

საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის  
უნივერსიტეტი

ნანა ომანაძე

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების კლინიკა,  
მკურნალობა და პროფილაქტიკა ჰემობლასტოზებით  
დაავადებულ პაციენტებში

დისერტაცია

წარმოდგენილია მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელები:

პროფესორი მზია ბაქრაძე  
პროფესორი ნინა ლოლაშვილი

თბილისი

2016

## სარჩევი

|                                                                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| შესავალი.....                                                                                                                                    | 4         |
| <b>თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა.....</b>                                                                                                        | <b>10</b> |
| I.1. პირის ღრუში განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებში.....                              | 10        |
| I.2. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიათა დიაგნოსტიკის საკითხები.....                                 | 13        |
| I.3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების კლინიკა.....                                               | 19        |
| I.4. ჰიგიენის როლი ჰემობლასტოზებით დაავადებულების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების გამოვლინებაში.....                                    | 27        |
| I.5. ქიმიოთერაპიის შემდგომ განვითარებული პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გართულებები ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტებში.....                    | 30        |
| I.6. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიათა მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ასპექტები.....                | 31        |
| I.7. ონკოლოგიური პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის განმსაზღვრელი პარამეტრების დახასიათება.....                                                      | 36        |
| <b>თავი II. მასალა და კვლევის მეთოდები.....</b>                                                                                                  | <b>38</b> |
| II.1. კლინიკური მასალა.....                                                                                                                      | 38        |
| II.2. მიკრობიოლოგიური კვლევის მასალა და მეთოდები.....                                                                                            | 49        |
| II.3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ადგილობრივი მკურნალობისთვის გამოყენებული პრეპარატების დახასიათება..... | 51        |
| II.4. სტატისტიკური კვლევა.....                                                                                                                   | 61        |
| <b>თავი III. საკუთარი გამოკვლევები.....</b>                                                                                                      | <b>62</b> |

|                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| III.1. სტომატოლოგიურ პათოლოგიათა გამოვლინება ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში .....                            | 65  |
| III.2. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ჰიგიენური ინდექსის კვლევის შედეგები და მათი განსჯა.....               | 83  |
| III.3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების PMA ინდექსის კვლევის შედეგები და მათი განსჯა.....                     | 98  |
| III.4. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სისხლდენის ინდექსის კვლევის შედეგები და განსჯა.....                   | 116 |
| III.5. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ბაქტერიოლოგიის შედეგები და განსჯა.....                                | 119 |
| III.6. სისხლის საერთო ანალიზის მონაცემების მიხედვით მიღებული შედეგები და მათი განსჯა.....                            | 124 |
| III.7. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის კითხვარის შედეგები და მათი განსჯა.....             | 129 |
| III.8. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის შედეგები და მათი განსჯა.....                              | 133 |
| III.8.1. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სტომატიტის მკურნალობით მიღებული შედეგები.....                       | 135 |
| III.8.2. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების გინგივიტის მკურნალობით მიღებული შედეგები.....                       | 138 |
| III.8.3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ნეკროზის მკურნალობით მიღებული შედეგები.....                         | 141 |
| III.8.4. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სხვა სტომატოლოგიური პათოლოგიების მკურნალობით მიღებული შედეგები..... | 143 |
| დასკვნები.....                                                                                                       | 152 |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| პრაქტიკული რეკომენდაციები.....      | 154 |
| გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა..... | 155 |
| დანართი №1 .....                    | 169 |
| დანართი №2 .....                    | 174 |

## შესავალი

**თემის აქტუალობა:** ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხი თანამედროვე მედიცინის აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე აღინიშნება გარკვეული პროგრესი სიმსივნური პროცესების პათოგენეზის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებში, მაინც იზრდება ონკოლოგიური დაავადებების სიხშირე (Поддубная И.В., 2002; Чиссов В.И., Дарьянова С.И., 2007; Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2008; Greenlee R.T., Murray T., Bolden S. et al., 2000). მათ შორის ჰემობლასტოზებისაც (Трапезников Н.Н. и др., 1998; Козяева Е.В. и др., 2005; Ковынев И.Б. и др., 2006; Криво-лапов Ю.А., Леенман Е.Е., 2006; Вержбицкая Н.Е., Магарилл Ю.А., 2007).

წლების მანძილზე ახალი ციტოსტატიკური პრეპარატების შექმნამ გაზარდა დაავადებულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა, რემისიის ვადები და სრული გაჯანსაღების შესაძლებლობა (Паровичникова Е.Н.1992; Wahlin A., Hornstein P., Jonsson H.1991; Gale R.P., Buchner T., Horowitz M.M., et.al.1993; Hewlett J., Kopecky K.J., Head D. et.al 1995; Brunning R.D., Matutes E., Harris N.L., et al. 2001). ჰემობლასტოზებით დაავადებულთა მკურნალობა ტარდება ქიმიოთერაპიული პრეპარატებით, რომლებიც დაავადების მკურნალობასთან ერთად აქვეითებენ ავადმყოფის იმუნიტეტს, იწვევენ გართულებებს სხვადასხვა ორგანოების და ორგანოთა სისტემებში. მთელი რიგი პათოლოგიური ცვლილებები ვლინდება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზეც (Переводчиковой Н.И. 2005; Мосейчук О. А., Харитоновна М. П. 2005; Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. 2006; Martins, M. A. Martins, L. Sênedá 2005; M. Paiva, J. Moraes, R. De Biase, et.al. 2007; C. Padmini and K. Y. Bai 2014).

ქიმიოთერაპიის ფონზე პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების გარდა შეიძლება ადგილი ჰქონდეს : სისხლდენას, კარიესის განვითარების ტემპის მატებას, ინფექციების (ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი) გართულებების მატებას, ღრძილების აბსცესებს, მორეციდივე ჰერპესულ სტომატიტს, კანდიდოზს,

ქსეროსტომიას, მადის გაუკუღმართებას და ტკივილს (S. T. Sonis, R. C. Fazio, L. Fang 1995; D. C. Tong and B. R. Rothwell 2000; R. Albuquerque, V. Morais, A. Sobral 2007).

ქიმიოთერაპიის დროს, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებას აქვს პერმანენტული ხასიათი. ამ დროს პაციენტები განიცდიან ძლიერ დისკომფორტს პირის ღრუში, განსაკუთრებით ძლიერი მტკივნეულობა აღინიშნება საკვების მიღებისას და მეტყველების დროს როდესაც დაზიანების ელემენტები ლოკალიზებულია ენაზე. პირის ღრუში განვითარებული დაზიანების ელემენტების სიმრავლე და მტკივნეულობა ხელს უშლის ავადმყოფს საკვების მიღებაში, რის გამოც განსაკუთრებით ხშირია საკვების მიღების შეწყვეტა, რაც შესაბამისად კიდევ უფრო ამძიმებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას. არსებობს ლიტერატურა იმის შესახებ, რომ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გართულებების სიხშირე, ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში აღწევს 90-100%-ს (Montuoro A., Ialle M., Ingletto D. 2000; Sarris A.H., Hegemeister F., Adams L.M., et.al. 2000; Sposto R., meadows A.T., Chilcote R.R. et.al. 2001).

J.H. Meurman S. Pyrhönen L. Teerenhovi C. Lindqvist (1997) მიერ წლების მანძილზე ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ბაქტერიემიის მნიშვნელოვანი წყაროა პირის ღრუ. იმუნოსუპრესიული თერაპიის დაწყებამდე თუ არ მოხდა პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა და ქრონიკული ანთებითი კერების სანაცია, შესაძლოა მას მოჰყვეს სიცოცხლისათვის საშიში ინფექციების განვითარება.

ქიმიოთერაპიის ფონზე ასევე ქვეითდება პაციენტის სიცოცხლის ხარისხი. ონკოლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებში სიცოცხლის ხარისხის ზოგიერთი პარამეტრი განმსაზღვრელ მნიშვნელობას იძენს, რომლის იდენტიფიცირება და გაზომვა შეუძლებელია. სიცოცხლის ხარისხის გამოკვლევა ონკოლოგიაში ასრულებს განსაკუთრებით მთავარ როლს როგორც კლინიკურ გამოკვლევებში, ისე კლინიკურ პრაქტიკაში (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007).

მწვავე ლეიკემიების და არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულთა დიაგნოსტიკის სირთულეს წარმოადგენს ის, რომ დღეისათვის არ არსებობს რაციონალური გამოკვლევის კომპლექსური მეთოდები და ერთიანი დიაგნოსტიკის

კრიტერიუმები პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიური ცვლილებების იდენტიფიკაციისთვის (Постнова И.В. 2005).

მიუხედავად არსებული ძირითადი დაავადების მკურნალობის მეთოდების და საშუალებათა დიდი მრავალფეროვნებისა, პირის ღრუს დაავადების მკურნალობის საკითხი ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში დღემდე გადაუჭრელია და სტომატოლოგიის აქტუალურ პრობლემად რჩება.

დღეისათვის არ არსებობს ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში, ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მეცნიერულად დასაბუთებული სისტემა. ამდენად, მნიშვნელოვანია ჰემობლასტოზებით დაავადებულთა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მდგომარეობის შეფასების, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ღონისძიებათა კომპლექსის შექმნა, რაც ხელს შეუწყობს ძირითადი დაავადების მიმდინარეობის გაუმჯობესებასაც.

**კვლევის მიზანი:** ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმებით დაავადებული პაციენტების სტომატოლოგიური სტატუსის შესწავლა, სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავება და დანერგვა აღნიშნული კონტინგენტის სტომატოლოგიური, ძირითადი დაავადების მიმდინარეობისა და სიცოცხლის ხარისხის გასაუმჯობესებლად.

**ნაშრომის ამოცანები:**

- ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სტომატოლოგიური სტატუსის შესწავლა ძირითადი პათოლოგიის სხვადასხვა ფორმებისა და სტადიების დროს, ციტოსტატიკური თერაპიის დინამიკაში, რემისიის და რეციდივის დროს.
- ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის შესწავლა ფეოდოროვ-ვოლოდკინას ინდექსის მიხედვით და მისი რეგულირება დაავადების საწყის ეტაპსა და აპლაზიის სტადიაში;
- ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების ღრძილების მდგომარეობის შეფასება გინგივიტის (PMA) ინდექსით მკურნალობის დინამიკაში. სისხლდენის ხარისხის შესწავლა Kotschke H.J. მიერ მოწოდებული ინდექსის

გამოყენებით;

- ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ნაცხის მიკრობიოლოგიური ანალიზი.
- ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის შესწავლა “სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის გავლენის პროფილი,-ს კითხვარის საშუალებით, მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ.
- ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გეგმის შემუშავება და კლინიკური ეფექტურობის შეფასება.

#### **ნაშრომის სამეცნიერო სიახლე:**

- პირველად იქნება დადგენილი ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმებით დაავადებული პაციენტების სტომატოლოგიური სტატუსი დაავადების სხვადასხვა სტადიაზე და ციტოსტატიკური თერაპიის დინამიკაში.
- პირველად იქნება შესწავლილი ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების სიცოცხლის ხარისხი, პირის ღრუს ადგილობრივ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ, ჩვენს მიერ კორექტირებული სპეციალური კითხვარის საშუალებით.
- პირველად იქნება შესწავლილი ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით, დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა ფეოდოროვ-ვოლოდკინას ინდექსის და ღრძილების მდგომარეობა PMA ინდექსის მიხედვით - დინამიკაში.
- პირველად იქნება გამოყენებული სამამულო პრეპარატები „კამელინი“ და „უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2“ ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების ლორწოვანი გარსის მკურნალობის კომპლექსში და იქნება შეფასებული მათი მკურნალობის ეფექტურობა.
- პირველად იქნება შემუშავებული პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების კომპლექსი ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტთათვის და კლინიკური ეფექტურობის შეფასება დაავადების სხვადასხვა



ფორმების დროს.

**ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება:**

- შემუშავებული მკურნალობის კომპლექსი დაეხმარება პრაქტიკოს ექიმებს ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ლორწოვანი გარსის პათოლოგიათა მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებაში.
- შემუშავებული კომპლექსის გამოყენებით, შემცირებული იქნება ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების ლორწოვანი გარსის მკურნალობის ვადები.
- პირის ღრუს ადგილობრივი მკურნალობა, დაეხმარება პაციენტებს სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაში, მისცემს პაციენტებს: სრულფასოვანი კვების, მეტყველების, კომუნიკაციის საშუალებას, მკურნალობის გაგრძელების სტიმულს, შეუმსუბუქებს ძირითადი დაავადების სიმძიმეს.
- შემუშავებული მკურნალობის კომპლექსის გამოყენებით გახანგრძლივდება ლორწოვანი გარსის დაავადებების რემისიის ვადები.

**პუბლიკაციები.** დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 5 სამეცნიერო ნაშრომი. დისერტაციის მასალები მოხსენებულია საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის მე-13 საერთაშორისო კონგრესზე.

**ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა.** დისერტაცია მოიცავს შემდეგ თავებს: შესავალისგან, 3 თავისგან (ლიტერატურის მიმოხილვა, მასალა და კვლევის მეთოდები, საკუთარი გამოკვლევის შედეგები და მათი განსჯა) და დასკვნებისაგან, პრაქტიკული რეკომენდაციებისაგან, გადმოცემულია კომპიუტერზე ნაბეჭდ 174 გვერდზე.

ნაშრომი ილუსტრირებულია 48 ცხრილით, 11 სურათით, 14 დიაგრამით, ციტირებული სამედიცინო ლიტერატურის ნუსხა შეიცავს 170 დასახელების წყაროს, ნაშრომს თან ახლავს 2 დანართი 6 გვერდზე.

## თავი I

### ლიტერატურის მიმოხილვა

#### I.1. პირის ღრუში განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებში

პირის ღრუს ორგანოები და ქსოვილები მჭიდრო ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ურთიერთკავშირშია ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემებთან (Боровский Е.В. 1991; Ghandour K., Issa M. 1991). ამის დასტურია ის რომ, ორგანიზმში მიმდინარე ზოგადი პათოლოგიური პროცესების პირველადი გამოვლინება ხშირად პირის ღრუში ხდება. ამიტომაც ნებისმიერი ექიმი პაციენტის გამოკვლევას პირის ღრუს დათვალიერებით იწყებს (Боровский Е.В. 1984; Рыбков А.И., Челидзе Л.Н., 1990; Банченко Г.В., Рабинович И.М. 2002). პირის ღრუში - ენაზე და ლორწოვან გარსებზე სხვადასხვა ფორმით გამოვლინდება მთელი რიგი ინფექციური დაავადებები: ინფექციური სიყვითლე - ბოტკინის დაავადება, ტუბერკულოზი, ათაშანგი, შიდსი, ბავშვთა ინფექციური დაავადებები. ასევე ნიშანდობლივი ცვლილებები აისახება პირის ღრუს ლორწოვან გარსებზე ზოგადი სომატური დაავადებების დროს, როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, კუჭ-ნაწლავის, ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, ჰიპო და ავიტამინოზები. განსაკუთრებული სიმწვავეით გამოვლინდება პირის ღრუს ლორწოვან გარსებზე სისხლისა და სისხლმზადი სისტემების დაავადებები (Боровский Е.В. 2001; Shalu Chandna, Manish Bathla 2011).

ქიმიოთერაპია არის, ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის ძირითადი მეთოდი, რომელიც აძლევს ავადმყოფთა 20-30%-ს რეციდივის გარეშე სიცოცხლის გახანგრძლივების საშუალებას (შენგელაია.ა., ჯავახაძე თ., ტოტოლიაშვილი ნ. 2008; Ковалева Л.Г. 1990; Персин Л. С 2006; Мишутина О. Л. 2007; Arlin Z., Case D.C. Jr., Moore J., et.al.1990; Morrison F.S., Kopecky K.J., Head D.R. 1992; Bloomfield C.D., Lawrence D., et.al. 1994; Berman E. 1995; Head D., Kpecky K.J., Weick J.1995; Brunning R.D., Matutes E., Harris N.L., et al.2001)[165].

Турманидзе Т.Р., Челидзе Л.Н. (2003) მიიჩნევენ, რომ ქიმიოთერაპიის მიმართ განსაკუთრებით მგრძობიარეა ლორწოვანი გარსები. დაზიანებები ამ დროს ვლინდება ორალური მუკოზიტის და ლორწოვანის სიმშრალით.

Буляков Р.Т. (2010) მოგვარდა, პირის ღრუში პათოლოგიური ცვლილებების გამომწვევი ფაქტორების ჩამონათვალი: 1. იმუნოდეფიციტი - ამ ფონზე ვლინდება იფექციური სტომატიტის მძიმე ფორმები, რეაქტივირდება ჰერპესული ინფექცია, პროგრესირებს კანდიდოზი; 2. ანთების ზონაში კლინიკურად ვლინდება ლიმფობლასტური ინფილტრაცია (გინგივიტი, გართულებული კარიესი, პერიკორონარიტი, პაროტიტი); 3. ჰემორაგიული სინდრომი - კლინიკურ მნიშვნელობას იღებს ქსოვილების მთლიანობის დარღვევისას; 4. ანემია - ნიღბავს ანთების სიმპტომებს - გავლენას ახდენს ქსოვილების აღდგენაზე; 5. ციტოსტატიკური თერაპია - არის იმუნოდეფიციტის ერთერთი მიზეზი. ქიმიოთერაპიის შედეგად განვითარებული პირის ღრუს სიმშრალე ასრულებს მთავარ როლს პირის ღრუს მწვავე ინფექციების პათოგენეზში, აღნიშნავს Bergmann O.J.(1991).

ციტოსტატიკური თერაპიის შედეგად გამოყოფენ დაავადების მიდინარეობის შემდეგ სტადიებს: შეტევა, რემისია (სრული და არასრული), რეციდივი (პირველი და განმეორებითი) და აპლაზიას. განსხვავებულია ლორწოვანის მდგომარეობა დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა ეტაპზე, რემისიის და რეციდივის პერიოდში. დღემდე არ არის შესწავლილი პირის ღრუს ლორწოვანის მდგომარეობა დაავადების სხვადასხვა ფორმებისა და სტადიის მიხედვით. ხშირია კანდიდოზი, ციტოსტატიკური თერაპიის შემდეგ განვითარებულ იმუნოსუპრესიის და მძიმე ნეიტროპენიის პერიოდში (Alberth M., Majoros L., Kovalecz G., et.al. 2006).

Morais E.F., Lira J.A., Macedo R.A., et al. (2014) მიერ შესწავლილია ქიმიოთერაპიის ფონზე მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიის გამოვლინება, რომელიც უხშირესად გვხვდება ბავშვებში. პირის ღრუდან აღებული მასალის შესწავლის მიხედვით დადგინდა, რომ ლორწოვანი გარსის ცვლილებებიდან, ყველაზე ხშირად ადგილი ჰქონდა; მუკოზიტს, კანდიდოზს, პარადონტიტს და გინგივიტს. პირის ღრუს ლორწოვანის მდგომარეობა იცვლებოდა პირის ღრუს ჰიგიენის მიხედვით.

დაზიანების ელემენტები ვლინდებოდა როგორც ქიმიოთერაპიის ჩატარების დროს, ასევე მკურნალობის კურსის დამთავრების შემდეგ. ქიმიოთერაპიის შემდგომ პერიოდში ვლინდებოდა ღრძილების ჰიპერტროფია.

ჰემობლასტოზებით დაავადებულთა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიური ცვლილებების შესახებ ჯერ კიდევ 1961 წელს Г.В. Осеченский მოგვარდა შემდეგი ინფორმაცია: მწვავე ლეიკემია სიმსივნეების 2-3%-ს შეადგენს. ლეიკემიები სისტემური დაავადებებია, რომლებიც ხასიათდებიან სისხლმზადი ორგანოების უჯრედების პროგრესირებადი ჰიპერპლაზიით, სადაც პროლიფერაციული პროცესები სჭარბობს უჯრედთა დიფერენციაციას. სისხლის უჯრედები ანაპლაზირდება და ბლასტომურ თვისებებს იძენს, შემდგომში პათოლოგიური სისხლწარმოქმნის უბნები ჩნდება სხვადასხვა ორგანოებში და მათ შორის პირის ღრუშიც. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ახასიათებს ლეიკემიით დაავადებულ ყველა პაციენტს, დაავადების მიმდინარეობის გარკვეულ ეტაპზე. ასეთი ავადმყოფები პირველ რიგში ხვდებიან ექიმ-სტომატოლოგთან (Гайсенюк Л.А.2000). ანაპლაზიის ხარისხის და დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ: მწვავე და ქრონიკულ ლეიკემიებს.

ზოგიერთი ავტორის აზრით, პირის ღრუში ცვლილებები გამოწვეულია არა ძირითადი სიმსივნური დაავადებით, არამედ ციტოსტატიკური და ჰორმონოთერაპიის შედეგად (Иванова О.В., 2001; Боброев А.П., Ткаченко Т.Б., 2006; Epstein J.B., Schubert M.M., 2003; Brown C.G., Wingard J., 2004; Sonis S.T., 2004; Velez J. et al., 2004).

მეტად მნიშვნელოვანია ავტორთა აზრი რომელთაც მიაჩნიათ, რომ მწვავე ლეიკემიების დროს ყველაზე ხშირად ცვლილებებს განიცდის პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი. დაავადების პირველი სიმპტომები, რომელსაც პაციენტი ამჩნევს, ვლინდება პირის ღრუში, რის გამოც პირველი შეხება ასეთ პაციენტთან აქვს ექიმ სტომატოლოგს. აქედან გამომდინარე სისხლის პათოლოგიის გამოვლინების ცოდნას დიდი მნიშვნელობა აქვს, სისხლის დაავადებების სწორი და ადრეული დიაგნოსტიკასათვის და მათი შემდგომი მკურნალობისათვის (Silva BA., Siqueira CR., Castro PH., et.al. 2012; Sepúlveda E., Brethauer U., Fernández E., et.al.2012).

ზემოაღნიშნული მონაცემებიდან გამომდინარე შეიძლება ითქვას, რომ ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების, პირის ღრუში აღინიშნება ლორწოვანი გარსის პათოლოგიური ცვლილებების დიდი მრავალფეროვნება.

## *1.2. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიათა დიაგნოსტიკის საკითხები*

მეტად პრობლემატურია სისხლის დაავადებების პირის ღრუში გამოვლინებების დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობის საკითხები. დიაგნოსტიკური შეცდომები განპირობებულია იმით, რომ ლეიკემიის დროს დაავადების საწყის ეტაპზე განვითარებული ცვლილებები არასაკმარისადაა შესწავლილი (Neagu I., Tabarcea I.C., Vataman R. 2010).

კლინიკური სტომატოლოგიის ამოცანაა პირის ღრუს ორგანოების და ქსოვილების დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდების სრულყოფა (И. Ю. Диденко 2011). მიუხედავად გარკვეული მიღწევებისა ჯერ კიდევ ბოლომდე არ არის გადაჭრილი ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის, პათოლოგიური ცვლილებების დიაგნოსტიკის პრობლემები.

პირის ღრუს ლორწოვანის და ტუჩის დაავადებების ზუსტი დიაგნოსტიკა მხოლოდ შემთხვევათა 30-35%-შია შესაძლებელი (E.B. Боровского 2001; Загорский С.Э. 2009).

Neagu I., Tabarcea I.C., Vataman R. (2010) - აზრით, დიაგნოსტიკის სირთულე დაკავშირებულია შემდეგ ფაქტორებთან:

1. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებებით მიმდინარე დაავადებათა სიმრავლით, რომელიც ხასიათდება მსგავსი კლინიკური ნიშნებით;

2. კლინიკური სურათის დინამიკის ცვლილებით არასასურველი გარეგანი (ეკოლოგიური) და შინაგანი (სტომატოლოგიური პათოლოგია, წამლების ხანგრძლივი მიღება) ფაქტორების ზემოქმედებით;

3. მთელი რიგი დაავადებების (ქრონიკული აფთური სტომატიტის, წითელი მგლურა და ა.შ.) ქრონიკული მორეციდივე მიმდინარეობით.

4. პირის ღრუს ლორწოვანზე და ტუჩებზე ვლინდება ზოგადი დაავადებების (სისხლის დაავადებები, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები, ვენერიული დაავადებები, შიდსი, სიმსივნე) სიმპტომები.

ჰემობლასტოზების ჯგუფში შემავალი სიმსივნური დაავადებები ვითარდება ლიმფოიდურ, სისხლმზად და მონათესავე ქსოვილებში სპეციფიკური ცვლილებებისა და ავთვისებიანად ტრანსფორმირების შედეგად.

ლეიკემიები სისხლმზადი ქსოვილის ავთვისებიანი სიმსივნეებია პირველადი ლოკალიზაციით ძვლის ტვინში, შემდგომი დისემინაციით პერიფერიულ სისხლში, ელენტაში, ლიმფურ კვანძებსა და სხვა ქსოვილებში (რ.ღვამიჩავა, მ.შავდია 2010; Г.В. Осеченский 1961).

FAB-ის (French-American-British) [169] კლასიფიკაციით არჩევენ ლიმფობლასტურ და მიელოიდურ ლეიკემიებს. ასევე გამოყოფენ მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიის (OLL) 3 ფორმას L1, L2, L3 და მწვავე მიელოიდური ლეიკემიის (OML) 7 ფორმას (Bennett J, Catovsky D, Daniel M, et al. 1976; Matsuo T., Tomonaga M., Bennett J.M., et.al. 1988; Vardiman J.W., Harris N.L., Brunning R.D., 2002)[164].

M0 – არადიფერენცირებული მწვავე მიელოლეიკემია;

M1 – მიელობლასტური ლეიკემია უჯრედების მომწიფების გარეშე;

M2 – მიელობლასტური ლეიკემია უჯრედების მომწიფებით;

M3 – პრომიელოციტური ლეიკემია;

M4 – მიელომონოციტური ლეიკემია;

M5 – მონობლასტური ლეიკემია;

M6 – ერიტროლეიკემია;

M7 – მეგაკარობლასტური ლეიკემია.

L1 - წარმოდგენილია მცირე ზომის ერთნაირი ლიმფობლასტებით და უფრო ხშირად გვხვდება ბავშვთა ასაკში მწვავე ლიმფოიდური ლეიკემიის დროს.

L2 - ტიპისათვის დამახასიათებელია დიდი ზომის და განსხვავებული ფორმის ლიმფობლასტები. ეს ტიპი უფრო ხშირად ზრდასრულ ასაკში გვხვდება.

L3 - ტიპი ბერკიტის ლიმფომურ უჯრედებს წააგავს. გვხვდება როგორც ბავშვთა, ისე ზრდასრულ ასაკში მწვავე ლეიკემიის დროს.

ქრონიკულ მიელოპროლიფერაციულ დაავადებებს საფუძვლად უდევს პოლიპოტენტური დეროვანი უჯრედის სიმსივნური ტრანსფორმაცია და პროლიფერაცია. ქრონიკულ მიელოპროლიფერაციულ დაავადებებს მიეკუთვნება დაავადებები, რომელთა სუბსტრატს წარმოადგენს მწიფე უჯრედის მსგავსი ავთვისებიანად გადაგვარებული უჯრედი.

- ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემია;
- ქრონიკული მონოციტური ლეიკემია;
- სუბლეიკემიური მიელოზი;
- ერითრემია;
- ესენციური თრომბოციტემია და სხვა.

ქრონიკულ ლიმფოპროლიფერაციულ დაავადებას საფუძვლად უდევს ლიმფოიდური უჯრედების წინამორბედის სიმსივნური გადაგვარება, სუბსტრატს წარმოადგენენ მწიფე უჯრედები, ლიმფოციტები და პლაზმური უჯრედები. ქრონიკულ ლიმფოპროლიფერაციულ დაავადებას მიეკუთვნება:

- ქრონიკული ლიმფოციტური ლეიკემია;
- მრავლობითი მიელომა;
- და სხვა.

ავთვისებიანი ლიმფომები სიმსივნეებია, რომელთაც ახასიათებს ლიმფოიდური B-, T- და NK- უჯრედების ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია. ლიმფომები იყოფა 2 ჯგუფად: ჰოჯკინის ლიმფომა - ლიმფოგრანულომატოზი და არაჰოჯკინის ლიმფომა - ლიმფოსარკომა (რ.ღვამიჩავა, მ.შავდია 2010).

ჰოჯკინის ლიმფომის ჰისტოლოგიური REAL (A Revise European-American classification Lymphoid neoplasms) კლასიფიკაცია (რ.ღვამიჩავა, მ.შავდია 2010):

- ნოდულური სკლეროზი;
- შერეული უჯრედული;

- ლიმფოიდური სიჭარბით;
- ლიმფოიდური გამოფიტვით.

არაჰოჯკინის ლიმფომა ხასიათდება მრავალფეროვნებით. არაჰოჯკინის ლიმფომის ჯანმო-ს კლასიფიკაცია ითვალისწინებს მორფოლოგიას, იმუნოფენოტიპს, გენოტიპსა და ციტოგენეტიკას (რ.ღვამიჩავა, მ.შავდია 2010). არჩევენ T- და B- წინამორბედებისგან განვითარებული სიმსივნეებს:

- T - ლიმფობლასტური ლიმფომა;
- B - ლიმფობლასტური ლიმფომა.

მწიფე B- უჯრედული სიმსივნეები:

- ქრონიკული ლიმფოციტური ლეიკემია/ წვრილუჯრედოვანი;
- B- პროლიმფოციტური ლეიკემია;
- ლიმფოპლაზმოციტური ლიმფომა/ ვალდენსტრემის მაკროგლობულინემია;
- ბუსუსოვანუჯრედოვანი ლეიკემია;
- ექსტრანოდალური მარგინალური ზონის B- ლიმფომა/MALT-ლიმფომა/;
- მანტიის უჯრედული ლიმფომა;
- მედიასტინური /თიმუსის/ B- მსხვილუჯრედული ლიმფომა;
- ინტრავასკულური B- მსხვილუჯრედული ლიმფომა;
- ბერკიტის/ ბერკიტის მსგავსი ლიმფომა.

მწიფე T - და NK- უჯრედული ლეიკემია:

- T - უჯრედული პროლიმფოციტური ლეიკემია;
- T - მსხვილუჯრედული გრანულური ლიმფოციტური ლეიკემია;
- აგრესიული NK- უჯრედული ლეიკემია;
- მოზრდილების T -უჯრედული ლეიკემია/ლიმფომა/;
- ენტეროპათიის ტიპის T-უჯრედული ლიმფომა;
- სუბკუტანური პანიკულიტის ტიპის T-უჯრედული ლიმფომა;
- ბლასტური NK-უჯრედული ლეიკემია;
- ფუნგოიდური მიკოზი და სეზარის სინდრომი;
- კანის პირველადი CD30 პოზიტიური T-უჯრედული ლიმფომა,
- ანგიომონობლასტური T-უჯრედული ლიმფომა;



- ანაპლაზიური მსხვილუჯრედული ლიმფომა;
- პერიფერიული T-უჯრედული ლიმფომა, არასპეციფიკური.

ავტორთა ჯგუფს Gowda T.M., Thomas R., Shanmukhappa S.M., et.al. (2013) მიაჩნია, რომ ვინაიდან ლეიკემიის დროს ღრძილების ჰიპერპლაზია წარმოადგენს ლეიკემიის ადრეული გამოვლინების მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ მაჩვენებელს სტომატოლოგებისათვის, ამიტომ მნიშვნელოვანია პირის ღრუს პროფესიონალური მოვლა.

ღრძილების ჰიპერტროფია მოითხოვს სრულყოფილი დიაგნოსტიკური გამოკვლევის ჩატარებას და დაუყოვნებლივ გაგზავნას ჰემატოლოგთან. ძირითადი დაავადების დროულმა დიაგნოსტიკამ და დროულმა რეფერალმა შესაძლოა იხსნას პაციენტის სიცოცხლე, აღნიშნავენ Singh-Rambiritch S., Wood N.H.(2012).

მნიშვნელოვანია ავტორთა აზრი იმის შესახებ, რომ მწვავე ლეიკემიის დროს თრომბოციტოპენია არ არის კორელაციურ კავშირში ღრძილების დაზიანების გავრცელებასთან, პაროდონტიტთან და სისხლდენასთან (Angst P.D., Dutra D.A., Moreira C.H., et al.2011).

პირის ღრუს დონეზე, სიმსივნური ინფილტრატის დიაგნოსტიკას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. ამისათვის Păunică S.C., Dumitriu A., Mogoș M., et.al. (2009) ავტორებმა მოგვაწოდეს ინფორმაცია თერმოგრაფიული გამოსახულების შესახებ, რომელიც საუკეთესო ალტერნატივაა ძვირადღირებულ კომპიუტერულ და მაგნიტორეზონანსულ გამოკვლევასთან შედარებით, რადგან მკურნალობის პროცესში გამოკვლევა არაერთხელ ესაჭიროება პაციენტს და ეს მეთოდი უფრო ხელმისაწვდომია. თერმოგრაფიული გამოსახულება გამოიყენება პაროდონტის მდგომარეობის შესაფასებლად, იგი არის ალტერნატივა პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ანთებების, ინფექციების და სიმსივნური ინფილტრატების დიაგნოსტიკის დროს, ასევე მოსალოდნელი ლეიკემიური ინფილტრატების გამოსავლენად, რომელიც ტარდება, პაროდონტის კონკრეტული იფექციის და ანთებითი დაზიანების დროს, თერაპიული რემისიის შემდეგ.

Lilian Menezes და Jyoti R. Rao (2012) თვლიან, რომ მწვავე ლეიკემიის ადრეულმა დიაგნოსტიკამ და მკურნალობამ შესაძლოა გაზარდოს დაავადების რემისიის შანსი.

ამრიგად, საჭიროა ექიმი სტომატოლოგის პროფესიონალური კოორდინაცია სხვა სპეციალისტებთან, რადგან სტომატოლოგი პასუხისმგებელია პირის ღრუს ლორწოვანის ცვლილებების ინიცირებაში და ლეიკემიაზე დროულად ეჭვის შეტანაში, რაც უზრუნველყოფს პაციენტის უსწრაფესი რეფერალის განხორციელებას. ამდენად, აუცილებელია, ექიმ სტომატოლოგს ჰქონდეს ამომწურავი ცოდნა, პირის ღრუში ლეიკემიის პირველადი გამოვლინებების და გართულებების შესახებ, ამ დაავადების დროული დიაგნოსტიკის და შემდგომი სწორი მკურნალობისათვის (Lilian Menezes, Jyoti R. Rao 2012).

ბოლო წლებში შეინიშნება მწვავე ლეიკემიის, ავთვისებიანი სიმსივნეების ერთდროული მატება, რაც განპირობებულია რადიაციული ფონის გაზრდით, ქიმიური კანცეროგენებით და არასასურველი ეკოლოგიური მდგომარეობით (Поддубная И.В., 2002; Чиссов В.И., Дарьянова С.И., 2007; Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2008; Strassmann G., Kambayashi T.1995).

ლორწოვანის დაზიანებების სიმძიმე და ფორმა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების: გინგივიტის, სტომატიტის, ბაქტერიული და სოკოვანი პათოლოგიის დროული და ზუსტი დიაგნოსტიკა, სწორი მკურნალობის ტაქტიკა იწვევს ლეიკემიით დაავადებული ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებას და ხელს უწყობს ძირითადი დაავადების მკურნალობის პროცესს.

მწვავე ლეიკემიების და არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულთა დიაგნოსტიკის სირთულეს წარმოადგენს ის, რომ დღეისათვის არ არსებობს რაციონალური გამოკვლევის კომპლექსური მეთოდები, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიური ცვლილებების იდენტიფიკაციისთვის (ПостноваИ. В.2005).

ჰემობლასტოზების დროს არ არსებობს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებების ერთიანი დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები (ПостноваИ. В.2005).

არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული პაციენტების საშუალო სიცოცხლის ხანგრძლივობა 3-დან 8-10 წლამდეა (Подольцева Э.И., 2004; Coiffier B. et al., 2002; Hennessy B.T. et al., 2004) და ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულების 60%-ში მიღებულია სიცოცხლის გახანგრძლივება 20 წლამდე რეციდივის გარეშე (Brandtet L.

et al., 2001; Canellos G.P., Niedzwiecki D., 2002). ეს მიღწევები დაკავშირებულია სიმსივნური დაავადებების დიაგნოსტიკის მეთოდების გაუმჯობესებასთან და პრაქტიკაში მრავალკომპონენტური პოლიქიმიოთერაპიული სქემის დანერგვასთან (Переводчикова Н.И.,1993).

შეუძლებელია არ აღვნიშნოთ ლეიკემიის დიაგნოსტიკის სირთულე, როდესაც ცვლილებები გამოხატულია მხოლოდ პირის ღრუს ლორწოვანზე, ასეთი პაციენტები სხვადასხვა დიაგნოზით ხვდებიან სტომატოლოგიურ კლინიკებში - კბილის ტკივილი, ჰიპერტროფიული გინგივიტი, ალვეოლური პიორეა, პოსტექსტრაქციული სისხლდენა, ყბის ოსტეომიელიტი, სტომატიტი, პაროდონტიტი, მიკროგლოსია, ჰემორაგიები, წყლულოვან-ნეკროზული პროცესები. ამდენად, მეტად მნიშვნელოვანია სტომატოლოგების მიერ ლეიკემიის გამოვლინების ცოდნა, ლორწოვანი გარსის პათოლოგიური ცვლილებების აღმოჩენისას კი საჭიროა პაციენტს ჩაუტარდეს დამატებითი გამოკვლევა და დროულად მოხდეს მისი რეფერალი (Silva B.A., Siqueira C.R., Castro P.H., et.al..2012).

### *1.3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების კლინიკა*

ჰემობლასტოზებით დაავადების სხვადასხვა ფორმებისა და სტადიების დროს კლინიკა პოლიმორფულია. დაავადების დასაწყისი შეიძლება იყოს უცვარი ან თანდათანობითი. დასაწყისს არ გააჩნია სპეციფიური კლინიკური ნიშანი, მხოლოდ გულდასმითი კლინიკური ანალიზით ვლინდება სერიოზული დაავადება, რომელიც ბანალური ინფექციის ქვეშ შეიძლება იმალებოდეს.

მწვავე ლეიკემიისათვის დამახასიათებელია პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მთელი რიგი პათოლოგიები, რომლებიც ხშირ შემთხვევაში მნიშვნელოვნად ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას. ლორწოვანი გარსის დაავადებების გამოვლინებები განსხვავდებიან მწვავე ლეიკემიის სხვადასხვა ფორმისა და სტადიის დამოკიდებულებით, რასაც არაერთი მეცნიერი ამტკიცებს თავიანთ ნაშრომებში

(Осеченский Г.В.1961; Буляков Р.Т. Гумерова Э.Р. 2010; Silvia B.A., Siqueira C.R., Casttro P.H. et.al. 2012).

მეტად საყურადღებოა ლეიკემიის დროს პირის ღრუში მიმდინარე ცვლილებების ცოდნა. ლეიკემიის დროს ხშირი გამოვლინება არის ერთემატოზული ან მოლურჯო ჰიპერპლაზია ნეკროზებით ან მის გარეშე, ასევე პეტეჩიები, ექჰიმოზები, წყლულები ლორწოვანზე და სისხლდენა. ღრძილების ასეთი ცვლილებები ნაწილობრივ არის დამოკიდებული ქსოვილების ანთებებზე (Burkett L. 1977; Bressman E., Decter J.A., Chasen A.I., et.al.1982; Glickman I. 2003). ღრძილების ჰიპერტროფია შეიძლება დაკავშირებული იყოს ლეიკემიურ ინფილტრაციასთან ან მეორადად, ადგილობრივი გამდიზიანებლით გამოწვეულ, უკვე არსებულ პაროდონტიტის დაავადებასთან ან ორივესთან ერთად (Boggs D.R., Winntrobe M.M., Cartwright G.E. 1962).

აღსანიშნავია, რომ ღრძილებიდან სისხლდენა ხშირად ლეიკემიის პირველი კლინიკური ნიშანია. ღრძილების ჰიპერპლაზია და ინფილტრაცია ლეიკემიური უჯრედებით იმდენად შესამჩნევია, რომ ისინი კბილის ზედაპირებს თითქმის მთლიანად ფარავენ. სისხლდენა პაციენტებს საკვების მიღებაში ხელს უშლის (Ю.А. Ашмарин 1972) ხშირია ღრძილების დაწყლულება და ნეკროზი. Sepúlveda E., Brethauer U., Fernández E., et.al.(2012) ავტორებს მიაჩნიათ, რომ კბილების ექსტრაქციის შემდგომ განვითარებული პერსისტული სისხლდენა და ღრძილების გენერალიზებული ჰიპერტროფია დროის მოკლე მონაკვეთში, საჭიროებს ჰემატოლოგის ჩართვას მკურნალობაში.

Popruzhenko T.V. (1992) ამტკიცებს, რომ ლეიკემიის გამოვლინების პირველივე ნიშნები ემთხვევა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებებს (მწვავე ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტი, პერიოსტიტი, პაროტიტი), გახანგრძლივებული ინფექციური პროცესი, ანთებითი კერების მყარი ქსოვილოვანი ინფილტრაცია, სისხლჩაქცევები, ზოგადი მდგომარეობის ცვლილება - შეიძლება განვიხილოთ როგორც ლეიკემიის დიაგნოსტიკური ნიშნები, რაც მოითხოვს შემდგომი ღრმა გამოკვლევების ჩატარებას სტომატოლოგის და ჰემატოლოგის მიერ.

Stafford R., Sonis S., Lockhart P., et.al. (1980) ავტორთა მონაცემებით, მწვავე ლეიკემიის დიაგნოსტიკის ყველაზე ხშირი სიმპტომი, ლეიკემიაზე ეჭვის შემხვევაში,

იყო პირის ღრუს პათოლოგიური ცვლილებები. ასევე თავისა და კისრის ლიმფადენოპათია, თრომბოციტოპენია. ლეიკემიის დროს ფართო ლეიკემიური ინფილტრატების და სისხლჩაქცევების ადგილას ვითარდება ლორწოვანის წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანებები. ნეკროზის განვითარებაში მნიშვნელოვანი გარეგანი ფაქტორია მიკრობები. ლეიკემიის დროს გადიდებულია ლიმფური ჯირკვლები, ისინი რბილი და უმტკივნეულოა. ლეიკემია ზოგჯერ მიმდინარეობს გამონატული სპეციფიური ინფილტრატებით კანზე და პირის ღრუს ლორწოვანზე.

Hou G.L., Tsai C.C. (1988) ღრძილების პირველად შემუშავას მწვავე მიელომონოციტური ლეიკემიის მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ მაჩვენებელად მიიჩნევს, რასაც საფუძვლად უდევს ლეიკემიური ინფილტრაცია.

ღრძილების ჰიპერპლაზია არის მწვავე მონოციტური ლეიკემიის, ტიპური დამახასიათებელი სიმპტომი მაშინ, როცა ეს არ აღინიშნება მწვავე მიელობლასტური ან მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიის დროს.

Mariotti A. (1999) თავის ნაშრომში აღწერა ღრძილების დაავადებების კლასიფიკაცია კბილებზე ნადების მიხედვით. გამოყო ღრძილების დაავადებით ინდუცირებული კბილების ნადების 2 კატეგორია: 1. ნადები გამოწვეული ადგილობრივი ფაქტორების ზემოქმედებით, 2. ადგილობრივი ფაქტორებით და პაციენტის ორგანიზმში მიმდინარე კონკრეტული სისტემური ფაქტორების ცვლილებებით გამოწვეული ნადები. ღრძილების დაავადებების კლინიკური მახასიათებლები ასოცირებულია კბილების ნადებთან, ჰორმონების ენდოგენურ მერყეობასთან, წამლებთან, სისტემურ დაავადებებთან და მალნუტრიციასთან.

Dreizen S., McCredie K.B., Keating et.al. (1983) მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ: 1076 ქიმიოთერაპიის ჩასატარებელი პაციენტებიდან, ღრძილების ჰიპერტროფია აღინიშნებოდა 3,6%-ში, კანის ლეიკემიური ინფილტრაცია 3,1%-ში და ორივე პათოლოგია ერთად 7,6%-ში. ლეიკემიით დაავადებულ პაციენტებში აღწერილ იქნა ღრძილების და კანის ერთდროული დაზიანებაც, რაც ლეიკემიური ინფილტრაციით იყო გამოწვეული. კანის და ღრძილების ცვლილებები არ იყო დაკავშირებული სქესთან, ასაკთან და ლეიკოციტებთან, ღრძილის დაავადება განსაკუთრებით მიდრეკილი იყო ინფექციური გართულებებისადმი იმ პაციენტებში, რომელთაც

პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა აღენიშნებოდათ.

Ю.А. Ашмарин (1972) მიერ აღწერილია, მწვავე ლეიკემიის გამოვლინება პირის ღრუში : ანემიური, ნეკროზული (ჰემორაგიულ-წყლულოვანი), სიმსივნური და შერეული ფორმით. ანემიური ფორმის დროს ლორწოვანი ფერმკრთალი და ციანოზურია. ჰემორაგიული ფორმის დროს აღინიშნება მრავლობითი სისხლჩაქცევები კანზე, კანქვეშა ქსოვილში და პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. პროცესის პროგრესირებისას ვლინდება ნეკროზულ-წყლულოვანი სინდრომი: ღრძილების დვრილების ნეკროზი და ნეკროზული ანგინა. წყლულები უპირატესად ლოკალიზდება ნუშურებზე. მანვე აღწერა ჰიპერტროფიული გინგივიტის 4 შემთხვევა, რომლებითაც მიმართეს პაციენტებმა სტომატოლოგებს და აღმოჩნდა, რომ ეს იყო ლეიკემიის პირველი სიმპტომი. ღრძილების ასეთი დაზიანება მკურნალობას ძალიან ძნელად ემორჩილება.

ლეიკემიის დროს ნეკროზული პროცესი ხასიათდება მისი მიდრეკილებით, გავრცელებისადმი მეზობელ ლორწოვანის უბნებზე, რასაც დიდი ზომის წყლულების წარმოქმნა მოჰყვება. წყლული არასწორი კონტურით ხასიათდება, მონაცრისფრო ან ჭუჭყიანი რუხი ფერისაა, ხშირად ცუდი სუნის მქონე ნადებითაა დაფარული, რომლის მოშორების შემდეგ რჩება სისხლმდენი ზედაპირი. წყლულისათვის დამახასიათებელი ლოკალიზაციის უბნებია: ლოყების ლორწოვანი (კბილების შეხების ადგილი), ენის გვერდითი ზედაპირი. ენა შეშუპებულია და იფარება მოყავისფრო ნადებით, არაიშვიათად ენის წვერზე ჩნდება წყლულები. წყლულოვან-ნეკროზული პროცესის საწყის ეტაპზე აღინიშნება ჰიპერსალივაცია, რასაც შემდგომ მოყვება ჰიპოსალივაცია, სანერწყვე ჯირკვლებში მიმდინარე დისტროფიული პროცესების პროგრესირების გამო. ტრავმის დროს შესაძლებელია პროფუზული სისხლდენა. ნეკროზი არაიშვიათად ვლინდება ლეიკემიური ინფილტრატის უბნებში (Буляков Р.Т. Гумерова Э.Р.2010).

Буляков Р.Т. (2010) აზრით, სიმსივნური ფორმის დროს ინფილტრატები ვლინდება სხვადასხვა ორგანოებში, მათ შორის ღრძილებშიც. ამ დროს დეფორმაციას განიცდის ღრძილების კიდეები (ანუ ვითარდება ჰიპერტროფიული გინგივიტი), დაავადების საწყის ეტაპზე იწყება ღრძილების გაჯირჯვება ენისკენა და მაგარი

სასისკენა ზედაპირებზე, ვესტიბულურ ზედაპირებთან შედარებით. ეს არის ყველაზე მნიშვნელოვანი სიმპტომი ბანალურ ჰიპერტროფიულ გინგივიტთან სადიფერენციაციოდ. ღრძილების დვრილები იმატებს ზომებში და მთელ გვირგვინს ფარავს, ზოგჯერ სისხლმდენია. კბილები განიცდის მორყევას, ალვეოლური ძვლის დესტრუქციის და ღრძილების ლეიკემიური ინფილტრაციის გამო.

Williams W.J. (1990) თავის ნაშრომში აღნიშნავს, რომ მწვავე მიელოლეიკემიის დროს ღრძილების ინფილტრაციას დაავადების საწყის ეტაპზე, უკავია მოსალოდნელი გართულებების 5% .

ღრძილების ჰიპერპლაზია ყველაზე ხშირად მწვავე მონობლასტური ლეიკემიის გამოვლინების პირველი ნიშანია. ადრეულმა მედიკამენტურმა მკურნალობამ შესაძლოა გადაჭრას ღრძილების ჰიპერპლაზიის საკითხი და თავიდან აგვაცილოს დაავადების პროგრესირება, მიიჩნევენ Demirer S., Ozdemir H., Sencan M., et.al. (2007).

Ellegaard B., Bergmann O.J., Ellegaard J. (1989)- შეისწავლეს მწვავე მიელოიდური ლეიკემიის დროს ღრძილების ანთებაზე კბილებზე არსებული ნადების ყოველდღიურად მოშორების დადებითი ზეგავლენა; კვლევამ აჩვენა, რომ მწვავე მიელოიდური ლეიკემიის დროს, კბილებზე ნადების ყოველდღიურმა მოშორებამ, მეტ-ნაკლებად გადაჭრა ღრძილების დაავადების პრობლემა ასეთ პაციენტებში.

მიელოსუპრესიული ქიმიოთერაპია, მწვავე მიელოიდური ლეიკემიის დროს ზრდის მეორადი ინფექციების რისკს გრანულოციტოპენიის გამო. პაროდონტის ანთებითი დაავადების გამწვავებას მივყავართ სისტემურ ინფექციამდე. ბოლომდე არ არის შესწავლილი მწვავე არალიმფოციტური ლეიკემიის დროს პაროდონტში არსებული მიკრობების თანაფარდობა. კვლევამ აჩვენა, რომ პოტენციურად პათოგენური ბაქტერიები, გრანულოციტოპენიის დროს, წარმოქმნიან კბილებზე ნადებს, რომელიც ამძიმებს ძირითადი დაავადების მიმდინარეობას (Peterson D.E., Minah G.E., Reynolds M.A., et.al. 1990).

ლეიკემიანი პაციენტების ღრძილები წარმოადგენს წამალგამძლე ბაქტერიებისათვის პროლიფერაციის ადგილს და რეზერვუარს. ბაქტერიების ასეთი ანომალური გამრავლების თავიდან ასაცილებლად, აუცილებელია ქიმიოთერაპიამდე

ჩატარდეს კბილების პროფესიული წმენდა, რაც შეამცირებს სისხლდენას (Soga Y., Saito T., Nishimura F., et al 2008).

არსებობს მოსაზრება Soga Y., Saito T., Nishimura F., et al (2008) რომ, ლეიკემიანი პაციენტების ღრძილები ხელსაყრელ გარემოს წარმოადგენს წამალგამძლე ბაქტერიების გამრავლებისათვის. აქედან გამომდინარე, ბაქტერიების გამრავლების თავიდან ასაცილებლად ქიმიოთერაპიამდე, აუცილებელია ჩატარდეს კბილების პროფესიული წმენდა, რაც ამცირებს სისხლდენას და ასევე მიკრობების რაოდენობას.

