

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ხელნაწერის უფლებით

ორი ნ ე დ გ ე ბ უ ა ძ ე

ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების მიკროეკოლოგია  
და იმუნური სტატუსი

14.00.21. \_ სტომატოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის  
მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაციის

ავტორ ე ფ ე რ ა ტ ი

თბილისი  
2006

ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიაში

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

– გიორგი მენაბდე  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი

- კონსტანტინე აფრიდონიძე მედიცინის  
მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები:

- ზურაბ გვენეტაძე  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი (14.00.21)

- კახა რობაქიძე  
მედიცინის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი (03.00.07)

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის -----  
-- საათზე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს  
m 14.21 №2 სხდომაზე (0177, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ. №33)

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო  
უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში (0160, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ. №29)

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის -----

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი

მ. ივერიელი

ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

**თემის აქტუალობა:** მწვავე ოდონტოგენური ჩირქოვანი დაავადებები ყბა-სახის ქირურგიაში ფართოდაა გავრცელებული. აღნიშნული პათოლოგია ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას და ხშირად პროცესის გენერალიზაციას იძლევა. ეს დაავადებები უფრო ხშირად ანტიბიოტიკების შემოღებამდე გვხვდებოდა, შემდგომ პერიოდში თანდათან შემცირდა, უკანასკნელ წლებში კი მატების ტენდენცია აღინიშნება (59-დან 60%-მდე). აღნიშნულის მიზეზი შეიძლება ვეძიოთ მიკრობთა მონო და პოლირეზისტენტობის მომატებაში, ვირულე-ნტობის ფაქტორების ადაპტოგენურ ცვლილებებში და სხვა.. ასევე მნიშვნე-ლოვანია მაკროორგანიზმების მხრივ ცვლილებებიც, რაც, ძირითადად, სხვა-დასხვა ეკოლოგიურ-სოციალური ფაქტორების ზეგავლენით იმუნური სტატუსის ცვლილებაში გამოიხატება. [Безруков В.М., Робустова Т.Г. 2000. Бернадский Ю.И. 1998. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. 1959 ]

ეს დაავადებები მძიმედ მიმდინარეობს და ხშირად სეფსისოგენურ, მენი-ნგიალურ გართულებებს იძლევა. ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლე-გმონების ეტიოლოგიას და პათოგენეზს მრავალი შრომა მიეძღვნა. რაც შეეხება აღნიშნული დაავადების მიკროეკოლოგიას, ამ მხრივ კვლევები ტარდებოდა აერობული მიკრობების იდენტიფიკაციით და არა ანაერობული და უჯრედშიდა მიკრობების, ვირუსების ეტიოლოგიური როლის შესწავლის თვალსაზრისით. ამ მიმართულებით კვლევა მეტად პერსპექტიულია, ვინაიდან აღნიშნული დაავადების ეტიოლოგიური სტრუქტურის მაღალი დონის იდე-ნტიფიკაცია, აღნიშნული დაავადების ეფექტური მკურნალობის საშუალებას მოგვცემს.

**გამოკვლევის მიზანი და ამოცანები:** ჩვენი კვლევის მიზანი იყო ჩაგვე-ტარებინა ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების მიზეზების ეპიდე-მიოლოგიური მონიტორინგი და ბაქტერიოლოგიური კვლევების თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით ამ დაავადების ეტიოლოგია და იმუნოპათო-ლოგიური სტატუსი შეგვესწავლა.

აღნიშნული მიზნის განსახორციელებლად ამოცანად დავისახეთ შეგვე-სწავლა:

1. ბაქტერიოლოგიური კვლევის თანამედროვე, საერთაშორისო დონის, სტანდარტული ტექნოლოგიების გამოყენებით ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების აერობული და ანაერობული ბაქტერიალური ფლორა.
2. უჯრედშიდა ინფექციების ეტიოლოგიური როლი ოდონტოგენური აბს-ცესებისა და ფლეგმონების დროს.
3. არასპეციფიკური, უჯრედოვანი, ჰუმორალური და სპეციფიკური იმუ-ნური სტატუსი ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში და შეგვეფასებინა მისი პათოგენეტიური როლი.
4. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის, ქირურგიული სტომა-ტოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის კათედრის 10 წლის (1996\_–2005წ.წ.) მონაცემები და ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების შემთხვევების ეპიდემიოლოგიური ანალიზი გაგვეკეთებინა.

**ნაშრომის მეცნიერული სიახლე.**

- თანამედროვე ბაქტერიოლოგიური, მიკოლოგიური და ლუმინესცენტურ-მიკროსკოპული მეთოდების გამოყენებით ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების ეტიოლოგიაში პირველად არის შესწავლილი აერობუ-ლი და ანაერობული ბაქტერიების, პათოგენური სოკოების, ქლამიდი-ების, მიკოპლაზმების, ურეაპლაზმების, ჰერპეს და ციტომეგალოვირუსე-ბის როლი.

- შვეისწავლეთ ეტიოლოგიურად მნიშვნელოვანი ბაქტერიების მგრძობელობარეზისტენტობა ანტიმიკრობული პრეპარატებისა და სამამულო ბაქტერიოფაგების მიმართ.
- იმუნოლოგიური კვლევებით (14 ტესტის გამოყენებით) შვეისწავლეთ ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტთა იმუნოდეფიციტური სტატუსი.

**ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება:** თანამედროვე ლაბორატორიული ტესტების გამოყენებით შვეისწავლეთ ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების რისკფაქტორების, ეტიოლოგიისა და იმუნური სტატუსის თავისებურებები. მიღებული შედეგები მნიშვნელოვანია ამ დაავადებათა ეტიოლოგიური და იმუნოსაკორექციო მკურნალობის ოპტიმიზაციის თვალსაზრისით, ქირურგიულ მეთოდებთან კომპლექსში.

**საჯარო დაცვაზე წარსადგენი ძირითადი დებულებები:**

1. ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების ეტიოლოგიური სტრუქტურის შესწავლა კვლევის თანამედროვე საერთაშორისო ტექნოლოგიების გამოყენებით.
2. ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტთა ეტიოლოგიურად მნიშვნელოვანი ბაქტერიების მგრძობელობა რეზისტენტობის შესწავლა ანტიმიკრობული პრეპარატებისა და ბაქტე-რიოფაგების მიმართ.
3. ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტთა იმუნური სტატუსის შესწავლის შედეგები.

**ნაშრომის აპრობაცია:** ნაშრომის აპრობაცია ჩატარდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ქირურგიული სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის, მიკრობიოლოგიისა და ეპიდემიოლოგიის კათედრების გაერთიანებულ სხდომაზე (თბილისი, 29.12.2005), თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის სტომატო-ლოგიური პროფილის კათედრებისა და საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდიუმის გაერთიანებულ სხდომაზე (თბილისი, 31.03.2006).

