

12. *Fathy O.* Surgical management of peri-ampullary tumors: a retrospective study / O. Fathy, M. Abdel-Wahab, N. Elghwalby et al. // *Hepatogastro-enterology*. – 2008. – Vol. 55. № 85. – P. 1463–1469.
13. *Greig J. D.* Surgical morbidity and mortality in one hundred and twenty-nine patients with obstructive jaundice / J. D. Greig, Z. H. Krukowski, N. A. Matheson // *Br. j. surg.* – 1988. – Vol. 75. № 3. – P. 216–219.
14. *Gouma D. J.* Rates of complications and death after pancreaticoduodenectomy: risk factors and the impact of hospital volume / D. J. Gouma, R. C. van Geenen, T. M. van Gulik et al. // *An. surg.* – 2000. – Vol. 232. № 6. – P. 786–795.
15. *Hunt D. R.* Endotoxemia, disturbance of coagulation, and obstructive jaundice / D. R. Hunt, M. E. Allison, C. R. Prentice et al. // *Am. j. surg.* – 1982. – № 144. – P. 325–329.
16. *Karsten T. M.* Effects of biliary endoprosthesis on the extrahepatic bile ducts in relation to subsequent operation of the biliary tract / T. M. Karsten, P. H. Davids, T. M. van Gulik et al. // *J. am. coll. surg.* – 1994. – № 178. – P. 343–352.
17. *Papadopoulos V.* Haemostasis impairment in patients with obstructive jaundice / V. Papadopoulos, D. Filippou, E. Manolis et al // *J. gastrointestin. liver. dis.* – 2007. – Vol. 16. № 2. – P. 177–186.
18. *Parks R. W.* Intestinal barrier dysfunction in clinical and experimental obstructive jaundice and its reversal by internal biliary drainage / R. W. Parks, W. D. Clements, M. G. Smye et al. // *Br. j. surg.* – 1996. – № 83. – P. 1345–1349.
19. *Pitt H. A.* Does preoperative percutaneous biliary drainage reduce operative risk or increase hospital cost? / H. A. Pitt, A. S. Gomes, J. F. Lois et al. // *An. surg.* – 1985. – № 201. – P. 545–553.
20. *Povoski S. P.* Association of preoperative biliary drainage with postoperative outcome following pancreaticoduodenectomy / S. P. Povoski, M. S. J. Karpeh, K. C. Conlon et al. // *An. surg.* – 1999. – № 230. – P. 131–142.
21. *Sakrak O.* Short and long-term effects of bacterial translocation due to obstructive jaundice on liver damage / O. Sakrak, M. Akpinar, A. Bedirli et al. // *Hepatogastroenterology*. – 2003. – № 50. – P. 1542–1546.
22. *Sewnath M. E.* A meta-analysis on the efficacy of preoperative biliary drainage for tumors causing obstructive jaundice / M. E. Sewnath, T. M. Karsten, M. H. Prins et al. // *An. surg.* – 2002. – № 236. – P. 17–27.
23. *Tabata M.* Surgical treatment for hilar cholangiocarcinoma / M. Tabata, Y. Rowarada, H. Yokoi et al. // *J. hepatobil. pancreat. surg.* – 2000. – V. 7. – P. 148–154.
24. *Turaga K.* In-hospital outcomes after pancreatectomies: an analysis of a national database from 1996 to 2004 / K. Turaga, M. Kaushik, R. A. Forse, A. R. Sasson // *J. surg. oncol.* – 2008. – № 98. – P. 156–160.
25. *Van der Gaag N. A.* A study of the value of preoperative biliary-tract drainage in the treatment of periampullary tumours: the DROP-trial / N. A. Van der Gaag, D. J. Gouma // *Ned. tijdschr. geneesk.* – 2006. – Vol. 4. № 150; 9. – P. 509–511.
26. *Wagner M.* Curative resection is the single most important factor determining outcome in patients with pancreatic adenocarcinoma / M. Wagner, C. Redaelli, M. Lietz, C. A. Seiler // *Br. j. surg.* – 2004. – № 91. – P. 586–594.
27. *Waqar S. H.* Frequency and risk factors for wound dehiscence / burst abdomen in midline laparotomies / S. H. Waqar, Z. L. Malik, A. Razzaq et al. // *J. ayub. med. coll. Abbottabad*. – 2005. – № 17. – P. 70–73.

