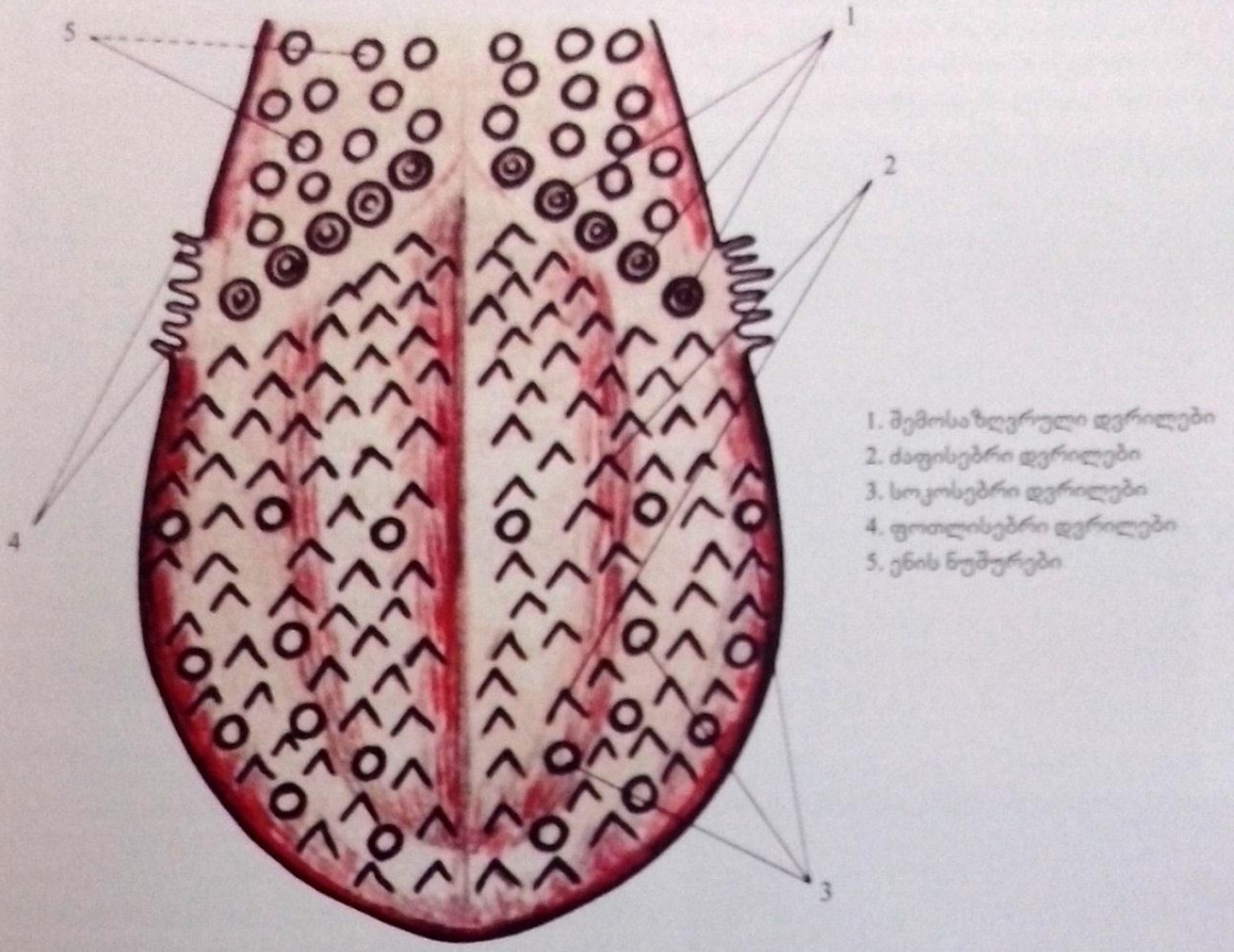
სურ. 13. ენის ქვედა (ვენტრალური) ზედაპირი. ენის ვენები და ლაგამი

ა) ენის დვრილები (Сапин М.Р. и соавт. 2009)



1. სოკოსებრი დვრილები
2. ფოთლისებრი დვრილები
3. ენის ლორწოვანი
4. ენის კუნთები
5. შემოსაზღვრული დვრილები
6. ძაფისებრი და კონუსური დვრილები

ა) ენაზე დერილების განლაგების სქემა (Сапин М.Р. и соавт. 2009)



ბ) ენაზე დერილების განლაგების სქემა (Банченко Г.В. и соавт. 2000)

სურ. 14. ენის დერილები

ძაფისებრი დვრილები (papillae filiformes) ყველაზე მრავლადაა ენის ზედაპირზე. ისინი ენის ზურგს აძლევენ ხავერდოვან შესახედაობას. დვრილების მფარავი ეპითელიუმი განიცდის გარქოვანებას, ასევე, მუდმივად – ფიზიოლოგიურ რეგენერაციას (სურ. 15). სხვადასხვა ორგანოთა სისტემის დაავადებების დროს ეს პროცესი შენელებულია და ენა ხდება ნადებიანი. ძაფისებრი დვრილების ინტენსიურ ჩამოფცქვნას დესქვამაცია ეწოდება.

1. სოკოსებრი დვრილები
2. ძაფისებრი დვრილები

სურ. 15. ენის ძაფისებრი და სოკოსებრი დვრილები

კონუსური დვრილები (papillae conicae) განსაკუთრებული ტიპის ძაფისებრი დვრილებია, განსხვავებული ანატომიური შენებით, მათ აქვთ კონუსური დაბოლოება.

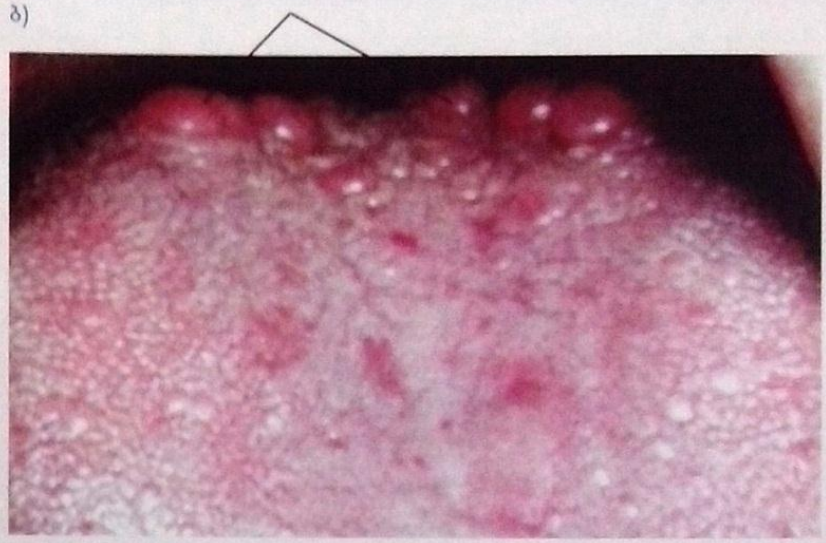
სოკოსებრი დვრილების (papillae fungiformes) რაოდენობა ძაფისებრთან შედარებით ნაკლებია. მათი უმრავლესობა განლაგებულია ენის წვერზე და შეიცავს დიდი რაოდენობით გემოვნების რეცეპტორებს. თითოეული სოკოსებრი დვრილის მფარავი ეპითელიუმი გამჭვირვალეა და გარქოვანებას არ განიცდის. ამის გამო, სისხლძარღვებში მოცირკულირე სისხლი დვრილებს წითელ შეფერილობას აძლევს. ნორმაში დვრილები ვარდისფერი ან ღია წითელია, ხოლო პათოლოგიური პროცესის დროს მკვეთრი წითელი ფერის ხდება.

ოსპისებრი დვრილები (papillae lentiformes) ძალიან ჰგვანან სოკოსებრ დვრილებს. ისინი დაფიქსირებულნი არიან მოკლე ფეხზე და აქვთ ბრტყელი ფართო ქუდაკი. მათი ფუნქცია ჯერ ბოლომდე დადგენილი არ არის. ვარაუდობენ, რომ აქვთ გარკვეული როლი გემოვნების შეგრძნებების ფორმირებაში.

შემოსაზღვრული დვრილები (papillae vallatae) წარმოადგენენ გემოვნების ორგანოს. ისინი განლაგებულნი არიან ენის ზურგისა და ძირის საზღვარზე, ერთმანეთთან ახლოს, V-ის მაგვარად, მათი რაოდენობა დაახლოებით 7-15-ია. ეს დვრილები უმეტესად ამოწეულია ლორწოვანი გარსიდან, თითოეულს გარს აკრავს ლორწოვანის ერთგვარი შესქელება. მათ შორის ღარია, სადაც სანერწყვე ჯირკვლების სადინრები იხსნება. ეპითელიუმში არის გემოვნების ბოლქვები. აღნიშნული დვრილები ხშირად შეცდომით მიიჩნევა პათოლოგიად (სურ. 16).

ა)

ბ)



სურ. 16. შემოსაზღვრული დვრილები

ფოთლისებრი დვრილები (papillae foliatae) ენის უკანა ნაწილის კიდეებზე და გვერდით ზედაპირზე განლაგებული 3-8 პარალელური, 2-5 მმ სიგრძის ნაოჭის სახით წარმოდგენილი დვრილია, რომელიც ქმნის ერთგვარ შემაღლებას. მის ეპითელიუმში აღინიშნება ოვალური ფორმის გემოვნების ბოლქვები (სურ. 17).

ენის ვენტრალურ ზედაპირზე კარგად მოჩანს ვენური წნული, რომელსაც ხშირად შეცდომით პათოლოგიად მიიჩნევენ (სურ. 13).

სურ. 17. ფოთლისებრი დვრილები

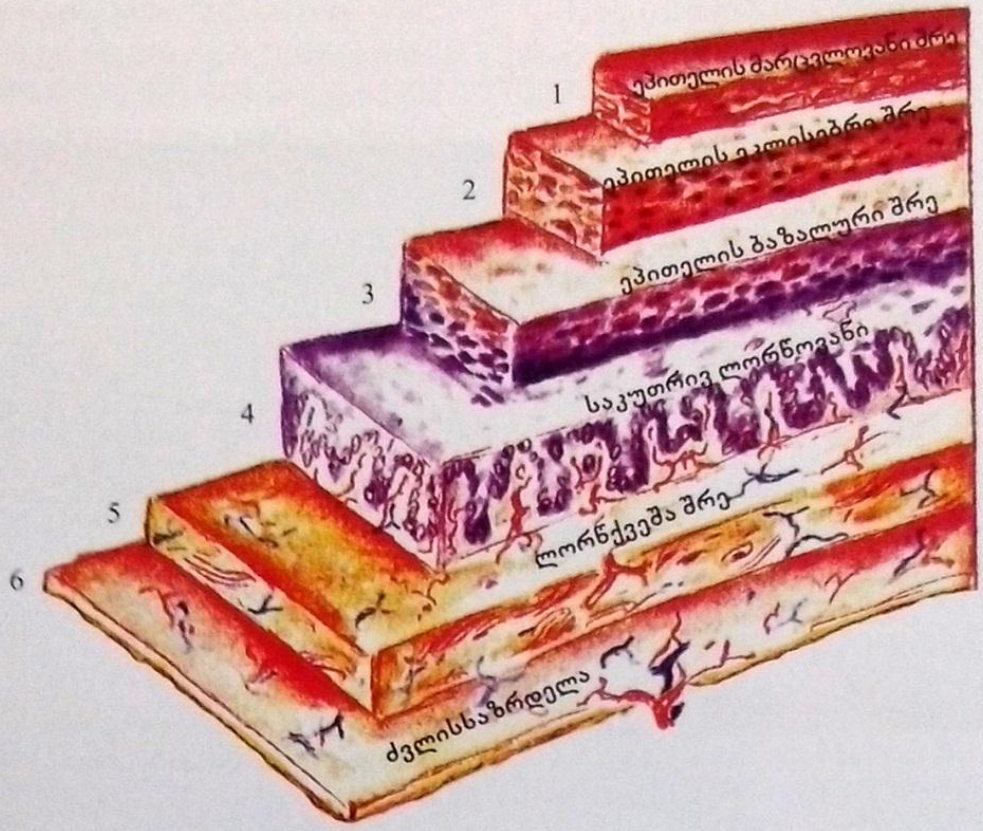
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ჰისტოლოგიური შენება

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი (tunica mucosa oris) ხასიათდება მთელი რიგი თავისებურებებით. იგი მდგრადია ფიზიკური, ქიმიური და თერმული გამღიზიანებლების, ინფექციის შეჭრის მიმართ და მაღალი რეგენერაციის უნარით ხასიათდება.

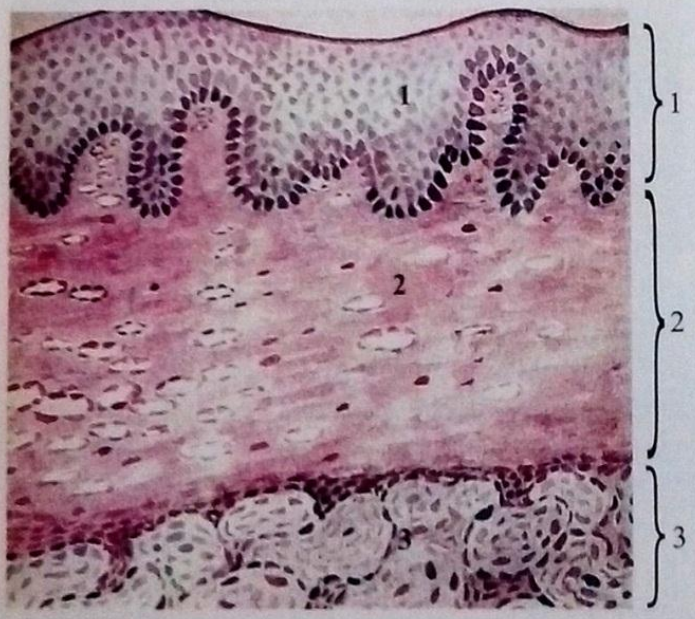
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი შედგება:

- ეპითელიუმისგან,
- საკუთრივ ლორწოვანი გარსისგან,
- ლორწქვეშა ჩანაფენისგან (სურ. 18 და 19).

პირის ღრუს ლორწოვანის შენება



სურ. 18. პირის ღრუს ლორწოვანის შრეობრივი შენება (Данилевский Н.Ф. и соавт. 1993)



1. ეპითელიუმი
2. საკუთრივ ლორწოვანი გარსი
3. ლორწქვეშა ჩანაფენი

სურ. 19. პირის ღრუს ლორწოვანის ჰისტოლოგიური შენება. სქემა (Боровский Е.В. и соавт. 1991)

ამ შრეების სისქე პირის ღრუს ამა თუ იმ უბანზე განსხვავებულია. მაგალითად: მაგარი სასა, ენა და ღრძილები დიდ ღეჭვით დატვირთვას განიცდიან, შესაბამისად, კარგად განვითარებული ეპითელიუმი აქვთ. ტუჩებსა და ლოყებს – კარგად გამოხატული საკუთრივ ლორწოვანი გარსი, ხოლო პირის ღრუს ფსკერსა და გარდამავალ ნაოჭს – ლორწქვეშა ჩანაფენი. განსხვავებით სხვა ლორწოვანი გარსებისაგან, პირის ღრუს ლორწოვანში არ გვხვდება კუნთოვანი შრე.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმი (epithelium mucosae oris) წარმოდგენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. იგი მუდმივად განიცდის რეგენერაციას. მისი სისქე სხვადასხვა უბანში მერყეობს 200 დან 500 მმკ-მდე. ფიზიკური, ქიმიური და მექანიკური ფაქტორების მოქმედებით ლორწოვანი ზოგიერთ უბანში გარქოვანებულია. ეს პროცესი

კარგად არის გამოხატული მაგარ სასაზე, ენასა და ღრძილებზე. ზემოაღნიშნული განაპირობებს პირის ღრუს ლორწოვანის დამცველობით ფუნქციას.

ეპითელიუმი შედგება რამდენიმე რიგად განლაგებული უჯრედებისაგან, რომლებიც ერთმანეთს დესმოსომებით უკავშირდება. გარქოვანებულ უბნებში რამდენიმე რიგად განლაგებული უბირთვო უჯრედებია. მათ ესაზღვრება *მარცვლოვანი შრე*, რომლის უჯრედების ციტოპლაზმაში უხვადაა კერატოჰიალინის მარცვლები.

ლოყების, ტუჩების, პირის ღრუს ფსკერის, გარდამავალი ნაოჭისა და ენის ქვედა ზედაპირის ლორწოვანი არ განიცდის გარქოვანებას. აქ ეპითელიუმი წარმოდგენილია გასქელებული უჯრედებით. მას ერთვის რამდენიმე რიგად განლაგებული პოლიგონური ფორმის ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებული *ეკლისებრი უჯრედების შრე*.

ეპითელიუმის ყველაზე ღრმა შრე ზრდადი, ცილინდრული ფორმის უჯრედებია. ისინი ბაზალურ მემბრანაზე ერთ რიგად არიან განლაგებული. ამიტომ ამ შრეს *ბაზალური შრე* ეწოდება. ამ უჯრედებს მრგვალი ბირთვი და ბირთვაკი აქვთ. ციტოპლაზმაში დიდი რაოდენობითაა მიტოქონდრიები. ბაზალურ შრეში, ცილინდრული ფორმის უჯრედების გარდა, გვხვდება ვარსკვლავისებრი ფორმის უჯრედები გრძელი წანაზარდებით. ეს *ლანგერჰანსის* უჯრედებია.

ეპითელიუმის რეგენერაცია სწორედ ამ ზრდადი შრის ხარჯზე ხდება. ბაზალური შრის უჯრედებს შორის გვხვდება ლეიკოციტები, ხოლო ეპითელიუმის ზოგიერთ უბანში – მელანოციტები. ამ უკანასკნელთა დიდი რაოდენობა აქვთ მუქი ფერის კანის ადამიანებს.

ბაზალური მემბრანა ერთმანეთთან აკავშირებს ეპითელიუმსა და საკუთრივ ლორწოვან გარსს.

საკუთრივ ლორწოვანი გარსი (tunica mocosa propria) მკვრივი შემაერთებელი ქსოვილია, რომელიც, თავის მხრივ, შედგება:

- ძირითადი ნივთიერებისაგან,
- ბოჭკოვანი ნივთიერებისაგან,
- უჯრედული ელემენტებისაგან.

ეს შრე დვრილების სახით ტალღისებურად გადადის ეპითელიუმში. ამ დვრილებში განლაგებულია კაპილარული ქსელი, ნერვული ნწულები და ლიმფური ძარღვები.

შემაერთებელი ქსოვილის უჯრედშორისი ნივთიერების საფუძველს წარმოადგენს გლიკოპროტეინები და მუკოპოლისაქარიდები (ჰიალურონის მჟავა, ქონდროიტინსულფატი). შემაერთებელი ქსოვილის დამცველობითი ფუნქცია ვლინდება მექანიკური ბარიერის წარმოქმნით. ამ ქსოვილის ნორმალური მდგომარეობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სუბსტრატ-ფერმენტულ სისტემას, კერძოდ, ჰიალურონის მჟავას და ჰიალურონიდაზას. ქსოვილოვანი ან მიკრობული ჰიალურონიდაზას რაოდენობრივი მატების დროს იწყება ჰიალურონის მჟავას დეპოლიმერიზაცია, რის გამოც იზრდება შემაერთებელი ქსოვილის შეღწევადობა და ქვეითდება დამცველობითი უნარი.

საკუთრივ ლორწოვანში **ბოჭკოვანი სტრუქტურები** *კოლაგენური* და *არგიროფილური* ბოჭკოებითაა წარმოდგენილი. კოლაგენური ბოჭკოების დიდი რაოდენობა განლაგებულია ღრძილისა და მაგარი სასის ლორწოვანში. მათი კონები პირის ღრუს ლორწოვანში უფრო თხელია, ვიდრე კანში, არგილოფილური ბოჭკოები კი – უფრო მეტია.

საკუთრივ ლორწოვანი გარსის **უჯრედული ელემენტები** ძირითადად წარმოდგენილია ფიბრობლასტებით, მაკროფაგებით, პოხიერი (ღრუბლისებრი) უჯრედებით, პლაზმური უჯრედებით, ჰისტიოციტებით.

ფიბრობლასტები შემაერთებელი ქსოვილის ძირითადი უჯრედული წარმომადგენლებია. ისინი გამოყოფენ პროკოლაგენსა და პროელასტინს.

მაკროფაგები ახორციელებენ დამცველობით ფუნქციას. ისინი განაპირობებენ მკვდარი უჯრედებისა და ბაქტერიების ფაგოციტოზს, აქტიურად მონაწილეობენ ანთებით და იმუნურ რეაქციებში. ანთების დროს ჰისტიოციტები გარდაიქმნებიან მაკროფაგებად. ანთების შემდეგ კი – კვლავ იბრუნებენ უჯრედულ ფორმას.

ღრუბლისებრი უჯრედები დიდი რაოდენობითაა ტუჩებისა და ლოყების ლორწოვანში. ნაკლებადაა – ენის, მაგარი სასის, ღრძილების მიდამოში. ანუ იქ, სადაც ლორწოვანი გარსი გარქოვანებულია.

პოხიერი უჯრედები წარმოადგენენ

ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების – ჰისტამინისა და ჰეპარინის წყაროს. ეს უკანასკნელნი მონაწილეობენ ანთებით რეაქციაში. პოხიერი უჯრედები არეგულირებენ სისხლძარღვთა განვლადობას და მონაწილეობენ ალერგიულ რეაქციებში.

პლაზმური უჯრედები გამოიმუშავებენ იმუნოგლობულინებს, რითაც ლორწოვანი გარსის დამცველობით და იმუნოლოგიურ რეაქციებს განაპირობებენ.

ლორწქვეშა ჩანაფენი (tunica submucosa) შედგება ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილისაგან. ენის, ღრძილებისა და მაგარი სასის უბანში იგი საერთოდ არ გვხვდება. ამასთან, კარგადაა გამოხატული ტუჩის, ლოყებისა და გარდამავალი ნაოჭის ლორწოვანში. ამ შრეში განლაგებულია წვრილი სისხლძარღვები და სანერწყვე ჯირკვლები. ასევე, **ფორდაისის ცხიმოვანი ჯირკვლები.**

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სისხლმომარაგება და ინერვაცია

პირის ღრუ ვასკულარიზდება გარეთა საძილე არტერიითა და მისი ტოტით – ყბის შიგნითა არტერიით. ამ უკანასკნელს ყბების, კბილების, ლორწოვანის სისხლმომარაგებისათვის გამოეყოფა რამდენიმე ტოტი. ქვედა ყბაზე ქვედა ალვეოლური არტერიის ტოტები კვებავენ ღრძილებსა და პერიოდონტს. ლოყის არტერია კი – პირის კარიბჭეს, ზედა ყბის კბილებს და ლოყის კუნთებს. ზედა უკანა ალვეოლური არტერიით ხდება ზედა ყბის მოლარების მიდამოს ღრძილების სისხლმომარაგება. თვალბუდის ქვედა არტერიით სისხლი მიეწოდება პრემოლარებისა და ფრონტალური კბილების მიმდებარე ღრძილებს. ტოტები, რომლებიც გამოეყოფა სასის არტერიას, კვებავენ სასის ლორწოვანს (სურ. 20).

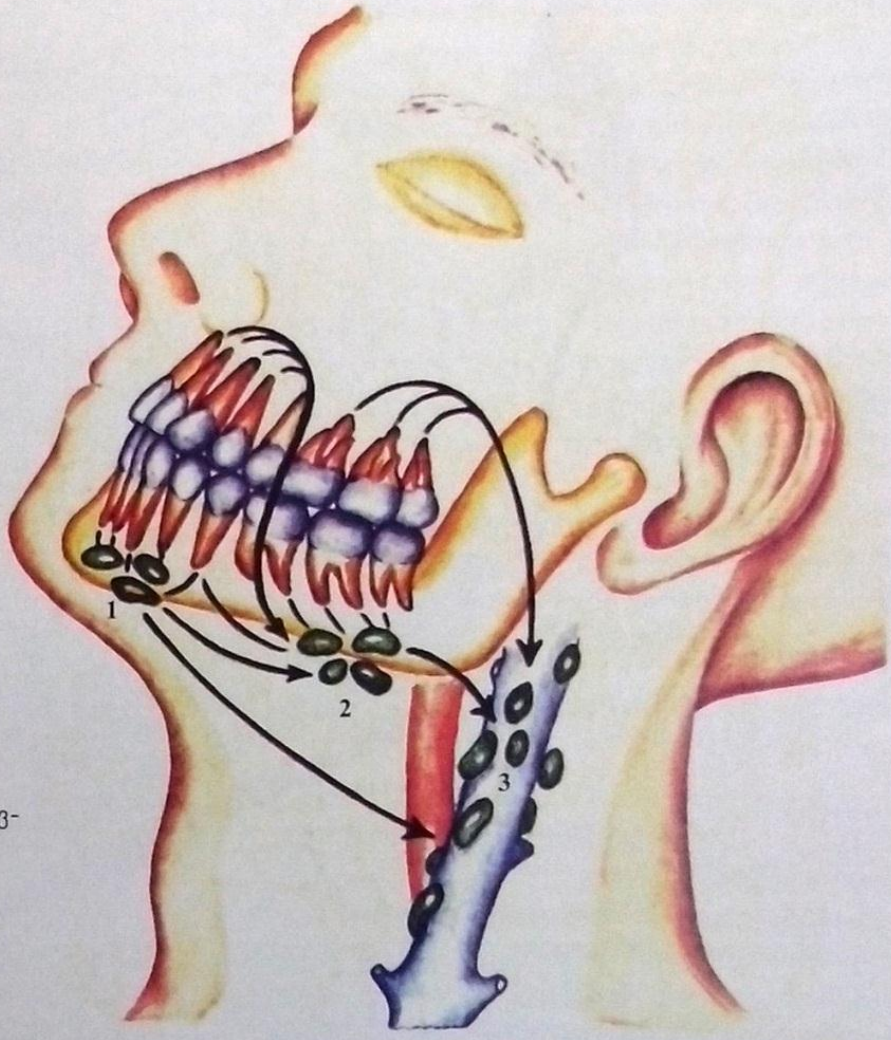
ვენები თან გასდევს არტერიებს და უერთდება შიგნითა საუღლე ვენას (სურ. 20).

ა) ***არტერიები***:
1. საერთო საძილე
2. შიგნითა საძილე
3. გარეთა საძილე
4. ზედა ყბის არტერია
5. საფეთქლის ზედაპირული
6. ქვედა ალვეოლური არტერია
7. ზედა ყბის უკანა ალვეოლური არტერია
8. ზედა ყბის წინა ალვეოლური არტერია
9. საჭრელი არხის
10. დიდი და მცირე სასის ხვრელის
11. ქვედა ყბის საბოლოო არტერიოლები
12. სახის
13. ენის

ბ) ***ვენები***:
1. ზედა ფარისებრი
2. სახის
3. ენის
4. ქვედა ყბის
5. ფრთა-სასის ვენური წნული
6. წინა ზედა ყბის
7. საფეთქლის

სურ. 20. პირის ღრუს სისხლმომარაგება (Данилевский Н.Ф. и соавт. 1993)

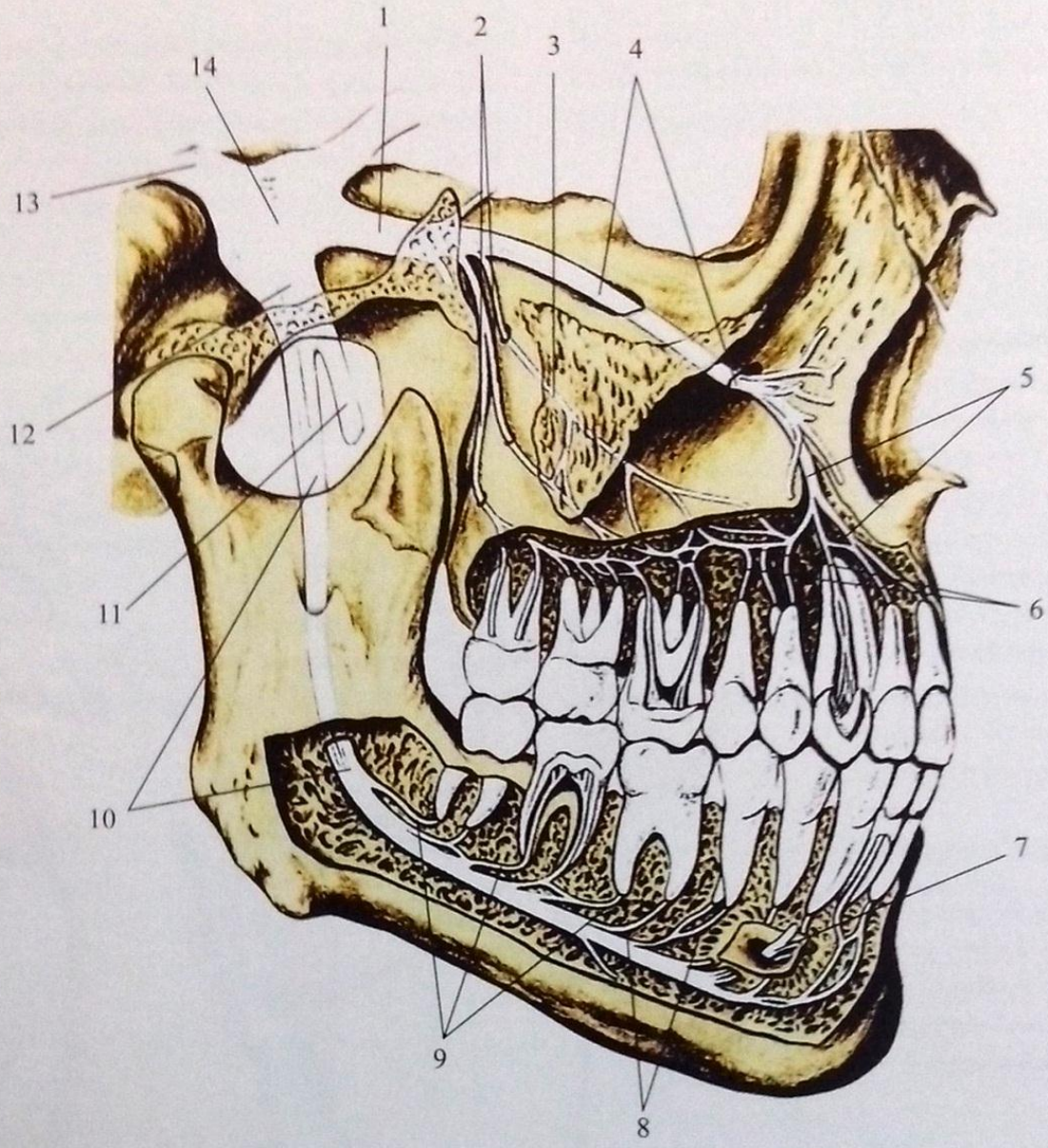
ლიმფა კბილების მიმდებარე ქსოვილებიდან მიედინება რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში (სურ. 21).



1. ნიკაპქვეშა ლიმფური ჯირკვლები
2. ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლები
3. კისრის ღრმა ლიმფური გარეთა ჯირკვლები (ისრებით ნაჩვენებია ლიმფის ნაკადის მიმართულება)

სურ. 21. პირის ღრუს ლიმფური სისტემა (Данилевский Н.Ф. и соавт. 1993)

პირის ღრუს რბილი ქსოვილები, მათ შორის – პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი, ყბებისა და კბილების მსგავსად, ინერვირდება სამწვერა ნერვის II და III ტოტებით (n. maxillaris და n. mandibularis). მათ გამოეყოფა ტოტები, რომლებიც ქმნიან კბილის წნულებს და აინერვირებენ პულპას, პერიოდონტსა და ღრძილს. სასის ძირითადი კვანძიდან გამოიყოფა ცხვირ-სასისა და სასის ნერვები, რომლებიც აინერვირებენ სასის ლორწოვანს. ლოყისა და ღრძილის ლორწოვანი გარსის ინერვაციაში მონაწილეობს ლოყის ნერვი, ხოლო პირის ღრუს ფსკერსა და ენის 2/3-ს აინერვირებს ენის ნერვი. ენის ძირის ინერვაცია ხორციელდება ენა-ხახის ნერვითა და ენის ტოტით (სურ. 22).



1. სამწვერა ნერვის მეორე ტოტი (ზედა ყბის ნერვი)
2. ზედა უკანა ალვეოლარული ტოტი
3. ზედა შუა ალვეოლარული ტოტი
4. თვალბუდის ქვედა ნერვი
5. ზედა წინა ალვეოლარული ტოტი
6. ზედა ყბის ნერვული წნული
7. ნიკაპის ნერვი
8. ქვედა ყბის ნერვული წნული
9. ქვედა ყბის ნერვის ტოტები
10. ქვედა ალვეოლარული ნერვი
11. ენის ნერვი
12. სამწვერა ნერვის მესამე ტოტი (ქვედა ყბის ნერვი)
13. სამწვერა ნერვი
14. სამწვერა ნერვის კვანძი

სურ. 22. პირის ღრუს ინერვაცია (Сапин М.Р. и соавт. 2009)

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ფუნქციები

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ფუნქციებია:
- დამცველობითი,
- პლასტიკური,
- მგრძნობიარე (სენსორული),
- შეწოვის.

დამცველობითი ფუნქცია პირის ღრუს ლორწოვანის ანატომიური და ფუნქციური თავისებურებებითაა განპირობებული. იგი გამოიხატება არათანაბარი გარქოვანებით, ეპითელიუმის უჯრედების მაღალი მიტოზური აქტივობით, კარგი რეგენერაციის უნარით, ნივთიერებათა ცვლის მაღალი აქტივობით, უჯრედული ელემენტების დიდი რაოდენობით, პირის ღრუში ლეიკოციტების მიგრაციით, ნერწყვის ბაქტერიციდული მოქმედებით, სპეციფიკური მიკროფლორით, ლორწოვანი გარსის ფიზიკური მდგრადობითა და ა.შ.

ეპითელიუმის დესქვამაციის პროცესში ლორწოვან გარსს ზედაპირიდან სცილდება მიკროორგანიზმები და მათი ცხოველმყოფელობის პროდუქტები. იგი წარმოადგენს ერთგვარ მექანიკურ ბარიერს მიკროორგანიზმებისა და ვირუსებისათვის (გამონაკლისია ტულარემიისა და თურქულის ვირუსი). დამცველობით ფუნქციაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ლეიკოციტებს, რომლებიც პირის ღრუში ხვდება კბილ-ღრძილოვანი შეერთების ეპითელიუმიდან. 1 მლ ნერწყვი შეიცავს დაახლოებით 4000 ლეიკოციტს. ლორწოვანი გარსის დაავადებების დროს მათი რაოდენობა საგრძნობლად იმატებს. ლორწოვანის ეპითელური საფარის მთლიანობის შენარჩუნებისათვის მნიშვნელოვანია ცილოვანი სტრუქტურისა და ნეიტრალური გლიკოპროტეიდების ბარიერული როლი.

ლორწოვანი გარსის **პლასტიკური ფუნქცია** ეპითელიუმის მაღალი რეგენერაციის უნარითაა განპირობებული. აღნიშნულს ბაზალური და ეკლისებრი შრის უჯრედების მაღალი მიტოზური აქტივობა განსაზღვრავს. ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის რეგენერაციის სიჩქარე გაცილებით მაღალია კანთან შედარებით. ასაკთან ერთად ეპითელიუმის რეგენერაციის სიჩქარე მცირდება. მიტოზური აქტივობის ინდექსი (მიტოზური აქტივობა ეპითელიუმის ყოველ ათას უჯრედზე) 25-34 წლის ასაკში 0,98-ია, ხოლო 50-78 წლის ასაკში – 1,56. აღნიშნული, უჯრედული პროლიფერაციული მექანიზმების ასაკობრივი შესუსტებითაა განპირობებული.

პირის ღრუს ხშირი ტრავმა, ცხელი, ცივი და გამაღიზიანებელი საკვების მოქმედება, მოწევა და სხვა ფაქტორები მუდმივად აღიზიანებენ ლორწოვანს, ქმნიან ხელსაყრელ პირობებს სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების განვითარებისათვის. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მაღალი რეგენერაციის უნარით არის განპირობებული ის, რომ ჭრილობა პირის ღრუში ხორცდება გაცილებით უფრო სწრაფად, ვიდრე კანზე. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მაღალი რეგენერაციის უნარი, მიტოზურ აქტივობასთან ერთად, განპირობებულია გლიკოგენის გამოყოფითა და რნმ-ის მომატებული შემცველობით.

სენსორული (მგრძნობიარე) ფუნქცია: პირის ღრუს ლორწოვანის მგრძნობელობის ხარისხი განსხვავდება სხვა ლორწოვანი გარსებისა და კანის მგრძნობელობისაგან. პირის ღრუში არის:
- გემოვნების,
- ტკივილის,
- სიცივის,
- სითბური,
- ტაქტილური რეცეპტორები.

ტაქტილური მგრძნობელობა განსაკუთრებით კარგადაა გამოხატული ტუჩის წითელ ყაეთანსა და ენის წვერზე, ტკივილის რეცეპტორები კი – სუსტად. ტკივილის შეგრძნება მეტად გამოხატულია კარიბჭესა და რბილ სასაზე. ტემპერატურული მგრძნობელობა განსხვავებულია პირის ღრუს სხვადასხვა უბანზე და გაცილებით დაბალია კანის ტემპერატურულ მგრძნობელობასთან შედარებით. ამასთან, სიცივის შეგრძნება უკეთაა განვითარებული, ვიდრე სითბოსი.

ლორწოვანი გარსი წარმოადგენს საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ჯირკვლებისა და მუსკულატურის რეფლექსოგენურ ზონას. გემოვნების რეცეპტორების გაღიზიანება არა მარტო ცვლის საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ფუნქციას, არამედ მოქმედებს სისხლის შემადგენლობაზე, გულ-სისხლძარღვთა და ორგანიზმის სხვა სისტემების ფუნქციაზე. ცნობილია, რომ რეცეპტორების მობილიზაციისა (ჩართვა) და დემობილიზაციის (გამორთვა) პროცესები დამოკიდებულია საჭმ-

ლის მომნელებელი ტრაქტის მდგომარეობაზე. უზმოდ გემოვნების რეცეპტორები იმყოფება მოქმედ მდგომარეობაში. საკვების მიღების შემდეგ კი ისინი არ რეაგირებენ გამღიზიანებელზე. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს ზემოთ აღნიშნული კანონზომიერება ირღვევა. ფუნქციური მობილურობის შემცირება აღინიშნება ენის ზოგიერთი დაავადების (გლოსალგია, დესქვამაციური გლოსიტი და სხვა) დროს. ფუნქციური რეცეპტორების მობილიზაციასა და დემობილიზაციას აწესრიგებს ცენტრალური ნერვული სისტემა.

შეწოვის ფუნქცია: პირის ღრუს ლორწოვანს, ასევე, აქვს შეწოვის უნარი. იგი გარკვეული ნივთიერებების გამტარია. პირის ღრუს სხვადასხვა უბანზე ეს უნარი განსხვავებულია. ლორწოვანი გარსის ამ ფუნქციას იყენებენ მთელი რიგი პრეპარატების მისაღებად. მაგალითად: ვალიდოლის შეწოვა ყველაზე უკეთ ხდება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან, კერძოდ კი – პირის ღრუს ფსკერიდან. ეს ფუნქცია კარგად აქვს გამოხატული ჯანმრთელ ლორწოვანს. პათოლოგიური პროცესის დროს ეს უნარი ქვეითდება. ლორწოვანის შემწოვ ფუნქციას იყენებენ სამკურნალო პასტების, მალამოების, ელექსირებისა და პირის ღრუს აბაზანების დანიშვნისას.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ასაკობრივი ცვლილებები

ასაკის მატებასთან ერთად, ლორწოვან გარსში მთელი რიგი ცვლილებები შეინიშნება. ხანდაზმულ ადამიანებში აღინიშნება ათეროსკლეროზული ცვლილებები, კაპილარების პროგრესირებადი ობლიტერაცია და ნივთიერებათა ცვლის რედუქცია. ლორწოვანი გარსი, ასაკის მატებასთან ერთად, ხდება უფრო თხელი და მკრთალი. მიმდინარეობს ბაზალური მემბრანის მთლიანობის რღვევა და ეპითელიუმის ჩაზრდა შემაერთებელ ქსოვილში.

60 წელზე მეტი ასაკის ადამიანებში იზრდება ცხიმოვანი უჯრედების რაოდენობა, მცირდება ელასტიკური ბოჭკოები და უჯრედული ფორმები, იშლება კოლაგენური ბოჭკოების კონები, გროვდება ძირითადი ნივთიერება. ენის მფარავ ეპითელიუმში მცირდება სისხლძარღვებისა და უჯრედული ელემენტების რაოდენობა, მიმდინარეობს ძაფისებრი დვრილების ატროფია და მცირდება ფოთლისებრი დვრილების რაოდენობა. ატროფიის პროცესები შეინიშნება ენის კუნთოვან ბოჭკოებშიც.

შემაერთებელი ქსოვილის სკლეროზთან ერთად მიმდინარეობს სანერწყვე ჯირკვლების ატროფიაც, ქვეითდება მგრძნობელობა. ხანდაზმულ ადამიანებში ხშირია პირის ღრუს ლორწოვანის შემდეგი დაავადებები: წითელი ბრტყელი ლიქენი, პროთეზული სტომატიტი, ქრონიკული ჰიპერპლასტიკური კანდიდოზი, „გეოგრაფიული“ ენა, ლეიკოპლაკია.

თავი II

პირის ღრუს მიკროფლორა

პირის ღრუ მიკროორგანიზმებისათვის უნიკალური ეკოლოგიური სისტემაა. მიკრობები აყალიბებენ მუდმივ მიკროფლორას, რომელიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ადამიანის ჯანმრთელობასა და, ასევე, სხვადასხვა დაავადების განვითარებაში. პირის ღრუ წარმოადგენს ე.წ. შესასვლელ კარიბჭეს მიკროორგანიზმებისათვის საკვებ პროდუქტებთან, წყალთან და ჰაერთან ერთად. მაღალი ტენიანობა, ნერწყვის შემადგენელი კომპონენტები, ტემპერატურა – 36-37^{0}C, pH – 6,6-7,0 და საკვები რესურსების მრავალფეროვნება, ხელსაყრელ პირობებს ქმნის სხვადასხვა მიკრობული ასოციაციის ადჰეზიისა და კოლონიზაციისათვის. აღწერილია პირის ღრუს დაახლოებით 400 სახეობის მიკროორგანიზმი.

პირის ღრუ უნიკალური ნიშაა, სადაც სხვადასხვა ბიოპტატის ზედაპირზე თანაცხოვრობს ასობით ტიპის მიკროორგანიზმი: ბაქტერიები, ვირუსები, სოკოები, უმარტივესები.

ცნობილია, რომ ადამიანის ორგანიზმში არსებული მიკროორგანიზმების რაოდენობა ორჯერ აღემატება ორგანიზმის საკუთარი უჯრედების რაოდენობას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში კი ბინადრობს მიკროფლორის მაქსიმალურად დიდი რაოდენობა, მათ შორის 16% – პირის ღრუში. აქ მიკროფლორის სახეობრივი მრავალფეროვნება მიკრობიოცენოზის სტაბილური ფუნქციონირების მაჩვენებელია.

კბილების ბიოაპკი სტრუქტურულ-ფუნქციური ორგანიზაციის მხრივ არა მხოლოდ სხვადასხვა ბაქტერიის ამორფული კრებულია, არამედ ცოცხალი, მრავალუჯრედიანი ორგანიზმიცაა, რომელიც მრავალფეროვნების პრინციპით ფუნქციონირებს. ცნობილია, რომ პირის ღრუში ბიოაპკი წარმოადგენს სპეციალიზებულ ბაქტერიულ ეკოსისტემას.

თანამედროვე კლასიფიკაციით, კბილის ბიოაპკი იყოფა ორ ჯგუფად:

- ჯანმრთელ კბილებთან და ჯანსაღ პაროდონტთან ასოცირებული,
- კარიესთან, პაროდონტიტთან და პერიიმპლანტიტთან ასოცირებული.

პირის ღრუს მიკროფლორა ძალზე მრავალფეროვანია და იცვლება ასაკთან ერთად. ახალშობილის პირველი კონტაქტი Candida-ს გვარის სოკოებთან ხდება სამშობიარო გზების გავლის დროს. ნაყოფის პირის ღრუ ინფიცირდება დედის საშოში მობინადრე სოკოვანი ფლორით. სიცოცხლის პირველი კვირის ბოლოს ითესება Veillonella alcalescens, მეხუთე თვიდან ვლინდება ფუზობაქტერიები, 3-7 წლიდან კი – ანტაგონისტი მიკროორგანიზმები – მიკროკოკები და სტრეპტოკოკები. პირის ღრუში კბილების ამოჭრისთანავე იქმნება პირობები ანაერობული ფლორის გამრავლებისათვის და მიკრობიოლოგიური ანალიზისას ამოითესება ანაერობული ვიბრიონები და Spir. sputigenum. ნაწილობრივი და სრული ადენტიის დროს პირის ღრუს მიკროფლორა ხდება აერობული ტიპის.

მიკრობიოცენოზის ფორმირება მრავალსაფეხურიანი, რთული პროცესია. ბაქტერიების კოლონიზაცია განპირობებულია მათი მინანქართან და ეპითელიუმთან ადჰეზიის უნარით. 1 მლ პირის ღრუს სითხეში დაახლოებით 43 მილიონიდან

5,5 მილიარდამდე მიკრობია. კბილის ნადებსა და ღრძილოვან ნაპრალში მათი რაოდენობა 100-ჯერ მეტია. ეს მაჩვენებელი დამოკიდებულია ორგანიზმის იმუნიტეტზე, ნერწყვის რაოდენობასა და შემადგენლობაზე, პირის ღრუს ჰიგიენურ მდგომარეობაზე, ასაკზე, კარიესული კბილების რაოდენობაზე, ლორწოვანი გარსისა და პაროდონტის მდგომარეობაზე. პირის ღრუში მიკრობების რაოდენობა მაქსიმალურია დილით, უზმოდ და მცირდება საკვების მიღების შემდეგ. ამასთან, მყარი საკვები ხელს უწყობს მათი რიცხვის შემცირებას.

პირის ღრუს მიკროორგანიზმებს შორის ვხვდებით ***აუტოქტონურ*** (ბიოტიპის სპეციფიკური სახეობები), ***ალოქტონურ*** (მასპინძელი ორგანიზმის სხვა ბიოტიპებიდან – ნაწლავის, ცხვირხახის – მიგრირებული სახეობები) და გარემოდან შემოჭრილ სახეობებს.

აუტოქტონური მიკროფლორა, თავის მხრივ, იყოფა ***ობლიგატურ ფლორად***, რომელიც მუდმივად არსებობს პირის ღრუში ***და ფაკულტატურ ფლორად***, რომლის შემადგენლობაში შედის პირობით-პათოგენური ბაქტერიები.

ნორმალური მიკროფლორის შემადგენლობაში შედის ბაქტერიები, სოკოები, ვირუსები და უმარტივესები (ცხრილი 1).

პირის ღრუში განსაკუთრებით დიდი რაოდენობითაა კოკები. კერძოდ:

სტაფილოკოკები გრამდადებითი ფაკულტატური ანაერობებია. კბილის ნადებში და ღრძილებზე, ძირითადად, გვხვდება Staphylococus Epidermidis. ზოგჯერ შეიძლება ჯანმრთელ ადამიანს აღმოაჩნდეს Staphylococus Aureus.

სტრეპტოკოკები პირის ღრუს მუდმივი ბინადრებია. მათი უმრავლესობა ფაკულტატური ანაერობია, თუმცა გვხვდება ობლიგატური ანაერობებიც (პეპტოსტრეპტოკოკები). ფერმენტული აქტივობით სტრეპტოკოკები შლიან ნახშირწყლებს და წარმოქმნიან რძემჟავას. მჟავე არე ხელს უშლის სხვადასხვა ჩირქმბადი მიკრობის ზრდას. პირის ღრუში გვხვდება შემდეგი სახეობის სტრეპტოკოკები: S. mutans, S. salivarius, S. sanguis, S. mitis, S. oralis და სხვ. ამასთან, S. salivarius და S. mitis – 100 % შემთხვევაში. S. mutans და S, sanguis დიდი რაოდენობითაა კბილებზე, ხოლო S. salivarius ძირითადად – ენის ზედაპირზე. S. mutans და S. sanguis ვლინდება მხოლოდ კბილების დაზიანების შემდეგ.

ვეილონელა მცირე ზომის გრამუარყოფითი კოკია, მკაცრი ანაერობი. ითვლება, რომ სტრეპტოკოკების მეტაბოლიზმის შედეგად გამოყოფილი რძემჟავას ხარჯზე ვეილონელამ შეიძლება გამოავლინოს ანტიკარიესული მოქმედება. იგი, თავისთავად, არ იწვევს პათოლოგიურ პროცესს, მაგრამ შეიძლება ხელსაყრელ პირობებში მიეკუთვნოს პირობით-პათოგენურ ჯგუფს. ვეილონელას რაოდენობა მკვეთრად იზრდება ანთებითი პროცესების, განსაკუთრებით – აბსცესების დროს.

ნეისერია გრამუარყოფითი დიპლოკოკია, მკაცრი აერობი. იგი ჯანმრთელი ადამიანის პირის ღრუში ყოველთვის დიდი რაოდენობითაა.

ენტეროკოკები განიხილებიან პირის ღრუს მუდმივ ბინადრებად.

პირის ღრუში კოკების პარალელურად ბინადრობენ ბაქტერიების ჩხირისებრი ფორმებიც.

ცხრილი 1. პირის ღრუს ნორმალური მიკროფლორა

მიკროორგანიზმები	ნერწყვში		შეხვედრის სიხშირე კბილ-ღრძილოვან ჯიბეში
	შეხვედრის სიხშირე %	რაოდენობა 1 მლ-ში	
რეზიდენტული ფლორა			
1. აერობები და ფაკულტატური ანაერობები			
1. S. mutans	100	$1,5x10^5$	100%
2. S. salivarius	100	10^7	100%
3. S. mitis	100	10^6-10^8	100%
4. საპროფიტული ნეისერიები	100	10^5-10^7	++
5. ლაქტობაქტერიები	90	10^3-10^4	+
6. სტაფილოკოკები	80	10^3-10^4	++
7. დიფტეროიდები	80	არ არის განსაზღვრული	+
8. ჰემოფილები	60	არ არის განსაზღვრული	0%
9. პნევმოკოკები	60	არ არის განსაზღვრული	არ არის განსაზღვრული
10. სხვა კოკები	30	10^2-10^4	++
11. საპროფიტული მიკობაქტერიები	++	არ არის განსაზღვრული	++
12. ტეტრაკოკები	++	არ არის განსაზღვრული	++
13. საფუარის მაგვარი სოკოები	50	10^2-10^3	+
14. მიკოპლაზმები	50	10^2-10^3	არ არის განსაზღვრული
2. ობლიგატური ანაერობები			
1. ვეილონელები	100	10^6-10^8	100%
2. ანაერობული სტეპტოკოკები (პეპტოსტრეპტოკოკები)	100	არ არის განსაზღვრული	100%
3. ბაქტეროიდები	100	არ არის განსაზღვრული	100%
4. ფუზობაქტერიები	75	10^2-10^3	100%
5. ძაფისებრი ბაქტერიები	100	10^2-10^4	100%
6. აქტინომიცეტები და ანაერობული დიფტეროიდები	100	არ არის განსაზღვრული	++
7. სპირალები და ვიბრიონები	++	არ არის განსაზღვრული	++
8. სპიროქეტები (საპროფიტული ბორელიები, ტრეპონემა და ლეპტოსპირები)	±	არ არის განსაზღვრული	100%
3. უმარტივესები:			
1. Entamoeba gingivalis	0	0	45%
2. Trichomonas elongata	0	0	25%
არამუდმივი მიკროფლორა			
1. აერობები და ფაკულტატური ანაერობები:			
გრამუარყოფითი ჩხირები:			
1. Klebsiella	15	10-10^2	0%
2. Escherichia	2	10-10^2	±
3. Aerobacter	3	10-10^2	0%
4. Pseudomonas	±	არ არის განსაზღვრული	0%
5. Proteus	±	არ არის განსაზღვრული	0%
6. Alkaligenes	±	არ არის განსაზღვრული	0%
7. ბაცილები	±	არ არის განსაზღვრული	0%
2. ობიგატური ანაერობები:			
კლოსტრიდიები:			
1. Clostridium putridium	±	არ არის განსაზღვრული	0%
2. Clostridium perfringens	±	არ არის განსაზღვრული	0%

შენიშვნა: ++ ხშირია; + არაა ხშირი; ± იშვიათია.

პირის ღრუს ბაქტერიების პათოლოგიური ფორმები

პირის ღრუში გვხვდება ბაქტერიების შემდეგი პათოლოგიური ფორმები:

Lactobacillus პირობით-პათოგენური ფაკულტატური ანაერობებია. ისინი წარმოშობენ დიდი რაოდენობით რძემჟავას და აფერხებენ სხვა მიკროორგანიზმების ზრდას. ლაქტობაქტერიებიდან პირის ღრუში გვხვდება L. brevis, L. fermenti და L. casei სხვა.

Corynebacterium დიდი რაოდენობით გვხვდება ჯანმრთელი ადამიანის პირის ღრუში. მათი თავისებურება პირის ღრუში ჟანგვა-აღდგენითი პოტენციალის დაქვეითებაა, რაც ხელს უწყობს ანაერობების გამრავლებას.

Bacteroidaceae-ს ოჯახი შედგება გრამუარყოფითი ანაერობული, არასპორწარმომქმნელი ბაქტერიებისაგან. მათი უმრავლესობა შედის პირის ღრუს მიკროფლორის შემადგენლობაში და მხოლოდ ზოგიერთ სახეობას აქვს პათოლოგიური პროცესის ინიცირების უნარი.

Porphyromonas გრამუარყოფითი ჩხირებია და შედის ნორმალური მიკროფლორის შემადგენლობაში. პირის ღრუში ყველაზე ხშირად გვხვდება P. asaccharolytica, P. endodontalis და P. gingivalis. მათი რაოდენობა იზრდება სხვადასხვა ჩირქოვან-ანთებითი პროცესის დროს.

Prevotella უმოძრაო, არასპორწარმომქმნელი პოლიმორფული ჩხირია. ტიპური წარმომადგენელია P. melaninogenica. მონაწილეობს პირის ღრუს შერეული ინფექციის წარმოქმნაში.

Fusobacterium გრამუარყოფითი ანაერობული ჩხირებია, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ზომით და ფორმით. ისინი მუდმივად ცხოვრობენ პირის ღრუში. მათი პათოგენურობა მკვეთრად მატულობს შერეულ კულტურაში სპიროქეტებთან და ანაერობულ კოკებთან ერთად. ფუზობაქტერიები გვხვდება კარიესულ დენტინში და პაროდონტიტის დროს პაროდონტულ ჯიბეში. ძირითადად დაზიანებებს იწვევს F. nucleatum და F. necrophorum.

Leptotrichia-დან პირის ღრუში მუდმივად გვხვდება ერთადერთი სახეობა – L. buccalis. იგი ბინადრობს კბილის ყელის მიდამოში. კბილის ქვის ორგანული მატრიქსი, ძირითადად, ლეპტოტრიქიისაგან შედგება. პაროდონტიტის დროს მათი რაოდენობა იზრდება.

Actinomycetaceae დიდი და მრავალფეროვანი ბაქტერიების ჯგუფია, რომელიც თითქმის ყოველთვის გვხვდება ჯანმრთელი ადამიანების პირის ღრუში. მიკროორგანიზმების წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითების შემთხვევაში აქტინომიცეტებს შეუძლიათ გამოიწვიონ აქტინომიკოზი (გამომწვევი actynomyces israelii). Actinomyces israelii თითქმის ყოველთვის გვხვდება ღრძილის ზედაპირზე, კბილის ნადებში, პაროდონტულ ჯიბეში, კარიესულ დენტინში და პერიოდონტიტის დროს არხებში.

Spirochaetaceae პირის ღრუს მიკროფლორის მუდმივი ბინადრები ხდებიან სარძევე კბილების ამოჭრისთანავე. სპიროქეტები მკაცრი ანაერობებია. პირის ღრუში გვხვდება სპიროქეტების 3 გვარი: Borrelia, Treponema და Leptospira.

Candida-ს გვარის სოკო აერობია და მიეკუთვნება პირობით – პათოგენურ მიკროორგანიზმებს. იგი არ წარმოქმნის სპორებს, მრავლდება დაკვირტვით. მისთვის დამახასიათებელია ფსევდომიცელიუმის არსებობა. შეუძლია არ გამოამჟღავნოს პათოგენური თვისებები და შემთხვევათა 50-70%-ში მოიქცეს, როგორც საპროფიტი. ადამიანისათვის Candida-ს მრავალი სახეობიდან პირობით – პათოგენურია მხოლოდ C.albicans, C.krusei, C.tropicalis, C.gulliernondii, C.pseudotropicalis, C.parakrusei და C.stellatoidea.

ამრიგად, პირის ღრუს მიკროფლორა უნიკალური და მეტად სპეციფიკურია. ორგანიზმის სხვა ფლორისაგან იგი განსხვავდება შემადგენლობით, მიკროორგანიზმების რაოდენობითა და ფუნქციებით. მიკროფლორის გარეშე შეუძლებელია პირის ღრუს ნორმალური ფუნქციონირება.

თავი III

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების ელემენტები

პირის ღრუს ლორწოვანისა და ტუჩის წითელი ყაეთნის დაავადებების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს დაზიანების ელემენტების ცოდნასა და მათ სწორ შეფასებას. განასხვავებენ დაზიანების **პირველად** და **მეორეულ** ელემენტებს. *პირველადია* დაზიანების ელემენტი, რომელიც ვლინდება პირველადად. *მეორადი კი* – ვითარდება პირველადისაგან (ცხრილი 2).

ცხრილი 2. დაზიანების პირველადი და მეორეული ელემენტები

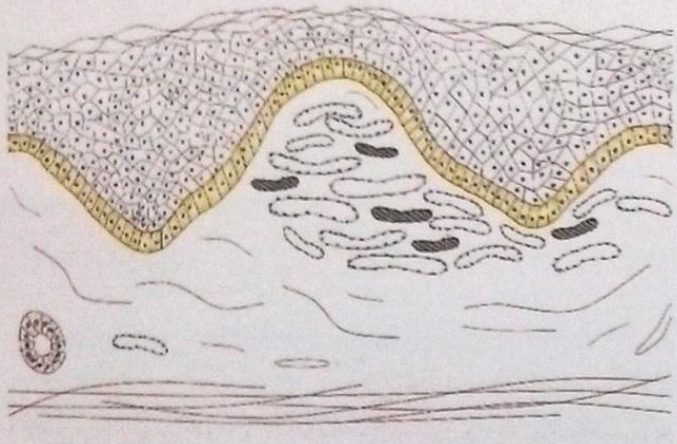
დაზიანების პირველადი ელემენტები	დაზიანების მეორეული ელემენტები
▪ ლაქა (macula) ▪ კვანძუკი, პაპულა (papula) ▪ კვანძი (nodus) ▪ ბორცვი (tuberculum) ▪ ბუშტუკი (vesiculum) ▪ ბუშტი (bulla) ▪ ჩირქგროვა, პუსტულა (pustula) ▪ კისტა (cystis) ▪ აბსცესი (abscessus)	▪ ეროზია (erosio) ▪ აფთა (aphta) ▪ წყლული (ulcus) ▪ ნახეთქი (rhagades) ▪ ნაწიბური (cicatrix) ▪ ქერცლი (squama) ▪ ქერქი (crusta) ▪ ანგიომატოზი (angiomatosis)

დაზიანების პირველადი ელემენტები

ლაქა (macula) პირის ღრუს ლორწოვანის ფერშეცვლილი შემოსაზღვრული უბანია. განასხვავებენ ანთებით და არაანთებით ლაქებს. ***როზეოლა*** მომრგვალო ფორმის 1,5-10 მმ დიამეტრის ანთებითი ლაქაა. გავრცელებული, მოწითალო ფერის 1,5 სმ-ზე დიდი ზომის ლაქას ***ერითემა*** ეწოდება. ***ჰემორაგია*** ზომის მიხედვით იყოფა ***პეტექიებად*** (წერტილოვანი) და ***ექკიმოზებად*** (მრგვალი ან ოვალური ფორმის ფართო ჰემორაგიები). ***პიგმენტური ლაქა*** ვითარდება ლორწოვან გარსში ეგზოგენური ან ენდოგენური წარმოშობის სხვადასხვა საღებავი ნივთიერებების (სამკურნალო პრეპარატები, ქიმიკატები, საყოფაცხოვრებო მტვერი და ორთქლი) დალექვის შედეგად. მათ სხვადასხვა ლოკალიზაცია და ფორმა აქვთ. ზოგჯერ პიგმენტური ლაქა მკვეთრად შემოსაზღვრულია, ზოგჯერ – არა. პიგმენტური ლაქა, შესაძლოა, გამოწვეული იყოს ვერცხლისწყლის, ბისმუტისა და ტყვიის მარილების დალექვით. ასეთ დროს

ლაქა არშიასავით გასდევს ღრძილის კიდეს. ღრძილების გარდა, ლაქები შესაძლოა შეგვხვდეს პირის ღრუს ლორწოვანის სხვა უბნებზეც (სურ. 23). ლაქები შეიძლება გაჩნდეს დამწვრობისა და ტრავმის შედეგად, ან წარმოიქმნას დაავადებების – ქუნთრუშას, ყბაყურას, B_{12} ჰიპოვიტამინოზის – დროს.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი



ბ) როზეოლა ქვედა ტუჩზე

გ) როზეოლა ღრძილზე

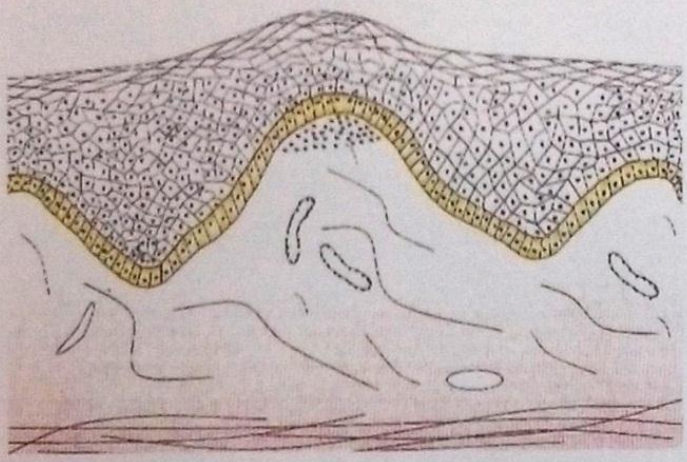
დ) ერითემა სასაზე

ე) ექკიმოზი ღრძილზე

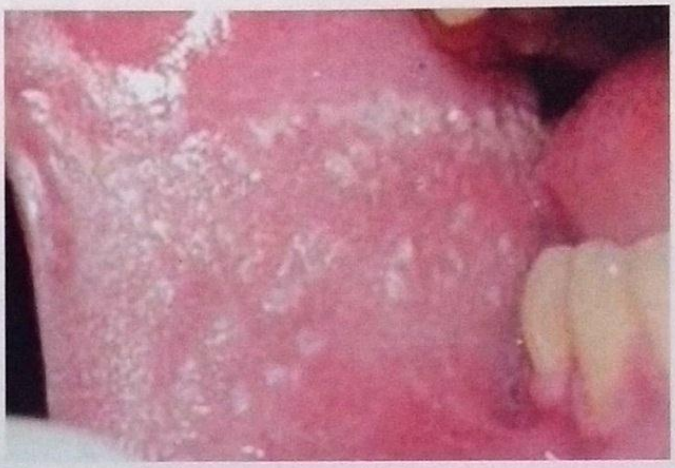
სურ. 23. ლაქა

კვანძუკი, პაპულა (papula) 3-4 მმ დიამეტრის ლორწოვანის ზედაპირიდან ამოწეული ანთებითი დაზიანების ელემენტია. ფორმით იგი შეიძლება იყოს: მრგვალი, ნახევრად მრგვალი, ოვალური, მკვეთრკონტურიანი. უფრო ხშირად დაზიანება მოიცავს როგორც ეპითელიუმს, ისე საკუთრივ ლორწოვანის ზედაპირულ შრეს. პაპულოზურ გამონაყარს უპირატესად ანთებითი ხასიათი აქვს. უკუგანვითარების შემთხვევაში იგი ნაწიბურს არ ტოვებს (სურ. 24). პაპულები, შესაძლოა, გაერთიანდნენ და წარმოქმნან **ბალთა**. პირის ღრუს ლორწოვანზე პაპულები ვითარდება, მაგალითად, წითელი ბრტყელი ლიქენის დროს.

ა) პისტოლოგიური სურათი



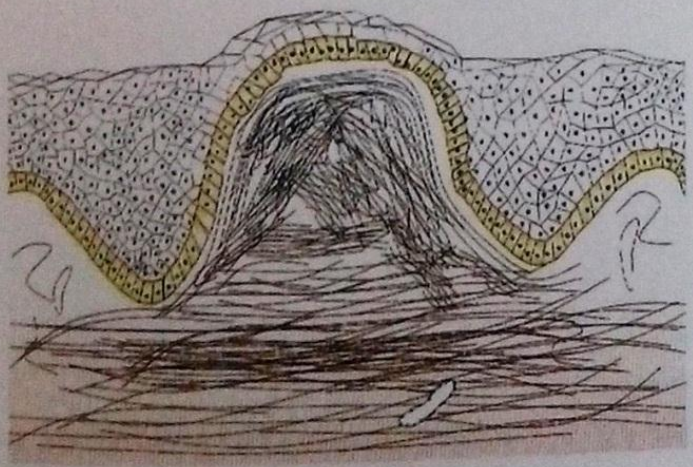
ბ) კლინიკური სურათი



სურ. 24. პაპულა

კვანძი (nodus) მკვრივი წარმონაქმნია, რომელიც მოიცავს ლორწოვანის ყველა შრეს. პალპაციით ისინჯება ნაკლებად მტკივნეული, მომრგვალო ფორმის ინფილტრატი (სურ. 25). შესაძლებელია კვანძის დაჩირქება (აქტინომიკოზის დროს), ან დაწყლულება (სიფილისური გუმის დროს).

ა) პისტოლოგიური სურათი

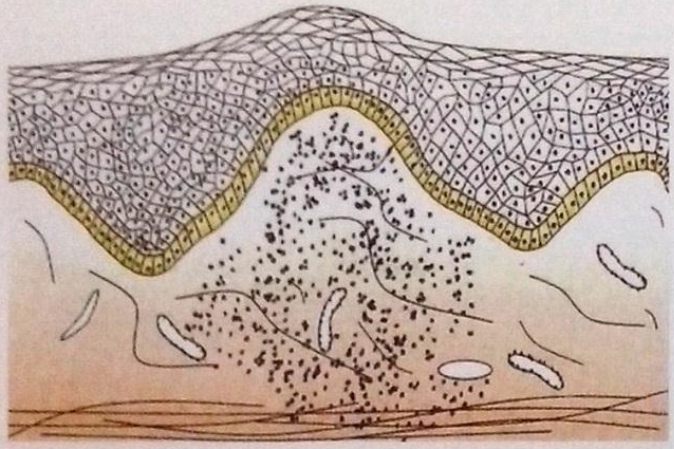


ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 25. კვანძი

ბორცვი (tuberculum) მრგვალი ფორმის ინფილტრაციული წარმონაქმნია ღრუს გარეშე, რომელიც მოიცავს ლორწოვანის სამივე შრეს და წამოწეულია ზედაპირიდან. იგი პალპაციით მკვრივი და მტკივნეულია, ზომით – 5-7 მმ (სურ. 26). მიდრეკილია დაშლისაკენ, რის შედეგადაც წარმოიქმნება წყლული. ბორცვის შეხორცების შემდეგ ყალიბდება ნაწიბური. დაზიანების ეს ელემენტი დამახასიათებელია ტუბერკულოზისა და მესამეული სიფილისისათვის.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი

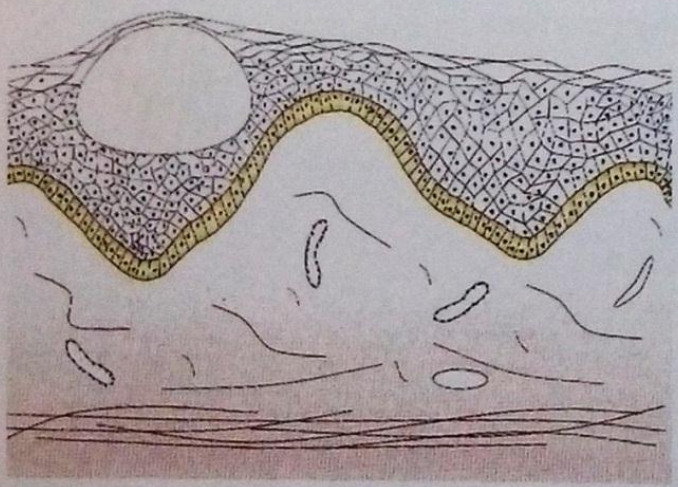


ბ) კლინიკური სურათი

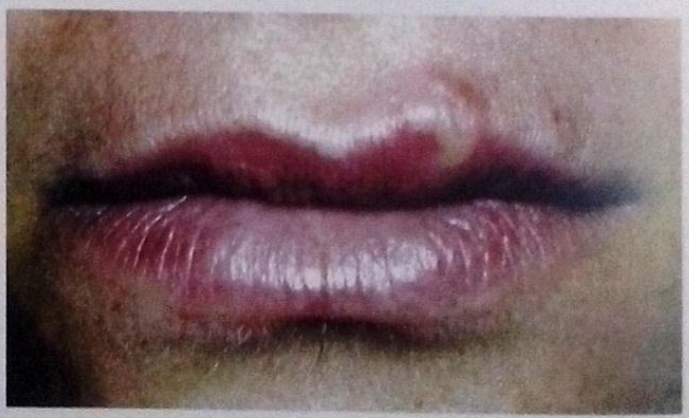
სურ. 26. ბორცვი

ბუშტუკი (vesiculum) მრგვალი ფორმის, ღრუს შემცველი წარმონაქმნია, რომელიც ვითარდება ეპითელიუმის ეკლისებურ შრეში განსაზღვრული რაოდენობის სითხის (ექსუდატი, სისხლი) დაგროვების შედეგად. მისი ზომა მერყეობს 1,5-4 მმ-მდე (სურ. 27). ბუშტუკი დაფარულია ეპითელიუმის თხელი შრით, იგი მალე სკდება და წარმოიქმნება ეროზია. ბუშტუკები ვითარდება ვირუსული დაავადებების (ჰერპესი, თურქული, შემოსარტყლული ლიქენი და სხვ.) დროს.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი



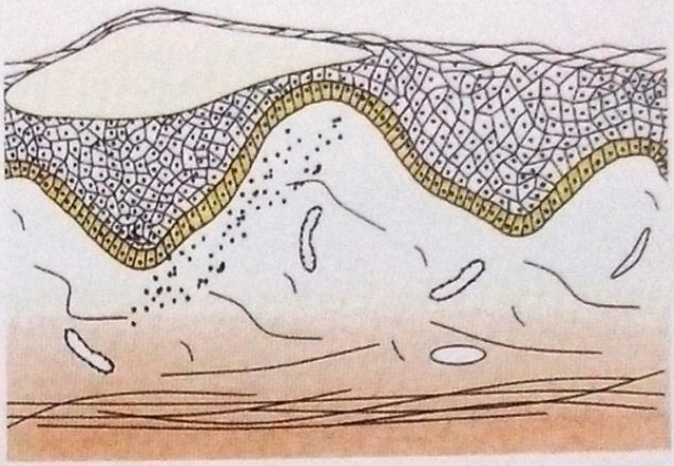
ბ) კლინიკური სურათი



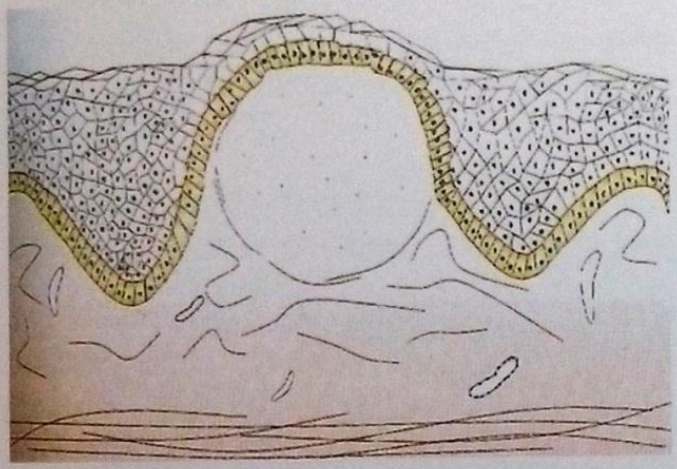
სურ. 27. ბუშტუკი

ბუშტი (bulla) ბუშტუკისაგან განსხვავდება დიდი ზომით. იგი შესაძლოა განლაგდეს როგორც ეპითელიუმის სისქეში, ასევე სუბეპითელურად. ბუშტი ამოვსებულია ჰემორაგიული ან სეროზული შიგთავსით. მისი ზომა 5 მმ-დან რამოდენიმე სმ-მდეა (სურ. 28). პირის ღრუში ბუშტი ადვილად სკდება და მის ადგილას წარმოიქმნება ეროზია. დაზიანების ეს ელემენტი გვხვდება მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის, პემფიგუსის და პემფიგოიდის დროს.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი. ბუშტი სუბეპითელურად



ბ) ჰისტოლოგიური სურათი. ბუშტი ეპითელიუმის სისქეში

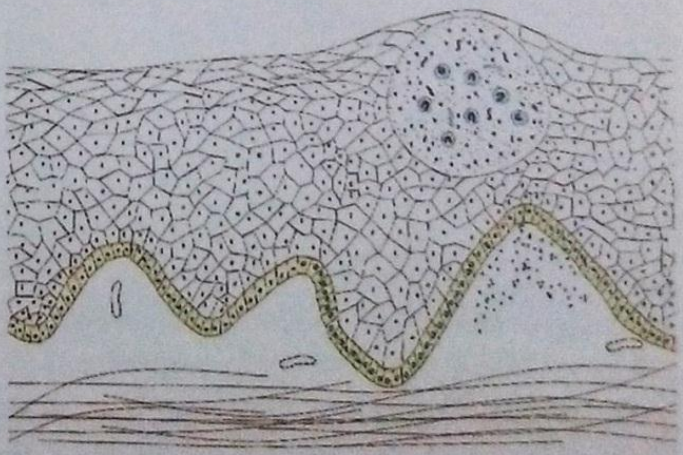


გ) კლინიკური სურათი

სურ. 28. ბუშტი

ჩირქგროვა, პუსტულა (pustula) ღრუს შემცველი წარმონაქმნია, რომელიც ამოვსებულია ჩირქოვანი ექსუდატით (სურ. 29), ვითარდება ბაქტერიული ინფექციების დროს.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი



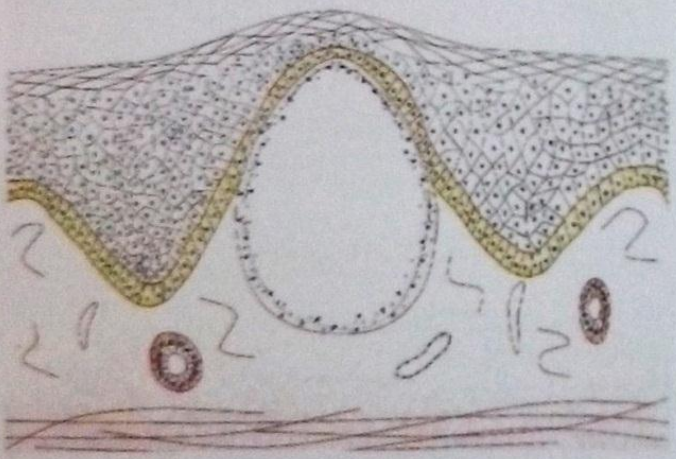
ა) ჩირქგროვა სახის კანზე

ბ) ჩირქგროვა ტუჩის ნაოჭულ ფართობზე

სურ. 29. ჩირქგროვა

კისტა (cystis) ღრუს შემცველი წარმონაქმნია, რომელიც შიგნიდან ამოფენილია ეპითელიუმით, ხოლო გარედან შემოსაზღვრულია შემაერთებელქსოვილოვანი კაფსულით (სურ. 30).

ა) პისტოლოგიური სურათი

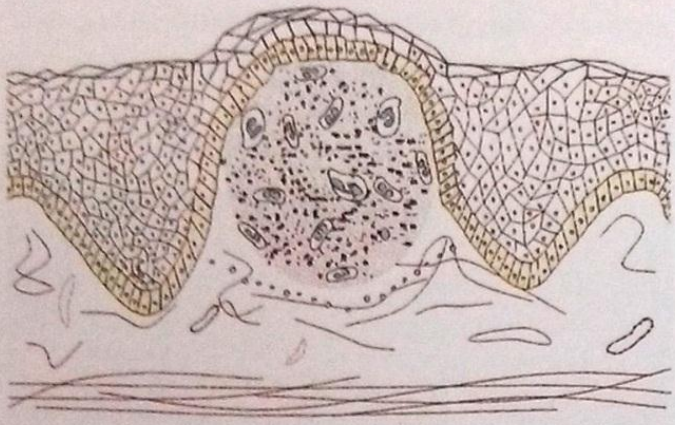


ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 30. კისტა

აბსცესი (abscessus) სხვადასხვა ზომის ღრუს შემცველი წარმონაქმნია, რომელიც ჩირქითაა სავსე. იგი ყალიბდება პათოლოგიურად შეცვლილი ქსოვილების დაშლისა და ნერილი ჩირქგროვების გაერთიანების შედეგად. ლორწოვან გარსში ლოკალიზაციისას აბსცესი მკვეთრად შემოსაზღვრულია (სურ. 31).

ა) ჰისტოლოგიური სურათი



ბ) კლინიკური სურათი

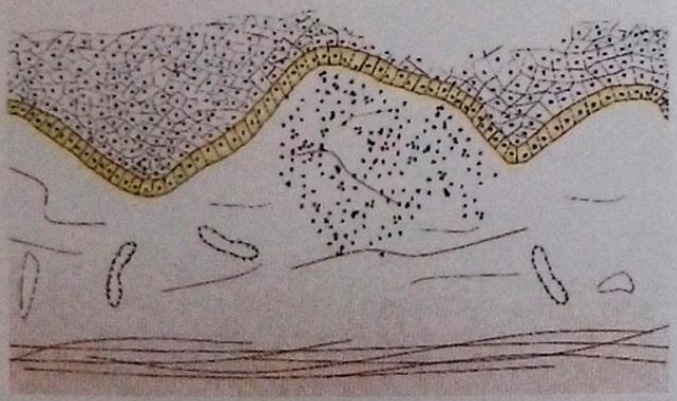
სურ. 31. აბსცესი

დაზიანების მეორეული ელემენტები

ეროზია (erosio) ეპითელიუმის მთლიანობის დარღვევის შედეგია, რომელიც ვითარდება ღრუს შემცველი წარმონაქმნების გახეთქვის, ეპითელიუმის ნეკროზის, პაპულების რღვევის ან ტრავმის შედეგად (სურ. 32). იგი არ სცდება ეპითელიუმის ფარგლებს და შეხორცების შემდეგ არ ტოვებს ნაწიბურს. ტრავმული წარმოშობის ეროზიას **ექსკორიაციო** ეწოდება.

