

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ეთერ ბუხნიკაშვილი

აივშიდსთან ასოცირებული პირის ღრუს ლორწოვანის,
პაროდონტის დაავადებების და მდგომარეობების
ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები საქართველოში

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

სტომატოლოგიის დოქტორის აკადემიური ხარისხის
მოსაპოვებლად



თბილისი 2022

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში, პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის და ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრ HBI-დენტიმპლანტის ბაზებზე. კვლევის ეპიდემიოლოგიურ-სტატისტიკური ნაწილი შესრულდა ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრში.

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

ნინო აბაშიძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტის და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი;

მაია ცინცაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრის ექიმი-ეპიდემიოლოგი;

სამეცნიერო კონსულტანტი - ნინო დიდბარიძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის იმუნოლოგიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი.

ექსპერტები:

ნანა ყიფიანი - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბავშვთა და მოზარდთა თერაპიული სტომატოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი

ქეთევან კობახიძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბავშვთა და მოზარდთა ყბა-სახის ქირურგიისა და ქირურგიული სტომატოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი

აკაკი აბუთიძე - მედიცინის დოქტორი, ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასისტენტ პროფესორი. ეპიდემიოლოგი, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრის აივ/შიდსის მკურნალობის პროგრამის სუბ-მენეჯერი.

დისერტაციის წინასწარი განხილვა შედგა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტისა და საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის გაერთიანებულ სხდომაზე (22 ივნისი, 2021 წელი, ოქმი #2)

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში (ვაჟა-ფშაველას გამზ. #29)

დისერტაციის დაცვა შედგება 2022 წლის 11 იანვარს, 16:00 საათზე, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ადმინისტრაციული კორპუსის აკადემიური საბჭოს სხდომათა დარბაზში (ვაჟა-ფშაველას გამზირი 33).

Tbilisi State Medical University

Eter Bukhnikashvili

**Epidemiological Indicators of Oral Mucosal and Periodontal Diseases
and Conditions Associated with HIV/AIDS in Georgia**

**Dissertation Thesis of Scientific Study for the
Academic Degree of PhD in Dentistry**



Tbilisi

2022

The scientific study is completed in Tbilisi State Medical University, on the basis of the Periodontology and Oral-mucosa Diseases Department of Tbilisi State Medical University and Dental Clinic Georgian –German Implantation Center HBI-Dentimplant. Epidemiological part of the study was performed at the Research Center for Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology.

Scientific Tutors of Research:

Nino Abashidze - MD, PhD, Associate Professor at the Department of Periodontology and Oral Mucosal Diseases, Tbilisi State Medical University

Maia Tsintsadze - PhD, Doctor-Epidemiologist at the Center for Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology

Scientific consultant - Nino Didbaridze - PhD, Assistant Professor, Department of Immunology, Tbilisi State Medical University

Experts:

Nana Kipiani – PhD, Associate Professor at the Department of Child and Adolescent Therapeutic Stomatology, Tbilisi State Medical University

Ketevan kobakhidze – PhD, Associate Professor at the Department of Child and Adolescent Maxillo-facial Surgery and Surgical Stomatology, Tbilisi State Medical University

Akaki Abutidze - PhD, Assistant Professor at Ivane Javakhishvili Tbilisi State University. Epidemiologist of the Center for Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology, HIV/AIDS Treatment Program Deputy Manager.

A preliminary discussion of the PhD thesis was held at the joint session of the Georgian Dental Professional Association and the Periodontal and oral-mucosa diseases Department of Tbilisi State Medical University (22 June, 2021. Protocol N2).

The Scientific thesis is available at the Tbilisi State Medical University library.

The thesis defense will take place on 11th of January 2022, at 16:00 in the scientific council session hall, the first floor of the administrative building, Tbilisi State Medical University (33, Vazha-Pshavela Ave).

სარჩევი

შესავალი.....	9
პუბლიკაციები	11
მოხსენებები	14
თავი I. ლიტერატურული მიმოხილვა	15
თავი II. კვლევის ობიექტი, მასალა და მეთოდები.....	47
1. ზოგადი მონაცემები.....	47
2. ეპიდემიოლოგიური კვლევის მასალა და მეთოდები	50
3. კლინიკური კვლევის მასალა და მეთოდები	50
4. ლაბორატორიული კვლევის მეთოდები	59
4. 1 სეროლოგიური კვლევის მეთოდები	59
4. 2 მოლეკულურ-გენეტიკური კვლევის მეთოდები	61
4. 3 იმუნოლოგიური კვლევის მეთოდი	62
4. 4 მიკრობიოლოგიური კვლევის მეთოდები	63
5. სტატისტიკური კვლევის მეთოდები.....	64
თავი III. კვლევის შედეგები.....	65
1. ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგები	65
2. კლინიკური კვლევის შედეგები.....	78
2. 1 კლინიკური სიმპტომები და კო-ინფექციები	78
2. 2 აივ ინფიცირებულ პაციენტებში ორალური მანიფესტაციების და დაავადების ზოგადი ნიშნების კორელაციები	88
2. 3 ორალური მანიფესტაციები	103
1. ორალური კანდიდოზები	103
2. პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანებები	106
3. ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტები.....	112
4. სიფილისით გამოწვეული მანიფესტაციები კანზე და პირის ღრუს ლორწოვანზე	115
5. ვერუკოზული ლეიკოპლაკია	118
6. შემოსართყლული ლიქენი.....	120
7 ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული	121

ორალური მანიფესტაციები.....	121
8. აივ-თან ასოცირებული ნეოპლაზიები პირის ღრუს ლორწოვანზე.....	123
თავი IV. მიღებული შედეგების განხილვა	125
დასკვნები	139
პრაქტიკული რეკომენდაციები	141
რეზიუმე ინგლისურ ენაზე	143
გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა	151
დანართი (გამოქვეყნებული პუბლიკაციები)	165

შესავალი

მედიცინაში არსებული თანამედროვე მიღწევებით მრავალი დაავადების მკურნალობა დღეს აღარ წარმოადგენს პრობლემას. მათ შორის ისეთი დაავადებებისაც, რომლებმაც სხვადასხვა ეპოქაში თავი იჩინეს მძლავრი პანდემიისა თუ ეპიდემიის სახით. ამჟამადაც ვლინდება ახალი ინფექციები და ეპიდემიებიც, რომლებიც მკურნალობისა და პრევენციის ახალ მიდგომებს საჭიროებენ.

მე-20 საუკუნის ბოლოს მსოფლიო სამედიცინო საზოგადოების წინაშე ახალი გამოწვევა გაჩნდა - ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (აივ) მანიფესტირებული ინფექცია, რომელიც მოკლე ხანში გლობალურ პრობლემად იქცა. ინფექციის გავრცელების მასშტაბები იმდენად დიდი იყო მსოფლიოს ზოგიერთ რეგიონში, რომ მას მე-20 საუკუნის “შავი ჭირიც” კი უწოდეს.

UNAIDS-ის, გაერთიანებული ერების შიდსის პროგრამის მონაცემებით აივ ინფექცია კვლავ რჩება დინამიურ და ზრდადი ხასიათის ეპიდემიად, მიუხედავად იმისა, რომ ხორციელდება მრავალი პრევენციული ღონისძიება და შემუშავებულია მკურნალობის მეთოდები. დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე, მისი ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შემთხვევაში მნიშვნელოვნად იზრდება სიცოცხლის ხანგრძლივობა, უმჯობესდება ცხოვრების ხარისხი და მცირდება ვირუსის გადაცემის ალბათობაც [3, 9, 123, 125, 129, 130].

აივ/შიდსთან ბრძოლა მოიცავს მთელ რიგ კომპლექსურ ღონისძიებებს:

1. დაავადების პრევენცია, დროული დიაგნოსტიკა, ეფექტური მკურნალობა და ეპიდზედამხედველობა. დაავადების პრევენცია მით უფრო ეფექტურია, რაც უფრო ადრეულ პერიოდში მოხდება მისი გამოვლენა და განხორციელდება სისტემური ხასიათის ღონისძიებები,
2. აივ-ის გადაცემის ყველა შესაძლო გზის ფოკუსირება,
3. ჯანდაცვის სისტემის ყველა რგოლის, მათ შორის სტომატოლოგიური კლინიკებისა და კაბინეტების ჩართვა ინფექციასთან ბრძოლაში [1, 4, 11, 49].

შესაბამისად, მოსახლეობის განსაკუთრებით სამიზნე ჯგუფების დიდი ნაწილი, მეტად იქნება დაცული.

აივ ინფექციას ახასიათებს უსიმპტომო მიმდინარეობა საკმაოდ დიდ ხანს და კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებები ხშირად დაავადების შორსწასულ, ზოგჯერ ტერმინალურ სტადიაზე იწყება. როდესაც პაციენტს შესაძლოა უკვე განვითარებული ჰქონდეს სიცოცხლესთან შეუთავსებელი გართულებები. ეს ყოველივე ნათელს ხდის, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია მისი ადრეული დიაგნოსტიკა დაავადების მკურნალობისა და მართვის საკითხებში [6, 9, 10, 128].

აივ ინფიცირებულ პაციენტებში ორალური მანიფესტაცია, დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე, არის საკმაოდ მნიშვნელოვანი მომენტი. არსებობს კვლევები, რომლის თანახმადაც, პირის ღრუს ლორწოვანზე გამოვლენილი სხვადასხვა სახის დაზიანებები მიჩნეულია პაციენტის იმუნური სტატუსის მარკერებად, აივ ინფექციის ინდიკატორებად და შიდსის სტადიის განვითარების პრედიქტორებადაც კი [7, 8, 26, 87, 101, 137].

შესაბამისად, ორალური მანიფესტაციების საფუძველზე შესაძლებელია ადრეულ ეტაპზეც კი ეჭვი იქნას მიტანილი ამ ინფექციის არსებობაზე და პაციენტს მიეცეს რეკომენდაცია აივ ტესტირების ჩატარებისთვის.

დღეისათვის, საქართველოში არ არის შესწავლილი თანმხლები ორალური მანიფესტაციების, როგორც ადრეული კლინიკური მარკერების სადიაგნოსტიკო ღირებულება აივ/შიდსთან მიმართებაში, არ ექცევა შესაბამისი ყურადღება სტომატოლოგიურ კლინიკებში აივ/შიდსთან ასოცირებულ პირის ღრუს დაზიანებებს და ამ დროს განვითარებულ იმუნოლოგიურ მახასიათებლებს.

სწორედ აივ/შიდსის დროს თანმხლები ორალური მანიფესტაციების მასშტაბური ხასიათი და საქართველოში მისი შესწავლის არასაკმარისი დონე განაპირობებს სადისერტაციო თემის აქტუალობას.

კვლევის მიზანი:

- საქართველოში 2013-2018 წლებში გამოვლენილ აივ ინფიცირებულთა სტომატოლოგიური სტატუსის შესწავლა;
- პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაავადებათა პრევალენტობის დადგენა ასეთ პაციენტებში ვირუსის გამოვლენისას;

- სხვადასხვა ორალური მანიფესტაციის, როგორც ინფექციის პროგრესირების კლინიკური მარკერის და მისი სადიგნოსტიკო ღირებულების შესწავლა.

მიზნების მისაღწევად დასახული ამოცანები:

1. პაციენტების მონაცემთა ანალიზისთვის მათი გამოკვლევის სპეციალური ანონიმური ფორმის – ალგორითმის შემუშავება.
2. 2013-2018 წლებში ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრის ელექტრონულ ბაზაში დარეგისტრირებული ყველა ახალი შემთხვევის შესწავლა და მათი იმუნოლოგიური სტატუსის შეფასება და დაკვირვება დინამიკაში.
3. ორალურ მანიფესტაციათა გამოვლინების შემთხვევებში პაციენტთა შესაბამისი გამოკვლევა.
4. ამ პაციენტებში პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და პაროდონტის დაავადებების, ასევე მდგომარეობების კლინიკურ გამოვლინებათა კავშირის დადგენა იმუნოლოგიურ მაჩვენებლებთან.
5. თითოეული პაციენტის შემთხვევაში აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მიზეზის დადგენა და მათი მდგომარეობების შეფასება დაავადების სტადიის მიხედვით.
6. ზოგადი კლინიკური სიმპტომების გამოვლენის დეტალური შესწავლა და მათი კორელაციური კავშირის დადგენა სტომატოლოგიურ სტატუსთან,
7. სტომატოლოგებისათვის აივ/შიდსის გავრცელების პროფილაქტიკური რეკომენდაციების შემუშავება.

ნაშრომის სამეცნიერო სიახლე:

ჩვენს მიერ პირველად:

- იქნა ჩატარებული საქართველოში ეპიდემიოლოგიური კვლევა აივ/შიდსით დაავადებულ პაციენტებში თანმხლები ორალური მანიფესტაციების გამოვლენის შესწავლის მიზნით,
- შეფასდა აივ ინფიცირებულ/შიდსის მქონე პაციენტთა სტომატოლოგიური სტატუსი,

- ორალურ მანიფესტაციათა კორელაცია, როგორც იმუნოლოგიურ პარამეტრებთან, ასევე ზოგად კლინიკურ სიმპტომებთან და კონფექციებთან,
- შემუშავდა რეკომენდაციები, რომლებმაც უნდა უზრუნველყონ პრევენციული ღონისძიებების მაქსიმალურად მიზანმიმართული დაგეგმვა დაავადების გავრცელების შეზღუდვის მიზნით.

პუბლიკაციები:

1. საქართველოში 2013 წელს აივ/შიდსით პირთა სტომატოლოგიური სტატუსი - ბუხნიკაშვილი ე.თ., ცინცაძე მ.ჯ., აბაშიძე ნ.ო., დიდბარიძე ნ.გ., გოგიშვილი ხ.ბ. // თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული. XLVIII. 2014. uak 378.4 (479.22) (066). ISSN 1987-8990. გვ. 38-40.
2. აივ/შიდსთან ასოცირებული პირის ღრუს დაავადებები და მათი სტატისტიკა საქართველოში 2013-2015 წლებში - ბუხნიკაშვილი ე.თ., აბაშიძე ნ.ო., ცინცაძე მ.ჯ., ჯაში ლ.მ., გოგიშვილი ხ.ბ. // თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული. XLIX. 2015. uak 378.4(479.22) (066). ISSN 1987-8990. გვ. 19-22.
3. აივ/შიდსთან ასოცირებული პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა გამოვლინების თავისებურებანი და სტატისტიკური მონაცემები 2016 წელს საქართველოში - ბუხნიკაშვილი ე.თ., აბაშიძე ნ.ო., ცინცაძე მ.ჯ., ივერიელი მ.ბ., გოგიშვილი ხ.ბ. // თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტომი 50. 2016. uak 378.4(479.22) (066). ISSN 1987-8990. გვ. 31-33.
4. **The Prevalence of Oral Manifestations Among the HIV-Infected Patients Co-Infected with Viral Hepatitis B or/and C or without them in Georgia in 2014** - E. Buhnikashvili, M. Tsintsadze, N. Abashidze, M. Iverieli, Kh. Gogishvili, N. Didbaridze. // BLACK SEA. Scientific Journal of Academic Research. Multidisciplinary Journal. Refereed & Reviewed Journal. ISSN: 1987-6521. E-ISSN: 2346-7541. DOI prefix: 10.23747. JOURNAL INDEXING: General Impact Factor 2016-2.3492, IARC Impact Factor 2016-1.830, (ICR) Impact factor -1.026, C.J. Russian Impact factor -0.171, Global Impact Factor 2016 -0.791. August-September 2017 Volume 36. ISSUE 04. pg. 16-20.

5. **ОБЗОР СИТУАЦИИ ПО ВИЧ/СПИД В ГРУЗИИ.** Етер Бухникашвили, Майя Цинцадзе, Манана Ломидзе, Нино Дидбаридзе, Кетеван Шермадини. // BLACK SEA. Scientific Journal of Academic Research. Multidisciplinary Journal. Refereed & Reviewed Journal. / ISSN: 1987-6521, E-ISSN: 2346-7541, DOI: 10. 15357. September-October 2014. Volume 16. ISSUE 09. pg. 106-110.

მოხსენებები:

1. “მეცნიერებებისა და ინოვაციების ფესტივალი 2016”-ის ფარგლებში თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მიერ ორგანიზებული ღონისძიება.
2. GAACI. VIII Georgian Congress of Allergy, Asthma & Immunology. VI International Congress “Health and Drugs”. Tbilisi-Tskhaltubo, June 24-27, 2015

თავი I. ლიტერატურული მიმოხილვა

ზოგადი სტატისტიკური მონაცემები და სტრატეგიები:

აივ/შიდსი 1982 წელს აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის (CDC) მიერ ოფიციალურად იქნა რეგისტრირებული, როგორც ახალი დაავადება [1, 6, 8, 9, 49].

აივ ინფექცია/შიდსი კლინიკურად პირველად 1981 წელს აშშ-ში აღწერეს, როდესაც, ჰომოსექსუალ მამაკაცებში, ზედიზედ იქნა დიაგნოსტირებული იშვიათი დაავადებების პნევმოცისტური პნევმონიისა და კაპოშის სარკომის რამდენიმე შემთხვევა. აღნიშნული ნოზოლოგიები მანამდე მხოლოდ იმუნოკომპრომისულ პირებში იყო აღწერილი. ვინაიდან უცნობი მიზეზით გამოწვეული იმუნური სისტემის დარღვევები პირველად ჰომოსექსუალებში აღინიშნა, თავიდან ამ დაავადებას “გეი-ასოცირებული იმუნოდეფიციტი” უწოდეს. შემდეგ გაირკვა, რომ ეს უცნობი სინდრომი შეიძლება ჰქონოდატ მოსახლეობის სხვა წარმომადგენლებსაც [1, 6, 14, 65, 143].

1983 წელს შიდსის გამომწვევი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი ერთდროულად აღმოჩენილ იქნა პარიზში (საფრანგეთი) პასტერის ინსტიტუტში ლუკ მონტანიესა და ბეთესდამი (აშშ) კიბოს ნაციონალურ ინსტიტუტში რობერტ ჰალოს მიერ. აღსანიშნავია, რომ ამერიკელ მეცნიერს დიდი დამსახურება მიუძღვის ვირუსის კულტივაციასა და პირველი აივ-სადიაგნოსტიკო ტესტის სისტემის გამოგონებაში. ამავე წელს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ დადგინდა ინფექციის გადაცემის გზები [1, 2, 6, 14, 49, 143].

აივ-ის წარმოშობის შესახებ არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა. ზოგი მეცნიერი მიიჩნევს, რომ აივ ინფექცია სულაც არ არის ახალი და რომ ის ხანგრძლივად არსებობდა ცენტრალურ და დასავლეთ აფრიკის ზოგიერთ რეგიონში, მაგრამ გლობალურად გავრცელდა მხოლოდ მე-20 საუკუნის ბოლოს, რასაც სხვა ფაქტორებთან ერთად ხელი შეუწყო აფრიკიდან იაფფასიანი სისხლის ექსპორტმა ამერიკისა და ევროპის სისხლის ბანკებში. სისხლის გამოკვლევა იმ პერიოდისათვის ტარდებოდა სხვა, მაშინ ცნობილ, სისხლისმიერ ინფექციებზე და არა აივ-ზე.

პირველად აივ ინფექცია გავრცელდა აშშ-ში, სწორედ ინფიცირებული დონორის სისხლის გადასხმის გზით, შემდეგ კი, მთელ მსოფლიოში - ინფექციის გადაცემის ცნობილი გზებით [1, 2, 6, 14, 49, 143, 147].

ყველაზე გავრცელებული ვერსიის თანახმად, აფრიკის კონტინენტზე მცხოვრები მაიმუნების ზოგიერთ სახეობაში (მწვანე მაიმუნებსა და მაკაკებში) ფართოდ იყო გავრცელებული აივ-ის წინამორბედი ვირუსი, რომელიც არ იყო პათოგენური ადამიანისთვის. შემდგომში მუტაციის ან/და სხვა ფაქტორების შედეგად ამ ვირუსმა გადალახა სახეობრივი ბარიერი და გავრცელდა ადამიანებში. ამ ვერსიას ადასტურებს ის ფაქტი, რომ აღმოჩენილია ე.წ. მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (მივ), რომელიც იწვევს შიდსის მსგავს დაავადებას და ამასთან, ორივე შემთხვევაში გამოყოფილი ვირუსები საკმაოდ ჰგვანან ერთმანეთს გენეტიკური და ანტიგენური თვისებებით [6, 10, 12]. აივ/შიდსის პირველი შემთხვევები რეტროსპექტულად იქნა დადასტურებული გაყინული სისხლის ნიმუშებში, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ აივ-ის ეპიდემია დაწყებულა ჯერ კიდევ მე-20 საუკუნის 50-იან წლებში [1, 2, 6, 14, 49, 143].

დღეისათვის, აივ/შიდსის პანდემია ჯერ კიდევ გლობალურ კრიზისად არის აღიარებული და თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთ უმწვავეს პრობლემას წარმოადგენს [1, 3, 9, 127, 128, 129].

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო-ს) ოფიციალური მონაცემების თანახმად, აივ/შიდსის ეპიდემიის დაწყებიდან, კერძოდ 1990 წლი-დან 2018 წლის ჩათვლით, მსოფლიოში სულ დაინფიცირდა 74.9 მლნ-ზე [58.3 მლნ–98.1 მლნ] მეტი ადამიანი. მათგან 32.0 მლნ-ზე [23.6 მლნ – 43.8 მლნ] მეტი არის გარდაცვლილი შიდსთან ასოცირებული სხვადასხვა დაავადებით [3, 125, 127, 128, 129].

ჯანმო-ს ოფიციალური მონაცემებით, ამ პერიოდისთვის მსოფლიოში არსებობს 37.9 მილიონი (32.7 მლნ – 44.0 მლნ) აივ ინფიცირებული ადამიანი. მათ შორის:

- 1.7 მილიონი [1.3 მლნ – 2.2 მლნ] - 15 წლამდე ასაკის ბავშვი,
- 36.2 მილიონი [28.8 მლნ – 40.2 მლნ] – ზრდასრული:
 - 18.8 მილიონი [16.4 მლნ – 21.7 მლნ] - ქალი,
 - 17.4 მილიონი [14.9 მლნ – 20.3 მლნ] – მამაკაცი [3, 128, 129].

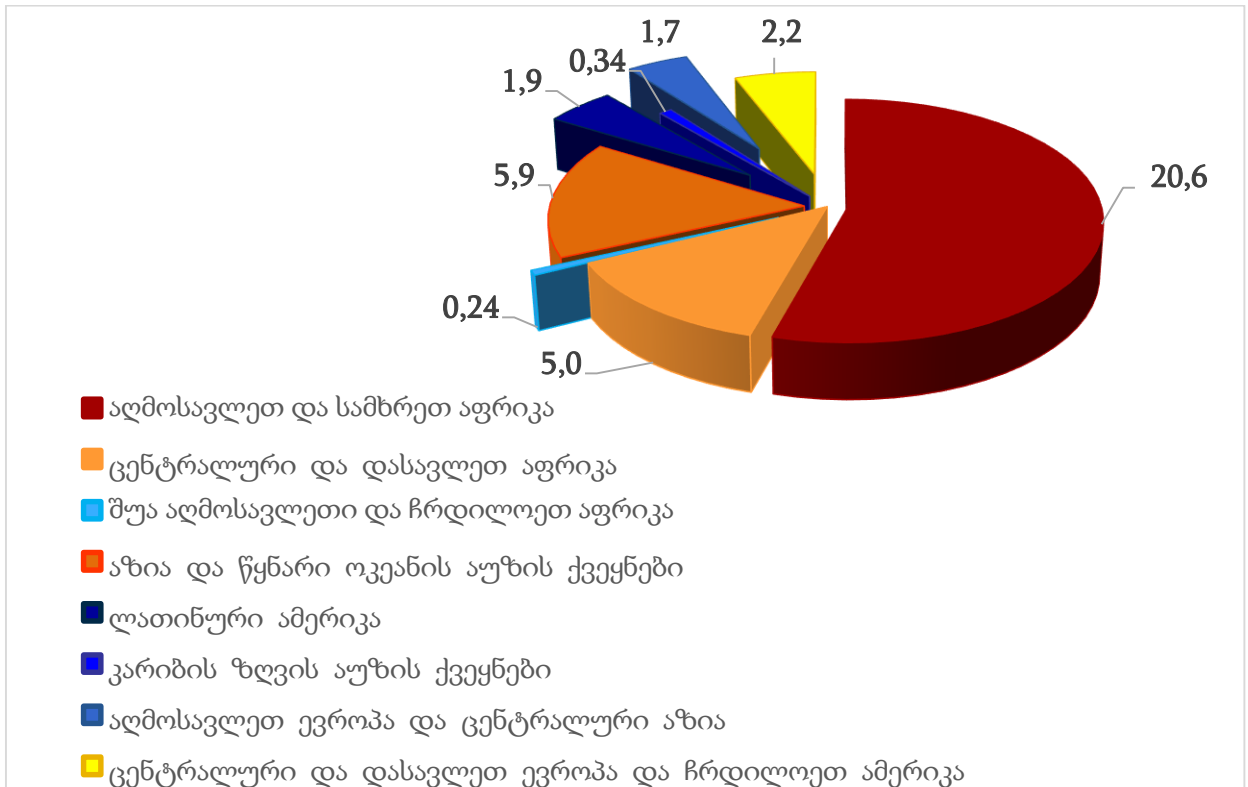
მსოფლიოში აივ ინფექციის გეოგრაფიული გავრცელება ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული რეგიონალური გადანაწილების მიხედვით შემდეგი სახისაა:

- აღმოსავლეთ და სამხრეთ აფრიკა – 20.6 მლნ (18.2 მლნ – 23.2 მლნ),
- ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკა – 5.0 მლნ (4.0 მლნ - 6.3 მლნ),
- შუა აღმოსავლეთი და ჩრდილოეთ აფრიკა – 0.24 მლნ (0.16 მლნ – 0.39 მლნ),
- აზია და წყნარი ოკეანის აუზის ქვეყნები – 5.9 მლნ (5.1 მლნ – 7.1 მლნ),

სურათი #1. აივ/შიდსით პაციენტთა განაწილება მსოფლიოში (მლნ)



დიაგრამა #1. აივ/შიდსით პაციენტთა განაწილება მსოფლიოში (მლნ-ებში)



- ლათინური ამერიკა – 1.9 მლნ (1.6 მლნ – 2.4 მლნ),
- კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნები – 0.34 მლნ (0.29 მლნ – 0.39 მლნ),
- აღმოსავლეთ ევროპა და ცენტრალური აზია – 1.7 მლნ (1.5 მლნ – 1.9 მლნ),
- ცენტრალური და დასავლეთ ევროპა და ჩრდილოეთ ამერიკა – 2.2 მლნ (1.9 მლნ – 2.4 მლნ) (იხ. **სურათი #1, დიაგრამა #1**) [3, 125, 126, 129].

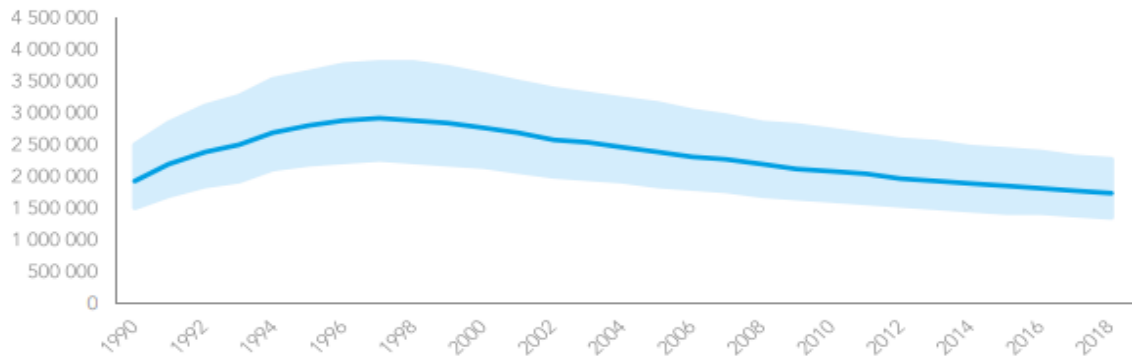
ცხრილი #1-ში წარმოდგენილია 2018 წელს დაფიქსირებული აივ ინფექციის ეპიდსიტუაცია მსოფლიოში. შედარებისთვის აქვე მოყვანილია 2010 და 2015 წლებში დაფიქსირებული მონაცემებიც, რომ შევაფასოთ ბოლო წლების მან-ძილზე არსებული აივ ინფექციის დინამიკა მსოფლიოს რეგიონებში [3, 121, 122, 123, 127].

ცხრილი #1. აივ ინფექციის ეპიდსიტუაცია რეგიონების მიხედვით 2010, 2015 და 2018 წლებში

რეგიონი	აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა (მლნ)		
	2010 წელი	2015 წელი	2018 წელი
აღმოსავლეთ და სამხრეთ აფრიკა	17.2 [16.1 – 18.5]	19.1 [17.7 – 20.5]	20.6 [18.2 – 23.2]
ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკა	6.3 [5.2 – 7.7]	6.5 [5.3 – 7.8]	5.0 [4.0 – 6.3]
შუა აღმოსავლეთი და ჩრდილოეთ აფრიკა	0.19 [0.15 – 0.24]	0.23 [0.16 – 0.33]	0.24 [0.16 – 0.39]
აზია და წყნარი ოკეანის აუზის ქვეყნები	4.7 [4.1 – 5.5]	5.1 [4.4 – 5.8]	5.9 [5.1 – 7.1]
ლათინური ამერიკა და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნები	1.8 [1.5 – 2.1]	2.0 [1.7 – 2.3]	2.24 [1.9 – 2.8]
აღმოსავლეთ ევროპა და ცენტრალური აზია	1.0 [0.95 – 1.1]	1.5 [1.4 – 1.7]	1.7 [1.5 – 1.9]
ცენტრ. და დასავლეთი ევროპა და ჩრდილოეთ ამერიკა	2.1 [1.9 – 2.3]	2.4 [2.2 – 2.7]	2.2 [1.9 – 2.4]
მსოფლიოში	33.3 [30.9 – 36.1]	36.7 [34.0 – 39.8]	37.9 [32.7 – 44.0]

ჯანმოს მონაცემით, 2018 წელს სულ გამოვლინდა 1.7 მლნ [1.4 მლნ – 2,3 მლნ] აივ ინფიცირების ახალი შემთხვევა, რაც დაახლოებით დღეში 5000-მდე პირის ინფიცირებას ნიშნავს. **დიაგრამა #2**-ზე წარმოდგენილია მსოფლიოში აივ/შიდსის ახალ შემთხვევათა დინამიკა 1990 - 2018 წლებში [3, 121, 122, 123, 127].

დიაგრამა #2. აივ ინფიცირების ახალ შემთხვევათა დინამიკა 1990-2018 წლებში



ცხრილი #2-ში წარმოგიდგენთ აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების გამოვლინების ტენდენციებს 2010, 2015 და 2018 წლებში, ცალკეულ რეგიონებსა და ზოგადად, მსოფლიოში. აღნიშნული ცხრილი ნათლად წარმოაჩენს აივ ინფექციის ეპიდსიტუაციასა და მის დინამიკას ბოლო წლების მანძილზე [3, 122, 123, 127, 129].

ცხრილი #2. 2010, 2015, 2018 წლებში გამოვლენილი აივ ინფექციის შემთხვევები

რეგიონი	აივ ინფიცირების ახალი შემთხვევები (მლნ)		
	2010 წელი	2015 წელი	2018 წელი
აღმოსავლეთ და სამხრეთ აფრიკა	1.10 [1.0 – 1.2]	0.96 [0.83 – 1.1]	0.80 [0.62 – 1.0]
ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკა	0.45 [0.35 – 0.56]	0.41 [0.31 – 0.53]	0.28 [0.18 – 0.42]
შუა აღმოსავლეთი და ჩრდილოეთ აფრიკა	0.02 [0.015 – 0.029]	0.021 [0.012 – 0.037]	0.02 [0.01 – 0.04]
აზია და წყნარი ოკეანის აუზის ქვეყნები	0.31 [0.27 – 0.36]	0.29 [0.23 – 0.37]	0.31 [0.27 – 0.38]
ლათინური ამერიკა და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნები	0.10 [0.086 – 0.12]	0.10 [0.086 – 0.12]	0.116 [0.09 – 0.15]
აღმოსავლეთ ევროპა და ცენტრალური აზია	0.12 [0.11 – 0.13]	0.137 [0.17 – 0.20]	150 000 [0.14 – 0.16]
ცენტრ. და დასავლეთი ევროპა და ჩრდილოეთ ამერიკა	0.092 [0.089 – 0.097]	0.091 [0.089 – 0.097]	0.068 [0.058 – 0.077]
მსოფლიოში	2.2 [2.0 – 2.5]	2.1 [1.8 – 2.4]	1.7 [1.4 – 2.3]

ზოგადად მსოფლიოში, ფიქსირდება აივ ინფიცირების ახალი შემთხვევების კლება, თუმცა ზოგ რეგიონში აღინიშნება მნიშვნელოვანი მატებაც და ასევე, აივ ასოცირებული სიკვდილობის ხშირი შემთხვევებიც [3, 121, 122, 123, 127, 129].

ცხრილი #3-ში წარმოდგენილია 2018 წლისთვის აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების, სიკვდილობისა და ზოგადად ავადობის პრევალენტობის ტენდენციები 2010 წელთან რეგიონებსა და მთლიანად მსოფლიოში მოცემული ცხრილიდან ჩანს, რომ აივ ინფიცირების ახალი შემთხვევების ზრდა განსაკუთრებით აღინიშნება აღმოსავლეთი ევროპისა და ცენტრალურ აზიის რეგიონში და ეს მატება ოფიციალური მონაცემებით 2010 წელთან შედარებით შეადგენს +29%-ს. 5%-იანი მატებაა აივ ასოცირებული სიკვდილობის მხრივაც და შესაბამისად, ავადობის პრევალენტობის დონეც მსოფლიოს სხვა რეგიონებთან შედარებით აქ უფრო მაღალია - 9.0% (იხ. ცხრილი #3) [3, 9, 121, 122, 123, 127, 129].

ცხრილი #3. აივ ინფექციით ავადობის და სიკვდილობის ტენდენციები

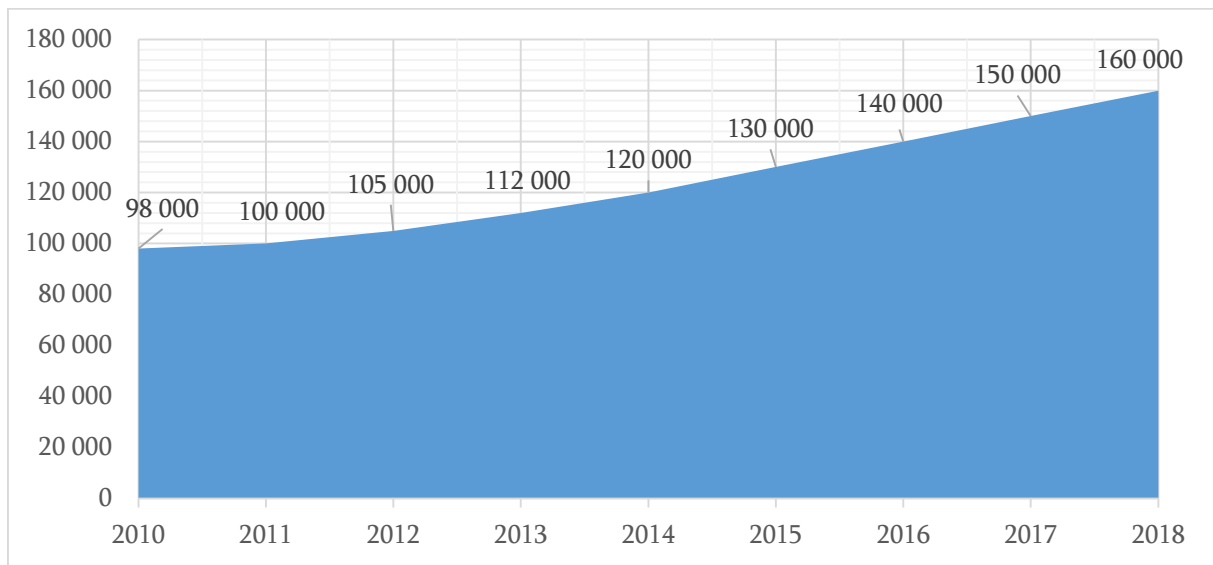
რეგიონი	აივ ინფიცირების მაჩვენებლების ცვლილების ტენდენცია 2018 წელს 2010 წელთან შედარებით		ავადობის პრევალენ ტობის დონე
	ახალი შემთხვევები	სიკვდილობა	
აღმოს. და სამხ. აფრიკა	-28%	-44%	3.9%
ცენტრ. და დასავ. აფრიკა	-13%	-29%	5.5%
შუა, აღმოსავ. და ჩრდ. აფრიკა	+10%	+9%	8.0%
აზია და წყნ. ოკეანის აუზის ქვეყნები	-9%	-24%	5.4%
ლათინური ამერიკის ქვეყნები	+7%	-14%	5.4%
კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნები	-16%	-38%	4.6%
აღმოსავ. ევროპა და ცენტრ. აზია	+29%	+5%	9.0%
ცენტ. და დას. ევროპა და ჩრდ. ამერიკა	-12%	-35%	3.1%

“-” ნიშნავს კლებას,

“+” ნიშნავს მატებას.

მეტი თვალსაჩინოებისთვის ცალკე წარმოგიდგენთ დიაგრამა #3-ს, სადაც ნაჩვენებია აივ-ის გავრცელების ახალი შემთხვევების ზრდის დინამიკა აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონში [3, 121, 122, 123, 127, 129].

დიაგრამა #3. აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების დინამიკა აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში



აივ ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებელი მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში განსხვავებულია. კერძოდ, რუსეთის ფედერაციაში აივ ინფიცირების ახალი შემთხვევების მატება 2010 წელთან შედარებით შეადგენს 35%-ს. ლათინურ ამერიკაში, აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალური აზიის რეგიონში აღნიშნული მონაცემი ბოლო წლებში მცირედით, მაგრამ მაინც სტაბილურად იმატებს. მაშინ როდესაც ჩრდილოეთ ამერიკაში, დასავლეთ და ცენტრალურ ევროპაში სიკვდილობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შეამცირა ანტირეტროვირუსული თერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდამ [3, 9, 121, 122, 123, 143, 151].

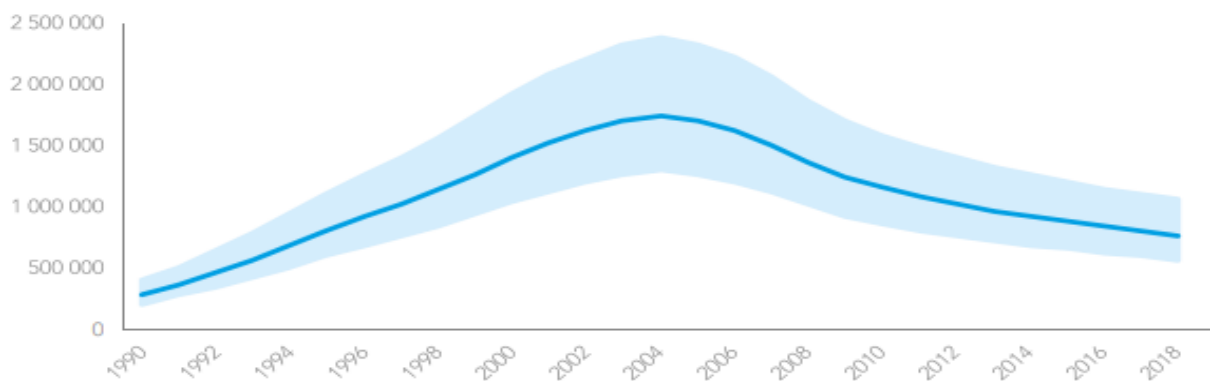
დაავადების მკურნალობაში მიღწეული უდიდესი პროგრესის მიუხედავად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით აივ/შიდსი სიკვდილობის წამყვან მიზეზებს შორისაა და იგი მსოფლიოში მე-6 ადგილზე იმყოფება, ხოლო დაბალი განვითარების ქვეყნებში კი - მე-2 ადგილზე. ცხრილში #4-ში ნაჩვენებია 2010, 2015 და 2018 წლებში შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებლების დინამიკა მსოფლიოს რეგიონალური განაწილების მიხედვით [3, 6, 14, 121, 122, 123, 127, 129].

ცხრილი #4. შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებლები

რეგიონი	შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობა		
	2010 წელი	2015 წელი	2018 წელი
აღმოსავლეთ და სამხრეთ აფრიკა	760 000 [670 000-870 000]	470 000 [390 000-560 000]	310 000 [230 000-400 000]
ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკა	370 000 [290 000-470 000]	330 000 [250 000-430 000]	160 000 [110 000-230 000]
შუა აღმოსავლეთი და ჩრდილოეთ აფრიკა	9 500 [7 400-12 000]	12 000 [8 700-16 000]	8 400 [4 800-14 000]
აზია და წყნარი ოკეანის აუზის ქვეყნები	230 000 [200 000-270 000]	180 000 [150 000-210 000]	200 000 [160 000-290 000]
ლათ. ამერიკა და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნები	60 000 [51 000-70 000]	50 000 [41 000-59 000]	41 700 [30 100-55 100]
აღმოსავლეთ ევროპა და ცენტრალური აზია	38 000 [33 000-45 000]	47 000 [39 000-55 000]	38 000 [28 000-48 000]
ცენტრ. და დასავლეთი ევროპა და ჩრდ. ამერიკა	29 000 [27 000-31 000]	22 000 [20 000-24 000]	13 000 [9 400-16 000]
მსოფლიოში	1.65 მლნ [1.3 მლნ-1.8 მლნ]	1.12 მლნ [940 000-1.5 მლნ]	770 000 [570 000-1.1 მლნ]

დაავადების მკურნალობაში მიღწეული უდიდესი პროგრესის მიუხედავად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით აივ/შიდსი სიკვდილობის წამყვან მიზეზებს შორისაა და იგი მსოფლიოში მე-6 ადგილზე იმყოფება, ხოლო დაბალი განვითარების ქვეყნებში კი - მე-2 ადგილზე. ცხრილი #4-ში განხილულია 2010, 2015 და 2018 წლებში მსოფლიოში დაფიქსირებული შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებლების დინამიკა ბოლო დეკადაში რეგიონალური განაწილების მიხედვით [3, 9, 121, 122, 123, 127].

დიაგრამა #4. შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებელი 1990-2018წ.



დიაგრამა #4-ზე მოცემულია ზოგადად მსოფლიოში აივ-თან ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებლის დინამიკა 1990 - 2018 წლებში [3, 129].

როგორც დიაგრამიდან ჩანს ყოველწლიურად სტაბილურად მცირდება შიდსთან ასოცირებული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა მსოფლიოში.

ამ მაჩვენებლის პიკი აღინიშნა 2004 - 2005 წლებში, როდესაც დაფიქსირდა 2 მლნ-მდე აივ ასოცირებული გარდაცვალება. შემდეგ კი ანტირეტროვირუსული თერაპიის, აივ/შიდსით პაციენტთა მოვლისა და მხარდაჭერის პროგრამების შემუშავებამ და გაფართოებამ განაპირობა ამ მაჩვენებლების სტაბილური კლება. შედეგად, მსოფლიოში 2015 წელს 45%-ით (1.1 მლნ-მდე), ხოლო 2018 წელს კი 55%-ით (770 000-მდე) შემცირდა აივ ასოცირებული სიკვდილობა [3, 128, 129].

დღეისათვის აივ/შიდსი ქრონიკული, მართვადი ინფექციური დაავადებაა, რომლის სამკურნალოდაც შექმნილია მედიკამენტების ჯგუფი, ცნობილი როგორც ანტირეტროვირუსული (არვ) მედიკამენტები. მათი სისტემური მიღება მთელი სიცოცხლის მანძილზე უზრუნველყოფს ეფექტურ კონტროლს დაავადების მიმდინარეობაზე [4, 9, 34, 49, 130, 136, 149].

მოწოდებული გაიდლაინების თანახმად, მკურნალობისთვის ძირითადად გამოიყენება სამი არვ-მედიკამენტის კომბინაცია. მკურნალობის ეს მეთოდი ცნობილია, როგორც მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული თერაპია (მაართ - HAART) ანუ არვ თერაპია [1, 2, 6, 9, 49, 130].

არვ თერაპიის თანამედროვე პრინციპების დანერგვა დაიწყო 1996 წლიდან. 2014 წლის მონაცემებით აივ/შიდსის სამკურნალოდ სულ შემუშავებულია და დამტკიცებულია 30-მდე მედიკამენტი, მათგან სადღეისოდ აქტიურად გამოიყენება 20-მდე მათგანი [1, 2, 12, 13, 26, 49, 141].

მაართ-ი უზრუნველყოფს ვირუსის რეპლიკაციის სწრაფად და მაქსიმალურად დათრგუნვას სისხლში, აგრეთვე მედიკამენტებისადმი რეზისტენტობის განვითარების თავიდან აცილებას, რის შედეგად:

- ვირუსის რნმ სისხლში ხდება არაგანსაზღვრადი,
- CD4⁺ T ლიმფოციტების აბსოლუტური რაოდენობა აღდგენილია და პრაქტიკულად ნორმის ფარგლებშია,
- უმჯობესდება ავადმყოფის სიცოცხლის ხარისხი,

- მნიშვნელოვნად ხანგრძლივდება პაციენტის სიცოცხლე [12, 13, 49, 130].

საერთაშორისო კვლევებით დადასტურებულია, რომ მკურნალობა ეფექტურია არა მხოლოდ შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობის შესამცირებლად, ასევე აივ-ის გადაცემის პრევენციისთვის. რამეთუ, ჩატარებული არც თერაპია მაქსიმალურად ამცირებს ინფიცირებული ადამიანიდან ვირუსის გადაცემის რისკს, ანუ არც მკურნალობაზე მყოფი ადამიანი განეიტრალებულია როგორც ინფექციის წყარო. ამან საფუძველი ჩაუყარა შიდსთან ბრძოლის ახალ მიდგომას “მკურნალობა პრევენციისათვის”, რომლის მიზანია ყველა ინფიცირებულის გამოვლენა, მათი დაუყოვნებლივი ჩართვა სამკურნალო სერვისებში და ვირუსის არაგანსაზღვრადი დონის უზრუნველყოფა [1, 4, 5, 9, 13, 49, 130].

გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ პანდემიის თავისებურებიდან გამომდინარე განსხვავებულია ოფიციალურად რეგისტრირებულთა და ინფიცირებულთა სრული მაჩვენებლები, რაც ასევე დადასტურებულია კვლევებით. კერძოდ, ოფიციალურად რეგისტრირებულ პაციენტთა რაოდენობა, წარმოადგენს აივ ინფიცირებულთა სრული რაოდენობის მხოლოდ 60%-ს. აღნიშნული ნიშნავს იმას, რომ ინფიცირებულთა 40%-მა (რაც, სავარაუდოდ 24,5 მლნ-ზე მეტია) ჯერ კიდევ არ იცის საკუთარი აივ სეროპოზიტიურობის შესახებ და შესაბამისად ისინი წარმოადგენენ ამ ინფექციის გავრცელების რეალურ წყაროს [1, 2, 10, 11, 49, 129].

სხვადასხვა პრევენციული და პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელებამ დადებითი გავლენა იქონია მე-20 საუკუნის ეპიდემიის მასშტაბების შემცირებაში. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შიდსის პროგრამის (UNAIDS) მონაცემებით, უკანასკნელ პერიოდში მსოფლიომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია აივ/შიდსთან ბრძოლის საქმეში [4, 5, 12, 13, 49, 129]. UNAIDS-ის მიერ შემუშავებულია და შემოთავაზებულია აივ/შიდსთან ბრძოლის სამიზნეები - “90-90-90”. აღნიშნული სტრატეგია ნიშნავს, რომ მიღწეულ უნდა იქნეს შემდეგი შედეგები:

1. აივ/შიდსით ავადმყოფთა 90%-ით გამოვლინება,
2. გამოვლენილი აივ/შიდსით ავადმყოფების 90%-ის ჩართვა არც მკურნალობის პროგრამაში,

3. მკურნალობაზე მყოფი აივ/შიდსით ავადმყოფების 90%-ში ვირუსის კონცენტრაცია სისხლში არაგანსაზღვრადია, რაც ნიშნავს, რომ პაციენტი ხდება არაგადამდები [4, 130].

აღსანიშნავია, რომ დღეისათვის საქართველოში გამოვლენილია აივ ინფექციის შემთხვევათა მხოლოდ 59%. მათგან:

- არე მკურნალობაზეა 32%,
- ვირუსი არაგანსაზღვრადია 27%-ში [3, 5, 9].

აღნიშნული მონაცემები აშკარად მიუთითებს საქართველოში აივ/შიდსის მიმართულებით ჩასატარებელი სამუშაოს მასშტაბურობას.

ინფექციის გამოვლენის დაბალი მაჩვენებელი აივ გვიანი დიაგნოსტიკის მთავარი მიზეზია, რომელიც სერიოზული პრობლემაა საქართველოსთვის [3, 9, 10].

მართალია, მსოფლიო სტატისტიკით საქართველო მიეკუთვნება აივ/შიდსის დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს (<0.5%) და ამ ქვეყნებს შორისაც ერთ-ერთი ყველაზე ბოლო ადგილი უკავია (2018 წლისთვის პრევალენტობის მაჩვენებელი იყო 0.4%). მაგრამ, დღეისათვის საქართველოში რეგისტრირებულია 8150-ზე მეტი შემთხვევა, ამასთან შიდსის პანდემიის გავრცელების თავისებურებიდან გამომდინარე სავარაუდოდ ინფიცირებულთა რაოდენობა გაცილებით მეტია და დაახლოებით 13 000-ზე მეტს შეადგენს. ეს კი ჩვენი მცირერიცხოვანი ქვეყნისთვის საკმაოდ სოლიდური მაჩვენებელია [3, 6, 9, 10].

გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია ქვეყნის ადგილმდებარეობა და აივ/შიდსის მაღალი პრევალენტობა მეზობელ ქვეყნებში, რაც განაპირობებს ჩვენთან ეპიდემიის მაღალ პოტენციალს, აგრეთვე საყურადღებოა კიდევ სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორებიც, როგორცაა:

- ქვეყანაში არსებული ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების მაღალი მაჩვენებელი,
- ხშირი, დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის მქონე პირები და მათი პარტნიორები,
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მაღალი პრევალენტობა,
- მიგრაცია ეპიდემიის მქონე ქვეყნებში,
- დაავადების გვიანი გამოვლინება,

- თავდაცვის საშუალებებზე ტრადიციულად დაბალი მოთხოვნილება და/ან მათი არასისტემატიური მოხმარება,
- აივ ინფექციასთან ასოცირებული სტიგმა-დისკრიმინაცია [1, 3, 49, 61, 65, 151].

აივ-ის ეტიოპათოგენები

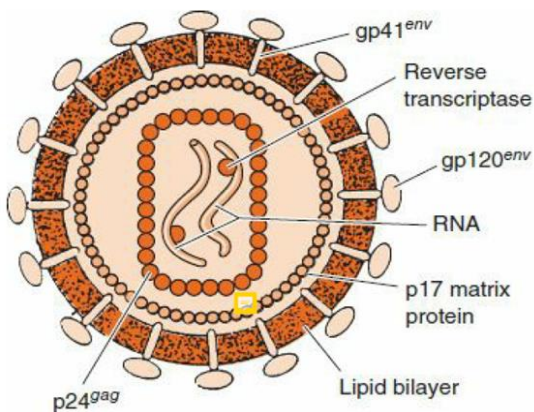
აივ ინფექცია ვირუსული ეტიოლოგიის კონტაგიოზური დაავადებაა, რომელიც ვლინდება სხვადასხვა ეტიოლოგიის (ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი და პარაზიტული) ინფექციური პროცესების სახით (B20), დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციით (ICD-10), მიეკუთვნება I კლასს (“ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადება”) და შედის ბლოკში ”დაავადებები გამოწვეული ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით” [2, 6, 7, 8, 49].

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) მიეკუთვნება რეტროვირუსების (Retroviridae) ოჯახს და ლენტვირუსების (Lentivirus) გვარს, რომლებიც წარმოადგენენ ნელი ინფექციების გამომწვევეებს, ხანგრძლივი ინკუბაციური პერიოდით. აივ ადამიანის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ აზიანებს ორგანიზმის იმუნურ (დამცველ) სისტემას და მწყობრიდან გამოჰყავს იგი, შედეგად ვითარდება იმუნური პასუხის დაქვეითება, რასაც თან სდევს ვირუსის სისხლში ცირკულაცია (პერსისტული ვირემია). ისინი ანადგურებენ T-ჰელპერებს, აზიანებენ აგრეთვე სხვა უჯრედებსაც: მაკროფაგებს, მონოციტებს, სისხლძარღვების ენდოთელიუმის უჯრედებს, ნაწლავთა ლორწოვანი გარსისა და ნერვული სისტემის უჯრედებს. ამგვარად, უჯრედული იმუნური სისტემის ხანგრძლივი დაზიანების შედეგად ორგანიზმში მუდმივად პროგრესირებს იმუნოდეფიციტი. პროცესი თანდათანობით ღრმავდება და ყალიბდება დაავადების საბოლოო სტადია - შიდსი (შემქნილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი), რაც გამოიხატება სხვადასხვა ორგანოების და/ან ორგანოთა სისტემების მძიმე დაავადებებით და ეს ხშირად იწვევს ლეტალურ შედეგს [2, 6, 27, 49, 84, 94].

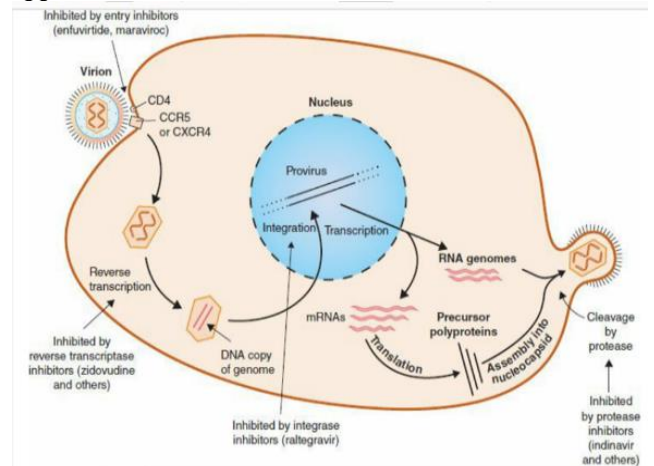
აივ აღმოჩენილია ადამიანის ყველა ბიოლოგიურ სითხეში სხვადასხვა რაოდენობით (კონცენტრაციით), მაგრამ გადაცემა ხდება მხოლოდ სისხლით, სპერმით, ვაგინალური სეკრეტით და დედის რძით, ანუ იმ ბიოლოგიური სითხეებით, სადაც მაღალია აივ-ის კონცენტრაცია. ამდენად, ვირუსის გადაცემის გზებია: პარენტერალური, სქესობრივი და პერინატალური [1, 2, 6, 14, 49].

აივ სფეროსებრი ფორმის რთული (გარსიანი) ვირუსია, დიამეტრით 100-120 ნმ. შეიცავს ორ იდენტურ ერთ სპირალიან რნმ-ის მოლეკულას. ზედაპირზე გააჩნია 72 გლიკოპროტეინული წანაზარდი, რომელიც წარმოდგენილია 2 ერთმანეთთან შეკავშირებული მოლეკულის - gp120 და gp41 სახით. სწორედ ეს ცილები მონაწილეობენ ვირუსის უჯრედებზე ადჰეზიაში. ასევე, აღსანიშნავია მასპინძლის სამიზნე უჯრედებზე არსებული რეცეპტორი CD4⁺ და თანარეცეპტორები CXCR4 და CCR5, რომელთა მუტაციის შემთხვევაში ვითარდება ბუნებრივი რეზისტენტობა აივ-ის მიმართ. გარსის ქვეშ მდებარე მატრიცული ცილოვანი შრე ასრულებს კარკასის როლს. ვირუსის ცენტრში კი მდებარეობს ნუკლეოკაფსიდი, რომელიც შეიცავს ცილოვანი გარსით შემოსაზღვრულ რნმ-ის ორ მოლეკულას. ვირუსის შემადგენლობაშია, აგრეთვე, 4 ფუნქციური პროტეინი, ნუკლეოპროტეინები და ფერმენტები (იხ. სქემა #1 და #2) [79, 84, 94, 135].

სქემა #1.



სქემა #2.



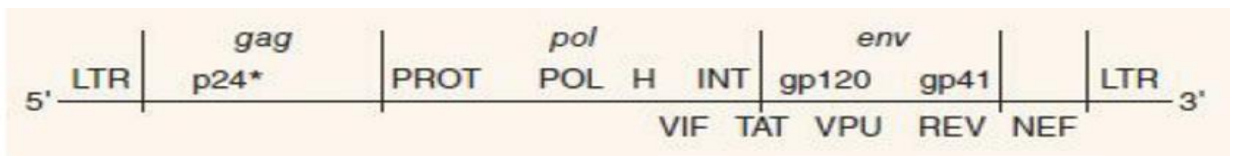
ვირუსის გენეტიკური სტრუქტურა

რნმ-ის ერთსპირალიან ორ მოლეკულაში ლოკალიზებულია 9 გენი, რომელიც აივ-ის 15 ცილას აკოდირებს. ძირითადი სტრუქტურული გენი სამია: gag, pol და env. გენი gag განაპირობებს ჯგუფოსპეციფიკური ანტიგენების სინთეზს (ნუკლეოტიდებს და მატრიქსულ ცილებს). გენი pol აკოდირებს დნმ-პოლიმერაზას (უკუტრანსკრიპტაზა) და სხვა ცილებს. გენი env აკოდირებს გარსის შემადგენლობაში შემავალ ყველა ზემოთ

ჩამოთვლილ ცილას. სწორედ ეს ცილები განაპირობებენ მის მაღალ ვარიაბელობას. ვირუსი შეიცავს 5 მუდმივ (C-კონსტანტურ) და 5 ვარიაბელურ (V) უბანს. ამ უკანასკნელში ამინომჟავების თანმიმდევრობის მონაცვლეობის სიხშირე 30%-დან 90%-მდეა. აღნიშნული გენის მუტაციების სიხშირე შეადგენს 10^{-4} - 10^{-5} შემთხვევა 1 გენომზე 1 ციკლის დროს, ანუ 2-3-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ჩვეულებრივი გენების მუტაციის სიხშირეა (იხ. სქემა #3) [49, 84, 135].

ნებისმიერ შემთხვევაში ცილების პირველადი პროდუქტი ექვემდებარება პროცესინგს, ანუ ხდება მათი დაშლა უფრო მარტივ ცილებად. რეგულატორული ცილები განლაგდებიან *pol* და *env* გენებს შორის. ეს ცილები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ვირიონის ფორმირებასა და მის ურთიერთქმედებაში უჯრედთან [49, 84].

სქემა #3. აივ-ის გენეტიკური სტრუქტურა



ვირუსის სასიცოცხლო ციკლი მოიცავს რეპლიკაციისას მუტაციებისა და რეკომბინაციების (დრეიფი და შიფტინგი) დიდ სიხშირეს, რომელიც იწვევს ვირუსის ანტიგენური ბუნების ცვალებადობას. სწორედ ეს მექანიზმები განაპირობებენ აივ ვირუსის ხანგრძლივ და პერსისტენტულ მიმდინარეობას მასპინძლის ორგანიზმში. ზუსტად ეს არის დღეისათვის პრევენციული და თერაპიული ვაქცინების არარსებობის მიზეზიც [49, 53, 84].

რეტროვირუსების წარმომადგენლების მემკვიდრული ინფორმაცია კოდირებულია ფერმენტ უკუტრანსკრიპტაზასთან დაკავშირებულ რნმ-ის მოლეკულაში, რომელიც ორი ძაფით არის წარმოდგენილი. საიდანაც ხდება დნმ-ის ტრანსკრიპცია, რეპლიკაცია და ბოლოს ინტეგრაცია მასპინძლის უჯრედის (T-ჰელპერის) ქრომოსომაში (რნმ-დამოკიდებული დნმ-პოლიმერაზას მეშვეობით) (იხ. სქემა #1 და #2) [49, 56, 58, 84].

აივ-ის ტიპები და სუბტიპები:

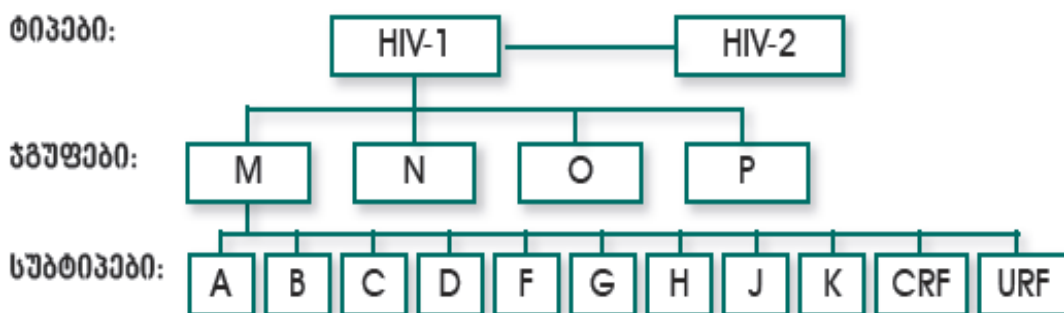
თანამედროვე კლასიფიკაციით განასხვავებენ აივ-ის ორ ძირითად ტიპს: აივ-1 და აივ-2. ორივე ტიპის ვირუსს შეუძლია სერიოზული იმუნოდეფიციტის გამოწვევა, მაგრამ განსხვავდებიან კლინიკური მიმდინარეობით. ცნობილია, რომ აივ-2 ნაკლებად პათოგენურია და გადაცემაც უფრო იშვიათად ხდება, რაც განპირობებულია 1 მლ სისხლში ვირუსის ნაკლები შემცველობით [23, 24, 38, 48, 49, 67].

ცნობილია ისიც, რომ აივ-2-ის შემთხვევაში დაავადება ნელა პროგრესირებს და იშვიათად გადადის შიდსის სტადიაზე. არსებული მონაცემების თანახმად, აივ-2-ის დროს პაციენტებში უფრო ხშირად ვითარდება ენცეფალიტი და სერიოზული ციტომეგალია. ხოლო კანდიდოზები, კაპოშის სარკომა და ქრონიკული ცხელება უფრო დამახასიათებელია აივ-1-ის ტიპით ინფიცირებული პაციენტებისთვის [2, 64].

აივ/შიდსის გლობალური ეპიდემია ძირითადად უკავშირდება აივ-1-ს და ამდენად, ამ ვირუსზე საუბრის დროს ჩვენ ვიგულისხმებთ აივ-1-ს [2, 6, 14, 49].

აივ ინფექციას სათავე დაუდო რამდენიმე სახეობის მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსის (SIV-მივ) გადაცემამ პრიმატებიდან ადამიანებზე, რამაც წარმოქმნა აივ-ის 4 ჯგუფი: M, N, P, O (იხ. **სქემა #4**). აივ-1-ის M ჯგუფი პასუხისმგებელია აივ-ის გლობალურ პანდემიაზე. აივ-1-ის M ჯგუფი იყოფა ფილოგენეტიკურად განსხვავებულ 9 გენეტიკურ სუბტიპად [2, 23, 24, 38, 48, 49].

სქემა #4. აივ-ის სუბტიპები



უახლოეს კვლევებზე დაყრდნობით, მსოფლიოში ასევე მნიშვნელოვნად არის გავრცელებული აივ-1-ის სუბტიპი C, რომელიც ყველაზე მეტად გვხვდება სამხრეთ და აღმოსავლეთ აფრიკაში (მსოფლიოში აივ-1-ის ინფექციის 50% სწორედ მასზე მოდის).

გავრცელების მიხედვით შემდეგ გვხვდება დასავლეთ და ცენტრალურ აფრიკაში გავრცელებული სუბტიპი A, რომელიც ასევე გავრცელებულია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში. აივ-1-ის B სუბტიპი კი დომინირებს დასავლეთ ევროპის და ჩრდილოეთ ამერიკის ქვეყნებში [2, 38, 48, 49, 67].

ცხრილი #5-ში მოცემულია თითოეული სუბტიპის გავრცელების ძირითადი არეალი მსოფლიოს მასშტაბით.

ცხრილი #5. აივ-ის სუბტიპების გავრცელების არეალი

სუბტიპი	გავრცელების ძირითადი არეალი
A	ცენტრალური და აღმოსავლეთ აფრიკა, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები, მათ შორის ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების ნაწილი (რუსეთი, უკრაინა)
B	ცენტრალური და დასავლეთი ევროპა, ჩრდილოეთი და სამხრეთი ამერიკა, ავსტრალია, სამხრეთი აზიის ქვეყნები (იაპონია, ტაილანდი), ჩრდილოეთ აფრიკა და შუა აღმოსავლეთი
C	სუბ-საჰარული აფრიკა, ინდოეთი, ნეპალი, ბრაზილია, ჩინეთის ზოგიერთი რეგიონი
D	ცენტრალური, ჩრდილოეთ და აღმოსავლეთ აფრიკა, შუა აღმოსავლეთი
E	სამხრეთ-აღმოსავლეთი აზია
F	სამხრეთი და სამხრეთ-აღმოსავლეთი აზია, ცენტრალური აფრიკა, სამხრეთ ამერიკა და აღმოსავლეთი ევროპა
G	ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკა, ცენტრალური ევროპა
H	ცენტრალური აფრიკა
J	ცენტრალური, ჩრდილოეთ და დასავლეთ აფრიკა, კარიბის ზღვის ქვეყნები
K	კონგო და კამერუნი

აივ-1-ის P ჯგუფის ვირუსი აღმოაჩინეს 2009 წელს საფრანგეთში მაცხოვრებელ კამერუნელ ქალებში და გორილებში (SIVgor), ჰგავს მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსს [6, 24, 38, 48, 56].

აივ-1-ის ჯგუფის ვირუსი გამოვლენილია მხოლოდ კამერუნში [38, 48, 49].

აივ-1-ის ჯგუფის ვირუსი - ცენტრალურ და სამხრეთ აფრიკაში (ძირითადად კამერუნში) [38, 48, 67].

უახლოეს კვლევებზე დაყრდნობით, მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებულია აივ-1-ის ქვეჯგუფი C. მსოფლიოში აივ-1-ის ინფექციის 50% სწორედ ამ სუბტიპზე მოდის. გავრცელების მიხედვით მეორეა ქვეჯგუფი A, შემდეგ კი – სუბტიპი B [6, 14, 40, 48].

საქართველოს მონაცემით, შიდსის ცენტრში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, აივ/შიდსით რეგისტრირებული პაციენტების 89.4% ინფიცირებული იყო აივ-1-ის A სუბტიპით და იგი ყველაზე გავრცელებულია ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის (94%) და ჰეტეროსექსუალური გზით ინფიცირებულ პირებში (92%), ხოლო ჰომო/ბისექსუალური კონტაქტით ინფიცირებულებს შორის კი, დაუდგინდა მხოლოდ 40%-ს [6, 14, 48].

აივ-ის თავისებურებები:

- აივ-ს ახასიათებს უნიკალური ცვალებადობა. თვლიან, რომ ადამიანის ორგანიზმში ინფექციის პროგრესირების შესაბამისად უსიმპტომოდან მანიფესტაციამდე ხდება ვირუსის ევოლუცია ნაკლებ ვირულენტურიდან უფრო ვირულენტურ ფორმამდე;
- აივ-ის გენეტიკურ აპარატს აქვს დამატებითი გენები, რომლებიც სხვა რეტროვირუსებს არ აქვთ და ამიტომ მისი ტრანსკრიფციის სიჩქარე ათასჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე სხვა ვირუსების;
- აივ-ის გენომი ინტეგრირდება დაზიანებული უჯრედის ქრომოსომაში და ინფექცია ამგვარად ორგანიზმში რჩება მთელი ცხოვრების მანძილზე და იწვევს ინფიცირებულის იმუნურ სისტემაში მნიშვნელოვან დარღვევებს [49, 84, 86].

აივ ინფექციის პროგრესირების სახეები:

დადგენილია, რომ პერიოდი დაინფიცირების მომენტიდან კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებამდე საშუალოდ 5-10 წელია. მაგრამ, მაინც აღნიშნავენ, რომ აივ ინფექცია პროგრესირების ტემპით სხვადასხვა პაციენტებში ძალიან ვარიაბელურია და მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული, როგორც ადამიანის ორგანიზმის იმუნიტეტზე, ასევე ვირუსის თავისებურებებზე. ამდენად, განასხვავებენ აივ ინფექციის მიმდინარეობის სამ ტიპს:

1. **ტიპიური მიმდინარეობა** – აღნიშნება აივ ინფიცირებული პაციენტების 80-90%-ში, რომელთა სასიცოცხლო ხანგრძლივობა 10 წელია. აივ ინფექციის დასაწყისში, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ადგილი აქვს მწვავე იმუნურ პასუხს, რასაც მოჰყვება ხანგრძლივი ლატენტური პერიოდი. როდესაც აქტიურად მიმდინარეობს ვირუსის რეპლიკაცია და CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობრივი შემცირება.
2. **სწრაფად პროგრესირებადი მიმდინარეობა** – იგი ინფიცირებული პაციენტების 5-10% უვლინდება. მას ახასიათებს დაავადების უჩვეულოდ სწრაფი მიმდინარეობა. 2-3 წელიწადში პროგრესირებს და გადადის შიდსის სტადიაში. ორგანიზმის იმუნური პასუხი აივ-ის მიმართ დეფექტურია ანუ მცირე ანტისხეულების ტიტრი, დაქვეითებულია CD8⁺ T-უჯრედების მიერ აივ-ის სუპრესია. სწრაფად პროგრესირებს ჯერ კიდევ დაავადების ადრეულ ეტაპზე. აღნიშნებათ გვიანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი იმუნური დარღვევები და ვირუსული დატვირთვაც არის ძალიან მაღალი.
3. **ხანგრძლივად არაპროგრესირებადი მიმდინარეობა** – ინფიცირებულთა დაახლოებით 5% მკურნალობის გარეშეც ხანგრძლივი დროის მანძილზე არ განიცდის დაავადების პროგრესირებას და შესაბამისად, არც ვითარდება შიდსის სტადია მათთან. ამ შემთხვევაში CD4⁺ T უჯრედების აბსოლუტური რიცხვიც სტაბილურია (>600 უჯრ/მმ³). აივ სპეციფიკური ჰუმორული (Th2) და უჯრედული (Th2) პასუხი ძლიერია. CD4⁺ T უჯრედების სტაბილურ, ნორმალურ რიცხვთან ერთად მაღალია CD8⁺ T ლიმფოციტების რიცხვიც. ხანგრძლივად არაპროგრესირებადი ფორმის მქონე პაციენტებში ვირუსული დატვირთვა ტიპიურ პროგრესირებადი ფორმის პაციენტებთან შედარებით დაახლოებით 20-ჯერ ნაკლებია. ლიმფური კვანძების სტრუქტურა უცვლელი რჩება დროის დიდ ინტერვალში, ასევე დაბალია ლორწოვანთან ასოცირებული ლიმფოიდური ქსოვილის (MALT) შემადგენელი უჯრედების აქტივაციის ხარისხიც [2, 6, 14, 33, 49, 73, 75].

ზემოთ აღნიშნული კანონზომიერება ეხება არანამკურნალებ ავადმყოფებს, ხოლო მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების ფონზე აივ ინფექციის მიმდინარეობა მნიშვნელოვნად განსხვავებულია [22, 49, 134, 150].

აივ ინფექციის მიმდინარეობა:

სისხლის პლაზმის 1 მმ³ მოცულობაში CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობრივი შემცველობის მიხედვით განასხვავებენ დაავადების განვითარების სხვადასხვა ეტაპებს:

I სტადია:

ინკუბაციური პერიოდი – ფანჯარა პერიოდსაც უწოდებენ,

საწყისი ინფექცია ანუ მწვავე სეროკონვერსიული სინდრომი - მწვავე აივ ინფექცია, ადრეული აივ ინფექცია ანუ სუბკლინიკური (ასიმპტომური) სტადია, როდესაც CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობა აღემატება 500 უჯრედს სისხლის 1 მმ³ მოცულობაში.

II სტადია:

შუალედური აივ ინფექცია ანუ სიმპტომური სტადია, როდესაც CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობა 500–200 უჯრ/მმ³ ფარგლებშია.

III სტადია:

შიდსი – შექმნილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი და გამოყოფენ შემდეგ სტადიებს:

1. გვიანი აივ ინფექცია – CD4⁺ T ლიმფოციტების რიცხვი 200–50 უჯრ/მმ³ ფარგლებშია,
2. შორსწასული აივ ინფექცია – CD4⁺ T ლიმფოციტების რიცხვი 50 უჯრ/მმ³-ზე ნაკლებია,
3. ტერმინალური აივ ინფექცია [1, 2, 6, 14, 49, 135].

აივ ინფექციის საწყისი ფაზა მოიცავს ინფიცირებიდან დაახლოებით ერთი წლის პერიოდს. ვირუსის ორგანიზმში შეჭრიდან 2 კვირის შემდეგ იწყება მისი საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამომუშავება და აღწევს პიკს ასიმპტომური ფაზის დროს. ანტისხეულების გაჩენას სისხლში სეროკონვერსია ეწოდება, ხოლო პერიოდს ინფიცირებიდან სეროკონვერსიამდე – ფანჯრის პერიოდი. ამ დროს ანტისხეულების აღმოჩენა არის საკმაოდ რთული, რადგან მათი ტიტრი მცირეა. ხოლო, ვირუსი ცირკულირებს სისხლში და ადამიანი წარმოადგენს ინფექციის წყაროს. აღინიშნება მკვეთრი ვირემია, რაც გრძელდება ვირუსის შეჭრიდან პირველი 6 თვის მანძილზე და ხასიათდება ვირუსული რნმ-ის შემცველობის მკვეთრი მატებით სისხლის პლაზმასა

და ქსოვილოვან სითხეებში. შემდეგ ვირემიას თან ახლავს გამოხატული იმუნური პასუხი, რის შედეგადაც სისხლის პლაზმაში მნიშვნელოვნად მცირდება ვირუსის კონცენტრაცია და აღწევს მინიმალურ დონეს. ამ ფაზას თან სდევს დაავადების სუბკლინიკური (ასიმპტომური) სტადია, რომლის დროს ადგილი აქვს ინფექციის პროგრესირების შეწყვეტას, პროცესის გადაყვანას ლატენტურ ფაზაში, რაც შეიძლება გაგრძელდეს საშუალოდ 5-10 წლის მანძილზე. CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობა იკლებს მცირედით, ასევე თანდათანობით იმატებს ვირუსული რნმ-ის რაოდენობა და დაავადება გადადის კლინიკური სიმპტომების გამოვლენის, სიმპტომურ ანუ შუალედურ სტადიაზე [49, 84].

