

циального инсульта в бассейне сонных артерий при ФП в остром периоде заболелания, информация о чем в ранее проведенных исследованиях отечественных и зарубежных авторов отсутствовала.

2. Неудовлетворительный функциональный исход острого периода каротидного инсульта, соответствующий тяжелой инвалидизации, характеризовался высокими значениями как аппроксимированной энтропии сердечного ритма  $ApEn15$  ( $p=0,021$ ), так и частоты сердечных сокращений ( $p=0,037$ ). У пациентов с оценкой 4–6 баллов МШР наблюдалось статистически значимое снижение минимальной длительности кардиоинтервалов ( $p=0,014$ ), медианы и моды RR ( $p=0,034$  и  $p=0,040$  соответственно).

3. При анализе показателей ВСР у 99 пациентов с ЧИКБ при ФП впервые показано, что повышение хаотичности кардиоритма в условиях дисрегуляции церебрального кровотока ассоциировано с сохранением тяжелых инвалидизирующих нарушений на момент выписки из стационара.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова А.А. Вариабельность сердечного ритма у больных рецидивирующей формой фибрилляции

предсердий: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2009. – 20 с.

2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М., 2004. – С.224–225.

3. Гончар И.А. Способ прогнозирования клинического течения некардиоэмболического ишемического инсульта на его ранней стадии: пат. 17226 С2 Респ. Беларусь МПК (2013), А 61В 5/00, А 61В 5/02; заявитель «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» МЗ РБ. – № а20101345; заявл. 2010.09.16.

4. Гончар И.А., Недзьведь Г.К., Фролов А.В. и др. Применение клинических и кардиоинтервалометрических предикторов для предупреждения прогрессирования инфаркта мозга: Инструкция по применению №150–1110 от 17.02.2011 / И.А. Гончар [и др.]. – Минск, 2011. – 16 с.

5. Гончар И.А., Нечипуренко Н.И., Фролов А.В. и др. // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии: сб. науч. тр. Вып. 16 / под ред. С.А.Лихачева. – Минск, 2013. – С.68–78.

6. Гончар И.А., Фролов А.В., Гуль Л.М. // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии: сб. науч. тр. Вып. 14 / под ред. С.А.Лихачева. – Минск, 2011. – С.43–54.

7. Мрочек А.Г. и др. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: Национальные рекомендации. – Минск, 2010. – 84 с.

8. Смышек В.Б., Галиновская Г.Н., Усова Н.Н. // Международный неврол. журн. – 2013. – Т.4, №50. – С.76–81.

9. Снежицкий В.А. и др. Вариабельность ритма сердца: применение в кардиологии: монография / под общ. ред. В.А.Снежицкого. – Гродно: ГрГМУ, 2010. – 212 с.

10. Сулина З.А., Фоякин А.В. и др. Кардионеврология: Справочное руководство с обзором клинических исследований / под ред. З.А.Сулиной, А.В.Фоякина. – М., 2011. – 264 с.

11. Сулина З.А., Фоякин А.В., Гераскина Л.А. и др. Практическая кардионеврология. – М., 2010. – 304 с.

12. Флейшман А.Н. Вариабельность ритма сердца и медленные колебания гемодинамики: нелинейные

феномены в клинической практике. – 2-е изд., испр. и доп. – Новосибирск, 2009. – 194 с.

13. Фролов А.В. Контроль механизмов адаптации сердечной деятельности в клинике и спорте. – Минск, 2011. – 216 с.

14. Шандалин В.А. Прогностические факторы сердечно-сосудистых осложнений после ишемического инсульта: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2013. – 26 с.

15. Alan S.G., Mozaffarian D., Roger V.L. et al. // Circulation. – 2013. – Vol.127. – P.6–245.

16. Alcaraz R. A., Rieta J.J. // Nonlinear Analysis-real World Applications. – 2010. – Vol.11 (2). – P.1026–1035.

17. Bamford J., Sandercock P., Dennis M. et al. // Lancet. – 1991. – Vol.337. – P.1521–1526.

18. Gontschar I., Frolov A., Gul L. et al. // Neurologijos seminarai. – 2009. – N13, Priedas N 1 (6th Baltic Congress of Neurology (BALCONE) May, 2009, Vilnius: Final Program and Abstract Book). – S.51.

