

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри д.мед.н., професор В.В.Чугунов

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до самостійного заняття по темі «Організація наркологічної допомоги в
Україні» для студентів 4 курсу 1 медичного факультету
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

Запоріжжя – 2015 рік

I. Цілі заняття:

1.1. Студент повинен знати

- Основні теоретичні положення про залежність від психоактивних речовин.
- Патогенетичні механізми розвитку захворювання.

1.2. Студент повинен уміти

- Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого, у якого є залежність від психоактивних речовин.
- Клінічно оцінити симптоми, які указують на алкогольну залежність та від інших психоактивних речовин (а-11).
- Оцінити дані додаткових методів обстеження та експериментально-психологічних досліджень хворих (а-11).
- Проведення профілактики та диференційної діагностики різних видів залежностей від психоактивних речовин (а-11).
- Призначення хворому необхідної адекватної терапії при алкогольній залежності та від інших психоактивних речовин (а-111).

II. Зміст самостійної роботи:

Алкоголізм - захворювання, що характеризується патологічним потягом до спиртних напоїв внаслідок тривалого їх вживання із розвитком психологічної, психічної і фізичної залежності. За даними ВООЗ поширеність алкоголізму коливається в межах від 11 до 44 на тисячу населення. Зловживання алкоголем приводить до порушень психіки, викликає патологічні соматичні, неврологічні і ендокринні зміни в організмі. Алкоголізм починається з побутового пияцтва. Слід дати чіткі визначення видам залежності. Під психологічною залежністю розуміють прагнення одержати ейфорію та релаксацію. Психічна залежність - важкий хворобливий прояв, який полягає у тому, що виникає необхідність позбавитися поганого духовного стану (депресії, дисфорії, дистимії) тільки шляхом прийняття

спиртних напоїв. І, нарешті, фізична залежність виявляється в необхідності прийому алкоголю для зняття фізичних хворобливих проявів.

У перебігу хвороби виділяють три стадії: першу - церебрастенічну, другу - енцефалопатичну і третьою - алкогольної деменції. Для першої стадії хвороби характерні патологічний потяг з психологічною залежністю, підвищення толерантності до спиртного, втрата захисного блювотного рефлексу, втрата кількісного контролю за випитим, в стані сп'яніння виникають палімпсести, змінюється форма сп'яніння, замість очікуваної ейфорії виникає пригніченість настрою, дисфорія, депресія, злісність до оточуючих, характерний симптом випередження тостів. Поступово змінюються характерологічні якості особи з розвитком анозогнозії. Якщо деякі з названих симптомів характерні ще і для побутового пияцтва, то їх сукупність вже свідчить про хворобу.

Для енцефалопатичної стадії характерна поява синдрому похмілля з тяжкими проявами психічних, неврологічних і соматичних розладами. Втрачається не тільки кількісний, але і ситуативний контроль. Розвиваються амнестичні форми сп'яніння. Пияцтво набуває характеру псевдозапоїв, коли пацієнт вимушено припиняє пияцтво. Вживаються сурогати алкоголю. Різко порушується функція внутрішніх органів, найчастіше - функція печінки (токсичний гепатит). Особистісні зміни зачіпають не тільки характерологічні властивості, але й інтелектуально-амнестичні. У другій стадії можливий розвиток гострих алкогольних психозів.

Третя стадія алкоголізму характеризується пониженням толерантності до спиртного, хворі п'яніють від малих доз слабких навіть напоїв. Все більш наростає психічна деградація з розвитком недоумства і втратою соціальних контактів. Різко страждає функція внутрішніх органів, розвивається цироз печінки. Характерний зовнішній вигляд таких хворих, *habitus alcoholicus*. Часто розвиваються хронічні алкогольні психози.

