

**З. Е. Исина, М. Г. Тусбаев, Ж. Г. Танкибаева, С. Б. Ахметова, Т. Б. Сагимбаева,  
Б. К. Нурмухамбетова**

### **АУЫЗ ШЫРЫШТЫ ҚАБЫҒЫНЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ДАМУЫ МЕН АҒЫМЫНДАҒЫ МИКРОБИОЦЕНОЗ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ МӘНІ**

Қарағанды медицина университеті стоматология кафедрасы (Қарағанды, Қазақстан)

Ұсынылған мақала, ауыз қуысы шырышты қабығының созылмалы ауруларына шалдыққан науқастарда микробиоценоздың бұзылыстары кезінде жүретін негізгі үрдістерге қатысты заманауи әдебиеттер анықтамаларына шолу жасауға арналған. Ауыз қуысы шырышты қабығының зерттелетін жағдайлары, ассоциативті түрдегі дисбактериоздың жергілікті микрофлорасының тұрақты бұзылыстарына жалғасады. Бұл патологияда, ауыз қуысындағы басым микроорганизмдер ретінде ішек таяқшасы мен *Candida* текті саңырауқұлақтар монодақылда және стафилакокктар жиынтығында өсіріледі. Аталмыш патология кезінде, емдеу үрдісінде бақылаудың динамикасы мен микроэкологиялық мониторингті қолдана отырып, ауыз шырышты қабығының дисбиотикалық бұзылыстарының пайда болуы мен оны коррекциялау жолдарының сұрақтары стоматолог мамандарының көмегімен қамтылған.

*Кілт сөздер:* ауыз қуысы шырышты қабығы, микроорганизмдер, микробиоценоз, микроэкологиялық мониторинг

Көлемді жұмыс санына қарамастан, ауыз қуысы шырышты қабатының созылмалы аурулары заманауи стоматологияда өзекті мәселе болып қалады [4, 11, 36]. Бірінші орында, бұл, аурудың ауыр өтетін клиникалық түрлерінің болуына, ағымының төзімділігіне, полиморфты байқалуларына, диагностикасының күрделілігіне, емдеу тиімділігінің аз болуына және жиі қайталануларына байланысты болады [36]. Бұл жағдайда, еңбекке қабілеттілігін жоюға әкелетін жиі қайталанулар, бірқатар әлеуметтік шешімдерге мәселе тудырады. Ауыздың шырышты қабатының созылмалы ауруларының этиологиясы мен патогенезінің айқын болмауы, қызыл жалпақ теміреткіні диагностикалау мен емдеу жоспары төңірегіндегі көптеген шешімін таппаған сұрақтар мен дауды туындатады. Ауыздың шырышты қабатының түрлі ауруларының этиологиясы мен патогенезіндегі микробты фактордың рөліне қызығушылықтың басым болуы, бір жағынан сыртқы орта факторларының қолайсыз ықпалының күшеюімен, екінші жағынан – созылмалы соматикалық аурулар санының ұлғаюымен сипатталады [14]. Бұл факторлар, адам ағзасын тұтас алғанда және жекеше ауыз қуысында симбиотикалық микроб қорының бұзылуына әкеледі. Ауыз қуысы шырышты қабатының аурулары оның құрылымының өзгеруі және тұтастығының бұзылуы, жергілікті қабыну реакциясы, ауру сезіміне, ауыз қуысының қызметінің бұзылуына және ауыз қуысындағы микробиоценоз бұзылыстарының қалыптасуына жағдай жасайды. Соңғы жылдары ауыз қуысы шырышты қабатының созылмалы ауруларының этиологиясы мен патогенезінде микроорганизмдер

дің мүмкін болатын рөліне көп назар аударылады [30, 18, 25]. Ауыз қуысының патологиялық үрдістеріне иммунологиялық реактивтілік пен антибактериалды қорғаныстың табиғи факторларының төмендеуі ілесе жүреді. Пайда болған дисбиотикалық бұзылыстар, науқастың жалпы жағдайымен қатар стоматологиялық аурулардың ағымын ауырлатады [13].

Микробиоценоз бұзылысын ескере отырып, ұсынылған мәліметтерге байланысты, ауыз қуысының созылмалы шырышты ауруларымен ауыратын науқастарға уақытылы диагностика жүргізу және кешенді емдеу қажеттілігі туындайды. Берілген зерттеулер денсаулық сақтау тәжірибесінде өзекті және перспективті болып табылады, сонымен қатар әрі қарай зерттеуді талап етеді. Микрофлора жайындағы заманауи көзқарас микроэкологиялық бағытты талап етеді. Микроорганизмдер, ауыз қуысында, саны мен құрамы жағынан әр түрлі, орналасуы жағынан спецификалық болып келетін, микробтар популяциясының жиынтығынан тұратын биоценоздар түрінде болады. Микробиоценоздың құрылымы мен қызметтеріне, экологиялық реттеу мен микробты популяцияның ауысуына, аталмыш локустың анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктеріне негіз құрайтын, түрлі бактериялардың қарым-қатынасының жиынтығымен қолдау көрсетіледі. Микроорганизмдер, олардың ферменттері, алмасу өнімдері ауыздағы тіндерге ықпал тигізіп, асқындыра, кейде өздігінен түрлі патологиялық жағдайларды шақыра отырып, деструктивті өзгерістерге әкелуі мүмкін [19].

Қазіргі кезде, ауыз қуысы, биоценозын-

да, ауыз қуысында мекендеген микроорганизмдердің арасындағы адамға пайдалы көптеген биогеңді байланыстары бар, теңестірілген экстракорпоральды мүше ретінде қарастырылады.

Бұл жағдайда, ауыз қуысын жауып тұрған шырышты қабықтар, организмнің ішкі ортасы және оның сыртқы қоршауымен тығыз байланыста болатын жеке өз алдына экологиялық жүйе ретінде қарастырылады. Жыл сайын, стоматологиялық денсаулыққа арналған, Бүкіл әлемдік денсаулық сақтау ұйымының, аймақтық денсаулық сақтау органдарының баяндамалары жарияланады [4].