19. Graff B., Gasecki D., Rojek A. // J. Hypertens. – 2013. – Vol.31 (8). – P.1629–1636.

20. Ground M., Jauss M., Hammann G. et al. // Stroke. – 2013. – Vol.44. – P.3357–3364.

21. Kernan W.N., Ovbiagele B., Black H.R. et al. // Stroke. – 2014. – Vol.45. – P.2160–2236.

22. Korperlain J.T., Sotaniemi K.A., Mäkilä A. et al. // Stroke. – 1999. – Vol.30. – P.1008–1013.

23. Mäkilä A.M., Mäkilä T.N., Korperlain J.T. et al. // Neurology. – 2004. – Vol.62. – P.1822–1826.

24. Oppenheimer S.M., Kedem G., Martin W.M. // Clin. Autonom. Research. – 1996. – Vol.6. – P.131–140.

25. Pincus S.M. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 1991. – N88. – P.2297–2301.

26. Tang S.C., Jen H.I., Lin Y.H. et al. // JNNP. – 2014. – Online First: 21.07.2014 / doi: 10.1136/jnnp-2014-308389.

Поступила 16.10.2014 г.

# Применение комбинации эфирных масел и бентонитовой глины в комплексном лечении детей с хроническим катаральным гингивитом

Деньга О.В.<sup>1</sup>, Довбня Ж.А.<sup>2</sup>, Головская Г.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины, Одесса

<sup>2</sup>Крымский государственный университет имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Denga O.V.<sup>1</sup>, Dovbnya Zh.A.<sup>2</sup>, Golovskaya G.G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>The Institute of Stomatology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Odessa

<sup>2</sup>Crimean State Medical University named after S.I. Georgijevskij, Simferopol

## Estimation of efficiency of application of essential oils in combination with bentonite clay for treatment of middle degree of weight of chronic catarrhal gingivitis for children

**Резюме.** При помощи клинического обследования и биохимического метода исследования изучена эффективность применения эфирных масел в сочетании с бентонитовой глиной в комплексном лечении хронического катарального гингивита легкой и средней степени тяжести у детей в возрасте 8–10 и 11–12 лет. Положительное влияние предложенного метода лечения реализуется за счет воздействия на метаболические процессы и клиническое течение заболевания.

**Ключевые слова:** хронический катаральный гингивит, эфирные масла, бентонитовая глина, дети.

Медицинские новости. – 2015. – №1. – С. 46–49.

**Summary.** Using clinical examination and biochemical research method we studied the efficacy of essential oils in combination with bentonite clay in treatment of mild and moderate chronic catarrhal gingivitis in children aged 8–10 and 11–12 years. The positive effect of the proposed treatment is implemented due to the impact on the metabolic processes and the clinical course of the disease.

**Keywords:** chronic catarrhal gingivitis, essential oils, bentonite clay, children.

Meditinskie novosti. – 2015. – N1. – P. 46–49.

Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность заболеваний пародонта в различных регионах колеблется от 3,8 до 98% [4, 6, 7]. По данным ВОЗ, 80% детей болеют гингивитом. Среди заболеваний пародонта у детей хронический катаральный гингивит составляет 35–85%. Наибольший удельный вес приходится на гингивит легкой и средней степени тяжести. Изменения в тканях пародонта диагностируются у 50% детей 7–8 лет, с возрастом распространенность гингивита увеличивается вплоть до периода полового созревания, 90% детей в возрасте 12 лет имеют гингивит.

Гингивит часто протекает безболезненно и может оставаться нелеченным много лет. По мере прогрессирования воспаления в глубь пародонта гингивит переходит в другую нозологическую форму – пародонтит [2].

Исследуемый нами хронический катаральный гингивит (ХКГ) рассматривается не только как воспаление пародонта, но и как реакция организма на агрессивное воздействие ассоциации присутствующих на зубах микробов, как следствие неблагоприятного влияния разнообразных по своему характеру неспецифических факторов [3, 13], обуславливающих дисметаболическое повреждение эпителиоцитов и микрососудов.

Несмотря на большое количество работ, пока не существует единой концепции, объясняющей частоту рецидивов и утяжеление течения заболевания. Следовательно, не разработаны специфические терапевтические подходы к лечению ХКГ.

**Цель исследования** – изучение патогенетических особенностей хронического катарального гингивита и повышение эффективности его лечения.

