

няется уровень саливации в сторону уменьшения. Исходя из анализа индивидуальных показателей участвующих в исследованиях лиц, мы можем предположить, что первичным явилось снижение функциональной активности слюнных желез, повлекшее за собой активизацию кандидиинфекции. Однако не исключаем и того, что еще большему снижению слюноотделения способствовало разрастание грибковых колоний в выводных протоках слюнных желез с закупориванием их и уменьшением тока слюны.

Изучение гигиенического индекса по Грин-Вермилону показало, что гигиеническое состояние полости рта, хоть достоверно не отличалось между группами с разным уровнем обсемененности СОПР *Candida albicans*, тем не менее, наблюдалась явная тенденция к ухудшению гигиенического состояния полости рта у лиц с максимальными показателями колонизации СОПР *Candida albicans*.

Проба Шиллера-Писарева практически у всех больных была положительной, что свидетельствует о присутствии воспаления, однако наибольшая интенсивность наблюдалась при 2-й степени кандидозной обсемененности СОПР (у 11 человек, что составило 78%, был зафиксирован наивысший балл интенсивности воспаления – 3 – темно-коричневое окрашивание).

Таким образом, у лиц с хроническим кандидозом полости рта, по мере нарастания уровня кандидозной контаминации СОПР отмечается снижение слюноотделения и ухудшение гигиенического состояния полости рта, присутствует хроническое воспаление высокой степени выраженности

Следует отметить, что высокий уровень роста колоний Кандида в большинстве случаев коррелировал с выраженностью клинических симптомов. Так, при минимальном уровне чаще наблюдалась атрофическая форма кандидоза, без специфического налета.

По мере нарастания обсемененности СОПР появлялись псевдомембранозные и гиперпластические формы, легко снимающиеся или плотно спаянные со слизистой кератинизированные участки налета.

Выводы. 1. По мере нарастания уровня кандидозной контаминации СОПР отмечается снижение слюноотделения, ухудшение гигиенического состояния полости рта и усиление интенсивности воспалительных процессов.

2. Высокий уровень роста колоний Кандида коррелирует с выраженностью клинических симптомов: при минимальном уровне чаще наблюдается атрофическая форма кандидоза, без специфического налета. По мере нарастания обсемененности СОПР превалируют псевдомембранозные и гиперпластические формы.

Список литературы

1. Годовалов А. П. Характеристика *Candida* spp. в грибково-бактериальных ассоциациях при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей / А. П. Годовалов, Л. П. Быкова, Г. П. Ожгибесов // Проблемы медицинской микологии. – 2009. - Т.11. - № 2.-С. 65.
2. *Candida*. Кандидозы. Лабораторная диагностика / Елинов Н. П., Васильева Н. В., Степанова А. А., Чилина Г. А. - СПб, 2010. — 208 с.
3. Иванов В. С. Заболевания пародонта. – 3-е изд., перераб. и доп. / Иванов В. С. – М.: Мед. информ. агентство, 1998. – 296 с.
4. Латышева С. В. Современные аспекты патогенеза и диагностики кандидоза полости рта / С. В. Латышева // Современная

стоматология. - 2007. - № 1. - С. 57-61.

5. Леонтьев В. К. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии / Методическое пособие / Леонтьев В. К., Петрович Ю. А. – Омск, 1976. – 95 с.

6. Лесовой В. С. Кандидоз ротовой полости(обзор) / В. С. Лесовой, А. В.Липницкий, О. М. Очкурова // Проблемы медицинской микологии. – 2003. - Т. 5. - № 1. - С. 34-38.

7. **Определитель** бактерий Берджи: пер. с англ./ под ред. Дж. Хоулт, Н. Криг, П. Снит, Дж. Стеил. - М.: Мир. - 1997. - 123 с.

8. Решетняк О. В. Особенности грибковой микрофлоры слизистой оболочки полости рта, выделенной у женщин на фоне урогенитальной патологии кандидозной этиологии / О. В. Решетняк // Вестник стоматологии. - 2007. - № 6. - С. 21-24.

