

УДК 616.314.17-002-01:616.34(045)

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА****Камилов Хайдар Позилович**Ташкентский Государственный стоматологический институт, заведующий
кафедрой Госпитальной терапевтической стоматологии, д.м.н., профессор**Саидова Мухлиса Ахроровна**Ташкентский Государственный стоматологический институт, PhD, докторант
кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии,Mukhlisa_saidova95@mail.ru +998914438293<https://orcid.org/0000-0003-1803-6194>**Шакирова Диера Жахонгировна** студентка 4 курса ЕМУ

Аннотация. В статье рассмотрены патогенетические механизмы взаимосвязи воспалительных заболеваний пародонта и патологии желудочно-кишечного тракта. Представлены данные о влиянии нарушений микробиома, цитокинового дисбаланса и системного воспаления на состояние пародонтальных тканей. Особое внимание уделено применению нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у данной категории пациентов. Обоснована целесообразность использования местных форм НПВП (гели, аппликации, ополаскиватели) как перспективного направления для снижения воспалительных процессов и минимизации побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. Представлены перспективы комбинированной терапии с включением гастропротекторов, пробиотиков и растительных компонентов.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, желудочно-кишечный тракт, нестероидные противовоспалительные препараты, местное применение, НПВП, гастропатии, комбинированная терапия.

Abstract: The article analyzes the pathogenetic mechanisms linking inflammatory periodontal diseases and gastrointestinal tract disorders. The influence of microbiome imbalance, cytokine dysregulation, and systemic inflammation on periodontal tissues is discussed. Particular attention is given to the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in this patient category. The rationale for using local NSAID formulations (gels, applications, mouth rinses) as a promising approach to reducing inflammation and minimizing gastrointestinal side effects is provided. The prospects of combination therapy involving gastroprotectors, probiotics, and herbal components are highlighted.

Keywords: inflammatory periodontal diseases, gastrointestinal tract, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, local application, NSAIDs, gastropathy, combination therapy.

Annotatsiya: Maqolada parodont yallig'lanish kasalliklari va me'da-ichak tizimi patologiyasi o'rtasidagi patogenetik bog'liqlik mexanizmlari ko'rib chiqilgan. Mikrobioma disbalansi, sitokinlar faoliyati buzilishi va tizimli yallig'lanish jarayonlarining parodontal to'qimalarga ta'siri yoritilgan. Ushbu bemorlar guruhida nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar (NYaQP) qo'llanishiga alohida e'tibor qaratilgan. Mahalliy NYaQP (gel, applikasiya, og'iz chayqash eritmalari) shakllaridan foydalanishning maqsadga muvofiqligi asoslantirilgan, bu usul yallig'lanish jarayonlarini kamaytirish va me'da-ichak tizimi tomonidan kelib chiqadigan nojo'ya ta'sirlarni minimallashtirishga yordam beradi.

Gastroprotektorlar, probiotiklar va o'simlik tarkibli preparatlar kiritilgan kombinatsiyalangan terapiya istiqbollari ko'rsatib o'tilgan.

Kalit so'zlar: parodont yallig'lanish kasalliklari, me'da-ichak tizimi, nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar, mahalliy qo'llash, NYaQP, gastropatiya, kombinatsiyalangan terapiya.

ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит) занимают лидирующие позиции среди стоматологических патологий, выявляемых у населения разных возрастных групп. Эти состояния представляют собой сложные полиэтиологические процессы, в основе которых лежит нарушение баланса микробиоты полости рта и иммуновоспалительных реакций организма. Поражение пародонта сопровождается разрушением соединительнотканых структур, резорбцией альвеолярной кости и ослаблением связочного аппарата зубов, что может приводить к их подвижности и последующей утрате.

Особую клиническую значимость воспалительные заболевания пародонта приобретают у пациентов с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которая наблюдается у 60–70% взрослого населения Боровский Е.В. (2020)[9]. Заболевания ЖКТ (гастрит, язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дисбактериоз кишечника, синдром раздражённого кишечника) оказывают выраженное влияние на состояние полости рта, способствуя хронизации воспалительных процессов в тканях пародонта, изменению слюноотделения, нарушению кислотно-щелочного равновесия и микробного биоценоза [4,6].

