

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

*ხელნაწერის უფლებით*

ელენე ხვედელიძე

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის

მკურნალობის კონსერვატიული და ფიზიკური

მეთოდების ეფექტურობის შეფასება

14.00.14 – ონკოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო  
ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაციის

ა ვ ტ ო რ ე ფ ე რ ა ტ ი

თბილისი

2006

ნაშრომი შესრულებულია ა. ღვამიჩავას სახ. ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში.

სამეცნიერო ხელმძღვანელი -

**კონსტანტინე მარდალეიშვილი**

მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი

სამეცნიერო კონსულტანტი -

**გულნარა გერსამია**

მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები: -

**ვლადიმერ კუჭავა**

მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი (14.00.14),

**რევაზ კაპანაძე**

მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი (14.00.15).

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის - დეკემბერს - სთ-ზე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს m 14.02 №10 სხდომაზე (0177, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ., 33).

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ბიბლიოთეკაში (0160, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ., 29).

ავტორეფერატი დაგზავნილია 2006 წ. - ნოემბერს

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,

პროფესორი

**რ. რუხაძე**

## ნაშრომის საერთო დახასიათება

*პრობლემის აქტუალობა.* ლეიკოპლაკია მრავალი მკვლევარის მიერ განიხილება, როგორც კიბოსწინარე მდგომარეობა, რომლის მკურნალობა ჯერ კიდევ რთული და გადაუჭრელი პრობლემაა, რადგან ყოველწლიურად იზრდება ლეიკოპლაკიით დაავადებულ პაციენტთა რიცხვი, ხოლო მკურნალობის შედეგები ჯერ კიდევ არადადამკმაყოფილებელია. ხანგრძლივი კონსერვატიული მკურნალობა არ იძლევა ავადმყოფთა სრული გამოჯანმრთელების გარანტიას, ხოლო ქირურგიული მეთოდები ყოველთვის არ არის შესაძლებელი პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციისა და გავრცელების გამო. (C.Aquilina et all – 2003; M.Bocor-Bratic-2003; I.Ishii et all-2003; V.Prass et all – 2005)

ამჟამად, ლეიკოპლაკიის მკურნალობის კონსერვატიულ მეთოდებთან ერთად სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება ზემოქმედების ფიზიკური მეთოდები, რომელთა შორის ყველაზე უფრო პერსპექტიულია ლაზერო- და კრიოდესტრუქცია. ამ მეთოდების გამოყენებამ განაპირობა არა მხოლოდ მკურნალობის ეფექტურობის მნიშვნელოვანი ზრდა, არამედ მისი ვადების შემცირება (M.Gorsky et all – 2002).

მაგრამ მიუხედავად ამისა, აღმოჩნდა, რომ აღნიშნული მეთოდების (ლაზერი და კრიოდესტრუქცია) დანერგვამ ხელი შეუწყო მხოლოდ მკურნალობის უშუალო შედეგების გაუმჯობესებას. რაც შეეხება შორეულ შედეგებს, აქ მდგომარეობა ჯერ კიდევ არადადამკმაყოფილებელია რადგან, ცალკეული ავტორის მონაცემებით, რეციდივების სიხშირე 7-დან-40%-მდე ვარირებს (J.Ishii et all- 2003). A.L. Welsh (2000), K. Thoma (2002), H. Ravits (2002) და სხვ. მიაჩნიათ, რომ ეს, ერთი მხრივ, განპირობებულია ორგანიზმში მიმდინარე ბიოლოგიური ცვლილებებით, ხოლო მეორეს მხრივ, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში დამოკიდებულია ლეიკოპლაკიის ლოკალიზაციაზე და მორფოლოგიური აგებულების თავისებურებებზე. S. Stugier (2003), A. Paden (2003), T. Veukei (2004) და სხვათა მიხედვით, ხშირი რეციდივები განპირობებულია ორგანიზმში პათოლოგიური

მდგომარეობის აღმოცენების მიზეზების ძირითად რგოლებზე ზემოქმედების არარსებობით, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს აღნიშნული პრობლემის გადაჭრისას კომპლექსური მიდგომის აუცილებლობას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჩვენი *კვლევის მიზანს* წარმოადგენდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმების მკურნალობის კონსერვატიული და ფიზიკური მეთოდების ეფექტურობის შესწავლა, დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიურ თავისებურებათა გათვალისწინებით.

დასახული მიზნის მისაღწევად მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ გადაგვიჭრა შემდეგი *ამოცანები*:

- გამოგვევლინა ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმების ხვედრითი წილი პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს განვითარებაში;
- დაგვედგინა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის კლინიკური მიმდინარეობისა და მორფოლოგიური აგებულების თავისებურებანი;
- განგვესაზღვრა პირის ღრუს ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმების მკურნალობის ეფექტურობა კონსერვატიული, ფიზიკური და შერწყმული მეთოდების გამოყენებით;
- მიღებული შედეგების ანალიზის საფუძველზე შეგვემუშავებინა ლეიკოპლაკიის მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტები დაავადების კლინიკო-მორფოლოგიურ თავისებურებათა გამოვლინების და გამოყენებული მკურნალობის მეთოდების გათვალისწინებით.

*მეცნიერული სიახლე*. პირველად დიდ კლინიკურ მასალაზე დაყრდნობით:

- განსაზღვრულია პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის კლინიკო-მორფოლოგიური ის თავისებურებები, რომლებიც მნიშვნელოვნად განაპირობებენ დაავადების მიმდინარეობას;
- ლეიკოპლაკიის მკურნალობის უშუალო და შორეული შედეგების ანალიზის საფუძველზე დადგენილია კონსერვატიული, კრიო - და ლაზერული თერაპიის მეთოდების ეფექტურობა;

- გამოვლენილია კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის ეფექტურობაზე და ხშირ შემთხვევებში განსაზღვრავენ დაავადების შედეგებს ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმების დროს;

- პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სიმსივნისწინარე დაავადებების მკურნალობის უშუალო და შორეული შედეგების შესწავლის საფუძველზე შემუშავებულია ლეიკოპლაკიის ცალკეული ფორმების მკურნალობის ოპტიმალური სქემები.

**ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა.** განსაზღვრულია ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმების ტრანსფორმაციის სიხშირე პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოს განვითარებაში.

გამოვლენილია კლინიკო-მორფოლოგიური მახასიათებლები, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის შედეგებზე და დადგენილია ლეიკოპლაკიების მკურნალობის კონსერვატიული, ფიზიკური და კომბინირებული მეთოდების ეფექტურობა.

ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმების კლინიკო-მორფოლოგიური კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე, შექმნილია კონსერვატიული თერაპიის ახალი სქემები და შემუშავებულია ფიზიკური მკურნალობის პრინციპები, რაც კიბოს პროფილაქტიკის ერთ-ერთ წინაპირობას წარმოადგენს.

განსაზღვრულია სამკურნალო ღონისძიებათა კომპლექსი, რომლის თანმიმდევრული გამოყენება ხელს უწყობს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლებას.

**ნაშრომის აპრობაცია** შედგა სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ონკოლოგიის კათედრის და პროფ. ა. ღვამიჩავას სახ. ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის თანამშრომელთა გაფართოებულ სხდომაზე (ოქმი <sup>1</sup>11, 2006 წლის 5 მარტს).

**პუბლიკაციები.** დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 5 ნაშრომი. დისერტაციის ცალკეული დებულებები მოხსენებულია პროფ. ა. ღვამიჩავას

სახ. ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის კონფერენციებზე, სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ონკოლოგიის კათედრის და საქართველოს ონკოლოგთა საზოგადოების სხდომებზე.

**დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა.** სადისერტაციო ნაშრომი შეიცავს კომპიუტერზე ნაბეჭდი ტექსტის 112 ფურცელს. იგი შედგება შემდეგი თავებისაგან: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, კვლევის მასალა და მეთოდები, ლეიკოპლაკიის კლინიკური და მორფოლოგიური გამოვლინების ანალიზი, კონსერვატიული, ლაზერო და კრიოქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობის შედარებითი ანალიზი, მიღებული მონაცემების განსჯა, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები და ციტირებული ლიტერატურის სია. (190 დასახელება).

### **კვლევის მასალა და მეთოდები**

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ 1985-2003 წწ. იმყოფებოდა 107 ავადმყოფი (მათ შორის 86 მამაკაცი - და 21 ქალი), რომელთაც აღენიშნებოდათ ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმები. ავადმყოფთა საშუალო ასაკი არ აღემატებოდა 48 წელს. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში დეტალურად შეისწავლებოდა დაავადების ანამნეზი, ჩივილები, განისაზღვრებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა, დაავადების ხანგრძლივობა, ზომები, ლოკალიზაცია, ფორმა და სხვა. ლაბორატორიული კვლევებიდან ვიყენებდით ოროსკოპიას, ხორხ-ხახის ფიბროსკოპიას, ხოლო გარშემო ქსოვილებში გავრცელების ხარისხის განსაზღვრისათვის – ექოსკოპიას, რომელიც ხორციელდებოდა “Ухи-21-ის” გამოყენებით. ისაზღვრებოდა ლორწოვანი გარსის ქვეშ მდებარე ქსოვილების დაზიანების სიღრმე, რომელიც იზომებოდა რამდენიმე წერტილში – ცენტრში და მის პერიფერიაზე. მიღებული მონაცემების საფუძველზე, თითოეული კონკრეტული ავადმყოფისათვის იქმნებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და ქვეშ მდებარე ქსოვილების დაზიანების სიღრმის რუკა. მიღებული ინფორმაცია იძლეოდა ლაზერული და კრიო - ზემოქმედების შესაბამისი რეჟიმის არჩევის საშუალებას.

ყველა შემთხვევაში შეისწავლებოდა ბიოფსიური მასალა ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური მეთოდის გამოყენებით.

მასალის ჰისტოლოგიური შესწავლა საშუალებას იძლეოდა მიგველო ინფორმაცია არა მარტო დაავადების სტრუქტურული შენების შესახებ, არამედ დაგვედგინა ეპითელიურ ქსოვილში უჯრედული და ბირთვული პლეომორფიზმი, ქრომატინის შეფერილობის ინტენსივობა, გაგვესაზღვრა მიტოზური აქტივობა, ბირთვულ-ციტოპლაზმური თანაფარდობა, უჯრედის დიფერენცირების და ქსოვილის კერატინიზაციის ხარისხი და სხვა.

ლეიკოპლაკიის ფორმის დასადგენად ვსარგებლობდით ა.ლ. მაშკილეისონის კლასიფიკაციით. ლეიკოპლაკიის მარტივი ანუ ბრტყელი ფორმა დიაგნოსტიკური იქნა შემთხვევათა 63,5%-ში (68 ავადმყოფი), ვერუკოზული – ფორმა – 27,2%-ში (29), ეროზიული ფორმა - შემთხვევათა 9,3%-ში (10 ავადმყოფი).

კლინიკური მასალა წარმოდგენილია ორ ჯგუფად. პირველ ჯგუფში შევიდა 76 სხვადასხვა დაწესებულებებში უშედეგოდ ნამკურნალევი პაციენტი, ხოლო მეორეში – 31 პირველადი ავადმყოფი, რომლებსაც მკურნალობის ყველა ეტაპი ჩაუტარდათ ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში.

სპეციალური მკურნალობის დაწყებამდე ყველა ავადმყოფს აუცილებლად უტარდებოდა პირის ღრუს სანაცია, ხორციელდებოდა არასწორად დამზადებული პროტეზების კორექცია და განისაზღვრებოდა სხვადასხვა სახის მეტალების ერთგვაროვან მეტალზე შეცვლის აუცილებლობა.

მკურნალობის პირველ ეტაპზე ავადმყოფებს უტარდებოდათ კონსერვატიული თერაპია, რომელიც მოიცავდა A, E, C ჯგუფის ვიტამინების დანიშვნას პერორალურად მაქსიმალურ დოზებში. ადგილობრივად ხორციელდებოდა ჰორმონული პრეპარატების აპლიკაცია, ხოლო ცალკეულ შემთხვევებში გამოიყენებოდა ადაპტოგენები, კერძოდ როდიოლა ვარდისფერი, ელეუტერაკოკი, მანჯურის ეკლიანი არელია. ეს პრეპარატები ხელს უწყობენ უჯრედის დიფერენცირებას და გააჩნიათ ანტიბლასტოგენური და ანტიმუტაგენური თვისებები.

მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდების ეფექტურობა განისაზღვრებოდა შემდეგი კრიტერიუმებით: 1) ლეიკოპლაკიური უბნის 100%-იანი რეგრესია, 2) წარმონაქმნის შემცირება 50 და მეტი პროცენტით და 3) ეფექტის გარეშე.

კონსერვატიული თერაპიის შემდეგ, ნარჩენი დაავადების არსებობის შემთხვევაში ავადმყოფებს უტარდებოდათ ლაზერული ან კრიოქირურგიული მკურნალობა. ლაზეროდესტრუქცია ხორციელდებოდა «Скальпель-1» ან «Радуга-1» გამოყენებით, რაც იძლეოდა საშუალებას გაგვეხორციელებინა ლეიკოპლაკიური კერის ვაპორიზაცია (აორთქლება) ან ამოკვეთა (ექსციზია).

