

გოგოტიშვილი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ.

ლაზოლექსის გამოყენება ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის კომპლექსურ მკურნალობაში

თსსუ, პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანი დაავადებათა დეპარტამენტი; ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი “Hbi-dentImplant”; სტომატოლოგიური კლინიკა “Davident”

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. მისი შეხვედრის სიხშირე მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში მერყეობს 3%-დან 66%-მდე. აფთოზური სტომატიტები გვხვდება ყველა ეთნიკურ ჯგუფში და გეოგრაფიულ ზონაში [2,3,5,6]. ბოლო ათი წლის მანძილზე აღინიშნება დაავადებულ პირთა რიცხვის ზრდის ტენდენცია, განსაკუთრებით მისი მძიმე ფორმის [10,12].

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი ინფექციურ-ალერგიული დაავადებაა, ანუ იგი განპირობებულია ორგანიზმის ალერგიული რეაქციით რაიმე ინფექციაზე, უმეტესწილად ჰერპესვირუსის, ციტომეგალოვირუსისა და ბაქტერიულ ანტიგენებზე.

დაავადების მაპროვიცირებელი ფაქტორი შეიძლება გახდეს პირის ღრუს ლორწოვანის ტრავმა, სტრესი, გადაღლა, გადატანილი ვირუსული ინფექცია, პრემენსტრუალური პერიოდი და სხვა [1,2,7,8,9].

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი ხასიათდება აფთების რეციდივებით პირის ღრუში, ხანგრძლივი მიმდინარეობითა და პერიოდულობით. მისი განვითარება პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერ უბანზე შესაძლებელია [1,2].

ლიტერატურაში კარგად არის გაშუქებული მისი კომპლექსური მკურნალობის სქემები, რომლებშიც ერთიანდებიან ანტიბაქტერიული, ანთების საწინააღმდეგო და კერატოპლასტიკური საშუალებები [11,12,13]. ზოგადი მკურნალობა გულისხმობს გამომწვევი მიზეზის მოხსნასა და რემისიების გახანგრძლივებას. ამ მიზნის მისაღწევად ტარდება თანმიმდევრული, კლინიკურ-იმუნოლოგიური კვლევები. საჭიროების შემთხვევაში მიმართავენ სხვა დარგის სპეციალისტის (ექიმ-თერაპევტის, ალერგოლოგის, იმუნოლოგის, გასტროენტეროლოგის და სხვა) კონსულტაციას. გამოვლენილი ქრონიკული ინფექციის კერების სანაცია დაზიანებული ლორწოვანი გარსის ეპითელიზაციას აჩქარებს.

ადგილობრივად გამოსაყენებელი ანთების საწინააღმდეგო და კერატოპლასტიკური პრეპარატების რიცხვი ძალიან დიდია, მაგრამ მათი უმეტესი ნაწილი ვერ უზრუნველყოფს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის, ტუჩის წითელი ყაეთნის და მიმდებარე უბნის სწრაფ, უმტკივნეულო და ეფექტურ ეპითელიზაციას. მიუხედავად ნაშრომების დიდი რაოდენობისა, კვლავ რჩება საკითხები, რომლებიც დამატებით მოითხოვენ მეცნიერულად დასაბუთებულ გადაწყვეტილებებს.

ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, აქტუალურია ახალი ნატურალური, მცენარეული წარმოშობის ადგილობრივი, ანთების საწინააღმდეგო, კერატოპლასტიკური და ანტივირუსული პრეპარატის კლინიკო-ლაბორატორიული

