

# К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ахадова П.Д.

*Ахадова Парвана Джавид кызы – старший лаборант,  
кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,  
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева,  
г. Баку, Азербайджанская Республика*

**Аннотация:** был обследован 21 больной с патологией СОПР и заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Среди них 3 (14,3%) женщины и 18 (85,7%) мужчин в возрасте от 29 до 59 лет (средний возраст составляет  $47,7 \pm 1,8$ ). Комплексная терапия с аминокaproновой кислотой и профессиональная гигиена у больных с патологией слизистой оболочки полости рта и заболеваниями желудочно-кишечного тракта позволяют получать положительные клинические результаты.

**Ключевые слова:** аминокaproновая кислота, лечение, слизистая оболочка полости рта, заболевания желудочно-кишечного тракта.

Выделяют три группы антиоксидантов по механизму их действия: первичные, вторичные и третичные. Первичные антиоксиданты превращают свободные радикалы в менее активные молекулы или препятствуют образованию новых свободных радикалов. Ко вторичным антиоксидантам относят витамины Е, С,  $\beta$ -каротин, мочевую кислоту, билирубин, альбумин. Механизм их действия заключается в захвате свободных радикалов и предотвращение цепных реакций. Третичные антиоксиданты восстанавливают молекулы, поврежденные свободными радикалами [1, 2].

**Цель.** Определение уровней вторичных антиоксидантов в ротовой жидкости в динамике комплексного лечения  $\beta$ -аминокaproновой кислотой при патологии слизистой оболочки полости рта у больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы:** Был обследован 21 больной с патологией СОПР и заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Среди них 3 (14,3%) женщины и 18 (85,7%) мужчин в возрасте от 29 до 59 лет (средний возраст составляет  $47,7 \pm 1,8$ ). Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от проводимой терапии: 1-ая группа ( $n=9$ , возраст  $47 \pm 3,3$  лет) получала традиционную терапию, 2-ая группа ( $n=12$ , возраст  $48 \pm 2,2$  лет) - комплексное лечение с включением в терапию  $\beta$ -аминокaproновой кислоты). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Лечение 5%  $\beta$ -аминокaproновой кислотой проводилось в виде ротовых ванночек длительностью до 5 минут. При сильных болях в ротовой полости к 5%  $\beta$ -аминокaproновой кислоте добавляли 2 ампулы 2% лидокаина.

Оценка состояния полости рта проводится с использованием основных стоматологических индексов – КПУ, РМА и РНР. Для контроля за метаболическими процессами, протекающими в полости рта использовали изучение состава ротовой жидкости, поскольку она является первой биологической средой, которая связывает внешнюю среду и организм в целом и является доступным неинвазивным и информативным объектом исследования. Состав ротовой жидкости отражает состояние гомеостаза полости рта, характеризует патохимические процессы, которые являются ведущими в возникновении различных заболеваний. Биохимические исследования ротовой жидкости проводили 2 раза: до лечения и после лечения. В ротовой жидкости определяли вторичные антиоксиданты: мочевую кислоту, билирубин и альбумин, а также общий белок и глобулин. Исследования проведены на биохимическом анализаторе Bio-Screen - 2000 с помощью наборов фирмы «Human».

**Результаты исследований.** Больным с патологией СОПР проводилось стоматологическое лечение по общепринятой методике с лечением кариеса зубов и его осложнений, избирательным пришлифовыванием зубов, удалением зубов, не подлежащих лечению, сошлифовыванием острых краев зубов, рациональным протезированием по показаниям. При первичном осмотре среднее значение индекса КПУ в 1-й группе до лечения составило  $10,5 \pm 0,7$ , во 2-й группе  $10,7 \pm 0,4$ . После лечения интенсивность кариеса по индексу КПУ в 1-ой группе составила  $11,4 \pm 0,6$  и во 2-й группе  $11,7 \pm 0,5$ .

У больных с патологией СОПР до лечения компонент "К" в 1-ой группе в среднем составил  $1,4 \pm 0,4$ , во 2-ой группе  $0,9 \pm 0,3$ , что было статистически значимо выше, чем у практически здоровых. После лечения компонент "К" в 1-й и 2-й группах был примерно одинаков:  $0,2 \pm 0,1$  и  $0,25 \pm 0,1$ , соответственно. В группах больных компонент "П" пломбированные зубы составил до лечения  $5,5 \pm 0,5$  и  $6,0 \pm 0,4$ , что было статистически значимо выше, чем у практически здоровых. После лечения компонент "П" увеличился в 1-й и 2-й группе до  $6,9 \pm 0,6$  и  $6,4 \pm 0,4$ , соответственно. У больных с патологией СОПР до

лечения было в среднем удалено  $3,6 \pm 0,3$  в 1-й группе и  $3,7 \pm 0,3$  во 2-й группе. После лечения число удаленных зубов в 1-й группе составило в среднем  $4,3 \pm 0,4$ , а во 2-й группе  $5,0 \pm 0,4$ .

Таким образом, состояние твердых тканей зубов у больных 1-й и 2-й групп характеризовалось интенсивностью кариеса зубов. Количество кариозных зубов варьировало от 1 до 2 (28,6% больных). Число пломбированных зубов от 4 до 6 в среднем отмечалось в 57% случаев, а количество удаленных зубов (3 зуба и более) отмечено в 90% случаев. Полученные данные показывают, что в группах больных на составляющую "К" приходится 13,3% и 8,4%, на составляющую "П" – 52,4% и 56,1%, на составляющую "У" – 34,3% и 34,6%, соответственно. Полученные данные показывают, что в обследуемых группах больных необходимо лечение кариозных зубов для уменьшения компонента "К", и соответственно компонента "У".

В ходе исследования нами выявлено, что среднее значение индекса РМА в группах пациентов до лечения в 1,4-1,6 раз выше ( $p < 0,05$ ), чем в группе практически здоровых. После профессиональной гигиены значение пародонтального индекса РМА в 1-ой группе снизился на 33,6%, а во 2-ой группе на 38,5%. Значения индекса показывают, что после курса лечения отмечалось уменьшение выраженности воспаления слизистой десны в 2-х группах больных, но во 2-ой группе данные изменения были лучше.

Изучение гигиенического статуса показало, что значение индекса РНР в группах больных до лечения был повышен ( $p < 0,05$ ) и в среднем составил  $1,8 \pm 0,2$ . Хорошая гигиена полости рта в группах больных до лечения не определялась. До лечения в 1-ой группе удовлетворительная гигиена определялась у 3 (33,3%), неудовлетворительная у 6 (66,7) больных, во 2-ой группе удовлетворительная гигиена у 4 (33,3%), неудовлетворительная у 8 (66,7%) больных. После лечения в 1-й группе хорошая гигиена отмечена у 2 (16,7%) больных, удовлетворительная у 7 (77,8%), во 2-й группе хорошая гигиена у 2 (16,7%), удовлетворительная у 10 (83,3%) больных.

Таким образом, комплексная терапия с аминокaproновой кислотой и профессиональная гигиена у больных с патологией слизистой оболочки полости рта и заболеваниями желудочно-кишечного тракта позволяют получать положительные клинические результаты.

#### ***Список литературы***

1. *Вавилова Т.П., Янушев О.О., Островская И.Г.* Слюна. Аналитические возможности и перспективы. Издат. Бином, 2014. 312 с.
2. *Еловицова Т.М., Григорьев С.С.* Слюна как биологическая жидкость и её роль в здоровье полости рта. Екатеринбург, 2018. 136 с.