Висловлюється клінічна картина гострих алкогольних психозів: білої гарячки, гострого алкогольного параноїду, гострого алкогольного

галюцинозу і псталогічної форми сп'яніння. Стисло дається виклад клініки хронічних алкогольних психозів: корсаковського психозу, алкогольного марення ревнощів, енцефалопатії Гайє-Верніке та алкогольного псевдопаралічу, проводиться диференціальна діагностика з іншими захворюваннями. Залежно від форми алкогольного психозу проводиться і диференційоване лікування. Після виведення хворого з психозу необхідно проводити поетапне лікування алкоголізму. На першому етапі проводиться дезінтоксикаційна терапія. Другий етап - умовно-рефлекторна терапія з використанням блювотних засобів: апоморфіну, солей важких металів, трави баронця, еметину. Надалі призначається сенсibiliзуюча терапія. Використовуються для цієї мети тетурам, еспераль, тріхопол, нікотинова кислота. Висловлюються немедикаментозні методи лікування, дається інформація про нові способи терапії, про застосування препаратів: пропротена-100, Фоліум-С. Підкреслюється значення в терапевтичному процесі психотерапії, особливо в амбулаторних умовах, де лікування повинне продовжуватися не менше трьох років.

Зловживання наркотичними і токсикоманічними засобами відноситься до розряду тяжких соціальних проблем. Наркоманія - це захворювання, яке виявляється потягом до постійного прийому в зростаючих кількостях наркотичних засобів внаслідок стійкої психічної і фізичної залежності від них з розвитком абстиненції при відміні їх прийому і зміною психіки людини, його поведінки, емоційної сфери. Основними характеристиками наркоманій є змінена реактивність до наркотика, що виражається в патологічному потягу, все зростаюча толерантність, зміна первинної дії наркотика на організм і виникнення абстинентного синдрому вслід за припиненням його прийому.

Розрізняють три критерії наркоманії: медичний, соціальний і юридичний. Медичний критерій указує на те, що речовина володіє такими властивостями, які служать причиною їх немедичного вживання. Соціальний критерій виявляється у тому, що вживання наркотичної речовини так

розповсюдилося, що придбало соціальне значення. Юридичний полягає у тому, що до наркотика відноситься речовина, затверджена в списку МОЗ. Зловживання іншими психоактивними речовинами позначаються як токсикоманії. Отже відмінність між наркоманією і токсикоманією не така медична, скільки юридична. Тривала інтоксикація наркотичними речовинами супроводжується розвитком гострих психотичних станів (психозів) і хронічних змін особи хворого, що розвиваються. Психотоксична дія поєднується із загальнотоксичним впливом речовин, які вживаються, на різні органи, страждають функції печінки, нирок, серцево-судинної системи, органів травлення.

У розвитку наркоманій будь-якої форми виділяють наступні три стадії: адаптації, абстинентних явищ і виснаження. Перша стадія (церебрастенична) характеризується двома ознаками - зміною реактивності організму при взаємодії з наркотиком і розвитком психологічної і психічної залежності. На стадії абстинентних явищ (енцефалопатичній) приєднується синдром фізичної залежності, виникає компульсивний потяг. Стадія виснаження відрізняється прогресуючим виснаженням захисних властивостей організму. На цій стадії ейфоризуючий і тонізуючий ефект знижується. Хворі приймають наркотики в значно менших дозах, в основному вже для того, щоб підтримати організм в задовільному психічному і фізичному стані.

Види наркоманій. Найнесприятливіше протікає опійна наркоманія, що викликається зловживанням алкалоїду опію (морфіну) і його похідних, а також сурогати кустарного виробництва (ширка, ханка і ін.). Висловлюється стисло клінічна картина опійного сп'яніння, клініка стадій морфінізму. До наркоманій, зумовлених препаратами індійських конопель, відносять гашишизм. Не дивлячись на те, що при гашишизмі абстинентний синдром розвивається значно повільніше, ніж при морфінізмі, все ж таки він представляє небезпеку тим, що виробляє у наркомана потребу в сильніших наркотиках.

Кокаїнова наркоманія розвивається досить швидко. Найчастіше кокаїн вживають шляхом вдихання через ніс, іноді вводять підшкірно або навіть внутрішньовенно. З часом ейфоризуючий ефект слабшає, розвивається астеничний симптомокомплекс. Хворі виглядають виснаженими, відчувають сухість у роті, іноді виникають тактильні галюцинації з відчуттям повзання комах під шкірою (симптом Маньяну).