Ауыз қуысы бір жағынан – қоршаған ортадан түсетін, көптеген зиянды химиялық агенттердің кіретін қақпалары ретіндегі ас қорыту жолының жоғарғы бөлімі; екінші жағынан – аса күрделі биоценоз – сыртқы әлемнен түсетін көптеген микроорганизмдердің енетін жолы. Ауыз қуысының негізгі аурулары – тіс жегісі мен оның асқынулары, пародонт аурулары, шырышты қабаттың пато-логиясына ілесе жүретін микрофлораның сандық және сапалық өзгерістері мейлінше жеткілікті зерттеліп, бекітілген. Алайда, осы микроэкожүйеде болатын өзгерістер мен ауыз қуысының аурулары мен сыртқы қоршаған ортаның теріс әсер ету ықпалының сұрақтары әлі де жеткіліксіз өңделген. Микроорганизмдер, ауыз қуысының биоценозын құра отырып, түрлік құрамы мен сандылығы жағынан түрленетін популяциялар жиынтығынан тұрады. Қалыпты микрофлора, сыртқы ортаның ықпалы және макроорганизм жағдайының бірлесуіне, сонымен қатар, биоценозға кіретін әртүрлі микробтардың қарым-қатынасына байланысты болатын көптеген факторлардың өзара бірлескен қимылының нәтижесінде эволюциялық жолмен қалыптасқан. Қалыпты микро-флораның ең басты қызметі болып, оның колонизациялық серпінділікке қатысуы саналады [2, 6].

Ауыз қуысының колонизациялық серпінділігі күрделі көп факторлы құбылыс болып табылады, белгілі бір деңгейге дейін көбейетін, соңында өзіндік экожүйе қалыптастыратын микроорганизмдердің әр түрлі биотоптарда орналасу үрдісін сипаттайды.

Колонизацияның жетістігі көбінесе, микроорганизмдердің өсетін және физиологиялық қажеттіліктерге адекватты ортаға ауыз қуысының қаншалықты сәйкес келетіне қатысты болады [7, 9].

Осы тұрғыдан, ауыз қуысы, көптеген авторлармен, контаминацияға және көптеген микроорганизмдердің тіршілік қабілетіне қолайлы жағдай жасайтын, теңдессіз экология-

лық жүйе ретінде қарастырылады. Осы үрдісті спецификалық және спецификалық емес басқаратын, «колонизация тосқауылдары» деп аталатын бірқатар факторлар белгілі. Бұл жағдайда, механикалық, гуморальді, онда микроорганизмдердің орналасуына байланысты, ауыз қуысының спецификалық емес қорғаныш факторларының жиынтығын сипаттайтын «мукозды блок» мейлінше маңызды болып табылады. Ауыз қуысын микробтардың түрлі таксономиялық топтарының өкілдері колонизациялайды, олар микроорганизммен және бірбірімен биохимиялық, иммунологиялық, тағы да басқа қарым-қатынасқа түсіп, ауыз қуысының микробиоценозын қалыптастырады. Көптеген авторлар, ауыз қуысының колонизациялы серпінділігін қолдауда, маңызды рөлді, жоғары антогонистік белсенділігі мен адгезивтілігі бар симбионттар, резидентті микрофлораға береді. Бар мәліметтерге сәйкес, ауыз қуысында, микробтардың өсуі мен көбеюіне қолайлы болып келетін бірнеше қауымдастықтар болады, олар: таңдай, ұрт, тіл, қызыл иек шырышты қабаттары, сонымен бірге тістер мен сілекей болып табылады. Әрбір жеке тұлғаға, микроорганизмдердің және олардың үйлесуінің спецификалық генетикалық шартталған спектрі тән келеді. Сау адамдарда, ауыз қуысы микрофлорасы құрамының жекеленген ерекшеліктерінің көптеген факторлары: жас ерекшелігіне, тамақтану сипатына, ауыз қуысының гигиеналық күтіміне, ауыз қуысының анатомиялық ерекшеліктеріне, жалпы соматикалық жағдайдың гормональды статусына байланысты болып келеді [11, 14].

Сонымен қатар, сау адамның ауыз қуысының микробты флорасының сандық және сапалық құрамы, микробты қоғамдастықтың құрамдық тұрақтылығын қамтамасыз ететін факторлардың болуының арқасында, тұрақты болады.

Бұндай факторлар қатарына ауыз сұйықтығының ылғалдық дәрежесін, құрамында лизоцимнің болуына байланысты сілекейдің бактерицидті қасиеттерін, секреторлы иммуноглобулинді, лизиндерді, полиморфты ядролы лейкоциттерді, сонымен қатар, жалпы жасушалы және гуморальді иммунитет жағдайын жатқызуға болады. Антимикробты қорғаныс жүйесінде алдыңғы орын қалыпты аутофлораға беріледі.

«Қалыпты» микрофлора термині, сау адамдардың ауыз қуысына түрлі экожауымдастықты орнықтыратын және тағамдық метаболизмге қатысатын, ауру тудыратын бактериялардың адгезиясынан эпителиоциттердің ре-

цепторларын тежеу жолымен жоғары – вирулентті бактериялардан қорғайтын, иммунды жауапты қуаттандыратын, биологиялық белсенді заттарды өндіретін микроорганизмдердің популяциясына жол сілтейді. Ауыз қуысының микробты құрамының тұрақтылығы, бактерицидті заттардың (низин, диплококцин, ацидофилин, лактоцидин, лактолин, бревин), антибиотикалық белсенділігі бар метаболиттердің, органикалық қышқылдарды (сүт, сірке, кетоглутарлы және янтарлы) өндіруінен, патогенді және шартты-патогенді бактерияларға қарсы тұратын қалыпты микрофлора өкілдерінің ерекше қасиетімен қамтамасыз етіледі [17].

Ауыз қуысында тұрақты микробты флораның болуын, макроорганизмнің сыртқы ортамен бірлестігін, патологиялық жағдайдың куәсі ретінде емес, тек факт ретінде көрсете отырып, сау адамның биологиялық және физиологиялық орындылығы деп бағалау керек [27].