**პუბლიკაციები:** დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 3 სამეცნიერო ნაშრომი.

**დისერტაციის სტრუქტურა და მოცულობა:** დისერტაცია მოიცავს შესავალს, ლიტერატურის მიმოხილვას, კვლევის მასალას და მეთოდებს, საკუთარი კვლევის შედეგებს, მიღებულ შედეგთა განსჯას, დასკვნებს, პრაქტიკულ რეკომენდაციებს და ლიტერატურის ნუსხას. შრომა მოცემულია 126 ნაბეჭდ გვერდზე, ილუსტრირებულია 28 ცხრილით, 8 დიაგრამით, 4 სურათით. ლიტერატურული ნუსხა შეიცავს 131 წყაროს, მათ შორის 5 – ქართულია, 126 – უცხოური.

### კვლევის მასალა და მეთოდები

დასახული მიზნის შესასრულებლად მიკრობიოლოგიური და იმუნო-ლოგიური კვლევები ჩატარდა ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ 42 პაციენტს 2003-2005 წლებში, რომლებსაც სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ქირურგიული სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის კათედრაზე ვუმკურნალეთ. მიკრობიოლოგიურ კვლევებს ვატარებდით სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის მიკრობიოლოგიისა და ეპიდემიოლოგიის კათედრის სამეცნიერო ანალიტიკურ ცენტრში და ქართულ-შვეიცარიულ დია-გნოსტიკურ ცენტრ “Cito”-ში. იმუნოლოგიურ კვლევებს საქართველოს მეცნი-ერებათა აკადემიის სამედიცინო ბიოტექნოლოგიის ინსტიტუტში ვატარებდით.

აერობული ბაქტერიების მიკრობიოლოგიურ კვლევებს ვატარებდით საყოვე-ლთაოდ მიღებული მეთოდით (Биргер М.О. 1982; Покровский В.И., Поздеев О.К. 1998; Тец В.В. 1999). მასალას ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლევმონების ქირურგიული დრენირების შედეგად ვიღებდით. გამოსაკვლევ მასალას, ჩირქოვან პუნქტატს, ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლევმონების ანთებითი კერიდან მიკრობიოლოგიური მარყუჟის საშუალებით ვიღებდით და პირდაპირ ვთესავდით საკვებ ნიადაგზე: 1%-იან გლუკოზიან მარტენის აგარზე, ენდოს ნიადაგზე, 5%-იან სისხლიან და კვერცხის გულიან-მარილიან აგარზე, საბუ-როს ნიადაგზე. თერმოსტატში ინკუბაციის შემდეგ (37°C, 18-24სთ), ხდებოდა სუფთა კულტურების გამოყოფა, მათი იდენტიფიკაცია ბიოქიმიური ტესტებით და მგრძნობელობა-რეზისტენტობის განსაზღვრა ანტიმიკრობული პრეპარატებისა და ბაქტერიოფაგების მიმართ.

ანაერობულ ბაქტერიებს შევისწავლიდით თანამედროვე დონის ფრანგული ბიოტექნოლოგიური ფირმა "bioMerieux"-ის ტექნოლოგიით და API ana საიდენტიფიკაციო ტესტების გამოყენებით. ამ სისტემაში შეისწავლება გამოყოფილი სუფთა კულტურების 20 სხვადასხვა მეტაბოლიტური ტესტი, რაც გვარისა და სახეობის დადგენით მიკრობების მაღალი დონის იდენტიფიკაციის საშუალებას იძლევა. (მ. კერესელიძე 2001). მასალას ვიღებდით Portagerm-ის სატრა-ნსპორტო სისტემის გამოყენებით და ჩანათესებს შედღერის 5%-იან სისხლიან აგარზე ვაკეთებდით. ჩანათესების ინკუბაციას Portagerm-ის სისტემის გამოყენებით ვატარებდით. ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ მგრძნობელობას ATB ana სისტემის გამოყენებით ვსაზღვრავდით.

უჯრედშიდა ინფექციების ლუმინესცენტურ-მიკროსკოპიულ კვლევების კუ-ნსის პირდაპირი მეთოდით ვატარებდით. (Дмитриев Г.А.2003; Кетти Д. 1991; Фролов А.Ф.). ჩირქოვანი კერის დრენირების შემდეგ ფოლკმანის კოვზით ჭრი-ლობის ღრუს კედლიდან ვიღებდით ჩამონაფხეკს, ვამზადებდით ნაცხებს სასაგნე მინაზე, რომელთაც ვამუშავებდით მონოკლონარული იმუნური შრატე-ებით, ქლამიდიების, მიკოპლაზმების, ურეაპლაზმების, მარტივი ჰერპეს ვირუსე-ბის I და II ტიპის და ციტომეგალოვირუსების იდენტიფიკაციისათვის. დადები-თად ვაფასებდით სპეციფიკური ლუმინესცენციის მიხედვით, რომლის ინტენსი-ვობასაც ვსაზღვრავდით 4+ მაჩვენებლით.

იმუნოლოგიური კვლევებით ვსწავლობდით არასპეციფიკური რეზისტენტობის ფაქტორებს, ფაგოციტური უჯრედების რაოდენობის განსაზღვრით, დასრულებული ფაგოციტოზის აღრიცხვით და ფაგოციტური ინდექსის განსაზღვრით. [Кост Е.А., Степко М.И. 1975; Мотавкина Н.С. и др. 1987; Новиков Д.К. 1987]. ინტერფერონის სისტემას ვსწავლობდით Соловьёв-ის В.Д., და Бектимиров-ის Т.А. 1981 მეთოდით. T და B ლიმფოციტებსა და იმუნოგლო-ბულინებს კი Mancini-ისა G. et al. 1965; და Jondal-ის M. et al. 1972 მიხედვით შევისწავლიდით. სპეციფიკურ იმუნურ სტატუსს შევისწავლიდით ჰემაგლუტი-ნაციის რეაქციით სტაფილოკოკური და ანტიტოქსიკური იმუნოგლობულინე-ბის ტიტრის განსაზღვრით [Ригвава С.А. 1990].

მასალას სტატისტიკურად ვამუშავებდით "Microsoft Excel" კომპიუტერული პროგრამით. [Мерков А М., Поляков К Е. 1974; Ашмарин И.П., Воробьев А.А. 1982 ].

### საკუთარი შედეგები და მათი განხილვა

ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლევმონების ეტიოლოგია დიდი ხანია შეისწავლება. უკანასკნელ წლებში ასეთი კვლევები საქართველოში თ. ნემსა-ძემ ჩაატარა (2005).

გამოკვლევები საბჭოთა კავშირში ძირითადად საყოველთაოდ მიღებული მეთოდებით ტარდებოდა. აღნიშნული მეთოდი კარგი ხარი-სხის კვლევებს იძლეოდა, მაგრამ გარკვეული ხარვეზები გააჩნდა, მაგ: საკვები ნიადაგების, რეაქტივებისა და ინგრედიენტების ვარიანტული სტანდარტუ-ლობა და სხვა..

ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით პერსპექტიულია მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში დანერგილი მიკრობიოლოგიური კვლევების ახალი, მაღალი ხარი-სხის ტექნოლოგიები, სადაც გამოიყენება სტანდარტული საკვები ნიადაგები, კომპაქტური საიდენტიფიკაციო სტრიპები, 20 და მეტი მეტაბოლიტური ტესტების ლიოფილიზირებული ინგრედიენტები, რომელიც სწრაფად და მაღალი ხარისხით იძლევა მიკრობების იდენტიფიკაციის საშუალებას. ასევე გამოიყენება ტესტისტემები იდენტიფიცირებული კულტურების მგრძობელობა-რეზი-სტენტობის შესასწავლად ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ. 500 და მეტი მიკრობული ბიოვარიდან ხდება გამოყოფილი კულტურის ზუსტი იდე-ნტიფიკაცია, გვარისა და სახეობის განსაზღვრით, რაც მიკრობული ეკოსტრუ-ქტურის რეალურ სურათს იძლევა. საქართველოს სინამდვილეში პირველმა ასეთი ტექნოლოგიები შემოიტანა ქართულ-შვეიცარიულმა დიაგნოსტიკურმა ცენტრმა "Cito"-მ, ფრანგული ფირმა "bioMerieux" ინგრედიენტებისა და მეთო-დიკის სახით API და ATB სისტემების გამოყენებით. ამ ტექნოლოგიებით უდავოდ პრიორიტეტულად ითვლება, როგორც აერობული ფლორის, ასევე ანაერობული ბაქტერიების იდენტიფიკაცია. ბაქტერიების ამ ჯგუფს, საქართველოს სინამდვილეში არ შეისწავლიდნენ და მხოლოდ ერთეულ შემთხვე-ვებში, სამეცნიერო კვლევითი სამუშაოების დროს იკვლევდნენ არასტანდა-რტული და ნაკლებად სარწმუნო მეთოდით.

ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების ეტიოლოგიური სტრუქტუ-რის მიკრობიოლოგიური კვლევის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში №1.

როგორც №1 ცხრილის მონაცემებიდან ჩანს, 2003 წელს (9 პაციენტი). ყველა შემთხვევაში მიკრობები გამოიყოფოდა მონო კულტურის სახით და გრამდადე-ბითი ფლორა იზოლირებული იყო. კერძოდ, 55,5%-ში გამოიყო *S.aureus*-ი, ხოლო 22,3%-ში – *S.epidermidis*. *S.xilosus*-ი და *S.hemoliticus*-ი გამოიყო 11,1-11,1%-ში.

2004 წლის მონაცემებით (21 პაციენტის მასალა), მონო კულტურები გამოიყო 81,8%-ში, გრამდადებითი ფლორა – 70%-ში, გრამუარყოფითი – 30%-ში. გამოყოფის სიხშირის მიხედვით 28,6%-ში გამოიყო *S.aureus*-ი, 19%-ში *S.epidermidis*-ი, 14,2%-ში *Pseudomonas aeruginosa* და 9,5%-ში *Klebsiella pneumoniae*. *C.albicans*, *Gamella morbillorum*, *Acinetobacteria.spp*. გამოყოფილი იყო 4,7%-ში. მიკრობული ასოციაციები ძირითადად წარმოდგენილი იყო კოკოვანი ფლორის და *C. albicans*-ის ასოციაციების სახით 4,7%-ში.

2005 წლის მონაცემებით (12 პაციენტის მასალა), მონოკულტურები ამოი-თესა 83,44%-ში, ხოლო ასოციაციები 16,66%-ში, აქედან გრამდადებითი ამოი-თესა 75%-ში, ხოლო გრამუარყოფითი -- 25%-ში. გამოყოფის სიხშირის მიხე-დვით, ისევე როგორც წინა წლებში, დომინირებდა *S.aureus*-ი 33,33%, ხოლო *S.epidermidis*, *C.albicans*, *S.serogrup A*, *Corynebacterium jeikeium*-ი 12 პაციენტიდან გამოიყო თითო შემთხვევაში (8,33%). ასოციაციები გამოიყო 3 შემთხვევაში.

მთლიანობაში 42 შემთხვევიდან 36 შემთხვევაში მიკრობები მონოკულტურის სახით 85,7%-ში გამოიყო, ხოლო ასოციაციების სახით – (ორკომპონენტის) 6 შემთხვევაში (14,3%) ამოითესა. გრამდადებითი ფლორა ამოითესა 76,2%-ში, გრამუარყოფითი – 23,8%-ში.

აერობული ბაქტერიალური ფლორის შესწავლის შემაჯამებელი მონაცემები ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს წარმოდგენილია №1

დიაგრამაზე. 42 პაციენტიდან S. aureus-ი ამოითესა 35.7%-ში, S.epidermidis-ი კი 16.6%-ში. Pseudomonas aeruginosa ამოითესა 7.1%-ში. Klebsiella pneumoniae -- 4.7%-ში. C.albicans-ი 4.7%-ში ამოითესა. S.xsilosus, S.hemoliticus, S.serogrup A., Gamella morbillorum, Acinetobacter.spp., Enterobacter cloacae, Corynebacterium jeikeium თითოეული 2.2%-ში.

№2 ცხრილში წარმოდგენილია, ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს გამოყოფილ მიკრობებს შორის დომინირებული S.aureus-ისა და S.epidermidis-ის მგრძნობელობა-რეზისტენტობა ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ 2003-2005 წლის შემაჯამებელი მონაცემების მიხედვით: S.aureus-ი და S.epidermidis-ი მაღალ მგრძნობელობას ამჟღავნებდნენ ფტორქინოლინების, იმი-პენემის, ცეფალოსპორინების, რიფამპიცილის და ტეტრაციკლინის ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ. რეზისტენტული იყვნენ პენიცილინისა და მაკრო-ლიდების ჯგუფის მიმართ.

აღსანიშნავია, რომ სტაფილოკოკები 67.2%-ში სტაბილურად ინარჩუნებენ მგრძნობელობას სამამულო წარმოების სტაფილოკოკური და პიოზაქტერიოფა-გების მიმართ, რაც მათი გამოყენების პერსპექტიულობაზე მიუთითებს.

ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებული 15 პაციენტიდან ანაერობული ბაქტერიები ამოითესა 11 შემთხვევაში, 4 შემთხვევაში მიკრობების ზრდა არ დარეგისტრირდა.

**№1 ცხრილი**  
**ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების მიკრობული ფლორა**

წლები	გამოყოფილი ფლორა	ამოთ. რაო	%
2003წ (9 ანალიზი)	S.aureus	5	55,5
	S.epidermidis	2	22,3
	S.xsilosus	1	11,1
	S.hemoliticus	1	11,1
	ასოციაციები არ გამოიყო		
2004წ (21 ანალიზი)	S.aureus	6	28,6
	S.epidermidis	4	19,0
	Pseudomonas aeruginosa	3	14,2
	Klebsiella pneumoniae	2	9,5
	C.albicans	1	4,7
	Gemella morbillorum	1	4,7
	Acinetobacteria.spp.	1	4,7
	S.epidermidis+C.albicans	1	4,7
	S.aureus+C.albicans	1	4,7
S.hemoliticus+C.albicans	1	4,7	
2005წ (12 ანალიზი)	S.aureus	4	33,33
	S.epidermidis	1	8,33
	C.albicans	1	8,33
	Enterobacter cloacae	1	8,33
	S.serogrup A.	1	8,33
	Corynebacterium jeikeium	1	8,33
	KL.pneumoniae+C.albicans	1	8,33