Останніми роками набула поширення ефедренова наркоманія, що протікає із значно вираженим абстинентним синдромом і швидким розвитком енцефалопатії, в клінічній картині якої спостерігаються стійкі екстрапірамідні розлади. Барбітурова наркоманія протікає також з дуже важким абстинентним синдромом, який досягає щонайвищої інтенсивності на 3-4 день із розвитком агрипнії, епілептиформних нападів, нерідко психозів. Слід зупинитися і на наркоманії, які викликані прийомом психодизлептиків (мескалін, псилоцибін, ЛСД). Психічні порушення при ній супроводжуються шизофреноподібною симптоматикою із галюцинаторно-параноїдними картинами. Нерідко хворі вживають не один наркотик, а декілька або поєднують їх із токсикоманічними засобами, або прийомом спиртних напоїв. У зв'язку з цим розрізняють полінаркоманію і ускладнену наркоманію.

Стисло висловлюються сучасні погляди на патогенез наркоманій і токсикоманій. У лікуванні слід зупинитися на загальних принципах, які мають на увазі тривале, спочатку стаціонарне, потім амбулаторне лікування. Застосовується дезінтоксикаційна і загальнозміцнююча терапія. Показані транквілізатори і нейролептики, при депресивних станах - антидепресанти, особливо інгібітори зворотного захоплення серотоніну (ципраміл, ципролекс, золофт). Широко використовується фізіотерапія, фітотерапія, акупунктура, але в першу чергу - це психотерапевтичні методи лікування.

Попередження наркоманій і токсикоманій передбачає низку медичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів. Необхідно направити зусилля на вироблення негативного відношення населення до наркотичних речовин,

особливу увагу слід надавати виховною роботі з молоддю. Необхідно також своєчасно виявляти осіб, схильних до наркотизму і проводити профілактичне лікування.

Матеріали для тестового контролю (І а):

1. Для сп'яніння барбітуратами не характерні:

- А.* Гіперактивність
- В. Галюцинації.
- С. порушення сенсорного синтезу.
- Д. Ілюзії.
- Е. Ейфорія.

2. Для 3 стадії алкоголізму не характерні:

- А.* Псевдозапої.
- В. Алкогольні психози.
- С. Алкогольне недоумство.
- Д. Вживання сурогатів.
- Е. Зниження толерантності.

3. Прямим доказом тяги до спиртного є:

- А. *Появлення симптомів відміни.
- В. Конфабуляції.
- С. Цироз печінки.
- Д. Порушення пам'яті.
- Е. Тремор верхніх кінцівок.

4. Серед хворих на алкогольну залежність частіше зустрічаються особи з рисами :

- А. Астенічними.

- В. Істероїдними.
- С. Шизоїдними.
- Д. Синтонними.
- Е.* Епілептоїдними.

5. Поняття про форму зловживання алкоголем, як правило, не містить у собі інформації про:

- А.* Характер толерантності.
- В. Періодичність вживання алкоголю.
- С. Запійний тип вживання.
- Д. Постійному характері пияцтва.
- Е. Усім перерахованим.

6. Для Корсаковського психозу не характерно :

- А. порушення аллопсихічної орієнтовки.
- В. *Маревні ідеї.
- С. Фіксаційна амнезія.
- Д. Конфабуляції.
- Е. Ретроградна амнезія.

7. У наркоманів після закінчення дії наркотика виникають важкі психічні, неврологічні, соматичні розлади. Як називається цей симптомокомплекс?

- А. Лікарська залежність
- В. Сенсibiliзація
- С.* Абстинентний синдром
- Д. Кумуляція.
- Е. Толерантність.