შუალედური აივ ინფექცია ანუ სიმპტომური სტადია, წარმოადგენს დაავადების მიმდინარეობის იმ ეტაპს, როდესაც CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობა 1 მმ³ სისხლში 500-დან 200-მდე განისაზღვრება. ამ სტადიაზე პაციენტს უვლინდება სხვადასხვა სახის ოპორტუნისტული ინფექციები და სიმპტომები, რომლებიც წარმოადგენს იმუნური ფუნქციის დათრგუნვის შედეგებით ადრეულ მარკერებს: ლიმფადენოპათია, ცხელება, დიარეა, თავის ტკივილი, სისუსტე, ოფლიანობა, წონაში კლება, გამონაყარი კანზე, სხვადასხვა გამოვლინებები ლორწოვანზე და ა.შ. [1, 2, 6, 14, 49, 73, 95, 135].

ბოლო სამი ეტაპი კი ერთიანდება შიდსის სტადიაში. დაავადების ასიმპტომური მიმდინარეობისას ვირუსი რეპლიცირდება აქტიურად და CD4⁺ T უჯრედების რაოდენობა კრიტიკულად მცირდება. შედეგად ყალიბდება შიდსის სტადია, როდესაც 1 მმ³ სისხლში CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობის მაჩვენებელი 200-ზე ნაკლებია. იმუნიტეტი ძლიერ ქვეითდება და ორგანიზმში ვითარდება სხვადასხვა ოპორტუნისტული ინფექციები (ბაქტერიული, სოკოვანი, ვირუსული, პარაზიტული), ასევე სხვადასხვა სახის სიმსივნური და/ან სისტემური დაავადებები. თუ დროულად არ მოხდება არც თერაპიის დაწყება, მაშინ ლეტალობა გარდაუვალი ხდება [1, 2, 6, 14, 49, 73, 95, 135].

შიდსის დეფინიციის და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისათვის საქართველოში გამოიყენება აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია, რომელიც მიღებულია 2014 წელს.

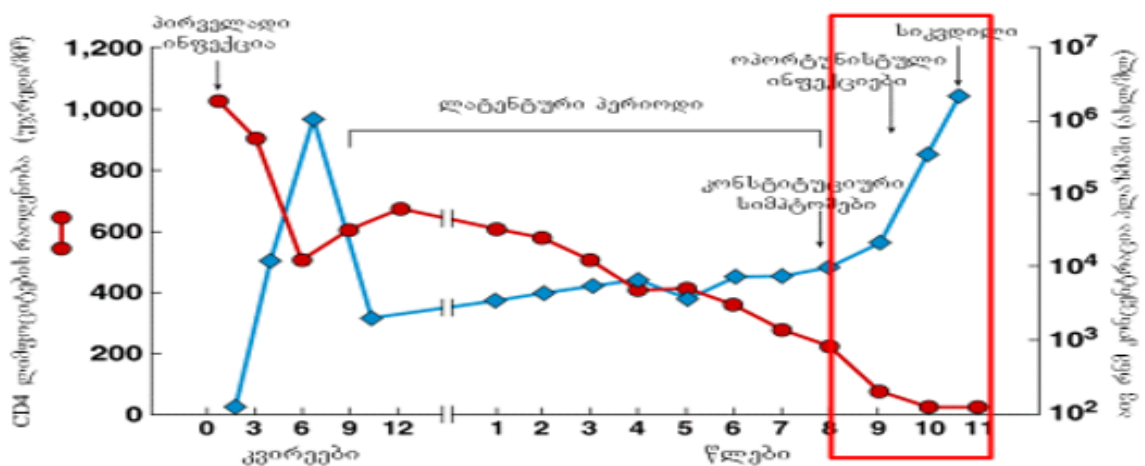
აღნიშნული კლასიფიკაციით აივ ინფექციის სტადიებს ჰყოფენ ასაკისა და CD4⁺ T ლიმფოციტების მაჩვენებლების მიხედვით (იხ. ცხრილი #6) [1, 4, 6, 9].

ცხრილი #6. აივ ინფექციის სტადიები ასაკისა და CD4⁺ T ლიმფოციტების მაჩვენებლების მიხედვით

CD4 ⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობა (უჯრედი/მმ ³)						
სტადია	<1 წლის		1-5 წლის		≥6 წლის	
	უჯრედი/მმ ³	%	უჯრედი/მმ ³	%	უჯრედი/მმ ³	%
I	1500	34	≥1000	≥30	≥500	≥26
II	750 - 1499	26 - 33	500 - 999	22 - 29	200 - 499	14 - 25
III	<750	<26	<500	<22	<200	<14

როგორც ცხრილშია ნაჩვენები, გამოყოფენ სამ ასაკობრივ ჯგუფს. პირველი და მეორე ჯგუფი აერთიანებს 1-მდე და 1-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს, მესამე კი - აერთიანებს 6-10 წლამდე ასაკის ბავშვებს, 10-19 წლამდე მოზარდებს და 19 წლის ზევით მოზარდილებს ანუ ზრდასრულებს. თითოეული ჯგუფისთვის დადგენილია CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობის გარკვეული მაჩვენებლები სტადიების მიხედვით [1, 4, 5, 6, 9].

დიაგრამა #5. აივ ინფექციის ბუნებრივი მიმდინარეობა



დიაგრამა #5-ზე წარმოდგენილია დაავადების პროგრესირება ვირუსის შეჭრიდან ლეტალობამდე. T-ჰელპერის გენომში ვირუსული დნმ-ის ინტეგრირების შედეგად ხდება CD4⁺ T ლიმფოციტების დესტრუქცია, შედეგად T-ჰელპერების რაოდენობა პროგრესულად მცირდება, რაც იწვევს იმუნური სისტემის ფუნქციის მოშლას - იმუნოსუპრესიას. ასევე მკვეთრად მცირდება აივ ანტისხეულების ტიტრიც, რის ფონზეც ორგანიზმი არის მუდმივი იმუნოდეფიციტის მდგომარეობაში. პროცესი თანდათანობით პროგრესირებს ღრმა იმუნოდეფიციტის სინდრომის ჩამოყალიბებამდე ანუ შიდსის სტადიამდე (იხ. **დიაგრამა #5**) [1, 6, 9, 49].

აივ ინფექციის პროგრესირების სუროგატი მარკერები:

აივ/შიდსის პროგრესირების შესაფასებლად საუკეთესო სუროგატი მარკერებია:

- CD4⁺ T ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვი 1მმ³ პლაზმაში, რომელთა საშუალებით შესაძლებელია დაავადების სტადიისა და სიმძიმის შეფასება, ასევე მოსალოდნელი პროგრესირების პროგნოზირება შიდსის კლინიკური ნიშნების გამოვლინებამდე 1.5-2 წლით ადრე,
- ვირუსული დატვირთვა (ანუ ვირუსის კონცენტრაცია 1 მლ პლაზმაში) [6, 9].

ვირუსული დატვირთვის მატებას, როგორც წესი, თან სდევს CD4⁺ T ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის შემცირება. გამოთვლილია, რომ CD4⁺ T უჯრედების რიცხვი აივ/შიდსით ავადმყოფებში წელიწადში საშუალოდ 12-15%-ით, ანუ 80-90 უჯრედი/მმ³-ით მცირდება, რაც პირდაპირპროპორციულ კავშირშია ოპორტუნისტული დაავადების განვითარების რისკთან. უფრო მეტიც, CD4⁺ T ლიმფოციტების განსაზღვრულ მაჩვენებელზე მოსალოდნელია ამა თუ იმ კონკრეტული ოპორტუნისტული ინფექციის და ნეოპლაზიების განვითარებაც [1, 6, 14, 49, 73, 95, 135].

იმუნური პასუხი აივ ინფექციაზე

ადამიანის იმუნური სისტემის ფუნქციური აქტივობა მრავალი უჯრედული ელემენტის (ლიმფოციტების, მონოციტების, მაკროფაგების და ა.შ.) და მათ მიერ სინთეზირებული სპეციალური მოლეკულების (ანტისხეულები და ციტოკინები) ინტეგრირებული ურთიერთქმედების შედეგია [31, 35, 84].

აივ ინფიცირებულებს აღენიშნებათ იმუნური დარღვევების ფართო სპექტრი. როგორც ცნობილია, აივ-ის ძირითადი სამიზნე უჯრედებია CD4⁺ T ლიმფოციტები, რომლებიც ძირითად როლს ასრულებენ, როგორც ჰუმორულ, ისე უჯრედულ შეძენილ (სპეციფიკურ, ადაპტაციურ) იმუნურ პასუხში. აივ ინფექციის იმუნოპათოგენეზში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება აღნიშნული ლიმფოციტების რაოდენობის შემცირებას და მათი ფუნქციის დათრგუნვას [14, 35, 49, 84, 86, 87].

თავდაპირველად ვირუსის შეცნობა ხდება ანტიგენ-წარმდგენი უჯრედების (მაკროფაგების, მონოციტების, დენდრიტული უჯრედებისა და ლანგერჰანსის უჯრედების) მიერ. ისინი წარუდგენენ რა Th0-უჯრედებს, სწორედ ამ დროს აინფიცირებენ T-უჯრედებს, რასაც შემდგომში მოჰყვება მათი განადგურება. ამ დროს მთავარი ფუნქციას ასრულებენ T და B-უჯრედები, დაქვეითებულია ასევე უჯრედული იმუნური პასუხი (Th1), რომელიც ხორციელდება ციტოტოქსიური T-ლიმფოციტების და ნატურალური კილერების მიერ [40, 49, 58, 75, 86, 87].

აივ ვირუსის თავისებურებაა ის, რომ მას აქვს CD4 რეცეპტორთან დაკავშირების უნარი, რომელიც თავად ანტიმიკრობული იმუნური პასუხის განხორციელებაში უმნიშვნელოვანესია. აივ ინფექციის პროგრესირებასთან ერთად ადგილი აქვს ჰელპერების მასიურ განადგურებას, რის შედეგსაც წარმოადგენს იმუნოდეფიციტის ჩამოყალიბება. პროცესი თანდათან ღრმავდება, თუ არ დაიწყება არც (ანტირეტროვირუსული) მკურნალობა, მაშინ განვითარდება შიდსი [49, 84, 87].

იმუნური პასუხის რეგულაცია ციტოკინების დახმარებით ხორციელდება. მათ შორის მნიშვნელოვანია: ინტერლეიკინები (IL-1,2,3,4,5,6,10,13 და სხვა), ინტერფერონები (IFN- α , β , λ), სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორები (TNF- α , β) და სხვა [161, 203]. ვარაუდობენ, რომ ციტოკინები აგრეთვე მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ აივ ინფექციის პათოგენეზში. იგივე შეიძლება ითქვას ანტისხეულებზეც (IgG). ამგვარად, მოფუნქციონირე იმუნურ სისტემაში საკმაოდ რთული პროცესები მიმდინარეობს, რომლის როლიც იმუნოდეფიციტის განვითარებაში ჯერ კიდევ არ არის ბოლომდე შესწავლილი [6, 14, 31, 84, 86, 87].

B-ლიმფოციტები გამოირჩევიან ვირუსული ანტიგენებისადმი მაღალი სპეციფიურობით. სწორედ ისინი ასინთეზირებენ ანტისხეულებს, რითაც ანეიტრალებენ ვირუსებს. ეს წარმოადგენს ჰუმორული იმუნური პასუხის (Th2) არსს.

ანტისხეულების გამოვლენა ხდება იოლად სისხლსა და ქსოვილოვან სითხეში, რაც სკრინინგული დიაგნოსტიკის იმუნოფერმენტული ანალიზის საფუძველს წარმოადგენს [14, 49, 84, 86, 87].

აივ-ის მიმართ განვითარებული ჰუმორული იმუნური პასუხი:

პირველად ის ანტისხეულები გამოიმუშავდებიან, რომლებიც სპეციფიურნი არიან ვირუსის სტრუქტურულ ანტიგენთა მიმართ, რომლებსაც აკოდირებენ გენები gag – p24, p17 და p55 ცილები. შემდეგ გამოიმუშავდებიან ანტისხეულები ზედაპირულ ცილებთან მიმართებაში – gp160, gp120, p88 და gp41, აგრეთვე ვირუსული გენის პროდუქტებისადმი, კერძოდ pol – p31, p5, p66 და სხვა ანტისხეულები [49, 84, 86].

აივ-ინფექციის მიმდინარეობის პროცესში, ვირუსის სხვადასხვა ანტიგენის წინააღმდეგ, ერთდროულად წარმოიქმნება სხვადასხვა ანტისხეული, რომელთა როლიც ბოლომდე არ არის შესწავლილი. ამ ანტისხეულების უმრავლესობას გამანეიტრალბელი ფუნქცია აქვს, რაც აქვეითებს ვირუსის რეპლიკაციას, მაგრამ ვირუსულ ანტიგენებს, გააჩნიათ რა, მაღალი ვარიაბელობის უნარი, თავს არიდებენ ანტისხეულების ზემოქმედებას. ასევე აღსანიშნავია, რომ ანტისხეულები დამცველობითი ფუნქციის გარდა, აივ ინფექციის გავრცელებაშიც მონაწილეობენ [2, 49, 56, 73, 84, 86].

ანტისხეულების დამცველობითი ფუნქცია ვლინდება ვირუსული ნაწილების განეიტრალებასა და აპოპტოზის ინიციაციაში. აგრეთვე, ისინი მონაწილეობენ ანტისხეულ-დამოკიდებულ უჯრედულ ციტოტოქსიურ პროცესებში (ADCC), რომელიც ასევე ვირუსის საწინააღმდეგო ეფექტორული მექანიზმია. გარდა ამისა, აღნიშნული ანტისხეულები აივ-ინფექციის გავრცელების მხრივაც ასრულებენ გარკვეულ როლს, რომელიც ცნობილია, როგორც ე. წ. «ანტიგენის გაძლიერების ფენომენი». ანტისხეულების ასეთი გაძლიერებული წარმოქმნა კორელაციაშია შიდსის კლინიკური სიმპტომების პროგრესირებასთან. გარდა ამისა, არაინფიცირებული უჯრედები თავიანთ ზედაპირზე აბსორბირებენ თავისუფლად მოცირკულირე ვირუსულ ანტიგენებს (მაგ. gp120) და შედეგად ეს უჯრედებიც ნადგურდებიან იმუნურ პასუხში, რასაც ეწოდება ე.წ. «მოწმის განადგურება» და ამით კიდევ უფრო მცირდება CD4⁺T ლიმფოციტების რაოდენობა [6, 14, 31, 35, 40, 49, 84, 86].

აივ-ის მიმართ განვითარებული უჯრედული იმუნური პასუხი:

უჯრედული იმუნური პასუხი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ორგანიზმის ვირუს საწინააღმდეგო დაცვაში, მათ შორის აივ-ის დროსაც. როგორც ცნობილია T უჯრედები იყოფიან ორ ძირითად კატეგორიად: ჰელპერებად, რომლებიც $CD4^+$ მარკერებს ატარებენ თავიანთ ზედაპირზე და ქილერებად, ანუ ციტოტოქსიურ ლიმფოციტებად, რომლებიც აექსპრესირებენ $CD8^+$ მარკერებს. ამ ინფექციის დროს სპეციფიკური $CD4^+$ T ლიმფოციტები წარმოადგენენ აივ-ის ძირითად სამიზნეს და სწორედ ამიტომ, ინფიცირებისას პირველები სწორედ ისინი იღუპებიან. განსხვავებული სიტუაციაა $CD8^+$ T ლიმფოციტებთან მიმართებაში, რომელთა შორისაც შესაძლებელია აივ-ის მიმართ სპეციფიკური კლონების აღმოჩენა. ამასთანავე, აღნიშნული უჯრედების პოპულაციები თავს იჩენენ ინფექციური პროცესის დასაწყისშივე (პირველ კვირებში). უფრო მეტიც, შესაძლებელი გახდა ციტოლიზური აქტივობის და მრავალი ვირუსული ანტიგენებისადმი, ასევე ფერმენტ უკუტრანსკრიპტაზის მიმართ სპეციფიკური უჯრედების იდენტიფიცირება. ამასთანავე აღმოჩნდა, რომ მნიშვნელოვანია ვირუსული ანტიგენის ასოციაცია ჰისტო-შეთავსებადობის პირველი კლასის ანტიგენებთან (MHC-I) [2, 14, 35, 49, 53, 69, 84]

ინფიცირების პირველვე კვირიდან $CD8^+$ T ლიმფოციტებს შორის გამოვლინდებიან ვირუსული ანტიგენისადმი სპეციფიური კლონები და აივ-ით ინფიცირებულ ლიმფოციტებზე ახდენენ ციტოლიზურ ზემოქმედებას [49, 84, 86].

ამ ტიპის ლიმფოციტებს შორის გამოყოფენ 2 სუბპოპულაციას. მათგან პირველნი სპონტანურად ანადგურებენ ინფიცირებულ ლიმფოციტებს, ხოლო მეორენი საჭიროებენ მიტოგენით წინასწარ აქტივაციას. ამასთან დადასტურებულია, რომ იმ პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნათ გამოხატული ციტოლიზური პასუხი $CD8^+$ T ლიმფოციტების მონაწილეობით, დაავადების მიმდინარეობა კეთილსაიმედოა მათთან შედარებით, რომელთაც ციტოლიზური პასუხი ნაკლები ხარისხით აქვთ გამოხატული. საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ დაავადების სწორედ სუბკლინიკურ სტადიაზე აღმოჩენილი ციტოლიზური ლიმფოციტებისა და მათი წინამორბედების ყველაზე მაღალი რაოდენობრივი და ფუნქციური დონე [14, 35, 40, 73, 75, 84, 86].

$CD8^+$ T ლიმფოციტების მოლეკულურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ დაავადების საწყის ეტაპზე ფიქსირდება კლონების რაოდენობრივი მატება, რომელიც შემდეგში მცირდება

და კარგავს ციტოლიზის უნარს. ამასთან, შეინიშნება ცალკეული კლონების მოლეკულური მახასიათებლების კავშირი დაავადების პროგრესირების ხარისხთან. დადგენილია აგრეთვე, რომ CD8⁺ T ლიმფოციტების ციტოლიზური აქტივობა, CD8⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობრივი კონცენტრაციის პირდაპირ პროპორციულია. ყოველივე ეს ადასტურებს კონცეფციას იმის შესახებ, რომ CD4⁺ T ლიმფოციტები, ინტერლეიკინ 2-ის დახმარებით, ასრულებენ მნიშვნელოვან იმუნო-მარეგულირებელ ფუნქციას, CD8⁺ T ლიმფოციტების ანტიგენ-სპეციფიკურ ციტოლიზური ეფექტის და კიდევ სხვა ეფექტური ფუნქციების შენარჩუნებაში მონაწილეობის გზით [14, 49, 84].

გარდა ზემოთ აღნიშნული ციტოლიზური მოქმედებისა, იმუნური რეაგირების მინიმუმ სამი ფორმა არსებობს, რომელსაც იმუნური სისტემა ახორციელებს [49, 84].

1. CD8⁺ T ლიმფოციტებით ვირუსული აგენტების დათრგუნვა, რაც განპირობებულია ამ უჯრედების უნარით – შეაჩეროს ვირუსის რეპლიკაცია ციტოლიზური მექანიზმების გარეშე,
2. ანტისხეულდამოკიდებული უჯრედული ციტოტოქსიურობა,
3. ბუნებრივი კილერების ციტოტოქსიური მოქმედება [14, 35, 49, 84].

ბოლო ორი ურთიერთდაკავშირებული პროცესია. პირველ შემთხვევაში ციტოტოქსიურობა განპირობებულია ვირუს-სპეციფიკური ანტისხეულებით, მეორე შემთხვევაში კი სპონტანური განადგურება ციტოტოქსიური უჯრედების მიერ. აღნიშნული მექანიზმები შედარებით მარტივია და აქ მთავარია მოხდეს ჰისტოთავსებადობის I კლასის ანტიგენების (MHC-I) ექსპრესია (რომლებიც აექსპრესირებენ მოდიფიცირებულ სიმსივნურ და ინფექციურ ანტიგენებს) სამიზნე უჯრედებზე და მათი ამოცნობა ციტოტოქსიური უჯრედების მიერ. აივ-ის დროს მისი უარყოფითი მხარეა, CD4⁺ T ლიმფოციტების, როგორც სამიზნე უჯრედების განადგურება, რაც აძლიერებს იმუნოდეფიციტს [14, 35, 49, 53, 73, 84].

CD4⁺ T ლიმფოციტების ციტოლიზური მოქმედების ანალიზისას შესაძლებელი გახდა უჯრედების 2 სუბპოპულაციის გამოყოფა. პირველი სუბპოპულაცია სპონტანურად (წინასწარი სტიმულაციის გარეშე) ანადგურებს ვირუსით ინფიცირებულ ლიმფოციტებს. მეორე სუბპოპულაცია - მიტოგენით. მაგალითად: ფიტოჰემაგლუტინინით ან CD3 რეცეპტორის მიმართ სპეციფიკური ანტისხეულებით, წინასწარ აქტივაციას. აღსანიშნავია, რომ ლიმფოციტების ციტოლიზური მოქმედების

ხასიათი და ინტენსივობა კორელირებს აივ-ინფექციის განვითარების პროგნოზთან. ნაჩვენები იყო, რომ გამოხატული ციტოლიზური აქტივობის მქონე პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებოდათ CD8⁺ T ლიმფოციტების კლონების მრავალფეროვნება უფრო მეტი შანსი ჰქონდათ იმისა, რომ დაავადების პროგნოზი კეთილსაიმედო ყოფილიყო, იმათთან შედარებით, ვისაც აღენიშნებოდათ ციტოლიზური აქტივობა და CD4⁺ T ლიმფოციტების კლონების შეზღუდული ჩართვა იმუნურ პასუხში. ამასთანავე, დაავადებულებს აივ-ინფექციის ასიმპტომური მიმდინარეობისას, აღენიშნებათ ციტოლიზური ლიმფოციტების და მათი წინამორბედების უაღრესად მაღალი რაოდენობრივი და ფუნქციური დონე. CD8⁺ T ლიმფოციტების ცალკეული კლონების მოლეკულურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ინფექციის საწყის ეტაპზე აღინიშნება კლონების რაოდენობრივი მატება, რომელიც შემდგომში მცირდება და კარგავენ ციტოლიზურ აქტივობას. ამასთანავე, აღინიშნება გარკვეული კავშირი ცალკეული კლონების მოლეკულურ მახასიათებლებსა და დაავადების პროგრესირების ხარისხს შორის. CD8⁺ T ლიმფოციტების ციტოლიზური აქტივობის დაკარგვა სავარაუდოდ დაკავშირებულია, ციტოლიზური უჯრედების მიერ ინფიცირებული სამიზნე უჯრედების ამოცნობისათვის აუცილებელი MHC-I-ის დათრგუნვასთან, ვირუსული რეგულატორული ცილების Tat, Nef, Vpu-ს მიერ. ასევე დემონსტრირებული იქნა, რომ აივ ინფექციისას CD8⁺ T ლიმფოციტების ციტოლიზური აქტივაციის დაკარგვა კორელირებს CD4⁺ T ლიმფოციტების თანდათანობით რაოდენობრივ შემცირებასთან. ეს ადასტურებს კონცეფციას იმის თაობაზე, რომ CD4⁺ T ლიმფოციტები ასრულებენ უმნიშვნელოვანეს იმუნორეგულატორულ ფუნქციას, ინტერლეიკინ 2-ის მეშვეობით, CD8⁺ T ლიმფოციტების ანტიგენსპეციფიკური ციტოლიზური ეფექტის და ასევე სხვა ეფექტორული ფუნქციების გააქტიურებაში აქტიური მონაწილეობის გზით [14, 49, 53, 69, 75, 84].

CD8⁺ T ლიმფოციტების კლასიკურ ციტოლიზურ მოქმედებასთან ერთად, არსებობს იმუნური დაცვის სულ მცირე სამი დამატებითი ფორმა:

- 1) CD8⁺ T ლიმფოციტების მიერ ვირუსის სუპრესია,
- 2) ანტისხეულდამოკიდებული უჯრედული ციტოტოქსიურობა (ADCC),
- 3) ბუნებრივი ქილერების ციტოტოქსიურობა (NK) [49, 84].

CD8⁺ T ლიმფოციტების სუპრესიული გავლენა დაკავშირებულია აივ-ის რეპლიკაციის უნარის დათრგუნვასთან, ციტოლიზური მექანიზმების ჩართვის გარეშე. არსებობს ჰიპოთეზა, რომ სუპრესიული ქმედების მექანიზმი მოცემულ შემთხვევაში დაკავშირებული იყოს CD8⁺ T ლიმფოციტების მიერ ხსნადი ფაქტორების გამომუშავებასთან, რომლებიც თრგუნავენ ვირუსის რეპლიკაციას [6, 14, 49, 84].

დადასტურებულია, რომ მონოციტებს, CD8⁺ T, CD4⁺ T და B ლიმფოციტებს აქვთ შემდეგი ბეტა-ქემოკინების გამოყოფის უნარი: RANTES, MIP-1 ალფა, MIP-1 ბეტა. აღნიშნული ქემოკინები არიან აივ-ის რეპლიკაციის პოტენციური ინჰიბიტორები, CCR5 კო-რეცეპტორის ინჰიბირების გზით, რომელიც სპეციფიურია აივ-ის M-ტროპული სახესხვაობებისთვის. ქემოკინებთან ერთად. სავარაუდოდ არსებობენ სხვა ხსნადი ფაქტორები, რომელთაც ასევე აქვთ უნარი დათრგუნონ ვირუსის რეპლიკაცია ციტოლიზური მექანიზმების ჩართვის გარეშე [14, 40 49, 56, 68, 73, 84].

აივ ინფექციისგან იმუნურ დაცვაში გარკვეულ როლს თამაშობენ ანტი-სხეულდამოკიდებული ციტოტოქსიური მექანიზმები და ბუნებრივი ქილერების ციტოტოქსიურობა, რომლებიც ურთიერთდამოკიდებული პროცესებია. მათ შორის საერთოა ის, რომ ისინი ახორციელებენ ციტოტოქსიურ მოქმედებას ბუნებრივი ქილერების უშუალო გავლენის გზით. განმასხვავებელია ის, რომ პირველ შემთხვევაში ციტოტოქსიურობა განპირობებულია და მიმართულია ვირუს-სპეციფიკური ანტი-სხეულებით, მაშინ, როცა მეორე შემთხვევაში აღინიშნება ბუნებრივი ქილერების მიერ სპონტანური განადგურება [49, 84].

აივ/შიდსი და თანმხლები ორალური მანიფესტაციები

სხვადასხვა ქვეყანაში აივ ინფექციის ინდიკატორული სიმპტომების სტატისტიკა განსხვავებულია. აივ/შიდსის გამო ექიმთან პირველად მიმართვის ყველაზე ხშირი მიზეზები წარმოდგენილია **ცხრილი #7**-ში.

ცხრილი #7-ის თანახმად, აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში დაავადების პროგრესირების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს გამოვლინებები პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე სხვადასხვა დაავადებების სახით, რაც ინფიცირებულ პაციენტთა 30-80%-ს აღენიშნება [7, 8, 16, 46, 54, 81, 85, 90, 91, 96, 101, 117, 147].

ცხრილი #7. ექიმთან პირველად მიმართვის მიზეზი

ჩივილები	აბს. რაოდ.	%
გახანგრძლივებული ცხელება	33	23.1 ± 3.5
პნევმონია	26	18.2 ± 3.2
სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია	16	11.2 ± 2.6
ქრონიკული დიარეა	13	9.1 ± 2.4
ორალური მანიფესტაციები	12	8.4 ± 2.3
ვირუსული ჰეპატიტის	11	7.7 ± 2.23
სულ	143	100

აივ ინფექციის დროს პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე მეორადად გამოვლენილი პათოლოგიები იყოფა ხუთ ჯგუფად. ესენია:

1. სოკოვანი ინფექციები,
2. ვირუსული ინფექციები,
3. ბაქტერიული ინფექციები,
4. ოპორტუნისტული ნეოპლაზიები (კაპოშის სარკომა, არაჰოჯკინის ლიმფომა),
5. არასპეციფიკური გამოვლინებები (წყლულოვან-ეროზიული დაზიანებები, სანერწყვე ჯირკვლების დაავადებები) [7, 8, 43, 47, 51, 62, 70, 83, 87, 98].

სტომატოლოგიური დაავადებების პოლიმორფიზმი ასეთ პაციენტებში გამოწვეულია, როგორც ვირუსის უშუალო ზემოქმედებით, ისე იმუნოდეფიციტით გამოწვეული ზოგადი ცვლილებების შედეგად [18, 45, 50, 52, 63, 74, 100, 103, 118, 137, 140, 147, 150].

დამტკიცებულია ის ფაქტიც, რომ პირის ღრუს ლორწოვანზე გამოვლენილი ზოგიერთი პათოლოგიური ცვლილება მჭიდროდაა დაკავშირებული აივ-ინფექციის სხვადასხვა სტადიასთან და რიგ შემთხვევებში კლინიკურ მარკერადაც კი მიიჩნევიან [7, 8, 25, 29, 32, 70, 82, 87, 98, 100, 131, 134, 138, 144].

ამდენად, აივ-თან ასოცირებული ორალური მანიფესტაციები, შეიძლება წარმოადგენდნენ:

- აივ ინფექციის ინდიკატორებს,
- აივ ინფექციის ადრეული გამოვლინების კლინიკურ ნიშნებს,

- აივ-ის შიდსის სტადიაზე გადასვლის (ანუ დაავადების პროგრესირების) პრედიქტორებს,
- პირობით-პათოგენური ინფექციების და ანტი-არვ თერაპიის დეტერმინანტებს (ანუ განმსაზღვრელ ფაქტორებს), რაც ხშირად გვეხმარება დაავადების გამოვლინებასა და კლასიფიკაციის დადგენაში,
- გარკვეული სახის მკურნალობის დაწყებისა და დასრულების მაჩვენებლებს.
- აგრეთვე, იყენებენ ვაქცინაციის ეფექტურობის შესასწავლადაც [7, 19, 22, 45, 86, 90, 99, 110, 113, 142, 146, 149].

1990 წელს ამსტერდამში მიღებულ იქნა აივ-ასოცირებული პირის ღრუს ქსოვილების დაზიანებების კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვითაც განასხვავებენ 3 ჯგუფს:

I. მანიფესტაციები, რომლებიც ხშირად ვლინდებიან და მჭიდროდ ასოცირდებიან აივ-ინფექციასთან. ესენია:

- კანდიდოზები (ერითემატოზული, ფსევდომემბრანული),
- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია,
- ნეკროზული გინგივიტის,
- ნეკროზული პაროდონტიტი,
- ღრძილოვანი ერითემა (Linear gingival erythema),
- კაპოშის სარკომა,
- არა-ჰოჯკინის ლიმფომა [7, 20, 57, 71, 78, 82, 87, 104, 107, 114, 131, 139]

ამ მანიფესტაციებს ზოგი მკვლევარი უწოდებს შვიდ კარდინალურ დაზიანებას, რომელიც მკაფიოდაა ასოცირებული აივ ინფექციასთან მეტ-ნაკლები ვარიაბელობით სხვადასხვა ეროვნებაში [8, 15, 17, 21, 55, 60, 77, 80, 86, 89, 93, 102, 108, 112, 116, 134].

II. მანიფესტაციები, რომლებიც ნაკლები სიხშირით ასოცირდებიან აივ-ინფექციასთან:

- ბაქტერიული ინფექციები (Mycobacterium tuberculosis, Treponema pallidum),
- ვირუსული (HSV, VZV, HPV) ინფექციები,
- ნეკროზული სტომატიტის,
- სანერწყვე ჯირკვლების პათოლოგიები (ქსეროსტომია, დიდი სანერწყვე ჯირკვლების ცალმხრივი ან ორმხრივი შეშუპება),

- ატიპური წყლულები,
- თრომბოციტოპენიური პურპურა [7, 28, 41, 59, 66, 72, 76, 87, 105, 119, 132, 145].

III. სხვა მანიფესტაციები, რომლებიც შესაძლებელია იქნენ გამოვლენილნი აივ-ინფექციის დროს:

- არაკანდიდოზური ეტიოლოგიის სოკოვანი ინფექციები (*Aspergillus flavus*, ჰისტოპლაზმოზი, ბლასტომიკოზი და სხვა მიკოზები),
- ბაქტერიული ინფექციები (გამოწვეული აქტინომიცეტებით, *Esherichia coli*, *Klebsiella pneumonia*),
- ნევროლოგიური დარღვევები (სახის პარეზი, სამწვერა ნერვის ნევრალგია),
- წამლისმიერი რეაქციები (მრავალფორმიანი ერითემა, ლიქენოიდი, წყლულოვანი),
- ვირუსული ინფექციები (ციტომეგალოვირუსი),
- სინუსიტი, ოსტეომიელიტი და ა.შ. [8, 39, 72, 81, 87, 92, 104, 106, 133].

სხვადასხვა უახლესი კვლევების მონაცემების გაცნობისას აღმოჩნდა, რომ აივ ინფექციის ორალური მანიფესტაციების გამოვლინების სახეები და სიხშირე სხვადასხვა ქვეყანასა თუ რეგიონში ვარიაბელურია. კერძოდ:

- ინგლისში ყველაზე ხშირია ვერუკოზული ლეიკოპლაკია – 30%, ხოლო კანდიდოზების შეხვედრის სიხშირე 24%-ია,
- საფრანგეთში – კანდიდოზები – 43%, კაპომის სარკომა – 22%, ხოლო ვერუკოზული ლეიკოპლაკია – 2%,
- რუსეთში – კანდიდოზები - 85%, ვერუკოზული ლეიკოპლაკია - 9,6%, მორეციდივე ჰერპესი – 48%, კაპომის სარკომა – 13.1%,
- აზიაში ჭარბობს კანდიდოზები და ნეკროზული სტომატიტი, ვერუკოზული ლეიკოპლაკია კი - მხოლოდ 7%-ს აღენიშნებათ [25, 34, 42, 73, 77, 96, 97, 109, 111, 115, 119, 120, 136, 149]

საყურადღებოა, რომ აივ ინფექციისთვის დამახასიათებელი ორალური მანიფესტაციების გავრცელებაზე გავლენას ახდენს ჩატარებული არვ-თერაპიის კურსიც. მოწოდებული კვლევების თანახმად, არვ მკურნალობის შედეგად აივ ინფიცირებულ პაციენტებს პირის ღრუში სხვადასხვა პათოლოგიების გამოვლინებათა სიხშირე შეუმცირდათ 30%-ით [26, 34, 37, 62, 82, 101, 118, 136, 139, 141, 149].

სხვა მონაცემების მიხედვით აივ/შიდსთან ასოცირებული სხვადასხვა დაავადებების გამოვლენის მაჩვენებლები არც მკურნალობის ფონზე განსხვავებულია. მაგალითად, ნეკროზული გინგივიტის გამოვლინება მნიშვნელოვნად შემცირდა 17%-დან 10%-მდე, ხოლო ნეკროზული პაროდონტიტი კი 16%-დან შემცირდა 5%-მდე, იკლო ვერუკოზული ლეიკოპლაკიის შემთხვევებმაც [62, 82, 101, 118, 136, 149].

რაც შეეხება სხვა ორალურ მანიფესტაციებს, კერძოდ: კანდიდოზებს, ეროზიულ დაზიანებებს, აფთოზურ სტომატიტებს, კაპოშის სარკომას - ამ მხრივ მნიშვნელოვანი კლება მაინცდამაინც არ აღინიშნება [62, 82, 101, 118, 136, 139, 149].

ლიტერატურული მასალის შესწავლამ და მისმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ორალური მანიფესტაციები აივ/შიდსის დროს შესაძლებელია იყოს აივ ინფიცირების ერთ-ერთი პირველი სადიაგნოსტიკო ნიშანი და დაავადების დროულ გამოვლენაში სხვა დარგის სამედიცინო პერსონალთან ერთად მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანა შეუძლია ექიმ-სტომატოლოგებსაც. ამდენად, ვფიქრობთ, რომ მეტად საინტერესო იქნება ამ საკითხის სპეციფიკისა და ნიშანდობლივი თავისებურებების შესწავლა საქართველოს მოსახლეობაში.

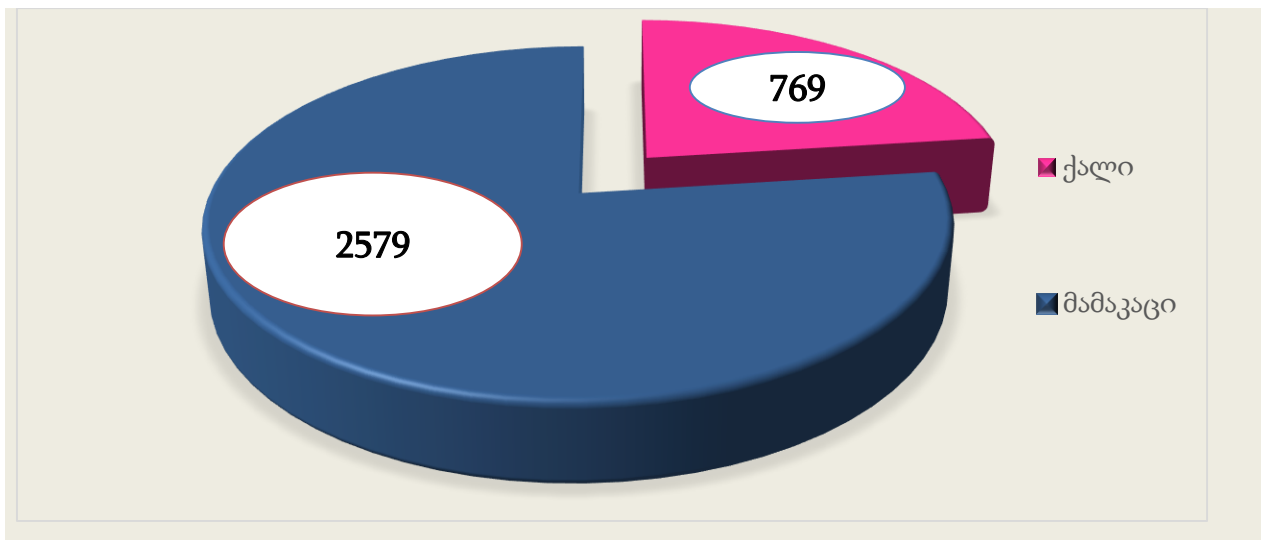
თავი II. კვლევის ობიექტი, მასალა და მეთოდები

1. ზოგადი მონაცემები

კვლევა ჩატარდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტიკისა და ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრში და ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრ HBI-dentimplant-ის ბაზაზე.

2013-2018 წლების განმავლობაში შიდსის ცენტრში სულ დაფიქსირდა 3793 აივ ინფიცირებული პაციენტი. კვლევის კრიტერიუმების გათვალისწინებით, საერთო რაოდენობიდან კვლევაში ჩავრთეთ 3348 (89.2±0.5%) პაციენტი, რაც მთლიანი რაოდენობის 89.2%-ს შეადგენს, ასეთი მაღალი მაჩვენებელი ზრდის კვლევის სანდობას და ამდენად, ეს რაოდენობა - 3348, შემდგომში ჩვენს მიერ მიჩნეულ იქნება პირობითად, როგორც აბსოლუტური რაოდენობა ანუ 100%. მათგან 2579 (77.0±0.7%) იყო მამაკაცი, ხოლო 769 (23.0±0.7%) – ქალი (იხ. დიაგრამა #6).

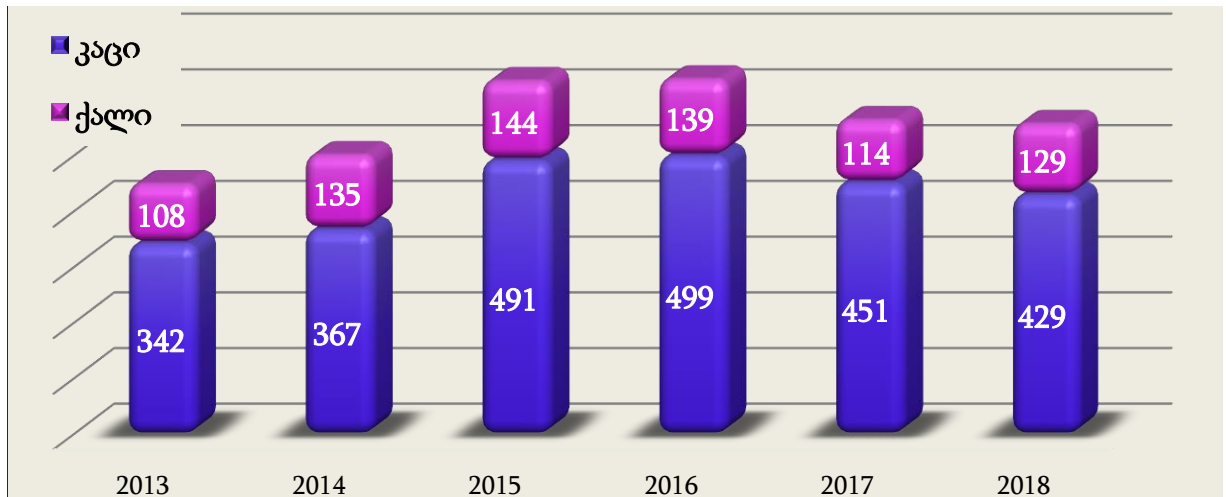
დიაგრამა #6. კვლევაში ჩართულ პაციენტთა სქესობრივი თანაფარდობა



კვლევაში ჩართულ პაციენტთა სქესობრივი განაწილება წლების მიხედვით მოცემულია დიაგრამა #7-ზე.

შიდსის დეფინიციის და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისათვის საქართველოში გამოიყენებული კლასიფიკაციის მიხედვით, დაავადების სტადიის

დიაგრამა #7. საკვლევ პაციენტთა გენდერული განაწილება წლების მიხედვით



განსაზღვრა ხდება გარკვეული მაჩვენებლებით. კერძოდ 19 წლის ზევით ზრდასრულებში ყურადღება ექცევა შემდეგ მონაცემებს:

- ლიმფოციტების რაოდენობრივ მაჩვენებელს 1მმ^3 სისხლის პლაზმაში,
- ვირუსულ დატვირთვას ანუ ვირუსის რაოდენობა 1 ლ პლაზმაში,
- სხვადასხვა კლინიკური ნიშნების დაფიქსირებას და/ან,
- აივ/შიდსთან ასოცირებული დაავადებების არსებობას.

ამ მაჩვენებლებიდან უპირატესობა, რა თქმა უნდა, ენიჭება CD4^+ T ლიმფოციტების აბსოლუტურ რაოდენობას.

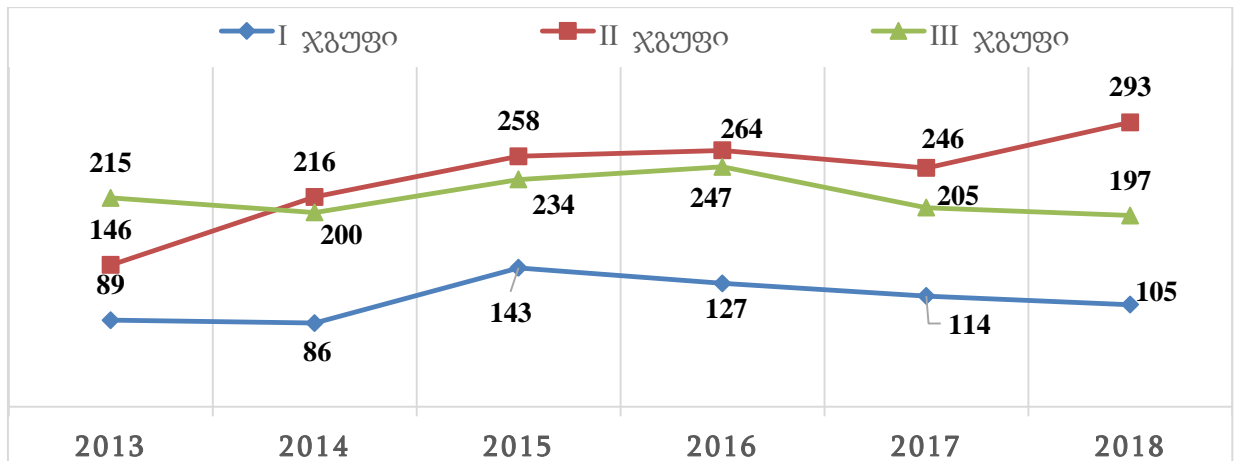
როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, განსაზღვრავენ დაავადების სამ ძირითად სტადიას. შესაბამისად, ჩვენც კვლევისთვის შერჩეული კონტიგენტი დაყავით სამ ჯგუფად, იმის მიხედვით დაავადების თუ რომელ სტადიაზე იმყოფებოდნენ აივ ინფექციის პირველადი დიაგნოსტიკების დროს. ამრიგად:

- **I საკვლევ ჯგუფი** მოიცავს პაციენტთა იმ ნაწილს, რომელთაც ვირუსი გამოუვლინდათ დაავადების პირველ ანუ საწყის და სუბკლინიკურ სტადიებზე ანუ მათი CD4^+ T ლიმფოციტების რაოდენობრივი მაჩვენებლები იყო 500-ზე მეტი.
- **II საკვლევ ჯგუფში** გავაერთიანეთ ის აივ ინფიცირებული პირები, რომელთა შემთხვევაშიც ვირუსის აღმოჩენა მოხდა დაავადების შუალედურ ანუ

სიმპტომურ სტადიაზე. მათთან CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობა განისაზღვრა 500-დან 200-მდე ინტერვალში.

- **III საკვლევ ჯგუფს** მივაკუთნეთ პაციენტთა ის კატეგორია, სადაც აივ ინფექცია დიაგნოსტირდა დაავადების ბოლო ანუ საკუთრივ შიდსის სტადიაზე და შესაბამისად, CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობრივი მაჩვენებელი იყო 200-ზე ნაკლები (იხ. დიაგრამა #8).

დიაგრამა #8. საკვლევ პაციენტთა განაწილება ჯგუფებში წლების მიხედვით



კვლევის სრულყოფისთვის შევიმუშავეთ სპეციალური ფორმა, ალგორითმი, რომელიც ეფუძნება აივ/შიდსით პაციენტთა ელექტრონულ ისტორიებსა და გამოვლენილი ორალური მანიფესტაციების გამოკვლევის მეთოდებს (იხ. ცხრილი #8).

კვლევისთვის შერჩეული პაციენტები აკმაყოფილებენ წინასწარ განსაზღვრულ შემდეგი სახის კრიტერიუმებს, კერძოდ:

1. შიდსის ცენტრში 2013-2018 წლების პერიოდში დაფიქსირებული საქართველოს მოქალაქეები აივ ინფიცირების პირველადი დიაგნოზით,
2. ასევე, საქართველოს ის მოქალაქეები, რომელთაც აივ პოზიტიური სტატუსი დადასტურებული ჰქონდათ გარკვეული პერიოდით ადრე, მაგრამ არ იყვნენ შესაბამის სამკურნალო პროგრამაში ჩართულნი და არ იტარებდნენ არვ-თერაპიას,
3. საკვლევა პირთა ასაკობრივი ჯგუფი განისაზღვრა 19-დან 55 წლის ჩათვლით,
4. პაციენტთა თანხმობა კვლევაში ჩართულობის შესახებ.

კვლევა შეესაბამებოდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიოეთიკის კომისიის მიერ დადგენილ სტანდარტებს. პაციენტთა ანონიმურობა აბსოლუტურად იყო დაცული.

2. ეპიდემიოლოგიური კვლევის მასალა და მეთოდები

ეპიდემიოლოგიური კვლევა მიზნად ისახავდა დეტალური ინფორმაციის შეგროვებას თითოეული პაციენტის შესახებ და მიღებული მონაცემების დაფიქსირებას ჩვენს მიერ შემუშავებულ ალგორითმში. პაციენტების შერჩევის დროს ვითვალისწინებდით შემდეგს:

- დემოგრაფიულ მონაცემებს: ასაკი, საცხოვრებელი ადგილი, ოჯახური მდგომარეობა, განათლება, დასაქმება;
- რისკის შემცველი ქცევების არსებობას, კერძოდ: თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება, ნარკოტიკების ინექციური გამოყენება, ჰემოტრანსფუზია, ტატუირება, სექსუალური ორიენტაცია და ა.შ.;
- თუ რა წარმოადგენდა აივ ტესტირების ჩატარების მთავარ მიზეზს,
- დიაგნოზის დასმის დროს გამოვლენილი კლინიკური ნიშნების ან/და კოინფექციების არსებობა,
- ჩატარებულ კლინიკო-ლაბორატორიულ კვლევის შედეგებს (აივ იფა, იმუნობლოტინგი, გამდინარე ციტომეტრია, პჯრ (PCR) და ა.შ.).

3. კლინიკური კვლევის მასალა და მეთოდები

თითოეულ პაციენტს უტარდებოდა ზოგადი გამოკვლევა შემდეგი სქემით:

- ანამნეზის შეკრება,
- პირველადი აივ ტესტირება,
- აივ კონფირმაციული კვლევა,
- იმუნური სისტემის კვლევა - კერძოდ, CD4⁺ T ლიმფოციტების განსაზღვრა (აბსოლუტური/პროცენტული რაოდენობა),
- აივ რნმ-ის რაოდენობრივი განსაზღვრა,

- სხვადასხვა კლინიკური სიმპტომების შეფასება,
- სახისა და პირის ღრუს დათვალიერება,
- აივ ინფექციასთან ასოცირებული კო-ინფექციების დადგენა.

ანამნეზის შეკრებისას ყურადღებას ვამახვილებდით შემდეგ ასპექტებზე:

- პაციენტთა სუბიექტური ჩივილები,
- პროდრომალური პერიოდის ხანგრძლივობა,
- პირის ღრუს ლორწოვანზე დაფიქსირებული გამოვლინებების სახეები,
- ამ გამოვლინების მიმდინარეობის ხასიათი და ხანგრძლივობა,
- დაავადების გამოვლინების პერიოდები და მაპროვოცირებელი ფაქტორები,
- იყო თუ არა ჩატარებული რაიმე სახის მკურნალობა, მათ შორის ანტი-მიკრობული და როგორი იყო მისი შედეგი,
- რეციდივების სიხშირე, პერიოდულობა და რემისიების ხანგრძლივობა,

ორალური მანიფესტაციების გამოვლინების დროს პაციენტების სახისა და პირის ღრუს გამოკვლევა ხდებოდა შემდეგი სქემით:

- ვაფასებდით მის გარეგნულ შესახედაობას - კანის ფერს, ტურგორს, გამონაყარის არსებობას და ა.შ.
- ტუჩის წითელი ყაეთნის კონტურებს, შეფერილობას და სიმშრალეს. ტუჩის კუთხეების მდგომარეობას - მასზე ნახეთქების, ნადებების და გარქოვანების არსებობას,
- პალპაციის მეთოდით ვაფასებდით რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობას, გადიდებას, მტკივნეულობას, სიმეტრიულობას, მათ კავშირს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან.
- პირის ღრუს ჰიგიენურ მდგომარეობას,
- პირის ღრუს კარიბჭის, გარდამავალი ნაოჭის, ტუჩების, ლოყის, რეტრო-მოლარული მიდამოს, სასის, პირის ღრუს ფსკერისა და ენის ლორწოვანი გარსის ფერს, რელიეფს, სიმკვრივეს, შეშუპებას, ჰიპერემიას და ა.შ.,
- დაზიანების მორფოლოგიური ელემენტების არსებობას - მათ სახეებს, რაოდენობას, ლოკალიზაციას, ფორმას, ზომასა და კონტურებს,
- წყლულის არსებობის შემთხვევაში ვაფასებდით მის სიღრმეს, ფსკერის მდგომარეობას, ინფილტრაციას, კონტურების არსებობასა და სიმკვრივეს,

- ენის დათვალიერებისას - დვრილების მდგომარეობას, ენის ქვედა ნაწილის ქსოვილებთან მიმაგრებას, ნადების ხასიათს და მასზე მორფოლოგიური ელემენტების არსებობას,
- პირის ღრუს მიკროფლორის გამოკვლევა ხდებოდა Candida-ს გვარის სოკოებსა და არასპეციფიკური ინფექციების გამომწვევ ბაქტერიებზე,
- გინგივიტისა და პაროდონტიტის გამოვლენისას ვაფასებდით ღრძილის ფერს, ღრძილის გაფაშრებას, ქვებისა და ნადებების, ასევე ექსუდატის არსებობას,
- ვსაზღვრავდით სისხლდენის (BoP) ხარისხს, პაროდონტალური ჯიბის სიღრმეს (PpD), ღრძილის კლინიკური მიმაგრების (CAL). PpD-ს განსაზღვრას ვახდენდით სპეციალური პაროდონტული ზონდით თითოეულ კბილზე ექვს წერტილში, ვარეგისტრირებდით სისხლმდენ უბნებს;
- ძვლოვანი ქსოვილების მდგომარეობის დასადგენად ვატარებდით რენტგენოლოგიური კვლევებს (ორთოპანტომოგრაფია ან კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევა - CT), ვსაზღვრავდით ძვლის განლევის დონეებს (BL), კბილების მორყევის ხარისხს და შესაბამისად, ვადგენდით პაროდონტიტის დონეებს (A, B, C).
- ხოლო ნეოპლაზიური პათოლოგიების დროს ვიღებდით ინფორმაციას შიდსის ცენტრისაგან, რომელიც თავის მხრივ უზრუნველყოფს საჭიროებისამებრ ჩატარდეს ყველა სახის დამატებითი კვლევა (ბიოფსია და მორფოლოგიური კვლევა) შესაბამის ლაბორატორიებში.

აღსანიშნავია, რომ პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის გამოკვლევის დროს ვეყრდნობოდით პაროდონტის და პერიიმპლანტის დაავადებებისა და მდგომარეობების ახალ კლასიფიკაციას, რომელიც მიღებულ იქნა 2018 წელს ამსტერდამში "ევრო-პერიო9"-ზე.

პირის ღრუს დათვალიერების დროს, აგრეთვე, ვითვალისწინებდით: მწკრივში კბილების განლაგებას, კბილთა მაგარი ქსოვილების მდგომარეობას, ბჟენებისა და პროთეზის არსებობას, ადგილობრივად ტრავმის გამომწვევ ფაქტორებს - ბასრი კიდეები, არადამაკმაყოფილებლად შესრულებული კონსტრუქციები, თანკბილვა და ა.შ..

ცხრილი #8. აივ ინფიცირებულ პაციენტთა გამოკვლევის ალგორითმი

აივ/შიდსით პაციენტთა ალგორითმი	
<ul style="list-style-type: none"> • ელექტრონული ისტორიის # ---- ---- ---- ---- • რეგისტრაციის თარიღი -----/----- • დაბადების წელი _____ • სქესი: მდედ. _____ / მამრ. _____ • ეროვნება _____ • მისამართი (ქალაქი/რეგიონი) _____ • განათლება: ___ საშუალო, ___ ტექნიკური, ___ უმაღლესი. • სამუშაო პირობები: ___ დასაქმებული, ___ დროებით უმუშევარი, ___ დიასახლისი, ___ სტუდენტი, ___ პატიმარი. • ოჯახური მდგომარეობა: ___ დაუქორწინებელი, ___ დაოჯახებული, ___ ქვრივი, ___ გაშორებული, ___ მუდმივი პარტნიორი. • მომართვა: როგორ? _____ საიდან? _____ 	
ინფორმაცია სარისკო ქცევების შესახებ	ინფორმაცია მავნე ჩვევების შესახებ
<p>ნარკოტიკის მოხმარება:</p> <p>ამჟამად ___ დიახ _ არა</p> <p>წარსულში ___ დიახ _ არა</p> <p>ტატუირება ___ დიახ -- არა</p> <p>ჰემოტრანსფუზია ___ დიახ _ არა</p> <p>დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი:</p> <p>___ არა</p> <p>___ იშვიათად</p> <p>___ ხშირად</p>	<p>თამბაქოს მოხმარება:</p> <p>___ არა</p> <p>___ დიახ, კოლოფზე ნაკლები</p> <p>___ დიახ, დღეში ერთი კოლოფი</p> <p>___ დიახ, 1 კოლოფზე მეტი</p> <p>იღებს ალკოჰოლს:</p> <p>___ არა</p> <p>___ დიახ, იშვიათად.</p> <p>___ დიახ, ხშირად</p>

- ინფიცირების სავარაუდო გზები: ___ ნარკოტიკების მოხმარება
 - ___ ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი
 - ___ ჰომო/ბისექსუალური კონტაქტი
 - ___ ჰემოტრანსფუზია
 - ___ ვერტიკალური
 - ___ დაუდგენელი
- დაავადების სტადია: ___ მწვავე და სუბკლინიკური აივ ინფექცია
 - ___ სიმპტომური არა შიდსი
 - ___ შიდსი

აივ/შიდსთან ასოცირებული სიმპტომები გამოვლინების დროს	
არამოტივირებული ცხელება	
რეგიონული ლიმფადენოპათია	
წონაში კლება	
საერთო სისუსტე	
ხშირი თავის ტკივილი	
ოფლიანობა	
ქრონიკული დიარეა	
გამონაყარი კანზე	
გამოვლინებები პირის ღრუს ლორწოვანზე	
გახანგრძლივებული ფილტვების ანთება	
ნერვული სისტემის დაზიანებები	

- კო-ინფექციები/სიმპტომები
 - ვირუსული ჰეპატიტი B
 - ვირუსული ჰეპატიტი C
 - ტუბერკულოზი
 - სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები:
 - სიფილისი
 - გონორეა

სისხლის გამოკვლევები:

- CD4⁺ T ლიმფოციტების აბსოლუტური რაოდენობის მაჩვენებელი ციტოფლორომეტრიით _____
- აივ რნმ რაოდენობრივი განსაზღვრა PCR-ის მეთოდით _____

პირის ღრუს გამოკვლევა

სუბიექტური მონაცემები:

- დაავადების გამოვლინების პერიოდი _____
- დაავადების განვითარება _____
- ჩივილები: _____
 - ტკივილის ხასიათი _____
 - წვის შეგრძნება _____
 - ქავილის შეგრძნება _____
- რეციდივების სიხშირე: _____
- რემისიების ხანგრძლივობა: _____
- სხვა სიმპტომები: _____

ობიექტური მონაცემები:

პირის ღრუს დათვალიერება და პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის მდგომარეობის შეფასება:

- ფერის პათოლოგიური ცვლილება _____
- ღრძილების ზომაში გადიდება: _____
- ღრძილის უსწორმასწორო კიდე: _____
- ცრუ ჯიბე _____
- პაროდონტული ჯიბე _____
- ძვლოვანი ჯიბე _____
- ღრძილის რეცესია _____

- პაროდონტიტი:

გავრცელება: ლოკალური	
გენერალიზებული	
სტადია: სტადია I	
სტადია II	
სტადია III	
სტადია IV	
დონეები: A დონე	
B დონე	
C დონე	
პაროდონტის ნეკროზული დაავადებები:	
ნეკროზული გინგივიტი	
ნეკროზული პაროდონტიტი	
ნეკროზული სტომატიტი	
დაზიანების მორფოლოგიური ელემენტები	
ლოკალიზება	
რაოდენობა	
ზომა	
კონტურები	
სალივაცია	
ნერწყვის სიბლანტე	
პაროდონტისა და ღრძილის ჯანმრთელობა	
ინტექტური პაროდონტი	
კლინიკურად ჯანმრთელი პაროდონტი	
პაროდონტის დაავადებები სტაბილიზაციის ფაზაში	
პაროდონტის დაავადებები	

რემისიის ფაზაში	
ღრძილზე გამოვლენილი რეაქტიული პროცესები:	
ეპულიდები	
სხვა	

- ენდო-პაროდონტული დაზიანებები _____
- პაროდონტული აბსცესი _____
- ღრძილზე განვითარებული დაზიანებები, რომლებიც არაა გამოწვეული კბილის ბალთით -----
- მემკვიდრული/განვითარების დარღვევები _____

• **სპეციფიური**

○ **ბაქტერიული წარმოშობის:**

- სიფილისი _____
- გონორეა _____
- ტუბერკულოზი _____

○ **ვირუსული წარმოშობის**

- მორეციდივე ჰერპესი (HSV) _____
- შემოსართყლული ლიქენი (VZV) _____
- პაპილომა ვირუსით გამოწვეული დაზიანებები (HPV) _____

○ **სოკოვანი დაზიანებები**

- კანდიდოზები (Candida albicans) _____
- სხვა _____

• **ანთებითი და იმუნური დაზიანებები:**

- მრავალფორმიანი ერითემა _____

- პემფიგუსი
- პემფიგოიდი _____
- სარკოიდოზი _____
- სხვა _____

• **ნეოპლაზიური დაზიანებები:**

- ლეიკოპლაკია _____
- კაპოშის სარკომა _____
- არა-ჰოჯკინის ლიმფომა _____
- სხვა _____

• **ენდოკრინული, მეტაბოლური და კვების დარღვევებით გამოწვეული დაზიანებები:**

• **ტრამეული დაზიანებები:**

- მექანიკური/ფიზიკური _____
- ქიმიური _____
- თერმული _____

• **ღრმის პიგმენტაცია:** _____

• **დამხმარე გამოკვლევის შედეგები:**

- მიკრობიოლოგიური გამოკვლევის შედეგები:

- მორფოლოგიური გამოკვლევის შედეგები:

- ბიოფსიის შედეგები:

• **დიაგნოზი (სტომატოლოგიური სტატუსი)**

4. ლაბორატორიული კვლევის მეთოდები

ლაბორატორიული კვლევის მეთოდებიდან აივ/შიდსის და სხვა თანმხლები დაავადებების/დაზიანებების სადიაგნოსტიკოდ გამოყენებულ იქნა: სეროლოგიური, მოლეკულურ-გენეტიკური, იმუნოლოგიური და მიკრობიოლოგიური კვლევის მეთოდები.

4.1 სეროლოგიური კვლევის მეთოდები:

აივ ინფექციის დიაგნოზის დადგენის მიზნით გამოკვლევა ტარდებოდა როგორც სკრინინგული, ისე კონფირმაციული მეთოდებით.

აივ ანტისხეულების გამოსავლენად სკრინინგული მეთოდებიდან გამოიყენება იმუნოფერმენტული ანალიზი (იფა) და სწრაფი/მარტივი მეთოდები, რომლებიც მაღალი მგრძობელობითა და სპეციფიურობით ხასიათდებიან. რადგან აივ-ის გამანეიტრალებელი ანტისხეულები გამომუშავდებიან პირველადი ინფიცირებიდან 2-4 კვირის შემდეგ და მაქსიმუმს აღწევენ 4-8 კვირის შემდეგ. ამიტომ, რუტინული სკრინინგული ტესტებით მათი გამოვლენა და აივ დიაგნოზის დასმა ამ ეტაპის (ე.წ. "ფანჯრის პერიოდის") გასვლის შემდეგ არის შესაძლებელი. ბოლო - III და IV თაობის სეროლოგიური ტესტების გამოყენებით კი, სისხლში ანტისხეულების განსაზღვრა შესაძლებელია ინფიცირებიდან 2-3 კვირის შემდეგაც კი.

იმუნოფერმენტული ანალიზის (იფა) შესრულების დროს გამოყენებული იყო მონომოლეკულების შრის ადსორბციის უნარის მქონე მიკროპლანშეტები, რომელშიც თავსდება სისხლი, მის ფსკერზე ადსორბირებული ანტიგენები უკავშირდებიან სითხეში არსებულ ანტისხეულებს. ამას ემატება ფერმენტით მონიშნული ანტი-Ig ანტისხეულები, რომლებიც საძიებელ ანტისხეულებს სპეციფიურად უკავშირდებიან და სუბსტრატის დამატების შემდეგ ფერმენტის ზემოქმედებით ანტისხეულები იღებებიან. შეფერილობა რაც უფრო ინტენსიურია, მით მეტია ნიმუშში საძიებელი ანტისხეულების რაოდენობა (იხ. სურათი #2).

იფა ან სწრაფი ტესტებით დადებითი შედეგის მიღების შემთხვევაში კვლევა გრძელდებოდა დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული მეთოდით, კერძოდ,

იმუნობლოტინგით (Western blot). ეს მეთოდი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს სპეციფიკური ანტიგენები ანუ ვირუსის ცალკეული ცილების საწინააღმდეგო ანტისხეულები (იხ. სურათი #3, #4, #5).

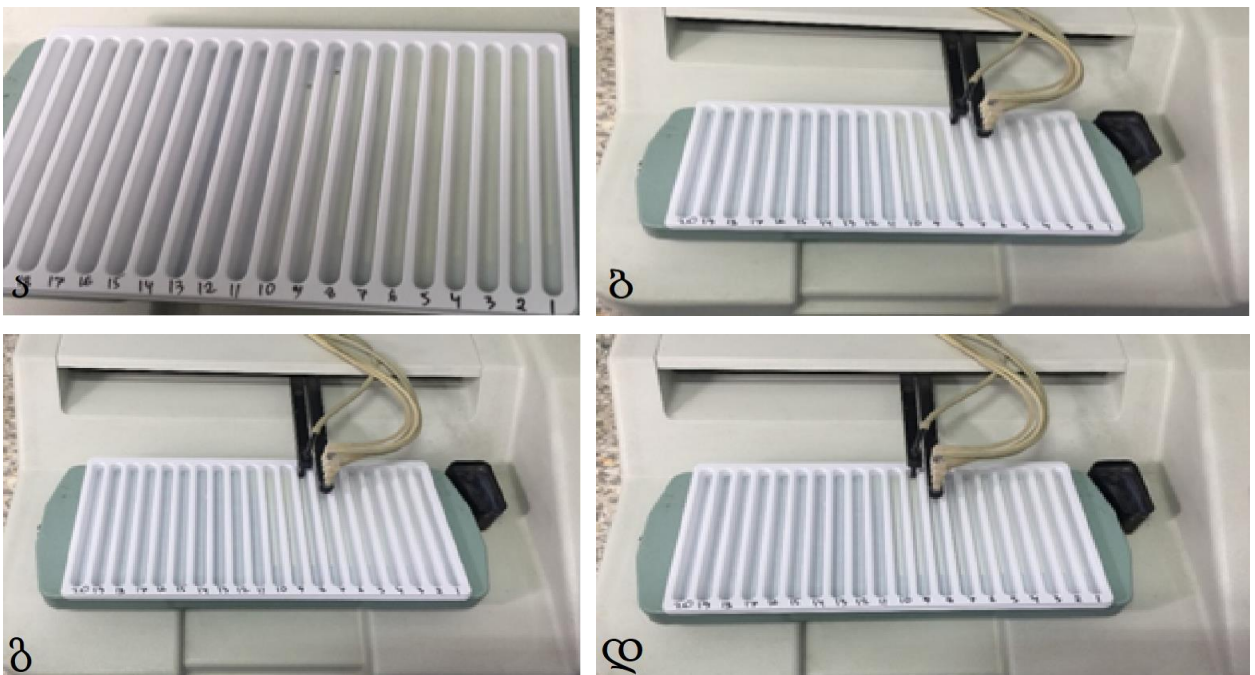
სურათი #2. ექსპრეს-მეთოდით ვირუსის გამოსავლენი ტესტ-კასეტები



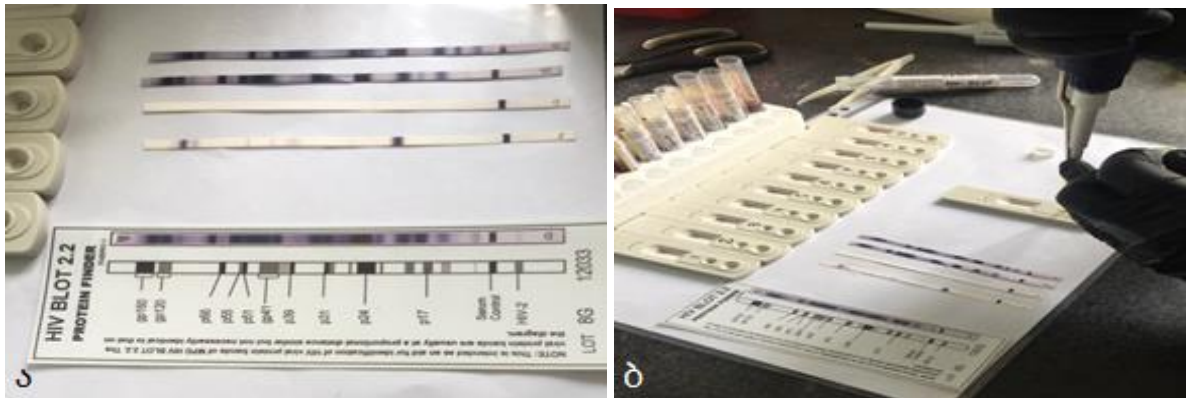
სურათი #3. იმუნობლოტის აპარატი



სურათი #4. იმუნობლოტინგის პროცესი (ა, ბ, გ, დ)



სურათი #5. აივ ინფექციის კონფირმაციული კვლევა იმუნობლოტინგის მეთოდით (ა. სეროკონვერსიის ნიმუშები, ბ. კვლევის პროცესში)



4. 2 მოლეკულურ-გენეტიკური კვლევის მეთოდები:

პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია (პჯრ ანუ PCR) დღეისათვის წარმოადგენს ყველაზე ზუსტ და მაღალმგრძობიარე მოლეკულურ-გენეტიკურ კვლევის მეთოდს ვირუსის გენომის (რნმ, დნმ) გამოსავლენად. მისი საშუალებით ხდება ინფექციური აგენტის გენეტიკური მასალის ამპლიფიკაცია და გამოვლენა იმ შემთხვევაშიც კი, როცა მისი კონცენტრაცია გამოსაკვლევ მასალაში უკიდურესად მცირეა (1 ვირუსი 100 000 უჯრედზე).

PCR მეთოდი ორი სახისაა: თვისობრივი და რაოდენობრივი. კვლევაში გამოყენებული იყო რაოდენობრივი მეთოდი, რომლის საშუალებითაც ვადგენდით ე.წ. ვირუსულ დატვირთვას ანუ ვითვლიდით ვირუსის რაოდენობას 1ლ სისხლის პლაზმაში. ვირუსული დატვირთვა საუკეთესო მარკერია დაავადების პროგნოზირებისა და მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად.

აქვე აღსანიშნავია, რომ PCR მეთოდი გამოიყენება აივ ინფექციის ადრეულ სტადიაზე ანუ სისხლში ანტისხეულების გაჩენამდე აგრეთვე, ისეთ შემთხვევებში, როდესაც სკრინინგული და კონფირმაციული მეთოდებით მიღებული შედეგები გარკვეული მიზეზების გამო მიიჩნევა საეჭვოდ და საჭიროებს გადამოწმებას. ამ მეთოდის დიაგნოსტიკური ღირებულება განსაკუთრებით დიდია ინფიცირებული დედისგან ახალშობილზე აივ ინფექციის გადაცემის (ვერტიკალური მექანიზმი) გამოსავლენად და მიიჩნევა კვლევის ძირითად მეთოდად 18 თვემდე ბავშვებში.

4.3 იმუნოლოგიური კვლევის მეთოდი:

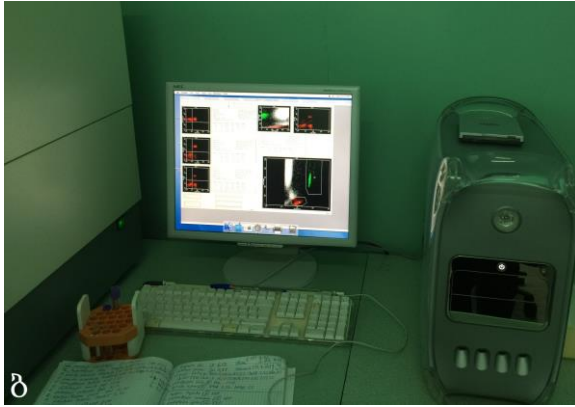
ავი ინფექციის დროს ავადმყოფის იმუნური სისტემის შესაფასებლად იყენებენ მონოკლონური ანტისხეულებით სპეციფიური მარკერების განსაზღვრას, რომლის საშუალებითაც ხდება ლიმფოციტების სუბ-პოპულაციების პროცენტული და აბსოლუტური რიცხვის დათვლა ფლუოროსცენტული მიკროსკოპით ან გამდინარე ციტომეტრიის (FACSCalibur – Becton Dickinson) გამოყენებით. გამდინარე ციტომეტრიის დროს CD4⁺ T ლიმფოციტების აღმოჩენა და დათვლა შესაძლებელია ლაზერის სხივის გამოყენებით.

გამდინარე ციტომეტრიაზე ლიმფოციტების სუბპოპულაციების შესაფასებლად ვიყენებდით დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ რეკომენდირებულ ერთპლატფორმიან განსაზღვრის მეთოდს - Single Platform Technology (SPT).

ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვის დასათვლელად ვიყენებდით სპეციალურ ფორმულას. გამოთვლა ხდება კონკრეტული ლიმფოციტების შესაბამის უჯრაში არსებული დათვლილი უჯრედების შეფარდებით აბსოლუტური რიცხვის რეგიონში არსებულ რაოდენობასთან და მრავლდება აბსოლუტური რიცხვის საკალიბრაციო ბურთულაკების რიცხვის ტესტის მოცულობასთან შეფარდებით (იხ. სურათი #6).