**Материалы и методы**

Комплекс лечебных мероприятий при лечении детей 8–10 и 11–12 лет с ХКГ легкой и средней степени тяжести был проведен 68 детям пре- и пубертатного возраста обоих полов. Контрольную группу составили 43 ребенка с клинически здоровыми тканями пародонта.

Лечение детей с ХКГ начинались с орошения полости рта антисептическим раствором 0,05% раствора хлоргексидина биглюконата. Для проведения аппликаций на область пародонта использовали смесь эфирных масел, взятых в равном соотношении (1:1:1:1), состоящую из эвкалипта, обладающего антибактериальным, регенерирующим, иммуномодулирующим и антиоксидантным действием; сосны, обеспечивающей противовоспалительное действие; мяты, обладающей капилляроукрепляющим

действием; фенхеля, который снижает проницаемость сосудистой стенки. Смесь эфирных масел использовалась в сочетании с бентонитовой глиной (10:1), улучшающей клеточный метаболизм, с применением растительного масла как носителя [10].

Детям группы сравнения были назначены аппликации антисептическим раствором «Фитодент» на 15 минут и смеси мази календулы, обладающей противовоспалительным действием, 10% метилурациловой мази, ускоряющей регенерацию, и масляного раствора витамина Е как антиоксиданта. Аппликации в обеих группах проводили в течение 20 минут, курс лечения – 10 процедур ежедневно.

Для оценки изменений окислительно-антиоксидантных процессов, их интенсивности в норме и при ХКГ легкой и средней степени тяжести определяли антиоксидантно-прооксидантный индекс (АПИ) [9], степень дисбиоза [8], для изучения характера и выраженности белковой изменчивости использовали определение уровня окислительно-модифицированных белков (ОМБ) [1] и количественное содержание модифицированного альбумина (Ам) [11].

**Результаты и обсуждение**

Контроль терапевтического воздействия на состояние пародонта у детей с ХКГ при лечении двух групп (основная – лечение комбинацией эфирных масел с бентонитовой глиной, сравнения – медикаментозная терапия) осуществляли с использованием биохимических методов непосредственно после проведенного курса лечения (10 дней) и через 6 месяцев.

Группу контроля составили практически здоровые дети без фоновых заболеваний с клинически здоровыми тканями пародонта.

ХКГ представляет собой патологию, на развитие которой влияет большое количество различных факторов. Общепризнанным фактором в патогенезе гинги-

вита является чрезмерная бактериальная интоксикация.

Степень дисбактериоза (СД), определяемая на основании сопоставления активности уреазы, отражающей степень микробного обсеменения, и лизоцима – важнейшего фактора неспецифического иммунитета, отражена в табл. 1. Так, до лечения наблюдалось нарушение гомеостаза ротовой полости: активизация микробного фактора, инициирующего и поддерживающего воспаление, и снижение факторов неспецифической резистентности, особенно выражено у детей в возрасте 11–12 лет со средней степенью тяжести, СД увеличено в 4 раза, при легкой степени – в 2,8 раз, у детей 8–10 лет – в 2,3 раза. Полученные результаты согласуются с литературными данными о том, что в возрастном аспекте значительный рост степени тяжести гингивита происходит с 10–13 лет без достоверных отличий в половом аспекте [5].

После проведенного курса лечения (10 дней) у детей обеих групп показатели изменились в сторону усиления антимикробного фактора: в течение 6 месяцев наблюдалась положительная динамика. Однако степень дисбактериоза в основной группе снизилась как при легкой, так и при средней степени и показатели соответствующего микробиоценозу полости рта здоровых детей, где коэффициент дисбактериоза равен 1, что свидетельствует о том, что микробный баланс изменился в сторону активации естественных защитных механизмов. После проведенного лечения в группе сравнения СД остается больше 1, что указывает на недостаточность антимикробной защиты.

В ответ на влияние агрессивных представителей микрофлоры полости рта развивается воспаление. Пусковым механизмом является нарушение микроциркуляции, которое инициирует тканевую

**Таблица 1** Изменение дисбактериоза полости рта у детей с ХКГ под влиянием лечебно-профилактического комплекса

Группа	Степень тяжести ХКГ	Возраст, лет	Число обследованных	Срок исследования		
				исходный уровень	через 10 дней	через 6 мес.
Основная	Легкая	8–10	11	2,38±0,21*	1,0±0,11*	1,0±0,09*
	Средняя	11–12	11	2,84±0,39*	1,1±0,14**	1,0±0,14*
		11–12	12	4,37±0,51*	1,1±0,11**	1,0±0,13
Сравнения	Легкая	8–10	11	2,36±0,41*	1,31±0,19*	1,33±0,15*
	Средняя	11–12	12	2,68±0,37*	1,30±0,23*	1,49±0,20
		11–12	11	4,07±0,50*	1,38±0,15**	1,54±0,23*
Контроль	–	8–10	22	1,0±0,01	–	–
		11–12	21	1,0±0,01	–	–

Примечание: \* – p<0,05; \*\* – p<0,001.