ბაქტერია *Streptococcus viridans*-ი პირის ღრუში არსებულ მიკრობთა შორის უმნიშვნელო პათოგენური აგენტია, თუმცა იგი წარმოადგენს სერიოზულ პრობლემას ქიმიოთერაპიის შემდგომი ნეიტროპენიით დაავადებულ პაციენტთათვის. ამ ჯგუფის სტრეპტოკოკებით გამოწვეულ ბაქტერიემიას შეიძლება თან ახლდეს ისეთი სერიოზული გართულებები, როგორცაა: დისტრეს სინდრომი (3-33%-მდე), შოკი (7-18%-მდე) ან ენდოკარდიტი (7-8%), სიკვდილიანობა მერყეობს (6-30%-მდე). ანტიბიოტიკების ერაში პენიცილინის გამოყენებამ შეამცირა სტრეპტოკოკ *viridans* ჯგუფის სტრეპტოკოკებით გამოწვეული ინფექციები (Pierre-Yves Bochud, Thierry Calandra, MD, et.al. 2004).

სიმსივნის საწინააღმდეგო პრეპარატების უმრავლესობა მოქმედებს როგორც სიმსივნურ უჯრედებზე, რომლებიც განიცდიან სწრაფ პროლიფერაციას, ასევე ნორმალურ უჯრედებზე, რომლებზედაც ახდენენ ტოქსიურ ზემოქმედებას (Переводчикова Н.И.1993; Гершанович М.И. и др., 1999, 2004; Лосева М.И. и др., 2000).

აღსანიშნავია, რომ ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ყველაზე უფრო დეტალურად გაშუქებულია ლეიკემიების დროს. ლეიკემიის დაავადების ყველა ფორმისა და სტადიის დროს ცვლილებები გამოხატულია პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, რომელიც მნიშვნელოვნად ამძიმებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას და სიცოცხლის ხარისხს და ართულებს რემისიის მიღწევას (Маковская Е. А., 2000; Гажва С. И. 2003; Постнова И. В., Гажва С. П., 2003; Hou G.L.,1997; Meyer U. P. O. Laine 2000; Wu J. J. E. Fantasia, R. Kaplan 2002; Dean A. K. Ferguson J. W., Marvan E. S. 2003). ერთეული შრომებია მიძღვნილი ლიმფომების დროს პირის ღრუში მიმდინარე ცვლილებებისადმი (თურმანიძე თ. 2005; Пустовая Е.И., 1987; Гайсенюк Л.А., 2000; Волкова М.А., 2001; Постнова И.В., Гажва С.И., 2003).



საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ მწვავე ლეიკემიების და არაჰოჯკინის ლიმფომების დროს, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები არ ატარებს სპეციფიურ ხასიათს, მაგრამ ვლინდება სიმპტომო-კომპლექსების სახით (Балева Д.С., Цымлякова Д.М., Лисицин П.Ю. 1995).

ჰემობლასტოზების დროს მნიშვნელოვნად იცვლება ავადმყოფის იმუნოლოგიური სტატუსი (Боровков Н.Н., Волкова С.А., Евдокиева Н.М. 2002).

სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით, ჰემობლასტოზებიდან ყველაზე მეტი სიხშირით გვხვდება ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებები. მათ შორის არაჰოჯკინის და ჰოჯკინის ლიმფომა. დღეისათვის მოზრდილ მოსახლეობას შორის ყველაზე მეტად გავრცელებულია არაჰოჯკინის ლიმფომა (Сосенко Е.В., 1999; Хансон К.П., Имянитов Е.Н., 2004; Ковынев И.Б. и др., 2006; Вержбицкая Н.Е., Магарилл Ю.А., 2007; Swerdlov A. et al., 2001; Vose J.M. et al., 2002).

Кириллова Т.В. (2014) მიერ შესწავლილ იქნა ლიმფომებით დაავადებულ პაციენტებში პირის ღრუს პროფესიონალური ჰიგიენის ჩატარების შემდეგ ციტოკინების სტატუსის ცვლილება. კვლევით დადგინდა: 1. პროფესიონალური ჰიგიენის ჩატარებამ ლიმფომით დაავადებულ პაციენტებში ციტოკინების სტატუსის მკვეთრად გამოხატული ნორმალიზების ტენდენცია; 2. ბევრად ეფექტურია პროფესიონალური ჰიგიენის ჩატარება, ციტოსტატიკური თერაპიის დაწყებამდე და გაგრძელება ქიმიოთერაპიის პერიოდში.

Лепилин А. В., Кириллова Т. В., Ерокина Н. Л. (2013) ავტორთა მიერ გამოკვლეულ იქნა ციტოსტატიკური მკურნალობის დაწყებამდე და მკურნალობის პერიოდში ლიმფომებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს სითხეში ციტოკინების სტატუსი. მაღალი ინტენსივობით გამოვლინდა კარიესები, პაროდონტის ანთებითი ცვლილებები, გამოვლინდა ადგილობრივი იმუნიტეტის დარღვევა და ციტოკინების დისრეგულაცია. 1. მკურნალობის დაწყებამდე, ლიმფომებით დაავადებულ პაციენტებს უკვე გააჩნიათ დამძიმებული სტომატოლოგიური სტატუსი და პირის ღრუს ადგილობრივ იმუნური სისტემის გამოხატული დისბალანსი. პოლიქიმიოთერაპიის შედეგად პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ადგილობრივი იმუნოდეპრესიის ფონზე მატულობს კლინიკური სიმპტომების გამოვლინება. 2.

ლიმფომების დროს ციტოკინური დისრეგულაცია, პირის ღრუში იწვევს ანთებითი პროცესების ქრონიზაციას და წარმოადგენს იმუნოდეპრესიის ერთერთ ძირითად მიზეზს. 3. ქიმიოთერაპიის შედეგად ადგილი აქვს ლორწოვანის იმუნიტეტის დარღვევას, რაც კლინიკურად ვლინდება პირის ღრუში ანთებითი და დისპლაზიის ელემენტებით მიმდინარე ატროფიული პროცესებით.

ონკოჰემატოლოგიური დაავადებების ერთერთ სახეობას წარმოადგენს მრავლობითი მიელომა, რომლის სიხშირე საშუალოდ 100 000 მოსახლეზე 4-5 შემთხვევით განისაზღვრება. თუმცა შეიმჩნევა დაავადების ზრდის ტენდენცია და გაახალგაზრდავებაც (Калимуллина Д.Х., 2004; Абдулкадыров К.М., 2006; Варшавский А.В., Бакиров Б.А., 2010) უმეტეს შემთხვევაში დაავადების პირის ღრუში გამოვლინებებით.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებების ყველაზე მძიმე გართულებად ითვლება წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანება, რომელიც აზიანებს რა ლორწოვანის მთლიანობას ხდება მეორადი ინფექციების შეჭრის კერა (Мосейчук О.А. 2005; Sonis S.T., 2004). ეს გამოვლინებები ერთის მხრივ დაკავშირებულია ციტოსტატიკების უშუალო ზემოქმედებით პირის ღრუს ლორწოვანზე, მეორეს მხრივ მიელოსუპრესიასთან, რომელიც იმუნური უჯრედების განადგურებით აქვეითებს ნერწყვის დამცველობით ფუნქციას. ნეკროზული დაზიანება პაციენტს უქმნის დისკომფორტს და აყენებს ტკივილს, ლაპარაკის დროს და საკვების მიღებისას. ყოველივე ეს იწვევს ფსიქოლოგიურ, ფსიქიკურ, სოციალურ დარღვევებს, რასაც საბოლოოდ მიყვავართ სიცოცხლის ხარისხის გაუარესებისაკენ. ერთეულ შემთხვევაში წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანებები შეიძლება გახდეს ანტიიმსივნური მკურნალობის გადავადების მიზეზი, რაც აუარესებს მკურნალობის შედეგებს. მიელომური დაავადების დროს სტომატოლოგიური სტატუსი გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე და იგი წარმოადგენს ერთერთ კრიტერიუმს ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად (Сахапова Г. Ф. 2012).

Сахапова Г. Ф. (2012) კვლევით დადგინდა, რომ მიელომური დაავადების დროს გამოვლინდა კბილების კარიესული და პაროდონტის ანთებითი დაზიანებები შემთხვევათა 100%-ში. კარიესის ინტენსივობა იზრდებოდა, ჰიგიენური ინდექსი

უარესდებოდა, ასევე პაროდონტის ქსოვილების დაზიანებები იზრდებოდა ძირითადი დაავადების ხანგრძლივობასთან ერთად. მიელომური დაავადების დროს, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კლინიკური გამოვლინება იყო შემდეგი: ლორწოვანი გარსის ანემიური შეფერილობა, ლორწოვანის სიმშრალე. ჰემორაგიული სინდრომი ვლინდებოდა ღრძილების ზონდირებისას სისხლდენით და პეტეჩიებით ენის ქვეშ ლორწოვანზე და რბილ სასაზე 2-7მმ-ის ზომის ჰემორაგიებით ლოყაზე და ენის გვერდით ზედაპირებზე. პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებოდათ ლორწოვანის სიმშრალე, თან ახლდათ ანგულარული ჰელიტი. პაციენტების უმრავლესობაში აღინიშნებოდა სხვადასხვა დაზიანებების ერთობლიობა, ყველაზე მძიმე გართულებას კი წარმოადგენდა წყულოვან-ნეკროზული დაზიანება (ან ქიმიოთერაპიული სტომატიტი). ეს უკანასკნელი ყველაზე ხშირად ლოკალიზებული იყო ტუჩებზე, ლოყებზე და ენის გვერდითი ზედაპირის ლორწოვანზე, რაც დაშლილი კბილების მიერ, მათ ხშირ ტრავმატიზაციაზე მიუთითებს. პირის ღრუს სითხის ჰემილუმინესცენციური ცვლილების მაჩვენებელი არის, ფაგოციტური უჯრედების მიერ ფუნქციონალური აქტივობის გაუმჯობესების კრიტერიუმი და იგი კორელაციაშია წყულოვან-ნეკროზული დაზიანების პროცესის ეპითელიზაციასთან.

#### **I.4. ჰიგიენის როლი ჰემობლასტოზებით დაავადებულების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების გამოვლინებაში**

პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა კანდიდოზის და გინგივიტის განვითარების მთავარი რისკფაქტორია. ცალკე პრობლემას წარმოადგენს, სოკო *Aspergillus terreus*-ით გამოწვეული ინფექციები. აღწერილია *A.terreus*-ით გამოწვეული ნეკროზულ-წყულოვან გინგივიტი, მწვავე მიელობლასტური ლეიკემიის მკურნალობის ფონზე, როგორც ქიმიოთერაპიის გართულება. ეს ინფექცია ხშირი არ არის, მაგრამ იწვევს მაღალ სიკვდილიანობას იმუნოდეფიციტურ პაციენტებში. ამდენად, ადრეული მიკრობიოლოგიური დიაგნოსტიკა და დროული მკურნალობა რეკომენდებულია ეფექტური ანტი-ფუნგალური მკურნალობის ჩატარებისთვის (Khoury.,H., Poh C. F.,

Williams M., et al. 2003). რიგი ავტორების (Cho H., Lee K.H., Colquhoun A.N., et al. 2010) მონაცემებით, ასპერგილოზი გვხვდება სისხლმზადი ორგანოების სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში იმუნოდეფიციტის დროს, მაგრამ მისი დროული მკურნალობა ანტიმიკოზური საშუალებებით და დაზიანებული ქსოვილის ქირურგიული გზით მოცილებით, იძლევა კარგ შედეგებს. პირის ღრუს მწვავე ნეკროზული წყლულოვანი გინგივიტი და ბაქტერიემია, იმუნიტეტდაქვეითებულ პაციენტებში ცალკეულ შემთხვევაში შეიძლება გამოწვეული იყოს *Stenotrophomonas maltophilia*-ით (Miyairi I., Franklin J.A., Andreansky M., et al., 2005). იმუნიტეტდაქვეითებულ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ მუკოზიტი ან გინგივიტი, ასევე მაღალი რისკის მატარებელია *Leptotrichia buccalis*-ით გამოწვეული ბაქტერიემია. Bhally H.S., Lema C., Romagnoli M., et al. (2005) ავტორთა ჯგუფის მიერ აღწერილია შემთხვევები, რომლებიც განვითარდა ნეიტროპენიის პერიოდში ქიმიოთერაპიის ფონზე.

J.H. Meurman S. Pyrhönen L. Teerenhovi C. et al. (1997) ავტორთა ჯგუფის მიერ ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ინფიცირებული პირის ღრუ შეიძლება იყოს ბაქტერიემიის მნიშვნელოვანი წყარო. თუ იმუნოსუპრესიული თერაპიის დაწყებამდე არ მოხდა პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა და ქრონიკული ანთებითი კერების სანაცია, შესაძლოა ქიმიოთერაპიას მოჰყვეს სიცოცხლისათვის საშიში ინფექციების განვითარება.

Мишутина О. Л. (2007) აღნიშნავს, რომ ლეიკემიით დაავადებული პაციენტებისთვის რეკომენდებულია პირის ღრუს ჰიგიენის ზედმიწევნით დაცვა. მათ უნდა გამოიყენონ რბილი ჯაგრისები, პირის ღრუს სავლებები, ფტორის შემცველი კბილის პასტები (მაგ.: ლაკალუტ სენსიტივი), რომლებიც არ აღიზიანებენ პირის ღრუს ლორწოვან გარსს. არ შეიძლება კბილის საწმენდი ჩხირების და ფლოსის გამოყენება. უნდა მოხდეს პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობის შეფასება, შესწავლა და კონტროლი. უნდა მოხდეს პროფესიონალური ჰიგიენური წმენდის ჩატარება ხელის ინსტრუმენტებით ან მინიმალური ულტრაბგერითი სიმძლავრით სკალერის აპარატის საშუალებით (Мосейчук О. А., Харитоновна М. П. 2005; Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. 2006).

მაღლუტრია და პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა დაკავშირებულია ნეკროზულ პროცესთან და ხელს უწყობს პროცესის პროგრესირებას, რომელიც დაწყებული ღრძილებიდან მოიცავს პაროდონტის ღრმა ქსოვილებს, მთლიანად პირის ღრუს და სახის ქსოვილებს (Jiménez L.M., Duque F.L., Baer P.N., et.al. 2005).

პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა არის ღრძილების ჰიპერპლაზიის და პაროდონტის ლიზისური დაავადებების რისკ-ფაქტორი. მათ ვისაც პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა აქვთ, ღრძილების ჰიპერპლაზიის მაჩვენებელი დაბალი აქვთ და არ აღენიშნებათ პრობლემები კბილების მექანიკური წმენდისას (Shankarapillai R., Nair M.A., George R., et.al. 2010).

Ponce-Torres E., Ruíz-Rodríguez Mdel S., Alejo-González F., et al. (2010) ავტორთა აზრით, პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა გინგივიტისა და პაროდონტიტის განვითარების მთავარ რისკ ფაქტორს წარმოადგენს.

Shankarapillai R., Nair M.A., George R., et.al. (2010) ავტორები კი თვლიან, რომ პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა ღრძილებზე ლეიკემიური წანაზარდების და პაროდონტის რეზორბციული დაავადების რისკ ფაქტორია. პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვისას როგორც წესი, მსუბუქად არის გამოხატული პრობლემები.

არსებობს ზოგადი მოსაზრება, რომ პირის ღრუს და კბილების ქრონიკული ინფექციების ლიკვიდაცია ქიმიოთერაპიამდე, ამცირებს სერიოზული პრობლემების რისკს, რომლებმაც შესაძლოა გამოიწვიოს ჰოსპიტალიზაცია (Wong F., Toljanic J.A. 2009).

ლიტერატურის მონაცემების ანალიზით შეგვიძია ვიმსჯელოთ, რომ ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუში მიმდინარე მთელ რიგ პათოლოგიურ ცვლილებებზე ზეგავლენას ახდენს პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა, რომლის დროსაც წარმოიქმნება კბილების ნადები, სადაც თავს იყრის უამრავი პათოგენური მიკრობი და ბაქტერია. აქედან გამომდინარე, ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების მკურნალობამდე და მკურნალობის პროცესში ზედმიწევნით უნდა მოხდეს პირის ღრუს ჰიგიენური ნორმების დაცვა, რაც გულისხმობს კბილების გახეხვას დღეში ორჯერ და ანტისეპტიკური სავლებების გამოყენებას, რათა არ მოხდეს ძირითადი დაავადების მიმდინარეობის დამძიმება და

მკურნალობის პროცესის გახანგრძლივება.

**I.5. ქიმიოთერაპიის შემდგომ განვითარებული პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის  
გართულებები ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტებში**

ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში ქიმიოთერაპიული საშუალებების გამოყენების შემდგომ განვითარებული სტომატიტის ამა თუ იმ პრეპარატებით მკურნალობის შედეგებს, მხოლოდ ერთეული ავტორები გვაუწყებენ. ერთეული გამოკვლევებია მიძღვნილი ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ქიმიოთერაპიის შემდგომ განვითარებული სტომატიტის დეტალურ ანალიზს (Попруженко Т.В. 1993; Sposto R., Meadows A.T., Chilcote R.R. 2001).

ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ პირებში, რომლებიც იტარებდნენ მაღალდოზირებულ, სტანდარტულ პოლიქიმიოთერაპიის კურსს, ორალური გართულებები იყო შემთხვევათა 32,8%-ში. ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებოდათ ორალური გართულება, ეროზიულ-წყლულოვანი სტომატიტი დაფიქსირდა შემთხვევათა 38,1%-ში (თ.თურმანიძე 2005).

ქიმიოთერაპიის შემდგომი გართულება არის მწვავე და მოგვიანებითი. ქსეროსტომია - მიეკუთვნება მოგვიანებით გართულებას, რომლის დროსაც რეკომენდებულია ხელოვნური ნერწყვის გამოყენება (Мосейчук О. А., Харитоновна М. П. 2005; Переводчиковой Н.И. 2005; Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. 2006).

Douglas E. Peterson C. Daniel Overholser (2005) თვლიან, რომ ლეიკემიით დაავადებულ პაციენტებში სიკვდილიანობის წამყვანი, უშუალო მიზეზი არის ინფექცია. სისტემური გართულებების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პირის ღრუს დაავადებები.

ქიმიოთერაპიის შედეგად განვითარებული ღრმა იმუნოდეპრესიის პირობებში, მეორადი ინფექციის განვითარების დიდი ალბათობა არსებობს, რომლის შედეგადაც პირის ღრუში შესაძლოა არა მარტო ლოკალური ინფექცია განვითარდეს, არამედ მოხდეს მძიმე ინფიცირების გენერალიზაცია, რომელიც ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში 60-70%-ს აღწევს (Kyno Y., Hirano M., Tatsumi N. 2001).

ქიმიოთერაპიის ფონზე, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების გარდა შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სისხლდენას, კარიესის განვითარების ტემპის მატებას, ინფექციების მატებას (ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი), ღრძილების აბსცესებს, მორეციდივე ჰერპესულ სტომატიტს, კანდიდოზს, ქსეროსტომიას, მადის გაუკუღმართებას და ტკივილს (S. T. Sonis, R. C. Fazio, and L. Fang 1995; D. C. Tong and B. R. Rothwell 2000, R. Albuquerque, V. Morais, A. Sobral 2007)[170].

პირის ღრუს ინფექციამ შეიძლება პროგრესირება განიცადოს სისტემურ ინფექციამდე კი და დაამძიმოს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა, ამ დროს ექიმი სტომატოლოგის დახმარება მნიშვნელოვანი დასაყრდენია სამედიცინო პერსონალისთვის (S. T. Sonis, R. C. Fazio, and L. Fang 1995, D. Martins, M. A. Martins, and L. Sênedá 2005, M. Paiva, J. Moraes, R. De Biase, et.al. 2007, C. Padmini and K. Y. Bai 2014) [170].

Гилева М. А. (2002) თავის ნაშრომში აღნიშნავს, რომ ქიმიოთერაპიის ტოქსიური ზემოქმედების შედეგად, ვითარდება სხვადასხვა ხარისხის და სიმძიმის სტომატიტები. ქიმიოთერაპიული სტომატიტის პირველადი გამოვლინება ხასიათდება შემუპებით, ჰიპერემიით, ეროზიულ-წყლულოვანი ელემენტების გაჩენით და ლორწოვანის სიმშრალით. მეორადი გართულება, ვლინდება სოკოვანი, ბაქტერიული და ვირუსული ინფექციებით, ასევე ჰემორაგიული გართულებებით.

#### *1.6. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიათა მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ასპექტები*

Bienengraber V., Teseler R.M., Anders O. (1997) შეისწავლეს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთებითი ცვლილებები ლეიკემებით დაავადებულ პაციენტებში ციტოსტატიკური თერაპიის ფონზე. გამოიკვლიეს მწვავე ლიმფობლასტური და მწვავე მიელოიდური ლეიკემიების დროს ღრძილების, სასის და ლოყის ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა, ციტოსტატიკური თერაპიის დაწყებამდე, მკურნალობის პროცესში და მკურნალობის შემდეგ 4-6 კვირის განმავლობაში ექსპოლიატური ციტოლოგიის მეთოდით. მკურნალობის დასაწყისში ყველა უბანში აღინიშნებოდა

ეპითელის ღრმა ფენის უჯრედების მატება და კერატიზაციის ინდექსის მნიშვნელოვანი დაქვეითება. ეს იყო მთელს ლორწოვანში ზოგადი ანთებითი ცვლილებების შედეგი.

მკურნალობის პროცესში ჩატარებული გამოკვლევების დროს, მხოლოდ უმნიშვნელო ცვლილებები აღინიშნებოდა პირის ღრუს ლორწოვანზე, რომელიც არაანთებითი ხასიათის იყო, ტენდენციით ნორმალიზაციისაკენ, ხოლო სასის ლორწოვანზე არსებულ ცვლილებებს კი ჰქონდა, ტენდენცია რეგრესისაკენ. (Bienengräber V., Teseler R.M., Anders O.1997).

Bienengräber V., Teseler R.M., Anders O. (1997) მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ციტოსტატიკური თერაპიის შემდეგ აუცილებელია ინტენსიური სტომატოლოგიური დახმარება, მაშინაც კი როდესაც პირის ღრუს ლორწოვანზე ცვლილებები შეიძლება კლინიკურად შეუმჩნეველი იყოს, რადგან ანთებითი პროცესის გააქტიურება ლორწოვანზე მიმდინარეობს უსიმპტომოდ.

Bergmann O.J., Ellermann-Eriksen S., Mogensen S.C., et.al. (1995) მიიჩნევენ, რომ უხშირესად ინტრაორალური წყლული, რბილი სასის გამოკლებით, მარტივი ჰერპესის შედეგია. მაშინ როცა, რბილ სასაზე წყლული არა ჰერპესული ეტიოლოგიისაა. მწვავე ნეკროზულ წყლულოვანი გინგივიტიც შესაძლოა მარტივი ჰერპესის შედეგი იყოს. აქედან გამომდინარე გვირჩევენ აციკლოვირით პირის ღრუს ლორწოვანის წყლულის პროფილაქტიკას, მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებულ პაციენტებში რემისიის სტადიაში, ინდუქციური თერაპიის დროს.

Epstein J.B., Vichars L., Spinelli J., et.al. (1992) მონაცემებით მუკოზიტების, გინგივიტების და ორალური ინფექციების შესამცირებლად, ლეიკემიების დროს ქიმიოთერაპიის და ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციისას, სავლელად იყენებდნენ ქლორჰექსიდიდინის სავლებს, ნისტატინს და მარილიან ხსნარს. შედეგად მიიღეს ლორწოვანის ანთებითი პროცესის შემცირება. ამასთანავე, პოტენციური ბაქტერიული და სოკოვანი პათოგენები იშვიათად იყო აღმოჩენილი პაციენტებში, ვინც ქლორჰექსიდიდინის სავლებს იყენებდა.

Bergmann O.J., Ellegaard B., Dahl M., et.al. (1992) - მიიჩნევენ, რომ მწვავე მიელოიდური ლეიკემიის დროს, ქლორჰექსიდიდინით ღრძილების დამუშავების წინ



უნდა მოხდეს ნადებებისა და ქვების მოშორება. ავტორის მონაცემებით უნდა მოხდეს კბილებიდან ნადებებისა და ქვების მოცილება, რაც სისხლდენის საშიშროებასთან არის დაკავშირებული. თუმცა უნდა აღვნიშნოთ ის ფაქტი, რომ თრომბოციტოპენიის გამო უმეტეს შემთხვევაში შეუძლებელია ამ პროცედურის ჩატარება.

ქლორჰექსიდინის გლუკონატის 0.12%-იანი ხსნარის გამოყენება პირის ღრუში აქვეითებს მუკოზიტის სიხშირეს და პათოგენურ ფლორას (Soares A.F., Aquino A.R., Carvalho C.H., et al 2011).

Rojas de Morales T., Zambrano O., Rivera L., et al. (2001) თვლიან რომ, მუკოზიტი, გინგივიტი, სტომატიტი და ჰერპესული კანდიდოზი პოტენციური სისტემური ინფექციის წყაროა ქიმიოთერაპიის ქვეშ მყოფი პაციენტებისათვის, დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე და სიხშირე შესაძლოა შემცირდეს პროცედურებით, რომლებიც დაფუძნებულია პროფილაქტიკაზე და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების გამომწვევი ინფექციის წყაროს ლიკვიდაციაზე.

ლეიკემიის სამკურნალოდ გამოყენებული ბევრი პრეპარატი, იწვევს კუჭნაწლავის ტრაქტის გაღიზიანებას და მუკოზიტის განვითარებას (სტომატიტი, ეზოფაგიტი). მუკოზიტი არის ლორწოვანი გარსის დაზიანება სხივური ან ქიმიოთერაპიის შედეგად, თავდაპირველად ჩნდება ერთემა შემდგომი დაწყულულებით. იგი უარყოფით გავლენას ახდენს პაციენტის თვითშეგრძნებაზე, კვებაზე და და სიცოცხლის ხარისხზე. პირის ღრუს ონკოლოგიური დაავადებების საერთაშორისო ორგანიზაციამ ISOO-მ შექმნა კლინიკური რეკომენდაციები მუკოზიტის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის გეგმა, რაც გულისხმობს პირის ღრუს ოპტიმალური ჰიგიენის დაცვას, პროთეზებისგან და ორთოდონტული აპარატებისგან თავის შეკავებას, რბილი და თხიერი საკვების მიღებას ლორწოვანის მექანიკური გაღიზიანების თავიდან ასაცილებლად, კბილებზე ნადების მოშორებას და სიმსივნის საწინააღმდეგო მკურნალობის მანძილზე თბილი ფიზიოლოგიური ხსნარის ან ქლორჰექსიდინის 0,1%-იანი ხსნარის გამოვლებას ყოველ ორ საათში 1-2 წუთის მანძილზე. ტკივილის შესამცირებლად წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანების დროს იყენებენ ლიდოქსოლის გელს, ტანტუმ-ვერდეს ან ლიდოკაინის ხსნარს (Персин Л. С 2006; Мишутина О. Л.2007)[163].

M. Rozenberg-Arskaa, A. W. Dekkerb, J. Brangerc et.al. (1990) მიერ ჩატარდა რანდომიზირებული კვლევა, რომლითაც დამტკიცდა, რომ პირის ღრუს სოკოვანი ინფექციების დროს ფლუკონაზოლი უფრო ეფექტურია ვიდრე ამფოტერიცინ-B.

პაციენტები რომლებიც ქიმიოთერაპიას იტარებენ, უქვეითდებათ იმუნიტეტი და ამიტომ მიდრეკილნი არიან სისტემური ინფექციებისადმი. ასეთი პაციენტები ინფექციის მაღალი რისკის პაციენტებად არიან მიჩნეულნი, ამ დროს არა მარტო ინფექციის განვითარებას აქვს მნიშვნელობა, არამედ დაავადების ხარისხს და სიმძიმეს, რომელიც შესაძლოა ლეტალური გამოსავლით დამთავრდეს (D. C. Tong and B. R. Rothwell 2000).

ქიმიოთერაპიის დროს სტომატოლოგიური დახმარების მიზანი არის შემდეგი (American Academy of Pediatric Dentistry 2013) 1. ჯანსაღი პირის ღრუს შენარჩუნება; 2. სიმსივნის საწინააღმდეგო თერაპიის გვერდითი ეფექტების მკურნალობა; 3. ქიმიოთერაპიის შედეგად განვითარებული პირის ღრუს დისკომფორტის შემცირება და პირის ღრუს ჰიგიენის გაუმჯობესება (Caroline Zimmermann, Maria Inês Meurer, Liliane Janete Grando, et.al. 2015).

ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციისას რეციპიენტებში, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გართულებების პრობლემა ყველაზე დეტალურად აღწერილი აქვს თავის ნაშრომში Krlhmsen A.-ს (2000). ნაშრომში აღწერილია ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის შემდეგ ადრეულ ვადებში ორალური ცვლილებები. ავტორი აღნიშნავს, რომ ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის შემდგომ რეციპიენტის პირის ღრუში შესაძლოა განვითარდეს შემდეგი ცვლილებები: მუკოზიტი, სისხლდენა, ინფექციები, ტკივილი, სიმშრალე, გემოვნების დაკარგვა და საკვების მიღებასთან დაკავშირებული პრობლემები. განვითარებული გართულებების პროგნოზი მეტად რთულია და დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე, როგორცაა ძირითადი დაავადების ხასიათი, კონდიციონირების რეჟიმები, იმუნოსუპრესია, ქსეროსტომია, ორალური ინფექციები და მწვავე მეორადი დაავადება.

Гилева М.А. (2002) თავის ნაშრომში, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ქიმიოთერაპიის შემდგომ დაზიანებების დროს, მკურნალობის ეფექტურ საშუალებად ლაზეროსორბციულ თერაპიას მიიჩნევს. რაც ხელს უწყობს

ეპითელიზაციის დაჩქარებას, აქვს მაღალი ანალგეზიური, ანთების საწინააღმდეგო და შეშუპების საწინააღმდეგო ეფექტი, ასევე ასტიმულირებს ადგილობრივ იმუნიტეტს და აღადგენს პირის ღრუს სითხის მიკრობიოცენოზს.

თ. თურმანიძეს (2005) მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ლიმფომით დაავადებული პაციენტებში ელექტროაქტივირებული წყალხსნარების გამოყენება ამცირებს სტომატიტების მძიმე ფორმების რიცხვს და ეროზიულ-წყლულოვანი დაზიანებების ეპითელიზაციის ვადებს. ავტორი რეკომენდაციას უწევს ელექტროაქტივირებული წყალხსნარების ჩართვას ასეთი კონტინგენტის პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მკურნალობის კომპლქსში.

Сахапова Г. Ф. (2012) მიერ მოწოდებულია წყლულოვან-ნეკროზული დაზიანების მკურნალობის სქემა. პირის ღრუს ანტისეპტიკური დამუშავება ფურაცილინის ხსნარით 1:5000-ზე განზავებით 10 წუთის განმავლობაში, პროტეოლიზური ფერმენტებით დამუშავება (ქიმოტრიფსინით აპლიკაცია), ეროზიული ზედაპირიდან ნადების მოშორება და კერატოპლასტიკური თერაპია, რომელიც ჰემილუმინესცენციის დაბალი მაჩვენებლის დროს ტარდებოდა სოლკოსერილის დენტალურ-ადჰეზიური პასტით დღეში ოთხჯერ, სრულ ეპითელიზაციამდე. ჰემილუმინესცენციის მაღალი მაჩვენებლის დროს მკურნალობას ატარებდნენ „ობლეკოლი“-ის ლენტის აპლიკაციით, რომელიც წინასწარ იყო დასველებული 0,9%-იან ფიზიოლოგიურ ხსნარში, დღეში სამჯერ.

ლიტერატურის მონაცემები გვიჩვენებს, რომ მკურნალობისთვის იყენებდნენ ფიზიოლოგიურ ხსნარს, ქლორჰექსიდიდინის 0,12%-იან ხსნარს, ელექტროაქტივირებული წყალხსნარებს, პროტეოლიზურ ფერმენტებს, სოლკოსერილის გელს, ტკივილის მოსახსნელად ლიდოქსოლის გელს, ტანტუმ-ვერდეს ან ლიდოკაინის ხსნარს, ზოგიერთი ავტორს გინგივიტის გამომწვევ მიზეზად მიაჩნია მარტივი ჰერპესის ვირუსი და გვირჩევს სამკურნალოდ აციკლოვირის გამოყენებას, ერთ-ერთი ავტორი ლაზეროსორბციულ თერაპიას უწევს რეკომენდაციას. თუმცა, ძალზე მცირეა ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სტომატოლოგიური პათოლოგიებისათვის მოწოდებული სამკურნალო

სშუალეგებათა ნუსხა და მათი მკურნალობის შედეგად მიღებული მონაცემები არ არის დეტალურად აღწერილი.

### *I.7. ონკოლოგიური პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის განმსაზღვრელი პარამეტრების დახასიათება*

სიცოცხლის ხარისხი ეს არის ჯანმრთელი და ავადმყოფი ადამიანის ფიზიკური, ფსიქიური და სოციალური ფუნქციონირების ინტეგრალური დახასიათება, რომელიც ემყარება მათ სუბიექტურ აღქმას. ჯანმო-ს მიხედვით ცხოვრების ხარისხი ეს არის ინდივიდუალური მიერ ცხოვრებაში მათი მდგომარეობის აღქმა იმ კულტურისა და ფასეულობათა სისტემის კონტექსტში, სადაც ისინი ცხოვრობენ თავინთი მიზნებით, მოლოდინებით, სტანდარტებით და საზრუნავით [168].

სიცოცხლის ხარისხის შესწავლისას აფასებენ 3 ძირითად კომპონენტს, რომელიც შეიძლება გაირკვეს პირადი საუბრისას სპეციალური ანკეტით:

- ფუნქციონალური შესაძლებლობები - სამუშაოს შესრულების შესაძლებლობა, ინტელექტუალური, სოციალური, ემოციური ფუნქციის, ეკონომიური უზრუნველყოფის მიღწევა, შეხედულებების და მსჯელობის უნარი ზემოთ აღნიშნულ კომპონენტების ფასეულობის შესახებ.

- აღქმა - ჯანმრთელობისზოგადი მდგომარეობის, კეთილდღეობის დონის, ცხოვრებით დაკმაყოფილების აღქმა.

- სიმპტომები და მათი შედეგები - ისინი არის შედეგი ძირითადი ან თანმხლები დაავადების, რომლებიც ქვეითდება ან ქრება ჩარევის შემდეგ.

ონკოლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებში სიცოცხლის ხარისხის ზოგიერთი პარამეტრი განმსაზღვრელ მნიშვნელობას იძენს რომლის იდენტიფიცირება და გაზომვა შეუძლებელია.

სიცოცხლის ხარისხის გამოკვლევა ონკოლოგიაში ასრულებს განსაკუთრებით მთავარ როლს. როგორც კლინიკურ გამოკვლევებში, ისე კლინიკურ პრაქტიკაში (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007).

2009 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოკვლეულ 75 ჯანმრთელ და 75 ქიმიოთერაპიის ფონზე მყოფ ქალს შორის, სიცოცხლის ხარისხის გამოკვლევამ აჩვენა რესპოდენტთა პრობლემები თითქმის ყველა სფეროში, რაშიც კვლევა წარმოებდა. აღინიშნა სიცოცხლის ხარისხის მნიშვნელოვანი დაქვეითება „ფიზიკურ სფეროში“ და „დამოუკიდებლობის ხარისხის სფეროში“ (Г.С. Никифорова 2007).

სიმსივნური დაავადებები თავისი ხშირი გავრცელების გამო, პრაქტიკულად კვლავ რჩება ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემად. გარდაცვალების ყველაზე მეტი წილი მოდის ხანდაზმულ ასაკზე, თუმცა არსებობს შრომისუნარიანი პაციენტების (განსაკუთრებით მამაკაცების) მნიშვნელოვანი დანაკარგიც (Северюхин К.Г. 2010). ავტორმა მოგვაწოდა ინფორმაცია ონკოლოგიური პაციენტების ზრდის ასაკობრივი დინამიკისა და ხასიათის შესახებ. იგი თვლის, რომ სიცოცხლის ხანგრძლივობა (საშუალო და მაქსიმალური) და სიცოცხლის ხარისხი დიაგნოზის დასმის შემდეგ დამოკიდებულია პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციაზე და ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების სტადიაზე, რაც ცვლის დაავადებულების ცხოვრების სტილს (ფიზიკური აქტივობის შემცირება, კვების დისბალანსი, ფსიქიკური არასტაბილურობა).

ლიტერატურის მონაცემებით ავადმყოფები რომლებიც იტარებენ ქიმიოთერაპიის კურსს, მათი სიცოცხლის ხარისხის სიმძიმე მნიშვნელოვნად მოქმედებს ძირითადი დაავადების მკურნალობის მიმდინარეობაზე. ამიტომ სასურველია შესწავლილ იქნას ყველა პაციენტის სიცოცხლის ხარისხი კითხვარების საშუალებით, რათა მოხდეს ავადმყოფების როგორც სიცოცხლის, ასევე ჯანმრთელობის ხარისხის გაუმჯობესება.

## თავი II

### მასალა და კვლევის მეთოდები

სამუშაო შესრულდა ქ.თბილისის ჰემატოლოგიისა და ტრანსფუზიოლოგიის ინსტიტუტის კლინიკურ და დისპანსერულ-პოლიკლინიკურ სამეცნიერო განყოფილებებში, სადაც ჩატარდა ნაშრომის ძირითადი კლინიკური დაკვირვება. კვლევებში ნაწილობრივ ჩართული იყო სტომატოლოგიურ კლინიკა „სმაილი“. პირის ღრუს ნაცხის მიკრობიოლოგიური ანალიზი ჩატარდა კლინიკაში „დიაგნოზი-90“. პაციენტების ნიმუშებიდან ბაქტერიული შტამების გამოყოფა და იდენტიფიკაცია, ასევე ანტიბიოტიკების და ბაქტერიოფაგების მიმართ მგრძობელობის შესწავლა ჩატარდა გელიავას სახელობის ბაქტერიოფაგის, მიკრობიოლოგიის და ვირუსოლოგიის ინსტიტუტში და მასთან არსებულ „ელიავას სადიაგნოსტიკო-ანალიტიკურ ცენტრში“.

#### II.1 კლინიკური მასალა

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული 19-87 წლის ასაკის 83 პაციენტი, 40 (48.2%) ქალი და 43 (51.8%) მამაკაცი და 17 პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირი. პაციენტები დაყავით I და II ჯგუფებად. I ჯგუფში იყო 19-დან 81 წლის ასაკის 63 პაციენტი, 35 (55.56%) ქალი 28 (44.44%) მამაკაცი. ჰემობლასტოზებით დაავადებულთა შორის მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 18 (28.57%) პაციენტი, მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიით დაავადებული 9 (14.29%) პაციენტი, ქრონიკული მიელოპროლიფერაციით დაავადებული 16 (25.40%) პაციენტი, ხოლო ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციით დაავადებული 11 (17.46%) პაციენტი, ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 2 (3.17%) პაციენტი და არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 7 (11.11%) პაციენტი. ზემოხსენებულ 63 დაავადებულთაგან, სტომატოლოგიური პათოლოგია დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა სტადიაზე აღენიშნებოდა 39 (61.90%) პაციენტს, მათ უტარდებოდათ ადგილობრივი

მკურნალობა კომპლექსურად, რომელშიც ჩართული იყო სამამულო პრეპარატები: კამელინის მალამო M3 და უზნაძე-მჭედლიძევილის მალამო №2.

II ჯგუფში იყო 23-87 წლის ასაკის 20 პაციენტი, 5 (25%) ქალი და 15 (75%) მამაკაცი. მათ შორის, მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 2 (10%), ქრონიკული მიელოპროლიფერაციული დაავადებით 3 (15%), ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებით 7 (35%), ჰოჯკინის ლიმფომით 1 (5%) და არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 7 (35%) პაციენტი. მათგან სტომატოლოგიური პათოლოგია დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა სტადიაზე გამოუვლინდა 13 (65%) პაციენტს. ამ ჯგუფში იმყოფებოდნენ პაციენტები, რომელთაც უარი განაცხადეს ჩვენს მიერ შეთავაზებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური პრეპარატების გამოყენებაზე, ისინი ადგილობრივ მკურნალობას იტარებდნენ სოდიანი, გვირილას ან იოდინოლის სავლებებით და ფაგიოს სპრეის შეფრქვევით პათოლოგიურ ელემენტებზე.

ყველა მათგანი ციტოსტატიკურ თერაპიას იტარებდა ქ.თბილისის ჰემატოლოგიისა და ტრანსფუზიოლოგიის ინსტიტუტის სტაციონარში და დისპანსერულ განყოფილებაში. აღნიშნულ პაციენტებს ჩაუტარდათ კლინიკური და ბაქტერიოლოგიური კვლევა.

საკონტროლო ჯგუფად გამოყენებული 17 პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანის პირის ღრუს ნაცხის მიკრობიოლოგიური ანალიზი ჩატარდა კლინიკა „სმაილი“-ს პაციენტებში.

ჰემობლასტოზების ხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტები გადავანაწილეთ შემდეგ ქვეჯგუფებად: I მწვავე მიელოიდური ლეიკემია, II მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემია, III ქრონიკული მიელოპროლიფერაციული დაავადებები, IV ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებები, V ჰოჯკინის ლიმფომა და VI არაჰოჯკინის ლიმფომა.

I ქვეჯგუფის პაციენტების მონაცემები დაავადების ფორმების მიხედვით: I მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 18 პაციენტიდან 13 იყო ქალი და 5 მამაკაცი, რომელთა ასაკი მერყეობდა 21-დან 71 წლამდე. მათ შორის: M0-არადიფერენცირებული მწვავე მიელოლეიკემიით დაავადებული 2 ქალი; M2—

მიელობლასტური ლეიკემია უჯრედების მომწიფებით 5 პაციენტი, 4 ქალი და 1 მამაკაცი; M3-პრომიელოციტური ლეიკემიით დაავადებული 2 პაციენტი 1 ქალი და 1 მამაკაცი; M4-მიელომონოციტური ლეიკემიით დაავადებული 9 პაციენტი, 6 ქალი და 3 მამაკაცი.

II მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიით დაავადებული 9 პაციენტიდან 7 იყო ქალი და 2 მამაკაცი, რომელთა ასაკი მერყეობდა 23-დან 80 წლამდე.

III ქრონიკული მიელოპროლიფერაციული დაავადებებით 16 პაციენტიდან 4 იყო ქალი და 12 მამაკაცი, რომელთა ასაკი მერყეობდა 19-დან 77 წლამდე. მათ შორის: ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 14 პაციენტი, 4 ქალი და 10 მამაკაცი და სხვა მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 2 მამაკაცი.

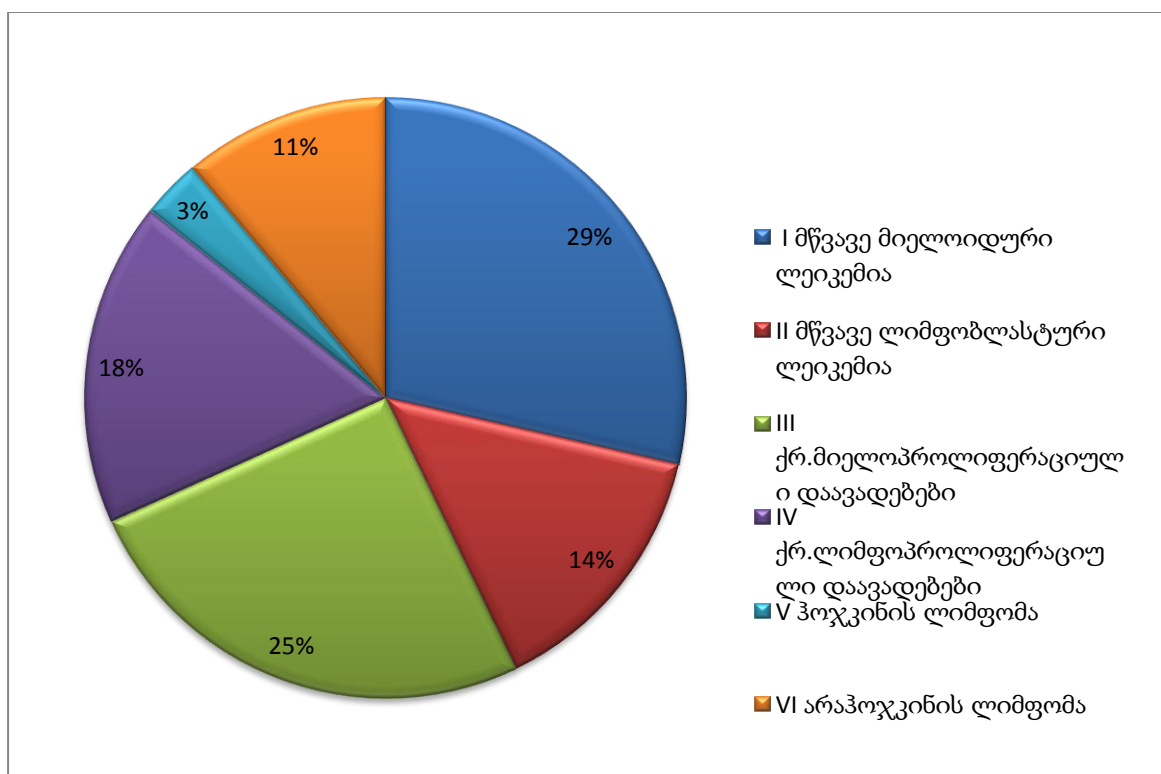
IV ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებებით 11 პაციენტიდან იყო 6 ქალი და 5 მამაკაცი, რომელთა ასაკი მერყეობდა 19-დან 77 წლამდე. მრავლობითი მიელომით დაავადებული 8 პაციენტი, 6 ქალი და 2 მამაკაცი და ქრონიკული ლიმფოციტური ლეიკემიით დაავადებული 3 მამაკაცი.

V ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 2 პაციენტიდან ორივე იყო ქალი 37 და 53 წლის.

VI არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 7 პაციენტიდან 3 იყო ქალი და 4 მამაკაცი, ასაკი მერყეობდა 29-დან 81 წლამდე (დიაგრამა №1).



I ჯგუფის პაციენტთა %-ული მაჩვენებელი



II ჯგუფის პაციენტების მონაცემები დაავადების ფორმების მიხედვით: I მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 2 პაციენტი 29 და 56 წლის ასაკის ორი პაციენტი. M2 - მიელობლასტური ლეიკემია უჯრედების მომწიფებით 1 მამაკაცი და M3 - პრომიელოციტური ლეიკემიით დაავადებული 1 მამაკაცი;

III ქრონიკული მიელოპროლიფერაციული დაავადებებით 3 პაციენტი 69-87 წლის ასაკის, სამივე იყო მამაკაცი. მათ შორის, სუბლეიკემიური მიელოზით - 1 და სხვა მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 2 პაციენტი.

IV ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებებით 7 პაციენტიდან იყო 3 ქალი და 4 მამაკაცი, რომელთა ასაკი მერყეობდა 53-დან 80 წლამდე. ქრონიკული

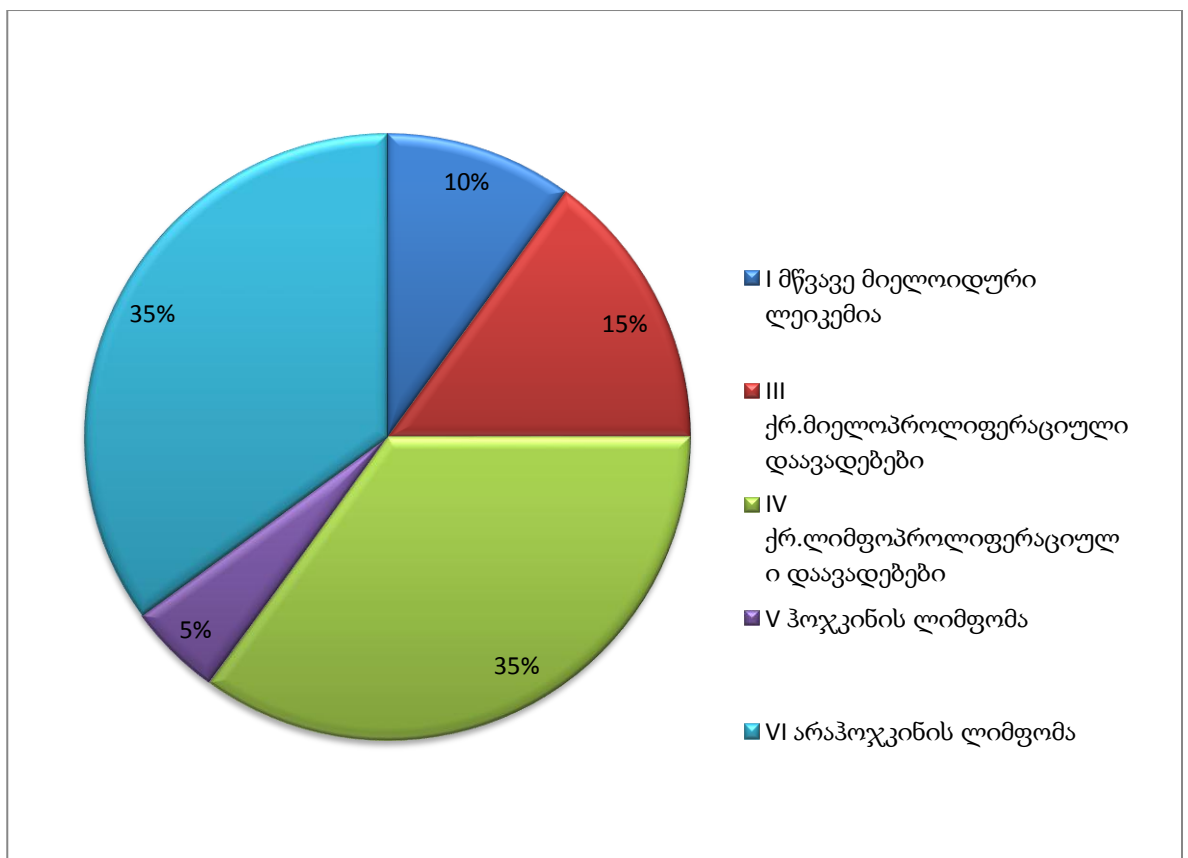
ლიმფოციტური ლეიკემიით დაავადებული 3 პაციენტი 2 ქალი და 1 მამაკაცი, მრავლობითი მიელომით დაავადებული 4 პაციენტი 1 ქალი და 3 მამაკაცი.

V ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 1 ქალი 56 წლის ასაკის.

VI არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 7 პაციენტი 23-81 წლის ასაკის, 1 ქალი და 6 მამაკაცი (დიაგრამა №2).