Поступила 10.04.2014

Э. В. БАШИРОВ, В. А. ХОРОЛЬСКИЙ, Т. Г. МЕЛКОНЬЯНЦ

ПРОФИЛЬ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1; тел. 8 (861) 2756097. E-mail: klinika@bagk-med.ru

Было показано, что профиль адаптационных реакций выступает не только предиктором осложненного течения послеоперационного периода и вероятности рецидива заболевания, но и критерием полноценности курса реабилитации. Предпочтение ЭМА и лапароскопической миомэктомии при миоме матки ввиду менее травмирующего воздействия на ткань матки доказывает более благоприятный профиль адаптационных реакций.

Ключевые слова: адаптационные реакции, реабилитация, эмболизация маточных артерий.

E. V. BASHIROV, V. A. KHOROLSKIY, T. G. MELKONYANC

PROFILE OF ADAPTATION REACTIONS OF WOMEN WITH UTERINE MYOMA AFTER ORGAN-PRESERVING INTERVENTIONS

Fundamental obstetric-gynecological clinic of Kuban state medical university of Russian federation healthcare department, Russia, 350072, Krasnodar, Zipovskaya street, 4/1; tel. 8 (861) 2756097. E-mail: klinika@bagk-med.ru

In research it is shown that the profile of adaptable reactions acts not only a predictor of the complicated current of the postoperative period and the remote recurrence of a disease, but also criterion of full value of a carried-out course of rehabilitation. Preference of UAE and a laparoscopic myomectomy at the uterine myoma in view of their less traumatic impact on uterine tissue of proves more favorable profile of adaptable reactions.

Key words: adaptable reactions, rehabilitation, uterine artery embolisation.

Печальный факт приоритета миомы матки среди невоспалительных заболеваний органов малого таза определяет ее распространенность в женской популяции от 20% до 77% [7, 8, 10]. Варибельность показателей заболевания определяет как запоздалое обращение за медицинской помощью, так и сложность диагностики на ранних стадиях развития вне привлечения дополнительных методов исследований.

Вопреки видоизменению традиционных подходов при лечении миомы матки и ее сочетания с аденомиозом, основанных на конкурентоспособности органосохраняющих эндоскопических и эндоваскулярных вмешательств с радикальной гистерэктомией, сведения о предпочтительности каждой технологии лечения остаются противоречивыми [1, 6, 11, 12].

Эндовидеохирургические операции при миоме матки, пришедшие на смену консервативной миомэктомии, выступили несомненным прорывом при лечении женщин фертильного возраста, однако вскоре стало понятно, что выбор вмешательства должен определяться характеристиками миоматозных узлов: размерами, локализацией и репродуктивными планами пациенток [13, 14].

Кажущейся простоте исполнения консервативной миомэктомии стали противопоставлять случаи разрыва матки по рубцу в родах, что определило вопрос адекватности технического восстановления целостности стенок матки при лапароскопическом доступе [9]. На фоне варибельности данных о восстановлении фертильности после миомэктомии остаются дискуссионными показатели частоты осложнений и рецидивов вне зависимости от доступа [17].

Омоложение контингента женщин, заинтересованных в реализации репродуктивной функции при наличии миомы матки, нередко больших размеров и с атипичным расположением узлов, убеждает в необходимости совершенствования аспектов выбора вмешательства и техники реконструктивно-пластических операций [3, 4, 10]. Очевидно, что наряду с высокой эффективностью технологии лечения больных с миомой матки должны способствовать сохранению высокого качества здоровья пациенток, что возможно при реализации в практике консервативной миомэктомии [14].

Дальнейшее развитие темы актуальности органосохраняющих операций инициировали ус-

пехи в области интервенционной радиологии, первоначально за счет результатов зарубежных специалистов, успешно внедривших технологию эмболизации маточных артерий (ЭМА) в рутинную практику лечения миомы матки [14, 15, 16].

Накопленные отечественные данные убеждают в очевидной альтернативности метода оперативным вмешательствам, особенно при технической проблематичности миомэктомии или сопровождающем ее неоправданно высоком риске травматизации [1, 6].