ბ) კლინიკური სურათი

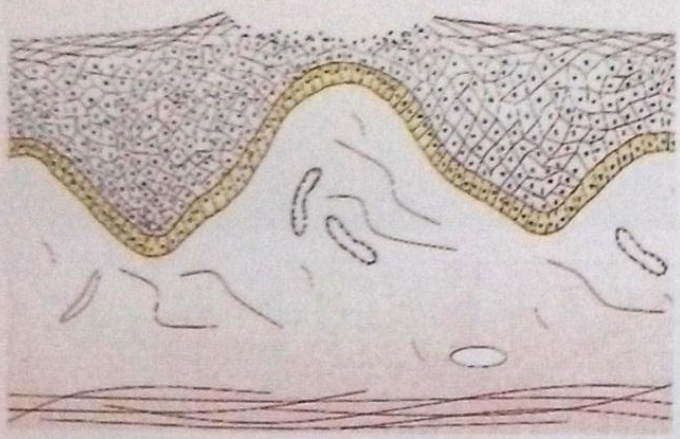
ა) ჰისტოლოგიური სურათი



სურ. 32. ეროზია

აფთა (aphta) 5-10 მმ დიამეტრის მომრგვალო ან ოვალური ფორმის ეროზიაა, რომელიც შემოსაზღვრულია მკვეთრი ჰიპერემიული არშიით და დაფარულია ფიბრინული ნადებით, აქვს თეთრი ან მოყვითალო შეფერილობა (სურ. 33). შეხორცების შემდეგ არ ტოვებს ნაწიბურს. გვხვდება ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის დროს.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი

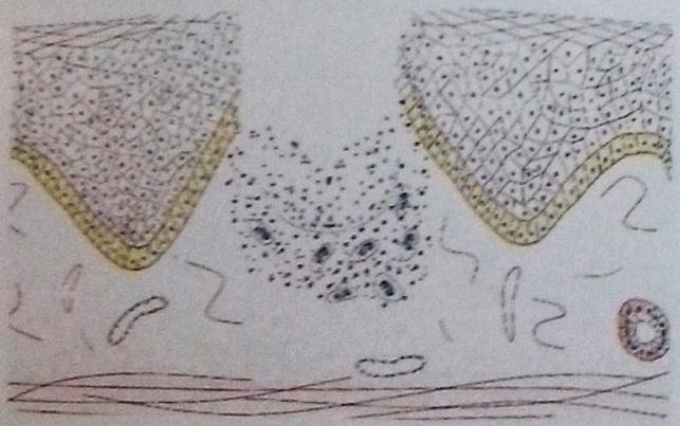


ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 33. აფთა

წყლული (ulcus) დაზიანების ელემენტია, რომელიც მოიცავს ლორწოვანის ყველა შრეს. მას აქვს ფსკერი და კედლები (სურ. 34), ხორცდება ნაწიბურის წარმოქმნით. წყლული შეიძლება განვითარდეს ტრავმის, ტუბერკულოზის, ათაშანგის, სიმსივნური დაზიანებების დროს.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი

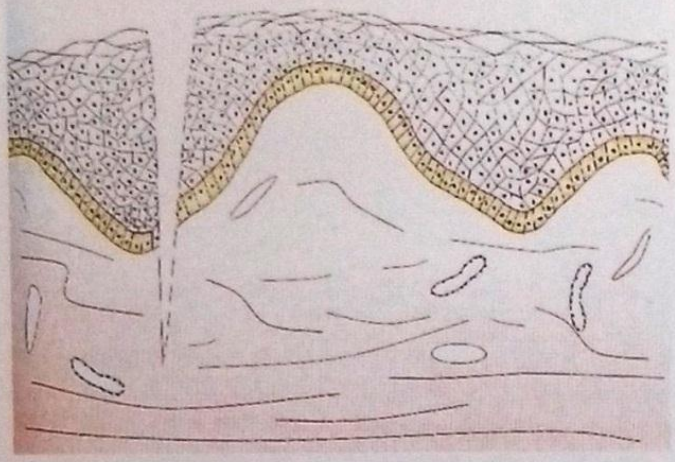


ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 34. წყლული

ნახეთქი (rhagades) წარმოადგენს ხაზობრივ დეფექტს, რომელიც მოიცავს ეპითელიუმსა და საკუთრივ ლორწოვანი გარსის ნაწილს, ვითარდება ქსოვილების ელასტიკურობის დაკარგვის შედეგად. ნახეთქს აქვს ნაპრალის ფორმა, რომლის მწვერვალი მიმართულია ქსოვილის სიღრმისკენ (სურ. 35).

ა) ჰისტოლოგიური სურათი



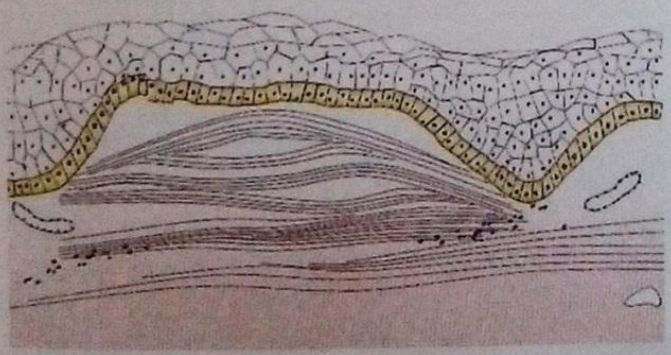
ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 35. ნახეთქი

ნაწიბური (cicatrix) წარმოიქმნება ლორწოვანი გარსის რაიმე დეფექტის შეხორცების ადგილას. ჰისტოლოგიურად იგი ხასიათდება ეპითელიუმის გათხელებით, უჯრედული ელემენტების შემცირებით და ბოჭკოვანი სტრუქტურების რაოდენობის მომატებით. განასხვავებენ ჰიპერტროფიულ და ატროფიულ ნაწიბურს.

ჰიპერტროფიული (კელოიდური) ნაწიბური წარმოიქმნება ტრავმის ან ქირურგიული ჩარევის შემდეგ, აქვს ხაზობრივი ფორმა და პალპაციით მკვრივია (სურ. 36). ატროფიული ნაწიბური ვითარდება ტუბერკულოზური, სიფილისური და წითელი მგლურასმიერი დაზიანების ელემენტების შეხორცების შედეგად, დამახასიათებელია არასწორი ფორმა და მნიშვნელოვანი სიღრმე (სურ. 37). დროთა განმავლობაში იგი ხდება სადა.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი



ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 36. ჰიპერტროფიული ნაწიბური

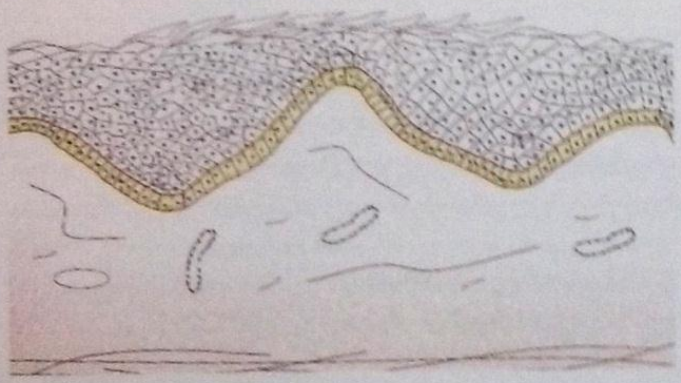
ა) პისტოლოგიური სურათი

ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 37. ატროფიული ნაიბური

ქერცლი (squama) ეპითელური წარმოშობის დაზიანების ელემენტია, რომელიც ვითარდება ეპითელიუმის დესქვამაციის დარღვევის შედეგად. ქერცლი შესაძლოა იყოს პრიალა, მოყვითალო, ნაცრისფერი (სურ. 38).

ა) პისტოლოგიური სურათი

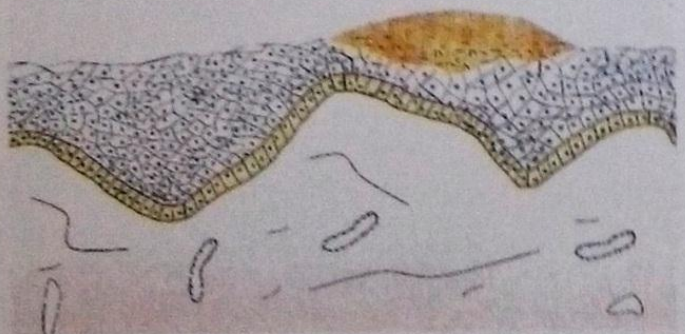


ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 38. ქერცლი

ქერქი (crusta) წარმოიქმნება ბუშტის, ბუშტუკის, ჩირქგროვის, წყლულის, ნახეთქის მიერ გამოყოფილი ექსუდატის გაშრობის შედეგად (სურ. 39). ქერქის ფერი დამოკიდებულია ექსუდატის ხასიათზე (სეროზული, ჩირქოვანი, ჰემორაგიული).

ა) პისტოლოგიური სურათი

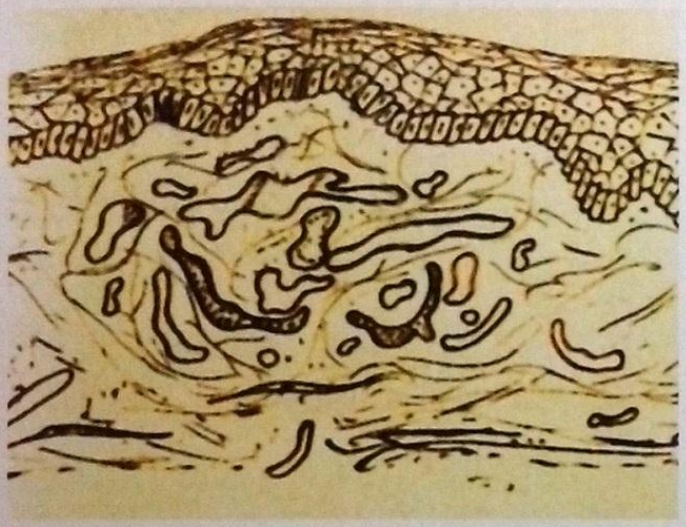


ბ) კლინიკური სურათი

სურ. 39. ქერქი

ანგიომატოზი ვითარდება სისხლძარღვების რაოდენობის თანდაყოლილი მოჭარბების ან კაპილარების შეძენილი გაფართოების შედეგად (ტელეანგიექტაზია). იგი შესაძლებელია თან სდევდეს შინაგანი ორგანოების ფუნქციის დარღვევას. ადგილობრივად ანგიომატოზი ხშირად ვითარდება სახის კანზე, პირის ღრუს, კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვანზე. ანგიომატოზი ვლინდება მოწითალო-მოლურჯო ლაქების სახით, ზოგჯერ ამოწეულია კანისა და ლორწოვანი გარსის ზედაპირიდან (სურ. 40), ტრავმირების შემთხვევაში ძლიერ სისხლმდენია.

ა) ჰისტოლოგიური სურათი



ბ) კლინიკური სურათი

გ) კლინიკური სურათი

სურ. 40. ანგიომატოზი

* ჰისტოლოგიური სურათები 23-40 – სქემა Барер Г. М. и соавт. 2005.

თავი IV

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების დროს მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები

პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე წარმოქმნილი მრავალფეროვნი პათოლოგიური პროცესები ემორჩილება ორგანიზმის ზოგად კანონზომიერებებს. კერძოდ, პირის ღრუს ლორწოვანზე, ისევე როგორც სხვა ორგანოებსა და ქსოვილებში, შეიძლება შეგვხვდეს:

- ანთებადი,
- ალტერაციული,
- ექსუდაციური,
- პროლიფერაციული,
- დისტროფიული,
- სიმსივნური დაზიანებანი.

მიმდინარეობის მიხედვით, პათოლოგიური პროცესები შეიძლება იყოს:

- მწვავე,
- ქრონიკული,
- გამწვავებული.

ანთების მწვავე მიმდინარეობის დროს ჭარბობს ალტერაციისა და ექსუდაციის პროცესები, ხოლო ქრონიკული მიმდინარეობისას – პროლიფერაცია.

დისტროფიული მოვლენები ლორწოვანის ცალკეული შრის განლევაა. იგი, უმეტესად, მფარავი ეპითელიუმისთვისაა დამახასიათებელი.

გარქოვანების დარღვევის თანმდევი პროცესებია: აკანტოზი, პარაკერატოზი, ჰიპერკერატოზი, დისკერატოზი, პაპილომატოზი, ვაკუოლური დისტროფია, სპონგიოზი, ბალონური დისტროფია და აკანტოლიზი.

აკანტოზი (acanthosis) ეპითელიუმის გასქელებაა ბაზალური და ეკლისებრი შრის პროლიფერაციის გამო. აკანტოზის შედეგად შეიძლება ჩამოყალიბდეს კვანძი, კვანძუკი ან ლიქენიზაცია. აღნიშნული პათოლოგიური პროცესი თან ერთვის წითელ ბრტყელ ლიქენს, მარტივ და რბილ ლეიკოპლაკიას, ჰიპო- და ავიტამინოზების დროს მიმდინარე ცვლილებებს, წითელ მგლურას, მანგანოტისა და ექსფოლიაციურ ჰეილიტებს.

პარაკერატოზი (parakeratosis) ეკლისებრი შრის ზედაპირული უჯრედების არასრული გარქოვანებაა. ამ დროს აღნიშნული უჯრედებიდან ქრება კერატინი, რის გამოც ხდება ეპიდერმისის აქერცვლა. წარმოქმნილი ქერცლი ადვილად განიცდის გარქოვანებას. აღნიშნული პათოლოგიური პროცესი ვითარდება ლეიკოპლაკიის, A, B, C ჰიპო- და ავიტამინოზების, წითელი ბრტყელი ლიქენის, წითელი მგლურას, ატოპიური და ექსფოლაციური ჰეილიტების მშრალი ფორმის დროს. პარაკერატოზის შედეგად ვითარდება ლაქა, კვანძი და კვანძუკი.

დისკერატოზი (diskeratosis) გარქოვანების პროცესის დარღვევაა, რომელიც ხასიათდება ეპითელური უჯრედების პათოლოგიური კერატინიზაციით. ისინი ხდება უფრო მკვრივი, მარცვლოვანი და მომრგვალებული. დისკერატოზი ხშირია ხანდაზმულებში. ავთვისებიანი დისკერატოზი დამახასიათებელია ბოუენის დაავადებისა და ბრტყელუჯრედოვანი კიბოსათვის.

ჰიპერკერატოზი (hyperkeratosis) პათოლოგიური პროცესია, რომლის დროსაც ჭარბი გარქოვანებაა და ეპითელიუმში დიდი ზომის გარქოვანებული შრე წარმოიქმნება. ჰიპერკერატოზი

ერთვის ლეიკოპლაკიას, წითელ ბრტყელ ლიქენს, ტყვიით, ბისმუტითა და ვერცხლისწყლით ინტოქსიკაციას, წითელ მგლურას.

პაპილომატოზი (papillomatosis) საკუთრივ ლორწოვანი გარსის დვრილოვანი შრის შეზრდაა ლორწოვანის ეპითელიუმთან. აღნიშნული პათოლოგიური პროცესი ვითარდება ქრონიკული ტრავმის შედეგად.

ვაკუოლური დისტროფია შიდაუჯრედული შეშუპებაა ეპითელიუმში და ციტოპლაზმაში. ამ დროს ჩნდება ვაკუოლები და უჯრედი იშლება. ხშირად ვაკუოლი მთელ უჯრედს იკავებს. ეს პათოლოგიური პროცესი ვითარდება მარტივი ჰერპესის, წითელი მგლურასა და პემფიგუსის დროს.

სპონგიოზი (spongiosis) სითხის დაგროვებაა ეკლისებრი შრის უჯრედებს შორის. პროცესი იწყება უჯრედშორისი ნაპრალების გაფართოებით, რომლებიც ივსება ექსუდატით, ამის შედეგად უჯრედშორისი კავშირები ირღვევა და ყალიბდება ღრუ. სპონგიოზი საფუძვლად უდევს ბუშტისა და ბუშტუკის განვითარებას. სპონგიოზის განვითარება ახასიათებს მარტივ ჰერპესს, პემფიგუსს, წითელ ბრტყელ ლიქენს, მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემას და ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტს.

ბალონური დისტროფიის დროს ირღვევა კავშირი ეკლისებრი შრის უჯრედებს შორის. თავად უჯრედი არ იშლება, იზრდება ზომაში და დაცურავს სითხეში ბალონების სახით. ეს პროცესი ვლინდება მარტივი ჰერპესის, ეგზემის, მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის და წითელი ბრტყელი ლიქენის დროს.

აკანტოლიზის (acantholysis) დროს ეკლისებურ შრეში ხდება უჯრედშორისი ხიდების რღვევა. ისინი კარგავენ კავშირს ეპითელიუმის უჯრედებთან. წარმოიქმნება ნაპრალები და ეპითელიოციტები. პათოლოგიურ პროცესს იმუნოლოგიური წარმომავლობა აქვს. ეკლისებრი უჯრედები მრგვალდება, მცირდება ზომაში. მას „ტყვანკის უჯრედები" ეწოდება. ეს უჯრედები პემფიგუსის უტყუარი სადიაგნოსტიკო ნიშანია.

შედარებით იშვიათად პირის ღრუს ლორწოვანზე გვხვდება კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, ანუ კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი **სიმსივნეები (ბლასტომები)**. ეს ქსოვილების არანორმირებული პათოლოგიური ზრდაა. მათი კლასიფიკაცია წარმომობის მიხედვით ასეთია:

- ეპითელური,
- შემაერთებელქსოვილოვანი,
- სისხლძარღვოვანი,
- ჯირკვლოვანი,
- კუნთოვანი,
- ნერვული,
- შერეული სიმსივნეები.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეები შედგება დიფერენცირებული უჯრედებისაგან, იზრდება ნელა, არ ახასიათებს ჩაზრდა მეზობელ ქსოვილებში, არ აქვს მეტასტაზირების უნარი.

ავთვისებიანი სიმსივნეები შედგება არადიფერენცირებული უჯრედებისაგან. მათი ბირთვის ფორმა შეცვლილია. ვლინდება გიგანტური მრავალბირთვიანი უჯრედები. ავთვისებიანი სიმსივნეები სწრაფად იზრდება, მიდრეკილია რეციდივებისა და მეტასტაზირებისაკენ.

უნდა აღინიშნოს, რომ მალიგნიზაციის კლასიკური ტრიადის (ატიპურობა, პოლიმორფიზმი, ინვაზიური ზრდა) გარდა, არსებობს ავთვისებიანების სხვა პათოლოგიური ნიშნები, რომლებიც ახალწარმონაქმნის ზოგიერთ ფორმას ახასიათებს.

თავი V

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გამოკვლევის მეთოდები

პირის ღრუს ლორწოვანისა და ტუჩის წითელი ყაეთნის დაავადებების მრავალფეროვნება და მათი დიაგნოსტიკის სირთულე განსაზღვრავს იმას, რომ ეს ნოზოლოგიები თანამედროვე სტომატოლოგიის მნიშვნელოვანი პრობლემაა.

პირის ღრუს ლორწოვანის გამოსაკვლევად საჭიროა შედგეს კომპლექსური, მიზანმიმართული და მაქსიმალურად ინდივიდუალური, გამოკვლევის გეგმა, რომელიც, თავის მხრივ, მოიცავს გამოკვლევის ***ძირითად და დამხმარე მეთოდებს***. გამოკვლევის ძირითადი მეთოდებია:

- ანამნეზის შეკრება,
- სახისა და პირის ღრუს დათვალიერება,
- პალპაცია.

გამოკვლევის დამხმარე მეთოდებია:

- ლაბორატორიული,
- ფუნქციური,
- იმუნოლოგიური,
- ინსტრუმენტული და სხვა.

მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად, ასევე, დიდი მნიშვნელობა აქვს ***დისპანსერულ და ეპიდემიოლოგიურ***, ასევე, ***პროფილაქტიკურ და საკონტროლო*** გამოკვლევებს.

გამოკვლევის ძირითადი მეთოდები

გამოკვლევის ძირითად მეთოდებს მიეკუთვნება: ანამნეზის შეკრება, ობიექტური გამოკვლევა – დათვალიერება და პალპაცია.

ანამნეზის შეკრება – პაციენტის გამოკითხვა – გამოკვლევის საწყისი ეტაპია და მოიცავს ***დაავადებისა და ცხოვრების ანამნეზს*** (anamnesis morbi, anamnesis vitae). ამ მეთოდის მიზანია პაციენტის სრულყოფილი გამოკითხვის შედეგად დაისვას წინასწარი დაიგნოზი და განისაზღვროს დაავადებათა რომელ ჯგუფს მიეკუთვნება აღნიშნული პათოლოგია.

გამოკითხვისას უნდა დადგინდეს ჩივილების დაწყების დრო, პირველი სიმპტომები, მისი მიმდინარეობის ხასიათი და ხანგრძლივობა, დაავადების სიმპტომთა გამოვლენის დრო და მაპროვოცირებელი ფაქტორი, პროცესის განვითარების მიმდინარეობა, ტკივილი და მისი ხასიათი, ჩატარდა თუ არა მკურნალობა წარსულში და როგორი იყო მისი შედეგი, რეციდივების არსებობა და რემისიის ხანგრძლივობა. აუცილებელია გაირკვეს პაციენტის ინდივიდუალური თავისებურებები, სომატური დაავადებები და მავნე ჩვევები.

ცხოვრების ანამნეზის შეკრებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას პაციენტის პროფესია, გენეტიკური განწყობა და ოჯახის სხვა წევრების ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

აუცილებლად უნდა მიექცეს ყურადღება პაციენტის ფსიქოემოციურ მდგომარეობას. ყოვლად

დაუშვებელია უარყოფითად შეფასდეს ადრე ჩატარებული მკურნალობა, არაკორექტულად იქნეს მოხსენიებული მკურნალი ექიმი. გამოკითხვამ არ უნდა ჩაუნერგოს პაციენტს შიში ან ჩამოუყალიბოს კანცეროფობია.

ექიმმა აუცილებლად უნდა დაიცვას დეონტოლოგიის პრინციპები.

სწორად ჩატარებული გამოკითხვის შედეგად მიღებული მონაცემები ექიმს საშუალებას აძლევს სწორად დასვას წინასწარი დიაგნოზი.

ობიექტური გამოკვლევა მოიცავს ტუჩის წითელი ყაეთნისა და პირის ღრუს ***დათვალიერებასა და პალპაციას.***

პაციენტთან გასაუბრების დაწყებისთანავე, ექიმისათვის ინფორმაციულია მეტყველების დარღვევა და არასასიამოვნო სუნი პირის ღრუდან. ეს უკანასკნელი შეიძლება გამოწვეული იყოს პირის ღრუს მთელი რიგი დაავადებებით, კერძოდ: მრავლობითი კარიესით, განგრენული პულპიტით, ქრონიკული პერიოდონტიტით, არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობით, პირის ღრუს ლორწოვანისა და პაროდონტის ანთებითი დაავადებებით და სხვა. ამავე დროს, არასასიამოვნო სუნი პირის ღრუდან შეიძლება იყოს ცხვირხახის, ფილტვების, საყლაპავის, კუჭისა და სხვა დაავადებათა სიმპტომი.

დათვალიერებისას დგინდება ყბა-სახის მიდამოს ხილული ცვლილებები, ხდება ლორწოვანის დაზიანების ელემენტების აღმოჩენა. გამოკვლევის ეს მეთოდი მოიცავს *გარეგან და უშუალოდ პირის ღრუს დათვალიერებას.* ექიმი პაციენტთან შეხვედრისთანავე აკვირდება მის გარეგნობას, იერს, აღნაგობას, აქტივობას, სახის გამომეტყველებას, კანის ფერს, ტურგორს, გამონაყარის არსებობას, არტიკულაციის ამა თუ იმ თავისებურებას, სკლერების ფერს.

დათვალიერება უნდა მოხდეს კარგი განათების პირობებში, რათა უშეცდომოდ გამოვავლინოთ და შევისწავლოთ დაზიანების ელემენტები.

პირის ღრუს დათვალიერება იწყება *ტუჩის წითელი ყაეთნიდან.* მისი კონტურების, შეფერილობის ცვლილება ან სიმშრალე ხშირად შინაგანი ორგანოების ამა თუ იმ დაავადებაზე მეტყველებს. ყურადღება უნდა მივაქციოთ ტუჩის კუთხეებს, მასზე ნახეთქების, გარქოვანებისა და ნადების არსებობას. ხშირად ტუჩისა და ლოყის ლორწოვანზე (კბილების შეთანასოვნების უბანში) შეიმჩნევა თეთრი ან მოყვითალო ფერის, მცირე ზომის მარცვლოვანება. ეს ცხიმოვანი ჯირკვლებია, რომელთაც ფორდაისის ჯირკვლები ეწოდება (სურ. 5 გვ. 21). ექიმმა აუცილებლად უნა იცოდეს, რომ ეს არ არის პათოლოგია, არამედ, ემბრიოგენეზის თავისებურებაა, რომელიც სებორეით დაავადებულ პაციენტებს თვალსაჩინოდ აქვთ გამოხატული.

ტუჩების დათვალიერების შემდეგი ეტაპი *პირის ღრუს კარიბჭის* ლორწოვანის დათვალიერებაა. ამისათვის პაციენტს ვთხოვთ დახუროს პირი, მოადუნოს ტუჩები და სტომატოლოგიური სარკით ვათვალიერებთ ზედა და ქვედა ტუჩისა და ლოყის ლორწოვანს. ტუჩების შიგნითა ზედაპირზე აღინიშნება მარცვლოვანება, განპირობებული მცირე სანერწყვე ჯირკვლებით, რომლებიც ლორწქვეშა შრეშია განლაგებული. აქვე, შესაძლოა, შეიმჩნეოდეს წერტილოვანი უბნები. ეს მცირე სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინრებია (სურ. 3 გვ. 20).

ლოყის ლორწოვანის დათვალიერებისას კბილთა შეთანასოვნების ხაზის გასწვრივ, შესაძლოა, აღინიშნებოდეს ფორდაისის ჯირკვლები, ხოლო ზედა პირველი და მეორე მოლარების დონეზე კარგადაა გამოხატული ყბაყურა ჯირკვლის სადინარი, რომელიც არ უნდა მივიჩნიოთ პათოლოგიად (სურ. 6 გვ. 22). ლოყების დისტალურ ნაწილში, ზედა მესამე მოლარების დონეზე, კარგადაა გამოხატული ე.წ. აცინოზური ჯირკვლები. ხშირად, აღნიშნულ მიდამოში შეინიშნება ზედაპირული ვენები, რაც ასევე არ უნდა მივიჩნიოთ პათოლოგიად.

საკუთრივ პირის ღრუს დათვალიერების დროს ექიმი სტომატოლოგიური სარკით აკვირდება ღრძილებს, რბილ და მაგარ სასას, ენას, პირის ღრუს ფსკერს, კბილების, ორთოპედიული და ორთოდონტული კონსტრუქციების მდგომარეობას.

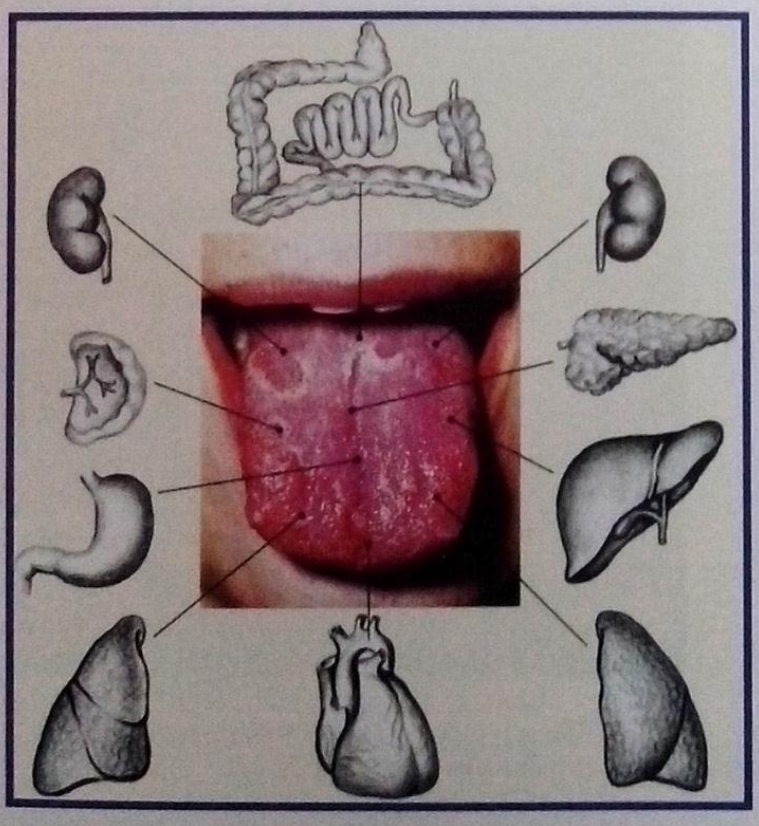
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის შეფერილობა სხვადასხვა უბანში იცვლება მკრთალი ვარდისფერიდან მუქ წითლამდე. *მაგარი სასის* ლორწოვანი გამოირჩევა სიფერმკრთალით, უძრაობითა და თავისებური რელიეფით. ფრონტალური კბილების მიდამოში სასის რელიეფი წარმოდგენილია სიმეტრიული, ტრანსვერსალურად განლაგებული ნაოჭებით. ასაკოვან ადამიანებს ან მოსახსნელი პროთეზების მქონე პაციენტებს ეს ნაოჭები გლუვი აქვთ. ზედა ცენტრალური საჭრელების მიდამოში სასის შუა ხაზზე მსხლი-

სებრი ფორმის საჭრელი დვრილია (papilla incisiva), რომელიც, შესაძლოა, სხვადასხვა ზომის იყოს (სურ. 11 გვ. 24). დვრილის უკან, სასის ნაკერზე ზოგჯერ კარგადაა გამოხატული ლილვაკისებრი გამობურცულობა (torus palatini). ისიც, საჭრელი დვრილის მსგავსად, ვარირებს ზომაში და დიდი ზომის შემთხვევაში – ხშირად ტრავმირდება. აუცილებელია რბილი და მაგარი სასის საზღვარზე არსებული მრავალრიცხოვანი ჯირკვლების გამომტანი სადინარების დიფერენცირება დაზიანების ელემენტისაგან. ძალიან ინფორმაციულია რბილი სასის დათვალიერება (სურ. 10 გვ. 24). ჰეპატობილიარული სისტემის დაავადებებისას იგი მოყვითალოა, მწეველებში და ქრონიკული ანთებითი პროცესების დროს – მკვეთრად წითელი, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიების დროს – ციანოზური.

პირის ღრუს დათვალიერებისას დგინდება დაზიანების ელემენტების არსებობა, მათი რაოდენობა, ლოკალიზაცია, ფორმა, ზომა, კონტურების სისწორე, სიღრმე, ინფილტრაციის ხარისხი.

მეტად მნიშვნელოვანი და ინფორმაციულია *ენის დათვალიერება*. მისი ზურგი ნორმაში ღია ვარდისფერია (სურ. 15 გვ. 28). ძაფისებრი დვრილების სიგრძის მცირედი მომატებისას ენა შესაძლოა ნადებიანი მოგვეჩვენოს. ნორმაში ნადები დილით მეტია, საღამოს და საკვების მიღების შემდეგ კი – ნაკლები.

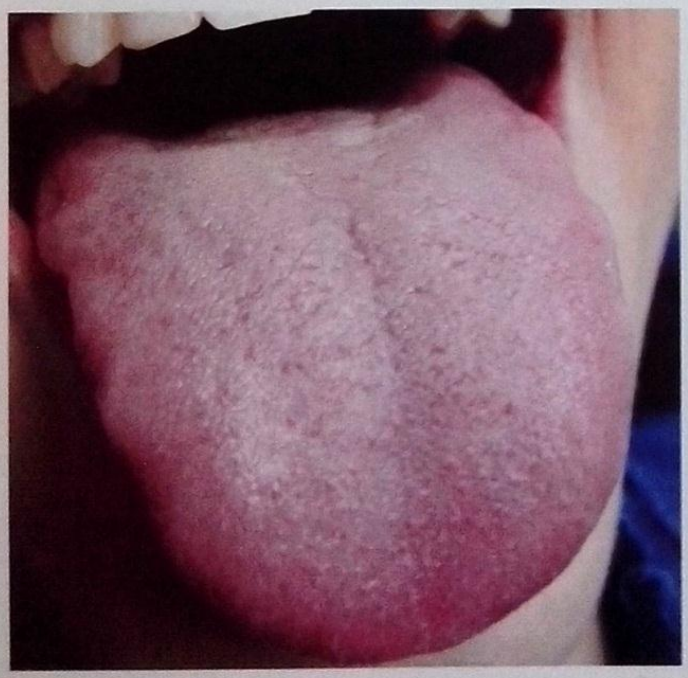
ენა ორგანიზმის სარკეა. კონკრეტული დაავადებების დიაგნოსტიკა შესაძლებელია ენის მდგომარეობისა და ნადების შეფერილობის მიხედვით (სურ. 41). კერძოდ, როდესაც ენა ნადების, ნახეთქების, ხაზების გარეშეა, ღია ვარდისფერია – ორგანიზმი ჯანმრთელია; წითელი ენა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიასა და ფილტვების ფუნქციის დარღვევაზე, ინფექციურ დაავადებებზე მიუთითებს; მუქი წითელი ენა – გულ-სისხლძარღვთა და ფილტვების მძიმე პათოლოგიების და ინფექციური დაავადებების მიმანიშნებელია; მბრწყინავი, კრიალა ენა ანემიაზე მეტყველებს; ლურჯი ენა გულ-სისხლძარღვთა, ფილტვების, თირკმლების დაავადებების, სისხლის მიმოქცევის დარღვევაზე მიუთითებს; მკვეთრად ლურჯი ენა – აგონიის წინა მდგომარეობაა; ენის შუაში მრუდე ხაზი დამახასიათებელია ხერხემლის გამრუდების ან ცალკეული მალის ამოვარდნილობისათვის (სურ. 42 და 43); კბილების ანაბეჭდები ენაზე – საჭმლის მონელების დარღვევაზე მიუთითებს (სურ. 44); ნადების არსებობა ენის შუაში – კუჭსა და წვრილ ნაწლავებში ტოქსინების დაგროვებისას აღინიშნება; ნადები ენის დისტალურ მესამედში მიუთითებს ტოქსინების დაგროვებაზე მსხვილ ნაწლავში.



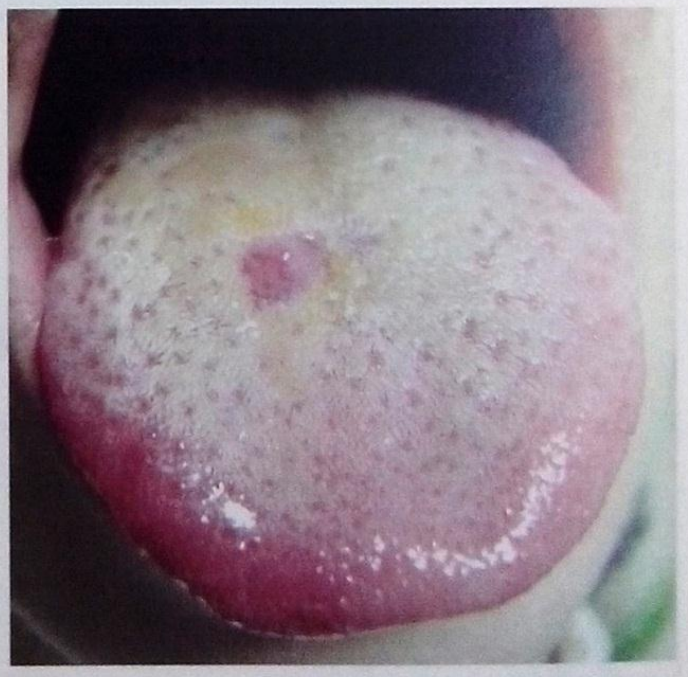
სურ. 41. ენა – ორგანიზმის სარკეა (Банченко Г. Б. и соавт. 2000)

სურ. 42. ნაოჭები ენის ზურგზე ხერხემლის კისრისა და გულმკერდის ნაწილის ოსტეოქონდროზის დროს

სურ. 43. ნაოჭი ენის შუა მესამედში ხერხემლის გულმკერდისა და წელის ნაწილის ოსტეოქონდროზის დროს



სურ. 44. კბილების ანაბეჭდები ენაზე საჭმლის მონელების დარღვევის დროს



სურ. 45. ყვითელი ნადები საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფუნქციის მოშლის დროს

მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკა ენის ნადების ფერის მიხედვით: ყვითელი ნადები განპირობებულია საჭმლის მომნელებელი ფუნქციის მოშლით (სურ. 45); მკვრივი თეთრი ნადები – ინტოქსიკაციით, ყაბზობით; ყავისფერი ნადები – ფილტვებისა და კუჭ-ნაწლავის დაავადებებით; შავი ნადებით აღინიშნება საჭმლის მომნელებელი სისტემის მძიმე, ქრონიკული დარღვევების დროს, რომელთაც თან სდევს გაუწყლოვნება და აციდოზი.

ენის ძირი მდიდარია ლიმფოიდური ქსოვილით. ენის ლიმფოიდური აპარატი ზომაში მატულობს ყელის თუ პირის ღრუს ანთებითი პროცესების, ასევე, ლიმფური სისტემის პათოლოგიების დროს. ენის გვერდით ზედაპირებზე, მის ძირთან ჩანს ვენური წნულები, რომლებიც ზოგჯერ შეცდომით სხვადასხვა პათოლოგიად მიიჩნევა.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების დროს აუცილებელია კანის საფარის დათვალიერება, რადგან კანზე შესაძლოა აღინიშნებოდეს ამა თუ იმ დაავადებისათვის დამახასიათებელი ტიპური დაზიანების ელემენტები. მაგალითად, კოკარდები მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის დროს და სხვა.

დაზიანების ელემენტებისა და ახალწარმონაქმნების აღმოჩენის შემდეგ საჭიროა ჩატარდეს მისი **პალპაცია**. ამ დროს ხდება აღნიშნული უბნის სტრუქტურის, სიღრმის, სიმკვრივის, მეზობელ ქსოვილებთან კავშირისა და მტკივნეულობის დადგენა. წყლულის შემთხვევაში უნდა შეფასდეს მისი ფსკერისა და კედლების სიმკვრივე, სიგლუვე და ხორკლიანობა. პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებების დროს აუცილებელია ლიმფური კვანძების პალპაცია. ამისათვის პაციენტმა თავი უნდა დახაროს ოდნავ ქვემოთ, ექიმი უნდა მოთავსდეს მისგან გვერდით ან უკან და ჩაატაროს ყბისქვეშა მიდამოს პალპაცია. ამ დროს ექიმი ხელის თითებით ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირის მიმართულებით აწვება რბილ ქსოვილებს.

გამოკვლევის დამხმარე მეთოდები

გამოკვლევის დამხმარე, ანუ სპეციალურ მეთოდებს მიეკუთვნება:

- დიასკოპია,
- შილერ-პისარევის სინჯი,
- სტომატოსკოპია,
- ლუმინესცენციური გამოკვლევა,
- პირის ღრუს ელექტრული პოტენციალის განსაზღვრა,
- გამოკვლევის ლაბორატორიული მეთოდები.

დიასკოპიის დროს, დაზიანების ელემენტზე მინის ფირფიტის ზეწოლით ფერის ცვლილების მიხედვით, ფასდება დაზიანების ელემენტი. კერძოდ, თუ წითელი ფერის ლაქა ფერმკრთალდება – ეს მის ანთებით ბუნებაზე მიუთითებს. ჰემორაგიული ლაქები ფერს არ იცვლის, ხოლო ლაქის მოყვითალო შეფერილობა ექსუდატის არსებობაზე მიუთითებს.

შილერ-პისარევის სინჯი გამოიყენება ანთებისა და ეპითელიუმის გარქოვანების ხარისხის, მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად. ამისათვის საკვლევ უბანზე 1 წუთის განმავლობაში მოთავსდება ლუგოლის ხსნარში დასველებული ბამბის ბურთულა და ვაკვირდებით ლორწოვანის ფერის ცვლილებას. თუ ჯანმრთელი ლორწოვანი იღებს ჩალისფერ-ყვითელ ფერს, მაშასადამე, სინჯი უარყოფითია. ანთების დროს სინჯი დადებითია, მისი შეფერილობა იცვლება და შეიძლება იყოს: ღია ყავისფერი (+), ყავისფერი (++), მუქი ყავისფერი (+++) ან შავი (++++).

სტომატოსკოპია ლორწოვანის ცვლილებების დათვალიერებაა სპეციალური აპარატით – ფოტოდიაგნოსკოპით. იგი 20-30-ჯერ ადიდებს გამოსაკვლევ უბანს. სტომატოსკოპიის დროს შესაძლებელია სხვადასხვა ვიტალური საღებავის გამოყენება. ამ კვლევას გაფართოებულ სტომატოსკოპიას უწოდებენ. ჰემატოქსილინით შეღებვისას ატიპური უჯრედები მუქი იისფრი ხდება, ხოლო ჯანმრთელი უჯრედები – მკრთალი იისფერი; მეთილენის ლურჯით შეღებვისას ატიპური ეპითელიუმი იღებს მუქ ლურჯ ფერს, ხოლო ჯანმრთელი – ღია ცისფერს. ამასთან, მეთილენის ლურჯით შეღებვისას უჯრედის საზღვრები უფრო მკვეთრი ხდება, ჰემატოქსილინის გამოყენე-

ბასთან შედარებით. საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია მიღებული ინფორმაციის ფირზე აღბეჭდვა. ამ მეთოდს ფოტოსტომატოსკოპია ეწოდება.

ლუმინესცენციური გამოკვლევა ხორციელდება ფოტოდიაგნოსკოპით, ან სხვა სპეციალური ხელსაწყოთი. მეთოდის არსი ისაა, რომ ქსოვილებს უნარი აქვთ შეიცვალონ ფერი ულტრაიისფერი სხივების (ვუდის სხივები) ზემოქმედებით. დაზიანებული მიდამოს კვლევა დეტალურ ინფორმაციას იძლევა. კერძოდ, ჯანმრთელი ლორწოვანი ლუმინესცენციის დროს იძლევა მკრთალ მოლურჯო-მოიისფრო ნათებას; კერატოზის დროს – საშუალო ინტენსიობის ნათებას, მოყვითალო ტონებში; ჰიპერკერატოზისას – ლურჯ-იისფერს; ანთების დროს – მკვეთრ ლურჯ შეფერილობას; ეროზია, წყლული ვლინდება მოყავისფრო ან მოშავო ლაქების სახით; კიბოს წყლულის ფსკერს აქვს მოყავისფრო-სტაფილოსფერი ნათება; ხოლო ტუბერკულოზურ და სიფილისურ წყლულს – მუქი იისფერი.

პირის ღრუს ელექტრული პოტენციალის განსაზღვრა: ლორწოვანთან სტომატოლოგიური მასალის კონტაქტის შედეგად პირის ღრუში pH იხრება მჟავე არისაკენ და წარმოიქმნება გალვანური დენი. იგი იწვევს ადგილობრივ გამაღიზიანებელ მოქმედებას. თუ პირის ღრუში სხვადასხვა მეტალია, პაციენტს უჩნდება ელექტრული პოტენციალი, რომელიც შესაძლოა იყოს დადებითი ან უარყოფითი. ნორმაში პირის ღრუს ელექტრული პოტენციალი 2-5 მკვ-ია. ოქროს კონსტრუქციების არსებობისას იგი +20 – +50 მკვ-ია, უჟანგავი ფოლადის დროს – -20 – -120 მკვ., ხოლო ოქროს, უჟანგავი ფოლადისა და ამალგამის ერთობლივი არსებობისას – -500 მკვ.

გამოკვლევის ლაბორატორიული მეთოდები პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანების მიხედვით ტარდება რუტინული – ზოგად-კლინიკური (სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი) და სპეციალური (მორფოლოგიური, მიკრობიოლოგიური, ჰისტოქიმიური, იმუნოლოგიური, სეროლოგიური და სხვ.) გამოკვლევები.

სისხლის საერთო ანალიზი აუცილებლად უნდა ჩატარდეს პირის ღრუში ჰემორაგიული სინდრომის, წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანებების, სხვადასხვა ინფექციური თუ ალერგიული დაავადებების დროს. სისხლის ანალიზი საშუალებას იძლევა დაზუსტდეს ნოზოლოგიის ხასიათი. ჰემოგრამით შესაძლებელია ორგანიზმის ალერგიზაციის განსაზღვრაც. ამ დროს აღინიშნება ეოზინოფილია, თრომბოციტოპენია, ლეიკოპენია, ლიმფოციტოზი. ანთების დროს ლეიკოციტური ფორმულა მარცხნივ გადაიხრება. აღინიშნება ლეიკოციტოზი და ლიმფოციტოზი, ეოზინოფილოპენია და მონოციტოპენია. ერითროციტების რაოდენობის საგრძნობი კლება, მათში ჰემოგლობინის შემცირება ანემიის ტიპური ნიშნებია.

სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი ტარდება გლუკოზის, პროტეინების, ელექტროლიტების და ვიტამინების კონცენტრაციის განსაზღვრისათვის სისხლში.

შარდის ანალიზი კეთდება თირკმლების დაავადებებისა და შარდში გლუკოზის დონის, კეტოსხეულების გამოსავლენად.

ციტოლოგიური გამოკვლევა მორფოლოგიური კვლევის ერთ-ერთი სახეა და შეისწავლის დაზიანების ელემენტების უჯრედულ შემადგენლობას.

კერატინიზაციის ინდექსის განსაზღვრა საჭიროა კერატინიზაციის ხარისხისა და ლორწოვანი გარსის ბარიერული ფუნქციის დასადგენად. ამისათვის მიკროსკოპის მხედველობის არეში ითვლიან ეპითელური უჯრედების საერთო რაოდენობას, შემდეგ კი – გარქოვანებული უჯრედების რაოდენობას. ამ უკანასკნელს ამრავლებენ 100-ზე და ყოფენ უჯრედების საერთო რაოდენობაზე. ინდექსის შემცირება ლორწოვანის ბარიერული ფუნქციის დაქვეითებაზე მიუთითებს.

მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას გვაძლევს გამოვავლინოთ დაავადების გამომწვევი მიზეზი, ინფექციის სახე, განვსაზღვროთ მიკროორგანიზმის ვირულენტობა და მგრძნობელობა ანტიბიოტიკებისა და სხვა ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ.

ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა გამოიყენება სპეციფიკური ინფექციების აღმოსაჩენად (ათაშანგი, გონორეა, ტუბერკულოზი, კანდიდოზი, აქტინომიკოზი). პრეპარატში ერთეული უჯრედების აღმოჩენას არა აქვს სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა. მაგალითად, პირობით-პათოგენური Candida-ს გვარის სოკო გვხვდება ჯანმრთელი ადამიანების 60%-ში. პათოლოგიაზე მეტყველებს

მისი დიდი რაოდენობა და ფსევდომიცელიუმის არსებობა. ბაქტერიოლოგიური კვლევისას ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული სტომატიტის დროს შემთხვევათა 100%-ში აღინიშნება თითისტარისებრი ჩხირისა და სპიროქეტას სიმბიოზი. საკმაოდ რთულია კოხის ბაცილის აღმოჩენა ტუბერკულოზის დროს.

ალერგოლოგიური გამოკვლევისას დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორად შეკრებილ ანამნეზს. ამ დროს აუცილებლად გასათვალისწინებელია მემკვიდრული განწყობა, საჭიროა ალერგენის გამოვლენა. ამ მიზნით იკვლევენ ორგანიზმის რეაქციას სხვადახვა კვების პროდუქტზე, მედიკამენტზე, მცენარეზე, მტვერზე, სუნზე და ა. შ. ალერგოლოგიური გამოკვლევის დროს იყენებენ არასპეციფიკურ და სპეციფიკურ ალერგიულ ტესტებს. არასპეციფიკური ტესტი პერიფერიულ სისხლში ეოზინოფილიის და ლეიკოპენიის გამოვლენაა. იგი სარწმუნოა 30-40% შემთხვევაში. სპეციფიკური ალერგოლოგიური ტესტები ავლენს ორგანიზმის სენსიბილიზაციას კონკრეტული ალერგენის მიმართ, მაგალითად, კანის სინჯი. განასხვავებენ აპლიკაციურ, წვეთოვან, სკარიფიკაციურ და კანშიდა სინჯებს.

მორფოლოგიური გამოკვლევა (ბიოფსია): ცოცხალი ქსოვილის მიკროსკოპიული გამოკვლევაა. ინფილტრაციული ან აპლიკაციური ანესთეზიის ქვეშ სპეციალური საჩხვლეტით (ჩხვლეტითი ბიოფსია) ან მაკრატლით და სკალპელით (ინციზიური ბიოფსია), აითლება ლორწოვანის დაზიანებული უბანი ჯანმრთელ ქსოვილთან ერთად. საჭიროების შემთხვევაში ჭრილობა იკერება. ბიოფსიური მასალა თავსდება 10%-იან ნეიტრალურ ფორმალინში და იგზავნება პათომორფოლოგიურ ლაბორატორიაში გამოკვლევისათვის. ამასთან, აუცილებელია მასალაზე მითითებულ იქნას პაციენტის საპასპორტო მონაცემები, თარიღი და სავარაუდო დიაგნოზი.

იმუნოლოგიური კვლევები: პირის ღრუს ლორწოვანის ზოგიერთი დაავადების დროს (ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი, სისტემური წითელი მგლურა და სხვა) აუცილებელია იმუნოლოგიური გამოკვლევების ჩატარება. ნერწყვში ლიზოციმის, ლეიკოციტების ფაგოციტური აქტივობის განსაზღვრა, მიკროორგანიზმების ადსორბციის რეაქციის დადგენა და სხვ.

სეროლოგიურ რეაქციებს ატარებენ სპეციფიკურ ინფექციებზე ეჭვის დროს. მაგალითად: ვასერმანის რეაქცია – ათაშანგის სადიაგნოსტიკოდ, რაიტის რეაქცია – ბრუცელოზის დროს და სხვ.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და ტუჩის დაავადებების მქონე პაციენტთა გამოკვლევის ალგორითმი*

პირის ღრუს ლორწოვანისა და ტუჩის დაავადებების მქონე პაციენტების სრულფასოვანი დიაგნოსტიკისა და შემდგომში ადეკვატური მკურნალობისათვის ჩამოყალიბებულია გამოკვლევის ალგორითმი. იგი მოიცავს საჭიროების მიხედვით ჩასატარებელი კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევის ეტაპებს (ცხრილი 3).

* ალგორითმი – პრობლემის ეტაპობრივი, ლოგიკური გადაწყვეტა

ცხრილი 3. პირის ღრუს ლორწოვანისა და ტუჩის დაავადებების მქონე პაციენტების გამოკვლევის ალგორითმი (И.В. Анисимова и соавт.-ის მოხედვით, 2008 წ.)

კლინიკური გამოკვლევა

ჩივილები
1. ტკივილი,
2. წვა,
3. ჩხვლეტის შეგრძნება,
4. ქავილი,
5. დაბუჟება,
6. გემოვნების დარღვევა.

დაავადების ანამნეზი
1. სტრესი,
2. ორგანიზმის გადაცივება,
3. სამკურნალო პრეპარატების მიღება,
4. ინსოლაცია.

ცხოვრების ანამნეზი
1. ყოფითი და სამუშაო პირობები,
2. პროფესიული მავნე გარემო,
3. თანმხლები დაავადებები,
4. სამკურნალო პრეპარატების ამტანობა.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და ტუჩების დათვალიერება
1. ლოყების ზედაპირი,
2. რბილი და მაგარი სასა,
3. პირის ღრუს ფსკერი,
4. ტუჩის წითელი ყაეთანი,
5. ენის ზედაპირი.

კანის საფარის დათვალიერება
1. სახის კანი, ქუთუთოები,
2. ტუჩების ირგვლივ კანი,
3. ხელის მტევნების, მუხლების, სხეულის კანი.

ლიმფური ჯირკვლების დათვალიერება
1. ყბისქვეშა,
2. კისრის,
3. ნიკაპქვეშა.

სტომატოლოგის კონსულტაცია
1. ქირურგის,
2. ორთოპედის,
3. ორთოდონტის.

სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია
1. თერაპევტის,
2. ენდოკრინოლოგის,
3. იმუნოლოგის,
4. დერმატოლოგის,
5. ნევროპათოლოგის და სხვა.

ლაბორატორიული გამოკვლევა

სისხლი
1. სისხლის საერთო ანალიზი,
2. მიკრორეაქციები, ვასერმანის რეაქცია,
3. კვლევა აივ-ინფექციაზე,
4. გლუკოზის შემცველობა.

ნერწყვი
1. ვიზუალური შეფასება,
2. pH განსაზღვრა,
3. გალვანური დენის განსაზღვრა,
4. სტომატოლოგიური მასალების ამტანობის დადგენა ფოლის მეთოდით.

ნადები
ნადების მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა დისბაქტერიოზზე, ტუბერკულოზზე, კანდიდოზზე:
1. ენიდან,
2. ლოყის ლორწოვანიდან,
3. სხვა მიდამოებიდან.

გემოვნებითი მგრძნობელობა
გლოსალგიის, გლოსიტისა და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებების ფონზე განვითარებული ლორწოვანის ცვლილებების დროს გემოვნებითი რეცეპტორების ფუნქციური მობილობის განსაზღვრა.

იმუნიტეტი
იმუნოლოგიური გამოკვლევები შემდეგი დაავადებების დროს:
1. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი,
2. წითელი ბრტყელი ლიქენი,
3. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა.

რენტგენოგრაფია
1. კბილების,
2. ყბების,
3. წიაღების.

თავი VI

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა კლასიფიკაცია

ცნობილია პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა მრავალი კალსიფიკაცია. ჩვენ განვიხილავთ მხოლოდ ზოგიერთ მათგანს. 1972 წელს მოსკოვის სამედიცინო სტომატოლოგიური ინსტიტუტის ჰოსპიტალური თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრაზე შემუშავებულ იქნა კლასიფიკაცია, რომელიც დღესაც გამოიყენება ე.წ. სამუშაო კლასიფიკაციად:

I. **ტრავმული დაზიანებანი:** მექანიკური, ფიზიკური, ქიმიური (ტრავმული ეროზია, წყლული, პროთეზული გრანულომა და სტომატიტი, ლორწოვანის ჩვეული კბეჩა, ტრავმით გამოწვეული კატარული ანთება, თერმული დაზიანება, გალვანოზი, ლეიკოპლაკია, სხივური და ქიმიური დაზიანებანი და სხვ);

II. **ინფექციური დაავადებები:**
   1. *ვირუსული* (ჰერპესული სტომატიტი, ინფექციური მონონუკლეოზი, შემომსარტყველი ლიქენი, თურქული, ვირუსული მეჭეჭი, გრიპი, ჰერპანგინა, შიდსი და სხვა);
   2. *ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული სტომატიტი;*
   3. *ბაქტერიული ინფექციები* (სტრეპტოკოკული სტომატიტი, პიოგენური გრანულომა, შანკრიფორმული პიოდერმია, იმპეტიგო, დიფთერია, ტუბერკულოზი და აშ.);
   4. *ვენერიული დაავადებები* (სიფილისი, გონორეული სტომატიტი);
   5. *მიკოზები* (კანდიდოზი, აქტინომიკოზი და სხვ.);

III. **ალერგიული დაავადებები:** ანაფილაქსიური შოკი, კვინკეს შეშუპება, ალერგიული სტომატიტი, ჰეილიტი და გლოსიტი; წამლისმიერი სტომატიტი, გლოსიტი და ჰეილიტი; მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა, ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი, შეგრენის, ბეხჩეტის, სტივენ-ჯონსონის, ლეიელის სინდრომები და სხვა;

IV. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები **ეგზოგენური ინტოქსიკაციების დროს:** ვერცხლისწყლისმიერი, ტყვიისმიერი, ბისმუტისმიერი, ოქროსმიერი სტომატიტები და სხვა;

V. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ზოგიერთი **სისტემური დაავადებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის დროს:** ჰიპო- და ავიტამინოზები, ენდოკრინული, კუჭნაწლავის, გულ-სისხლძარღვთა, ნერვული სისტემის, სისხლის დაავადებების, კოლაგენოზების დროს;

VI. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები **დერმატოზების დროს:** პემფიგუსი, პემფიგოიდი, წითელი ბრტყელი ლიქენი, წითელი მგლურა, დიურინგის ჰერპესი;

VII. **ენის ანომალიები** და **დამოუკიდებელი დაავადებები:** ნაოჭიანი ენა, რომბისებური გლოსიტი, დესქვამაციური გლოსიტი, შავი „თმიანი“ ენა, გლოსალგია და სხვა;

VIII. **დამოუკიდებელი ჰეილიტები:** გლანდულური, ექსფოლიაციური, კონტაქტური ალერგიული, მეტეოროლოგიური, აქტინიური, ატოპიური, ეგზემატოზური და სხვა;

IX. **კიბოსწინარე დაავადებები** (ობლიგატური და ფაკულტატური) და **სიმსივნეები** (კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი).

1977 წელს S.N. Bhaskar-მა წარმოადგინა კლასიფიკაცია, სადაც ლორწოვანის დაავადებები დაჯგუფებულია მსგავსი კლინიკური ნიშნების მიხედვით. თითოეულ ჯგუფში გაერთიანებულ ნოზოლოგიებს შორის აუცილებელია დიფერენციული დიაგნოზის გატარება. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით გამოყოფენ პირის ღრუს ლორწოვანის:

I. „თეთრ“ გამოვლინებებს,
II. ბუშტუკოვან დაზიანებებს,
III. წყლულოვან-ეროზიულ დაზიანებებს,
IV. პიგმენტურ გამოვლინებებს,
V. ტუჩის დაავადებებს.

„თეთრ“ გამოვლინებებში გაერთიანებულ დაავადებებს ახასიათებს პირის ღრუს ლორწოვანზე მოთეთრო ლაქების არსებობა. **ბუშტუკოვანი დაზიანებები** აერთიანებს ყველა იმ დაავადებას, რომელთა პირველად მორფოლოგიურ ელემენტს წარმოადგენს ბუშტუკი ან ბუშტი. ლორწოვანზე მისი განლაგების სიღრმე, შესაძლოა, სხვადასხვა იყოს. იგი ზოგჯერ მოიცავს ეპითელიუმის რამდენიმე ან ყველა შრეს. ბუშტის გახეთქვის შემდეგ ყალიბდება ეროზია. **წყლულოვან-ეროზიული დაზიანებები** პირის ღრუს ეპითელიუმისა და მის ქვეშმდებარე ლორწოვანი გარსის დესტრუქციული ცვლილებაა. **პიგმენტური გამოვლინებები** პირის ღრუს ლორწოვანზე, შესაძლოა, გამოვლინდეს მოლურჯო-მორუხოდან მოყავისფრო-შავამდე ფერშეცვლილი უბნებით. ამ პროცესს საფუძვლად უდევს შემდეგი ფაქტორები: საკუთარი მელანინის ან უცხო ქიმიური ნაერთების ჩალაგება და სისხლძარღვოვანი დაზიანებები. ზოგიერთ ცვლილებას ფიზიოლოგიური ხასიათი აქვს. **ტუჩის დაავადებების** ჯგუფში შედის ის დაზიანებები, რომელიც მხოლოდ ტუჩის წითელ ყაეთანზე გვხვდება. ჰეილიტებს შორის გამოყოფილია საკუთრივ ჰეილიტები, სიმპტომური ჰეილიტები და კიბოსწინარე დაავადებები (ცხრილი 4).

ცხრილი 4. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა კლაციფიკაცია (Bhaskar S.N. 1977)

„თეთრი“ გამოვლინებები	ბუშტუკოვანი დაზიანებები	წყლულოვან-ეროზიული დაზიანებები	პიგმენტური გამოვლინებები	ტუჩის დაავადებები
1. ლეიკოპლაკია, 2. ვერუკოზული ლეიკოპლაკია, 3. რბილი ლეიკოპლაკია, 4. ტაბეინერის ლეიკოპლაკია, 5. ქიმიური დამწვრობა, 6. კანდიდოზი, 7. სიფილისური პაპულა, 8. ნითელი მგლურა, 9. ნითელი ბრტყელი ლიქენი, 10. ბოუენის დაავადება, 11. ფორდაისის დაავადება, 12. დესკვამაციური გლოსიტი, 13. ბრტყელუჯრედოვანი გარქოვანებული კიბო.	1. მწვავე ჰერპესული სტომატიტი, 2. ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესი, 3. თურქული, 4. ჰერპანგინა, 5. ნითელი ბრტყელი ლიქენი, 6. ვულგარული პემფიგუსი, 7. ბულოზური პემფიგოიდი, 8. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა, 9. სტივენ ჯონსონის სინდრომი, 10. ლეიელის დაავადება, 11. სისხლძარღვოვან-ბუშტუკოვანი სინდრომი, 12. რეტენციული კისტა.	1. ტრავმული ეროზია და წყლული, 2. ტროფიკული წყლული, 3. ტუბერკულოზური წყლული, 4. მაგარი შანკრი (პირველადი სიფილომა), 5. ვენსანის სტომატიტი (წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი), 6. შანკრიფორმული პიოდერმია, 7. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი, 8. რეციდიული ღრმა ნაწიბუროვანი აფთები (სეტონის აფთოზი), 9. ბეხჩეტის სინდრომი, 10. წითელი მგლურა (წყლულოვან-ეროზიული ფორმა), 11. კონტაქტური ალერგიული სტომატიტი, 12. ავთვისებიანი ეპითელური ახალწარმონაქმნები.	1. ფიზიოლოგიური პიგმენტაცია, 2. ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, 3. იატროგენული პიგმენტაცია, 4. მარტივი ჰემანგიომა, 5. მედიკამენტოზური პიგმენტაცია, 6. მძიმე მეტალის მარილებით მოწამლვა (ტყვია, ვერცხლის-წყალი, ბისმუტი, ოქრო), 7. შავი „თმიანი“ ენა, 8. კაპოშის სარკომა, 9. მელანომა, 10. პეიტც-ეგერს-ტურენის სინდრომი.	1. აქტინური ჰეილიტი, 2. კონტაქტური ალერგიული ჰეილიტი, 3. ატოპიური ჰეილიტი, 4. გლანდულარული ჰეილიტი, 5. მეტეოროლოგიური ჰეილიტი, 6. ეგზემური ჰეილიტი, 7. ექსფოლიაციური ჰეილიტი, 8. ტუჩის ქრონიკული ნაბეთქი, 9. მაკროჰეილიტი, 10. მანგანოტის აბრაზიული პრეკანცეროზული ჰეილიტი, 11. ნითელი ყაეთნის მექვსოვანი კიბოსწინარე ჰეილიტი, 12. ტუჩის წითელი ყაეთნის ორგანული კიბოსწინარე ჰიპერკერატოზი.

Н.Ф. Данилевский-ის მიერ 2001 წელს მოწოდებულ კლასიფიკაციაში პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანებები გაერთიანებულია გამომწვევი ფაქტორის, განვითარების მექანიზმის, კლინიკური ნიშნებისა და დაავადების მიმდინარეობის ხასიათის მიხედვით (ცხრილი 5):

ცხრილი 5. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა კლასიფიკაცია (Данилевский Н.Ф. и соавт. 2001)

დამოუკიდებელი	სიმპტომატური	სინდრომები
ტრავმული დაზიანებები		
მექანიკური ტრავმა		
ქიმიური ტრავმა		
ფიზიკური ტრავმა		ოროფარინგეალური
ლეიკოპლაკია		
ინფექციური დაავადებები		
ვირუსული	გრიპი, წითელა, თურქული, ჩუტყვავილა, ინფექციური მონონუკლეოზი.	
ბაქტერიული	ყივანახველა, დიფთერია, ქუნთრუშა, ტუბერკულოზი, ათაშანგი, კეთრი.	ბიდერმანის
ტუჩის დაავადებები		
ექსფოლიაციური ჰეილიტი	ეგზემატოზური ჰეილიტი	
მეტეოროლოგიური ჰეილიტი	ატოპიური ჰეილიტი	
აქტინური ჰეილიტი		ირისის
ქრონიკული ნახეთქი		
გლანდულარული ჰეილიტი		პუენტე-აცევედოს, ფოლკმანის.
ლიმფოედემა		მელკერსონ-როზენტალის, მიშერის.
ენის დაავადებები		
დესქვამაციური გლოსიტი		ბროკა-პოტრიეს
ნაოჭიანი ენა		
თმიანი ენა		
რომბისებური გლოსიტი		
ახალწარმონაქმნები		
კიბოსწინარე		ბროკა-პოტრიეს
კეთილთვისებიანი სიმსივნე		
კიბო და სხვა ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები		
ალერგიული დაზიანებების დროს		
	დაუყოვნებელი ტიპის რეაქციები	კვინკეს
	შენელებული ტიპის რეაქციები	შენლეინ-გენოხის
	ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი	ბეხჩეტის
	მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა	სტივენს-ჯონსონის, ლეიელის

დერმატოზების დროს აუტოიმუნური კომპონენტებით		
	პემფიგუსი	დიურინგის
	პემფიგოიდი	
	ბუშტუკოვანი ეპიდერმოლიზი	
	წითელი ბრტყელი ლიქენი	გრინშპანის
	წითელი მგლურა	
ეგზოგენური ინტოქსიკაციების დროს		
	ვერცხლისწყლისმიერი სტომატიტი	
	ტყვიისმიერი სტომატიტი	
	ბისმუტისმიერი სტომატიტი	
ორგანოთა და სისტემების დაავადებების დროს		
	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის	როსოლიმო-ბეხტერევის
	გულ-სისხლძარღვთა სისტემის	ბუშტოვან-სისხლძარღვოვანი რანდეუ-ოსლერ-ვებერის
	ენდოკრინული სისტემის	ადისონის, იცენკო-კუშინგის, შმიდტის
	ნერვული სისტემის	გლოსოდინია
	სისხლის და სისხლმბადი ორგანოების	ადისონ-ბირმერის, ვაკეზის, ვერლჰოფის
	ჰიპოვიტამინოზების	
	კოლაგენოზების	შეგრენის

თავი VII

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებები

პირის ღრუს ლორწოვან გარსს გამოხატული დაცვითი და რეგენერაციული თვისებები აქვს. ამიტომაა, რომ საკვების მიღებით გამოწვეულ მსუბუქ მექანიკურ და ფიზიკურ ზემოქმედებას რაიმე პათოლოგიური ცვლილებები არ მოსდევს. იმავე გამღიზიანებლებით, მაგრამ შედარებით ძლიერი ძალით ზემოქმედება კი ლორწოვანის დაზიანებას იწვევს.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ტრავმული დაზიანებანი წარმოიშობა სხვადასხვა ადგილობრივი ფაქტორის (მექანიკური, ფიზიკური, ქიმიური) ზემოქმედებით, როდესაც მათი ინტესივობა და ძალა გადააჭარბებს ლორწოვანის სიმტკიცის ფიზიოლოგიურ შესაძლებლობებს. გარდა ამისა, პირის ღრუში ნებისმიერი ტრავმული დაზიანება მყისიერად ინფიცირდება. ამდენად, ლორწოვანის დაზიანების ხარისხი და მისი კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია გამღიზიანებლის ბუნებაზე, ზემოქმედების ძალასა და დროზე, ლოკალიზაციაზე, ადგილობრივ და ზოგად იმუნიტეტზე.

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

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

მექანიკური ტრავმა

მექნიკური ტრავმა (Trauma mechanicum) შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული.

ტუჩებისა და პირის ღრუს ზედაპირული ტრავმა (SOO.5), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება“) და შედის ბლოკში „თავის ტრავმა“.

მწვავე მექანიკური ტრავმა

მწვავე მექანიკური ტრავმა (Trauma mechanicum acutum) არც ისე ხშირი დაზიანებაა, იგი პირის ღრუში ვითარდება ლორწოვანის უეცარი ჩაკბეჩის, დარტყმის ან უცხო საგნებით მიყენებული ტრავმის შედეგად.

ლოკალიზაცია

ყველაზე ხშირად ზიანდება ენის, ტუჩებისა და ლოყების ლორწოვანი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

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

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის ტკივილს, დიკომფორტს ჭამის დროს.

ობიექტური მონაცემები

მწვავე ტრამვის დროს პირის ღრუში შეიძლება განვითარდეს ჰემატომა, ექსკორიაცია, ეროზია ან წყლული. ტრავმის შედეგად შეიძლება ეპითელუმის მთლიანობა არ დაირღვეს და ქსოვილის შიგნით ჩამოყალიბდეს სისხლჩაქცევა – ჰემატომა (სურ. 46). თუ ეპითელუმის მთლიანობა ირღვევა – ვითარდება ეროზია ან წყლული ინფილტრაციით (სურ. 47 და 48). მათი მეორეულ ინფიცირებისას ლორწოვანზე წარმოქმნილი წყლული დიდხანს ნარჩუნდება.

სურ. 46. მწვავე მექანიკური ტრავმა – ჰემატომა ქვედა ტუჩზე

სურ. 47. მწვავე მექანიკური ტრავმა – ეროზია ქვედა ტუჩზე

სურ. 48. მწვავე მექანიკური ტრავმა ენის გვერდით ზედაპირზე

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) შეუშდება. მათი მკურნალობისათვის საკმარისია:

- საჭიროების შემთხვევაში ადგილობრივი საა-

ნესთეზიო საშუალებების გამოყენება: 4%-იანი ბენზოკაინის ჟელე, 10-20%-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი და სხვა;

- სისხლდენისას: 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, ან 5%-იანი ამინოკაპრონის მჟავა;
- ანტისეპტიკური დამუშავება: კალიუმის პერმანგანატი 1:5000 და 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 0,25%-იანი ქლორამინი, 0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი და სხვა;
- კერატოპლასტიკური საშუალებების გამოყენება: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენდენტას 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 საველებების – Parodontax exstra, Parodontax, Trachisan, Octenidol, Lacalut active, MediDent, Tantum Verde, Listerine, Eludril – და სხვა გამოყენება.

ღრმა ჭრილობების დროს, ზოგჯერ, საჭირო ხდება ნაკერის დადება.

პროფილაქტიკა

პირის ღრუს სანაცია. კარიესული კბილების დაბჟენა, არასრულფასოვანი ბჟენების, ორთოპედიული და ორთოდონტული კონსტრუქციების შეცვლა, კბილებისა და გვირგვინების ბასრი კიდეების დაგლუვება-გაპრიალება.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

ქრონიკული მექანიკური ტრავმა

ქრონიკული მექანიკური ტრავმა (Trauma mechanicum chronicum) პირის ღრუს ლორწოვანის საკმაოდ ხშირი დაზიანებაა.

გავრცელება

ვითარდება კბილების დაკარგვის, მათი გადანაცვლებისა და მაგარი ქსოვილების ცვეთით გამოწვეული თანკბილვის სიმაღლის 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,
- უხერხულობას,
- დისკომფორტს,
- შეშუპებას.

ობიექტური მონაცემები

ლორწოვანზე ქრონიკული მექანიკური ტრავმის ზემოქმედებამ შეიძლება გამოიწვიოს:

- კატარული მოვლენები (შეშუპება, ჰიპერემია);
- მისი მთლიანობის დარღვევა (ეროზია, წყლული);
- პროლიფერაციული ცვლილებები (ღრძილის დვრილის ჰიპერტროფია, პაპილომატოზი);
- გარქოვანება (ლეიკოპლაკია).

შესაძლებელია ყველა ამ ნიშნის კომბინაცია.

ქრონიკული მეკანიკური ტრავმის შედეგად ყველაზე ხშირად ვითარდება კატარული ანთება: შეშუპება, ჰიპერემია ინფილტრაციით და პროლიფერაცია (სურ. 49). ამ ცვლილებების გამოვლინება დამოკიდებულია გამაღიზიანებელი ფაქტორის მოქმედების ძალასა და ხანგრძლივო-

ბაზე. 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 ინფილტრატით. მისი ფსკერი დაფარულია ფიბრინული ნადებით (სურ. 50). რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები შეიძლება იყოს გადიდებული და პალპაციით მტკივნეული. ქრონიკული მექანიკური ტრავმის გამომწვევი აგენტის ხანგრძლივი ზემოქმედებისას წყლულის კიდეები და ფუძე მკვრივდება, შესაძლებელია მალიგნიზაცია.

სურ. 49. ქრონიკული მექანიკური ტრავმის მოქმედებით განვითარებული შეშუპება და ჰიპერემია

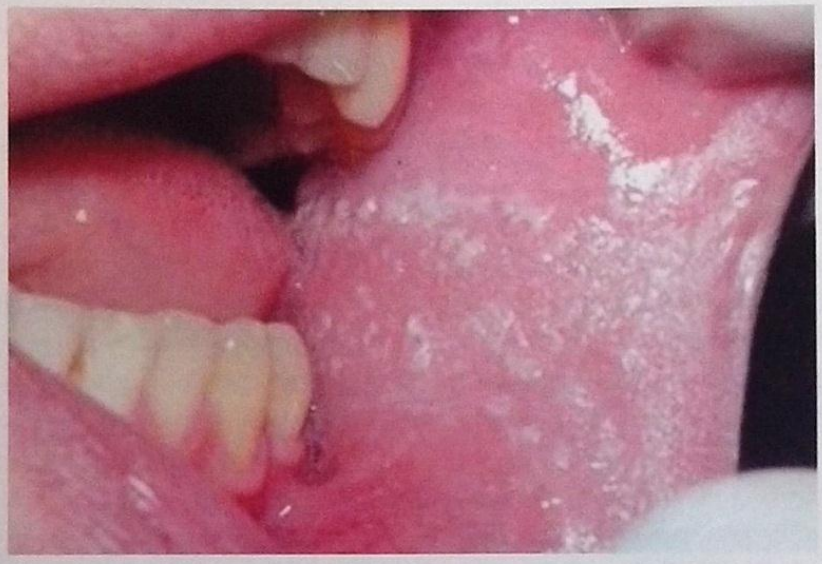
სურ. 50. ქრონიკული ტრავმით გამოწვეული დეკუბიტალური წყლული

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“ (სურ. 51 და 52). არცთუ იშვიათად, ვითარდება ანგულარული ჰეილიტი.

სურ. 51. პროთეზული გრანულომა ზედა ყბაზე

სურ. 52. პროთეზული გრანულომა ქვედა ყბაზე

ლორწოვანის ჩვეული კბეჩა (pathomimia mucozae oris) მავნე ჩვევის (ლოყის, ენის და ტუჩის კბეჩის, ან წოვის) შედეგია. ამ დროს ლორწოვანი იღებს უჩვეულო შესახედაობას: ზედაპირი გაჯირჯვებულია, თეთრია და მაცერირებული. დაზიანება ლაქის ან უსწორმასწორო ფორმისაა. არათანაბრად „შეჭმული“ ლორწოვანის გამო მას ფოჩიანი შესახედაობა აქვს, თითქოს „ჩრჩილმა შეჭამა“ (სურ. 53). ჩვეულებრივ, დაზიანება პაციენტს არ აწუხებს, თუმცა იშვიათად შეიძლება განვითარდეს ეროზია.



სურ. 53. ლოყის ლორწოვანის შეშუპება და მაცერაცია ჩვეული კბეჩის დროს

დიაგნოსტიკა

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

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დეკუბიტალური წყლულის დიფერენცირება ხდება:

- სიმსივნურ წყლულთან,
- ტუბერკულოზურ წყლულთან,
- სიფილისურ წყლულთან (მაგარი შანკრი),
- ვენსანის წყლულთან,
- ტროფიკულ წყლულთან.

ტრავმული წყლულისთვის დამახასიათებელია გამაღიზიანებელი, ტრავმული ფაქტორის არსებობა, მტკივნეული ინფილტრატი. ციტოლოგიური გამოკვლევისას სპეციფიკური ცვლილებები არ აღინიშნება. ტრავმული ფაქტორის მოხსნის შემდეგ, როგორც წესი, წყლული რამდენიმე დღეში ხორცდება.

სიმსივნური წყლული ტრავმული წყლულისგან განირჩევა იმით, რომ მისი ფუძე და კიდეები მკვრივია. ასევე, აქვს დამახასიათებელი, ლორწოვანში ჩაზრდილი კიდეები, გარეგნულად წააგავს ყვავილოვან კომბოსტოს. სიმსივნური წყლული ხანგრძლივად არის პირის ღრუში, უმტკივნეულოა. გამაღიზიანებლის მოხსნა, როგორც წესი, არ იწვევს წყლულის მოშუშებას.

ციტოლოგიური გამოკვლევისას აღმოჩნდება ატიპური უჯრედები, დამახასიათებელი უჯრედული პოლიმორფიზმით.

ტუბერკულოზური წყლული ხასიათდება მტკივნეულობით, რბილი, დაკბილული კიდეებით. წყლულის ფსკერი მარცვლოვანია, მოყვითალო ფერის (ტრელის მარცვლოვანება).

ციტოლოგიური გამოკვლევისას შეიმჩნევა პიროგოვ-ლანგერჰანსის გიგანტური უჯრედები, ხოლო ბაქტერიოსკოპური გამოკვლევისას ამოითესება ტუბერკულოზის მიკობაქტერია.

მაგარი შანკრი (წყლულოვანი ფორმა) ტრავმული წყლულისაგან განირჩევა მკვრივი ინფილტრატით, რომელიც გარს აკრავს წყლულს.

აქვს სადა კიდეები, მოწითალო-ხორცისფერი სადა ფსკერი. წყლულის გარშემო ლორწოვანი უცვლელია, რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები მოძრავი, უმტკივნეულო, გადიდებული და გამკვრივებულია (სკლეროადენიტი). საბოლოო დიაგნოზი დგინდება წყლულიდან მკრთალი ტრეპონემის გამოყოფით. საგულისხმოა ვიცოდეთ, რომ ვასერმანის რეაქცია დადებითი ხდება შანკრის განვითარებიდან 3 კვირის შემდეგ. ტრავმული ფაქტორის მოხსნა, თუკი ასეთი არსებობს, არ ცვლის მაგარი შანკრის კლინიკას. იგი პირის ღრუში შეიძლება რამდენიმე თვის განმავლობაში არსებობდეს.

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის დროს წარმოქმნილი წყლული ტრავმული წყლულისგან განსხვავდება მტკივნეულობით, მომწვანო-მონაცრისფერო ნადების არსებობით, ლპობითი სუნით, ნაცხში სპიროქეტებითა და ფუზობაქტერიებით.

ტროფიკული წყლული ტრავმული წყლულისაგან განირჩევა მდორე, ხანგრძლივი მიმდინარეობით, სუსტად გამოხატული ანთების ნიშნებით, ზოგადი დაავადების არსებობით (უმეტესად გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიები). ტრავმული ფაქტორის მოხსნა არ იწვევს წყლულის მოშუშებას.

ჰისტოლოგიური სურათი

ტრავმული წყლულის დროს ციტოლოგიური გამოკვლევისას სპეციფიკური უჯრედები არ აღინიშნება.

მკურნალობა

ქრონიკული მექანიკური ტრავმის მკურნალობა, უპირველესად, გულისხმობს გამაღიზიანებლი ფაქტორის მოშორებას, უხარისხო ორთოპედიული და ორთოდონტული კონსტრუქციების მოხსნას. პაციენტს ეძლევა რეკომენდაცია რაციონალური პროთეზირების ჩასატარებლად. საჭიროების შემთხვევაში იცვლება უხარისხოდ დამზადებული ბუენები. აუცილებელია პირის ღრუს სანაცია და პროფესიული ჰიგიენა. პაციენტი უნდა გათავისუფლდეს მავნე ჩვევებისაგან.

ქრონიკული ტრავმით განპირობებული წყლულოვან-ეროზიული დაზიანების მკურნალობის სქემა ასეთია:

- პირის ღრუს სანაცია;
- ტრავმული ფაქტორების მოხსნა;
- საჭიროების შემხვევაში 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, დიპლენდენტას სოლკოსერილის ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, 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 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, Parodontax exstra, Parodontax, Lacalut active, Corsodyl, Trachisan, MediDent, Tantum Verde, Listerine, Eludril და სხვა;

პროთეზური სტომატიტის დროს აუცილებელია ორთოპედიული კონსტრუქციის კორექცია ან შეცვლა (რაციონალური პროთეზირება); 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.

ფიზიკური ტრავმა

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, გალვანოზი);
- დიდი დოზის მაიონიზირებელი გამოსხივების ლოკალური ზემოქმედებით (სხივური დაზიანება).

პირისა და სახის თერმული დამწვრობა (T28.0), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება“) და შედის ბლოკში „სხეულის გარეგანი ზედაპირის თერმული და ქიმიური დამწვრობა, დაზუსტებული მათი ლოკალიზაციის მიხედვით“.

სხივური დაავადება (T66) დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10) მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება“) და შედის ბლოკში „გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედების დაუზუსტებელი ეფექტები“.

ლოკალიზაცია

თერმული დაზიანება შეიძლება განვითარდეს ლორწოვანის ნებისმიერ უბანზე, უფრო ხშირად – სასასა და ენაზე.

ელექტრული ტრავმა, უმეტესად, ვითარდება ენის წვერზე, მის გვერდით კიდეზე ან ვენტრალურ ზედაპირზე, შედარებით იშვიათად – ლოყებზე, ტუჩებსა და სასის ლორწოვანზე.

სხივური დაზიანებისას, პირველ რიგში, კლინიკური ნიშნები გამოვლინდება პირის ღრუს გაურქოვანებელი ეპითელიუმის მიდამოში (ლოყის, რბილი სასის, პირის ღრუს ფსკერის ეპითელიუმი). დასხივებისადმი განსაკუთრებით მგრძნობიარეა რბილი სასის ლორწოვანი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

თერმული დაზიანება წარმოიქმნება პირის ღრუს ლორწოვანზე მაღალი ან დაბალი ტემპერატურის ზემოქმედებით. იგი შეიძლება გამოიწვიოს ძალიან ცხელმა საკვებმა, ორთქლმა, ცეცხლმა, ცხელმა ჰაერმა, ცხელმა საგანმა.

ელექტრული ტრავმა ხშირად ელექტრული მკურნალობის (ელექტროფორეზის) შედეგია, ან დაკავშირებულია პირის ღრუში გალვანიზმის მოვლენასთან.