У пациентов с заболеваниями ЖКТ, особенно с нарушениями кислотности желудочного сока и дисбактериозом, отмечается снижение буферной ёмкости слюны, уменьшение её бактерицидной активности, что создаёт благоприятные условия для размножения патогенной микрофлоры. Важнейшую роль играет дисбиотическое нарушение состава бактериальных сообществ, как в желудочно-кишечном тракте, так и в полости рта, что ведёт к активной колонизации пародонтальных карманов бактериями «красного комплекса» (*Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*), вырабатывающими протеолитические ферменты, токсины и липополисахариды. Это, в свою очередь, инициирует выработку провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин-1 β (IL-1 β), интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли альфа (TNF- α), активирует остеокластическую резорбцию костной ткани и поддерживает хроническое воспаление в пародонте [10, 13].

Иммунная система пациентов с патологией ЖКТ часто оказывается скомпрометированной. На фоне хронических воспалительных процессов в желудке и кишечнике развивается дисбаланс гуморального и клеточного иммунитета, что нарушает барьерные функции слизистых оболочек полости рта и ослабляет её защитные механизмы. В слюне снижается концентрация лизоцима, секреторного иммуноглобулина А (sIgA), лактоферрина, что делает слизистую оболочку и пародонт более восприимчивыми к атаке условно-патогенной и патогенной флоры.

Цитокиновый дисбаланс является ключевым звеном в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с гастроэнтерологическими нарушениями. Повышение уровня IL-1 β стимулирует продукцию простагландинов, матриксных металлопротеиназ (MMPs), факторов активации тромбоцитов (PAF), что ведёт к деструкции соединительнотканых структур пародонта и резорбции костной

ткани. IL-6, усиливая синтез белков острой фазы воспаления, также вносит вклад в поддержание хронического воспаления и остеокластическую активность [7]. TNF- α повышает сосудистую проницаемость, усиливает отёк тканей и активирует разрушение межклеточного матрикса.

Учитывая выраженное влияние заболеваний ЖКТ на течение воспалительных заболеваний пародонта, особую значимость приобретает разработка комплексных подходов к лечению данной группы пациентов. Оптимизация терапевтической стратегии требует не только подавления местных воспалительных процессов в пародонте, но и одновременной коррекции патологий желудочно-кишечного тракта [5].

В качестве одного из перспективных направлений рассматривается использование противовоспалительных средств, в частности, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), обладающих анальгезирующим, противоотёчным действием и способностью модулировать активность цитокинов. Однако назначение НПВП у пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ сопряжено с риском развития гастропатий и иных осложнений, что требует тщательного выбора препаратов, их дозировки, длительности применения, а также использования препаратов, обладающих гастропротективными свойствами.

Настоящий обзор посвящён анализу современных данных о патогенетических связях между воспалительными заболеваниями пародонта и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также оптимизации подходов к лечению данной категории пациентов. Особое внимание уделено применению противовоспалительных препаратов, включая НПВП, как компоненту комплексной терапии, направленной на снижение активности воспалительных процессов, защиту пародонтальных тканей и профилактику осложнений со стороны твёрдых структур зубов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отбор публикаций

Отбор научных публикаций проводился двумя независимыми экспертами (стоматологом и гастроэнтерологом) с анализом заголовков, аннотаций и полного текста статей. При расхождении во мнениях конечное решение принималось путём обсуждения с третьим экспертом – специалистом по доказательной медицине.

Для управления ссылками и исключения дублирующих публикаций использовалось программное обеспечение **Mendeley Reference Manager®**.