**Таблица 2** Показатель антиперекисного индекса в динамике лечения детей с ХКГ

Группа	Степень тяжести ХКГ	Возраст, лет	Число обследованных	АПИ (ед)		
				до лечения	после лечения	через 6 мес. после лечения
Основная	Легкая	8–10	11	4,67±0,74	18,99±3,24**	16,05±2,87**
		11–12	11	4,53±1,01*	18,35±1,55**	16,07±2,21**
	Средняя	11–12	12	3,55±0,81*	17,23±3,99**	14,88±4,17**
Сравнения	Легкая	8–10	11	4,66±1,54*	15,23±4,17	11,82±2,37**
		11–12	12	4,51±1,01*	14,06±3,12**	12,21±3,01
	Средняя	11–12	11	3,54±0,80*	11,43±2,99	9,80±2,52
Контроль		8–10	22	19,57±4,82		
		11–12	21	18,48±4,05		

Примечание: \* – достоверность отличий по сравнению с нормой (p<0,001), \*\* – по сравнению с результатами до лечения (p<0,05).

гипоксию, активацию свободно-радикального окисления (СРО), дезорганизацию биомембран.

Процессы ПОЛ находятся под контролем сложной многокомпонентной защиты. При значительном увеличении свободных радикалов происходит истощение ферментов антиоксидантной системы, приводящее к «оксидантному стрессу».

Для оценки показателей антиоксидантно-прооксидантной системы использовали индекс АПИ, четко реагирующий на изменение этого статуса. Расчет индекса АПИ проводился по соотношению активности каталазы и концентрации малонового диальдегида (МДА) (табл. 2).

Индекс АПИ резко изменяется при ХКГ. Уменьшение его зависит от протекания патологического процесса: при легкой степени антиоксидантно-прооксидантный индекс снижается в 4 раза, при средней степени – в 5,6 раза по отношению к показателям

контрольной группы. Результаты свидетельствуют об увеличении активности процессов свободно-радикального окисления (СРО) ротовой полости у детей с ХКГ и несостоятельности антиоксидантной защиты, сорвать которую может плохая гигиена полости рта, снижение поступления алиментарных антиоксидантов и многие другие причины.

Проведенный комплекс лечебных мероприятий с использованием комбинации эфирных масел с бентонитовой глиной в основной группе вызывает положительные сдвиги в системе антиоксидантной защиты. Показатель АПИ полностью нормализуется, оставаясь стабильным и в отдаленные сроки исследования (через 6 мес.). Препараты, использованные в группе сравнения, не оказывают должного влияния на показатели АПИ, которые остаются пониженными в течение всего срока наблюдения.

Нарушение баланса между продукцией АФК и способностью антиоксидатель-

ных систем к их инактивации приводит к тому, что свободные радикалы вызывают окислительную модификацию белков, с изменением их физико-химических свойств и функциональных характеристик.

Как видно из табл. 3, уровень ОМБ при ХКГ достоверно (p<0,001) отличается от показателей контрольной группы. В группе больных детей в возрасте 11–12 лет при средней степени ХКГ отмечается наиболее значительное повышение уровня ОМБ – 0,387±0,05; при легкой степени – 0,331±0,03, у здоровых лиц – 0,19±0,09.

Уровень ОМБ при лечении ХКГ легкой степени тяжести эфирными маслами в комбинации с бентонитовой глиной указывает на нормализацию реакции окисления белков. В отдаленные периоды наблюдения (6 месяцев) у детей отмечается стабильный длительный эффект. В группе сравнения показатели ОМБ нормализуются не полностью как при легкой, так и при средней степени ХКГ. Особенно это выражено при средней степени заболевания: содержание ОМБ повышено в 1,5 раза по отношению к контрольным величинам и сохранилось высоким и через 6 месяцев наблюдения.