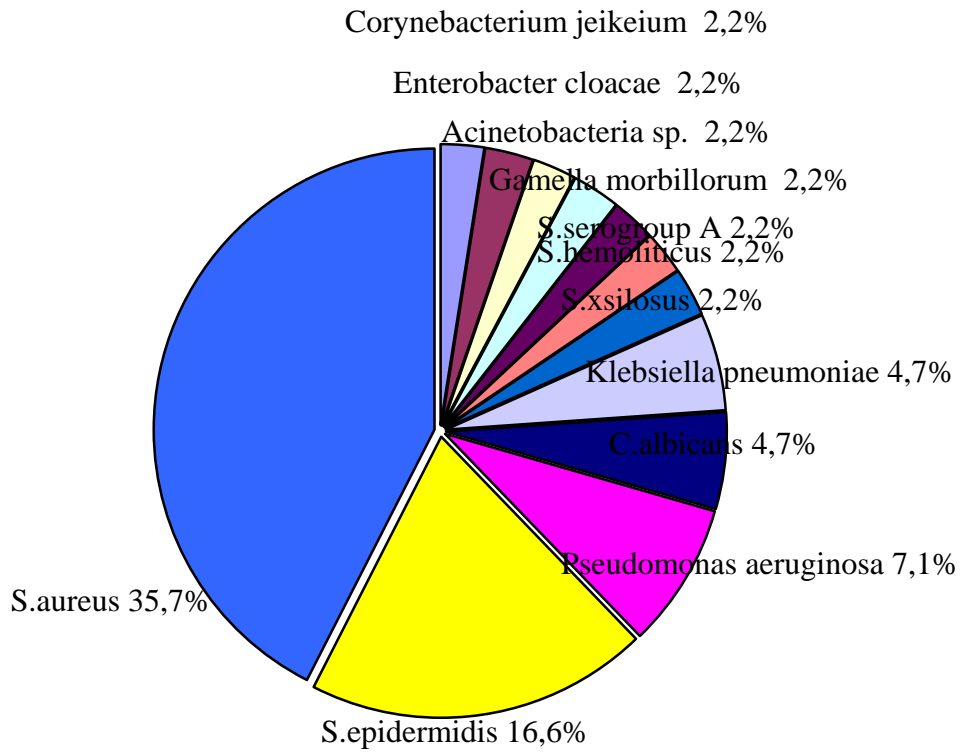
S.aureus+Klebsiella pneumoniae	1	8,33
S.epidermidis+Corinaebacterim spp.	1	8,33

P<0,001

### დიაგრამა 1

აერობული ბაქტერიალური ფლორა ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების

#### დროს



### №2 ცხრილი

S. aureus და S.epidermidis მგრძობელობა-რეზისტენტობა ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ (2003-2005წლის შეჯამებული მონაცემები)

ანტიმიკრობული პრეპარატები	S. aureus	S.epidermidis
პენიცილინის ჯგუფი:		
ბენზილპენიცილინი	R	I
ოქსაცილინი	S	R
ამპიცილინი	R	R
მაკროლიდების ჯგუფი:		
ერთრომიცინი	I	R
ოლეანდომიცინი	I	R
სპირამიცინი	I	R
ტეიკოპლანინი	S	I
ამინოგლიკოზიდების ჯგუფი:		
გენტამიცინი	S	I
ანამიცინი	I	R



ცეფალოსპორინების ჯგუფი:		
ცეფაზოლინი	S	S
ცეფტაზიდიმი	S	I
ტეტრაციკლინის ჯგუფი:		
ტეტრაციკლინი	S	R
დოქსიციკლინი	S	S
მინოციკლინი	S	I
პოლიპეპტიდების გდუფი:		
პოლიმიქსინი	I	I
ფტორქინოლინების ჯგუფი:		
ოფლოქსაცინი	S	S
ნორფლოქსაცინი	S	S
იმიპენემის ჯგუფი:		
იმიპენემი	S	S
ლინკოზამიდების ჯგუფი:		
ლინკომიცინი	S	S
კლინდამიცინი	I	I
გლიკოპეპტიდების ჯგუფი:		
ვანკომიცინი	S	S
ნიტროფურანების ჯგუფი:		
ნიტროფურანტონი	S	S
რიფამპიცილის ჯგუფი:		
რიფამპიცინი	S	S
ცალკეული წარმომადგენლები:		
ტრიმეტოპრიმი	I	I
კოტრიმოქსაზოლი	S	I
პიობაქტერიოფაგები	S	S
სტაფილოკოკური ბაქტერიოფაგი	S	S

კვლევის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში №3 და №2 დიაგრამაზე.

როგორც №3 ცხრილის მონაცემებიდან ჩანს, 11 პაციენტიდან მხოლოდ ერთს მონოკულტურის სახით ამოეთესა *Actinomyces viscosus*-ი, ხოლო, დანარჩენ 10 პაციენტს ბაქტერიები ამოეთესათ ორკომპონენტური შერეული კულტურების სახით. ამოეთესვის სიხშირის მიხედვით პირველ ადგილზე აღმოჩნდა *Peptostreptococcus anaerobius*-ი 36.3%-ში; მეორე ადგილზე *Lactobacillus acidophilus*-ი 27.2%-ში; *Actinomyces israelii* და *Prevotella ruminicola brevis*-ი \_ 18.1%-ში. თითო-თითო შემთხვევაში ამოეთესა *Peptostreptococcus productus*, *Peptostreptococcus lanceolatus*, *Bacteroides capillosus*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Veillonella dispar*, *Actinomyces viscosus*, *Fusobacterium mortiferum*, *Prevotella melaninogenica*, *Veillonella criceti*, *Bacteroides merdae* 9-9%-ში.