В обзор включались исследования, соответствующие следующим критериям:

- **Тип исследования:** рандомизированные клинические исследования (РКИ), когортные исследования, систематические обзоры и метаанализы, посвящённые лечению воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также работы, анализирующие влияние дисбиотических и воспалительных процессов в ЖКТ на течение пародонтита.
- **Популяция:** взрослые пациенты (старше 18 лет) с диагнозом «воспалительные заболевания пародонта» (гингивит, пародонтит) и сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, дисбактериоз, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь).
- **Вмешательство:** медикаментозное лечение с применением противовоспалительных средств, НПВП, антисептиков, пробиотиков, гастропротекторов; комбинированная терапия стоматологических и гастроэнтерологических заболеваний.

- **Исходы:** улучшение состояния тканей пародонта, уменьшение кровоточивости дёсен, уменьшение глубины пародонтальных карманов, стабилизация уровня прикрепления, улучшение состава микрофлоры ротовой полости, нормализация показателей десневой жидкости и слюны.

Исключались публикации, которые:

- Представляли единичные клинические случаи (1–2 пациента).
- Были редакционными статьями, письмами в редакцию, протоколами исследований, экспериментальными работами на животных или клеточных культурах.
- Не содержали детализированных данных о клинической эффективности или не представляли данных о пациентах с сопутствующей патологией ЖКТ.

Направления дальнейших исследований

Результаты анализа показали, что включение комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта, учитывающей коррекцию сопутствующих патологий ЖКТ, может улучшить клинические исходы и снизить риск хронизации процесса. Однако, остаются открытыми следующие вопросы:

- Определение оптимальных схем сочетанного применения НПВП, гастропротекторов и антисептиков.
- Изучение влияния восстановления микробиома кишечника (пробиотиков) на состояние пародонта.
- Разработка персонализированных подходов к лечению пациентов с коморбидной патологией ЖКТ и пародонта.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ДОЗИРОВКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в лечении воспалительных заболеваний пародонта активно исследуется в стоматологии, однако вопросы безопасности и эффективности этой группы лекарств у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) требуют особого внимания. У данной категории больных повышен риск развития гастропатий, эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и кишечника на фоне системного применения НПВП. Тем не менее, клинические исследования демонстрируют, что грамотное использование НПВП в малых дозах или в сочетании с гастропротекторами может оказывать выраженный противовоспалительный эффект, способствуя стабилизации состояния пародонта.

Обобщённые данные клинических исследований

Клинические исследования свидетельствуют о высоком терапевтическом потенциале НПВП у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, однако наличие гастроэнтерологических нарушений требует индивидуального подбора препарата и формы его введения[12]:

- **Ибупрофен и диклофенак** в сочетании с ингибиторами протонной помпы (омепразол, пантопразол) или блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов (фамотидин) позволяют снизить риск гастропатий.
- **Кетопрофен в форме геля** для местного применения демонстрирует эффективность в подавлении воспалительных реакций, улучшении гигиенических показателей и снижении кровоточивости дёсен без системных осложнений.

- **Целекоксиб** (селективный ингибитор ЦОГ-2) рекомендован пациентам с язвенной болезнью в анамнезе, так как он оказывает минимальное влияние на слизистую желудка.

Назначение пероральных форм НПВП (ибупрофена, диклофенака, целекоксиба) целесообразно при выраженных воспалительных изменениях, болевом синдроме и необходимости подавления продукции провоспалительных цитокинов. Однако у пациентов с гастритом, язвенной болезнью или рефлюкс-эзофагитом обязательным является назначение сопутствующих гастропротекторов [14].

Таблица 1. Применение НПВП у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и патологией ЖКТ: дозировки, методы введения и терапевтические эффекты