9. Шабашова Н. В. Иммунодефициты при хроническом кандидозе кожи и слизистой оболочки полости рта / Н. В. Шабашова // Проблемы медицинской микологии. - 2009. - Т.11. - №1. - С. 3-11.

10. Шевяков М. А. Взаимосвязаны ли *Candida* spp и рак верхних отделов пищеварительного тракта / М. А.Шевяков, В. С. Митрофанов, Р. М. Чернопятова // Проблемы медицинской микологии.- 2009. - Т. 11. - № 1. - С. 11-14.

11. Akpan A. Oral candidiasis / A. Akpan, R. Morgan – Postgraduate Medical Journal.-2002.-Vol.78.-P.455-459.

12. **Community** lifestyle of *Candida* in mixed biofilms: a mini review/Thein Z. M., Seneviratne C. J., Samaranyake Y. H., Samaranyake L. P. // Mycoses.-2009.- Vol.52, - № 6.-P.467-465.

13. **Risk factors** of oral candidosis: A twofold approach of study by fuzzy logic and traditional statistic / G.Campisi, V. Panzarella [et al.] // Arch. Oral.Biol. - 2008.-Vol.53,№4.-P.388-397.

14. Sidney Finegold. Diagnóstico Microbiológico / Finegold. Sidney / Ed. Panamericana. 7º edición. - Buenos Aires, 2005.- 453 p.

Поступила 01.10.12

УДК 616.314-74-037

О. В. Колосова

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕСТАВРАЦИОННЫХ РАБОТ, ВЫПОЛНЕННЫХ ФОТОКОМПОЗИЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ, В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ

В статье представлены результаты клинического изучения качества реставрационных работ в условиях применения различных методов полимеризации фотокомпозиционных материалов. Исследования свидетельствуют о достаточно высоком качестве реставраций, выполненных с применением поляризованного некогерентного светового потока фотополимеризатора.

Ключевые слова: реставрация, фотокомпозиционные материалы, поляризованный некогерентный свет.

О. В. Колосова

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕСТАВРАЦІЙНИХ РОБІТ, ВИКОНАНИХ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНИМИ МАТЕРІАЛАМИ, У ВІДДАЛЕНИЙ ТЕРМІН

У статті надані результати клінічного вивчення якості реставраційних робіт в умовах застосування різних методів полімеризації фотокомпозиційних матеріалів. Дослідження свідчать про достатньо високу якість реставрацій, виконаних з використанням поляризованого некогерентного світлового потоку фотополімеризатора.

© Колосова О. В., 2012.

Ключові слова: реставрація, фотокомпозиційні матеріали, поляризоване некогерентне світло.

O. V. Kolosova

Donetsk state medical university named after M. Gorky

CLINICAL EVALUATION OF RESTORATION WORKS, WHICH WERE MADE WITH LIGH-CURING COMPOSITES AFTER A TIME

In the article there are presented the results of clinical study of quality of restoration works in the conditions of application of different methods of polymerization of ligh-curing composites. Researches confirm to enough high quality of the restorations executed with the use of the polarized uncoherent light stream of light-curing unit.

Key words: restoration, ligh-curing composites, polarized uncoherent light.

