

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

(F 12.2 згідно з МКХ-10), III група — 9 пацієнтів (36,0 %), залежних від психостимулюючих речовин (F 15.2 згідно з МКХ-10).

За тривалістю захворювання обстежувані були розподілені таким чином: I підгрупа — 11 осіб (44,0 %) з тривалістю захворювання до 3-х років; II підгрупа — 6 осіб (24,0 %) з тривалістю захворювання від 3 до 9 років; III підгрупа — 8 хворих на наркотичну залежність (32,0 %) більше 9 років.

Усі обстежені дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

В ході дослідження вивчались особливості порушень когнітивних функцій у хворих на наркотичну залежність з урахуванням специфіки залежності та тривалості даного захворювання.

Результати вивчення загальної когнітивної продуктивності у хворих з урахуванням специфіки залежності та порівняння отриманих даних подано в табл. 1.

Таблиця 1

Середні показники стану когнітивних функцій у хворих на опіоїдну залежність, у хворих на канабіноїдну залежність та у хворих на залежність від психостимулюючих речовин

Показник	Усі хворі (n = 25)	I група (n = 11)	II група (n = 5)	III група (n = 9)
MMSE шкала				
Орієнтовка (має 10 балів)	9,48 ± 0,82	9,45 ± 0,68	9,80 ± 0,45	9,33 ± 1,12
Пам'ять (має 6 балів)	5,28 ± 0,79	5,18 ± 0,75	5,40 ± 0,55	5,33 ± 1,00
Лічильні операції (має 5 балів)	4,48 ± 0,71	4,54 ± 0,82	4,20 ± 0,84	4,55 ± 0,53
Перцептивно-гностична сфера (має 9 балів)	7,84 ± 0,85	7,54 ± 0,68	8,00 ± 1,00	8,11 ± 0,93*
Загальний показник когнітивної продуктивності (має 30 балів)	27,08 ± 1,82	26,72 ± 1,67	27,40 ± 1,82	27,33 ± 2,12
Методика «Запам'ятовування 10 слів»				
Обсяг 1-го відтворення	5,60 ± 1,32	5,54 ± 0,93	5,20 ± 1,92	4,84 ± 1,46*
Обсяг відстроченого відтворення	7,00 ± 1,44	7,27 ± 1,61	6,80 ± 1,09	6,78 ± 1,48
Методика Шульте				
Час роботи з першою таблицею, с	50,32 ± 16,39	49,45 ± 17,64	53,20 ± 23,64	49,78 ± 11,47
Час роботи з другою таблицею, с	51,96 ± 17,87	59,64 ± 22,59	43,00 ± 5,79*	47,55 ± 12,29**
Час роботи з третьою таблицею, с	48,12 ± 15,04	51,00 ± 21,15	49,60 ± 10,92	43,78 ± 5,11**
Час роботи з четвертою таблицею, с	48,80 ± 17,67	53,09 ± 22,90	41,20 ± 7,56	47,78 ± 13,74**
Час роботи з п'ятою таблицею, с	50,92 ± 18,69	53,18 ± 22,95	49,40 ± 11,15	49,00 ± 17,75
Методика Бентона				
«Органічні» помилки (у балах)	1,20 ± 1,19	1,27 ± 1,62	1,20 ± 1,09	1,11 ± 1,05
«Умовно нормативні» помилки (у балах)	6,56 ± 1,96	6,64 ± 2,11	5,40 ± 2,07	7,11 ± 1,61**
Батарея лобної дисфункції (FAB)				
Загальний показник (має 15 балів)	12,96 ± 1,95	12,64 ± 2,20	14,20 ± 0,45*	13,22 ± 1,78**
Методика Равена				
Серія А	9,68 ± 1,25	9,81 ± 1,32	10,20 ± 0,45	9,22 ± 1,39**
Серія В	8,20 ± 2,04	8,27 ± 1,90	9,60 ± 1,52*	7,33 ± 2,17**
Серія С	6,52 ± 2,43	6,36 ± 2,80	7,20 ± 1,64	6,33 ± 2,50
Серія D	6,16 ± 2,77	5,36 ± 3,14	8,40 ± 1,51*	5,88 ± 2,36**
Серія E	2,40 ± 2,48	2,09 ± 2,30	3,80 ± 2,77	2,00 ± 2,55**
Загальний показник	32,48 ± 8,52	31,91 ± 9,69	37,20 ± 4,65*	37,20 ± 4,65*