გალვანიზმი ფიზიკური მოვლენაა და იგი პირის ღრუში სხვადასხვა მეტალების არსებობისას რეგისტრირებული ელექტრო პოტენციალის (მიკროდენების) წარმოქმნას გულისხმობს. მაგალითად მეტალის გვირგვინების, ვერცხლის ამალგამის ბჟენებისა და სარჩილის მიდამოში პერიოდულად გროვდება ელექტრული პოტენციალი (მუხტი), რომელიც შემდეგ განიმუხტება. გალვანოზი – ადგილობრივი და ზოგადი ხასიათის პათოლოგიური ცვლილებაა, რომელიც პირის ღრუში ყალიბდება სხვადასხვა მეტალის ელექტროქიმიური ურთიერთქმედების შედეგად.

სხივური დაზიანება ხშირად ვითარდება თავ-კისრის არეში სხივური თერაპიის შედეგად.

სუბიექტური მონაცემები

თერმული დაზიანების დროს პაციენტი უჩივის:

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

გალვანოზის 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

თერმულ დაზიანებას მოსდევს კატარული სტომატიტის ჩამოყალიბება, რომელსაც თან ახლავს ჰიპერემია და ლორწოვანის მაცერაცია. შესაძლებელია აღინიშნოს ბუშტუკები ან ჩამოყალიბდეს ეროზია და წყლული (სურ. 54 და 55).

სურ. 54. შეშუპება, ჰიპერემია და ლორწოვანის მაცერაცია თერმული ტრავმის დროს

სურ. 55. ზედა ტუჩის ლორწოვანის მაცერაცია და ეროზია თერმული ტრავმის დროს

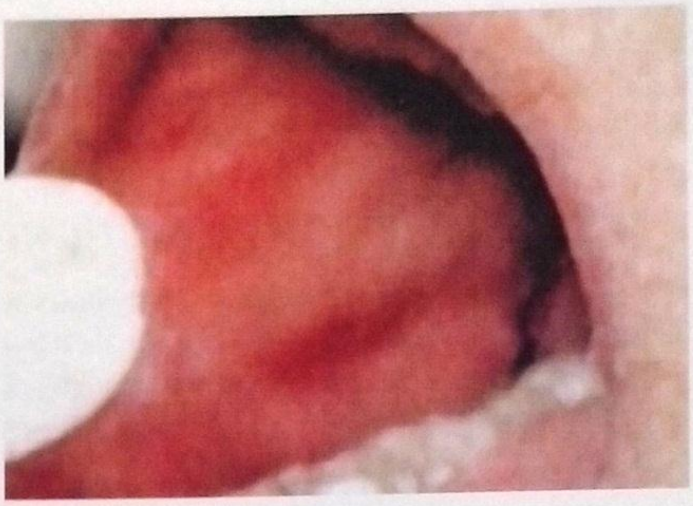
გალვანოზის კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია მიკროდენების ძალაზე, მისი ზემოქმედების დროზე, პირის ღრუს ქსოვილების ინდივიდუალურ მგრძნობელობაზე. ამ დროს აღინიშნება კატარული ან წყლულოვან-ეროზიული დაზიანება. დაზიანებული უბნები მკვეთრად გამოირჩევა მის გარშემო შეუცვლელი ლორწოვანი გარსისგან (სურ. 56 და 57).

სურ. 56. შეშუპება, ჰიპერემია, ეროზიები ენის წვერსა და გვერდით ზედაპირზე გალვანოზის დროს

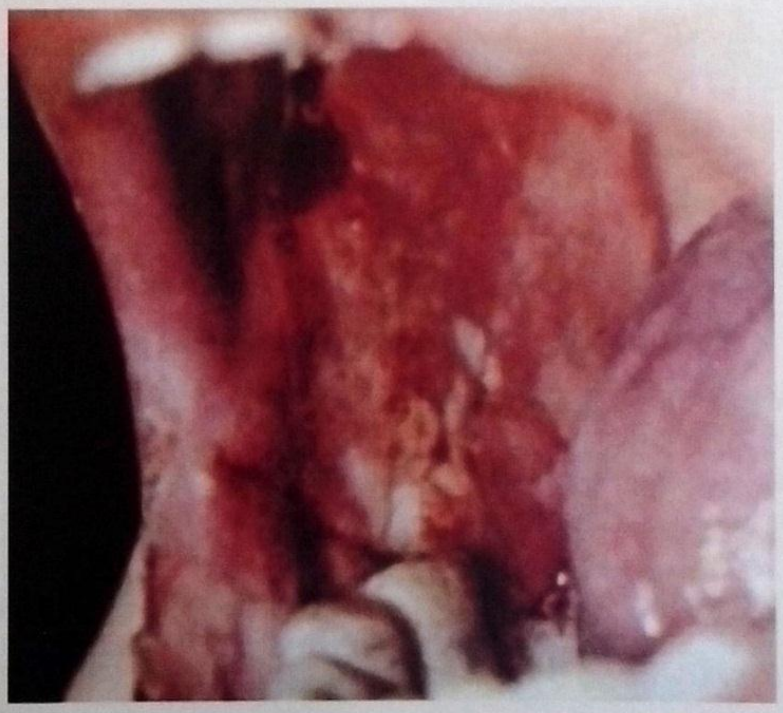
სურ. 57. შეშუპება და ჰიპერემია ლოყის ლორწოვანზე გალვანოზის დროს

პირის ღრუ სხვადასხვაგვარად რეაგირებს დასხივებაზე. 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 დესქვამაცია ან ერთეული ეროზიები (სურ. 58, 59 და 60). შემდგომში პროცესში ერთვება სანერწყვე ჯირკვლები. მათი ეპითელიუმი, ასევე, მგრძნობიარეა დასხივებისადმი. რამდენიმე დღის შემდეგ ვითარდება ჰიპოსალივაცია, რომელიც ორი კვირის შემდეგ იცვლება ქსეროსტომიით. აღინიშნება ენის გვერდითი კიდისა და წვერის მდგრადი ჰიპერემია და ატროფია.

სურ. 58. ღრძილისა და ტუჩის ლორწოვანის ჰიპერემია და შეშუპება სხივური თერაპიის შემდეგ



სურ. 59. ლოყის ლორწოვანის შეშუპება და ჰიპერემია სხივური თერაპიის შემდეგ



სურ. 60. რადიომუკოზიტი

დიაგნოსტიკა

გალვანოზის დიაგნოზი ისმება შემდეგი 5 კლინიკური მაჩვენებლით:

- 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 დაფიქსირება (რეგისტრაცია),
- მეტალური ბუენების და კონსტრუქციების მოშორების შემდეგ პაციენტის შეგრძნებები უმჯობესდება.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

გალვანოზის დიფერენცირება უნდა მოვახდინოთ:

- გლოსალგიასთან,
- პირის ღრუს ლორწოვანის ალერგიულ რეაქციებთან.

სხივური სტომატიტის დიფერენციული დიაგ-

ნოსტიკა ტარდება, ასევე, ავთისებიანი სიმსივნის რეციდივთან, ვინაიდან სხივური წყლული ხშირად წარმოიშობა ავთვისებიანი სიმსივნის ადგილას ან მის მიმდებარე ქსოვილში.

მკურნალობა

თერმული დაზიანების 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.

გალვანოზის დროს აუცილებელია:

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

სხივური რეაქციის 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 მინა-იონომერული ცემენტები).

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

პროფილაქტიკა

გალვანოზის პროფილაქტიკისათვის დაუშვებელია პირის ღრუში სხვადასხვა მეტალის ბჟენის, გვირგვინისა და სარჩილის ერთდროული არსებობა.

სხივური რეაქციის პროფილაქტიკისათვის საჭიროა:

- მანიპულაციამდე 3-5 დღით ადრე მორყეული და დაშლილი კბილების ექსტრაქცია,
- ღრძილქვეშა და ღრძილზედა ქვების მოშორება (პაროდონტული ჯიბეების კიურეტაჟი),
- კარიესული კბილების დაბჟენა,
- მეტალური პროთეზებისა და ამალგამის ბჟენების შევცვლა.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

ქიმიური ტრავმა

ქიმიური ტრავმა (Trauma chymicum) წარმოიქმნება პირის ლორწოვანზე სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერების ზემოქმედების შედეგად.

პირისა და სახის ქიმიური დამწვრობა (T28.5), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება“) და შედის ბლოკში „სხეულის გარეგანი ზედაპირის თერმული და ქიმიური დამწვრობა, დაზუსტებული მათი ლოკალიზაციის მიხედვით“.

ლოკალიზაცია

პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერი უბანი.

ფორმები

ქიმიური ტრავმა შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

მწვავე ქიმიური 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 გვხდება ლორწოვანის ქიმიური დამწვრობა ასპირინის, ანალგინის, სხვადასხვა მცენარეული ნაყენის პირის ღრუზე ზემოქმედების შედეგად.

ქრონიკული ქიმიური დამწვრობა შეიძლება გამოიწვიოს მოსახსნელი პროთეზის არასრულად პოლიმერიზებულმა პლასტმასამ (მონომერის ზემოქმედება ლორწოვანზე).

სუბიექტური მონაცემები

ქიმიური ტრავმის დროს პაციენტები უჩივიან:

- წვას, ჩხვლეტას, სხვადასხვა ინტესივობის ტკივილს,
- ლორწოვანის გარეგნული შეხედულების შეცვლას.

ობიექტური მონაცემები

მწვავე ქიმიური ტრავმის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია დამაზიანებელი აგენტის რაოდენობაზე, სახეობასა და ზემოქმედების ხანგრძლივობაზე.

მჟავით დამწვრობა იწვევს კოაგულაციური ნეკროზის ჩამოყალიბებას. ჰიპერემიულ ლორწოვანზე წარმოიქმნება მკვრივი, მუქი ფერის აპკი (სურ. 61, 62, 63 და 64).

სურ. 61. მჟავას ზემოქმედებით ჩამოყალიბებული ნეკროზული უბანი ჰიპერემიულ და შეშუპებულ ენის ზურგზე

სურ. 62. დარიშხანოვანი მჟავას მოქმედებით გამოწვეული ღრძილის ნეკროზი

სურ. 63. მჟავას მოქმედებით გამოწვეული ღრძილის ნეკროზი, შეშუპება და ჰიპერემია

სურ. 64. ძმარმჟავას მოქმედებით გამოწვეული ქიმიური ტრავმა გარდამავალ ნაოჭზე

ტუტეებით დამწვრობა 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 შეუხორცებული უბანი (სურ. 65).

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

ქრონიკული ქიმიური ტრამვა კლინიკურად შეიძლება მრავალნაირად გამოვლინდეს: კატარული ანთება (სურ. 66), წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი, კერატოზი, ლეიკოპლაკია.

სურ. 65. ტუტეს ზემოქმედებით (ფენოლი) გამოწვეული პირის ღრუს ლორწოვანის ნეკროზი

სურ. 66. პროთეზის მონომერის მოქმედებით განპირობებული ქრონიკული ქიმიური ტრამვა

დიაგნოსტიკა

ქიმიური ტრავმის დიაგნოზი დგინდება ანამნეზისა და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ქიმიური ტრავმის დიფერენცირება ხდება:

- მექანიკურ ტრავმასთან,
- ფიზიკურ ტრავმასთან,
- ალერგიულ მედიკამენტოზურ სტომატიტთან,
- წითელი ბრტყელი ლიქენის ექსუდაციურ-ჰიპერემიულ ფორმასთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- ვენსანის სტომატიტთან.

მკურნალობა

აუცილებელია:

- რაც შეიძლება დროულად მოიხსნას ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედება პირის ღრუს ლორწოვანზე;
- სუსტი გამანეიტრალებელი მოქმედების საშუალებების გამოყენება: მჟავებით დამწვრობის დროს – საპნიანი წყალი, 0,1%-იანი ნიშადურის ხსნარი (15 წვეთი 1 ჩ.ჭ. წყალზე); ტუტეების განეიტრალება ხდება 0,5%-იანი ძმარმჟავას, ან ლიმონმჟავას 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 აბუსალათინის ზეთით; დარიშხანოვანი მჟავათი დამწვრობის დროს – მისი რომელიმე ანტიდოტით (ლუგოლის ხსნარი, 1%-იანი იოდინოლის ხსნარი, 5%-იანი უნითიოლის ხსნარი, 30%-იანი ნატრიუმის თიოსულფატის ხსნარი) ან კეთდება იოდოფორმის და დამწვარი მაგნეზის შეფრქვევა;
- ქიმიური დამწვრობის შემდგომი მკურნალობა ხორციელდება მწვავე, არასპეციფიკური ანთების მკურნალობის პრინციპებით: A და E

ვიტამინების ზეთოვანი ხსნარი, მეთილურაცილის მალამო, 0,5%-იანი პრედნიზოლონის მალამო, 1,0%-იანი ჰიდროკორტიზონის მალამო;

- წყლულოვან-ეროზიული დაზიანებებისას გამოიყენება კერატოპლასტიკური საშუალებები: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენდენტას 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 – კეთილსაიმედოა.

ლეიკოპლაკია

ლეიკოპლაკია (Leucoplacia, ბერძ. leucos – თეთრი, plax – ფირფიტა) ლორწოვანი გარსის ქრონიკული ანთებადი დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს მფარავი ეპითელიუმის პათოლოგიური გარქვოვანება, რაც, თავის მხრივ, საპასუხო რეაქციაა ქრონიკულ ეგზოგენურ გამღიზიანებელზე.

ლეიკოპლაკია ფაკულტატური კიბოსწინარე დაავადებაა, მალიგნიზაციის მაღალი პროცენტით (სხვადასხვა ფორმის დროს შემთხვევათა 15-75%).

ლეიკოპლაკია და პირის ღრუს ეპითელიუმის სხვა ცვლილებები ენის ჩათვლით (K13.2), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლებისა და ყბების დაავადებები“.

გავრცელება

ლეიკოპლაკია 30 წლის ასაკის 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 (ტიპიური, მარტივი) – Leucoplacia plana,
- ვერუკოზული (თმიანი) – Leucoplakia verrucosa,
- ეროზიულ-წყლულოვანი – Leucoplakia ulcerosa,
- რბილი (პაშკოვის) – Leucoplakia mollis,
- მწეველების (ტაპეინერის) ლეიკოპლაკია – Leucoplakia nicotinica Tappeiner.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ლეიკოპლაკიის განვითარებაში ძირითადი როლი ადგილობრივ გამაღიზიანებელ ფაქტორებს ეკუთვნის, კერძოდ: მწეველობა, ძალიან ცხელი და ცხარე საკვები, თამბაქოს ღეჭვა, მაღალკონცენტრირებული სპირტიანი სასმელი, არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ფაქტორები (სიცივე, ძლიერი ინსოლაცია), ხანგრძლივად მოქმედი მექანიკური ტრამვა (კბილთა დგომის ანომალია, არასრულფასოვანი ბჟენები და ორთოპედიული კონსტრუქციები) და სხვა.

სუბიექტური მონაცემები

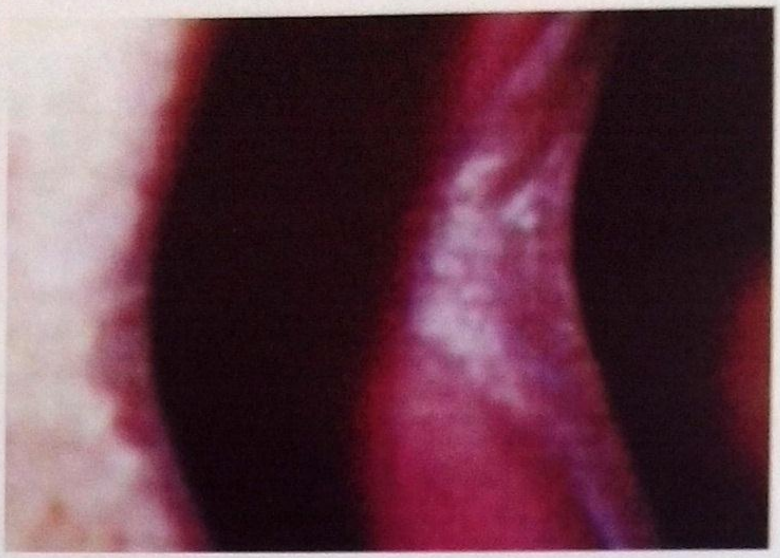
როგორც წესი, პაციენტებს გამოხატული ჩივილები არ აქვთ. შეიძლება აღნიშნავდნენ:

- ლორწოვანის ხაოიანობას (ვერუკოზული ან წყლულოვანი ფორმის დროს),
- პირის ღრუს სიმშრალესა და წვას (ტაპეინერის მწეველთა ლეიკოპლაკიის დროს).

ობიექტური მონაცემები

ლეიკოპლაკიის ბრტყელი ფორმის დროს კლინიკურად აღინიშნება თეთრი ფერის, შემოსაზღვრული, უსწორმასწორო ფორმის, ბრტყელი, ტყავისებრი 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 (სურ. 67). ენის გვერდით კიდეზე მას აქვს წაგრძელებული ფორმა (სურ. 68), ხოლო მაგარ სასაზე – ნალისებრი.

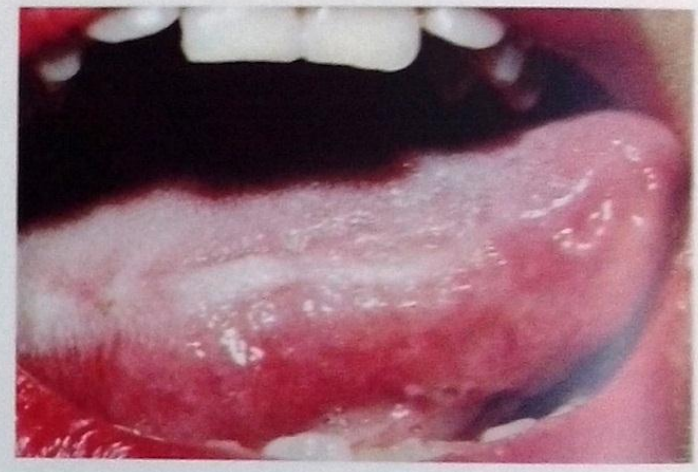
მარტივი ლეიკოპლაკია (სურ. 69) შეიძლება წლების მანძილზე შენარჩუნდეს ან გარდაიქმნას ვერუკოზულ ფორმად.



სურ. 67. ბრტყელი ლეიკოპლაკია პირის ღრუს კუთხის მიდამოში

ა) ლოყის ლორწოვანზე

ბ) ენის გვერდით ზედაპირზე



სურ. 68. მარტივი ლეიკოპლაკია

სურ. 69. მარტივი ლეიკოპლაკია პირის ღრუს ფსკერსა და ენის ქვედა ზედაპირზე

ვერუკოზული ფორმის დროს ლეიკოპლაკია ამოწეულია ლორწოვანიდან და მკვეთრად განსხვავდება ფერით (რძისფერი თეთრიდან ყვითლამდე) ირგვლივმდებარე ქსოვილებისაგან (სურ. 70, 71 და 72). 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 ფორმა წარმოიქმნება მარტივი ან ვერუკოზული ფორმის ლეიკოპლაკიის ტრავმირებისას. ვითარდება ნახეთქები და ეროზიები (სურ. 73).

სურ. 70. ვერუკოზული ლეიკოპლაკია ლოყის ლორწოვანზე

სურ. 71. ვერუკოზული ლეიკოპლაკია ენის ზურგზე

სურ. 72. ვერუკოზული ლეიკოპლაკია ენის გვერდით ზედაპირზე შიდსის დროს

სურ. 73. ლეიკოპლაკიის ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმა ენის გვერდით ზედაპირზე

მწეველთა (ტაპეინერის) ლეიკოპლაკიის დროს რბილ და მაგარ სასაზე აღინიშნება მორუხო-თეთრი ფერის, თანაბარზომიერად გარქოვანებული უბანი, ცალკეული, წითელი ფერის, წვრილი ჩანართებით (სასის წვრილი სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინრები) (სურ. 74).

პაშკოვის (რბილი) ლეიკოპლაკიის დროს აღინიშნება თეთრი ფერის, ლორწოვანიდან მცირედ წამოწეული უბანი, რომლის ზედაპირული შრე ადვილად შორდება ფითხით (სურ. 75). ირგვლივ და ქვეშმდებარე ლორწოვანი ხილული ცვლილებების გარეშეა.

ა)

ბ)

სურ. 74. ტაპეინერის მწეველთა ლეიკოპლაკია სასაზე (ა, ბ)

სურ. 75. რბილი ლეიკოპლაკია ლოყის ლორწოვანზე

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი, ძირითადად, დგინდება ანამნეზისა და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე და ზუსტდება ციტოლოგიური გამოკვლევით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ლეიკოპლაკიის დიფერენცირება უნდა მოვახდინოთ:

- ქრონიკულ ჰიპერპლასტიკურ კანდიდოზთან,
- წითელ ბრტყელ ლიქენთან,
- წითელ მგლურასთან,
- მეორეულ სიფილისთან,
- ბრტყელუჯრედოვან სიმსივნესთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ჰიპერპლასტიკური ბუნების ქრონიკული ანთებითი პროცესია. ეპითელიუმის შრეები მკვეთრად გასქელებულია, აღინიშნება აკანტოზი და პარაკერატოზი.

მკურნალობა

ადგილობრივი

- სიგარეტის წევის, ცხარე და ცხელი საკვების აკრძალვა;
- პირის ღრუს სანაცია (მატრამავირებელი და გამაღიზიანებელი ფაქტორების მოხსნა);
- რაციონალური პროთეზირება;
- ბრტყელი ფორმის დროს – კერატოპლასტიკური საშუალებების აპლიკაცია: A და E ვიტამინის ზეთოვანი ხსნარი, 10%-იანი დიბუნოლის ლინიმენტი, კაროტოლინისა და ქაცვის ზეთები, სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, აქტოვეგინის თვალის ჟელე და სხვა;

- ვერუკოზული და ეროზიული ფორმებისას – ტოტალური ამოკვეთა ჯანსაღი ქსოვილის ფარგლებში, 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 არარსებობისას შესაძლებელია მალიგნიზაცია.

ეს მნიშვნელოვანია!

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

თავი VIII

ინფექციური დაავადებები

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი (Stomatitis ulcero-necrotica Vincenti) პირის ღრუს ლორწოვანის ინფექციური დაავადებაა, რომლის ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვან როლს ორგანიზმის იმუნორეაქტიულობის ცვლილება და, შესაბამისად, ლორწოვანის რეზისტენტობის დაქვეითება ასრულებს.

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის სინონიმებია: წყლულოვანი სტომატიტი, ფუზოსპიროქეტული სტომატიტი, „თხრილისებური“ პირი, ვენსანის სტომატიტი.

წყლულოვან-ნეკროზული სტომატიტი (A69.0), ვენსანის სხვა ინფექციები (A69.1), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „სპიროქეტებით გამოწვეული სხვა დაავადებები“.

გავრცელება

უმეტესად ავადდებიან ახალგაზრდა, პრაქტიკულად ჯანმრთელი, 17-30 წლის ასაკის მამაკაცები. დაავადება პრაქტიკულად არ ვითარდება ბავშვებში.

ლოკალიზაცია

ღრძილის კიდეები (ზიანდება ყველა შემთხვევაში), ლოყის ლორწოვანი, პირის ღრუს რეტრომოლარული უბანი (ხშირად), ნუშურა ჯირკვლები (ვენსანის ანგინის დროს ზიანდება იშვიათად).

ფორმები

სიმძიმე: მსუბუქი (levis), საშუალო (media), მძიმე (gravis).

მიმდინარეობა: მწვავე (acuta), ქრონიკული (chronica), გამწვავებული (exacerbata).

გავრცელება: ლოკალური (localis), გენერალიზებული (generalisata).

ეტიოლოგიური ფაქტორები

დაავადებას იწვევს პირის ღრუს პირობით-პათოგენური ანაერობული ფლორა – ფუზობაქტერიები (Bacillus fusiformis, Clostridium multiforme) და სპიროქეტები (Borellia Vincenti, Boleria buccalis).

დაავადების მაპროვოცირებელი ფაქტორები

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის მანიფესტაციას წინ უსწრებს ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი ან რამდენიმე ფაქტორი:

- სტრესული მდგომარეობა,
- მწვავე რესპირატორული ინფექციები,
- გადაციება,
- ფიზიკური დაღლილობა,
- ფსიქოლოგიური გადაღლილობა,
- მძიმე მეტალის მარილებით მოწამვლა,
- C ავიტამინოზი,
- მე-8 კბილების გაძნელებული ამოჭრა,
- მრავლობითი კარიესი,
- პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა,
- მწეველობა,
- ალკოჰოლიზმი,
- ნარკოტიკების გამოყენება.

სუბიექტური მონაცემები

მწვავე ფორმის ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის დროს პაციენტი უჩივის:

- მკვეთრად გამოხატულ ტკივილს,
- სისხლდენას მცირე მექანიკური გაღიზიანებისას, ზოგჯერ – სპონტანურსაც,
- საკვების მიღების გაძნელებას,
- ცუდ (ლპობით) სუნს პირის ღრუდან,
- ზოგჯერ ყლაპვის გაძნელებას, რასაც თან ერთვის ჰიპერსალივაცია,
- საერთო სისუსტეს,
- სხეულის ტემპერატურის მომატებას (37,5-38°C).

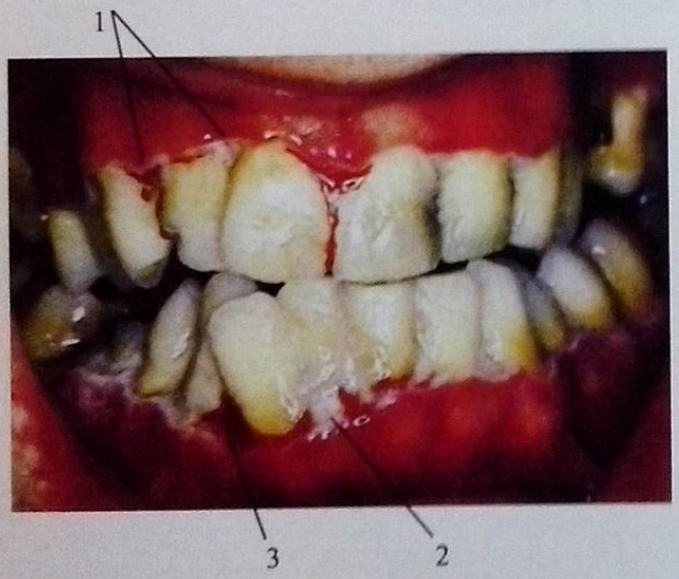
ქრონიკული ფორმის ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის დროს ზემოთჩამოთვლილი სიმპტომები სუსტადაა გამოხატული.

ქრონიკული გამწვავებული ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის დროს პაციენტს აღენიშნება იგივე ჩივილები, რაც მწვავე ფორმის დროს.

ობიექტური მონაცემები

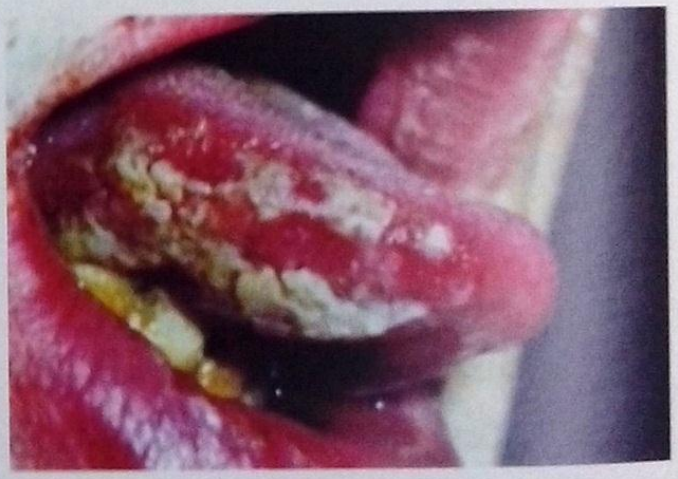
როგორც წესი, დაავადება იწყება მწვავედ.

მწვავე ფორმის ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის დროს ღრძილის დვრილის მწვერვალზე კატარული გინგივიტის ფონზე ჩნდება ნეკროზული უბანი, რომელიც ძალიან მალე მოიცავს მთელ დვრილსა და მარგინალურ ღრძილს. ნეკროზული უბნის მოშორება მტკივნეული და სისხლმდენია. მის ადგილას ჩნდება წყლული, რომელიც იფარება ნადებით. ღრძილები რუხი ფერისაა. აღინიშნება დიდი რაოდენობით რბილი ნადების არსებობა (სურ. 76 და 77). ყველაზე სწრაფად დაზიანება ქვედა ყბის მოლარების მიმდებარე ღრძილიდან ვრცელდება ლორწოვანზე და რეტრომოლარულ მიდამოში. აღნიშნული, თავის მხრივ, იწვევს კრიჭის შეკვრას (ტრიზმი), ყლაპვის დროს მტკივნეულობასა და ლოყების შესიებას. ლორწოვანზე აღინიშნება სხვადასხვა ზომის მრავლობითი ეროზია, რომლებიც შეიძლება გაერთიანდეს და ჩამოყალიბდეს წყლული. ზოგჯერ ისინი საკმაოდ დიდი ზომის (4-5 სმ) და ღრმაა.



1. დანეკროზებული ღრძილის დვრილები
2. ფიბროზული ნადები
3. სისხლმდენი უბნები

სურ. 76. მწვავე ფორმის ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი



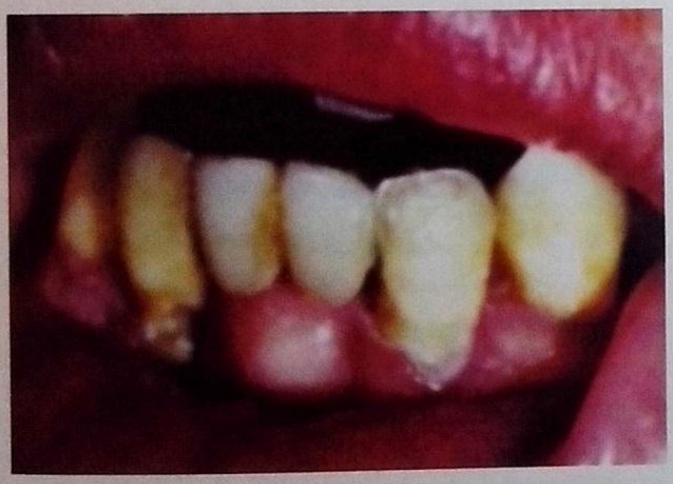
სურ. 77. მწვავე ფორმის ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი

ვენსანის წყლულს არასწორი კიდეები აქვს და დაფარულია მორუხო-მომწვანო ფერის ნადებით, რომლის მოშორება მტკივნეული და სისხლმდენია. ირგვლივ მდებარე ქსოვილები მკვეთრად ჰიპერემიული და შეშუპებულია. სასაზე წყლულების ლოკალიზაციისას სწრაფად ხდება ლორწოვანის ნეკროზი და პროცესი ყბის ძვალზე ვრცელდება. ნეკროზული პროცესი ყველაზე ხშირად იწყება რეტრომორალური მიდამოდან, იშვიათად – ნუშურებიდან – ეს ვენსანის ანგინაა. ძლიერ გამოხატული ტკივილის გამო პაციენტებს უჭირთ ჰიგიენის წესების დაცვა, რაც ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას. აღინიშნება რეგიონული ლიმფადენიტი. გადიდებული და პალპაციით მტკივნეულია ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები, შეიძლება მტკივნეული და გადიდებული იყოს, ასევე, კისრის ლიმფური კვანძებიც.

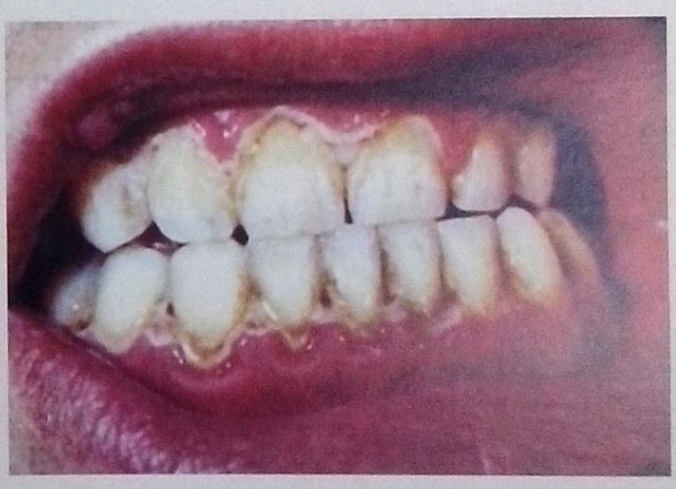
პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა შეცვლილია: სხეულის ტემპერატურა 37,5-38,0°C და მეტს აღწევს. სახე მიწისფერია. აღინიშნება ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომები: ძილიანობა, საერთო სისუსტე, თავის, კუნთებისა და სახსრების ტკივილი, დიარეა, უმადობა. ამ ცვლილებების ხარისხი და მასშტაბი დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე, პაციენტის ასაკსა და ორგანიზმის ზოგად რეაქტიულობაზე. ძლიერ გამოხატული ტკივილის გამო პაციენტები ვერ იღებენ საკვებს, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს მდგომარეობას. აღინიშნება ცვლილებები პერიფერიულ სისხლში: ლეიკოციტოზი, ედს-ის მომატება, ლეიკოციტური ფორმულის გადახრა მარცხნივ.

დაავადების სიმძიმე განისაზღვრება ადგილობრივი დაზიანებებისა და ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაციის ხარისხით.

იმ შემთხვევაში, თუ მწვავე ფორმას არ ვუმკურნალობთ, დაავადება გადადის ქრონიკულ ფორმაში: პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თუმცა, შენარჩუნებულია ნეკროზული უბნები. აღინიშნება ჰიპერემია, შეშუპება, დიდი რაოდენობით ნადები და ქვა. ამასთან, არ არის მწვავე ფორმისათვის დამახასიათებელი ნეკროზული ნადები (სურ. 78 და 79). ამ დროს შეიძლება აღინიშნოს ძვლოვანი ქსოვილის ნეკროზი.



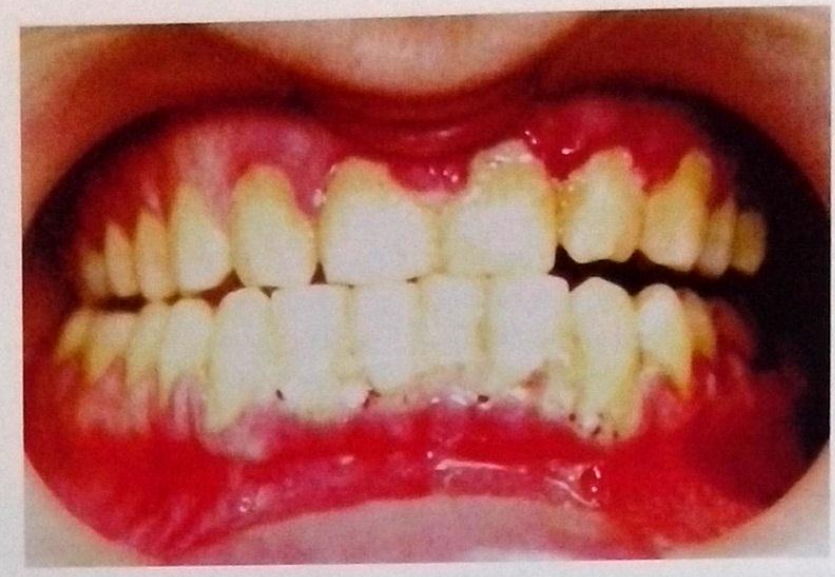
სურ. 78. ქრონიკული ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი



სურ. 79. ქრონიკული ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი

წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის ქრონიკული გამწვავებული ფორმის დროს ჩნდება მწვავე ფორმისათვის დამახასიათებელი ყველა სიმპტომი. განსხვავება ისაა, რომ ობიექტური დათვალიერებისას შეიძლება ღრძილი ნაფლეთებად სცილდებოდეს კბილებს. ამ დროს მის ქვეშ ჩანს დიდი რაოდენობით ქვა (სურ. 80).

გარდა დამოუკიდებელი ნოზოლოგიური ფორმისა, წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომა-



სურ. 80. ქრონიკული გამწვავებული ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი

ტიტი, თავის მხრივ, შეიძლება სხვადასხვა დაავადების სიმპტომს წარმოადგენდეს:

- ლეიკოზის,
- მძიმე მეტალის მარილებით მოწამვლის,
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიების,
- კვებითი ტოქსიკო-ინფექციების,
- ღვიძლის, თირკმლების, ენდოკრინული სისტემის დაავადებების,
- სხივური დაავადებების,
- შიდსის.

დიაგნოსტიკა ეფუძნება:

- კლინიკურ მონაცემებს;
- ნადების ბაქტერიოსკოპიულ გამოკვლევას (აზურ-ეოზინით შეღებილ ნაცხებში არასპეციფიკური ანთების ფონზე აღინიშნება დიდი რაოდენობით დაკლაკნილი ჩხირები და სპიროქეტები);
- სისხლის კლინიკური ანალიზის მონაცემებს (ლეიკოციტოზი, ფორმულის გადახრა მარცხნივ, ედს-ის ზომიერი მატება).

დიფერენციული დიაგნოსტიკა:

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტის დიფერენცირება უნდა მოხდეს:

- სისხლის დაავადებებთან (ლეიკოზი, აგრანულოციტოზი),
- მძიმე ფორმის ჰერპესულ სტომატიტთან,
- მეორეულ სიფილისთან,
- მძიმე მეტალის მარილებით (ტყვია, ბისმუტი) მოწამვლასთან,
- წყლულოვან დაზიანებებთან გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს,
- აივ-ინფექციასთან.

ვენსანის წყლული უნდა დიფერენცირდეს:

- ტრავმული,
- სიფილისური,
- სიმსივნური,
- ტუბერკულოზური,
- ტროფიკული წყლულებისგან.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება ლორწოვანის ზედაპირული შრის ნეკროზი. ღრმა შრეებში – ანთებადი ცვლილებები, ნეიტროფილებისა და ლიმფოციტების ინფილტრაცია. ზედაპირულ, დანეკროზებულ შრეში ფუზობაქტერიების, სპიროქეტების, ჩხირისებრი ბაქტერიების, კოკების დიდი რაოდენობა.

მკურნალობა

1. წოლითი რეჟიმი,
2. პირის ღრუს ლორწოვანის ყოველდღიური, პროფესიული დამუშავება.

ადგილობრივი

- აპლიკაციური ანესთეზია (2%-იანი ტრიმეკაინის ხსნარი, 4%-იანი ბენზოკაინის ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი და სხვა);
- პროტეოლიზური ფერმენტებით (ტრიპსინი, ქიმოფსინი, კარიპაზინი, რიბონუკლეაზა,

დეზოქსირიბონუკლეაზა და სხვა) ეროზიებისა და წყლულების დამუშავება;
- ანტისეპტიკური დამუშავება (კალიუმის პერმანგანატი 1:5000 და 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 0,25%-იანი ქლორამინი, 0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი და სხვა);
- მეტრონიდაზოლის შემცველი მალამოების აპლიკაცია (მეტროჟილდენტას ჟელე), დიპლენდენტას (მეტრონიდაზოლით გაჟღენთილი) ფირფიტები;
- ეროზიებზე კერატოპლასტიკური საშუალებების აპლიკაცია (სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენდენტას სოლკოსერილის ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, აქტოვეგინის 20%-იანი თვალის ჟელე, ქაცვის ზეთი, ხონსურიდი, A და E ვიტამინები, ასკილის ზეთი, კაროტოლინი, ოლაზოლი, დიბუნოლი და სხვა);
- ანტისეპტიკების შემცველი სავლებების – Parodontax exstra, Parodontax, Trachisan, Lacalut active, MediDent, Octenidol, Tantum Verde, Listerine; Eludril – და სხვა გამოყენება.

ზოგადი
- ანტიბიოტიკები Per os: ერითრომიცინი – 0,5 გ
- ყოველ 4-6 საათში ერთხელ; აუგმენტინი, ამოქსიკლავი – 1000 მგ, როქსიტრომიცინი – 150 მგ, კლაციდი 250 მგ – 1 აბი დღეში 2-ჯერ; აზიტრომიცინი (სუმამედი) – 500 მგ დღეში ერთხელ და სხვა;
- მეტრონიდაზოლი (ტრიქოპოლი, კლიონი, ფლაგილი) 0,25 გ 3-ჯერ დღეში 5-7 დღის განმავლობაში;
- ვიტამინოთერაპია: პოლივიტამინები, B და C ჯგუფის ვიტამინები;
- ანტიჰისტამინური პრეპარატები (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).

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა. გამოჯანმრთელება დგება 3-7 დღის შემდეგ. რეციდივის მიზეზი შესაძლებელია გახდეს პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა.

ეს მნიშვნელოვანია!

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივოსტომატიტის ადეკვატური მკურნალობის შემდეგ თუ არ მიიღწევა სასურველი შედეგი ან ხშირია რეციდივები, პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა აივ-ზე.

ბაქტერიული ინფექციები

იმპეტიგო

იმპეტიგო (Impetigo vulgaris) სტრეპტოკოკებით გამონვეული პიოდერმიის ზედაპირული ფორმაა. ინფიცირების შემდგომ ერთვება სტაფილოკოკური ფლორა. ინფექციის წყარო იმპეტიგოთი დაავადებული პაციენტია. ლორწოვან გარსზე დაზიანებისას ვითარდება სტრეპტოკოკური სტომატიტი.

ჩირქოვანი ვეგეტატური სტომატიტი (L08.0X), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის ინფექციები“.

გავრცელება

ავადდებიან ძირითადად ბავშვები.

ლოკალიზაცია

იმპეტიგო ყველაზე ხშირად აზიანებს ტუჩებსა და მის მიმდებარე კანს, იშვიათად – პირის ღრუს ლორწოვან გარსს (სტრეპტოკოკური სტომატიტი).

ეტიოლოგიური ფაქტორები

სტრეპტოკოკური და სტაფილოკოკური ფლორა.

სუბიექტური მონაცემები

დაავადება იწყება მწვავედ. პაციენტები უჩივიან ქავილის შეგრძნებას.

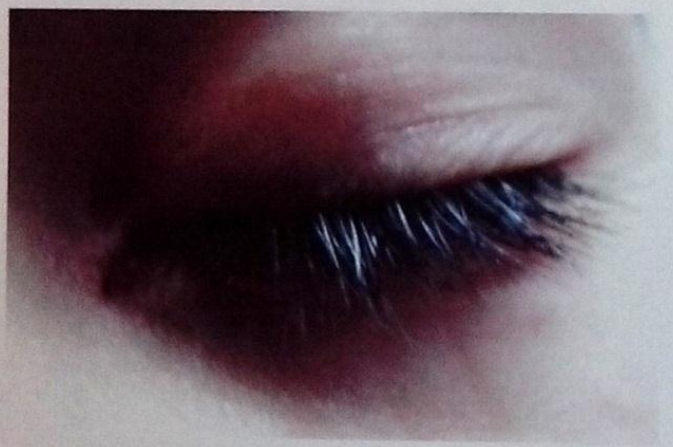
ობიექტური მონაცემები

სახის კანსა და ტუჩის წითელ ყაეთანზე აღინიშნება 2-5 მმ დიამეტრის ფლიქტენები ირგვ-

ლივ ჰიპერემიული ყაეთნით. ისინი მალე იხსნება და ჩნდება წითელი ფერის ეროზია, საიდანაც გამუდმებით ჟონავს ლიმფა. ეროზიები სწრაფად იზრდება ზომაში, ერწყმის ერთმანეთს და იფარება ოქროსფერ-მწვანე ე.წ. „თაფლის ქერქებით“,

ა) ტუჩის მიმდებარე უბანი

ბ) თვალი



გ) წინამხარი

სურ. 81. იმპეტიგო

რომელიც ადვილად სცილდება ქვეშმდებარე კანს და შიშვლდება ვარდისფერი უბანი, საიდანაც, ასევე ჟონავს ლიმფა (სურ. 81).

ტუჩის კუთხეებში ეროზიების ლოკალიზაციისას ყალიბდება მტკივნეული ნახეთქები, საიდანაც გამუდმებით ჟონავს ლიმფა.

ლორწოვან გარსზე დაზიანებისას ვითარდება სტრეპტოკოკური სტომატიტი. მას ახასიათებს მწვავე კატარული გინგივიტი მკვეთრად გამოხატული ჰიპერემიით. ადგილ-ადგილ ლორწოვანი დაფარულია მოყვითალო ფერის ნადებით, რომლის მოშორების შემდეგ მოჩანს სისხლმდენი ზედაპირი, დაფარული წვრილი ეროზიებით.

დაავადება ზოგჯერ მაღალი ტემპერატურით მიმდინარეობს. ბავშვებში ხშირად ერთდროულად ზიანდება პირის ღრუსა და ცხვირის ლორწოვანი გარსი და კონიუნქტივა.

დიაგნოსტიკა

კლინიკური დიაგნოზი ზუსტდება მიკრობიოლოგიური გამოკვლევით: მასალის დათესვითა და ანაფხეკის მიკროსკოპიით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ხორციელდება შემდეგ დაავადებებთან:

- ჰერპესული დაზიანებები,
- ალერგიული გამონაყარი,
- მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა,
- სიფილისი.

სტრეპტოკოკურ-სტაფილოკოკური ნახეთქები უნდა განირჩეს:

- კანდიდოზური ანგულიტისგან,
- სიფილისური ნახეთქებისაგან,
- ჰერპესული ეროზიებისაგან.

როდესაც ნახეთქი სოკოვანი ფლორითაა გამოწვეული, ინფილტრირებულ და მაცერირებულ კანზე აღინიშნება თხელი, თეთრ-ნაცრისფერი აპკი, რომელიც ადვილად სცილდება ქვეშმდებარე ქსოვილებს და ტოვებს მრგვალ ან უსწორმასწორო ფორმის ეროზიულ ზედაპირს.

სტრეპტოკოკით გამოწვეული ნახეთქი ხასიათდება სწორი, თანაბარი, საკმაოდ ღრმა, მბრწყინავი, სუსტად სისხლმდენი ნაოჭებით, რომელთაც მკაცრად რადიალური მიმართულება აქვთ. ამ ნაოჭებს შორის შეუცველი კანის ხიდაკებია.

სტაფილოკოკებით გამოწვეული ნახეთქების დროს გამოკვეთილად ჩანს ჩირქოვანი ფოლიკულების ტიპის წერტილოვანი პუსტულები.

ამ ფორმას არ ახასიათებს გაფართოებული გამონაყარი (მოთესვა) გარშემო კანზე, რაც დამახასიათებელია კანდიდოზური და სტრეპტოკოკური ეტიოლოგიის ნახეთქებისათვის. ამასთან, სტაფილოკოკური და სტრეპტოკოკური ნახეთქების დროს დაზიანება არ გადადის პირის ღრუს ლორწოვანზე.

მკურნალობა

ადგილობრივი:

- ანტისეპტიკური საშუალებები: 0,05-0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის და ბრილიანტის მწვანეს წყალხსნარი, სანგვირიტრინი დაზიანების უბნების დასამუშავებლად;
- ადგილობრივად მოქმედი ანტიბიოტიკები: 1%-იანი ტეტრაციკლინის და დიტეტრაციკლინის თვალის მალამო, 1%-იანი ერითრომიცინისა და ამბროცინის მალამოები, დიპლენდენტას ანტიბიოტიკებით გაუღენთილი ფირფიტები და სხვა;
- ფაგები: სტრეპტოფაგი, სტაფილოფაგი, კოლიფაგი, პიოფაგი და ინტესტიფაგი აპლიკაციის სახით;
- კომბინირებული ანტიმიკრობული პრეპარატები: მეტროჟილ-დენტას ჟელე, ლინგეზინის, ხოლისალის, პაროდიუმის მალამოები აპლიკაციის სახით;
- ანტისეპტიკების შემცველი სავლებების – Parodontax exstra, Parodontax, Lacalut active, Trachisan, MediDent, Octenidol, Tantum Verde, Listerine, Eludril – და სხვა გამოყენება.

ზოგადი:

- ანტიბიოტიკოთერაპია: ერითრომიცინი – 0,5 გ ყოველ 4-6 საათში ერთხელ; აუგმენტინი, ამოქსიკლავი – 1000 მგ, როქსიტრომიცინი – 150 მგ, კლაციდი – 250 მგ – 1 აბი დღეში 2-ჯერ; აზიტრომიცინი (სუმამედი) – 500 მგ დღეში ერთხელ და სხვა;
- ვიტამინოთერაპია: პოლივიტამინები, B და C ჯგუფის ვიტამინები;
- ანტიჰისტამინური პრეპარატები: პიპოლფენი – 0,025 გ 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.

პროგნოზი – კეთილსაიმედოა.

შანკრიფორმული პიოდერმია

შანკრიფორმული პიოდერმია (Pyodermia schancriformis) იშვიათი დაავადებაა, რომელიც კლინიკურად ძალიან ჰგავს მაგარ შანკრს. ვითარდება ორგანიზმის დაქვეითებული იმუნორეაქტიულობის დროს.

პიოდერმია (L08.0), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის ინფექციები“.

გავრცელება

იშვიათი დაავადებაა.

ლოკალიზაცია

ძირითადად ლოკალიზდება ტუჩის წითელ ყაეთანზე, ენაზე, ლოყაზე, სასქესო ორგანოებსა და ქუთუთოებზე.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

დაავადება სტრეპტოკოკური და სტაფილოკოკური წარმოშობისაა.

სუბიექტური მონაცემები

- მცირედი მტკივნეულობა,
- უმნიშვნელო გამკვრივება,
- რეგიონული ლიმფადენიტი.

ობიექტური მონაცემები

დაავადება იწყება ერთეული პუსტულით, რომლის გახსნის შემდეგ წარმოიქმნება 1,5 სმ დიამეტრის, ფინჯნის ფორმის, მრგვალი ან ოვალური წყლული გამკვრივებული ფსკერითა და სწორი, მკვრივი, წამოწეული კიდეებით. მისი ფსკერი წითელი ფერისაა,ზოგჯერ დაფარულია ჩირქოვანი ნადებით. პალპაციით მცირედ მტკივნეული ან უმტკივნეულოა. წყლულის ირგვლივ არ აღინიშნება ჰიპერემია და შეშუპება (სურ. 82 და 83). რეგიონული ლიმფური კვანძები პალპაციით ხშირად არ ისინჯება ან გადიდებული, უმტკივნეულო და მოძრავია.

სურ. 82. შანკრიფორმული პიოდერმია ტუჩზე

სურ. 83. შანკრიფორმული პიოდერმია ენის ზურგზე

დიაგნოსტიკა

ხორციელდება კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე:

- ხანგრძლივი მიმდინარეობა, ინფილტრატის გავრცელება წყლულის ფარგლებს გარეთ, რაც არ ახასიათებს სიფილისს;
- ვასერმანის უარყოფითი რეაქცია. ანაფხეკში მრავალჯერადი კვლევის შემდეგაც არ აღინიშნება მკრთალი სპიროქეტის არსებობა.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

შანკრიფორმული პიოდერმია იმდენად ჰგავს მაგარ შანკრს, რომ აუცილებელია ანაფხეკის გამოკვლევა მკრთალ სპიროქეტაზე და სეროლოგიური რეაქციის ჩატარება 6 თვის განმავლობაში რამდენჯერმე.

ჰისტოლოგიური სურათი

ეპითელიუმის ირგვლივ აღინიშნება ძლიერი ინფილტრაცია. ეს უკანასკნელი წარმოდგენილია ლიმფოციტებით, პლაზმური უჯრედებით, ჰისტიოციტებითა და პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებით.

მკურნალობა

ადგილობრივი:

- პირის ღრუს სანაცია;
- ანტისეპტიკები: 0,05-0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის და ბრილიანტის მწვანის წყალხსნარი, სანგვირიტრინი და სხვა დაზიანების უბნების დასამუშავებლად;
- ადგილობრივად გამოყენებული ანტიბიოტიკები: 1%-იანი ტეტრაციკლინისა და დიტეტრაციკლინის თვალის, 1%-იანი ერითრომიცინის, ამბროციინის მალამოები, დიპლენ დენტას ანტიბიოტიკებით გაუღენთილი ფირფიტები და სხვა;
- ფაგები: სტრეპტოფაგი, სტაფილოფაგი, კოლიფაგი, პიოფაგი და ინტესტიფაგი აპლიკაციის სახით;
- კომბინირებული ანტიმიკრობული პრეპარატები: მეტროჟილ-დენტას ჟელე, ხოლისალის, ლინგეზინის, პაროდიუმის მალამოები აპლიკაციის სახით;
- ანტისეპტიკების შემცველი სავლებების – Parodontax exstra, Parodontax, Lacalut active, Trachisan, MediDent, Octenidol, Tantum Verde, Listerine, Eludril – და სხვა გამოყენება.

ზოგადი

- ანტიბიოტიკოთერაპია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით: ზინატი 500 მგ, აუგმენტინი, ამოქსიკლავი 1000 მგ, როქსიტრომიცინი 150 მგ, კლაციდი 250 მგ – 1 აბი დღეში 2-ჯერ, აზიტრომიცინი (სუმამედი) – 500 მგ დღეში ერთხელ და სხვა.

პროგნოზი – კეთილსაიმედოა.

ეს მნიშვნელოვანია!

შიდს-იან პაციენტებში იმუნოდეფიციტის ფონზე შეიძლება განვითარდეს შანკრიფორმული პიოდერმია.

პიოგენური გრანულომა

პიოგენური გრანულომა (Granuloma pyogenicum) პიოდერმიის ფორმაა. დაავადება ვითარდება ტრავმის ან მიკროტრავმის შემდეგ ინფექციის შეჭრის შედეგად და წარმოადგენს ანთებადი ქსოვილის ჰიპერპლაზიურ რეაქციას.

პიოგენური გრანულომა (K13.40), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლებისა და ყბების დაავადებები“.

ლოკალიზაცია

ძირითადად ლოკალიზდება ტუჩის წითელ ყაეთანსა და ლორწოვანზე, ასევე, ლოყის, სასის ლორწოვანსა და ენაზე. სხვა მიდამოში პიოგენური გრანულომა თითქმის არ ვითარდება.

სურ. 84. პიოგენური გრანულომა ტუჩის შიგნითა ზედაპირზე

სურ. 85. პიოგენური გრანულომა ენის ქვედა ზედაპირზე

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია ოქროსფერი სტაფილოკოკი და სტრეპტოკოკი.

სუბიექტური მონაცემები

ზედაპირიდან წამოწეული სოკოსებრი წარმონაქმნის არსებობა.

ობიექტური მონაცემები

ვლინდება 2 სმ-მდე დიამეტრის ერთეული, რბილი, სოკოსებრი წარმონაქმნის სახით. იგი მოლურჯო-მოწითალო ფერისაა, მექანიკური გაღიზიანებისას ადვილად სისხლმდენია (სურ. 84), წყლულდება და იფარება ფიბროზული ნადებით.

მკურნალობის არარსებობისას ნელა იზრდება ზომაში და შეიძლება შენარჩუნდეს დიდი დროის განმავლობაში (სურ. 85). უკუგანვითარებას არ განიცდის.

ჰისტოლოგიური სურათი

გრანულომა დაფარულია გათხელებული ეპითელიუმით. შემაერთებელ ქსოვილში აღინიშნება ლიმფოციტებით, რეტიკულური და პლაზმური უჯრედებით განპირობებული პერივასკულური ინფილტრაცია.

მკურნალობა

პიოგენური გრანულომის მკურნალობა ქირურგიულია.

პროგნოზი – კეთილსაიმედოა.

დიფთერია

დიფთერია (Diphtheria) ინფექციური დაავადებაა, რომლის ინკუბაციური პერიოდი 2-10 დღეა.

დიფთერია (A36), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „სხვა ბაქტერიული დაავადებები“.

გავრცელება

ავადდებიან, ძირითადად, 1-5 წლის ბავშვები. დიფთერია ვრცელდება აირ-წვეთოვანი გზით. ინფექციის ძირითადი წყარო დაავადებული პაციენტია, მაგრამ ზოგჯერ უცნობია მისი განვითარების მიზეზი.

ლოკალიზაცია

სასის რკალი და ნუშურები.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია ლეფრელის ჩხირი.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტს აღენიშნება:

- ყელისა და თავის ტკივილი,
- ჰიპერსალივაცია,
- არასასიამოვნო სუნი პირის ღრუდან,
- სხეულის ტემპერატურის მომატება 38-39^{0}C-მდე,
- ყელისა და სახის შეშუპება,
- სუნთქვის გაძნელება.

ობიექტური მონაცემები

აღინიშნება სასის რკალის ლორწოვანის ჰიპერემია და შეშუპება, ენისა და ნუშურების გადიდება. მკვეთრი წითელი ფერის ნუშურების ფონზე შეიმჩნევა მოთეთრო-მონაცრისფრო, სადაფისებრი ელფერის უბნები. დასაწყისში მას აქვს ობობას ქსელის შესახედაობა, 1-2 დღის შემდეგ კი იღებს ნადების სახეს, რომელსაც შემდგომ უვითარდება ქვეშმდებარე ქსოვილებთან მჭიდროდ დაკავშირებული მკვეთრი საზღვრები. მისი მოშორება ძნელია და ქვეშ რჩება სისხლმდენი უბანი. ასეთი ნადების წარმოქმნა დაკავშირებულია ანთების ფიბროზულ ფორმასთან და წარმოადგენს ადგილობრივ რეაქციას ლორწოვანში ჩაზრდილ ლეფრელის ჩხირსა და ტოქსინებზე (სურ. 86). დაავადების პროგრესირებასთან ერთად, ნადები ვრცელდება, სქელდება და ხდება რუხი ფერის. მისი მოშორების შემდეგ კვლავ წარმოიქმნება სისხლმდენი უბანი. ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები გადიდებულია და პალპაციით მტკივნეული.

დიაგნოსტიკა

ტარდება კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე:

- კლინიკური სურათით,
- დაზიანების უბნიდან აღებულ მასალაში ამოითესება C.diphtheria.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზულ გინგივოსტომატიტთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- ქრონიკულ ჰიპერპლასტიკურ კანდიდოზთან,
- მარტივ ლეიკოპლაკიასთან,
- ვერუკოზულ ლეიკოპლაკიასთან.

მკურნალობა:

ადგილობრივი მკურნალობა სიმპტომურია და მოიცავს:

სურ. 86. დიფთერია. სასის რკალისა და ნუშურების დაზიანება

- გაუტკივარებას: 4,0%-იანი ბენზოკაინის და ლიგნოკაინის ჟელე, 10-20%-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი, ლიდოკაინის შემცველი დიპლენ დენტას ფირფიტები და სხვა;
- პროტეოლიზური ფერმენტების: ტრიფსინი, ქიმოტრიპსინი, ქიმოპსინი, ტერილიტინი, ლიზოამიდაზა, კარიპაზინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა აპლიკაციას;
- ანტისეპტიკებით: 0,05-0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის და ბრილიანტის მწვანის წყალხსნარი, სანგვირიტრინი დაზიანების უბნების დამუშავებას;
- ანტისეპტიკების შემცველი სავლებებით – Parodontax exstra, Parodontax, Lacalut active, Trachisan, MediDent, Octenidol, Tantum Verde, Listerine, Eludril – ირიგაციას.

ზოგადი მკურნალობა ტარდება ექიმ-ინფექციონისტის მიერ.

პროფილაქტიკა

გეგმიური იმუნიზაცია.

პროგნოზი

დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისას კეთილსაიმედოა.

ტუბერკულოზი

პირის ღრუს ტუბერკულოზი (Tuberculosis) იშვიათი ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ფილტვის, სახსრებისა და კანის ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა მხოლოდ 0,5-1,5%-ს ემართება.

სხვა დაზუსტებული ორგანოების ტუბერკულოზი (A18.8), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „ტუბერკულოზი“.

გავრცელება

ავადდებიან ნებისმიერი ასაკისა და სქესის პირები. პირველადი და კოლიკვოზური ტუბერკულოზი დაავადების ძალზე იშვიათი ფორმაა და ვითარდება ბავშვებში.

ლოკალიზაცია

ტუბერკულოზური მგლურას დროს ზიანდება სახის კანი, ხშირად პროცესი ცხვირის კანიდან ვრცელდება ზედა ტუჩსა („პეპლის“ ფორმა) და პირის ღრუს ლორწოვანზე. შეიძლება დამოუკიდებლად დაზიანდეს ზედა ტუჩი, იშვიათად – მხოლოდ ლორწოვანი. ყველაზე ხშირად პროცესი ლოკალიზებულია ზედა ტუჩზე, ღრძილებსა და ზედა ყბის ალვეოლურ მორჩზე ფრონტალური კბილების მიდამოში, რბილ და მაგარ სასაზე.

მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზის დროს კოხის ჩხირით ინფიცირდება დაზიანებული ლორწოვანი გარსის მიკროტრამვების მიდამოში – ლოყის ლორწოვაზე კბილთა შეთანასოვნების ხაზზე, ენის ზურგსა და გვერდით ზედაპირზე, რბილ სასაზე.

ფორმები

პირის ღრუს ლორწოვანის პირველადი ტუბერკულოზი ძალიან იშვიათია. მეორეული ტუბერკულოზი გვხვდება ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში შემდეგი ფორმით:

- ტუბერკულოზური მგლურა (lupus vulgaris),
- მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზი (tuberculosis miliaris ulcerosa),
- კოლიკვაციური ტუბერკულოზი – სკლოფულოდერმია (ყველაზე იშვიათად).

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია ტუბერკულოზის მიკობაქტერია – კოხის ჩხირი. პირის ღრუს ლორწოვანზე იგი ხვდება ჰემატოგენური, ლიმფოგენური ან ეგზოგენური (აირ-წვეთოვანი ან ალიმენტური) გზით, რის შედეგად ვითარდება პირველადი ან მეორეული ინფექცია. პირის ღრუს ლორწოვანი მეტნაკლებად რეზისტენტულია ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის მიმართ. მიუხედავად ამისა, გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ კოხის ჩხირით შესაძლებელია დაუზიანებელი ლორწოვანის ინფიცირება. მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზი ვითარდება ორგანიზმის იმუნორეაქტიულობის დაქვეითების ფონზე. ამ დროს ინფექციის ბუდიდან – ფილტვის კავერნიდან – კოხის ჩხირის აუტოინაკულაცია ხორციელდება, რომელიც დიდი რაოდენობით გამოიყოფა ნახველით.

სუბიექტური მონაცემები

პირველადი ტუბერკულოზის, ტუბერკულოზური მგლურასა და კოლიკვო-

ზური ტუბერკულოზის დროს პაციენტები უჩივიან:

- მცირედ მტკივნეული წყლულის არსებობას,
- უხერხულობას მეტყველებისა და საკვების მიღების დროს.

მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზის დროს აღინიშნება:

- მკვეთრად მტკივნეული წყლულის არსებობა,
- მეტყველებისა და საკვების მიღების გაძნელება.

ობიექტური მონაცემები

პირველადი ტუბერკულოზის დროს გამომწვევის შეჭრის ადგილზე 8-30 დღის (ინკუბაციური პერიოდი) შემდეგ ვითარდება 10-15 მმ ზომის მტკივნეული წყლული. მას აქვს ლორწოვანში შეჭრილი უსწორმასწორო კიდეები და მუქი რუხი ფერის ფსკერი (სურ. 87). აღინიშნება თანმხლები ლიმფადენიტი, რომლის დროსაც ლიმფური კვანძები შეიძლება დაჩირქდეს და გაიხსნას.

ა) ლოყის ლორწოვანი

ბ) ღრძილი

სურ. 87. ტუბერკულოზური წყლული

2-4 კვირის შემდეგ წყლული მკურნალობის გარეშე თავისით ქრება.

ტუბერკულოზური მგლურა პირის ღრუს ლორწოვანის ტუბერკულოზის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. არანამკურნალები დაავადება ხანგრძლივი მიმდინარეობისას გადის შემდეგ სტადიებს:

- ინფილტრაციული,
- ბორცვის წარმოქმნის,
- წყლულოვანი,
- ნაწიბუროვანი.

დაზიანების ელემენტი სპეციფიკური ტუბერკულოზური ბორცვი = ლუპომაა. ეს 1-3 მმ დიამეტრის მოწითალო ან მოყვითალო-წითელი ფერის რბილი კონსისტენციის ბორცვია, რომელიც განლაგებულია ჯგუფ-ჯგუფად. ახლის წარმოქმნა ხდება პერიფერიაზე, ცენტრში ლოკალიზებული ბორცვები განიცდიან ხაჭოსებურ დაშლას, რის გამოც ყალიბდება არასწორი, დაკბილულკიდეებიანი, რბილი, მცირედ მტკივნეული წყლული, დაფარული ღია წითელი ან მოყვითალო-წითელი ნადებით – ადვილად სისხლმდენი პაპილომატოზური წარმონაქმნებით. ამ დროს კბილთაშორისი ძგიდეები იშლება, კბილები ირყევა და იკარგება. ტუჩის დაზიანებისას აღინიშნება ძლიერი შეშუპება, იგი მატულობს ზომაში, იფარება სისხლიან-ჩირქიანი ქერქებით. რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებული და გამკვრივებულია.

ტუბერკულოზური მგლურასათვის დამახასიათებელია „ვაშლის ჟელეს“ სინდრომი დასინჯი ზონდით – პოსპელოვის ფენომენი: დაზიანებულ უბანზე სასაგნე მინის დაჭერის შემდეგ იგი ფერმკრთალდება და ლუპომები გამოსჭვივის, როგორც მოყავისფრო-მოყვითალო კვანძები, რაც „ვაშლის ჟელეს“ ჰგავს; დანაყოფებიანი ზონდის ლუპომაზე ზეწოლის შედეგად იგი ადვილად ვარდება მის სიღრმეში.

წყლულის ადგილზე ზოგჯერ ვითარდება პრიალა ნაწიბური. ტუჩზე ლოკალიზაციისას ვითარდება დეფორმაცია, გაძნელებულია საკვების მიღება. ზოგჯერ ნაწიბურზე შეიძლება განვითარდეს ახალი ლუპომები, მოხდეს მეორეული დაინფიცირება კოკებით და Candida-ს გვარის სოკოთი.

ტუბერკულოზური წყლული 1-10% შემთხვევაში მალიგნიზდება.

მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზი მეორეული ტუბერკულოზია, რომელიც ვითარდება ორგანიზმის იმუნორეაქტიულობის დაქვეითების ფონზე. ამ დროს წარმოიქმნება ტიპური ტუბერკულოზური ბორცვები. მათი დაშლის შედეგად ცენტრში ყალიბდება წყლული. თავდაპირველად ის მცირე ზომისაა, მტკივნეული, შემდეგ იზრდება პერიფერიაზე და ზოგჯერ დიდი ზომის ხდება. არ არის ღრმა, აქვს ლორწოვანში შეჭრილი რბილი, უსწორმასწორო კიდეები. ფსკერი და კიდეები მარცვლოვანი შენებისაა, რაც განპირობებულია დაშლილი ბორცვების არსებობით. წყლული დაფარულია მოყვითალო-რუხი ფერის ნადებით. ირგვლივმდებარე ქსოვილები შეშუპებულია. ზოგჯერ აღინიშნება ნვრილი აბსცესების არსებობა – ე.წ. ტრელის მარცვლები (სურ. 88). ენასა და გარდამავალ ნაოჭზე ლოკალიზაციისას წყლულს აქვს ნაპრალის ფორმა, რომლის ფსკერი შესასვლელ ხვრელზე უფრო დიდია. რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებული, მკვრივი და პალპაციისას მტკივნეულია.

პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა. ისინი კახექსიურნი არიან, აღენიშნებათ ქოშინი და ოფლიანობა, სხეულის ტემპერატურის მომატება, ცვლილებები ჰემოგრამაში.

კოლიკვოზური ტუბერკულოზის დროს ლორწოვანის ღრმა ფენებში წარმოიშვება კვანძი, რომელიც იშლება და ვითარდება უსწორმასწორო, რბილი კონსისტენციის წყლული ლორწოვანში შეჭრილი კიდეებითა და ფსკერზე გრანულაციებით. მისი შეხორცების შემდეგ ყალიბდება უსწორმასწორო ნაწიბური.

სურ. 88. მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზი

დიაგნოსტიკა

ტუბერკუზოლური მგლურას დიაგნოზი ისმება კლინიკური („ვაშლის ჟელეს" სიმპტომი, ზონდის სინჯი) და ლაბორატორიული მონაცემებით. პირკეს რეაქცია უმეტეს შემთხვევაში დადებითია. აღსანიშნავია, რომ მრავალჯერადი გამოკვლევის შემდეგაც კი წყლულში ძალიან იშვიათია კოხის ჩხირები.

მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზის დროს წყლულიდან ანაფხეკზე ციტოლოგიური გამოკვლევისას აღინიშნება პიროგოვ-ლანგერჰანსის გიგანტური უჯრედები, ბაქტერიოსკოპიის დროს ცილ-ნილსონის მეთოდით შეღებვისას – კოხის ბაცილები. პირკეს რეაქცია უმეტესად უარყოფითია.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტუბერკუზოლური მგლურა უნდა დიფერენცირდეს:

- მესამეული სიფილისის დროს წარმოქმნილ ბორცვებთან,
- წითელ მგლურასთან.

მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზის დიფერენცირება ხდება ტრავმულ, სიმსივნურ, სიფილისურ, ტროფიკულ, ვენსანის წყლულებთან.

კოლიკვოზური ტუბერკულოზის დროს დიფერენციული დიაგნოსტიკა უნდა ჩატარდეს:

- სიმსივნურ წყლულთან,
- გუმასთან,
- აქტინომიკოზთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ტუბერკუზოლური მგლურას დროს აღინიშნება ტიპური ტუბერკულოზური ბორცვები – ეპითელური, პიროგოვ-ლანგერჰანსის გიგანტური და პერიფერიაზე ლიმფური უჯრედებით. კაზეოზური ნეკროზი საერთოდ არ არის, ან მცირედაა გამოხატული. პლაზმოციტები და ლიმფოციტები ქმნიან ანთებით ინფილტრატს. კოხის ჩხირი უმნიშვნელო რაოდენობითაა.

მილიარულ-წყლულოვანი ტუბერკულოზის დროს აღინიშნება სპეციფიკური გრანულომა, ცენტრში ნეკროზით. ირგვლივ მდებარე ქსოვილები ინფილტრირებულია ლიმფოციტებით, პლაზმოციტებით, ეპითელიოციტებითა და პიროგოვ-ლანგერჰანსის გიგანტური უჯრედებით.

მკურნალობა

ადგილობრივი

მკურნალობა სიმპტომურია და გულისხმობს:

- ტრავმული ფაქტორის მოხსნას;
- ანტისეპტიკებით დამუშავებას: 0,05-0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის და ბრილიანტის მწვანის წყალხსნარი, სანგვინიტრინი და სხვა;
- კერატოპლასტიკური საშუალებების გამოყენებას: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეციური პასტა, დიპლენ დენტას სოლკოსერილით გაჟღენთილი ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, აქტოვეგინის 20%-იანი თვალის ჟელე, ქაცვის ზეთი, ხონსურიდი, ასკილის ზეთი, კაროტოლინი, დიბუნოლი და სხვა;
- ადგილობრივი იმუნიტეტის მასტიმულირებელი თერაპია: იმუდონი – 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

სპეციფიკურია და ტარდება ფთიზიატრის მიერ სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში.

პროგნოზი – კეთილსაიმედოა.

თავი IX

ვენერიული დაავადებები

სიფილისი

სიფილისი (Syphilis, Lues) ქრონიკული ინფექციური დაავადებაა, რომლის გამომწვევია მკრთალი სპიროქეტა.

თანდაყოლილი სიფილისი (A50), ადრეული სიფილისი (A51) და დაგვიანებული სიფილისი (A52), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „ინფექციები, რომლებიც გადაეცემა სქესობრივი გზით“.

გავრცელება

ერთნაირი სიხშირით ავადდებიან ორივე სქესის წარმომადგენლები. დაავადების პიკს ვხვდებით 20-29 წლის ასაკის პირებში.

ლოკალიზაცია

აზიანებს კანს, ლორწოვან გარსებს, შინაგან ორგანოებსა და ნერვულ სისტემას. პირის ღრუს ლორწოვანი და ტუჩის წითელი ყაეთანი ზიანდება დაავადების განვითარების ყველა სტადიაზე, ინკუბაციური პერიოდის გარდა. მაგარი შანკრი ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია ტუჩებზე, ღრძილებზე, ენასა და ნუშურებზე. ლაქოვანი სიფილიდის დროს უმეტესად ზიანდება სასის რკალი, ნაქი და ნუშურები. პაპულოზური სიფილიდის დროს – ნუშურები, რბილი სასა და ნაქი, იშვიათად – ლოყის ლორწოვანი, ღრძილები, ენა, ტუჩები. გუმა ლოკალიზდება ლორწოვანის ნებისმიურ უბანზე. ბორცვოვანი სიფილიდი – უმეტესად ტუჩებზე, ალვეოლარულ მორჩსა და სასაზე.

ფორმები

განარჩევენ შეძენილ და თანდაყოლილ სიფილისს. შეძენილ სიფილისს აქვს განვითარების შემდეგი ფაზები:

- ინკუბაციური,
- პირველადი სიფილისი (Syphilis primaria, Lues I),
- მეორეული სიფილისი (Syphilis secundaria, Lues II),
- მესამეული სიფილისი (Syphilis tertiaria, Lues III).

თანდაყოლილი სიფილისის განვითარების ფაზებია:

- ადრეული,
- გვიანი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია მკრთალი სპიროქეტა. შეძენილი სიფილისის გავრცელების ძირითადი გზა სქესობრივია. ინფიცირება, ასევე, შეიძლება მოხდეს საყოფაცხოვრებო გზით: საერთო მოხმარების საგნების გამოყენებით ან სამედიცინო, მათ შორის – სტომატოლოგიური, ინსტრუმენტებით. თანდაყოლილი სიფილისის დროს დაავადების გამომწვევი ახალშობილის ორგანიზმში ხვდება დაავადებული დედიდან პლაცენტური გზით.

სუბიექტური მონაცემები

პირველადი სიფილისის დროს აღინიშნება:

- დაჭიმულობის შეგრძნება დაზიანების ადგილზე,
- უხერხულობა მეტყველებისა და საკვების მიღების დროს,
- ტკივილი (მხოლოდ თანდართული ინფექციის დროს),

- ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

მეორეული სიფილისის დროს:

- ჩივილები არ აღინიშნება,
- როზეოლური გამონაყარის დროს პაციენტები ზოგჯერ უჩივიან პირის ღრუში არასასიამოვნო შეგრძნებებს და ტკივილს ყლაპვის დროს.

მესამეული სიფილისის დროს:

- გუმა მცირედ მტკივნეულია.

ობიექტური მონაცემები

სიფილისის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 2-3 კვირაა.

პირველადი სიფილისი ვითარდება მკრთალი სპიროქეტის შეჭრის ადგილზე. მაგარი შანკრის (ulkus durum) განვითარება იწყება შემოსაზღვრული სიწითლის გაჩენით, რომლის ცენტრში, ინფილტრაციის გამო, 1-2 დღის შემდეგ წარმოიქმნება გამკვრივება, შემდეგ ყალიბდება ნეკროზი და ვითარდება წითელი ფერის ეროზია, ან წყლული. შანკრი ზომაში მერყეობს 3 მმ-დან (ჯუჯა შანკრი) 1,5 სმ-მდე. პალპაციით უმტკივნეულოა, ხრტილისებრი კონსისტენციის. მისი ფსკერი დასაწყისში წითელი ფერისაა, მკვრივი, მბზინავი. შემდგომში – მორუხო ფერის და იფარება ე.წ. ქონიანი ნადებით (სურ. 89, 90, 91 და 92).

შანკრის ფორმა დამოკიდებულია ლოკალიზაციაზე:

- *ლორწოვან გარსზე, ტუჩის წითელ ყაეთანზე* იგი ტიპური მრგვალი, ან ოვალური ფორმისაა, ლამბაქისებრი ფსკერითა და ზედაპირიდან აწეული მკვრივი კიდეებით;
- *ენაზე* მას აქვს მრგვალი ან ოვალური ფორმა, სიმსივნისმაგვარი შესახედაობა, ამოწეულია ზედაპირიდან;

სურ. 89. მაგარი შანკრი ქვედა ტუჩის შიგნითა ზედაპირზე

სურ. 90. მაგარი შანკრი ნახეთქის სახით ტუჩის კუთხეში

სურ. 91. მაგარი შანკრი ენის გვერდით ზედაპირზე

სურ. 92. „ჯუჯა" შანკრი ენის ზურგზე

- *ტუჩის კუთხეებში, გარდამავალ ნაოჭზე* შანკრი ნაპრალისებრი ფორმისაა.
- *ღრძილზე* იგი ნახევარმთვარისებრი ფორმისაა და მოიცავს ერთი ან ორი კბილის ყელის მიდამოს;
- *ნუშურებზე* ვითარდება სხვადასხვა ტიპის შანკრი: წყლულოვანი, ანგინისმაგვარი (ამიგდალიტი) და კომბინირებული. ჩვეულებრივ, ზიანდება ერთი ნუშურა. წყლულოვანი ფორმის დროს ნუშურა მკვრივია, შეშუპებული, აღინიშნება ოვალური ფორმის, მკვრივი კიდეების მქონე, მოლურჯო-მოწითალო ფერის წყლული, რომლის ირგვლივ ლორწოვანი ჰიპერემიულია. ანგინისმაგვარი შანკრის დროს არ აღინიშნება ეროზია ან წყლული. ერთი ნუშურა შეშუპებულია, გამკვრივებული, წითელი ფერის, პალპაციით უმტკივნეულო. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. კომბინირებული ფორმის დროს ამიგდალიტის ფონზე აღინიშნება წყლულოვანი შანკრი.

შანკრი, ჩვეულებრივ, ერთია, ზოგჯერ – ორი, ან სამი.

დაზიანების მხარეს 5-7 დღის შემდეგ ვითარდება რეგიონული სკლერადენიტი. მაგარი შანკრი ნარჩუნდება პირველადი სიფილისის მთელი პერიოდისა და მეორეული სიფილისის დასაწყის სტადიაში. პირველადი სიფილისის ბოლო კვირაში ვითარდება პოლიადენიტი. ლიმფური კვანძები ხდება მუხუდოს მარცვლის ზომის, მკვრივი, პალპაციით უმტკივნეულო, მოძრავი. მიმდებარე კანი შეუცვლელია. პოლიადენიტი ნარჩუნდება 2-3 თვის განმავლობაში.

მეორეული სიფილისი ვლინდება კანსა და ლორწოვან გარსებზე. პირის ღრუში აღინიშნება როზეოლების, პაპულებისა და პუსტულების არსებობა. მეორეული სიფილისისათვის დამახასიათებელია:

- სუბიექტური ჩივილების არარსებობა;
- თითქმის ყოველთვის – დადებითი სეროლოგიური რეაქცია;
- პირის ღრუს დაზიანებასთან ერთად კანზე პაპულოზური, როზეოლური და პუსტულოზური გამონაყარი;
- თანმხლები პოლიადენიტი.

განარჩევენ მეორეული სიფილისის შემდეგ ფორმებს:

- ლაქოვანი,
- პაპულოზური,
- პუსტულოზური.

ლაქოვანი სიფილიდის დროს შეშუპებულ ლორწოვანზე აღინიშნება წითელი ფერის, მკვეთრი საზღვრების როზეოლები. ისინი ზოგჯერ ერთდება და ვითარდება ე.წ. ერითემატოზური ანგინა.

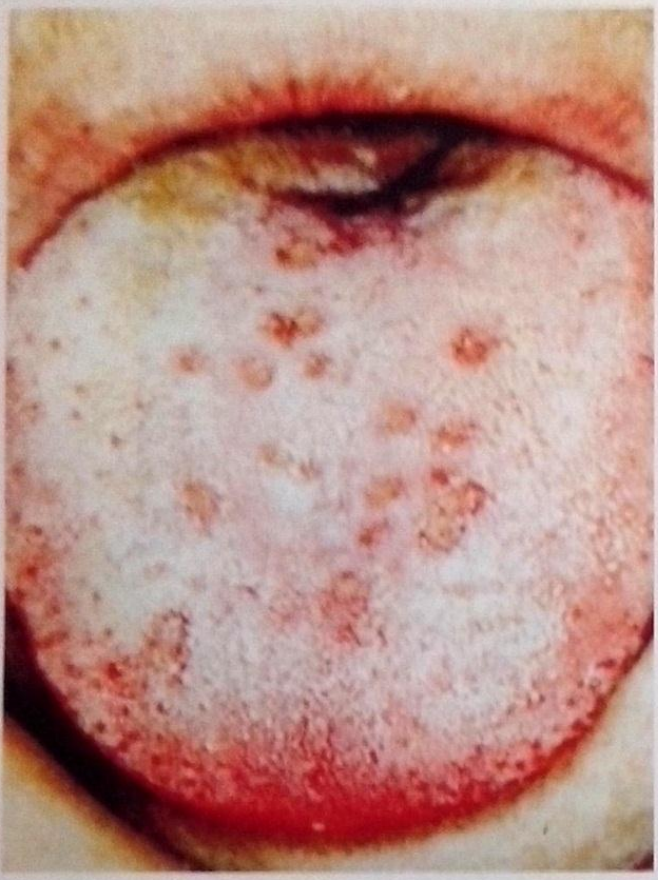
პაპულოზური სიფილიდი მეორეული სიფილისის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. თავიდან პაპულები მუქი წითელი ფერისაა, 1-1,5 მმ დიამეტრის ინფილტრატით. შემდგომ მათი ზომა მატულობს 3-10 მმ-მდე, მკვრივდება, მრგვალდება და უმტკივნეულოა. მცირედ წამოწეულია ლორწოვანიდან, გარს აკრავს ჰიპერემიული ყაეთანი. მაცერაციის გამო პაპულები იღებენ მორუხო ელფერს, მის ირგვლივ ნარჩუნდება ჰიპერემიული ყაეთანი. ამ დროს ისინი მოგვაგონებენ აფთებს. მეორეული ინფექციის დართვისას პაპულები შეიძლება დაწყლულდეს (სურ. 93, 94, 95 და 96).