ლაზეროდესტრუქცია “Скальпель-1”-ის მეშვეობით ხორციელდებოდა 10,6 nm ტალღის სიგრძით და მაქსიმალური სიმძლავრით სინათლის გამტარის გამოსავალზე 10-20 ვტ. ოდენობით. ლაზერული სხივის დიამეტრი ფიქსირდებოდა 1-20 მმ ფარგლებში. სინათლის გამტარის უკანა ნაწილზე დამაგრებული ბუნიკი საშუალებას იძლეოდა მანიპულაციები ჩაგვეტარებინა სხვადასხვა მიმართულებით. ლაზერული სხივით ზემოქმედებას ვახდენდით ლორწოვანი გარსიდან 0,5-1 სმ დაშორებით. იგი ტარდებოდა პერიფერიიდან ცენტრისაკენ და მოიცავდა ჯანმრთელ ქსოვილსაც. პათოლოგიურ კერაზე ლაზერის ზემოქმედების სიხშირე დამოკიდებული იყო პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიით დაზიანების ზომაზე და სიღრმეზე. დამუშავებული მიდამო იფარებოდა ღია ყავისფერი ფუფხით.

ლაზერული აპარატის «Радуга-1» გამოყენება საშუალებას იძლეოდა სხივი გაგვეტარებინა ენდოსკოპური აპარატის სხივგამტარში და ლაზეროდესტრუქცია გვეწარმოებინა ნებისმიერი სირთულის და ანატომიური აგებულების ორგანოზე. სხივის ტალღის სიგრძე 10,6 nm-ს შეადგენდა, ხოლო სიმძლავრე 10 ვტ-დან 30 ვტ-მდე ვარირებდა. ლაზერული დესტრუქცია (ვაპორიზაცია ან ექსციზია) ხორციელდებოდა სიმსივნეიდან 0,3-0,5 სმ დაშორებით.

ენდოსკოპური აპარატიდან ობიექტამდე სხივის გასატარებლად გამოიყენებოდა 3 მმ სისქის პლასტიური სხივგამტარი კვარცი-პოლიმერი, რომელიც აღჭურვილი იყო ჰაერგამაგრილებლით. დაავადების ლოკალიზაციიდან გამომ-



დინარე, ლაზერული დესტრუქცია ტარდებოდა ტრანსორალური ან ტრანსნაზალური მიდგომით, ადგილობრივი ან ზოგადი გაუტკივარების ქვეშ.

კრიოზემოქმედებას ვახორციელებდით აპარატ KDM-5 ან KDO საშუალებით, რომლებსაც სხვადასხვა ზომის და ფორმის სპეციალური ბუნიკები აქვთ, პირის ღრუს ორგანოების ანატომიური თავისებურებების გათვალისწინებით. ეს საშუალებას იძლეოდა ჩაგვეტარებინა ლეიკოპლაკიური კერის ნებისმიერი ლოკალიზაციის კრიოდესტრუქცია. ყველა ბუნიკს ჰქონდა გლუვი ზედაპირი. აპარატურა მუშაობდა თხევად აზოტზე.

ფიზიკური მეთოდების გამოყენების შემდეგ განისაზღვრებოდა ეპითელიზაციის ვადები და დაზიანებული ორგანოს კოსმეტიკური და ფუნქციური მდგომარეობა.

### **პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის კლინიკო-მორფოლოგიური გამოვლინებანი**

ლეიკოპლაკიის ავთვისებიან პროცესში ტრანსფორმაციის სიხშირის განსაზღვრის მიზნით, ჩვენს მიერ დეტალურად იქნა შესწავლილი პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კიბოთი დაავადებული იმ ავადმყოფების ანამნეზური მონაცემები, რომლებსაც 1985-დან 2003 წლამდე ჩაუტარდათ მკურნალობა ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში. ჩატარებული ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ 682 ავადმყოფიდან 109 შემთხვევაში (15,6%) პირის ღრუში ავთვისებიანი პროცესის აღმოცენებას წინ უძღოდა კიბოსწინარე დაავადებები, მათგან 76 შემთხვევაში (11,1%) ეს იყო ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმები. ამასთან ერთად აღმოჩნდა, რომ ლეიკოპლაკიის ფონზე აღმოცენებულ სიმსივნეებს, მორფოლოგიურად როგორც წესი, ბრტყელუჯრედოვანი შენება და დიფერენცირების მაღალი ხარისხი ჰქონდათ.

ლეიკოპლაკიით დაავადებული 107 ავადმყოფის კლინიკური და ლაბორატორიული კვლევის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მარტივი ფორმა დიაგნოსტიკური იყო 63,5%-ში (68 პაციენტი), ვერუკოზული – 27,2%-ში (29), ეროზი-

ული – 9,3%-ში (10). ავადმყოფთა საერთო რაოდენობიდან 86 მამაკაცი იყო, 21 – ქალი. როგორც წარმოდგენილი მონაცემებიდან ჩანს (ცხრილი №1), ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმით უფრო ხშირად ავადდებოდნენ 20-დან 40 წლამდე ასაკის პაციენტები, ხოლო ვერუკოზული და ეროზიული ფორმებით – ძირითადად 40 და მეტი ასაკის მამაკაცები.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიით დაავადებულ ავადმყოფთა განაწილება ნოზოლოგიური ფორმის, ასაკისა და სქესის მიხედვით

ცხრილი №1

დაავადების ნოზოლოგიური ფორმა	ავადმყოფთა განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით												სულ
	20-30 წელი		31-40		41-50		51-60		61-70		71 წ. და მეტი		
	მ	ქ	მ	ქ	მ	ქ	მ	ქ	მ	ქ	მ	ქ	
მარტივი	14	3	13	12	15	2	5	3	1	-	-	-	68
ვერუკოზული	-	-	2	-	12	-	9	-	2	-	4	-	29
ეროზიული	1	-	2	-	3	-	2	1	-	-	1	-	10
სულ	15	3	17	12	30	2	16	4	3	-	5	-	107

როგორც კლინიკური მასალის ანალიზი გვიჩვენებს, ყველაზე ხშირად ლეიკოპლაკიური კერა აღინიშნებოდა ლოყის ლორწოვან გარსზე, უფრო იშვიათად – პირის ღრუს ფსკერის, ენის და ქვედა ტუჩის არეში (ცხრილი №2).