დიაგრამა №2

## II ჯგუფის პაციენტთა %-ული მაჩვენებელი



**ჰემატოლოგიური კვლევის მეთოდები.** ჰემობლასტოზის დიაგნოზის დადგენა ხდებოდა ავადმყოფის კლინიკური მონაცემების, პერიფერიული სისხლის საერთო ანალიზის, ძვლის ტვინის ციტოლოგიური, ციტოგენეტიკური, ჰისტომორფოლოგიური და იმუნოფენოტიპირების კვლევის, ბიოფსირებული ლიმფური კვანძის ციტოლოგიური, ჰისტოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური

შესწავლით, ბიოქიმიური, რენტგენოლოგიური, ულტრაბგერითი გამოკვლევით და კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

პაციენტებს პოლიქიმიოთერაპია უტარდებოდათ შემდეგი სქემებით: “BFM”, “BEACOPP”, “ABVD”, “CHOEP”, “LABO”, “COP”, “CHOP”, “EPOCH”, “ProMaCE-CytaBOM”, “ACOP”, 3+7, 2+5, “DC-IE”. შემდეგი პრეპარატების გამოყენებით: გლივეკი, რიბომუსტინი, ფლუდარა, ატრა, პურინეტოლი, დოქსორუბიცინი, ადრიაბლასტინი, რუბომიცინი, მეტოტრექსატი, ციკლოფოსფანი, ეტოპოზიდი, ბლეოცინი, ვინკრისტინი, ლომუსტინი, ციტოზარი, ნატულანი, მელფალანი, 6-მერკაპტოპურინი, მიელოსანი, ჰიდრეა, პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი.

**სუბიექტური და ობიექტური კვლევა.** ჰემობლასტოზების ხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტთა შესახებ სრული ინფორმაციის შესაგროვებლად პირველ ეტაპზე ჩვენ შევისწავლეთ ავადმყოფების ისტორიები, რომლებიც იმყოფებოდნენ აღრიცხვაზე და იტარებდნენ მკურნალობას ქ.თბილისის ჰემატოლოგიისა და ტრანსფუზიოლოგიის ინსტიტუტის კლინიკურ და დისპანსერულ-პოლიკლინიკურ სამეცნიერო განყოფილებებში 2013-2016 წლებში.

თითოეული პაციენტის ანკეტა-კითხვარს (დანართი №1) მივანიჭეთ საიდენტიფიკაციო №, პირველადი დოკუმენტაციის საფუძველზე ავადმყოფების ისტორიიდან ჩვენ შევავსოვეთ შემდეგი ინფორმაცია: ისტორიის №, ავადმყოფის სახელი, გვარი, სქესი, ასაკი, პაციენტის სოციალურ-ბიოლოგიური ფაქტორები, კლინიკური დიაგნოზი, დაავადების მანიფესტაციის დროს, ასაკი, საცხოვრებელი ადგილი, კლინიკურ-ჰემატოლოგიური მონაცემები, ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე ან შემდგომი პერიოდი, აპლაზია, ჰემატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობა და ასევე მათი სისხლის საერთო ანალიზების მონაცემები.

თითოეული ავადმყოფის შესახებ ისტორიებიდან მიღებული მონაცემების ანკეტა-კითხვარში შეტანის შემდეგ, ვაწარმოებდით ანამნეზის შეკრების და ობიექტური დათვალიერების შედეგად მიღებულ მონაცემების, ასევე დანიშნულების და მკურნალობის შედეგების დეტალურ აღწერას.

კლინიკური გამოკვლევა ტარდებოდა სტაციონარულ და ამბულატორიულ პირობებში. ანამნეზის შედეგად დავადგინეთ ავადმყოფის: მავნე ჩვევები, საწარმო-

პროფესიული მავნე ფაქტორები, საცხოვრებელი ადგილის მავნე ეკოლოგიური ფაქტორები, ფონური და თანდართული დაავადებების არსებობა, კვების ტიპი, პაციენტის ჩივილები, განსაკუთრებით ყურადღებას ვაქცევდით პირის ღრუს ჰიგიენის მეთოდების ცოდნას და კბილების გახეხვის ინტენსივობას. ობიექტური დათვალიერებით დავადგინეთ: თანკბილვის სახეობა, მარტივი და გართულებული კარიესის არსებობა, ნადების არსებობა, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ფერი, მდგომარეობა - ადგილობრივი ანთებითი პროცესის ლოკალიზაცია და მისი ხასიათი, ლორწოვანი გარსის პათოლოგიური მორფოლოგიური ელემენტების არსებობა, მათი ზომები, რაოდენობა და ლოკალიზაცია, სტომატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობა, ადგილობრივი მკურნალობის დინამიკა, პათოლოგიური ელემენტების რეგენერაციის, სტომატოლოგიური დაავადების რემისიისა და რეციდივის განვითარების ვადები.

აგრეთვე გამოვიკვლიეთ: ჰიგიენური ინდექსი დინამიკაში, PMA ინდექსი დინამიკაში, სისხლდენის ინდექსი, პირის ღრუს მიკროფლორა, კითხვარს ასევე თან ახლავს პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის კითხვარი (დანართი №2) და ასევე პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა, რომელიც ავადმყოფის და ექიმის მიერ ხელმოწერით სრულდება.

**ჰიგიენური კვლევის მეთოდი.** პირის ღრუს ჰიგიენურ მდგომარეობის შესასწავლად გამოვიყენეთ ფიოდოროვ-ვოლოდკინას ინდექსი. ფიოდოროვ-ვოლოდკინას (Федоров Ю.А., Володкина В.В.,1968) მეთოდის მიხედვით პირის ღრუს ჰიგიენურ მდგომარეობა განისაზღვრება შემდეგნაირად: 43, 42, 41, 31, 32, 33 კბილების ვესტიბულური ზედაპირი იღებება ლუგოლის საღებავით. კბილის გვირგვინის შეღებილი ზედაპირი ფასდება 5 ქულიანი სისტემით:

- 1 ქულა— კბილის გვირგვინის ზედაპირი არ იღებება;
- 2 ქულა— იღებება კბილის გვირგვინის ზედაპირის 1/4;
- 3 ქულა— იღებება კბილის გვირგვინის ზედაპირის 1/2;
- 4 ქულა— იღებება კბილის გვირგვინის ზედაპირის /4
- 5 ქულა— იღებება კბილის გვირგვინის ზედაპირის 3/4-ზე მეტი.

ჰიგიენური ინდექსის გამოსათვლელად ყველა კბილის ქულების მნიშვნელობათა ჯამი, იყოფა გამოკვლეული კბილების რაოდენობაზე, რისთვისაც გამოიყენება შემდეგი ფორმულა:

$$K_{\text{საშ.}} = \frac{K_n}{n}$$

$K_n$  – არის ყველა კბილის ქულათა ჯამი

$n$  - კბილების რაოდენობა (6)

აღნიშნული ჰიგიენური ინდექსი მეტად მარტივი და ხელმისაწვდომია, რამდენადაც მისი გამოთვლა შეიძლება ძალიან სწრაფად. ამავე დროს იგი წარმოადგენს სრულიად ობიექტურ კრიტერიუმს, რომლის საფუძველზე შეიძლება სხვადასხვა ინდივიდუმისა და ადამიანთა ჯგუფის მიერ პირის ღრუს მოვლის ხარისხზე და ხასიათზე მსჯელობა.

შედეგების მიხედვით განისაზღვრება პირის ღრუს ჰიგიენის დონე, კერძოდ:

1,1 – 1,5 ქულა – ჰიგიენის კარგი დონე;

1,6 – 2,0 ქულა – დამაკმაყოფილებელი;

2,1 – 2,5 ქულა – არადამაკმაყოფილებელი;

2,6 – 3,4 ქულა – ცუდი;

3,5 – 5,0 ქულა – ძალიან ცუდი.

**PMA ინდექსის გამოთვლის მეთოდი.** ღრძილების მდგომარეობის შესაფასებლად გამოვიყენეთ PMA (პაპილარულ, მარგინალურ, ალვეოლარული) ინდექსი (Parma-ს 1960 მოდიფიკაციით).

$$\text{გინგივიტის ინდექსი } PMA = \frac{\sum P + M + A}{3 \times n(\text{კბილების რაოდენობა})} \times 100\%$$

P - პაპილარული ნაწილის ანთება შეფასდება 1 ქულით

M - მარგინალური ნაწილის ანთება შეფასდება 2 ქულით

A -ალვეოლური ნაწილის ანთება შეფასდება 3 ქულით

შედეგები შეფასდება შემდეგნაირად:

- $\leq 33\%$  - დაბალი გავრცელება
- 34-66% - საშუალო გავრცელება
- $\geq 67\%$  - მაღალი გავრცელება

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მდგომარეობის შესწავლისას პირველ რიგში ყურადღებას ვაქცევდით არსებული დაზიანებების ხასიათს, ლორწოვანი გარსის ფერის ცვლილებას, შეშუპებას, ეპითელიუმის დესქვამაციას, პირველადი და მეორადი პათოლოგიური ელემენტების და კერატიზაციის არსებობას. ობიექტური დათვალიერებისას აღვნიშნავდით ტუჩის წითელი ყაეთანის და მის მიმდებარე კანის ცვლილებას. ვადგენდით კბილის ჯაგრისების, პასტების და სავლებების გამოყენების ინტენსივობას.

ამავე დროს ვადგენდით, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების ელემენტების განვითარების და რემისიის ვადებს (ძირითადი დაავადების სტადიის გათვალისწინებით), გამოვლინების სიხშირეს, მათ ლოკალიზაციას, ხანგრძლივობას, და მათზე სამკურნალო პრეპარატების მოქმედების ეფექტურობას.

ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებს ვუტარდებოდათ ინდივიდუალურ სანიტარული განათლებას. ვუხსნიდით ჰიგიენური ნორმების დაცვის აუცილებლობას, ვასწავლიდით მათთვის მისაღებ კბილების გახეხვის მეთოდებს, პირის ღრუს სამკურნალო და პროფილაქტიკური სავლებების გამოყენებას და ვაწარმოებდით მუდმივ კონტროლს.

**სისხლდენის ინდექსის კვლევის მეთოდი.** ღრძილებიდან სისხლდენის ხარისხის განსაზღვრის სხვადასხვა მეთოდი არსებობს, რომლებიც ძირითადად ზონდირების მეთოდის გამოყენებით ტარდება.

ჩვენს მიერ გამოკვლეულ კონტინგენტში შეუძლებელი იყო მათი გამოყენება თრომბოციტოპენიით გამოწვეული სისხლდენის საშიშროების გამო. ამიტომ შევარჩიეთ გამოსაკვლევად ჩვენთვის მოსახერხებელი სისხლდენის შესაფასებელი ინდექსი. ეს არის Kotschke H.J.(1975) მიერ მოწოდებული შემდგომში მოდიფიცირებული 2004 წელს L.M. Lukinykh-ის მიერ (მ.ივერიელი,ნ.აბაშიძე,ლ.ჯაში და სხვ.,2014).

ანამნეზის მონაცემებზე დაყრდნობით არსებობს სისხლდენის 3 ხარისხი:

I - სისხლდენა აღინიშნება იშვიათად;

II - სისხლდენა აღინიშნება კბილების გამოხეხვისა და მაგარი საკვების მიღების დროს;

III - სპონტანური სისხლდენა.

**სიცოცხლის ხარისხის შესწავლის მეთოდი.** უკანასკნელი წლების განმავლობაში მსოფლიოში დამუშავებული იქნა, სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის სიცოცხლის ხარისხზე გავლენის შესაფასებელი 10-ზე მეტი ძირითადი ინდექსი, სტომატოლოგიაში ყველაზე უფრო გამოყენებადი საინფორმაციო ინდექსებია (Locker D., Matear D., Stephens M., et.al. 2002):

1. სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის გავლენის პროფილი – Oral Health Impact Profile (Slade G., Spenser J.,1994);

2. სტომატოლოგიური სტატუსის გავლენა ყოველდღიურ ცხოვრებაზე – Dental Impact on Daily Living (Leao A., Sheiham A., 1996);

3. სტომატოლოგიური ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის ხარისხის ურთიერთკავშირი – Oral Health – Related Quality of Life (Kressin N., Spiro A. 3rd, Bosse R., et.al. 1996), სტომატოლოგიური სტატუსის ყოველდღიურ ფუნქციებზე სხვადასხვა გავლენების გასაზომად.

ზემოხსენებული ინდექსები გვაძლევს გაზომვის ობიექტურ საშუალებებს, რომლებიც აფასებენ სიცოცხლის ხარისხზე სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის გავლენას. ეს ინდექსები გამიზნულია სტომატოლოგიური პრობლემების ფუნქციონალურ და სოციალურ-ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე გავლენის სიხშირისა და ხარისხის გასაზომად.

კითხვარი “სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის გავლენის პროფილი” თავდაპირველი დამუშავების შედეგ შედგებოდა 49 კითხვისაგან. იგი აფასებდა შემდეგ პარამეტრებს:

1. ფუნქციური შეზღუდვა – ღეჭვითი ფუნქციის დარღვევა, რომელიც დაკავშირებულია ზოგიერთი ან უმეტესი კბილების ნაკლებობასთან;

2. ფიზიკური ტკივილი – ტკივილი საკვების მიღებისას, ღრძილებიდან სისხლდენა;

3. ფსიქოლოგიური დისკომფორტი – ირღვევა სახის ესთეტიკური ფუნქცია, ღიმილი;

4. ფიზიკური შრომის უუნარობა – უუნარობა იმ მოქმედების შესრულებისა, რომელიც იწვევს სიამოვნებას;

5. ფსიქოლოგიური შრომის უუნარობა – არასრულფასოვნების გრძნობა;

6. სოციალური შრომის უუნარობა – კომუნიკაციური ფუნქციების მოშლა (მეტყველება, გარეგნული მხარე, კბილები, პირის ღრუ, სუნი პირიდან და სხვ.).

შემდგომში კითხვარი შემცირდა 10 კითხვამდე ინფორმაციულობის არსებითი შემცირების გარეშე. ეს კითხვარი განკუთვნილია ყველა ასაკობრივი ჯგუფისათვის და შეიძლება გამოყენებული იქნას სტომატოლოგიური პათოლოგიის სახეობისაგან დამოუკიდებლად (Slade G.D. (Ed) 1997). მრავლრიცხოვანმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ კითხვარი აპრობირებული და მისაღებია მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში (Awad M., Locker D., Korner-Bitensky N., et.al. 2000; Allen P.F., Locker D. A. 2002; John M.T., Patrick D.L., Slade G.D. 2002; Slade G., Nuttall N., Sanders A., Stelle J., 2005; Ide R., Yamamoto R., Mizoue T. 2006), პირველი ქართული კითხვარის სტომატოლოგიური ქართულენოვანი ვერსია შემოთავაზებულია 2013 წელს (Kachkachishvili I. D. 2013).

ჩვენ შევიმუშავეთ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ადგილობრივი სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების ეფექტურობა ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში, და დავადგინეთ ისეთი მნიშვნელოვანი პარამეტრი, როგორცაა “სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის გავლენის პროფილი” სიცოცხლის ხარისხზე.

Oral Health Impact Profile (Slade G., Spenser J. 1994) კითხვარის ქართულენოვანი ვერსიის მიხედვით, მცირე კორექტირებით შევადგინეთ ჩვენი პაციენტების მდგომარეობის შესაბამისი სიცოცხლის ხარისხის კითხვარი, რომელიც შეიცავს 10 ნეგატიურად ფორმულირებულ შეკითხვას: სიტყვების წარმოთქმის გაძნელება, ტკივილის შეგრძნება პირის ღრუში, დისკომფორტი პირის ღრუში, საკვების დაგემოვნება, სირთულეები საკვების მიღებისას, არადამაკმაყოფილებელი კვება, საკვების მიღების შეწყვეტა, შებოჭვა ადამიანებთან ურთიერთობისას, უხერხული



მდგომარეობა, მომატებული გაღიზიანება ადამიანებთან ურთიერთობისას ლორწოვან გარსთან დაკავშირებული პრობლემის გამო. თითოეულ შეკითხვას აქვს ხუთი სავარაუდო პასუხი, რომელთა შეფასება ხდება შემდეგნაირად: „ძალიან ხშირად“-5 ქულა, „ხშირად“- 4 ქულა, „იშვიათად“-3 ქულა, „თითქმის არასოდეს“- 2 ქულა და „არასოდეს“-1 ქულა. სიცოცხლის ხარისხის გაუარესებაზე შეგვიძლია ვიმსჯელოთ, იმ ქულათა რაოდენობის ჯამის ზრდით, რომელიც შეგროვდა ყველა შეკითხვაზე.

## II.2. მიკრობიოლოგიური კვლევის მასალა და მეთოდები

გამოსაკვლევ მასალა აღებული იყო პაციენტების პირის ღრუდან სტერილური წკირებით, ლაბორატორიაში მისი მიტანა ხორციელდებოდა 1 საათის განმავლობაში ბაქტერიოლოგიური ანალიზის ჩატარების მიზნით სტანდარტული სქემის გამოყენებით (Bailey & Scott's 2007). მასალის ბაქტერიოლოგიური კვლევა ხორციელდებოდა საშუალოდ 5 დღის განმავლობაში.

*გამოკვლევის სქემა, საკვებები არეები და მეთოდები:* მასალის პირველადი გათესვა ხდებოდა მდიდარ მყარ არეებზე – სისხლიან აგარზე (Blood Agar + 5% sheep blood) ან ტვინ – გულის გამონაწვლილის (Brain Heart Infusion (BHI) აგარზე, ასევე ჩათესვა BHI-ის და/ან Tryptic Soya Broth (TSB)-ის ბულიონის შემცველ სინჯარებში. შემდგომი ინკუბაციით 24 სთ 37°C-ზე თერმოსტატში აერობულ პირობებში.

გაზრდილი კოლონიების გასუფთავება ხდებოდა განმეორებითი გათესვ(ებ)ით აგარიან არეზე- Tryptic Soya Agar (TSA) ფინჯნებზე. მიღებული სუფთა კულტურის იდენტიფიკაციისათვის ვახდენდით ნაცხის მომზადებას ცალკეული კოლინიებიდან და შეღებვას გრამის მეთოდით, შემდგომი დათვალიერებით სინათლის მიკროსკოპში იმერსიული ობიექტივის (100X) გამოყენებით და ბაქტერიული უჯრედების ფორმის, ფერის და ასევე დაჯგუფების ხასიათის აღწერით. პარალელურად იდგმებოდა 3% KOH- ტესტი, ასევე განისაზღვრებოდა კატალაზური და ოქსიდაზური აქტივობა.

ბაქტერიული იზოლატების შემდგომი დახასიათება და ფენოტიპური იდენტიფიკაცია ხდებოდა ბაქტერიული კულტურის გათესვით მთელ რიგ სელექციურ და სადიფერენციაციო არეებზე, კერძოდ: M-Enterococcus agar ; Bile – esculin Agar; Mitis–salivarius seletive agar ; Mannitol salt agar; MacConkey Agar; Simmons citrate agar; Kringler Iron Agar (KIA). აღნიშნულ არეებზე 37 °C-ზე 24 საათის განმავლობაში ინკუბაციის შემდეგ ვახდენდით ნაზრდის არსებობა/არარსებობის და ინტენსივობის, ასევე შეფერილობის აღრიცხვას;

სოკოვანი ფლორის გამოსავლენად და იდენტიფიკაციისთვის ხდებოდა გათესვა სპეციალურ ნიადაგზე (Sabouraud Agar), კოლონიების მორფოლოგიის აღწერა და შეღებილი ნაცხის მიკროსკოპია.

გამოკვლევის სქემის შემდეგი ეტაპი მოიცავდა გამოყოფილი ბაქტერიული იზოლატების ანტიბიოტიკებისადმი და ფაგებისადმი მგრძობელობის შესწავლას. კირბი-ბაუერის სტანდარტული დისკ–დიფუზიის მეთოდის თანახმად ვახდენდით შერჩეული ანტიბიოტიკების და სადიფერენციაციო დისკების (ერთრომიცინი, ბაციტრაცინი, პოლიმიქსინი, ვანკომიცინი, კოლისტინი, კანამიცინი, ფურაზოლიდონი, ნიტრატი, ნოვობიოცინი, “ლიოფილხემი”, იტალია) მოთავსებას კულტურების გაზონზე და შემდეგ წარმოქმნილი ინჰიბირების ზონების დიამეტრის გაზომვას და შედარებას სტანდარტულ მონაცემებთან (CLSI. 2007), რის საფუძველზეც თითოეული ანტიბიოტიკის მიმართ ხდებოდა მგრძობელობის ხარისხის დადგენა: მგრძობიარე (S), ზომიერად მგრძობიარე (I), რეზისტენტული (R).

ტესტი ფაგომგრძობელობაზე (პიოფაგი, ინტესტი, სეს, ფერსის, ენკოფაგი; ცალკეული მონოფაგები) ტარდებოდა სპოტ – ტესტის მეთოდით, რაც გულისხმობს 1X10<sup>7</sup> ნაწ/მლ კონცენტრაციის ფაგური სუსპენზიების დაწვეთებას საკვლევი კურტიუს გაზინზე და წამროქმნილი ლიზისის (გამჭვირვალეების) ზონების რეგისტრაცია-აღწერას.

**II.3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი  
გარსის ადგილობრივი მკურნალობისთვის გამოყენებული  
პრეპარატების დახასიათება**

ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებულთა მკურნალობა ტარდება ქიმიოთერაპიული პრეპარატებით, რომლებიც ძირითადი დაავადების მკურნალობის პარალელურად აქვეითებენ ავადმყოფის იმუნიტეტს. ვითარდება სტომატიტი, გინგივიტი, ლაქა, ნეკროზი, ნახეთქი, რომელთა სამკურნალოდ აუცილებელია პირის ღრუში ადგილობრივად იმუნომამოძლიერებელი, ანტიბაქტერიული, მარეგენერირებელი პრეპარატების გამოყენება. იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ჰემობლასტოზებით დაავადებული ავადმყოფები მკურნალობენ სტაციონარულ-ამბულატორიულ პირობებში, მნიშვნელოვანი იყო რომ, ადგილობრივად დანიშნული მალამო ყოფილიყო მარტივად მოსახმარი. ვინაიდან ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების მკურნალობა წლების მანძილზე მიმდინარეობს და საჭიროებს დიდ თანხებს, ამ ავადმყოფებისთვის უმნიშვნელოვანესი იყო სამკურნალო და პროფილაქტიკურ პრეპარატებს ჰქონოდათ მათთვის მისაღები ფასი. აქედან გამომდინარე მალამოს სახით შევარჩიეთ წლების მანძილზე გამოცდილი: კამელინის მალამო M3, უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2 და მეტროჟილ დენტალი.

**პრეპარატ „კამელინი“-ს დახასიათება**

„კამელინი“ არის სამამულო წარმოების ორიგინალური სამკურნალო-პროფილაქტიკური ბიო-პრეპარატი, ძლიერი იმუნომოდულაციური და ანტიოქსიდანტური მოქმედებით. პრეპარატი განსაკუთრებული სახეობის თაფლისაგან არის დამზადებული. პრეპარატის ფარმაკოკინეტიკა იქნა შესწავლილი თაგვების სისხლის პლაზმაში შეყვანით და გამოყენებულ იქნა სხვადასხვა ინფექციის და სიმსივნის დროს. კვლევამ აჩვენა დაზიანებულ ქსოვილებზე კამელინის რეგენერაციული და შემახორცებელი მოქმედების საუკეთესო შედეგი (Chumburidze T.B., Murtazashvili T.G., Kunchuliia L.Sh., et.al., 2009). პრეპარატი შეიცავს ფუტკრის

ცხოველმოქმედების ბიოლოგიურად მაღალაქტიურ ნივთიერებებს: ცილებს, პეპტიდებს, ამინომჟავებს, ალდეჰიდებს, ფურფუროლს, ჭიანველაჟავას, მიკროელემენტებს. აღნიშნული პრეპარატი, როგორც იმუნომოდულატორული აქტივობის მასტიმულირებელი საშუალება, აძლიერებს ჰუმორულ და უჯრედულ იმუნიტეტს. პრეპარატი ეკოლოგიურად სუფთაა, ჰიპოალერგიული და არატოქსიური პროდუქტია. გამოირჩევა ორგანიზმში შეყვანის გზების მრავალფეროვნებით (ინექცია, პერორალური მიღება, გარეგანი ხმარება - მალამო, ინსტილაცია, იმპრეგნაცია)[167].

კამელინის ხსნარი, ფხვნილი, მალამო მოზრდილებსა და ბავშვებში გამოიყენება, როგორც კომპლექსური თერაპიის შემადგენელი ნაწილი, ასევე დამოუკიდებლად ყველა იმ შემთხვევაში, როცა საჭიროა იმუნიტეტის სტიმულირება და ორგანიზმის იმუნური სტატუსის მოდიფიკაცია.

ამასთან, პრეპარატს გააჩნია ანთებისსაწინააღმდეგო, ტკივილგამაყუჩებელი, მარეგენერირებელი (რეპარაციული პროცესების მასტიმულირებელი) ეფექტი. არეგულირებს ადგილობრივი იმუნური სისტემის პასუხს და ბარიერულ ფუნქციას, აჩქარებს რეგენერაციის პროცესებს, გააჩნია ანტიბაქტერიული და ანტიფუნგალური ზემოქმედება (ი. კაჭკაჭიშვილი, მ. ბაქრაძე, 2010). შესწავლილია კამელინის იმუნომამოდულირებელი მოქმედება პაროდონტის დაავადებების დროს (ი. კაჭკაჭიშვილი, მ. ბაქრაძე, ბ. კორსანტია, 2012). წინააღმდეგ ჩვენებები გამოვლენილი არ არის.

აღნიშნული თვისებებიდან გამომდინარე გადავწყვიტეთ, პრეპარატი „კამელინი“-ს გამოიყენება ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმებით დაავადებული პაციენტების ლორწოვანი გარსის მკურნალობის კომპლექსში.

**უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო № 2-ის დახასიათება**

შემადგენლობა: სტრეპტოციდი 0,04გ.; სანთელი (თეთრი ან ყვითელი) 28,0გ.; მზესუმზირის ზეთი 11,96გ.

ფარმაკოლოგიური მოქმედება: ქსოვილთა რეგენერაცია, ჭრილობების სწრაფად შეხორცება და ავადმყოფის გაჯანსაღება.

გამოიყენება მსუბუქი და მძიმე ხარისხის დამწვრობების, ტროფიკული წყლულების, წითელი ქარის, სხვადასხვა სახის ჭრილობების, მათ შორის ჩირქოვანი პროცესების შეხორცების დასაჩქარებლად, სტომატიტის, ალვეოლიტის, პაროდონტიტის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანებისას, და სხვა.

**მეტროგილ დენტალი** - ადგილობრივი მოქმედების კომბინირებული პრეპარატია.

*შემადგენლობა:* 10მგ მეტრონიდაზოლის ბენზოატი, 0,5მგ ქლორჰექსიდინის გლუკონატი.

*ფარმაკოლოგიური მოქმედება:* პრეპარატს აქვს კარგად გამოხატული ანტიმიკრობული მოქმედება, ახასითებს სწრაფი და ძლიერი ბაქტერიოციდული მოქმედება გრამდადებით და გრამუარყოფით ბაქტერიებზე, ასევე ტრიქომონებზე. პრეპარატი ინარჩუნებს თავის თვისებებს სისხლიან და ჩირქიან გარემოში, პრეპარატში შემავალი მეტრონიდაზოლი მოქმედებს ბაქტერიოციდულად ობლიგატურ ანაერობულ ბაქტერიებზე. ანაერობულ მიკრობთა 90%-ი მგრძნობიარეა მის მიმართ. ადგილობრივი გამოყენებისას გელი პრაქტიკულად არ შეიწოვება ლორწოვანი გარსიდან.

*ჩვენება:* გამოიყენება პაროდონტის ქლოვილთა კომპლექსის და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთებადი ბუნების დაავადებების მკურნალობის კომპლექსში.

*გამოყენების თავისებურება:* იხმარება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსზე აპლიკაციებისა და პაროდონტული ჯიბეების დასამუშავებლად, ალვეოლიტების დროს.

*თანამოვლენები:* იშვიათად აღინიშნება ლორწოვანი გარსის წვა.

*უკუჩვენება:* ალერგიული რეაქციები ქლორჰექსიდინის, მეტრონიდაზოლის და ნიტრომიდაზოლის ნაწარმზე. პრეპარატის ხმარება არ შეიძლება 6 წლამდე ბავშვებში, ორსულობის პირველ ტრიმესტრში და ლაქტაციის პერიოდში.

გამოშვების ფორმა: 5,10,20,30 და 50გ ჟელე ტუბებში (მ.ივერიელი, ნ.აბაშიძე 2009).

ქიმიოთერაპიის ფონზე განვითარებული აპლაზიის სტადიაში თრომბოციტოპენიის გამო, ავადმყოფებს ეკრძალებათ კბილების გამოხეხვა,

სისხლდენის თავიდან აცილების მიზნით, ამით კიდევ უფრო მძიმდება პირის ღრუს ადგილობრივი მიკროფლორა, რასაც მივყავართ პირის ღრუს სხვადასხვა პათოლოგიური ცვლილებების გამოვლინებამდე. კბილების ნადების უარყოფითი გავლენის თავიდან აცილების მიზნით სამკურნალოდ და პროფილაქტიკისთვის, პრეპარატების ანტიბაქტერიული, ანტიმიკოზური, ანტიანთებითი და მარეგენირებელი თვისებებიდან გამომდინარე, ავირჩიეთ: ელუდრილის სავლები, ქლორჰექსიდინის სავლები და ელგიდიუმის კბილის პასტა.

### **ელუდრილის სავლები**

შემადგენლობა. 100 მლ. ხსნარი შეიცავს: ქლორჰექსიდინის დიგლუკონატი 0,10%, ქლორბუტანოლი 0,50%, ნატრიუმის ლოკუზატი 0,10%, სპირტი 42,8%, მოც. ერთ.

ექციპიენტი: პიტნის ზეთის ესენცია, გასუფთავებული წყალი 100 მლ-მდე

*ფარმაკოლოგიური მოქმედება:* ანტიბაქტერიული; ანტიმიკოზური; ტკივილგამაყუჩებელი; მარეგენირებელი; ანტიანთებითი.

*ჩვენებები:* ანგინები; პრე- და პოსტოპერაციული მოვლის საშუალება ოტორინოლარინგოლოგიაში; გინგივიტები, სტომატიტები, პაროდონტიტები, აფთები, ალვეოლიტები; პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პრე- და პოსტოპერაციული დამუშავება ქირურგიულ სტომატოლოგიასა და ინპლანტოლოგიაში; მოსახსნელი პროთეზების დეზინფექციის მიზნით.

### **ელგიდიუმის კბილის პასტა**

შემადგენლობა: 100 გრამი პასტა შეიცავს: ქლორჰექსიდინის დიგლუკონატს 0,004 გრ. კალციუმის კარბონატს 25,0 გრ. ექსციპიენტი 100 გრ-მდე.

*ჩვენებები:* პაროდონტის დაავადებები: გინგივიტი, პაროდონტიტი, პაროდონტოზი, სამკურნალოდ და პროფილაქტიკისთვის.

## **პაროდონტაქსის კბილის პასტა**

მცენარეული წარმოშობის კბილის პასტაა. შეიცავს სამკურნალწამლო მცენარეების: გვირილას, ექინაციას, რათანაიას, მირასა და სალბის ექსტრაქტებს, ასევე თუთიის ციტრატს, ნატრიუმის ბიკარბონატს და ქაფის წარმომქმნელ კოკამიდპროპილბეტაინს.

პასტა არის: ანტიმიკრობული, ანთების შემუპების და სისხლდენის საწინააღმდეგო, ასევე აქვს ანტიალერგიული, გამამაგრებელი, გამამუხებელი და რეპარაციული რეგენერაციის მასტიმულირებელი მოქმედება. ახდენს კბილების ნებისმიერი მიკრობის ინჰიბირებას (მ.ივერიელი, ნ.აბაშიძე 2009).

## **ქლორჰექსიდინის სავლები**

ღია მოყვითალო ფერის უსუნო სითხე.

100 მლ ფლაკონი შეიცავს: ძირითადი მოქმედი ნივთიერება: ქლორჰექსიდინის ბიგლუკონატს (დეზინ-ქლორჰექსიდინის 200მგ/მლ კონცენტრატის სახით)- 50მგ.

დამატებითი გამხსნელი : გამოხდილი წყალი 100მლ.-მდე.

*ფარმაკოლოგიური მოქმედება:* ახასითებს სწრაფი და ძლიერი ბაქტერიოციდული მოქმედება გრამდადებით და გრამუარყოფით ბაქტერიებზე, ასევე ტრიქომონებზე. პრეპარატი ინარჩუნებს თავის თვისებებს სისხლიან და ჩირქიან გარემოში.

*ჩვენება:* გამოიყენება პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთებადი დაავადებების მკურნალობის კომპლექსში.

*გამოყენების თავისებურება:* პაროდონტოლოგიაში იხმარება ქლორჰექსიდინის 0,05-0,06%-იანი ხსნარები პირის ღრუს აპლიკაციებისა და სავლებების სახით, ასევე პაროდონტალური ჯიბეების დასამუშავებლად.

თანამოვლენები: ხანგრძლივმა გამოყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს კბილების და რესტავრაციების ფერის შეცვლა და ასევე შავი თმიანი ენის ჩამოყალიბება. ეს უკანასკნელი გაივლის პრეპარატის მოხსნის შემდეგ. პროფესიული ჰიგიენის ჩატარების შემდეგ კი კბილები იღებს ბუნებრივ ფერს.

უკუჩვენება: ალერგიული რეაქციები, პრეპარატისადმი ინდივიდუალური შეუთავსებლობა.

გამოშვების ფორმა: 0,05%-იანი და 20%-იანი ხსნარები (მ.ივერიელი, ნ.აბაშიძე 2009).

ქიმიოთერაპიის ფონზე, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების გარდა შეიძლება ადგილი ჰქონდეს, ზოგადი ინფექციების გართულებების მატებას: ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი. ტუჩის ჰერპესის გამოვლინებისას ვნიშნავდით ანტივირუსულ პრეპარატს: აციკლოვირის მალამოს.

### **აციკლოვირი-დენკი 5% კრემი**

*შემადგენლობა:* აქტიური ნივთიერება: 1გრ კრემი შიცავს 50 მგ. აციკლოვირს.

დამხმარე ნივთიერებები: პოლი (ოქსიეთილენ)-50 გლიცეროლტრი (პალმიტატ/სტერატი), დიმეტიკონ 350, ცეტილის სპირტი, თეთრი რბილი პარაფინი (ვაზელინი), თხევადი პარაფინი, პროპილენის გლიკოლი, სუფთა წყალი.

*აღწერილობა:* თეთრი, გლუვი, რბილი კრემი 5 გრამიან ტუბში.

ფარმაკოლოგიური თვისებები: აციკლოვირი წარმოადგენს ფარმაკოლოგიურად არააქტიურ ნივთიერებას, რომელიც varicella zoster-ით ან herpes simplex-ით დაავადებულ უჯრედში შეღწევის შემდეგ გარდაიქმნება ვირუსოსტატურ ნივთიერებად. აციკლოვირის მოცემული მოდიფიკაცია კატალიზდება მარტივი ჰერპესის და varicella zoster-ის ფერმენტ - თიმიდიკინაზის საშუალებით, რომელიც საჭიროა ვირუსის გამრავლებისათვის.

ჩვენებები: გამოიყენება კანის მარტივი ჰერპესით, მათ შორის ტუჩის საწყისი და რეციდიული ჰერპესის ჩათვლით გამოწვეული ქავილის და ტკივილის სამკურნალოდ.

გამოყენების წესები და დოზები: აციკლო-დენკ 5%-იანი კრემი უნდა იქნას გამოყენებული დაზიანებულ ადგილებზე 5-ჯერ დღეში, დაახლოებით 4 საათიანი ინტერვალებით. წასმისას აუცილებელია დავრწმუნდეთ, რომ კრემით დაფარულია არამატო ხილული ნიშნები, არამედ მიმდებარე ადგილებიც. მკურნალობა ძირითადად გრძელდება 5 დღე. საუკეთესო შედეგების მისაღწევად კრემი უნდა



იქნას გამოყენებული ჰერპესის პირველი ნიშნების გაჩენისთანავე (ბუშტუკები, ქავილი, დაჭიმულობა და სიწითლე). როდესაც კანის გამონაყარი იფარება ქერქით, აციკლოვირის ვირუსოსტატიკული მკურნალობა აღარაა საჭირო.

*გვერდითი მოვლენები:* შესაძლოა გამოყენების ადგილზე გაჩნდეს ხანმოკლე წვის ან ჩხვლეტის შეგრძნება. იშვიათ შემთხვევაში აციკლო-დენკ 5%-იანი კრემის გამოყენების შემდეგ დაფიქსირდა კონტაქტური დერმატიტის შემთხვევები. ალერგიულმა ტესტმა აჩვენა, რომ ძირითადად ამის მიზეზი იყო დამხმარე ნივთიერებები და არა აქტიური ნივთიერება.

*უკუჩვენებები:* პრეპარატისადმი მომატებული მგრძობელობა. არ გამოიყენება თვალეზზე, ლოყის ლორწოვან გარსზე და ა.შ.[166].

**ვიტამინი A - პერორალური წვეთები, ხსნარი.**

*შემადგენლობა:* ხსნარის 5 მლ-ში შედის 200 000 IU Retinol Palmitate

(რეტინოლ პალმიტატი), ხოლო 1 მლ-ში (32წვეთი) შედის 40 000 IU Retinol Palmitate (რეტინოლ პალმიტატი). 1 წვეთი რეტინოლი შეიცავს 1 250 IU.

დამხმარე ნივთიერებები: E ვიტამინი აცეტატი, რაფინირებული მზესუმზირის ზეთი.

*ფარმაკოლოგიური თვისებები:* A ვიტამინი (რეტინოლი) მიეკუთვნება ცხიმში ხსნადი ვიტამინების ჯგუფს. პრეპარატი განსაკუთრებით კარგად მოქმედებს კანისა და ლორწოვანი გარსის აღდგენით პროცესებზე. A ვიტამინი ხელს უშლის თვალის კონიუქტივის ზედაპირის გამოშრობას; იგი ხელს უწყობს ჩონჩხის ფორმირებას, ზრდის ორგანიზმის მდგრადობას სხეულის მცირე ტემპერატურის და ინფექციური დაავადებების მიმართ და სხვა.

*ჩვენებები:* კანის და ლორწოვანი გარსის მხრივ - კანის ზედაპირული შრის სხვადასხვა დაზიანებების სეზორეული ეგზემა, დამწვრობები, მოყინვა, ნაყოლები;

ინფექციური დაავადებები და სტრესი- იმუნური სისტემის შემანარჩუნებელი საშუალების სახით. ა.შ.

*უკუჩვენებები:* პრეპარატის მიმართ მომატებული მგრძობელობა; A ჰიპერვიტამინოზი; ღვიძლისა და თირკმლის მძიმე დაავადებები.

მიღების წესი და დოზირება: ზეთოვანი ხსნარი მიღება პერორალურად წვეთების სახით. ხსნარს აწვეთებენ პირდაპირ პირის ღრუში ან შეურევენ წვებს ან რაიმე საკვებს.

მოზრდილები და მოზარდები - 2 500 სე (2წვეთი) დღეში;

1-დან 14 წლამდე ასაკის ბავშვებში - 1250 სე (1 წვეთი) დღეში;

გვერდითი მოვლენები: ძალიან იშვიათად შეიძლება გამოვლინდეს ძილიანობა, თავის ტკივილი, ძვლების და სახლსრების ტკივილი, მომატებული ნერვიულობა; კანის გაყვითლება და სიმშრალე, კანისა და ლორწოვანი გარსის მცირე, ხშირად ძალზე მტკივნეული ნახეთქები, განსაკუთრებით პირის კუთხეებში, ტუჩებზე და სხვა.

სამკურნალო ფორმა და შეფუთვა: პრეპარატი 5მლ ხსნარი დოზირებულია მუქი შუშის 10 მლ ბოთლში პიპეტით; თითო ბოთლი მოთავსებულია მუყაოს კოლოფში გამოყენების ინსტრუქციასთან ერთად [162].

### **იოდინოლი**

იოდინოლი იოდის ნაერთია პოლივინილის სპირტთან. 1%-იანი იოდინოლი შეიცავს 0,1% იოდს, 0,3%კალიუმის იოდატს და 0,9% პოლივინილის სპირტს.

ფარმაკოლოგიური მოქმედება: პრეპარატში მოლეკულური იოდის შემცველობა განაპირობებს მის ანტისეპრიკურ მოქმედებას. პოლივინილის სპირტი კი - ახანგრძლივებს ადგილობრივ ქსოვილებთან იოდის კონტაქტს და ამცირებს მის გამღიზიანებელ ზეგავლენას. იოდინოლს აქვს გამოხატული ანტიმიკრობული და სოკოსაწინააღმდეგო მოქმედება.

*ჩვენება:* გამოიყენება პაროდონტალური ჯიბეების, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და ფესვის არხების დასამუშავებლად.

გამოყენების თავისებურება: პაროდონტალური ჯიბეების დასამუშავებლად გამოიყენება იდინოლის 1%-იანი ხსნარი. ლორწოვანი გარსის დაზიანებისას იხმარება აპლიკაციების ან სავლებების სახით.

თანამოვლენები: იშვიათად იოდიზმის მოვლენა.

უკუჩვენება: ინდივიდუალური შეუთავსებლობა.

გამოშვების ფორმა: 1%-იანი ხსნარი ჭურჭელში.

შენახვის წესები: შუქისაგან დაცულ ადგილზე.

## ფაგიო

პიო ბაქტერიოფაგის სპრეი

აღწერილობა: სხვადასხვა ინტენსივობის ყვითელი ფერის, გამჭვირვალე, სპეციფიკური გემოს მქონე სითხე.

შემადგენლობა: აქტიური ნივთიერება პრეპარატის 1 მლ. შეიცავს სპეციფიკურ ფაგებს: Bacteriophagum Streptococcus, Bacteriophagum Staphylococcus, Bacteriophagum E. Coli, Bacteriophagum Pseudomonas aeruginosa, Bacteriophagum Proteus.

თითოეულს რაოდენობით არანაკლებ -  $10^5$ .

ფარმაცევტული ფორმა: სპრეი, 20 მლ. სტერილური ხსნარი ადგილობრივ და გარეგანი გამოყენებისთვის.

ფარმაკოთერაპიული ჯგუფი: სპეციფიკური ანტიბაქტერიული პრეპარატი.

ფარმაკოლოგიური მოქმედება: ბაქტერიოფაგი ბაქტერიის სპეციფიკური ვირუსია, რომელიც ადსორბირდება ჰომოლოგიური ბაქტერიის უჯრედის მიმბრანაზე, არღვევს მის მთლიანობას, აღწევს უჯრედის შიგნით, მრავლდება და იწვევს მის ლიზისს.

ფაგიო სპრეი-ს შემადგენლობაში არის ბაქტერიების (Streptococcus, Staphylococcus, E. Coli, Pseudomonas aeruginosa, Proteus) სელექციონებული, მხოლოდ ვირულენტური ფაგები, რაც განაპირობებს პრეპარატის გარანტირებულ მაღალაქტივობას და ეფექტურობას. ორგანიზმში შეყვანის გზის მიუხედავად, ბაქტერიოფაგის

პრეპარატები სქრაფად შეიწოვება სისხლსა და ლიმფაში და ადვილად აღწევს დაავადების კერამდე.

თერაპიული ჩვენებები: ფაგიო სპრეი გამოიყენება ბაქტერიებით გამოწვეული ჩირქოვანი დაავადებების პეოფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის პაციენტების ყველა ასაკობრივ და მაღალი რისკის ჯგუფებში.

პრეპარატი გამოიყენება: ფარინგიტის, ლარინგიტის და ტონზილიტის მკურნალობისათვის. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთების დროს: გლოსიტი, გინგივიტი, სტომატიტის მკურნალობა და პროფილაქტიკა და სხვა.

უკუჩვენებები: პრეპარატის რომელიმე კომპონენტის მიმართ მომატებული მგრძობელობა.

მიღების წესი და დოზირება: ფაგოთერაპიის ეფექტურობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი წინაპირობაა დაავადების გამომწვევი მიკროორგანიზმის ფაგისადმი მგრძობელობის განსაზღვრა. პრეპარატი განსაკუთრებით ეფექტურია მისი გამოყენებისას დაავადების ადრეულ ეტაპზე და უშუალოდ ინფექციის კერაზე ზემოქმედების შემთხვევაში.

ორალური გამოყენების შემთხვევაში პრეპარატის მიღება უნდა მოხდეს ჭამამდე ნახევარი საათით ადრე ან ჭამის შემდეგ, თერაპიული ეფექტის მისაღებად. ბავშვებში 6 წლამდე - 5 შესხურება, 2-4 საათის ინტერვალით, 4-5 -ჯერ დღეში. 6-დან 12 წლამდე 8 შესხურება 2-4 საათის ინტერვალით, 4-5-ჯერ დღეში. მოზრდილებში და ხანდაზმულებში- 8- 10 შესხურება 2-4 საათის ინტერვალით, 4-5-ჯერ დღეში. მკურნალობის ხანგრძლივობა 5-10 დღე.

პრეპარატის მიმართ გვერდითი ეფექტი არ გამოვლენილა.

გამოშვების ფორმა: 20 მლ-იანი შუშის ფლაკონი შევსებულია სითხით და თავდახურულია ჰერმეტიული მექანიკური გამფრქვევით, რომელზეც თავის მხრივ მოთავსებულია გამჭირვალე სახურავი. მუყაოს კოლოფში მოთავსებულია 1 ცალი 20 მლ-იანი შუშის ფლაკონი გამოყენების ინსტრუქციასთან ერთად.

## გვირილა

*შემადგენლობა:* 0,45% ეთეროვანი ზეთები, 3% გლიკოზიდები, სალიცილის, ნიკოტინის, ასკორბინის მჟავები, კაროტინი, ვიტამინები, ფლავანოიდები და სხვა.

*ფარმაკოლოგიური მოქმედება:* აქვს კარგად გამოხატული ანთების საწინააღმდეგო, ტკივილგამაყუჩებელი, მადესენსიბილიზებელი, ანტიმიკრობული და მანეპითელიზირებელი მოქმედება.

გამოყენების თავისებურება: პაროდონტოლოგიაში გამოიყენება გვირილას ნახარში სავლების ან პირის ღრუს აბაზანების, ასევე აპლიკაციების სახით.

გამოშვების ფორმა: მშრალი ბალახი კოლოფში.

## II.4. სტატისტიკური კვლევა

ჩატარდა აღწერილობითი სტატისტიკური ანალიზი, ვითვლიდით საშუალო არითმეტიკულს, საშუალო კვადრატულ გადახრას. შემდეგ ვატარებდი ბივარიაციულ ანალიზს, რომლითაც ვითვლიდით და ვაფასებდით  $X^2$  (ხი-კვადრატი) მაჩვენებელს და შესაბამის  $p$  მნიშვნელობებს. მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ PMA ინდექსის შეფასება მოვახდინეთ  $t$  სტიუდენტის კრიტერიუმით წყვილი ტესტით. ხარისხობრივი მონაცემების შედარება მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ ჩატარდა Wilcoxon-ის ტესტით დამოკიდებული ამონარჩევებისათვის. ჯგუფებს შორის შედარება ჩატარდა ფიშერის ზუსტი ტესტით. სარწმუნოდ ითვლებოდა მაჩვენებლები როდესაც  $p < 0.05$  მონაცემთა შეყვანა და დამუშავება მოხდა სტატისტიკურ პროგრამაში SPSS (22 ვერსია).

### თავი III

#### საკუთარი გამოკვლევები

ჩვენს მიერ გამოკვლეული პაციენტების ანკეტა კითხვარიდან მიღებული მონაცემებით: 27 (32,53%) ავადმყოფი იყო თბილისიდან, დანარჩენი 56 (67,47%) საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებიდან.

დაავადების მანიფესტაციით ასაკის გამოკვლევისას პაციენტები დავყავით 3 ასაკობრივ ჯგუფად და მივიღეთ შემდეგი მონაცემები: 18-40-მდე 24 (28,9%) პაციენტს, 41-60- მდე 25 (30,1%) პაციენტს და 60 წლის ზევით 34 (41%) პაციენტს გამოუვლინდა ჰემობლასტოზების დაავადების სხვადასხვა ფორმა (ცხრილი №1).

ცხრილი №1

პაციენტთა რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

| ასაკი | რაოდენობა | %     |
|-------|-----------|-------|
| 18-40 | 24        | 28.9  |
| 41-60 | 25        | 30.1  |
| >60   | 34        | 41.0  |
| სულ   | 83        | 100.0 |

მავენე ჩვევების შესწავლისას გაირკვა, რომ 18 პაციენტი იყო მწვეელი, 1 ალკოჰოლის ჭარბი მომხმარებელი, 4 მწვეელი და ალკოჰოლის მომხმარებელი ერთდროულად, 60 პაციენტი არც ერთს არ მოიხმარდა.

საწარმოო პროფესიული უარყოფითი ფაქტორების გამოკვლევისას საწარმოო მტვერთან კონტაქტს აღნიშნავდა 2 პაციენტი, შხამ-ქიმიკატებთან კონტაქტს 6 პაციენტი, კანცეროგენულ ნივთიერებებთან კავშირს 2 პაციენტი და ამ ჩამოთვლილთაგან არც ერთს აღნიშნავდა 73 პაციენტი.

საცხოვრებელი ადგილის მავენე ეკოლოგიური ფაქტორი მხოლოდ 5-მა პაციენტმა მიუთითა.

ფონური და თანმხლები დაავადებების გამოკითხვისას მივიღეთ შემდეგი მონაცემები: კუჭ-ნაწლავის დაავადებებს უჩიოდა 24 პაციენტი უფრო მეტად გამოხატული იყო ქალებში (13 პაციენტი) ვიდრე მამაკაცებში (11 პაციენტი), ენდოკრინულ (დიაბეტი, ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია) დაავადებებს 14 აღნიშნავდა 8 ქალი და 6 მამაკაცი; ანემია აღნიშნებოდა 76 პაციენტს 37 ქალს და 39 მამაკაცს, ნერვული სისტემის პათოლოგია 32 პაციენტს, 14 ქალს და 18 მამაკაცს; გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები 14 პაციენტს, 7 ქალს და 7 მამაკაცს; ემოციური სტრესი 56 პაციენტს 27 ქალს და 29 მამაკაცს; ძირითადი დაავადების გამოვლინებამდე სხვადასხვა მედიკამენტებს იღებდა 42 პაციენტი 21 ქალი და 21 მამაკაცი.

პირის ღრუს დათვალიერებამდე ვადგენდით კვების ტიპს, რითაც დადგინდა, რომ დაავადებულთაგან უპირატესობას ანიჭებდა: ნახშირწყლებს 74 (89.2%) პაციენტი, ცხიმთან საკვებს 52 (62.7%) პაციენტი, ცხარე საკვებს 45 (54.2%) პაციენტი, ტკბილეულს 45 (74.7%) პაციენტი, ობლიგატურ ალერგენებს 53 (63.9%) პაციენტი.