Введено. В стоматологической практике широкое применение получили восстановительные технологии, основанные на применении материалов светового отверждения [1, 2]. Для инициации полимеризации этих материалов используют неполяризованное некогерентное излучение от специальных устройств - фотополимеризаторов, одной из основных физических характеристик которых является интенсивность излучаемого светового потока. Высокая стартовая интенсивность этого светового потока может привести к развитию в фотокомпозиционном материале «полимеризационного стресса», следствием которого является его быстрая и значительная усадка [3]. Для борьбы с негативными последствиями полимеризационной усадки, которая, по мнению некоторых авторов, направлена в сторону источника света, разработан метод «направленной полимеризации», который, однако имеет существенный недостаток: потери интенсивности светового потока в твердых тканях зуба в зависимости от их толщины могут быть весьма значительными, вследствие чего внутреннее напряжение в фотокомпозиционном материале в ходе последующего непосредственного окончательного облучения приводит к отрыву материала от твердых тканей [4]. В соответствии с другим методом полимеризации («мягкий старт»), предлагается использование светового потока сначала низкой интенсивности (100 мВт/см^2), а затем высокой (более 300 мВт/см^2). Такой подход позволяет изменить скорость реакции полимеризации ФКМ, удлинить «текучую» фазу, уменьшить негативное влияние светового излучения на пульпу зуба [1, 3]. Однако светового воздействия такой интенсивности фотополимеризатора не всегда достаточно для достижения оптимальных физических характеристик фотокомпозиционного материала [5].

В медицинской практике достаточно широко применяют поляризованный некогерентный световой поток [6, 7]. Лабораторные исследования показали, что поляризация светового потока фотополимеризатора способствует более эффективному проникновению светового потока через твердые ткани зуба и более плавной реакции полимеризации фотокомпозиционного материала. На основании полученных результатов нами разработан метод, обеспечивающий оптимальные условия полимеризации реставрационных

материалов светового отверждения поляризованным некогерентным световым потоком [8].

Цель исследования. Сравнительная клиническая оценка реставрационных работ из фотокомпозиционного материала через 12 и 18 месяцев при применении различных методов его полимеризации.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка 163 реставраций зубов у 139 пациентов через 12 месяцев после восстановления и 157 реставрационных работ у 134 пациентов через 18 месяцев. Реставрации были выполнены из универсального фотокомпозиционного микрогибридного материала Charisma (Heraeus, Kulzer) по поводу неосложненного кариеса полостей III и IV класса по Блеку. Полимеризацию материала проводили с помощью трех различных методов светового воздействия, в зависимости, от применения которых реставрационные работы были разделены на следующие группы. В первой группе полимеризацию проводили по методу «мягкого старта», во второй - в режиме «направленной полимеризации», в третьей группе на материал воздействовали поляризованным, а затем неполяризованным некогерентным излучением по разработанному нами методу [9].

Клиническую оценку реставраций проводили в соответствии с критериями Ryge: «анатомическая форма», «краевая адаптация», «краевое окрашивание», «шероховатость поверхности», «цветовое соответствие», «рецидивный кариес» [3].

Результаты исследования и их обсуждение. При контрольном осмотре через 12 месяцев после проведения реставрационных работ у пациентов первой группы анатомическая форма была сохранена в $91,31 \pm 4,15\%$ случаев, во второй группе этот показатель составил $90,75 \pm 3,94\%$, в третьей группе сохранность анатомической формы определяли в $90,48 \pm 3,71\%$ случаях. Нарушения анатомической формы были выявлены в первой группе в $8,69 \pm 4,15\%$ случаев, во второй в $9,25 \pm 3,94\%$ и в третьей группе в $9,52 \pm 3,71\%$ случаев. Эти работы получили оценку - «Bravo» (табл. 1).

Оценка реставраций по критерию «краевая адаптация» показала, что в первой группе пациентов в $89,13 \pm 4,59\%$ случаев был плавный переход от фотокомпозиционного материала к эмали. Эти реставрационные работы были оценены высшей оценкой «Alpha». Такую же оценку получили в третьей группе $92,06 \pm 3,39\%$ реставраций. Во второй группе только $80,43 \pm 5,84\%$ работ были оценены по данному критерию, как «Alpha». Все нарушения краевой адаптации визуально-инструментальным методом во всех группах были выявлены в виде незначительной щели и без обнажения дентина или прокладки (оценка «Bravo»). В первой группе таковые нарушения наблюдались в $10,87 \pm 4,59\%$ случаев, во второй - в $19,57 \pm 5,84\%$ случаев, в третьей в $7,94\%$ случаев, что достоверно меньше ($p < 0,5$), чем в первой и второй группах.