* — достовірність $p < 0,05$ за U-критерієм Манна — Уїтні між показниками першої та другої/третьої групи хворих
 ** — достовірність $p < 0,05$ за U-критерієм Манна — Уїтні між показниками другої та третьої групи хворих

За результатами дослідження загальний показник когнітивної продуктивності в усіх хворих на наркотичну залежність становить 27,08 ± 1,82 бала, що достовірно нижче у порівнянні з нормативними даними.

У хворих на опіоїдну залежність показник загальної когнітивної продуктивності складає 26,72 ± 1,67 бала. У пацієнтів цієї групи більш виражені порушення перцептивно-гностичної сфери (7,54 ± 0,68 бала), функцій вербальної пам'яті (обсяг 1-го відтворення — 5,54 ± 0,93 слів, обсяг відстроченого відтворення — 7,27 ± 1,61) та зорової пам'яті («органічні» помилки 1,27 ± 1,62, «умовно нормативні» помилки 6,64 ± 2,11), зниження продуктивності довільної уваги (за таблицями Шульте час роботи з першою таблицею становить 49,45 ± 17,64 с, час роботи з п'ятою таблицею — 53,18 ± 22,95 с), а також рівня узагальнення та інших функцій мислення у порівнянні з групою хворих на канабіноїдну залежність та пацієнтів з залежністю від психостимулюючих речовин (загальний показник за методикою Равена становить 31,91 ± 9,69 бала).

У хворих на канабіноїдну залежність відмічається зниження загального показника когнітивної продуктивності, що становить 27,40 ± 1,82 бала. Також у хворих даної групи має місце звуження обсягу довгострокової

пам'яті та погіршення функцій вербальної пам'яті (обсяг 1-го відтворення складає 5,20 ± 1,92 слів, обсяг відстроченого відтворення — 6,80 ± 1,09 слів), зниження рівня узагальнення (загальний показник за методикою Равена 37,20 ± 4,65 бала, $p < 0,05$).

У хворих на залежність від психостимулюючих речовин виявлено достовірно нижчі показники функцій вербальної пам'яті (обсяг 1-го відтворення становить 4,84 ± 1,46 слів, обсяг відстроченого відтворення — 6,78 ± 1,48) та зорової пам'яті («органічні» помилки складають 1,11 ± 1,05, «умовно нормативні» помилки — 7,11 ± 1,61), а також довгострокової пам'яті, зниження продуктивності довільної уваги у порівнянні з групою хворих на канабіноїдну залежність, але ці показники достовірно вищі, ніж у хворих першої групи. Для хворих на залежність від психостимулюючих речовин характерно достовірне зниження функцій мислення, а саме — операцій аналізу, синтезу, встановлення аналогій, перегрупування тощо (загальний показник за методикою Равена 37,20 ± 4,65 бала, $p < 0,05$).

Результати дослідження когнітивної продуктивності у хворих на наркотичну залежність з урахуванням тривалості захворювання наведені в табл. 2.