Вопреки оптимистичным прогнозам отдельных исследователей о приоритетности малоинвазивной ЭМА в лечении миомы матки следует указать на недостаточность комплексных данных о состоянии женщин после данного вмешательства и долгосрочности эффекта от воздействия, вероятности урогинекологических осложнений и риске рецидива заболевания [1, 3, 6, 7, 18].

Потребность в совершенствовании выбора технологий лечения больных с миомой матки предопределил ряд вопросов в области оптимизации их качества жизни и полноценной реабилитации после вмешательств, а также реализации репродуктивной функции в дальнейшем. Актуальность подобных проблем наиболее всего подчеркивает факт неуклонного роста ежегодных демографических и экономических утрат социума.

В срезе поисков приоритетного выбора оперативного вмешательства необходим анализ не только продуктивного использования возможностей малоинвазивной хирургии, но и оздоровления контингента, прошедшего через операционный стресс. Несмотря на очевидное преимущество органосохраняющих вмешательств перед гистерэктомией за счет меньшей травматичности и укорочения сроков пребывания пациентки в стационаре, однозначное утверждение о более быстром послеоперационном восстановлении здоровья и трудоспособности малообъективно [16, 19].

Изменения, определяемые влиянием различного воздействия на организм и ткани матки в ходе органосохраняющих вмешательств различного характера, с патофизиологических позиций в научной литературе освещены фрагментарно.

В попытках оптимизации ведения больных после реализованного операционного стресса и минимизации рецидивов миомы матки представляется значимым задействовать опыт исследователей, анализирующих характер адаптационных

реакций (АР) у гинекологических больных [5] как предикторов наличия и продолжительности явлений десинхронизации и напряженности естественной резистентности организма, определяющих потребность в коррекции выявленных нарушений.

Представляется, что распознавание многообразия неспецифических адаптационных реакций, присущих сложной, многоуровневой, постоянно изменчивой системе, коей представляется организм человека, с комплексом изменений на всех иерархических уровнях позволило бы детерминировать как ближайшие, так и отдаленные осложнения заболеваний, вплоть до рецидивов. Следует подчеркнуть, что вопрос оценки вариативности состояния индивидуума до и после различных технологий лечения в срезе изучения механизмов адаптационного процесса как совокупности реакций на изменяющиеся условия внешней среды с последующим дифференцированным подходом к лечению выявленных состояний остается открытым.

Подобные исследования стали возможны благодаря основам методологии о состоянии и реакциях целостного организма Г. Селье (1960), которые были дополнены учением Л. Х. Гаркави (1999) [2] о вариативности ответа организма на стресс. Варианты адаптационных реакций (АР) в зависимости от силы действующего фактора соответствуют строго специфичным параметрам лейкоцитарных формул. Прогностическая значимость АР обусловлена возможностью донозологической диагностики адаптационных нарушений и следованию патогенетически обоснованной реабилитации с раннего послеоперационного периода.

Суть восстановительной терапии после различных технологий лечения миомы матки сводится не только к созданию наиболее оптимальных условий для регенерации травмированных тканей матки, но и к профилактике рецидива роста миоматозных узлов и сохранности фертильности в дальнейшем [4].

Исследование предиктивной значимости адаптационных реакций для анализа совокупной оценки состояния гинекологических больных после лапаротомных вмешательств было проведено Г. В. Долговым (2001) [5]. В продолжение отдельным данным заложенной методологии ориентация на возможность прогнозирования течения послеоперационного периода после абдоминальных вмешательств на придатках и матке позволяет углубиться в расширенный анализ адаптационной изменчивости организма больных в зависимости от выбранной методики (лапароскопический, лапаротомный, эмболизация маточной артерии) и с учетом наличия и объема реабилитационных мероприятий. Однако отсутствие исследований

спектра компенсаторных возможностей организма с целью устранения последствий операционного стресса и последующего оздоровления при различных доступах органосохраняющих операций побуждает к проведению собственного анализа.

В связи с этим поставлена цель оценить эффективность реабилитационных мероприятий после оперативных вмешательств при миоме матки (ММ) на основании анализа характера адаптационных реакций.

