

2. Булгакова А.И. Изменения показателей местного иммунитета десны и ротовой полости больных при лечении хронического пародонтита // *Пародонтология*. — 2002. — № 1-2(23). — С.55—59.
3. Ковальчук Л.В. и др. Роль цитокинов в механизмах развития хронического воспаления в тканях пародонта//*Иммунология*. —2004. — № 4. —С. 24—26.
4. Леус П. А. Значение некоторых индексов в эпидемиологических исследований болезней пародонта / П. А. Леус // *Стоматология* - 1990. - ч.69. - №1. - С. 80-83. ___
5. Марченкова Л. А. Остеопороз: достижения и перспективы (материалы Всемирного конгресса по остеопорозу, 15-18 июня 2000, Чикаго, США) / Л. А. Марченкова // *Остеопороз и остеопатии* 2000 - № 3 — С. 2-5.
6. Михалева Л.М., Шаповалов В.Д., Бархина Т.Д. Хронический пародонтит. Клиническая иммунология и морфология. — М.:Триада-фарм, 2004. — 96 с.
7. Мащенко І. С. Запальні та дистрофічні захворювання пародонта : навч. посібник / І. С. Мащенко. — Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2003. — 244 с.
8. Коробкова Л.И., Вельшер Л.З., Германов А.Б. и др. Роль иммуномодулятора галавит в онкологической и хирургической практике//*Росс. биотерапевт. журн.* —2000. — № 6. — С 87—92.
9. Чеснокова Н.П., Михайлов А.В., Понукалина Е.В. и др. Инфекционный процесс. — М.: Академия естествознания, 2006. — 434 с.
10. Мащенко І. С. Механізми формування різної активності остеопорозу в костних структурах пародонта больних генералізованим пародонтитом / І. Мащенко, А. Гудар'ян // *Вісн. стоматології*. — 2005. — № 2. — С. 41—44.

УДК: 616.89-008.441.13-036.12 + 616.1/9-08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ОСЛОЖНЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шамсиев А.Т., Султанов Ш.Х.

*Ташкентский Государственный стоматологический институт
Кафедра 3-го терапевтического направления*

FEATURES OF THE CLINIC AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLISM COMPLICATED BY SOMATIC PATHOLOGY

Shamsiev A.T., Sultanov Sh.Kh.

*Tashkent State Dental Institute
Department of the 3rd therapeutic direction*

СОМАТИК ПАТОЛОГИЯ БИЛАН МУРАККАБЛАНГАН СУРУНКАЛИ АЛКОГОЛИЗМ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Шамсиев А. Т., Султонов Sh.Kh.

*Тошкент Давлат Стоматология Институту
3-даволаш йўналиши бўлими*

АННОТАЦИЯ

В статье представлены особенности анамнеза и клинического течения хронического алкоголизма (ХА) у 34 пациентов с высокой коморбидностью. В зависимости от клинического течения, тяжести состояния пациентов, переносимости нейролептиков и антидепрессантов, проявлений побочных эффектов, пациентам с ХА и отягощенным соматическим и психологическим статусом проводилась интенсивная терапия, включающая назначение цитофлавина (n=18). Оценка постабстинентного состояния на 10, 20 и 30 дни лечения показала заметное положительное влияние данного препарата на сон и поведение по сравнению со стандартной терапией, что проявлялось сниженным числом срывов и рецидивов основного заболевания в течении 3-6 месяцев после лечения.

Ключевые слова: хронический алкоголизм, коморбидность, постабстинентный синдром, нейролептики, антидепрессанты, цитофлавин.

ANNOTATION

The article presents the features of the anamnesis and clinical course of chronic alcoholism (ChA) in 34 patients with high comorbidity. Depending on the clinical course, the severity of the patients' condition, the tolerability of neuroleptics and antidepressants, the manifestations of side effects, patients with ChA and burdened with somatic and psychological status underwent intensive therapy, including the appointment of cytoflavin (n=18). Evaluation of the post-withdrawal state on days 10, 20 and 30 of treatment showed a noticeable positive effect of this drug on sleep and behavior compared to standard therapy, which was manifested by a reduced number of breakdowns and relapses of the underlying disease within 3-6 months after treatment.

