New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН

НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ

NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025

УДК 616

ПАРОДОНТИТ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Раджабова Азизаханум Фармоновна: https://orcid.org/0009-0000-0240-3135

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Резюме***

Особенности распространения и течения воспалительно-дистрофических процессов в пародонте непосредственно связаны с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Патология разных отделов пищеварительного тракта определяет клиническую картину поражения тканей пародонта. В свою очередь, поражение алиментарного тракта способствует развитию обострения или вызывает поражение пародонта. Патология полости рта диагностируется у 92% больных с заболеваниями язвенной болезни ЖКТ, и в основном она представлена пародонтитом. Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) является одним из наиболее распространенных заболеваний пародонта. Это состояние характеризуется воспалением и разрушением опорных тканей зубов, что может привести к потере зубов при отсутствии своевременного лечения. В последние годы местная антибактериальная терапия привлекает внимание специалистов как безопасный и эффективный метод лечения ХГП у пациентов с хроническими системными заболеваниями

Ключевые слова: язвенная болезнь ЖКТ, поражение тканей пародонта, заболевания желудочно-кишечного тракта. пародонтология, микробиота, пародонтит, пародонтальный карман, микроорганизмы, пародонтопатогены, Helicobacter pylori, метронидозол

PERIODONTITIS ASSOCIATED WITH GASTROINTESTINAL DISEASES: CLINICAL FEATURES AND THERAPEUTIC STRATEGIES

Radjabova Azizaxanum Farmanovna

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Resume***

The features of the spread and course of inflammatory-dystrophic processes in the periodontium are directly related to gastrointestinal diseases. Pathology of different parts of the digestive tract determines the clinical picture of periodontal tissue damage. In turn, damage to the alimentary tract contributes to the development of exacerbation or causes periodontal damage. Oral pathology is diagnosed in 92% of patients with gastrointestinal ulcer diseases, and it is mainly represented by periodontitis. Chronic generalized periodontitis (CGP) is one of the most common periodontal diseases. This condition is characterized by inflammation and destruction of the supporting tissues of the teeth, which can lead to tooth loss in the absence of timely treatment. In recent years, local antibacterial therapy has attracted the attention of specialists as a safe and effective method for treating CGP in patients with chronic systemic diseases

Key words: gastrointestinal ulcer disease, periodontal tissue damage, gastrointestinal diseases. periodontology, microbiota, periodontitis, periodontal pocket, microorganisms, periodontopathogens, Helicobacter pylori, metronidazole

ОШҚОЗОН-ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ПАРОДОНТИТ: КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ТЕРАПЕВТИК СТРАТЕГИЯЛАРИ

Раджабова Азизаханум Фармоновна

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Резюме***

Пародонтда яллигланиш-дистрофик жараёнларнинг тарқалиши ва кечиш хусусиятлари ошқозон-ичак тракти касалликлари билан бевосита боғлиқ. Овқат ҳазм қилиш трактининг турли қисмларининг патологияси периодонтал тўқималарнинг шикастланишининг клиник кўринишини аниқлайди. Ўз навбатида, овқат ҳазм қилиш трактининг шикастланиши кучайишнинг ривожланишига ёрдам беради ёки периодонтнинг шикастланишига олиб келади. Оғиз бўшлиғи патологияси ошқозон-ичак тракти касалликлари билан огриган беморларнинг 92% да ташхис қилинади ва асосан периодонтит билан ифодаланади. Сурункали умумий периодонтит (СГП) енг кенг тарқалган периодонтал касалликлардан биридир. Бу ҳолат тишларнинг қўллаб-қувватловчи тўқималарининг яллигланиши ва йўқ қилиниши билан тавсифланади, бу ўз вақтида даволанмаса, тишларнинг йўқолишига олиб келиши мумкин. Сўнгги йилларда сурункали тизимли касалликларга чалинган беморларда СГПни даволашнинг хавфсиз ва самарали усули сифатида маҳаллий антибактериал терапия мутахассисларнинг еътиборини тортди

Калит сўзлар: ошқозон-ичак яраси, периодонтал тўқималарнинг шикастланиши, ошқозон-ичак касалликлари. периодонтология, микробиота, периодонтит, пародонтал чўнтак, микроорганизмлар, пародонтопатогенлар, Helicobacter pylori, метронидазол

Актуальность

Воспалительные заболевания пародонта — это важная медико-социальная и экономическая проблема нашего времени. Интерес к ней обусловлен не только особенностями этиологии, патогенеза и диагностики этих заболеваний, но и тем, что вслед за потерей зубов возникают функциональные нарушения зубочелюстной системы, а хронические пародонтальные очаги инфекции оказывают негативное воздействие на организм в целом.