Середні показники стану когнітивних функцій у хворих на наркоманію в залежності від тривалості захворювання

Показник	I група Тривалість захворювання до 3-х років (n = 11)	II група Тривалість захворювання від 3 до 9 років (n = 6)	III група Тривалість захворювання більше 9 років (n = 8)
MMSE шкала			
Орієнтовка (має 10 балів)	9,81 ± 0,41	9,58 ± 0,87	9,48 ± 0,82*
Пам'ять (має 6 балів)	5,45 ± 0,69	5,35 ± 0,70	5,28 ± 0,79
Лічильні операції (має 5 балів)	4,64 ± 0,67	4,53 ± 0,72	4,48 ± 0,71
Перцептивно-гностична сфера (має 9 балів)	7,27 ± 0,78	7,70 ± 0,85	7,84 ± 0,85
Загальний показник когнітивної продуктивності (має 30 балів)	27,63 ± 1,56	27,17 ± 1,94	27,08 ± 1,82
Методика «Запам'ятовування 10 слів»			
Обсяг 1-го відтворення	5,91 ± 1,70	5,59 ± 1,46	5,60 ± 1,32
Обсяг відстроченого відтворення	7,00 ± 1,26	6,82 ± 1,51	7,00 ± 1,44
Методика Шульте			
Час роботи з першою таблицею, с	52,45 ± 17,06	53,29 ± 18,54	50,32 ± 16,39
Час роботи з другою таблицею, с	45,45 ± 6,82	48,65 ± 18,25	51,96 ± 17,87*
Час роботи з третьою таблицею, с	44,27 ± 8,92	47,41 ± 16,98	48,12 ± 15,04*
Час роботи з четвертою таблицею, с	43,18 ± 6,87	49,29 ± 17,26*	48,80 ± 17,67
Час роботи з п'ятою таблицею, с	46,09 ± 13,18	51,94 ± 20,36*	50,92 ± 18,69
Методика Бентона			
«Органічні» помилки (у балах)	0,73 ± 0,79	1,36 ± 1,32*	1,20 ± 1,19**
«Умовно нормативні» помилки (у балах)	5,36 ± 1,36	6,41 ± 2,03*	6,56 ± 1,96*
Батарея лобної дисфункції (FAB)			
Загальний показник (має 15 балів)	13,45 ± 1,57	12,12 ± 2,95*	12,56 ± 2,63
Методика Равена			
Серія А	9,73 ± 1,35	9,58 ± 1,41	9,68 ± 1,25
Серія В	8,36 ± 2,33	8,11 ± 2,15	8,20 ± 2,04
Серія С	6,73 ± 2,15	6,88 ± 2,15	6,52 ± 2,43
Серія D	6,82 ± 2,56	6,06 ± 2,79	6,16 ± 2,78
Серія E	3,09 ± 2,77	2,29 ± 2,57*	2,40 ± 2,48*
Загальний показник	33,82 ± 9,31	32,23 ± 9,00	32,48 ± 8,52

* — достовірність $p < 0,05$ за U-критерієм Манна — Уїтні між показниками першої та другої/третьої групи хворих

** — достовірність $p < 0,05$ за U-критерієм Манна — Уїтні між показниками другої та третьої групи хворих

У пацієнтів з тривалістю захворювання до 3-х років вже мають місце чіткі порушення когнітивних функцій. Загальний показник когнітивної продуктивності складає 27,63 ± 1,56 бала. У цієї групи хворих на наркотичну залежність відмічається зниження функцій вербальної пам'яті (обсяг 1-го відтворення — 5,91 ± 1,70 слів, обсяг відстроченого відтворення — 7,00 ± 1,26), зорової пам'яті («органічні» помилки складають 0,73 ± 0,79, «умовно нормативні» помилки — 5,36 ± 1,36), а також оперативної пам'яті, які досягають клінічно вираженого рівня. Також спостерігається тенденція до звуження обсягу довільної уваги (за таблицями Шульте час роботи з першою таблицею — 52,45 ± 17,06 с, час роботи з п'ятою таблицею — 46,09 ± 13,18) та погіршення показників таких функцій мислення як узагальнення та порівняння.