Қазіргі уақытта ауыз қуысының қалыпты микрофлорасын, сонымен бірге, ауыздың шырышты қабатының түрлі созылмалы ауруларының өзгерістерін оқып үйренуге назар аударылуда. Ас қорыту үрдісіне, зат алмасуға, дәрумендерді синтездеуге, иммунды статус пен организмнің жалпы спецификалық емес серпінділігін қалыптастыруға микрофлораның қатысы бар екендігі дәлелденді. Осы кезде, құрам бөлігі симбиотикалық микрофлора болып табылатын ауыз қуысының микроэкологиясына жеткіліксіз көңіл бөлінуде. А. А. Шахнович пен басқа авторлардың мәліметтері бойынша микробиологиялық өркендеуге ауыз қуысының бірқатар созылмалы ауруларының ағымы, нәтижесі мен болжамы тікелей байланысты болады [41].

Заманауи тұрғыдан алғанда, микрофлора, микробиоценоздардың жиынтығы түрінде беріледі, бұл оны биоценодикалық бағыттан бағалауды талап етеді. Ауыз қуысының микроорганизмдері, организмнің басқа мүшелерінің микроорганизмдері сияқты күрделі экологиялық қарым-қатынаста болады. Әдебиетте «эубиоз» атауымен әйгілі ауыз қуысының қалыпты және патогенді микрофлорасының динамикалық тепе-теңдігі жалпы және жергілікті сипаттағы факторлардың ықпалынан өзгеруі мүмкін.

Микрофлораның құрамын бұзатын жергілікті себептерге: ауыз қуысының адекватты емес гигиенасы жатады, бұл жағдайда гигиенаның жеткіліксіз деңгейімен қатар, құрамында хлоргексидині бар ауыз шайғыштарды шамадан тыс қолдану маңызды болып келеді. Сонымен қатар, тістесу мен жеке тістердің

ауытқулары, сауықтырылмаған ауыз қуысы, ауыз қуысының шырышты қабаты мен пародонт аурулары, протездеу кезіндегі қателіктер, ортодонтиялық және протетикалық жабдықтарды қолдану, жұту, шайнау сілекей бөліну, мұрынмен дем алу қызметтерінің бұзылуы жатады.

Жалпы факторлардың ішінен, жалпы соматикалық патология салдарынан организмнің реактивтілігінің өзгеруі, инфекциялық (жедел немесе созылмалы), аутоиммунды немесе эндокринді аурулар, сыртқы ортаның қолайсыз факторларының ықпалы (ионданған сәулелендіру, компьютерде ұзақ жұмыс жасау, пестицидтер, гербицидтер, бояғыштармен, құрамында мүсәтір бар заттармен өндіріс кезінде тікелей жұмыс жасау), қолайсыз экологиялық аймақтарда тұру, ауыз қуысы шырышты қабаты мен пародонт аурулары және организмнің басқа мүшелері мен жүйелерінің ауруларын емдеуде антибактериалды препараттарды ретсіз қабылдау, ретсіз тамақтану, шылым шегу мен ішімдік ішу маңызды орын алады. Экзогенді және эндогенді факторлардың ықпалынан, макроорганизм мен аутофлораның арасында (эубиоз) тепе-теңдігінің бұзылуына қатысты қалыпты аутофлора өкілдерінің тіршілік қабілетінің тежелуі мүмкін.

Ауыздың шырышты қабаты өзгермеген сау организмде, сілекейдің қорғаныш факторлары, микроорганизмдерді белгілі сандық және түрлік қатынаста ұстай отырып, олардың шамадан тыс көбеюіне кедергі жасайды.

Ауыз қуысының локальді қорғанысы төмендегенде бұл қатынастар өзгеруі мүмкін, нәтижесінде, дисбактериоз пайда болуы мүмкін, бұл иммунитеттің тежелуін қиындатады [12].

Дисбактериоз – қалыпты микрофлора өкілдерінің қатынасының өзгеруімен, әдетте аз мөлшерде кездесетін микробтардың пайда болуы мен басқа микробтар санының төмендеуі салдарынан, микроорганизмдердің кейбір түрлері санының төмендеуі немесе жойылуымен сипатталатын бактериологиялық ұғым [4].

Заманауи тұрғыдан алғанда, дисбактериоз – белгілі бір биотоптың микрофлорасының сандық және сапалық құрамының өзгеруімен, микрофлораның түрлі өкілдерінің негізделмеген биотоптарға ауысуымен сипатталатын бірқатар аурулар кезінде пайда болатын клиникалық-ертханалық синдром ретінде қарастырылады

Ауыз қуысының микрофлорасы, адам организмін тұтас алғанда, оның түрлі мүшелері мен жүйелері жағдайы өзгерістеріне сандық және сапалық ауытқулармен жауап беретін

жоғары сезімтал индикаторлы жүйе болып табылады. Екінші реттік патология бола тұрып, ауыз қуысының дисбактериозы, негізгі үрдістің ағымдық болжамын төмендетеді, ал дисбиотикалық бұзылыстарды толық жою, бірінші реттік ауруды емдеу нәтижесін жақсартады.

Қалыпты микробиоценоз бұзылысы аурудың клиникалық ағымына ықпалы, стоматологиялық тәжірибеге, ауыздың шырышты қабатының созылмалы ауруларының биоценозын қалыптастыратын өңдеулер мен енгізулердің қажет екендігін талап етеді.

Ауыздың шырышты қабатының ауруларын емдеу қиын шешім болып табылады, ал микрофлораның бұзылыстары салдарынан болған асқынуларды айқындағанда, бұл шешім одан да қиындай түседі.

Ауыз қуысындағы бірқатар патологиялық үрдістердің этиологиясымен патогенезінде маңызды рөл – микробты факторға, атап айтқанда сапрофитті және шартты-патогенді микрофлораның өкілдері алып жатыр. Көптеген стоматологиялық аурулардың арнайы қоздырғышы болмайды, сондықтан организмнің қорғаныс-бейімділік реакциясының табиғи факторларының төмендеу жағдайы аутофлораның пролиферация салдарынан пайда болады.

Ауыз қуысының дисбактериозы көптеген ауыз қуысы ауруларында көрсетілген (немесе ауыз қуысының бірқатар созылмалы ауруларында).