### №3 ცხრილი

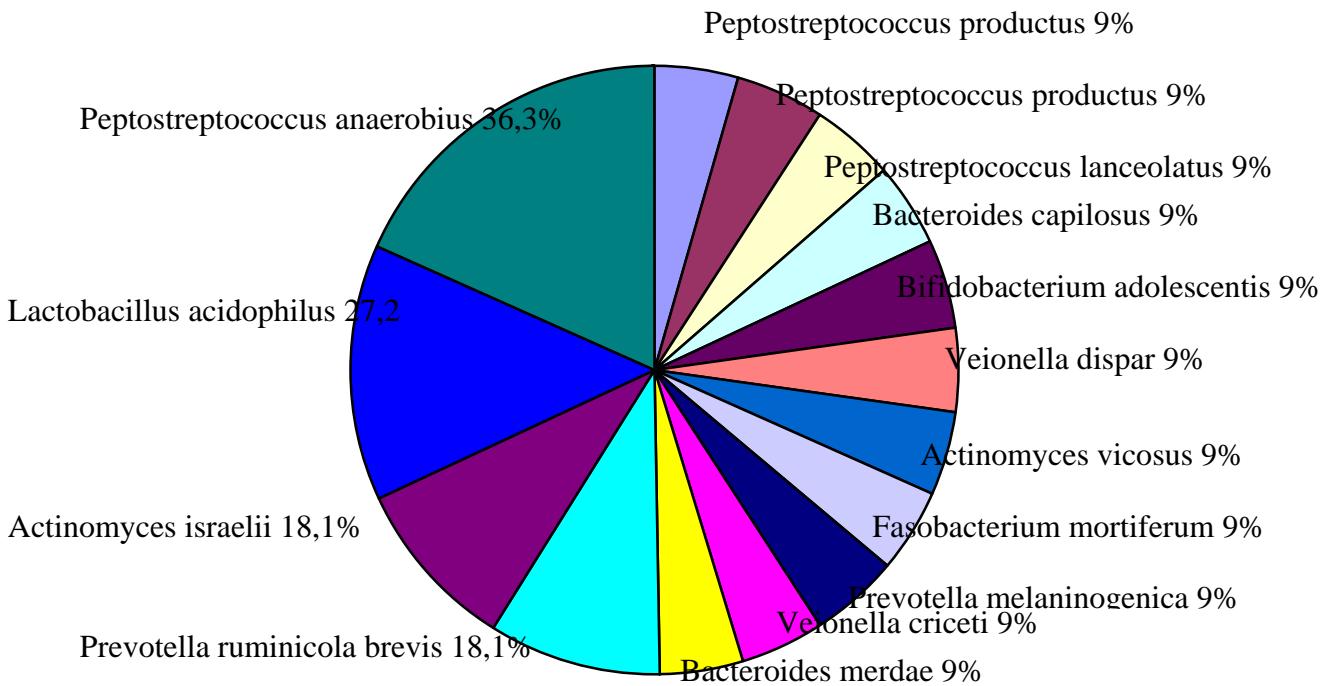
ანაერობული ბაქტერიალური ფლორა ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს

პაციენტები	ამოთესილი მიკრობული ფლორა	ზრდის ინტენსივობა
1	<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	ინტენსიური ზრდა
	<i>Actinomyces israelii</i>	ინტენსიური ზრდა
2	<i>Peptostreptococcus productus</i>	ინტენსიური ზრდა
	<i>Bacteroides capillosus</i>	საშუალო ინტენსიური ზრდა
3	<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	ინტენსიური ზრდა
	<i>Bifidobacterium adolescentis</i>	ერთეული კოლონიები
4	<i>Lactobacillus acidophilus</i>	ინტენსიური ზრდა
	<i>Peptostreptococcus lanceolatus</i>	საშუალო ინტენსიური ზრდა
5	<i>Prevotella ruminicola brevis</i>	ინტენსიური ზრდა
	<i>Actinomyces israelii</i>	საშუალო ინტენსიური ზრდა
6	<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	ინტენსიური ზრდა
	<i>Veillonella dispar</i>	ინტენსიური ზრდა
7	<i>Actinomyces viscosus</i>	ინტენსიური ზრდა
8	<i>Fusobacterium mortiferum</i>	ინტენსიური ზრდა
	<i>Lactobacillus acidophilus</i>	ინტენსიური ზრდა
9	<i>Prevotella melaninogenica</i>	საშუალო ინტენსიური ზრდა
	<i>Veillonella criceti</i>	საშუალო ინტენსიური ზრდა
10	<i>Prevotella ruminicola brevis</i>	საშუალო ინტენსიური ზრდა
	<i>Bacteroides merdae</i>	საშუალო ინტენსიური ზრდა
11	<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	ინტენსიური ზრდა
	<i>Lactobacillus acidophilus</i>	ინტენსიური ზრდა

P<0,001

№2 დიაგრამა

ანაერობული ბაქტერიალური №ფლორა ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს



გვარების მიხედვით ანაერობული ბაქტერიებიდან ყველაზე ფართოდ არის წარმოდგენილი Peptostreptococcus spp. 23.7%-ში. Actinomyces spp., Prevotella spp. და Lactobacillus spp.-ს გვარის ბაქტერიები გამოიყო 11.5%- ში. Bacteroides spp. და Veillonella spp. კი \_ 7.5%-ში, ხოლო Fusobacterium spp. და Bifidobacterium spp. - 3.4%-ში.

ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს ამოთესილი ანაერობული ბაქტერიები ხასიათდებოდნენ ინტენსიური ზრდით, რაც ამ ბაქტერიების კოლონიზაციის მაღალ დონეზე მიგვიითითებს.

პეპტოსტრეპტოკოკები მაღალ მგრძობელობას იჩენდნენ ამოქსიკლავის, პიპერაცილინის, პიპერტაზონის, ტიკარკლავის, ცეფოქსიტინის, ცეფოტეტანის, იმიპენემის, კლინდამიცინის, ქლორამფენიკოლის, მეტრონიდაზოლის, ამოქსაცილინის და ტიკარცილინის მიმართ.

უჯრედშიდა ინფექციები მეტად რთული და მრავალფეროვანი პათოლოგიებია. ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა, შეგვესწავლა ქლამიდიების, მიკოპლაზმების, ურეაპლაზმების, ციტომეგალოვირუსებისა და ჰერპეს ვირუსების როლი ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების ეტიოლოგიაში. ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ 10 პაციენტს ჩაუტარდა გამოკვლევები უჯრედშიდა პარაზიტებზე ლუმინესცენტურ-მიკროსკოპული კუნსის პირდაპირი მეთოდით.

კვლევის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში №4.

როგორც ცხრილი №4 გვიჩვენებს, უჯრედშიდა მიკროორგანიზმები ყველა შემთხვევაში ასოციაციის სახით გამოიყო. შემაჯამებელი მონაცემებით, ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს უჯრედშიდა ინფექციებიდან 50-50%-ში აღმოჩნდა Chlamidia trachomatis და Mycoplasma hominis. Ureaplasma urealyticum და Herpes ვირუს I, II ტიპი 40-40%-ში აღმოჩნდა, ხოლო CMV-ები იდენტიფიცირებული იყო 10%-ში.

ყველა შემთხვევაში უჯრედშიდა ინფექციების გამომწვევი მიკრობები შერეული ინფექციების სახით აღმოჩენილი იყო. ყურადღებას იმსახურებს ის ფაქტი, რომ ხუთივე ჩვენ მიერ შესწავლილი ინფექციების გამომწვევი მიკრობებიდან ყველა შემთხვევაში

მათი დაბალი ტიტრი გამოვლინდა, ერთი (+) ფლუორესცენციის ინტენსივობის მიხედვით. რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ეს ინფექციები ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს არ უნდა ასრულებდნენ პრიორიტეტულ როლს და შეიძლება განხილულნი იყვნენ როგორც თანმხლები პათოლოგიები.

**№4 ცხრილი**

**უჯრედშიდა ინფექციების ლუმინესცენტურ-მიკროსკოპული შესწავლა ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში**

იდენტიფიცირებული მიკროორგანიზმები	აბსოლუტური რიცხვი	%	ზრდის ინტენსივობა
Chlamidia trachomatis	5	50	(+) სუსტი ინტენსივობა
Mycoplasma hominis	5	50	(+) სუსტი ინტენსივობა
Ureaplasma urealyticum	4	40	(+) სუსტი ინტენსივობა
Herpes virus I,II	4	40	(+) სუსტი ინტენსივობა
CMV	1	10	(+) სუსტი ინტენსივობა

P<0,001

ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების პათოგენეზში მნიშვნელოვანია იმუნური სტატუსის ცვლილებები.