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიით დაავადებულ ავადმყოფთა განაწილება ლოკალიზაციისა და ფორმის მიხედვით

ცხრილი №2

ლოკალიზაცია	ლეიკოპლაკიის ფორმა			სულ
	ბრტყელი	ვერუკოზუ- ლი	როზიუ-ლი	
ტუჩი	15	1	-	16
ლოყა	42	15	8	65

პირის ღრუს ფსკერი და ენა	2	12	1	15
მაგარი და რბილი სასა	6	–	–	6
პირხახა	3	1	1	5
სულ	68	29	10	107

ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმის განაწილებამ პირის ღრუს ანატომიურ უბნებზე გვიჩვენა, რომ დაავადების მარტივი ფორმა პრაქტიკულად ერთნაირად ხშირად გვხვდება პირის ღრუს სხვადასხვა უბნებში, მაშინ როცა ვერუკოზული და ეროზიული ფორმები, როგორც წესი, ლოკალიზდება ლოყის, პირის ღრუს ფსკერის და ენის ლორწოვანზე.

ამასთანავე უნდა აღინიშნოს, რომ ლორწოვანი გარსის იზოლირებული დაზიანება გამოვლენილ იქნა 86 (80,3%) შემთხვევაში, ხოლო მრავლობითი – 21-ში (19,6%). მათგან სიმეტრიული უბნების დაზიანება დიაგნოსტირებულ იქნა 13 (12,1%) შემთხვევაში, ასიმეტრიული – 8-ში (7,4%). როგორც წესი, მრავლობითი დაზიანება ახასიათებდა (18 შემთხვევაში – 16,8%) ლეიკოპლაკიის მარტივ ფორმას, ხოლო 3 შემთხვევაში აღინიშნა ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმების შერწყმა.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიით დაავადებულ პაციენტთა ანამნეზური მონაცემების შესწავლამ საშუალება მოგვცა დაგვედგინა, რომ დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე 28 ავადმყოფი (26,1%) აღნიშნავდა ლორწოვანი გარსის ქრონიკულ ტრავმებს. ხშირ შემთხვევებში (42 ავადმყოფი - 39,2%) ადგილი ჰქონდა ალკოჰოლის და თამბაქოს ჭარბ გამოყენებას. ავადმყოფების საერთო რაოდენობიდან 51 პაციენტს (47,6%) დაუდგინდა მთელი რიგი თანმხლები დაავადებები: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქრონიკული ანთება, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დარღვევები, ენდოკრინული დაავადებები და ა.შ. (ცხრილი №3).

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის მქონე ავადმყოფთა  
განაწილება თანმხლები დაავადებების გათვალისწინებით

ცხრილი №3

თანმხლები დაავადებები	პაციენტთა რაოდენობა
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	7
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები	28
ალერგიული მდგომარეობა	8
ნერვული სისტემის დარღვევები	2
ენდოკრინული დარღვევები	6
სულ	51

უნდა აღინიშნოს, რომ ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში მომართვამდე 76 ავადმყოფს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებში უტარდებოდა არაეფექტური მკურნალობა. მათ, მკურნალობდნენ ზოგადი პროფილის ექიმები: თერაპევტები, დერმატოლოგები, სტომატოლოგები, ლარინგოლოგები; ჩვეულებრივ უტარდებოდათ სხვადასხვა სახის მედიკამენტოზური და ფიზიოთერაპიული მკურნალობა.

ამასთან აღმოჩნდა, რომ დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენიდან პირველი სამი თვის განმავლობაში სამკურნალო დაწესებულებებს მიმართა მხოლოდ 7-მა (6,6%) ავადმყოფმა, 3-დან 6 თვემდე – 38-მა (35,5%), ხოლო 6-დან 12 თვემდე - 62-მა (57,9%).

ლეიკოპლაკიის გამოვლენის პირველ სიმპტომს წარმოადგენდა თეთრი ფერის ლაქის გაჩენა ლორწოვანზე, რომლის არეში პაციენტები აღნიშნავდნენ წვის შეგრძნებას. კლინიკური და ოროსკოპიული მონაცემებით, ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმის დროს, ლორწოვან გარსზე აღინიშნებოდა ღია ფერის შემოსაზღვრული უბანი, რომელიც არ სცილდებოდა ლორწოვანი გარსის ზედაპირს და მას სხვადასხვა შეფერილობა ჰქონდა.

ლეიკოპლაკიის ვერუკოზული ფორმის დროს დაზიანებულ უბანს კოჟრისებური, მკვრივი ნაცრისფერი ფოლაქის შესახედაობა ჰქონდა. მისი ზედაპირი იყო ხორკლიანი, ხოლო ცალკეულ შემთხვევებში – დაღარული.

აღინიშნებოდა გამოხატული ჰიპერკერატოზის სურათი. ბრტყელი და ვერუკოზული ფორმების დროს ნახეთქები და ეროზია პრაქტიკულად არ გვხვდებოდა, მაშინ როდესაც ეროზიული ფორმის დროს ეს უკანასკნელი მისი განუყოფელი ნაწილი იყო.

ბიოფსიას ვაწარმოებდით კონქოტომის გამოყენებით, ხოლო მასალას ციტოლოგიური კვლევისათვის ვიღებდით ლეიკოპლაკიის ზედაპირიდან ანაფხეკის საშუალებით, რომელიც გადაგვქონდა შემდგომ სასაგნე მინაზე.

ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმის ჰისტოლოგიური მასალის შესწავლამ გვიჩვენა, რომ აღნიშნული დაავადება შეიძლება დახასიათებულ იქნას, როგორც ჰიპერპლასტიური ქრონიკული ანთება, რომელშიც არაიშვიათად ვლინდება მეტაპლაზიის უბნები. ამასთან ერთად, ჰიპერპლასტიურ პროცესს, ისევე როგორც ეპითელის მეტაპლაზიას, თან ახლდა ეპითელის გამოხატული გარქოვანება ჰიპერ და პარაკერატოზული უბნების მონაცვლეობით. აკანტოზი მკვეთრად იყო გამოხატული, როცა გარქოვანებას პარაკერატოზული ხასიათი ჰქონდა. ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმის დროს ანთებითი რეაქცია ქვეშ მდებარე ქსოვილებში იშვიათად ვლინდებოდა.