სიფილისის ამ სტადიისათვის დამახასიათებელია ცრუ პოლიმორფიზმი.

ა) სახის კანი

ბ) სხეულის კანი

სურ. 93. მეორეული სიფილისური პაპულები



სურ. 94. მეორეული სიფილისი. პაპულები ენის ზურგზე

სურ. 95. მეორეული სიფილისის გამოვლინება ტუჩებზე

სურ. 96. მეორეული სიფილისის გამოვლინება ლორწოვანზე

პუსტულოზური სიფილიდის დროს ლორწოვან გარსზე ჩნდება ანთებადი ინფილტრატი, რომელიც მალე გადაიქცევა ღრმა, მტკივნეულ წყლულად. იგი იფარება ნეკროზული ნადებით, თან ახლავს ცხელება და სპეციფიკური სკლერადენიტი.

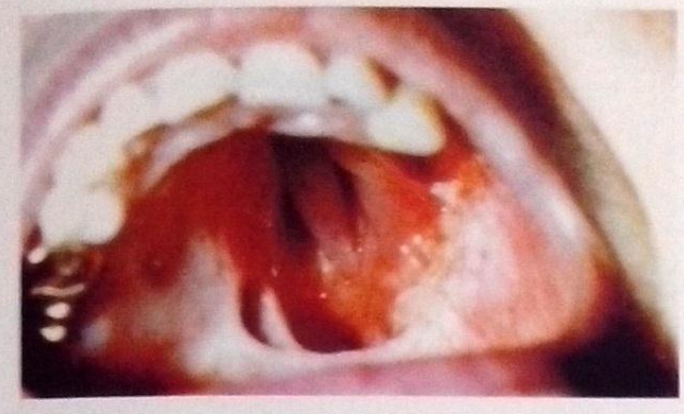
მესამეული სიფილისი იწყება დაავადების განვითარებიდან მე-3-5 წელს და შეიძლება გაგრძელდეს ათწლეულები. ვითარდება ანთებითი ინფილტრატები – გუმა და ბორცვი.

გუმა, როგორც წესი, ერთეულია. თავდაპირველად ლორწოვანის სისქეში ვითარდება კვანძი, რომელიც იზრდება ზომაში. ზოგჯერ შეიძლება გახდეს კაკლის ზომისა. შემდეგ ნეკროზდება ცენტრში და ვითარდება ღრმა წყლული, რომელსაც აქვს კრატერისმაგვარი ფორმა, მკვრივი კიდეები, უმტკივნეულოა, ფსკერი დაფარულია გრანულაციებით, გარს აკრავს ინფილტრირებული ქსოვილი. წყლული წითელი ფერისაა, ხორცდება ნელა, წარმოიქმნება ვარსკვლავისებრი ნაწიბური. მაგარ სასაზე გუმის ლოკალიზაციისას ვითარდება პერფორაცია (სურ. 97 და 98).

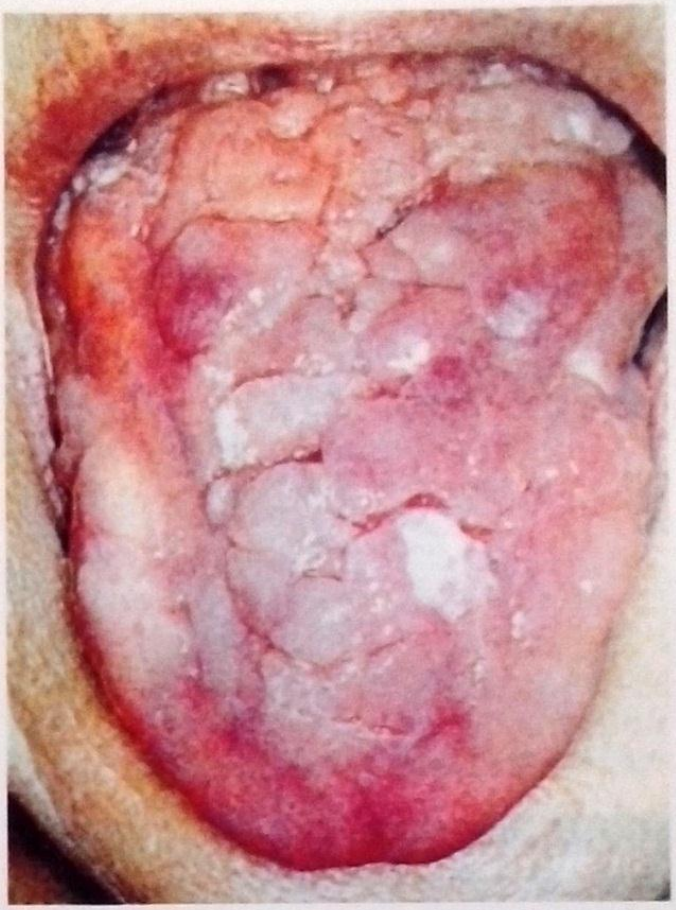
ზოგჯერ გუმა არ წყლულდება და თავისით გაიწოვება.

ბორცვოვანი სიფილიდის დროს აღინიშნება ჯგუფურად განლაგებული, მკვრივი, მცირე ზომის, უმტკივნეულო, მოლურჯო-მონითალო ფერის ბორცვები. ისინი მალე იშლება და ვითარდება მკვრივკიდეებიანი წყლული, რომლის მოშუშების შემდეგ ყალიბდება დაკბილულ კიდეებიანი ღრმა ნაწიბური.

მესამეული სიფილისის დროს რეგიონული ლიმფური კვანძები შეიძლება არ იყოს შეცვლილი.



სურ. 97. მესამეული სიფილისი. გუმა სასაზე



სურ. 98. მესამეული სიფილისი. გუმა ენაზე

სურ. 99. ჰეთჩისონის კბილები თანდაყოლილი სიფილისის დროს

დიაგნოსტიკა

პირველადი სიფილისის დიაგნოსტიკა ხშირად გაძნელებულია, რადგანაც სეროლოგიური რეაქცია დადებითია მხოლოდ მაგარი შანკრის გაჩენიდან 3 კვირის შემდეგ, მაგრამ ციტოლოგიური გამოკვლევით ანაფხეკში შესაძლებელია მკრთალი სპიროქეტის (ტრეპონემა) აღმოჩენა.

მეორეული სიფილისის დიაგნოსტიკა დამყარებულია კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებზე: დაზიანების უბანში მკრთალი ტრეპონების აღმოჩენა, იმობილიზაციისა და ვასერმანის დადებითი რეაქციები.

მესამეული სიფილისის დროს დაზიანების უბანში იშვიათად აღინიშნება მკრთალი სპიროქეტა. ვასერმანის რეაქცია დადებითია შემთხვევათა 50-80%-ში. იმუნოფლუორესცენციისა და მკრთალი ტრეპონემის იმობილიზაციის რეაქციები დადებითია 100%-ში.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

მაგარი შანკრის დიფერენცირება ტარდება:

- ტრავმულ წყლულთან,
- სიმსივნურ წყლულთან,
- ტროფიკულ წყლულთან,
- შანკრიფორმულ პიოდერმიასთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან.

მეორეული სიფილისის დიფერენცირება ხდება:

- ლაქოვან სიფილიდთან,
- ალერგიულ სტომატიტთან.

პაპულოზური სიფილიდი დიფერენცირდება:

- კანდიდოზთან,
- წითელ ბრტყელ ლიქენთან,
- ლეიკოპლაკიასთან,
- სისტემურ წითელ მგლურასთან.

პუსტულოზური სიფილიდი დიფერენცირდება:

- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან,
- პემფიგუსთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- ჰერპესულ სტომატიტთან,
- ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზულ სტომატიტთან.

გუმის დიფერენცირება ხდება:

- სიმსივნეებთან,
- მილიარულ-წყლულოვან ტუბერკულოზთან.

ბორცვოვანი სიფილიდის დიფერენცირება ხდება:

- წითელ მგლურასთან;
- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

პირველადი სიფილისის დროს აღინიშნება დაწყლულება ლიმფოციტებისა და პლაზმური უჯრედების ღრმა ინფილტრაციით, მიმდებარე ქსოვილების შეშუპება.

მეორეული სიფილისის დროს ეპითელიუმის ქვეშ აღინიშნება მკვრივი ანთებითი ინფილტრატი ლიმფოციტებითა და პლაზმური უჯრედებით.

მკურნალობა

ადგილობრივი

- პირის ღრუს სანაცია;
- მატრამვირებელი ფაქტორების მოხსნა;
- ანტისეპტიკური სავლებების დანიშვნა – Parodontax exstra, Parodontax, Octenidol, Lacalut active, Trachisan, MediDent, Tantum Verde, Listerine, Eludril და სხვა;
- კერატოპლასტიკური საშუალებები: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ დენტას სოლკოსერილის ფირფიტები, მუნდიზალ-ჟელე, 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.

ზოგადი

მკურნალობა სპეციფიკურია და ტარდება დერმატო-ვენეროლოგის მეთვალყურეობით.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

გონორეული სტომატიტი

გონორეული სტომატიტი (Stomatitis gonococcia) პირის ღრუს ლორწოვანის მწვავე ინფექციური დაავადებაა და გონორეის იშვიათ ფორმას წარმოადგენს.

გონოკოკური სტომატიტი (A54.8), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „დაავადებები, რომლებიც გადაეცემა სქესობრივი გზით“.

გავრცელება

დასნებოვნება უმეტესად ხდება სქესობრივი გზით. შესაძლებელია დაავადდეს გონორეით დაავადებული დედის ახალშობილი სამშობიარო გზების გავლისას. მოზრდილებში გონორეის ეს ფორმა გვხვდება ჰომოსექსუალისტ მამაკაცებსა და ოროგენიტალური კავშირის მქონე პირებში.

ლოკალიზაცია

ზიანდება ტუჩები, ღრძილები, პირის ღრუს ფსკერი, ენა, რბილი სასა, ნუშურები, პირ-ხახა. ბავშვებში ასევე – თვალის და ცხვირის ლორწოვანი. მოზრდილებში ხშირად ზიანდება შარდსასქესო ორგანოები.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია გრამ-უარყოფითი დიპლოკოკი Neisseria gonorrhoeae.

სუბიექტური მონაცემები

უმეტეს შემთხვევაში ჩივილები არ აღინიშნება. თუკი ისინი არსებობს, მაშინ პაციენტი უჩივის ყელის ტკივილსა და ტემპერატურის მომატებას.

სურ. 100. ერითემები და ლორნოვანის ჰიპერემია გონორეის დროს

სურ. 101. ენის დაზიანება გონორეული სტომატიტის დროს

ობიექტური მონაცემები

აღინიშნება:

- დაზიანების მკვეთრად ჰიპერემიული უბანი (სურ. 100),
- მორუხო-მომწვანო ფერის, ცუდი სუნის, ჩირქოვანი ნადები,
- მცირე ზომის ეროზიები, წყლულები და ნახეთქები (სურ. 101).

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემებით. ექსუდატის მიკროსკოპული გამოკვლევისას აღინიშნება გონოკოკი.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- სტრეპტოკოკულ სტომატიტთან,
- ჰერპესულ სტომატიტთან,
- კანდიდოზთან,
- თერმულ და ქიმიურ დამწვრობასთან,
- წითელი ბრტყელი ლიქენის ტიპიურ ფორმასთან.

მკურნალობა

ადგილობრივი:

- პირის ღრუს სანაცია;
- ანტისეპტიკური დამუშავება: 0,05-0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის, ან ბრილიანტის მწვანეს წყალხსნარი, სანგვირიტრინი და სხვა;
- ადგილობრივად გამოყენებული ანტიბიოტიკები: 1%-იანი ტეტრაციკლინის, 1,0%-იანი ერითრომიცინის თვალის მალამოები, დიპლენ დენტას ანტიბიოტიკებით გაჟღენთილი ფირფიტები და სხვა;
- ფაგები: სტრეპტოფაგი, სტაფილოფაგი, კოლიფაგი, პიოფაგი და ინტესტიფაგი აპლიკაციების სახით;
- კომბინირებული ანტიმიკრობული პრეპარატები: მეტროჟილ დენტა, ხოლისალი, ლინგეზინის, პაროდიუმის მალამოები აპლიკაციის სახით;
- წყლულებისა და ეროზიების არსებობისას – კერატოპლასტიკური საშუალებები: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ დენტას სოლკოსერილით გაჟღენთილი ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, აქტოვეგინის 20,0%-იანი თვალის ჟელე, ქაცვის ზეთი, ხონსურიდი, A და E ვიტამინები, ასკილის ზეთი, კაროტოლინი, ოლაზოლი, დიბუნოლი და სხვა,
- ანტისეპტიკური საშუალებების შემცველი სავლებები: Parodontax exstra, Parodontax, Lacalut active, Corsodyl, Trachisan, MediDent, Octenidol, Tantum Verde, Listerine, Eludril და სხვა.

ზოგადი

სპეციფიკურია და ტარდება კანისა და ვენერიული დაავადებების დისპანსერში.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

თავი X

მიკოზები

ორალური კანდიდოზი

ორალური კანდიდოზი – რძიანა, მონილიაზი, ოიდიომიკოზი, სოორმიკოზი, ზედაპირული ბლასტომიკოზი, ლევუროზი, კანდიდოზური სტომატიტი (Oral candidosis) – ფართოდ გავრცელებული სოკოვანი დაავადებაა. მას ახასიათებს კლინიკური პოლიმორფიზმი, მკურნალობა არ იწვევს მყარი იმუნიტეტის ჩამოყალიბებას და უმეტესად მიმდინარეობს ორგანიზმის გამოხატული სენსიბილიზაციის ფონზე.

კანდიდოზური სტომატიტი (B37.0), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „კანდიდოზი“.

გამომწვევი

Candida-ს გვარის საფუარისმაგვარი სოკოა. იგი პირობითპათოგენური მიკროორგანიზმია, აერობია. არ წარმოქმნის სპორებს, მრავლდება დაკვირტვით. მისთვის დამახასიათებელია ფსევდომიცელიუმის არსებობა.

Candida-ს გვარის სოკო ფართოდაა გავრცელებული ბუნებაში. იგი ბინადრობს ნიადაგსა და ჰაერში, ხილსა და ბოსტნეულზე, ხორცსა და რძის ნაწარმზე. განსაკუთრებით კარგად მრავლდება შაქრის მაღალი შემცველობის მქონე პროდუქტებში.

ბუნებაში გავრცელებული Candida-ს მრავალი სახეობიდან ადამიანისათვის მხოლოდ რამდენიმეა პირობით-პათოგენური. ესენია: C.albicans, C.krusei, C.tropicalis, C.gulliernondii, C.pseudotropicalis, C.parakrusei, C.stellatoidea. მათ შორის ყველაზე ხშირად ორალურ კანდიდოზს C.albicans და C.tropicalis იწვევს.

ადამიანის რეზიდენტური მიკროფლორის წარმომადგენელ Candida-ს გვარის სოკოს შეუძლია არ გამოამჟღავნოს პათოგენური თვისებები და შემთხვევათა 50-70%-ში მოიქცეს, როგორც საპროფიტი.

არსებობს კანდიდოზის განვითარების ორი გზა:

1) ინფიცირება კანდიდოზით დაავადებული პირისაგან,

2) სოკოსათვის ხელშემწყობი ფაქტორების ზემოქმედებით საკუთარი პირობითპათოგენური ფლორის გადასვლა პათოგენურში.

ინფიცირებაში მნიშვნელობა აქვს როგორც სოკოს ვირულენტობას, ასევე, საკუთრივ მაკროორგანიზმის მდგომარეობას. Candida-თი ინფიცირება ხდება აირწვეთოვანი და კონტაქტური გზით. ადამიანის პირველი კონტაქტი Candida-ს გვარის სოკოსთან ხდება დაინფიცირებული სამშობიარო გზების გავლისას.

გავრცელება

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

- ახალშობილები – სუსტი იმუნიტეტის გამო (რძიანა),
- ხანდაზმულები – იმუნოდეფიციტის გამო,
- შიდსით დაავადებულები,
- პირები, რომელთაც აქვთ მძიმე ფონური დაავადებები (ტუბერკულოზი, ჰიპოთირეოზი, თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის მოშლა და სხვა),

- ონკოლოგიური პაციენტები,
- ბაქრიანი დიაბეტით დაავადებულები,
- პირები, რომელთაც ალენიშნებათ ხანგრძლივად მიმდინარე ავიტამინოზები (განსაკუთრებით – B ჯგუფის),
- პაციენტები, რომლებიც იტარებენ არარაციონალურ და ხანგრძლივ ანტიბიოტიკოთერაპიას,
- პირები, რომლებიც იღებენ იმუნოსუპრესორულ 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 ფსევდომემბრანული კანდიდოზი, რძიანა – Candidosis acuta, soor,

2) მწვავე ატროფიული კანდიდოზი – Candidosis acuta atrophica,

3) ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი – Candidosis chronica atrophica,

4) ქრონიკული ჰიპერპლასტიკური კანდიდოზი – Candidosis chrinica hyperplastica.

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

ორალური კანდიდოზი შეიძლება განვითარდეს დამოუკიდებლად ან შერწყმული იყოს ლორწოვანისა და კანის სხვა დაზიანებებთან. ყველაზე ხშირად – კანდიდოზურ ვულვოვაგინიტთან, ონიხიასა (ფრჩხილის დაზიანება) და პარონიხიასთან (ფრჩხილის ირგვლივ ქსოვილების ანთება).

ეტიოლოგიური ფაქტორები:

1) ენდოგენური – შინაგანი, ბუნებრივი ფაქტორები,

2) ეგზოგენური – გარეგანი, ხელოვნური ფაქტორები.

ენდოგენური ფაქტორებია:

- ახალშობილობა და მოხუცებულობის ასაკი;
- ორსულობა;
- შეძენილი და თანდაყოლილი იმუნოდეფიციტი;
- ნივთიერებათა ცვლის მოშლა და ენდოკრინული დაავადებანი – ბაქრიანი დიაბეტი, დისმენორეა, ჰიპოთირეოზი, ჰიპო- და ჰიპერკორტიციზმი საკვერცხის ჰიპოფუნქცია, პოლიენდოკრინული უკმარისობა;
- ჰიპო- და ავიტამინოზი (A, C, B ჯგუფის ვიტამინები);
- ზოგადი მძიმე დაავადებები, რომლებიც იწვევენ ორგანიზმის დამცველობითი რეაქციების დაქვეითებას;
- საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებანი (დისბაქტერიოზი, აქილია, ქოლეცისტიტი), რომლებიც ცვლიან ნაწლავის ნორმალურ მიკროფლორას, იწვევენ ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევას, აქვეითებენ ადგილობრივად დამცველობრივ იმუნიტეტს;
- ონკოლოგიური დაავადებანი.

ეგზოგენური ფაქტორებია:

- ლორწოვანის ქიმიური და მექანიკური ტრავმა,
- პირის ღრუს ტემპერატურა, pH-ის ცვლილება და მალალი ტენიანობა;
- მედიკამენტების (ანტიბიოტიკები, კორტიკოსტეროიდები, ციტოსტატიკები, ორალური კონტრაცეპტივები, ანტიდიაბეტური პრეპარატები და სხვ.) გვერდითი ეფექტი;
- საკუთრივ Candida-ს სოკოს პათოგენურობა.

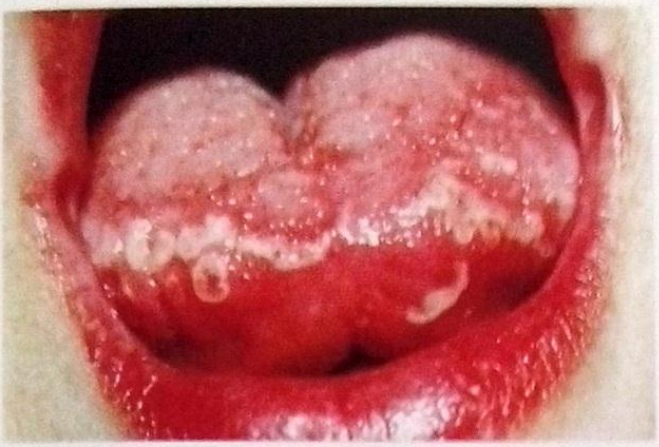
სუბიექტური მონაცემები

კანდიდოზის დროს პაციენტები უჩივიან:

- პირის ღრუს წვას,
- ტკივილს საკვების მიღების დროს (განსაკუთრებით – მწარე და ცხარე საკვებისას),
- ნადების არსებობას,
- პირის სიმშრალესა და ლორწოვანის ჰიპერემიას (ქრონიკული ფორმების დროს),
- ტუჩის კუთხეებში ნახეთქების არსებობას (კანდიდოზური ანგულიტი).

ობიექტური მონაცემები

მწვავე ფსევდომემბრანული 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 (სურ. 102 და 103).



სურ. 102. მწვავე ფსევდომემბრანული კანდიდოზი. კანდიდოზური გლოსიტი და ქეილიტი

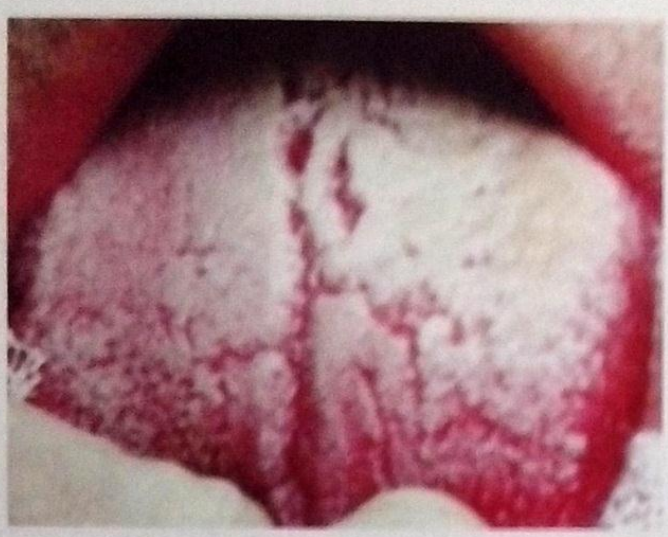
სურ. 103. მწვავე ფსევდომემბრანული კანდიდოზი. კანდიდოზური გლოსიტი და ანგულიტი

მწვავე ატროფიული კანდიდოზის დროს ლორწოვანი ალისფერი წითელი და არაბუნებრივად კრიალაა, არ აღინიშნება ნადების არსებობა, მაგრამ თუ იგი შენარჩუნებულია, ისიც – ღრმა ნაოჭებში (სურ. 104 და 105). ნერწყვი ბლანტია და ქაფიანი ან გამოხატულია ქსეროსტომია. ზოგჯერ ტუჩის წითელი ყაეთანი სქელი ქერქითაა დაფარული.

სურ. 104. მწვავე ატროფიული კანდიდოზი. კანდიდოზური გლოსიტი

სურ. 105. მწვავე ატროფიული კანდიდოზი. კანდიდოზური გლოსიტი

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 (სურ. 106 და 107). აღინიშნება ლორწოვანის სიმშრალე, ნერწყვი ბლანტი და ქაფიანია. ენა ზიანდება რომბისებური გლოსიტისათვის დამახასიათებელ ცენტრალურ უბანზე, სადაც აღინიშნება დვრილების ჰიპერპლაზია.



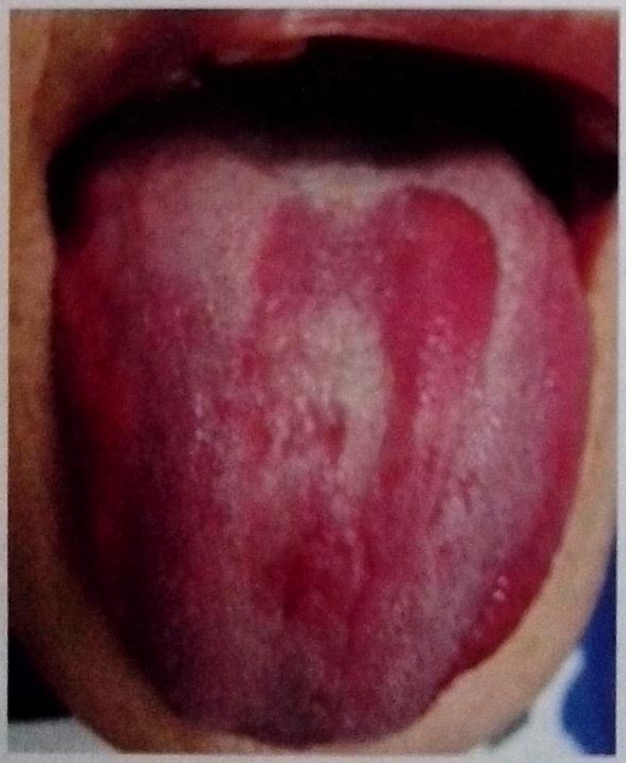
სურ. 106. ქრონიკული ჰიპერპლასტიკური კანდიდოზი. კანდიდოზური გლოსიტი და ანგულიტი

სურ. 107. ქრონიკული ჰიპერპლასტიკური კანდიდოზი. კანდიდოზური გლოსიტი

ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი უმეტესად დუნედ მიმდინარეობს. ხშირად ვიანდება საპროთეზო ველი და ვითარდება ე.წ. პროთეზული სტომატიტი. უმეტესად ამ ცვლილებებს თან ერთვის პროთეზით გამოწვეული ლორწოვანი გარსის ტრავმა ან პლასტმასზე გამოხატული ალერგიული რეაქცია. ამ ნოზოლოგიის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ორთოპედიული და ორთოდონტური კონსტრუქციების ქვეშ ლორწოვანის ცუდ ჰიგიენურ მდგომარეობას. პროთეზული სტომატიტისათვის დამახასიათებელია ტრიადა (სურ. 108):

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

ა) გლოსიტი



ბ) პალატინიტი

სურ. 108. პროთეზული სტომატიტი

კლინიკურად კანდიდოზური ანგულიტისათვის დამახასიათებელია ღრმა ნახეთქები პირის კუთხეებში, თეთრი ნადები. ნახეთქი მშრალია ან აღინიშნება მცირედი ექსუდაცია, ასევე, თხელი ქერქებისა და ქერცლების არსებობა.

სურ. 109. ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი. კანდიდოზური გლოსიტი და ანგულიტი

მაცერაციისა და ტრავმების გამო ანგულიტი მიმდინარეობს ხანგრძლივად (სურ. 109).

კანდიდოზური ჰეილიტი ტუჩის წითელი ქობის მიკოზური ანთებაა. ახასიათებს ჰიპერემია და შეშუპება, რომლის ზედაპირზე ვითარდება თეთრი ქერცლი (სურ 110).

სურ. 110. კანდიდოზური ჰეილიტი

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 ფსევდომიცელიუმი.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ორალური კანდიდოზის დიფერენცირება ხდება:

- მარტივ ლეიკოპლაკიასთან,
- წითელი ბრტყელი ლიქენის ტიპურ ფორმასთან,
- წითელ მგლურასთან,
- კატარული ფორმის ალერგიულ სტომატიტთან.

კანდიდოზური ანგულიტის დიფერენცირება ხდება:

- სტრეპტო-სტაფილოკოკურ ნახეთქებთან,
- ავიტამინოზით გამოწვეულ ნახეთქებთან,
- სიფილისურ ნახეთქებთან.

მკურნალობა

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

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

მკურნალობის შემდეგ სასურველია მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა და ანტიფუნგალური პრეპარატებით კურსის გამეორება 10-14 დღის შემდეგ.

ადგილობრივი

- ადგილობრივი სოკოს საწინააღმდეგო 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 3-10 წუთი და სხვა;
- ტუტოვანი სავლებები: 2-4%-იანი სოდის, ნატრიუმის ტეტრაბორატის, ბორის მჟავას

საველებები დღეში 3-4-ჯერ. ნატრიუმის ტეტრაბორატის 20%-იანი ხსნარი გლიცერინზე ტურუნდებით შესატანად ან აპლიკაციების სახით და სხვა;

- ანტისეპტიკური საშუალებები აპლიკაციებისა და საველებების სახით:
  - ჰალოგენები და ჰალოგენის შემცველი პრეპარატები: 0,02-0,05-0,06%-ანი ქლორჰექსიდინი და მისი შემცველი საველებები (Lacalut active, Trachisan, MediDent, Parodontax, Parodontax exstra);
  - იოდის პრეპარატები: 1%-იანი იოდინოლი, ლუგოლი;
  - ანილინის საღებავები: 1%-იანი მეთილენის ლურჯის წყალხსნარი და 1%-იანი ბრილიანტის მწვანეს წყალხსნარი ტუჩის 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

- სოკოსსაწინააღმდეგო პრეპარატები:
  - პოლიენის რიგის ანტიბიოტიკები: ნისტატინი და ლევორინი – 500000 ED 1 აბი დღეში 3-4-ჯერ საწუწნად, დასაღეჭად ან შესაფრქვევად; Mycostatin Oral Syspension და ფუნისტატინი – 4-6 მლ 3-4-ჯერ დღეში; მიკოჰეპტინი – 0,25 გ 3-ჯერ დღეში; ამფოტერიცინ B-ს ორალური 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 – დოზირებადი კოვზის 1\2 4-ჯერ დღეში;
  - ტრიაზოლინის რიგის პრეპარატები: იტრაკონაზოლი (ორუნგალი) – 100 მგ დღეში ერთხელ 7-14 დღე; ფლუკონაზოლი (დიფლუკანი) – 50 მგ დღეში ერთხელ 3 დღე, ან 150 მგ – 3 დღეში ერთხელ.
  - სხვა ჯგუფის ანტიფუნგალური პრეპარატები: ტერბინაფინი (ლამიზილი) – 250 მგ დღეში ერთხელ 7-14 დღე; ტენონიტრაზოლი (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 (ზოგადგამამაგრებელი და ჰიპოსენსიბილიზაციური ეფექტის გამო) – კალციუმის გლუკონატი, კალციუმის გლიცეროფოსფატი, 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 ჯერ დღეში; სემპრექსი 1 აბი 3-ჯერ დღეში.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა. მძიმე ფორმის იმუნოდეფიციტის დროს დაავადებამ შეიძლება მიიღოს გენერალიზებური ხასიათი.

ეს მნიშვნელოვანია!

- ორალური კანდიდოზი ითვლება პრედიაბეტურ ნიშნად. ხშირად პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება შაქრიანი დიაბეტის პირველი კლინიკური სიმპტომია;
- ახალგაზრდა, ჯანმრთელ პირებში მწვავე ფორმის ორალური კანდიდოზის დროს აუცილებელია მათი გამოკვლევა აივ-ზე.

თავი XI

ვირუსული სტომატიტები

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებებიდან ყველაზე ხშირი ვირუსული გენეზის დაზიანებანია. მათ შორის ჰერპესული სტომატიტები დაახლოებით 38%-ს შეადგენს. ჰერპესული ინფექცია დღესდღეობით წარმოადგენს ყველაზე გავრცელებულ და ძნელად კონტროლირებად ინფექციას; პირის ღრუს ლორწოვანი კი – შემავალ კარიბჭეს ვირუსული დაავადებებისათვის.

ვირუსული გენეზის დაავადებებიდან პირის ღრუში კლინიკურად გამოვლინდება:

- მარტივი ჰერპესი,
- კოკსაკის ვირუსი,
- ჩუტყვავილა,
- გრიპი,
- პარაგრიპი,
- ადენოვირუსი,
- პაპილომა-ვირუსი.

მწვავე ჰერპესული სტომატიტი

მწვავე ჰერპესული სტომატიტი (Stomatitis herpetica acuta), პირველადი ჰერპესული გინგივოსტომატიტი, მარტივი ბუშტუკოვანი ლიქენი ვირუსული დაავადებებაა, რომლის გამომწვევია მარტივი ჰერპესის ვირუსი – Herpes simplex.

ფორმულა – „ვირუსით პირველადად დაინფიცირება ნიშნავს დაინფიცირებული ხარ მთელი ცხოვრების განმავლობაში“ – მთლიანად ეხება მარტივი ჰერპესის ვირუსს, რომლის მატარებელი ზრდასრული მოსახლეობის 80%-ზე მეტია.

ჰერპესის ვირუსით გამოწვეული ინფექციები (BOO), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული კანისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებები“.

გავრცელება

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

ლოკალიზაცია

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

ფორმები

სიმძიმის მიხედვით:

- მსუბუქი,
- საშუალო,
- მძიმე.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევი მარტივი ჰერპეს-ვირუსია. იგი აზიანებს კანს, ლორწოვან გარსს, ცენტრალურ და პერიფერიულ ნერვულ სისტემას, ღვიძლს, სისხლძარღვთა ენდოთელიუმს, ერითროციტებს, თრომბოციტებსა და T-ლიმფოციტებს. ვირუსის მთლიანი ცხოველმყოფელობის ციკლი მოიცავს

შემდეგ ეტაპებს: ადსორბცია მასპინძელი უჯრედის კედელზე, უჯრედში შეღწევა, ლატენტური ფაზა, ვირუსული კომპონენტების სინთეზი, ვიბრიონების – ვირუსული ნაწილების – ჩამოყალიბება.

მარტივი ჰერპეს-ვირუსი თერმოლაბილურია, იღუპება ულტრაიისფერი და რენტგენის სხივების პირდაპირი მოქმედებით, მდგრადია დაბალი ტემპერატურის მიმართ, ინარჩუნებს სიცოცხლის უნარს გაყინულ მდგომარეობაში. მგრძნობიარეა ეთილის სპირტზე.

მარტივი ჰერპეს-ვირუსი ხასიათდება ვეზიკულური გამონაყარის წარმოქმნით კანსა და ლორწოვან გარსებზე. ბუშტუკში ვირუსი სიცოცხლისუნარიანია 37 სთ-ის განმავლობაში.

სუბიექტური მონაცემები

- ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები: აპათია, ადინამია, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი, ღებინება, უმადობა, მომატებული გაღიზიანებადობა;
- დაზიანების ადგილზე წვის, ქავილის, ჩხვლეტისა და გაბუჟების შეგრძნება;
- მტკივნეული აფთების არსებობა, სისხლდენა მექანიკურ გამღიზიანებელზე;
- ტემპერატურის მომატება $37,5^0$-40^0 C-მდე.

ობიექტური მონაცემები

მწვავე ჰერპესული სტომატიტის განვითარების ფაზებია:

- ინკუბაციური,
- პროდრომული (კატარული),
- დაავადების განვითარების,
- დაავადების ჩაქრობის,
- კლინიკური გამოჯანმრთელების (რეკორვალესცენციის).

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

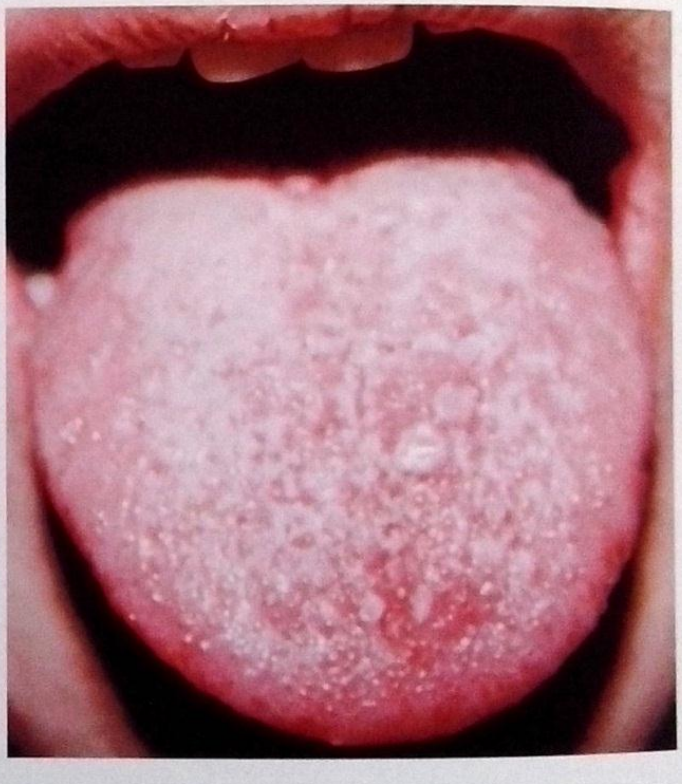
პროდრომული პერიოდი – რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე. ამ დროს გამოხატულია მწვავე კატარული გინგივიტი და ყბისქვეშა მიდამოს ლიმფადენიტი.

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 უბანზე

ა) ეროზიები ლოყის ლორწოვანზე

ბ) ნადებიანი ენა



გ) მსუბუქი ფორმის კატარული გინგივიტი

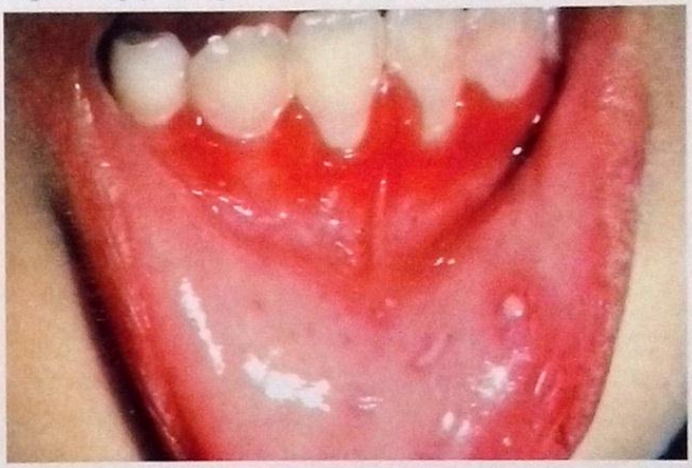
სურ. 111. მსუბუქი ფორმის მწვავე ჰერპესული სტომატიტი

აღინიშნება ერთეული ან იშვიათად – რამდენიმე (1-4) აფთის არსებობა. მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის კატარული გინგივიტი, რეგიონული ლიმფადენიტი (სურ. 111), გამონაყარი ერთჯერადია. დაავადება გრძელდება საშუალოდ 5-6 დღე, ლიმფადენიტი კი – გამოჯანმრთელების შემდეგ 7-10 დღე.

საშუალო სიმძიმისას შეშუპებულ და ალისფერ-წითელ ლორწოვანზე აღინიშნება მოყვითალო-მორუხო ფერის, ფიბროზული ნადებით დაფარული, მრავლობითი აფთები. ნადების მოშორება მტკივნეული და სისხლმდენია (სურ. 112). აღინიშნება ჰიპერსალივაცია და რეგიონული ლიმფადენიტი. ბუშტუკების წარმოქმნა ხდება ერთ ან ორ ეტაპად. ედს-ი მომატებულია, გამოხატულია ლეიკოციტოზი. დაავადების ამ ფორმის ხანგრძლივობა საშუალოდ 10-12 დღეა.

ა) ეროზიები ენასა და ტუჩის წითელ ყაეთანზე

ბ) საშუალო სიმძიმის კატარული გინგივიტი, ეროზია ტუჩის შიგნითა ზედაპირზე



გ) ეროზიები ლოყის ლორწოვანსა და ენის ზურგზე

სურ. 112. საშუალო სიმძიმის მწვავე ჰერპესული სტომატიტი

მძიმე ფორმისას შეშუპებულ, ჰიპერემიულ ლორწოვანზე აღინიშნება მრავლობითი აფთები. ხშირად რამდენიმე აფთა ერწყმის ერთმანეთს და ყალიბდება დანეკროზებული უბნები. ეროზიები და აფთები ლოკალიზებულია არა მხოლოდ პირის ღრუს ლორწოვანზე, არამედ ნუშურებზე, ხახაზე, ტუჩებსა და მის ირგვლივ მდებარე კანზეც. პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენის დროს კატარული გინგივიტი გადადის წყლულოვან-ნეკროზულში. კანზე ბუშტუკის გასკდომის შემდეგ ყალიბდება ეროზია, რომელიც იფარება ქერქით (სურ. 113 და 114). აღინიშნება რეგიონული ლიმფადენიტი და ჰიპერსალივაცია, ნერწყვი ბლანტია, სისხლში გამოხატულია ლეიკოპენია, ეოზინოფილია, მომატებულია ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილები და ედს-ი.

ა) მრავლობითი ეროზიები ქვედა ტუჩის შიგნითა ზედაპირზე

ბ) მრავლობითი ეროზიები ენის გვერდით ზედაპირზე

სურ. 113. მძიმე ფორმის მწვავე ჰერპესული სტომატიტი

დაავადების ჩაქრობის ფაზა ხასიათდება ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებითა და აფთების ეპითელიზაციით.

კლინიკური გამოჯანმრთელების შემდეგ ლორწოვანზე ნაწიბური არ რჩება.

დიაგნოსტიკა

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

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- შემოსარტყლულ ლიქენთან,
- ჰერპანგინასთან,
- თურქულთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- კონტაქტურ ალერგიულ სტომატიტთან,
- ვეზიკულურ სტომატიტთან,
- მეორეულ სიფილისთან,
- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება წვეტიანი შრის ეპითელიოციტების ბალონური დისტროფია, აკანტოლიზი და ეპითელიუმის შიგა ღრუები.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა (იხ. გვ. 156).

პროგნოზი

უმეტეს შემთხვევაში დაავადება მთავრდება კლინიკური გამოჯანმრთელებით, ლორწოვანზე ნაწიბური არ რჩება.

ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი

ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი (Stomatitis herpetica chronica), მორეციდივე ქრონიკული ჰერპესი (Herpes chronicus recidivans) ფართოდ გავრცელებული მეორეული ჰერპესული დაზიანებაა.

ჰერპესის ვირუსით გამოწვეული ინფექციები (B00), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება") და შედის ბლოკში „ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული კანისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებები".

გავრცელება

ავადდებიან ნებისმიერი ასაკისა და სქესის პირები, რომლებიც ადრე ინფიცირებულები იყვნენ მარტივი ჰერპესის ვირუსით.

ლოკალიზაცია

- ტუჩის წითელი ყაეთანი (herpes labialis),
- ცხვირის ფრთები (herpes nasalis),
- 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 ფორმისათვის დამახასიათებელია რეციდივები წელიწადში 1-2-ჯერ, საშუალო სიმძიმისას – 3-5 ჯერ, მძიმე ფორმის დროს – 5-6-ჯერ.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ორგანიზმისათვის 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),
- ქრონიკული დაავადებების გამწვავება,
- სტრესული მდგომარეობანი (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 ლორწოვანისა და პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანებანი,
- პირის ღრუს არასრულფასოვანი ჰიგიენა,
- ლორწოვანის ტრავმა სტომატოლოგიური ჩარევის შედეგად (ინექცია, მატრიცის მოთავსება და სხვა).

სუბიექტური 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 სტომატიტისათვის დამახასიათებელია განვითარების 5 პერიოდი:

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

დაავადება იწყება სუბიექტური ჩივილების განვითარებით.

დაავადების განვითარების ფაზაში ტუჩის წითელ ყაეთანსა და მიმდებარე კანზე წარმოიქმნება მრავლობითი ბუშტუკი, რომლებიც სკდება და იფარება მოყვითალო-მონაცრისფრო ქერქით (სურ. 114 და 115). ლორწოვანის დაზიანებისას ჰიპერემიულ ზედაპირზე აღინიშნება მრავლობითი, უსწორმასწორო, დაკბილული კიდეების მქონე ეროზიები და აფთები. ისინი დაფარულია მოთეთრო-მოყვითალო ფიბრინული ნადებით, რომლის მოშორება სისხლმდენი და მტკივნეულია (სურ. 116, 117 და 118).

სურ. 114. ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი, ბუშტუკები, ეროზიები და ქერქი ტუჩის წითელ ყაეთანსა და მიმდებარე კანზე

ა) მრავლობითი ბუშტუკები, ეროზიები და ქერქი ტუჩის წითელ ყაეთანსა და მიმდებარე კანზე

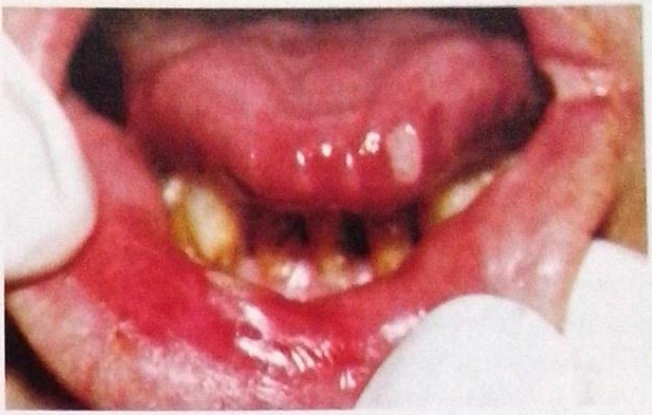
ბ) მრავლობითი ბუშტუკები, ეროზიები, ქერქი ტუჩის წითელ ყაეთანზე და მძიმე ფორმის კატარული გინგივიტი

სურ. 115. ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი

სურ. 116. ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი, მძიმე ფორმის კატარული გინგივიტი და ეროზიები ტუჩის ღორწოვანზე

ა) ლაქა ტუჩის ლორწოვან გარსზე

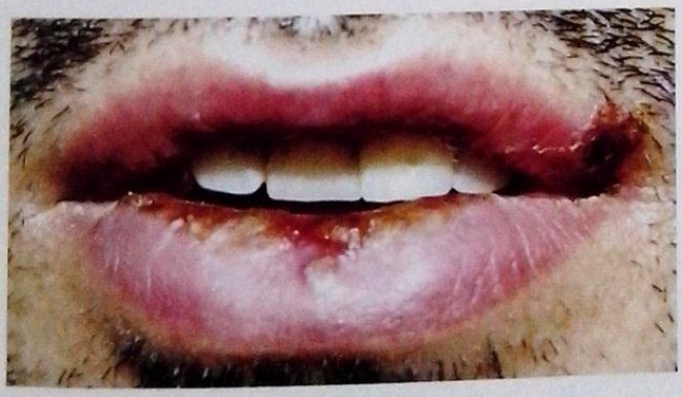
ბ) ეროზია ტუჩის კუთხესა და ენის წვერზე



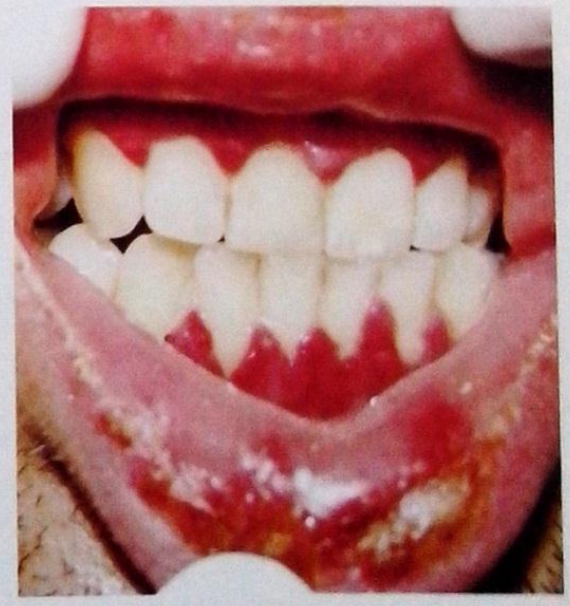
გ) ეროზია ტუჩის კუთხესა და მის ლორწოვან გარსზე

სურ. 117. ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი

ა) ქერქები ტუჩის წითელ ყაეთანზე



ბ) მძიმე ფორმის კატარული გინგივიტი, ქერქები ტუჩის წითელ ყაეთანზე



სურ. 118. ქრონიკული ჰერპესული სტომატიტი

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 იმღვრევა. სტადია გრძელდება 4-7 დღე და მიმდინარეობს მეტ-ნაკლებად გამოხატული ადენოპათიის თანხლებით;
3. ბუშტუკის ეპიდერმისის აშრევებისა და შიგთავსის გამოთავისუფლების შედეგად ეროზიების, ქერქის ჩამოყალიბება. ელემენტების წარმოქმნა წყდება მე-4-5 დღეს;
4. გამოჯანმრთელება დგება მე-8-14 დღეს. ქერქი შრევდება და სცილდება ქვეშმდებარე ქსოვილს. ვეზიკულური გამონაყარის მიდამოში რჩება შეწითლება, რომელიც სწრაფად გაივლის.

დიაგნოსტიკა

იგივეა, რაც მწვავე ჰერპესული სტომატიტის.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- მეორეულ სიფილისთან,
- კონტაქტურ ალერგიულ სტომატიტთან,
- აკანტოლიზურ პემფიგოიდთან,
- იმპეტიგოსთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება ეპითელიუმის ბალონური დისტროფია, წვეტიანი უჯრედების შრეში გამოხატული ცვლილებები. ამავდროულად წარმოიქმნება გიგანტურბირთვიანი უჯრედები. სეროზული ექსუდატი აცალკევებს სახეშეცვლილ უჯრედებს და წარმოქმნის ღრუებს. საკუთრივ ლორწოვანში აღინიშნება მწვავე ანთებითი ცვლილებები.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა (იხ. გვ. 156).

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა, გამოჯანმრთელება დგება 7-10 დღეში. შესაძლებელია რეციდივები.

ეს მნიშვნელოვანია!

ორგანიზმის იმუნიტეტის დაქვეითების დროს (აივ-ინფექცია, ლეიკოზი, იმუნოსუპრესორების, კორტიკოსტეროიდების, ციტოსტატიკების მიღება და სხვა) შესაძლებელია ჰერპესის ხშირი რეციდივი, მიდრეკილება დაზიანების გავრცელებისაკენ და მკურნალობის არაეფექტურობა.

ინფექციური მონონუკლეოზი

ინფექციური მონონუკლეოზი (Mononucleosis infectiosa), ანუ ფილატოვ-პფეიფერის დაავადება, ვირუსული ეტიოლოგიის დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ტრიადა:

- ცხელება,
- ანგინა,
- ადენოსპლენომეგალია.

ინფექციის შესასვლელ ჭიშკარს წარმოადგენს პირ-ხახა.

ინფექციური მონონუკლეოზი (B27.8), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „სხვა ვირუსული დაავადებები“.

გავრცელება

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 (სურ. 119). ვითარდება კატარული, ჰერპესული ან წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი, აღინიშნება პეტექიები მაგარი და რბილი სასის საზღვარსა და კანზე. ენა დაფარულია მორუხო-თეთრი ნადებით, შეშუპებულია სოკოსებრი დვრილები.

სურ. 119. ექსუდაციური ტონზილიტი ინფექციური მონონუკლეოზის დროს

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. ერითროციტების რაოდენობა და ჰემოგლობინი ნორმაშია, ედს-ი – მცირედ მომატებული.

დიაგნოსტიკა

შესაძლებელია:

- კლინიკური სურათით,
- ჰემოგრამით,
- ვირუსის იდენტიფიცირებით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ჰერპანგინასთან,
- მწვავე ჰერპესულ სტომატიტთან,
- ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზულ სტომატიტთან,
- დიფთერიასთან,
- გონოკოკურ სტომატიტთან,
- მეორეულ სიფილისთან,
- ლეიკოზთან.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა იხ. გვ. 156.

პროგნოზი – კეთილსაიმედოა.

შემოსარტყლული ლიქენი

შემოსარტყლული ლიქენი (Herpes zoster), ანუ შემოსარტყლული ჰერპესი მწვავე ვირუსული დაავადებაა.

შემოსარტყლული ლიქენი (BO2), შემოსარტყლული ლიქენი სხვა გართულებებით (BO2.8), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული კანისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებები“.

გავრცელება

უმეტესად ავადდებიან 40-დან 70 წლამდე ასაკის პირები. სახის კანისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება განპირობებულია გასერის კვანძისა (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 ინერვირებულ უბანზე.

ფორმები

- ვეზიკულური,
- ბულოზური,
- ჰემორაგიული,
- განგრენული.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

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

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

სუბიექტური მონაცემები

დაავადება იწყება მწვავედ, აღინიშნება:

- საერთო სისუსტე, კანკალი, თავის ტკივილი,
- სხეულის ტემპერატურის მომატება 38-39^{0}C-მდე,
- პირის ღრუში ჩხვლეტის, ქავილისა და წვის შეგრძნება,
- სამწვერა ნერვის ტოტების გასწვრივ მწვავე, ირადირებული, ნევრალგიური 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 ერითემატოზურ-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 შეშუპებულ, ჰიპერემიულ კანზე ვეზიკულების, ხოლო ლორწოვანზე – 1-2მმ 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 (სურ. 120 და 121).

ა) კანის დაზიანება

ბ) ეროზიები ლოყის ლორწოვანზე

სურ. 120. ვეზიკულური ფორმის შემოსარტყლული ლიქენი

ა) კანის დაზიანება

ბ) ლორწოვანის დაზიანება

სურ. 121. ვეზიკულური ფორმის შემოსარტყლული ლიქენი

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, რომელთა 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 ვირუსისა და გიგანტური უჯრედების გამოყოფა. იმუნოფლუორესცენციური და პჯრ (PCR) მეთოდის მონაცემები.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ხორციელდება:

- მწვავე ჰერპესულ სტომატიტთან,
- კონტაქტურ ალერგიულ სტომატიტთან,
- პემფიგუსთან,
- პემფიგოიდთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება წვეტიანი შრის ეპითელიოციტების ბალონური დისტროფია. ეპითელიუმის შიგნით ღრუები, შემაერთებელ ქსოვილში – ლეიკოციტური ინფილტრაცია.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა იხ. გვ. 156.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა. დაავადება გრძელდება 2-3 კვირა, ტოვებს მდგრად იმუნიტეტს, რეციდივი იშვიათია.

პაციენტთა 10-15%-ში ვითარდება პოსტჰერპესული ნევრალგია.

ეს მნიშვნელოვანია!

შემოსარტყლული ლიქენის ხშირი რეციდივები მიუთითებს იმუნიტეტის მკვეთრ დაქვეითებაზე. აუცილებელია ასეთი პაციენტების გამოკვლევა აივ-ზე, ლეიკოზსა და ავთვისებიან სიმსივნეებზე.

ჰერპანგინა

ჰერპანგინა (Herpangina), ანუ ვეზიკულური ფარინგიტი, აფთოზური ფარინგიტი, ენტეროვირუსული ვეზიკულური ფარინგიტი, კოკსაკის ვირუსით გამოწვეული სტომატიტი, მწვავე ინფექციური დაავადებაა.

ვეზიკულური ფარინგიტი (B08.5), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული კანისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებები“.

გავრცელება

ავადდებიან უმეტესად ბავშვები.

ლოკალიზაცია

რბილი სასა, ნუშურები, ნაქი და პირ-ხახა.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია კოკსაკის A ენტეროვირუსი. ვრცელდება აირ-წვეთოვანი გზით.

სუბიექტური მონაცემები

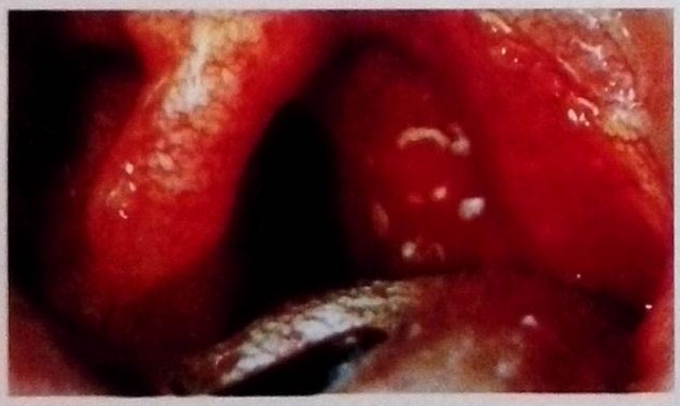
პაციენტები უჩივიან:

- საერთო სისუსტეს, თავის ტკივილს, ყლაპვის გაძნელებას,
- სხეულის ტემპერატურის მომატებას 38-40^{0}C-მდე,
- იშვიათად ტკივილს მუცლის მიდამოში.

ობიექტური მონაცემები

ინკუბაციური პერიოდი 2-10 დღეა.

დაავადება იწყება მწვავედ. ჰიპერემიულ რბილ სასაზე, ნაქსა და ნუშურებზე, ხახის უკანა კედელზე, იშვიათად – ენაზე ჩნდება პატარა ზომის ვეზიკულები, რომლებიც მალე სკდება და ყალიბდება ეროზიები და აფთები (სურ. 122). აღინიშნება რეგიონული ლიმფადენიტი.



სურ. 122. ჰერპანგინა

დაავადება საშუალოდ გრძელდება 7-10 დღე.

დიაგნოსტიკა

ემყარება კლინიკურ სურათს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ხორციელდება:

- მწვავე ჰერპესულ სტომატიტთან;
- სტრეპტოკოკურ ფარინგიტთან;
- გონოკოკურ ოროფარინგიტთან.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა იხ. გვ. 156.

პროგნოზი – კეთილსაიმედოა.

თურქული

თურქული (Aphtae epizooticae), ანუ ეპიზოონოზური სტომატიტი, ეპიდემიური სტომატიტი, მწვავე ვირუსული დაავადებაა.

ეპიზოოტური სტომატიტი (B08.8), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული კანისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებები“.

გავრცელება

ავადდებიან ჩლიქოსანი ცხოველები. ადამიანებზე დაავადება იშვიათად ვრცელდება და დაკავშირებულია ეპიზოონოზურ მდგომარეობასთან. ავადდებიან ის პირები, რომელთაც კონტაქტი ჰქონდათ თურქულით დაავადებულ პირუტყვთან ან მიიღეს ასეთი ცხოველის თერმულად დაუმუშავებელი რძის პროდუქტი და ხორცი. ადამიანის ორგანიზმში ვირუსი აღწევს დაზიანებული კანიდან და ლორწოვანიდან, ასევე კონიუნქტივიდან. ინფიცირების მესამე გზაა აირ-წვეთოვანი – ლაბორატორიულ პირობებში.

ლოკალიზაცია

შეიძლება დაზიანდეს მხოლოდ ლორწოვანი გარსი ან მხოლოდ კანი. კერძოდ:

- პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერი უბანი,
- ცხვირის, თვალის, საჭმლის მომნელებელი სისტემის, გენიტალიებისა და ურეთრის ლორწოვანი,
- კანი – ცხვირის ფრთებზე, თითებს შორის ნაკეცებში, ფრჩხილის ირგვლივ, ტერფზე.

ფორმები

- მწვავე,
- ქრონიკული (გახანგრძლივებული),
- ნაშლილი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია ფილტრში გამავალი ვირუსი.

სუბიექტური მონაცემები

- იწყება მწვავედ: საერთო სისუსტით, კუნთების, სახსრებისა და თავის, იშვიათად – მუცლის მიდამოში ტკივილით,
- სხეულის ტემპერატურის მომატება 38-39^{0}C-მდე,
- წვის შეგრძნება,

- მტკივნეული აფთების არსებობა,
- მეტყველების და საკვების მიღების გაძნელება,
- ჰიპერსალივაცია.

ობიექტური მონაცემები

თურქულის ინკუბაციური პერიოდი 18 საათიდან 7 დღემდეა.

წ ა შ ლ ი ლ ი ფ ო რ მ ა: მიმდინარეობს მსუბუქად. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. აღინიშნება ერთეული ბუშტუკები, რომლებიც სკდება და ყალიბდება მტკივნეული აფთები. დაავადება გრძელდება საშუალოდ 4-6 დღე.

მ წ ვ ა ვ ე ფ ო რ მ ა: იწყება მწვავედ. ჰიპერემიულ ლორწოვანზე ჩნდება ერთეულიდან რამდენიმე ასეულამდე 1-7 მმ დიამეტრის ვეზიკულები მღვრიე შიგთავსით, რომლებიც მალე სკდება და ყალიბდება მტკივნეული ეროზიები და წყლულები (სურ. 123). ტუჩებზე ისინი იფარება ქერქით. აღინიშნება ჰიპერსალივაცია. ხშირია მეორეული ინფიცირება ბაქტერიებით.

სურ. 123. თურქულის მწვავე ფორმა ეროზიები ტუჩის შიგნითა ზედაპირზე

ქ რ ო ნ ი კ უ ლ ი ფ ო რ მ ა: ვითარდება დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პირებში. გრძელდება რამდენიმე თვიდან რამდენიმე წლამდე. ზიანდება კანისა და ლორწოვანის დიდი უბნები.

დიაგნოსტიკა

თურქულის დიაგნოზი ისმება:

- კლინიკური სურათით,
- ლაბორატორიული კვლევით: ვირუსის კულტურის გამოყოფითა და ბიოლოგიური სინჯებით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

თურქულის დიფერენცირება უნდა მოხდეს:

- მწვავე ჰერპესულ სტომატიტთან,
- შემოსარტყლულ ლიქენთან,
- ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზულ გინგივოსტომატიტთან;
- მედიკამენტურ ალერგიასთან,
- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან,
- ბეხჩეტის სინდრომთან.

მკურნალობა იხ. გვ. 156.

პროფილაქტიკა

- ცხოველების თურქულთან ბრძოლა,
- ხორცის და რძის პროდუქტების სრულფასოვანი თერმული დამუშავება.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა. დაავადება გრძელდება 7-20 დღე და მთავრდება ეპითელიზაციით.

ეს მნიშვნელოვანია!

აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

ვეზიკულური სტომატიტი

ვეზიკულური სტომატიტი (Stomatitis vesicularis), ენტეროვირუსული ვეზიკულური სტომატიტი ეგზანთემებით მწვავე ენდემიური ვირუსული დაავადებაა.

ვეზიკულური სრომატიტი (A93.8X), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „ვირუსული ცხელება, რომელიც გადაეცემა მსხვილფეხა რქოსანი ცხოველებიდან და ვირუსული ჰემორაგიული ცხელება“.

გავრცელება

ძირითადად ავადდებიან ცხოველები. ადამიანის დასნებოვნების წყაროს წარმოადგენს დაავადებული მსხვილი რქოსანი საქონელი და ცხენები. უმეტესად გვხვდება აფრიკაში, ამერიკასა და აზიაში.

ლოკალიზაცია

ზიანდება ლოყის ლორწოვანი, მაგარი სასა და ყელი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია კოკსაკის A16, A5 და A10 ვირუსები.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- მცირედ მტკივნეული აფთების არსებობას,
- საერთო სისუსტეს,
- ტკივილს კუნთების მიდამოში,
- შრომის უნარის დაქვეითებას.

ობიექტური მონაცემები

ვეზიკულური სტომატიტი კლინიკურად წააგავს თურქულს, მაგრამ მიმდინარეობს უფრო მსუბუქად. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება ორი დღე. შემდგომ ლოყის ლორწოვანზე, მაგარ სასასა და ხახის უკანა კედელზე ვითარდება ბუშტუკები, რომლებიც სკდება და ყალიბდება მტკივნეული ეროზიები. შესაძლებელია რეგიონული ლიმფადენიტი.

ზოგჯერ ვეზიკულები ჩნდება ხელის თითებზეც, რომელსაც წინ უსწრებს უფრო დიდი პირველადი ბუშტუკი.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება ცხოველებზე სეროლოგიური ტესტით და ბუშტუკის შიგთავსიდან ვირუსის გამოყოფით.

დიფერენციაული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- მწვავე ჰერპესულ სტომატიტთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე ჰერპესულ სტომატიტთან,
- ჰერპანგინასთან.

მკურნალობა

სიმპტომურია. სპეციფიკური ანტივირუსული მკურნალობა არ არსებობს. მეცნიერთა აზრი მკურნალობის კომპლექსში აციკლოვირის ჩართვის შესახებ განსხვავებულია. პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს მწოლიარე მდგომარეობაში დამზოგველ დიეტაზე 3-5 დღე. ინიშნება ასპირინი 4-6 დღე.

პროფილაქტიკა

ცხოველების დასნებოვნებასთან ბრძოლა.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა. გამოჯანმრთელება ხდება ერთ კვირაში.

ვეზიკულური სტომატიტი, თავის მხრივ, შედის სინდრომ პირის ღრუსა და კიდურების ბუშტუკოვანი დაავადების (თავის, ფეხებისა და პირის ღრუს დაავადება) შემადგენლობაში.

გავრცელება

უმეტესად ავადდებიან 1-დან 10 წლამდე ასაკის ბავშვები და ახალგაზრდები. ზრდასრულ ადამიანებში დაზიანება იშვიათად გვხვდება. დაავადება ძალიან კონტაგიოზურია.

ლოკალიზაცია

ძირითადად ზიანდება ენის, სასის, ლოყისა და ღრძილების ლორწოვანი, იშვიათად - პირხახა. ასევე, აღინიშნება ბუშტუკები კიდურებისა და დუნდულების კანზე.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

დაავადების გამომწვევია კოკსაკის A16 ან ენტეროვირუს 71. იშვიათად – კოკსაკის A4-A7, A9, A10, B2 და B5.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- მტკივნეული ეროზიების არსებობას,
- სხეულის ტემპერატურის მომატებას,
- საერთო სისუსტეს.

ობიექტური მონაცემები

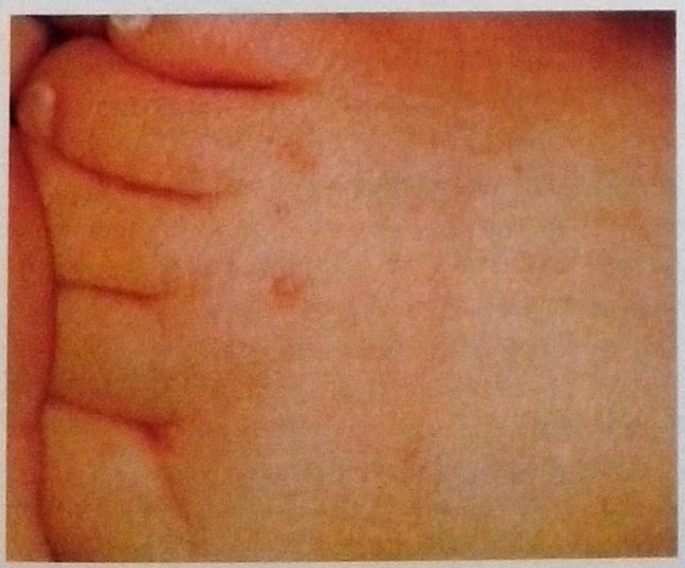
დაავადების წამყვანი ნიშანია ვეზიკულური სტომატიტი. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 3-6 დღე. თავდაპირველად ლორწოვანზე ვითარდება 5-10 ერითემა, რომლის ცენტრში დიდი ზომის (2-8 მმ) პაპულებია. ისინი მალე გარდაიქმნებიან ბუშტუკებად, რომელსაც გარს აკრავს ერითემატოზული ყაეთანი. ბუშტუკები სკდება და ყალიბდება ფიბროზული ნადებით დაფარული, ერითემატოზური ყაეთნის მქონე ეროზიები. ისინი წაგრძელებული და ნაპრალისებრი ფორმისაა.

ხელისა და ფეხის თითების გვერდით ზედაპირზე, ფრჩხილების ირგვლივ, ხელისგულებზე, ტერფზე ჩნდება 5 მმ ზომის, მოთეთრო-რუხი ფერის, წაგრძელებული ან ოვალური ფორმის ბუშტუკები. ისინი ნარჩუნდება 5-10 დღე (სურ. 124). აღინიშნება ცვლილებები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტსა და სასუნთქ სისტემაში. დაავადება ძირითადად გართულებებს არ იძლევა.

ა) ვეზიკულური სტომატიტი ლოყის ლორწოვან გარსზე

ბ) ბუშტუკები ხელის თითებზე

გ) ბუშტუკები ტერფზე



სურ. 124. პირის ღრუს და კიდურების ბუშტუკოვანი დაავადება

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება კლინიკური სურათის საფუძველზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ჰერპანგინასთან,
- მწვავე ჰერპესულ სტომატიტთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე ჰერპესულ სტომატიტთან.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა

იგივე, რაც ვეზიკულური სტომატიტის დროს.

პროგნოზი

დაავადება საშუალოდ გრძელდება 10-14 დღე. გამოსავალი კეთილსაიმედოა.

შიდსი

შიდსი (AIDS), ანუ შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (Asquired Immune Deficiency Syndrome) ვირუსული ეტიოლოგიის კონტაგიოზური დაავადებაა.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული დაავადება (აივ), რომელიც ვლინდება ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების სახით (B20), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება“) და შედის ბლოკში „დაავადებებია გამოწვეული ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით“.

გავრცელება

ავადდებიან ნებისმიერი ასაკისა და სქესის ადამიანები. ვირუსის გავრცელების ერთადერთი წყარო აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებული ადამიანია დაავადების ნებისმიერ სტადიაზე. რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ: ჰომოსექსუალები, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, ხშირი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის მქონე პირები, ჰემოფილიით დაავადებულები, აივ-ით ინფიცირებული დედების ახალშობილები, მედპერსონალი და სხვ.

ლოკალიზაცია

აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულ პაციენტებში პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებე-

ბის შეხვედრის სიხშირე ასეთია: კანდიდოზი – 31-91%, აივ-პაროდონტიტი – 12,5%, კაპოშის სარკომა – 4-50%, ქსეროსტომია – 19-28%, ჰერპესული დაზიანებები – 11-17%, ექსფოლიაციური ქეილიტი – 9%, წყლულები – 7%, დესქვამაციური გლოსიტი – 6%.

ფორმები

ჯანმო-მ 1988 წელს მოგვაწოდა აივ ინფექცია/შიდსის კლასიფიკაცია მიმდინარეობის მიხედვით:

I. ინკუბაციური პერიოდი,
II. მწვავე აივ-ინფექცია,
III. ვირუსმტარებლობა:
   ა) პერსისტენტური ინფექცია,
   ბ) გენერალიზებული ინფექცია,
IV. ლიმფადენოპათია,
V. შიდსი – ასოცირებული კომპლექსი,
VI. შიდსი – განვითარებული ინფექციებითა და სიმსივნეებით.

2008 წელს CDC-ის მიერ გადახედილ და შეცვლილ იქნა აივ ინფექცია/შიდსის კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვით აივ ინფექცია/შიდსი იყოფა **4 კლინიკურ სტადიად**:

სტადია 1: არ არის სახეზე შიდს-ინდიკატორული დაავადება, ასევე CD4+T ლიმფოციტების რიცხვი >500 უჯრ/მმ3 ან CD4+T-ლიმფოციტების პროცენტი აღემატება ლიმფოციტების საერთო რაოდენობის 29%-ს.

სტადია 2: არ არის სახეზე შიდს-ინდიკატორული დაავადება, ასევე CD4+T ლიმფოციტების რიცხვი მერყეობს 200-დან 499 უჯრ/მმ3-მდე ან CD4+T ლიმფოციტების პროცენტი ლიმფოციტების საერთო რაოდენობას 14%-დან 28%-მდეა.

სტადია 3 (შიდსი): CD+4 T ლიმფოციტების რიცხვი < 200 უჯრ/მმ3 ან CD4+ T ლიმფოციტების პროცენტი < 14% და/ან დოკუმენტირებული შიდს-ინდიკატორული დაავადება.

სტადია უცნობი: ლაბორატორიულად დადასტურებული აივ ინფექცია, მაგრამ მონაცემების არარსებობა CD4+ T ლიმფოციტების რიცხვის ან პროცენტის შესახებ და ასევე ინფორმაციის არ არსებობა შიდს-ინდიკატორული დაავადებების შესახებ.

შიდს-ინდიკატორულ დაავადებებს მიეკუთვნება:

- ბრონქების, ტრაქეის ან ფილტვების კანდიდოზი,
- ეზოფაგური კანდიდოზი,
- საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბო,
- კოქციდიოიდომიკოზი (დისემინირებული ან ფილტვგარეშე),
- კრიპტოკოკოზი,
- კრიპტოსპორიდიოზი,
- ციტომეგალოვირუსული დაავადება (გარდა ღვიძლის, ელენთის ან ლიმფური კვანძების),
- ციტომეგალოვირუსული რეტინიტი (მხედველობის დაკარგვით),
- აივ ასოცირებული ენცეფალოპათია,
- მარტივი ჰერპესი: ქრონიკული წყლულები (1 თვეზე მეტი ხანგძლივობის) ან ბრონქიტი, პნევმონიტი ან ეზოფაგიტი,
- ჰისტოპლაზმოზი (დისემინირებული ან ფილტვგარეშე),
- იზოსპორიაზი, ქრონიკული ნაწლავური,
- კაპოშის სარკომა,
- ლიმფოიდური ინტერსტიციული პნევმონია ან ფილტვის ლიმფოიდური ჰიპერპლაზიის კომპლექსი,
- ლიმფომა, ბერკიტის (ან ეკვივალენტური ტერმინი),
- ლიმფომა, იმუნობლასტური (ან ეკვივალენტური ტერმინი),
- ლიმფომა, პირველადი ან თავის ტვინის,
- Mycobacterium avium კომპლექსი ან Mycobacterium kansasii (დისემინირებული ან ფილტვგარეშე – 2),
- Mycobacterium tuberculosis ფილტვის (დისემინირებული ან ფილტვგარეშე),
- პნევმოცისტური პნევმონია,
- პნევმონია, რეკურენტული,
- პროგრესული მულტიფოკალური ლეიკოენცეფალოპათია,
- სალმონელოზური სეპტიცემია, რეკურენტული,
- თავის ტვინის ტოქსოპლაზმოზი,
- აივ ასოცირებული განლევის სინდრომი.

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

I. დაზიანებები, რომლებიც მჭიდროდაა დაკავშირებული შიდსთან:
   - კანდიდოზი (ერითემატოზური, ფსევდომემბრანული, ჰიპერჰლასტიური),
   - ვერუკოზული ლეიკოპლაკია,
   - წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი,
   - აივ-გინგივიტი,
   - აივ-პაროდონტიტი,
   - კაპოშის სარკომა,
   - არა ჰოჯკინის ლიმფომა.

II. დაზიანებები, რომლებიც ნაკლებადაა დაკავშირებული 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 (ოროფარინგული),
- თრომბოციტოპენიური პურპურა,
- ეპითელიუმის ჰიპერპლაზიის უბნები (ვულგარული მეჭეჭი),
- სიმსივნისმაგვარი დაზიანებანი: ენის კიბო, ბერკიტის ქვედა ყბის ლიმფომა, ეპიდერმოიდული კარცინომა.

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

- პაროდონტის ბაქტერიული ინფექციები, რომელთა გამომწვევია აქტინომიცეტები, Enterobacter cloacae, Esherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Mycobacterrium avium intracellulare,
- მედიკამენტური ერითემა,
- ნევროლოგიური დაზიანებები,
- ოსტეომიელიტი,
- სინუსიტი,
- არაკანდიდოზური ეტიოლოგიის სოკოვანი ინფექციები (კრიპტოკოკოზი, გეოტრიქოზი, ჰისტოპლაზმოზი),
- მელანინური ჰიპერპიგმენტაცია.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

დაავადების გამომწვევია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (Human immunodeficiency virus), რომელიც 1983 წელს აღმოაჩინა ფრანგმა ვირუსოლოგმა L. Montanie-მ. განასხვავებენ ვირუსის 3 ტიპს.

აივ ვირუსი ნაკლებად მდგრადია გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედებაზე: 56^{0}C-ზე იღუპება 30 წუთში, მასზე დამღუპველად მოქმედებენ სადეზინფექციო საშუალებები, მზის სხივი 25^{0}C-ზე. იგი თავის თვისებებს ინარჩუნებს 37^{0}C-ზე 11 დღე-ღამე, ოთახის ტემპერატურაზე – 47 დღე-ღამე.

ვირუსი აღწევს და ვითარდება არა მხოლოდ T-ლიმფოციტებში, არამედ სხვა უჯრედებშიც: აზიანებს ნერვულ სისტემას და ცხოვრობს ნერვულ უჯრედებში, ხშირად აივ ინფექციის პირველადი გამოვლინება ბადურა გარსის დაზიანებაა. ვირუსი აღმოჩენილია მონოციტებში, ლიმფურ კვანძებში, ფილტვის ქსოვილში, ზურგის ტვინის სითხეში, ვაგინალურ სეკრეტში, ცრემლში, ნერწყვში, დედის რძესა და ოფლში. ამასთან, ბიოლოგიურ სითხეებში ვირუსის შემცველობა გაცილებით ნაკლებია სისხლთან შედარებით. სწორედ ამიტომ, ბიოლოგიური სითხეებით დაინფიცირების ალბათობა სისხლთან შედარებით მცირეა.

ვირუსის გადაცემა ძირითადად ხდება სამი გზით:

1) სქესობრივი კონტაქტით, როგორც ჰეტერო, ისე ჰომოსექსუალური – ვაგინალური, ანალური, ორალური;
2) ინფიცირებული სისხლის ან მისი ცალკეული კომპონენტების გადასხმით: აივ ინფიცირებული სისხლით დაბინძურებული შპრიცის, ნემსის და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენების შემთხვევაში;
3) ინფიცირებული დედიდან ნაყოფზე ან ახალშობილზე მუცლადყოფნის პერიოდში, მშობიარობის ან ძუძუთი კვების დროს.

სუბიექტური მონაცემები

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

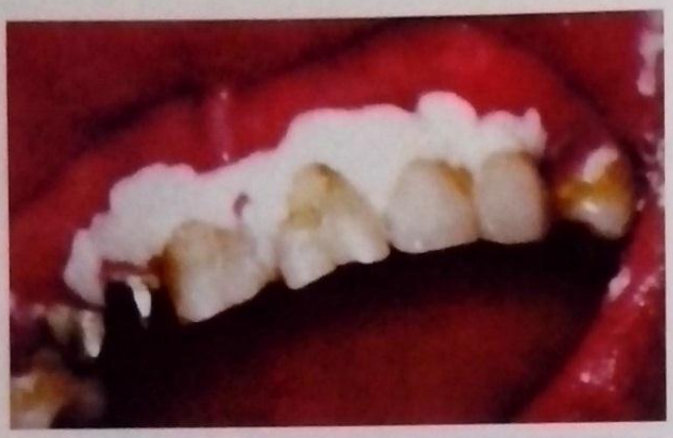
ობიექტური მონაცემები

შიდსის კლინიკა განპირობებულია T-უჯრედოვანი იმუნიტეტის დეფიციტით. იმუნური სისტემის დაქვეითება იწვევს საპროფიტული მიკროფლორის გააქტიურებას. დაავადების პიკი ხასიათდება უმარტივესებით, ბაქტერიებით, ვირუსებითა და სოკოებით გამოწვეული მძიმე ინფექციებით, ე.წ. ოპორტუნისტული ინფექციებით (ინფექციები, რომელთა გამომწვევი ჩვეულებრივ ბინადრობს ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმში და არ იწვევს პათოლოგიას). შიდსის პიკის დროს ხშირად ვითარდება ავთვისებიანი სიმსივნეები (კაპოშის სარკომა და სხვ.) და მძიმე ნევროლოგიური გართულებები.

ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 6 თვიდან რამდენიმე წლამდე. უმეტეს შემთხვევაში იგი 4-5 წელია.

ზოგად სიმპტომებთან ერთად, შიდსის დროს ხშირია პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება. აღნიშნული იძლევა საშუალებას დაავადება დროულად დიაგნოსტირდეს, რაც დაიცავს სხვა ადამიანებს დაინფიცირებისაგან.

ორალური კანდიდოზის (ატროფიული, ფსევდომემბრანული, ჰიპერპლასტიკური) დროს დიფუზური ჰიპერემიის ფონზე აღინიშნება მრავლობითი თეთრი წერტილოვანი ბალთა (სურ. 125 და 126), ასევე ტუჩის კუთხეების ნახეთქები. დამახასიათებელია ეპითელიუმის ზედა შრის დესქვამაცია, აშრევება და აქერცვლა, ეროზიები, ნახეთქები.



სურ. 125. ფსევდომემბრანული კანდიდოზი შიდსის დროს

დაავადების მძიმე ფორმისას ფსევდომემბრანული კანდიდოზი ვრცელდება მთელ პირის ღრუზე („ბამბაზიის პირი“), შემდეგ – პირხახაზე, საყლაპავსა და შინაგან ორგანოებზე. ხშირად შერწყმულია ვერუკოზულ ლეიკოპლაკიასთან. არ ექვემდებარება ანტიფუნგალურ მკურნალობას.