სურათი #6. ციტომეტრიული კვლევის მოწყობილობა (კობის აპარატი)





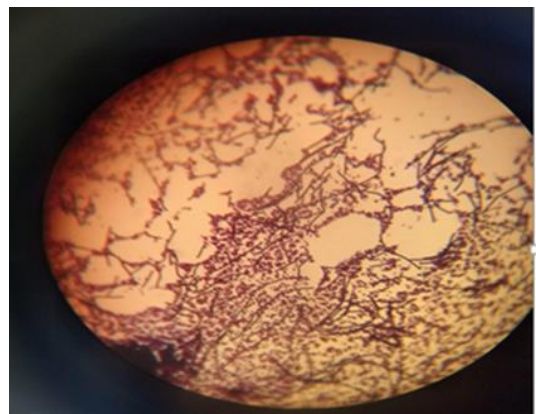
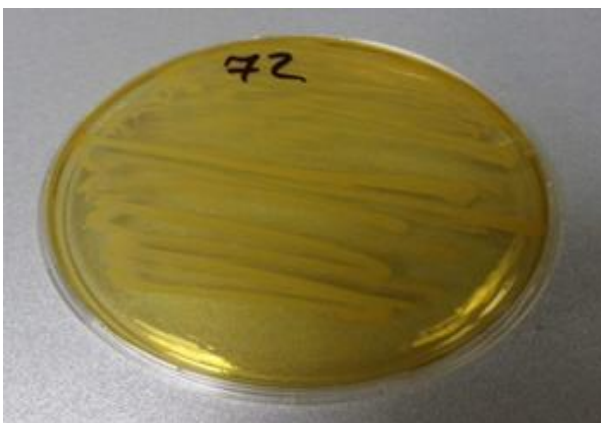
4. 4 მიკრობიოლოგიური კვლევის მეთოდები:

მიკრობიოლოგიური კვლევა მოიცავს სამ დიაგნოსტიკურ მეთოდს: მიკროსკოპულს, ბაქტერიოლოგიურს (სხვადასხვა კულტურების გამოყოფა და იდენტიფიცირება) და იდენტიფიცირებული მიკროორგანიზმების რაოდენობრივ შეფასებას.

პირის ღრუს მიკროფლორის რაოდენობრივი და თვისობრივი ცვლილებების შეფასება ხდებოდა ოპორტუნისტული (ნორმოფლორით გამოწვეული) ინფექციების გამომწვევების ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური მეთოდების გამოყენებით. პირობით-პათოგენური ფლორით გამოწვეული ინფექციების ეტიოლოგიური აგენტების დადგენა წარმოებდა მისი განმსაზღვრელი კრიტერიუმების: სტრუქტოკოკების, სტაფილოკოკების, ლაქტობაქტერიების, ენტეროკოკებისა და Candida-ს გვარის სოკოების გამოვლენითა და რაოდენობრივი შეფასებით (იხ. სურათი #7, #8).

სურათი #7. ბაქტერიოლოგიური კვლევა.

სურათი #8. ანაერობების კვლევა



5. სტატისტიკური კვლევის მეთოდები

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევა მიეკუთვნება კოჰორტული კვლევის ტიპს, კერძოდ რეტროსპექტულს.

განვიხილეთ თითოეული პაციენტის მონაცემები დეტალურად და მიღებული მასალა სტატისტიკურად გადავამუშავეთ პროგრამული პაკეტების - SPSS 22.0-ის (Statistical Package for the Social Sciences) და Excel-ის გამოყენებით. აღნიშნული პროგრამები დაგვჩვენებს, რომ უფრო ნათლად წარმოგვედგინა საქართველოში არსებული ეპიდსიტუაცია ამ მხრივ, ყველა დეტალური მაჩვენებლების გათვალისწინებით.

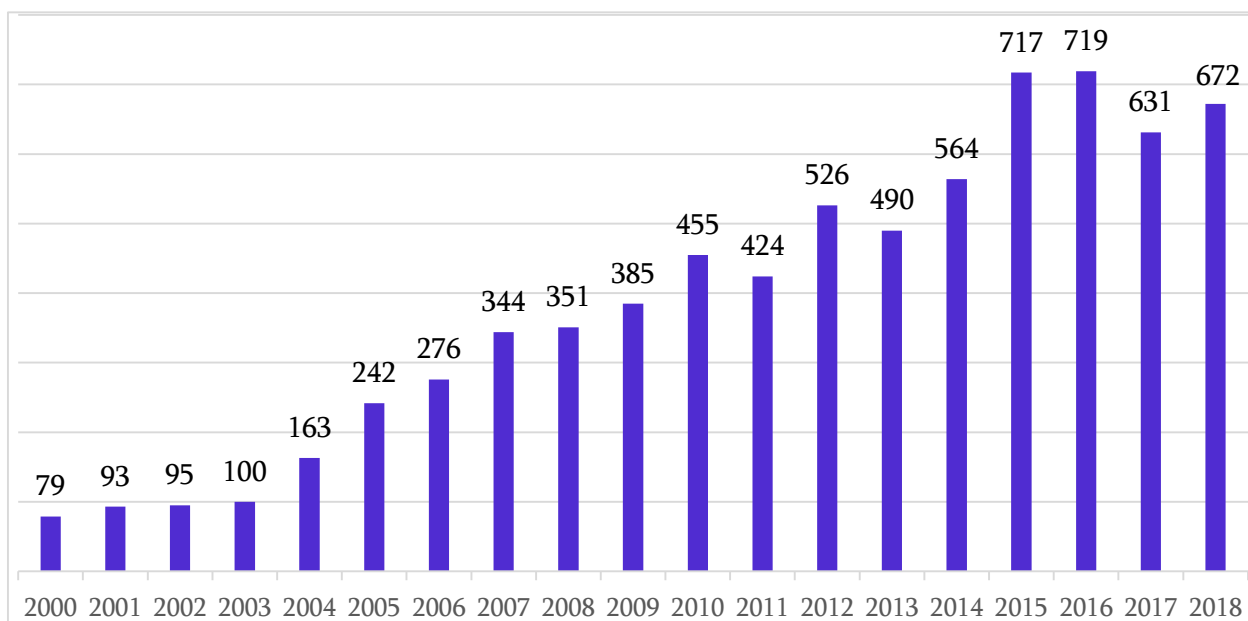
მიღებული შედეგების ჭეშმარიტების დადგენა ხდებოდა სტიუდენტის ცნობილი ტაბულით და ისაზღვრებოდა კვლევის შედეგების შესაძლო ცდომილების ალბათობა ($p < 0.05$).

თავი III. კვლევის შედეგები

1. ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგები

საქართველოში ყოველწლიურად გამოვლენილი აივ/შიდსის შემთხვევები რაოდენობრივად მცირეა, მაგრამ ტენდენცია მზარდი ხასიათისაა (იხ. დიაგრამა #9).

დიაგრამა #9. აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების დინამიკა საქართველოში



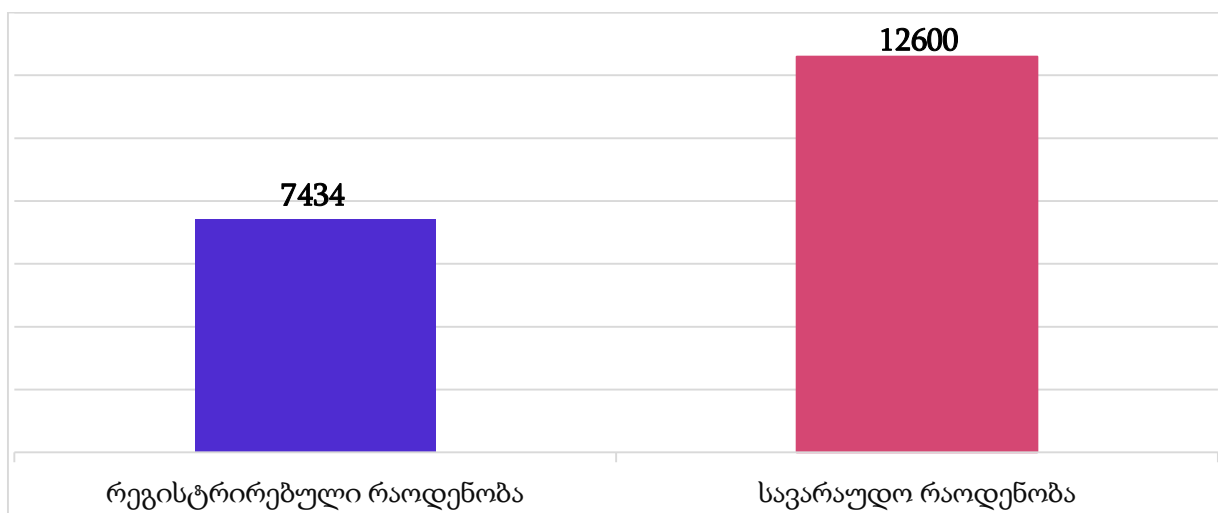
აივ ინფექციის პირველი შემთხვევა ჩვენს ქვეყანაში დაფიქსირდა 1989 წელს. ზოგადად, მოსახლეობაში დაავადების პრევალენტობის მაჩვენებელმა 2018 წელს შეადგინა 0.4% [3, 9, 121, 122, 123, 124, 126].

თემის კვლევის დასრულების პერიოდში 2018 წლის ჩათვლით, აივ-ით ინფიცირების სტატისტიკური მონაცემები იყო შემდეგი: საქართველოში შიდსის ცენტრში სულ რეგისტრირებულ იქნა აივ ინფექციის 7434 შემთხვევა. მათ შორის 5540 (74.5±0.5%) გახლდათ მამაკაცი, ხოლო 1894 (25.5±0.5%) - ქალი.

თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ დარგის საერთაშორისო და ადგილობრივი ექსპერტების მონაცემებით, აივ ინფექციის სპეციფიკიდან და გამოვლინების სტატისტიკური კანონზომიერებიდან გამომდინარე, ინფიცირებულ პაციენტთა

რეგისტრირებული რაოდენობა არ წარმოადგენს ქვეყანაში დაავადების გავრცელების სრულ მონაცემს და მათივე გათვლების თანახმად, გამოვლენილი შემთხვევების აღნიშნული რაოდენობა - 7434, არის სრული მაჩვენებლის მხოლოდ 59-60%, რაც იმას ნიშნავს, რომ საქართველოში 2018 წლისთვის აივ ინფიცირებულთა მთლიანი რაოდენობა სავარაუდოდ იქნებოდა 12600 (ნაცვლად რეგისტრირებული 7434-ისა), ხოლო დანარჩენ 40-41%-ს კი მიეკუთვნებიან ის პოტენციური პაციენტები, რომელთა გამოვლინება ჯერ კიდევ არ მომხდარა. რადგან მათ უმრავლესობამ არ იცის თავისი სტატუსის შესახებ. შესაბამისად, არ მიუმართავთ შიდსის ცენტრისთვის, არ ჩატარებულა ესოდენ საჭირო ლაბორატორიული გამოკვლევები და რა თქმა უნდა, არც მკურნალობა დაწყებულია. ამდენად, თითოეული მათგანის ორგანიზმში ინფექცია აგრძელებს პროგრესირებას, ვირუსი მრავლდება, რაც თავისთავად საზიანოა როგორც მათი ჯანმრთელობისთვის, ასევე გარშემომყოფთათვისაც. ამდენად, ისინი წარმოადგენენ აივ ინფექციის გავრცელების მთავარ წყაროს ქვეყანაში. **დიაგრამა #10**-ზე წარმოდგენილია საქართველოში აივ ინფიცირებულთა სავარაუდო რაოდენობა [1, 3, 6, 9, 10].

დიაგრამა #10. აივ ინფიცირებულთა სავარაუდო და რეგისტრირებული რაოდენობა საქართველოში



დაავადების უსიმპტომოდ მიმდინარეობა რამდენიმე წლის განმავლობაში, წარმოადგენს აივ ინფექციების გვიანი დიაგნოსტიკის მთავარ მიზეზს, რაც საკმაოდ

სერიოზული პრობლემაა არამხოლოდ საქართველოში, არამედ მთელს მსოფლიოში [1, 2, 10, 11, 49, 129].

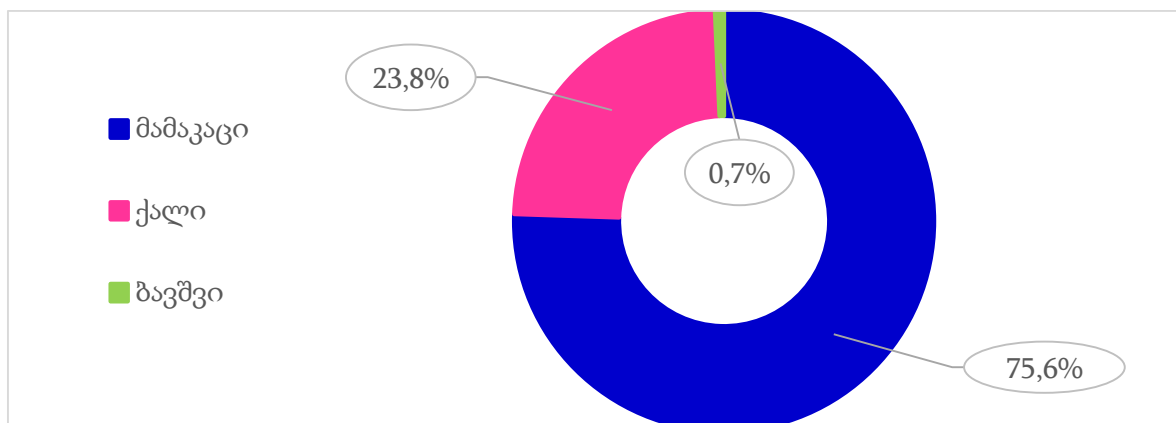
შიდსის ცენტრის 2018 წლის მონაცემებით, ახლად-დიაგნოსტირებულ აივ/შიდსით პაციენტთა შორის 55%-ს ინფექცია გამოვლენილი აქვს დაავადების გვიან სტადიაზე ანუ როდესაც CD4⁺ T ლიმფოციტების მაჩვენებელი იყო 350-ზე ნაკლები, ხოლო 30%-ზე მეტს კი, აღენიშნა დაავადების შორსწასული ფორმა ანუ შიდსი, რაც თავის მხრივ, ავადობისა და სიკვდილობის მთავარი მიზეზია [3, 123, 129].

ამრიგად, აივ ინფექციის დროულად გამოვლინების დაბალი მაჩვენებელი უარყოფით ზეგავლენას ახდენს აივ/შიდსის მიმდინარეობაზე როგორც, კლინიკური, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მხრივ.

საქართველოში არც მკურნალობამ მნიშვნელოვნად შეცვალა აივ/შიდსის ეპიდემიის მიმდინარეობა. მკვეთრად გაიზარდა აივ ინფიცირებულთა გადარჩენის მაჩვენებელი, მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ცხოვრების ხარისხი. არც მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შედეგად თითქმის 5-ჯერ შემცირდა შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობა.

კვლევის მიმდინარეობის პერიოდში, კერძოდ 2013-2018 წლებში, შიდსის ცენტრში სულ დაფიქსირდა 3793 აივ/შიდსით პაციენტი, მათგან 2867 (75.6±0.7%) იყო მამაკაცი, 901 (23.8±0.7%) ქალი და 25 (0.7±0.1%) - ბავშვი (იხ. დიაგრამა #11).

დიაგრამა #11. 2013-2018 წლებში გამოვლენილ პაციენტთა ზოგადი მონაცემი



კვლევის შედეგად მიღებული სტატისტიკური მონაცემების განაწილება წლების მიხედვით შემდეგია:

- **2013 წელს** გამოვლინდა 490 (12.9±0.5%) აივ ინფიცირებული პირი, მათ შორის: 367 (74.9±1.96%) მამაკაცი, 119 (24.3±1.9%) ქალი და 4 (0.8±0.4%) ბავშვი.
- **2014 წელს** დაფიქსირდა აივ/შიდსის 564 (14.9±0.6%) შემთხვევა. აქედან: 409 (72.5±1.9%) მამაკაცი, 151 (26.8±1.9%) ქალი და 4 (0.7±0.4%) ბავშვი.
- **2015 წელს** გამოვლენილ აივ ინფიცირებულთა რაოდენობამ შეადგინა 717 (18.9±0.6%). მათგან: 549 (76.6±1.6%) მამაკაცი, 162 (22.6±1.6%) ქალი და 6 (0.8±0.3%) ბავშვი.
- **2016 წელს** დარეგისტრირდა აივ ინფექციის 719 (18.96±0.6%) შემთხვევა. აქედან: 551 (76.6±1.6%) მამაკაცი, 165 (22.95±1.6%) ქალი და 3 (0.4±0.2%) ბავშვი.
- **2017 წელს** აივ ინფექცია დაუდგინდა კიდევ 631 (16.6±0.6%) პირს. მათგან: 489 (77.5±1.7%) მამაკაცს, 139 (22.03±1.7%) ქალს და 3 (0.5±0.3%) ბავშვს.
- **2018 წელს** კი დაფიქსირდა 672 (17.7±0.6%) აივ ინფიცირებული პირი. კერძოდ, 503 (74.9±1.7%) იყო მამაკაცი, 164 (24.4±1.7%) - ქალი და 5 (0.7±0.3%) - ბავშვი (იხ. ცხრილი #9).

კვლევაში აივ/შიდსით პაციენტთა მონაწილეობისათვის შევიმუშავეთ გარკვეული კრიტერიუმები, რომლის მიხედვით აივ ინფიცირებულთა სრული რაოდენობიდან შეირჩა გარკვეული კონტიგენტი. აღნიშნული კრიტერიუმების გათვალისწინებით პაციენტთა შერჩევის შედეგად მივიღეთ შემდეგი სურათი:

- **2013 წელს** დაფიქსირებული 490 შემთხვევიდან კვლევაში ჩავრთეთ 450 (91.8±1.3%) აივ ინფიცირებული. აქედან - 342 (76.0±2.01%) მამაკაცი და 108 (24.0±2.01%) ქალი.
- **2014 წელს** გამოვლენილი 564 შემთხვევიდან საკვლევად შეირჩა 502 (89.0±1.3%) პაციენტი: 367 (73.1±1.98%) მამაკაცი და 135 (26.9±1.98%) ქალი.
- **2015 წელს** დარეგისტრირებული 717 პაციენტიდან კვლევაში ჩავრთეთ 635 (88.6±1.2%) პირი, კერძოდ: 491 (77.3±1.7%) მამაკაცი და 144 (22.7±1.7%) ქალი.
- **2016 წელს** დიაგნოსტირებული 719 შემთხვევიდან, შეირჩა 638 (88.7±1.2%) პაციენტი. მათგან: 499 (77.9±1.7%) მამაკაცი, ხოლო 139 (22.4±1.7%) ქალი.
- **2017 წელს** დაფიქსირებული 631 შემთხვევიდან კვლევას მივაკუთვნეთ 565 (89.5±1.2%) პირი. მათ შორის: 451 (79.5±1.7%) მამაკაცი და 114 (20.5±1.7%) - ქალი, ხოლო

ცხრილი #9. აივ ინფიცირებულთა სტატისტიკური მონაცემი 2013-2018 წწ.

წელი	მამაკაცი		ქალი		ბავშვი		სულ	
	აბს. რაოდ	%	აბს. რაოდ	%	აბს. რაოდ	%	აბს. რაოდ	%
2013	367	74.9±1.96	119	24.3±1.9	4	0.8±0.4	490	12.9±0.5
2014	409	72.5±1.9	151	26.8±1.9	4	0.7±0.4	564	14.9±0.6
2015	549	76.6±1.6	162	22.6±1.6	6	0.8±0.3	717	18.9±0.6
2016	551	76.6±1.6	165	22.95±1.6	3	0.4±0.2	719	18.96±0.6
2017	489	77.5±1.7	139	22.03±1.7	3	0.5±0.3	631	16.6±0.6
2018	503	74.9±1.7	164	24.4±1.7	5	0.7±0.3	672	17.7±0.6
სულ	2867	75.6±0.7	901	23.8±0.7	25	0.7±0.1	3793	100

- 2018 წელს გამოვლენილი 672 შემთხვევიდან კი, კვლევაში ჩავრთეთ 558 (83.0±1.5%) პაციენტი, კერძოდ - 429 (76.9±1.8%) მამაკაცი და 129 (23.1±1.8%) ქალი (იხ. ცხრილი #10).

ცხრილი #10. კვლევაში ჩართულ პაციენტთა რაოდენობები კვლევის პერიოდში

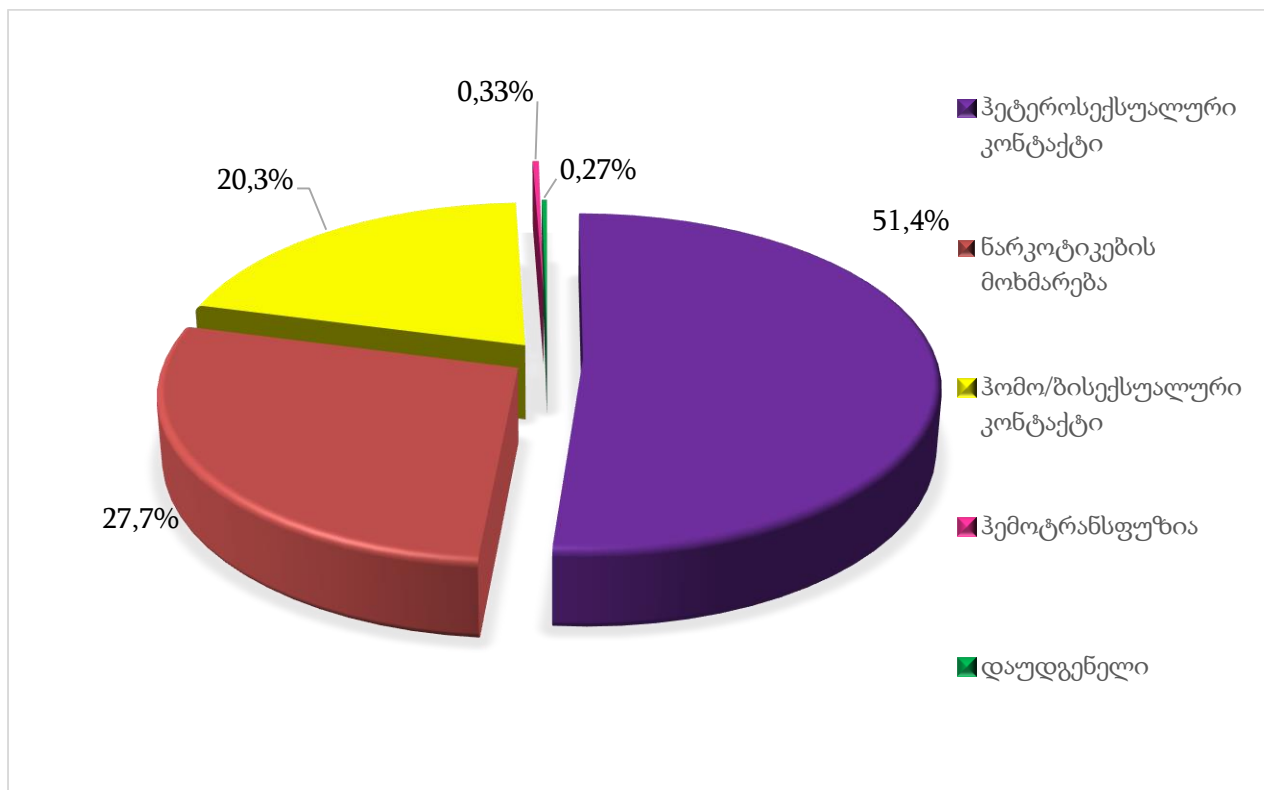
წელი	სულ გამოვლენილი პაციენტების აბს. რაოდ.	კვლევაში ჩართული პაციენტები	
		აბს. რაოდ	%
2013	490	450	91.8±1.3
2014	564	502	89.0±1.3
2015	717	635	88.6±1.2
2016	719	638	88.7±1.2
2017	631	565	89.5±1.2
2018	672	558	83.0±1.5
სულ	3793	3348	88.3±0.5

კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემთა საფუძველზე მოვახდინეთ ასევე, საკვლევ პაციენტთა შორის ვირუსის გადაცემის სავარაუდო გზების სიხშირის სტატისტიკური დათვლა. შედეგად მივიღეთ:

- ჰეტეროსექსუალური კონტაქტით აივ ინფიცირება მოხდა უმრავლეს - 1721 (51.4±0.9%) შემთხვევაში;
- ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარების გამო ვირუსი გადაეცა 927 (27.7±0.8%) პაციენტს;
- ჰომო/ბისექსუალური კონტაქტით დაინფიცირება აღენიშნა 680 (20.3±0.7%) პირს;
- ჰემოტრანსფუზიის შედეგს წარმოადგენდა 11 (0.33±0.1%) შემთხვევა;
- ვირუსის გადაცემის გზა დაუდგენელი იყო 9 (0.27±0.1%) პაციენტთან (იხ. დიაგრამა #12).

როგორც აღვნიშნეთ, კვლევაში ჩართული პაციენტები დავყავით სამ ჯგუფად დაავადების სტადიების მიხედვით. აღნიშნულის ძირითად მახასიათებელს წარმოადგენს სისხლის პლაზმის 1 მმ³ მოცულობაში CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობრივი მაჩვენებელი (იხ. ცხრილი #6). რის საფუძველზეც გამოვლენილ პაციენტთა გადანაწილება ჯგუფებში მოხდა შემდეგი სახით

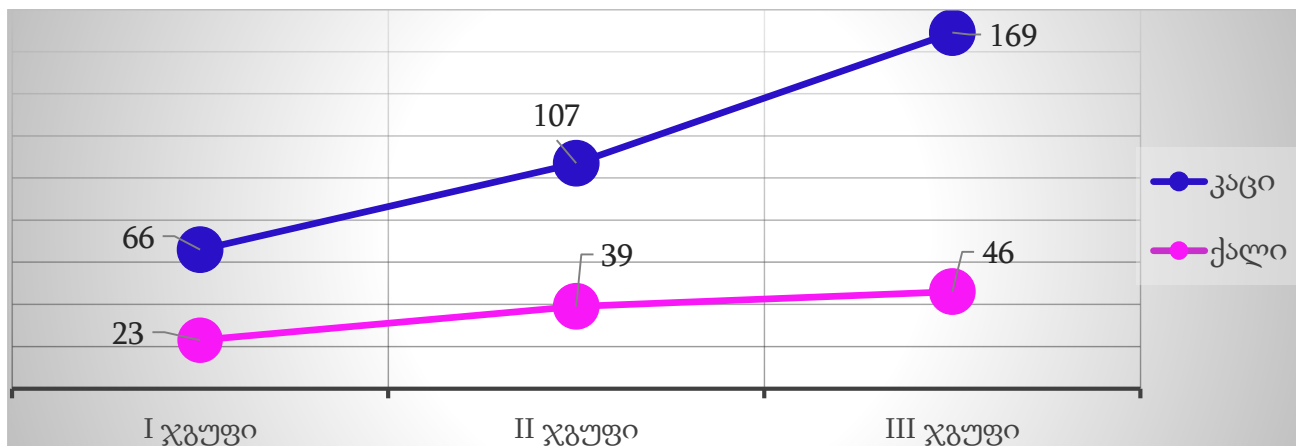
დიაგრამა #12. აივ-ის გადაცემის გზების სიხშირე საკვლევ პაციენტებს შორის



2013 წლის მონაცემიდან კვლევაში ჩართული 450 (13.4±0.6%) პაციენტიდან -

- I ჯგუფს მიეკუთვნა 89 (19.8±1.9%) პაციენტი. აქედან: 66 (74.2±4.6%) მამაკაცი და 23 (25.8±4.6%) - ქალი;
- II ჯგუფს - 146 (32.4±2.2%) პაციენტი. მათგან: 107 (73.3±3.7%) იყო მამაკაცი და 39 (26.7±3.7%) - ქალი;
- III ჯგუფს კი - 215 (47.8±2.4%) პაციენტი. მათ შორის 169 (78.6±2.8%) – მამაკაცი და 46 (21.4±2.8%) - ქალი (იხ. დიაგრამა #13).

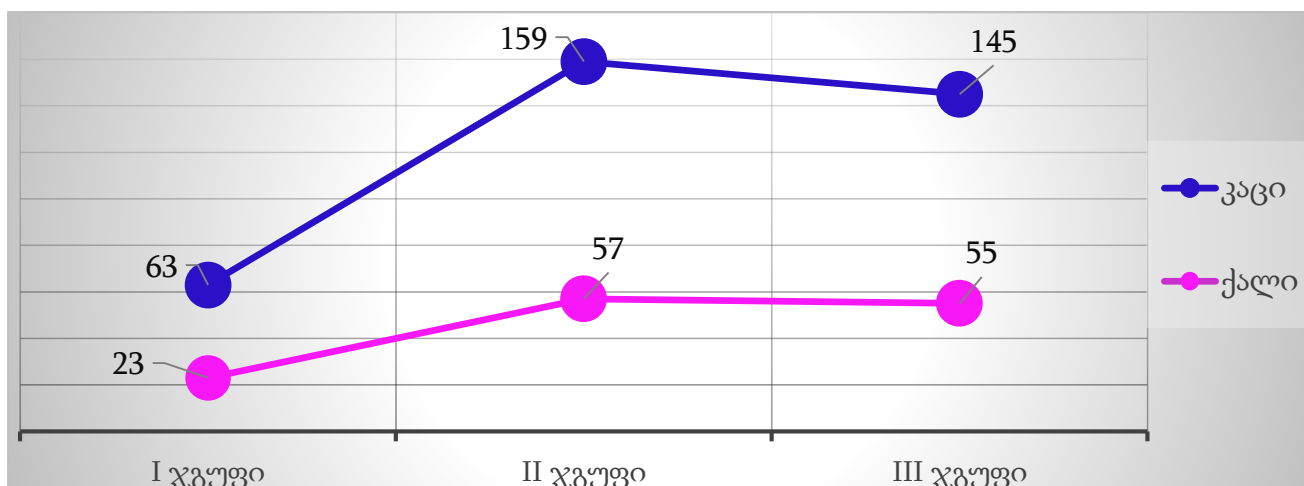
დიაგრამა #13. 2013 წელს გამოვლენილი აივ/შიდსის ახალი შემთხვევები დაავადების სტადიების და სქესის მიხედვით



2014 წელს გამოვლენილი შემთხვევებიდან კვლევაში იქნა ჩართული 502 (15.0±0.6%) პირი, რომლებიც ჯგუფების მიხედვით განაწილდნენ ასე:

- I ჯგუფი ანუ საწყის/სუბკლინიკურ სტადიაზე იმყოფებოდა 86 (17.1±1.7%) პაციენტი. მათგან: 63 (73.3±4.8%) იყო მამაკაცი, ხოლო 23 (26.7±4.8%) - ქალი;
- II ჯგუფი - სიმპტომურ სტადიაზე გამოვლენილი 216 (43.0±2.2%) პაციენტი. მათ შორის 159 (73.6±3.0%) - მამაკაცი და 57 (26.4±3.0%) - ქალი;
- III ჯგუფი - შიდსის სტადიაზე დაფიქსირებული 200 (39.8±2.2%) პაციენტი. აქედან, 145 (72.5±3.2%) იყო მამაკაცი, ხოლო ქალი - 55 (27.5±3.2%) (იხ. დიაგრამა #14).

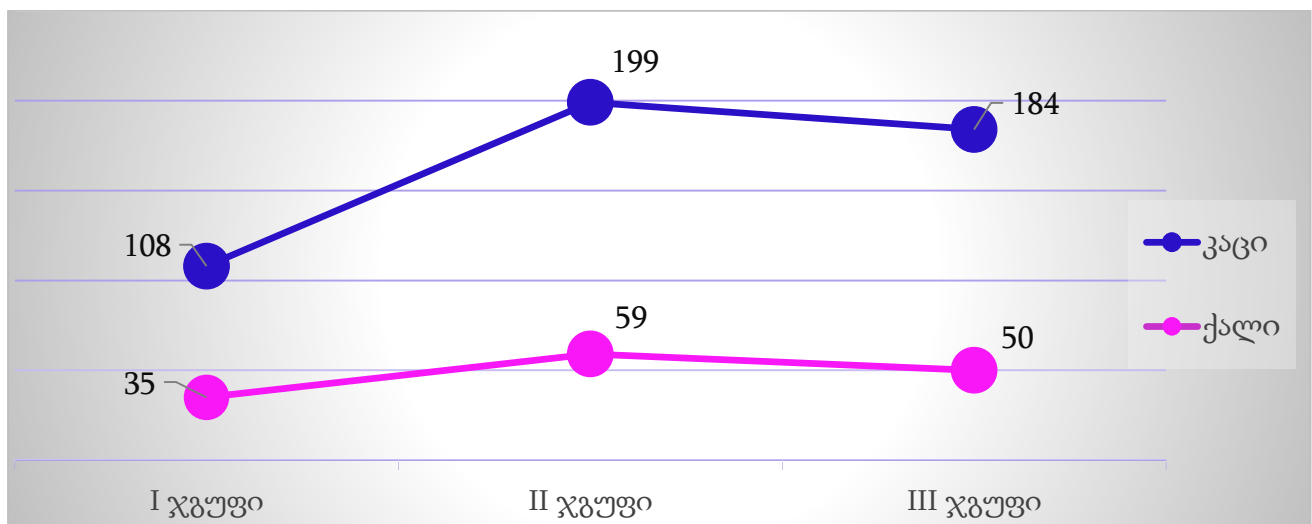
დიაგრამა #14. 2014 წელს გამოვლენილი აივ/შიდსის ახალი შემთხვევები დაავადების სტადიების და სქესის მიხედვით



2015 წლის მონაცემიდან კვლევაში ჩავრთეთ 635 (18.8±0.7%) პაციენტი და ისინი ჯგუფების მიხედვით განაწილდნენ შემდეგი სახით:

- I ჯგუფში - 143 (22.5±1.7%) აივ ინფიცირებული. აქედან: 108 (75.5±3.6%) იყო მამაკაცი და 35 (24.5±3.6%) - ქალი;
- II ჯგუფში - 258 (40.6±1.95%) პაციენტი, მათ შორის: 199 (77.1±2.6%) – მამაკაცი, ხოლო ქალი - 59 (22.9±2.6%).
- III ჯგუფში - 234 (36.9±1.9%) პაციენტი. მათგან: 184 (78.6±2.7%) – მამაკაცი და 50 (21.4±2.7%) – ქალი (იხ. დიაგრამა #15).

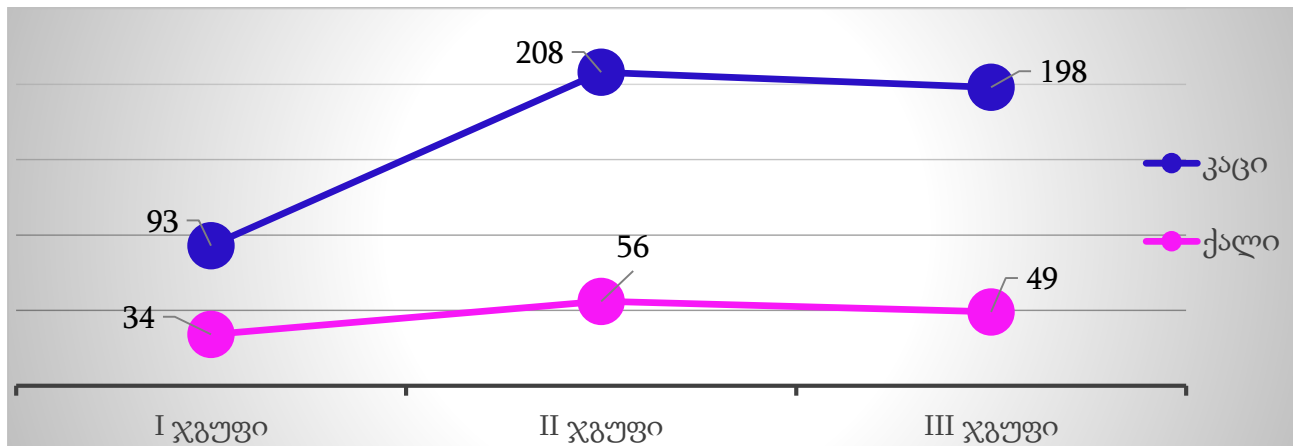
დიაგრამა #15. 2015 წელს გამოვლენილი აივ/შიდსის ახალი შემთხვევები დაავადების სტადიებისა და სქესის მიხედვით



2016 წლის მონაცემებიდან კვლევაში ჩართული 638 (18.9±0.7%) პაციენტი ჯგუფებში განაწილდა შემდეგნაირად:

- I ჯგუფი - საწყისი/სუბკლინიკური სტადია - 127 (19.9±1.6%) პაციენტი. აქედან: 93 (73.2±3.9%) იყო მამაკაცი და 34 (26.8±3.9%) - ქალი;
- II ჯგუფი - სიმპტომური სტადია - 264 (41.4±1.95%) პაციენტი, მათ შორის: 208 (78.8±2.5%) – მამაკაცი, ხოლო ქალი - 56 (21.2±2.5%).
- III ჯგუფი - შიდსის სტადია - 247 (38.7±1.9%) პაციენტი. მათგან: 198 (80.2±2.5%) – მამაკაცი და 49 (19.8±2.5%) – ქალი (იხ. დიაგრამა #16).

დიაგრამა #16. 2016 წელს გამოვლენილი აივ/შიდსის ახალი შემთხვევები დაავადების სტადიებისა და სქესის მიხედვით



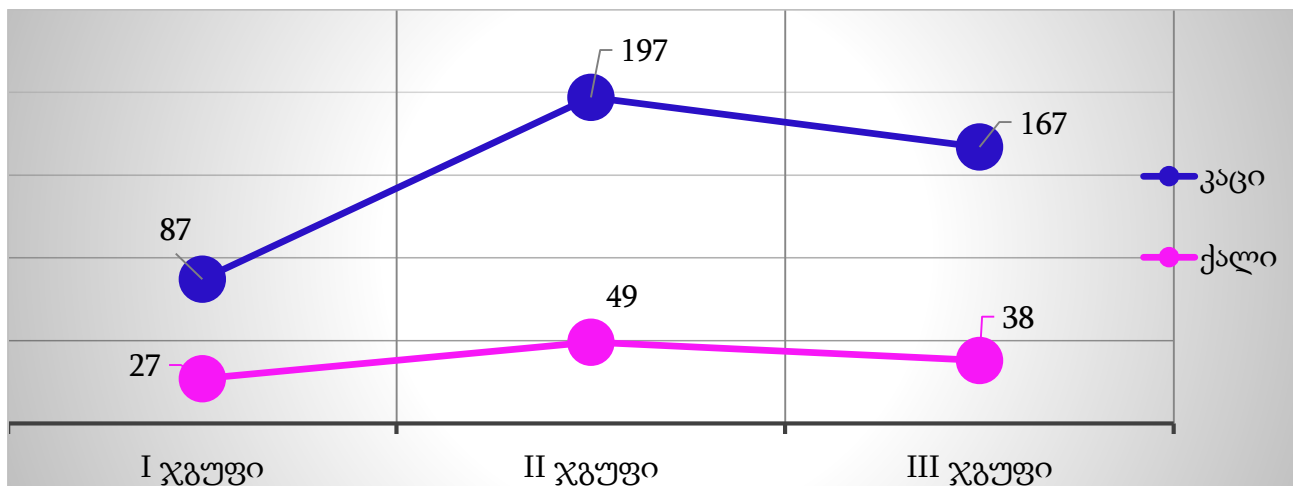
2017 წელს გამოვლენილი პაციენტებიდან კვლევაში ჩავრთეთ 565 (16.7±0.6%) აივ ინფიცირებული, რომლებიც ჯგუფებში გადანაწილდნენ შემდეგი რაოდენობით:

I. ჯგუფი - საწყისი/სუბკლინიკური სტადია - 114 (20.2±1.7%) პაციენტი. აქედან: 87 (76.3±3.9%) იყო მამაკაცი და 27 (23.7±3.9%) - ქალი;

II. ჯგუფი - სიმპტომური/შუალედური სტადია - 246 (43.5±2.1%) პაციენტი. მათ შორის: 197 (80.1±2.5%) – მამაკაცი, ხოლო ქალი - 49 (19.9±2.5%).

III. ჯგუფი - შიდსის სტადია - 205 (36.3±2.02%) პაციენტი. მათგან: 167 (81.5±2.7%) – მამაკაცი და 38 (18.5±2.7%) – ქალი (იხ. დიაგრამა #17).

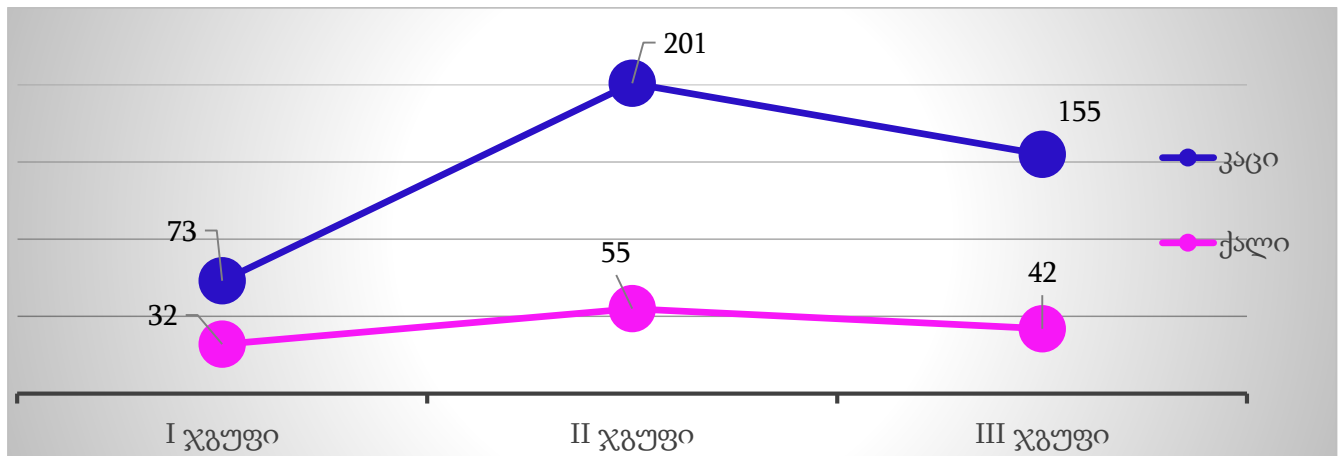
დიაგრამა #17. 2017 წელს გამოვლენილი აივ/შიდსის ახალი შემთხვევები დაავადების სტადიებისა და სქესის მიხედვით



2018 წელს საკვლევი კრიტერიუმების გათვალისწინებით კვლევაში იქნა ჩართული 558 (16.7±0.7%) პაციენტი, რომლებიც ჯგუფებად გადანაწილდნენ შემდეგი რაოდენობით:

- I ჯგუფი - 105 (18.8±1.7%) პაციენტი. აქედან: 73 (69.5±4.5%) იყო მამაკაცი და 32 (30.5±4.5%) - ქალი;
- II ჯგუფი - 256 (45.9±2.1%) პაციენტი. მათ შორის: 201 (78.5 ±2.6%) – მამაკაცი, ხოლო ქალი - 55 (21.5±2.6%).
- III ჯგუფი - 197 (35.3±2.02%) პაციენტი. მათგან: 155 (78.7±2.9%) – მამაკაცი და 42 (21.3±2.9%) – ქალი (იხ. დიაგრამა #18).

დიაგრამა #18. 2018 წელს გამოვლენილი აივ/შიდსის ახალი შემთხვევები დაავადების სტადიებისა და სქესის მიხედვით



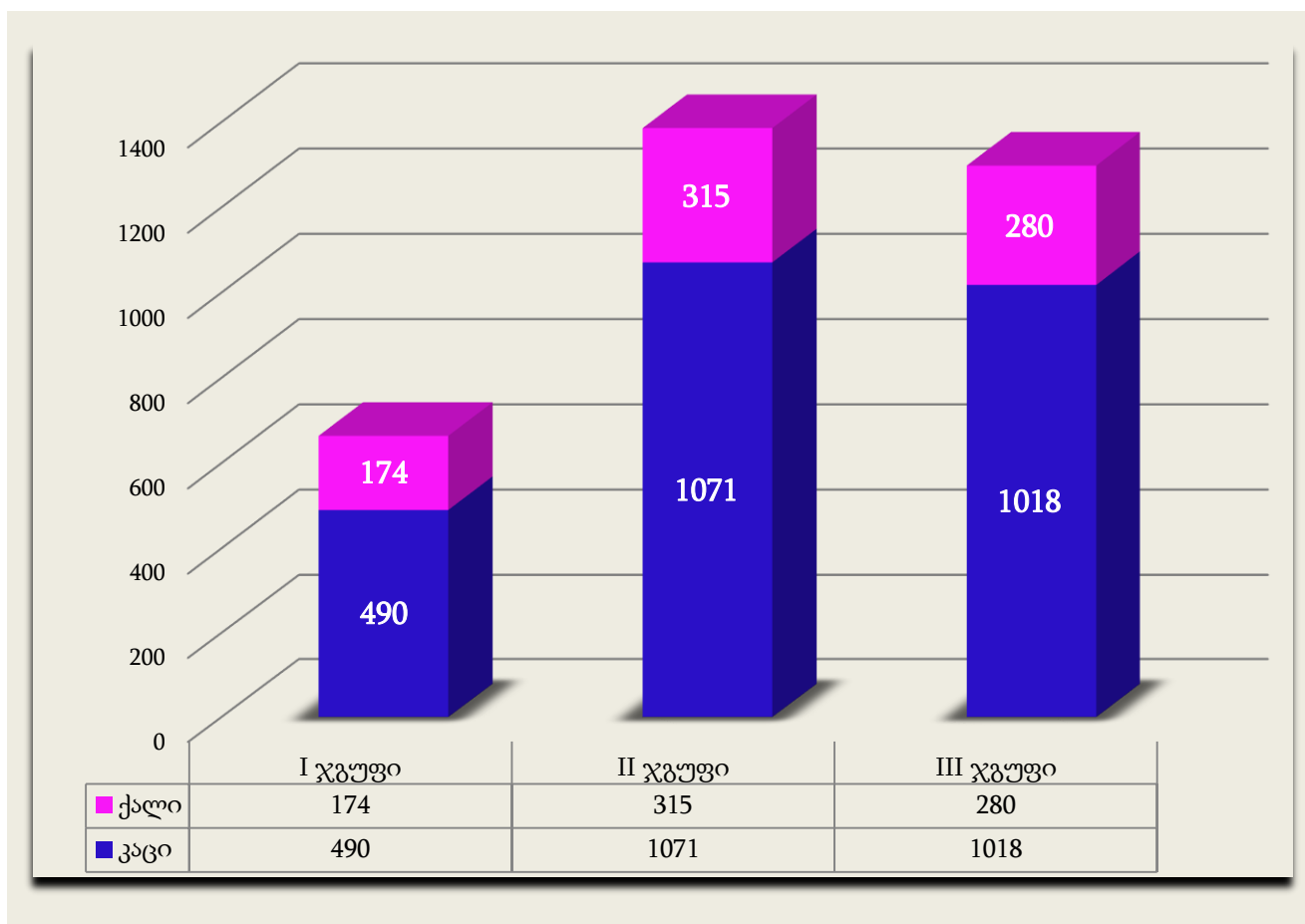
ჯამური მონაცემებით კვლევაში ჩართულ აივ ინფიცირებულთა გადანაწილება ჯგუფების მიხედვით ასახულია დიაგრამა #19-ზე. ხოლო ამ ჯგუფების დეტალური მონაცემები ნაჩვენებია ცხრილი #11-ში.

მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ ბოლო წლების განმავლობაში ჩვენს ქვეყანაში ყოველწლიურად აივ ინფექციის დიაგნოზი უდასტურდება საშუალოდ 560 ადამიანს და მათ შორის, საშუალოდ 215 პაციენტის (38.4±2.1%) გამოვლენა ხდება საკუთრივ შიდსის სტადიაზე. ეს მაჩვენებელი არც თუ ისე მცირეა ჩვენი ქვეყნისთვის, მით უფრო, რომ დაგვიანებული დიაგნოზი მინიმუმ 34%-ში უკავშირდება აივ ასოცირებულ სიკვდილობას.

ცხრილი #11. კვლევაში ჩართულ პაციენტთა განაწილება ჯგუფებში წლების მიხედვით

წელი	I ჯგუფი		II ჯგუფი		III ჯგუფი		სულ	
	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%
2013	89	19.8±1.9	146	32.4±2.2	215	47.8±2.4	450	13.4±0.6
2014	86	17.1±1.7	216	43.0±2.2	200	39.8±2.2	502	15.0±0.6
2015	143	22.5±1.7	258	40.6±1.95	234	36.9±1.9	635	19.0±0.7
2016	127	19.9±1.6	264	41.4±1.95	247	38.7±1.9	638	19.1±0.7
2017	114	20.2±1.7	246	43.5±2.1	205	36.3±2.02	565	16.9±0.6
2018	105	18.8±1.7	256	45.9±2.1	197	35.3±2.02	558	16.7±0.7
სულ	664	19.8±0.7	1386	41.4±0.9	1298	38.8±0.8	3348	100

დიაგრამა N#19. აივ/შიდსით პაციენტთა განაწილება ჯგუფებში სქესის მიხედვით



2. კლინიკური კვლევის შედეგები

2.1 კლინიკური სიმპტომები და კო-ინფექციები

საკვლევი კრიტერიუმების გათვალისწინებით, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, კვლევაში ჩართულ იქნა 3348 (88.3±0.5%) აივ ინფიცირებული პაციენტი, რომლებიც დაავადების სტადიის მიხედვით დავყავით სამ ჯგუფად.

I საკვლევ ჯგუფს მიეკუთვნა 664 (19.8±0.7%) აივ ინფიცირებული. მათგან მამაკაცი იყო 490 (73.8±1.7%), ხოლო ქალი - 174 (26.2±1.7%) (იხ. ცხრილი #11, დიაგრამა #19).

ცნობილია, რომ პირველადი ანუ მწვავე აივ ინფექცია ვითარდება ადამიანის ორგანიზმში ვირუსის შეჭრიდან 2-6 კვირის განმავლობაში და მას აგრეთვე უწოდებენ, მწვავე რეტროვირუსულ სინდრომს. ეს პერიოდი ხშირად მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, თუმცა ზოგჯერ ვითარდება სიმპტომთა კომპლექსი, რომლებიც თავისი მიმდინარეობით ძალიან წააგავს მწვავე რესპირატორულ ვირუსულ ინფექციას.

I საკვლევ ჯგუფში, პაციენტებს აღენიშნებოდათ: თავის ტკივილი, ტემპერატურის სუბფებრილური მატება, ყელის ტკივილი, ლიმფადენოპათია (ძირითადად კეფის მიდამოში), კუნთებისა და სახსრების ტკივილი, მოწითალო ფერის გამონაყარი კანზე, ქავილის შეგრძნების გარეშე. ზოგჯერ ეს სიმპტომები იყო ისე სუსტად გამოხატული, რომ თავად ინფიცირებული პირიც კი ვერ ამჩნევდა მათ არსებობას და შესაბამისად, აივ ინფექცია ვითარდებოდა უსიმპტომოდ.

ჩვენ ასევე დავაკვირდით პაციენტთა აივ ტესტირებაზე მომართვიანობის ხასიათს, რაც იყო განპირობებული ორი ძირითადი ფაქტორით:

1. როდესაც პაციენტის ტესტირება ხდებოდა არსებული მოთხოვნის საფუძველზე, რომელიც გაცემული იყო სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულების ან/და გარკვეული ტიპის ორგანიზაციების მიერ. კერძოდ, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების, რომლებიც მუშაობენ აივ/შიდსის საკითხებზე, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის და სხვათა მიერ. ამ ფაქტორით განპირობებულ ტესტირებას ეწოდება პირველადი საექვო შემთხვევის

გადამოწმება ან მომართვა. იგი ეფუძნება გარკვეული კლინიკური ნიშნების ან/და რისკის შემცველი ქცევების არსებობას აღნიშნულ პაციენტებში.

2. და როდესაც პირი საკუთარი ინიციატივით იტარებს აივ ტესტირებას. ასეთ შემთხვევებს უწოდებენ აივ-ის **თვითდინებით ან ეპიდჩვენებით** გამოვლინებას. თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში გამოკვლევის ჩასატარებლად აქაც არსებობდა გარკვეული სახის რისკის შემცველი მიზეზები - აივ ინფიცირებულთან კონტაქტი, სარისკო ქცევა ან გარკვეული საექვო ფაქტორის არსებობა.

ამ მხრივ, I ჯგუფის პაციენტებს შორის 463 (69.7±1.8%) შემთხვევაში აივ-ტესტირების ჩატარების მიზეზი იყო მომართვა ან/და გადამოწმება სხვადასხვა დაწესებულებიდან, ხოლო თვითდინებით ან/და ეპიდჩვენებით ტესტირება ჩაიტარა 201-მა (30.3±1.8%) პაციენტმა.

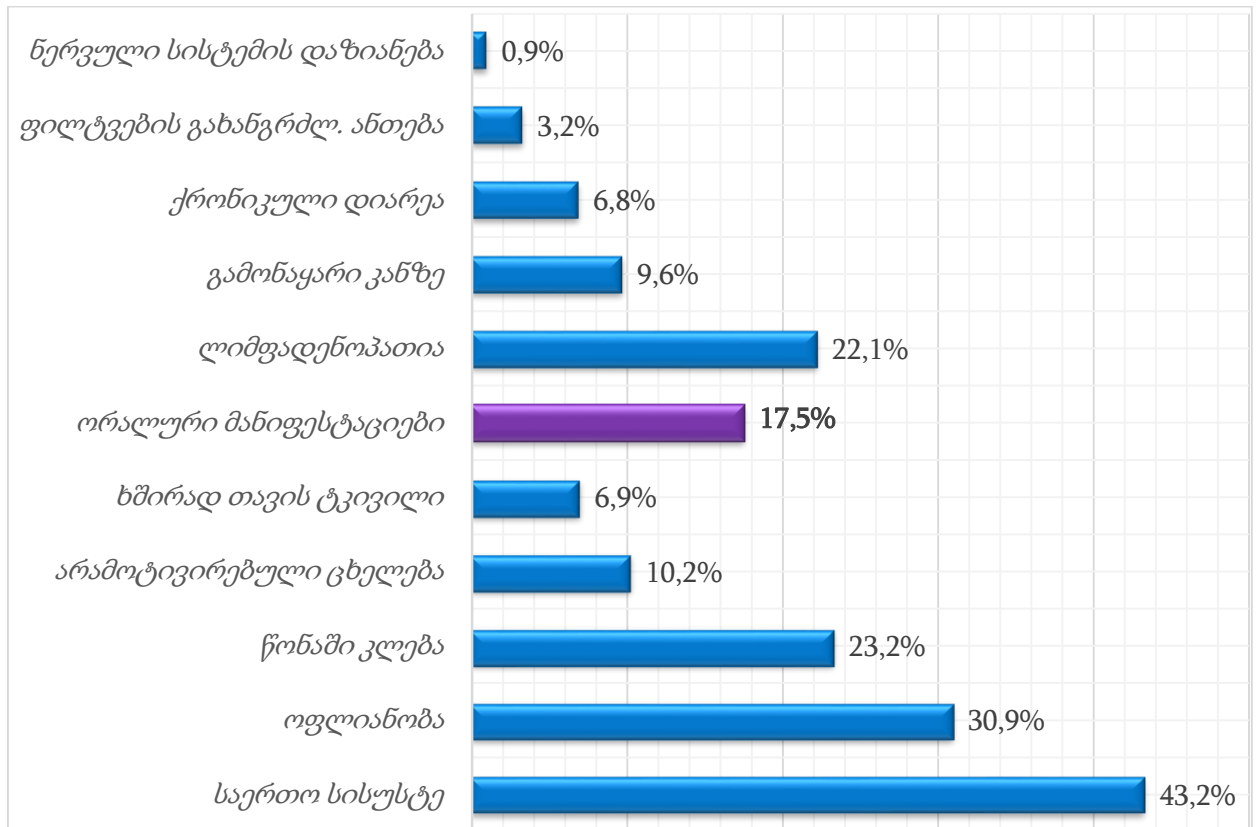
I საკვლევ ჯგუფში, მიუხედავად დაავადების სუბკლინიკური სტადიისა, ინფექციისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები აღნიშნა პაციენტთა ნახევარზე მეტს, კერძოდ 341 (51.4±1.9%) პაციენტს და ყველაზე ხშირად ეს პირები უჩიოდნენ:

- საერთო სისუსტეს - 287 (43.2±1.9%),
- ოფლიანობას - 205 (30.9±1.8%),
- წონაში კლებას - 154 (23.2±1.8%),
- ლიმფადენოპათიას - 147 (22.1±1.6%),

ამ და სხვა კლინიკური სიმპტომების, კერძოდ: არამოტივირებული ცხელების, ხშირად თავის ტკივილების, კანზე გამონაყარის, ქრონიკული დიარეას, ფილტვების გახანგრძლივებული ანთების, ნერვული სისტემის სხვადასხვა სახის დაზიანებების გამოვლინების სიხშირეები ნაჩვენებია **დიაგრამა #20**-ზე.

საკვლევ ჯგუფებში ჩვენ შევისწავლეთ აივ-თან ასოცირებული სხვა დაავადებების განვითარების სიხშირეც. მიჩნეულია, რომ ვირუსული ჰეპატიტი B და C, ტუბერკულოზი, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები - სიფილისი და გონორეა წარმოადგენენ აივ-თან ასოცირებულ კო-ინფექციებს [6, 49, 87].

დიაგრამა #20. კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების სიხშირე I ჯგუფში



I ჯგუფის პაციენტებს შორის სხვადასხვა სახის კო-ინფექციის დიაგნოზი დადასტურებული ჰქონდა 322 (48.5±1.9%) აივ ინფიცირებულს, ანუ თითქმის ნახევარს. მათგან:

- 244 (36.8±1.9%) პაციენტს დადასტურებული ჰქონდა მხოლოდ ერთი სახის კო-ინფექციის დიაგნოზი,
- 78 (11.8±1.3%) აივ ინფიცირებულს კი ერთდროულად აღენიშნათ ორი სახის კო-ინფექცია.

ვირუსული ჰეპატიტები და სხვა აივ ასოცირებული კო-ინფექციები I საკვლევ ჯგუფში დაფიქსირდა შემდეგი სიხშირით:

- ვირუსული ჰეპატიტი B - სულ 154 (23.2±1.6%) შემთხვევა,
- ვირუსული ჰეპატიტი C - 120 (18.1±1.5%) პაციენტი,
- სიფილისი - 106 (16.0±1.4%) შემთხვევა,
- გონორეა - 14 (2.1±0.6%) აივ ინფიცირებული,
- ტუბერკულოზი - 6 (0.9±0.4%) პაციენტი (იხ. ცხრილი #12).

ცხრილი #12. კო-ინფექციების თანხვედრის სიხშირე I ჯგუფის პაციენტებში

კო-ინფექციები	B ჰეპატიტი	C ჰეპატიტი	ტუბერკულოზი	სიფილისი	გონორეა
B ჰეპატიტი	98 14.8±1.4%	29 4.4±0.8%	-	27 4.1±0.8%	-
C ჰეპატიტი	29 4.4±0.8%	71 10.7±1.2%	2 0.3±0.2%	16 2.4±0.6%	2 0.3±0.2%
ტუბერკულოზი	-	2 0.3±0.2%	4 0.6±0.3%	-	-
სიფილისი	27 4.1±0.8%	16 2.4±0.6%	-	61 9.2±1.1%	2 0.3±0.2%
გონორეა	-	2 0.3±0.2%	-	2 0.3±0.2%	10 1.5±0.5%
სულ	154 23.2±1.7%	120 18.1±1.5%	6 0.9±0.4%	106 16.0±1.4%	14 2.1±0.6%

II საკვლევ ჯგუფში ჩართულ აივ ინფიცირებულთა საერთო რაოდენობამ შეადგინა 1386 (41.4±0.9%) პაციენტი. მათგან, 1071 (77.3±1.1%) იყო მამაკაცი და 315 (22.7±1.1%) - ქალი (იხ. **ცხრილი #11, დიაგრამა #19**).

ამ ჯგუფში გაერთიანებულ პაციენტებს აივ ინფექციის დიაგნოზი დაესვათ დაავადების სიმპტომურ ანუ შუალედურ სტადიაზე.

აღნიშნულ ჯგუფში, აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მიზეზის მიხედვით, კვლევამ აჩვენა, რომ 884 (63.8±1.3%) პაციენტის შემთხვევაში ტესტირების ჩატარება განპირობებული იყო მომართვით ან/და გადამოწმების მიზნით, ხოლო 502 (36.2±1.3%) შემთხვევაში აივ-ტესტირება განხორციელდა თვითდინებით ან/და ეპიდჩვენებით.

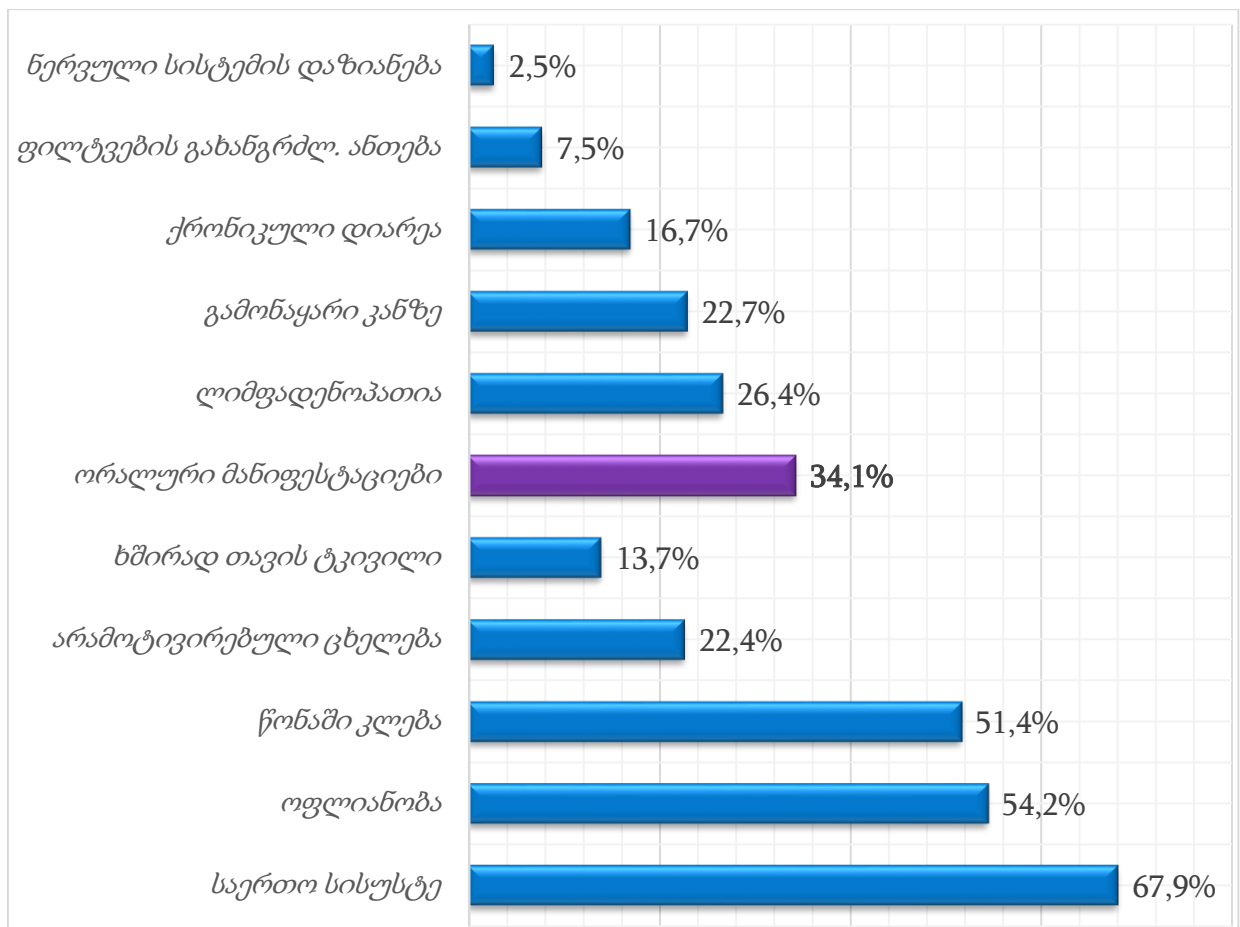
აუცილებლად აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ამ ჯგუფში პაციენტთა მცირე რაოდენობას, კერძოდ - 293 (21.1±1.1%) აივ ინფიცირებულს არ აღენიშნებოდა არანაირი კლინიკური სიმპტომი, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი შესაბამისი იმუნოლოგიური მაჩვენებლების მიხედვით იმყოფებოდნენ დაავადების შუალედურ სტადიაზე. აივ ინფექცია მათ შემთხვევაში ჯერ კიდევ მიმდინარეობდა უსიმპტომოდ. ხოლო, დანარჩენ - 1093 (78.9±1.1%) პაციენტს დაავადების სტადიის შესაბამისად, აღენიშნებოდა სხვადასხვა სახის კლინიკური სიმპტომები შემდეგი სიხშირით:

- საერთო სისუსტე - 941 (67.9±1.3%) შემთხვევა,
- ოფლიანობა - 751-ს (54.2±1.3%),

- წონაში კლება - 712-ს (51.4±1.3%).

გამოიკვეთა, რომ აღნიშნული სახის ჩივილები მეორე ჯგუფის პაციენტთა 50%-ზე მეტს აღენიშნა, ხოლო სხვა სახის სიმპტომები, როგორცაა: ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული ცხელება, კანზე გამონაყარი, ქრონიკული დიარეა, თავის ტკივილები ხშირად და სხვა, აღენიშნა შედარებით ნაკლები რაოდენობის პაციენტს (იხ. დიაგრამა #21).

დიაგრამა #21. კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების სიხშირე II ჯგუფში



აღნიშნულ საკვლევ ჯგუფში თანმხლები დაავადება აღენიშნა 768 (55.4±1.3%) პაციენტს. კერძოდ, აივ ასოცირებული კო-ინფექციები მოცემულ ჯგუფში გამოვლინდა შემდეგი სიხშირით:

- ვირუსული ჰეპატიტი C - 391 (28.2±1.2%) პაციენტს,
- ვირუსული ჰეპატიტი B - 334-ს (24.1±1.2%),
- მათ შორის ვირუსული B და C ჰეპატიტი ერთდროულად იყო გამოვლენილი 126 (9.1±0.8%) შემთხვევაში,

- სიფილისი დადასტურებული ჰქონდა 251 (18.1±1.03%) პაციენტს,
- გონორეა - 44-ს (3.2±0.5%),
- ტუბერკულოზი - 38 (2.7±0.4%) აივ ინფიცირებულს (იხ. ცხრილი #13).

ცხრილი #13. კო-ინფექციები და მათი თანხვედრის სიხშირე II ჯგუფის პაციენტებში

კო-ინფექციები	B ჰეპატიტი	C ჰეპატიტი	ტუბერკულოზი	სიფილისი	გონორეა
B ჰეპატიტი	130 9.4±0.9%	126 9.1±0.8%	-	74 5.3±0.7%	4 0.3±0.1%
C ჰეპატიტი	126 9.1±0.8%	189 13.6±1.1%	15 1.1±0.3%	54 3.9±0.6%	7 0.5±0.2%
ტუბერკულოზი	-	15 1.1±0.3%	20 1.4±0.3%	3 0.2±0.1%	-
სიფილისი	74 5.3±0.7%	54 3.9±0.6%	3 0.2±0.1%	113 8.2±0.9%	7 0.5±0.2%
გონორეა	4 0.3±0.1%	7 0.5±0.2%	-	7 0.5±0.2%	26 1.9±0.4%
სულ	334 24.1±1.2%	391 28.2±1.2%	38 2.7±0.4%	251 18.1±1.0%	44 3.2±0.5%

III საკვლევი ჯგუფის პაციენტებს უკვე განვითარებული ჰქონდათ ღრმა იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა და იმყოფებოდნენ საკუთრივ შიდსის სტადიაზე. აღნიშნულ ჯგუფში პაციენტთა რაოდენობამ შეადგინა 1298 (38.8±0.8%). მათ შორის 1018 (78.4±1.1%) იყო მამაკაცი და 280 (21.6±1.1%) - ქალი (იხ. ცხრილი #11, დიაგრამა #19).

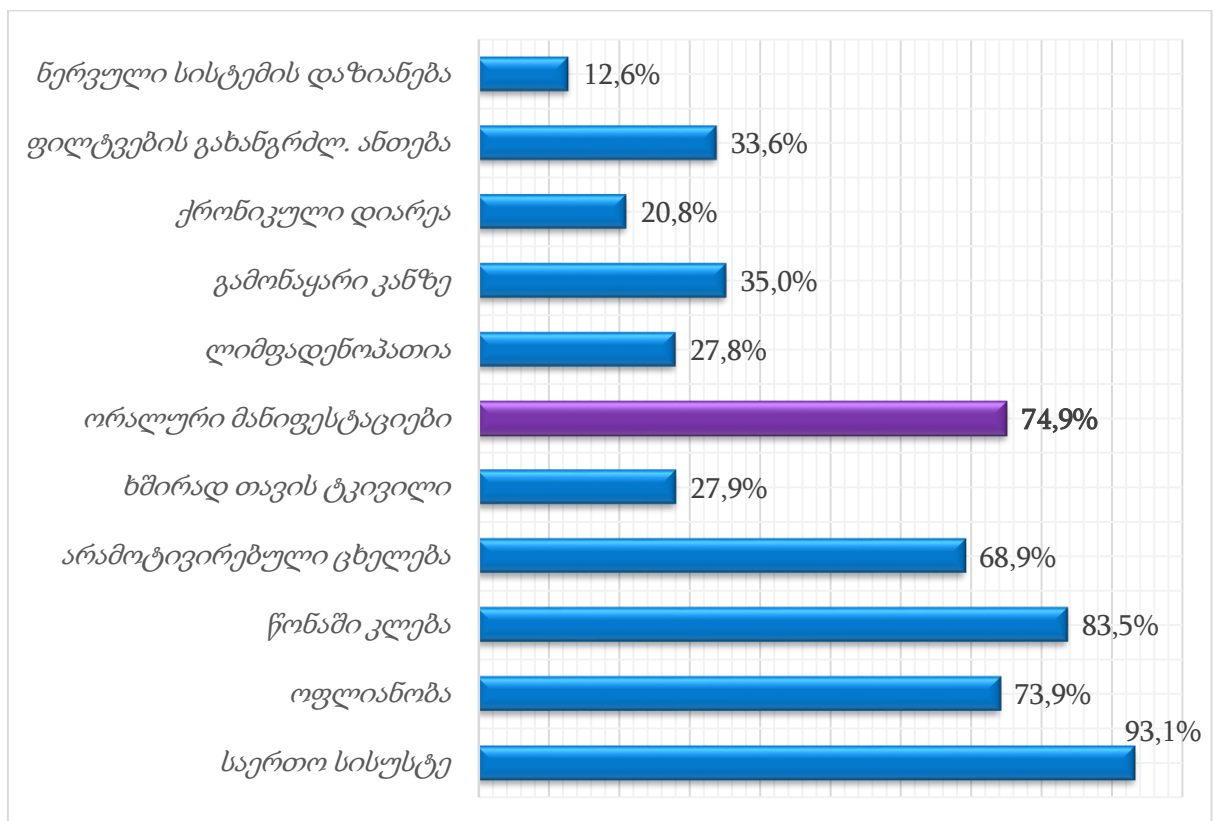
მესამე ჯგუფშიც პაციენტების აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მიზეზთა თანაფარდობა არ განსხვავდება წინა ორი ჯგუფის მონაცემებისგან და აქაც, უმეტესად, კერძოდ კი, 915 (70.5±1.3%) პაციენტის ტესტირება განპირობებული იყო მომართვა-გადამოწმებით, ხოლო 383 (29.5±1.3%) პაციენტის შემთხვევაში კი - აივ ტესტირება მოხდა თვითღინება - ეპიდჩვენების საფუძველზე.

როგორც აღვნიშნეთ, საკუთრივ შიდსის სტადიაზე ორგანიზმის იმუნური სისტემის ფუნქცია ძალიან დაქვეითებულია, რის შედეგადაც ვითარდება შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი. შესაბამისად, აივ/შიდსისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები ამ ჯგუფში აღვნიშნება ყველა პაციენტს (100%). ამასთანავე,

მთელ რიგ შემთხვევებში პაციენტების მდგომარეობა იყო საკმაოდ კრიტიკული. განსაკუთრებით მაღალი სიხშირით გამოვლინდა შემდეგი სახის სიმპტომები:

- საერთო სისუსტე აღენიშნებოდა 1209 (93.1±0.7%) პაციენტს,
- წონაში კლება - 1084-ს (83.5±1.0%),
- ოფლიანობა - 959-ს (73.9±1.2%),
- არამოტივირებული ცხელება - 893-ს (68.9±1.3%),
- ფილტვების გახანგრძლივებული ანთება (პნევმონია) - 436-ს (33.6±1.3%)
- დანარჩენი კლინიკური ნიშნები გამოვლინდა საშუალო ინტენსიობით და ყველა ეს მონაცემი ნაჩვენებია დიაგრამა #22-ზე.

დიაგრამა #22. კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების სიხშირე III ჯგუფის პაციენტებში



III ჯგუფში კო-ინფექციები იყო გამოვლენილი საკმაოდ ხშირად, კერძოდ, 903 (69.6±1.3%) პაციენტს ჰქონდა განვითარებული ერთი ან რამოდენიმე სახის კო-ინფექცია. კერძოდ:

- ერთი სახის კო-ინფექცია იყო განვითარებული 463 (35.7±1.3%) პაციენტთან,

- ორი ან სამი სახის კო-ინფექციის არსებობა დადასტურებული ჰქონდა 440-ს (33.9±1.3%),

აივ ასოცირებული კო-ინფექციები მესამე ჯგუფში გამოვლინდა შემდეგი სიხშირით:

- ვირუსული ჰეპატიტი C - 653 (50.3±1.4%) შემთხვევა,
- ვირუსული ჰეპატიტი B - 318-ს (24.5±1.2%),
- ვირუსული ჰეპატიტები B და C ერთდროულად აღენიშნა 206 (15.9±1.0%) პაციენტს,
- სიფილისი დაფიქსირდა 103 (7.9±0.7%) შემთხვევაში,
- გონორეა გამოვლინდა 24 (1.9±0.3%) პაციენტთან,
- ტუბერკულოზის დიაგნოზი ჰქონდა დადასტურებული 245 (18.9±1.1%) აივ ინფიცირებულ პაციენტს (იხ. ცხრილი #14).