Keywords: chronic alcoholism, comorbidity, post-withdrawal syndrome, neuroleptics, antidepressants, cytoflavin.

АННОТАЦИЯ

Мақолада коморбидлиги юқори бўлган 34 беморда анамнез ва сурункали алкоголизмнинг (СА) клиник кечиши хусусиятлари келтирилган. Клиник курсга қараб, беморларнинг ахволининг оғирлиги, нейролептиklar ва антидепрессантларнинг толерантлиги, ён таъсирларнинг намоен бўлиши, СА билан оғриган ва соматик ва психологик ҳолат билан оғриган беморлар интенсив терапия, шу жумладан ситофлавинни тайинлаш (n=18). Даволанишнинг 10, 20 ва

30-кунларида олиб ташланганидан кейинги ҳолатни баҳолаш ушбу препаратнинг standart терапия билан таққослаганда уйқу ва хулқ-атворга сезиларли ижобий таъсирини кўрсатди, бу даволанишдан кейин 3-6 ой ичида асосий касалликнинг бузилиши ва қайталанишининг камайиши билан намоён бўлди.

Калит сўзлар: сурункали алкоголизм, коморбидлик, чекинишдан кейинги синдром, нейрорептиклар, антидепрессантлар, ситофлавин.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных различным аспектам лечения хронического алкоголизма (ХА), проведенных в последнее время [1-7], проблема по-прежнему остается крайне актуальной и не теряет своей медицинской и социальной значимости.

Целью исследования явилось определение клинических особенностей течения ХА у пациентов с коморбидной соматической патологией.

Материалом исследования были 34 пациента в возрасте $26,5 \pm 3,7$ года на этапе стационарного лечения ХА. Среди 34 больных ХА с соматической отягощенностью у 10 (29,4%) отмечалось безремиссионное течение алкоголизма, а у 24 (70,6%) – с кратковременными ремиссиями. У большинства больных ХА с соматической коморбидностью регистрировались: наследственная отягощенность - у 22 (64,7%); черепно-мозговые травмы в анамнезе - у 15 (44,1%); преобладали девиации характера по истеро-возбудимому и неустойчивому типу - у 27 (79,4%). Изучение социально-психологических факторов показало, что значительный удельный вес составляли пациенты, выросшие в неполных семьях 11 (32,3%), в условиях гипоопеки, безнадзорности, а также в семьях с низким культурным уровнем - 11 (32,4%). У большинства больных образовательный уровень был невысоким: с неполным средним и со средним – 23 (67,6%), средне-специальным – 8 (23,5%), а высшее и незаконченное высшее имели всего 3 (8,8%) пациента. Среди обследованных выявлена значительная частота одиноких – 15 (44,1%). Большинство пациентов ХА вели асоциальный образ жизни, так, 24 (70,6%) - имели эпизодические заработки и были на иждивении родных.

Алкогольный анамнез также был типичен. Раннее приобщение к психоактивным веществам (ПАВ) – до 15 лет отмечалось у 28 (82,4%) пациентов, раннее приобщение к алкоголю – у 7 (20,6%). Формирование ХА происходило без эпизодического приема у 28 (82,4%) больных. Непрерывность алкоголизации у больных с соматической отягощенностью ХА отмечалась в течение не менее 3-5-лет.

У больных данной группы абстинентный синдром (АС) характеризовался тяжелым и затяжным течением и развивался в течение 6-8 часов после последнего приема алкоголя. АС у больных характеризовался типичной для ХА симптоматикой и выраженностью всех его компонентов. Особенно интенсивными были соматические проявления, а также расстройства сна, вегетативные расстройства, астения, аффективные расстройства с тревогой, дисфорией - у 5 (14,7%) больных, эпизодические психические расстройства – у 7 (20,6%). Эпизодические психические расстройства наблюдались у лиц с отягощенным соматическим статусом. Патологическое влечение у данных лиц носило генерализованный характер, было осознанным.

Продолжительность АС у больных ХА с соматической отягощенностью составляла 12-14 дней.