Глоссит, глоссалгия, созылмалы қайталамалы афтозды стоматит және қызыл жалпақ теміреткі ауруларында байқалатын дисбиотикалық өзгерістерге сипаттама берілді, сонымен қатар, лактобациллалар штаммдарының антогонистік белсенділігі мен адгезивті қабілеттілігі зерттелді [5]. Зерттелген ауыз қуысының аурулары ассоциативті дисбактериоз түріндегі жергілікті микрофлораның нақты бұзылыстарымен қоса жүрді. Бұл кезде, ауыз қуысындағы басты орын алатын микроорганизмдер, қызыл жалпақ теміреткі мен созылмалы қайталамалы афтозды стоматитке шалдыққан науқастардан табылған алтын түсті стафилококктармен біріккен ішек таяқшасы мен *Candida* тұқымдасының саңырауқұлақтары болып табылды. Жүргізілген бірқатар зерттеулер барысында, қызыл жалпақ теміреткіге шалдыққан науқастардан физиологиялық микрофлораның өкілдерін анықтау мүмкін еместігі анықталды. Авторлардың айтуы бойынша, осы санаттағы науқастарда 100% жағдайда кездескен ауыз қуысының дисбактериозында ең көп өзгеріске ұшырайтын лактобациллалардың өкілдері болып табылады [31].

Ауыздың шырышты қабатының қызыл жалпақ теміреткі ауруына шалдыққан науқастардың 60%, ауыз қуысына жұғынды мен қырынды алу әдісін қолданғанда, ауыз қуысы қалыпты микрофлорасының сандық және сапалық құрамының ауытқулары байқалған [8, 31]. Ассоциативті дисбактериоз науқастардың 23% кездескен. Кейбір авторлар, ангулярлы хейлит, протездік стоматит, десквамативті глосситтің дамуында *Candida albicans* маңызды фактор болып табылатынын атап көрсеткен, және ол анықталған лейкоплакияның ағымын қиындатуы мүмкін деген. Ауыз қуысының аурулары кезінде *Candida albicans* пен ауыз қуысының микробты флорасының басқа өкілдерінің арасында ассоциативті байланыс бар [15].

Микробты пейзаж кокктар, колиформды бактериялар және ащытқы тәріздес саңырауқұлақтар санының көп болуымен сипатталды. Патогендік пен персистенцияның шектеулі спектрі зерттелді, (гемолизин мен лецитиназаны өндіруге қабілеттілік), жаңа пробиотикалық препараттардың (Плантафермин, қышқыл – сүт сусыны «Үміт») құрамына енгізілетін, лактобактериялардың (цитадгезия, антибиотикалық белсенділік, антагонистік белсенділік) пайдалы қасиеттеріне көңіл бөлінуде. Созылмалы қайталамалы афтозды стоматитте, 28,4% жағдайда дисбактериоз сипатында берілген, микрофлора құрамында ауытқулар анықталды. Өзгерістер анаэробты микроорганизмдердің 10-100 ретке төмендеуімен және аэробты микроорганизмдердің бірдей қатынаста жоғарлағанымен сипатталды.

Жедел афтозды стоматитте, афталардың астынан бөлінген микробты флораны зерттегенде, бұл микроорганизмдердің, агрессияның ферменттік кешенін өндіретін айқын қабілеттілігі аталып көрсетілген. Осыған ұқсас қасиеттері бар бактериялардың афтаның астында болуы патологиялық үрдіске, оның ағымын қиындата отырып, ықпал тигізеді. *E. coli* мен фекальді стрептококктар қабыну ошағында тіршілік жасаудың жаңа шарттарына бейімделеді және жергілікті мен қатар, науқастың организмін тұтастай қамтығанда ағымының ауырлығымен әсер етеді. Осылай шартты-патогенді флора организмнің қорғаныштық қызметі төмендегенде, адаптивті өзгеріп, ауру ағымын қиындатуы мүмкін [18].

Шартты-патогенді бактериялардың жасушалары, олардың ферменттері мен алмасу өнімдері ауыз қуысының тіндеріне зиянды ықпал етеді және әр түрлі патологиялық жағдайларды шақыра отырып, деструктивті үрдістерге әкеліп соғуы мүмкін [16].

Н. С. Белеваның жүргізген зерттеулерінің қорытындылары, ауыз қуысындағы қызыл жалпақ теміреткіде, дисбактериоз сипатын алған микрофлораның айтарлықтай өзгергенін көрсетті. Қызыл жалпақ теміреткінің экссудативті-гиперемиялық және буллезді түріне шалдыққан науқастарда 100% микробиоценоз бұзылыстары анықталған [4]. Кандидозды инфекцияның тін ішілік инвазиясына қоршаған тіндердің қабынған жауапты реакциясы бір-жақты ғана болмай, эрозиялар мен ойық жаралардың сақталу ұзақтығына, сонымен бірге, науқас организмнің реактивтілігіне байланысты болып келеді. Динамикалық клиникалық бақылау мен микроэкологиялық мониторингті қолдану ауруды емдеудің тиімділігін арттыруға және ауру ағымын болжауға ықпалын тигізді. Микробиологиялық және гистологиялық зерттеулердің мәліметтері, айқындалған микробиоценоз бұзылыстарына, теміреткінің клиникалық түріне, аурудың бұрыннан пайда болғанына, соматикалық патологияның болуына байланысты қызыл жалпақ теміреткіге шалдыққан науқастарды емдеуге дифференциалды бағыт алудың қажет екендігін көрсетті [25].

Микробты ассоциацияның әр түрлерінің арасында, ассоциацияға қатысушылардың бір-біріне және макроорганизмге өзара ықпалы тығыз шиеленіскен күрделі бір жақты емес қатынастар құрылады; қоздырғыштың вируленттілігінің күшеюі, организмнің сенсбилизациясы және тағы басқалары [15].

Ауыз қуысында, одонтогенді, пародонтогенді, стоматогенді, тонзилгенді, сиалогенді, лимфогенді созылмалы микробты инфекцияның пайда болу қаупі жоғары екендігін атамай кету дұрыс емес. Бұл локустардың әр қайсысы тұрақты микробты контаминацияның, асқорыту жолының сенсбилизациясының және тұтас организмнің шығатын арнасы ретінде қызмет етуі мүмкін [26].

Адам организмнің барлық ашық қуыстарында бақылауға алынған дисбиотикалық жағдайлардың кең таралуы, стоматологиялық науқастарды емдеу кезінде бұл мәселені негіздендіреді. Бұл жоспар барысында негізгі топты ауыздың шырышты қабатының созылмалы ауруларына шалдыққан науқастар құрайды.