Модификации подвергаются самые различные белковые структуры: белки биологической жидкости, белки мембран и внеклеточного матрикса, а также внутриклеточные белки.

Белки занимают важное место при биохимическом исследовании слюны, они дают объективную информацию о состоянии пародонта и перспективны в диагностике нарушений пародонта. Их меньше, чем в сыворотке крови, но они не менее значимы, чем белки крови [12].

Для количественной оценки молекулярного повреждения белков был выбран альбумин, и, поскольку белки обладают

**Таблица 3** Структурно-функциональная характеристика белков ротовой жидкости у детей с ХКГ после лечения

Группа обследованных, степень ХКГ	Возраст (лет), число обследованных	Биохимические показатели					
		ОМБ (ед.)			Ам (%)		
		до лечения	после лечения	через 6 мес.	до лечения	после лечения	через 6 мес.
Основная: легкая степень	8–10, n=11	0,325±0,05*	0,210±0,05**	0,201±0,02**	18,60±1,02*	10,63±1,45**	11,08±2,04**
	11–12, n=11	0,331±0,03*	0,215±0,03**	0,210±0,04**	18,52±0,53*	10,63±1,07**	11,10±0,95**
	11–12, n=12	0,387±0,05*	0,205±0,04**	0,224±0,04**	21,54±0,99*	11,39±0,88**	12,18±0,84**
Сравнения: легкая степень	8–10, n=11	0,334±0,04*	0,259±0,04**	0,269±0,03**	18,55±0,96*	11,18±1,94**	11,93±1,64**
	11–12, n=12	0,331±0,04*	0,272±0,03*	0,277±0,03**	18,57±1,01*	11,69±2,20**	12,39±1,84**
	11–12, n=11	0,388±0,03*	0,277±0,03*	0,282±0,03**	21,16±1,03*	13,49±1,08**	13,44±1,82**
Контрольная группа	8–10, n=22	0,20±0,08			10,80±1,56		
	11–12, n=21	0,19±0,09			11,28±1,28		

Примечание: \* – достоверность отличий по сравнению с нормой (p<0,001), \*\* – по сравнению с результатами до лечения (p<0,05).



сходными свойствами, то по изменению одних белков косвенно можно судить о модификации других [11]. Вместе с тем в литературе недостаточно сведений об окислительной модификации альбумина при воспалении пародонта.

Метод пересадки альбумина ТХУ-этанолом [11] позволяет отделить модифицированные формы от нативной.

Результаты, представленные в табл. 3, свидетельствуют о том, что при ХКГ с различной степенью тяжести увеличивается количество модифицированного альбумина (Ам) в слюне. Значительное повышение Ам относительно контрольной группы отмечается у детей 11–12 лет со средней степенью ХКГ – в 2 раза (с  $11,28 \pm 1,28$  до  $21,35 \pm 0,92$ ), с легкой – в 1,7 раза (с  $10,80 \pm 1,56$  до  $18,57 \pm 0,91$ ), независимо от пола и возраста. Это указывает на то, что при воспалительной реакции в пародонте продукты ПОЛ влияют на повреждение белковой молекулы, хотя не исключается влияние и продуктов метаболизма. Выраженность указанных изменений коррелирует со степенью тяжести патологического процесса, что проявляется более значительным ростом Ам и окислительной модификацией белков.

При лечении детей 8–10 лет с легкой степенью тяжести в обеих группах уровень Ам снизился до контрольных величин и оставался в пределах референтного уровня и через 6 месяцев наблюдения, что свидетельствует об уменьшении продуктов распада и свободных радикалов, влияющих на структуру белка. При легкой степени ХКГ у детей в возрасте 11–12 лет наблюдается нормализация в основной группе, при использовании медикаментозной терапии показатели остаются незначительно повышенными: в 1,1 раза по сравнению с контрольной и основной группами в отдаленные сроки. При средней степени тяжести ХКГ у детей 11–12 лет положительная динамика наблюдается после лечения эфирными маслами. Повышение биохимического показателя (Ам) отмечается в группе сравнения в течение всего срока наблюдения.