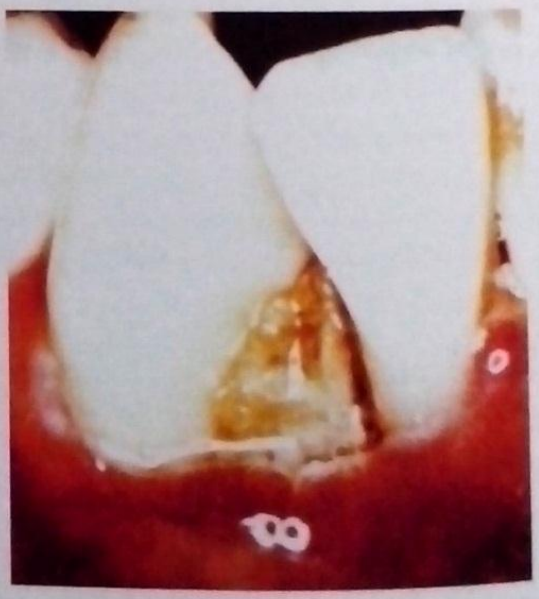
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია შიდსის ერთ-ერთი ადრეული სადიაგნოსტიკო ნიშანია. იგი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ლოკალიზაციის, ფორმის, ცალმხრივი ან ორმხრივი. ყველაზე ხშირად ვერუკოზული ლეიკოპლაკია ვითარდება ენის გვერდით ზედაპირზე, იშვიათად ვრცელდება მთელ ენასა და ლოყაზე. ეს არის მორუხო-თეთრი ფერის, დიდი ზომის, ნაოჭიანი, ატიპური ბალთები, ჰიპერკერატოზული გამონაზარდებით. ისინი მჭიდროდ ეკვრიან ქვეშმდებარე ქსოვილს. დაზიანების უბნების ზედაპირი უსწორმასწორო და გოფრირებულია (სურ. 126).

ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი იწყება კბილთაშორისი დვრილის ნეკროზით. მიმდინარეობს პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის პროგრესირებადი ლიზისი, ალვეოლური მორჩის ნეკროზით. წყლულები ლორწოვანზე შენარჩუნდება დიდხანს და არ ექვემდე-

ა) ვერუკოზული ლეიკოპლაკია

ბ) კანდიდოზი

გ) ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი



სურ. 126. შიდსისათვის დამახასიათებელი ტრიადა

ბარება მკურნალობას. დაზიანება ხშირად შერწყმულია კანდიდოზთან და ლეიკოპლაკიასთან (სურ. 126).

აივ-გინგივიტისათვის დამახასიათებელია შეშუპება, სისხლდენა, ღრძილის მტკივნეულობა და წერტილოვანი ჩაქცევები. ამასთან, არ აღინიშნება მიკრობული ნადები (სურ. 127).

აივ-პაროდონტიტი მიმდინარეობს პროგრესირებადი დესტრუქციით. ახასიათებს ღრძილის დვრილის ნეკროზი, სეკვესტრები, ალვეოლური მორჩის ატროფია, ძლიერი ტკივილი (სურ. 128).

ვირუსული ინფექციები შიდსის დროს არ ვითარდება პირველადად, არამედ, მწვავდება ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესი. მაგალითად: იგი მიმდინარეობს გაცილებით რთულად: ხასიათდება ძლიერი ტკივილით, წვის შეგრძნებით, დიდხანს (3 თვემდე) ნარჩუნდება და ვითარდება ნაწიბურები. დაზიანება მოიცავს დიდ უბანს. ახასიათებს ხშირი რეციდივი, პერმანენტური მიმდინარეობა. პირის ღრუს ლორწოვანთან, ტუჩის წითელ ყაეთანთან და მის მიმდებარე კანთან ერთად, ზიანდება კონიუნქტივა და რქოვანა გარსი, გენიტალიები და პერიანალური მიდამო. ხშირია, ასევე, პაპილომავირუსით გამოწვეული დაზიანებები: პირშიგნითა პაპილომები, ეპითელური ჰიპერპლაზია და კონდილომები.

კაპოშის სარკომა სისხლძარღვოვანი სიმსივნეა, რომელიც პირველად 1872 წელს აღწერა უნგრელმა დერმატოლოგმა M.Kaposhy-მ. ის ტრანსმისიური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება მრავლობითი პიგმენტური დაზიანებით. შიდსით დაავადებულებში იგი 76% შემთხვევაში ლოკალიზებულია სასაზე. ახასიათებს ეგზოგენური ზრდა, აქვს ფაშარი კონსისტენცია, მოლურჯო-მოწითალო ფერი, არ არის მტკივნეული (სურ. 129). შეიძლება ლოკალიზდეს კბილთაშორის დვრილზე (ჰგავს ეპულისს). შემდეგ ამ მიდამოში მიმდინარეობს ალვეოლური მორჩის ოსტეოლიზი. აქვს მალიგნიზაციის მაღალი სიხშირე. გამოსავალი ლეტალურია.

არა ჰოჯკინის ლიმფომა ლიმფური კვანძების უმტკივნეულო სიმსივნეა. ლოკალიზებულია ლორწოვანის ნებისმიერ უბანზე. შეიძლება დაწყლულდეს (სურ. 130).

დიაგნოსტიკა

აივ ინფექციის დიაგნოსტიკა იმუნოფერმენტული (ELISA – enzime linked immunosorbent assay)

სურ. 127. აივ-გინგივიტი

სურ. 128. აივ-პაროდონტიტი

სურ. 129. კაპოშის სარკომა შიდსის დროს

სურ. 130. არა ჰოჯკინის ლიმფომა რეტროთვალურ უბანში შიდსის დროს

და იმუნობლოტინგის (Western blot) მეთოდებით ტარდება. ამ დროს სისხლში ხდება ვირუსის სანინააღმდეგო ანტისხეულების იდენტიფიკაცია.

ჰისტოლოგიური სურათი

კაპოშის სარკომა: ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას ადრეულ სტადიაზე – ატიპური სისხლძარღვოვანი კონგლომერატი ენდოთელიუმის პროლიფერაციით, ერითროციტებით სისხლძარღვის გასწვრივ. მოგვიანებით პერიოდში – შეწებებული თითისტარისებრი უჯრედებით.

მკურნალობა

ადგილობრივი

სიმპტომურია და გულისხმობს იმ დაავადების ადგილობრივ მკურნალობას, რომელიც ვლინდება პირის ღრუში. ასევე, პირის ღრუს სანაციას.

შიდსის დროს სიმსივნური დაავადებების სხივური ან ქიმიოთერაპია არაეფექტურია.

პროფილაქტიკა

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

პროგნოზი

დაავადება პროგრესირებს და მთავრდება ლეტალობით.

ეს მნიშვნელოვანია!

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

მწვავე რესპირაციული ვირუსული ინფექციები

მწვავე რესპირაციულ ვირუსულ ინფექციებს მიეკუთვნება გრიპი, პარაგრიპი, რინოვირუსული ინფექცია, ადენოვირუსული დაავადება და სხვა. ისინი ხასიათდებიან ზედა სასუნთქი გზების სხვადასხვა უბნის დაზიანებით.

გრიპი

გრიპი (Grippus) მწვავე რესპირაციული ინფექციაა.

გრიპი, გამოწვეული იდენტიფიცირებული გრიპის ვირუსით (J10), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება X კლასს („სასუნთქი ორგანოების დაავადებები") და შედის ბლოკში „გრიპი და პნევმონია".

გავრცელება

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

ლოკალიზაცია

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

ეტიოლოგიური ფაქტორები

გამომწვევია გრიპის A, B ან C ვირუსი.

სუბიექტური მონაცემები

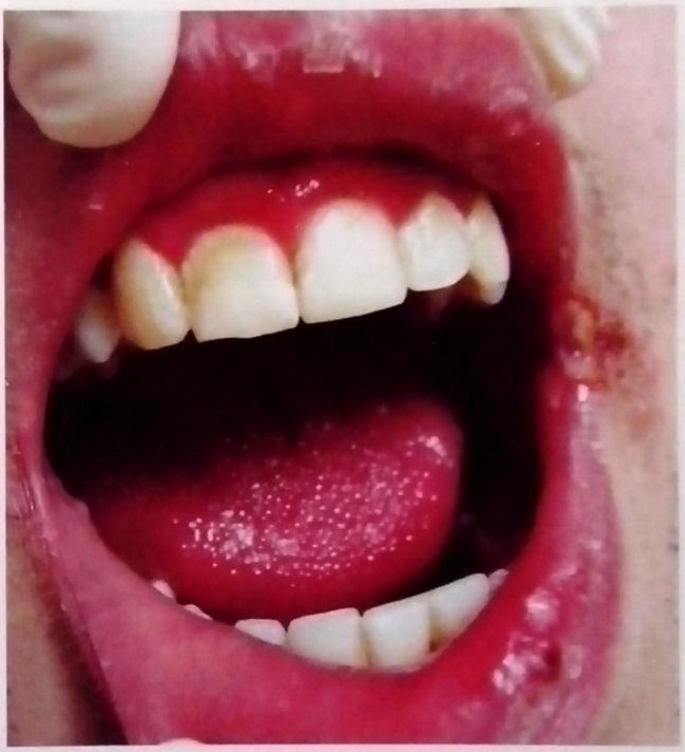
- პირის ღრუში ხშირად ჩივილები არ აღინიშნება,
- ჩივილებისას პარესთეზია და წვის შეგრძნებაა,
- ეროზიებისა და აფთების არსებობისას – ტკივილი და სისხლდენა.

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 შეშუპებითა და წვრილი სანერწყვე ჯირკვლების სადინრების ეპითელიუმის ჰიპერპლაზიით. დაავადების მე-2-3 დღეს შეშუპება და მარცვლოვანება ქრება და ვითარდება პეტექიები ჰემორაგიული ექსუდატით სავსე მრავლობითი წვრილი ბუშტუკები. ეს ბუშტუკები მალე სკდება და ყალიბდება მტკივნეული ეროზიები და აფთები, რომელნიც იშვიათად ერწყმის ერთმანეთს. მე-6 – მე-8 დღეს ეს ცვლილებები უკვალოდ გაივლის.

ორგანიზმის დაბალი რეაქტიულობის დროს ამ ცვლილებებს შეიძლება დაერთოს მეორეული ინფექციები და ჩამოყალიბდეს ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი. ხშირად მწვავდება გინგივიტი, პაროდონტიტი, ვითარდება

სურ. 131. პეტექიები სასაზე გრიპის დროს



სურ. 132. ჰერპესული სტომატიტი გრიპის დროს

მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტი (სურ. 132), სამწვერა ან სახის ნერვის ნევრიტები.

ცვლილებები სისხლში შეესაბამება მწვავე ანთების სურათს.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება:

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

მკურნალობა იხ. გვ. 156.

პროფილაქტიკა

სასურველია იმუნიზაცია

პროგნოზი – კეთილსაიმედოა

ეს მნიშვნელოვანია!

გრიპით ეპიდემიის დროს პირის ღრუს ლორწოვანის წვრილმარცვლოვანება დაავადების ნაადრევი დიაგნოსტიკური ნიშანია.

ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული ინფექციები

ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეულ ინფექციებში გაერთიანებულია:

- ორალური (ვირუსული) პაპილომა (Papiloma oralis),
- ვულგარული მეჭეჭი (Verruca vulgaris),
- წვეტიანი კონდილომა (Condiloma acuminata),
- ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზია (ხეკის დაავადება) (Huperplazia localis epidermis).

პირის ღრუს მარტივი მეჭეჭი (B07.X0), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება") და შედის ბლოკში „ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული კანისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებები".

პირის ღრუს წვეტიანი კონდილომა (B07.X2), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება") და შედის ბლოკში „ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული კანისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებები".

ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზია (B07.X1), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს („ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება") და შედის ბლოკში „ვირუსული ინფექციებით გამოწვეული კანისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებები".

გავრცელება

ვირუსული პაპილომა გვხვდება 20-50 წლის ასაკის პირებში.

ვულგარული მეჭეჭი აღენიშნებათ ნებისმიერი ასაკის პაციენტებს. დაავადების გავრცელების ორი გზა არსებობს: აუტოინაკულაცია – მეჭეჭის ღეჭვის გამო და ზედაპირული გავრცელება – წვერის გაპარსვის დროს.

წვეტიანი კონდილომა გადადის ორო-გენიტალური და ორო-ანალური სექსუალური კავშირით.

ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზია გვხვდება როგორც ბავშვებში, ასევე მოზრდილებში.

ლოკალიზაცია

ვირუსული ორალური პაპილომა უმეტესად გვხვდება ტუჩებზე, სასაზე, ენასა და ღრძილებზე.

ვულგარული მეჭეჭი იშვიათია პირის ღრუს ლორწოვანზე. უმეტესად ლოკალიზებულია პერიორალურ მიდამოში კანსა და ხელის მტევნებზე.

წვეტიანი კონდილომა პირის ღრუს ლორწოვანზე გვხვდება ძალიან იშვიათად. ძირითადად ლოკალიზებულია სასქესო ორგანოებსა და პერიანალურ მიდამოში. პირის ღრუში გვხვდება ენაზე, სასასა და ლოყის ლორწოვანზე.

ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზია ძირითადად ლოკალიზებულია სასასა და ლოყის ლორწოვანზე. იშვიათად – ენაზე, ღრძილებსა და პირის ღრუს ფსკერზე.

ეტიოლოგიური ფაქტირები

ვირუსული პაპილომას გამომწვევია ადამიანის პაპილომა ვირუსი (აპვ). ძირითადად, აპვ-6 და აპვ-11. ვულგარული მეჭეჭის – აპვ-2 და აპვ-4. წვეტიანი კონდილომის – აპვ-6, აპვ-11 და აპვ-16. ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზიის – აპვ-1, აპვ-6, აპვ-11, აპვ-13 და აპვ-32.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტს ჩივილები არ აღენიშნება.

ობიექტური მონაცემები

ვირუსული პაპილომა თეთრი ფერის (გარქოვანების გამო), ჩანაჭდევებიანი, რბილი კონსისტენციის წარმონაქმნია, რომელიც შესახედავად წააგავს ყვავილოვან კომბოსტოს. უმეტეს შემთხვევაში აქვს ძაფისებრი ფეხი და რამდენიმე პაპილომა შეკრებილია ერთ ჯგუფად. შესაძლებელია ჰქონდეს განიერი ფეხი და იკავებდეს ლორწოვანის დიდ უბანს (სურ. 133). ასეთი ორალური პაპილომა შესახედავად ძალიან წააგავს ლეიკოპლაკიას (სურ. 134).

დაავადების რეციდივები იშვიათია.

ვულგარული მეჭეჭი პირის ღრუს ლორწოვანზე გვხვდება იშვიათად და შესახედავად ჰგავს გარქოვანებულ აკანტომასა და ვირუსულ პაპილომას. შეიძლება ჰქონდეს წვრილი ან განიერი ფეხი. ზედაპირული შრე გარქოვანების გამო თეთრია (სურ. 135 და 136).

პირის ღრუში წვეტიანი კონდილომა ძალიან იშვიათია. მის გაჩენას წინ უსწრებს თავად პაციენტის ან მის პარტნიორის კანის დაზიანება ანუს-გენიტალურ მიდამოში. პირის ღრუს ლორწოვანზე წვეტიანი კონდილომა ვლინდება ერთეული ან რამდენიმე პაპულის ან პაპილომის სახით და კლინიკურად ძალიან წააგავს ვულგარულ პაპილომას (სურ. 137). ძირითადად აღენიშნებათ შიდსით დაავადებულ პაციენტებს. ხშირია რეციდივი.

სურ. 133. ძაფისებრი ვირუსული პაპილომები სასაზე

სურ. 134. ვირუსული პაპილომა ქვედა ტუჩის ლორწოვანზე

სურ. 135. ვულგარული მეჭეჭი ტუჩის წითელ ყაეთანსა და თითზე

სურ. 136. ვულგარული მეჭეჭი ტუჩის კუთხეში კანზე

სურ. 137. წვეტიანი კონდილომა ლოყის ლორწოვანზე

სურ. 138. ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზია ლოყის ლორწოვანზე

ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზიის დროს ლორწოვანზე აღინიშნება 1-8 მმ დიამეტრის, თეთრი ან ვარდისფერი, მრგვალი ან ოვალური ფორმის, განიერ ფეხზე მდგომი მრავლობითი პაპილომები. თანდათან ისინი მატულობს ზომაში და მათი ზედაპირი ხდება პაპილომატოზური და წვრილმარცვლოვანი. ზოგჯერ ერთდებიან და წარმოქმნიან ბალთებს. რამდენიმე თვის ან წლის მერე პაპილომები განიცდიან სპონტანურ რეგრესიას.

დიაგნოსტიკა

ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული ინფექციების დროს დიაგნოზი ისმება კლინიკური და ჰისტოლოგიური მონაცემების საფუძველზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ვირუსული პაპილომა უნდა განვასხვავოთ:

- ლეიკოპლაკიისაგან,
- წვეტიანი კონდილომისაგან.

ვულგარული მეჭეჭი დიფერენცირდება:

- ლეიკოპლაკიისგან,
- მეორეული სიფილისისაგან,
- ბრტყელუჯრედიანი სიმსივნისაგან,
- ავთვისებიანი სიმსივნისაგან.

წვეტიანი კონდილომის დიფერენცირება უნდა მოვახდინოთ აპვ-ით გამოწვეული სხვა დაზიანებებისაგან.

ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზია დიფერენცირდება:

- ვულგარული მეჭეჭისაგან,
- წვეტიანი კონდილომასაგან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ვირუსული პაპილომას დროს აღინიშნება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის აკანტოზი, ჰიპერკერატოზი და პაპილომატოზი.

ვულგარული მეჭეჭის დროს აღინიშნება აკანტოზი, პაპილომატოზი, ჰიპერკერატოზი, ეპითელური წარმონაქმნების კონვერგენცია და ქრომატინის აგლუტინაცია.

წვეტიანი კონდილომის და ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზიის დროს აღინიშნება ეპითელიუმის აკანტოზი, პაპილომატოზი და ჰიპერკერატოზი.

მკურნალობა

ვირუსული პაპილომას მკურნალობა მოიცავს თერაპიულ (ანტივირუსული პრეპარატები – იხ. გვ 156) და ქირურგიულ მეთოდებს:

- ამოკვეთა ჯანმრთელი ქსოვილის ფარგლებში,
- ელექტროკოაგულაცია,
- ლაზერული ქირურგია,
- კრიოქირურგია.

ვულგარული მეჭეჭის მკურნალობა ქირურგიულია. დიდი უბნების დაზიანებისას პარალელურად ინიშნება ადგილობრივად გამოსაყენებელი ანტივირუსული პრეპარატები (იხ. გვ. 156) და ვიტამინი A per os მისაღებად 100000 სადღეღამისო დოზით.

წვეტიანი კონდილომის მკურნალობა ქირურგიულია. დიდი უბნის დაზიანებისას აუცილებელია A ვიტამინის გამოყენება ადგილობრივად.

ეპიდერმისის კეროვანი ჰიპერპლაზია 2 თვიდან 2 წლამდე განიცდის სპონტანურ თვითრეგრესიას. ამ უვნებელ დაავადებას განსაკუთრებული მკურნალობა არ სჭირდება.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

ვირუსული სტომატიტების მკურნალობა და პროფილაქტიკა

ვირუსული სტომატიტის 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%-იან 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, 0,025%-იანი დეკამეტოქსინის წყალხსნარი, 0,1%-იანი სანგვირიტრინის ლინიმენტი და სხვა;

- ეროზიებისა და წყლულების ზედაპირიდან ნეკროზული მასების მოსაშორებლად მათი დამუშავება პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა, 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, სუპერ-ლიზინ+-ის, ფენისტილ-პენცივირის მალამოები, ციკლოფერონის ლინიმენტი, პანავირის ჟელე 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 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);
- ფიზიოთერაპია: ლაზეროთერაპია (ჰელიუმ-ნეონის ან ინფრაწითელი ლაზერი).

ზოგადი მკურნალობა:

- დიეტოთერაპია: ვიტამინებითა და ცილებით მდიდარი ანტიალერგიული დიეტა, სითხით დატვირთვა. პაციენტებს ეკრძალებათ მწარე, ცხარე, ნიგვზიანი საკვებისა და ციტრუსის, სპირტიანი სასმელის მიღება;
- ეტიოტროპული თერაპია: ლევამიზოლი – 50 მგ დღე-ღამეში (კვირაში 1-2-3-ჯერ), აპროტეფლოზიდი – რამდენიმე წვეთი შაქრის ნატეხზე 2-3 თვე. ალპიზარინი – 1-3 აბი 3-4-ჯერ დღე-ღამეში 7-10 დღე, არბიდოლი – 0,05-0,1 გ დღეში 4-ჯერ 5 დღე, აციკლოვირი – 200 მგ დღეში 5-ჯერ 5 დღე, ბონაფტონი – 0,1 გ 3-ჯერ დღეში 5-10 დღე, რემანტადინი – 0,05 გ 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 გ 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 დამწევი, ანალგეზიური და ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები დაავადების მძიმე და საშუალო ფორმის დროს: პარაცეტამოლი – 0,4 გ 2-3-ჯერ დღეში, აცეტილსალიცილის მჟავა – 0,5 გ 3-4-ჯერ დღეში და სხვა.

პროფილაქტიკა:

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

თავი XII

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ალერგიული დაავადებების დროს

ალერგია (ბერძნულად allos – სხვა, ergon – მოქმედება) წარმოადგენს იმუნოპათოლოგიურ მდგომარეობას, რაც სხვადასხვა ანტიგენის მიმართ ორგანიზმის ჰიპერმგრძნობელობით გამოვლინდება.

ალერგიული დაავადება კლინიკურად ორგანიზმზე ალერგენების ზემოქმედების საპასუხოდ ვლინდება და ამ პროცესში სხვადასხვა ქსოვილი და ორგანო ერთვება. აქედან გამომდინარე, ალერგიული დაავადებები სხვადასხვა სახისაა. მაგალითად: ალერგიული რინიტი, ბრონქული ასთმა, ატოპიური დერმატიტი, ურტიკარია, ანგიონევროზული შეშუპება, შრატისმიერი დაავადება, ანაფილაქსიური შოკი და სხვა.

ევროპის ალერგოლოგების XIV კონგრესის მონაცემებით, პლანეტის ყოველ მე-3 მცხოვრებს ალერგია აწუხებს. ძალიან ხშირად (28,1%) იგი ვითარდება მედიცინის მუშაკებში, რომელთაც სამკურნალწამლო პრეპარატებთან აქვთ კონტაქტი.

აუტოალერგია ორგანიზმის გაუკუღმართებული რეაქტიულობაა საკუთარი ქსოვილების მიმართ და მასში იმუნური სისტემის ჰუმორალური და უჯრედული მექანიზმებია ჩართული.

ალერგიული დაავადებების განვითარებისათვის საჭიროა შინაგანი (დადებითი მემკვიდრული განწყობა, ორგანიზმის რეაქტიულობის მომატება) და გარეგანი (ალერგენების ზემოქმედება, გარემოს დაბინძურება) რისკ-ფაქტორების ზემოქმედება.

გარდა ამისა, ალერგიული დაავადებებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომატიკა შესაძლოა გამოვლინდეს მრავალი სხვა პათოლოგიის ფონზე, მათ შორის, ენდოკრინული, გასტროენტერალური, კარდიო-ვასკულარული, ინფექციური, სიმსივნური, დერმატოლოგიური და ა. შ..

ალერგენები ანტიგენებია, რომლებიც იწვევს ალერგიული რეაქციის განვითარებას. გამოყოფენ ალერგენების ორ ჯგუფს: *შიდა გარემოს* და *გარე გარემოს* ალერგენებს, იგივე – *ენდო-* და *ეგზოალერგენებს*. ეგზოალერგენები, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ინფექციური და არაინფექციური ბუნების.

ინფექციური ალერგენები ბაქტერიული, ვირუსული და სოკოვანი წარმოშობისაა. არაინფექციური ალერგენებია:

- საყოფაცხოვრებო (სახლის მტვერი, სარეცხი ფხვნილი და სხვა),
- ეპიდერმული (ცხოველების ბეწვი, ფრინველის ბუმბული და სხვა),
- წამლისმიერი,
- კვებითი,
- მცენარეული წარმოშობის,
- საწარმოს ალერგენები (პოლიმერული მასალები, გამონაბოლქვი, საწვავის არასრული წვის პროდუქტები, სოფლის მეურნეობაში პესტიციდებისა და ჰერბიციდების გამოყენება და სხვა),
- მწერების შხამი.

ენდოალერგენებს მიეკუთვნება ორგანიზმის ქსოვილები და უჯრედები, რომლებიც განსაზღვრულ პირობებში ანტიგენურ თვისებებს იძენს.

სამკურნალწამლო საშუალებების ფართოდ გამ-

ოყენებამ მოსახლეობაში, სხვა მიზეზთა შორის, გამოიწვია ალერგიული რეაქციების გამოვლინების სიხშირის ზრდა. წამლისმიერი ალერგიების ჩამოყალიბებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ერთდროულად რამდენიმე პრეპარატის მიღებას (პოლიპრაგმაზია) და მათ არაკონტროლირებად გამოყენებას (თვითმკურნალობა).

ალერგენის განმეორებითი მოხვედრის შედეგად განვითარებულ ორგანიზმის მომატებულ მგრძნობელობას სენსიბილიზაცია ეწოდება.

არსებობს ალერგიული რეაქციების რამდენიმე კლასიფიკაცია. დღესდღეობით გამოიყენებენ Cooke-ის, Gell-ის და Coombs-ის კლასიფიკაციებს.

Cooke-ის კლასიფიკაციით გამოყოფენ ორი ტიპის: სწრაფი (დაუყოვნებელი) და შენელებული (დაყოვნებული) ტიპის ალერგიულ რეაქციებს, რომლებიც, შესაბამისად ვლინდება 15-20 წთ-ისა და 24-48 სთ-ის შემდეგ ალერგენთან განმეორებითი კონტაქტიდან.

Gell-ის და Coombs-ის კლასიფიკაციით *ალერგიული რეაქციები* ოთხი ტიპისაა:

- I ტიპი – IgE-დამოკიდებული, რეაგინული, ანაფილაქსიური რეაქცია (ანაფილაქსიური შოკი, ჭინჭრის ციება, ანგიოედემის ზოგიერთი შემთხვევა, ატოპიური დერმატიტი, ატოპიური ბრონქული ასთმა, ალერგიული რინიტი);
- II ტიპი – ციტოტოქსიკური რეაქცია (ახალშობილთა ჰემოლიზური ანემია, ABO შეუთავსებლობა, რეზუს-კონფლიქტი, გუდპასჩერის სინდრომი, წამლისმიერი ჰემოპათიები, თრომბოციტოპენიური პურპურა, აგრანულოციტოზი, გრავის მიასთენია, ჰაშიმოტოს თირეოიდიტი, გრეივსის დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი ტიპი II და ა.შ.);
- III ტიპი – იმუნოკომპლექსური, არტიუსის ფენომენის ტიპის რეაქცია (შრატის დაავადება, ალერგიული ვასკულიტები, ეგზოგენური ალერგიული ალვეოლიტი, რევმატოიდული ართრიტი, სისტემური წითელი მგლურა, კვანძოვანი ერითემა და სხვა);
- IV ტიპი – შენელებული ჰიპერმგრძნობელობის რეაქცია (რეაქცია ტუბერკულინზე, კონტაქტური ალერგიული დერმატიტი, ტრანსპლანტატის მოცილების რეაქცია და ა.შ.).

პაციენტის ალერგოლოგიური გამოკვლევის მნიშვნელოვან მომენტს წარმოადგენს ანამნეზი. მისი შეკრებისას ყურადღება ექცევა: ალერგიული დაავადებების მიმართ მემკვიდრულ განწყობას, პაციენტის მიდრეკილებას ალერგიული რეაქციებისადმი წარსულში, თანმხლები დაავადებების არსებობას, ორგანიზმის რეაქციას საკვებ პროდუქტებზე, ზოგიერთ მცენარესა და ყვავილზე, სუნზე, მწერების ნაკბენზე, მედიკამენტებზე, საყოფაცხოვრებო და საწარმოო ქიმიურ ნივთიერებებზე.

ალერგოლოგიური გამოკვლევის დროს ყურადღება მახვილდება სპეციფიკური და არასპეციფიკური მარკერების არსებობაზე, რომელთა იდენტიფიცირებას ახდენენ სხვადასხვა კლინიკო-ლაბორატორიული სინჯითა და მეთოდით. ასე მაგალითად, საყურადღებოა პერიფერიულ სისხლში ლეიკოპენიის, ეოზინოფილიის, თრომბოციტოპენიის არსებობა. ასევე, სისხლის შრატში სპეციფიკური და საერთო იმუნოგლობულინების მომატება.

ამასთანავე, ყოველთვის გასათვალისწინებელია, რომ აბსოლუტური სიზუსტის დიაგნოსტიკური ტესტი არ არსებობს, რადგან მათი პროგნოზული მნიშვნელობა, როგორც წესი, არ აღემატება 70–80%-ს. მიუხედავად ამისა, პაციენტების პრეანესთეზიურ გამოკვლევას დიდი, ზოგჯერ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ანაფილაქსიური და ანაფილაქტოიდური რეაქციების პროგნოზირება, რასაც საზღვრავენ სპეციფიკური ალერგოლოგიური ტესტების ჩატარებით. მათი დახმარებით დგინდება სენსიბილიზაციის არარსებობა ან არსებობა და მისი ხარისხი განსაზღვრული ალერგენის მიმართ. ამ ტესტებს მიეკუთვნება in vivo და in vitro გამოკვლევები. In vivo გამოკვლევებია პროვოკაციული და კანის სინჯები; in vitro გამოკვლევები – სისხლის შრატში სპეციფიკური IgE-ს განსაზღვრის სხვადასხვა მეთოდები, უჯრედული ტესტები (ლეიკოციტოლიზის რეაქცია, ნეიტროფილების დაზიანების მაჩვენებელი – ნდმ), თრომბოციტების აგლუტინაციის ინდექსი, ბაზოფილების დეგრანულაციის რეაქცია (შელის ტესტი) და სხვა.

კანის სინჯებს შორის გამოყოფენ შემდეგ მეთოდებს –

1. კანზედას:
   - აპლიკაციური,
   - წვეთოვანი,
   - სკარიფიკაციული,
   - ჩხვლეტითი (პრიკ-ტესტები).
2. კანშიდას;

3. კანქვეშა.

კანზედა ტესტების შეფასებისას ცრუდადებითი და ცრუ-უარყოფითი შედეგების გამორიცხვის მიზნით გამოიყენება დადებითი (ჰისტამინი) და უარყოფითი (ფიზიოლოგიური ხსნარი) კონტროლი.

აპლიკაციური სინჯის დროს წინა მხრის მედიალურ ზედაპირზე თავსდება რომელიმე გამოსაკვლევ ნივთიერებაში გაჟღენთილი 1,5x1,5 სმ ზომის დოლბანდის რამდენიმე ფენა და ფიქსირდება ლეიკოპლასტირით. სინჯის შედეგები ფასდება 15-20 წთ-ის (სწრაფი ტიპის რეაქცია) და 24-48 სთ-ის შემდეგ (დაგვიანებული ტიპის რეაქცია). სინჯი დადებითია, თუ კანის შესაბამის უბანზე ალინიშნება ბუშტუკების არსებობა, მხოლოდ ჰიპერემია ან ჰიპერემია ინფილტრაციითა და შეშუპებით.

ნვეთოვანი სინჯის დროს წინა მხრის მედიალურ ზედაპირზე ეწვეთება სპირტში ან ფიზიოლოგიურ ხსნარში გახსნილი გამოსაკვლევი ნივთიერების 1-2 ნვეთი. შედეგი ფასდება გაშრობის შემდეგ 2, 4, 12 და 24 სთ-ში. სენსიბილიზაციის არსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია უკვე 15-20 წთ-ის შემდეგ კანზე ალინიშნოს ქავილი, შეშუპება და ჰიპერემია.

სკარიფიკაციული სინჯის დროს სკარიფიკაცია (გაკაწრა) ტარდება გამოსაკვლევი ნივთიერების დანვეთების ადგილას ან თავდაპირველად კეთდება გაკაწრა და შემდეგ თავსდება ნვეთი. დაუყოვნებელი ტიპის ალერგიული რეაქცია, რომელსაც თან ახლავს ქავილი, შეწითლება, შეშუპება 15-20 წთ-ში ვლინდება.

ჩხვლეტითი (პრიკ) ტესტი ტარდება ისეთივე ტექნიკით, როგორც სკარიფიკაციული და მას დღესდღეობით ენიჭება უპირატესობა ნაკლები ტრავმულობის, შედარებით მაღალი მგრძნობელობისა და სპეციფიკურობის გამო.

კანშიდა სინჯის დროს კანში შეყავთ 0,02-0,05 მლ სტერილური გამოსაკვლევი ნივთიერება თანმიმდევრულად 1:1000, 1:100, 1:10 განზავებით და შემდგომ – განუზავებელი. 15-20 წთ-ისა და შემდგომ 24 სთ-ის განმავლობაში განისაზღვრება კანის რეაქცია. დადებითი კანშიდა სინჯის შემთხვევაში პრეპარატის ინექციის ადგილზე წარმოიქმნება ჰიპერემია, შეშუპება, ბუშტუკი.

კანქვეშა სინჯის დროს კანქვეშ შეჰყავთ 0,02-0,05 მლ სტერილური გამოსაკვლევი ნივთიერება თანმიმდევრულად 1:1000, 1:100, 1:10 განზავებით და, საჭიროებისას, 35-40 მმ-ის დაშორებით იმავე რაოდენობის ფიზიოლოგიური ხსნარი. 15-20 წთ-ისა და 24-48 სთ-ის შემდეგ განისაზღვრება რეაქციის შედეგი. დადებითი კანქვეშა სინჯის შემთხვევაში პრეპარატის ინექციის ადგილზე წარმოიქმნება ჰიპერემია, შეშუპება, ბუშტუკი. ცხადია, სკარიფიკაციული, ჩხვლეტითი, კანშიდა და კანქვეშა სინჯი არ შეიძლება გამოყენებულ იქნას ალერგიული რეაქციის სადიაგნოსტიკოდ კბილის პასტების კომპონენტების, პლასტმასის მონომერისა და ტუჩის საცხის მიმართ.

მუკოზური სინჯების ჩასატარებლად გამოიყენება სპეციალური ლორწოვანის მისაწოვარი ან ფირფიტა. გამოსაკვლევი ნივთიერებით გაჟღენთილი დოლბანდის პატარა ნაჭერი თავსდება ლორწოვანზე და ფიქსირდება მისაწოვარის ან ფირფიტის საშუალებით, ისე რომ გამოსაკვლევი ნივთიერება ეხებოდეს პირის ღრუს (ტუჩის) ლორწოვანს. სინჯის შეფასება ხდება 5 ქულიანი სისტემით: I – ჰიპერემია (+), II – ჰიპერემია შეშუპებით (++), III – ჰიპერემია ბუშტუკებით (+++), IV – უხვი გამონაყარი (++++), V – ნეკროზი (+++++).

ზემოთ ჩამოთვლილ ტესტებს შორის ყველაზე მაღალი დიაგნოსტიკური ღირებულებით ხასიათდება *კანქვეშა სინჯი*, რომელიც განიხილება როგორც *პროვოკაციული ტესტი* და ტარდება ანტიშოკური გადაუდებელი დახმარების ჩატარების შესაძლებლობის პირობებში.

ელვისებრი ტიპის ალერგიული რეაქციები

ელვისებრი ტიპის ალერგიულ რეაქციებს მიეკუთვნება მდგომარეობა, რომელიც ორგანიზმში ვითარდება სპეციფიკური ანტიგენის მოხვედრიდან სულ რამდენიმე წუთში. ამ ტიპის ალერგიული რეაქციებია:

- ანაფილაქსიური შოკი,
- კვინკეს შეშუპება,
- ჭინჭრის ციება.

ანაფილაქსიური შოკი

ანაფილაქსიური შოკი (Choc anaphylacticus) წარმოადგენს მკვეთრად გამოხატულ ალერგიულ რეაქციას, ვითარდება უეცრად, რამდენიმე წუთის განმავლობაში.

გართულებები, გამოწვეული ქირურგიული და თერაპიული ჩარევით (ანაფილაქსიური შოკი) (T88), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება") და შედის ბლოკში „გართულებები, გამოწვეული ქირურგიული და თერაპიული ჩარევით".

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ანაფილაქსიური შოკის მიზეზი შეიძლება გახდეს: ვაქცინა, შრატი, ნებისმიერი მედიკამენტი, ასევე, მწერების ნაკბენი. ორგანიზმში მოხვედრის გზები სხვადასხვაა: პერორალური, ვენური, ექსტრაგირებული კბილის ალვეოლიდან და ა.შ.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის:

- სუნთქვის გაძნელებას,
- გულისრევის შეგრძნებას,
- თავის ტკივილს,
- პულსაციის შეგრძნებას თავში,
- იშვიათად ხმაურს ყურებში და ტკივილს მკერდის უკან.

ობიექტური მონაცემები

თუ ანაფილაქსიური შოკი ვითარდება ალერგენის ორგანიზმში მოხვედრიდან 5-10 წუთში, კლინიკური სურათი მძიმეა. აღინიშნება კოლაფსი, ცნობიერების დაკარგვა, კრუნჩხვები. შესაძლოა – ლეტალური გამოსავალი.

შედარებით მსუბუქი შოკის დროს შეინიშნება სუნთქვის გაძნელება, პაციენტი ფორიაქობს, ასხამს ცივი ოფლი, კარგავს გონებას, შესაძლოა უნებლიე დეფეკაცია და შარდვა. კანის საფარი ჰიპერემიულია, წნევა დაქვეითებული. შესაძლებელია გულისრევის შეგრძნება და პირღებინება. შეშუპებას თან ახლავს ასფიქსია და დისფაგია, იშვიათად – კვინკეს შეშუპება და გამონაყარი კანზე. შესაძლებლია ლეტალური გამოსავალი.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ანაფილაქსიური შოკის დიფერენცირება ხდება,

- გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობასთან,
- მიოკარდიუმის ინფარქტთან,
- ეპილეფსიასთან (კრუნჩხვების დროს).

მკურნალობა

ანაფილაქსიური შოკის მკურნალობა მყისიერად უნდა დაიწყოს და იგი გულისხმობს:

- ალერგენის შეწოვის შემცირებას,
- არტერიული წნევის ნორმალიზებას,
- სპაზმის მოხსნას,
- ასფიქსიის პროფილაქტიკას.

პირველი ღონისძიებაა 0,5-1 მლ 0,1%-იანი ადრენალინის შეყვანა და ყინულის მოთავსება ალერგენის შეღწევის უბანში.

მკურნალობის შემდგომი წარმართვა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმესა და კლინიკურ ნიშნებზე:

- პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით შემდგომ – 0,5-1 მლ 0,1%-იანი ადრენალინი კანქვეშ;
- 30-60 მლ პრედნიზოლონი, ან 125 მლ ჰიდროკორტიზონი კანქვეშ;
- კოლაფსის მოსახსნელად – 2 მლ 10%-იანი კოფეინი და კორდიამინი კანქვეშ;
- ბრონქოსპაზმის მოსახსნელად 10 მლ 2,4% ეუფილინი ინტრავენურად;
- ანტიჰისტამინური პრეპარატები ჰემოდინ-

ამიკის გაუმჯობესების შემდეგ (შეიძლება გამოიწვიონ არტერიული წნევის დაცემა): 2მლ 1%-იანი დიმედროლი, 2 მლ 2,5%-იანი პიპოლფენი, 2 მლ 2%-იანი სუპრასტინი, 0,1%-იანი 2 მლ ტავეგილი და სხვა;

- კრუნჩხვების დროს – ანტიშოკური და ნეიროლეპტიკური მოქმედების პრეპარატები (სედუქსენი, დროპერიდოლი და სხვა) ინტრავენურად.

აუცილებლია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

პროგნოზი

დროული და ადეკვატური ჩარევისას კეთილსაიმედოა. მისი არარსებობისას შესაძლებლია ლეტალური გამოსავალი.

ეს მნიშვნელოვანია!

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, სტომატოლოგიური კაბინეტის აფთიაქში აუცილებლად უნდა იყოს: ერთჯერადი შპრიცები, ადრენალინი, მეზატონი, კორდიამინი, კოფეინი, კორტიკოსტეროიდები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები.

კვინკეს ანგიონევროზული შეშუპება

კვინკეს ანგიონევროზული შეშუპება (Oedema angioneuroticum Quincke) წარმოადგენს ელვისებურ ალერგიულ რეაქციას. იგი ხშირად ვითარდება ჭინჭრის ციებასთან ერთად.

კვინკეს ანგიონევროზული შეშუპება (T78.3), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება“) და შედის ბლოკში „გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედების დაზუსტებული ეფექტები“.

გავრცელება

დიდ საშიშროებას წარმოადგენს ხახის შეშუპება, რომელიც ვითარდება შემთხვევათა 25%-ში.

ლოკალიზაცია

შუპდება ტუჩები, ენა, პირის ღრუს ლორწოვანი, ქუთუთოები, სახის სხვა ნაწილები. ხორხის შეშუპების დროს ვითარდება ბრონქოსპაზმი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

კვინკეს შეშუპება ვითარდება კვებითი, მედიკამენტოზური და სხვა ალერგენების მოქმედების საპასუხოდ.

კვინკეს ანგიონევროზულ შეშუპებასა და ჭინჭრის ციებას აქვთ საერთო პათოგენეზი: ჰისტამინისა და სხვა ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების გამოთავისუფლებას ორგანიზმში მოჰყვება კაპილარების გაფართოება, მათი განვლადობის გაზრდა და შემაერთებელ ქსოვილში დიდი რაოდენობით ექსუდატის დაგროვება.

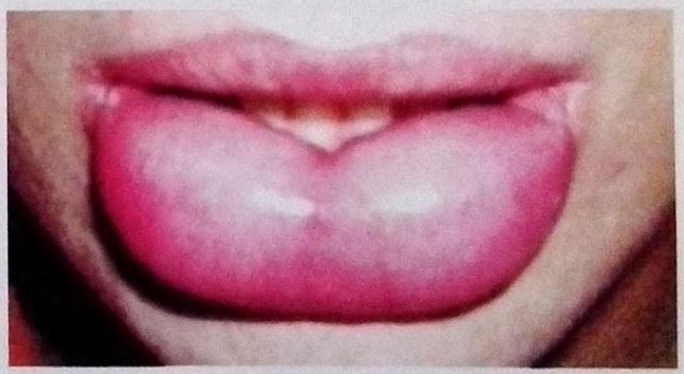
სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის:

- საერთო დისკომფორტს,
- ტუჩების, ენის, სახის სხვა ნაწილების შეშუპებას,
- ხორხის შეშუპების დროს სუნთქვის გაძნელებას,
- ქავილის შეგრძნებას.

ობიექტური მონაცემები

დაავადება იწყება ელვისებურად. შუპდება ტუჩები, ენა, სახის სხვა ნაწილები (სურ. 139). შეშუპებას თან ახლავს ქავილი. შეშუპებული უბანი პალპაციით უმტკივნეულოა, მაგრამ აღინიშნება კრეპიტაცია. ხორხის შეშუპების დროს გაძნელებულია სუნთქვა, სახეზე პაციენტს დაჰკრავს მოლურჯო ელფერი.



სურ.139. კვინკეს შეშუპება

შესაძლებელია დაავადების რეციდივი.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

კვინკეს შეშუპების დროს ტუჩის შეშუპება უნდა დიფერენცირდეს:

- მელკერსონ-როზენტალის სინდრომთან,
- ლიმფოსტაზთან,

- კოლატერალურ შეშუპებისთან პერიოდონტიტების დროს.

მკურნალობა

მკურნალობის პირველი საფეხურია ალერგენთან კონტაქტის შეწყვეტა. ხორხის შეშუპების დროს ტარდება ყველა ის ღონისძიება, რაც მოწოდებულია ანაფილაქსიური შოკის დროს. სხვა შემთხვევაში პაციენტს ენიშნება:

- ანტიჰისტამინური პრეპარატები per os: 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;
- ასკორუტინი – სისხლძარღვების განვლადობის დასაქვეითებლად.

ადგილობრივად აპლიკაციების სახით გამოიყენება კორტიკოსტეროიდები: პრედნიზოლონის, ჰიდროკორტიზონის აცეტატის, პოლკორტოლონის, კლოვეიტის, გიოქსიზონისა და სხვა მალამოები.

პროფილაქტიკა

დაავადების რეციდივის გამოსარიცხად აუცილებელია აიკრძალოს კონტაქტი დაავადების გამომწვევ ალერგენთან.

პროგნოზი

დროული მკურნალობისას – სასიკეთოა. მისი არარსებობისას გამოსავალი შესაძლებელია იყოს ლეტალური.

წამლისმიერი ალერგია

წამლისმიერი ალერგია, მედიკამენტური ალერგია (Allergia medicamentosa) საკმაოდ ხშირად ვლინდება პირის ღრუში. აღნიშნული განპირობებულია იმით, რომ პირის ღრუ ალერგენთან პირველი კონტაქტის უბანია. ალერგიული რეაქციის ტიპი განისაზღვრება, ერთი მხრივ, ანტიგენის და, მეორეს მხრივ, ორგანიზმის რეაქტიულობით.

გართულებები, გამოწვეული ქირურგიული და თერაპიული ჩარევით (წამლისმიერი ალერგია) (T88), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება") და შედის ბლოკში „გართულებები, გამოწვეული ქირურგიული და თერაპიული ჩარევით".

გავრცელება

მედიკამენტური თერაპია 6-25% შემთხვევაში რთულდება ალერგიული რეაქციით. ყველაზე ხშირად ალერგიულ რეაქციას იძლევა ანტიბიოტიკები (პენიცილინის ჯგუფის, ტეტრაციკლინი, სტრეპტომიცინი), სულფანილამიდური პრეპარატები, ანალგეტიკები, იოდი, ბრომიდები, ტრანკვილიზატორები და სხვა.

ლოკალიზაცია

პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით პირის ღრუში განირჩევა ალერგიული გინგივიტი, გლოსიტი, პალატინიტი, სტომატიტი, ჰეილიტი. ალერგიული რეაქციის გამოხატულება პირის ღრუში შეიძლება იყოს კატარული ან კატარულ-ჰემორაგიული, ეროზიული და წყლულოვან-ნეკროზული.

ფორმები

წამლისმიერი ალერგიული სტომატიტები, თავის მხრივ, იყოფა:

- კატარულ,
- კატარულ-ჰემორაგიულ,
- ეროზიულ,
- ეროზიულ-ნეკროზულ ფორმებად.

პირის ღრუში შეიძლება განვითარდეს ღრძილების მედიკამენტური ჰიპერტროფია, მედიკამენტური წყლულოვანი სტომატიტი, ერითემა, მელანომა (პიგმენტაცია) და წამლისმიერი დისქრომია.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

პირის ღრუში წამლისმიერი ალერგიის გამომწვევი შეიძლება იყოს: ამალგამის ბჟენის არსებობა, პროთეზი, სხვადასხვა მეტალისგან დამზადებული გვირგვინი, აკრილის პლასტმასა, კოსმეტიკური და ჰიგიენური საშუალებები, ნებისმიერი სამკურნალო-წამლო საშუალების პერორალურად მიღება და ა.შ.

სუბიექტური მონაცემები

კატარული და კატარულ-ჰემორაგიული სტომატიტების დროს პაციენტი უჩივის:

- პირის ღრუს წვას,
- ქავილს,
- სიმშრალეს,
- უმნიშვნელო ტკივილს საკვების მიღებისას.

ე რ ო ზ ი უ ლ ი ფორმის დროს აღინიშნება:

- მტკივნეული ეროზიები,
- მეტყველებისა და საკვების მიღების გაძნელება.

წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ - ნ ე კ რ ო ზ უ ლ ი მედიკამენტური სტომატიტის დროს პაციენტი უჩივის:

- ძლიერ ტკივილს პირის გაღებისას, ყლაპვისას, მეტყველების დროს,
- მაღალ ტემპერატურას.

ობიექტური მონაცემები

მედიკამენტური ალერგიის დროს პრეპარატის მიღებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ ლორწოვანზე ჩნდება ერითემატოზული ლაქები. მათ ცენტრში შეიძლება გაჩნდეს მცირე ზომის ბუშტუკი სეროზული შიგთავსით, რომელიც შემდგომ ეროზიად იქცევა.

პრეპარატის განმეორებითი მიღება იწვევს რეციდივის განვითარებას პირის ღრუში.

კ ა ტ ა რ უ ლ ი და კ ა ტ ა რ უ ლ - ჰ ე მ ო რ ა გ ი უ ლ ი სტომატიტის (გინგივიტის, გლოსიტის) დროს ლორწოვანი გარსი წითელია, მცირედ შეშუპებული (სურ. 140). მისი მთლიანობა არ არის დარღვეული. გლოსიტის დროს ენის გვერდითი კიდეები შეშუპებული და ჰიპერემიულია. ენასა და ლოყის ლორწოვანზე (კბილების შეთანასოვრების ხაზზე) აღინიშნება კბილების ანაბეჭდები. ენის საგემოვნო დვრილები ჰიპერტროფული ან ატროფიულია (გაკრიალებული ენა). შესაძლებელია ჰემორაგიული გამონაყარი და ენანთემები მაგარ და რბილ სასაზე. პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა, როგორც წესი, დამაკმაყოფილებელია.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ეროზიული დაზიანებისას აღინიშნება ტუჩების, ლოყების, ენის გვერდითი კიდეების, მაგარი სასის ლორწოვანის მთლიანობის დარღვევა. ეროზიები სხვადასხვა ზომისაა, ისინი ზოგჯერ ერთდებიან, იფარებიან ფიბრინოზული ნადებით. ენა შეიძლება იყოს შეღებილი და შეშუპებული. კბილთაშორის დვრილები – შეშუპებული, მენთლებული და შეხებისას ადვილად სისხლმდენი. ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლები – გადიდებული და მტკივნეული. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დარღვეულია, აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, სისუსტე, მადის დაქვეითება.

წ ყ ლ უ ლ ო ვ ა ნ - ნ ე კ რ ო ზ უ ლ ი მედიკამენტური სტომატიტის დროს მაგარ სასაზე, ენაზე, ლოყის ლორწოვანზე აღინიშნება ნეკროზული, მოხაცრისფრო-თეთრი ფერის ნადებით დაფარული წყლულები (სურ. 141). დაავადება ზოგჯერ იღებს დიფუზურ ხასიათს. პროცესში ჩაითრევა სასის ნუშურებიც, ხახის უკანა კედელი და მთელი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა. აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის მომატება, საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება.

დიაგნოსტიკა

წამლისმიერი ალერგიის დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს. მნიშვნელოვანია სრულფასოვანი ანამნეზი – როდის მოხდა პირის ღრუს ახალი ჰიგიენური საშუალებების (კბილის პასტა, ფქვილე) გამოყენება, რა სამკურნალწამლო პრეპარატები მიიღო პაციენტმა ბოლო 5–7 დღის განმავლობაში. სისხლის კლინიკურ ანალიზში წამლისმიერი ალერგიის დროს აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი, ეოზინოფილია (ზოგ შემთხვევაში), ედს-ის მომატება.

სურ. 140. წამლისმიერი გინგივო-სტომატიტი. კატარულ-ჰემორაგიული ფორმა

სურ. 141. წამლისმიერი გინგივო-სტომატიტი. ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმა

სურ. 142. ნამლისმიერი ალერგია. კანის, ტუჩის წითელი ყალთნის დაზიანება

სურ. 143. კონტაქტური ალერგიული ქეილიტი

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

კატარული და კატარულ-ჰემორაგიული ალერგიული დაზიანებები დიფერენცირდება მსგავს მდგომარეობებთან, რომელიც წარმოიქმნება:

- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების,
- ჰიპო- და ავიტამინოზების,
- ენდოკრინული დაზიანებების,
- სისხლის დაავადებების,
- სოკოვანი დაავადებების დროს.

ეროზიული დაზიანებები დიფერენცირდება:

- ჰერპესულ სტომატიტთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- პემფიგუსთან,
- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან.

წყლულოვან-ნეკროზული ნამლისმიერი სტომატიტები უნდა დიფერენცირდეს:

- ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზულ სტომატიტთან,
- პირის ღრუს სპეციფიკური დაზიანებებისგან სიფილისის და ტუბერკულოზის დროს,
- ტროფიკულ წყლულთან,
- სისხლის დაავადებების გამოვლინებასთან პირის ღრუში.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება სისხლძარღვების გაფართოვება, უმნიშვნელი ინფილტრაცია, უმეტესად ლიმფოციტებით.

მკურნალობა

ადგილობრივი

- საჭიროებისას ლორწოვანი გარსის გაუტკივარება: ბენზოკაინის 4%-იან ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იან 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%-იან ჰიდროპერიტის ხსნარი, 0,025%-იანი ეტაკრიდინი, 0,025%-იანი დეკამეტოქსინის წყალხსნარი, 0,1%-იანი სანგვირიტრინის ლინიმენტი და სხვა,
- ეროზიების და წყლულების ზედაპირიდან ნეკროზული მასების მოსაშორებლად საჭიროა მათი დამუშავება პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა, ტერილიტინი, კარიპაზინი 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 ამამაღლებელი თერაპია: იმუდონი – 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 მკურნალობა:

- მადესენსიბილიზებელი თერაპია: პიპოლფენი – 0,025 გ 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;

- არასპეციფიკური ჰიპომასენსიბილიზებელი თერაპია – კალციუმის პრეპარატებით: კალციუმის ქლორიდი, გლიცეროფოსფატი, გლუკონატი და სხვა;
- საჭიროების შემთხვევაში დეზინტოქსიკაციისათვის 0,9%-იანი ნატრიუმის ჰიპოქლორიდის, რინგერის, 5%-იანი გლუკოზის ხსნარის და სხვა გადასხმა;
- მძიმე შემთხვევებში კორტიკოსტეროიდული პრეპარატების (პრედნიზოლონი 30-80 მგ, დექსამეტაზონი 4-6 მგ, ტრიამცილონონი 10-12 მგ) გამოყენება მიღებული სქემებით;
- დიეტოთერაპია მიმართული უნდა იყოს ალერგიული რეაქციის დათრგუნვისაკენ. ამ მიზნით ინიშნება დიდი რაოდენობით ტუტოვანი სასმელი, C ვიტამინით მდიდარი წვენები, ბოსტნეულის კერძები. პაციენტებს ეკრძალებათ მწარე, ცხარე, ნიგვზიანი საკვებისა და ციტრუსის, სპირტიანი სასმელის მიღება.

პროფილაქტიკა

მედიკამენტური ალერგიის პროფილაქტიკა, უპირველესად, გულისხმობს სხვადასხვა პრეპარატზე დაწვრილებითი ალერგიული ანამნეზის შეკრებას (განსაკუთრებით – ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდები). იმ პირებთან მიმართებით, ვისაც წარსულში აღენიშნებოდა ალერგიული რეაქცია, ექიმმა განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს ახალი სამკურნალწამლო ნივთიერების დანიშვნისას.

პროგნოზი

ადეკვატური მკურნალობის შემდეგ – კეთილსაიმედოა.

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი (**Stomatitis aphtosa chronica recidiva**) აუტოიმუნური ინფექციურ-ალერგიული დაავადებაა. იგი ხასიათდება აფთების რეციდიული გამონაყარით პირის ღრუში, ხანგრძლივი მიმდინარეობითა და პერიოდული გამწვავებებით.

რეციდიული აფთები (K12.00), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების, ყბების დაავადებები“.

გავრცელება

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ერთ-ერთი მეტად გავრცელებული დაავადებაა. მისი შეხვედრის სიხშირე 10-40%-ია სხვადასხვა ასაკის მოსახლეობაში. ბოლო ათი წლის მანძილზე აღინიშნება დაავადებულ პირთა რიცხვის ზრდის ტენდენცია, განსაკუთრებით მისი მძიმე ფორმის.

ლოკალიზაცია

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი პირის ღრუში, როგორც წესი, ლოკალიზდება ლოყის ლორწოვანზე, ტუჩებზე, ენის წვერსა და გვერდებზე, თუმცა, მისი განვითარება პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერ უბანზეა შესაძლებელი, გარდა მაგარი სასისა და მიმაგრებული ღრძილებისა.

ფორმები

სიმძიმის მიხედვით განირჩევა:

- მსუბუქი,
- საშუალო,
- მძიმე ფორმა.

ასეთი დაყოფა ხორციელდება აფთების გაჩენის პერიოდულობის (სიხშირის) მიხედვით: მსუბუქი ფორმის დროს დაზიანება ჩნდება წელიწადში ერთხელ ან უფრო იშვიათად, საშუალო სიმძიმისას – 6 თვეში ერთხელ, მძიმე ფორმის დროს – 3 თვეში ერთხელ და უფრო ხშირად.

კლინიკური მიმდინარეობისა და მორფოლოგიური ტიპების მიხედვით განირჩევა სხვადასხვა ფორმის ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი:

- ფიბრინოზული,
- ნეკროზული,
- გლანდულური,
- ნაწიბუროვანი,
- მადეფორმირებელი.

კლინიკური სურათის მიხედვით განირჩევა დაავადების შემდეგი ფორმები:

- მსუბუქი,
- მძიმე (ღრმა, მორეციდივე, ნაწიბუროვანი აფთები).

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი ინფექციურ-ალერგიული დაავადებაა ანუ იგი არის ორგანიზმის ალერგიული რეაქცია რაიმე ინფექციაზე (უმეტესწილად – მარტივი ჰერპესის ვირუსის, ციტომეგალოვირუსის, ბაქტერიული ანტიგენებისადმი). დაავადების შესაძლო გამომწვევი ფაქტორებია: ადენოვირუსი, სტაფილოკოკი, კვებითი, მიკრობული, მედიკამენტური ალერგია, იმუნური (მათ შორის – აუტოიმუნური დარღვევები), კუჭ-ნაწლავის, განსაკუთრებით ღვიძლის დაავადებები, ნერვულ-ტროფიკული დარღვევები, სხვადასხვა მავნე ფაქტორის (ქრომის ნაერთები, ბენზინი, ფენოლი, კბილის საპროტეზო მასალების) ზემოქმედება. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი, ასევე, შეიძლება დაკავშირებული იყოს შიდსთან.

დაავადების მაპროვოცირებელი ფაქტორი შეიძლება გახდეს: პირის ღრუს ლორწოვანის ტრავმა, სტრესი, გადაღლა, გადატანილი ვირუსული ინფექცია, მენსტრუაციის წინა პერიოდი და სხვა.

სუბიექტური მონაცემები

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის დროს პაციენტები უჩივიან პირის ღრუში მტკივნეული აფთების არსებობას. დაავადების მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დროს ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, მძიმე ფორმისას აღინიშნება:

- მომატებული გაღიზიანებადობა,
- ძილის დარღვევა,
- მადის დაქვეითება (70% შემთხვევაში).

ობიექტური მონაცემები

აფთის წარმოშობის პროცესი იწყება პირის ღრუს ლორწოვანზე 1 სმ-მდე ზომის ჰიპერემიული, მკვეთრად შემოსაზღვრული, მტკივნეული, მრგვალი ან ოვალური ფორმის ლაქის წარმოქმნით, რომელიც რამდენიმე საათის შემდეგ მსუბუქად ამოიწევა ლორწოვანიდან. რამდენიმე საათში ვითარდება ეროზია, რომელიც იფარება მონაციისფერო-თეთრი ფიბრინოზული ნადებით. ამის შემდეგ ფიბრინოზულ-ნეკროზული კერა შემოისაზღვრება წვრილი ჰიპერემიული ყაეთნით – ყალიბდება აფთა. აფთა ძალიან მტკივნეულია და პალპაციით რბილია. ფსკერზე შეიძლება შეიმჩნეოდეს მცირე ზომის ინფილტრატი, მის ირგვლივ ქსოვილების შეშუპება და ჰიპერემია. აფთა შესაძლებელია იყოს ერთეული ან მრავლობითი. 2-4 დღის შემდეგ მას სცილდება ნეკროზული მასები. 2-3 დღის შემდეგ კი აფთა განიცდის ეპითელიზაციას, თუმცა, რამდენიმე დღე მის ადგილზე ნარჩუნდება შეგუბებითი ჰიპერემია.

მსუბუქი ფორმის დროს პირის ღრუს ლორწოვანზე 1 ან 2 აფთა წარმოიქმნება (სურ. 144). დაავადება დასაწყისში სუსტად გამოხატული სიმპტომატიკით ხასიათდება და პაციენტისთვის შეუმჩნეველია. კლინიკურმა დაკვირვებებმა აჩვენა, რომ დაავადების საწყის ეტაპზე რამდენიმე წლის განმავლობაში აფთოზური სტომატიტი ვლინდება მსუბუქი ფორმით.

სურ. 144. მსუბუქი ფორმის ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი. აფთა ქვედა ტუჩზე

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის მძიმე ფორმა, ანუ მორეციდივე ღრმა ნაწიბუროვანი აფთები, იგივე სეტონის აფთები, ხასიათდება შემდეგი კლინიკური გამოვლინებებით:

- პირის ღრუს ლორწოვანზე წარმოიქმნება ღრმა, კრატერის ფორმის, მკვეთრად მტკივნეული წყლულები, რომელთა ეპითელიზაციის ვადა 25-35 დღეა;
- პირის ღრუს ლორწოვანზე ერთდროულად აღინიშნება როგორც მცირე ზომის აფთები, ასევე დიდი ზომის წყლულები;

- ზოგიერთ პაციენტს აფთები უჩნდება ტალღისებურად, რამდენიმე კვირის განმავლობაში. ისინი ცვლიან ერთმანეთს ან წარმოიშობიან ერთდროულად დიდი რაოდენობით;
- დაავადება მწვავდება წელიწადში 5-6 ჯერ.

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის მძიმე ფორმის დროს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა: მათგან 22%-ს უყალიბდება ნევროზული სტატუსი, არცთუ იშვიათია რეგიონული ლიმფადენიტი. დაავადებას არ ახასიათებს სეზონურობა. როგორც წესი, მწვავდება ყოველთვიურად და ზოგჯერ დაავადებას პერმანენტული ხასიათიც აქვს. წყლულები ეპითელიზაციას განიცდის ნელა (1,5-2 თვემდე) და შემდეგ რჩება ნაწიბური (სურ. 145).

ა) აფთა ზედა ტუჩის ლორწოვანზე

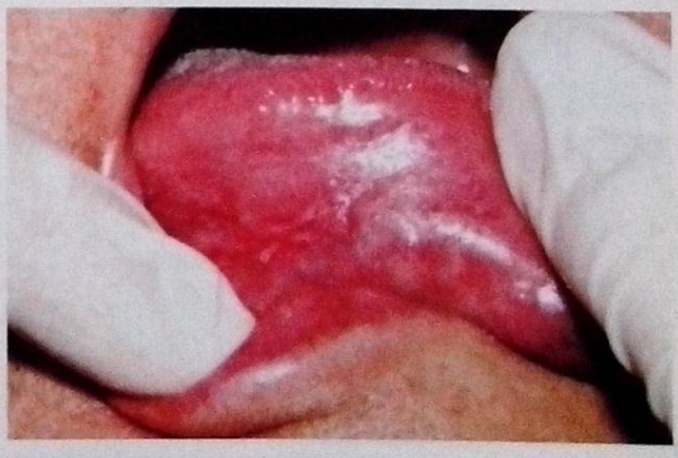
ბ) აფთა ქვედა ტუჩზე

სურ. 145. სეტონის აფთა

კლინიკური მიმდინარეობისა და მორფოლოგიური ტიპების მიხედვით განარჩევენ სხვადასხვა ფორმის ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტს. ფიბრინოზული ფორმა წარმოიქმნება მიკროცირკულაციის პირველადი დაზიანების ფონზე. პირის ღრუში ჩნდება ერთეული, ფიბრონოზული ნადებით დაფარული აფთები. ნადები ნარჩუნდება 3-10 დღე. უმეტესად ფიბროზული აფთები ლოკალიზებულია ტუჩის ლორწოვანზე, ენის გვერდით კიდესა და გარდამავალ ნაოჭზე. ასეთი აფთები ხშირად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების სიმპტომია პირის ღრუში (სურ. 146).

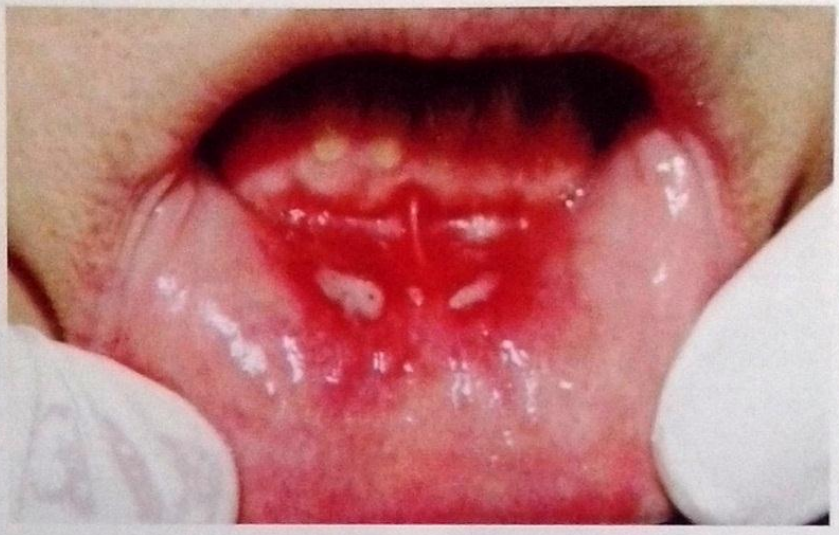
ა) აფთა დაზიანება ლოყის ლორწოვანზე

ბ) აფთა დაზიანება ენის ქვედა ზედაპირზე



სურ. 146. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი. ფიბროზული აფთა

დაავადების ნეკროზული ფორმა ხასიათდება აფთის ზედაპირზე ადვილად მოსაშორებელი ნეკროზული ნადების არსებობით (სურ. 147). იგი უმეტესად გვხვდება მძიმე სომატური დაავადებების ფონზე (მათ შორისაა სისხლის დაავადებები). აფთები ნაკლებ მტკივნეულია, პროცესი მიმდინარეობს მდორედ, დაზიანების ელემენტების ეპითელიზაცია 14-30 დღის შემდეგ ხდება. დაავადების ეს ფორმა ხშირად თან ახლავს შიდსს.



სურ. 147. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი. ნეკროზული აფთები ქვედა ტუჩის შიგნითა ზედაპირზე

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის გლანდულური ფორმა ხასიათდება მცირე სანერწყვე ჯირკვლების გამომტანი სადინრების დაზიანებით და მათი ფუნქციური აქტივობის დაქვეითებით. დაზიანების ელემენტი უმეტესად ლოკალიზებულია პირის ღრუს ფსკერზე, ლოყისა და ტუჩების ლორწოვანზე, რბილ სასაზე, ენის დისტალურ ზედაპირზე. აფთები ერთეული ან მრავლობითია, მკვეთრად მტკივნეული, პერიფერიაზე აღინიშნება ჰიპერემია (სურ. 148). მაპროვოცირებელ ფაქტორებად შეიძლება იქცეს გადაცივება, რესპირატორული ინფექციები, სტრესი. ეპითელიზაცია, როგორც წესი, დგება 7-20 დღეში.

ა) აფთა პირის ღრუს ფსკერზე

ბ) აფთა ქვედა ტუჩის შიგნითა ზედაპირზე

სურ. 148. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი. გლანდულური აფთები

დაავადების ნაწიბუროვანი (სურ. 149) და მადეფორმირებელი (სურ. 150) ფორმები გაცილებით მძიმეა. პაციენტებს აღენიშნებათ ერთეული, ღრმა, მტკივნეული წყლულები. ეპითელიზაცია დგება 1-2 თვის შემდეგ, რის შემდეგაც ლორწოვანზე რჩება ნაწიბური. შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს მიკროსტომა (სურ. 151). ეს ფორმები უმეტესად გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში, წყლულების ზომა ვარირებს 1-6 სმ დიამეტრის ფარგლებში.

ა) აფთა ზედა ტუჩზე

ბ) აფთა ლოყის ლორწოვან გარსზე კბილთა შეთანასოვნების ადგილზე

სურ. 149. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი. ნაწიბუროვანი აფთები

სურ. 150. ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი. მადეფორმირებელი აფთა ლოყის ლორწოვანზე

სურ. 151. მიკროსტომა, ჩამოყალიბებული ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის შედეგად

დიაგნოსტიკა

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის დიაგნოსტიკა ხდება კლინიკური მონაცემებისა და სრულფასოვანი ანამნეზის საფუძველზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

მსუბუქი ფორმის ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის დიფერენცირდება უნდა მოვახდინოთ:

- ტრავმულ წყლულთან,
- ჰერპესულ სტომატიტთან,
- სიფილისთან.

მძიმე ფორმის ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი დიფერენცირდება შემდეგ დაავადებებთან:

- ტრავმული ეროზია,
- ტრავმული წყლული,

- ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტი,
- ბეხჩეტის სინდრომი,
- ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული სტომატიტი,
- სიფილისური წყლული,
- ტუბერკულოზური წყლული,
- გაავთვისებიანებული წყლული.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება ღრმა ფიბრინოზურ-ნეკროზული ანთება, რომელსაც თან ახლავს სისხლძარღვების გაფართოვება, პერივასკულარული ინფილტრაცია, ეპითელიუმის ნეკროზი.

მკურნალობა

დაავადების მკურნალობაში მეტად მნიშვნელოვანია ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა (ალერგია, ინფექცია, ორგანიზმის იმუნიტეტის დაქვეითება). ზოგადი მკურნალობა გულისხმობს გამომწვევი მიზეზის მოხსნასა და რემისიების გახანგრძლივებას. ამ მიზნის მისაღწევად ტარდება თანამიმდევრული, კლინიკურ-იმუნოლოგიური გამოკვლევები, საჭიროების შემთხვევაში, აუცილებელია სხვა დარგის სპეციალისტის (თერაპევტი, გასტროენტეროლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, ენდოკრინოლოგი და სხვ.) კონსულტაცია.

მკურნალობის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია გამოვლენილ იქნას ქრონიკული ინფექციის კერები ორგანიზმში და მოხდეს მათი სანაცია. ასევე აუცილებელია კვების კორექცია – გამაღიზიანებელი საკვების ამოღება მენიუდან.

ადგილობრივი მკურნალობა მოიცავს:

- ლორწოვანის გამაუტკივარებელი საშუალებების გამოყენებას: ბენზოკაინის 4%-იანი ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი, ლიგნოკაინის ჟელე, დიპლენ დენტას ლიდოკაინით გაჟღენთილი ფირფიტები და სხვა;
- სუსტი ანტისეპტიკებით: 0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის წყალხსნარი, 0,25%-იან ჰიდროპერიტის ხსნარი, 0,025%-იანი ეტაკრიდინი, 0,025%-იანი დეკამეტოქსინის წყალხსნარი, 0,1%-იანი სანგვირიტრინის ლინიმენტი და სხვა ლორწოვანის დამუშავებას, ასევე, „უანგბადოვანი მეთოდის“ ჩატარებას;
- აფთების ზედაპირის ნეკროზული ნადებისაგან გასასუფთავებლად მათ დამუშავებას პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა, ტერილიტინი, კარიპაზინი და სხვა;
- რეპარაციული რეგენერაციის მასტიმულირებელ თერაპიას: 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;
- პირის ღრუს ადგილობრივი, არასპეციფიკური რეაქტიულობის ასამაღლებლად:
  - ადგილობრივი იმუნომოდულატორები: ლიზობაქტი – 2 აბი 4-ჯერ დღეში და იმუდონი – 6-8 აბი დღე-ღამეში 10-14 დღის განმავლობაში საწუწნად;
  - ბიოგენური სტიმულატორები: ალოე, მინისებრი სხეული;
  - ინტერფერონის ინდუქტორები: პოლუდანი, ციკლოფერონი, დიბაზოლი;
- ლაზეროთერაპია: ჰელიუმ-ნეონის ლაზერი.

ზოგადად პაციენტებს ენიშნება:

- ჰიპომასენსიბილიზირებელი საშუალებები: პიპოლფენი – 0,025 გ 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;
- ზოგადგამამაგრებელი და ჰიპოსენსიბილიზაციური ეფექტისთვის – კალციუმის შემცველი პრეპარატები: კალციუმის გლუკონატი, კალციუმის გლიცეროფოსფატი, კალციუმის ლაქტატი – 0,5გ 3-ჯერ დღეში 1 თვე და სხვა;
- ვიტამინოთერაპია: პოლივიტამინები, B და C ჯგუფის ვიტამინები;
- იმუნიტეტის ასამაღლებლად – ინტერფერონის ინდუქტორები: პოლუდანი, ციკლოფერონი, დიბაზოლი.

პაციენტის ორგანიზმში მარტივი ჰერპესის ვირუსის ან ციტომეგალოვირუსის გამოვლენის შემთხვევაში, ან სისხლში ამ ვირუსებისადმი ანტი-

სხეულების მაღალი ტიტრის შემთხვევაში ინიშნება ანტივირუსული პრეპარატები (იხ. ვირუსული სტომატიტების მკურნალობა, გვ. 156).

პროფილაქტიკა

აუცილებელია ალერგენებთან (ციტრუსი, ნიგოზი, თხილი და სხვა) კონტაქტის შეწყვეტა, ქრონიკული ინფექციის კერებისა და ზოგადი ფონური დაავადებების გამოვლენა და მკურნალობა.

პროგნოზი

დროული მკურნალობის შემთხვევაში კეთილსაიმედოა.

ეს მნიშვნელოვანია!

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი ხშირი რეციდივით შეიძლება დაკავშირებული იყოს შიდსთან.

ბეხჩეტის სინდრომი

ბეხჩეტის სინდრომი (Syndromum Behcet) სტომატო-ოფთალმო-გენიტალური სინდრომია, რომელიც პირველად თურქმა დერმატოლოგმა ბეხჩეტმა აღწერა 1937 წელს.

ბეხჩეტის დაავადება (M35.2), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (OCD-10), მიეკუთვნება XIII კლასს („ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადება“) და შედის ბლოკში „შემაერთებელი ქსოვილის სისტემური დაზიანება“.

გავრცელება

ავადდებიან 20-30 წლის ასაკის ორივე სქესის პირები, უმეტესად იაპონიის, კურილიის კუნძულებისა და ხმელთაშუაზღვის აუზის მცხოვრებლები.

ლოკალიზაცია

ბეხჩეტის სინდრომისათვის დამახასიათებელია: პირის ღრუს ლორწოვანის, გენიტალიების, თვალისა და კანის დაზიანებები.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

აუტოიმუნური ან ინფექციურ-ალერგიული ქრონიკული, მულტისისტემური, მორეციდივე დაავადებაა. ზოგიერთი ავტორი მას მიაკუთვნებს სისტემურ ვასკულიტებს. მიმდინარეობს გენეტიკური განწყობის ფონზე.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის:

- პირის ღრუში მტკივნეული აფთების არსებობას,
- ტკივილს გენიტალიების მიდამოში,
- სინათლის შიშს,
- მხედველობის პროგრესულ დაქვეითებას,
- პიოდერმულ, კვანძოვან გამონაყარს კანზე.

ობიექტური მონაცემები

ბეხჩეტის სინდრომის დამახასიათებელია ტრიადა:

- პირის ღრუს ლორწოვანზე მცირე ან დიდი ზომის, ჰერპესის ტიპის ან ატიპური აფთები (წარმოადგენს ადრეულ და ხშირ სიმპტომს, შესაძლებელია დაავადების პირველადი გამოვლინება);
- გენიტალიებზე წყლულების არსებობა, კანისა და სახსრების დაზიანებები (პაპულები, პუსტულები, კვანძუკები, კვანძოვანი ერითემა, ფოლიკულიტი, წყლულები);
- თვალის დაავადებები: ირიტი, ირიდოციკლიტი, რომელმაც საბოლოოდ სიბრმავე შეიძლება გამოიწვიოს (გვხვდება შემთხვევათა 70-85%-ში).

შესაძლებელია კანის დაზიანებაც.

დაავადება, როგორც წესი, იწყება ზოგადი სისუსტით, შემცივნებით. ახასიათებს მიალგია.

პირის ღრუში აღინიშნება 10 მმ-დე დიამეტრის მქონე აფთები, გარშემორტყმული ანთებადი, ალისფერ-წითელი სარტყლით. აფთები დაფარულია მოყვითალო-ფიბრინოზული ნადებით (სურ. 152). შუშდება ნაწიბურის გარეშე. კანზე – პიოდერმული, კვანძოვანი გამონაყარი. 50% შემთხვევაში ავადმყოფებს აღენიშნებათ მონო- ან ოლიგოართრიტი, 10-30% შემთხვევაში – მენინგოენცეფალიტის ტიპის ნერვული სისტემის დაზიანება, რასაც თან ახლავს თავის ტკივილი, მაღალი ტემპერატურა, პარესთეზია და ზოგჯერ – დამბლა.

ა)

ბ)

სურ. 152. ბეხჩეტის სინდრომი: წყლულოვან-ეროზიული დაზიანება ზედა ყბის ღრძილების მიდამოში

დიაგნოსტიკა

დაავადების დიაგნოსტიკა ხდება კლინიკური მონაცემების საფუძველზე და მისი ობიექტური დადასტურებაა სისხლში სპეციფიკური ანტიგენის B_{27}-ის არსებობა. საგულისხმოა, რომ ამ დაავადების დროს ორგანიზმში ანთების პროცესის აქტიურობის გამომხატველი ძირითადი ლაბორატორიული მონაცემები (ლეიკოციტების რაოდენობა, ედს-ი, ფიბრინოგენის და იმუნოგლობულინების დონე, C – რეაქტიული ცილა), მძიმე შემთხვევაშიც კი, უცვლელია.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ბეხჩეტის სინდრომის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ტარდება:

- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- მარტივ ჰერპესულ სტომატიტთან,
- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან,
- სტივენ-ჯონსონის სინდრომთან,
- პემფიგუსთან,
- სისტემურ წითელ მგლურასთან,
- კრონის დაავადებასთან,
- ფილტვების სარკოიდოზთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება ეპითელიუმის რღვევა, ნეიტროფილების, მონოციტების, ლიმფოციტების ინფილტრაცია.

მკურნალობა

ბეხჩეტის სინდრომის მკურნალობაში უნდა მონაწილეობდეს ექიმთა ჯგუფი: პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა სპეციალისტი, ოფთალმოლოგი, დერმატოლოგი, გინეკოლოგი, რევმატოლოგი.

ადგილობრივი

- საჭიროების შემთხვევაში ლორწოვანის გამაუტკივარებელი საშუალებების: ბენზოკაინის 4%-იანი ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი, ლიგნოკაინის ჟელე, დიპლენ დენტას ლიდოკაინით გაჟღენთილი ფირფიტები, 5%-იანი აფტაზოლის (ამლეკსანუკსის) პასტა და სხვა გამოყენება;
- 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, 0,025%-იანი დეკამეტოქსინის წყალხსნარი, 0,1%-იანი სანგვირიტრინის ლინიმენტი და სხვა – ლორწოვანის დამუშავება;
- ეროზიებზე ნეკროზული მასების მოსაშორებლად პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა, ტერილიტინი, კარიპაზინი და სხვა მათ დამუშავებას;
- რეპარაციული რეგენერაციის მასტიმულირებელი პრეპარატების: 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 აპლიკაცია;
- კორტიკოსტეროიდული მალამოების: პრედნიზოლონი, ჰიდროკორტიზონი, პოლკორტოლონი, კლოვეიტი, გიოქსიზონი და სხვა აპლიკაცია;

- პირის ღრუს ადგილობრივი, არასპეციფიკური რეაქტიულობის ასამაღლებლად: ლიზობაქტი – 2 აბი 4-ჯერ დღეში და იმუდონი – 6-8 აბი დღე-ღამეში 10-14 დღის განმავლობაში;

ზოგადი მკურნალობა გულისხმობს კორტიკოსტეროიდების (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი), იმუნოსუპრესორების, ანტიჰისტამინური და დეზინტოქსიკაციის საშუალებების შესაბამისი სქემით დანიშვნას: კოლხიცინი 0,5-2 მგ, დაპსონი – 100 მგ, ტალიდომიდი 50-200 მგ, პენტოქსიფილინი – 800 მგ, ციკლოსპორინი – 2-3 მგ/კგ წონაზე, ციკლოფოსფამიდი – 1-2 მგ/კგ წონაზე დღე-ღამეში, ინტერფერონი.

პროგნოზი

დროული მკურნალობის შემთხვევაში სასიკეთოა.

შეგრენის სინდრომი

შეგრენის სინდრომი (Syndromum Sjogren) ქრონიკული აუტოიმუნური დაავადებაა, ხასიათდება გარე სეკრეციის ჯირკვლების (საცრემლე, სანერწყვე) უკმარისობით.

შეგრენის სინდრომი, სიმშრალის სინდრომი (M35.0X), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIII კლასს („ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „შემაერთებელი ქსოვილის სისტემური დაზიანება“.

ფორმები

განარჩევენ დაავადების ორ ფორმას:

- პირველადი, როდესაც დაავადება ვლინდება იზოლირებულად;
- მეორეული, როდესაც დაავადება შეჯვარებულია კოლაგენოზებთან, მაგალითად: რევმატოიდულ ართრიტთან, სისტემურ სკლეროდერმიასთან, პოლიმიოზიტთან, თირეოიდიტთან, ბილიარულ ციროზთან, ვასკულიტთან და სხვა.