Материалы и методы исследования

Для достижения цели исследования проведено проспективное исследование 265 женщин с миомой матки, обратившихся в клинику для проведения консервативной миомэктомии и ЭМА. Комплексное дооперационное обследование предусматривало ультразвуковое исследование с доплерографией, гистероскопию, гистологическое исследование соскоба слизистой матки, лечение хронических персистирующих воспалительных заболеваний гениталий, по показаниям (обострение хронического воспалительного процесса гениталий с выделением инфекта с диагностически значимым титром) проводили антимикробную терапию.

Комплексная реабилитация после вмешательства предусматривала: профилактику спайкообразования (лонгидаза 3000 МЕ в суппозиториях или внутримышечно № 10), иммунокоррекцию (в зависимости от характера нарушения неспецифической резистентности применяли индукторы эндогенного интерферона № 10, УФО аутокрови № 7–10), антиоксиданты (токоферола ацетат 200 мг ежедневно в течение месяца), дезагреганты (курантил 75 мг 2 раза в день в течение 3 недель), восстановление эубиоза гениталий (гинофлор Э, нормофлорины, примадофилус).

Для профилактики рецидива роста миоматозных узлов назначали с учетом сопутствующих дисгормональных заболеваний гормонозависимых органов и заинтересованности в последующей реализации репродуктивной функции женщин – агонист ГнРГ золадекс, внутриматочную левоноргестрелвыделяющую депо-систему «Мирена», антипрогестин мифепристон, низкодозированные гормональные контрацептивы (регулон, жанин).

В зависимости от технологии лечения весь контингент женщин в зависимости от технологий лечения миомы матки и наличия в послеоперационном периоде реабилитационных мероприятий был поделен на группы: I – после лапаротомической миомэктомии (ЛТМ) (n=68) – после комплексной реабилитации (КР), II – после ЛТМ и без КР (n=16), III – после лапароскопической миомэктомии (ЛСМ) и КР (n=82), IV – после ЛСМ и без восстановительных мероприятий (n=12), V – после

ЭМА и КР (n=76), VI – после ЭМА без реабилитации (n=11).

ЭМА проводили по общепринятой методике, с предварительным ангиографическим исследованием, сонографией узлов, доплерометрией; в качестве эмболов использовались частицы поливинилалкоголя (ПВА) размерами от 350 до 900 или гидрогеля («ААА-Компани», Россия). ЭМА выполнена при наличии противопоказаний к иным органосохраняющим вариантам лечения или их неэффективности (гормонотерапия), узлах более 10 см в диаметре.

На послеоперационном этапе проводили оценку характера адаптационных реакций (АР) после вмешательства на 7-е сутки и спустя месяц после него в зависимости от следования КР и в ее отсутствие на основании подсчета лейкоцитарной формулы в мазке периферической крови по методике Л. Х. Гаркави с соавт., представленной в открытии П-158, 1975 г.

Выделяли типы адаптационных реакций: тренировки (РТ), спокойной активации (РСА), повышенной активации (РПА), хронического стресса (РХС).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета статистических программ «Statistica v.6.0» и программы «Microsoft Office Excel 2003». Уровень статистической значимости принят $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение характера адаптационных реакций в зависимости от технологии лечения на 7-е сутки послеоперационного периода показало, что в отсутствие реабилитационных мероприятий, независимо от метода воздействия на ткани, одинаково часто наблюдали реакцию стресса: при ЛТМ – в 1,2 раза ($p < 0,05$), ЛСМ – в 9 раз ($p < 0,05$), ЭМА – в 13 раз ($p < 0,05$) (рис. 1).

Частота благоприятной АР – РТ в когортах, где реабилитационная терапия не проводилась, оказалась незначительной – в среднем, 7,9%, что в три раза уступало показателю данной реакции у женщин после ЛТМ ($p < 0,05$), в восемь раз – после ЛСМ ($p < 0,05$), более чем в пять раз – после ЭМА ($p < 0,05$).

Наиболее неблагоприятное воздействие метода лечения на ткани отражает высокая частота РХС при ЛТМ независимо от наличия реабилитационного курса. После комплекса восстановительных мероприятий определяли наибольшую частоту РТ при ЛСМ (67,1%) – в три раза в сравнении с показателем при ЛТМ ($p < 0,05$), в 1,3 раза – при ЭМА.