გამოკვლევა. ასეთი თვისებებით ხასიათდება საქართველოში შ.პ.ს “იბერიკას” მიერ ეკოლოგიურად სუფთა ნედლეულისაგან, ხალხური მედიცინის უძველესი რეცეპტების მიხედვით, დამზადებული 5%-იანი ლაზოლექსის ჟელე. მისი 1 გრ შეიცავს კაკლის უმწიფარი ნაყოფის ექსტრაქტს 0,05 გრ-ს. თავის მხრივ, კაკლის უმწიფარი ნაყოფის ექსტრაქტში შედის მთრიმლავი ნივთიერებები (პიროკატექინისა და პიროგალოლის წარმოებულები), ქინონები (იუგლონი - ანტიბაქტერიული, სოკოს საწინააღმდეგო და ანტივირუსული თვისებებით), ორგანული მჟავები (ვაშლის, ლიმონის), ვიტამინები (C, B1, B, PP, კაროტინი), რკინისა და კობალტის მარილები. ეს არის გამჭვირვალე ოპალესცენტური, ღია მოყვითალო-მოყავისფრო, რბილი კონსისტენციის, სუსტი დამახასიათებელი სუნის 2 მქონე ჟელე.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვეფასე- ბინა ახალი სამამულო წარმოების პრეპარატის ლაზოლექსის 5%-იანი ჟელეს გამოყენების ეფექტურობა ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტების მკურნალობის კომპლექსში.

კვლევის ძირითადი მიზნისა და დასახული ამოცანების განსხორციელებლად შესწავლილ იქნა და მკურნალობა ჩაუტარდა ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტით დაავადებულ 50 პაციენტს. მათ შორის ქალი იყო 21 (42±0,76%) და მამაკაცი 29 (58±7,07%) (ცხრილი N1).

ცხრილი N1

პაციენტთა გადანაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით

სქესი	ქალი		მამაკაცი		სულ	
	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%
ასაკი						
14-20	0	—	2	(4±0,97%)	2	(4±0,97%)
21-30	2	(4±0,97%)	3	(6±0,94%)	5	(10±0,94%)
31-40	3	(6±0,94%)	6	(12±0,93%)	9	(18±0,90%)
41-50	13	(26±0,86%)	15	(30±0,83%)	28	(56±0,66%)
51-60	1	(2±0,97%)	2	(4±0,97%)	3	(6±0,94%)
60 და მეტი	2	(4±0,97%)	1	(2±0,97%)	3	(6±0,94%)
სულ	21	(42±0,76%)	29	(58±7,07%)	50	(100±0%)

გამოკვლევული პირები დაიყო 2 ჯგუფად:

1. საკონტროლო ჯგუფი – 20 (40±0,77%) პაციენტი, რომელთაც ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის მკურნალობა ჩაუტარდათ ტრადიციული სამკურნალოწამლო საშუალებებით. ადგილობრივად აპლიკაციების სახით ვიყენებდით A და E ვიტამინს, ასკილისა და ქაცვის ზეთებს.

2. ძირითადი ჯგუფი – 30 (60±0,63%) პაციენტი, რომელთაც ვმკურნალობდით იმავე სქემით, რომლითაც პირველ ჯგუფს, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ადგილობრივი მკურნალობის კომპლექსში ვიყენებდით ლაზოლექსის 5%-იან ჟელეს.

თითოეული ავადმყოფისათვის შევიმუშავეთ სპეციალური კლინიკური ბარათი, სადაც დაწვრილებით აღინიშნებოდა პაციენტის ჩივილები, პირის ღრუს დათვალეირების მონაცემები, წინასწარი დიაგნოზი, გადატანილი ზოგად-სომატური დაავადებები, ნერწყვის იმუნოლოგიური ანალიზის შედეგები.

პირის ღრუს ქსოვილების მდგომარეობის გამოკვლევას პირველ რიგში ავღნიშნავდით ლორწოვანი გარსის ცვლილებათა ხასიათს: ფერის შეცვლას, შეშუპების არსებობას, ეპითელის დესქვამაციას, დაზიანების ელემენტებს, კერატინიზაციის ნიშნებს და სხვა. ასევე ყურადღებას ვაქცევდით დიდი და მცირე სანერწყვე ჯირკვლების მდგომარეობას, ნერწყვის შემადგენლობას და ცვლილებებს ტუჩის წითელ ყაეთანზე. ვსწავლობდით კბილების და პაროდონტის ქსოვილებს. ვსაზღვრავდით ადგილობრივი ანთებითი პროცესის ხასიათს, ვადგენდით დაავადების ფორმას: ფიბრინოზული, ნეკროზული, გლანდულური, ნაწიბუროვანი, მადეფორმირებელი. გამოკვლეულ პაციენტთაგან დაავადების ფიბროზული ფორმა აღნიშნებოდა 12-ს (24±0,87%), ნეკროზული – 32-ს (64±0,6%), გლანდულური კი – 6-ს (12±0,93%). პაციენტები გადავანაწილეთ დაავადების ფორმის მიხედვით (ცხრილი N2).