ლოკალიზაცია

დაავადება უმეტესად ქალებში გვხვდება (შეფარდება მამაკაცებთან 1:9) 40-50 წლის ასაკში, მენოპაუზის შემდეგ.

ზიანდება პირის ღრუს, თვალისა და გენეტალიების ლორწოვანი. მძიმე შემთხვევაში – სასუნთქი გზები და კანის საფარი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ეტიოლოგია ბოლომდე არ არის ცნობილი. მნიშვნელოვანი როლი დაავადების განვითარებაში ენიჭება ინფექციურ-ალერგიულ ფაქტორს, ენდოკრინულ დაავადებებს, ვიტამინის ცვლის დარღვევასა და მემკვიდრულ განწყობას; ბოლო მონაცემებით, მას აქვს აუტოიმუნური წარმოშობა.

სუბიექტური მონაცემები

დასაწყისში პაციენტი უჩივის ნერწყვის სიბლანტის მომატებას და მისი რაოდენობის შემცირებას. ჩივილები მძიმდება დაავადების დამძიმებასთან ერთად: ჰიპოსალივაციის მომატებასთან ერთად პაციენტები უჩივიან პირის ღრუს შემაწუხებელ სიმშრალეს, ნახეთქებს ტუჩის კუთხეებში, მტკივნეულობას მეტყველების და საკვების მიღების დროს. ზემოთ აღნიშნულ ჩივილებს ემატება თვალის სიმშრალე.

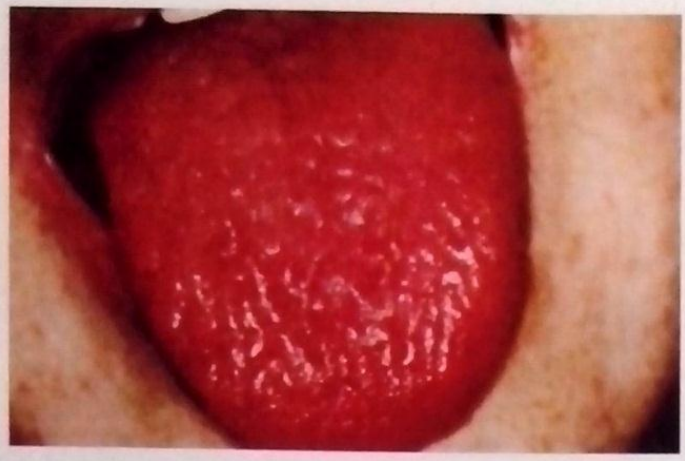
ობიექტური მონაცემები

პაციენტებს აღენიშნება ჰიპოსალივაცია, რომლიც, თავის მხრივ, იწვევს ცვლილებებს პირის ღრუს ლორწოვანზე: ენის ჰიპერემიას, წვას და მისი ძაფისებრი დვრილების ატროფიას (სურ. 153 და 154). ატროფიული ცვლილებები, ასევე, აღინიშნება ზედა სასუნთქ გზებშიც: მშრალი ტრაქეობრონქიტი, რინიტი. ზემოთ აღნიშნულ ცვლილებებს თან სდევს გემოვნების შეგრძნების დაქვეითება.

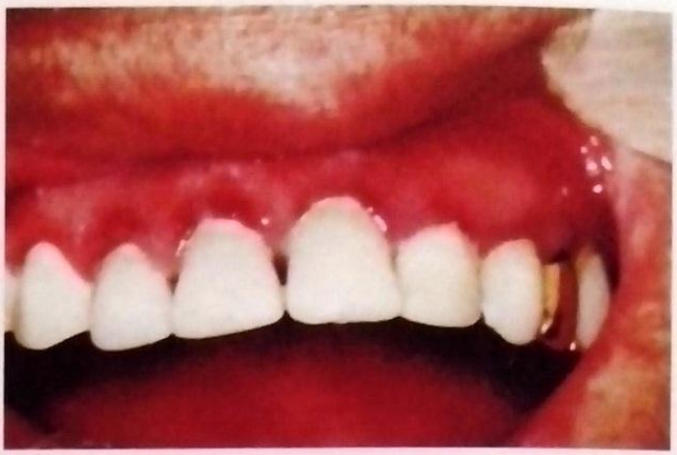
დაავადების დამძიმებასთან ერთად, ჰიპოსალივაცია ძლიერდება, პირის ღრუს ლორწოვანი მშრალია, აღინიშნება ნახეთქები ტუჩის კუთხეებში. პაციენტებს აქვთ თვალის სიმშრალე, კონიუნქტივიტი, სინათლის შიში, ზოგ შემთხვევაში ცრემლი საერთოდ არ არის. შედარებით მძიმე შემთხვევაში შესაძლებელია აღინიშნოს ლორწოვანის ატროფიული ცვლილებები გენიტალიებში, კანის სიმშრალე, თმების მტვრევადობა და სიმშრალე.

აღინიშნება მკვეთრად გამოხატული სადიაგნოსტიკო ნიშანი: ე.წ. „ნერწყვის ტბის“ არარსებობა, კერძოდ: ღია პირით თავის წინ დახრისას პირის ღრუს ფსკერზე, როგორც წესი, ჩნდება „ნერწყვის ტბა“, რაც შეგრენის სინდრომიან პაციენტებში არ აღინიშნება (ტესტი ნერწყვის საკმარისი რაოდენობის სეკრეციის შესახებ).

დათვალიერებისას შესაძლებელია გამოვ-



სურ. 153. შეგრენის სინდრომი: ატროფიული გლოსიტი



სურ. 154. შეგრენის სინდრომი. გინგივიტი

ლინდეს ყბაყურა ჯირკვლების სიმსივნის გადიდება. ყბაყურა ჯირკვლის პარენქიმაში ზოგჯერ წარმოიქმნება ქვა.

დიაგნოსტიკა

შეგრენის სინდრომის დიაგნოსტიკა კარგად გამოხატული კლინიკური ნიშნების გამო არ წარმოადგენს სირთულეს.

დიფერენციური დიაგნოსტიკა

აუცილებელია დიფერენცირება:

- ქსეროსტომიასთან,
- რკინადეფიციტურ ანემიასთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

სანერწყვე ჯირკვლების სტრომისთვის დამახასიათებელია ჰიალინოზი, ლიმფოციტური ინფილტრაცია, პლაზმური უჯრედების სიუხვე.

მკურნალობა

კომპლექსურია და ხორციელდება სტომატოლოგის, ოფთალმოლოგის, თერაპევტის მიერ. პაციენტს ენიშნება სალივაციის გამაძლიერებელი პრეპარატები, A, E, B ჯგუფის ვიტამინები, ლევამიზოლი.

მძიმე ფორმების სამკურნალოდ გამოიყენება: კორტიკოსტეროიდები – პრედნიზოლონი 20-40მგ დღე-ღამეში, იმუნოდეპრესანტები, ციკლოფოსფამიდი, აზატეოპრინი. ეგზოკრინული ჯირკვლების სტიმულაციისას ინიშნება პარასიმპათომიმეტიკები: პილოკარპინის ჰიდროქლორიდი (სალაგენი – 5მგ 3-ჯერ დღეში), ცევიმელინის ჰიდროქლორიდი (ევოკსაკი) კაფსულებში 30მგ 3-ჯერ დღეში.

ადგილობრივად

დღეში რამდენჯერმე სასურველია ხელოვნური ნერწყვის პრეპარატების (სალივარცი, კსეროლები, ორალბალანსი, გლანდოსანი, სალივეზი, სალივიკსი) გამოყენება.

პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა

მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა (Erythema exudativum multiforme), პოლიმორფული ექსუდაციური ერითემა პირის ღრუს ლორწოვანის და კანის ანთებადი დაავადებაა, ხასიათდება გამოხატული პოლიფორმიზმით (ლაქა, ბუშტუკი, ეროზია, წყლული, აფთა, ქერქი და სხვა), ციკლური მიმდინარეობითა და რეციდივებით. დაავადება ინფექციურ-ალერგიული ხასიათისაა.

მრავალფორმიანი ერითემა (L51), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „ჭინჭრის ციება და ერითემა“.

გავრცელება

უმეტეს შემთხვევაში გვხვდება 30 წლამდე ასაკის პირებში. ძალზე იშვიათად ავადდებიან ბავშვები და მოხუცები.

ლოკალიზაცია

ზიანდება სახის, კისრის, წინამხრის, ხელის

გულების, მუხლისა და იდაყვის სახსრების, წვივის მიდამოს კანი, ტუჩის (უმეტესად – ქვედა ტუჩი), ლოყის, ენის ლორწოვანი, რბილი სასა და ცხვირხახა. შესაძლებელია დაზიანდეს გენიტალიები, ცხვირის ლორწოვანი და თვალის კონიუნქტივა.

ფორმები

განირჩევა დაავადების ორი ფორმა:

- ინფექციურ-ალერგიული (დაკავშირებულია ორგანიზმის სტაფილოკოკებით, ჰერპესის ვირუსით, ანტიგენებით სენსიბილიზაციასთან), რომლის უმძიმესი გამოხატულებაა სტივენს-ჯონსონის სინდრომი;
- ტოქსიკურ-ალერგიული ფორმა – ჰიპერერგიული რეაქციაა სხვადასხვა სამკურნალო პრეპარატის მიმართ (სულფანილამიდები, აცეტილსალიცილის მჟავა, პიროზოლონის წარმომადგენლები, ანტიბიოტიკები). ამ ფორმის უმძიმესი გამოხატულებაა ლეიელის სინდრომი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

დღემდე დაავადების ეტიოლოგია საბოლოოდ დადგენილი არ არის, თუმცა, ექსუდაციური ერითემის ძირითად მიზეზად ინფექციურ-ალერგიული და ტოკსიკურ-ალერგიული რეაქციები ითვლება. დაავადების სეზონური ხასიათი, ხანმოკლე შეტევების მონაცვლეობა, სპონტანური რეგრესია, ზოგჯერ – ანამნეზის არარსებობა, მიგვანიშნებს იმაზე, რომ მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის საფუძველს არა მხოლოდ ალერგიული მექანიზმები შეადგენს. აქედან გამომდინარე, იგი არ მიეკუთვნება „წმინდა“ ალერგიულ დაავადებებს.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის:

- საერთო სისუსტეს,
- თავის ტკივილს,
- ართრალგიასა და მიალგიას,
- მტკივნეული ეროზიების არსებობას,
- მეტყველებისა და საკვების მიღების გაძნელებას.

ობიექტური მონაცემები

ინფექციურ-ალერგიული ფორმა იწყება მწვავედ. პაციენტს აღენიშნება მაღალი ტემპერატურა (38-39°C), სახსრების, კუნთების, ყელის ტკივილი. რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებული და პალპაციით მტკივნეულია. 1-2 დღის შემდეგ ხელის მტევანზე, წინამხარზე, მუხლებზე, იშვიათად სახის კანსა და ყელზე ჩნდება მოლურჯო-მონითალო ლაქები. ეს კოკარდებია: ამოწეული კანის ზედაპირიდან, ცენტრში კი – ჩალრმავებული (სურ. 155 და 156). შემდეგ კოკარდის ცენტრში შეიძლება გაჩნდეს სეროზული ან ჰემორაგიული შიგთავსის მქონე სუბეპიდერმული ბუშტუკები.

ინფექციურ-ალერგიული ფორმის დროს პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანებანი აღენიშნება პაციენტთა 30%-ს. ყველაზე ხშირად ზიანდება ტუჩის, ლოყის, პირის ღრუს ფსკერის, ენის, რბილი

სურ. 155. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა: კოკარდები კანზე

სურ. 156. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა: დამახასიათებელი სურათი ხელის გულზე

სასის ლორწოვანი გარსი. პირველად პირის ღრუში ჩნდება ერითემა, შეშუპება, სუბეპითელური ბუშტუკები, რომლებიც მალე სკდება და ლორწოვანზე ჩნდება მტკივნეული, ფიბროზული ნადებით დაფარული ეროზიები. ზოგიერთ ადგილზე ნარჩუნდება მოთეთრო-რუხი ფერის გახეთქილი ბუშტუკის კიდეები, რომლებიც პინცეტით გამოწევისას არ

შრევდება (უარყოფითი ნიკოლსკის სიმპტომი). ეროზიების ნაწილი ერწყმის ერთმანეთს და ყალიბდება ლორწოვანის დეფექტი. პაციენტს უჭირს საკვების მიღება და მეტყველება. ტუჩის წითელ ყაეთანზე ეროზიები იფარება სისხლიანი ქერქებით (სურ. 157). გამწვავების პერიოდი გრძელდება 2-4 კვირა, ეროზიები ეპითელიზდება 7-12 დღის განმავლობაში ნაწიბურის გარეშე. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის ამ ფორმას ახასიათებს სეზონურობა (გაზაფხული, შემოდგომა), ხშირია გადაცივების ფონზე.

ტოქსიკურ-ალერგიული ფორმა დაკავშირებულია რომელიმე მედიკამენტის მიღებასთან, ან მათთან კონტაქტთან. არ ახასიათებს სეზონურობა, რეციდივების სიხშირე დამოკიდებულია ალერგენთან კონტაქტის სიხშირეზე. პირის ღრუ ზიანდება 100% შემთხვევაში. ცვლილებები ლორწოვანზე ისეთივეა, როგორიც ინფექციურ-ალერგიული ფორმისას, მხოლოდ მეტად გამოხატული: ეპითელიუმში აღინიშნება ნეკროზი, შემაერთებელ ქსოვილოვან შრეში – მკვეთრად გამოხატული შეშუპება და ბუშტუკების ჩამოყალიბება (სურ. 158). რეციდივებს აქვს ფიქსირებული ხასიათი: დაზიანება ვითარდება ერთსა და იმავე ადგილას.

სურ. 157. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის ინფექციურ-ალერგიული ფორმა: ეროზიები ენაზე და ჰემორაგიული ქერქები ტუჩის წითელ ყაეთანზე

სურ. 158. მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის ტოქსიკურ-ალერგიული ფორმა: ეროზიები ენასა და ქვედა ტუჩზე

დიაგნოსტიკა

ემყარება კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონაცემებს:

- სისხლის საერთო ანალიზში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ედს-ის მომატება;
- დაზიანებული უბნების ციტოლოგიური კვლევისას – თავისუფალი მაკროფაგების არსებობა, ეოზინოფილებისა და ლიმფოციტების რიცხვის მატება;
- ლეიკოციტოლიზის რეაქცის დროს სხვადასხვა ალერგენისადმი (სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი) აკანტოლიზური უჯრედები არ აღინიშნება.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის დიფერენცირება ხდება:

- ჰერპესულ სტომატიტთან,
- პემფიგუსთან,
- მეორეულ სიფილისთან,
- დიურინგის დაავადებასთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის დროს ბუშტები წარმოიქმნება ეპითელიუმის ქვეშ. არ აღინიშნება აკანტოლიზი. აშრევებული ეპითელიუმი ნეკროზდება; სუბეპითელური შემაერთებელი ქსოვილი შეშუპებულია, სისხლძარღვების გარშემო აღინიშნება ანთებადი ინფილტრატები.

მკურნალობა

მკურნალობის ზოგადი პრინციპები გულისხმობს:

- მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის მძიმე ფორმების შემთხვევაში – სტივენ-ჯონსონის, ლეიელის სინდრომის დროს – აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია;

- ქრონიკული ინფექციური კერების გამოვლენა და მკურნალობა (როგორც წესი, პერიოდონტიტის მაგრანულირებელი ფორმები, ქრონიკული ტონზილიტი, ოტიტი და ჰაიმორიტი);
- სამკურნალწამლო პრეპარატის (მიზეზი) გამოვლენა და მათი გამოყენების შეწყვეტა.

ადგილობრივი მკურნალობა გულისხმობს:

- გამაუტკივარებელი საშუალებების: ბენზოკაინის 4%-იანი ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი, ლიგნოკაინის ჟელე, დიპლენ დენტას ლიდოკაინით გაჟღენთილი ფირფიტები და სხვა გამოყენებას;
- სუსტი ანტისეპტიკებით: 0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1,0%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის წყალხსნარი, 0,25%-იანი ჰიდროპერიტის ხსნარი, 0,025%-იანი ეტაკრიდინი, 0,025%-იანი დეკამეტოქსინის წყალხსნარი, 0,1%-იანი სანგვირიტრინის ლინიმენტი და სხვა ლორწოვანის დამუშავებას;
- ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების: ხოლისალის, მუნდიზალ-ჟელეს აპლიკაციას;
- ეროზიებზე ნეკროზული მასების არსებობისას პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა, ტერილიტინი, კარიპაზინი და სხვა მათ დამუშავებას;
- კორტიკოსტეროიდების: პრედნიზოლონის, ჰიდროკორტიზონის აცეტატის, პოლკორტოლონის, კლოვეიტის, გიოქსიზონის და სხვა მალამოებს აპლიკაციას;
- რეპარაციული რეგენერაციის მასტიმულირებელი პრეპარატების: 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 აპლიკაცია;
- პირის ღრუს ადგილობრივი, არასპეციფიკური რეაქტიულობის ასამაღლებლად: ლიზობაქტი 2 აბი 4-ჯერ დღეში; იმუდონი 6-8 აბი დღეღამეში – 10-14 დღის განმავლობაში.

ზოგადი მკურნალობის სქემაში უნდა ჩაირთოს:

- არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები: ნატრიუმის სალიცილატი – 0,5-1,0 გ 4-ჯერ დღეში;
- ანტიჰისტამინური პრეპარატები: პიპოლფენი – 0,025 გ 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;
- კორტიკოსტეროიდები (პრედნიზოლონი, ტრიამცინოლონი, დექსამეტაზონი) შესაბამისი სქემის მიხედვით;
- ვიტამინოთერაპია: B და C ჯგუფის ვიტამინები;
- დეზინტოქსიკაციური თერაპია: ინტრავენურად – 30% ნატრიუმის თიოსულფატის, ჰემოდეზის, რინგერის გადასხმა.

პროგნოზი

სასიკეთოა. შესაძლებელია რეციდივი.

სტივენ-ჯონსონის სინდრომი

სტივენ-ჯონსონის სინდრომი (Syndromum Steven-Johnson) სტომატო-ოფთალმო-დერმატოლოგიური სინდრომი, ბაადერის სინდრომი, ექტოდერმოზი – წარმოადგენს მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის ინფექციურ-ალერგიული ფორმის უაღრესად მძიმე გამოვლინებას.

მრავალფორმიანი ბულოზური ერითემა (L51.1), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „ჭინჭრის ციება და ერითემა“.

გავრცელება

უმეტეს შემთხვევაში ავადდებიან 30 წლამდე ასაკის ახალგაზრდები, იშვიათიად – ბავშვები და მოხუცები.

ლოკალიზაცია

ზიანდება ტუჩები, ენა, რბილი და მაგარი სასა. პაციენტს აქვს გამონაყარი კანზე. შესაძლებელია დაზიანდეს თვალი და გენიტალიები.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

სტივენ-ჯონსონის სინდრომი ვითარდება, როგორც მედიკამენტური დაზიანება. მისი გამომწვევია, უმეტეს შემთხვევაში, არასტეროიდული

ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების, სულფანილამიდების და სხვა გამოყენება.

სუბიექტური მონაცემები

დაავადება წარმოადგენს მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის უაღრესად გართულებულ ფორმას და მიმდინარეობს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის დამძიმებით.

ობიექტური მონაცემები

პირის ღრუს ლორწოვანზე წარმოიქმნება ბუშტები სეროზულ-ჰემორაგიული ექსუდატით, რომლებიც სკდება და ვითარდება მტკივნეული ეროზიები, რომლებიც თეთრი მემბრანული ნადებითაა დაფარული. შემდეგ ტუჩის წითელ ყაეთანზე ყალიბდება ჩირქოვან-ჰემორაგიული ქერქები (სურ. 159). პაციენტს კონიუნქტივაზე, იშვიათად რქოვანაზე აღენიშნება ბუშტუკოვანი და ეროზიული დაზიანება. აქვს პოლიმორფული გამონაყარი კანზე (ერითემა, პაპულა, ბუშტუკი, ბუშტი). პაპულები ცენტრში „ჩავარდნილია“, იღებს კოკარდის ფორმას.

3-4 კვირის განმავლობაში ნარჩუნდება მაღალი ტემპერატურა. შესაძლებელია პნევმონიის, ენცეფალიტის განვითარება. გენერალიზებული დაზიანების დროს აღინიშნება ვულვოვაგინიტი.

სურ. 159. სტივენ-ჯონსონის სინდრომი: ქერქები ტუჩის წითელ ყაეთანზე

დიაგნოსტიკა

ემყარება კლინიკურ მონაცემებს. პირის ღრუს ლორწოვანის, კანისა და თვალის დაზიანებების შეუღლება აადვილებს დიაგნოსტიკას.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

სტივენ-ჯონსონის სინდრომის დიფერენციული დიაგნოსტიკა ტარდება მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან და ლეიელის სინდრომთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ეპითელიუმში აღინიშნება ბალონირებული დისტროფიის მოვლენები, სპონგიოზი. ლორწოვანის საკუთარი ფირფიტის დერილოვან შრეში – შეშუპება და ინფილტრაცია.

მკურნალობა

ადგილობრივად პაციენტს უტარდება იგივე მკურნალობა, რაც მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის დროს.

ზოგადად რეკომენდებულია ხანგრძლივი თერაპია კორტიკოსტეროიდებით (60-80მგ პრედნიზოლონი), დეზინტოქსიკაცია, ჰემოსორბცია, ფართო სპექტრის ანტიობიოტიკებისა და სულფანილამიდების გამოყენება სტაციონარის პირობებში.

პროგნოზი

მძიმეა, დაგვიანებულ შემთხვევებში შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი.

ლეიელის სინდრომი

ლეიელის სინდრომი (Syndromum Lyell), ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზი, ნეკროზული დერმატიტი, ნეკროზული ეპიდერმოლიზი, პემფიგოიდური დერმატოზი, სისხლძარღვოვანი ალერგიდი პირველად 1956 წელს აღწერა შოტლანდიელმა დერმატოლოგმა ლეიელმა. იგი წარმოადგენს მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის ტოქსიკურ-ალერგიული ფორმის განსაკუთრებულად მძიმე გამოვლინებას.

მრავალფორმიანი ერითემა (L51), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „ჭინჭრის ციება და ერითემა“.

გავრცელება

ქალებში გვხვდება 2-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცებში.

ლოკალიზაცია

დაავადება გამოვლინდება პირის ღრუს, თვალის ლორწოვანზე, კანზე. არცთუ იშვიათია სასუნთქი გზების დაზიანება, თირკმლების ფუნქციის დაქვეითება.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ლეიელის სინდრომის გამომწვევი მიზეზი უმეტესად სხვადასხვა პრეპარატის მიღებაა: არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები (პირაზოლონის ნაწარმი, სალიცილის მჟავა – 43%-ში), სულფანილამიდები (განსაკუთრებით მათი პროლონგირებული მოქმედების ფორმები – ბაქტრიმი, სულფადიაზინი – 25%-ში), ანტიბიოტიკები, ბარბიტურატები (კარბამაზეპინი – 10%-ში) და სხვა.

ლეიელის სინდრომი შეიძლება დაკავშირებული იყოს ავთვისებიან ლიმფომებთან, გლომერულონეფრიტთან, ვაქცინაციასა და იმუნიზაციასთან. იგი ხშირად თან ახლავს ორგანოსა და ქსოვილების გადანერგვის შემდგომ პერიოდს. მედიკამენტის პირველად მიღებიდან დაავადების კლინიკურ ნიშნებამდე შეიძლება გავიდეს 21 დღე. ამიტომ, დაავადების გამომწვევი სამკურნალწამლო პრეპარატების ძიება ხშირად გაძნელებულია.

სუბიექტური მონაცემები

ლეიელის სინდრომის დროს პაციენტები უჩივიან:

- ტკივილს ყლაპვისას,
- საკვების მიღების გაძნელებას.

ობიექტური მონაცემები

დაავადება იწყება მწვავედ, დამახასიათებელია: ტემპერატურის მომატება (39-41°C), ორმხრივი კონიუნქტივიტი, საყლაპავის, ხახის, პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება. პირის ღრუს ლორწოვანზე (მაგარი და რბილი სასა, ღრძილები, ლოყები) წარმოიქმნება ეროზიები. მათ გარშემო შეუცვლელი ლორწოვანია. ნიკოლსკის სიმპტომი დადებითია (სურ. 160). აღინიშნება ქსეროსტომია.

კანზე აღინიშნება მტკივნეული დიფუზიური ერითემა, რომელიც მოკლე დროში ტრანსფორმირდება მასიურ ეპიდერმულ ნეკროლიზად (სურ. 161). ამ დაზიანებამ შეიძლება მოიცვას კანის დიდი ფართობი, გარდა თმიანი ნაწილისა. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია 39-40°C-მდე.

ლეიელის სინდრომის დროს ხშირად აღინიშნება თვალის ლორწოვანის დაზიანება (კერატიტი თვალის ლორწოვანის შემღვრევასა და მხედველობის დაქვეითებას იწვევს), ჰემატოლოგიური დარღვევები (ლიმფოციტოპენია, თრომბოციტოპენია, ნეიტროპენია, ანემია), სასუნთქი გზების, თირკმელების დაზიანება, შესაძლებელია განვითარდეს სეფსისი.

დიაგნოსტიკა

ემყარება კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ლეიელის სინდრომის დიფერენცირება ხდება:

- პემფიგუსთან,
- ჰერპესულ სტომატიტთან,
- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან,
- სტივენ-ჯონსონის სინდრომთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ჰისტოლოგიურ პრეპარატებში არის აკანტოლიზური უჯრედები.

სურ. 160. ლეიელის სინდრომი: ღრძილების ნეკროზი

სურ. 161. ლეიელის სინდრომი: კანის დაზიანება

მკურნალობა

სასურველია, მკურნალობა რაც შეიძლება დროულად დაიწყოს. იგი კომპლექსურია და ტარდება სპეციალიზებულ სტაციონარში. პირველი ნაბიჯია „დამნაშავე" პრეპარატის მოხსნა, მადესენსიბილიზებელი თერაპია, ორგანიზმის გაუწყლოვანებასთან ბრძოლა, ჰემატოლოგიური დარღვევების კორექცია, დეზინტოქსიკაცია.

ადგილობრივი თერაპია იგივეა, რაც მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის დროს.

პროგნოზი

მძიმეა. ლეტალობა 20-70%-ია.

თავი XIII

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები დერმატოზების დროს

პემფიგუსი

„პემფიგუსის“ ტერმინის ქვეშ ერთიანდება მიმდინარეობით, კლინიკით, პათომორფოლოგიით ერთმანეთისაგან განსხვავებული, უცნობი ეტიოლოგის, ქრონიკული დერმატოზები, რომელთა საერთო მახასიათებელია ბუშტების წარმოქმნა და ნაცხ-ანათალში აკანტოლიზური უჯრედების არსებობა ან არარსებობა. დამტკიცებულია დაავადებების მიმდინარეობის აუტოიმუნური ხასიათი – ორგანიზმისთვის „უცხო“ ხდება ეპიდერმისის ფარისებრი შრის უჯრედშორისი ნივთიერება.

განასხვავებენ დაავადების შემდეგ ***ფორმებს***:

I. ჭეშმარიტი (აკანტოლიზური) ბუშტუკი – პემფიგუსი,
II. გუჟერო-ჰეილის კეთილთვისებიანი ქრონიკული, ოჯახური პემფიგუსი,
III. არააკანტოლიზური ბუშტუკი – პემფიგოიდი:

სტომატოლოგებისათვის განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს ჭეშმარიტი (აკანტოლიზური) ბუშტუკი – პემფიგუსი (Pemphigus vulgaris), რომელიც ყველაზე ხშირად, შემთხვევათა 75%-ში, გვხვდება. იგი ქრონიკული დერმატოზია, აუტოიმუნური დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს კანსა და ლორწოვანზე ანთების არარსებობისას ეპითელშიგნითა, ეპიდერმული, აკანტოლიზური ბუშტების წარმოქმნა.

ჭეშმარიტი პემფიგუსი (L10.0), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „ბულოზური დარღვევები“.

გავრცელება

პემფიგუსი გვხვდება უმეტესად 40 წლის ზევით ორივე სქესის ადამიანებში. ბავშვები ავადდებიან ძალზე 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,
- ფოთლისებრი,
- სებორეული (ერითემატოზული ანუ სენირა-შერის სინდრომი).

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ეტიოლოგია უცნობია. ითვლება, რომ ორგანიზმისათვის უცხო ხდება ეპიდერმისის ეკლისებრი შრის უჯრედშორისი ნივთიერება, რასაც მოსდევს ეპითელიუმის შიგნით სუბეპითელური ბუშტუკების ჩამოყალიბება.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

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

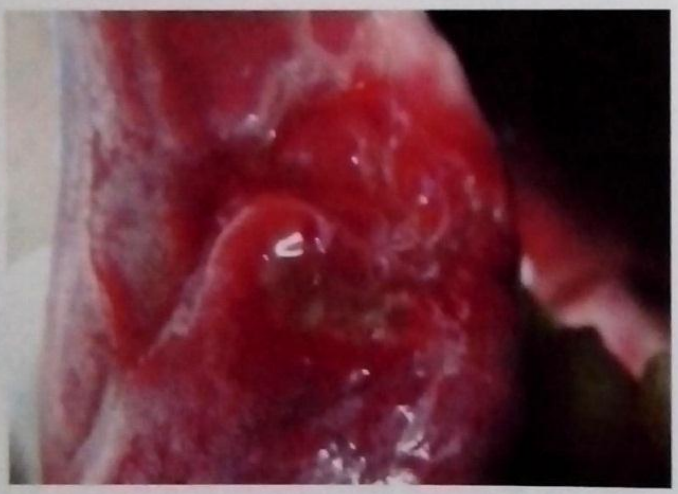
ობიექტური მონაცემები

პირის ღრუში ბუშტუკებს, როგორც წესი, ვერც პაციენტი და ვერც ექიმი ვერ ხედავს, ვინაიდან ისინი წარმოქნისთანავე სკდება. მათ ადგილას ვითარდება მრგვალი ან ოვალური, ალისფერ-ნითელი ფერის „შიშველი" ეროზიები ან პირის ღრუში შეიმჩნევა სქელი („ქონიანი") აპკები (გამსკდარი ბუშტუკების ლორწოვანი შრე) (სურ. 162, 163 და 164). ასეთი ეპითელის ზედაპირული შრე ადვილად სცილდება ეროზიულ ზედაპირს (ნიკოლსკის დადებითი სიმპტომი) (სურ. 165). ეროზიები ტუჩებზე მუქი-მოყვითალო ფერის ჰემორაგიული ქერქებით იფარება. პროცესი ხშირად ერცელდება ტუჩების მიმდებარედ ნიკაპის კანზე.

ა) დაზიანება ზედა ტუჩის ლორწოვანზე

ბ) დაზიანება ქვედა ტუჩის ლორწოვანზე

სურ. 162. ვულგარული პემფიგუსი. ბუშტუკების ნარჩენები და ეროზიები



სურ. 163. ვულგარული პემფიგუსი. დაზიანება ლოყის ლორწოვანზე

სურ. 164. ვულგარული პემფიგუსი. ბუშტუკების ნარჩენები და ეროზიები ქვედა ტუჩის ლორწოვანზე

სურ. 165. პემფიგუსი. ნიკოლსკის დადებითი სიმპტომი

პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა: ქვეითდება მადა, აღინიშნება უძილობა, ციებცხელება, გულისრევა, ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაცია.

თვალით შეუცველ კანზე აღინიშნება 0,5-5 სმ ზომის რბილი თავსახურით დაფარული ბუშტუკები გამჭვირვალე ან მღვრიე შიგთავსით. ჯანმრთელი კანი ბუშტუკის გარშემო ადვილად გახიცდის აშრევებას (ნიკოლსკის დადებითი სიმპტომი) (სურ. 166).

დიაგნოსტიკა

პემფიგუსის დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონაცემებს:

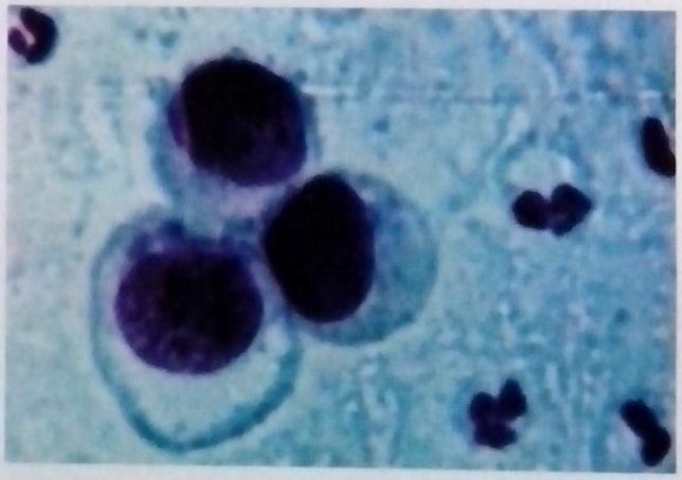
- კლინიკური მონაცემები – ნიკოლსკის დადებითი სიმპტომი. ნიკოლსკის სიმპტომი გულისხმობს სამ მომენტს:
  1. თუ გამოვწევთ ბუშტუკის სახურავს პინცეტით, ზედაპირული შრის ეპითელუმი აშრევდება და სახურავი ადვილად სცილდება ქვეშმდებარე ქსოვილებს;
  2. ორ ბუშტუკს შორის თვალით ხილული, თითქოსდა ჯანმრთელი უბნის, ჩამოფხეკა ან გაღიზიანება, ასევე, იწვევს ეპიდერმისის ზედაპირული შრის აშრევებას ამ უბანში, რასაც მოჰყვება ბუშტუკის ან ეროზიის ჩამოყალიბება;
  3. ბუშტუკებიდან მოშორებული უბნის გაღიზიანებაც, ასევე, იწვევს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ კლინიკურ გამოვლინებას.
- ეროზიის ზედაპირიდან აღებულ ციტოლოგიურ მასალაში აღმოჩნდება აკანტოლიზური უჯრედები, ე.წ. ტცანკის უჯრედები (სურ. 167).

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ვულგარული ბუშტუკის დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება:

- პემფიგუსის (ჭეშმარიტი ბუშტუკის) ყველა ფორმასთან,
- პემფიგოიდთან (არააკანტოლიზურ ბუშტუკთან),
- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან,
- ქრონიკულ მორეციდივე აფთოზურ სტომატიტთან,
- დიურინგის ჰერპესისებურ დერმატიტთან,
- შემოსარტყლულ ლიქენთან,
- კანდიდოზთან,
- პაპილომურ სიფილიდთან,

სურ. 166. ვულგარული პემფიგუსი. კანის დაზიანება



სურ. 167. ვულგარული პემფიგუსი. ტცანკის აკანტოლიზური უჯრედები ეროზიის ზედაპირიდან აღებულ ციტოლოგიურ მასალაში. X900 (Данилевский Н.Ф. и соавт. 1993)

- კანის მედიკამენტურ დაზიანებებთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ეროზიიდან აღებულ ნაცხ-ანათლებში აღინიშნება სახეცვლილი ეპითელური უჯრედები – ე.წ. ტცანკის აკანტოლიზური უჯრედები. ამ უჯრე-

დებს შემდეგი მორფოლოგიური თავისებურებები აქვთ: ისინი ნორმალურ უჯრედებთან შედარებით მცირე ზომის და მრგვალი ფორმისაა, შეღებვისას ახასიათებთ პოლიმორფიზმი.

მკურნალობა

ადგილობრივი მკურნალობა მიმართულია მეორეული ინფექციის, ტკივილის კუპირებისა და ეპითელიზაციის სტიმულაციისაკენ. 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 ლურჯისა და ბრილიანტის მწვანის წყალხსნარი, სანგვირიტრინი და სხვა;
- მეორეული დაინფიცირების თავიდან ასაცილებლად:
  - ადგილობრივად მოქმედი ანტიბიოტიკები: 1%-იანი ტეტრაციკლინის და დიტეტრაციკლინის თვალის მალამო, 1%-იანი ერითრომიცინისა და ამბროცინის მალამოები, დიპლენ დენტას ფირფიტები და სხვა;
  - ფაგები: სტრეპტოფაგი, სტაფილოფაგი, კოლიფაგი, პიოფაგი და ინტესტიფაგი აპლიკაციის სახით;
  - კომბინირებული ანტიმიკრობული პრეპარატები: მეტროჟილ დენტას ჟელე, ლინგეზინის, პაროდიუმის მალამოები აპლიკაციის სახით;
  - ადგილობრივი სოკოს საწინააღმდეგო 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)
- კორკიტოსტეროიდული მალამოები: პრედნიზოლონი, ჰიდროკორტიზონის აცეტატი, პოლკორტოლონი, კლოვეიტი, ფლუცინარი, ოქსიკორტი, ფტოროკორტი და სხვა;
- მაეპითელიზებელი საშუალებების აპლიკაცია: (სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ დენტას სოლკოსერილის ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, 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 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 სავლებების დანიშვნა: Lacalut active, Trachisan, MediDent, Parodontax, Parodontax exstra, Octenidol, Tantum Verde, Listerine, Eludril – და სხვა.

ზოგადი მკურნალობა უნდა წარიმართოს კომპლექსურად დერმატოლოგთან 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, ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (ნატრიუმის სალიცილატი 0,5-1 გ 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.

პემფიგოიდი

პემფიგოიდი (Pemphigoid), ბულოზური პემფიგოიდი, არაინფექციური ბუშტუკი აუტოიმუნური დაავადებაა. ამ ჯგუფის დაავადებებს მიეკუთვნება:

- ლეველის ბულოზური პემფიგოიდი (საკუთრივ არაინფექციური ბუშტუკი),
- ლორტა-ჯაკობის ბულოზური დერმატიტი (ნაწიბუროვანი პემფიგოიდი, თვალის პემფიგუსი),
- პირის ღრუს ლორწოვანის კეთილთვისებიანი არაინფექციური ბუშტუკი.

ბულოზური პემფიგოიდი (L12.0), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები") და შედის ბლოკში „ტინტრის ციება და ერითემა".

გავრცელება

უმეტეს შემთხვევაში ავადდებიან 60 წლის ასაკს ზევით ადამიანები.

ლოკალიზაცია

ბუშტუკების პირველადი გამოვლენა ხდება კიდურებისა და სხეულის კანზე, 50% შემთხვევაში – პირის ღრუს ლორწოვანზე, ძირითადად ღრძილებზე, სასასა 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 (სურ. 168 და 169).

კანზე აღინიშნება ბუშტებისა და ქერქის არსებობა (სურ. 170). იშვიათად შეიმჩნევა სუბეპითელური აშრევების დადებითი სიმპტომი. თვეებისა და წლების განმავლობაში მიმდინარე ბულოზური პემფიგოიდისთვის დამახასიათებელია ხშირი რემისია.

სურ. 168. პემფიგოიდი ენის ლორწოვანზე

სურ. 169. პემფიგოიდი. ჰემორაგიული ბუშტუკები ღრძილზე

სურ. 170. პემფიგოიდი. კანის დაზიანება

დიაგნოსტიკა

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

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

პემფიგოიდის დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება:

- პემფიგუსის (ჭეშმარიტი ბუშტუკის) ყველა ფორმასთან,
- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან,
- მწვავე ჰერპესულ სტომატიტთან,
- წითელი ბრტყელი ლიქენის პემფიგოიდურ ფორმასთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ბუშტუკები მოთავსებულია სუბეპითელურად. არ აღინიშნება აკანტოლიზი. არ აღმოჩნდება ტცანკის უჯრედები.

მკურნალობა

ადგილობრივი იგივეა, რაც პემფიგუსის დროს.

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

პროგნოზი სასიკეთოა. მიმდინარეობა – კეთილთვისებიანი. არ იწვევს რაიმე გართულებას.

წითელი ბრტყელი ლიქენი

წითელი ბრტყელი ლიქენი (Lichen ruber planus) დერმატოზია. იგი ქრონიკული დაავადებაა.

წითელი ბრტყელი ლიქენი (L43), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პაპულოსკვამოზური დარღვევები“.

გავრცელება

ხშირად ავადდებიან 40-60 წლის ქალები (შეფარდება 2:1), ძალზე იშვიათად – ბავშვები.

ლოკალიზაცია

პირის ღრუში ლოკალიზაციისას ზიანდება ლოყის, ენის, ტუჩის ლორწოვანი გარსი, როგორც წესი, სიმეტრიულად (ტიპური ფორმა), ცენტრალური საჭრელების მიდამოში – ღრძილები (ატიპური ფორმა), რეტრომოლარულ 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:

- ტიპური,
- ჰიპერკერატოზული,
- ექსუდაციურ-ჰიპერემიული,
- ეროზიულ-წყლულოვანი,
- ბულოზური,
- ატიპური.

ყველა კლინიკური ფორმა შეიძლება ტრანსფორმირდეს ერთიდან მეორეში.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

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

სუბიექტური მონაცემები

უმეტეს შემთხვევაში, ახასიათებს უსიმპტომო მიმდინარეობა. ზოგჯერ აღინიშნება:

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

ობიექტური მონაცემები

ტიპური ფორმა გვხვდება შემთხვევათა 45%-ში. პირის ღრუში ჯანმრთელ ლორწოვანზე განირჩევა თეთრ-სადაფისებრი ან მორუხო-

თეთრი ფერის 1-2 მილიმეტრი დიამეტრის მქონე წვრილი პაპულები, რომლებიც ქმნიან არშიისებრ, მაქმანისებრ, ჭირხლისებრ მოხატულობას. ეს უიკჰემის ბადეა (სურ. 171 და 172). პაპულები მცირედ წამოწეულია ლორწოვანიდან და აძლევს მას ხორკლიან შესახედაობას.

სურ. 171. ნითელი ბრტყელი ლიქენი. უიკჰემის ტიპური ბადე

ა) დაზიანება ენაზე

ბ) დაზიანება ლოყის ლორწოვანზე

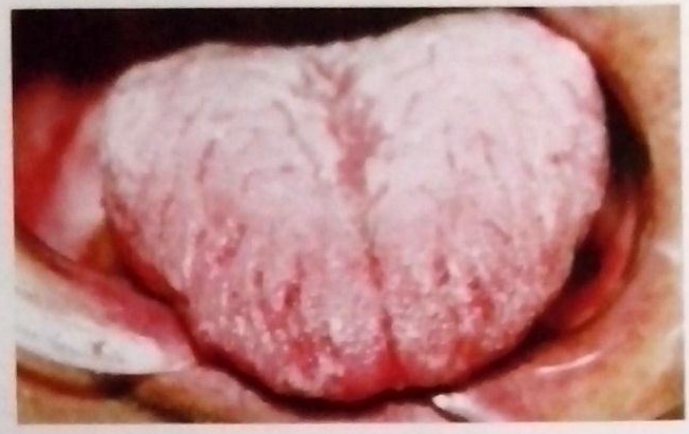
სურ. 172. ნითელი ბრტყელი ლიქენი. ტიპური ფორმა

ჰიპერკერატოზული ფორმა გვხვდება შედარებით იშვიათად. ამ დროს მკვეთრად გამოხატულია ჰიპერკერატოზი. პაპულები ერთდებიან და წარმოქმნიან თეთრი ფერის, მკვეთრი მოხაზულობის მქონე გარქოვანებულ ბალთებს, რომლებიც წამოწეულია ლორწოვანიდან. მათ გარშემო დაავადების ტიპური ფორმისათვის დამახასიათებელი მაქმანისებრი სურათია (სურ. 173 და 174). დაზიანება ძირითადად ლოკალიზებულია ლოყის ლორწოვანსა და ენის ზურგზე.

ექსუდაციურ-ჰიპერემიული ფორმა გვხვდება შემთხვევათა 25%-ში. მისთვის დამახასიათებელია ტიპური პაპულები ანთებად, ალისფერწითელ, ჰიპერემიულ ლორწოვანზე (სურ. 175 და 176). მკვეთრად გამოხატული ანთების დროს პაპულები კარგავს სიმკვეთრეს დ ზოგჯერ მთლიანად ქრება. შეშუპებისა და ჰიპერემიის შემცირებასთან ერთად მაქმანისებრი სურათი კვლავ იკვეთება.

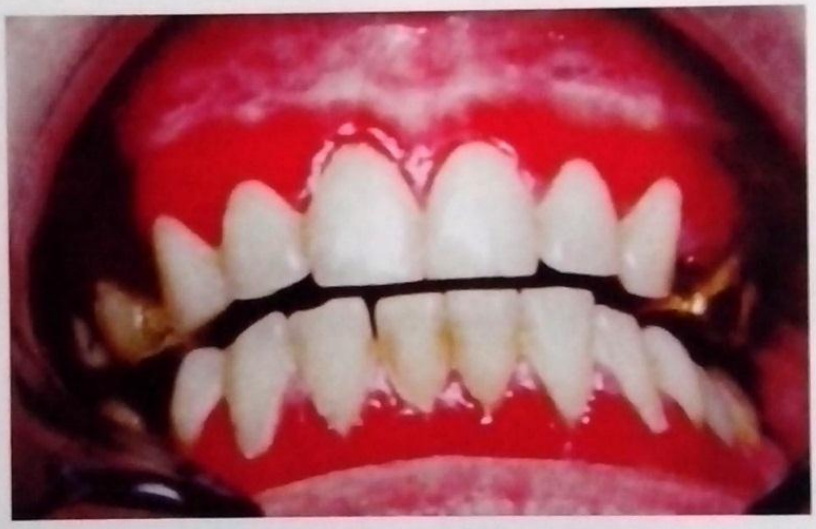
სურ. 173. ნითელი ბრტყელი ლიქენის ჰიპერკერატოზული ფორმა

ა) დაზიანება ენაზე



ბ) დაზიანება ღრძის ღრუბოვანზე

სურ. 174. ნითელი ბრტყელი ლიქენის ჰიპერკერატოზული ფორმა



სურ. 175. ნითელი ბრტყელი ლიქენი. ექსუდაციურ-ჰიპერემიული ფორმა. შეშუპებული და ჰიპერემიული ღრძილი და მაქმანისებრი სურათი

ა) შეშუპებული და ჰიპერემიული ზედა ყბის ღრძილები

ბ) შეშუპებული და ჰიპერემიული ზედა ყბის ღრძილები და ენა (ნორმაში)

სურ. 176. ნითელი ბრტყელი ლიქენი. ექსუდაციურ-ჰიპერემიული ფორმა

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 ტიპური ფორმისათვის). ეროზია შეიძლება იყოს ერთეული ან მრავლობითი, უსწორმასწორო ფორმის, დაფარული ფიბროზული ნადებით. წყლულებიც უსწორმასწორო, ნაგრძელებული ფორმისაა, არ არის ღრმა, დაფარულია ნეკროზული ნადებით. მათი პალპაცია მტკივნეულია (სურ 177). ზოგჯერ რეგიონული ლიმფური კვანძები გადიდებული და პალპაციით მტკივნეულია. პაციენტს უჭირს მეტყველება და კვება. დაავადება მიმდინარეობს მძიმედ და ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას.

ბულოზური ფორმა შედარებით იშვიათია და გვხვდება შემთხვევათა 3%-ში. ხასიათდება ტიპური, მაქმანისებრი სურათის ფონზე მკვრივ თავსახურიანი, სეროზული ან ჰემორაგიული შიგთავსის მქონე ბუშტუკების არსებობით. მათი ზომა მერყეობს 1-დან 10 მმ-მდე (სურ 178). 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)

ბ)

სურ. 177. ნითელი ბრტყელი ლიქენი. ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმა. წყლული და მაქმანისებრი სურათი ლოყის ლორწოვანსა და გარდამავალ ნაოჭზე

სურ. 178. ნითელი ბრტყელი ლიქენის ბულოზური ფორმა

სურ. 179. ნითელი ბრტყელი ლიქენი. დესქვამაციური გინგივიტი

ატიპური 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. შეშუპებისა 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, ცვილისებრი სიპრიალის, ბრტყელი, 0,2-1მმ დიამეტრის მქონე პაპულები (სურ. 180).

კლინიკური სურათის დამამძიმებელი ფაქტორებია:

- ტრავმა,
- გალვანოზი,
- კანდიდოზი,
- შაქრიანი დიაბეტი,
- ჰიპერტონული დაავადება,
- კვების ტიპი.

დიაგნოსტიკა

წითელი ბრტყელი ლიქენის დიაგნოსტიკა ემყარება:

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

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება შემდეგ დაავადებებთან:

ტიპური ფორმის:

- ბრტყელი ლეიკოპლაკია,
- მეორეული რეციდიული სიფილისი,
- წამლისმიერი სტომატიტის ტოკსიკო-ალერგიული ფორმა.

ჰიპერკერატოზული ფორმა:

- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია,
- ფსევდომემბრანული კანდიდოზი.

ექსუდაციურ-ჰიპერემიული ფორმა:

- დეკუბიტალური წყლული,
- ტროფიკული წყლული.

ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმა:

- ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი,
- ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზული გინგივოსტომატიტი,
- ლეიკოპლაკიის ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმა,
- პემფიგუსი.

ბულოზური ფორმა:

- პემფიგუსი,
- პემფიგოიდი,
- მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა,
- მწვავე ჰერპესული სტომატიტი.

ჰისტოლოგიური სურათი

ეპითელიუმში აღინიშნება აკანტოზი, ჰიპერკერატოზი და პარაკერატოზი. ბაზალური მემბრანა შეშუპებულია. დვრილოვან შრეში აღნიშნება დიფუზური ლიმფოციტური ინფილტრატი.

ა)

ბ)

სურ. 180. წითელი ბრტყელი ლიქენი. გამოვლინება კანზე – ვარდისფერი ბუშტუკები

მკურნალობა

მკურნალობის თანმიმდევრობა ასეთია:

1. მატრამავირებელი ფაქტორების მოშორება (კბილების ბასრი კიდეები, არარაციონალურად დამზადებული პროთეზების და ორთოდონტული 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 შაქრისა და ესტროგენების განსაზღვრა.

ადგილობრივი

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

- გამაუტკივარებელი საშუალებები: 1%-იანი პირომეკაინის ხსნარი, 5%-იანი პირომეკაინ-მეთილურაცილის მალამო, 10%-იანი ლიდოკაინის აეროზოლი, 4%-იანი ბენზოკაინის ჟელეს აპლიკაცია;
- მეორეული 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;
- კერატოპლასტიკური საშუალებების აპლიკაცია: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ დენტას სოლკოსერილის ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, 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 სხვ;
- 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 სავლებების დანიშვნა: Parodontax exstra, Parodontax, Lacalut active, Trachisan, MediDent, Octenidol, Tantum Verde, Listerine, Eludril – და სხვა.

ზოგადი

ზოგადი მკურნალობა უნდა ნარიმართოს კომპლექსურად დერმატოლოგთან ერთად:

- ანტიჰისტამინური პრეპარატები: 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 გ 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 სანაციით, ადგილობრივი მატრავმირებელი ფაქტორების მოშორებით და პოლივიტამინების დანიშვნით. პაციენტს აუცილებლად უნდა განემარტოს დაავადების უსაფრთხოება.

პროფილაქტიკა

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

პროგნოზი

სასიკეთოა

ეს მნიშვნელოვანია!

წითელი ბრტყელი ლიქენის ტიპური ფორმის დროს დაზიანების უბნები, ექიმის მიერ თუ შემთხვევით იქნა აღმოჩნილი, არ არის აუცილებელი ამის შესახებ პაციენტის ინფორმირება.

ეროზიულ-წყლულოვანი და ჰიპერკერატოზული ფორმები ფაკულტატური კიბოსწინარე დაავადებებია.

წითელი მგლურა

წითელი მგლურა (Lupus erythematodes), ერითემატოზი აუტოიმუნური დაავადებაა.

სისტემური წითელი მგლურა (M32), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIII კლასს („ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები") და შედის ბლოკში „შემაერთებელი ქსოვილის სისტემური დაზიანება".

გავრცელება

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, რეტრომოლარული 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).

ეტიოლოგიური ფაქტორები

წითელი მგლურა მიეკუთვნება აუტოიმუნურ დაავადებებს, რომლის დროსაც ვითარდება სენსიბილიზაცია ინფექციური და სხვა აგენტების მიმართ. მაპროვოცირებელ ფაქტორად შეიძლება იქცეს რომელიმე ქრონიკული ინფექცია ან კანის ჰიპერმგრძნობელობა სინათლისა და ულტრაიისფერი გამოსხივების მიმართ.

ა) დაზიანება პირის ღრუს ლორწოვანზე

ბ) დაზიანება თავის კანზე

გ) დაზიანება ყურის კანზე

სურ. 182. წითელი მგლურა

სურ. 181. წითელი მგლურა. დაზიანება ლოყის ლორწოვანზე

სუბიექტური მონაცემები

ზოგჯერ პაციენტს ჩივილები შეიძლება არ ჰქონდეს (ღრმა 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: ერითემა, ჰიპერკერატოზი და ატროფია. აღნიშნული ნიშნები ახასიათებს დაავადების ყველა ფორმას.

წითელი მგლურას განვითარების სტადიებია:

- ერითემული (ანთებადი),
- ყაეთნის წარმოქმნის,
- ნაწიბურის ჩამოყალიბების.

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

ყაეთნის წარმოქმნის სტადია: შეშუპებისა და ჰიპერემიის გამო დაზიანების უბნები მკვრივდება და ყალიბდება მცირედ აწეული კიდე, რომელიც წითელი ფერისაა და ბეჭედივით გარს აკრავს ფინჯნის ფორმის დაზიანებას (სურ. 183).

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 (სურ. 184). პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანებანი ყოველთვის შეჯვარებულია სახის კანის დამახასიათებელ ცვლილებებთან. აღინიშნება დაავადების ოთხი კლინიკური ფორმა:

ტიპური ფორმის დროს ტუჩის წითელი ყაეთანი ინფილტრირებულია მკვრივი კიდეებით. აღენიშნება 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 ყაეთნის მცირედი ინფილტრაცია და ტელეანგიოექსტაზია.

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

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

დიაგნოსტიკა

წითელი მგლურას დიაგნოსტიკა ემყარება პირის ღრუს ლორწოვანის და კანის მდგომარეობის შეფასებას. ლორწოვანის დაზიანება

სურ. 183. წითელი მგლურა. ლოყისა და ცხვირის ზედაპირის კანის სიმეტრიული დაზიანება – „პეპელა".

სურ. 184. წითელი მგლურა. დაზიანება პირის ღრუს ლორწოვანსა და სახის კანზე

ყოველთვის შეუძლებელია სახის კანის დამახასიათებელ ცვლილებებთან. ტუჩის ნითელი ყათნის იზოლირებული დაზიანება ყველაზე ძნელი სადიაგნოსტიკო კლინიკური შემთხვევაა. საჭიროა ყურადღება მიექცეს დაავადების სეზონურობას: დაავადება იწყება და მწვავდება გაზაფხულ-ზაფხულის პერიოდში.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება შემდეგ დაავადებებთან:

- ტუბერკულოზური მგლურა,
- ნითელი ბრტყელი ლიქენი,
- ლეიკოპლაკია,
- მეორეული სიფილისი.

ჰისტოლოგიური სურათი

ეპითელუმში აღინიშნება პარაკერატოზის, ჰიპერკერატოზის, აკანტოზისა და ატროფიის მონაცვლეობა. სტრომაში აღინიშნება ლიმფოიდურ-პლაზმურუჯრედოვანი ინფილტრატი, სისხლძარღვების მკვეთრი გაფართოვება, ე.წ. ლიმფური ტბების არსებობა ეპითელუმსა და შემაერთებელ ქსოვილს შორის, კოლაგენური და ელასტიური ბოჭკოების დაშლა.

მკურნალობა

მკურნალობა უნდა ნარიმართოს კომპლექსურად, დერმატოლოგთან ერთად.

ადგილობრივი

ადგილობრივი მკურნალობა სიმპტომურია და გულისხმობს გამაუტკივარებელი ხსნარებისა და ჟელეების, ანტისეპტიკების, კორტიკოსტეროიდული მალამოების, მაეპითელიზებელი საშუალებების გამოყენებას (იხ. ნითელი ბრტყელი ლიქენის მკურნალობა).

ზოგადი იგივეა, რაც ნითელი 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 ნითელი მგლურას არსებულმა კერებმა შესაძლებელია განიცადოს მალიგნიზაცია.

თავი XIV

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ეგზოგენური ინტოქსიკაციების დროს

ლორწოვანი გარსის ცვლილება შეიძლება განაპირობოს პროფესიასთან დაკავშირებული ზოგიერთი ნივთიერებისა და წამლის ტოქსიკურმა ზემოქმედებამ. მედიკამენტური ინტოქსიკაცია წარმოიშობა სამკურნალო პრეპარატების დიდი დოზით ან მათი შეცდომით გამოყენების გამო. პროფესიული ინტოქსიკაციები ვითარდება სამუშაო გარემოში ან საოჯახო მეურნეობაში, სადაც ტექნოლოგიური ზემოქმედების შედეგად წარმოიშობა მავნე ნივთიერებები და არ არის დაცული უსაფრთხოების წესები.

სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ორგანიზმის ინტოქსიკაცია მეტალებით (ვერცხლისწყლით, ტყვიით, ბისმუტით, თუთიით და სხვა), რის შედეგადაც პირის ღრუში ვითარდება კატარული ან წყლულოვანი სტომატიტი.

ვერცხლისწყლისმიერი სტომატიტი

ვერცხლისწყლისმიერი სტომატიტი (Stomatitis mercurialis) ვითარდება პირებში, რომელთა ორგანიზმში ვერცხლისწყალი აღწევს ორთქლის სახით სასუნთქი გზების, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის, კანის ან ინექციის გზით. ასევე, ვერცხლისწყლის პრეპარატების სამკურნალოდ გამოყენების შედეგად. მეტალური ვერცხლისწყალი, ორგანიზმზე უშუალო კონტაქტის დროს, ტოქსიკურ ზემოქმედებას არ ახდენს.

ვერცხლისწყლისა და მისი შენაერთების ტოქსიკური ზემოქმედება (T56.0), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (МКБ-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება") და შედის ბლოკში „არასამედიცინო დანიშნულების ნივთიერებების ტოქსიკური ზემოქმედება".

ლოკალიზაცია

ვერცხლისწყლისმიერი სტომატიტი, ძირითადად, ლოკალიზებულია ღრძილის მარგინალურ კიდესა და დვრილზე. მძიმე ინტოქსიკაციის შემთხვევაში პროცესი ვრცელდება ლოყის, ენის, მაგარი სასის ლორწოვანზე, ტუჩებზე, ნუშურებსა და ნაქზე. პროცესი შეიძლება გავრცელდეს რეტრომოლარულ მიდამოსა და დიდ სანერწყვე ჯირკვლებზეც.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- ჰიპერსალივაციას,
- მეტალის გემოს პირის ღრუში,
- ცუდ სუნს,
- ღრძილების მიდამოში პულსირებადი ხასიათის ტკივილს,
- თავის ტკივილს,
- ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებას, სისუსტეს, ტემპერატურის მატებას.

ობიექტური მონაცემები

ვერცხლისწყლისმიერი სტომატიტი ვითარდება ქსოვილების ტროფიკის დარღვევის შედეგად, რომელიც განპირობებულია კაპილარული ქსელის დაზიანებით. კაპილარულ სისტემაში მოცირკუ-

ლირე ვერცხლისწყალი უერთდება პირის ღრუს გოგირდწყალბადმჟავას, რომელიც გამოიყოფა საკვების ნარჩენების, კბილების ბუჟნების, პარადონტული ჯიბის შიგთავსის დაშლის (ხრწნის) შედეგად. წარმოიქმნება გოგირდოვანი ვერცხლისწყალი, რომელიც ლაგდება ღრძილის კიდის მიმდებარე ეპითელიუმის უჯრედებში შავი არშიის სახით (სურ. 185). ვერცხლისწყლის დაგროვება იწვევს ლორწოვანის გაღიზიანებას, შემდეგ კი – ნეკროზს. თავდაპირველად ვითარდება ასეპტიკური ნეკროზი, რომელსაც შემდგომში თან ერთვის ბაქტერიული ინფექცია და ვითარდება წყლულოვანი გინგივო-სტომატიტი. ამ უკანასკნელის განვითარებას ხელს უწყობს სხვადასხვა გამღიზიანებელი ფაქტორი: კბილის ქვა, კარიესული კბილების ბასრი კიდეები, უხარისხო ბუჟნები და პროთეზები. თუ პროცესი გადადის რეტრომოლარულ მიდამოზე, შესაძლოა განვითარდეს ტრიზმი, ხშირად ანთებადი ხდება დიდი სანერწყვე ჯირკვლებიც.

სურ. 185. ვერცხლისწყლისმიერი სტომატიტი

აღინიშნება ჰიპერსალივაცია, რაც განპირობებულია სანერწყვე ჯირკვლების ვერცხლისწყლით გაღიზიანებით. ვერცხლისწყლისმიერი მძიმე მოწამვლის დროს სალივაცია იმდენად იმატებს (3-4 ლ დღე ღამეში), რომ ავადმყოფი ვერ ასწრებს ნერწყვის გადაყლაპვას და ხდება მისი გადმოდინება პირის ღრუდან.

დროის მცირე მონაკვეთში ორგანიზმში ვერცხლისწყლის დიდი რაოდენობის მოხვედრა იწვევს თავის ტკივილს. პროცესს თან ერთვის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, სისუსტე, სხეულის ტემპერატურის მომატება, რეგიონული ლიმფური კვანძების გადიდება.

ქრონიკული ვერცხლისწყლისმიერი მოწამლვის დროს სტომატიტის, მომატებული სალივაციის, ვერცხლისწყლისმიერი გინგივიტის (მერკურული გინგივიტი) გარდა, აღინიშნება ზოგადი დარღვევები: ანემია, საჭმლის მონელების პროცესის დარღვევა, უძილობა, კანის საფარის სიფერმკრთალე, პარესთეზია, თავის ტკივილი. დათვალიერებით აღინიშნება ღრძილების ანთება, ჰიპერემია, შეშუპება. ღრძილის მარგინალურ კიდესთან და დვრილთან დასაწყისში ვითარდება მოშავო-ნაცრისფერი ყაეთანი, შემდგომში – მონაცრისფრო თეთრი ნადები, რომელიც შედგება დანეკროზებული ეპითელიუმის უჯრედებისაგან. ნეკროზული პროცესის პროგრესირებასთან ერთად, ვითარდება წყლულები, შესაძლოა ალვეოლათშორისი ძგიდეების განლევა, არცთუ იშვიათად მათი სეკვესტრაცია, კბილების მორყევა და დაკარგვა.

დიაგნოსტიკა

დაავადების დიაგნოსტიკა არ წარმოადგენს სირთულეს. დამახასიათებელ სიმპტომებთან ერთად, როგორიცაა ღრძილებზე მონაცრისფრო შავი ყაეთანი, ჰიპერსალივაცია, მკვეთრად გადიდებული და მტკივნეული ლიმფური კვანძები დიაგნოზს აზუსტებს ლაბორატორიული გამოკვლევა – შარდში ვერცხლისწყლის მომატებული რაოდენობა.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ვერცხლისწყლისმიერი სტომატიტის დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება:

- ფიზიოლოგიურ პიგმენტაციასთან,
- ჰემატომასთან.

მკურნალობა

ადგილობრივი:

- პირის ღრუს სანაცია;
- პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გაუტკივარება: 2%-იანი ტრიმეკაინის ხსნარი, 4%-იანი ბენზოკაინის ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი და სხვა;
- ლორწოვანის დამუშავება სუსტი ანტისეპტიკური ხსნარებით: კალიუმის პერმანგანატი 1:5000 და 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 0,25% ქლორამინი, 0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი და სხვა;

- ნეკროზული უბნების დამუშავება პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიპსინი, ქიმოფსინი, კარიპაზინი, რიბონუკლეაზა, დეზოქსირიბონუკლეაზა და სხვა;
- რეგენერაციის მასტიმულირებელი საშუალებების აპლიკაცია: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ დენტას სოლკოსერილის ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, აქტოვეგინის 20%-იანი თვალის ჟელე, ქაცვის ზეთი, ხონსურიდი, A და E ვიტამინები, ასკილის ზეთი, კაროტოლინი, ოლაზოლი, დიბუნოლი და სხვა;
- დაზიანებულ უბნებზე ტარდება აპლიკაცია ან ელექტროფორეზი უნითიოლით ან ნატრიუმის თიოსულფატით.

ზოგადი

ზოგადი მკურნალობა მოიცავს ვერცხლისწყლის ორგანიზმში შეღწევის დაუყოვნებლივ შეწყვეტას და მისი გამოდევნისათვის საჭირო ღონისძიებების ჩატარებას. ამ მიზნით ინიშნება:

- თბილი აბაზანები;
- მინერალური წყლების მიღება;
- ორგანიზმიდან ვერცხლისწყლის გამოდევნას ხელს უწყობს კალიუმის იოდიდი, ნატრიუმის თიოსულფატი;
- უნითიოლის ინექციები იწვევს ვერცხლისწყლის შებოჭვას და წარმოქმნის უხსნად კომპლექსს, რომელიც ინდიფერენტულია ორგანიზმისათვის და ადვილად გამოიყოფა ნერწყვთან და შარდთან ერთად;
- სალივაციის შემცირების მიზნით – 0,1%-იანი ატროპინის ხსნარის 5-6 წვეთი 2-ჯერ დღეში;
- ვიტამინოთერაპია.

პროგნოზი

თუ შეწყდება ვერცხლისწყლის შეღწევა ორგანიზმში და ჩატარდება შესაბამისი მკურნალობა, პროგნოზი საიმედოა. 12-14 დღეში დგება გამოჯანმრთელება.

ტყვიისმიერი სტომატიტი

ტყვიისმიერი სტომატიტი (Stomatitis plumbica seu saturnine) ვითარდება ტყვიით ინტოქსიკაციის (სატურნიზმის) შედეგად.

ტყვიისა და მისი შენაერთების ტოქსიკური ზემოქმედება (T56.0), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება") და შედის ბლოკში „არასამედიცინო დანიშნულების ნივთიერებების ტოქსიკური ზემოქმედება".

გავრცელება

ტყვიისმიერი სტომატიტი გვხვდება საკმაოდ ხშირად, ვინაიდან ტყვია ფართოდ გამოიყენება წარმოებაში.

ლოკალიზაცია

ტყვიისმიერი სტომატიტი დასაწყისში ვითარდება შავი ყაეთნის სახით ფრონტალური კბილების ყელთან, ღრძილის კიდეზე ვესტიბულურად. ტყვიის შავი ნადები შეიძლება გაჩნდეს ლოყის, ტუჩის, მაგარი და რბილი სასის, ენის ლორწოვან გარსზე.

ეტიოლოგიური ფაქტირები

ტყვიისმიერ სტომატიტს იწვევს ტყვია, რომელიც ატმოსფეროში მუდმივად არსებობს შენაერთის სახით და თუნდაც დაშვებული კონცენტრაციით, შეუძლია გამოიწვიოს იმ პირების ქრონიკული ინტოქსიკაცია, რომელთაც აღენიშნებათ მომატებული მგრძნობელობა ტყვიის მიმართ. ტყვია ორგანიზმში ხვდება ორთქლის ან მტვრის სახით სასუნთქი გზებით, დაბინძურებული ხელით ან საკვები პროდუქტით საჭმლის მომნელებელი ტრაქტიდან, ასევე, დაზიანებული კანიდან. გამოიყოფა შარდით, ოფლით, ნერწყვით.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- მეტალის გემოს ან სპეციფიკურ ტყვიის სუნს პირის ღრუდან,
- საერთო სისუსტეს,
- მადის დაქვეითებას,
- საჭმლის მონელების პროცესის დარღვევას,
- კანის უჩვეულო მონაცრისფრო-მიწისფერ შეფერილობას.

ობიექტური მონაცემები

ტყვიისმიერი სტომატიტი ვითარდება თანდათან. ტყვიის ყაეთანი წარმოიქმნება ღრძილოვანი ჯიბის შიგთავსის ხრწნის შედეგად წარმოქმნილ გოგირდ-წყალბადმჟავასა და ტყვიას შორის ქიმიური კავშირის შედეგად. ლორწოვან გარსზე ტყვია ლაგდება სისხლძარღვების კედლებში, რაც იწვევს სისხლის მიმოქცევის დარღვევას და ზოგიერთ მძიმე შემთხვევაში ასეპტიკური ნეკროზის განვითარებას.

ობიექტურად ღრძილის კიდეზე ვესტიბულური მხრიდან აღინიშნება მოლურჯო-შავი ფერის ტყვიის ყაეთანი (სურ. 186). ვითარდება კატარული სტომატიტი, მძიმე შემთხვევებში – წყლულოვანი სტომატიტი. ზოგჯერ ანთებითი ხდება ყბაყურა ჯირკვლები, რასაც თან სდევს ღეჭვის გაძნელება და ტრიზმი.

სურ. 186. ტყვიისმიერი სტომატიტი

სისხლის საერთო ანალიზში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ერითროციტების ბაზოფილური მარცვლოვნობა.

ქრონიკული სატურნიზმის დროს ცვლილებები ვითარდება თითქმის ყველა ორგანოთა სისტემაში. აღინიშნება ტყვიისმიერი კოლიტი, შარდის შეკავება, თირკმლების დაზიანება, მძიმე მოწამვლისას ზიანდება ნერვული სისტემა: ვითარდება მგრძნობელობის დარღვევა (პარესთეზია, ანესთეზია), შესაძლოა დამბლა, მხედველობის ნერვის ატროფია.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგად. შარდში, ნერწყვსა და ოფლში აღმოჩნდება ტყვია.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიფერენცირება უნდა მოვახდინოთ ვენსანის წყლულოვან-ნეკროზულ გინგივო-სტომატიტთან.

მკურნალობა

ადგილობრივი:

- პირის ღრუს სანაცია;
- საჭიროების შემთხვევაში ლორწოვანის 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, 0,025%-იანი დეკამეტოქსინის წყალხსნარი, 0,1%-იანი სანგვირიტრინის ლინიმენტი და სხვა;
- ეროზიებისა და წყლულების ზედაპირიდან ნეკროზული მასების მოსაშორებლად მათი დამუშავება პროტეოლიზური ფერმენტებით: ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, ქიმოპსინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა, ტერილიტინი, კარიპაზინი და სხვა;
- რეგენერაციის მასტიმულირებელი საშუალებების აპლიკაცია: სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა, დიპლენ დენტას სოლკოსერილის ფირფიტები, მუნდიზალის ჟელე, აქტოვეგინის 20%-იანი თვალის ჟელე, ქაცვის ზეთი, ხონსურიდი, A და E ვიტამინები, ასკილის ზეთი, კაროტოლინი, ოლაზოლი, დიბუნოლი და სხვა.

ზოგადი

ზოგადი მკურნალობა ტარდება კომპლექსურად, თერაპევტთან ერთად. აუცილებელია ტყვიასთან ავადმყოფის კონტაქტის დაუყოვნებელი შეწყვეტა და მისი გამოდევნა ორგანიზმიდან. ამ მიზნით ინიშნება ყოველდღიური თბილი აბაზანები, 3%-იანი კალიუმის იოდიდის ხსნარი, ვიტამინები. ზოგადი მკურნალობა ითვალისწინებს ნივთიერებათა ცვლის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციის გაუმჯობესებას.

პროგნოზი

ტყვიასთან ავადმყოფის კონტაქტის დროული შეწყვეტისა და შესაბამისი მკურნალობის შემდეგ პროგნოზი საიმედოა.

ბისმუტისმიერი სტომატიტი

ბისმუტისმიერი სტომატიტი (Stomatitis vismuthina) ვითარდება ბისმუტის პრეპარატების (ბისმოვეროლი, ბიოქინოლი) ხანგრძლივი მიღების შედეგად.

ბისმუტისა და მისი შენაერთების ტოქსიკური ზემოქმედება (T56.1), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება") და შედის ბლოკში „არასამედიცინო დანიშნულების ნივთიერებების ტოქსიკური ზემოქმედება".

გავრცელება

დღეისათვის გვხვდება იშვიათად.

ლოკალიზაცია

მოლურჯო-შავი ფერის ყაეთანი ვითარდება ღრძილებზე კბილის ყელის გარშემო. პიგმენტაცია შესაძლოა გამოვლინდეს, აგრეთვე, ლოყის, ენის, ტუჩისა და მაგარი სასის ლორწოვან გარსზე.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ბისმუტისმიერი სტომატიტის გამომწვევია ბისმუტის შემცველი პრეპარატები (ბისმოვეროლი და ბიოქინოლი). ისინი გამოიყენება ც.ნ.ს-ის სიფილისური და არასიფილისური დაზიანების სამკურნალოდ. ცილებთან ბისმუტის კონტაქტის შედეგად წარმოიქმნება ძნელად ხსნადი ორგანული შენაერთი – ბისმუტის ალბუმინატი, რომელიც უერთდება პირის ღრუს გოგირდწყალბადს და წარმოქმნის გოგირდოვან ბისმუტს.

სუბიექტური მონაცემები

ბისმუტისმიერი სტომატიტი ძირითადად მიმდინარეობს სუბიექტური შეგრძნებების გარეშე, ნაკლებად აწუხებს ავადმყოფს. იშვიათად პაციენტები უჩივიან:

- არასასიამოვნო სუნს პირის ღრუდან,
- გაძლიერებულ ნერწყვდენას,
- ლიმფური კვანძების გადიდებას.

ობიექტური მონაცემები

კბილების ყელის მიდამოში ღრძილებზე ვითარდება მოლურჯო-შავი ფერის ყაეთანი (სურ. 181). მძიმე შემთხვევებში – წყლულოვან-ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი. შესაძლოა

სურ. 181. ბისმუტისმიერი სტომატიტი

განვითარდეს ალვეოლური მორჩებისა და ყბის ძვლის ალვეოლური ნაწილის ნეკროზი.

დიაგნოსტიკა

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზს, შარდის, ნერწყვის დროულ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავატაროთ:

- ფიზიოლოგიურ პიგმენტაციასთან,
- ვერცხლით ინტოქსიკაციასთან,
- ადისონის დაავადებასთან.

მკურნალობა

ადგილობრივი

ადგილობრივი მკურნალობა მოიცავს:

- პირის ღრუს სანაციას,
- საჭიროების შემთხვევაში – ლორწოვანის გაუტკივარებას,
- დამუშავებას სუსტი ანტისეპტიკური ხსნარებით,
- ნეკროზული უბნების დამუშავებას პროტეოლიზური ფერმენტებით,
- რეგენერაციის მასტიმულირებელი საშუალებების გამოყენებას (იხ. ტყვიისმიერი სტომატიტი),
- ინიშნება პირის ღრუს აბაზანები უნითიოლით და ნატრიუმის თიოსულფატით დღეში 6-8 ჯერ,
- საჭიროა პირის ღრუს ჰიგიენის წესების სრულფასოვანი დაცვა.

ზოგადი

ბისმუტისმიერი სტომატიტის განვითარების შემთხვევაში მიზანშეწონილია ბისმუტის შემ-

ცველი პრეპარატებით მკურნალობის შეწყვეტა. პაციენტებს ენიშნებათ ყოველდღიური აბაზანები და ვიტამინები.

პროფილაქტიკა

ბისმუტისმიერი სტომატიტის პროფილაქტიკისათვის აუცილებელია ბისმუტის პრეპარატების მიღებამდე პირის ღრუს სანაცია. პრეპარატებით მკურნალობის პროცესში პირის ღრუს ჰიგიენის იდეალური დაცვა.

პროგნოზი

შესაბამისი მკურნალობის დროს საიმდოა.

ოქროსმიერი სტომატიტი

ოქროსმიერი სტომატიტი (Stomatitis gold-indusid) ვითარდება ოქროს შემცველი პრეპარატებით მკურნალობის შედეგად.

ოქროსა და მისი შენაერთების ტოქსიკური ზემოქმედება (T56.1), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XIX კლასს („ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით გამოწვეული ზოგიერთი გამოვლინება") და შედის ბლოკში „არასამედიცინო დანიშნულების ნივთიერებების ტოქსიკური ზემოქმედება".

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ამ ტიპის ინტოქსიკაციას იწვევს ოქროს შემცველი პრეპარატები – კრიზანოლი, აურონოფინი. მათ იყენებენ რევმატოიდული ართრიტისა და წითელი მგლურას სამკურნალოდ, როგორც უჯრედული იმუნიტეტის მასტიმულირებელ და ჰუმორალური იმუნიტეტის მაინჰიბირებელ საშუალებებს.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- ჰიპერსალივაციას,
- საერთო სისუსტეს,
- თავის ტკივილს.

ობიექტური მონაცემები

ოქროს შემცველი პრეპარატებიდან ოქრო აკუმულირდება ფილტვებსა და თირკმლებში და გამოიყოფა შარდთან ერთად. პრეპარატის ჰიპერდოზირების შემთხვევაში ვითარდება ოქროთი ინტოქსიკაცია და, შესაძლოა, განვითარდეს ნეფროპათია, დერმატიტი, სტომატიტი, ანემია, თრომბოციტოპენია. პაციენტს აღენიშნება მაღალი ტემპერატურა.

პირის ღრუში ოქროს პრეპარატებით ინტოქსიკაციის დროს აღინიშნება ჰიპერსალივაცია, ერითემატოზული შეშუპება (ყველაზე ხშირად – ენაზე). ყალიბდება სქელი, მოთეთრო-სადაფისებრი ნადები, ზოგჯერ ეროზია (სურ. 188). კლინიკური სურათი წითელი ბრტყელი ლიქენის მსგავსია.

სურ. 188. ოქროსმიერი სტომატიტი. ეროზიები მაგარ სასაზე

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება ანამნეზისა და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ოქროს შემცველი პრეპარატებით ინტოქსიკაციის დიფერენცირება უნდა მოვახდინოთ:

- წითელ ბრტყელ ლიქენთან,
- მედიკამენტურ სტომატიტთან,
- მრავალფორმიან ექსუდაციურ ერითემასთან,
- ვულგარულ პემფიგუსთან,
- ბულოზურ პემფიგოიდთან.

მკურნალობა

ადგილობრივი მკურნალობა მოიცავს:

- პირის ღრუს სანაციას,
- საჭიროების შემთხვევაში ლორწოვანის გაუტკივარებას,
- სუსტი ანტისეპტიკური ხსნარების გამოყენებას,

- ნეკროზული უბნების დამუშავებას პროტეოლიზური ფერმენტებით,
- ეროზიების შემთხვევაში რეგენერაციის მასტიმულირებელი საშუალებების გამოყენებას (იხ. ტყვიისმიერი სტომატიტი),
- სააჭიროა პირის ღრუს ჰიგიენის წესების სრულფასოვანი დაცვა.

ზოგადი მკურნალობა ტარდება კომპლექსურად, თერაპევტთან ერთად. მიზანშეწონილია ოქროს შემცველი პრეპარატებით მკურნალობის შეწყვეტა. პაციენტებს ენიშნებათ ვიტამინები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები. სალივაციის შემცირების მიზნით 0,1%-იანი ატროპინის 5-6 წვეთი 2-ჯერ დღეში.

პროგნოზი

ოქროსთან კონტაქტის შეწყვეტისა და სათანადო მკურნალობის შემდეგ – საიმედოა.

თავი XV

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ცალკეული ორგანოსა და ორგანოთა სისტემების დაავადებების დროს

პირის ღრუს ქსოვილები მჭიდრო კავშირშია ორგანიზმის ცალკეულ ორგანოებსა და ორგანოთა სისტემებთან. ძალიან ხშირად დაავადებების ნაადრევი კლინიკური გამოვლინება სწორედ პირის ღრუში ხდება. აქედან გამომდინარე, პაციენტი, უპირველესად, სტომატოლოგს მიმართავს. ამრიგად, სტომატოლოგს დიდი პასუხისმგებლობა აკისრია სხვადასხვა ორგანოსა და ორგანოთა სისტემის დაავადების ნაადრევ დიაგნოსტიკაში.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების გამოვლინება პირის ღრუს ლორწოვანზე

პირის ღრუს ლორწოვანის ცვლილებები განსაკუთრებით ხშირად ვითარდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან პირის ღრუ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კარიბჭე და საწყისი რგოლია. ხშირად პირის ღრუში გამოიხატება: ენის ფერის შეცვლა, შეშუპება, ნადები, ძაფისებრი დვრილების ჰიპერტროფია ან ატროფია, ლორწოვანის დესკვამაცია, წყლულოვანი დაზიანებანი.

ლორწოვანი გარსის ცვლილებები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს: ენის დვრილების ჰიპერტროფია (K14.3), ნადებიანი ენა (K14.30), ენის დვრილების ატროფია (K14.4), დაკბილული ენა (K14.80) ენის ეპითელიუმის ცვლილებები (K13), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები“.

ქრონიკული გასტრიტის დროს პირის ღრუში შესაძლებელია შემდეგი ცვლილებები: მოთეთრო-მოყვითალო ან მონაცისფრო-მოყვითალო ნადები ენის უკანა მესამედში, ღრძილების მიდამოში კატარული ანთება და დესქვამაციური გლოსიტი, ენის შუა და დისტალურ მესამედში ძაფისებრი დვრილების ჰიპერტროფია, სოკოსებრი დვრილების ზომაში მომატება, ფოთლისებრი დვრილების ჰიპერპლაზია, შესაძლებელია ენის შეშუპება, რაც იწვევს ენის წვერზე და გვერდით ზედაპირებზე კბილების ანაბეჭდების წარმოქმნას (სურ. 189. 190 და 191).