| Авторы и год | Препарат | Дозировка и метод введения | Количество пациентов | Группы сравнения (НПВП/контроль) | Возраст пациентов | Длительность наблюдения | Клинические параметры | Результаты |
|--|------------------------------------|--|----------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| Корнейчук А.Е., 2017[1] | Наклофен (диклофенак) электрофорез | 75 мг/сут местное применение с физиотерапией | 40 | 20/20 | 5-70 лет | 41 месяц | PD, CAL, GI | Значительное снижение воспалительных маркеров и улучшение клинических показателей пародонта при отсутствии побочных эффектов со стороны ЖКТ. |
| Светлакова Е.Н., 2012[3] | Кетопрофен гель | 2,5% гель, аппликации на область пародонта | 30 | 15/15 | 0-65 лет | 43 недели | PD, GI, BI | Уменьшение воспаления в пародонте, улучшение состояния тканей без системных осложнений. |
| Ушаков Р.В., Герасимова Т.П., 2016[27] | Ибупрофен гель | 5% гель, местное нанесение | 25 | 13/12 | 35-60 лет | 14 дней | PD, BoP, GI | Снижение кровоточивости, уменьшение глубины пародонтальных карманов, улучшение гигиенического состояния полости рта. |
| Сохов | Целекоксиб | 200 мг/сут, | 28 | 14/14 | 50-75 | 10 дней | PD, CAL, | Подавление |

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--|--|-----|--|-----|---|
| С.Т., Аксамит Л.А., Воробие ва Е.И., 2010[18] | б | перорально + антациды | | | лет | | ВоР | воспалитель ных процессов в пародонте, хорошая переносимос ть у пациентов с язвенной болезнью в анамнезе. |
|--|---|--------------------------|--|--|-----|--|-----|---|

Примечание:

PD — глубина пародонтального кармана; CAL — уровень клинического прикрепления; GI — индекс воспаления дёсен; ВоР — кровоточивость при зондировании; IL-1 β , IL-6 — провоспалительные цитокины.

Местное использование кетопрофена в форме геля, аппликаций или гингивальных плёнок рассматривается как перспективное направление, позволяющее достигать высоких концентраций препарата в тканях пародонта без системного влияния на желудочно-кишечный тракт. Это особенно актуально для пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями, для которых пероральное применение НПВП ограничено.

Обсуждение

Применение НПВП у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и сопутствующей патологией ЖКТ обладает значительным терапевтическим потенциалом. Однако назначение данной группы препаратов требует особого подхода:

- Использование гастропротекторов при системном применении НПВП.
- Предпочтение селективных ингибиторов ЦОГ-2 (целекоксиб) у пациентов с язвенной болезнью.
- Расширение практики местного применения НПВП (гели, аппликации) как безопасной и эффективной альтернативы системной терапии.

Включение НПВП в комплексную терапию воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с патологией ЖКТ способствует не только снижению воспалительных процессов, но и повышению качества жизни пациентов, минимизируя риск осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта.

АНАЛИЗ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОСВЯЩЁННЫХ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НПВП В ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

На сегодняшний день в литературе всё чаще обсуждается роль нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) как модуляторов воспалительных реакций у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. Однако особую сложность представляет применение данной группы препаратов у лиц с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), включая хронический гастрит, язвенную болезнь, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и дисбактериоз кишечника.

Ключевым ограничением широкого применения НПВП у пациентов с заболеваниями ЖКТ является риск развития гастропатий, эрозивно-язвенных поражений, желудочно-кишечных кровотечений, что особенно актуально для пожилых пациентов и лиц с длительным анамнезом гастроэнтерологических заболеваний.

Несмотря на это, данные клинических исследований свидетельствуют о том, что при грамотном подборе дозировок, формы введения и сопутствующей гастропротекции, использование НПВП может быть эффективным компонентом комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта, улучшая клинические и биохимические показатели состояния тканей пародонта.

Пероральное применение НПВП у пациентов с патологией ЖКТ

Ряд клинических наблюдений подтверждает, что системное применение НПВП у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и сопутствующими заболеваниями ЖКТ возможно при условии назначения ингибиторов протонной помпы (омепразол, пантопразол, эзомепразол) или блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов (фамотидин).

Так, применение ибупрофена в суточной дозе 400–600 мг совместно с омепразолом (20 мг/сут) на протяжении 3 месяцев у пациентов с хроническим гастритом на фоне генерализованного пародонтита приводило к достоверному снижению уровня провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6) в десневой жидкости, уменьшению кровоточивости дёсен, снижению глубины пародонтальных карманов и улучшению показателей клинического прикрепления. При этом пациенты не отмечали диспепсических расстройств, что свидетельствует о защитном эффекте ингибиторов протонной помпы.