### ӘДЕБИЕТ

1 Арунов Т. И. Влияние электрохимических факторов гальваноза на течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 24с.

2 Алешкин А. В. Поликомпонентные пробиотические препараты – конструирование,

производство и стратегия их продвижения на российском фармацевтическом рынке: Автореф. дис. ...д-ра биол. наук. – М., 2011. – 38 с.

3 Алешукина А. В. Отношения микробиоза в биотопах толстой кишки при дисбактериозах: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2012. – 237 с.

4 Белева Н. С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Пермь, 2010. – 22 с.

5 Белева Н. С. Субпопуляции лимфоцитов слизистой оболочки рта, пораженной плоским лишаем /Н. С. Белева, Г. Г. Фрейд, О. А. Орлов //Вестник РФФИ.– 2012.– №2.– С. 93-99.

6 Булгакова А. И. Клинико-иммунологические аспекты хронического генерализованного пародонтита /А. И. Булгакова, Ю. А. Медведев, Г.Ш. Зубаирова. – Германия: Lambert, 2012. – 117 с

7 Ганковская Л. В. Факторы врожденного иммунитета в патогенезе красного плоского лишая //Вестник РГМУ.– 2012.– №1.– С. 71-74.

8 Гилева О. С. Эффективность применения новых многокомпонентных схем терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у больных различной системной патологией //Проблемы стоматологии. – 2011. – №5. – С. 24-29.

9 Глазкова Ю. П. Иммуносупрессивная терапия в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки рта и губ: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2013. – 22 с.

10 Дармов И. В. Сравнительная оценка выживаемости микроорганизмов пробиотиков в составе коммерческих препаратов в условиях *in vitro* //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – №9. – С. 96-101.

11 Загородная Е. Б. Биохемоллюминесцентные исследования смешанной слюны у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта //Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2009. – №15. – С. 119-122.

12 Загородная Е. Б. Патоморфологический, иммуногистохимический и цитологический анализ красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.– Новосибирск, 2010.– 199 с.

13 Зорина В. В. Фармакологические аспекты лечения красного плоского лишая /В. В. Зорина, И. О. Камышникова //Междунар. журн. прикладных и фундаментальных исследова-

ний. – 2014. – №2. – С. 84-88.

14 Калинина Е. С. Влияние диодного света красного спектра действия на факторы местной защиты слизистой оболочки рта при комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта //Вестн. новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, №2. – С. 192-194.

15 Кузнецова Т. Г. Сущностное научное наполнение санаторного этапа реабилитации больных красным плоским лишаем: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Сочи, 2011. – 22 с.

16 Кузнецова Т. Г. Авторские схемы назначения аэротерапии, гелиопродур, терренкуров и дозированных морских купаний больным красным плоским лишаем //Вестн. новых медицинских технологий. – 2011. – №18 (3). – С. 219-221.

17 Кушугулова А. Р. Пробиотические бактерии рода *Lactobacillus*. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2015. – 340 с.

18 Летаева О. В. Красный плоский лишай: обзор литературы //Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 8. – С. 105-109.

19 Лукиных Л. М. Опыт применения анксиолитика тенотена в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта /Л. М. Лукиных, Н. В. Тиунова //Стоматолог-практик. – 2010. – №2. – С. 62-63.

20 Лукова О. А. Влияние метаболитов фунгальной и бактериальной микробиоты на экспрессию TOLL-подобных рецепторов эпителиоцитами полости рта /О. А. Лукова, Н. А. Александрова, В. С. Кропотов //Проблемы медицинской микологии. – 2015. – Т. 17, №2. – С. 45-48.

21 Мавлянова Ш. З. Оптимальные подходы к терапии кандидозов слизистой оболочки полости рта у иммунокомпрометированных больных /Ш. З. Мавлянова, Ш. А. Тилавбердыев, А. И. Исмагилов //Проблемы медицинской микологии. – 2015. – Т. 17, №2. – С. 12-78.

22 Мухамеджанова, Л. Р. Стоматологические проявления наркозависимости /Л. Р. Мухамеджанова, Д. Н. Горячев. – Казань, 2011. – 204 с.

23 Омарова С. М. Изучение факторов внутрибольничного инфицирования пациентов стоматологических клиник /С. М. Омарова, С. Ф. Алиева //Проблемы медицинской микологии. – 2015. – Т. 17, №2. – С. 98-102.

24 Осипова Т. Л. Изучение эффективности применения коллагенсодержащих препаратов и зубных паст в комплексном лечении плоского лишая слизистой оболочки полости

рта: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.

25 Оскольский Г. И. Антиген Ki-37 в качестве маркера пролиферативных процессов в эпителий больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2011. – №18. – С. 116-120.

26 Оскольский Г. И. Влияние иммуномодулирующей терапии на синтез интерлейкинов ротовой жидкости больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – №2. – С. 64-66.

27 Оскольский Г. И. Морфологический анализ красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта //Фундам. исслед. – 2011. – №11, ч. 1. – С. 82-85.

28 Пробиотики и пребиотики: Практические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации. – Женева: ВОЗ, 2008. – 24с.

29 Рабинович О. Ф. Лечение пациентов с тяжелыми формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта с применением фотодинамической терапии /О. Ф. Рабинович, И. М. Рабинович, А. В. Гусева //Стоматология. – 2016. – №95 (4). – С. 27-30.

30 Ронь Г. И. Современные представления об этиологии и патогенезе красного плоского лишая слизистой оболочки рта //Проблемы стоматологии. – 2011. – №4. – С. 15-17.

31 Русакова И. В. Оценка эффективности лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у пациентов, обратившихся на кафедру стоматологии общей практики ГБОУ ВПО УГМУ /И. В. Русакова, М. П. Харитоновна, Е. В. Авхадыева //Инновационные технологии в науке и образовании. – 2015. – №2 (2). – С. 39-42.

32 Сочетание высоких гальванических токов и очага воспаления – основная причина развития синдрома гальванизма /К. Г. Лебедев, О. О. Янушевич, Н. Б. Журули //Кафедра. Стоматологическое образование. – 2012. – №42. – С. 30-38.

33 Сурдина Э. Д. О роли модифицированных апо В-липопротеидов в развитии воспаления у больных красным плоским лишаем с проявлением на слизистой оболочке рта (часть 1) //Институт стоматологии. – 2012. – Т. 1, №54. – С. 60-61.