Не только предпочтительность щадящего метода воздействия на ткани при миоме матки, но и целесообразность восстановительных реабилитационных мероприятий после различных технологий лечения подтверждают показатели РСА у каждой пятой после ЛСМ и у четверти – после ЭМА.

Несмотря на восстановительный курс после ЛТМ РСА в когорте на 7-е сутки не определяли, РПА констатировали у 15,8% женщин после ЭМА, в два раза реже – после ЛСМ, в единичном случае (1,5%) – после ЛТМ.

Динамическая оценка изменчивости АР через месяц после оперативного вмешательства показала преобладание РХС вне реабилитации независимо от метода воздействия на ткани при ММ: в два раза чаще при ЛТМ (68,6%) ($p < 0,05$) и при ЛСМ (41,7%), в четыре раза реже – при ЭМА (45,4%) ($p < 0,05$) (рис. 2).

Отмечено сокращение частоты РХС даже в отсутствие реабилитации: в полтора раза при ЛТМ и ЛСМ, в два раза – при ЭМА. При КРТ РС преобладала при ЛТМ у трети – в полтора раза чаще, чем при ЛСМ, в три раза – при ЭМА (10,5%).

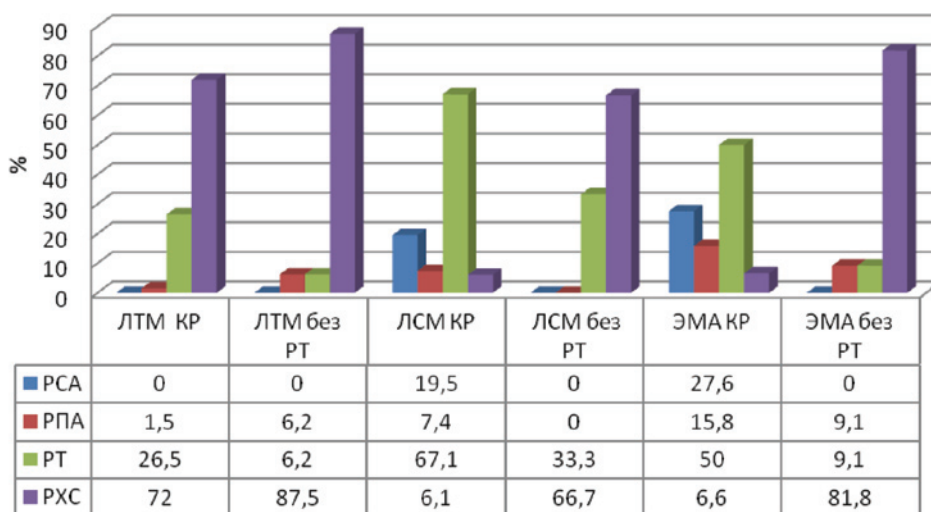


Рис. 1. Характер адаптационного профиля через 7 дней после различных технологий лечения при миоме матки в зависимости от наличия/отсутствия реабилитационной терапии