ეს სურათი განსაკუთრებით მკაფიოდ იყო გამოხატული ლეიკოპლაკიის ვერუკოზული ფორმის დროს. ამასთან ერთად, ლორწოვანი გარსის მარცვლოვანი შრე შედგებოდა უჯრედების რამდენიმე რიგისაგან. ხშირად მარცვლოვანი შრე უფრო გამოხატული იყო იმ ადგილებში, სადაც აღინიშნებოდა ჰიპერკერატოზი, აქ უჯრედები შეიცავდნენ კერატოჰიალინის მსხვილ მარცვლებს. როგორც წესი, ადგილი ჰქონდა აკანტოზს, ეპითელიალური წანაზარდების გაფართოებით და დაგრძელებით. შემაერთებელი ქსოვილის სტრომაში მოჩანდა დიფუზური ქრონიკული ანთების სურათი, ზედაპირული შრეების ინფილტრაციით ლიმფოციტებით და პლაზმური უჯრედებით. ცალკეულ შემთხვევებში წვეტიანი შრე წარმოდგენილი იყო უჯრედების რამოდენიმე რიგით, რომელთა რაოდენობა 8-10-ს აღწევდა. უჯრედებს ჰქონდათ სხვადასხვა ზომა და ფორმა, ისინი სუსტად იღებებოდნენ, მათი ბირთვები მსხვილი და ჰიპერქრომული იყო.

ბირთვებში არაიშვიათად აღინიშნებოდა 2-3 ბირთვაკი. ზოგჯერ უჯრედების განლაგების რიგითობა დარღვეული იყო. იშვიათად გვხვდებოდა ატიპური მიტოზებიც.

ეროზიული ფორმის დროს ასევე აღინიშნებოდა ეპითელიური შრის გასქელება, რომელიც ძირითადათ დაკავშირებული იყო ბაზალური შრის პროლიფერაციასთან. დერმო-ეპიდერმული საზღვარი სუსტად კონტურირებადი იყო, ქვეშ მდებარე შემაერთებელ ქსოვილში აკანტოზური ჭიმების გავრცელების გამო. მის გარშემო ადგილი ჰქონდა მრგვალ უჯრედოვან ინფილტრაციას.

აღსანიშნავია, რომ წვეტიანი შრის უჯრედების დისკომპლექტაცია და უჯრედული ატიპია უფრო ხშირად ვლინდებოდა ლეიკოპლაკიის ეროზიული ფორმის დროს. აქ სტრომაში ანთებითი პროცესი მაქსიმუმს აღწევდა, მაშინ როცა ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმის დროს ანთებითი რეაქცია გაცილებით იშვიათად გვხვდებოდა.

ჩვენს მიერ მიღებულმა მონაცემებმა გვიჩვენა, რომ ლეიკოპლაკიის ყველა ფორმის დროს აღინიშნება ბაზალური შრის უჯრედების დეგენერაცია და აკანტოზი, ხოლო გრძელი ეპითელიალური შოლტების აღმოცენება, გამოხატული უჯრედული ატიპიით, მიუთითებდა პროცესის გაავთვისებიანების ტენდენციაზე. კლინიკურად ამ ჯგუფის ავადმყოფებს პათოლოგიური კერის არეში აღინიშნებოდათ ეროზიების და წყლულების არსებობა, გამოხატული ტკივილის სინდრომით. ლეიკოპლაკიური კერის გარშემო ისინჯებოდა მკვრივი ინფილტრატი, ხოლო მის ცენტრში კვანძოვანი წარმონაქმნი. მსგავსი სურათი ჩვენს მიერ გამოვლენილ იქნა ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმის დროს 5,2% შემთხვევაში, ვერუკოზული - 18,7%-ში და ეროზიული - 37,5% შემთხვევაში.

ამრიგად, ჩატარებული კლინიკო-მორფოლოგიური კვლევის შედეგად გამოვლენილია მთელი რიგი მახასიათებლები, რომელთა დეტალური შესწავლა იძლევა ობიექტურ ინფორმაციას დაავადების ბუნებისა და მისი

მიმდინარეობის შესახებ, რაც მეტად მნიშვნელოვანია მკურნალობის სწორი სტრატეგიის შემუშავებისათვის.

**პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის  
მკურნალობის შედეგების ანალიზი**

აღნიშნული პათოლოგიის სამკურნალოდ 1985-დან 2003 წლამდე ჩვენს მიერ გამოიყენებოდა მკურნალობის როგორც კონსერვატიული, ასევე ფიზიკური მეთოდები, რომელიც, როგორც წესი, რამდენიმე ეტაპად ტარდებოდა.

პირველ ჯგუფში გაერთიანდა 61 ავადმყოფი, რომელთაც ჩაუტარდათ კონსერვატიული თერაპია. მეორე ჯგუფი შეადგინა 21 პაციენტმა, სადაც მკურნალობის პირველ ეტაპზე, განხორციელებულ იქნა ლეიკოპლაკიური კერის ლაზეროდეტრუქცია. მესამე ჯგუფი შედგებოდა 25 ავადმყოფისგან, რომელთაც ჩაუტარდათ კრიოდეტრუქციული მკურნალობა. ცხრილი №4.

**პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმის  
მკურნალობის მეთოდები**

ცხრილი №4.

ჯგუფი	მკურნალობის მეთოდი	ლეიკოპლაკიის ფორმები			
		მარტივი	ვერუკო- ზული	ეროზი-ული	სულ
1	კონსერვატიული თერაპია	52	7	2	61
2	ლაზერული დეტრუქცია	7	10	4	21
3	კრიოდეტრუქცია	9	12	4	25
4	სულ	68	29	10	107

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მკურნალობის პროცესში ჩამოყალიბდა კიდევ ერთი ჯგუფი, რომელიც შეადგინა კონსერვატიული თერაპიის შემდგომ

ნარჩენი სიმსივნის მქონე პაციენტებმა, რის გამოც მათ მკურნალობის მეორე ეტაპზე ჩაუტარდათ ფიზიკური ზემოქმედება, კერძოდ 19 შემთხვევაში ლაზერო, ხოლო 21 შემთხვევაში – კრიოდესტრუქცია. მასალის დეტალური და ობიექტური წარმოჩენის მიზნით, მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ მკურნალობის შედეგები გაგვიხილა ცალკეულ ჯგუფებში.

**პირველი ჯგუფი.** კონსერვატიული თერაპია ჩაუტარდა 61 ავადმყოფს. იგი მოიცავდა არა მარტო A,E,C ვიტამინების მაქსიმალური დოზების გამოყენებას, არამედ ადაპტოგენების მიღებას და პათოლოგიურ კერაზე ჰორმონული პრეპარატებით აპლიკაციების ჩატარებას.

