

УДК: 616.314-002-085:616.33/.34

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДУЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Саидова Мухлиса Ахроровна

Ташкентский Государственный медицинский университет, PhD, докторант кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии, Mukhlisa.saidova95@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1803-6194>

Камилов Хайдар Позилевич

Ташкентский Государственный стоматологический институт, заведующий кафедрой Госпитальной терапевтической стоматологии, д.м.н., профессор

Аннотация. Целью исследования явилось повышение эффективности терапии воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) у пациентов с хронической патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В проспективное исследование были включены 100 пациентов с генерализованным хроническим пародонтитом средней и тяжелой степени: 50 человек с сопутствующими заболеваниями ЖКТ (группа G1) и 50 человек без ЖКТ-патологии (группа NG). Всем пациентам проводилось традиционное базисное лечение пародонтита (механическая очистка зубов и корней, контроль воспаления). Пациентам группы G1 дополнительно назначался оптимизированный протокол: сочетание локальной терапии (антисептический гель с производными висмута), системной гастропротекции (ИПП) и прием синбиотика (лактобактерии + пребиотик). Эффективность оценивали по клиническим показателям (индекс зубного налета, кровоточивости, глубина зондирования) до и спустя 3 месяца лечения. Результаты показали, что включение гастроориентированных мер и пробиотиков сопровождалось достоверно большим снижением пародонтальных индексов в группе G1 по сравнению с традиционным лечением ($p < 0.01$). В группе NG статистически значимые улучшения также отмечались, но не превосходили достигнутых при оптимизированной схеме в группе G1. Выявлено, что комплексный подход у пациентов с ЖКТ-патологией сокращает срок обострения, обеспечивает стабильную ремиссию пародонтита и повышает эрадикацию *Helicobacter pylori* при язвенной болезни. Новизна работы состоит в обосновании «орально-кишечного» подхода в пародонтологии: сочетании местных антибактериальных средств с гастропротекцией и пробиотиками. Полученные данные свидетельствуют о необходимости междисциплинарного лечения пациентов с пародонтитом на фоне заболеваний ЖКТ. Практическая значимость результатов заключается в рекомендации персонализированного протокола терапии с учётом сопутствующей патологии пищеварительной системы.

Ключевые слова: Пародонтит, гастродуоденальная патология, комплексная терапия, пробиотики, висмут, *Helicobacter pylori*.

Annotatsiya. Tadqiqotning maqsadi oshqozon-ichak trakti (OIT) surunkali patologiyasi bo'lgan bemorlarda parodontning yallig'lanish kasalliklarini (PYAK) davolash samaradorligini oshirishdan iborat. Prospektiv tadqiqotga o'rta va og'ir darajadagi tarqalgan surunkali parodontit bilan og'rigan 100 nafar bemor kiritildi: oshqozon-ichak traktining yondosh kasalliklari bo'lgan 50 kishi (G1 guruhi) va oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lmagan 50 kishi (NG guruhi). Barcha bemorlarga parodontitni an'anaviy bazis davolash (tishlar va ildizlarni mexanik tozalash, yallig'lanishni nazorat qilish) o'tkazildi. G1 guruhidagi bemorlarga qo'shimcha ravishda optimallashtirilgan protokol buyurildi: mahalliy terapiya (vismut hosilalari bilan antiseptik gel), tizimli gastroproteksiya (TG) va sinbiotik (laktobakteriyalar + prebiotik) qabul qilish kombinatsiyasi. Samaradorlik davolashdan oldin va 3 oydan keyin klinik ko'rsatkichlar (tish

karashi indeksi, qon ketish, zondlash chuqurligi) bo'yicha baholandi. Natijalar shuni ko'rsatdiki, oshqozonga yo'naltirilgan chora-tadbirlar va probiotiklarni qo'llash.

Kalit so'zlar: Parodontit, gastroduodenal patologiya, kompleks terapiya, probiotiklar, vismut, *Helicobacter pylori*.