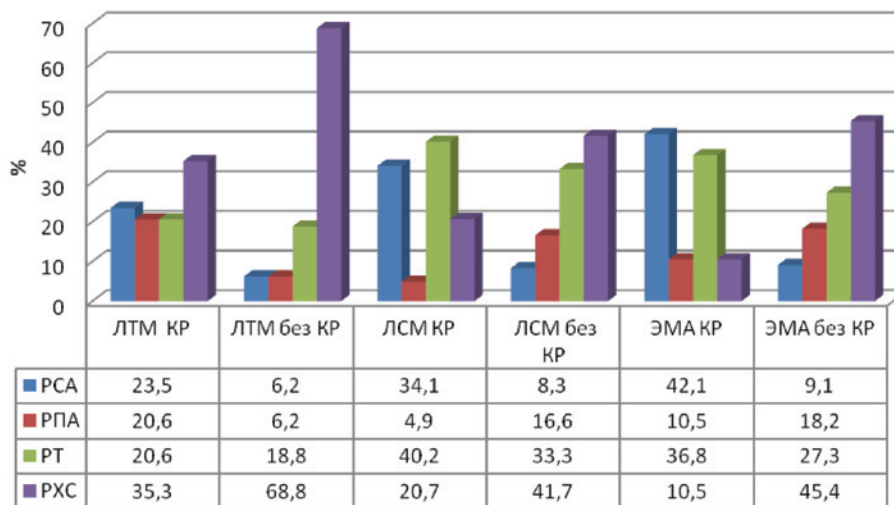


Рис. 2. Характер адаптационного профиля через месяц после различных технологий лечения при миоме матки в зависимости от наличия/отсутствия реабилитационной терапии

Следование реабилитационным мероприятиям определило возрастание РСА: после ЛТМ – с 0% до 23,5%, ЛСМ – с 19,5% до 34,1%, ЭМА – с 27,6% до 42,1%, тогда как в отсутствие таковых – только у 7,9% женщин в среднем. Доминанта РСА определена при ЭМА – практически в пять раз больше в сравнении с показателем в когорте без реабилитационных мероприятий (9,1%) ($p < 0,05$).

По истечении месяца после оперативного вмешательства частота РТ возростала только вне КР, причем наибольший показатель, как и на 7-е сутки после лечения, был определен в когорте после ЛСМ – у трети (33,3%), в 1,2 раза больше, чем после ЭМА (27,3%), практически в два раза – после ЛТМ (18,8%).

Таким образом, следуя постулату, что выздоровление соответствует гармонизации собственных резервов организма, подтвердим целесообразность реабилитации больных с миомой матки, предусматривающей лечение хронических воспалительных заболеваний гениталий на предоперационном этапе, как и прогнозирование необходимости антибактериальной терапии наряду с достижением эубиоза гениталий и иммунокоррекцией в послеоперационном периоде.

Оценка адаптационных реакций после оперативного вмешательства по поводу миомы матки позволяет прогнозировать течение послеоперационного периода, обосновывает целесообразность комплексной реабилитационной терапии и убеждает в приоритете ЭМА и лапароскопической миомэктомии при миоме матки как наименее травматичных методах воздействия на ткани органа. Показано, что положительная динамика различных технологий лечения при миоме матки сопровождается переходом из стресса в антистрессорные реак-

ции, отрицательная – в неблагоприятные, наиболее выраженные при агрессивном воздействии на ткани матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бреусенко В. Г., Краснова И. А., Капранов С. А., Бобров Б. Ю., Аксенова В. Б., Шевченко Н. А., Арютин Д. Г. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки // *Акушерство и гинекология*. – 2006. – № 3. – С. 23–26.
2. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Кузьменко Т. С. Антистрессорные реакции и активационная терапия: Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. – М.: Имедис, 1999. – 655 с.
3. Гурьева В. А., Карпенко А. А., Борисова О. Г. Место эмболизации маточных артерий в терапии миомы матки // *Российский вестник акушерства и гинекологии*. – 2008. – № 2. – С. 40–44.
4. Давыдов А. И., Панкратов В. В., Ягудеева И. П. Восстановительное лечение после органосохраняющих операций у больных подслизистой миомой матки и аденомиозом // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2011. – № 10 (6). – С. 13–21.
5. Долгов Г. В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика: Учеб. пособие для высших мед. учеб. заведений. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2001. – 172 с.
6. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Капранов С. А., Курцер М. А., Краснова И. А., Бобров Б. Ю. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы // *Акушерство и гинекология*. – 2007. – № 5. – С. 54–59.
7. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Кондрашин С. А., Клиндухов И. А., Коваленко М. В. Дискуссионные аспекты эмболизации маточных артерий при лечении больных миомой матки // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2004. – № 5. Т. 3. – С. 72–76.
8. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Пашков В. М., Лебедев В. А. Доброкачественные заболевания матки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 288 с.

