

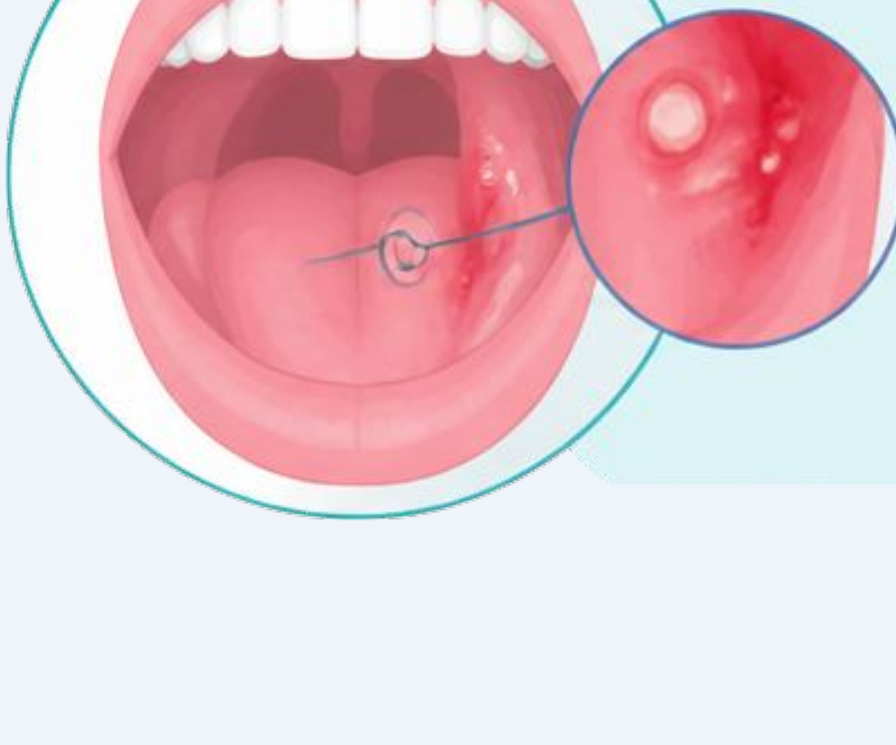
Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта: современные подходы к местной терапии

Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) остаются одной из наиболее частых причин обращения пациентов. Практически на каждом приеме стоматолог сталкивается с жалобами на покраснение, отечность и болезненность слизистой. Наиболее распространены афтозный стоматит, гингивит, травматические поражения, воспалительные изменения при заболеваниях пародонта. Несмотря на различия в этиологии, эти состояния имеют общие клинические проявления и во многих случаях требуют назначения местной противовоспалительной терапии.

Современные клинические рекомендации рассматривают местную терапию как важную часть комплексного лечения [1]. Она не заменяет устранение причины заболевания, однако позволяет уменьшить выраженность воспаления, облегчить боль и создать условия для восстановления слизистой оболочки. Выбранный препарат должен учитывать клиническую ситуацию, предполагаемую этиологию процесса, выраженность воспалительной реакции и особенности лекарственной формы.

Основные причины воспаления слизистой полости рта

Воспаление СОПР имеет полиэтиологическую природу и зачастую обусловлено сочетанием местных и общих факторов. Наиболее значимой причиной остается **микробная биопленка** – сложное сообщество микроорганизмов, которые объединились и прикрепилась к поверхности: зубам, десне, слизистой оболочке или зубным протезам. Развивающиеся в ней условно-патогенные и патогенные микроорганизмы становятся гораздо устойчивее к защитным иммунным механизмам, а также к действию антибиотиков и антисептиков [2, 3]. При этом изменение состава микробиоты ротовой полости сопровождается активацией местного иммунитета, высвобождением провоспалительных цитокинов, простагландинов и других медиаторов, что поддерживает хроническое воспаление.



Другой распространенной причиной служит **механическая травма**. Острые края зубов, некачественные реставрации, ортодонтические конструкции и съемные протезы могут вызывать хроническое повреждение слизистой оболочки. При сохранении травмирующего фактора воспалительный процесс приобретает затяжное течение и создает условия для вторичного инфицирования.

Значимую роль играют **инфекционные заболевания**. Среди вирусных поражений наиболее часто встречается простой герпес, а среди грибковых – кандидоз полости рта. Кроме того, воспалительные изменения слизистой могут сопровождать **системные заболевания**, включая сахарный диабет, дефицит железа, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты, воспалительные заболевания кишечника и иммунодефицитные состояния [4]. Отдельную группу составляют **лекарственно-индуцированные поражения** слизистой, включая оральный мукозит у пациентов, получающих противоопухолевую терапию [5].