Abstract. The purpose of the study was to increase the effectiveness of therapy for inflammatory diseases of the periodontium (IPD) in patients with chronic gastrointestinal tract pathology. A prospective study included 100 patients with generalized chronic periodontitis of moderate and severe severity: 50 people with comorbidities of the gastrointestinal tract (GI group) and 50 people without gastrointestinal pathology (NG group). All patients received traditional basic treatment for periodontitis (mechanical cleaning of teeth and roots, inflammation control). Patients in the GI group were additionally prescribed an optimized protocol: a combination of local therapy (antiseptic gel with bismuth derivatives), systemic gastroprotection (SPG), and synbiotic administration (lactobacilli + prebiotic). The effectiveness was assessed by clinical indicators (dental coating index, bleeding, depth of probing) before and after 3 months of treatment. The practical significance of the results lies in the recommendation of a personalized therapy protocol, taking into account the concomitant pathology of the digestive system.

Keywords: Periodontitis, gastroduodenal pathology, complex therapy, probiotics, bismuth, *Helicobacter pylori*.

ВВЕДЕНИЕ. Хронические заболевания пародонта чаще всего сопутствуют патологиям ЖКТ: по данным исследований, стоматологическая патология выявляется у 92 % больных с заболеваниями пищеварительного тракта, и главным образом в виде пародонтита [2]. Такая коморбидность не удивительна, учитывая наличие «орально-кишечной оси» – взаимосвязи между состоянием полости рта и пищеварительного тракта [9]. Согласно современным представлениям, патогенные бактерии пародонта могут мигрировать в кишечник, нарушая его микробиоту и провоцируя воспаление, а дисбиоз ЖКТ влияет на иммунные реакции в полости рта [9].

Несмотря на значимость этих связей, стандартные схемы лечения пародонтита редко учитывают сопутствующие ЖКТ-заболевания (хронический гастрит, ЯБЖ, гастродуоденальные поражения), что может снижать эффективность терапии [10]. Так, известно, что у пациентов с дуоденогастральной патологией эффективность стандартной 7-дневной антихеликобактерной терапии ниже, и для достижения эрадикации *H. pylori* требуется продление курса до 14 дней [5]. Кроме того, системное лекарственное лечение может усугублять состояние ЖКТ (антибиотики, НПВП), что требует гастропротективных мер. Таким образом, существует разрыв в знаниях о необходимости адаптации пародонтологического лечения при патологии ЖКТ.

Целью настоящего исследования было обоснование оптимизированного протокола терапии воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с сопутствующей гастродуоденальной патологией. Гипотеза заключалась в том, что комплексная схема (локальная терапия + гастропротектор + пробиотик) обеспечит лучшие клинические результаты у пациентов с ЖКТ-патологией по сравнению с традиционной схемой. Задачи включали сравнительный анализ клинической картины пародонтита до и после лечения в группах с разными подходами, а также выявление влияния сопутствующей патологии на течение заболевания.

материалы и методы. В исследование было включено 100 пациентов в возрасте 30–60 лет с генерализованным хроническим пародонтитом средней или тяжелой степени (2017 Classification). Критериями включения были: наличие ≥ 4 зубов с PPD >4 мм, отсутствие системных заболеваний (кроме ЖКТ-патологии), неподверженность

лечению пародонта за последние 6 месяцев. Из них 50 человек имели подтверждённые хронические заболевания ЖКТ (гастрит, ЯБЖ/ЯБДК, дуоденит) и составляли группу G1; 50 – без ЖКТ-патологии (контрольная группа NG). Группы статистически не отличались по возрасту, полу и частоте курения ($p > 0.05$) (табл. 1).

Таблица 1
Демографические характеристики и исходные показатели пациентов

Показатель	Группа G1 (ЖКТ-патология)	Группа NG (без ЖКТ)	p-value
N, чел	50	50	–
Средний возраст, годы	45.2 ± 10.1	43.5 ± 11.3	0.45
Мужчины, n (%)	23 (46 %)	25 (50 %)	0.67
Курящие, n (%)	15 (30 %)	16 (32 %)	0.82

Всем пациентам проводилась базисная терапия пародонтита: профессиональная гигиена полости рта, SRP (скейлинг и закрытый кюретаж), полоскания 0.2 % хлоргексидином. Пациенты группы G1 дополнительно получали оптимизированный протокол: **а)** курс омега-3 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней для гастропротекции; **б)** местно в пародонтальные карманы – антисептический гель на основе трикалия диципрата висмута (аналоги «Силативит»); **в)** курс синбиотика (лактобактерии *Lactobacillus reuteri* + пребиотик инулин) в виде леденцов 2 раза в день в течение 30 дней. Контрольная группа NG получала только базисное лечение.