9. Стрижаков А. Н., Буданов П. В., Давыдов А. И., Рыбин М. В. Спонтанный разрыв матки в родах после лапароскопической миомэктомии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – № 5. – С. 79–82.
10. Тихомиров А. Л., Леденкова А. А., Батаева А. Е. Патогенетическое обоснование профилактики миомы матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – Т. 10. № 1. – С. 75–78.
11. Agdi M., Tulandi T. Endoscopic management of uterine fibroids // Best. pract. res. clin. obstet. gynaecol. – 2008. – V. 22. № 4. – P. 707–716.
12. Bhardwaj R. Uterine artery embolisation // Indian. heart. j. – 2012. – V. 64. № 3. – P. 305–308.
13. Bradley L. D. Uterine fibroid embolization: a viable alternative to hysterectomy // Am. j. obstet. gynecol. – 2009. – V. 201. № 2. – P. 127–135.
14. Bulman J. C., Ascher S. M., Spies J. B. Current concepts in uterine fibroid embolization // Radiographics. – 2012. – V. 32. № 6. – P. 1735–1750.
15. Gupta J. K., Sinha A., Lumsden M. A., Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids // Cochrane database. syst. rev. – 2012. – V. 16. № 5. – CD005073.
16. Kahn V., Fohlen A., Pelage J. P. Role of embolization in the management of uterine fibroids // J. gynecol. obstet. biol. reprod (Paris). – 2011. – V. 40. № 8. – P. 918–927.
17. Kasum M. Fertility following myomectomy // Acta clin. croat. – 2009. – V. 48. № 2. – P. 137–43.
18. Levy B. S. Modern management of uterine fibroids // Acta obstet. gynecol. scand. – 2008. – V. 87. № 8. – P. 812–823.
19. Parker W. H. Laparoscopic myomectomy and abdominal myomectomy // Clin. obstet. gynecol. – 2006. – V. 49. № 4. – P. 789–797.
20. Van der Kooij S. M., Ankum W. M., Hehenkamp W. J. Review of nonsurgical/minimally invasive treatments for uterine fibroids // Cur. opin. obstet. gynecol. – 2012. – V. 24. № 6. – P. 368–375.

Поступила 19.03.2014

И. М. БЫКОВ¹, Э. А. ДЯГТЯРЬ¹, А. Г. СИРАК², Л. В. АКОПОВА¹

ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА И БИОЦЕНОЗА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАТИТОМ ЗУБНЫХ РЯДОВ

¹Кафедра фундаментальной и клинической биохимии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 355063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
²кафедра стоматологии ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310; тел. (8652) 350551. E-mail: kafedrastom@yandex.ru

У пациентов с зубными протезами нередко возникает стоматит зубного ряда (СЗР). Это заболевание относится к группе наиболее часто встречающихся патологий слизистой оболочки полости рта воспалительного характера. Большое значение в возникновении данной патологии имеют состояние здоровья пациента, уровень гигиены полости рта, соблюдение правил ухода за зубными протезами (ЗП). Важная роль отводится гомеостазу и биоценозу полости рта. Изменение показателей гомеостаза и биоценоза при данном заболевании еще больше усугубляет возникший патологический процесс. В данной статье авторы исследовали показатели гомеостаза и биоценоза полости рта 46 больных со стоматитом зубных рядов. Установлено, что нормализация показателей гомеостаза и биоценоза способствует профилактике данной патологии и выздоровлению пациентов.

Ключевые слова: стоматит зубного ряда, гомеостаз полости рта, биоценоз, профилактика.

I. M. BYKOV¹, E. A. DEAGTAR¹, A. G. SIRAK², L. V. AKOPOVA¹

**THE PARAMETERS OF HOMEOSTASIS AND BIOCENOSE
OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH THE DISEASE DENTITIONS**

¹Department of fundamental and clinical biochemistry Kuban state medical university
Russian ministry of health,

Russia, 355063, Krasnodar, Sedina str., 4;

²department of dentistry Stavropol state medical university Ministry of health of Russia,
Russia, 355017, Stavropol, World str., 310; tel. (8652) 350551. E-mail: kafedrastom@yandex.ru

Recently in patients with dentures, has increased the frequency of occurrence of the disease in the dentition. Stomatitis dentition belongs to the group of the most common abnormalities of the mucous membranes of the oral cavity inflammatory nature. Of great importance in the occurrence of this disease plays the patient's state of health, level of oral hygiene, compliance with the rules of denture care. The important role of homeostasis and biocenose mouth. The