Цель исследования: Многие исследователи подчеркивают, что в возникновении и развитии пародонтита важную роль играют как микроорганизмы зубного налёта — основной этиологический фактор, — так и наличие сопутствующих соматических заболеваний. К патологиям, на фоне которых часто возникают поражения пародонта, относятся болезни сердечно-сосудистой, эндокринной и мочеполовой систем, а главным образом — нарушения в работе желудочно-кишечного тракта. Пародонтит нередко встречается совместно с такими заболеваниями, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, подострый септический эндокардит, ревматоидный артрит, мочекаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также патологии гепатобилиарной системы.

Особое внимание исследователи уделяют состоянию пародонта при нарушениях работы пищеварительной системы. По данным различных авторов, изменения тканей пародонта обнаруживаются у 87,7–91,8 % пациентов с заболеваниями ЖКТ, причём хронический пародонтит диагностируется у 76,1 % из них. При этом воспалительное деструктивный процесс, как правило, имеет генерализованный характер и протекает более активно. Патология органов пищеварения снижает неспецифическую резистентность организма, увеличивает частоту острых и хронических инфекционно-воспалительных заболеваний. Иммунные расстройства и дисбаланс условно-патогенной микрофлоры ротовой полости способствуют развитию разрушительных воспалительных процессов в тканях пародонта. Кроме того, при заболеваниях ЖКТ нарушается функция слюнных желёз и равновесие реминерализации-деминерализации эмали, что ускоряет возникновение и прогрессирование кариеса.

Интенсивность воспалительных процессов в пародонте меняется в зависимости от того, в каком отделе желудочно-кишечного тракта расположена патология и насколько она распространена. Иными словами, заболевания разных частей ЖКТ напрямую формируют клиническую картину поражения пародонта.

Материал и метод исследования

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остаётся одной из наиболее острых задач современной гастроэнтерологии, что связано с её высокой распространённостью. У 88–100% пациентов с этой патологией выявляются изменения тканей пародонта. При наличии заболеваний ЖКТ воспалительно-деструктивные процессы в пародонте носят генерализованный характер и протекают заметно активнее. Тяжесть клинико-патоморфологических проявлений в пародонте прямо соотносится с длительностью и тяжестью поражения пищеварительного тракта. Язвенная болезнь создаёт условия для воспаления пародонта, поскольку сопровождается дисбалансом иммунных и эндокринных механизмов, нарушением микроциркуляции и нейрогуморальной регуляции, психосоматическими факторами, изменениями в обмене соединительной ткани и минералов, а также дефицитом витаминов. Характерной особенностью пародонтальной патологии при хронических болезнях ЖКТ является ранняя генерализация процесса: уже на начальных стадиях поражается пародонт всех зубов, воспаление выражено и часто сопровождается гнойным отделяемым из карманов. У людей с сочетанной гастродуоденальной патологией пародонтит нередко протекает непрерывно рецидивируя, плохо реагирует на стандартную терапию, а ремиссии оказываются короткими и нестойкими. [1;13]

Быстрое прогрессирование заболеваний пародонта на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки обусловлено увеличением в крови количества кальций регулирующих гормонов – паратиреиодного и кальцитонина. Это приводит к нарушению баланса между гормонами гипо- и гиперкальциемического действия, вследствие чего усиливаются резорбтивные процессы в пародонте. [1;6].

Принято считать, что патологический процесс в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстой кишки сопровождается аутоиммунными реакциями, которые приводят к поражению тканей пародонта. При сочетании язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, и пародонтита наблюдается сдвиг клеточного иммунитета: недостаточное количество активных форм нейтрофильных лейкоцитов, снижение содержания Т-лимфоцитов и их функциональной активности.

Острый и хронический стресс как мощный этиологический фактор язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки составляет неотъемлемое звено воспаления и в тканях пародонта, где активируется перекисное окисление липидов, нарушаются протеиназно-ингибиционный баланс и микроциркуляция.