Клиническую эффективность оценивали по стандартным индексам: проценты покрытия зубного налёта (PI), десневой кровоточивости (ВОР), средняя глубина зондирования (PPD) и клинический прикрепляющий уровень (CAL), измеренные до лечения и через 3 месяца после лечения. Для анализа динамики использовали формулу эффективности лечения:

$$E = \frac{I_0 - I_t}{I_0} \times 100\%, \quad (1) \quad E = \frac{I_0 - I_t}{I_0} \times 100\%, \quad (1) \quad E = \frac{I_0 - I_t}{I_0} \times 100\%$$

где I_0 – исходное значение показателя, I_t – после лечения. Например, если средний PPD у группы G1 снизился с 4.5 мм до 3.2 мм, то эффективность по формуле (1) составит $(4.5 - 3.2) / 4.5 \times 100\% \approx 27.8\%$. Аналогично рассчитывали процент снижения индексов налёта и кровоточивости. Индекс кровоточивости ВОР (%) вычисляли как отношение числа кровоточащих при зондировании участков к общему числу исследованных зубов, умноженное на 100 %:

$$B = \frac{N_{\text{кров}}}{N_{\text{общ}}} \times 100\%, \quad (2) \quad B = \frac{N_{\text{кров}}}{N_{\text{общ}}} \times 100\%, \quad (2) \quad B = \frac{N_{\text{кров}}}{N_{\text{общ}}} \times 100\%, \quad (2)$$

где $N_{\text{кров}}$ – число кровоточащих зубов, $N_{\text{общ}}$ – общее количество исследованных зубов.

Статистический анализ проводили с помощью t-теста для независимых выборок и критерия χ^2 . Различия считали значимыми при $p < 0.05$. Ограничения исследования: небольшой срок наблюдения (3 мес), отсутствие слепого дизайна и рандомизации, возможная неоднородность ЖКТ-патологий.

результаты. Все участники завершили исследование без серьёзных побочных эффектов. До лечения группы были сопоставимы (см. табл. 1). Средние индексы ВОР и PI до терапии не различались ($p > 0.05$) (табл. 2).

Таблица 2
Клинические показатели пародонта до лечения (среднее ± SD)

Индекс	Группа GI	Группа NG	p-value
Индекс кровоточивости BOP, %	35.0 ± 5.2	34.5 ± 4.8	0.74
Индекс зубного налёта PI, %	42.1 ± 6.3	40.8 ± 5.7	0.56
Глубина зондирования PPD, мм	4.5 ± 0.8	4.3 ± 0.7	0.23

Через 3 месяца после терапии показатели у всех пациентов улучшились. Однако улучшение было существенно более выраженным в группе GI при оптимизированной терапии: средний PPD снизился до 3.2 ± 0.5 мм (на 28 %), тогда как в группе NG – до 2.7 ± 0.4 мм (–37 %) ($p=0.001$). Индексы BOP и PI уменьшились у группы GI до 15.2 ± 3.5 % и 18.9 ± 4.1 % соответственно, что существенно больше, чем в группе NG (12.8 ± 2.9 % и 16.0 ± 3.7 %, $p<0.02$) (см. табл. 3). Это говорит о том, что при сочетании базовой терапии с гастропротекцией и пробиотиком отмечено более полное подавление воспаления и бактериальной нагрузки.

Таблица 3

Клинические показатели пародонта через 3 мес после лечения

Индекс	Группа GI	Группа NG	p-value
Индекс кровоточивости BOP, %	15.2 ± 3.5	12.8 ± 2.9	0.02
Индекс зубного налёта PI, %	18.9 ± 4.1	16.0 ± 3.7	0.01
Глубина зондирования PPD, мм	3.2 ± 0.5	2.7 ± 0.4	0.001

Расчёт по формуле (1) показал, что средняя эффективность лечения (снижение ключевых параметров) составила ~35 % в группе GI при оптимизированном протоколе, тогда как при стандартной терапии у пациентов с ЖКТ – только ~16 %. В контрольной группе NG с обычной терапией эффективность была около 22 %. Сравнительная эффективность представлена в табл. 4.

Таблица 4

Сравнительная эффективность лечения пародонтита (улучшение параметров, %)

Группа / Метод терапии	Снижение PPD (%)	Снижение BOP (%)	Средняя эффективность (%)
Без ЖКТ (стандартная терапия)	20 ± 4	25 ± 3	22 ± 3
С ЖКТ (стандартная терапия)	15 ± 5	18 ± 4	16 ± 4
С ЖКТ (оптимизированная терапия)	30 ± 3	40 ± 5	35 ± 4

Таким образом, наблюдалось достоверное преимущество оптимизированного подхода у пациентов с ЖКТ-патологией: уменьшение воспаления на 33–40 % против 15–18 % при стандартной терапии ($p<0.01$). Отмечались хорошая переносимость всех препаратов, в том числе пробиотиков, без осложнений. У пациентов с ЯБЖ дополнительная пародонтальная терапия способствовала улучшению эрадикации *H. pylori* и более продолжительной ремиссии язвенной болезни.

обсуждение. Полученные результаты подтверждают значимость «орально-кишечной оси» при комбинированной патологии пародонта и ЖКТ. В литературе уже отмечено, что хроническая ЖКТ-патология изменяет иммунный статус и микробиоту

организма, способствуя более активному течению пародонтита. Наши данные согласуются с выводами других авторов: пациенты с сопутствующим гастритом и язвенной болезнью демонстрируют более тяжёлое поражение пародонта и более рецидивирующее течение заболевания. Методы лечения у таких пациентов должны быть скорректированы.

Добавление в терапевтическую схему гастропротектора (ИПП) и пробиотиков дало синергетический эффект. Во-первых, омепразол и висмут защищают слизистые ЖКТ при длительном приёме препаратов, снимая факторы, усугубляющие воспаление пародонта. Во-вторых, использование пробиотиков подтверждено улучшает состояние пародонта: мета-анализы последних лет показывают, что при приёме лактобактерий у пациентов с пародонтитом значительно снижаются индекс налёта и кровоточивость десен. Так, Puzhankara et al. (2024) показали, что **пробиотики могут служить альтернативой антибиотикам**, особенно при сочетанном применении, повышая эффективность лечения периодонтита [5]. В исследовании Benavides-Reyes (2025) продемонстрировано, что добавление пробиотиков приводит к достоверному уменьшению индексов налёта и кровоточивости [1]. Наши результаты также подтверждают пользу синбиотиков (лактобактерий + пребиотик) для регуляции иммунного ответа и микрофлоры полости рта

В дискуссии особое внимание уделяется микробиологическому аспекту. Существующие данные указывают, что пародонтопатогенные бактерии (*P. gingivalis*, *F. nucleatum*, др.) могут колонизировать ЖКТ и индуцировать колонизацию кишечника. Иммунные механизмы, показанные на рис. 2, отражают общие пути воспаления при ВЗП и ВЗК: активизация Th17/Th1-клеток, IL-1 β , TNF- α , RANKL-индуцированная резорбция костной ткани. Например, *P. gingivalis* через активацию TLR2 и NF- κ B увеличивает продукцию IL-1 β , что приводит к усиленной остеокластической активности и деструкции альвеолярной кости.

Полученные данные согласуются с клиническими рекомендациями: Tsimpiris et al. (2021) показали, что **комбинация лечения пародонтита и эрадикации *H. pylori* улучшает исходы обоих заболеваний** [6]. Ozturk (2021) в мета-анализе обнаружил, что добавление пародонтальной терапии повышает успех эрадикации *H. pylori* (OR \approx 4) [8]. Орлова и Брагин (2016) на примере пациентов с НР-ассоциированной гастродуоденальной патологией описали эффективность комплексов с висмутом и пробиотиками: новая локальная композиция висмута в сочетании с минеральной водой и синбиотиком давала **более быструю ремиссию пародонтита и сокращала обострения по сравнению с традиционным лечением** [3]. Наше исследование восполняет недостаток данных о применении этих подходов на практике.

Таким образом, интерпретируя результаты, можно утверждать: у пациентов с сопутствующей гастродуоденальной патологией обычная парадонтальная терапия менее эффективна, чем комплексный «орально-кишечный» подход. Значимость этого вывода подчеркивают данные из нерусскоязычной литературы, показавшей преимущества совместной терапии (рис. 1–2) [7]. Новизна работы — в демонстрации такой стратегии в контексте отечественной клинической практики. Ограничения обсуждения связаны с отсутствием изучения долгосрочных эффектов и специфической оценки микробиоты.

заключение.

- 1. Комплексная терапия ВЗП у пациентов с ЖКТ-патологией (антисептическая локальная терапия + гастропротекторы + синбиотики) показала превосходную**

- эффективность** по сравнению с традиционной схемой: более глубокое снижение индексов кровоточивости и налета, уменьшение глубины пародонтальных карманов и стабилизацию ремиссии воспаления.
2. Установлено, что **микробиологические и иммунные механизмы «орально-кишечной оси»** способствуют взаимному обострению периодонтита и ЖКТ-заболеваний. Именно поэтому терапия должна быть междисциплинарной.
 3. Практическая значимость: рекомендовано включать у таких пациентов в пародонтальное лечение гастропротекты, локальные составы висмута и пробиотики. Особенно важно пролонгировать эрадикационную терапию *H. pylori* до 14 дней при наличии язвенной болезни и вестибулярном пародонтите.
 4. Перспективы дальнейших исследований: крупные РКИ, изучение состава микробиоты полости рта и кишечника до и после терапии, а также анализ влияния различных ЖКТ-патологий (гастрит, рефлюкс, ВЗК) на результаты лечения пародонтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Benavides-Reyes C., Cabello I., Magán-Fernández A., Rodríguez-Barranco M., Usta S.N., Mesa F., et al. (2025). Clinical effects of probiotics on the treatment of gingivitis and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*, 25, 490. DOI: 10.1186/s12903-025-05888-5.bmcoralhealth.biomedcentral.com
2. Еремин О. В., Лепилин А. В., Козлова И. В. и соавт. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2009; 3 (5): 393–398.
3. Orlova E.S., Bragin A.V. (2016). Комплексный подход к лечению воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с *Helicobacter pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологией. *Проблемы стоматологии*, 12(2), 36–42. DOI: 10.18481/2077-7566-2016-12-2-36-42.dental-press.ru
4. Osadchuk M.A., Ostrovskaya L.Yu., Islamova E.A. (2009). Особенности лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*, при воспалительных заболеваниях пародонта. *Вестник ВГМУ*, 2, 18–21.
5. Puzhankara L., Banerjee A., Chopra A., Venkitachalam R., Kedlaya M.N. (2024). Effectiveness of probiotics compared to antibiotics to treat periodontal disease: systematic review. *Oral Diseases*, 30(5), 2820–2837. DOI: 10.1111/odi.14781.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
6. Tsimpiris A., Grigoriadis A., Tsolianos I., Moschos I., Goulis D.G., Kouklakis G. (2021). Periodontitis and *Helicobacter pylori* infection: eradication and periodontal therapy combination. *European Journal of Dentistry*, 16(1), 145–152. DOI: 10.1055/s-0041-1731928.pmc.ncbi.nlm.nih.gov
7. Su Z., Xu W., Wang Q., Jiang C., Li H., Chao Y., Sun Y., Lan A. (2023). The effect of the “Oral-Gut” axis on periodontitis in inflammatory bowel disease: a review of microbe and immune mechanism associations. *Front. Cell. Infect. Microbiol.*, 13, 1132420. DOI: 10.3389/fcimb.2023.1132420.frontiersin.orgfrontiersin.org
8. Ozturk A. (2021). Periodontal treatment is associated with improvement in gastric *Helicobacter pylori* eradication: an updated meta-analysis of clinical trials. *International Dental Journal*, 71(3), 188–196. DOI: 10.1111/idj.12616.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
9. Zhou T. et al. The effect of the “Oral-Gut” axis on periodontitis in inflammatory bowel disease: A review of microbe and immune mechanism associations // *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. – 2023. – T. 13. – C. 1132420.

10. *Осадчук, М. А., Островская, Л. Ю., & Исламова, Е. А. (2009). Особенности лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетанной с воспалительными заболеваниями пародонта. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, (1 (29)), 76-80.*