ვინაიდან ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქტიულობა უშუალოდ არის დაკავშირებული ეკოლოგიურ, სოციალურ-ეკონომიკურ თავისებურებებთან და ასევე ჩირქოვანი დაავადების გამომწვევი მიკრობების ვირულენტობის ფაქტორებთან, მიზნად დავისახეთ, შეგვესწავლა არასპეციფიკური რეზისტენტობის, უჯრედო-ვანი, ჰუმორალური და სპეციფიკური იმუნური სტატუსი ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში, (2003-2005წ.წ.)

იმუნოლოგიური კვლევები ჩატარდა 20 პაციენტს.

ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტთა არასპეციფიკური რეზისტენტობის ფაქტორების შესწავლის შედეგები წარმო-დგენილია ცხრილში №5.

როგორც ცხრილ №5-ს მონაცემები გვიჩვენებს, პაციენტებს აღენიშნებათ დასრულებული ფაგოციტოზისა და ფაგოციტოზის საერთო რიცხვის დაქვეითება 14.8% და 14.1%-ში, შესაბამისად ფაგოციტოზის ინდექსი მკვეთრად არის დაქვეითებული 52%-ით. α და γ-ინტერფერონის კონცენტრაცია ასევე განიცდის დაქვეითებას 45-52%-ში. ამგვარად სახეზე გვაქვს ჩვენ მიერ შესწავლილი პაციენტების არასპეციფიკური რეზისტენტობის პარამეტრების მკვეთრი დაქვეითება.

**№5 ცხრილი**

**არასპეციფიკური რეზისტენტობის ფაქტორები ოდონტოგენური აბსცესებით და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში**

№	ფაქტორი	ნორმა	შედეგი	სხვაობა	P<
1	ფაგოციტოზის საერთო რიცხვი. Ph.com.%	75.5	61.4	14,1	± 0.01
2	ფაგოციტური ინდექსი	6,3	2,7	3,6	± 0.02

	Ph.ind.				
3	დასრულებული ფაგოციტოზი Ii.%	72,6	57,8	14,8	± 0.02
4	მ-ინტერფერონი. □ IFN. გ/მლ.	43,4	24,0	19,4	± 0.03
5	მ-ინტერფერონი. □ IFN.Gგ/მლ.	31,8	12,8	19,0	± 0.01

უჯრედოვანი იმუნური სტატუსის პარამეტრები ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში წარმოდგენილია ცხრილში №6.

ცხრილ №6-ში მოყვანილი მონაცემებიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია T-ეფექტორების (აქტიურების) რაოდენობის დაქვეითება 9.4%-ით. ასევე აღინიშნება T-ჰელპერების დაქვეითება 5%-ით, ხოლო T-ლიმფოციტების საერთო რაოდენობის დაქვეითება 3%-ით. T-სუპრესორების რაოდენობა მომატებულია 3%-ით. T-ჰელპერების და T-სუპრესორების თანაფარდობა დაქვეითებულია 0.55 ერთეულით.

#### ცხრილი №6

უჯრედოვანი იმუნიტეტის მონაცემები ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში

№	ფაქტორი	ნორმა	შედეგი	სხვაობა	P<
1	T-ლიმფოციტების საერთო რიცხვი. T.com.%	52.4	49.4	3	± 0.02
2	T-ეფექტორების(აქტიურების) რაოდენობა. T.act.%	32.6	23,2	9,4	± 0.03
3	T-ჰელპერების რაოდენობა. T.help.%	36.8	31,8	5	± 0.02
4	T-სუპრესორების რაოდენობა. T.sup.%	14,6	17,6	+3	± 0.01
5	T.help/T.sup. ფარდობითობის მაჩვენებელი.Ii.%	2,37	1,82	0,55	± 0.02

ჰუმორალური იმუნიტეტის პარამეტრები ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში წარმოდგენილია ცხრილ №7-ში.

იმუნიტეტის ამ რგოლში აღსანიშნავია B-ლიმფოციტების უმნიშვნელო დაქვეითება (2.3%-ით) და Ig G-ს დაქვეითება 1.8 გ/ლ-ში. Ig M და Ig A-ს კონცენტრაცია დაქვეითებულია უმნიშვნელოდ (0.22-0.24 გ/ლ-ში).

#### №7 ცხრილი

ჰუმორალური იმუნიტეტის ფაქტორები ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში

ფაქტორი	ნორმა	შედეგი	სხვაობა	P<
B-ლიმფოციტების რაოდენობა. B.com.%	24,50	22,20	2,30	± 0.02
Ig.A G გ/ლ.	1,80	1,56	0,24	± 0.03
Ig.G G გ/ლ.	12,50	10,70	1,80	± 0.01
Ig.M G გ/მ.	1,20	0,98	0,22	± 0.02

სპეციფიკური იმუნური სტატუსი, ჩვენ მიერ შესწავლილი იყო ჰემაგლუტინა-ციის რეაქციის გამოყენებით ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში ანტისტაფილოკოკური და ანტიტოქსიკური იმუნოგლო-ბულინების აღმოჩენის მიზნით. კვლევის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილ №8-ში.

როგორც მიღებულმა შედეგებმა გვიჩვენა 20 პაციენტის გამოკვლევის შედეგად 80%-ს აღნიშნა ანტისტაფილოკოკური ანტისხეულების მომატება ნორმასთან შედარებით. ხოლო ანტიტოქსიკური ანტისხეულები ნორმასთან შედარებით მომატებული იყო 75%-ში. განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს სტაფილოკოკური α-ტოქსინის იმუნოგლობულინების აღმოჩენა პაციენტთა 40%-ში. (ნორმაში ისინი საერთოდ არ უნდა იყოს).

ყოველივე ზემოთ აღნიშნული სარწმუნოდ მეტყველებს აღნიშნულ კონტიგენტში პაციენტების იმუნოდეფიციტის სურათზე და მიუთითებს ეტიოლოგიური მკურნალობის პარალელურად იმუნომოდულატორული მკურნალობის გატარების აუცილებლობაზე, T-ლიმფოციტების, ფაგოციტარული აქტივობის ამადლების ვექტორით შესაბამისი იმუნომასტიმულირებელი პრეპარატების გამოყენებით. ჩვენი კვლევის შედეგები ასევე მიუთითებს სტაფილოკოკური ანატოქსინის, γ გლობუ-ლინისა და ვაქცინის გამოყენების აუცილებლობაზე.

### №8 ცხრილი

#### სეროლოგიური გამოკვლევის მაჩვენებლები ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტებში

პაციენტთა რაოდენობა	ანტისხეულების ტიტრი			α-ტოქსინის საწინააღმდეგო ანტისხეულები	P
	ანტისტაფილოკო- კური ანტისხეულები	ანტიტოქსიკური ანტისხეულები	ერთდროულად ტოქსინის და მიკრობის საწინააღმდეგო ანტისხეულები		P<
20	80 %	75 %	75 %	40 %	± 0.01

საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის კათედრის საარქივო მონაცემების მიხედვით ჩავატარეთ ოდონტოგენური

აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტთა ეპიდემიო-ლოგიური მონიტორინგი. შევისწავლეთ აღნიშნული პათოლოგიის მქონე 519 პაციენტის ისტორია, 1996 \_ 2005 წლების დინამიკაში.

ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა 1996, 1997, 1998 წლებში, ხოლო ყველაზე დაბალი \_ 2000 წელს. შემდეგ 2002\_2004 წლებში აღინიშნება მატება. 2005 წელს პაციენტთა რაოდენობა კვლავ მცირდება 7.51%-მდე.0

სეზონურობის თვალსაზრისით პაციენტთა რაოდენობრივი სხვაობა უმნიშვნელოა. მცირედ გამოხატულია მატება გაზაფხულსა და ზამთარში.

დაავადებულ მამაკაცთა რაოდენობა იყო 60.9%, ხოლო ქალთა \_ 39.1%.

პაციენტთა უმრავლესობა, სოციალური მდგომარეობის მიხედვით შემდეგი იყო: უმუშევარი 34.2%, დიასახლისი 22.3%, მოსამსახურე 19.4%, პენსიონერი 11.3%, მოსწავლე 8.38% და სტუდენტი 4.23%.

პაციენტთა ასაკობრივი სტრუქტურა წარმოდგენილია 13 დიაგრამაზე.

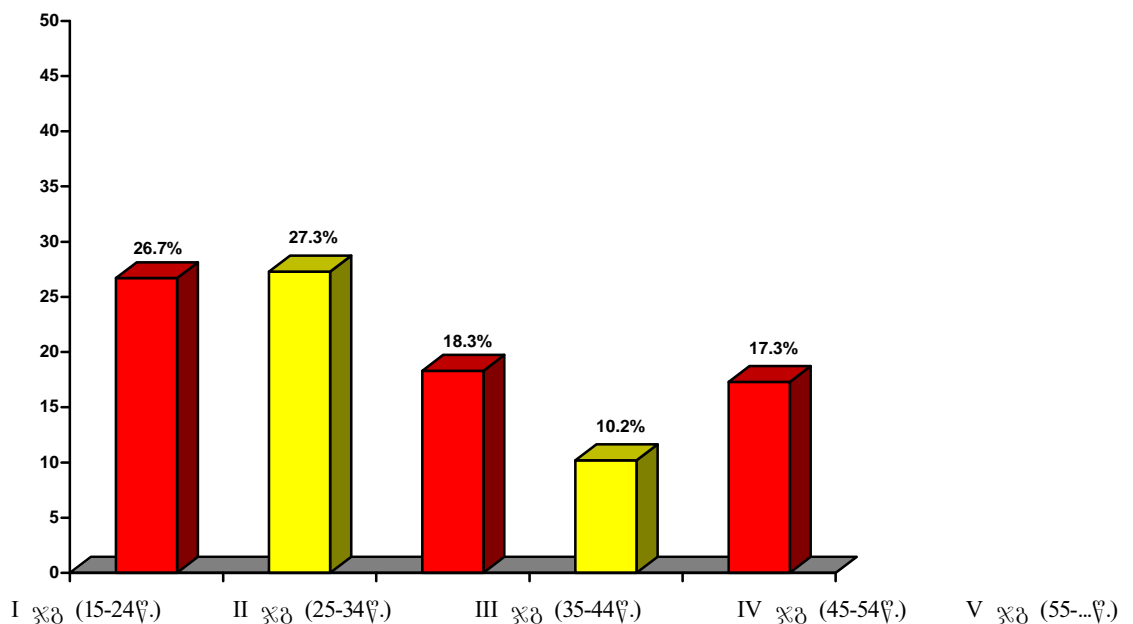
აღნიშნული პათოლოგიით დაავადებულ პაციენტთა დიდი ნაწილი წარმო-დგენილია I და II ჯგუფით (26.78% \_ 27.36%). ასევე ხშირად გვხვდება III და V ჯგუფში გაერთიანებული პაციენტები (18.3%- 17.34%). შედარებით ნაკლები პაციენტი იყო IV ჯგუფში (10.21%).

ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების განაწილება ლოკალიზაციის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში №9.

### დიაგრამა 3

ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტთა ასაკობრივი სტრუქტურა (1996-2005 წ.წ.)

E±SD



P<0,001

ჩირქოვანი კერის ლოკალიზაციის მიხედვით პირველ ადგილზეა ქვედა ყბისქვეშა მიდამო 195 შემთხვევაში (37.3%), მეორე ადგილზეა პირის ღრუს ფსკერის ფლეგმონა 72 შემთხვევაში (13.8%), მესამე ადგილზეა ლოყის მიდამო 55 შემთხვევაში (10.5%), მეოთხეა ნიკაპქვეშა მიდამო 43 შემთხვევაში (8.28%), მეხუთე ადგილზეა ყბისუკანა მიდამო 38 შემთხვევაში (7.31%). შედარებით იშვიათად ვხვდებით კისრის გვერდითი ზედაპირის, თვალბუდის მიდამოს, ფრთა-სასის ფოსოს, ხახისირგვლივი სივრცის მიდამოს ფლეგმონებს და ა. შ.

მიზეზის მიხედვით ოდონტოგენური წარმოშობის აბსცესები და ფლეგმონები დარეგისტრირდა 453 შემთხვევაში, ხოლო არაოდონტოგენური – 66 შემთხვევაში.

ეპიდემიოლოგიურმა ანალიზმა ნათლად წარმოაჩინა ოდონტოგენური აბსცე-სებისა და ფლეგმონების სოციალური და კლინიკური რისკფაქტორები, რომლებიც პრევენციული ღონისძიებების ჩასატარებლად გათვალისწინებული და განზოგადოებული უნდა იყოს პრაქტიკულ ქსელში,.

### №9 ცხრილი

ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების რაოდენობა ლოკალიზაციის მიხედვით (1996 \_2005წ.წ.)

აბსცესები და ფლეგმონები განლაგებულია ირგვლივ ქსოვილებში	ანატომიური მიდამო	სულ	%
	<b>ზედაპირული:</b>		
	თვალბუდისქვედა	12	2.31
	ლოყის მიდამო	55	10.5
	ყვრიმალის მიდამო	1	0.19
	<b>ღრმა:</b>		
	საფეთქელქვედა ფოსო	10	1.92
	ფრთა-სასის ფოსო	16	3.08
	<b>მშეორადი:</b>		
	საფეთქლის მიდამო	13	2.5
	თვალბუდის მიდამო	13	2.5
აბსცესები და ფლეგმონები განლაგებულია ქვედა ყბის ირგვლივ ქსოვილებში	<b>ზედაპირული:</b>		
	ქვედა ყბისქვეშა მიდამო	195	37.3
	ნიკაპქვეშა მიდამო	43	8.28
	<b>ღრმა:</b>		
	ფრთაქვედა ყბის	5	0.96
	ხახის-ირგვლივი სივრცის	15	2.89
	ენისქვეშა მიდამოს	8	1.56



	პირის ღრუს ფსკერი	72	13.8
	Mმეორადი:		
	ყებისუკანა მიდამოს	38	7.31
ეგნის აბსცესები და ფლეგმონები		3	0.58
სახისა და კისრის გაფრცელებული ფლეგმონები		20	3.85