Независимо от причины воспалительный процесс развивается по единым патофизиологическим механизмам. Повреждение тканей сопровождается высвобождением арахидоновой кислоты и последующим синтезом простагландинов под действием циклооксигеназы. Одновременно повышается продукция интерлейкинов (ИЛ)-1 β , ИЛ-6, фактора некроза опухоли α и других медиаторов воспаления [5]. Эти изменения вызывают вазодилатацию, повышение сосудистой проницаемости, отек тканей, сенсibilизацию болевых рецепторов и нарушение барьерной функции слизистой оболочки. Именно поэтому снижение активности воспалительных медиаторов остается одной из ключевых целей местной терапии.

Клинические проявления

Клиническая картина зависит от причины поражения СОПР, однако большинство воспалительных процессов имеет сходные симптомы. Пациенты чаще всего предъявляют **жалобы** на боль различной интенсивности, чувство жжения, гиперемию слизистой оболочки, отек, кровоточивость при приеме пищи или чистке зубов, неприятный запах изо рта (галитоз) и нарушение вкусовых ощущений. При эрозивных и язвенных формах заболевания боль становится ведущим симптомом и значительно ограничивает возможность полноценного питания и проведения гигиенических процедур.



Объективно врач выявляет гиперемию, локальный или диффузный отек, болезненность при пальпации, наличие эрозий, язв или псевдомембран, а также признаки воспаления краевого пародонта. У пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта кровоточивость десен и галитоз нередко становятся первыми симптомами, которые побуждают обратиться за медицинской помощью. В этой ситуации раннее назначение адекватной местной терапии позволяет быстрее уменьшить выраженность воспаления и повысить комфорт пациента еще до завершения полного курса этиотропного лечения.

Выбор местной терапии

Современные рекомендации подчеркивают, что местная терапия не должна рассматриваться изолированно от этиологического лечения. В первую очередь необходимо установить причину воспаления, устранить травмирующие факторы, провести профессиональную гигиену полости рта и назначить этиотропное лечение [1, 6]. Вместе с тем практически при любой этиологии возникает необходимость быстро уменьшить воспаление и болевой синдром.

Выбор местного препарата зависит от нескольких факторов: интенсивность боли, распространенность воспалительного процесса, наличие эрозивных или язвенных дефектов, признаки вторичной инфекции, возраст пациента, сопутствующие заболевания. Не менее важно выбрать препарат в соответствующей лекарственной форме. В идеале он должен удерживаться на влажной слизистой оболочке, равномерно распределяться по поверхности поражения и обеспечивать достаточную продолжительность контакта с тканями.

В последние годы особое внимание уделяют рациональному применению средств с несколькими механизмами действия [6, 7]. Комбинация противовоспалительного, обезболивающего и антисептического эффектов позволяет воздействовать сразу на несколько звеньев патологического процесса и уменьшить количество одновременно назначаемых препаратов.



Цели местного лечения

Выделяют несколько ключевых целей местной терапии воспалительных заболеваний СОПР:

- купирование боли;
- уменьшение воспалительной реакции;
- снижение отека тканей;
- уменьшение кровоточивости;
- уменьшение неприятного запаха изо рта;
- создание условий для репарации слизистой оболочки.



Глобальным результатом достижения вышеперечисленных пунктов становится **улучшение качества жизни пациента** – восстановление возможности полноценно принимать пищу, разговаривать и поддерживать гигиену полости рта. При этом для пациента субъективно значимым показателем эффективности лечения часто оказывается скорость наступления первых заметных изменений.



Таким образом, успешность терапии определяется не только конечным результатом лечения, но и тем, насколько быстро уменьшаются наиболее беспокоящие пациента симптомы. Наиболее значимым клиническим эффектом считается уменьшение боли в первые часы после начала лечения. **Раннее обезболивание** облегчает прием пищи и позволяет пациенту полноценно выполнять рекомендации по гигиене полости рта.

Уменьшение кровоточивости десен отражает снижение активности воспалительного процесса и часто становится первым критерием, по которому пациент оценивает эффективность терапии. Сокращение кровоточивости происходит за счет нормализации микроциркуляции и снижения сосудистой проницаемости, что обычно сопровождается **уменьшением гиперемии и отека** тканей.

Еще один показательный симптом – галитоз. Его развитие связано с накоплением микробной биопленки и образованием летучих серосодержащих соединений. Поэтому уменьшение **неприятного запаха изо рта** следует рассматривать не только как косметический эффект, но и как косвенный признак уменьшения воспалительной активности и бактериальной нагрузки.