Аналогичные результаты получены при использовании диклофенака (50 мг 2 раза в день) в сочетании с фамотидином (20 мг/сут) у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Через 2 недели терапии наблюдалось значительное уменьшение воспаления и кровоточивости дёсен, снижение глубины пародонтальных карманов, при этом побочные эффекты со стороны ЖКТ встречались не чаще, чем в контрольной группе.

Данные исследования позволяют заключить, что пероральное применение традиционных неселективных НПВП у пациентов с гастритом, язвенной болезнью и ГЭРБ возможно, но требует обязательного назначения гастропротекторов.

Использование селективных ингибиторов ЦОГ-2 (коксибов)

Особый интерес представляет применение селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), таких как целекоксиб и рофекоксиб, которые обладают меньшим риском развития гастропатий. Эти препараты подавляют продукцию воспалительных медиаторов (простагландинов), но при этом в меньшей степени угнетают синтез гастропротекторных простагландинов в слизистой оболочке желудка.

Рандомизированные исследования показали, что применение целекоксиба в дозе 200 мг/сут в течение 10 дней у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне язвенной болезни в стадии ремиссии позволило достичь выраженного противовоспалительного эффекта: уменьшение глубины пародонтальных карманов, снижение индекса кровоточивости, улучшение показателей гигиены. Пациенты хорошо переносили препарат, обострения язвенной болезни не наблюдалось.

Селективные ингибиторы ЦОГ-2 рассматриваются как перспективное направление для пациентов с высокой вероятностью развития осложнений со стороны ЖКТ, однако необходимы дальнейшие долгосрочные наблюдения для оценки их безопасности.

Местное применение НПВП у пациентов с патологией ЖКТ

Местное использование НПВП в форме гелей, аппликаций, лечебных плёнок позволяет избежать системных побочных эффектов, что особенно важно для пациентов с заболеваниями желудка и кишечника.

Так, аппликации 2,5% геля кетопрофена на воспалённые участки пародонта в течение 30 дней привели к значительному уменьшению воспаления, снижению индекса кровоточивости и улучшению клинического прикрепления. Побочных эффектов со стороны ЖКТ не отмечено. Этот метод особенно рекомендован пациентам с обострением гастрита, язвенной болезни или непереносимостью системных форм НПВП.

Преимущество местных форм НПВП заключается в создании высокой концентрации активного вещества непосредственно в зоне воспаления, что способствует быстрому купированию отёка, болевого синдрома и подавлению продукции провоспалительных цитокинов без риска системных осложнений.

Сочетание НПВП с омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами

Некоторые клинические исследования демонстрируют потенциал комбинированной терапии: низкие дозы аспирина (75–100 мг/сут) в сочетании с омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами. Такая комбинация способствует снижению активности воспалительного процесса и уменьшению выраженности резорбции костной ткани, что особенно важно для пациентов с системными воспалительными заболеваниями, включая гастроэнтерологическую патологию.

Омега-3 жирные кислоты обладают мембраностабилизирующим, антиоксидантным и умеренным противовоспалительным действием, дополняя эффект низкодозированных НПВП и снижая риск их негативного воздействия на слизистую ЖКТ.

Анализ данных клинических исследований свидетельствует, что включение НПВП в терапию воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с патологией ЖКТ возможно и эффективно, однако требует особого подхода:

- Обязательное назначение гастропротекторов (ингибиторов протонной помпы, H₂-блокаторов) при системном применении неселективных НПВП.
- Предпочтение селективных ингибиторов ЦОГ-2 (целекоксиб) у пациентов с язвенной болезнью в анамнезе.
- Расширение практики местного применения НПВП (гели, аппликации) как безопасной и эффективной альтернативы системной терапии.
- Комбинированная терапия с омега-3 жирными кислотами как перспективное направление.

Таким образом, рациональное использование НПВП у пациентов с сочетанной патологией пародонта и ЖКТ может способствовать купированию воспалительного процесса, улучшению клинического состояния и снижению риска системных осложнений.

ОГРАНИЧЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Несмотря на возрастающий интерес к изучению влияния нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) на течение воспалительных заболеваний пародонта, особенно у пациентов с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), настоящее направление научных изысканий сопровождается рядом значимых ограничений[15].

Ограничения существующих исследований:

1. Недостаточность клинических данных для группы пациентов с коморбидной патологией ЖКТ. Большинство проведённых рандомизированных

контролируемых исследований посвящены оценке эффективности НПВП при пародонтите у общей популяции пациентов. При этом специфические группы, включающие пациентов с хроническим гастритом, язвенной болезнью, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), дисбактериозом кишечника, исследованы фрагментарно. Немногочисленные работы [1, 5] свидетельствуют о положительных результатах применения местных форм НПВП, однако данные носят локальный характер и не позволяют сформировать унифицированные клинические рекомендации.

2. Отсутствие единых стандартов и протоколов терапии

На сегодняшний день не разработаны стандартизированные схемы назначения НПВП у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, учитывающие наличие сопутствующих гастроэнтерологических патологий. Применяемые дозировки, длительность курсов, комбинации с ингибиторами протонной помпы, гастропротекторами или пробиотиками варьируют в различных исследованиях, что затрудняет сравнительный анализ эффективности и безопасности подобных подходов.

3. Риск развития гастропатий при системном применении НПВП

Даже краткосрочное пероральное назначение неселективных НПВП может вызывать нежелательные реакции со стороны ЖКТ, особенно у пациентов с уже имеющейся патологией. Это ограничивает их использование в стоматологической практике и требует поиска альтернативных противовоспалительных стратегий. Хотя селективные ингибиторы ЦОГ-2 обладают более благоприятным профилем безопасности, их роль в лечении пародонтита при фоновой патологии ЖКТ остаётся недостаточно изученной.

4. Недостаточная изученность комбинированных подходов

Несмотря на отдельные данные о положительном влиянии комбинации НПВП с омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами, пробиотиками, антисептиками и натуральными противовоспалительными средствами, их эффективность и безопасность у пациентов с пародонтитом на фоне патологии ЖКТ требуют дальнейших клинических подтверждений.

Перспективы дальнейших исследований:

1. Разработка персонализированных схем лечения. Перспективным направлением является создание дифференцированных схем применения НПВП у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта с учётом индивидуальных особенностей, включая характер гастроэнтерологической патологии, возраст, степень выраженности пародонтита. Особое внимание следует уделить подбору препаратов с учётом их селективности к ЦОГ-1 и ЦОГ-2, а также комбинации системных и местных форм.

2. Длительное наблюдение за состоянием тканей пародонта и ЖКТ. Долговременные (от 6 месяцев и более) проспективные исследования позволят объективно оценить влияние НПВП на устойчивость ремиссии воспалительных заболеваний пародонта, динамику костной резорбции и регенерации, а также частоту развития гастропатий и обострений заболеваний ЖКТ.

3. Изучение потенциала местных форм селективных ингибиторов ЦОГ-2. Создание и клиническая апробация местных гелей, плёнок, ополаскивателей на основе цефекоксиба, мелоксикама может стать безопасной альтернативой системной терапии, особенно у пациентов с язвенной болезнью, гастритом или ГЭРБ. Оценка биодоступности, глубины проникновения активных веществ в пародонтальные ткани и длительности их действия позволит оптимизировать схемы лечения.

4. Комбинация НПВП с гастропротекторами и пробиотиками

Проведение рандомизированных контролируемых исследований по изучению эффективности сочетанного применения НПВП и ингибиторов протонной помпы (омепразол, пантопразол), а также препаратов, нормализующих микробиоту кишечника (пробиотиков), поможет снизить риск системных осложнений и улучшить исходы лечения.

5. **Роль натуральных компонентов в адьювантной терапии.** Актуальным остаётся дальнейшее изучение потенциала растительных экстрактов (имбирь, льняное масло, куркумин), обладающих противовоспалительными, антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами. Их включение в состав местных препаратов или использование в комбинации с низкодозированными НПВП может способствовать усилению терапевтического эффекта и снижению побочных реакций.

6. **Фокус на восстановление микробиома полости рта и кишечника.** Исследования последних лет выявили тесную связь между дисбиотическими изменениями микробиоты желудочно-кишечного тракта и составом микробных сообществ пародонтальных карманов. Перспективным направлением является оценка влияния местных форм НПВП на микробиоценоз полости рта, а также возможность синергетического эффекта при их комбинировании с пробиотиками и антисептиками.

Заключение.

Анализ современных данных свидетельствует о существовании сложной патогенетической взаимосвязи между воспалительными заболеваниями пародонта и патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Нарушения биоценоза полости рта, дисбиотические изменения микрофлоры кишечника, системное воспаление, гипоацидные состояния желудка и нарушения барьерной функции слизистых оболочек создают условия для хронизации воспалительного процесса в тканях пародонта и ускорения деструктивных изменений костной ткани.

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в терапии воспалительных заболеваний пародонта демонстрирует высокую клиническую эффективность, выражающуюся в уменьшении кровоточивости, снижении глубины пародонтальных карманов, улучшении показателей клинического прикрепления и стабилизации деструктивных процессов в альвеолярной кости.

Список литературы

1. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 800 с.
2. Буляков Р.Т., Сабитова Р.И., Гуляева О.А. Комплексная оценка состояния тканей пародонта после консервативного лечения // Пародонтология. 2015.
3. Зорян Е.В. Фармакотерапия в детской стоматологии // Клиническая стоматология. 2012.
4. Зорян Е.В., Рабинович С.А. Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных средств // Стоматология для всех. 2012.
5. Зюлькина Л.А., Сабаева М.Н., Иванов П.В. Микроциркуляция тканей пародонта: причины нарушений и механизмы коррекции // Научные проблемы медицины. 2017.
6. Иорданишвили А.К., Патронова В.С., Ногина И.В., Тарасова Л.А. Комплексное лечение генерализованного пародонтита с использованием иммуномодуляторов // Стоматология. 2016. Т. 95, №1. С. 26–28. DOI: 10.17116/stomat201695126-28.

7. Коленко Ю.Г. Местное применение нестероидных противовоспалительных средств в комплексном лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта // Восточно-европейский научный журнал. 2017. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mestnoe-primeneniye-nesteroidnyh-protivovospalitelnyh-sredstv-v-kompleksnom-lechenii-erozivno-yazvennyh-porazheniy-slizistoy>
8. Корнейчук А.Е. Обоснование применения геропротекторов в комплексном лечении генерализованного пародонтита у мужчин пожилого возраста: дис. ... канд. мед. наук. Одесса: instom.od.ua, 2017.
9. Мазур И.П., Ставская Д.М. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в пародонтологии // Современная стоматология. 2015. №3.
10. Насонов Е.Л., Лазебник Л.Б., Беленков Ю.Н. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. М.: 2006.
11. Пашковская А.Е., Иконникова И.Б. Антигомотоксичный препарат Траумель С и его применение в медицине // Гомеопатия. 1995.
12. Ряховская Ю.В., Ярцева А.В. Лечение локализованного пародонтита // Евразийское научное объединение. 2017. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29659626>
13. Светлакова Е.Н. Пути повышения эффективности лечения хронического пародонтита с применением лазерного кюретажа: дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург: УГМА, 2012.
14. Сохов С.Т., Зорян Е.В. Принципы выбора нестероидных противовоспалительных препаратов в стоматологии // Клиническая стоматология. 2014.
15. Фунтовая К.Д., Сологова Д.И. Рациональное использование НПВС при лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // ВУЗовская наука. 2018.