8. Хворому 33 років. Протягом місяця відпочивав у родичів на Кавказі, щодня пив вино до 3 л. Повертаючись додому помітив, що попутники в купе

поводяться чудно, якимось зловісно дивляться на нього, чомусь дістали ніж і почали різати хліб. Він зрозумів, що йому показують, як з ним розправляться. Дуже злякався, вибіг в купе і попросив провідника захвати його. Коли потяг під'їхав до станції, побачив за вікном людей, що біжать. Зрозумів, що біжать за ним і його чекає смерть. На ходу виплигнув з вагону і з криками: "Допоможіть, врятуйте!" побіг у бік вокзалу. Визначте діагноз

- А. Алкогольний делірій.
- В. Гострий алкогольний галюциноз.
- С.* Гострий алкогольний параноїд .
- Д. Шизофренія.
- Е. Реактивний параноїд.

9. Хворий 21-го року. Недавно переніс важку форму пневмонії з подальшою астеною. На весіллі друга випив 0.2 л горілки. Швидко сп'янів, мова стала дизартричною, походка хитка. Потім нібито отверезів, встав із-за столу і швидким кроком вийшов на кухню. Не відповівши на питання господині, що йому потрібно, схопив ніж і швидко повернувся до столу, де почав голосно кричати, розмахуючи ножем. Не розумів звернених до нього слів. Нападав на гостей, загрожуючи вбивством, чинив різкий опір. Обличчя було блідим, зіниці розширені. Через 15 хвилин заспокоївся і заснув на дивані у сусідній кімнаті. На наступний ранок нічого не пам'ятає про те, що трапилося. Визначте форму сп'яніння:

- А. Середня ступінь простого сп'яніння
- В. Епілептоїдна форма простого сп'яніння.
- С.* Паталогічне сп'яніння.
- Д. Дисфорічна форма простого сп'яніння
- Е. Параноїдна форма простого сп'яніння

10. Хворому 19 років. Спадковість обтяжена алкоголізмом і шизофренією. По характеру соромливий, невпевнений у собі, живе з батьками, нічим не

захоплюється, часто міняє місце роботи. Регулярно вживає спиртні напої з 17 років під впливом товаришів, п'є майже щодня, окрім вина вживає сурогати. В стані абстиненції скаржиться на слабкість, розбитість, головну біль, зниження апетиту, безсоння. Визначте форму зловживання алкоголем:

- А. Запійна.
- В. Побутове пияцтво.
- З. Дипсоманічна.
- Д.*Систематична.
- Е. Епізодична.

Задачі II рівня

1. Хворому 49 років. Страждає на алкоголізм 3 стадії. 2 роки тому уперше став чути "голоси", що доносяться з вулиці. "Голоси" розмовляли про нього, обговорюючи і засуджуючи його. Відчував страх, тривогу, ходив перевіряти, де ж сховалися ті, що говорять. Упевнений, що говорять реальні люди, знущаються з нього, обговорюють його життя. Обурюється, перелаюється з "голосами". Поступово став відноситися до них спокійніше. Продовжує працювати. Відзначає, що в даний час "голоси" з'являються рідше і посилюються під час запоїв. Говорить, що звук до "голосів", розуміє, що вони - хворобливі.

- 1. Вкажіть попередній діагноз.
- 2. Призначте обстеження хворому.

Відповідь:

- 1. *Хронічний алкогольний галюциноз.*
- 2. *Загальне біохімічне, експериментально-психологічне обстеження, консультація терапевта, невролога, медичного психолога.*

2. Хворий 49 років. Зловживає спиртним з 22 років, толерантність раніше була 1.5 л горілки, зараз п'яніє від 200 г. 12 років тому в стані абстиненції виник перший судомний напад. Впав на вулиці, ударився головою об асфальт. Через декілька місяців був епістатус. У нейрохірургічному відділенні робили трепанацію черепа. Живе з матір'ю, дружина і донька пішли від нього. Давно не працює, спілкується із п'яницями. До себе не критичний.

1. Вкажіть попередній діагноз.

2. Призначте необхідний антиконвульсант хворому.

Відповідь:

1. Алкоголізм 3 стадії з епілептиформним синдромом.