ცხრილი #14. კო-ინფექციები და მათი გამოვლენის სიხშირე III ჯგუფში

კო-ინფექციები	B ჰეპატიტი	C ჰეპატიტი	ტუბერკულოზი	სიფილისი	გონორეა
B ჰეპატიტი	90 6.9±0.8%	206 15.9±1.0%	-	18 1.4±0.4%	4 0.3±0.2%
C ჰეპატიტი	206 15.9±1.0%	251 19.3±1.2%	148 11.4±2.0%	44 3.4±0.6%	4 0.3±0.2%
ტუბერკულოზი	-	148 11.4±1.0%	84 6.5±0.8%	10 0.8±0.3%	3 0.2±0.1%
სიფილისი	18 1.4±0.4%	44 3.4±0.6%	10 0.8±0.3%	28 2.2±0.4%	3 0.2±0.1%
გონორეა	4 0.3±0.2%	4 0.3±0.2%	3 0.2±0.1%	3 0.2±0.1%	10 0.8±0.3%
სულ	318 24.5±1.2%	653 50.3±1.4%	245 18.9±1.2%	103 7.9±0.8%	24 1.9±0.4%

ამგვარად, კო-ინფექციების შეხვედრის სიხშირე მესამე ჯგუფის პაციენტებს შორის იყო, გაცილებით მაღალი, სხვა ორ საკვლევ ჯგუფთან შედარებით, რაც ღრმა იმუნოდეფიციტის განვითარებით არის განპირობებული.

დიაგრამა #23-ზე შედარების მიზნით წარმოდგენილია აივ ინფექციასთან ასოცირებული კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებები სამივე საკვლევ ჯგუფში.

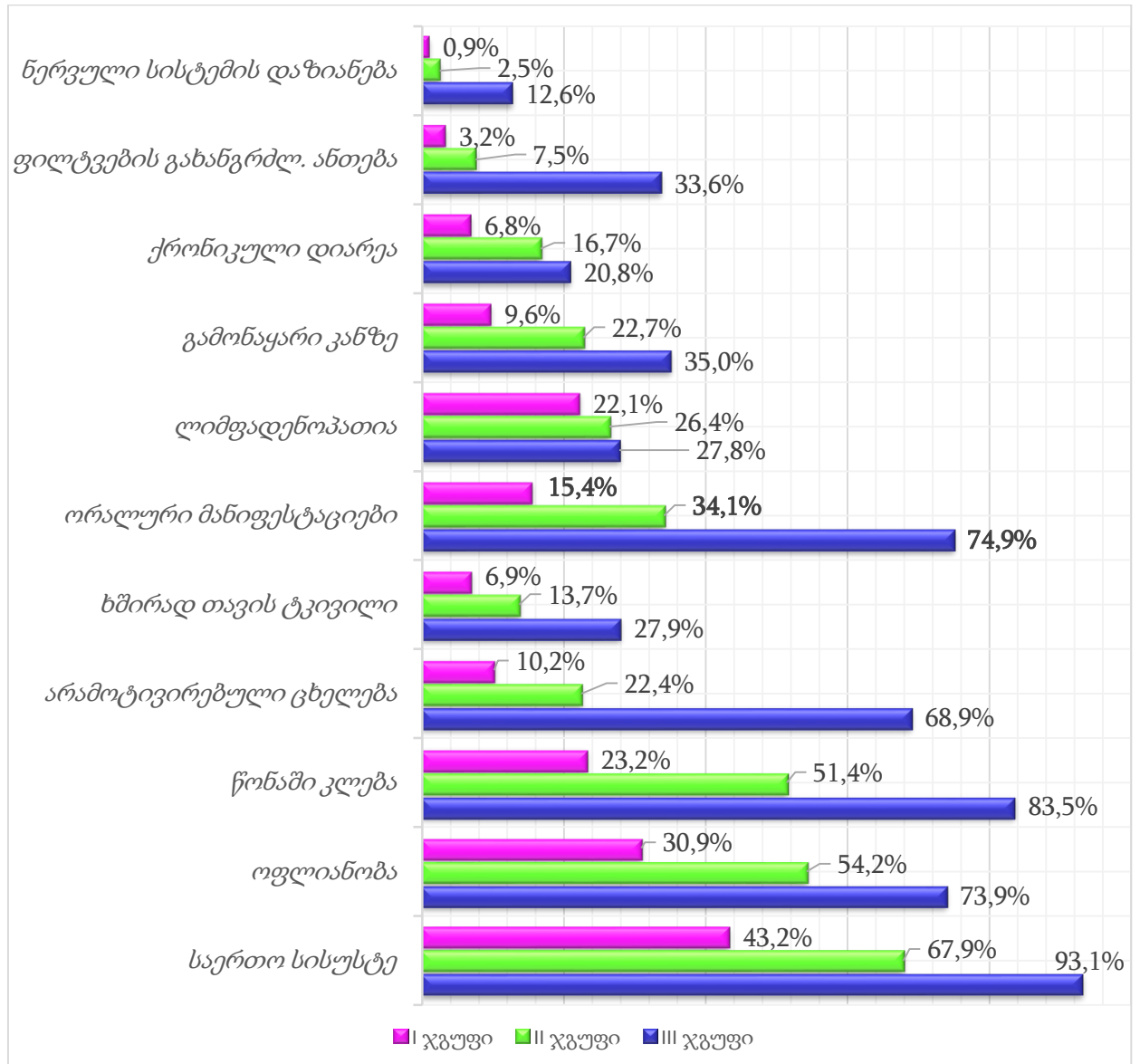
აღნიშნული დიაგრამის მიხედვით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ აივ ინფიცირებულ პაციენტებში, დაავადების ყველა სტადიაზე მაღალი პრევალენტობით ვლინდებიან ისეთი კლინიკური სიმპტომები, როგორცაა საერთო სისუსტე, წონაში კლება, ოფლიანობა, არამოტივირებული ცხელება და ორალური მანიფესტაციები.

- საერთო სისუსტე ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა ამ ტიპის პაციენტებში და როგორც ცხრილშია ნაჩვენები, I ჯგუფში იგი აღენიშნა 287-ს ($43.2 \pm 1.9\%$)-ს, II ჯგუფში – 941-ს ($67.9 \pm 1.2\%$), ხოლო III ჯგუფში – 1209-ს ($93.1 \pm 0.8\%$).
- წონაში კლება ასევე მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია და I ჯგუფში დაუფიქსირდა 154 ($23.2 \pm 1.6\%$) პაციენტს, II ჯგუფში – 712-ს ($51.4 \pm 1.0\%$)-ში, III ჯგუფში კი – 1084-ს ($83.5 \pm 1.5\%$).
- ოფლიანობა I ჯგუფში აღენიშნა 205 ($30.9 \pm 1.8\%$) პაციენტს, II ჯგუფში - 751-ს ($54.2 \pm 1.3\%$), ხოლო III ჯგუფში 959-ს ($73.9 \pm 1.2\%$).
- არამოტივირებული ცხელებაც ასევე მნიშვნელოვანი სიმპტომია და ის I ჯგუფში აღენიშნა 68 ($10.2 \pm 1.2\%$) პაციენტს, II ჯგუფში – 311-ს ($22.4 \pm 1.1\%$)-ს, ხოლო III ჯგუფში – 893-ს ($68.9 \pm 1.3\%$).
- მიღებული შედეგების მიხედვით, ორალური მანიფესტაციების პრევალენტობაც საკვლევ ჯგუფებში დაავადების სამივე სტადიაზე საკმაოდ მაღალია. კერძოდ, დაავადების განვითარების საწყის და სუბკლინიკურ სტადიაზე ანუ I ჯგუფის პაციენტებს შორის ორალური მანიფესტაციები დაფიქსირდა 116 ($17.5 \pm 1.5\%$) შემთხვევაში, რაც მოცემული სტადიისთვის არის საკმაოდ მაღალი. II ჯგუფის პაციენტებს შორის ორალური მანიფესტაციები აღენიშნა 472 ($34.1 \pm 1.3\%$) პირს, ხოლო III ჯგუფში - 967 ($74.5 \pm 1.2\%$) აივ ინფიცირებულს.
- სხვა კლინიკური სიმპტომების გამოვლენის სიხშირე საკმაოდ ნაკლები იყო და მიღებული მონაცემები წარმოდგენილია დიაგრამა #23-ზე.

ამრიგად, აივ ინფიცირებულ პაციენტებს შორის ორალური მანიფესტაციების გამოვლინებები, მით უფრო სხვა ზოგადი კლინიკური სიმპტომების ფონზე, არის საკმაოდ ხშირი სამივე საკვლევ ჯგუფში ანუ დაავადების სამივე სტადიაზე. ამდენად, გამოვლინებები პირის ღრუს ლორწოვანზე არის საკმაოდ მნიშვნელოვანი სიმპტომი

ინფექციის დროულად გამოვლინების საკითხში და ასევე არსებული მანიფესტაციების უკეთ სამართავად.

დიაგრამა #23. აივ/შიდსის კლინიკური სიმპტომების პრევალენტობა საკვლევ ჯგუფებში



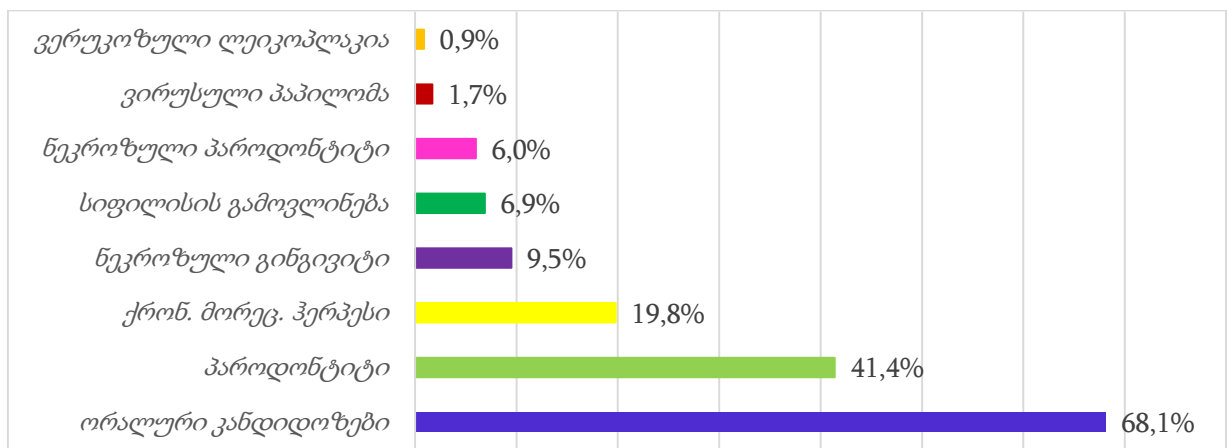
2.2 აივ ინფიცირებულ პაციენტებში ორალური მანიფესტაციების და დაავადების ზოგადი ნიშნების კორელაციები

კვლევის დროს დეტალურად შევისწავლეთ თანმხლები ორალური გამოვლინებების მქონე აივ ინფიცირებული პაციენტები. მათ შემთხვევაში პირის ღრუს ლორწოვანზე მანიფესტირებული სხვადასხვა სახის დაზიანებების გარდა ჩვენ განვსაზღვრეთ აივ ინფექციისთვის დამახასიათებელი სხვა ზოგადი კლინიკური სიმპტომების (საერთო სისუსტე, ოფლიანობა, წონაში კლება, ლიმფადენოპათია, არამოტივირებული ცხელება, გამონაყარი კანზე და სხვა) გამოვლენის სიხშირეებიც და შევისწავლეთ მათი კორელაცია ორალურ მანიფესტაციებთან.

I ჯგუფში დაფიქსირებულ 664 (19.6±0.7%) აივ ინფიცირებულს შორის სხვადასხვა სახის ორალური მანიფესტაცია აღენიშნა 116-ს (17.5±1.5%), კერძოდ:

- ორალური კანდიდოზი გამოვლინდა 79 (68.1±4.3%) პაციენტს,
- პაროდონტიტი – 48-ს (41.4±4.6%),
- ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესი - 23-ს (19.8±3.6%),
- ნეკროზული გინგივიტი - 11 (9.5±2.7%) მათგანს,
- სიფილისის (მეორეული) გამოვლინება პირის ღრუს ლორწოვანზე დაუფიქსირდა 8 (6.9±2.4%) პაციენტს,
- ნეკროზული პაროდონტიტი – 7-ს (6.0±2.4%),
- ვირუსული პაპილომა - 2-ს (1.7±1.2%), ხოლო
- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია - 1-ს (0.9±0.9%) (იხ. დიაგრამა #24).

დიაგრამა #24. ორალური მანიფესტაციების პრევალენტობა I ჯგუფის პაციენტებში



ცხრილი #15. ორალური მანიფესტაციათა გამოვლინების სახეები და სიხშირე წლების მიხედვით I ჯგუფში

ორალ. მანიფესტაციები	2013		2014		2015		2016		2017		2018		სულ	
	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%
ორალური კანდიდოზები	12	75.0±10.8	10	71.4±12.1	16	61.5±9.5	14	60.9±10.2	14	73.7±10.1	13	72.2±10.6	79	68.1±4.3
პაროდონტიტი	7	43.8±12.4	6	42.9±13.1	11	42.3±9.7	9	39.1±10.2	8	42.1±11.3	7	38.9±11.5	48	41.4±4.6
ქრონ. მორეც. ჰერპესი	3	18.8 ±9.8	2	21.4±10.9	5	19.2±7.7	5	21.7±8.5	4	21.1±9.4	4	22.2±9.8	23	19.8±3.6
ნეკროზული გინგივიტი	1	6.3±6.1	2	21.4±10.9	3	11.5±6.2	2	8.7±5.9	1	5.3±5.1	2	11.1±7.4	11	9.5±2.7
სიფილისის გამოვლინება	1	6.3±6.1	1	7.1±6.9	2	7.7±5.2	2	8.7±5.9	1	5.3±5.1	1	5.6±5.4	8	6.9±2.4
ნეკროზული პაროდონტიტი	1	6.3±6.1	1	7.1±6.9	1	3.9±3.8	2	8.7±5.9	1	5.3±5.1	1	5.6±5.4	7	6.0±2.4
ვირუსული პაპილომა	0	-	0	-	0	-	1	4.3±4.2	0	-	1	5.6±5.4	2	1.7±1.2
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია	0	-	0	-	1	3.9±3.8	0	-	0	-	0	-	1	0.9±0.9

ცხრილი #15-ში წარმოდგენილია I ჯგუფის პაციენტებს შორის სხვადასხვა სახის ორალურ მანიფესტაციათა გამოვლინების ინტენსიობა. ორალური კანდიდოზები კვლევის პერიოდში მერყეობდა 56.5%-დან 68.4%-მდე, ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესების გამოვლინების სიხშირე კი, იყო 18.8%-დან 22.2%-მდე.

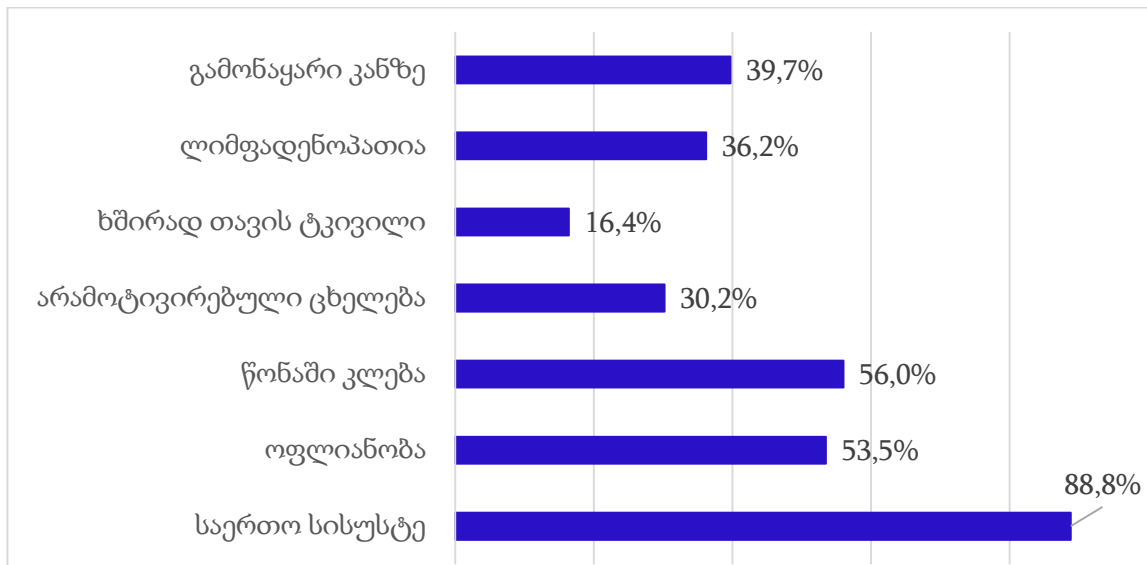
განვსაზღვრეთ ზოგადი კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების კორელაცია თანხლებ ორალურ მანიფესტაციებთან. კვლევამ გვიჩვენა, რომ იმ პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნათ პირის ღრუს ლორწოვანზე სხვადასხვა სახის დაზიანებები, აივ ინფექციისთვის დამახასიათებელი ზოგადი კლინიკური სიმპტომების გამოვლენაც აღინიშნა საკმაოდ ხშირად. კერძოდ, I ჯგუფში ორალური მანიფესტაციების მქონე 116 (100%) პაციენტს შორის:

- საერთო სისუსტე აღენიშნა 103 (88.8±2.9%) პირს,
- ოფლიანობა - 62-ს (53.5±4.6%),
- წონაში კლება - 65-ს (56.0±4.6%),
- ლიმფადენოპათია - 42-ს (36.2±4.5%),
- არამოტივირებულ ცხელება - 35 (30.2±4.3%) პაციენტს,
- კანზე გამონაყარი კი - 46-ს (39.7±4.5%) (იხ. **ცხრილი #16, დიაგრამა #25**).

ცხრილი #16. კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების სიხშირე ორალური მანიფესტაციების თანხლებით I ჯგუფის პაციენტებში

კლინიკური სიმპტომები	აბს. რაოდ.	პროცენტი (%)
საერთო სისუსტე	103	88.8±2.9
ოფლიანობა	62	53.5±4.6
წონაში კლება	65	56.0±4.6
არამოტივირებული ცხელება	35	30.2±4.3
ხშირად თავის ტკივილი	19	16.4±3.4
ლიმფადენოპათია	42	36.2±4.5
გამონაყარი კანზე	46	39.7±4.5

დიაგრამა #25. კლინიკური სიმპტომები კორელაციაში თანმხლებ ორალურ მანიფესტაციებთან I ჯგუფის პაციენტებში



ცხრილი #17-ში ნაჩვენებია, თუ როგორი მკაფიო განსხვავებაა ზოგადი კლინიკური ნიშნების გამოვლინების ინტენსიობის მხრივ, ორალური მანიფესტაციების მქონე პაციენტებსა და ამავე ჯგუფში ზოგადად დაფიქსირებულ მონაცემებს შორის.

ცხრილი #17. კლინიკური სიმპტომების პრევალენტობის შედარება I ჯგუფის პაციენტებში

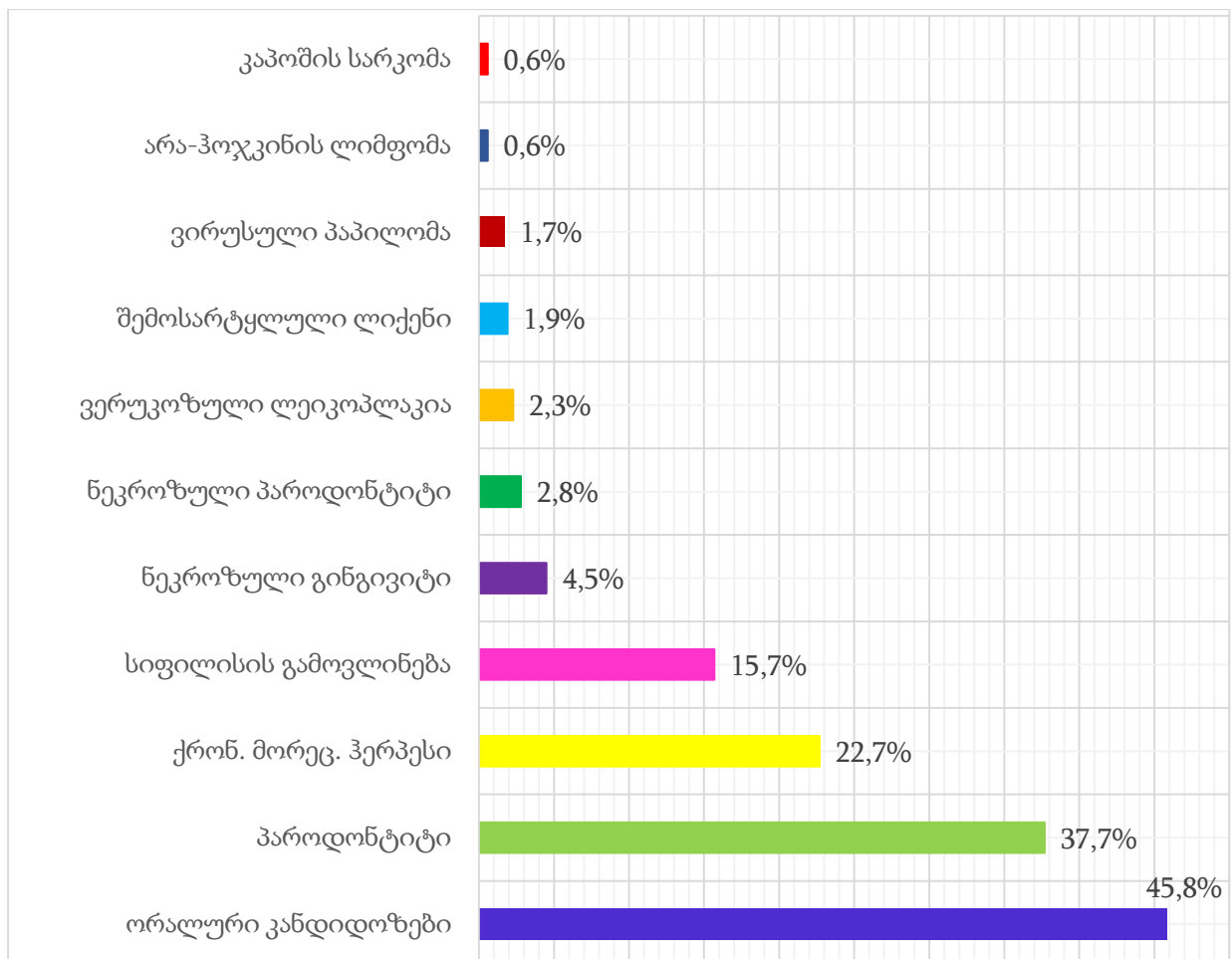
<i>კლინიკური სიმპტომები</i>	<i>ჯგუფში ზოგადად</i>	<i>ორალური მანიფესტაციების თანხლებით</i>
საერთო სისუსტე	287 (43.2±1.9%)	103 (88.8±2.9%)
ოფლიანობა	205 (30.9±1.8%)	62 (53.5±4.6%)
წონაში კლება	154 (23.2±1.8%)	65 (56.0±4.6%)
არამოტივირებული ცხელება	68 (10.2±1.2%)	35 (30.2±4.3%)
ხშირად თავის ტკივილი	46 (6.9±1.0%)	19 (16.4±3.4%)
ლიმფადენოპათია	147 (22.1 ±1.6%)	42 (36.2±4.5%)
გამონაყარი კანზე	64 (9.6±1.1%)	46 (39.7±4.5%)

II ჯგუფში დაფიქსირებული 1386 (41.4±0.9%) პაციენტიდან სხვადასხვა სახის ორალური მანიფესტაცია გამოუვლინდა 472 (34.1±1.3%) მათგანს. მათ შორის:

- ორალური კანდიდოზები აღენიშნებოდა 216 (45.8±2.3%) პაციენტს,

- პაროდონტიტი – 178 (37.7±2.2%),
- ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესი - 107-ს (22.7±1.9%),
- სიფილისით გამოწვეული დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე - 74 (15.7±1.7%) პაციენტს,
- ნეკროზული გინგივიტი – 21 (4.5±1.0%)
- ნეკროზული პაროდონტი – 13 (2.8±0.8%)
- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია - 11 (2.3±0.7%) პაციენტს,
- შემოსართყლული ლიქენი - 9 (1.9±0.6%) შემთხვევაში,
- ვირუსული პაპილომა - 8-ს (1.7±0.6%),
- არა-ჰოჯკინის ლიმფომა - 3-ს (0.6±0.4%),
- კაპოშის სარკომის - 3-ს (0.6±0.4%) (იხ. დიაგრამა #26).

დიაგრამა #26. ორალური მანიფესტაციების პრევალენტობა II ჯგუფის პაციენტებში



ცხრილი №18. ორალურ მანიფესტაციათა გამოვლინების სახეები და სიხშირე წლების მიხედვით II ჯგუფში

ორალური მანიფესტაციები	2013		2014		2015		2016		2017		2018		სულ	
	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%
ორალური კანდიდოზები	25	41.7±6.2	34	44.2±5.7	41	46.6±5.2	42	47.2±5.2	36	46.2±5.6	38	47.5±5.6	216	45.8±2.3
პაროდონტიტი	9	15.0±4.6	10	13.0±3.8	12	13.6±3.7	13	14.6±3.7	10	12.8±3.8	11	13.8±3.9	178	37.7±2.2
ქრონ. მორეც-ჰერპესი	14	23.3±5.5	18	23.4±4.8	20	22.7±4.5	19	21.3±4.3	17	21.8±4.7	19	23.8±4.8	107	22.7±1.9
სიფილისის გამოვლინება	11	18.3±5.0	12	15.6±4.1	13	14.8±3.8	14	15.7±3.9	12	15.4±4.2	12	15.0±4.0	74	15.7±1.7
ნეკროზული გინგივიტი	4	6.7±3.2	2	2.6±1.8	5	5.7±2.5	3	3.4±1.9	3	3.9±2.2	4	5.0±2.4	21	4.5±1.0
ნეკროზული პაროდონტიტი	2	3.3±2.3	1	1.3±1.3	4	4.6±2.2	3	3.4±1.9	1	1.3±1.3	2	2.5±1.7	13	2.8±0.8
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია	1	1.7±1.7	2	2.6±1.8	2	2.3±1.6	3	3.4±1.9	2	2.6±1.8	1	1.3±1.2	11	2.3±0.7
შემოსართყლ. ლიქენი	1	1.7±1.7	1	1.3±1.3	2	2.3±1.6	2	2.2±1.6	1	1.3±1.3	2	2.5±1.7	9	1.9±0.6
ვირუსული პაპილომა	1	1.7±1.7	1	1.3±1.3	2	2.3±1.6	2	2.2±1.6	1	1.3±1.3	1	1.3±1.2	8	1.7±0.6
არა-ჰოჯკინის ლიმფომა	1	1.7±1.7	0	-	1	1.1±1.1	1	1.1±1.1	0	-	0	-	3	0.6±0.4
კაპოშის სარკომა	1	1.7±1.7	0	-	0	-	0	-	1	1.3±1.3	1	1.3±1.2	3	0.6±0.4

ცხრილი #18-ში წარმოდგენილია II ჯგუფის პაციენტებში გამოვლენილი ორალური მანიფესტაციების სახეები და სიხშირე წლების მიხედვით. აღნიშნულ ჯგუფშიც დაფიქსირდა ორალური კანდიდოზებისა (35.0%-დან 43.6%-მდე) და ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესების (21.3%-დან 23.8%-მდე) პრევალენტობა. ასევე, მნიშვნელოვნად არის გაზრდილი მეორეული სიფილისით გამოწვეული მანიფესტაციებიც, სულ 74 (15.7±1.7%) შემთხვევა. ხოლო პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანებები გამოუვლინდა 65 (12.3±1.5%) პაციენტს, ასევე აღინიშნა ვერუკოზული ლეიკოპლაკიის 11 (2.3±0.7%) და ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული დაზიანებების 9 (1.9±0.6%) შემთხვევა, ნეოპლაზიებიდან კი მხოლოდ 3-3 (0.6±0.4%) პაციენტს აღინიშნა კაპოშის სარკომა და არა-ჰოჯკინის ლიმფომა.

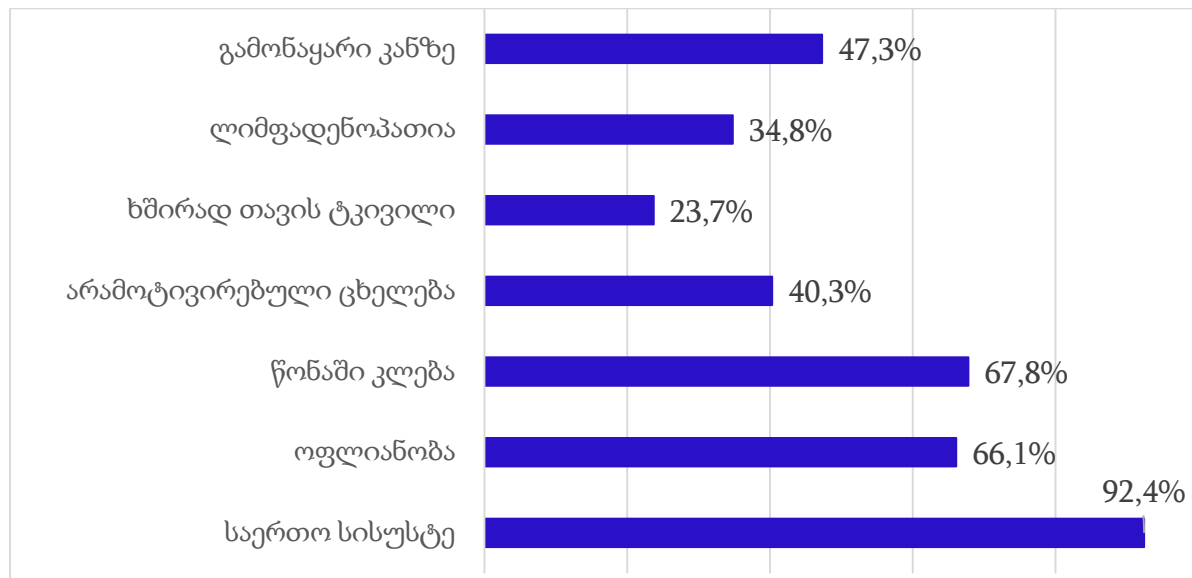
ამ ჯგუფშიც გამოვიკვლიეთ აივ ინფექციის ზოგადი კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების კორელაცია ორალურ მანიფესტაციებთან და შედეგები წარმოდგენილია **ცხრილი #19**-ში. პირის ღრუს ლორწოვანზე განვითარებულ დაზიანებებთან ერთად ზოგადი კლინიკური სიმპტომებიდან საერთო სისუსტეს აღნიშნავდა 436 (92.4±1.2%) პაციენტი, ოფლიანობას – 312 (66.1±2.2%), წონაში კლებას – 321 (67.8±2.2%), არამოტივირებულ ცხელებას – 190 (40.3±2.3%), ხოლო კანზე გამონაყარს - 223 (47.3±2.3%) პაციენტი.

ცხრილი #19. კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების სიხშირე ორალური მანიფესტაციების თანხლებით II ჯგუფის პაციენტებში

კლინიკური სიმპტომები	აბს. რაოდ.	პროცენტი(%)
საერთო სისუსტე	436	92.4±1.2
ოფლიანობა	312	66.1±2.2
წონაში კლება	321	67.8±2.2
არამოტივირებული ცხელება	190	40.3±2.3
ხშირად თავის ტკივილი	112	23.7±1.9
ლიმფადენოპათია	164	34.8±2.2
გამონაყარი კანზე	223	47.3±2.3

დიაგრამა #27-ზე ასახულია II ჯგუფის პაციენტებში დაფიქსირებული ზოგადი კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების კორელაცია ორალურ მანიფესტაციებთან.

დიაგრამა #27. კლინიკური სიმპტომები კორელაციაში თანხლებ ორალურ მანიფესტაციებთან II ჯგუფის პაციენტებში



II ჯგუფში, ორალური მანიფესტაციების მქონე პირთა შორის ზოგადი კლინიკური სიმპტომები ცალკეულად აღინიშნა კიდევ უფრო მეტი ინტენსიობით ვიდრე ზოგადად ჯგუფის მასშტაბით (იხ. ცხრილი #20).

ცხრილი #20. კლინიკური სიმპტომების პრევალენტობის შედარება II ჯგუფში

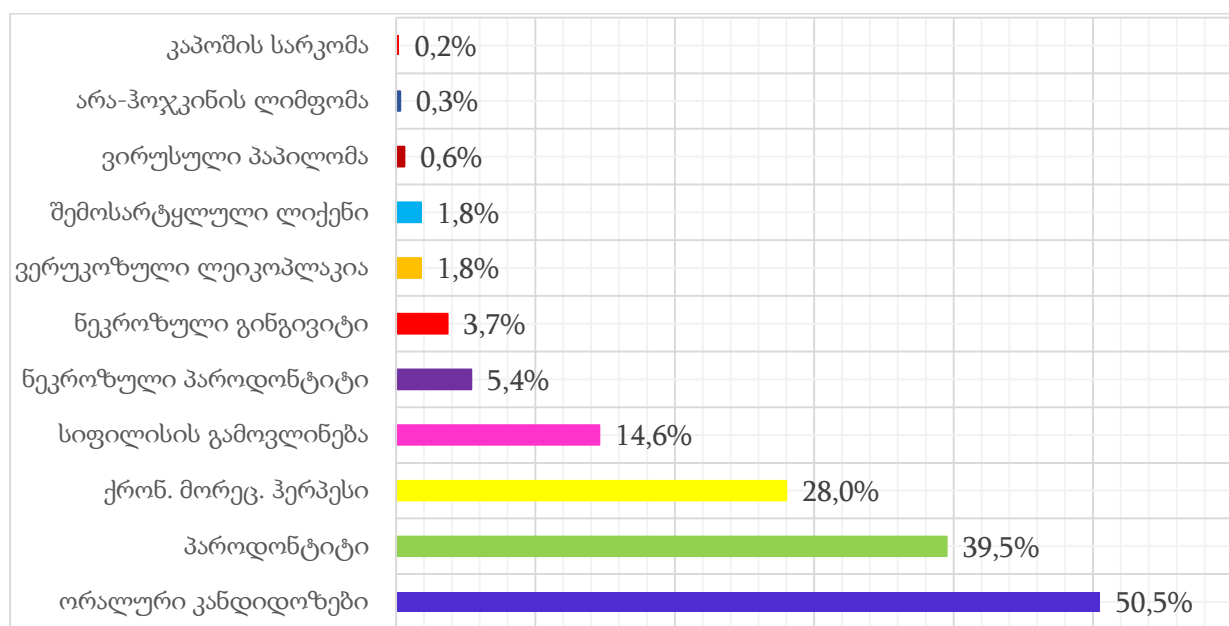
კლინიკური სიმპტომები	ჯგუფში ზოგადად	ორალური მანიფესტაციების თანხლებით
საერთო სისუსტე	941 (67.9±1.3%)	436 (92.4±1.2%)
ოფლიანობა	751 (54.2±1.3%)	312 (66.1±2.2%)
წონაში კლება	712 (51.4±1.3%)	321 (67.8±2.2%)
არამოტივირებული ცხელება	311 (22.4±1.1%)	190 (40.3±2.3%)
ხშირად თავის ტკივილი	190 (13.7±0.9%)	112 (23.7±1.9%)
ლიმფადენოპათია	366 (26.4±1.2%)	164 (34.8±2.2%)
გაგონაყარი კანზე	315 (22.7±1.1%)	223 (47.3±2.3%)

III ჯგუფში ორალური მანიფესტაციების გამოვლინება იყო საკმაოდ ხშირი, რადგან 1298 (38.8±0.8%) პაციენტიდან აღენიშნა 967-ს (74.5±1.2%).

ამ ჯგუფშიც პრევალენტური იყო ორალური კანდიდოზების, ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესიების და სიფილისით გამოწვეული გამოვლინებები, კერძოდ:

- ორალური კანდიდოზები აღენიშნებოდა 488 (50.5±1.6%) პაციენტს,
- პაროდონტიტი – 382 (39.5±1.6%),
- ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესი - 271-ს (28.0±1.4%),
- სიფილისის გამოვლინება პირის ღრუს ლორწოვანზე დაუფიქსირდა - 141 (14.6±1.1%) პაციენტს,
- ნეკროზული გინგივიტი – 52 (5.4±0.7%),
- ნეკროზული პაროდონტიტი – 36 (3.7±0.6%),
- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია - 17 (1.8±0.4%) პაციენტს, ასევე
- შემოსართყლული ლიქენი - 17-ს (1.8±0.4%),
- ვირუსული პაპილომა - 6-ს (0.6±0.3%),
- არა-ჰოჯკინის ლიმფომა - 3-ს (0.3±0.2%),
- კაპოშის სარკომა კი - 2-ს (0.2±0.1%) (იხ. დიაგრამა #28).

დიაგრამა #28. ორალური მანიფესტაციების პრევალენტობა III ჯგუფის პაციენტებში



ცხრილი №21. ორალურ მანიფესტაციათა გამოვლინების სახეები და სიხშირე წლების მიხედვით III ჯგუფში

ორალური მანიფესტაციები	2013		2014		2015		2016		2017		2018		სულ	
	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%	აბს. რ.	%
ორალური კანდიდოზები	77	53.1±4.1	80	49.7±3.9	84	48.0±3.8	85	49.4±3.8	80	51.0±4.0	82	50.9±3.9	488	50.5±1.6
პაროდონტიტი	61	42.1±4.1	62	38.5±3.8	67	38.3±3.7	65	37.8±3.7	63	41.2±4.0	64	39.8±3.9	382	39.5±1.6
ქრონ. მორეც. ჰერპესი	41	28.3±3.7	47	29.2±3.6	51	29.1±3.4	48	27.9±3.4	41	26.8±3.6	43	26.7±3.5	271	28.0±1.4
სიფილისის გამოვლინება	18	12.4±2.7	21	13.0±2.7	26	14.9±2.7	25	14.5±2.7	24	15.7±2.9	27	16.8±2.9	141	14.6±1.1
ნეკროზული გინგივიტი	7	4.8±1.8	9	5.6±1.8	10	5.7±1.8	9	5.2±1.7	8	5.2±1.8	9	5.6±1.8	52	5.4±0.7
ნეკროზული პაროდონტიტი	5	3.5±1.5	6	3.7±1.5	6	3.4±1.4	8	4.7±1.6	5	3.3±1.4	6	3.7±1.5	36	3.7±0.6
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია	2	1.4±1.0	2	1.2±0.9	4	2.3±1.1	4	2.3±1.1	3	2.0±1.1	2	1.2±0.9	17	1.8±0.4
შემოსართყლ. ლიქენი	3	2.1±1.4	2	1.2±0.9	4	2.3±1.1	3	1.7±1.0	2	1.3±0.9	3	1.9±1.1	17	1.8±0.4
ვირუსული პაპილომა	1	0.7±0.7	1	0.6±0.6	1	0.6±0.6	2	1.2±0.8	1	0.7±0.7	0	-	6	0.6±0.3
არა-ჰოჯკინის ლიმფომა	0	-	0	-	1	0.6±0.6	0	-	1	0.7±0.7	1	0.6±0.6	3	0.3±0.2
კაპოშის სარკომა	0	-	1	0.6±0.6	0	-	1	0.6±0.6	0	-	0	-	2	0.2±0.1

ცხრილი #21-ში წარმოდგენილია III ჯგუფის პაციენტებში ორალური მანიფესტაციების სახეები და მათი შეხვედრის სიხშირე კვლევის პერიოდში წლების მიხედვით. სადაც ჩანს, რომ ამ ჯგუფის პაციენტებშიც ორალური მანიფესტაციებიდან პრევალენტურია ორალური კანდიდოზები და ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესები. ისევე როგორც სხვა ჯგუფებში, აქაც მნიშვნელოვნადაა გაზრდილი მეორეული სიფილისით გამოწვეული მანიფესტაციები და პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის სხვადასხვა სახის დაზიანებები. დაფიქსირდა შესაბამისად, 141 (14.6±1.1%) და 125 (12.9±1.1%) შემთხვევა. ვერუკოზული ლეიკოპლაკია და შემოსარტყლული ლიქენი აღენიშნა 17-17 (1.8±0.4%) პაციენტს, ხოლო არა-ჰოჯკინის ლიმფომა 3 (0.3±0.2%) და კაპოშის სარკომა 2 (0.2±0.1%) აივ ინფიცირებულს,

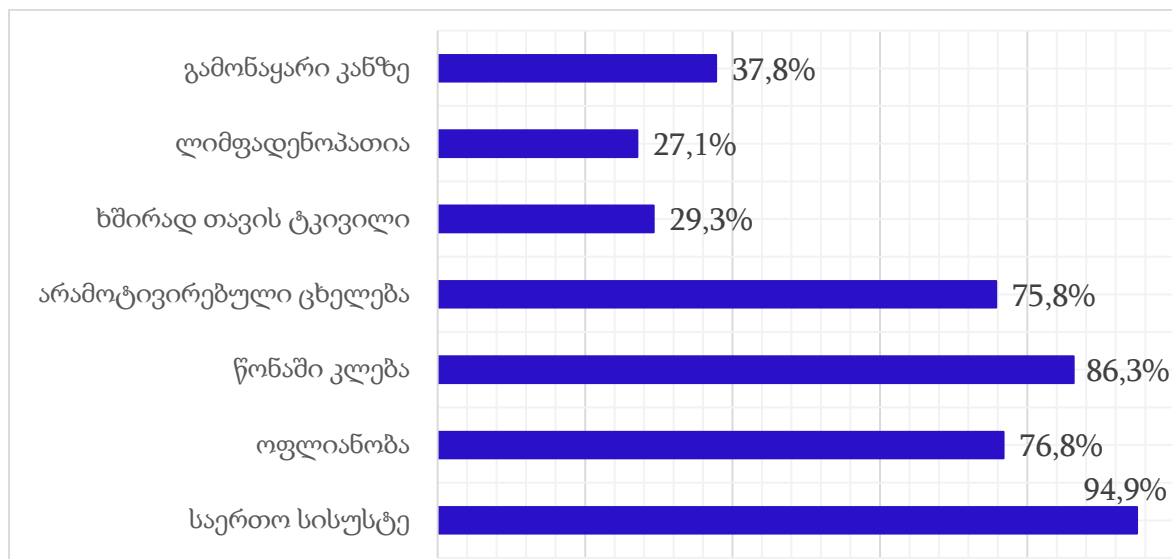
როგორც უკვე აღვნიშნეთ, III ჯგუფის პაციენტებს განვითარებული აქვს ღრმა იმუნოდეფიციტი და იმყოფებიან საკუთრივ შიდსის სტადიაზე, შესაბამისად, ამ ჯგუფში, ზოგადი კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების ინტენსიურობა ძალიან მაღალია. კონკრეტულად, იმ 967 (74.5±1.2%) პაციენტთა შორის, რომელთაც დაუფიქსირდათ სხვადასხვა სახის ორალური მანიფესტაცია, 918-ს (94.9±0.7%) აღენიშნა საერთო სისუსტე, 834-ს (86.3±1.1%) - წონაში კლება, 743-ს (76.8±1.4%) - ოფლიანობა, 733-ს (75.8±1.4%) - არამოტივირებული ცხელება, 365-ს (37.8±1.6%) კი - გამონაყარი კანზე (იხ. **ცხრილი #22**).

ცხრილი #22. კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების სიხშირე ორალური მანიფესტაციების თანხლებით III ჯგუფის პაციენტებში

კლინიკური სიმპტომები	აბს. რაოდ.	პროცენტი
საერთო სისუსტე	918	94.9±0.7%
ოფლიანობა	743	76.8±1.4%
წონაში კლება	834	86.3±1.1%
არამოტივირებული ცხელება	733	75.8±1.4%
ხშირად თავის ტკივილი	283	29.3±1.5%
ლიმფადენოპათია	262	27.1±1.4%
გამონაყარი კანზე	365	37.8±1.6%

დიაგრამა #29-ზე ნაჩვენებია III ჯგუფის პაციენტებში ზოგადი კლინიკური სიმპტომების კორელაცია ორალურ მანიფესტაციებთან. ხოლო ცხრილი #23-ში კი, წარმოდგენილია ცალკეული კლინიკური ნიშნის გამოვლინების სიხშირეების შედარება ზოგადად ჯგუფში და ამავე ჯგუფის მხოლოდ ორალური მანიფესტაციების მქონე პაციენტებს შორის.

დიაგრამა #29. კლინიკური სიმპტომები კორელაციაში თანხლებ ორალურ მანიფესტაციებთან III ჯგუფის პაციენტებში



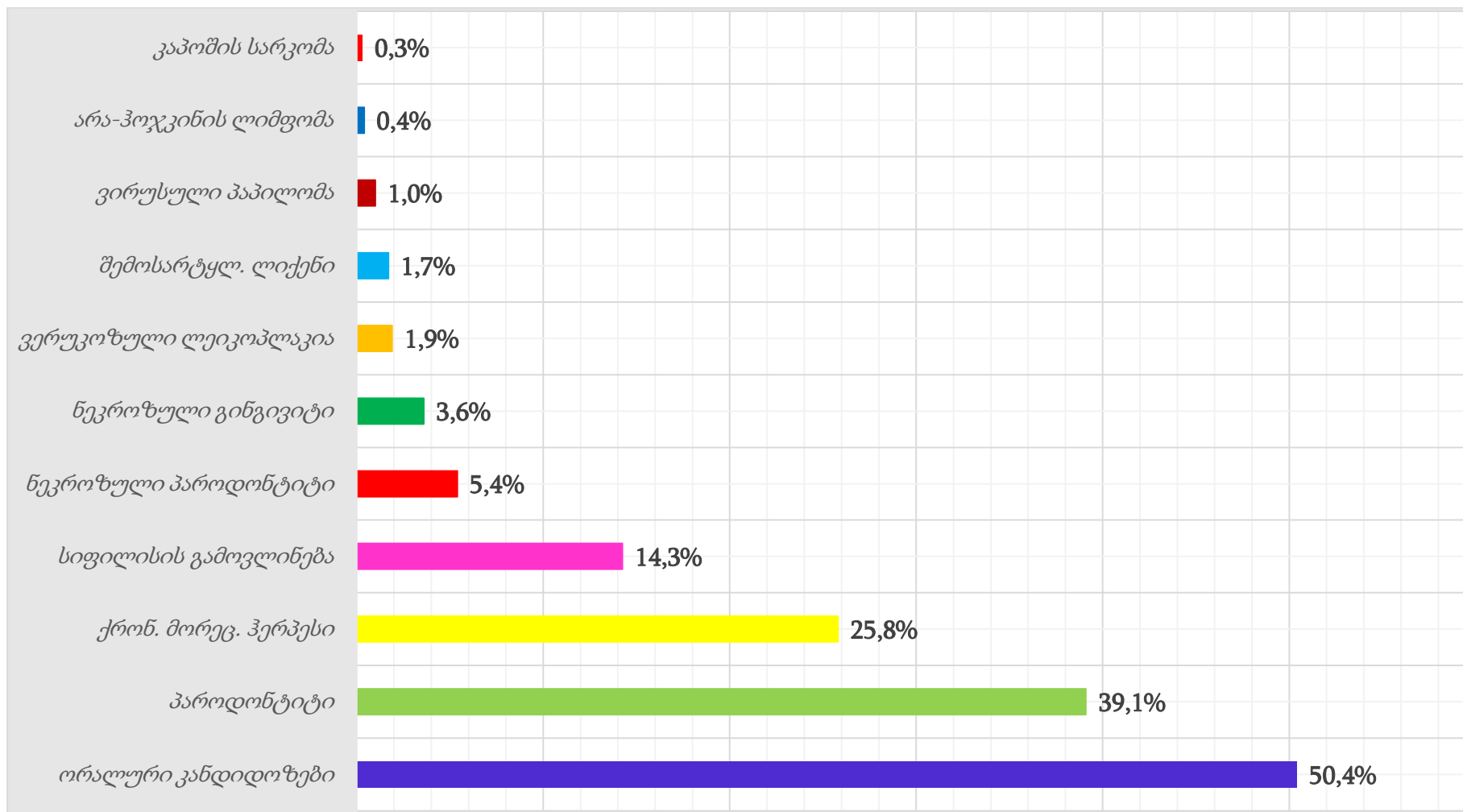
ცხრილი #23. კლინიკური სიმპტომების პრევალენტობის შედარება III ჯგუფის პაციენტებში

კლინიკური სიმპტომები	ჯგუფში ზოგადად	ორალური მანიფესტაციების თანხლებით
საერთო სისუსტე	1209 (93.1±0.7%)	918 (94.9±0.7%)
ოფლიანობა	959 (73.9±1.2%)	743 (76.8±1.4%)
წონაში კლება	1084 (83.5±1.0%)	834 (86.3±1.1%)
არამოტივირებული ცხელება	893 (68.9±1.3%)	733 (75.8±1.4%)
ხშირად თავის ტკივილი	362 (27.9±1.3%)	283 (29.3±1.5%)
ლიმფადენოპათია	361 (27.8±1.3%)	262 (27.1±1.4%)
გაონაყარი კანზე	454 (35.0±1.3%)	365 (37.8±1.6%)

ცხრილი #24. კვლევის პერიოდში გამოვლენილი ორალური მანიფესტაციების სახეები და შეხვედრის სიხშირეები

ორალური მანიფესტაციები	I ჯგუფი		II ჯგუფი		III ჯგუფი		სულ	
	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%
ორალური კანდიდოზები	79	68.1±4.3	216	45.8±2.3	488	50.5±1.6	783	50.4±1.3
პაროდონტიტი	48	41.4±4.6	178	37.7±2.2	382	39.5±1.6	608	39.1±1.2
ქრონ. მორეც. ჰერპესი	23	19.8±3.6	107	22.7±1.9	271	28.0±1.4	401	25.8±1.1
სიფილისის გამოვლინება	8	6.9±2.4	74	15.7±1.7	141	14.6±1.1	223	14.3±0.9
ნეკროზული გინგივიტი	11	9.5±2.7	21	4.5±1.0	52	5.4±0.7	84	5.4±0.5
ნეკროზული პაროდონტიტი	7	6.0±2.4	13	2.8±0.8	36	3.7±0.6	56	3.6±0.5
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია	1	0.9±0.9	11	2.3 ±0.7	17	1.8±0.4	29	1.9±0.3
შემოსართყლული ლიქენი	0	-	9	1.9±0.6	17	1.8±0.4	26	1.7±0.3
ვირუსული პაპილომა	2	1.7±1.2	8	1.7±0.6	6	0.6±0.3	16	1.0±0.3
არა-ჰოჯკინის ლიმფომა	0	-	3	0.6±0.4	3	0.3±0.2	6	0.4±0.2
კაპოშის სარკომა	0	-	3	0.6±0.4	2	0.2±0.1	5	0.3±0.1

დიაგრამა #30. ორალური მანიფესტაციების გამოვლინების სახეები და პრევალენტობა კვლევის პერიოდში



ჩატარებული კვლევის შედეგად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ორალურ მანიფესტაციათა განვითარება მჭიდროდ კორელირებს აივ-ის ზოგად კლინიკურ სიმპტომებთან. ეს კორელაცია საკმაოდ მაღალია დაავადების ყველა სტადიაზე.

ამრიგად, კვლევაში ჩართულ 3348 (100%) აივ ინფიცირებული პაციენტიდან 1555 (46.5±0.9%) მათგანს აღენიშნა სხვადასხვა სახის გამოვლინება პირის ღრუს ლორწოვანზე. მათ შორის ყველაზე ხშირად გამოვლინდა ორალური კანდიდოზები - 783 (50.4±1.3%) და პაროდონტიტები - 608 (39.1±1.2%) შემთხვევა, ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტები აღენიშნა 401 (25.8±1.1%) პაციენტს, მეორეული სიფილისით გამოწვეული დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე დაფიქსირდა 223 (14.3±0.9%) შემთხვევაში, ნეკროზული გინგივიტი ჰქონდა განვითარებული 84-ს (5.4±0.5%), ნეკროზული პაროდონტიტი კი - 56 (3.6±0.5%) აივ ინფიცირებულს.

სხვა სახის აივ ასოცირებული ორალური დაზიანებები გამოვლინდა გაცილებით იშვიათად. კერძოდ, ვერუკოზული ლეიკოპლაკია, რომელიც მიჩნეულია აივ ინფექციის მარკერად, საქართველოში საკვლევი პაციენტებს შორის სულ აღენიშნა 29-ს (1.9±0.3%), შემოსარტყლული ლიქენი აღენიშნა 26 (1.7±0.3%) შემთხვევაში. ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული დაზიანებები გამოვლინდა 16 (1.0±0.3%) პაციენტს. ხოლო აივ-თან ასოცირებული ნეოპლაზიებიდან დაფიქსირდა არა-ჰოჯკინის ლიმფომის 6 (0.4±0.2%) და კაპოშის სარკომის 5 (0.3±0.1%) შემთხვევა (იხ. ცხრილი #24, დიაგრამა #30).

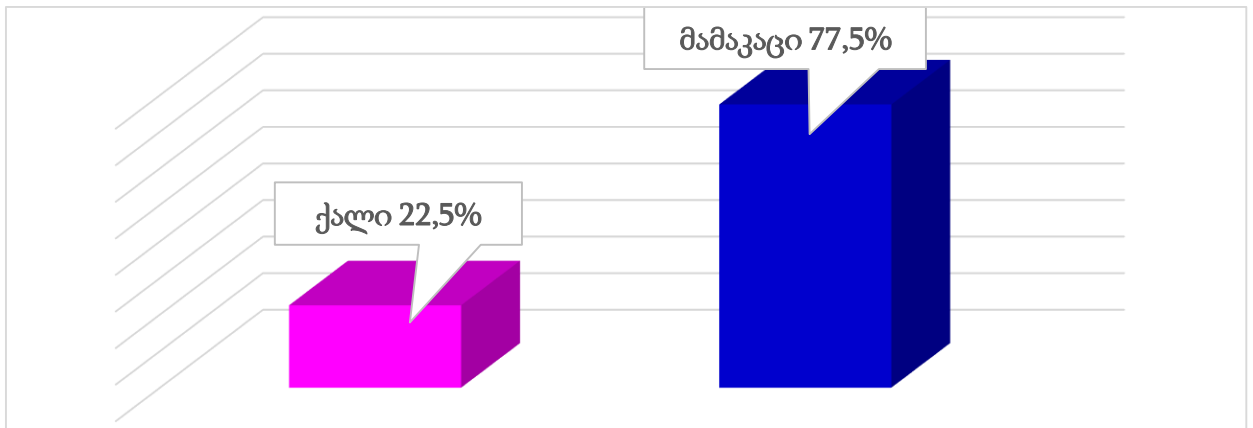
მაშასადამე, კვლევამ ცხადჰყო, რომ ორალური მანიფესტაციები აივ ინფექციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოვლინებაა და მისი პრევალენტობა დაავადების ყველა სტადიაზე არის საკმაოდ მაღალი. ამდენად, თითოეული ზემოთ ჩამოთვლილი მანიფესტაციის დაფიქსირება პირის ღრუს ლორწოვანზე საკმაოდ საყურადღებოა, როგროც პაციენტისთვის, ასევე გარშემო მყოფთათვისაც დაავადების მკურნალობის და პრევენციის მხრივ.

2.3 ორალური მანიფესტაციები

1. ორალური კანდიდოზები

საკვლევ აივ ინფიცირებულ პაციენტებს შორის, როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, გამოვლენილი ორალური მანიფესტაციებიდან ყველაზე პრევალენტური იყო ორალური კანდიდოზები. კვლევის პერიოდში 783 (50.4±1.3%) აივ ინფიცირებულ პაციენტს დაუდგინდა კანდიდოზის სხვადასხვა ფორმა. მათ შორის, მამაკაცი იყო 607 (77.5±1.5%), ხოლო ქალი – 176 (22.5±1.5%) (იხ. დიაგრამა #31).

დიაგრამა #31. ორალური კანდიდოზის მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



კლინიკაში მომართვისას პაციენტები უჩიოდნენ პირის ღრუს სიმშრალესა და წვის შეგრძნებას, ტკივილს, განსაკუთრებით მწარე და ცხარე საკვების მიღებისას, ნადების არსებობას, გემოვნების გაუკუღმართებას, ლორწოვანის ჰიპერემიას. კანდიდოზური ანგულიტების დროს კი აღნიშნავდნენ ტუჩის კუთხეებში ნახეთქების არსებობას, საიდანაც პირის გაღების დროს უჩიოდნენ ტკივილს და სისხლდენას. ასევე, შეშუპებასა და წვას ტუჩის მიდამოში (იხ. სურათი #9, #10, #11, #12, #13).

სხვადასხვა სახის ორალური კანდიდოზების გამოვლინების ინტენსიურობა იყო შემდეგი სახის:

- მწვავე ფსევდომემბრანული კანდიდოზი აღენიშნა 64-ს (8.2±1.0%),
- ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი - 256-ს (32.7±1.7%), ხოლო

- ქრონიკული ჰიპერპლასტიური კანდიდოზი – 463-ს (59.1±1.8%) პაციენტს (ცხრილი #25).

ცხრილი #25. ორალური კანდიდოზების სახეები და შეხვედრის სიხშირე

ორალური კანდიდოზის სახეები	აბს. რაოდ.	პროცენტი (%)
მწვავე ფსევდომემბრანული კანდიდოზი	64	8.2±1.0
ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი	256	32.7±1.7
ქრონიკული ჰიპერპლასტიური კანდიდოზი	463	59.1±1.8



სურათი #9. ქალი 36 წლის, აივ/შიდსი III სტადია.

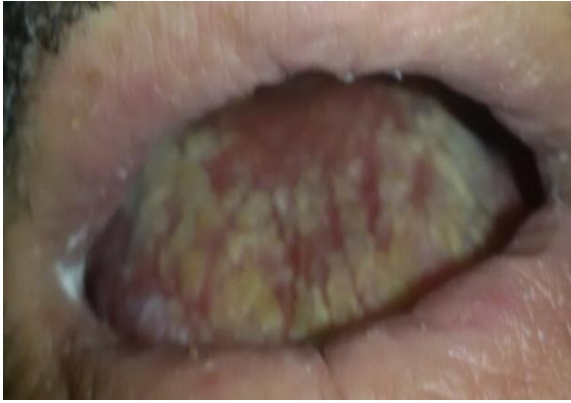
ა) კანდიდიდოზური პალატინიტი, ბ) გლოსიტი



სურათი #10. მამაკაცი, 34 წლის, აივ/შიდსი, III სტადია.

ქრონიკული ჰიპერპლასტიური კანდიდოზი.

ა) კანდიდოზური პალატინიტი; ბ) ორალური კანდიდოზი



სურათი #11. მამაკაცი, 57 წლის, აივ/შიდსი III სტადია.

ქრონიკული ჰიპერპლასტიური კანდიდოზი.

ა) კანდიდოზური პალატინიტი, გლოსიტი და ანგულიტი,

ბ) მოსახსნელი პროთეზი



სურათი #12. მამაკაცი, 29 წლის, აივ/შიდსი II სტადია.

ქრონიკული ჰიპერპლასტიური კანდიდოზი (გლოსიტი)



სურათი #13. მამაკაცი, 35 წლის, აივ/შიდსი II სტადია.

ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი, ნაოჭიანი ენა

ლოკალიზაციის მიხედვით: 294 (37.9±1.7%) პაციენტს განვითარებული ჰქონდა ორალური კანდიდოზი, 243-ს (31.3±1.7%) - გლოსიტი, 219-ს (28.2±1.6%) - პალატინიტი, 127-ს (16.4±1.3%) - ჰეილიტი, ხოლო 192-ს (24.7±1.6%) - ანგულიტი (იხ. ცხრილი #26).

ცხრილი #26. კანდიდოზების შეხვედრის სიხშირე ლოკალიზაციის მიხედვით

ორალური კანდიდოზები ლოკალიზაციის მიხედვით	აბს. რაოდენობა	პროცენტი (%)
ორალური კანდიდოზი	296	37.8±1.7
გლოსიტი	245	31.3±1.7
პალატინიტი	221	28.2±1.6
ჰეილიტი	128	16.3±1.3
ანგულიტი	193	24.7±1.6

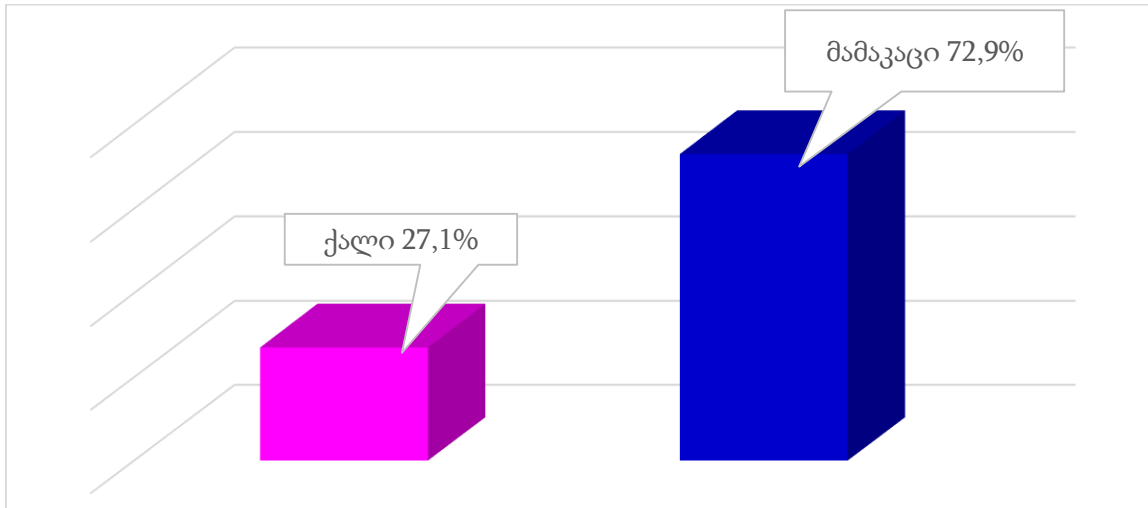
2. პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანებები

პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის დაზიანებებიდან საკვლევ პაციენტებში გამოვიკვლიეთ პაროდონტიტის, ნეკროზული გინგივიტის, ნეკროზული პაროდონტიტის შეხვედრის სიხშირე და კლინიკური გამოვლინებების თავისებურებები.

პაროდონტიტი აღინიშნა სამივე საკვლევ ჯგუფში და უმრავლეს შემთხვევაში ის იყო სხვა მანიფესტაციების თანხლებით. პაროდონტიტი სხვადასხვა სტადიაზე აღენიშნა სულ 608 (39.1±12%) აივ ინფიცირებულს, მათ შორის მამაკაცი იყო 443 (72.9±1.8%), ხოლო ქალი – 165 (27.1±1.8%) (იხ. დიაგრამა #32).

ობიექტური დათვალიერებით, ამ პაციენტებს აღენიშნებოდათ ღრძილების შეშუპება, ჰიპერემია, დიდი ოდენობით ღრძილზედა და ღრძილქვეშა რბილი და მაგარი ნადებების არსებობა. პაროდონტიტის სტადიის მიხედვით აღენიშნებოდათ 4-11მმ სიღრმის პაროდონტული ჯიბეები, ასევე, ძვლოვანი ქსოვილის დესტრუქცია სხვადასხვა ხარისხით, სტადიის შესაბამისად (იხ. სურათი #14).

დიაგრამა #32. პაროდონტიტის მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



სურათი #14. მამაკაცი, 39 წლის, აივ/შიდსი III სტადია.
გენერალიზებული პაროდონტიტი, სტადია III C დონე.
ა) პირის დრუ, ბ) ორთოპანტომოგრამა.

ცხრილი #27-ში წარმოდგენილია პაროდონტის დაავადების მქონე აივ ინფიცირებულთა განაწილება პაროდონტიტის სტადიების მიხედვით საკვლევ ჯგუფებში.

ცხრილი #27. პაროდონტიტის მქონე აივ ინფიცირებულთა განაწილება პაროდონტიტის სტადიების მიხედვით ჯგუფებში

ჯგუფი	სტადია I		სტადია II		სტადია III		სტადია IV	
	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%
I	11	22.9±6.1	14	29.2±6.6	15	31.3±6.6	8	16.7±5.4
II	31	17.4±2.8	62	34.8±3.6	57	32.0±3.5	28	15.7±2.7
III	52	13.6±1.8	134	35.1±2.4	125	32.7±2.4	71	18.6±2.0

როგორც ცხრილშია ნაჩვენები, I ჯგუფის პაციენტებს შორის 11-ს (22.9±6.1%) ჰქონდა განვითარებული პაროდონტიტის სტადია I, 14-ს (29.2±6.6%) – სტადია II, 15-ს (31.3±6.6%) – სტადია III, ხოლო 8-ს (16.7±5.4%) - სტადია IV.

II ჯგუფის პაციენტებს შორის 31-ს (17.4±2.8%) აღენიშნა პაროდონტიტის სტადია I, 62-ს (34.8±3.6%) განვითარებული ჰქონდა პაროდონტიტის სტადია II, 57-ს (32.0±3.5%) - სტადია III და 28-ს (15.7±2.7%) კი – სტადია IV.

III ჯგუფის აივ ინფიცირებულებს შორის 52-ს (13.6±1.8%) აღენიშნა პაროდონტიტის სტადია I, 134-ს (35.1±2.4%) – პაროდონტიტის სტადია II, 125-ს (32.7±2.4%) სტადია III, ხოლო სტადია IV აღენიშნა - 71-ს (18.6±2.0%).

პაროდონტიტების შემთხვევები საკვლევ პაციენტებში შევაფასეთ ასევე დაავადების მიმდინარეობის დონეების მიხედვით და გამოკვლეულ პაციენტთა განაწილება A, B და C დონეების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილი #28-ში, სადაც ნაჩვენებია, რომ:

- I საკვლევ ჯგუფში პაროდონტიტის A დონე გამოვლენილი ჰქონდა 11 (22.9±6.1%) აივ ინფიცირებულს, B დონე – 22-ს (45.8±6.3%), ხოლო 15-ს (31.3±6.7%) – C დონე.
- II ჯგუფში – 27-ს (15.2±2.7%) აღენიშნა A დონე, 94-ს (52.8±3.7%) - B დონე და 57-ს (32.0±3.5%) – C დონე.
- შიდსის სტადიაზე კი, დაფიქსირდა პაროდონტიტის A დონე - 58 (15.2±1.8%) შემთხვევაში, B დონე აღენიშნა 116 (30.4±2.4%) პაციენტს, ხოლო C დონე - 208 (54.5±2.6%) აივ ინფიცირებულს.

ცხრილი #28. პაროდონტიტის მქონე აივ ინფიცირებულთა განაწილება პაროდონტიტის დონეების მიხედვით ჯგუფებში

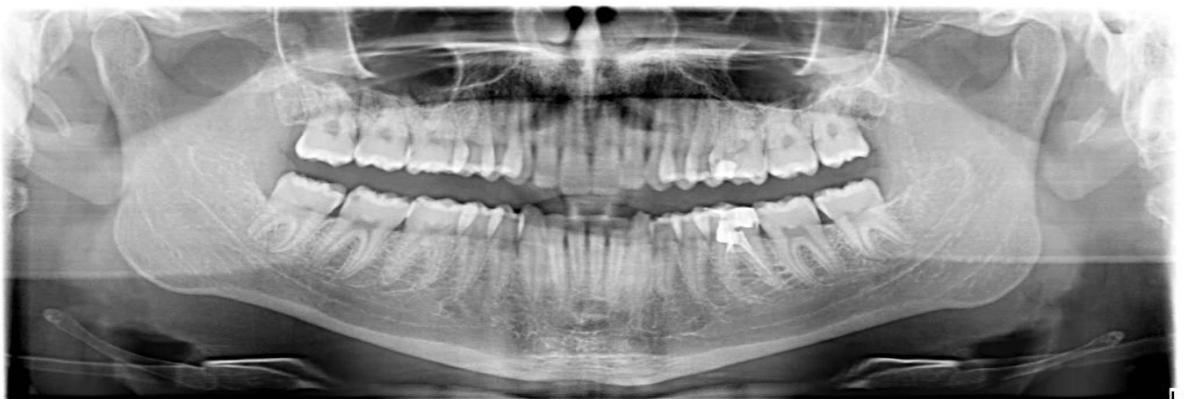
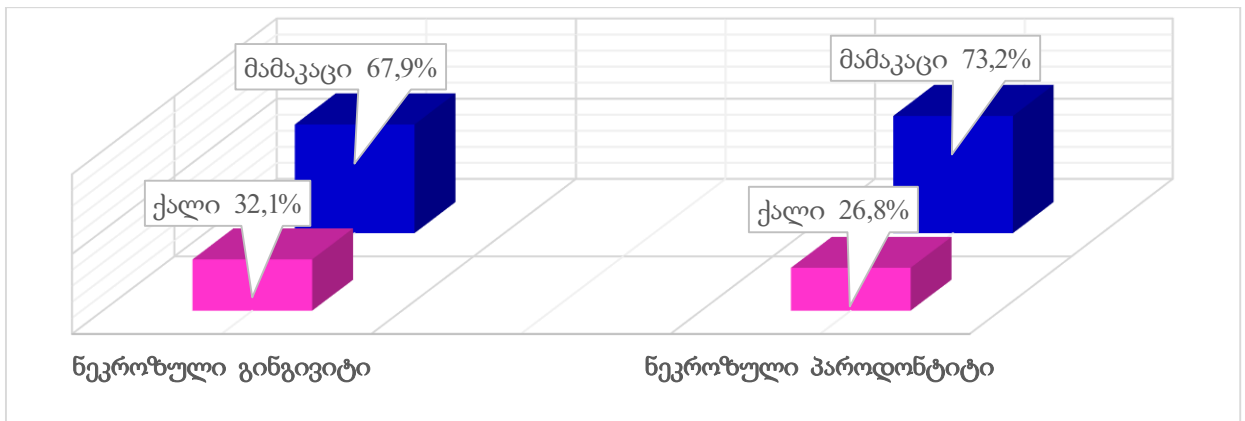
ჯგუფი	A დონე		B დონე		C დონე	
	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%
I	11	22.9±6.1	22	45.8±6.3	15	31.3±6.7
II	27	15.2±2.7	94	52.8±3.7	57	32.0±3.5
III	58	15.2±1.8	116	30.4±2.4	208	54.5±2.6

ნეკროზული გინგივიტი და ნეკროზული პაროდონტიტი ვიცით, რომ მიჩნეულია აივ ასოცირებულ დაავადებებად. საქართველოს მასშტაბით კვლევის პერიოდში ნეკროზული გინგივიტი სულ დაუფიქსირდა 84 (5.4±0.5%) პაციენტს, მათ შორის იყო 27 (32.1±5.1%) ქალი და 57 (67.9±5.1%) მამაკაცი. ნეკროზული პაროდონტიტი კი აღენიშნა 56 (3.6±0.5%) პაციენტს. მათ შორის 15 (26.8±5.9%) ქალს და 41 (73.2±5.9%) - მამაკაცს (იხ. დიაგრამა #33).

პაციენტები ნეკროზული გინგივიტის დროს უჩიოდნენ: ღრძილის მტკივნეულობას, სპონტანურ სისხლდენას მცირე გამღიზიანებელზე, ღრძილის კიდის დაწყლულებას, საკვების მიღების გაძნელებას, ცუდ სუნს პირის ღრუდან და ჰიპერსალივაციას.

ობიექტური დათვალიერებით ნეკროზული გინგივიტების დროს აღინიშნებოდა ღრძილის მწვავე ანთება, კბილთაშორისი ღვრილის ნეკროზი, წყლულები, სისხლდენა, ტკივილი, რომელთაც გააჩნდათ შედარებით დიდი ხნით შენარჩუნების ტენდენცია. ამასთან, რთულად ემორჩილებოდნენ მკურნალობას. აღინიშნებოდა ჰალიტოზი (იხ. სურათი #15 და #16).

დიაგრამა #33. ნეკროზული გინგივიტისა და პაროდონტიტის მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



სურათი #15. მამაკაცი, 32 წლის, აივ/შიდსი II სტადია. ნეკროზული გინგივიტი.

ა) პირის ღრუ, ბ) ორთოპანტომოგრაფია



სურათი #16. მამაკაცი, 28 წლის, აივ/შიდსი II სტადია. გენერალიზებული ნეკროზული გინგივიტი.

ა) პირის ღრუ, ბ) ორთოპანტომოგრამა

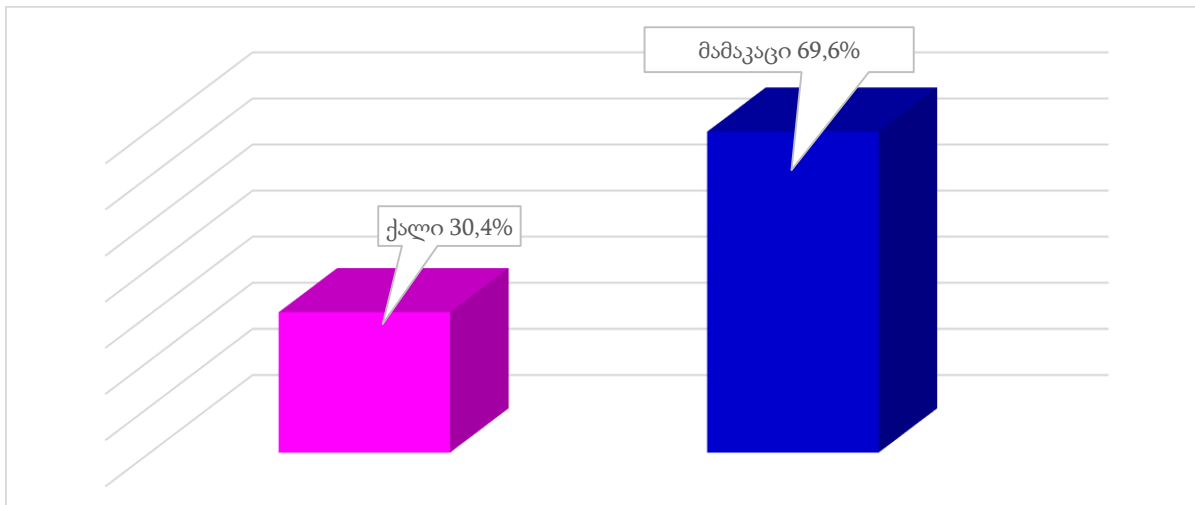
ნეკროზული პაროდონტიტის დროს პაციენტები უჩიოდნენ: ცუდ სუნს და გემოს პირის ღრუდან, ტკივილს, სისხლდენას, ღრძილების დანეკროზებას.