С современных позиций воспалительные поражения пародонта рассматриваются как хронические инфекционные процессы, поэтому успешная терапия невозможна без восстановления нормального микробного баланса. Известно, что при хроническом гингивите и пародонтите микрофлора смещается в сторону анаэробов: по данным Slots J., в воспалённых пародонтальных карманах доля анаэробных штаммов возрастает до 70–80 %, тогда как в здоровом состоянии они составляют лишь 20–30 %. При этом в последние годы всё больше внимания уделяют инфекционной природе язвенной болезни, связывая её развитие с Helicobacter pylori.

Helicobacter pylori — одна из самых распространённых инфекций в мире: эпидемиологические данные показывают, что более половины взрослых носит её в организме. Заболеваемость возрастает с возрастом и связана с социально-экономическими условиями. Ранее считалось, что H. pylori обитает исключительно в желудочной слизистой, однако ещё Барри Маршалл предположил её присутствие в других частях организма, включая ротовую полость. Зарубежные исследования подтвердили, что бактерия выявляется в разных оральных биотопах — слюне, зубном налёте, пародонтальных карманах, гнойных выделениях и на поверхностях ортопедических конструкций. Наличие H. pylori во рту коррелирует с неудовлетворительной гигиеной: её находят в зубных бляшках, слюне, содержимом дёсневых карманов и на поражённой слизистой оболочке.

Предполагается, что именно ротовая полость служит первичной площадкой для заселения Helicobacter pylori, а поражение желудочной слизистой происходит уже вторично. Исследования подтверждают наличие этой бактерии в зубной биоплёнке и слюне; причём штаммы, выделенные из желудка и из рта, оказываются идентичными. Пародонтальные карманы обеспечивают микроаэрофильные условия и могут функционировать как естественный резервуар H. pylori. Выявленная практически тотальная контаминация позволяет рассматривать микроорганизм во рту как комменсала.
Таким образом, главным фактором, провоцирующим и поддерживающим заболевания пародонта, является оральный дисбиоз: он либо возникает на фоне ослабленного иммунитета, либо сам усугубляет иммунные нарушения.

Установлено, что у пациентов с H. pylori-ассоциированной патологией желудочно кишечного тракта чаще встречаются и тяжелее протекают хронический генерализованный пародонтит. Сохранение H. pylori в ротовой полости может служить источником реинфекции в слизистой оболочке желудка и предрасполагает к рецидивирующему течению язвенной болезни. [9]. Не вызывает сомнения тот факт, что хеликобактериоз инициируется попаданием Helycobacter pylory в полость рта по орально–оральному или фекально–оральному пути передачи и депонируется в ней, как в постоянном резервуаре. и. Было показано, что у пациентов с хроническим гастритом типа В при отсутствии H.pylori в полости рта успех эрадикационной терапии составлял 92 %, при этом в течение двух лет после проведённого лечения рецидивов заболевания не наблюдалось. В то же время у пациентов с хроническим гастритом типа В при наличии бактерии H.pylori в полости рта эрадикационная терапия была успешна лишь в 52 % случаев, а у 35 % пациентов в течение двух лет развился рецидив заболевания [10, 16]. Banatvala N.etal. показали, что после курса традиционной антихеликобактерной терапии микроорганизмы отсутствовали в слизистой оболочке желудка, но при этом выявлялись в полости рта. Можно предположить, что зубной налёт – это первый внежелудочный резервуар H.pylori, а полость рта – перманентный источник самозаражения и реинфекции после успешной эрадикации.

Результат и обсуждение

Больные предъявляют жалобы на сухость слизистой оболочки, неприятный запах изо рта, обложенность языка, нарушение вкусовых ощущений (кислый привкус во рту), жжение (язык «как будто ошпарен или посыпан перцем»), боль, особенно во время приема пищи. Жжение и кислый привкус во рту могут усиливаться при наличии у таких больных металлических протезов. Со стороны пародонта больные могут предъявлять жалобы на дискомфортные ощущения в деснах, их кровоточивость при чистке зубов, наличие отделяемого из пародонтальных карманов, подвижность зубов, оголение шеек и связанную с этим повышенную чувствительность. Известно, что при дисбактериозе кишечника наблюдаются сглаживание сосочков, обложенность и отечность языка, появляется ощущения сухости в ротовой полости

ВЗП на фоне язвенной болезни желудка протекает более упорно. При осмотре обнаруживают обилие зубных отложений, гиперемию и отек десневых сосочков, маргинальной, а иногда и альвеолярной десны, кровоточивость при зондировании, серозное или гнойное отделяемое из пародонтальных карманов, подвижность зубов, рецессию десны. Иногда присутствуют нарушения целостности маргинального участка десны в виде борозды Штильманна или валикообразного утолщения. Частота выявления *Helicobacter pylori* в пародонтальных карманах у больных пародонтитом на фоне язвенной болезни положительно коррелирует с показателями гигиены ротовой полости Ремиссия хронического генерализованного пародонтита возникает при заживлении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, эрадикации *Helicobacter pylori* в ротовой полости и желудке.

Таким образом, снизить вероятность самозаражения и реинфицирования возможно только в случае комплексного подхода к данной проблеме гастроэнтеролога совместно со стоматологом: проведение общей антихеликобактерной терапии с применением антибактериальных препаратов, активных в отношении H.pylori, в полости рта, а 45 «Інновації в стоматології», № 3-4, 2017 также проведение санации полости рта. Этим и объясняется целесообразность применения антибактериальных средств. Вместе с тем широкое (а подчас необоснованное и бесконтрольное) применение химиопрепаратов приводит к формированию штаммов с

резистентностью к антибиотикам. Установлено, что их селекция происходит, в частности, при резких перепадах концентрации препаратов, что наблюдается при местном применении различных антибактериальных лекарственных форм (в виде полосканий, паст и гелей, легко смываемых слюной). Разрешение этой проблемы может быть реализовано следующими путями:
– использование антисептических препаратов, которые в отличие от антибиотиков обладают широким антибактериальным спектром и не индуцируют резистентность микробов;

– создание пролонгированных лекарственных форм на основе компонентов, сорбирующихся на слизистой оболочке полости рта или создающих депо длительное время в пародонтальных карманах.

Даже традиционные этапы лечения ВЗП у таких больных имеют свои особенности. Прежде всего необходима тщательная санация полости рта, в том числе хирургическая. Без сомнения, на каждом из этапов лечения ВЗП у пациентов с язвенной болезнью пародонтологам вместе со стоматологическими гигиенистами следует контролировать, а при необходимости оперативно корректировать качество индивидуальной гигиены полости рта.

Профессиональная гигиена полости рта необходима таким больным не реже 1 раза в 6 мес, в идеале 1 раз в 3 мес.

Сегодня среди препаратов, действующих на анаэробную микрофлору, эталоном считается метронидазол: он особенно эффективен при воспалительных заболеваниях пародонта, а в сочетании с хлоргексидином даёт выраженный терапевтический эффект.

Метронидазол — производное нитроимидазола с противопротозойной и антибактериальной активностью против анаэробов, вызывающих пародонтит (Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, P. denticola, Fusobacterium fusiformis, Wolinella recta, Treponema sp., Eikenella corrodens, Borrelia vincenti, Bacteroides melaninogenicus, Selenomonas sp.). В восстановленной форме его 5-нитрогруппа связывается с ДНК микробной клетки, подавляя синтез нуклеиновых кислот и вызывая гибель микроорганизмов.

Хлоргексидин — антисептик с бактерицидным действием против широкого круга грамположительных и грамотрицательных бактерий, дрожжей, дерматофитов и липофильных вирусов; на споры активен лишь при повышенной температуре. В низких концентрациях нарушает осмотический баланс бактериальных клеток, вызывая утечку ионов калия и фосфора, что обеспечивает бактериостатический эффект. Он сохраняет активность в присутствии крови и гноя, не токсичен, не накапливается в организме и не обладает канцерогенными свойствами.

Пародонтальный гель «Метрогил Дента профессиональный» — единственное готовое к применению стоматологическое средство, одновременно содержащее 25 % метронидазола и 0,1 % хлоргексидина глюконата в стабильных концентрациях. Препарат обладает приятным вкусом, хорошо растворяется в воде и, следовательно, не препятствует оттоку экссудата. Благодаря высокой текучести гель способен полностью заполнять пародонтальный карман. При контакте с десневой жидкостью, содержащей эстеразы, происходит гидролиз неактивного метронидазола бензоата, после чего метронидазол проявляет анаэробицидную активность в отношении бактерий, обитающих в пародонтальных карманах и зубодесневой борозде.

В своём исследовании мы выявили особенности состояния пародонта у пациентов с язвенной болезнью и оценили, насколько локальное применение «Метрогил Дента профессиональный» способствует стабилизации этой сочетанной патологии.

Думал на протяжении 10 секунд

Ключевая особенность лечения воспалительных заболеваний пародонта, сопровождающих язвенную болезнь, — необходимость применять препараты комплексного действия, которые обеспечивают анестезирующий, антисептический, противовоспалительный, антиоксидантный, иммуномодулирующий и кератопластический эффекты на слизистую. Такая стратегия требуется, когда помимо пародонта поражаются другие участки слизистой рта, например, при глоссите или стоматите, нередко сопутствующих язвенной болезни. В последние годы в схемы комплексной терапии всё активнее включают вектор-терапию, фотодинамическое воздействие и озонотерапию.

Объём оперативного вмешательства на пародонте зависит от степени воспаления: при лёгком пародонтите выполняют закрытый кюретаж, при средней и тяжёлой формах — открытый кюретаж, лоскутные операции и другие методы. Важно, что такие манипуляции проводят только в период ремиссии язвенной болезни и обязательно дополняют их эрадикационной терапией до и после

операции. Чтобы предотвратить гальванический синдром, для протезирования рекомендуют безметалловые или металлокерамические конструкции.

Таким образом, устойчивой ремиссии пародонтальных заболеваний у пациентов с HP-ассоциированной язвенной болезнью можно достичь лишь при одновременной успешной эрадикации Helicobacter pylori и устранении воспалительных изменений как в желудке, так и в полости рта.

Заключение

Полость рта и желудочно-кишечный тракт неразрывно связаны. Не только заболевания гастродуоденальной зоны могут служить причиной развития патологии пародонта, но и заболевания пародонта, являясь очагом хронической инфекции, могут способствовать развитию или обострению хронических заболеваний человека, в том числе и ЖКТ. В данном случае создаются условия для развития синдрома «взаимного отягощения» при развитии патологического процесса в ротовой полости и органах пищеварения. Все сказанное выше обусловливает необходимость комплексного подхода в лечении пациентов с сочетанной патологией полости рта и ЖКТ – стоматолог совместно с гастроэнтерологом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. С.П. Ярова, В.С.Алексеева Особенности распространения и течения воспалительно-дистрофических процессов в пародонте на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта / Донецкий национальный медицинский университет им. Максима Горького /
2. Булкина Н.В., Островская Л.Ю. Новые возможности местной антибактериальной терапии воспалительных заболеваний пародонта на фоне патологии органов пищеварения. РМЖ. 2007;4:230.
3. А.Ф.Ражабова Возможности местной антибактериальной терапии хронического генерализованного пародонтита на фоне язвенной болезни желудочно кишечного тракта./ Bulletin news in New Science Society International Scientific Journal / Vol. 2 No. 1 (2025)
4. Богату С.В. Сочетанная патология: заболевания пародонта и гастродуоденальной зоны // Инновации в стоматологии. / -2017.-N 3-4. - С.40-46
5. Обидный К.Ю., Коршукова О.А., Шаркова В.А. Влияние заболеваний желудочно-кишечного тракта на состояние микробиоценоза зубодесневой борозды у пациентов с хроническими заболеваниями пародонта. / Тихоокеанский медицинский журнал. // 2012;(4):63-64.
6. Шадиева Ш., Гиязова М. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта. / Общество и инновации, 2(4/S), 2021 / 424–428. / https://doi.org/10.47689/2181-1415-vol2-iss4/S-pp424-428
7. Особенности лечения генерализованного пародонтита, сочетанного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / український стоматологічний альманах / № 6 2013 / стр.38-42
8. Пародонтология / под ред. Янушевича О. О., Дмитриевой Л. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 752 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4365
9. Раджабова А. Ф. Особенности стоматологического статуса пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника //Eurasian journal of medical and natural sciences. – 2022. – Т. 2. – №. 11. – С. 293-298.
10. Раджабова А.Ф., Шадиева Ш.Ш. Сурункали тарқалган пародонтитниниг ошқозон-ичак яра касалликлари кечиши фонидаги беморларни текширишда фойдаланилган тадқиқот усуллари / Stomatologiya Том 94 № 1 (2024): / 24-30

Поступила 20.03.2025