2. Визначити частоту, характер нападів, вік та вагу хворого, призначити адекватну добову дозу карбомазепіну.

3. Хворий 53 років. Більше 20 років зловживає алкоголем. Толерантність була до 2 л горілки. Останні 3 роки пив щодня по кілька разів в добу, хмеліє від 200 г вина. Залишив сім'ю, не цікавиться життям близьких, продав квартиру, усі гроші пропив. Впродовж останнього року бомж. Батько страждав на алкоголізм. В анамнезі - часті травми голови. Потрапив у лікарню у зв'язку з глибоким порушенням пам'яті. Нічого не запам'ятовує, амнезував багато подій свого життя. На питання про те, де він вчора був, відповів: "Їздив засідати до парламенту". Не запам'ятовує свою палату, лікаря. У соматичному статусі - міокардіодистрофія, цироз печінки в неврологічному - поліневрит.

1. Вкажіть ведучий синдром.

2. Призначте необхідну терапію хворому.

Відповідь:

1. Корсаковський синдром.

2. Протягом тривалого часу призначити підвищені дози ноотропних засобів та вітамінів гр В, симптоматична терапія.

Матеріали контролю для заключного етапу

Задачі III рівня

1. Чоловік 48 років ніде не працює. З дружиною в розлученні, але живуть разом. Дома влаштовує скандали, викриває її у зраді. Завіряє, що бачив, як вона вступає в любовні зв'язки з багатьма чоловіками, навіть з підлітками і людьми похилого віку. Зараз знаходиться під затриманням, оскільки намагався убити дружину. Раніше в психіатричній лікарні не лікувався.

-Палологію якої психічної сфери слід насамперед виключити при проведенні судово-психіатричної експеризи?

Відповідь – мислення (алкогольне марення ревнощів).

2. До прийомного відділення лікарні міліцією доставлено дівчинку в стані незначного сп'яніння. "Невідома", приблизно 15-17 років, котра не пам'ятає свого ім'я, місця свого проживання, жодних інших паспортних даних. Зовнішньо виглядає привітливою, одяг та особисті речі у повному порядку. Скарг на стан здоров'я не має, окрім одного – "Нічого не пам'ятаю".

- Проведіть диференційну діагностику між диссоціативною фугою, запомороченням свідомості, симуляцією.

Відповідь – Насамперед слід госпіталізувати дівчину та наглядати за динамікою стану хочаб протягом 3-4 днів.

III. Рекомендована література.:

Основна:

1. Психіатрія /За ред. О.К.Напрієнка.-К., 2001
2. Психіатрія (клініко- діагностичні алгоритми): Навчально- методичний посібник/ За ред. проф. Л.М.Юр'євої.-Д.: АРТ-ПРЕС, 2002.-168с.
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов.-М.: ТОО «Техлит», 1997.-496с.
4. Руководство по психиатрии /Под ред А.В.Снежневского.-В 2-х томах.- М.: Медицина, 1983.
5. Руководство по психиатрии /Под ред. А.С.Тиганова.- В 2-х томах- М.: Медицина, 1999г.

Додаткова

1. Каннабих Ю.В., «История психиатрии», Москва, 1923
2. Блейлер Э., «Руководство по психиатрии», изд-во «Врач», Берлин, 1920
3. Гиляровский В.А., «Учение о галлюцинациях», БИНОМ, Москва, 2003
4. Крепелин Э., «Введение в психиатрическую клинику», БИНОМ, Москва, 2004
5. Корсаков С.С., «Общая психопатология», БИНОМ, Москва, 2004
6. Суханов С.А., «Семиотика и диагностика душевных болезней» товарищество типографии А.И. Мамонтова, Москва, 1905
7. Снежневский А.В., «Общая психопатология», МЕДпресс-информ Москва, 2001
8. Ганнушкин П.Б., «Клиника психопатий», изд-во НГМА, Нижний Новгород, 2000
9. Гаррабе Ж., «История шизофрении», Москва – Санкт-Петербург, 2000
10. Аммон Г., «Динамическая психиатрия», Санкт-Петербург, 1996
11. Крафт-Эбинг Р., «Половая психопатия», изд-во «республика», Москва 1996
12. Случевский И.Ф., «Психиатрия», медгиз, ленинградское отделение, 1957