У пацієнтів з тривалістю захворювання від 3 до 9 років відмічалось зростання порушень основних когнітивних функцій у порівнянні з хворими, що страждають на наркоманію до 3-х років. Загальний показник когнітивної продуктивності в даній групі хворих становить 27,17 ± 1,94 бала. В структурі порушень когнітивних функцій в групі пацієнтів, які хворіють від 3 до 9 років, виявлено достовірне зниження функцій оперативної пам'яті, продуктивності довільної уваги та функцій її концентрації (за таблицями Шульте час роботи з першою таблицею — 53,29 ± 18,54 с, час роботи з п'ятою таблицею — 51,94 ± 20,36 с, $p < 0,05$). Було виявлено достовірне зниження показників вербальної пам'яті (обсяг 1-го відтворення — 5,59 ± 1,46, обсяг відстроченого відтворення — 6,82 ± 1,51) та зорової пам'яті («органічні»

помилки — 1,36 ± 1,32, «умовно нормативні» помилки — 6,41 ± 2,03), а також розумової діяльності в цілому у порівнянні з групою пацієнтів, тривалість захворювання яких становить не більше 3-х років.

У пацієнтів з наркотичною залежністю, які хворіють більше 9 років, відмічалось подальше наростання ознак когнітивного дефіциту. Загальний показник когнітивної продуктивності у хворих даної групи становив 27,08 ± 1,82 бала. Це також проявлялось у вигляді чіткого зниження показників пам'яті, а саме звуження обсягів безпосередньої та довгострокової пам'яті (5,60 ± 1,32, 7,00 ± 1,44 відповідно), погіршення функцій зорової пам'яті («органічні» помилки — 1,20 ± 1,19, «умовно нормативні» помилки — 6,56 ± 1,96). Характерним було достовірне звуження обсягу довільної уваги та недостатність її функцій, а саме концентрації, розподілу та переключення уваги (за таблицями Шульте час роботи з першою таблицею — 50,32 ± 16,39 с, час роботи з п'ятою таблицею — 50,92 ± 18,69 с). Також у хворих на наркотичну залежність при тривалості захворювання більше 9 років відмічаються порушення процесу мислення у вигляді помірного зниження рівня узагальнення, недостатності рівня концептуалізації та абстрагування.

За отриманими результатами дослідження в усіх хворих на залежність від психоактивних речовин виявлені чіткі когнітивні порушення, але їх вираженість та структура в різних клінічних групах та в залежності від тривалості захворювання має свою специфіку. Порушення пам'яті мають модально-неспецифічний характер. Обсяг безпосереднього відтворення вербального матеріалу,

обсяг відстроченого відтворення та показники функцій оперативної пам'яті у хворих на наркотичну залежність достовірно знижені у порівнянні з нормативними показниками. Порушення зорової пам'яті мають більш легкий характер. Виявлено звуження обсягу довільної уваги та порушення її функцій, погіршення швидкісних характеристик, уповільнення мовленнєвої активності. Порушення мислення у хворих на залежність від психоактивних речовин виражаються в зниженні рівня узагальнення, функцій синтезу та аналізу, нестійкому рівні загальної працездатності, погіршенні швидкісних характеристик та ефективності розумової працездатності в цілому в сполученні з високою виснажливістю.

Таким чином, в усіх хворих на залежність від психоактивних речовин виявлено чіткі когнітивні порушення, що формуються на різних стадіях залежності і, як правило, мають прогресивний характер. Формування когнітивного дефіциту у хворих характеризується закономірною динамікою, а саме — починається з легких когнітивних дисфункцій з подальшим неухильним ускладненням і розширенням діапазону когнітивних розладів з поступовим розвитком синдрому когнітивного зниження.

В осіб з наркотичною залежністю має місце певний зв'язок між важкістю когнітивних розладів та клінічною формою залежності. У хворих на опіоїдну залежність переважають порушення перцептивно-гносичної сфери, функцій вербальної та зорової пам'яті, зниження довільної уваги, рівня узагальнення та загальної продуктивності операцій мислення. У пацієнтів з залежністю від психостимулюючих речовин домінують більш виражені порушення функцій вербальної та зорової пам'яті, а також довгострокової пам'яті, зниження продуктивності довільної уваги. У хворих на канабіноїдну залежність відмічається більш значне зниження загального показника когнітивної продуктивності, обсягу довгострокової пам'яті, погіршення функцій вербальної пам'яті та розумової працездатності в цілому.