სურ. 189. შეშუპებული, ნაოჭიანი ენა ქრონიკული გასტრიტის დროს

სურ. 190. შეშუპებული, ნაოჭიანი ენა მწვავე გასტრიტის დროს

სურ. 191. ნადებიანი ენა, შეშუპებული სოკოსებრი დვრილები კუჭის წყლულოვანი დაავადების დროს

კუჭის წყლულოვანი დაავადებების დროს, წყლულის ლოკალიზაციის მიხედვით, კლინიკური სურათი შეიძლება იყოს სხვადასხვა: თუ წყლული კუჭის უკანა კედელზეა, ტკივილი უშუალოდ ჭამის შემდეგ იწყება; თუ მცირე სიმრუდეზეა – ჭამიდან 15-60 წუთის შემდეგ; ანტრალურ წყლულებს ხშირად „მშიერი ტკივილი", ამოქარვება და გულძმარვა ახასიათებს. კუჭის წყლულისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის შეუღლებული წყლულოვანი დაავადებებისათვის დამახასიათებელია ტკივილის ორი ტალღა: ტკივილი იწყება ჭამიდან 40-60 წუთის შემდეგ, 1,5-2 საათში მკვეთრად ძლიერდება და გრძელდება ხანგრძლივად.

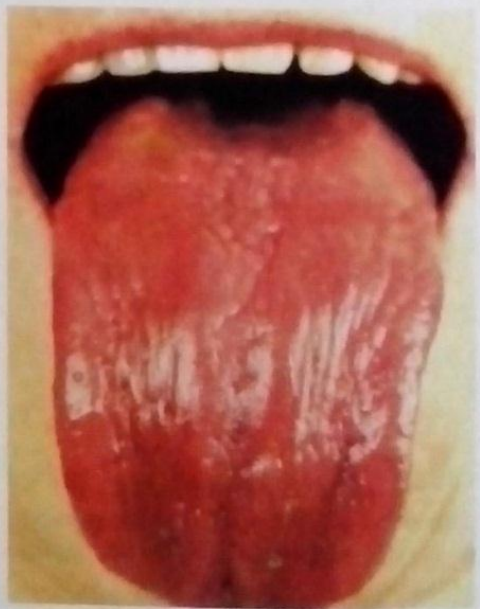
ზემოთ აღნიშნულ შემთხვევებში პირის ღრუს ლორწოვანი ღია ვარდისფერია, გამწვავების დროს აღინიშნება სალივაციის დაქვეითება. ენის დისტალურ უბანში ჩნდება მონაცრისფერო-თეთრი ფერის ნადები, რომელიც მჭიდროდაა შეკავშირებული ქვეშმდებარე ქსოვილებთან (სურ. 184). ღრძილების ლორწოვანი ღია ვარდისფერია, ციანოზური ელფერით. შესაძლებელია აღინიშნოს ენის ზომაში მომატება და შეშუპება, რაც იწვევს ენის ნვერზე და გვერდით ზედაპირებზე კბილების ანაბეჭდების წარმოქმნას.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს ერთ-ერთი გართულება შეიძლება იყოს ორალური კანდიდოზი, რომლის დროსაც ხაჭოსებრი, ადვილად მოსაცილებელი თეთრი ნადები ჩნდება ენის ლორნოვანზე.

ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადებებისას განსაკუთრებული დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს რბილი სასის შეფერილობას – იგი მოყვითალო ფერისაა. ეს შეფერილობა შემდეგ შეიძლება გამოვლინდეს თვალის სკლერაზე, კანის საფარველზე (სისხლძარღვოვანი „ვარსკვლავების" არსებობა კანზე).

ქრონიკული ჰეპატიტის დროს პირის ღრუში სუბიექტურად აღინიშნება: გემოვნების გაუკუღმართება, სიმწარის შეგრძნება (განსაკუთრებით დილას), პირის ღრუს ლორწოვანის პარესთეზია, ტუჩებისა და ენის მიდამოში წვა და ჩხვლეტა, სასაზე ქავილის შეგრძნება. ობიექტურად: რბილი სასა ყვითელი შეფერილობისაა, ღრძილები – ციანოზური, ენის დვრილები ატროფიულია, მუქი-წითელი ფერის, (კრიალა ე.წ. „ღვიძლისმიერი" ენა) (სურ. 192).

კუჭქვეშა ჯირკვლის ანთებითი დაავადებისას (პანკრეატიტი) სუბიექტურად აღინიშნება სიმშრალე პირის ღრუში და გემოვნების შეგრძნების დაქვეითება. ობიექტუ-



სურ. 192. „გალაქტული", კრიალა ენა, ძაფისებრი დვრილების ატროფია პოსტჰეპატიტური ციროზის დროს

რად – ტუჩის კუთხეების ქრონიკული ნახეთქები და ცვლილებები ენის ლორწოვანზე: ძაფისებრი დვრილების ატროფია (სურ. 193), კანდიდოზი, დისტალური უბნის მოყვითალო შეფერილობა, მოყვითალო-თეთრი ნადები.

მკურნალობა

ძირითადი დაავადების მკურნალობა პირის ღრუს ლორწოვანზე მის გამოვლინებას ამცირებს და აქრობს.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიების დროს

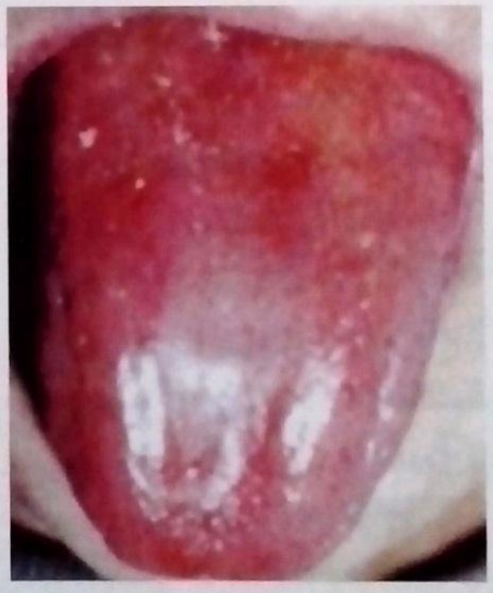
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს პირის ღრუს ლორწოვანის ცვლილებები შემთხვევათა 40-80%-ში გვხვდება. ეს განპირობებულია სისხლის მიმოქცევის უკმარისობით, სისხლძარღვების კედლების მდგომარეობით და ა.შ.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობისას ორგანიზმში შესაძლებელია განვითარდეს ზოგადი შეშუპება, ტუჩის წითელი ყაეთნის ციანოზი, პირის ღრუს ლორწოვანის სიმშრალე და შეშუპება. მაგალითად, მკვეთრად წითელი ან ჟოლოსფერი ენა შეიძლება ჩამოყალიბდეს გულის კუნთის ინფარქტის მწვავე პერიოდში, თუმცა ეს სიმპტომი სხვა დაავადების დროსაც გვხვდება (სურ. 194).

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ქრონიკული დაავადებების დროს ტროფიკის დარღვევას შესაძლებელია მოჰყვეს პირის ღრუში ტროფიკული წყლულის ჩამოყალიბება. ისინი, უმეტესად, ლოკალიზდება პირის ღრუს უკანა მესამედში, ლოყის ლორწოვანზე, ენასა და რეტრომოლარულ უბანზე. წყლულები სხვადასხვა ზომისაა (2-5 მმ და მეტი), დაფარულია მოთეთრო-მონაცრისფრო ნადებით, საკვების მიღებისას მტკივნეულია და აქვს უსიამოვნო სუნი. დამახასიათებელი ნიშანია ანთების არარსებობა წყლულის გარშემო (სურ. 195). ალვეოლურ მორჩზე ლოკალიზებული წყლული შეიძლება გავრცელდეს ლოყის, ტუჩის ლორწოვანზე, რასაც მოჰყვება ალვეოლური მორჩის ნეკროზი და აქტიური სისხლდენა.

ტროფიკული წყლულის დიაგნოსტიკა ხშირად რთულია, მისი დიფერენცირება უნდა მოხდეს დეკუბიტალურ, სიმსივნურ, ტუბერკულოზურ, სიფილისურ წყლულებთან (იხ. ქრონიკული მექანიკური ტრავმა).

სურ. 193. კატარული გლოსიტი პანკრეატიტის დროს



სურ. 194. ატროფიული გლოსიტი გულის იშემიური დაავადების დროს

სურ. 195. ტრაპიული ნაყლული გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის დროს

სურ. 196. ბუშტუკოვან-სისხლძარღვოვანი სინდრომი გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის დროს

გულ-სისხლძარღვთა სისტემით დაავადებულ პაციენტს (ჰიპერტონული დაავადება, ათეროსკლეროზი), სხვადასხვა ფიზიკური ზემოქმედებებისას, არტერიული წნევის აწევის მომენტში პირის ღრუს ლორწოვანზე შეიძლება წარმოექმნას ბუშტუკი ჰემორაგიული შიგთავსით. უმეტეს შემთხვევაში ბუშტუკები წარმოიქმნება რბილ სასაზე, ენის გვერდით კიდეზე, ლოყის ლორწოვანზე, კბილების შეთანასოვნების ხაზზე. იგი წარმოიქმნება მოულოდნელად, ხშირად ჭამისას, ივსება სისხლით, იმატებს ზომაში, შემდეგ სკდება და რჩება ეროზია (ბუშტუკოვან-სისხლძარღვოვანი სინდრომი) (სურ. 196). ეროზიის ეპითელიზაცია ხდება სპონტანურად 5-7 დღის შემდეგ.

პირის ღრუს ლორწოვანის ტიპური ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიების დროს წარმოდგენილია ცხრილში 6.

მკურნალობა

ადგილობრივი

პირის ღრუში მკურნალობა სიმპტომურია: ინიშნება პოლივიტამინები (C,P, E), ადგილობრივი ჰემოსტატიური საშუალებები.

ზოგადი

ზოგადი მკურნალობა ტარდება კარდიოლოგთან ერთად, ინიშნება ზოგადი ჰემოსტატიური საშუალებები. პროფუზული სისხლდენისას – სისხლის გადასხმა, სისხლძარღვების გადაკვანძა.

ცხრილი 6. პირის ღრუს ლორწოვანის ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ზოგიერთი პათოლოგიის დროს

გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა	მიოკარდიუმის ინფარქტი	ჰიპერტონული დაავადება
• ლორწოვანის ციანოზი, • ტუჩების ციანოზი, • პ/ღ-ს სიმშრალე, • წვა, • წყლულები.	• ციანოზი, • ფოლოსებრი ენა, • ენის ნახეთქები, • ენის წვა, • ენის ტკივილი, • ეროზიები და წყლულები ენაზე, • პ/ღ-ს სიმშრალე.	• ბუშტუკები რბილ სასაზე, ენის გვერდით კიდეებზე, • ეროზიები, • ტროფიკული წყლულები.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ენდოკრინული დაავადებების დროს

პირის ღრუს ლორწოვანის ცვლილებები ენდოკრინული დაავადების დროს წარმოიქმნება შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ჰიპოფუნქციის, ჰიპერფუნქციის ან დისფუნქციის დროს. პირის ღრუში ცვლილებებს ხშირად მნიშვნელოვანი სადიაგნოსტიკო ღირებულება აქვს, რადგან მათი მანიფესტაცია წინ უსწრებს ენდოკრინული დაავადებების ტიპური კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებას.

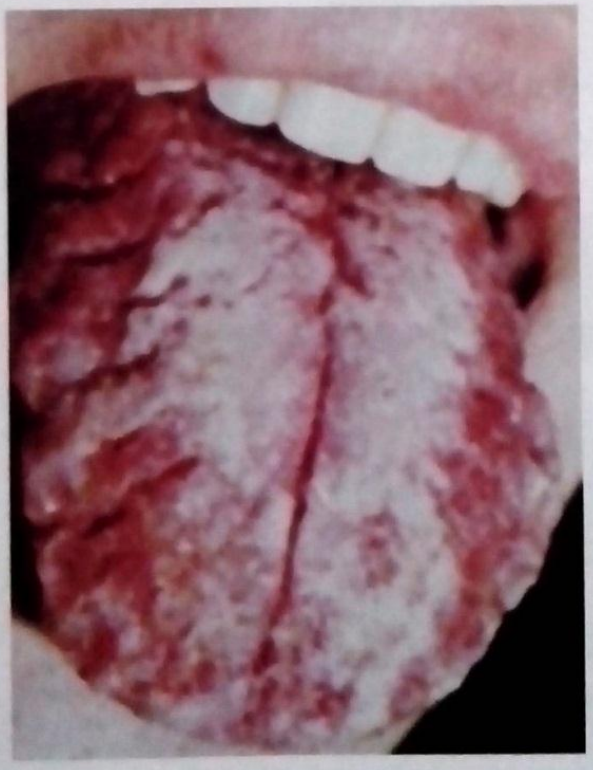
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ენდოკრინული სისტემის დაავადებების დროს: შაქრიანი დიაბეტი (E14), ადისონის დაავადება (E27.1), ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები (E07.9), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება IV კლასს („ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები") და შედის ბლოკში „ენდოკრინული ჯირკვლების დაზიანებები".

შაქრიან დიაბეტს საფუძვლად უდევს ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევა, რაც შემდგომში ცილოვანი და ცხიმოვანი ცვლის დარღვევის მიზეზი ხდება. პირის ღრუში, არცთუ იშვიათად, გამოვლინდება დაავადების პირველი ნიშნები:

1. *ქსეროსტომია* – პირის ღრუს სიმშრალე დაავადების დასაწყისშივე იჩენს თავს. მომატებულია წყურვილის შეგრძნება და მადა. თუმცა, აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ქსეროსტომია შეიძლება განვითარდეს სხვა დიაგნოზების დროსაც (სიალოადენიტი, სიალოდოქიტი, შეგრენის სინდრომი, ცხვირით სუნთქვის დარღვევა, ნერვული სისტემის პათოლოგია და სხვა).

2. *კატარული სტომატიტი, გლოსიტი* – დიაბეტის დროს პირის ღრუს ანთების, მისი ინფიცირების, ადვილად ტრავმირების შედეგია. ამ დროს დაქვეითებულია ლორწოვანის ბარიერული ფუნქცია, პირის ღრუში დისბაქტერიოზია. ლორწოვანი არის მშრალი, ჰიპერემიული, ზოგჯერ აღინიშნება ეროზიების, სისხლჩაქცევების არსებობა.

3. *სოკოვანი სტომატიტი, მიკოზური ანგულიტი* – შაქრიანი დიაბეტის დროს პირის ღრუს სოკოვან დაზიანებას ხშირი და მდგრადი ხასიათი აქვს (სურ. 197). ასეთივე ხშირია მიკოზური ანგულიტი –



სურ. 197. ქრონიკული კანდიდოზი ნაოჭიან ენაზე შაქრიანი დიაბეტის დროს

ტუჩის კუთხის ნახეთქები (იხ. *ორალური კანდიდოზი*, გვ. 125). სოკოვანი ფლორის გამრავლება პირის ღრუში ხდება დისბაქტერიოზის ფონზე ორგანიზმის დამცველი ძალების დაქვეითების გამო. ამ ცვლილებებს, თავის მხრივ, საფუძვლად უდევს მუკოზა-ტუტოვანი მდგომარეობის დარღვევა პიროყურძნისა და რძემუავის რაოდენობის მატების გამო.

4. *პირის ღრუს ლორწოვანის პარესთეზიას*, როგორც წესი, თან ახლავს პირის ღრუს სიმშრალე. დიაბეტის დროს იგი გამოვლინდება პირის ღრუში წვისა და ჩხვლეტის შეგრძნებით. არცთუ იშვიათია გემოვნების დარღვევა. კერძოდ, ქვეითდება მგრძნობელობა ტკბილსა და მარილიან საკვებზე.

5. *ტროფიკული დარღვევები* – პირის ღრუს ლორწოვანის სხვადასხვა უბანზე შეიძლება განვითარდეს ტროფიკული წყლულები, რომელთაც ახასიათებს ხანგრძლივი მიმდინარეობა, შენელებული რეგენერაცია (სურ. 198).

დიაბეტის დიაგნოზი დგინდება სპეციფიკური კლინიკური და ლაბორატორიული კვლევების საფუძველზე.

მკურნალობა

სტომატოლოგიური მკურნალობა სიმპტომურია და შემოიფარგლება ანტიფუნგალური პრეპარატებისა (იხ. *ორალური კანდიდოზის მკურნალობა*) და B ჯგუფის ვიტამინების დანიშვნით. თუმცა, ის უშედეგოა იმ შემთხვევაში, თუ ძირითადი დაავადება არ არის ნამკურნალები ან დეკომპენსირებულია.

ორსულთა გინგივიტი Gingivitis gravidarum – ღრძილების ანთებაა, რომელიც წარმოიქმნება ან მწვავდება ორსულობის დროს. იგი გვხვდება თითქმის ყველა ორსულის პირის ღრუში, თუმცა განსაკუთრებით გამოხატულია შემთხვე-

სურ. 198. ტროფიკული წყლული ენაზე მაქრიანი დიაბეტის დროს

სურ. 199. ორსულთა პიპერტროფიული გინგივიტი

სურ. 200. ეპულისი ორსულობის დროს

სურ. 201. ეპულისი ორსულობის დროს

ვათა 20%-ში. დაავადების განვითარება დაკავშირებულია ჰორმონულ დისბალანსთან. კერძოდ, ორგანიზმში პროჟესტერონისა და ესტროგენის კონცენტრაციის შეცვლის გამო მატულობს სისხლძარღვების განვლადობა, ხდება ფიბროციტების აქტივაცია, ზრდის ჰორმონისა და ანაერობული მიკრობის – Praevotella Intermedia-ს რაოდენობის მატება პაროდონტის ქსოვილებში. მისი კლინიკური ნიშნები ორსულობის მე-3-4 თვეზე გამოვლინდება.

ორსულობის პირველ ნახევარში ვლინდება მსუბუქი ფორმის გინგივიტი, ხოლო მეორე ნახევარში – დაავადების მძიმე ფორმა. თანდათანობით ღრძილი მუქ წითელ შეფერილობას იღებს, მატულობს ზომაში და ყალიბდება ჰიპერტროფული გინგივიტი (სურ. 199). შესაძლებელია ეპულისისა (სურ. 200 და 201) და ცრუ ეპულიდის ჩამოყალიბება (2% შემთხვევაში).

მკურნალობა

უმნიშვნელოვანესი ღონისძიება არის პირის ღრუს ინდივიდუალური ჰიგიენის წესების იდეალური დაცვა.

ეპულისის მკურნალობა ქირურგიულია და როგორც წესი, მშობიარობის მერე ტარდება. თუ მას ორსულობისას ჩავატარებთ, შესაძლებელია რეციდივი. ასევე შეიძლება ეპულისის სპონტანური რემისია მშობიარობის შემდეგ.

კატარული ან ჰიპერტროფული გინგივიტის მკურნალობა ტარდება დადგენილი წესით.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები სისხლის დაავადებების დროს

პირის ღრუს ლორწოვანს ინტენსიური სისხლმომარაგება აქვს. ცვლილებები ლორწოვანზე სისხლის დაავადებების დროს განპირობებულია სისხლის შემადგენლობის ცვლილებით, კერძოდ, სისხლის ფორმიანი ელემენტების რაოდენობის ცვლილებებით, ატიპური უჯრედების გაჩენით სისხლის ნაკადში. უმეტეს შემთხვევაში, სისხლის დაავადებები პირველადად გამოვლინდება პირის ღრუს ლორწოვანზე. აღნიშნული ცვლილებების დიაგნოსტიკა ეხმარება ჰემატოლოგს ძირითადი დაავადების დადგენაში, მკურნალობასა და საიმედო პროგნოზში.

ექიმი-სტომატოლოგი უნდა ფლობდეს ე.წ. ჰემატოლოგიურ სიფრთხილეს. ქრონიკულად მიმდინარე სისხლის დაავადების პირველი ნიშნები სწორედ პირის ღრუში ვლინდება. მცირედი ეჭვის შემთხვევაშიც კი ექიმი-სტომატოლოგი ვალდებულია პაციენტს სისხლის საერთო და ბიოქიმიური ანალიზის ჩატარება მოსთხოვოს და ყველა საეჭვო შემთხვევაში ითანამშრომლოს ექიმ-ჰემატოლოგთან. სისხლის საერთო ანალიზი ნორმაში მოყვანილია მე-7 ცხრილში.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები სისხლის დაავადებების დროს: ლიმფოიდური ლეიკოზი (C91), მიელოიდური ლეიკოზი (C92), მონოციტარული ლეიკოზი (C93), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება II კლასს („სიმსივნური წარმონაქმნები“) და შედის ბლოკში „ლიმფოიდური და სისხლმბადი ორგანოების ავთვისებიანი წარმონაქმნები“.

რკინადეფიციტური ანემია (D50), B12 – ვიტამინოდეფიციტური ანემია (D51), საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება III კლასს („სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები და იმუნური მექანიზმებით განპირობებული დაზიანებები“) და შედის ბლოკში „კვებასთან დაკავშირებული ანემიები“.

აგრანულოციტოზი (D70), პოლიციტემია (D75. VX), საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება III კლასს („სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები და იმუნური მექანიზმებით განპირობებული დაზიანებები“) და შედის ბლოკში „სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების სხვა დაავადებები“.

ანემია ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობაა, რომელიც ხასიათდება სისხლის ნაკადში ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის შემცირებით. ანემიის მრავალი სახეობა არსებობს, პირის ღრუს ლორწოვანზე მათგან რამდენიმე გამოვლინდება:

რკინადეფიციტური ანემია წარმოიშვება ორგანიზმში რკინის ნაკლებობის დროს (რკინის დეფიციტი საკვებში, სისხლდენისას რკინის დანაკარგი ან რკინის შეწოვის დარღვევა კუჭ-ნაწლავში).

პაციენტი უჩივის გემოვნებისა და ყნოსვის დარღვევას, ენის ტკივილსა და წვას, პირის ღრუს სიმშრალეს, გულისრევის შეგრძნებას, მადის

ცხრილი 7. სისხლის საერთო ანალიზი ნორმაში

მაჩვენებელი		შედეგი	ნორმა
ჰემოგლობინი (HGB)	გ/ლ ერთ.		ქ. 120-150 კ. 130-160
ერითროციტები X10^{12}/ლ RBC			ქ. 72-90 კ. 78-100
ჰემატოკრიტი % HCT			ქ. 3,5-4,5 კ. 4,5-5,5
ერითროციტების საშუალო მოცულობა ფლ. MCV			ქ. 37-47 კ. 40-54
ჰემოგლობინის საშუალო შემცველობა ერითროციტებში პგ MCH			80,0 -110,0
ჰემოგლობინის საშუალო კონცენტრაცია ერითროციტებში გ/ლ MCHC			27,0-34,0
ჰემოგლობინის საშუალო კონცენტრაცია ერითროციტებში გ/ლ MCHC			320-360
ერითროციტების განაწილების ფართი – ვარიაციის კოეფიციენტი % RDW – CV			11,0-16,0
ერითროციტების განაწილების ფართი – სტანდარტული გადახრა ფლ RDW – SD			35,0-56,0
რეტიკულოციტები % Ret.			5-15
თრომბოციტები % PLT X109/l			50-80
			50-400
თრომბოციტების საშუალო მოცულობა ფლ MPV			6,5-12,0
თრომბოციტების განაწილების ფართი PDW			9,0-17,0
თრომბოკრიტი % PCT			0,108-0,282
ლეიკოციტები X10^9/ლ WBC			4,0-10,0
ლიმფოციტები X10^9/ლ			0,8-4,0
ეოზინოფილი, ბაზოფილი, მონოციტი X10^9/ლ			0,1-1,5
გრანულოციტები X10^9/ლ			2,0-7,0
ე.დ.ს. (მმ/სთ)			ქ. 4-16 კ. 1-12

ლეიკოციტური ფორმულა		შედეგი %	ნორმა %
ბლასტური უჯრედი			–
მიელობლასტი			–
ნეიტროფილები	პრომიელოციტი		–
	მიელოციტი		–
	მეტამიელოციტი		–
	ჩხირბირთვიანი		1 — 5
	სეგმენტბირთვიანი		50 – 70
ეოზინოფილი			1 – 5
ბაზოფილი			0 – 1
მონოციტი			4 –10
ლიმფობლასტი			–
პროლიმფოციტი			–
ლიმფოციტი			20 – 40
პლაზმური უჯრედი			–

დაქვეითებას. ლორწოვანი მკრთალია, ენა შემუპებულია და მასზე ჩნდება ღრმა ნაოჭები (სურ. 202 და 203), გემოვნების დვრილები ატროფირებულია (განსაკუთრებით – ენის წვერზე), ზოგჯერ შეიმჩნევა მინანქრის ბუნებრივი სიპრიალის დაკარგვა, მრავლობითი კარიესის არსებობა, ანგულარული ჰეილიტი.

მკურნალობა

აუცილებელია ჰემატოლოგის კონსულტაცია, ლაბორატორიული გამოკვლევები. მხოლოდ ამის შემდგომ იგეგმება პირის ღრუში სიმპტომური მკურნალობა.

B12 დეფიციტური ანემია (ავთვისებიანი სისხლნაკლებობა, პერნიციოზური ანემია, ადისონ-ბირმერის დაავადება, ფოლიუმდეფიციტური ანემია) ხასიათდება ერითროპოეზის დარღვევით.

ავადდებიან უმეტეს შემთხვევაში 50-60 წლის ქალები. მათ ახასიათებთ ტრიადა:

- კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის მოშლა,
- სისხლის წარმოქმნის დარღვევა,
- ნერვული სისტემის მოშლა.

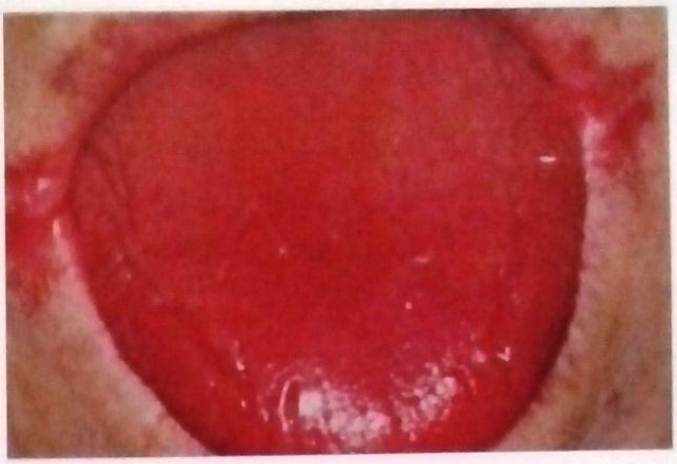
პირის ღრუში აღინიშნება წერტილოვანი სისხლჩაქცევები, ენა კრიალა, მბრწყინავი, „გალაქუულია“, მის ზედაპირსა და წვერზე წარმოიქმნება მტკივნეული, მკვეთრად გამოხატული ხაზები და ალისფერ-ნითელი ფერის ლაქები (სურ. 204 და 205).

სისხლის საერთო ანალიზში თვალსაჩინოა ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის რაოდენობის დაქვეითება ფერადობის მაღალ მაჩვენებელთან ერთად (1,4-1,6).

მკურნალობა

პირის ღრუში სიმპტომურია, ძირითად მკურნალობას ატარებს ჰემატოლოგი.

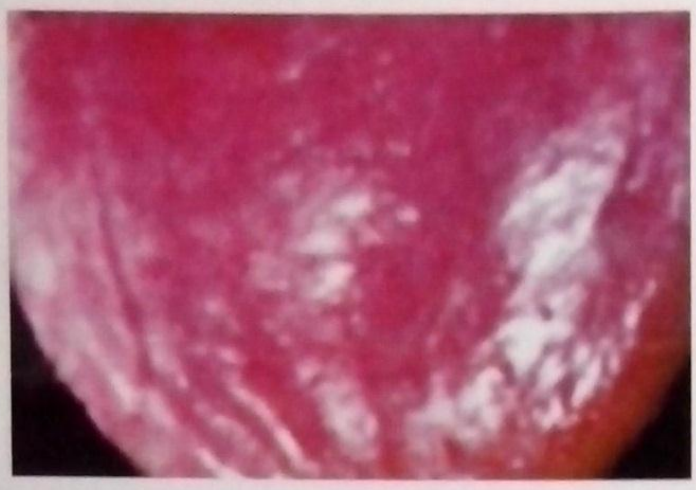
ლეიკოზი სისხლმბადი ორგანოების ავთვისებიანი დაავადებაა. განასხვავებენ მწვავე და ქრონიკულ ლეიკოზს. მწვავე ლეიკოზი უმეტეს შემთხვევაში ახალგაზრდა ასაკში გვხვდება. ახასიათებს ზოგადი სისუსტე, კუნთებისა და სახსრების ტკივილი, ყბისქვეშა და კისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება, სუბფებრილური ტემპერატურა. პირის ღრუში აღინიშნება: ღრძილებიდან აქტიური სისხლდენა, ლოყის ლორწოვანზე კბილთა შეთანასოვნების ხაზზე ხშირი სისხლჩაქცევები. ენაზე, სასაზე ჰემორაგიები და ჰემატომები არცთუ იშვიათია (სურ. 206, 207 და 208). აღინიშნება ინტაქტური კბილებისა და ყბების ტკივილი.



სურ. 202. ენისა და ტუჩის კუთხეების დაზიანება რკინადეფიციტური ანემიის დროს

სურ. 203. ენა რკინადეფიციტური ანემიის დროს

სურ. 204. ენა B12 დეფიციტური ანემიის დროს



სურ. 205. ენა ადესონ-ბირმერის ანემიის დროს

სურ. 206. სასის ლორწოვანი მწვავე ლეიკოზის დროს

სურ. 207. ღრძილები მწვავე ლეიკოზის დროს

სურ. 208. ღრძილები მწვავე ლეიკოზის დროს

პირის ღრუში ასევე ვლინდება ცვლილებები ქრონიკული ლეიკოზის დროს (სურ. 209).

მკურნალობა

მკურნალობის გეგმა დგება ჰემატოლოგის მიერ. პირის ღრუში ტარდება სიმპტომური მკურნალობა და სრულყოფილი სანაცია.

აგრანულოციტოზი სინდრომია, რომელიც ხასიათდება პერიფერიულ სისხლში, ნეიტროფილური გრანულოციტების რაოდენობის შემცირებით ან არარსებობით.

ტკივილი იწყება ტემპერატურის მომატებით, ყლაპვის გაძნელებით, ნუშურებზე წყლულებისა და ჰემორაგიების გაჩენით. ტუჩებზე, ენაზე, ლოყის ლორწოვანზე, ღრძილებზე ვითარდება წყლულოვან-ნეკროზული გადაგვარება. მნიშვნელოვანი სადიაგნოსტიკო ნიშანია ნეკროზული უბნის გარშემო ანთებადი რეაქციის არარსებობა (სურ. 210 და 211). ლეიკოციტების რაოდენობა მცირდება ($0,5 – 1,0x10^9$/ლ).

ერითრემია (პოლიციტემია, ვაკეზის დაავადება). დაავადებას საფუძვლად უდევს სისხლში ერითროციტებისა და თრომბოციტების რაოდენობის მატება. მიმდინარეობს შეუმჩნევლად, მდორედ. პაციენტი უჩივის ადვილად დაღლას, ცხვირიდან სისხლდენას.

ტუჩები, ენა, ლოყის ლორწოვანი ალისფერწითელ შეფერილობას იღებს, ალვეოლური მორჩის ლორწოვანი მოლურჯო ფერისაა. ღრძილები მექანიკური გაღიზიანებისას ადვილად სისხლმდენია, დვრილები ჰიპერემიულია და აქვს დამახასიათებელი მუქი ალუბლისფერი შეფერილობა.

პოლიციტემიის დამახასიათებელ სიმპტომად სწორედ პირის ღრუს ლორწოვანის გარსის მუქი ალუბლისფერი შეფერილობა და მაგარ სასაზე

სურ. 209. პირის ღრუს ლორწოვანი ქრონიკული ლეიკოზის დროს

სურ. 210. ნეკროზული გინგივო-სტომატიტი აგრანულოციტოზის დროს

სურ. 211. ნეკროზული სტომატიტი აგრანულოციტოზის დროს

სურ. 212. პეთექიები ენის გვერდით ზედაპირზე თრომბოციტოპენიური პურპურის დროს

გამოხატული საზღვრის არსებობა ითვლება (მკვეთრად გამოხატული განსხვავება რბილი სასის ციანოზურ და მაგარი სასის მკრთალ შეფერილობას შორის – კუპერმანის სიმპტომი). პერიფერიულ სისხლში აღინიშნება ერითროციტების რაოდენობის (6-8x10^{12}/ლ) და ჰემოგლობინის რაოდენობის (160-240 გ/ლ) მატება, მკვეთრად დაქვეითებულია ედს-ი (1-2 მმ/სთ).

თრომბოციტოპენიური პურპურა (ვერლჰოფის დაავადება) ხასიათდება პერიფერიულ სისხლში თრომბოციტების რაოდენობის შემცირებით. დაავადებას ქრონიკულ-ციკლური ხასიათი აქვს. ძირითად კლინიკურ ნიშნებად ითვლება სისხლჩაქცევების არსებობა ლორწოვანსა და კანზე, სპონტანური სისხლდენა ცხვირიდან და ღრძილებიდან.

პირის ღრუს ლორწოვანი მკრთალი და შეშუპებულია, ეპითელი – ატროფირებული და გათხელე-

სურ. 213. სისხლდენა ღრძილიდან თრომბოციტოპენიური პურპურის დროს

ბული. აღინიშნება ეროზიებისა და წყლულების არსებობა (სურ. 212 და 213).

მკურნალობა

მკურნალობა ინიშნება ჰემატოლოგის მიერ. სტომატოლოგიური მანიპულირებისას სიფრთხილეა საჭირო: ოპერაციული ჩარევა პირის ღრუში შესაძლებელია მხოლოდ სტაციონარში შესაბამისი მომზადების შემდეგ და ჰემატოლოგის ნებართვით.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ჰიპო- და ავიტამინოზების დროს

ჰიპო- და ავიტამინოზი ადამიანის ორგანიზმში ვითარდება ვიტამინების არასაკმარისი რაოდენობით მიღების ან ნაწლავებიდან მათი შეწოვის დარღვევისას.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ჰიპო- და ავიტამინოზების დროს: „A“ – ჰიპოვიტამინოზი (E52), „B1“ – ჰიპო- და ავიტამინოზი (E51) „PP“ – ჰიპოვიტამინოზი (E52), „B2“ – ჰიპოვიტამინოზი (E53.0), „C“ – ჰიპოვიტამინოზი (E54), საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება IV კლასს („ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვებისა და ნივთირებათა ცვლის დარღვევები“) და შედის ბლოკში „არასრულფასოვანი კვების სხვა სახეები“.

ცნობილია, რომ კუჭ-ნაწლავის ნორმალური ფუნქციონირებისას ნაწლავების მიკროფლორა ასინთეზირებს B_1, B_2, B_6, K და PP ვიტამინებს. ნაწლავში მიმდინარე ენდოგენური სინთეზი აკმაყოფილებს ორგანიზმის მოთხოვნას ფოლის მჟავაზე, ბიოტინსა და K ვიტამინზე. თავის მხრივ, ეს პროცესი მეტად მგრძნობიარეა ნაწლავის მიკროფლორის მიმართ. საკვების შემადგენელი კომპონენტები და სხვადასხვა პრეპარატი (მაგალითად: სულფანილამიდები, ანტიბიოტიკები) მკვეთრად ცვლიან ნაწლავების ფლორას, იწვევენ რა დისბაქტერიოზს. სხვადასხვა პათოლოგიის დროს ნაწლავის კედლის შეწოვის ფუნქცია ქვეითდება. მაგალითად, გასტრიტის დროს მნიშვნელოვნად ირღვევა B_1, PP და C ვიტამინების შეწოვა; კუჭის წყლულოვანი დაავადებისას აღინიშნება A, C, PP ვიტამინების და კაროტინის შეწოვის დარღვევა. ორსულობის დროს იმატებს ორგანიზმის მოთხოვნილება ვიტამინებზე. შესაბამისად – მათი არასაკმარისი რაოდენობა იწვევს ჰიპო- და ავიტამინოზს. ერთი ვიტამინის ნაკლოვანება იზოლირებულად იშვიათად ვითარდება. უმეტეს შემთხვევაში ჰიპო- და ავიტამინოზის სურათს ქმნის რამდენიმე ვიტამინის ნაკლოვანება.

კლინიკური სურათი ჰიპოვიტამინოზის დროს პირის ღრუში ასეთია: დამახასიათებელი ნახეთქები ტუჩის კუთხეებში (ანგულიტი), ტუჩების სიმშრალე, სიწითლე, აქერცვლა, ვერტიკალური ნახეთქის გაჩენა. ენის წვა, ტკივილი, ძაფისებრი დვრილების ატროფია, სოკოსებრი დვრილების ჰიპერპლაზია, დესკვამაციური გლოსიტი, ენის გვერდით ზედაპირზე კბილის ანაბეჭდების გაჩენა, ჰეილიტი, ლორწოვანის შეშუპება, აფთების გაჩენა, ჰიპერემია, მადის დაქვეითება.

B ჯგუფის ვიტამინების ნაკლებობისას ძალიან თვალსაჩინოა ენის ტკივილი, წვა და ჩხვლეტის შეგრძნება, დვრილების ატროფია ენის ზედაპირზე – „გალაქული“ ენა (მელერის გლოსიტი) (სურ. 214).

C ვიტამინის ნაკლოვანების დროს ქვეითდება ორგანიზმის რეაქტიულობა; ზოგადი ნიშნებია: ადვილად დაღლა, გაღიზიანებადობა, ჰემორაგიული დიათეზის არსებობა კანზე, ტაქიკარდია, არტერიული ჰიპოტენზია, ანემია. პირის ღრუში აღინიშნება სიმშრალე, ღრძილებიდან აქტიური სისხლდენა, შესაძლებელია აღინიშნოს პეტექიური სისხლჩაქცევები პირის ღრუს ლორწოვანსა და

სურ. 214. რიბოფლავინოზი. ანგულიტი და ენის ძაფისებრი დვრილების ატროფია

სურ. 215. ღრძილების შეშუპება და სისხლჩაქცევები C ავიტამინოზის დროს

კანზე, წყლულოვანი გინგივიტისა და სტომატიტის არსებობა (სურ. 215).

ეს უნდა ვიცოდეთ!

ვიტამინების სადღეღამისო დოზები სხვადასხვაა:

- B_1 ვიტამინის – 2-3 მგ;
- B_2 ვიტამინის – 2,5-3 მგ;
- PP ვიტამინის – 15-25 მგ;
- B_6 ვიტამინის – 2-4 მგ;
- B_{12} ვიტამინის – 2-3 მკგ;
- C ვიტამინის – 70-80 მგ;
- A ვიტამინის – 1,5 მგ;
- E ვიტამინის – 10-25 მგ.

მკურნალობა

გულისხმობს ჰიპო- და ავიტამინოზის აღმოფხვრას შესაბამისი ვიტამინების დოზირებული დანიშვნით.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ნერვული სისტემის დაავადებების დროს

ნერვული სისტემის დაზიანებანი პირის ღრუში გამოვლინდება სუბიექტური შეგრძნებების ცვლილებით და ძალიან იშვიათად იწვევს ლორწოვანის ხილულ პათოლოგიას. ნერვული სისტემის დაზიანებებს, რომლებიც პირის ღრუს მდგომარეობაზე აისახება, მიეკუთვნება:

- გლოსალგია, (სტომალგია),
- გემოვნების დარღვევა,
- სალივაციის დარღვევა.

გლოსალგია (Glossalgia), გლოსოდინია, გლოსოპიროზი, ენის პარესთეზია, „დაფუფქული" პირის სინდრომი, ენის ვეგეტოზი, ენის სენსორული ნევროზი, პირის ღრუს დიგესთეზია, სტომალგია (Stomalgia), პირის ღრუს „წვის" სინდრომი, Berning Mous sindrom (BMS) – პირის ღრუს ქრონიკული დაავადებაა. აღინიშნება ოროფარინგიალური ტკივილი, რომლის დროსაც ენისა და პირის ღრუს ლორწოვანი უცვლელია. ეს დაავადება წარმოადგენს ნერვულ-ტროფიკულ დაზიანებას, რომლის პათოგენეზშიც მნიშვნელოვანია ნერვული და ფსიქოემოციური დარღვევები.

გლოსოდინია (K14.6), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები") და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები".

გავრცელება

დაავადება ვითარდება 40 წლის ზევით, 7-8-ჯერ უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში. იგი ემართებათ ეჭვიან, ფორიაქა, საკუთარ დაავადებებზე ზედმეტი აქცენტების მქონე, სხვადასხვა ფობიით (კანცერო-, კარდიო- და სხვა) შეპყრობილ პირებს.

ლოკალიზაცია

გლოსალგია მოიცავს დაუზიანებელი ენის წვერსა და გვერდით ზედაპირს, იშვიათად – ენის ზურგსა და ფუძეს.

სტომალგია – მთელ ლორწოვან გარსს, ასევე, ტუჩებსა და სასას.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ზოგადი

გლოსალგია და სტომალგია ითვლება პოლიეტიოლოგიურ დაავადებად. მთავარი როლი მათ განვითარებაში ეკუთვნის ფსიქოემოციურ ფაქტორს, თითქმის ყველა პაციენტს აღენიშნება დეპრესია.

დაავადების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორები შეიძლება გახდეს: კუჭ-ნაწლავის (ქრონიკული კოლიტი, გასტრიტი, ჰეპატიტი, ქოლეცისტიტი), გულ-სისხლძარღვთა, ენდოკრინული (კლიმაქსის პერიოდი, შაქრიანი დიაბეტი, სასქესო ორგანოების დისფუნქციის) სისტემის პათოლოგიები, B_2 ჰიპოვიტამინოზი, მედიკამენ-

ტური თერაპია, სტრესი, ემოციური და ფიზიკური გადაღლილობა. დადგენილია, რომ ამ დაავადებისას დაზიანებულია ტვინის პონტობულბარული და პერიფერიული ნერვული სისტემის ცენტრალური სტრუქტურები. ცენტრალური ნერვული სისტემისა და შინაგანი ორგანოების ანატომიურ-ფუნქციური კავშირები განაპირობებენ ვისცერულ-რეფლექსურ ბულბალურ დარღვევებს.

ადგილობრივი

გლოსალგია და სტომალგია შეიძლება დაიწყოს ხილული ცვლილებების გარეშე. ზოგიერთი პაციენტი დაავადების განვითარებას უკავშირებს ტრავმას, საკვები პროდუქტებით გაღიზიანებას, კბილის ბასრი კიდეების არსებობას, პროთეზირებას, კბილების ექსტრაქციასა და სხვადასხვა სახის ოპერაციულ ჩარევას პირის ღრუში. პაციენტები ზედმიწევნით აკვირდებიან თავიანთ ენას და ანატომიურ წარმონაქმნებს (ფოთლისებრ და სოკოსებრ დვრილებს, ენის ნუშურებს) მიიჩნევენ სიმსივნედ ან წყლულად. ექიმის უხეში გამონათქვამი ან არასწორი დიაგნოზი ართულებს დაავადების მიმდინარეობას.

სუბიექტური მონაცემები

დაავადება, ჩვეულებრივ, იწყება უმნიშვნელო ტკივილებით, რომლის ხანგრძლივობაზე პაციენტი ზუსტად ვერ მიუთითებს. თავდაპირველად ჩივილები ხანმოკლეა, რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე გრძელდება. დაავადების განვითარებასთან ერთად, ჩივილები მატულობს და ღრმავდება, ხდება გაუსაძლისი. პაციენტი ითრგუნება, კარგავს შრომის უნარს, ერღვევა ძილი.

გლოსალგიისა და სტომალგიის დროს პაციენტები უჩივიან პირის ღრუში:

- პარესთეზიას,
- წვას (თითქოს ლორწოვანზე მოყრილია წიწაკა),
- ჩხვლეტის შეგრძნებას,
- ქავილს,
- გაბუჟებას,
- პირის ღრუს დაფუფქვის შეგრძნებას,
- არამუდმივი ხასიათის ტკივილს, რომელიც მცირდება ან ქრება საკვების მიღების დროს და დილით, გაღვიძებისას, ძლიერდება საღამოს, ხანგრძლივი საუბრის შემდეგ და სტრესულ სიტუაციაში,
- გემოვნების გაუკუღმართებას,
- პირის ღრუს სიმშრალეს (შემთხვევათა 30%-ში),
- იშვიათად აღინიშნება ენაში სიმძიმისა და შეშუპების შეგრძნება,
- ხანგრძლივი მეტყველების შემდეგ ენის „დაღლილობას".

ობიექტური მონაცემები

ლორწოვან გარსზე, როგორც წესი, ცვლილებები არ აღინიშნება (სურ. 216). იშვიათად უმნიშვნელოდ გამოხატული ცვლილებებია:

- ჰიპერემია,
- ენაზე ნადები,
- დვრილების ჰიპერტროფია,
- ენის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება,
- ჰიპოსალივაცია,
- მტკივნეული უბნის ზედაპირული მგრძნობელობა როგორც წესი, დაქვეითებულია, იშვიათად – მომატებული.

ჰიპერესთეზია, როგორც წესი, სიმეტრიულია.

გლოსალგია (სტომალგია) შეიძლება გაგრძელდეს წლები, პერიოდულად გაქრეს და შემდეგ განმეორდეს. იგი შეიძლება იყოს კისრის მალების ოსტეოქონდროზის სიმპტომიც.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი დგება მხოლოდ სრულფასოვანი ანამნეზითა და კლინიკური მონაცემებით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

გლოსალგიისა და სტომალგიის დიფერენცირება უნდა მოვახდინოთ სხვადასხვა გენეზის ტკივილთან:

- ნევრალგიური,
- ნევრიტული,
- ოდონტოგენური,
- ტრავმით გამოწვეული ტკივილი.

მკურნალობა

გლოსალგიისა და სტომალგიის მკურნალობა

სურ. 216. ნორმალური ენა გლოსოდინიის დროს

ეტიოტროპული, პათოგენეზური და სიმპტომური:

ადგილობრივი

ადგილობრივი მკურნალობა გულისხმობს პირის ღრუს სანაციას.

ზოგადი

ზოგადი მკურნალობის სქემაში აუცილებელია:

- ფონური დაავადების გამოვლენა და შესაბამისი დარგის სპეციალისტთან მიმართვა;
- პაციენტის მიმართვა ნევროპათოლოგთან პათოგენეზური მკურნალობის ჩასატარებლად: ტკივილის სიმპტომის პერიფერიულ და ცენტრალურ მექანიზმებზე, თანმხლებ ფსიქოემოციურ დარვევებზე ზემოქმედება;
- ფსიქოთერაპია: დაავადების არსის ახსნა და პაციენტის დარწმუნება გამოჯანმრთელებაში.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა, მაგრამ დაავადება ხანგრძლივად მიმდინარეა და ძნელად ემორჩილება მკურნალობას.

გემოვნების დარღვევა (Dysgeusia) – გემოს შეგრძნების დარღვევა შეიძლება გამოვლინდეს მისი მთლიანი დაკარგვით, დაქვეითებით, მომატებით ან გაუკუღმართებით. ეს ეხება ყველანაირი გემოს შეგრძნებას (ტკბილი, მარილიანი, მჟავე და მწარე) ან მხოლოდ ერთ-ერთ მათგანს.

გემოვნების დარღვევის მიზეზი შეიძლება იყოს პირის ღრუს ლორწოვანის ტრავმა, ავიტამინოზი, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები, პერიფერიული ნერვების, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებანი.

არასასურველი გემოს მიზეზი პირის ღრუში შეიძლება იყოს გინგივიტი, პაროდონტიტი, ქრონიკული ტონზილიტი, პერიოდონტიტი. მწარე, მჟავე გემო შეიძლება გაჩნდეს ჰეპატოქოლეცისტიტის, გასტრიტების დროს; მჟავე გემო – გალვანიზმის მიზეზად.

პერიფერიული ნერვების, მაგალითად, ენის ნერვის, დაზიანებებისას აღინიშნება ყველა ტიპის მგრძნობელობის დაქვეითება ენაზე. მის უკანა მესამედში, რბილ სასაზე, გემოვნების დაქვეითება ხშირად ენა-ხახის ნერვის დაზიანებას ახლავს თან. გემოვნების ცალმხრივი დაქვეითება ცენტრალური ნერვული სისტემის რაიმე პათოლოგიის თანმდევია (თავის ტვინის სიმსივნე, ნეიროსიფილისი). გემოვნების გაუკუღმართება ან მისი დაკარგვა ხშირად ისტერიის გამოვლინებაა.

ენაზე სქელი მიკრობული ნადების არსებობა ან განვრცობილი ლეიკოპლაკია ხშირად გემოვნების შეგრძნების დაქვეითების მიზეზი ხდება.

მკურნალობა

მიზეზის გამოვლენის შემდეგ მკურნალობას ატარებენ სტომატოლოგი და ნევროპათოლოგი ან თერაპევტი.

სალივაციის დარღვევა ორი სახისაა: **ჰიპერსალივაცია** (ნერწყვისდენის გაძლიერება) და **ჰიპოსალივაცია** (ნერწყვისდენის შემცირება), რომლის განსაკუთრებული გამოვლინებაა **ქსეროსტომია** (პირის ღრუს სიმშრალე).

ჰიპერსალივაცია (Hypersalivatia) შეიძლება მრავალი მიზეზით იყოს გამოწვეული. უმეტეს შემთხვევაში, ეს ორგანიზმის დაცვითი რეაქციაა. ნერწყვის რაოდენობის 2-3-ჯერ გაზრდა ვითარდება ვეგეტაციური ცენტრების ორგანული დაზიანებისას: პარკინსონიზმის, ფსევდობულბარული დამბლის, პოსტინსულტის პერიოდში. პარკინსონიზმის დროს ჰიპერსალივაცია შეიძლება შეჯვარებული იყოს ყლაპვის გაძნელებასთან, რაც განუწყვეტელი გადანერწყვების მოთხოვნილებას იწვევს პაციენტებში. ხშირად ჰიპერსალივაციის მიზეზი ჭიებით დასნებოვნებაა. არცთუ იშვიათად სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში გვხვდება ე.წ. ცრუ ჰიპერსალივაცია, როცა პაციენტი უჩივის გაძლიერებულ ნერწყვისდენას, რაც ობიექტური დათვალიერებისას არ დასტურდება. ასეთი შემთხვევები ხშირად ნევროზის, აკვიატებული მდგომარეობის გამოვლინებაა და მისი მიზეზი ცნს-ის ორგანულ დაზიანებაში იმალება. ამიტომ, პაციენტმა ჰიპერსალივაციის ჩივილით, სტომატოლოგის გარდა, უნდა მიმართოს ნევროპათოლოგსა და თერაპევტს.

ჰიპოსალივაცია (Hyposalivatia), განსაკუთრებით კი მისი გამოვლინება – ქსეროსტომია – პაციენტს უქმნის დისკომფორტს. პირის ღრუში სიმშრალე აძნელებს საკვების მიღებას, მეტყველებას, იწვევს ტკივილსა და წვას მაგარი საკვების მიღებისას. ჰიპოსალივაცია ხშირად შეჯვარებულია კანისა და სხვა ლორწოვანი გარსის სიმშრალესთან.

ობიექტურად პირის ღრუს ლორწოვანი მშრალია და მქრქალი, ნერწყვი პირის ღრუში მცირე რაოდენობითაა და ქაფიანია; მიკროფლორის რაოდენობის განსაკუთრებული მატება იწვევს

ლორნოვანის ანთებას, ტრავმირებას კვებისას, მრავლობითი კარიესების ჩამოყალიბებას, ეროზიების, ნყლულების გაჩენას.

საზოგადოდ, ნერწყვის გამოყოფა ქვეითდება ხანშიშესულ ასაკში. ასევე, სალივაცია ქვეითდება დიაბეტის, კოლაგენოზების, ჰიპო- და ავიტამინოზების, ჰიპოსიდეროზის, სხივური დაავადების, ორმხრივი ქრონიკული პაროტიტის დროს. პირის ღრუს სიმშრალე (ქსეროსტომია) ახასიათებს შეგრენის სინდრომს. ჰიპოსალივაცია აღინიშნება ჰიპერთირეოზის, კლიმაქსის, სხვადასხვა ნერვული დაავადების დროს.

პათოლოგიური თანკბილვა არცთუ იშვიათად სალივაციის დაქვეითების მიზეზი ხდება. ცხვირით სუნთქვის დარღვევა (პოლიპები, ცხვირის ძგიდის გამრუდება) იძულებულს ხდის პაციენტს ისუნთქოს პირით, რაც პირის ღრუდან სითხის გაძლიერებულ აქროლებას უწყობს ხელს და ეს, თავის მხრივ, იწვევს ცრუ ჰიპოსალივაციას. ხანშიშესულ ასაკში იგივე მოვლენა შეიძლება გამოწვეული იყოს ღია პირით ძილის მიზეზით.

მკურნალობა

აუცილებელია გამომწვევი მიზეზის გამოვლენა და მისი მოხსნა. კარგ შედეგს იძლევა სანერწყვე ჯირკვლების გალვანიზაცია და ელექტროფორეზი (0,5-1%-იანი გალანტამინის ხსნარი), A ვიტამინისა და იოდის პრეპარატების Per os მიღება. ადგილობრივად შეიძლება ვიხმაროთ ლიზობაქტის სანუნი აბები, ატმის, მიხაკის, ქაცვის ზეთის აპლიკაცია და ა.შ.

თავი XVI

ენის დაავადებები

პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებებს შორის ენის დაავადებები საკმაოდ დიდ ჯგუფს წარმოადგენს. ეს, თავის მხრივ, განპირობებულია ენის ანატომიური თავისებურებებით, ფუნქციებითა და ცალკეულ ორგანოთა და სისტემებთან მრავალრიცხოვანი კავშირებით. ითვლება, რომ ენა წარმოადგენს ერთგვარ სარკეს, რომელშიც აირეკლება ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე თითქმის ყველა პათოლოგია.

ენის ლორწოვანის ანთებას გლოსიტი ეწოდება, ხოლო დაზიანებებს, რომლებიც ლოკალიზებულია მხოლოდ ენის ლორწოვანზე – ენის დამოუკიდებელი გლოსიტები. ესენია:

- დესქვამაციური გლოსიტი,
- შავი „თმიანი" ენა,
- ნაოჭიანი ენა,
- რომბისებური გლოსიტი,
- ენის ნეეროგენული დაავადებები.

დესქვამაციური გლოსიტი

დესქვამაციური გლოსიტი (Glossitis desquamatica), გეოგრაფიული ენა, ექსფოლიაციური გლოსიტი, კეთილთვისებიანი მიგრირებადი გლოსიტი ენის ანთებად-დისტროფიული დაზიანებაა. ამ დროს ენის ზურგსა და გვერდით ზედაპირს უჩვეულო შესახედაობა აქვს. ალაგ-ალაგ ხდება ეპითელიუმის გარქოვანების დარღვევა და დვრილების დისტროფია.

გეოგრაფიული ენა (K14.1), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები") და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლებისა და ყბების დაავადებები".

გავრცელება

საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა, გვხვდება ენის დაავადებათა 1-14%-ში. უმეტესად ბავშვებში, ასევე მოზრდილებშიც (ქალებში უფრო მეტად, ვიდრე მამაკაცებში).

ლოკალიზაცია

ლოკალიზებულია ენის ზურგსა და გვერდით ზედაპირზე, მონაცვლეობით ვითარდება ხან ერთ, ხან მეორე ადგილზე.

ფორმები

А.И. Рыбаков-მა და Г.В. Банченко-მ 1978 წელს მოგვანოდა დესქვამაციური გლოსიტის შემდეგი კლასიფიკაცია:

- ზედაპირული,
- ჰიპერპლაზიური,
- ლიქენოიდური.

მიმდინარეობის მიხედვით:

- ქრონიკული,
- რემისია.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ეტიოლოგია უცნობია. უმეტეს შემთხვევაში თანდაყოლილი პათოლოგიაა. მნიშვნელოვანია გენეტიკური განწყობა. გრძელდება მთელი ცხოვრების განმავლობაში და პაციენტს არ აყენებს რაიმე ზიანს.

ემოციური სტრესი ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას. ხშირად შერწყმულია საჭმლის მომნე-

ლებელი სისტემის დაავადებებთან, ვეგეტატურ-ენდოკრინულ დაზიანებებთან, კოლაგენოზებთან, პარაზიტულ ინფექციებთან.

სუბიექტური მონაცემები

ხშირად ჩივილები არ არის, თუკი ჩივილები არსებობს, პაციენტები აღნიშნავენ:

- ენის უჩვეულო შესახედაობას (თეთრ-წითელი უბნების მონაცვლეობა, ე.წ. გეოგრაფიული ატლასის მაგვარი სურათი);
- იშვიათად – ცხელი და ცხარე საკვების მიღების დროს წვის, ჩხვლეტისა და ტკივილის შეგრძნებას;
- კანცეროფობიას.

ობიექტური მონაცემები

პროცესი იწყება ეპითელიუმის რამდენიმე უბნზე 1 მმ დიამეტრის მოთეთრო-მორუხო შეშუპებითა და ამღვრევით. მის ცენტრში ძაფისებრი დვრილები ქრება და შიშვლდება ვარდისფერი ან წითელი სადა ზედაპირი, რომელსაც გარს აკრავს ოდნავ წამოწეული, შემღვრეული ლორწოვანი. ეს უბანი სწრაფად იზრდება პერიფერიაზე და ინარჩუნებს მრგვალ ან ოვალურ ფორმას. როდესაც დაზიანების უბანი აღწევს დიდ ზომას, დესქვამაცია ჩერდება, საზღვრები ირევა, ირგვლივ მდებარე ქსოვილსა და ცენტრში იწყება ძაფისებრი დვრილების გარქოვანება. ასეთი ოვალური ან მრგვალი ფორმის უბნები ბევრია, ზოგჯერ ხდება მათი შერწყმა. ძველი უბნების გვერდით ჩნდება ახალი. ყოველივე ეს ენას აძლევს ე.წ. გეოგრაფიული რუქის შესახედაობას.

ზედაპირული ფორმის დროს აღინიშნება ღია წითელი ფერის ზოლები და ლაქები, რომელიც კრიალა და გლუვია. დაზიანების უბანს გარს აკრავს ჯანმრთელი ლორწოვანი (სურ. 217).

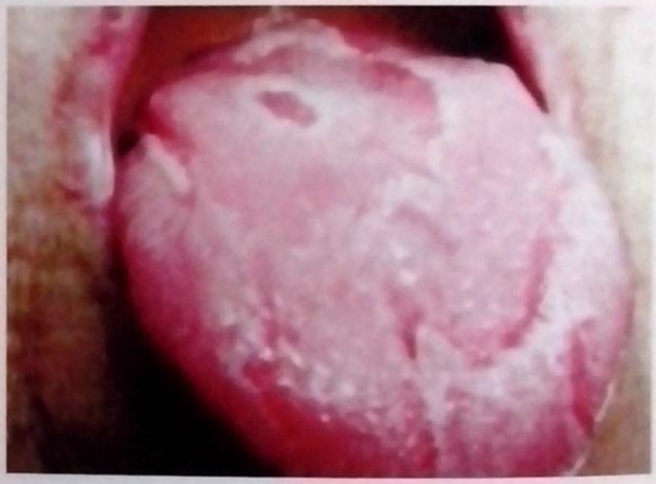
ჰიპერპლაზიური ფორმის დროს ხდება ლოკალურად ძაფისებრი დვრილების ჰიპერტროფია და ამ უბანში ჩნდება მოთეთრო-ყვითელი და რუხი ფერის ლაქები (სურ 218).

ლიქენოიდური ფორმის დროს აღინიშნება სხვადასხვა ფორმისა და ზომის ეპითელიუმის დესქვამაცია, სოკოსებრი დვრილების შეშუპება (სურ. 219).

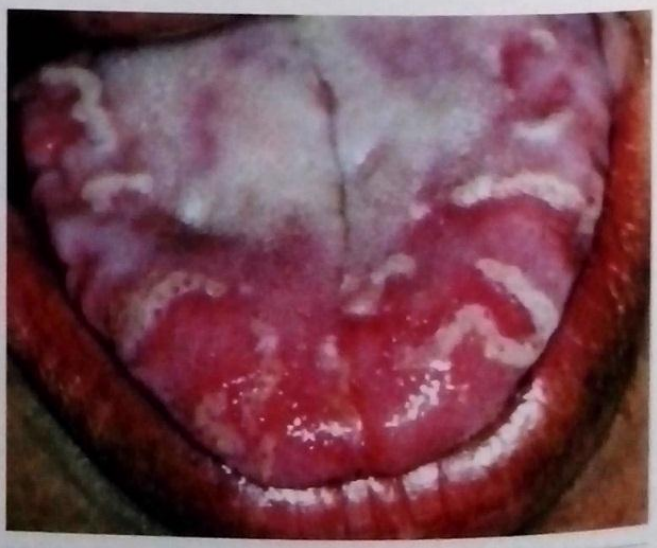
შემთხვევათა 40-50%-ში დესქვამაციური გლოსიტი შერწყმულია ნაოჭიან ენასთან.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ლორწოვანის ჩამოფრცქვნილ უბნებში ენასთან ერთად, ლოყის, ტუჩის ლორწოვანსა და გარდამავალ ნაოჭზეა, დაზიანებას დესქვამაციური სტომატიტი ეწოდება.

სურ. 217. გეოგრაფიული ენა. ზედაპირული ფორმა



სურ. 218. გეოგრაფიული ენა. ჰიპერპლაზიური ფორმა



სურ. 219. გეოგრაფიული ენა. ლიქენოიდური ფორმა

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება კლინიკური სურათით და მიმდინარეობის ხასიათით. მნიშვნელოვანია დაკვირვება დინამიკაში (დესქვამაციური უბნის ფორმა და ზომა ხშირად იცვლება).

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- გლოსალგიასთან,
- B ჯგუფის ავიტამინოზების დროს ენის დაზიანებებთან,
- კანდიდოზურ გლოსიტთან,
- ლეიკოპლაკიასთან,
- ნითელი ბრტყელი ლიქენის მარტივ ფორმასთან,
- მეორეული სიფილისის პაპულებთან,
- ალერგიულ სტომატიტთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

დესქვამაციის უბანში აღინიშნება ეპითელიუმის გათხელება. ირგვლივ მდებარე მიდამოში – ძაფისებრი დვრილების გამკვრივება, პარაკერატოზი და ჰიპერკერატოზი, სუსტად გამოხატული პერივასკულური ინფილტრაცია.

მკურნალობა

ჩივილების არარსებობისას მკურნალობა არ არის საჭირო. პაციენტი უნდა დავამშვიდოთ და ავუხსნათ, რომ ეს დაზიანება არ არის საშიში. მკურნალობის კურსი ტარდება გამოხატული ტკივილისა და ნვის დროს. იგი ამცირებს ჩივილებს და ზრდის რემისიის პერიოდს. სრული განკურნება, როგორც წესი, არ ხდება.

ადგილობრივი

ნვისა და ტკივილების დროს პირის ღრუს სანაციასთან ერთად აუცილებელია:

- პირის ღრუს საველები ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტით: ტანტუმ-ვერდე, ტრახისანი;
- გამოხატული ტკივილების დროს ლორწოვანის გამაუტკივარებლები: ბენზოკაინის 4,0%-იანი ჟელე, ლიდოკაინის 10-20%-იანი აეროზოლი, ლიგნოკაინის ჟელე, დიპლენ დენტას ლიდოკაინით გაჟღენთილი ფირფიტები და სხვა;
- ანტისეპტიკები: 0,05-0,06%-იანი ქლორჰექსიდინი, 1%-იანი იოდინოლი, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი, 1%-იანი მეთილენის ლურჯის და ბრილიანტის მწვანეს წყალხსნარი, სანგვირიტრინი და სხვა დაზიანების უბნების დასამუშავებლად;
- 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;

ზოგადი

- ვიტამინოთერაპია: პოლივიტამინები, B და C ჯგუფის ვიტამინები;
- კარგ ეფექტს იძლევა კალციუმის პანთოტენატი 0,1-0,2 გ 4-ჯერ დღეში 30 დღე;

პროფილაქტიკა

- ცხარე და მწარე საკვების მიღების შეზღუდვა;
- ჰიგიენის წესების სრულფასოვანი დაცვა;
- პირის ღრუს სანაცია;
- საჭიროების შემთხვევაში გასტროენტეროლოგის, ენდოკრინოლოგის, ნევროლოგისა და ალერგოლოგის კონსულტაცია.

პროგნოზი

სიცოცხლისათვის საშიში არ არის, არ განიცდის მალიგნიზაციას.

შავი „თმიანი“ ენა

შავი „თმიანი“ ენა (Lingua villosa nigra) ენის დამოუკიდებელი დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ძაფისებრი დვრილების ჰიპერპლაზია და პიგმენტაცია. იგი პირველად აღწერილ იქნა 1835 წელს G. F. Rayer-ის მიერ.

„თმიანი“ ენა (K14.31), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები“.

გავრცელება

აღინიშნება შუა ხნის და ხანდაზმულ ადამიანებში, უფრო ხშირად – მამაკაცებში.

ლოკალიზაცია

ლოკალიზებულია ენის ზურგზე, შუა ხაზის გასწვრივ, ისე, რომ არ აღწევს ენის ნვერსა და გვერდებს.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ეტიოლოგია უცნობია. განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია:

- ტროფიკული – ენის ეპითელიუმში ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დარღვევა;
- ფიზიკურ-ქიმიური – ალკოჰოლი, თამბაქო, სამკურნალწამლო პრეპარატები, პირის ღრუს pH-ის ცვლილება;
- მიკრობული – ქრომატოგენური ბაქტერიების არსებობა პირის ღრუში;
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები – ქრონიკული გასტრიტი, კოლიტი და სხვა;
- B12 ჰიპოვიტამინოზი.

სუბიექტური მონაცემები

უმეტესად ჩივილები არ არის, მათი არსებობისას კი აღინიშნება:

- ენის უჩვეულო შესახედაობა,
- ენაზე უცხო სხეულის შეგრძნება,
- სასის ქავილი,
- ღებინების რეფლექსის გაძლიერება,
- გემოვნების რეფლექსის გაუკუღმართება.

ობიექტური მონაცემები

ენის შუა ხაზის გასწვრივ აღინიშნება ღია ყავისფერი ან შავი ფერის ჰიპერტროფული ძაფისებრი დვრილები, რომელთა სიგრძე ზოგჯერ 1-2 სმ-ს, ხოლო დიამეტრი 2 მმ-ს აღწევს. ამ დროს არ ხდება გარქოვანებული უჯრედების ჩამოფცქვნა, რაც განაპირობებს ძაფისებრი დვრილების გასქელებასა და დაგრძელებას. დვრილის წვერი უფრო პიგმენტურია, ვიდრე ფუძე. ასეთი დვრილები შესახედავად ძალიან ჰგავს თმას (სურ. 220).

ჰიპერტროფული უბანი ძირითადად ოვალური, ან სამკუთხედის ფორმისაა.

დიაგნოსტიკა

ხორციელდება ანამნეზის მონაცემებითა და კლინიკური სურათით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ცრუ ბუსუსოვან ენასთან, რომელიც ვითარდება საკვებ პროდუქტებში შემავალი საღებავების, ზოგიერთი პრეპარატის (ქლორჰექსიდინი, ქლორამინი, წყალბადის ზეჟანგი, კალიუმის პერმანგანატი, მათი შემცველი სავლებები, ანტიბიოტიკები, კორტიკოსტეროიდები, მეტრონიდაზოლი) მილების შემდეგ და მწეველებში (სურ. 221);
- ადისონის დაავადების დროს ენაზე მიმდინარე ცვლილებებთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება ძაფისებრი დვრილების ჰიპერპლაზია, ეპითელუმის გარქოვანება, ქვეშმდებარე ლორწოვანის ანთება. ლიპტოტრიქების და Candida-ს გვარის სოკოს მომატებული რაოდენობა.

მკურნალობა

კლინიკური სურათი მკურნალობის გარეშე დიდხანს ნარჩუნდება, ზოგჯერ თავისით ქრება. როგორც წესი, აუცილებელია ხელშემწყობი ფაქტორების მოხსნა. მკურნალობის პრინციპები:

ადგილობრივი

- პირის ღრუს სანაცია,
- კრიოდესტრუქცია თხევადი აზოტით 15-20 წუთის განმავლობაში (იწვევს ჰიპერპლაზიური დვრილების ჩამოფრცქვნას),
- ანტიფუნგალური თერაპია თანდართული სოკოვანი ფლორის დროს (იხ. ორალური კანდიდოზის მკურნალობა),
- ჰიგიენის წესების სრულფასოვანი დაცვა,

სურ. 220. შავი „თმიანი" ენა

სურ. 221. ცრუ ბუსუსოვანი ენა

- სიგარეტის მოწევის აკრძალვა.

ზოგადი

- სომატური დაავადებების გამოვლენა და მკურნალობა,
- კანცეროფობიის დროს ფსიქოთერაპია,
- ვიტამინოთერაპია,
- თანდართული სოკოვანი ფლორის დროს – ანტიფუნგალური პრეპარატების დანიშვნა.

პროფილაქტიკა

სიგარეტის წევის შეწყვეტა.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

ნაოჭიანი ენა

ნაოჭიანი ენა (Lingva plicata), დაღარული ენა, ჩუჩისებრი ენა (lingua scrotalis) ენის ფორმისა და ზომის განვითარების ანომალიაა.

ნაოჭიანი ენა (K14.5), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები“.

გავრცელება

გვხვდება როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში.

ლოკალიზაცია

ენის ზურგი და გვერდითი ზედაპირები.

ფორმები

- ფოთლისებრი – ნაოჭები განლაგებულია ფოთლის მოხატულობის მსგავსად;
- ტვინისებრი – ნაოჭები განლაგებულია განივად.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ეტიოლოგია უცნობია, მნიშვნელოვანია მემკვიდრული განწყობა.

სუბიექტური მონაცემები

- ძირითადად, ჩივილები არ არის;
- არასრულფასოვანი ჰიგიენის დროს ნაოჭებში გროვდება საჭმლის ნარჩენები და მიკროფლორა. ენა შუპდება, აღინიშნება წვა და ტკივილი.

ობიექტური მონაცემები

ენის ზურგსა და გვერდით ზედაპირზე აღინიშნება ღარები, რომელთაგან ცენტრალური უფრო ღრმაა, ხოლო დანარჩენი სიმეტრიულად მიემართება პერიფერიაზე – ფოთლისებრი ფორმა (სურ. 222). იშვიათად ღარებს განივი მიმარ-

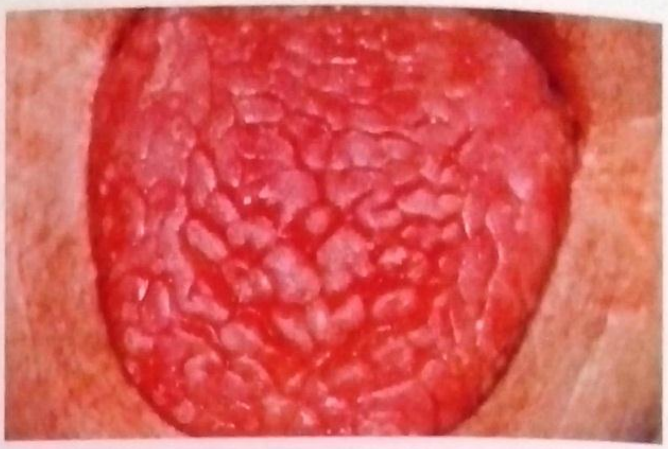
ა)

ბ)

გ)

სურ. 222. ნაოჭიანი ენა: ფოთლისებრი ფორმა

სურ. 223. ნაოჭიანი ენა. ტვინისებრი ფორმა



სურ. 224. ნაოჭიანი ენა. ფრაგმენტული ენა

თულება აქვთ – ტვინისებრი ფორმა (სურ. 223). ზოგჯერ ღარები იმდენად ღრმაა, რომ ენაზე იქმნება ფრაგმენტები (წილები) და ვითარდება ე.წ. ფრაგმენტული ენა. ნაოჭების ფსკერი და გვერდითი ზედაპირები დაფარულია ენის ნორმალური ლორწოვანისათვის დამახასიათებელი დვრილებით. ზოგჯერ დვრილები ჰიპერტროფიულია. ნაოჭიანობის გამო ენა მცირედ შეშუპებულია, აღინიშნება მაკროგლოსია (სურ. 224).

არასრულფასოვანი ჰიგიენის დროს ნაოჭებში მრავლდება მიკრობები, უმეტესად Candida-ს გვარის სოკო და ვითარდება კანდიდოზური გლოსიტი.

ნაოჭიანი ენა ხშირად შერწყმულია დესქვამაციურ გლოსიტთან. ეს მელკერსონ-როზენტალის სინდრომის ერთერთი სიმპტომია.

ენისა და ლოყის ლორწოვანის დანაოჭება აღინიშნება აკრომეგალიის დროსაც. ნაოჭიანი და შეშუპებული ენა გვხვდება დაუნის დაავადების დროს.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება კლინიკური სურათით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ნაოჭიანი ენის დიფერენცირება ხდება:

- მესამეული სიფილისის დროს მასკლეროზირებელ გლოსიტთან,
- მელკერსონ-როზენტალის სინდრომთან,
- ხანდაზმულებში ლორწოვანის ტურგორის დაქვეითების გამო ენისა და ლოყის ლორწოვანის დაზიანებასთან.

მკურნალობა

მკურნალობა არ არის საჭირო. პაციენტი უნდა დავამშვიდოთ და განვუმარტოთ ამ ანომალიის უსაფრთხოება. აუცილებელია პირის ღრუს სანაცია. კანდიდოზური გლოსიტის დროს კი უნდა ჩატარდეს ანტიფუნგალური მკურნალობა (იხ. ორალური კანდიდოზის მკურნალობა).

პროფილაქტიკა

აუცილებელია ჰიგიენის წესების სრულფასოვანი დაცვა, რეგულარულად ენის გაწმენდა სპეციალური ენის ჯაგრისით.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა, დაავადება არ წარმოადგენს რაიმე საშიშროებას.

რომბისებური გლოსიტი

რომბისებური გლოსიტი (Glossitis rhombica, median glossitis), ანუ შუალედური გლოსიტი დამახასიათებელი ფორმისა და ლოკალიზაციის ენის ქრონიკული ანთებაა. პირველად 1914 წელს აღწერა Rock-მა.

რომბისებური გლოსიტი (K14.2), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები") და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები".

გავრცელება

უმეტესწილად ვითარდება მწეველ და ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებელ მამაკაცებში, იშვიათად – მწეველ ქალებში.

ლოკალიზაცია

ცვლილებები ლოკალიზებულია ენის ზურგზე, ფუძესთან ახლოს, შუა ხაზზე.

ფორმები

- ბრტყელი (გლუვი),
- ბორცვოვანი,
- პაპილომატოზური (ჰიპერპლასტიკური).

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ეტიოლოგია უცნობია. ავტორთა ერთი ჯგუფი თვლის, რომ ეს თანდაყოლილი პათოლოგიაა, განპირობებული ემბრიოგენეზის დარღვევით – დაქვეითებულია ენის ზურგის სისხლმომარაგება. მეორე ჯგუფის აზრით, ეს ქრონიკული კანდიდოზის ფორმაა – თითქმის ყველა შემთხვევაში აღინიშნება Candida სოკოს არსებობა.

მაპროვოცირებელი ფაქტორებია:

- სოკოვანი ფლორა,
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები,
- C ჰიპოვიტამინოზი;,
- მწეველობა.

სუბიექტური მონაცემები

უმეტეს შემთხვევაში ჩივილები არ აღინიშნება. მათი გამოხატვისას კი პაციენტი უჩივის:

- პირის ღრუს სიმშრალეს,
- ენის ზურგის ხაოიანობას,
- პირის ღრუს წვას გამაღიზიანებელი საკვების მიღებისას,
- უცხო სხეულის შეგრძნებას და ტკივილს (პაპილომატოზური ფორმის დროს);

ობიექტური მონაცემები

ენის ზურგზე, ფუძესთან ახლოს, შუა ხაზზე აღინიშნება ოვალური, რომბისებური, იშვიათად არშიისებრი ფორმის უბანი, რომელზეც დვრილები გასადავებულია. მისი საგანე აღწევს 0,5-2 სმ-ს, სიგრძე – 1,5-3 სმ-ს. დაზიანება, ძირითადად, ერთეულია, იშვიათად შეიძლება იყოს 2-3. ასეთ შემთხვევაში ისინი განლაგებულია ენის შუა ხაზის გასწვრივ.

ბრტყელი ფორმის დროს დაზიანების უბანი ენის ზედაპირიდან ოდნავ დაბლაა (განპირობებულია დვრილების არარსებობით). იგი ვარდისფერი ან წითელი ფერისაა და მკვეთრად გამიჯნულია ირგვლივ მდებარე ქსოვილებისგან. პალპაციით მკვრივი და უმტკივნეულოა (სურ. 225).

ბორცვისებრი ფორმისას აღინიშნება ციანოზური ელფერის მქონე წითელი ფერის, ლორწოვანიდან წამოწეული ბორცვისებრი უბნები, რომლებიც ერთმანეთისაგან გამოყოფილია ღარით (სურ. 226).

პაპილომატოზური ფორმის დროს დაზიანების უბანი სიმსივნისმაგვარი, ბორცვისებრი ფორმისაა, ცენტრში მოთეთრო ფერის გარქოვანებით, იშვიათად – ეროზიით (სურ. 227).

რომბისებრი გლოსიტის დროს პაციენტებს, თითქმის ყველა შემთხვევაში, აღენიშნებათ ქრონიკული ფორმის ორალური, ასევე, სხვა ლორწოვანისა და კანის სოკოვანი დაავადება.

სურ. 225. რომბისებური გლოსიტი. ბრტყელი ფორმა

სურ. 226. რომბისებური გლოსიტი. ბორცვისებრი ფორმა

სურ. 227. რომბისებური გლოსიტი. პაპილომატოზური ფორმა

დიაგნოსტიკა

ხორციელდება კლინიკური სურათითა და ჰისტოლოგიური მონაცემებით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ბრტყელი ფორმის დიფერენცირება ხდება:

- დესქვამაციურ გლოსიტთან,
- ავიტამინოზების დროს ენის დაზიანებებთან.

პაპილომატოზური ფორმის დროს:

- სიმსივნეებთან,
- სპეციფიკურ ანთებად პროცესებთან (პირის ღრუს ტუბერკულოზი და სიფილისი).

ჰისტოლოგიური სურათი

ბრტყელი ფორმის დროს აღინიშნება ეპითელიუმის უმნიშვნელო გასქელება, ეპითელიუმის ქვეშ მცირედაა გამოხატული ინფილტრაცია და აკანტოზი. ბორცვოვანი და პაპილომატოზური ფორმის დროს გამოხატულია აკანტოზი და ანთებითი ინფილტრაცია.

მკურნალობა

- პირის ღრუს სანაცია,
- სიგარეტის აკრძალვა,
- სოკოვანი ფლორის არსებობისას – ანტიფუნგალური მკურნალობა (იხ. ორალური კანდიდოზის მკურნალობა, გვ. 125),

პაპილომატოზური წარმონაქმნებისას:

- კრიოდესტრუქცია,
- დაზიანების უბნის ამოკვეთა და შემდგომ – ჰისტოლოგიური კვლევა.

პროფილაქტიკა

- პირის ღრუს ჰიგიენის წესების სრულფასოვანი დაცვა,
- ენის რეგულარული წმენდა ენის ჯაგრისით,
- მავნე ჩვევების (თამბაქო, ალკოჰოლი) აღმოფხვრა.

პროგნოზი

როგორც წესი, კეთილსაიმედოა. ქრონიკული მექანიკური ტრავმისა და იმუნიტეტის დაქვეითების დროს ბორცვოვანი და პაპილომატოზური ფორმა განიცდის პროგრესირებას. აღწერილია რომბისებური გლოსიტის მალიგნიზაციის ერთეული შემთხვევები.

ეს მნიშვნელოვანია!

აუცილებელია პაციენტების დისპანსერიზაცია.

თავი XVII

ტუჩების დაავადებები — ჰეილიტები

ჰეილიტი (Cheilitis) ტუჩის წითელი ყაეთნის, ტუჩის ლორწოვანის და პერიორალური კანის ანთებადი ბუნების დაავადებაა. განირჩევა ჰეილიტების ორი დიდი ჯგუფი:

- საკუთრივ ჰეილიტები:
  - ექსფოლიაციური,
  - გლანდულური,
  - კონტაქტური,
  - მეტეოროლოგიური,
  - აქტინიური.
- სიმპტომური ჰეილიტები:
  - ატოპიური,
  - ეგზემატური,
  - პლაზმურ-უჯრედოვანი,
  - მაკროჰეილიტები.