აღნიშნული ჯგუფის პაციენტებიდან 52 შემთხვევაში დიაგნოსტირებული იქნა ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმა, 7-ში – ვერუკოზული და 2-ში – ეროზიული. პაციენტთა საერთო რაოდენობიდან 48 იყო მამაკაცი და 13 – ქალი. ავადმყოფთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 36 წელი. ლეიკოპლაკიის უპირატესი ლოკალიზაცია დაფიქსირდა ლოყის მიდამოში (42 შემთხვევა), რომლის ზომები ვარირებდა 1-დან 3 სმ-მდე. 19 შემთხვევაში ლეიკოპლაკიის ზომები აღემატებოდა 3 სმ-ს. დაავადება 23 შემთხვევაში ვრცელდებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის რამდენიმე უბანზე.

კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის 100%-იანი რეგრესია აღინიშნა 26 შემთხვევაში, რამაც 42,6% შეადგინა. 28 შემთხვევაში (45,9%) რეგრესიის ხარისხი არ აღემატებოდა 50%-ს. დანარჩენ 7 შემთხვევებში (11,4%) მკურნალობას ეფექტი არ მოჰყოლია. სრული ეფექტით ნამკურნალევ ავადმყოფთა ჯგუფში 2 წლის განმავლობაში რეციდივი გამოვლინდა 8 შემთხვევაში, რამაც 30,7% შეადგინა. 18 (29,5%) ავადმყოფი განკურნებულია.

კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ, სხვადასხვა ეფექტით ნამკურნალევ ავადმყოფთა ჯგუფების შედარებითმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ დაავადების 100%-იანი რეგრესია ძირითადად მიღწეულ იქნა იმ პაციენტებში, რომელთა ასაკი მერყეობდა 20-40 წლის ფარგლებში, 25 შემთხვევაში (96,1%) მათ აღენიშნებოდა ლეიკოპლაკიის ბრტყელი (მარტივი) და 1-ში (5,9%) –



ვერუკოზული ფორმა. დაავადება ძირითადად (72,2%), ლოკალიზდებოდა ლოყის ლორწოვანი გარსის მიდამოში, მისი გავცელება არ აღემატებოდა 3 სმ-ს, პათოლოგიური კერის არსებობის ხანგრძლივობა ვარირებდა 1-დან 6 თვემდე. დაავადება უპირატესად შემოიფარგლებოდა ერთი ანატომიური უბნით. აღსანიშნავია, რომ მკურნალობის ყველაზე კარგი შედეგი მიღწეულ იქნა იმ ავადმყოფებში, რომლებმაც უარი თქვეს მავნე ჩვევებზე – ალკოჰოლზე და თამბაქოზე, აგრეთვე მკაცრად იცავდნენ დანიშნულ დიეტას. ამ ჯგუფის პაციენტებში მორფოლოგიურად, როგორც წესი, აღინიშნებოდა ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზია, მფარავი ეპითელის გარქოვანებით.

ავადმყოფთა ჯგუფი, სადაც კონსერვატიული მკურნალობა ნაკლებად ეფექტური აღმოჩნდა, შეადგინა 35 პაციენტმა. მათ შორის ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმა დაუდგინდა 28-ს (80%), ვერუკოზული – 5-ს (14,2%), ხოლო ეროზიული – 2 ავადმყოფს (5,7%). ძირითადად, ესენი იყვნენ 40-60 წლის მამაკაცები, რომელთა დაავადების ხანგრძლივობა მერყეობდა 6 თვიდან 1 წლამდე (29 ავადმყოფი – 82,8%), ხოლო ლეიკოპლაკიის ზომები ვარირებდა 3-დან 6 სმ-მდე; პროცესის ლოკალიზაციით ენის, ლოყის, პირის ღრუს ფსკერის, პირხახის ლორწოვანზე, უპირატესი გავრცელებით 2 და მეტ ანატომიურ უბანზე.

**მეორე ჯგუფი** შეადგინა 40 ავადმყოფმა, რომელთაც ჩაუტარდათ ლაზეროდესტრუქცია. მათგან 21 შემთხვევაში ლაზეროდესტრუქცია გამოყენებულ იქნა მკურნალობის პირველ ეტაპზე, ხოლო 19-ში - იმ ავადმყოფთა სამკურნალოდ, რომელთაც კონსერვატიული თერაპიის შემდეგ აღინიშნებოდათ ნარჩენი სიმსივნის არსებობა. ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 27-დან 69 წლამდე, პროცესი ძირითადად ლოკალიზდებოდა ლოყის, ენის, პირის ღრუს ფსკერის, და პირხახის ლორწოვანზე. დაავადების ხანგრძლივობა მერყეობდა 6 თვიდან 1 წლამდე, ხოლო მათი ზომები ვარირებდა 3-დან 10 სმ-მდე. 9 შემთხვევაში აღინიშნებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების 2 და მეტი კერა. 23 შემთხვევაში (57,5%) დიაგნოსტირებული იყო

ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმა, 12-ში (30%) - ვერუკოზული და 5-ში (12,5%) – ეროზიული.

ექოსკოპური მონაცემებით 33 შემთხვევაში ლეიკოპლაკიის გავრცელება არ სცილდებოდა ლორწოვანი გარსის საზღვრებს, 7-ში ადგილი ჰქონდა ლორწვევა შრის დაზიანებას. უნდა აღინიშნოს, რომ ლაზეროდესტრუქციის შემდეგ 40 ავადმყოფიდან 17-ს მარტივი რანდომიზაციის მეთოდის გამოყენებით ჩაუტარდათ კონსერვატიული თერაპიის პროფილაქტიკური კურსები, რომლის მიზანს წარმოადგენდა ერთის მხრივ - რეპარაციული პროცესის დაჩქარება ლაზეროდესტრუქციის შემდეგ, ხოლო მეორე მხრივ – აღნიშნული თერაპიის ეფექტურობის განსაზღვრა დაავადების რეციდივის განვითარების პროფილაქტიკაში.

ლაზეროდესტრუქციული მკურნალობის შემდეგ 37 პაციენტს (92,5%) პირველი ორი წლის განმავლობაში დაავადების რეციდივი არ გამოუვლინდა. სამ შემთხვევაში – რეციდივი განვითარდა 3 თვიდან 1 წლამდე იქ, სადაც განხორციელებულ იქნა ლეიკოპლაკიური კერის ვაპორიზაცია. მათგან ლაზეროდესტრუქციის არეში აღინიშნა რეციდივის 2 შემთხვევა, ხოლო ერთში დაავადების რეციდივი გამოვლინდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სხვა უბანში: ერთ შემთხვევაში რეციდივი დიაგნოსტირებული იქნა ლეიკოპლაკიის მარტივი, ხოლო ორში – ეროზიული ფორმის დროს. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ რეციდივის არცერთი შემთხვევა არ გამოუვლინდა იმ პაციენტებს, სადაც განხორციელებულ იქნა ლეიკოპლაკიური კერის ლაზერული ექსციზია, შემდგომი პროფილაქტიკური კონსერვატიული თერაპიის გამოყენებით.