У всіх хворих на залежність від психоактивних речовин мають місце когнітивні порушення, але їх вираженість та структура в залежності від тривалості захворювання мають свою специфіку. У пацієнтів з наркотичною залежністю вже на початковій стадії захворювання мають місце чіткі порушення когнітивних функцій, а саме — зниження функцій вербальної, зорової, оперативної пам'яті, тенденція до звуження обсягу

довільної уваги та погіршення показників таких функцій мислення як узагальнення та порівняння. На подальшому етапі захворювання прогресують порушення основних когнітивних функцій у вигляді зниження функцій вербальної та зорової пам'яті, продуктивності функцій довільної уваги, а також розумової діяльності в цілому. Зі збільшенням тривалості захворювання у пацієнтів з наркотичною залежністю має місце подальше наростання ознак когнітивного зниження у вигляді вираженої недостатності показників вербальної та зорової пам'яті, звуження обсягу довільної уваги, недостатності продуктивності мислення в цілому.

Проведення психодіагностичного дослідження, направлено на діагностику порушень когнітивних функцій при різних видах залежності, необхідно включати до комплексу обстеження цих хворих, що дозволить підвищити якість ранньої діагностики їх когнітивної недостатності. Характер порушень когнітивних функцій у даної категорії хворих також необхідно враховувати при створенні адекватних лікувальних та реабілітаційних програм, а також заходів, спрямованих на вторинну і третинну профілактику.

Список літератури

1. Сосин, И. К. Наркология (Монография) / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков : Коллегиум, 2005. — 800 с.
2. Наркология : пер. с англ. — 2-е изд., испр. / Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Х. Робертс, С. Е. Хайман (ред.) — М. : Бином ; СПб. : Невский Диалект, 2000. — 320 с., ил.
3. Шестопалова, Л. Ф. Особливості когнітивних розладів у хворих з алкогольною залежністю на різних етапах захворювання / Л. Ф. Шестопалова, А. В. Андренко // Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна. — 2008. — № 793. — С. 435—439.
4. Шестопалова, Л. Ф. Особливості формування когнітивних розладів у хворих на алкоголізм: психодіагностичні дослідження / Л. Ф. Шестопалова, А. В. Андренко // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 2 (55). — С. 93—95.
5. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. — СПб. : Речь, 2004. — 350 с., ил.
6. Бурлачук, Л. Ф. Словарь-справочник по психологической диагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — СПб. : Питер Ком, 1999. — 528 с.
7. Блейхер, В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — К. : Здоров'я, 1986. — 280 с.

Надійшла до редакції 05.08.2009 р.

Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, А. В. Лыкова
Особенности нарушений когнитивных функций
у больных с наркотической зависимостью

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

Проведено исследование особенностей нарушений когнитивных функций у больных с наркотической зависимостью с учетом специфики зависимости и длительности данного заболевания. Показано, что у всех больных с наркотической зависимостью выявлены отчетливые когнитивные нарушения, которые формируются на разных стадиях зависимости и, как правило, имеют прогрессивный характер. Формирование когнитивного дефицита у данной категории больных характеризуется закономерной динамикой, а именно — начинается с легких когнитивных дисфункций с дальнейшим утяжелением и расширением диапазона когнитивных нарушений с постепенным развитием синдрома когнитивного снижения.

L. Shestopalova, V. Kozhevnikova, A. Lykova
The peculiarities of disorders of cognitive functions
in patients with narcotic dependence

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

It was carried out the investigation the peculiarities of disorders of cognitive functions in patients with narcotic dependence with consideration the specific features of dependence and duration of such disease. It was showed that in all patients with narcotic dependence had revealed the distinct cognitive disorders which formed in different stages of dependence and had progredient character. The formation of cognitive deficiency in such patients characterized by the natural dynamics — begin with light cognitive dysfunctions with the next difficult and increase range of cognitive disorders with gradually development of cognitive syndrome of lowering.