ობიექტური დათვალიერებით მათ აღინიშნებოდათ ღრძილის დვრილის ნეკროზი, სისხლდენა, ჰალითოზი, კბილ-ღრძილოვანი შეერთების დანაკარგი შეადგენდა 4-11 მმ-ს, პაროდონტული ჯიბეების სიღრმე იყო 5-11 მმ. აღინიშნებოდა კბილების I-III ხარისხის მორყევა და რენტგენოლოგიური კვლევით დასტურდებოდა ძვლოვანი ქსოვილების პროგრესირებადი დესტრუქცია (იხ. სურათი #18).

3. ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტები

ჩვენს მიერ გამოკვლეულ პაციენტთაგან 401-ს ($25.8 \pm 1.1\%$) აღენიშნა ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტები. აქედან 279 ($69.6 \pm 2.3\%$) იყო მამაკაცი, ხოლო 122 ($30.4 \pm 2.3\%$) - ქალი (იხ. დიაგრამა #34).

დიაგრამა #34. ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტის მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



პაციენტები უჩიოდნენ ტკივილს საკვების მიღების და მეტყველების დროს. პროდრომალურ პერიოდში უმადობას, ადვილად გაღიზიანებადობას, სუბფებრილურ ტემპერატურას, ტუჩის წითელ ყაეთანსა და კანზე გამონაყარს, რომელსაც წინ უსწრებდა ქავილის, წვის, ჩხვლეტის და დაჭიმულობის შეგრძნება. აღენიშნებოდათ ასევე ბუშტუკების არსებობა, რომლებიც სკდებოდნენ და იფარებოდნენ მოყვითალო-მონაცისფრო ფერის აკვით. პაციენტები ასევე აღნიშნავდნენ ამ გამოვლინების რეციდივებს ხშირად.

ობიექტური დათვალიერებისას, ლორწოვანის ჰიპერემიულ ზედაპირზე პაციენტებს აღენიშნებოდათ მრავლობითი, უსწორმასწორო, დაკბილული კიდეების მქონე მტკივნეული ეროზიების და აფთების არსებობა, რაც დაფარული იყო მოთეთრო-მოყვითალო ფიბრინული ნადებით. კანზე დაზიანების არსებობის შემთხვევაში კი აღინიშნებოდა მოყვითალო-მოყავისფრო ქერქები. ხოლო ნადების და ქერქის მოშორება იწვევდა სისხლდენასა და ტკივილს (იხ. სურათი #17, #18 და #19).



სურათი #17. მამაკაცი, 27 წლის, აივ/შიდსი III სტადია.
ლაბიალური ჰერპესი



სურათი #18. ქალი, 38 წლის, აივ/შიდსი III სტადია.
ლაბიალური ჰერპესი



სურათი #19. მამაკაცი, 42 წლის, აივ/შიდსი III სტადია.
ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესით გამოწვეული დაზიანება ტუჩზე და
მიმდებარე კანზე

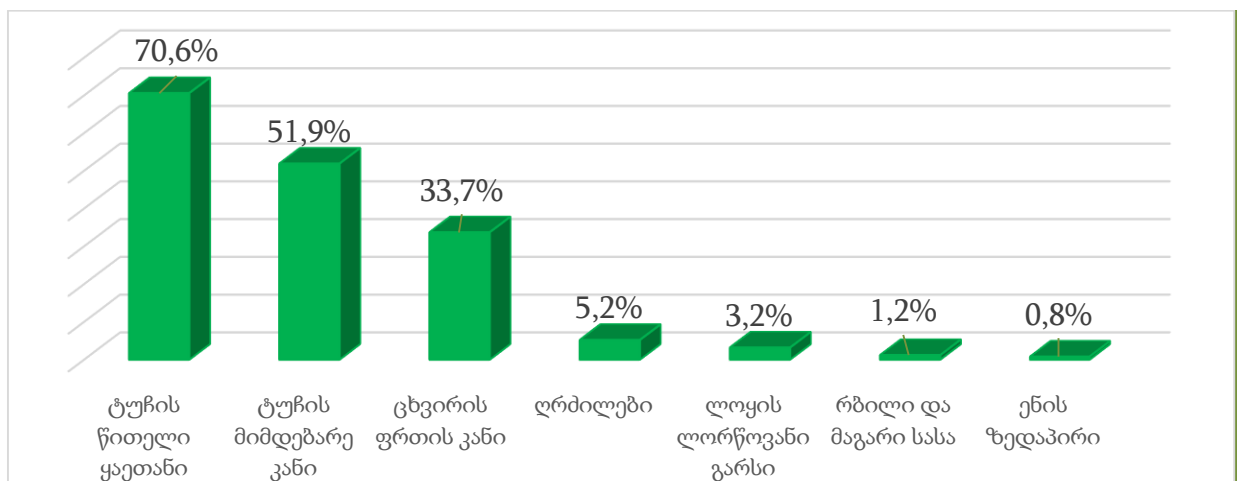
გამოკვლევულ პირებს, ქრონიკული მორეციდვე ჰერპესისთვის დამახასიათებელი დაზიანების მორფოლოგიური ელემენტები ყველზე ხშირად ლოკალიზებული ჰქონდათ:

- ტუჩის წითელი ყაეთანზე - 283 (70.6±2.4%) პაციენტს,
- ტუჩის მიმდებარე კანზე - 208-ს (51.9±2.6%),
- ცხვირის ფრთის კანზე - 135-ს (33.7±2.4%),
- ღრძილებზე 21-ს (5.2±1.1%),
- ლოყის ლორწოვან გარსზე - 13-ს (3.2±0.9%),
- რბილ და მაგარ სასაზე - 5-ს (1.2±0.6%),
- ენის ზედაპირზე - 3-ს (0.8±0.5%) (იხ. ცხრილი #29, დიაგრამა #35).

ცხრილი #29. ქრონიკული მორეციდვე ჰერპესების გამოვლინების ინტენსიურობა ლოკალიზაციის უბნის მიხედვით

მორფოლოგიური ელემენტების ლოკალიზაციის უბანი	აბს. რაოდენობა	პროცენტი (%)
ტუჩის წითელი ყაეთანი	283	70.6±2.4%
ტუჩის მიმდებარე კანი	208	51.9±2.6%
ცხვირის ფრთის კანი	135	33.7±2.4%
ღრძილები	21	5.2±1.1%
ლოყის ლორწოვანი გარსი	13	3.2±0.9%
რბილი და მაგარი სასა	5	1.2±0.6%
ენის ზედაპირი	3	0.8±0.5%

დიაგრამა #35. ქრონიკული მორეციდვე ჰერპესები ლოკალიზაციის მიხედვით

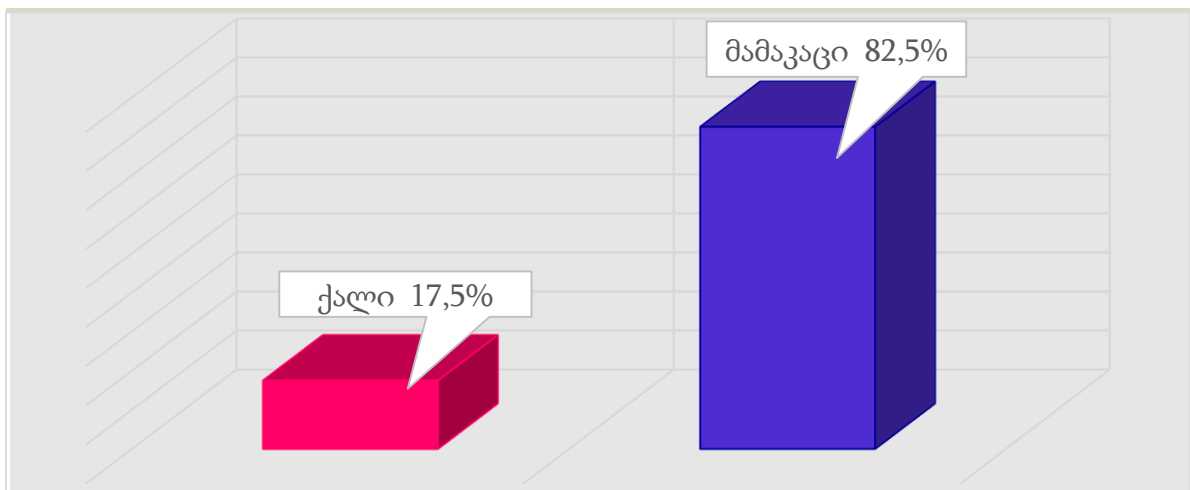


4. სიფილისით გამოწვეული მანიფესტაციები კანზე და პირის ღრუს ლორწოვანზე

ცნობილია, რომ სიფილისი აივ-თან ასოცირებული ხუთი კო-ინფექციიდან ერთ-ერთია. ამიტომ ორალური მანიფესტაციები ასეთ პაციენტებში საკმაოდ ხშირია. კვლევის პერიოდში, ვირუსის გამოვლენის დროს, აღნიშნული კო-ინფექციის დიაგნოზი დასმული ჰქონდა 460 (13.7±0.6%) პაციენტს, ხოლო მათ შორის თანმხლები ორალური მანიფესტაციები აღენიშნა 223 (14.3±0.9%) აივ ინფიცირებულს. აქედან ქალი იყო 39 (17.5±2.5%), ხოლო მამაკაცი - 184 (82.5±2.5%) (იხ. დიაგრამა #36).

პირველადი სიფილისისთვის დამახასიათებელი ორალური მანიფესტაციის, კერძოდ შანკრის გამოვლინება კვლევის პერიოდში შიდსის ცენტრში არ დაფიქსირებულა. რადგან, ერთის მხრივ, აივ-ის გამოვლინება ხდება ბევრად უფრო გვიან, ვიდრე სიფილისის პირველი სტადია და მეორეს მხრივ, თუკი ასეთ პაციენტს აღენიშნა პირის ღრუს ლორწოვანზე რაიმე სახის გამოვლინება, პაციენტი პირველ რიგში მიმართავს პირად სტომატოლოგს.

დიაგრამა #36. სიფილისის თანმხლები ორალური მანიფესტაციების მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



კვლევის პერიოდში არ გამოვლენილა ასევე, მესამეული სიფილისის სტადიისთვის დამახასიათებელი ორალური გამოვლინებები - გუმა და ბორცვი.

ამდენად, კვლევის პერიოდში შიდსის ცენტრში დაფიქსირებული სიფილისით გამოწვეული დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე დაკავშირებული იყო მხოლოდ მეორეულ სიფილისთან, რასაც ასევე თან ერთვის კანზე გამონაყარიც და სხვა კლინიკური სიმპტომატიკაც. პირის ღრუს ლორწოვანზე კი ძირითდად აღინიშნებოდა როზეოლები, პაპულები და პუსტულები (იხ. სურათი #20 და #21).



სურათი #20. მამაკაცი, 34 წლის, აივ/შიდსი II სტადია.
მეორეული სიფილისით გამოწვეული მანიფესტაციები.
ა) წყლულოვანი დაზიანება ტუჩის ლორწოვან გარსზე,
ბ) პაპულები ხელზე, გ) პაპულები ზურგზე



სურათი #21. მამაკაცი, 38 წლის, აივ/შიდსი II სტადია.
მეორეული სიფილისით გამოწვეული გამონაყარი კანზე - პაპულები

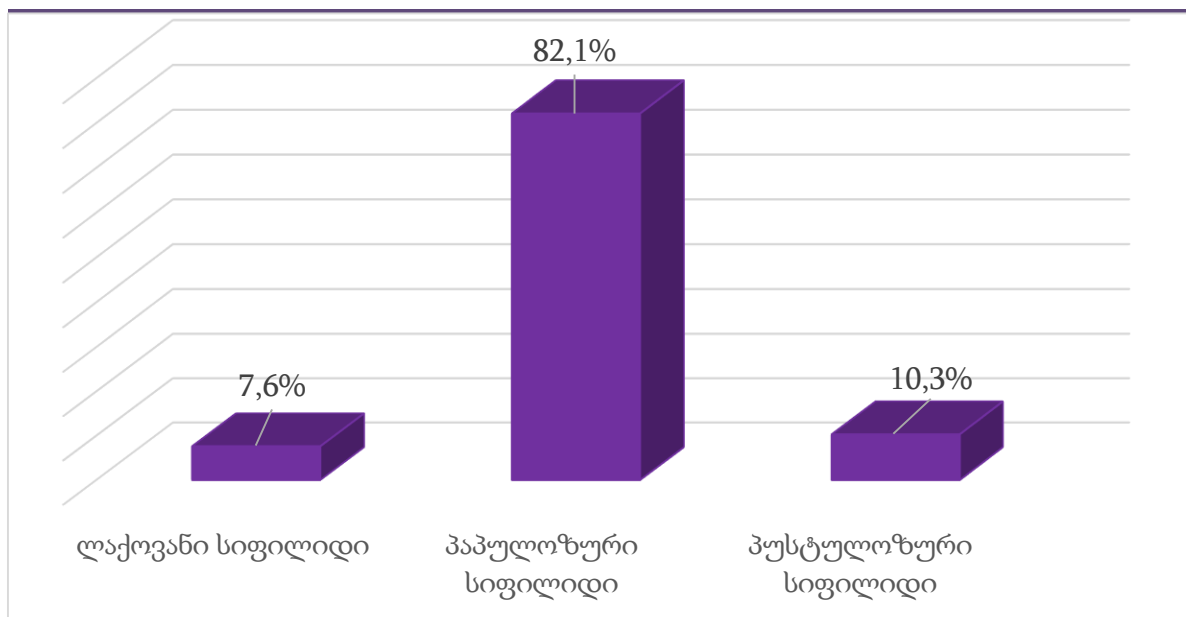
როზეოლებით გამოვლენილი ლაქოვანი სიფილიდის დროს პაციენტებს აღინიშნებოდათ ე. წ. ერთემატოზური ანგინის გამოვლინებაც, ასეთი იყო 17 (7.6±1.8%) შემთხვევა. ზოგადი სიმპტომებიდან ამ დროს აღინიშნებოდა - ლიმფადენოპათია, ყელის ტკივილი, საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი ხშირად, წონაში კლება, ტემპერატურის მატება, ძვალ-კუნთოვანი სისტემის ტკივილი.

ერთემატოზული გამონაყარი კანზე და დაზიანებები ლორწოვანზე, სადაც ვლინდება როგორც მოწითალო ლაქოვან-პაპულოზური უბნები, ასევე მოთეთრო ფერის ნადებით დაფარული კერები.

პაპულოზური სიფილიდის გამოვლინებამ შეადგინა 183 (82.1±2.6%) შემთხვევა. ამ დროს პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე აღინიშნებოდა მუქი წითელი ფერის პაპულები 1-1.5მმ დიამეტრის ინფილტრატით, რომლებიც შემდგომში მკვირვ, მრგვალ და უმტკივნეულო წარმონაქმნად გარდაიქმნენ, რომელთა ზომაც მერყეობდა 3-10 მმ-მდე დიამეტრით. ისინი ლორწოვანი გარსიდან იყვნენ მცირედით წამოწეულნი და ირგვლივ ჰიპერემიული ყაეთნით გარშემორტყმულნი. 15 (6.7±1.7%) შემთხვევაში დაფიქსირდა მეორეული ინფექციით გამოწვეული პაპულების დაწყლულება.

პუსტულოზური სიფილიდის განვითარება აღინიშნა 23 (10.3±2.0%) პაციენტს (იხ. დიაგრამა #37).

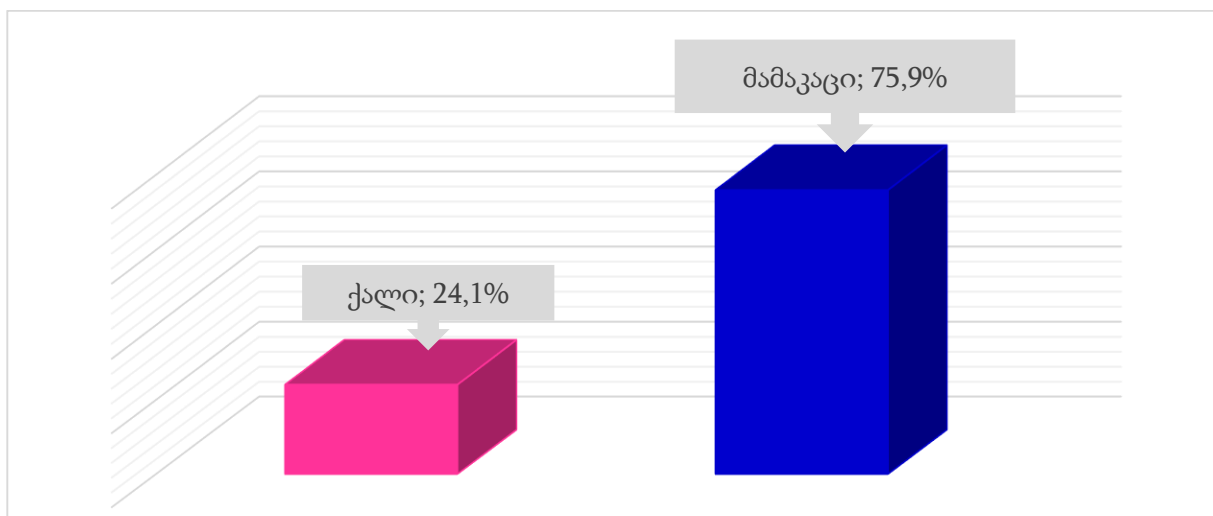
დიაგრამა #37. მეორეული სიფილისის ფორმების გამოვლინების სიხშირე



5. ვერუკოზული ლეიკოპლაკია

ვერუკოზული ლეიკოპლაკია საკვლევ პაციენტებს შორის გამოვლინდა 29 (1.9±0.3%) შემთხვევაში. მათ შორის, 22 (75.9±7.9%) იყო მამაკაცი, 7 (24.1±7.9%) - ქალი (იხ. დიაგრამა #38).

დიაგრამა #38. ვერუკოზული ლეიკოპლაკიის მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



ობიექტური დათვალიერებით, ამ პაციენტებს აღნიშნებოდათ მორუხო-მოთეთრო ფერის, დიდი ზომის, ნაოჭიანი, ატიპიური ბალთები, ჰიპერკერატოზული უბნებით, რომელიც მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ქვეშედა ქსოვილებთან. დაზიანების უბნის ზედაპირები იყო უსწორმასწორო და ამასთან უსიმპტომო. დაზიანების უბნებს წარმოადგენდა: ენის გვერდითი ზედაპირი, ლოყის ლორწოვანი გარსი, კბილთა შეთანასოვნების მიდამო და პირის ღრუს ფსკერი. პაციენტები უჩიოდნენ მხოლოდ დისკომფორტს და ლორწოვანის უჩვეულო შესახედაობას. ტკივილს არ აღნიშნავდნენ (იხ. სურათი #22, #23 და #24).



სურათი #22. მამაკაცი, 37 წლის, აივ/შიდსი III სტადია.
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია ენის გვერდით ზედაპირზე



სურათი #23. მამაკაცი, 28 წლის, აივ/შიდსი III სტადია.
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია, დაზიანება პირის ღრუს ფსკერზე



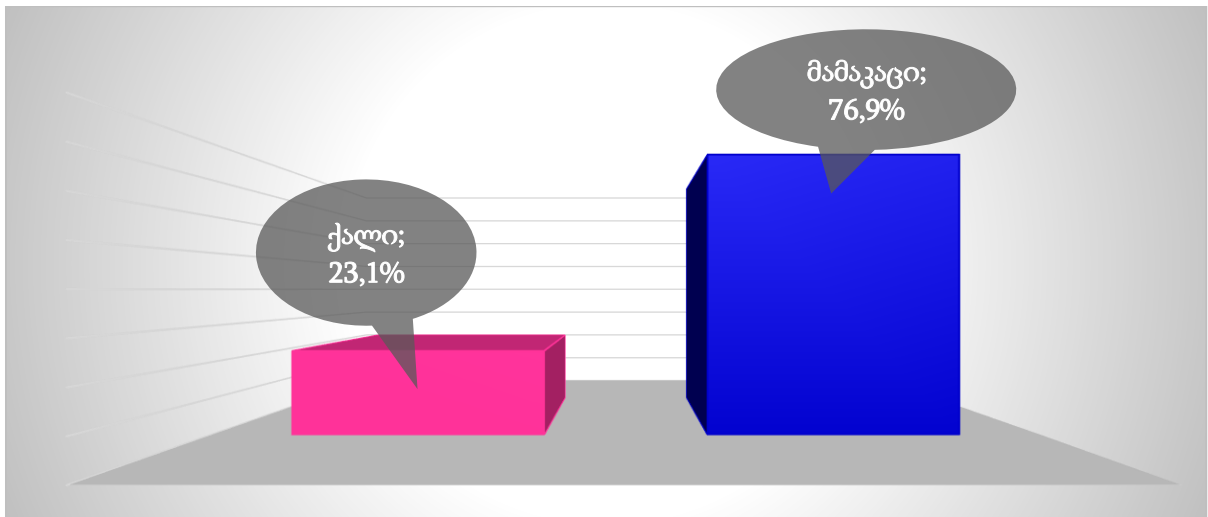
სურათი #24. მამაკაცი, 42 წლის, აივ/შიდსი II სტადია.
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია, დაზიანება ენის ქვედა ზედაპირზე

6. შემოსარტყლოლი ლიქენი

გამოკვლევულ პაციენტებში ჰერპეს ზოსტერის ვირუსით გამოწვეული შემოსარტყლოლი ლიქენი აღინიშნა 26 (1.7±0.3%) შემთხვევაში, მათგან 20 (76.9±7.3%) იყო მამაკაცი, ხოლო 6 (23.1±7.3%) - ქალი (იხ. დიაგრამა #39).

სამწვერა ნერვის მეორე და მესამე ტოტების გასწვრივ პაციენტებს ჰქონდათ განვითარებული ეროთემატოზულ-ვეზიკულური გამონაყარი კანსა და პირის ღრუს ლორწოვანზე. ამასთან, ეს დაზიანებები იყო ცალმხრივი.

დიაგრამა #39. შემოსარტყლოლი ლიქენის მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



პაციენტები აღნიშნავდნენ ტკივილს კანზე დაზიანების მორფოლოგიური ელემენტების გაჩენამდე, რომელიც გრძელდებოდა მათი გამოვლენის შემდგომ პერიოდშიც. ვეზიკულები ჯერ იფარებოდა ქერქით, ხოლო მოგვიანებით მათ ადგილზე რჩებოდა ლაქა, იშვიათად - ნაწიბურიც. ტკივილი კი გრძელდებოდა ვეზიკულების ალაგების მერეც.

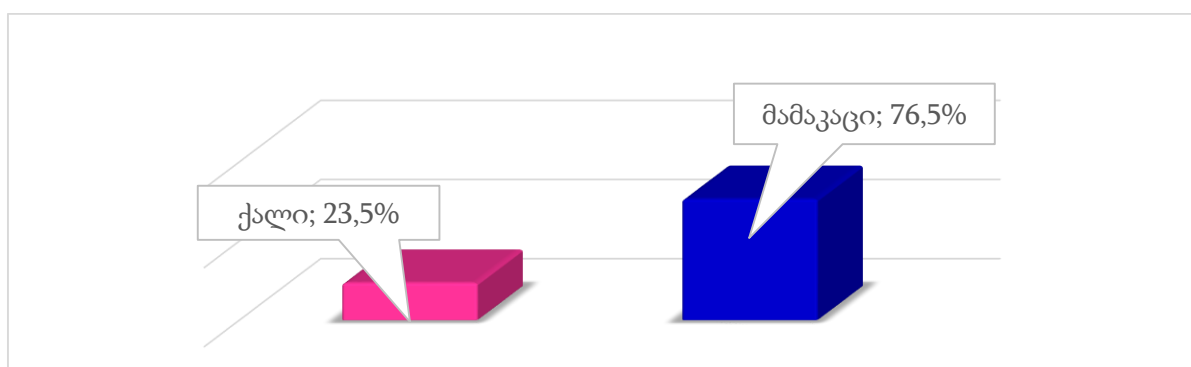
პირის ღრუში პაციენტები აღნიშნავდნენ ჩხვლეტის, ქავილის და წვის შეგრძნებას. ვითარდებოდა 1მმ დიამეტრის ბუშტუკები, რომლებიც ჯაჭვისებურად იყვნენ გადაბმულნი ერთმანეთზე. მოგვიანებით, მათი გასკდომის შედეგად ყალიბდებოდა მტკივნეული, ფიბროზული ნადებით დაფარული ეროზიები.

7. ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული

ორალური მანიფესტაციები

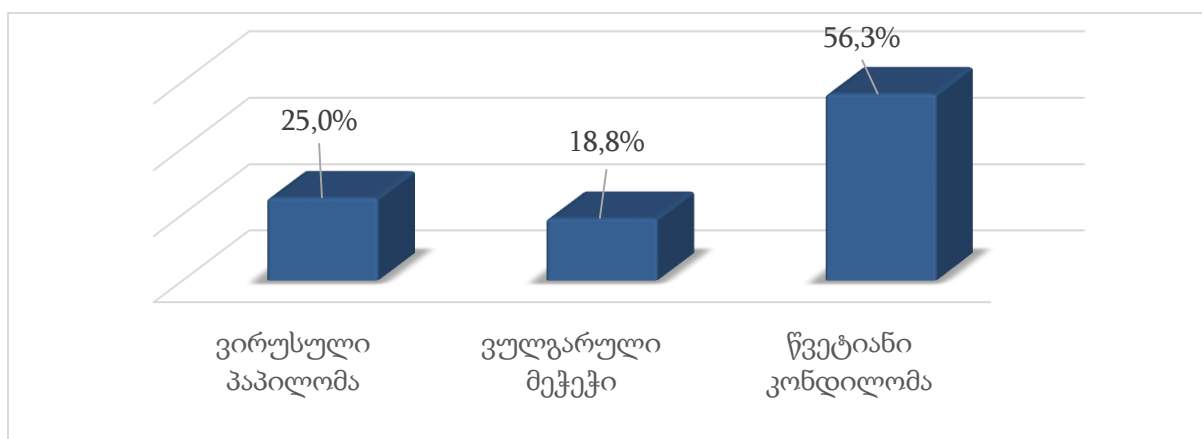
ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული მანიფესტაციები პირის ღრუს ლორწოვანზე გამოუვლინდა სულ 16 ($1.0 \pm 0.3\%$) აივ ინფიცირებულს. 4 ($23.5 \pm 10.3\%$) იყო ქალი და 12 ($76.5 \pm 10.3\%$) – კაცი (იხ. დიაგრამა #40).

დიაგრამა #40. პაპილომა ვირუსით განპირობებული ორალური მანიფესტაციების მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული ორალური მანიფესტაციებიდან 4 ($25.0 \pm 10.3\%$) პაციენტს აღენიშნა ვირუსული ორალური პაპილომა, 3-ს ($18.8 \pm 9.3\%$) - ვულგარული მეჭეჭები, ხოლო 9-ს ($56.3 \pm 12.4\%$) კი - წვეტიანი კონდილომები (იხ. დიაგრამა #41).

დიაგრამა #41. პაპილომა ვირუსით გამოწვეული მანიფესტაციის სახეები



პაციენტთა გამოკვლევისას დაფიქსირებული ორალური პაპილომები წარმოადგენდნენ მოთეთრო-მოვარდისფრო ფერის ჩანაჭდევიანი რბილი კონსისტენციის წარმონაქმნს, რომელიც შესახედაობით წააგავს ყვავილოვან კომბოსტოს. ლოკალიზაციის მხრივ ისინი მდებარეობდნენ ტუჩებზე, ენასა და ღრძილებზე. ამ პაციენტებს, აღნიშნულ მანიფესტაციებთან დაკავშირებით დისკომფორტის გარდა არანაირი სხვა სახის ჩივილი არ აღენიშნებოდათ, დაზიანებები იყო უსიმპტომო (იხ. სურათი #25).



სურათი #25. ქალი, 39 წლის, აივ/შიდსი II სტადია.

ორალური პაპილომა ენის ზურგზე

ვულგარული მეჭეჭები იყო უფრო მოთეთრო ფერის. ზედაპირული შრე ჰქონდა უფრო გარქოვანებული. ლოკალიზაციის მიხედვით, ეს დაზიანებები დაფიქსირდა ტუჩის წითელ ყაეთანსა და ტუჩის კუთხეებში.

წვეტიანი კონდილომა კი წარმოადგენდა მოვარდისფრო შეფერილობის რამდენიმე პაპილომის გაერთიანებას და ძირითადად ლოკალიზებულნი იყვნენ ლოყის ლორწოვან გარსზე.

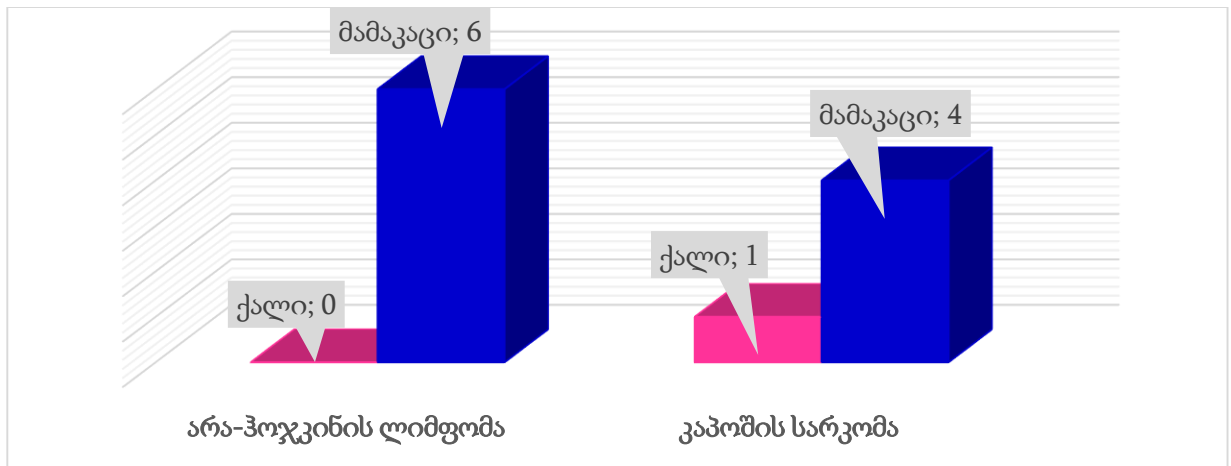
8. აივ-თან ასოცირებული ნეოპლაზიები პირის ღრუს ლორწოვანზე

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, აივ-თან ასოცირებულ ნეოპლაზიური წარმოშობის ორალურ მანიფესტაციებს წარმოადგენენ არა-ჰოჯკინის ლიმფომა და კაპოშის სარკომა. უფრო ზუსტად კი, აღნიშნული სახის ნეოპლაზიების განვითარება მიჩნეულია უშუალოდ შიდსის სტადიის მარკერებად.

კვლევის პერიოდში, საქართველოს მასშტაბით, აღნიშნული ნეოპლაზიებით გამოწვეული ორალური მანიფესტაციები სულ დაუფიქსირდა 11 ($0.7 \pm 0.2\%$) პაციენტს. კერძოდ:

- არა-ჰოჯკინის ლიმფომა სულ ჰქონდა განვითარებული 6 ($0.4 \pm 0.2\%$) აივ ინფიცირებულს და ყველა მათგანი იყო მამაკაცი, ხოლო
- კაპოშის სარკომა გამოუვლინდა 5 ($0.3 \pm 0.1\%$) პაციენტს, სადაც 1 ($20.0 \pm 17.9\%$) იყო ქალი და 4 ($80.0 \pm 17.9\%$) - მამაკაცი (იხ. დიაგრამა #42).

დიაგრამა #42. ნეოპლაზიური წარმოშობის ორალური მანიფესტაციების მქონე პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



არა-ჰოჯკინის ლიმფომის დროს განვითარებული მანიფესტაცია პირის ღრუში ლოკალიზებული იყო ქვედა მოლარების უბანში. რომელიც წარმოადგენდა უმტკივნეულო წანაზარდს და იწვევდა დისკომფორტის შეგრძნებას. პაციენტები აღნიშნავდნენ, რომ ამ სახის დაზიანებები განუვითარდათ კბილის ექსტრაქციის შემდგომ პერიოდში (იხ სურათი #26).

კაპოშის სარკომის დროს, პაციენტებს პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე დაუფიქსირდათ მრავლობითი პიგმენტური დაზიანებები, რომელთაც ახასიათებდათ ეგზოგენური ზრდა, ფაშარი კონსისტენცია. ჰქონდათ მოლურჯო-მოწითალო შეფერილობა და იყო უმტკივნეულო. ლოკალიზაციის მხრივ აღინიშნა სასაზე, კბილთაშორის დვრილზე, ღრძილზე და ტუჩის ლორწოვან გარსზე (იხ სურათი #27).

არა-ჰოჯკინის ლიმფომა



სურათი #26. მამაკაცი, 43 წლის,
შიდსის სტადია

კაპოშის სარკომა.



სურათი #27. ქალი, 46 წლის.
აივ/შიდსი II სტადია

მაშასადამე, კვლევამ ცხადჰყო, რომ ორალური მანიფესტაციები აივ ინფექციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოვლინებაა და მისი პრევალენტობა დაავადების ყველა სტადიაზე არის საკმაოდ მაღალი. შესაბამისად, ასეთ პაციენტებს ხშირად ესაჭიროებათ სტომატოლოგიური მომსახურეობის გაწევა. სწორედ ამიტომ, ექიმ-სტომატოლოგთა ყურადღების საგანს უნდა წარმოადგენდეს ზემოთ განხილული დაავადებების დროს პაციენტთა ზოგადი მდგომარეობის შესწავლა. კერძოდ, ისეთი კლინიკური სიმპტომების არსებობა, როგორიცაა: საერთო სისუსტე, ოფლიანობა, წონაში კლება, არამოტივირებული ცხელება და სხვა, რაც მიუთითებს პაციენტთა იმუნურ სისტემასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე. შესაბამისად, ექიმ-სტომატოლოგებს უდაოდ შეუძლიათ მნიშვნელოვანი როლის შესრულება აივ ინფექციის დროულად გამოვლინების საკითხში.

თავი IV. მიღებული შედეგების განხილვა

ჯანმო-ს ოფიციალური მონაცემებით, აივ/შიდსის პანდემიის დაწყებიდან დღემდე აივ-ით მსოფლიოში სულ დაინფიცირდა 74.9 მლნ-ზე [58.3 მლნ–98.1 მლნ] მეტი ადამიანი. მათგან 32.0 მლნ-ზე მეტი [23.6 მლნ – 43.8 მლნ] გარდაიცვალა შიდსთან ასოცირებული სხვადასხვა სახის დაავადებით. თუმცა, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ბოლო ათწლეულის მანძილზე აივ/შიდსის გავრცელების დინამიკა თანდათანობით იკლებს მთელს მსოფლიოში. ჯანმო-ს მიერ მოწოდებულია ცხრილი, სადაც ნაჩვენებია დაავადების ახალი შემთხვევების დინამიკა 2010, 2015 და 2018 წლების მიხედვით მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში (იხ. ცხრილი #1).

საქართველოში 2018 წლის ჩათვლით სულ რეგისტრირებულ იქნა აივ ინფექციის 7434 შემთხვევა. ამასთან ერთად გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ ყოველწლიურად აივ ინფექციების მნიშვნელოვანი ნაწილი რჩება გამოუვლენელი, რაც უარყოფით ზეგავლენას ახდენს შიდსის ეპიდემიაზე, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ისე კლინიკური თვალსაზრისით.

საერთაშორისო ექსპერტთა გათვლით და სტატისტიკური მონაცემებით როგორც მთელ მსოფლიოში, ასევე საქართველოშიც, გამოვლენილ აივ ინფიცირებულთა რიცხვი სრული რაოდენობის დაახლოებით 59-60%-ს შეადგენს, შესაბამისად დანარჩენი ნაწილი არ არის გამოვლენილი სხვადასხვა ობიექტური მიზეზების გამო, რომელთაგან ყველაზე მნიშვნელოვანია დაავადების უსიპტომო მიმდინარეობა. ასევე, დაავადება შესაძლებელია დიდი ხნის განმავლობაში მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ, თუმცა ინფექცია პროგრესირებს ორგანიზმში, ვირუსი მრავლდება და აზიანებს იმუნურ სისტემას. კლინიკური ნიშნების გამოვლინება იწყება დაავადების შორსწასულ სტადიაზე, ზოგჯერ იმდენად გვიან, რომ პაციენტს შესაძლოა უკვე ჰქონდეს განვითარებული სიცოცხლესთან შეუთავსებელი და შეუქცევადი გართულებები, რის გამოც მკურნალობის დაწყებაც კი ხდება შეუძლებელი. ეს ფაქტი თავისთავად ძალიან საზიანოა, როგორც პაციენტის სიცოცხლისთვის, ასევე მის გარშემომყოფთათვისაც, რადგან ინფიცირებული პირი, თავის მხრივ წარმოადგენს აივ ინფექციის გავრცელების მთავარ წყაროსაც.

ამდენად, დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე უდიდესი როლი ენიჭება აივ/შიდსის ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობის დაწყებას, რადგან დიაგნოზის დროულად დასმა და ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყება აუმჯობესებს ავადმყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, მნიშვნელოვნად ზრდის პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და ხარისხს. ამასთან, დიაგნოზის გაცნობიერება იწვევს მათი ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებას და სარისკო ქცევების შემცირებას, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია ეპიდემიის მართვის მხრივ.

სწორედ, აივ ინფექციის დროული გამოვლენა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი ამოცანა დაავადების როგორც მკურნალობის, ასევე გავრცელების პრევენციის მხრივ, რაც წარმოადგენს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევას და სპეციალისტების მთავარ საზრუნავს.

საქართველო, ამ მხრივ, განეკუთვნება აივ ინფექციის დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს, თუმცა გეოგრაფიული ადგილმდებარეობისა და სხვა სოციალურ მიზეზთა გამო, ექსპერტთა პროგნოზით, ფართომასშტაბიანი ეპიდემიის განვითარების რისკი მაინც მაღალია [3, 4, 9]. შესაბამისად, საქართველოსთვისაც საკმაოდ აქტუალურია აივ/შიდსის დროული გამოვლენის საკითხი. ამისთვის, აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის პირველადი და მეორეული რგოლის დაწესებულებების აივ ინფექციის შესახებ ინფორმაციული უზრუნველყოფა. მათ შორის მიგვაჩნია, რომ საკმაოდ მნიშვნელოვანია ექიმ-სტომატოლოგების როლიც აივ ინფექციის დროულად დიაგნოსტიკაში. სწორედ ეს წარმოადგენს სადისერტაციო თემის მთავარ მიზანს.

ამისთვის ჩატარდა მასშტაბური კვლევა, სადაც დაფიქსირებულ იქნა შიდსის ცენტრში 2013-2018 წლებში გამოვლენილი და ახლად-რეგისტრირებული აივ ინფიცირების ყველა შემთხვევა. დაკვირვებისა და კვლევის შედეგად უპირატესად შესწავლილ იქნა, მათ შორის ორალურ მანიფესტაციათა გამოვლინების ხასიათი და ტენდენციები, ასევე კორელაციები გარკვეულ მაჩვენებლებთან და სხვა ზოგადი მონაცემებიც, მათ შორის ტესტირების მიზეზები, გადაცემის სავარაუდო გზები, რისკ-ქცევები, კო-ინფექციები და ა.შ.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, საკვლევ პერიოდს წარმოადგენდა 2013 - 2018 წლები. ჩვენ დეტალურად შევავროვეთ და შევისწავლეთ მონაცემები ყველა იმ აივ ინფიცირებულ პაციენტთა შესახებ, რომლებიც ამ პერიოდის განმავლობაში

დარეგისტრირდნენ შიდსის ცენტრში, როგორც აივ ინფექციის ახალი შემთხვევები. დავადებით საკვლევო კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვითაც მოვახდინეთ პაციენტთა შერჩევა და კვლევაში ჩართვა. შევიმუშავეთ სპეციალური ფორმა, ალგორითმი, სადაც ვაფიქსირებდით კვლევისთვის საჭირო ყველა ინფორმაციას თითოეული პაციენტის შესახებ. კერძოდ:

- პაციენტთა დემოგრაფიული მონაცემები - ასაკი, სქესი, საცხოვრებელი გარემო, განათლება, ოჯახური სტატუსი, დასაქმების სფერო, მოგზაურობის ისტორია,
- აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მიზეზი,
- რისკის შემცველი ქცევები (ნარკოტიკული საშუალებების ინექციური მოხმარება, ჰემოტრანსფუზია, სექსუალური ორიენტაცია, ტატუირება და სხვა),
- ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარება,
- ინფიცირების სავარაუდო გზა,
- დავადების სტადია, როდესაც მოხდა ვირუსის დადასტურება,
- გამოვლენილი კლინიკური სიმპტომები,
- კო-ინფექციების არსებობა,
- იმუნური მაჩვენებლები,
- თანმხლები ორალური მანიფესტაციების გამოვლინებები.

კვლევის შედეგად დაფიქსირდა, რომ 2013-2018 წლებში შიდსის ცენტრში სულ გამოვლინდა 3793 აივ ინფიცირების ახალი შემთხვევა. მათ შორის 2867 (75.6±0.7%) იყო მამაკაცი, 901 (23.8±0.7%) ქალი და 25 (0.7±0.1%) - ბავშვი.

კვლევისთვის დადგენილ კრიტერიუმებს წარმოადგენდა:

1. 2013-2018 წლებში აივ/შიდსის დიაგნოზით რეგისტრირებული საქართველოს მოქალაქე,
2. ასაკობრივი შუალედი - 19-დან 55 წლამდე,
3. აივ ინფექციის პირველადი დიაგნოსტიკა ან უკვე გამოვლენილი ისეთი შემთხვევები, სადაც ჯერ კიდევ არ იყო დაწყებული მკურნალობა,
4. პაციენტის თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე და მათი ანონიმურობა.

აღნიშნული კრიტერიუმების გათვალისწინებით, რეგისტრირებული შემთხვევების საერთო რაოდენობიდან კვლევისთვის შეირჩა 3348 (88.3±0.5%) პაციენტი. მათ შორის: 2579 (77.0±0.7%) მამაკაცი და 769 (23.0±0.7%) ქალი.

ვირუსის გადაცემის სავარაუდო გზების მიხედვით საკვლევ პაციენტთა დაინფიცირება მოხდა შემდეგი სიხშირით:

- ჰეტეროსექსუალური კონტაქტის შედეგად - 1721 (51.4±0.9%) პაციენტი,
- ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების გზით - 927 (27.7±0.8%),
- ჰომო/ბისექსუალური კონტაქტით - 680 (20.3±0.7%),
- ჰემოტრანსფუზიით - 11 (0.33±0.1%) აივ ინფიცირებული პირი,
- ინფექციის გადაცემის გზა დაუდგენელი იყო 9 (0.27±0.1%) შემთხვევაში (იხ. დიაგრამა #12).

აივ/შიდსის დეფინიციის და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისათვის საქართველოში გამოიყენება აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის კლასიფიკაცია, რომლიც მიღებულ იქნა 2014 წელს. აღნიშნული კლასიფიკაციის მიხედვით, აივ ინფექციის მიმდინარეობას ჰყოფენ სტადიებად და თითოეული სტადიის განსაზღვრა ხდება გარკვეული იმუნური მაჩვენებლებით (იხ. ცხრილი #6).

აღნიშნულის თანახმად, დაავადების სტადიების მიხედვით, კვლევისთვის შერჩეული პაციენტები დაყავით სამ ჯგუფად და შედეგად მივიღეთ, რომ:

- I ჯგუფს მიეკუთვნა 664 (19.8±0.7%) პაციენტი,
- II ჯგუფს - 1386 (41.4±0.9%) აივ ინფიცირებული, ხოლო
- III ჯგუფში კი - 1298 (38.8±0.8%) პაციენტი (იხ. ცხრილი #11, დიაგრამა #19).

ზოგადი სტატისტიკური მონაცემებით ჩანს, რომ ბოლო წლების განმავლობაში ჩვენს ქვეყანაში ყოველწლიურად აივ ინფექციის დიაგნოზი უდასტურდება საშუალოდ 560 პირს, მათგან დაახლოებით 215 (38.4±2.1%) პაციენტს დიაგნოზი ესმება საკმაოდ გვიან, უკვე განვითარებულ შიდსის სტადიაზე. აქვე ხაზს გავუსმევთ იმ ფაქტსაც, რომ შიდსის ცენტრის მონაცემებით, აივ ინფექციის დაგვიანებული დიაგნოზი შემთხვევათა 34%-ში უკავშირდება აივ ასოცირებულ სიკვდილობას. ეს მაჩვენებელი ჩვენი ქვეყნისთვის, ვფიქრობთ არის საკმაოდ საყურადღებო.

კვლევის მთავარი მიზნის ანუ აივ ინფიცირებულებში სხვადასხვა ორალური დაზიანებების განვითარების თავისებურებების უკეთ შესასწავლად, ყურადღებას ვაქცევდით საკვლევ პაციენტებში გამოვლენილ ზოგად კლინიკურ სიმპტომებს, მათ პრევალენტობასა და კორელაციას ორალურ მანიფესტაციებთან. ვაკვირდებოდით თანმხლებ, აივ ასოცირებულ კო-ინფექციათა გამოვლინებების ტენდენციებს. ასევე, ვადგენდით პაციენტთა მიერ აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მთავარ მიზეზებს, სავარაუდო ინფიცირების გზებს და ა.შ..

I საკვლევ ჯგუფს კვლევაში ჩართული 3348 აივ ინფიცირებულიდან, მიეკუთვნა 664 (19.8±0.7%) პაციენტი. მათგან, მამაკაცი იყო 490 (73.8±1.7%), ხოლო ქალი - 174 (26.2±1.7%).

ამ პაციენტებს აივ დიაგნოზი დაუდასტურდათ ინფექციის საწყისს და/ან სუბკლინიკურ სტადიაზე. ცნობილია, რომ ადამიანის ორგანიზმში ვირუსის შეჭრიდან 2-6 კვირის განმავლობაში ვითარდება პირველადი ანუ მწვავე აივ ინფექცია. ამ პერიოდში პაციენტს შეიძლება გამოეხატოს ისეთ სიმპტომთა კომპლექსი, რომლებიც თავისი მიმდინარეობით ძალიან წააგავს მწვავე რესპირატორულ ვირუსულ ინფექციას. სწორედ ამიტომ აივ ინფექციას უწოდებენ ასევე მწვავე რეტროვირუსულ სინდრომსაც, რაც მალევე, მკურნალობის გარეშე ლაგდება და დაავადება გადადის სუბკლინიკურ, ასიმპტომურ სტადიაზე [2, 11, 13, 49].

კვლევამ გვიჩვენა, რომ პაციენტთა ნახევარზე მეტი ანუ 341 (51.4±1.9%) მათგანი ამ სტადიაზეც კი აღნიშნავდა აივ ინფექციისთვის დამახასიათებელ სხვადასხვა სახის სუბიექტურ ჩივილებს. კერძოდ, საერთო სისუსტეს აღნიშნავდა - 287 (43.2±1.9%), ოფლიანობას - 205 (30.9±1.8%), წონაში კლებას - 154 (23.2±1.8%), ლიმფადენოპათიას - 147 (22.1±1.6%), არამოტივირებულ ცხელებას - 68 (10.2±1.2%), თავის ხშირად ტკივილებს - 46 (6.9±1.0%), გამონაყარს კანზე - 64 (9.6±1.1%), ქრონიკულ დიარეას - 45 (6.8±0.9%), ფილტვების გახანგრძლივებულ ანთებას - 21 (3.2±0.7%), ხოლო ნერვული სისტემის დაზიანებას კი - 6 (0.9±0.4%) პაციენტი (იხ. **დიაგრამა #20**).

I ჯგუფის პაციენტებს შორის სხვადასხვა სახის კო-ინფექციის დიაგნოზი დადასტურებული ჰქონდა 322 (48.5±1.9%) აივ ინფიცირებულს, რაც ასევე მნიშვნელოვანი მონაცემია აღნიშნული ჯგუფისთვის. კერძოდ:

- ვირუსული ჰეპატიტი B დიაგნოსტირებული ჰქონდა 154 (23.2±1.6%) პაციენტს,
- ვირუსული ჰეპატიტი C - 120-ს (18.1±1.5%),
- სიფილისი - 106 (16.0±1.4%) აივ ინფიცირებულს,
- გონორეა - 14-ს (2.1±0.6%),
- ტუბერკულოზი კი - 6 (0.9±0.4%) პაციენტს (იხ. ცხრილი #12)

ამასთან 244 (36.8±1.9%) პაციენტს დადასტურებული ჰქონდა მხოლოდ ერთი სახის კო-ინფექცია, ხოლო 78 (11.8±1.3%) აივ ინფიცირებულს აღენიშნა ერთდროულად ორი სახის კო-ინფექცია დაავადების სუბკლინიკურ სტადიაზე.

საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ I ჯგუფის 463 (69.7±1.8%) პაციენტის შემთხვევაში აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მიზეზს წარმოადგენდა მომართვა ან/და გადამოწმება სხვა სამედიცინო და არასამედიცინო ორგანიზაციებიდან (მათ შორის, დაავადების კონტროლის ეროვნული ცენტრი, აივ/შიდსის თემაზე მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციები, პენიტენციური სისტემა და სხვა) გარკვეული ნიშნების და რისკების საფუძველზე. აივ-ტესტირების ჩატარების ამ ფაქტორებმა შეადგინა მომართვიანობის მაღალი მაჩვენებელი, ხოლო თვითდინებით ანუ ეპიდჩვენებით, კვლევა განხორციელდა მხოლოდ 201 (30.3±1.8%) შემთხვევაში, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ პირებმა აივ ტესტირება ჩაიტარეს საკუთარი ინიციატივით გარკვეული რისკების არსებობის გამო.

რაც შეეხება ორალურ მანიფესტაციებს, I ჯგუფში სხვადასხვა სახის დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე აღენიშნა 116 (17.5±1.5%) პაციენტს. მათ შორის იყო შემდეგი სახის გამოვლინებები:

- ორალური კანდიდოზები - 79 (68.1±4.3%) შემთხვევა,
- პაროდონტიტი – 48 (41.4±4.6%),
- ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტები - 23 (19.8±3.6%),
- სიფილისის გამოვლინება პირის ღრუს ლორწოვანზე - 8 (6.9±2.4%),
- ნევროზული გინგივიტი - 11 (9.5±2.7%),
- ნევროზული პაროდონტიტი – 7 (6.0±2.4%),
- ვირუსული პაპილომა - 2 (1.7±1.2%),
- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია კი - 1 (0.9±0.9%) შემთხვევა (იხ. დიაგრამა #24, ცხრილი #15).

მართალია, ორალურ მანიფესტაციათა გამოვლინების სიხშირე I ჯგუფში ბევრად ნაკლებია მომდევნო ორ ჯგუფთან შედარებით, მაგრამ ვფიქრობთ, რომ ეს შედეგიც საკმაოდ მნიშვნელოვანია, რადგან მთავარ მიზანს წარმოადგენს ის, რომ აივ ინფექციის გამოვლენა მოხდეს რაც შეიძლება ადრეულ სტადიაზე.

კვლევამ ცხადჰყო ასევე, რომ I ჯგუფის პაციენტებს შორის, რომელთაც აღენიშნათ სხვადასხვა სახის დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე, ზოგადი კლინიკური სიმპტომების თანმხლები გამოვლინებებიც იყო საკმაოდ ხშირი. მიუხედავად დაავადების ასიმპტომური სტადიისა, ჩვენ შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ორალურ მანიფესტაციათა გამოვლინებები მჭიდრო კორელაციაშია დაავადების სხვა კლინიკურ სიმპტომებთან. კერძოდ, აღნიშნული ჯგუფის 116 ორალური მანიფესტაციის მქონე აივ ინფიცირებულიდან მკვეთრად გამოხატული საერთო სისუსტე ჰქონდა 103 (88.8±3.2%) პაციენტს, ოფლიანობა - 62-ს (53.5±4.6%), წონაში კლება 65-ს (56.0±4.6%), ლიმფადენოპათია - 42-ს (36.2±4.5%), გამონაყარი კანზე - 46-ს (39.7±4.5%), არამოტივირებული ცხელება - 35-ს (30.6±4.7%), ხოლო თავის ხშირად ტკივილები კი - 19 (16.4±3.4%) მათგანს (იხ. ცხრილი #16, დიაგრამა #25).

მიღებული შედეგი საყურადღებოა, რადგან მოცემულ ჯგუფში ორალური მანიფესტაციების მქონე პაციენტებში დაფიქსირებული ზოგადი კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების პრევალენტობა ძალიან მაღალია ამავე ჯგუფის ზოგად მონაცემთან შედარებით (იხ. ცხრილი #17).

ამგვარად, დაავადების საწყის, სუბკლინიკურ სტადიაზე მყოფ იმ პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნათ სხვადასხვა სახის დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე, უმრავლეს შემთხვევაში თან აღენიშნებოდათ სხვა ზოგადი კლინიკური სიმპტომებიც.

II საკვლევი ჯგუფს, მიეკუთვნა 1386 (41.4±0.9%) პაციენტი. მათგან 1071 (77.3±1.1%) იყო მამაკაცი და 315 (22.7±1.1%) - ქალი.

ეს პაციენტები დიაგნოზის დასმის დროს უკვე იმყოფებოდნენ ინფექციის შუალედურ ანუ სიმპტომურ სტადიაზე, ამდენად კლინიკური სიმპტომების გამოვლინება ამ ჯგუფში ისედაც მაღალია. თუმცა აუცილებლად უნდა აღვნიშნოთ ის ფაქტიც, რომ პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს, კერძოდ 293 (21.1±1.1%) მათგანს არ აღენიშნებოდა რაიმე სახის სიმპტომი, მიუხედავად იმისა, რომ შესაბამისი იმუნოლოგიური მაჩვენებლებით ისინი იმყოფებოდნენ დაავადების სიმპტომურ

სტადიაზე. მათ შემთხვევაში აივ ინფექცია ისევ მიმდინარეობდა უსიმპტომოდ. ხოლო 1093 (78.9±1.1%) პაციენტს ზოგადი კლინიკური სიმპტომები აღენიშნა შემდეგი სიხშირით: საერთო სისუსტეს უჩიოდა 941 (67.9±1.3%) პაციენტი, ოფლიანობას - 751 (54.2±1.3%), წონაში კლებას - 712 (51.4±1.3%), ლიმფადენოპათიას - 366 (26.4±1.2%), არამოტივირებულ ცხელებას - 311 (22.4±1.1%), თავის ხშირ ტკივილს - 190 (13.7±0.9%), გამონაყარს კანზე - 315 (22.7±1.1%), ქრონიკულ დიარეას - 231 (16.7±1.0%), ფილტვების გახანგრძლივებულ ანთებას - 104 (7.5±0.7%) პაციენტი, ხოლო ნერვული სისტემის დაზიანება დაფიქსირდა 35 (2.5±0.4%) შემთხვევაში (იხ. დიაგრამა #21).

II ჯგუფში აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მიზეზს 884 (63.8±1.3%) პაციენტთან წარმოადგენდა მომართვა ან/და გადამოწმება სხვა სამედიცინო თუ არასამედიცინო ორგანიზაციებიდან, ხოლო 502 (36.2±1.3%) შემთხვევაში კი ტესტირება განხორციელდა პაციენტის თვითდინებით ან/და ეპიდჩვენებით.

მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს, რომ დაავადების შუალედურ ანუ სიმპტომურ სტადიაზეც პაციენტთა მომართვიანობა არის საკმაოდ დაბალი.

თანმხლები დაავადებების დაფიქსირების მხრივ II ჯგუფში, აივ-თან ასოცირებული ერთი ან მეტი კო-ინფექციის დიაგნოზი დადასტურებული ჰქონდა 768 (55.4±1.3%) პაციენტს. მათგან, 478-ს (34.5±1.3%) აღენიშნა მხოლოდ ერთი სახის კო-ინფექცია, 290-ს (20.9±1.3%) კი - ორი სახის კო-ინფექცია ერთდროულად. უფრო დეტალურად კი:

- ვირუსული ჰეპატიტი C დადასტურებული ჰქონდა 391 (28.2±1.2%) პაციენტს,
- ვირუსული ჰეპატიტი B - 334-ს (24.1±1.2%),
- სიფილისი – 251 (18.1±1.03%),
- გონორეა - 44-ს (3.2±0.5%),
- ტუბერკულოზი კი - 38 (2.7±0.4%) აივ ინფიცირებულს (იხ. ცხრილი #13).

კვლევამ აჩვენა, რომ II ჯგუფის პაციენტებს შორის ორალური მანიფესტაციები დაფიქსირდა 472 (34.1±1.3%) პაციენტთან და ამ გამოვლინებებიდან ყველაზე პრევალენტური იყო ორალური კანდიდოზები - 216 (45.8±2.3%), პაროდონტიტები - 178 (37.7±2.2%) და ქრონიკული მორეციდივე პერპესული სტომატიტები - 107 (22.7±1.9%) შემთხვევით. ამ ჯგუფში მნიშვნელოვნად არის გაზრდილი ასევე მეორეული სიფილისით გამოწვეული მანიფესტაციებიც, რაც აღენიშნა 74 (15.7±1.7%)

აივ ინფიცირებულს. პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის სხვა დაზიანებებიდან, ნეკროზული გინგივიტი აღმოაჩნდა 21-ს ($4.5 \pm 1.0\%$), ხოლო ნეკროზული პაროდონტი – 13-ს ($2.8 \pm 0.8\%$) (იხ. დიაგრამა #26).

პირის ღრუს ლორწოვანის სხვა სახის დაზიანებები კი დაფიქსირდა კიდევ უფრო იშვიათად, კერძოდ:

- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია - 11-ს ($2.3 \pm 0.7\%$),
- შემოსარტყლული ლიქენი – 9-ს ($1.9 \pm 0.7\%$),
- ვირუსული პაპილომა - 8-ს ($1.7 \pm 0.6\%$),
- არა-ჰოჯკინის ლიმფომა - 3-ს ($0.6 \pm 0.4\%$) და
- კაპოშის სარკომა 3 ($0.6 \pm 0.4\%$) შემთხვევაში (იხ. ცხრილი #18).

აღნიშნული მანიფესტაციებიდან გამოვყოფთ ვერუკოზულ ლეიკოპლაკიას, რომელიც ცნობილია, როგორც აივ ინფექციის არსებობისა და მისი პროგრესირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მარკერი. ზოგადად, ეს დაავადება ვითარდება საკმაოდ იშვიათად, ხოლო აივ ინფიცირებულებში კი მისი განვითარება პირდაპირ კავშირშია CD4⁺ T ლიმფოციტების რაოდენობის შემცირებასთან. შესაბამისად აღნიშნული სახის მანიფესტაციის განვითარება უკვე მიანიშნებს ორგანიზმში CD4⁺ T ლიმფოციტების რიცხვის მკვეთრად შემცირებაზე, შედეგად კი აივ ინფექცია პროგრესირებს ანუ დაავადება გადადის სუბკლინიკურიდან სიმტომურ (შუალედურ) სტადიაზე ან უკვე ვითარდება შიდსი. ამდენად ვთვლით, რომ ამ ტიპის პაციენტებს შორის ვერუკოზული ლეიკოპლაკიის დაფიქსირება არის საკმაოდ საყურადღებო [7, 37, 39, 44, 60, 87].

ჩატარებული დაკვირვებების შედეგად მივიღეთ, რომ II ჯგუფის იმ პაციენტებს შორის, რომელთაც აღენიშნათ სხვადასხვა სახის ორალური დაზიანებები, ზოგადი კლინიკური სიმპტომების გამოვლინება თანმხლებად იყო ძალიან ხშირი. კერძოდ, საერთო სისუსტე აღენიშნა 436-ს ($92.4 \pm 1.2\%$), ოფლიანობა - 312-ს ($66.1 \pm 2.2\%$), წონაში კლება - 321-ს ($67.8 \pm 2.2\%$), არამოტივირებული ცხელება - 190-ს ($40.3 \pm 2.3\%$), გამონაყარი კანზე - 223-ს ($47.3 \pm 2.3\%$), ლიმფადენოპათია - 164-ს ($34.8 \pm 2.2\%$), ხოლო თავის ხშირად ტკივილი აღენიშნა 112 ($23.7 \pm 1.9\%$) პაციენტს (იხ. დიაგრამა #27, ცხრილი #19).

როგორც უკვე ვთქვით, ამ ჯგუფში ზოგადად, კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებანი დამახასიათებელია დაავადების აღნიშნული სტადიისთვის, თუმცა

ორალური მანიფესტაციების თანხლებით მათი პრევალენტობა კიდევ უფრო მაღალია (იხ. ცხრილი #20).

III ჯგუფს, საკვლევი კრიტერიუმების თანახმად მიეკუთვნა 1298 (38.8±0.8%) აივ ინფიცირებული. სწორედ მათ ვირუსი დაუდასტურდათ უკვე ჩამოყალიბებულ შიდსის სტადიაზე ანუ როდესაც უკვე განვითარებული ჰქონდათ ღრმა იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა. მათ შორის 1018 (78.4±1.1%) იყო მამაკაცი, ხოლო 280 (21.6±1.1%) - ქალი.

როგორც კვლევამ აჩვენა, მოცემულ ჯგუფშიც აივ ტესტირების ჩატარების მიზეზთა პროცენტული თანაფარდობა პრაქტიკულად არ განსხვავდება წინა ორი ჯგუფის სტატისტიკური მონაცემებისგან. რადგან, 915 (70.5±1.3%) პაციენტს კვლევა ჩაუტარდა მომართვა/გადამოწმების საფუძველზე და მხოლოდ 383 (29.5±1.3%) პაციენტის შემთხვევაში აივ-ზე ტესტირება ჩატარდა თვითდინება/ეპიდჩვენებით.

ამკარაა, რომ აღნიშნულ სტადიაზე კლინიკური გამოვლინებების არსებობის მიუხედავად, ტესტირებაზე მომართვიანობის მაჩვენებელი მაინც ძალიან დაბალია. სწორედ ამ დროს, ხშირად გამოვლენილი ორალური მანიფესტაციების გათვალისწინებით, ვფიქრობთ, რომ მეტად მნიშვნელოვანია ექიმ-სტომატოლოგების როლი დაავადების დროულად გამოვლენასა და დიაგნოსტიკაში.

ცნობილია, რომ შიდსის სტადიაზე ორგანიზმის იმუნური სისტემის ფუნქცია ძალიან დაქვეითებულია და შესაბამისად, კლინიკური სიმპტომები ამ ჯგუფში აღენიშნება პრაქტიკულად ყველა პაციენტს. წარმოგიდგინთ აღნიშნულ კლინიკურ სიმპტომთა პრევალენტობის მაჩვენებლებს:

- საერთო სისუსტე დაფიქსირდა 1209 (93.1±0.7%) პაციენტთან,
- წონაში კლება აღენიშნა 1084 (83.5±1.0%) მათგანს,
- ოფლიანობა - 959-ს (73.9±1.2%),
- არამოტივირებული ცხელება - 893-ს (68.9±1.3%),
- ლიმფადენოპათია - 361-ს (27.8±1.2%),
- თავის ტკივილები ხშირად - 362-ს (27.9±1.2%),
- გამონაყარი კანზე - 454-ს (35.0±1.3%),
- ქრონიკულ დიარეა - 270-ს (20.8±1.1%),
- ფილტვების გახანგრძლივებული ანთება (პნევმონია) - 436-ს (33.6±1.3%),

- ნერვული სისტემის დაზიანება კი - 164 (12.6±0.9%) პაციენტს (იხ. დიაგრამა #22).

მოცემულ ჯგუფში, 903 (69.6±1.3%) პაციენტს უკვე ჰქონდა განვითარებული ერთი ან რამდენიმე სახის კო-ინფექცია. მათ შორის, მხოლოდ ერთი სახის კო-ინფექცია დაფიქსირდა 440 (33.9±1.3%) პაციენტთან, ხოლო ორი ან მეტი სახის თანმხლები ინფექციის არსებობა დაუდასტურდა 463 (35.7±1.3%) პაციენტს. კონკრეტულად, თანმხლები ინფექციებიდან ყველაზე პრევალენტური იყო ვირუსული ჰეპატიტი C - 653 (50.3±1.4%) პაციენტი და ვირუსული ჰეპატიტი B - 318 (24.5±1.2%) შემთხვევა. აღნიშნულ სტადიაზე ხშირად აღინიშნა, ასევე:

- ტუბერკულოზი - 245 (18.9±1.1%) პირი,
- სიფილისი - 103 (7.9±0.7%), ხოლო
- გონორეა - 24 (1.9±0.3%) პაციენტი (იხ. ცხრილი #14).

III ჯგუფში ორალური მანიფესტაციების გამოვლინებებიც აღინიშნა პაციენტთა უმრავლესობას. კერძოდ, 1298 პაციენტიდან 967 (74.5±1.2%) მათგანს ჰქონდა განვითარებული სხვადასხვა სახის დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე (იხ. დიაგრამა #28).

გამოვლენილი მანიფესტაციებიდან აქაც პრევალენტური იყო ორალური კანდიდოზები - 488 (50.5±1.6%), პაროდონტიტი - 382 (39.5±1.6%) და ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტები - 271 (28.0±1.4%) პაციენტი. ხოლო დანარჩენი სახის დაზიანებების გამოვლენის ინტენსიობა მოცემულ ჯგუფში იყო შემდეგი:

- სიფილისით გამოწვეული ორალური მანიფესტაციები - 141 (14.6±1.1%) შემთხვევა,
- ნეკროზული გინგივიტი - 52 (5.4±0.7%),
- ნეკროზული პაროდონტიტი - 36 (3.7±0.6%),
- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია - 17 (1.8±0.4%),
- შემოსართყლული ლიქენი - 17 (1.8±0.4%),
- ვირუსული პაპილომა - 6 (0.6±0.3%),
- არა-ჰოჯკინის ლიმფომა - 3 (0.3±0.2%), და
- კაპოშის სარკომა - 2 (0.2±0.1%) შემთხვევა (იხ. ცხრილი #21).

III ჯგუფის პაციენტებში 967 სხვადასხვა ორალური მანიფესტაციის მქონე აივ ინფიცირებულიდან მკვეთრად გამოხატული საერთო სისუსტე აღენიშნა 918-ს ($94.9 \pm 0.7\%$), ოფლიანობა - 743-ს ($76.8 \pm 1.4\%$), წონაში კლება - 834-ს ($86.3 \pm 1.1\%$), არამოტივირებულ ცხელება - 733-ს ($75.8 \pm 1.4\%$), თავის ხშირად ტკივილი - 283-ს ($29.3 \pm 1.5\%$), ლიმფადენოპათია - 262-ს ($27.1 \pm 1.4\%$) და გამონაყარი კანზე - 365 ($37.8 \pm 1.6\%$) პაციენტს (იხ. **დიაგრამა #29**).

ჩატარებული კვლევის შედეგად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ორალურ მანიფესტაციათა განვითარება მჭიდროდ კორელირებს აივ/შიდსის კლინიკურ სიმპტომებთან და ეს კორელაცია მაღალია დაავადების ყველა სტადიაზე (იხ. **ცხრილი #22**).

კვლევის შედეგების შეჯამებით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ორალური მანიფესტაციები აივ ინფექციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოვლინებაა და მისი პრევალენტობა დაავადების ყველა სტადიაზე არის საკმაოდ მაღალი.

კერძოდ, დაავადების განვითარების საწყის და სუბკლინიკურ სტადიაზე ანუ I ჯგუფის პაციენტებს შორის ორალური მანიფესტაციები დაფიქსირდა 116 ($17.5 \pm 1.5\%$) შემთხვევაში, რაც სხვა ზოგად კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების ფონზე, არის საკმაოდ მაღალი. II ჯგუფში ორალური მანიფესტაციების სიხშირე თითქმის ორჯერ მეტია და აღენიშნა 472 ($34.1 \pm 1.3\%$) პირს, ხოლო III ჯგუფში კი სხვადასხვა სახის დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე აღენიშნა პაციენტთა დიდ რაოდენობას – 967-ს ($74.5 \pm 1.2\%$). ეს მაშინ, როდესაც ამ პაციენტებში პირველად მოხდა აივ-ის დადასტურება (იხ. **ცხრილი #24**).

ამ ტიპის პაციენტებს ხშირად ესაჭიროებათ სტომატოლოგიური მომსახურების გაწევა. სწორედ ამიტომ, ექიმ-სტომატოლოგთა ყურადღების საგანს უნდა წარმოადგენდეს პაციენტთა ზოგადი მდგომარეობის შესწავლა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც პაციენტს აღენიშნება პირის ღრუს ლორწოვანის ისეთი სახის დაზიანებები, რომელთა მთავარ მაპროვოცირებელ ფაქტორად შეიძლება ჩაითვალოს იმუნური სისტემის დაქვეითება.

ამრიგად, კვლევის პერიოდში შერჩეული და კვლევაში ჩართული 3348 პაციენტიდან, რაც პირობითად 100%-ად მივიჩნიეთ, 1555 ($46.5 \pm 0.9\%$) მათგანს აღენიშნა სხვადასხვა სახის ორალური მანიფესტაცია. მათ შორის ყველაზე მეტი

სიხშირით აღინიშნა ორალური კანდიდოზები, რამაც შეადგინა სულ 783 (50.4±1.3%) შემთხვევა და პაროდონტიტები - 608 (39.1±1.2%) პაციენტი. დანარჩენი სახის მანიფესტაციები გამოვლინდა შემდეგი სიხშირით:

- ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესები დაუფიქსირდა 401 (25.8±1.1%) პაციენტს.
- სიფილისით გამოწვეული დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე აღინიშნა 223 (14.3±0.9%) აივ ინფიცირებულს,
- ნეკროზული გინგივიტი - 84-ს (5.4±0.5%),
- ნეკროზული პაროდონტიტი - 56 (3.6±0.5%) პაციენტს,
- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია გამოკვლეულ კონტიგენტში აღინიშნა 29-ს (1.9±0.3%),
- ჰერპეს ზოსტერის ვირუსით განპირობებული შემოსართყლული ლიქენი განვითარებული იყო 26 (1.7±0.3%) შემთხვევაში,
- ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული ორალური მანიფესტაციები აღინიშნა 16 (1.0±0.3%) პირს,
- ხოლო შიდსით გამოწვეული ნეოპლაზიები საქართველოში ფიქსირდება საკმაოდ იშვიათად, რაც წელიწადში ერთ-ორ შემთხვევას შეადგენს. ჩვენი კვლევის პერიოდში სულ დაფიქსირდა არა-ჰოჯკინის ლიმფომის 6 (0.4±0.2%) და კაპოშის სარკომის მხოლოდ 5 (0.3±0.1%) შემთხვევა (იხ. დიაგრამა #30).

აქვე კიდევ ერთხელ გავუსმევთ ხაზს იმ ფაქტს, რომ პირველადი სიფილისისთვის დამახასიათებელი ორალური მანიფესტაცია - შანკრი და ასევე მესამეული სიფილისის სტადიისთვის დამახასიათებელი ორალური გამოვლინებები - გუმა და ბორცვი, შიდსის ცენტრში ჩატარებული კვლევის პერიოდში არც ერთხელ არ დაფიქსირებულა. რადგან, აღნიშნული დაზიანებების დროს ბუნებრივია, რომ პაციენტი პირველ რიგში მიმართავს პირად სტომატოლოგს და არა შიდსის ცენტრს. ამდენად კვლევის პერიოდში სიფილისთ გამოწვეული მანიფესტაციები მიეკუთვნებოდა მხოლოდ მეორეულ სიფილისს.

კვლევის შედეგების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ აუცილებელია ექიმ-სტომატოლოგთა ინფორმირება და რეკომენდაციების მიწოდება, რათა გაიზარდოს მათი როლი შიდს-ინდიკატორული დაავადების გამოვლენასა და ამაზე

დაფუძნებული აივ-ტესტირების შეთავაზების დანერგვაში. აღნიშნულს დიდი მნიშვნელობა ექნება აივ/შიდსის ადრეული დიაგნოსტიკისა და პრევენციის საქმეში.

კვლევის ფარგლებში შემუშავებული რეკომენდაციების დანერგვა გააუმჯობესებს, არა მხოლოდ პაციენტთა მკურნალობისა და მოვლის სერვისებს, არამედ მნიშვნელოვან გავლენას მოახდენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ სიტუაციაზე აივ/შიდსის გამოვლენის და მიმდინარეობის კუთხით.