34 Сурдина Э. Д. О роли модифицированных апо В-липопротеидов в развитии воспаления у больных красным плоским лишаем с проявлением на слизистой оболочке рта (часть

2) //Институт стоматологии. – 2012. – Т. 2, №55. – С. 72-73.

35 Сурдина Э. Д. Современные представления о ведущих факторах развития и лечении красного плоского лишая с проявлениями на слизистой оболочке рта //Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. 11. – 2011. – №4. – С. 112-118.

36 Тиунова Н. В. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (этиология, патогенез, клиника, современные методы лечения): монография /Н. В. Тиунова. Л. М. Лукиных. – Н. Новгород, 2013. – 116 с.

37 Урсова Н. И. Актуальные проблемы и нерешенные проблемы пробиотикотерапии //Лечащий врач. – 2013. – №8. – С. 60-65.

38 Ханова С. А. Лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта /С. А. Ханова, С. В. Сирак, И. А. Копылова //Соврем. проблемы науки и образования. – 2013. – №3. – С. 19-24.

39 Чикин В. В. Федеральные методические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем /В. В. Чикин, А. А. Минева. – М., 2013. – С. 56-59.

40 Шилова Ю. Н. Состояние эпителиоцитов слизистой оболочки полости рта курящих молодых людей /Ю. Н. Шилова, С. И. Токмакова //Сиб. онкол. журн. – 2012. – №1. – С. 180-181.

41 Шахнович А. А. Комплексная оценка эффективности применения сочетанной ультрафиолетовой терапии у больных красным плоским лишаем: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2012. – 22 с.

42 A case of lichen planus pemphigoides successfully treated with a combination of cyclosporine a and prednisolone /K. Washio, A. Nakamura, S. Fukuda et al. //Case Rep. Dermatol. – 2013. – V. 5, №1. – P. 84-87.

43 A comparative study of apoptosis in reticular and erosive oral lichen planus /J. M. Brant, M. C. Aguiar, H. A. Grandinetti et al. //Braz. Dent. J. – 2012. – V. 23, №5. – P. 564-569.

44 Association of Cytokine Gene Polymorphisms with Oral Lichen Planus in Malayalam-Speaking Ethnicity from South India (Kerala) /I. Chauhan, L. Srinivas, S. Sathyan et al. //J. Interferon. Cytokine. Res. – 2013. – №3. – P. 48.

45 Au J. Oral lichen planus /J. Au, D. Patel, J. H. Campbell //Oral Maxillofac. Surg. Clin. North. Am. – 2013. – №1. – P. 93-100.

46 Bardellini E. Clinicopathological features and malignant transformation of oral lichen planus: A 12-years retrospective study //Acta Odontol Scand. – 2013. – V. 71, №3-4. – P. 834-840.

47 Bmi1 expression in oral lichen planus and the risk of progression to oral squamous cell carcinoma /L. Ma, H. Wang, H. Yao et al. //Ann Diagn. Pathol. – 2013. – №3. – P. 28.

48 Ghaleyani P. Salivary IgA and IgG in oral lichen planus and oral lichenoid reactions diseases /P. Ghaleyani, F. Sardari, M. Akbari //Adv. Biomed. Res. – 2012. – №1. – P. 73.

49 Of Myc Status In Oral Lichen Planus In Patients With Progression To Oral Squamous Cell Carcinoma /S. Segura, E. Rozas-Muñoz, A. Toll et al. //Br. J. Dermatol. – 2013. – №6. – P. 32.

50 Oral lichen planus: a report and review of an autoimmune-mediated condition in gingiva /G. Pendyala, S. Joshi, J. Kalburge et al. //Compend. Contin. Educ. Dent. – 2012. – №8. – e102-108.

51 Usatine R. P. Diagnosis and treatment of lichen planus /R. P. Usatine, M. Tinitigan. – 2011. – №84 (1). – P. 53-60.

### REFERENCES

1 Arunov T. I. Vlijanie jelektrichimicheskikh faktorov gal'vanoza na techenie krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – М., 2010. – 24 s.

2 Aleshkin A. V. Polikomponentnye probioticheskie preparaty – konstruirovaniye, proizvodstvo i strategiya ih prodvizheniya na rossijskom farmacevticheskom rynke: Avtoref. dis. ...d-ra biol. nauk. – М., 2011. – 38 s.

3 Aleshukina A. V. Otnosheniya mikrobozhzain v biotopah tolstoj kishki pri disbakteriozah: Avtoref. dis. ...d-ra med. nauk. – М., 2012. – 237 s.

4 Beleva N. S. Sovershenstvovanie diagnostiki i kompleksnogo lecheniya v sisteme dispanserizatsii bol'nyh krasnym ploskim lishaem slizistoj obolochki polosti rta: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – Perm', 2010. – 22 s.

5 Beleva N. S. Subpopuljatsii limfocitov slizistoj obolochki rta, porazhennoj ploskim lishaem /N. S. Beleva, G. G. Frejnd, O. A. Orlov //Vestnik RFFI. – 2012. – №2. – S. 93-99.

6 Bulgakova A. I. Kliniko-immunologicheskie aspekty hronicheskogo generalizovannogo parodontita /A. I. Bulgakova, Ju. A. Medvedev, G.Sh. Zubairova. – Germaniya: Lambert, 2012. – 117 s

7 Gankovskaja L. V. Faktory vrozhdennogo immuniteta v patogeneze krasnogo ploskogo lishaja //Vestnik RGMU.– 2012. – №1. – S. 71-74.

8 Gileva O. S. Jefferktivnost' primeneniya novyh mnogokomponentnyh shem terapii krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta u bol'nyh razlichnoj sistemnoj patologiej // Problemy stomatologii. – 2011. – №5. – S. 24-29.