По критерию «краевое окрашивание» на границе соединения фотокомпозиционного материала с твердыми тканями зуба в $82,39 \pm 3,84\%$ случаев у пациентов первой группы и в $85,19 \pm 4,83\%$ у пациентов второй группы таковое обнаружено не было. В третьей группе пациентов выявили $92,06 \pm 3,39\%$ реставраций, получивших высшую оценку «Alpha». Оценку

Результаты сравнительной клинической оценки реставрационных работ из материала Charisma (Heraeus, Kulzer), при полимеризации различными методами через 12 месяцев после восстановления

Группы	Оценка	Критерии (%)						
		АФ	КА	КО	ШП	ЦС	РК	Д/Ч
1 группа	A	91,31±4,15	89,13±4,59	82,39±3,84	93,48±3,64	89,13±4,59	100	100
	B	8,69±4,15	10,87±4,59	17,61±3,84	6,52±3,64	10,87±4,59		
	C							
	D							
2 группа	A	90,75±3,94	80,43±5,84	85,19±4,83	90,75±3,94	88,82±4,27	100	100
	B	9,25±3,94	19,57±5,84	14,81±4,83	9,25±3,94%	11,11±4,27		
	C							
	D							
3 группа	A	90,48 ±3,71	92,06±3,39	92,06±3,39	95,26±2,68	92,06±3,39	100	100
	B	9,52±3,71	7,94±3,39	7,94±3,39	4,76±2,68	7,94±3,39		
	C							
	D							

Примечание: в таблицах 1 и 2 - 1 группа – пациенты с реставрациями, полимеризованными методом «мягкого старта»; 2 группа – пациенты с реставрациями, полимеризованными методом направленной полимеризации; 3 группа – пациенты с реставрациями, полимеризованными разработанным методом.

Таблица 2

Результаты сравнительной клинической оценки реставрационных работ из материала Charisma (Heraeus, Kulzer), при полимеризации различными методами через 18 месяцев после восстановления

Группы	Оценка	Критерии (%)						
		АФ	КА	КО	ШП	ЦС	РК	Д/Ч
1 группа	A	86,39±5,17	84,11±5,51	81,81±5,43	88,64±4,78	88,64±4,78	98,07±3,83	100
	B	13,63±5,17	15,89±5,51	18,83±5,43	7,19±4,78	11,36±4,78	1,93±3,83	
	C				4,16±2,78			
	D							
2 группа	A	87,47±4,42	81,69±5,24	80,77±5,46	87,47±4,42	87,47±4,42	100	100
	B	12,53±4,42	18,23±5,24	19,23±5,46	11,53±4,42	12,53±4,42		
	C							
	D							
3 группа	A	88,53±4,07	91,81±3,51	90,87±3,84	88,53±4,07	91,81±3,51	100	100
	B	11,47±4,07	8,19±3,51	9,93±3,84	11,47±4,07	8,19±3,51		
	C							
	D							

«Bravo» в первой группе получили $17,61 \pm 3,84$ случаев, во второй – $14,81 \pm 4,83$ % и в третьей группе – $7,94 \pm 3,39$, что в почти в два раза меньше, чем в первых двух группах.

При оценке реставраций по критерию «шероховатость поверхности» результаты у пациентов всех групп практически не отличались: $93,48 \pm 3,64$ %, $90,75 \pm 3,94$ % и $95,26 \pm 2,68$ % реставраций у пациентов, соответственно, первой, второй и третьей групп имели гладкую отполированную поверхность и были оценены, как «Alpha». Слегка шероховатую поверхность в виде небольших углублений (оценка «Bravo») имели, соответственно, $6,52 \pm 3,64$ %, $9,25 \pm 3,94$ % и $4,76 \pm 2,68$ % реставраций.