**მესამე ჯგუფში** გაერთიანდა 46 ავადმყოფი, რომელთაც ჩაუტარდა კრიოდესტრუქცია. მათგან 25-ს კრიოდესტრუქცია ჩაუტარდა მკურნალობის პირველ ეტაპზე, ხოლო 21-ს - მკურნალობის მეორე ეტაპზე, არაეფექტური კონსერვატიული თერაპიის შემდეგ. ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 30-72 წლამდე. პროცესი ძირითადად ლოკალიზდებოდა ლოყის, ტუჩის, პირის ღრუს ფსკერის არეში. დაავადების ხანგრძლივობა ვარიირებდა 1-დან 12 თვემდე,

ხოლო ლეიკოპლაკიის ზომა 2 დან 10 სმ-მდე. 12 შემთხვევაში აღინიშნებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მრავლობითი დაზიანება. ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმა დიაგნოსტირებული იყო 26 შემთხვევაში (56,5%), ვერუკოზული - 15-ში (32,6%), ეროზიული – 5-ში (10,9%).

ექსკოპური მონაცემებით, 34 შემთხვევაში ლეიკოპლაკიის გავრცელება ლორწოვანი გარსის ქვეშ მდებარე სტრუქტურებში არ აღინიშნებოდა. 12-ში ადგილი ჰქონდა პროცესის გავრცელებას ლორწოქვეშა შრეში. კრიოდესტრუქციის შემდეგ 20 პაციენტს ჩაუტარდა კონსერვატიული თერაპია, რეპარაციული პროცესის დაჩქარების და რეციდივის განვითარების პროფილაქტიკის მიზნით.

კრიოდესტრუქციული მკურნალობის შემდეგ 41 პაციენტს (89,1%) პირველი ორი წლის განმავლობაში დაავადების რეციდივი არ გამოუვლინდა. ხუთ შემთხვევაში რეციდივი აღინიშნა 3 თვიდან 2 წლამდე. მათგან კრიოდესტრუქციის არეში დიაგნოსტირებული იქნა 3 რეციდივი, ხოლო 2 შემთხვევაში დაავადების რეციდივი განვითარდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა უბანში. უნდა აღინიშნოს, რომ რეციდივი კრიოდესტრუქციის არეში ორ შემთხვევაში განვითარდა ლეიკოპლაკიის ვერუკოზული, ხოლო ერთში - ეროზიული ფორმის დროს. რაც შეეხება სხვა უბნებში წარმოქმნილ რეციდივებს (2 შემთხვევა), აქ ძირითადად დიაგნოსტირებული იყო ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმა. ავადმყოფთა ჯგუფში, სადაც განხორციელებული იქნა პროფილაქტური კონსერვატიული თერაპია, რეციდივი გამოვლინდა ერთ შემთხვევაში, ხოლო მეორე ჯგუფში - 4 ავადმყოფში.

ამრიგად, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმით დაავადებული 107 პაციენტის მკურნალობის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ 96 შემთხვევაში (89,7%) მივაღწიეთ ავადმყოფთა სრულ გამოჯანსაღებას. მათგან კონსერვატიული თერაპიის შემდეგ - 18 შემთხვევაში (29,5%), ლაზეროდესტრუქციის შემდეგ - 37-ში (92,5%), კრიოდესტრუქციის შემდეგ - 41-ში (89,1%).

მიღებული შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმის დროს მიზანშეწონილია მკურნალობა დავიწყოთ კონსერვატიული თერაპიის გამოყენებით, ხოლო ვერუკოზული და ეროზიული ფორმების შემთხვევაში მკურნალობა უნდა განხორციელდეს ფიზიკური მეთოდების გამოყენებით, რადგანაც დაავადების ამ ფორმების დროს მორფოლოგიურად ყველაზე ხშირად აღინიშნება გაავთვისებიალების საწყისი ნიშნები და პროცესის ინვაზია ქვეშ მდებარე სტრუქტურებში. ფიზიკური მეთოდის დაგეგმვისას მნიშვნელოვანია გათვალისწინებულ იქნას დაავადების ლოკალიზაცია, გავრცელების სიღრმე, ფართობი, მისი მორფოლოგიური შენების თავისებურებანი, რაც ლეიკოპლაკიურ უბანზე ადეკვატური ზემოქმედების საშუალებას იძლევა.

მთლიანობაში უნდა აღინიშნოს, რომ ლაზერო- და კრიოდესტრუქციული მკურნალობის შედეგები პრაქტიკულად იდენტურია. მაგრამ, როგორც კლინიკურმა გამოცდილებამ გვიჩვენა, ლეიკოპლაკიის ლოკალიზაციისას რეტრომოლარულ სამკუთხედში, ენისა და პირის ღრუს ფსკერის უკანა მესამედში, მიზანშეწონილია განხორციელდეს ლაზეროდესტრუქცია აპარატ “Радуга-1” მეშვეობით, რადგან მისი ტექნიკური პარამეტრები საშუალებას იძლევა ვაწარმოოთ ზემოქმედება ნებისმიერი სირთულის ანატომიურ უბანზე ვიზუალური კონტროლის ქვეშ.

ლეიკოპლაკიის მკურნალობის შორეული შედეგების შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ფიზიკური მეთოდების შემდეგ ჩატარებული პროფილაქტიკური კონსერვატიული თერაპია დადებითად მოქმედებს რეპარაციულ პროცესებზე და ამცირებს რეციდივების განვითარების ალბათობას.

მთლიანობაში, ჩვენი აზრით, მკურნალობისადმი ზემოთ წარმოდგენილი პრინციპული მიდგომა საშუალებას იძლევა მნიშვნელოვნად შევამციროთ თერაპიის ვადები და მინიმალური დანახარჯებით, ავამაღლოთ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიის მკურნალობის ეფექტურობა.

## დასკვნები

1. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკია, წარმოადგენს კიბოსწინარე დაავადებას. ჩვენი მონაცემებით იგი შემთხვევათა 11%-ში ტრანსფორმირდება ავთვისებიან სიმსივნედ, რომელთაც მორფოლოგიურად აქვთ ბრტყელუჯრედოვანი შენება და 93% წარმოადგენილია სიმსივნის მაღალდიფერენცირებული ფორმით.