ცხრილი N2

პაციენტთა გადაანაწილება დაავადების ფორმის მიხედვით

დაავადების ფორმები	პაციენტთა რაოდენობა	
	აბს. რაოდ.	%
ფიბრინოზული	12	(24±0,87%)
ნეკროზული	32	(64±0,6%)
გლანდულური	6	(12±0,93%)
სულ	50	(100±0%)

ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის მკურნალობაში მეტად მნიშვნელოვანია ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა (ალერგია, ინფექცია, ორგანიზმის იმუნიტეტის დაქვეითება). გამოკვლეული 50 პაციენტიდან 10-ს (20±0,92%) აღმოაჩნდა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები (განსაკუთრებული სიხშირით გვხვდებოდა ფიბროზული ფორმის დროს), 13-ს (26±0,86%) ჰქონდა ალერგია (ჭარბობდა ფიბროზული და გლანდულური ფორმების შემთხვევები), ხოლო 23-ს (46±0,73%) – როგორც ალერგია, ასევე კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები. 4 (8±0,95%) პაციენტს აღნიშნებოდა სხვა ფონური დაავადებების

(შაქრიანი დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა) არსებობა (ცხრილი N3).

ცხრილი N3.

ქრონიკული მორეციდივე ავთოზური სტომატიტის სხვადასხვა ფორმის დროს თანმხლები პათოლოგიის შეხვედრის სიხშირე

დაავადების ფორმები	კუჭნაწლავის ტრაქტის დაავადებები		ალერგიული დაავადებები		ალერგიული და კუჭნაწლავის დაავადებები		სხვა ფონური დაავადებები		სულ	
	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%
ფიბროზული	7	(14±0,92%)	5	(10±0,94%)	13	(26±0,86%)	2	(4±0,97%)	27	(54±0,67%)
ნეკროზული	1	(2±0,97%)	3	(6±0,94%)	5	(10±0,94%)	1	(2±0,97%)	10	(20±0,92%)
გლანდულური	2	(4±0,97%)	5	(10±0,94%)	5	(10±0,94%)	1	(2±0,97%)	13	(26±0,86%)
სულ	10	(20±0,92%)	13	(26±0,86%)	23	(46±0,73%)	4	(8±0,95%)	50	(100±0%)

ქრონიკული მორეციდივე ავთოზური სტომატიტის მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმად ვიყენებდით აფთეების ეპითელიზაციის ვადებს, რემისიის ხანგრძლივობას და კლინიკური ნიშნების ლიკვიდაციას. მკურნალობის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ საკონტროლო ჯგუფში აფთეების მიდამოზე, ტრადიციული სამკურნალწამლო საშუალებების გამოყენების შემდეგ, ეპითელიზაციის ვადები ფიბროზული ფორმის დროს იყო 7-14 დღე, ხოლო რემისია 3-4 თვე. ნეკროზული ფორმის დროს -10-21 დღე, რემისია - 2-4 თვე, გლანდულური ფორმის დროს 14- 20 დღე, რემისია -1-2 თვე. პრეპარატ “ლაზოლექსის” გამოყენების შედეგად ეპითელიზაციის ვადები ფიბროზული ფორმის დროს იყო 3-6 დღე, რემისია - 6-9 თვე, ნეკროზულის დროს - 7-14 დღე, რემისია - 4-6 თვე. გლანდულური ფორმის დროს 9-14 დღე, რემისია - 3-5 თვე.