უშუალოდ პირის ღრუს დათვალიერებისას დავადგინეთ თანკბილვის სახეობები: პირდაპირი თანკბილვა ჰქონდა 19 პაციენტს, ნეიტრალური 18-ს, პროგენია 12-ს, პროგნათია 4-ს, ღია 1-ს, ღრმა 8-ს და სრული ადენტია აღნიშნებოდა 21 პაციენტს (ცხრილი №2).

ცხრილი №2

ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების თანკბილვის სახეობა

| თანკბილვის სახეობა | რაოდენობა | %    |
|--------------------|-----------|------|
| პირდაპირი          | 19        | 22.9 |
| ნეიტრალური         | 18        | 21.7 |
| პროგენია           | 12        | 14.5 |
| პროგნათია          | 4         | 4.8  |
| ღია                | 1         | 1.2  |

|         |    |       |
|---------|----|-------|
| ღრმა    | 8  | 9.6   |
| ადენტია | 21 | 25.3  |
| სულ     | 83 | 100.0 |

62 პაციენტიდან 58-ს (93,55%) ჰქონდა მარტივი და გართულებული კარიესები, რომელიც სტაციონარში მკურნალობის დროს ძლიერ დისკომფორტს უქმნიდა პაციენტებს.

კბილების გახეხვის ინტენსივობის დადგენისას აღმოჩნდა, რომ 27 (43,55%) პაციენტი საერთოდ არ იხეხავდა კბილებს, 22 (35,48%) დღეში 1-ჯერ იხეხავდა კბილებს, ხოლო 13 (20,97%) კბილებს იხეხავდა დღეში 2-ჯერ (ცხრილი №3).

ცხრილი №3

მარტივი და გართულებული კარიესის კავშირი კბილების გახეხვის ინტენსივობასთან

| მარტივი და გართულებული კარიესის არსებობა | კბილების გახეხვა |         |            |         | სულ | p     |
|------------------------------------------|------------------|---------|------------|---------|-----|-------|
|                                          | დღეში 1          | დღეში 2 | არ იხეხავს | ადენტია |     |       |
| დიახ                                     | 18               | 13      | 23         | 0       | 54  | 0.000 |
| არა                                      | 4                | 0       | 4          | 21      | 29  |       |
| სულ                                      | 22               | 13      | 27         | 21      | 83  |       |

ცხრილიდან ჩანს, რომ კბილების გახეხვის ინტენსივობა პირდაპირ კორელაციურ კავშირშია მარტივი და გართულებული კარიესების არსებობასთან, გამოვლინდა დადებითი საწმუნოობის კოეფიციენტი.



პირის ღრუს დათვალიერებისას აღვწერეთ ქვების და ნადების არსებობა და მათი ფორმები 62 პაციენტში. ნადები აღენიშნებოდა ყველა პაციენტს შემდეგი ფორმებით: რბილი ნადები - 55 (88.71%) პაციენტს, პიგმენტური ნადები - 33 (53.23%) პაციენტს, მაგარი ნადები - 28 (45.16%) პაციენტს, ღრძილზედა - 28 (45.16%) პაციენტს, ღრძილქვეშა - 11 (17.74%) პაციენტს. ძირითადად ავადმყოფებს აღენიშნებოდათ სხვადასხვა სახის ნადები ერთდროულად.

### *III.1. სტომატოლოგიურ პათოლოგიათა გამოვლინება ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში*

I ჯგუფის 63 ავადმყოფს დაავადების სხვადასხვა ეტაპზე გამოუვლინდათ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა ფორმის დაავადებები და დაზიანებები, მათ შორის: სტომატიტი, სისხლჩაქცევა, კატარული და ჰიპერტროფიული გინგივიტი, ნეკროზი, ქეილიტი, ლაქა, ჰერპესი, კერატიზაცია და ნახეთქი. 19 პაციენტი კი უჩიოდა ღრძილებიდან სისხლდენას.

ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების, პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ცვლილებები აღენიშნებოდათ დაავადების სხვადასხვა ეტაპზე 39 პაციენტს, რაც სრული პაციენტების რაოდენობის 61.90%-ს შეადგენს. რაც შეეხება დაავადების ფორმების მიხედვით გამოვლინებას შემდეგი მონაცემები მივიღეთ:

I ქვეჯგუფის მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 18 პაციენტიდან 15-ს (83.33%), მათ შორის 12 ქალს და 3 მამაკაცს აღენიშნებოდა პირის ღრუში შემდეგი ცვლილებები: გინგივიტი 6 პაციენტს, სტომატიტი 9 პაციენტს, ნეკროზი 2 პაციენტს, სისხლჩაქცევა 4 პაციენტს, ნახეთქი 1 პაციენტს, ლაქა 1 პაციენტს და ღრძილებიდან სისხლდენას უჩიოდა 3 პაციენტი. 9 პაციენტს ჰქონდა ლორწოვანი გარსის დაავადების თითო სტომატოლოგიური დაავადების გამოვლინება, ხოლო 6 პაციენტს რამდენიმე პათოლოგიის შერწყმული აღენიშნებოდა.

II ქვეჯგუფის მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიით დაავადებული 9 პაციენტიდან 4-ს (44.44%) 3 ქალს და 1 მამაკაცს აღენიშნებოდა პირის ღრუში შემდეგი

ცვლილებები: გინგივიტი 1 პაციენტს, სტომატიტი 2 პაციენტს, სისხლჩაქცევა 1 პაციენტს. ოთხივე პაციენტს ლორწოვანი გარსის თითო სტომატოლოგიური დაზიანება გამოუვლინდათ. ღრძილებიდან სისხლდენას უჩიოდა 1 პაციენტი.

III ქვეჯგუფის ქრონიკული მიელოპროლიფერაციით დაავადებული 16 პაციენტიდან 11-ს (68.75%) 3 ქალს და 8 მამაკაცს აღენიშნებოდა პირის ღრუში შემდეგი ცვლილებები: გინგივიტი 3 პაციენტს, სტომატიტი 2 პაციენტს, სისხლჩაქცევა 2 პაციენტს, ნეკროზი 1 პაციენტს, ნახეთქი 2 პაციენტს, ქეილიტი 1 პაციენტს, კერატიზაცია 1 პაციენტს, ლაქა 1 პაციენტს, თმის ენა 1 პაციენტს და ღრძილებიდან სისხლდენას უჩიოდა 2 პაციენტი. 8 პაციენტს ჰქონდა ლორწოვანი გარსის დაზიანებათა ერთეული გამოვლინება, ხოლო 3 პაციენტს რამდენიმე პათოლოგიის შერწყმა აღენიშნა.

IV ქვეჯგუფის ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციით დაავადებული 11 პაციენტიდან 3-ს (27.27%) 2 ქალს და 1 მამაკაცს აღენიშნებოდა შემდეგი ცვლილებები: გინგივიტი 2 პაციენტს. ორივე პაციენტს ლორწოვანი გარსის თითო სტომატოლოგიური დაზიანება გამოუვლინდათ, ხოლო ტუჩზე ჰერპესი ჰქონდა 1 პაციენტს.

V ქვეჯგუფის ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 2 (100%) პაციენტიდან 1 ქალს ლორწოვან გარსზე აღენიშნებოდა სისხლჩაქცევა, ხოლო მეორეს სხვადასხვა ფორმის ცვლილებები: ტუჩზე ჰერპესი და პირის ღრუში სტომატიტი.

VI ქვეჯგუფის არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული 7 პაციენტიდან 4-ს (57.14%) 2 ქალს და 2 მამაკაცს, აღენიშნებოდა პირის ღრუში შემდეგი ცვლილებები: სისხლჩაქცევა 2 პაციენტს, ლაქა 1. ერთ პაციენტს შერწყმული სახით გამოუვლინდა ლორწოვანი გარსის პათოლოგია 3-ს კი ერთეული (ცხრილი № 4).

ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტთა პირის ღრუს  
ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე დაზიანების ელემენტების  
გამოვლინების რაოდენობა და %-ული მაჩვენებელი I ჯგუფში

| პაციენტების რაოდენობა და %                                                      | I<br>მწვავე მიელოიდური ლეიკემია<br>n=18 | II<br>მწვავე ლიმფობლასტური<br>ლეიკემია<br>n=9 | III<br>ქრონიკული<br>მიელოპროლიფერაციული<br>დაავადებები<br>n=16 | IV ქრონიკული<br>ლიმფოპროლიფერაციული<br>დაავადებები n=11 | V<br>ჰოჯკინის ლიმფომა<br>n=2 | VI<br>არაჰოჯკინის ლიმფომა<br>n=7 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც პირის ღრუში პათოლოგიური ცვლილებები გამოუვლინდათ | 15                                      | 4                                             | 11                                                             | 3                                                       | 2                            | 4                                |
| პირის ღრუში პათოლოგიური პროცესების გამოვლინების %                               | 83.33%                                  | 44.44%                                        | 68.75%                                                         | 27.27%                                                  | 100%                         | 57.14%                           |

II ჯგუფის 20 პაციენტიდან 13-ს ჰქონდა სტომატოლოგიური პათოლოგია, რაც მთელი რაოდენობის 65%-ს შეადგენს. მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებულ ორივე პაციენტს გამოუვლინდა სტომატოლოგიური პათოლოგია, ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადების მქონე 7- დან 5 ავადმყოფს, ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ 1 ავადმყოფს, არაჰოჯკინის ლიმფომით

დაავადებულ 7-დან 5 პაციენტს და ქრონიკული მიელოპროლიფერაციული დაავადების მქონე 3 პაციენტიდან არც ერთს (ცხრილი №5).

ცხრილი №5

ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტთა პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე დაზიანების ელემენტების გამოვლინების რაოდენობა და %-ული მაჩვენებელი II ჯგუფში

| პაციენტების რაოდენობა და %                                                      | I მწვავე მიელოიდური ლეიკემია n=2 | III ქრონიკული მიელოპროლიფერაციული დაავადებები n=3 | IV ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებები n=7 | V ჰოჯკინის ლიმფომა n=1 | VI არაჰოჯკინის ლიმფომა n=7 |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც პირის ღრუში პათოლოგიური ცვლილებები გამოუვლინდათ | 2                                | 0                                                 | 5                                                | 1                      | 5                          |
| პირის ღრუში პათოლოგიური პროცესების გამოვლინების %                               | 100%                             | 0                                                 | 71.43%                                           | 100%                   | 71.43%                     |

სულ II ჯგუფიდან სტომატოლოგიური პათოლოგიით იყო 13 პაციენტი და ყველა იმყოფებოდა ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდში.

ლიტერატურის მონაცემებით პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები ძირითადად გამოიხატება მუკოზიტების, გინგივიტების და კანდიდოზის სახით

(Alberth M., Majoros L., Kovalecz G., et.al., 2006; Morais E.F., Lira J.A., Macedo R.A., et al., 2014). თუმცა, ჩვენი დაკვირვების კონტინგენტი გამოირჩეოდა სტომატოლოგიურ პათოლოგიათა მრავალფეროვანი გამოვლინებით: გინგივიტები, სტომატიტები, ნეკროზები, სისხლჩაქცევები, ჰელიტი, ნახეთქი, ლაქა, კერატიზაცია, თმიანი ენა და ტუჩის ჰერპესის შემთხვევები.

I ჯგუფის 39 ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტიდან პირის ღრუში ლორწოვანი გარსის და ტუჩის წითელი ყაეთანის დაავადებების გამოვლინების ფორმების სიხშირის მიხედვით შემდეგი მონაცემები დაფიქსირდა: სტომატიტის -15 (38.45%), გინგივიტის -12 (30.77%), სისხლჩაქცევის -10 (25.64%), ნახეთქის -4 (10.26%), ნეკროზის -4 (10.26%), ჰერპესის -2 (5.13%), ლაქის -3 (7.69%), ჰელიტის -1 (2.56%), კერატიზაციის -1 (2.56%), თმიანი ენის -1 (2.56%) შემთხვევა.

ავადმყოფების სტომატოლოგიური სტატუსი მნიშვნელოვნად იყო დამოკიდებული მათი ჰემატოლოგიური პათოლოგიის სიმძიმესა და მიმდინარეობაზე. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიის გამოვლინებისას ზემოჩამოთვლილ ავადმყოფთაგან: 12 (31.58%) პაციენტი იმყოფებოდა აპლაზიაში, 25 (64.10%) ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდში და 2 (5.13%) ციტოსტატიკური თერაპიის შემდგომ პერიოდში (ცხრილი №6).

I ჯგუფის პაციენტების სტომატოლოგიური პათოლოგიური ელემენტების გამოვლინება დაავადების სხვადასხვა ეტაპზე რაოდენობა და %-ული მაჩვენებელი

| ჰემატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობის ეტაპები       | სტომატიტი | გინგივითი | სისხლჩაქცევა | ნახეთქი | ნეკროზი | ჰერპესი | ლაქა   | ჰეილიტი | კერატოზაცია | თმინი ენა |
|------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|---------|---------|---------|--------|---------|-------------|-----------|
| ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდი (რაოდენობა) | 6         | 8         | 6            | 3       | 2       | 2       |        | 1       | 1           |           |
| ციტოსტატიკური თერაპიის შემდგომი პერიოდი (რაოდენობა)  |           |           |              |         |         |         | 2      |         |             | 1         |
| აპლაზია (რაოდენობა)                                  | 9         | 4         | 4            | 1       | 2       |         | 1      |         |             |           |
| %-ული მაჩვენებელი                                    | 38,45 %   | 30,8 %    | 25,64 %      | 10,26 % | 10,26 % | 5,13 %  | 7,69 % | 2,56 %  | 2,56 %      | 2,56 %    |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე დაზიანების ელემენტების ყველაზე მეტი შემთხვევა ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდში გამოვლინდა: გინგივიტის -8, სტომატიტის -6, სისხლჩაქცევის -6, ნახეთქის -3, ჰეილიტის -1, ჰერპესის -2, ნეკროზის - 2, და კერატოზაციის -1 შემთხვევა.

პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე დაზიანების ელემენტების შედარებით ნაკლები ინტენსივობით გამოვლინდა აპლაზიის პერიოდში: სტომატიტის -9, გინგივიტის -4, სისხლჩაქცევის -4, ლაქის -1 და ნეკროზის - 2 შემთხვევა.

პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე დაზიანების ელემენტების ყველაზე ცოტა შემთხვევა გამოვლინდა ციტოსტატიკური თერაპიის შემდგომ პერიოდში: თმიანი ენის -1 და ლაქის -2 შემთხვევა დაფიქსირდა.

II ჯგუფის 20 პაციენტიდან ციტოსტატიკური თერაპიის ფონზე გამოუვლინდა 13-ს სხვადასხვა სტომატოლოგიური პათოლოგია: გინგივიტი ჰქონდა 6 პაციენტს (46.15%) - 1 მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით, 1 ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებით, 1 ჰოჯკინის ლიმფომით და 3 არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ პაციენტებს; სტომატიტი გამოვლინდა 5 პაციენტს (38.46%) -3 ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებით, 1 ჰოჯკინის და 1 არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულებს; ნახეთქი ჰქონდა ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებით მყოფ 2 პაციენტს (15.38%); სისხლჩაქცევა 2 პაციენტს - მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით 1-ს და არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ 1 ავადმყოფს (15.38%); 11 პაციენტს სტომატოლოგიური პათოლოგია ჰქონდა გამობატული ერთეული და 2 პაციენტს შერწყმული პათოლოგიის სახით. აღნიშნული ყველა პაციენტი იმყოფებოდა ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდში (ცხრილი №7).

ცხრილი №7

II ჯგუფის პაციენტების სტომატოლოგიური პათოლოგიური ელემენტების გამოვლინება დაავადების სხვადასხვა ეტაპზე რაოდენობა და %-ული მაჩვენებელი

| ჰემატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობის ეტაპები | სტომატიტი | გინგივიტი | სისხლჩაქცევა | ნახეთქი |
|------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|---------|
| ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე               | 5         | 6         | 2            | 2       |

|                     |        |        |        |        |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|
| პერიოდი (რაოდენობა) |        |        |        |        |
| %-ული მაჩვენებელი   | 38.46% | 46.15% | 15.38% | 15.38% |

დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით I ჯგუფის მონაცემებით, გამოვლინდა შემდეგი პროცენტული მაჩვენებლები: ტუჩი 53.85%, ენა 43.59%, ლოყა 25.64%, რბილი სასა 7.69%, ალვეოლური მორჩი 5.13%, მაგარი სასა 5.13% (ცხრილი №8).

ცხრილი №8

სტომატოლოგიური პათოლოგიების რაოდენობა და %-ული მაჩვენებელი ლოკალიზაციის მიხედვით I ჯგუფის პაციენტებში

| პირის ღრუში გამოვლენილი დაზიანების ელემენტები | ტუჩი | ენა | ლოყა | რბილი სასა | ალვეოლური მორჩი | მაგარი სასა |
|-----------------------------------------------|------|-----|------|------------|-----------------|-------------|
| სტომატიტი                                     | 9    | 8   | 5    |            |                 |             |
| სისხლჩაქცევა                                  | 4    | 2   | 2    | 2          |                 | 1           |
| ნახეთქი                                       | 3    | 1   |      |            |                 |             |
| ნეკროზი                                       | 1    |     | 1    |            | 2               |             |
| ჰერპესი                                       | 2    |     |      |            |                 |             |
| ლაქა                                          |      | 4   | 1    |            |                 |             |
| ჰელიტი                                        | 1    |     |      |            |                 |             |
| კერატიზაცია                                   | 1    | 1   | 1    | 1          |                 | 1           |
| თმიანი ენა                                    |      | 1   |      |            |                 |             |
| სულ                                           | 21   | 17  | 10   | 3          | 2               | 2           |



|                      |        |        |        |       |       |       |
|----------------------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|
| რაოდენობა            |        |        |        |       |       |       |
| %-ული<br>მაჩვენებელი | 53.85% | 43.59% | 25.64% | 7.69% | 5.13% | 5.13% |

საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების სხვადასხვა სიმპტომები ერთდროულად, ლოკალიზაცია კი მრავლობითი. სტომატოლოგიური პათოლოგიის გამოვლინებათა უმრავლესობა ლოკალიზებული იყო ტუჩზე 21 (53.85%) შემთხვევა, რაზეც გარკვეულ როლს ასრულებს ტრავმული ფაქტორი და მავნე ჩვევა (ტუჩის ხშირი ლოკვა და კვნეტა), გამოვლინების მხრივ მეორე ადგილზე დგას ენაზე (17 შემთხვევა) ლოკალიზებული ელემენტები (43.59%), 10 (25.64%) შემთხვევაში დაზიანების ელემენტი გამოვლინდა ლოყაზე, ჰემორაგიული სინდრომი ვლინდებოდა: პეტექიების სახით 2 (5.13%) პაციენტთან მაგარ სასაზე და 3 (7.69%) პაციენტთან რბილ სასაზე, ალვეოლურ მორჩზე დაზიანების ელემენტი დაფიქსირდა ნეკროზის სახით 2 (5.13%) პაციენტთან.

II ჯგუფის მონაცემებით სტომატოლოგიური პათოლოგიის აღწერისას ლოკალიზაციის მიხედვით შემდეგი მონაცემები მივიღეთ: ელემენტები ტუჩზე იყო 6 (46.15%) პაციენტის შემთხვევაში, ლოყაზე 1 (7.69%) შემთხვევაში, მაგარ სასაზე 2 (15.38%), რბილ სასაზე ასევე 2 (15.38%) და ენაზე 1 (7.69%) პაციენტის შემთხვევაში (ცხრილი №9).

ცხრილი №9

სტომატოლოგიური პათოლოგიების რაოდენობა და %-ული მაჩვენებელი ლოკალიზაციის მიხედვით II ჯგუფის პაციენტებში

|                                                        |      |     |      |               |                |
|--------------------------------------------------------|------|-----|------|---------------|----------------|
| პირის ღრუში<br>გამოვლენილი<br>დაზიანების<br>ელემენტები | ტუჩი | ენა | ლოყა | რბილი<br>სასა | მაგარი<br>სასა |
|--------------------------------------------------------|------|-----|------|---------------|----------------|

|                      |        |       |       |        |        |
|----------------------|--------|-------|-------|--------|--------|
| სტომატიტი            | 4      | 1     | 1     |        |        |
| სისხლჩაქცევა         |        |       |       | 2      | 2      |
| ნახეთქი              | 2      |       |       |        |        |
| სულ<br>რაოდენობა     | 6      | 1     | 1     | 2      | 2      |
| %-ული<br>მაჩვენებელი | 46.15% | 7.69% | 7.69% | 15.38% | 15.38% |

I ჯგუფიდან 19 პაციენტი უჩიოდა ღრძილებიდან სპონტანურ სისხლდენას, II ჯგუფიდან კი 4 ავადმყოფი. რომლებშიც სისხლდენა თრომბოციტოპენიის მიზეზით იყო გამოწვეული, რამდენადაც ღრძილების ფორმა, ფერი და ლორწოვანის მთლიანობა უცვლელი იყო.

ზემოაღნიშნული პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების გამოვლინებებიდან, ყველაზე რთული იყო ლორწოვანის ნეკროზი და კერატიზაცია. საჭიროდ ჩავთვალეთ დაწვრილებით აგვეღწერა აღნიშნული შემთხვევები.

ნეკროზი დიაგნოსტირებული იყო I ჯგუფის 4 პაციენტთან, 3 ავადმყოფი იმყოფებოდა მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით და ერთი ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული, სამი პაციენტი იმყოფებოდა აპლაზიის სტადიაში ერთი კი ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდში.

მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებულ 3 პაციენტიდან რომელთაც აღენიშნათ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ნეკროზი (სურათი №1), სამივე იყო ქალი 44, 49 და 65 წლის ასაკის. 1 პაციენტს ჰქონდა სრული ადენტია, დანარჩენი ორი, კი არ იხეხავდა კბილებს, თრომბოციტოპენიის გამო, სისხლდენის თავიდან აცილების მიზნით. დაავადების დამძიმების მიზეზად ჩავთვალეთ პირის ღრუს არაჰიგიენური მდგომარეობა. ერთ პაციენტს სრული ადენტის გამო ვერ ჩაუტარდა ჰიგიენური ინდექსის გამოკვლევა. დანარჩენი ორი პაციენტის პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის მონაცემები შეესაბამებოდა შეფასებას -“ძალიან ცუდი“.

ერთი პაციენტი, რომელსაც ალვეოლურ მორჩზე და ზედა ტუჩის შიდა ზედაპირზე აღენიშნებოდა ნეკროზი, ორივე ყბაზე იყენებდა მოსახსნელ პროთეზებს. ვურჩიეთ ნეკროზის ალაგებამდე პროთეზის გამოყენებისგან თავის შეკავება, რათა არ მომხდარიყო ალვეოლური მორჩის უფრო მეტად ტრავმირება. პაციენტებს დაენიშნათ ქლორჰექსიდილის სავლები, კამელინის მალამოს და უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2-ის ნაზავის აპლიკაცია დღეში 3-ჯერ. მე-2 დღიდან პაციენტებს აღენიშნებოდა ტკივილის მოვლენების კლება, მე-4 დღიდან ეტაპობრივად მოიხსნა საკვების მიღების პრობლემებიც. მე-8 დღეს დაზიანების ელემენტები თითქმის სრულად იყო ალაგებული. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სრული გამოჯანმრთელებას 14-15 დღე დასჭირდა.



სურათი №1. მწვავე მიელოიდური ლეიკემია

მხოლოდ 1 პაციენტის შემთხვევაში იყო დიაგნოსტირებული კერატიზაცია და ნეკროზი ერთროულად, ეს პაციენტი იყო ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემიის ფორმით დაავადებული და იმყოფებოდა აპლაზის სტადიაში.

პაციენტ შ.გ.-ს აღენიშნებოდა ცხვირიდან სისხლდენა, რის გამოც ჰქონდა გაკეთებული ცხვირის ღრუს უკანა ტამპონადა 2-3 კვირის განმავლობაში. მთელი ეს პერიოდი პაციენტს უწევდა პირდია სუნთქვა, რამაც გამოიწვია ლორწოვანი გარსის გამოშრობა და შესაბამისად ლორწოვანის ჰიპერკერატიზაციული უბნების განვითარება, მას ასევე აღენიშნებოდა ნეკროზი ლოყაზე. ლორწოვანი კერატიზებული იყო: ენის მთელ ზედაპირზე, მაგარ სასაზე, ლოყებზე და ტუჩებზე, ნეკროზი კი აღენიშნებოდა ლოყაზე. პირის ღრუს ასეთი მძიმე მდგომარეობის გამო პაციენტს უძნელდებოდა მეტყველება და საკვების მიღება ხდებოდა მხოლოდ საწრუპის საშუალებით. აქვე გვინდა აღვნიშნოთ, რომ არ ხდებოდა კბილების ჰიგიენური წმენდა თრომბოციტოპენიის გამო, შესაბამისად ჰიგიენური ინდექსის გამოკვლევისას შემდეგი შედეგი მივიღეთ- „ძალიან ცუდი“.

პაციენტს დაენიშნა ანტისეპტიური სავლები, ქლორჰექსიდიდინის სავლები 3-4 ჯერ დღეში, კამელინის მალამოს და უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2-ს ნაზავის აპლიკაციები დღეში 2-3 ჯერ. მე-2 დღიდან პაციენტს აღენიშნებოდა კერატიზაციის უბნების დესქვამაცია (სურათი№2). მე-6 დღიდან ენის წვერსა და გვერდებზე დაიწყო კერატიზებული უბნების ჩამოფცქვნა, ამასთანავე ეტაპობრივად მოიხსნა მეტყველების და საკვების მიღების პრობლემებიც. მე-9 დღეს დაზიანების ელემენტები თითქმის სრულად იყო ალაგებული. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სრულ გამოჯანმრთელებას 14 დღე დასჭირდა (სურათი№3).



სურათი №2. ქრ.მიელოიდური ლეიკემია მკურნალობის მე-2 დღე



სურათი №3. ქრ.მიელოიდური ლეიკემია მკურნალობის შემდეგ მე-14 დღე

ჰემობლასტოზებით დაავადებული ავადმყოფების პირის ღრუს დათვალიერებისას, დესტრუქციული კერების ჩამოყალიბებამდე, შეინიშნებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ფერის კეროვანი ცვლილება (ჰიპერემია, სიფერმკთალე) და შეშუპება. პაციენტებს რომელთაც წინა დღის გასინჯვისას ხილული დაზიანების ელემენტების არ აღნიშნებოდათ მათაც კი, დესტრუქციული ცვლილებები აღნიშნებოდათ უეცრად. მაგალითად შეგვიძლია მოვიყვანოთ 2 პაციენტი, რომელთაგან ო.ი. აღნიშნავდა მავნე ჩვევას, ს.ი. კი ტუჩის ტრავმას, ორივე პაციენტის დიაგნოზი იყო: მწვავე მიელოიდური ლეიკემია.

საჭიროდ ჩავთვალეთ ამ პაციენტების პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანების დინამიკის აღწერა, სადაც ნათლად ჩანს, ტრავმული ფაქტორის როლი დაავადების განვითარების მაპროვოცირებელ ფაქტორად.

ავადმყოფი ო.ი. აღნიშნავდა წლების მანძილზე არსებულ, მავნე ჩვევას მუდმივად „ლოყების კვნეტა“-ს, ამასთანავე პაციენტი იყო აქტიური თამბაქოს მომხმარებელი. ქიმიოთერაპიის დაწყებამდე პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დათვალიერებისას დადგინდა, რომ მას ჰქონდა ნეიტრალური თანკბილვა, აღნიშნებოდა მარტივი და გართულებული კარიესები, ორივე ლოყაზე ჰქონდა ლორწოვანი გარსი არაერთგვაროვანი, ზედაპირული შრის მთლიანობა იყო დარღვეული და ეტყობოდა კბილების ჩანაჭდევები. პაციენტ ო.ი. კბილებს იხეხავდა დღეში 2-ჯერ (აპლაზიის მდგომარეობამდე), მიუხედავად ამისა, მას აღნიშნებოდა რბილი და პიგმენტური ნადები, ჰიგიენური ინდექსის გამოთვლისას მივიღეთ შედეგი - „ცუდი“. ავადმყოფს ავუხსენით კბილების სწორი წმენდის პრინციპი და აეკრძალა მავნე ჩვევები, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გართულებების თავიდან აცილების მიზნით. მიუხედავად ამისა, აპლაზიის სტადიაში, მარჯვენა ლოყაზე განუვითარდა სტომატიტი. პაციენტი უჩიოდა ძლიერ ტკივილს, პირის გაღების გაძნელებას, უარს ამბობდა საკვების მიღებაზე და პირის გაღების გაძნელების გამო უძნელდებოდა საუბარი. საკვების მიღების შეწყვეტა ამძიმებდა ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას. ავადმყოფ ო.ი.-ს დაენიშნა ქლორჰექსიდინის სავლები დღეში 3-ჯერ და უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2-ის აპლიკაცია დღეში 3-ჯერ. მეორე დღიდანვე შემცირდა ტკივილის შეგრძნება, შესაბამისად პაციენტს ნაკლებად უჭირდა პირის გაღება და დაიწყო

საკვების მიღებაც. სტომატიტის სრულ აღაგებას დასჭირდა 5 დღე. პაციენტმა შეწყვიტა ლოყების მუდმივი კვნეტა და თამბაქოს მოხმარება, შემდგომი ქიმიოთერაპიების დროს პაციენტი პროფილაქტიკის მიზნით ივლებდა ქლორჰექსიდინის სავლებს 3-ჯერ დღეში და ამ ეტაპზე სტომატიტის რეციდივი არ დაფიქსირებულა.

ავადმყოფ ს.ი.-ის პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის თავდაპირველი დათვალიერებისას არ აღინიშნებოდა დაზიანების ელემენტები. ანამნეზის შეგროვებისას დადგინდა, რომ პაციენტ ს.ი.-ის ჰქონდა მარტივი და გართულებული კარიესები. ეს პაციენტი კბილებს იხეხავდა დღეში ერთხელ ლორწოვანზე პათოლოგიური ელემენტის გაჩენამდე, კბილებზე ჰქონდა რბილი და პიგმენტური ნადები, ჰიგიენური ინდექსით დადგინდა, პირის ღრუს ჰიგიენის „ძალიან ცუდი“ დონე. ქიმიოთერაპიის დაწყებიდან მე-7 დღეს პაციენტი აღნიშნავდა, ტუჩის შემთხვევით მოკვნეტას საკვების მიღების დროს, რის შედეგადაც აპლაზიის სტადიაში, ქვედა ტუჩზე განუვითარდა სტომატიტი (სურათი №4 და №5), შემდგომი დანეკროზებით. პაციენტი უჩიოდა ძლიერ ტკივილს, ტუჩის მტკივნეულობის გამო უძნელდებოდა საუბარი და უარს აცხადებდა საკვების მიღებაზე, რაც ამძიმებდა პაციენტის ზოგად მდგომარეობას. თავდაპირველად ალვეოლურ მორჩზე არსებული ეროზიის და მარგინალური ღრძილის მცირე ზომის ნეკროზის არსებობისას, დაენიშნა ქლორჰექსიდინის სავლები და კამელინის მალამო M3-ის აპლიკაცია დღეში 3-ჯერ. მდგომარეობა სტაბილური იყო. როგორც პაციენტმა მოგვიანებით აღნიშნა გულისრევის შეგრძნების გამო (რაც, ქიმიოთერაპიის დროს ხშირია) ვერ ასრულებდა დანიშნულებას ზედმიწევნით. 17 დღის შემდეგ ტუჩის იგივე ადგილებში განუვითარდა დიდი ზომის ნეკროზი. პაციენტი ისევ აპლაზიის სტადიაში იმყოფებოდა და ძირითადი დაავადების მიმდინარეობა იყო რთული. პაციენტს დაენიშნა ქლორჰექსიდინის სავლებთან ერთად უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2-ის აპლიკაციები დღეში 3-4-ჯერ. ლორწოვანი გარსის მკურნალობის მე-3 დღიდან შემცირდა ტკივილის მოვლენები, პაციენტმა დაიწყო საკვების სრულფასოვნად მიღება, ნეკროზის სრულ აღაგებას 3 კვირამდე დასჭირდა.



სურათი №4 მწვავე მიელოიდური ლეიკემია



სურათი №5 მწვავე მიელოიდური ლეიკემია



ზემოთ მოყვანილი 2 პაციენტის მაგალითები მეტყველებს იმაზე, რომ სტომატოლოგიური დაავადების სიმძიმე მნიშვნელოვნად ამძიმებს ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას და ჰემატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობას.

პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე გამოვლენილი ცვლილებების სიმძიმის შეფასების მიზნით პირობითად დაყავით სტომატოლოგიური დაავადების სიმძიმის შემდეგი ხარისხი:

1 - მსუბუქი - პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცალკეული უბნების ფერის შეცვლა, შეშუპება, ლაქა, ერთეული და მცირე ზომის სტომატიტის არსებობა, რომლებიც არ უქმნიან პაციენტს მნიშვნელოვან დისკომფორტს და არ ამძიმებენ ზოგად მდგომარეობას.

2 - საშუალო - პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ერთი ან რამდენიმე დაზიანების მტკივნეული ელემენტი, მიმდინარეობს პაციენტის მეტყველების შეზღუდვის, კვების და ზოგადი მდგომარეობის დამძიმების გარეშე.

3 - მძიმე - პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი ერთი ან რამდენიმე დაზიანების მტკივნეული ელემენტი, პაციენტს შეზღუდული აქვს მეტყველება, კვება და სტომატოლოგიური დაავადება ამძიმებს ზოგად მდგომარეობას.

ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმებით დაავადებული, 39 პაციენტის პირის ღრუს ლორწოვანი გარსზე გამოვლენილი სტომატოლოგიური პათოლოგიის სიმძიმის ხარისხის დადგენისას, შემდეგი მონაცემები მივიღეთ: მსუბუქი მიმდინარეობა - 17 (43.58%) პაციენტს, საშუალო მიმდინარეობა - 11 (28.21%) პაციენტს და მძიმე მიმდინარეობა ასევე - 11 (28.21%) პაციენტს აღენიშნებოდათ.

I ჯგუფის პაციენტების სტომატოლოგიურ დაავადების სიმძიმესთან ერთად ვარკვევდით ყველა პაციენტის ჰემატოლოგიური დაავადების სიმძიმეს მიღებული შედეგებს ვადარებდით სტომატოლოგიური დაავადების სიმძიმეს და ვადგენდით მათ კორელაციურ კავშირს (ცხრილი №10).

I ჯგუფის პაციენტების სტომატოლოგიური და ჰემატოლოგიური დაავადების  
სიმძიმის შედარება

| სტომატოლოგიური დაავადებების<br>მიმდინარეობა | ჰემატოლოგიური<br>დაავადებების<br>მიმდინარეობა |       | სულ | p     |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------|-----|-------|
|                                             | საშუალო                                       | მძიმე |     |       |
| მსუბუქი                                     | 26                                            | 15    | 41  | 0.025 |
| საშუალო                                     | 5                                             | 6     | 11  |       |
| მძიმე                                       | 2                                             | 9     | 11  |       |
| სულ                                         | 33                                            | 30    | 63  |       |

ცხრილში მოყვანილი მონაცემებით სტომატოლოგიური დაავადების სიმძიმე მნიშვნელოვნად იყო დამოკიდებული ჰემატოლოგიური დაავადების სიმძიმეზე. მათ შორის გამოვლინდა კორელაციური კავშირი, მივიღეთ დადებითი სარწმუნოების კოეფიციენტი ( $p < 0.05$ ).

30 პაციენტის შემთხვევაში ჰემატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობა იყო მძიმე, 9 შემთხვევაში ემთხვევა სტომატოლოგიური დაავადების სიმძიმე, 6 შემთხვევაში საშუალო სიმძიმით არის გამოხატული და 15 შემთხვევაში მსუბუქი მიმდინარეობა აქვს.

33 საშუალო სიმძიმით მიმდინარე ჰემატოლოგიური დაავადების დროს 6 შემთხვევაში ემთხვევა სტომატოლოგიური დაავადების სიმძიმეს, 2 შემთხვევაში არის სტომატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობა მძიმე, 25 შემთხვევაში კი მსუბუქი მიმდინარეობა აქვს.

II ჯგუფში ჰემატოლოგიური დაავადება მძიმედ მიმდინარეობდა 12 პაციენტის შემთხვევაში, მათგან 2 შემთხვევაში ემთხვეოდა სტომატოლოგიური დაავადების სიმძიმეს, 4 შემთხვევაში მსუბუქად მიმდინარეობდა და 6 შემთხვევაში საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობდა.

ჰემატოლოგიური დაავადება საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობდა II ჯგუფის 8 პაციენტთან, რომელთაგან სტომატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობა 4 იყო საშუალო სიმძიმის და 4 მსუბუქი (ცხრილი№11).

ცხრილი №11

II ჯგუფის მონაცემებით პაციენტების სტომატოლოგიური და ჰემატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობის შედარება

| სტომატოლოგიური დაავადებების მიმდინარეობა | ჰემატოლოგიური დაავადებების მიმდინარეობა |       | სულ | p     |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|-----|-------|
|                                          | საშუალო                                 | მძიმე |     |       |
| მსუბუქი                                  | 4                                       | 4     | 8   | 0.435 |
| საშუალო                                  | 4                                       | 6     | 10  |       |
| მძიმე                                    | 0                                       | 2     | 2   |       |
| სულ                                      | 8                                       | 12    | 20  |       |

**III.2. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ჰიგიენური ინდექსის კვლევის შედეგები და მათი განსჯა**

ჰიგიენური მდგომარეობის გამოსაკვლევად, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, გამოვიყენეთ ფეოდოროვ-ვოლოდკინას ჰიგიენური ინდექსი, რისთვისაც ქვედა 6 ფრონტალური კბილების ზედაპირებს ვღებავდით შილერ-პისარევის ხსნარით (სურათები №6; №7; №8).



სურათი №6. ჰიგიენური მდგომარეობის განსაზღვრა შილერ-პისარევის ხსნარით



სურათი №7. ჰიგიენური მდგომარეობის განსაზღვრა შილერ-პისარევის ხსნარით



სურათი №8. ჰიგიენური მდგომარეობის განსაზღვრა შილერ-პისარევის ხსნარით

I ჯგუფის გამოკვლეული 63 ავადმყოფიდან 16-ს ჰქონდა სრული ადენტია, რომლებიც შესაბამისად გამოეთიშნენ ჰიგიენური ინდექსის საკვლევ ჯგუფს. დარჩენილი 47 პაციენტის ჰიგიენური ინდექსის გამოკვლევის შედეგებს ვაკვირდებოდით დინამიკაში და ვადარებდით II ჯგუფის მონაცემებს. II ჯგუფის 20 ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტთაგან 5-ს ჰქონდა სრული ადენტია. ამიტომ გამოვიკვლიეთ 15 პაციენტის ჰიგიენური ინდექსი.

I ჯგუფი იტარებდა პროფილაქტიკას ჩვენს მიერ შეთავაზებული სქემებით:

№1 ქლორჰექსიდინის სავლები, პაროდონტაქსის კბილის პასტა -23 პაციენტი;

№2 ელუდრილის სავლები, ელგიდიუმის კბილის პასტა -24 პაციენტი;

№3 ქლორჰექსიდინის სავლები.

II ჯგუფის პაციენტები თავს არიდებდნენ ჩვენს მიერ შეთავაზებული პროფილაქტიკის სქემების გამოყენებაზე, იყენებდნენ სოდიან ხსნარს და გვირლის ნაყენს.

I ჯგუფიდან ავადმყოფების ჰიგიენური ინდექსის შეფასებისას ყველაზე მეტად გამოიხატა „ძალიან ცუდი“ დონე - 28 შემთხვევაში, „ცუდი“ დონე - 9 შემთხვევაში,

„არადამაკმაყოფილებელი“ დონე - 5 შემთხვევაში, „დამაკმაყოფილებელი“- 4 შემთხვევაში და „კარგი“ დონე მხოლოდ 1 შემთხვევაში. II ჯგუფში 11 პაციენტს ჰქონდა „ძალიან ცუდი“ დონე, 2-ს „ცუდი“ და 2-ს „არადამაკმაყოფილებელი“.

მიღებული მონაცემები მიუთითებს პირის ღრუს ჰიგიენური ნორმების დაცვის დაბალ დონეზე. ზემოთ მოცემული მაჩვენებლების საფუძველზე საჭიროდ ჩავთვალეთ შეგვესწავლა აღნიშნული კონტინგენტის მიერ ყოველდღიურ პირობებში გამოყენებული პირის ღრუს ინდივიდუალური ჰიგიენის მეთოდები, საშუალებები და მათი გამოყენების ინტენსივობა.

კბილების გახეხვასა და თავდაპირველად მიღებული პირის ღრუს ჰიგიენურ ინდექსს შორის კორელაციური კავშირის გამოსავლენად კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები შევადარეთ ერთმანეთს კბილების გახეხვის ინტენსივობის შედარება თავდაპირველად მიღებულ ჰიგიენურ ინდექსთან (ცხრილი №12).

ცხრილი № 12

ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელი კბილების გახეხვის ინტენსივობის მიხედვით

I და II ჯგუფებში

| კბილების გახეხვა | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობამდე |       |                   |                      |      |             | სულ | p     |
|------------------|---------------------------------|-------|-------------------|----------------------|------|-------------|-----|-------|
|                  | ადენტია                         | კარგი | დამაკმაყოფილებელი | არადამაკმაყოფილებელი | ცუდი | ძალიან ცუდი |     |       |
| დღეში 1          | 0                               | 0     | 0                 | 4                    | 7    | 11          | 22  | 0.000 |
| დღეში 2          | 0                               | 1     | 3                 | 1                    | 2    | 6           | 13  |       |
| არ იხეხავს       | 0                               | 0     | 1                 | 2                    | 2    | 22          | 27  |       |
| ადენტია          | 21                              | 0     | 0                 | 0                    | 0    | 0           | 21  |       |
| სულ              | 21                              | 1     | 4                 | 7                    | 11   | 39          | 83  |       |

№14 ცხრილში ნათლად ჩანს, რომ 27 პაციენტი საერთოდ არ იხეხავდა კბილებს, 22 დღეში 1-ჯერ იხეხავდა და 13 კი დღეში 2-ჯერ იხეხავდა კბილებს.

მათ შორის, I ჯგუფიდან 20 პაციენტი საერთოდ არ იხეხავდა კბილებს, 15 დღეში 1-ჯერ იხეხავდა, მხოლოდ 12 პაციენტი იხეხავდა კბილებს დღეში 2-ჯერ, კბილების გახეხვის ინტენსივობასა და ჰიგიენურ ინდექსს შორის გამოვლინდა სარწმუნო კორელაციური კავშირი  $p < 0.05$ ; II ჯგუფიდან 7 პაციენტი საერთოდ არ იხეხავდა კბილებს, 7 დღეში 1-ჯერ და 1 პაციენტი დღეში 2-ჯერ იხეხავდა კბილებს.

როგორც აღვნიშნეთ კბილებს დღეში 2-ჯერ ინტენსიურად იხეხავდა ორივე ჯგუფიდან 13 პაციენტი, მიუხედავად ამისა მათგან მხოლოდ 1-ს ჰქონდა ჰიგიენის კარგი დონე, 5-ს დამაკმაყოფილებელი, 3-ს არადამაკმაყოფილებელი და 5-ს ცუდი. ეს მონაცემები მეტყველებენ, რომ სრულყოფილი ჰიგიენის მისაღწევად საჭიროა არა მხოლოდ გამოხეხვის სიხშირის ცოდნა, არამედ კბილების სწორად წმენდის მეთოდების ათვისება.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ციტოსტატიკური თერაპიის ფონზე მყოფ პაციენტებს აკრძალული აქვთ უმი, უხეში ხილის და ბოსტნეულის მიღება, ასევე კბილის ჯაგრისის გამოყენება თრომბოციტოპენიის დროს სისხლდენის საშიშროების გამო, შესაბამისად ვერ ხდება კბილების კარგი მექანიკური წმენდა და ჰიგიენის სრულყოფილი დაცვა, თუმცა როგორც პაციენტების გამოკითხვისას დადგინდა, ისინი არა მხოლოდ სტაციონარულ პირობებში არამედ ზოგადად არ იყენებენ ან დღეში 1-ჯერ იყენებენ ჯაგრისს.

ჩამოთვლილი მიზეზების გამო, საჭიროდ ჩავთვალეთ შეგვემუშავებინა პროფილაქტიკის და მკურნალობის სქემა პაციენტთა მდგომარეობიდან გამომდინარე, რომელსაც ისინი ზედმიწევნით შეასრულებდნენ. I ჯგუფის პაციენტებს ავუხსენით ჰიგიენის აუცილებლობა, ჩავუტარეთ სწავლება სწორი ჰიგიენური მანიპულაციების შესახებ, დავუნიშნეთ სამკურნალო და პროფილაქტიკური საშუალებები, ჩვენს მიერ შემუშავებული სქემების მიხედვით. უნდა აღვნიშნოთ, რომ II ჯგუფის პაციენტები სავლელად იყენებდნენ სოდიან, იოდინოლის და გვირილას სავლელებს. ვაწარმოეთ დაკვირვება 10 დღის, 1 თვის და 6 თვის შემდეგ (ცხრილები №13; №14).

ჰემობლასტოზებით დაავადებული I და II ჯგუფების პაციენტების პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელი მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ

| № | ჰიგიენური ინდექსის დონეები | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობამდე |          | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ |          |
|---|----------------------------|---------------------------------|----------|------------------------------------------------|----------|
|   |                            | I ჯგუფი                         | II ჯგუფი | I ჯგუფი                                        | II ჯგუფი |
| 1 | კარგი                      | 1                               | 0        | 12                                             | 0        |
| 2 | დამაკმაყოფილებელი          | 4                               | 0        | 20                                             | 2        |
| 3 | არადამაკმაყოფილებელი       | 5                               | 2        | 14                                             | 3        |
| 4 | ცუდი                       | 9                               | 2        | 1                                              | 7        |
| 5 | ძალიან ცუდი                | 28                              | 11       | 0                                              | 3        |
| p |                            |                                 |          | 0.001                                          | 0.174    |

ჰიგიენური ღონისძიებების ჩატარებიდან 10 დღის შემდეგ გამოიკვეთა ინდექსის შემდეგი მონაცემები ჯგუფების მიხედვით: I ჯგუფში - 1 პაციენტს ჰქონდა „ცუდი“ დონე, 14-ს „არადამაკმაყოფილებელი“, 20 პაციენტს „დამაკმაყოფილებელი“ და 12-ს „კარგი“ დონე, „ძალიან ცუდი“ დონე არ დაფიქსირდა; II ჯგუფში ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელი: 10 დღის შემდეგ 3 პაციენტს ჰქონდა „ძალიან ცუდი“, 7-ს „ცუდი“, 3-ს „არადამაკმაყოფილებელი“ და 2-ს „დამაკმაყოფილებელი“ დონე, „კარგი“ დონე არ დაფიქსირდა.



ჰემობლასტოზებით დაავადებული I და II ჯგუფების პაციენტების პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელი მკურნალობიდან 1 თვის და 6 თვის შემდეგ

| № | ჰიგიენური ინდექსის დონეები | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ |          | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ |          |
|---|----------------------------|-----------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------|----------|
|   |                            | I ჯგუფი                                       | II ჯგუფი | I ჯგუფი                                       | II ჯგუფი |
| 1 | კარგი                      | 30                                            | 3        | 13                                            | 1        |
| 2 | დამაკმაყოფილებელი          | 16                                            | 6        | 9                                             | 4        |
| 3 | არადამაკმაყოფილებელი       | 0                                             | 4        | 0                                             | 7        |
| 4 | ცუდი                       | 0                                             | 2        | 0                                             | 3        |
| 5 | ძალიან ცუდი                | 0                                             | 0        | 0                                             | 0        |
| p |                            | 0.034                                         | 0.573    | 0.468                                         | 0.694    |

როგორც №14 ცხრილიდან ჩანს, ჰიგიენური ინდექსის მკვეთრი გაუმჯობესება გამოვლინდა და შესაბამისად სარწმუნო განსხვავებაა ნანახი I ჯგუფის მკურნალობამდე მიღებული მონაცემების შედარებით მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ მიღებულ შედეგებთან  $p < 0.05$ . II ჯგუფის ჰიგიენური ინდექსის გაუმჯობესება ნელა მიმდინარეობდა ამიტომ სარწმუნოების კოეფიციენტი არ არის დადებითი.

მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ ჰიგიენური ინდექსი: I ჯგუფში იყო 30 პაციენტის შემთხვევაში „კარგი“ დონე, 16-ში კი „დამაკმაყოფილებელი“; II ჯგუფში 3 პაციენს ჰქონდა „კარგი“ დონე, 6-ს „დამაკმაყოფილებელი“, 4-ს „არადამაკმაყოფილებელი“ და 3-ს „ცუდი“ დონე.

მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ ჰიგიენური ინდექსი I ჯგუფიდან 13 პაციენტს ჰქონდა „კარგი“ დონე, 9-ს „დამაკმაყოფილებელი“. II ჯგუფიდან 3 პაციენტს ჰქონდა „ცუდი“, 7-ს „არადამაკმაყოფილებელი“, 4-ს „დამაკმაყოფილებელი“ და 1 პაციენტს „კარგი“ დონე. ჰიგიენური ინდექსის მატება ჩვენი აზრით გამოწვეულია პაციენტების მიერ ყურადღების მოდუნებით, ყოველდღიური ჰიგიენის დაუცველობით.

I ჯგუფის 47 პაციენტიდან 31 პაციენტს აღენიშნებოდა სტომატოლოგიური პათოლოგია სხვადასხვა ფორმით (გინგივიტები, სტომატიტები, ნახეთქი, ჰეილიტი, ნეკროზები და ა.შ.), 16 პაციენტი იყო პათოლოგიის გარეშე. II ჯგუფის 15 პაციენტიდან 11-ს ჰქონდა სტომატოლოგიური პათოლოგია და 4-ს არ ჰქონდა. მათი ჰიგიენური ინდექსის საშუალო მაჩვენებლები, მკურნალობამდე და მკურნალობის დინამიკაში, შევადარეთ ერთმანეთს (ცხრილები №15; №16).

ცხრილი №15

I და II ჯგუფების პაციენტების ჰიგიენური ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი სტომატოლოგიური პათოლოგიის და მის გარეშე მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ

| № | პაციენტების მონაცემები სტომატოლოგიური პათოლოგიების მიხედვით | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობამდე (M±m) |           | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ (M±m) |           |
|---|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------|-----------|
|   |                                                             | I ჯგუფი                               | II ჯგუფი  | I ჯგუფი                                              | II ჯგუფი  |
| 1 | სტომატოლოგიური პათოლოგიით                                   | 4.22±0.12                             | 4.09±0.14 | 2.06±0.06                                            | 2.91±0.15 |
| 2 | სტომატოლოგიური პათოლოგიის გარეშე                            | 2.62±0.19                             | 2.83±0.90 | 1.66±0.10                                            | 2.17±0.18 |

№15 ცხრილი გვიჩვენებს, რომ I ჯგუფში სტომატოლოგიური პათოლოგიით აღნიშნული პაციენტების ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელმა მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ 2-ჯერ დაიკლო პირვანდელ მაჩვენებელთან შედარებით. II ჯგუფში კი შედარებით ნაკლებად შეიმჩნევა ჰიგიენური ინდექსის გაუმჯობესება.