2. ლეიკოპლაკიით დაავადებულ პაციენტთა კლინიკო-მორფოლოგიურ გამოვლინებათა დეტალურმა ანალიზმა ცხადჰყო, რომ გაავთვისებიანების საწყისი ნიშნები ლეიკოპლაკიის ბრტყელი ანუ მარტივი ფორმების დროს აღნიშნება მხოლოდ 5,2% შემთხვევაში, ვერუკოზული ფორმის დროს – 18,7%-ში, ეროზიული ფორმის დროს – 37,5% შემთხვევაში. აღნიშნული სურათი ძირითადად გვხვდება მამრობითი სქესის პაციენტებში, დაავადების არსებობის ხანგრძლივობით ექვსი თვე და მეტი, რომლებიც ალკოჰოლის და თამბაქოს ჭარბი მომხმარებლები არიან და ანამნეზში აღნიშნავდნენ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ქრონიკულ ტრავმებს.

3. ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმის დროს კონსერვატიული თერაპია ვიტამინ A,E,C მაქსიმალური დოზების, ადაპტოგენისა და ჰორმონული თერაპიის გამოყენებით იძლევა საშუალებას მივაღწიოთ პაციენტთა სრულ გამოჯანმრთელებას 29%-ის შემთხვევაში. ვერუკოზული და ეროზიული ფორმების დროს კონსერვატიული თერაპია, როგორც წესი, არაეფექტურია რის გამოც აღნიშნული ფორმების მკურნალობა მიზანშეწონილია დაიწყოს ფიზიკური მეთოდების გამოყენებით.

4. ლაზერო - და კრიოდესტრუქციული მკურნალობის ადეკვატური დაგეგმვისათვის აუცილებელია სრულად დადგინდეს ლეიკოპლაკიის სხვადასხვა ფორმების თავისებურებები, რაც ეფუძნება - ისეთი ცვლადი სიდიდეების მონაცემებს, როგორცაა დაავადების ფორმა, ლოკალიზაცია, მისი მორფოლოგიური შენება და ქვეშე მდებარე ქსოვილების დაზიანების სიღრმე.

5. მკურნალობის ფიზიკური მეთოდების ეფექტურობის შედარებითი ანალიზი მეტყველებს, რომ ლაზერო- და კრიოდესტრუქციული მკურნალობის უშუალო და შორეული შედეგები პრაქტიკულად იდენტურია, მათი ეფექტურობა არ აღემატება 89-92%-ს და იძლევა კარგ ფუნქციურ და კოსმეტიკურ შედეგებს.

6. ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის შემდეგ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მთლიანობის აღდგენის ვადები პირდაპირ არის დამოკიდებული ლაზერო- და კრიოზემოქმედების ინტენსივობასა და ექსპოზიციაზე. როგორც წესი, ეპითელიზაციის ვადები ვარიირებს 18-დან 34 დღემდე. პროფილაქტიკური კონსერვატიული თერაპიის გამოყენება ფიზიკური მეთოდების შემდეგ იძლევა საშუალებას დავაჩქაროთ რეპარაციული პროცესები და შევამციროთ რეციდივების განვითარების ალბათობა.

## პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ლეიკოპლაკიებით დაავადებულ ყველა პაციენტს მკურნალობის დაწყებამდე მიზანშეწინილია ჩაუტარდეს პირის ღრუს სრული სანაცია, შემდგომი ღრმა კლინიკური და მორფოლოგიური გამოკვლევები, რაც ითვალისწინებს მავნე ჩვევებისა და თანმხლები დაავადებების დადგენას, ლეიკოპლაკიის ფორმის, მისი მორფოლოგიური შენების, გავრცელების, დაზიანების სიღრმის განსაზღვრას და სხვა.

2. ლეიკოპლაკიის მარტივი ფორმით დაავადებულ ყველა ავადმყოფს მკურნალობის პირველ ეტაპზე, უნდა ჩაუტარდეს კონსერვატიული თერაპია A, E, C ვიტამინების, ადაპტოგენების და ჰორმონოთერაპიის გამოყენებით. სიმსივნის 50% და მეტი რეგრესიის დროს აუცილებელია გაგრძელდეს აღნიშნული მკურნალობა 3-4 კურსის ოდენობით.

3. ლეიკოპლაკიის არასრული რეგრესიის შემთხვევაში მკურნალობის მეორე ეტაპზე მიზანშეწინილია განხორციელდეს ლაზერული ან

კრიოდესტრუქცია დაავადების მორფოლოგიური შენების და ქვეშ მდებარე ქსოვილების დაზიანების სიღრმის გათვალისწინებით.

4. ლეიკოპლაკიის ვერუკოზული და ეროზიული ფორმების შემთხვევაში მიზანშეწონილია მკურნალობის დაწყება კრიო - ან ლაზეროდესტრუქციით, შემდგომი მედიკამენტოზური თერაპიის ჩატარებით, რაც იძლევა საშუალებას დავაჩქაროთ რეპარაციული პროცესები და შევამციროთ რეციდივის განვითარების ალბათობა.

5. ყველა ავადმყოფი მკურნალობის დასრულებიდან 2 წლის განმავლობაში უნდა იმყოფებოდეს დისპანსერული დაკვირვების ქვეშ, რადგანაც დაავადების რეციდივები ხშირად სწორედ ამ პერიოდშია მოსალოდნელი.

## დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულ ნაშრომთა სია.

1. ლოყის ეპითელიუმის სტრუქტურული თავისებურებანი ნორმაში. ე. ხვედელიძე, კ. მარდალეიშვილი, ქ. ციხისთავი, ე. სესიაშვილი. საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მაცნე, ბიოლ. სერი A, 2004, ტ.30. გვ. 533-535.
2. ზოგიერთი სტატისტიკური მონაცემები ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს გავრცელების შესახებ საქართველოში. ე. ხვედელიძე, კ. მარდალეიშვილი, ე. სესიაშვილი. საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მაცნე, ბიოლ. A, 2005, №6. ტ. 31 გვ.855-857 (რუსულ ენაზე).
3. To the Interation of nervous, Endokrine and Immune Sისტems in the Organism. E.Xvedelidze, N. Rigishvili, M. Rukhadze, L. Zurabashvili. Bull. of Georgian Acad. Of Sci., 2006, n. 173, №2 , pp 350-353.
4. ცხვირ-ხახის კიბოს ქიმიო-სხივური თერაპიის ეფექტურობის ანალიზი. ე. ხვედელიძე, კ. მარდალეიშვილი, ს. ლანჩავა. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე, 2006, №2, გვ. 45-49.
5. ენდოსკოპიური ლაზეროთერაპიის შესაძლებლობები ცხვირ-ხახის სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობაში. ე. ხვედელიძე, კ. მარდალეიშვილი, გ. უნგიაძე, ზ. ჩხეიძე, ს. ლანჩავა. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე, 2006, №3, გვ. 71-74.