Полное соответствие реставраций по цвету твердым тканям зубов в первой группе обнаружено в $89,13 \pm 4,59$ %, во второй группе - в $88,89 \pm 4,27$ %, в третьей - в $92,06 \pm 3,39$ % случаев. Эти реставрации получили оценку «Alpha». Оценка «Bravo» получили в первой группе $10,87 \pm 4,59$ % реставрационных работ, во второй – $11,11 \pm 4,27$ % и в третьей – $7,94$ % реставраций. Во всех трех группах вторичный кариес обнаружен не был. Не было зарегистрировано также ни одного случая послеоперационной чувствительности.

При контрольном осмотре через 18 месяцев с момента проведения реставраций в первой группе анатомическая форма зубов была сохранена в $86,39 \pm 5,17$ % случаев. Во второй и третьей группах результаты практически не отличались от показателей первой группы: $87,47 \pm 4,42$ % и $88,53 \pm 4,07$ % реставрационных работ, соответственно. Эти работы были оценены высшей оценкой «Alpha». Оценка «Bravo» получили в первой группе $13,63 \pm 5,17$ % реставрационных работ, во второй – $12,53 \pm 4,42$ % и в третьей – $11,47 \pm 4,07$ % работ (табл. 2).

По критерию «краевая адаптация» визуально-инструментальным методом были оценены, как «Alpha», в первой группе $84,11 \pm 5,51$ % реставраций, во второй группе - $81,69 \pm 5,24$ % и в третьей – $91,81 \pm 3,51$ % реставраций. Все нарушения краевой адаптации во всех группах были в виде незначительной щели без обнажения дентина или прокладки и получили оценку «Bravo». В первой группе таких работ было $15,89 \pm 5,51$ %, во второй – $18,23 \pm 5,24$ % и в третьей группе – $8,19 \pm 3,51$ %, что меньше, чем в два раза в первой и второй исследуемых группах.

Отсутствие изменения цвета по краю реставраций визуально-инструментальным методом регистрировали в первой группе пациентов в $81,81 \pm 5,43$ % случаев, во второй - в $82,71 \pm 4,83$ % случаев, в третьей группе - в $90,87 \pm 3,84$ % случаев соответственно. Эти работы оценены высшей оценкой «Alpha». Достоверность ($p < 0,05$) различий показателей первых двух групп и третьей группы пациентов очевидна. При этом количество реставрационных работ, получивших оценку «Bravo» в первой и второй исследуемых группах, почти в 2 раза превышает этот показатель в третьей группе пациентов. Эти показатели составили: в первой группе пациентов – $18,83 \pm 5,43$ % случаев, во второй группе – $19,23 \pm 5,46$ % случаев, а в третьей всего лишь $9,93 \pm 3,84$ % случаев. Как и по критерию «краевая адаптация», в третьей группе пациентов осложненный по критерию «краевое окрашивание», в два раза меньше, чем в первых двух группах

Имели гладкую отполированную поверхность и, соответственно, получили оценку «Alpha» по критерию «шероховатость поверхности» в первой группе $88,64 \pm 4,78$ % реставраций, эту же оценку получили во второй группе $87,47 \pm 4,42$ % и в третьей - $88,53 \pm 4,07$ % реставрационных работ. Слегка шероховатую поверхность в виде небольших углублений (оценка «Bravo») имели, соответственно, в первой группе - $11,36$ % случаев, во второй – $11,53 \pm 4,42$ % случаев, в третьей – $11,47 \pm 4,07$ % случаев реставрационных работ.

Полное соответствие реставраций цвету твердых тканей зуба (критерий «цветовое соответствие») зафиксировали в первой группе в $88,64 \pm 4,78$ % случаев, во второй группе - в $84,32 \pm 5,01$ % и третьей – $91,81 \pm 3,51$ % случаев. Эти реставрационные работы получили высшую оценку «Alpha». Оценка «Bravo» получили в первой группе $11,36 \pm 4,78$ % реставрационных работ, во второй – $12,53 \pm 4,42$ % и в третьей – $8,19$ % реставраций.