ტუჩების დაავადებებს ხანგრძლივი, მდგრადი მიმდინარეობა ახასიათებს და ძნელად ემორჩილება მკურნალობას. ზოგიერთი დაავადება (ქრონიკული რეციდიული ნახეთქები, მეტეოროლოგიური, ჩირქოვანი გლანდულური ჰეილიტი) გაავთვისებიანობის საშიშროებას ქმნის.

ტუჩების დაავადებები ხშირად თან ახლავს კუჭ-ნაწლავის, ნეირო-ენდოკრინული სისტემის, იმუნოდეფიციტურ დაავადებებს. არანაკლები როლი ტუჩების პათოლოგიის განვითარებაში პირის ღრუში არასასურველ პირობებს მიეკუთვნება: მიკროორგანიზმებით მაღალი დისემინიზაცია, ლორწოვანის მაცერაცია, მავნე ჩვევები (მუნდშტუკის, ფანქრის მოთავსება პირის ღრუში, ტუჩის ჩვეული კვნეტა და ა. შ.). ასევე, მნიშვნელოვანია ზედმეტად მშრალი, ცივი და ცხელი ჰაერის ზემოქმედება.

საკუთრივ ჰეილიტები

ექსკოლაციური ჰეილიტი

ექსფოლიაციური ჰეილიტი (Chelitis exfoliativa) ქრონიკული დაავადებაა, რომელსაც თან ახლავს ეპითელიუმის ჩამოფცქვნისა და გარქოვანების პროცესის დარღვევა.

ექსფოლიაციური ჰეილიტი (K13.02), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციებით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები") და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები".

გავრცელება

უმეტესად ავადდებიან 3-დან 70 წლამდე ასაკის ქალები.

ლოკალიზაცია

მოიცავს მხოლოდ ტუჩის წითელ ყაეთანს

ფორმები

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით განარჩევენ მშრალ და ექსუდაციურ ფორმებს.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

მკვლევარეთა უმეტესობა თვლის, რომ ამ დაავადებას საფუძვლად უდევს ნეიროგენური მექანიზმები, ფსიქოემოციური სფეროს მოშლილობა, ოჯახური წინასწარგანწყობა. მავნე ჩვევები ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას. ექსუდაციური ფორმა ძალზე იშვიათია. იგი დაკავშირებულია ვიტამინების ჭარბად მიღებასთან. დაავადებების პათოგენეზში მთავარ როლს თამაშობს ნერვული სისტემის ფუნქციის დარღვევა, გენეტიკური და იმუნო-ალერგიული ფაქტორები.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის:

- ტუჩების სიმშრალეს,
- მუდმივ აქერცვლას,
- ზოგჯერ წვას,
- ქავილს.

ობიექტური მონაცემები

პაციენტთა უმეტეს ნაწილს აღენიშნება მღელვარე-დეპრესიული სინდრომი. თითქმის ყველას ახასიათებს მავნე ჩვევები (თამბაქოს მოწევა, ტუჩების კვნეტა და ლოკვა). მოზარდებს ამ დროს უვითარდებათ კომპლექსები, უარს აცხადებენ სკოლასა და უმაღლეს სასწავლებელში სიარულზე (ნევროტიზაცია).

მშრალი ფორმა ხასიათდება ქვედა ტუჩზე (იშვიათად ზედაზე) მრავლობითი თხელი, თავისუფალი კიდეების მქონე, გამჭვირვალე ქერცლების არსებობით. ისინი 5-7 დღის შემდეგ ადვილად სცილდება წითელ ყაეთანს და შიშვლდება ტუჩის ალისფერ-წითელი ზედაპირი. ჩამოფცქვნილი ქერცლების ადგილზე რამდენიმე დღის შემდეგ ახალი წარმოიქმნება (სურ. 228). ეროზიები არ ვითარდება. პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა, როგორც წესი, არადამაკმაყოფილებელია. პაციენტებს აღენიშნებათ ნადებები და ფრონტალური კბილების წვეტიანი კიდეები.

ექსუდაციური ფორმა ხასიათდება ტუჩის წითელ ყაეთანზე (უმეტესად – ქვედა ტუჩზე, იშვიათად ორივეზე ერთად) მასიური, მონაცრისფერო-მოყვითალო ან მოყვითალო-მოყავისფერო ფერის ქერქების არსებობით (სურ 229). დაავადების დამახასიათებელი თვისებაა ის, რომ პროცესი არასდროს გადადის პირის ღრუს ლორწოვანსა და პერიორალურ კანზე. ქერქები პერიოდულად შორდება და ისევ წარმოიქმნება. ეს მდგომარეობა შეიძლება გაგრძელდეს წლობით. წარმოქმნილ ქერცლებს პაციენტები იკვნეტენ, მაგრამ რამდენიმე დღეში ისინი კვლავ ჩნდება.

დაავადებას ახასიათებს ქრონიკული მიმდინარეობა რეციდივებით. რემისია აღინიშნება წლის თბილ თვეებში.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ატოპიურ ჰეილიტთან,
- ეგზემატურ ჰეილიტთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ცვლილებებია ეპითელიუმში: ეპითელიოციტების რაოდენობისა და ფორმის შეცვლა, აკანტოზი, პარა- და ჰიპერკერატოზი, უჯრედშორისი ნაპრალების გაჩენა ლიზისის გამო. სტრომაში აღინიშნება ლიმფოციტების პლაზმური უჯრედების ინფილტრაცია, ფიბროზის მოვლენები.

მკურნალობა

გულისხმობს: პირის ღრუს ინდივიდუალური ჰიგიენის წესების დაცვას, კბილის ბასრი კიდეების გასადავებას, პროთეზის კორექციას, საჭიროების შემთხვევაში – ორთოპედიულ მკურნალობას.

სურ. 228. ექსფოლიაციური ჰეილიტი: მშრალი ფორმა

სურ. 229. ექსფოლიაციური ჰეილიტი: ექსუდაციური ფორმა

აუცილებელია თანმხლები დაავადების გამოვლენა და შესაბამის სპეციალისტებთან მკურნალობა.

ადგილობრივი

ინიშნება აპლიკაციის სახით:

- ტკივილგამაყუჩებელი მალამოები (4%-იანი ბენზოკაინის, 2%-იანი ლიდოკაინის ჟელე);
- საჭიროების შემთხვევაში პროტეოლიზული ფერმენტების აპლიკაცია (ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი და სხვა);
- კორტიკოსტეროიდული მალამოები (ლორინდენ-C, პოლკორტოლონი, კლოვეიტი და სხვა);
- იმუნორეზისტენტობის ამაღლება (ლიზობაქტი, იმუდონი 2-2 აბი დღეში 4-ჯერ სანუწნად 10-14 დღე).

ზოგადი

საჭიროების შემთხვევაში:

- ვიტამინოთერაპია: პოლივიტამინები, B და C ჯგუფის ვიტამინები;
- ნევროპათოლოგის კონსულტაცია და მკურნალობა (დეპრესიული რეაქციის, ნევროზული მდგომარეობის, ფსიქოემოციური სფეროს კორექცია).

პროფილაქტიკა

მოიცავს:

- თანმხლები დაავადებების მკურნალობას,
- მავნე ჩვევების აღმოფხვრას (თამბაქოს წევა, ტუჩის ლოკვა და კბეჩა),
- პირის ღრუს ჰიგიენის წესების სრულფასოვანი დაცვას,
- ნელიწადის ცივ პერიოდში დამცავი პომადის ხმარებას.

პროგნოზი

სიცოცხლისთვის კეთილსაიმედოა, თუმცა დაავადება თვითგანკურნებადი არ არის და საჭიროებს კვალიფიციურ მკურნალობას.

გლანდულური ჰეილიტი

გლანდულური ჰეილიტი (Cheilitid glandularis) დაავადებაა, რომელიც გამოწვეულია ტუჩის ნითელ ყაეთანში არსებული მცირე სანერწყვე ჯირკვლების ანთებით, მათი ჰიპერტროფიითა და ჰიპერფუნქციით.

გლანდულური აპოსტემატოზური ჰეილიტი (K13.01), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები") და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები".

გავრცელება

პირველადი მარტივი გლანდულური ჰეილიტი ხშირია 40-60 წლის ასაკში და, როგორც წესი, საერთოდ არ იჩენს თავს 20 წლის ასაკამდე.

ლოკალიზაცია

ქვედა ტუჩი ზიანდება ორჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ზედა.

ფორმები

განასხვავებენ მარტივ და ჩირქოვან გლანდულურ ჰეილიტს. მარტივი გლანდულური ჰეილიტი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორეული.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

პირველადი მარტივი გლანდულური ჰეილიტი, ავტორთა უმეტესი ნაწილის აზრით, სანერწყვე ჯირკვლების თანდაყოლილი ანომალიაა.

მეორეული მარტივი გლანდულური ჰეილიტი ვითარდება ტუჩის სხვადასხვა დაავადების ფონზე (წითელი ბრტყელი ლიქენი, ლეიკოპლაკია), სანერწყვე ჯირკვლების მემკვიდრული ჰიპერპლაზიის გარეშე. ჩირქოვანი გლანდულური ჰეილიტი იშვიათია და ვითარდება გაფართოვებულ სანერწყვე ჯირკვლების სადინრებში ინფექციის მოხვედრის შედეგად. შესაძლებელია მათი დაჩირქება.

სუბიექტური მონაცემები

მარტივ პირველად გლანდულურ ჰეილიტს, ძირითადად ჩივილები არ ახასიათებს. მათი არსებობისას პაციენტი უჩივის:

- სიმშრალეს,
- წვის შეგრძნებას,
- აქერცვლას,
- ტკივილს.

მეორეულის დროს ჩივილები თითქმის იგივეა და დამოკიდებულია ადგილობრივ ფონურ პათოლოგიაზე.

ჩირქოვანი გლანდულური ჰეილიტის დროს პაციენტი უჩივის:

- ტკივილს, რომელიც ძლიერდება სხვადასხვა გამღიზიანებელზე,
- შეგრძნებას, თითქოს ტუჩის ლორნოვანი გარსი ბორცვაკიანი, ხორკლიანი და გადიდებულია.

ობიექტური მონაცემები

კლინიკურად გლანდულური ჰეილიტი გამოვლინდება სქესობრივი მომწიფების შემდეგ. ახასიათებს ტუჩის ლორწოვანზე, კლეინის ზონაში წვრილი სანერწყვე ჯირკვლებისა და მათი გამომტანი სადინრების ზომაში მატება, ჰიპერტროფია და ჰიპერფუნქცია.

პირველადი მარტივი გლანდულური ჰეილიტის დროს კლეინის ზონაზე და იშვიათად, მის მიმდებარე წითელ ყაეთანზე ჩანს გაფართოებული სანერწყვე ჯირკვლების სადინარების შესასვლელები. პალპაციისას აღინიშნება ჰიპერტროფირებული წვრილი სანერწყვე ჯირკვლები მკვრივი მარცვლების სახით, საიდანაც გამოიყოფა ნერწყვის წვეთები – „ცრის სიმპტომი" (სურ. 230). რეგიონული ლიმფური კვანძები არ ისინჯება. დროთა განმავლობაში ტუჩის გაძლიერებული ლოკვის გამო იგი ხდება მშრალი და იფარება ქერცლით, ზოგჯერ მასზე ჩნდება ნახეთქები და ეროზიები.

სურ. 230. გლანდულური ჰეილიტი (პირველადი მარტივი). ტუჩების ლორწოვანი გარსის წვრილი სანერწყვე ჯირკვლების ჰიპერტროფია და ანთება

მეორეული მარტივი გლანდულური ჰეილიტი კლინიკური სურათი მსგავსია ზემოაღნიშნულის, თუმცა, ის როგორც წესი, სხვა ძირითადი დაავადების ფონზე ვითარდება (წითელი ბრტყელი ლიქენი, ლეიკოპლაკია, ქრონიკული ნახეთქი და ა.შ.).

ჩირქოვანი გლანდულური ჰეილიტის დროს ჯირკვლების სადინრებიდან გამოიყოფა ჩირქნარევი ნერწყვი. პაციენტებს აღენიშნებათ არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობა პირის ღრუში, ანთებითი პროცესები პაროდონტში, კბილების წვეტიანი კიდეები, არარაციონალური პროთეზირება. პალპაციისას ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები რბილი, გადიდებული და მტკივნეულია, ხოლო ქვედა ტუჩი – გადიდებული და ზომიერად მტკივნეული.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიფერენციული დიაგნოსტიკა უნდა გატარდეს გლანდულური ჰეილიტის კლინიკურ ფორმებს შორის.

ჰისტოლოგიური სურათი

ჰიპერპლაზიური პროცესების პარალელურად, ეპითელიუმში აღინიშნება ნერწყვე ჯირკვლების ატროფია. გამომტანი სადინრების კისტოზური გაფართოება, შემაერთებელი ქსოვილოვანი სტრუქტურების მასიური ჩაზრდა, რომელიც ინფილტრირებულია პოლიმორფული უჯრედებით.

მკურნალობა

პირველადი მარტივი გლანდულური ჰეილიტის დროს ჩივილების არარსებობისას მკურნალობა არ არის საჭირო. ჩივილებისას კი – მკურნალობა კომპლექსურია. მეორეული მარტივი გლანდულური ჰეილიტის დროს ტარდება ძირითადი დაავადების მკურნალობა. ჩირქოვანი გლანდულური ჰეილიტი შედარებით რთული სამკურნალოა და ტარდება ეტაპობრივად.

ადგილობრივი

პირველი ეტაპი გულისხმობს:

- რაციონალური ინდივიდუალური ჰიგიენის წესების დაცვას;
- პირის ღრუს სანაციას;
- ტრავმული ფაქტორის მოხსნის მიზნით, კბილების ბასრი კიდეების გასადავებას;
- ნადებებისა და ქვების მოშორებას;
- ანთების საწინააღმდეგო თერაპიას:
- ანტიბიოტიკებისა და კორტიკოსტეროიდების შემცველი მალამოების აპლიკაციას: სინალარი, ტრიდერმი, ლოკაკორტენი – 2-ჯერ დღეში, 5-7 დღე;
- პროტეოლიზური ფერმენტების (ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი, კარიპაზინი, დეზოქსირიბონუკლეაზა და სხვა) აპლიკაციას დღეში ერთხელ 20-30 წუთით;
- სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტის აპლიკაციას საღამოს, ძილის წინ.

მკურნალობის მეორე ეტაპი გულისხმობს ჰიპერპლასტიკური სანერწყვე ჯირკვლის მოშორებას ელექტროკუაგულატორის საშუალებით ან

მათ რადიკალურ ამოკვეთას.

პროფილაქტიკა

გლანდულური ჰეილიტის პროფილაქტიკა გულისხმობს:

- პირის ღრუს სანაციას,
- რაციონალურ ორთოპედიულ მკურნალობას,
- მავნე ჩვევების აღმოფხვრას (თამბაქოს წევა, სპირტიანი სასმელის ჭარბად გამოყენება),
- პირის ღრუს ჰიგიენის წესების სრულფასოვან დაცვას.

პროგნოზი

დროული მკურნალობისას – კეთილსაიმედოა.

ეს მნიშვნელოვანია!

გლანდულური ჰეილიტი არ არის კიბოსწინარე დაავადება, მაგრამ მისი ხანგრძლივი, ქრონიკული მიმდინარეობა ხელსაყრელ პირობებს ქმნის გაავთვისებიანობისათვის.

კონტაქტური ალერგიული ჰეილიტი

კონტაქტური ალერგიული ჰეილიტი (Cheilitis allergica contactilis) ტუჩების დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს ტუჩის ქსოვილების სენსიბილიზაცია სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერების მიმართ.

ტუჩების სხვა დაზუსტებული დაავადებები (K13.08), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს სანერწყვე ჯირკვლებისა და ყბების დაავადებები“.

გავრცელება

უმეტესად ავადდებიან ქალები 20-60 წლის ასაკში.

ლოკალიზაცია

ერთნაირი სიხშირით ზიანდება ზედა და ქვედა ტუჩი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ალერგიული კონტაქტური ჰეილიტის ეტიოლოგიური ფაქტორი შეიძლება იყოს ტუჩის საცხი, კბილის პასტები, მოსახსნელი პროთეზების პლასტმასის შემადგენელი ქიმიური ნივთიერებები. დაავადებას ხშირად პროფესიული ხასიათი აქვს. იგი მიეკუთვნება შენელებული ალერგიული ტიპის რეაქციებს.

ხშირად ანამნეზში პაციენტი აღნიშნავს ალერგიულ რეაქციებს სხვადასხვა ნივთიერებაზე, ზოგიერთ საკვებ პროდუქტზე, სამკურნალო პრეპარატებზე.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- სიმშრალეს,
- ქავილს,
- ესთეტიკურ ნაკლს,
- ტკივილს ჭამისა და პირის ფართოდ გაღების დროს.

ობიექტური მონაცემები

აღინიშნება ტუჩების ჰიპერემია და შეშუპება. შესაძლებელია პროცესი განივრცოს პერიორალურ კანზე, დამახასიათებელი ნიშანია წვრილი ქერცლების, ნახეთქების, ბუშტუკების, ეროზიების არსებობა (სურ. 231). რეგიონული ლიმფური კვანძები არ არის გადიდებული. მეორეული ინფექციის თანდართვის შემთხვევაში აღინიშნება რეგიონული ლიმფური კვანძების უმნიშვნელო გადიდება და მტკივნეულობა პალპაციისას, ბუშტუკებისა და ეროზიების არსებობა ტუჩის წითელ ყაეთანსა და პერიორალურ კანზე. ქრონიკული მექანიკური ტრავმის (მუნდშტუკი, ფანქარი) დროს აღინიშნება მკვეთრად შემოსაზღვრული და მკაფიოდ გამოხატული ერითემა ქერცლებით ტუჩის წითელ ყაეთანზე, ლორწოვან გარსსა და ტუჩის კანის ნაწილზე. კბილის პასტის შემადგენლობაში შემავალი ანტიგენის დროს აღინიშნება ტუჩების წითე-

სურ. 231. კონტაქტური ალერგიული ჰეილიტი

ლი ყაეთნის, ლორწოვანი გარსის, გარდამავალი ნაოჭის, ლოყების შეშუპება და ჰიპერემია. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის აშრევება.

დიაგნოსტიკა

დაავადების ძირითადი სადიაგნოსტიკო ნიშანია მწვავე დასაწყისი და მიზეზობრივი კავშირი რაიმე ქიმიური ნივთიერების ზემოქმედებასთან.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

კონტაქტური ალერგიული ჰეილიტის დიფერენციული დიაგნოსტიკა ტარდება:

- ექსფოლიაციური ჰეილიტის მშრალ ფორმასთან,
- ატოპიური ჰეილიტის მშრალ ფორმასთან.

მკურნალობა

გულისხმობს იმ მიზეზის მოხსნას, რომლებმაც გამოიწვიეს დაავადება.

ადგილობრივად ინიშნება:

- კორტიკოსტეროიდული მალამოები,
- ანტიჰისტამინური მალამოები.

ზოგადი

საჭიროების შემთხვევაში – ზოგადი მადესენსიბილიზებელი თერაპია.

პროფილაქტიკა

რეციდივების პროფილაქტიკა შესაძლებელია ალერგენთან კონტაქტის აღმოფხვრით.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

მეტეოროლოგიური ჰეილიტი

მეტეოროლოგიური ჰეილიტი (Cheilitis meteorologica) ტუჩის ანთებითი დაავადება, გამოწვეული არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ფაქტორებით.

ტუჩების სხვა დაზუსტებული დაავადებები (K13.08), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს სანერწყვე ჯირკვლებისა და ყბების დაავადებები“.

გავრცელება

ავადდებიან ძირითადად მამაკაცები. ქალები, უმეტესად, ხმარობენ ტუჩის საცხს, რომელიც იცავს წითელ ყაეთანს არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ფაქტორების ზემოქმედებისაგან.

ლოკალიზაცია

ზიანდება როგორც ქვედა, ისე ზედა ტუჩი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

დაავადების გამომწვევია არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ფაქტორები: ჰაერის მომატებული ან მეტად დაბალი ტენიანობა, ქარი, სიცივე, მტვრის მაღალი კონცენტრაცია. უვითარდება უმეტესწილად თეთრი და ნაზი კანის მქონე პირებს. მნიშვნელობა აქვს ფონურ დერმატოლოგიურ დაავადებებს (სებორეა, სებორეული ეგზემა, ნეიროდერმიტი, იხტიოზი და სხვ.)

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- ტუჩების სიმშრალეს,
- დაჭიმულობის შეგრძნებას,
- ტუჩების ლოკვის გამუდმებულ სურვილს,
- ესთეტიკურ ხარვეზს.

ობიექტური მონაცემები

მეტეოროლოგიური ჰეილიტის დროს ტუჩის წითელი ქობა ჰიპერემიულია, მშრალი, დაფარულია წვრილი ქერცლებით. ირგვლივ მდებარე კანი და ლორწოვანი გარსი შეუცვლელია (სურ. 232). პაციენტები ხშირად ილოკავენ ტუჩებს, რის გამოც იმატებს სიმშრალე, დაჭიმულიბა, ინფილტრაცია. მეტოროლოგიური ჰეილიტი ქრონიკული მიმდინარეობით ხასიათდება, ძალიან იშვიათად განიცდის მალიგნიზაციას, მაგრამ მის ფონზე შეიძლება განვითარდეს კიბოსწინარე დაავადებები.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიფერენციული დიაგნოსტიკა ტარდება:

სურ. 232. მეტეოროლოგიური ჰეილიტი. ტუჩების წითელი ყაეთნის სიმშრალე და ანთება

- ექსფოლიაციური ჰეილიტის მშრალ ფორმასთან,
- კონტაქტურ ალერგიულ ჰეილიტთან,
- აქტინიური ჰეილიტის მშრალ ფორმასთან,
- წითელ მგლურასთან (ჰიპერკერატოზის და ატროფიის გამოხატული კლინიკური გამოვლინებების გარეშე).

ჰისტოლოგიური სურათი

ეპითელიუმში აღინიშნება შემოსაზღვრული ჰიპერკერატოზული უბნების არსებობა, ჰიპერპლაზია, პარაკერატოზი.

მკურნალობა

მკურნალობა, უპირველესად, გულისხმობს გამაღიზიანებელი ფაქტორების მოცილებას.

ადგილობრივად ინიშნება:

- ფოტოდამცავი მალამოები,
- ჰიგიენური ტუჩის საცხი.

ზოგადად

ინიშნება B ჯგუფის ვიტამინები per os.

პროფილაქტიკა

მეტეოროლოგიური ჰეილიტის პროფილაქტიკა გულისხმობს არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ფაქტორებისგან თავის დაცვაც.

პროგნოზი

სიცოცხლისთვის კეთილსაიმედოა; თუმცა ქრონიკული მიმდინარეობისას, მის ფონზე შეიძლება განვითარდეს კიბოსწინარე დაავადებები.

აქტინიური ჰეილიტი

აქტინიური ჰეილიტი (Cheilitis actinica) ტუჩის ლორწოვანის ქრონიკული ანთებაა, გამოწვეული მზის სხივების მაღალი ინსოლაციით.

აქტინიური ჰეილიტი (L56.8X), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XII კლასს („კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილების დაავადებები“) და შედის ბლოკში „დასხივებით გამოწვეული კანისა და კანქვეშა უჯრედული ქსოვილის დაავადებები“.

გავრცელება

ძირითადად ავადდებიან 20-დან 60 წლამდე ასაკის მამაკაცები.

ლოკალიზაცია

ქვედა ტუჩი ზიანდება უფრო მეტად, ვიდრე ზედა.

ფორმები

განარჩევენ აქტინიური ჰეილიტის ორ ფორმას:

- მშრალი,
- ექსუდაციური.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

პათოგენეზში მნიშვნელოვანია ალერგიის ფაქტორი.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან მშრალი ფორმის დროს:

- სიმშრალეს,
- დაჭიმულობას,
- ქვედა ტუჩის ხაოიანობას.

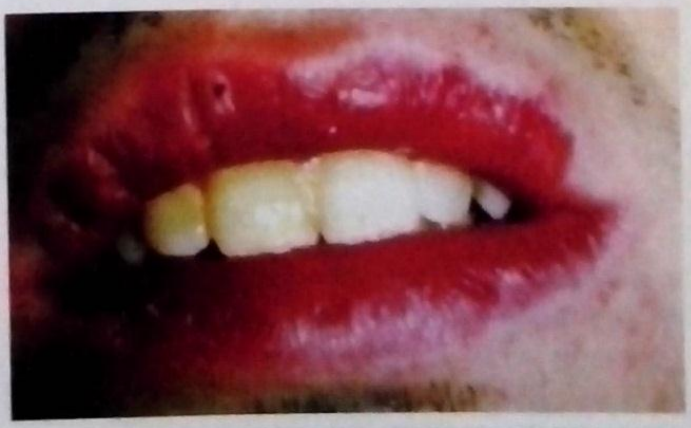
ექსუდაციური ფორმის დროს:

- ქავილს,
- წვას,
- ქვედა ტუჩის დაჭიმულობას,
- ტკივილს,
- ესთეტიკურ ხარვეზს.

ობიექტური მონაცემები

ახასიათებს სეზონურობა: დაავადება წარმოიქმნება და მწვავდება გაზაფხულ-ზაფხულის პერიოდში, თვითნებურად რეგრესირებს შემოდგომაზე და ზამთარში.

მშრალი ფორმის დროს ტუჩის წითელი ქობა მშრალია, ალისფერ-წითელი შეფერილობის, დაფარულია მოვერცხლისფერო-თეთრი ქერცლებით. ზედა ტუჩსა და სახის კანზე პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება (სურ. 233).



სურ. 233. აქტინიური ჰეილიტი. მშრალი ფორმა

სურ. 234. აქტინიური ჰეილიტი. ექსუდაციური ფორმა

ექსუდაციური ფორმის დროს ზემოთ აღნიშნულ კლინიკურ სურათს ემატება ბუშტუკები, რომელიც სკდება და წარმოიქმნება ეროზიები, ნახეთქები და ქერქები (სურ. 234).

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ექსფოლიაციური ჰეილიტის დიფერენციული დიაგნოსტიკა ტარდება:

- ატოპიურ ჰეილიტთან,
- კონტაქტურ ალერგიულ ჰეილიტთან,
- ნითელ მგლურასთან (ჰიპერკერატოზის და ატროფიის გამოხატული კლინიკური გამოვლინებების გარეშე).

ჰისტოლოგიური სურათი

ეპითელიუმში აღინიშნება ჰიპერპლაზია და გარქოვანების კერები, ინფილტრაცია სტრომაში.

მკურნალობა

ადგილობრივად ინიშნება: კორტიკოსტეროიდული მალამოები, ტუჩის დამცავი კრემები. აუცილებელია პაციენტი მოერიდოს მზეს.

ზოგადად

Per os ინიშნება B (B_2, B_6) ჯგუფის ვიტამინები.

პროფილაქტიკა

აქტინიური ჰეილიტის პროფილაქტიკა გულისხმობს ტუჩის დამცავი საცხების გამოყენებას მზის ინსოლაციისაგან თავის დასაცავად.

პროგნოზი

სიცოცხლისთვის კეთილსაიმედოა თუმცა, მის ფონზე შეიძლება განვითარდეს ობლიგატური კიბოსწინარე დაავადებები.

სიმპტომური ჰეილიტები

ატოპიური ჰეილიტი

ატოპიური ჰეილიტი (Cheilitis atopicalis) მიეკუთვნება ტუჩის სიმპტომურ დაავადებებს, ითვლება ატოპიური დერმატიტის ან ნეიროდერმიტის სიმპტომურ გამოვლინებად ტუჩებზე. თავის მხრივ, დიფუზური ნეიროდერმიტის კლინიკური სიმპტომებია: კანის ქავილი, ერითემა, ექსკორიაცია და ლიქენიზაცია. პათოლოგიური ცვლილებების ტიპური ლოკალიზაციაა სახისა და კისრის კანი, იდაყვები.

ტუჩების სხვა დაზუსტებული დაავადებები (K13.08), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10) მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები") და შედის ბლოკში „პირის ღრუს სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები".

გავრცელება

უმეტესად გვხვდება ბავშვებსა და 7-17 წლის ასაკის მოზარდებში.

ლოკალიზაცია

ზიანდება ორივე ტუჩი.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ატოპიური ჰეილიტის ეტიოლოგიაში უმნიშვნელოვანესია გენეტიკური ფაქტორიც, რომელიც ქმნის პირობებს ალერგიული რეაქციების განვითარებისათვის. ალერგენი შეიძლება იყოს სხვადასხვა სამკურნალწამლო და კოსმეტიკური საშუალება, საკვები პროდუქტი, ბაქტერიული ან ფიზიკური ფაქტორები.

სუბიექტური მონაცემები

ატოპიური ჰეილიტის დროს პაციენტები უჩივიან:

- ქავილს,

- მტკივნეულობას,
- ტუჩის წითელი ყაეთნის, პირის კუთხეების, ირგვლივი კანის დაჭიმულობას,
- ესთეტიკურ ნაკლს.

მოზარდებს უყალიბდებათ კომპლექსები და უარს აცხადებენ სკოლაში და უმაღლეს სასწავლებელში სიარულზე.

ობიექტური მონაცემები

ტუჩები უმნიშვნელოდ შეშუპებული და მშრალია. ტუჩების წითელი ყაეთანი ინფილტრირებულია, იქერცლება, გარს აკრავს ვარდისფერი ერითემა. პირის კუთხეების კანი ჰიპერემიულია, ზოგჯერ აღინიშნება პიგმენტაცია და მცირე ნახეთქები. პათოლოგიური პროცესი არასდროს გადადის პირის ღრუს ლორწოვანზე, არ ზიანდება ტუჩის წითელი ყაეთნის ის მონაკვეთი, რომელიც უშუალოდ ესაზღვრება ლორწოვანს (სურ. 235). თუ ატოპიური ჰეილიტი თან ერთვის დერმატიტს, მაშინ სახის კანი მშრალია. აღინიშნება გამონაყარი ლოყებზე, იდაყვის ნაკეცებში და მუხლქვეშა ფოსოში.

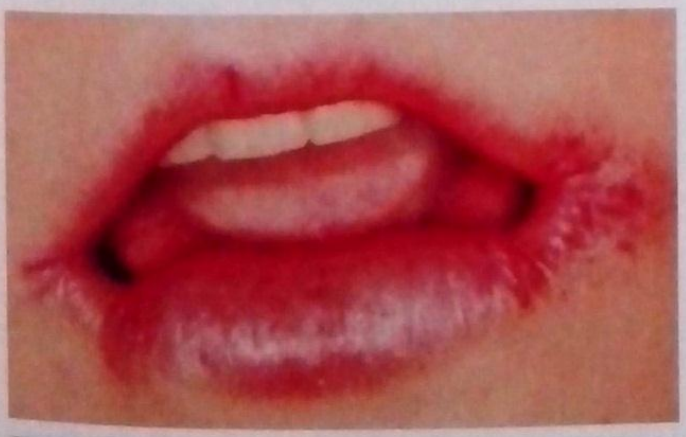
დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ექსფოლიაციურ ჰეილიტთან,
- აქტინიურ ჰეილიტთან,
- ეგზემატურ ჰეილიტთან,
- კონტაქტურ ალერგიულ ჰეილიტთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ეპითელიუმში აღინიშება აკანტოზისა და პარაკერატოზის მოვლენა. შემაერთებელ ქსოვილში – ლიმფოციტებითა და ეოზინოფილებით პერივასკულური ინფილტრაცია.



სურ. 235. ატოპიური ჰეილიტი

მკურნალობა

ადგილობრივი

წარმატებით გამოიყენება ანტიალერგიული, ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები: პრედნიზოლონის, ჰიდროკორტიზონის, პოლკორტოლონის, კლოვეიტის მალამოები. კარგ შედეგს იძლევა ბუკის სხივებით დასხივება, კვების რეჟიმის დაცვა (ციტრუსების, შოკოლადის, მარწყვის, ხიზილალის, ცხარე საკვების ამოღება რაციონიდან).

ზოგადი

უპირატესობა ენიჭება მადესენსიბილიზებელ თერაპიას, B ჯგუფის ვიტამინების, სედატიური პრეპარატების დანიშვნას per os. გახანგრძლივებული მიმდინარეობისას, ასევე, ინიშნება კორტიკოსტეროიდული პრეპარატებიც.

პროფილაქტიკა

თანმხლები დაავადებების გამოვლენა და მკურნალობა.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა, პაციენტების უმეტეს ნაწილში სქესობრივი მომწიფების შემდეგ (19-20 წელი) დგება თვითგანკურნება.

ეგზემატური ჰეილიტი

ეგზემატური ჰეილიტი (Cheilitis exzematosa) მიეკუთვნება სიმპტომური ჰეილიტების ჯგუფს. იგი ტუჩის წითელი ყაეთნის და პერიორალური კანის ქრონიკული ალერგიული დაავადებაა. შეინიშნება როგორც იზოლირებული დაზიანება, ისე სახის კანის ეგზემის სიმპტომი.

ტუჩების სხვა დაზუსტებული დაავადებები (K13.08), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები“) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები“.

ლოკალიზაცია

ზიანდება ზედა და ქვედა ტუჩი ერთდროულად, ასევე, წითელი ყაეთნის გარშემო არსებული კანი და პირის კუთხეები.

ფორმები

ეგზემატური ჰეილიტი შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ალერგენები შეიძლება იყოს მიკროორგანიზმები, სამკურნალწამლო საშუალებები, კბილის პასტის კომპონენტები, პროთეზის კონსტრუქციის შემადგენელი მასალები.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- ქავილს,
- წვას,
- პირის გაღების გაძნელებას,
- ტკივილს ლაპარაკისა და ჭამის დროს,
- ესთეტიკურ ხარვეზს.

ობიექტური მონაცემები

მწვავე მიმდინარეობისთვის დამახასითებელია დაზიანების ელემენტების პოლიმორფიზმი: ჰიპერემია, წვრილბუშტუკოვანი გამონაყარი, მრგვალი ფორმის ქერცლები და ქერქები, რომელსაც თან ახლავს ქავილი და ტუჩების შესივება (სურ. 236). ეგზემატური პროცესი სწრაფად ვრცელდება პერიორალურ კანზე, ტუჩის კუთხეებზე.

მწვავე პროცესის ქრონიკულში გადასვლასთან ერთად მცირდება ჰიპერემია, შეშუპება. რჩება ქრონიკული შესივება, მოყვითალო შეფერილობა, მშრალი ქერცლები, ალაგ-ალაგ ნახეთქები და სისხლიანი ქერქები. პირის გარშემო კანი მკვრივდება. დაავადება გრძელდება ნლობით, აღინიშნება გამწვავებები.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- ატოპიურ ჰეილიტთან,
- აქტინიური ჰეილიტის ექსუდაციურ ფორმასთან.

სურ. 236. ეგზემატური ჰეილიტი

მკურნალობა

პრინციპები იგივეა, როგორიც კანის ეგზემის მკურნალობისას:

ადგილობრივი

კორტიკოსტეროიდების შემცველი მალამოები და აეროზოლები.

ზოგადი

მადესენსიბილიზებელი თერაპია, სედაციური საშუალებები per os.

პროგნოზი

დაავადება გრძელდება წლობით, არ ახასიათებს თვითგანკურნება.

პლაზმურუჯრედოვანი ჰეილიტი

პლაზმურუჯრედოვანი ჰეილიტი (Cheilitis plasmacellularis) უცნობი ეტიოლოგიის დაავადებაა და მიეკუთვნება სიმპტომური ჰეილიტების ჯგუფს.

პლაზმურუჯრედოვანი ქეილიტი (K13.00), დაავადების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს (საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები) და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები“.

გავრცელება

გვხვდება იშვიათად.

ლოკალიზაცია

პაციენტთა უმეტეს ნაწილს პლაზმურუჯრედოვანი ქეილიტი უვითარდება ქვედა ტუჩზე.

ფორმები

მიმდინარეობის მიხედვით ქრონიკულია, არ ახასიათებს რემისია.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

ეტიოლოგია უცნობია. ითვლება, რომ პლაზმურუჯრედოვანი ჰეილიტი წარმოადგენს იმუნოლოგიურ რეაქციას კეთლთვისებიან და შესაძლებელია, ავთვისებიან გამღიზიანებელზე. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ქრონიკული ტრავმა, მიკროტრავმა და მზის სხივებით ინსოლაცია.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტები უჩივიან:

- ტკივილს,
- კოსმეტიკურ დეფექტს,
- დისკომფორტს.

ობიექტური მონაცემები

პაციენტებს აღენიშნებათ გალაქული შესახედაობის, მუქი წითელი შეფერილობის ერითემა (სურ. 237). შეიძლება აღინიშნებოდეს დიდი ზომის ქერქები, მის ქვეშ ძლიერ მტკივნეული ეროზიები და რბილი სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნები. მიმდინარეობს მრავალი წლის განმავლობაში.

სურ. 237. პლაზმურუჯრედოვანი ქეილიტი

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ისმება ჰისტოლოგიური მონაცემების საფუძველზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

პლაზმურუჯრედოვანი ქეილიტის დიფერენციული დიაგნოსტიკა ტარდება:

- წამლისმიერ ერითემასთან,
- წითელი მგლურას ეროზიულ-წყლულოვან ფორმასთან,
- მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემის იზოლირებულ დაზიანებასთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

დამახასიათებელია აკანტოზი, სპონგიოზი და ეპითელიუმის პარა- და ჰიპერკერატოზი. დერმა შეშუპებულია და ინფილტრირებულია პლაზმოციტებით.

მკურნალობა

ქირურგიულია და გულისხმობს დაზიანებული უბნების ამოკვეთას.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა. არ განიცდის თვითგანკურნებას და ხანგრძლივი მიმდინარეობისას შესაძლებელია გაავთვისებიანდეს.

ტუჩების დაავადებები, რომლებსაც თან ახლავს მაკროჰეილიტი

ტუჩების დაავადებებს, რომელსაც თან ახლავს მაკროჰეილიტი მიეკუთვნება:

- ლიმფოედემატოზური მაკროჰეილიტი,
- მიშერის გრანულომატოზური ჰეილიტი,
- მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი.

მაკროჰეილია (Q18.6), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XVII კლასს („თანდაყოლილი ანომალიები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები") და შედის ბლოკში „თვალის, ყურის, სახისა და კისრის თანდაყოლილი ანომალიები".

ლიმფოედემატოზური მაკროჰეილიტი

ლიმფოედემატოზური მაკროჰეილიტი (Macrocheilitis limphoedematosa) მიეკუთვნება ლიმფის მიმოქცევის დარღვევით გამოწვეულ დაავადებებს.

ფორმები

დაავადების მიმდინარეობაში გამოირჩევა სამი სტადია:

- ადრეული,
- განვითარების,
- გვიანი.

ეტიოლოგიური ფაქტირები

ლიმფოედემატოზური მაკროჰეილიტის განვითარების მიზეზი ქრონიკული ინფექციის კერებში არსებული მიკროფლორით გამოწვეული ორგანიზმის სენსიბილიზაციაა.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის ტუჩების უჩვეულო გადიდებას.

ობიექტური მონაცემები

აღინიშნება ტუჩების უმტკივნეულო გადიდება. მიმდინარეობა, როგორც წესი, ქრონიკულია, ახასიათებს გამწვავებები. ყოველ გამწვავებას ტუჩის ზომაში მომატება და დეფორმაცია ახლავს, ზოგჯერ ვითარდება გიგანტიზმიც (სურ. 238).

სურ. 238. ლიმფოედემატოზური მაკროჰეილიტი

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება:

- კვინკეს შეშუპებასთან,
- მიშელის გრანულომატოზურ ჰეილიტთან,
- გლანდულურ ჰეილიტთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

ადრეულ სტადიაში აღინიშნება ლიმფური სისხლძარღვების გაფართოვება, ლიმფოექტაზია; მოგვიანებით სტადიაში – ღრმა დისტროფიული ცვლილებები ტუჩის ქსოვილებში ლიმფური მიმოქცევის დარღვევის გამო.

მკურნალობა

ადრეულ სტადიაში მკურნალობის მიზნით ინიშნება სითბური პროცედურები (პარაფინოთერაპია), სპეციალური მასაჟები, მასკლეროზირებელი თერაპია. Per os – კალიუმის იოდიდის პრეპარატები. განვითარებად სტადიაში – დაზიანებული ქსოვილების ქირურგიული მოკვეთა.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

მიშერის გრანულომატოზური ჰეილიტი

მიშერის გრანულომატოზურ ჰეილიტს (Macrocheilitis granulomatosa) ახასიათებს მაკროჰეილიტი. დაავადება 1945 წელს პირველად აღწერა მიშერმა.

ლოკალიზაცია

უმეტესად ზიანდება ქვედა ტუჩი.

ფორმები

მიმდინარეობის მიხედვით არის ქრონიკული და გამწვავებული.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

დაავადების ეტიოლოგია უცნობია.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის ტუჩების უჩვეულო შეშუპებას.

ობიექტური მონაცემები

აღინიშნება ტუჩების ანთებითი გამსხვილება. მიმდინარეობა ქრონიკულია, ხშირი გამწვავებებით. რამდენიმე რეციდივის შემდეგ ტუჩები მდგრადად იმატებს ზომაში, მკვრივდება (სურ. 239). ზოგჯერ აღნიშნული ცვლილებები ვითარდება ლოყებზეც.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტარდება მელკერსონ-როზენტალის სინდრომთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება შემაერთებელ ქსოვილში წვრილი ჩანართების (გრანულომების) წარმოქმნა, არცთუ იშვიათია გიგანტური უჯრედებიც. ნეკროზული უბნები არ გვხვდება.

სურ. 239. მიშერის გრანულომატოზური ჰეილიტი

მკურნალობა

ქირურგიულია, მოიცავს ტუჩის დაზიანებული ქსოვილების მოკვეთას.

პროგნოზი

კეთილსაიმედოა.

მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი

მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი (Syndrom Melkersson-Rosenthal) სიმპტომოკომპლექსია.

მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი (G51.2X), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება VI კლასს („ნერვული სისტემის დაავადებები") და შედის ბლოკში „ცალკეული ნერვების, ნერვული ფესვებისა და წნულის დაზიანება".

გავრცელება

არ არის იშვიათი დაავადება. ვითარდება ნებისმიერ ასაკში, უფრო ხშირად ქალებში.

ლოკალიზაცია

თანმიმდევრულად შუპდება ჯერ ზედა, შემდეგ ქვედა ტუჩი. აღინიშნება სახის ცალმხრივი ნევრალგიური ჩივილები და სახის ნერვის დამბლა.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

სინდრომის ეტიოლოგია უცნობია. ფიქრობენ, რომ მას შეიძლება ჰქონდეს ინფექციურ-ალერგიული, ნეიროდისტროფიული ან მემკვიდრეობითი ხასიათი.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის:

- ტუჩების შეშუპებას,
- სახის ასიმეტრიას.

ობიექტური მონაცემები

მელკერსონ-როზენტალის სინდრომს ახასიათებს:

- ტუჩების რეციდიული შეშუპება,
- სახის ნერვის ერთმხრივი (იშვიათად ორმხრივი) პარეზი,
- ნაოჭიანი ენა (სურ. 240).

დაავადების სიმპტომები ერთდროულად არ ვითარდება. ტუჩების შეშუპება, სახის ნერვის პარეზი წარმოიშვება მოულოდნელად, შესაძლებელია რეციდივი. ტუჩები შეშუპებულია, პალპაციით – რბილი და ელასტიკური, ინფილტრატის გარეშე, შესაძლებელია აღინიშნებოდეს ნახეთქები. შეშუპებული ტუჩები რეციდივების შემდეგ მოლურჯო-მოწითალო ელფერს ღებულობს. ზოგიერთ პაციენტს აღენიშნება ენის შეშუპება და მასზე ღარების გაჩენა – ე.წ. ნაოჭიანი ენა.

ა) ტუჩების შეშუპება

ბ) ნაოჭიანი ენა

გ) სახის ნერვის ცალმხრივი პარეზი

სურ. 240. მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი

დიაგნოსტიკა

ტრიადის (ტუჩის რეციდიული შეშუპება, სახის ნერვის პარეზი, ნაოჭიანი ენა) არსებობისას დიაგნოსტიკა არ წარმოადგენს სირთულეს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

მონოსიმპტომის, მაკროჰეილიტის არსებობისას დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება:

- კვინკეს შეშუპებასთან,
- ელეფანტიაზთან (სპილოს დაავადებასთან),
- კავერნოზულ ჰემანგიომასთან,
- მიშერის ჰეილიტთან.

მკურნალობა

მკურნალობა ტარდება ორი მიმართულებით – კონსერვატიული და ქირურგიული. პაციენტს per os ენიშნება:

- კორტიკოსტეროიდები (დექსტამეტაზონი – 3-5 მგ/დღეში, პრედნიზოლონი – 20-30 მგ დღეში);
- ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები (ტეტრაციკლინის ჯგუფი);
- ანტიმალარიული პრეპარატები (ჰინგამინი – 0,25 გ დღეში);
- მადესენსიბილიზებელი საშუალებები (კალციუმის პრეპარატები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები);
- C და B ჯგუფის ვიტამინები 30-40 დღის განმავლობაში;
- ლაზეროთერაპია – 10-15 სეანსი, დღეში 2 წუთის ექსპოზიციით;
- ელექტროფორეზი ჰეპარინის მალამოს და დიმექსიდის ხსნარის მონაცვლეობით.

პროგნოზი

დაავადების ადრეულ სტადიაში დიაგნოსტიკისას – კეთილსაიმედოა.

ეს მნიშვნელოვანია!

მელკერსონ-როზენტალის სინდრომით დაავადებული პაციენტები საჭიროებენ პერიოდულ დაკვირვებას და ექვემდებარებიან დისპანსერიზაციას.

ტუჩის ქრონიკული ნახეთქი

ტუჩის ქრონიკული ნახეთქი (**Rhagas labii chronica**), ანუ ფისურული ნახეთქი შემოსაზღვრული ტიპის ანთებაა, რომელსაც თან ახლავს ტუჩის ლორწოვანის ეპითელიუმისა და ლორწოვანის საკუთარი ფირფიტის ღარისებრი დეფექტი.

ტუჩის ნახეთქი (K13.00), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება XI კლასს („საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები") და შედის ბლოკში „პირის ღრუს, სანერწყვე ჯირკვლების და ყბების დაავადებები".

გავრცელება

ხშირია, ძირითადად ავადდებიან მამაკაცები.

ლოკალიზაცია

პაციენტთა უმეტეს ნაწილს ნახეთქი უვითარდება ქვედა ტუჩზე. ცენტრალური ნახეთქი უფრო ხშირია, ვიდრე პერიფერიული.

ეტიოლოგიური ფაქტორები

დაავადების განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს:

- ქვედა ტუჩის ინდივიდუალურ ანატომიურ აგებულებას (ღრმა ნაოჭი ტუჩის ცენტრში),
- ქრონიკულ ტრავმას კბილებით,
- მომატებულ მგრძნობელობას არახელსაყრელი მეტეოროლოგიური ფაქტორების მიმართ,
- მავნე ჩვევებს (თამბაქოს წევა, ალკოჰოლი, ტუჩების ლოკვა, კვნეტა),
- ხანგრძლივ სიმშრალეს და ტუჩების ელასტიკურობის დაკარგვას,
- კბილების დაკარგვის გამო ტუჩების არქიტექტონიკის დარღვევას (სახის ქვედა მესამედის დადაბლებას),
- არახელსაყრელ ფსიქოემოციურ ფონს,
- ჰიპოვიტამინოზებს (განსაკუთრებით, A და B ჯგუფის),
- ზოგად ფაქტორებს: შაქრიანი დიაბეტი, ატოპია, რკინა- და B_{12}-დეფიციტური ანემია, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები.

ამ დაავადების მიმართ ოჯახური წინასწარგანწყობა დაკავშირებულია ტუჩების ანატომიური აგებულების გენეტიკურ თავისებურებებთან.

სუბიექტური მონაცემები

პაციენტი უჩივის:

- ტკივილს,
- გაძნელებულ მეტყველებას,
- ღიმილის, საკვების მიღების, პირის ფართოდ გაღების გაძნელებას,
- დაჭიმულობის შეგრძნებას,
- სისხლდენას,

- ესთეტიკურ ხარვეზს.

ობიექტური მონაცემები

პაციენტს აღენიშნება 0,2-1,5 სმ ხაზოვანი ფორმის ვერტიკალურად მიმართული ნახეთქი, რომელიც დაფარულია სისხლმდენი ქერქით და ანთებადი, მტკივნეული ინფილტრატით (სურ. 241). ხანგრძლივად მიმდინარე პროცესის დროს ნახეთქის კიდეები მკვრივდება, უხეშდება და გარქოვანდება. დაავადებისათვის დამახასიათებელია შეუპოვარი მიმდინარეობა და რეციდივები.

სურ. 241. ტუჩის ქრონიკული ნახეთქი

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ტუჩის ქრონიკული ნახეთქის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გავატაროთ:

- ტუჩის მწვავე ან ქრონიკულ ტრავმასთან,
- ვიტამინ B12-დეფიციტური ანემიის დროს ტუჩის დაზიანებასთან,
- ტუჩის ქრონიკული ნახეთქის გაავთვისებიანებასთან.

ჰისტოლოგიური სურათი

აღინიშნება ტუჩის ეპითელიუმისა და საკუთრივ ლორწოვანის სხვადასხვა სიღრმის დეფექტები. რქოვანი შრე ხშირად გამკვრივებულია, შემაერთებელ ქსოვილში აღინიშნება ინფილტრაციული უბნები. ღრმა შრეებში შეიძლება გამოვლინდეს ფიბროზი.

მკურნალობა

აუცილებელია გამომწვევი მიზეზის მოხსნა. ადგილობრივად გამოიყენება ანტიბიოტიკების, კორტიკოსტეროიდების შემცველი მალამოები, ეპითელიზაციის მასტიმულირებელი საშუალებები. კარგ ეფექტს იძლევა A და E ვიტამინის ხანგრძლივი მიღება.

კონსერვატიული მეთოდების არაეფექტურობისას ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობა – ტუჩის ნახეთქის ამოკვეთა ჯანმრთელი ქსოვილების საზღვრებში. შესაძლებელია, საჭირო გახდეს ტუჩის რეკონსტრუქციული ოპერაციული მკურნალობა.

ეს მნიშვნელოვანია!

ტუჩის ქრონიკული ნახეთქის 3%-ზე მეტი განიცდის მალიგნიზაციას.

თავი XVIII

სწორად დასვამ დიაგნოზს – სწორად უმკურნალებ!
Bene diagnosticur – bene curatur!

ჰიპოკრატე (460-377 წწ. ჩვ.წ.აღ.-მდე)

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების დიფერენციული დიაგნოსტიკა

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა მრავალრიცხოვნება და ნიშნების მრავალფეროვნება აძნელებს მათ დიფერენცირებას, განსაკუთრებით, დამწყები, ახალგაზრდა ექიმისთვის.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილებში ეს პათოლოგიები დაჯგუფებულია: წყლულოვანი, ბუშტუკოვანი, ე.წ. „თეთრი" დაზიანებების მიხედვით და მოცემულია მათი დიფერენცირება (იხ. ცხრილი 8-11).

ცხრილი 8. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის წყლულების დიფერენციული დიაგნოსტიკა (А.Г. Третьяковичу-ის მიხედვით, 2005წ.)

ნიშანი	მორეციდივე აფთები	პირველადი სიფილისი	ტუბერკულოზი	დეკუბიტალური წყლული	ვენსანის გინგივიტი	ახალწარმონაქმნი
ასაკი	ნებისმიერი	ახალგაზრდა	საშუალო	ნებისმიერი	ხალგაზრდა	ხანშიშესული
წყლულის ფორმა	მომრგვალებული	მომრგვალებული	უსწორმასწორო	მატრავმირებელი აგენტის ფორმა	მრგვალი ან არასწორი	ხშირად უსწორმასწორო
წყლულის კიდეები	რბილი, ვარდისფერი	სწორი, ლილვაკისებრი	დაკბილული, რბილი	სწორი, გამკვრივებული	რბილი, სწორი	მკვრივი, უსწორმასწორო
წყლულის ფსკერი	ბრტყელი, მოთეთრონაცრისფერი ნადებით	ბრტყელი, სწორი, ხორცისფერწითელი, „ქონისებრი"	სავსეა გრანულაციებით; ტრელის მარცვლოვანება	ბორცვოვანი, შესაძლებელია ნაცრისფერი ნადები	ბრტყელი, ჭუჭყიანნაცრისფერი ნადებით	უსწორმასწორო, დაშლილი მასები, ვეგეტაციები
ზრდის ტენდენცია	არა	არა	ახალწარმოქმნილი წყლულები უერთდება ძველს	არა	იზრდება დაავადების განვითარებასთან ერთად	იზრდება სიღრმეში
მტკივნეულობა	მტკივნეულია	უმტკივნეულოა	ძალიან მტკივნეულია	სუსტად მტკივნეულია	მტკივნეულია	შეიძლება იყოს უმტკივნეულო
ციტოლოგიური გამოკვლევა	ეპითელური უჯრედები	მკრთალი ტრეპონემა	მიკობაქტერია; ლანგჰანსის უჯრედები	ეპითელური უჯრედები	ეპითელური უჯრედები	ტიპიური უჯრედები
სეროლოგიური რეაქციები	უარყოფითია	დადებითია დასნებოვნებიდან 6 კვირის შემდეგ	დადებითია	უარყოფითია	უარყოფითია	უარყოფითია

ცხრილი 9. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ბუშტუკოვანი დაზიანების დიფერენციული დიაგნოსტიკა (А.Г Третьяковичу-ის მიხედვით, 2005 წ.)

ნიშანი	პემფიგუსი	ჰერპესული გინგივოსტომატიტი	შემოსარტყლული ლიქენი	მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა	ალერგიული სტომატიტი	მეორეული სიფილისი
მიმდინარეობა (ანამნეზი)	ქრონიკული	ქრონიკული მორეციდივე	მწვავე (ჩუტყვავილა)	მწვავე	მწვავე	ქრონიკული
ლოკალიზაცია	პირის ღრუს ლორწოვანის დისტალური უბნები	ტუჩები, გარდამავალი ნაოჭი, ენა, ლოყა	ნერვების, ტოტების გაყოლებაზე	ტუჩები, პირის ღრუს კარიბჭე, ენა, სასა	ნებისმიერი	სასა, რკალები, ნუშურები, ენა
ეროზიების, წყლულების ხასიათი	მკვეთრად ნითელი, დიდი ზომის, შეერთებული, სწორი კიდეებით, მტკივნეული	მრავალი წვრილი, პოლიციკლური მოხაზულობით, გარშემო ჰიპერემიული ყაეთნით, მტკივნეული	მტანჯველად მტკივნეული, წვრილი, პოლიციკლური მოხაზულობით	ფართო, შეერთებული, სწორი საზღვრებით, დაფარული წვრილი ნითელი ნადებით, მტკივნეული	ადვილად სისხლმდენი, დიდი ზომის, მიდრეკილი შეერთებისკენ, მტკივნეული	უსწორმასწორო, ფსკერზე ინფილტრატით, წვრილი ჰიპერემიული ყაეთნით, სუსტად მტკივნეული
გარშემო ლორწოვანის ჰიპერემიული სარტყელი	არ არის, ლორწოვანი შეშუპებულია	არის	არ არის, ლორწოვანი შეშუპებული და ჰიპერემიულია	არ არის	შესაძლებელია იყოს, ლორწოვანი შეშუპებულია	ვიწრო
ნიკოლსკის სიმპტომი	დადებითია	შესაძლებელია იყოს ცრუ	არ გამოვლინდება	არ გამოვლინდება	არ გამოვლინდება	არ გამოვლინდება
ნიშანი	პემფიგუსი	ჰერპესული გინგივოსტომატიტი	შემოსარტყლული ლიქენი	მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერითემა	ალერგიული სტომატიტი	მეორეული სიფილისი

ცხრილი 10. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის „თეთრი" დაზიანებების დიფერენციული დიაგნოსტიკა (А.Г Третьяковичу-ის მიხედვით, 2005წ.)

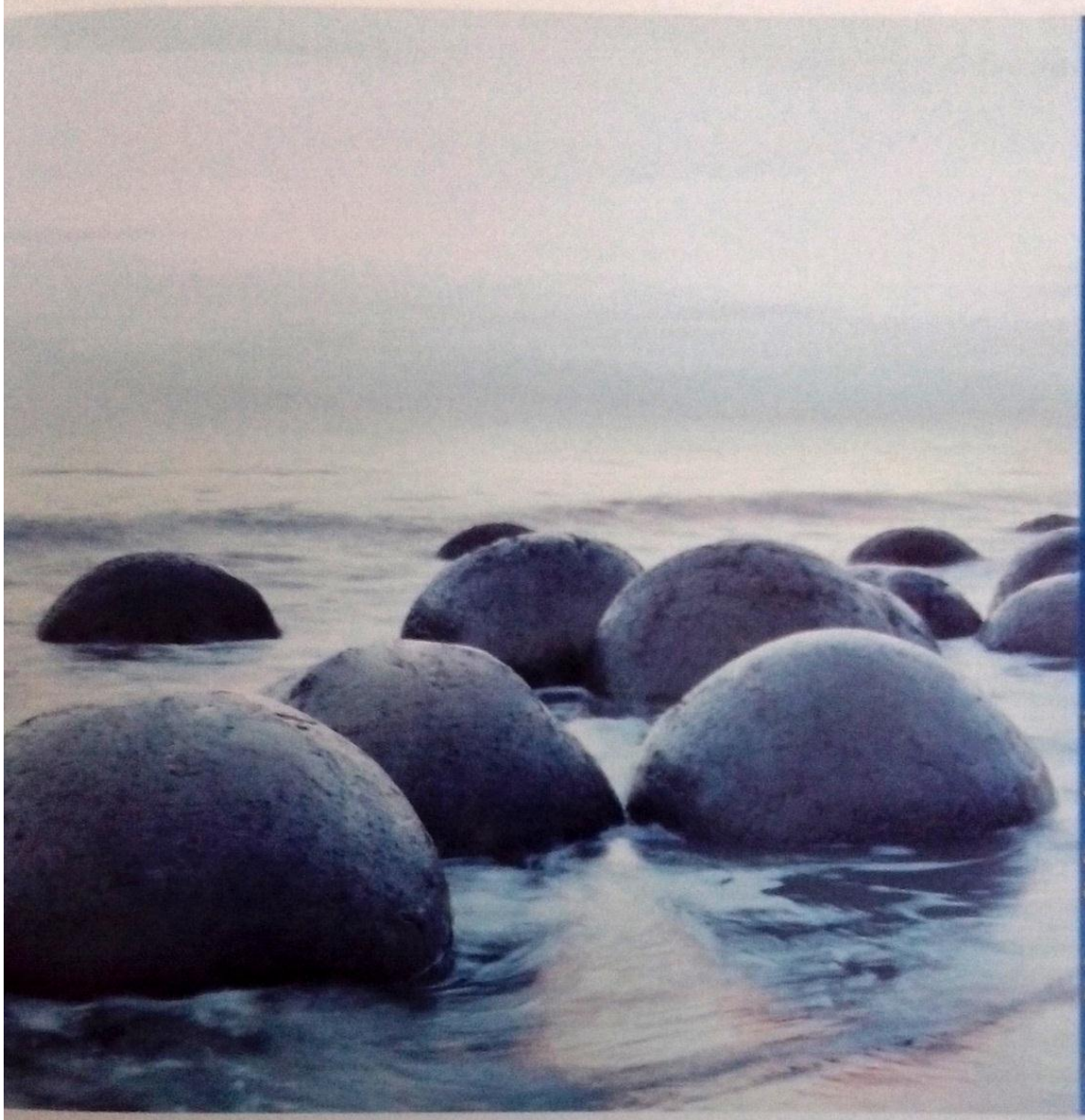
ნიშანი	ნითელი ბრტყელი ლიქენი	ლეიკოპლაკია	კანდიდოზური სტომატიტი	ერითროპლაკია	მეორეული სიფილისი
სქესი	ხშირად ქალები	ხშირად მამაკაცები	ერთნაირად ხშირად	ხშირად მამაკაცები	თანაბრად ხშირად
კანის დაზიანება	არის	არ არის	შესაძლებელია იყოს (ტუჩის კუთხეები, ფრჩხილები)	არ არის	არის
პირის ღრუში ლოკალიზაცია	ლოყის ლორწოვანი, რეტრომოლარული უბანი, პირის ღრუს დისტალური უბნები	ლოყის ლორწოვანი კბილების შეთანასოვნების ხაზთან, ქვედა ტუჩი, ენა	ენა, სასა, ტუჩების და ლოყების ლორწოვანი	ლოყის ლორწოვანი კბილების შეთანასოვნების ხაზთან რეტრომოლარული უბანი	სასა, სასის რკალები, ნუშურები
დაზიანების ელემენტები	პაპულები, რომლებიც ქმნიან ბადეს, მაქმანისებრი ნახატი	ლაქა, ყაეთანი	პაპულები, ყაეთნები, ეროზიები	ალისფერ – წითელი კვანძები ხავერდისებრი ზედაპირით	პაპულები, როზეოლები, (გამკვრივებულია ფუძესთან)
დაზიანების უბნის საზღვრები	მკვეთრი, დანაწევრებული	სწორი	უსწორმასწორო „ხვირიში", სწორი	სწორი	სწორი, მკვეთრი
ლუმინესცენტური დიაგნოსტიკა	მოყვითალო მოთეთრო	თეთრი	–	თეთრი	–

ცხრილი 11. ნითელი ბრტყელი ლიქენის, დერმატოპლაზიის და ნითელი მგლურის დიფერენციული დიაგნოსტიკა (Г.И. Рожа, А.А. Ершова ამის ცვლილებით, 2009წ.)

ნიშნები	ნითელი ბრტყელი ლიქენი	დერმატოპლაზია	ნითელი მგლურა
ჩივილები	ლორწოვანის არაბუნებრივი შეხედულება, დატკივილის, ხაოიანობის, წვის, ტკივილის შეგრძნება	ლორწოვანის არაბუნებრივი შეხედულება, დატკივილის, ხაოიანობის, ტკივილის შეგრძნება	ტკივილი, სიმშრალე
ანამნეზი			
სქესი, ასაკი	ქალები 50 წლის ასაკს ზევით	მამაკაცები 40 წლის ასაკს ზევით	ქალები 20დან-40მდე
გადატანილი და თანმხლები დაავადებები	ნევროზი, გასტრიტი, კოლიტი, დვიძლის, კუჭქვეშა ჯირკვლის, გულსისხლძარღვთა და ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, წამლებისა და ქიმიური აგენტებისადმი სენსიბილიზაცია	კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, მაღრიანი დიაბეტი, თანდაყოლილი და მემკვიდრეული დისკერატოზებიs სხვა ორგანოების (საყლაპავი, საშვილოსნოს ყელი, შარდის ბუშტი) დერმატოპლაზია	კუჭ-ნაწლავის, თირკმლების, სახსრების ქრონიკული ანთებადი დაავადებები
მიმდინარეობა	ქრონიკული	ქრონიკული	ხანგრძლივი
რეციდივები	პროვოცირდება სტრესის, ფონოვანი დაავადების გამწვავებით, წამლების მიღების, პროტეზირების, ლორწოვანის ტრავმის შედეგად	პროვოცირდება მავნე ჩვევების, პროფესიული მავნეობის, არასასურველი მეტეოროლოგიური ფაქტორებით	შესაძლებელია პროვოცირდეს გადაცივებით, ტრავმით, მზის სხივებით, ინფექციებით
ნიშნები	ნითელი ბრტყელი ლიქენი	დერმატოპლაზია	ნითელი მგლურა
კლინიკური ნიშნები, გარქოვანების ტიპი	ლორწოვანზე, კვანძუკები (პაპულები) 0,5-2 მმ, მოთეთრო-სადაფისფერი, მოთავსებულია იზოლირებულად ან შეერევა, მაქმანისებრი ნახატით. ნითელი ფერის პაპულებს აქვს ვარსკვლავისებრი ან ქერცლისებრი შეხედულება, რომლებიც ადვილად არ სცილდება	ლორწოვანზე აღინიშნება ლაქები, წარმოქმნილი მომატებული გარქოვანების შედეგად, პოლიგონალური ფორმის ნაცრისფერ-თეთრი, მკვეთრი საზღვრებით (წააგავს ლორწოვანზე მიწებებულ პაპიროსის ქაღალდს). ტუჩის ნითელ ყვითელზე შეიძლება მთლიანი ლაქა ან თხელი პაკი უსწორმასწორო ნაცრისფერ-თეთრი ფერის. დაზიანების საზღვრები მკვეთრია, სწორი, ადვილად არ სცილდება. კანი არ ზიანდება	ლორწოვანზე ჰიპერკერატოზული კერები გამოვლინდება მრავალრიცხოვანი თეთრი, ნაზი წერტილებით, ხაზებით. ნითელ ყვითანსა და კანზე – მკვრივად შეერთებული თეთრ-ნაცრისფერი ქერცლები, რომელთა მოშორების მცდელობისას აღინიშნება სისხლდენა და მტკივნეულობა
დაზიანების სხვა ელემენტები			
ჰიპერემია (სისხლძარღვოვანი ლაქები, ერითემა)	გამლილი ჰიპერემია და შეშუპება მკვეთრი საზღვრების გარეშე ექსუდაციურ-ჰიპერემიული, ეროზიულ-წყლულოვანი და ატიპური ფორმებისას	ჰიპერემია სუსტად არის გამოხატული მხოლოდ წყლულების პერიფერიაზე	მკვეთრად შემოსაზღვრული მუქი ნითელი ან ნითელი-ისფერი კერები, რომლებიც წამოწეულია ზედაპირიდან, ოდნავ ჩავარდნილია ცენტრში

ნიშნები	წითელი ბრტყელი ლიქენი	ლეიკოპლაკია	წითელი მგლურა
ატროფია	შესაძლებელია ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმის ხანგრძლივი მიმდინარეობისას	არ ახასიათებს	დაზიანების ელემენტის ცენტრში აღინიშნება ჰიპერემიული მოლურჯო-წითელი ატროფიული ზედაპირი
დაზიანებული უბნების ინფილტრაცია	არ ახასიათებს	არ ახასიათებს	ერთეული ინფილტრირებული უბნები, რომელიც მიდრეკილია შეერთებისაკენ
ტელეანგიექტაზიები	არ ახასიათებს	არ ახასიათებს	შესაძლებელია ტუჩის წითელ ყაეთანზე და პირის ღრუს ლორწოვანზე
ნერწყვის გამოყოფის სიჩქარე	სალივაცია შემცირებულია, განსაკუთრებით ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმის დროს	მომატებულია ან არ არის შეცვლილი	შემცირებულია დაავადების ყველა ფორმის შემთხვევაში
ვუდის სხივების ქვეშ კანზე ან ტუჩის წითელ ყაეთანზე არსებული ჰიპერკერატოზული უბნების ნათება	მოცისფრო-თეთრი ან ცისფერი	მოთეთრო-მოყვითალო	თოვლისებრ-მოცისფრო
ციტოლოგიური გამოკვლევები	მომატებული (75%-მდე) ეპითელური უჯრედების დესკვამაცია. ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმის დროს დეფექტის ფსკერიდან აღებულ ნაცხში აღირიცხება ბევრი ნეიტროფილი და ეპითელური უჯრედები გამოხატული დისკარიოზით	ტიპიური ფორმის დროს უმეტესად ეპითელური უჯრედებია. ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმის დროს – სეგმენტბირთვიანი ნეიტროფილები, ეპითელური უჯრედები, ერთეული ჰისტიოციტები	უმეტესად ეპითელური უბირთვო უჯრედებია. ეროზიულ-წყლულოვანი ფორმის დროს აღინიშნება ახალგაზრდა ეპითელური უჯრედები გამოხატული დისკარიოზით, ბევრი ლეიკოციტი
ნიშნები	წითელი ბრტყელი ლიქენი	ლეიკოპლაკია	წითელი მგლურა
ჰისტოლოგიური სურათი	1) ჰიპერკერატოზი და პარაკერატოზი; 2) აკანტოზი; 3) გრანულოზი; 4) ბაზალური შრის უჯრედების ვაკუოლური დისტროფია; 5) ბაზალური მემბრანის ქვეშ აღინიშნება ლიმფოციტარული ინფილტრატის შრე; 6) ეგზოციტოზი	1) ჰიპერკერატოზი და პარაკერატოზი; 2) გრანულოზი; 3) ლორწოვანის საკუთარ შრეში განირჩევა ინფილტრატი, რომელიც შედგება პოლიმორფულბირთვიანი ნეიტროფილების, პლაზმური უჯრედების, ჰისტიოციტებისაგან	1) პარაკერატოზი, ჰიპერკერატოზი; 2) ეპითელის ბაზალური შრის ვაკუოლური დეგენერაცია; 3) პერივასკულარულად განლაგებული ლიმფოციტარული ინფილტრატი; 4) წვრილი სისხლძარღვების გარშემო და ეპითელის ქვეშ კოლაგენური ბოჭკოების დეგენერაცია; 5) სისხლძარღვების პროლიფერაცია, მათი გაფართოვება, კაპილარების გაფართოვება და სტაზი

ახალი Vector Paro – დამზოგველი თერაპია



შეკუმშული ჰაერი

ასპირაცია

გამოსახულების გადაცემა

კბილების შენარჩუნება

პიგიენა

Dür Dental-ის ფირმის ულტრაბგერითი სისტემით – Vector Paro – იწყება ახალი ერა პაროდონტოლოგიაში.

- პაროდონტის ქსოვილებზე დამზოგველი მოქმედება
- მიზანმიმართული ულტრაბგერის ენერგია
- მართვის პულტის ერგონომიკის სრულიად ახალი კონცეფცია
- უმტკივნეულობა განპირობებული ღერძის პარალელურად მიმართული ულტრაბგერით
- მოსახერხებელი მართვა, სრულყოფილი დიზაინი

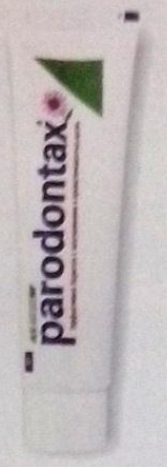
სრული ინფორმაცია იხილეთ საიტზე www.duerr.de

ლიტერატურა: A. Braun, F. Krause, G. Rabin, M. Frentzen: ტკივილის სუბიექტური შეგრძნება პაროდონტის ზედაპირულობაში. Quintessenz 53.7:749-754 (2002).

DÜRR DENTAL

parodontax®

ნუ წახვალთ კომპრომისზე დაავადებასთან –
ურჩიეთ პაროდონტაქსი



parodontax-ის კბილის პასტები უნიკალური შემადგენლობით

6 სამკურნალო მცენარის
ექსტრაქტი + მინერალური მარილი

parodontax extra
(0,2% ქლორჰექსიდინი)

ღრძილების დაავადებების
მკურნალობის ოქროს სტანდარტი

გამოშვების 2 ფორმა:
სპირტით და სპირტის გარეშე

parodontax
(0,06% ქლორჰექსიდინი)

ყოველდღიური სავლები

ღრძილებიდან სისხლდენის
პროფილაქტიკა

არ შეიცავს სპირტს

gsk GlaxoSmithKline Consumer Healthcare

parodontax®

GEMI

ასკორგემი®

Acidum ascorbicum

C ვიტამინი წვეთებში

პრეპარატის 1მლ შეიცავს 100მგ
ასკორბინის მჟავას (1 წვეთი = 5 მგ)

ჩვენება:

- გაციება, მწვავე რესპირატორულ-ვირუსული ინფექცია
- ჰიპო და ავიტამინოზი
- ღრძილებიდან სისხლდენა
- დაქვეითებული იმუნიტეტი
- გაზრდილი ფიზიკური და გონებრივი დატვირთვა
- გადაღლილობა, ასთენიური მდგომარეობა
- ზედა სასუნთქი გზების ინფექციების პროფილაქტიკა
- სისხლდენებისადმი მიდრეკილება, გამოწვეული კაპილარების კედლის გაზრდილი განვლადობით
- რეკონვალესცენციის პერიოდი

ახალშობილი და ჩვილი ბავშვები: პედიატრის დანიშნულებით
1-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვები: დღეში 10 წვეთი
6 წლის ზევით ასაკის ბავშვები და მოზრდილები: დღეში 15-20 წვეთი

პრეპარატი გამოიყენება როგორც სუფთა სახით, ისე წყალთან, წვენთან ან რძესთან ერთად

- მოხერხებული ფორმა
- სასიამოვნო გემო
- მაღალი მდგრადობა
- არ შეიცავს კონსერვანტებს

გამოყენების წინ გაეცანით ინსტრუქციას!
გვერდითი მოვლენების შესახებ დამატებითი ინფორმაციისთვის მიმართეთ ექიმს.

GEA

ოფიციალური დისტრიბუტორი სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში შარმაცევტული კომპანია „გეა“.
თბილისი 0167, ვაჟა-ფშაველას გამზირი, №6; ტელ: 238-47-66; ფაქსი: 295-81-54
ელ-ფოსტა: GEA@GEA.GE, WWW.GEA.GE

FERERA LASER

მწარმოებელი ქვეყანა იტალია

დენტსტალ დენტი
ალმაშენებლის გამზირი 117
ტელ: 2963258, 2941808
ელ. ფოსტა: info@dentstal.net, www.dentstal.com

ახდენს სრულფასოვან დეზინფექციას

გამოიყენება

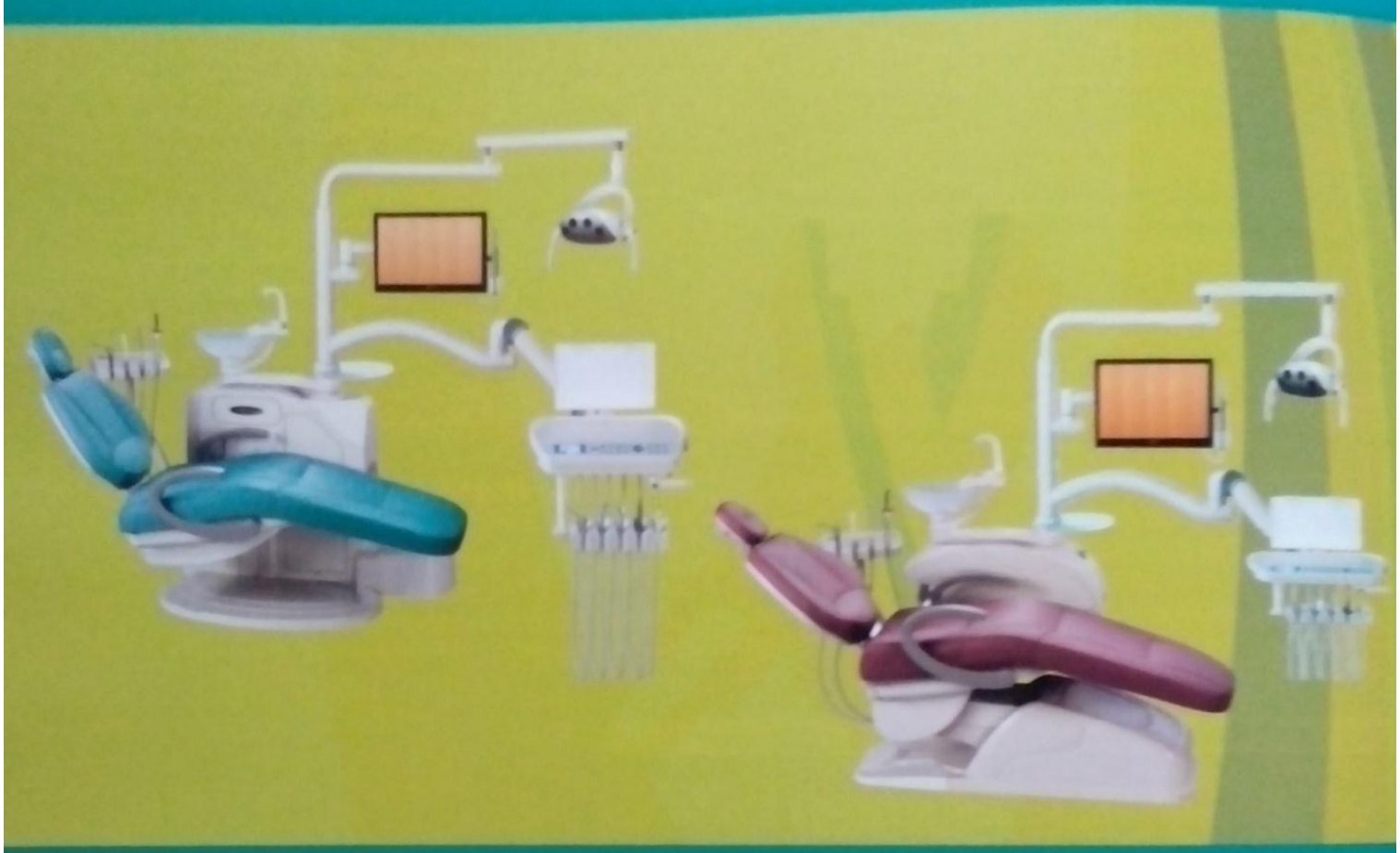
- პაროდონტოლოგიაში
- ენდოდონტიაში
- კბილების გათეთრებისათვის
- პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებების მკურნალობის კომპლექსში
- პირის ღრუს ქირურგიაში
- იმპლანტოლოგიაში

ბაქტერიები იღუპებიან მომენტალურად

- პროგრამა მარტივი და გასაგები
- ფერადი ეკრანი
- სენსორული მართვა
- მოძრავი ერთჯერადი ბუნიკი

სტომატოლოგიური დანადგარები

ჰარმონიულად შერწყმული ხარისხი და ფასი



- თანამდეროვე დიზაინი
- ხელმისაწვდომი ფასი
- ზედა და ქვედა განაწილების ინსტრუმენტების მაგიდა პაერის მუხრუჭით
- ელექტრომაგნიტური სარქველი
- მინის მბრუნავი საფურთხებელი
- წყლის ამღვრევი ავტომატური სისტემა სენსორული მარეგულირებლით
- სტომატოლოგიური სავარძლის მარეგულირებელი სისტემა 9 მეხსიერებით
- პაციენტის სინქრონულად მოძრავი სავარძელი და საზურგე
- მაღალხარისხიანი სენსორული განათება
- ნერწყვის გამწოვი
- მაღალი სიმძლავრის გამწოვი ავტომატური სეპარატორით
- წყლის და პაერის პისტოლეტი
- მრავალფუნქციური პედალი
- ნეგატოსკოპი
- ფოტოპოლიმერიზატორი

დენტსტალ დენტი
ალმაშენებლის გამზირი 117
ტელ: 2963258, 2941808
ელ. ფოსტა: info@dentstal.net, www.dentstal.com

დენტსტალ დენტი

ალმაგებლის გამზირი 117
ტელ: 2963258; 2941808
ელ. ფოსტა: info@dentstal.net; www.dentstal.com

ყველგან, სადაც გსურთ შეინარჩუნოთ სისუფთავე და დაიცვათ თავი მავნე ბაქტერიებისაგან, კომპანია დენტსტალი გთავაზობთ უმაღლესი ხარისხის სასტერილიზაციო საშუალებებს ესპანეთიდან.

ALCOSPRAY – ყველა ტიპის ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ზედაპირების სწრაფი დეზინფექციისათვის.

HALDES CONS – მაღალი ხარისხის სადეზინფექციო ხსნარი სტომატოლოგიური და ქირურგიული ინსტრუმენტების, თერმოლაბილური საანესთეზიო აქსესუარების და ენდოსკოპიური მოწყობილობის გასასტერილებლად.

SURFAMIL POWDER _ სამედიცინო დაწესებულებების ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ზეაპირების გასაწმენდად და სადეზინფექციოდ.

დენტსტალ დენტი

ალმაშენებლის გამზირი 117
ტელ: 2963258; 2941808
ელ. ფოსტა: info@dentstal.net; www.dentstal.com

გსურთ იყოთ დარწმუნებული თქვენი ინსტრუმენტების სტერილიზაციაში?!

ავტოკლავი N1 უზრუნველყოფს

100%-იან გარანტირებულ

უსაფრთხოებას

შიდსის, ჰეპატიტის და სხვა ინფექციებისგან.

მოცულობა 12 ლ, 17 ლ, 22 ლ.

დენტსტალ დენტი

ალმაგესტების გამზირი 117
ტელ: 2963258; 2941808
ელ. ფოსტა: info@dentstal.net; www.dentstal.com

ულტრაბგერითი სკალერი

პაროდონტოლოგია

ენდოდონტია

- თანამედროვე დიზაინი
- ვიბრაციის ინტენსივობის რეგულაცია
- ავტოკლავირებადი ბუნიკი
- წყლის მოცულობის რეგულაცია
- წყლის დრეკადი მილი
- ფეხის პედალი

N7

N5 — დამოუკიდებელი სითხის რეზერვუარი

მანანა ივერიელი – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი.

ნინო აბაშიძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი.

ხატია გოგიშვილი – მედიცინის აკადემიური დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი.

ნინო გოგებაშვილი – თსსუ-ის დოქტორანტი.

ISBN 978-9941-15-668-7