

В. В. Задорожний

V. V. Zadorozhnyy

Уровень глюкозы в спинномозговой жидкости и его соотношения с другими параметрами ликворограммы при острой энцефалопатии у больных с алкогольными психозами

Glucose levels in spinal liquid and their relationship with other parameters of liquorogram in acute encephalopathy in patients with alcoholic psychoses

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

"Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv)

Изучены некоторые параметры ликворограммы (общий белок, цитоз, уровень глюкозы) у 502 больных с алкогольными психозами и проявлениями острой алкогольной энцефалопатии. Установлено, что эти показатели тесно взаимосвязаны, естественным образом формируя группы наблюдений, к которым приложима концепция устойчивых патологических состояний. Показано, что у данной категории больных по мере нарастания отека мозга возникает и прогрессирует снижение уровня глюкозы в ликворе, которое лишь в некоторой мере нивелируется концентрированием ликвора, развивающимся вследствие расстройств водного обмена в полости черепа.

Some liquorogram parameters (general proteins, cytosol, glucose levels) were examined in 502 patients with alcoholic psychoses and manifestations of acute alcoholic encephalopathy. It was found out a close interrelationship of these parameters, naturally forming observational groups, for which a conception of stable pathological conditions is applicable. It was shown that in such patients a decreasing of liquor glucose level occurs and progresses with an increasing of brain oedema. This decreasing only in some extent is interfered by the liquor concentrating, which develops due to disorders of aquatic circulation in skull.

УДК 616.89-008.441.13-08:340.6

В. О. Шаповалова, д-р фарм. наук, проф., зав. каф. фармацевтичного права Національного фармацевтичного університету, В. В. Шаповалов, д-р фарм. наук, проф. каф. фармацевтичного права Нац. фарм. ун-ту, М. П. Рудика, ст. слідчий слідчого управління ГУ МВС України в Харківській області Національний фармацевтичний університет (м. Харків), Слідче управління ГУ МВС України в Харківській області

СУДОВА ФАРМАЦІЯ ЩОДО ВИВЧЕННЯ ДЕЯКИХ АСПЕКТІВ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОСТУПНОСТІ АЛКОГОЛЬНИХ НАПОЇВ ЯК МІРИ ЗАПОБІЖНОГО ЗАХОДУ ПРИ ЗЛОВЖИВАННІ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Впродовж розпочатих досліджень, спрямованих на удосконалення системи державного регулювання обігу психоактивних речовин різних класифікаційно-правових груп (наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів, алкоголю тощо), становило інтерес вивчити більш детально регулювання правил обігу на етапі доступності алкогольних напоїв різних видів (наприклад, горілка, пиво), які містять психоактивну речовину (ПАР) алкоголь [3, 5, 9].

За результатами більшості досліджень з'ясовано, що в розвинених країнах світу обмеження виробництва та продажу алкогольних напоїв може призвести до зменшення вживання алкоголю і, як наслідок, до скорочення пов'язаних із адиктивними станами проблем, але цього недостатньо. Найбільш радикальне з обмежень в цьому напрямку — це пряма повна заборона виробництва та продажу алкоголю. Подібні методи превалюють в ісламських країнах, таких як Бангладеш, Мальдіви і Саудівська Аравія. В інших країнах, таких як Сполучені Штати, Нова Зеландія та Індія, введення сухого закону віддано під юрисдикцію місцевих властей. Пакистан дозволяє вживання алкоголю не-мусульманам, але забороняє це для 97 % населення, що є ісламським [1, 4, 6, 7, 8].

Тому метою роботи стало вивчення окремих аспектів системи державного регулювання доступності алкогольних напоїв різним верствам населення як міри запобіжного заходу при зловживанні психоактивними речовинами в концепції національної безпеки.

У таблиці наведені види заборони щодо розповсюдження психоактивної речовини — алкоголю в різних країнах світу [4].

Для проведення дослідження були використані методи: нормативно-правовий, статистичний, документальний, системний та судово-фармацевтичного моніторингу.

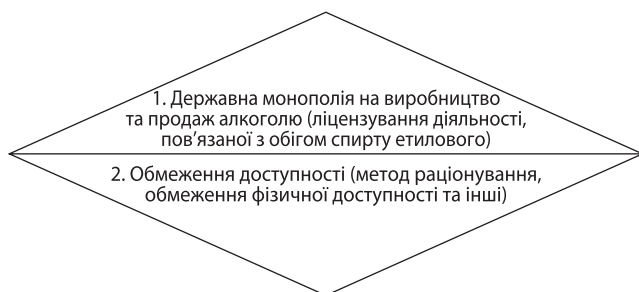
Види заборон щодо розповсюдження психоактивної речовини — алкоголю

Країна	Вид заборони алкогольних напоїв
Бангладеш	Повна заборона виробництва, продажу та вживання
Індія	Різний в різних штатах: в одних — сухий закон, в інших — ні
Мальдіви	Повна заборона виробництва та вживання алкоголю для місцевих жителів. Вживання алкоголю дозволено туристам
Нова Зеландія	Часткова заборона (за рішенням місцевої влади), в п'яти регіонах з 1990 р. існує сухий закон
Пакистан	Повна заборона для мусульман, а для інших — наявність ліцензії на вживання алкогольних напоїв
Саудівська Аравія	Повна заборона вживання алкоголю
Сполучені Штати Америки	Часткова заборона — заборона на продаж

Набагато частіше, ніж пряма повна заборона, спостерігається часткова заборона, головним образом в регіонах, де вживання алкоголю досягає загрозливих розмірів. Часткова заборона вживання алкоголю може бути такою. Це, перш за все, заборона вживання алкогольних напоїв на робочих місцях (наприклад, в Білорусі, Бельгії, Киргизії, Нідерландах), на територіях, що примикають до виробничих підприємств (наприклад, Мексика). Італія забороняє продаж спиртних напоїв, що містять більше, ніж 20 % алкоголю, в місцях, де проводяться культурні заходи (стадіони, «луна-парки», концертні відкриті площадки). Еквадор забороняє продаж алкоголю в закладах охорони здоров'я та освіти, Єгипет дозволяє продаж спиртного тільки в готелях і туристичних закладах [1, 4, 6].

Існує багато інших способів обмеження доступності спиртних напоїв, серед яких можна зазначити такі як обмеження кількості точок продажу; скорочення часу продажу; розміщення точок продажу у визначених місцях; спеціальне навчання барменів і офіціантів такому обслуговуванню відвідувачів, що вживають алкоголь, яке не тягнуло би за собою небезпечних наслідків. Наприклад, в Новій Зеландії розповсюджено навчання обслуговуючого персоналу для недопущення вживання клієнтом спиртного більше певної кількості або недопущення до керування автотранспортом у стані алкогольного сп'яніння [1, 4].

В області економічного регулювання виробництва і реалізації потенційно небезпечного товару, яким є спирт етиловий як сировина для виготовлення алкогольних напоїв, практикуються два підходи до регулювання доступності спиртних напоїв (рисунок).



Види регулювання доступності алкогольних напоїв

Перший вид регулювання сприяє максималізації прибутку держави за рахунок недопущення можливості отримання надприбутку приватним сектором і тотального контролю над ринком алкогольної продукції. Але в той же час державна монополія приводить до скорочення асортименту (відповідно, і реалізації), а тому не може бути прийнятною для країн з розвинутою ринковою економікою, хоча все ще традиційно існує в Скандинавії [7, 8].

Постіндустріальне суспільство вважає за краще, в основній своїй масі, регулювання господарської діяльності за допомогою видачі ліцензій. Єдиний проблемний момент ліцензування — необхідність жорсткого контролю з боку держави за суб'єктами підприємницької діяльності, наприклад, дотримання відповідності наявних приміщень вимогам санітарних норм і правил щодо провадження зазначеного виду господарської діяльності, наявність діючих нормативно-правових документів, що

регулюють обраний вид діяльності, міри щодо застереження від зловживань, пов'язаних з несплатою податків, «тіньовим» випуском або контрабандою алкогольної продукції. До речі, подібні проблеми існують і в країнах із стабільною економікою — значний прибуток від контрафактного або контрабандного спиртного є спокусою для багатьох підприємців. Наприклад, Великобританія страждає від нелегально завезеного через Ла-Манш французького спиртного [4].

Наведемо приклад із судово-фармацевтичної практики нашої країни, який на жаль не є одиничним.

В провадженні слідчого СВ Держинського РВ ХМУ ГУМВС України в Харківській області перебуває кримінальна справа, яка порушена 20.12.2007 р. за ознаками ст. 204-3 КК України. В ході досудового слідства було встановлено, що 07.12.2007 гр. Б., біля 11.00 в магазині «Крамничка», розташованого в м. Харкові, пр. Перемоги, зупинка «Шкільна», придбав дві пляшки горілки із наклейками «Пшенична горілка» торговельної марки «ARTI», після чого зателефонував своєму другові та запропонував зустрітись. При зустрічі з другим останній відмовився вживати горілку, тому гр. Б. сам випив 250—300 грамів горілки. Через годину гр. Б стало погано, він втратив свідомість. Згідно з актом токсикологічного дослідження залишки прозорої рідини у скляній пляшці з-під горілки об'ємом 0,5 літри з етикеткою «Пшенична горілка» торговельної марки «ARTI» виробництва «НЕТТО-БАЛАНС» є водно-спиртовим розчином із вмістом етилового спирту 38,77 %, і не відповідають надпису на етикетці 40 %. Тому дана горілка може бути віднесена до спиртових напоїв кустарного виробництва, і, таким чином, гр. Б. отруївся сурогатним алкоголем.

Наведений випадок із судово-фармацевтичної практики свідчить про факт продажу фальсифікованої продукції, що є підставою для анулювання отриманої ліцензії на реалізацію спиртних напоїв вищенаведеного суб'єкта підприємницької діяльності.

Враховуючи отримані результати судово-фармацевтичних досліджень, авторами запропоновано нормотворчі заходи щодо внесення змін і доповнень до редакції ст. 227 Кримінального кодексу України від 05.04.2001 р. «Випуск або реалізація недоброякісної та фальсифікованої продукції». Передбачено відповідальність за обіг фальсифікованих лікарських засобів, починаючи з будь-якого розміру. Ці заходи повинні захистити права провізорів та споживачів лікарських засобів щодо зміцнення гарантії якості лікарських засобів. На наш погляд, редакція цієї статті повинна бути такою: *частина 1.* «Випуск на товарний ринок або інша реалізація споживачам недоброякісної та фальсифікованої, тобто такої, що не відповідає встановленим стандартам, нормам, правилам і технічним умовам, або некомплектної продукції та товарів, — ...»; *частина 2.* «Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, а також якщо предметом цих дій була недоброякісна та фальсифікована продукція у великих розмірах, — ...»; *частина 3.* «Дії, передбачені ч. 1 або 2 цієї статті, вчинені організованою групою, а також якщо предметом таких дій була недоброякісна та фальсифікована продукція в особливо великих розмірах, — ...»; *частина 4.* «Особа, яка добровільно здала недоброякісну та фальсифіковану продукцію і вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочинів, пов'язаних з їх незаконним обігом, звільняється від кримінальної відповідальності за випуск на товарний

ринок або іншу реалізацію споживачам недоброякісної та фальсифікованої, тобто такої, що не відповідає встановленим стандартам, нормам, правилам і технічним умовам, або некомплектної продукції та товарів, — ...». Під випуском або реалізацією недоброякісної та фальсифікованої продукції, вчиненими у великих розмірах, слід вважати розміри, що перевищують 300 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, вчиненими в особливо великих розмірах, пропонується вважати розміри, що перевищують 400 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [3].

Запропоновані зміни та доповнення до статті 227 Кримінального кодексу України направлені до Комітету з питань законодавчого забезпечення правоохоронної діяльності Верховної Ради України, Департаменту освіти та науки МВС України, Міністерства охорони здоров'я України, Постійної комісії Харківської обласної ради з питань забезпечення законності, громадського порядку, боротьби з корупцією та організованою злочинністю.

Другий вид регулювання доступності спиртних напоїв — методи що її обмежують. Одним із таких методів є метод раціонування, або система Братта, що отримала свою назву від імені шведського лікаря. Він запропонував ввести книжки раціонального споживання, за якими відпускалися спиртні напої. Згідно з нормами, кожний громадянин старше 20 років міг придбати від одного до чотирьох літрів міцних напоїв залежно від сімейного або соціального статусу. Система проіснувала в Швеції з 1920-го по 1955 рік і після її скасування рівень злочинності, як показник зловживання алкоголем, збільшився на 8 %, а захворюваність цирозом печінки, як показник наслідків нераціонального вживання психоактивної речовини — алкоголю — в 4 рази [6, 8].

Іншими методами є розумне обмеження фізичної доступності: багатство вибору спиртних напоїв, щільність розміщення точок продажу, час їх роботи. Світовий досвід свідчить: чим багатше вибір, тим менше вживається міцних спиртних напоїв і, відповідно, знижується ризик негативних наслідків. То ж можна сказати і про час роботи торгових точок. Доведено, що увечері та вночі спиртне отримується частіше і ризик непристойних наслідків різко зростає [2, 7].

Існує ще немало методів, що впливають на доступність алкоголю, які в Україні на жаль ще не використовуються. Так, на Заході достатньо ефективно з профілактичною метою використовують комплекс стимулюючих та заборонних заходів для продавців і обслуговуючого персоналу розважальних закладів, що сприяють безпечній торгівлі алкогольними напоями. Кожен продавець або офіціант несе відповідальність за негативні наслідки сп'яніння клієнта і прагне не допускати цього [8].

В Україні, так само як у розвинених країнах, велике значення повинно мати інформування про можливі негативні наслідки вживання алкогольних напоїв. Це не тільки написи на етикетках пляшок, але і просвітницькі проекти в навчальних закладах і засобах масової інформації. До того ж необхідно широке розповсюдження та розвиток інформаційно-освітніх програм за місцем мешкання та роботи, що буде охоплювати всі верстви населення.

Обов'язковим заходом боротьби з психічними та поведінковими розладами здоров'я внаслідок вживання алкоголю будь-якої цивілізованої країни, і Україна не повинна бути винятком, є медико-фармацевтичні та

медико-реабілітаційні стратегії: профілактика, первинна медична допомога і лікування адиктивних пацієнтів згідно зі стандартами лікування та використанням формулярної системи.

На даний момент в нашій країні реально існують всього декілька ніяк не зв'язаних між собою складових боротьби з розповсюдженням психоактивної речовини — алкоголю, причому деякі з них виникли спонтанно. Так, в результаті ліцензування і популяризації слабоалкогольної продукції розширився її асортимент, що сприятиме зменшенню споживання міцних спиртних напоїв. Діє заборона на телевізійну рекламу алкоголю. Але в той же час деякі виробники вдало її обходять, рекламуючи власну марку, яка в свідомості обивателя асоціюється з напоєм. Заборонено продаж спиртного особам молодше за 21 рік. Ще недостатньо використовуються освітньо-інформаційні кампанії в засобах масової інформації, а профілактична робота в навчальних закладах тільки набирає зворотів. Написи про шкідливість алкоголю на етикетках жодною мірою не приносять бажаного профілактичного ефекту. До того ж в Україні практично немає фахівців в області протидії та профілактики розповсюдження алкогольної залежності. Тому турбота за рішення проблем, пов'язаних з надмірним споживанням спиртного, лягає на плечі професіоналів від медицини — лікарів-наркологів, від фармації — науковців і провізорів.

Таким чином, розглянуто заходи державного регулювання доступності алкогольних напоїв, що найбільш розповсюджені в різних країнах та недостатньо використовуються у вітчизняній практиці боротьби зі зловживанням психоактивною речовиною — алкоголем. Запропоновано нормотворчі заходи щодо внесення змін і доповнень до статті 227 Кримінального кодексу України.

Список літератури

1. Алкогольная политика и общественное благо. Оксфорд Юниверсити Пресс совместно с Европейским региональным бюро Всемирной Организации Здравоохранения. 1994. <http://www.adic.org.ua>
2. Вієвський, В. А. Концепція (основи) державної політики України щодо алкоголю / В. А. Вієвський. — К., 2007. — 152 с.
3. Данілюк, О. В. Удосконалення державної системи протидії обігу фальсифікованих лікарських засобів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук : спец. 15.00.01 / О. В. Данілюк. — Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. — К., 2006.—20 с.
4. Информационно-аналитический портал алкогольного рынка // <http://www.alconews.ru>
5. Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии / Под ред. В. А. Шаповаловой, П. В. Волошина, А. В. Стефанова, И. М. Трахтенберга, В. В. Шаповалова. — Харьков : Факт, 2003. — 784 с.
6. Материалы двадцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН // <http://www.un.org/russian/conferen/drugs/specsess.htm>
7. Мирошниченко, Л. Д. История борьбы с пьянством и алкоголизмом в 20—30-х годах / Л. Д. Мирошниченко // Вопросы наркологии. — № 3. — 1990. — С. 54—59.
8. Уроков, И. Г. Антиалкогольная политика и её результаты в странах мира на современном этапе / И. Г. Уроков, Е. А. Кошкина, В. Я. Дробышева // Вопросы психологии. — 1990. — № 2. — С. 11—13.
9. Фармацевтическое право в наркологии / Под ред. В. А. Шаповаловой, И. К. Сосина, В. В. Шаповалова — Харьков : Факт, 2004.— 800 с.

Надійшла до редакції 12.08.2009 р.

В. А. Шаповалова, В. В. Шаповалов, М. П. Рудыка
**Судебная фармация относительно изучения
 некоторых аспектов системы государственного
 регулирования доступности алкогольных напитков
 как предупредительной меры при злоупотреблении
 психоактивными веществами**

*Национальный фармацевтический университет (г. Харьков),
 Следственное управление ГУ МВД Украины
 в Харьковской области*

Рассмотрены меры государственного регулирования доступности алкогольных напитков, которые наиболее распространены в различных странах и недостаточно используются в отечественной практике по борьбе с злоупотреблением психоактивного вещества — алкоголя. Предложены нормотворческие меры по внесению изменений и дополнений в статью 227 Уголовного кодекса Украины.

V. A. Shapovalova, V. V. Shapovalov, M. P. Rudyka
**Forensic pharmacy for studying some aspects
 of the system of the government regulation to accessibility
 alcoholic drink as preventive measure at abuse
 psychoactive substances**

*National Pharmaceutical University (Kharkiv),
 Investigations department of Main governing of MIA of Ukraine
 in Kharkiv Region*

The Considered measures of the government regulation to accessibility alcoholic drink, which the most wide-spread in different country and it is not enough are used in domestic practical person on fight with abuse psychoactive substances — an alcohol. The offered normative of the measure on contributing the change and addendas to clause 227 Penal code of the Ukraine.

УДК 616.89-008.46-07:616.89-008.441.13

Л. Ф. Шестопалова, д-р психол. наук, проф., зав. відділом медичної психології, В. А. Кожевнікова, канд. психол. наук, ст. наук. співробітн., Ликова А. В.
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

**ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ
 У ХВОРИХ НА НАРКОТИЧНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ**

На теперішній час ефективність лікування залежності від психоактивних речовин у світі залишається такою, що не задовольняє ні лікарів, ні пацієнтів, ані суспільство у цілому. Певною мірою це пов'язано з недостатнім або несвоєчасним визнанням з боку пацієнта наявності самої проблеми залежності, а також з неспроможністю прийняття рішення щодо необхідності її подолання [1]. З одного боку, це може бути спричинено присутністю в клініці залежності явища анозогнозії, а з іншого — неадекватною оцінкою залежності внаслідок порушення когнітивних функціонування особи в результаті хронічної інтоксикації тією чи іншою психоактивною речовиною.

Порушення когнітивних функцій займають важливе місце серед клінічних проявів залежності від психоактивних речовин, що несприятливо впливає на ефективність як психотерапії, так і фармакотерапії [2]. Між тим, ступінь важкості когнітивних порушень може коливатись в широких межах, залежно від стадії процесу та прогресивності перебігу хвороби [3]. Відомо, що вже у стані гострої інтоксикації знижуються пізнавальні функції, такі як здатність до навчання, запам'ятовування, увага, мислення тощо. Інтелектуальне зниження характерне для розгорнутих стадій залежності, але анозогнозія в сполученні з патологічним потягом до вживання психоактивних речовин є стрижневим проявом залежності всіх ступенів. Більш-менш виражені когнітивні розлади (погіршення здатності до абстрагованого мислення, до вирішення поточних проблем тощо) виявляється у 45—70 % осіб з залежністю, що звертаються по допомогу [4].

Водночас, роль характеру та ступеня важкості когнітивних розладів в діагностиці та виборі методів лікування, в прогнозуванні результатів терапії в осіб, залежних від опіоїдів та психостимуляторів, дотепер не визначена ні в МКХ-10, ні в державних стандартах надання наркологічної допомоги.

На теперішній час стоїть гостре питання діагностики початкових форм наркотичної залежності та створення відповідних психодіагностичних критеріїв діагностики

порушень когнітивних функцій в осіб, залежних від психоактивних речовин.

Дані психодіагностичного дослідження повинні більш точно діагностувати ступінь когнітивного дефекту, визначати ефективність методів лікування, свідчити про можливий прогноз терапевтичної ремісії, а також потрібні для побудови адекватних психопрофілактичних програм тощо. Тому проблематика дослідження порушень когнітивних функцій у хворих на залежність від психоактивних речовин на теперішній час є актуальною та має велике медико-соціальне значення.

У дослідженні використовувались метод бесіди і психодіагностичний метод.

Психодіагностичний метод було реалізовано за допомогою таких методик: шкала Mini-mental Scale Examination (MMSE), спрямована на оцінку загальної когнітивної продуктивності; таблиці Шульце, які дозволяють оцінити параметри довільної уваги та її функцій, а саме обсяг довільної уваги, функції концентрації, розподілу та переключення уваги; методика «Запам'ятовування 10 слів», спрямована на вивчення показників вербальної пам'яті, а саме обсягу безпосереднього запам'ятовування, загальної продуктивності та стійкості запам'ятовування; тест зорової ретенції Бентона, що дозволяє вивчити стан зорової пам'яті; шкала концептуалізації з методики Mattis Dementia Rating Scale (S. Mattis), спрямована на оцінку операцій розумової діяльності, а саме узагальнення та порівняння; прогресивні матриці Равена, призначені для вивчення таких операцій мислення як аналіз, синтез, абстрагування тощо.

Процедура проведення обстеження та опрацювання результатів стандартні [5—7].

Дослідження проводились на базі ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України».

У дослідженні брали участь 25 хворих на наркотичну залежність. Усі пацієнти з наркотичною залежністю склали такі три клінічні групи: I група — 11 пацієнтів (44,0 %) з опіоїдною залежністю (F 11.2 згідно з МКХ-10); II група — 5 хворих (20,0 %) на канабіноїдну залежність