ჩატარებული კვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ქრონიკული მორეციდივე ავთოზური სტომატიტის მკურნალობისას პრეპარატ ლაზოლექსის ჩართვა სასურველია დაავადების ადრეულ სტადიაზე. ლაზოლექსი არის

ადგილობრივი წარმოების, მცენა რეული წარმოშობის, იაფი პრეპარატი, რომელიც ამცირებს ეპითელიზაციის ვადებს და ზრდის რემისიის ხანგრძლივობას.

ლიტერატურა:

1. მივერიელი, ნ.აბაშიძე, ხ.გოგიშვილი, ნ.გოგებაშვილი. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები. 2012 წელი. თბილისი 169-175გვ.;
2. Баррер Г.М. заболевания слизистой оболочки полости рта-м., 2010, 245с.;
3. Боровский Е.В. Машкилейсон А.Л. забалева-ния слизистой оболочки полости рта и губ. -м., 2001,319с.;
4. Данилевский Н.Ф., Мохорт М.А., Мохорт В.В. заболевания слизистой оболочки полости рта, 1991,102с.;
5. Лукиных Л.М. заболевания слизистой оболочки полости рта, 2000, 346 с.;
6. Рабинович И.М. Рецидивирующийафтозный стоматит. Диагностика и лечение ж. клиническая стоматология, 1998. №3.с.26-28;
7. Ласкарис Дж. Лечение заболевания слизистой оболочки полости рта, М, 2006, 300 с.;
8. Луцкая И.К. заболевания слизистой оболочки полости рта-м., 2007, 285с.;
9. Цветоков Л.А., Арутюнов С.Д. Петрова Л.В. Перламутров Ю.Н. заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. -м., 2005, 20с.;
10. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гранин В.М. Язык-”зеркало”организма-М. ЗАО” Бизнесцентр” “стоматология”, 2000, 407с.;
11. Fontes V., Machet L., Huttenberger B. etal. Recurrent aphthous stomatitis: Treatment with colchicines. An open trial of 54 cases. Ann. Dermatol. Venereol. 2002, 129, 1365-1369;
12. Porter S.R., Scully C., Pedersen A. Recurrent apht- hous stomatitis. Crit Rev Oral Biol Med. 1998, 9, 306-321;
13. Woo S.B., Sounis S.T. Recurrent aphtouse ulcers: A review of diagnosis and treatment. J.A.D.A – 1996,126, 1202-1213.

Gogotishvili M., Abashidze N., Gogishvili Kh., Gogebashvili N.

THE USE OF LAZOLEX DURING COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

TSMU, DEPARTMENT OF PARODONTOLOGY AND ORAL DISEASES; GEORGIAN-GERMAN IMPLANTATION CENTER “HBI-DENTIMPLANT”; DENTAL CLINIC “DAVIDENT”

The aim of our research was to study efficiency of applying the new national gel Lazolex (5%) during the treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis.

To achieve this aim we examined and treated 50 patients with age range 14-60 years. The patients were divided into two groups. One group included 20 patients (40±0,77%) control group and the second one -30 patients (60 ±0,63%)the main group . We used the same treatment in both groups, but in the main group during the local treatment we applied the gel Lazolex (5%) and in the control group we used vitamin A, vitamin E and briar oil .

Studies of our examination showed that in the control group the aphtes during phibrinal form started epithelization in 7-14 days - remission was 3-4 month. Aphtes during necrotic forms started epithelization in 10-21 days - remission was 2-4 month. Aphtes during glandular forms started epithelization in 14-20 days - remission was 1-2 month. After applying Lazolex epithelization started in 3-6 days during phibrinal form - remission was 6-9 month, in 7-14 days during necrotic form - remission was 4-6-7month, in 9-14 days during glandular forms - remission was 3-5 month.

Thus, it is recommended to apply Lazolex during the treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis. "Lazolex" is national, cheap, herbal gel that reduces epithelization period and increases the remission period. It has no side effects.