დასკვნები

1. აივ ვირუსი ყველაზე ხშირად გამოვლინდა სიმპტომურ (41.4±0.9%) და შიდსის სტადიებზე (38.8±0.8%), იშვიათად – სუბკლინიკურ სტადიაზე (19,8±0,7%). ამასთან, აივ-ზე ტესტირების ჩატარების მთავარ მიზეზს წარმოადგენდა მომართვიანობა ან გადამოწმება (67.6±0.8%). დანარჩენ შემთხვევებში (32.4±0.8%) ტესტირება თვითდინებით ან ეპიდჩვენების საფუძველზე ჩატარდა.
2. I საკვლევ ჯგუფში პაციენტთა თითქმის ნახევარს უკვე აღენიშნებოდა გარკვეული სახის ჩივილები და დაავადების კლინიკური ნიშნები - 341 (51.4±1.9%). სხვა სტადიებზე ეს მაჩვენებლები იყო ბევრად მაღალი: II ჯგუფში - 1093 (78.9±1.1%), III ჯგუფში - 1298 (100%) ანუ ყველა პაციენტი.
3. საკვლევ პაციენტთა ნახევარზე მეტს - 1993-ს (59.5±0.9%) ვირუსის გამოვლენისას უკვე დადასტურებული ჰქონდათ ერთი-ერთი კო-ინფექცია. I ჯგუფში - 322 (48.5±1.9%) პაციენტი. მათ შორის ყველაზე ხშირად გვხვდებოდა ვირუსული ჰეპატიტი B (23.2±1.6%). II ჯგუფში - აღენიშნა 768 (55.4±1.3%) პაციენტს. აქედან, ყველაზე ხშირად, ვირუსული ჰეპატიტი C (28.2±1.2%). ხოლო III ჯგუფში - 903 (69.6±1.3%) პირს ჰქონდა დადგენილი ერთი ან რამდენიმე სახის კო-ინფექცია ერთდროულად. აქაც ყველაზე ხშირი იყო ვირუსული ჰეპატიტი C (50.3±1.4%). ტუბერკულოზის დიაგნოსტირება ზოგადად ხდება აივ/შიდსის გვიან სტადიაზე (18.9±1.1%).
4. კვლევაში ჩართულ 3348 პაციენტიდან 1555-ს (46.5±0.9%) აღენიშნებოდა სხვადასხვა სახის ორალური მანიფესტაცია: I ჯგუფში - 116 (17.5±1.5%) პაციენტს, II ჯგუფში - 472-ს (34.1±1.3%), III ჯგუფში - 967-ს (74.5±1.2%).
5. ორალური მანიფესტაციებიდან ყველაზე ხშირად დაფიქსირდა ორალური კანდიდოზი - 783 (50.4±1.3%). სხვა დაავადებები გვხვდებოდა შემდეგი სიხშირით: პაროდონტიტი - 608 (39.1±1.2%), ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესი - 401 (25.8±1.1%), სიფილისით გამოწვეული დაზიანებები - 223 (14.3±0.9%), ნეკროზული გინგივიტი - 84 (5.4±0.5%), ნეკროზული

პაროდონტიტი – 56 (3.6±0.5%), ვერუკოზული ლეიკოპლაკია - 29 (1.9±0.3%), შემოსარტყლული ლიქენი - 26 (1.7±0.3%), ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული ორალური მანიფესტაციები - 16 (1.0±0.3%), არა-ჰოჯკინის ლიმფომა - 6 (0.4±0.2%), კაპოშის სარკომა - 5 (0.3±0.1%) შემთხვევა.

6. ორალური მანიფესტაციის მქონე ყველა აივ ინფიცირებულ პაციენტს დაავადების ნებისმიერ ეტაპზე, ჰქონდა გამოვლენილი ერთი ან რამდენიმე კლინიკური სიმპტომი, კერძოდ:

- I ჯგუფში - 116 პაციენტიდან 103-ს (88.8±2.9%) აღენიშნა საერთო სისუსტე, წონაში კლება - 65-ს (56.0±4.6%), ოფლიანობა - 62-ს (53.5±4.6%), არამოტივირებულ ცხელება - 35-ს (30.6±4.7%), გამონაყარი კანზე - 46-ს (36.2±4.5%).
- II ჯგუფში - 472 პაციენტიდან საერთო სისუსტე დაუფიქსირდა 436-ს (92.4±1.2%), წონაში კლება - 321-ს (67.8±2.2%), ოფლიანობა - 312-ს (66.1±2.2%), არამოტივირებული ცხელება - 190-ს (40.3±2.3%), გამონაყარი კანზე - 112-ს (47.3±2.3%).
- III ჯგუფში - 1298 პაციენტიდან საერთო სისუსტე აღენიშნა 918-ს (94.9±0.7%), წონაში კლება - 834-ს (86.3±1.1%), ოფლიანობა - 743-ს (76.8±1.4%), არამოტივირებული ცხელება - 733-ს (75.8±1.4%), გამონაყარი კანზე კი - 365 (37.8±1.6%) აივ ინფიცირებულს.

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

- აივ-თან ასოცირებული ორალური მანიფესტაციების ხშირი რეციდივისას აუცილებელია აღნიშნულმა პაციენტმა ჩაიტაროს ტესტირება აივ ინფექციის დროულად გამოსავლენად, შემდგომში დაავადების ეფექტურად სამკურნალოდ და სამართავად.
- ორალურ მანიფესტაციებს თუ თან ახლავს ზოგადი კლინიკური სიმპტომები: საერთო სისუსტე, წონაში კლება, ოფლიანობა, არამოტივირებული ცხელება, გამონაყარი კანზე; ასევე, აივ-თან ასოცირებული კო-ინფექციებიდან (ვირუსული ჰეპატიტი B და C, სიფილისი, ტუბერკულოზი და გონორეა) ერთ-ერთი მაინც, აღნიშნული უნდა გაითვალისწინოს ექიმმა-სტომატოლოგმა და პაციენტი მიმართოს აივ ტესტირებაზე.
- იმუნოკომპრომიტირებულ პაციენტებს, ექიმ-სტომატოლოგთან მიმართვისას, სტანდარტულ კვლევებთან ერთად სასურველია ჩაუტარდეთ აივ-ტესტირებაც, რაც დაეხმარება სპეციალისტებს დაავადების მართვის და მისი გავრცელების პრევენციის მხრივ.

Resume of dissertation thesis in English

Problem Statement

According to the United Nations AIDS Program, HIV remains a dynamic and growing epidemic, despite the fact that many preventive measures are being taken and treatment methods are being developed. Due to the specifics of the disease, its early diagnosis and treatment significantly increases life expectancy, improves quality of life and reduces the likelihood of transmission of the virus.

HIV is characterized by an asymptomatic course for quite a long time and the manifestations of clinical symptoms often begin in the distant, sometimes terminal stage of the disease. When a patient may have already developed life-threatening complications. This all makes it clear how important its early diagnosis is in the treatment and management of the disease.

Oral manifestation in HIV-infected patients, depending on the specifics of the disease, is quite an important moment. There are studies according to which various types of lesions on the oral mucosa are considered as markers of the patient's immune status, indicators of HIV infection and even predictors of the development of the AIDS stage.

Consequently, in the presence of certain oral manifestations, it may be suspected at an early stage of the disease and the patient may be recommended for HIV testing.

Aim of the Study:

- Study of the dental status of HIV-infected people identified in Georgia in 2013-2018;
- Determining the prevalence of diseases of the oral mucosa and periodontal tissue complex in such patients when the virus is detected;
- Study of various oral manifestations as a clinical marker of infection progression and its diagnostic value.

Objectives to achieve:

1. Development of a special anonymous form of algorithm for the analysis of patients' data.
2. Study of all new cases registered in the electronic database of the Scientific-Practical Center of Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology in 2013-2018 and evaluate and observe their immunological status throughout the research.
3. Appropriate examination of patients in cases of oral manifestations.
4. To establish the connection between the diseases of the oral mucosa and periodontium in these patients, as well as the clinical manifestations of the condition with immunological indicators.
5. Identify the reason for HIV testing in each patient and assess their condition according to the stage of the disease.
6. Detailed study of general clinical symptoms and their correlation with dental status;
7. Develop preventive recommendations for the spread of HIV / AIDS for dentists.

Materials and Methods

Research criteria for patient selection:

- Citizens of Georgia registered at the AIDS Center in 2013-2018 with a primary diagnosis of HIV infection;
- Also, those citizens of Georgia who had already have confirmed their HIV positive status, but were not included in the relevant treatment program, such as HAART.
- The age group was defined as 19 to 55 years old,
- Patient consent to study involvement.

The selected patients were divided into three groups according to stages of HIV infection at the time of diagnosis establishment, such as:

- I. 1st group includes patients with seroconversion illness and asymptomatic stages of disease, in those CD4⁺ cells count was at least 500 cells per microliter (cell/mm³).
- II. 2nd group includes HIV-infected individuals with symptomatic stage of HIV infection. The CD4⁺ cell count was determined in the range from 499 to 200 cells/mm³.

III. 3rd group has belonged patients with AIDS and, consequently, the CD4⁺ count was less than 200 cell/mm³.

The aim of the epidemiological study was to collect detailed information about each patient and to record the obtained data in an algorithm developed by us.

Totally, during 2013-2018, 3793 HIV-infected patients were registered at the AIDS Center. According to the study criteria, out of the total number, 3348 (89.2 ± 0.5%) patients were included in research, 2579 (77.0 ± 0.7%) were male and 769 (23.0 ± 0.7%) were female.

Each patient was evaluated under the general examination according to the following way:

- Gathering anamnesis,
- HIV confirmation study,
- Determination of CD4⁺ cell count (absolute / percentage),
- Evaluation of various clinical symptoms and signs;
- Identify HIV-associated co-infections,
- Types of manifestations observed on the oral mucosa.

In case of presentation of oral manifestations

- Periods of manifestations and provoking factors,
- Examination of the face and mouth, skin color, turgor, the presence of a rash, etc.
- Frequency of recurrences, periodicity and duration of remissions, duration of prodromal periods,
- Examination of lip contours, color, dryness, their corners - presence of cracks, deposits and bumps on it,
- Palpation method assessed condition of regional lymph nodes.
- Oral hygiene assessment,
- The color, relief, density, swelling, hyperemia, etc. of the oral cavity, transient wrinkles, lips, cheeks, retro-molar area, palate, base of the mouth and tongue;
- Presence of morphological elements - primary and secondary lesions, their types, quantity, localization, shape, size and contours;
- In case of ulcers, we assessed its depth, bottom condition, infiltration, the presence and density of contours;

- Examination of the tongue, the attachment of the lower part of the tongue to the tissues, the nature of the plaque and the presence of morphological elements on it,
- The microflora of the oral cavity was examined for fungi of the *Candida* and bacteria causing nonspecific infections;
- In case of gingivitis and periodontitis, we assessed the color of the gums, the presence of stones and plaque, gingival dryness, the presence of exudate,
- We determined the rate of bleeding (BoP), periodontal pocket depth (PpD), clinical gingival attachment (CAL). We determined PpD with a special periodontal probe at six points on each tooth, registering bleeding areas;
- To determine the condition of bone tissue, we conducted X-ray examinations (orthopantomography or computed tomography - CT), we determined the levels of bone loss (BL), the degree of tooth decay and, accordingly, we determined the levels of periodontitis (A, B, C).
- In case of neoplasms, we received information from relevant laboratories.

From the methods of laboratory research used for the diagnosis of HIV/AIDS: methods of serological, molecular-genetic, immunological and microbiological research.

Results

1. Results of epidemiological research

During the course of the study, we obtained the following picture from the selection of patients according to the criteria:

- From the 2013 data, we included 450 (91.8±1.3%) HIV-infected people in the study. Of these, 342 (76.0±2.01%) were male and 108 (24.0±2.01%) were female.
- In 2014 - 502 (89.0±1.3%) patients: 367 (73.1±1.98%) male and 135 (26.9±1.98%) female.
- In 2015 - 635 (88.6±1.2%) persons, 491 (77.3±1.7%) males and 144 (22.7±1.7%) females.
- In 2016, 638 (88.7±1.2%) patients were selected. Of these: 499 (77.9±1.7%) were male and 139 (22.4±1.7%) were female.
- In the 2017 survey, we included 565 (89.5±1.2%) individuals. Among them: 451 (79.5±1.7%) males and 114 (20.5±1.7%) females, while

- In 2018, we included 558 (83.0±1.5%) patients in the study, namely - 429 (76.9±1.8%) men and 129 (23.1±1.8%) women

The results show that in recent years in Georgia, the diagnosis of HIV infection is confirmed annually by an average of 560 people, and among them, an average of 215 (38.4±2.1%) patients are diagnosed with their own AIDS stage. This figure has some significance for our country, especially since at least 34% of late diagnoses are associated with HIV-associated deaths.

2. Results of clinical research

To the 1st group were belonged 664 (19.8±0.7%) patients with HIV. from those 490 (73.8±1.7%) were men and 174 (26.2±1.7%) were women.

In 1st group, the clinical features were observed in more than half of the patients, namely 341 (51.4±1.9%) patients, and most often they complained about fatigue and malaise - 287 (43.2±1.9%), sweating - 205 (30.9±1.8%), weight loss - 154 (23.2±1.8%), lymphadenopathy - 147 (22.1±1.6%), other signs were rare. Oral manifestations were observed in case of 116 (17.5±1.5%) patients.

The total number of HIV-infected people in II group was 1386 (41.4±0.9%) patients. Between them 1071 (77.3±1.1%) was male and 315 (22.7±1.1%) was female.

In 2nd group - malaise, sweating and weight loss were reported in more than 50% of patients, while other symptoms, such as lymphadenopathy, fever, skin rash, chronic diarrhea, frequent headaches, etc. were observed in a relatively small number of patients. In this group different types of oral manifestations were detected in 472 (34.1±1.3%) patients.

The number of patients in 3rd study group was 1298 (38.8±0.8%). Among them 1018 (78.4±1.1%) were men and 280 (21.6±1.1%) were women.

Patients in 3rd group are at the stage of AIDS and, consequently, all patients were with some clinical symptoms (100%), especially commonly was observed fatigue and malaise - in 1209 (93.1±0.7%) patients, loss of weight – 1084 (83.5±1.0%) and sweating – in 959 (73.9±1.2%) cases. Detection of oral manifestations in group III was quite common as it was observed in 967 (74.5 ± 1.2%) patients.

Discussion

Out of 3348 patients selected and included in the study period, 1555 (46.5±0.9%) had different types of oral manifestations. Oral candidiasis was the most common among them, accounting for a total of 783 (50.4±1.3%) cases and periodontitis - 608 (39.1±1.2%) patients. Other types of manifestations were detected with the following frequency:

- Chronic recurrent herpes-virus (HSV1) was reported in 401 (25.8±1.1%) patients.
- Infections caused by syphilis on the oral mucosa were observed in 223 (14.3±0.9%) HIV patient;
- Necrotizing gingivitis - 84 (5.4±0.5%),
- Necrotizing periodontitis - 56 (3.6±0.5%) patients,
- Oral Hairy Leukoplakia was observed in 29 (1.9±0.3%) in the examined contingent;
- Oral manifestations caused by VZV developed in 26 (1.7±0.3%) cases;
- Oral manifestations caused by HPV were observed in 16 (1.0±0.3%) HIV patients;
- And neoplasms caused by AIDS are quite rare in Georgia, which is one or two cases a year. A total of 6 (0.4±0.2%) cases of Non-Hodgkin's Lymphoma and only 5 (0.3±0.1%) cases of Kaposi's Sarcoma were reported during our study period.

Here we emphasize once again the fact that the oral manifestations characteristic of primary syphilis - chancre and also the oral manifestations characteristic of the stage of tertiary syphilis - gum and mumps, were never observed during the study conducted at the AIDS Center. Because, in the case of these injuries, it is natural for the patient to first go to a private dentist and not to the AIDS center. Thus the manifestations caused by syphilis during the study period belonged only to secondary syphilis.

Based on the results of the study, we can conclude that it is necessary to inform dentists and provide recommendations in order to increase their role in the detection of AIDS-indicative disease and the introduction of HIV-based testing offers. This will be of great importance in the early diagnosis and prevention of HIV / AIDS.

The implementation of the recommendations developed within the framework of the study will improve not only the treatment and care services of patients, but also have a significant impact on the current situation in the Georgian healthcare system in terms of HIV/AIDS detection and progress.

Conclusions

1. HIV infection was most often detected at the symptomatic ($41.4\pm 0.9\%$) and AIDS stages ($38.8\pm 0.8\%$), rarely at the subclinical stage ($19.8\pm 0.7\%$). The main reason for HIV testing was referral or verification ($67.6\pm 0.8\%$). In others cases ($32.4\pm 0.8\%$) testing were performed self-independently, spontaneously or on an epidemiological basis.
2. Clinical symptoms and signs in I group were observed with 341 ($51.4 \pm 1.9\%$) patients, in II group - 1093 ($78.9\pm 1.1\%$), in III group - with all patients.
3. More than half of them, with 1993 ($59.5\pm 0.9\%$) patients had already confirmed one of the co-infections at least, when the HIV was detected. Especially commonly were observed viral hepatitis C and B, also – syphilis and tuberculosis.
4. From the 3348 researched patients with 1555 ($46.5\pm 0.9\%$) persons were showed different oral manifestations: at the 1st group were observed 116 ($17.5\pm 1.5\%$) times, at 2nd group – in 472 ($34.1\pm 1.3\%$) cases, at the 3rd group - 967 ($74.5\pm 1.2\%$) patients had different type of oral manifestations.
5. The most common oral manifestations were oral Candidiasis - 783 ($50.4\pm 1.3\%$). Periodontitis - 608 ($39.1\pm 1.2\%$), HSV1 - 401 ($25.8\pm 1.1\%$), lesions of secondary Syphilis - 223 ($14.3\pm 0.9\%$), Necrotizing Gingivitis - 84 ($5.4\pm 0.5\%$), Necrotizing Periodontitis - 56 ($3.6\pm 0.5\%$), Oral Hairy Leukoplakia - 29 ($1.9\pm 0.3\%$), VZV - 26 ($1.7\pm 0.3\%$), oral manifestations of HPV - 16 ($1.0\pm 0.3\%$), Non-Hodgkin's Lymphoma - 6 ($0.4\pm 0.2\%$), Kaposi's Sarcoma - 5 ($0.3\pm 0.1\%$) cases.
6. The most HIV-infected patients exactly with oral manifestations had one or more clinical symptoms at the any stage of HIV infection, namely:

- In 1st group - 103 patients (88.8±2.9%) were showed fatigue and malaise, weight loss – with 65 (56.0±4.6%) patients, sweating - 62 (53.5±4.6%), fever - 35 (30.6±4.7%), skin rash - 46 (36.2±4.5%).
- In 2nd group from the 472 patients, fatigue and malaise was observed in 436 (92.4±1.2%), weight loss - in 321 (67.8±2.2%) case, sweating - in 312 (66.1±2.2%) case, fever - in 190 (40.3±2.3%), skin rash - 112 (47.3±2.3%).
- In 3rd group - 918 patients showed fatigue and malaise (94.9±0.7%), weight loss - 834 (86.3±1.1%), sweating - 743 (76.8±1.4%), fever - 733 (75.8±1.4%), skin rash - with 365 (37.8±1.6%) HIV patients.

Practical Recommendations

- In case of frequent recurrence of HIV-related oral manifestations, it is necessary for the mentioned patient to be tested for timely detection of HIV infection, for further effective treatment and management of the disease
- Oral manifestations if accompanied by general clinical symptoms: general weakness, weight loss, sweating, unmotivated fever, skin rash; Also, at least one of the co-infections associated with HIV (viral hepatitis B and C, syphilis, tuberculosis and gonorrhoea) should be considered by the dentist and the patient should be referred for HIV testing.
- Immunocompromised patients, when consulting a dentist, in addition to standard examinations, it is desirable to undergo HIV testing, which will help specialists in managing the disease and preventing its spread.

გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა:

1. აივ ინფექცია/შიდსი. შიდსის ისტორია, ეტიოპათოგენები, გადაცემის გზები, პროფილაქტიკა, კლინიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა. https://www.aidscenter.ge/aiv_aids_geo.html
2. აივ ინფექცია/შიდსი. ცერცვაძე თ., შარვაძე ლ., გაბუნია ფ., ცინცაძე მ., ზადრიძე ნ., შერმადინი ქ., ჩოკოშვილი ო. // თბილისი, 2012.
3. აივ/შიდსი. ეპიდსიტუაცია. აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელება საქართველოში და მსოფლიოში. // https://www.aidscenter.ge/epidsituation_geo.html
4. აივ/შიდსი. პროგრამები. შიდსთან ბრძოლის ეროვნული სტრატეგიის გეგმა. შიდსის პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა. გლობალური ფონდის პროგრამა. // https://www.aidscenter.ge/programs_geo.html
5. აივ/შიდსი საქართველოში: მიღწევები, გამოწვევები და პერსპექტივები. // ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი. თბილისი 2013, გვ. 34-42.
6. აივ/შიდსი. ცერცვაძე თ., ჩხარტიშვილი ნ., გაბუნია ფ., ცინცაძე მ., აბუთიძე ა., ჩოკოშვილი ო. // თბილისი, 2016.
7. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები. // თბილისი, 2017, გვ. 105-159.
8. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები. // თბილისი, 2012, გვ. 97-156.
9. შიდსის ცენტრის საინფორმაციო ბიულეტენი 01.12.2017წ. პროგრამა “სპექტრუმი” // თბილისი, 2017.
10. ჩხარტიშვილი ნ., რუხაძე ნ., შარვაძე ლ., გაბუნია ფ., გამყრელიძე ა., ცერცვაძე თ. აივ გვიან დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებული ფაქტორები საქართველოში // თბილისი, 2011, გვ. 23-29.
11. ცერცვაძე თ., ზადრიძე ნ., გაბუნია ფ. აივ ინფექციაზე გამოკვლევის ჩვენებები // თბილისი, 2013, გვ. 12-17.

12. ცერცვაძე თ., გაბუნია ფ, შარვაძე ლ., ბოლოკაძე ნ., კაკაბაძე თ., ცინცაძე მ., დოღმაზაშვილი ე. აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა // თბილისი, 2009, გვ. 51-59.
13. ცერცვაძე თ., გოჩიტაშვილი ნ. აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა მკურნალობა და მოვლა // თბილისი, 2013, გვ. 24-35.
14. ცერცვაძე თ., ნელსონ კ., ბუწაშვილი მ., გოჩიტაშვილი ნ. შიდსი // თბილისი, 1999, გვ. 3-48.
15. **Adedigba M.A., Ogunbodede E.O., Jeboda S.O., Naidoo S.** Patterns of oral manifestation of HIV/AIDS among 225 Nigerian patients. *Oral Dis.* 2008. Vol.4. P.314-16.
16. **Agabian N., Buchbinder S., Canchola A., De Souza YG., Greenblatt R., Greenspan D., et al.:** The mouth as a window on HIV. *Sci. Comm.* 2000. P.7-10.
17. **Agbelusi G.A., Eweka O.M.** Necrotising Stomatitis as a presenting symptom of HIV. *Scrip.org/journal/OJST.* 2011. Vol.1. P.1-4.
18. **Anteyi K.O., Thacher T.D., Yohanna S., Idoko J.I.:** Oral manifestation of HIV/ AIDS in Nigerian patients. *Int. J. AIDS.* 2003. Vol.14. P.395-98.
19. **Arotiba J.T., Arowojolu M.O., Fasola A.O., Denloye O.O., Obiechina A.E.:** Oral manifestation of HIV/AIDS. *Afr J Med Med Sci.;*2006. Vol.35. P.13-18.
20. **Beral V, Peterman T, Berkelman R, Jaffe H.:** AIDS-associated non-Hodgkin's lymphoma. *Lancet.* 1991. Vol.337. P.805.
21. **Beral V., Peterman T., Berkelman R., Jaffe H.:** Kaposi's sarcoma among persons with AIDS: A sexually transmitted infection? *Lancet.* 1990; Vol.335: P.123–28.
22. **Birnbaum W., Hodgson T., Reichart P., Sherson W., Nittayannanta S.:** Prognostic significance of HIV-associated oral lesions and their relation to therapy. *Oral Dis.* 2002. Suppl 2. P.110-14.
23. **Blingnaut E., Patton L., Nittayanata W., Ramorez-Amador V, Rangnathan K., Chattopadhyay A.:** HIV phenotypes, oral lesion and management of HIV related disease. *Adv. Dent. Res.* April, 2006. Vol.19. P.122-29.
24. **Buonaguro L., Tornesello M. L., Buonaguro F. M.:** Human immunodeficiency virus type 1 sub-type distribution in the worldwide epidemic: pathogenetic and therapeutic implications. *J Virol,* 2007. Vol.81(19). P.09-21.

25. **Campisi G, Pizzo G, Mancuso S, Margiotta V.:** Gender differences in HIV-related oral lesions: an Italian study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 2002. Vol.93(3): P.281-86.
26. **Cherry-Peppers G., Daniels C.O., Meeks V., Sanders C.F., Reznik D.:** Oral manifestations in the era of HAART. *J Nat. Med. Assoc.* 2003. Vol.95. P.21–32.
27. **Cobb C.M., Ferguson B.L., Keselyak N.T., Holt L.A., MacNeill S.R., Rapley J.W.:** A TEM /SEM study of the microbial plaque overlying the necrotic gingival papillae of HIV-seropositive, necrotizing ulcerative periodontitis // *J. Periodontal Res.* 2003. Vol.38. P.147–155.
28. **Contreras A., Mardirossian A, Slots J.:** Herpesviruses in HIV-periodontitis // *J. Clin. Periodontol.* 2001. Vol.28. P.96–102.
29. **Coogan M., Greenspan J. et al.:** Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health.* 2005. Vol.83. P.700-06.
30. **Dang A.T., Cotton S., Sankaran-Walters S. et al.:** Evidence of an increased pathogenic footprint in the lingual microbiome of untreated HIV infected patients. *BMC Microbiology.* 2012. Vol.12. P.153-58.
31. **Davoodi P., Hamian M., Nourbaksh R., Motamayel F.A.:** Oral Manifestations Related To CD4 Lymphocyte Count in HIV-Positive Patients. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*; 2010. Vol.4 (4). P.115-19.
32. **Diz Dios P., Ocampo A., Miralles C.:** Changing prevalence of human immunodeficiency virus-associated oral lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* 2000 October P.403-04.
33. **Emmons W.W., Paparello S.F., Dreker C.F., et al.:** A modified ELISA and Western blot accurately determine antihuman immunodeficiency virus type 1 antibodies in oral fluids obtained with a special collecting device. *J Infect Dis.* 1995. Vol.171. P.1406–10.
34. **Eyeson J., Tenant-Flowers M., Cooper D., Johnson N., Warnakulasuriya K.:** Oral manifestations of an HIV positive cohort in the era of highly active antiretroviral therapy (HAART) in South London. *J. Oral Pathol. Med.* 2002. Vol. 31(3). P.169-74.
35. **Falasca K., Vecchiet F., Ucciferri C., Vignale F., Conti P., Pizzigallo A., Piattelli A., Vecchiet J.:** Periodontitis and cytokine patterns in HIV positive patients // *Eur. J. Med. Res.* 2008. Vol.13. P.163–68.

36. **Ferreira D.C., Gonçalves L.S., Siqueira J.F., et al.:** Subgingival bacterial community profiles in HIV-infected Brazilian adults with chronic periodontitis. *J. Periodontal Res.* 2015. Vol.51. P.95–102.
37. **Flint S.R., Tappuni A., Leigh J. et al.:** Markers of immunodeficiency and mechanisms of HAART therapy on oral lesions. *Adv. Dent. Res.* 2006. Vol.19. P.146–51.
38. **Geretti, A. M.:** HIV-1 subtypes: epidemiology and significance for HIV management. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 19(1), 1-7. 112. Keele & Derdeyn, 2009.
39. **Glick, M., Abel S.N., Flaitz C.M., Migliorati C.A., Patton L.L., Phelan J.A., Reznik D.A.:** Classification of oral diseases of HIV-associated immune suppression (ODHIS). 5th International Oral AIDS Conference. – Phuket, Thailand. 2004.
40. **Gonzalez O.A., Li M., Ebersole J.L., Huang C.B.:** HIV-1 reactivation induced by periodontal pathogens *Fusobacterium nucleatum* and *Porphyromonas gingivalis* involves TLR2 and TLR9 activation in monocytes/macrophages. *Clin. Vaccine Immunol.* 2010. Vol.17. P.1417–27.
41. **Grande S.R., Imbronito A.V., Okuda O.S., Lotufo R.F., Magalhaes M.H., Nunes F.D.:** Herpes viruses in periodontal compromised sites: comparison between HIV-positive and -negative patients // *J. Clin. Periodontology.* 2008. Vol.35. P.838–45.
42. **Grando L.J., Yurgel L.S., Machado D.C., Nachman S., Ferguson F., Berentsen B. et al.:** The association between oral manifestations and the socioeconomic and cultural characteristics of HIV-infected children in Brazil and in the United States of America. *Rev. Panam. Salud. Public.* 2003. Vol.14. P.112–18.
43. **Greenspan D., Greenspan J.S.:** HIV- related oral disease. *The Lancet*; 1996. Vol.348: P.729-33.
44. **Greenspan D., Greenspan J.S., Hearst NG, et al.:** Relation of oral hairy leukoplakia to infection with the human immunodeficiency virus and risk of developing AIDS. *J Infect. Dis.* 1987. Vol.15. P.475–81.
45. **Greenspan J., Greenspan D., Volberding P.A., Sande M.A., Lange J., Greene W.C.:** Oral complications in HIV infection // *Global HIV/AIDS medicine – Philadelphia, USA.* 2008. P.215–25.

46. **Greenspan J.S., Greenspan D.:** The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world. *Oral Dis.* 2002. Vol.8. P.4-9.
47. **Greenwood I., Zakrzewska J.M., Robinson P.G.:** Changes in the prevalence of HIV-associated mucosal disease at a dedicated clinic over 7 years. *Oral Dis.* 2002. Vol.8. P.90–94.
48. **HIV-1-subtypes.** <http://www.aidsmap.com/HIV-1-subtypes/page/1322996/>
49. **HIV 2015-2016.** Hoffmann C., Rockstroh J.K.. www.hivbook.com. 2015; by Medizin. Fokus. Verlag., Hamburg.
50. **Hodgson T.A., Greenspan B., Greenspan J.S.:** Oral lesions of HIV disease and HAART in industrialized countries. *Adv. Dent. Res.* 2006. Vol.19. P. 57-62.
51. **Holmes H.K., Stephen L.X.:** Oral lesions of HIV infection in developing countries. *Oral Disease*; 2002. Vol.8 (2). P.40-43.
52. **Holmstrup P., Westergaard J.:** HIV infection and periodontal diseases. *Periodontology* 2000. Vol.18. P.37-46.
53. **Huang C.B., K.A. Emerson K.A., O.A. Gonzalez O.A., J.L. Ebersole J.L.:** Oral bacteria induce a differential activation of human immunodeficiency virus-1 promoter in T cells, macrophages and dendritic cells. *Oral Microbiol Immunol.* 2009. Vol.24. P.401-407.
54. **Iain L.C., Hamburger J.:** The significance of oral health in HIV disease. *Sex Trans infection*; 2000. Vol.76: P.236-43.
55. **Kabani S., Greenspan D., et al.:** Oral hairy leukoplakia with extensive oral mucosal involvement: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; Vol.67. P.411-15.
56. **Kannanganat S., Kapogiannis B.G., Ibegbu C., et al.:** Human immunodeficiency virus type 1 controllers but not noncontrollers maintain CD4 T cells co-expressing three cytokines. *J. Virol.* 2007. Vol.81. P.12071–76. [PubMed]
57. **Kaugars G.E., Burns J.C.:** Non-Hodgkin's lymphoma of the oral cavity associated with AIDS. *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol.* 1989; Vol.67: P.433-36.
58. **Kerdpon D., Pongsiriwet S., Pangsomboon K., Lamaroon A., Sretrirutchai S., et al.:** Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in Northern and Southern Thai patients. *Oral Diseases.* 2004. Vol.10. P.138–44.
59. **King M.D., Reznik D.A., O'Daniels C.M., Larsen N.M., Osterholt D.M., Blumberg H.M.:** Human Papillomavirus-Associated Oral Warts among HIV-Seropositive Patients in the

- Era of Highly Active Antiretroviral Therapy: An Emerging Infection. *Clin. Infect. Dis.* 2002. Vol.34. P.641-48.
60. **Kolokotronis A., Kioses V., Antoniadis D., Mandraveli K., Doutsos I., Papanayotou P., et al.:** Immunologic status in patients infected with HIV with oral candidiasis and hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathology.* 1994. Vol.78. P.41-46.
 61. **Kreimer A.R., Alberg A.J. et al.:** Oral human papillomavirus infection in adults is associated with sexual behavior and HIV serostatus. *J. Infect. Dis.* 2004.Vol.189. p.686-98.
 62. **Kroidl A., Schaeben A., Oette M., Wettstein M., Herfordt A., Häussinger D.:** Prevalence of oral lesions and periodontal diseases in HIV-infected patients on antiretroviral therapy. *A. Kroidl, Eur. J. Med. Res.* 2005. Vol.10. p.448-53.
 63. **Kumar N.R., Bose T.C., Balan A.:** Oral manifestations in HIV infection. *J. Indian. Acad. Oral. Med. Radiology.* 2006. Vol.18. P.11-17.
 64. **Kura M.M., Khemani U.N., Lanjewar D.N., Raghuwanshi S.R., Chitale A.R., Joshi S.R.:** Kaposi's sarcoma in a patient with AIDS. *J Assoc Physicians India.* 2008. Vol.56. p.262-64.
 65. **Lamster I.B., Begg M.D., Mitchell-Lewis D., et al.:** Oral manifestations of HIV infection in homosexual men and intravenous drug users, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol;* 1994. Vol.78: p.163-69.
 66. **Li Y., Saxena D., Chen Z., et al.:** HIV infection and microbial diversity in saliva. *J. Clin. Microbiology.* 2014. Vol.52. P.1400-11
 67. **Lihana R.W., Khamadi S.A., Lwembe R.M., Kinyua J.G., Muriuki J.K. et al:** HIV-1 subtype and viral tropism determination for evaluating antiretroviral therapy options: an analysis of archived Kenyan blood samples. *BMC Infec. Dis;* 2009. Vol. 9: P.215-17.
 68. **Lucia B., Jennings C., Cauda R.:** Evidence of a selective depletion of a CD16⁺, CD56⁺, CD8⁺ natural killer cell subset during HIV infection. *Cytometry.* 1995. Vol.22. P.10-15.
 69. **Mackewicz C., Balckbourn D.J., Levy J.A.:** CD8⁺ T cells suppress human immunodeficiency virus replication by inhibiting viral transcription. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1995. Vol.92. P.2308-12.
 70. **Maeve M.C., Greenspan J., Challacombe S.J.:** Oral lesions in infection with HIV. *Bulletin of the World Health Organisation.* 2005. Vol.83 (9). P.700-06.

71. **Magaldi S., Mata S., Hartung C., Verde G., Deibis L., Roldan Y., Marcano C.:** In vitro susceptibility of 137 *Candida* sp. isolates from HIV positive patients to several antifungal drugs. *Mycopathologia*. 2001. Vol.149 (2). P.63-68.
72. **Mardirossian A., Contreras A., Navazesh M., Nowzari H., Slots J.:** Herpesviruses 6, 7 and 8 in HIV and non-HIV associated periodontitis. *J. Periodontal Res.* 2000. Vol.35. P.278–84.
73. **Margiotta V., Campisi G., Mancuso S.:** HIV infection: oral lesions, CD4⁺ cell count and viral load in an Italian study population. *J. Oral. Pathol. Med.* 1999. Vol.28. P. 173–77.
74. **Mataftsi M. et al.:** HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era. *Oral Dis.* 2011. Vol.17. P.13-25.
75. **Matee M, Scheutz F, Moshy J.:** Occurrence of oral lesions in relation to clinical and immunological status among HIV-infected adult Tanzanians.2000. *Oral Dis*; 6: 106-11.
76. **McArthur C.P., Africa C.W. et al.:** Salivary gland disease in HIV/AIDS and primary Sjogren syndrome: analysis of collagen I distribution and histopathology in American and African patients. *J. Oral Pathol. Med.* 2003. Vol.32. P.544–51.
77. **Mckaig R.G., Patton L.L., Thomas J.C., Strauss R.P., Slade G.D.:** Factors associated with periodontitis in an HIV infected southeast USA study. *Oral dis.*2000. Vol.6. P.158-65.
78. **McNeil G.:** HIV infection with Hodgkin's disease. The virus makes difference. *J. Nat. Cancer Ins.* 1997. Vol. 89. P.754-55.
79. **Michael N.L., Vahey M., Burke R.S., et al.:** Viral DNA and mRNA expression correlate with the stage of human immunodeficiency virus (HIV) type1 infection in humans: Evidence for viral replication in all stages of HIV disease. *J Virol.* 1992. Vol.66: P.310–16.
80. **Miles S.A.:** Pathogenesis of AIDS-related Kaposi's sarcoma. Evidence of a viral etiology. *Hematol. Oncol. Clin. North. Am.* 1996; Vol.10. P.1011–21.
81. **Mirowski G.W., Hilton J.F., Greenspan D., Canchola A.J., MacPhail L.A., Maurer T., Berger T.G., Greenspan J.S.:** Association of cutaneous and oral diseases in HIV-infected men. *Oral Dis.*1998. Vol.1. P.16-21.
82. **Miziara I.D., Weber R.:** Oral candidiasis and oral hairy leukoplakia as predictors of HAART failure in Brazilian HIV-infected patients. *Oral Dis.* 2006. Vol.12. P.402–07.

83. **Mulligan R., Seirawan H., Alves M.E., Navazesh M., Phelan J.A., Greenspan D., Greenspan J.S., Mack W.J.:** Oral health-related quality of life among HIV-infected and at-risk women. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2008. Vol.36, P.549-57.
84. **Murray P.A., Rosenthal K.S., Pfaller M.A.:** *Medical microbiology.* 7th edit. <https://www.amazon.com/Medical-Microbiology-STUDENT-CONSULTOnline/dp/0323086926?asin=0323086926&revisionId=&format=4&depth=1> copyright 2013 Elsevier saunders. P.393-583
85. **Narani N., Epstein J.B.:** classifications of oral lesions in HIV infection. *J. clin. Periodontol.*; 2001. Vol.28: P.137-45.
86. **Newman, M.G., Takei H.H., Klokkevold P.R., Carranza F.A.** *Clinical periodontology.* 12th ed, Pennsylvania: Publisher: Elsevier; 2015. P. 361-373
87. **Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Bouquot J.E., editors:** *Oral and maxillofacial pathology.* 3rd ed. Pennsylvania: Saunders Philadelphia; 2008. P.264–82.
88. **Noguera-Julian M., Guillén Y., Peterson J., Reznik D., Harris E.V. and others.** Oral microbiome in HIV-associated periodontitis. *Medicine (Baltimore).* 2017 Mar; 96(12): e5821. Published online 2017 Mar 24. doi: [10.1097/MD.00000000000005821](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000005821)
89. **Paster B.J., Russell M.K., Alpagot T., Lee A.M., Boches S.K., Galvin J.L., Dewhirst F.E.:** Bacterial diversity in necrotizing ulcerative periodontitis in HIV-positive subjects. *Ann. Periodontology.* 2002. Vol.7. P.8-16.
90. **Patton L.L., McKaig R., Straauss R., Rogers D., Enron J.J. Jr.:** Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path. Oral Rad. and Endod.* 2000. Vol.90. P.299-304.
91. **Patton, L.L.:** Sensitivity, specificity, and positive predictive value of oral opportunistic infections in adults with HIV/AIDS as markers of immune suppression and viral burden. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol. Oral Radiol and Endodontol.* 2000. Vol.90. P.182–88.
92. **Patton L.L., Phelan J., Ramos-Gomez F., Nittayananta W., Shiboski C.:** Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions. *Oral Diseases.* 2002. Vol.8. №2. P.98-109.
93. **Piperi E., Omlie J., Pambuccian S., Koutlas I.G.:** Oral Hairy Leukoplakia in HIV-Negative Patients: Report of 10 Cases. *Int. J. Surg. Pathol.* 2008. Vol.18, №3. P. 177–83.

94. **Rams, T.E., Andriolo M. Jr., Feik D., Abel S.N., McGivern T.M., Slots J.:** Microbiological study of HIV-related periodontitis. *J. Periodontol.* 1991. Vol.62. P.74–81.
95. **Ramírez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Calva JJ, Clemades-Pérez-de-Corcho T, López-Martínez C, González-Ramírez I, Sierra-Madero J.:** HIV-related oral lesions, demographic factors, clinical staging and anti-retroviral use. PMID: 16740437. *Arch Med Res.* 2006 Jul; Vol.37 (5). P.646-54.
96. **Ranganathan K., Hemalath R.:** Oral lesions in HIV infection in developing countries: an overview. *Adv. Dent. Res.* 2006. Vol.19. P.63-68.
97. **Ranganathan K., Reddy B.V., Kumaraswamy N., Solomon S., Viswanathan R., Johnson N.W.** Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 300 south Indian patients. *Oral Dis.* 2000. Vol.6. P.152–57.
98. **Reznik D.A.:** Oral manifestations of HIV disease. *Top HIV Med.* 2005 Dec-2006 Jan. Vol.13 (5). P.143-48.
99. **Reznik D.A.:** Perspective oral manifestations of HIV disease. *Top HIV Med.* 2005; Vol.13. P.143–48.
100. **Reznik, D.A., Bednarch H.:** HIV and the Dental Team. *Dimensions of Dental Hygiene.* 2006. Vol.4, №6. P.14-16.
101. **Reznik D.A., Christine O’Daniels D.D.S., RN-BC:** Oral Manifestations of HIV/AIDS in the HAART Era. *CROI Report* 2013.
102. **Richards A., Costelloe M.A., Eveson J.W., Scully C., Irvine G.H., Rooney N.:** Oral mucosal non-Hodgkin’s lymphoma: a dangerous mimic. *Oral Oncology.* 2000. Vol.36. P.556–58.
103. **Robinson P.G.:** The significance and management of periodontal lesions in HIV infection. *Oral Dis.* 2002. Vol.8. P.91–97.
104. **Robinson P.G., Adegboye A., Rowland R.W., Yeung S., Johnson N.W.:** Periodontal diseases and HIV infection. *Oral Diseases.* 2002. Vol. 8(2): P.144-50.
105. **Robinson, P.J., Reichart P.A., Patel M. et al.:** Periodontal diseases and other bacterial infections. *Adv. Dent. Res.* 2006. V.19 P.139-45.
106. **Robinson P.G., Sheiham A., Challacombe S.J., Wren MWD., Zakrzewska J.M.:** Gingival Ulceration in HIV infection. A case series and case control study *J. Clin. Periodontol;* 1998. Vol.25: P.260-67.

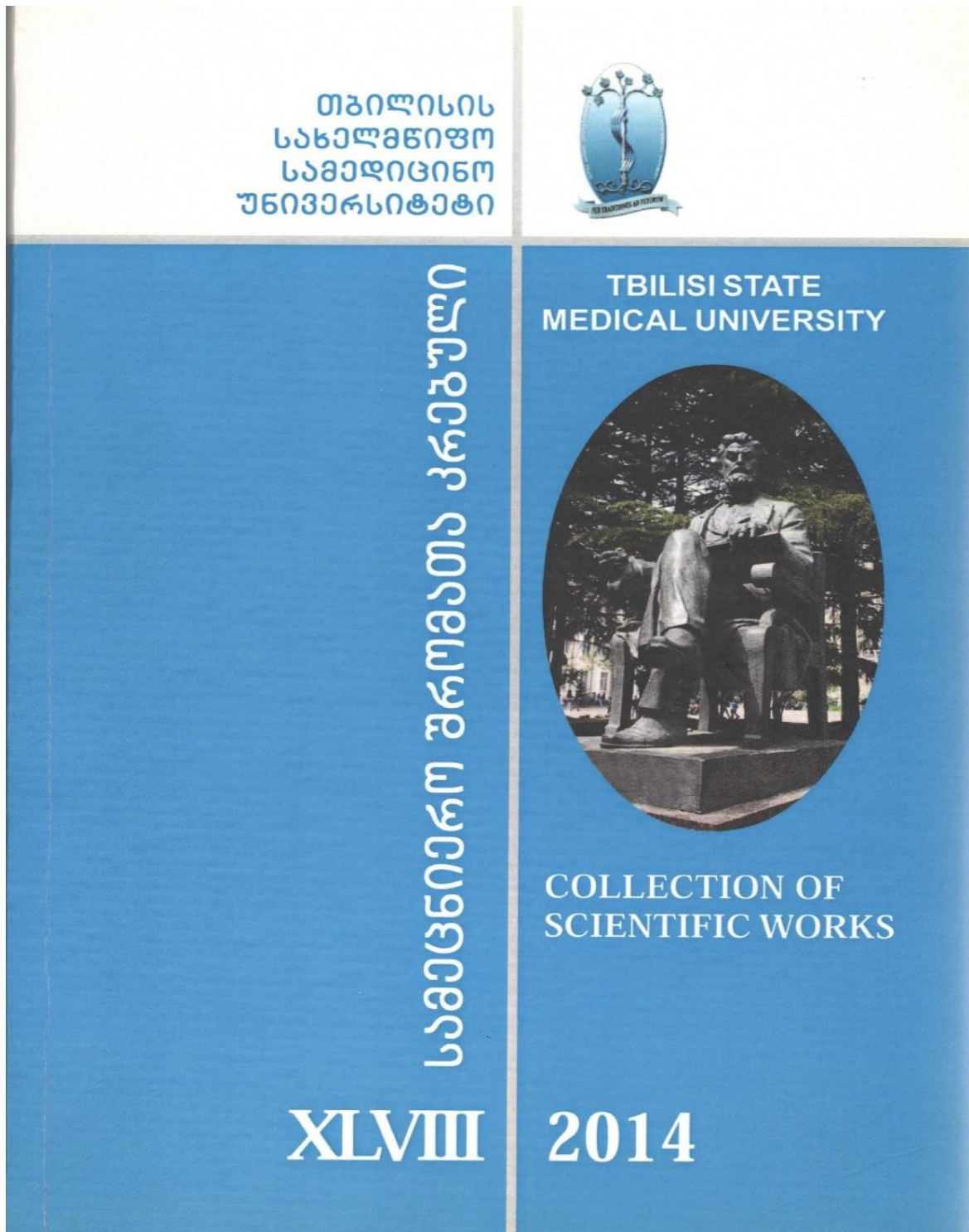
107. **Ryder M.I.:** An update on HIV and periodontal disease. *J Periodontol.* 2002. Vol.73. P.171–78.
108. **Ryder M.I., Nittayananta W., Coogan M., Greenspan D., Greenspan J.S.:** Periodontal disease in HIV/AIDS. *Periodontology.* 2012. Vol.60. P.78–97.
109. **Santo A., Tagliaferro E., Ambrosano G., Meneghim M., Pereira A.:** Dental status of Portuguese HIV+ patients and related variables: a multivariate analysis. *Oral Dis.* 2010. Vol.16. P.176-84.
110. **Shangase L., Feller L., Blignaut E.:** Necrotising ulcerative gingivitis/periodontitis as indicators of HIV-infection. *SADJ.* 2004. Vol.59. P. 105–108.
111. **Sharma G., Pai K.M., Suhas S., Ramapuram J.T., Doshi D., Anup N.:** Oral manifestations in HIV/AIDS infected patients from India. *Oral Dis.* 2006.Vol.12. P.537–42.
112. **Schiodt M., Bakilana P.B., Haza F.R.:** Oral candidiasis and hairy leukoplakia correlate with HIV infection. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathology.* 1990. Vol.69. P.591-96.
113. **Sirois D.A.:** Oral manifestations of HIV disease. *Mt. Sinai. J. Med.* 1998. Volume-65. P.322–32.
114. **Syrjanen S., Laine P., Niemela M., Happonen R.P.:** Oral hairy leukoplakia is not a specific sign of HIV infection but related to immunosuppression in general. *J. Oral Pathology. Med.* 1989. Vol.18. P.28–31.
115. **Taiwo O., Okeke E.N., Jalo P.H, Danfillo I.S.:** Oral manifestation of HIV in Plateau state indigenes, Nigeria. *West Afr. J. Med.* 2006. Vol.1: P.32-37.
116. **Tappero J.W., Conant M.A., Wolfe S.F.:** Kaposi's sarcoma. *J Am Acad. Dermatol;* 1993. Vol.28. P.371-95.
117. **Tappuni A.R., Flemming G.J.:** The effect of antiretroviral therapy on the prevalence of oral manifestations in HIV-infected patients: a UK study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol and Endodont.* 2001 Dec. Vol.92 (6). P.623-38.
118. **Umadevi K.M.R., Ranganathan K., Pavithra S., Hemalatha R., Saraswathi T.R., et al.** Oral lesions among persons with HIV disease with and without highly active antiretroviral therapy in southern India. *J Oral Pathology. Med.* 2007. Vol.36. P.136.

119. Umeizudike K.A., Savage K.O., Ayanbadejo P.O., Akanmu A.S.: Severe presentation of Necrotizing Ulcerative Periodontitis in a Nigerian HIV Positive Patient. A Case report. Med Princ Pract. 2011. Vol.20. P.374-76.
120. Umeizudike K.A., Savage K.O., Ayanbadejo P.O., Akanmu A.S.: Greater severity of periodontitis among HIV Positive Patients in Nigeria. J. Dent. Res. 90 (Spec Iss B) 152991 AMER, www.dentalresearch.org.2011.
121. UNAIDS Data 2014. <https://www.unaids.org/en/topic/data>
122. UNAIDS Data 2015. <https://www.unaids.org/en/topic/data>
123. UNAIDS. Data 2018 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.p
124. UNAIDS. Documents. Data 2017. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/global-aids-update-2017-pub/en/>
125. UNAIDS. Documents. Data 2019. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/global-aids-update-2019-pub/en/>
126. UNAIDS. Global AIDS update 2016 <http://www.who.int/hiv/pub/arv/global-aids-update-2016-pub/en/>
127. UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2010): Epidemiologic fact sheet on HIV and AIDS. www.UNAIDS.org
128. UNAIDS: People living with HIV <https://www.unaids.org/en/resources/publications/all>
129. UNIDS. Topic Date. <https://www.unaids.org/en/topic/data>
130. UNAIDS: 90-90-90 treatment target. <https://www.unaids.org/en/resources/publications/all>
131. Williams C.A., Winkler J.R., Grassi M., Murray P.A.: HIV-associated periodontitis complicated by necrotizing stomatitis. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endodont. 1990. Vol.69. P.351-55.
132. Winkler J.R., Robertson P.B.: Periodontal diseases associated with HIV infection Oral Med Oral pathol; 1992. Vol.73. P.145-50.
133. Younai F.S., Marcus M., Freed J.R., Coutler I.D., Cunningham W., Der-Martirosian C., Guzman-Bercerra N., Shapiro M., Yeung S.C.: HIV infection and periodontal disease. Ann. R. Australas. Coll. Dent. Surgery. 2000 Oct. Vol.15. P.331-34.

134. **Аркадьева Г.Е., Яковлев А.А., Виноградова А.Н.** Кандидоз полости рта у больных ВИЧ-инфекцией при различных уровнях Т(СD4) лимфоцитов // Пародонтология. Санкт-Петербург, 2003, №1(26), С.44-47.
135. **Барлетт Д., Галлант Д.** Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2007 / Балтимор: Мэриленд, Медицинская школа Университета Джона Хопкинса, 2007, С.557.
136. **Виноградова А.Н.** Особенности заболеваний слизистой оболочки рта у больных ВИЧ инфекцией на фоне антиретровирусной терапии: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.21. // Санкт-Петербург, 2008.
137. **Волчкова Е., Колаева Н., Шатохин А.** Значимость клинических проявлений поражений ротовой полости для верификации диагноза ВИЧ-инфекции // ДВГМУ России, Врач №5, 2013, С.83-86.
138. **Гилева О.С., Сажина М.В., Ефимов А.В., Остапович. А.В.** Стоматологические аспекты ВИЧ-инфекции // Методические рекомендации. Пермь, 2002.
139. **Дрожжина В.А., Каспина А.И., Степанова Е.В., Виноградова А.Н.** Кандидоз слизистой оболочки рта у больных ВИЧ-инфекцией на фоне проведения антиретровирусной терапии // "Институт Стоматологии" Москва, 2008, № 2. С.74-76.
140. **Дрожжина В.А., Виноградова А.Н.** Поражение слизистой рта у больных ВИЧ-инфекцией // Москва, 2007, "Пародонтология", №1(42). С. 47-59.
141. **Ермак Т.Н., Шатохин А.И.** Пораженность оппортунистическими инфекциями челюстно-лицевой области больных ВИЧ/СПИД в эру высокоактивной антиретровирусной терапии // "Инфекционные болезни", Москва, 2012, №2. С. 75-78.
142. **Ермак Т.Н., Максимовская Л.Н., Шатохин А.И.** Распространенность и интенсивность воспалительных ЗП у лиц с ВИЧ инфекцией // Российский стоматологический журнал, 2005, № 2. С.24-27.
143. **История открытия ВИЧ/СПИДа.** БУЗ РА «Центр по профилактике и борьбе со СПИД». <https://aids.med04.ru/personal/istoriya-otkrytiya-vich-spida.php>
144. **Кожевникова Г.М., Голуб В.П., Вознесенский С.Л., Шатохин А.И, Половинкина Н.А., Барышева И.В.** Клинические проявления инфекционных болезней в полости рта у больных ВИЧ-инфекцией. // Москва, 2013, С. УДК: 616.9:616.31(07). ISBN: 978-5-209-04296-9.

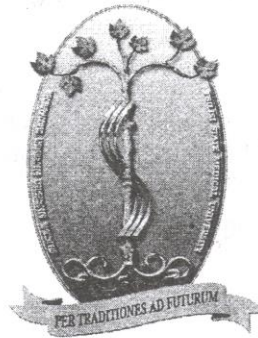
145. **Кудрявцева А.В., Казарина Л.Н.** Воспалительные заболевания пародонта у ВИЧ-инфицированных: распространенность, особенности, лечение // Всероссийской научно-пр. конференции по проблемам ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов 14-16 октября, Суздаль, 2003, С.103-05
146. **Кудрявцева А.В.** Особенности течения воспалительных ЗП у ВИЧ-инфицированных и обоснование местного лечения // дисс. канд. мед. наук: 14.00.21. Москва, МГМСУ, 2004, С.180.
147. **Кудрявцева А.В., Казарина Л.Н.** Связь ЗП со степенью иммунодефицита у ВИЧ-инфицированных больных // Нижегородский медицинский журнал, 2002, №2.
148. **Происхождение ВИЧ-инфекции.** Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Городской центр медицинской профилактики». <https://profilaktica.ru/for-population/profilaktika-zabolevaniy/vich-infektsiya/samoe-interesnoe/>
149. **Садилова В. А.** ВИЧ-ассоциированных заболевания пародонта: Особенности клинических проявлений, совершенствование методов диагностики и лечения у пациентов с высоким уровнем приверженности к антиретровирусной терапии. дисс. канд. мед. наук: 14.00.14. / Пермь. 2014.
150. **Халилаева Е.В., Подымова А.С.** Особенности клинических проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта и их зависимость от иммуносупрессии // Здоровье населения и среда обитания. Москва, 2009. №12. С.17-18.
151. **Эпидемиология ВИЧ-инфекции.** https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D0%92%D0%98%D0%A7%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8

დანართი
(გამოქვეყნებული პუბლიკაციები)



თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY



სამეცნიერო შრომათა კრებული

COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS

XLVIII

თბილისი 2014 TBILISI

შპს 378.4(479.22)(066)
ISSN 1987-8990

სარედაქციო კოლეგია:

ზურაბ ვადაჭკორია (მთავარი რედაქტორი), კახაბერ ჭელიძე (მთავარი რედაქტორის მოადგილე), მარინა ციმაკურიძე (პასუხისმგებელი მდივანი), ზურაბ ორჯონიკიძე, რიმა ბერიაშვილი, ირინე კვაჭაძე, ნინო ვეფხვაძე.

სარედაქციო საბჭო:

ალიოშა ბაკურიძე, დავით გელოვანი, ლევან გოფოძე, ნელი კაკულია, ნინო კილაძე, ნესტან მერკვილაძე, მაია ოკუჯავა, გაიანე სიმონია, ლელა მასხულია, ივანე ჩხაიძე.

გამოცემის ტექნიკური უზრუნველყოფის ჯგუფი:

ირმა მარგიშვილი, ცირა ქვარცხავა.

Editorial Board:

Zurab Vadachkoria (Editor in Chief), Kakhaber Chelidze (Vice Editor in Chief), Marina Tsimakuridze (Scientific Secretary), Zurab Orjonikidze, Rima Beriashvili, Irine Kvachadze, Nino Vepkhvadze.

Editorial Committee:

Aliosha Bakuridze, David Gelovani, Levan Gopodze, Nelly Kakulia, Nino Kiladze, Nestan Merkviladze, Maia Okujava, Gaiane Simonia, Lela Maskhulia, Ivane Chkhaidze.

Technical Support Group:

Irma Margishvili, Tsira Kvartskhava.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
0186, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ., 33
ტელ. (+995 32) 2542468
www.tsmu.edu

სტატიების ილუსტრაციების ელექტრონული ფორმით მოძიება შესაძლებელია საინფორმაციო-საგამომცემლო სამსახურში.

Tbilisi State Medical University
33 Vazha-Pshavela Ave, Tbilisi, 0186, Georgia
(+995 32) 2542468
www.tsmu.edu

Illustrations of the articles in electronic form are available at information-publishing service.

ორივე ასაკობრივი ჯგუფის (როგორც რეპროდუქციულ, ასევე პოსტმენოპაუზურ ასაკში) ჰიპერტენზიით დაავადებულ ქალებში ვლინდება უარყოფითი კორელაცია HDL-ის ქოლესტეროლის შემცველობასა და არტერიული ჰიპერტენზიის სიმძიმეს შორის, ამასთან, ეს კორელაცია განსაკუთრებით მკვეთრად ჩანს ათეროსკლეროზით ინდუცირებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მიმართ გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე ქალებში.

აღსანიშნავია, რომ პოსტმენოპაუზურ ასაკში ლიპიდური ცვლის დარღვევები განსაკუთრებით მძიმე იყო ათეროსკლეროზით ინდუცირებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გენეტიკურად დატვირთული ანამნეზის მქონე პაციენტებში.

მიღებული შედეგების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პოსტმენოპაუზურ ასაკში გამოიწვიება ლიპიდური ცვლის მარკერების ესტროგენ-დამოკიდებული ცვლილებები. კერძოდ, LDL-ის ქოლესტეროლის 28% ($p < 0.01$), ტრიგლიცერიდებისა 16% ($p < 0.05$) და საერთო ქოლესტეროლის 58% ($p < 0.01$) შემცველობის მომატება და ანთიათეროგენული ლიპიდების HDL-ის ქოლესტეროლის შემცველობის შემცირების ტენდენცია. არტერიული ჰიპერტენზიის სტადიების მიხედვით (კლასიფიკაცია JNC 7) რეპროდუქციული პერიოდის ქალებში ჭარბობდა პირველი სტადია და პოსტმენოპაუზურ ასაკში სიმძიმის ცენტრი ნაწილდებოდა მეორე სტადიაზე. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მიმართ გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე ქალებში დისლიპიდემია გამოვლინდა როგორც რეპროდუქციულ, ასევე პოსტმენოპაუზურ ასაკში. გამოიკვეთა დადებითი კორელაცია - VLDL-ის ქოლესტეროლის, საერთო ქოლესტეროლის, ტრიგლიცერიდებისა და არტერიულ ჰიპერტენზიას შორის, უარყოფითი კორელაცია HDL-ის ქოლესტეროლსა და არტერიული ჰიპერტენზიას შორის როგორც რეპროდუქციულ, ასევე პოსტმენოპაუზურ ასაკში.

ლიტერატურა:

- Bălan H, Popescu L. 'Gender specific medicine': a focus on gender-differences in hypertension. Rom J Intern Med. 2014;52(3):129-41.
- Schnatz PF, Nudy M, Shively CA, Powell A, O'Sullivan DM. A prospective analysis of the association between cardiovascular disease and depression in middle-aged women. Menopause. 2011;18(10):1096-100.
- Corcoran MP, Lichtenstein AH, Meydani M, Dillard A, Schaefer EJ, Lamon-Fava S. The effect of 17 β -estradiol on cholesterol content in human macrophages is influenced by the lipoprotein milieu. J Mol Endocrinol. 2011;47(1):109-117.
- Sands SARK, Windsor SL, Harris WS. The Impact of age, body mass index, and fish intake on the EPA and DHA content of human erythrocytes. Lipids. 2005; 40: 343-7.
- Zhou Y, Zhou X, Guo X, Sun G, Li Z, Zheng L, Yang H, Yu S, Li W, Zou L, Sun Y. Prevalence and risk factors of hypertension among pre- and post-menopausal women: A cross-sectional study in a rural area of northeast China. Maturitas. 2015 Mar;80(3):282-7.

Buleishvili M., Lobjanidze N., Chavchanidze N., Giorgobiani T.

DATA OF LIPID METABOLISM IN HYPERTENSIVE WOMEN OF REPRODUCTIVE AND POSTMENOPAUSAL AGE

TSMU, DEPARTMENT OF CRITICAL MEDICINE

Purpose of research was determination role of lipid metabolism in the pathogenesis of hypertension in menopausal women.

The study was conducted on postmenopausal and of reproductive aged women with a diagnosis of hypertension. In women data of clinical history were collected, in women blood samples lipid metabolism parameters (LDL, HDL, VLDL total cholesterol and triglycerides) were determined.

Based on the results of study it was concluded that in postmenopausal women estrogen-dependent changes in markers of lipid metabolism were detected. In particular, the LDL-cholesterol level increased by 28% ($p < .001$), triglycerides - by 16% ($p < 0.05$) and total cholesterol - by 58% ($p < .001$), the antiatherogenic lipid HDL content to decreased. In reproductive women prevailed in the first stage of hypertension (JNC-7 classification) and in postmenopausal women - the center of gravity is distributed on the second stage. In women with genetic predisposition to cardiovascular diseases dyslipidemia revealed in as reproductive also postmenopausal aged women, a positive correlation between VLDL- cholesterol, total cholesterol, triglycerides level and negative correlation between HDL-cholesterol content and severity of arterial hypertension was detected both reproductive and postmenopausal age.

ბუხნიკაშვილი ე., ცინცაძე მ., აბაშიძე ნ., დიდბარიძე ნ., გოგიშვილი ხ.

საქართველოში 2013 წელს აივ/შიდსით ინფიცირებულ პირთა სტომატოლოგიური სტატუსი

თსსუ, პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანი დაავადებათა დაპარტამენტი; ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი; ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი „Hbi-dentimplant“; სტომატოლოგიური კლინიკა „K&N“

მართალია, საქართველო მიეკუთვნება აივ/შიდსის დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს, მაგრამ გამოვლინარე დაავადების ეპიდემიის კანონზომიერებიდან, აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა საქართველოში დღეისათვის სავარაუდოდ 6400-ს უტოლდება, რაც საკმაოდ სოლიდური რიცხვია ჩვენი ქვეყნისთვის. ამასთან, აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ საქართველო თავისი რეგიონული მდებარეობით იმ ქვეყნებს შორისაა, სადაც ჯერ კიდევ ინტენსიურად იზრდება აივ/შიდსის შემთხვევათა რაოდენობა (1,3,4).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ბოლო 10 წლის მანძილზე, რეგიონული მანქანების მიხედვით, აივ ინფექციის გავრცე-

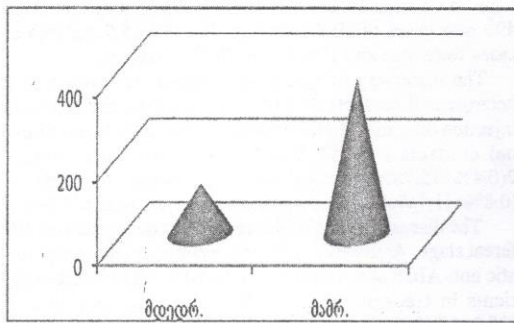
ლების მაჩვენებელი აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში საკმაოდ მაღალია. კერძოდ, შემთხვევათა რაოდენობა ამ რეგიონში გაზრდილია 3-ჯერ. უპირატესად კი - უკრაინასა და რუსეთში. მაშინ, როდესაც მსოფლიოს განვითარებულ რეგიონებში ეს მაჩვენებელი სტაბილურად მცირდება (2,3,4).

მეცნიერთა დიდი ნაწილი აივ ინფექციის ერთ-ერთ ადრეულ სიმპტომად და ინდიკატორად მიიჩნევს გამოვლინებებს პირის ღრუში, მათი მანიფესტაციის სახეებს და მიმდინარეობის თავისებურებებს. სტომატოლოგიური დაავადებების პოლიმორფიზმი ასეთ პაციენტებში განპირობებულია, როგორც ვირუსის უშუალო ზემოქმედებით, ისე იმუნოდეფიციტური მდგომარეობით გამოწვეული ზოგადი ცვლილებებით. დამტკიცებულია ის ფაქტიც, რომ პირის ღრუს ლორწოვანის ზოგიერთი პათოლოგიური ცვლილება მჭიდროდაა დაკავშირებული აივ-ინფექციის საწყის სტადიასთან და ითვლება ინფექციის კლინიკურ მარკერად. ზოგიერთი დაავადება კი შეიძლება მივიჩნიოთ, როგორც აივ-ის შიდს-ის სტადიაში გადასვლის პრედიქტორადაც. აღნიშნული აიხსნება CD4+ ლიმფოციტების რაოდენობის, ორგანიზმში ვირუსული დატვირთვის დონის და პათოლოგიის განვითარებას შორის არსებული მჭიდრო ურთიერთკავშირით (5,6,7,8).

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა 2013 წელს საქართველოში გამოვლენილ აივ/შიდსით ინფიცირებულ პირთა სტომატოლოგიური სტატუსის შესწავლა. ამისათვის სტატისტიკურად დავამუშავეთ შიდსის ცენტრის მონაცემები და შევაფასეთ აქალრიცხვაზე მყოფ პირთა სტომატოლოგიური სტატუსი.

კვლევის შედეგები ასეთია: 2013 წელს საქართველოში დაფიქსირდა აივ-ინფექციის გამოვლენის 490 ახალი შემთხვევა. მათ შორის 370 (75,5±0,57%) მამაკაცია და 120 (24,5±1,76%) ქალი (იხ. დიაგრამა 1).

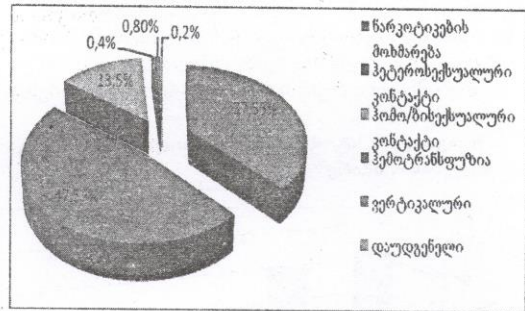
დიაგრამა 1. გამოვლენილ აივ/შიდსით ინფიცირებულ პირთა განაწილება სქესის მიხედვით



დაავადების გავრცელების ძირითად გზას 2013 წლისათვის წარმოადგენდა დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები - 233 (47,55%±1,05%) შემთხვევა, ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება — 184 (37,55%±1,29%), ჰომო/ბისექსუალური კონტაქტები — 66 (13,5%±2,53%), ჰემოტრანსფუზიის შედეგად — 2 (0,4%±15,78%), ვერტიკალური გზით (დედიდან შვილზე) — 4 (0,8%±11,14%), დაუდგენ-

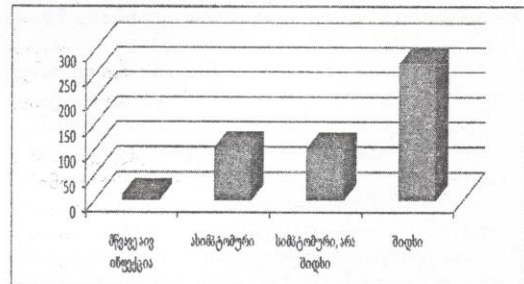
ლი იყო 1 (0,2±22,34%) შემთხვევა (იხ. დიაგრამა 2).

დიაგრამა 2. დაავადების გავრცელების გზები



გამოვლენილ პაციენტებს დაავადება აღენიშნებოდათ სხვადასხვა სტადიაზე: მწვავე აივ-ინფექცია, ასიმპტომური, სიმპტომური არაშიდსი და შიდსი (3, 9). 2013 წელს გამოვლენილ აივ ინფიცირებულ პაციენტთა შორის 273 (55,7±0,89%) ინდივიდს უკვე ჰქონდა განვითარებული შიდსი, სიმპტომური არაშიდსი — 102-ს (20,8±0,62%), ასიმპტომური — 104-ს (21,2±1,93%), მწვავე სტადია კი აღენიშნა 11 (2,25±6,59%) პაციენტს (იხ. დიაგრამა 3).

დიაგრამა 3. პაციენტთა განაწილება დაავადების სტადიის მიხედვით

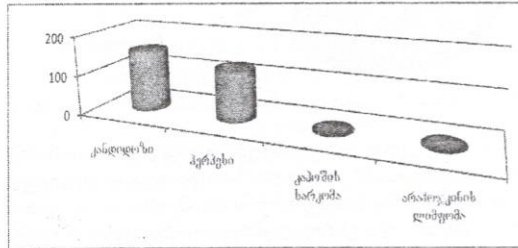


დიაგრამიდან ნათლად ჩანს, რომ პაციენტების უმრავლესობას დაავადება გამოუვლინდა გვიან, დაავადების ბოლო სტადიაზე, რაც განისაზღვრა მათ სისხლში იმუნოლოგიური მაჩვენებლებით, ვირუსული დატვირთვით და კლინიკური გამოვლინებების მიხედვით. ამ პაციენტთა უმრავლესობას 1 მკლ სისხლში T(CD4)-ლიმფოციტების რაოდენობა აღენიშნა 200 მმ³-ზე ნაკლები.

2013 წლის მონაცემებით, ანტირეტრო-ვირუსული (არვ) თერაპია დაწყებულ იმ პაციენტებს, რომელთაც 1 მკლ სისხლში CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა აღმოაჩნდათ 450–500მმ³-ზე ნაკლები. კერძოდ, იმ პერიოდისათვის მკურნალობას იტარებდა — 304 (62,0±0,78%) პაციენტი. 105 (21,4±1,92%) პირს პირველადი გამოკვლევებით მკურნალობა არ დაენიშნა, რადგან 1 მკლ სისხლში CD4-ლიმფოციტების რაოდენობა აღმოაჩნდათ 500მმ³-ზე მეტი. მათ შემთხვევაში დაავადება მიმდინარეობდა უსიმპტომოდ, მაგრამ ისინი იმყოფებიან დისპანსერულ დაკვირვებაზე.

ჩვენს მიერ შესწავლილ 490 ახალ შემთხვევას შორის 254 (51,8%±0,97%) პაციენტს აღენიშნებოდა სხვადასხვა გამოვლინებები პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. მათ შორის, ძირითადად დაფიქსირდა ორალური კანდიდოზის 153 (60,2%±0,81%) და ჰერპესული გინგივო-სტომატიტის 126 (49,6%±1,01%) შემთხვევა. არა-ჰოჯკინის ლიმფომა და კაპოშის სარკომა აღენიშნა თითო-თითო (0,39%±15,98%) პაციენტს (იხ. დიაგრამა 4).

დიაგრამა 4. სტომატოლოგიური დაავადებების განაწილების სიხშირე



ასევე შევისწავლეთ ორალური მანიფესტაციების გამოვლინების სიხშირის კავშირი პაციენტთა იმუნურ სტატუსთან. კვლევამ აჩვენა, რომ:

- ♦ დაავადების ადრეულ სტადიაზე CD4>500 გამოვლენილ 96 პაციენტიდან მხოლოდ 19-ს (19,8%±2,01%) აღენიშნა მანიფესტაციები პირის ღრუს ლორწოვანზე;

- ♦ 194 პაციენტიდან, რომელთა CD4 იყო 200-დან 500-მდე, გამოვლინებები აღენიშნა 79-ს (40,7%±1,2%).

- ♦ ხოლო, 197 პაციენტიდან, რომელთაც CD4<200, ანუ რომელთაც უკვე განუვითარდათ საკუთრივ შიდსი — 156-ს (79,2%±0,51%) აღენიშნებოდა სხვადასხვა ხასიათის ორალური მანიფესტაციები.

ამგვარად, ჩვენი კვლევის შედეგებით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ორალური გამოვლინებები თავს იჩენს აივ/შიდსის როგორც გვიან, ასევე დაავადების ადრეულ სტადიაზე. ამ მანიფესტაციების არსებობის შემთხვევაში ექიმ-სტომატოლოგების მიერ მათი, როგორც შიდსის ინდიკატორული დაავადების ამოცნობა ძალზედ მნიშვნელოვანია აივ/შიდსის ადრეული დიაგნოსტიკისათვის. დროულად დასმული დიაგნოზი და დროულად დაწყებული მკურნალობა უდიდეს როლს ასრულებს, როგორც ინდივიდურ დონეზე, პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის გახანგრძლივების მხრივ, ისე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დონეზე.

ლიტერატურა:

1. მ. ივერიელი, ნ. აბაშიძე, ხ. გოგიშვილი, ნ. გოგებაშვილი. "პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები" // თბილისი, 2012წ.
2. მ. ივერიელი, ნ. აბაშიძე, ლ. ჯაში, ხ. გოგიშვილი. "პაროდონტოლოგია" // თბილისი, 2014წ.
3. თ. ცერცვაძე, ლ. შარვაძე, ფ. გაბუნია, მ. ცინცაძე, ნ. ბადრიძე, ქ. შერმადინი, ო. ჩოკოშვილი. აივ-ინფექცია/შიდსი. 2012წ

4. თ. ცერცვაძე, ლ. შარვაძე, ფ. გაბუნია, მ. ცინცაძე, ნ. ბადრიძე, ქ. შერმადინი, ო. ჩოკოშვილი. აივ ინფექცია/შიდსი საქართველოში. 2013წ

5. Трофимец е.к. Воскресенская о.ю. Патология слизистой оболочки полости рта и пародонта у вич-инфицированных пациентов. Журнал «мир медицины и биологии». № 4 / том 5 / 2009.

6. Н. Н. Чешко, И. О. Походенько-Чудакова, С. В. жаворонок. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта и челюстно-лицевой области Оказание специализированной помощи, профессиональная профилактика. Минск БГМУ 2012ю

7. Виноградова А. Н. Особенности заболеваний слизистой оболочки рта у больных вич-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии. – 2008. – С. 12-34.

8. David A. Reznik, D.D.S. Christine O'Daniels, RN-BC. Oral Manifestations of HIV/AIDS in the HAART Era. CROI Report 2013.

Bukhnikashvili E., Tsintsadze M., Abashidze N., Didbaridze N., Gogishvili Kh.

DENTAL STATUS OF HIV/AIDS INFECTED PATIENTS IN GEORGIA 2013

TSMU, DEPARTMENT OF PERIODONTICS AND ORAL MUCOSA DISORDERS; INFECTIOUS DISEASES, AIDS AND CLINICAL IMMUNOLOGY RESEARCH CENTER; HBI-DENTIMPLANT – GEORGIAN-GERMAN IMPLANTATION CENTER; K&N – DENTAL CLINIC

The aims of this study were to determine the pattern and frequency of oral lesions and to compare the prevalence of HIV-related oral manifestations in HIV/AIDS infected patients in Georgia 2013. At this time in Georgia was revealed 490 new cases of HIV infection. In 370(75,5±0,57%) of cases were men and 120(24,5±1,76%) – women.