დაკვირვების შედეგად, მიღებული მონაცემებით I ჯგუფიდან 31 პაციენტში, რომელთაც აღნიშნებოდათ სტომატოლოგიური პათოლოგიები, მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ ჰიგიენური ინდექსის გაუმჯობესება შედარებით ნელა გამოიხატა, ამ პაციენტებს, როგორც თვითონ აღნიშნავდნენ გამოკითხვისას, უძნელდებოდათ კბილების წმენდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მტკივნეულობის გამო. აქვე უნდა აღვნიშნოთ რომ, მათ უფრო მაღალი ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელი ჰქონდათ, ვიდრე სტომატოლოგიური პათოლოგიის გარეშე მყოფ პაციენტებს.

ჩვენი აზრით, I ჯგუფის ჰიგიენური ინდექსის მკვეთრ გაუმჯობესებაში პაციენტებს დაეხმარა ჩვენს მიერ წინასწარ შემუშავებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებები. რითაც დაჩქარდა სტომატოლოგიური პათოლოგიების რეგენერაცია და პაციენტებმა შეძლეს ჩვენს მიერ ნასწავლი ჰიგიენის სწორად და ინტენსიურად ჩატარება.

I და II ჯგუფების პაციენტების ჰიგიენური ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი სტომატოლოგიური პათოლოგიის და მის გარეშე მკურნალობიდან 1 და 6 თვის შემდეგ

| № | პაციენტების მონაცემები სტომატოლოგიური პათოლოგიების მიხედვით | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ (M±m) |           | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ (M±m) |           |
|---|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------|-----------|
|   |                                                             | I ჯგუფი                                             | II ჯგუფი  | I ჯგუფი                                             | II ჯგუფი  |
| 1 | სტომატოლოგიური პათოლოგიით                                   | 1.54±0.06                                           | 2.21±0.14 | 1.66±0.04                                           | 2.30±0.13 |
| 2 | სტომატოლოგიური პათოლოგიის გარეშე                            | 1.52±0.04                                           | 1.71±0.12 | 1.53±0.07                                           | 2.17±0.12 |

მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ ჰიგიენური ინდექსი: I ჯგუფის პაციენტებს მკურნალობამდე მიღებულ მონაცემებთან შედარებით თითქმის 3-ჯერ შეუმცირდათ ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელი, რაც „კარგი“ და „დამაკმაყოფილებელი“ დონის სიხშირის მატებით გამოიხატა, ამ ორ უკანასკნელთა შორის 2-ჯერ ჭარბობდა კარგი დონის მაჩვენებელი, ხოლო II ჯგუფში მყოფი პაციენტების ჰიგიენური ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი განახევრდა თუმცა ამ ჯგუფის პაციენტებს მაინც აღენიშნებოდათ „არადამაკმაყოფილებელი“ და „ცუდი“ დონე.

მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ I ჯგუფში უმნიშვნელოდ მაგრამ მაინც შეიმჩნეოდა ჰიგიენური ინდექსის მატება 1 თვის შემდეგ მიღებულ მონაცემებთან

შედარებით „კარგი“ დონეს სჭარბობდა „დამაკმაყოფილებელი“ დონე. II ჯგუფიდან პაციენტებს უფრო მეტად გამოიხატა „არადამაკმაყოფილებელი“ და „ცუდი“ დონის მაჩვენებლის მატება.

საინტერესო იყო ორივე ჯგუფში ჰემობლასტოზებით დაავადების სხვადასხვა ფორმების დროს ჰიგიენური მაჩვენებლები მკურნალობის დინამიკაში (ცხრილები №17; №18).

ცხრილი №17

I ჯგუფის ჰიგიენური ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი ჰემობლასტოზებით დაავადების სხვადასხვა ფორმის დროს დინამიკაში

| № | ჰემობლასტოზებით დაავადების ფორმები       | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობამდე (M±m) | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ (M±m) | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ (M±m) | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ (M±m) |
|---|------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | მწვავე მიელოიდური ლეიკემია (n=16)        | 3.70±0.26                             | 1.89±0.11                                            | 1.54±0.04                                           | 1.52±0.04<br>(n=8)                                  |
| 2 | მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემია (n=7)      | 3.14±0.34                             | 1.81±0.08                                            | 1.45±0.03                                           | 1.62 ±0.14<br>(n=3)                                 |
| 3 | ქრ. მიელოპროლიფერაც იული დაავადება (n=8) | 4.29±0.24                             | 2.16±0.12                                            | 1.73±0.06                                           | 1.61±0.11<br>(n=3)                                  |
| 4 | ქრ. ლიმფოპროლიფერაც იული დაავადება (n=8) | 3.48±0.41                             | 1.94±0.18                                            | 1.56±0.05                                           | 1.56±0.06<br>(n=3)                                  |
| 5 | ჰოჯკინის ლიმფომა (n=2)                   | 4.33±0.50                             | 1.92±0.42                                            | 1.67±0.17                                           | -                                                   |

|   |                              |           |           |           |                 |
|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|
| 6 | არაჰოჯკინის<br>ლიმფომა (n=6) | 3.45±0.53 | 1.75±0.17 | 1.61±0.08 | 1.33±0.15 (n=3) |
|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|

როგორც №17 ცხრილიდან ჩანს, ყველაზე ცუდი მაჩვენებლები ჰქონდათ ქრონიკული მიელოპროლიფერაციით და ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ პაციენტებს. ყველაზე ნალები მაჩვენებელი კი მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიით დაავადებულ პაციენტებს. მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელმა ყველაზე ნაკლებად დაიწია ქრონიკული მიელოპროლიფერაციით დაავადებულ პაციენტებში, რაც ჩვენი აზრით დაავადების ამ ფორმის დროს სტომატოლოგიური პათოლოგიის მაღალი გამოვლინებით იყო განპირობებული. მკურნალობიდან 10 დღის და 1 თვის შემდეგ ყველაზე კარგი მაჩვენებელი ჰქონდათ მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიით დაავადებულებს, ხოლო 6 თვის შემდეგ არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ პაციენტებს.

ცხრილი №18

II ჯგუფის ჰიგიენური ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი ჰემობლასტოზებით დაავადების სხვადასხვა ფორმის დროს დინამიკაში

| № | ჰემობლასტოზებით დაავადების ფორმები      | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობამდე (M±m) | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ (M±m) | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ (M±m) | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ (M±m) |
|---|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | მწვავე მიელოიდური ლეიკემია (n=2)        | 3.75±0.42                             | 2.75±0.75                                            | 2.42±0.59                                           | 2.5±0.17                                            |
| 2 | ქრ. მიელოპროლიფერაციული დაავადება (n=1) | 3.33                                  | 2.67                                                 | 1.5                                                 | 1.83                                                |

|   |                                                   |           |           |           |           |
|---|---------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 3 | ქრ.<br>ლიმფოპროლიფერაც<br>იული დაავადება<br>(n=5) | 3.47±0.26 | 2.57±0.19 | 2.03±0.25 | 2.17±0.20 |
| 4 | ჰოჯკინის ლიმფომა<br>(n=1)                         | 5         | 2.83      | 2         | 2.5       |
| 5 | არაჰოჯკინის<br>ლიმფომა (n=6)                      | 3.86±0.37 | 2.81±0.28 | 2.11±0.13 | 2.30±0.17 |

II ჯგუფში ჰიგიენური ინდექსის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდათ ჰოჯკინის და არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ, ყველაზე დაბალი კი ქრონიკული მიელოპროლიფერაციით დაავადებულ პაციენტებს. მკურნალობიდან 10 დღის და 1 თვის შემდეგ ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელმა უმნიშვნელოდ დაიკლო დაავადების ყველა ფორმის დროს. 6 თვის შემდეგ ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებელმა მოიმატა და ყველაზე მაღალი იყო მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით და არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ პაციენტებში.

I ჯგუფის 47 პაციენტთაგან 46-ს (97,9%) ჰქონდა მარტივი და გართულებული კარიესები, II ჯგუფში კი 15 პაციენტიდან 12-ს (80%).

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების დამოკიდებულება ჰიგიენურ ინდექსზე ნაჩვენებია №19 ცხრილში.

ცხრილი №19

ჰიგიენური ინდექსის შედარება ლორწოვანი გარსის პათოლოგიის  
გამოვლინებასთან I და II ჯგუფებში

| ჰიგიენური ინდექსი<br>მკურნალობამდე | ლორწოვანი გარსის პათოლოგია |         | სულ | p     |
|------------------------------------|----------------------------|---------|-----|-------|
|                                    | არის                       | არ არის |     |       |
| კარგი                              | 0                          | 1       | 1   | 0.000 |
| დამაკმაყოფილებელი                  | 0                          | 4       | 4   |       |

|                      |    |    |    |
|----------------------|----|----|----|
| არადამაკმაყოფილებელი | 1  | 6  | 7  |
| ცუდი                 | 5  | 6  | 11 |
| ძალიან ცუდი          | 37 | 2  | 39 |
| სულ                  | 43 | 19 | 62 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს პირის ღრუს პათოლოგიური ელემენტების გამოვლინებისას 52-დან 37 პაციენტს ჰქონდა პირის ღრუს ძალიან ცუდი ჰიგიენური დონე, 5-ს ცუდი, 1-ს არადამაკმაყოფილებელი, ამგვარად გამოვლინდა სარწმუნო კორელაციური კავშირი ჰიგიენურ მდგომარეობასა და ლორწოვანი გარსის პათოლოგიებს შორის  $p < 0.05$ .

I ჯგუფის ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებლები მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ მოცემულია №20 ცხრილში.

ცხრილი №20

ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებლები მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ I ჯგუფში

| ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობამდე | ჰიგიენური ინდექსი 10 დღის შემდეგ |                   |                      |      | სულ | P     |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------|------|-----|-------|
|                                 | კარგი                            | დამაკმაყოფილებელი | არადამაკმაყოფილებელი | ცუდი |     |       |
| კარგი                           | 1                                | 0                 | 0                    | 0    | 1   | 0.001 |
| დამაკმაყოფილებელი               | 4                                | 0                 | 0                    | 0    | 4   |       |
| არადამაკმაყოფილებელი            | 3                                | 2                 | 0                    | 0    | 5   |       |
| ცუდი                            | 3                                | 6                 | 0                    | 0    | 9   |       |
| ძალიან ცუდი                     | 1                                | 12                | 14                   | 1    | 28  |       |
| სულ                             | 12                               | 20                | 14                   | 1    | 47  |       |



№20 ცხრილში მოცემულია ჰემობლასტოზებით დაავადებული ავადმყოფის მონაცემები მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ. სარწმუნო განსხვავება იყო ნანახი მიღებულ მონაცემებს შორის ( $p < 0.05$ ), რაც ჰიგიენური ინდექსის გაუმჯობესებით გამოიხატა. ეს უკანასკნელი კი, სწორად შემუშავებული სამკურნალო და პროფილაქტიკური კომპლექსის ეფექტურობაზე მეტყველებს.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების გარეშე მყოფი პაციენტების, ჰიგიენური ინდექსის გამოკვლევისას პროფილაქტიკის დანერგვიდან 10 დღის შემდეგ მივიღეთ „დამაკმაყოფილებელი“ და „კარგი დონე“.

დაკვირვებიდან 1 თვის შემდეგ მივიღეთ შემდეგი მონაცემები (ცხრილი №21).

ცხრილი №21

ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებლები მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ I ჯგუფში

| ჰიგიენური ინდექსი<br>მკურნალობამდე | ჰიგიენური ინდექსი 1 თვის შემდეგ |       |                       | სულ | p     |
|------------------------------------|---------------------------------|-------|-----------------------|-----|-------|
|                                    | კვლევას<br>გამოეთიშა            | კარგი | დამაკმაყოფი<br>ლებელი |     |       |
| კარგი                              | 0                               | 1     | 0                     | 1   | 0.034 |
| დამაკმაყოფილებელი                  | 0                               | 4     | 0                     | 4   |       |
| არადამაკმაყოფილებელი               | 1                               | 3     | 1                     | 5   |       |
| ცუდი                               | 0                               | 8     | 1                     | 9   |       |
| ძალიან ცუდი                        | 0                               | 14    | 14                    | 28  |       |
| სულ                                | 1                               | 30    | 16                    | 47  |       |

სარწმუნო განსხვავება ( $p < 0.05$ ) გამოვლინდა ჰიგიენური ინდექსის გამოკვლევის შედეგების შედარებისას, როგორც მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 1 თვის

შემდეგ, ასევე მკურნალობიდან 10 დღის და 1 თვის შემდეგ მიღებულ მონაცემებს შორის (ცხრილი №22).

ცხრილი №22

ჰიგიენური ინდექსის მაჩვენებლები მკურნალობიდან 10 დღის და 1 თვის შემდეგ I ჯგუფში

| ჰიგიენური ინდექსი 10 დღის შემდეგ | ჰიგიენური ინდექსი 1 თვის შემდეგ |       |                   | სულ | p     |
|----------------------------------|---------------------------------|-------|-------------------|-----|-------|
|                                  | კვლევას გამოეთიშა               | კარგი | დამაკმაყოფილებელი |     |       |
| კარგი                            | 1                               | 9     | 2                 | 12  | 0.001 |
| დამაკმაყოფილებელი                | 0                               | 18    | 2                 | 20  |       |
| არადამაკმაყოფილებელი             | 0                               | 3     | 11                | 14  |       |
| ცუდი                             | 0                               | 0     | 1                 | 1   |       |
| სულ                              | 1                               | 30    | 16                | 47  |       |

№22 ცხრილის მიხედვით მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ მიღებული მონაცემებით ჰიგიენური ინდექსის მკვეთრი გაუმჯობესება დაფიქსირდა. ხოლო, მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ მონაცემთა შედარებისას სარწმუნო შედეგი არ გამოვლინდა  $p>0.05$ .

### III.3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების PMA ინდექსის კვლევის შედეგები და მათი განსჯა

ჩვენს მიერ გამოკვლეული ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტებიდან 18-ს აღენიშნებოდა გინგივიტი. I ჯგუფიდან ჰქონდა 12-ს, 7 მამაკაცს და 5 ქალს. მათ შორის იმყოფებოდნენ: მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებული 6 პაციენტი, მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიით დაავადებული 1 პაციენტი, ქრონიკული მიელოპროლიფერაციით დაავადებული 3

პაციენტი და ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციით დაავადებული 2 პაციენტი. მათგან, კატარული გინგივიტის გენერალიზებული ფორმა ჰქონდა 7 პაციენტს და კატარული გინგივიტის ლოკალურად მიმდინარე ფორმა ჰქონდა 1 პაციენტს, ჰიპერტროფიული გინგივიტი აღენიშნებოდა 4 პაციენტს. დავადებით გინგივიტის ფორმების სიმძიმე: ჰიპერტროფიული გინგივიტის 4 შემთხვევა მსუბუქი ფორმით მიმდინარეობდა; ლოკალური კატარული გინგივიტის მიმდინარეობა იყო მსუბუქი; გენერალიზებული კატარული გინგივიტი 3 შემთხვევაში საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობდა, 4 კი მძიმე ფორმით. 10 მათგანი იმყოფებოდა ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდში და 2 აპლაზიაში.

II ჯგუფიდან 6 პაციენტს, 5 მამაკაცს და 1 ქალს ჰქონდა გინგივიტი 2 პაციენტს კატარული და 4-ს ჰიპერტროფიული ფორმა. მათ შორის, 1 ავადმყოფი იყო მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით, 1 ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებით, 1 ჰოჯკინის ლიმფომით და 3 არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებული. ყველა მათგანი იმყოფებოდა ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდში.

გინგივიტის დიაგნოზის დასაზუსტებლად ვიყენებდით შეღებვის მეთოდს შილერ-პისარევის ხსნარით (სურათები №9; №10).



სურათი №9. ჰიპერტროფიული გინგივიტი შეღებვამდე

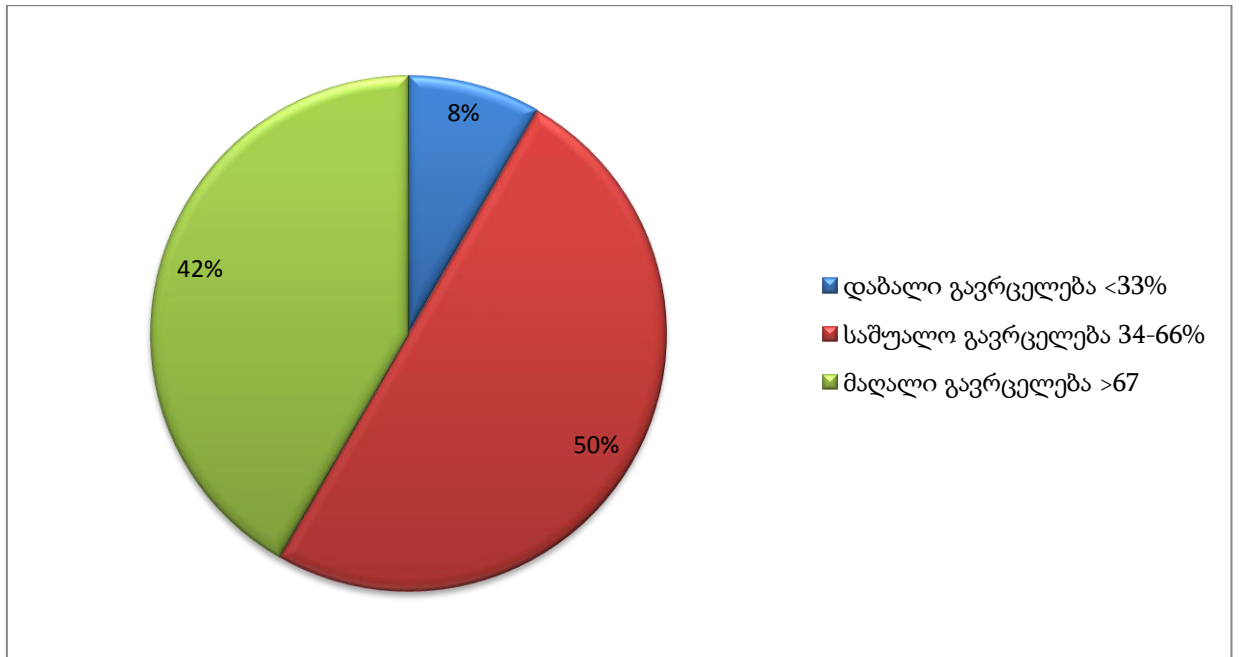


სურათი №10. ჰიპერტროფიული გინგივიტი შეღებვის შემდეგ

შევისწავლეთ PMA ინდექსი მკურნალობამდე I და II ჯგუფებში (დიაგრამა №3 ; №4).

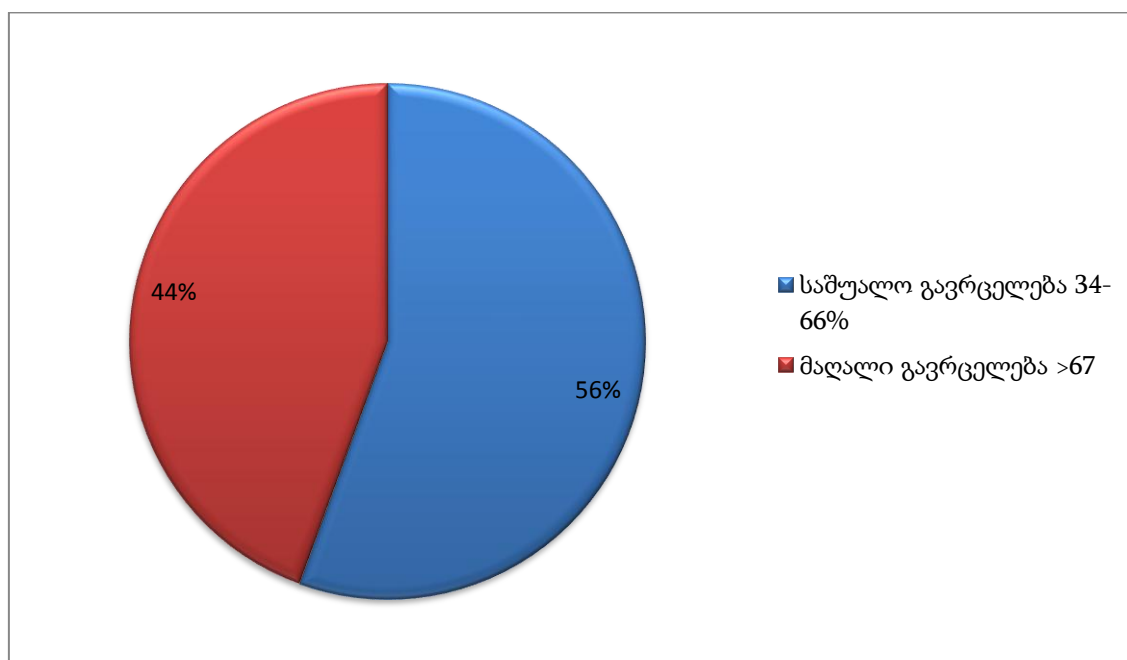
დიაგრამა №3

PMA ინდექსის გამოთვლით მიღებული შედეგები მკურნალობამდე (I ჯგუფი)



№3 დიაგრამის მონაცემებით 12 პაციენტიდან 8%-ს (1 პაციენტს) აღენიშნებოდა პაროდონტული ინდექსის დაბალი გავრცელება, 50%-ს (6 პაციენტს) საშუალო გავრცელება და 42%-ს (5 პაციენტს) მაღალი გავრცელება. კბილების გამოხეხვის ინტენსივობის დადგენისას აღმოჩნდა, რომ 8 პაციენტი საერთოდ არ იხეხავდა კბილებს, 1 იხეხავდა დღეში 1-ჯერ და 3 იხეხავდა დღეში 2-ჯერ თუმცა ამ მონაცემების PMA ინდექსთან შედარებისას არ გამოვლინდა სარწმუნო კორელაცია.

PMA ინდექსის გამოთვლით მიღებული შედეგები მკურნალობამდე  
(II ჯგუფი)



როგორც დიაგრამიდან ჩანს II ჯგუფის 6 პაციენტიდან 56%-ს (4 პაციენტს) ჰქონდა PMA ინდექსის საშუალო და 44%-ს (2 პაციენტს) მაღალი გავრცელება.

PMA ინდექსის მაჩვენებლებსა და ჰიგიენურ მდგომარეობას შორის კავშირის დასადგენად აღნიშნული მონაცემები შევადარეთ ერთმანეთს I და II ჯგუფებში (ცხრილები №23; №24).

ცხრილი №23

I ჯგუფის PMA და ჰიგიენური ინდექსების მონაცემები მკურნალობამდე

| PMA ინდექსი მკურნალობამდე | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობამდე |      |             | სულ | p     |
|---------------------------|---------------------------------|------|-------------|-----|-------|
|                           | არადამაკმაყოფილებელი            | ცუდი | ძალიან ცუდი |     |       |
| დაბალი გავრცელება <33%    | 1                               | 0    | 0           | 1   | 0.001 |
| საშუალო გავრცელება 34-66% | 0                               | 4    | 2           | 6   |       |

|                       |   |   |   |    |  |
|-----------------------|---|---|---|----|--|
| მაღალი გავრცელება >67 | 0 | 0 | 5 | 5  |  |
| სულ                   | 1 | 4 | 7 | 12 |  |

მიღებული მონაცემებით პაროდონტული ინდექსის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ჰიგიენურ მდგომარეობაზე. გამოვლინდა სარწმუნოების დადებითი კოეფიციენტი ( $p < 0.05$ ).

ცხრილი №24

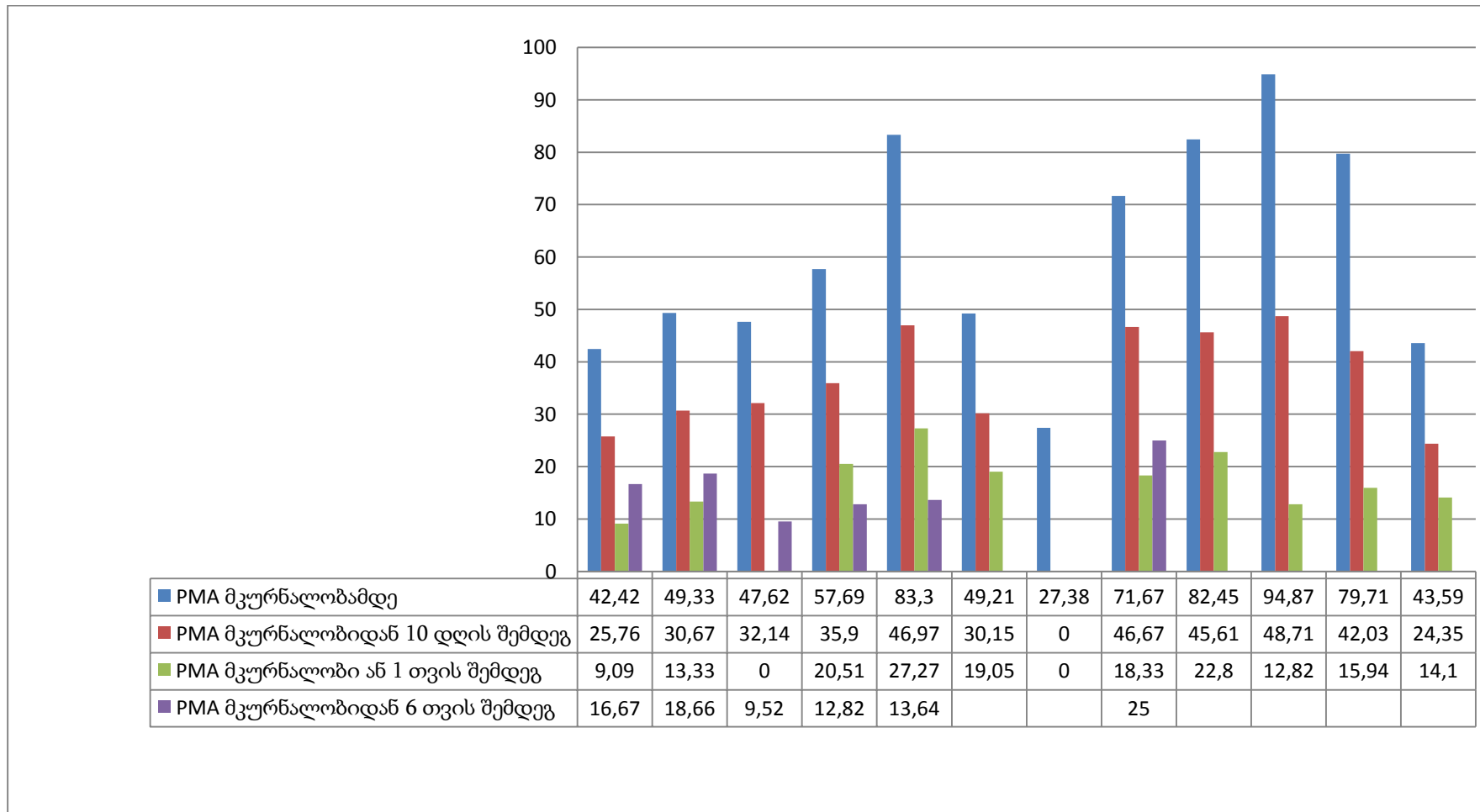
II ჯგუფის PMA და ჰიგიენური ინდექსების მონაცემები მკურნალობამდე

| PMA ინდექსი მკურნალობამდე | ჰიგიენური ინდექსი<br>მკურნალობამდე | სულ |
|---------------------------|------------------------------------|-----|
|                           | ძალიან ცუდი                        |     |
| საშუალო გავრცელება 34-66% | 4                                  | 4   |
| მაღალი გავრცელება >67     | 2                                  | 2   |
| სულ                       | 6                                  | 6   |

როგორც ცხრილიდან ჩანს გინგივიტის დიაგნოსტირებულ ექვსივე პაციენტს ჰქონდა ჰიგიენური ინდექსის ძალიან ცუდი დონე.

I ჯგუფის PMA ინდექსის გამოკვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დინამიკაში მოცემულია ცხრილში (დიაგრამა №5; ცხრილი №25).

გინგივიტით დაავადებული პაციენტების PMA ინდექსის დინამიკა I ჯგუფში





ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებიდან ციტოსტატიკური თერაპიის ფონზე I ჯგუფიდან 12 პაციენტს გამოუვლინდა გინგივიტი, მათი PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი მკურნალობამდე იყო  $60.77 \pm 6.03$ , მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ თითქმის განახევრდა და მივიღეთ  $35.27 \pm 3.15$  მაჩვენებელი. მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ 3-ჯერ დაიკლო პირვანდელ მონაცემებთან შედარებით და შეადგინა  $17.59 \pm 1.56$ . მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ 6 პაციენტის მონაცემებით მკურნალობამდე არსებულ საშუალო მაჩვენებლებთან შედარებით თითქმის 4-ჯერ დაიკლო PMA ინდექსმა და შეადგინა  $16.05 \pm 2.21$ .

ცხრილი №25

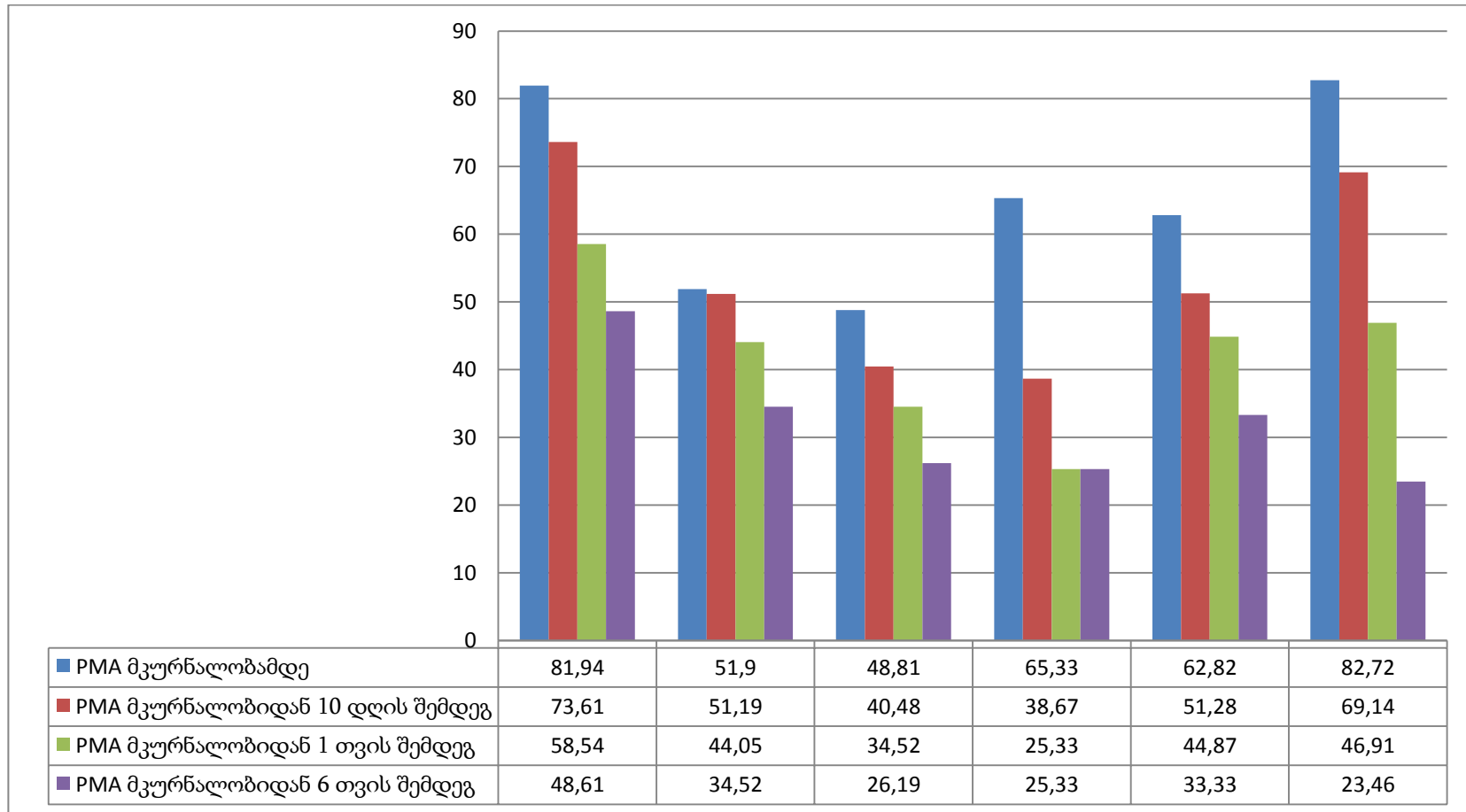
PMA ინდექსის მკურნალობამდე მღებული შედეგების შედარება მკურნალობის შემდეგ დინამიკაში I ჯგუფში

| PMA ინდექსი                     | საშუალო<br>M | სტანდარტული<br>გადახრა | t    | p     |
|---------------------------------|--------------|------------------------|------|-------|
| მკურნალობამდე                   | 60.7700      | 20.91465               | 8.14 | 0.000 |
| მკურნალობიდან<br>10 დღის შემდეგ | 35.2700      | 10.90426               |      |       |
| მკურნალობიდან<br>1 თვის შემდეგ  | 16.1233      | 7.07571                | 8.68 | 0.000 |
| მკურნალობიდან<br>6 თვის შემდეგ  | 16.0517      | 5.40705                | 6.74 | 0.001 |

ციტოსტატიკური თერაპიის ფონზე II ჯგუფის მონაცემებით 6 პაციენტს აღენიშნა გინგივიტი. მათ შორის, 4-ს ჰქონდა გინგივიტის ჰიპერტროფიული და 2-ს კატარული ფორმა. II ჯგუფის PMA ინდექსის გამოკვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დინამიკაში მოცემულია ცხრილში (დიაგრამა №6; ცხრილი №26).

გინგივით დაავადებული პაციენტების PMA ინდექსის დინამიკა

II ჯგუფში



II ჯგუფის PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელმა მკურნალობამდე შეადგინა 65.59±5.88, მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ უმნიშვნელოდ დაიკლო და გახდა 54.06±5.91, მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ 1,5-ჯერ შემცირდა, საშუალო მაჩვენებელი მივიღეთ 42.37±4.63 და მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ განახევრდა და შეადგინა 31.91±3.81.

ცხრილი № 26

PMA ინდექსის მკურნალობამდე მიღებული შედეგების შედარება მკურნალობის შემდეგ დინამიკაში II ჯგუფში

| PMA ინდექსი                     | საშუალო<br>M | სტანდარტული<br>გადახრა | t    | p     |
|---------------------------------|--------------|------------------------|------|-------|
| მკურნალობამდე                   | 65.5867      | 14.40475               | 3.28 | 0.022 |
| მკურნალობიდან<br>10 დღის შემდეგ | 54.0617      | 14.46957               |      |       |
| მკურნალობიდან<br>1 თვის შემდეგ  | 42.3700      | 11.34140               | 4.54 | 0.006 |
| მკურნალობიდან<br>6 თვის შემდეგ  | 31.9067      | 9.32883                | 5.56 | 0.003 |

ორივე ჯგუფის პაციენტების PMA ინდექსის საშუალო მონაცემების შედარებისას აშკარაა, რომ I ჯგუფის პაციენტების მონაცემები უფრო მოკლე დროში უბრუნდებოდა ნორმას, ვიდრე II ჯგუფში. მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ I ჯგუფის მონაცემები 2-ჯერ შემცირდა, II ჯგუფში კი უმნიშვნელოდ დაიკლო. მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ I ჯგუფში 3-ჯერ შემცირდა მონაცემები, II ჯგუფში კი 1,5-ჯერ. მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ მონაცემებმა 4-ჯერ ნაკლები შეადგინა I ჯგუფში, II-ში კი 2-ჯერ შემცირდა.

ჩვენი კვლევის პროცესში საჭიროდ ჩავთვალეთ შეგვესწავლა გინგივიტის თითოეული ფორმის კლინიკური მიმდინარეობა დაკვირვების პერიოდში.

I ჯგუფში გინგივიტის კატარული ფორმა აღნიშნებოდა 8 პაციენტს, მათი PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა: მკურნალობამდე  $62.13 \pm 8.25$ , მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ თითქმის განახევრდა და შეადგინა  $35.49 \pm 4.31$ , მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ PMA ინდექსი თავდაპირველად მიღებულ მაჩვენებელთან შედარებით 4-ჯერ შემცირდა და გახდა  $13.92 \pm 2.49$ , მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ ინდექსი შევისწავლეთ 3 პაციენტზე და საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა  $20.11 \pm 2.51$ .

გინგივიტის ჰიპერტროფიული ფორმა აღნიშნებოდა 4 პაციენტს, PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი მკურნალობამდე იყო  $58.05 \pm 8.92$ ; მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ 1,5-ჯერ შემცირდა და შეადგინა  $34.84 \pm 4.70$ ; მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ თითქმის მესამედამდე შემცირდა და გახდა  $20.53 \pm 2.69$ ; მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ PMA ინდექსი შევისწავლეთ 3 პაციენტზე და საშუალო მაჩვენებელი იყო  $11.99 \pm 1.26$  (ცხრილი №27).

ცხრილი №27

გინგივიტი ფორმების მიხედვით PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დინამიკაში (I ჯგუფი)

| გინგივიტის ფორმა           | მკურნალობამდე | 10 დღის შემდეგ | 1თვის შემდეგ | 6თვის შემდეგ (n=3) |
|----------------------------|---------------|----------------|--------------|--------------------|
| კატარული<br>M±m (n=8)      | 62.13±8.25    | 35.49±4.31     | 13.92±2.49   | 20.11 ±2.51        |
| ჰიპერტროფიული<br>M±m (n=4) | 58.05±8.92    | 34.84±4.70     | 20.53±2.69   | 11.99±1.26         |

გინგივიტის ფორმების მიხედვით მკურნალობის შედეგების საშუალო მაჩვენებლის შედარებით დადგინდა, რომ მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ მიღებული მონაცემებით უფრო მეტად დაიკლო კატარული გინგივიტის PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელმა, ჰიპერტროფიული გინგივიტის მაჩვენებელთან

შედარებით. ასევე მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ მიღებული მონაცემებით კატარული გინგივიტის PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელმა 4-ჯერ ნაკლები შეადგინა, ჰიპერტროფიული გინგივიტის გამოკვლევის დროს კი თითქმის 3-ჯერ ნაკლები მონაცემები მივიღეთ, მკურნალობამდე მიღებულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით. 6 თვის შემდეგ ჰიპერტროფიული გინგივიტით დაავადებული პაციენტების მიღებული მონაცემებით კი PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი 5-ჯერ ნაკლებს შეადგენდა, კატარული გინგივიტით დაავადებულ პაციენტებში ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი 3-ჯერ ნაკლები აღინიშნა.

II ჯგუფის 6 პაციენტს ჰქონდა გინგივიტი. მათი PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებლის შედარებისას გინგივიტების ფორმების მიხედვით მივიღეთ შემდეგი მონაცემები: თავდაპირველად კატარული გინგივიტის დროს PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი იყო  $57.07 \pm 8.26$ , ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს კი შეადგინა  $69.85 \pm 7.56$ . მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ მიღებული მონაცემებით კატარული გინგივიტის საშუალო მაჩვენებელი თითქმის 1,5-ჯერ შემცირდა და შეადგინა  $39.57 \pm 0.91$ , ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს კი უმნიშვნელოდ დაიკლო და გახდა  $61.31 \pm 5.89$ . მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ კატარული გინგივიტის დროს თითქმის განახევრდა PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი  $29.93 \pm 4.60$ , ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს კი 1,4-ჯერ დაიკლო და შეადგინა  $48.59 \pm 3.70$ . მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ კატარული გინგივიტის დროს გახდა  $25.76 \pm 0.43$ , რაც პირვანდელ მონაცემებთან შედარებით 2,2-ჯერ ნაკლებია. ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს თითქმის განახევრდა მონაცემები და  $34.98 \pm 5.18$  შეადგინა (ცხრილი №28).

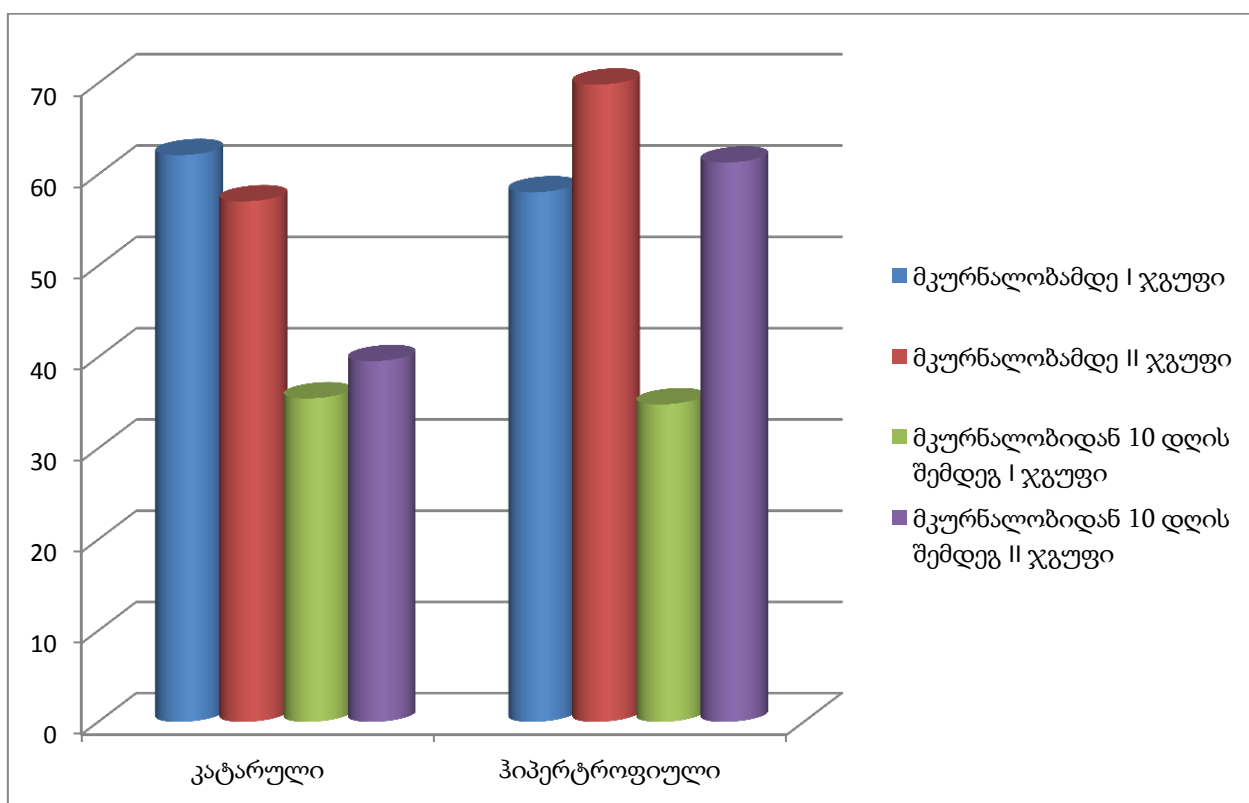
გინგივიტი ფორმების მიხედვით PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი  
მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დინამიკაში (II ჯგუფი)

| გინგივიტის ფორმა            | მკურნალობამდე | 10 დღის შემდეგ | 1თვის შემდეგ | 6თვის შემდეგ |
|-----------------------------|---------------|----------------|--------------|--------------|
| კატარული<br>M ±m (n=2)      | 57.07±8.26    | 39.57±0.91     | 29.93±4.60   | 25.76±0.43   |
| ჰიპერტროფიული<br>M ±m (n=4) | 69.85±7.56    | 61.31±5.89     | 48.59±3.70   | 34.98±5.18   |

ზემოხსენებული კვლევით მიღებული PMA ინდექსის საშუალო მონაცემების შედარება გვიჩვენებს, რომ კატარული გინგივიტი მკურნალობას უფრო ადვილად ექვემდებარება ვიდრე ჰიპერტროფიული გინგივიტი. I ჯგუფში 6 თვის შემდეგ მიღებული მონაცემების საშუალო მაჩვენებელი ჰიპერტროფიული გინგივიტით დაავადებული პაციენტების შემთხვევაში უფრო დაბალი იყო ვიდრე კატარულის. II ჯგუფში კი პირიქით ჰიპერტროფიული გინგივიტის საშუალო მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო ვიდრე კატარულის დროს.

საინტერესო იყო ჯგუფებს შორის PMA ინდექსის მაჩვენებლების შედარება გინგივიტების ფორმების მიხედვით მკურნალობის დინამიკაში (დიაგრამა№7).

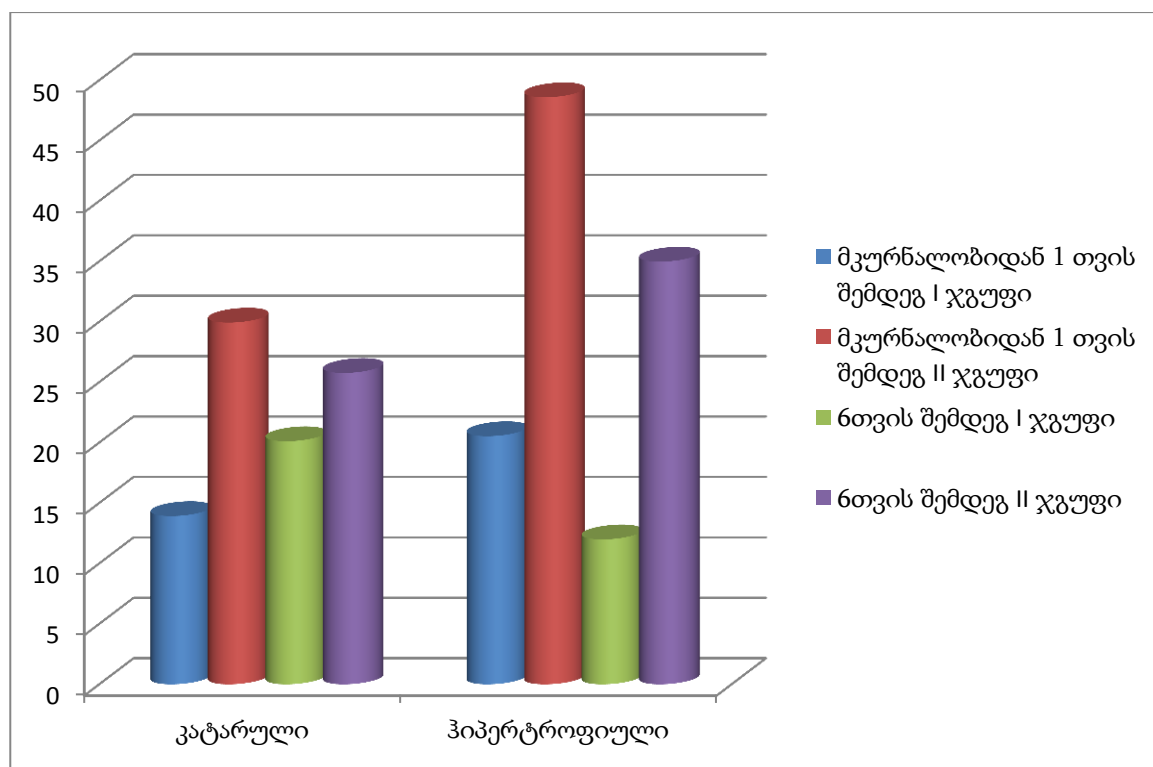
PMA ინდექსის მაჩვენებლები მკურნალობამდე და 10 დღის შემდეგ I და II ჯგუფებში



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, ორივე ჯგუფში ადგილი აქვს PMA ინდექსის მაჩვენებლების შემცირებას, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ I ჯგუფში ინდექსის მაჩვენებლის შემცირება გაცილებით მკვეთრად გამოიხატა.

დაკვირვების მონაცემები 1 თვის და 6 თვის შემდეგ ვადებში მოცემულია №8 დიაგრამაზე.

PMA ინდექსის მაჩვენებლები მკურნალობიდან 1 თვის და 6 თვის შემდეგ I და II ჯგუფებში



დიაგრამის მონაცემებით I ჯგუფში ინდექსის მაჩვენებლების გაუმჯობესება საგრძნობლად აჭარბებს II ჯგუფის მაჩვენებლებს. ჯგუფების მთლიანი საშუალო მაჩვენებლების გვიჩვენებს შემდეგს: I ჯგუფში 1 თვის და 6 თვის შემდეგ ინდექსის მაჩვენებლის კლება შემდეგნაირად გამოვლინდა  $17.59 \pm 1.56$  და  $16.05 \pm 2.21$  - შესაბამისად, II ჯგუფში 1 თვის და 6 თვის შემდეგ ინდექსის მაჩვენებელი შესაბამისად გახდა  $42.37 \pm 4.63$  და  $31.91 \pm 3.81$ .

გინგივიტის ფორმების მიხედვით ორივე ჯგუფის მონაცემებით მკურნალობის შედეგების საშუალო მაჩვენებლის შედარებით დადგინდა, რომ მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ PMA ინდექსის მაჩვენებლებმა უფრო მეტად დაიკლო კატარული გინგივიტის დროს ჰიპერტროფიული გინგივიტის მაჩვენებლებთან შედარებით. მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ მიღებული მონაცემებით: I ჯგუფში (ასევე),



კატარული გინგივიტის PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელმა 4-ჯერ ნაკლები შეადგინა, ხოლო ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს დაახლოებით 3-ჯერ ნაკლები მონაცემები მივიღეთ მკურნალობამდე მიღებულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით. II ჯგუფში კატარული გინგივიტის PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი თითქმის განახევრდა, ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს კი თითქმის 1,5-ჯერ დაიკლო. 6 თვის შემდეგ: I ჯგუფში ჰიპერტროფიული გინგივიტით დაავადებული პაციენტების მიღებული მონაცემებით PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი 4,8-ჯერ ნაკლებს შეადგენდა, მაშინ, როცა კატარული გინგივიტის დაავადებულ პაციენტებს ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი 3-ჯერ ნაკლები აღენიშნათ. II ჯგუფში კი კატარული გინგივიტის დროს 2,2-ჯერ დაიკლო, ხოლო ჰიპერტროფიული გინგივიტის დროს თითქმის განახევრდა საშუალო მონაცემები. ასეთი შედეგი, ჩვენი აზრით, გამოიწვია დროის დიდ პერიოდში სტომატოლოგიური კონტროლის შემცირებამ, რამდენადაც კატარული გინგივიტის განვითარებაზე, პირველ რიგში, მოქმედებს პირის ღრუს არაჰიგიენური მდგომარეობა.