Из 34 больных у 15 (44,1%) клинические проявления АС расценивались как тяжелые, и они получили интенсивную терапию. С целью купирования АС больным назначалась стандартная терапия: amitriptyline, sibazon (в/в капельные вливания), кетамин в инъекциях и капсулах, ксанакс, галоперидол до 10 мл в сутки, тизерцин в сочетании с сердечными средствами. Для купирования инсомнии - кетилепт на ночь. В случаях, когда АС сопровождался психомоторным возбуждением в течение суток дополнительно назначалось в/в введение тизерцина или аминазина в дозе 1мг/кг веса в 200-400 мл физиологического раствора в сутки в сочетании с кордиамином.

У 18 (52,9%) с соматической отягощенностью больных отмечалась плохая переносимость нейролептиков. Прием amitriptyline также сопровождался побочными явлениями (задержка мочи, временные зрительные нарушения).

У этих больных мы были вынуждены были отменять или снижать дозировки нейролептиков и антидепрессантов до минимальных, что отражалось на клиническом течении АС и его длительности.

У подавляющего большинства больных ХА с соматической отягощенностью отмечались обострения хронических соматических заболеваний, таких как вирусные и токсические гепатиты, энтероколиты, бронхиты и других заболеваний. Постабстинентное состояние у больных с соматической отягощенностью характеризовалось выраженной астенией и сомнолентностью. Все больные начинали предъявлять жалобы на сниженное настроение. Многие (до 84,4%) больных настаивали на прекращении лечения, предъявляли в качестве мотива срочной выписки разнообразные внешние обстоятельства, которые оказывались утрированными или вымышленными, а реальным поводом являлось патологическое влечение к алкоголю. Больные высказывали ипохондрические жалобы, коррелирующие с вегетативной дисфункцией, отмечались многочисленные сенестопатии, тревога, дисфороподобные колебания настроения, психопатоподобные расстройства.

Большинство больных негативно реагировали на необходимость продолжения лечебной программы. Они были крайне настойчивы в просьбах о прекращении лечения, пытались активно манипулировать медицинским персоналом и своими родственниками. Патологическое влечение к алкоголю обычно категорически отрицалось, а если и признавалось, то с целым рядом оговорок. Пациенты высказывали антиалкогольные установки, сообщали о своих позитивных и не связанных с алкоголем планах на будущее, одновременно предпринимали попытки организовать доставку алкоголя в отделение. Отражением патологического влечения являлось стремление пациента любыми способами добиться назначения дополнительных психотропных препаратов, с предпочтением производных бензодиазепина, барбитуратов, наблюдалась тенденция к резкому увеличению потребления чая, кофе, возрастания интенсивности курения. Ночной сон пациентов, несмотря на проводимую

терапию, оставался недостаточным по причине частых пробуждений, отсутствия удовлетворённости сном, затруднённого засыпания.

Учитывая неблагоприятную переносимость нейролептиков и антидепрессантов у больных ХА с соматической отягощенностью, встал вопрос о поиске препаратов, которые могли бы быть использованы в постабстинентном периоде с минимальными побочными осложнениями.

В нашем исследовании препаратом выбора стал цитофлавин, в литературе, подчеркиваются его эффективность, переносимость и безопасность.

По методу лечения все 34 больных ХА были разделены на 2 группы: 1 группу составили 16 больных с соматической отягощенностью в комплексную терапию постабстинентных состояний которых был включен препарат цитофлавин. Остальные 18 больных с соматической отягощенностью в комплексной терапии постабстинентных состояний получали стандартную терапию (СТ) и составили 2 группу. По возрасту и срокам давности алкоголизации группы больных существенно не отличались. Средний возраст в первой группе составил $26,3 \pm 0,54$, во второй группе $27,9 \pm 0,51$. Стаж алкоголизации у пациентов 1 группы составил от 2 до 5 лет - у 6 (37,5%), свыше 5 лет – у 10 (62,5%) пациентов. Во 2 группе – длительность алкоголизации составила у 7 (38,9%) – от 2 до 5 лет, а у 11 (61,1%) пациентов – свыше 5 лет.

Длительность периода наблюдения всех 2-х групп пациентов ХА в постабстинентном состоянии составила 30 дней. Состояние больных оценивалось с помощью трехбалльной шкалы, регистрирующей состояние на 10, 20, 30 день терапии постабстинентного состояния.

Лечение в постабстинентном периоде начиналось на 10-14 день пребывания больного в стационаре, в каждом конкретном случае сроки его начала определялись индивидуальной динамикой острого алкогольного абстинентного синдрома.