The main way of spreading diseases was unprotected heterosexual contacts 233 (47,55%±1,05%), the next was injection drug use - 184(37,55%±1,29%), after homo/bisexual contacts - 66(13,5%±2,53%), hemotransfusion - 2(0,4%±15,78%), vertical way (from mother to child) - 4 (0,8%±11,14%), and unknown case was just 1(0,2±22,34%).

The diseases in HIV-infected patients designated on different stage: Acute HIV-infection, asymptomatic, symptomatic non-AIDS and AIDS. From the HIV/AIDS infected patients in Georgia 2013, AIDS were developed in 273 (55,7±0,89%) of cases, asymptomatic – in 104(21,2±1,93%) of cases, symptomatic non-AIDS - in 102(20,8±0,62%) of cases and acute HIV infection had 11(2,25±6,59%) patients.

From the 490 new cases just 254 (51,8%±0,97%) patients had different kinds of oral manifestation. Mainly there were oral candidiasis – 153 (60,2%±0,81%), herpetic gingivostomatitis - 126 (49,6%±1,01%), Non-Hodgkin's lymphoma and Kaposi's sarcoma was detected in just one case (0,39%±15,98%).

So, as a result of our research, we can conclude, that

oral manifestations may occur as a late stage, so the early stage of diseases too. It's very important to recognize of AIDS indicative diseases by dentists. Early diagnosis and prompt treatment is important both, for patient's health and for a public health too.

გაბუნია დ., ბურდული მ., ჯიბლაძე მ., ბეგიშვილი ნ., გოგონია ნ.

ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობები შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ხანდაზმულებში

თსსუ, შინაგანი მედიცინის დეპარტამენტი

შესავალი და საკითხის აქტუალობის დასაბუთება
თანამედროვე დიაბეტოლოგიის წარმატებების მიუხედავად, ხანდაზმულთა დიაბეტის მკურნალობა მნიშვნელოვან სიძნელებთან არის დაკავშირებული. ამ ასაკის ავადმყოფებისათვის ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა ერთ-ერთ მთავარ საშიშროებას წარმოადგენს, რომელიც შეიძლება განვითარდეს მედიკამენტის დოზის გადაჭარბების, ორგანიზმიდან მისი დაქვეითებული გამოყოფის, გამოტოვებული კვების ან არასრულფასოვანი საკვების მიღების, ჰიპოპროტინემიის, შენთვის დარღვევის, გადამეტებული ფიზიკური აქტივობის და სხვა მიზეზების გამო. სწორედ ჰიპოგლიკემია შეიძლება გახდეს ჰიპერტონული კრიზის, ინსულტის, კორონარული არტერიების სპაზმის, მიოკარდიუმის ინფარქტის, მხედველობის უეცარი დაკარგვის მაპროვოცირებელი ფაქტორი [1,2]. ხანდაზმულთა ჰიპოგლიკემიის მკურნალობის

ოფლიანობა, კანკალი, ტაქტიკარდია; ჩვეულებრივ აღინიშნება სისუსტე, ძლიანობა, მესხიერების დროებითი დაკარგვა და ცნობიერების დაბინდვა; ამ ასაკში ჰიპოგლიკემიას, როგორც წესი, გახანგრძლივებული ხასიათი აქვს [8].

ცნობილია, რომ შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1 (შდ1) დაავადებულ ბავშვებსა და ახალგაზრდებში ჰიპოგლიკემიის შიში მნიშვნელოვნად აუარესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. ქმნის შინაგან კონფლიქტს და აქვეითებს ინტენსიური მკურნალობის მოტივაციას [2,11].

მიზანი და ამოცანები

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ით (შდ2) დაავადებულ ხანშიშესულებში ჰიპოგლიკემიის სიმპტომების და მისი შედეგების შესწავლა; ნახშირწყლოვანი ცვლის კორექციის ოპტიმალური გზების დასახვა; დადგენა, თუ რამდენად არიან ინფორმირებული ავადმყოფი და მისი ოჯახის წევრები ჰიპოგლიკემიის ატიპიური გამოვლინების შესახებ.

კლინიკური მასალა და კვლევის მეთოდები

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა შდ2 დაავადებული 42 ამბულატორიული ავადმყოფი, რომლებსაც სხვადასხვა სიხშირით აღენიშნებოდათ ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდები. მათ შორის ქალი - 28, მამაკაცი - 14. ასაკი - 60 წლიდან 78 წლამდე. ჰიპოგლიკემიების ეპიზოდები დაიყო მსუბუქად და მძიმედ. მსუბუქი ხარისხის ჰიპოგლიკემიის დროს ავადმყოფებს არ სჭირდებოდათ გარეშე პირის დახმარება ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის სამკურნალოდ. მძიმე ჰიპოგლიკემიის დროს კი აუცილებელი იყო გარეშე პირის დახმარება გლუკოზის ან

სარჩევი

- ♦ ავაზაშვილი ნ., მჭედლიშვილი ი., ჩიკვილაძე დ., გაჩეჩილაძე ხ., მიქელაძე მ. - მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროტეზირების და გრძელი ლულოვანი ძვლების ოსტეოსინთეზის შემდგომ განვითარებული პოსტოპერაციული ინფექციური გართულებების მიკრობიოლოგიური სტრუქტურა 3
- ♦ აზმაიფარაშვილი გ., თომაძე გ., მეგრელაძე ა. - იშვიათი ლოკალიზაციის ქოლელითიაზი მწვავე ქოლელციტიტის დროს (შემთხვევის აღწერა) 5
- ♦ ანდრონიკაშვილი ი., სიმონია გ., აბესაძე გ., პეტრიაშვილი თ., ბერიაშვილი რ. - გენეტიკური ფაქტორების და მარილის მოხმარების გავლენა ჰიპერტენზიის განვითარებაზე საქართველოს ენდემურ (სვანეთის) პოპულაციაში...7
- ♦ არაბიძე მ., ჩიქოვანი ა., ქვათაძე მ., კვერენჩილაძე გ., რიფინაშვილი მ. - სილიკომან განუმის წარმოებაში დასაქმებულთა ჯანმრთელობისათვის პროფესიული რისკის ჰიგიენური შეფასება 9
- ♦ ასათიანი თ., თარაშვილი ა. - საშოსმხრივი ჰისტერექტომია – სახეცვლილებები 21-ე საუკუნისთვის (სამეცნიერო მიმოხილვა) 11
- ♦ ბარათაშვილი რ., ჩიქოვანი ა., გვიშინი მ., სვანიძე თ., ხაჭაპურიძე ნ. - კანის დაავადებები ქვანახშირის წარმოებაში დასაქმებულებში 15
- ♦ ბარამიძე ქ., მეგრელი ნ., ნამგალაძე შ., ჩიკვილაძე თ., ჯორჯიკია მ. - კარვედილოლის შემცველი მყარი დოზირებული სამკურნალო ფორმებიდან *in vitro* გამოთავისუფლების შესწავლა 17
- ♦ ბაქრაძე ლ., კვერენჩილაძე რ., ციმაკურიძე მაია, კვერენჩილაძე გ., ნოზაძე ს. - საქართველოს ქიმიური მრეწველობის მუშაკთა შრომის პირობების ჰიგიენური კლასიფიკაციის შემუშავების შედეგები 19
- ♦ ბეგიშვილი ნ., გაბუნია დ., ჯიბლაძე მ. - აქტიური და პასიური მწვევლობის გავრცელება თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის (სამეცნიერო შეტყობინება) 22
- ♦ ბერიანიძე ქ., პაპავა მ., კაციტაძე ა. - ლიპიდური მეტაბოლიზმის როლი კანის დაბერების პროცესში 25
- ♦ ბერიაშვილი რ., ბურკაძე გ., კიკალიშვილი ნ. - სომატური და სიმსივნური ღეროვანი უჯრედები და მათი მარკერები ქალის რეპროდუქციულ სისტემაში (სამეცნიერო მიმოხილვა) 27
- ♦ ბერიაშვილი რ., სიმონია გ. - გვიანი სიბერის ხანა და სხვადასხვა ასაკის ოლიგოდენდროციტი 31
- ♦ ბიკაშვილი ნ., ბოჟაძე ა., ჯოხაძე მ., ჭინჭარაძე დ., ბერაშვილი დ. - საქართველოში გავრცელებული იასამნის ფითლების ფიტოქიმიური შესწავლა 35
- ♦ ბულიშვილი მ., ლოპუნიაძე ნ., ჭავჭავანიძე ნ., გიორგობიანი თ. - ლიპიდური ცვლის მაჩვენებლები არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე რეპროდუქციული და მენოპაუზის პერიოდის ქალებში 37
- ♦ ბუხნიკაშვილი ე., ცინცაძე მ., აბაშიძე ნ., დიდბარიძე ნ., გოგიშვილი ხ. - საქართველოში 2013 წელს აივ/შიდსით ინფიცირებულ პირთა სტომატოლოგიური სტატუსი 38
- ♦ გაბუნია დ., ბურდული მ., ჯიბლაძე მ., ბეგიშვილი ნ., გოგონია ნ. - შიპოგლიკემიური მდგომარეობები შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ხანდაზმულებში 41
- ♦ გამყრელიძე ნ., სანიკიძე თ., პავლიაშვილი ნ., ყიფიანი ნ., ნამორაძე მ. - აზოტის ოქსიდის როლი მიკროპემოციტოკულაციის ცვლილებებში კრპ - სინდრომის დროს 43
- ♦ გიგინეიშვილი ც., ჭიპაშვილი მ., იმნაძე ე. - ნუტრიცენომიკა - დაავადებათა მკურნალობის ახალი სტრატეგია (სამეცნიერო მიმოხილვა) 46
- ♦ გოგბერაშვილი ქ. - ოჯახური გარემოს გავლენა ბავშვის ფიზიკურ და სოციალურ განვითარებაზე 47
- ♦ გოგბერაშვილი ქ. - გარემო ფაქტორების გავლენა ადრეული ასაკის ბავშვის ემოციური სფეროს ფორმირებაზე 50
- ♦ გოგოტიშვილი მ., აბაშიძე ნ., ივერიელი მ., გოგიშვილი ხ., გოგბერაშვილი ნ. - ლაზოლექსის გამოყენება ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტის კომპლექსურ მკურნალობაში 51
- ♦ დარსანია თ., ზარნაძე შ., ყურაშვილი ბ., ზარნაძე ი. - საქართველოში ბავშვთა კვების ორგანიზაცია (სკოლამდელი დაწესებულებები): პრობლემები და გადაჭრის გზები 53

♦ დარსანია თ., ზარნაძე შ., ყურაშვილი ბ., ზარნაძე ი. - კვებითი ქცევის მნიშვნელობა ზურგის ტკივილის განვითარებაში..... 55

♦ დულაშვილი ნ., კვიციანიძე ნ., ნემსინვერიძე ნ., ჭუმბურაძე თ., კოვალიოვა თ. - ფარმაცევტული საქმიანობის ორგანიზაციის სამართლებრივი ასპექტები..... 58

♦ ერიაშვილი ვ., ჭუმბურაძე თ., დულაშვილი ნ., იამანიძე ნ., ჟიჟილაშვილი გ. - ფარმაცევტული ბაზრის თავისებურებები საქართველოში 60

♦ ვაშაკიძე ე., გეგეშიძე თ., ჯანგაძე მ., კვიციანიძე მ. - ქრონიკული C ჰეპატიტით პაციენტთა კომბინირებული ანტივირუსული თერაპია პეგილირებული ინტერფერონით-2ა (პეგფერონი) და რიბავირინით (კოპეგუსი)..... 62

♦ ვაშაკიძე ე., მეგრელიშვილი თ., პაჭკორია ე. - ჰემორაგიული კოლიტის ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომით გართულების პრედიქტორები 65

♦ ვაშაკიძე ე., მიქაძე ი. - ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების კლინიკური და ლაბორატორიული თავისებურებები: ლეტალობის პრედიქტორები 67

♦ ვერულაშვილი ი., გოლეტიანი თ., ქორთუშვილი მ. - ქერქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიების დიაგნოსტიკა და მართვა..... 69

♦ Verulashvili I., Goletiani T., Kortushvili M. - *Diagnosis and management of women with stroke during pregnancy/postpartum: the recorded data review of European and US neurologic centers (2008-2013)*.....71

♦ Zardiashvili L., Jokhadze M., Kuchukhidze J., Bozhadze A., Murtazashvili T. - *In vitro evaluation of antioxidant activity of leaves and buds from Betula litwinowii Doluch. growing in Georgia*.....74

♦ Zardiashvili L., Jokhadze M., Kuchukhidze J., Murtazashvili T., Mshvildadze V. - *In vitro Cytotoxic activity of Betula litwinowii Doluch growing in Georgia* 76

♦ ზენაიშვილი ბ., ჩიტაია გ., მანჯავიძე ნ. - პროკალციტონინი—თირკმლის ნაწიბურის განვითარების პრედიქტორი საშარდე გზების ინფექციის დროს ბავშვათა ასაკში 78

♦ თაბუკაშვილი რ., კაპეტიაძე ვ., გეგეშიძე ნ., ჭავჭავაძე ხ. - მავნების როლი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების განვითარებაში (სამეცნიერო მიმოხილვა)..... 80

♦ თომაძე გ., მეგრელაძე ა., აზმაიფარაშვილი გ., დანელია გ. - ნადელის ბუშტის განვითარების ორი იშვიათი თანდაყოლილი ანომალია (შემთხვევის აღწერა) 84

♦ ივანიშვილი თ., ტატანაშვილი დ., შაფათავა ვ., აბულაძე თ., მახაშვილი დ. - ულტრასონოგრაფიის როლი მწვავე აპენდიციტის დიაგნოსტიკაში.....87

♦ Imnadze N., Sivsivadze K., Murtazashvili T., Jokhadze M., Tushurashvili P. - *Determination of Some Antipsychotic Drugs in Human Plasma by Liquid Chromatography – Tandem Mass Spectrometry (LC/MS/MS)*..... 91

♦ კანდელაკი ე., ყავლაშვილი ნ., ხერხეულიძე მ., ჩხაიძე ი. - ნატიფი მოტორული უნარების შეფასება DENVER II—ის ტესტის და PEDS —ის (მშობლის ჩივილის გამოვლენის კითხვარი) საშუალებით 92

♦ კვიციანიძე ნ., მირველაშვილი ე., გოქაძე ს., კვარაცხელია ა. - ფარმაცევტის და პაციენტის ურთიერთობების თავისებურების შესწავლა 94

♦ კვიციანიძე ნ., დულაშვილი ნ., ბუხრიკიძე ნ. - ფარმაცევტის როლი ჯანდაცვაში 96

♦ კილაძე ნ., შულაია თ., კაციტაძე ა., მათოშვილი მ. - აქტინური კერატოზისა და ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის კლინიკო-დიაგნოსტიკური მონაცემების შედარებითი ანალიზი 97

♦ კობეშვიძე დ.დ., ჩიკვილაძე დ.პ., გაჩეჩილაძე ხ.ე., მიქელაძე მ.ლ. - სამედიცინო და გენეკოლოგიურ განყოფილებებში სამედიცინო ნარჩენების მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა 99

♦ კორსანტია ბ., კორსანტია ნინო, მამალაძე მ., კორსანტია ნატო, კაციტაძე ა. - იმუნური სტატუსის შეფასება და იმუნოთერაპიის საკითხები არაინფექციური პათოლოგიების დროს 102

♦ კოჭლამაზაშვილი ბ. - გნოტობიონტების ელენთის უჯრედული სპეციფიკა ასაკის გათვალისწინებით 106

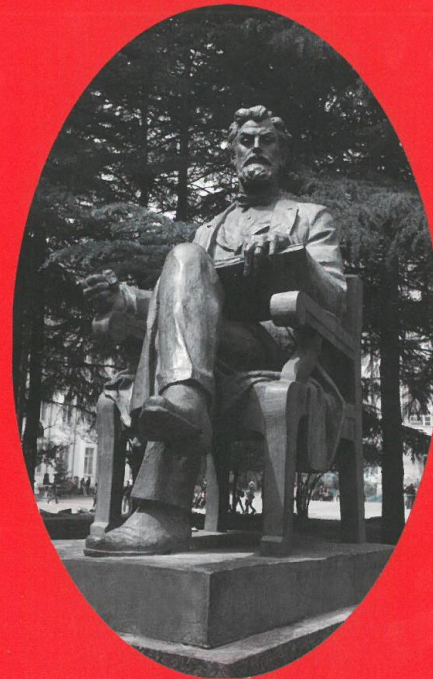
- ◆ კუნჭულია ლ., ბარამიძე ქ., ჭეიშვილი ლ., მახარაძე რ., ლევიშვილი ნ. - „აგრეგანის“ *in vitro* ექვივალენტობის შესწავლა „ხსნადობის“ ტესტით 109
- ◆ კუნჭულია ლ., მახარაძე რ., ხვინგია თ., იმნაძე ნ., შენგელიძე ნ. - გაბაპენტინის კონცენტრაციის მონიტორინგი ადამიანის ნერწყვში 112
- ◆ ლობჯანიძე ნ., ჭავჭავაძე ნ., გიორგობიანი თ., ქურდაძე ე. - ნევროლოგიური ეფექტები ფოსფორორგანული ნაერთებით მწვავე მოწამვლის დროს (შემთხვევის აღწერა) 114
- ◆ Maisashvili M., Kutchukhidze J., Chincharadze D., Jokhadze M., Favel A. - *In vitro antifungal activity of several species of the genus Allium L. growing in Georgia* 115
- ◆ მაისაშვილი მ., ჯოხაძე მ., ჭინჭარაძე დ., ზარდიაშვილი ლ., კუჭუხიძე ჯ. - ყანის ნივრის (*Allium rotundum L.*) ყვავილეში ავინოზიდის რადიკალით განსაზღვრის მაღალეფექტური სითხური ქრომატოგრაფიული მეთოდის ვალიდაცია 117
- ◆ მაღალაშვილი დ., ლომიძე ნ., ახმეტელი ლ., ხოტენაშვილი ნ., საგინაშვილი ლ. - აბსცესის ღრუს ხანგრძლივი ტრანსპორტული კათეტერიზაცია ფილტვის მწვავე და ქრონიკული აბსცესის მკურნალობის კომპლექსში 119
- ◆ მეგრელაძე ა., თომაძე გ., აზმაიფარაშვილი გ., არდია ე. - კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის ატიპური მანიფესტაცია 121
- ◆ მეგრელიშვილი თ., პაჭკორია ე. - ინფექციური დიარეების ეტიოლოგიური სტრუქტურა თანამედროვე ეტაპზე 123
- ◆ მირველაშვილი ე., ძაგნიძე მ., დედაბრიშვილი ა., ჩარკვიანი თ., კვიციანი ნ., კიკაჩიშვილი ე. - ვაკინური ინფექციების ბაქტერიოლოგიური მონიტორინგი და ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები 2010-2014წწ. დინამიკაში 124
- ◆ მურთაზაშვილი თ., ბახტაძე ნ., კაჭკაჭიშვილი ი., ჯოხაძე მ., ნოზაძე ბ. - ნერწყვის ანტიოქსიდანტური აქტივობის შესწავლა სპექტროფოტომეტრული მეთოდით 126
- ◆ მჭედლიშვილი ი., ელოშვილი მ. - მენინგოკოკური ინფექციის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები საქართველოში 130
- ◆ ნემსიწვერიძე ნ., ჭუმბურიძე თ., გორგასლიძე ნ., ზარქუა თ., როჭიაშვილი თ. - ფარმაცევტული ზრუნვის ზოგიერთი ასპექტი 131
- ◆ სოფრომაძე ზ., ჭაბაშვილი ნ., სვანიშვილი თ., თათარაძე ე., სოფრომაძე მ. - სქოლიოზით დაავადებული მოზარდი სპორტსმენების სამედიცინო რეაბილიტაცია 133
- ◆ ტაბატაძე ნ., ტაბიძე ბ., გეთია მ., მშვილდაძე ვ., დეკანოსიძე გ. - მრგვალი წაშალი *Gymnospermium smirnowii* (Trautv.) Takht. (*Leontice smirnowii* Trautv) (სამეცნიერო მიმოხილვა) 135
- ◆ ტაბატაძე ნ., ანელი ჯ., ტაბიძე ბ., გეთია მ., მუშკიაშვილი ნ., მშვილდაძე ვ., დეკანოსიძე გ. - სკიპალო (*Cephalaria gigantea*) - ბიოლოგიურად აქტიური ტრიტერპენული გლიკოზიდების წყარო (სამეცნიერო მიმოხილვა) 138
- ◆ ტაბიძე ბ., ტაბატაძე ნ., გეთია მ., მშვილდაძე ვ., დეკანოსიძე გ. - ყოჩივარდა - სინუსიტების სამკურნალო ტრიტერპენული გლიკოზიდების შემცველი ნედლეული (სამეცნიერო მიმოხილვა) 141
- ◆ ფირცხელანი ნ., ყოჩიაშვილი ნ., ფარლავა ნ., მახალდანი ლ., ქართველიშვილი ქ. - ქართულ პოპულაციაში მემკვიდრული თრომბოფილიის საინტერესო შემთხვევები (შემთხვევის აღწერა) 144
- ◆ ღვინერია ი., ურული მ., სააკაძე ვ., ონიანი თ., კვარცხელიძე რ. - ქიმიური ნივთიერებების კლასიფიკაციის, ეტიოპათიებისა და მეფუთვის გლობალური პარამონიზებული სისტემის (GHS/CLP) ტოქსიკოლოგიური ასპექტები და საქართველოში გამოყენების შესაძლებლობა (სამეცნიერო შეტყობინება) 147
- ◆ ყავლაშვილი ნ., ხერხეულიძე მ., კანდელაკი ე., ჩხაიძე ი., მანჯავიძე ნ., ადამია ნ. - ჩვილ ბავშვთა პოზიცია ძილის დროს 149
- ◆ ჩიკვილაძე თ., ბარამიძე ქ., კობერიძე ნ., ტყეშაძე ლ., ოთარაშვილი თ. - ვახსნის ტესტის გამოყენება კლარიტრომიცინის შემცველი გენერული მედიკამენტების ბიოექვივალენტობის შესაფასებლად 151
- ◆ ჩხაიძე ნ., თოდუა თათია, ლვაბერიძე ო., რუხაძე ნ., ციმაკურიძე მაია - შპს „ჯორჯიანმანგანუმის“ ზესტაფონის ფეროშენადნობთა ქარხანაში მომუშავეთა ავადობის ანალიზი 154
- ◆ ჩხაიძე ნ., თურმანაული მ., თოდუა თეა, მამულაშვილი მ., ციმაკურიძე მაია - შპს „ელმავალმშენებელ ქარხანაში“ ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევის სიტუაციური ანალიზი 156

- ♦ Tsiskarishvili N., Katsitadze A., Chkonia E., Tsiskarishvili N., Tsiskarishvili Ts. - *Features of psycho-adaptive mechanisms in patients with vitiligo* 158
- ♦ ჭაბაშვილი ი., ჩილინგარიშვილი თ., სააკაშვილი ნ. - სასმელი მინერალური წყლის „უდაბნოს“ გამოყენების თავისებურებები ქრონიკული არაკენჭოვანი ქოლეცისტიტით დაავადებულთა მკურნალობაში 160
- ♦ ჭაბაშვილი ი., ჩილინგარიშვილი თ., სააკაშვილი ნ. - ქრონიკული დუოდენიტების მკურნალობა ბუნებრივი ფაქტორების გამოყენებით 162
- ♦ ჭიპაშვილი მ., გიგინეიშვილი ც., იმნაძე ე. - გენომური იმპრინტირების ეპიგენეტიკა (სამეცნიერო მიმოხილვა) 164
- ♦ ხერხეულიძე მ., ყავლაშვილი ნ., კანდელაკი ე., ჩხაიძე ი. - ფიზიკური განვითარებისა და ფიზიკური აქტივობის მაჩვენებლები 5-6 წლის ასაკის ბავშვებში 165
- ♦ ხეცურიანი რ., ადამაშვილი გ., შვანგირაძე ე., შუკაკიძე ა., თავაძე ო. - მძიმე ქირურგიული სეფსისის მკურნალობის კომპლექსში პლაზმაფერეზის გამოყენების გავლენა პაციენტთა ინტენსიური თერაპიის ბლოკში დაყოვნებაზე .. 168
- ♦ ხვადაგანი ქ., პატიაშვილი ნ., ტატალაშვილი ნ., ბაქრაძე ლ., ქვათაძე მ. - ჭიათურის მანგანუმის მაღაროს მუშათა შრომის პროცესის პიგიურ-ერგონომიკული დახასიათება 171
- ♦ ჯავახაძე რ., რუხაძე ნ., ნერეთელი მ., ღვაბერიძე ო., ციმაკურიძე მარ. - პროფესიული ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების პრობლემები საქართველოში 172
- ♦ ჯავახაძე რ., ხატიაშვილი ნ., ჩიგოგიძე ხ., შუბლაძე ხ., ზურაშვილი დ. - მანგანუმის და მისი ნაერთების მოქმედება დასაქმებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე 175
- ♦ ჯაში ლ., ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგებაშვილი ნ., გოგიშვილი ხ. - აუტოიმუნური მექანიზმები I ტიპის კოლაგენის მიმართ კატარული და წყლულოვანი გინგივიტების დროს 177
- ♦ ჯორჯიკია მ., ნონიაშვილი თ., ჭუმბურიძე ბ., ჩიკვილაძე თ., იორამაშვილი ჰ. - ზო-20-ის (სიმეასტატინი) 20-მგ-იანი ტაბლეტების სტანდარტიზაცია 180

თბილისის
სახელმწიფო
სამედიცინო
უნივერსიტეტი



TBILISI STATE
MEDICAL UNIVERSITY



COLLECTION OF
SCIENTIFIC WORKS

სამეცნიერო შრომათა კრებულები

XLIX

2015

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY



სამეცნიერო შრომათა კრებული
COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS

XLIX

თბილისი 2015 TBILISI

УДК 378.4(479.22)(066)
ISSN 1987-8990

სარედაქციო კოლეგია:

ზურაბ ვადაჭკორია (მთავარი რედაქტორი), ხათუნა თოდაძე (მთავარი რედაქტორის მოადგილე), მარინა ციმაკურიძე (პასუხისმგებელი მდივანი), ზურაბ ორჯონიკიძე, რიმა ბერიაშვილი, ირინე კვაჭაძე, ნინო ვეფხვაძე.

სარედაქციო საბჭო:

დალი ბერაშვილი, დავით გელოვანი, ზაზა დემეტრაშვილი, ნესტან მერკვილაძე, მაია ოკუჯავა, გაიანე სიმონია, ლელა მასხულია, ივანე ჩხაიძე.

გამოცემის ტექნიკური უზრუნველყოფის ჯგუფი:

ირმა მარგიშვილი, ცირა ქვარცხავა, სალომე ვორონოვა.

Editorial Board:

Zurab Vadachkoria (Editor in Chief), Khatuna Todadze (Vice Editor in Chief), Marina Tsimakuridze (Scientific Secretary), Zurab Orjonikidze, Rima Beriashvili, Irine Kvachadze, Nino Vepkhvadze.

Editorial Committee:

Dali Berashvili, David Gelovani, Zaza Demetrashvili, Nestan Merkviladze, Maia Okujava, Gaiane Simonia, Lela Maskhulia, Ivane Chkhaidze.

Technical Support Group:

Irma Margishvili, Tsira Kvartskhava, Salome Voronova.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
0186, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ., 33
ტელ. (+995 32) 2542468
www.tsmu.edu

სტატიების ილუსტრაციების ელექტრონული ფორმით მოძიება შესაძლებელია საინფორმაციო-საგამომცემლო სამსახურში.

Tbilisi State Medical University
33 Vazha-Pshavela Ave, Tbilisi, 0186, Georgia
(+995 32) 2542468
www.tsmu.edu

Illustrations of the articles in electronic form are available at information-publishing service.

ცხრილი №1

პირის ღრუსი გამოვლენილი ზოგიერთი დერმატოზის კლინიკურ-ჰისტოლოგიური კორელაცია

	წითელი ბრტყელი ლიქენი (ტროპიკული წყლულოვანი ფორმა)	წითელი მელურა (ტროპიკული წყლულოვანი ფორმა)	პემფიგო
კლინიკური გამოვლენები პირის ღრუსი	უსწორმასწორო ფორმის ეროზიები და წყლულები დაყარული ფობრინული და ნეკროზული ნაფხები, გარშემო მიკერემული და შეშუპებული უბნები მაქმანისებრი არშით.	ანიების ეროზიები წყლულები დაყარული სეროზულ სისხლნარები ქერქები. გარშემო მიკერემული და ქერქების სახით ტურბების ინფლტრაცია, ერთფა.	მრგვალი და ოვალური, წითელი ფერის "შიშველი" კროზები. ტურბზე ეროზიები დაყარული მოყვითალო ფერის ქერქით, პირის ღრუსი სქელი აკებით.
კლინიკური გამოვლენები კანზე	წინამხრები, მუხლები	სახე	მუცელი, ზურგი, შორისის მდამო
ჰისტოლოგიური მონაცემები	აკანტოზი, პაპილარტოზი, პარაკერატოზი, ბაზალური მეგრანა შეშუპებული, ლიმფოციტური ინფილტრაცია.	აკანტოზის, პაპილარტოზის, პარაკერატოზის და ატროფიის მონაცვლეობა. ინფილტრატი შეგარტოვალ ქსოვილში. კოლაგენური ბოჭკოების დეგენერაცია.	ეწ-ტენკის აკანტოზი ზური უჯრედები.

კლინიკურ-ჰისტოლოგიური კორელაციების საფუძველზე ჩვენ გამოვყავით პირის ღრუს ლორწოვანის ჰისტოპათოლოგიური დაზიანებების მარკერები და შევიშუშავეთ ამ დაზიანებების დიფერენციული დიაგნოსტიკის განსაზღვრული ალგორითმი, რომელიც დაეხმარება ექიმს - სტომატოლოგს ყოველდღიურ პრაქტიკულ საქმიანობაში.

ლიტერატურა:

1. Axell T. Holmstrup, Kramer IRH, Pindborg J.J., Shear M., (1984). International seminar on aral leukoplakia and associated lesions related to tobacco habits. Communing Dent Oral Epidemiol 12:145- 15 4.
2. Axell T., Pindborg J.J., Smith C. J. van der Waa (199). Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18 -21, 1994. International Collaborative Group on Oral white lesions. J Oral Pathol Med 1994; 25 :49 - 54.
3. Dionisio Alejandro Cartes Ramirez, Maria Luisa Gairza Cirauqui, Maria Angeles Echebarriar Goikouria, Jose M. Aguirre Urizar. Oral Lichenoid disease as a premalignant condition: The Controversies and the unknown. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Mar 1; 14 (13):E118 22
4. Kats H.L., Shear M., Altini M. A critical evaluation of epithelial dysplasia in oral mucosal lesions using the Smith Pindborg method of standardization. J Oral Pathol 1985 ;14:476 482.
5. Mignogna MD., Fedele S., Lo Russo L., Mignogna C., De Rosa G., Porter ST. Field cancerization in oral lichen planus. Eur J Surg Oncol 2007; 33:383- 9.
6. Pindborg J.J. Reichart Px, Smith Cix, Vander Waal (1997). World Health Organization: histological typing of cancer and precancer of aral mucosa. Berlin. Springer verlag.

Borjadze M., Jashi L., Gogishvili Kh.

ORAL MANIFESTATIONS OF DERMATOSES AND THEIR CLINICAL HISTOLOGICAL CORRELATIONS

TSMU, DEPARTMENT OF PERIODONTAL AND ORAL DISEASES; GEORGIAN -GERMAN IMPLANTATION CENTRE "HBI DENTIMPLANT"

The aim of our research was to examine the oral cavity of patients with some dermatosis, to develop a research algorithm and to establish clinical histological correlation algorithm, based on which we could make differential diagnosis of these diseases in a timely manner and would emphasize significant sequence of diagnostic criteria.

We observed 18 patients aged 40-62 years (11 women, 7 men). After collection of detailed history and indexation of the pathological processes of mouth and lips, we looked at the skin and examined biopsy material.

Based on clinical histological correlations, we identified histopathological markers of oral mucosa and developed a specific algorithm, which we believe will assist dentists in everyday practice.

ბუხნიკაშვილი ე., აბაშიძე ნ., ცინცაძე მ., ჯაში ლ.

აივ/შიდსთან ასოცირებული პირის ღრუს დაავადებების სტატისტიკა საქართველოში 2013-2015 წლებში

თსუ, პაროდონტოლოგიისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებათა დეპარტამენტი; იევაცირი აათლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი; ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი „HBI-dentimplant“; სტომატოლოგიური კლინიკა NGM „Innovation Dental“

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული აივ ინფექცია/შიდსი წარმოადგენს მუდმივად პროგრესირებად, ხანგრძლივად და მიზანმიმართულად იმუნური სისტემის დაზიანებით მიმდინარე დაავადებას, რომლის საბოლოო შედეგია მძიმე ფორმის იმუნოდეფიციტის ჩამოყალიბება ლეტალური გამოსავლით. შიდსის კლინიკური გამოვლენები მეტად მრავალფეროვანია, რადგან ღრმა იმუნოდეფიციტის ფონზე ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს პრაქტიკულად ნებისმიერი ინფექცია და სიმსივნე, ოღონდ განვითარების სხვადასხვა სიხშირით. ყველაზე ხშირად უნვითარდებათ ე.წ. ოპორტუნისტული ინფექციები და ის დაავადებები, რომლებიც ასოცირებულია ვირუსებთან (3,5,6).

კლინიკურმა პრაქტიკამ გვიჩვენა, რომ პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე აივ ინფექციის დროს გამოვლენილი სხვადასხვა დაზიანებები შეიძლება ჩაითვალოს ამ დაავადების ყველაზე ადრეულ და ძალიან მნიშვნელოვან ინდიკატორებად. ცნობილია, რომ გარკვეული სახის ორალური მანიფესტაციებში მოუთითებს არა მხოლოდ აივ/შიდსის არსებობას, არამედ თავად წარმოადგენს აივ-ინფექციის ადრეულ

კლინიკურ მარკერებს და რიგ შემთხვევებში კი მი-
ინჩევიან აივ-ის შიდსის სტადიაში გადასვლის პრე-
დიქტორებად (1,4).

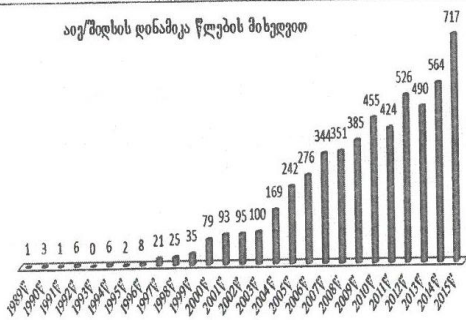
ასევე, აღსანიშნავია, რომ აივ-თან ასოცირებული
სტომატოლოგიური დაავადებები ხასიათდებიან მიმ-
დინარეობის სპეციფიკურობით, რომელიც დამახას-
იათებელია მხოლოდ ამ ტიპის პაციენტებისათვის,
რაც მეტად საყურადღებოა ექიმი-სტომატოლოგებ-
ისთვის (2,5). დღემდე საქართველოში არ არის შეს-
წავილილი აივ/შიდსით დაავადებულ პაციენტთა სტო-
მატოლოგიური სტატუსი. ამიტომ ჩვენი კვლევის მი-
ზანს წარმოადგენდა 2013–2015 წლებში საქარ-
თველოში გამოვლენილ აივ/შიდსით ინფიცირებულ
პირთა სტომატოლოგიური სტატუსის შესწავლა,
მასალის სტატისტიკური დამუშავება და ანალიზი.

კვლევის მიზნის შესასრულებლად გამოვიყენეთ
ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და იმუნოლოგი-
ის ცენტრის მონაცემთა ელექტრონული საინფორ-
მაციო ბაზა. შევისწავლეთ აღრიცხვაზე მყოფ პირ-
თა მონაცემები. ჩვენების მიხედვით ვაზდენდით აივ/
შიდსით ავადმყოფთა სტომატოლოგიურ კვლევასა
და მკურნალობას. არსებული მოცემულობიდან მი-
ვიღეთ შემდეგი მონაცემები:

საქართველოში 2015 წელს აივ/შიდსის გამოვლე-
ნილმა შემთხვევებმა 5000-ს გადააჭარბა და წლის
ბოლოს 5412-ს გაუტოლდა (დიაგრამა №1).

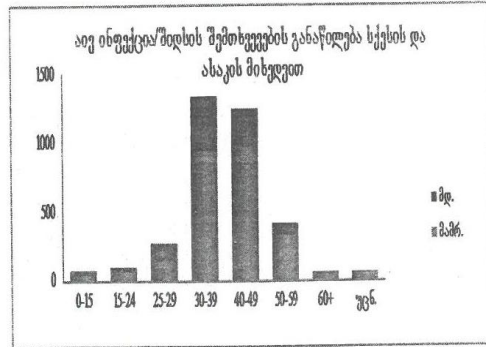
ამ დიაგრამიდან ჩანს, რომ ჩვენს ქვეყანაში აღინ-
იშნება აივ/შიდსის შემთხვევების ნელი, მაგრამ სტა-
ბილური ზრდა. თუმცა, საყურადღებოა ის ფაქტი,
რომ მიუხედავად პრევენციული, სამკურნალო და
მოვლის პროგრამების ეფექტური მუშაობისა, აივ
ინფექციის ასეთი მნიშვნელოვანი მატება საქარ-
თველოში ჯერ არ დაფიქსირებულა.

აივ/შიდსის დინამიკა წლების მიხედვით



დიაგრამა №1

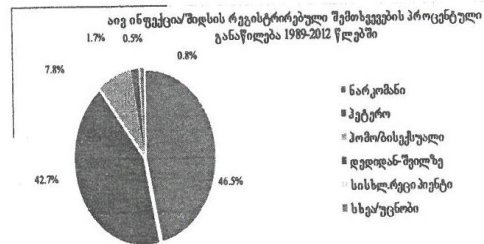
აივ - ინფიცირებულთა შორის 3995 (74±0,98%)
მამაკაცია და 1417 (260.98%) ქალი. რეგისტრირებუ-
ლი პირები, ძირითადად, 25-49 წლამდე ასაკობრივ
ჯგუფს მიეკუთვნებიან (დიაგრამა №2).



დიაგრამა №2

აივ - ინფექციის გადაცემის მიხედვით, პირველ
ადგილზეა ნარკოტიკების ინფექციური მოხმარება –
2517 (46.50.98%), მეორე ადგილზეა ჰეტეროსექსუ-
ალური კონტაქტებით გადაცემა — 2311 (42.70.98%),
შემდეგ მოდის ჰომო-ბისექსუალური კონტაქტები —
423 (7.80.98%), ვერტიკალური გზით დაინფიცირება –
93 (1.70.98%), აივ - ინფიცირებული სისხლის გა-
დასხმით დაინფიცირება და აივ-ის გადაცემის დაუდ-
გენელი გზა — 68 (1.30.98%) შემთხვევაში (დიაგრამა
№3).

ჩვენს მიერ დეტალურად იქნა შესწავილილი
2013–2015 წლების მონაცემები. ამ პერიოდში სულ
გამოვლინდა 1771 ახალი შემთხვევა, მათგან 906
(51.160.94%) პაციენტს დაავადება გამოვლინდა
უკვე ინფექციის შორსნასულ სტადიაზე, როდესაც
იმუნური მაჩვენებელი იყო T(CD4)<200 უჯრედი მმ³-
ში, ე.ი. განვითარებული იყო საკუთრივ შიდსი, მათ-
გან კი 207 (22.800.89%) შემთხვევაში მკურნალობა
იყო დაგვიანებული და უშედეგო. წლების მიხედვით
დინამიკაში მათი განაწილება მოხდა შემდეგი სახით:
(დიაგრამა №3)



დიაგრამა №3

2013 წელს სულ გამოვლინდა 490 ახალი შემთხ-
ვევა, აქედან შიდსი დაუდგინდა 271 (55.310.80%)
პირს.

✓ 2014 წელს სულ — 564 შემთხვევა, აქედან
შიდსი — 294 (52.130.82%).

✓ 2015 წელს სულ — 717 შემთხვევა, ხოლო
შიდსი — 341 (47.560.86%).

ბოლო სამი წლის განმავლობაში აივ-ინფექციის

ახალ გამოვლენილ 1771 შემთხვევათა შორის აივ-ასოცირებული ორალური მანიფესტაციები დაუფიქსირდა სულ 929 (52.460.94%) პაციენტს.

აქვე წარმოგიდგინთ დეტალურად ამ გამოვლენებთან კორელაციის სტატისტიკურ შედეგს 2013-2015 წლების მიხედვით:

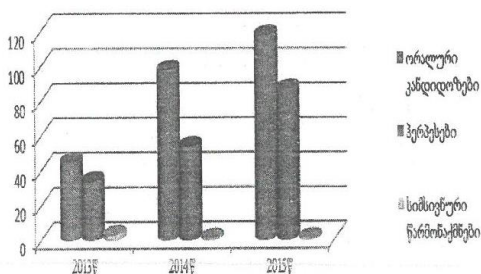
2013 წელს სულ გამოვლენილი 490 ახალი შემთხვევიდან აივ-ასოცირებული სტომატოლოგიური დაავადებები დაუფიქსირდა 253 (51.630.796%) პირს. მათ შორის 202 (79.840.60%) პაციენტს ანუ მათ უმრავლესობას უკვე ჩამოყალიბებული ჰქონდა შიდა.

ამ ჯგუფის პაციენტებიდან ჩვენ შევისწავლეთ 69 (27.270.61%) პირი. მათ ჩაუტარდათ სტომატოლოგიური გამოკვლევა და დაუდგინდათ დიაგნოზი. მონაცემებმა გვიჩვენა, რომ მათ შორის 45-ს (65.220.45%) ჰქონდა ორალური კანდიდოზის სხვადასხვა ფორმა. 34 (49.270.45%) შემთხვევა ჰერპეს-ვირუსებით იყო გამონეული, ხოლო კონკრეტულად ამ უკანასკნელთა შორის კი მარტივი ჰერპეს-ვირუსის (HSV-1) გამოვლინება დაუდგინდა 27-ს (79.411.94%).

2014 წელს სულ გამოვლენილი 564 ახალი შემთხვევიდან აივ-ასოცირებული ორალური მანიფესტაციები დაუფიქსირდა 295 (52.300.82%) პაციენტთან. აქედან 229-ს (77.630.66%) უკვე განვითარებული ჰქონდა შიდა. მათგან ჩვენ შევისწავლეთ 146 (49.490.65%) პაციენტი. მათ შორის 98 (67.120.32%) შემთხვევაში დაისვა სხვადასხვა სახის ორალური კანდიდოზის დიაგნოზი, 54-ში (36.990.32%) მანიფესტაციები გამონეული იყო ჰერპეს-ვირუსებით. მათ შორის მხოლოდ მარტივი ჰერპეს-ვირუსი (HSV-1) გამოვლინდა 47-ს (87.030.85%).

2015 წელს სულ გამოვლენილი 717 ახალი შემთხვევიდან აივ-ასოცირებული სტომატოლოგიური დაავადება დაუფიქსირდა 381 (53.130.86%) პაციენტთან. აქედან 279-ს (73.230.74%) უკვე ჰქონდა ჩამოყალიბებული შიდას სტადია. ამ ჯგუფის პაციენტთაგან, ჩვენ შევისწავლეთ 184 (48.290.73%) და დავადგინეთ: 118-ს (64.130.46%) ჰქონდა სხვადასხვა სახის ორალური კანდიდოზი, ხოლო 67 (36.410.32%) შემთხვევა იყო გამონეული ჰერპეს-ვირუსებით.

2013-2015 წლებში ყველაზე იშვიათი იყო კაპოშის სარკომისა და არა-ჰოჯკინის ლიმფომის წარმონაქმნები: სულ 5 (0,540.89%) შემთხვევა (დიაგრამა №4).



დიაგრამა №4

ამდენად, კვლევის მონაცემების საფუძველზე ნათლად ჩანს, რომ აივ ინფექციასთან ასოცირებული სტომატოლოგიური გამოვლინებები საკმაოდ ხშირად გვხვდება აივ/შიდსით ავადმყოფებში. საყურადღებოა ამ დაავადებათა სპეციფიკურობის ცოდნა, რომ ჩვენების მიხედვით ჩატარდეს საჭირო გამოკვლევები და დროულად დაისვას აივ ინფექციის დიაგნოზი შესაბამის შემთხვევებში. ექიმმა-სტომატოლოგებმა უნდა გაითვალისწინონ ის, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების დროული დიაგნოსტიკა აივ/შიდსით დაავადებულ პაციენტებში.

ლიტერატურა:

1. მ. ივერიელი, ნ. აბაშიძე, ხ. გოგიშვილი, ნ. გოგებაშვილი "პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები" //თბილისი. 2012წ.
2. თ. ცერცვაძე, ფ. გაბუნია, მ. ცინცაძე, თ. როკოშვილი "აივ ინფექცია/შიდსი" 2013/2016.
3. А.А. Голиусов, К.Г. Гуревич, Ю.В. Мартынов, И.М. Рабинович, Е.Г. Фабрикант, "Особенности ВИЧ/СПИД-а в стоматологической практике". Стоматологический Вестник. 2005г. №193.
4. John S. Greenspan, D. Greenspan. "Oral complications of HIV infection". HIV/AIDS medicine medical management of AIDS 2012.
5. Maeve M. Coogan, John Greenspan, Stephen J. Challacombe "Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus" Bull World Health Organ. 2005 Sep; 83(9):700-6. Epub 2005 Sep 30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16211162>
6. Hoffman; Rockstroh; HIV 2015; medizinFokus Verlag, HAmberg; www.hivbook.com.

Bukhnikashvili E., Tsintsadze M., Abashidze N., Jashi L.,

HIV/AIDS-RELATED ORAL LESIONS STATISTICS IN GEORGIA 2013-2015

TSMU, DEPARTMENT OF PERIODONTOLOGY AND ORAL DISEASES; INFECTIOUS DISEASES, AIDS AND CLINICAL IMMUNOLOGY RESEARCH CENTER; GEORGIAN-GERMAN CENTER OF IMPLANTATION HBI-DENTIMPLANT; DENTAL CLINIC NGM INNOVATION DENTAL

The aim of our research was to detect the frequency of oral manifestations among the new revealed HIV-infected persons in 2013-2015. For this we studied the data from the center of AIDS, according to the testimony we studied those patients who needed stationary treatment and we got these results:

In 2013 out of 490 new cases the presence of specific oral manifestations was found in 253(51.63 0.796%) patients. From whom we investigated 69 (27.270.61%) people. 45(65.220.45%) of them had oral candidiasis and 34(49.270.45%) disorders were caused by herpes-virus. In 2014 were revealed 564 new cases and the number of differ-

ent concurrent intraoral lesions were found in 295(52.300.82%) patients. We investigated from them 146(49.490.66%) people and the result was next: 98 (67.120.32%) were different kinds of oral candidiasis and 54 (36.990.32%) diseases - caused by herpes-virus. In 2015 out of 717 new cases the HIV-associated oral manifestations were found in 381(53.130.86%) patients. We investigated 184(48.290.73%) people and as a result - 118(64.130.46%) cases of them were oral candidiasis and 67(36.410.32%) were diseases caused by herpes-virus.

According to the study it is obvious, that HIV-associated oral manifestations are met quite often among the HIV/AIDS patients. It is very important to know specifications of these disorders, to make some right investigations and correct diagnosis in all situations, especially when it takes place HIV-associated oral lesions. Dentists should take in account the importance of instant diagnostic of oral manifestations in HIV/AIDS patients.

გამყრელიძე ნ., პეტრიაშვილი თ., პავლიაშვილი ნ.,
ნამორაძე მ., ოთარაშვილი რ.

მიკროციტოპლაზმის ცვლილებები კრამ-სინდრომის დროს

თსსუ, ანთოფიზიოლოგიის დეპარტამენტი

ბოლო პერიოდში მსოფლიოში დაფიქსირებული მრავალი ბუნებრივი და ტექნოგენური კატასტროფის გამო, კრამ-სინდრომი (კს) ტრავმული დაზიანების გავრცელებული ფორმა გახდა. მისი განვითარების მიზეზი რბილ ქსოვილებზე მძიმე საგნების ზენოლა (შენობის ნანგრევები და ა.შ.), რომელიც რაბდომიოლიზს იწვევს. მას, ასევე, ხანგრძლივი ზენოლის სინდრომს უწოდებენ. ეს არა მხოლოდ მისიერ

ოყენებით.

ვირთაგვის წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის არტერიოლების კედლის სტრუქტურების ფუნქციური მდგომარეობა შევისწავლეთ ფარმაკოლოგიური ანალიზის მეშვეობით, რისთვისაც ვიყენებდით ადრენალინს, α —ადრენობლოკატორ დიჰიდროერგოტამინს, β-ადრენობლოკატორ ობზიდანს.

კვლევის შედეგები სტატისტიკურად დამუშავდა სტიუდენტის t კრიტერიუმის გამოყენებით. ცხრილებში მოყვანილია მხოლოდ სტატისტიკურად სარწმუნო მონაცემები.

კვლევის შედეგები. ჩვეულებრივ, ვირთაგვის ჯორჯლის არტერიოლებში სისხლის მიმოქცევა იმდენად სწრაფია, რომ ცალკეული ერითროციტების კონტურების გარჩევა და მათი გადათავსების სიჩქარის განსაზღვრა პრაქტიკულად შეუძლებელია. კს-ის დროს სისხლის დინება იმდენად ნელდება, რომ შესაძლებელი ხდება აღნიშნული მაჩვენებლის განსაზღვრა, რაც ასახულია №1 ცხრილში.

როგორც ჩვენს მიერ მიღებული შედეგებიდან ჩანს, მოძრავი ერითროციტების გადათავსების წრფივი სიჩქარე კს-ის დროს სტატისტიკურად სარწმუნოდ მცირდება. აღსანიშნავია, რომ ეს მაჩვენებელი კომპრესიის, განსაკუთრებით კი დეკომპრესიის პერიოდის ზრდასთან ერთად პროგრესულად უარესდება.

ცხრილი №1

კს-ის დროს ვირთაგვის ჯორჯლის არტერიოლებში სისხლის ნაკადთან ერთად მოქრავი ერითროციტების გადათავსების წრფივი სიჩქარე(მმ/წმ)

კრამ-სინდრომის რეჟიმი	სისხლის ნაკადის წრფივი სიჩქარე (მმ/წმ)
3 საათიანი კომპრესია	1,1 ± 0,05
6 საათიანი კომპრესია	0,7 ± 0,07
3 საათიანი კომპრესია + 1სთ დეკომპრესია	0,7 ± 0,04
6 საათიანი კომპრესია + 6სთ დეკომპრესია	0,4 ± 0,02

სარჩევი

- ◆ ადამია ნ., ჩხაიძე ი., უბირია ი., ყორჟოლიანი ლ., ქარსელაძე რ., საგინაძე ლ.- ალერგიული რინიტით დაავადებულ მოზარდთა ფსიქოემოციური თავისებურებები.....3
- ◆ აზმაიფარაშვილი გ., თომაძე გ., მეგრელაძე ა. - მოკლე ნაწლავის სინდრომის იშვიათი შემთხვევა (შემთხვევის აღწერა).....6
- ◆ აწყვერელი ლ., ბრეგაძე ო., ჭუჭულაშვილი ნ. - ცხვირის ზურგის რეკონსტრუქცია ძვლოვანი ცემენტის — „Surgical Simplex P” გამოყენებით.....8
- ◆ აწყვერელი ლ., სეხნიაშვილი ნ., ბიბიჩაძე მ., კეპულაძე მ.- პირის კარიბჭის რბილი ქსოვილების ნაწიბუროვანი დეფორმაციის კორექცია ვესტიბულოპლასტიკის ორიგინალური მეთოდის გამოყენებით.....10
- ◆ ბარამიძე ქ., ჩიკვილაძე თ., მეგრელი ნ., ნამგალაძე შ., ჯორჯიკია მ.- ულტრაიისფერი სპექტროფოტომეტრული მეთოდის ვალიდაცია სუპოზიტორიებში დიკლოფენაკ ნატრიუმის რაოდენობრივი განსაზღვრისათვის.....13
- ◆ ბარამიძე ქ., ჩიკვილაძე თ., ტეფნაძე ლ., კობერიძე ნ., ჯორჯიკია მ.- მაღალი წნევის სითხოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდის ვალიდაცია კაფსულებში ფლუკონაზოლის რაოდენობრივი განსაზღვრისათვის15
- ◆ ბორჯაძე მ., ჯაში ლ., გოგიშვილი ხ. - დერმატოზების გამოვლინება პირის ღრუში და მათი კლინიკურ-პისტოლოგიური კორელაციები17
- ◆ ბუნიაშვილი ე., აბაშიძე ნ., ცინცაძე მ., ჯაში ლ.- აივ/შიდსთან ასოცირებული პირის ღრუს დაავადებების სტატისტიკა საქართველოში 2013-2015 წლებში.....19
- ◆ გამყრელიძე ნ., პეტრიაშვილი თ., პავლიაშვილი ნ., ნამორაძე მ., ოთარაშვილი რ. - მიკროცირკულაციის ცვლილებები კრამ-სინდრომის დროს.....22
- ◆ გვენეტაძე ზ., ლავგილავა გ., გვენეტაძე გ., ტორაძე გ., დვევიძე ი.- ყბა-სახის მიდამოს ცეცხლნასროლი დაზიანებანი მშვიდობიანობის დროს.....24
- ◆ გვილავა ი., ორმოცაძე გ., კიპაროიძე ს., გიორგობიანი მ., ხანიკიძე თ.- ციტრუსების პოლიმეტოქსილირებული ფლავანოიდების ანტიოქსიდანტური აქტივობა.....26
- ◆ გოგატიშვილი ნ., ედიბერიძე თ., მეტრეველი მ., ხაჭაპურიძე ნ., კასრაძე ს.- მუცლადყოფნის პერიოდში ანტიეპილეფსიური მედიკამენტების ზემოქმედების ქვეშ მყოფი ბავშვების ნეიროგანვითარებითი დარღვევები (სამეცნიერო მიმოხილვა).....28
- ◆ გოგებაშვილი ნ., ივერიელი მ., გოგიშვილი ხ.- თავისუფალრადიკალური ფანგვითი პროცესები პაროდონტიტის დროს.....30
- ◆ გოგოტიშვილი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ.- ლაზოლექსის გამოყენება ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტის კომპლექსურ მკურნალობაში.....32
- ◆ Gongadze N, Gabunia L, Mirziashvili M., Gvishiani M., Archvadze A.- SOLUBLE EPOXIDE HYDROLASE AS A NEW TARGET FOR THERAPEUTIC INTERVENTION.....34
- ◆ გორგასლიძე ნ., გეთია მ.- სტომატოლოგიაში გამოყენებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური საშუალებების მარკეტინგული კვლევა საქართველოს ფარმაცევტულ ბაზარზე.....37
- ◆ დარსანია თ., ზარნაძე შ., ზარნაძე ი., ყურაშვილი ბ.- იმუნოდეფიციტის პრობლემების ზოგიერთი ასპექტი და მისი პროფილაქტიკის სტრატეგია.....39
- ◆ დარსანია თ., ზარნაძე შ., ზარნაძე ი., მურჯიკელი ქ.- კლიმატის გლობალური ცვლილებები და კვებითი ქცევის ასპექტები დედოფლისწყაროს მუნიციპალიტეტის მაგალითზე.....41
- ◆ დევდარიანი თ., მანჯავიძე ნ., ქევანიშვილი ზ.- სენსონერული სმენადაქვეითებული ბავშვების შემეცნებითი სფერო სასმენი აპარატის მოხმარების დროს.....43
- ◆ დულაშვილი ნ., კვიციანიძე ნ., ზარქუა თ., ნემსინვერიძე ნ., გოგიბერიძე ხ.- ფარმაცევტის სამუშაო დრო და შრომის სამართლიანი ანაზღაურების ფორმები აფთიაქებში.....46

- ♦ ვაშაკიძე ე., იმნაძე თ.- *HCV* ინფექციით ინფიცირებული პაციენტების მკურნალობა კომბინირებული ანტივირუსული პრეპარატებით პეგფერონით (პეგილირებული ინტერფერონი α_2 -ა) და რებეტოლით (რიბავირინი).....49
- ♦ ვაშაკიძე ე., მიქაძე ი., პაჭკორია ე. - მწვავე C ჰეპატიტის კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური დახასიათება.....51
- ♦ ვაშაკიძე ე., მეგრელიშვილი თ., გეგეშიძე თ., პაჭკორია ე.- ენფინ - ფორტეს ეფექტურობა პანკრეასის ეგზოკრინული უკმარისობის დროს.....53
- ♦ ვეფხვაძე ნ., ჩოკოშვილი ო., ხორბალაძე მ., ცხოვრებაძე ნ., ქოჩორაძე თ.- ბაქტერიული ეტიოლოგიის საკვებისმიერი ტოქსიკოინფექციების გავრცელების თავისებურებები და პრევენციის შესაძლებლობები საქართველოში.....55
- ♦ ზარქუა თ., ჭუმბურიძე თ., დულაშვილი ნ., ნემსინვერიძე ნ., გაფრინდაშვილი ს.- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატის ნუროფენის (იბუპროფენის) მარკეტინგული ანალიზი.....57
- ♦ თავზარაშვილი ი., ბექაური ლ., გვაზავა ნ., ჩიხლაძე რ.- ძვლის ცისტების კლინიკურ-მორფოლოგიური ფორმები.....60
- ♦ თოღაძე ხ., ზაქარაია მ., ლეჟავა გ. - ტრანსკრანიული მაგნიტური სტიმულაციის გავლენა წამალდამოკიდებული პაციენტების მკურნალობაზე ელექტროფიზიოლოგიური მაჩვენებლების მიხედვით62
- ♦ თომაძე გ., მეგრელაძე ა., აზმაიფარაშვილი გ., სესიტაშვილი თ., დანელია გ. - ვენტრალურ თიაქარში ღვიძლის ჩაჭედვის იშვიათი შემთხვევა (შემთხვევის აღწერა).....65
- ♦ ივერიელი მ., ჯანაშვილი თ.- ქრონიკული მორეციდივე აფთოზური სტომატიტი —უახლესი მონაცემები დაავადების ფორმების, გავრცელების და შეხვედრის სიხშირის შესახებ (სამეცნიერო მიმოხილვა).....67
- ♦ კანდელაკი დ., კუტალია დ., ჩიხლაძე რ.- სასახსრე ხრტილში სისხლის მიღების ინვაზიის როლი ოსტეოართრიტის პათოგენეზში.....69
- ♦ კიკალიშვილი ბ., სულაქველიძე ც., ვანაძე ნ., მალანია მ., ტურაბელიძე დ.- საქართველოში მოზარდი ალკოლიდემცველი ზოგიერთი მცენარის ლიპიდები (სამეცნიერო შეტყობინება)71
- ♦ კორსანტია ნ., მამალაძე მ., ხუხუნიანიშვილი ნ.- ადამიანური ხიდისებური კონსტრუქციის მოდიფიცირებული ვერსია - კლინიკური შემთხვევის აღწერა (შემთხვევის აღწერა).....73
- ♦ კუნჭულია ლ., მურთაზაშვილი თ., გაბუნია ქ., იმნაძე ნ., ჯოხაძე მ.- ქართული დინდგელის ზოგიერთი ნიმუშის ანტიოქსიდანტური ეფექტურობის შესწავლა.....75
- ♦ ლავგილავა გ., გვენეტაძე ზ., გვენეტაძე გ., ტორაძე გ., დვიძე ი.- ქალა-სახის შერწყმული ტრავმების დროს ტიტანის ფირფიტების და ბადის გამოყენება სახის ზედა და შუა ზონების დაზიანებების ქირურგიულ მკურნალობაში.....78
- ♦ ლომთაძე ლ., ჯოხაძე მ., ბერაშვილი დ., ბაკურიძე ლ., ბაკურიძე ა.- ევკალიპტის ტაბლეტებსა და პასტილებში ეთერზეთების შემცველობის განსაზღვრა შენახვისას მათი შენარჩუნების დადგენის მიზნით.....80
- ♦ მამალაძე თ., ვაშაკიძე ლ., მჭედლიშვილი ნ., ნანავა უ., ლომთაძე ნ.- ბრონქული ლავაჟის სითხეში მრავალბირთვიანი მაკროფაგების აღმოჩენის დიაგნოსტიკური ღირებულება ფილტვის ტუბერკულოზის მგბ უარყოფითი შემთხვევებისათვის.....83
- ♦ მებონია ნ., ყიფილაშვილი ს., კაკაურიძე მ., ტრაპაიძე დ., კვანჭახაძე რ.- არტერიული წნევის სკრინინგი თბილისის ნაძალადევის რაიონის სკოლების პედაგოგთა შორის.....84
- ♦ მეგრელაძე ა., თომაძე გ., აზმაიფარაშვილი გ., არღია ე.- წვრილი ნაწლავის პერფორაციის შემთხვევა (შემთხვევის აღწერა).....87
- ♦ მირველაშვილი ე., ბარამიძე ლ., კიკაჩიშვილი ე., დგებუაძე ი., კვიციანაძე ნ.- პიოდერმიტების ეტიოლოგიური სტრუქტურის შესწავლა ბაქტერიოლოგიური კვლევების თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით.....89
- ♦ მღებრიშვილი ს., სვანიშვილი ა., ნაკაშიძე გ., ყიფიანი ნ., ბარბაქაძე ი.- პირის ღრუს დეფექტების რეაბილიტაცია ორთოპედული სტომატოლოგიაში შაქრიანი დიაბეტის დროს.....91
- ♦ მჭედლიშვილი ი., დიღებუაშვილი ც., გელენიძე მ., კაციტაძე დ., გელოვანი დ.- წითელას საწინააღმდეგო აცრები თბილისში.....93

◆ მჭედლიშვილი ი., მამუჩიშვილი ნ.- ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები საქართველოში.....95

◆ ნემსინვერიძე ნ., ჭუმბურიძე თ., ზარქუა თ., დულაშვილი ნ., ერიაშვილი ვ.- საქართველოს ფარმაცევტული ბაზრის მდგომარეობის შეფასება ფარმაცევტების თვალთახედვით.....97

◆ რუსიძე მ., თავზარაშვილი ი.- ეროზიულ ვასტრიტთან ასოცირებული კუჭის პანკრეასული აცინურუფრედოვანი მეტაბოლიზის შემთხვევა (შემთხვევის აღწერა).....99

◆ სააკაშვილი ნ., ჭაბაშვილი ი., ჩილინგარიშვილი თ.- კურორტის პირობებში მინერალური წყლის „ლაშიჭალას“ სამკურნალო თვისებების შესწავლა სანალვლე გზების დისკინეზიების დროს.....102

◆ სულაბერიძე გ., ოკუჯავა მ., ლილუაშვილი კ., ლონლაძე მ., პაჭკორია ქ., ტულუში მ.- თბილისის მოზრდილი მოსახლეობის მიერ საკვები პროდუქტების სხვადასხვა ჯგუფის მოხმარების სიხშირე.....104

◆ Tabatadze T., Kherkheulidze M., Chkhaidze I., Ivanashvili T., Kandelaki E.- INFLUENCE OF MICROELEMENTS MISBALANCE ON CHILDREN'S BEHAVIORAL PROBLEMS.....106

◆ ტაბიძე ბ., ტაბაბაძე ნ., გეთია მ., მშვილდაძე ვ., დეკანოსიძე გ.- ყოჩივარადას ტუბერების ტრიტერპენული საპონინების გასუფთავებული ჯამის სტანდარტიზაცია.....109

◆ ურუშაძე ო., მთვარაძე ა., ნემსაძე გ., თორთლაძე ი.- მექანიკური სიყვითლით გართულებული ავთვისებიანი გენეზის სიმსივნეების კოლანგიოსემოტიკა.....110

◆ ურუშაძე ო., მთვარაძე ა., ნემსაძე გ., ლიპარტელიანი ნ.- მრავალშრიანი სპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფია, როგორც მენჯის ძვლებისა და ორგანოების დაზიანების გამოვლენისა და ადეკვატური მკურნალობის დაგეგმვის გადაწყვეტი მეთოდი.....113

◆ ფრუიძე ნ., ხეცურიანი რ., შუკაკიძე ა., მამარდაშვილი ნ., სანიკიძე თ.- ასაკი და ერიტროციტების სიცოცხლისუნარიანობა.....120

◆ ქაჯაია თ., ჭელიძე კ., ახალკაცი ვ., კახაბრიშვილი ზ., მასხულია ლ.- ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული გადაძაბვის და გადაწურვის გამოვლენა მაღალი კვალიფიკაციის სპორტსმენებში (საქართველო) დიაგნოსტიკის თანამედროვე კრიტერიუმების გამოყენებით.....122

◆ ქურდაძე ე., ლომუანიძე ნ., კობიძე თ., ჭავჭავაძე ნ., თოფურია დ.- კოლხიციხით მწვავე მოწამვლის შემთხვევა საქართველოში (შემთხვევის აღწერა).....125

◆ ღვინერია ი., ყურული მ., გაბრიაძე ნ., ბაქრაძე ლ., ონიანი თ.- მიდგომები აზბესტის ზემოქმედების რისკის შესაფასებლად საქართველოში (სამეცნიერო შეტყობინება).....128

◆ ლონლაძე მ., ანთელავა ნ., ოკუჯავა მ., პაჭკორია ქ.- აცეტამინოფენის საინექციო ფორმით გამოწვეული მწვავე შეპატივის ექსპერიმენტული მოდელის შემუშავება თავგებში.....131

◆ შურდულაია მ., კუნჭულია ლ.ა., ბარამიძე ქ., იმნაძე ნ., ლევიშვილი ნ.- "მექსიბათის" ტაბლეტების *in vitro* ბიოქვივალენტობის შესწავლა ხსნადობის ტესტით.....133

◆ ჩიკვილაძე დ., გაჩეჩილაძე ხ., მიქელაძე მ., მეტრეველი დ.- კოლიფორმული შტამების ანტიბიოტიკორეზისტენტობის პროფილები.....135

◆ ჩიკვილაძე თ., ჭინჭარაძე დ., ჯორჯიკია მ., ოთარაშვილი თ., იორამაშვილი ჰ.- ლიზინოპრილის შემცველი პრეპარატის, ლიზინოკორისა და მისი ანალოგის — ზესტრილის *in vitro* გამოთავისუფლების შედარება.....137

◆ ცისკარიშვილი ნ.ვ., კაციტაძე ა., ცისკარიშვილი ნ.ი., ცისკარიშვილი ც., ჭითანავა ლ.- UVB-311 დერმატოზთა ფოტოთერაპიის პერსპექტივა (სამეცნიერო მიმოხილვა).....141

◆ ცხვედიანი ნ., ციბაძე ა., ჩიკვაიძე ე., კვაჭაძე ი., ზუციშვილი ლ.- სხვადასხვა ფერის თმის ელექტრონულ-პარამაგნიტურ რეზონანსული სპექტრის თავისებურებები.....144

◆ ხუნაშვილი ნ., კვერენჩილაძე რ., ბაქრაძე ლ., კვერენჩილაძე გ., ციმაკურიძე მათა- თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა შრომის პირობების ჰიგიენური მახასიათებლები.....145

◆ ჯავახაძე რ., კვერენჩილაძე რ., ჩიქოვანი ა., არაბიძე მ., ქვათაძე მ.- დასაქმებულთა და დასახლებების მცხოვრებთა ხმაურითა და ეიზრაციით განპირობებული ზიანისგან დაცვის უზრუნველყოფის ტექნიკური რეგლამენტების შემუშავების შესახებ (სამეცნიერო შეტყობინება).....148

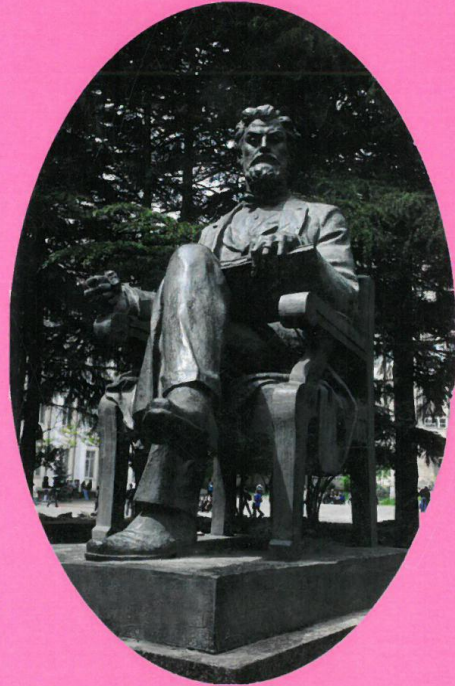
- ♦ ჯანჯალაშვილი თ., ივერიელი მ.- *Vector*-სისტემის მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება ლაბორატორიული მეთოდით.....150
- ♦ ჯაში ლ., აბაშიძე ნ., გოგებაშვილი ნ.- სხვადასხვა მიკროორგანიზმების მიმართ ანტიგენრეაქტიული იმუნური ლიმფოციტების კლონის ცვლილებები პაროდონტიტის დროს.....153
- ♦ ჯოხაძე მ., თუმურაშვილი პ., მურთაზაშვილი თ., იმნაძე ნ., სივსივაძე კ.- სინთეზური კანაბინოიდების *JWH-018* და *JWH-073* მეტაბოლიტების ანალიზი ბიოლოგიურ ობიექტში ქრომატო-მასსპექტრომეტრიული (*LC-MS/MS*) მეთოდით.....155
- ♦ ჯოხაძე მ., თუმურაშვილი პ., მურთაზაშვილი თ., იმნაძე ნ., სივსივაძე კ.- ტეტრაჰიდროკანაბინოლის და 11-ნორ-ტეტრაჰიდროქსიკარბომფავას ანალიზი ბიოლოგიურ ობიექტში ქრომატო-მასსპექტრომეტრიული (*GC/MS*) მეთოდით.....157

თბილისის
სახელმწიფო
სამედიცინო
უნივერსიტეტი



სამედიცინო ურომათა კრეპული

TBILISI STATE
MEDICAL UNIVERSITY



COLLECTION OF
SCIENTIFIC WORKS

ტომი 50 2016

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY



სამეცნიერო შრომათა კრებული
COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS

ტომი 50

თბილისი 2016 TBILISI

შპს 378.4(479.22)(066)
ISSN 1987-8990

სარედაქციო კოლეგია:

ზურაბ ვადაჭკორია (მთავარი რედაქტორი), ხათუნა თოდაძე (მთავარი რედაქტორის მოადგილე), მარინა ციმაკურიძე (პასუხისმგებელი მდივანი), ზურაბ ორჯონიკიძე, რიმა ბერიაშვილი, ირინე კვაჭაძე, ნინო ვეფხვაძე.

სარედაქციო საბჭო:

დალი ბერაშვილი, დავით გელოვანი, ზაზა დემეტრაშვილი, მაია ოკუჯავა, გაიანე სიმონია, ლელა მასხულია, ივანე ჩხაიძე.

გამოცემის ტექნიკური უზრუნველყოფის ჯგუფი:

ირმა მარგიშვილი, ცირა ქვარცხავა, სალომე ვორონოვა.

Editorial Board:

Zurab Vadachkoria (Editor in Chief), Khatuna Todadze (Vice Editor in Chief), Marina Tsimakuridze (Scientific Secretary), Zurab Orjonikidze, Rima Beriashvili, Irine Kvachadze, Nino Vepkhvadze.

Editorial Committee:

Dali Berashvili, David Gelovani, Zaza Demetrashvili, Nestan Merkviladze, Maia Okujava, Gaiane Simonia, Lela Maskhulia, Ivane Chkhaidze.

Technical Support Group:

Irma Margishvili, Tsira Kvartskhava, Salome Voronova.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
0186, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ.,33
www.tsmu.edu

სტატიების ილუსტრაციების ელექტრონული ფორმით მოძიება შესაძლებელია
საინფორმაციო - საგამომცემლო სამსახურში, ტელ. (+995 32) 2542468

Tbilisi State Medical University
33 Vazha-Pshavela Ave, Tbilisi, 0186, Georgia
www.tsmu.edu

Illustrations of the articles in electronic form are available at
information-publishing service, Tel. (+995 32) 2542468

ские проблемы мониторинга мелкодисперсных частиц в атмосферном воздухе населенных мест. // Гигиена и санитария. _ 2016. _ #10. _ С. 980-985.

6. Куркатов С. В., Тихонова И. В., Иванова О. Ю. Оценка Риска воздействия атмосферных загрязнений на здоровье населения г. Норильска. // Гигиена и санитария. _ 2016. _ #2. _ С. 28-31.

7. Маснаниева Л. Б., Ефимова Н. В., Кудаева И. В. Индивидуальные риски здоровью подростков, обусловленные загрязнением воздушной среды, и их связь с уровнями специфических аутоантител. // Гигиена и санитария. _ 2016. _ #8. _ С. 738-742.

8. Прусакова А. В., Прусаков В. М. Методический комплекс для оценки неинфекционной заболеваемости и медико-экологической ситуации на территории. // Гигиена и санитария. _ 2016. _ #9. _ С. 811-817.

9. Рахманин Ю. А. Актуализация методологических проблем химического загрязнения окружающей среды. // Гигиена и санитария. _ 2016. _ #8. _ С. 701-707.

10. Ревич Б. А., Шапошников Д. А., Авалиани С. Л., Рубинштейн К. Г., Емелина С. В., Ширяев М. В., Семутникова Е. Г., Захарова П. В., Кислова О. Ю. Оценка опасности для здоровья населения Москвы высокой температуры и загрязнения атмосферного воздуха. // Гигиена и санитария. _ 2016. _ #1. _ С. 36-40.

11. Савилов Е. Д., Анганова Е. В., Ильна С. В., Степаненко Л. А. Техногенное загрязнение окружающей среды и здоровье населения: Анализ ситуации и прогноз. // Гигиена и санитария. _ 2016. _ #6. _ С. 507-512.

12. Science year 1997. A review of Science and Technology. World Book. Inc a Scott Fetzer company Chicago. London . Sidney. Toronto.

Bezarashvili S., Kverenchkhiladze R., Arabidze M., Kverenchkhiladze G.