გადავწყვიტეთ კატარული გინგივიტებით დაავადებული პაციენტების PMA ინდექსის გამოთვლით მიღებული საშუალო მონაცემების დაყოფა დაავადების სიმძიმის მიხედვით მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად I ჯგუფში. II ჯგუფის პაციენტების სიმცირის გამო ვერ მოხერხდა შედარება საავადების სიმძიმის მიხედვით.

მსუბუქი ფორმის გინგივიტი გამოვლინდა 1 შემთხვევაში მისი PMA ინდექსი შეადგენდა მკურნალობამდე 27.38 მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ 14.28 და მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ გახდა 7.14.

საშუალო სიმძიმის კატარული გინგივიტი გამოვლინდა 3 შემთხვევაში და PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი მკურნალობამდე იყო  $46.99 \pm 2.28$ , მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ 1,5-ჯერ შემცირდა და შეადგინა  $28.86 \pm 1.56$ , მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ დასაწყისში მიღებულ მონაცემებთან შედარებით თითქმის 3,5-ჯერ შემცირდა PMA ინდექსის მაჩვენებელი და შეადგინა  $13.82 \pm 2.89$ , მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ 3-დან 2 პაციენტის ინდექსი შევისწავლეთ და საშუალო მაჩვენებელი მივიღეთ  $17.67 \pm 0.99$ .

მძიმე ფორმის კატარული გინგივიტი აღენიშნებოდა 4 პაციენტს, რომელთა PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელმა მკურნალობამდე შეადგინა  $82.18 \pm 4.81$ , მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ თითქმის განახევრდა მაჩვენებელი და შეადგინა  $45.76 \pm 1.40$ , მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ საწყის მონაცემებთან შედარებით თითქმის 5-ჯერ შემცირდა PMA ინდექსის მაჩვენებელი და შეადგინა  $17.47 \pm 2.10$ , მკურნალობიდან 6 თვის შემდეგ ინდექსის შევისწავლეთ 4-დან მხოლოდ 1 პაციენტზე და მისი ინდექსი იყო 25 (ცხრილი №29).

ცხრილი №29

კატარული გინგივიტის PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებლის მონაცემები დაავადების სიმძიმის მიხედვით მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დინამიკაში I ჯგუფში

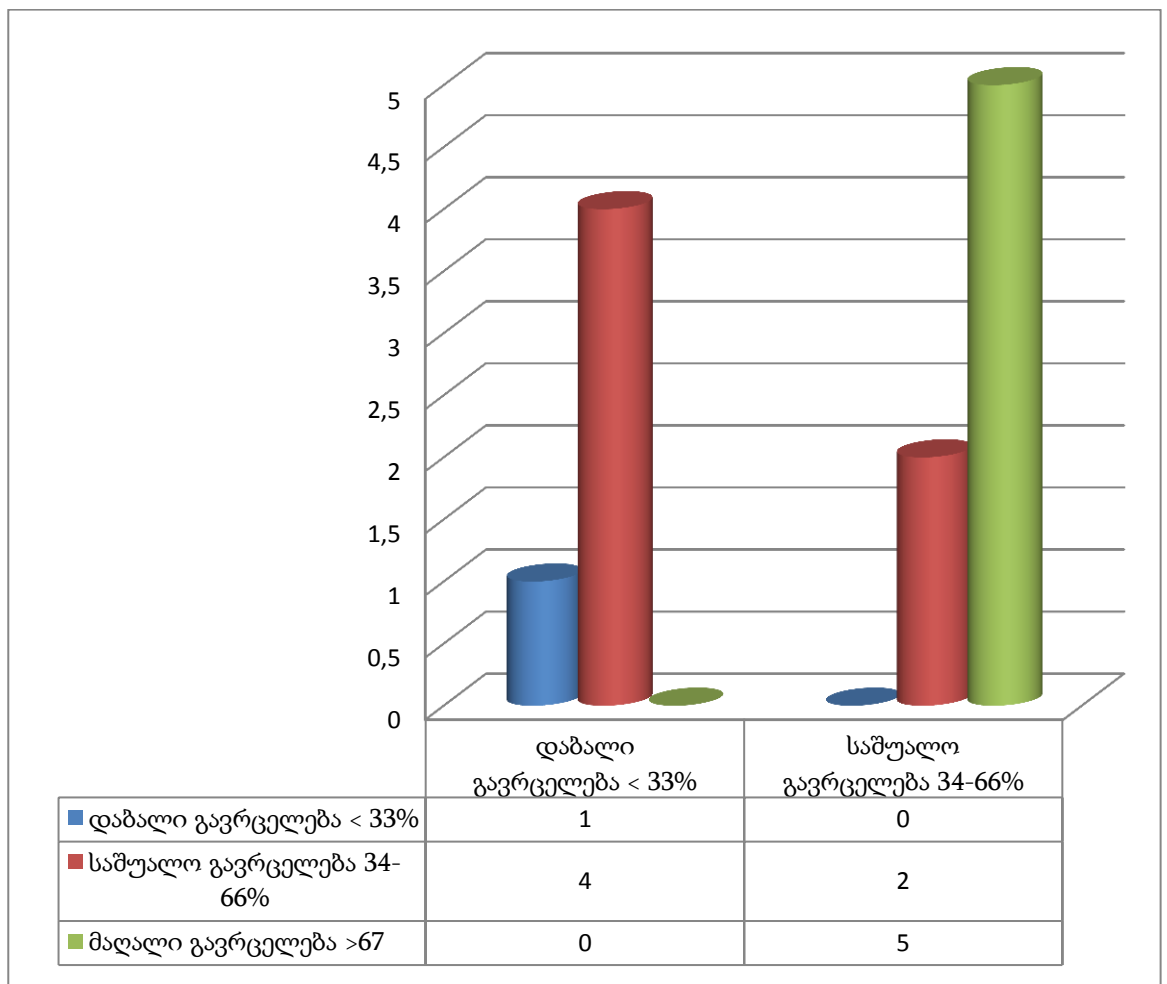
| გინგივიტის სიმძიმე   | მკურნალობა მდე | 10 დღის შემდეგ | 1 თვის შემდეგ | 6 თვის შემდეგ    |
|----------------------|----------------|----------------|---------------|------------------|
| მსუბუქი<br>M±m (n=1) | 27.38          | 14.28          | 7.14          |                  |
| საშუალო M±m (n=3)    | 46.99±2.28     | 28.86±1.56     | 13.82±2.89    | 17.67± 0.99(n=2) |
| მძიმე M±m (n=4)      | 82.18±4.81     | 45.76±1.40     | 17.47±2.10    | 25 (n=1)         |

კატარული გინგივიტის სიმძიმის მიხედვით მკურნალობის შედეგების საშუალო მაჩვენებლის შედარებით დადგინდა, რომ მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ მიღებული მონაცემებით ყველაზე მეტად დაიკლო მძიმე ფორმის კატარული გინგივიტის PMA ინდექსის საშუალო მაჩვენებელმა, 1 თვის შემდეგ მიღებული მონაცემებით მძიმე ფორმის დროს მაჩვენებლებმა 5-ჯერ დაიკლო ხოლო საშუალო სიმძიმის დროს 3,5-ჯერ. რაც მიუთითებს პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვის და მკურნალობის ეფექტურობაზე.

PMA ინდექსით გინგივიტის გავრცელების მაჩვენებლების გამოკვლევისას მიღებული შედეგების შემდეგ პაციენტებს ჩატარდათ სწავლება პირის ღრუს სწორი ჰიგიენის შესახებ და დავუნიშნეთ სამკურნალო კბილის პასტები, სავლებები და მალამოები. ვაკვირდებოდით მკურნალობით მიღებულ შედეგებს დინამიკაში (დიაგრამა №9).

დიაგრამა №9

გინგივიტის გავრცელების მაჩვენებლები PMA ინდექსით მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 10 დღის შემდეგ I ჯგუფში



№9 დიაგრამის მონაცემებით საგრძნობლად გაუმჯობესდა PMA ინდექსი. მიღებულ მონაცემთა შედარებისას გამოვლინდა დადებითი სარწმუნოების კოეფიციენტი ( $p=0.038$ ;  $p<0.05$ ). ჩვენს მიერ შემუშავებული მკურნალობის სქემის

ეფექტურობის შესაფასებლად კლინიკურ დაკვირვებასთან ერთად გამოვიკვლიეთ PMA ინდექსი მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ (ცხრილი №30).

ცხრილი №30

PMA ინდექსი მკურნალობამდე და მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ

| PMA ინდექსი მკურნალობამდე | PMA ინდექსი 1 თვის შემდეგ |                   | სულ | p     |
|---------------------------|---------------------------|-------------------|-----|-------|
|                           | კვლევას გამოეთიშა         | დაბალი გავრცელება |     |       |
| დაბალი გავრცელება <33%    | 1                         | 1                 | 1   | 0.002 |
| საშუალო გავრცელება 34-66% | 0                         | 6                 | 6   |       |
| მაღალი გავრცელება >67     | 0                         | 5                 | 5   |       |
| სულ                       | 1                         | 11                | 12  |       |

№30 ცხრილის მონაცემები გვიჩვენებს, რომ მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ სარწმუნოდ გაუმჯობესდა ინდექსის მაჩვენებლები ( $p=0.002$ ;  $p<0.05$ ).

#### III.4. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სისხლდენის ინდექსის კვლევის შედეგები და განსჯა

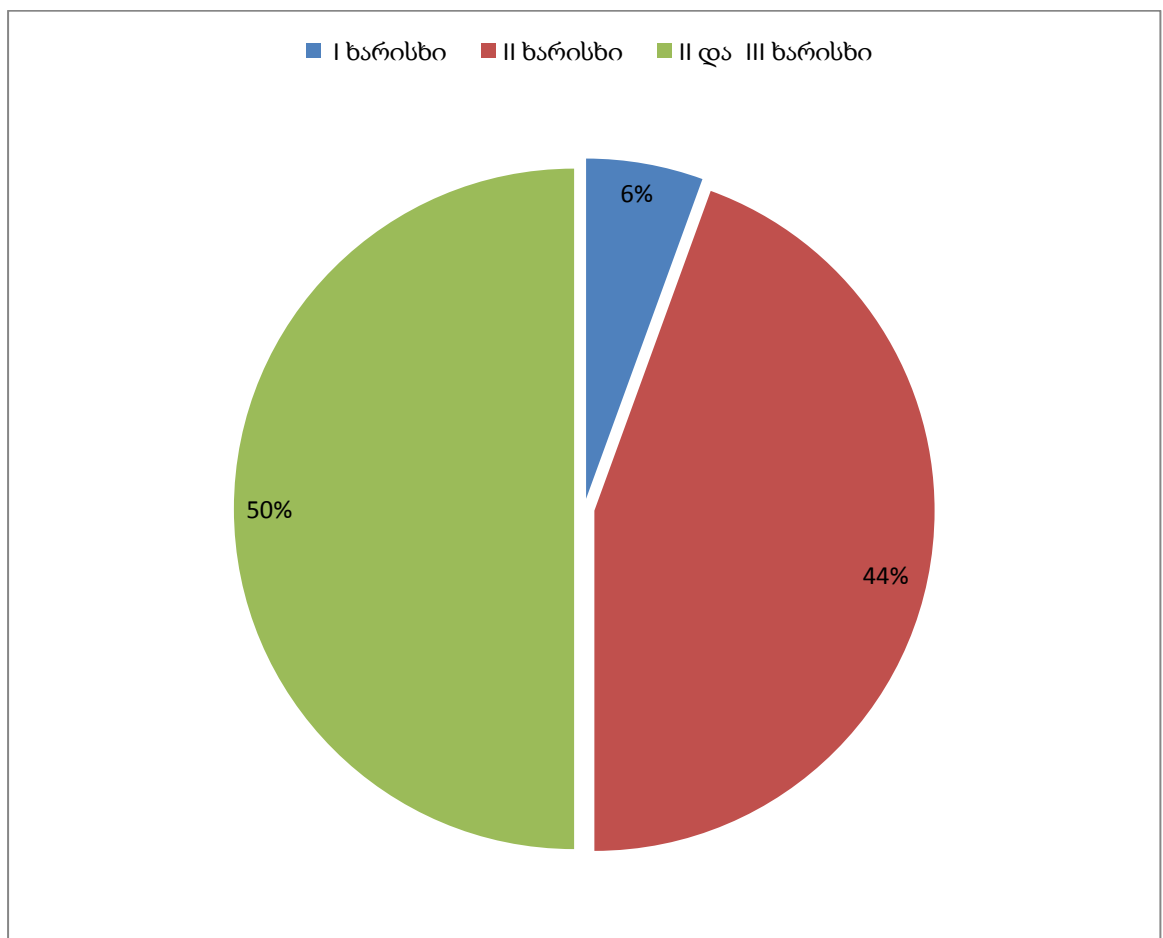
ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებს ციტოსტატიკური თერაპიის ფონზე, ხშირად აღენიშნებათ სისხლდენა. გინგივიტის დიაგნოზის დასაზუსტებლად ვიყენებდით კლინიკურ მეთოდებს როგორცაა: შეშუპება, სისხლდენა, ჰიპერემია, ჰიპერტროფია, შეღებვის მეთოდი და ასევე ვიყენებდით სისხლის საერთო ანალიზის მონაცემებს.

სისხლდენის ინდექსი გამოვიკვლიეთ ჰემობლასტოზებით დაავადებულ 18 პაციენტთან რომელთაც ჰქონდათ გინგივიტი. ღრძილებიდან სპონტანური სისხლდენის III ხარისხი აღენიშნებოდა - სულ 9 პაციენტს, 5 I ჯგუფის და 4 II

ჯგუფიდან. კბილების გამოხეხვისას სისხლდენის II ხარისხი 17 პაციენტს, 11 I და 6 II გჯუფიდან. I- ხარისხის სისხლდენას აღნიშნავდა 1 I ჯგუფის პაციენტი (დიაგრამა №10).

დიაგრამა №10

ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სისხლდენის ინდექსების  
მაჩვენებლები



ვინაიდან ჩვენს მიერ დაკვირვება ტარდებოდა ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპებზე: ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე, აპლაზიის და შემდგომ პერიოდში. შევეცადეთ შეგვესწავლა სისხლდენის მაჩვენებლების დამოკიდებულება მკურნალობის პერიოდებთან. ჩვენს მიერ გამოკვლეულ კონტინგენტში III ხარისხის სისხლდენის ჩივილით აღნიშნულ 9

პაციენტთაგან 1 იმყოფებოდა აპლაზიის სტადიაში და 8 პაციენტი ციტოსტატიკური თერაპიის მიმდინარე პერიოდში (ცხრილი№31).

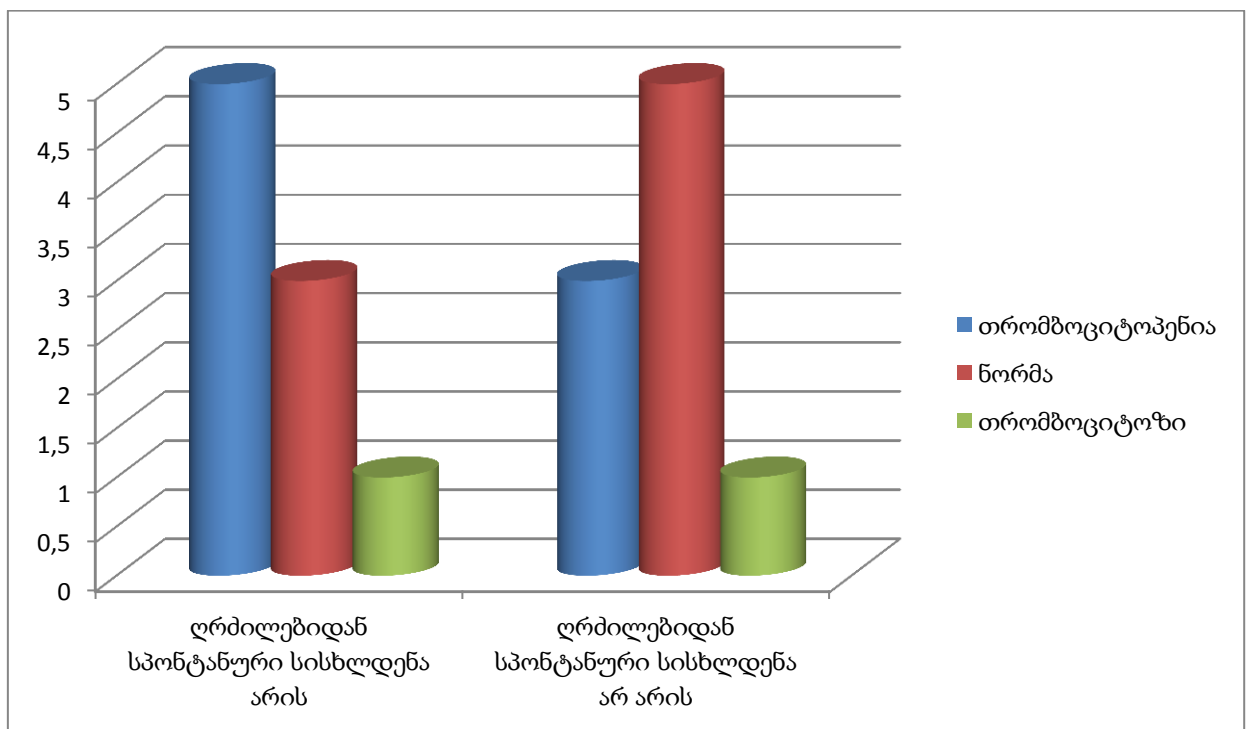
ცხრილი№31

ღრძილებიდან სპონტანური სისხლდენა ციტოსტატიკური თერაპიის და აპლაზიის პერიოდში

| ღრძილებიდან სპონტანური სისხლდენა | ციტოსტატიკური თერაპია |         | სულ |
|----------------------------------|-----------------------|---------|-----|
|                                  | მიმდინარე პერიოდი     | აპლაზია |     |
| დიახ                             | 8                     | 1       | 9   |
| არა                              | 8                     | 1       | 9   |
| სულ                              | 16                    | 2       | 18  |

დიაგრამა №11

სისხლის საერთო ანალიზის მონაცემების მიხედვით თრომბოციტების რაოდენობის და ღრძილებიდან სპონტანური სისხლდენის შედარებით მიღებული მონაცემები



ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების სისხლის საერთო ანალიზის მონაცემებით, როგორც მოსალოდნელი იყო გინგივიტის დიაგნოსტირებულ პაციენტებს ღრძილებიდან სპონტანური სისხლდენის შემთხვევაში 9 პაციენტიდან 5-ს აღენიშნებოდა თრომბოციტოპენია, 3-ს თრომბოციტები ნორმის ფარგლებში ჰქონდათ, 1 პაციენტს აღენიშნებოდა თრომბოციტოზი.

### *III.5. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგები და განსჯა*

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული 17 პაციენტი (ჯგუფი 1), 23-დან 69 წლამდე ასაკის, რომლებიც დაავადებული იყვნენ და ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით: მწვავე მიელოიდური ლეიკემია - 10 პაციენტი (5 ქალი და 5 მამაკაცი); მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემია 2 პაციენტი, (1 ქალი და 1 მამაკაცი); ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადება (2 ქალი), ჰოჯკინის ლიმფომა (1 ქალი) და არაჰოჯკინის ლიმფომა (1 ქალი და 1 მამაკაცი).

შესადარებლად აღებული იყო პირის ღრუს ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის შედეგები იმ რანდომულად შერჩეული პრაქტიკულად ჯანმრთელი კონტინგენტისათვის, რომლებიც მიმართავდნენ სტომატოლოგიურ კლინიკას სხვადასხვა ჩივილებით (კატარული და ჰიპერტროფიული გინგივიტი, მსუბუქი ფორმის პაროდონტიტი) სულ შეგროვებული იყო მონაცემები 17 პაციენტისათვის (ჯგუფი 2), რომელთაგან 5 იყო ქალი და 12 მამაკაცი 21-დან 76 წლის ასაკამდე.

ორივე ჯგუფის პაციენტების პირის ღრუს მიკროფლორა შესწავლილი იყო ერთნაირი სქემით (იხილეთ ზემოთ). იზოლატების იდენტიფიკაცია ხორციელდებოდა მიღებული შედეგების ანალიზის საფუძველზე (ბიოქიმიური, კულტურალურ-მოროფოლოგიური პარამეტრები, სადიფერენციაციო ტესტები და ფაგომგრძნობელობა), განისაზღვრებოდა ანტიბიოტიკებისადმი და თერაპიული კომერციული ფაგებისადმი მგრძნობელობა.

კვლევამ გვიჩვენა, რომ ორივე ჯგუფის პაციენტების პირის ღრუში გზვდებოდა მსგავსი მიკროფლორა (გვარის დონეზე), წამყვანი პოზიციებით გამოირჩეოდა *Streptococcus* და *Staphylococcus* გვარის მიკრობები, რომლებიც ფაქტობრივად ყველა გამოკვლეული პირის ბაქტერიოლოგიური ნაცხის ანალიზისას გამოვლინდა.

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მე-2 ჯგუფის (ე.წ. საკონტროლო, არა-ჰემატოლოგიური პაციენტები) აღებული მასალიდან გამოყოფილი ფლორა გამოირჩეოდა დიდი სახეობრივი მრავალფეროვნებით 1-ლ ჯგუფთან (ჰემატოლოგიური პაციენტები) შედარებით (ცხრილი №32). აღასანიშნავია, რომ 1-ლი ჯგუფის პაციენტებს შორის უფრო დიდი სიხშირით ვლინდებოდა *Candida albicans* ვიდრე მე-2 ჯგუფში. ეს განსხვავება პირის ღრუს მიკროორგანიზმების სახეობრივ და რაოდენობრივ მაჩვენებლებში ყველაზე მეტი ალბათობით შეიძლება აიხსნას ჰემატოლოგიურ პაციენტებში რეგულარულად ჩატარებული ქიმიოთერაპიით (ციტოსტატიკები და ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები), რაც იმუნური სტატუსის მაჩვენებლებთან ერთად თრგუნავს ბაქტერიულ მიკროფლორას და ხელშემწყობ პირობებს უქმნის საფუარი სოკოებით კოლონიზაციას.

ცხრილი №32

საკვლევი ჯგუფის პაციენტების მიკროფლორის სახეობრივი შემადგენლობა

| საკვლევი ჯგუფი               | გამოვლენილი მიკროფლორა*                                                                                                                                                |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I (ჰემატოლოგიური პაციენტები) | <i>Streptococcus viridans, Streptococcus pyogenes. Staphylococcus aureus , Staphylococcus epidermidis, Candida albicans E.coli, Enterococcus spp., Klebsiella spp.</i> |
|                              | <i>Streptococcus mitis, Streptococcus viridans, Streptococcus</i>                                                                                                      |

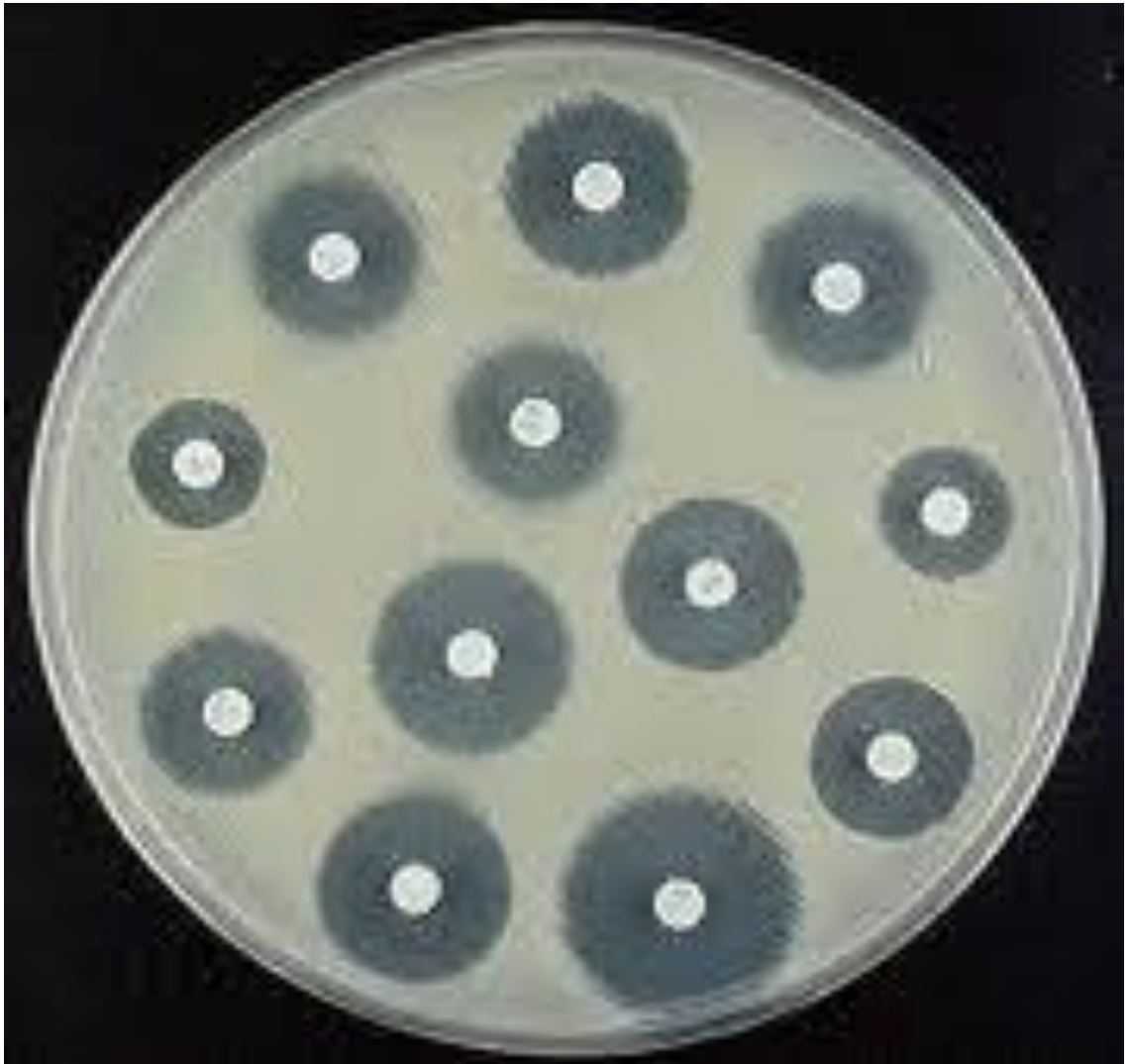


|                                   |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II (არა-ჰემატოლოგიური პაციენტები) | <i>pyogenes, Streptococcus sanguis, Streptococcus durans. Staphylococcus aureus , Staphylococcus epidermidis E.coli, Enterococcus spp, Enterococcus faecalis Candida albicans, Micrococcus spp.</i> |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\*ჩამოთვლა გამოვლენის სიხშირის მიხედვით

კვლევის შემდგომ ეტაპზე პაციენტებიდან განხორციელდა გამოყოფილი იზოლატების ანტიბიოტიკომგრძობელობის პროფილის შესწავლა. ფართო მოხმარების 21 ანტიბიოტიკის მიმართ. დისკ დიფუზიის სტანდარტული მეთოდის გამოყენებით (სურათი №11). მიღებულის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მგრძობელობა ცალკეული ანტიბიოტიკებისადმი საკმაოდ ცვალებადია.

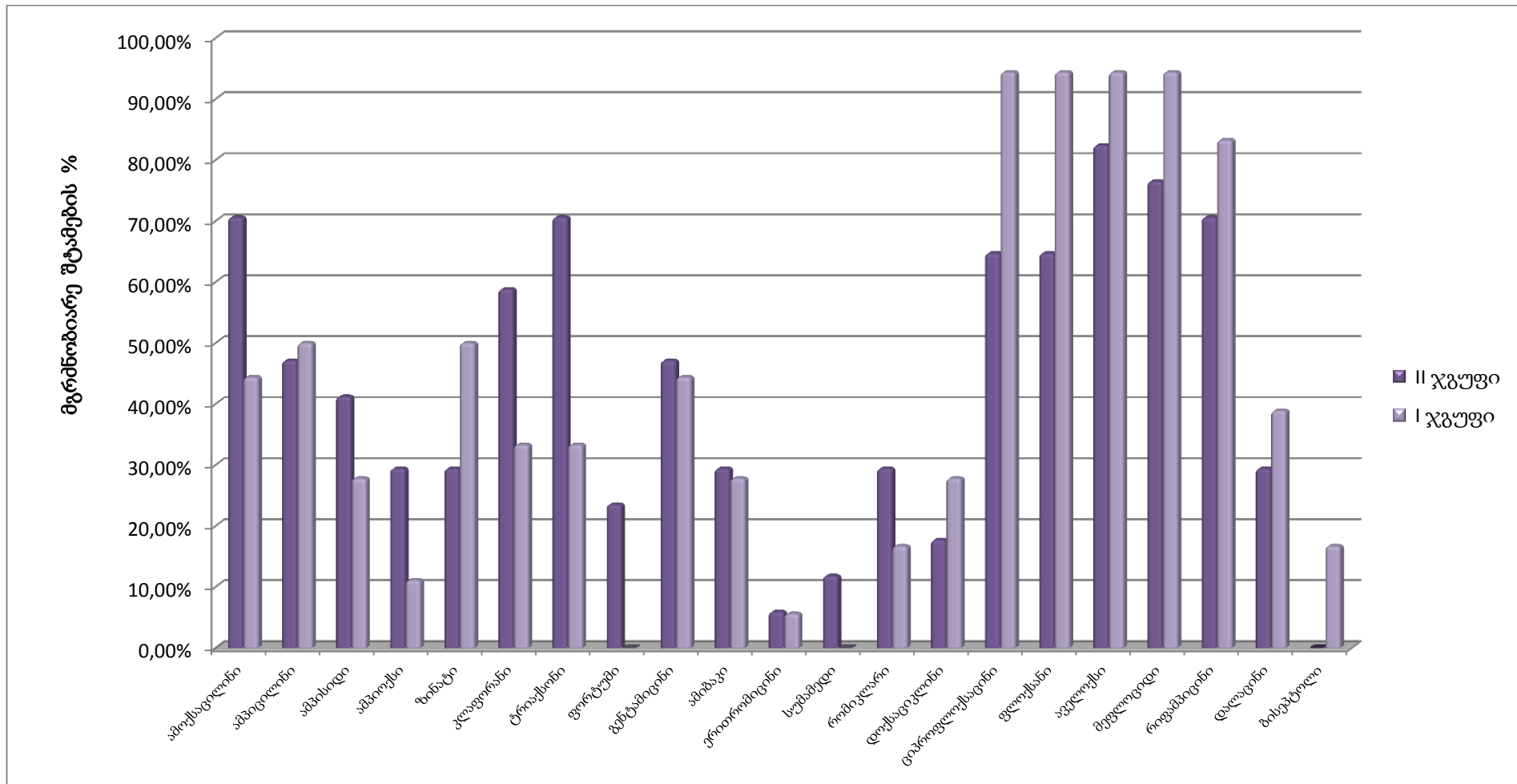
შედარებით მაღალი მგრძობელობა იყო ნაჩვენები აველოქსის (82-94%), მეფლოციდის (77-94%) და რიფამპიცინის მიმართ (70-83%) 1-ლი და მე-2 ჯგუფის პაციენტებში, და ასევე ამოქსაცილის (70.6%) , ტრიაქსონი (70.6%), მიმართ მე-2 ჯგუფის პაციენტებში.



სურათი №11. გამოყოფილი ბაქტერიული იზოლატების ანტიბიოტიკომგრძობელობის შესწავლა დისკ დიფუზიის მეთოდით

ორივე ჯგუფის პაციენტების ანტიბიოტიკომგრძობელობა მოცემულია №12 დიაგრამაზე.

I და II ჯგუფების ანტიბიოტიკომგრძობელობა

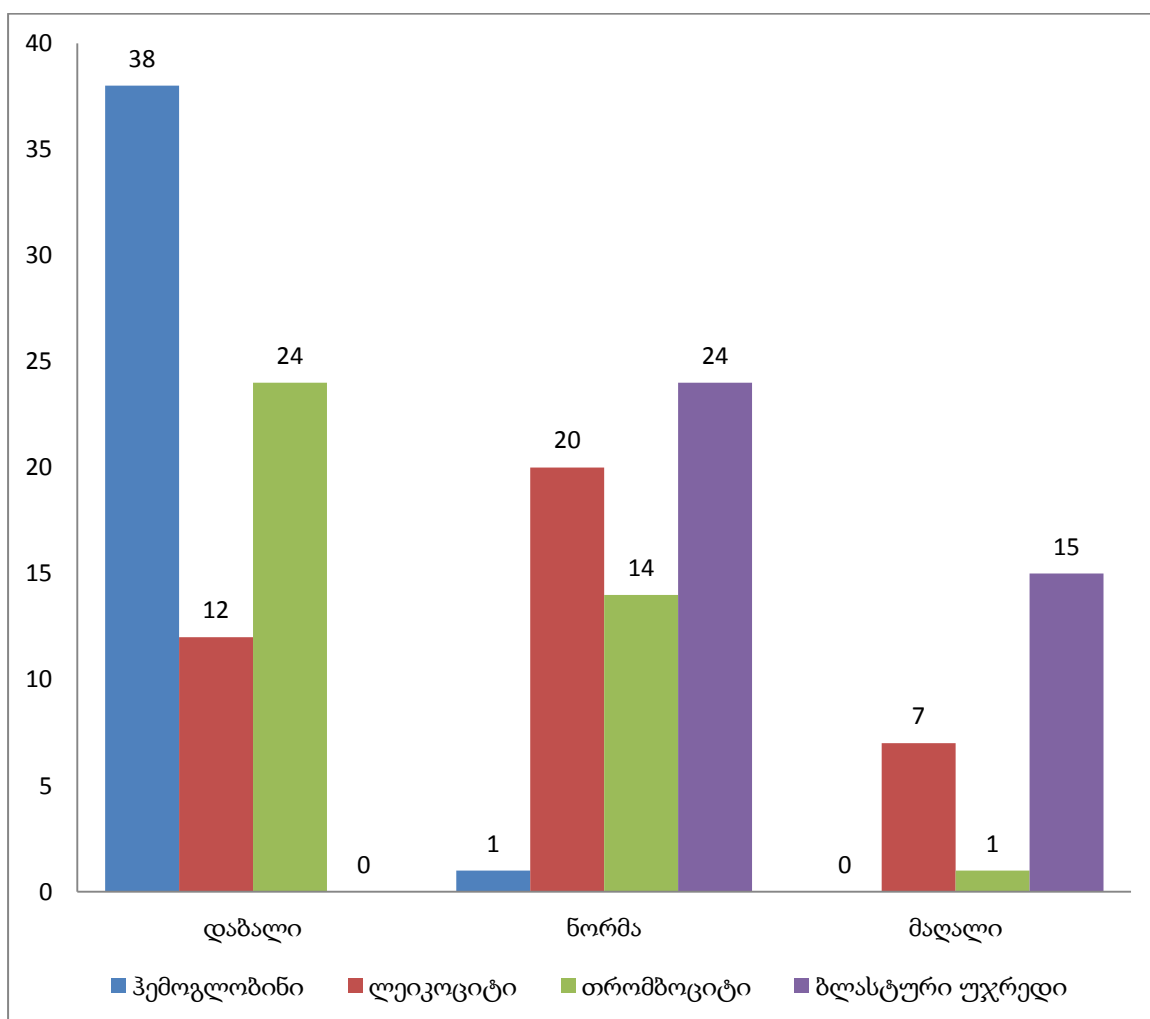


სკრინინგისთვის გამოყენებულ იქნა „ბაქტერიოფაგის ბიოპრეპარტები“-ს მიერ წარმოებული პოლივალენტური ფაგური პრეპარატები („პიოფაგი“, „ინტესტიფაგი“ , „ფერსისი“, „ენკო“, „სესფაგი“) და მონოფაგი „სტაფილოკოკური ბაქტერიოფაგი“. საკვლევი შტამების ფაგომგრძნობელობის პროფილის შესწავლისას ორივე საკვლევ ჯგუფში გამოვლინდა საკმაოდ მაღალი ფაგორეზისტენტობა (61.8%). ამასთან აღსანიშნავია, რომ 13 პაციენტის (ორივე ჯგუფის წარმომადგენლები) ნიმუშებიდან გამოყოფილი შტამების შემთხვევაში სხვადასხვა ფაგის მიმართ მგრძნობელობა ძალზე ცვალებადია. მთლიანობაში ეს შედეგები მიუთითებს პირის ღრუს მიკროფლორის და კონკრეტულად საკვლევი ჯგუფების პაციენტების მიკროფლორის განსხვავებებზე, კონკრეტულად ფაგოსპეციფიკური რეცეპტორების თვალსაზრისით, რაც პირის ღრუს პათოგენური მიკროფლორის მიმართ ფაგების მიზანმიმართულ გამოყოფის საჭიროებაზეც მიუთითებს.

### *III.6. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სისხლის საერთო ანალიზის მონაცემების მიხედვით მიღებული შედეგები და მათი განსჯა*

I ჯგუფის პაციენტების სტომატოლოგიური პათოლოგიის და პერიფერიული სისხლის მონაცემებთან ურთიერთკავშირის დასადგენად, სისხლის საერთო ანალიზების პასუხების საშუალებით შევადგინეთ დიაგრამა.

I ჯგუფის პაციენტების სტომატოლოგიური პათოლოგიის მქონე პაციენტების პერიფერიული სისხლის მონაცემები



მოცემული № 13 დიაგრამის მონაცემებით 1-ის გარდა ყველა პაციენტს ჰქონდა ანემია. როგორც უკვე აღვნიშნეთ 12 პაციენტი იმყოფებოდა აპლაზიის სტადიაში, რომელთაც ლეიკოციტოპენიასთან ერთად თრომბოციტოპენიაც აღვნიშნებოდათ.

12 პაციენტის შემთხვევაში, ლეიკოციტოპენიის ფონზე პაციენტებს პირის ღრუში შემდეგი ცვლილებები გამოუვლინდათ: ლაქა- 1-ს, სპონტანური სისხლდენა - 9-ს, ნეკროზი - 2-ს, სტომატიტი - 7-ს, გინგივიტი - 4-ს, სისხლჩაქცევა - 5-ს.

ლეიკოციტები ნორმის ფარგლებში ჰქონდა 20 პაციენტს, ამ ფონზე პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე დაზიანების ელემენტები გამოვლინდა შემდეგი რაოდენობით: სპონტანური სისხლდენა -7, სისხლჩაქცევა -4, ნახეთქი-2, გინგივიტი-6, სტომატიტი- 7,ლაქა-1 და ჰერპესი-2 შემთხვევა.

ლეიკოციტოზი აღენიშნებოდა 7 პაციენტს რომელთაც პირის ღრუში შემდეგი ცვლილებები გამოუვლინდათ: სისხლჩაქცევა-1, ჰელიტი-1, გინგივიტი-2, სპონტანური სისხლდენა-3, კერატიზაცია- 1, ნახეთქი-2, ნეკროზი-2, სტომატიტი-1 და თმინი ენა1 შემთხვევა.

ბლასტოზი აღენიშნებოდა 15 პაციენტს ამ დროს, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და ტუჩის წითელი ყაეთანის შემდეგი გართულებები დაფიქსირდა: სპონტანური სისხლდენა-9, ნახეთქი - 3, სისხლჩაქცევა - 3, ჰელიტი - 1, გინგივიტი - 4, კერატიზაცია - 1, ნეკროზი - 2, სტომატიტი - 6 და თმინი ენა - 1 შემთხვევა.

ბლასტოზი არ აღენიშნებოდა 24 პაციენტს, რომლებსაც პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე აღენიშნებოდათ: ჰერპესი - 2, ლაქა - 2, სპონტანური სისხლდენა - 10, ნეკროზი - 2, სტომატიტი - 9, გინგივიტი - 8, სისხლჩაქცევა - 7 და ნახეთქი - 1 შემთხვევა.

თრომბოციტოპენია აღენიშნებოდა 24 პაციენტს აქედან, სპონტანური სისხლდენის - 16 და სისხლჩაქცევის - 8 შემთხვევა.

ზემოხსენებული მონაცემების თანახმად, ჰემობლასტოზებით დაავადებული 39 პაციენტის მონაცემებით პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და ტუჩის წითელი ყაეთანის პათოლოგიები, ფორმების სიხშირის მიხედვით გამოვლინდა შემდეგნაირად: სტომატიტის -15, გინგივიტის -12, სისხლჩაქცევის -10, ნახეთქის -4, ნეკროზის -4, ჰერპესის -2, ლაქის -2, ჰელიტის -1, კერატიზაციის -1, თმინი ენის -1 შემთხვევა და ღრძილებიდან სპონტანურ სისხლდენას უჩიოდა 19 პაციენტი.

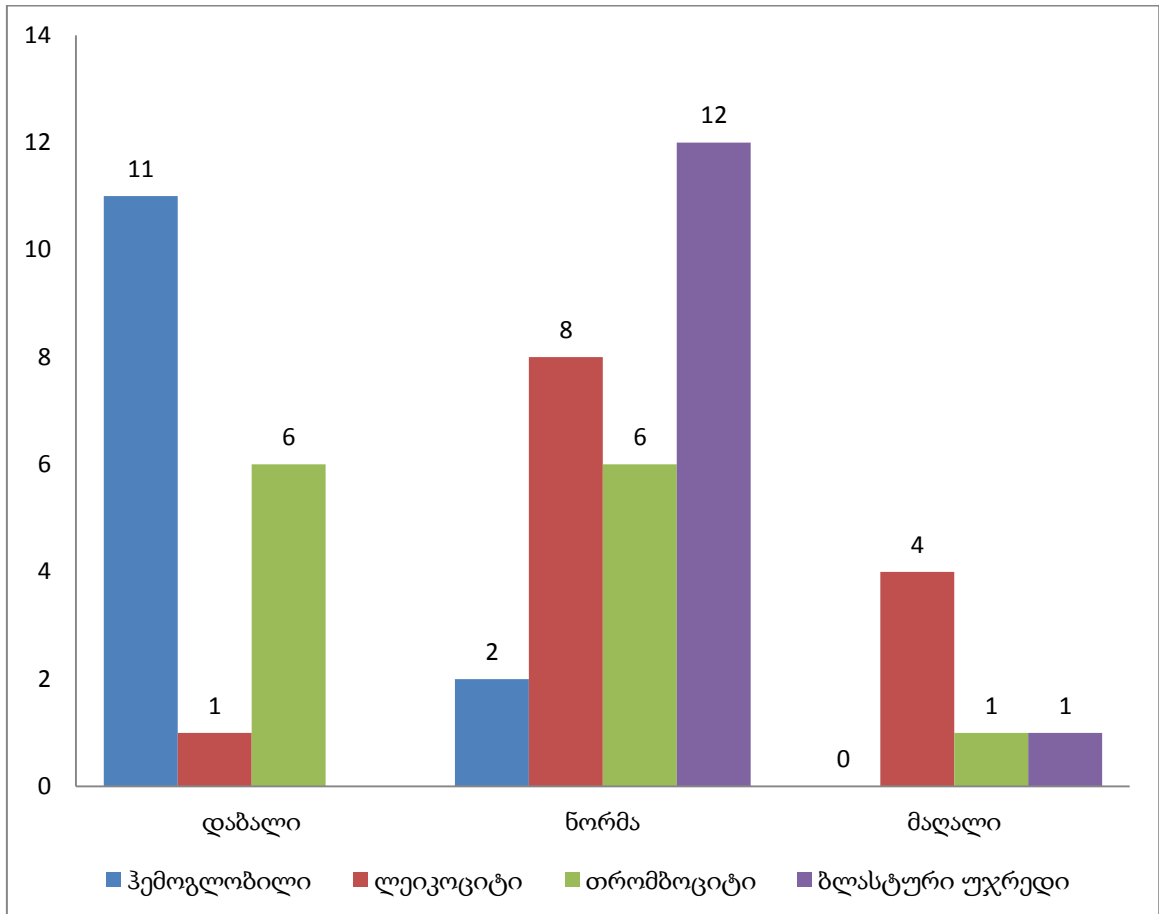
დიაგრამა №14 -ში მოყვანილი მონაცემების საფუძველზე შეგვიძლია ვთქვათ, რომ პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე დაზიანების ელემენტების გამოვლინების სიხშირის მიხედვით:

1. სტომატიტის ყველაზე მეტი შემთხვევა გამოვლინდა ლეიკოციტოპენიის, ლეიკოციტების ნორმის, თრომბოციტოპენიის და ბლასტების არ არსებობის დროს;

2. გინგივიტის შემთხვევათა უმეტესობა დაფიქსირდა ლეიკოციტების ნორმის დროს, ლეიკოციტოპენიის და თრომბოციტოპენიის ასევე, ბლასტების არ არსებობის დროს;
3. სისხლდენის ყველაზე მეტი შემთხვევა დაფიქსირდა ლეიკოციტოპენიის, თრომბოციტოპენიის და ბლასტოზის დროს;
4. სისხლჩაქცევის ყველაზე მეტი შემთხვევა დაფიქსირდა ლეიკოციტოპენიის, თრომბოციტოპენიის და ბლასტების არ არსებობის დროს;
5. ნეკროზის 2 – 2 შემთხვევა დაფიქსირდა ლეიკოციტოპენიის და ლეიკოციტოზის, თრომბოციტოპენიის დროს;
6. ჰერპესი ორივე შემთხვევა ლეიკოციტების ნორმის დროს დაფიქსირდა;
7. ჰეილიტი დაფიქსირდა ლეიკოციტოზის და ბლასტოზის დროს.

II ჯგუფის პაციენტების სტომატოლოგიური პათოლოგიის და პერიფერიული სისხლისმონაცემების ურთიერთკავშირის დასადგენად, სისხლის საერთო ანალიზების პასუხების საშუალებით შევადგინეთ დიაგრამა №14.

II ჯგუფის პაციენტების სტომატოლოგიური პათოლოგიის მქონე პაციენტების პერიფერიული სისხლის მონაცემები



დიაგრამის მონაცემებით II ჯგუფის სტომატოლოგიური პათოლოგიის მქონე 13 პაციენტიდან 11-ს ჰქონდა ანემია.

ლეიკოციტოპენიით აღნიშნული 1 პაციენტს - ჰქონდა გინგივიტი და უჩიოდა ღრძილებიდან სპონტანურ სისხლდენას.

ლეიკოციტები ნორმის ფარგლებში ჰქონდა 8 პაციენტს, ამ ფონზე პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე დაზიანების ელემენტები გამოვლინდა შემდეგი რაოდენობით: სისხლჩაქცევა -1, ნახეთქი-1, გინგივიტი-3 და სტომატიტი- 4 შემთხვევა და სპონტანურ სისხლდენას უჩიოდა 3 პაციენტი.

ლეიკოციტოზით აღნიშნულ 4 პაციენტთაგან პირის ღრუში შემდეგი სახის ცვლილებები გამოუვლინდათ: სისხლჩაქცევა -1, ნახეთქი-1, გინგივიტი-2 და სტომატიტი- 1 შემთხვევა.



ბლასტოზი აღენიშნებოდა 1 პაციენტს და მას ლორწოვანი გარსის პათოლოგია სტომატიტის ფორმით გამოუვლინდა.

ბლასტოზი არ აღენიშნებოდა 12 პაციენტს, რომლებსაც პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და ტუჩის წითელ ყაეთანზე აღენიშნებოდათ: სპონტანური სისხლდენა - 4, სტომატიტი - 4, გინგივიტი - 6, სისხლჩაქცევა - 2 და ნახეთქი - 2 შემთხვევა.

თრომბოციტოპენია აღენიშნებოდა 6 პაციენტს ამ დროს მხოლოდ 1 პაციენტი უჩიოდა ღრძილებიდან სპონტანურ სისხლდენას.

1. სტომატიტის და გინგივიტის ყველაზე მეტი შემთხვევა დაფიქსირდა ლეიკოციტების და თრომბოციტების ნორმის დროს და ბლასტების არ არსებობისას.
2. სისხლჩაქცევის ორივე შემთხვევა დაფიქსირდა თრომბოციტოპენიის დროს.
3. ღრძილებიდან სპონტანური სისხლდენა ყველაზე მეტი რაოდენობით დაფიქსირდა ლეიკოციტების და თრომბოციტების ნორმის დროს და ბლასტების არ არსებობისას.
4. ნახეთქის თითო-თითო შემთხვევა დაფიქსირდა ლეიკოციტების ნორმის დროს.

### *III.7. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის კითხვარის შედეგები და მათი განსჯა*

გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო ჰემობლასტოზებით დაავადებულმა სულ 52 პაციენტმა, მათ შორის იყო 27 ქალი და 25 მამაკაცი. I ჯგუფში იყო 24 ქალი და 15 მამაკაცი, II ჯგუფში 3 ქალი და 10 მამაკაცი.

I ჯგუფის პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის კითხვარი მოცემულია №33 ცხრილში.

სიცოცხლის ხარისხის კითხვარის პასუხების სხვადასხვა ვარიანტების სიხშირე (%)

მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ (I ჯგუფი)

| მკურნალობამდე (%) |          |                  |          |        |               | მკურნალობის შემდეგ (%) |          |                  |          |        |               | p     |
|-------------------|----------|------------------|----------|--------|---------------|------------------------|----------|------------------|----------|--------|---------------|-------|
| შეკითხვის №       | არასოდეს | თითქმის არასოდეს | იშვიათად | ხშირად | ძალიან ხშირად | შეკითხვის №            | არასოდეს | თითქმის არასოდეს | იშვიათად | ხშირად | ძალიან ხშირად |       |
| 1                 | 7.69     | 10.27            | 17.95    | 33.33  | 30.77         | 1                      | 20.51    | 53.85            | 23.07    | 2.56   | 0             | 0.010 |
| 2                 | 0        | 5.13             | 17.95    | 53.85  | 23.08         | 2                      | 12.82    | 66.67            | 20.51    | 0      | 0             | 0.267 |
| 3                 | 0        | 2.56             | 12.82    | 64.1   | 20.51         | 3                      | 10.26    | 51.28            | 38.46    | 0      | 0             | 0.209 |
| 4                 | 2.56     | 10.26            | 53.85    | 25.64  | 7.69          | 4                      | 30.77    | 58.97            | 10.26    | 0      | 0             | 0.063 |
| 5                 | 2.56     | 5.13             | 41.02    | 33.33  | 17.95         | 5                      | 38.46    | 46.15            | 15.38    | 0      | 0             | 0.139 |
| 6                 | 2.56     | 12.82            | 41.02    | 33.33  | 10.26         | 6                      | 28.2     | 58.97            | 12.82    | 0      | 0             | 0.112 |
| 7                 | 12.82    | 38.46            | 38.46    | 7.69   | 2.56          | 7                      | 51.28    | 43.59            | 10.26    | 0      | 0             | 0.061 |
| 8                 | 12.82    | 38.46            | 23.08    | 23.08  | 2.56          | 8                      | 46.15    | 43.59            | 12.82    | 0      | 0             | 0.010 |
| 9                 | 5.13     | 30.78            | 41.02    | 20.51  | 2.56          | 9                      | 33.33    | 53.85            | 12.82    | 0      | 0             | 0.063 |
| 10                | 48.72    | 28.20            | 23.08    | 7.69   | 0             | 10                     | 71.79    | 28.20            | 0        | 0      | 0             | 0.002 |

კვლევის შედეგები და მათი ანალიზი: №33 ცხრილში მოყვანილი მონაცემები გვიჩვენებს, რომ პაციენტების მკურნალობამდე შევსებული კითხვარის პასუხებში ჭარბობს პასუხები “იშვიათად”, “ხშირად” და “ძალიან ხშირად”, ხოლო მკურნალობის შემდეგ კი – “არასოდეს”, “თითქმის აღარასოდეს” და იშვიათად”, პასუხები “ხშირად” და “ძალიან ხშირად” პრაქტიკულად აღარ გვხვდება.

აღსანიშნავია, რომ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ მიღებული %-ული მაჩვენებლების შედარებისას მნიშვნელოვანი განსხვავება აღინიშნება, რაც მიუთითებს მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

ცხრილ№33-ში მოცემული მონაცემების შედეგების შედარებისას განსხვავება სარწმუნო იყო შემდეგ კითხვებზე: №1 “სიტყვების წარმოთქმის გამწვანება პირის ღრუს ლორწოვან გარსთან დაკავშირებული პრობლემების გამო“, მკურნალობის შემდეგ მიღებული შედეგებით სარწმუნოობის კოეფიციენტი იყო  $p < 0.05$ ; №8 “შებოქვა ადამიანებთან ურთიერთობისას პირის ღრუს ლორწოვან გარსთან დაკავშირებული პრობლემების გამო“, მკურნალობის შემდეგ მიღებული შედეგებით გამოვლინდა სარწმუნო განსხვავება, სადაც  $p < 0.05$  იყო და №10 “მომატებული გაღიზიანება ადამიანებთან ურთიერთობისას პირის ღრუს ლორწოვან გარსთან დაკავშირებული პრობლემების გამო“, მკურნალობის შემდეგ შედეგების შედარებით მკურნალობამდე მიღებული პასუხებთან გამოვლინდა სარწმუნოობა და სადაც  $p < 0.05$  იყო.

კითხვარის საშუალებით სიცოცხლის ხარისხის შეფასებისას სქესის მიხედვით, მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ, სარწმუნო განსხვავება ნანახი იყო №10 კითხვაზე: “მომატებული გაღიზიანება ადამიანებთან ურთიერთობისას პირის ღრუს ლორწოვან გარსთან დაკავშირებული პრობლემების გამო“, მკურნალობის შემდეგ სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა ქალებში სადაც იყო  $p < 0.05$ . ასაკის მიხედვით, მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ, სარწმუნო განსხვავება არ იყო ნანახი.

II ჯგუფის პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის კითხვარი მოცემულია №34 ცხრილში.

სიცოცხლის ხარისხის კითხვარის პასუხების სხვადასხვა ვარიანტების სიხშირე (%)

მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ (II ჯგუფი)

| მკურნალობამდე (%) |          |                  |          |        |               | მკურნალობის შემდეგ (%) |          |                  |          |        |               | P     |
|-------------------|----------|------------------|----------|--------|---------------|------------------------|----------|------------------|----------|--------|---------------|-------|
| შეკითხვის №       | არასოდეს | თითქმის არასოდეს | იშვიათად | ხშირად | ძალიან ხშირად | შეკითხვის №            | არასოდეს | თითქმის არასოდეს | იშვიათად | ხშირად | ძალიან ხშირად |       |
| 1                 | 0        | 7.69             | 23.08    | 30.77  | 38.46         | 1                      | 0        | 0                | 76.92    | 23.08  | 0             | 0.004 |
| 2                 | 0        | 0                | 7.69     | 46.15  | 46.15         | 2                      | 0        | 0                | 76.92    | 23.08  | 0             | 0.672 |
| 3                 | 0        | 0                | 0        | 53.85  | 46.15         | 3                      | 0        | 0                | 69.23    | 30.77  | 0             | 0.853 |
| 4                 | 0        | 0                | 39.46    | 39.46  | 23.08         | 4                      | 0        | 0                | 92.31    | 7.69   | 0             | 0.164 |
| 5                 | 0        | 7.69             | 30.77    | 46.15  | 15.38         | 5                      | 0        | 0                | 84.62    | 15.38  | 0             | 0.431 |
| 6                 | 0        | 7.69             | 53.85    | 38.46  | 0             | 6                      | 0        | 7.69             | 92.31    | 0      | 0             | 0.629 |
| 7                 | 0        | 15.38            | 69.23    | 0      | 15.38         | 7                      | 0        | 23.08            | 76.92    | 0      | 0             | 0.492 |
| 8                 | 0        | 0                | 7.69     | 53.85  | 38.46         | 8                      | 0        | 7.69             | 69.23    | 23.08  | 0             | 0.709 |
| 9                 | 0        | 0                | 7.69     | 53.85  | 38.46         | 9                      | 0        | 7.69             | 61.54    | 30.77  | 0             | 0.420 |
| 10                | 0        | 7.69             | 38.46    | 53.85  | 0             | 10                     | 0        | 30.77            | 69.23    | 0      | 0             | 0.281 |

№34 ცხრილში მოყვანილი II ჯგუფის მონაცემები გვიჩვენებს, რომ პაციენტების მკურნალობამდე შევსებული კითხვარის პასუხებში ჭარბობს პასუხები “იშვიათად”, “ხშირად” და “ძალიან ხშირად”, ხოლო მკურნალობის შემდეგ „იშვიათად”, “ხშირად” და “თითქმის აღარასოდეს” პასუხები, “ძალიან ხშირად” პრაქტიკულად აღარ გვხვდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხი “არასოდეს” არ დაფიქსირებულა მკურნალობის შედეგად კი.

ცხრილში მოცემული მონაცემების შედეგების შედარებისას განსხვავება სარწმუნო იყო მხოლოდ №1 შეკითხვაზე “სიტყვების წარმოთქმის გაძნელება პირის ღრუს ლორწოვან გარსთან დაკავშირებული პრობლემების გამო“, მკურნალობის შემდეგ მიღებული შედეგებით სარწმუნოობის კოეფიციენტი იყო  $p < 0.05$ ; ასაკის მიხედვით, მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ, სარწმუნო განსხვავება არ იყო ნანახი.

### **III.8. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სტომატოლოგიური პათოლოგიების მკურნალობის შედეგები და მათი განსჯა**

ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმებით დაავადებულ პაციენტებში მკურნალობა მიმდინარეობს მრავალი ქიმიოთერაპიული საშუალებებით, რომლებიც, დაავადების მკურნალობის პარალელურად აქვეითებენ ავადმყოფის იმუნიტეტს და იწვევენ გართულებებს პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევებით დავადგინეთ, რომ ჰემობლასტოზებით დაავადებულებში სტომატოლოგიური პათოლოგიათა გავრცელებამ შეადგინა 62,65%. თავის მხრივ სტომატოლოგიური პათოლოგიები ამძიმებენ ძირითადი დაავადების მიმდინარეობას. ამიტომ აუცილებელია ასეთ პაციენტებში სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება.

ზემოჩამოთვლილ ავტორთა უმეტესობა პირის ღრუს ადგილობრივი მკურნალობისთვის ქლორჰექსიდინის 0,12%-იანი ხსნარის გამოყენებას (Персин Л. С 2006; Мишутина О. Л.2007; Epstein J.B., Vichars L., Spinelli J., et.al. 1992; Soares A.F., Aquino A.R., Carvalho C.H., et al., 2011;). თუმცა აქამდე არ იყო მოწოდებული ერთიანი სამკურნალო პრეპარატები დასაბუთებული სქემის სახით.

პათოლოგიების გამოვლინებების და მიზეზების შესწავლით დავადგინეთ, რომ საჭიროა ასეთ პაციენტებში ანთების საწინააღმდეგო, რეგენერაციის მასტიმულირებელი, ტკივილგამაყუჩებელი, ანტიფუნგალური და იმუნიტეტის გასაძლიერებელი პრეპარატების გამოყენება, რისთვისაც ჩვენ შევარჩიეთ შემდეგი პრეპარატები: „კამელინი“-ს მალამო M3, „უზნადე-მჭედლიშვილის მალამო №2“,

„მეტროჟილი“-ს დენტალური გელი, აციკლოვირის მალამო და სხვა. ანტისეპტიკური საველებები: „ელუდრილი“-ს და ქლორჰექსიდინის 0,05%-იანი ხსნარები და სხვა. „ელგიდიუმი“-ს და „პაროდონტაქსი“-ს კბილის პასტა (პრეპარატების დახასიათება იხილეთ II თავში).

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ქიმიოთერაპიის პერიოდში, ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს ჰიგიენური ნორმების დაცვა რიგ შემთხვევაში, ვერ ხერხდება სხვადასხვა მიზეზების გამო. უმეტეს, შემთხვევაში თრომბოციტოპენიის გამო სისხლდენის საშიშროების თავიდან ასაცილებლად სტაციონარში პაციენტებს ეკრძალებათ კბილების გამოხეხვა. შესაბამისად ჰიგიენური და პაროდონტული ინდექსების გამოთვლისას მივიღეთ არადამაკმაყოფილებელი შედეგები.

ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებს სათითაოდ განვუმარტეთ პირის ღრუს ჰიგიენური ნორმების დაცვის აუცილებლობა, რაც გულისხმობს კბილების აუცილებელ გახეხვას რბილი ჯაგრისებით დღეში ორჯერ, სამკურნალო და პროფილაქტიკური კბილის პასტის და საველებების გამოყენებას.

ჰემობლასტოზებით დაავადებულ I ჯგუფის პაციენტებიდან 39-ს აღვნიშნებოდა სხვადასხვა სახის სტომატოლოგიური პათოლოგია, 29 პაციენტს ერთეული სახით 10-ს შერწყმული პათოლოგია გამოუვლინდა. მკურნალობის დინამიკის აღწერისას პაციენტები ჯგუფებად დავყავით პათოლოგიური ელემენტების მიხედვით, ამ უკანასკნელზე მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად. სამკურნალო საშუალებებით შევიმუშავეთ შემდეგი სქემები:

- №1. უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2, ქლორჰექსიდინის საველები, ელგიდიუმის კბილის პასტა - 16 შემთხვევაში;
- №2. კამელინის მალამო, ქლორჰექსიდინის საველები, ელგიდიუმის კბილის პასტა - 17 შემთხვევაში.
- №3. კამელინის მალამო, უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2, ქლორჰექსიდინის საველები, ელგიდიუმის კბილის პასტა - 4 შემთხვევაში.

II ჯგუფის პაციენტები სავლელად იყენებდნენ სოდიან სავლელს, იოდინოლს, გვირილას სავლელს და სტომატოლოგიური პათოლოგიების შემთხვევაში იმზურებდნენ ფაგიოს სპრეის.

**III.8.1. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სტომატიტის მკურნალობით მიღებული შედეგები**

სტომატიტით დაავადებული პაციენტებიდან: I ჯგუფში №1 სქემით მკურნალობდა 6 პაციენტი, №2 სქემით 6 პაციენტი და II ჯგუფის 5 პაციენტიდან სტომატიტის აფთური ფორმით იყო 1 და ეროზიულით 4 პაციენტი, რომლებიც იტარებდნენ მკურნალობას სოდიანი სავლელით და ფაგიოს სპრეის შეფრქვევით.

პაციენტები სტომატოლოგიური პათოლოგიით უჩიოდნენ ძლიერ ტკივილებს საკვების მიღებისას და საუბრისას, შესაბამისად უარს ამბობდნენ საკვების მიღებაზე, უძნელდებოდათ საუბარი და იყვნენ გაღიზიანებულები, ეს ყოველივე მათ სიცოცხლის ხარისხზე და ძირითადი დაავადების მიმდინარეობაზე ახდენდა ზემოქმედებას. აღნიშნული სქემების მიხედვით მკურნალობის შედეგები ნაჩვენებია №35 ცხრილში.

ცხრილი №35

მკურნალობის შედეგები სქემების მიხედვით I და II ჯგუფებში სტომატიტების დროს

| № | მკურნალობის სქემა      | შედეგები               | 2 დღე | 3 დღე | 4 დღე | 5 დღე | 6 დღე | 7 დღე | 8 დღე | 9 დღე |
|---|------------------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | I ჯგუფი №1 სქემა (n=5) | ტკივილი შემცირდა       | 6     |       |       |       |       |       |       |       |
|   |                        | რეგენერაციის დასაწყისი |       | 5     | 1     |       |       |       |       |       |

|   |                        |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|------------------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |                        | სრული რეგენერაცია      |   |   | 1 | 5 |   |   |   |   |
| 2 | I ჯგუფი №2 სქემა (n=6) | ტკივილი შემცირდა       | 4 | 2 |   |   |   |   |   |   |
|   |                        | რეგენერაციის დასაწყისი | 1 | 2 | 3 |   |   |   |   |   |
|   |                        | სრული რეგენერაცია      |   |   | 1 | 1 | 4 |   |   |   |
| 3 | II ჯგუფი (n=5)         | ტკივილი შემცირდა       |   |   | 2 | 3 |   |   |   |   |
|   |                        | რეგენერაციის დასაწყისი |   |   |   | 1 | 4 |   |   |   |
|   |                        | სრული რეგენერაცია      |   |   |   |   |   | 1 | 3 | 1 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, №1 სქემით მკურნალობის მე-2 დღიდან ყველა პაციენტი აღნიშნავდა ტკივილის შემცირებას, რეგენერაციის დასაწყისი აღნიშნა 5 პაციენტს მე-3 დღეს და 1 პაციენტს მე-4 დღეს, სტომატიტის ერთეულის სრულ გაქრობას დასჭირდა 5 შემთხვევაში 5 დღე და 1 შემთხვევაში 1 დღე.

№2 სქემით მკურნალობიდან მე-2 დღეს 4 პაციენტს მოეხნა ტკივილი, 2-ს მე-3 დღეს, რეგენერაციის დასაწყისი აღნიშნებოდა 1 პაციენტთან მეორე დღესვე, 2 პაციენტთან მე-3 დღეს და 3 პაციენტთან მე-4 დღეს, ხოლო სრული რეგენერაცია 1 შემთხვევაში მე-4 დღეს, მე-5 დღესაც 1 შემთხვევაში და 4 პაციენტთან მე-6 დღეს დაფიქსირდა.

II ჯგუფის მონაცემებით მკურნალობიდან მე-4 დღემდე მდგომარეობა იყო უცვლელი. ტკივილის შემცირება დაეწყო 4-ე დღეს 3 პაციენტს და მე-5 დღეს 2 პაციენტს. სტომატიტის ელემენტის რეგენერაციის დასაწყისი დაფიქსირდა მე-5



დღეს 2 და მე-6 დღეს 3 შემთხვევაში. ხოლო სრულ რეგენერაციას დასჭირდა 1 შემთხვევაში 7 დღე, 3 პაციენტთან 8 დღე და 9 დღე 1 ავადმყოფთან.

აქედან გამომდინარე, №1 სქემით ყველა პაციენტის შემთხვევაში და №2 სქემით მკურნალობისას 4 პაციენტთან მიღებული შედეგების ვადები ემთხვევა ერთმანეთს, ტკივილი ამ პაციენტებს მოეხსნათ მე-2 დღეს, №2 სქემით მკურნალობისას 2 პაციენტს ტკივილი მოეხსნა მე-3 დღეს. II ჯგუფის პაციენტების შემთხვევაში მე-5, მე-6 და მე-7 დღეს დაფიქსირდა. მიღებული მონაცემებით I ჯგუფის პაციენტები, რომლებიც იტარებდნენ მკურნალობას სხვადასხვა სქემებით ტკივილის მოხსნას 2-3-ჯერ ნაკლებ ვადაში აღნიშნავდნენ ვიდრე II ჯგუფის პაციენტები. ტკივილის მოხსნასთან ერთად მოიხსნა მეტყველებასთან და კვებასთან დაკავშირებული დისკომფორტებიც.

რეგენერაციის დასაწყისის ვადები №2 სქემით მკურნალობის დროს მე-2, მე-3 და მე-4 დღეს დაფიქსირდა №1 სქემის დროს მე-3, მე-4 დღეს. II ჯგუფში რეგენერაციის დასაწყისი მე-5-მე-6 დღეზე აღინიშნა, როგორც ცხრილიდან ჩანს 2-ჯერ მეტი დრო დასჭირდა II ჯგუფის პაციენტების სტომატიტის ერთეულის რეგენერაციის დაწყებას.

სრულ რეგენერაციას, რაშიც იგულისხმება სტომატიტის ელემენტის გაქრობა №1 სქემით მკურნალობისას 4-5 დღე დასჭირდა, №2 სქემის დროს 4-6 დღე. II ჯგუფის პაციენტების შემთხვევაში კი სრულ რეგენერაციას 7-დან 9 დღემდე სჭირდებოდა ანუ 1,5-ჯერ მეტი დრო ვიდრე I ჯგუფის პაციენტების შემთხვევაში.

ამრიგად, №1 სქემა №2-სთან შედარებით უფრო ეფექტური აღმოჩნდა სტომატიტების სამკურნალოდ. შედარებით მოკლე ვადაში დაფიქსირდა ტკივილის შემცირება და სრული რეგენერაცია. ხოლო, II ჯგუფთან შედარებისას კი მნიშვნელოვნად ხანგრძლივი დრო სჭირდებოდა რეგენერაციას I ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით.

**III.8.2. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების გინგივიტის მკურნალობით მიღებული შედეგები**

ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტთაგან 18-ს ჰქონდა გინგივიტი, 12-ს I ჯგუფიდან, 6-ს II ჯგუფიდან. I ჯგუფში 4 პაციენტს ჰქონდა გინგივიტის ჰიპერტროფიული ფორმა და 8-ს კატარული. II ჯგუფში 2 პაციენტს ჰქონდა კატარული გინგივიტი და 4-ს ჰიპერტროფიული ფორმა. I ჯგუფიდან 5 პაციენტი მკურნალობდა №1 სქემით, 7 პაციენტი №2 სქემით, გინგივიტების მკურნალობაში დამატებით ჩავრთეთ მეტროჟილის დენტალური გელი. II ჯგუფის პაციენტები სამკურნალოდ იყენებდნენ გვირილას სავლებს, სოდიან სავლებს და იოდინოლის სავლებს (ცხრილი №36).

ცხრილი №36

მკურნალობის შედეგები სქემების მიხედვით I და II ჯგუფებში გინგივიტების დროს

| № | მკურნალობის სქემა | შედეგი             | 2 დღე | 3 დღე | 4 დღე | 5 დღე | 6 დღე | 7 დღე | 8 დღე | 9 დღე | 10 დღე |
|---|-------------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 1 | I ჯგუფი           | სისხლდენა შემცირდა |       | 3     | 2     |       |       |       |       |       |        |
|   |                   | ტკივილი შემცირდა   | 2     | 3     |       |       |       |       |       |       |        |
|   | №1 სქემა (n=5)    | ჰიპერემია შემცირდა |       | 2     | 1     | 2     |       |       |       |       |        |
|   |                   | შეშუპება დაცხრა    |       | 2     | 3     |       |       |       |       |       |        |
|   |                   | სისხლდენა შეწყდა   |       |       |       | 3     | 2     |       |       |       |        |

|   |                                        |                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|----------------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | I<br>ჯგუფი<br><br>№2<br>სქემა<br>(n=7) | სისხლდენა<br>შემცირდა | 5 | 2 |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                                        | ტკივილი<br>შემცირდა   | 4 | 3 |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                                        | ჰიპერემია<br>შემცირდა | 2 | 4 | 1 |   |   |   |   |   |   |
|   |                                        | შეშუპება<br>დაცხრა    |   | 3 | 4 |   |   |   |   |   |   |
|   |                                        | სისხლდენა<br>შეწყდა   |   |   | 2 | 3 | 2 |   |   |   |   |
| 3 | II<br>ჯგუფი<br>(n=6)                   | სისხლდენა<br>შემცირდა |   |   |   | 3 | 3 |   |   |   |   |
|   |                                        | ტკივილი<br>შემცირდა   |   |   |   | 1 | 5 |   |   |   |   |
|   |                                        | ჰიპერემია<br>შემცირდა |   |   |   | 2 | 3 | 1 |   |   |   |
|   |                                        | შეშუპება<br>დაცხრა    |   |   |   | 2 | 2 | 1 | 1 |   |   |
|   |                                        | სისხლდენა<br>შეწყდა   |   |   |   |   |   |   |   | 2 | 4 |

ცხრილის მაჩვენებლების მონაცემებით №1 სქემით 5-დან 3 პაციენტი აღნიშნავდა კბილების გამოხევისას სისხლდენის შემცირებას მკურნალობიდან მე-3 დღიდან, 2 პაციენტი მე-4 დღიდან. ტკივილი შემცირდა 2 პაციენტის შემთხვევაში მე-2 დღეს და 3 პაციენტთან მე-3 დღეს. ღრძილების ჰიპერემია შემცირება დაიწყო მე-3 დღეს 2 პაციენტთან, მე-4 დღეს 1-თან და მე-5 დღეს 2 პაციენტთან. შეშუპების შემცირება

აღნიშნებოდა მე-3 დღეს 2-ს და მე-4 დღეს 3 პაციენტს. კბილების გამოხევისას სისხლდენა აღარ აღნიშნებოდა მე-5 დღეს 3-ს და მე-6 დღეს 2 პაციენტს.

I ჯგუფის №2 სქემით მკურნალობისას სისხლდენა შემცირდა მე-2 დღეს 5 პაციენტის შემთხვევაში და მე-3 დღეს 2 პაციენტთან. ტკივილი შემცირდა მე-2 დღიდან 4 პაციენტთან და მე-3 დღიდან 3 პაციენტთან. ჰიპერემიის შემცირება დაფიქსირდა მე-2 დღიდან 2 პაციენტის შემთხვევაში, მე-3 დღიდან 4 და მე-4 დღიდან 1 პაციენტის შემთხვევაში. შემუპება შემცირება აღნიშნებოდა მე-3 დღიდან 3 პაციენტთან და მე-4 დღიდან 4 პაციენტთან. კბილების გამოხევისას სისხლდენის შეწყვეტას აღნიშნავდნენ მე-4 დღეს 2 პაციენტი მე-5 დღეს 3 და მე-6 დღეს 2 პაციენტი.

II ჯგუფის პაციენტებს მე-5 დღემდე უცვლელი მდგომარეობა ჰქონდათ, ამ დღეს 3 პაციენტი აღნიშნავდა კბილების გამოხევისას სისხლდენის შემცირებას და დანარჩენი 3 მე-6 დღეს. ტკივილი შემცირდა 1 შემთხვევაში მე-5 დღეს და 5 შემთხვევაში მე-6 დღეს. ჰიპერემია შემცირდა 2 შემთხვევაში მე-5 დღეს, 3 პაციენტთან 6-ე დღეს და 1-თან მე-7 დღეს. ჰიპერემიის შემცირება აღნიშნებოდა ასევე მე-5 დღიდან 2 შემთხვევაში, მე-6 დღეს 2, მე-7 დღეს 1 და მე-8 დღეს 1 პაციენტთან. კბილების გამოხევისას ღრძილებიდან სისხლდენის შეწყვეტა დაფიქსირდა მე-9 დღეს 2 და მე-10 დღეს 4 პაციენტთან.

სისხლდენის შემცირება ყველაზე სწრაფად მკურნალობიდან მე-2-3 დღეს აღნიშნეს პაციენტებმა რომლებიც იტარებდნენ მკურნალობას №2 სქემით, შემდეგ №1 სქემით მკურნალობის დროს მე-3 და მე-4 დღეს დაფიქსირდა. II ჯგუფის პაციენტები მე-5, მე-6 დღეს აღნიშნავდნენ ჩვილებში სისხლდენის შემცირებას კბილების გამოხევისას, ანუ 3-4 დღით გვიან, ვიდრე იმ პაციენტების შემთხვევაში, რომლებიც მკურნალობდნენ №2 სქემით. ყველაზე ეფექტურად სისხლდენის შემცირებაზე იმოქმედა №2 სქემამ.

ტკივილის შემცირება ყველაზე მოკლე ვადაში გამოვლინდა მკურნალობიდან მე-2, მე-3 დღეს №2 და №1 სქემებით. II ჯგუფის პაციენტები ტკივილის შემცირებას აღნიშნავდა მე-5 და მე-6 დღეს, ამ შემთხვევაშიც 3-4 დღით გვიან იწყებოდა ტკივილის მოხსნა I ჯგუფებთან შედარებით. როგორც ცხრილიდან ჩანს, როგორც

№1, ისე №2 სქემით მკურნალობის დროს ერთნაირ ვადაში მოხდა ტკივილის შემცირება.

ჰიპერემის შემცირება მე-2, მე-3 და მე-4 დღეს აღენიშნებოდა პაციენტებს რომელთაც იტარებდნენ მკურნალობას №2 სქემით. №1 სქემით მკურნალობის დროს დაფიქსირდა მე-3, მე-4 და მე-5 დღეს. II ჯგუფიდან მე-5, მე-6 და მე-7 დღეს შეუმცირდა პაციენტებს ღრძილების ჰიპერემია. №2 სქემით მკურნალობის დროს თითქმის 2-ჯერ სწრაფად დაფიქსირდა ჰიპერემიის შემცირება II ჯგუფთან შედარებით.

ღრძილების შეშუპება შემცირდა ერთნაირ ვადებში ორივე №1 და №2 მკურნალობის სქემების დროს, ამ პროცესს დასჭირდა 3-4 დღე, ხოლო II ჯგუფში 5-დან 8 დღემდე. ამ შემთხვევაში ორივე სქემებით მკურნალობისას 2-ჯერ ნაკლები დრო დასჭირდა ღრძილების შეშუპების მოხსნას ვიდრე II ჯგუფში.

კბილების გამოხეხვისას ღრძილებიდან სისხლდენის შეწყვეტა ყველაზე მოკლე ვადაში დაფიქსირდა №2 სქემით მკურნალობისას 4-დან 6 დღემდე სჭირდებოდა. №1 სქემის დროს 5-6 დღე. II ჯგუფის პაციენტები სისხლდენის შეწყვეტას მე-9, მე-10 დღეს აღნიშნავდნენ. №2 სქემით მკურნალობასთან შედარებით II ჯგუფის პაციენტების ღრძილებიდან სისხლდენის შეწყვეტას 2-ჯერ მეტი დრო დასჭირდა.

ამრიგად, ცხრილში მოცემული ჩვენი კლინიკური გამოკვლევებიდან მიღებული მონაცემებით ჩანს რომ, მკურნალობის №2 სქემა გინგივიტების დროს ყველაზე სწრაფად და ეფექტურად მოქმედებს ყველა სიმპტომზე, რომელიც განვიხილეთ: ტკივილის, ჰიპერემიის, შეშუპების მოხსნაზე და სისხლდენის შეწყვეტაზე. არ დაფიქსირებულა გვერდითი და უარყოფითი მოვლენები.

### **III.8.3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ნეკროზის მკურნალობით მიღებული შედეგები**

ეროზიული სტომატიტი შემდეგი დანეკროზებით აღენიშნებოდა 4 პაციენტს, მათ შორის 1-ს მთლიანი პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ჰიპერკერატიზაცია აღენიშნებოდა. ასეთი რთული შემთხვევებისთვის შევიმუშავეთ №3 სქემა რომელშიც

გაერთიანებულია №1 და №2 სქემებში შემავალი მალამოების კომბინაცია. მხოლოდ კერატინზაციის შემთხვევაში №3 სქემას დავუმატეთ A ვიტამინის ზეთოვანი ხსნარი (ცხრილი №37). ნეკროზი II ჯგუფის პაციენტებში არ დაფიქსირებულა.

ცხრილი №37

მკურნალობის შედეგები I ჯგუფში ნეკროზის დროს

| მკურნალობის სქემა | შედეგი                    | 2 დღე   | 3 დღე            | 4 დღე | 5 დღე | 6 დღე | 7 დღე | 8 დღე | 9 დღე | 10 დღე | 11 დღე | 12 დღე | 13 დღე | 14 დღე |
|-------------------|---------------------------|---------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                   |                           | I ჯგუფი | ტკივილი შემცირდა | 2     | 2     |       |       |       |       |        |        |        |        |        |
| №3 სქემა (n=4)    | ჰიპერემია შემცირდა        |         |                  | 1     | 3     |       |       |       |       |        |        |        |        |        |
|                   | საკვების მიღება აღდგა     |         | 1                | 2     | 1     |       |       |       |       |        |        |        |        |        |
|                   | კერატინზაციის დესქვამაცია |         |                  | 1     |       |       |       |       |       |        |        |        |        |        |
|                   | რეგენერაციის დასაწყისი    |         |                  |       | 2     | 2     |       |       |       |        |        |        |        |        |
|                   | სრული რეგენერაცია         |         |                  |       |       |       |       |       |       |        |        | 2      |        | 2      |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ნეკროზით დაავადებულ 2 პაციენტს მკურნალობიდან მე-2 დღეს ტკივილი შეუმცირდა, 2-ს კი მკურნალობიდან მე-3 დღეს. ჰიპერემიის შემცირება მე-4 დღიდან აღენიშნა 1-ს და მე-5 დღეს 3 პაციენტს. ტკივილის მოხსნის შემდეგ აღდგა საკვების მიღებაც მე-3 დღეს 1, მე-4 დღეს 2 და მე-5 დღეს 1 პაციენტთან. კერატინზაციის დესქვამაცია დაიწყო მე-4 დღიდან. რეგენერაციის დასაწყისი აღინიშნებოდა მე-5 და მე-6 დღეს 2-2 შემთხვევაში. სრულ

რეგენერაციას დასჭირდა 12-14 დღე. თუმცა მკურნალობის პერიოდში პაციენტებს ტკივილი და საკვების მიღების პრობლემები აღარ აღენიშნებოდათ.

**III.8.4. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების სხვა სტომატოლოგიური პათოლოგიების მკურნალობით მიღებული შედეგები**

ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტებიდან 16-ს აღენიშნებოდა სხვადასხვა პათოლოგია, I ჯგუფიდან 12-ს და II ჯგუფიდან 4-ს. მათგან სისხლჩაქცევა ჰქონდა 10 პაციენტს, ნახეთქი 3 პაციენტს, ჰეილიტი და ნახეთქი ერთდროულად ჰქონდა 1 პაციენტს და თმიანი ენა 1 პაციენტს.

ვინაიდან სისხლჩაქცევები თრომბოციტოპენიით იყო გამოწვეული და პაციენტების პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა იყო ცუდი, საჭიროდ ჩავთვალეთ პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება. სისხლჩაქცევების და თმიანი ენის შემთხვევაში პაციენტებს დავუნიშნეთ პროფილაქტიკის სქემა №1, ხოლო ნახეთქის და ჰეილიტის შემთხვევაში პაციენტებს დავუნიშნეთ მკურნალობის სქემა №1, II ჯგუფის პაციენტები სოდიან, გვირილას და იოდინოლის სავლებებს ივლებდნენ (ცხრილი №38).

ცხრილი №38

მკურნალობის შედეგები სქემების მიხედვით I და II ჯგუფებში სხვადასხვა სტომატოლოგიური პათოლოგიის დროს

| № | მკურნალობის სქემა                        | შედეგი                    | 2<br>დღე | 3<br>დღე | 4<br>დღე | 5<br>დღე | 6<br>დღე | 7<br>დღე |
|---|------------------------------------------|---------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | I ჯგუფი<br>მკურნალობის №1<br>სქემა (n=3) | ტკივილი<br>შემცირდა       | 3        |          |          |          |          |          |
|   |                                          | რეგენერაციის<br>დასაწყისი |          | 2        | 1        |          |          |          |
|   |                                          | სრული<br>რეგენერაცია      |          |          |          | 3        |          |          |

|   |                                             |                                    |   |   |   |   |   |   |
|---|---------------------------------------------|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 2 | I ჯგუფი<br>პროფილაქტიკის №1<br>სქემა (n=10) | სისხლჩაქცევა<br>ზომაში<br>შემცირდა | 7 | 3 |   |   |   |   |
|   |                                             | სისხლჩაქცევა<br>გაიწოვა            |   | 4 | 5 | 1 |   |   |
| 3 | II ჯგუფი (n=4)                              | ტკივილი<br>შემცირდა                |   |   | 2 |   |   |   |
|   |                                             | რეგენერაციის<br>დასაწყისი          |   |   |   | 1 | 1 |   |
|   |                                             | სრული<br>რეგენერაცია               |   |   |   |   | 1 | 1 |
|   |                                             | სისხლჩაქცევა<br>ზომაში<br>შემცირდა |   | 2 |   |   |   |   |
|   |                                             | სისხლჩაქცევა<br>გაიწოვა            |   |   |   | 2 |   |   |

№1 სქემით მკურნალობისას ტკივილი შეუმცირდა მე-2 დღესვე სამივე პაციენტს. რეგენერაციის დასაწყისი 2 პაციენტს მე-3 დღეს და 1-ს მე-4 დღეს აღენიშნებოდათ. სრულ რეგენერაციას 5 დღე დასჭირდა. II ჯგუფის პაციენტებს, რომელთაც ნახეთქი ჰქონდათ ტკივილი მე-4 დღიდან შეუმცირდათ, რეგენერაციის დასაწყისი მე-5 მე-6 დღეს დაფიქსირდა და სრულ რეგენერაციას 6-7 დღე დასჭირდა.

სისხლჩაქცევების მქონე I ჯგუფის 10 პაციენტიდან 7-ს მკურნალობიდან მე-2 დღეს სისხლჩაქცევების ზომაში შემცირება შეინიშნებოდა, 3 პაციენტთან მე-3 დღეს. სრული გაწოვა მე-3 დღიდან დაფიქსირდა 4 პაციენტთან, მე-4 დღეს 5-თან და მე-5 დღეს 1 პაციენტთან. II ჯგუფის პაციენტებში სისხლჩაქცევის ზომაში შემცირება შეიმჩნეოდა მე-3 დღეს და სრული გაწოვა მე-5 დღეს.

ტუჩზე მარტივი ჰერპესის ელემენტების არსებობისას გამოვიყენეთ აციკლოვირის მალამო 2 შემთხვევაში.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების მკურნალობის შედეგები დინამიკაში I ჯგუფის მონაცემები მოცემულია ცხრილებში: №39, №40, №41 და №42.



ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ლორწოვანი გარსის  
მდგომარეობა მკურნალობიდან მე-5 დღეს I ჯგუფში

| ლორწოვანი<br>გარსის<br>პათოლოგია | მკურნალობიდან მე-5 დღე |             |                      | სულ |
|----------------------------------|------------------------|-------------|----------------------|-----|
|                                  | გამოჯანმრთელდა         | გაუმჯობესდა | პათოლოგია<br>არ არის |     |
| არის                             | 27                     | 12          | 0                    | 39  |
| არ არის                          | 0                      | 0           | 24                   | 24  |
| სულ                              | 27                     | 12          | 24                   | 63  |

როგორც ცხრილიდან ჩანს I ჯგუფში სტომატოლოგიური პათოლოგიით არსებული 39 პაციენტიდან მკურნალობიდან მე-5 დღეს 27 პაციენტს (69.23%) სრული რეგენერაცია აღენიშნებოდათ, ხოლო 12-ს (30.77%) მდგომარეობის გაუმჯობესება.

მკურნალობის მე-5 დღეს მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები  
I ჯგუფი

| დაკვირვების დრო                   | რაოდენობა<br>N | საშუალო<br>M | სტანდარტული<br>გადახრა | Z     | p      |
|-----------------------------------|----------------|--------------|------------------------|-------|--------|
| მკურნალობამდე                     | 63.00          | 0.62         | 0.49                   | -5.20 | 0.0000 |
| მკურნალობის<br>შემდეგ მე-5<br>დღე | 63.00          | 0.19         | 0.40                   |       |        |

I ჯგუფის პაციენტების მკურნალობამდე და მკურნალობიდან მე-5 დღეს მიღებული შედეგების შედარებით, გამოვლინდა დადებითი სარწმუნოების კოეფიციენტი  $p < 0.05$   $p = 0.0000$ .

ცხრილი №41

ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა მკურნალობიდან მე-10 დღეს I ჯგუფში

| ლორწოვანი<br>გარსის<br>პათოლოგია | მკურნალობიდან მე-10 დღე |             |                          | სულ |
|----------------------------------|-------------------------|-------------|--------------------------|-----|
|                                  | გამოჯანმრთელდა          | გაუმჯობესდა | პათოლოგია<br>აღარ ჰქონდა |     |
| არის                             | 8                       | 4           | 27                       | 39  |
| არ არის                          | 0                       | 0           | 24                       | 24  |
| სულ                              | 8                       | 4           | 51                       | 63  |

როგორც ცხრილიდან ჩანს მკურნალობიდან მე-10 დღეს დარჩენილი 12-დან 8 (20.51%) პაციენტს სტომატოლოგიური პათოლოგიის სრული რეგენერაცია დაფიქსირდა.

ცხრილი №42

მკურნალობის მე-10 დღეს მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები I ჯგუფი

| დაკვირვების<br>დრო                 | რაოდენობა<br>N | საშუალო<br>M | სტანდარტული<br>გადახრა | Z    | p      |
|------------------------------------|----------------|--------------|------------------------|------|--------|
| მკურნალობამდე                      | 63.00          | 0.62         | 0.49                   | 5.92 | 0.0000 |
| მკურნალობის<br>შემდეგ მე-10<br>დღე | 63.00          | 0.06         | 0.25                   |      |        |

I ჯგუფის პაციენტების მკურნალობამდე და მკურნალობიდან მე-10 დღეს მიღებული შედეგების შედარებით, გამოვლინდა დადებითი სარწმუნოობის კოეფიციენტი  $p < 0.05$ ;  $p = 0.0000$ .

ნეკროზით დიაგნოსტირებული 4 (10.26%) პაციენტის პირის ღრუს სრულ გაჯანსაღებას 12-14 დღე დასჭირდა.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიების მკურნალობის შედეგები დინამიკაში II ჯგუფის მონაცემები მოცემულია ცხრილებში: №43, №44, №45 და №46.

ცხრილი №43

ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა მკურნალობიდან მე-5 დღეს II ჯგუფში

| ლორწოვანი<br>გარსის<br>პათოლოგია | მკურნალობიდან მე-5 დღე |             |                      | სულ |
|----------------------------------|------------------------|-------------|----------------------|-----|
|                                  | გამოჯანმრთელდა         | გაუმჯობესდა | პათოლოგია<br>არ არის |     |
| არის                             | 2                      | 11          | 0                    | 13  |
| არ არის                          | 0                      | 0           | 7                    | 7   |
| სულ                              | 2                      | 11          | 7                    | 20  |

II ჯგუფის სტომატოლოგიური პათოლოგიით არსებული 13 პაციენტიდან მკურნალობიდან მე-5 დღეს მღებული მონაცემებით 2 (15.38%) პაციენტს აღენიშნებოდა გაჯანსაღება და 11 (84.62%) პაციენტს მდგომარეობის გაუმჯობესება.

მკურნალობის მე-5 დღეს მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები

II ჯგუფი

| დაკვირვების დრო              | რაოდენობა<br>N | საშუალო<br>M | სტანდარტული<br>გადახრა | Z      | p      |
|------------------------------|----------------|--------------|------------------------|--------|--------|
| მკურნალობამდე                | 20.00          | 0.65         | 0.489                  | -1.414 | 0.1573 |
| მკურნალობის შემდეგ მე-10 დღე | 20.00          | 0.55         | 0.510                  |        |        |

II ჯგუფის პაციენტების მკურნალობამდე და მკურნალობიდან მე-5 დღეს მიღებული მონაცემების შედარებით, არ გამოვლინდა დადებითი სარწმუნოების კოეფიციენტი  $p > 0.05$ ;  $p = 0.1573$ .

ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა მკურნალობიდან მე-10 დღეს II ჯგუფში

| ლორწოვანი<br>გარსის<br>პათოლოგია | მკურნალობიდან მე-10 დღე |                          | სულ |
|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----|
|                                  | გამოჯანმრთელდა          | პათოლოგია<br>აღარ ჰქონდა |     |
| არის                             | 11                      | 2                        | 13  |
| არ არის                          | 0                       | 7                        | 7   |
| სულ                              | 11                      | 9                        | 20  |

მკურნალობიდან მე-10 დღეს დარჩენილ 11 პაციენტს სტომატოლოგიური პათოლოგიების სრული რეგენერაცია დაუფიქსირდა.

ცხრილი №46

მკურნალობის მე-10 დღეს მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები

II ჯგუფი

| დაკვირვების დრო              | რაოდენობა N | საშუალო M | სტანდარტული გადახრა | Z      | p      |
|------------------------------|-------------|-----------|---------------------|--------|--------|
| მკურნალობამდე                | 20.00       | 0.65      | 0.489               | -3.606 | 0.0003 |
| მკურნალობის შემდეგ მე-10 დღე | 20.00       | 0.00      | 0.000               |        |        |

II ჯგუფის პაციენტების მკურნალობამდე და მკურნალობიდან მე-10 დღეს მიღებული მონაცემების შედარებით, მივიღეთ დადებითი სარწმუნოების კოეფიციენტი  $p < 0.05$   $p = 0.0003$ .

გამოკვლევით მიღებული შედეგებით, I ჯგუფში მკურნალობის კომპლექსში ჩვენს მიერ შერჩეული პრეპარატების ჩართვით: კამელინის მალამო, უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო და ქლორჰექსიდინის სავლები გამოყენებით პაციენტთა 69.23%-ს მე-5 დღეს აღინიშნათ სტომატოლოგიური პათოლოგიის სრული რეგენერაცია  $p < 0.05$   $p = 0.0000$ , ხოლო II ჯგუფის პაციენტები, რომლებმაც სამკურნალოდ გამოიყენეს: იოდინოლის, სოდიანი და გვირილას სავლებით და ფაგიოს სპრეი, მკურნალობიდან მე-5 დღეს მხოლოდ პაციენტთა 15.38%-ში დაფიქსირდა პათოლოგიური ელემენტების სრული რეგენერაცია.

მკურნალობიდან მე-10 დღის მონაცემებით II ჯგუფში დარჩენილ 11 პაციენტს 84.62%-ს სრულად აულაგდათ სტომატოლოგიური პათოლოგიები, I ჯგუფის მონაცემებით 20.51%-ში აღინიშნა სრული რეგენერაცია, ხოლო ნეკროზით

დიაგნოსტირებული პაციენტებს 10.26%-ს სრული რეგენერაციისთვის 12-14 დღე დასჭირდა.

მკურნალობის ეფექტურობის სარწმუნოების დასადგენად შევადარეთ I და II ჯგუფის მკურნალობამდე და მკურნალობიდან მე-5 დღეს მიღებული მაჩვენებლები ერთმანეთს, შედეგები ნაჩვენებია №47 და №48 ცხრილებში.

ცხრილი №47

I და II ჯგუფის პაციენტების მკურნალობამდე მიღებული მონაცემების  
სტატისტიკური ანალიზი

| დაკვირვების<br>ჯგუფები | საშუალო<br>M | სტანდარტული<br>გადახრა | F    | p     |
|------------------------|--------------|------------------------|------|-------|
| I ჯგუფი                | 0.62         | 0.49                   | 0.06 | 0.806 |
| II ჯგუფი               | 0.65         | 0.49                   |      |       |

მკურნალობამდე ჯგუფებს შორის სარწმუნო სხვაობა არ აღინიშნა.

ცხრილი №48

I და II ჯგუფის პაციენტების მკურნალობიდან მე-5 დღეს მიღებული მონაცემების  
სტატისტიკური ანალიზი

| დაკვირვების<br>ჯგუფები | საშუალო M | სტანდარტული<br>გადახრა | F      | p     |
|------------------------|-----------|------------------------|--------|-------|
| I ჯგუფი                | 0.19      | 0.396                  | 10.839 | 0.001 |
| II ჯგუფი               | 0.55      | 0.510                  |        |       |

მკურნალობიდან მე-5 დღეს I ჯგუფში სტომატოლოგიური პათოლოგიები სარწმუნოდ ნაკლები იყო II ჯგუფთან შედარებით  $p<0.005$ ;  $p=0.001$ .

ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში ჩატარებული სამკურნალო ღონისძიებების შედეგად დადგინდა, რომ I ჯგუფის პაციენტებში 2-ჯერ ნაკლები დრო დასჭირდა სტომატოლოგიური პათოლოგიით გამოწვეული ჩივილების აღაგებას და პათოლოგიური ელემენტების სრულ რეგენერაციას მეორე ჯგუფთან შედარებით, რაც ჩვენს მიერ შემუშავებული სამკურნალო კომპლექსის ეფექტურობაზე მიუთითებს.

ჩვენს მიერ შერჩეული სამკურნალო-პროფილაქტიკური კომპლექსის ეფექტურობას კიდევ უფრო ამტკიცებს სტომატოლოგიური პათოლოგიის რეციდივისა და რემისიის მონაცემები. კერძოდ, I ჯგუფის სტომატოლოგიური პათოლოგიით აღნიშნულ 39 პაციენტთაგან მხოლოდ 1 პაციენტს ჰქონდა სტომატიტის რეციდივი მკურნალობიდან 1 წლის შემდეგ, II ჯგუფის პაციენტებიდან გინგივიტით დაავადებულ 6 პაციენტს მკურნალობიდან 2 თვეში განუვითარდათ რეციდივი, 3 პაციენტს სტომატიტის რეციდივი განუვითარდა 1 თვეში. მიღებული მონაცემები იძლევა საფუძველს ჩვენს მიერ შემუშავებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებები გამოყენებული იქნას ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის კომპლექსში.

## დასკვნები

1. ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებში სტომატოლოგიური პათოლოგიების გამოვლინების სიხშირე შეადგენს 62.65%-ს. ავადმყოფთა უმრავლესობას (76.92%) აღენიშნებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ერთეული პათოლოგიები, 23.08%-ს შერწყმული გამოვლინებები.
2. ჰემობლასტოზებით დაავადების სხვადასხვა ფორმის დროს, პირის ღრუში დაზიანების ელემენტების გამოვლინებები გაცილებით უფრო ხშირად აღენიშნებოდათ მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებულ პაციენტებს 85%, ჰოჯკინის ლიმფომით 100%, არაჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულ პაციენტებში 64.29%, ქრონიკული მიელოპროლიფერაციული დაავადების დროს 55%, ხოლო სტომატოლოგიური პათოლოგია ყველაზე ნაკლებად გამოვლინდა ქრონიკული ლიმფოპროლიფერაციული დაავადების დროს 47.06%-ში და მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკემიით დაავადებულებში 44.44%.
3. ჰემობლასტოზების სხვადასხვა ფორმით დაავადებული ავადმყოფების სტომატოლოგიური სტატუსი მნიშვნელოვნად იყო დამოკიდებული მათი ჰემატოლოგიური პათოლოგიის სიმძიმესა და მიმდინარეობაზე  $p < 0.05$   $p = 0.025$ .
4. ჰემობლასტოზებით დაავადებულების ჰიგიენური კვლევის ჩატარების შედეგად გამოვლინდა პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის დაბალი მაჩვენებლები  $3.69 \pm 0.12$ , რაც შეესაბამება ძალიან ცუდ დონეს და ზრდის სტომატოლოგიური პათოლოგიების განვითარების რისკს ( $p < 0.05$   $p = 0.000$ ), ამძიმებს ძირითადი პათოლოგიის მიმდინარეობას, ახანგრძლივებს სტომატოლოგიური პათოლოგიის მკურნალობის ვადებს.
5. ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტთა გინგივიტის სიხშირემ სტომატოლოგიურ პათოლოგიათა შორის შეადგინა 34.62%. PMA ინდექსის მიხედვით კატარულ გინგივიტზე მოდის 55.56%, ჰიპერტროფიულზე 44.44%. ჩატარებული კვლევები გვიჩვენებს, რომ კატარული გინგივიტი მკურნალობას უფრო ადვილად ექვემდებარება, ვიდრე ჰიპერტროფიული გინგივიტი.



6. ჰემატოლოგიური და არაჰემატოლოგიური ჯგუფების პაციენტების მიკრობიოლოგიური კვლევით დადგინდა, რომ პირის ღრუში გვხვდებოდა მსგავსი მიკროფლორა (გვარის დონეზე), წამყვანი პოზიციებით გამოირჩეოდა *Streptococcus* და *Staphylococcus* გვარის მიკრობები. არაჰემატოლოგიური ჯგუფის პაციენტების აღებული მასალიდან გამოყოფილი ფლორა გამოირჩეოდა დიდი სახეობრივი მრავალფეროვნებით ჰემატოლოგიურ ჯგუფთან შედარებით. ჰემატოლოგიური ჯგუფის პაციენტებს შორის უფრო დიდი სიხშირით ვლინდებოდა *Candida albicans*, ვიდრე არაჰემატოლოგიურ ჯგუფში. ორივე ჯგუფის პაციენტებში დაფიქსირდა მაღალი (61,8%) ფაგორეზისტენტობა.
7. ჰემობლასტოზებით დაავადებულ I ჯგუფის პაციენტების მკურნალობის კომპლექსში ჩვენს მიერ შერჩეული პრეპარატების (კამელინის მალამო M3-ის, უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო №2-ის და ქლორჰექსიდინის სავლების) ჩართვის შედეგად დადგინდა, რომ I ჯგუფის პაციენტებში 2-ჯერ ნაკლები დრო დასჭირდა სტომატოლოგიური პათოლოგიით გამოწვეული ჩივილების ალაგებას და პათოლოგიური ელემენტების სრულ რეგენერაციას II ჯგუფთან შედარებით, რომლებმაც სამკურნალოდ გამოიყენეს: იოდინოლის, სოდიანი და გვირილას სავლებები და ფაგიოს სპრეი. ჯგუფების მონაცემთა შედარებისას გამოვლინდა, რომ მკურნალობის შემდეგ I ჯგუფში სტომატოლოგიური პათოლოგიები სარწმუნოდ ნაკლები იყო II ჯგუფთან შედარებით  $p < 0.005$ ;  $p = 0.001$ . I ჯგუფის პაციენტებიდან 1-ს ჰქონდა სტომატიტის რეციდივი მკურნალობიდან 1 წლის შემდეგ, II ჯგუფის პაციენტებიდან გინგივიტით დაავადებულ 6 პაციენტს მკურნალობიდან 2 თვეში განუვითარდა რეციდივი, 3 პაციენტს სტომატიტის რეციდივი განუვითარდა 1 თვეში.
8. „სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის გავლენის პროფილი“-ს კითხვარის გამოყენებით, ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის ეფექტურობა გამოვლინდა სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებით.

## რეკომენდაციები

1. რეკომენდებულია, ჩვენს მიერ შემუშავებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების გამოყენება ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტების მკურნალობის კომპლექსში.
2. რეკომენდებულია, ჰემობლასტოზებით დაავადებულ პაციენტებში სტომატოლოგიურ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ჩატარება და ჰიგიენური მდგომარეობის სისტემატური კონტროლი.
3. ჰემობლასტოზებით დაავადებული პაციენტები მუდმივი სტომატოლოგიური დაკვირვების ქვეშ უნდა იმყოფებოდნენ, რათა მოხდეს სტომატოლოგიური პათოლოგიების რემისიის გაზრდა და მათი რეციდივების თავიდან აცილება. შორეული დაკვირვება უნდა მოხდეს არაუგვიანეს 4-5 თვისა.

## გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა

1. კაჭკაჭიშვილი ი., ბაქრაძე მ., კორსანტია ბ. - კამელინოთერაპია პაროდონტიტების მკურნალობაში ელექტროფორეზის მეთოდის გამოყენებით, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2012, №1 გვ. 34-38.
2. კაჭკაჭიშვილი ი., ბაქრაძე მ.- “კამელინის” კლინიკური ეფექტურობის შესწავლა პაროდონტიტის დროს. ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2010 წ. № 5(60). - გვ. 8-11.
3. თურმანიძე თ. - სტომატიტების განვითარებისა და მკურნალობის კლინიკური თავისებურებანი ჰოჯკინის ლიმფომით დაავადებულებში -დისერტ.- სტომატოლოგია-2005-გვ.108.
4. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ.- პაროდინტის დაავადებათა ფარმაკოთერაპია- თბილისი. 2009 წ. გვ.15; გვ.104; გვ.230;
5. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., ჯაში ლ., გოგიშვილი ხ. - პაროდონტოლოგია - პაროდონტის დაავადებების მქონე პაციენტთა გამოკვლევის მეთოდები - კლინიკური კვლევის მეთოდები. თბილისი. 2014 წ. გვ. 91.
6. შენგელაია ა., ჯავახაძე თ., ტოტოლიაშვილი ნ. - მწვავე ლეიკემიები ბავშვთა ასაკში - გაიდლაინი/პროტოკოლი-თბილისი. თბილისი. 2008 წ.გვ.10.
7. რ. ღვამიჩავა, მ. შავდია - ონკოლოგია-ონკოჰემატოლოგია- 2010, გვ 614; გვ 619; გვ 592.
8. Ашмарин Ю.А. 1972 - <http://www.medicus.ru/handbook/disease/lejkoz.phtml>
9. Абдулкадыров К.М. Клиническая гематология: Справочник / К.М. Абдулкадыров. Спб: Питер,2006.-448с.
10. Балева Д.С., Цымлякова Д.М., Лисицин П.Ю. и др. Состояние здоровья детей, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на ЧАЭС // Новые технологии в педиатрии: Материалы конгресса педиатров России.-М., 1995.-С. 10-11.
11. Банченко Г.В., Рабинович И.М. Симптомы внутренних болезней // Материалы VIII и IX конференций и труды VII съезда СтАР. М., 2002. - С. 253-254.
12. Бобров А. П. Изменение слизистой оболочки полости рта у онкологических больных на фоне проводимой химиотерапии (обзор литературы) / А. П. Бобров, Т. Б. Ткаченко // Стоматология. 2006. - № 6. - С. 70-73.

13. Боровский Е.В. - Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: Медицина. 1984г. 400с.
14. Боровский Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. М., 1991. -219 с.
15. Боровский Е.В. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. М. : Медицина, 1991. - 304 с.
16. Боровский Е.В. - Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ . под ред., А.Л. Машкиллейсона. М.: МЕДпресс, 2001. С. 147–155.
17. Боровков Н.Н., Волкова С.А., Евдокимова Н.М., Лебедева А.И. Болезни системы крови: механизмы развития, диагностические критерии и принципы терапии. Н.Новгород, 2002. - 142 с.
18. Буляков Р.Т Гумерова Э.Р. - Проявление лейкозов в полости рта Уфа-2010г.
19. Варшавский А.В., Бакиров Б.А. - Эпидемиологическая оценка и прогноз заболеваемости хроническим лимфолейкозом в Республике Башкортостан / А.В. Варшавский, Б.А. Бакиров // Вестник гематологии. – 2010. – Т. IV, № 2: Актуальные вопросы диагностики и лечения опухолевых заболеваний крови и лимфатической ткани: Всероссийская научно-практическая конференция, 19-20 апреля 2010 г., Санкт-Петербург. - С. 12-13.
20. Вержбицкая Н.Е., Магарилл Ю.А. – Сравнительная характеристика частоты некоторых видов злокачественных неходжкинских лимфом в кемеровской области и других географических регионах – Сибирский онкологический журнал. 2007. №4 (24)-96-100.
21. Волкова М.А. Клиническая онкогематология: Руководство для врачей -М.: Медицина, 2001. С. 156-376.
22. Гажва С. И. Гемобластозы в стоматологии / С. И. Гажва, И. В. Постнов. Н.1. Новгород, 2002. 56 с.
23. Гайсенюк Л.А. Диагностика и лечение злокачественных лимфом // Международный медицинский журнал. 2000. - № 2. - С. 65-68.
24. Гершанович М. Л. Основные принципы лечения неходжкинских лимфом/61. М. Л. Гершанович // Практ. онкология. 2004. - № 3. - С. 185-193.
25. Гилева, Мария Александровна - Клиническая картина и оценка эффективности комплексного лечения химиотерапевтических поражений слизистой оболочки полости рта у детей с острым лимфобластным лейкозом.2002.-130.

26. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 г. / М. И/ Давыдов, Е. М. Аксель // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН. -2008.-№2.-С. 8-152.
27. Диденко, Ирина Юрьевна - "Нормативные критерии структурно-функциональной изменчивости слизистой оболочки нижней губы (по данным прижизненных хейлостоматоскопических исследований)"2011; 159.
28. Загорский С.Э. Возрастные аспекты макро- и микроскопических изменений слизистой оболочки желудка у детей и подростков. С.Э. Загорский, Т.Н. Войтович .Медицинский журнал. — 2009. — № 1. — С. 47-49.
29. Иванова О. В. Прогнозирование, профилактика и лечение осложнений в полости рта у больных, получающих цитостатики и лучевую терапию : автореф. дис. .канд. мед. наук / О. В. Иванова. Астрахань, 2001. - 22 с.
30. Имянитов Е. Н.,Хансон К. П. - Химиотерапия опухолевых заболеваний Хансон К. П. Эпидемиология и биология неходжкинских лимфом / Имянитов Е. Н.,Хансон К. П. // Практик. онкология. 2004. - № 3. - С. 163-168/ под ред. И. Н. Переводчиковой.1. М., 2000. 384 с.
31. Калимуллина Д.Х. - Множественная миелома: клиничко-генетические аспекты /Д.Х.Калимуллина, А.Б.Бакиров, Т.В.Викторова. -Уфа, 2004. -120 с.
32. Кириллова Т.В.- Изменение цитокинового статуса при проведении профессиональной гигиены полости рта у больныхлимфомами - Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) - 2014. Том 4. № 5-743.
33. Ковалева Л.Г. Острые лейкозы. –М.:Медицина,1990.с.163.
34. Ковынев И.Б. Клиничко-иммуноцитохимическая характеристика и прогнозирование опухолевой прогрессии неходжкинских злокачественных лимфом-2006.
35. Козяева Е.В. Человеческий потенциал: социально-медицинские аспекты: Учеб. пособие/Е.В.Козяева,И.В.Мегрелидзе.М.,2005.-30с.
36. Криволапов Ю. А., ЛеенманЕ. Е. - Морфологическая диагностика лимфом. – СПб.: «КОСТА», 2006. – 208 с., 129 рис.
37. Лепилин А. В., Кириллова Т. В., Ерокина Н. Л. - Особенности клиничко-иммунологического статуса полости рта у больных с лимфомами // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 428–431.
38. Лосева М. И. - Морфофункциональное состояние сердца при лимфогрануломатозе в отдаленные сроки после химиолучевой терапии / М. И. Лосева и др. // Терапевт, арх. 2000. - № 10. - С. 64-67.

39. Маковская Е. А. Диагностика, клиника и лечение стоматитов у больных лейкозами : автореф. дис. . канд. мед. наук / Е. А. Маковская. Казань, 2000. - 19 с
40. Мишутина О. Л. – Гигиена полости рта у детей больных лейкозом - Математическая морфология - Электронный математический и медико - биологический журнал. - Т. 6. - Вып. 4. - 2007. – URL.
41. Мосейчук О. А., Харитонов М. П. Особенности стоматологического лечения детей с острыми формами лейкоза. – Методические рекомендации. – Екатеринбург: Изд. УГМА, 2005. – 11 с.
42. Новик А.А., Ионова Т.И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов/ под ред. акад. РАМН Шевченко Ю.Л. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. С. 204-206.
43. Никифорова Г.С. - Диагностика здоровья: психологический практикум /под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2007. С. 454-484.
44. Осеченская Г.В. Фагоцитарная активность лейкоцитов при некоторых заболеваниях системы крови .Г.В. Осеченская, Г.С Сельцовская .Пробл. гематологии и переливания крови. — 1961. — №11.- С.20-24.
45. Паровичникова Е.Н. - Острые миелоидные лейкозы у больных с тарше 60 летю Автореф.дис.кан.науку Москва,1992.
46. Переводчикова Н. И. Противоопухолевая химиотерапия / Н. И.Переводчикова. М. : Медицина, 1993. - 223 с.
47. Переводчиковой Н.И. - Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н.И. Переводчиковой. – 2-е изд., доп – М.: Практическая медицина, 2005. – 704с.
48. Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. Стоматология детского возраста. – Изд. 5-е, перераб. Идоп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 640 с.
49. Поддубная И.В. Обоснование лечебной тактики при неходжкинскихлимфомах / И. В. Поддубная // Современная онкология : Экстра-выпуск. -2002.-С. 15-19.
50. Подольцева Э. И. Особенности лечения агрессивных лимфом / Э. И. Подольцева // Практ. онкология. 2004. - № 3. - С. 194-202.
51. Попруженко Т.В. – Клиника, диагностика и лечение стоматитов у детей, больных острым лимфобластным лейкозом. Автореф. дис.к.м.н., Минск, 1993 г.
52. Постнова И. В. Проявление острого лейкоза и неходжкинских лимфом наслизистой оболочке полости рта / И. В. Постнова, С. И. Гажва // Нижегородская сессия молодых ученых, 8-я : тез. докл. Н. Новгород,2003.-С. 258-259.

53. Постнова, Инна Вячеславовна - Диагностика острых лейкозов и неходжкинских лимфом по изменениям слизистой оболочки полости рта- Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Москва. 2005.
54. Пустовая Е.И. - Клинико-иммунологическая характеристика неспецифических лимфаденопатий и лимфопролиферативных заболеваний : автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 1987. - 24 с.
55. Сахапова Г. Ф. - Оптимизация диагностики и лечения язвенно-некротических поражений слизистой оболочки полости рта у больных множественной миеломой : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.01.14 / Сахапова Гузель Фанзяевна; [Место защиты: Башкир. гос. мед. ун-т].- Уфа, 2012.- 23 с.: ил. РГБ ОД, 9 12-2/34.
56. Северюхин К.Г.- Социально-гигиеническая оценка длительности и качества жизни больных злокачественными новообразованиями (на примере Новосибирской области)2010.-142.
57. Сосенко Е.В. Гемобластозы в условиях крупного административнопромышленного центра : заболеваемость, смертность и их прогноз : автореф. дис. . канд. мед. наук / Е. В. Сосенко. Новосибирск, 1999. - 20 с.
58. Турманидзе Т.Р.,Челидзе Л.Н. - Влияние полихимиотерапии на слизистую оболочку полости рта больных лимфомами //Georgian Medical News, N6 (99),2003.p.39-42.
59. Трапезников Н.Н. - Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения России в 1996 г. / Н. Н. Трапезников, Е. М. Аксель, Н. М. Бармина // Рус. мед. журн. 1998. - №10. - С. 3-7.
60. Чиссов В. И. Онкология / В. И. Чиссов, С. Л. Дарьянова. М., 2007. - 560 с.
61. Хансон К. П. Эпидемиология и биология неходжкинских лимфом / К. П. Хансон, Е. Н. Имянитов // Практ. онкология. 2004. - № 3. - С. 163-168.
62. Alberth M, Majoros L, Kovalecz G, Borbás E, Szegedi I, J Márton I, Kiss C Significance of oral Candida infections in children with cancer.-PatholOncolRes. 2006;12(4):237-41. Epub 2006 Dec 25.
63. Albuquerque R., Morais V., and Sobral A., “Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos—revisão de literatura,” Revista de Odontologia da UNESP, vol. 36, no. 3, pp. 275–280, 2007.
64. Allen P.F., Locker D. A Modified Short Version of the Oral Health Impact Profile for Assessing Health- Related Quality of life in Edentulous Adults. // Int J. Prosthodont 2002; 15: 446-450.
65. Angst P.D., Dutra D.A., Moreira C.H., Kantorski K.Z., Gingival inflammation and platelet count in patients with leukemia: preliminary results.Braz Oral Res. 2011 Nov-Dec;25(6):544-9.

66. Arlin Z., Case D.C. Jr., Moore J., Wiernik P.H., Feldman E., Saletan S. - randomized multicenter trial of cytosine arabinoside with mitoxantrone or daunorbin in previously untreated adults with acute nonlymphocytic leukemia (ANLL). *Leukemia* 4:177.1990.
67. Awad M., Locker D., Korner-Bitensky N., Feine J. Measuring the effect of intraoral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. // *J Dent Res* 2000; 79: 1659-1663.
68. BBailey & Scott's (2007). *Diagnostic Microbiology* (12ed.). Elsevier Science Health Science.
69. Bennett J, Catovsky D, Daniel M, Flandrin G, Galton D, Gralnick H, et al. Proposals for the Classification of the Acute Leukaemias. French-American-British (FAB) Cooperative Group. *Br J Haematol.*1976;33(4):451–8.
70. Bergmann O.J.- Alterations in oral microflora and pathogenesis of acute oral infections during remission-induction therapy in patients with acute myeloid leukaemia- *Scand J Infect Dis.* 1991;23(3):355-66.
71. Bergmann O.J., Ellegaard B., Dahl M., Ellegaard J.- Gingival status during chemical plaque control with or without prior mechanical plaque removal in patients with acute myeloid leukaemia. *J Clin Periodontol.* 1992 Mar;19(3):169-73.
72. Bergmann O.J., Ellermann-Eriksen S, Mogensen SC, Ellegaard J- Acyclovir given as prophylaxis against oral ulcers in acute myeloid leukaemia: randomised, double blind, placebo controlled trial-*BMJ.* 1995 May 6;310(6988):1169-72.
73. Berman E. - Chemotherapy in acute myelogenous leukemia: High dose, Higher expectatuins? *J. Clin. Oncol.*13:1. 1995.
74. Bhally HS, Lema C, Romagnoli M, Borek A, Wakefield T, Carroll KC. *Leptotrichia buccalis* bacteremia in two patients with acute myelogenous leukemia. *Anaerobe.* 2005 Dec;11(6):350-3.
75. Bienengräber V, Teseler RM, Anders O [Degree of inflammation of the mouth mucosa in leukemia patients under cytostatic therapy]. *Mund Kiefer Gesichtschir.* 1997 Nov;1(6):346-8.
76. Bloomfield C.D., Lawrence D., Arthur DD.C. - Curative impact of intensification with high-dose cytarabine (HiDAC) in acute myeloid leukemia (AML) varies by cytogenetic group. *Blood* 84:111a,1994.
77. Burkett L. - *Oral Medicine Diagnosis and Treatment.* 7th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Co; 1977. pp. 414–20.
78. Bressman E, Decter JA, Chasen AI, Sackler RS.- Acute myeloblastic leukemia with oral manifestations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1982;54:401–3. Boggs DR, Wintrobe MM, Cartwright GE. The acute leukemias. Analysis of 322 cases and review of literature. *Medicine.* 1962;41:163–225.



79. Brandtet L. - A systematic overview of chemotherapy effects in Hodgkin's disease / L. Brandtet al. //Acta Oncol. 2001. - Vol.40. - P. 185-197.
80. Brown C. G. Clinical consequences of oral mcositis / C. G. Brown, J. Wingard // Semin. Oncol. Nurs. 2004. - Vol. 20, № 1. - P. 16-21.
81. Brunning RD, Matutes E, Harris NL, et al.: Acute myeloid leukaemia: introduction. In: Jaffe ES, Harris NL, Stein H, et al., eds.: Pathology and Genetics of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Lyon, France: IARC Press, 2001. World Health Organization Classification of Tumours, 3, pp 77-80.
82. Canellos G. P. Long-term follow-up of Hodgkin's disease trial / G. P. Canellos, D. Niedzwiecki // Ibid. 2002. - Vol. 346. - P. 1417-1418.
83. Caroline Zimmermann, Maria Inês Meurer, Liliane Janete Grando, Joanita Ângela Gonzaga Del Moral, Inês Beatriz da Silva Rath and Silvia Schaefer Tavares-Dental Treatment in Patients with Leukemia - Journal of Oncology - Volume 2015 (2015), Article ID 571739, 14 pages-<http://dx.doi.org/10.1155/2015/571739>.
84. Cho H., Lee K.H., Colquhoun A.N., Evans S.A.- Invasive oral aspergillosis in a patient with acute myeloid leukaemia.-Aust Dent J. 2010 Jun;55(2):214-8. doi: 10.1111/j.1834-7819.2010.01219.x.
85. Chumburidze TB, Murtazashvili TG, Kunchuliia LSh, Nemsitsveridze NG. -Analysis of pharmacokinetics of kamelin in rat's blood plasma2009 Feb;(167):96-8.
86. Coiffier B. - CHOP Chemotherapy plus Rituximab compared with CHOP alone in elderlypatients with diffuse large-B-cell lymphoma / B. Coiffier et al. // NEJM. -2002. Vol. 346. - P. 235-242.
87. CLSI. (2007).Antimicrobial susceptibility testing standards M2-A9 and M7-A7 M100-S17. 1(27): [www.microbiolabbg.com/CLSI.pdf](http://www.microbiolabbg.com/CLSI.pdf).
88. Dean A. K. Acuta leukemia presenting as oral ulceration to a dental emergency service / A. K. Dean, J. W. Ferguson, E. S. Marvan // Aust. Dent. J. 2003. -Vol. 48, №3.-P. 195-197.
89. Demirer S., Ozdemir H., Sencan M., Marakoglu I. - Assistant Professor, Kirikkale University, Faculty of Dentistry, Department of Periodontology, Kirikkale, Turkey.European Journal of Dentistry [2007, 1(2):111-114]Type: Journal Article.
90. Douglas E. Peterson, D.M.D., Ph.D. \*, C.Daniel Overholser, D.D.S., M.S.D. 1' \*\*Increased morbidity associated with oral infection in patients with acute nonlymphocytic leukemia - Baltimore College of Dental Surgery, University of Maryland School of Dentistry Baltimore, Md. USA - Available online 28 March 2005.

91. Dreizen S., McCredie K.B., Keating M.J., Luna M.A. - Malignant gingival and skin "infiltrates" in adult leukemia.-1983 Jun;55(6):572-9.
92. Ellegaard B., Bergmann O.J., Ellegaard J.- Effect of plaque removal on patients with acute leukemia.J Oral Pathol Med. 1989 Jan;18(1):54-8.
93. Epstein J.B., Vickars L, Spinelli J, Reece D - Efficacy of chlorhexidine and nystatin rinses in prevention of oral complications in leukemia and bone marrow transplantation. -Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992 Jun;73(6):682-9.
94. Epstein J. B. Oropharyngeal mucositis in cancer therapy. Review of pathogenesis,diagnosis, and management / J. B. Epstein, M. M. Schubert // Oncology. 2003. - Vol. 17, № 12. - P. 1767-1779.
95. Epstein, J.B., Vickars, L., Spinelli, J., Reece, D. Efficacy of chlorhexidine and nystatin rinses in prevention of oral complications in leukemia and bone marrow transplantation. Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology. 1992;73:682–689.
96. Gale R.P., Buchner T., Horowitz M.M., Zhanger M.J.- Chemotherapy versus bone marrow transplants for adults with acute myelogenous leukemia (AML) in first remission. Blood 1993; 82(10)(suppl.1):168 a (abstr).
97. Glickman I. Clinical Periodontology. 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2003. pp. 215–9.
98. GreenleeR. T., MurrayT., . BoldenS, Wingo P. A. - Cancer statistics, 2000 (Citations: 1432) - Journal: Ca-a Cancer Journal for Clinicians - CA-A CANCER J CLIN , vol. 50, no. 1, pp. 7-33, 2000.
99. Gowda T.M., Thomas R., Shanmukhappa S.M., Agarwal G., Mehta D.S.- Department of Periodontics, Bapuji Dental College and Hospital, Davangere, Karnataka, India.Journal of Indian Society of Periodontology [2013, 17(2):248-252] Type: Journal Article.
100. Hewlett J., Kopecky K.J., Head D. - A prospective evaluation of the roles of allogenic marrow transplantation and low-dose monthly maintenance chemotherapy in the treatment of adult acute myelogenous leukemia (AML): a Southwest Oncology study. Leukemia. 1995; 9:562-569.
101. Head D., Kpecky K.J., Weick J. –Effect of Aggressive Daunomycin Therapy on Survival an Acute Promielovytic Leukemia. Blood.1995; 86(5) 1717-1728.
102. Hennessy B. T. Non-Hodgkin's lymphoma; an update / B. T. Hennessy, E. O. Hanraban, P. A. Daly // Lancet Oncol. 2004. - Vol. 5. - P. 341-353.
103. Hou G.L., Tsai C.C. - Primary gingival enlargement as a diagnostic indicator in acute myelomonocytic leukemia. A case report.- J Periodontol. 1988 Dec;59(12):852-5.
104. Hou G. L. Analysis of oral manifestations of leukemia: a retrospective study / G. Hou, J. S. Huang, C. C. Tsai // Oral. Dis. 1997. - Vol. 3, № 1 - P. 31-38.

105. Ide R., Yamamoto R., Mizoue T. The Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP) – validation among young and middle-aged adults. // *Community Dental Health* 2006; 23: 158-163.
106. Jiménez L.M., Duque F.L., Baer P.N., Jiménez S.B.-Necrotizing ulcerative periodontal diseases in children and young adults in Medellín, Colombia, 1965--2000. *J Int Acad Periodontol.* 2005 Apr;7(2):55-63.
107. John M.T., Patrick D.L., Slade G.D. The German version of the Oral Health Impact Profile – translation and psychometric properties. // *European Journal of Oral Science* 2002; 110: 425-33.
108. Kachkachishvili I. D. - Georgian version of the "Oral Health Impact Profile" *Georgian Medical News* 218(218):23-28 · MAY 2013.
109. Khoury H. ; Poh C.F. ; Williams M., Lavoie J.C., Nevill T.J.- Acute myelogenous leukemia complicated by acute necrotizing ulcerative gingivitis due to *Aspergillus terreus* - *Leukemia & lymphoma A.* 2003, vol. 44, n° 4, pp. 709-713 [5 pages].
110. Kyno Y., Hirano M., Tatsumi N. – Late phase II clinical study of ambrubicin hydrochloride, a novel synthetic anthracycline derivative anticancer agent, for malignant lymphoma. *Gan to Ryoho* 2001 Nov.: 28(12):1867-76.
111. Kressin N., Spiro A. 3rd, Bosse R., Garcia R., Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study.- *Medical Care*, 1996, 34: 416-27.
112. Krlhmsom A. – Infusional vinorelbine in relapsed or refractory Lymphomas. *Leuk. lymphoma* 2000 Oct.: 39(3-4): 291-9.
113. Leao A., Sheiham A. The development of a sociodental measure of Dental Impact on Daily Living. *Comm Dental Health* 1996; 13: 22-26.
114. Lilian Menezes and Jyoti R. Rao - Acute myelomonocytic leukemia presenting with gingival enlargement as the only clinical manifestation -*J Indian Soc Periodontol.* 2012 Oct-Dec; 16(4): 597–601.
115. Locker D., Matear D., Stephens M., Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Comm Dent Health* 2002; 19: 90-7.
116. Lukinykh L.M. -The oral cavity diseases – N. Novgorod: NGMA, 2004. – 510 p.
117. Matsuo T., Tomonaga M., Bennett J.M., Kuriyama K., Imanaka F., Kuramoto A., et al. Reclassification of leukemia among A-bomb survivors in Nagasaki using French-American-British (FAB) classification for acute leukemia. *Jpn J Clin Oncol.* 1988;18(2):91–6.
118. Mariotti A. - Dental plaque-induced gingival diseases.-*Ann Periodontol.* 1999 Dec;4(1):7-19.

119. Martins D., Martins M. A., and Sênedá L., “Suporte odontológico ao paciente oncológico: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das sequelas bucais,” *Prat Hosp*, vol. 7, no. 41, pp. 166–169, 2005.
120. Meurman J.H. Pyrhönen S. Teerenhovi L. Lindqvist C. - Oral sources of septicaemia in patients with malignancies - DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0964-1955\(97\)00032-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0964-1955(97)00032-8).
121. Meyer et al. // *J. Oral. Pathol. Med.* 2000. - Vol. 29, № 4. - P. 153-158.-Oral infection as a reason for febrile episodes in lymphoma patients receiving cytostatic drugs / P. O. Laine et al. // *Eur. J. Cancer B. Oral Oncol.* -Vol. 28 B, № 2. - P. 103-107.
122. Miyairi I, Franklin JA, Andreansky M, Knapp KM, Hayden RT. Acute necrotizing ulcerative gingivitis and bacteremia caused by *Stenotrophomonas maltophilia* in an immunocompromised host. *Pediatr Infect Dis J.* 2005 Feb;24(2):181-3.
123. Montuoro A., Lalle M., Ingletto D.- Autologous bone marrow transplantation as consolidation therapy in newly diagnosed non-Hodgkin's lymphoma: long-term outcome *JOURNAL OF CHEMOTHERAPY (FLORENCE, ITALY)* 12(5):431-4 · NOVEMBER 2000.
124. Morrison F.S., Kopecky K.J. Head D.R.- Late intensification with POMP chemotherapy prolongs survival in acute myelogenous leukemia – results of a Southwest Oncology Group study of rubidazole vs. adriamycin for remission induction, prophylactic intrathecal therapy, late intensification and levamisole maintenance. *Leukemia* 1992;6:708.
125. Morais E.F., Lira J.A., Macedo R.A., Santos K.S., Elias C.T., Morais Mde L-Oral manifestations resulting from chemotherapy in children with acute lymphoblastic leukemia. *Braz J. Otorhinolaryngol.* 2014 Jan-Feb;80(1):78-85. doi: 10.5935/1808-8694.20140015.
126. Neagu I, Tabarcea I.C., Vataman R. - Associated risk factors in developing oral manifestations in patients with blood dyscrasia -*Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2010 Apr-Jun;114(2):555-61.
127. Padmini C., and Bai K. Y., “Oral and dental considerations in pediatric leukemic patient,” *ISRN Hematology*, vol. 2014, Article ID 895721, 11 pages, 2014. View at Publisher.
128. Paiva M., Moraes J., De Biase R., Batista O., and Honorato M., “Estudo retrospectivo das complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica em pacientes do Hospital Napoleão Laureano—PB,” *Odontologia Clínico-Científica*, vol. 6, no. 1, pp. 51–55, 2007, [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000139&pid=S1414-462X20130001000020002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000139&pid=S1414-462X20130001000020002&lng=pt).
129. Păunică S.C., Dumitriu A., Mogoș M., Georgescu O., Mogoș I.- The evaluation of the periodontium in patients with leukemia using thermographic imaging.- *Hematology.* 2009 Dec;14(6):341-6. doi: 10.1179/102453309X12473408860505.

130. Peterson D.E., Minah G.E., Reynolds M.A., Weikel D.S., Overholser C.D., DePaola L.G., Wade J.C., Suzuki J.B. - Effect of granulocytopenia on oral microbial relationships in patients with acute leukemia.-*Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1990 Dec;70(6):720-3.
131. Pierre-Yves Bochud, Thierry Calandra, MD, Patrick Francioli, MD - Bacteremia due to viridans streptococci in neutropenic patients: A review -Division Autonome de Médecine Préventive Hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland - Received 4 October 1993, Accepted 21 March 1994, Available online 17 June 2004.
132. Ponce-Torres E., Ruíz-Rodríguez Mdel S., Alejo-González F., Hernández-Sierra J.F., Pozos-Guillén Ade J.Oral manifestations in pediatric patients receiving chemotherapy for acute lymphoblastic leukemia.*AbstraJ Clin Pediatr Dent.* 2010 Spring;34(3):275-9.
133. Rojas de Morales T., Zambrano O., Rivera L., Navas R., Chaparro N., Bernardonni C., Rivera F., Fonseca N., Tirado D.M. - Oral-disease prevention in children with cancer: testing preventive protocol effectiveness-*Med Oral.* 2001 Nov-Dec;6(5):326-34.
134. Rozenberg-Arskaa M., Dekkerb A. W., Brangerc J. and Verhoefa J. A randomized study to compare oral fluconazole to amphotericin B in the prevention of fungal infections in patients with acute leukaemia - Corresponding author: M. Rozenberg-Araska, Dept. of Clin. Microbiology and Infectious Diseases, P.O. Box 85500, Rm G 04.515, 3508 GA Utrecht, The Netherlands - Received August 18, 1990.Accepted November 6, 1990.
135. Sarris A.H.,Pysyri A., Hagemeister F., Romaguera J., McLaughlin P., Rodriguez A.- Infusional Vinorelbine in Relapsed or Refractory Lymphomas-Department of Lymphoma and Myeloma, The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas 77030, USA.-*Leukemia and Lymphoma (Impact Factor: 2.89).* 10/2000; 39(3-4):291-9.
136. Shalu Chandna, Manish Bathla - Oral manifestations of thyroid disorders and its management*Indian J Endocrinol Metab.* Jul 2011; 15(Suppl2): S113–S116.
137. Silva B.A., Siqueira C.R., Castro P.H., Araújo S.S., Volpato L.E. - Oral manifestations leading to the diagnosis of acute lymphoblastic leukemia in a young girl -*J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2012 Apr-Jun;30(2):166-8. doi: 10.4103/0970-4388.100003.
138. Sepúlveda E., Brethauer U., Fernández E., Cortés G., Mardones C.- Oral manifestations as first clinical sign of acute myeloid leukemia: report of a case-*Pediatr Dent.* 2012 Sep-Oct;34(5):418-21.
139. Shankarapillai R., Nair M.A., George R., Walsh L.J.-Periodontal and gingival parameters in young adults with acute myeloid leukaemia in Kerala, South India.*Oral Health Prev Dent.* 2010;8(4):395-400.

140. Sinrod H.S. Leukemia as a dental problem. *J Am Dent Assoc.* 1957;55:809.
141. Singh-Rambiritch S., Wood N.H. - Post-chemotherapeutic resolution of acute myeloid leukaemia-induced gingival enlargement: a case report. *SADJ.* 2012 Aug;67(7):344-7.
142. Soares A.F., Aquino A.R., Carvalho C.H., Nonaka C.F., Almeida D., Pinto L.P. Frequency of oral mucositis and microbiological analysis in children with acute lymphoblastic leukemia treated with 0.12% chlorhexidine gluconate. *Braz Dent J.* 2011;22(4):312-6.
143. Soga Y., Saito T., Nishimura F., Ishimaru F., Mineshiba J., Mineshiba F., Takaya H., Sato H., Kudo C., Koheguchi S., Fujii N., Tanimoto M., Takashiba S. Appearance of multidrug-resistant opportunistic bacteria on the gingiva during leukemia treatment. *J Periodontol.* 2008 Jan;79(1):181-6. doi: 10.1902/jop.2008.070205 .
144. Sonis S. T., Fazio R.C., and Fang L., *Principles and Practice of Oral Medicine*, WB Saunders, 1995.
145. Sonis S.T. A biological approach to mucositis / S. T. Sonis // *J. Support Oncol.* 2004.-Vol. 2, № 1. P. 21-32.
146. Sonis S. T. The pathobiology of mucositis / S. T. Sonis // *Nat. Rev. Cancer.* 2004. Vol. 4, № 4. - P. 277-284.
147. Slade G., Spenser J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. - *Community Dental Health*, 1994, 11: 3-5.
148. Slade G.D. (Ed). *Measuring oral health and quality of life.* Chpel Hill: University of North Carolina, dental Ecology; 1997.
149. Slade G., Nuttall N., Sanders A., Stelle J., Allen F., Lahti S. Impact of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J* 2005; 198: 489-493.
150. Sposto R., Meadows A.T., Chilcote R.R. – Comparison of long term outcome of children and adolescents with disseminated non-lymphoblastic non Hodgkin lymphma treated with COMP or daumycin- COMP : A reoport from the children’s Cancer Group. *Med. Pediatr. Oncol.* 2001 Nov.: 37(5):432-41.
151. Strassmann G., Kambayashi T. Inhibition of experimental cancer cachexia by anti-cytokine and anti-cytokine-receptor therapy // *Cytokin. molec. Ther.* -1995.-Vol. 1, N 2. — P.107-113.
152. Stafford R., Sonis S., Lockhart P., Sonis A.-Oral pathoses as diagnostic indicators in leukemia 1980 Aug;50(2):134-9.-*Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*
153. Swerdlow A. *Cancer Incidence and Mortality in England and Wales : trends and risk factors / A. Swerdlow, S. dos Santos, R. Doll.* Oxford : University Press, 2001.-236 p.

154. Tong D. C. and Rothwell B. R., “Antibiotic prophylaxis in dentistry: a review and practice recommendations,” *Journal of the American Dental Association*, vol. 131, no. 3, pp. 366–374, 2000.
155. Vardiman J.W., Harris N.L., Brunning R.D. - The World Health Organization (WHO) classification of the myeloid neoplasms. *Blood*. 2002 Oct 1. 100(7):2292-302.
156. Velez J. Management of oral mucositis induced by chemotherapy and radiotherapy : An update / J. Velez, L. A. Tamara, S. Mintz // *Quint. Int.* 2004. -Vol. 35, №2.-P. 129-136.
157. Vose et al. // *Hematology*. 2002. - № 2. - P. 241-262.
158. Williams W.J., Beutler E., Erslev A.J., Litchman M.A. *Hematology*. 4th ed. New York: Mc Graw Hill; 1990. pp. 243–4.
159. Wahlin A., Hornstein P., Jonsson H. – Remission rate and survival in acute myeloid leukemia: impact of selection and chemotherapy. *Eur. J. Hematol.*1991;46:240-247.
160. Wong F., Toljanic J.A. A survey of clinicians: prioritization of dental treatment in leukemia patients prior to chemotherapy. *Int J Prosthodont*. 2009 May-Jun;22(3):303-6.
161. Wu J. Oral manifestations of acute myelomonocytic leukemia: a case report and review of the classification of leukemias / J. Wu, J. E. Fantasia, R. Kaplan // *J. Periodontol*. 2002. - Vol. 73, № 6 - P. 664-668.
162. <http://www.vidal.ge/drugs/vitamin-a-sopharma>.
163. American Academy of Pediatric Dentistry, “Guideline on dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation,” *Journal of Pediatric Dentistry*, vol. 35, no. 5, pp. E185–E193, 2013, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290549>.
164. How is acute myeloid leukemia classified?. American Cancer Society. Available at <http://www.cancer.org/cancer/leukemia-acute/myeloidaml/detailedguide/leukemia-acute-myeloid-myelogenous-classified>. December 9, 2014; Accessed: December 30, 2015.
165. [Guideline] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Acute Myeloid Leukemia Version 1.2015. Available at [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/aml.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/aml.pdf). Accessed: December 30, 2015.
166. <http://www.vidal.ge/drugs/aciclovir-denk-5-cream>
167. <http://www.camelyn.ge/product.php>.
168. [http://fobio.do.am/blog/problema\\_kachestva\\_zhizni\\_v\\_sovremennoj\\_medicine...](http://fobio.do.am/blog/problema_kachestva_zhizni_v_sovremennoj_medicine...)
169. FAB classification - [http://en.wikipedia.org/wiki/Acute\\_myeloid\\_leukemia](http://en.wikipedia.org/wiki/Acute_myeloid_leukemia)

170. US National Cancer Institute, Oral Complications of Chemotherapy and Head / Neck Radiation, US National Cancer Institute, 2011,  
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/HealthProfessional>.



ანკეტა-კითხვარი

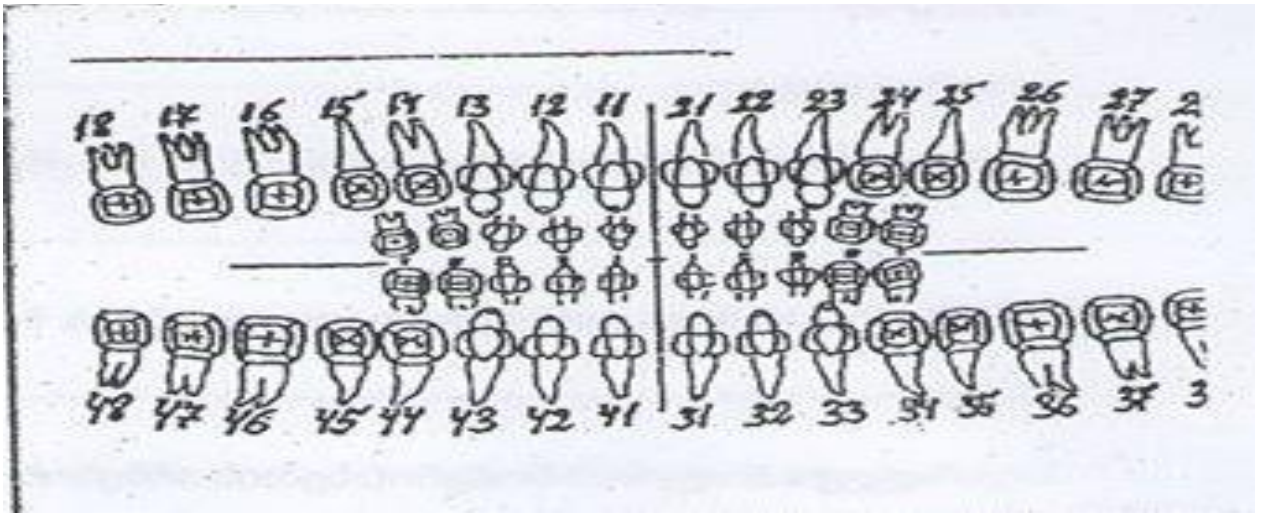
დადებითი პასუხი - 1 ქულა უარყოფითი პასუხი - 0 ქულა

|                       |                                                   |                                                              |  |
|-----------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|
|                       | საიდენტიფიკაციო№                                  |                                                              |  |
|                       | ავადმყოფის სახელი, გვარი, მამის სახელი ისტორიის № |                                                              |  |
|                       | მისამართი                                         |                                                              |  |
|                       | ტელეფონი                                          |                                                              |  |
|                       | თარიღი(რიცხვი/თვე/წელი)                           |                                                              |  |
| 1                     | სქესი/მამრობითი                                   |                                                              |  |
| 2                     | კლინიკური დიაგნოზი                                |                                                              |  |
| 3                     | პაციენტის სოციალურ-ბიოლოგიური ფაქტორები           | სოციალურად დაუცველი                                          |  |
|                       |                                                   | ფიზიკური შრომა                                               |  |
|                       |                                                   | ოფისში                                                       |  |
|                       |                                                   | უმუშევარი                                                    |  |
| 4                     | დაავადების მანიფესტაციის ასაკი                    | 18-40                                                        |  |
|                       |                                                   | 41-60                                                        |  |
|                       |                                                   | >60                                                          |  |
| 5                     | მავნე ჩვევები                                     | თამბაქოს მომხმარებელი                                        |  |
|                       |                                                   | ალკოჰოლის ჭარბი მიღება                                       |  |
| 6                     | საწარმო-პროფესიული ფაქტორები                      | საწარმოო მტვერის მოქმედება                                   |  |
|                       |                                                   | საწარმოო შხამების მოქმედება                                  |  |
|                       |                                                   | კანცეროგენული ნივთიერებების მოქმედება                        |  |
| 7                     | საცხოვრებელი ადგილის მავნე ეკოლოგიური ფაქტორები   |                                                              |  |
| 8                     | ფონური და თანდართული დაავადებები                  | კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები                             |  |
|                       |                                                   | ენდოკრინული დაავადებები                                      |  |
|                       |                                                   | ანემია                                                       |  |
|                       |                                                   | ცენტრალური და პერიპერიული ნერვული სისტემის ფუნქციის დარღვევა |  |
|                       |                                                   | გულსისხლძარღვთა დაავადებები                                  |  |
|                       |                                                   | ჰიპოვიტამინოზი                                               |  |
|                       |                                                   | ემოციური სტრესი                                              |  |
| მედიკამენტების მიღება |                                                   |                                                              |  |
| 9                     | ციტოსტატიური თერაპია                              | შემდგომი პერიოდი                                             |  |
|                       |                                                   | მიმდინარე პერიოდი                                            |  |
| 10                    |                                                   | აპლაზია                                                      |  |
| 11                    | კვების ტიპი                                       | უპრატესად ნახშირწყლოვანი                                     |  |
|                       |                                                   | უპირატესად ცხიმოვანი                                         |  |
|                       |                                                   | ცხარე საკვების ხშირი მიღება                                  |  |
|                       |                                                   | ობლიგატური ალერგენები                                        |  |
|                       |                                                   | ტკბილეული                                                    |  |

|    |                                 |                                |  |
|----|---------------------------------|--------------------------------|--|
| 12 | თანკბილვის სახეობა              | ორთოგნათიული                   |  |
|    |                                 | პირდაპირი                      |  |
|    |                                 | ნეიტრალური                     |  |
|    |                                 | პროგენია                       |  |
|    |                                 | პროგნათია                      |  |
|    |                                 | ჯვარედინი                      |  |
|    |                                 | ღია                            |  |
|    |                                 | ღრმა                           |  |
|    |                                 | ადენტია                        |  |
| 13 | კბილების პათოლოგია              | მარტივი და გართულებული კარიესი |  |
| 14 | ლორწოვანი გარსის პათოლოგია      | გინგივიტი                      |  |
|    |                                 | სტომატიტი                      |  |
|    |                                 | პაროდონტიტი                    |  |
|    |                                 | პაროდონტოზი                    |  |
|    |                                 | ალვეოლიტი                      |  |
| 15 | კბილების გახეხვა                | დღეში 1                        |  |
|    |                                 | დღეში 2                        |  |
|    |                                 | არ იხეხავს                     |  |
| 16 | პაროდონტის მდგომარეობა          | შემუშება                       |  |
|    |                                 | ფერნკთალი                      |  |
|    |                                 | ჰიპერტროფია                    |  |
|    |                                 | რეტრაქცია                      |  |
|    |                                 | ჰიპერემია                      |  |
|    |                                 | სისხლდენა                      |  |
|    |                                 | ალვეოლური მორჩის ატროფია       |  |
|    |                                 | პაროდონტული ჯიბე               |  |
| 17 | ნადებები                        | არ აღინიშნება                  |  |
|    |                                 | რბილი                          |  |
|    |                                 | პიგმენტური                     |  |
|    |                                 | მაგარი                         |  |
|    |                                 | ღრძილზედა                      |  |
|    |                                 | ღრძილქვეშა                     |  |
| 18 | ჰიგიენური ინდექსი მკურნალობამდე | კარგი დონე                     |  |
|    |                                 | დამაკმაყოფილებელი              |  |
|    |                                 | არადამაკმაყოფილებელი           |  |
|    |                                 | ცუდი                           |  |
|    |                                 | ძალიან ცუდი                    |  |
| 19 | პირის ღრუს მიკროფლორა           | სოკო                           |  |
|    |                                 | სტაფილოკოკი                    |  |
|    |                                 | სტრეპტოკოკი                    |  |
|    |                                 | E-coli                         |  |
|    |                                 | ენტერიკოკი                     |  |
|    |                                 | კლეფსიელა                      |  |
| 20 | პაციენტის ჩივილები              | წვა                            |  |
|    |                                 | ჰალიტოზი                       |  |
|    |                                 | ჩხვლეტა                        |  |
|    |                                 | პარესთეზია                     |  |
|    |                                 | ტკივილი საკვების მიღებისას     |  |
|    |                                 | ღრძილებიდან სისხლდენა          |  |
| 21 | ლორწოვანი გარსის                | ლაქა                           |  |

|    |                                        |                                    |  |
|----|----------------------------------------|------------------------------------|--|
|    | დაზიანების ელემენტები                  | პატარა კვანძი                      |  |
|    |                                        | თმიანი ენა                         |  |
|    |                                        | კერატიზაცია                        |  |
|    |                                        | ბუშტუკი                            |  |
|    |                                        | ბუშტი                              |  |
|    |                                        | ეროზია                             |  |
|    |                                        | აფთა                               |  |
|    |                                        | წყლული                             |  |
|    |                                        | ნახეთქი                            |  |
|    |                                        | ნეკროზი                            |  |
|    |                                        | სისხლჩაქცევა                       |  |
| 22 | ლოკალიზაცია                            | ტუჩი                               |  |
|    |                                        | ლოყა                               |  |
|    |                                        | ალვეოლური მორჩი                    |  |
|    |                                        | მაგარი სასა                        |  |
|    |                                        | რბილი სასა                         |  |
|    |                                        | ენა                                |  |
| 23 | სტომატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობა | მსუბუქი                            |  |
|    |                                        | საშუალო                            |  |
|    |                                        | მძიმე                              |  |
| 24 | ჰემატოლოგიური დაავადების მიმდინარეობა  | მსუბუქი                            |  |
|    |                                        | საშუალო                            |  |
|    |                                        | მძიმე                              |  |
| 25 | რემისიის ვადები                        | 5-8 თვე                            |  |
|    |                                        | 2-4 თვე                            |  |
|    |                                        | 1-2 თვე                            |  |
| 26 | რეციდივი                               | მკურნალობადე                       |  |
|    |                                        | მკურნალობის შედეგ                  |  |
| 27 | გამოკვლევის გეგმა                      | ანამნეზი                           |  |
|    |                                        | სახის და პირის ღრუს დათვალიერება   |  |
|    |                                        | ჰიგიენური ინდექსის შემოწმება       |  |
|    |                                        | პ/ლ ნაცხის მიკრობიოლოგიური ანალიზი |  |
|    |                                        | PMA ინდექსის შესწავლა              |  |
| 28 | მკურნალობა                             | კამელინფლუ                         |  |
|    |                                        | კამელინის მალამო                   |  |
|    |                                        | იმუდონი                            |  |
|    |                                        | ქლორჰექსიდინის სავლები             |  |
|    |                                        | ელგიდიუმის კბილის პასტა            |  |
|    |                                        | ელუდრილის სავლები                  |  |
|    |                                        | უზნაძე-მჭედლიშვილის მალამო№2       |  |
| 29 | მკურნალობიდან 5დან - 10დღემდე          | უცვლელი                            |  |
|    |                                        | გაუარესება                         |  |
|    |                                        | გაუმჯობესება                       |  |
|    |                                        | გაჯანსაღება                        |  |
| 30 | 10 დღის შემდეგ                         | ტკივილის შემცირება                 |  |
|    |                                        | რეგენერაცია                        |  |
|    |                                        | გაუმჯობესება                       |  |
|    |                                        | გაუარესება                         |  |
|    |                                        | უცვლელი                            |  |
| 31 | 3 - 6 თვის შემდეგ                      | ტკივილის შემცირება                 |  |

|    |                              |                    |  |
|----|------------------------------|--------------------|--|
|    |                              | რეგენერაცია        |  |
|    |                              | გაუმჯობესება       |  |
|    |                              | გაუარესება         |  |
|    |                              | უცვლელი            |  |
| 32 | PMA ინდექსი<br>მკურნალობამდე | დაბალი გაზრცელება  |  |
|    |                              | საშუალო გაზრცელება |  |
|    |                              | მაღალი გაზრცელება  |  |



დანიშნულება და მკურნალობის შემდეგები

დანიშნულება(რიცხვი/თვე/წელი)\_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---

მკურნალობის შემდეგი(რიცხვი/თვე/წელი)

---



---



---



---



---



---

## პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა

პაციენტის უფლების შესახებ, საქართველოს კანონის თანახმად ჩემთვის მისაღები ფორმით, მივიღე ინფორმაცია ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რომელიც მოიცავს მონაცემებს გამოკვლევების დაავადების არსებობის და დიაგნოზის შესახებ.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ვიძლევი გაცნობიერებულ თანხმობას სამედიცინო ჩარევაზე. თანახმა ვარ ჩავიტარო დამატებითი სამედიცინო სტომატოლოგიური მანიპულაციები:

1. პირის ღრუს ჰიგიენური ინდექსის დადგენა, ფოტოგრაფირებით და კონფიდენციალობის დაცვით.
2. პირის ღრუს ნაცხის მიკრობიოლოგიური ანალიზი.

თანახმა ვარ მიღებული შედეგები გამოყენებულ იქნეს სამედიცინო შრომაში კონფიდენციალობის დაცვით.

---

### პაციენტის სახელი და გვარი

პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა სხვა საინტერესო შეკითხვაზე.

---

ექიმის სახელი, გვარი

---

ხელმოწერა

პაციენტი \_\_\_\_\_ პაციენტის ხელმოწერა \_\_\_\_\_

(სახელი, გვარი)

თარიღი \_\_\_\_\_ 201 წ.

ისტორიის №

დიახ – 1 ქ. არა – 0 ქ.

პაციენტის სახელი და გვარი . . . . .

პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის კითხვარი:

1. სიტყვების წარმოთქმის გაძნელება ლორწოვან გარსთან დაკავშირებული პრობლემის გამო (ლ.გ.დ.პ.გ.).
2. ტკივილის შეგრძნება პირის ღრუში (ლ.გ.დ.პ.გ.).
3. დისკომფორტი პირის ღრუში (ლ.გ.დ.პ.გ.).
4. საკვების დაგემოვნება (ლ.გ.დ.პ.გ.).
5. სირთულე საკვების მიღებისას (ლ.გ.დ.პ.გ.).
6. არაადაპტაციული კვება (ლ.გ.დ.პ.გ.).
7. საკვების მიღების შეწყვეტა (ლ.გ.დ.პ.გ.).
8. შებოჭვა ადამიანებთან ურთიერთობისას (ლ.გ.დ.პ.გ.).
9. უხერხული მდგომარეობა (ლ.გ.დ.პ.გ.).
10. მომატებული გაღიზიანება ადამიანებთან ურთიერთობისას (ლ.გ.დ.პ.გ.).

მკურნალობამდე:

მკურნალობის შემდეგ:

| შეკითხვის № | არასოდეს | თითქმის არასოდეს | იშვიათად | ხშირად | ძალიან ხშირად | შეკითხვის № | არასოდეს | თითქმის არასოდეს | იშვიათად | ხშირად | ძალიან ხშირად |
|-------------|----------|------------------|----------|--------|---------------|-------------|----------|------------------|----------|--------|---------------|
| 1           |          |                  |          |        |               | 1           |          |                  |          |        |               |
| 2           |          |                  |          |        |               | 2           |          |                  |          |        |               |
| 3           |          |                  |          |        |               | 3           |          |                  |          |        |               |
| 4           |          |                  |          |        |               | 4           |          |                  |          |        |               |
| 5           |          |                  |          |        |               | 5           |          |                  |          |        |               |
| 6           |          |                  |          |        |               | 6           |          |                  |          |        |               |
| 7           |          |                  |          |        |               | 7           |          |                  |          |        |               |
| 8           |          |                  |          |        |               | 8           |          |                  |          |        |               |
| 9           |          |                  |          |        |               | 9           |          |                  |          |        |               |
| 10          |          |                  |          |        |               | 10          |          |                  |          |        |               |