При оценке критерия «дискомфорт / чувствительность» все реставрационные работы получили оценку «Alpha». Вторичный кариес во второй и третьей исследуемых группах при оценке реставрационных работ через 18 месяцев обнаружен не был. В первой же группе вторичный кариес был обнаружен в $1,93 \pm 3,83$ % случаев.

Выводы. Таким образом, результаты клинического исследования качества реставрационных работ из фотокомпозиционного материала, проведенные через 12 и 18 месяцев, свидетельствуют о том, что в равнозначных клинических ситуациях количество осложнений по критериям: «краевая адаптация» и «краевое окрашивание» в группе, где полимеризацию фотокомпозиционного материала проводили разработанным нами методом в 1,5-2 раза меньше, чем в других двух группах. Это дает основания для достаточной оценки разработанного метода полимеризации фотокомпозиционного материала с применением поляризованного некогерентного светового потока.

Список литературы

1. **Борисенко А. В.** Кариес зубов / Борисенко А. В. – К. : Книга плюс, 2005. – 416 с.
2. **Удод А. А.** Полимеризация фотокомпозиционных материалов: достижения и проблемы / А. А. Удод, А. Б. Мороз, И. А. Трубка, К. М. Хачатурова // Вісник стоматології. – 2006. - № 2 (52). – С. 92-96.
3. **Июффе Е.** Эффект полимеризационной усадки композитных материалов / Е. Юффе // Новое в стоматологии. – 2002.- №5 (105). – С.15-18.
4. **Cefaly D. F. G., Ferrarezi G.A.** de Oliveira, Tapety C.M.C. et al. Microhardness of resin-based materials polymerized with LED and halogen curing units // Brazilian Dental Journal. – 2005. – Vol. 16, № 2. – P. 98 -102.
5. **Мель М. А.** Экспериментальное обоснование полимеризации композитных пломбирочных материалов светового отверждения в режиме «мягкого» старта / М. А. Мель, М. Собола, Р. Хикель // Современная стоматология. – 2000. – №1. – С.31-35.
6. **Казинина Е. Н.** Использование плоскополяризованного света в комплексном лечении пародонтита / Е. Н. Казинина // Вісник стоматології. – 2000. - №5. – С.195.
7. **Колосова О. В.** Применение поляризованного некогерентного света в стоматологии (обзор) / О. В. Колосова // Вопросы реконструктивной стоматологии. – Вып.3. - Донецк, 2002. — С. 64 – 70.
8. **Пат. № 38180 А,** Украина, МКВ А61С19/06. Спосіб полімеризації пломбувальних матеріалів світлового затвердіння і пристрій для його здійснення: Пат. № 38180 А, Україна, МКВ А61С19/06 // Г.І. Донський, О.

В. Колосова (UA); №2000063251; Заявл.06.06.2000; Опубл. 15.05.2001; Бюл. №4.

9. Рюге Гунар. Клинические критерии / Гунар Рюге // Клиническая стоматология – 1998. – №3. – С.40-46.

Keywords: dental status, breast cancer, chemotherapy.

Поступила 11.10.12



УДК 616 31:/616-006.6+618.19+615.28

О. В. Деньга, д. мед. н., Е. С. Шумилина

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Проведена оценка влияния токсического воздействия химиотерапии на стоматологический статус больных раком молочной железы. Показано, что при этом наблюдается очень высокий уровень интенсивности кариозных поражений зубов, у 100 % пациенток имеются патологические изменения в тканях пародонта, наблюдаются кровоточивость десен, повышенная подвижность зубов, ощущение сухости во рту, утолщение слизистой оболочки, низкий уровень гигиены. 45 % обследованных пациенток нуждались в протезировании.

Ключевые слова: стоматологический статус, рак молочной железы, химиотерапия.