- 13.«Шизофрения, мультидисциплинарное исследование», под ред. А.В. Снежневского, «медицина», Москва ,1972
- 14.Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В, «Психиатрия», «Медицина», Москва ,1968
- 15.Семке В.Я., «Истерические состояния», «медицина», Москва ,1988
- 16.Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., «Клиническая психиатрия» в 2-х томах,«медицина», Москва ,2002
- 17.Свядош А.М., «Неврозы и их лечение», медгиз, Москва, 1959
- 18.Бамдас Б.С., «Астенические состояния», медгиз, Москва, 1961
- 19.Кемпински А., «Меланхолия», наука, Санкт-Петербург, 2002
- 20.Кемпински А., «Экзистенциальная психиатрия», СПб изд-во «совершенство», 1998
- 21.Авруцкий Г.П., Недува А.А., «Лечение психически больных» М, «медицина», 1988
- 22.Нуллер Ю.Л.. «Депрессия и деперсонализация». 1981
- 23.Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. ,«Аффективные психозы» ,1988
- 24.Пападопулос Т.Ф., «Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)». М., Медицина, 1975
- 25.Шнайдер К., «Клиническая психопатология», М.,«сфера», 1999
- 26.Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж. Айдмл. – К.: Ника-Центр, 1999 – 728 с.
- 27.«Лечебная физическая культура в психиатрической больнице» В.И.Запускалов, С.А.Каспарова и др. (под. ред. И.З.Копшицер) М Медицина 1965
- 28.Гиляровский В.А. «Психиатрия» 1954
- 29.Кречмер Э. «Об истерии» СПб 2002
- 30.Кречмер Э. «Строение тела и характер»
- 31.Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков»
- 32.Леонгардт К. «Акцентуированные личности»

- 33.Зейгарник Б.В. «Патопсихология» 1986
- 34.Ясперс К. «Общая психопатология» М. «Практика» 1999
- 35.Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х томах СПб
изд-во «Белый кролик» 1996
- 36.Юнг К.Г. Работы по психиатрии СПб изд-во «Академический проект»
2000
- 37.Блейхер В.М. «Расстройства мышления» 1983
- 38.Кандинский В.Х. «О псевдогаллюцинациях»
- 39.Осипов В.П. ,«Курс общего учения о душевных болезнях,
государственное изд-во РСФСР ,Берлин ,1923
40. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. :
МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. –
ISBN 966-8318-09-9.
41. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А.
Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг,
2013. – 1164 с. – ISBN 978-966-8689-18-5.
42. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное.
– Харьков: Наука, 2014 / 2015. – 536с. – ISBN 978-966-526-140-7.

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

*Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з
навчальною літературою*

Навчальні завдання	Вказівки до завдання
ВИВЧИТИ	
1. Етіологічні фактори та патогенетичні аспекти розвитку залежності від ПАР	Назвати основні етіологічні фактори та патогенетичні зміни при залежності від ПАР
2. Особливості діагностики синдромів при залежності від ПАР.	Перелічити основні діагностичні ознаки синдромів при залежності від

	ПАР
3. Клінічні особливості кокаїнової залежності та залежності від галюциногенів.	Провести диференційну діагностику між залежністю від кокаїну та галюциногенів по клініці, перелічити основні діагностичні критерії
4. Диференціальну діагностику алкогольного абстинентного синдрому з іншими формами абстиненції від ПАР.	Заповнити таблицю диференціальної діагностики
5. Диференційне лікування хворих із різними стадіями опійної залежності, та диспансерний нагляд за ними.	Скласти план лікування хворих із різними стадіями опійної залежності з урахуванням клінічного стану.
6. Методи профілактики залежності від ПАР.	Скласти план профілактики заходів для запобігання залежності від ПАР.