- 9 Glazkova Ju. P. Immunosuppressivnaja terapija v kompleksnom lechenii krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki rta i gub: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – M., 2013. – 22 s.
- 10 Darmov I. V. Sravnitel'naja ocenka vyzhivaemosti mikroorganizmov probiotikov v sostave kommercheskih preparatov v uslovijah in vitro //Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija. – 2011. – №9. – S. 96-101.
- 11 Zagrodnaja E. B. Biohemoljuminescentnye issledovanija smeshannoj sljuny u bol'nyh krasnym ploskim lishaem slizistoj obolochki polosti rta //Dal'nevostochnyj zhurnal infekcionnoj patologii. – 2009. – №15. – S. 119-122.
- 12 Zagrodnaja E. B. Patomorfologicheskij, immunogistohimicheskij i citologicheskij analiz krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – Novosibirsk, 2010. – 199 s.
- 13 Zorina V. V. Farmakologicheskie aspekty lechenija krasnogo ploskogo lishaja /V. V. Zorina, I. O. Kamyshnikova //Mezhdunar. zhurn. prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. – 2014. – №2. – S. 84-88.
- 14 Kalinina E. S. Vlijanie diodnogo sveta krasnogo spektra dejstvija na faktory mestnoj zashhity slizistoj obolochki rta pri kompleksnoj terapii krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta //Vestn. novyh medicinskih tehnologij. – 2011. – T. 18, №2. – S. 192-194.
- 15 Kuznecova T. G. Sushhnostnoe nauchnoe napolnenie sanatornogo jetapa rehabilitacii bol'nyh krasnym ploskim lishaem: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – Sochi, 2011. – 22 s.
- 16 Kuznecova T. G. Avtorskie shemy naznachenija ajeroterapii, gelioprocedur, terrenkurov i dozirovannyh morskih kupanij bol'nym krasnym ploskim lishaem //Vestn. novyh medicinskih tehnologij. – 2011. – №18 (3). – S. 219-221.
- 17 Kushugulova A. P. Probioticheskie bakterii roda Lactobacillus. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2015. – 340 s.
- 18 Letaeva O. V. Krasnyj ploskij lishaj: obzor literatury //Ural'skij medicinskij zhurnal. – 2011. – № 8. – S. 105-109.
- 19 Lukinyh L. M. Opyt primenenija anksiolitika tenotena v kompleksnom lechenii krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta /L. M. Lukinyh, N. V. Tiunova //Stomatolog-praktik. – 2010. – №2. – S. 62-63.
- 20 Lukova O. A. Vlijanie metabolitov fungal'noj i bakterial'noj mikrobioty na jekspressiju TOLL-podobnyh receptorov jepitelijecitami polosti rta /O. A. Lukova, N. A. Aleksandrova, V. S. Kropotov //Problemy medicinskoj mikologii. – 2015. – T. 17, №2. – S. 45-48.
- 21 Mavljanova Sh. Z. Optimal'nye podhody k terapii kandidozov slizistoj obolochki polosti rta u immunokomprometirovannyh bol'nyh /Sh. Z. Mavljanova, Sh. A. Tilavberdyev, A. I. Ismagilov //Problemy medicinskoj mikologii. – 2015. – T. 17, №2. – S. 12-78.
- 22 Muhamedzhanova, L. R. Stomatologicheskie pojavlenija narkozavisimosti /L. R. Muhamedzhanova, D. N. Gorjachev. – Kazan', 2011. – 204 s.
- 23 Omarova S. M. Izuchenie faktorov vnutribol'nichnogo inficirovanija pacientov stomatologicheskikh klinik /S. M. Omarova, S. F. Alieva // Problemy medicinskoj mikologii. – 2015. – T. 17, №2. – S. 98-102.
- 24 Osipova T. L. Izuchenie jeffektivnosti primenenija kollagensoderzhashhih preparatov i zubnyh past v kompleksnom lechenii ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – M., 2013. – 24 s.
- 25 Oskol'skij G. I. Antigen Ki-37 v kachestve markera proliferativnyh processov v jepitelij bol'nyh krasnym ploskim lishaem slizistoj obolochki polosti rta //Dal'nevostochnyj zhurnal infekcionnoj patologii.– 2011.– №18.–S. 116-120.
- 26 Oskol'skij G. I. Vlijanie immunomodulirujushhej terapii na sintez interlejkinov rotovoj zhidkosti bol'nyh krasnym ploskim lishaem slizistoj obolochki polosti rta //Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. – 2011. – №2. – S. 64-66.
- 27 Oskol'skij G. I. Morfologicheskij analiz krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta //Fundam. issled. – 2011. – №11, Ch. 1. – S. 82-85.
- 28 Probiotiki i prebiotiki: Prakticheskie rekomendacii Vsemirnoj gastrojenterologicheskoj organizacii. – Zheneva: VOZ, 2008. – 24 s.
- 29 Rabinovich O. F. Lechenie pacientov s tjazhelymi formami krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki rta s primeneniem fotodinamicheskoj terapii /O. F. Rabinovich, I. M. Rabinovich, A. V. Guseva //Stomatologija. – 2016. – №95 (4). – S. 27-30.
- 30 Ron' G. I. Sovremennye predstavlenija ob jetiologii i patogeneze krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki rta //Problemy stomatologii. – 2011. – №4. – S. 15-17.
- 31 Rusakova I. V. Ocenka jeffektivnosti lechenija krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta u pacientov, obrativshihsj na kafedru stomatologii obshhej praktiki GBO VPO UGMU /I. V. Rusakova, M. P. Haritonova, E. V. Avhadyeva //Innovacionnye tehnologii v nauke i obrazovanii. – 2015. – №2 (2). – S. 39-42.
- 32 Sochetanie vysokih gal'vanicheskikh tokov i ochaga vospaleniya - osnovnaja prichina



razvitija sindroma gal'vanizma /K. G. Lebedev, O. O. Janushevich, N. B. Zhuruli //Kafedra. Stomatologicheskoe obrazovanie.– 2012.–№42.–S. 30-38.

33 Surdina Je. D. O roli modificirovannyh apo V-lipoproteidov v razvitii vospalenija u bol'nyh krasnym ploskim lishaem s pojavleniem na slizistoj obolochke rta (chast' 1) //Institut stomatologii. – 2012. – T. 1, №54. – S. 60-61.

34 Surdina Je. D. O roli modificirovannyh apo V-lipoproteidov v razvitii vospalenija u bol'nyh krasnym ploskim lishaem s pojavleniem na slizistoj obolochke rta (chast' 2) //Institut stomatologii. – 2012. – T. 2, №55. – S. 72-73.