PECULIARITIES OF AIR POLLUTION TERRITORIAL DISTRIBUTION IN TBILISI

TSMU, DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH AND OCCUPATIONAL MEDICINE

The study on the air pollution territorial distribution in Tbilisi has been conducted. For this study, the data, obtained from the installed auto-monitoring points in 2015 by National Environmental Agency of the Ministry of Environment Protection and Natural Resources of Georgia, was used. The obtained results were compared with the data of previous years taken from the auto-monitoring points. The composition of the air components in the studied areas was characterized by low content. In main case their content was less than maximum permissible concentration (MPC). Relative-

ly high concentrations of all components were found in Tsereteli ave; middle position was taken by the data obtained from Kazbegi Avenue while the lowest concentrations were revealed in Varketili region. 10.4 times less pollutant (dust) concentration was detected in the current study compared to data obtained from automatic monitoring points. Air monitoring system of Tbilisi still remains unsatisfactory. The installation of modern precise measuring equipment in key monitoring areas of the city, allowing us to take objective data on air pollution, would be necessary.

ბუზნიკაშვილი ე., აბაშიძე ნ., ცინცაძე მ., ივერიელი მ., გოგიშვილი ს.

აივ/შიდსთან ასოცირებული პირის ღრუს ღორღოვანის დაავადებათა გამომწვევების თავისებურებანი და სტატისტიკური მონაცემები 2016 წელს საქართველოში

თსუ, პაროდონტისა და ღორღოვანის დაავადებათა დაპარტამენტი; ინჟინერი პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრი; ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი "HBI-dentImplant"

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით აივ/შიდსის პანდემიის დაწყებიდან 2016 წლამდე მსოფლიოში სულ დაინფიცირდა 70 მლნ-ზე მეტი ადამიანი. მათგან დაახლოებით 35 მლნ (29.6 მლნ — 40.8 მლნ) გარდაიცვალა შიდსთან ასოცირებული სხვადასხვა დაავადებით. 2016 წლისთვის აივ ინფიცირების შემთხვევათა რაოდენობამ 36.7 მლნ-ს მიაღწია. კვლევებით დადგენილია ის ფაქტიც, რომ ეს მონაცემი აივ ინფიცირებულთა სრული რაოდენობის მხოლოდ 60%-ია, ხოლო დანარჩენმა 40%-მა, რომელთა რაოდენობა საშუალოდ 14 მლნ-ზე მეტს შეადგენს, ჯერ კიდევ არ იცის საკუთარი აივ სეროპოზიტიურობის შესახებ (1,6,7).

ამასთან, აღსანიშნავია ისიც, რომ მსოფლიოში აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა რაოდენობა სტაბილურად მცირდება, მაგრამ ეს არ ეხება ყველა რეგიონს. აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში კვლავ შეინიშნება აივ-ის გავრცელების მაღალი ტემპი. აივ-ის გავრცელების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია ამ რეგიონის ორ ქვეყანაში - რუსეთის ფედერაციასა და უკრაინაში, სადაც აივ-ის ახალ შემთხვევათა 90%-ზე მეტი მოდის (4,5).

ყოველწლიურად სტაბილურად მცირდება შიდსთან ასოცირებული სიკვდილიანობაც, თუმცა არა ზემოაღნიშნულ რეგიონში, სადაც ჯერ კიდევ მატებაა ამ მხრივაც. ზოგადად კი, სიკვდილიანობის კლება განპირობებულია ანტირეტროვირუსული (არვ) თერაპიის, ტესტირების და მხარდაჭერის პროგრამების გაფართოებით, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო განვითარების ქვეყნებში (2,3).

მსოფლიო სტატისტიკით, საქართველო მიეკუთვნება დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს, რადგან

დღეისათვის რეგისტრირებულია 6200-მდე შემთხვევა. მაგრამ შიდსის პანდემიის გავრცელების თავისებურებიდან გამომდინარე, ჩვენს ქვეყანაში, სავარაუდოდ, ინფიცირებულთა რაოდენობა გაცილებით მაღალია და, ექსპერტთა გათვლებით, დაახლოებით 10000-ს შეადგენს. ეს კი ჩვენი მცირერიცხოვანი ქვეყნისთვის საკმაოდ სოლიდური რიცხვია. ამის გარდა, გასათვალისწინებელია ქვეყნის გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა და მეზობელ ქვეყნებში ამ დაავადების მაღალი პრევალენტობა (1,7).

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შიდსის პროგრამის UNAIDS-ის მიერ შემუშავებულია აივ/შიდსთან ბრძოლის სტრატეგია, "90-90-90" გათვლილი 2020 წლისთვის, ხოლო 2030 წლისთვის იგეგმება დაავადების სრული დამარცხება. აღნიშნული სტრატეგია ნიშნავს, რომ 2020 წლისთვის მიღწეულ უნდა იქნეს შემდეგი შედეგები (5,6):

1. აივ ინფიცირებულ პირთა 90%-ით გამოვლენა;
2. გამოვლენილ პაციენტთა 90%-ის ჩართულობა არე მკურნალობის პროგრამაში;
3. მკურნალობაზე მყოფი ავადმყოფების 90%-ში ვირუსის კონცენტრაცია უნდა იყოს არაგანსაზღვრადი (ანუ პრაქტიკულად 0-ის ტოლი) (5).

აღსანიშნავია, რომ მოცემული სტრატეგიის მიხედვით, დღეისათვის საქართველოში გამოვლენილია აივ ინფექციის შემთხვევათა მხოლოდ 51%; მათგან არე მკურნალობაზეა 32% და ვირუსი არაგანსაზღვრადი 27%-ში. აქედან კარგად ჩანს საქართველოში ჩასატარებელი სამუშაოს მასშტაბურობა, რაშიც მნიშვნელოვანი წვლილი შეუძლია შეიტანონ ექიმ-სტომატოლოგებმა, განსაკუთრებით დაავადების დროულად გამოვლენის კუთხით (6).

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო საქართველოში გამოვლენილ აივ-ინფიცირებულ პაციენტთა შორის აივ-ასოცირებული ორალური მანიფესტაციების გამოვლენების სიხშირის და სპეციფიკურობის დადგენა.

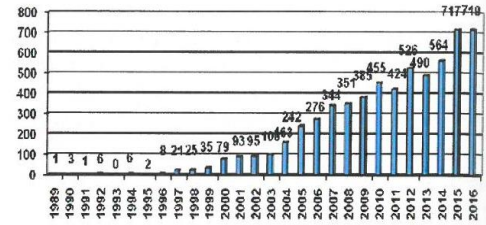
ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევა ანალიტიკური ტიპისაა, რადგან ის მოიცავს ორზე მეტი ცვლადის ასოციაციას. კვლევის სუბიექტს წარმოადგენდნენ შიდსის ცენტრში რეგისტრირებული პაციენტები. კერძოდ, ჩვენ განვიხილეთ 2016 წელს გამოვლენილი აივ ინფიცირების ყველა ახალი შემთხვევა, რომელიც დაფიქსირდა აღნიშნული ცენტრის პაციენტთა მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში. თითოეული ახალი გამოვლენება შევისწავლეთ ჩვენს მიერ შერჩეული მაჩვენებლებისა და მონაცემების მიხედვით. მიღებული მასალა სტატისტიკურად დავამუშავეთ პროგრამული პაკეტის SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) გამოყენებით.

საქართველოში, 2016 წლის 31 დეკემბრის მონაცემით, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრში სულ რეგისტრირებული იყო 6131 აივ ინფიცირებული პირი, აქედან:

- მამაკაცი — 4553(74.26% ± 0.58),
- ქალი — 1578(25.74%±1.7) (6.7).

წლების მიხედვით აივ/შიდსის ახალ შემთხვევათა სტატისტიკური ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საქართველოში ისევე, როგორც აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში, მიუხედავად მრავალი პრევენციული თუ

სამკურნალო ეფექტური ღონისძიებისა, მაინც აღინიშნება ამ დაავადების სტაბილური მატება (დიაგრამა 1).

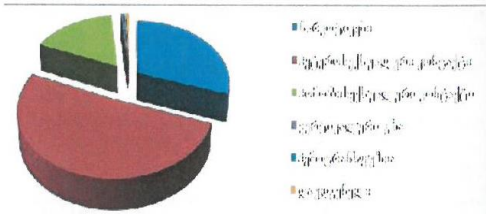


დიაგრამა 1. საქართველოში აივ/შიდსის ახალ შემთხვევათა ანალიზი წლების მიხედვით

რეგისტრირებულ 6131 სეროპოზიტიურ პირს შორის შიდსი განვითარდა 3222 (52.55%±0.95) შემთხვევაში, ხოლო გარდაიცვალა — 1241 (20.24%±1.99). ამავდროულად 3638 (59.34%±0.83) პაციენტი ჩართულია არე მკურნალობის უფასო პროგრამაში. აივ ინფიცირებულთა უმრავლესობა 29-დან 39 წლამდე ასაკისაა, ხოლო ბავშვებს შორის გამოვლენილია 46 აივ ინფექციის შემთხვევა.

მხოლოდ 2016 წელს დაფიქსირდა 719 ახალ შემთხვევა. აივ ინფექციის გადაცემის გზების სიხშირე ასეთია:

- ჰეტეროსექსუალური კონტაქტებით — 368 (51.18%±0.98),
- ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებით — 218 (30.32%±1.52),
- ჰომო-ბისექსუალური კონტაქტებით — 123 (17.11%±2.2),
- ვერტიკალური გზით - 4 (0.56%),
- ჰემოტრანსფუზიით - 2 (0.28),
- დაუდგენელი იყო — 5 (0.7%) (იხ. დიაგრამა 2).



დიაგრამა 2. აივ/შიდსის შემთხვევების განვითარების გზების სიხშირის მიხედვით

2016 წელს სულ გამოვლენილ 719 აივ ინფიცირებულ პაციენტს დაავადება აღენიშნა სხვადასხვა სტადიაზე:

- 11 (1,53%±8,02) პაციენტს დაუდგინდა მწვავე სტადია;
- 130 (18.08%±2.12) იყო ასიმპტომურ სტადიაზე;
- 361 (50,21%±0.996) შემთხვევა იყო სიმპტომური არა შიდსი;
- 214 (29,76%±1.54) პირს კი უკვე ჰქონდა განვითარებული შიდსი;

• 3 (0,42%) შემთხვევაში განისაზღვრა არა შიდსი/დაუზუსტებელი მდგომარეობა.

პაციენტების ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 55%, დაავადება გამოუვლინდა უკვე შორსნასულ სტადიაზე.

2016 წელს გამოვლენილი შემთხვევებიდან აივ-თან ასოცირებული პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადება დაუდგინდა 245 (34,07%±1,39) პაციენტს. შევისწავლეთ ორალური მანიფესტაციების სისხრის კორელაცია პაციენტთა იმუნური სტატუსთან. კვლევამ აჩვენა, რომ:

• იმ პაციენტთა შორის, რომელთა 1 მმ³ სისხლში T(CD4) ლიმფოციტის უჯრედები იყო 500-ზე მეტი, მანიფესტაციები პირის ღრუს ლორწოვანზე აღენიშნა მხოლოდ 21-ს (2,92%±5,8);

• მათგან, რომელთა სისხლშიც T(CD4) ლიმფოციტების მაჩვენებელი იყო 500-დან 200-მდე, გამოვლინებები პირის ღრუს ლორწოვანზე აღენიშნა 102 (41,6%±1,18) პირს.

• ხოლო მათ შორის, რომელთაც T(CD4) ლიმფოციტების მაჩვენებელი აღმოაჩნდათ 200-ზე ნაკლები ანუ გამოვლენა მოხდა შიდსის სტადიაზე, 122(49,8%±1,01) პაციენტს ჰქონდა სხვადასხვა სახის ორალური მანიფესტაცია.

თბილისის შიდსის ცენტრში შეირჩა აივ-ასოცირებული ორალური მანიფესტაციის მქონე 125 (51,02%±0,97) პაციენტი. მათ ჩავუტარეთ ლორწოვანზე გამოვლენილი პათოლოგიის სტომატოლოგიური გამოკვლევა და აღმოჩნდა, რომ 69 (55,2%±0,9) პაციენტს ჰქონდა სხვადასხვა სახის ორალური კანდიდოზი, 37-ს (25,52%±1,71) გამოუვლინდა ჰერპეს ვირუსებით გამოწვეული დაზიანებები, გინგივო-სტომატიტების შემთხვევა იყო 8(5,52%±4,13), ვერუკოზული ლეიკოპლაკია — 9 (6,21%±3,89), არა-ჰოჯკინის ლიმფომა და კაპოშის სარკომა კი წლის განმავლობაში მხოლოდ თითო (0,14%±26,7) პაციენტს აღენიშნა (იხ. ცხრილი 1).

ცხრილი 1. ორალური მანიფესტაციების სისხრივ

ორალური მანიფესტაციის სახეები	სიხშირე
კანდიდოზები	69 (55,2%±0,9)
ჰერპესვირუსები	37(25,52%±1,71)
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია	9(6,21%±3,89)
გინგივო-სტომატიტი	8(5,52%±4,13)
კაპოშის სარკომა	1 (0,14%)
არა-ჰოჯკინის ლიმფომა	1 (0,14%)

ამგვარად, ჩვენი კვლევის შედეგებით დადასტურდა, რომ აივ ინფექციასთან ასოცირებული ორალური მანიფესტაციები საკმაოდ ხშირია და, რომ ისინი ვლინდებიან აივ/შიდსის როგორც გვიან, ასევე დაავადების ადრეულ სტადიაზეც, თუმცა სხვადასხვა სიხშირით. ამასთან, ორალური მანიფესტაციის ნებისმიერი შემთხვევა არის ძალიან საყურადღებო. პირის ღრუს ლორწოვანზე გამოვლენილი ყველა სახის დაავადება შეიძლება წარმოადგენდეს აივ ინფექციის ინდიკატორს, მისი ადრეული გამოვლინების კლინიკურ ნიშანს, აივ-ის შიდსის სტადიაზე პროგრესირების პრედიქტორს და/ან პირობით პათოგენურ ინფექციების დეტერმინანტებს (2,3,7).

ამდენად, მათ დროულ დიაგნოსტიკას გააჩნია ძალიან დიდი მნიშვნელობა, რაშიც ექიმ-სტომატოლოგებსაც შეუძლიათ დიდი წვლილის შეტანა. დაავადების კლინიკური ნიშნების ადრეული ამოცნობა, დროულად დასმული დიაგნოზი და დანყებული მკურნალობა უდიდეს როლს ასრულებს პაციენტის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და სიცოცხლის გახანგრძლივების მხრივ, აგრეთვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კუთხით ენიჭება სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობა.

ლიტერატურა:

1. თ.ცერცვაძე, ფ.გაბუნია, მ.ცინცაძე, ო.ჩოკო-შვილი "აივ ინფექცია/შიდსი" 2013/2016.
2. Leão JC, Ribeiro CMB, Carvalho AAT, Frezzini C, Porter S. Oral complications of HIV disease. Clinics. 2009;64(5):459-70.
3. Maeve M. Coogan, John Greenspan, Stephen J. Challacombe "Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus" Bull World Health Organ. 2005 Sep;83(9):700-6. Epub 2005 Sep 30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16211162>
4. Hoffman; Rockstroh; HIV 2015; medizinFokus Verlag, HAMBURG; www.hivbook.com
5. <http://www.who.int/hiv/en/>
6. http://aidscenter.ge/epidsit_world_geo.html
7. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus Maeve M. Coogan,1 John Greenspan,2 & Stephen J. Challacombe3 Bulletin of the World Health Organization | September 2005, 83 (9) p.700-706.

Bukhnikashvili E., Abashidze N., Tsintsadze M., Ivereli M., Gogishvili Kh.

HIV/AIDS-RELATED ORAL MANIFESTATIONS AND THEIR STATISTICS IN GEORGIA 2016

TSMU, DEPARTMENT OF PERIODONTICS AND ORAL MUCOSA DISORDERS; INFECTIOUS DISEASES, AIDS AND CLINICAL IMMUNOLOGY RESEARCH CENTER; "HBI-DENTIMPLANT" GEORGIAN - GERMAN IMPLANTATION CENTER

The goal of our research was to determine the frequency of oral manifestations among the new revealed HIV-infected persons in 2016. For this we studied the database of the AIDS Center and we explored a certain group of patients with oral manifestations and carried out according to the dental examination. The results are:

In 2016 totally were found out 719 new cases of HIV infections in a various stages: 11 (1,53%±8,02%) were Acute stage, 130 (18,08%±2,12%) - Asymptomatic stage, 361 (50,21%±0,996%) – Symptomatic Non-AIDS, 214 (29,76%±1,54%) – AIDS, just 3 (0,42%±15,4%) – Non AIDS/

unknown state. Among of them HIV-associated oral manifestations were found in 245 (34.07%±1.39%) patients. We investigated 125 (51.02%±0.97%) cases and as a result: 69 (55.2%±0.9%) were oral candidiasis, 37 (25.52%±1.71%) manifestations were caused by herpes-virus. 9 (6.21%±3.89%) of them were oral hairy leukoplakia, 8 (5.52%±4.13%) - gingivitis and periodontitis, Non Hodgkin's lymphoma - just 1 (0.14%±26.7%) case and Kaposi's Sarcoma also 1 (0.14%±26.7%) in the year.

გამყრელიძე თ., თოღაძე ხ.

მეთაღონით ჩანაცვლებითი თერაპიის ეფექტურობის შეფასება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში

თსსუ, უსიჩიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის არაპენდენის ცენტრი

ოპიოიდური დამოკიდებულება მსოფლიო მასშტაბის ჯანმრთელობის პრობლემაა, რომელსაც უდიდესი ეკონომიკური, პიროვნული და სოციალური ზიანი მოაქვს. საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, ნარკოტიკული ნივთიერებების, მათ შორის, ოპიოიდების არასამედიცინო მოხმარების მკვეთრი მატება შეინიშნება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მონაცემებით, მსოფლიოში, 16

იმოქმედა ქვეყნის ნარკოსიტუაციაზე: მოკლე ხანში იოლად ხელმისაწვდომი გახდა და ნარკომომხმარებლებმა აქტიურად დაიწყეს კოლეინის შემცველი აბებისა და სხვადასხვა ტოქსიკური ინგრედიენტებისგან კუსტარულად დამზადებული ნივთიერების — „ნიანგის“ (დეზომორფინის) ინექცია. დეზომორფინი, მაღალი ტოქსიკურობის, მაღალი ადიქტიური პოტენციალისა და ხანმოკლე მოქმედებიდან გამომდინარე, ხშირი მოხმარების გამო, სხვა ტიპურ ოპიოიდებთან შედარებით, უფრო მაღალ სარისკო ქცევას განაპირობებს აივ/შიდსისა და ჰეპატიტების გავრცელების თვალსაზრისით [5,6,7]. მიუხედავად იმისა, რომ, დღეისათვის, აივ ინფექციის გავრცელება ნამალდამოკიდებულებში მხოლოდ 1-3%—ია, ამ პოპულაციაში ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარებლებისა და C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა მაღალი მაჩვენებელი (65%-80% სხვადასხვა კვლევების მიხედვით) შეიძლება გახდეს აივ ინფიცირების ზრდის მანიშნებელი [8]. შესაბამისად, ოპიოიდური ნამალდამოკიდებულების მკურნალობის მეთოდების გაუმჯობესება ძალზე აქტუალურია.

ოპიოიდური დამოკიდებულების მკურნალობის ფარმაკოლოგიურ მეთოდებში ძირითადად მიღებულია ალკეების მდგომარეობის მკურნალობა დეტოქსიკაციის მეთოდითა და ოპიოიდების აგონისტებით ჩანაცვლებითი თერაპიის მეშვეობით. დღეისათვის, ჯანმო—ს მიერ აგონისტებით ჩანაცვლებითი თერაპია მონოდებულება, როგორც ოპიოიდური დამოკიდებულების მართვის ერთერთი ყველაზე ეფექტური მეთოდი [1,3,4]. ჩანაცვლებითი

სარჩევი

- აბულაძე თ., დიდბარიძე თ., მკერვალიშვილი ზ., ქოჩიაშვილი გ., კვახაჯელიძე ვ.- მწვავე პარაპროქტიტის ქირურგიული და მიკრობიოლოგიური ასპექტები.....3
- აღმაია ნ., უორჟოლიანი ლ., უორჟოლიანი ც.- ჯანმრთელობის მდგომარეობის კომპლექსური შეფასება აჭარის რეგიონის უმცროსი სასკოლო ასაკის ბავშვთა პოპულაციაში.....6
- აზმაიფარაშვილი გ., თომაძე გ., მეგრელაძე ა., სესიტაშვილი თ.- ელენთის გიგანტური არაპარაზიტული კისტა (შემთხვევის აღწერა)10
- არჩვაძე ბ., ბერიშვილი კ., ლომსაძე გ.- კუჭის პროქსიმალური რეზექციის ტექნიკური საკითხები..... 12
- არჩვაძე ბ., ბერიშვილი კ., ასანიძე ს., ლომსაძე გ.- რადიკალური დუოდენოპლასტიკა წყლულოვანი სტენოზის მკურნალობაში.....14
- არჩვაძე ბ., ჭანუყვაძე ი., საბაშვილი გ., ხვიტია ნ., ასათიანი ე.- ლვიძლის დიდი და გიგანტური ექინოკოკური კისტის მკურნალობის შესახებ.....16
- არჩვაძე ვ., ჭანუყვაძე ი., ჯიქია დ. კაკიშვილი გ., მერაბიშვილი გ.- საზარდულის თიაქრის ღია პროთეზირებადი პლასტიკა არჩვაძის მე-2 წესით.....18
- ასათიანი ნ., ზაქარაია მ., თოდაძე ხ.- ეფედრონის ტიპის კუსტარულად დამზადებული ფსიქოსტიმულატორების მომხმარებლების მკურნალობაში პრეპარატ თიოგამას ეფექტურობის შეფასება ელექტროენცეფალოგრაფიული მონაცემების საფუძველზე.....22
- ბარამიძე ქ., კუნჭულია ლ., ტეფნაძე ლ., ჩიკვილაძე თ., გაბრიჭიძე ს.- დიზოლის ტაბლეტების რადენობრივი განსაზღვრის სპექტროფოტომეტრული მეთოდის ვალიდაცია.....24
- ბარამიძე ქ., კუნჭულია ლ., კობერიძე ნ., ჩიკვილაძე თ., აშორტია ი.- ფლუკოვიდის კაფსულების რადენობრივი განსაზღვრის სპექტროფოტომეტრული მეთოდის ვალიდაცია.....26
- ბეზარაშვილი ს., კვერენჩხილაძე რ., არაბიძე მ., კვერენჩხილაძე გ.- ქ. თბილისის ატმოსფერული ჰაერის დამაბინძურებლების ტერიტორიული გავრცელების თავისებურებები.....28
- ბუხნიკაშვილი ე., აბაშიძე ნ., ცინცაძე მ., ივერიელი მ., გოგიშვილი ხ.- აივ/შიდსთან ასოცირებული პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა გამოვლინების თავისებურებანი და სტატისტიკური მონაცემები 2016 წელს საქართველოში.....31
- გამყრელიძე თ., თოდაძე ხ.- მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის ეფექტურობის შეფასება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში.....34
- გაჩეჩილაძე ხ., ჩიკვილაძე დ., მეტრეველი დ., მიქელაძე მ.- არამაფერმენტირებელი გრამუარყოფითი ბაქტერიების ბიოლოგიური თვისებები და ანტიბიოტიკომგრძნობელობა.....36
- გუმბარიძე ლ.- სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის რეტროსპექტული მეთოდის გავლენა ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებაზე.....38
- გუნია დ., ინგოროყვა გ., ექვთიმშივილი ე., ბასილაძე გ.- თავის ტვინის არტერიული ანევრიზმის ენდოვასკულური მკურნალობის ფონზე განვითარებული იმემიური გართულებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა.....41
- გუნია დ., ინგოროყვა გ., ექვთიმშივილი ე., ბასილაძე გ.- სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევით განვითარებული სისხლძარღვოვანი სპაზმის მკურნალობის შედეგების პროგნოზირება, განპირობებული თავის ტვინის არტერიული ანევრიზმის გასკდომით44
- დარსანიანი თ. - კვებითი ქცევის ცვლილებები სხვადასხვა ასაკობრივ და სოციალურ ჯგუფებში.....47

- დულაშვილი ნ., ჭუმბურიძე თ., ზარქუა თ., კვიციანიძე ნ., ნემსინვერიძე ნ. - ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის (აგფ) ინჰიბიტორების (ლიზინოპრილის) გენერაციების ფარმაკოეკონომიკური კვლევა.....50
- ვადაჭკორია დ., მამალაძე მ. - ნაწილობრივი, მეორადი ადენტიის სიხშირე და მისი კორექციის ორთოპედიული მეთოდები საქართველოს მოსახლეობაში.....52
- ვაშაკიძე ე., მეგრელიშვილი თ., მიქაძე ი., პაჭკორია ე., ყიფიანი ნ. - ლეპტოსპიროზის პრობლემა საქართველოში.....54
- ვეფხვაძე ნ., ხორბალაძე მ., კილაძე ნ., ქოჩორაძე თ., კუგოტი ი. - საკვებისმიერი მოშხამვები და მათი თავიდან აცილების შესაძლებლობები საქართველოში.....56
- თომაძე გ., მეგრელაძე ა., აზმაიფარაშვილი გ., დანელია გ., ბოლქვაძე ა. - ბარძაყის ექინოკოკოზის ორი იშვიათი შემთხვევის აღწერა58
- იანკოვიჩი ს., ნოზაძე თ., კასრაძე პ., ფირფილაშვილი დ., ლუღუშაური პ. - მუხლის სახსრის წინა ფვარედინა იოგის რეკონსტრუქცია ართროსკოპიულად ნახევრადმყესოვანი და ნაზი კუნთების შეესების აუტოტრანსპლანტაციით (ვეროპული გამოცდილებით ჩატარებული 30 ოპერაციის შედეგების ანალიზი).....61
- ივერიელი მ., ჯანჯალაშვილი თ. - პაროდონტიტის ვექტორ სისტემით მკურნალობის შეფასების ობიექტური კრიტერიუმი-პაროდონტული მარკერები მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ.....63
- იმნაძე თ. ვაშაკიძე ე. გვეგშიძე თ. - HCV - ინფექციის კომბინირებული ანტივირუსული მკურნალობის მართვა სასჯელალსრულების დაწესებულებებში.....66
- Karelidze T., Katsitadze A.- *FEBRILE ULCERONECROTIC MUCHA-HABERMANN DISEASE (Case Report)*.....68
- Kvizhinadze N., Dugashvili N., Kiknavelidze N.-*THE CORRELATION WITH THE PATIENT SAFETY AND HUMAN FACTORS (Scientific Information)*.....69
- Kvizhinadze N., Kiknavelidze N.- *GENERAL PECULIARITIES OF HEALTHCARE EXPENDITURE AND INSURANCE (Scientific Information)*.....71
- Kiladze N., Katsitadze A., Korsantia N.- *LESER-TRELAT SYNDROME ASSOCIATED WITH GASTRIC ADENOCARCINOMA*.....73
- კირთაძე ნ., არძენაძე მ., ჯოხაძე მ., ბაკურიძე ლ., ბერაშვილი დ. - ციტრუსების გადამუშავების ნარჩენებიდან P ვიტამინური აქტიურობის სუბსტანციის მიღება.....74
- ლომიძე ნ., ირემაშვილი ბ., ახმეტელი ლ., საგინაშვილი ლ., მაღალაშვილი დ. - სიგმოვეზიკულური ფისტულა (შემთხვევის აღწერა).....77
- მეგრელაძე ა., თომაძე გ., აზმაიფარაშვილი გ., არდია ე. - წვრილი ნაწლავის სიმსივნე გართულებული სისხლდენით (შემთხვევა პრაქტიკიდან).....79
- მერკვილაძე ნ., თუშურაშვილი პ., მარგველანი გ., პაპავა მ., ეკალაძე ე. - გლიკაციის საბოლოო პროდუქტები (სამეცნიერო შეტყობინება).....81
- მირველაშვილი ე., ძაგნიძე მ., კიკაჩიშვილი ე., ჩარკვიანი თ. - ვაგინალური ინფექციების ეტიოლოგიური სტრუქტურა საქართველოში 2014-2016 წ.წ.....84
- ნემსინვერიძე ნ., ჭუმბურიძე თ., დულაშვილი ნ., ზარქუა თ., მახარაშვილი თ. - კლინიკური ფარმაცევტის ჩართულობა ჯანდაცვის სერვისებში.....85

- Ninashvili N., Shavdia M., Shavdia N.- *CHRONIC PAIN PREVALENCE AND CULTURAL INFLUENCE ON PAIN PERCEPTION AND EXPRESSION*.....86
- ნონიკაშვილი ზ. ხუხუნაიშვილი ლ.- მწვავე ვარიკოთრომბოფლებიტის მკურნალობის ტაქტიკა და მეთოდები (სამეცნიერო შეტყობინება).....89
- ნონიკაშვილი ზ. ფოფხაძე ი.- ღრმა ვენური თრომბოზების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები (სამეცნიერო შეტყობინება).....91
- სვანიშვილი თ., თათარაძე ე., ჭაბაშვილი ნ., სოფრომაძე ზ., სოფრომაძე მ.- ჰისის კონის მარჯვენა ფენის ბლოკადის ელექტროკარდიოგრაფიული გამოვლინებები სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის სპორტსმენებში.....93
- Sivsivadze K., Jokhadze M., Tushurashvili P., Murtazashvili T., Imnadze N.- *DEVELOPMENT OF LC-MS METHOD FOR DETERMINATION OF THE QUETIAPINE IN HUMAN URINE*95
- სულაბერიძე გ., ცინცაძე ს., კობერიძე გ., რუხაძე მ., თურმანიძე თ.- მეორე ზემოქმედების სინდრომი სპორტში — იშვიათი, პოტენციურად ფატალური ფენომენი (სამეცნიერო მიმოხილვა)...98
- Tatishvili S., Jorbenadze R., Kavtaradze G.- *DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CORONARY DISEASE*.....101
- ჩიკვატია ლ., ოზგაძე გ., სულავა რ., ზაქარაძე დ.- პოსტტრავმული კოქსართროზი და მისი მართვა (შემთხვევის აღწერა).....103
- ჩიკვილაძე დ., გაჩეჩილაძე ხ., მეტრეველი დ., მიქელაძე მ.- ნოზოკომიური ინფექციების მიკრობიოლოგიური ასპექტები (სამეცნიერო მიმოხილვა).....106
- ჩიკვილაძე თ., ბარამიძე ქ., ტყეშელაშვილი ლ., კობერიძე ნ., ნამგალაძე შ.- ტიტრაციის მეთოდის ვალიდაცია სუპოზიტორიებში კლოტრიმაზოლის რაოდენობრივი განსაზღვრისათვის.....110
- ციმაკურიძე მარ., ზაქარაძე ლ., ხუნაშვილი ნ., ციმაკურიძე მაია, ხაჭაპურიძე ნ.- თბილისის მეტროპოლიტენის მუსაკთა შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის ანალიზი.....112
- ცისკარიშვილი ნ.ი., კაციტაძე ა., ცისკარიშვილი ნ.ვ., ცისკარიშვილი ც., ჭითანავა ლ.- ოქსიდაციური სტრესის ვიტალიგოს პათოგენეზში (სამეცნიერო მიმოხილვა).....115
- ცხვედიანი ნ., ჩიკვაძე ე., ციბაძე ა., გოგოლაძე თ., კაციტაძე ა., გიორგობიანი თ.- არასითურის საშუალო დიაპაზონის ინფრაწითელი გამოსხივების გავლენა ინდუცირებული თავისუფალი რადიკალების კინეტიკაზე ადამიანის წაბლისფერ თმაში.....117
- ცხვედიანი ნ., ციბაძე ა., კვაჭაძე ი.- გულის რიტმის ვარიაბელობის შეფასების საკითხისათვის (სამეცნიერო მიმოხილვა).....120
- ნერეთელი მ., ვაშაკიძე ე.- *C. difficile* ინფექციების კლინიკური თავისებურებები და განვითარების რისკის ფაქტორები.....128
- ჭანუყვაძე ი., არჩვაძე ვ., ზურაბაშვილი თ., ჯანდიერი ქ., მგელიაშვილი თ.- ნალვლის სადინართა კავშირი ლიმფურ სისტემასთან პორტული არხების ფარგლებში (სამეცნიერო მიმოხილვა).....130
- ჭინჭარაძე ს., ვადაჭკორია ზ., მჭედლიშვილი ი.- ზედა ტუჩისა და სასის თანდაყოლილი ნაპრალის ტერიტორიული გავრცელება საქართველოში.....133
- ხარძეიშვილი ო., ჩიხლაძე რ., კოჭლამაზაშვილი ზ., ქოჩიაშვილი დ.- თირკმლის სინოვიური სარკომა (შემთხვევის აღწერა).....135
- ხარძეიშვილი ო., ჩიხლაძე რ., კოჭლამაზაშვილი ზ., ასათიანი ე.- ტონზილის ეპიდემოიოლოგიური ცისტები (შემთხვევის აღწერა).....137

- **ჯავახაძე რ., ჩიგოგიძე ხ., ხატიაშვილი ნ., ციმაკურიძე მ., ღვაზურიძე ო.**- პროფესიული რისკი და დასაქმებულთა ჯანმრთელობა.....139
- **ჯაფარიძე ფ., შონია ნ., ბაქრაძე მ.**- კბილის კარიესის ეპიდემიოლოგია და სტომატოლოგიური დახმარების მოცულობა მთიანი აჭარის სკოლის ასაკის ბავშვებში.....141
- **ჯაფარიძე მ., ლომთაძე ლ., კოდანოვი ლ., მეტრეველი მ., ბაკურიძე ლ.**- ანტიბაქტერიული მოქმედების კოსმეტიკური კრემის შემადგენლობისა და ტექნოლოგიის შემუშავება.....144
- **ჯაში ლ., ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგებაშვილი ნ., გოგიშვილი ხ.**- პირის ღრუს მიკროფლორა პაროდონტის ანთებადი დაავადებების დროს.....147



ISSN: 1987-8521; E-ISSN: 2346-7541, DOI prefix: 10.23747
AUGUST – SEPTEMBER 2017 VOLUME 36 ISSUE 04

General Impact Factor 2016 – 2.3492
IARC Impact Factor 2016 – 1.830
(ICR) Impact factor – 1.028
Global Impact Factor 2016 – 0.791
C.J. Russian Impact factor – 0.171

© **GULUSTAN**



BLACK SEA

SCIENTIFIC JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH

MULTIDISCIPLINARY JOURNAL
REFEREED & REVIEWED JOURNAL



AGRICULTURAL, ENVIRONMENTAL & NATURAL SCIENCES
SOCIAL, PEDAGOGY SCIENCES & HUMANITIES
MEDICINE, VETERINARY MEDICINE, PHARMACY AND BIOLOGY SCIENCES
TECHNICAL AND APPLIED SCIENCES
REGIONAL DEVELOPMENT AND INFRASTRUCTURE
ECONOMIC, MANAGEMENT & MARKETING SCIENCES
LEGAL, LEGISLATION AND POLITICAL SCIENCES



<http://sc-media.org/>

"An investment in knowledge always pays the best interest." Benjamin Franklin

ISSN: 1987-6521; E-ISSN:2346-7541; DOI prefix: 10.23747

AUGUST – SEPTEMBER 2017 VOLUME 36 ISSUE 04



© **CULUSTAN**

BLACK SEA

SCIENTIFIC JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH

MULTIDISCIPLINARY JOURNAL
REFEREE & REVIEWED JOURNAL

JOURNAL INDEXING

General Impact Factor 2016 - 2.3402

IARC Impact Factor 2016 – 1.830

International Citation Report Impact factor – 1.028

Catalogue of Russian Journals Impact Factor – 0.171

Global Impact Factor 2016 – 0.791



SOUTHERN CAUCASUS 2017

Editors-in-chief:

Historical and Natural Sciences

Lienara Adzhelyeva

Tubukhanum Gasimzadeh

Social, Pedagogy Sciences & Humanities

Ela Avalani

Sevinj Mahmudova

Medicine, Veterinary Medicine, Pharmacy and Biology Sciences

Marlam Kharalshvili

Technical, Engineering & Applied Sciences

Nikolay Kurguzov

Regional Development and Infrastructure

Lia Elava

Economic, Management & Marketing Sciences

Badri Gochbala

Translacion

Elmira Vallyeva

EDITORIAL BOARD LIST SEE PAGE 38

ISSN: 1887-6521; E-ISSN: 2348 – 7541; UDC: 651.48 (051.4) / B-84

©**Publisher:** Representation of Azerbaijan International Diaspora Center in Georgia. SCSJAR.

Head and founder of organization: Namig Isayev. Academic Doctor in Business Administration, PH.D. RIDCAG

©**Editorial office:** 0165 Georgia. Mameuli municipality. Village Takalo.

Tel: +994 55 241 70 09; +994 55 241 70 12; +995 59 201 66 14

E-mail: gulustanbsjar@gmail.com, caucasusblacksea@gmail.com

Website: <http://sc-media.org/>

©**Typography:** Representation of Azerbaijan International Diaspora Center in Georgia. SCSJAR.

Registered address: 0165 Georgia. Mameuli municipality. Village Takalo.



Representation of Azerbaijan International Diaspora Center in Georgia registered by Public register of Georgia, on 26/05/2013,
RC-434161097. <http://public.register.gov.ge>

© The Southern Caucasus Media, NGO RAIDOG. All rights reserved. Reproduction, alone in a retrieval system, or transmitted in any form, electronic, mechanic photocopying of any publishing of Southern Caucasus Scientific Journals permitted only with the agreement of the publisher. The editorial board does not bear any responsibility for the contents of advertisements and papers. The editorial board's views can differ from the author's opinion. The journal published and issued by The Southern Caucasus Media.

TABLE OF CONTENTS

Vladimer Papava, Tamar Didbaridze APPROACH CONSIDERATIONS OF SUCCESSFUL TREATMENT CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS	04
Vladimer Papava, Tamar Didbaridze RELATIONSHIP OF NON-SPECIFIC BACTERIA AND SEMEN PARAMETERS	07
Roman Kotsur THE CONTRIBUTION OF PROFESSOR V.F. NIKOLAEV (1889–1973) TO THE STUDY OF BOG VEGETATION IN PEREYASLAV AND RELATED AREAS	10
E. Buhnikashvili; M. Tsintsadze; N. Abashidze; Manana Ivereli; Kh. Goglahvili; N. Didbaridze THE PREVALENCE OF ORAL MANIFESTATIONS AMONG THE HIV-INFECTED PATIENTS CO-INFECTED WITH VIRAL HEPATITIS B OR/AND C OR WITHOUT THEM IN GEORGIA IN 2014	16
Sevinj Mahmudova, Gulnara Aslanova, Konul Eliyeva BRUSHING UP THE LISTENING SKILL IN MULTICULTURAL CLASSES	19
Aygun Telman Hasanova THE PROBLEMS OF SPOKEN ENGLISH	21
Martya Fadyeyeva, Vladislav Fadyeyev THE ANALYSIS OF THE PSYCHOLOGICAL SECURITY OF THE FIRST-YEAR STUDENTS IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF THE YEVPATORIYA INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES (BRANCH) V.I. VERNADSKY CRIMEAN FEDERAL UNIVERSITY	23
Виктор Мироненко, Наталья Вергунова МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КОНЦЕПЦИИ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ СИМБИОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ АРХИТЕКТУРЫ И ДИЗАЙНА. ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ	26
Melalke Khudaverdiyeva, Gulnara Aslanova, Shahnaz Mammadova THE TYPES AND IMPORTANCE OF ESP IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS	30
Ketevan Golebtani THE NECESSITY TO IMPROVE THE LOGISTIC PROCESSES OF THE TRANSPORT SYSTEM	32
Zita Huseynova ADJECTIVES ENDING IN -ed AND -ing	34

THE PREVALENCE OF ORAL MANIFESTATIONS AMONG THE HIV-INFECTED PATIENTS CO-INFECTED WITH VIRAL HEPATITIS B OR/AND C OR WITHOUT THEM IN GEORGIA IN 2014

E. Buhnikashvili¹; M. Tsintsadze²; N. Abashidze³; Manana Ivereli⁴; Kh. Gogishvili⁵; N. Didbaridze⁶.

¹Dental clinic "NGM-Innovation Dental". The doctor-stomatologist. MD (Georgia),

²Infectious Diseases, AIDS & Clinical Immunology Research Center. MD. Doctor of Medical Science (Georgia),

³Tbilisi State Medical University. Department of Periodontology and Oral Mucosal Diseases. MD. Associate Professor. Doctor of Medical Sciences.. Head of Dental Clinic & Georgian-German Implantation center "HBI-dentimplant" (Georgia),

⁴Tbilisi State Medical University. Department of Periodontology and Oral Mucosal Diseases. Head of the Department. MD. Full - Professor. Doctor of Medical Sciences (Georgia),

⁵Tbilisi State Medical University. Department of Periodontology and Oral Mucosal Diseases. Associate Professor. MD. PhD (Georgia),

⁶Tbilisi State Medical University. Department of Immunology. Assistant-Professor. MD, PhD⁶ (Georgia)

e-mail: etobuhnikashvili@yahoo.com¹

ABSTRACT

The number of reported HIV/AIDS cases are quite small in Georgia, but the trend is growing. It's notable that recently among the HIV-infected people, the most common type of co-infection is viral hepatitis B and C.

Practice has shown that the probability of development of terminal stages of liver disease among HIV-infected patients with chronic hepatitis B and C is 3-5 times higher than in HIV-infected patients with mono-infection. So, these patients need special attention to ensure timely detection of the disease and included in the course of treatment

As a clinical practice has shown, oral manifestations represent, a very important indicator since they indicate not only the existence of HIV/AIDS, but some of them are an early clinical marker of HIV-infection, as well as some are considered as a predictor of the transition of HIV infection stage in AIDS and recommend patient to make HIV-test.

Keywords: HIV/AIDS. Candidiasis. Oral Hairy Leukoplakia. Viral hepatitis B and C. Oral manifestations.

INTRODUCTION

Purpose of the research is to study prevalence and cases of oral manifestations among HIV-infected patients and also co-infected with viral hepatitis B or/and C in Georgia in 2014 and without it.

METHODS AND MATERIALS

The research was conducted at the base of the Research Center of Infectious Diseases, AIDS & Clinical Immunology. The research is Retrospective. The electronic datas of patients were studied from the database of the AIDS Center, which was registered in 2015. Data statistical processing has occurred according to statistical software packages SPSS 22.0 and Excel.

- The criteria for including patients in this program were as follows:
- Patients with HIV/AIDS registered at the AIDS Center in 2014.
- The age range is from 18 to 52 years.
- Patients who had not previously been included in the antiretroviral therapy program,
- And of course, the consent of each patient to participate in this study.

RESULTS

According to the Research Center of Infectious Diseases, AIDS & Clinical Immunology in Georgia, during the 2014 were registered 564 new cases of HIV/AIDS.

504 (89,54%±0,34%). We distributed these patients into group 4:

- I group - included HIV-infected patients with co-infection viral hepatitis B. They were 77 (15,28%±2,35%)
- II group – HIV-infected with co-infection viral hepatitis C. They were 101(20,04%±2,0%)
- III group - HIV-infected with both co-infections, hepatitis B and C. They were 100(19,84%±2,01%)
- IV group - HIV-infected with other co-infections or without it. The number was 226 (44,84%±1,11%)

Patients in all group were identified at the different stages. (see Tables 1-4):

Table 1. I group.

Stage of disease	Number (%)
Primary (acute)	7 (9,09%±3,16%)
Asymptomatic	11 (14,29%±2,45%)
Symptomatic HIV	32 (41,56%±1,19%)
AIDS	27 (35,06%±1,36%)
Total	77

Table 2. II group.

Stage of disease	Number (%)
Primary (acute)	0
Asymptomatic	14 (13,86%±2,49%)
Symptomatic HIV	30 (29,70%±1,54%)
AIDS	57 (56,44%±0,88%)
Total	101

Table 3. III group.

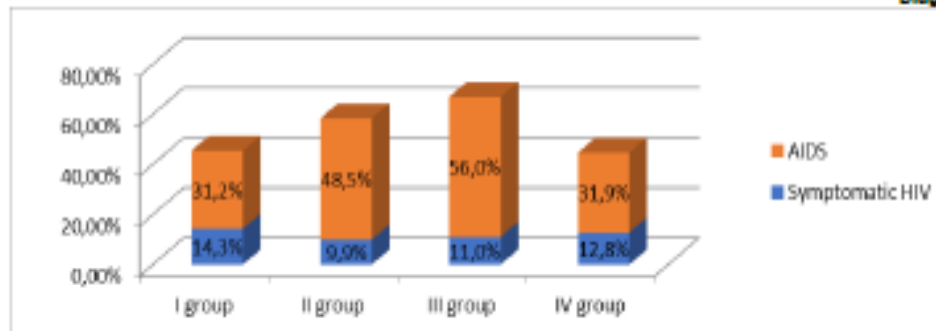
Stage of disease	Number (%)
Primary (acute)	
Asymptomatic	
Symptomatic HIV	
AIDS	
Total	

Table 4. IV group.

Stage of disease	Number (%)
Primary (acute)	9 (3,98%±2,0%)
Asymptomatic	40 (17,70%±4,65%)
Symptomatic HIV	83 (36,73%±1,31%)
AIDS	94 (41,59%±1,19%)
Total	226

The diagram 1 shows the frequency of detected oral manifestations in the stages: Symptomatic HIV-infection and AIDS in all groups.

Diagram 1.



The Table 6 shows the most common types of accompanying oral manifestations in groups.

Table 6.

Types of accompanying oral manifestations	I group	II group	III group	IV group
Candidiasis	56,05%	64,53%	85,46%	57,88%
Herpes Simplex Virus	38,87%	30,17%	9,15%	24,08%
Gingivitis	1,61%	3,27%	4,12%	12,3%
Oral Hairy Leukoplakia	3,47%	2,03%	1,27%	5,4%

CONCLUSION

The study shows statistical data on the stages of the disease in patients with HIV / AIDS and the ways of transmission of the virus in these three groups. The study of the question showed peculiar features of these groups and this confirms some correlation between these infections. Specifically, in the first group of detected HIV-infected patients, in most cases it was at the pre-AIDS stage, while in the remaining two groups the majority was at the stage of AIDS.

As for the statistics of the ways of transmission of the virus, in the first group this situation: in the majority of patients, infection was associated with unprotected sex and very rarely with the use of injecting drugs. In the second and third group the situation is the opposite. There was a very frequent infection with injecting drugs and, less often, infection with unprotected sex.

It should also be noted that concomitant oral manifestations in patients with HIV / AIDS and with co-infections of viral hepatitis B and C were more frequent than in patients with a mono-infection. In addition, these manifestations are

predominantly observed in patients of the third group and with a greater frequency this was found among those who were at the stage of AIDS.

This indicates that there is a very large problem in the country due to the late detection of this infection. It is necessary for the system of primary and secondary health care institutions, including dental clinics to be informed well about the HIV infection, which will improve the situation in the country due to the timely detection of HIV-infected people and the decrease of the epidemic.

REFERENCES

1. WHO (2003). World health report: 2003: shaping the future. Geneva. ISBN 92 4 156243 9.
2. Modi AA, Feld JJ. Viral hepatitis and HIV in Africa. *AIDS Rev*2007; 9(1): 25-39.
3. Wasley A, Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C: geographic differences and temporal trends. *Semin Liver Dis* 2000; 20: 1-16.
4. Thio CL, Seaberg EC, Skolasky R Jr, Phair J, Mascher B, Munoz A, Thomas DL. Multicenter AIDS Cohort Study. HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). *Lancet* 2002; 360:1921-1926
5. Jesse A, Otegbayo1; Babafemi O Taiwo2; Tibiola S Akingbola3; and others. Prevalence of hepatitis B and C seropositivity in a Nigerian cohort of HIV-infected patients. *Annals of Hepatology* 2008; 7(2): April-June: 152-155
6. Miriam J. Alter. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. *Journal of Hepatology* 44 (2006):86-89
7. Cindy M. Weinbaum, Keith M. Sabin and Scott S. Santibanez. Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention. *AIDS* 2005, 19 (suppl 3):S41-S46
8. T.cercvaZe, I.gabunia, m.cincaZe, o.CokoSvili "aly infeccia/Sidsi" 2013/2016.
9. Leão JC, Ribeiro GMB, Carvalho AAT, Frezzini C, Porter S. Oral complications of HIV disease. *Clinics*. 2009;64(5):459-70.
10. Maeve M. Coogan, John Greenspan, Stephen J. Challacombe "Oral lesions in infection with human Immunodeficiency virus" *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):700-6. Epub 2005 Sep 30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16211162>
11. Hoffman; Rockstroh; HIV 2015; medicinFokusVerlag, Hamburg; www.hivbook.com
12. <http://www.who.int/hiv/en/>
13. http://aidscenter.ge/epidsit_world_geo.html
14. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus Maeve M. Coogan,1 John Greenspan,2 & Stephen J. Challacombe3 *Bulletin of the World Health Organization* | September 2005, 83 (9) p.700-706.
15. <http://aidscenter.ge/> Accessed May 2017
16. <http://www.ncdc.ge/> Accessed May 2017
17. WHO. The world health report <http://who.int/hepatitis/en/> Accessed May 2017.
18. WHO. The world health report <http://www.who.int/hiv/en/> Accessed May 2017
19. John S. Greenspan, D. Greenspan. "Oral complications of HIV infection". *HIV/AIDS medicine medical management of AIDS* 2012.
20. Maeve M. Coogan, John Greenspan, Stephen J. Challacombe "Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus" *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):700-6. Epub 2005 Sep 30.

ISSN: 1987-6521, E-ISSN: 2346 - 7541, DOI: 10. 15357

SEPTEMBER - OCTOBER 2014 VOLUME 16 ISSUE 09



BLACK SEA

SCIENTIFIC JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH

MULTIDISCIPLINARY JOURNAL



AGRICULTURAL, HISTORICAL, NATURAL SCIENCES & ENGINEERING

Agriculture, Agronomy & Forestry Sciences

History of Agricultural Sciences

Environmental Engineering Science

ECONOMIC, MANAGEMENT & MARKETING AND ENGINEERING

Historical & Humanitarian Sciences

Economy and Management of a National Economy

Mathematical Methods, Models and Information Technologies in Economics

Psychology and Sociology Sciences

Accounting, Analysis and Auditing

Economics and Management of Enterprises

Economic Science

MEDICINE, VETERINARY MEDICINE, PHARMACY AND BIOLOGY SCIENCES

Clinical Medicine

Prophylactic Medicine

Theoretical Medicine

Stomatology & Dentistry

Pharmaceutical Chemistry and Pharmacology

TECHNICAL AND APPLIED SCIENCES

Machines and Mechanical Engineering.

Electrical engineering, Radio Engineering, Telecommunications and Electronics.

Information, Computing and Automation.

www.gulustan-bssjar.org

"An investment in knowledge always pays the best interest." Benjamin Franklin.

ISSN: 1987-6521, E-ISSN: 2346 - 7541, DOI: 10. 15357

SEPTEMBER - OCTOBER 2014 VOLUME 16 ISSUE 09

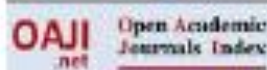


BLACK SEA

SCIENTIFIC JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH

MULTIDISCIPLINARY JOURNAL

JOURNAL INDEXING



TBILISI, GEORGIA 2014

HONORARY EDITORS

Agaheydar Seyfulla Isayev

Azerbaijan State Oil Academy. Doctor of Economical Sciences. Professor.

Archil Pranglishvili

Georgian Technical University. Doctor of Technical Sciences. Full Professor.

Avtandil Silagadze

Correspondent committee-man of National Academy of Georgia. Tbilisi University of International Relationships.

Doctor of Economical Sciences. Full Professor.

David Namania

Doctor of Economical Sciences. Full Professor.

George Malashkhia

Georgian Technical University. Doctor of Economical Sciences. Full Professor.

Jacob Meskhia

Tbilisi State University. Faculty of Economics and Business. Full Professor. Ministry of Regional

Development and Infrastructure of Georgia. Chief Specialist.

Lamara Gogjauri

Georgian Technical University. Member of of Academy of Economical Sciences. Member of New

York. Academy of Sciences. Director of first English school named "Nino". Doctor of Economical Sciences. Full Professor.

Liana Ptashchenko

Poltava National Technical University named Yuri Kondratyuk. Doctor of Economical Sciences. Professor

Mala Kapanadze.

Georgian Technical University. Doctor of Economical Sciences. Associate Professor.

Pasta Koguashvili

Georgian Technical University. Doctor of Economical Sciences. Full Professor.

Vagif Arzumani

Doctor of Philological Sciences. Professor. Institute of Literature. Director of Literary International

Relations section of the Azerbaijan National Academy of Sciences.

Zurab A. Gasitashvili

Georgian Technical University. Doctor of Technical Sciences. Full Professor.

ISSN: 1987-6521; E-ISSN: 2346 – 7541; DOI: 10. 15357; UDC: 581.46 (051.4) / B-64

©Publisher:

Community of Azerbaijanis living in Georgia. Gulistan-bejar.

©Editorial office:

Isani Samgory area, Varketili 3, III a mvt, building 342, dep. 65, 0163 Georgia, Tbilisi.

Website: www.gulistan-bejar.org

E-mail: engineer_namig@mail.ru, gulistan_bejar@mail.ru

©Typography:

AZCONCO LTD. Industrial, Construction & Consulting

Registered address: Isani Samgory area, Varketili 3, III a mvt, building 342, dep. 65, 0163 Georgia, Tbilisi.

Editor-in-chief:

AGRICULTURAL, HISTORICAL AND NATURAL SCIENCES & ENGINEERING

Lianara Adzhieva. Crimean University for the Humanities. PhD. Associate Professor.

ECONOMIC, MANAGEMENT & MARKETING AND ENGINEERING

Enara Menabde-Jobadze. Georgian Technical University. Academic Doctor of Economics.

MEDICINE, VETERINARY MEDICINE, PHARMACY AND BIOLOGY SCIENCES

Mariam Khaniashvili. Tbilisi State Medical University. PhD MD.

TECHNICAL AND APPLIED SCIENCES

Nikolai Kuruzov. State University of Pavlodar named S. Torosolova. PhD TS. Professor.

Head and founder of organization: Namig Isayev. Doctoral degree candidate.

Founder of organization: Kateran Nanobashvili. Tbilisi Medical Academy. Professor MD. Associate Professor

Reproduction of any publishing of Black Sea Scientific Journal of Academic Research permitted only with the agreement of the publisher. The editorial board does not bear any responsibility for the contents of advertisements and papers. The editorial board's views can differ from the author's opinion. The journal published and issued by Gulistan-bejar.

TABLE OF CONTENTS

Назар Кунтий СУТНІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИКОРИСТАННЯ ВІТЧИЗНЯНИМИ ПАТ ДЕПОЗИТАРНИХ РОЗПСОК.....	5
Анатолій Бабич, Руслан Леонтьєв РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПРИЙОМІВ ВИРОЩУВАННЯ КОНЮШИНИ ОЛЕКСАНДРІЙСЬКОЇ НА КОРМ В ПРАВОБЕРЕЖНОМУ ЛІСОСТЕПУ УКРАЇНИ.....	10
Надія Гетьман, Вітчеслав Циганюк КОРМОВА ПРОДУКТИВНІСТЬ ЛЮЦЕРНИ ПОСІВНОЇ (MEDICAGO SATIVA L.) ЗАЛЕЖНО ВІД ЕЛЕМЕНТІВ ТЕХНОЛОГІЇ ВИРОЩУВАННЯ В УМОВАХ ПРАВОБЕРЕЖНОГО ЛІСОСТЕПУ УКРАЇНИ.....	16
Ліана Пашенко ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИНИМИЗАЦИИ УГРОЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ УКРАИНЫ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ДОЛГОВЫХ ПРОБЛЕМ.....	20
Надія Гетьман, Олександр Лехман КОРМОВА ПРОДУКТИВНІСТЬ БОБОВО-ВІСВЯНИХ СУМІШЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД УДОБРЕННЯ ТА НОРМ ВИСІВУ В УМОВАХ ЛІСОСТЕПУ ПРАВОБЕРЕЖНОЇ УКРАЇНИ.....	24
Юрій Векленко, Микола Мельник РОЗРОБКА ПАСОВИЩНОГО КОНВЕРСУ З РІЗНОЧАСНОДОЗРІВАЮЧИХ ТРАВСУМІШОК В УМОВАХ ПРАВОБЕРЕЖНОГО ЛІСОСТЕПУ УКРАЇНИ.....	28
Nikolay Kurguzov, Lyudmila Kurguzova, Marina Kurguzova, Irina Khalitova ELECTROMAGNETIC COMPATIBILITY OF ELECTRICAL MOTORS, CURRENT TRANSFORMERS AND RELAY DIFFERENTIAL PROTECTION.....	33
Оксана Моргулець, Любов Паленко ІННОВАЦІЙНІ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНІ СИСТЕМИ У СФЕРІ ПОСЛУГ.....	37
Наталія Усенко ПРОБЛЕМА ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ У ПРАКТИКАХ ПОВСЯКДЕННЯ СІЛЬСЬКОЇ ТРУДЯЩОЇ МОЛОДІ: ТЕНДЕНЦІЇ 1990–2000-х рр.	45
Володимир Пекарчук НАСЛІДКИ АКУЛЬТУРАЦІЇ ТА ЇЇ ПРОЯВИВ НА РУБЕЖІ 1980–1990-х рр. У ВИМІРІ ВІДРОДЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ КУЛЬТУР ЕТНОМЕНШИН (1990–2000-і рр.).....	50
Ірина Гращенко АДАПТИВНА СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЙНОЮ-ІНВЕСТИЦІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ.....	56
Yulia Sivitska, Lyudmila Sviistun THE ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF VARIOUS METHODS OF BUSINESS VALUATION FOR INVESTMENT PURPOSES.....	61
Ксенія Юдіна ВНЕСОК О. М. ВАКБЕВОЇ У ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ТРАВЛЕННЯ СВИНЕЙ ЗА РІЗНИХ ТИПІВ ГОДІВЛІ.....	67
Семен Газарильєв, Виктор Игнатъев, Валентина Михайлова, Афанасий Матвеев, Александр Поталов, Татьяна Дяклева, Дмитрий Семенов, Амир Алиев ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА МЕТОДОМ ПРОГРАММИРОВАННЫХ РЕПАРАТОРИЙ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ПРОГНОЗИРОВАНИЕМ.....	72

Назиг Ноєв ЗАЩИТА ЗДОРОВЬЯ РАБОЧЕГО ПЕРСОНАЛА И НАСЕЛЕНИЯ, СОХРАНЕНИЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ РЕСУРСОВ.....	77
Віктор Доценко ЄВРЕЙСЬКИЙ КООПЕРАТИВНИЙ РУХ В УКРАЇНСЬКИХ ГУБЕРНІЯХ РОСІЙСЬКОЇ ІМПЕРІЇ в кінці XIX – на початку XX ст.	84
Лаша Багратіоні УЛУЩЕННЯ ІНВЕСТИЦІЙНОГО КЛІМАТА В ГРУЗІЇ.....	89
Ростислав Контя РОЗВИТОК УКРАЇНСЬКОЇ ЕТНОЛОГІЇ В НАУКОВОМУ ТОВАРИСТВІ ІМЕНІ ШЕВЧЕНКА У ЛЬВОВІ НА ПОЧАТКУ XX ст. (НА МАТЕРІАЛАХ «ХРОНІКИ НТШ»).....	95
Наталія Козій ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ І ЗАХОДИ ПОДОЛАННЯ ДИСБАЛАНСІВ ГРОШОВОГО ОБІГУ В УКРАЇНІ.....	100
Етер Бухникашвілі, Майя Цинцадзе, Манана Ломідзе, Ніно Дидбарідзе, Кетеван Шермадіні ОБЗОР СИТУАЦИИ ПО ВИЧСПИД В ГРУЗИИ.....	106
Світлана Буряк ПРОМАДСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ ТА ВИКЛАДАЧІВ ІСТОРИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ ПЕДАГОГІЧНИХ ВУЗІВ УРСР (1945–1956 рр.).....	111
Vaviljenkova Anastasiya THE FORMAL MODEL OF KNOWLEDGE RETRIEVAL AND PROCESSING.....	115
Ленара Адрюєва МИГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В КРЫМУ: ВЛИЯНИЕ НА СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО (конец XVIII – начало XX вв.).....	120

ОБЗОР СИТУАЦИИ ПО ВИЧ/СПИД В ГРУЗИИ

Бухникашвили Етер Темиразовна¹, Цинцадзе Майя², Ломидзе Манана Антиповна³, Дидбаридзе Нино Гурамовна⁴, Шермадини Кетеван⁵

Тбилисский государственный медицинский университет, докторант департамента пародонтологии и заболеваний слизистой оболочки полости рта, врач-стоматолог стоматологической клиники "K&N"¹ (Грузия); Научно-практический центр инфекционной патологии, СПИДа и клинической иммунологии, доктор медицины, врач-эпидемиолог (Грузия)²;

Научно-практический центр инфекционной патологии, СПИДа и клинической иммунологии, доктор-инфекционист (Грузия)³;

Тбилисский государственный медицинский университет, ассистент профессор департамента микробиологии, вирусологии и иммунологии (Грузия)⁴;

Научно-практический центр инфекционной патологии, СПИДа и клинической иммунологии, врач-эпидемиолог (Грузия)⁵

e-mail: etobukhnikashvili@yahoo.com¹

РЕЗЮМЕ

По данным исследовательского центра инфекционных заболеваний, СПИДа и клинической иммунологии, в Грузии зарегистрировано 4513 случаев ВИЧ-инфекции, из них 3315 – мужчин и 1198 – женщин. Большинство пациентов от 29 до 40 лет. Из них у 2726 пациентов развился СПИД, а 947 - погиб. На данный момент ARV-лечение принимает 2367 (в том числе в Абхазии - 287) пациент, из них 44 – дети .

Мы сделали обзор данных, конкретно за 2013 год, где и были зафиксированы 490 новых случаев. Из которых: 365 – мужчин, 118 – женщин и 7 детей, из них только 175 проживает в Тбилиси, а остальные в регионах; почти половина – 217 имеет семью; 133 из них имеет высшее образование. 183 заразились через употребление наркотиков, 231 – гетеросексуальным путём, а 63 – гомосексуальным и т. д. Эти и другие данные детально мы предлагаем в статье.

Ключевые слова: СПИД, ВИЧ-инфекция, ARV-лечение, научно-исследовательский центр, инфекционные заболевания, СПИД.

ABSTRACT

According to the Research Center of Georgia Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology in Georgia has been registered 4513 HIV cases, from which 3315 are men and 1198 - woman. Most patients overall age is 29 to 40 years. Of these, 2726 patients developed AIDS and 947 - died. Currently ARV treatment takes 2367 (including Abkhazia - 287) patients, including 44 children.

We did a review of the data, particularly in 2013, where it had been founded 490 new cases. Of which: 365 is a man, 118 - woman, and 7 children. From which only 175 lives in Tbilisi, and the rest in the regions; almost half - 217 has a family; 133 of them have higher education. 183 infected with drug use, 231 - by heterosexual and homosexual contacts - 63 and so on ... These or other findings, we offer details in the article.

Key words: AIDS, HIV-infectious, ARV treatment, infectious diseases.

ИЗЛОЖЕНИЕ ОСНОВНОГО МАТЕРИАЛА ИССЛЕДОВАНИЯ

Первый случай ВИЧ/СПИДа был зафиксирован в 1989 году. С того момента этот заболевание в нашей стране, как и во всем мире, постепенно распространяется, и по данным за последние годы, в частности с 2003 года отмечается медленное, но стабильное возрастание, но это на фоне того, что по мировым показателям количество новых случаев ВИЧ/СПИДа понижается.

Эффективные меры по лечению и профилактике снизила количество случаев инфицирования ВИЧ/СПИДом:

– Показатель инфицированных лиц к 2010 году составил 2,7 миллионов, что по сравнению с показателем за 1997 года меньше на 21%, в то время, когда по данным ВИЧ/СПИДа зафиксирована наибольшая цифра новых случаев (3,2 миллионов)

– Показатель инфицированных лиц за 2011 года составил 2,5 миллиона

– Показатель инфицированных лиц за 2012 года составил 2,3 миллиона

– Ежегодно стабильно сокращается коэффициент смертности по заболеванию СПИДом

– Это результат высоко активной антиретровирусной терапии –

– Пик смертности по ВИЧ наблюдался в 2004 году, когда умерли 2,1 миллиона человека

– А в 2010 году он сократился до 1,8 миллионов,

– в 2011 году – до 1,7 миллионов,

– в 2012 году – до 1,6 миллион случай.

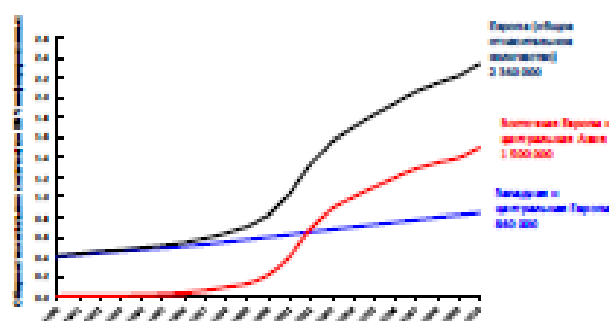
Грузия принадлежит к числу тех стран Восточной Европы, где по-прежнему растет количество случаев ВИЧ / СПИДа.

По оценкам ВОЗ, за последние годы, согласно региональным показателям ВИЧ/СПИДа был зафиксирован высокий темп роста распространения среди населения Восточной Европы и Центральной Азии.

Эпидемия ВИЧ инфекции в Европе все еще неконтролируема, количество ВИЧ-инфицированных резко увеличивается в Восточной Европе и в Центральной Азии.



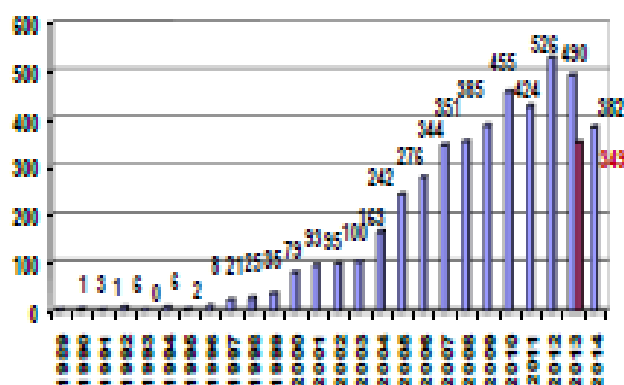
Эпидемия ВИЧ инфекции в Европе все еще неконтролируема, количество ВИЧ-инфицированных резко увеличивается в Восточной Европе и в Центральной Азии



Infographic produced by WHO in collaboration with the UNAIDS secretariat (graphics: WHO)

В частности, в 2001-2009 годах количество ВИЧ-инфицированных возросло в три раза. К странам с высокорастущей распространенностью ВИЧ/СПИДа относится Украина, Россия, Прибалтика.

А в Грузии количество новых случаев ВИЧ/СПИД инфицирования по годам таково:



В связи с этим, в Грузии риск возрастания случаев заболевания ВИЧ/СПИДом обусловлен, как влиянием существующего положения в соседних странах, так и рядом факторов, действующих внутри страны. В частности:

- Страна по-прежнему характеризуется высоким коэффициентом потребления инъекционных наркотиков;
- Возросла миграция в соседних странах, имеющих высокий рост распространения заболевания ВИЧ/СПИДом (такие, как Россия, Украина, Польша);
- В стране отмечается высокое преобладание инфекций, передаваемых половым путем
- Распространению заболевания способствует сама по себе специфика болезни, то есть, тот факт, что ввиду длительного, бессимптомного периода выявления происходит поздно.
- Следует отметить недостаточные знания и навыки медицинского персонала по вопросам профилактики переноса инфекций;
- Традиционно низкий спрос на средства предохранения;
- Низкий уровень информированности населения о болезни;

- Ассоциирующиеся со СПИДом стигмы и дискриминация.

По последним данным в Центре Инфекционной Патологии, СПИДа и Клинической Иммунологии, зарегистрировано 4513 случаев инфицирования ВИЧ/СПИДом, из них 3315 – мужчин, и 1198 – женщин. Возраст большинства пациентов от 29 до 40 лет. СПИД развился у 2726 пациента, а 947 - скончались. ARV-лечение принимает 2367 пациент (среди них 287 в Абхазии), из них 44 – дети.

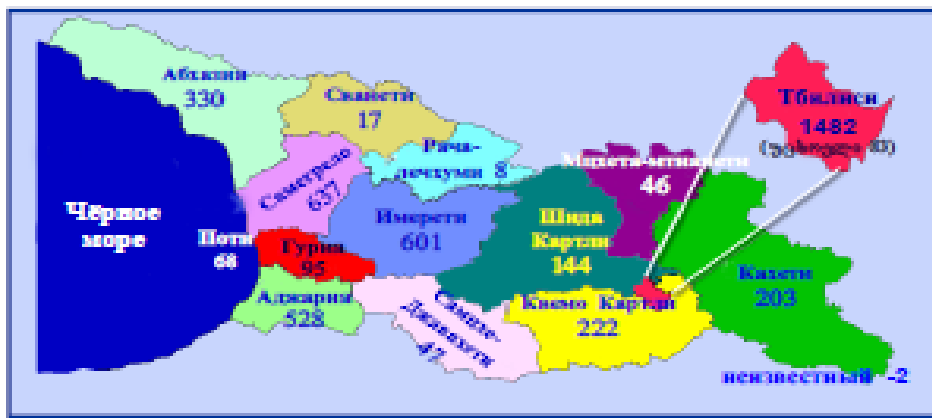
ВИЧ/СПИД инфекция в Грузии



სტატისტიკური ინფორმაცია საქართველოს ინფექციური პათოლოგიის ცენტრის მიერ

Наибольшее количество зарегистрированных случаев ВИЧ инфицирования отмечается в Тбилиси (1447 случаев, из них 81 иностранные граждане 2 не установлено), далее в Самегрело - 582 (из них в Зугдиди-427), в Аджарии 481 (в Батуми – 318), в Имерети - 550, (Кутанси 285), в Абхазии (309), в Кахети (182), в Квемо Картли (194), в Шида Картли (130), в Гурии (85), в Поти (65), в Самцхе-Джавахети (45) и т.д.

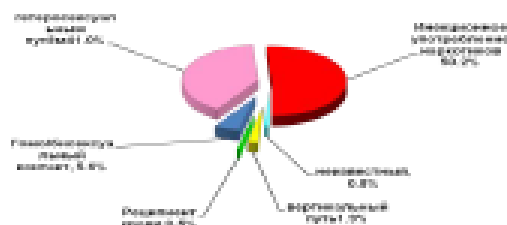
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПО РЕГИОНАМ ГРУЗИИ



სტატისტიკური ინფორმაცია საქართველოს ინფექციური პათოლოგიის ცენტრის მიერ

- Распределение зарегистрированных случаев по видам путей переноса вируса:
- 51.2 % (2116) - потребители инъекционных наркотиков;
 - 40.2 % (1660) - инфицированных при гетеросексуальном контакте;
 - 5.2 % (215) - Гомо/бисексуальным контактом;
 - 2.0 % (81) - Заражен вертикальным способом переноса вируса;
 - 0.5 % (22) - рецидив крови;
 - 0.9 % (37) – невозможно установить путь переноса.

Распределение зарегистрированных случаев по видам путей переноса вируса

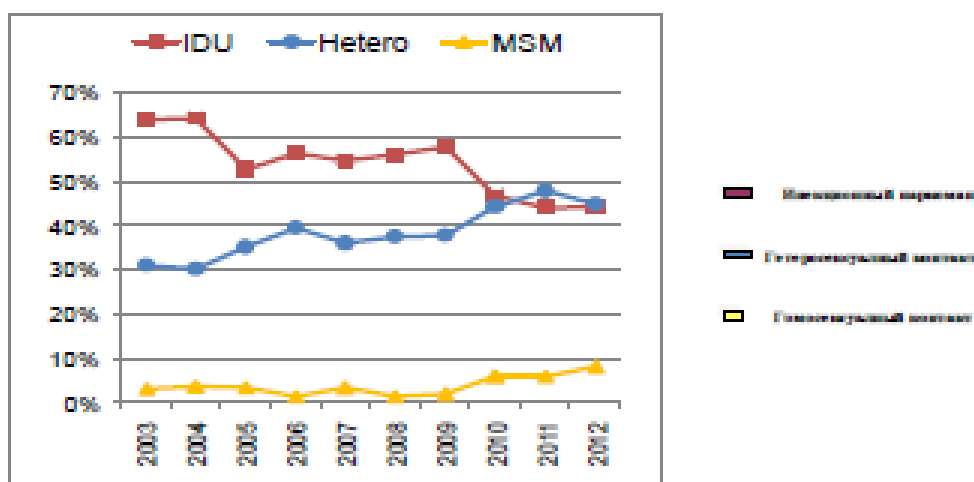


Исследования в области профилактики ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний - стандарт качества

Выводы

Отсюда следует, что по данным Центра СПИДа, среди зарегистрированных случаев путей переноса ВИЧ/СПИД, на первом месте все также остался потребление инъекционных наркотиков. Хотя следует отметить, что за последние годы был выявлен рост переноса вируса не предохраняемыми половыми контактами, а также тенденция сокращения переноса путём потребления инъекционных наркотиков. В частности, по данным за 2013 год, распространение болезни путём потребления наркотиков составляет 37% случаев, а незащищенным половым путём - 60%. Среди чего 80% приходится по гетеросексуальным отношениям, а 22% - по гомосексуальным контактам.

Распределение зарегистрированных случаев по видам путей переноса вируса



Исследования в области профилактики ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний - стандарт качества

К тому же, так как Грузия всё-таки принадлежит к числу тех стран, где по-прежнему растёт количество случаев ВИЧ / СПИД, в стране нужно проводить все мероприятия, которые будут способствовать улучшению данной ситуации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Церцвадзе Т., Шарвадзе Л., Габуния Ф., Цинцадзе М., Бадридзе Н., Шермадини К., Чокошвили О. СПИД/ВИЧ инфекции. 2012.
2. Церцвадзе Т., Габуния Ф., Цинцадзе М., Бадридзе Н., Шермадини К., Чокошвили О. СПИД/ВИЧ инфекции. 2011.
3. Церцвадзе Т., Нелсон К., Бурдзашвили М., Гочиташвили Н. СПИД. 1999.
4. Виноградова А. Н. Особенности заболеваний слизистой оболочки рта у больных вич-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии. – 2008. – С. 12-34.
5. Aberg J., Gallant J., Anderson J. Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America // Clin. Infect. Dis. - 2004. - V. 39. - P. 609-629.