### დასკვნები

1. ბაქტერიოლოგიურმა კვლევებმა ცხადყო, რომ ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების ეტიოლოგიაში აერობული ბაქტერიებიდან დომინირებს გრამდადებითი ფლორა 76.2%, ხოლო გრამუარყოფითი – 23.8%. გამოყოფის სიხშირით დომინირებდა *S.aureus* 35.7%-ში, *S.epidermidis*-ი გამოიყო 16.6%-ში, *Pseudomonas aeruginosa* – 7.1%-ში, *Klebsiella pneumoniae* და *C.albicans* – 4.7%-ში;
2. ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს დომინირებდა *S.aureus* და *S.epidermidis*-ის კულტურები, რომლებიც მაღალ მგრძნობელობას იჩენდნენ ფტორქინოლინების, ცეფალოსპორინების, რიფამპიცილის და იმიპენემის ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ. აღსანიშნავია, რომ ეს კოკო-ვანი ბაქტერიები სამამულო წარმოების სტაფილო და პიობაქტერიოფაგების მიმართ მაღალ მგრძნობელობას სტაბილურად ავლენდნენ (67.2%), რაც ამ პრეპარატების ფართო გამოყენების პერსპექტიულობაზე მიუთითებს;
3. ანაერობული ბაქტერიებიდან ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების ეტიოლოგიაში *Peptostreptococcus anaerobius*-ი 36.3%-ში დომინირებდა. *Lactobacillus acidophilus*-ი გამოიყო 27.2%-ში, *Actinomyces israelii* და *Prevotella ruminicola brevis*-ი -- 18.1%-ში. გვარების მიხედვით: *Peptostreptococcus spp.* – 23.7%-ში. *Actinomyces spp.*, *Prevotella spp.* და *Lactobacillus spp.* – 11.5%-ში. *Bacteroides spp.* და *Veillonella spp.* – 7.5%-ში. ხოლო *Fusobacterium spp.* და *Bifidobacterium spp.* -- 3.4%-ში.
4. ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს შემთხვევათა 50%-ში აღმოჩენილი იყო *Chlamidia trachomatis*-ი და *Mycoplasma hominis*-ი. 40%-ში – *Ureaplasma urealyticum*-ი და *Herpes* ვირუსები, ხოლო 10%-ში – *CMV*-ი. ყველა შემთხვევაში ეს მიკროორგანიზმები იდენტიფიცირებული იყვნენ შერეული ინფექციების სახით, დაბალ ტიტრში და სავარაუდოდ, თანმხლები პათოლოგიის როლს ასრულებდნენ.
5. ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებულ პაციენტთა არასპეციფიკური, უჯრედოვანი, ჰუმორალური და სპეციფიკური იმუნური

პარამეტრების შესწავლით გამოვლინდა მკვეთრად გამოხატული იმუნოდეფიციტური სტატუსი: ფაგოციტური და ინტერფერონის სისტემის, T ლიმფოციტების საერთო რაოდენობისა და T ჰელპერების დაქვეითებით, B ლიმფოციტებისა და Ig G-ის რაოდენობის შემცირებით, ანტისტაფილოკოკური და ანტიტოქსიკური ანტისხეულების 8-16-ჯერადი მომატებით;

6. ოდონტოგენური აბსცესებითა და ფლეგმონებით დაავადებული 519 პაციენტის ეპიდემიური ანალიზით აღმოჩნდა:
- დაავადებულთა 60.9% მამაკაცია, 39.1% – ქალი. სოციალური სტრუქტურით პირველ ადგილზე არიან უმუშევრები, მეორეზე – დიასახლისები, მესამეზე – მოსამსახურეები, მეოთხეზე – პენსიონერები. პაციენტთა უმრავლესობა 15-34 წლისაა;
  - ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების 519 შემთხვევიდან ქვედა ყბის ქვეშა მუცხის მიდამო ლოკალიზებული იყო 195 შემთხვევაში (37.3%), პირის ღრუს ფსკერი – 72 (13.8%) შემთხვევაში, ლოყის მიდამო – 55 (10.5%) შემთხვევაში;
  - აბსცესებისა და ფლეგმონების 87.3% ოდონტოგენური წარმოშობის იყო, 12.7% – არაოდონტოგენურის.

### პ რ ა ქ ტ ი კ უ ლ ი რ ე კ ო მ ე ნ დ ა ც ი ე ბ ი

1. S.aureus-ის და S.epidermidis-ის შტამები, რომლებიც დომინირებდნენ ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს, მაღალ მგრძნობელობას იჩენენ ცეფალოსპორინების, იმიპენემის, რიფამპიცინის ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ, ხოლო რეზისტენტული იყვნენ პენიცილინის და ამინოგლიკოზიდების მიმართ. ეს მიკრობები მაღალ მგრძნობელობას ავლენდნენ სამამულო წარმოების სტაფილო და პიობაქტერიოფაგების მიმართ. თუ გავითვალისწინებთ გვერდითი მოვლენების ფაქტობრივად არარსებობას, საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ ამ პრეპარატის ფართო გამოყენების პერსპექტიულობა;
2. ანაერობული ბაქტერიებიდან ყველაზე ხშირად გამოიყოფოდა Peptostreptococcus spp., Actinomyces spp. და Prevotella spp.. ისინი მაღალ მგრძნობელობას ამჟღავნებდნენ ამოქსიკლავის, პიპერაცილინის, პიპერტაზონის, ტიკარკლავის, ცეფოქსიტინის, ცეფოტეტანის, იმიპენემის, კლინდამიცინის, ქლორამფენიკოლის, მეტრონიდაზოლის, ამოქსიცილინის და ტიკარცილინის მიმართ;
3. ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს ადგილი აქვს მკვეთრად გამოხატულ იმუნოდეფიციტს, რაც აღნიშნულ დაავადებათა კომპლექსურ მკურნალობაში ინტერფერონის, ინტერფერონოგენების, ფაგოციტოზის აქტივატორების, სტაფილოკოკური ანატოქსინის, ვაქცინისა და გამაგლობულინის ფართო გამოყენებაზე მიგვითითებს;

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულ შრომათა სია:

1. ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების მიკროეკოლოგია// საქართველოს სამედიცინო მოამბე, №4, 2005 წ. გვ. 156-161. (თანაავტ.: გ.მენაბდე, კ. აფრიდონიძე, მ.კერესელიძე, მ. დავითაშვილი).
2. Immune status during odontogenous abscesses and phlegmonas//Georgian Medical News №1, 2006, pg. 44-47 (თანაავტ.: გ.მენაბდე, კ. აფრიდონიძე, ბ. კორსანტია, ს. რიგვავა).
3. ანაერობული ბაქტერიებისა და უჯრედშიდა ინფექციების ეტიოლოგიური როლი ოდონტოგენური აბსცესებისა და ფლეგმონების დროს/ საქართველოს სამედიცინო მოამბე №1, 2006 წ. გვ. 130-134. (თანაავტ.: გ.მენაბდე კ. აფრიდონიძე, მ.კერესელიძე, ნ. შანიძე).