О. В. Деньга, К. С. Шуміліна

ДУ «Институт стоматологии НАМН України»

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ ХІМІОТЕРАПІЇ

Проведено оцінку впливу токсичної дії хіміотерапії на стоматологічний статус хворих раком молочної залози. Показано, що при цьому спостерігається дуже високий рівень інтенсивності каріозних поразок зубів, у 100 % пацієнток є патологічні зміни в тканинах пародонту, спостерігаються кровоточивість ясен, підвищена рухливість зубів, відчуття сухості в роті, потовщення слизової оболонки, низький рівень гігієни. 45 % обстежених пацієнток потребували протезування.

Ключові слова: стоматологічний статус, рак молочної залози, хіміотерапія.

O. V. Denga, E. S. Shumilina

SE «The Institute of Stomatology NAMS of Ukraine»

THE DENTAL STATE OF THE PATIENTS WITH BREAST CANCER AFTER CHEMOTHERAPY

The influence of the toxic effects of chemotherapy on dental status of patients with breast cancer. It is shown that while there is a very high level of intensity of carious lesions of teeth, 100% of patients have lesions in the periodontal tissues, there are bleeding gums, increased tooth mobility, dryness in the mouth, a thickening of the mucous membranes, poor hygiene. 45% of surveyed patients needs of prosthetics.

В настоящее время по данным ВОЗ злокачественные новообразования являются второй по частоте причиной смерти жителей планеты после сердечно-сосудистой патологии. Подобные статистические данные по распространенности онкологических заболеваний свидетельствуют о том, что с каждым годом эта проблема становится всё серьезнее [1].

Рак молочной железы (РМЖ) – самая распространенная онкологическая патология у женщин в Европе. Это коварное заболевание, первичная профилактика которого практически не разработана, отнимает здоровье и жизнь у многих тысяч молодых и активных женщин. К сожалению, за последние несколько десятилетий в развитых странах мира не только не наблюдается тенденции к снижению заболеваемости РМЖ, но и, напротив, ежегодно отмечается ее рост [2].

В современной онкологии химиотерапия наряду с хирургическими методами и лучевым воздействием является одной из важнейших составляющих лечения больных. Использование противоопухолевых препаратов часто сопровождается развитием побочных реакций. Среди них преобладают реакции, обусловленные поражением быстрообновляющихся (с высоким темпом пролиферации) клеток кроветворных и иммунокомпетентных органов (в первую очередь – костного мозга, слизистой оболочки пищеварительного тракта, волосяных фолликулов и т.д.). Кроме того, цитостатики способны повреждать с разной частотой практически все структуры. Основные осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта при химиотерапии злокачественных опухолей – рвота, тошнота, диарея, задержка стула, энтерит, колит и мукозит с поражением слизистой полости рта. Осложнения существенно отягощают состояние больных. Несвоевременная коррекция данных осложнений может потребовать прекращения специального лечения, изменения схемы заведомо эффективной терапии, что значительно ухудшает лечебный эффект химиотерапии, а следовательно, и прогноз заболевания. Кроме того, наблюдается снижение качества жизни больных, возникает необходимость в дополнительном обследовании и лечении [3, 4]. Мукозит, как побочный эффект химиотерапии, может поражать любую часть желудочно-кишечного тракта. Мукозит полости рта (стоматит) возникает обычно в сроки от 4 до 16 дней после начала химиотерапии и длится 10-14 дней после ее завершения, составляя серьезную проблему, значительно снижая качество жизни пациентов за счет болевого синдрома, приводя к нарушению питания, потере веса, изменению сроков лечения, являясь одним из дозолимитирующих эффектов химиотерапии и облучения при терапии рака, проявляющийся воспалением и изъязвлением слизистой оболочки и подслизистого слоя. Высокая пролиферативная активность эпителиальных клеток СОПР делает их особенно чувствительными к разрушающему воздействию цитостатических препаратов. В условиях иммунодепрессии возникает большая вероятность вторичного инфицирования, ведущего к развитию не только локаль-