Препарат цитофлавин назначался в стандартной дозе по 10 мл на 200 мл физ. раствора внутривенно, капельно в течение 10 дней, затем по 2 таблетки 2 раза в день. Результаты исследования, показывают, что препарат цитофлавин

оказывает положительное влияние почти на все симптомы постабстинентного состояния по сравнению с пациентами, леченых СТ. Пациенты, осведомленные о показаниях препарата, охотно принимали его, в процессе лечения становились более открытыми контакту, возрастала их доброжелательность, повышалась способность к продуктивному взаимодействию с персоналом отделения. В сравнении с лицами, получавшими только СТ, при приеме цитофлавина у пациентов патологическое влечение к алкоголю редуцировалось значительно быстрее, а его редукция была более полной.

Результаты исследования, свидетельствуют, что препарат цитофлавин оказывает заметное положительное влияние на нарушения сна, дисфорию, поведенческие расстройства.

Срывы и рецидивы в течение 3-6 месяцев после лечения показали, что наибольшее количество срывов и рецидивов наблюдалось у пациентов ХА с соматической отягощенностью, леченных лишь СТ. Таким образом, при ХА, осложненной соматической отягощенностью, отмечается более тяжелое и продолжительное течение АС, неблагоприятная переносимость нейролептиков и антидепрессантов. У пациентов, леченных лишь традиционной терапией отмечаются более частые срывы и рецидивы в постабстинентном состоянии. Препарат цитофлавин обладает способностью подавлять компоненты патологического влечения к наркотикам, не вызывает сонливости и вялости, хорошо переносится, совместим со многими соматотропными препаратами, может быть применен для купирования постабстинентных расстройств больных ХА, осложненных соматической патологией.

Литература/ Reference

1. Бохан Н.А. Коморбидность в наркологии / Н.А. Бохан, В.Я. Семке. -Томск: Издательство Томского университета, 2009. - 510 с.
2. Бараненко А.В., Калиниченко О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Украшений вестник психоневрологии. - 2003. -Т. II, №2. - С. 98-71,
3. Винникова М.А., Агибалова Т.В., Гуревич Г.Л, Мищенко Л.В. Использование ламиктала (ламотриджина) в терапии больных с алкогольной зависимостью: результаты сравнительного исследования. ННЦ наркологии, ПБ №13 МЗ и СР, Москва. №05. 2004, С.56-59.

4. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.И. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия-СПб: Элби-СПб, 2002. -192 с.
5. Куприянова И.Е. Качество жизни и превентивная психиатрия / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке. - Томск: Изд-во Том. гос. ун-та, 2007. – 186 с.
6. Сиволап Ю.П. Злоупотребление алкоголем: диагностические критерии, коморбидные расстройства и возможности терапии // Вопросы наркологии. - 2019. - № 8. - С. 38-39.
7. Foster J. H., Marshall E. J., Peters T. J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 2000. - Vol. 24, № 11. - P. 1687–1692.

УДК: 616.858-008.6] -07:005.591.1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАРКИНСОНИЗМА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Хилола Маратовна ДАМИНОВА

к.м.н., доцент, Ташкентская Медицинская Академия
Ташкент, Узбекистан

daminovahilola@gmail.com

КАСАЛЛИКНИНГ ПРОГРЕССИЯСИДА ПАРКИНСОНИЗМНИНГ НОМОТОР КЎРСАТИШЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Хилола Маратовна ДАМИНОВА

т.ф.н., доцент, Тошкент тиббиёт академияси
Тошкент, Ўзбекистон

daminovahilola@gmail.com

DETERMINATION OF NON-MOTOR MANIFESTATIONS OF PARKINSONISM IN THE PROGRESSION OF THE DISEASE

Hilola Maratovna DAMINOVA

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

daminovahilola@gmail.com

АННОТАЦИЯ.

В статье представлены результаты наблюдения 213 больных с БП из них 90(42,25%) женщин, 123(57,75%) мужчин. Пациенты с БП были отобраны в соответствии с международными критериями Британского банка мозга “Parkinson’s Disease Society Brain Bank”. Больным производились МРТ головного мозга. Особое внимание уделено оценке риска формирования болезни Паркинсона, определение модифицируемых и немодифицируемых факторов