Холисал® в местной терапии заболеваний СОПР

Современным комбинированным препаратом местного действия для терапии различных воспалительных заболеваний СОПР является стоматологический гель **Холисал®**. Благодаря сочетанию противовоспалительного, обезболивающего, противомикробного и противогрибкового действия препарат позволяет достичь основных целей местной терапии, улучшить качество жизни пациентов и, как следствие, сохранить их приверженность лечению. Препарат содержит два действующих вещества в гелевой адгезивной основе, а именно:

- салицилат** – представляет собой производное ацетилсалициловой кислоты и относится к нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС). Он ингибирует циклооксигеназу и синтез простагландинов, за счет чего оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и умеренное жаропонижающее действие непосредственно в очаге поражения [7, 8];
- цеталкония хлорид** – антисептик из группы четвертичных аммониевых соединений с противомикробной активностью в отношении грамположительных и в меньшей степени грамотрицательных бактерий, а также с вариационной противогрибковой и противовирусной активностью [7]. Способен необратимо связываться с фосфолипидами и белками мембран бактерий и вирусных оболочек. Таким образом увеличивает проницаемость мембраны и разрушает ее, что приводит к гибели микроорганизмов [8].

Ключевое преимущество лекарственной формы Холисал® – **гелевая адгезивная основа**. В отличие от растворов и ополаскивателей она дольше удерживается на постоянно омываемой слюной слизистой оболочке, обеспечивая контакт действующих веществ со слизистой [3, 8]. Холисал® может применяться при широком спектре воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта. Его применение особенно оправдано в случаях, когда требуется одновременно противовоспалительное, обезболивающее и противомикробное действие [8].

Важной отличительной особенностью препарата Холисал® среди зарегистрированных в России стоматологических гелей для местного применения остается присутствие в составе именно НПВС – холина салицилата, а не только антисептика или анестетика. Местный обезболивающий эффект начинается **уже через 2–3 минуты** после нанесения геля на пораженный участок слизистой оболочки, а его продолжительность, за счет адгезивной основы, **достигает 8 часов** [9]. Это делает Холисал® удобным инструментом для купирования острой боли перед приемом пищи и для планового применения в составе комплексной схемы лечения гингивита, пародонтита, афтозного стоматита и других воспалительных поражений слизистой оболочки рта.



Литература

1. Стоматит и родственные поражения. Клинические рекомендации Минздрава России. 2024. <https://www.city-dent.ru/doc/kr32.pdf?ysclid=mrhg6owdlum786438025>
2. Choudhary S, Krihikadatta J, Vejjenda I, Swathi S, Doble M. Microbial interactions in oral biofilm: evaluating therapeutic interventions and the emergence of resistance: a narrative review. *Cureus*. 2023 Oct 31; 15 (10): e48021. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10687662/>
3. Петрухина Н.Б., Снегирев М.В., Салтовец М.В. Клиническая эффективность геля Холисал в составе комплексного консервативного лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. Клинический разбор в общ. медицине. 2024; 5 (11): 125-34. https://klin-razbor.ru/archive/2024/klinicheskaya-effektivnost-gelya-kholisal-v-sostave-kompleksnogo-konservativnogo-lecheniya-patsientov_7040/
4. Гажва С.И., Касумов Н.С., Зызов Д.М. Поражения слизистой оболочки полости рта и их структура при системных заболеваниях. Современные проблемы науки и образования. 2015; (6). <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23539>
5. Chen C, Zhang Q, Yu W, Chang B, Le AD. Oral mucositis: an update on innate immunity and new interventional targets. *J Dent Res*. 2020 Sep; 99 (10): 1122-30. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7443999/?utm_source=chatgpt.com
6. Рыжова И.П., Погосян Н.М., Гонтарев С.Н. и др. Анализ современных подходов в лечении воспалительных заболеваний полости рта (обзор). *Клиническая стоматология*. 2023; 26 (3): 14-9. https://k stom.ru/ks/article/view/0107-02?locale=en_US&utm_source=chatgpt.com
7. Блашкова С.Л., Фазылова Ю.В., Ушакова М.А. Современные аспекты местной патогенетической терапии хронического рецидивирующего стоматита. *Пародонтология*. 2018; 24 (4): 77-80. <https://doi.org/10.25636/PMP.1.2018.4.14>
8. Максимова О.П. Роль препарата «Холисал» в комплексном лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта. *Клиническая стоматология*. 2018; (2): 46-8. <https://k stom.ru/ks/article/view/0086-11>
9. Инструкция по медицинскому применению геля Холисал.

RUS-
ООО «Бауш Хелс» <https://bauschhealth.ru/>
Холисал®, гель стоматологический 10/15 г. РУ: П N012118/01 от 24.08.2010
МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ.