

А. А. Минко

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (обзор)

Известно, что алкоголизм и наркомания являются сложной проблемой современного общества, имеющей социальный, экономический, правовой, медицинский и другие аспекты [1—10]. Официальные статистические данные по заболеваемости и распространенности, свидетельствуют о тенденции роста числа психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) в нашей стране, но полностью не отражают всей глубины проблемы [11—14]. Так, по данным официальной статистической отчетности в 2008 году в медицинских учреждениях страны на диспансерном учете находится 619 104 лица с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя, что составляет 1 332,39 на 100 тыс. населения. Кроме того, зарегистрировано 80 484 лиц с диагнозом наркомания (что составляет 174,3 на 100 тыс. населения), из которых 64555 человека (138,93 на 100 тыс. населения) — с синдромом зависимости от опиоидов [15—25].

Однако это лишь небольшая часть реального числа потребителей ПАВ. На протяжении последних 15 лет число лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, которые обратились за медицинской помощью в государственные наркологические учреждения, увеличилось с 22 тыс. до 75 тыс., т. е. почти в 4 раза [25—28].

Очевиден тот факт, что за медицинской помощью, особенно на ранних этапах зависимости от ПАВ, обращается лишь часть пациентов. Использование методики реконструкции числа заболевших опиоманией, разработанной в отделе профилактики и лечения наркоманий ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», показывает, что реальное число в 2—2,5 раза выше. Число же потребителей наркотиков без симптомов зависимости оценить пока не представляется возможным, поскольку представленные в публикациях различные соотношения числа потребителей к числу зависимых не являются научно обоснованными [29].

Одной из основных причин недостаточно высоких результатов лечения зависимости от ПАВ, равно как и других заболеваний, является позднее выявление. Ранняя диагностика зависимости от ПАВ особенно важна [2—3, 11—14]. В отличие от состояния алкогольного или наркотического опьянения, объективная диагностика состояний зависимости от различных ПАВ несовершенна из-за низкой специфичности используемых для этого ныне тестов: определения содержания гамма-глутамилтрансферазы, аланин-аминотрансферазы, аспартат-аминотрансферазы, глутаматдегидрогеназы и т. п. [4, 9, 15—25]. Использование для диагностических целей, например при зависимости от опиоидов, блокатора опиатных рецепторов короткого действия налоксона (т. к. называемый налоксоновый тест) ограничено в применении, поскольку налоксон вызывает или усиливает проявления синдрома отмены опиоидов, и он

может вводиться только в присутствии опытного врача. Кроме того, налоксоновый тест дает отрицательные результаты у больных опиоманией, находящихся в состоянии ремиссии [11].

Клинические критерии зависимости от ПАВ достаточно хорошо разработаны и широко применяются для диагностики [1-11]. Структурированные клинические опросы (интервью) достаточно хорошо соответствуют многим целям исследований как удовлетворяющие диагностическим требованиям. Структурированный инструментальный полезен при планировании лечения путем предоставления стандартизированного сравнения характеристик пациента с характеристиками пациентов, состояние которых улучшилось в результате терапевтического вмешательства. Клиницисты получают полную, объективную картину вспомогательных услуг, которые могут потребоваться пациенту для получения максимального результата от лечения. Использование таких инструментальных обеспечивает диагностическую надежность, которая обязательна, во избежание неправильной классификации пациентов и неправильной интерпретации результатов исследования.

Чаще всего используются следующие методики:

1) индекс тяжести зависимости (Addiction Severity Index, ASI) представляет результат скрининга на выявление проблем и расстройств, вызванных злоупотреблением и зависимостью от ПАВ. Включает следующие вопросы: проблемы межличностных взаимоотношений в семье, с друзьями, коллегами по работе; наличие гепатитов В и С, ВИЧ/СПИД, болезней, передающихся половым путем, алкогольного поражения печени, острого инфаркта миокарда, пневмонии, метаболических и эндокринных нарушений; правонарушения;

2) составное (композитное) международное диагностическое интервью (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) использует диагностические классификации из DSM-IV и ICD-10 (International Classification of Diseases, Международная классификация болезней 10-го пересмотра). Оцениваются: злоупотребление и зависимость от алкоголя/наркотиков; употребление алкоголя/наркотиков, приводящее к вредным последствиям; никотиновая зависимость; фобии; расстройства настроения; дефицит внимания; расстройство поведения; периодическая несдержанность (взрывное настроение); патологическое влечение к азартным играм (гемблинг);

3) структурированное клиническое интервью для DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID) имеет версии интервью для исследователей и для клиницистов. Версия для исследователей существует в нескольких форматах: для пациентов, непациентов и пациентов с психическими расстройствами. Оцениваются категории расстройств: алкогольная/наркотическая зависимость и злоупотребление; зависимость от нескольких психоактивных веществ; страхи, вызванные употреблением наркотиков; расстройства настроения;

тяжелый стресс; трудность адаптации; личностные расстройства; психотические расстройства; соматические расстройства;

4) план-интервью для выявления расстройств, вызванных употреблением алкоголя и связанной с этим нетрудоспособностью (The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview schedule, AUDADIS) оценивает употребление алкоголя и наркотиков, алкогольную/наркотическую зависимость и злоупотребление; курение и зависимость от табака; страхи; расстройства настроения; патологическое влечение к азартным играм; личностные расстройства; воздействие лечения (для каждого диагноза); семейный анамнез (для каждого диагноза);

5) психиатрическое исследовательское интервью для психических расстройств и расстройств, вызванных злоупотреблением ПАВ (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders, PRISM) представляет собой полуструктурированное диагностическое интервью, разработанное специально для оценки коморбидных психических расстройств у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами. Оцениваются категории: алкогольная/наркотическая зависимость и злоупотребление; никотиновая зависимость; страхи, панические состояния; расстройства настроения; асоциальные личностные расстройства; пограничные личностные расстройства; психотические расстройства;

6) полуструктурированная оценка наркотической и алкогольной зависимости (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism, SSADDA) категорий: алкогольная/наркотическая зависимость и злоупотребление; асоциальные личностные расстройства; гиперактивность, дефицит внимания; глубокая депрессия, биполярное расстройство; патологическое влечение к азартным играм; посттравматические стрессовые расстройства [4].

Однако клинический метод малоэффективен на ранних этапах зависимости, в дифференциальной диагностике между острой интоксикацией, употреблением с вредными последствиями и зависимостью, в экспертных или спорных случаях, когда сами пациенты активно скрывают и приуменьшают или сам факт употребления ПАВ, или его размеры. Объективная диагностика зависимости от ПАВ необходима и при решении вопроса о направлении индивидуума на лечение, если при этом имеет место заболевание, и тогда, когда можно ограничиться административными воздействиями и воспитательными мерами — на донозологических этапах. Также бывает затруднительно решать вопросы об устойчивости ремиссии, как в период проведения активного лечения, так и на этапе поддерживающей противорецидивной терапии [1, 9, 13—14, 26—28].

Объективная диагностика состояний, встречающихся в клинике зависимости от ПАВ, основана, прежде всего, на тщательном клиническом исследовании, дополненном лабораторными токсикологическими методами, направленными на обнаружение в организме ПАВ [2—4, 9], однако при этом инструментальные методы объективной диагностики практически не разработаны.

Для скрининга зависимости от ПАВ в настоящее время применяются три основные группы методик [28—33]:

1. Социологические (или медико-социальные) методики, представляющие собой различные анкеты

и опросники, для которых получены стандартизированные данные о частоте положительных и отрицательных ответов, даваемых больными алкоголизмом или наркоманией, злоупотребляющими ПАВ и здоровыми. Преимуществами этих методик являются простота, возможность быстрого получения результата, его количественной оценки, а также минимальный уровень затрат средств и времени на проведение исследования.

2. Социально-гигиенические методики, связанные с анализом информации, поступающей от различных учреждений и организаций, в том числе общественных, проводящих борьбу с алкоголизмом, наркоманиями и их последствиями. При всей эффективности выявления на основе такой информации эта работа требует значительных организационных усилий и затрат ввиду различной ведомственной принадлежности учреждений информации. Кроме того, эти методы недостаточно эффективны при выявлении лиц, имеющих минимальную степень социальной дезадаптации.

3. Биологические (лабораторные) методики, направленные на обнаружение ПАВ, их метаболитов, либо изменений в организме, вызванных употреблением ПАВ. Более разработаны методики диагностики зависимости от алкоголя. Так известные биологические маркеры употребления этанола можно условно разделить на три группы:

а) маркеры, зависящие от физико-химических свойств этанола и ацетальдегида: увеличение среднего корпускулярного объема эритроцитов (СКОЭ) и ухудшение показателей их способности к фильтрации; тромбоцитопения; обнаружение алкоголя в крови; повышение активности алкогольдегидрогеназы (АДГ) и микросомальной этанолаксилирующей системы; снижение активности альдегиддегидрогеназы (АльДГ) и определение ацетальдегида в крови и др. [15—19, 33—39];

б) маркеры, зависящие от метаболических нарушений, вызываемых этанолом: обнаружение гиперлипидемии, общей гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии; повышение уровня холестерина в составе липопротеидов высокой плотности (ХЛВП); развитие кетоацидоза и гиперурикемии; увеличение величины соотношения IgA/трансферрин; повышение соотношения α -амино-N-масляная кислота/лейцин; снижение уровня азота мочевины при нормальном содержании креатина и повышенном гаптоглобина и др. [40—58];

в) маркеры энзимодиагностики: повышение в крови активности глутамилтрансферазы (ГТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы и др. [15—16, 20—22, 25, 59—61].

Поиск поведенческих критериев, критериев изменения профессиональной деятельности характерен в основном для США. Как следствие — обилие психологических тестов. Так, Национальным советом по алкоголизму предложен опросник CRIT (Criteria for the Diagnosis of Alcoholism) — обобщение ряда применяемых в США тестов. Здесь можно назвать и ARQ (Alcoholism Risk Questionnaire), MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) из 25 разделов, о влиянии алкоголя на межличностные отношения, работоспособность, здоровье и т. п. Чувствительность этого теста достигает 91,5 % [62—65].

Широко используются SBQ (The Significant-other Behavior Questionnaire), BMAST (Brief Michigan Alcoholism Screening Test), MAC (MacAndrew Alcoholism Scale), IASI (Iowa Alcoholic Stage Index), включающие 5 разделов

(работа, семья, финансы, взаимоотношения с полицией, здоровье) и позволяющие определять ранние, средние и поздние стадии алкоголизма [66]. Известны также тест Мортимера — Филькинза; опросник эссенциально-реактивного алкоголизма; опросник Ландина, который состоит из вопросов, касающихся демографической информации, наследственности, диагностических шкал BMAST и дополнительных шкал, включающих симптоматику алкоголизма [66]; опросники ADS и SADD [66, 67], тест употребления алкоголя [68]; шкала для оценки влечения к алкоголю [69]; тест выявления нарушений при употреблении алкоголя и др.

В Западной Европе используется основанный на подобных же принципах MALT — Мюнхенский алкогольный тест. Установлена наиболее высокая информативность одного вопроса MALT/1 и восьми вопросов MALT/2. Указанные вопросы, по мнению авторов, позволяют с достаточной достоверностью дифференцировать лиц с алкоголизмом и без него [28].

Психологические опросники используются не только для диагностики, но и для выработки наиболее эффективной терапевтической тактики [70—73].

С. MacAndrew также, используя MMPI, создал свою шкалу для определения тяжести алкоголизма (MAC) с помощью которой может диагностировать алкоголизм, злоупотребление алкоголем, наследственную отягощенность по отношению к алкоголизму, высокий балл получают также больные наркоманией, злостные курильщики, азартные игроки, лица с асоциальной ориентацией [67].

В качестве примера более широкого подхода к разработке диагностической шкалы можно привести скринирующую методику для выявления алкоголизма (СМА), сконструированную В. И. Полтавцом [29] на базе Мичиганского алкогольного скрининг-теста, Миннесотского многопрофильного личностного опросника, теста для непрямого скрининга алкоголизма, опросника для изучения тяжести алкогольной зависимости, Alcadd-теста.

Существует еще одна анкета на основе Мичиганского теста — CAGE, нацеленная на выявление скрытого алкоголизма и состоящая всего из 4-х вопросов. В процессе обследования больных, поступивших в психиатрическую клинику, с помощью CAGE было идентифицировано 95 % больных алкоголизмом [65, 74—77]. Небольшая модификация вопросов позволяет использовать тест для диагностики злоупотребления и другими ПАВ. Главным достоинством теста является простота и доступность использования, однозначность получаемой информации, а также ее оценки.

На основе проекта ВОЗ с участием 6 стран разработан тест The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [78—79], как инструмент для выявления лиц, употребляющих вредное для здоровья количество алкоголя.

В то же время есть отрицательные оценки скринирующих тестов. Использование CAGE в качестве одной из составляющих развернутого опросника о здоровье нецелесообразно, поскольку составляющие его вопросы не позволяют идентифицировать значительное число больных, злоупотребляющих алкоголем [79—80].

При использовании методик следует помнить о факторах, снижающих их адекватность и действительность. Источником погрешностей может быть сама ситуация тестирования: неверно данная инструкция,

неразборчивость текста, состояние испытуемых в данное время: самочувствие, настроение, ощущение опасности или предположение о возможных неблагоприятных последствиях анкетирования. Методики неприменимы в откровенно экспертных ситуациях, при освидетельствовании лиц, задержанных в состоянии опьянения, при стационарной экспертизе, так как наличие ярко выраженной отрицательной установки на исследование делает его результаты недостоверными. В этих случаях следует предпочесть клинические и биологические методы диагностики.

Известно, что при хронической алкогольной интоксикации в крови изменяется активность ряда органоспецифических ферментов, содержание креатинина, мочевой кислоты, глюкозы, холестерина, триглицеридов, средний корпускулярный объем эритроцитов и др. [15—22, 34—35, 49—58, 81—93]. Однако мнения различных авторов о диагностической значимости лабораторных показателей неоднозначны [35]. В частности ставится под сомнение специфичность теста ГТ в качестве маркера на алкоголизм, т. к. активность энзима повышается и при других видах патологии: гепато-билиарных расстройствах, инфаркте миокарда, медикаментозных воздействиях и т. д. [17, 20, 21, 37, 81, 82, 94].

К характерным признакам систематического употребления этанола относятся повышение активности в крови АСТ (более 25 ед./л), отношения α -амино-Н-масляной кислоты к лейцину и IgA к трансферрину, а также повышение содержания в крови холестерина, липопротеидов высокой плотности, триглицеридов (более 2 ммоль/л), мочевой кислоты (более 300 ммоль/л) [17]. Типичными признаками систематического употребления алкоголя является повышение активности в крови АСТ более 25 ед./л с учетом ее соотношения с АЛТ (коэффициент де Ритиса), которая в ранней стадии алкоголизма почти не изменяется [20, 22]. К. М. Cougrave [37], используя иммунохимический метод, оценивал активность АСТ в сыворотке крови и заключил, что этот изофермент не может служить достоверным показателем злоупотребления алкоголем,

Попытки определения в крови пациентов уровня антинаркотических антител до сих пор не вышли за рамки эксперимента [94].

Оригинальным методом экспертизы алкогольного опьянения у рабочих с экспедиционно-вахтовым режимом труда, при котором затруднено применение лабораторного оборудования, является метод «Вокалайзер», основанный на анализе нарушений речи. Этот метод позволяет выявить интоксикацию в 91—98 % случаев [95], записывая фонограммы и проводя комплексный статистический анализ, они идентифицировали легкую степень опьянения с частотой ошибки 5 %. В качестве основного механизма влияния интоксикации на речь выделено нарушение контроля движений в гортани.

В качестве новых маркеров алкогольной зависимости предлагаются: долихол мочи — полипренол, содержащий α -насыщенную группу; изопрена метанол и изопропанол сыворотки крови; апополипротеины А-I и А-II; десиалотрансферрин сыворотки крови; снижение активности альдозазы эритроцитов, фосфофруктокиназы, пируваткиназы, гексокиназы; повышенный аффинитет тромбоцитов к серотонину; концентрация ацетальдегида в плазме крови, ацетальдегида, связанного с гемоглобином эритроцитов; содержание ароматических

β -карболинов гармана и норгармана; текучесть мембран эритроцитов; концентрация ацетата в крови, активность β -гексозаминидазы, содержание в сыворотке крови аминотерминального пептида проколлагена типа 3; активность креатинкиназы; тест деформации эритроцитов; уровень G-протеина в мембранах тромбоцитов; содержание триптофана в сыворотке крови; изменения порфиринового обмена [65, 85—87, 96—111]. При исследовании крови установлено, что повышение активности супероксиддисмутазы и специфической нейрональной эналазы может служить маркером алкогольного поражения печени, а повышение активности ненейрональной эналазы — маркером алкоголизма и цирроза печени неалкогольной этиологии, скорость элиминации метанола, а также трансферрин и 5-гидрокситриптофол. Причем эти маркеры авторы предлагают для диагностики потребления алкоголя, которое больные пытаются скрыть [112—124].

Одним из направлений повышения эффективности лабораторного скрининга алкоголизма является совместная оценка нескольких биологических маркеров. Так, при сравнении шести биологических маркеров чрезмерного употребления алкоголя: активность АЛТ, АСТ, ГТ, величина СКОЭ, содержание ХЛВП и дефицитного по углеводам трансферрина (ДУТ), показатели ДУТ в норме составили 26—74 мг/л, существенно повышаясь при злоупотреблении алкоголем [40—48, 71]. Также подтверждена эффективность сочетанного использования ГТ и СКОЭ как индикаторов, позволяющих в 80 % выявить алкоголизм. Если к ним добавить еще определение активности щелочной фосфатазы, то надежность диагностики алкогольного поражения печени повышается до 95 % [72]. Совместное использование двух тестов ГТ-АСТ-АЛТ и АльДГ-АДГ позволяет, во-первых, еще более повысить достоверность объективной биохимической диагностики алкоголизма; во-вторых, выявить «группу риска» среди лиц с функционально лабильной алкогольметаболизирующей системой, вероятно, наследственно дестабилизированной [25, 125—126].

Токсикологический анализ мочи на содержание ПАВ имеет ограниченное значение, так как невозможно установить факт приема препарата, если он имел место более чем за 7 дней до тестирования (в частности, кокаин). Кокаин определяется в моче в низких концентрациях через несколько часов после первого приема и может быть обнаружен еще в течение 36 часов. Но уровень концентрации слишком низок для того, чтобы его можно было выявить при обычном исследовании мочи. Для сравнения, бензоилэгонин — метаболит кокаина — обнаруживается в течение 5—7 дней после приема кокаина. Это — главный маркер для определения применения кокаина при токсикологическом исследовании мочи. Что касается каннабиноидов, то проведение анализа мочи на их содержание может оказаться полезным, тем не менее ложноположительные ответы встречаются часто, например, пассивное вдыхание дыма, содержащего тетрагидроканнабинол, на вечеринке может быть причиной положительного результата анализа. Другие же лабораторные тесты не чувствительны и не специфичны для выявления факта употребления каннабиноидов. Токсикологическое исследование мочи выявляет применение опиоидов за последние 48 часов приблизительно с 90 % чувствительностью, но положительный результат не является диагностическим признаком зависимости от опиоидов [2].

Представляется перспективным использование новых подходов, донныне недостаточно разработанных, таких как методы нейропсихологического анализа и нейролингвистики [127]. Известно, что речь каждого человека является такой же неповторимой, как и дерматоглифический рисунок. В мире не существует людей с абсолютно одинаковыми голосами. Голоса могут быть очень похожими на слух, но при специальных исследованиях можно выявить вполне определенные различия. В отличие от дерматоглифического рисунка, который остается практически неизменным в течение всей жизни, звучащая речь изменяется не только в зависимости от возраста, но и от текущего состояния человека, сохраняя при этом специфические свойства, присущие конкретному индивиду. При исследовании голоса возможно установить как пол человека, возраст, темперамент, так и его социальное состояние и культурный уровень [128]. Перспективной, в плане объективизации состояния лиц с зависимостью от ПАВ, нам представляется фоноскопия как метод объективного (качественного и количественного) описания свойств звучащей речи при помощи специальной аппаратуры.

Звучащая речь человека так же неповторима, как и дерматоглифический рисунок. Не существует двух людей с абсолютно одинаковыми голосами. Это обстоятельство обусловлено тем, что структурно-функциональные качества речевого аппарата любого человека (форма и размер ротоглотки, носоглотки, гортаноглотки, трахеи, функциональная организация сенсорной и моторной речи и т. п.) строго индивидуальны. На слух голоса могут быть очень похожи, но при специальных исследованиях интенсивности, тембра, тона, объема можно выявить вполне достоверные различия [128].

Эта особенность звучащей речи широко, хотя и не всегда осознанно, используется нами в повседневной жизни, поскольку является важнейшей составляющей невербальной коммуникации между людьми. Достаточно сказать, что практически каждый из нас может по голосу отличить счастливого человека от несчастного, взволнованного от спокойного, трезвого от пьяного и т. д. Последнее обстоятельство заслуживает самого пристального изучения, поскольку может служить основой нового метода объективной диагностики состояний, встречающихся в клинике зависимости от ПАВ (опьянения, состояния отмены и т. п.). Тем не менее, сегодня фоноскопия, в силу ряда технических и методологических проблем, еще не заняла надлежащего положения в диагностике состояний зависимости.

Состояние интоксикации опиоидами, или состояние отмены сопровождается возникновением измененного состояния сознания потребителя, что сопровождается изменениями как восприятия речи, так и ее подачи. В результате проведенного нами исследования [129—130] установлены определенные отличия как в диапазоне изменения частоты основного тона речи и отношения частоты и амплитуды, так и темпа вещания лиц с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов и лиц без признаков зависимости от них. Кроме того, установлены отличия спектральных параметров звучащей речи и темпа вещания лиц с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов на момент госпитализации в стационар, во время приема лекарственных средств, а также на момент выписки, то есть в разных клинических состояниях.

Список літератури

1. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Клименко Т. В. и соавт. Злоупотребление психоактивными веществами. — М.: Изд-во Инфокоррекция, 2003. — 316 с.
2. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е. Наркология / Пер. с англ. — М.: Бином; СПб.: Невский проспект. — 1998. — 318 с.
3. Карен Ван Дер Берг, Виктор Бувальда. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажеров. — Мн.: Интеракт. — 1997. — 121 с.
4. S. Samet, R. Waxman, M. Hatzembuehler et al. Оценка зависимости от психоактивных веществ: концепция и инструментарий // Вопросы наркологии. — № 2. — 2008. — С. 96—98.
5. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
6. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. — СПб.: Лань, 2002. — 560 с.
7. Лекции по наркологии. Изд-е 2-е, перераб. и расш. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 448 с.
8. Каплан Г. Н., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия из synopsis по психиатрии. — М.: Медицина, 1994. — С. 147—232.
9. Иванец Н. Н. Современные подходы к диагностике и классификации алкоголизма // Вопросы наркологии. — 1995. — № 2. — С. 21—27.
10. Воробьева Т. М., Волошин П. В., Пайкова Л. Н. и др. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий. — Харьков: Основа, 1993. — 176 с.
11. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. Новейший справочник. — М.: Эксмо, 2004. — 736 с.
12. Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. Наркология. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
13. Arora A, Neema M, Stankiewicz J, Guss ZD, Guss JG, Prockop L, Bakshi R. Neuroimaging of toxic and metabolic disorders // *Semin Neurol.* — 2008 Sep; 28(4): 495—510. Epub 2008 Oct 8.
14. Инвестиции в лечение наркоманий: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. Материалы ООН // Наркология. — 2005. — № 4. — С. 18—32.
15. Мінко О. І., Лінський І. В., Болотова З. М. та співавт. Деякі епідеміологічні параметри вживання алкоголю та наркотиків в Україні. У зб.: Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України. — К.: Укрмедкнига, 2001. — С. 555—559.
16. Волошин П. В., Лінський І. В., Мінко О. І. та співавт. Система моніторингу — основа організації наркологічної допомоги в сучасних умовах // Український медичний часопис. — 2002, № 4 (30). — С. 46—50.
17. Волошин П. В., Лінський І. В., Мінко О. І. та співавт. Стан наркологічного здоров'я населення України та діяльність наркологічної служби у 2002 році // Український вісник психоневрології. — Т. 11, вип. 2(35). — 2003. — С. 5—6.
18. Лінський І. В., Мінко О. І., Первомайський Е. Б. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Аналітичний огляд. — Х., 2004. — 26 с.
19. Линский И. В., Минко А. И., Первомайский Э. Б. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине // *Журнал Наркология.* — 2005, № 4. — С. 12—17.
20. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Аналітичний огляд. Вип. II. — Х., 2005. — 31 с.
21. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Аналітичний огляд. Вип. III. — Х., 2006. — 46 с.
22. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Аналітичний огляд. Вип. IV. — Х., 2007. — 52 с.
23. Лінський І. В., Мінко О. І. Залежність від психоактивних речовин в Україні: методологія вивчення, тенденції розвитку // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії.* — Одеса, 2003. — № 2 (40). — С. 6—8.
24. Лінський І. В., Мінко О. І., Первомайський Е. Б., Гапонов К. Д. Нові дані про співвідношення між процесами поширення опіоїдної та алкогольної залежності в Україні і про їхній зв'язок з 11-річним циклом сонячної активності // *Архів психіатрії.* — Т. 10, № 3 (38). — 2004. — С. 127—134.
25. Лінський І. В., Мінко О. І., Первомайський Е. Б. та співавт. Минуле, сьогодні і майбутнє залежності від психоактивних речовин в Україні // *Український медичний альманах.* — 2005. — Т. 8, № 4 (додаток). — С. 116—118.
26. Лінський І. В., Мінко О. І., Первомайський Е. Б. та співавт. Минуле, сьогодні і майбутнє залежності від психоактивних речовин в Україні з точки зору популяційної екології // *Український медичний альманах.* — 2005. — Т. 8, № 4. — С. 116—118.
27. Лінський І. В., Мінко О. І., Первомайський Е. Б. та співавт. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії.* — Одеса, 2007. — № 2 (12). — С. 446—58.
28. Лінський І. В., Мінко О. І. Наркопатологія як «дзеркало» психічного здоров'я і громадського благополуччя українського суспільства. У зб.: Сучасні проблеми клініки, терапії та реабілітації станів залежності від психоактивних речовин: Матер. Укр. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю. — Х.: Коллегиум, 2008. — С. 106—108.
29. Линский И. В. Метод и результаты реконструкции динамики распространения опиоманий в Украине с 1981 г. по 1998 г // *Таврический журнал психиатрии.* — Симферополь. — 1999, вып. 3, № 4 (11). — С. 77—84.
30. Poldrugo F., Lesch O. M. The diagnosis of chronic alcoholism new perspectives in classification // *Alcologia.* — 1994. — № 1. — С. 11—15.
31. Разводовский Ю. Е. Скрининг распространенности алкогольных проблем среди населения // *Вопросы наркологии.* — Москва, 2008. — № 2. — С. 54—65.
32. Иванец Н. Н., Лукомская М. И. Новый алкогольный скрининговый тест: опросник «Здоровье и образ жизни» // *Там же.* — 1989. — № 3. — С. 49—57.
33. Иванец Н. Н., Лукомская М. И. Диагностика ранних форм хронического алкоголизма // *Актуальные вопросы наркологии.* — Кишинев, 1986. — С. 65—66.
34. Бокий И. В. Использование анализа активности АДГ и липидного состава крови в качестве дополнительных критериев для диагностики острой и хронической интоксикации алкоголем: Метод. рекомендация. — Л., 1985. — 20 с.
35. Матвеева И. М. Активность АДГ в эритроцитах больных алкоголизмом // *Лаб. дело.* — 1991. — № 6. — С. 20—24.
36. Lovaqie H., Delanghe S. Biochemische markers van alcoholisme // *Rev. Assoc. Belge technol. lab.* — 1995. — Vol. 22, № 6. — С. 407—412.
37. Conigrave K. M., Saunders J. B., Reznik R. B., Whitfield J. B. Prediction of alcohol-related harm by laboratory test results // *Clin. Chem.* — 1993. — Vol. 39, № 11, Pt. 1. — P. 2266—2270.
38. Волошин П. В., Божко Г. Х., Бойко Т. П. Роль ацетальдегида в действии алкоголя на центральные катехоламинергические механизмы // *Ж. невропат. и психиатр.* — 1991. — Т. 91, № 10. — С. 63—66.
39. Божко Г. Х. Алкоголь как индуктор цикла каскадного усиления гиперпродукции альдегидов // *Ж. неврология и психиатрия.* — 1991. — № 20. — С. 81—84.
40. Иванец Н. Н., Панченко Л. Ф., Андерсен И. Л. и др. Углеводдефицитный трансферрин в сыворотке крови больных алкоголизмом // *Вопросы наркологии.* — 1994. — № 1. — С. 60—63.
41. Толпыго С. М., Певцова Е. И., Котов А. В. и др. Физиологическая активность свободного и связанного с белками ангиотензина-II у крыс в условиях алкоголизации // *Там же.* — 2008. — № 2. — С. 41—46.
42. Schmidt K., Ohse A., Dufen P. et al. The usefulness of CDT in relapse detection: Abstr. ESBRA 1995: 5th Congr. Eur. Soc. Biomed. Red. Alcohol., Stuttgart, 6—9 Sept., 1995 // *Alcohol and Alcohol.* — 1995. — Vol. 30, № 4. — P. 559.
43. Helander A., Carlsson S. Carbohydrate deficient transferrin levels during disulfiram (antabuse) treatment. — *Ibid.* — P. 557.
44. Harlin A., Martensson O., Braudt R. Comparison of the isotransferrin concentration in males and females with low alcohol consumption. — *Ibid.* — P. 556.

45. Decrey H., Fellrath F., Mell G. Van et al. Usefulness of carbohydrate deficient transferrin in follow-up after alcohol withdrawal. — *Ibid.* — P. 555.
46. Bell H., Hellum K., Harthug S. et al. Different levels of serum carbohydrate deficient transferrin (CDT) in chronic hepatitis C and hemochromatosis. — *Ibid.* — P. 555.
47. Rosma A. S., Basm P., Galvin K., Lieber C. S. Utility of carbohydrate-deficient transferrin as a marker of relapse in alcoholic patients // *Alcoholism*. — 1995. — Vol. 19, № 3. — P. 611—616.
48. Chick J. Monitoring relapses by biological alcohol markers: Abstr. ESBR 1995: 5th Congr. Eur. Soc. Biomed. Red. Alcohol., Stuttgart, 6—9 Sept., 1995 // *Alcohol and Alcohol*. — 1995. — Vol. 30, № 4. — P. 491.
49. Божко Г. Х., Кулабухов В. М. Перераспределение липопротеинов сыворотки крови кроликов, вызванное однократным введением холестерина // *Биохимия*. — 1993. — Т. 58, № 10. — С. 1594—1603.
50. Deekelbaum R. L., Ramakrishnan R., Eisenberg S. Triacylglycerol and phospholipid hydrolysis in human plasma lipoprotein // *Biochemistry*. — 1992. — Vol. 31. — P. 8544—8551.
51. Stokke K. T., Norum K. R. Determination of lecithin: cholesterol acyltransferase // *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* — 1971. — Vol. 27. — P. 21—27.
52. Божко Г. Х., Волошин П. В. Обмін ліпопротеїнів плазми крові людини і тварин за дії етанолу // *Укр. біохім. журнал*. — 1991. — Т. 63, № 3. — С. 3—12.
53. Соколик В. В., Чурсина В. С., Артемчук А. Ф. и др. Угнетение этерифицирующей и липопротеинлипазной активности сыворотки крови при остром и длительном действии этанола // *Биомед. химия*. — 2006. — 52, № 1. — С. 95—100.
54. Творогова М. Г., Перова Н. В. Основные реакции обмена липопротеидов в плазме крови // *Кардиология*. — 1985. — № 25. — С. 119—125.
55. Tall A. R. Plasma cholesterol ester transfer protein // *J. Lipid. Res.* — 1993. — № 34. — P. 1255—1274.
56. Демидова Д. В. Анализ влияния структуры генов липопротеиновой липазы, аполипопротеинов C III и E на развитие комбинированной гиперлипидемии // *Кардиология*. — 2001. — 41. — С. 17—22.
57. Божко Г. Х., Чурсина В. С. Порівняння дисліпопротеїнемій за судинної та альцгеймерівської деменції // *Укр. біохім. журнал*. — 2003. — 75, № 5. — С. 115—118.
58. Божко Г. Х., Артемчук А. Ф., Чурсина В. С., Артемчук А. А. Динамика перераспределения липопротеинов сыворотки крови больных алкоголизмом в периоды интоксикации и отмены алкоголя // *Там же*. — 2002. — 74, № 5. — С. 48—51.
59. Schuckit M. A. Developing diagnostic criteria for alcoholism: Is it with all the fuss? [Abstr.] Seventh Congr. Int. Soc. Bionud. Res. Alcohol, Australia // *Alcoholism: Clin. and Exp.* — 1994. — Vol. 18, № 2. — С. 13A.
60. Weinstein B. A., Slaght E. Early identification of alcoholism: A new diagnostic tool for clinicians // *Alcohol. Treat. Quart.* — 1995. — Vol. 12, № 4. — P. 117—125.
61. Driga O., Boisteanu P., Dafinoilasi The privileged position of the somatic medicine doctor in alcoholism diagnosing: Abstr ESBR 1995: 5th Congr. Eur. Soc. Biomed. Red Alcohol, Stuttgart, 6—9 Sept., 1995 // *Alcohol and Alcohol*. — 1995. — Vol. 30, № 4. — P. 543.
62. Gruss T., Ziolkowski M., Jakubowska M., Rybakowski J. The prevalence of alcohol-related problems among general hospital inpatients. — *Ibid.* — P. 544.
63. Rossetto L., Pujatti P., Paccagnella D. et al. Questionario auto-compilato e diagnosi di alcolismo in un reparto di medicina: confronto fra Malt e Mast // *Alc. e benessere: Opin. confronto: 6 Congr. naz., Firenze 27—29 ott.* — Bologna, 1988. — № 1. — P. 85—88
64. Winters K. C., Stinefield R. D., Hanly G. A. Further validation of new scales measures adolescent alcohol and other drug abuse // *J. Stud. Alcohol*. — 1993. — Vol. 54, № 5. — С. 534—541.
65. Nystrom M., Parasalo J., Salaspuro M. Trauma Score questionnaires. Screening for heavy drinking and alcohol-related problems in young university students: The Cage, the Mm-Mast and the Trauma Score Questionnaires // *Ibid.* — С. 528—533.
66. Love C. T., Longabaugh R., Cliftord P. R. et al. The significant-other behavior questionnaire (SBQ): An instrument for measuring the behavior of significant-others towards a person's drinking and abstinence // *Addiction*. — 1993. — Vol. 88, № 9. — P. 1267—1279.
67. Allen S. B., Fertig J. B., Towle L. H. et al. Psychometric analyses of the alcohol dependence scale among united states and Russian clinical Samples // *Int. J. Addict.* — 1994. — 29, № 1. — P. 71—87.
68. Richter G. Ein 9-Item-Screening-test für unterscheidung von normalkonsumenten, Alkoholismbrauchern und abhängigen Trinkern (Abstract) // *Sucht*. — 1993. — Т. 39, № 3. — P. 187.
69. Anton R., Moak D. Further validation of a scale for alcohol craving: [Abstr.] Res. Society of Alcohol. Meet., 1992, June 13—18, San Diego, California // *Alcoholism: Clin. and Exp. Res.* — 1992. — Vol. 16, № 2. — P. 418.
70. Pate L. A., Hamilton J. D., Park R. S., Strobel R. M. Evaluation of a saliva alcohol test stick as a therapeutic adjunct in an alcoholism treatment program // *J. Stud. Alcohol*. — 1993. — Vol. 54, № 5. — P. 520—521.
71. Rommelspacher H., Spies C., Schmidt K., Schmidt L. G. Laboratory marker monitoring in an intensive care unit and in a long-term rehabilitation program: Abstr. ESBR 1995: 5th Congr. Eur. Soc. Biomed. Red. Alcohol., Stuttgart, 6—9 Sept., 1995 // *Alcohol and Alcohol*. — 1995. — Vol. 30, № 4. — P. 492.
72. Borg S., Helander A., Beck O., Stibler H. Treatment monitoring in alcohol dependent patients comparing different relapse markers. — *Ibid.* — P. 491.
73. Castilla A., Santolaria F., Gouzales R. E. et al. Physical signs are better than biological markers as indicators of excessive ethanol intake. — *Ibid.* — P. 555.
74. Steinweg D. L., Worth H. Alcoholism: The keys to the CAGE // *Med.* — 1993. — Vol. 94, № 5. — P. 520—523.
75. Liskow B., Campbell J., Nickel E. J., Powell B. J. Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (frigae) clinic // *J. Stud. Alcohol*. — 1995. — Vol. 56, № 3. — P. 277—281.
76. Чухрова М. Г. Применение теста CAGE в предварительной диагностике злоупотребления алкоголем у рабочих экспедиционной вахты/ В кн.: *Мед.-биол. проблемы вахтовой организации труда*. — С., 1988. — С. 79—84.
77. Moret V., Pecond A., Versin B. Depistage d'un alcoolisme parmi les patients d'une policlinique medicale de Suisse romande // *Schweiz. med. Wochenshr.* — 1993. — 123, № 38. — С. 1790—1795.
78. Bohn M. J., Babor T. F., Krauler H. R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings // *J. Stud. Alcohol*. — 1995, № 4. — P. 423—432.
79. Heck E. J., Williams M. D. Using CAGE to screen for drinking-related problems in college students // *Ibid.* — 1995. — Vol. 56, № 3. — P. 282—286.
80. Poikolainen Kari, Karkkainen Paivi. Nature of questionnaire options affects estimates of alcohol intake // *Ibid.* — 1985. — Vol. 46, № 3. — P. 219—222.
81. Гамалея Н. Б. Иммунопатология и иммунокоррекция у наркологических больных // *Вопросы наркологии*. — 2008. — № 3. — С. 47—58.
82. Naum E., Neacsu I. Inter-individual variations of the gamma GTP values with alcoholics as a result of ethanolic stimulation // *Rev. roum. biol. Ser. biol. anim.* — 1994. — Vol. 32, № 2. — С. 123—128.
83. Tallaksen C. M., Bell H., Bohmer T. Thiamin and Thiamin phosphate ester deficiency assessed by high performance liquid chromatography in four clinical cases of Wernicke encephalopathy // *Alcoholism: Clin. and Exper. Res.* — 1993. — Vol. 17, № 3. — P. 712—716.
84. Lutz F-U., Fronlich S., Reuhl J. „Alco Screen“ — eine brauchbare Methode, über die Speichelalkohol-Konzentration (SAK) die blutalkoholkonzentration zu ermitteln // *Blutalkohol*. — 1993. — 30, № 4. — P. 240—243.
85. Яковченко В. А., Мошкин А. В., Козин А. Н. Изоферменты креатин-киназы сыворотки крови у больных алкогольными психозами // *Вопросы наркологии*. — 1991. — № 4. — С. 12—14.
86. Анохина И. П., Николаева В. В., Чоговадзе А. Г. и др. Структурные особенности гена дофамин-бета-гидроксилазы у больных алкоголизмом // *Там же*. — 2008. — № 2. — С. 31—40.
87. Lichtenbergkraag B., May T., Schmidt L. G., Rommelspacher H. Changes of G-protein levels in platelet membranes from alcoholics

- during short-term and long-term abstinence // *Alcohol and Alcohol.* — 1995. — Vol. 30, № 4. — P. 455—464.
88. Morgan C. J., Badawy A. A.-B., Den Dulk A., Verbanck P. Pelc. Lower Serum tryptophan concentrations in alcoholics with positive family history: Abstr. ESBRA 1995: 5th Cong. Eur. Soc. Biomed. Red. Alcohol., Stuttgart, 6—9 Sept., 1995 // *Ibid.* — P. 554.
89. Nystrom M., Perasalo V., Salaspuro M. Serum β -hexosaminidase in young university students // *Alcoholism.* — 1991. — Т. 15, № 5. — P. 877—880.
90. Auba J., Serrano M., Frutos D., Mira M. Rendimiento de las pruebas de laboratorio en la defecion de bebedores excesivos en el medio laboral // *Med. Clin.* — 1993. — Vol. 100, № 1. — P. 5—8.
91. Минко А. И., Бойко Т. П., Холодная Н. Ю. Дискатехоламинемии как диагностический и прогностический критерии при лечении больных алкоголизмом // *Український вісник психоневрології.* — Харків, 1995. — Т. 3, вип. 2(6). — С. 270—271.
92. Дроздов А. З., Анохина И. П. Активность тирозингидроксилазы и моноаминоксидазы в тромбоцитах человека при алкоголизме // *Вопросы мед. химии.* — 1990. — Т. 36, № 1. — С. 54—57.
93. Шаюсулова А. У., Аринов А. Н. Активность моноаминоксидазы у больных алкоголизмом // *Мед. журнал Узбекистана.* — 1991. — № 16. — С. 60.
94. Ревенок А. Д., Лысенко И. П. Клинико-лабораторные и патопсихологические методы диагностики опийных наркоманий: Метод. рекоменд. — Киев, 1987. — 26 с.
95. Klingholz F., Penning R., Liebhardt E. Recognition of low-level alcohol intoxication from speech signal // *J. Acoust. Soc. Amer.* — 1988. — Vol. 84, № 3. — P. 929—985
96. Дмитриева Т. В., Дроздов А. З., Коган Б. М. Периферические показатели метаболизма серотонина при психических расстройствах // *Рос. психиатр. журнал.* — 2000, № 4. — С. 52—56.
97. Костюковська Л. С. Удосконалений метод визначення серотоніну крові у клінічній неврології та психіатрії // *Український вісник психоневрології.* — 1993. — № 1. — С. 30—32.
98. Бойко Т. П. и др. Определение концентрации мелатонина в сыворотке крови флуориметрическим методом / Т. П. Бойко, Л. С. Костюковская, Ю. Г. Холодный, И. В. Ремяк // *Там само.* — 2001. — Т. 9, вип. 2 (27). — С. 55—56.
99. Королик М. А. Метод определения активности каталазы // *Лаб. дело.* — 1988. — № 1. — С. 16—19.
100. Rommelspacher H. Neurobiology of biogenic amines and their condensation products: Abstr. ESBRA 1995: 5th Congr. Eur. Soc. Biomed. Red. Alcohol., Stuttgart, 6—9 Sept., 1995 // *Alcohol and Alcohol.* — 1995. — Vol. 30, № 4. — P. 481.
101. Daoust M. Dopamine and serotonin receptors in alcohol dependence. — *Ibid.* — P. 492.
102. Kogan B. M., Drozdov A. Z., Manjkovskaja I. V., Filatova T. S. Free and conjugated forms of catecholamines in adolescents with different family alcohol history. — *Ibid.* — P. 553.
103. Balldin J., Eriksson M. Neuroendocrine evidence for reduced serotonergic neurotransmission during heavy drinking // *Alcoholism: Clin. and Exp. Res.*, — 1994. — Vol. 18, № 2. — P. 31A.
104. Векшина Н. Л., Веретинская А. Г., Бондаренко Т. Т., Анохина И. Л. Нейромедиаторные системы в механизмах ремиссии и рецидива при алкоголизме // *Эксперим. и клин. фармакол.* — 1995. — Т. 58, № 5. — С. 62—64.
105. Hofman U., Fromm M. F., Johnson S., Mikus G. Simultaneous determination of dihydrocodeine and dihydromorphine in serum by gas chromatography-tandem mass spectrometry // *J. Chromatogr. Biomed. Appl.* — 1995. — Vol. 663, № 1. — P. 59—65.
106. Sillanaukee P. Biological alcohol markers in brief intervention — experiences from the Lahti-Project: Abstr. ESBRA 1995: 5th Congr. Eur. Soc. Biomed. Red. Alcohol., Stuttgart, 6—9 Sept., 1995 // *Alcohol and Alcohol.* — 1995. — Vol. 30, № 4. — P. 491.
107. Иванец Н. Н., Лукомская М. И. Скрининг и идентификация лиц, злоупотребляющих алкоголем (обзор зарубежных исследований) // *Журнал невропатол. и психиатр.* — 1986, № 11. — С. 1726—1730.
108. Richter G., Klemm P. G., Zahn M. Ein 9-Item-Screening — test fur die unterscheidung von Alkohol abhangigen, Alkoholmißbravchern und Normaltrinkern (Normalkonsumenten) // *Sucht.* — 1994, № 4. — P. 266.
109. Коган Б. М., Анохина И. П. Диагностическое и прогностическое значение исследования механизмов катехоламиновой нейромедиации при алкоголизме // *Вопросы наркологии.* — 1990, № 1. — С. 3—5.
110. Rommelspacher H. Биохимические основы патологического влечения // *Pharmedicum.* — Берлин. — 1994, № 3. — С. 5—7.
111. Devos-Comby L., Lange J. E. Standardized measures of alcohol-related problems: a review of their use among college students // *Psychol. Addict Behav.* — 2008 Sep; 22(3): 349—61. Review.
112. Bird S. Prescribing Schedule 8 drugs // *Aust. Fam. Physician.* — 2006 Jan-Feb; 35(1—2): 59—60.
113. Breiter HC, Heinz A. Amygdala volume associated with alcohol abuse relapse and craving // *Am. J. Psychiatry.* — 2008 Sep; 165(9): 1179—84. Epub 2008 Jul 1.
114. Burnham E. L. Identification of risky alcohol consumption in the preoperative assessment: opportunity to diagnose and intervene // *Anesthesiology.* — 2008 Aug; 109(2): 169—70.
115. de Wit M., Gennings C., Zilberberg M. et al. Drug withdrawal, cocaine and sedative use disorders increase the need for mechanical ventilation in medical patients // *Addiction.* — 2008 Sep; 103(9): 1500—8.
116. DiMartini A., Dew M. A., Fitzgerald M. G., Fontes P. Clusters of alcohol use disorders diagnostic criteria and predictors of alcohol use after liver transplantation for alcoholic liver disease // *Psychosomatics.* — 2008 Jul-Aug; 49(4): 332—40.
117. Eisch A. J., Mandyam C. D. Drug dependence and addiction, II: Adult neurogenesis and drug abuse // *Am. J. Psychiatry.* — 2004 Mar; 161(3): 426.
118. Haberfellner E. M. [Referrals for psychiatric examination of driving ability — a comparison of illicit drugs and alcohol.] // *Neuropsychiatr.* — 2008; 22(2): 137—42. German.
119. Herrán O. F., Ardila M. F., Barba D. M. [Test for assessing levels of alcohol consumption in Bucaramanga, Colombia: design and validation] // *Biomedica.* — 2008 Mar; 28(1): 25—37. Spanish.
120. Jindra P., Eber M., Pesak J. The spectral analysis of syllables in patients using dentures // *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* — 2002 Dec; 146(2): 91—94.
121. Kip M. J., Neumann T., Jugel C. et al. New strategies to detect alcohol use disorders in the preoperative assessment clinic of a German university hospital // *Anesthesiology.* — 2008 Aug; 109(2): 171—9.
122. Kramer JR, Chan G, Dick DM et al. Multiple-domain predictors of problematic alcohol use in young adulthood // *J. Stud. Alcohol Drugs.* — 2008 Sep; 69(5): 649—59.
123. Skeel R. L., Pilarski C., Pytlak K., Neudecker J. Personality and performance-based measures in the prediction of alcohol use // *Psychol. Addict Behav.* — 2008 Sep; 22(3): 402—9.
124. Victorson D. E., Enders C. K., Burnett K. F., Ouellette E. A. The injury distress index: development and validation // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 2008 Oct; 89(10): 1893—902.
125. Vacher C., Verbanck P., Streel F. et al. Comparison between biological markers including CDT and CAGE for the recognition of drinking problems in an "high-risks" population: Abstr. ESBRA 1995: 5th Congr. Eur. Soc. Biomed. Red. Alcohol., Stuttgart, 6—9 Sept., 1995 // *Alcohol and Alcohol.* — 1995. — Vol. 30, № 4. — P. 560.
126. Schumann G., Johann M., Frank J. et al. Systematic analysis of glutamatergic neurotransmission genes in alcohol dependence and adolescent risky drinking behavior // *Arch Gen. Psychiatry.* — 2008 Jul; 65(7): 826—38. Review.
127. Лурия А. Р. Письмо и речь — нейролингвистические исследования. — М., 2002. — 346 с.
128. Биркин А. А. Код речи. — СПб.: Гиппократ, 2007. — 408 с.
129. Мінко О. О. Діагностика розладів внаслідок вживання опіоїдів на основі використання фоноскопії. У зб.: *Актуальні питання соціальної і клінічної наркології: Матер. IX-ї Укр. наук.-практ. конф.* — Х., 2008. — С. 259—260.
130. Мінко О. О. Використання методу фоноскопії для діагностики розладів внаслідок вживання опіоїдів. У зб.: *«Сучасні проблеми клініки, терапії та реабілітації станів залежності від психоактивних речовин»:* Мат. Укр. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю. — Х.: Колегіум, 2008. — С. 117—119.

Надійшла до редакції 05.08.2008 р.

О. О. Мінко

**Сучасні підходи до діагностики залежності
від психоактивних речовин
(огляд)***ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України»
(м. Харків)*

У огляді подано аналіз літературних даних щодо сучасних можливостей діагностики станів залежності від ПАР з використанням не лише клінічного, але і психологічних підходів, а також лабораторних методик. Представлені найбільш поширені структуровані і неструктуровані клінічні (інтерв'ю). Показана важливість ранньої параклінічної діагностики станів, виявлення яких клінічними методами на ранніх етапах залежності утруднено, а також в диференціальній діагностиці між гострою інтоксикацією, вживанням з шкідливими наслідками і залежністю, в експертних або спірних випадках, коли самі пацієнти активно приховують сам факт вживання ПАР і/або применшують його масштаби. Показані плюси і мінуси існуючих методів. Відзначено, що об'єктивна діагностика станів залежності від різних ПАР недосконала через низьку специфічність використовуваних для цього нині тестів. Наголошується, що проведення ефективної оцінки розладів, пов'язаних з вживанням ПАР, важливо не лише для клінічних досліджень, але і для планування психологічної корекції, лікування і реабілітації. Представлений власний оригінальний підхід до об'єктивної діагностики залежності від ПАР з використанням фоноскопії.

A. A. Minko

**Modern approaches to diagnostics of dependence
from psychoactive substances
(the review)***State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)*

The analysis of the literary data concerning modern opportunities of diagnostics of dependences on psychoactive substances by using not only clinical approach, but also psychological approaches, and also laboratory techniques is submitted in the review. The most widespread structured and unstructured clinical questionings (interviews) are presented. It is shown importance of early paraclinical diagnostics in revealing of states which detection by clinical methods at early stages of dependence is complicated, and also in differential diagnostics between acute intoxication, consumption with harmful consequences and dependence, in expert or disputable cases when patients actively hide the fact of the use of psychoactive substances and/or diminish its scales. Advantages and disadvantages of existing methods are discussed. It is significant, that objective diagnostics of the states of dependence on different psychoactive substances is incomplete because of low specificity of tests, which are used for this purpose now. It is marked that carrying out of effective estimation of substance use disorders is important not only for clinical researches but also for planning of psychological correction, treatment and rehabilitation. Own original approach to objective diagnostics of dependence on psychoactive substances by using of phonoscopy is submitted.