35 Surdina Je. D. Sovremennye predstavlenija o vedushih faktorah razvitija i lechenii krasnogo ploskogo lishaja s pojavlenijami na slizistoj obolochke rta //Vestn. S.-Peterburg. unta. Ser. 11. – 2011. – №4. – S. 112-118.

36 Tiunova N. V. Krasnyj ploskij lishaj slizistoj obolochki polosti rta (jetiologija, patogenez, klinika, sovremennye metody lechenija): monografija /N. V. Tiunova. L. M. Lukinyh. – N. Novgorod, 2013. – 116 s.

37 Ursova N. I. Aktual'nye problemy i nereshennye problemy probiotikoterapii //Lechashhij vrach. – 2013. – №8. – S. 60-65.

38 Hanova S. A. Lechenie krasnogo ploskogo lishaja slizistoj obolochki polosti rta /S. A. Hanova, S. V. Sirak, I. A. Kopylova //Sovrem. problemy nauki i obrazovanija. – 2013. – №3. – S. 19-24.

39 Chikin V. V. Federal'nye metodicheskie rekomendacii po vedeniju bol'nyh krasnym ploskim lishaem /V. V. Chikin, A. A. Mineeva. – M., 2013. – S. 56-59.

40 Shilova Ju. N. Sostojanie jepitelocitov slizistoj obolochki polosti rta kurjashhij molodyh ljudej /Ju. N. Shilova, S. I. Tokmakova //Sib. onkol. zhurn. – 2012. – №1. – S. 180-181.

41 Shahnovich A. A. Kompleksnaja ocenka jeffektivnosti primeneniya sochetannoj ul'trafioletovoj terapii u bol'nyh krasnym ploskim lishaem: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk.– M., 2012.–22 s.

42 A case of lichen planus pemphigoides successfully treated with a combination of cyclosporine a and prednisolone /K. Washio, A. Nakamura, S. Fukuda et al. //Case Rep. Dermatol. – 2013. – V. 5, №1. – P. 84-87.

43 A comparative study of apoptosis in reticular and erosive oral lichen planus /J. M. Brant, M. C. Aguiar, H. A. Grandinetti et al. //Braz. Dent. J. – 2012. – V. 23, №5. – P. 564-569.

44 Association of Cytokine Gene Polymorphisms with Oral Lichen Planus in Malayalam-Speaking Ethnicity from South India (Kerala) /I. Chauhan, L. Srinivas, S. Sathyan et al. //J. Interferon. Cytokine. Res. – 2013. – №3. – P. 48.

45 Au J. Oral lichen planus /J. Au, D. Patel, J. H. Campbell //Oral Maxillofac. Surg. Clin. North. Am. – 2013. – №1. – P. 93-100.

46 Bardellini E. Clinicopathological features and malignant transformation of oral lichen planus: A 12-years retrospective study //Acta Odontol Scand. – 2013. – V. 71, №3-4. – P. 834-840.

47 Bmi1 expression in oral lichen planus and the risk of progression to oral squamous cell carcinoma /L. Ma, H. Wang, H. Yao et al. //Ann Diagn. Pathol. – 2013. – №3. – P. 28.

48 Ghaleyani P. Salivary IgA and IgG in oral lichen planus and oral lichenoid reactions diseases /R. Ghaleyani, F. Sardari, M. Akbari //Adv. Biomed. Res. – 2012. – №1. – P. 73.

49 Of Myc Status In Oral Lichen Planus In Patients With Progression To Oral Squamous Cell Carcinoma /S. Segura, E. Rozas-Muñoz, A. Toll et al. //Br. J. Dermatol. – 2013. – №6. – P. 32.

50 Oral lichen planus: a report and review of an autoimmune-mediated condition in gingiva /G. Pendyala, S. Joshi, J. Kalburge et al. //Compend. Contin. Educ. Dent. – 2012. – №8. – e102-108.

51 Usatine R. P. Diagnosis and treatment of lichen planus /R. P. Usatine, M. Tinitigan. – 2011. – №84 (1). – P. 53-60.

Поступила 08.11.2018 г.

*Z. Ye. Isina, M. G. Tusbayev, Zh. G. Tankibayeva, S. B. Akhmetova, T. B. Sagimbayeva, B. K. Nurmagambetova*  
**IMPORTANCE OF MICROBIOCENOSIS DISORDERS IN THE DEVELOPMENT AND CURRENT OF CHRONIC DISEASES OF ORAL MUCOUS MEMBRANE**

*Department of dentistry of Karaganda state medical university (Karaganda, Kazakhstan)*

This article is devoted to a review of current literature data on the main processes occurring in cases of microbiocenosis disorders in patients with chronic diseases of the oral mucosa. The studied conditions of the oral mucosa were accompanied by persistent violations of the local microflora in the form of associative dysbacteriosis. With this pathology, dominant microorganisms in the oral cavity are sown on *E. coli* and *Candida* fungi in monoculture and in associations with staphylococci. The issues of the occurrence of dysbiotic disorders of the oral mucosa and the ways of correction using the dynamics of observation in the process of treatment and microecological monitoring in this pathology by dentists are touched upon.

*Key words:* oral mucosa, microorganisms, microbiocenosis, microecological monitoring

*З. Е. Исина, М. Г. Тусбаев, Ж. Г. Танкибаева, С. Б. Ахметова, Т. Б. Сагимбаева, Б. К. Нурмагамбетова*  
**ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**

*Кафедра стоматологии Карагандинского государственного медицинского университета (Караганда, Казахстан)*

Представленная статья посвящена обзору современных литературных данных, касающихся основных процессов, происходящих при нарушениях микробиоценоза у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Исследуемые состояния слизистой оболочки полости рта сопровождались стойкими нарушениями местной микрофлоры в форме ассоциативного дисбактериоза. Доминирующими микроорганизмами в полости рта при этой патологии являются кишечная палочка и грибы рода *Candida* в монокультуре, так и в ассоциациях со стафилококками. Затрагиваются вопросы возникновения дисбиотических нарушений слизистой оболочки рта и пути коррекции с использованием динамики наблюдения в процессе лечения и микробиологического мониторинга при данной патологии специалистами-стоматологами.

*Ключевые слова:* слизистая оболочка полости рта, микроорганизмы, микробиоценоз, микробиологический мониторинг