Таким образом, проведенные клинико-лабораторные исследования указывают на высокую эффективность предложенного метода лечения с использованием комбинации эфирных масел и бентонитовой глины. Комплекс способен регулировать оральный микробиоценоз, что благоприятно сказывается на тканях ротовой

полости и, по-видимому, на состоянии всего организма.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ажицкий Д.Г., Жадько С.И., Ажицкий Г.Ю. и др. // Вестн. стоматологии. – №4. – 2000. – С.19–20.
2. Григорьян А.С., Фролова О.А., Иванова Е.В. // Стоматология. – 2002. – №1. – С.19–25.
3. Грудянов А.И., Дмитриева Л.А. // Стоматология. – 1999. – №1. – С.31–34.
4. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – Киев: Здоров'я, 2000. – 461 с.
5. Денга О.В., Жук Д.Д., Иванов В.С. та ін. // Вісник стоматології. – 2000. – №4. – С.79–85.
6. Иванова Ж.В. // Современ. стоматология. – 2002. – №4. – С.28–30.
7. Курякина Н.В., Кутелова Т.Ф. Заболевания пародонта. – М., 2000. – 156 с.
8. Левицкий А.П., Макаренок О.А., Селиванская И.А. и др. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков: Метод, рекомендации. – Киев: ГФЦ, 2007. – 22 с.
9. Левицкий А.П., Почтар В.М., Макаренок О.А., Грідіна Л.І. // Одеський мед. журн. – 2006. – №6. – С.22–25.
10. Патент 25592 Україна, МПК А 61 К 6/00 Спосіб лікування гінгівіту / Ж.О.Довбня, М.П.Сисоєв, О.В.Денга. – № 25592; заявл. 18.04.2007; опубл. 10.08.2007; Бюл. №12.
11. Троицкий Г.В., Борисенко С.Н., Касимова Г.А. // Лабор. дело. – 1986. – №4. – С.220–231.
12. Троицкий Г.В. Дефектные белки: постсинтетическая модификация. – Киев: Наукова думка, 1991. – 232 с.

Поступила 22.10.2014 г.

Статья размещена

на сайте [www.mednovosti.by](http://www.mednovosti.by) (Архив МН)

и может быть скопирована в формате Word.

## Влияние заместительной терапии метадонном на отношения пациентов с близкими

Пикиреня В.И.<sup>1</sup>, Артеменко Е.К.<sup>2</sup>, Молочко С.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Городской клинический наркологический диспансер, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>Белорусский государственный университет, Минск

Pikirenia U.<sup>1</sup>, Artsiomenka A.<sup>2</sup>, Malochka S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>City Clinical Drug Dispensary of Minsk, Belarus

<sup>2</sup>Belarusian State University, Minsk

### The influence of methadone treatment on the patients' relations with their relatives

**Резюме.** Исследованы изменения в отношениях с семьей и друзьями у пациентов, находившихся на заместительной терапии метадонном. Анонимный анкетный опрос 124 пациентов показал, что при заместительной терапии метадонном у них существенно улучшились отношения с родителями, супругом(ой), детьми и друзьями. Улучшились удовлетворенность пациентов состоянием здоровья, материальным достатком и внешностью. Отношение близких к заместительной терапии метадонном как к способу лечения зависимости также улучшилось.

Выявлено отсутствие связи между полом, образованием, ВИЧ-статусом, стажем наркотизации и длительностью нахождения на терапии с субъективным эффектом от получения заместительной терапии и найдена обратная связь возраста и улучшения отношений пациентов с матерью, супругом, друзьями: чем моложе пациент, тем значительнее улучшение отношений.

**Ключевые слова:** заместительная терапия, синдром зависимости от опиоидов, качество жизни, семейные отношения, метадон.

Медицинские новости. – 2015. – №1. – С. 49–52.

**Summary.** The main purpose of this work is to study changes that were observed in relations with family members and friends of the methadone maintenance treatment patients. There were questioned 124 patients of methadone maintenance treatment. The anonymous questionnaire showed that during methadone maintenance treatment the relations between patients and their parents, spouse and friends became better. The patients were also satisfied with their health, a material prosperity and an appearance. In the study there was also mentioned that the relatives' attitude to methadone maintenance treatment as of a way an addiction cure was improving. It was also marked the lack of correction in gender, education, HIV-status, the length of narcotisation and the duration of being treated with the individual efficiency of methadone maintenance treatment and it was also found a feedback, connected with the age and the improvement of patients relations with their mothers, spouses and friends – it was noticed that the younger the patient was – the better relations were becoming.

**Keywords:** maintenance treatment, opiate dependence, life quality, family relationships, methadone.

Meditsinskie novosti. – 2015. – N1. – P. 49–52.